

令和5年度

認知症介護研究・研修大府センター 研究報告書

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに
関する調査

情報共有システムの活用による
若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と
課題分析に関する研究

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に
関する文献研究

認知症介護指導者養成研修における
アウトカム評価を目的とした指導者活動
実態調査

社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

目 次

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに関する調査

工藤 純平・李 相侖・齊藤 千晶
山口 友佑・鷺見 幸彦 …………… 1

情報共有システムの活用による若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と 課題分析に関する研究

齊藤 千晶・加藤ふき子・鷺見 幸彦・李 相侖
山口 友佑・工藤 純平・小方 智広 …………… 41

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に関する文献研究

山口 友佑・浅野 正嗣・小木曾恵里子
李 相侖・齊藤 千晶 …………… 79

認知症介護指導者養成研修におけるアウトカム評価を目的とした指導者活動 実態調査

山口 友佑・李 相侖・齊藤 千晶・鷺見 幸彦
粟田 主一・滝口 優子・齋藤 葉子・加藤 伸司
吉川 悠貴・田村みどり …………… 91

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに 関する調査

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに関する調査

主任研究者 工藤 純平（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
分担研究者 李 相侖（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
齊藤 千晶（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
山口 友佑（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
鷺見 幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）

1 研究の背景

社会参加とは、社会に貢献するだけでなく周囲との関わりや他者との共同活動を含める。先行研究では個人的活動、学習的活動、社会的活動に分けられ、近所付き合いや老人学級、地域行事や奉仕活動が挙げられている(橋本 修二 et al., 1997). Levasseurらは他者との関わりある活動や共同した活動を指し、働いたり社会貢献するだけでなく周囲との関わりも社会参加に含めている(Levasseur et al., 2010). 2021年度の大府センターの調査では家族との買い物や地域ボランティアへの参加といった外出活動だけでなく、施設内で友人と一緒に創作をしたりレクリエーションの企画といった活動も社会参加として挙げられた。小向らのレビューでは「仕事、学校、友人との関わり、余暇活動ができる」、「役割をもてる」といった要素が挙げられた(小向 et al., 2017). 2023年6月に参議院本会議において「共生社会の実現を推進するための認知症基本法案」(以下、認知症基本法)が起立採決され、2024年1月1日より施行された。認知症の人の社会参加を進めることがより一層求められているが、社会参加に向けた介入の実施は未だ進んでいない。

認知症の人の社会参加には作業療法士が重要な役割を担っている。社会参加に対する作業療法介入では、散歩や会話といった認知刺激を与えることで本人の幸福感や満足感に効果があることが示されている(Letts et al., 2011). 作業療法士は本人の能力や好みに合わせ、その人にとって重要な活動への参加の支援を行うだけでなく(Kielsgaard et al., 2021), 目標設定から環境調整、専門職連携等を行なっている(Donkers et al., 2017). このことから作業療法士によるリハビリ介入を通して、認知症の人の社会参加を促進することが求められている。

日本における認知症の人の社会参加に向けたリハビリ介入の実施率は低く、理由として周囲の理解や地域資源の有無、周囲との連携などが要因として挙げられた(大府センター:2021). また、施設や作業療法士の社会参加に対する認識や、関わりある地域資源が社会参加に向けたリハビリ介入実施に影響する可能性が示唆された(大府センター:2022). 他にも認知症本人や家族の要因が指摘されている(Donkers et al., 2018)が、関連要因に関する知見は少ない。また、社会参加の目標設定までは至っていないが、リハビリ介入の中で周囲との関わりや役割活動を含めた取り組みまでを考慮した実態や関連要因は十分に明らかになっていない。

そこで、本研究は全国の調査から認知症の人の社会参加に向けたリハビリ介入に関連する要因を明らかにすることを目的とした。本研究により、認知症の人の社会参加を推進するための関連要因が明らかになれば、今後の社会参加維持・促進に関する提案が可能と考えられる。本報告書では全国での社会参加に向けたリハビリ介入の実態のリハビリ職関連要因について報告する。

2 研究方法

2-1 調査方法

自記式アンケート調査で、紙面の調査票または Google form にて回答した。

2-2 対象者と調査期間

全国の介護老人保健施設 3973 施設の作業療法士の管理者を対象とした。施設データは厚生労働省介護サービス情報の公表システムデータから 2023 年 6 月時点の介護老人保健施設を抽出した(出力日 2023 年 7 月 3 日)。ただし、多床型、ユニット型が同一建物内にある場合は一施設とみなした。調査票は 2023 年 12 月 11 日に発出し、12 月 27 日まで締め切りとした。締め切り一週間前(12/21)には葉書にて再依頼を行った。

2-3 調査内容

調査項目は基本属性、社会参加に向けたリハビリ介入の実施経験、認知症の人に対する偏見、作業療法士の臨床実践能力にて構成された(

表 1)。質問は『実装研究のための統合フレームワーク-CFIR-』を基に、施設外要因、施設内要因、本人要因、家族要因、リハビリ職要因の5つに分けた(内富ら, 2021)。

本研究での社会参加の定義は、施設内外に関わらず周囲の人との関わりや役割を持った活動を指し、例えば友人との会話や家族との関わり、周囲を助ける活動も社会参加に含めた(小向 et al., 2017)。2022 年度調査では社会参加を目標にリハビリ介入を実施した割合が3割程度であったが、リハビリ介入をする中で社会参加に関わる介入(周囲との関わりや役割を持った活動等)を実施している場合を考慮し、社会参加を目標に設定していないが社会参加に関わるリハビリ介入をおこなったことがあるかを追加した(表 2)。

表 1 調査項目

調査項目	
基本属性	年齢、性別、経験年数、施設外業務経験 所属施設区分、常勤職員数、認知症者の数、勉強会の有無 今までに関わったことのある地域資源
社会参加に向けたリハビリ介入の実施経験	社会参加を目標にしたリハビリ介入の実施経験 実施対象者の割合、達成割合、対象者の利用形態 目標設定に関わった要因 ①施設外要因、②施設内要因、③認知症本人要因、④家族要因
認知症の人に対する偏見	認知症の人に対するスティグマ評価尺度
作業療法士の臨床実践能力	高齢期の生活リハビリに携わる作業療法士のコンピテンシー自己評価尺度

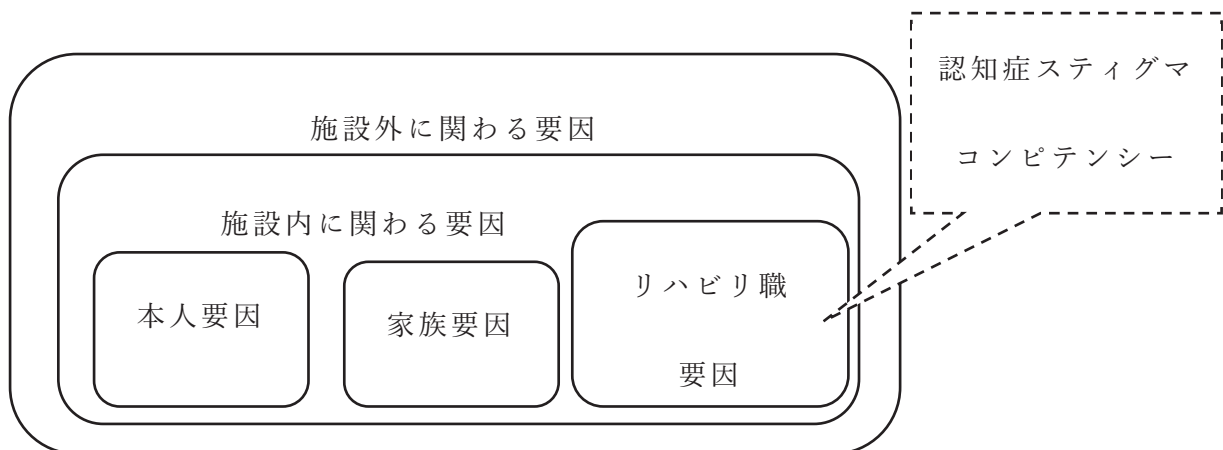


図 1 アンケート質問構造 (CFIR を基に作成)

表 2 社会参加の一例

<p>< 社会参加を目標にしたリハビリ介入 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の配膳手伝いをするを目標に、屋内歩行練習とバランス練習を行った ・ 近所の友人と喫茶店に出かけるを目標に、屋外歩行やバスの乗り降り練習を行った ・ 家族と買い物ができるを目標に、近所のスーパーで買い物練習を行った
<p>< 社会参加の目標には至っていないが、社会参加に関わるリハビリ介入 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 独居への自宅復帰を目標に、料理の練習をする中で他の利用者と交流を図った ・ 屋外歩行自立を目標に、歩行練習をする中で地域の人々に挨拶したり交流を図った ・ ADL 機能自立を目標に、身体機能練習をする中で集団体操を取り入れて介入した ・ 施設生活での歩行能力維持を目標に、機能訓練しながらも配膳や掃除の手伝いの役割を担った
<p>< 社会参加に含めないリハビリ介入 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ トイレ動作自立を目標に、個別で動作練習を行なった ・ 在宅復帰を目標に、室内歩行練習や ADL 練習に取り組んだ

・ 認知症に対するスティグマ

認知症に対するスティグマを評価するために日本語版認知症スティグマ評価尺度(短縮版)を使用した(表 2)。認知症スティグマ評価尺度は 2012 年 Philipson らによって開発され、認知症に対する複合的な考え方や態度に関して 31 項目の自記式のアンケートにて評価することができる(Phillipson et al., 2012)。日本語版は Noguchi らによって翻訳され、2023 年には短縮版が開発された(Noguchi et al., 2022; 野口 et al., 2023)。評価尺度は 12 項目にて構成され、各項目に関して「全くそう思わない」から「とてもそう思う」の 5 段階にて回答をする。Q1.3.4 は逆転項目であり、「とてもそう思う」の割合が高いほど認知症に対する偏見が強いとされている。

下位尺度は Q1,Q3,Q4 を Person-centeredness(尊重), Q2,Q5,Q6 を Personal avoidance(回避), Q7,Q8,Q9 を Fear of labeling(診断の恐れ), Q10,Q11,Q12 を Fear of discrimination(差別の恐れ)とされている(Noguchi et al., 2023)。本研究では先行研究に準拠し、全ての項目に関して 5 段階で回答を求めた。

表 3 日本語版認知症スティグマ評価尺度（短縮版）

Q1. 認知症の人は、大切な伝統を受け継いでいる	Q7. もし私が認知症だったら、恥ずかしかったり、決まりが悪かったりするだろう
Q2. 私は、認知症の人が私と会話しようとするのが好きでない	Q8. もし私が認知症だったら、落ち込むだろう
Q3. 認知症の人は、幅広い種類の活動や関心ごとに参加している	Q9. もし私が認知症だったら、不安になるだろう
Q4. 認知症の人は知識が豊富だ	Q10. もし私が認知症だったら、主治医は私の他の病気に最前に治療をしてくれないだろう
Q5. 私が訪ねたことを覚えていないだろうかから、私はわざわざ認知症の人を訪問しない	Q11. もし私が認知症だったら、主治医や他の医療専門職は私の話を聞いてくれないだろう
Q6. 私の言っていることを理解できないので、認知症の人に話しかける意味はない	Q12. もし私が認知症だったら、そのことを健康保険会社に知られたくないだろう

・ 作業療法士の臨床実践能力

本研究では作業療法士の実践能力を測るために高齢者の生活期リハビリテーションに携わる作業療法士のコンピテンシー自己評価尺度を使用した(表 3). コンピテンシーとは、医療専門職として、高い業績や成果を出すために必要な知識や技術、資質を総称した行動特性と定義され、横井らにより自己評価尺度が開発された(横井 and 石井, 2020). 評価項目は 30 項目あり、各項目に関して「困難ない」から「できない」の 5 段階にて回答し、「困難ない」の割合が高い人ほど実践能力が高いとされている。

下位尺度は Q1 から Q7 を「専門職として地域に関わる能力」、Q8 から Q18 を「共有・協働能力」、Q19 から Q24 を「生活視点の臨床実践能力」、Q25 から Q28 を「柔軟に対応できる知識力」、Q29 から Q30 を「寄り添う力」とされており、学会発表の経験及び学術論文の有無により各下位尺度の点数に有意な差があることが明らかになっている(横井 安芸 and 石井 良和, 2020). 本研究は先行研究に準拠し、全ての項目について 5 段階で回答を求めた。

表 4 高齢者の生活期リハビリに携わる作業療法士のコンピテンシー自己評価尺度

Q1. 地域作業療法関連の効果研究に取り組む	Q16. クライアントの希望と折り合いをつけながら根拠のある目標を共有する
Q2. 一職能団体の作業療法士として関係組織の運営・普及・発展に寄与する	Q17. クライアントができたことを在宅生活に般化できるように家族と共に振り返る
Q3. クライアントの社会参加において地域・社会サービスを活用する	Q18. クライアントを中心としたチームに情熱をもって関わる
Q4. 地域作業療法に関する探究心をもち自己研鑽をする	Q19. クライアントの心理を察し汲み取る

Q5. クライエントの活動や参加に従事する可能性を拡げる	Q20. クライエントが望む生活行為に繋がる目標を設定する
Q6. 地域住民の健康を包括的に担う意識と責任をもつ	Q21. クライエントの目標を成果に応じて段階的に変化させる
Q7. チームの機能状態を包括的にみてマネジメントをする	Q22. クライエントの歩行・移動能力は、安全性と自立度のバランスを考慮して評価をする
Q8. クライエントの語りを傾聴し自宅生活への思いやニーズを確認する	Q23. クライエントの生活を 24 時間 365 日の視点で評価し全体像を捉える
Q9. 住環境や地域資源を活かした支援をする	Q24. 予後予測の観点をもつ
Q10. 他職種が分かりやすいように情報伝達の方法を工夫する	Q25. リスクマネジメントに関する知識をもつ
Q11. カンファレンスを活用し情報や具体的目標を共有して問題解決に努める	Q26. 終末期の支援に関する知識をもつ
Q12. 家族と協業できるように分かりやすい説明をする	Q27. 複合障害の知識を備えて評価をする
Q13. 福祉職にはリハビリの視点が浸透するように働きかける	Q28. 適切に福祉用具を選定する
Q14. 基本業務の一環として報告書や紹介状の作成をする	Q29. 家族から自然と話しかけられるような存在になる
Q15. 家族の思いやニーズを確認する	Q30. クライエントの言葉で思いを伝えるためにサポートをする

2-4 倫理的配慮

本研究は社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認を得て実施した（承認番号：0502）。研究目的や個人情報の取り扱い、同意撤回が可能であること等について別途説明書を添付し、調査票の同意欄にチェックが得られた回答のみを対象とした。

2-5 統計分析

認知症の人への社会参加に関わるリハビリ介入の実施により、社会参加の目標を設定してリハビリ介入を行った群（目標設定群）、目標設定までは至っていないが社会参加に関わるリハビリ介入を行った群（介入実施群）、実施したことがない群（非実施群）の3群に分け、回答者の基本属性及び認知症スティグマ、コンピテンシー自己評価尺度の得点の違いをカイ二乗検定及び一元配置分散分析（ANOVA）を行った。多重比較としてカイ二乗では Bonferroni 法を、ANOVA では Tukey-Kramer 法を行った。得られた回答は Microsoft Excel 2019 で集計し、R4.3.0 にて統計分析を行った。

3 調査結果

3-1 基本属性

全体で 794 名(紙面 454 名, google form 340 名)から回答を受け, 有効回答 759 名, 無効回答は 35 名であった(回収率 19.1%). 回答者の平均年齢は 41.6 ± 8.2 歳で男性が 375 名, 女性が 381 名, 無回答 2 名であった. 通算経験年数は 16.9 ± 7.4 年で, 現在の職場での経験年数は 10.4 ± 6.9 年であった. 施設外業務経験は住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援が最も多く 310 名(40.9%)であった(図 2).

所属施設は超強化型が最も多く 301 施設(40.2%), 在宅強化型が 89 施設(11.9%), 加算型が 204 施設(27.2%), 基本型が 144 施設(19.3%), その他が 10 施設(1.3%)であった. 常勤職員数は 73.3 ± 58.8 名で, 内リハビリ職員数は 7.9 ± 4.7 名であった. 認知症と診断を受けた対象者数は入所が 50.7 ± 26.9 名, 通所が 25.2 ± 27.5 名であった. 認知症に関して理解を得る機会(研修, 勉強会等)がある施設は 626 施設(82.8%), 認知症の人の社会参加の実施方法について学ぶ機会がある施設は 154 施設(20.3%)であった.

関わったことのある地域資源では全体として地域包括支援センターが最も多く 664 名(87.5%)であった. また, 施設または作業療法士の両方が関わったことがある施設では他の介護サービス事業所が最も多く 485 名(64.0%)であった.

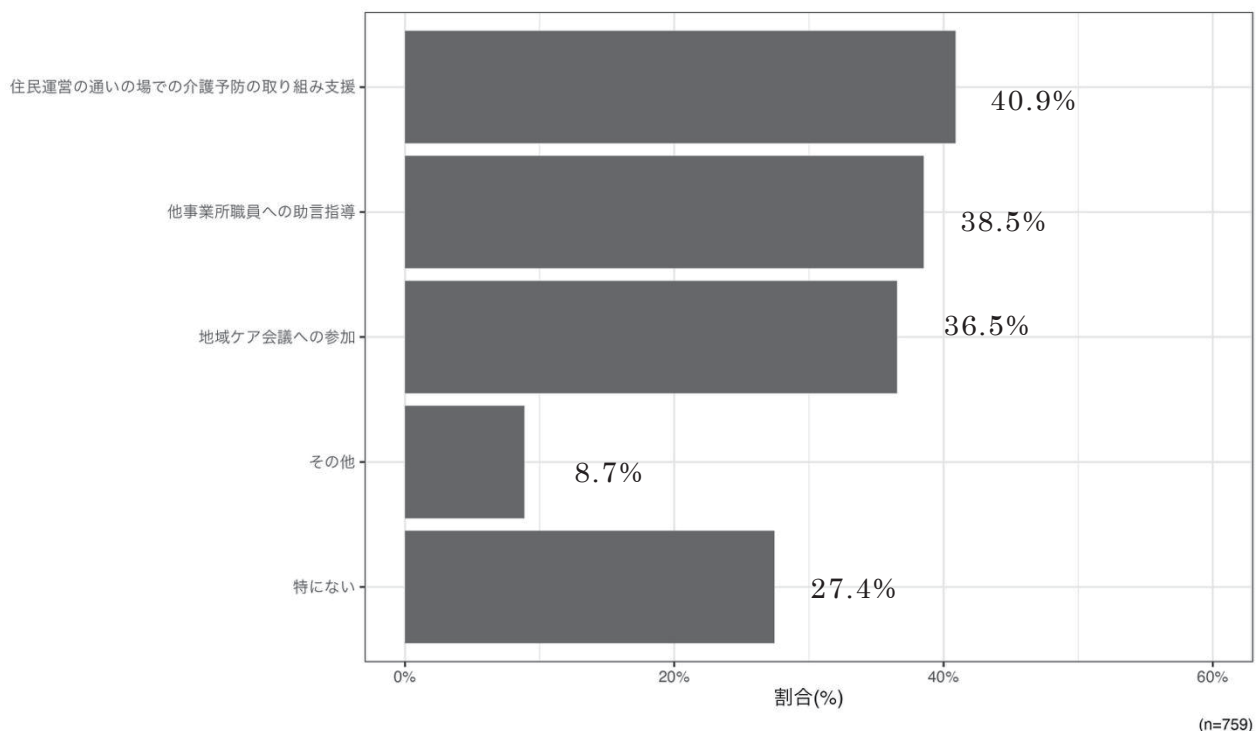


図 2 施設外の業務経験(複数回答)

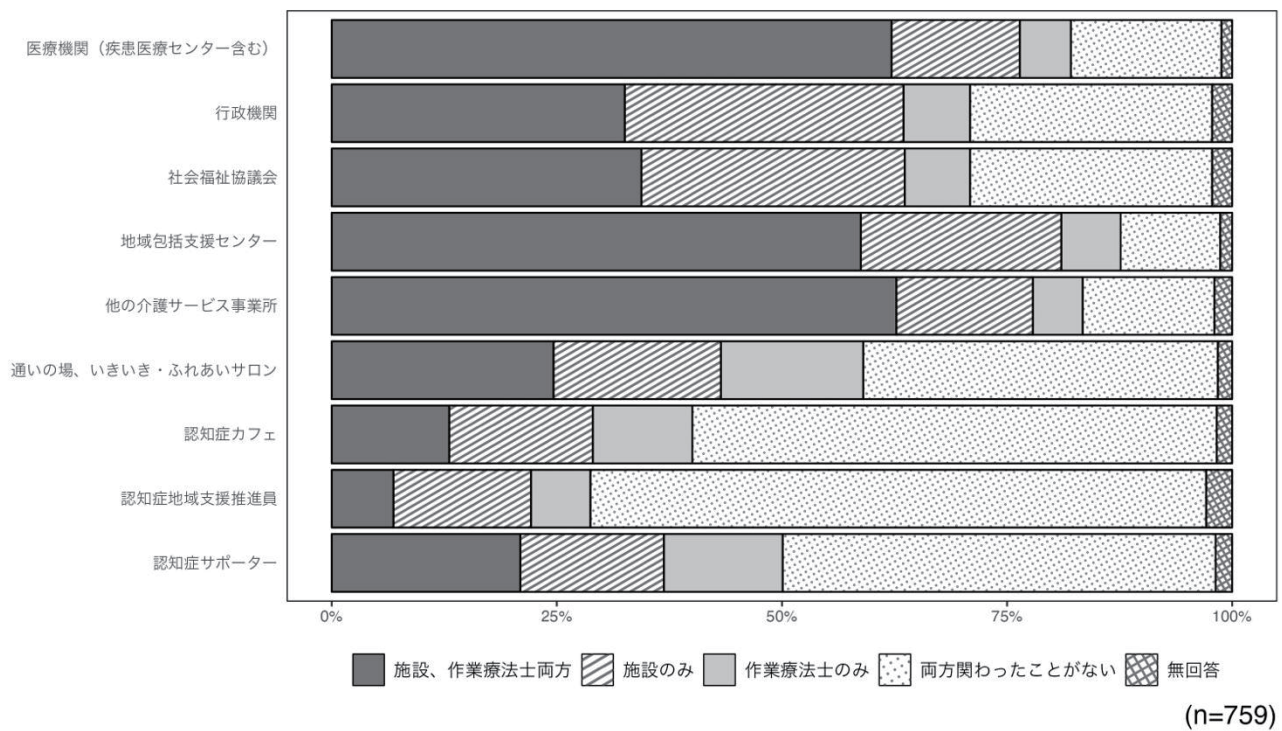


図 3 関わったことのある地域資源

3-2 認知症の人に対する社会参加を用いたリハビリ介入実施状況

認知症の人に対する社会参加を用いたリハビリ介入の実施率は、社会参加の目標を設定し介入を行った回答者（目標設定群）が 270 名（36.6%）、社会参加の目標設定までは至っていないが社会参加に関わる介入を行った回答者（介入実施群）が 247 名（33.5%）、行ったことがない回答者（非実施群）が 220 名（29.9%）であった（図 4）。

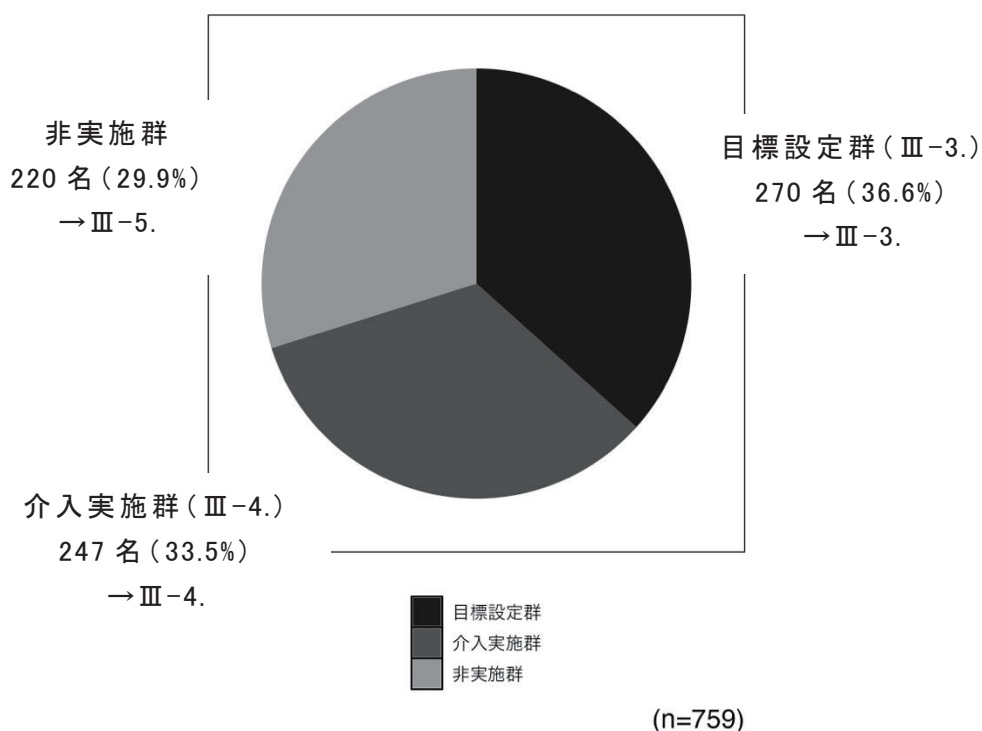


図 4 認知症の人に対する社会参加を用いたリハビリ介入の実施状況

3-3 社会参加の目標設定に関わる要因

社会参加の目標を設定した 270 名を対象に、目標設定をした対象者の割合及び利用形態、目標設定に関わる要因について回答を得た。目標設定をした対象者の割合は平均 36% (中央値 30%)、内目標達成した割合が平均 40% (中央値 40%) であった。目標設定をした対象者の利用形態は入所と通所の両方が最も多く 164 名 (64.8%)、入所のみが 40 名 (15.8%)、通所のみが 49 名 (19.4%) であった (図 5)。

入所者への社会参加の目標設定に関連する要因で最も多かった項目は、施設外要因では医療機関や行政との関わりが 68 名 (33.2%)、施設内要因では職員の理解が 63 名 (30.7%)、本人要因では認知機能が 160 名 (78.6%)、家族要因では介護協力が 108 名 (53.0%) であった (図 6)。

通所者への社会参加の目標設定に関連する要因で最も多かった項目は、施設外要因では医療機関や行政との関わりが 75 名 (35.3%)、施設内要因では職員の理解が 74 名 (34.6%)、本人要因では認知機能が 155 名 (72.9%)、家族要因では介護協力が 110 名 (51.9%) あった (図 7)。

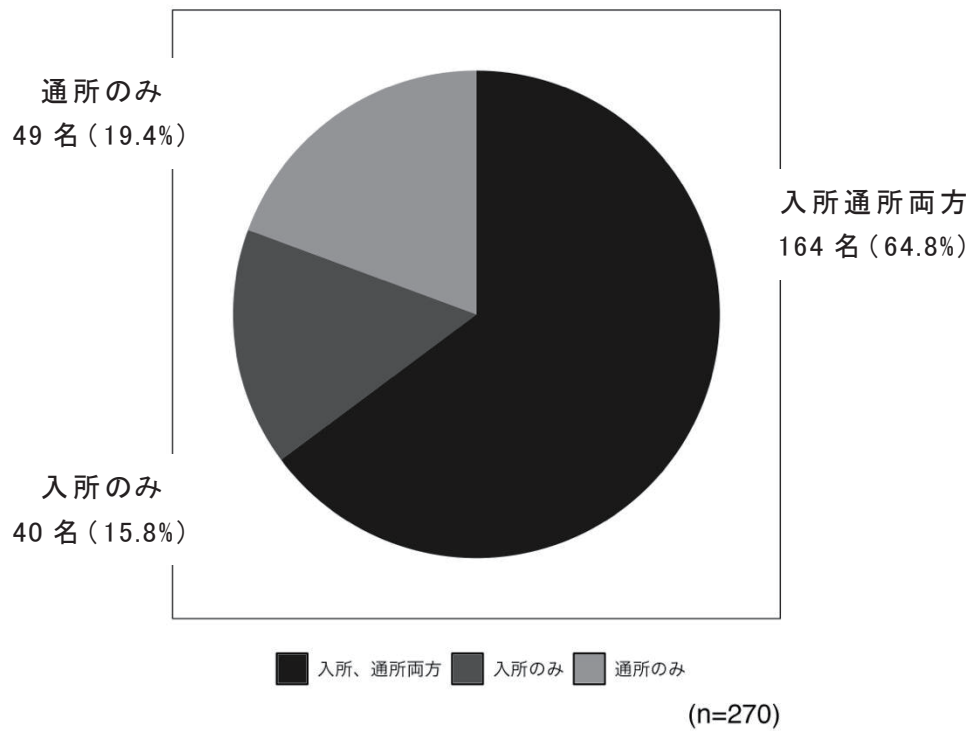


図 5 社会参加の目標設定をした対象者の利用形態

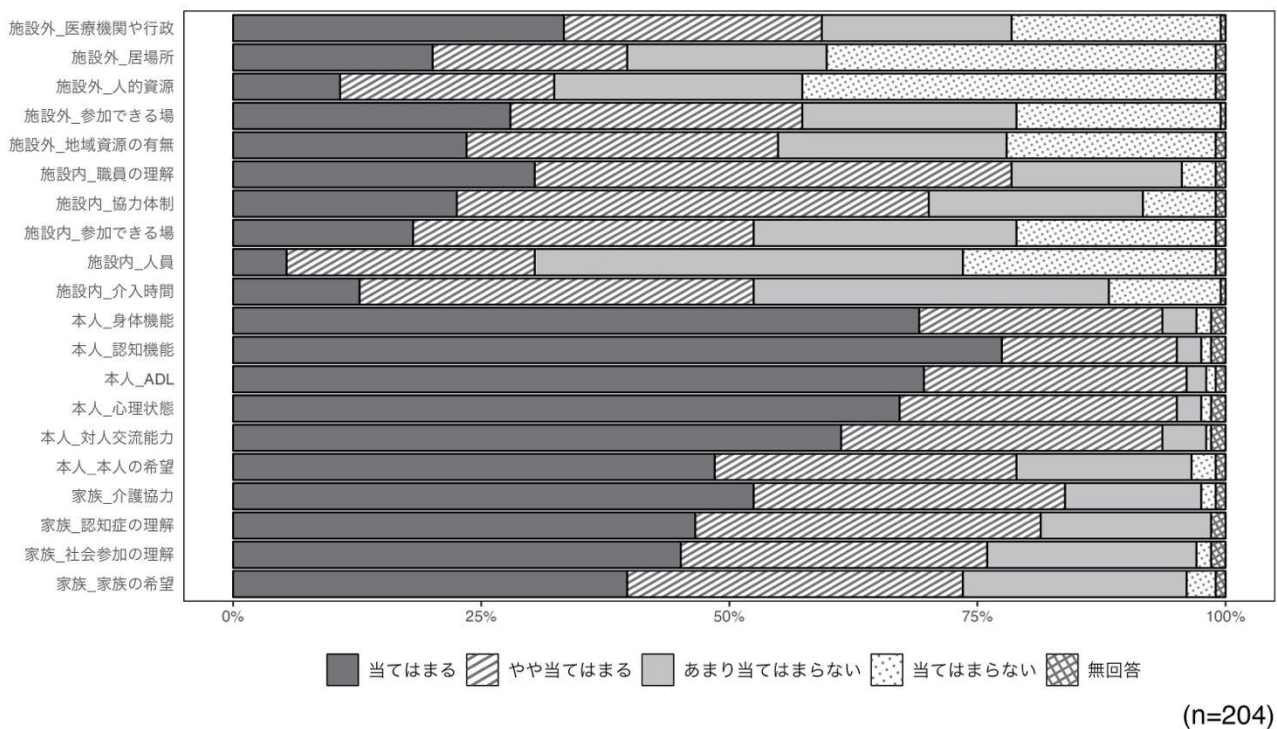


図 6 社会参加の目標設定に関連する要因（入所）

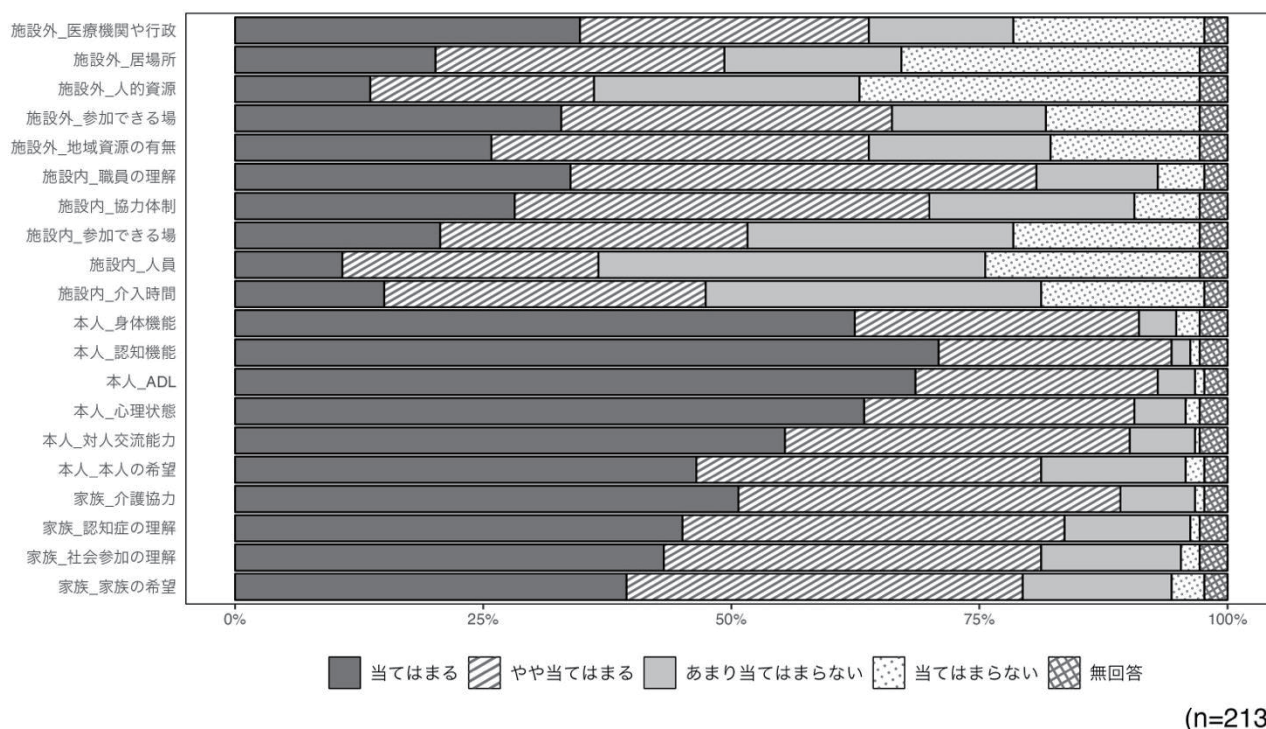


図 7 社会参加の目標設定に関連する要因（通所）

3-4 社会参加に関わるリハビリ介入に関連する要因

社会参加の目標設定には至っていないが、社会参加に関わるリハビリ介入を実施した 247 名に対し、介入実施をした対象者の割合及び利用形態、介入内容、介入実施に関わる要因について回答を得た。リハビリ介入を実施した対象者の割合は平均 34% (中央値 30%) であった。介入内容は他者との会話やコミュニケーションを含めたリハビリ介入が最も多く 192 名 (77.9%) であった。リハビリ介入を実施した対象者の利用形態は入所通所両方が最も多く 116 名 (48.9%)、入所のみが 88 名 (37.1%)、通所のみが 33 名 (13.9%) であった (図 8)。

入所者への社会参加に関わるリハビリ介入実施に関連する要因で最も多かった項目は、施設外要因では近くに活用できる地域資源が 51 名 (25.1%)、施設内要因では職員の理解が 65 名 (31.9%)、本人要因では認知機能が 137 名 (67.0%)、家族要因では社会参加に対する理解 85 名 (41.9%) であった (図 9)。

通所者への社会参加に関わるリハビリ介入に関連する要因で最も多かった項目は、施設外要因では近くに活用できる地域資源があるが 47 名 (31.5%)、施設内要因では職員間での協力体制が 68 名 (45.9%)、本人要因では認知機能 97 名 (65.1%)、家族要因では介護協力が 83 名 (55.5%) であった (図 10)。

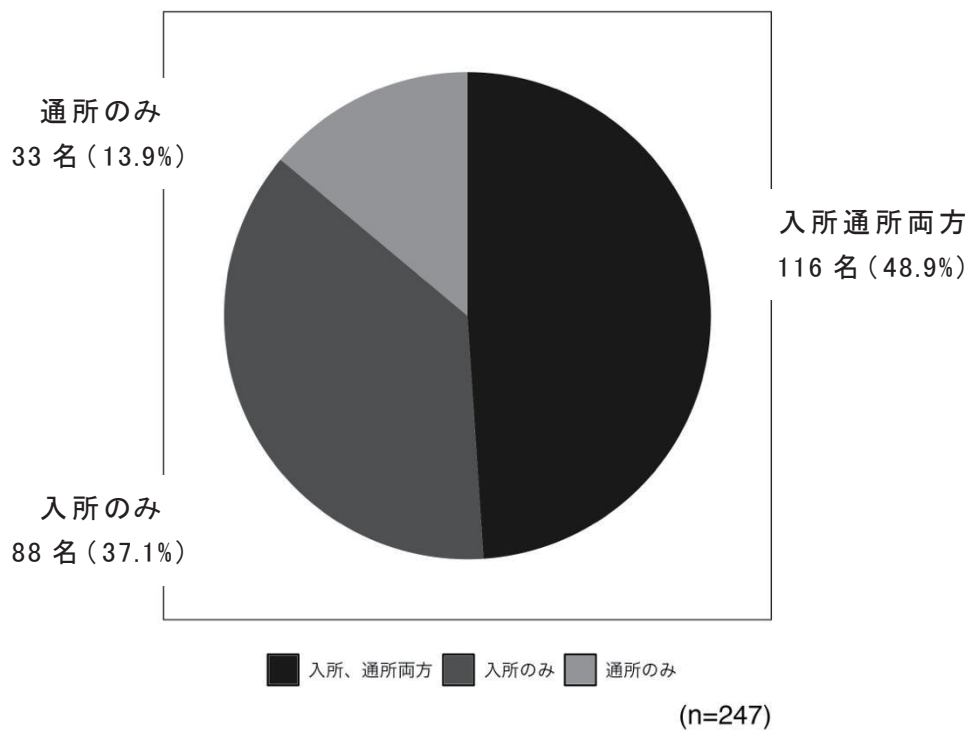


図 8 社会参加に関わるリハビリ介入を実施した対象者の利用形態

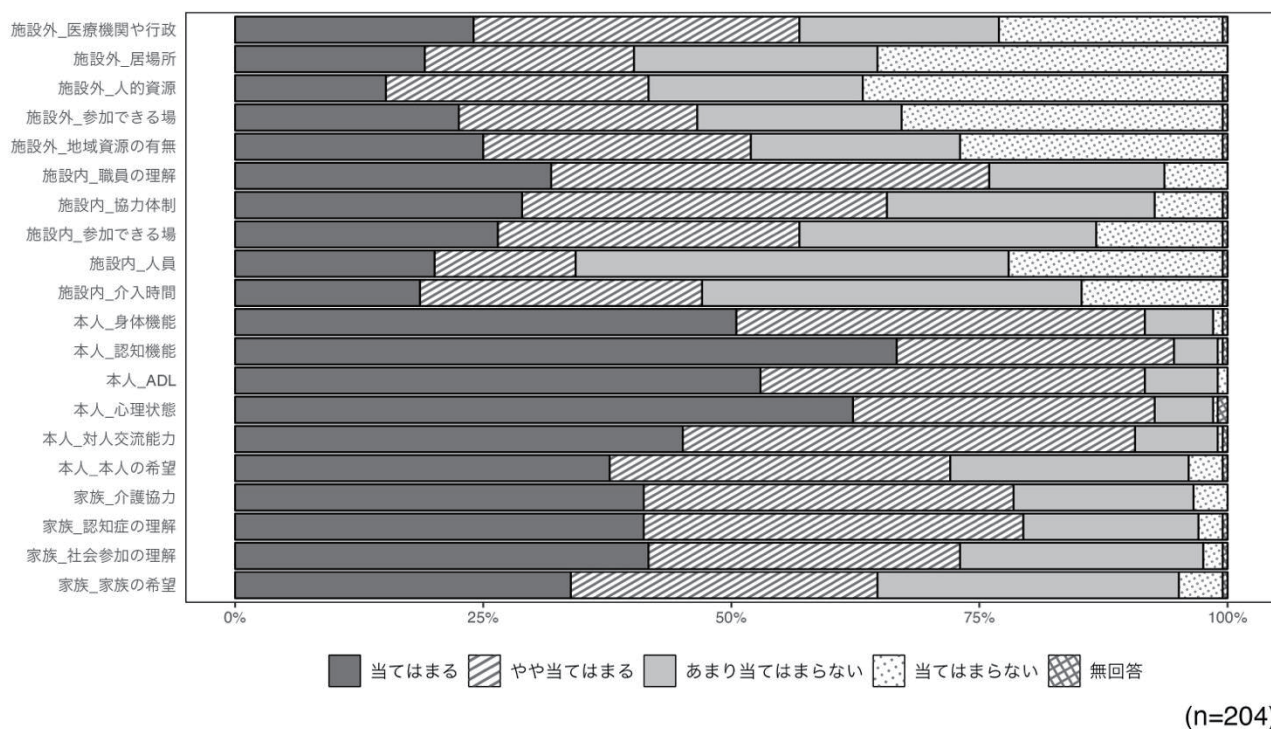
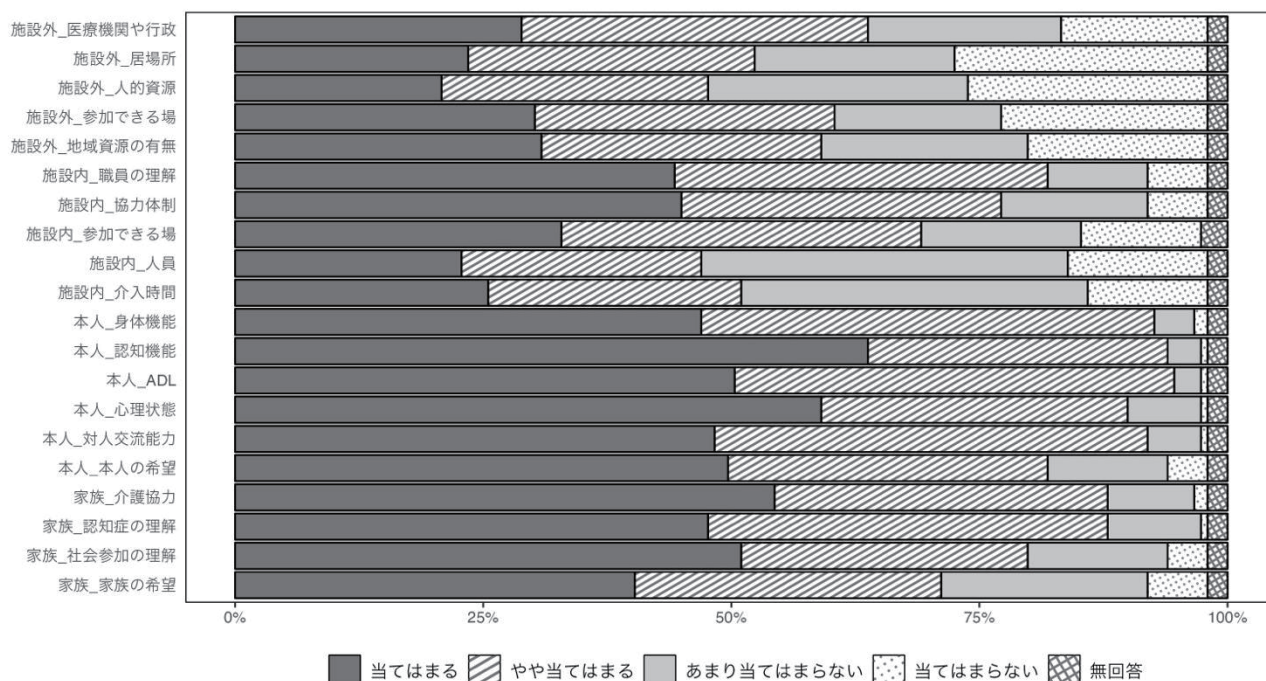


図 9 社会参加に関わるリハビリ介入実施に関連する要因 (入所)



(n=149)

図 10 社会参加に関わるリハビリ介入実施に関連する要因（通所）

3-5 社会参加を実施したことがない理由

社会参加を実施したことがない 220 名に対し、別施設での社会参加に関わるリハビリ介入実施経験及び行っていない理由について回答を得た。以前働いていた施設では社会参加に関わるリハビリ介入を実施したことがあると回答した人は 50 名 (22.7%) であった。社会参加を実施していない理由については、施設内の人員がいがないが最も多く 127 名 (57.1%)、次いで本人の認知機能が低い 126 名 (56.9%) であった (図 11)。

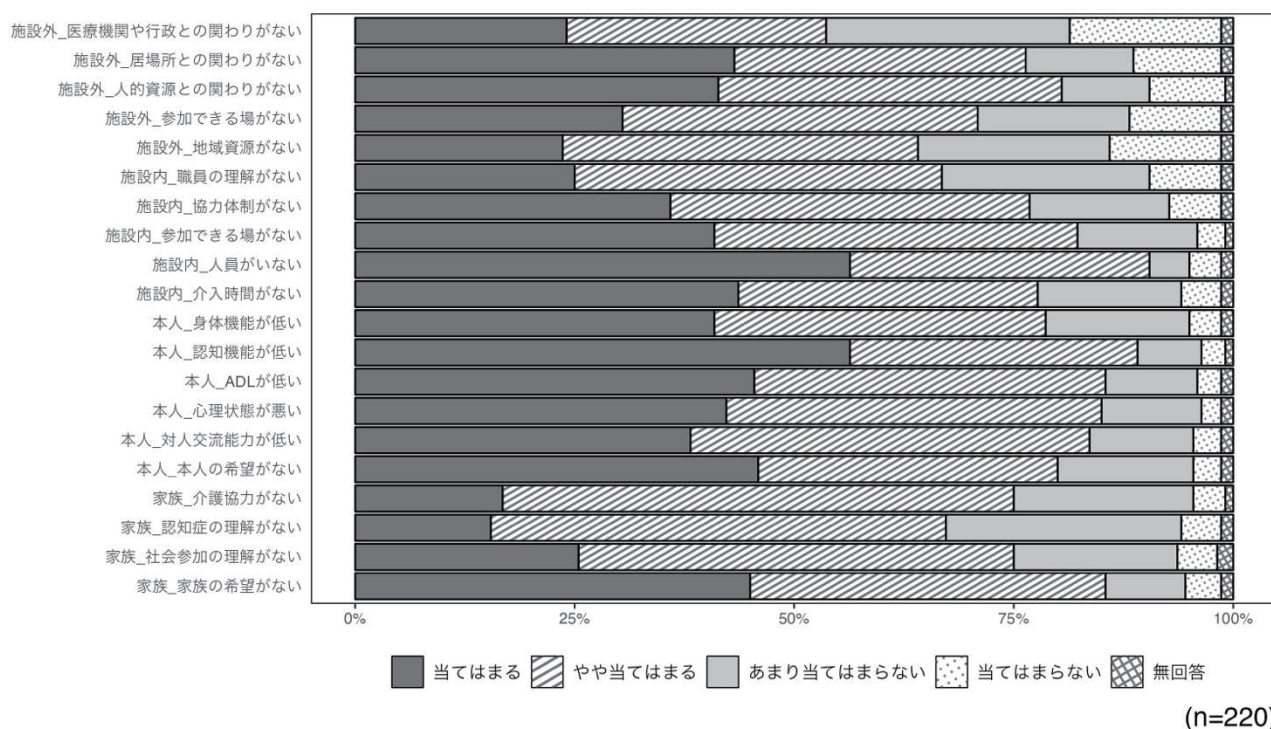


図 11 社会参加に関するリハビリ介入を行っていない理由

3-6 認知症に対するスティグマ

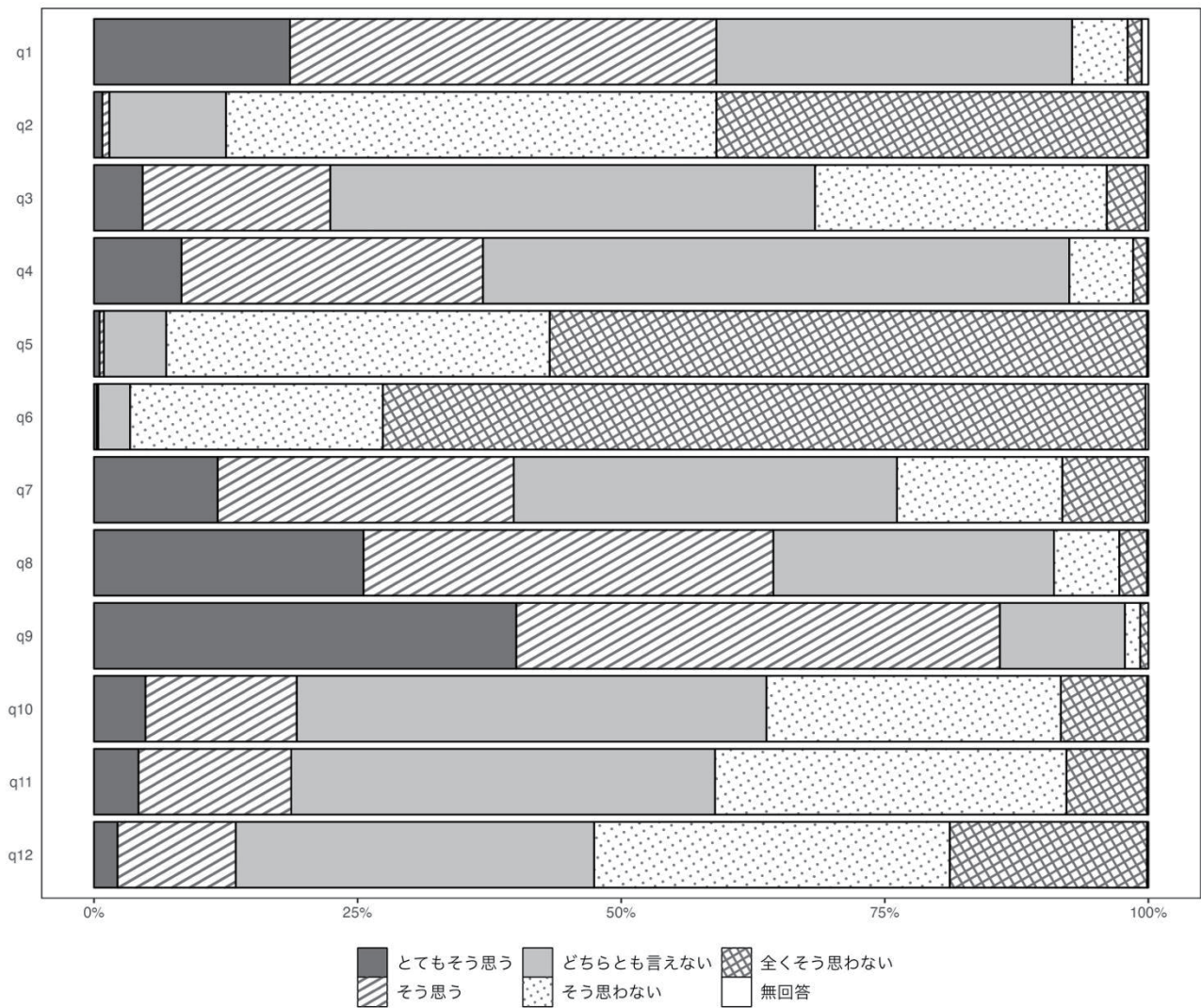
全ての回答者に対して認知症に対する偏見を日本版認知症スティグマ尺度評価(短縮版)にて評価した(表 5, 図 12)。最も高かった項目は「q9. もし私が認知症だったら, 不安になるだろう」で 304 名(40.1%), 次いで「q8. もし私が認知症だったら, 落ち込むだろう」が 194 名(25.6%), 「q1. 認知症の人は大切な伝統を受け継いでいる」が 142 名(18.7%)であった。

平均点は「q6. 私の言っていることを理解できないので, 認知症の人に話しかける意味はない。」が最も高く 4.7±0.6 点であり, 「q9. もし私が認知症だったら, 不安になるだろう。」が最も低く 1.8±0.8 点であった。

表 4 認知症スティグマ尺度における各項目の平均点

q1	2.3 ± 0.8
q2	4.3 ± 0.7
q3	3.1 ± 0.9
q4	2.6 ± 0.8
q5	4.5 ± 0.7
q6	4.7 ± 0.6
q7	2.8 ± 1.1
q8	2.2 ± 1.0
q9	1.8 ± 0.8
q10	3.2 ± 1.0
q11	3.2 ± 1.0
q12	3.5 ± 1.0

平均点±標準偏差(点),得点が高いほど差別意識は低い, Q1,3,4は逆転項目



(n=759)

図 12 日本版認知症スティグマ評価尺度 (短縮版)

3-7 作業療法士の臨床実践能力

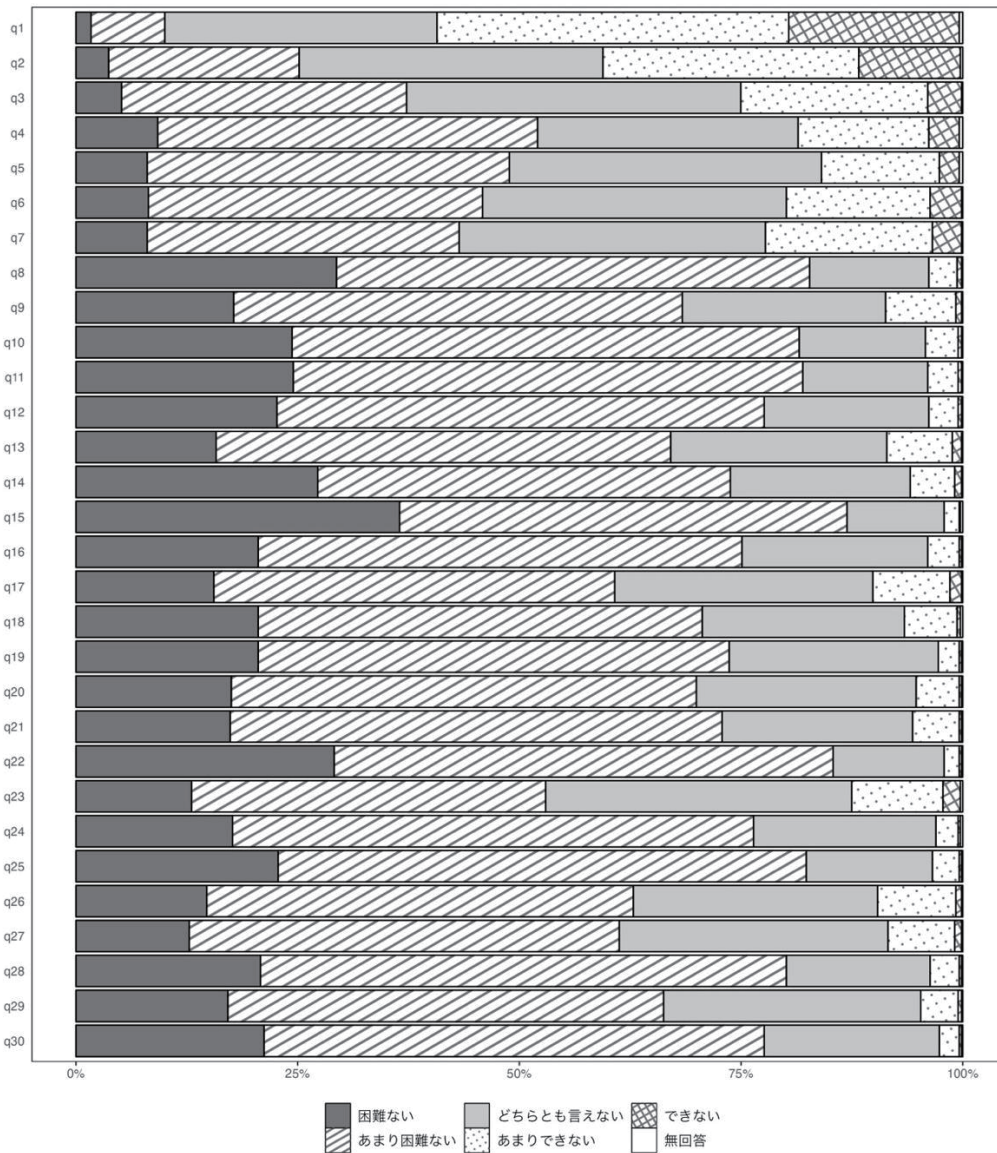
全ての回答者に対して作業療法の実践能力をコンピテンシー自己評価尺度にて評価した(表 6, 図 13). 最も高かった項目は「q15. 家族の思いやニーズを確認する」で 270 名(36.6%), 次いで「q8 クライエントの語りを傾聴し自宅生活への思いやニーズを確認する」で 223 名(29.4%), 「q22. クライエントの歩行・移動能力は安全性と自立度のバランスを考慮して評価をする」で 221 名(29.2%)であった.

平均点では, 「q.8 クライエントの語りを傾聴し自宅生活への思いやニーズを確認する.」が最も高く 4.1±0.8 点であり, 「q1. 地域作業療法関連の効果研究に取り組む.」が最も低く 2.3±0.9 点であった.

表 5 作業療法士のコンピテンシー評価尺度における各項目の平均点

q1	2.3 ± 0.9	q16	3.9 ± 0.8
q2	2.8 ± 1.0	q17	3.7 ± 0.9
q3	3.1 ± 0.9	q18	3.8 ± 0.8
q4	3.4 ± 1.0	q19	3.9 ± 0.7
q5	3.4 ± 0.9	q20	3.8 ± 0.8
q6	3.3 ± 1.0	q21	3.8 ± 0.8
q7	3.3 ± 1.0	q22	4.1 ± 0.7
q8	4.1 ± 0.8	q23	3.5 ± 0.9
q9	3.8 ± 0.9	q24	3.9 ± 0.7
q10	4.0 ± 0.8	q25	4.0 ± 0.7
q11	4.0 ± 0.7	q26	3.7 ± 0.9
q12	3.9 ± 0.8	q27	3.7 ± 0.8
q13	3.7 ± 0.9	q28	4.0 ± 0.7
q14	3.9 ± 0.9	q29	3.8 ± 0.8
q15	4.2 ± 0.7	q30	4.0 ± 0.7

平均点±標準偏差(点), 得点が高いほど実践能力が高い



(n=759)

図 13 作業療法士のコンピテンシー自己評価尺度

3-8 統計比較

完全データ 679 名を対象に、認知症の人の社会参加に向けたリハビリ介入の実施により目標設定群、介入実施群、非実施群の 3 群に分け作業療法士の基本属性(年齢、性別、通算経験年数、他の職場経験の有無、地域資源との関わりの有無)及び認知症スティグマ、コンピテンシー評価尺度の違いを統計比較した。認知症スティグマ評価尺度とコンピテンシー自己評価尺度では、先行研究に合わせ各因子の得点を採用した(Noguchi et al., 2023; 横井 and 石井, 2020)。

作業療法士個人要因の比較では、他の職場経験、地域資源との関わり(社会福祉協議会、他の介護サービス事業所)にて有意差を認めた(表 6)。他の職場経験では目標設定群が介入実施群、非実施群と比較して有意に高かった($p < 0.01$)。社会福祉協議会、他の介護サービス事業所との関わりでは、目標設定群と介入実施群が非実施群より有意に高かった($p < 0.01$, $p < 0.05$)。その他

の項目では有意差を認めなかった。

認知症に対するスティグマでは、関連因子(回避、診断の恐れ、尊重、差別の恐れ)を基に点数化し比較を行ったが、有意差を認めなかった(表 7)。総合得点は目標設定群が 40.6 点、介入実施群が 40.1 点、非実施群が 39.8 点で有意差を認めなかった。

作業療法士のコンピテンシーでは、全ての関連要因(専門職として地域に関わる能力、共有・協働能力、生活視点の臨床実践能力、柔軟に対応できる知識力、寄り添う力)にて有意差を認めた。総合得点は目標設定群が 115.1 点、介入実施群が 111.0 点、非実施群が 106.1 点であり、全ての群間にて有意差を認めた。

表 6 リハビリ専門職個人要因の比較

		目標設定群 (n=252)	介入実施群 (n=225)	非実施群 (n=202)	p-value
年齢 (歳)	Mean ± SD	40.8 ± 7.7	41.1 ± 8.1	42.1 ± 8.7	n.s.
性別	男性 n(%)	123(18)	111(16)	111(16)	n.s.
	女性 n(%)	129(19)	114(17)	91(13)	
通算経験年数 (年)	Mean ± SD	16.6 ± 7.0	16.4 ± 7.3	17.2 ± 7.9	n.s.
他の職場経験	あり n(%)	209(31)	156(23)	123(18)	a**, b**
	なし n(%)	43(6)	69(10)	79(12)	
地域資源との関わり					
医療機関	あり n(%)	96(14)	81(12)	57(8)	n.s.
	なし n(%)	156(23)	144(21)	145(21)	
行政機関	あり n(%)	38(5)	41(6)	34(5)	n.s.
	なし n(%)	214(32)	184(27)	168(25)	
社会福祉協議会	あり n(%)	69(10)	54(8)	25(4)	b**, c**
	なし n(%)	183(27)	171(25)	177(26)	
地域包括支援センター	あり n(%)	90(13)	67(10)	61(9)	n.s.
	なし n(%)	162(24)	158(23)	141(21)	
他の介護サービス事業所	あり n(%)	103(15)	92(14)	56(8)	b*, c*
	なし n(%)	149(22)	133(20)	146(22)	
通いの場, いきいき・ふれあいサロン	あり n(%)	54(8)	45(7)	34(5)	n.s.
	なし n(%)	198(29)	180(27)	168(25)	
認知症カフェ	あり n(%)	36(5)	31(5)	20(3)	n.s.
	なし n(%)	216(32)	194(29)	182(27)	
認知症地域支援推進員	あり n(%)	21(3)	20(3)	10(1)	n.s.
	なし n(%)	231(34)	205(30)	192(28)	
認知症サポーター	あり n(%)	46(7)	47(7)	23(3)	n.s.
	なし n(%)	206(30)	178(26)	179(26)	

Statistical analysis: one-way ANOVA or Chi-squared analysis

a 目標設定群vs介入実施群, b 目標設定群vs非実施群, c 介入実施群vs非実施群 (Bonferroni corrected), * p<0.5, **p<0.01

表 7 認知症スティグマの比較

Factor (点)	Mean ± SD	目標設定群 (n=252)	介入実施群 (n=225)	非実施群 (n=202)	p-value
Personal avoidance (回避) q2+q5+q6(3-15)		13.6 ± 1.6	13.3 ± 1.8	13.3 ± 1.5	n.s.
Fear of labeling(診断の恐れ) q7+q8+q9(3-15点)		6.7 ± 2.4	6.8 ± 2.2	6.9 ± 2.3	n.s.
Person-centeredness(尊重) q1+q3+q4(3-15点)		7.8 ± 2.1	8.1 ± 1.9	8.2 ± 2.0	n.s.
Fear of discrimination(差別の恐れ) q10+q11+q12(3-15点)		10.1 ± 2.4	10.1 ± 2.4	9.8 ± 2.1	n.s.
Total(総合点※ 12-60点)		40.6 ± 4.8	40.1 ± 5.0	39.8 ± 4.4	n.s.

※q1,q3,q4逆転項目

Statistical analysis: one-way ANOVA and post-hoc Tukey-Kramer multiple comparison

a 目標設定群vs介入実施群, b 目標設定群vs非実施群, c 介入実施群vs非実施群, * p<0.5, **p<0.01

表 8 コンピテンシーの比較

Factor (点)	Mean ± SD	目標設定群 (n=252)	介入実施群 (n=225)	非実施群 (n=202)	p-value
専門職として地域に関わる能力 q1~q7 (7-35点)		13.6 ± 1.6	13.3 ± 1.8	13.3 ± 1.5	b**, c**
共有・協働能力 q8~q18 (11-55点)		44.7 ± 6.1	43.0 ± 5.4	41.5 ± 6.6	a**, b**, c*
生活視点の臨床実践能力 q19~q24 (6-30点)		24.0 ± 3.8	23.0 ± 3.3	22.3 ± 3.6	a**, b**
柔軟に対応できる知識力 q25~q28 (4-20点)		15.7 ± 2.6	15.2 ± 2.3	15.1 ± 2.6	b*
寄り添う力 q29~q30 (2-10点)		8.0 ± 1.4	7.8 ± 1.3	7.5 ± 1.4	b*
Total(総合点 30-150点)		115.1 ± 15.5	111.0 ± 13.4	106.1 ± 15.2	a**, b**, c**

Statistical analysis: one-way ANOVA and post-hoc Tukey-Kramer multiple comparison

a 目標設定群vs介入実施群, b 目標設定群vs非実施群, c 介入実施群vs非実施群, * p<0.5, **p<0.01

4 考察

本研究では認知症の人の社会参加に対するリハビリ介入の実態及び関連要因を明らかにした。本年度では約 7 割の施設が社会参加の目標設定をしたり、目標設定までは至っていないが対人交流や役割活動を含めた社会参加に関わるリハビリ実施していることが明らかになった。社会参加に対する作業療法介入では認知症本人に近い人から役割獲得を目指した介入を実践することが望ましく(竹原, 2022)、普段の介入の中でも対人交流や役割活動といった要素を取り入れることで社会参加の実施が可能であることが示唆された。

社会参加実施に関連する要因では、全体として本人に関わる要因が最も高く、認知症本人の認知機能や身体機能、心理状態が社会参加実施に関連している可能性がある。認知症本人の社会参加への関連要因の一つに個人や疾患関連要因が挙げられ、認知機能や身体機能の低下は社会参加への阻害要因となる(Dröes et al., 2017)。社会参加に向けた介入においても多くの研究は

初期から中期の認知症者を対象としており、重度の認知症者へのエビデンスがないことが指摘されている(Letts et al., 2011). そのため作業療法士は本人の能力を適切に評価し、社会参加を実施するかどうかを決定する必要がある.

本人要因に次いで家族要因が高く、特に通所者では家族の介護協力が関連している割合が高かった. 在宅の認知症本人は共に生活する家族介護者による影響を受けやすく、認知症本人の社会参加は家族介護者の計画性や支援に依存している(Tsunaka and Chung, 2012). 認知症本人の家族介護者に向けた作業療法介入として疾患教育や心理サポート、問題解決、地域資源の紹介、認知症本人の困りごと等に対するマネジメントなどが推奨され、家族介護者の心理面に良い影響を与える(Thinnes and Padilla, 2011). そのため社会参加に向けた介入を進めるためには家族介護者のニーズや活動の必要性を聴取するだけでなく、家族介護者への心理社会的な介入を含める必要があると考える.

施設外要因では、目標設定群では医療機関や行政との関わりが、介入実施群では近くに活用できる地域資源の有無が最も関連していると回答された. 地域資源との関わり的重要性は昨年度の調査でも同様であり(大府センター, 2022), 全国における実態が明らかになった. しかし市区町村により地域資源への物理的なアクセスが異なり、医療支援の障壁となっていることが海外の研究でも報告されており(Bayly et al., 2020), 地域毎の特性の違いを考慮する必要がある. 日本では地域リハビリテーション活動支援事業により市区町村単位に地域リハビリテーション支援センターを設置し、地域資源の活用や把握といった役割を担うことが求められている(日本リハビリテーション病院・施設協会, 2021). 作業療法士はこのような施設と連携し、地域資源の活用へと働きかける必要があると考える.

施設内要因は、目標設定群及び介入実施群においては他の施設外や個人、家族要因と比較して全体的に低い結果となった. 特に施設内の人員や介入時間は社会参加の目標設定及び介入実施には関連が低く、施設要因よりも認知症本人や家族といった個人要因が優先されている可能性が示唆された. しかし非実施群では社会参加を実施していない理由として施設内の人員がいないが最も高い結果であった. このことから、目標設定群及び介入実施群と非実施群では社会参加に対するリハビリ介入に関連する要因が異なる可能性が示唆され、今後更なる分析をする必要がある.

作業療法士の個人要因では、目標設定群及び介入実施群は他の職場経験や地域資源との関わりが豊富であり、特に社会福祉協議会や他の介護サービス事業所との連携を行なっていることが示唆された. コンピテンシーにおいても専門職として地域に関わる能力と共有・協働能力が高く、積極的に地域資源等との連携していることが示唆された. 認知症本人の社会参加は施設内外に関わらず介護支援ネットワークなどの社会的要因に大きく影響され(Dröes et al., 2017), 社会参加に向けた作業療法介入プログラムにおいても家族や介護者、医療福祉専門職との連携を推奨している(Donkers et al., 2017). また、認知症は進行により認知症本人や家族のニーズの変化が起こりやすいため、状況に応じて他の専門職を巻き込む指導的役割の存在が必要とされている(Donkers et al., 2018). そのため、作業療法士は認知症本人の社会参加目標を設定し介入するだけでなく、家族や専門職と連携することが求められると考える.

認知症に対するスティグマでは、社会参加の実施有無では有意差を認めなかった. 認知症に対するスティグマは一般市民だけでなく医療専門職にもみられ、認知症に対する知識が乏しい、認知症の人と接する機会が少ない、若いなどが要因として挙げられている. (Herrmann et al., 2018). しかし本研究の回答者は平均年齢 42 歳、経験年数が 17 年の作業療法管理者であるため、全体

としてスティグマに差がみられなかった可能性がある。また、日本における認知症スティグマ評価尺度は近年まで十分に確立されておらず(Noguchi et al., 2022)、日本における専門職の認知症スティグマに関する研究は進められていない。海外の研究では、医療専門職の認知症ケアに対する否定的な態度や認知症に関する知識不足が指摘され、教育や研修の必要性が求められている(Zhao et al., 2022)。今後日本においても専門職の認知症スティグマやその関連要因を明らかにし、スティグマ軽減に向けた研修を進めていく必要があると考える。

本報告書では社会参加の実施によるリハビリ職要因のみの比較考察を行ったが、今後認知症本人や家族、施設内外の複合的な要因を考慮し、認知症の人の社会参加を促進するために重要な要素を明らかにしていく予定である。

5 研究の限界

本研究は全国の老健の作業療法士の管理者を対象としたが、作業療法士を配置していない施設があるため、作業療法介入の実態とは少し異なる可能性がある。また、回答者の施設区分の4割が超強化型であるが、全国の超強化型施設は2割であり(厚生労働省, 2020)、全国の施設実態と異なる点に注意する必要がある。

6 まとめ

本研究は認知症の人の社会参加に向けたリハビリ実施に関連する要因について全国調査を実施した。社会参加の目標設定だけでなく、社会参加の要素を含めたリハビリ介入は多くの施設で実施されており、他者との交流や役割活動を含めた介入が行われていた。今後社会参加に向けたリハビリ介入を進めていくためには、リハビリ職として施設外の地域資源や周囲と連携することが求められている。

7 参考文献

- 橋本 修二, 青木利恵, 玉腰暁子, et al. (1997) 高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衆衛生雑誌. Available at:
http://export.jamas.or.jp/dl.php?doc=fe3d1b538e0fd317df9ea3b0885fb230dcaeee4008fe9545d760041d4f8dd385_bibtex.bib. (検索日2024年3月7日)
- Levasseur M, Richard L, Gauvin L, et al. (2010) Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science and Medicine* 71(12): 2141–2149.
- 小向佳奈子, 藤本修平, 杉田翔, et al. (2017) リハビリテーション分野における社会参加の定義と評価指標 -定性的システマティックレビュー-. *理学療法科学* 32(5): 683–693.
- Letts L, Edwards M, Berenyi J, et al. (2011) Using occupations to improve quality of life, Health and wellness, and client and caregiver satisfaction for people with alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy* 65(5): 497–504.
- Kielsgaard K, Horghagen S, Nielsen D, et al. (2021) Approaches to engaging people with

- dementia in meaningful occupations in institutional settings: A scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Taylor and Francis Ltd.
- Donkers HW, van der Veen DJ, Vernooij-Dassen MJ, et al. (2017) Social participation of people with cognitive problems and their caregivers: a feasibility evaluation of the Social Fitness Programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 32(12). John Wiley and Sons Ltd: e50–e63.
- 認知症介護研究・研修大府センター（2022）「令和3年度認知症介護研究・研修大府センター研究報告書」 pp.3-43
https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/397/o_2022_inhouse.pdf（検索日2024年3月7日）
- 認知症介護研究・研修大府センター（2023）「令和4年度認知症介護研究・研修大府センター研究報告書」 pp.3-26
<https://www.rehakyoh.jp/wp/wp-content/uploads/2021/04/r02roukenmanual.pdf>（検索日2024年3月7日）
- Donkers HW, Van Der Veen DJ, Teerenstra S, et al. (2018) Evaluating the social fitness Programme for older people with cognitive problems and their caregivers: Lessons learned from a failed trial. *BMC Geriatrics* 18(1). BioMed Central Ltd.
- 内富庸介（監修）、今村晴彦、島津太一（監訳）、『実装研究のための統合フレームワーク—CFIR—』、保健医療福祉における普及と実装科学研究会、2021 [ISBN:978-4-9911-886-0-2]
- Phillipson L, Magee C, Jones S, et al. (2012) Exploring Dementia and stigma beliefs : a pilot study of Australian adults aged 40 to 65 yrs. *Alzheimer's Australia* (June): 15.
- Noguchi T, Shang E, Nakagawa T, et al. (2022) Establishment of the Japanese version of the dementia stigma assessment scale. *Geriatrics and Gerontology International* 22(9): 790–796.
- Noguchi T, Nakagawa T, Komatsu A, et al. (2023) Development of a Short Version of the Dementia Stigma Assessment Scale. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 35(6–7). SAGE Publications Inc.: 456–458.
- 野口泰司, 中川威, 小松亜弥音, et al. (2023) 認知症スティグマ評価尺度の短縮版の作成. 老年社会科学 45(2): 143.
- 横井 安芸 and 石井 良和 (2020) 高齢者の生活期リハビリテーションに携わる作業療法士のコンピテンシーに関連する諸要因. *The Journal of Japan Academy of Health Sciences* 23(2): 88–98.
- 横井安芸 and 石井良和 (2020) 高齢者の生活期リハビリテーションに携わる作業療法士のコンピテンシー自己評価尺度の開発. 作業療法 39(2): 190–201.
- 竹原敦 (2022) 認知症の人が社会参加をするための作業療法 —「想い」「役割」「先入観」に焦点を当てて—. 作業療法 41(2): 166–170.
- Dröes RM, Chattat R, Diaz A, et al. (2017) Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging and Mental Health* 21(1). Routledge: 4–17.

- Tsunaka M and Chung JCC (2012) Care-givers' perspectives of occupational engagement of persons with dementia. *Ageing and Society*.
- Herrmann LK, Welter E, Leverenz J, et al. (2018) A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? *American Journal of Geriatric Psychiatry* 26(3). Elsevier Inc.: 316–331.
- Bayly M, Morgan D, Froehlich Chow A, et al. (2020) Dementia-Related Education and Support Service Availability, Accessibility, and Use in Rural Areas: Barriers and Solutions. *Canadian Journal on Aging* 39(4): 545–585.
- Thinnes A and Padilla R (2011) Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *American Journal of Occupational Therapy*.
- 一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会, 地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル, 令和 2 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業, 2021
https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/419/o_2023_inhouse.pdf (検索日2024年3月7日)
- Zhao W, Jones C, Wu ML, et al. (2022) Healthcare professionals' dementia knowledge and attitudes towards dementia care and family carers' perceptions of dementia care in China: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 31(13–14): 1753–1775.
- 厚生労働省, 介護老人保健施設の報酬・基準について, 2020
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000698290.pdf> (検索日 2024 年 3 月 7 日)

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに関する調査

<本調査の目的>

認知症施策推進大綱では認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割や生きがいを持って生活ができる環境づくりを目標としており、介護サービス事業所等において認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動を推進しています。

本研究では認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションについて介入実施に影響を与える要因を明らかにすることで、認知症の人の社会参加を推進していくために必要となる支援の提言をしたいと考えております。そこで本調査では、介護老人保健施設で働く作業療法士を対象に認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーション介入の実態や介入実施に影響を与える要因を整理することを目的とします。

ご多忙と存じますが、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【調査票のご記入にあたって】

○アンケート回答者： 貴事業所で働く作業療法部門の管理者の方

○回答での注意：

回答によって質問の分岐があるため指示に従って回答をしてください

○所要時間： 約10-20分

○回答方法： 調査票またはWEB(Google form)

調査票で回答される方・・・

本調査票に記入し、返信用封筒にてご返送ください

WEB(Google form)にて回答される方・・・

右下部QRコードを読み取りご回答ください

締切日：12月27日（水）

別紙説明書を読み、研究参加に同意頂ける方は必ずチェックを付けてください。

同意する

QRコードはこちら

I あなたご自身と所属している施設についてお伺いします。

Q1 あなたご自身についてお伺いします。該当する箇所にご記入ください。

1) 年齢	_____歳	2) 性別	1. 男性 2. 女性
3) 通算経験年数	_____年（うち、現在の職場での経験年数 _____年）		
4) 今までに行ったことのある施設外での業務（複数回答）	1. 住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援 2. 他事業所職員への助言指導 3. 地域ケア会議への参加 4. その他（ _____ ） 5. 特になし		

Q2 あなたが所属している施設についてお伺いします。該当する箇所にご記入ください。

1) 施設区分	1. 超強化型 2. 在宅強化型 3. 加算型 4. 基本型 5. その他（ _____ ）			
2) 常勤職員数	1. 職員全体の数（ _____ ）人		2. リハビリ職員の数（ _____ ）人	
3) 認知症と診断を受けた対象者の数	1. 入所（ _____ ）人		2. 通所（ _____ ）人	
4) 貴施設内に認知症に関して理解を得る機会（研修、勉強会等）はありますか	1. ある 2. ない			
5) 貴施設内に認知症の人の社会参加の実施方法について学ぶ機会（研修、勉強会等）はありますか	1. ある 2. ない			

→次ページにお進みください

Q3 貴施設またはご自身が関わったことのある地域資源について項目ごとに当てはまる番号に一つ〇をつけてください。

地域資源の内容	施設も自身も 関わったことがある	施設のみ 関わったことがある	自身のみ 関わったことがある	関わったこ とがない
1. 医療機関	1	2	3	4
2. 行政機関	1	2	3	4
3. 社会福祉協議会	1	2	3	4
4. 地域包括支援センター	1	2	3	4
5. 他の介護保険サービス事業所	1	2	3	4
6. 通いの場、いきいき・ふれあいサロン	1	2	3	4
7. 認知症カフェ	1	2	3	4
8. 認知症地域支援推進員	1	2	3	4
9. 認知症サポーター	1	2	3	4
その他に今までに関わったことのある地域資源があればお答えください (自由記述)				

→ 次ページにお進みください

Ⅱ. 認知症の人の社会参加に向けたリハビリ介入の実施経験についてお伺いします。

Q4-1 あなたは貴施設で働く中で認知症の人に対して**社会参加**（※）を用いたリハビリ介入を行ったことがありますか。
あてはまる箇所の一つ○をつけて下さい。

1. 社会参加の目標を設定してリハビリ介入を行ったことがある → Q5-1にお進みください
2. 社会参加の目標設定までは至っていないが、社会参加に関わるリハビリ介入を行ったことがある
→ 8ページQ6-1にお進みください
3. 行ったことがない → 12ページQ7-1にお進みください

※本調査での社会参加とは、施設内外に関わらず周囲の人との関わりや役割を持った活動を指します。例えば友人との会話や家族との関わり、周囲を助ける活動をする 것도社会参加に含まれます。

<社会参加を目標にしたリハビリ介入の一例>

- ・食事の配膳手伝いをするを目標に、屋内歩行練習とバランス練習を行った
- ・近所の友人と喫茶店に出かけるを目標に、屋外歩行やバスの乗り降り練習を行った
- ・家族と買い物ができるを目標に、近所のスーパーで買い物練習を行った

<社会参加の目標には至っていないが、社会参加に関わるリハビリ介入の一例>

- ・独居への自宅復帰を目標に、料理の練習をする中で他の利用者と交流を図った
- ・屋外歩行自立を目標に、歩行練習をする中で地域の人々に挨拶したり交流を図った
- ・ADL機能自立を目標に、身体機能練習をする中で集団体操を取り入れて介入した
- ・施設生活での歩行能力維持を目標に、機能訓練しながらも配膳や掃除の手伝いの役割を担った

×社会参加には含まれません

- ・トイレ動作自立を目標に、個別で動作練習を行なった
- ・在宅復帰を目標に、室内歩行練習やADL練習に取り組んだ

Q5-1 Q4-1で**1.社会参加の目標を設定してリハビリ介入を行ったことがある**、と回答した方にお伺いします。

貴施設でのリハビリ経験を基に当てはまる箇所に○をつけてください。

当てはまる数字の一つ○をつけてください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 割

Q5-2 設定した社会参加の目標を実際に達成できた割合はおおよその程度ですか。

当てはまる数字の一つ○をつけてください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 割

→ 次ページにお進みください

Q5-3 認知症の人の社会参加を目標にしたリハビリ介入についてお伺いします。
 今までにどの利用形態の方に社会参加を目標にしたリハビリ介入を行ったことがありますか。
 当てはまる箇所の一つ○をつけてください。

1. 入所の方も、通所の方も両方に行ったことがある → Q5-4へ進んでください
2. 入所の方のみ行ったことがある → Q5-4へ進んでください
3. 通所の方のみ行ったことがある → 6ページQ5-5へ進んでください

Q5-4 **入所の方**に対する社会参加を目標にしたリハビリ介入に関してお伺いします。
 社会参加の目標設定に関わったと考えられる要因は何ですか。当てはまる箇所の一つ○をつけてください。

施設外に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 施設と、医療機関や行政等の支援機関との関わりがある	1	2	3	4
2. 施設と、通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わりがある	1	2	3	4
3. 施設と、人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わりがある	1	2	3	4
4. 施設外に社会参加できる場がある	1	2	3	4
5. 近くに活用できる地域資源がある	1	2	3	4

施設内に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解がある	1	2	3	4
2. 認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制がある	1	2	3	4
3. 施設内に社会参加できる場がある	1	2	3	4
4. 認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分にいる	1	2	3	4
5. 社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分にある	1	2	3	4

➡ 次ページにお進みください

認知症本人に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 身体機能	1	2	3	4
2. 認知機能	1	2	3	4
3. 日常生活動作能力	1	2	3	4
4. 心理状態（意欲や抑うつ等）	1	2	3	4
5. 対人交流能力	1	2	3	4
6. 認知症本人に社会参加に対する希望がある	1	2	3	4

家族に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 介護への協力がある	1	2	3	4
2. 認知症に対する理解がある	1	2	3	4
3. 認知症本人が社会参加することに対するの家族の理解がある	1	2	3	4
4. 認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がある	1	2	3	4

→ Q5-3で「1.入所の方も、通所の方も両方に行ったことがある」と回答した方はQ5-5へ、
Q5-3で「2.入所の方のみ行ったことがある」と回答した方は14ページQ8へお進みください

Q5-5 **通所の方**に対する社会参加を目標にしたリハビリ介入についてお伺いします。

社会参加の目標設定に関わったと考えられる要因は何ですか。当てはまる箇所の一つ○をつけてください。

施設外に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 施設と、医療機関や行政等の支援機関との関わりがある	1	2	3	4
2. 施設と、通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わりがある	1	2	3	4
3. 施設と、人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わりがある	1	2	3	4
4. 施設外に社会参加できる場がある	1	2	3	4
5. 近くに活用できる地域資源がある	1	2	3	4

→ 次ページにお進みください

施設内に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解がある	1	2	3	4
2. 認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制がある	1	2	3	4
3. 施設内に社会参加できる場がある	1	2	3	4
4. 認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分にいる	1	2	3	4
5. 社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分にある	1	2	3	4

認知症本人に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 身体機能	1	2	3	4
2. 認知機能	1	2	3	4
3. 日常生活動作能力	1	2	3	4
4. 心理状態（意欲や抑うつ等）	1	2	3	4
5. 対人交流能力	1	2	3	4
6. 認知症本人に社会参加に対する希望がある	1	2	3	4

家族に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 介護への協力がある	1	2	3	4
2. 認知症に対する理解がある	1	2	3	4
3. 認知症本人が社会参加することに対するの家族の理解がある	1	2	3	4
4. 認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がある	1	2	3	4

→ 14ページQ8にお進みください

Q6-1 Q4-1で2.社会参加の目標設定までは至っていないが、社会参加に関わるリハビリ介入を行ったことがある、と回答した方にお伺いします。

貴施設でのリハビリ経験を基に当てはまる箇所に○をつけてください。

認知症の人へのリハビリ介入経験の中で社会参加に関わるリハビリ介入を実施した対象者の割合はおおよそどの程度ですか。当てはまる数字に一つ○をつけてください。

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 割

Q6-2 どのような社会参加に関わるリハビリ介入を行いましたか。当てはまる箇所に○をつけてください。（複数回答）

- 1. 他者との会話やコミュニケーションを含めたリハビリ介入
- 2. 他者と一緒に何かの活動を行うリハビリ介入
- 3. 手伝いなど役割を持ったリハビリ介入
- 4. その他（ ）

Q6-3 認知症の人の社会参加に関するリハビリ介入についてお伺いします。

今までにどの利用形態の方に社会参加に関するリハビリ介入を行ったことがありますか。

当てはまる箇所に一つ○をつけてください。

- 1. 入所の方も、通所の方も両方に行ったことがある → Q6-4へ進んでください
- 2. 入所の方のみ行ったことがある → Q6-4へ進んでください
- 3. 通所の方のみ行ったことがある → 10ページQ6-5へ進んでください

Q6-4 入所の方に対する社会参加に関するリハビリ介入に関してお伺いします。

社会参加に関わるリハビリ介入の実施について、関連していると考えられる要因はなんですか。

当てはまる箇所に一つ○をつけてください。

施設外に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 施設と、医療機関や行政等の支援機関との関わりがある	1	2	3	4
2. 施設と、通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わりがある	1	2	3	4
3. 施設と、人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わりがある	1	2	3	4
4. 施設外に社会参加できる場がある	1	2	3	4
5. 近くに活用できる地域資源がある	1	2	3	4

➡ 次ページにお進みください

施設内に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解がある	1	2	3	4
2. 認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制がある	1	2	3	4
3. 施設内に社会参加できる場がある	1	2	3	4
4. 認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分にいる	1	2	3	4
5. 社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分にある	1	2	3	4

認知症本人に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 身体機能	1	2	3	4
2. 認知機能	1	2	3	4
3. 日常生活動作能力	1	2	3	4
4. 心理状態（意欲や抑うつ等）	1	2	3	4
5. 対人交流能力	1	2	3	4
6. 認知症本人に社会参加に対する希望がある	1	2	3	4

家族に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 介護への協力がある	1	2	3	4
2. 認知症に対する理解がある	1	2	3	4
3. 認知症本人が社会参加することに対する家族の理解がある	1	2	3	4
4. 認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がある	1	2	3	4

→ Q6-3で「1.入所の方も、通所の方も両方行ったことがある」と回答した方はQ6-5へ、
Q6-3で「2.入所の方のみ行ったことがある」と回答した方は14ページQ8-1へお進みください

Q6-5 **通所の方**に対する社会参加に関するリハビリ介入についてお伺いします。

社会参加に関わるリハビリ介入の実施について、関連していると考えられる要因はなんですか。

当てはまる箇所の一つ○をつけてください。

施設外に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 施設と、医療機関や行政等の支援機関との関わりがある	1	2	3	4
2. 施設と、通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わりがある	1	2	3	4
3. 施設と、人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わりがある	1	2	3	4
4. 施設外に社会参加できる場がある	1	2	3	4
5. 近くに活用できる地域資源がある	1	2	3	4

施設内に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解がある	1	2	3	4
2. 認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制がある	1	2	3	4
3. 施設内に社会参加できる場がある	1	2	3	4
4. 認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分にいる	1	2	3	4
5. 社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分にある	1	2	3	4

→次ページにお進みください

認知症本人に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 身体機能	1	2	3	4
2. 認知機能	1	2	3	4
3. 日常生活動作能力	1	2	3	4
4. 心理状態（意欲や抑うつ等）	1	2	3	4
5. 対人交流能力	1	2	3	4
6. 認知症本人に社会参加に対する希望がある	1	2	3	4

家族に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 介護への協力がある	1	2	3	4
2. 認知症に対する理解がある	1	2	3	4
3. 認知症本人が社会参加することに対するの家族の理解がある	1	2	3	4
4. 認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がある	1	2	3	4

→ 14ページQ8にお進みください

Q7-1 Q4-1で3.行ったことがないと回答した方にお伺いします。

貴施設以外では社会参加に関わるリハビリ介入を行ったことがありますか。当てはまる箇所の一つ○をつけて下さい。

1. 以前働いていた施設では、社会参加に関わるリハビリ介入を行っていた
2. 今までに社会参加に関わるリハビリ介入を行ったことがない

Q7-2 社会参加に関わるリハビリ介入を行っていない理由について、当てはまる箇所の一つ○をつけてください。

施設外に関わる要因	s+F454	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 施設と、医療機関や行政等の支援機関との関わりがない	1	2	3	4
2. 施設と、通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わりがない	1	2	3	4
3. 施設と、人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わりがない	1	2	3	4
4. 施設外に社会参加できる場がない	1	2	3	4
5. 近くに活用できる地域資源がない	1	2	3	4

施設内に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解がない	1	2	3	4
2. 認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制がない	1	2	3	4
3. 施設内に社会参加できる場がない	1	2	3	4
4. 認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分でない	1	2	3	4
5. 社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分でない	1	2	3	4

➡ 次ページにお進みください

認知症本人に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 身体機能	1	2	3	4
2. 認知機能	1	2	3	4
3. 日常生活動作能力	1	2	3	4
4. 心理状態（意欲や抑うつ等）	1	2	3	4
5. 対人交流能力	1	2	3	4
6. 認知症本人に社会参加に対する希望がない	1	2	3	4

家族に関わる要因	当てはまる	やや当てはまる	あまり当てはまらない	当てはまらない
1. 介護への協力が不在	1	2	3	4
2. 認知症に対する理解がない	1	2	3	4
3. 認知症本人が社会参加することに対する家族の理解がない	1	2	3	4
4. 認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がない	1	2	3	4

→ 次ページにお進みください

Q8 全員にお伺いします。

認知症に対するご自身の考えとして、当てはまる箇所の一つ○をつけてください。

	とてもそう思う	そう思う	どちらとも言えない	そう思わない	全くそう思わない
1. 認知症の人は、大切な伝統を受け継いでいる	1	2	3	4	5
2. 私は、認知症の人が私と会話しようとするのが好きではない	1	2	3	4	5
3. 認知症の人は、幅広い種類の活動や関心ごとに参加している	1	2	3	4	5
4. 認知症の人は、知識が豊富だ	1	2	3	4	5
5. 私が訪ねたことを覚えていないだろうから、私はわざわざ認知症の人を訪問しない	1	2	3	4	5
6. 私の言っていることを理解できないので、認知症の人に話しかける意味はない	1	2	3	4	5
7. もし私が認知症だったら、恥ずかしかったり、きまりが悪かったりするだろう	1	2	3	4	5
8. もし私が認知症だったら、落ち込むだろう	1	2	3	4	5
9. もし私が認知症だったら、不安になるだろう	1	2	3	4	5
10. もし私が認知症だったら、主治医は私の他の病気に最善の治療をしてくれないだろう	1	2	3	4	5
11. もし私が認知症だったら、主治医や他の医療専門職は私の話を聞いてくれないだろう	1	2	3	4	5
12. もし私が認知症だったら、そのことを健康保険会社に知られたくないだろう	1	2	3	4	5

→ 次ページにお進みください

Q9 全員にお伺いします。

ご自身の作業療法実践に関する到達度に関して、それぞれ当てはまる箇所の一つ○をつけてください。

	困難ない	あまり困難ない	どちらとも言えない	あまりできない	できない
1. 地域作業療法関連の効果研究に取り組む	1	2	3	4	5
2. 一職能団体の作業療法士として関係組織の運営・普及・発展に寄与する	1	2	3	4	5
3. クライアントの社会参加において地域・社会サービスを活用する	1	2	3	4	5
4. 地域作業療法に関する探究心をもち自己研鑽をする	1	2	3	4	5
5. クライアントの活動や参加に従事する可能性を拡げる	1	2	3	4	5
6. 地域住民の健康を包括的に担う意識と責任をもつ	1	2	3	4	5
7. チームの機能状態を包括的にみてマネジメントをする	1	2	3	4	5
8. クライアントの語りを傾聴し自宅生活への思いやニーズを確認する	1	2	3	4	5
9. 住環境や地域資源を活かした支援をする	1	2	3	4	5
10. 他職種が分かりやすいように情報伝達の方法を工夫する	1	2	3	4	5
11. カンファレンスを活用し情報や具体的目標を共有して問題解決に努める	1	2	3	4	5
12. 家族と協業できるように分かりやすい説明をする	1	2	3	4	5
13. 福祉職にはリハビリの視点が浸透するように働きかける	1	2	3	4	5
14. 基本業務の一環として報告書や紹介状の作成をする	1	2	3	4	5
15. 家族の思いやニーズを確認する	1	2	3	4	5
16. クライアントの希望と折り合いをつけながら根拠のある目標を共有する	1	2	3	4	5
17. クライアントができたことを在宅生活に般化できるように家族と共に振り返る	1	2	3	4	5
18. クライアントを中心としたチームに情熱をもって関わる	1	2	3	4	5
19. クライアントの心理を察し汲み取る	1	2	3	4	5
20. クライアントが望む生活行為に繋がる目標を設定する	1	2	3	4	5
21. クライアントの目標を成果に応じて段階的に変化させる	1	2	3	4	5
22. クライアントの歩行・移動能力は、安全性と自立度のバランスを考慮して評価をする	1	2	3	4	5
23. クライアントの生活を24時間365日の視点で評価し全体像を捉える	1	2	3	4	5
24. 予後予測の観点をもつ	1	2	3	4	5
25. リスクマネジメントに関する知識をもつ	1	2	3	4	5
26. 終末期の支援に関する知識をもつ	1	2	3	4	5
27. 複合障害の知識を備えて評価をする	1	2	3	4	5
28. 適切に福祉用具を選定する	1	2	3	4	5
29. 家族から自然と話しかけられるような存在になる	1	2	3	4	5
30. クライアントの言葉で思いを伝えるためにサポートをする	1	2	3	4	5

→ 次ページにお進みください

Q10 全員にお伺いします。

認知症の人に対する社会参加を目標にしたリハビリテーションを推進していくためには、どのようなことが必要だと考えますか。
何かご意見がございましたらご記入ください。

(自由記述)

ご回答ありがとうございました。表紙の同意欄のチェックを確認し、ご返送をお願いします。

**情報共有システムの活用による
若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と
課題分析に関する研究**

情報共有システムの活用による若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と課題

分析に関する研究

主任研究者 齊藤 千晶（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
加藤 ふき子（認知症介護研究・研修大府センター 全国若年性認知症支援センター）
分担研究者 鷺見 幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）
李 相侖（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
山口 友佑（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
工藤 純平（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
研究協力者 小方 智広（京都大学 医学研究科 人間健康科学系専攻先端作業療法学講座）

第1章 情報共有システムの利用状況および利用促進活動について

1 はじめに

認知症介護研究・研修大府センター（以下、大府センター）では、これまで、若年性認知症の人や家族に対する支援を促進するための研究および研修を行ってきた。その一環として若年性認知症支援コーディネーター（以下、支援コーディネーター）のサポート体制を整備するために情報共有システムを開発し、若年性認知症支援コーディネーター設置事業を促進してきた。その運用については、2020年度より大府センター内に設置された全国若年性認知症支援センター（以下、全国支援センター）が行っている。情報共有システムは、相談記録システム、支援事例共有システム、掲示板機能の3つから構成されており、全国の支援コーディネーターの業務を援助するものである（図1）。具体的には、A) 支援の記録に関する要素、B) 対応能力の向上に関する要素、C) 各地の活動状況の共有に関わる要素から成り立っており、利用登録をした者はこれらの機能を活用できる¹⁾。

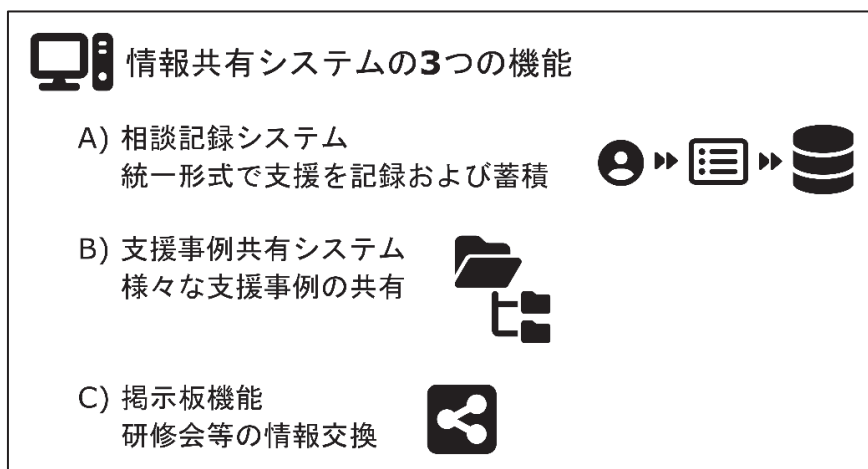


図1 情報共有システムについて

情報共有システムの運用目的は、1) 支援コーディネーター業務の効率化と負担軽減、2) 支援コーディネーターの活動状況の見える化、3) 支援の好事例および困難事例の蓄積と利活用、4) 研修会等の情報共有である。全国支援センターでは、情報共有システムの利用促進活動を継続して行っており、今年度のシステムの利用状況および利用促進を目的に行った活動について、以下に報告する。

2 情報共有システムの運用状況

2.1 情報共有システムの登録状況

情報共有システムの登録状況について表 1 に示す。

表 1 情報共有システムの利用登録状況

年度	都道府県・指定都市	相談窓口	支援コーディネーター
2020 年度	49	61	95
2021 年度	49	77	120
2022 年度	50	83	129
2023 年度*	50	84	133

*2024 年 2 月 28 日時点

2.2 相談記録システムの利用状況

相談記録システムは利用登録を別に扱っており、各利用者が利用するかどうかを選択できるようになっている。相談記録システムの利用状況を表 2 に示す。相談記録システムのデータの集積状況および分析結果については、本報告書の後半部分で詳述する。

表 2 相談記録システムの利用登録状況

年度	都道府県・指定都市	相談窓口	支援コーディネーター
2020 年度	28	39	71
2021 年度	33	49	87
2022 年度	37	55	93
2023 年度*	38	56	95

*2024 年 2 月 28 日時点

2.3 支援事例共有システムの利用状況

運用開始から 2024 年 2 月までに 37 都道府県市から 71 事例を集積し、掲載した。事例を支援内容ごとに分類すると、一般就労に関する支援事例が 20 件、福祉的就労に関する支援事例が 25 件、介護保険の利用に関する支援事例が 9 件、居場所づくりに関する支援事例が 10 件、その他の支援事例が 7 件となっている。

2.4 掲示板機能の利用状況

運用開始から2024年2月までに掲示板への情報等の掲載は210件あった。全国支援センターからは、相談記録システム集計速報、支援事例、広報誌「全国支援センターだより」に関する情報等を定期的に掲載した。行政担当者、支援コーディネーターからは、研修案内などが掲載された。また、全国の若年性認知症の支援に係るパンフレットおよびリーフレットについては、37都道府県市の情報を掲載している。

3 情報共有システムの利用促進活動

前年度に引き続き、全国若年性認知症支援センターでは、情報共有システムに関する説明会の実施、および操作に関する対応を行い、情報共有システムの利用促進に努めた。利用促進のために行った活動について以下に報告する。

3.1 新任担当者向け情報共有システム説明会

日時：2023年4月25日 15:00-16:30

開催方法：オンライン会議システム（Zoom）

内容：情報共有システムの概要、操作方法、および活用方法の説明

参加者：26都道府県市35名（行政担当者19名、支援コーディネーター16名）が参加した。

3.2 情報共有システム説明会

日時：2023年5月25日 15:00-16:00、2023年5月30日 10:00-11:00

開催方法：オンライン会議システム（Zoom）

内容：情報共有システムの概要、操作方法、および活用方法の説明

参加者：1日目は7都道府県市9名（行政担当者5名、支援コーディネーター4名）が参加し、2日目は5都道府県1名（行政担当者1名、支援コーディネーター8名）が参加した。

3.3 情報共有システムに関する問合せ対応

運用開始から2024年2月末までに、情報共有システムの運用に関して475件の相談に対応した。問合せについてはそれぞれ個別対応を行い、システムの積極的な利用を推進した。

4 まとめ

支援コーディネーターは全都道府県と8指定都市（令和3年10月時点）²⁾で設置されているが、情報共有システムの利用登録はほぼ横ばいである。情報共有システムの周知とそれぞれの機能を効果的に利用できるようにするために、今後も利用方法等を全国支援センターより発信していく必要があると考える。

第2章 相談記録からみえる相談者のサービス利用状況

1 背景

本研究事業では、情報共有システムの一つとして位置づけられている相談記録システムを用いて、若年性認知症支援コーディネーター（以下、支援コーディネーター）に寄せられた相談の実態を明らかにしてきた。前年度は、都道府県・指定都市に設置された相談窓口に寄せられた相談について分析し、支援コーディネーターの活動状況に焦点を当てた³⁾。前年度の事業において明らかとなったことを整理すると、1) 支援コーディネーターは主に、医療・介護の専門職、本人の配偶者、本人からの相談に対応していること、2) 相談者により頻度の多い相談が異なること、3) 相談窓口の種別により相談者層が異なることであった。

1) については、年齢を区分しない一般的な認知症に関する相談窓口とは異なった特徴があり、若年性認知症に係る相談は本人や本人の配偶者からの相談が多くなるという特徴が得られた。2) については、相談者によって多く寄せられる相談は異なっていることが分かった。これは当然のことではあるものの、支援コーディネーターは多様な相談者からの相談に対して柔軟な対応が求められている現状が読み取れる。3) については、相談窓口の種類が違えば、その相談実態も異なることが分かったが、各都道府県や指定都市の特徴も考慮して考える必要がある。例えば、人口や圏域の広さなどの地域の実情を考慮して相談窓口が設置され、相談窓口の役割がそれぞれ違うことが予想されるため、さらなる検討が必要である。

相談記録システムでは、相談者別の相談内容に関するデータを蓄積しているが、サービスの利用状況に関する情報を蓄積していることも特徴の一つである。若年性認知症の人の支援には、高齢で発症した認知症の人とはライフステージが異なるため、介護保険以外に多岐にわたるフォーマルおよびインフォーマルなサービスの調整が求められる。具体的には、一般就労の継続がニーズとして挙げられた場合、職業リハビリテーションの視点からサービスの調整が必要となる。また、一般就労は難しいが、就労へのニーズがある場合は、障害者雇用や福祉的就労といった選択肢もあり、本人のニーズと状態に応じた段階的なサービス調整が必要になる。

我が国では、若年性認知症の人が利用できる公的なサービスとして、障害福祉サービスと介護保険サービスの二つがあり、状況やニーズに応じて併用することができる。しかし、我が国の若年性認知症の人のサービス利用をめぐる現状はこれまで十分に明らかにされていない。そこで、本報告では、支援コーディネーターへ相談した人がどのようなサービスを利用しているかその実態について焦点を当てた。

2 方法

2.1 利用するデータ

本報告では、2020年4月1日から2023年3月31日までに相談記録システムに登録され、個人を特定できない支援情報（以下、支援情報）を二次的に利用した。相談記録システムの利用に関しては利用規約に基づき、同意を得ている事業所からのみ取得した。

2.2 データの構造

相談記録システムの記録には、認知症の人や家族からの相談だけではなく、関係機関からの相談も含まれていることが特徴であり、これらの相談を「新規相談」と「継続相談」にそれぞれ分けて、収集している。本報告書では、「初回相談」は、支援コーディネーターへの初めての相談として定義し、「継続相談」は、初回相談後の相談として定義した。

また、データには、個人を特定する識別子がないため、初回相談と継続相談の関連性をたどることができない構造となっている。そのため、初回相談をした人が継続して相談したかどうか、継続相談の回数などが分からない構造のデータとなっている。

2.3 倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会において承認を得て、実施した（承認番号：0505）。

3 結果

前年度の報告書³⁾と同様に、「本人」とは、自分自身のことについて相談した人として定義し、認知症と診断されている相談者、あるいは自らが認知症かもしれないと心配している相談者をどちらも含めた。また、複数選択ができる集計項目があるため、各項目における集計結果の合計は必ずしも相談件数と同数にならない。

本章では、本人に関する情報およびサービス利用の主要な特徴について、各観点から項目ごとに頻度の多い相談をまとめた。ただし、実態が「その他」あるいは「不明」であったものを除いたものとし、各割合は2022年度の値を示す。

相談件数の年度別推移を表1に示す。相談記録データにおける各項目の集計値については、2022年度の結果を巻末に示す。また、2020年度および2021年度の集計値については、前年度報告書にまとめた³⁾。

表1 相談件数の年度別推移

年度	件数（新規／継続）	前年度比（件数）	前年度比（比）
2020年度	2791（443／2348）	—	—
2021年度	4546（551／3995）	1755	1.6
2022年度	4937（431／4506）	391	1.1

3.1 窓口別の相談件数の推移

2020年度～2022年度に相談記録システムのデータ収集に協力した相談窓口は合計で28相談窓口であった。本報告では前年度と同様に、相談窓口の種別を、医療機関（すべて認知症疾患医療センター）、公益社団法人認知症の人と家族の会（以下、家族の会）、社会福祉法人、各種法人にそれぞれ分類した。各種法人は、前述の分類以外に該当し、公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、特定非営利活動法人が含まれているが、さらに細分化することが難しいため、一群にまとめた。

データ収集に協力した相談窓口について、種別ごとの窓口数を表 2 に示す。また、相談窓口の種別ごとの相談件数について、年度ごとの推移を表 3 と表 4 に示す。

表 2 相談記録システムのデータ収集に協力した相談窓口とその種別

相談窓口	2020 年度 (n=20)	2021 年度 (n=17)	2022 年度 (n=17)
医療機関	7	5	6
家族の会	5	4	3
社会福祉法人	2	2	2
各種法人	6	6	6

表 3 窓口別の相談件数の推移【新規相談】

相談窓口	2020 年度 (n=443)	2021 年度 (n=551)	2022 年度 (n=431)
医療機関	165 (37.2%)	122 (22.1%)	85 (19.7%)
家族の会	45 (10.2%)	76 (13.8%)	42 (9.7%)
社会福祉法人	58 (13.1%)	108 (19.6%)	107 (24.8%)
各種法人	175 (39.5%)	245 (44.5%)	197 (45.7%)

表 4 窓口別の相談件数の推移【継続相談】

相談窓口	2020 年度 (n=2348)	2021 年度 (n=3995)	2022 年度 (n=4506)
医療機関	399 (17.0%)	604 (15.1%)	839 (18.6%)
家族の会	212 (9.0%)	877 (22.0%)	550 (12.2%)
社会福祉法人	571 (24.3%)	1020 (25.5%)	1441 (32.0%)
各種法人	1166 (49.7%)	1494 (37.4%)	1676 (37.2%)

3.2 本人に関する情報

本人の性別を図1に示す。新規相談および継続相談ともに、本人の性別は男性（新規相談=44.3%、継続相談=58.0%）が最も多くみられた。

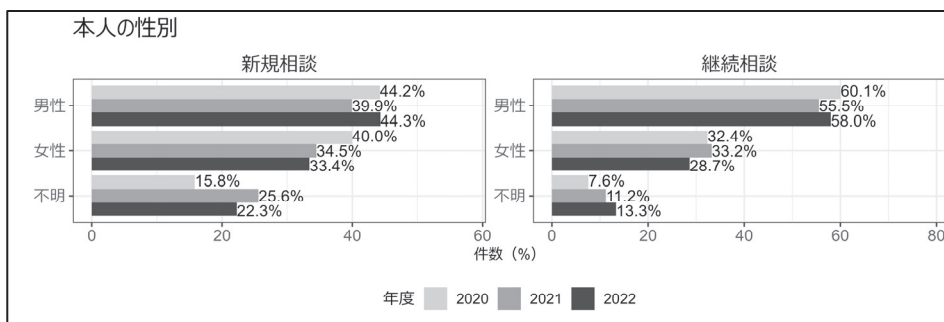


図1 本人の性別

本人の年齢を図2に示す。本人の年齢は新規相談と継続相談ともに、50歳代が最も多かった（新規相談=35.3%、継続相談=41.7%）。次いで、60-64歳（新規相談=27.8%、継続相談=38.2%）と続いた。

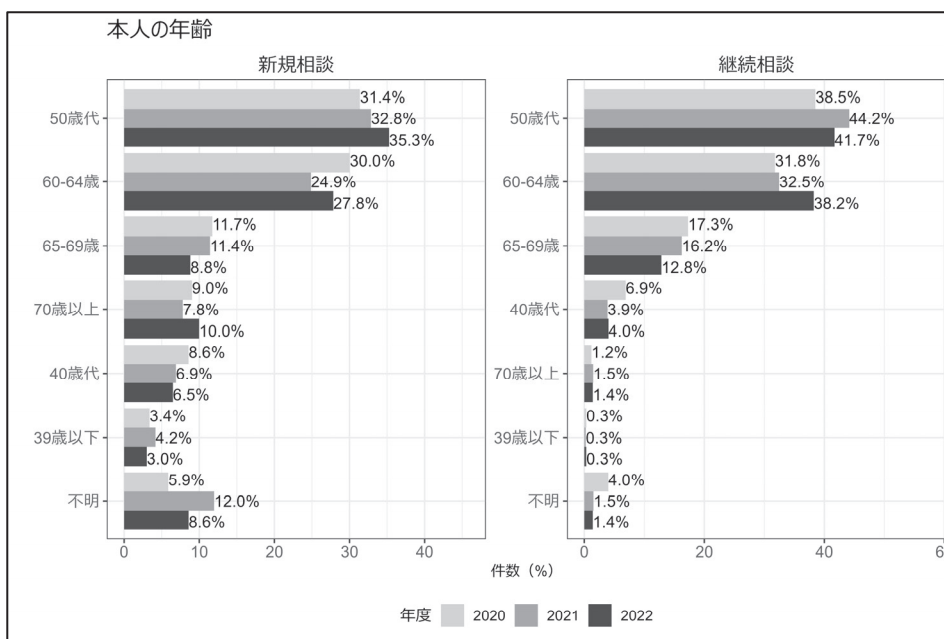


図2 本人の年齢

相談時の暮らし方を図3に示す。新規相談と継続相談ともに同居が最も多く（新規相談=57.5%、継続相談=80.9%）、独居（新規相談=13.5%、継続相談=11.1%）の順に続いた。

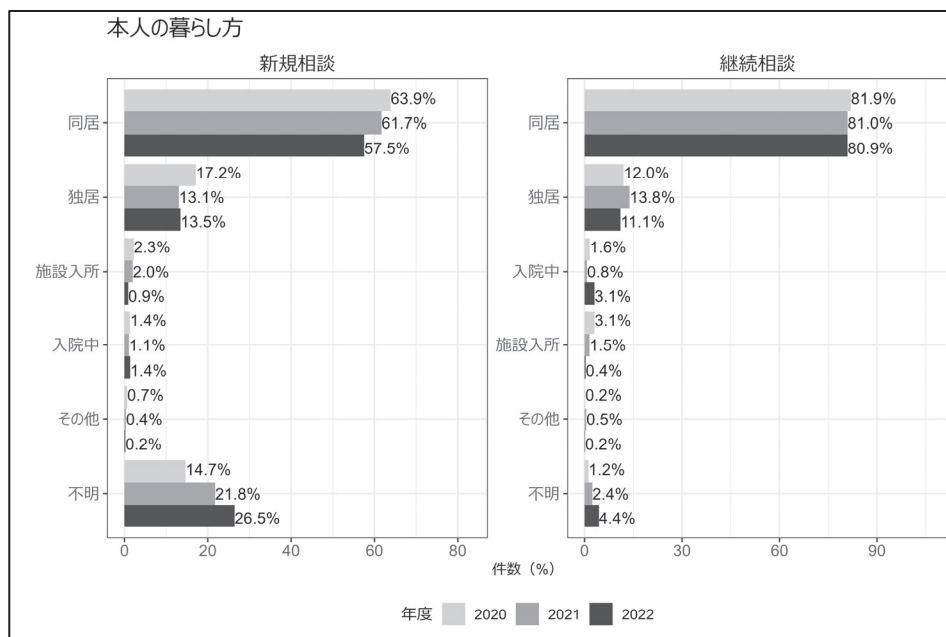


図3 暮らし方

相談時の就労状況を図4に示す。新規相談では、就労中（29.0%）、退職（21.3%）、休職中（8.8%）、元々就労していない（6.7%）の順で多かった。継続相談では、退職（38.4%）、就労中（31.2%）、休職中（9.5%）、元々就労していない（6.3%）の順で多かった。

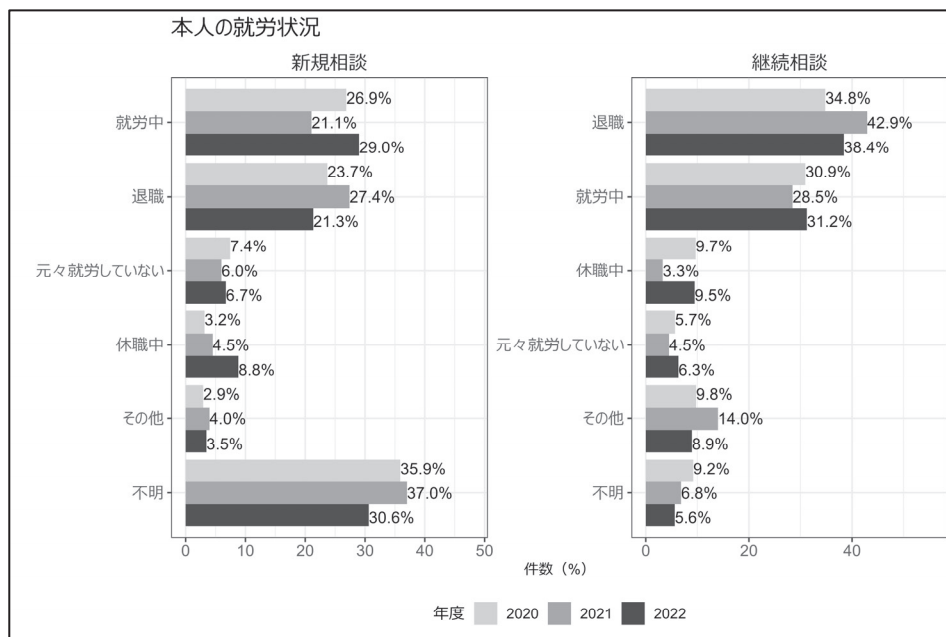


図4 就労状況

図5に、本人が就労中であった相談のうち、本人の雇用契約状況を示す。新規相談と継続相談ともに正社員が最も多かった（新規相談=32.8%、継続相談=51.5%）。また、本人が就労中であった相談のうち、障害者雇用率制度の対象者に関する相談は継続相談では24件（1.7%）であった。

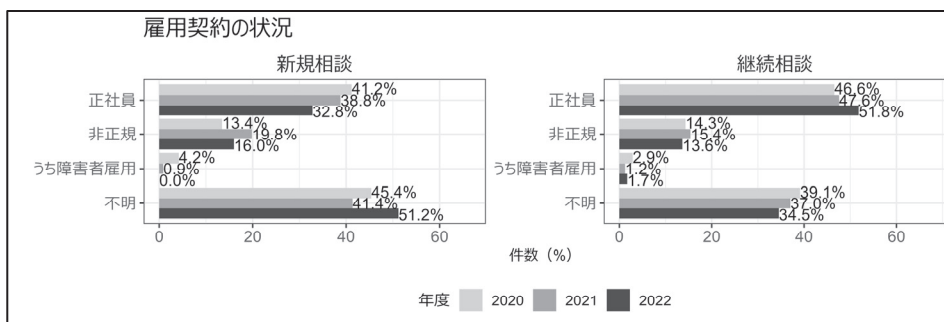


図5 雇用契約の状況

図6に本人の職業を示す。新規相談と継続相談ともに会社員が最も多く（新規相談=24.6%、継続相談=36.5%）、次いで、自営業（新規相談=4.9%、継続相談=7.1%）が多かった。

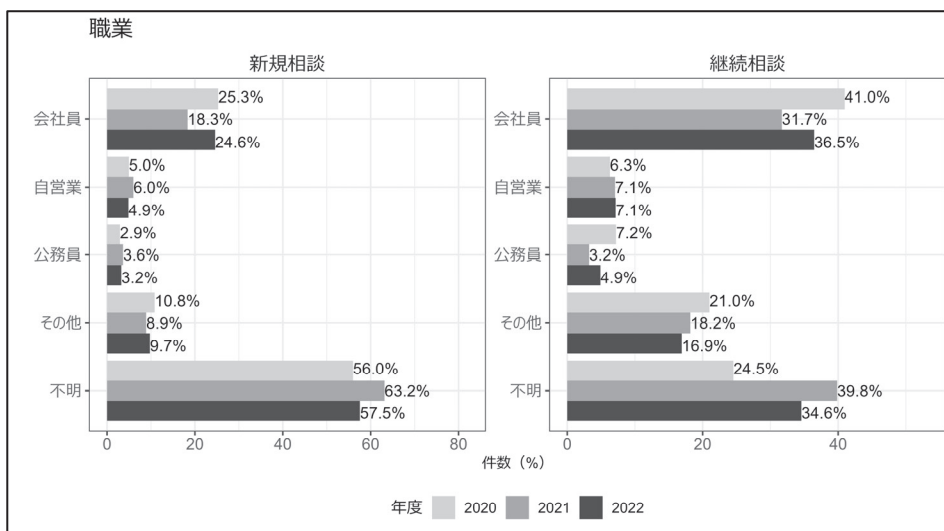


図6 職業

図7に元々就労していない人のうち、その詳しい状況を示す。新規相談と継続相談ともに専業主婦（新規相談=27.6%、継続相談=29.5%）が多かった。

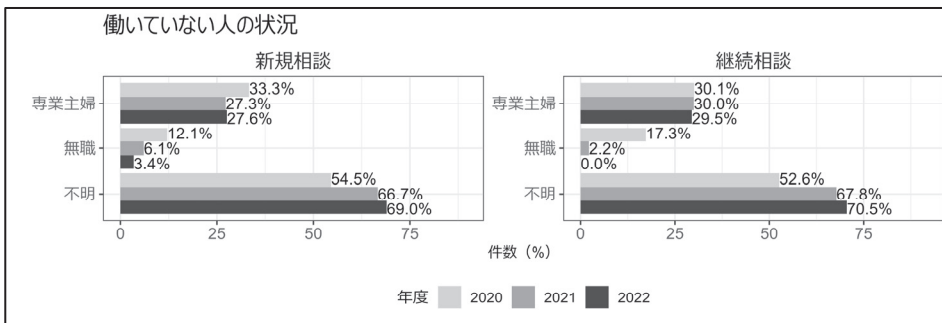


図7 働いていない人の状況

図8に本人の収入を示す。新規相談と継続相談ともに給料（新規相談=30.6%、継続相談=41.1%）が多い一方で、収入なしが次いで多かった（新規相談=9.76%、継続相談=13.2%）。

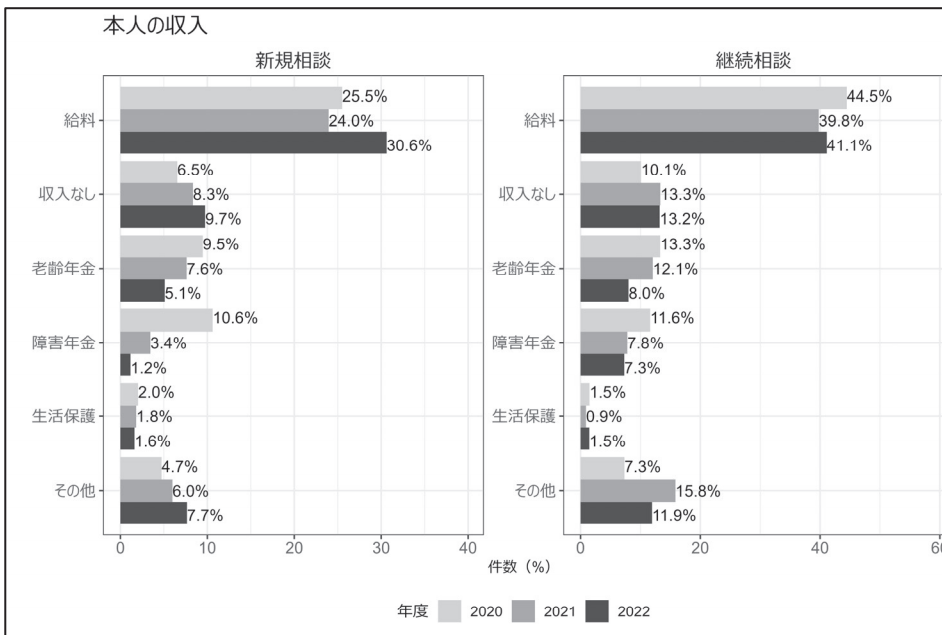


図8 本人の収入

3.3 各種制度の申請および利用状況

前章では、相談時における本人の状況をまとめた。ここでは、前述した状況において利用されている制度やサービスについてまとめた。

3.3.1 介護保険

介護保険の申請状況を図9に示す。新規相談と継続相談ともに未申請（新規相談=29.9%、継続相談=38.8%）、認定済（新規相談=10.2%、継続相談=24.1%）の順で多かった。

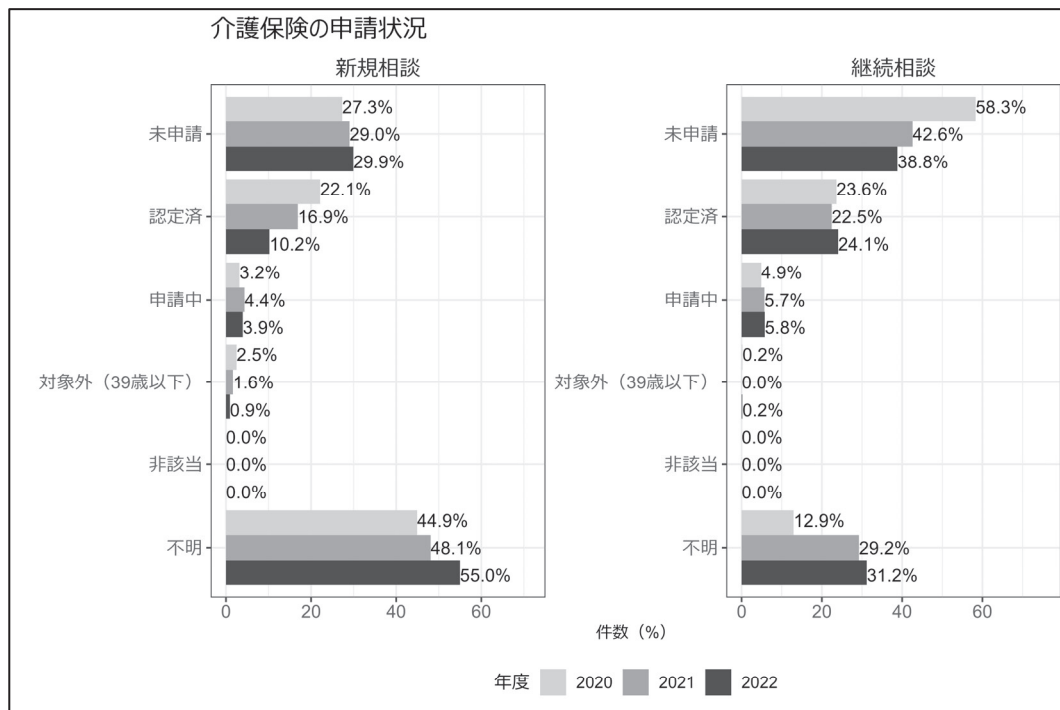


図9 介護保険の申請状況

図 10 に、介護保険において認定済であった相談のうち、その認定度を示す。新規相談では、要介護 1 (36.4%)、要介護 2 と要支援 1 (15.9%) の順が多かった。一方、継続相談では、要介護 1 (24.0%)、要介護 2 (7.3%)、要支援 1 (2.6%) の順が多かった。

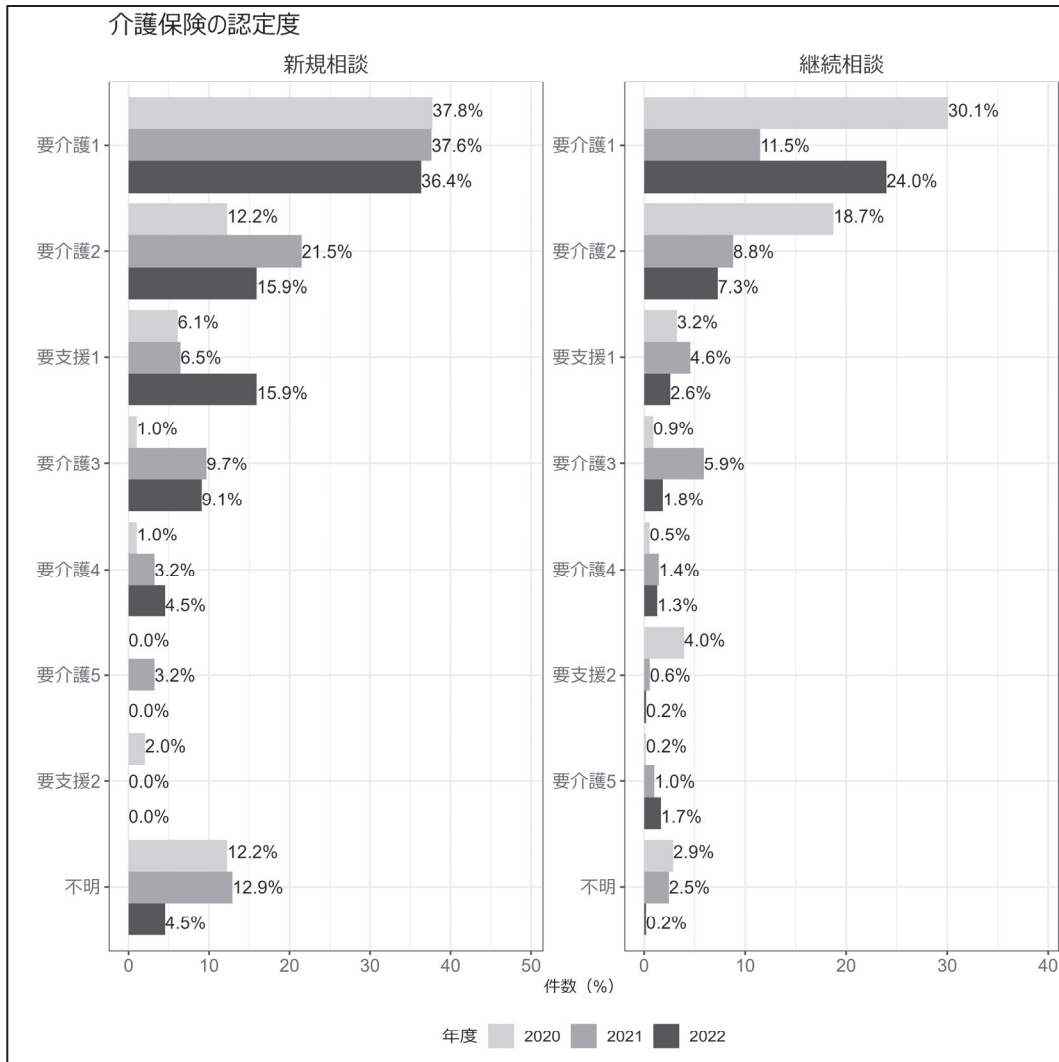


図 10 介護保険の認定度

3.3.2 障害者手帳

精神障害者保健福祉手帳の申請状況を図 11 に示す。新規相談と継続相談ともに未申請（新規相談=28.3%、継続相談=41.3%）、取得済（新規相談=3.0%、継続相談=24.1%）の順が多かった。

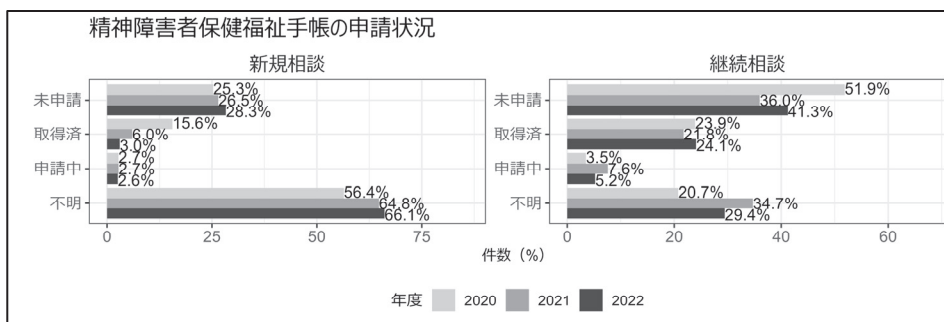


図 11 精神障害者保健福祉手帳の申請状況

身体障害者手帳の申請状況を図 12 に示す。新規相談および継続相談ともに、申請状況が把握できた相談では未申請（新規相談=11.1%、継続相談=21.7%）が最も多かったが、申請状況が不明の相談が多くを占めた。

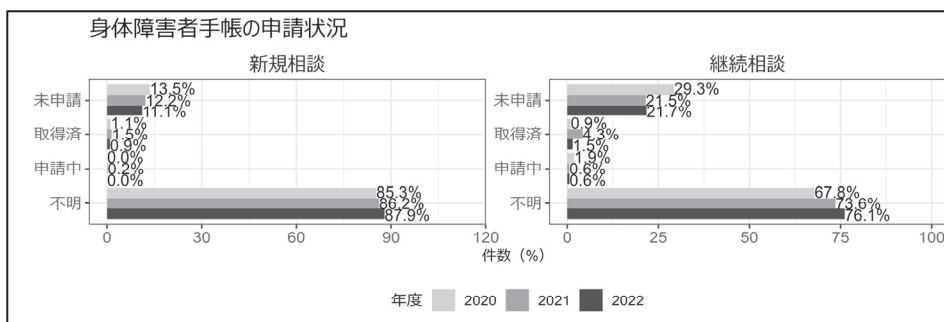


図 12 身体障害者手帳の申請状況

3.3.3 年金保険

年金保険の申請状況を図 13 に示す。新規相談では、受給要件なし（5.6%）、受給（4.9%）、の順で多かったが、申請状況は 8 割以上の相談において不明であった。一方、継続相談では、受給（17.1%）、申請可（13.8%）、受給要件なし（8.3%）の順で多かったが、申請状況は 5 割程度の相談において不明であった。

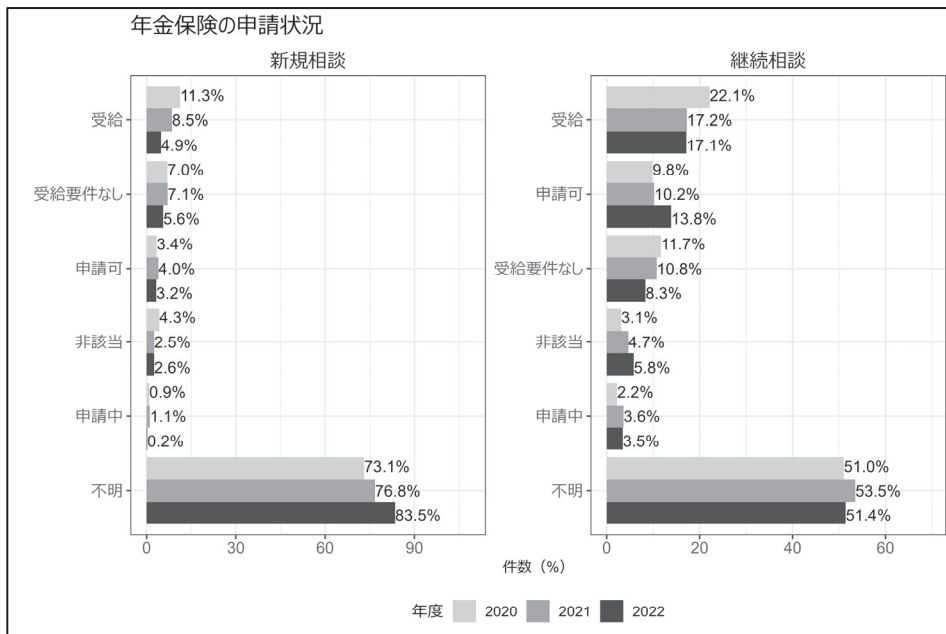


図 13 年金保険の申請状況

図 14 に、申請可能な年金保険がある者からの相談のうち、申請可能な年金保険の種類を示す。新規相談では、障害厚生（共済）と障害基礎（28.6%）が多かった。継続相談では、障害厚生（共済）（65.4%）が最も多かった。

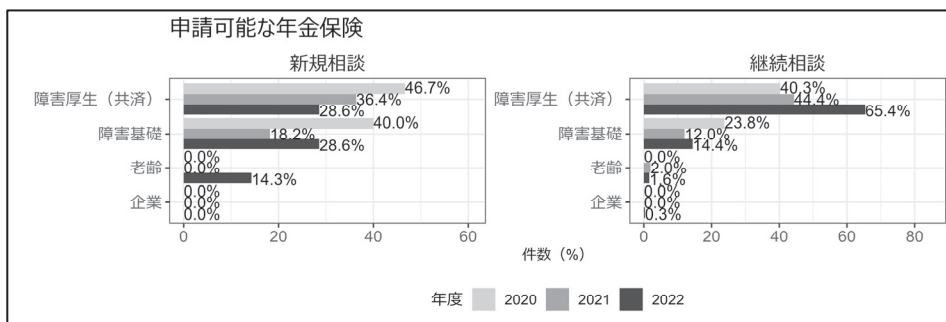


図 14 申請可能な年金保険

図 15 に、受給している年金保険がある者からの相談のうち、受給している年金保険を示す。新規相談では、老齢（57.1%）が最も多かった。一方、継続相談では、障害厚生（共済）（38.7%）、老齢（21.8%）、企業（21.1%）の順で多かった。

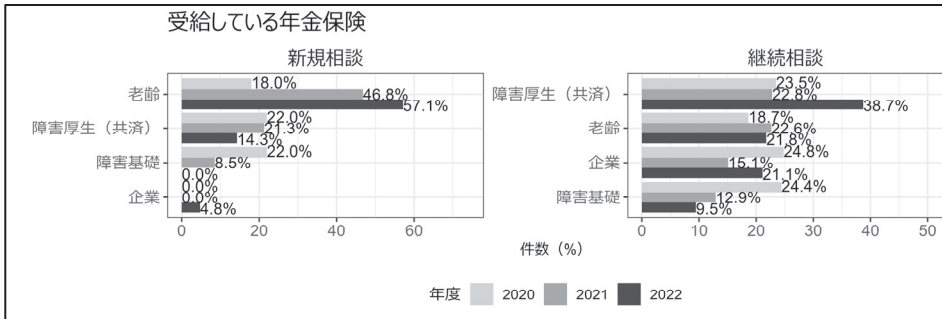


図 15 受給している年金保険

3.3.4 経済保障

各種免除や優遇処置をはじめとした経済保障の利用状況を図 16 に示す。新規相談および継続相談ともに、その利用状況はすべてが 5%未満であった。

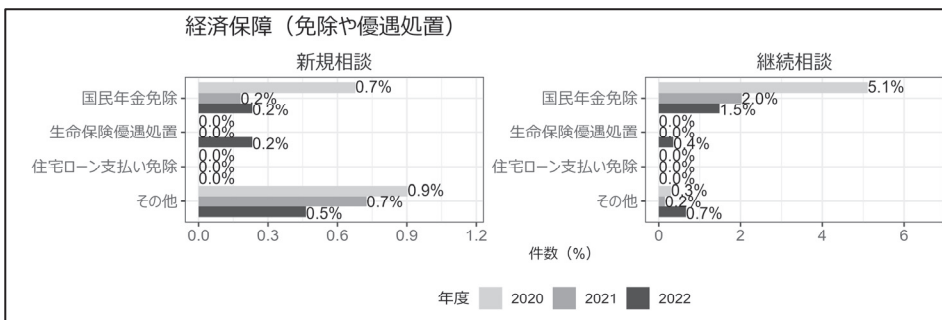


図 16 経済保障

3.3.5 医療保険

公的医療保険の状況を図 17 に示す。新規相談および継続相談ともに健康保険（新規相談=12.3%、継続相談=27.4%）、国民健康保険（新規相談=9.3%、継続相談=22.3%）の順で多かった。

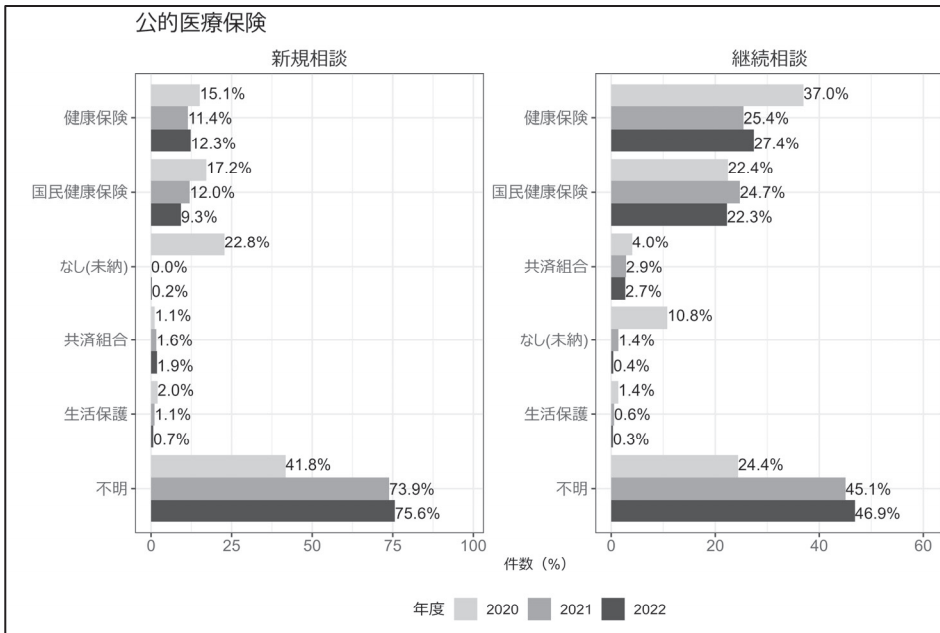


図 17 公的医療保険

傷病手当金の利用状況を図 18 に示す。新規相談および継続相談ともに申請不可（非該当）（新規相談=13.7%、継続相談=28.3%）で最も多かった。

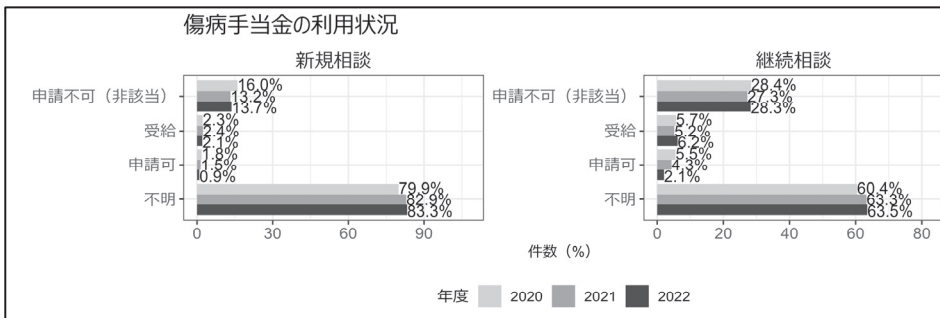


図 18 傷病手当金の利用状況

高額医療費助成制度の利用状況を図 19 に示す。新規相談および継続相談ともに不要が最も多かったが（新規相談=10.7%、継続相談=21.3%）、利用状況が不明の相談が多くを占めた。

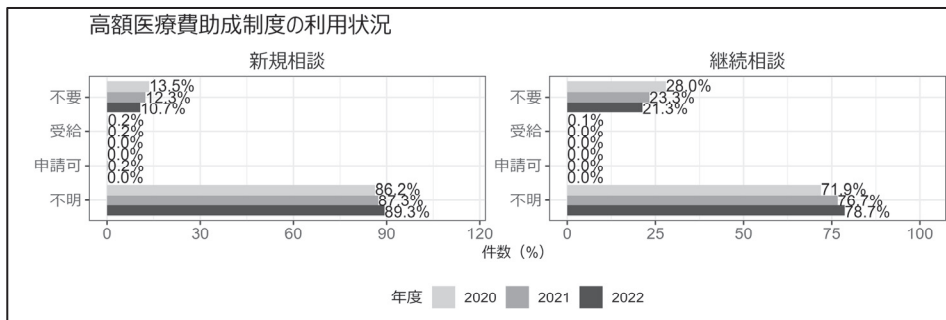


図 19 高額医療費助成制度の利用状況

高額医療費・介護合算制度の利用状況を図 20 に示す。新規相談および継続相談ともに不要が最も多かったが（新規相談=10.9%、継続相談=21.6%）、利用状況が不明の相談が多くを占めた。

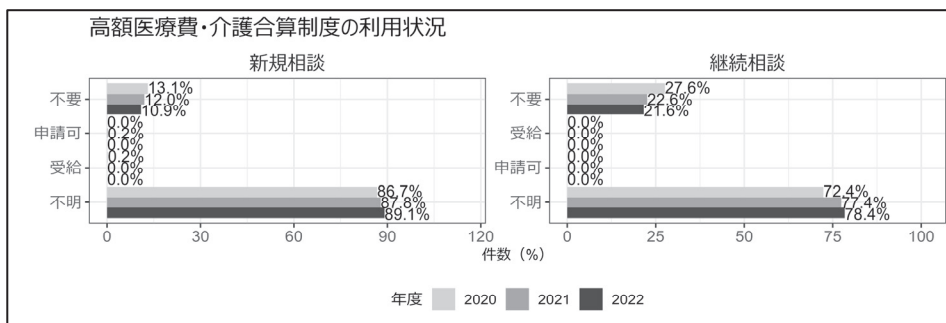


図 20 高額医療費・介護合算制度の利用状況

3.3.6 雇用保険について

雇用保険の失業等給付の利用状況を図 21 に示す。新規相談および継続相談ともに、申請不可（非該当）が最も多かったが（新規相談=14.2%、継続相談=28.1%）、利用状況が不明の相談が多くを占めた。

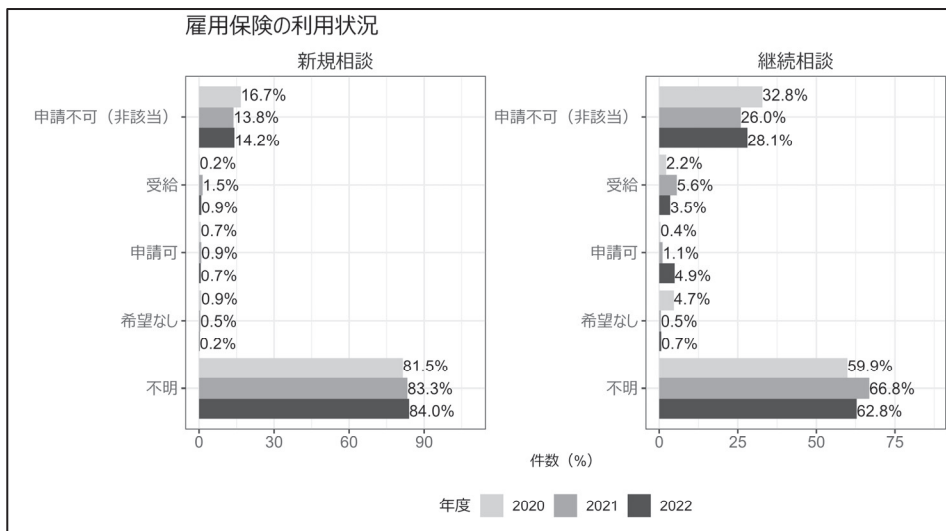


図 21 雇用保険の利用状況

3.3.7 自立支援医療制度

自立支援医療制度の利用状況を図 22 に示す。新規相談では、未申請（16.0%）、受給（8.3%）の順で多かった。一方、継続相談では、未申請（27.4%）、受給（23.1%）、申請中（5.5%）の順で多かった。新規相談および継続相談ともに利用状況が不明の相談が多くを占めた。

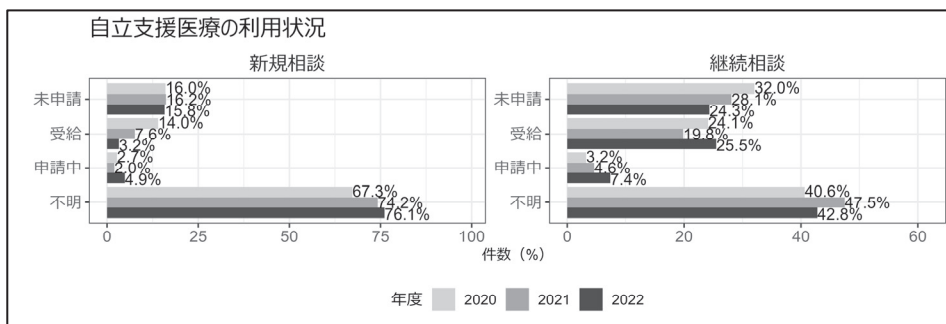


図 22 自立支援医療制度の利用状況

3.4 各種サービスの利用状況

3.4.1 介護保険サービス

介護保険サービスの利用状況を図 23 に示す。新規相談および継続相談ともに未利用（新規相談=27.6%、継続相談=44.8%）が多かった。

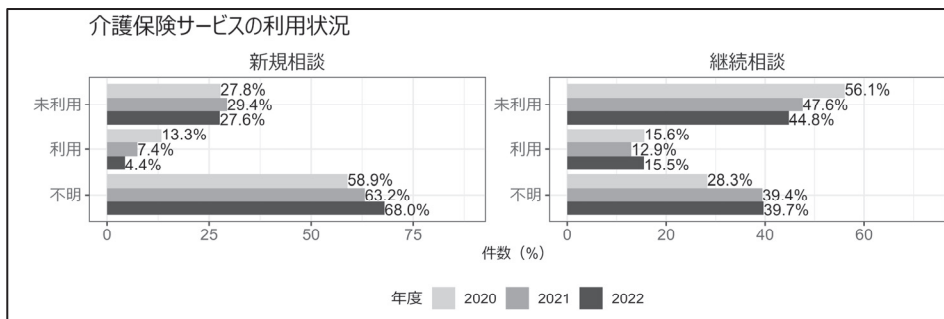


図 23 介護保険サービスの利用状況

図 24 に、介護保険を利用している者のうち、内容別の頻度を示す。新規相談および継続相談ともに通所（新規相談=42.1%、継続相談=67.2%）、訪問（新規相談=21.1%、継続相談=40.5%）の順で多かった。

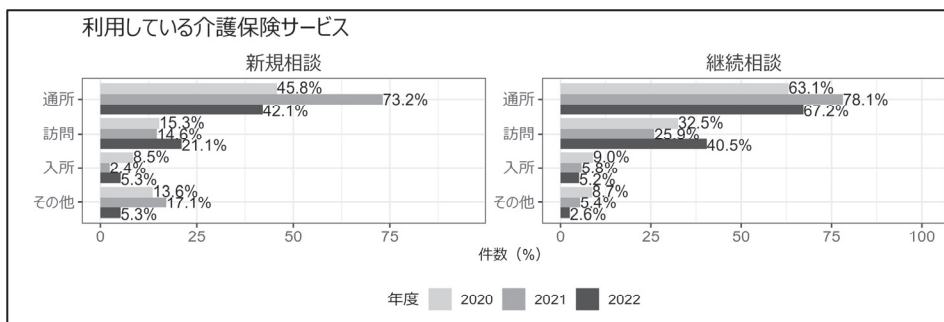


図 24 利用している介護保険サービス

3.4.2 障害福祉サービス

障害福祉サービスの利用状況を図 25 に示す。新規相談および継続相談ともに、未利用（新規相談=28.1%、継続相談=50.4%）が多かった。

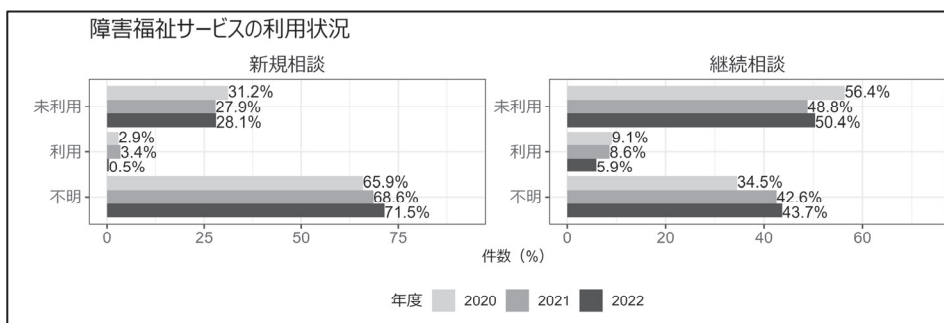


図 25 障害福祉サービスの利用状況

図 26 に障害福祉サービスを利用している者のうち、内容別の頻度を示す。新規相談ではその他を除くと 5%未満であった。一方、継続相談では、通所（62.9%）、移動支援（9.0%）、居宅（5.4%）の順で多かった。

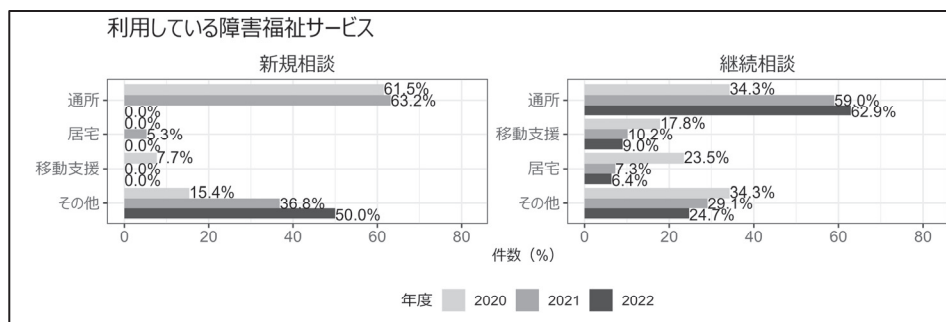


図 26 利用している障害福祉サービス

3.4.3 その他のサービス

その他のサービスの利用状況を図 27 に示す。新規相談では、未利用（25.5%）が最も多かった。一方、継続相談では、未利用（42.3%）、利用（11.9%）の順で多かった。

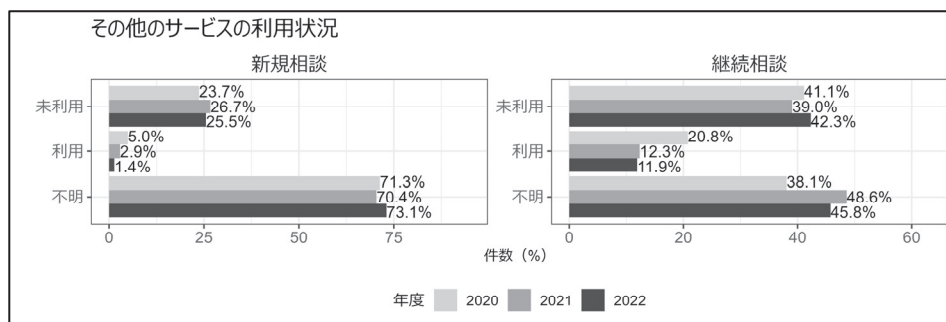


図 27 その他のサービスの利用状況

図 28 に、その他のサービスを利用している者のうち、内容別の頻度を示す。新規相談では家族の会（33.3%）、次いで認知症カフェ（16.7%）で多かった。継続相談では、認知症カフェ（59.0%）、家族の会（42.0%）の順で多かった。

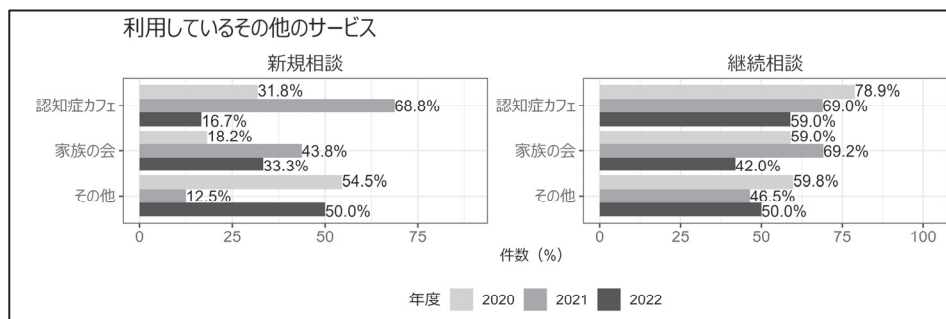


図 28 利用しているその他のサービス

3.4.4 成年後見人制度

成年後見人制度の利用状況を図 29 に示す。新規相談および継続相談ともに、未利用（新規相談=24.4%、継続相談=50.8%）の順で多かった。

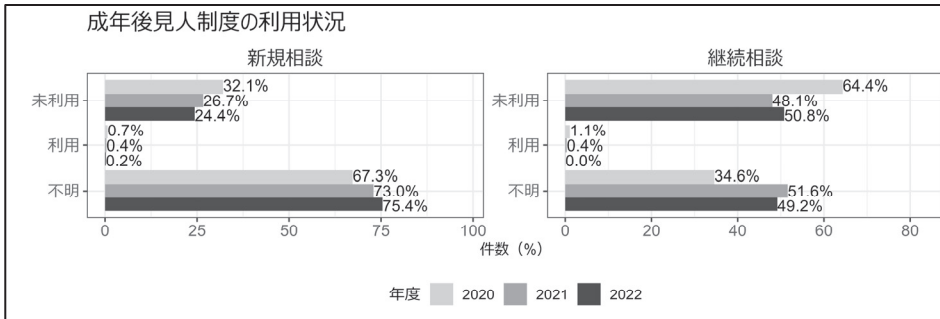


図 29 成年後見人制度の利用状況

3.5 連携先

相談時の連携先を図 31 に示す。新規相談および継続相談ともに、地域包括支援センター（新規相談=23.7%、継続相談=39.0%）、医療機関（新規相談=16.9%、継続相談=38.5%）、介護保険サービス事業所（新規相談=4.4%、継続相談=10.2%）の順で多かった。

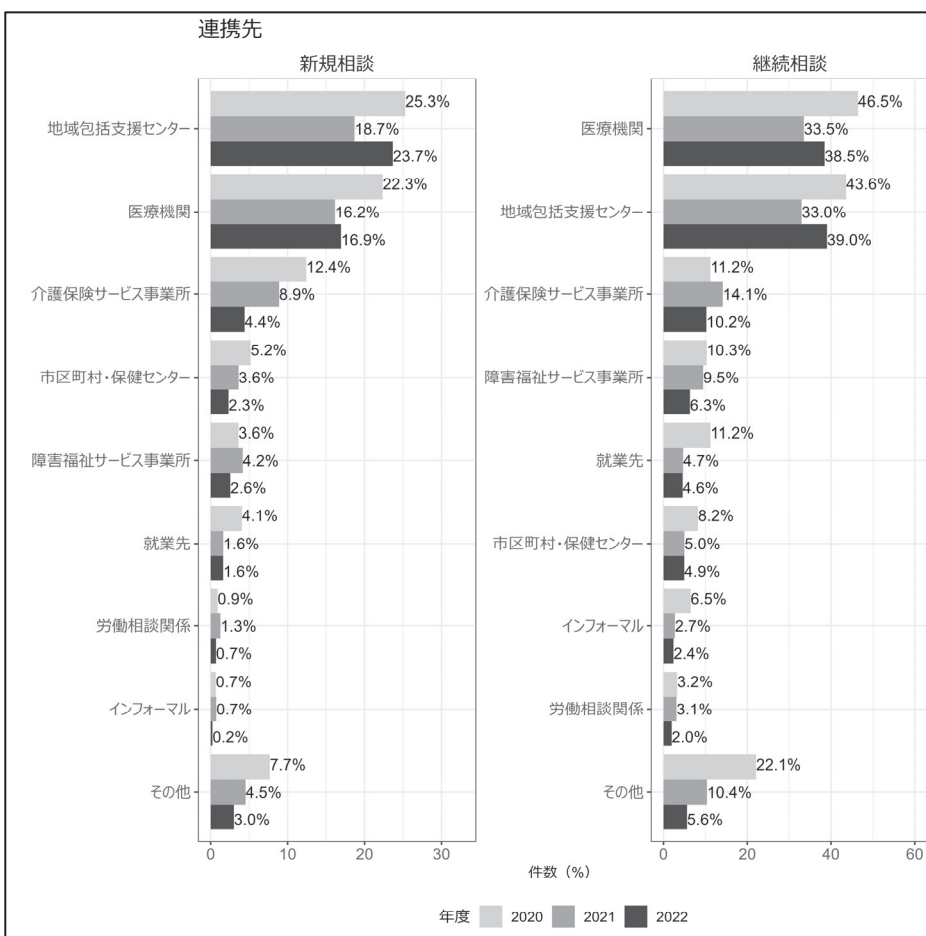


図 31 連携先

4 考察

本報告では、相談記録システムに登録された相談記録について、相談者のサービス利用状況に関する内容を中心にまとめた。

4.1 本人や家族に関する情報

本人や家族の状況の特徴では、本人の性別は女性よりも男性が多く、年齢は50歳代および60–64歳代が多くを占めていた。我が国の若年性認知症に関する疫学調査（以下、全国調査）では、女性よりも男性が多く、発症時が65歳未満の人の最初の症状に気づいた年齢は54.4歳で、年齢が上がるほどその有病率は上昇する傾向が明らかとなっており⁴⁾、本報告においても似た傾向を示していた。また、相談時の本人の暮らし方では同居している者が多かったが、独居者も毎年1割程認められた。我が国の50歳時の未婚率は男女ともに年々上昇しており⁵⁾、キーパーソンが身近にいない中でのサービス調整や支援体制の構築には様々な困難さが予測され、今後、注視していくところと考える。

本人の就労状況では新規相談時は不明、次いで、就労中の順に多かった。継続相談では不明が減少し、退職が最も多かった。若年性認知症の人は他の病気の人と比べて離職の発生率が高いことや退職者が多いことが明らかになっており、先行研究と同様な傾向を示していた^{6,7)}。また、継続相談では就労中と休職中を合わせると4割を超え、本人の在職中から支援コーディネーターが支援に携わっていた。厚生労働省より2016年に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」⁸⁾、2021年に「若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き」が作成された⁹⁾。また、2022度の診療報酬改定では治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料の対象疾患に「若年性認知症」が追加され、治療と仕事の両立が進められており、その支援では両立支援コーディネーターが役割を担っている。しかしながら、両立支援コーディネーターが支援した疾患ではがんが最も多く、次いでメンタルヘルスとなっており、若年性認知症に関する支援は明らかとなっていない¹⁰⁾。さらに、若年性認知症の人の多くは職場からの配慮が十分でないことも指摘されている⁷⁾。若年性認知症は進行性の疾患であり、就労継続への支援とともに、段階的な離職に向けた調整は、退職後の生活のwell-beingの観点からも重要である¹¹⁾。現状を踏まえると、若年性認知症の人の就労継続等は支援コーディネーターが支援体制の構築等の役割を担うことで、支援が円滑に進む可能性がある。よって、支援コーディネーターが在職中から関与する意義は大きいと考え、今後、支援事例の蓄積とその支援内容の詳細について分析し、成果や課題等を検討していく必要がある。

雇用契約状況では、正社員で給料により収入を得ている相談者が多いが、1割程度の相談者は収入がなかった。全国調査から約6割が世帯の収入が減り、約4割は家計が苦しいと報告がされている⁷⁾。本報告においても上述の就労や雇用契約の状況から、退職による収入減少が推測され、公的制度等による経済的支援を円滑に進めていく必要性があると考えられた。

4.2 サービスの利用状況

現在、我が国では若年性認知症に特化した社会保障制度はない。そのため、インフォーマルサービスも含めた既存の社会保障制度を活用し、若年性認知症の人のニーズに合ったサービス内容の展開、制度の横断的な利用が求められている¹²⁾。

公的制度の中で、介護保険や障害者手帳の申請状況では新規相談時は不明が最も多かったが、継続相談では不明が減少し、未申請が多かった。また、介護保険の認定済と精神障害者保健福祉手帳の取得済は継続相談では、新規相談時よりもそれぞれ約2倍（10.2%から24.1%）、約8倍（3.0%から24.1%）に増加した。介護保険サービスと障害福祉サービスの利用状況においても、新規相談時は不明が最も多かった。各サービスは継続相談では不明が減少し、未利用が最も多かったものの、利用については新規相談時よりも継続相談では介護保険サービスでは約3倍（4.4%から15.5%）、障害福祉サービスでは約10倍（0.5%から5.9%）に増加し、サービス内容では通所が多く利用されていた。この結果から、新規相談時は公的制度の申請や利用の状況把握は難しいが、継続相談により把握が進み、必要に応じて利用のための調整や支援がなされていると推測された。特に、精神障害者保健福祉手帳の取得や障害福祉サービス利用の増加率は大きく、若年性認知症の人の支援の特性であると考えられた。また、介護保険サービスや障害福祉サービスの利用は通所以外にも複数のサービス内容が継続相談により増加しており、本人の状態や多様なニーズに応じて調整しているものと考えられた。一方で、介護保険サービスや障害福祉サービスの未利用が多いことは全国調査と同様な傾向である。先行研究からはサービス利用の必要性を感じない以外にも、サービスを知らない、利用したいサービス内容がない等の理由が挙げられているが、本データの性質からは理由を特定することは困難であり、さらなる検討が必要である。

経済的支援として、傷病手当金の利用状況では、新規相談および継続相談で不明が多かったが、継続相談によりその割合は減少し、申請不可（非該当）が多かった。傷病手当金は受給中または受給要件を満たしていれば退職後も受給が可能である。申請不可（非該当）の要因については、別途精査する必要がある。また、年金保険の申請状況では、新規相談および継続相談で不明が多かったが、継続相談によりその割合は減少し、受給や申請可、受給要件なし等の各申請状況の割合が増加した。申請可能な年金では障害厚生が約2倍（28.6%から65.4%）に増加した。また、自立支援医療制度の利用状況では、新規相談時は不明が最も多かったが、継続相談では不明が減少し、受給が約8倍（3.2%から25.5%）に増加した。経済的支援の多くは年金制度や自立支援医療制度を活用しており、これは先行研究と同様な傾向であった。若年性認知症の人の家計の変化においては、減収要因として医療費の支払いが多いことが明らかとなっている¹³⁾。自立支援医療制度は医療費の自己負担額を軽減するための公費負担医療制度であり、診断後速やかに同制度の案内等を行うことが重要であると思われる。

また、認知症カフェや家族の会等のインフォーマルサービスの利用状況では、新規相談時および継続相談において不明が最も多く、次いで、未利用が多かった。利用は新規相談時よりも継続相談では約10倍（1.4%から11.9%）に増加し、特に、認知症カフェが多かった。インフォーマルな場は心理社会的ケアや本人や家族に知識がなくても必要なサービスにつながる支援として役立つことが指摘されている¹⁴⁾。支援コーディネーターは公的制度に加え、インフォーマルサービスについても利用状況を把握し、必要に応じて調整することが求められる。

謝辞

本研究は、厚生労働省の介護保険事業費補助金の交付を受けて実施した。情報共有システムを利用していただいている皆様にお礼申し上げます。

参考文献

- 1) 社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター. 情報共有システムの活用による若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と課題分析に関する研究. 令和3年度 認知症介護研究・研修大府センター 研究報告書. 2022: 83-100.
- 2) 社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター. 若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業. 令和3年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書. 2022: 159.
- 3) 社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター. 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書. 情報共有システムの活用による若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と課題分析に関する研究. 令和4年度 認知症介護研究・研修大府センター 研究報告書. 2023: 41-100.
- 4) Awata S, Eda H, Arai T, et al. Prevalence and subtype distribution of early-onset dementia in Japan. *Psychogeriatrics*. 2020; 20: 817-23.
- 5) 内閣府. 令和4年版少子化社会対策白書 第1部少子化対策の現状第1章少子化をめぐる現状3 婚姻・出産の状況
<https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2022/r04pdfhonpen/pdf/s1-3.pdf> (令和6年3月25日時点)
- 6) Sakata N, Okumura Y. Job loss after diagnosis of early-onset dementia: A matched cohort study. *J Alzheimers Dis*. 2017; 60: 1231-5.
- 7) 栗田 圭一. わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査. *精神医学* 2020 ; 62(11) : 1429-1444.
- 8) 厚生労働省 HP. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン (令和6年3月版)
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001225327.pdf> (令和6年3月25日時点)
- 9) みずほりサーチ&テクノロジーズ HP. 令和3年度老人保健健康増進等事業 若年性認知症疾患者の就労支援のための調査研究事業「若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き」
https://www.mizuho-rt.co.jp/case/research/pdf/r03mhlw_kaigo2021_01.pdf (令和6年3月25日)
- 10) 金子善博. 治療と仕事の両立支援の現状 (2) 両立支援コーディネーターの役割・養成の現状と今後の展開. *産業医学ジャーナル* 46 (5), 8-11, 2023-09-01
- 11) Ritchie L, Tolson D, Danson, M. Dementia in the workplace case study research: understanding the experiences of individuals, colleagues and managers. *Ageing & Society* 2018 ; 38(10) : 2146-2175.
- 12) 宮永 和夫. 若年性認知症の社会的課題. *精神医学* 2020 ; 62(11) : 1445-1453.
- 13) 厚生労働省. 平成30年版厚生労働白書—障害や病気などとの向き合い、全ての人が活躍できる社会に— 第1部 障害や病気などとの向き合い、全ての人が活躍できる社会に
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/18/dl/1-01.pdf> (令和6年3月25日時点)

- 14) 多田努. 若年性認知症の本人・家族の視点を政策に反映することの重要性と本人発意の政策形成の課題. 精神医学 2020 ; 62(11) : 1517-1527.

付録 1 相談記録システムの各集計項目における単純集計結果【2022年度】

1 相談および対応について

1.1 相談について

1.1.1 相談者の性別

相談種別	男性	女性	不明
新規	100	243	88
継続	1,361	2,794	351

1.1.2 相談者の続柄

【本人あるいは親族】

相談種別	本人	配偶者	親	兄弟姉妹	子	子の配偶者	親戚
新規	65	70	5	17	53	3	3
継続	821	1,092	48	179	176	4	11

【それ以外】

相談種別	近隣住民	友人	職場	障害福祉	医療・介護の専門職	行政	その他	不明
新規	1	0	14	3	152	13	11	21
継続	1	11	176	162	1,595	120	100	10

1.1.3 相談経路

相談種別	インターネット	医療機関	行政	職場	就労支援機関	障がい者相談支援事業所	地域包括支援センター
新規	92	105	19	7	1	3	57
継続	368	1,499	80	55	58	174	894

【続き】

相談種別	居宅介護支援事業所	家族の会	知人	研修会・講座	メディア	その他	不明
新規	9	6	2	1	4	35	90
継続	122	84	21	4	31	256	860

1.1.4 相談方法

相談種別	電話	メール	来所	訪問	会議・カンファレンス	その他
新規	353	15	20	8	3	32
継続	2,853	201	320	479	145	508

1.1.5 相談内容 ※複数選択

相談種別	医療的情報	社会資源の活用	経済的な問題	本人の生活	介護方法	介護者負担	就労支援	専門職からの問い合わせ
新規	163	111	66	175	24	45	62	81
継続	1,170	1,765	932	2,915	498	1,038	1,107	739

1.2 対応について

1.2.1 対応方法

相談種別	電話	メール	来所	訪問	会議・カンファレンス	その他
新規	351	13	17	8	2	40
継続	3,040	184	252	424	98	508

1.2.2 対応内容 ※複数選択

相談種別	医療的な情報提供	人間関係について助言	精神的支援	介護方法等の工夫	介護保険の情報提供	介護保険以外の情報提供	経済的悩みへの対応	その他
新規	158	19	110	36	40	134	62	124
継続	1,263	223	1,515	771	949	1,839	888	2,175

2 本人の基本情報

2.1 性別

相談種別	男性	女性	不明
新規	191	144	96
継続	2,614	1,291	601

2.2 年齢

相談種別	39歳以下	40歳代	50歳代	60-64歳	65-69歳	70歳以上	不明
新規	13	28	152	120	38	43	37

相談種別	39歳以下	40歳代	50歳代	60-64歳	65-69歳	70歳以上	不明
継続	15	182	1,879	1,723	579	64	64

2.3 認知症の診断

相談種別	あり	なし	不明
新規	243	76	112
継続	3,939	230	337

2.4 認知症の告知

相談種別	あり	なし	不明
新規	189	35	207
継続	3,475	357	674

2.5 診断名

相談種別	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	前頭側頭型認知症	レビー小体型認知症	軽度認知障害(MCI)	認知症の疑い	その他	不明
新規	132	8	22	4	14	19	28	204
継続	2,424	144	562	80	283	160	326	527

3 本人の状況

3.1 主介護者

相談種別	配偶者	親	兄弟姉妹	子	子の配偶者	親戚	孫	その他	不明
新規	164	11	25	29	1	4	0	5	192
継続	2,821	294	418	291	2	66	0	45	569

3.2 症状 ※複数選択

相談種別	何度も同じことを言う・聞く	取り繕う	道に迷う	段取りが難しい	金銭管理が困難	性格の変化	その他
新規	121	30	28	115	33	42	127
継続	2,371	955	692	2,317	868	891	1,381

3.3 日常生活動作 (ADL)・手段的日常生活動作 (IADL) の自立度

3.3.1 食事

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	2	31	7	144	247
継続	30	1,455	96	1,842	1,083

3.3.2 排泄

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	4	9	5	170	243
継続	135	194	120	2,889	1,168

3.3.3 更衣

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	2	12	8	161	248
継続	149	283	323	2,588	1,163

3.3.4 入浴

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	3	11	5	162	250
継続	148	304	350	2,606	1,098

3.3.5 移動

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	2	5	9	165	250
継続	101	272	488	2,595	1,050

3.3.6 買い物・家事

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	6	22	10	129	264
継続	350	525	764	1,545	1,322

3.4 BPSD について

3.4.1 BPSD の有無

相談種別	あり	なし	不明
新規	53	72	306
継続	1,032	1,599	1,875

3.4.2 BPSD の詳細 ※複数選択

相談種別	興奮・易刺激性	徘徊	妄想	抑うつ	異常行動	その他
新規	25	5	6	15	6	7
継続	450	101	179	397	167	103

3.5 就労について

3.5.1 就労状況

相談種別	就労中	休職中	退職	元々就労していない	その他	不明
新規	125	38	92	29	15	132
継続	1,407	427	1,731	285	403	253

3.5.2 雇用契約

相談種別	正社員	非正規	不明	うち障害者雇用
新規	41	20	64	0
継続	729	192	486	24

3.5.2.1 障害者雇用の有無

相談種別	無職	専業主婦	不明
新規	1	8	20
継続	0	84	201

3.5.3 元々働いていない人の状況

相談種別	給料	老齢年金	障害年金	生活保護	収入なし	その他
新規	132	22	5	7	42	33
継続	1,853	361	329	66	595	538

3.6 経済状況について

3.6.1 本人の収入 ※複数選択

相談種別	給料	老齢年金	障害年金	生活保護	収入なし	その他
新規	91	17	2	0	18	19
継続	2,127	582	52	17	186	507

3.6.2 その他の経済要因 ※複数選択

相談種別	住宅ローン	学費・養育費	生命保険
新規	10	7	3
継続	398	225	83

4 制度等の利用状況について

4.1 介護保険

4.1.1 介護保険の申請状況

相談種別	対象外 (39歳以下)	未申請	申請中	認定済	不明	非該当
新規	4	129	17	44	237	0
継続	8	1,749	260	1,084	1,405	0

4.1.2 介護保険の認定状況

相談種別	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	不明
新規	7	0	16	7	4	2	0	2
継続	28	2	260	79	20	14	18	2

4.2 精神障害者保健福祉手帳の申請状況

相談種別	未申請	申請中	取得済	不明
新規	122	11	13	285
継続	1,859	235	1,085	1,327

4.3 身体障害者手帳の申請状況

相談種別	未申請	申請中	取得済	不明
新規	48	0	4	379
継続	980	28	67	3,431

4.4 年金保険

4.4.1 年金保険の申請状況

相談種別	申請可	申請中	受給	受給要件なし	非該当	不明
新規	14	1	21	24	11	360
継続	624	156	772	375	262	2,317

4.4.2 申請可能な年金保険 ※複数選択

相談種別	障害基礎	障害厚生(共済)	老齢	企業
新規	4	4	2	0
継続	90	408	10	2

4.4.3 年金保険の受給状況 ※複数選択

相談種別	障害基礎	障害厚生(共済)	老齢	企業
新規	0	3	12	1
継続	73	299	168	163

4.5 経済保障 ※複数選択

相談種別	国民年金免除	住宅ローン支払い免除	生命保険優遇処置	その他
新規	1	0	1	2
継続	67	0	16	30

4.6 健康保険

4.6.1 健康保険の加入状況

相談種別	国民健康保険	健康保険	共済組合	生活保護	なし(未納)	不明
新規	40	53	8	3	1	326
継続	1,003	1,236	122	15	18	2,112

4.6.2 傷病手当金の利用状況

相談種別	申請可	受給	申請不可(非該当)	不明
新規	4	9	59	359
継続	93	278	1,273	2,862

4.6.3 高額療養費助成制度の利用状況

相談種別	申請可	受給	不要	不明
新規	0	0	46	385
継続	0	0	961	3,545

4.6.4 高額介護合算療養費制度の利用状況

相談種別	申請可	受給	不要	不明
新規	0	0	47	384
継続	0	0	974	3,532

4.7 雇用保険の利用状況

相談種別	申請可	受給	申請不可(非該当)	希望なし	不明
新規	3	4	61	1	362
継続	222	158	1,265	30	2,831

4.8 自立支援医療制度の利用状況

相談種別	受給	申請中	未申請	不明
新規	14	21	68	328
継続	1,149	332	1,096	1,929

5 サービス等の利用状況について

5.1 連携先 ※複数選択

相談種別	地域包括支援センター	市区町村・保健センター	医療機関	介護保険サービス事業所	障害福祉サービス事業所	就業先	労働相談関係	インフォマー	その他
新規	102	10	73	19	11	7	3	1	13
継続	1,759	223	1,733	461	284	206	88	107	253

5.2 介護保険サービス

5.2.1 介護保険サービスの利用状況

相談種別	利用	未利用	不明
新規	19	119	293
継続	699	2,019	1,788

5.2.2 利用している介護保険サービスの種類 ※複数選択

相談種別	通所	訪問	入所	その他
新規	8	4	1	1
継続	470	283	36	18

5.3 障害福祉サービス

5.3.1 障害福祉サービスの利用状況

相談種別	利用	未利用	不明
新規	2	121	308
継続	267	2,270	1,969

5.3.2 利用している障害福祉サービスの種類 ※複数選択

相談種別	通所	居宅	移動支援	その他
新規	0	0	0	1
継続	168	17	24	66

5.4 その他のサービス

5.4.1 その他のサービスの利用状況

相談種別	利用	未利用	不明
新規	6	110	315
継続	536	1,907	2,063

5.4.2 利用しているその他のサービスの種類 ※複数選択

相談種別	家族の会	認知症カフェ	その他
新規	2	1	3
継続	225	316	268

5.5 権利擁護

5.5.1 成年後見制度の利用状況

相談種別	利用	未利用	不明
新規	1	105	325
継続	1	2,288	2,217

5.5.2 利用している成年後見制度

相談種別	後見	保佐	補助	不明
新規	0	0	0	1
継続	1	0	0	0

5.5.3 日常生活自立支援事業

相談種別	利用	未利用	不明
新規	0	102	329
継続	67	2,172	2,267

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に 関する文献研究

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に関する文献研究

主任研究者：山口 友佑（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

分担研究者：浅野 正嗣（認知症介護研究・研修大府センター 研修部）

小木曾 恵里子（認知症介護研究・研修大府センター 研修部）

李 相侖（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

齊藤 千晶（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

I. 背景と目的

認知症ケア実践現場において、認知症の人が大切にされていると感じながら生活を送ることができるよう、質の高い認知症ケアを実践していくことが専門職には求められている。そのためにも、認知症ケアに関する専門的知識を習得することができる機会が必要であり、その一つとしてスーパービジョン（以下、SV という）を展開していくことが挙げられる。

近年、認知症ケア実践現場において、SV 実践を展開する環境は整っており、認知症ケア実践の中でスーパーバイザーとしての役割を担うべき専門職の養成が行われているが、どのように SV を実践すればいいかわからない、SV 実践の中で、どのようにスーパーバイザーと向き合うべきなのかわからない等、SV を実践する上で様々な悩みに直面している現状が明らかになっている。SV では、スーパーバイザーの価値観や知識、技術が大きく影響してくることから、スーパーバイザーは、SV に対する正しい理解や知識、技術を身に付けることが必要であり、認知症ケア SV でも同様であるといえる。このことから、認知症ケア SV を実践していくうえで、スーパーバイザーが必要となるコンピテンシーを明確にすることが重要であると考えられる。

昨年度の研究事業では、認知症ケアスーパーバイザーに必要となる価値観や知識、技術を明らかにし、コンピテンシー項目について検討を行った。本年度は、昨年度の研究成果を踏まえ、SV に関する文献整理をもとに、認知症ケア実践の中で SV を行う上で求められるスーパーバイザーの役割について検討することを目的とする。

II. 方法

1) 分析対象

社会福祉領域ならびに高齢者領域での SV に関連する論文を、「国立国会図書館サーチ（NDL SEARCH）」、「Google Scholar」により検索した。検索語は「社会福祉 and スーパービジョン」、「高齢者 and スーパービジョン」、「認知症ケア and スーパービジョン」として、論文のタイトルまたは抄録に検索語が使用されている論文を対象とした。

2) 論文の選定方法

論文の制定には、各データベース間の重複論文を削除し、1次（タイトルと抄録の精査）と2次（本文の精査）の2段階でスクリーニングを行った。その後、選定した論文をもとに、【SV の概念定義】、【スーパーバイザーに求められている役割】、【SV に求められる機能】、【認知症ケア SV の特徴】について整理を行った。なお独自性、有効性、妥当性などを担保するため、選定する論文は「原著論文」とした。

Ⅲ. 結果

論文検索の結果、各データベースより抽出された合計の論文は 328 件であった。データベース間の重複を削除した 294 件から、1 次スクリーニングの採択条件に合致した 124 件を抽出した。さらに論文本文について 2 次スクリーニングを行い、最終的に採択基準に合致した 17 件をレビュー対象論文として選定した。

1) SV の概念定義について

SV の概念定義について整理したものを表 1 に示す。SV について概念定義について整理したものを表 1 に示す。定義の特徴としては、「自己覚知の機会の提供」、「専門職としての成長するためのプロセス」、「スキルの向上」、「リフレクションの機会」、「より良い援助を提供するためのプロセス」、「課題解決のためのプロセス」ということが挙げられていた。

表 1 SV の概念定義について

著者/年度	「SV の概念定義」	キーワード
倉石 ¹⁾ (1995)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 援助過程でのソーシャルワーク実践上の技術・知識レベルの課題克服のみならず、ソーシャルワーカーが自らの価値倫理に気づき、利用者を全人格的に受容し、彼らの抱える問題への接近と無条件の理解の姿勢が貫かれるよう導くこと ・ 経験の浅いワーカーに留まらず、処遇ケースに応じて生じる専門的課題の解決のために必要不可欠な専門性を持つ訓練過程 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自己覚知の機会の提供 ・ 専門職としての成長するためのプロセス
中田 ²⁾ (2009)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 援助者が自らの価値観や援助方法を客観的に見る機会を与え、援助職に必要不可欠であるとされている「自己覚知」の機会を提供する役割を持つ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自己覚知の機会の提供
小松尾 ³⁾ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーである援助者の成長であり、援助者が成長することで利用者へよりよい援助ができるようになること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職としての成長するためのプロセス ・ より良い援助の提供するためのプロセス
市東 ⁴⁾ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者にとっても、援助者にとってもよりよい援助を求めていくことであり、そのための問題解決の筋道やヒントを見つけていく集団的活動 ・ 専門職同士の専門性をより有効に発揮するべく設けられる、いわば専門職のための支援技術 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職としての成長するためのプロセス ・ より良い援助の提供するためのプロセス

丹野ら ⁵⁾ (2013)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者援助を遂行するための能力を向上させ、相談援助職者自らを成長させる方法として必要なスキル 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スキルの向上 ・ 専門職としての成長するためのプロセス
若宮 ⁶⁾ (2013)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーがクライアントとの問題解決への効果を企図し、助言・指導を与えて支援すること ・ スーパーバイザー自らの援助観や援助内容を客観的にみる機会を与え、自己覚知の機会を提供するもの ・ バイザーが直面している課題や問題点等について助言をし、バイザーの援助過程を振り返り、検討しながら問題解決を考えていこうとする方法するもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題解決のためのプロセス ・ 自己覚知の機会の提供
黒木 ⁷⁾ (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ・ クライエントの最善の利益を目指した実践の振り返り、リフレクティブ思考を促す専門職の現任教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・ リフレクションの機会
田村 ⁸⁾ (2015)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーとスーパーバイザーが相互に関係して成長し合うという学びの「プロセス」 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職として成長するためのプロセス
丹野 ⁹⁾ (2016)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソーシャルワーカー（社会福祉援助の専門職者）が利用者に対して適切で望ましい援助ができるようになる、また、よりレベルの高い知識、技術、倫理を身に着けるための方法 	<ul style="list-style-type: none"> ・ より良い援助の提供するためのプロセス ・ 専門職としての成長するためのプロセス
若宮 ¹⁰⁾ (2016)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソーシャルワーカーのスキル向上を通じ、クライアントとの援助関係・福利を良好なものにするためのトレーニング方法 	<ul style="list-style-type: none"> ・ より良い援助の提供するためのプロセス
汲田 ¹¹⁾ (2017)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉専門職が自らの行動やクライアントである要介護高齢者との関わりで感じた感情などを振り返り、内省することを通じて専門性の向上を目指し、質の良いケアを提供する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ リフレクションの機会 ・ 専門職としての成長するためのプロセス
村瀬ら ¹²⁾ (2018)	<ul style="list-style-type: none"> ・ バイザー自らの援助観や援助内容を内省すると共に自己覚知の機会を提供する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ リフレクションの機会 ・ 自己覚知の機会の提供
畑 ¹³⁾ (2022)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーの養成・育成 ・ クライエントへの質の高い支援の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職としての成長するためのプロセス ・ より良い援助の提供するためのプロセス

深谷ら ¹⁴⁾ (2023)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ソーシャルワークを行う実践機関や施設において、クライアントや利用者の生活の質向上のために支援を行う ・ ソーシャルワーカー養成のために行う、ソーシャルワーカーに対する管理的・教育的・支持的そしてそれらが混在した諸相を展開する過程 	<ul style="list-style-type: none"> ・ より良い援助の提供するためのプロセス
------------------------------	---	--

2) スーパーバイザーに求められる役割

スーパーバイザーに求められる役割について整理したものを表 2 に示す。特徴としては、「スーパーバイザーの自己覚知」「スーパーバイザーのニーズを満たす」、「受容的な関わり」、「スーパーバイザーの成長への貢献」、「スーパーバイザーの実践力にあった関わり」、「気づきを促す」、「スーパーバイザーに認められる」が挙げられていた。

表 2 スーパーバイザーに求められる役割

著者/年度	「バイザーに求められる役割」	キーワード
倉石 ¹⁾ (1995)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーとしての第一歩は自分自身も葛藤・先入観・偏見を持つ人間で、あるということを正直に認めること ・ ワーカーがスーパーバイザーから受け入れられていると思えるように援助しなければならない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーの自己覚知 ・ 受容的な関わり
倉石 ¹⁵⁾ (1996)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 具体的知識・技術の伝達を通してワーカーのニーズを満たすと同時に、対人援助を行うに際しての自己理解、自己洞察が可能となるようにその過程において受容的に援助を行うもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーのニーズを満たす ・ 受容的なかわり
小松尾 ³⁾ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーは、スーパーバイザーのできていないところを指摘するのではなく、できていないと思っているスーパーバイザーの苦しみに意識を向け、言語化を促す。そうすることで、スーパーバイザーが支えられ感を体験し、自分自身の実践をふりかえる余裕が出てくる。 ・ スーパーバイザーには、まず成長を支える視点をもつことが求められる。そのうえで管理的・教育的視点を加えていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受容的な関わり ・ スーパーバイザーの成長への貢献 ・ スーパーバイザーの実践力にあった関わり

	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーのもつ力をアセスメントし、どのようなスーパーバイズが適切であるか、見極める力が求められる。そして、支持的態度の実践、ルールの徹底、スーパーバイザーの実践力を見極めたスーパービジョンの実施が求められる。 	
若宮 6) (2013)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 気づきを促し、バイザーに対して専門家としての成長を促す役割を担う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 気づきを促す ・ スーパーバイザーの成長への貢献
石田 16) (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーがスーパーバイザーの福祉に対し責任を負っていて、スーパービジョンが究極的にスーパーバイザーの成長および発達に貢献しなくてはならない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーの成長への貢献
汲田 17) (2018)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーにとってスーパービジョンを受ける相手が、自分のスーパーバイザーであるという認識を持っているかどうか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーに認められること
村瀬ら 12) (2018)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーはスーパーバイザーのクライアントの有効な援助への効果を企図し、助言・指導を与えて支援する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 気づきを促す
畑 13) (2022)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーが担当するクライアントに対するより質の高い支援に向けて、スーパーバイザーの実施する支援の質を保障するために管理的に関わるべきか、スーパーバイザーの自律的な実践に重きを置いて教育的に関わるべきか、それぞれの状況に応じて適切に判断することが必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーの実践力にあった関わり

3) SV に求められる機能について

SV に求められる機能について整理したものを表 3 に示す。機能については、①管理的機能、②教育的機能、③支持的機能、④評価的機能が挙げられていた。

表 3 SV に求められる機能について

著者/年度	SV に求められるもの（機能）
倉石 ¹⁾ (1995)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーが管理的機能、教育的機能、評価的機能、援助的機能を機関・組織の中で行う過程
倉石 ¹⁵⁾ (1996)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理機能と評価機能を支えるコミュニケーションの役割を果たすものが教育機能と支持機能
市東 ⁴⁾ (2012)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教育的機能(援助技術などを教える) ・ 評価的機能(日常業務や福祉実践に対して意味を考える) ・ 支援的機能(ワーカーの仕事や態度についての心理的サポート) ・ 管理的機能(施設の管理運営についての指導)
黒木 ⁷⁾ (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーが、部下の職員の仕事満足度、モラル、仕事に関連した知識の発展、価値、そしてスキルに関わること（支持的機能） ・ 所属機関の質を担うスーパーバイザーの業務を保証するためのモニタリングを含む（管理的機能） ・ 経験の浅い職員に対して、ソーシャルワーク教育の中で学んだ基本的なスキルに基づき実践上、必要なスキルに再構成していくこと（教育的機能）
丹野 ⁹⁾ (2016)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーが組織内で適切な役割が遂行できるように、所属する機関の規律や、クライアントに対する責任、約束、他機関との連携などをスーパーバイザーから教えられたり伝えられたりすることである（管理的機能） ・ スーパーバイザーのゴール達成を可能にするように知識不足を補ってトレーニングをすること（教育的機能） ・ クライアントに効果的なサービスを提供するために仕事に関連するストレスを助け不満を解消する（支持的機能）
若宮 ¹⁰⁾ (2016)	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパーバイザーによって展開されるソーシャルワーカー養成ならびにクライアントの福利向上を目的とした教育的・管理的・支持的機能を展開していく一連の過程
畑 ¹³⁾ (2022)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理的機能によって“組織として提供すべき一定水準の支援”の質を保障しつつ、教育的機能を通してスーパーバイザーの成長を支えていき、また支持的機能によってスーパーバイザー自身の務を継続できる力や最高の業務遂行のための態度や感情を形成する

4) 認知症ケア SV の特徴

17 本の論文の中で、認知症ケアに特化したスーパービジョンについて述べているものは、2 本のみであった。特徴として、「認知症の症状に対応する際のスタッフの迷いへの SV」、「利用者の言動の理解と自分自身のリフレクション」、「バイザーとして認識されること」が挙げられていた。(表 4)

表 4 認知症ケア SV の特徴

著者/年度	「認知症ケア SV の特徴」
汲田 ¹¹⁾ (2017)	<ul style="list-style-type: none"> ・ BPSDなどを伴う行動障害への対応においてスタッフ自身がどうしたら良いかわからなかったり、本当にこのケアで良かったのかという迷いへのスーパービジョン ・ 利用者の言動をどう解釈し、それに対して自らがどのように行動したのか、あるいはするべきなのかを振り返るもの
汲田 ¹⁷⁾ (2018)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症ケアを主とする事業所で行われるスーパービジョンでは、同職種であるかどうか以上に、スーパーバイザーにとって上司と認識しているのが誰であるかが大切

IV. 考察

上記論文の整理の結果を踏まえ、認知症ケア SV にてスーパーバイザーに求められる役割は以下の3点が考えられる。

1つ目は、スーパーバイザーの利益を優先した関わりである。SV では、スーパーバイザーが求める目標を理解し、目標とするワーカーとしてのあるべき姿に向けてスーパーバイザーが成長できるよう信頼関係をもって支援することが最優先となる¹⁸⁾。そのためには、認知症ケアを実践する上で抱えている問題点や課題、スーパーバイザーが持っている力、SV を受けること目標や SV を受けることに対するニーズについて把握することが必要である。それらを踏まえ、なぜ SV を行うのか、どの機能を中心とした SV を遂行していくのかをスーパーバイザーが吟味し、スーパーバイザーのレベルにあった能力が取得できるよう SV を展開していくことが必要である。

2つ目は、認知症ケア専門職としての専門性の向上を目的とした関わりである。SV では、利用者に最善の援助を提供するために、スーパーバイザーを支え指導し、専門職として成長させることが目的となる¹⁹⁾。社会福祉専門職が一人ひとりのニーズに的確に応えていくためには、内省的実践が必要である²⁰⁾。レビューを通じて、SV では自己覚知の機会の提供、リフレクションの機会の提供といったことが求められることが明らかになっている。認知症ケア SV では、利用者の行動に対して振り返ることが特徴として挙げられている。このことから、SV を通じて、自身が行ってきた認知症ケアに対して客観的に振り返り、認知症の人の生活を支援するために適切で望ましい援助ができるよう気づきを促し、認知症ケアを実践する専門職として成長できるよう支えていく姿勢が必要となる。

3つ目は、スーパーバイザーの思いや気持ちを受け止める関わりである。SV においてスーパーバイザーの気持ちを受容することについて倉石¹⁾は、援助過程で起きる障害を理解し、自己受容が可能になり、結果、利用者の受容につながることを述べている。また岩崎²¹⁾は、スーパーバイザーから共感されるといふ共感体験を得ることで、利用者に共感するという能動的機能を高めることができると述べている。認知症ケア実践者には、パーソン・センタード・ケアの理念に基づいた実践が求められている。パーソン・センタード・ケアでは、認知症の人が持つパーソン・フッド（一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること）を維持すること²²⁾が重要とされている。認知症ケア SV は、スーパーバイザーが認知症の人を一人の人として尊重したケアを実践できる専門職として成長するための

プロセスであり、スーパーバイザーは、その成長に貢献することが求められる。そのためにも、スーパーバイザーの思いや考えを尊重し、共感する姿勢が必要であり、そのことにより、認知症の人の思いや考えを尊重したケアの実践に繋がっていくと考える。

V. まとめ

本研究では、日本での SV に関する研究論文の文献レビューを中心に、SV の概念定義、スーパーバイザーに求められる役割、SV に求められる機能、認知症ケア SV の特徴について検討を行った。認知症ケアの実践では、認知症の人が望む生活の実現に向け、最善の援助を提供することが求められている。そのためには、認知症ケアを実践する援助者として成長していくことが必要であり、認知症ケアの実践において SV は必要不可欠なものであるといえる。今後は、海外での SV に関する研究論文のレビューを踏まえ、認知症ケアにおける SV において必要となる価値観、知識、技術について精査していく。

文献

- 1) 倉石哲也 (1995) 「現任職員スーパービジョンの意義・現状及び課題についての考察 (第一報告)」『社会問題研究』44 (2), 159-174.
- 2) 中田直美 (2009) 「公的介護保険におけるスーパービジョンの現状と課題」－主任ケアマネジャーのインタビュー調査から－『Kwansei Gakuin policy studies review』10, 1-29.
- 3) 小松尾京子 (2012) 「グループスーパービジョン経験者の変化のプロセスと要因に関する研究－成長を支える支援から－」『日本福祉大学社会福祉論集』第 126 号, 91-105.
- 4) 市東賢二 (2012) 「対人援助におけるスーパービジョンへの一考察」『上田女子短期大学紀要』35, 31-40.
- 5) 丹野真紀子, 中島文亜, 原山瑞枝 (2013) 「介護支援専門員へのスーパービジョンに関する分析」『大妻女子大学人間関係学部紀要』15, 79-89.
- 6) 若宮邦彦 (2013) 「ケアマネジャーのスーパービジョンに関する意識調査」『南九州大学人間発達研究』3, 83-88.
- 7) 黒木邦弘 (2014) 「メゾ・マクロ領域のソーシャルワーク実践に向けたスーパービジョンの課題に関する一考察～介護老人福祉施設の生活相談員の業務実態と研修ニーズを手がかりに」『社会関係研究』19 (2), 1-25.
- 8) 田村綾子 (2015) 「ソーシャルワーク・スーパービジョンの定着可能性に関する研究－社会復帰調整官の取り組みからの一考察－」『明治学院大学社会学・社会福祉研究』145, 165-190.
- 9) 丹野真紀子 (2016) 「ソーシャルワーカーに対するグループ・スーパービジョンを考える－ピア・スーパービジョンの実施から－」『人間生活文化研究』26, 44-50.
- 10) 若宮邦彦 (2016) 「ソーシャルワーク領域におけるスーパービジョンの理論的検証」『南九州大学人間発達研究』6, 3-12.
- 11) 汲田千賀子 (2017) 「認知症ケア現場のリーダーに対する継続的スーパービジョン」『同朋福祉』23, 111-130.
- 12) 村瀬美香, 若宮邦彦 (2018) 「対人援助職におけるゆらぎとスーパービジョン」『南九州大学人間発達研究』8, 15-21.

- 13) 畑亮輔 (2022) 「スーパービジョンの目的と 3 機能の関係性に関する仮説モデルの検討ーより実質的なスーパービジョンの理解に向けてー」『北星論集』 59, 1-16.
- 14) 深谷美枝, 井上浩 (2023) 「施設現場職員スーパービジョンへのアクションリサーチの試み」『明治学院大学社会学・社会福祉研究』 160, 71-91.
- 15) 倉石哲也 (1995) 「現任職員スーパービジョンの意義・現状及び課題についての考察 (第 2 報告)」『社会問題研究』 45 (2), 143-161.
- 16) 石田敦 (2014) 「スーパービジョンにおける倫理的原則の応用に関する研究」『吉備国際大学研究紀要』 24, 1-11.
- 17) 汲田千賀子 (2018) 「認知症ケアにおける複層的スーパービジョンの必要性ースーパーバイザーを支援する取り組み例からー」『同朋大学論叢』 103, 35-46.
- 18) 江原まち子 「第 10 章 2 スーパーバイザーの行動特性」, 福山和女・渡部律子・小原眞知子ら編 (2018) 『保健・医療・福祉専門職のためのスーパービジョンー支援の質を高める手法の理論と実際』, ミネルヴァ書房.
- 19) 浅野正嗣 (2023) 「第 1 章 ソーシャルワーク・スーパービジョンとは何か」, 一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟監修 「実践ソーシャルワーク・スーパービジョン」, 中央法規出版.
- 20) ドナルド・A・ショーン著 (=2007, 柳沢晶一・三輪健二監訳 『省察的实践とは何かープロフェッショナルの行為と思考』 鳳書房)
- 21) 岩崎徹也 (1997) 「スーパービジョンをめぐって」『精神分析研究』 41 (3), 167-181.
- 22) D・ブルッカー著 (=2010, 水野裕監訳 『VIPS ですすすめるパーソン・センタード・ケア』 クリエイツかもがわ)

**認知症介護指導者養成研修における
アウトカム評価を目的とした指導者活動
実態調査**

認知症介護指導者養成研修におけるアウトカム評価を目的とした指導者活動 実態調査

主任研究者：山口友佑	(認知症介護研究・研修大府センター 研究部)
分担研究者：李 相侖	(認知症介護研究・研修大府センター 研究部)
齋藤千晶	(認知症介護研究・研修大府センター 研究部)
鷲見幸彦	(認知症介護研究・研修大府センター)
研究協力者：栗田圭一	(認知症介護研究・研修東京センター)
滝口優子	(認知症介護研究・研修東京センター 研修部)
齋藤葉子	(認知症介護研究・研修東京センター 研修部)
加藤伸司	(認知症介護研究・研修仙台センター)
吉川悠貴	(認知症介護研究・研修仙台センター 研究部)
田村みどり	(認知症介護研究・研修仙台センター 研修部)

I. 背景と目的

全国に3か所(仙台・東京・大府)ある認知症介護研究・研修センター(以下:センター)では、2001年度より認知症介護指導者養成研修(痴呆介護指導者養成研修を含む。以下:指導者研修)を実施しており、2022年度末までに2,780人の認知症介護指導者(以下:指導者)を養成している。

指導者研修は、認知症施策推進大綱(以下、推進大綱)の中において、認知症についての理解のもと本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、行動・心理症状(BPSD)を予防できる介護従事者を養成する研修として位置付けられている¹⁾。2021年度より推進大綱で示された趣旨に合わせ、認知症介護実践者等養成事業の運営に関する改正が行われ、指導者研修を含む認知症介護実践等養成事業のカリキュラムが改訂された。新カリキュラムにおける指導者研修のねらいは、「認知症介護従事者が認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状(BPSD)を予防することができるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することができる知識・技術を習得すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導するとともに、自治体等における認知症施策の推進に寄与できるようになること」としている²⁾。このことから、指導者研修修了者には、①実践研修等の企画・立案、講師役、ファシリテーター(以下、研修の役割)、②介護保険施設・事業者等における介護の質の改善に向けた指導的役割(以下、指導的役割)、③地域における認知症施策の推進への貢献(以下、地域での役割)といった役割が付与されることになる。

指導者研修では、推進大綱で掲げられている育成目標値に近い修了生を輩出することはできているが、受講後の指導者としての活動による成果については十分に検証できていない現状である。本研究では、指導者研修修了生へのアンケート調査をもとに、研修修了後の活動実態(研修の役割、指導的役割、地域での役割)を明らかにし、指導者研修のアウトカム評価(成果)について検証することを目的とする。

II. 研究の枠組み

1) 指導者活動実態調査、研修の評価における先行研究

近年、「社会的価値」を可視化・検証し、自らの組織・活動に関する学びや改善、資源の提供者への説明責任につなげていく仕組み（社会的インパクト）づくりの重要性が指摘されている³⁾。指導者研修を含む認知症介護実践者等養成事業は、我が国の介護現場における認知症介護の理解と専門性の向上するための重要な役割を持つ事業である。本研修事業において、量的な目標達成だけではなく、研修受講のもたらすアウトカム（短期的成果・長期的成果）を明らかにすることができれば、養成事業の「社会的価値」を検証することが可能と考える。

上記背景を踏まえ、今年度は、従来の指導者活動調査の内容に加え、研修の評価を試みた。研修評価の枠組みとしては、Rossi ら⁴⁾や GSG 国内諮問委員会⁵⁾のロジックモデルを参考とした。また、センターで作成した「実践研修及び指導者養成研修のアウトカム評価の基本的考え方」（以下：基本的考え方）を参考⁶⁾とし、調査項目を設定した。

2) 指導者の役割

指導者の活動実態や研修の成果を検討するため、指導者研修によって求められる役割を研修ねらいの記載内容に則り²⁾、以下、3つの操作的定義を行った。

- ・研修の役割に関与できているか：
- ・指導的役割を担うことが出来ているか：
- ・地域での役割を実践できているか：

3) 活動実態、アウトカム（成果）

2) に定義した役割を評価基準とし、活動実態を調査した。また、研修の成果は長期的成果とし、上記3点の役割を長期に行えているかどうかを評価基準とした。本研究は横断的調査であるため、研修修了後の期間によって、指導者としての役割実施状況を比較した。それぞれの評価は以下に示す。

- ・活動実態：指導者の3つの役割における活動状況
- ・研修の成果：研修修了時期によって2群に分け（2022年度の指導者研修修了生、2021年度までの指導者研修修了生）、指導者としての活動状況を比較

III. 対象と方法

本調査は、2022年度までの指導者研修修了生を対象の範囲として、表1に記載した除外基準に該当するものを除いた2,321名を対象に、郵送法ならびにWebシステムを用いた質問紙調査を実施した。

本調査では、上記の成果を評価するため、調査対象を「2022年度以降の指導者研修修了生（以下：22年度以降修了生）」と「2021年度以前の指導者研修修了生（以下：21年度以前修了生）」に分け、それぞれに調査票を作成し実施している。主な調査内容は、表2に示した通りである。調査期間は2024年1月～2月までとした。分析方法は、ExcelまたはSPSSを用いた単純集計、クロス集計を行った。なお無回答は欠損値として処理をした。

表 1 対象者の除外基準

①	今後指導者として活動しない旨を確認できている
②	所属している都道府県・政令指定都市が変更になっており、センターが所属先を把握できてない
③	逝去が確認できている場合
④	他業種に転職している場合
⑤	センターからの連絡を拒否している場合
⑥	センターに所属している場合

* 石川県に所属の指導者は、能登半島地震の被災状況を踏まえ、本調査の対象外とした。

表 2 調査項目一覧

調査項目	
回答者の属性	<ul style="list-style-type: none"> 推薦者の種別、修了センター、所属自治体、保有資格、所属施設、役職、フォローアップ研修の参加の有無と回数（21年度以前修了生のみ） 認知症施策の役割（21年度以前修了生のみ）
認知症介護実践者等養成事業への関与状況（役割：研修の役割）	<ul style="list-style-type: none"> 企画会議への出席状況 講師・ファシリテーターとしての関与状況 年間の活動日数（21年度以前修了生のみ）
介護保険施設・事業者等における介護の質の改善に向けた指導的役割（役割：指導的役割）	<ul style="list-style-type: none"> 指導者研修を通じての指導的役割を担うことに対する意識の変化 自施設・事業所における指導的役割 他施設・事業所における指導的役割 認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況
地域における認知症施策の推進への貢献（役割：地域での役割）	<ul style="list-style-type: none"> 指導者研修を通じての地域活動に対する意識の変化 地域活動の実践状況 年間の活動日数（21年度以前修了生のみ）
指導者活動に関連する要因について	<ul style="list-style-type: none"> 指導者活動を促進する要因、阻害する要因について

IV. 倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認を得て実施している（承認番号：0504）。研究に関する説明は、研究説明書を用いて行った。また調査協力への同意は、明確な意思が確認できるよう調査票にチェックボックスを設け、「適切な同意」を受けられるようにした。

V. 結果

1. 回収状況について

各調査の回収状況について表 3 で示した通りである。本調査では回答に同意を得られた有効回答数を分析対象とする。

表 3 本調査の回収状況

		発出数	質問紙	Web	無効 回答数	有効 回答数	回答率
東京センター	21年度以前	870	169	148	73	244	28.0%
	22年度以降	23	10	2	3	9	39.1%
仙台センター	21年度以前	664	107	102	57	152	22.9%
	22年度以降	28	5	14	1	18	64.3%
大府センター	21年度以前	703	100	179	36	243	34.6%
	22年度以降	33	9	18	3	24	72.7%
合計	21年度以前	2,237	376	429	166	639	28.6%
	22年度以降	84	24	34	7	51	60.7%

単位：人

2. 基本属性について

1) 推薦者の種別

推薦者の種別についての内訳は、21年度以前修了生は、自治体（公費）が79.6%、事業所推薦は20.4%であった。22年度以降修了生では、自治体（公費）が78.0%、事業所推薦は22.0%であった。（図1）

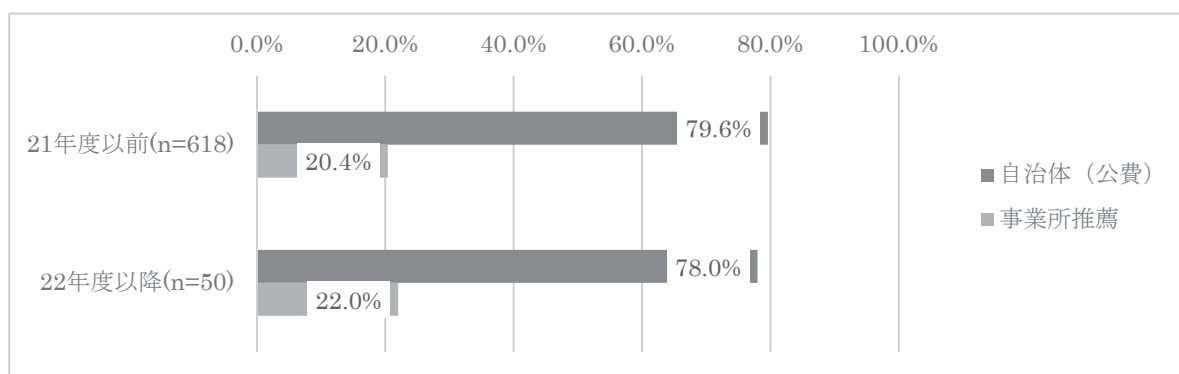


図1 推薦者の種別

2) 所属先について

令和5年3月の時点での所属先について、図2に示した通りである。内訳は、21年度以前修了生は、認知症対応型通所介護が27.1%と最も多く、次いで、介護老人福祉施設（25.8%）、その他（23.8%）であった。22年度以降修了生では、認知症対応型通所介護が37.5%と最も多く、次いで、介護老人福祉施設（25.0%）、その他（22.9%）であった。

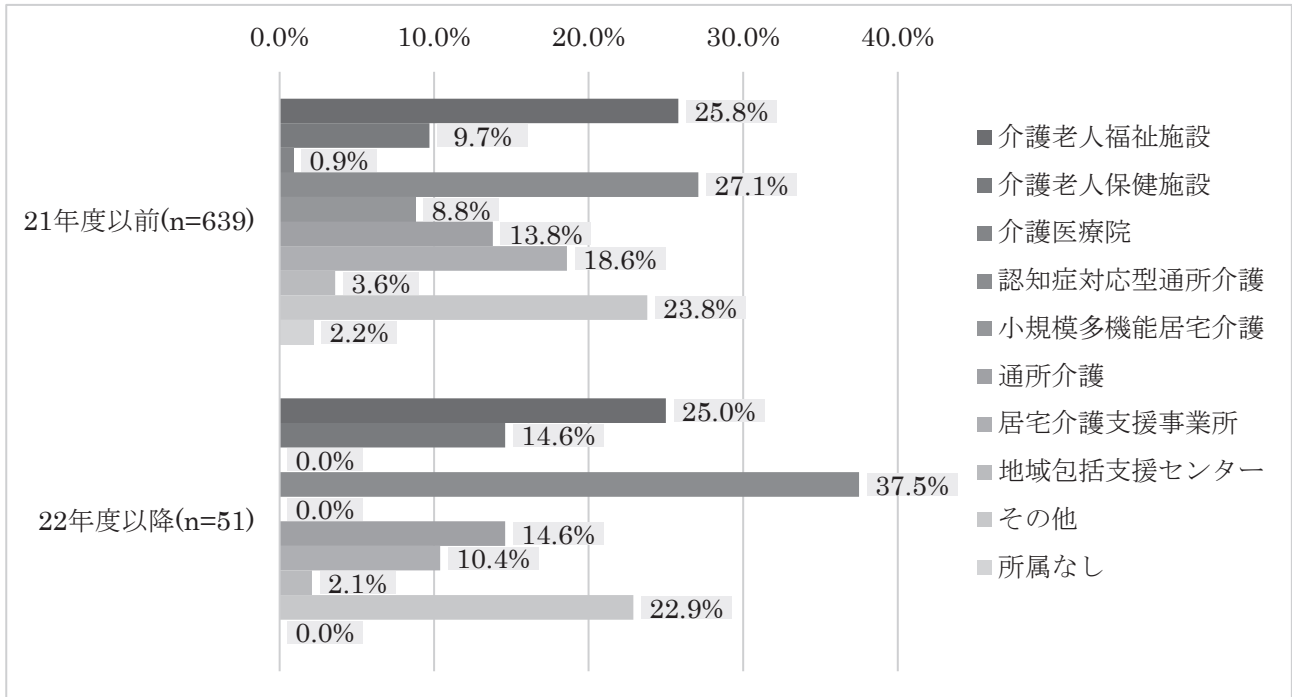


図 2 所属先について（複数回答）

3) 保有資格について

保有資格について、図 3 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生は、介護福祉士が 78.2%と最も多く、次いで、介護支援専門員（69.5%）、社会福祉士（26.6%）であった。22 年度以降修了生では、介護福祉士が 91.7%と最も多く、次いで、介護支援専門員（64.6%）、社会福祉士、その他（18.8%）であった。

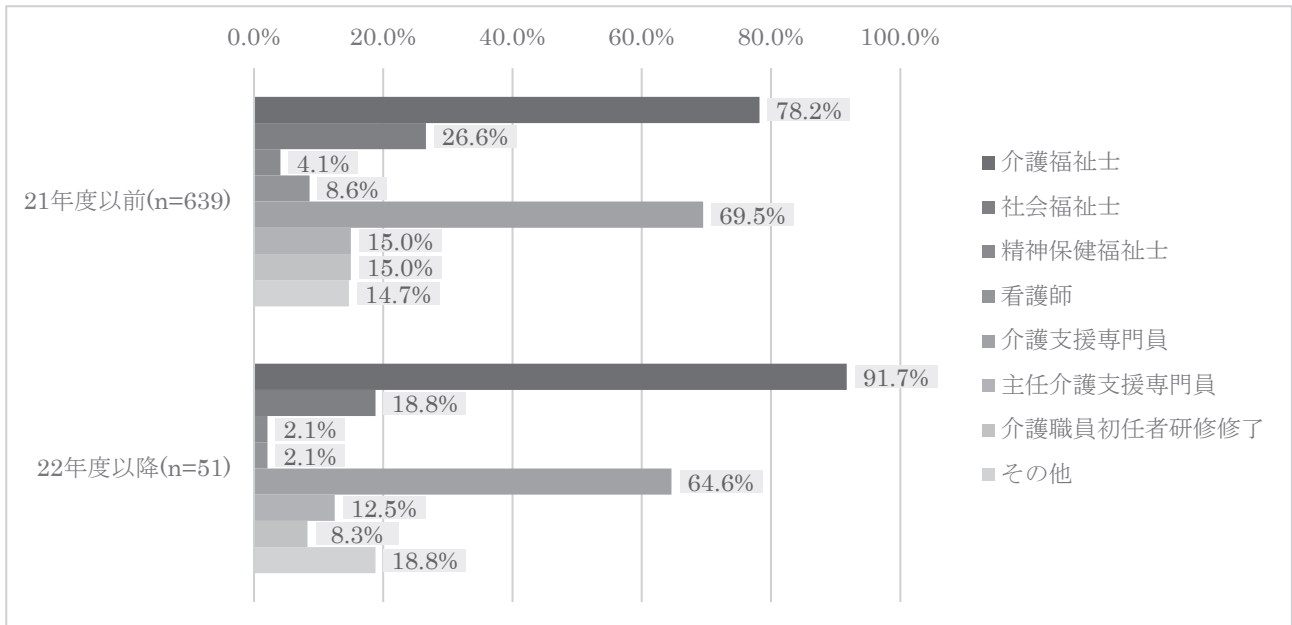


図 3 保有資格について（複数回答）

4) 役職について

令和5年3月末時点での役職について、図4に示した通りである。内訳は、21年度以前修了生は、管理職が44.6と最も多く、次いで、経営者等（17.2%）、中間管理職（16.1%）であった。22年度以降修了生では、管理職が39.2と最も多く、次いで、中間管理職（31.4%）、経営者等（13.7%）であった。

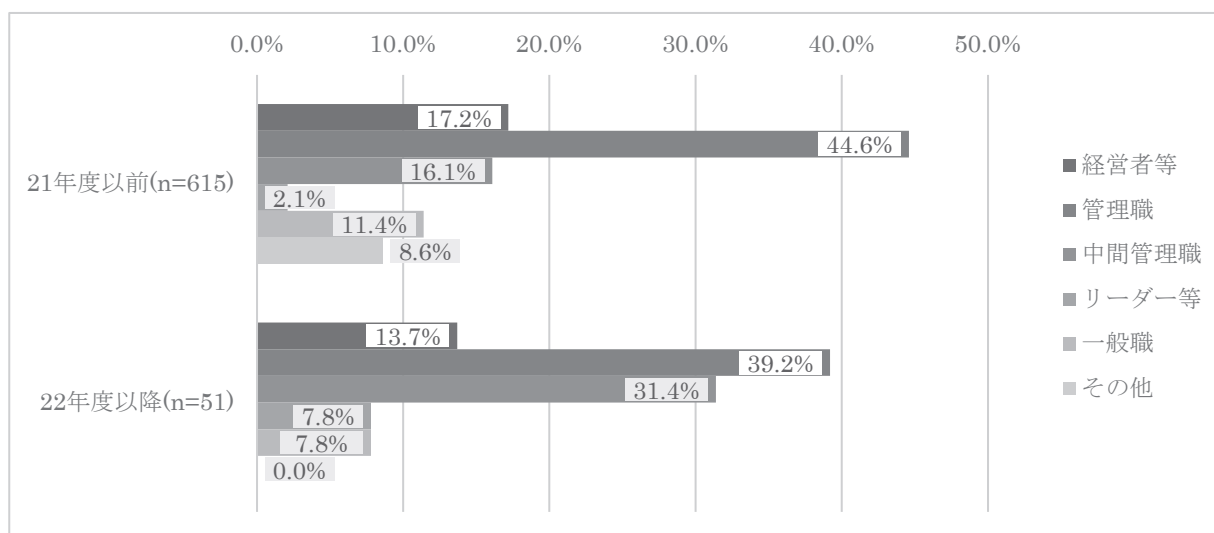


図4 役職について

5) 認知症介護指導者フォローアップ研修への参加状況について

認知症介護指導者フォローアップ研修受講の有無について質問した結果、「受講したことがある」が51.7%、「受講したことがない」が48.3%であった。受講回数については、「1回」が84.8%と最も多かった。

6) 指導者研修修了後に担った認知症施策における役割について

指導者研修修了後に担った認知症施策における役割について図5に示した通りである。内訳は、キャラバンメイトが94.7%と最も多く、次いで、チームオレンジチーム員（21.5%）、認知症地域支援推進員（15.6%）であった。

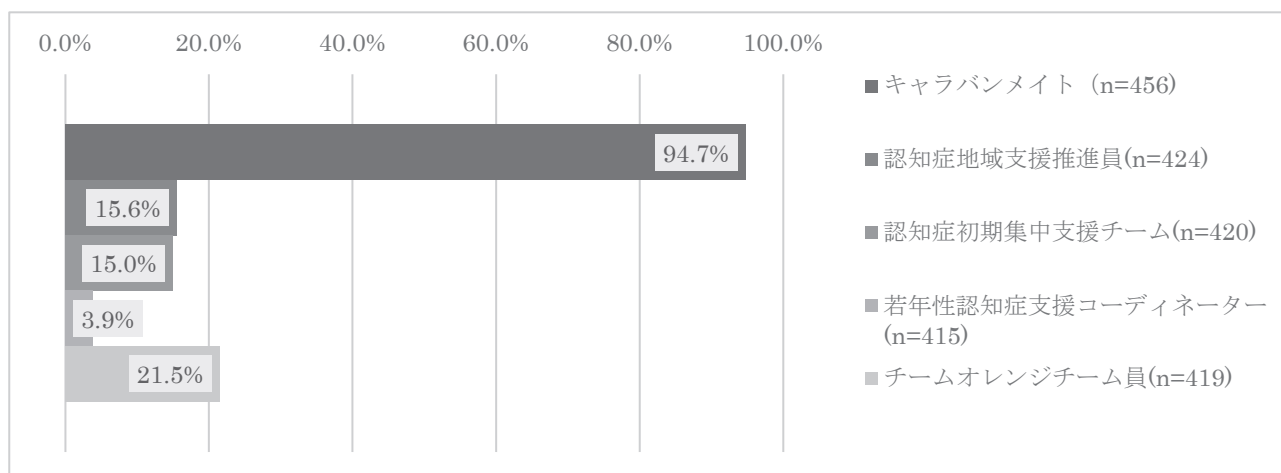


図5 指導者研修修了後に担った認知症施策における役割

3. 指導者研修修了者が担っている役割への関与状況について

指導者研修修了者が担う 3 つの役割（①研修の役割、②指導的役割、③地域での役割）への実践状況について図 6 に示した通りである。各役割で定めた項目の中で、1 つ以上「関与している」または「実践している」との回答が割合は、「研修の役割」が 97.4%、「指導的役割」が 97.8%、「地域での役割」が 90.9%であった。

修了年数別に区切り、比較をした結果、「指導的役割」では 1%水準、「地域での活動」では 5%水準で差が認められ、「研修の役割」では差は認められなかった。



図 6 指導者研修修了者が担っている役割への実施状況 (n=690)

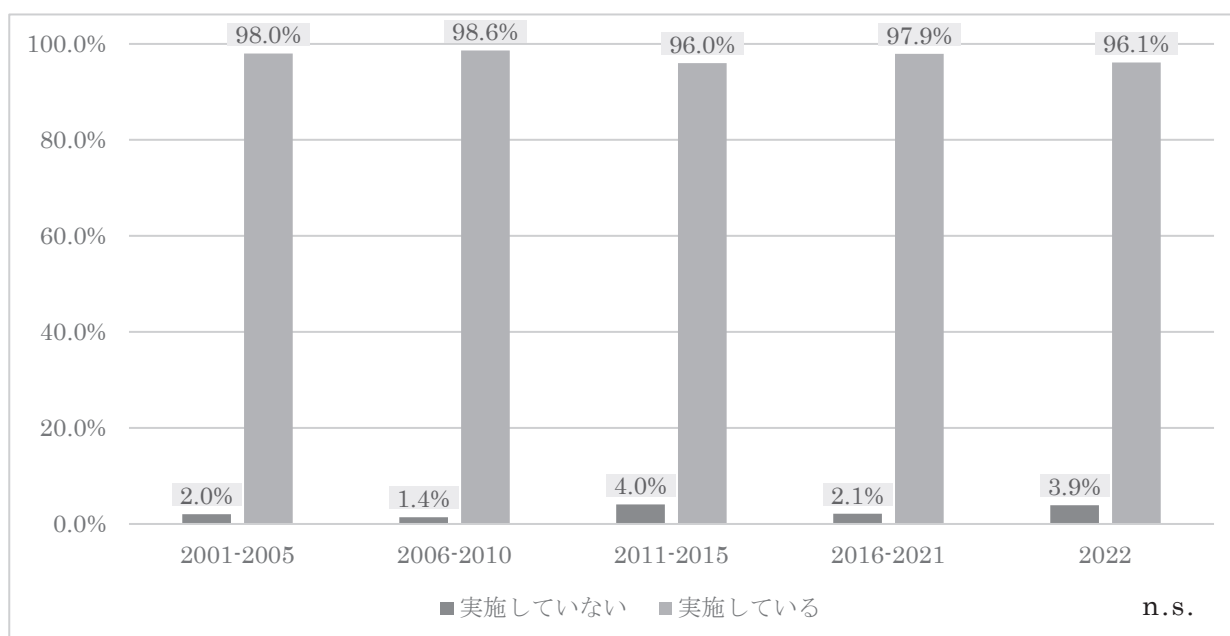


図 7 修了年数による実施状況 (研修の役割)

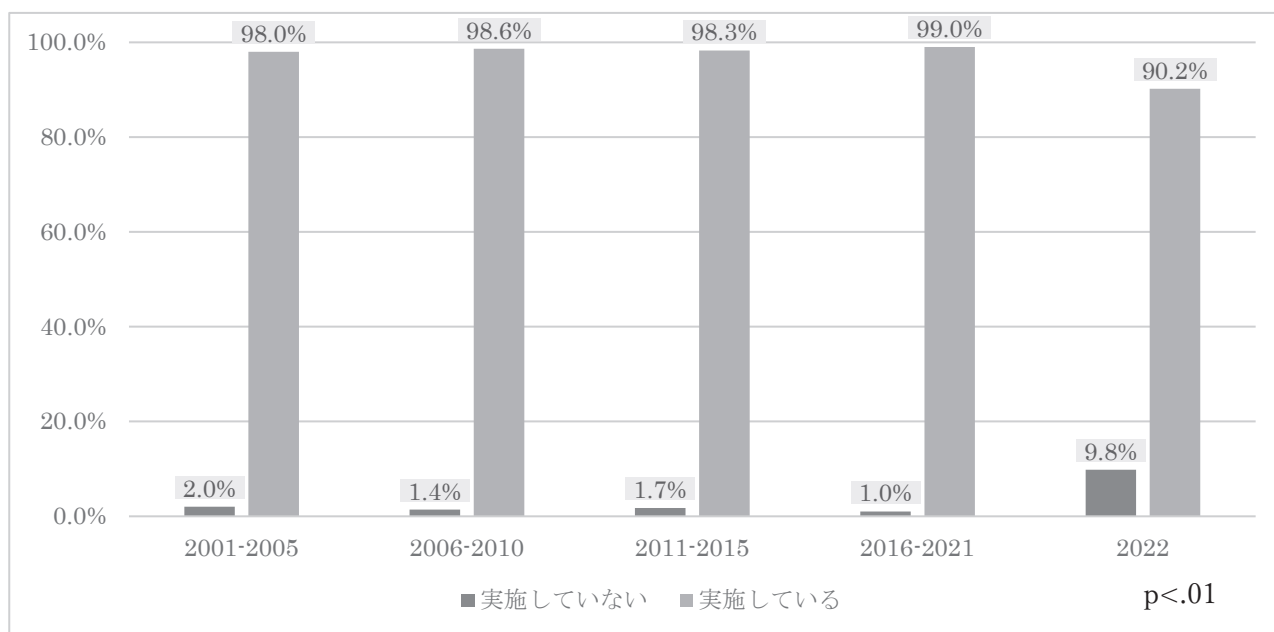


図 8 修了年数による実施状況（指導的役割）

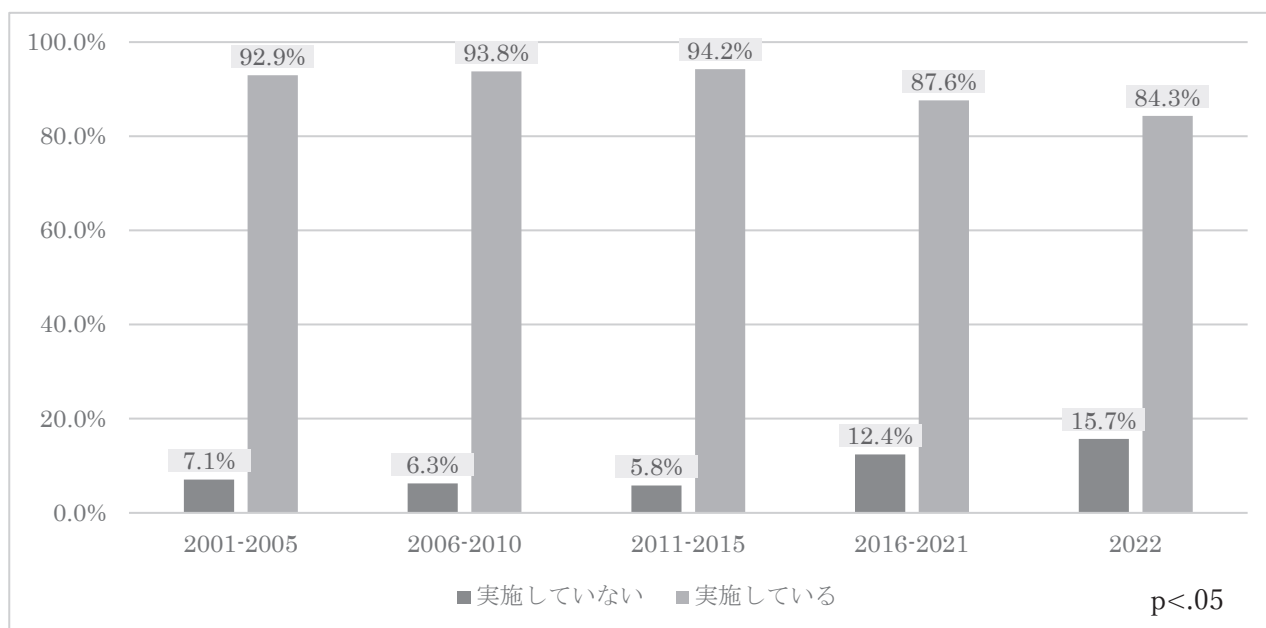


図 9 修了年数による実施状況（地域での役割）

4. 認知症介護実践者等養成事業への関与について

1) 認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度

認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度について図 10 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「関心がある」が 66.7%、「少し関心がある」が 24.1%、「あまり関心がない」が 7.8%、「関心がない」が 1.4%であった。22 年度以降修了生では、「関心がある」が 80.4%、「少し関心がある」が 13.7%、「あまり関心がない」が 3.9%、「関心がない」が 2.0%であった。

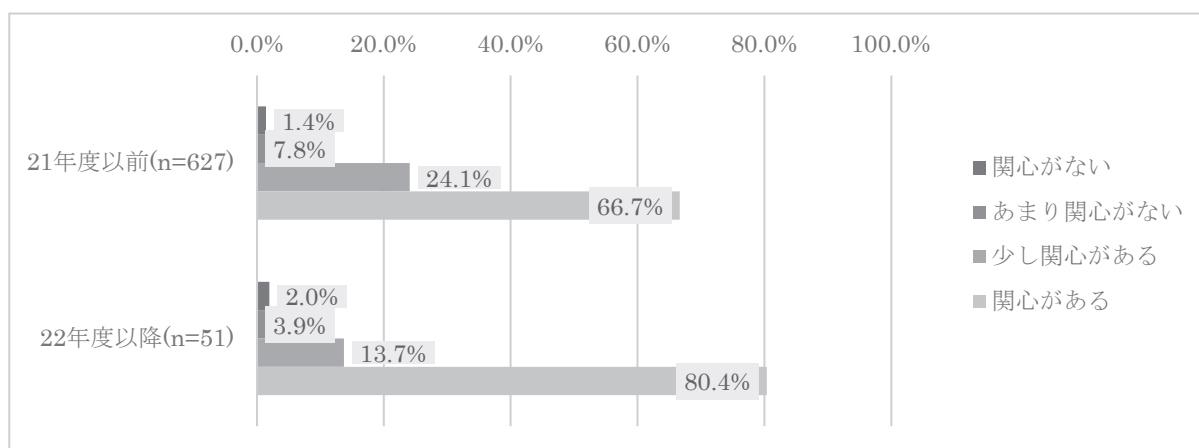


図 10 認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度

2) 各役割への関与状況

(1) 会議への出席状況について

会議への出席状況（6つの研修事業のうち1つ以上出席している割合）について図 11 に示した通りである。21年度以前修了生では、「出席している」が92.3%、「出席していない」が7.7%であった。22年度以降修了生では、「出席している」が86.3%、「出席していない」が13.7%であった。

修了者別の会議への出席状況については、21年度以前修了生では、「実践者研修」が87.8%と最も多く、次いで、「実践リーダー研修」（79.4%）、「基礎研修」（64.3%）であった。22年度以降修了生では、「実践者研修」が82.4%と最も多く、次いで、「実践リーダー研修」（64.0%）、「基礎研修」（26.5%）であった（図 12）。

年度別では、各研修とも「令和元年度」が最も高い結果であった（図 13）。

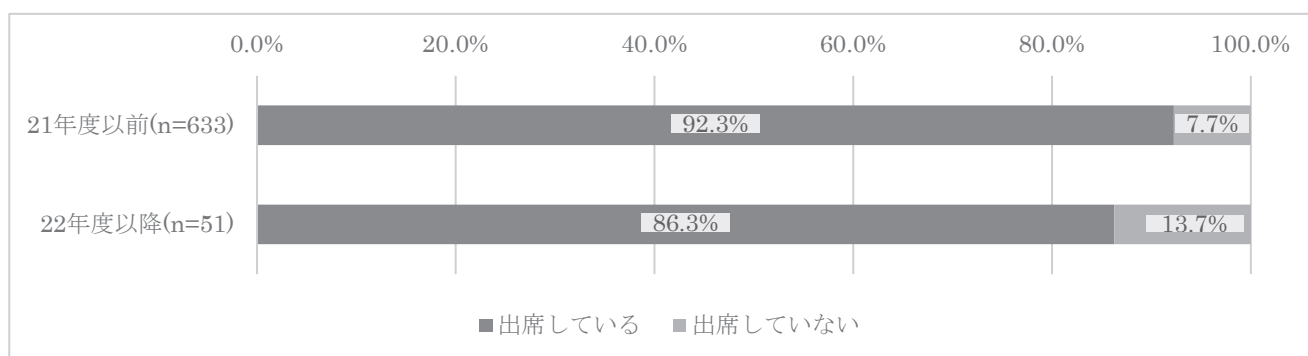


図 11 会議への出席状況

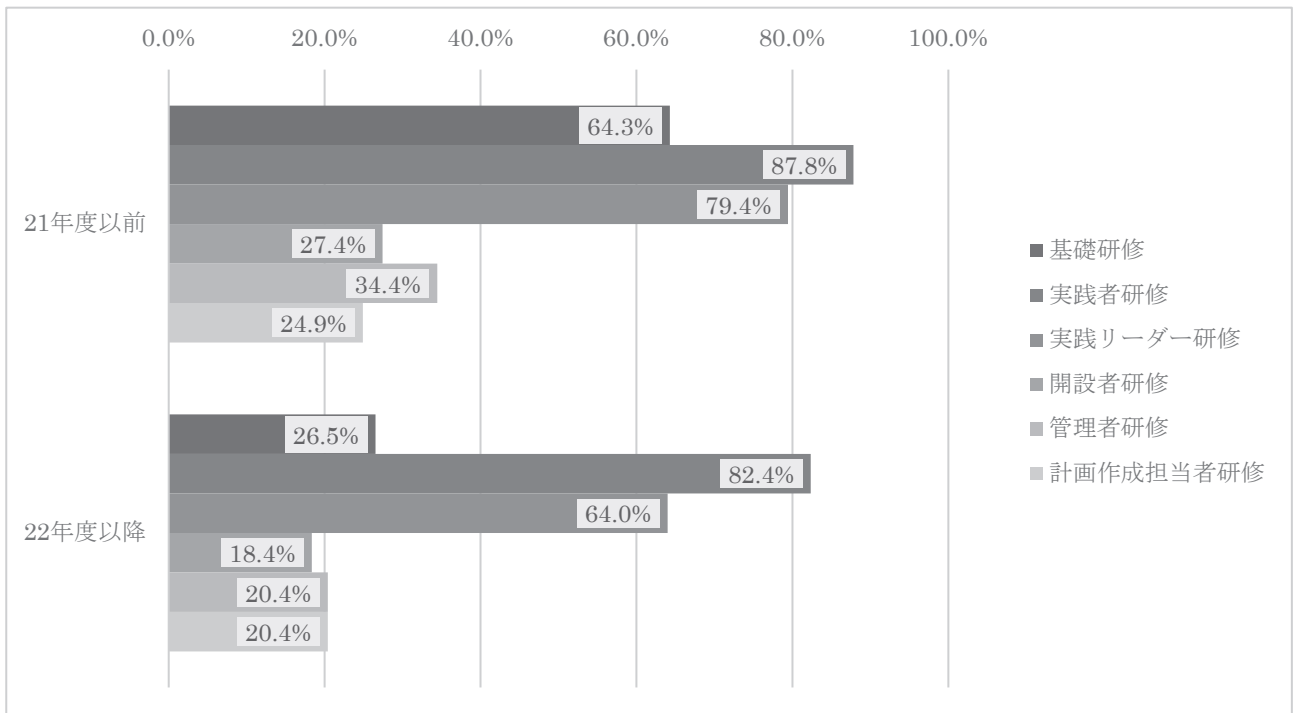


図 12 修了者別の出席状況

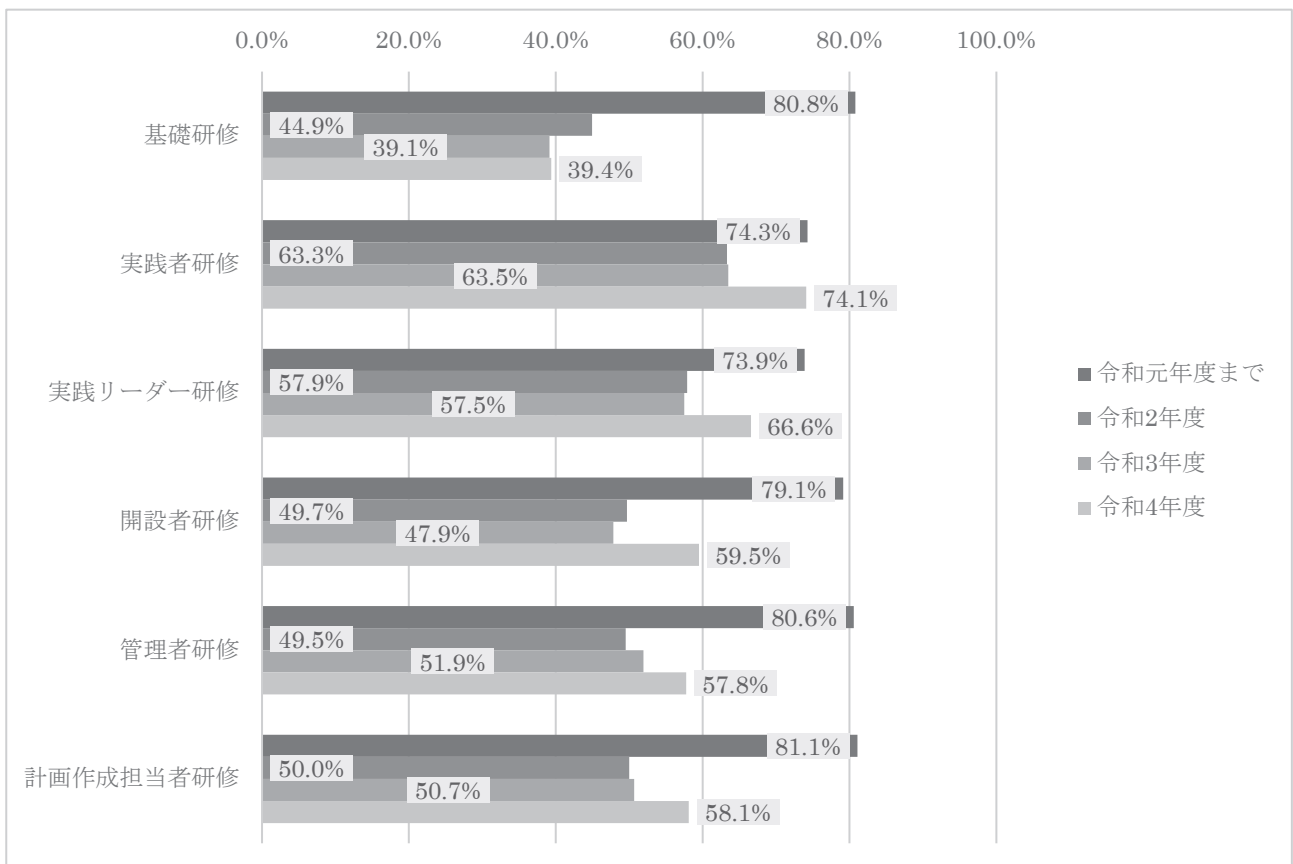


図 13 年度別の出席状況

(2) 講師役としての関与状況

講師役としての関与状況（6つの研修事業のうち1つ以上講師役を務めている割合）について図14に示した通りである。21年度以前修了生では、「務めている」が96.4%、「出席していない」が3.6%であった。22年度以降修了生では、「務めている」が88.2%、「出席していない」が11.8%であった。

修了者別の講師役としての関与状況について、21年度以前修了生では、「実践者研修」が90.5%と最も多く、次いで、「実践リーダー研修」（72.3%）、「基礎研修」（51.0%）であった。22年度以降修了生では、「実践者研修」が82.4%と最も多く、次いで、「実践リーダー研修」（44.0%）、「基礎研修」、「管理者研修」（14.0%）であった（図15）。

年度別では、各研修とも「令和元年度」が最も高い結果であった（図16）。

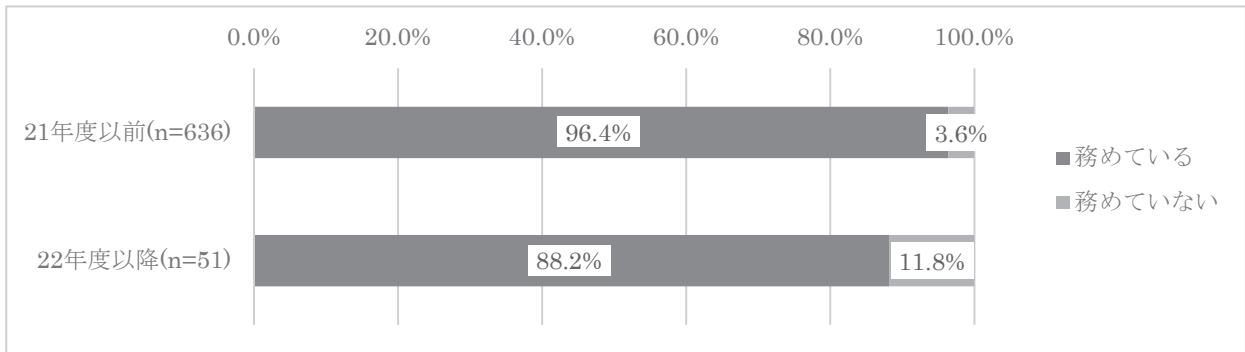


図14 講師役としての関与状況

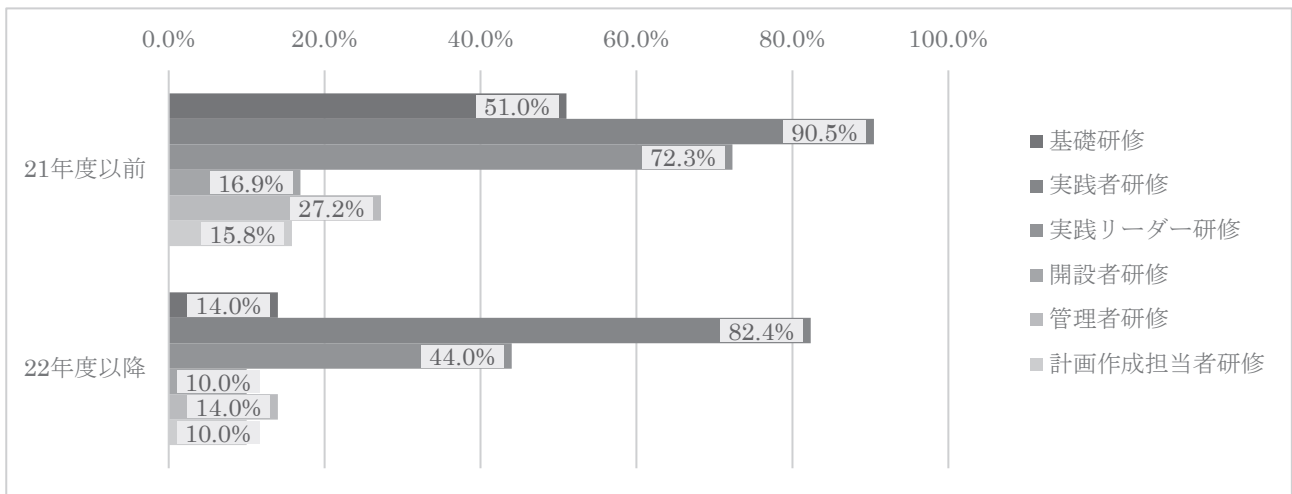


図15 修了者別の関与状況（講師役）

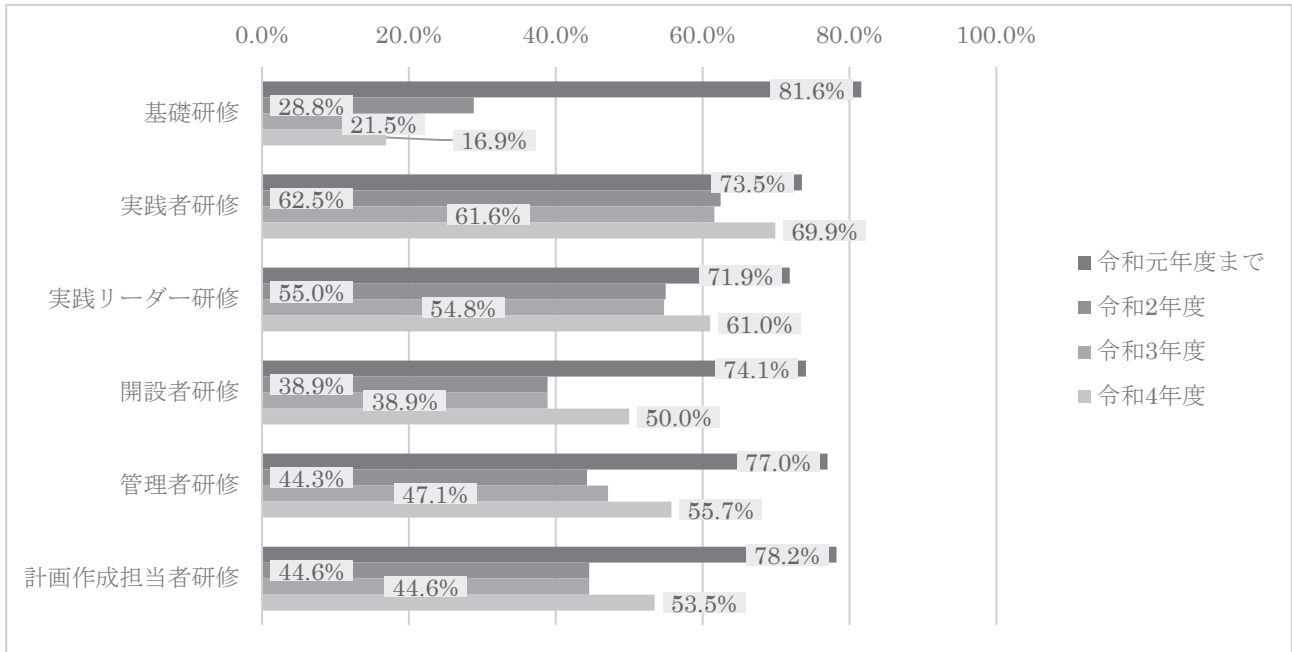


図 16 年度別の関与状況（講師役）

（3）ファシリテーター役としての関与状況

ファシリテーター役としての関与状況（6つの研修事業のうち1つ以上ファシリテーターを務めている割合）について図 17 に示した通りである。21年度以前修了生では、「務めている」が96.4%、「出席していない」が3.6%であった。22年度以降修了生では、「務めている」が88.2%、「出席していない」が11.8%であった。

修了者別のファシリテーターとしての関与状況について、21年度以前修了生では、「実践者研修」が86.9%と最も多く、次いで、「実践リーダー研修」(73.0%)、「基礎研修」(52.9%)であった。22年度以降修了生では、「実践者研修」が88.2%と最も多く、次いで、「実践リーダー研修」(62.0%)、「基礎研修」(18.0%)であった（図 18）。

年度別では、各研修とも「令和元年度」が最も高い結果であった（図 19）。

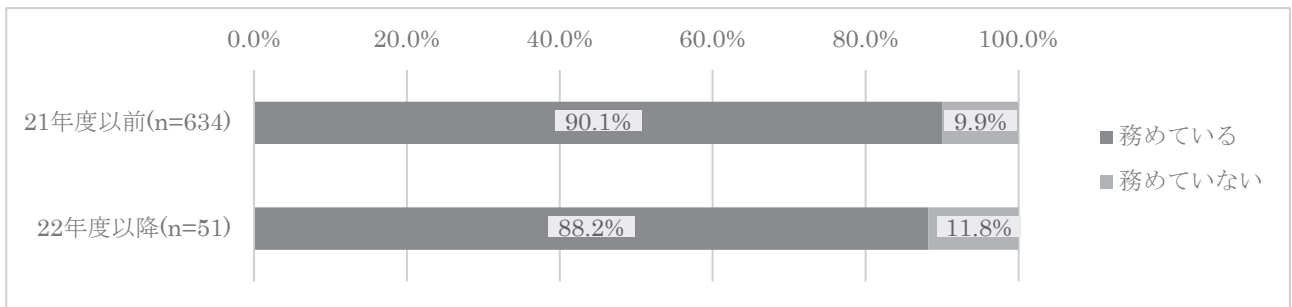


図 17 ファシリテーター役としての関与状況

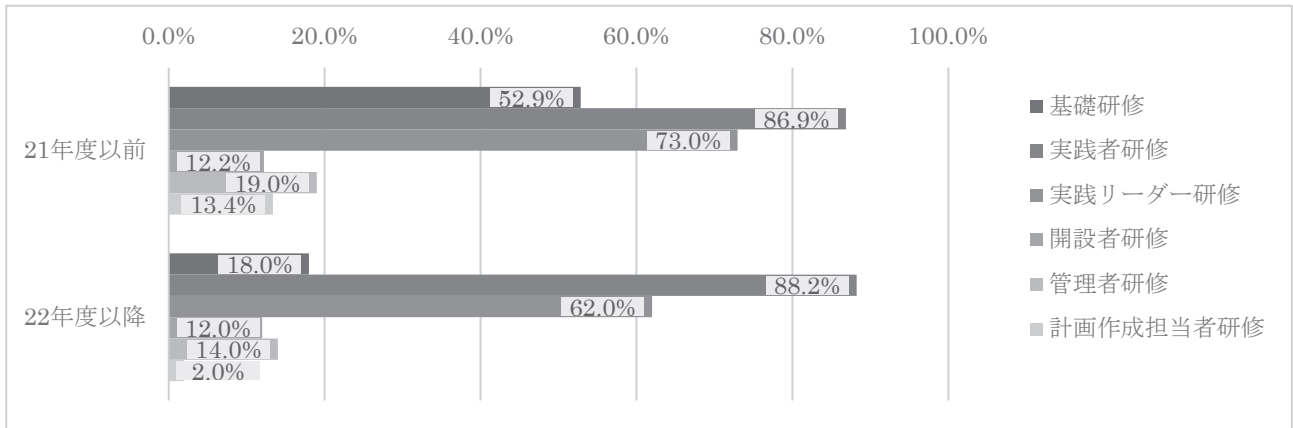


図 18 修了者別の関与状況（ファシリテーター役）

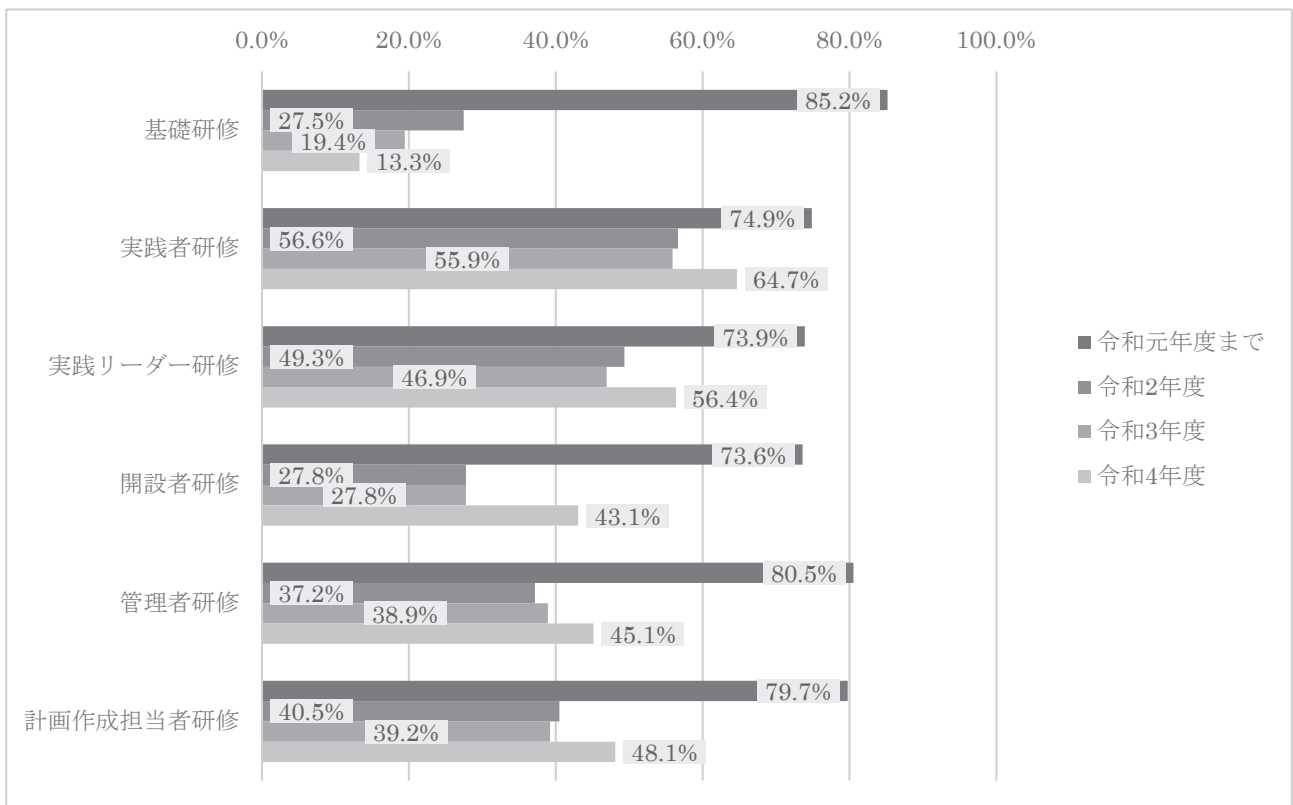


図 19 年度別の関与状況（ファシリテーター役）

3) 認知症介護実践等養成事業に従事した平均年間日数

認知症介護実践者等事業に従事した平均年間日数について図 20 に示した通りである。内訳は、「年間 12 日未満」が 42.9%と最も高く、次いで、「年間 12 日以上～24 日未満」（39.3%）、「年間 24 日以上～36 日未満」（9.7%）であった。

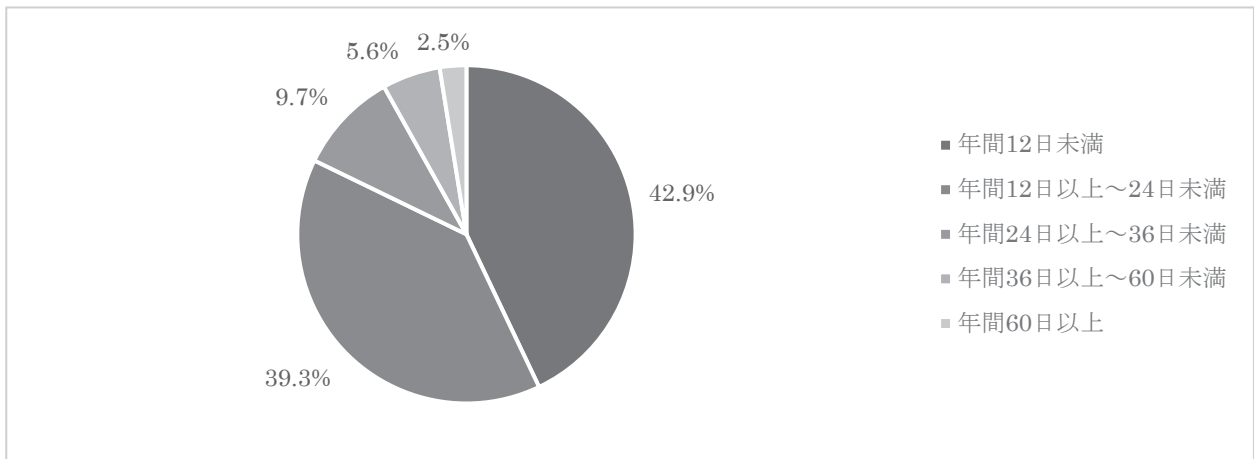


図 20 認知症介護実践者等事業に従事した平均年間日数（n=629）

5. 介護保険施設・事業者等における介護の質の改善に向けた指導的役割について

1) 指導的役割を担うことに対する関心度

指導的役割を担うことに対する関心度について図 21 に示した通りである。内訳は、21年度以前修了生では、「関心がある」が 64.1%、「少し関心がある」が 27.6%、「あまり関心がない」が 6.9%、「関心がない」が 1.4%であった。22年度以降修了生では、「関心がある」が 76.0%、「少し関心がある」が 24.0%であった。

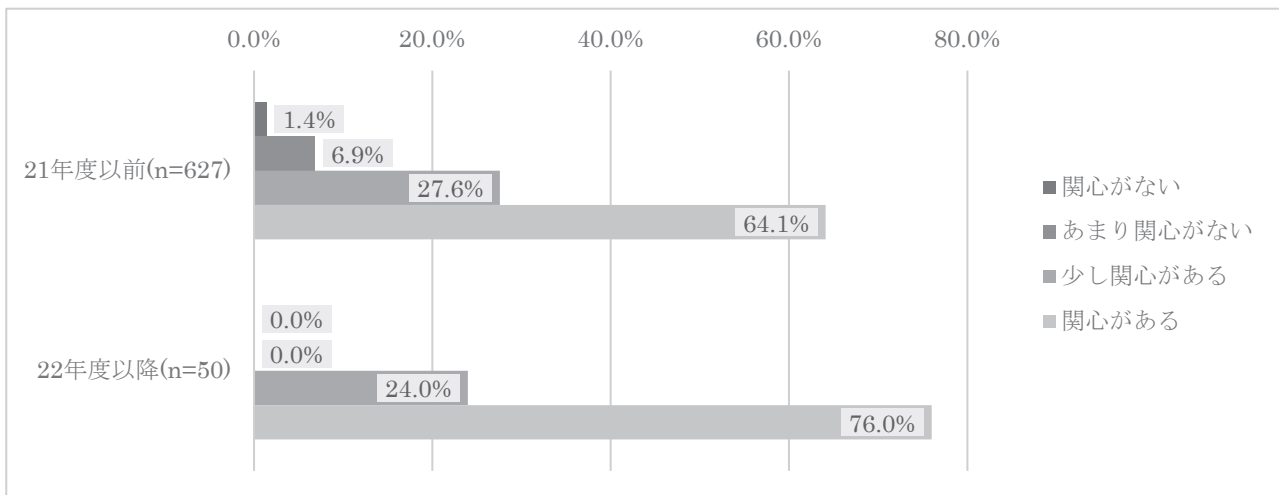


図 21 指導的役割を担うことに対する関心度

2) 自施設における指導的役割の実施状況について

指導者として自施設にて指導的役割を担っている状況（8項目のうち1つ以上行っている割合）について図 22 に示した通りである。21年度以前修了生では、「行っている」97.0%、「行っていない」が 3.0%であった。22年度以降修了生では、「行っている」90.2%、「行っていない」が 9.8%であった。

修了者別の実施状況については、21年度以前修了生では、「職場内研修の企画、立案」が 93.0%と最も高く、次いで「初任者・新任者への OJT の計画、実施」（84.5%）、「中堅職員への OJT の計画、実施」（83.0%）であり、平均の実施個数は 6.86 であった。22年

度以降修了生では、「職場内研修の企画、立案」が80.4%と最も高く、次いで「初任者・新任者へのOJTの計画、実施」(74.0%)、「中堅職員へのOJTの計画、実施」(70.6%)であり、平均の実施個数は4.84であった(図23)。

年度別の実施状況では、「初任者・新任者へのOJTの計画、実施」など4項目は「令和元年度」が最も高く、「外国人職員へのOJTの計画、実施」など4項目は、「令和4年度」が最も高かった(図24)。

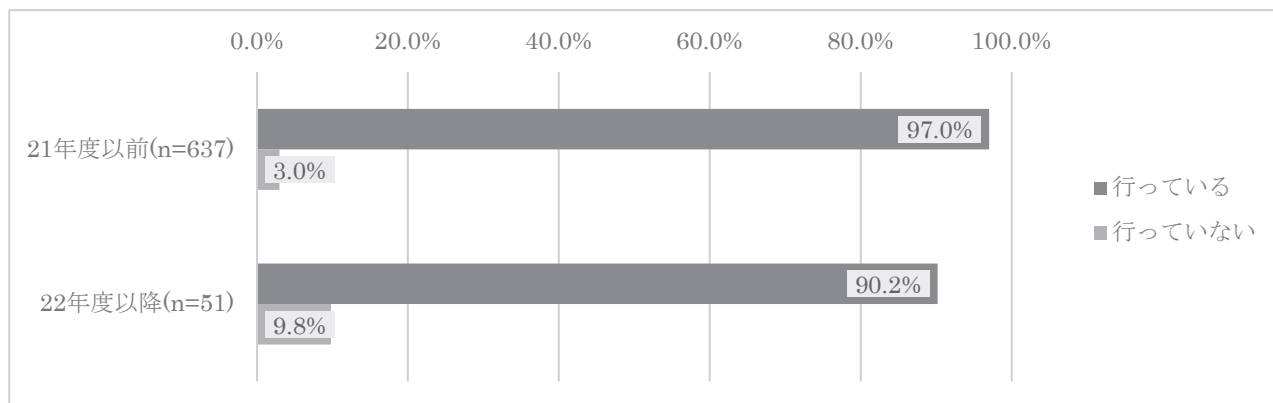


図22 自施設にて指導的役割を担っている状況

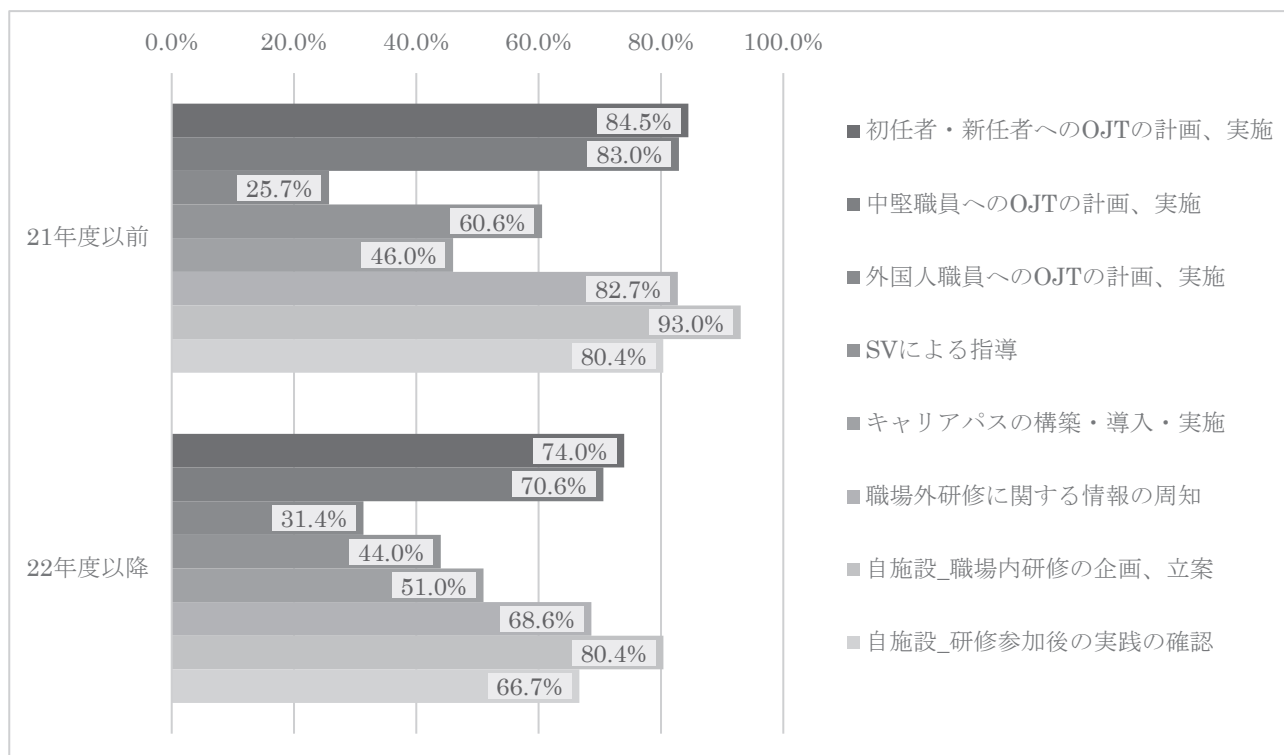


図23 修了者別の実施状況(自施設での指導的役割)

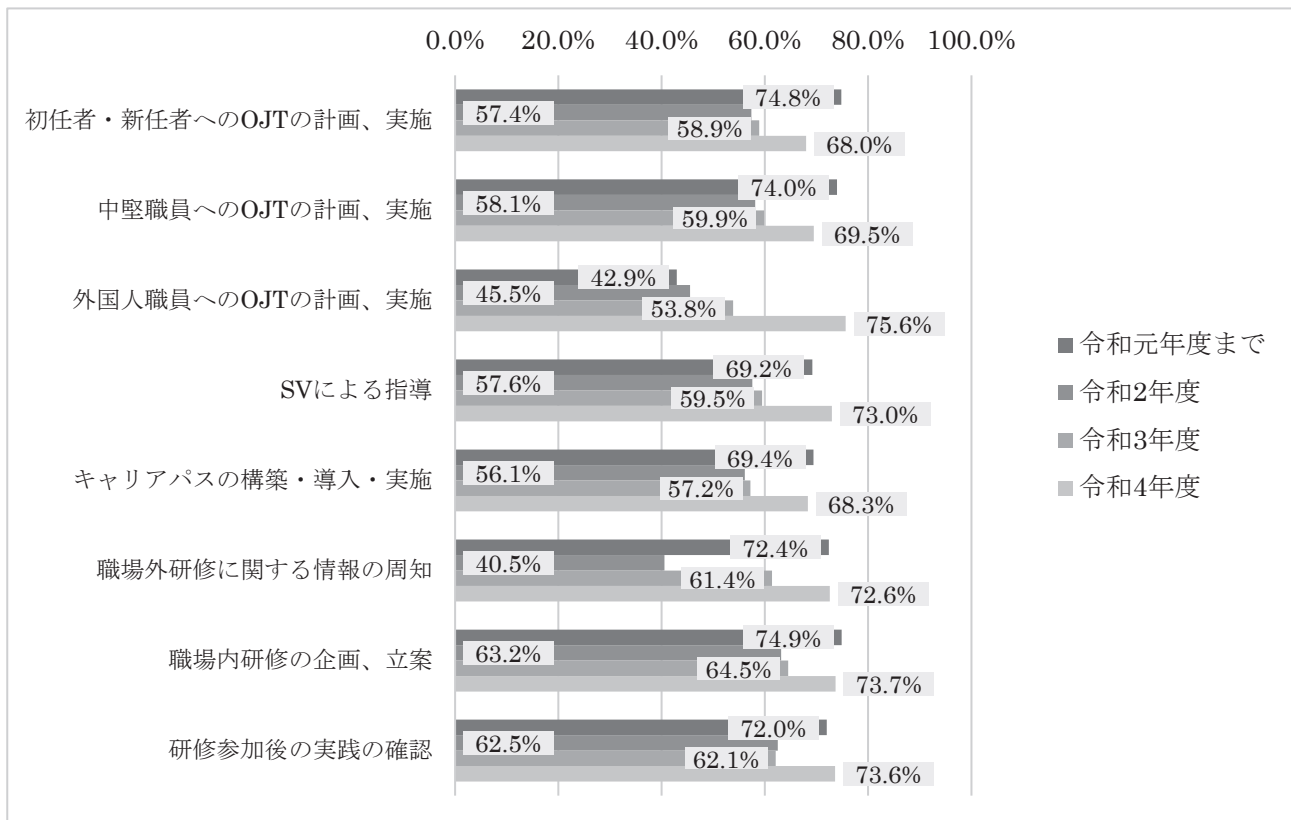


図 24 年度別の実施状況（自施設での指導的役割）

3) 他施設における指導的役割の実施状況について

指導者として他施設にて指導的役割を担っている状況（11項目のうち1つ以上行っている割合）について図 25 に示した通りである。21 年度以前修了生では、「行っている」86.6%、「行っていない」が 13.4%であった。22 年度以降修了生では、「行っている」62.0%、「行っていない」が 38.0%であった。

修了者別の実施状況については、21 年度以前修了生では、21 年度以前修了生では、「他の介護保険施設・事業所からの依頼による研修」が 65.8%と最も高く、次いで「介護保険施設・事業所からの認知症ケアに関する相談対応」（50.8%）、「実践リーダー・実践者研修修了生からの認知症ケアに関する相談対応」（49.7）であり、平均の実施個数は 4.08 であった。「地域包括支援センターからの依頼による研修」が 30.6%と最も高く、次いで「実践リーダー・実践者研修修了生からの認知症ケアに関する相談対応」（26.5%）、「介護保険施設・事業所からの認知症ケアに関する相談対応」（25.0%）であり、平均の実施個数は 1.49 であった（図 26）。

年度別の実施状況では、すべての項目で「令和元年度」が最も高かった（図 27）。

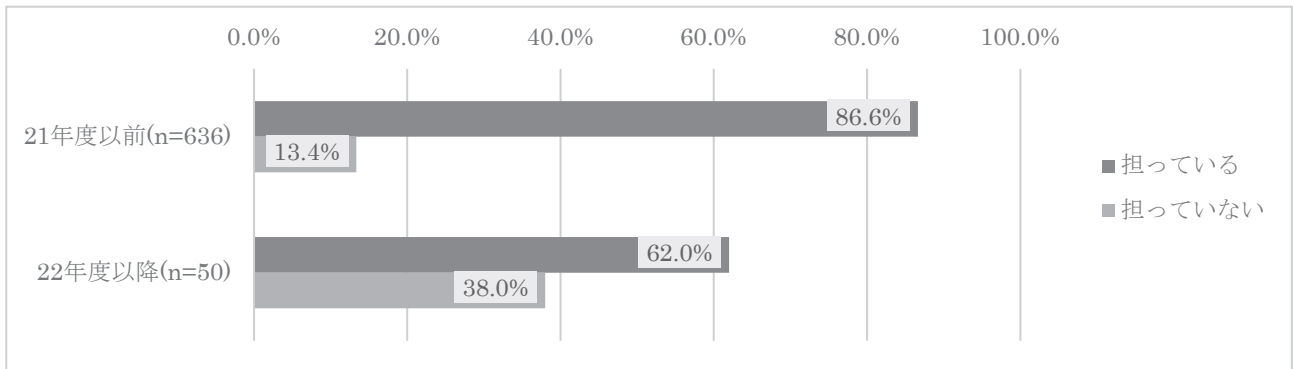


図 25 他施設にて指導的役割を担っている状況

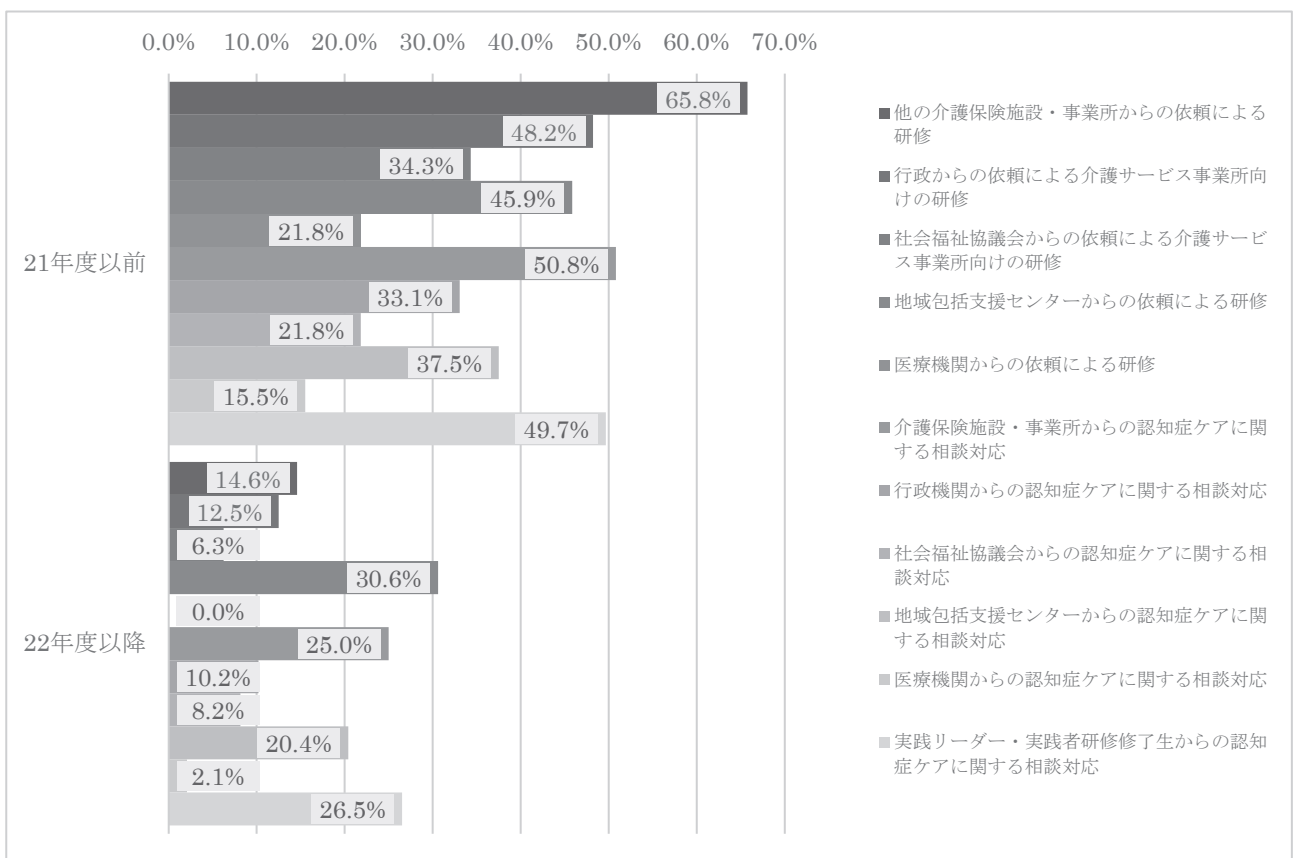


図 26 修了者別の実施状況（他施設での指導的役割）

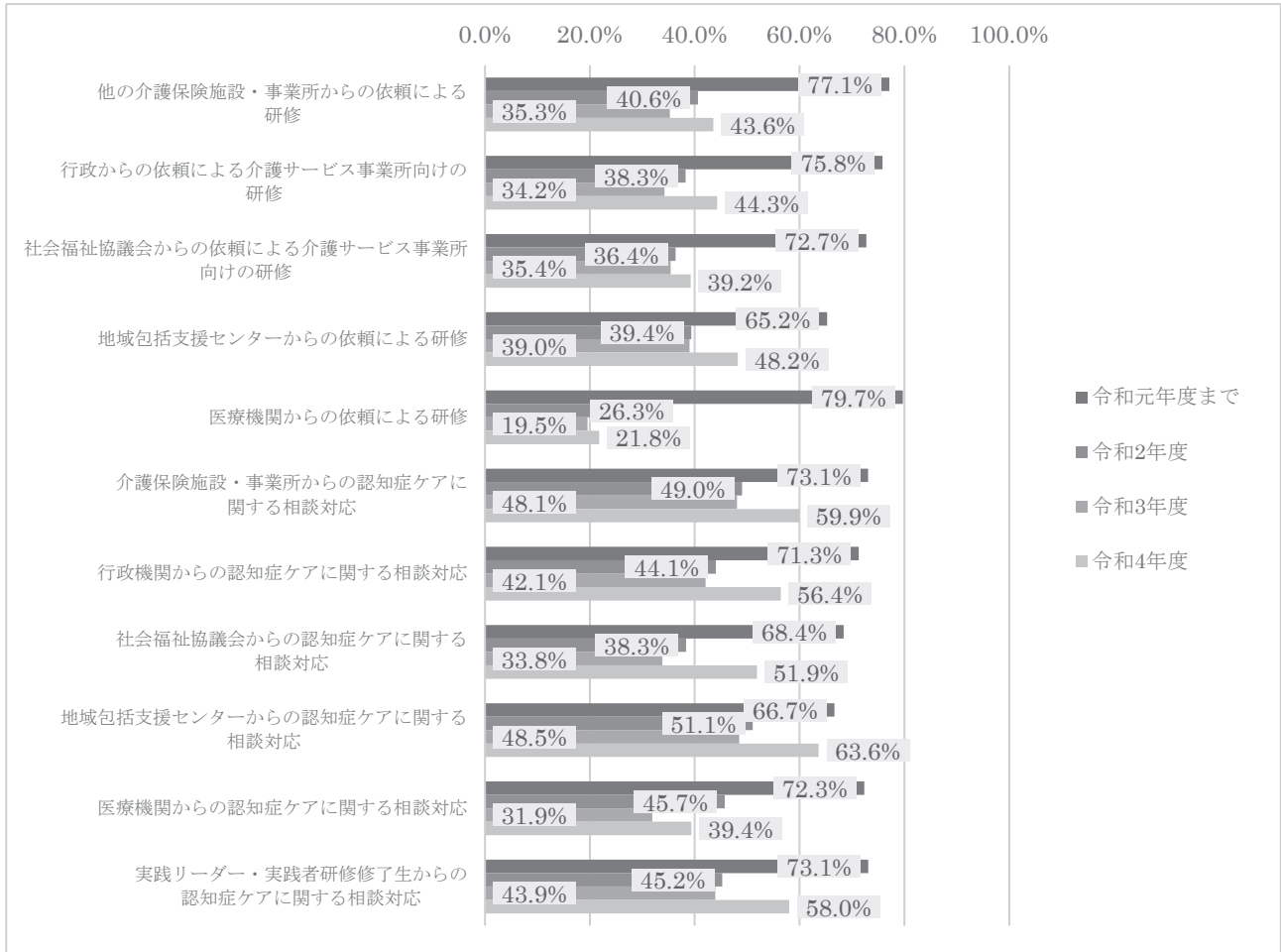


図 27 年度別の実施状況（他施設での指導的役割）

6. 認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況について

1) サービス対象の有無について

認知症専門ケア加算（Ⅱ）のサービス対象の有無について図 28 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「サービスの対象外である」が 52.0%、「サービスの対象である」が 48.0%であった。22 年度以降修了生では、「サービスの対象外である」が 46.9%、「サービスの対象である」が 53.1%であった。

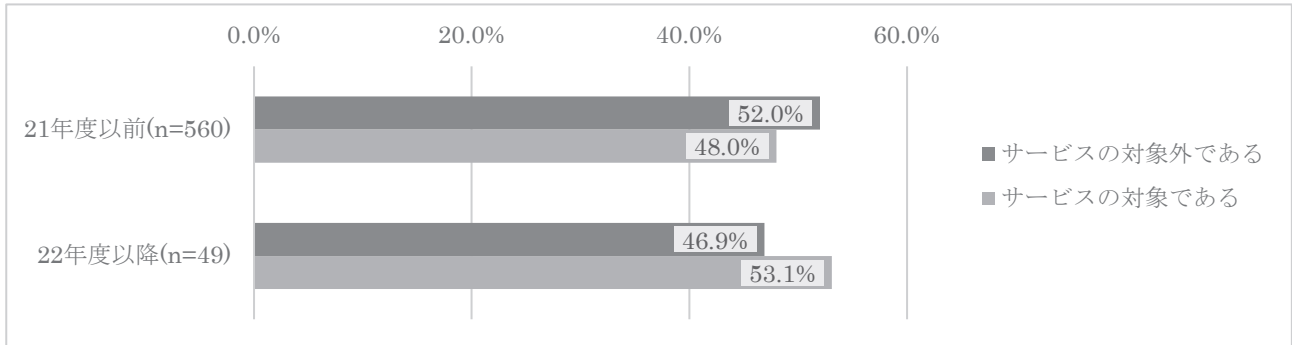


図 28 サービス対象の有無について

2) 算定要件について

(1) 利用者要件

利用者要件について図 29 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「満たしていない」が 21.6%、「満たしている」が 78.4%であった。22 年度以降修了生では、「満たしていない」が 15.4%、「満たしている」が 84.6%であった。

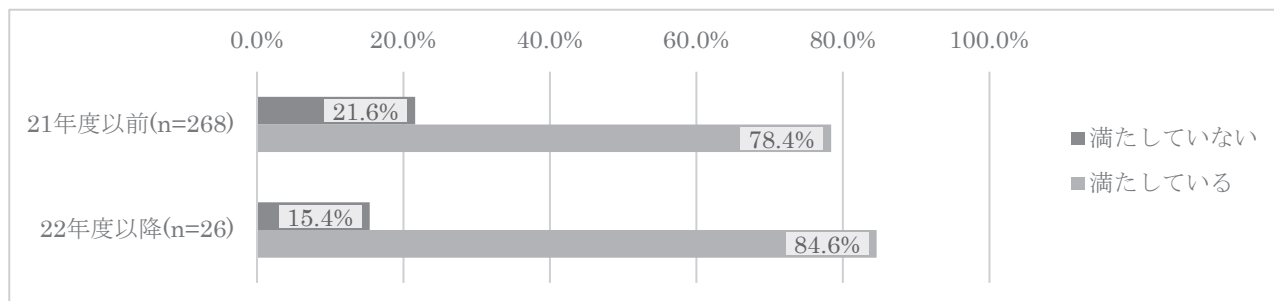


図 29 利用者要件について

(2) 職員配置要件

職員配置要件について図 30 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「満たしていない」が 18.4%、「満たしている」が 81.6%であった。22 年度以降修了生では、「満たしていない」が 15.4%、「満たしている」が 84.6%であった。

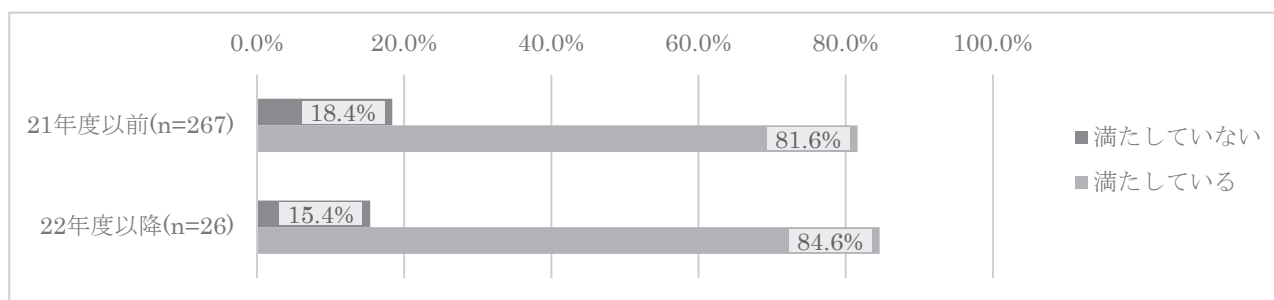


図 30 職員配置要件について

(3) 留意事項の伝達や技術的指導の会議の定期的な実施

留意事項の伝達や技術的指導の会議の定期的な実施について図 31 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「実施していない」が 26.3%、「実施している」が 73.3%であった。22 年度以降修了生では、「実施していない」が 30.8%、「実施している」が 69.2%であった。

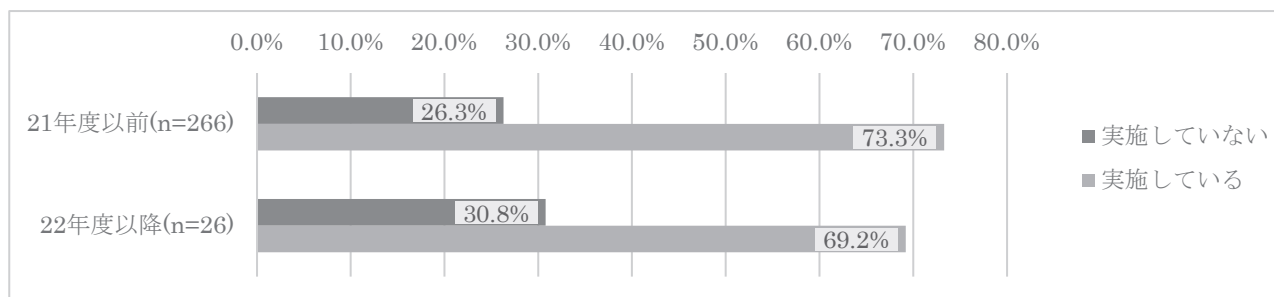


図 31 留意事項の伝達や技術的指導の会議の定期的な実施について

(4) 介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成

介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成について図 32 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「作成していない」が 32.6%、「作成している」が 67.4%であった。22 年度以降修了生では、「作成していない」が 15.4%、「作成している」が 84.6%であった。

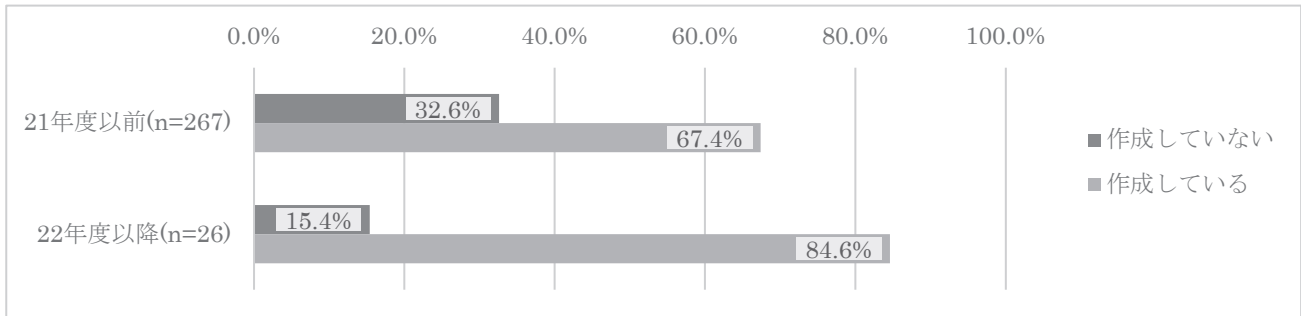


図 32 介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成について

(5) 介護職員、看護職員ごとの研修計画の実施

介護職員、看護職員ごとの研修計画の実施について図 33 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「実施していない」が 31.8%、「実施している」が 68.2%であった。22 年度以降修了生では、「実施していない」が 23.1%、「実施している」が 76.9%であった。

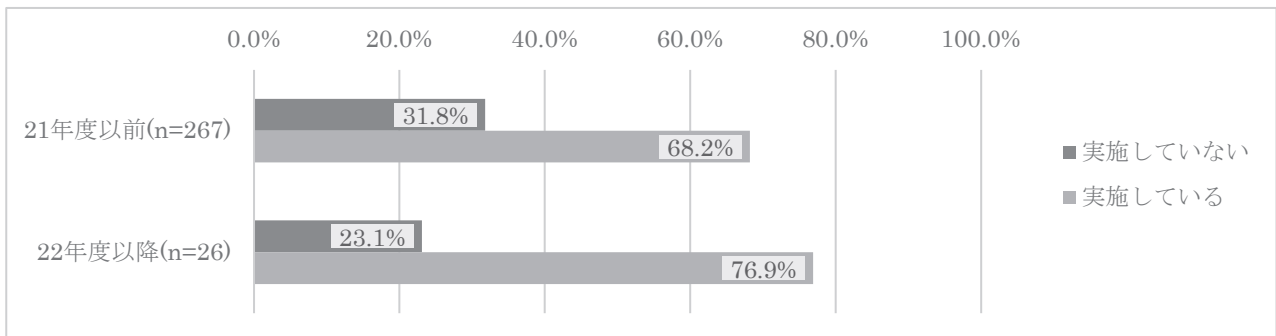


図 33 介護職員、看護職員ごとの研修計画の実施について

3) 取得状況と取得に至らない理由について

認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況について図 34 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「取得している」が 53.2%、「取得していない」が 46.8%であった。22 年度以降修了生では、「取得している」が 42.3%、「取得していない」が 57.7%であった。

取得に至らない理由について、図 35 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「職員配置要件の維持が困難」が 48.6%と最も高く、次いで、「利用者要件の確認作業が負担」(40.2%)、「研修計画の作成・実施の事務作業が煩雑」(36.1%)であった。22 年度以降修了生では、職員配置要件の維持が困難」が 60.0%と最も高く、次いで、「利用者要件の確認作業が負担」(46.7%)、「会議の事務作業が煩雑」(33.3%)であった。

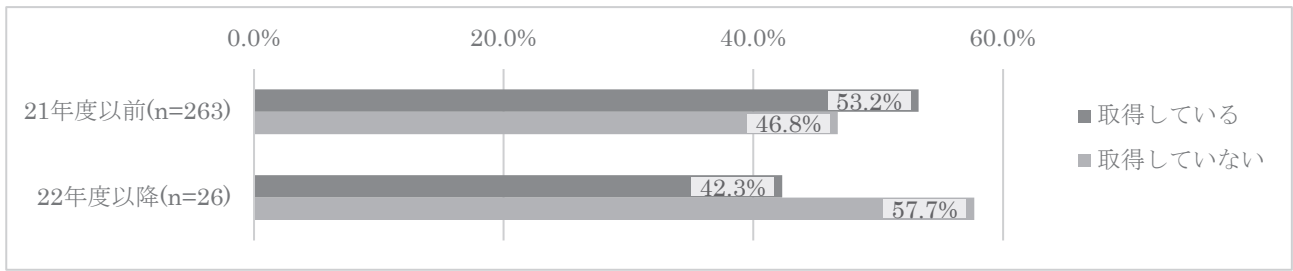


図 34 認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況

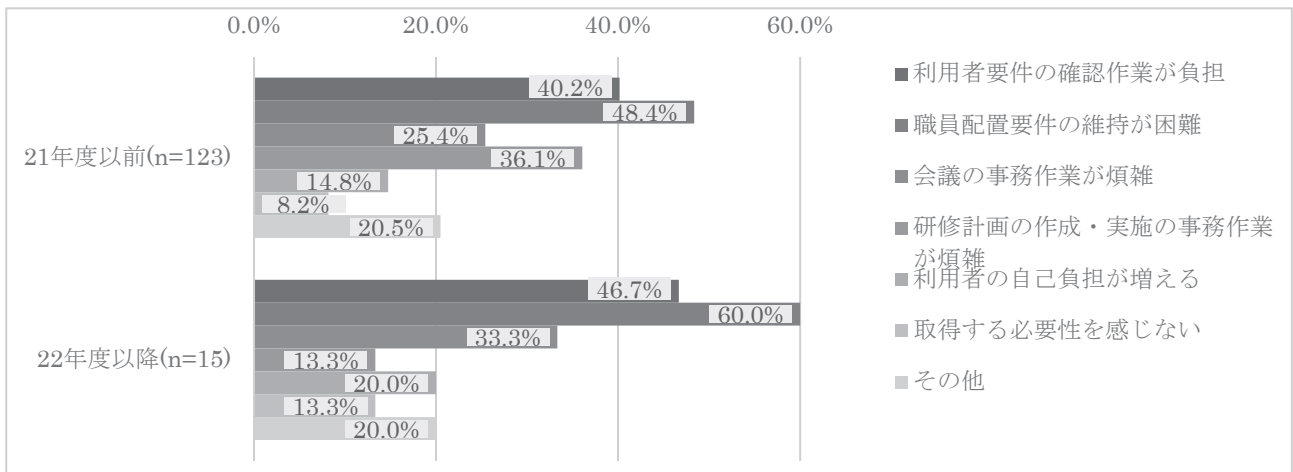


図 35 取得に至らない理由（複数回答）

7. 地域における認知症施策の推進への貢献について

1) 地域活動実践への関心度について

地域活動を実践することへの関心度について図 36 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「関心がある」が 55.1%、「少し関心がある」が 33.3%、「あまり関心がない」が 9.2%、「関心がない」が 2.4%であった。22 年度以降修了生では、「関心がある」が 76.5%、「少し関心がある」が 23.5%であった。

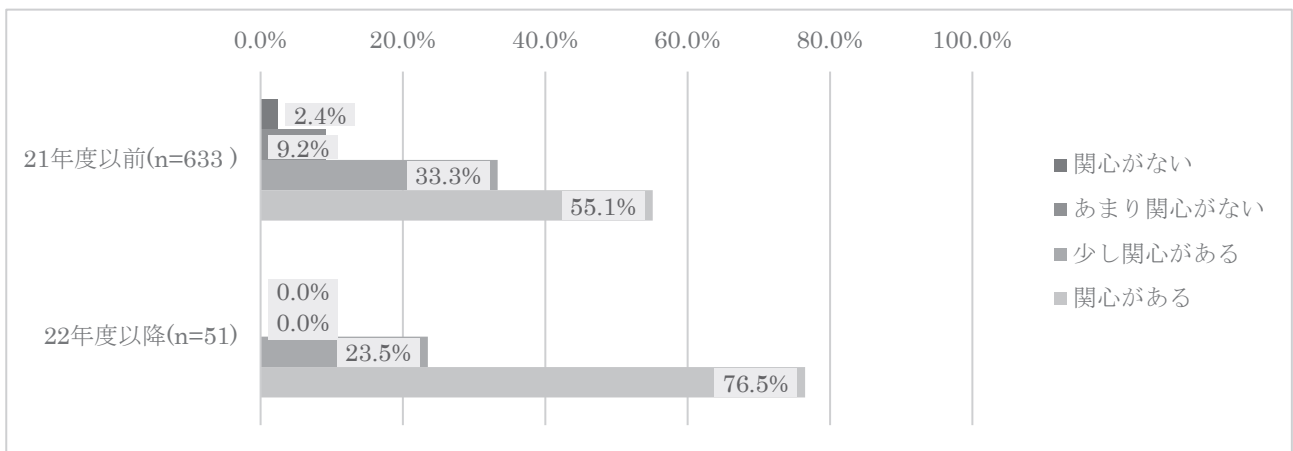


図 36 地域活動実践への関心度

2) カテゴリー別の実践状況について

カテゴリー別での地域活動への実践状況について図 37 に示した通りである。「所属法人での地域活動」、「研修事業」、「相談事業」、「地域における認知症施策への関与」のカテゴリー別での実践状況は、21 年度以前修了生では、「所属法人での地域活動」が 66.0%、「研修事業」が 85.6%、「相談事業」が 90.7%、「地域における認知症施策への関与」が 77.9%であった。22 年度以降修了生では、「所属法人での地域活動」が 58.8%、「研修事業」が 56.9%、「相談事業」が 58.8%、「地域における認知症施策への関与」が 47.1%であった。

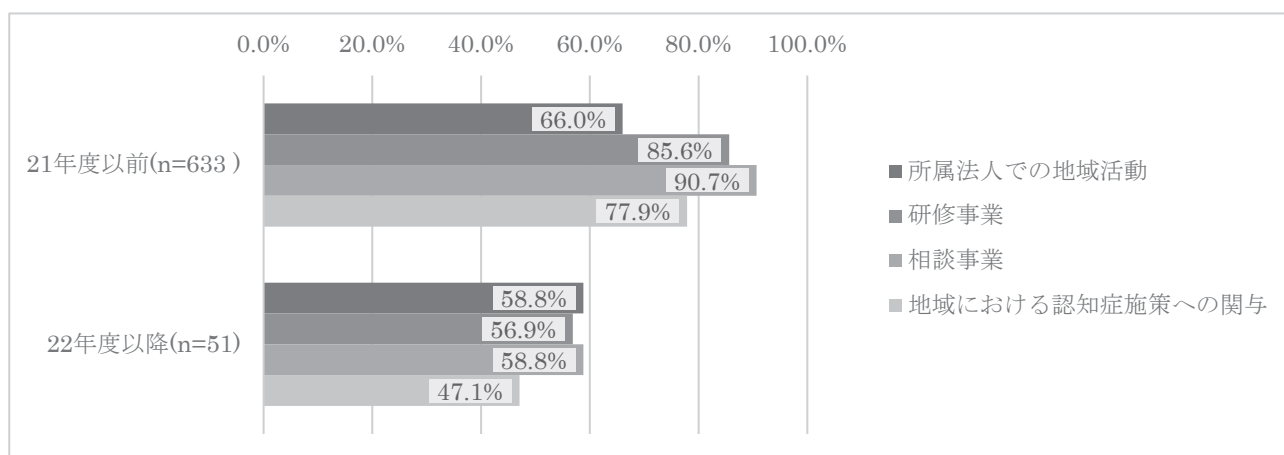


図 37 カテゴリー別での実践状況

3) 各カテゴリーの実践状況

(1) 所属法人での地域活動

所属法人での地域活動については図 38 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営」が 80.0%と最も高く、次いで、「認知所カフェの設置・運営」（62.5%）、「高齢者サロンの設置・運営」（30.4%）で、平均の実践個数は、1.10 であった。22 年度以降修了生では、運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営」が 73.3%と最も高く、次いで、「認知所カフェの設置・運営」（41.4%）、「高齢者サロンの設置・運営」（24.1%）で、平均の実践個数は、0.80 であった。

年度別の実践状況では、すべての項目で「令和元年度」が最も高かった（図 39）。

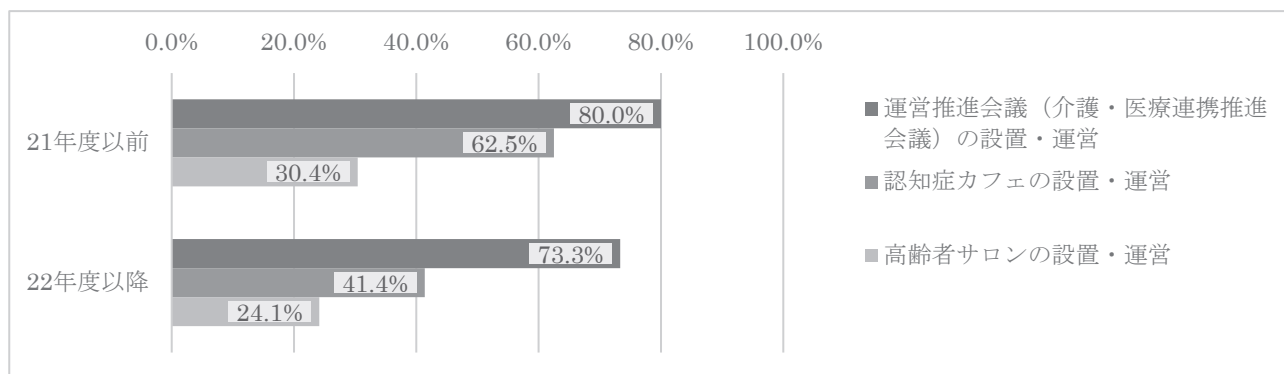


図 38 所属法人での地域活動の実施状況

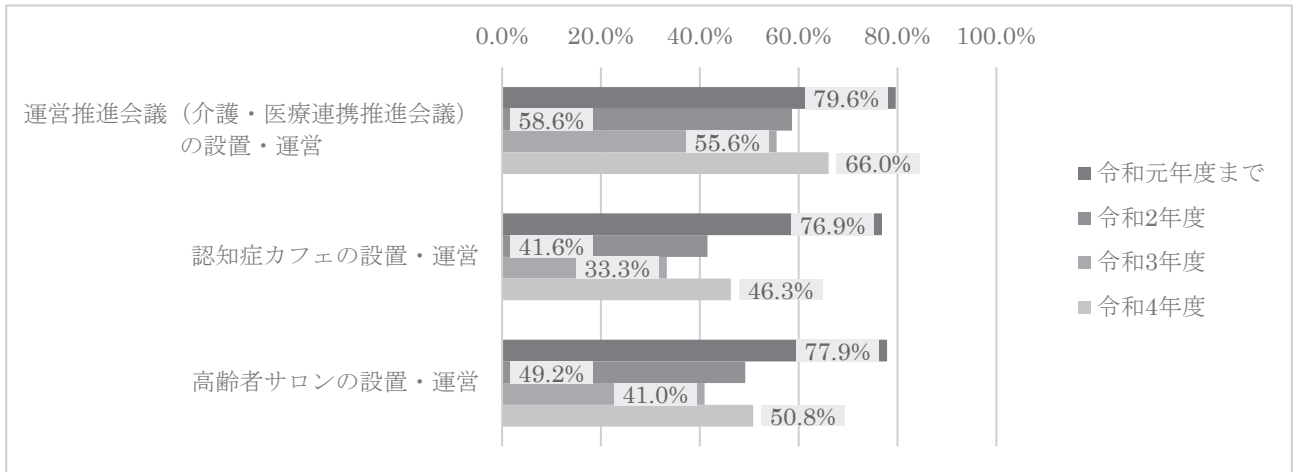


図 39 年度別の実践状況（所属法人での地域活動）

(2) 研修事業

研修事業については図 40 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、21 年度以前修了生では、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成研修の講師」が 85.0% と最も高く、次いで、「地域住民向け講演会・（出前）講座の講師」（79.5%）、「家族介護者向け講座の講師」（69.7%）で、平均の実践個数は 3.57 であった。22 年以降修了生では、「地域住民向け講演会・（出前）講座の講師」が 71.4% と最も高く、次いで、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成研修の講師」（65.5%）、「企業・職域向け認知症サポーター養成講座の講師」、「子ども・学生向け認知症サポーター養成講座の講師」（39.3%）で、平均の実践個数は 1.59 であった。

年度別の実践状況では、すべての項目で「令和元年度」が最も高かった（図 41）。

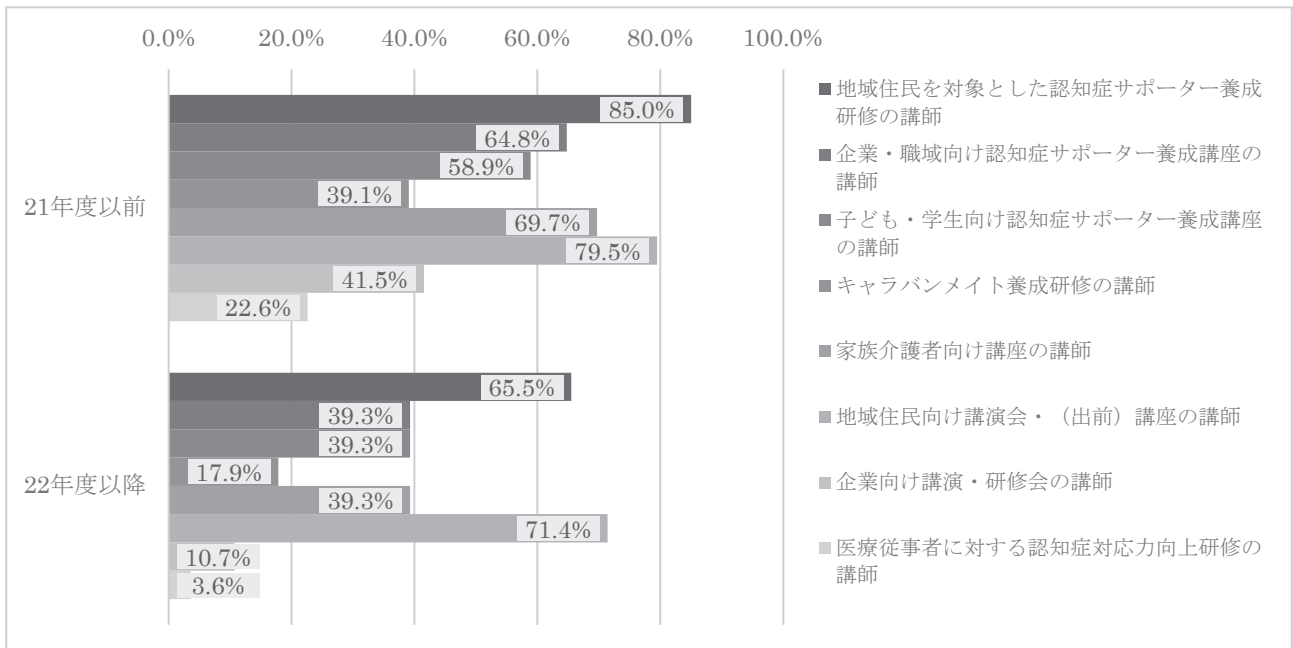


図 40 研修事業の実施状況

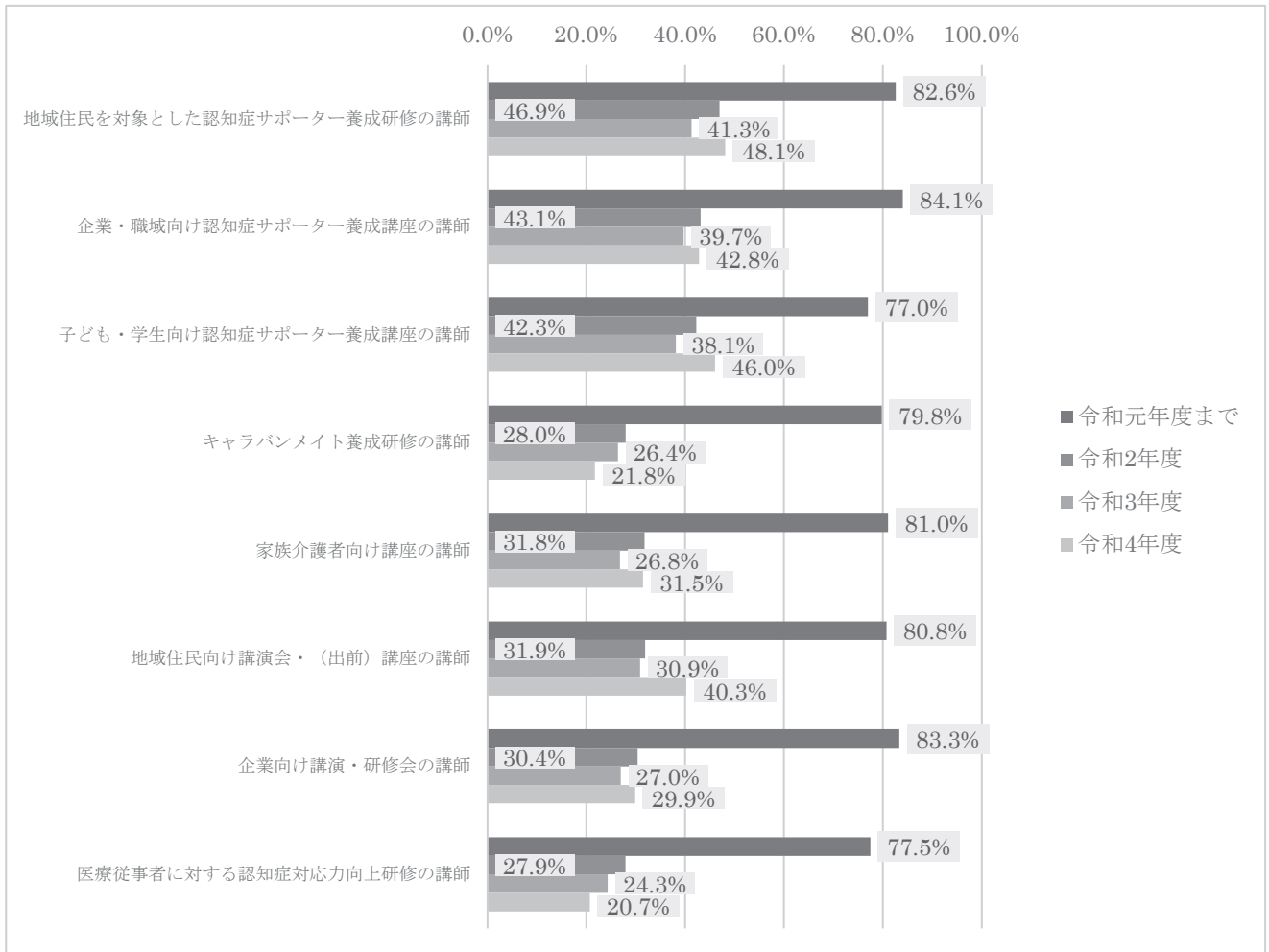


図 41 年度別の実施状況（研修事業）

（3）相談事業

研修事業については図 42 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「家族介護者からの相談対応」が 77.5%と最も高く、次いで「住民からの相談対応」（64.1%）、「認知症当事者からの相談対応」（41.7%）で、平均の実践個数は 2.23 であった。22 年度以降修了生では、「家族介護者からの相談対応」が 96.7%と最も高く、次いで「住民からの相談対応」（73.3%）、「認知症当事者からの相談対応」（63.3%）で、平均の実践個数は 1.59 であった。

年度別の実践状況では、「認知症初期集中支援チームからの相談対応」など 6 項目については「令和元年度」が最も高く、「家族介護者からの相談対応」については、「令和 2 年度」が最も高かった（図 43）。

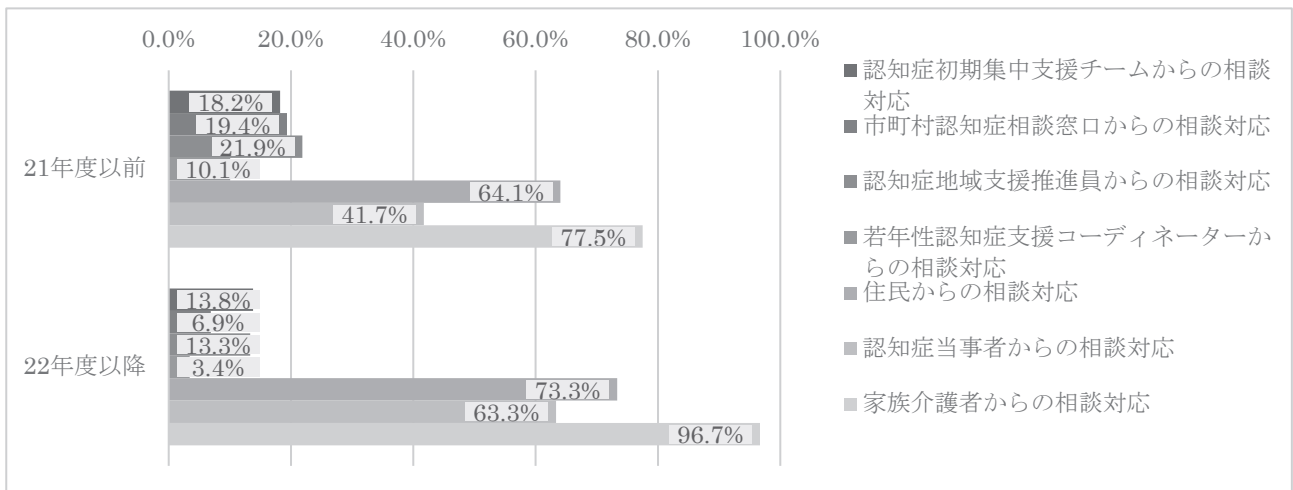


図 42 相談事業の実践状況

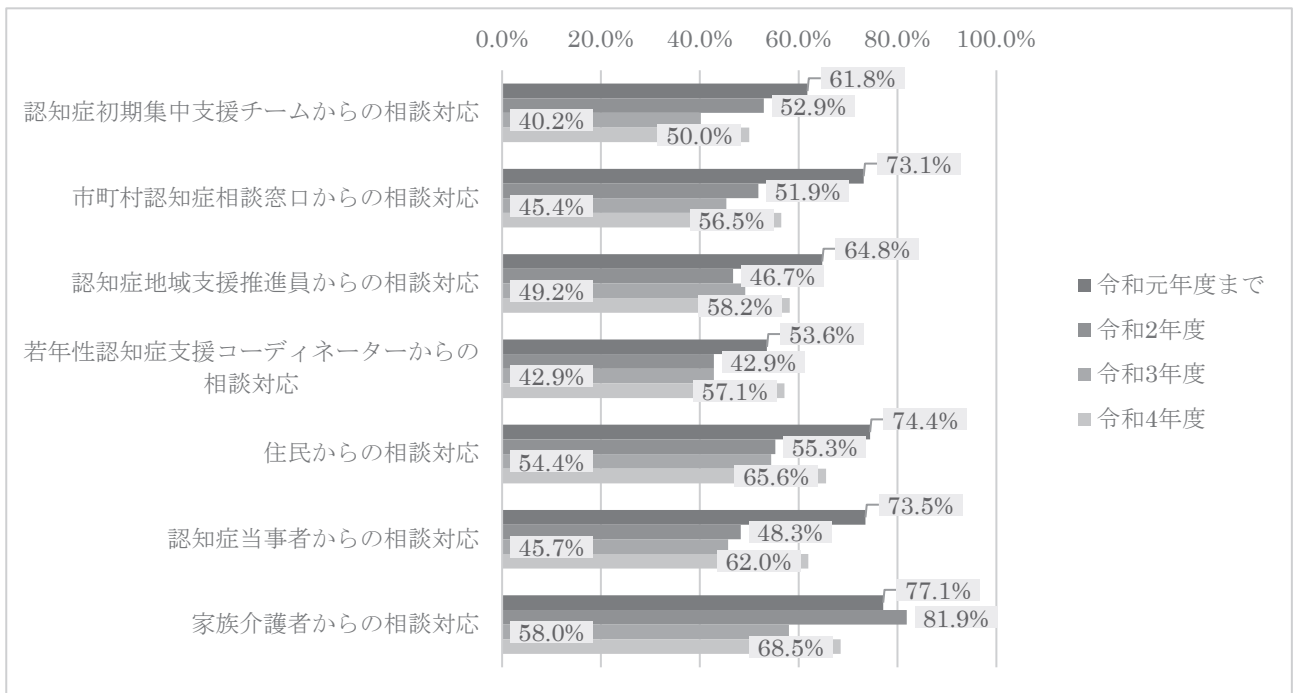


図 43 年度別の実践状況（相談事業）

(4) 地域における認知症施策への関与

研修事業については図 44 に示した通りである。内訳は、21 年度以前修了生では、「認知症関連イベントの企画・参加」が 70.6% と最も高く、次いで、「認知症サポーター養成講座の企画・運営」(66.9%)、「所属法人以外の認知症カフェの開催や参加」(51.5%) で、平均の実践個数は 2.83 であった。22 年度以降修了生では、「認知症関連イベントの企画・参加」が 65.2% と最も高く、次いで、「認知症サポーター養成講座の企画・運営」(47.8%)、「本人ミーティング」(30.4%) で、平均の実践個数は 1.20 であった。

年度別の実践状況では、「当事者会への運営協力」など 10 項目では「令和元年度」が最も高く、「本人ミーティング」では、「令和 4 年度」が最も高かった (図 45)。

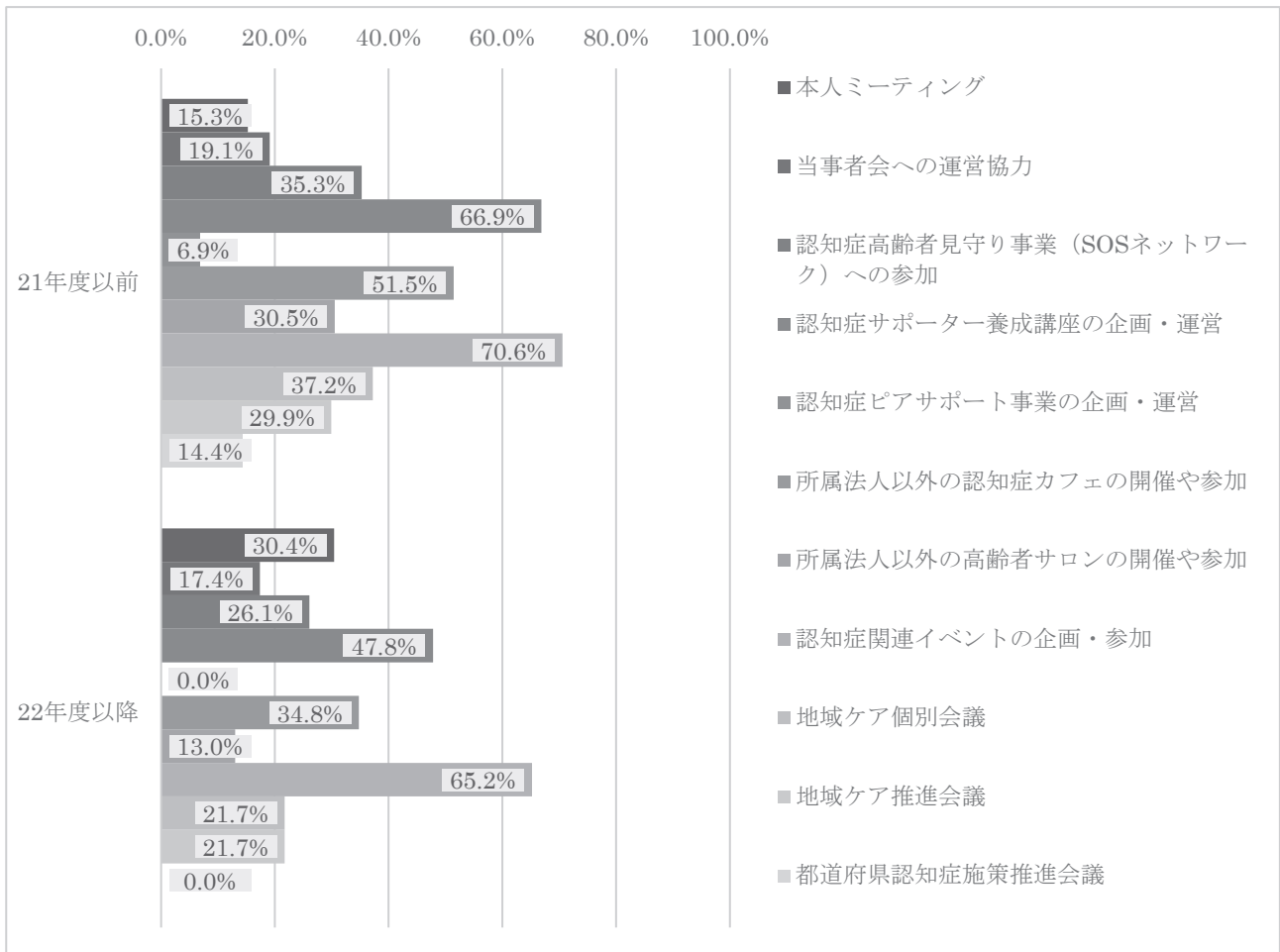


図 44 地域における認知症施策への関与

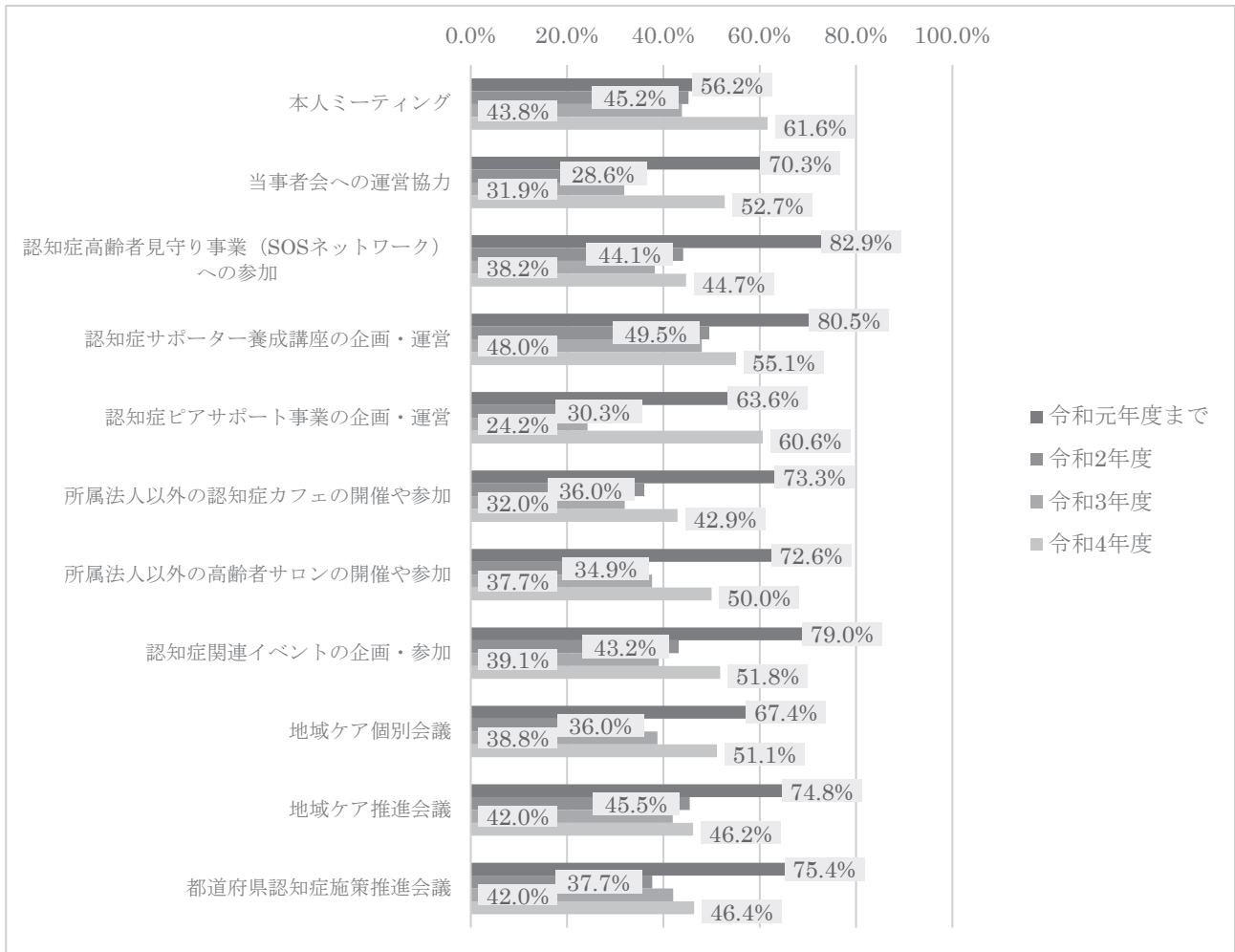


図 45 年度別の実践状況

(5) 地域活動に従事した平均年間日数について

地域活動に従事した平均年間日数について図 46 に示した通りである。「年間 12 日未満」が 42.9%と最も高く、次いで、「年間 12 日以上～24 日未満」（39.3%）、「年間 24 日以上～36 日未満」（9.7%）であった。

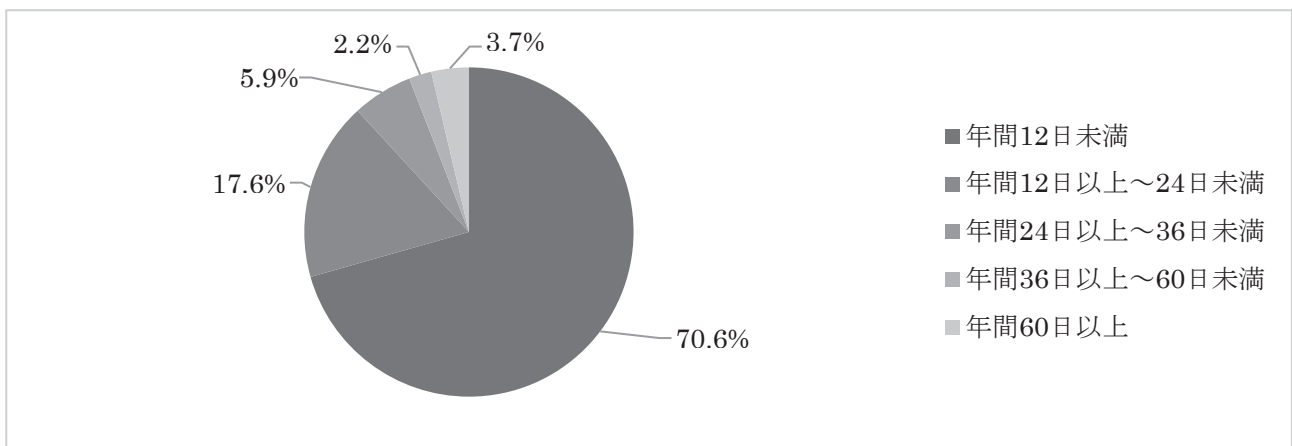


図 46 地域活動に従事した平均年間日数

8. 指導者活動に関わる要因

指導者活動に関わる要因について（「1. あてはまる、2. ややあてはまる、3. あまりあてはまらない、4. あてはまらない」の各回答を4点～1点に得点化）図47に示した通りである。内訳は、21年度以前修了生では、「事業所での本務が多忙である」の平均値が3.25と最も高く、次いで、「所属法人内にケアの質の向上を目指す組織風土がある」（M=3.15）、「所属法人内に地域貢献を推進する組織風土がある」（M=3.05）であった。22年度以降修了生では、「事業所での本務が多忙である」の平均値が3.31と最も高く、次いで、「指導者活動が事業所の職務として認められている」（M=3.04）、「所属法人内にケアの質の向上を目指す組織風土がある」（M=2.92）であった。

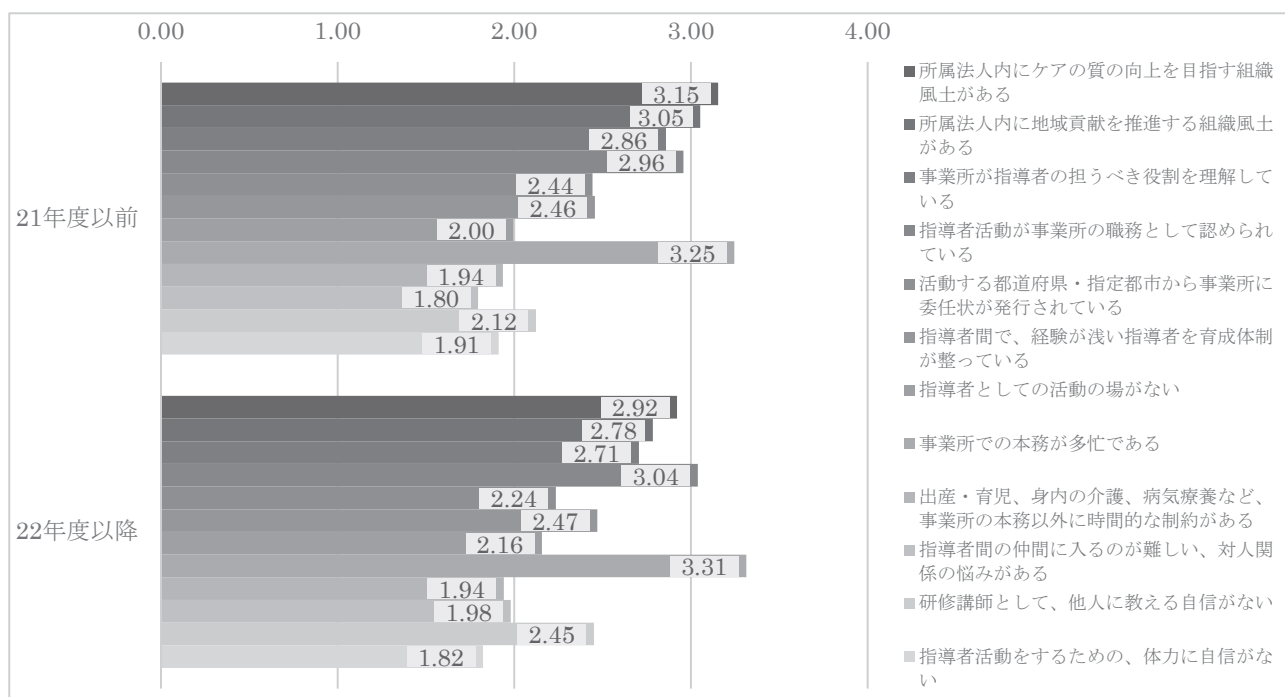


図47 指導者活動に関わる要因について

9. 指導者活動に対するやりがい・満足度

指導者として活動することに対するやりがい・満足度について（「1. 思う、2. やや思う、3. あまり思わない、4. 思わない」の各回答を4点～1点に得点化）図48に示した通りである。内訳は、21年度以前修了生では、「指導者として活動することが自身の人間的成長に繋がる」の平均値が3.33と最も高く、次いで、「指導者として活動することにやりがいを感じている」（M=3.24）、「指導者としての活動に一生懸命打ち込んでいるときには達成感を感じる」（M=3.05）であった。22年度以降修了生では、「指導者として活動することにやりがいを感じている」の平均値が3.51と最も高く、次いで、「指導者として活動することが自身の人間的成長に繋がる」（M=3.47）、「指導者として活動することに満足している」（M=3.06）であった。

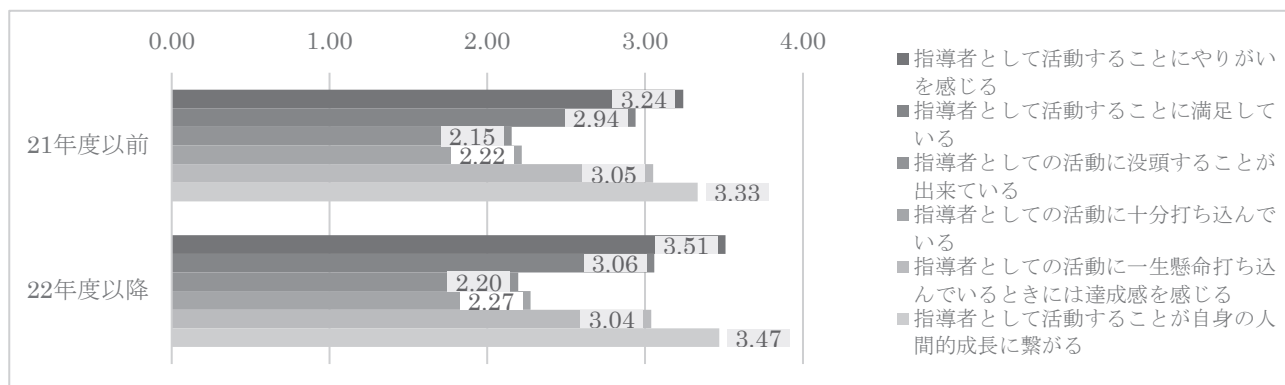


図 48 指導者活動に対するやりがい・満足度

VI. 考察

調査結果より、指導者研修修了後に付与される 3 つの役割について、9 割程度の修了生が何らかの形で「関与」または「実践」していた。このことから、指導者として「研修の役割」、「指導的役割」、「地域での役割」を実践することができており、指導者研修は一定の成果があったことが確認できた。修了の時期による比較では、「指導的役割」、「地域での活動」について有意差が見られ、指導者研修の修了後の期間によって、役割の実践状況に違いがあることが確認できた。

それぞれの役割別の実践状況については、「研修の役割」では、全体の傾向として、実践者研修、実践リーダー研修に関わっている指導者が多い傾向であった。一方、基礎研修では、関わっている指導者が減少傾向であった。基礎研修は、令和 3 年度より e-ランニングでも学習できるようになっており、指導者が講師、ファシリテーター役を担う機会が減少した可能性が考えられる。指導的役割では、「自施設における指導的役割」では全体として関わっている指導者が多い傾向であったが、「他施設における指導的役割」では、修了時期によって差が生じており、22 年度以降修了生に比べ、21 年度以前修了生に役割を多く実践している傾向が高いことが明らかになった。地域での役割では、全体の傾向として、22 年度以降修了生に比べ、21 年度以前修了生に役割を多く実践している傾向が高いことが明らかになった。活動内容については、「研修事業」・「相談事業」から見ると、地域住民を対象とした研修の講師や相談を受けるといった役割を実践している傾向が高いことが明らかになった。22 年度以降の修了生は、指導者としての活動を始めて 1 年目であるため、指導的役割や地域活動に関する役割を実践する機会が限定的になっていることが考えられる。今後は指導者としての活動を継続的に行っていくことで、指導者としての役割を実践する機会が増加するかを検討することが必要である。

VII. まとめ

本研究により、修了時期に問わず、9 割程度の指導者研修修了生が付与される 3 つの役割に対して「関与」または「実践」することが明らかになった。修了時期別の比較では、修了後の期間が長いほど、役割を実践している可能性が示された。今後、指導者の役割や活動年数を踏まえ、詳細な活動状況について検討する。また、縦断的効果を検討するため、従来の指導者活動調査のデータや活用できる既存のデータを確認し、データ構築を進めていく。

謝辞

今回の研究事業にご協力いただきました認知症介護指導者の皆様に、この書面をお借りし厚く御礼申し上げます。

文献

- 1) 認知症施策推進関係閣僚会議（2019）「認知症施策推進大綱」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>,2023.11.27)
- 2) 厚生労働省老健局（2021）「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」の一部改正について
(https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/gyousei/r3_suishinka_yousei_unei.pdf,2023.11.22)
- 3) 社会的インパクト評価検討ワーキング・グループ（2016）「社会的インパクト評価の推進に向けて－社会的課題解決に向けた社会的インパクト評価の基本的概念と今後の対応策について－」(<https://www.npo-homepage.go.jp/uploads/social-impact-hyouka-houkoku.pdf>,2023.11.28)
- 4) P. H. ロッシ、M. W. リブセイ H. E. フリーマン著（=2005，大島巖・平岡公一・森俊夫・元永拓郎監訳『プログラム評価の理論と方法：システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社）
- 5) GSG 国内諮問委員会 社会的インパクト評価ワーキング・グループ（2017）「社会的インパクト評価ツールセット 実践マニュアル Ver.2.0」
(https://simi.or.jp/wp-content/uploads/2020/06/NAB_manual_ver2.pdf,2023.11.28)
- 6) 認知症介護研究・研修東京センター（2023）「実践研修および指導者養成研修のアウトカム評価の基本的考え方 令和5年3月版」
(https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/study/outcome/r5_outcome_hyoka.pdf,2023.11.22)

令和5年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

発行：令和6年3月

編集：社会福祉法人 仁至会

認知症介護研究・研修大府センター

〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地

TEL (0562) 44-5551 FAX (0562) 44-5831

発行所：株式会社Dio Agency

〒465-0014 名古屋市名東区上菅二丁目1105番地 オオタ上菅ビル1階

TEL (052) 715-7718
