

平成28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

認知症の早期発見促進のための教育プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化させる効果的手法の開発に関する調査研究

2017年(平成29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28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、「認知症の早期発見促進のための教育プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化させる効果的手法の開発に関する調査研究」をテーマに取り組みました。昨年度の「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」の成果を展開させ、認知症の早期発見の促進に効果のある学習プログラムを開発し、早期発見を初期集中支援に連続的に展開させるための地域包括支援センターの標準マニュアルを策定いたしました。

今年度の調査研究は、次期認知症国家戦略が準備されるタイミングで実施されました。自立した生活の継続支援と包括的な社会的支援の視点を組んだ地域包括ケア時代に相応しい認知症早期発見・初期集中支援アプローチを開発するという挑戦的な取組みになっています。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。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組みの推進に寄与することをねらいとしています。

あわせて、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。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。社会福祉法人溪仁会、社会福祉法人こうほうえん、社会福祉法人志摩会の理事長、職員の皆さまには、全面的なご協力を賜りました。皆さまに深く謝意を表します。本調査研究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

日本介護経営学会老人保健健康増進等事業委員会

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

調査研究実施委員会

主査

小笠原浩一

委員

阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター	研究・研修部長
	東北福祉大学	准教授
石附 敬	東北福祉大学	専任講師
工藤 健一	東北福祉大学	専任講師
古賀 清隆	社会福祉法人志摩会	地域包括ケア開発室長
神内秀之介	委嘱時・社会福祉法人溪仁会事業推進部次長兼調査企画室長	
	現・社会福祉法人手稲ロータス会	理事・介護老人福祉施設 手稲ロータス施設長
永田 壽子	社会福祉法人こうほうえん	理事・教育研修人財部長
藤林 慶子	理事・東洋大学	教授

事務局

小川 珠実 日本介護経営学会事務局

調査研究ワーキンググループ・報告書執筆分担

小笠原浩一	I、II、V
阿部 哲也	III-1
石附 敬	III-2、III-3
工藤 健一	IV

本調査研究は、特定非営利活動法人日本介護経学会倫理指針に則り実施された

目 次

- I 調査研究の目的と成果
 - I-1 本調査研究の目的
 - I-2 調査の方法と対象
 - I-3 認知症施策へのインプリケーション
- II 認知症スティグマ低減に効果のある学習ツール
 - II-1 認知症スティグマの低減に寄与する要因
 - II-2 共体験プログラムの評価基準と考え方
 - II-3 市民向け啓発講座テキスト
 - II-4 職員セルフラーニング・テキスト
 - II-5 スティグマ低減効果測定ツール
- III 学習による認知症スティグマ低減の効果分析
 - III-1 市民対象調査の結果分析
 - III-2 若手職員対象調査の結果分析
 - III-3 サービス提供責任者対象調査の結果分析
 - III-4 スティグマ低減効果を持つ要因
- IV 早期発見・初動介入の要因分析
- V 地域包括支援センターを調整弁とする認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアル
 - V-1 地域包括支援センターをワンストップの調整弁とすることの意義
 - V-2 標準マニュアル
- VI 調査研究実施委員のコメント

資料編

- 資料 1 「事前用・市民 認知症に関する学術調査へのご協力のお願い」
- 資料 2 「事後用・市民 認知症に関する学術調査へのご協力のお願い」
- 資料 3 「事前用・職員 認知症に関する学術調査へのご協力のお願い」
- 資料 4 「事後用・職員 認知症に関する学術調査へのご協力のお願い」
- 資料 5 「市民の方々向け 認知症早期発見・早期対応支援テキスト」
- 資料 6 「若手職員向け 若手職員支援力学習テキスト」
- 資料 7 職員調査単純集計結果
- 資料 8 市民調査単純集計結果
- 資料 9 「地域包括支援センター認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアル」

I 調査研究の目的と成果の要約

I-1 本調査研究の目的

I-1-1 調査研究の目的と構成

本調査研究の目的は、平成 27 年度に実施した「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」で開発された認知症スティグマ度改善ツール（アウトカム評価指標と改善促進スケール）を用いて、認知症の早期発見を妨げている心理・社会的要因の改善効果に焦点化した教育プログラムを、効果検証試験を伴う形で開発するとともに、早期発見を初期集中支援にスムーズに連続化させるためのケース・パスの手法を、地域包括支援センターをケートウェイとする標準マニュアルとして構築することにある。

そのため、調査研究の構成は次のようになっている。

(1) 教育プログラムの開発

認知症の早期発見の妨げとなっている認知症スティグマを低減するのに効果のある教育プログラムを開発する。昨年度実施した事業において、認知症スティグマ改善度をテストするアウトカム評価指標が作成されている。また、教育養成機関の外部における教育機会としては、2つの学習機会（「出前型市民講座」、「書籍・教材を通じた自己学習」）と、2つの学習方法（「認知症に関する基礎知識の習得」、「認知症の人との共活動体験」）が、スティグマ度低減に高い効果があることが確認されている。そこで、この学習機会と学習方法を有効に組み合わせて、短期間に低減効果を上げることのできる教育プログラムを開発する。

教育プログラムは、一般市民を対象にした啓発効果を有する学習テキストの開発、介護職員向けの実践的学習テキストの開発、テキストを用いた学習による認知症スティグマ低減効果をセルフチェックで測定する評価テストの開発、地域カフェなどにおいて認知症の人との共体験学習を効果的に推進するための実施要領の開発からなる。

(2) 早期発見を初期対応につなげる手続き実態の把握・分析

早期発見が、どのようなきっかけで、どのような機関で、どのような専門職が関わって行われているか、発見・診断後の初期対応へのスムーズな連続化にどのような改善すべき課題があるかについて、実態分析をすすめ、解明する。

手続き的課題としては、制度上の問題、制度の運用における問題、専門当事者間のネットワークの問題、情報共有における技術的問題、診断を実施した医師の初期対応の重要性と方法に関する認識のあり方など、多様で重層的な問題が含まれると推定されること

から、早期発見から初期対応への手続きに中心的に関与することになる地域包括支援センターへの聞き取り調査を通じて解明する。

(3) 早期発見を初期集中対応に連続化する手法と関係ステークホルダーの役割・情報運用・行動連携のモデル構築

1. および2. のプログラム開発と効果的活用手法の構築、ならびに3. の早期発見が行われた後のスムーズな初期集中対応への連続化に係る課題発見を踏まえて、早期発見から初期集中対応へと効果的に連続化させるための手法について、モデルとなる標準マニュアルを開発する。

I-1-2 調査仮説と開発方針

1. 教育プログラムを通じた認知症スティグマ低減測定テストの開発

昨年度の仮説検索的調査の結果を基に、今年度は認知症スティグマ度の低減を目的とする教育プログラムを設計し、効果に関する実証実験を実施する。実証実験調査の仮説は次のようになっている。

(1) スティグマ度低減測定項目と測定方法

認知症スティグマは、行動心理的に類型化すれば、認知症であることが社会的関係性の障害になるという価値判断に基づき、認知症である他者を公共空間から排除することを首肯する「排除」**exclusion**、認知症への当惑、忌避、嫌悪、不安などマイナスの審美的心象に基づき認知症の人と自身との関わりや関係性から遠ざかっていたいという「回避」**digressive belief**、それに、人としての保有能力への肯定的認識や人としての存在性への共感、隣人としての受容など、認知症であってもその人が保有する能動的可能性への肯定的認識を内在させる「受容」(**perception**)、から構成される。いずれも、認知症というマラベリングに基づく先入観やステレオタイプ認識を共通の基盤とする心理である。いずれも、人というものに関する所与の正常観が下敷きになっていて、正常観を倒置した観方で認知症ならびに認知症の人を認識する「倒置的な認知症観」**inversive perception of dementia**として表出するか、正常観を認知症の人についても変更しないで認識する「受容的な認知症観」**receptive perception of dementia**に区分される。

スティグマ度の測定という技術的観点から、「倒置」的因子(第1因子)を用いて「倒置度」を、「受容」的因子(第2因子)を用いて「非受容度」を測定すると、因子間の正相関が確認された。そこで、そのような因子群から、とくにスティグマ低減との相関性の高い21の項目を抽出し、学習の前後において、当該21項目にどのような改善が確認されるかをテストする評価スケールを構築した(資料1の「事前用・市民」の質問番号8.の①~⑳と資料2の「事後用・市民」の質問番号2.の①~㉑の比較、および、資料3の「事前用・職員」の質問番号11.の①~㉑と資料4の「事後用・職員」の質問番号2.の①~㉑の

比較を通じて、テキスト学習前後におけるスティグマ度の低減度と項目ごとの変化率の測定が可能となるように設計している。①～④の項目は、市民、市民共通である。

III の分析で示す通り、結果として、学習前後における改善が確認され、学習効果がポジティブであることが検証された。

(2) 客体的スティグマと主体的スティグマの低減の測定

認知症スティグマは、スティグマの対象により、認知症である他者に対するスティグマ（「客体的スティグマ」）と自分が認知症になることに対するスティグマ（「主体的スティグマ」）に分けることができる。昨年度実施の調査から、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、やや低くなることが証明されている。つまり、主体的スティグマと客体的スティグマは双方を同時に低減するような影響因子を探すことは不可能で、認知症の他者を受容できる人は、自分が認知症になることを恐れる傾向にあるし、他方で、認知症の他者を受容できない人は、自分が認知症になることに実感を持ちにくい。このことは、認知症介護を業務とする介護職員は、認知症の入所者をケアすることはできるが、自分が認知症になることへの強い忌避意識を有することや、認知症の家族と生活経験のある人々の主体的スティグマが高いことに現れていた。

自分が認知症になることを恐れるという主体的スティグマは、認知症になりたくないという心理と、仮に認知症の兆候が現れ始めたら、できるだけ早期に受診や相談の行動を起こすことへのレディネスの心理の両面を含んでいる。従って、事前に、認知症になることへの不安を解消し、認知症になってもこれまでの生活を継続することができるという確固とした理解を学んでおくことで、主体的スティグマの強さを早期発見の促進につなげることが可能になる。

このことから、認知症の早期発見を促し、初期集中支援に家族や知人の協力を得ていくためには、客体的スティグマを低減させるための学習刺激が重要でなる。また、認知症になる前の段階で客体的スティグマを低減させることで、自分自身に認知症の兆候が現れた時に、意識上は自分を客観的な観察者の立場に置くことを可能にすることで、自ら早期発見や予防の行動を起こすのを促すことができる。

そのような仮説にそって、テキスト学習に先立ち、主体的スティグマの水準を測定した上で、学習前後において客体的スティグマの低減度と項目ごとの低減率を測定し、主体的スティグマの水準と客体的スティグマの低減度・低減率の相関を確認することで、主体的スティグマの水準如何に関わらず学習刺激によって客体的スティグマが低減するということの検証を試みた。客体的スティグマの低減度・低減率の測定は、①の方法に拠った。

客体的スティグマの質問項目は①の通りである。主体的スティグマの質問項目は、資料1の「事前用・市民」の質問項目10.、資料3の「事前用・職員」の質問項目13.、資料2の「事後用・市民」の質問項目4.、資料4の「事後用・職員」の質問項目4. である。

III で示す通り、客体的スティグマの低減効果が立証された。

(3) 知識の獲得・矯正に伴うスティグマ低減効果の測定

昨年度の調査結果から、認知症スティグマに直接的に影響を与える因子として、認知症および認知症の人に対する「理解の仕方」や「理解の程度」が検出されている。認知症および認知症の人への理解度が高いほど、スティグマが低いことが確認されている。その場合の理解度とは、資料1の「事前用・市民」の7.、資料2の「事後用・市民」の1.、資料3の「事前用・職員」の10.、資料4の「事後用・職員」の1. にそれぞれ項目化されている①～⑩である。

この10項目は、認知症の原因疾患と症状、脳の構造と機能、記憶（短期・長期、手続き記憶）管理、認知機能障害、進行、処方に関する基礎的な知識から成る。知識カテゴリ区分としては、認知症の症状に関する知識と認知症の人の行動心理に関する知識からなる。知識の内容としては、早期発見の観点から、一般に誤解され易い知識（認知症になっても必ず記憶障害が起こるとは限らない、外傷や感染でも認知症になる、中核症状と周辺症状は異なり、周辺症状の現れ方は原因疾患や複合障害の状況や人間・社会関係など環境要因で左右される、中核症状は薬で治すことはできないが早期段階の服薬による症状の緩和や進行の抑制は可能である、手続き的記憶は比較的保たれる、など）に関するものと、一般に正しい知識が普及しているもの（先天的な疾患ではない、代表的には4つの原因疾患がある、認知症になっても喜怒哀楽は残る、初期には過去の記憶は残っている場合が多いなど）をランダムに混在させている。

学習テキストでは、これらの基礎知識を関連領域も含めて解説し、その結果、知識の改善がどの程度進むかを前後テストで測定する方法を導入している。

また、知識理解度に関する10項目に対応させて、知識は分かっているかどうかを確認するために、スティグマ度に関する①～⑩の項目に続けて、⑪～⑭の4項目を置いている。医療・介護包括型の支援体制の重要性、社会的要因・環境要因の重要性、家族理解や家族支援の重要性に関するスティグマ心理を測定する項目である。

III の分析が示す通り、一般に誤解され易い知識については改善が進み、一般に正しい知識が普及している知識については確認が進んだことが立証された。知識改善と客体的スティグマ低減との相関性も検定された。また、⑪～⑭の項目についても、知識理解が進んだことで、医療・介護包括型の支援体制の重要性、社会的・環境的要因の重要性、家族支援の重要性に関する認識が矯正され、スティグマ度の低減と同時に支援の視点や方法論に関する理解も深まるという相関性も確認された。

(4) 人間受容力とストレス耐性の関連性と変化測定

昨年度調査から、認知症スティグマに影響する関連因子として、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ことが判っている。他者や一般的な人間への観方や捉え方の傾向といった因子がその基礎にあり、認知症に対する観方にそれらが強く影響している可能性が推定される。

そこで、そのような個人特性を代理する指標として、人間受容力とストレス耐性に着目し、人間受容力が高い場合にはストレス耐性が強く、人間受容力が狭隘な場合にはストレス耐性が弱いという仮説の下に、学習に先だって、ストレス耐性のレベルと人間受容力のレベルを測定しておき、学習の結果、人間受容力にどのような変化が現れるのか、それが、ストレス耐性とどう相関しているかを測定することにする。

ストレス耐性の評価は、資料1の「事前用・市民」の質問項目5. および資料3の「事前用・職員」の質問項目8.、人間受容力の評価は、資料1の「事前用・市民」の質問項目9. および資料3の「事前用・職員」の質問項目12.、資料2の「事後用・市民」の質問項目3. および資料4の「事後用・職員」の質問項目9. である。

この調査項目は、そもそもストレス耐性の弱い人でも、認知症ならびに認知症の人への理解を深め、認知症早期発見に主体的・積極的に行動できるように刺激することで、人間受容力の向上に影響し、排除や回避といった否定的なスティグマ心理を希薄化する効果を持つのではないかという仮説に基づいている。

IIIの分析が示す通り、人間受容力、ストレス耐性、認知症スティグマの間には、特に客体的スティグマの低減で強い相関性と学習効果が確認され、従って、認知症に関する正しい知識との間にも4要因の相関が成り立つことが実証された。

2. 学習プログラムの開発

(1) 学習テキストの内容への反映

以上の、客体的スティグマの低減、基礎的な知識理解の増進、人間受容力の向上に影響を与える知的刺激を組込んだ学習テキストを開発した。スティグマ度を低減させるための操作的刺激であることから、テキストは、市民向けは4部構成、職員向けは3部構成としている（資料5「市民の方々向け人死傷早期発見・早期対応支援テキスト 他人事じゃないよね、認知症って！ あなたのもう一歩をもっと自分らしくありたい私のために」および資料6の「認知症若手職員向け学習テキスト 認知症ケアの実力アップ！ あなたの成長を、もっと自分らしくありたい私のために」）。

第1部（「1. 認知症、なぜ、これが正しい！ これどこが間違い？」では、認知症に関する最も基礎的な知識ならびに市民生活において誤って理解されがちな知識の10項目を取り上げている。早期発見を促し易くするために、アメリカ精神医学会のDSM-5の考え方を採用し、「認知症」という呼び方が脳の器質性疾患の総称である「神経認知障害」に改められており、診断基準も6つの認知ドメインのいずれか1つでも認知機能障害が現れれば神経認知障害と診断されるという簡易な手続きについての考え方を説明に入れてある。第2部（市民向けテキストの「2. 認知症の方って、自分ができるのかな？」、職員向けテキス

ト「2. あなたのプロとしての観方をトレーニングしましょう!」)では、認知症になって
も本人は自分の変化を分かっており、行動や関係の維持に心理的不安や理解してもらえな
いことへの焦燥感を抱いているという認知症の人の目線に立った情報を入れている。その
上で、認知症の人に対する否定、抑制、叱責といったネガティブな言動が、本人の心理社
会的行動に及ぼす否定的な影響を理解させる内容へと展開している。第1部および第2部
の刺激情報は、基礎的理解や当事者意識の刺激であることから、市民向けテキストと職員
向けテキストに共通の内容としている。

職員向けテキストの第3部(「3. 介護はサービスです! サービスとは何か、しっかり
理解しましょう」)では、サービスの一般理論、介護サービスの特徴、介護の専門性、介護
サービスの品質と価値観、パーソン・センタード・ケア **person centred care(PCC)**の考え
方の本質に関する理解を簡潔に刺激する内容に構成している。わが国の認知症介護実践に
おいては、PCCは認知症ケアマッピング(DCM)に重点を置いて活用されているが、本テ
キストでは、ブラッドフォード大学の研究チームのオリジナルなPCCの本質理解に準拠し
た内容を採用している。

これに対し、市民向けテキストにおいては、早期発見の必要性や考え方を日常生活にお
いて具体的な行動へと展開させるための心理的刺激を第3部から第5部に別けて組み込ん
でいる。第3部(「3. 誰でもみんな支えられていますよね 認知症の人もそうですよ」で
は、我々の研究チームが「かも知れない症状」と呼んでいる兆候を確認したら、すぐに専
門機関に相談するという早期発見の初動についての意識づけが組み込まれている。とくに、
同居家族や近隣親族の視点から捉えやすい「かも知れない兆候」をリスト化している。第4
部(「4. 認知症のことなら何でも! 地域包括支援センターにつなぎましょう!」)では、
認知症の早期発見・初期集中支援のゲートウェイを地域包括支援センターにワンストップ
化すべきという本研究チームとしての見解に沿って、早期発見・初期集中支援に係る情報
は、地域のあらゆるルートから地域包括支援センターに集約されるよう方向づけする内容
となっている。第5部(「5. もし、あなたなら、どうされますか?」)は、主体的スティ
グマ **self-stigma** に関する昨年度の調査結果を引用しながら、「認知症がもし自分の問題で
あったら」という想定の下に、誰に助けを求めるかという設定で、行動の意識づけを刺激
している。

(2) 共活動体験の指針

昨年度調査から、地域出前型講座、セルフラーニングと並んで、認知症スティグマ低減
効果が高いことが実証された認知症の方々との共活動体験について、ケア現場において効
果が高いと評価されている共活動体験プログラムに共通する要素を分析する。その結果を
踏まえて、共活動プログラムの開発の指針を策定した。

地域包括支援センターを対象とする早期発見事例の聞き取りの中で、地域カフェを運営し
ているセンターについてカフェ経由で早期発見につながった事例を聞きとったところ、共

活動体験の効果は、参加の任意性や関わり方の主体性の度合いと、共活動プログラムの実施方法が指導的・利益授受的ではないという要素に左右されるという事実が判明した。このことから、地域カフェにおける参与観察調査と共活動体験者への聞き取りにおいては、参加が任意であるかどうか、カフェへの関わり方が利用者や運営参加者の主体的な判断に基づいているか、共活動プログラムの内容と実施方法が指導・教育的なものか、あるいは共創共作なものであるか、といった視点に沿って聞き取りを実施することとした。共活動体験を経てカフェの運営にコミットメントしている方々に、自らの関わり方・役割感がどのように展開してきたのか経験則を聞き取りしている。その情報を一般則として指針化した。

なお、共活動空間は、介護保険の予防事業に捕捉される前段階の、いわゆる「空白の初期」とよばれる段階の取組みが効果的であることが分かっていることから*、今年度調査では、この段階における地域活動を対象にしている。

*この点については、平成 28 年度の老人保健健康推進等事業で取組まれた調査研究成果を集約した小笠原浩一「地域生活支援サービスの開発を通じた介護事業イノベーション」一般社団法人全国介護事業者協議会『地域を支える介護事業者とは』（平成 29 年 2 月）所収を参照願いたい。

（3）教育プログラムの構成

教育プログラムは、共活動プログラムと学習テキストを用いたラーニング・プログラムとから構成されている。

1 つは、共活動体験学習である。とくに、介護保険サービスにつながる前の「空白の初期」段階において地域で取組まれる活動は、認知症の初期兆候を有する方々を地域の一人として迎え入れ、普通の日常生活の継続をお互いの交流で支え合うものが多い。地域サロンや地域カフェ、食事会などの地域活動のフィールドで行われる共活動を通じて、メディア加工された情報や検索的に知識に入ってくる認知症についての情報のレベルを超えて、具体的な経験的知識を体得することになる。認知症の人の生活の実像を理解・受容することは、認知症の初期兆候や認知症になって生きるということについての理解を促進する。認知症ということへの知的リスクを低減することで、自らの関わりという役割感や行動についての安心感を身につけることができる。

2 つめは、行政により計画的に実施される地域講座や全国一律のテキストを用いた学習ではなく、地域における独創的で地域個性の活かされた学習機会を開発することである。現在のところ、認知症に関する講座・研修会は保険者からの委託に基づき計画的に実施されるのが一般的である。認知症サポーター養成講座の開催も行政からの講座内容についての認証と委託が必要である。委託の成果は、参加者数など数値的な結果として報告されるのが一般的である。

認知症の早期発見・初期集中支援の促進が国民的課題になっている中、地域において、日常的な早期発見を促すためには、介護事業者や地域住民組織による一般市民向けの地域出前型講座の機会や大学・専門研究機関の主催する地域貢献型の学習機会などを、様々な

形で創造的に拡充していく必要がある。本調査研究で開発する学習テキストの内容は、認知症に関する知識習得に留めずに、地域社会における人間受容力や主体的行動力といった認知症早期発見に具体的に接続している人間特性の一般論を重視した内容に編成されている。

3つめに、学習テキストは異なる学習方法で用いることができるよう工夫されている。座学講座用としても、セルフラーニング用としても、ワークショップ形式の読み合わせ検討会用としても、使えるものとした。このため、内容は、コンパクトで、冒頭から終頁までストーリー性のあるものとし、自らの問題として主体的な行動レディネスを刺激する内容に工夫されている。

1-1-3 地域包括支援センター認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアルの開発

地域包括支援センターは、介護保険法上の必置機関として、地域住民や家族に対する予防的支援と介護サービスの入り口の調整機関としての役割を担っている。しかし、実際の役割はこれに留まらない。地域ネットワークの組織化、地域啓発事業の実施、多様な形でのケアマネジメント支援、地域ケア会議の運営の中心機能、養護者支援や虐待・被害防止など高齢者介護関連に限定しても多様な機能を担っている。高齢者介護とともに、実体的には、高齢者介護以外の福祉問題や家族・家庭支援など、かつての基幹型在宅介護支援センターに類似の広範な相談支援の役割を担っている。介護保険法上の機関ではあるが、地域の介護福祉領域における総合的な情報センターとして役割を現実に果たしていると言ってよい。

地域包括支援センターは、認知症対応に限定しても、本人や家族からの相談の窓口である他に、民生委員、医療機関、介護事業所、消防、警察、地域商工業者や金融機関から連絡のあるケースについての対応や、行政経由でのケースの受け入れなど、地域内に多様な情報ネットワークを保有しているし、地域カフェや各種啓発事業の運営を通じて地域内の認知症高齢者・家族に関する情報が集まり易い。地域包括支援センターとして、普段から、民生委員の月例会や公民館の行事等に顔出ししたり、事業所における認知症サポーター養成講座開催などを通じて、地域の主だった民間組織や行政機関とのつながりを開拓してきている。

認知症早期発見・初期集中支援で重要なことは、初動から連続的なチーム支援の流れを組織していくことである。そのためには、介護保険サービスのゲートオープナーであり、地域の情報センターでもある地域包括支援センターの、ワンストップのコーディネート機能を強化し、「認知症のことなら何でも地域包括支援センターへ」の仕組みを構築することが不可欠である。地域包括支援センターは、情報の一元的処理の点でも、サービス資源の迅速で効果的な調整運用の点でも、ネットワーク・システムを中心として優れた位置づけと機能を有している。

そこで、地域包括支援センターへの好事例の聞き取りから得られた早期発見から初動集中

支援への展開に関する経験則を、標準マニュアルとして体系的に整備することとした。

もちろん、地域包括支援センターには、行政直営と委託運営の違いで機能に大きな違いが観られるし、委託の場合では、受託主体や委受託の内容、行政の関与の方法や行政主導の度合いなどにより、センターの業務範囲や業務裁量に相当の差がある。加えて、人員配置の考え方や配置される職員の実力など受託主体の人事管理上の方針がセンター業務のあり方に大きく影響する。従って、地域包括支援センターをワンストップのゲートウェイとする構想の前提には、地域包括支援センターの業務改善とそれを支援する制度改革を見通しておく必要がある。地域包括支援センターの機構・機能改革については、別途の検討課題となるが、その検討に際しても、認知症早期発見・初期集中支援におけるコーディネーターとしての役割を踏まえたものにする必要がある。

1-2 調査の対象と方法

一連の調査において、調査対象選定の考え方と調査方法は次のようになっている。

1-2-1 早期発見・初期集中支援の事例の聞き取り調査

早期発見・初期集中支援といっても、その実態について、学術的手法を用いて具に調査されたことがない。たとえば、早期発見の「早期」とは実務ではどのように捉えるのか、「発見」とは「初動」を意味するが、発見後の「初動」にはどのような内容が含まれるのか、「初動」とは初期集中支援を段取りすることだが、その実務上の中身はどのようなになっているのか、早期発見から初動まで、初動から集中支援の組織化まで、順調に連続化できないことがあるとしたら、どのような手続きに課題があるのか等々、実務の実態に関する深掘りの調査が必要である。そうした実態解明を通じて、はじめて、スティグマ心理が現実に早期発見の妨げとして起動する関係・環境構造が理解できるし、医療中心の認知症対策のあり方や認知症集中支援チームのマネジメント体制が抱える課題を点検し、改善への見通しを探ることができる。

そのような調査論点を構えて事例の聞き取りを実施する対象としては、地域包括支援センターに最も良質な情報が集積されていると考えられる。認知症の人やその家族の生活問題を早期発見する耳目は地域社会のなかに多様に存在する。発見されたケースの初動は、経路は複線に存在するとしても、最終的には、予防支援や介護保険サービスにつなぐ段階で必ず地域包括支援センターに入ってくる。初期集中支援の全体の動きや調整過程の情報もすべて地域包括支援センターでモニタリング可能な仕組みになっている。

ところが、地域包括支援センターの受託事業者の運営方針や職員の業務裁量・職務能力のあり方などによって、地域包括支援センターの制度システム上の可能性が十分に発揮できていないことがある。地域包括支援センターの業務実績の評価も取扱件数など数値化されてしまっていることが多く、認知症早期発見・初期集中支援を円滑に進めるにあたって

の地域包括支援センターの実質的な力量は数字に隠されてしまっていることも推測される。そこで、昨年度実施した認知症介護職員への聞き取り調査のデータの中から地域包括支援センター職員から得られた言説情報を基に、「早期」の考え方、「初動」方針、集中支援の組織化と関係方面へのコーディネート力、ケースモニタリングの体制と力量など、ストーリー性を有する流れとしてマネジメントができていていると思われる3法人を特定し、合計5カ所の地域包括支援センターについて、構造化された対面聞き取り事例調査を実施した。

調査は、各地域包括支援センターの主任ケアマネジャーに、事前に送付した構造化質問項目に沿って、該当するケースを取り上げ、1人1時間を限度に、項目順に回答を得る方式で進められた。事例の中のプライバシー特定情報や守秘性の求められる情報を事前に排除することを求めた上で、大学で認知症関連の講義を担当する調査者が2名一組となり、手元入力で守秘性の高い情報をスクリーニング排除しながら、実施した。33ケースのデータが取得できた。

事例の選択基準は、地域包括支援センターにケースが持ち込まれ、訪問調査が実施され、初動方針がたてられ、介入が開始された事例とした。発見から初動、集中支援へと動いたケースが18件、介入を開始したものの集中支援にまで進めなかったケースが15件であった。後者のケースには、本人拒否が強く、介入そのものが方針通り進まなかったケース12件と、介入開始後に入院や転居などで中断したケース3件が含まれている。好事例の分析は、一般化可能な経験則を析出する観点で行われ、他方、課題の残った事例の分析は、初動から集中支援への連続的移行の過程で一般的に障壁となり得る要因を解析という視点で進められた。

1-2-2 学習テキストを用いた座学講座とスティグマ度低減の計測

学習テキストは、上記の通り、座学講習用にも、セルフラーニング用にも使えるよう設計されている。実証実験は、勤務時間の制約などのある介護職員には、セルフラーニングの方法で、一般市民向けには、夜間の公開講座の方法で、実施された。

そのうち、市民向け公開講座は、調査協力法人である3つの社会福祉法人が主体となって、日本介護経営学会の平成28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）事業の一環の実証実験講座であることを事前に周知した上で実施した。集客方法には、各法人の環境・条件が働くことから、各法人が最も効果的と判断する方法で広報・募集を行った。

実施内容は、3カ所共に同一テキストを使用し、同一の講師が、60分の講義を行う形式とし、その前後に、スティグマ度計測のテストを実施した。学習前テストと学習後テストの調査票を同封した封筒を配布し、前テストに回答後、封筒に封入してもらい、後テストの際に前テストの回答内容が確認できないように制限をかけた。

調査対象は、広報に応じて申し込みした地域住民とし、地域の範囲は各市の範囲とした。年齢層や男女比の条件制約は公開講座の性質上、特に付さなかった。

I-2-3 学習テキストを用いたセルフラーニングとスティグマ度低減の計測

職員については、前後テストとセルフラーニングのテキストを同封した封筒を、3つの社会福祉法人の調査実施担当者（本調査研究実施委員会委員）がリストアップした職員に配布し、一定期間内に、先ず、前テストに回答して封入し、セルフラーニングに取り組み、その後、後テストに回答して封入し、1名1封筒を返却・回収する方法を用いた。前テストへの回答内容を事後的に修正することができない方法になっている。

対象となる職員の選定条件は、当該法人の職員として入職して3年未満のものとし、前職での経験は問わないこととした。便宜的に「若手職員」と括っている。実際には、他法人等での職務経験の長い職員も含まれている（最長、経験16年）が、平均の経験年数としては3.1年で、平均年齢も31.8歳であった。当該法人への入職からの経験年数を3年未満として括ることが、介護の仕事での経験年数を3年程度として括ることと平仄が合っている。

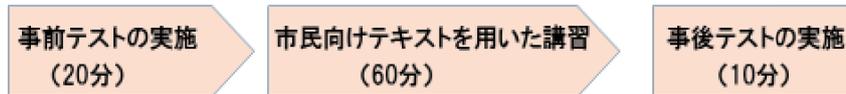
なお、同一テキストを用いて、セルフラーニングによるスティグマ低減効果と座学研修によるスティグマ低減効果の異なるし差異を測定するために、1つの法人のサービス提供責任者全員を対象に、ベンチマーク・データとして、座学研修による低減測定を実施した。対象となったサービス提供責任者の介護経験年数は14.4年で、平均年齢は50.1歳であった。従って、サービス提供責任者の場合には、認知症ならびに認知症介護に関し比較的古い知識を保有している可能性があり、若手職員の場合には、認知症ならびに認知症介護について、理論的知識や経験的知識の習得途上にあると見做してよい。

この対称的な2群の調査データを比較することで、仮に、双方に同一傾向のスティグマ低減効果が現れれば、学習テキストの効果の普遍性が検証され、サービス提供責任者に比べ若手職員の方により強く低減効果が現れれば、学習テキストは知識・技能習得途上にある職員層に対し特に効果を持つことになり、逆に、サービス提供責任者の方により強く低減効果が現れれば、学習テキストは知識の更新に効果的であることになる。

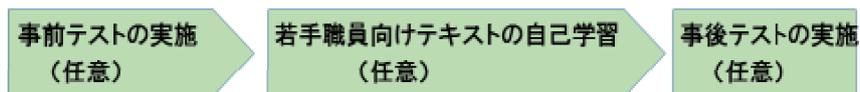
学習プログラムの実施手順は次の図I-2-1の通りである。

図 1-2-1 学習プログラムの実証実験手順

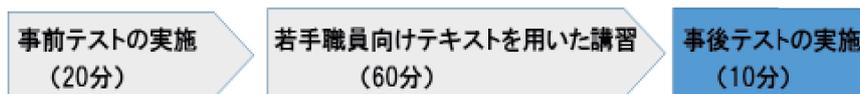
市民・住民向けプログラム（括弧内は所要時間の目安）



若手職員向け（括弧内は所要時間の目安）



サービス提供責任者向け（括弧内は所要時間の目安）



1-2-4 共活動体験調査

認知症の人との共活動の体験には実に様々な形が存在する。共活動が認知症に対するスティグマ低減効果を持つということは、認知症という事象の不可解さや認知症の人への違和感といった心理的環境を、対人的コミットメントが縮減する作用を果たしていることを意味する。認知症問題の背後には、人間受容や共感といった抽象的原理へのリスクが潜んでいるが、共活動体験がスティグマ低減効果を有するということは、対人的コミットメントを通じて得られる他者への人格的な信頼を通じて、抽象的原理の正しさを実体験できていることを意味する。

そのような効果を有する共体験活動には、いくつかの環境設定における条件が必要である。それは、①共活動空間の設計が開放的であること。これには、活動の登録要件、場所や施設、利用要件、地域的範囲、事業者の関与形態などが関わる。②関わりのきっかけが選択縁に基づくこと。匿名型・一般公募型のボランティア活動ではなく、何らかの基準に従って選択された縁で結ばれた勧誘型の参加であること。つまり、共活動の開始段階で、「匿名のリスク」や「未知の壁」が存在しないこと。③継続性と展開性があること。一回限りや回数が限定された共活動では、当事者の自発的な継続や継続の中での創造的な内容展開を導き難い。④言動が独占的・排他的でないこと。地域の慣習性や、住民としての同僚性が尊重されていて、支援する側と受援の側という 2 項的關係において交わされる言動ではないこと。

このような仮定条件に適合的な空間の典型は、サロン／カフェ／地域の居場所であるが、その際、介護報酬の対象となるサービスであるか、「空白の初期」を埋めるための任意の地

域活動であるかは、大きな制約要因とはならないと考えられるものの、①ならびに④の条件の充足という点では、制度事業よりも任意事業の方が、対象として相応しい。

II 認知症スティグマ低減に効果のある学習ツール

II-1 共活動プログラムの評価基準と考え方

II-1-1 調査事例

認知所の方々との共活動体験がスティグマの低減に効果的であるという昨年度の大量観察調査結果を基に、データの母集団の中から、とくに効果のあるプログラムを実施していることが推定される 2 か所の認知症カフェを対象に、参与観察ならびに聞き取り調査を実施した。

1 か所は、米子市内の在来住民の多く居住する農村地域に、介護保険サービス事業で運営される認知症デイサービス事業所ならびに地域包括支援センターに隣接して開設されている地域カフェである。設置主体は社会福祉法人、運営は地域包括支援センターであり、運営スタッフは、共活動体験から育った地域住民の有志グループである。開設のきっかけは、介護サービスの利用者が遺産として残した家屋が当該社会福祉法人に寄贈されたことにある。地域の中心部にある広大な家屋で、家主の生前から地域の集まりの場となっていたといわれる開放的な雰囲気の特徴がある。家屋の造作を活用して、半分をデイサービス事業と地域包括支援センターとして使用し、廊下でつながった他の半分のスペース（和洋室 2 間にキッチン、トイレ付き）を地域カフェに開放している。造作の便あって、認知症デイサービスの利用者がカフェと往来できるようになっている。

認知症の有無に関わりなく、地域住民に他に、他地域から参加する住民も加えて、みんなのたまり場空間となるよう工夫されていて、高齢者に限らずすべての地域住民に開放されている。利用時間は自由で、昼食・茶菓が持ち寄りも含めて提供され、自己負担は茶代の 1 日 100 円となっている。社会福祉法人の地域貢献、持出し事業である。

もう 1 か所は糸島市の漁港集落に開設されている地域カフェである。設置主体は社会福祉法人、運営は社会福祉法人の地域包括ケア推進室と居宅介護事業所であり、運営スタッフは、共活動体験から育った地域住民の有志グループである。介護サービスの利用者が遺産として残した、集落の中心部にある大型の旧家の活用が当該社会福祉法人に委任されたことをきっかけに開設された。2 間突き抜けの座敷と台所・流しが通しになった広い空間を有する。

1 か所目のケースと同様に、認知症の有無に関わりなく地域住民に他の地域から参加する住民も加えて、地域のたまり場の空間となるよう工夫されていて、利用時間は日中午後であれば自由、高齢者に限らず参加することができ、茶菓が持ち寄りも含めて提供され、自己負担は茶代の 1 日 100 円となっている。社会福祉法人の地域貢献、持出し事業である。

II-1-2 調査における観察・評価基準

1. 観察における評価基準

I-2の④で述べた調査対象の選定条件はそのまま観察における評価基準に当てはまる。加えて、カフェ運営スタッフの非言語的な姿勢にも着目している。

- ・空間設計の閉鎖性、開放性

利用者登録の有無、登録条件の制約度、立地場所・設置施設の環境、利用要件の制約度、利用者の地域範囲の決まり、事業者およびスタッフの関与形態、

- ・運営スタッフになるにあたり入り口となった共体験関わりのきっかけ

運営主体からの呼びかけ、勧誘の有無

- ・継続と展開

共体験活動の継続性、活動内容の展開

- ・言動

運営スタッフの利用者との関係が、言動面から観察して、同じ地域住民として同僚的であるか、言葉遣いや所作に地域の慣習性が感じられるか

- ・非言語的姿勢

快活であるか、観察的であるか、支援的であるか、スタッフ間の、あるいはスタッフと利用者との間の役割分掌、安全への配慮

2. 運営スタッフへの関わりにおける評価基準

- ・自発的貢献

ボランティア意識のあり方・・・他者への共感・貢献の意識か、責任感・役割感か、自己充足や甲斐の意識、つながりや互助の意識のあり方

- ・共生的受容・・・「共にいる」、「学ぶ」の意識

- ・当事者意識・・・地域課題に地域の一員として向き合う意識

II-1-3 効果的な共活動の考え方

1. 調査方法

認知症の人との共活動体験が、認知症スティグマの低減に有意に影響する因子であることは量的調査から確認できるが、共活動を体験した人の全員が必ず認知症スティグマ度の低減につながっているということを計量データから実証するのは難しい。また、共活動体験を通じてスティグマが低減した人が全員、必ず、認知症早期発見に貢献するような行動につながっていることを実証するのも、同様に難しい。従って、効果的な共活動の考え方を導き出すには、共活動を体験し、その後、地域カフェの運営スタッフとなり、認知症の方々と一緒になってカフェ運営に尽力し、さらに、認知症の診断を受けていないカフェ利用者の言動変化を把握して早期発見につなげた経験を有する方々を対象とする質的調査を実施し、一般則を推定していく方法を採用することになる。この方法では、対象者の個人的属

性の分析とともに、個人的属性をポジティブに発揮させるようなカフェ空間の設計や運営の仕組みといった環境条件との相関性に関わる分析も必要になる。

学術研究としては、これ自体が大きな独立のテーマになることから、今年度の調査においては、個人への聞き取りは、類型の特徴が同一と判断される 2 名に留めた。類型の特徴が同一とは、人間受容や他者との交流にポジティブな属性を有する運営スタッフで、共活動体験を経て認知症サポーター養成講座などの知識学習を修了しており、認知症早期発見の基となる日常生活行動における変化の兆候の把握にも優れている方とした。

そうした方を地域から発見し、育成し、スタッフとして担い手になってもらうにあたって、カフェの運営主体の側が配慮した環境条件のあり方について、運営の責任者や運営に関わる介護職員から聞き取りを行った。一般則として展開できる事実について、参与観察結果と突合して一定の推定を加えるという方法を採用した。

2. 効果的な共活動の考え方

(1) 空間設計の条件

先の評価基準の項目に沿って、効果的な共活動の空間を創出するための条件として、次のような共通する要素が抽出できる。

利用空間の設計が開放的である。利用者は都度の参加であり、当日の参加者名簿に記名することに留めている。事前の登録や利用条件の限定を付していない。利用者の居住地域についても、地元居住者が必然的に多数にはなるものの、利用している知人の照会や誘いにより地元地域の外から参加することを排除しない。カフェ内での行動の規制がない。事業者が管理規則のような堅いルールを押し付けていない。

共活動への関わりのきっかけは、社会福祉法人のカフェ運営責任者からの声掛けの誘いである。カフェ運営責任者は、地域包括支援センターのベテラン職員あるいは居宅介護事業所のベテランのケアマネジャーであり、地域との関わりを広く長く持っており、地域内の潜在人材についても知悉している。その潜在人材の中から、広い意味で人のケアに関連する仕事の経験や民生委員の経験があり、子育てを終えたシニア世代（50 代後半～60 代）で、地域活動に積極的であるが先頭に立ちたがるようなタイプではなく、地域内も含め社会的な人のつながりを豊かに持っている、といった共通の個人的属性が確認できる。法人職員との個人的信頼が、共活動やカフェに関わることのリスク感を払拭する基礎となっている点でも共通している。

活動の継続性は、段階的な展開を準備することで担保されている。先ず共活動体験から入り、つぎに認知症サポーター養成講座の受講につなぎ、カフェにボランティア的に関与してもらい、その間、仲間を誘う機会を作り、そして運営スタッフとして、最終的には、運営全般を任せるといった順路が観られる。目標を徐々に高めることで、自律的な自己決定のフローを環境づける手法である。他律的にやってもらう、参加してもらうといった奉仕型ボランティアを排除する論理が働いている。

言動については、指示を出したり、依頼をしたり、ルールを語ったり、介護の専門用語を用いたりといった、運営主体の職員側からの「言説の支配」となるようなものは一切排除されている。

非言語的姿勢では、共通して、カフェ全体の空気感が明るく快活である。運営スタッフが観察的な姿勢を保持しつつも「共に」を意識していて、介護サービスに一般的な「支援する側とされる側」の分離が観られない。役割の分掌を意識して排除し、普通に自宅で家族と生活をするような流れができています。例えば、食事の準備、果物の皮むき、お茶入れ、コーヒーの食卓への運び出しなど、生活行為において、運営スタッフと利用者との役割の分離が観られない。安全への配慮も、訓示的な掲示物や現場での指示・助言といったことは一切見られず、運営スタッフ間の連携やお互いの動きの予測を通じてリスクの低減や防止に効果を持たせている。このような非言語的な共鳴構造の解析は、一般に介護サービスにおけるリスクマネジメント手法のイノベーションに関わらせながら、それとして取り組むべき研究課題であるが、観察的に、このような現象が確認できることは共体験の効果ある環境条件を考える上で、重要な要因となる。

(2) 判断基準と活動テーマ領域

共活動のプログラムの有効性を判断する際に、3つの基準が共通して確認できる。第1は、特技、持っているものに着目することである。利用者の特技・能力に着目すると同時に、運営スタッフの特技も活かせる領域にプログラムを設定している。特技、持っているものは、手続き的記憶の領域に入ることから、どのような手続き的記憶が残されているかは、アセスメント時に、利用者その人の生活暦や職業歴、社会や家庭での役割などを聞き出しておくことになる。

第2は、一緒に取り組むという役割感を組込んでいる。プログラムに「参加させる」ではなく、一緒に楽しむ中で、工夫や教え・学ぶという役割感を自然に醸成している。

第3に、笑顔（安心感の表現）・張合い・予防効果の要素が確認される。とくに、笑顔は雑談を通じて引き出されているように観察される。

このような基準に適合する共活動のテーマ領域は豊富に存在する。クラフト創作分野、調理分野、習い事（裁縫、茶道、書道、華道、編み物など）分野、家事分野、回想法（とくに、地域や時代の共通の話題を基にした）、季節の行事、お楽しみイベントなど、協働で取組み、それぞれの特技や自身の役割感・有用感を組込んだプログラムとなるよう工夫されている。

3. 共体験の成功しているカフェ運営の評価ポイント

認知症スティグマの低減とサポート人材の発掘・育成に効果のあるカフェに共通した運営上のポイントは次のようになっている。

・「認知症」の看板を掲げない。名称には、地域名のひらがな表記や安心感のある意味あい

持った方言を用いている。「カフェ」の看板も掲げない。日常の中にある居場所の空気感を工夫している。

- ・法人・事業所の職員が取り仕切らない。あくまでも主人公は地域住民であり、協働の力を発揮できる空間のアレンジメントが工夫されている。
- ・行政頼みや専門事業者への依頼ではなく、地域でできることは自分たち自身で行動するという意識を引き出している。
- ・共活動や運営参加の時間が比較的短時間である。午前中だけ、午後だけ、昼食を食べに来るだけといった形である。時間的拘束の要素がない。運営スタッフも、2－3時間で交替している。
- ・利用者も、運営スタッフも、都度の参加が任意で、拘束性がない。都合のつくメンバー、来たい人が集う空間になっている。
- ・役割の上下、指示された分担、支援・受援の分離などが観られない。人的な関係が、すべて同僚的で、共生的である。
- ・地域の居場所空間が、普段は挨拶程度の付き合いでも、カフェではゆっくりコミュニケーションや理解を深めることができるような場になっている。
- ・雑談の楽しさがある。雑談は、地域や生活に関する共有された了解情報を基にしており、感情の豊かさを素直に表現でき、コミュニケーションを肯定的に促進する効果（逆に、否定的な感情や言語を組み入れない効果）がある。率直な会話が交わされる条件として、相互信頼がある。
- ・そうした信頼と協調的言動によって、安全が担保されている。
- ・利用に係る金銭負担がほとんど無料に近い。

4. 一般則への展開

共活動を効果的なものに導いている諸要因は、「信頼」研究の成果*を踏まえて一般則に展開することができる。

- * 本報告書では、山口俊男『信頼の構造：こころと社会の進化ゲーム』と経大学出版会、1998年；水野将樹「心理学研究における「信頼」概念についての展望」『東京大学大学院教育学研究科紀要』第43巻、2003年、pp. 185－195；石川博康『「信頼」に関する学際的研究の動向』COE ソフトロー・ディスカッション・ペーパー・シリーズ（COESOFTLAW－2004－8、東京大学法学部）2004年 <http://www.j.u-tokyo.ac.jp/coelaw/COESOFTLAW-2004-8.pdf> 2017年1月19日検索を参照している。

認知症に対するスティグマは、先入観、偏見、審美的嫌悪、排除、回避、同情など、認知症という事象の不可解さや複雑さという知的リスクに根差している。共活動は、認知症の他者との協働的関わりのなかで、相手の辿ってきた人生に接触し、人格やプライドを感受することで、知的リスクの低減・解消を導く機会となっている。個別的・対面的なコミ

ットメントが自己にもたらす知的成長の学習効果についてポジティブな確信を形成させる機会にもなっている。地域の中では、挨拶程度に留まっていた相手に、カフェでは個別のコミュニケーションが取れるとか、回想法でお互いに共感・共鳴するといった聞き取り調査で得られた証言は、このことを物語っている。

また、認知症が社会問題化する背景には、人への愛情や自身の人間的誠実さといった抽象的原理の揺らぎ問題が潜んでいるが、共体験は、個別的・対面的コミットメントを通じて形成される人格的信頼に基づき、こうした抽象的原理の規範的な正しさを実体験する機会にもなっている。この段階での信頼は、個別の関係性に基づく主観的のレベルであるが、カフェに時間経過とともに集積する数多の個別の関係の総体がシステム化することで、カフェというシステムそのものへの客観的・一般的な信頼やカフェでの認知症の方々との出会いというシステム化された関係性への信頼が醸成されることになる。この客観的なシステムへの信頼により、共活動から学習した方々は、自らもカフェ運営に参加したいという主体的な役割感や自己学習的な充足感という自身への信頼を形成していくことになる。

共活動体験者は、個別的・対面的なコミットメントを通じて醸成される人格的信頼とその先のシステムへの信頼を学習することで、認知症の人へのサポートという、かつてはリスクの高い行為と認識していた行為を、人間的な互酬行為と認識するようになる。それは、継続する時間枠の中で信頼性を維持しようとする欲求へと展開していく。

従って、共活動をスティグマ低減の学習機会として効果的なものにするための条件は、①個別的・対面的な相互行為において活動体験者に信頼形成の学習利益が生み出されるような環境を準備すること、および、②相互行為が継続性を持って展開していくこと、の2点であるということができよう。

II-2 学習テキストの設計

II-2-1 市民向けテキスト

共活動体験を有する地域住民は、さらに認知症の学習へと進むことになる。体験的知識を理論的知識へと展開させるためである。また、地域においては、市民が認知症を学ぶ機会として座学学習の機会が様々にあり、今後も、機会を拡大することが認知症早期発見施策の重要な一環として求められている。

共活動体験者の場合には、認知症そのものの理解よりも、早期発見の「早期」の捉え方、早期段階での兆候の理解、具体的な「発見」行動とその後の手続きといった、行動化するための知識の学習が中心になる。

一方、地域住民向けの座学学習について、昨年度の調査研究において、地域出前型の、小規模な学習の場が効果的であることが判っている。また、既存の認知症サポーター養成講座で取り扱われていない人間理解、人間受容、ストレス・コーピングと言った、認知症理解以前の人間特性に関する知識領域が重要であることが示唆されている。加えて、共活動体験者と同じく、行動化するための学習も組み込む必要がある。

本研究で開発された市民向け学習テキスト（資料5参照）は、そのような考え方を受けて、次のような体系上の特徴を有している。

- ◆ 認知症の早期発見・初期集中支援の促進に向け、市民意識を啓発することに中心の狙いがあり、認知症に関する一般的な知識を豊富にすることを意図するものではない。
- ◆ 知識を得たら行動に移すことを具体的に担保するための、行動手順、行動手続きに関する情報を中心に組み立てている。
- ◆ 能動的に行動することを担保するために、認知症の人の心の状態を理解し、しかも、もし自分のことであつたらという観点で捉えられるよう、視点の形成に配慮している。

そのため、認知症の理解については、原因疾患や症状に関する一般的な解説ではなく、手続き的記憶や喜怒哀楽の存続、記憶障害を伴わない認知症状、事故・感染による認知症の可能性、BPSDの現れ方を左右する環境・関係要因の重要性、症状を本人の視点で捉えることの重要性などを強調する内容に構成されている。

最大の特徴は、早期発見情報を地域包括支援センターに集中的につなぐモデルを組んでいることである。早期発見が重要であるといっても、一般市民には、早期発見情報をどこに繋げば良いのか判断がつかない。家族やかかりつけ医による兆候の見逃しや誤判断の可能性を明確にし、自分で判断せずに、専門機関である地域包括支援センターに情報を一元的に繋いでいく社会行動モデルを理解してもらうよう、構成されている。

地域包括支援センターを早期発見から初期集中支援の調整のワンストップ・センターとするためには、2つの条件が必要である。1つは、どの地域包括支援センターにおいても、早期発見の基盤作りから始まり、適正な初動体制まで組立てられるよう、手続きの標準マニュアルが開発されなくてはならない。これについては、Vにおいて、本研究としての提案を行っている。もう1つは、地域包括支援センターの現行の制度上の仕組みを、早期発見・初期集中支援の一層の促進のために適正な機構へと改革しなければならない。これについては、本研究の範囲を超える課題となるため、継続の研究課題なる。

II-2-2 職員向けテキスト

昨年度の調査結果から、介護職員について、認知症ケア経験が短いほど、あるいは、前の職場が医療機関であったものほど認知症スティグマ度が高いことが判っている。また、役職者よりも一般職員の方が、あるいは、自己学習の機会が少ないものの方が、認知症スティグマが強く現れることが確認されている。認知症の人の日常生活を知る機会を持つことが認知症スティグマを低減させる効果があることも確認されている。

そこで、今年度の調査研究では、認知症ケア経験が比較的短い、一般職員を対象に、自己学習の方式で、認知症スティグマ低減効果を期待できる学習テキストを開発することとした（資料6参照）。対象は、現在の職場に雇用されて3年未満の一般職員（役職や職場管

理上のポストを持たない職員)とした。以前の職場も併せた介護通算経験の平均は、3.1年程度の職員層である。テキスト自体は、座学研修にも活用可能な内容で作成してあるが、調査の方法としては、テキスト持ち帰りのセルフラーニングとした。

本研究で開発した職員向けテキストのセルフラーニングがスティグマ低減効果を有することが実証されれば、若手職員に対象を限らず、研修用テキストとして有効であることが実証されることになる。実証サンプルを採取するために、ベテランのサービス提供責任者を対象とする同一テキストによる座学研修を実験的に開催し、スティグマ低減効果を測定している。両調査対象、両調査方法ともに、学習の前後において、有意なスティグマ低減効果が測定された。

テキストの構成上の特徴は次の通りである。

- ◆ 認知症の人の日常生活に関する経験的理解が不足している若手職員が陥りがちな言動面ならびに介護技術上の誤行動について、一般市民への解説と同レベルの平易な解説を施している。
- ◆ 介護する側という上から目線ではなく、認知症の人の目線に立った日常生活上の不安や希望を理解する。
- ◆ 介護サービスのサービス理論の基本を理解し、利用者との関係における自身の役割意識やポジショニングの形成を促す。

職員向けテキストの学習の目的は、入職後のできるだけ早い段階から認知症介護サービスの知識面での質の向上を促すことで、現場での技能向上の基盤となる専門職としての価値観・姿勢を意識づけることにある。そのことは、地域包括支援センターから観れば、初期集中支援の対象となるケースの受け皿の機能の拡充につながることを意味する。併せて、昨年度の調査から、在宅系介護、施設系介護、相談援助など「複数職種経験」を有する職員の認知症スティグマ度が著しく低い結果が出ていることから、入職後のできるだけ早い段階から認知症スティグマの低減を図ることで、人事配置や育成管理をスムーズに進める基礎条件を整備するという狙いもある。

認知症ケアは、パーソン・センタード・ケアの体系そのものであり、介護に関するすべての知識、技能を集約するスキル体系でもあることから、入職後の早い段階からの認知症学習を徹底することで、介護キャリアを認知症インテンシブな成長プロセスへと質的に展開することが展望できると思われる。

II-3 スティグマ低減効果測定ツール

学習によって認知症スティグマ低減効果がどのように現れるのかを測定するためのスケールを開発した。本研究で開発したテキストを用いた学習の効果を測定する目的で活用できる内容になっている。

「効果測定ツール」は、学習前のテスト（市民向けは資料1、職員向けは資料3）、テキスト学習、学習後のテスト（市民向けは資料2、職員向けは資料4）を一連で組み立てる

ことにより、学習効果の即効性を測定することが可能になるよう設計されている。

昨年度調査により、認知症スティグマへの影響因子として、性格、対人関係、価値観等の思考パターンを形成する基礎的な人間特性が重要であるという推定が示され、特に、他者や一般的な人間への観方や捉え方の傾向といった要因が基礎にあって、認知症への観方がそれらに影響を強く受けている可能性が析出されている。また、学習プログラムについては、認知症の人との接触の中でポジティブな要素だけではなく、ネガティブな要素に関する知識・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構成が必要であることも推定されている。これを受けて、本調査研究では、そうした考え方を学習テキストの内容や共活動プログラムに反映させるとともに、学習効果の測定にあたり、テスト項目の中に、知識の面だけでなく、人格全体の理解・把握にかかわる項目を組込むこととした。

テストの構成項目は、性別、年齢等の属性の部分、および、認知症の人との過去における接触体験の程度を尋ねる項目を除くと、次の6領域から構成されている。

① ストレス耐性の強さに関するテスト

ストレス耐性は、排除、嫌悪、寛容、受容、互酬といった、他者との関係形成における基本的な心理性向を表している。昨年度調査において、認知症スティグマは、認知症の人に対するストレス耐性の弱さと相関関係にあるのではないかという示唆が得られたことを受けて、本年度の調査においては、学習の前後におけるスティグマ度の低減効果が、学習前のストレス耐性の強度によってどの程度影響されるのかに関する測定項目を組み込んである。

仮説的には、ストレス耐性の強い人は、⑤の人間受容力も強く、学習前のスティグマ度は低く、学習によるスティグマ低減効果も高いという連環が成り立つと想定して、これを検定するための分析を実施した。つまり、認知症早期発見を促すには、認知症に関する知識教育のみでは十分ではなく、人への観方や人との関係形成といった人間受容力に関わる学習領域を重視する必要があるという仮説を実証するためのテスト項目である。

② 認知症および認知症の人に関するこれまでの学習経験

昨年度の調査において、スティグマ低減効果は、地域出前型講座学習、自己学習の方法が最も強く出ること、小中学生のような早い段階からの認知症学習はスティグマ低減効果をほとんど有しないことが実証されている。この結果を組み入れることで、今調査では、人間受容力の強さ、スティグマ耐性の強さと学習の方法ならびにタイミングとの相関関係を分析することとした。

③ 認知症の原因および症状に関する基礎的知識

認知症早期発見の促進に資する実践的知識を重視した内容になっている。すなわち認知症上の意味の解釈、手続き的記憶の残存の理解、日常生活に生起するそれまでとは異なる変化の兆候（「かも知れない兆候」と命名している）、BPSD コントロールのための環境・関係要因の重要性の理解などである。早期発見という行動化を促進する観点からの知識理

解をテストしている（学習前のテストの市民向けは資料1の7.、職員向けは資料3の10.、学習後のテストの市民向けは資料2の1.、職員向けは資料4の1.）。

④ 認知症および認知症の人に対するスティグマ度テスト

認知症および認知症の人に対するスティグマ度テストの項目は、昨年度調査でスティグマ度に有意に影響する「倒置的な認知症観」と「受容的な認知症観」の合計21因子を特定している。本年度調査では特定された21因子について、学習の前後において生じるスティグマ低減効果を測定する（学習前のテストの市民向けは資料1の8.、職員向けは資料3の11.、学習後のテストの市民向けは資料2の2.、職員向けは資料4の2.）。

この21の直接的影響因子に加えて、項目⑳では認知症は病気であるから医療的治療を優先すべきと考えているかどうか、㉑ではBPSDは社会的要因や環境的要因と無関係だと考えているかどうか、㉒㉓では認知症が社会からの孤立や否定的状態と連動しているかどうかを尋ねている。21項目は、排除、回避、受容という心象を問うものであるのに対し、今年度つけ加えた4項目は、認知症の社会的状態に関する認識を把握するために置かれている。このことで、認知症についての心象が受容的であることが、直ちに、社会関係文脈における認知症の肯定的認識につながっているかどうかを検定できるようにしている。心に感じていることが社会文脈の評価にどのように表現されるか、スティグマ顕在化の力関係の状態を把握するためである。

⑤ 人間受容力*の強さに関するテスト

人間受容力に関する項目（学習前のテストの市民向けは資料1の9.、職員向けは資料3の12.、学習後のテストの市民向けは資料2の3.、職員向けは資料4の3.）は、基本的には、その人の持つ人間感を表現している。これにはその人の経験属性が反映しており、端的には、他者との人格的・個別的コミットメントを通じた信頼形成に関するその人なりの経験を反映している。従って、ストレス耐性の強さとの密接な相関が推定される。この基本的な個人属性が認知症の人に対するスティグマのあり方を強く規定していると考えられる。

これを逆方向からコントロールできるかどうかの本調査の実証のポイントになる。つまり、認知症に関する正しい知識や認知症状について心情を交えず客観的に捉える視点を形成し、加えて、認知症の人の人間としての存在性や可能性、心の模様を学ぶことを通して、スティグマ度を低減させることができれば、人間受容力も改善することができるという仮説が実証できるかどうかを検定しようとしている。

* すでに堀井俊章・槌谷笑子「最早期記憶と対人信頼感との関係について」(The Japanese Journal of Personality, Vol.3 No.1,1995)において「対人信頼感」という概念が提起され、その後、対人信頼感尺度として汎用化されている。本調査研究では、先行研究を踏まえつつ、一般市民・若手職員向け学習テキストの開発という目的に沿って、より便宜的な用語として、日常性のある「人間受容力」を用いていることとした。「人間受容力」を「対人信頼感」概念に代わる概念として用いるわけではない。なお、IIIの調査結果分析においては、この趣旨から、「人間受容力（対人信頼感）」と注意のカッコ書きを入れてある箇所がある。

⑥ もし自分が認知症になったらと仮想するセルフスティグマ度のテスト

セルフスティグマは、認知症介護を仕事にし、認知症の人の実態を理解している人ほど強いことが、昨年度の調査から分かっている。そこで、今年度調査では、学習テキストの内容に、認知症になっても計画的な支援を得ることで生活の継続に不安の無いことを知識として刺激し、認知症の人に対するパーソン・センタード・ケアの知識を刺激することで、自身が認知症になることを回避しようという意識を効果的に緩和することができるという仮説の正しさを実証しようとしている。

III 認知症スティグマ低減の実証結果の分析

III-1 市民対象調査の結果分析

III-1-1 講座対象者全体の概要

I-2-2 で示した仮説を検証する目的で、一般市民を対象に実施した座学講座において、講座の前・後に実施した自記式テストに 195 件の回答が得られた。回答者の属性を明らかにすることを目的に、性別、認知症の人との接触体験レベル、講座への参加理由、認知症に関する過去の学習体験機会、講座受講前後の認知症に関する知識度について、割合、平均値を算出し対象集団全体の傾向を明らかにした。

1. 性別割合

対象集団 195 名中の性別割合は 57.9%が女性、42.1%が男性でありおおよそ 6 対 4 の割合比でやや女性の多い集団である。

表 III-1-1 性別割合

	度数	割合
女性	113	57.90%
男性	82	42.10%
合計	195	100.00%

2. 接触体験レベル別割合

195 件の回収票のうち 4 件が欠損値票であり、191 件が有効回答票であった。191 件中の接触体験レベル別の割合構成は、38.2%が「会ってあいさつ程度に話したことがある」、22.0%が「一緒に活動したことがある」、19.4%が「一緒に生活したことがある」であり、「会ったことがない」が 13.6%、「会っただけで話したことはない」が 6.8%と全く話したことが無い割合が全体の 2 割程度あり、8 割程度が話したことや共同活動、共同生活の体験がある集団である。

表 III-1-2 接触体験レベル別割合

接触体験レベル	度数	割合
会ったことがない	26	13.60%
会っただけで話したことはない	13	6.80%
会って、あいさつ程度に話したことがある	73	38.20%
一緒に活動したことがある	42	22.00%
一緒に生活したことがある	37	19.40%
合計	191	100

3. 講座参加理由別割合

本講座への参加理由別の割合構成は、有効回答 195 件に占める割合として「認知症に関心があり知識を得ようと考えた」が最も多く 71.3%を占めている。

表 III-1-3 講座参加理由別割合(複数回答) N=195

講座参加理由	応答数	回答者割合
認知症に関心があり、知識を得ようと考えた	139	71.30%
家族内に認知症の人がおりもっと知識が必要	20	10.30%
認知症の人が身近にいて接するための知識が必要	45	23.10%
認知症の人と活動や行動を共にしたことがありもっと知識が必要	52	26.70%
自分が認知症になった場合に備えて学んでおきたかった	44	22.60%
周囲や職場から学ぶことを勧められた	18	9.20%
知らせをみて興味があった	43	22.10%
その他	3	1.50%
合計	364	

4. 認知症に関する学習機会別割合

有効回答 183 件中の認知症に関する過去の学習体験機会別の割合は、マスメディアによる学習体験が 63.4%と最も多くを占めており、次いで職場や市民講座での学習機会の割合が多くなっている。一方で、小中学校時代や高校時代は最も少なく、地域の集まりや教育教材、書籍や雑誌等での学習は 2 割前後を占めている。

表 III-1-4 認知症に関する学習機会別割合(複数回答)N=183

学習機会	応答数	回答者割合
小中学校時代に	4	2.20%
高校時代	8	4.40%
小中校以外の教育機関	23	12.60%
職場	66	36.10%
地域の集まり	48	26.20%
介護経験者から	43	23.50%
自分の家族	36	19.70%
教育教材や書籍雑誌で自ら	45	24.60%
マスメディア	116	63.40%
行政の広報	35	19.10%
市民講座	51	27.90%
その他	5	2.70%
合計 183 名		

5. 認知症に関する知識度（項目別）講座受講による変化

認知症の基礎知識に関する 10 設問別の正答率について、講座前後の比較を実施した結果、9 設問について講座前より講座後の正答率が上昇していた。特に、Q10 (45.7%)、Q2・Q7 (23.0%) と顕著な上昇率であった。正答率変化が 0% の Q1 は、講座前の正答率が 96.4% と高く、一般常識となっている知識であることが明らかとなった。逆に、Q10 の認知症の原因疾患に関する知識は、講座前の正答率が 29.7% であり、周知率の低い知識であることが明らかとなった。これが、講座学習を経ることで、75.4% まで正答率が上昇した。当然のことであるが、常識化している知識については知識確認・定着効果を、周知率の低い知識については、知識獲得・理解矯正の効果を、発揮する学習プログラムとなっている。

表 III-1-5 講座前後における知識に関する設問別正答率(N=195)

講座時期	講座前		講座後		正答率 前後差
	正 当 数	正答 割合	正 当 数	正答割 合	
設問					
Q1 認知症とは先天的な認知機能の障害である	188	96.40%	188	96.40%	0.00%
Q2 認知症になると必ず記憶の障害がおきる	107	54.90%	152	77.90%	23.00%
Q3 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ感情も豊かである	99	50.80%	134	68.70%	17.90%

Q4 認知症の種類はアルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭型の4つだけである	160	82.10%	161	82.60%	0.50%
Q5 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる	150	76.90%	166	85.10%	8.20%
Q6 アルツハイマー型認知症は突発的に発症し症状は緩やかに進行していく	126	64.60%	132	67.70%	3.10%
Q7BPSDとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す	59	30.30%	104	53.30%	23.00%
Q8 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい苦しみや不安はなくなる	167	85.60%	186	95.40%	9.80%
Q9 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い	133	68.20%	140	71.80%	3.60%
Q10 頭部外傷やウィルス感染によっても認知症になる	58	29.70%	147	75.40%	45.70%

III-1-2 有効回答票に関する分析

講座受講者の認知症スティグマ度に関する自記式質問紙を用いたテストでは、回答協力が得られた195件の回答票から欠損値が全くない104件の有効回答票を得ることができた。これについて集団の傾向、スティグマ度に対する講座の効果等に関する分析を実施した。

1. 従属変数に関する正規分布の検定

教育プログラムの効果を検証するためのアウトカム評価尺度として、①認知症の知識度、②自分以外の他者が認知症であった場合のスティグマ度（客体的スティグマ）、③自分が認知症になった場合を想定したスティグマ度（主体的スティグマ）、④人間受容力（人間信頼感）、の4点を設定した。各尺度得点を従属変数として扱うことから、各変数における観測データ分布の正規性を確認するためKolmogorov-Smirnovの正規性の検定を実施した。その結果、①の知識度および④人間受容力に関する観測データ分布は正規性が棄却され、②の客体的スティグマ得点および③の主体的スティグマ得点における観測データの分布は正規性が検証された。

表 III-1-6 正規性の検定結果

Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定	統計量	自由度	有意確率.
知識度得点	0.147	104	0
客体的スティグマ得点	0.047	104	.200*
主体的スティグマ得点	0.054	104	.200*
人間受容力得点	0.113	104	0.002

2. 対象集団の全体概要 (N=104)

有効回答 104 件における性別割合、接触体験レベル別割合、講座受講理由別割合、認知症に関する学習体験機会別割合、講座前後の知識度の変化について割合を算出し、対象集団の傾向を明らかにした。

(1) 性別割合

有効回答 104 件における性別割合の構成は、女性 50%、男性 50%と同数であり、性別による偏りのない対象集団である。

表 III-1-7 性別割合

	度数	割合
女性	52	50.0%
男性	52	50.0%
合計	104	100.0%

(2) 接触体験種別割合

認知症の人との接触体験レベルによる割合構成は、「会っただけで話したことはない」が 5.8%、「会ったことがない」が 11.5%と割合が少なく、群間比較を行う上で度数に偏りがあるため、「会ったことがない」群と「会っただけで話したことはない」群を「話したことがない」群として再分類した。その結果、「話したことがない」群が 17.3%となり、再分類前に比較して群間比較における群別度数の偏りは減じたため、以後の分析については、再分類後の接触体験レベル分類を採用することとした。

表 III-1-8 接触体験レベル別割合

接触体験レベル別	度数	回答割合
会ったことがない	12	11.5%
会っただけで話したことはない	6	5.8%
会って、あいさつ程度に話したことがある	38	36.5%
一緒に活動したことがある	30	28.8%
一緒に生活したことがある	18	17.3%
合計	104	100

表 III-1-9 再分類後の接触体験レベル別割合

接触体験レベル別	度数	回答割合
話したことがない	18	17.3%

会って、あいさつ程度に話したことがある	38	36.5%
一緒に活動したことがある	30	28.8%
一緒に生活したことがある	18	17.3%
合計	104	100

(3) 講座受講理由別割合

本教育プログラムにおける講座受講理由別割合の構成については、「認知症に関心があり知識を得ようと考えた」が68.3%と最も多く、次いで「認知症の人と活動や行動を共にしたことがありもっと知識が必要」26.9%、「知らせをみて興味があった」25.0%等が受講理由として割合が高い。総じて講座参加者の認知症への関心の高さが推測できるものであり、基本的な学習動機が強いことを表していると考えられる。

表 III-1-10 講座受講理由別割合(複数回答)N=104

理由	応答数	回答者割合
認知症に関心があり、知識を得ようと考えた	139	71.30%
家族内に認知症の人がおりもっと知識が必要	20	10.30%
認知症の人が身近にいて接するための知識が必要	45	23.10%
認知症の人と活動や行動を共にしたことがありもっと知識が必要	52	26.70%
自分が認知症になった場合に備えて学んでおきたかった	44	22.60%
周囲や職場から学ぶことを勧められた	18	9.20%
知らせをみて興味があった	43	22.10%
その他	3	1.50%

(4) 認知症に関する学習体験機会別の割合

認知症に関する過去の学習体験機会別の割合構成については、「マスメディア」が64.6%と最も多くを占めており、次いで「職場」が45.5%、「市民講座」「教育教材や書籍、雑誌」「介護経験者から」等が2割強と本対象集団における学習機会傾向も全体傾向と同様、マスメディアによる学習機会が多い傾向が見られている。しかし「職場」での学習機会が多い点については全体傾向に比較して特徴的である。認知症に関する理解、普及の機会が一般の企業や事業所まで拡大している傾向を示しているのか、あるいは、介護事業所等が職場である講座参加者が多い可能性も考慮しておく必要がある。「市民講座」で学習の機会を

持ったことのある者も 26.3%と多く、認知症への学習意欲の高い集団であることが示唆された。

表 III-1-11 学習体験機会別割合(複数回答)N=99

	応答数	回答者割合
小中学校時代に	4	2.20%
高校時代	8	4.40%
小中校以外の教育機関	23	12.60%
職場	66	36.10%
地域の集まり	48	26.20%
介護経験者から	43	23.50%
自分の家族	36	19.70%
教育教材や書籍雑誌で自ら	45	24.60%
マスメディア	116	63.40%
行政の広報	35	19.10%
市民講座	51	27.90%
その他	5	2.70%

(5) 接触体験種別学習機会

本集団の接触体験傾向と認知症に関する学習機会の種別との関係を明らかにするため、接触体験レベルごとの学習体験機会別割合を算出すると、認知症の人と「話したことがない」あるいは「挨拶程度に話したことがある」が一緒に活動したことはないグループにおけるマスメディアからの学習機会割合が 99 件中、8 割以上であり、「一緒に活動したことがある」「一緒に生活したことがある」グループに比較して顕著に多いことが明らかとなった。

また「一緒に活動したことがある」「一緒に生活したことがある」の接触レベルの高い群は「職場」での学習機会体験が 6 割弱から 7 割強と多くを占めており固定した単一の機会だけでなく多種の学習機会において認知症について学んでいる傾向が推測される。このことから、認知症の人との接触が少ない群はマスメディアといった一方向的な情報提供のみから受動的、能動的に関わらず理解を得ている傾向が示唆された。

表 III-1-12 接触体験レベル別の学習機会割合

	小中学校時代に	高校時代に	小中校以外の教育機関	職場	地域の集まり	介護経験者から	自分の家族	教育教材や書籍雑誌で自ら	マスメディア	行政の広報	市民講座	その他	合計
話したことがない	0	1	0	4	0	0	1	2	14	2	1	1	16
	0.00%	6.20%	0.00%	25.00%	0.00%	0.00%	6.20%	12.50%	87.50%	12.50%	6.20%	6.20%	
会って、あいさつ程度に話したことがある	2	2	2	9	8	6	1	7	30	5	11	0	36
	5.60%	5.60%	5.60%	25.00%	22.20%	16.70%	2.80%	19.40%	83.30%	13.90%	30.60%	0.00%	
一緒に活動したことがある	0	2	8	22	4	9	7	13	13	3	8	3	30
	0.00%	6.70%	26.70%	73.30%	13.30%	30.00%	23.30%	43.30%	43.30%	10.00%	26.70%	10.00%	
一緒に生活したことがある	1	1	4	10	1	6	5	3	7	4	6	1	17
	5.90%	5.90%	23.50%	58.80%	5.90%	35.30%	29.40%	17.60%	41.20%	23.50%	35.30%	5.90%	
	3	6	14	45	13	21	14	25	64	14	26	5	99
全体	3.00%	6.10%	14.10%	45.50%	13.10%	21.20%	14.10%	25.30%	64.60%	14.10%	26.30%	5.10%	100.00%

(6) 講座前後の知識変化 (項目別)

認知症に関する知識得点の変化について10の設問項目ごとの正答率について割合を算出し比較すると、8の設問において、講座前よりも講座後の正答率が上昇していた。特にQ10・Q2・Q3は20%~45%の上昇率であり、講座による知識向上効果が顕著に高い。Q1の設問については講座前の正答率が97.1%と高く、講座後も99.0%と変化率は低いが、一般市民の方々が保有している認知症に関する基本知識であることがうかがえる。認知症が先天的ではなく後天的な知的障害であるということはほぼ一般的な情報として広く理解されていることが明らかとなった。

表 III-1-13 認知症に関する設問項目別の正答率

設 問	講座前の知識得点		講座後の知識得点	
	正答数	正答率	正答数	正答率
Q1 認知症とは先天的な認知機能の障害である	101	97.10%	103	99.00%
Q2 認知症になると必ず記憶の障害がおきる	61	58.70%	83	79.80%
Q3 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ感情も豊かである	60	57.70%	82	78.80%
Q4 認知症の種類はアルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭型の4つだけである	91	87.50%	90	86.50%

Q5 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる	85	81.70%	97	93.30%
Q6 アルツハイマー型認知症は突発的に発症し症状は緩やかに進行していく	73	70.20%	69	66.30%
Q7BPSDとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す	40	38.50%	65	62.50%
Q8 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい苦しみや不安はなくなる	95	91.30%	101	97.10%
Q9 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い	78	75.00%	81	77.90%
Q10 頭部外傷やウイルス感染によっても認知症になる	43	41.30%	90	86.50%

(7) 性別の平均年齢の傾向

本集団における性別割合は男性 52 名と女性 52 名と同割合であり、標本数については性差による偏りは無い。男性と女性の平均年齢について t 検定を実施し、差を比較したところ、男性の平均年齢の方が女性に比較して有意に高いことが明らかとなった

($t=-3.445, df=98.393, p<0.01$)。つまり本集団における性差は年齢によって影響を受けることが予測されるため、以下、年齢の影響を考慮しながら分析を進めていくことが必要である。

表 III-1-14 性別平均年齢の比較

性別	N	平均値	標準偏差
女性	52	44.6	16.822
男性	52	55.04	13.858

3. スティグマに関する影響要因の分析

有効回答 104 件を対象とし、講座によるスティグマ低減への影響を分析するために、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度を従属変数として、接触体験レベル、認知症の知識度、人間受容力を独立変数とした要因分析を実施した。変数間の相関分析には Person の相関係数を、2 群の平均値の比較には t 検定、Wilcoxon の符号付順位和検定を、3 群以上の平均値の比較には一元配置の分散分析、Mann-Whitney U 検定を実施した。

(1) 観測変数間の相関関係

対象集団 104 件におけるストレス耐性度、知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度、人間受容力に関する変数間の相関を把握するため Person の相関分析を実施したところ、ストレス耐性度と主体的スティグマ度にやや負の相関、人間受容力とやや正の相関、知識度と客体的スティグマ度に負の相関、客体的スティグマ度と主体的スティグマ度にや

や正の相関、客体的スティグマと人間受容力にやや負の相関、主体的スティグマ度と人間受容力にやや強い負の相関が有意にみられた。年齢との相関においても知識度と主体的スティグマ度にやや弱い負の相関、客体的スティグマ度にやや弱い正の相関が有意にみられている。

これらの事実から、年齢が高まると認知症の知識度が低くなり、また主体的スティグマ度も低くなる傾向があり、逆に年齢が高くなると客体的スティグマ度が高くなる傾向があると見做すことができる。年齢による知識度の低下は理解力や記憶力など学習能力の問題として因果が説明できる可能性も推測可能であるが、客体的スティグマ度が高年齢に従い高いということと逆に主体的スティグマ度が低くなるという傾向は興味深い結果である。

また、知識度が高いほど客体的スティグマ度は低くなる傾向については、認知症への理解がスティグマ度を低減する一要因であるという昨年度の調査結果を担保している。そして客体的スティグマ度と主体的スティグマ度は予測よりも相関が低く、認知症へのスティグマという同様の価値傾向を意味しているにも関わらず対象が他者か自分かによって特性が異なる心理的側面を表していることが再確認されたといえる。

最も特筆すべき特徴は、ストレス耐性と人間受容力が客体的スティグマとではなく主体的スティグマと強く関連している結果となったことである。特に、人間受容力は広く一般的な他者への信頼感を表すものであることから、一般的に他者への信頼感が低い人は、自分が認知症になったときの周囲の関わりや対応についてネガティブに評価しがちであるという心理構造が示されたといえる。このことから、認知症へのより深層的な領域におけるスティグマの解消や低減のためには、一般的な人間受容力の向上や他者や社会への信頼感の向上こそが方略として重要であることが示唆される。

表 III-1-15 変数間の相関関係

	ストレス耐性度	知識得点	客体的スティグマ度	主体的スティグマ度	対人信頼感
年齢	0.11	-.233**	.298**	-.200*	0.144
ストレス耐性度	1	0.033	-0.133	-.271**	.234**
知識得点		1	-.473**	0.014	-0.073
客観的スティグマ度			1	.287**	-.199*
主観的スティグマ度				1	-.526**

*1%水準で有意、**5%水準で有意

(2) 接触体験レベルによるスティグマ度の比較

1 接触体験レベルによる知識度、スティグマ度の関係を把握するため、講座前、講座後における群間の平均値比較を実施した。

① 講座前の比較

講座実施前のストレス耐性度、知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度、人間受容力について、接触体験レベル群間の比較を一元配置の分散分析によって分析したところ、客体的スティグマ度において「話したことがない」群 59.17 点と「一緒に活動したことがある」群 48.17 点に有意な差が認められた ($f(3,100)=3.447$ 、 $p<0.05$ 、Dunnnett T3 による多重比較にて $p<0.5$)。つまり、講座実施前は「話したことがない」群は、「一緒に活動したことがある」群に比較して認知症の人へのスティグマ度が有意に高く、接触体験のレベルが認知症スティグマ度に強く影響していることが再確認されたといえる。

表 III-1-16 講座前の接触体験レベル間の平均値比較

接触体験種	ストレス耐性度		講座前知識得点		講座前客観的スティグマ度		講座前主観的スティグマ度		対人信頼感	
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD
話したことがない(N=18)	5.22	SD(2.24)	6.67	SD(1.08)	59.17	SD(12.38)	22.50	SD(4.15)	56.56	SD(8.23)
会って、あいさつ程度に話したことがある(N=38)	4.66	SD(2.16)	6.66	SD(1.49)	55.34	SD(13.38)	22.58	SD(5.00)	58.08	SD(9.96)
一緒に活動したことがある(N=30)	4.57	SD(1.98)	7.53	SD(1.57)	48.17	SD(12.41)	23.40	SD(4.10)	52.97	SD(8.70)
一緒に生活したことがある(N=18)	5.17	SD(2.01)	7.11	SD(1.68)	49.89	SD(14.15)	24.00	SD(5.18)	58.39	SD(7.72)
合計(N=104)	4.82	SD(2.08)	6.99	SD(1.52)	52.99	SD(13.53)	23.05	SD(4.61)	56.39	SD(9.11)

網掛けは 5%水準で有意な差

② 講座後の比較

講座実施後の知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度について、接触体験レベル群間の比較を一元配置の分散分析によって分析したところ、いずれの群間においても有意な差は認められなかった。つまり、講座受講による認知症への理解が、「話したことが無い」群のスティグマ度を低減し、他群との差を解消したと捉えることができるだろう。

教育プログラムによる講座体験が過去の接触レベルの差によるスティグマの差を解消し、直接的な接触経験の乏しい群のスティグマ低減方略として効果的であったことが実証されたといえる。

表 III-1-17 講座後の接触体験レベル間の平均値比較

接触体験レベル	講座後知識得点		講座後客観的スティグマ度		講座後主観的スティグマ度	
話したことがない(N=18)	8.56	SD(1.34)	41.33	SD(12.68)	20.22	SD(4.94)
会って、あいさつ程度に話したことがある(N=38)	7.74	SD(1.61)	47.24	SD(13.63)	21.21	SD(4.96)
一緒に活動したことがある(N=30)	8.63	SD(1.25)	42.00	SD(12.07)	21.70	SD(4.87)
一緒に生活したことがある(N=18)	8.56	SD(1.25)	39.72	SD(13.26)	20.22	SD(5.67)
合計(N=104)	8.28	SD(1.44)	43.40	SD(13.13)	21.01	SD(5.02)

有意差なし

③ 講座実施による介入効果の分析

講座学習のスティグマ度低減効果を解明するため、講座実施前と実施後における認知知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度の平均値を比較した。客体的スティグマ度、主体的スティグマ度の得点分布については正規性が検証され、知識度の得点分布のみ正規性が棄却されたため、客体的スティグマ度および主体的スティグマ度の平均値比較には t 検定を、知識度の平均値比較には Wilcoxon の符号付順位和検定を、それぞれ実施した。その結果、認知症知識度、客体的スティグマ度 ($t=8.372, p<0.01$)、主体的スティグマ度 ($t=5.338, p<0.01$) のいずれにおいても有意な差が認められた。つまり、認知症への理解度は講座学習によって有意に向上し、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度いずれも有意に減少した。これらのことより本研究における教育プログラムに準拠した講座は認知症の理解、スティグマの低減に対して有効であることが実証されたといえる。

講座による直近的な即時効果は有効である。また、集合形式による教育講座という形態によってスティグマを低減させることが可能である。

表 III-1-18 講座前後の各変数の平均値

	平均値	N	標準偏差	平均値の標準誤差
講座前知識得点	6.99	104	1.52	0.15
講座後知識得点	8.28	104	1.44	0.14
講座前客観的スティグマ度	52.99	104	13.53	1.33
講座後客観的スティグマ度	43.40	104	13.13	1.29

講座前主観的スティグマ度	23.05	104	4.61	0.45
講座後主観的スティグマ度	21.01	104	5.02	0.49

(3) 認知症に関する知識ならびにスティグマ度変化量に関する分析

講座実施前後の知識およびスティグマの変化量に影響する要因の関連を明らかにするため、知識、スティグマ度の増減傾向について増減分布および割合を算出した。また、増減傾向の相関関係および属性要因との関連を分析するため属性における群間の平均変化量の比較を実施した。

① 知識およびスティグマ度の増減分布

知識得点、客体的スティグマ得点、主体的スティグマ得点の講座前後における増減の平均値を算出した。知識得点は平均 1.29 点の上昇、客体的スティグマ得点は平均 9.59 点の減少、主体的スティグマ得点は平均 2.04 点の減少であった。

表 III-1-19 知識及びスティグマ度得点の平均変化量

	知識変化量	客体的スティグマ度変化量	主体的スティグマ度変化量
度数	104.00	104.00	104.00
平均値	1.29	▲ 9.59	▲ 2.04
標準偏差	1.39	11.68	3.89
分散	1.94	136.36	15.16
最小値	▲ 2.00	▲ 41.00	▲ 15.00
最大値	5.00	18.00	10.00

知識得点の講座実施前後の増減割合は、得点減少者が 10.58%、増加者が 75.0%、変化なし者が 14.4%であり、7 割以上が認知症の知識が向上している。

表 III-1-20 知識変化量の分布

変化量	度数	割合	増減別割合
-2.00	2	1.9	10.58%
-1.00	9	8.7	
.00	15	14.4	75.00%
1.00	36	34.6	
2.00	22	21.2	
3.00	14	13.5	

4.00	5	4.8	
5.00	1	1.0	
合計	104	100.0	

客体的スティグマ得点の増減割合は、減少者が76.92%、変化なし者が4.8%、増加者が18.27%であり、7割以上が客体的スティグマ度が低減している。

表 III-1-21 客体的スティグマ度の変化量分布

変化量	度数	割合	増減別累積
-41.00	1	1.0	76.92%
-37.00	1	1.0	
-36.00	1	1.0	
-33.00	1	1.0	
-31.00	1	1.0	
-29.00	1	1.0	
-28.00	1	1.0	
-27.00	2	1.9	
-26.00	4	3.8	
-23.00	3	2.9	
-22.00	1	1.0	
-21.00	1	1.0	
-20.00	3	2.9	
-19.00	3	2.9	
-18.00	4	3.8	
-17.00	3	2.9	
-16.00	1	1.0	
-15.00	1	1.0	
-14.00	2	1.9	
-13.00	2	1.9	
-12.00	5	4.8	
-11.00	4	3.8	
-10.00	2	1.9	
-9.00	2	1.9	
-8.00	4	3.8	
-7.00	4	3.8	
-6.00	3	2.9	
-5.00	3	2.9	
-4.00	2	1.9	
-3.00	3	2.9	
-2.00	2	1.9	
-1.00	9	8.7	
.00	5	4.8	
1.00	5	4.8	18.27%
2.00	5	4.8	
3.00	2	1.9	
8.00	2	1.9	
9.00	2	1.9	
11.00	1	1.0	
14.00	1	1.0	
18.00	1	1.0	
合計	104	100.0	

主体的スティグマ度の変化割合は、減少者が62.50%、変化なし者が13.5%、増加者が24.04%であり、6割程度がスティグマ度が低減している。客体的スティグマ度の変化と比較するとスティグマ度の低減者割合が若干少なく、変化なし者の割合が多い傾向が読み取れる。

表 III-1-22 主体的スティグマ度の変化量分布

変化量	度数	パーセント	増減別累積
-15.00	1	1.0	62.50%
-13.00	1	1.0	
-11.00	2	1.9	
-9.00	3	2.9	
-8.00	3	2.9	
-7.00	3	2.9	
-6.00	4	3.8	
-5.00	5	4.8	
-4.00	9	8.7	
-3.00	8	7.7	
-2.00	13	12.5	
-1.00	13	12.5	
0.00	14	13.5	
1.00	11	10.6	24.04%
2.00	5	4.8	
3.00	6	5.8	
4.00	1	1.0	
5.00	1	1.0	
10.00	1	1.0	
合計	104	100.0	

② 講座実施前後における知識量、スティグマ度変化量の相関

知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度における講座による得点の変化傾向について相関関係を見ると、客体的スティグマ度と主体的スティグマ度にやや正の相関があり、知識度と客体的スティグマ度において弱い負の相関が有意に認められた。つまり、講座学習により客体的スティグマ度が低減した群は同時に主体的スティグマ度も低減している。

認知症に関する知識得点の変化が客体的スティグマ度得点の変化と弱い負の相関を示している。このことは、若干ではあるが知識の向上が客体的スティグマ度の低減と関連していることを示すものである。ただ、弱い相関であることから、知識向上の変化量が必ず客体的スティグマ度の変化量に連動するとまでは言い切れない。知識量が向上したからといって客体的スティグマ度が必ず低減すると定式化することには慎重であるべきである。知識量の豊富化が確実に相関性を有するのは、客体的スティグマの低減に対してである。

表 III-1-23 各変数における変化量の相関

	知識変化量	客体的スティグマ度変化量	主体的スティグマ度変化量
知識変化量	1	-0.18	-0.14

客体的スティグマ度変化量		1	.446**
主体的スティグマ度変化量			1

*1%水準、**5%水準で有意

(4) 変化量と属性との関連分析

知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度の変化量傾向について、性別、接触体験レベルによる影響を明らかにするために属性別の群間比較を実施した。知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度に関する変化量の分布について正規性の検定を実施したところ、客体的スティグマ度の変化量分布のみ正規性が認められたため、客体的スティグマ度の変化量の比較には t 検定と一元配置の分散分析および多重検定を、知識度と主体的スティグマ度の変化量の比較については Mann-Whitney U の検定を実施した。

① 性別による変化量の比較

男性の平均年齢が有意に高いことから、年齢による影響も考慮しながら、知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度の変化量について性別比較を実施したところ、客体的スティグマ度の変化量において、男性の方が有意に減少していることが明らかとなった (t=2.288、p<0.05)。

男性、女性双方において客体的スティグマ度は減少しているが、男性の方が平均 12.15 点の減少が認められており、女性の 7.01 点の減少に比較して有意に減少率が高くなっている。つまり、男性の方が女性に比較して客体的スティグマの低減が顕著であり、講座による効果が大きいことを意味している。つまり、男性に対して、スティグマ度の低減効果は比較的強いことが実証できた。といえるだろう。

表 III-1-24 各変数における平均変化量の性別比較

		N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
知識変化量	女性	52	1.33	1.28	0.18
	男性	52	1.25	1.51	0.21
客体的スティグマ度変化量	女性	52	-7.02	10.14	1.41
	男性	52	-12.15	12.62	1.75
主体的スティグマ度変化量	女性	52	-1.94	3.94	0.55
	男性	52	-2.13	3.89	0.54

*網掛け 5%水準で有意

② 接触体験レベルによる変化量の比較

接触体験レベルによる講座実施前後の知識度、客体的スティグマ度、主体的スティグマ度の変化量に関する群間比較を実施したところ、客体的スティグマ度の変化量において、「話したことがない」群と「会って挨拶程度に話したことがある」群、「一緒に活動したことがある」群に有意な差が認められた ($f(3,100)=4.481, p<0.01$)。つまり「話したことがない」群は客体的スティグマ度が 17.83 点の減少と他群に比較して有意なスティグマ低減を示しており、接触レベルの低い群に対する講座のスティグマ低減効果が顕著に高いことが実証されたといえる。つまり、客体的スティグマの改善について、認知症の人とあまり関わっていない者への講座の効果が特に大きいことが実証された。

表 III-1-25 各変数の平均変化量に関する接触体験レベル間比較

接触体験レベル	知識変化量	客体的スティグマ度変化量	主体的スティグマ度変化量
話したことがない (N=18)	1.89 SD(1.28)	-17.83 SD(10.25)	-2.28 SD(4.62)
会って、あいさつ程度に話したことがある(N=38)	1.08 SD(1.34)	-8.11 SD(11.12)	-1.37 SD(3.66)
一緒に活動したことがある(N=30)	1.10 SD(1.40)	-6.17 SD(10.12)	-1.70 SD(3.72)
一緒に生活したことがある(N=18)	1.44 SD(1.50)	-10.17 SD(13.40)	-3.78 SD(3.64)
合計(N=104)	1.29 SD(1.39)	-9.59 SD(11.68)	-2.04 SD(3.89)

★一元配置の分散分析の結果、1%水準で有意なため、各項目間比較について Tukey HSD の多重比較を実施し 5%水準で有意

III-1-3 結論

以上の分析から、調査対象の母集団の範囲では、次のような結論を導くことができる。

- ◆ 認知症スティグマおよび認知症に関する知識の様相には年齢による影響が強い。
- ◆ 認知症に関する知識確認設問の正答率変化を見る限り、今回開発した市民向け学習プログラムは、認知症理解を深化させる上で、効果的である。
- ◆ 今回開発した市民向け学習プログラムは、認知症に関する単なる知識ではなく、認知症の人の情緒面の理解や人間理解など全人的理解を促進するためのプログラムとして有効である。特に男性群の知識レベルの向上には顕著な効果を示している。
- ◆ 認知症に関する知識の向上は、特に客体的スティグマの低減に強く相関している。

- ◆ 講座受講による客体的スティグマ、主体的スティグマの低減効果は、講座実施前後の得点比較に関する検証結果が示すように明解に証明された。客体的スティグマの改善効果は期待されていたが、主体的スティグマ度の低減効果も実証された。
- ◆ 人間受容力（人間に対する信頼感）は客体的スティグマ、主体的スティグマ双方に予測通り関連していた。人間受容力・対人信頼感は教育内容によっては変容させうることが実証された。
- ◆ 認知症の人との接触体験の程度では、「話したことが無い」といった接触体験の最も低い層に対して、講座によるスティグマ低減の効果が最も高いことが実証された。このことは、講座受講による認知症の認知的理解のみではスティグマ低減効果はあまり期待できないという予測に反したものであり、また、講座内容を認知症の人の内面理解を主にすることによって共同活動プログラムにも劣らない程度のスティグマ改善効果が期待できることを示すものである。

III-2 若手職員対象調査の分析結果

I-2「調査の対象と方法」において、「③職員に対する学習テキストを用いたセルフラーニングとスティグマ度軽減の計測」調査の目的と仮説について触れている。以下、セルフラーニングの前後に実施したテストのデータを用いて、若手職員に対するセルフラーニング・プログラムのスティグマ低減効果を分析する。

III-2-1 分析方法

分析は以下の手順で行った。まず、各変数の単純集計を行い、介入前後の測定を行っている変数については項目ごとに前後の差を算出した。次に、介入前のスティグマ度に関連する変数を検討するため、ピアソンの相関分析およびt検定を行った。最後に介入効果を検討するため、t検定により実施前後の差を検討した。また、介入前のスティグマ度の低減に関連した変数については、高低群に分けてそれぞれのグループごとに介入効果について検討した。

III-2-2 単純集計結果

1. 対象者の属性

本プログラムの参加者は136名であったが、今回の分析を行う上で重要なスティグマ尺度の項目に無回答のあった12ケースを除外し、最終サンプル数は124となった。

性別は女性の割合が高く65%であり、年齢は18歳から65歳を含み平均が32歳であった。認知症ケアについての経験年数は0年から最長16年と幅があるが、平均は3.1年であった。

最終学歴は高校卒業が 35%、約 6 割が高等教育機関を卒業していた。資格は複数回答で、最も多かったのが「ヘルパー・初任者研修」が 40%、次いで「介護福祉士」38%であった。その他、看護師 7%、リハビリ資格 5%、相談援助資格 5%等が含まれ、14%は無資格者であった。現在の職種は、介護職が 82% (102 人) であった。現在の職場は、複数回答で、「介護老人福祉施設」が最も多く 48%、その他「介護老人保健施設」15%、通所介護・リハビリ事業所 20%等であった (表 III-2-1)。

表 III-2-1 基本属性 若手職員 (N=124)

項目名	人数	(%)
性別		
女性	80	(64.5)
男性	44	(35.5)
年齢	平均 31.8 範囲 18~65 SD=11.5	
経験年数	平均 3.1 範囲 0~16 SD=2.7	
学歴		
中学校卒	5	(4.0)
高校卒	43	(34.7)
専門学校卒	32	(25.8)
短期大学卒	15	(12.1)
大学卒	23	(18.5)
その他	6	(4.8)
資格 複数回答		
介護福祉士	47	(37.9)
社会福祉士、精神保健福祉士	6	(4.8)
ヘルパー・初任者研修	50	(40.3)
看護師	8	(6.5)
准看護師	1	(0.8)
理学療法士、作業療法士	6	(4.8)
保健師	1	(0.8)
資格なし	17	(13.7)
現在の職種		
介護職	102	(82.3)
相談援助職	3	(2.4)
看護職	8	(6.5)
リハビリテーション職	8	(6.5)
その他	3	(2.4)
現在の職場 複数回答		
介護老人福祉施設	59	(47.6)
介護老人保健施設	19	(15.3)
グループホーム	8	(6.5)
通所介護・通所リハビリ事業所	25	(20.2)
認知症対応型通所介護事業所	3	(2.4)
訪問介護事業所	2	(1.6)
訪問看護事業所	4	(3.2)
地域包括・在宅介護支援センター	7	(5.6)
小規模多機能型居宅介護事業所	13	(10.5)
その他	2	(1.6)

次に、認知症に関する学習機会 (表 III-2-2) については、複数回答で最も多かったのが「職場で学んだ」81%であり、次いで「小中高以外の教育機関で学んだ」が 46%であった。その他、「テレビ番組などマスメディアから学んだ」が 32%、「教育教材や書籍・雑誌など自分で学んだ」27%等であった。

表 III-2-2 : 学習機会 複数回答 (N=124)

項目 (あり)	人数	(%)
小中学校時代に学んだ	5	(4.0)
高校時代に学んだ	23	(18.5)
小中高以外の教育機関で学んだ	57	(46.0)
職場で学んだ	100	(80.6)
地域の集まりで学んだ	5	(4.0)
介護経験者 (知人等) から学んだ	25	(20.2)
自分の家族から学んだ	24	(19.4)
教育教材や書籍・雑誌など自分で学んだ	33	(26.6)
テレビ番組などマスメディアから学んだ	40	(32.3)
行政の広報などで学んだ	6	(4.8)
市民講座で学んだ	16	(12.9)
その他	4	(3.2)

2. ストレス耐性

ストレス耐性に関する 9 項目は、当てはまるか否かの 2 件法で回答を得ている。「はい」どの回答が最も多かった項目は、「8. 人が困っているときは自分が助ける番だと考え、協力するようにしている」68%であり、次いで「3. 身の回りに起こることについて、何事も経験だと思えることができる」65%であった。「9. 共通の趣味の仲間がたくさんいる」や「5. くよくよ考えないで、ぱっと切り替えることができる」は 3 割以下であった。ストレス耐性 9 項目の合計得点を算出したところ、最低点は 0 点、最高点は 9 点、平均 4.2 点であった (表 II-2-3)。

表 III-2-3 : ストレス耐性 (N=124)

質問項目 「1. はい」	N	(%)
1. 嫌なことがあっても「まあいいか」と受け流すことができる。	69	(56)
2. 他人との関係では、相手の事情を想像することができる。	65	(52)
3. 身の回りに起こることについて、何事も経験だと思えることができる。	81	(65)
4. 困ったときに、周囲に「助けて」と頼ることができる。	57	(46)
5. くよくよ考えないで、ぱっと切り替えることができる。	34	(27)
6. 何事も、自己成長できるチャンスだとポジティブに受け止めることにしている。	50	(40)
7. 苦手な人を作らないようにしている。	49	(40)
8. 人が困っているときは自分が助ける番だと考え、協力するようにしている。	84	(68)
9. 共通の趣味の仲間がたくさんいる。	27	(22)
合計	平均 4.2 範囲 0~9 SD=2.1	

3. 介入前後の認知症に関する知識

認知症に関する知識問題 10 項目について、介入前に正答率が高かったものは「8. 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる」98%、「5. 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる」93%、「1. 認知症とは先天的な認知機能の障害である」92%等であった。正答率が低かった項目には「10. 頭部外傷やウイルス感染によっても

認知症になる」と「3. 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである」があり、それぞれ 48%と参加者の過半が不正解であった。プログラム実施後に正答率が上昇した項目は 10 項目中 8 項目あった。その他、1 項目は介入前に 98%の正答率で介入後にも変化がみられなかった。項目 6「アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく」については、介入前の正答率が 70%であったが、介入後に 68%とわずかに低下していた（表 III-2-4）。

表 III-2-4：知識問題 項目別正答率の前後差 (N=124) (%)

問題	前	後	前後差
1. 認知症とは先天的な認知機能の障害である。	92	98	6
2. 認知症になると必ず記憶の障害がおきる。	62	83	21
3. 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである。	48	76	28
4. 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の 4 つだけである。	73	82	9
5. 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる。	93	98	5
6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく。	70	68	-2
7. BPSD とは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す。	61	77	16
8. 認知症になるとだいたいのは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる。	98	98	0
9. 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い。	64	73	9
10. 頭部外傷やウィルス感染によっても認知症になる。	48	89	41

4. 介入前後の人間受容力（対人信頼感）

対人信頼感は 17 項目で構成されるが、そのうち 16 項目で介入前後の項目別の平均点が上昇している（表 III-2-5）。

表 III-2-5：人間受容力（対人信頼感） 項目別平均の前後差 (N=124)

質問項目 (1. そう思う～5. そう思わない)	前	後	前後差
1. 人は基本的には正直である。	3.48	3.71	0.23
2. 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする。	2.58	2.94	0.36
3. 人は、頼りにできる人がわずかしかない。	3.09	3.19	0.10
4. 人は、他の人の親切に下心を感じ、気を付けている。	3.59	3.57	-0.02
5. 人は、ふつう清く正しい人生を送る。	2.81	3.27	0.46
6. 人は、成功するためにうそをつく。	3.10	3.25	0.15
7. 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している。	3.36	3.40	0.04
8. 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている。	3.48	3.69	0.21
9. 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている。	3.19	3.30	0.11
10. 人は、ほかの人を信用しないほうが安全であると思っている。	3.56	3.64	0.08
11. 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている。	2.63	2.77	0.14
12. 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せが一番関心がある。	2.51	2.86	0.35
13. 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている。	3.65	3.94	0.29
14. 人は、自分がするといいことは実行する。	3.18	3.41	0.23

15. 人は、チャンスがあれば税金をごまかす。	3.59	3.71	0.12
16. 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する。	2.94	3.16	0.22
17. 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく。	2.95	3.24	0.29

太字は反転項目

5. 介入前後のスティグマ度

認知症スティグマは、客体的スティグマ尺度 21 項目（項目 1～21）に加えて本調査で新たに追加した 4 項目（項目 22～25）、主体的スティグマ 9 項目を含む。客体的スティグマは 25 項目全てが介入後に低減していた。主体的スティグマについても、9 項目全てが介入後に低減していた（表 III-2-6）。

表 III-2-6：スティグマ項目別平均の前後差 (N=124)

	質問項目 (1. そう思う～5. そう思わない)	前	後	前後差
客体的 スティグマ	1. 認知症の人は私が何を言っているか理解できない。	1.76	1.61	-0.15
	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。	2.10	1.73	-0.37
	3. 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう。	2.34	1.98	-0.36
	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。	2.52	2.24	-0.28
	5. 認知症の人は他社に気遣うことができない。	1.62	1.57	-0.05
	6. 認知症の人は何をするかわからない。	2.81	2.39	-0.42
	7. 認知症に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。	1.65	1.60	-0.05
	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。	1.60	1.59	-0.01
	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。	1.41	1.38	-0.03
	10. 認知症の人は公共の施設を利用するのが難しい。	2.35	2.18	-0.17
	11. 認知症の人は複雑で面白い会話ができない。	1.85	1.77	-0.08
	12. 認知症の人は地域で暮らし続けることができない。	1.77	1.60	-0.17
	13. 認知症の人は衛生状態が良くない。	2.14	2.11	-0.03
	14. 認知症の人に特に関心はない。	1.51	1.37	-0.14
	15. 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている。	2.90	2.64	-0.26
	16. 認知症の人はたくさんの知識を持っている。	2.63	2.40	-0.23
	17. 認知症の人の日常生活は人間らしい。	2.54	2.35	-0.19
	18. 認知症の人は一緒にいて楽しい。	2.58	2.33	-0.25
	19. 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる。	2.87	2.46	-0.41
	20. 認知症の人から学ぶことが多い。	2.08	1.81	-0.27
	21. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない。	2.32	2.10	-0.22
	22. 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである。	2.58	2.30	-0.28
	23. 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である。	1.67	1.40	-0.27
	24. 認知症の人の家族は周囲に苦労を分かってもらえず孤立無援の状態である。	3.16	2.87	-0.29
	25. 自分や自分の家族が認知症になると、とまどいや否定の状況が最後まで続く。	2.85	2.60	-0.25

主 体 的 ス テ ィ グ マ	1. 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。	2.16	2.06	-0.1
	2. 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。	3.09	3.04	-0.05
	3. 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。	2.60	2.27	-0.33
	4. 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。	2.08	2.02	-0.06
	5. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。	2.02	2.15	0.13
	6. 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。	2.48	2.32	-0.16
	7. 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。	1.94	1.74	-0.2
	8. 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。	2.26	2.12	-0.14
	9. 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。	3.77	3.45	-0.32

太字は反転項目

III-2-3 介入前のスティグマに関連する変数の分析結果

以降については、介護職 102 名に限定して分析を行った。介入前のスティグマに関連する変数を分析するために、表 III-2-7 に示すように複数回答項目等については、合成変数を作成した。現在の職場については、「入所系事業所」「訪問・通所系事業所」に分類し、両方に所属する職員は「訪問・通所系事業所」に振り分けた。学習経験については、「職場以外の学習経験」「職場以外の学習経験がテレビ以外にもある」という 2 つの変数を作成し、それぞれ「あり」「なし」の 2 値化とした。

表 III-2-7：変数の分布 介護職 (N=102)

項目名	人数	(%)
性別		
女性	70	(68.6)
男性	32	(31.4)
年齢	平均 30.6 中央値 26.0 範囲 18~61 SD=11.0	
経験年数	平均 3.0 中央値 2.6 範囲 0.5~16 SD=2.6	
資格		
あり	86	(84.3)
なし	16	(15.7)
現在の職場 複数回答		
入所系事業所	70	(68.6)
訪問・通所系事業所	32	(31.4)
職場以外の学習経験		
あり	69	(67.6)
なし	33	(32.4)
職場以外の学習経験がテレビ以外にもある		
あり	45	(44.1)
なし	57	(55.9)
知識点	平均 6.9 中央値 7 範囲 3~10 SD=1.5	
ストレス耐性	平均 4.0 中央値 4.0 範囲 1~9 SD=2.0	
対人信頼感(欠損=1)	平均 53.7 中央値 53.0 範囲 32~81 SD=8.6	
客体的スティグマ (項目 1~21)	平均 45.4 中央値 45.0 範囲 22~73 SD=10.6	

主体的スティグマ	平均 22.5 中央値 23.0 範囲 9~35 SD=4.7
----------	---------------------------------

上述した変数を用いて、スティグマとの関連を分析した。まず、「年齢」「経験年数」「知識点」「ストレス耐性」「対人信頼感」とスティグマとの関連について、ピアソンの相関分析により検討した。その結果、客体的スティグマと主体的スティグマのいずれも、ストレス耐性、対人信頼感と負の相関を示していた。つまり、ストレス耐性や対人信頼感が高いことは、スティグマを低減させていると解釈できる。

年齢、経験年数、知識点のいずれもスティグマとの間に統計的に有意な相関はみられなかった（表 III-2-8）。

表 III-2-8：介入前のスティグマと他変数との相関分析

		年齢	経験年数	知識点	ストレス耐性	対人信頼感
客体的スティグマ度（項目1～21）	Pearson の相関係数	-.073	-.012	-.085	-.290**	-.440**
	有意確率（両側）	.463	.901	.394	.003	.000
	N	102	102	102	102	101
主体的スティグマ度	Pearson の相関係数	-.194	-.026	-.072	-.324**	-.201*
	有意確率（両側）	.051	.799	.470	.001	.044
	N	102	102	102	102	101

**、1% 水準で有意 *、5% 水準で有意

次に、カテゴリカルな変数である「性別（女、男）」「資格（あり、なし）」「現在の職場（入所系、訪問・通所系）」「職場以外の学習経験（あり、なし）」「職場以外の学習経験がテレビ以外にもある（あり、なし）」と、その他、相関分析でスティグマと有意な相関が確認された「ストレス耐性」「人間受容力（対人信頼感）」について、スティグマの関連を独立したグループのt検定により検討した。「ストレス耐性」と「人間受容力（対人信頼感）」については、中央値より低い得点を「低群」、高い得点を「高群」とした。分析の結果、ストレス耐性の高いグループは低いグループよりも統計的に有意(p<0.01)に客体的スティグマ(p<0.01)および主体的スティグマが低かった。また、人間受容力（対人信頼感）が高いグループは低いグループよりも統計的に有意(p<0.01)に客体的スティグマが低かった。しかし、主体的スティグマとの関連はみられなかった。その他の変数については、統計的に有意な関連性はみられなかった（表 III-2-9）。

III-2-4 介入効果に関する分析結果

表 III-2-10 は、介護職全体についての介入効果の分析結果である。スティグマに加えて、

認知症に関する知識点に対する効果について、介入前後の各変数の平均点の差を t 検定により検討した。その結果、知識、客体的スティグマ、主体的スティグマのいずれも統計的に有意 (p<0.001) な差が確認された。知識については、実施前に比べて平均 1.3 点の改善が見られた。客体的スティグマは平均 3.7 点低下し、主体的スティグマは平均 1.3 点低下していた。

表III-2-9：介入前のスティグマ度に関するグループ間比較 (N=102)

グループ名	客体的スティグマ		主体的スティグマ	
	平均 (SD)	t 検定	平均 (SD)	t 検定
性別				
女性 (n=70)	45.2 (11.1)	NS	22.2 (4.8)	NS
男性 (n=32)	46.0 (9.8)		22.9 (4.7)	
資格				
あり (n=16)	45.4 (8.4)	NS	22.6 (4.2)	NS
なし (n=86)	45.4 (11.0)		22.4 (4.9)	
現在の職場				
入所系事業所 (n=70)	44.3 (11.0)	NS	22.7 (4.7)	NS
訪問・通所系事業所 (n=32)	47.8 (9.5)		21.9 (4.9)	
職場以外の学習経験				
あり (n=69)	45.6 (10.7)	NS	22.3 (4.9)	NS
なし (n=33)	45.1 (10.7)		22.7 (4.5)	
職場以外の学習経験がテレビ以外にもある				
あり (n=45)	45.6 (10.2)	NS	22.4 (5.0)	NS
なし (n=57)	45.3 (11.1)		22.5 (4.5)	
ストレス耐性				
高 (4~9 点) (n=61)	43.0 (9.4)	**	21.2 (4.8)	**
低 (0~3 点) (n=41)	48.9 (11.4)		24.4 (3.9)	
人間受容力 (対人信頼感) (欠損=1)				
高 (53 点以上) (n=52)	42.9 (9.7)	**	22.1 (4.7)	NS
低 (52 点以下) (n=49)	48.5 (11.0)		22.9 (4.8)	

**、1% 水準で有意 *、5% 水準で有意 NS 有意差なし

表III-2-10：介入効果 介護職全体 (N=102)

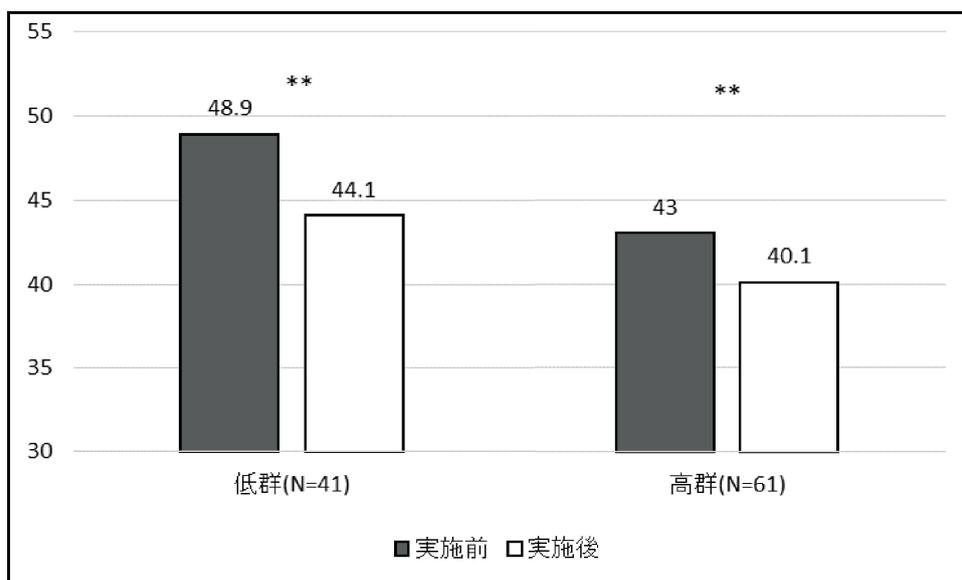
プログラム実施前後	知識		客体的スティグマ		主体的スティグマ	
	平均 (SD)	検定	平均 (SD)	検定	平均 (SD)	検定
実施前	7.1 (1.6)	***	45.4 (10.6)	***	22.5 (4.7)	***
実施後	8.4 (1.4)		41.7 (10.9)		21.2 (5.1)	

***、0.1% 水準で有意 **、1% 水準で有意 *、5% 水準で有意 NS 有意差なし

続いて、ストレス耐性の高いグループと低いグループに分けて、介入前後でそれぞれの

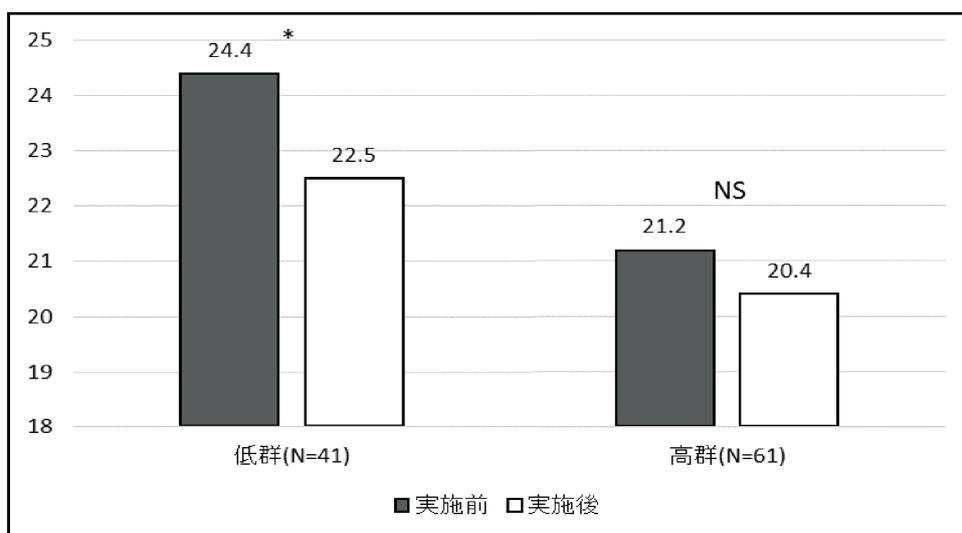
グループのスティグマ度が改善されたかについて t 検定により検討した。ストレス耐性の高いグループについては、客体的スティグマが統計的に有意 ($p < 0.01$) に低下していた。しかし、主体的スティグマについては、平均 0.8 点低下していたものの、統計的な有意差は確認されなかった。一方、ストレス耐性の低いグループについては、客体的スティグマ ($p < 0.01$)、主体的スティグマ ($p < 0.05$) のいずれも統計的に有意に低下していた (図 III-2-1、III-2-2)。

図III-2-1:客体的スティグマに関する介入効果 ストレス耐性高低グループ別 (N=102)



** . 1% 水準で有意 t検定

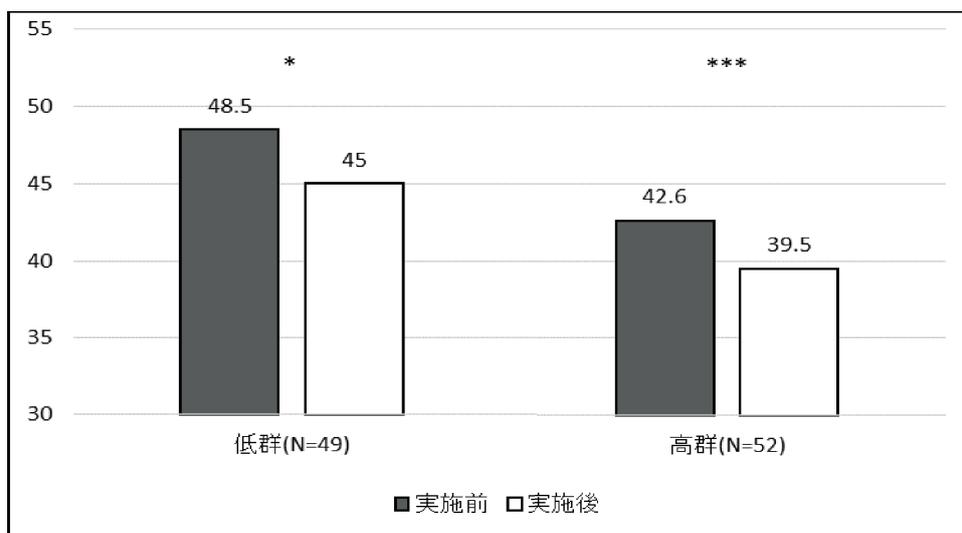
図III-2-2: 主体的スティグマに関する介入効果 ストレス耐性高低グループ別 (N=102)



* . 5% 水準で有意 NS 有意差なし t検定

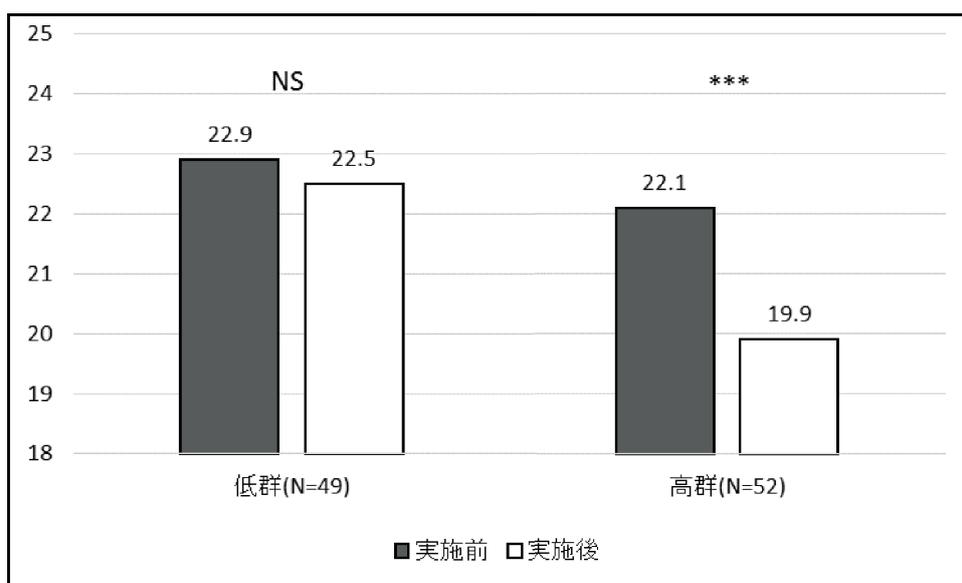
次に、対人信頼感の高いグループと低いグループに分けて、それぞれスティグマに対する介入効果についてt検定により検討した。まず、対人信頼感の高いグループについては、客体的スティグマと主体的スティグマのいずれも統計的に有意 ($p < 0.001$) に低下していた(図III-2-3、III-2-4)。一方、対人信頼感の低いグループは客体的スティグマのみ統計的に有意 ($p < 0.05$) に低下しており、主体的スティグマについては、介入の効果がみられなかった。

図III-2-3: 客体的スティグマに関する介入効果 対人信頼感高低グループ別 (N=101)



***. 0.1% 水準で有意 * . 5% 水準で有意 t検定

図III-2-4: 主体的スティグマに関する介入効果 対人信頼感高低グループ別 (N=101)



***. 0.1% 水準で有意 NS 有意差なし t検定

III-2-5 学習によるスティグマ低減効果の実証された

若手職員の中でも介護職に絞り、介入プログラムの効果の詳細な分析を行った。介入前のスティグマに関連する変数の検討を行った上で、介入による効果の検討を行い、分析の結果、以下のことが明らかとなった。

- ◆ 若手介護職員のスティグマ度には、性別、年齢、資格、経験年数、認知症に関する知識、現在の職場、学習経験といった変数には関連しておらず、ストレス耐性、人間受容力（対人信頼感）の2つの変数が関連していた。
- ◆ 介入プログラムの効果については、認知症に関する知識、客体的スティグマ、主体的スティグマの全てにおいて改善効果が確認された。
- ◆ ストレス耐性や人間受容力（対人信頼感）が低いグループはスティグマ度が高い傾向にあるが、それらのグループにおいてもプログラムの実施によって客体的スティグマが軽減されていた。
- ◆ 主体的スティグマについては、ストレス耐性低群に低減効果がみられたが、人間受容力（対人信頼感）低群には効果がみられなかった。主体的スティグマは「もし自分が認知症になった場合」を仮定し、自分自身の捉え方や周りの人との関係性について問う質問で構成されるが、対人信頼感の低い介護職員に対しては、今回のプログラムでは効果が出にくいということが明らかとなった。
- ◆ 総じて、学習プログラムは、若手介護職のスティグマおよび知識の改善効果を有することが実証された。また、スティグマ度が高い傾向にあるストレス耐性や対人信頼感が低い職員に対しても、一定の効果を示すことが明らかとなった。

III-3 サービス提供責任者対象調査の分析結果

前項と同様に「職員に対する学習テキストを用いたセルフラーニングとスティグマ度軽減の計測」調査のデータを用いて、サービス提供責任者に対するセルフラーニング・プログラムのスティグマ低減効果について検証することを目的とする。

III-3-1 分析方法

分析は以下の手順で行った。まず、各変数の単純集計を行い、介入前後の測定を行っている変数については項目ごとに前後の差を算出した。次に、介入効果を検討するため、「知識点」「客体的スティグマ」「主体的スティグマ」について、ノンパラメトリック検定により実施前後の差を検討した。

III-3-2 単純集計結果

1. 対象者の属性

本プログラムに参加したサービス提供責任者は16名であったが、スティグマ尺度の項目に無回答のあった4ケースを除外し、最終サンプル数は12となった。

性別は92% (11人) が女性であり、年齢は33歳から64歳を含み平均が50歳であった。認知症ケアについての経験年数は9年から最長34年、平均が14年であった。最終学歴は高校卒業が33%、約6割が高等教育機関を卒業していた。資格は全員が「介護福祉士」を所持していた。次に、認知症に関する学習機会については、複数回答で最も多かったのが「職場で学んだ」が100%であり、次いで「介護経験者から学んだ」「テレビ番組などマスメディアから学んだ」「市民講座で学んだ」が58%であった。その他、「テレビ番組などマスメディアから学んだ」が32%、「教育教材や書籍・雑誌など自分で学んだ」27%等であった。若手職員と比べて、経験年数が長く、介護福祉士の資格所持者の割合が高かった。認知症ケアに関する学習機会については、高等教育機関で学んだ人の割合は若手に比べて低かったが、その他の学習機会については全てにおいて若手職員よりも高い割合を示していた(表 III-3-1)。

表 III-3-1 : 基本属性 (N=12)

項目名	人数	(%)
性別		
女性	11	(91.7)
男性	1	(8.3)
年齢	平均 50.1 範囲 33~64 SD=9.6	
経験年数	平均 14.4 範囲 9.0~34.0 SD=7.2	
学歴	4	(33.3)
高校卒	4	(33.3)
専門学校卒	3	(25.0)
短期大学卒	1	(8.3)
その他		
資格		
介護福祉士	12	(100)
学習機会 複数回答		
高校時代に学んだ	1	(8.3)
小中高以外の教育機関で学んだ	3	(25.0)
職場で学んだ	12	(100.0)
地域の集まりで学んだ	3	(25.0)
介護経験者(知人等)から学んだ	7	(58.3)
自分の家族から学んだ	5	(41.7)
教育教材や書籍・雑誌など自分で学んだ	5	(41.7)
テレビ番組などマスメディアから学んだ	7	(58.3)
行政の広報などで学んだ	2	(16.7)
市民講座で学んだ	7	(58.3)

2. ストレス耐性

ストレス耐性に関する9項目について、6項目は7割以上が「はい」と回答している。9

項目の合計得点は、最低点 3 点、最高点 9 点、平均 6.8 点であり、若手職員よりも平均で 2.6 点高かった (表 III-3-2)。

表 III-3-2 : ストレス耐性 (N=12)

質問項目 「1. はい」	N	(%)
1. 嫌なことがあっても「まあいいか」と受け流すことができる。	12	(100)
2. 他人との関係では、相手の事情を想像することができる。	11	(92)
3. 身の回りに起こることについて、何事も経験だと思えることができる。	11	(92)
4. 困ったときに、周囲に「助けて」と頼ることができる。	6	(50)
5. くよくよ考えないで、ぱっと切り替えることができる。	9	(75)
6. 何事も、自己成長できるチャンスだとポジティブに受け止めることにしている。	9	(75)
7. 苦手な人を作らないようにしている。	6	(50)
8. 人が困っているときは自分が助ける番だと考え、協力するようにしている。	11	(92)
9. 共通の趣味の仲間がたくさんいる。	6	(50)
合計	平均 6.8 範囲 3~9 SD=1.6	

3. 介入前後の知識

認知症に関する知識問題 10 項目について、介入前に正答率が高かったものは「1. 認知症とは先天的な認知機能の障害である」と「8. 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる」が 100%、「6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく」92%であった。正答率が低かった項目には「7. BPSD とは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す」が 22%、「3. 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである」「9. 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い」「10. 頭部外傷やウイルス感染によっても認知症になる」が 33%と参加者の約 7 割が不正解であった。若手職員と比較すると 10 項目中 6 項目は若手職員の方が正答率が高かった。プログラム実施後に正答率が上昇した項目は 10 項目中 8 項目あった。その他、1 項目は介入前に 100%の正答率で介入後にも変化がみられなかった。項目 4「認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の 4 つだけである」については、介入前の正答率が 75%であったが、介入後に 67%と 8 ポイント低下していた (表 III-3-3)。

表 III-3-3 : 知識問題 項目別正答率の前後差 (N=12) (%)

問題	前	後	前後差
1. 認知症とは先天的な認知機能の障害である。	100	100	0
2. 認知症になると必ず記憶の障害がおきる。	50	100	50
3. 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである。	33	42	9
4. 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の 4 つだけである。	75	67	-8
5. 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる。	83	92	9
6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく。	92	100	8
7. BPSD とは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す。	25	67	42

8. 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる。	100	100	0
9. 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い。	33	58	25
10. 頭部外傷やウイルス感染によっても認知症になる。	33	100	67

4. 介入前後の人間受容力（対人信頼感）

人間受容力（対人信頼感）は 17 項目で構成されるが、介入前の 12 項目で若手職員よりも高い点数を示していた。介入の前後差については、10 項目で平均点が上昇している（表 III-3-4）。

表 III-3-4：人間受容力（対人信頼感） 項目別平均の前後差 (N=12)

質問項目 (1. そう思う～5. そう思わない)	前	後	前後差
1. 人は基本的には正直である。	3.92	4.25	0.33
2. 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする。	2.92	3.58	0.66
3. 人は、頼りにできる人がわずかしかない。	3.00	3.67	0.67
4. 人は、他の人の親切に下心を感じ、気を付けている。	3.50	4.00	0.5
5. 人は、ふつう清く正しい人生を送る。	3.08	3.33	0.25
6. 人は、成功するためにうそをつく。	3.67	3.83	0.16
7. 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している。	3.92	4.00	0.08
8. 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている。	4.08	3.92	-0.16
9. 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている。	3.50	3.58	0.08
10. 人は、ほかの人を信用しないほうが安全であると思っている。	4.17	4.17	0
11. 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている。	3.42	3.50	0.08
12. 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せに一番関心がある。	2.92	2.75	-0.17
13. 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている。	4.17	4.33	0.16
14. 人は、自分がずるといったことは実行する。	3.17	3.08	-0.09
15. 人は、チャンスがあれば税金をごまかす。	4.17	4.08	-0.09
16. 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する。	3.33	3.33	0
17. 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく。	3.50	3.50	0

太字は反転項目

5. 介入前後のスティグマ度

認知症スティグマは、客体的スティグマ尺度 21 項目（項目 1～21）に加えて本調査で新たに追加した 4 項目（項目 22～25）、主体的スティグマ 9 項目を含む。介入前のスティグマについては、若手職員と比べてサービス提供責任者の客体的スティグマは 25 項目中 19 項目が低く、主体的スティグマについても 9 項目中 6 項目が低かった。介入前後の差については、客体的スティグマは 15 項目が介入後に低減していた。主体的スティグマについても、8 項目が低減していた（表 III-3-5）。

表 III-3-5 : スティグマ項目別平均の前後差 (N=12)

	質問項目 (1. そう思う~5. そう思わない)	前	後	前後差
客体的 スティグマ	1. 認知症の人は私が何を言っているか理解できない。	1.75	2.08	0.33
	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。	1.50	1.58	0.08
	3. 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう。	2.08	1.83	-0.25
	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。	2.08	2.00	-0.08
	5. 認知症の人は他社に気遣うことができない。	1.50	1.33	-0.17
	6. 認知症の人は何をするかわからない。	2.25	1.92	-0.33
	7. 認知症に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。	1.42	1.42	0
	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。	1.83	1.17	-0.66
	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。	1.33	1.17	-0.16
	10. 認知症の人は公共の施設を利用するのが難しい。	2.25	1.50	-0.75
	11. 認知症の人は複雑で面白い会話ができない。	1.50	1.92	0.42
	12. 認知症の人は地域で暮らし続けることができない。	1.08	1.08	0
	13. 認知症の人は衛生状態が良くない。	2.17	1.67	-0.5
	14. 認知症の人に特に関心はない。	1.08	1.50	0.42
	15. 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている。	2.67	2.50	-0.17
	16. 認知症の人はたくさんの知識を持っている。	2.83	2.08	-0.75
	17. 認知症の人の日常生活は人間らしい。	2.67	1.92	-0.75
	18. 認知症の人は一緒にいて楽しい。	2.33	2.08	-0.25
	19. 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる。	2.67	2.25	-0.42
	20. 認知症の人から学ぶことが多い。	1.50	1.58	0.08
	21. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない。	1.92	1.92	0
	22. 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである。	2.67	1.67	-1
	23. 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である。	1.75	1.17	-0.58
	24. 認知症の人の家族は周囲に苦勞を分かってもらえず孤立無援の状態である。	2.58	2.58	0
	25. 自分や自分の家族が認知症になると、とまどいや否定の状況が最後まで続く。	2.08	2.08	0
主体的 スティグマ	1. 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。	1.42	1.33	-0.09
	2. 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。	2.17	1.92	-0.25
	3. 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。	2.33	1.92	-0.41
	4. 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。	2.25	2.25	0
	5. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。	2.17	2.00	-0.17
	6. 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。	2.42	2.00	-0.42
	7. 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。	2.00	1.33	-0.67
	8. 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。	2.25	1.67	-0.58
	9. 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。	3.50	3.42	-0.08

太字は反転項目

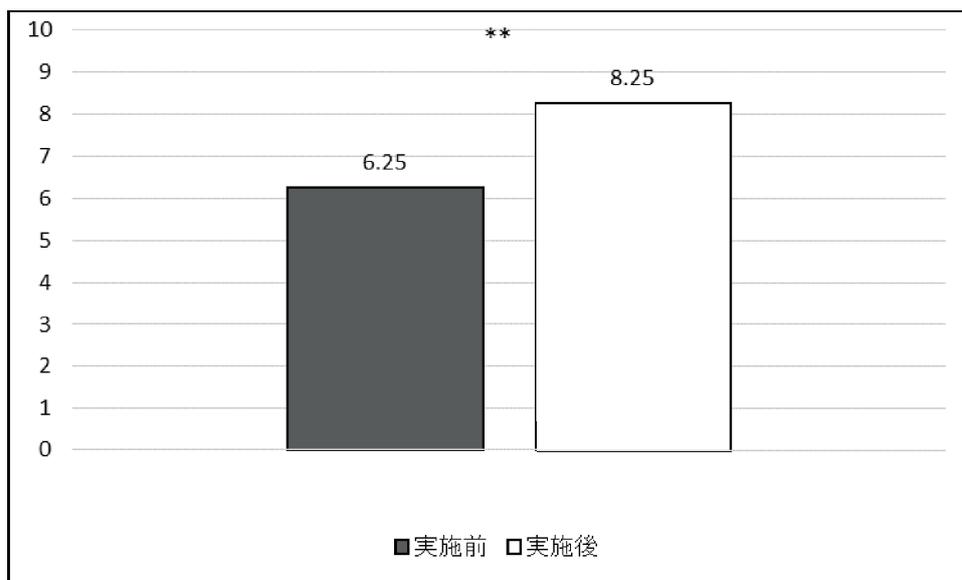
III-3-3 介入効果に関する分析結果

介入効果の検討をするため、「知識」「客体的スティグマ」「主体的スティグマ」の介入前後の平均値の差について、それぞれノンパラメトリック検定 (Wilcoxon の符号付順位検定) を実施した。

まず、知識については介入前が 6.25(SD=1.1)であったが、介入後は 8.25(SD=0.7)となり平均点が 2 点上昇した。また、統計的にも 1%水準で有意な改善がみられた (図 III-3-1)。

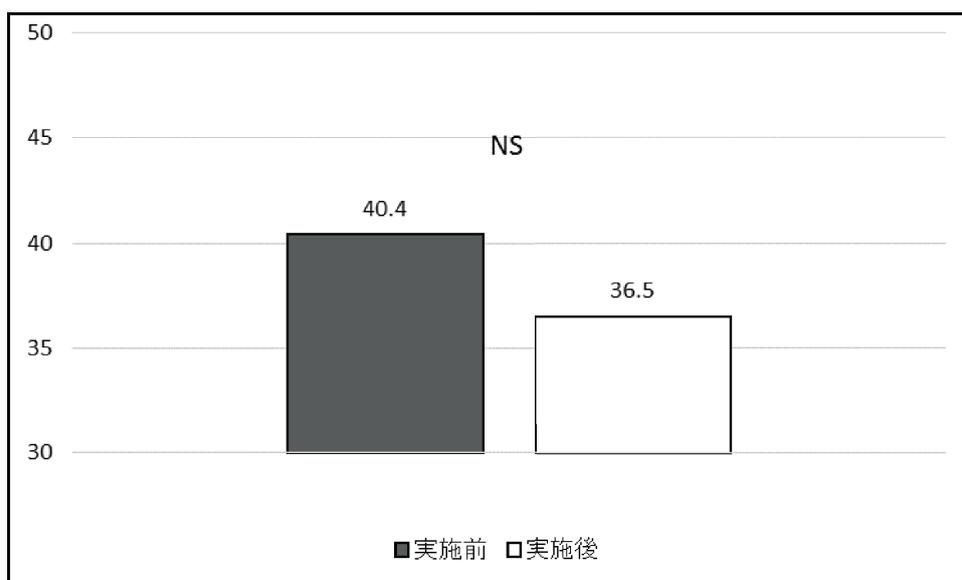
次に、客体的スティグマであるが、介入前の平均は 40.4(SD=9.2)であったが、介入後は平均 36.5(SD=13.3)となり、3.9 点低減している（図 III-3-2）。しかし、統計的には有意な差は確認されなかった。主体的スティグマについても、介入前の平均が 20.5(SD=5.5)、介入後の平均が 17.8(SD=4.9)で 2.7 点の改善がみられるが、統計的に有意な差は確認されなかった（図 III-3-3）。

図III-3-1: 知識に関する介入効果 サービス提供責任者全体(N=12)



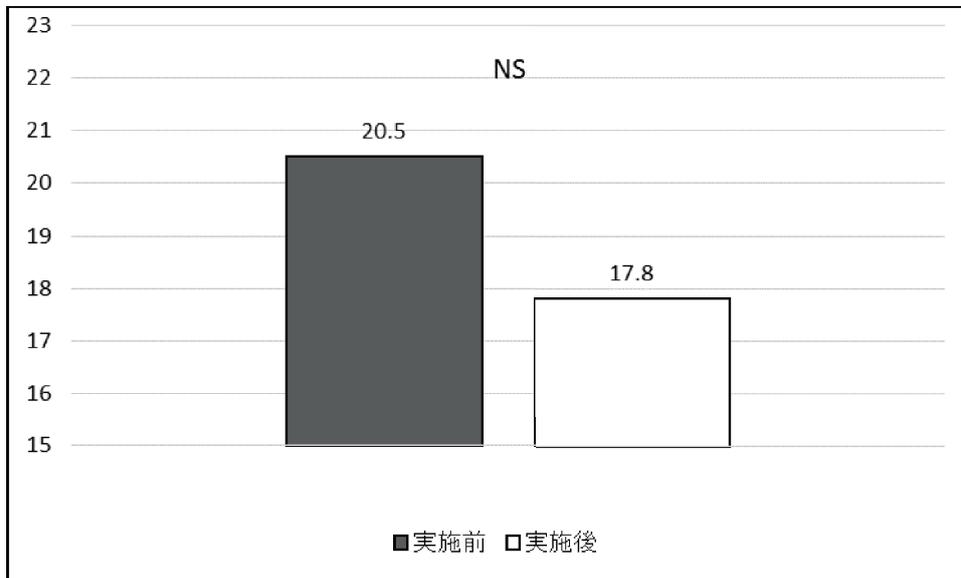
** 1% 水準で有意 Wilcoxonの符号付順位検定

図III-3-2: 客体的スティグマに関する介入効果 サービス提供責任者全体(N=12)



NS 有意差なし Wilcoxonの符号付順位検定

図III-3-3: 主体的スティグマに関する介入効果 サービス提供責任者全体 (N=12)



***. 0.1% 水準で有意 **. 1% 水準で有意 *. 5% 水準で有意 NS 有意差なし
Wilcoxonの符号付順位検定

III-3-4 学習により、若手職員ほどではないが、スティグマ低減効果が確認される

若手の介護職員よりも、認知症ケアに関する経験が豊かであると考えられるサービス提供責任者に対しても、本プログラムの提供がスティグマ低減に効果があるのかについて検証した。

サービス提供責任者は、若手介護職員に比べて、経験年数、学習機会、ストレス耐性、人間受容力（対人信頼感）、スティグマについて良好であった。しかし、認知症に関する知識はわずかに若手職員よりも低いという結果であった。認知症に関する比較的古い知識教育を受けてきたことが投影していると推定される。そのことを反映して、介入プログラムの効果として、知識の有意な改善が確認された。スティグマ（客体、主体）についても、プログラム実施後に平均値の低下がみられた。ただし、サンプル数の制約から、統計的有意差を確認することはできなかった。

IV 早期発見・初動介入の事例分析

IV-1 早期発見・初動介入が上手くいったケースの分析

IV-1-1 聞き取り調査データの整理・確定と分析方法

聞き取り調査を実施した 33 ケースの内、早期発見と初動介入が上手く行ったケースは 18

件であった。聞き取り内容のデータ化については、それぞれ聞き取りを担当した 2 名のもとで一次記録を作成した後、本調査研究ワーキンググループの 4 名で内容確認を実施して確定した。ケース展開のプロセスが明確になるよう、ケース発見の経緯・初動対応・その後の展開という観点で記録を構成し、テキストデータ化した。ケース発見の経緯については、「誰からの情報か」「本人の状態」「家族（周囲）の状況」「周囲との関係や生活環境上の問題に対する包括の判断」「医師の関与」という 5 つのポイントで整理した。初動対応については、「対応方針」「本人の様子」「家族の姿勢」「方針決定の根拠・理由」「関係主体」の同じく 5 つのポイントで整理した。その後の展開については、「展開の概要」「発見から集結までの期間」「本人変化」の 3 つのポイントで整理した。

確定されたテキストデータを基に、早期発見・初動介入が上手く行った構造要因を探るため、探索的にテキスト分析を実施した。分析作業には SPSS Text Analytics for Surveys(IBM)を用いた。SPSS Text Analytics for Surveys(IBM)に内蔵された言語学的手法に基づくカテゴリー抽出を行った後、主に関係主体や場所、行為や行動とその理由を示すものについて探索的にカテゴリー化していった。最後に、SPSS Text Analytics for Surveys における web パネルによる視覚化を採用し、カテゴリー間の関係性を検討した。

IV-1-2 分析結果

1. 早期発見

早期発見についてのテキスト分析の結果を視覚化したものが図表IV-1 である。早期発見を促した構造要因について、以下のことが推察される。

まず、本人に注目すると、2 つの特徴が読み取れる。一つは、多くの家族との繋がりである。具体的には、娘・妻・夫・孫・長男・長男夫婦があるが、特に娘が他との関係が強い（図中の円が他より大きくノードとなっている）。早期発見に繋がる家族の果たしている役割の大きさがわかる。もう一つは、様々な地域資源との関係である。病院/通院・主治医・メンタルクリニック・整形外科といった医療機関にとどまらず多様に広がっている。具体的には、地域サロン・介護予防教室・スーパーマーケット・店舗・郵便局長・警察・民生委員・自治会・近所・大家など、地域で本人の生活を支える多様な主体が関わりを持っていることがわかる。図中にある「手芸などについていけなくなり」「支払いができず」「場所がわからなくなって」「物忘れ」といったことに周囲が気づき、それを「心配だ」と気に掛け、それをきっかけとして地域包括支援センターに繋がったことで早期発見となったことが推察される。

次に、地域包括支援センターに着目すると、地域の多様な主体と繋がりを持っていることがわかる。具体的には、本人や家族はもとより、民生委員・警察・医療関係機関・役所・自治会・郵便局といった主体が図から読み取れる。こうした関係性が早期の来所相談や電話連絡につながっている。

その他、注目すべき点が 3 つある。

1つは「相談」「来所相談」についてである。相談と来所相談は様々な主体と繋がっている。このことは、地域包括に様々な経路を通じて相談が持ち込まれていることを意味する。来所相談については、妻や孫、娘や長男など家族が中心となっている。一方、来所に限らない（主に）電話相談というきっかけについては、家族に限らず、民生委員や役所、警察といったように様々であることがわかる。

2つめは「受診」「診断」についてである。相談と同様、受診・診断も多くの要素と繋がっており、早期発見に寄与する重要な要素となっている。「金銭管理（の問題）」や「場所がわからなくなって」といった生活上の課題と、夫や妻、娘や息子、孫といった家族の気づきや勧めが受診のきっかけになっていることが推察される。

3つめは「付き添い」についてである。生活上のちょっとした変化に気づいたり、具体的な課題が生じたりして、受診の必要性を考えたとしても、具体的に認知症に関わる医療機関の受診に繋がるまでにはまだ障壁がある。異変に気づいても自分一人で医療機関を受診するには心理的ハードルが高い。そうした場合に、家族の「付き添い」がその障壁を取り除く1つの要素になっているのである。

個々のヒアリング内容も踏まえて、早期発見のプロセスやそれを成功に導いた条件について整理すると次のようになる。

まず、本人が以前から地域サロンや介護予防教室、公民館での活動など、地域との繋がりを持っているということである。こうした本人の持つ各種社会資源（機会）とのネットワークは、認知症の早期発見を促す周囲の目があるということに繋がっている。

次に、地域包括の果たしている役割についてである。地域包括が民生委員や自治会、地域のサロン、商店、医療機関、警察や消防といった様々な地域の関係専門機関や地域の関係主体と広くネットワークを築いているということである。これは、認知症に関わる地域の様々な場での気づきが地域包括に早期に持ち込まれる基盤となる。また、地域包括が自ら実施している介護予防教室などは、スクリーニングの機会にもなっている。これは、地域包括が直接的に早期発見できる機会となる。また、地域包括が相談を受けた後に継続的に訪問することも重要である。訪問初期の段階では認知症とは特に関係がなくとも、定期訪問を継続することによって、ご本人に変化が生じた場合に、それを見逃さずに早期発見に繋げる機会となる。

また、地域の人たちが地域包括を認識し、普段から気づきを連絡するという行動に移すことのできる体制を築いておくことである。図表の「連絡」「連絡がある」に見ることができるよう、地域の関係主体が「気づき」を具体的に地域包括に連絡をすることで早期発見に繋がっている。

2. 初動介入

初動介入の好事例について、テキスト分析の結果を視覚化したものが図表IV-2である。初動介入を促した構造要因について、以下のことが推察される。

全体的には、初動介入を進めるプロセスにおいては、医療機関および介護サービス、各種専門職といった認知症の人を支える専門機関・専門職の存在が大きくなっていることが読み取れる。先述の早期発見のプロセスとは異なる点である。また、地域ケア会議の開催や、医療と介護の連携（「病院の連携室」等）、といった医療と介護の多・他機関連携の姿も浮かび上がってくる。介護保険利用申請、介護サービス利用、受診といったように、同じく早期発見プロセスに比して、より具体的なサービスに繋がっていることがわかる。その一方で、民生委員や地区社協、商店、大家といった地域の近隣社会資源も、早期発見プロセスに引き続いて、初動プロセスを支える主体として機能していることがわかる。以下、注目すべき諸点について確認していく。

1点目は「方針」についてである。生活上の課題解決を支援する具体的なサービスに繋げていくためには、地域包括におけるアセスメントと方針の策定が重要となる。図中の中央に位置する「方針」は、放射状に様々な機関やサービスと繋がっている。実際のサービスにつながる起点として重要な要素となっていることが推察される。

2点目は、専門医療機関の受診についてである。具体的には図中の「専門医療機関/専門医」「認知症疾患医療センター」「病院」がそれに該当する。それぞれに多くのカテゴリと繋がりを持っている。このことは、初動介入のプロセスにおける医療機関受診の重要性を示していると考えられる。早期発見から初動介入の段階に入り、できるだけスムーズに受診に繋げることができるかが、その後を左右することになる。専門医療機関のカテゴリの付近には「勧める」「付き添う/一緒」といったカテゴリを確認することができる。専門医療機関の受診にあたっては、本人が信頼する周囲の人間からの勧めや、その人の同行といった要素が、受診へのハードルを下げていることが読み取れる。

3点目は、介護サービスに繋がっているということである。「小規模多機能」「デイサービス」「居宅介護」「デイケア」「ヘルパー」といったように、具体的な介護サービスに繋がっていることがわかる。「介護サービス利用」については、図中において比較的大きい結節点にもなっている。初動対応が上手くいくと、医療機関の受診にとどまらず、生活を支える介護サービス利用のコーディネートや活用が上手く行っていることが推察される。

4点目は、地域包括定の定期訪問とモニタリングについてである。図中の右側に地域包括支援センターと繋がる「定期訪問」のカテゴリがある。「定期訪問」は家族の他、各種介護サービスとも繋がっている。要介護認定の結果、地域包括から居宅にケースが移った場合においても、地域包括として定期的なモニタリングを継続しているケースもあることが推察される。

5点目は、地域ケア会議についてである。早期発見から初動対応に移るプロセスで、地域ケア会議が開かれている。地域ケア会議では本人を取り巻く多くの関係主体が繋がるこ

とになる。早期発見プロセスにおいては、それら主体は見守る地域の目であり変化を見逃さない地域の目であったものが、初動対応に進み、「方針」を有する機能連携に展開する機会として重要な役割を担っているということがわかる。

6点目は、「付き添う/一緒」「協力」ということである。先に述べたように、受診に際して家族が付き添ったりすることで、心理的抵抗が減る場合もある。それは受診だけではなく、相談やサービス利用の局面でも同様である。初回のサービス利用や、そもそも本人がサービス利用に抵抗感を感じているときに、家族が伴走者としてサービス利用に同行したりする「協力」が重要である。信頼における家族の同行があることで、最初の心理的抵抗感を引き下げ、継続的なサービス利用に向けて、徐々に慣れていくといった考え方が、初動対応において重要となっていることが推察される。

7点目は地域との関係である。早期発見プロセスから引き続き、「商店」「大家」「地区社協」など、地域社会資源の存在が見て取れる。ケースが発見されて初動対応に移るプロセスでは、介護や医療の専門的機関がその中心となっていくわけであるが、それでも引き続き、地域の見守る目が重要性を持っているということを推察することができる。

個々のヒアリング結果も踏まえて、初動への促進要因についてまとめると次のようになる。すなわち、地域の民生委員等から地域包括への連絡が比較的早い段階で入ることである。民生委員に限らず、商店主やご近所も含めて、ご本人を見守り、ちょっとした変化を見逃さない地域の目が重要であるし、気づきを行動（連絡・相談）に移す条件づくりが重要になると思われる。また、地域包括と医療機関との連携や医師への働きかけも重要となる。生活を見守る中で、「薬が合っていない」状況や薬が飲めていない、薬が管理できていない状況などを訪問時等に確認した場合には、それを確実に医師に繋いでいくことである。

また、本人を支える家族の意識や役割も大きい。本人の生活の多くの部分を見ている家族がいかに気づき、地域包括に相談するという具体的な行動に移せるかが初動に影響する。また、本人がサービス利用や訪問を拒否する場合など、例えばボランティアとして行くなどと本人の社会的役割への認識を重視した対応を工夫することでサービス利用につながることもある。同じくサービス利用拒否の際に家族の同行によって利用が実現するケースもある。このようなことから、家族の意識や認識、理解や協力といった要素が初動をスムーズに進めていけるかを左右するということができる。

その他、サービス利用の際に本人の生活圏が変わらないということや、段階的にサービスの種類や量を検討していくこと、利用開始に向けた職員との関係づくりなど介護事業者の協力といった要素も、初動をスムーズに運ぶことができるかどうかに影響すると考えられる。いずれにしても、初動をスムーズに進めていけるかどうかについては、地域包括と本人だけの問題ではなく、各種関係専門機関はもちろん、本人の生活を取り巻く地域全体の様々な社会資源を含むことに留意が必要であろう。したがって、地域においては、普段からの機関間連携を可能とするためのネットワークづくりや、顔合わせの機会が重要となる。

IV-2 課題のあったケースの分析

IV-2-1 聞き取り調査データの整理・確定と分析方法

早期発見・初動介入が上手くいかずに課題が残ったケースは、聞き取り 33 ケースの内、15 件であった。聞き取り内容のデータ化については、好事例と同様、ヒアリングを担当した 2 名が一次記録を作成し、ワーキンググループ 4 名で内容確認を行った。ケースの展開プロセスに沿ってヒアリング内容を整理し、テキストデータ化した。

分析については、好事例と同様、SPSS Text Analytics for Surveys(IBM)を用いてテキスト分析を実施した。ケースが上手く行かなかった要因を探るため、どのような主体や行為、理由等が関わっているのかについて、SPSS Text Analytics for Surveys(IBM)に内蔵された言語学的手法に基づくカテゴリー抽出を行った後、手作業でカテゴリー化を進めていった。最後に、SPSS Text Analytics for Surveys における web パネルによる視覚化を採用し、カテゴリー間の関係性を検討した。

IV-2-2 分析結果

早期発見・初動対応に課題があったケースについてのテキスト分析の結果を視覚化したものが図表IV-3 である。早期発見や初動が上手く行ったケースとは異なる傾向について、図表IV-1 および図表IV-2 とも見比べながら、探索的に読み取っていきたい。重要だと思われる点については、次の通りである。

図表IV-3 では「拒否」が最も大きい円を示している。すなわち、上手く行かなかったケースにおいて「拒否」はほとんどすべてのケースで語られていることである。そして「拒否」は受診やデイサービス、地域包括による訪問など、多くの局面との関係を有している。すなわち、早期発見や初動対応が上手く進まなかった理由に、本人による拒否が大きく関係しているといえることができる。

次に特徴的なことが、図表IV-1 およびIV-2 に比べて、全体的に地域資源に関わる主体が登場しないということである。地域サロンや介護予防教室といった集まりの場もそうであるし、商店、郵便局といったものも登場しない。家族についても共通点がある。早期発見・初動対応がスムーズに進んだケース群では、様々な家族の存在を読み取ることができた。しかしながら、それに比べると課題ケースについては登場する家族がそもそも少ない。医療機関の受診や介護サービス利用を勧めたり、ときには同行するなど、拒否がある場合にも初動対応に繋げていく上で重要な役割を果たしていた家族の関わりがやはり重要であることがわかる。

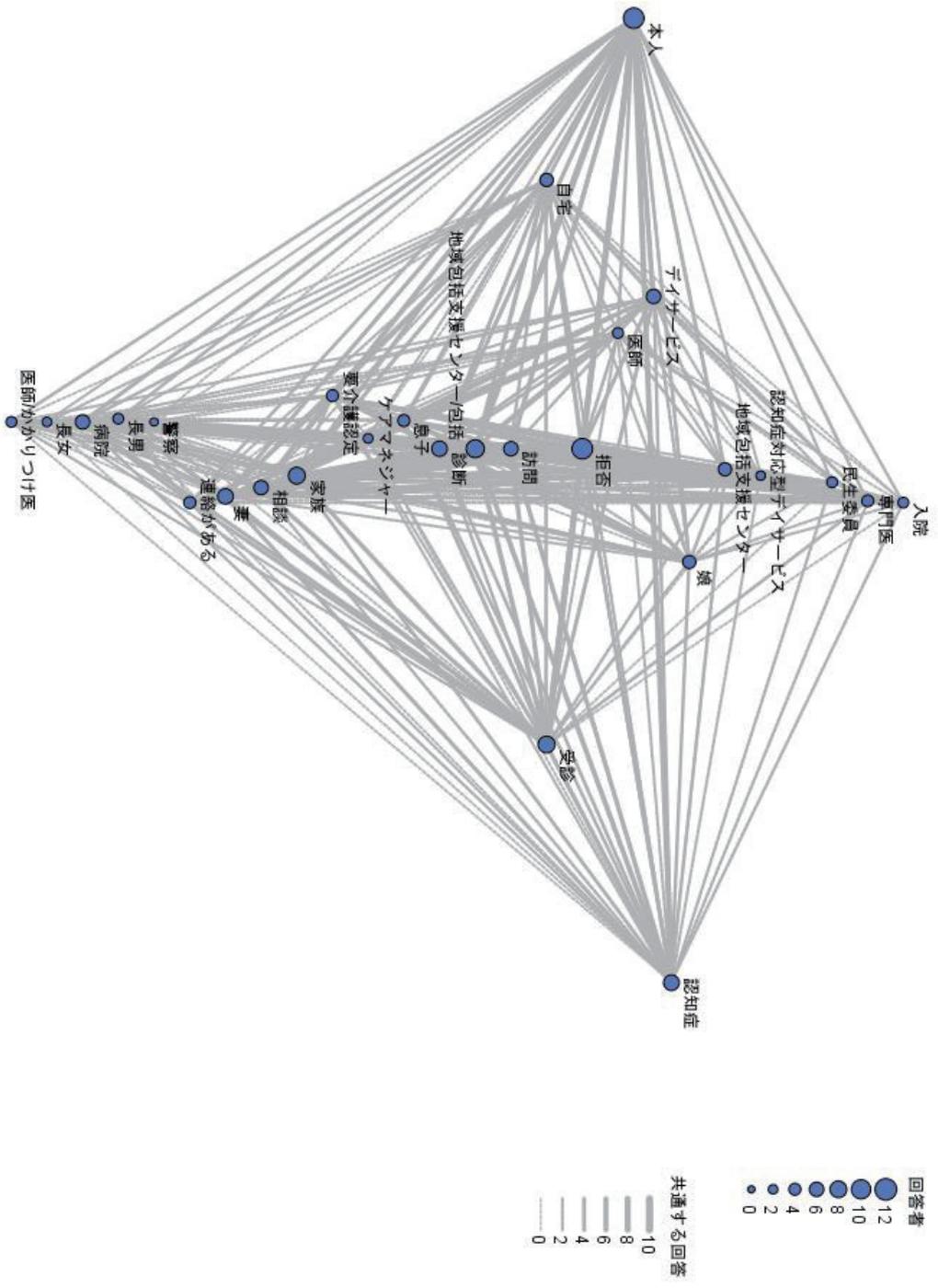
一方で地域包括は本人を含めて様々な人や機関と繋がりをもっている。要介護認定やデイサービス、認知症対応型デイサービスといったカテゴリーに見られるように、介護サービス利用の手续や具体的なサービス利用に繋げようとするも、その多くは本人の拒否によってなかなか利用に至らない様子が見取れる。

個々のヒアリング内容も踏まえつつ、早期発見・初動対応の阻害要因についてまとめると次のようになる。

阻害に関わる大きな要素は先述の「拒否」と「孤立」である。孤立は地域での孤立はもちろんであるが、家庭内での孤立もある。テキスト分析の結果から見たように、課題のあったケースでは、本人を取り巻く社会資源が非常に乏しい状況であった。すなわち、普段から地域の中での集まりに出掛けない、地域の見守りの目の中にいないということである。家庭内においても、家族の無関心といったケースもある。むしろ逆に同居家族が限界まで抱え込んでしまい、発見されたときには相当に認知症が進んでしまっていたというケースもある。いずれにしても、課題ケースにおいては、本人が地域の網の目の中にいないという状況が読み取れる。

関係機関の連携が上手くいかなかったケースもある。かかりつけ医が認知症専門医に繋がなかったり、繋ぐのが遅れたりといった課題である。他にも、長年かけてできた夫婦間関係の有り様によって、家族の理解や同行支援などが期待できないケースや、本人と配偶者と子といった3者間関係がよくない場合にも相談支援がスムーズに行かない要因のひとつとなる。また、本人の生活歴や仕事歴によって、周りからの助言をどう受け止めるのかについて違いが出るというケースもあった。それぞれのケースにはそれぞれの阻害要因が認められるが、共通しているのは、身内であっても他人であっても、専門機関であっても、他者との関係が希薄な場合に、サービス利用に向けた伴走者を得ることも難しく、スムーズな初動対応を進めて行くことに困難を抱える可能性があるということである。

図表IV-31 課題のあったケースJについてのテキスト分析結果 (web パネルによる視覚化)



V 認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアル

V-1 地域包括支援センターをワンストップの調整弁とすることの意義

V-1-1 事例聞取りの概要

地域包括支援センターは、法制上は、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である（介護保険法第115条の46第1項）。その主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施することにあるとされている。

認知症の早期発見から初期集中支援へのスムーズな連続化に関する好事例と課題を内包した事例の双方について、5か所の地域包括支援センターの主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士を対象に、事例聞取り調査を実施した。事例ではあるが、ケースを匿名にし、個人情報や固有名詞を一切外す処理を地域包括支援センターにおいて事前に施した情報の形で、地域、個人、医療・介護事業所など一切の固有情報が特定できない形での聞取りとしている。地域包括支援センターと日常的に連携して早期発見・初期集中対応に当たっている当事者として、居宅介護事業所のケアマネジャー（2か所2名）および1か所の地域在宅医療・介護連携支援センターの医療ソーシャルワーカー（1名、社会福祉士）にも聞き取りを実施している。

聞取り対象となった地域包括支援センターはすべて社会福祉法人の受託するものであって、その類型的特徴は次の通りである。（以下、「小規模センター」とは必置3職種の配置で運営されるものを言い、「大規模センター」とは、必置職員の他に、上乘せ人員としてケアマネジャー等を配置しているものを言う。）

センター1

政令指定市中心部の高層マンション等の多く立地する住宅地域で、住宅地域内に在る老人保健施設機能も含む総合ケアセンター内に事務所を構える大規模センターである。

センター2

政令指定市の旧来からの商店街で、再来住民の多く居住する地域内に単独の事務所を構える大規模なセンターである。

センター3

地方中核市の近郊農・住混在地域にある通所介護事業所に併設された小規模地域包括支援センターで、地域生活支援サービスとして法人が展開する地域カフェを運営している。

センター4

地方中核市の中心商業・住宅地域で、戸建て住宅の多い地区に、単独で設置されている小規模センターである。

センター5

半農・半漁の地域に立地する社会福祉法人本部内に置かれた小規模センターで、社会貢献に積極的な法人の事業方針を受けて、地域カフェの運営や多彩な地域公益活動の担い手として特色を有している。

聞取り事例数は IV において分析対象となった全 33 件、うち、早期発見から初期集中支援へとスムーズに連続化させることができたケースが 18 件、発見されたものの集中支援に至らなかったケースと集中支援の組織に着手したものの本人、家族の事情変化により具体的な支援とはならなかったケースが 15 件であった。

V-1-2 早期発見のルートと地域包括支援センターの位置

(1) 「早期発見」と「初期集中支援」の考え方

認知症の「できる限り早い段階からの支援」（いわゆる、「早期発見」、「初期集中支援」）は、国の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の施策の柱となっている。早期の適切な医療的診断と投薬管理、予防・回復促進的な介護サービスによる支援が本人の生活の自立を維持し、在宅での生活の継続を可能にするために有効である、という臨床的知見を根拠にした施策である。初期集中支援は、早期発見を前提にしている。早期の発見がなければ、初期段階での適切な支援はない。新オレンジプランの「できるだけ早い段階からの支援」は、この早期発見がなかなか進まない現実への対応である。

認知症の人への社会的支援は、本人の生活の自立を維持することを目的とするものであるから、「早期発見」の「早期」は、医療鑑別の視点からの認知症の原因疾患ならびに症状の進行段階における「早期」ではなく、日常生活の自立を妨げるようなこれまでとは異なる変化が本人に現れるという意味での、いわば操作的に定義される「早期」ということになる。

そのような生活行為上に現れる変化の初期兆候のことを、本研究では「かも知れない兆候」と定義している。小さな変化や異常に対する本人や周囲の主観的な気づきのことである。小さな異常」とは日常生活において感知されるこれまでとは異なる変化のことを意味するから、「段取りが計画通り上手くできない」「状況に応じた動作ができなくなってきた」「くどくど、同じことを何回も繰り返す」「身だしなみを気にしなくなった」などの日常生活活動の自立性に関わって生じる変化というように解釈する必要がある。DSM-5 が着目する 6 つの認知ドメイン（①複合的注意 (complex attention)、②実行機能 (executive function)、③学習と記憶 (learning and memory)、④言語 (language)、⑤知覚 - 運動 (perceptual-motor)、⑥社会認知 (social cognition)）のいずれか 1 つの障害兆候でも確認される状態という定義に近い。操作的な判断の仕組みであり、本人、家族のポジティブな行動に依存する程度

が高い概念である。

こうした、「かも知れない兆候」の生じる段階は「空白の初期」と呼ばれる。介護保険サービスや医療サービスの以前の段階であり、かつ、介護予防・日常生活総合支援事業が十分に成熟していない、資源の空白状態がある。この段階に「早期発見」が妨げられる要因として、簡易にアクセス可能な医療・介護情報や相談窓口の不足、本人や家族による変化の兆しの見逃しや軽視、病識の不足、かかりつけ医の認知症に関する知識不足など、多様に想定される。

そこで、この「空白の初期」の段階に、介護事業者の地域日常生活支援サービスを展開したり、社会福祉法人による地域公益事業を拡げたり、NPOや地域組織による生活孤立防止のためのネットワーク支援を充実するなど、地域力の拡充による耳目の網の目を張り巡らせることが、認知症の早期発見、見逃し防止に有効であろう。その上で、「かも知れない兆候」について不安なく相談できる適切な体制づくりが求められる。

適切な体制づくりは、すなわち、認知症のことなら何でもワンストップで対応可能な調整弁を作ることである。それは、「かも知れない兆候」の発見を、未受診者であれば認知症疾病医療センター等の専門医による鑑別診断につなげ、原因疾患の状況を把握するとともに、介護保険未認定者であれば認定・サービス利用につなげ、基本的な支援方針の決定と支援サービスの組織化にスムーズに連続移行することを一体的、連続的に調整する機能のことである。そのことにより、時間経過に伴うリスクの増大や各関係当事者の分散的な関わりを防止することが、いわゆる初期集中支援と言われる初動態勢のことである。

初動体制として、新オレンジプランにおいては地域包括支援センターと認知症サポート医等の専門医との連携を核にするチーム対応が想定されているが、実際には、認知症サポート医の存在や地域の認知症専門医の体制、かかりつけ医の力量や判断、専門医療機関の医療ソーシャルワーカー等の橋渡し部門と地域包括支援センターとの連絡調整ルートの質など、基盤条件の実態に相当の幅が存在する。地域包括支援センターのケース対応の力量にも、運営主体や配置職員の職務能力などにより相当の幅が存在する。このような幅は、今後、認知症診断能力の向上・平準化や地域包括支援センターの業務標準化などを通じて改善されるべきものであるが、しかしそのような改善が進んだとしても、多専門機能のネットワーク連携の範囲システムでは、本質的かつ普遍的に、そうした幅が発生する。

(2) 認知症早期発見の経路

こうしたことを前提の認識として、調査事例の聞き取りから、認知症の早期発見の経路は次の7通りで、必ず、地域包括支援センターにケースが届いていることが判明した。医療機関ですでに対応が開始されているケースであっても、要介護認定申請や介護保険サービス利用につながる段階で、行政の担当課経由か、ないしは医療機関の地域連携室等を介して、必ず地域包括支援センターに情報が届く実態に実際にはなっている。

経路1 本人からの相談

この場合には、地域に知り合いがない、同居家族がない、同居家族や近居家族がいても家族内で本人が孤立している、近隣住民から民生委員に相談があり、民生委員から事前に介護保険利用を勧められているなど、ほぼ、事態が悪化する条件が存在する。本人は、認知症かも知れないという不安と共に、周囲から助けてもらえないことへの生活不安が強い。あるいは、家族が家庭内のことを外に出したくなく、本人の状態を放置していることに不安を抱き、本人が行動した背景がある。

経路2 家族からの相談

家族が抱え込んでいたが限界になり、相談に至っている。相談後に家族の関わり方が低下する可能性が高い。配偶者、娘、嫁、孫などから相談がくるときには、息子の存在や関わり方に問題があることが多い。息子の嫁が比較的早く行動する。息子が相談にくるときには、すでに受診し、医師から指示が出ている可能性が高い。

経路3 医療機関からの連絡

医療機関から直接、あるいは、医療機関からサービス提供事業者と連絡があり地域包括支援センターにつながるケースで、家族の見逃しや非協力が背後にある場合が多い。入院中に地域連携室から地域包括支援センターと連絡があるケースでは、医療的な経過観察やリハビリテーションとの連携の必要性が生じている。

経路4 地域からの連絡

民生委員、商店、警察、消防、金融機関などから直接に、連絡のあるケースで、生活の孤立、家族の見逃しや非協力により、すでに状態・経過が複雑になっていることが多い。

経路5 介護事業所やケアマネジャーから連絡があった

すでに配偶者や家族が介護サービスを利用して、その延長に、家族の認知症に関する相談が持ち込まれるケースで、すでに家族情報や分かっていることから、事業所、ケアマネジャーと地域包括支援センターが初発から協力・連携して介入を行うことができる。

経路6 行政の窓口からの連絡

困難なケースや開業医経由のケースが多い。地域包括支援センターとしては、本人・家族情報の収集から急ぐ必要がある。

経路7 地域包括支援センターによる発見

認知症介護教室やスクリーニング事業、その他、地域との普段からの情報交換体制の中

で民生委員や区長などから持ち込まれるケースがかなり多くある。地域包括支援センターが、法定業務を実施するにあたり、地域とどのような綿密な情報交流の関係を作り上げているかによる。

地域包括支援センターを対象にした聞取りの事例であるから最終的にセンターに早期発見情報が持ち込まれているのではなく、どのような経路に対しても地域包括支援センターが情報のゲートウェイとなっていることを確認するために、聞取り対象となった地域包括支援センターと日常のかかわりを有しており、ケースの流れを地域包括支援センター以外の世界から観ている、医療機関のMSW、民生委員、カフェ・サポーター、地域のケアマネジャーに対しても補完的な聞き取りを実施したところ、ケース展開を想定すれば最終的には介護保険サービスに繋ぐことが必須で、その際には地域包括支援センターにケースを送ることが必須であるという実態が確認できた。

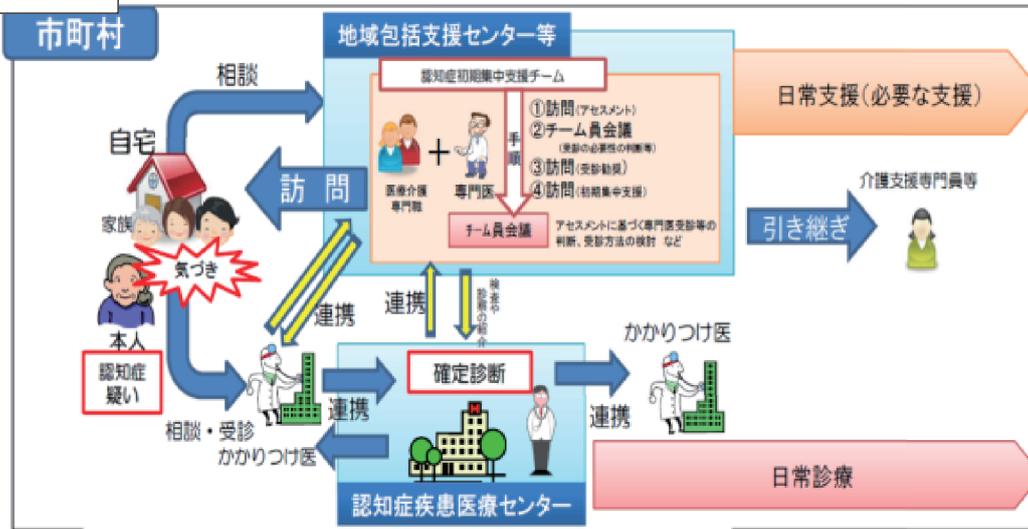
(3) 認知症早期発見・初期集中支援における地域包括支援センター・ワンストップモデル

聞取り結果の解析を基に認知症の早期発見・初期集中支援の標準マニュアルを作成し、好事例を多く提供してくださったベテランの主任ケアマネジャー、社会福祉士の方々、3か所合計5名による内容スクリーニングの聞取り調査を実施し、内容を確定した。スクリーニングのポイントは、現場の日常業務のマニュアルとしての内容の普遍性と使い勝手の良さ、ならびに、新規の地域包括支援センターに配属された職員へのガイダンス・テキストとしての有効性と使い勝手の良さである。

事例分析を基にして、地域包括支援センターが認知症早期発見・初期集中支援のワンストップ機能を担っている実態を把握できたことと、地域包括支援センターで普遍的に活用可能な標準的なマニュアルを構築できたことから、本研究では、地域包括支援センターをワンストップの調整弁機能とする認知症早期発見から初期集中支援への連続化モデルを提案する。

図1は、厚生労働省が公表している認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図である。設置促進のためのモデル事業の段階での概念であるから、各保険者において、これをモデルとして、地域の実情に照らしたアレンジメントが施されることが想定されている。現実にも、初期集中支援チームの設置方法や運営形態は保険者によって違いが観られる。

図 V-1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図



<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/gainenzu.pdf>

本研究から、このモデルにいくつかの修正を提案したい。

まず、実態に即して、この図に何点かの修正が必要になる。

- ① 「気づき」から相談（特に地域包括支援センターへの相談）の経路は、上記の通り7類型がある。特に、家族による見過ごしや相談抑制などが観られる場合は、早期発見促進にとって最も課題となるので、相談ルートの多様性を表示しておく。
- ② 相談を受けての初動（訪問）は、認知症初期集中支援チームが行うのではなく、地域包括支援センターが行うことになる。相談、実情把握、介入方針の仮説構築までは地域包括支援センターが専門医と相談しながら担当し、その方針に沿って、「初期集中支援チーム」が組織され、チーム員会議（事実上の「ケア会議」）が開催されるという流れになる。
- ③ 従って、「地域包括支援センター等」となっている「等」を削除する。
- ④ チーム構成の中心が「医療介護専門職＋専門医」となっているが、認知所の初期段階で最も重要な目標は、これまでの生活の継続を支援していくことにあり、そのための手段としての医療、介護であるから、生活継続支援の「相談援助職」（通常は、主任ケアマネジャーと社会福祉士の連携）を「医療介護専門職」の位置に入れ替える。実態としても、認知症の人の日常生活の継続を支援するためには、日常生活支援事業や成年後見制度を用いての財産・金銭の安全の保全、消費者被害の防止、虐待防止や養護者支援など、医療、介護以外の領域における支援と総合的に組み立てていく必要がある。
- ⑤ 「専門医」は自院の診療時間にチーム員として会議出席等の実務時間を確保することが難しい。迅速なチーム展開にとって、それが実務上の桎梏になる場合が多い。また、認知症サポート医が必ずしもすべての地域包括支援センターのエリアで確保される実情にはないし、確保できたとしても、背景資質となる専門診療科目の違いによって、一様

に相談援助職と同じレベル感でチーム運営に関わることができるとは限らない。そこで、「+専門医」の表記を変更し、専門医は、チーム員の一人と位置付ける。

- ⑥ 認知症疾患医療センターにおいて確定診断が下った後の「かかりつけ医」の関わりは、適正な投薬管理、原因疾患の進行のモニタリングと悪化防止、ADL/IADL/BADLにおける変化のモニタリングと悪化防止など、日常生活の継続支援や介護保険サービスによる支援を医療的にサポートする役割であるから、日常診療の段階についても地域包括支援センターとの連携に包摂しておく必要がある。
- ⑦ 要介護認定が出ているケースでは介護支援専門員への引継ぎが行われるが、実態としては、介入方針の策定段階からサービス事業所のケアマネジャーと現実的な処遇方針になるよう連携したり、ケアマネジャーに引き継ぎされたケースでも、介護保険サービス以外の支援との全体調整を図るために地域包括支援センターの継続的なモニタリングが入っていたり、ケースが戻しされたりする。「初期集中支援」だからという理由で、引き継ぎしっぱなしということは現実にはないことから、「介護支援専門員等」と地域包括支援センターとの引き継ぎ後における継続的な連携が明示される必要がある。
- ⑧ 認知症への初期集中支援は、例えば認知症高齢者と障害のある子ども世代との同居家庭や認知症の配偶者を在宅ケアしてきた介護者の孤立や認知機能低下など、家庭・家族に一括して配慮しながら支援が行われるのが一般的である。そこに、もう1つの、あるいは次の、認知症早期発見の必要性が潜在しているからである。従って、地域包括支援センターは、認知症の本人だけを医療・介護で支援するという介入方針は選択しない。本人ケースが終結した後であっても、地域包括支援センターは家庭・家族へのモニタリングを継続することが一般的である。「自宅」「家族」に向かう矢印は、初動の訪問だけに留まらない。

以上、8点の修正を、図1に加えることにより、本研究の主張する「地域包括支援センターをワンストップの調整弁とする認知症早期発見・初期集中支援モデル」となる。

V-2 標準マニュアル

V-2-1 ステップの構成と判断基準

地域包括支援センターから聞き取りした内容は、いわば、職務能力の高いセンター職員の暗黙知である。聞き取りは、なぜ、そのような判断や行動をとるのかについて、その根拠となる規範や価値を同時に聞き出している。また、そのような行動が支援を成功させる上で有効であったことを裏付けるアウトカム評価も聞き出している。従って、地域包括支援センターが「ワンストップの調整弁」の機能を担うために標準的に必要となる認知症早期発見・初期集中支援のマニュアル（資料8）は、暗黙知を言説化して形式知化した内容と見做すことができる。一般的には、これを学習し、繰り返し参照し、行動化することで、暗黙知に様式性を付与することができる。

様式性を考慮して、「標準マニュアル」は、「早期発見」とはどのように考えたら良いの

かの理解から始まり、ケースのモニタリングの継続まで、全体で13の手順ステップから構成している。

ステップの考え方は、まず、「早期発見」の意味を、生活継続にとってリスクとなる兆候が現れた時点が「早期」であり、「発見」とは支援サービスのゲートを開ける「行動」のことであるという定義を置く（ステップ1）。そして、「早期発見」に連続していく「初期集中支援」の内容を確認する（ステップ2）。

早期発見の段階は、養護者（介護者）支援や消費者被害防止の手立てを執るべき段階でもあることから、初期集中支援と同時並行で、医療・介護サービス以外の日常生活継続にとって最も基本的な支援を展開すべきことを確認する（ステップ3）。

次に、早期発見を促進するために、介護予防サービスや介護サービスの前段階である「初期の空白」段階に地域包括支援センターとして積極的に関わることを、場づくりや地域との連携を進める上で必要となる手立てとともに、説明する（ステップ4）。同時に、認知症の「早期発見」のきっかけとなる日常生活における気になる初期兆候（「かも知れない兆候」）の参考リスト（ステップ5参考）を示しながら、初期兆候のイメージと初期兆候を確認した際に必要となる行動ならびに行動に関する地域啓発を確認する（ステップ5）。「かも知れない兆候」のポイントは2点ある。1つは、判断基準の簡素化である。6つの認知ドメインのどれか1つに変化の兆候が観られたらそれが「かも知れない兆候」であることと整理している。もう1つは、具体的な「かも知れない兆候」の参考リストの簡素化である。「かも知れない兆候」には、本人の自覚できるもの、家族が観察できるもの、地域の人たちが気づくものがある。それを、例示している。

早期発見情報が地域の各方面から地域包括支援センターに届く前提として、普段からの地域への顔見世や、地域とのつながりがある。その重要性と具体的な連絡・情報交換先を整理している（ステップ6）。

地域における多様な認知症学習機会や担い手育成の重要性を確認した上で（ステップ7、8）、地域包括支援センターには、どのような主体、経路から、どのような背景事情を有した発見情報が届くのか、届いたケースの着目すべき論点はどのようなものか、について指針を出している（ステップ9）。発見ケースが届いたら初動となるが、その際、ケースへの介入を成功させる上で重要となる判断のポイントを示している（ステップ10）。

初動後は初期集中支援に移行するが、その際、認知症の症状が初期段階で発見されたケースと、症状が顕著に観られるようになってから生活障害が出て発見されたケースでは対応が異なることから、その要点を整理している（ステップ11）。

早期発見されたのも関わらず、初期集中支援に進めないケースの典型は、サービス・受診への拒否がある場合である。拒否理由は4類型に分かれることが事例調査から明らかになっている。その背後には、人間関係や生活歴に関わる心理環境がある。これを踏まえて、拒否状態を解きほぐす視点と方法をまとめている（ステップ12）。

地域包括支援センターの役割は、ケアマネジャーにケースを引き継ぎして終わりではな

い。ケースへの継続的なモニタリングの重要性をまとめている（ステップ13）。

V-2-2 活用方法

「標準マニュアル」には、次のような活用方法がある。

- ① 地域包括支援センターとして、早期発見になかなか取組めていない場合には、ステップ4、6、7、8といった前提条件や資源の基盤づくりの参考にする。
- ② 早期の判断や初期集中支援のコツがなかなか共有されない場合には、ステップ1、2、3、5および5参考、9、10を参考にする。
- ③ 早期発見が進むが、初期集中支援につなげるのに課題の残る場合は、ステップ2、10、11、12を参考にする。
- ④ 現在の業務内容をさらに進展させ、あるいは改善する必要のある場合は、ステップ1～13を基準に仕事の見直しを進める。
- ⑤ 新たに地域包括支援センターに配属になった職員の初任研修に役立てる。
- ⑥ 在宅介護支援センターにおいても、早期発見・初動の考え方は変わらないことから、マニュアルとして活かす。
- ⑦ 地域生活支援事業や地域研修事業、法人内の若手職員研修などに、資料5・6の学習テキストと併せて活用する。

VI 調査研究実施委員のコメント

1. 研究事業参加を通して見た、地域包括支援センターの在り方とは

古賀 清隆 社会福祉法人 志摩会

この度、縁あって特定非営利活動法人日本介護経営学会が実施する平成28年度老人保健増進等事業「認知症の早期発見促進のための教育的プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化させる効果的手法の開発に関する調査研究」に参加する機会を得た。

研究事業への協力の話をいただいた際には、九州の片田舎に本拠地を置く規模の小さな当法人に、何か役に立つお手伝い出来るものなのか大いに疑問を抱いたが、数年前より取り組んできた主たる事業エリアに的を絞った地域活動の実績とそれに基づくネットワーク基盤等が目に留まってのことで聞いた。平成23年に活動を開始した“志縁隊”なる3組の社会貢献活動チームの一つ「オレンジ志縁隊」は、認知症に対する啓蒙活動を目的に結成されたものであり、メンバー全員がキャラバンメイトとして糸島市内の認知症サポーター養成講座にも携わってきた。認知症施策のメインテーマである“認知症になっても住み続けられる町”の実現に向けた基盤づくりを目標とした活動である。そのため、本研究テ

ーマには大いなる関心があったことは間違いなかった。

日本介護経営学会では、前年度(平成 27 年度)に老人保健増進等事業「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」に取り組み、認知症早期発見の妨げとなっているスティグマの存在を明らかにし、その認知症スティグマの改善度をテストするアウトカム評価指標を作成している。これを用いて、今年度研究事業においては、認知症スティグマの低減に効果的な教育プログラムを開発し、そのプログラムを活用して正しい認知症についての知識やイメージ、援助法を普及することで早期発見の促進を図ることが一つの目的となる。つまり、この教育プログラムの内容が、今後認知症サポーター養成講座のテキストにも影響を及ぼす可能性があるものと考えられる。

今回、作成されたプログラムの重点項目や具体的内容は、本報告書の本編にその詳細が述べられておるものと思うが、情報が散漫とならないように知っていただきたい点に的を絞って構成されており、誤った知識やイメージを正すと共に受講者に抱いていただきたい認知症像を惹起するものとなっている。特に今回、早期発見に結びつけるためのツール・仕掛けとして、アメリカ精神医学会の診断マニュアル(DSM-5)における「神経認知障害(NCDs)の概念が導入され、6つの認知領域における障害の出現を具体的に例示して“かも知れない兆候”と命名した。より身近な存在が気づき易くするための工夫であり、これらを複数回見たら専門家に相談するように呼びかける。本研究事業に際しての相談援助窓口(地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所)担当者を対象とした聞き取り調査においても、この初動の時期に大きな差が生じておる現状が見て取れ、かなり進行して介入するケースも少なくないことが明らかとなっている。当然、早期に専門職種・機関が介入したケースの方が予後も良好でありうまく経過している例が多い。早期発見が重要である所以である。そのため、勇気を持ってこの初動を起こしてくれるサポーターが重要となる。その方をよく知る身近な存在の気づきと行動こそが、早期発見の鍵といえる。そのための一つの目安として、今回“かも知れない兆候”なるものが提示されたことは意味のあることではなかろうか。今後、当法人の認知症研修にも大いに活用させていただきたいと考えている。

しかしながら、一般市民向けの認知症サポーター養成講座においては、当法人の所在する糸島市が組織する「認知症キャラバンメイト連絡協議会」において使用する教材やプログラムの統一化が図られており、結果的に正規のサポーター養成講座においては、本プログラムは使用できない状況にある。サポーター養成講座としての位置付けを離れた認知症研修として対外的に実施するのであれば何ら問題はなかろうが、そうした機会を別に設定して普及するには困難さが伴う。本研究成果が、認知症サポーター養成講座の標準テキストに反映される日が来ることを期待する次第である。

一方、本研究事業のもう一つの目的である「早期発見を初期集中対応にスムーズに連続化させる手法」であるが、当法人も含め本研究事業に参加する 3 法人の運営する地域包括

支援センター及び居宅介護支援事業所に対する聞き取り調査の結果において、地域包括支援センターにダイレクトにつながった相談事例が概ね良好な経過を示していることが明らかとなり、結論として“早期発見は地域包括支援センターにつなぐ”というモデルとなった。先の調査においても、入り口によってはその後の展開が大きく異なり、むしろ厄介な状況に追い込まれてしまうケースも散見されたと聞く。そのため、相談援助の公的専門機関としての地域包括支援センターに窓口を一元化することが仕組みとしては効果的であるとの判断に至った。前述の教育プログラムにおいても、早期発見を促した上で相談は「お近くの地域包括支援センターへ」と、繰り返しインフォメーションする内容となっている。当然、同センターですべてが賄えるものではなく、あくまでも問題解決に向けたマネジメント機能を発揮して、他の様々な社会資源とのマッチングや相互間のコーディネートを行っていき役割を担うこととなるであろう。その意味での同センターの担う役割は大きく、重要となることは間違いない。「認知症についてのご相談は、まずは地域包括支援センターまで」との一般的認識が高まれば、相談件数も今後増加する可能性もある。現在のセンター配置人員だけで対応できるものか、検討を要するところでもある。また、「認知症ケアパス」を推進するための初期集中支援チームの設置が計画的に進められてはいるが、実際のところはなかなか実現には至っていないところが多いのが現状のようである。

さて、こうして、本研究事業の中において認知症早期発見に対する初期集中対応の担い手としてクローズアップされることとなった地域包括支援センターであるが、その運営の姿勢や対応能力・スキルといった面において、必ずしも同等の水準にあるわけではなく、また担当者個人の能力的な差異も考えるとその開きは想像以上に大きいことが予想される。その平準化を図るために、当研究委員会において「地域包括支援センター 認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアル」が作成された。応談、支援の体制整備から、いくつかのケース別の対応法までを解説し、担当者が行き詰まって行き先を見失わないように考えられている。実際の相談援助に際し、その一助となるものと思われる。本マニュアルであるが、原案を基に実際の相談援助窓口担当者にその内容について意見を聴取するというプロセスを経て改良されており、この原稿を書いている時点ではまだ最終的な形を目にしていない。きっと、更に使い勝手の良いものとなっていると期待している。

以上、見てきたように認知症早期発見～初期集中対応への一連のプロセスは、地域包括ケアシステムの基盤をベースになされるものであり、その窓口としての地域包括支援センターの日頃の地域活動に基づくネットワークの重要性も見逃せない。地域に根差した、様々な人的社会資源の有機的なネットワーク構築が、その地域の福祉基盤の形成に大きく関わってくることは間違いない。その基盤づくりを積極的になしていく地域包括支援センターは、認知症早期発見～初期集中対応の一連のプロセスが円滑に進行し、“ワンストップ”の窓口として機能することとなるであろう。如何に相談窓口として一般の認識が高まろうとも、背後の基盤が脆弱な相談窓口であれば、先の一連のプロセスは円滑に進んでいかないことが予測される。その意味では、地域包括支援センターの在り方そのものが問われている

るとも考えられる。多忙な職務を抱えながら、そうした基盤づくりも同時に推進することは決して簡単なことではないが、地域包括ケアシステムの構築には不可欠である。

今回、一般市民向け認知症プログラムの実証研修を行った際、その後半にこれでもかと繰り返される「相談は地域包括支援センターに」という言葉に、当法人の同センター職員が不安そうな表情を浮かべていたのが印象的であった。今後さらにその役割が多面的に拡大する方向に時代は動こうとしている。今年になって報道された「地域共生社会」の構想では、高齢者福祉サービスも障がい者福祉サービスも「共生型サービス」として一体的に提供されることを想定しており、相談窓口は一元化されるという。早くも平成29年度にはモデル事業がスタートし、翌年には全国自治体で窓口の一元化がなされるとの工程が示された。益々多様化する福祉ニーズへの対応を、地域包括支援センターが一手に引き受けることとなるものか、まだ不透明な部分は多分にあるものの、変革は常に足早にやってくる。その時に狼狽しないで対応し得る基盤を、今のうちからこつこつと築いておく必要があるのではないだろうか。単に目前の認知症対策としての基盤整備ではなく、将来的な総合福祉相談窓口としてワンストップ機能を持つことが、これからの地域包括支援センターに求められているような気がしてならない。

2. 「事業の効果的な活用方法」について

神内秀之介 社会福祉法人溪仁会

特筆すべきことは、今後早期に地域包括ケアシステムの構築や共生社会の構築が求められている中で、中心的な課題である「認知症ケア」に関する共有理解を促進するツールとしての「市民の方々向けの認知症早期発見・早期対応支援テキスト」並びに「若手職員向け認知症ケアの実力アップテキスト」が作成された上、その相談受付窓口機能の中核となる地域包括支援センター向けに「認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアル」がそれぞれ提案されたことである。

まず「市民の方々向けの認知症早期発見・早期対応支援テキスト」については、これまで当法人内においても地域包括支援センター並びに各認知症対応型サービスの職員や関心の高い職員が所属している事業所が中心となって、キャラバンメイトの活動や小学校の社会学習のための訪問などを軸に認知症理解啓発に関する市民・地域向け活動を展開してきたが、キャラバンメイトのオリジナルの説明事項に各開催者が独自に工夫をこらし内容を充実させているのが現状で、内容について継続性や発展性などを構造的に意識したものではなかった。もちろん同じ法人の各事業所が実施しているにもかかわらず、それぞれに対し法人としての何らかのクオリティを保証するものでもなかった。

今回、このようなコンテンツ・ツールが作成されることにより、今後法人として地域から求められる公益的活動としての「認知症」並びに「認知症ケア」に対する理解啓発活動

の基本的な共有ツールとして今回の「市民の方々向けの認知症早期発見・早期対応支援テキスト」を活用することができる。また、これまで法人内で地域包括支援センターを運営していない・認知症対応型のサービスを運営していない・顕著に専門的知識を持った職員いないためなどで活動してこなかった、ないし消極的であった地域や事業所においても、新たにこのコンテンツ・ツールを活用し地域に向けた啓発活動をすることが期待できる。

更に、これまでのキャラバンメイトにおける一般的な理解にとどまらず、具体的な早期発見・早期相談についての気づきやアクションのヒントや繋がり・相談先・方法をその場でわかりやすく職員から地域の市民にお伝えできることが期待できる。

また、「若手職員向け認知症ケアの実力アップテキスト」についても、今回の実証実験アンケートから若手職員だけにとどまらず、ベテランや他職種の職員に対しても学習や研修効果が期待されることが認識できた。当然、入職後まもない若手職員の自己研修ツールとしての活用も有効であることが実証されたわけであるが、ベテラン職員の知識の更新や若手職員との学習・研修コミュニケーションツールとしての活用、さらに介護職員にとどまらず、事務職や他の専門職との認知症ケアなどに関する共通の理解促進ツールとしての活用と効果が期待できる。

特に専門職においては、それぞれがそれぞれの専門課程において「認知症」や「認知症ケア」について習得してきており、もちろんそれぞれの専門職の視点から多角的に捉えることが重要であるが、時として現場においてケアの視点や対象者理解および認識の乖離が発生し対象者に対するケアの目標などの基本的な理解の足並みがずれてしまうことがある。そのような場面に特に当法人のような複数のサービス種別や事業所、専門職種で構成されている組織においては、ベーシックとなるテキスト理解が必要である。

今回のテキストを共通のツールとして活用することで、法人としてのまとまりも構築され、更に先ほどの「市民の方々向けの認知症早期発見・早期対応支援テキスト」と連動していることから、地域市民を始めとするステークホルダー（関係事業所などを含む）に対し整合性を持った統一感のあるサービスの質を担保することが期待できる。

地域包括支援センター向けの「認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアル」についてであるが、当法人においては複数の地域包括支援センターを抱えており、地域も専属職員もバラバラである上、当然所轄の行政主体も異なるため対応方法についても異なってしまうのが現状である。こういったことは、当法人だけに当てはなる事象ではなく、地域包括支援センターのサービス提供については、そこに所属している職員それぞれの知識と経験と力量に頼ることが大きく、また管理者や上席職員のマネジメント能力やスーパービジョンに影響されることは否定できないと思われる。

今回の地域包括支援センター向けの「認知症早期発見・初期集中支援標準マニュアル」については、提案段階で検証不足が否めなく、当然改良の余地は今後の課題として研究が進むことが期待されるが、内容を精査した職員からはこのようなベーシックなコンテンツ・ツールの必要性を日頃より感じており、またこういったものを基礎として実践や研修

の積み重ねが必要であると言及している。更に今回前段で登場した「市民の方々向けの認知症早期発見・早期対応支援テキスト」並びに「若手職員向け認知症ケアの実力アップテキスト」との連動性があることが今後重要なキーコンセプトであると考えている。

今後、地域包括ケアシステムや共生社会の構築の中では、多（他）価値・多（他）世代・少子高齢化の中で誰もが支え支えられるアクターである。専門職による一方的な理解や支援、市民による無理解や被支援などは意味をなさない。相互が共有の理解を持つことが重要であり、こと「認知症」や「認知症ケア」に関する事柄などは、まさに専門職や一般市民並びに社会が共有の理解の上で支え支えられる地域の構築が必要である。今回のような市民向け・職員向け・窓口向けの共有のテキスト開発が大変有意義なことは言うまでもないと思われる。

今回こういった貴重な調査研究事業に法人として参画し携わることができたことは大変貴重なことであり、今後、この機会を良い起点とし法人内で共通理解の推進に取り組んでいくことにより、地域へ法人として統一した公益的取り組みにも貢献できると思われる。

認知症に関する学術調査へのご協力をお願い

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「認知症の早期発見促進のための教育プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化させる効果的手法の開発に関する調査研究」（主査 小笠原浩一・東北福祉大学教授・学会副会長 平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金）の一環として、皆さまの認知症および認知症の人に関するご認識をお伺いする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。

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いません。

ご回答いただいた調査票の取扱いについては、会場でのご案内に従ってください。

講座を受講された後に、受講成果を確認する目的で、もう一度、本調査と同様の調査にご協力していただくよう、お願いします。

ご協力いただける方は、以下の質問に答えてください。

1. あなたの性別 ① 女性 ② 男性
2. あなたの年齢 満_____歳
3. これまでに認知症の人に会った経験がありますか。あてはまる番号を1つ、○で囲んでください。

- 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、挨拶程度に話したことがある
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. あなたがこの講座を受けようとお考えになった理由を教えてください。あてはまる番号をすべて、○で囲んでください。

- ① 認知症に関心があり、知識を得ようと思ったため
② 実際に家族内に認知症の人がおり、もっと知識が必要なため
③ 家族ではないが認知症の人が身近にいて、接するための知識が必要なため
④ 認知症の人と活動や行動を共にしたことがあり、もっと知識を得たいと思ったため
⇒④を選んだ方は、次の4A. の質問にもお答えください。選ばなかった方は5. にお進みください。
⑤ 自分が認知症になった場合に備えて、学んでおきたかったため
⑥ 周囲や職場から認知症について学ぶことを勧められたため
⑦ このような講座があるとの知らせを見て、興味を覚えたため
⑧ その他（具体的に： _____）

⇒4A. 認知症の人と共にした「活動」の内容はどのようなものでしたか。お書きください。

5. 次のうち、あなたにあてはまる番号をすべて、○で囲んでください。

- ① 嫌なことがあっても「まあいいか」と受け流すことができる
- ② 他人との関係では、相手の事情を想像することができる
- ③ 身の回りに起こることについて、何事も経験だと思えることができる
- ④ 困ったときに、周囲に「助けて」と頼ることができる
- ⑤ くよくよ考えないで、ぱっと切り替えることができる
- ⑥ 何事も、自己成長できるチャンスだとポジティブに受け止めることにしている
- ⑦ 苦手な人を作らないようにしている
- ⑧ 人が困っているときは自分が助ける番だと考え、協力するようにしている
- ⑨ 共通の趣味の仲間がたくさんいる

6. これまでに認知症および認知症の人について、学習した経験はありますか。あてはまる番号をすべて、○で囲んでください。

- 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 介護経験者（知人等）から学んだ
- ⑦ 自分の家族から学んだ
- 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から学んだ
- ⑩ 行政の広報などで学んだ
- ⑪ 認知症や福祉・介護などをテーマとする市民講座で学んだ
- ⑫ その他

7. 次のうち、正しいと思う番号をすべて、○で囲んでください。

- 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記憶の障害がおきる
- 3. 認知症になっても手続き記憶（ピアノの演奏の仕方や洗濯機の動かし方など行為の方法に関する記憶のこと）は比較的保たれ、感情も豊かである
- 4. 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の4つだけである
- 5. 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる
- 6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく
- 7. BPSDとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す
- 8. 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる

9. 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っていることが多い
 10. 頭部外傷やウィルス感染によっても認知症になる

8. 次の①～㉔の記述について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを、○で囲んでください。

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| ① 認知症の人は私が何を言っているか理解できない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ② 認知症の人は自分の本能的な欲求のままに生活する | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ③ 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑤ 認知症の人は他者に気遣うことができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑥ 認知症の人は何をするかわからない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑩ 認知症人は地域の公共の施設を利用するのが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑪ 認知症の人は複雑で面白い会話ができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑫ 認知症の人は地域で暮らし続けることができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑬ 認知症の人は衛生状態が良くない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑭ 認知症の人に特に関心はない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑮ 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑯ 認知症の人はたくさんの知識を持っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑰ 認知症の人の日常生活は人間らしい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑱ 認知症の人は一緒に居て楽しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑲ 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑳ 認知症の人から学ぶことが多い | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ㉑ 認知症の人を訪ねることに躊躇はない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ㉒ 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ㉓ 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- ②④ 認知症の人の家族は周囲に苦勞を分かってもらえず孤立無援の状態にいる
1 2 3 4 5
- ②⑤ 自分や自分の家族が認知症になると、とまどいや否定の状況が最後まで続く
1 2 3 4 5

9. 以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで、○で囲んでください。

- ① 人は基本的には正直である 1 2 3 4 5
- ② 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする
1 2 3 4 5
- ③ 人は、頼りにできる人がわずかしかない 1 2 3 4 5
- ④ 人は、他の人の親切に下心を感じ、気をつけている 1 2 3 4 5
- ⑤ 人は、ふつう清く正しい人生を送る 1 2 3 4 5
- ⑥ 人は、成功するためにうそをつく 1 2 3 4 5
- ⑦ 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している
1 2 3 4 5
- ⑧ 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている 1 2 3 4 5
- ⑨ 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている
1 2 3 4 5
- ⑩ 人は、ほかの人を信用しないほうが安全であると思っている
1 2 3 4 5
- ⑪ 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている 1 2 3 4 5
- ⑫ 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せに一番関心がある
1 2 3 4 5
- ⑬ 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている
1 2 3 4 5
- ⑭ 人は、自分がするといったことは実行する 1 2 3 4 5
- ⑮ 人は、チャンスがあれば税金をごまかす 1 2 3 4 5
- ⑯ 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する
1 2 3 4 5
- ⑰ 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく 1 2 3 4 5

10. あなたは、もしご自分が認知症になったら、どのように思いますか。以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで、○で囲んでください。

- ① 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
1 2 3 4 5
- ② 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
1 2 3 4 5
- ③ 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
1 2 3 4 5
- ④ 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
1 2 3 4 5
- ⑤ もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う
1 2 3 4 5
- ⑥ 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
1 2 3 4 5
- ⑦ 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
1 2 3 4 5
- ⑧ 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
1 2 3 4 5
- ⑨ 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
1 2 3 4 5

以上です。貴重なお時間を割いてご協力くださり、感謝申し上げます。

認知症に関する学術調査へのご協力をお願い

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「認知症の早期発見促進のための教育プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化させる効果的手法の開発に関する調査研究」（主査 小笠原浩一・東北福祉大学教授・学会副会長 平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金）の一環として、認知症サポーター養成講座を受講する皆さまの認知症および認知症の人に関するご認識をお伺いする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。

講座を受講される前にご協力いただいた調査の継続版です。

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いません。

ご回答いただいた調査票の取扱いについては、会場でのご案内に従ってください。

1. 次のうち、正しいと思う番号をすべて、○で囲んでください。

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記憶の障害がおきる
3. 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである
4. 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の4つだけである
5. 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる
6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく
7. BPSDとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す
8. 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる
9. 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い
10. 頭部外傷やウィルス感染によっても認知症になる

2. 次の記述について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで、○で囲んでください。

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| ① 認知症の人は私が何を言っているか理解できない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ③ 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑤ 認知症の人は他者に気遣うことができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑥ 認知症の人は何をするかわからない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑩ 認知症人は地域の公共の施設を利用するのが難しい | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑪ 認知症の人は複雑で面白い会話ができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑫ 認知症の人は地域で暮らし続けることができない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑬ 認知症の人は衛生状態が良くない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ⑭ 認知症の人に特に関心はない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- ⑮ 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている
1 2 3 4 5
- ⑯ 認知症の人はたくさんの知識を持っている
1 2 3 4 5
- ⑰ 認知症の人の日常生活は人間らしい
1 2 3 4 5
- ⑱ 認知症の人は一緒に居て楽しい
1 2 3 4 5
- ⑲ 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる
1 2 3 4 5
- ⑳ 認知症の人から学ぶことが多い
1 2 3 4 5
- ㉑ 認知症の人を訪ねることに躊躇はない
1 2 3 4 5
- ㉒ 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである
1 2 3 4 5
- ㉓ 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である
1 2 3 4 5
- ㉔ 認知症の人の家族は周囲に苦勞を分かってもらえず孤立無援の状態にいる
1 2 3 4 5
- ㉕ 自分や自分の家族が認知症になると、とまどいや否定の状況が最後まで続く
1 2 3 4 5

3. 以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで、○で囲んでください。

- ① 人は基本的には正直である
1 2 3 4 5
- ② 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする
1 2 3 4 5
- ③ 人は、頼りにできる人がわずかしかない
1 2 3 4 5
- ④ 人は、他の人の親切に下心を感じ、気をつけている
1 2 3 4 5
- ⑤ 人は、ふつう清く正しい人生を送る
1 2 3 4 5
- ⑥ 人は、成功するためにうそをつく
1 2 3 4 5
- ⑦ 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している
1 2 3 4 5
- ⑧ 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている
1 2 3 4 5
- ⑨ 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている
1 2 3 4 5
- ⑩ 人は、ほかの人を信用しないほうが安全であると思っている
1 2 3 4 5
- ⑪ 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている
1 2 3 4 5

- ⑫ 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せに一番関心がある
1 2 3 4 5
- ⑬ 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている
1 2 3 4 5
- ⑭ 人は、自分がするといったことは実行する
1 2 3 4 5
- ⑮ 人は、チャンスがあれば税金をごまかす
1 2 3 4 5
- ⑯ 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する
1 2 3 4 5
- ⑰ 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく
1 2 3 4 5

4. あなたは、もしご自分が認知症になったら、どのように思いますか。以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで、○で囲んでください。

- ① 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
1 2 3 4 5
- ② 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
1 2 3 4 5
- ③ 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
1 2 3 4 5
- ④ 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
1 2 3 4 5
- ⑤ もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う
1 2 3 4 5
- ⑥ 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
1 2 3 4 5
- ⑦ 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
1 2 3 4 5
- ⑧ 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
1 2 3 4 5
- ⑨ 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
1 2 3 4 5

以上です。貴重なお時間を割いてご協力くださり、感謝申し上げます。

認知症に関する学術調査へのご協力をお願い

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「認知症の早期発見促進のための教育プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化させる効果的手法の開発に関する調査研究」（主査 小笠原浩一・東北福祉大学教授・学会副会長 平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金）の一環として、介護分野で働く専門職の皆さまの認知症および認知症の人に関するご認識をお伺いする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いません。

ご回答いただいたマークシートの回収については、法人のご担当役職者の指示の通りをお願いします。

セルフラーニングの終了後に、成果を確認する目的で、もう一度、本調査と同様の調査にご協力していただくよう、お願いします。

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をお願いします。

マークシートの当該番号を塗りつぶしてください

1. あなたの性別 ① 女性 ② 男性

2. あなたの年齢 満 _____ 歳

3. あなたの最終学歴(あてはまるものを1つだけ選んでください)

- ① 中学校 ② 高卒 ③ 専門学校卒 ④ 短大卒 ⑤ 大卒
⑥ 大学院卒 ⑦ その他

4. 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 (初任者研修終了)
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 保健師 ⑪ 精神保健福祉士
⑫ その他 (具体的に: _____)
⑬ 資格は保有していない

5. 現在の職種 (あてはまるものを1つだけ選んでください)

- ① 介護職 ② 相談援助職 ③ 看護職 ④ リハビリテーション職
⑤ その他 (具体的に: _____)

6. 現在の職場(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 地域包括支援センター
⑨ 小規模多機能型居宅介護事業所
⑩ その他 (具体的に: _____)

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

8. 次のうち、あなたにあてはまるものを、すべて、選んでください。

- ① 嫌なことがあっても「まあいいか」と受け流すことができる
② 他人との関係では、相手の事情を想像することができる
③ 身の回りに起こることについて、何事も経験だと思えることができる
④ 困ったときに、周囲に「助けて」と頼ることができる
⑤ くよくよ考えないで、ぱっと切り替えることができる
⑥ 何事も、自己成長できるチャンスだとポジティブに受け止めることにしている
⑦ 苦手な人を作らないようにしている

- ⑧ 人が困っているときは自分が助ける番だと考え、協力するようにしている
- ⑨ 共通の趣味の仲間がたくさんいる

9. これまでに認知症および認知症の人について、学習した経験はありますか。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 介護経験者（知人等）から学んだ
- ⑦ 自分の家族から学んだ
- 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から学んだ
- ⑩ 行政の広報などで学んだ
- ⑪ 認知症や福祉・介護などをテーマとする市民講座で学んだ
- ⑫ その他

10. 次のうち、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記憶の障害がおきる
- ③ 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである
- ④ 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の4つだけである
- ⑤ 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる
- ⑥ アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく
- ⑦ B P S Dとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す
- ⑧ 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる
- ⑨ 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い
- ⑩ 頭部外傷やウィルス感染によっても認知症になる

11. 次の記述について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない

4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで答えてください。

- 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
- ㉒ 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである
- ㉓ 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である
- ㉔ 認知症の人の家族は周囲に苦勞を分かってもらえず孤立無援の状態にいる
- ㉕ 自分や自分の家族が認知症になると、とまどいや否定の状況が最後まで続く

12. 以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで答えてください。

- ① 人は基本的には正直である
- ② 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする
- ③ 人は、頼りにできる人がわずかしかない
- ④ 人は、他の人の親切に下心を感じ、気をつけている
- ⑤ 人は、ふつう清く正しい人生を送る
- ⑥ 人は、成功するためにうそをつく
- ⑦ 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している
- ⑧ 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている
- ⑨ 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている
- ⑩ 人は、ほかの人を信用しないほうが安全であると思っている
- ⑪ 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている
- ⑫ 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せが一番関心がある
- ⑬ 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている

- ⑭ 人は、自分がするといったことは実行する
- ⑮ 人は、チャンスがあれば税金をごまかす
- ⑯ 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する
- ⑰ 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく

13. あなたは、もしご自分が認知症になったら、どのように思いますか。以下の項目について、

1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで教えてください。

- ① 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
- ② 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 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
- ④ 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
- ⑤ もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う
- ⑥ 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
- ⑦ 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
- ⑧ 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
- ⑨ 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

以上です。貴重なお時間を割いてご協力くださり、感謝申し上げます。

認知症に関する学術調査へのご協力をお願い

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「認知症の早期発見促進のための教育プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化させる効果的手法の開発に関する調査研究」（主査 小笠原浩一・東北福祉大学教授・学会副会長 平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金）の一環として、介護分野で働く専門職の皆さまの認知症および認知症の人に関するご認識をお伺いする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。

セルフ・ラーニングを受講される前にご協力いただいた

調査の継続版です。

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いません。

ご回答いただいたマークシートの回収については、法人のご担当役職者の指示の通りをお願いします。

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をお願いします。

マークシートの当該番号を塗りつぶしてください

1. 次のうち、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記憶の障害がおきる
- ③ 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである
- ④ 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の4つだけである
- ⑤ 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる
- ⑥ アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく
- ⑦ B P S Dとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す
- ⑧ 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる
- ⑨ 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い
- ⑩ 頭部外傷やウィルス感染によっても認知症になる

2. 次の記述について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで答えてください。

- 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
- ㉒ 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである
- ㉓ 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である
- ㉔ 認知症の人の家族は周囲に苦勞を分かってもらえず孤立無援の状態にいる
- ㉕ 自分や自分の家族が認知症になると、とまどいや否定の状況が最後まで続く

3. 以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで答えてください。

- ① 人は基本的には正直である
- ② 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする
- ③ 人は、頼りにできる人がわずかしかない
- ④ 人は、他の人の親切に下心を感じ、気をつけている
- ⑤ 人は、ふつう清く正しい人生を送る
- ⑥ 人は、成功するためにうそをつく
- ⑦ 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している
- ⑧ 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている
- ⑨ 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている
- ⑩ 人は、ほかの人を信用しないほうが安全であると思っている
- ⑪ 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている
- ⑫ 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せに一番関心がある
- ⑬ 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている
- ⑭ 人は、自分がするといったことは実行する
- ⑮ 人は、チャンスがあれば税金をごまかす
- ⑯ 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する
- ⑰ 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく

4. あなたは、もしご自分が認知症になったら、どのように思いますか。以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで答えてください。

- ① 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
- ② 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 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

- ④ 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
- ⑤ もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う
- ⑥ 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
- ⑦ 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
- ⑧ 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
- ⑨ 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

以上です。貴重なお時間を割いてご協力くださり、感謝申し上げます。

市民の方々向け

認知症早期発見・早期対応支援テキスト

**他人事じゃないですよ、認知症って！
あなたのもう一步を
もっと自分らしくあいたい私のために**



編集：特定非営利活動法人 日本介護経営学会

編集協力：社会福祉法人 湊仁会 / 社会福祉法人 こうほうえん / 社会福祉法人 志摩会

営利目的の使用、無断での増刷・転載・改訂を禁じます 日本介護経営学会

1. 認知症を知ろう！

(1) 認知症は歳をとること(加齢)が原因ですか？

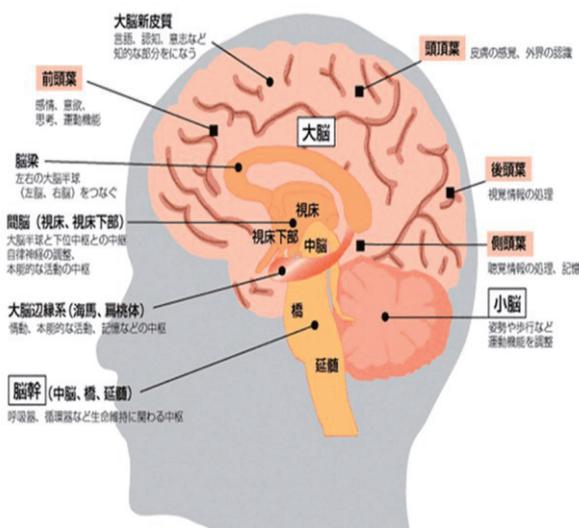
私たちは、見る、聴く、触れる、嗅ぐ、味わう、の五感を通して、周囲の状況を理解し、記憶し、考え、判断したり感動したりします。日常生活を安全に、楽しく過ごす上で不可欠なこうした脳の働きに障害が出るのが、「認知症」です。

記憶、知覚、判断、感情などは大脳が管理します。認知症とは、何らかの原因疾患が発症することで、この大脳の機能に障害が生じることを言います。記憶や判断に障害が出ますので、外から観ていると、知能的な言動ができなくなっていくように映ります。

認知症は疾患が原因ですから、老いることによる物忘れとは、異なります。加齢による物忘れであれば、ちょっとしたヒントで記憶が戻りますが、認知症では、記憶を管理し、意思決定や価値判断といった高次の機能を持つ大脳の機能そのものが衰えていきます

3

(2) 認知症の初期の段階って、過去の記憶にどんな変化が出来ますか？



大脳は、表面の大脳新皮質と内部の大脳辺縁系から成ります。辺縁系は記憶を管理する海馬と欲望や快不快を管理する扁桃体から成ります

認知症は、海馬の萎縮から起ります。海馬は、比較的最近の記憶(短期記憶)を管理していますから、物忘れや置き忘れといった日常生活の障害につながります

しかし、認知症の初期の段階では、原因疾患の発症する前に経験した記憶(長期記憶)は残っています

典拠: ニッセイアカデミー「高齢化社会の食生活 認知症」
<http://www.nissui.co.jp/academy/eating/07/>

4

(3) 認知症になっても 手続き的記憶や喜怒哀楽は残りますか？

「手続き記憶」とは、

自動車の運転の仕方とか裁縫や家事の仕方など、動作や行為の方法に関する記憶のことです。身体の運動機能の調節と関連しています。若いころから、訓練や日常生活上の必要性に応じて修得してきている記憶です。これは小脳が管理しています。

認知症は脳の障害ですから、小脳の機能は低下しません。ですから、車を運転する方法や趣味・特技などは覚えています

「喜怒哀楽」とは、

不安、恐怖、怒りなど情動(感情)の表現です。情動は脳辺縁系にある扁桃体が管理します。認知症になっても扁桃体の機能は残りますから、情動や本能的な活動である喜怒哀楽は残ります

5

(4) 認知症には、どのような種類がありますか？

「インフルエンザウイルスに感染して、頭が痛くなることがあります。感染が原因疾患で、頭が痛いのが症状です。

同じように、「認知症」とは原因疾患によって、認知機能に生じる障害の症状の総称です。

原因疾患には、脳血管の障害や脳器質の変性疾患の発症、外傷性疾患、炎症性疾患、代謝性疾患、内分泌性疾患、甲状腺機能異常、腫瘍性疾患、中毒性疾患、正常圧水頭症など70以上あると言われていています。

その中で、認知症の9割以上は、つぎの4大原因疾患によって引き起こされています。

アルツハイマー病

脳神経細胞が周囲にたんぱく質が沈殿することで少しずつ死滅し、脳が縮むことで発症します

- 近時記憶の障害、失見当識、失認、ちぐはぐな服装、言葉が出ないなどの症状がでます

レビー小体病

脳神経細胞にレビー小体と呼ばれるたんぱく質が蓄積することで発症します

- 幻視、近時記憶や意識の急速な変動、パーキンソン症状(安静時のふるえ・姿勢保持障害・前傾姿勢など)がでます

前頭側頭葉変性症

理性的な判断や行動を司る前頭葉や事物の意味を理解する側頭葉が委縮することで発症します

- 感情や衝動を抑えられなくなる人格変化、同じ動作を繰り返す、言葉や事物の意味が理解できなくなるなどが観られます

脳血管疾患

脳の血管が詰まったり、切れたりして、脳細胞に栄養や酸素が行き渡らない部分が壊れることで発症します

- 注意障害、運動・実行機能の障害、自発性の低下、うつなどが現れます

6

(5) アルツハイマー型認知症って、 どのような症状ですか？

4大原因疾患の認知症の中で最も割合が多いのがアルツハイマー型認知症です
海馬の損傷から始まりますから、
初期の段階では、物忘れ、置き忘れなど短期記憶に関連する症状が出ます

ゆっくり発症し、ゆっくり進行するので、初めの段階では気づくことが大切です
徐々に、人やモノの認識に障害が出たり、道に迷うといった大脳皮質の機能に関連した症状へと進みます

高齢になっての発症では、海馬の委縮で留まることがあります
若年での発症(若年認知症)では、頭頂葉から側頭葉、前頭葉の委縮まで進むことが多く、
比較的早い段階から失行や失認の症状が観られます

7

(6) 認知症の症状はどのようになっていますか？

認知症になると、眼に見える症状が出ます

誰にでも発症する「中核症状」と、人により現れ方に差がある「周辺症状」(BPSD)に分かれます

4大原因疾患について、>印で示した症状は、「中核症状」です

「周辺症状」には、「心理症状」と「行動症状」があります。気分や言動に現れる症状のことです

「中核症状」

記憶の障害、判断力の障害、見当識の障害、性格の変化、問題解決能力や実行力の障害、
失行・失認・失語などが代表的な症状です

「周辺症状」

心理症状・・・幻覚、妄想、不安、焦燥(あせり)、うつ(鬱状態)などです

行動症状・・・失禁や不潔な行動、介護への抵抗、暴言や暴力、睡眠障害、過食や異食、徘徊、多動
多弁、思い込み、過度の心配、無為・無反応などです

8

(7) 症状が現れたらどのように対応したら良いですか？

まず、できるだけ早めに、「認知症疾病医療センター」のような専門の医師に受診しましょう。専門の医師は、地域包括支援センターで教えてくれます。

早い段階での受診と正しい薬の使用は、症状の緩和・改善や進行の予防に効果があります。認知症には4種類の薬が認可されています。原因疾患、進行段階、現れている症状によって、薬の種類や量の判断が異なりますので、専門の医師を頼りましょう

周辺症状は、中核症状の状態や本人の身体的状況に左右されます。とくに、本人の生活環境や本人を取り巻く人間関係のあり方が、症状の現れ方に大きく影響します。

家族や周囲の皆さんが病気、症状を優しく受け止め、本人を前向きに支えて行く姿勢が大切です。とくに、家族関係に配慮しましょう

9

(8) 認知症に早期に気づくにはどうしたら良いですか？

たとえば、アメリカ精神医学会が2013年に公開した精神障害の診断マニュアル(DSM-5)では、「認知症」という言葉に代わって、脳の器質性疾患の総称である「神経認知障害」(NCDs)という言葉を使っています。「認知症」が、「呆け」や老化と間違われるのを避けるためです。

DSM-5では、次の6つの認知領域の、**いずれか1つでも** 障害が生じていれば、「神経認知障害」と診断することで、早期に発見し、初期段階で集中的に支援することを容易にしたわけです。1つの領域についての障害だけに留まっていると軽く見過ごさないようにしましょう。変だなと思ったら、すぐに専門の医師です。

- 複合的注意 (complex attention) …日常生活の多方面に注意が及ぶかどうか
- 実行機能 (executive function) …自分で考え、行動することができるかどうか
- 学習と記憶 (learning and memory) …経験したこと、学んだことを覚えているかどうか
- 言語 (language) …会話での発話がスムーズかどうか
- 知覚-運動 (perceptual-motor) …周囲の動きや変化についていけているかどうか
- 社会認知 (social cognition) …社会関係、家族関係を上手くやれているかどうか

アメリカ精神医学会「精神障害の診断と統計マニュアル(DSM)」第5版(2013年)

10

2. 認知症の方って、 自分が分かるのかな？

11

(9) Tさんの想い 39歳の若さで、アルツハイマー型認知症に

認知症の人は、自分で失敗したことに気づいています。
分かっているけれど、失敗してしまいます。
それを責められると、すごく傷つきます。しゃべりたくもなくなります。

でも、笑っていてくれると、負担感が無いんです。
そして、失敗しないようにするには、どうすればいいか、考えるようになります。

失敗しても怒られない環境が大事だと感じます。

道に迷ったり、降りる駅を間違えたりします。それでも、妻は何も言いません。
「失敗するからでかけちゃダメ」と言われたら、私は、何もなくなってしまいます。

『おはよう21』2015年5月号の記事から要約しています

12

(10) Mさんの想い はじめての発信

認知症なんて見つからなければ良かった、と思います。
これから先、どう生きて行けばいいのか…方向が見つからないのです。

外出先で、道を尋ねればいいのに、この人わからないのかしら、と変な顔をされるのが怖くて、尋ねられないんです。

友だちとの会話に認知症のことが出てくると、会話がスムーズにいかなくなります。

認知症という特徴を持つ私と付き合っ、話を聴いて、受け止めてくれる、良い関係の友だちが欲しいのです！

『おはよう21』2015年5月号の記事から要約しています¹³

(11) クリスティーンの声

病気が進むにつれて、自分がどう感じているかを表現する事が
難しくなってきます。
自分の考えを整理し、それを言葉に表して相手に解ってもらう事が
困難になります。

私たちが感情的になり、認知力が弱ってくると、記憶に残るものは、
皆さんが何を言ったのかではなく、その言い方です。
話の筋は解りません。あなたの笑顔、笑い声、ぬくもりが心を癒します。

何を話していいか解らなければ、ただ一緒に居てください。
言葉よりも、あなたがいて、気持ちを分かち合ってくれるほうが必要なのです。

クリスティーン・ボーデン著・松垣陽子訳『私は誰になっていくの？』

クリエイツかもがわ、2003年10月より

ボーデンさんは前頭側頭葉変性症認知症、結婚によりクリスティーン・ブライデン

14

(12)本人は、 自分の症状の進行に気付いています

その方には、親として、職業人として、夫や妻として、懸命に、生きてきたプライドがあります

その自分が自分で無くなっていってしまうことに気付いています。本人が一番つらいのです

だから、周りの環境や自分の変化に、必死で適用しようとしたり、失敗を見せないようにしますが、それが思考や行動のもたつきや不自然な言動につながってしまいます

心の中で、動作が鈍く見えてもゆっくりお願いします、見当違いに見えても考える時間をください、と叫んでいます

15

3. 誰でもみんなに支えられてますよね 認知症の人もそうですよ

16

(13) 認知症の予防って、どういう意味ですか？

「予防」には、心身の自立を維持し、認知症になるのを未然に防ぐという意味があります
しかし、実際には、認知症の原因疾患の発症を未然に防止する確実な方法はありません

「予防」にはもう1つの意味があります

日常生活に変化の兆しが見えているが本人が変化を受け止められない、病識が持てない、身体機能の変化に不安を抱きつつもまだ大丈夫だという心理的な正常化が働いている、といった段階で、その先に状態を進行させないという意味です。

これまでの家族構成や家族関係に変化が生じたり、配偶者を失い孤立状態が始まったり、家族は変化に気づき不安になってはいるものの、専門家に判断を求めることを躊躇しているような段階において、本人や家族の不安を取り除き、気持ちを楽にする行動のことを「予防」と言います

認知症を早期に発見し、迅速で集中的な支援を進めることが、状態を悪化させない「予防」になります

17

(14) 認知の領域と 日常生活における自立レベルの低下に着目！

認知の領域とは、(8)で説明した次の6つの領域のことです

- 複合性注意
- 実行機能
- 学習と記憶
- 言語
- 知覚－運動
- 社会認知

それ以前の活動レベルと比較して
明らかな変化が見られますか？

その変化が、「かも知れない症状」です

18

(15) 「かも知れない症状」と早期の発見

- ◎ かかってきたばかりの電話の相手の名前を忘れる
- しまい忘れ、置き忘れがある
- ◎ 財布などを盗まれたと他人を疑う
- 季節に合わせた服装ができていない
- ◎ 髪や身だしなみを構わない
- 新しいことが覚えられない
- ◎ くどくど、同じことを何回も繰り返す
- 忍耐力や集中力がなくなってきた
- ◎ 人に頼ったり、人のせいにしたたりする
- ちょっとしたことでもイライラ怒りやすくなった
- ◎ 億劫(おっくう)がったり、ふさぎ込んだりする
- 薬の飲み忘れがある
- ◎ 趣味や好きだったことに興味を示さなくなる
- 約束の日時や予約した日を間違える
- ◎ ゴミステーションの使い方やゴミ出しが上手くできない
- 地域の会合を伝えても来られなくなる
- ◎ 回覧板のまわし忘れがある
- 町内会費を払ってくれなかったり、何回も持ってきたりする

**「かもしれない症状」です
複数回あったら、すぐに
近くにいるあなたが行動を！**

19

(16) 「かも知れない症状」を、 しっかり冷静に受け入れましょう

変だな！ → 放っておかない

自分で判断しない、やろうとしない → 必ず、専門家につなぐ

専門家とは

- ➔ まずは「地域包括支援センター」に相談を
 - ➔ 地域包括支援センターから、
認知症専門医(認知症疾病医療センター、物忘れ外来)を紹介
してもらいましょう
- (7)で学んだ通り、できるだけ早期の受診が有効です

その後は → おおらかに受け入れ、見守ってください

20

4. 認知症のことなら何でも 地域包括支援センターにつなぎましょう！

21

(17) まずは、地域包括支援センターに相談を！

「地域包括支援センター」は、

認知症の方々の日常生活支援や介護サービスに詳しい

主任ケアマネジャーさん、

生活上の困難や権利擁護などのことを支援してくれる社会福祉士さん、

身体と心の健康や予防などを支援してくれる保健師さん

を擁する **専門家の支援チーム** です

お住まいの地域のお近くに、必ずあります

22

(18) 地域包括支援センターにつなぐと、 本人のこれからの生活を支える環境づくりにつながる

本人や家族にとって最善の方針を一緒に考えてくれます

介護保険利用の相談・手続き、医療機関との連携・情報交換、専門医の受診の段取り、介護サービスの調整など、今後の生活を支える環境を整えてくれます

 **なんでも、相談に乗ってくれて、
解決のために動いてくれます！**

まずは、お近くの地域包括支援センターに電話しましょう！

23

(19) 地域包括支援センターが分からない時は

地域の民生委員さんからつないでもらいましょう

民生委員さんが分からない方は、自治会長さん、行政区長さん、福祉委員さん

「ふれあいサロン」や「交流サロン」に参加している方は、リーダーさんへ

在宅介護支援センターや介護予防センターなどを置いている自治体では、そこからつないでもらいましょう！

24

(20) 本人が拒絶しているばあい、 糸口を見つけ出してくれる

**本人は、自分の症状を受け入れ難いです
受診や介護サービス利用も拒否することがあります**

伴走できるキーパーソンがいると、上手くいきます

趣味や特技など、自信の持てるきっかけを見つけ出し、一緒に取組みましょう

閉じこもらず、外の世界との接点を豊富に持つようにしましょう

「自分が役に立っている」という役割感を引き出しましょう

→ 地域包括支援センターと一緒に対応を考えてくれます

25

若手職員向け

認知症ケアの実力アップ!

あなたの成長を、
もっと自分らしくあいたい私のために

編集：特定非営利活動法人 日本介護経営学会

認知症若手職員支援力学習テキスト

編集協力：社会福祉法人 溪仁会 / 社会福祉法人 こうほうえん / 社会福祉法人 志摩会



営利目的の使用、無断での増刷・転載・改訂を禁じます 日本介護経営学会

1. 認知症を知ろう!

(1) 認知症は歳をとること(加齢)が原因ですか？

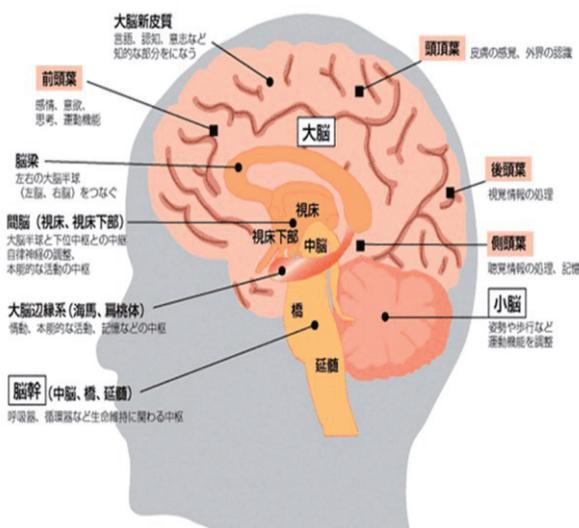
私たちは、見る、聴く、触れる、嗅ぐ、味わう、の五感を通して、周囲の状況を理解し、記憶し、考え、判断したり感動したりします。日常生活を安全に、楽しく過ごす上で不可欠なこうした脳の働きに障害が出るのが、「認知症」です。

記憶、知覚、判断、感情などは大脳が管理します。認知症とは、何らかの原因疾患が発症することで、この大脳の機能に障害が生じることを言います。記憶や判断に障害が出ますので、外から観ていると、知能的な言動ができなくなっていくように映ります。

認知症は疾患が原因ですから、老いることによる物忘れとは、異なります。加齢による物忘れであれば、ちょっとしたヒントで記憶が戻りますが、認知症では、記憶を管理し、意思決定や価値判断といった高次の機能を持つ大脳の機能そのものが衰えていきます

3

(2) 認知症の初期の段階って、過去の記憶にどんな変化が出来ますか？



大脳は、表面の大脳新皮質と内部の大脳辺縁系から成ります。辺縁系は記憶を管理する海馬と欲望や快不快を管理する扁桃体から成ります

認知症は、海馬の萎縮から起ります。海馬は、比較的最近の記憶(短期記憶)を管理していますから、物忘れや置き忘れといった日常生活の障害につながります

しかし、認知症の初期の段階では、原因疾患の発症する前に経験した記憶(長期記憶)は残っています

典拠: ニッセイアカデミー「高齢化社会の食生活 認知症」
<http://www.nissui.co.jp/academy/eating/07/>

4

(3) 認知症になっても 手続き的記憶や喜怒哀楽は残りますか？

「手続き記憶」とは、

自動車の運転の仕方とか裁縫や家事の仕方など、動作や行為の方法に関する記憶のことです。身体の運動機能の調節と関連しています。若いころから、訓練や日常生活上の必要性に応じて修得してきている記憶です。これは小脳が管理しています。

認知症は脳の障害ですから、小脳の機能は低下しません。ですから、車を運転する方法や趣味・特技などは覚えています

「喜怒哀楽」とは、

不安、恐怖、怒りなど情動(感情)の表現です。情動は脳辺縁系にある扁桃体が管理します。認知症になっても扁桃体の機能は残りますから、情動や本能的な活動である喜怒哀楽は残ります

5

(4) 認知症には、どのような種類がありますか？

「インフルエンザウイルスに感染して、頭が痛くなることがあります。感染が原因疾患で、頭が痛いのが症状です。

同じように、「認知症」とは原因疾患によって、認知機能に生じる障害の症状の総称です。

原因疾患には、脳血管の障害や脳器質の変性疾患の発症、外傷性疾患、炎症性疾患、代謝性疾患、内分泌性疾患、甲状腺機能異常、腫瘍性疾患、中毒性疾患、正常圧水頭症など70以上あると言われていています。

その中で、**認知症の9割以上は、つぎの4大原因疾患によって引き起こされています。**

アルツハイマー病

脳神経細胞が周囲にたんぱく質が沈殿することで少しずつ死滅し、脳が縮むことで発症します

- 近時記憶の障害、失見当識、失認、ちぐはぐな服装、言葉が出ないなどの症状がでます

レビー小体病

脳神経細胞にレビー小体と呼ばれるたんぱく質が蓄積することで発症します

- 幻視、近時記憶や意識の急速な変動、パーキンソン症状(安静時のふるえ・姿勢保持障害・前傾姿勢など)がでます

前頭側頭葉変性症

理性的な判断や行動を司る前頭葉や事物の意味を理解する側頭葉が委縮することで発症します

- 感情や衝動を抑えられなくなる人格変化、同じ動作を繰り返す、言葉や事物の意味が理解できなくなるなどが観られます

脳血管疾患

脳の血管が詰まったり、切れたりして、脳細胞に栄養や酸素が行き渡らない部分が壊れることで発症します

- 注意障害、運動・実行機能の障害、自発性の低下、うつなどが現れます

6

(5) アルツハイマー型認知症って、 どのような症状ですか？

4大原因疾患の認知症の中で最も割合が多いのがアルツハイマー型認知症です
海馬の損傷から始まりますから、
初期の段階では、物忘れ、置き忘れなど短期記憶に関連する症状が出ます

ゆっくり発症し、ゆっくり進行するので、初めの段階では気づくことが大切です
徐々に、人やモノの認識に障害が出たり、道に迷うといった大脳皮質の機能に関連した症状へと進みます

高齢になっての発症では、海馬の委縮で留まることがあります
若年での発症(若年認知症)では、頭頂葉から側頭葉、前頭葉の委縮まで進むことが多く、
症状の進行が早く、比較的初期の段階から失行や失認の症状が観られます

7

(6) 認知症の症状はどのようになっていますか？

認知症になると、眼に見える症状が出ます

誰にでも発症する「中核症状」と、人により現れ方に差がある「周辺症状」(BPSD)に分かれます

4大原因疾患について、>印で示した症状は、「中核症状」です

「周辺症状」には、「心理症状」と「行動症状」があります。気分や言動に現れる症状のことです

「中核症状」

記憶の障害、判断力の障害、見当識の障害、性格の変化、問題解決能力や実行力の障害、
失行・失認・失語などが代表的な症状です

「周辺症状」

心理症状・・・幻覚、妄想、不安、焦燥(あせり)、うつ(鬱状態)などです

行動症状・・・失禁や不潔な行動、介護への抵抗、暴言や暴力、睡眠障害、過食や異食、徘徊、多動
多弁、思い込み、過度の心配、無為・無反応などです

8

(7) 症状が現れたらどのように対応したら良いですか？

まず、できるだけ早めに、「認知症疾病医療センター」のような専門の医師に受診しましょう。専門の医師は、地域包括支援センターで教えてくれます。

早い段階での受診と正しい薬の使用は、症状の緩和・改善や進行の予防に効果があります。認知症には4種類の薬が認可されています。原因疾患、進行段階、現れている症状によって、薬の種類や量の判断が異なりますので、専門の医師を頼りましょう

周辺症状は、中核症状の状態や本人の身体的状況に左右されます。とくに、本人の生活環境や本人を取り巻く人間関係のあり方が、症状の現れ方に大きく影響します。

家族や周囲の皆さんが病気、症状を優しく受け止め、本人を前向きに支えて行く姿勢が大切です。とくに、家族関係に配慮しましょう

9

(8) 認知症に早期に気づくにはどうしたら良いですか？

たとえば、アメリカ精神医学会が2013年に公開した精神障害の診断マニュアル(DSM-5)では、「認知症」という言葉に代わって、脳の器質性疾患の総称である「神経認知障害」(NCDs)という言葉を使っています。「認知症」が、「呆け」や老化と間違われるのを避けるためです。

DSM-5では、次の6つの認知領域の、**いずれか1つでも** 障害が生じていれば、「神経認知障害」と診断することで、早期に発見し、初期段階で集中的に支援することを容易にしたわけです。1つの領域についての障害だけに留まっていると軽く見過ごさないようにしましょう。変だなと思ったら、すぐに専門の医師です。

- 複合的注意 (complex attention) …日常生活の多方面に注意が及ぶかどうか
- 実行機能 (executive function) …自分で考え、行動することができるかどうか
- 学習と記憶 (learning and memory) …経験したこと、学んだことを覚えているかどうか
- 言語 (language) …会話での発話がスムーズかどうか
- 知覚-運動 (perceptual-motor) …周囲の動きや変化についていけているかどうか
- 社会認知 (social cognition) …社会関係、家族関係を上手くやれているかどうか

アメリカ精神医学会「精神障害の診断と統計マニュアル(DSM)」第5版(2013年)

10

2. あなたのフロとしての 観方をトレーニングしましょう！

11

(9) Tさんの想い 39歳の若さで、アルツハイマー型認知症に

認知症の人は、自分で失敗したことに気づいています。
分かっているけれど、失敗してしまいます。
それを責められると、すごく傷つきます。しゃべりたくもなくなります。

でも、笑っていてくれると、負担感が無いんです。
そして、失敗しないようにするには、どうすればいいか、考えるようになります。

失敗しても怒られない環境が大事だと感じます。

道に迷ったり、降りる駅を間違えたりします。それでも、妻は何も言いません。
「失敗するからでかけちゃダメ」と言われたら、私は、何もなくなってしまいます。

『おはよう21』2015年5月号の記事から

12

(10) Mさんの想い はじめての発信

認知症なんて見つからなければ良かった、と思います。
これから先、どう生きて行けばいいのか…方向が見つからないのです。

外出先で、道を尋ねればいいのに、この人わからないのかしら、と変な顔をされるのが怖くて、尋ねられないんです。

友だちとの会話に認知症のことが出てくると、会話がスムーズにいかなくなります。私に会話が向けられると、「他の人たちは、どうなの？」と、見当違いな返事をしてしまいます。

認知症という特徴を持つ私と付き合っ、話を聴いて、受け止めてくれる、良い関係の友だちが欲しいのです！

『おはよう21』2015年5月号の記事から

(11) クリスティーンの声

病気が進むにつれて、自分がどう感じているかを表現する事が
難しくなってきます。
自分の考えを整理し、それを言葉に表して相手に解ってもらう事が
困難になります。

私たちが感情的になり、認知力が弱ってくると、記憶に残るものは、
皆さんが何を言ったのかではなく、その言い方です。
話の筋は解りません。あなたの笑顔、笑い声、ぬくもりが心を癒します。

何を話していいか解らなければ、ただ一緒に居てください。
言葉よりも、あなたがいて、気持ちを分かち合ってくれるほうが必要なのです。

クリスティーン・ボーデン著・松垣陽子訳『私は誰になっていくの？』

クリエイツかもがわ、2003年10月より

ボーデンさんは前頭側頭葉変性症認知症、結婚によりクリスティーン・ブライデン

14

(12) 本人は、 自分の症状の進行に気付いています

あなたの目の前の認知症の利用者さんは、

これまで、親として、夫として、妻として、社会の一員として、懸命に生きてきた方です

その方が、自分が自分で無くなっていってしまうことに気付いています。本人が一番つらいのです

だから、周りの環境や自分の変化に、必死で適用しようとしたり、失敗を見せないようにします

でも、それが、思考や行動のもたつきを生んだり、不自然な言動につながってしまいます

動作が遅くて、見当違いに見えても、

**自分自身を保つために、必死に自分でやろうとしているのです！
その人としてのプライドをしっかりと受け止めましょう！**

15

(13) こんなこと、ついついしていませんか？

- > 大きな声で注意したり、本人の視界に入らない位置から急に声をかけたり、身体に触れたりしたことはありませんか？
 - ➡ お願いですから、私をびっくりさせないでください！
- > ご自分で判断しながらやろうとしているのに、急がせたり、出来ないだろうと勝手に判断してやってあげてしまったりしたことはありませんか？
 - ➡ お願いですから、ゆっくりやっているのを見守ってください！
- > 「どうしてこんなことするんですか！」「危ないから止めてください！」といった口調で、叱責したり、抑制したことはありませんか？「同じことを何度も言わせないでください！」など、上から目線で、頭ごなしに否定したり、自分が介護をしてあげているんだから、といった優越的な意識や態度をとったことはありませんか？
 - ➡ お願いですから、私の自尊心を大事にしてください！

常に、“もし、自分のことであつたら！”常に当事者になった気持ちを！！

16

(14) 周囲からの無理解や、行動への抑制によって、不安が増幅し、能力感覚は減退します

失敗を責められたり、怒られたりすると、不安が増幅してしまいます
危ないからダメ、失敗するからダメといわれ続けると、自信を無くし、閉じこもります

禁止や叱りはいけません → 促すことを心がけましょう！

命令や静止の言葉はいけません → 受け止めることに心がけましょう！

動作が鈍くても、観るに見かねて、手を出してはいけません → 見守りましょう！

利用者さんは、

否定されたり、不安にさせられるために、介護サービスを使っているわけではありません

17

3. 介護はサービスです！

サービスとはなにか、しっかり理解しよう

18

(15) 介護サービスの「サービス」って どういう意味でしょう？

媒体と機能を理解しよう！

自動車という**媒体**は、私たちをいきたいところへ運んでくれるという**機能**を持っています
テレビという**媒体**は、娯楽や知りたい情報をいつでも届けてくれるという**機能**を発揮します

これと同じように、

デイサービスという**媒体**は、利用者さんに対し、
食事や娯楽や寛ぎといった**機能**を提供するためのものです
入所施設という**媒体**は、利用者さんに対し、
安心して安全に住まうという**機能**を提供するためのものです

介護サービスとは、利用者さんが必要とする機能を提供することです！

19

(16) 介護サービスには、こんな特徴があります

- ☞ **前もってサービスを作り、在庫に貯めておくことができません**
だから、その場の状況・状態判断でサービスを作らなければなりません
- ☞ **ですから、前もって、お見せしたり、お試してもらおうことができません**
だから、安心して利用してもらえ、安全にお届けするサービスにしなければなりません
- ☞ **いちどサービスが提供されると、やり直すことができません**
だから、利用者さんが期待する機能を提供できる品質のサービスにしなければなりません
やり直しが効かないだけでなく、利用者さんに信頼してもらおうことが難しくなります
- ☞ **利用者さんが変われば、サービスの内容も変わります**
だから、お一人ずつの異なる必要に対して、対応する内容でなければなりません
Aさんにこのようにして満足していただけたので、Bさんにも同じで良いということはないのです

20

(17) あなたの頭の中にいる知識・情報と 利用者さんの知識・情報には差があります

あなたが知っていることでも、利用者さんは知らないことが多いです
利用者さんは、あなたの言うことをうのみにしたり、追随する以外に術がありません

あなたが、「これで良い」「これが当たり前」と思っていることでも、
利用者さんにとっては、良いこと、当たり前のことだと理解されていないことが
多いです

要意識！

- あなたから利用者さんへ、必要な情報が伝えられていますか
- 伝えたつもりでも、利用者さんが正確に理解していますか

21

(18) 介護の専門性を理解しよう

☞ どの利用者さんに対しても、公平に、分かり易く、接する事ができる

☞ 利用者さんの生活を観ようと努力することができる

- ・ どういう環境で、どういう生き方をしてきたか
- ・ 家庭や地域でどのような役割を担ってきたか
- ・ 趣味や得意なことはなにか
- ・ なぜ、ここで介護サービスを利用することになったのか

☞ 利用者さんが納得しているか、満足しているか、常に確認する努力ができる

22

(19) 介護サービスの品質を意識しよう！

「モノ」であれば、品質検査をして、粗悪品を取り除くことができます
「サービス」は品質が悪くても、それを取り消すことはできません

そこで、

第1段階…職場の「業務マニュアル」や「介護の心得」を勉強しましょう

第2段階…職場の先輩の話を聞き、先輩の仕事ぶりをどんどん見倣いましょう

介護サービスの品質を向上させる要点は、

- **利用者一人ひとりを尊重する気持ちと姿勢をもつ**
- **サービス提供場面で、いっさいの不快感をなくす**
- **利用者の自立は改善されたか、QOLは高まっているかを常に意識する**

でも、自信がないときは、**仕事の上手な先輩に観てもらいましょう！**

23

(20) サービスの方法には、価値感が組み込まれています

例えば、職場で、

- ・ 認知症の方への声掛けは、必ず視界に入ってから行う
- ・ 掃除の際の掃除機の移動は引きずらずに、持ち上げて運ぶ
- ・ 利用者さんを呼ぶ時には、はじめは、苗字に「さん」付けにする

と言われます。なぜでしょう！そこには、**価値観**が組み込まれているからです！

- ・ 必ず視野に入ってから → 驚かせて転倒などの事故につながるのをさける…「安全」
- ・ 掃除機の持ち運び → 電気コードの絡みやダラダラ感を無くす…「安全」「整頓」
- ・ 苗字に「さん」付け → 過度の親密や間違った優しさを排除する…「尊重」「礼儀」

⇒ **価値観**を意識すると、見栄えの良い姿勢と行動が生まれます

24

(21) パーソン・センタード・ケア (person centered care) **に徹しよう！**

自分は介護する人、利用者は介護される人という考え方は間違いです
認知症の人を、自分が支援してあげているという上から目線は間違いです

認知症の利用者さんには、それぞれ、
“できること” “自分の役割感” “自分のやり方” “自尊心”
があります

それを、介護のプロは、
冷静に観察し、その人の立場に立って理解する！ そして、尊重し、促進する！
これが、パーソン・センタード・ケアの核心です

「職員調査」単純集計結果

表1：基本属性 サ責(N=12)、一般職員(N=124)

	サ責		一般	
性別				
女性	11	(91.7)	80	(64.5)
男性	1	(8.3)	44	(35.5)
年齢	平均 50.1 範囲 33~64 SD=9.6		平均 31.8 範囲 18~65 SD=11.5	
経験年数	平均 14.4 範囲 9.0~34.0 SD=7.2		平均 3.1 範囲 0~16 SD=2.7	
学歴				
中学校卒			5	(4.0)
高校卒	4	(33.3)	43	(34.7)
専門学校卒	4	(33.3)	32	(25.8)
短期大学卒	3	(25.0)	15	(12.1)
大学卒			23	(18.5)
その他	1	(8.3)	6	(4.8)
資格 複数回答				
介護福祉士	12	(100)	47	(37.9)
社会福祉士	-	-	5	(4.0)
ヘルパー・初任者研修	4	(33.3)	50	(40.3)
看護師	-	-	8	(6.5)
准看護師	-	-	1	(0.8)
理学療法士	-	-	3	(2.4)
作業療法士	-	-	3	(2.4)
保健師	-	-	1	(0.8)
精神保健福祉士	-	-	1	(0.8)
その他	-	-	2	(1.6)
資格なし	-	-	17	(13.7)
現在の職種				
介護職	12	(100)	102	(82.3)
相談援助職	-	-	3	(2.4)
看護職	-	-	8	(6.5)
リハビリテーション職	-	-	8	(6.5)
その他	-	-	3	(2.4)
現在の職場 複数回答				
介護老人福祉施設	-	-	59	(47.6)
介護老人保健施設	-	-	19	(15.3)
グループホーム	-	-	8	(6.5)
通所介護・通所リハビリ事業所	-	-	25	(20.2)
認知症対応型通所介護事業所	-	-	3	(2.4)
訪問介護事業所	12	(100)	2	(1.6)
訪問看護事業所	-	-	4	(3.2)
地域包括・在宅介護支援センター	-	-	7	(5.6)
小規模多機能型居宅介護事業所	-	-	13	(10.5)
その他	-	-	2	(1.6)
学習機会 複数回答				
小中学校時代に学んだ	-	-	5	(4.0)
高校時代に学んだ	1	(8.3)	23	(18.5)
小中高以外の教育機関で学んだ	3	(25.0)	57	(46.0)
職場で学んだ	12	(100.0)	100	(80.6)
地域の集まりで学んだ	3	(25.0)	5	(4.0)
介護経験者(知人等)から学んだ	7	(58.3)	25	(20.2)
自分の家族から学んだ	5	(41.7)	24	(19.4)
教育教材や書籍・雑誌など自分で学んだ	5	(41.7)	33	(26.6)
テレビ番組などマスメディアから学んだ	7	(58.3)	40	(32.3)
行政の広報などで学んだ	2	(16.7)	6	(4.8)
市民講座で学んだ	7	(58.3)	16	(12.9)
その他	-	-	4	(3.2)

カッコ内の数字はパーセントを示す

表2：設問8 サ責、若手別

「1. はい」	サ責		若手	
	N	(%)	N	(%)
1. 嫌なことがあっても「まあいいか」と受け流すことができる。	12	(100)	69	(56)
2. 他人との関係では、相手の事情を想像することができる。	11	(92)	65	(52)
3. 身の回りに起こることについて、何事も経験だと思えることができる。	11	(92)	81	(65)
4. 困ったときに、周囲に「助けて」と頼ることができる。	6	(50)	57	(46)
5. くよくよ考えないで、ぱっと切り替えることができる。	9	(75)	34	(27)
6. 何事も、自己成長できるチャンスだとポジティブに受け止めることにしている。	9	(75)	50	(40)
7. 苦手な人を作らないようにしている。	6	(50)	49	(40)
8. 人が困っているときは自分が助ける番だと考え、協力するようにしている。	11	(92)	84	(68)
9. 共通の趣味の仲間がたくさんいる。	6	(50)	27	(22)
合計	平均 6.8 範囲 3~9 SD=1.6		平均 4.2 範囲 0~9 SD=2.1	

表3：知識問題 項目別正答率の前後差 サ責、若手別 (%)

	サ責			若手		
	前	後	前後差	前	後	前後差
1. 認知症とは先天的な認知機能の障害である。	100	100	0	92	98	6
2. 認知症になると必ず記憶の障害がおきる。	50	100	50	62	83	21
3. 認知症になっても手続き記憶は比較的保たれ、感情も豊かである。	33	42	9	48	76	28
4. 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の4つだけである。	75	67	-8	73	82	9
5. 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる。	83	92	9	93	98	5
6. アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく。	92	100	8	70	68	-2
7. BPSDとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す。	25	67	42	61	77	16
8. 認知症になるとだいたいのことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる。	100	100	0	98	98	0
9. 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い。	33	58	25	64	73	9
10. 頭部外傷やウイルス感染によっても認知症になる。	33	100	67	48	89	41

表4：スティグマ項目別平均の前後差 サ責、若手別

	(1. そう思う～5. そう思わない)	サ責			若手		
		前	後	前後差	前	後	前後差
客体的 スティグマ	1. 認知症の人は私が何を言っているか理解できない。	1.75	2.08	0.33	1.76	1.61	-0.15
	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。	1.50	1.58	0.08	2.10	1.73	-0.37
	3. 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう。	2.08	1.83	-0.25	2.34	1.98	-0.36
	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。	2.08	2.00	-0.08	2.52	2.24	-0.28
	5. 認知症の人は他社に気遣うことができない。	1.50	1.33	-0.17	1.62	1.57	-0.05
	6. 認知症の人は何をするかわからない。	2.25	1.92	-0.33	2.81	2.39	-0.42
	7. 認知症に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。	1.42	1.42	0	1.65	1.60	-0.05
	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。	1.83	1.17	-0.66	1.60	1.59	-0.01
	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。	1.33	1.17	-0.16	1.41	1.38	-0.03
	10. 認知症の人は公共の施設を利用するのが難しい。	2.25	1.50	-0.75	2.35	2.18	-0.17
	11. 認知症の人は複雑で面白い会話ができない。	1.50	1.92	0.42	1.85	1.77	-0.08
	12. 認知症の人は地域で暮らし続けることができない。	1.08	1.08	0	1.77	1.60	-0.17
	13. 認知症の人は衛生状態が良くない。	2.17	1.67	-0.5	2.14	2.11	-0.03
	14. 認知症の人に特に関心はない。	1.08	1.50	0.42	1.51	1.37	-0.14
	15. 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている。	2.67	2.50	-0.17	2.90	2.64	-0.26
	16. 認知症の人はたくさんの知識を持っている。	2.83	2.08	-0.75	2.63	2.40	-0.23
	17. 認知症の人の日常生活は人間らしい。	2.67	1.92	-0.75	2.54	2.35	-0.19
	18. 認知症の人は一緒にいて楽しい。	2.33	2.08	-0.25	2.58	2.33	-0.25
	19. 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる。	2.67	2.25	-0.42	2.87	2.46	-0.41
	20. 認知症の人から学ぶことが多い。	1.50	1.58	0.08	2.08	1.81	-0.27
	21. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない。	1.92	1.92	0	2.32	2.10	-0.22
	22. 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである。	2.67	1.67	-1	2.58	2.30	-0.28
	23. 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である。	1.75	1.17	-0.58	1.67	1.40	-0.27
	24. 認知症の人の家族は周囲に苦勞を分かってもらえず孤立無援の状態である。	2.58	2.58	0	3.16	2.87	-0.29
	25. 自分や自分の家族が認知症になると、とまどいや否定の状況が最後まで続く。	2.08	2.08	0	2.85	2.60	-0.25

表5：対人信頼感、セルフスティグマ 項目別平均の前後差 サ責、若手別

	(1. そう思う～5. そう思わない)	サ責			若手		
		前	後	前後差	前	後	前後差
対人信頼感	1. 人は基本的には正直である。	3.92	4.25	0.33	3.48	3.71	0.23
	2. 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする。	2.92	3.58	0.66	2.58	2.94	0.36
	3. 人は、頼りにできる人がわずかしかない。	3.00	3.67	0.67	3.09	3.19	0.1
	4. 人は、他の人の親切に下心を感じ、気を付けている。	3.50	4.00	0.5	3.59	3.57	-0.02
	5. 人は、ふつう清く正しい人生を送る。	3.08	3.33	0.25	2.81	3.27	0.46
	6. 人は、成功するためにうそをつく。	3.67	3.83	0.16	3.10	3.25	0.15
	7. 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している。	3.92	4.00	0.08	3.36	3.40	0.04
	8. 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている。	4.08	3.92	-0.16	3.48	3.69	0.21
	9. 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている。	3.50	3.58	0.08	3.19	3.30	0.11
	10. 人は、ほかの人を信用しないようが安全であると思っている。	4.17	4.17	0	3.56	3.64	0.08
	11. 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている。	3.42	3.50	0.08	2.63	2.77	0.14
	12. 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せに一番関心がある。	2.92	2.75	-0.17	2.51	2.86	0.35
	13. 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている。	4.17	4.33	0.16	3.65	3.94	0.29
	14. 人は、自分がするといいことは実行する。	3.17	3.08	-0.09	3.18	3.41	0.23
	15. 人は、チャンスがあれば税金をごまかす。	4.17	4.08	-0.09	3.59	3.71	0.12
	16. 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する。	3.33	3.33	0	2.94	3.16	0.22
	17. 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく。	3.50	3.50	0	2.95	3.24	0.29
主体的スティグマ	1. 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。	1.42	1.33	-0.09	2.16	2.06	-0.1
	2. 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。	2.17	1.92	-0.25	3.09	3.04	-0.05
	3. 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。	2.33	1.92	-0.41	2.60	2.27	-0.33
	4. 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。	2.25	2.25	0	2.08	2.02	-0.06
	5. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う。	2.17	2.00	-0.17	2.02	2.15	0.13
	6. 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。	2.42	2.00	-0.42	2.48	2.32	-0.16
	7. 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。	2.00	1.33	-0.67	1.94	1.74	-0.2
	8. 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。	2.25	1.67	-0.58	2.26	2.12	-0.14
	9. 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。	3.50	3.42	-0.08	3.77	3.45	-0.32

1 性別

	回答数	%
女性	115	58.4
男性	82	41.6
合計	197	100.0

2 年齢

平均年齢	58.2
中央値	64.0
標準偏差	17.0
最小値	19.0
最大値	82.0

3 認知症の人に会った経験

	回答数	%
1 会ったことがない	27	13.7
2 会っただけで話したことはない	13	6.6
3 会って、挨拶程度に話したことがある	73	37.1
4 一緒に活動したことがある	43	21.8
5 一緒に生活したことがある	37	18.8
無回答	4	2.0
合計	197	100.0

4 この講座を受けようと思った理由(複数回答)

	回答数	%	N=197に 対する割 合
① 認知症に関心があり、知識を得ようと思ったため	141	38.4%	71.6%
② 実際に家族内に認知症の人がおり、もっと知識が必要なため	20	5.4%	10.2%
③ 家族ではないが認知症の人が身近にいて、接するための知識が必要なため	46	12.5%	23.4%
④ 認知症の人と活動や行動を共にしたことがあり、もっと知識を得たいと思ったため	52	14.2%	26.4%
⑤ 自分が認知症になった場合に備えて、学んでおきたかったため	44	12.0%	22.3%
⑥ 周囲や職場から認知症について学ぶことを勧められたため	18	4.9%	9.1%
⑦ このような講座があるとの知らせを見て、興味を覚えたため	43	11.7%	21.8%
⑧ その他(具体的に:)	3	0.8%	1.5%
	367	100.0%	

5 あなたにあてはまるもの(複数回答)

	回答数	%	N=197に 対する割 合
① 嫌なことがあっても「まあいいか」と受け流すことができる	126	13.9%	64.0%
② 他人との関係では、相手の事情を想像することができる	109	12.0%	55.3%
③ 身の回りに起こることについて、何事も経験だと思えることができる	134	14.7%	68.0%
④ 困ったときに、周囲に「助けて」と頼ることができる	86	9.5%	43.7%
⑤ よくよく考えないで、ぱっと切り替えることができる	76	8.4%	38.6%
⑥ 何事も、自己成長できるチャンスだとポジティブに受け止めることにしている	94	10.3%	47.7%
⑦ 苦手な人を作らないようにしている	71	7.8%	36.0%
⑧ 人が困っているときは自分が助ける番だと考え、協力するようにしている	131	14.4%	66.5%
⑨ 共通の趣味の仲間がたくさんいる	82	9.0%	41.6%
	909	100.0%	

6 学習経験(複数回答)

	回答数	%	N=197に 対する割 合
① 小中学校時代に学んだ	4	0.8%	2.0%
② 高校時代に学んだ	8	1.7%	4.1%
③ ①②以外の教育機関で学んだ	24	5.0%	12.2%
④ 職場で学んだ	66	13.6%	33.5%
⑤ 地域の集まりで学んだ	48	9.9%	24.4%
⑥ 介護経験者(知人等)から学んだ	43	8.9%	21.8%
⑦ 自分の家族から学んだ	36	7.4%	18.3%
⑧ 教育教材や書籍・雑誌などから自分で学んだ	45	9.3%	22.8%
⑨ テレビ番組などマスメディアから学んだ	118	24.4%	59.9%
⑩ 行政の広報などで学んだ	35	7.2%	17.8%
⑪ 認知症や福祉・介護などをテーマとする市民講座で学んだ	52	10.7%	26.4%
⑫ その他	5	1.0%	2.5%
合計	484	1.0	

7 知識 正しいと思うもの

	事前		事後	
	回答数	%	回答数	%
① 認知症とは先天的な認知機能の障害である	7	3.6%	7	3.6%
② 認知症になると必ず記憶の障害がおきる	89	45.2%	43	21.8%
③ 認知症になっても手続き記憶(ピアノの演奏の仕方や洗濯機の動かし方など行為の方法に関する記憶のこと)は比較的保たれ、感情も豊かである	99	50.3%	136	69.0%
④ 認知症の種類は、アルツハイマー型、脳血管疾患、レビー小体型、前頭側頭葉型の4つだけである	36	18.3%	35	17.8%
⑤ 認知症の中核症状は薬で改善し治すことができる	45	22.8%	29	14.7%
⑥ アルツハイマー型認知症は突発的に発症し、症状は緩やかに進行していく	70	35.5%	64	32.5%
⑦ BPSDとは徘徊や帰宅の要求、幻覚など行動や心理の症状を指す	59	29.9%	105	53.3%
⑧ 認知症になるとだいたいことは忘れてしまい、苦しみや不安はなくなる	29	14.7%	10	5.1%
⑨ 認知症になっても初期であれば過去の記憶は残っている場合が多い	134	68.0%	142	72.1%
⑩ 頭部外傷やウイルス感染によっても認知症になる	59	29.9%	149	75.6%

8 次の①～⑤の記述について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを、○で囲んでください。

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
1. 認知症の人は私が何を言っているか理解できない	1. そう思う	12	6.1	10	5.1
	2. ややそう思う	38	19.3	22	11.2
	3. どちらともいえない	47	23.9	33	16.8
	4. ややそう思わない	33	16.8	30	15.2
	5. そう思わない	64	32.5	89	45.2
	無回答	3	1.5	13	6.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
2. 認知症の人は自分の本能的な欲求のままに生活する	1. そう思う	26	13.2	10	5.1
	2. ややそう思う	43	21.8	22	11.2
	3. どちらともいえない	55	27.9	35	17.8
	4. ややそう思わない	23	11.7	30	15.2
	5. そう思わない	44	22.3	83	42.1
	無回答	6	3.0	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
3. 認知症の人は何を言われてもすぐに忘れてしまう	1. そう思う	21	10.7	9	4.6
	2. ややそう思う	37	18.8	24	12.2
	3. どちらともいえない	54	27.4	37	18.8
	4. ややそう思わない	26	13.2	47	23.9
	5. そう思わない	49	24.9	69	35.0
	無回答	10	5.1	11	5.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
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	1. そう思う	32	16.2	10	5.1
	2. ややそう思う	61	31.0	33	16.8
	3. どちらともいえない	48	24.4	53	26.9
	4. ややそう思わない	25	12.7	37	18.8
	5. そう思わない	24	12.2	47	23.9
	無回答	7	3.6	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
5. 認知症の人は他者に気遣うことができない	1. そう思う	22	11.2	6	3.0
	2. ややそう思う	37	18.8	16	8.1
	3. どちらとも言えない	47	23.9	39	19.8
	4. ややそう思わない	27	13.7	42	21.3
	5. そう思わない	53	26.9	77	39.1
	無回答	11	5.6	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
6. 認知症の人は何をやるかわからない	1. そう思う	17	8.6	2	1.0
	2. ややそう思う	37	18.8	15	7.6
	3. どちらとも言えない	58	29.4	51	25.9
	4. ややそう思わない	33	16.8	34	17.3
	5. そう思わない	38	19.3	77	39.1
	無回答	14	7.1	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
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	1. そう思う	14	7.1	5	2.5
	2. ややそう思う	11	5.6	15	7.6
	3. どちらとも言えない	64	32.5	32	16.2
	4. ややそう思わない	31	15.7	31	15.7
	5. そう思わない	68	34.5	95	48.2
	無回答	9	4.6	19	9.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
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	1. そう思う	10	5.1	13	6.6
	2. ややそう思う	18	9.1	11	5.6
	3. どちらとも言えない	48	24.4	34	17.3
	4. ややそう思わない	31	15.7	29	14.7
	5. そう思わない	81	41.1	93	47.2
	無回答	9	4.6	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
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	1. そう思う	4	2.0	5	2.5
	2. ややそう思う	26	13.2	10	5.1
	3. どちらとも言えない	46	23.4	34	17.3
	4. ややそう思わない	35	17.8	39	19.8
	5. そう思わない	78	39.6	95	48.2
	無回答	8	4.1	14	7.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
10. 認知症人は地域の公共の施設を利用するのが難しい	1. そう思う	11	5.6	5	2.5
	2. ややそう思う	37	18.8	10	5.1
	3. どちらとも言えない	68	34.5	37	18.8
	4. ややそう思わない	36	18.3	42	21.3
	5. そう思わない	39	19.8	86	43.7
	無回答	6	3.0	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
11. 認知所の人は複雑で面白い会話ができない	1. そう思う	13	6.6	7	3.6
	2. ややそう思う	28	14.2	16	8.1
	3. どちらとも言えない	48	24.4	41	20.8
	4. ややそう思わない	42	21.3	39	19.8
	5. そう思わない	53	26.9	81	41.1
	無回答	13	6.6	13	6.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
12. 認知症の人は地域で暮らし続けることができない	1. そう思う	5	2.5	5	2.5
	2. ややそう思う	10	5.1	3	1.5
	3. どちらとも言えない	47	23.9	25	12.7
	4. ややそう思わない	40	20.3	37	18.8
	5. そう思わない	86	43.7	111	56.3
	無回答	9	4.6	16	8.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
13. 認知症の人は衛生状態が良くない	1. そう思う	8	4.1	5	2.5
	2. ややそう思う	30	15.2	21	10.7
	3. どちらとも言えない	63	32.0	40	20.3
	4. ややそう思わない	32	16.2	40	20.3
	5. そう思わない	56	28.4	76	38.6
	無回答	8	4.1	15	7.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
14. 認知症の人に特に関心はない	1. そう思う	5	2.5	4	2.0
	2. ややそう思う	5	2.5	4	2.0
	3. どちらとも言えない	35	17.8	22	11.2
	4. ややそう思わない	32	16.2	28	14.2
	5. そう思わない	108	54.8	127	64.5
	無回答	12	6.1	12	6.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
15. 認知症の人は人生の知恵があるので尊敬されている	1. そう思う	5	2.5	21	10.7
	2. ややそう思う	17	8.6	35	17.8
	3. どちらとも言えない	96	48.7	80	40.6
	4. ややそう思わない	33	16.8	25	12.7
	5. そう思わない	33	16.8	18	9.1
	無回答	13	6.6	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
16. 認知症の人はたくさんの知識を持っている	1. そう思う	10	5.1	38	19.3
	2. ややそう思う	25	12.7	41	20.8
	3. どちらとも言えない	104	52.8	73	37.1
	4. ややそう思わない	24	12.2	14	7.1
	5. そう思わない	21	10.7	14	7.1
	無回答	13	6.6	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
17. 認知症の人の日常生活は人間らしい	1. そう思う	18	9.1	28	14.2
	2. ややそう思う	32	16.2	40	20.3
	3. どちらとも言えない	82	41.6	80	40.6
	4. ややそう思わない	39	19.8	16	8.1
	5. そう思わない	15	7.6	18	9.1
	無回答	11	5.6	15	7.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
18. 認知症の人は一緒に居て楽しい	1. そう思う	8	4.1	20	10.2
	2. ややそう思う	17	8.6	35	17.8
	3. どちらとも言えない	101	51.3	92	46.7
	4. ややそう思わない	34	17.3	26	13.2
	5. そう思わない	22	11.2	8	4.1
	無回答	15	7.6	16	8.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
19. 認知症の人は他人に関心を寄せ、他人を思いやる	1. そう思う	9	4.6	30	15.2
	2. ややそう思う	20	10.2	34	17.3
	3. どちらとも言えない	82	41.6	72	36.5
	4. ややそう思わない	48	24.4	27	13.7
	5. そう思わない	25	12.7	16	8.1
	無回答	13	6.6	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
20. 認知症の人から学ぶことが多い	1. そう思う	33	16.8	46	23.4
	2. ややそう思う	57	28.9	61	31.0
	3. どちらとも言えない	57	28.9	42	21.3
	4. ややそう思わない	19	9.6	17	8.6
	5. そう思わない	18	9.1	13	6.6
	無回答	13	6.6	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
21. 認知症の人を訪ねることに躊躇はない	1. そう思う	49	24.9	60	30.5
	2. ややそう思う	25	12.7	36	18.3
	3. どちらとも言えない	64	32.5	50	25.4
	4. ややそう思わない	21	10.7	15	7.6
	5. そう思わない	20	10.2	12	6.1
	無回答	18	9.1	24	12.2
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
22. 認知症は病気なので、医療や薬による治療が優先されるべきである	1. そう思う	28	14.2	32	16.2
	2. ややそう思う	27	13.7	29	14.7
	3. どちらとも言えない	67	34.0	38	19.3
	4. ややそう思わない	28	14.2	28	14.2
	5. そう思わない	36	18.3	52	26.4
	無回答	11	5.6	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
23. 徘徊など認知症の行動・心理症状には、社会的要因や環境的要因は無関係である	1. そう思う	9	4.6	15	7.6
	2. ややそう思う	10	5.1	8	4.1
	3. どちらとも言えない	38	19.3	25	12.7
	4. ややそう思わない	38	19.3	29	14.7
	5. そう思わない	93	47.2	104	52.8
	無回答	9	4.6	16	8.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
24. 認知症の人の家族は周囲に苦勞を分かっても らえず孤立無援の状態にいる	1. そう思う	23	11.7	19	9.6
	2. ややそう思う	75	38.1	33	16.8
	3. どちらとも言えない	50	25.4	52	26.4
	4. ややそう思わない	26	13.2	43	21.8
	5. そう思わない	15	7.6	34	17.3
	無回答	8	4.1	16	8.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
25. 自分や自分の家族が認知症になると、とまど いや否定の状況が最後まで続く	1. そう思う	25	12.7	24	12.2
	2. ややそう思う	51	25.9	31	15.7
	3. どちらとも言えない	59	29.9	56	28.4
	4. ややそう思わない	33	16.8	33	16.8
	5. そう思わない	21	10.7	37	18.8
	無回答	8	4.1	16	8.1
	合計	197	100.0	197	100.0

9 以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらとも言えない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで、○で囲んでください。

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
1. 人は基本的には正直である	1. そう思う	85	43.1	87	44.2
	2. ややそう思う	40	20.3	51	25.9
	3. どちらとも言えない	53	26.9	32	16.2
	4. ややそう思わない	9	4.6	6	3.0
	5. そう思わない	3	1.5	5	2.5
	無回答	7	3.6	16	8.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
2. 人は、多少良くないことをやっても自分の利益を得ようとする	1. そう思う	17	8.6	10	5.1
	2. ややそう思う	59	29.9	43	21.8
	3. どちらとも言えない	70	35.5	66	33.5
	4. ややそう思わない	21	10.7	30	15.2
	5. そう思わない	21	10.7	30	15.2
	無回答	9	4.6	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
3. 人は、頼りにできる人がわずかしかない	1. そう思う	16	8.1	17	8.6
	2. ややそう思う	28	14.2	12	6.1
	3. どちらとも言えない	64	32.5	67	34.0
	4. ややそう思わない	36	18.3	42	21.3
	5. そう思わない	41	20.8	41	20.8
	無回答	12	6.1	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
4. 人は、他の人の親切に下心を感じ、気をつけている	1. そう思う	4	2.0	5	2.5
	2. ややそう思う	17	8.6	30	15.2
	3. どちらとも言えない	64	32.5	49	24.9
	4. ややそう思わない	49	24.9	45	22.8
	5. そう思わない	48	24.4	48	24.4
	無回答	15	7.6	20	10.2
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
5. 人は、ふつつ清く正しい人生を送る	1. そう思う	26	13.2	42	21.3
	2. ややそう思う	39	19.8	67	34.0
	3. どちらとも言えない	79	40.1	49	24.9
	4. ややそう思わない	22	11.2	12	6.1
	5. そう思わない	14	7.1	6	3.0
	無回答	17	8.6	21	10.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
6. 人は、成功するためにうそをつく	1. そう思う	5	2.5	6	3.0
	2. ややそう思う	22	11.2	16	8.1
	3. どちらとも言えない	74	37.6	66	33.5
	4. ややそう思わない	37	18.8	43	21.8
	5. そう思わない	42	21.3	47	23.9
	無回答	17	8.6	19	9.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
7. 人は、近ごろだれも知らないところで多くの罪を犯している	1. そう思う	11	5.6	3	1.5
	2. ややそう思う	24	12.2	26	13.2
	3. どちらとも言えない	68	34.5	55	27.9
	4. ややそう思わない	37	18.8	37	18.8
	5. そう思わない	42	21.3	56	28.4
	無回答	15	7.6	20	10.2
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
8. 人は、ふつうほかの人と誠実にかかわっている	1. そう思う	42	21.3	57	28.9
	2. ややそう思う	64	32.5	61	31.0
	3. どちらとも言えない	55	27.9	45	22.8
	4. ややそう思わない	12	6.1	12	6.1
	5. そう思わない	4	2.0	5	2.5
	無回答	20	10.2	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
9. 人は、だれかに利用されるかもしれないと思い、気を付けている	1. そう思う	10	5.1	13	6.6
	2. ややそう思う	33	16.8	29	14.7
	3. どちらとも言えない	65	33.0	65	33.0
	4. ややそう思わない	46	23.4	36	18.3
	5. そう思わない	23	11.7	37	18.8
	無回答	20	10.2	17	8.6
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
10. 人は、ほかの人を信用しないほうが安全であると思っている	1. そう思う	5	2.5	8	4.1
	2. ややそう思う	19	9.6	18	9.1
	3. どちらとも言えない	54	27.4	54	27.4
	4. ややそう思わない	52	26.4	42	21.3
	5. そう思わない	50	25.4	57	28.9
	無回答	17	8.6	18	9.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
11. 人は、ほかの人に対して、信用してもよいということがはっきりわかるまでは、用心深くしている	1. そう思う	15	7.6	19	9.6
	2. ややそう思う	68	34.5	43	21.8
	3. どちらとも言えない	46	23.4	54	27.4
	4. ややそう思わない	34	17.3	40	20.3
	5. そう思わない	17	8.6	25	12.7
	無回答	17	8.6	16	8.1
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
12. 人は、口先ではうまいことを言っても、結局は自分の幸せが一番関心がある	1. そう思う	23	11.7	10	5.1
	2. ややそう思う	53	26.9	55	27.9
	3. どちらとも言えない	55	27.9	47	23.9
	4. ややそう思わない	27	13.7	30	15.2
	5. そう思わない	23	11.7	31	15.7
	無回答	16	8.1	24	12.2
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
13. 人は、ほかの人を援助することを内心ではいやがっている	1. そう思う	4	2.0	7	3.6
	2. ややそう思う	16	8.1	12	6.1
	3. どちらとも言えない	64	32.5	49	24.9
	4. ややそう思わない	49	24.9	55	27.9
	5. そう思わない	45	22.8	48	24.4
	無回答	19	9.6	26	13.2
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
14. 人は、自分がするといったことは実行する	1. そう思う	22	11.2	21	10.7
	2. ややそう思う	35	17.8	50	25.4
	3. どちらとも言えない	79	40.1	75	38.1
	4. ややそう思わない	28	14.2	18	9.1
	5. そう思わない	11	5.6	7	3.6
	無回答	22	11.2	26	13.2
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
15. 人は、チャンスがあれば税金をごまかす	1. そう思う	8	4.1	6	3.0
	2. ややそう思う	18	9.1	9	4.6
	3. どちらとも言えない	45	22.8	49	24.9
	4. ややそう思わない	40	20.3	40	20.3
	5. そう思わない	63	32.0	66	33.5
	無回答	23	11.7	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
16. 人は、他人の権利を認めるよりも、自分の権利を主張する	1. そう思う	12	6.1	9	4.6
	2. ややそう思う	49	24.9	35	17.8
	3. どちらとも言えない	66	33.5	64	32.5
	4. ややそう思わない	27	13.7	30	15.2
	5. そう思わない	21	10.7	32	16.2
	無回答	22	11.2	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
17. 人は、やっかいなめにあわないように、うそをつく	1. そう思う	7	3.6	4	2.0
	2. ややそう思う	32	16.2	28	14.2
	3. どちらとも言えない	65	33.0	58	29.4
	4. ややそう思わない	45	22.8	36	18.3
	5. そう思わない	29	14.7	44	22.3
	無回答	19	9.6	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

10 あなたは、もし自分が認知症になったら、どのように思いますか。以下の項目について、1. そう思う 2. ややそう思う 3. どちらともいえない 4. ややそう思わない 5. そう思わない、のどれか1つを選んで、○で囲んでください。

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
1. 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	1. そう思う	9	4.6	8	4.1
	2. ややそう思う	20	10.2	19	9.6
	3. どちらともいえない	26	13.2	17	8.6
	4. ややそう思わない	34	17.3	39	19.8
	5. そう思わない	91	46.2	87	44.2
	無回答	17	8.6	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
2. 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	1. そう思う	19	9.6	14	7.1
	2. ややそう思う	39	19.8	31	15.7
	3. どちらともいえない	35	17.8	27	13.7
	4. ややそう思わない	31	15.7	37	18.8
	5. そう思わない	54	27.4	61	31.0
	無回答	19	9.6	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
3. 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	1. そう思う	12	6.1	15	7.6
	2. ややそう思う	21	10.7	24	12.2
	3. どちらともいえない	64	32.5	42	21.3
	4. ややそう思わない	41	20.8	33	16.8
	5. そう思わない	40	20.3	55	27.9
	無回答	19	9.6	28	14.2
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
4. 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	1. そう思う	78	39.6	81	41.1
	2. ややそう思う	47	23.9	49	24.9
	3. どちらともいえない	33	16.8	21	10.7
	4. ややそう思わない	8	4.1	10	5.1
	5. そう思わない	9	4.6	9	4.6
	無回答	22	11.2	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
5. もし自分が認知症になったら、悲しく当惑すると思う	1. そう思う	64	32.5	59	29.9
	2. ややそう思う	51	25.9	58	29.4
	3. どちらともいえない	39	19.8	28	14.2
	4. ややそう思わない	11	5.6	13	6.6
	5. そう思わない	8	4.1	12	6.1
	無回答	24	12.2	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
6. 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	1. そう思う	53	26.9	76	38.6
	2. ややそう思う	40	20.3	55	27.9
	3. どちらともいえない	57	28.9	27	13.7
	4. ややそう思わない	11	5.6	6	3.0
	5. そう思わない	10	5.1	6	3.0
	無回答	26	13.2	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
7. 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	1. そう思う	85	43.1	105	53.3
	2. ややそう思う	41	20.8	37	18.8
	3. どちらとも言えない	41	20.8	23	11.7
	4. ややそう思わない	4	2.0	2	1.0
	5. そう思わない	2	1.0	3	1.5
	無回答	24	12.2	27	13.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
8. 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	1. そう思う	61	31.0	86	43.7
	2. ややそう思う	62	31.5	53	26.9
	3. どちらとも言えない	37	18.8	26	13.2
	4. ややそう思わない	6	3.0	0	0.0
	5. そう思わない	6	3.0	3	1.5
	無回答	25	12.7	29	14.7
	合計	197	100.0	197	100.0

		事前		事後	
		回答数	%	回答数	%
9. 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	1. そう思う	42	21.3	30	15.2
	2. ややそう思う	63	32.0	57	28.9
	3. どちらとも言えない	51	25.9	50	25.4
	4. ややそう思わない	12	6.1	21	10.7
	5. そう思わない	5	2.5	13	6.6
	無回答	24	12.2	26	13.2
	合計	197	100.0	197	100.0

地域包括支援センター 認知症早期発見・初期集中支援 標準マニュアル

特定非営利活動法人 日本介護経営学会 編集
社会福祉法人 溪仁会、社会福祉法人 こうほうえん、社会福祉法人 志摩会 編集協力

営利目的の使用、無断での増刷・転載・改訂を禁じます 日本介護経営学会

1

ステップ1 「早期発見」とは

地域包括ケアにおける介護サービスの目的は、年齢や障害の有無に関わりなく地域や家庭の中で、その人らしい自立した生活の継続を支援することです。

認知症早期発見の「早期」とは、認知症の原因となる疾患の発症をきっかけに、そうした自立した生活の継続を難しくするような言動の変化や症状が現れるタイミングのことを指します。

早期発見の「発見」とは、専門的な医療や介護の支援サービスにつなげる行動のことを言います。

早期発見が重要だとされる理由は、集中的な支援を開始することで、兆候を食い止め、あるいは兆候の悪化を予防し、それまでの生活をできるだけ続けられようにするためです。

日常生活にちょっとした変化が現れた段階(初期)、軽度認知障害(MCI)の段階(グレーゾーン)、原因疾患が発症した段階(診断がついた段階)は、すべてその人の自立した生活の継続に黄色信号が点ったタイミングです。地域包括支援センターが発見した段階が「早期」です。

* MCIとは、認知機能(記憶、決定、理由づけ、実行など)の一部に問題が生じてはいるが、日常生活に支障がない状態のこと。この段階では、日常生活自体は成り立っているため、本人に受診やサービス利用を勧め難かったり、地域での適切なサービスや場の提供の選択肢が限られていたりします。しかし、この段階で早期に診断して医療機関との連携体制を作っておくことや、栄養管理、孤立防止など生活環境や生活習慣の改善を進めることが非常に重要な段階でもあります。

2

ステップ2 「初期集中支援」とは

初期集中支援の「初期」とは、「早期発見」から直ちに集中的な支援に動き出すこと、つまり、「初動」のことです。

初期集中支援の「集中支援」とは、発見された時点での症状、状態を、それ以上、悪化させないために必要な専門的支援を集中的に投入することを言います。発見が、認知症原因疾患の発症の初期段階であれば、状態を改善したり、症状を取り除くこともできます。また、認知症の周辺症状の原因となっている生活環境や人間関係などを調整することで、症状の緩和につなげることを言います。すべて、本人・家族の抱く不安や恐れや失意を取り除き、安心して落ち着いた生活の継続を可能にするためです。

集中支援の内容としては、

- まだ受診していない ➡ 認知症疾患医療センターなどしっかりした専門医療機関につなぎましょう
- 診断ができました ➡ 要介護認定や必要な認定区分変更の手続きをとりましょう
- かかりつけの医師がいます ➡ 専門医療機関の判断を伝え、本人の希望と便宜に沿った調整をしましょう
- 生活困窮です ➡ 福祉事務所、生活困窮者自立支援法の所管課係に連絡しましょう
- 家族関係に問題があります ➡ 理解し、伴走できる親族や友人を特定し、協力を得ましょう
- 近所にお知らせした方がいいでしょうか ➡ 助けが欲しい範囲には、本人、家族からお知らせしましょう

3

ステップ3 介護サービスと一緒に進めましょう

認知症介護サービスにおける初期集中支援と同時並行で進めたいことがあります

- 虐待（暴力だけでなく、無視や放置も入ります）の可能性があります
虐待は、養護者（介護している家族など）に、認知症の原因疾患や症状に関する知識が不足していたり、誤った理解があったり、介護方法が分からなかったりすることから生じます。家族が抱え込んでしまったり、閉じこもった空間や関係の中で、心理的な負担感に耐えられずに起こってしまいます
 - ➡ 地域カフェや認知症家族会などを紹介しましょう
 - ➡ 認知症サポーター養成講座にお誘いしましょう
- 認知症は消費者被害と結びつきやすいです
とくに、現金や預金の管理に関わる問題の発生を早期に阻止しましょう
 - ➡ 日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用しましょう

4

ステップ4 「初期の空白」を解消しましょう

本人や家族は、認知症が疑われる兆候に気づき、不安に思っている、自分たちで対応しようとして、却って状態を進行させてしまいがちです。独り暮らしで周囲の目が届かなかつたり、家族関係が希薄なため認知症の不安を表に出さなかつたり、状態の重大さを見過ごすこともあります。

かかりつけのお医者さんがいても、専門医ではありませんから、兆候を見逃したり、正しい診断ができない場合があります

認知症の初期症状を的確に発見するには、家族以外の地域の仲間の役割が重要です。

地域の仲間の目や耳を早期発見のために活かす仕掛けを作りましょう

- 地域のお茶のみ・寄り合いサロン、生きがいデイサービス、地域カフェなどの集いの場
- 認知症予防スクリーニング、買い物支援活動、地域店などの見守りの活動
- 介護フェスティバル、相談会、認知症学習会などの参加型の活動
- 町内会活動、公民館活動、地域清掃など地域住民の定期的な活動

地域包括支援センターの役割は、

- 活動の企画、実施要項の案を作成しましょう。先進事例を参考にしましょう
- 町内会長、民生委員、公民館長などと地域情報を持つ皆さんと、取組みの推進につき協議しましょう
- 活動を支えてくれるアクターを地域の中に見つけましょう。とくに、経験と知恵とつながりを有するシニアを探しましょう
- 場所を確保しましょう。サロン、カフェなどは空き家活用も考えましょう。法人の通所・居宅介護事業との連携を意識しましょう
- 信頼できる認知症専門医と連絡体制をつくりましょう
- 活動について、地域住民、商工金融業事業者、消防、警察、学校、行政などの協力を得ながら、積極的に広報しましょう⁵

ステップ5 「かも知れない兆候」や軽度認知障害(MCI)を見逃さない

認知症の早期発見には、家族や住民の皆さんが、認知症の初期の兆候に敏感になることが重要です。そのためには、初期の兆候についての具体的な知識、イメージを持つ必要があります。

認知症状は、日常生活でこれまで出来ていたことにもたつきがでたり、言動や生活意欲に変化がでるところから始まります。

- 家族や周囲の人々が気づきやすいように、「かも知れない兆候」の具体的なリストを作成しましょう
- 軽度認知症状(MCI)と若年認知症は、短期記憶障害の兆候が特徴です
- リストに載っている兆候を、複数回確認したら、すぐに地域包括支援センターに連絡するよう、地域活動に参加する住民の皆さんに啓発しましょう
- 認知症サポーター養成講座や各種講座の機会に、具体的な兆候と地域包括支援センターへの連絡について、必ず話題にしましょう
- 老人会など地域の集まりの機会に、「かも知れない兆候」のチェックリストを配布し、本人や家族の気づきを促すとともに、地域包括支援センターの情報把握に活かしましょう

6

ステップ5 参考 「かも知れない兆候」

認知症の判断基準となる認知機能の6領域

- > 複合的注意 (complex attention)
日常生活の多方面に注意が及ぶかどうか
- > 実行機能 (executive function)
自分で考え、行動することができるかどうか
- > 学習と記憶 (learning and memory)
経験したこと、学んだことを覚えているかどうか
- > 言語 (language)
会話での発話がスムーズかどうか
- > 知覚・運動 (perceptual-motor)
周囲の動きや変化についていけているかどうか
- > 社会認知 (social cognition)
社会関係、家族関係を上手くやれているかどうか

このどれかに、以前と違うレベルの低下が確認されれば
「かも知れない兆候」です

「かも知れない兆候」の例

- ◎ かかってきたばかりの電話の相手の名前を忘れる
- しまい忘れ、置き忘れがある
- ◎ 財布などを盗まれたと他人を疑う
- 季節に合わせた服装ができていない
- ◎ 髪や身だしなみを構わない
- 新しいことが覚えられない
- ◎ くだらぬ、同じことを何回も繰り返す
- 忍耐力や集中力がなくなってきた
- ◎ 人に頼ったり、人のせいにしたりする
- ちょっとしたことでもイライラ怒りやすくなった
- ◎ 億劫(おっくう)がったり、ふさぎ込んだりする
- 薬の飲み忘れがある
- ◎ 趣味や好きだったことに興味を示さなくなる
- 約束の日時や予約した日を間違える
- ◎ ゴミステーションの使い方やゴミ出しが上手くできない
- 地域の会合を伝えても来られなくなる
- ◎ 回覧板のまわし忘れがある
- 町内会費を払ってくれなかったり、何回も持ってきたりする

7

ステップ6 地域に連絡網を拡げましょう

認知症の方やその家族の様子を、地域の皆さんは気にしています。その情報を地域包括支援センターにつなぐ地域連絡網をつくりましょう

- > 地域包括支援センターは介護保険サービスの窓口であるとともに、地域包括支援の情報拠点の役割も担っています。情報収集、分析、対応、発信、啓発といった役割を積極的に担いましょう

地域連絡網のポイントは、「認知症のことなら何でも地域包括支援センターにご相談を」を徹底することです

- 民生委員の月例会への顔見みせ、民生委員さんとの普段からの意思疎通と連絡体制
- 地域のスーパー、コンビニ、飲食店、金融機関、郵便局、石油スタンドなどへの顔だしと連絡依頼
- 地域の通所・居宅介護事業者、在宅介護支援センター、認知症地域支援推進員などとの協力関係
- 認知症専門医療機関との意思疎通と相互連絡体制
- 警察、消防、公民館、行政の利用施設との意思疎通と連絡体制
- 担当保健師や生活保護ケースワーカーとの意思疎通と情報交換
- 保険者(行政)との間での、これらの連絡網に関する情報共有とスムーズな連絡体制
- 医療機関や保健所などに設置されている在宅医療・介護連携支援センターとのスムーズな連絡体制

8

ステップ7 学習効果の高い取組みをしましょう

地域住民の皆さんは、認知症になること、認知症を抱えながら生きることを最初から理解している訳ではありません。理解できていないと、怖がったり、避けようとしたりします。認知症への先入観(スティグマ)です。認知症への先入観を払拭し、支援に前向きな気持ちを育むのに効果的な学習機会は、つぎの2つです

- ◆ 地域カフェ、地域サロン、健康づくり教室などにおける認知症の方との共体験の推進をアドバイスしましょう
共体験プログラムの要点は
 - 支援する側、受ける側という考え方ではなく、1つのことに一緒に取り組むという共生空間づくり
 - 認知症の人の特技(裁縫や茶道など認知症になる前から得意としてきたこと)、役割(料理作り、作品づくりなどお互いに役割を持って取り組むこと)に沿って、保有能力を活かす
- ◆ 認知症サポーター養成講座を通じた学習
 - 認知症サポーター養成講座を積極的に受託するとともに、自主事業としても開催します
 - 住民の身近な地域へ出前して実施する養成講座が効果的です
 - 講義内容には、認知症の理解だけではなく、一般的な人間理解と人間受容力に関する内容を加えてください
 - 知識を教えるのではなく、認知症の方の目線にたった考え方、自分のこととして捉える姿勢を促します

* テキストには日本介護経営学会「市民向け認知症学習テキスト」(中央法規)がお勧めです

9

ステップ8 担い手を育てましょう

カフェで共体験を終えた方々は、認知症についての認識を新たにしています

- さっそく、認知症サポーター養成講座に誘いましょう
- 受講後は、丁寧にフォローアップし、カフェの運営サポーターになることを勧めます

地域には、民生委員の経験者や、障害児教育や福祉の仕事の経験者がいらっしゃいます。また、観察眼や人間力に優れた方々がいらっしゃいます。そういう方は、広い中間のネットワークもお持ちです

- 認知症サポーター養成講座を受講してもらいたい人材を地域から勧誘しましょう
- 受講後はボランティアをお願いし、カフェなどの地域活動につなぎましょう

介護サービスの現場の認知症介護力が高まれば、地域包括支援センターとして、ケースの移行が楽になります。サービス事業者と協力しながら、若手の介護職員に、認知症教育を積極的に勧めましょう

- 認知症について正しい理解を持つこと、人間受容力を高めること、ストレス耐性を強化すること、に狙いを置いた教育内容にしましょう。勤務時間の制約などありますから、自宅学習を勧めましょう
- 専門職員としての育成を考え、サービス理論およびパーソンセンタードケアの正しい理解を促しましょう

* テキストには日本介護経営学会「若手職員向け認知症学習テキスト」(中央法規)がお勧めです

10

ステップ9 地域包括支援センターにつながる経路はどうなっていますか

- ◆ 本人から相談があった
地域に知り合いがいない、同居家族がいない、家庭内で本人が孤立している、近隣住民から民生委員に相談があり、民生委員から事前に介護保険利用を勧められているなど、事態が悪化する条件があります。本人は、認知症かも知れないという不安と共に、周囲から助けをもらえないことへの生活不安が強いことに着目します
 - ◆ 家族から相談があった
家族が抱え込んでいて限界になり相談に至っているかどうか注目します。相談後に家族の関わり方が低下する可能性が高いです。配偶者、娘、嫁、孫などから相談がくるときには、息子の存在や関わりの方に注目します。息子が相談にくるときには、すでに受診し、医師から指示が出ているかどうか注目する
 - ◆ 医療機関から連絡があった
医療機関からサービス提供機関に連絡があり、地域包括支援センターにつながるケースでは、家族の見逃しや非協力に注目します
入院中に地域連携室から地域包括支援センターに連絡があるケースでは、医療的な経過観察やリハビリテーションとの連携に注意します
 - ◆ 地域から連絡があった
民生委員、商店、警察、消防、金融機関から直接に、連絡のあるケースでは、生活の孤立、家族の見逃しや非協力に注目し、すでに状態・経過が複雑になっていることに留意します
 - ◆ 介護事業所やケアマネジャーから連絡があった
すでに配偶者が介護サービスを利用して、家族情報や分かっていますから、協力・連携して進めましょう
 - ◆ 行政の窓口から連絡があった
困難なケースや開業医経由のケースが多いですので、地域包括支援センターとして、本人・家族情報の収集を急ぎましょう
- ➡ すぐに、訪問面接に伺います
連絡してきた家族や民生委員、ケアマネジャーに同行してもらい、本人・家族の信頼を得てから聞取りに入ります

11

ステップ10 初動のポイント

初期集中支援の開始にあたり、①介入の目標をしっかりとてみましょう、②認知症は怖くないし、認知症になってもこれまでの生活を続けていけるという意識をしっかりと育てるようにしましょう

介入の目標

- これまでの生活を継続することを目的にしましょう。本人もそれを望みます
- 訪問面接や関係者への聞取りから、本人の病理的な状態、日常生活に現れている症状、生活の環境条件、家族との関係など支援の条件を客観的に把握しましょう
- 本人の生活暦、仕事や地域で担ってきた役割、本人が自覚している「できること」「自分の役割」「自分のやり方」を理解しましょう。それらを総合して、本人の「自尊心」を汲み取りましょう
- 未受診の場合、必ず、認知症疾患医療センターなど専門医療機関につなぎ、客観的な状態把握と投薬管理の進め方につき、本人・家族への助言を得ましょう
- 生活継続の支援という目標に沿って、本人の抱える条件と本人の自尊心のあり方を考慮し、専門医の診断を活かして、解決すべき課題を整理し、解決行動の順序を決め、何を、どのように手配するか、だれに、どういう役割を求めらるかを判断します
- 集中支援チームが立ち上がるケースでは、生活継続支援の目標に沿って、中心的な役割を担いましょう

ステップ11 サービスへのアプローチ

- ◆ 認知症の症状が初期の段階で発見されたら
 - 余裕を持って対応しましょう。課題が十分に顕在化していない段階ですから、状態評価と今後の展開の予知をしっかりと行いましょう
 - 本人に病識や生活継続への自覚があること、家族や周囲の理解と協力があることなど好条件を活かして、まずは、認知症専門医での受診につなげ、要支援の認定に向け介護保険申請の手続きを進めます
 - 通所介護とカフェの組み合わせや予防リハビリと居宅介護の組み合わせなどで、モニタリングの体制をしっかりと作りましょう

- ◆ 症状が顕著に観られる段階になって発見されたら
 - まずは、認知症専門医療機関につなぎ、正確な鑑別判断を得ましょう
 - 症状の進行が放置された原因を探りましょう。本人が受診や介護相談を拒んできたのか、家族が動かなかつたり非協力的だったりの原因、周囲に見守る環境がなかったのか、本人が生活を変えたくない・離れたくないという気持ちから動くのが遅れなのか、など、原因はすなわち改善すべき状態と捉えましょう
 - 要介護未認定の場合は認定手続きをとりましょう。既認定の場合は、区分変更の必要性を検討し、手続きをとりましょう
 - 本人の希望に最適なサービスの提供事業者のケアマネジャーと連携して、ケアプランにつながる支援方針を決定しましょう

13

ステップ12 拒否が観られるケースでのコツは

- ◆ 受診や介護サービス利用を拒む理由として、次のことが考えられます
 - 長年の生活を変えたくない、今の生活から離れたくない、自力でなんとかやっているといる
 - 家族との関係に問題を抱えているため、家族の助言を頑なに拒んでいる
 - 病識を持つこと・診断されることへの不安や恐れ、介護を受けることへの羞恥心などがある
 - 家族が、家庭内の生活状況(病識、経済状態、世間体、虐待など)を表に出したくないことから、本人が受診やサービス利用するのを阻んでいて、それを、本人が拒否しているように説明している

- いずれも、医療診断を受け、投薬管理をしっかりと行い、適切な介護サービスの支えがあるので、生活が今よりも楽になるということを誰も、本人や家族に教えてくれないし、一緒に進んでくれる暖かい人間関係に恵まれていないことが背景になっています

- 本人の生育・生活歴、これまでの生活経路や家族史を紐解きましょう。民生委員、医療機関、友人など関係者が保有する本人に関する情報を地域包括支援センターが中心になり総合的に整理・分析し、関わる人を増やし、みんながチームで支援する体制をつくるために、エコマップに描いてみましょう
 - 本人の体験や関心事を傾聴し、特技を見せてもらうなど、本人の居場所を確認し、心の接近を図りましょう
 - 本人が心を許す配偶者、娘、兄弟姉妹、友人などが必ずいますので、伴走者になることをお願いしましょう
 - 伴走者と一緒に健康診断を受ける名目で受診へ導くなど受診への心理的な垣根を低くしましょう。必ず認知症の専門医療機関に正確な診断と投薬判断をお願いしましょう
 - 介護サービス拒否があれば、デイサービスにボランティアに行きましょうなど、受け入れやすい名目で、利用を促しましょう

14

ステップ13 ケースのモニタリングを続けましょう

- 困難要因が複合的に働いているようなケースや深刻化が懸念されるケースでは、ケアプランを担当するケアマネジャーと事前に相談しながら、サービス展開に明確な見通しを持ちましょう
- 予防・生活支援が重視されるケースやサービス利用で状態改善が観られるケースについては、ケアマネジャーに渡しっぱなしにしないで、継続的にモニタリングするようにしましょう
- グレーゾーンから原因疾患発症初期の段階では、とくに地域包括支援センターを中心とするケアマネジメントが大切です。専門医療機関の医療ソーシャルワーカーとの綿密な情報共有と処遇上の連携、かかりつけ医への丁寧な説明と方針の調整、効果的な進行予防の支援など、認知症初期集中支援チームが行う支援内容の調整を、地域包括支援センターが進めるようにしましょう
- 家族関係や経済的困窮、障害を持つ親族との同居、本人の性格・行動特性など気になるケースについて、終結後もモニタリングを続けましょう

15

平成 28 年度
**認知症の早期発見促進のための教育プログラムと早期発見を初期集中対応に連続化
させる効果的手法の開発に関する調査研究**

(平成28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 29 年 (2017 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/>
