

令和7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研究

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

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
に関する研究

認知症ケア実践現場における
スーパービジョン実践の現状に関する研究

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7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研究

李 相侖・工藤 純平・齊藤 千晶 山口 友佑・鷺見 幸彦……………	1
--------------------------------------	---

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

李 相侖・鷺見 幸彦 谷山 牧・秋月 百合……………	9
-------------------------------	---

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……………	17
--------------------------------------	----

認知症ケア実践現場におけるスーパービジョン実践の現状に関する研究

山口 友佑・中村 裕子・小木曾恵里子・李 相侖 齊藤 千晶・浅野 正嗣・鷺見 幸彦……………	41
---	----

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・中村 裕子 鷺見 幸彦・粟田 主一・中村 考一・滝口 優子 齊藤 葉子・加藤 伸司・阿部 哲也・吉川 悠貴 田村みどり……………	53
--	----

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研究

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研究

主任研究者：李 相侖（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

分担研究者：工藤 純平（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

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）

I. 背景と目的

高齢化の進展に伴い、老年症候群の増加が指摘されている。2022年における認知症の高齢者数は約443万人、軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment: MCI）を有する高齢者数は約559万人と推計され、2040年にはそれぞれ約584万人、約613万人に達すると見込まれている（厚生労働省, 2023; 令和5年度老人保健事業推進費等補助金, 2023）。この推計によると、高齢者の約3割が認知症またはMCIに該当し、総人口の約1割を占めることとなる。このような背景から、日本における認知症高齢者への支援は、医療・介護分野における重要な検討課題の一つであると考えられる。従来の認知症ケアでは、主として認知機能や日常生活動作（Activities of Daily Living: ADL）の維持・改善を中心に実施されていた。しかし近年では、生活の質（Quality of Life: QOL）や社会参加の維持・促進への関心が高まりつつある。

国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）では、健康状態は「心身機能・構造」「活動」「参加」および「環境因子」の相互作用で規定されるとされる。この枠組みにおける「参加」は、個人が生活場面に関与することを指し、社会的役割や他者との関わりを含む概念として位置づけられる（Organization, 2001; 厚生労働省, 2002）。先行研究で社会参加の概念は、多様に用いられている。例えば、橋本らは社会参加を個人的活動、学習的活動、社会的活動に分類し、近所付き合い、講演会への参加、地域行事や奉仕活動などを具体例として示した（Hashimoto et al., 1997）。小向らはリハビリテーション分野において、仕事や家庭内活動、余暇活動の遂行可能性、家庭や社会における役割保持を社会参加の要素として挙げた（小向 et al., 2017）。Levasseurらは、社会参加を「他者との関わりを伴う行動」から「共同的活動」までの連続体とし、関わりのある環境から社会貢献に至る幅広い活動を含む概念として整理している（Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010）。このように、社会参加のは多面的かつ階層的概念であり、研究でその定義を明確にする必要がある。

施設における認知症の人の社会参加には、本人のみならず施設職員の役割が重要である。作業療法の介入に関する研究では、社会的交流を伴う余暇活動や社会参加の介入が本人の

幸福感や満足感、介護者の満足度等に正の影響を与える可能性が示唆された (Letts et al., 2011)。一方で、社会参加介入の実施には、テーラーメイド型の個別支援や多職種連携の必要性も課題として指摘された (Donkers, van der Veen, Vernooij-Dassen, Nijhuis-van der Sanden, & Graff, 2017)。しかし、日本においては、認知症の人の社会参加を目的としたリハビリテーション介入の実施率は低く、実態や関連要因における知見は十分とはいえない。

以上を踏まえ本研究では、介護施設における社会参加介入の関連要因を明らかにすることを目的とした。また、有償ボランティア活動を活用した社会参加型リハビリテーションの観察研究に向けた予備的検討を行い、実施可能性および評価枠組みの検討を行った。

2. 結果

今年度は既存データを用いた分析を行い、学会発表、論文作成・投稿を進めている。本報告では、研究の進行段階を踏まえ、結果を以下の2つに整理した。

2.1. 調査研究における結果（投稿中論文）

本研究では、認知症高齢者に対する社会参加を目的とした作業療法 (OT) 実践に影響を与える要因を明らかにするため、介護施設に勤務する作業療法士を対象とした質問紙調査を実施した (2022年11月～2023年1月)。326施設に調査を依頼し、105名から回答を得た。そのうち66名の有効回答を分析対象とした。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)。目標設定はしていないが、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、その実施状況を質問した【表1】。

表1 社会参加の一例

<p><社会参加を目標にしたリハビリテーション介入></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
<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テーション介入></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
<p><社会参加に含めないリハビリテーション介入></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

分析の結果、以下の知見が得られた。

(1) 社会参加を促進する OT 実践の実施状況

認知症高齢者に対して社会参加を促進する OT 実践を実施している療法士は、地域における施設外活動の経験を有する割合が高かった。

(2) 施設環境要因の影響

ロジスティック回帰分析の結果、地域資源との連携を有する施設環境は、社会参加を目的とした OT 実践と有意に関連していた。

(3) 人員配置との関連

リハビリテーション専門職の配置数が多い施設において、社会参加支援を実施している割合が高い傾向が認められた。

以上より、認知症高齢者の社会参加を促進する OT 実践は、療法士個人の経験に加え、施設環境、特に地域との連携に強く影響されることが示された。

2.2. 観察研究にむけた予備的検討

有償ボランティア活動を活用した社会参加型リハビリテーションの観察研究に向けて、実施可能性および評価枠組みについて予備的検討を行った。

厚生労働省（2018）は、介護サービス事業所によるサービス提供の時間中に、利用者による有償ボランティア等の社会参加活動が実施可能との通知を発出した（厚生労働省，2018）。介護サービスを利用しながらも社会とつながりと自立支援を統合したアプローチとして注目されている。有償ボランティア活動は、役割創出・維持、多様なサービスへのニーズへの対応および経済的代価を通じ、対象者の動議付けや自己効力感を高める可能性がある。

(1) 通所施設における有償ボランティア活動例

通所介護施設において、併設カフェを活用した有償ボランティア活動が実施されている施設関係者と打合せを実施してきた。施設では、紙コップへのラベル貼付、コーヒーの準備等の作業が行われている。血管性認知症を有する 80 代女性の事例では、意思疎通能力および活動性の改善に加え、余暇活動や対人交流といった社会参加の向上が認められた。また、行動変容としては、他者への配慮の増加や活動意欲の向上が観察された（福永 et al., 2024）。

(2) 観察研究の評価枠組み

ICF に基づき、多面的評価の可能性について、施設側の保有データフォーマットを基に検討した。その結果、以下のような使用可能な潜在的データを確認した。

- ・ 社会参加：ICF ステージング、生活意欲（Vitality index）
- ・ 生活・認知機能：生活機能尺度（ADL）、認知機能に関わる項目
- ・ 生活課題・環境因子：生活機能チェックシート
- ・ 行動・心理症状：認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale 短

縮版：DBD13)

これにより、「環境因子—活動—参加—機能」を包括的に評価することが可能と考えられた。また、先行研究および事例検討に基づき、以下の要素が観察・研究項目の検討項目として抽出された。

- ・ 社会的役割の付与（再獲得）
- ・ 対価の存在（外的動機づけ）
- ・ 対人交流の維持・促進（社会的相互作用）

想定される仮説としては以下のような内容が想定される。

- ① 社会参加の向上：有償ボランティア活動への参加により、ICF における社会参加項目の改善
- ② 生活意欲の向上：活動意欲および対人交流の改善
- ③ 認知・身体機能の維持または改善：コミュニケーション能力等の維持または改善
- ④ BPSD の軽減：反復行動、無関心等の症状の減少

3. 考察

本研究は、認知症高齢者の社会参加を促進するリハビリテーションについて、環境要因、実践内容およびアウトカムの統合的観点から検討した。調査研究の結果から、社会参加を促進する OT 実践は、施設の地域連携や人員配置といった環境要因に影響されることが明らかになった。この結果は、社会参加支援が個人レベルの努力に依存するものではなく、組織的・環境的支援で実践できることを示した。

観察研究の可能性および枠組みの検討結果からは、実施可能性が確認できた。有償ボランティア活動を用いた社会参加の介入は、役割付与および代価を通じ、対象者の意欲や自己効力感を高める可能性が示された。この点は、従来期の訓練中心のサービスとは異なり、意味のある活動の重要性を示唆することと考えられる。また、社会的役割や対人交流の増加は、機能維持や行動・心理症状の改善に寄与する可能性があり、今後、さらなる検討が必要と考えられる。

4. 結果のまとめ

本研究により、認知症高齢者の社会参加を促進するリハビリテーションは、療法士個人の要因に加え、施設環境によって成立することが示唆された。

観察研究にむけた予備的検討からは、有償ボランティア活動を実施している施設での実施可能性が確認できた。有償ボランティア活動は、認知症の人の生活の質やウェルビーイング向上にも有効と考えられ、今後の認知症ケアにおける重要な介入モデルとなる可能性がある。今後、効果検証に向けた詳細な枠組み検討を実施予定である。

5. 参考文献

- Donkers, H. W., van der Veen, D. J., Vernooij-Dassen, M. J., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Graff, M. J. L. (2017). Social participation of people with cognitive problems and their caregivers: a feasibility evaluation of the Social Fitness Programme. *Int J Geriatr Psychiatry*, 32(12), e50–e63. doi:10.1002/gps.4651
- Hashimoto, S., Aoki, R., Tamakoshi, A., Shibasaki, S., Nagai, M., Kawakami, N., . . . Ohno, Y. (1997). [Development of index of social activities for the elderly]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 44(10), 760–768.
- Letts, L., Edwards, M., Berenyi, J., Moros, K., O'Neill, C., O'Toole, C., & McGrath, C. (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. *Am J Occup Ther*, 65(5), 497–504. doi:10.5014/ajot.2011.002584
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*, 71(12), 2141–2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Organization, W. H. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Retrieved from <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/>
- 厚生労働省. (2002). 国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について.
- 厚生労働省. (2018). 若年性認知症の方を中心とした介護サービス事業所における 地域での社会参加活動の実施について . Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001323638.pdf>
- 厚生労働省. (2023). 認知症および軽度認知障害（MCI）の高齢者数と有病率の将来推計. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf>
- 小向佳奈子, 藤本修平, 杉田翔, 光武誠吾, 輪違弘樹, 小林資英 (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. doi:10.1589/rika.32.683
- 福永一雄, 浦上幸久, 沖友香, 齊藤千晶, 山口友佑, 李相侖, 鷲見幸彦 (2024). 通所介護施設の有償ボランティアプログラム実施に向けての課題—いずみテラスの活動—. 日本認知症ケア学会大会, 東京. https://jglobal.jst.go.jp/detail?JGLOBAL_ID=202402265781461746
- 令和 5 年度老人保健事業推進費等補助金. (2023). 認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究 . Retrieved from <https://www.eph.med.kyushu-u.ac.jp/jpsc/uploads/resmaterials/0000000111.pdf?1715072186>

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

主任研究者：李 相倫 (認知症介護研究・研修大府センター 研究部)
分担研究者：鷺見 幸彦 (認知症介護研究・研修大府センター)
谷山 牧 (国際医療福祉大学)
秋月 百合 (熊本大学大学院)

1. 背景・目的

若年性認知症 (Young Onset Dementia: YOD) は 65 歳未満で発症する認知症の総称である。全認知症の中では比較的少ないものの、young, early または working age onset dementia と称されるように、生産活動を中心となって支える 15～64 歳に発症することから、個人および社会に与える影響は大きい。若年性認知症の診断が家族に及ぼす影響に関する先行研究によると、若年性認知症を有する人 (以下、若年性認知症の人、本人) および家族に負の影響を与えることが報告されている。雇用、経済状況、社会環境、住居の変化、心理的・感情的側面など、多岐にわたる影響が生じることが示されており、高齢期認知症の介護者と比較して、大きな負の結果を経験する可能性が示された (Svanberg, Spector, & Stott, 2011)。

就労は個人の社会参加の重要な側面である。就労支援型の「意味のある活動」における介入研究によると、参加した若年性認知症の人およびその介護者において、自己肯定感や目的意識等の向上、健康状態の維持が認められた (Richardson et al., 2016)。就労における支援の重要性は指摘されているものの、就労支援における実態は不明な点が多く、知見は十分に蓄積されていない。

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) は、多職種連携による包括的な支援を提供する専門職として、その役割と意義が注目されている。全国の都道府県や一部の指定都市には若年性認知症の人やその家族からの相談窓口が設置されており、そこに支援コーディネーターが配置されている。その主な役割としては、若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者とのネットワークを構築し、調整を行うことである。これにより、都道府県レベルでの支援の拡充に加え、市町村レベルにおける身近な支援体制の充実を図られている。支援コーディネーターは、所定の研修 (初任者およびフォローアップ) を受講し、事例に基づくグループワーク等を通じて実践的能力の向上を図る。

若年性認知症の人の就労状況は、認知症の進行状況によって左右される。また、就労の継続可否は職場環境の状況や人的、環境的要因に関連すると考えるが、これらに関する研究は十分ではない。また、就労支援における介入のタイミングやプロセスについても十分に明らかにされていない。本研究では、就労支援事例集の資料を対象に質的分析を行い、若年性認

知症における就労支援の関連要因を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

本研究は探索的質的研究であり、グラウンデッド・セオリー・アプローチの考え方を参考にした質的記述的分析を行った。ただし、本研究は二次資料を対象としているため、理論的飽和の確認は行っていない。分析対象は、支援コーディネーターによる就労支援事例集（20 事例）とした。事例記述を意味単位ごとに読み取り、コード化し、類似するコードのカテゴリ化を行った。事例集には、就労継続事例、就労支援事例、居場所づくり事例、その他の事例が含まれており、成功事例や支援困難事例が含まれていた。本研究は公開資料を用いた二次分析であり、個人情報に含まれない。

3. 結果

分析の結果、若年性認知症における就労支援は、「診断と機能低下」「環境」「支援開始のタイミング」「支援資源」「適応行動」「心理社会的要因」のカテゴリが抽出された。

3.1 診断と機能低下

本カテゴリは、「業務ミスの増加」「段取りの困難」「対人関係の変化」「病識の不足」のコードから構成された。

多くの事例において、就労上の問題は診断後ではなく、診断前からすでに生じていた。具体的には、業務ミスの増加、段取りの困難、対人関係の変化などがみられた。これらの変化は当初、認知症として認識されない場合が多く、うつ状態やストレスとして理解されることが多かった。そのため、適切な支援につながるまでに時間を要する傾向がみられた。また、本人の病識が十分でない場合には、就労継続への意欲と現実との間に乖離が生じ、支援の開始が難しくなることが確認された。

3.2 生活・就労環境要因

「勤務形態の変更」「業務調整」「職場の理解」「人員体制」「企業規模」「家庭内責任」のコードを生活環境および就労環境要因として整理した。

事例間の比較により認知機能の低下がみられる同様な状況でも、職場においては、配置や業務調整が可能な場合には就労継続が実現していた。一方、業務の柔軟性が低い職場や人員に余裕のない職場では、環境調整が困難であり、離職に至るケースもみられた。また、生活環境の場合、子どもの教育費や生活費の負担などが、本人および家族の就労継続における意思決定に影響を与えていた。

以上のことから、生活・就労環境要因は、認知機能低下の影響を調整する要因として機能しており、就労継続の可否に関与する重要な条件であると考えられた。

3.3 支援開始のタイミング

本カテゴリは、「診断の遅れ」「相談の遅れ」「早期相談」「初期介入」のコードから構成された。

早期に医療機関や相談窓口、支援機関へ接続された事例では、職場調整や制度利用が可能となり、就労継続または再就職につながる傾向がみられた。一方で、支援開始が遅れた事例では、職場内でのトラブルや信頼関係の低下が蓄積し、結果として離職に至る可能性が高まっていた。

3.4 支援資源

コードは、「医療機関」「就労支援に関わる人・団体・機関」「地域支援」とした。具体的には、主治医、認知症疾患医療センター、支援コーディネーター、地域障害者職業センター、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、就労継続支援 A 型・B 型、家族会、本人交流会などが含まれた。

就労支援は単独機関で完結せず、医療・福祉や就労支援に関わる団体・機関が連携することで、就労継続または再就職につながることを確認された。

3.5 適応行動

構成コードは「配置転換」「業務の簡略化」「再就職活動」「福祉的就労への移行」とした。

本人および周囲の関係者が状況に応じて行動を調整し、新たな就労形態に適応する過程が確認された。就労継続事例では、業務内容の簡略化や配置転換がみられた。また、再就職事例では、職業評価や段階的な支援を通じて、新たな就労環境への適応が図られていた。福祉的就労への移行では、本人の能力に応じた作業が提供されることで、社会参加の継続が可能となっていた。従来の就労形態を本人の能力と環境条件に適合した形に再構成する過程が示された。

3.6 心理社会的要因

コードは「安心感」「対人関係」「自己効力感」とした。

事例の検討から、安心感、他者との関係、自己効力感は、就労継続や社会参加が関係することが確認できた。支援を通じて安心感や関係性が維持されている場合には、就労の安定や再就職につながる傾向がみられた。一方、心理的負担が大きい場合には、支援が開始されていても適応が困難になるケースがみられた。

4. 考察

本研究では、若年性認知症における就労支援の構造を、事例に基づく質的分析により明らかにした。その結果、就労支援は「診断と機能低下」「環境要因」「支援開始のタイミング」「支援資源」「適応行動」「心理社会的要因」といった複数の要素が相互に関連するプロセスとして構成されていることが示された。

4.1 支援開始のタイミングの意義

就労上の失敗や問題は、認知症として認識されない診断前から生じており、その期間に職場でのトラブルや問題が確認された。この段階で適切な支援が開始されない場合、離職まで至る可能性が高まるケースがみられた。一方で、診断直後あるいは比較的早期に繋がった事例では、職場調整や制度利用が可能となり、就労継続または再就職へと繋がっていた。「ど

の時点で支援が開始されるか」が支援内容や転帰を規定する要因であることが示された。

4.2 環境要因と就労継続

認知機能低下がみられる場合でも、職場環境の違いにより就労の転帰が異なることが確認された。特に、業務内容の柔軟な調整や配置転換が可能な職場においては、就労継続が実現しやすい傾向がみられた。一方で、業務の固定性が高く人員に余裕のない職場では、支援が限られ、離職に至る可能性が高まっていた。この結果は、高齢・障害・求職者雇用支援機構が指摘する職場環境調整の重要性と一致する知見であった。

また、家庭環境の場合、子どもの教育費や生活費といった経済的責任が、就労継続の意思決定に関与していた。若年性認知症の就労は単なる個人の活動ではなく、家族の生活全体として理解する必要があると考えられる。

4.3 支援資源のネットワーク機能

就労支援が単一の機関によって完結するのではなく、医療・福祉・就労支援に関わる期間の横断的連携によって成立することが示された。再就職事例においては、職業評価、職業訓練、就労支援、就労後のフォローといった段階的支援が確認された。支援資源の連続的かつ統合的な支援ネットワークとしての機能が重要であることが示唆された。

4.4 就労の再構成

就労は単に「継続できるか否か」という二分法では捉えられないことが明らかとなった。一般に就労状況は変化し得るものであるが、若年性認知症においては、機能低下の進行により従来の職務遂行能力の維持が困難となるため、その変化はより不可避的に生じる。そのため、就労を継続、再就職、福祉的就労、社会参加へと再構成されるプロセスとして理解する必要性が示された。「就労継続」を中心とした支援観を拡張し、多様な社会参加の形を含む包括的な就労支援モデルが必要と考えられる。

4.5 心理社会的要因の媒介機能

本研究では、安心感、対人関係、自己効力感といった心理社会的要因が、支援の効果を媒介する要因として機能していることが示された。先行研究では、偏見のない環境で、有意義な活動に従事することがアイデンティティの維持に寄与する(Larsen Maersk, Peoples, Kristensen, & Præstegaard, 2024)とされ、一致する知見が得られた。

心理社会的要因は就労の結果としても重要であるが、支援過程においても重要な要因であると考えられる。

5. 限界・結論

本研究は、若年性認知症における就労支援の構造を明らかにすることを目的として、事例資料に基づく質的分析を行った。その結果、就労支援は「発症と機能低下」「生活・就労環境要因」「支援開始のタイミング」「支援資源」「適応行動」「心理社会的要因」といった複数要素が相互関連するプロセスとして構成されていることが示された。

支援開始のタイミングは就労の転帰を規定する分岐点として機能し、早期支援が就労継

続や再就職の可能性を高めることが示唆された。また、心理社会的要因は支援の効果を媒介する重要要因であることが示された。さらに、若年性認知症における就労は、認知機能等の機能低下の進行に伴い、継続・移行・社会参加へと再構成されるプロセスとして理解する必要性が示された。

本研究により、若年性認知症における就労支援には、環境調整、多職種連携、心理社会的支援を統合した包括的アプローチが必要と考えられる。

一方、本研究にはいくつかの限界がある。第一に、公開事例資料を用いた二次分析であり、事例記述に依存し、分析の深度には一定の制約がある。第二に、分析対象が限定的で理論的飽和の確認に至っていない。第三に、本研究では支援コーディネーターが行っていた事例間の比較を通じてカテゴリを抽出しているが、認知機能の程度や職場環境の条件を統一的に測定したものではないため、結果の一般化には限界がある。

今後はインタビュー調査や縦断的研究により、就労支援プロセスの詳細な検討が求められる。

参考文献

厚生労働省. 若年性認知症施策に関する資料.

<https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>

若年性認知症支援コーディネーター就労支援事例集作成委員会. (2019).

若年性認知症支援コーディネーター就労支援事例集.

https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/o_2019_jyakunensei_jireisyu.pdf

World Health Organization(2012). *Dementia: A public health priority*. Author.

Larsen Maersk, J., Peoples, H., Kristensen, H. K., & Præstegaard, J. (2024). A meta-ethnography of identity formation among people with early-onset dementia. *Br J Occup Ther*, 87(9), 530–545. doi:10.1177/03080226241253699

Richardson, A., Pedley, G., Pelone, F., Akhtar, F., Chang, J., Muleya, W., & Greenwood, N. (2016). Psychosocial interventions for people with young onset dementia and their carers: a systematic review. *Int Psychogeriatr*, 28(9), 1441–1454. doi:10.1017/s1041610216000132

Svanberg, E., Spector, A., & Stott, J. (2011). The impact of young onset dementia on the family: a literature review. *Int Psychogeriatr*, 23(3), 356–371. doi:10.1017/s1041610210001353

**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
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 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）

I. 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コーディネーター（以下、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⁾。

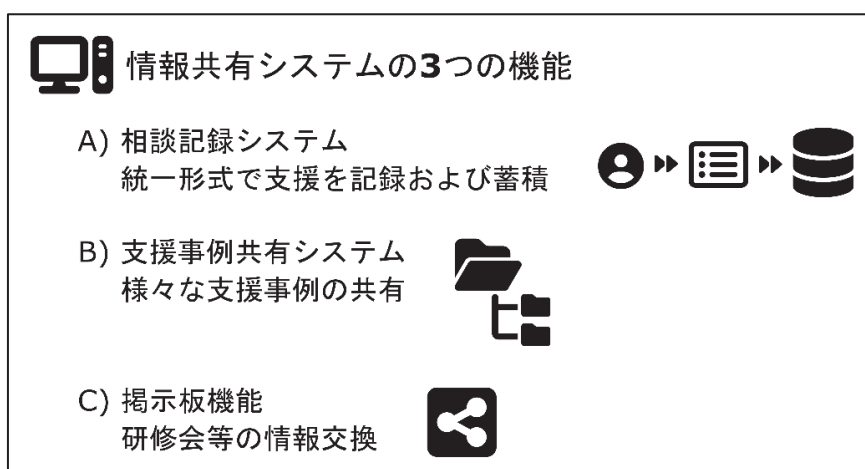


図1 情報共有システムについて

情報共有システムの運用目的は、1) コーディネーター業務の効率化と負担軽減、2) 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	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	57	84	133
2024 年度	57	82	137
2025 年度*	59	77	127

*2026 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	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 年度	35	53	100
2025 年度*	35	50	92

*2026 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 2025 年 2 月までに 41 都道府県市から 86 事例（昨年度より 6 件増）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 28

件、福祉的就労に関する支援事例が 30 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 9 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 2026 年 2 月までに掲示板への情報等の掲載は 272 件（昨年度より 32 件増）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、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、39 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

全国若年性認知症支援センターでは、若年性認知症支援コーディネーター研修（初任者およびフォローアップ）内で情報共有システムに関する説明を実施し、情報共有システムの利用促進に努めた。

3.1 情報共有システムに関する問合せ対応

運用開始から 2025 年 6 月末までに、情報共有システムの運用に関して 527 件（昨年度より 32 件増）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

コーディネーターは全都道府県と 10 指定都市（令和 7 年 2 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が今年度はやや減少した。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。

II. 情報共有システムの利便性とデータの質向上のためのシステム改修に向けた課題の検討

1 背景

若年性認知症の人は発症年齢の若さにより様々な社会的課題を有している。そのため、この社会的課題を解決するために、その実態を調査すること、および実態調査から明らかになる社会的な対策を充実させることが急務である。このような現状から、若年性認知症の人や家族等への支援について効率的な情報の収集や提供体制を整備することが必要となり、全国支援センターは2020年4月から情報共有システムの運用を開始し、全国のコーディネーター業務の後方支援に努めてきた。本調査では情報共有システム内の相談記録システムの改修等に向け、現状の実態把握を行い、課題や活用等を検討することを目的としてアンケート調査を実施したので報告する。

2 方法

2.1 調査対象者

全都道府県・指定都市の若年性認知症行政担当者（67名）と全国の若年性認知症相談窓口配置されているコーディネーターの代表者1名（98名）とした。

2.2 調査方法

若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の報告や集計の方法、内容等に関するアンケート調査票を作成し、Google forms または Word に記入後、メールにて回収した。上記対象者に令和8年3月6日にメールにて調査票および説明書を送付し、締切日は令和8年3月18日とした。また、行政担当者は40名（回収率59.7%）、コーディネーターは62名（回収率63.3%）から回答を得た。

2.3 調査項目

主な調査項目として、行政担当者に対しては、市町村やコーディネーターにおける若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について報告を依頼し、その取りまとめ状況や支援実績データの取扱い等を把握した。また、コーディネーターに対しては、個別相談業務に係る支援実績の集計の有無、集計方法および内容、自治体への報告状況等を調査項目とした（各調査票は別紙参照）。

2.4 倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会において承認を得て、実施した（承認番号：0505-0701）。

3 各アンケート項目の単純集計および自由記載

3.1 行政担当者 40 名

1) 回答者の属性

都道府県は 32 名、指定都市は 8 名であった。

2) 市区町村に対して、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について報告を依頼し、取りまとめの有無

表 3 市区町村の若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の報告依頼状況 (n=40)

区分	実数	%
依頼し、取りまとめあり	8	20.0
依頼なし	31	77.5
その他	1	2.5

回答者の約 8 割が市区町村に対し、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について報告を依頼していなかった。その他の意見では「当自治体が市であるため、設問には該当しない」であった。

3) 市区町村に対して、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について報告依頼の内容と情報提供の可能性 ※支援実績の報告依頼している回答者 8 名

表 4 市区町村への若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の報告内容 (n=8、複数回答)

区分	実数	%
相談件数	8	100.0
本人の情報 (性別や年齢、診断名等)	2	25.0
本人の制度やサービスの利用状況	2	25.0
家族の情報 (同居や独居等)	1	12.5
支援体制	4	50.0
その他	1	12.5

個別相談業務に係る支援実績の報告依頼している回答者 8 名のうち、全員が「相談件数」、次いで半数が「支援体制」を回答しており、これらの項目が多かった。

表 5 集積した支援実績データの国への報告の可能性 (n=8)

区分	実数	%
報告できる	2	25.0
条件付きで報告できる	5	62.5
報告できない	1	12.5

集積した支援実績データを国へ報告することを仮定した場合、「報告できる」と回答した者は約 3 割にとどまり、「条件付きで報告できる」が 6 割以上と最も多かった。

表 6 「条件付きで報告」または「報告できない」と回答した理由 (n=5、複数回答)

区分	実数	%
個人情報保護の観点かの制約	1	16.7
匿名化の基準やデータの集計ルールの明確化	4	66.7
国の報告様式・項目が未整備	5	83.3
支援実績の定義が未統一	4	66.7
市区町村ごとに記録方法が異なり、データの精度・統一性の課題	4	66.7
人員・業務負担の面で対応が困難	1	16.7
条件を整えば、将来的には報告可能	1	16.7
その他	0	0.0

「条件付きで報告」または「報告できない」との回答者 5 名のうち、8 割以上が「国の報告様式・項目が未整備」であることを理由として挙げており、最も多かった。

4) コーディネーターに対して、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について報告を依頼し、取りまとめの有無

表 7 コーディネーターへの若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の報告依頼状況 (n=40)

区分	実数	%
依頼し、取りまとめあり	31	77.5
依頼なし	7	17.5
コーディネーター未配置	2	5.0

回答者の約 8 割がコーディネーターに対し、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について報告を依頼し、取りまとめを行っていた。

- 5) コーディネーターに対し、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について、
報告依頼の有無、集計期間、報告の内容 ※支援実績の報告依頼している回答者 31 名

表 8 主な報告方法（様式）（n=31）

区分	実数	%
自治体独自の様式	18	58.1
相談窓口が作成	7	22.6
相談記録システム	1	3.2
様式なし	0	0.0
その他	5	50.0

約 6 割が「自治体独自の様式」で、最も多かった。

表 9 集計期間（n=31、複数回答）

区分	実数	%
月別（毎月）	18	58.1
四半期ごと	3	9.7
半期ごと	1	3.2
年次（年度単位）	13	41.9
随時（必要に応じて集計）	3	9.7
集計期間は定めていない	1	3.2
その他	1	3.2

約 6 割が「月別（毎月）」、次いで 4 割以上が「年次（年度単位）」を回答しており、これらの項目が多かった。

表 10 報告内容（n=31、複数回答）

【本人の情報】

区分	実数	%
性別	21	67.7
年齢	21	67.7
居住地域	17	54.8
暮らし方（同居や独居等）	5	16.1
診断の有無	11	35.5
告知の有無	1	3.2
診断名	9	29.0
主な症状	2	6.5
A D L の状況	0	0.0
I A D L の状況	1	3.2

BPSDの状況	1	3.2
就労の状況	5	16.1
職業の種類	3	9.7
本人の収入状況	2	6.5
その他	2	6.5

「性別」と「年齢」がそれぞれ約7割、次いで5割以上が「居住地域」、約4割が「診断の有無」を回答しており、これらの項目が多かった。

【本人の制度やサービスの利用状況】

区分	実数	%
介護保険申請・要介護度	5	16.1
障害者手帳	2	6.5
年金	2	6.5
失業等給付	3	9.7
傷病手当金	3	9.7
高額療養費助成	2	6.5
高額療養費・介護合算制度	1	3.2
自立支援医療	3	9.7
介護保険サービス	2	6.5
障害福祉サービス	2	6.5
インフォーマルサービス	1	3.2
成年後見制度	1	3.2
日常生活自立支援事業	1	3.2
経済保障（国民年金免除など）	1	3.2
その他	2	6.5

「介護保険申請・要介護度」が約2割と最も多かった。

【家族の情報】

区分	実数	%
主介護者の本人との続柄	5	16.1
家族の収入状況	2	6.5
その他	3	9.7

「主介護者の本人との続柄」が約2割と最も多かった。

【支援体制】

区分	実数	%
連携先	9	29.0
その他	2	6.5

「連携先」は約3割であった。

【相談内容・対応】

区分	実数	%
新規・継続	25	80.6
相談者の相談方法（電話やメール等）	24	77.4
相談ルート	15	48.4
相談者の性別	7	22.6
相談者の本人との続柄	23	74.2
主な相談内容	26	83.9
対応方法（電話やメールなど）	19	61.3
主な対応内容	14	45.2
その他	5	16.1

「主な相談内容」と「新規・継続」がそれぞれ8割以上、次いで約8割が「相談者の相談方法（電話やメールなど）」、7割以上が「相談者の本人との続柄」を回答しており、これらの項目が多かった。

6) 若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の活用について

※支援実績の報告依頼している回答者31名

表1-1 活用内容（n=31、複数回答）

区分	実数	%
体制整備	14	45.2
予算要求の根拠	24	77.4
普及・啓発活動の企画、広報の検討	14	45.2
社会資源の開拓や整備の検討	6	19.4
関係機関とのネットワーク構築や連携強化の検討	17	54.8
自自治体の若年性認知症施策の検討	14	45.2
市区町村への支援 （若年性認知症施策の推進の検討・助言等）	4	12.9
事業実績報告のみの活用	3	9.7
その他	1	3.2

7割以上が「予算要求の根拠」、次いで5割以上が「関係機関とのネットワーク構築や連携強化の検討」を回答しており、これらの項目が多かった。

7) コーディネーターに対して、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の情報提供の可能性 ※支援実績の報告依頼している回答者8名

表12 集積した支援実績データの国への報告の可能性 (n=31)

区分	実数	%
報告できる	12	38.7
条件付きで報告できる	13	41.9
報告できない	6	19.4

集積した支援実績データを国へ報告することを仮定した場合、「報告できる」と回答した者は約4割にとどまり、「条件付きで報告できる」が4割以上と最も多かった。

表13 「条件付きで報告」または「報告できない」と回答した理由 (n=19、複数回答)

区分	実数	%
個人情報保護の観点かの制約	2	6.5
匿名化の基準やデータの集計ルールの明確化	12	38.7
国の報告様式・項目が未整備	11	35.5
支援実績の定義が未統一	9	29.0
市区町村ごとに記録方法が異なり、データの精度・統一性の課題	5	16.1
人員・業務負担の面で対応が困難	5	16.1
条件を整えば、将来的には報告可能	6	19.4
その他	2	6.5

「条件付きで報告」または「報告できない」との回答者19名のうち、約4割以上が「匿名化の基準やデータの集計ルールの明確化」や「国の報告様式・項目が未整備」を理由として挙げており、これらの項目が多かった。

8) コーディネーターに対し、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について、報告依頼をしていない理由 ※個別相談業務に係る支援実績の報告依頼していない回答者7名

- ・ 相談者の状況については、事業の実施状況の把握を主として相談件数や相談内容の区分等で把握することとし、個別の支援内容の詳細な報告までは求めている。

- ・ 相談支援は専門職による個別対応が基本であるため、具体的な支援方法や支援内容は委託先の専門的判断に委ねる運用としており、自治体への実績報告では個別の支援内容までは求めていなかった。
- ・ 個別の事例で必要時情報共有ができていないため。来年度以降の委託においては支援実績報告のあり方を検討したい。
- ・ コーディネーターに対し具体的な打診をしたことはないが、人員・業務負担の面で課題があると思われる。
- ・ 委託先の病院のシステムや個人情報保護の規定等があるため。年度初めにメール等があれば転送しているが、特段強い働きかけは実施していない。
- ・ 従前より支援事例ごとの報告は求めていなかったため。なお、コーディネーターとは、支援事例について必要に応じて情報交換を行っている。
- ・ 報告は件数のみ。窓口設置以降、本人情報や支援状況は把握していない。件数が多い、長く関わるため顛末として報告しづらいこと、などが理由として考えられる。
- ・ 個別支援の何を1件として数えるかの決定が困難であるため。

3.2 若年性認知症支援コーディネーター62名

1) 回答者の属性

都道府県は52名、指定都市は10名であった。

2) 若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の集計の有無

表14 個別相談業務に係る支援実績の集計の有無 (n=62)

区分	実数	%
集計している	54	87.1
集計していない	8	12.9

回答者の8割以上が支援実績を集計していた。

9) 若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について、集計方法（様式）、集計期間、集計内容 ※支援実績を集計している回答者54名

表15 主な集計方法（様式）(n=54)

区分	実数	%
自治体で作成した様式	26	48.1
相談窓口が作成した様式	23	42.6
相談記録システム	3	5.6
様式なし	1	1.9
その他	1	1.9

約 5 割が「自治体が作成した様式」、次いで、4 割以上が「相談窓口が作成した様式」の順に多かった。

表 1 6 集計期間 (n=54、複数回答)

区分	実数	%
月別 (毎月)	39	72.2
四半期ごと	1	1.9
半期ごと	3	5.6
年次 (年度単位)	27	50.0
随時 (必要に応じて集計)	4	7.4
集計期間は定めていない	1	1.9
その他	2	3.7

7 割以上が「月別 (毎月)」、次いで半数が「年次 (年度単位)」を回答しており、これらの項目が多かった。

表 1 7 集計内容 (n=54、複数回答)

【本人の情報】

区分	実数	%
性別	47	87.0
年齢	49	90.7
居住地域	49	90.7
暮らし方 (同居や独居等)	24	44.4
診断の有無	38	70.4
告知の有無	10	18.5
診断名	41	75.9
主な症状	16	29.6
A D L の状況	8	14.8
I A D L の状況	7	13.0
B P S D の状況	9	16.7
就労の状況	22	40.7
職業の種類	14	25.9
本人の収入状況	10	18.5
その他	9	16.7

「年齢」と「居住地域」がそれぞれ 9 割、次いで約 9 割が「性別」、約 8 割が「診断名」、7 割が「診断の有無」を回答しており、これらの項目が多かった。

【本人の制度やサービスの利用状況】

区分	実数	%
介護保険申請・要介護度	27	50.0
障害者手帳	18	33.3
年金	16	29.6
失業等給付	13	24.1
傷病手当金	15	27.8
高額療養費助成	11	20.4
高額療養費・介護合算制度	6	11.1
自立支援医療	16	29.6
介護保険サービス	17	31.5
障害福祉サービス	15	27.8
インフォーマルサービス	12	22.2
成年後見制度	8	14.8
日常生活自立支援事業	6	11.1
経済保障（国民年金免除など）	6	11.1
その他	9	16.7

本人の制度やサービスの利用状況において「介護保険申請・要介護度」が半数、「障害者手帳」と「介護保険サービス」3割以上で多かった。

【家族の情報】

区分	実数	%
主介護者の本人との続柄	35	64.8
家族の収入状況	7	13.0
その他	6	11.1

家族の情報において「主介護者の本人との続柄」が6割以上で最も多かった。

【支援体制】

区分	実数	%
連携先	30	55.6
その他	4	7.4

「連携先」は約6割であった。

【相談内容・対応】

区分	実数	%
新規・継続	48	88.9
相談者の相談方法（電話やメール等）	50	92.6
相談ルート	28	51.9
相談者の性別	29	53.7
相談者の本人との続柄	43	79.6
主な相談内容	49	90.7
対応方法（電話やメールなど）	41	75.9
主な対応内容	33	61.1
その他	6	11.1

「相談者の相談方法（電話やメールなど）」と「主な相談内容」は9割以上、「新規・継続」が約9割、「相談者の本人との続柄」と「対応方法（電話やメールなど）」は約8割が回答しており、これらの項目が多かった。

10) 若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について、自治体への報告の有無

※支援実績を集計している回答者 54名

表 1 8 個別相談業務に係る支援実績の自治体への報告の有無 (n=54)

区分	実数	%
報告している	50	92.6
報告していない	4	7.4

回答者の9割以上が支援実績を自治体へ報告していた。

11) 若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績の報告様式

※支援実績を自治体へ報告している回答者 50名

表 1 9 報告様式 (n=50)

区分	実数	%
同一の様式を使用	26	52.0
一部項目は共通	12	24.0
様式は異なる	11	22.0
その他	1	2.0

「同一の様式を使用」が5割以上で最も多かった。

12) 若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について、集計や報告をしていない理由

※支援実績を集計していない回答者 8 名、報告していない 4 名

※本調査は自施設の支援実績について、集計や報告を行っていない理由を問う項目であったが、回答の中には相談記録システムを利用していない理由に関する記述が複数含まれていたため、これらの自由記述は除外した。

- ・ 本院の業務内容で個人情報も多く含まれているため、相談件数のみ報告しており、詳細は報告していない。
- ・ 集計は他自治体からの相談もあるため、自治体ごとでの集計・報告はしていないが、個別の相談内容や自治体内での件数等は必要に応じて自治体担当へ伝えている。
- ・ 実績が無いため。
- ・ 相談件数は出しているが相談内容を集計するシステムになっていない。
- ・ 他業務に押されて間に合っていないため。
- ・ 相談者の細かい情報までは自治体に報告していない。ただし、毎月定例会という形で、どのような相談があったか、どのような対応を行っているか、当事者事に概要の報告を行っている。

4 考察

本調査は、各自治体（行政担当者）および若年性認知症相談窓口（コーディネーター）の若年性認知症支援実績における記録・集約方法の現状の実態を把握し、情報共有システム内の相談記録システムの改修等に向けた課題や活用等を検討することを目的として実施した。その結果から、若年性認知症支援に関するデータは、コーディネーターの支援を通じて、各自治体単位および相談窓口単位で一定程度蓄積されているものの、制度的・構造的要因により、施策立案や地域資源の整備に十分に活用されていない実態が示唆された。

課題 1：データ収集体制における階層間の差異

データ収集体制において、行政担当者とコーディネーターという階層間で違いが認められた。行政担当者においては、市区町村への若年性認知症の個別支援実績の報告依頼および取りまとめを実施している割合は 2 割にとどまり、多くの自治体で基礎自治体レベルの実態把握体制は未整備であった。一方、コーディネーターに対しては約 8 割で支援実績の報告依頼および取りまとめが実施されており、さらにコーディネーター自身も相談窓口として約 9 割が支援実績の集計を行っていた。このことから、都道府県・指定都市レベルでは、コーディネーターを介した情報収集の基盤は概ね機能していると思われる。加えて、報告・集計項目として「居住地域」を挙げる割合がいずれも高いことから、市区町村単位の実績も、一定程度把握されている可能性が考えられた。ただし、本

調査は全自治体を網羅したものではない点、コーディネーターの配置先により、電話相談主体から積極的なアウトリーチまで業務の実態や支援状況が多様である点には留意が必要である。実績の解釈にあたっては、これら業務形態の差異についても考慮すべきである。

課題 2：データ活用における一次的活用から二次的活用への壁

支援実績データの活用状況から、「予算要求の根拠」「関係機関との連携強化」など、実務上の意思決定に資する活用は一定程度進んでいる。一方で、「市区町村への支援」や「社会資源の開拓や整備の検討」への活用は限定的であり、自治体全体としての施策展開には十分に結びついていない可能性がある。

これはコーディネーターを介して、市区町村レベルのデータが一定程度把握されているにもかかわらず、それらが自治体内で横断的に統合・分析されず、市区町村支援や地域資源の整備といった地域課題の解決に十分結びついていない可能性を示唆している。また、把握情報の内容にも差異が認められた。コーディネーターは、就労状況や介護保険以外を含む制度・サービスの利用状況といった若年性認知症特有の課題を把握しているものの、これらの情報は行政側の把握には十分に反映されていない。他方、「主な相談内容」は双方で高い把握率を示しており、支援ニーズの把握自体は一定程度なされていると考えられる。しかし、これらの情報が体系的に分析され、地域課題の抽出や施策形成へと結びついているとは言い難い。すなわち、現状のデータは主として実績把握や説明責任といった「一次的活用」であり、相談内容や支援過程を踏まえた地域課題の可視化や施策への展開といった「二次的活用」には十分に至っていないと考えられる。

課題 3：データの標準化を阻害する構造的要因

データの標準化を阻害する要因として、報告様式の多様性と不統一が考えられる。現在、報告様式は自治体独自のものが主流であり、集計期間も月次や年次など多岐にわたる。さらに、一部のコーディネーターは相談窓口が独自に作成した様式を使用しており、自治体とコーディネーター間でも情報の形式が必ずしも一致していない。こうした状況下では、全国的な横断比較や時系列分析におけるデータの信頼性を担保することは極めて困難であり、エビデンスとしての価値が限定的にならざるを得ない。

将来的な国への報告を想定した場合でも、様式の未整備、支援実績に関する定義の不統一、匿名化ルールの不明確さ、さらには市区町村間の記録精度の格差といった多角的な阻害要因が挙げられた。その結果、自治体として「現状のままでは国へ報告できない」という結果に結びついている。また、専門職の高度な判断に基づく個別支援は、その性質上、画一的な指標化や詳細な定量化が馴染みにくい。特に「支援 1 件」の定義自体が曖昧であるなど、単純な件数ベースの指標では対人援助の実態を十分に反映できないという、支援の個別性・専門性に起因する限界も挙げられた。

現行の相談記録システムの内容は、行政担当者が求める報告項目とコーディネーターの集計項目について、概ね網羅している。したがって、相談記録システムの利用促進を

妨げる理由として、収集する情報の不足そのものではなく、報告様式の不一致と、蓄積されたデータをいかに二次的活用へ結びつけるかという運用面にあると言える。現に、現行システムと報告様式の不一致については、以前より指摘があり、現場では二重入力による業務負担が大きいとの声がある³⁾。こうした運用面の課題に対しては、例えば、各相談窓口から入力されたデータを全国支援センター側で集約・分析し、地域や窓口ごとの特性を可視化してフィードバックする体制の構築が考えられる。これにより、データに基づく二次的活用を促進し、地域特性に応じた柔軟な支援体制の構築に寄与することが期待される。

相談記録システム改修および運用改善に向けた展望

以上の実態と課題を踏まえ、若年性認知症支援に係る報告を情報収集の枠にとどめず、実効性の高い施策へと結び付けていくためには、いくつかの方向性が考えられる。

第一に、国主導による報告様式および支援実績に関する定義の標準化である。現状では自治体ごとに記録方法が分断されており、支援の実態を全国的に比較・分析することは難しい。このため、全国で共通して把握すべきコア項目を明確に設定することが求められる。その際、一律的な運用を押し付けるのではなく、地域の実情に応じて必要な項目を追加できるようにするなど、標準化と柔軟性を両立させた制度設計が重要となる。

第二に、個人情報保護とデータ利活用を両立させるための基盤整備である。データの信頼性を担保し、政策立案に資する統計資料として活用するためには、匿名化の具体的基準や情報の取扱いに関するガイドラインの策定が不可欠である。こうした基盤が整うことで、自治体や相談窓口が安心してデータ提供を行い、広域的な分析に寄与できる環境整備が求められる。

第三に、現場の負担軽減と活動支援に資する情報共有システムの高度化が必要である。入力作業の簡便化を図ることに加え、全国支援センター等による分析結果のフィードバック機能を抜本的に強化することが求められる。単なる事務的な報告に終わらせるのではなく、蓄積されたデータを支援の質の向上や地域課題の可視化に直接還元する仕組みを構築し、現場にとっての有用性を高めていくことが重要である。

これらの取り組みは制度的・技術的に一定の実現可能性を有する一方で、直ちに全国一律で導入することは容易ではない。自治体ごとの人員体制、既存システム、個人情報保護に対する運用上の判断には差異があるため、拙速な全面導入はかえって現場の負担を増大させる恐れがある。したがって、共通項目の設定や匿名化基準の整理といった基盤部分から着手し、段階的に導入範囲を拡大していくことが現実的である。また、現場に対して、新たな負担を強いるのではなく、既に蓄積されている支援実績データをいかに活用可能なエビデンスへと転換し、施策立案へと結びつけていくかという視点が大切である。すなわち、情報共有システムの改修は単なる機能改善にとどまるのではなく、データの収集から分析・活用に至る一連のプロセスを再設計することが必要である。これは、今後の若年性認知症支援におけるデータ基盤整備の方向性を示す知見としても意義を有すると考えられる。

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。本調査にご協力いただきました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. 情報共有システムの活用による若年性認知症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6年度認知症介護研究・研修大府センター 研究報告書. 2024: 25-46.

若年性認知症支援実績の記録・集約方法に関するアンケート調査

ご協力をお願い

本調査では認知症介護研究・研修大府センターが管理・運営している情報共有システム（相談記録システム）について、更なる利便性とデータの質の向上のためのシステム改修に向けた課題等を抽出するため、アンケート調査を実施させていただきます。業務が多忙中とは存じますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

本調査の目的

2020年4月から運用開始した情報共有システムは、相談記録システム、支援事例共有（支援事例検索）、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業務を支援するものです。（図1・2）。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する要素から成り立っており、利用登録をした方はこれらの機能を活用できます。

本調査ではA) 相談記録システムの改修等に向け、現状の実態把握を行い、課題や活用等を検討することを目的としてアンケート調査を実施します。

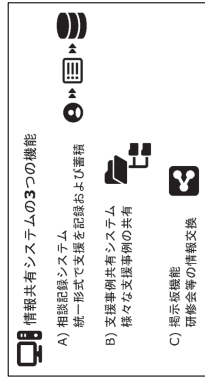


図1 情報共有システムの3つの機能



図2 ログイン画面と画面表示

< 調査票のご記入にあたって >

- **ご回答者**：全都道府県、指定都市の若年性認知症施策担当行政担当者
- **個人情報および調査結果の取り扱いについて**
本調査は無記名で、いかなる場合でもプライバシーにかかわる事項は一切公表されることはありません。また、調査の目的以外には使用いたしません。調査結果については、認知症ケアの発展のため学会、報告書や学術雑誌等で発表する場合があります。調査へ協力が可能な方は同意への方のチェックをお願いします。

返信方法および締切日

期限内に Google forms またはメールにて調査票のご返送をお願いいたします。

締切日：3月18日（水）

回答URL: <https://forms.gle/k1W3W63GFz8Y6ia7> 回答QR



【調査実施主体・問合せ先】 〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目 294 番地
認知症介護研究・研修大府センター（担当者：斎藤千晶） 電話番号：0562-44-5551 FAX：0562-44-5831

若年性認知症支援実績の記録・集約方法に関するアンケート調査 (若年性認知症施策担当行政担当者)

内容説明書をご覧ください、本調査に同意いただける方は□にレ点の記載をお願いいたします。

□ 本調査の協力に同意します

問1. 回答者

- 1. 都道府県・指定都市名 ()

問2. 貴自治体において、市区町村に対し、若年性認知症の個別相談業務に係る支援実績について報告を依頼し、取りまとめを行っていますか。当てはまる番号に1つ☑選択してください。

- 1. 依頼し、取りまとめしている → 問3へ □ 2. 依頼していない → 問6へ
□ 3. その他 () → 問6へ

問3. 問2. で「1. 依頼し、取りまとめしている」と回答した方に伺います。主な報告内容について当てはまる全ての番号を☑選択してください。

- 1. 相談件数 □ 2. 本人の情報（性別や年齢、診断名など）
□ 3. 本人の制度やサービスの利用状況 □ 4. 家族の情報（同居や独居等）
□ 5. 支援体制
□ 6. その他 ()

問4. 問2. で「1. 依頼し、取りまとめしている」と回答した方に伺います。集積した支援実績データを国へ報告することは可能ですか。当てはまる番号に1つ☑選択してください。

- 1. 報告できる → 問6へ □ 2. 条件付きで報告できる → 問5へ
□ 3. 報告できない → 問5へ

問5. 問4. で「2. 条件付きで報告できる」または「3. 報告できない」と回答した方に伺います。その理由として当てはまる全ての番号を☑選択してください。

- 1. 個人情報保護の観点から制約がある 例：条例や規程により、外部提供が制限されている
□ 2. 匿名化の基準やデータの集計ルールを明確にする必要がある
例：加工方法や何を1件と数えるかの計算ロジックが不明確である
□ 3. 国の報告様式・項目が未整備である 例：入力すべきフォーマットが決まっていない
□ 4. 支援実績の定義が未統一である 例：自治体間で「支援」とみなす範囲が異なっている
□ 5. 市区町村ごとに記録方法が異なり、データの精度・統一性に課題がある
□ 6. 人員・業務負担の面で対応が難しい
□ 7. 条件を整えば、将来的には報告可能である
□ 8. その他 ()

問6. 【回答者全員】貴自治体において、若年性認知症支援コーディネーターに対し、個別相談業務に係る支援実績の報告を依頼していますか。当てはまる番号に1つ☑選択してください。

1. 依頼している → 問7へ 2. 依頼していない → 問13へ
 3. 支援コーディネーターは未配置 → ご協力ありがとうございました。

問7. 問6. で「1. 依頼している」と回答した方に伺います。主な報告方法（様式）について、当てはまる番号に1つ☑選択してください。

1. 自治体独自の様式 2. 相談窓口が作成した様式
 3. 相談記録システムを活用した報告 4. 口頭やメール等による報告（様式なし）
 5. その他（ ）

問8. 問6. で「1. 依頼している」と回答した方に伺います。集計期間について、当てはまる全ての番号を☑選択してください。

1. 月別（毎月） 2. 四半期ごと 3. 半期ごと
 4. 年次（年度単位） 5. 随時（必要に応じて集計）
 6. 集計期間は定めていない 7. その他（ ）

問9. 問6. で「1. 依頼している」と回答した方に伺います。報告内容について、当てはまる全ての番号を☑選択してください。

- 【本人の情報】**
 1. 性別 2. 年齢 3. 居住地域
 4. 暮らし方（同居や独居等） 5. 診断の有無 6. 告知の有無
 7. 診断名 8. 主な症状 9. ADLの状況
 10. IADLの状況 11. BPSDの状況 12. 就労の状況
 13. 職業の種類 14. 本人の収入状況
 15. その他（ ）
- 【本人の制度やサービスの利用状況】**
 16. 介護保険申請・要介護度 17. 障害者手帳 18. 年金
 19. 失業等給付 20. 療養手当金 21. 高額療養費助成
 22. 高額療養費・介護合算制度 23. 自立支援医療 24. 介護保険サービス
 25. 障害福祉サービス 26. インフォームドサールビス 27. 成年後見制度
 28. 日常生活自立支援事業 29. 経済保障（国民年金免除など）
 30. その他（ ）
- 【家族の情報】**
 31. 主介護者の本人との続柄 32. 家族の収入状況
 33. その他（ ）
- 【支援体制】**
 34. 連携先 35. その他（ ）

【相談内容・対応】

36. 新規・継続 37. 相談者の相談方法（電話やメールなど）
 38. 相談ルート 39. 相談者の性別
 40. 相談者の本人との続柄 41. 主な相談内容
 42. 対応方法（電話やメールなど） 43. 主な対応内容
 44. その他（ ）

問10. 問6. で「1. 依頼している」と回答した方に伺います。支援実績の報告の活用について、当てはまる全ての番号を☑選択してください。

1. 体制整備 2. 予算要求の根拠
 3. 普及・啓発活動の企画、広報の検討 4. 社会資源の開拓や整備の検討
 5. 関係機関とのネットワーク構築や連携強化の検討
 6. 自治体の若年性認知症施策の検討
 7. 市区町村への支援（若年性認知症施策の推進の検討・助言等）
 8. 事業実績報告のみの活用
 9. その他（ ）

「8. 事業実績報告のみの活用」を回答した方は「活用が難しい理由」をご記入ください。

問11. 問6. で「1. 依頼している」と回答した方に伺います。集積した支援実績データを国へ報告することは可能ですか。当てはまる番号に1つ☑選択してください。

1. 報告できる → ご協力ありがとうございました。
 2. 条件付きで報告できる → 問12へ 3. 報告できない → 問12へ

問12. 問11. で「2. 条件付きで報告できる」または「3. 報告できない」と回答した方に伺います。その理由として当てはまる全ての番号を☑選択してください。

1. 個人情報保護の観点から制約がある 例：条例や規程により、外部提供が制限されている
 2. 匿名化の基準やデータの集計ルールを明確にする必要がある
例：加工方法や何を1件と数えるかの計算ロジックが不明確である
 3. 国の報告様式・項目が未整備である 例：入力すべきフォーマットが決まっていない
 4. 支援実績の定義が未統一である 例：自治体間で「支援」とみなす範囲が異なっている
 5. 市区町村ごとに記録方法が異なり、データの精度・統一性に課題がある
 6. 人員・業務負担の面で対応が難しい
 7. 条件を整えば、将来的には報告可能である
 8. その他（ ）

問13. 問6. で「2. 依頼していない」と回答した方に伺います。その理由をご記入ください。

ご協力いただきありがとうございます。

本調査の協力に同意します

↑ 1ページ目の同意欄にチェック (□) にし点) があるか、再度ご確認をお願いいたします

若年性認知症支援実績の記録・集約方法に関するアンケート調査

ご協力をお願い

本調査では認知症介護研究・研修大府センターが管理・運営している情報共有システム（相談記録システム）について、更なる利便性とデータの質の向上のためのシステム改修に向けた課題等を抽出するため、アンケート調査を実施させていただきます。業務ご多忙中とは存じますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

本調査の目的

2020年4月から運用開始した情報共有システムは、相談記録システム、支援事例共有（支援事例例検索）、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業務を支援するものです。（図1・2）。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する要素から成り立っており、利用登録をした方はこれらの機能を活用できます。本調査ではA) 相談記録システムの改修等に向け、現状の実態把握を行い、課題や活用等を検討することを目的としてアンケート調査を実施します。

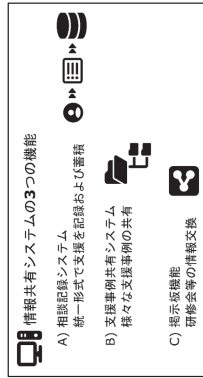


図1 情報共有システムの3つの機能



図2 ログイン画面と画面表示

<調査票のご記入にあたって>

- 回答者：若年性認知症相談窓口に配置されている若年性認知症支援コーディネーター代表者1名
- 個人情報および調査結果の取り扱いについて
本調査は無記名で、いかなる場合でもプライバシーにかかわる事項は一切公表されることはありません。また、調査の目的以外には使用いたしません。調査結果については、認知症ケアの発展のため学会、報告書や学術雑誌等で発表する場合があります。調査へ協力が可能な方は同意へのチェックをお願いいたします。

返信方法および締切日

期限内に Google forms またはメールにて調査票のご返送をお願いいたします。

締切日：3月18日(水)

回答URL: <https://forms.gle/cNWJGdfdvbYnGkLTA> 回答QR



【調査実施主体・問合せ先】 〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地
認知症介護研究・研修大府センター（担当者：齋藤千晶） 電話番号：0562-44-5551 FAX：0562-44-5831

若年性認知症支援実績の記録・集約方法に関するアンケート調査

(若年性認知症支援コーディネーター代表者1名)

内容説明書をご覧ください。本調査に同意いただける方は□にレ点の記載をお願いいたします。

本調査の協力を同意します

問1.

1. 都道府県・指定都市名 ()

問2. 個別相談業務に係る支援実績を集計していますか。

1. 集計している → 問3へ 2. 集計していない → 問8へ

問3. 問2. で「1. 集計している」と回答した方に伺います。集計方法（使用している様式）について、当てはまる全ての番号を☑選択してください。

1. 自治体が作成した様式 2. 相談窓口が作成した様式
 3. 相談記録システムを活用し集計 4. 特に定めた様式はなし
 5. その他 ()

問4. 問2. で「1. 集計している」と回答した方に伺います。集計期間について、当てはまる全ての番号を☑選択してください。

1. 月別（毎月） 2. 四半期ごと 3. 半期ごと
 4. 年次（年度単位） 5. 随時（必要に応じて集計）
 6. 集計期間は定めていない 7. その他 ()

問5. 問2. で「1. 集計している」と回答した方に伺います。集計内容について、当てはまる全ての番号を☑選択してください。

【本人の情報】

1. 性別 2. 年齢 3. 居住地域
 4. 暮らし方（同居や独居等） 5. 診断の有無 6. 告知の有無
 7. 診断名 8. 主な症状 9. ADLの状況
 10. IADLの状況 11. BPSDの状況 12. 就労の状況
 13. 職業の種類 14. 本人の収入状況
 15. その他 ()

【本人の制度やサービスの利用状況】

16. 介護保険申請・要介護度 17. 障害手帳 18. 年金
 19. 失業等給付 20. 傷病手当金 21. 高額療養費助成

22. 高額療養費・介護合算制度 23. 自立支援医療 24. 介護保険サービス
 25. 障害福祉サービス 26. インフォーマルサービス 27. 成年後見制度
 28. 日常生活自立支援事業 29. 経済保障（国民年金免除など）
 30. その他 ()

【家族の情報】

31. 主介護者の本人との続柄 32. 家族の収入状況
 33. その他 ()

【支援体制】

34. 連携先 35. その他 ()

【相談内容・対応】

36. 新規・継続 37. 相談者の相談方法（電話やメールなど）
 38. 相談ルート 39. 相談者の性別
 40. 相談者の本人との続柄 41. 主な相談内容
 42. 対応方法（電話やメールなど） 43. 主な対応内容
 44. その他 ()

問6. 問2. で「1. 集計している」と回答した方に伺います。集計結果を貴自治体に報告していますか。当てはまる番号に1つ☑選択してください。

1. 報告している → 問7へ 2. 報告していない → 問8へ

問7. 問6. で「1. 報告している」と回答した方に伺います。貴自治体への報告内容と相談窓口の集計内容は、同一の様式を使用していますか。当てはまる番号に1つ☑選択してください。

1. 同一の様式を使用
 2. 一部項目は共通しているが、様式は異なる
 3. 様式は異なる
 4. その他 ()

問8. 問2. で「2. 集計していない」、問6. で「2. 報告していない」、と回答した方に伺います。その理由をご記入ください。

ご協力いただきありがとうございます。

本調査の協力を同意します

↑ 1 ページ目の同意欄にチェック（□にレ点）があるか、再度ご確認ください

認知症ケア実践現場におけるスーパービジョン実践の 現状に関する研究

認知症ケア実践現場におけるスーパービジョン実践の現状に関する研究

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：中村 裕子（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）
 浅野 正嗣（認知症介護研究・研修大府センター）
 鷲見 幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）

I. 背景と目的

認知症ケアの実践現場において、認知症を持つ人のニーズを満たし、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるよう、質の高いケアの実践が求められている。そのため、認知症ケアに従事する専門職には、認知症ケアに関する専門的知識に加え、高度なスキルを備えること¹⁾が必要とされている。

これらの専門的知識やスキルを修得・向上させるためには、学習できる機会を継続的に確保することが重要であり、その一つとしてスーパービジョン（以下、SV）が挙げられる。SVとは、「クライアントの最善の利益の保護に向けて、スーパーバイザーとスーパーバイジーとの関係性の中で、スーパーバイジーが専門性、態度、倫理的な実践ができるよう支援するプロセス」^{2),3)}であり、専門職として効果的な支援を提供できるようにすることが目的である³⁾。

わが国では、近年、社会福祉士をはじめ各専門職団体において、スーパーバイザー養成研修が実施されており、対人援助現場においてSVの実践できる体制が整いつつある。認知症ケア分野においても、介護保険施設・事業所における介護の質の改善に向けた指導的役割を担う認知症介護指導者の養成が行われており、認知症ケアの実践現場においてもSV実践が展開できるための基盤は一定程度整ってきている。一方、SVをどのように実践すべきかわからない、SVを通じてどのようにスーパーバイジーに向き合うべきかわからないなど、認知症ケア分野におけるSV実践においては、多くの課題が存在していることが指摘されている⁴⁾。

SVにおいては、スーパーバイザーの価値観、知識ならびに技術がその実践に影響する。そのため、スーパーバイザーは、SVを実践するために必要となる知識および能力を有するとともに、その知識および能力の範囲の中でSVを実践することが求められる。とりわけ、認知症ケア分野においては、SVに関する知識・能力に加え、認知症ケアに関する専門的知識および能力を備えることが不可欠であり、これらに基づくSV実践が求められる。こうした実践は、スーパーバイジーの認知症ケア実践の質の向上に寄与し、その結果として、「希望をもって自分らしく暮らし続ける」ことができるという認知症をもつ人の最善の利益の実現に資するものである。以上のことから、認知症ケア分野におけるSV実践に必要なコンピテンシーを明確化することが必要となると考える。

そこで本研究では、認知症ケア実践現場において、スーパーバイザーの立場にある専門職を対象としたヒアリング調査を実施し、SVの実践状況を把握するとともに、認知症ケアにおけるSV実践に必要な要因について整理することを目的とする。

II. 対象と方法

調査対象者は、認知症ケアの実践現場においてスーパーバイザーの立場にあり、SV を実践している専門職 5 名である。対象者の選定にあたっては、①スーパーバイザーとして所属する施設・事業所にて SV を実践した経験があること、②実習生等の受け入れの経験があり、外部スーパーバイザーの立場で SV を実践した経験があること、の 2 点を基準とした。

本調査は、オンラインツール（Zoom）を用いた個別インタビューを半構造化面接法にて実施した。調査期間は、2026 年 3 月である。インタビュー内容は、①SV 実践時における留意点や工夫、②SV 実践上の困難である。インタビュー時間は 1 回あたり 60 分程度である。

分析方法は、萱間の質的データ分析法⁵⁾を参考に行った。インタビュー結果はすべて逐語録にしたうえで、質問内容に関連する内容を抜き出し、カテゴリー化を行った。なお、分析内容については、分担研究者に意見を求め、客観性の担保に努めた。なお本文中では、カテゴリーを【】、コードを<>で示す。

III. 倫理的配慮

調査対象者には、研究の目的、方法、データの利用範囲および個人情報の保護について、依頼文を用いて書面および口頭で説明し、同意の意思を確認したうえで、署名入りの同意書を双方で保管した。参加は完全に任意であり、不利益を被ることなく、いつでも参加を中止できることを保証した。収集したデータは、研究倫理に則り、個人が特定されないよう適切に管理し、プライバシーの保護に十分配慮した。なお、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。

IV. 結果

1. SV 実践時における留意点や工夫（表 1）

SV 実践における留意点や工夫については、【事前に内容を共有する】、【安心できる環境を構築する】、【話しやすい関係性を構築する】、【思いに配慮する】、【思いを理解する声掛けをする】、【発言内容を整理する】、【考えに共感する】、【仕事以外の影響要因に気付く】、【価値観を押し付けない】、【前向きに考えるように促す】、【認知症ケア実践を評価する】、【目指す姿を想定する】、【目標に合わせた評価をする】、【SV 実践後のアフターフォローをする】、【バイザー自身の課題を知る】の 15 カテゴリーを抽出した。

SV を実践する際には、スーパーバイザーが必要な情報を理解していることが前提となる。そのため、<事前にこういうことについて確認したいんだけどというような形で前振りする>などの【事前に内容を共有する】手続きを行っていた。

SV を展開する際には、<バイザーさんが喋りやすい雰囲気>や<あまり緊張しすぎないように、適度な緊張を保って話ができるような空気づくり>といった【安心できる環境を構築する】ことにより、スーパーバイザーが安心して SV に臨めるよう配慮していた。また、<「こういうことを言ってもいいんだ」、「自分の話をしても大丈夫なんだ」と思ってもらえるような存在になる>といった【話しやすい関係性を構築する】ことにより、スーパーバイザーとスーパーバイザーが専門的援助関係を形成できるよう心がけていた。

スーパーバイザーとの関わりにおける留意点としては、<相手がどういうところで気になるか、傷つくかというところはいつも以上に気をつけながら、丁寧に話を受け止める>といった【思いに配慮する】、<「～なんですかね」とか問いかけるような言い方を意識して

いる>といった【思いを理解する声掛けをする】、<自分が相手の話を整理して、こういうことかなという意図をお互いに共有していく>といった【発言内容を整理する】、<「その考えとてもいいですね」といった形で考えに対して評価を返すようなプロセスを重ねていく>といった【考えに共感する】ことを通じて、スーパーバイザーの思いや考えの理解に努めていた。また、<仕事以外にも抱えていることがないかっていうところを受け止めるようにする>といった【仕事以外の影響要因に気付く】ことにも留意していた。さらに、<こうだよねというふうな価値観の押しつけにならないように>、<「そういう価値観もあるよね」と受け止める>といったスーパーバイザーの価値観を尊重し、【価値観を押し付けない】関わりを心がけていた。加えて、スーパーバイザーが自ら目標を設定できるよう、<前向きに捉えられるような形で意識的に言葉を変える>といった【前向きに考えるように促す】働きかけが行われていた。

認知症ケアマネジメントにおけるSVでは、スーパーバイザーは認知症ケアを実践している専門職を対象としている。そのため、スーパーバイザーは、<言葉遣いや職員の都合ばかりになってないかとか、利用者が意思決定できるような声かけができているかどうか>、<関わる人がちゃんと人として接しているかどうか>といった【認知症ケア実践を評価する】視点から、スーパーバイザーの認知症ケア実践能力を把握していた。また、<「こうありたい自分」とか「こういう自分好きだな」というところを考えてもらうようにしている>といった語りにみられるように、スーパーバイザー自身が【目指す姿を想定する】ことにより、自ら目標を設定していた。さらに、<その人が自分の目標に少しでも近づけたのであれば、それが評価>といった語りにみられるように、スーパーバイザーが定めた【目標に合わせた評価をする】ことで、スーパービジョンの成果を確認していた。さらに、<この前話して言ったことがどううまくいっているのか、改善が必要だったら改善できているとかということを確認をして、どう継続しているか、更に困ったことないかということは確認している>といった【SV実践後のアフターフォローをする】ことを通じて、継続的に成果を捉えていた。

加えて、<自分が何ができるかっていう自分の課題を探すつもりでやるというのは心がけている>といった語りにみられるように、SVセッションを通じて【バイザー自身の課題を知る】ことを心がけていた。

表1 SV 実践時における留意点や工夫

カテゴリー	コード (一部)
事前に内容を共有する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事前にこういうことについて確認したいんだけどというような形で前振りする ・ 事前にこういうことを話すというのを共有した上で臨んでもらえるようにする
安心できる環境を構築する	<ul style="list-style-type: none"> ・ バイジーさんが喋りやすい雰囲気 ・ 相手の方が話しやすい状況であったり環境を整える ・ ストレスとか緊張とかはないように ・ あまり緊張しすぎないように、適度な緊張を保って話ができるような空気づくり
話しやすい関係性を構築する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「こういうことを言ってもいいんだ」、「自分の話をしても大丈夫なんだ」と思ってもらえるような存在になる ・ なるべく関わりの中で、思ってること、言いたいこと、考えてることを出してもらえようような丁寧な関わり
思いに配慮する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相手がどういうところで気にするか、傷つくかというところはいつも以上に気をつけながら、丁寧に話を受け止める ・ 相手がどういう風な発言だったり思いだったり意識だったのかをまずは確認
思いを理解する 声掛けをする	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「～なんですかね」とか問いかけるような言い方を意識している ・ ポイントになる表現だったり言語だったりというのを多く引き出せるように声かける
発言内容を整理する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分が相手の話を整理して、こういうことかなという意図をお互いに共有していく ・ 相手が話したことを所要所で確認しながら、相手が自分の話の流れを分かりやすく理解できるように自分も寄り添いながら関わる
考えに共感する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「その考えとてもいいですね」といった形で考えに対して評価を返すようなプロセスを重ねていく
仕事以外の影響 要因に気付く	<ul style="list-style-type: none"> ・ 仕事以外にも抱えていることがないかっていうところを受け止めるようする
価値観を 押し付けない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の価値観を押しつけないということは特に意識している ・ こうだよねという風な価値観の押しつけにならないように ・ 「そういう価値観もあるよね」と受け止める
前向きに考える ように促す	<ul style="list-style-type: none"> ・ ポジティブに来る相談が多いので、それをやれるためにはどういう風にしていくかを考えてもらう ・ 前向きに捉えられるような形で意識的に言葉を変える ・ 「前はこうだったけど、こういう風によく改善してるよね」という部分を持ち出したりする

認知症ケア実践を 評価する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 言葉遣いや職員の都合ばかりになってないかとか、利用者が意思決定できるような声かけができていないかどうか ・ 関わる人がちゃんと人として接しているかどうか ・ 均一的なケアかつ多様性のあるケアができるか ・ 固定概念に囚われないようなケアだったり関わり方というのがしっかりできているか ・ 声かけだったりとか、利用者ができていること、できていないこと、分かること、分からないことをどれくらい理解してケアに反映しているか ・ 「目の前の人のために何かしたい」という感覚を持っていること
目指す姿を想定 する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「こうありたい自分」とか「こういう自分好きだな」というところを考えてもらうようにしている
目標に合わせた 評価をする	<ul style="list-style-type: none"> ・ その人が自分の目標に少しでも近づけたのであれば、それが評価
SV 実践後のアフター フォローをする	<ul style="list-style-type: none"> ・ この前話して言ったことがどううまくいっているのか、改善が必要だったら改善できているかということを確認して、どう継続しているか、更に困ったことはないかということは確認している
バイザー自身の 課題を知る	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分が何ができるかっていう自分の課題を探すつもりでやるというのは心がけている

2. SV を実践する上で感じている困難（表 2）

SV を実践する上で感じている困難については、【距離感のバランスの保ち方】、【精神的側面への働きかけ】、【お互いの認識があっていない】、【SV の時間が確保できない】の 4 カテゴリーを抽出した。

SV を展開していく中で、＜関係性の距離感をどう保つか、どう縮めるかというのが難しい＞といったスーパーバイザーとの【距離感のバランスの保ち方】に難しさを感じていた。また、＜精神面や情緒面でどれくらい成長しているかというところが大きく関係してくると思っているので、そこに働きかけていくところが難しい＞といった【精神的側面への働きかけ】について、その関わりや程度に難しさを感じていた。さらに、＜スーパービジョンしているつもりでも向こうはそう思っていない、逆に向こうはスーパービジョンを求めているつもりでこちらは雑談で終わったり、お互いの思いがずれているところはある＞といった【お互いの認識があっていない】ことにも難しさを感じていた。

加えて、＜変則勤務なので時間を確保するのが難しい＞、＜時間をちゃんと取って場所も設定してということができた方がいいが、結局日々の短時間の面談だけで済ませてしまっている＞といった定期的な【SV の時間の確保ができない】課題も挙げられた。

表2 SV を実践する上で感じている困難

カテゴリー	コード (一部)
距離感のバランスの保ち方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係性の距離感をどう保つか、どう縮めるかというのが難しい ・ 近すぎると近すぎるで必要な指摘が言いづらくなることもあるのでバランスが難しい
精神的側面への働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神面や情緒面でどれぐらい成長しているかというところが大きく関係してくると思っているので、そこに働きかけていくところが難しい ・ セクハラとかパワハラとか個人の感じ方によるものが大きい時にどういう風にしたらいいか
お互いの認識があっていない	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパービジョンしているつもりでも向こうはそう思っていない、逆に向こうはスーパービジョンを求めているつもりでこちらは雑談で終わったり、お互いの思いがずれているところはある
SV の時間の確保ができない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変則勤務なので時間を確保するのが難しい ・ 時間をちゃんと取って場所も設定してということができた方がいいが、結局日々の短時間の面談だけで済ませてしまっている ・ 定期的にやっ払いこうという形ではできていなく、日々の5分、10分の面談になってしまっている

V. 考察

1. 認知症ケア現場における SV の現状

認知症ケア現場における SV の現状としては、以下の5点が挙げられる。

1 つ目は、合意形成のプロセスに基づいた実践である。調査結果より、SV を実践する上で、【事前に内容を共有する】、【目指す姿を想定する】、【目標に合わせた評価をする】といった点に留意していることが明らかになった。SV を開始するにあたっては、SV の目的や目標、扱う内容、実施期間などについてスーパーバイザーとスーパーバイジーとの間で相互に理解し合う⁶⁾ といった合意形成のプロセスを経ることが重要であり、こうしたプロセスがSV 実践後の評価にも影響を及ぼすと考えられる。また、このような合意形成は、SV における契約の機能を果たすものであり、スーパーバイザーとスーパーバイジー間における役割や期待の明確化につながる。さらに、調査結果で明らかとなった【お互いの認識があっていない】という課題を防ぎ、SV がもたらした成果を適切に評価することにも寄与するといえる。

2 つ目は、安心できる環境の構築である。SV を展開していく上では、スーパーバイザーとスーパーバイジーの間に不可避免的に存在する緊張や権力差を認識し、それについて議論できる関係の構築⁷⁾ が必要である。調査結果において、【安心できる環境を構築する】、【話しやすい関係性を構築する】といったスーパーバイジーの心理的側面に配慮した関わりを心掛けていたことが明らかとなった。これらの関わりは、スーパーバイジーが安心してSV に臨むことを可能とし、スーパーバイジー自らの援助観や援助内容を内省するとともに自己

覚知の機会を提供する⁸⁾ ことにもつながると考えられる。そのため、スーパーバイザーには、姿勢や態度といった人的環境に加え、安心して話せる場の確保といった物的環境に配慮した関わりが求められると考えられる。

3つ目は、価値観の違いを理解することである。調査結果より、スーパーバイザーの【価値観を押し付けない】ことを心掛けていることが明らかになった。SV を実践する中では、スーパーバイザーとして、スーパーバイザー間に存在する個々の違いに対して、感受性を持ち、尊重する姿勢を取るといった多様性の尊重が求められている⁹⁾。また、スーパーバイザー自身も葛藤・先入観・偏見を持つ人間であるということを知ることも重要となる。専門職として一定の共通理解を有していたとしても、置かれている立場や経験の違いにより、考え方や感じ方には個人差が生じうる。このような違いが十分に認識されていない場合、スーパーバイザーの内面的な側面に働きかけることが困難となり、調査結果で示された【精神的側面への働きかけ】の難しさにもつながると考えられる。スーパーバイザーには、互いの考え方や感じ方に違いがあることを前提として関わりが求められており、自身の価値観を押し付けるのではなく、スーパーバイザーの考えや感じ方を理解し、それを否定するのではなく受容する関わりが重要であると考えられる。

4つ目は、仕事以外で負担となっている要因を把握することである。調査結果より、【仕事以外での影響要因に気付く】ことを心がけていることが明らかとなった。スーパーバイザーは援助者として、認知症のある人が希望をもって生活できるよう支援することが求められている。一方で、一人の人間である以上、プライベートでの出来事に伴う心理的变化が、介護実践に影響を及ぼす可能性がある。そのため、スーパーバイザーは、SV を通じて「スーパーバイザーが自身のプライベートの援助への影響を振り返ることや気づく」¹⁰⁾ 関わりが必要となる。さらに、仕事以外で抱えている不安や悩みなどについて話すことができる機会を構築することが重要であると考えられる。

5つ目は、認知症ケア実践者としての実践能力を評価することである。調査結果より、スーパーバイザーの【認知症ケア実践を評価する】ことを心がけていることが明らかとなった。SV を展開する上で、スーパーバイザーはスーパーバイザーの実践能力を評価し²⁾、その能力に応じた関わりを行うことが求められる。認知症ケアをテーマとする場合、スーパーバイザーが有する認知症ケアに関する考え方や知識、技術を把握するとともに、日々の実践において「言動をどのように解釈し、それに対してどのように行動したのか」¹¹⁾ といった実践過程を評価することが重要である。こうした評価に基づき、個々の実践能力に応じたSV を展開していくことが求められる。

2. 認知症ケアにおける SV 実践に必要な要因

上記の結果を踏まえ、認知症ケアにおける SV 実践に必要な要因として、以下の2点が考えられる。

1つ目は、認知症ケア実践者として、パーソン・センタード・ケアの視点に基づいた支援が提供できているかを評価することである。パーソン・センタード・ケアの視点に基づく実践は、SV を通じて実践へと結びつき、その結果として、認知症の人の QOL やウェルビーイングの改善につながることが示されている¹²⁾。このことから、認知症の人が希望をもって自分らしく生活できるよう支援するためには、パーソン・センタード・ケアの視点に立った関わりを実践することが、認知症ケア実践者に求められるといえる。そのため、認知症の

人のパーソン・フッド（個人として受け入れられ、尊重される存在であること）を維持する関わりができていないか、また本人の意思を尊重した支援が行われているかについて、SV 実践を通じて確認・振り返りを行うことが重要であると考えられる。

2 つ目は、スーパーバイザーに対してパーソン・センタードな関わりを行うことである。上記で示したように、パーソン・センタード・ケアの理念に基づいた実践を行うためには、組織全体としてケア実践者自身のパーソン・フッドを尊重することが重要である¹³⁾、¹⁴⁾。すなわち、SV を通じてパーソン・センタード・ケアの理念に基づいた実践を担う専門職を育成するには、スーパーバイザー自身のニーズが満たされ、一人の専門職として、かつ個人として尊重される必要がある¹⁵⁾。さらに、こうした関わりは、スーパーバイザーのウェルビーイングの維持や専門職としての成長を支えることにもつながる¹⁴⁾。その結果、スーパーバイザーによる認知症ケアの質の向上が期待され、認知症のある人が自らの意思に基づいた生活を実現することにもつながると考えられる。したがって、スーパーバイザーには、自身の価値観を押し付けるのではなく、スーパーバイザーの思いや考えを受け止め、共感する姿勢が求められる。

VI. まとめ

認知症ケア実践現場においては、認知症のある人が希望をもって暮らすことができるよう支援を提供していくことが、認知症ケア実践者に求められている。そのためには、認知症ケア実践者として求められる価値観・知識・技術を習得し、専門職として成長する機会が必要であり、SV はそのための重要な手段であるといえる。今後は、本研究で明らかとなった知見を踏まえ、認知症ケア現場において効果的な SV を実践するために必要な要因について、引き続き検討していく必要がある。

謝辞

本研究に協力してくださった認知症ケア実践者の皆様に、この書面をお借り厚く御礼申し上げます。

文献

- 1) Rasmussen, B. M., Andersen, P. T., Waldorff, F. B. and Berg-Beckhoff, G. (2023) Effectiveness of dementia education for professional care staff and factors influencing staff-related outcomes: An overview of systematic reviews, International Journal of Nursing Studies, 142, 1-13.
- 2) National Association of Social Workers(2013) Best Practice Standards in Social Work Supervision.
<https://www.socialworkers.org/Practice/NASW-Practice-Standards-Guidelines/Best-Practice-Standards-in-Social-Work-Supervision>
- 3) Social Work Accreditation and Advisory Board(2017) SOCIAL WORK SUPERVISION GUIDELINES.
https://sasw.org.sg/wp-content/uploads/2021/05/SWD_SocialWorkSupervisionGuidelines_FINAL.pdf
- 4) 山口友佑、山口喜樹、中村裕子 (2019) 「第 2 章 認知症ケアにおけるリーダー層のスーパー

ビジョンに関する意識と課題」野村豊子・汲田千賀子・照井孫久編著『高齢者ケアにおけるスーパービジョン実践——スーパーバイザー・スーパーバイザーの育成のために』ワールドプランニング, 65-89.

- 5) 萱間真美 (2007) 『質的研究実践ノート—研究プロセスを進める clue とポイント』医学書院.
- 6) 福山和女, 渡部律子, 小原真知子, 浅野正嗣, 佐原まち子編著 (2018) 『保健・医療・福祉専門職のためのスーパービジョン: 支援の質を高める手法の理論と実際』ミネルヴァ書房.
- 7) Pack, M. (2009) Clinical supervision: an interdisciplinary review of literature with implications for reflective practice in social work, Reflective Practice, 10 (5) ,657-668
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 植田寿之 (2005) 『対人援助のスーパービジョン—よりよい援助関係を築くために』中央法規出版.
- 11) 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—スーパーバイザーを支援する取り組み例から—」『同朋大学論叢』 103,35-46.
- 12) Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z. and Williams, A. (2019) Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia: A systematic review, Public Library of Science, 14 (2) ,1-21.
- 13) Tom Kitwood (1997) DEMENTIA RECONSIDERED., Open University Press. (=2005, 高橋誠一訳『認知症のパーソンセンタードケア—新しいケア文化へ』筒井書房.)
- 14) Dawn Brooker (2007) Person-centred dementia care: making services better., jessica kingsley publishers ltd. (=2010, 水野裕監修『VIPS ですすめるパーソン・センタード・ケア』クリエイツかもがわ.)
- 15) Nordbøe, C. E. and Enmarker, I. (2017) The benefits of person-centred clinical supervision in municipal healthcare—employees' experience, Open Journal of Nursing, 7, 548–560.
- 16) Ravalier, J. M., Wegrzynek, P., Mitchell, A., McGowan, J., McFadden, P. and Bald, C. (2023) A rapid review of reflective supervision in social work, British Journal of Social Work, 53, 1945–1962.

**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）
齊藤千晶（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
中村裕子（認知症介護研究・研修大府センター 研修部）
鷲見幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）
研究協力者：栗田主一（認知症介護研究・研修東京センター）
中村考一（認知症介護研究・研修東京センター 研修部）
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）
阿部哲也（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）

目次

I. 背景と目的	2
II. 研究の枠組み	2
III. 本研究の意義	3
IV. 対象と方法	3
1. 調査対象	3
2. 調査項目	4
3. 分析方法	5
V. 倫理的配慮	5
VI. 第1部：2025年度の指導者活動実態調査結果について	5
1. 回収状況について	5
2. 基本属性について	6
3. 24年度修了者の活動実態について	7
4. 23年度までの修了者の活動実態について	20
5. 考察	41
1) 24年度修了者の調査結果からみられる指導者研修の成果	41
2) 23年度までの修了者の調査結果からみられる指導者研修の成果	42
3) 調査結果より見えた課題	43
VI. 第2部：3か年の活動調査結果の比較による指導者研修の成果	43
1. 修了1年目における役割遂行状況の年次比較	43
2. 修了2年目以降の役割遂行状況の年次比較	52
3. 年次別比較から見る指導者研修の成果と今後の課題	60
VII. まとめ	61

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、2025年度末までに3,135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を踏まえ、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、推進大綱において掲げられている育成目標値（KPI：2,800人）を達成する修了者を輩出しているが、受講後の指導者としての活動による成果については、十分に検証されているとは言い難い現状にある。

本研究では、指導者研修修了者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

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向上の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、量的な目標の達成にとどまらず、研修受講が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になると考えられる。

本研究では、指導者研修のねらいに基づき²⁾、指導者研修修了者に求められている役割を、①「研修の役割に関与できているか」、②「指導的役割を担うことができているか」、③「地域での役割を実践できているか」の3つに操作的に定義し、これらを基準として活動実態を把握した。

研修の成果については、長期的成果として「これら3つの役割を継続的に実践している

か」、短期的成果を「研修修了後にこれらの役割に関与しているか」として評価した。なお長期的成果は修了2年目以降の修了者を対象とした調査結果、短期的成果は修了1年目の修了者を対象とした調査結果に基づきに検証した。

本稿は2部構成であり、第1部では、2025年度に実施した活動実態調査をもとに、指導者研修の成果を横断的に検証した。第2部では、2023年度～2025年の活動実態調査結果をもとに指導者研修の成果を縦断的に検証した。

Ⅲ. 本研究の意義

本研究の意義は、以下の3点となる。

- ・ 指導者に付与されている各役割への関与状況について把握するとともに、役割遂行による効果を明らかにする。
- ・ 指導者の活動による横断的および縦断的効果を明らかにし、今後指導者が担うべき役割について検討するための基礎的知見を提供する。
- ・ 今後の指導者研修ならびに指導者フォローアップ研修のカリキュラム内容の検討に向けた基礎資料として活用する。

Ⅳ. 対象と方法

1. 調査対象

本調査は、表1で示した除外基準に該当する者を除いた指導者研修修了者を対象に、郵送法およびWebシステムを併用した質問紙調査として実施した。本調査では、上記の成果を評価するため、「修了1年目」と「修了2年目以降」に区分し、それぞれに対応した調査票を作成した。第1部では、2024年度まで指導者研修修了者を対象とした。第2部では、2023年度から2025年度に実施した活動実態調査の回答結果を分析対象とした(表2・3)。

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し、センターが所属先を把握できてない
③死亡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

表 2 修了 1 年目を対象とした調査概要

調査時期	調査対象	調査内容	回答数
2023 年度	2022 年度修了者 84 名	2023 年度の活動状況（予定も含む）	55
2024 年度	2023 年度修了者 100 名	2024 年度の活動状況（予定も含む）	68
2025 年度	2024 年度修了者 138 名	2025 年度の活動状況（予定も含む）	98

表 3 修了 2 年目以降を対象とした調査概要

調査時期	調査対象	調査内容	回答数
2023 年度	2021 年度までの修了者 2,237 名	2022 年度の活動状況	638
2024 年度	2022 年度までの修了者 2,312 名	2023 年度の活動状況	757
2025 年度	2023 年度までの修了者 2,375 名	2024 年度の活動状況	825

2. 調査項目

主な調査項目は表 4 に示す通りである。調査項目の作成には、Rossi ら 4) や GSG 国内諮問委員会 5) のロジックモデル、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」を参考 6) とした。

「認知症介護実践者等養成事業への関与状況」、「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」、「地域における認知症施策の推進への貢献」、「指導者活動に関連する要因」については、共通項目と設定した。さらに、各年度の研究課題を応じて調査項目を追加した。

表 4 調査項目一覧

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 認知症施策の役割（修了 2 年目以降の修了者のみ）
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"> 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 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（修了 2 年目以降の修了者のみ）
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"> 指導者として指導的役割を担うことに対する関心度 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 加算の取得状況 （認知症ケア加算Ⅱ、認知症チームケア加算*）
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"> 指導者として地域活動を実践することへの関心度 地域活動の実践状況 年間の活動日数（修了 2 年目以降の修了者のみ）
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 指導者活動をすることに対する満足度^{注*}

認知症地域支援推進員との連携* (修了2年目以降の修了者のみ)	<ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員との連携の有無 連携して行った地域活動について
指導者フォローアップ研修について**	<ul style="list-style-type: none"> フォローアップ研修受講の有無 (修了2年目以降の修了者のみ) フォローアップ研修を受講(希望)する要因 フォローアップ研修を受講しない要因 (修了2年目以降の修了者のみ) 取り上げてもらいたいテーマ 今後の受講予定(修了1年目の修了者のみ)

注「介護者 QWL 簡易尺度」を参考に項目を設定。QWL とは、労働生活の質 (Quality of Working Life) の略称であり、仕事のやりがいや働きやすさ、職務満足度などの勤労生活の質的向上に係わる概念⁷⁾

*2024 年度より追加した項目、**2025 年度より追加した項目

3. 分析方法

Excel または SPSS を用いた単純集計およびクロス集計を行った。なお、無回答については欠損値として処理した。

V. 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。

VI. 第1部:2025年度の指導者活動実態調査結果について

1. 回収状況について

各調査の回収状況については表5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5 本調査の回収状況

		発出数	質問紙	Web	有効回答数	回答率
仙台センター	23年度まで	692	94	125	219	31.6%
	24年度	38	11	12	23	60.5%
東京センター	23年度まで	902	122	180	302	33.5%
	24年度	55	13	32	45	81.8%
大府センター	23年度まで	781	86	218	304	38.9%
	24年度	45	12	18	30	66.7%
合計	23年度まで	2,375	302	523	825	34.7%
	24年度	138	36	62	98	71.0%

単位:人

2. 基本属性について

推薦者の種別については、23年度までの修了者では、自治体（公費）が86.0%、事業所推薦は14.0%であった。24年度修了者では、自治体（公費）が70.8%、事業所推薦は29.2%であった（図1）。

指導者活動時の所属先については、23年度までの修了者では、介護老人福祉施設が26.8%と最も多く、次いで、その他（23.0%）、認知症対応型共同生活介護（19.0%）であった。24年度修了者では、介護老人福祉施設35.4%と最も多く、次いで、認知症対応型共同生活介護（21.9%）、居宅介護支援事業所（16.7%）であった（図2）。

保有資格については、23年度までの修了者では、介護福祉士が81.3%と最も多く、次いで、介護支援専門員（73.7%）、社会福祉士（26.1%）であった。24年度修了者では、介護福祉士が89.6%と最も多く、次いで、介護支援専門員（53.1%）、社会福祉士（14.6%）であった（図3）。

指導者活動時の役職については、23年度までの修了者では、管理職が46.1%と最も多く、次いで、経営者等（16.8%）、中間管理職（15.6%）であった。24年度修了者では、管理職が49.0%と最も多く、次いで、中間管理職（22.9%）、一般職（13.5%）であった（図4）。

以下、各役割における活動実態については、対象別に結果を述べることとする

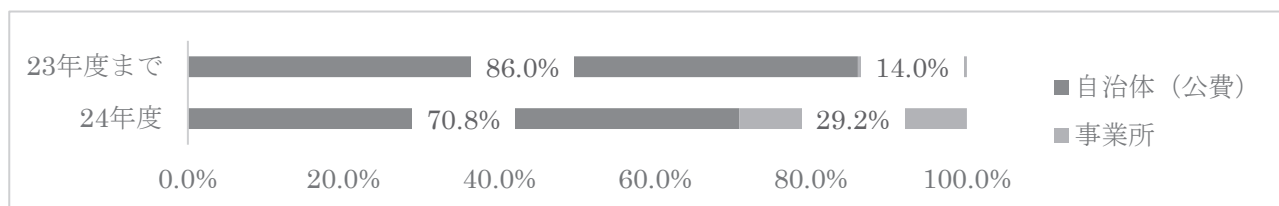


図1 推薦者の種別

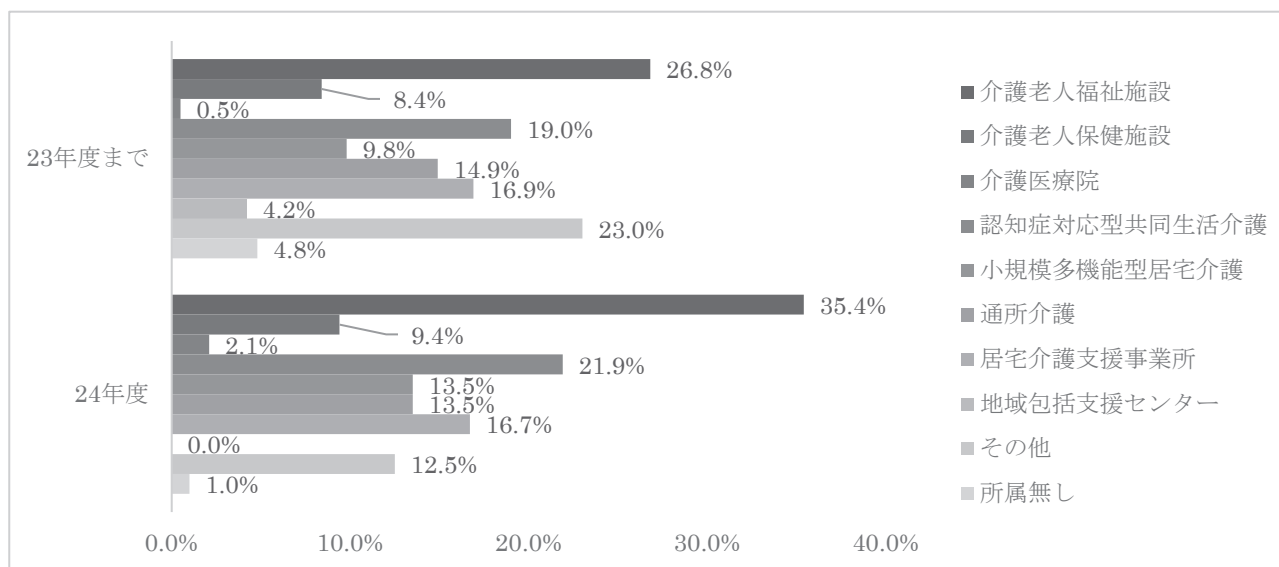


図2 指導者活動時の所属先*について（複数回答）

*23年度までの修了者は令和6年度、24年度修了者は令和6年4月1日時点での所属先

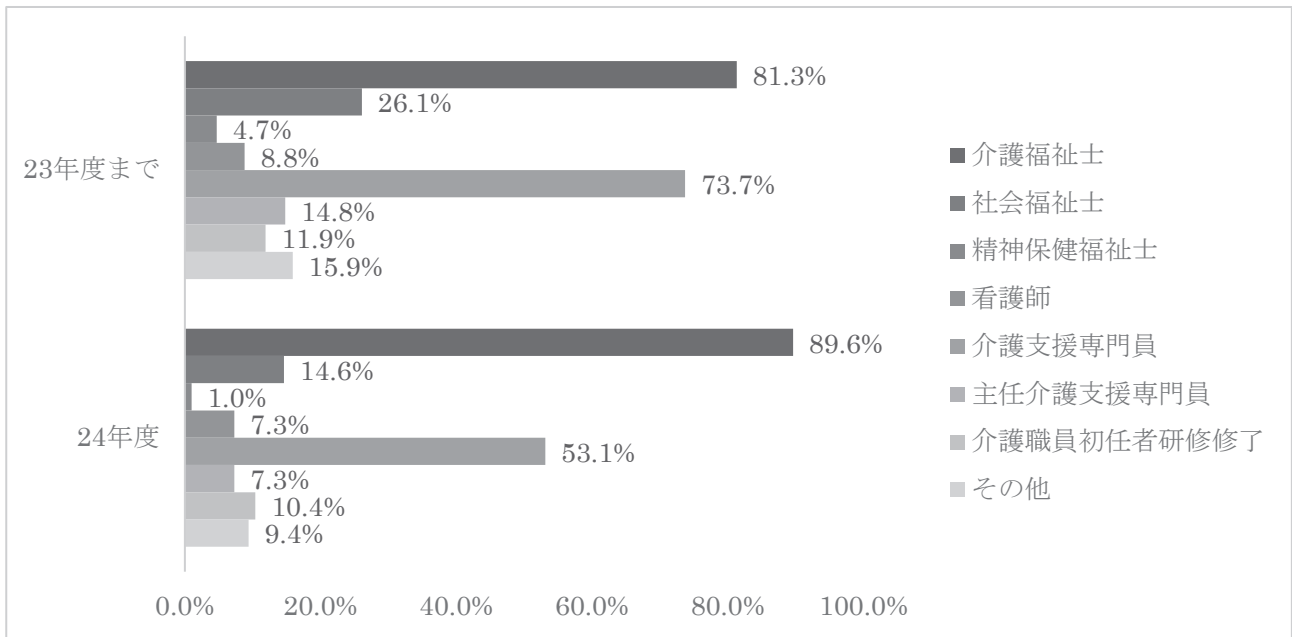


図 3 保有資格について（複数回答）

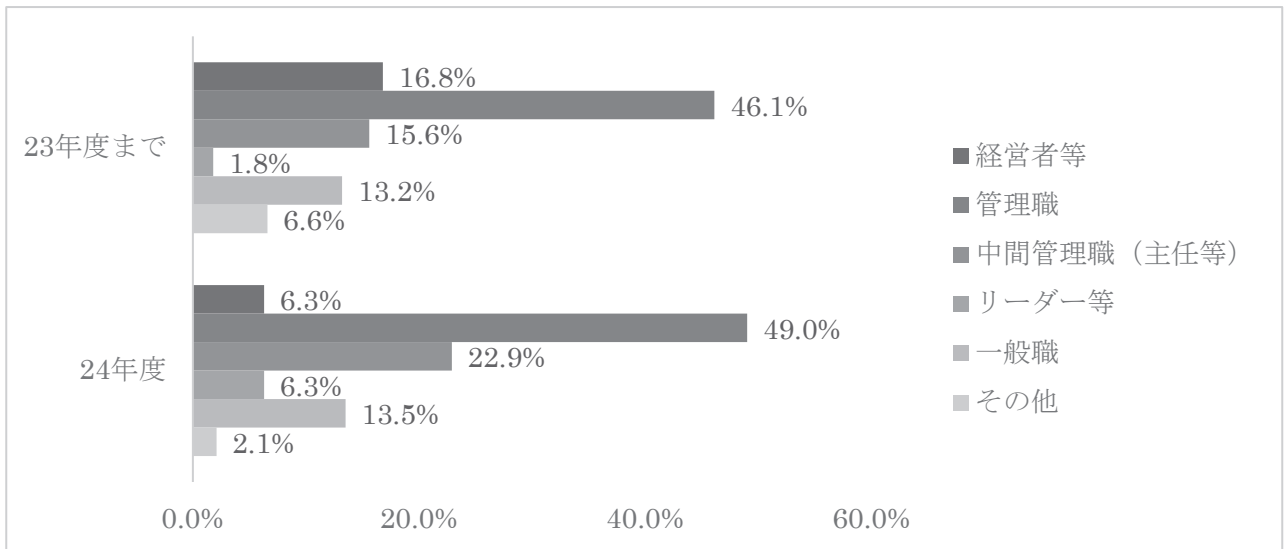


図 4 指導者活動時の役職について

* 23年度までの修了者は令和6年度、24年度修了者は令和7年4月1日時点での役職

3. 24年度修了者の活動実態について

1) 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）の実践状況について図5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「担っている」との回答の割合は、「研修の役割」が86.7%、「指導的役割」が94.9%、「地域での役割」が79.6%であった（図5）。

各役割への関与状況を推薦種別で比較した結果、研修の役割については、有意な関連が

認められた ($p < .05$)。調整済み残差の検討により、自治体（公費）推薦者では研修事業の役割を担っている者が相対的に多く、事業所推薦者では担っていない者が相対的に多いことが示された。一方、指導的役割および地域活動への関与については、推薦種別による差は認められなかった（表 6）。

また役職別に関与状況を比較した結果、研修の役割については有意な差は認められなかった。一方、指導的役割については、有意な関連が認められた ($p < .05$)。調整済み残差の検討により、一般職において「担っていない」が有意に高いことが示された。さらに地域活動への関与との関連についても、有意な関連が認められた ($p < .001$)。調整済み残差の検討により、管理職に「担っている」が有意に高かったことに対し、リーダー職、一般職では、「担っていない」が有意に高いことが示された（表 7）。

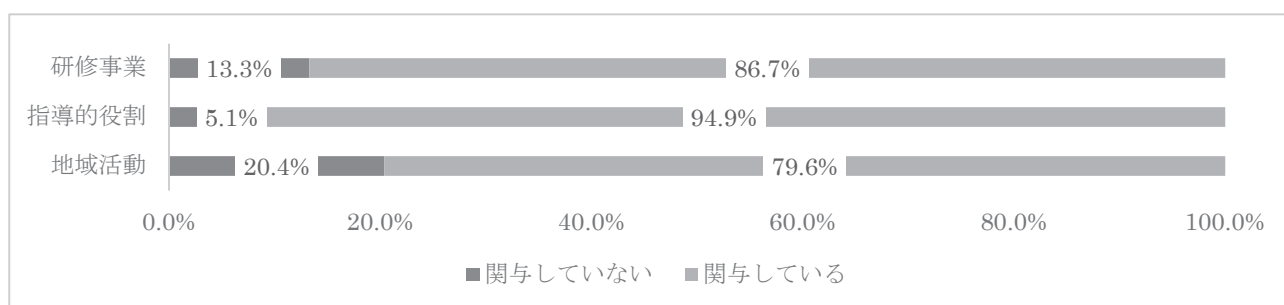


図 5 指導者研修修了者が担っている役割への関与状況

表 6 推薦種別による役割への関与状況

	研修事業*		指導的役割		地域活動	
	関与して いない	関与して いる	関与して いない	関与して いる	関与して いない	関与して いる
自治体	8.6%	91.4%	2.9%	97.1%	20.0%	80.0%
事業所	25.0%	75.0%	10.7%	89.3%	21.4%	78.6%

* $p < .05$ 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差 > 1.96

表 7 役職別による役割への関与状況

	研修事業		指導的役割*		地域活動***	
	関与して いない	関与して いる	関与して いない	関与して いる	関与して いない	関与して いる
経営者等	16.7%	83.3%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
管理職	14.6%	85.4%	0.0%	100.0%	6.3%	93.8%
中間管理職	8.7%	91.3%	8.7%	91.3%	21.7%	78.3%
リーダー等	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	33.3%
一般職	15.4%	84.6%	23.1%	76.9%	53.8%	46.2%
その他	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	50.0%	50.0%

* $p < .05$ *** $p < .001$ 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差 > 1.96

2) 認知症介護実践者等養成事業への関与について

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は、「関心がある」が82.5%、「少し関心がある」が15.5%、「あまり関心がない」が2.1%であった（図6）。

次に、認知症介護実践者等養成事業への関与状況を把握するため、①会議への出席、②講師役としての関与、③ファシリテーターとしての関与の3つの役割を設定し、認知症介護実践者等養成事業で定められている6つの研修事業への関与状況について整理した。各役割について、6つの研修事業のうち1つ以上「出席」または「務める」と回答した割合をみると、会議への出席は80.6%、講師役としての関与は64.3%、ファシリテーターとしての関与は80.6%であった（図7）。また、各役割への関与状況を推薦種別および役職別で比較した結果、いずれの役割においても差は認められなかった（表8・9）。

さらに、研修別に各役割の関与状況をみると、会議への出席では、「実践者研修」が78.6%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（57.3%）、「基礎研修」（22.7%）の順であった。講師役としての関与においても同様の傾向が認められ、「実践者研修」が58.2%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（33.3%）、「基礎研修」（12.4%）であった。また、ファシリテーターとしての関与についても、「実践者研修」が78.6%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（46.9%）、「基礎研修」（12.4%）であった（表10）。

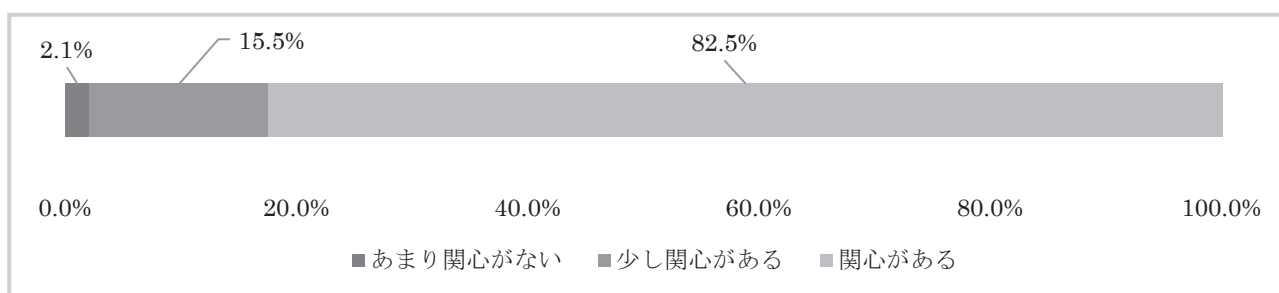


図6 認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度（n=97）

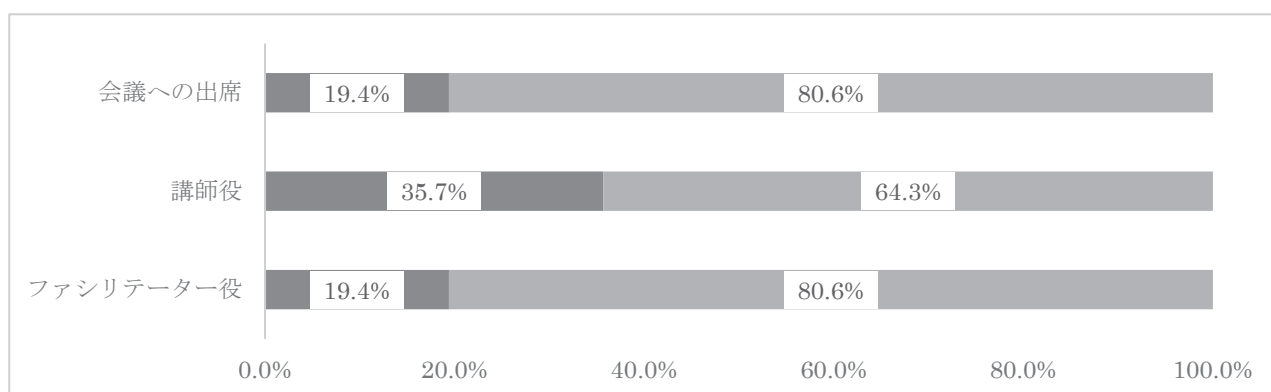


図7 各役割への関与状況

表 8 役職別による役割への関与状況

	会議への出席		講師役		ファシリテーター	
	出席して いない	出席して いる	務めて いない	務めて いる	務めて いない	務めて いる
自治体	15.7%	84.3%	32.9%	67.1%	17.1%	82.9%
事業所	28.6%	71.4%	42.9%	57.1%	25.0%	75.0%

表 9 役職別による役割への関与状況

	会議への出席		講師役		ファシリテーター	
	出席して いない	出席して いる	務めて いない	務めて いる	務めて いない	務めて いる
経営者等	16.7%	83.3%	16.7%	83.3%	16.7%	83.3%
管理職	20.8%	79.2%	33.3%	66.7%	22.9%	77.1%
中間管理職	13.0%	87.0%	39.1%	60.9%	17.4%	82.6%
リーダー等	0.0%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
一般職	30.8%	69.2%	38.5%	61.5%	15.4%	84.6%
その他	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%

表 10 研修別により役割への関与状況

	会議への出席	講師役	ファシリテーター
基礎研修	22.7%	12.4%	12.4%
実践者研修	78.6%	58.2%	78.6%
実践リーダー研修	57.3%	33.3%	46.9%
開設者研修	11.5%	4.2%	4.2%
管理者研修	13.5%	6.3%	7.3%
計画作成担当者研修	9.4%	4.2%	5.2%

3) 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

指導的役割を担うことに対する関心度については、「関心がある」が 81.3%、「少し関心がある」が 15.6%、「あまり関心がない」が 3.1%であった（図 8）。

次に指導的役割への関与状況を把握するため、①自施設における指導的役割、②他施設における指導的役割の 2つのカテゴリーを設定し、分析を行った。各カテゴリー項目について、1つ以上「担っている」と回答した割合をみると、自施設における指導的役割は 94.9%、他施設における指導的役割は 57.3%であった（図 9）。各役割への関与状況を推薦種別で比較した結果、いずれの役割においても差は認められなかった。役職別で比較した結果、自施設での指導的役割では、有意な関連が認められた（ $p < .05$ ）。調整済み残差の検討により、管理職では自施設での指導を担っている者が相対的に多く、一方で一般職では担っていない者が相対的に多いことが示された。また他施設での指導的役割では、有意な関連が認め

られた ($p < .01$)。調整済み残差の検討により、管理職では他施設での指導を担っている者が相対的に多い一方、リーダー等および一般職では担っていない者が相対的に多い傾向が示された (表 11・12)。

さらにカテゴリ別に具体的な関与内容をみると、自施設における指導的役割では、「職場内研修の企画、立案」が 83.7%と最も高く、次いで、「初任者・新任者への OJT の計画、実施」(76.5%)、「中堅職員への OJT の計画、実施」(75.5%)の順であった (図 10)。

他施設における指導的役割では、「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」が 27.6%と最も高く、次いで、「認知症介護実践リーダー修了生・実践者研修修了生からの認知症ケアに関する相談対応」(25.8%)、「地域包括支援センターからの依頼による研修」(25.5%)の順であった (図 11)。

認知症専門ケア加算(Ⅱ)のサービス対象の有無については、「サービスの対象外である」が 40.4%、「サービスの対象である」が 59.6%であった。算定要件ごとの達成状況を見ると、「利用者要件」および「職員配置要件」については、いずれも「満たしている」が 88.5%であった。また、「留意事項の伝達や技術的指導に関する会議の定期的な実施」については「実施している」が 78.8%、「介護職員・看護職員ごとの研修計画の作成」では 59.6%、「研修計画の実施」では 57.7%であった。

認知症専門ケア加算(Ⅱ)の取得状況については、「取得していた」が 42.4%、「取得していない」が 57.6%であった。取得に至らない理由としては、「職員配置要件の維持が困難」が 35.7%と最も多く、次いで「研修計画の作成・実施に係る事務作業が煩雑である」(32.1%)であった。

認知症チームケア加算の取得状況については、「取得している」が 34.6%、「取得予定ある」が 19.2%、「取得していない」が 46.2%であった (表 13)。

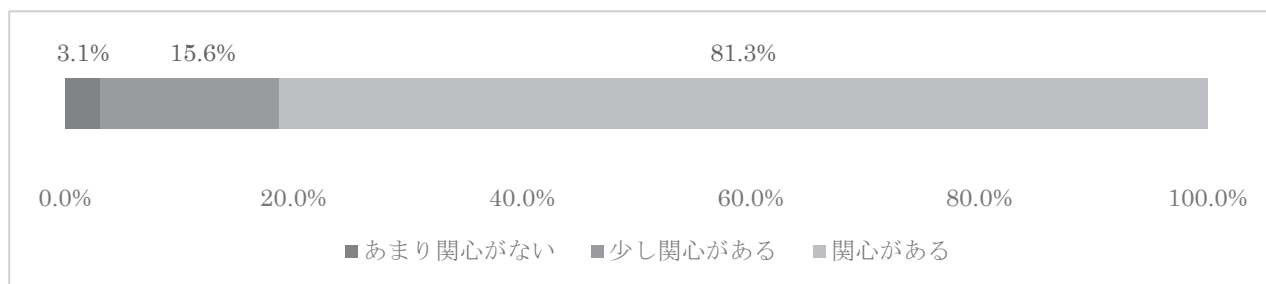


図 8 指導的役割を担うことに対する関心度

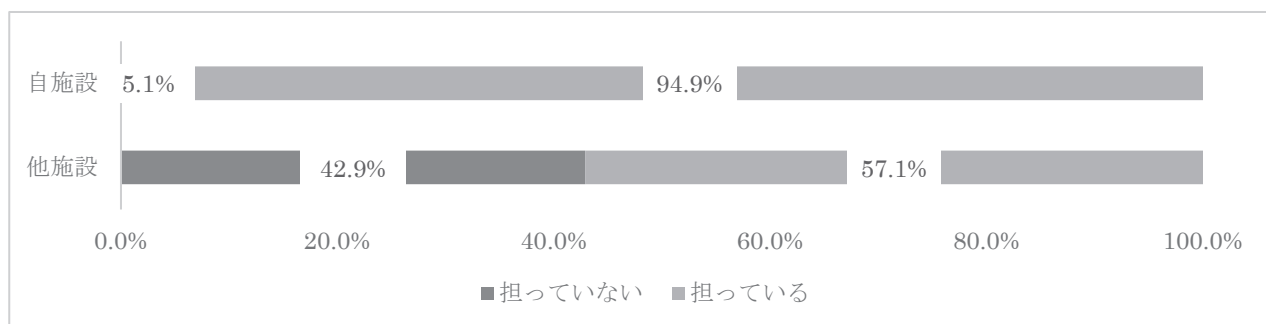


図 9 指導的役割の関与状況

表 11 推薦種別による指導的役割への関与状況

	自施設における 指導的役割		他施設における 指導的役割	
	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる
自治体	2.9%	97.1%	41.4%	58.6%
事業所	10.7%	89.3%	46.4%	53.6%

表 12 役職別による指導的役割への関与状況

	自施設における 指導的役割*		他施設における 指導的役割**	
	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる
経営者等	0.0%	100.0%	16.7%	83.3%
管理職	0.0%	100.0%	27.1%	72.9%
中間管理職	8.7%	91.3%	56.5%	43.5%
リーダー等	0.0%	100.0%	83.3%	16.7%
一般職	23.1%	76.9%	61.5%	38.5%
その他	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%

*p<.05 **p<.01 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

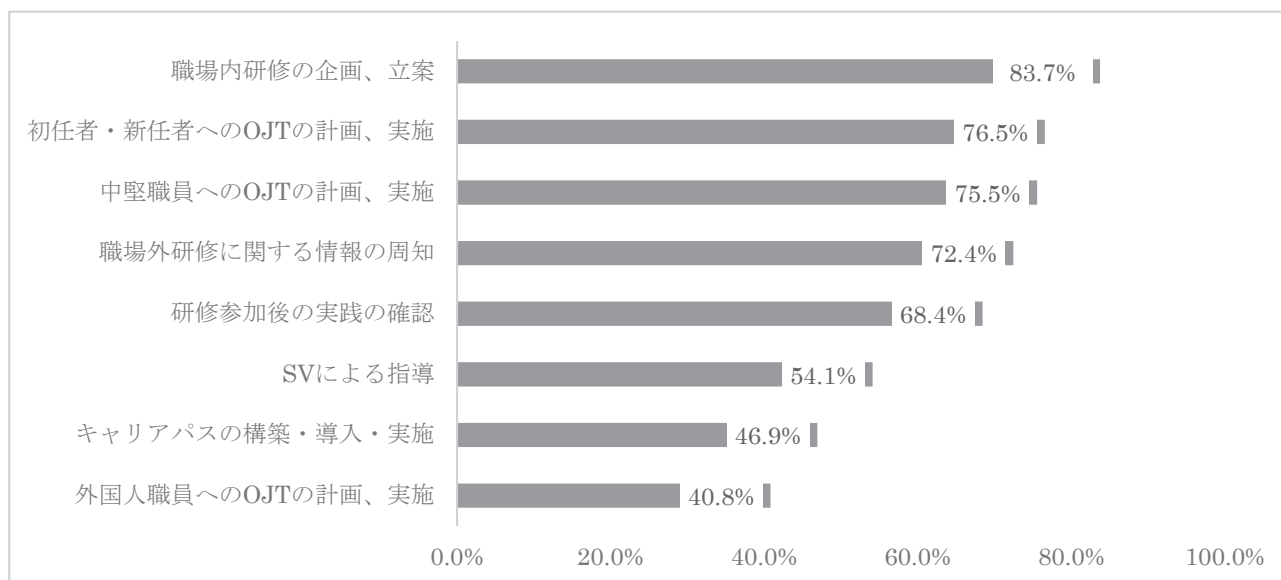


図 10 自施設における指導的役割への関与状況

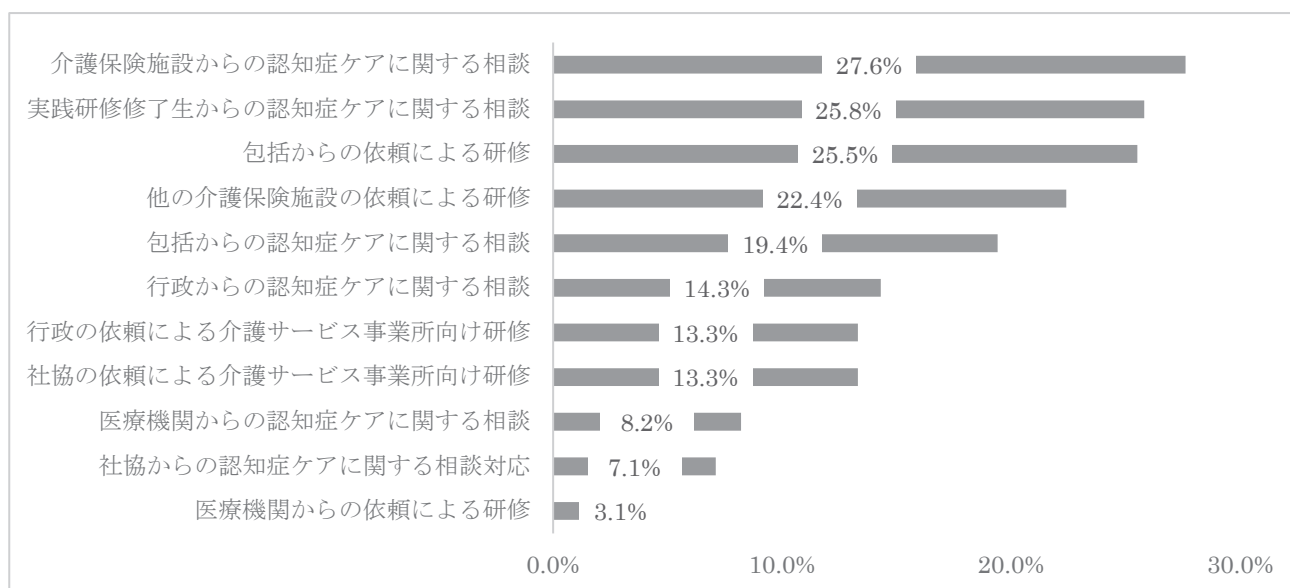


図 11 他施設における指導的役割への関与状況

表 13 加算の取得状況について

		%
認知症ケア加算Ⅱ	取得できるサービス対象外	40.4%
	取得できるサービス対象	59.6%
算定要件	利用者要件	88.7%
	職員配置要件	88.7%
	留意事項の伝達や技術的指導の会議の定期的な実施	79.2%
	介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成	60.4%
	介護職員、看護職員ごとの研修計画の実施	58.5%
認知症ケア加算Ⅱ 取得状況	取得していた	43.4%
	取得していなかった	56.6%
取得に至らない 理由 (複数回答)	利用者要件の確認作業が負担	7.1%
	職員配置要件の維持が困難	35.7%
	会議の事務作業が煩雑	28.6%
	研修計画の作成・実施の事務作業が煩雑	32.1%
	利用者の自己負担が増える	10.7%
	取得する必要性を感じない	3.6%
	その他	50.0%
チームケア加算	取得している	35.8%
	取得予定	18.9%
	取得していない	45.3%

4) 地域における認知症施策の推進への貢献について

地域活動を実践することに対する関心度については、「関心がある」が 65.6%、「少し関心がある」が 32.3%、「あまり関心がない」1.1%、「関心がない」が 1.1%であった（図 12）。

次に各カテゴリへの関与状況（各カテゴリ項目内で、1 つ以上「関与している」と回答した割合）については、「所属法人での地域活動」が 59.2%、「研修事業」が 47.9%、「相談事業」が 57.1%、「地域における認知症施策への関与」が 57.1%であった（図 13）。各カテゴリへの関与状況を推薦種別で比較した結果、いずれのカテゴリにおいても有意な差は認められなかった。一方、役職別で比較した結果、「所属法人での地域活動」では、有意な関連が認められた（ $p < .01$ ）。調整済み残差の検討により、管理職では関与している者が相対的に多く、一方でリーダー等および一般職では関与していない者が相対的に多いことが示された。「研修事業」についても、有意な関連が認められた（ $p < .05$ ）。調整済み残差の検討により、管理職では関与している者が相対的に多く、一方で中間管理職、リーダー等および一般職では関与していない者が相対的に多い傾向が示された。「相談事業」では、有意な関連が認められた（ $p < .001$ ）。調整済み残差の検討により、管理職では関与している者が相対的に多く、一方でリーダー等および一般職では関与していない者が相対的に多いことが示された。「地域における認知症施策」についても、有意な関連が認められた（ $p < .01$ ）。調整済み残差の検討により、管理職では関与している者が相対的に多く、一方で中間管理職、リーダー等および一般職では関与していない者が相対的に多い傾向が示された。（表 14・15）

各カテゴリ別の具体的な関与状況をみると、「所属法人での地域活動」では、「運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営」が 49.0%と最も高く、次いで「認知症カフェの設置・運営」（26.5%）であった（図 14）。

「研修事業」では、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師」が 32.7%と最も高く、次いで「地域住民向け講演会・（出前）講座の講師」（27.6%）であった（図 15）。「相談事業」では、「家族介護者からの相談対応」が 53.1%と最も高く、次いで「住民からの相談対応」（44.9%）であった（図 16）。「地域における認知症施策への関与」では、「認知症関連イベントの企画・参加」が 31.6%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」（19.4%）であった（図 17）。

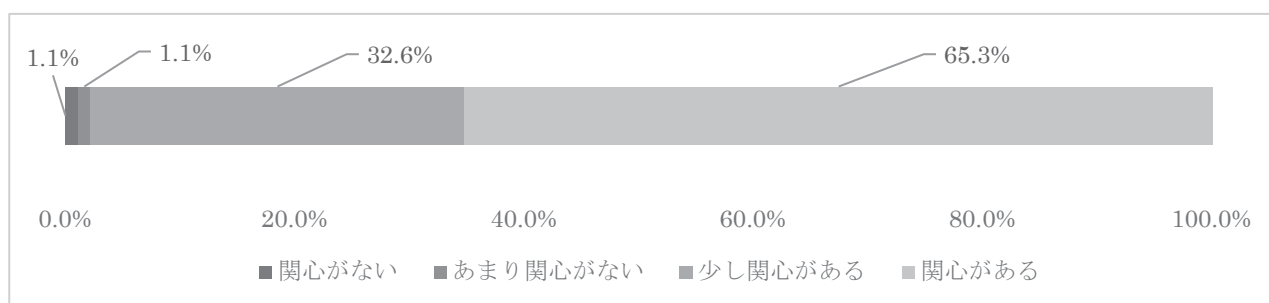


図 12 地域活動を実践することに対する関心度

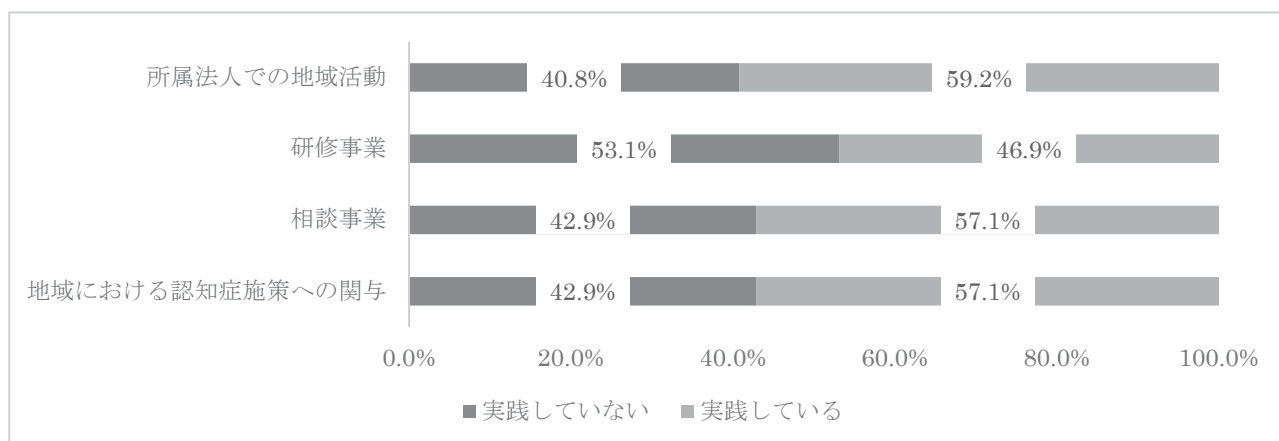


図 13 カテゴリー別での関与状況（地域活動）

表 14 推薦種別によるカテゴリー別での関与状況

	所属法人での地域活動		研修事業		相談事業		認知症施策への関与	
	実践していない	実践している	実践していない	実践している	実践していない	実践している	実践していない	実践している
自治体	35.7%	64.3%	48.6%	51.4%	42.9%	57.1%	40.0%	60.0%
事業所	53.6%	46.4%	64.3%	35.7%	42.9%	57.1%	50.0%	50.0%

表 15 役職別によるカテゴリー別での関与状況

	所属法人での地域活動**		研修事業*		相談事業***		認知症施策への関与**	
	実践していない	実践している	実践していない	実践している	実践していない	実践している	実践していない	実践している
経営者等	16.7%	83.3%	50.0%	50.0%	16.7%	83.3%	33.3%	66.7%
管理職	29.2%	70.8%	37.5%	62.5%	25.0%	75.0%	22.9%	77.1%
中間管理職	39.1%	60.9%	69.6%	30.4%	56.5%	43.5%	60.9%	39.1%
リーダー等	83.3%	16.7%	83.3%	16.7%	100.0%	0.0%	66.7%	33.3%
一般職	76.9%	23.1%	61.5%	38.5%	69.2%	30.8%	69.2%	30.8%
その他	50.0%	50.0%	100.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%	0.0%

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

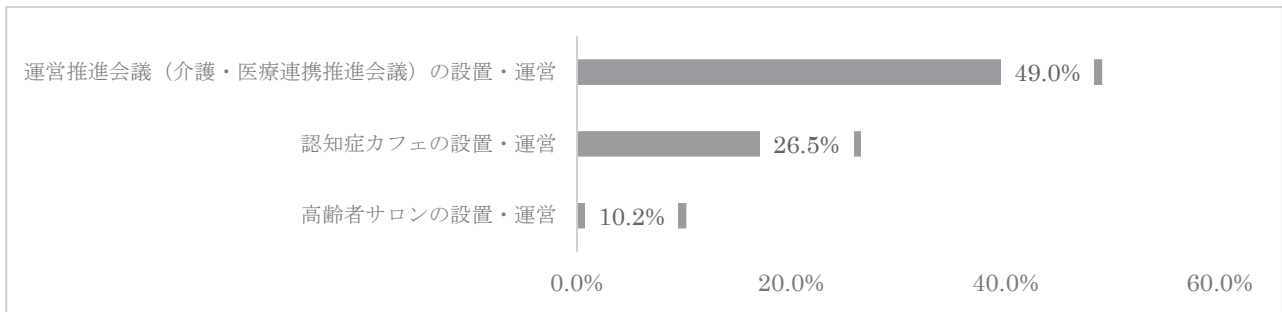


図 14 所属法人での地域活動への関与状況

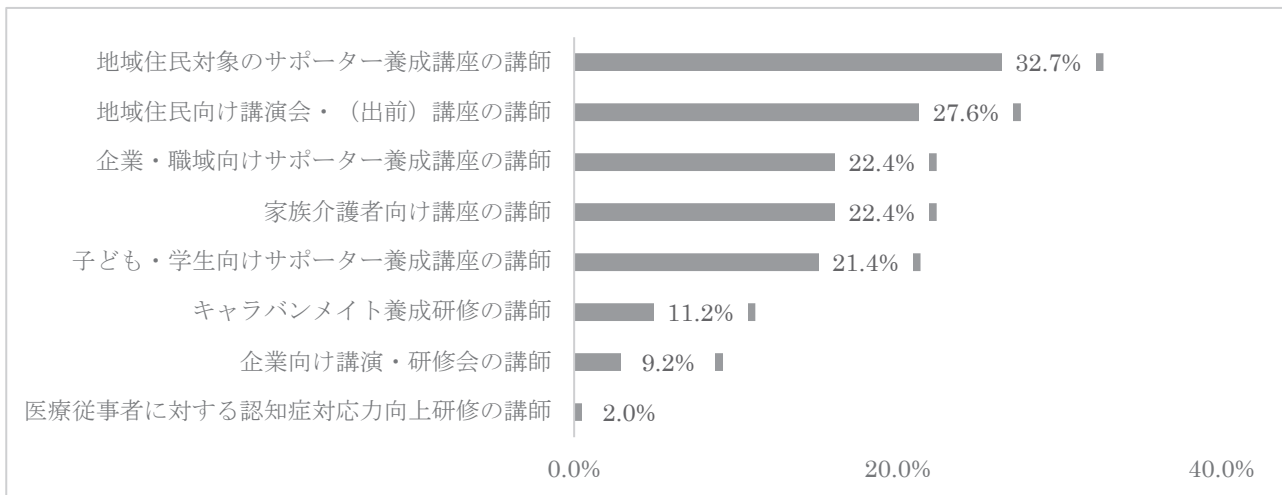


図 15 研修事業への関与状況

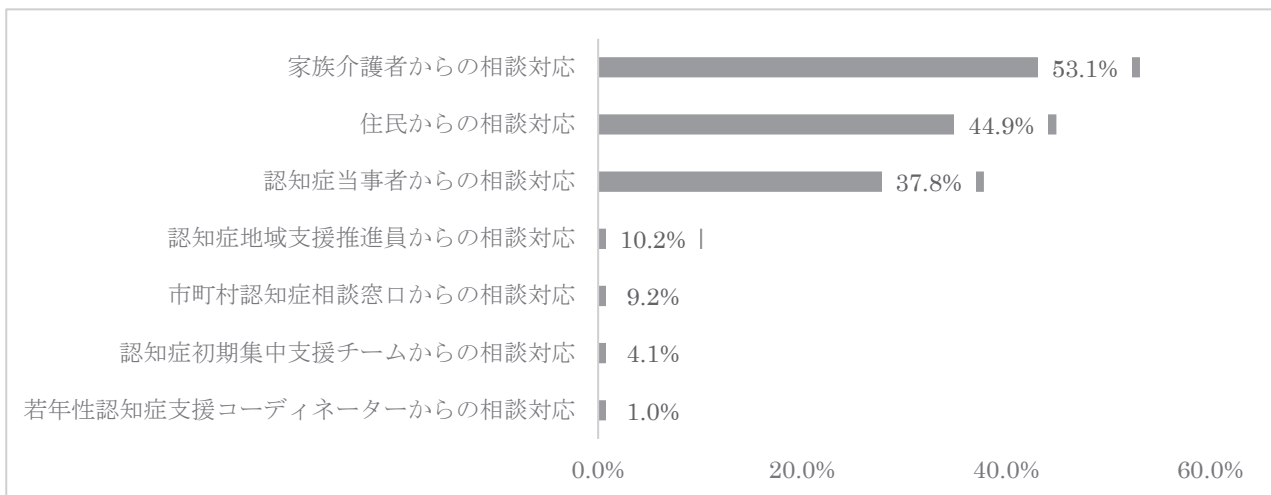


図 16 相談事業への関与状況

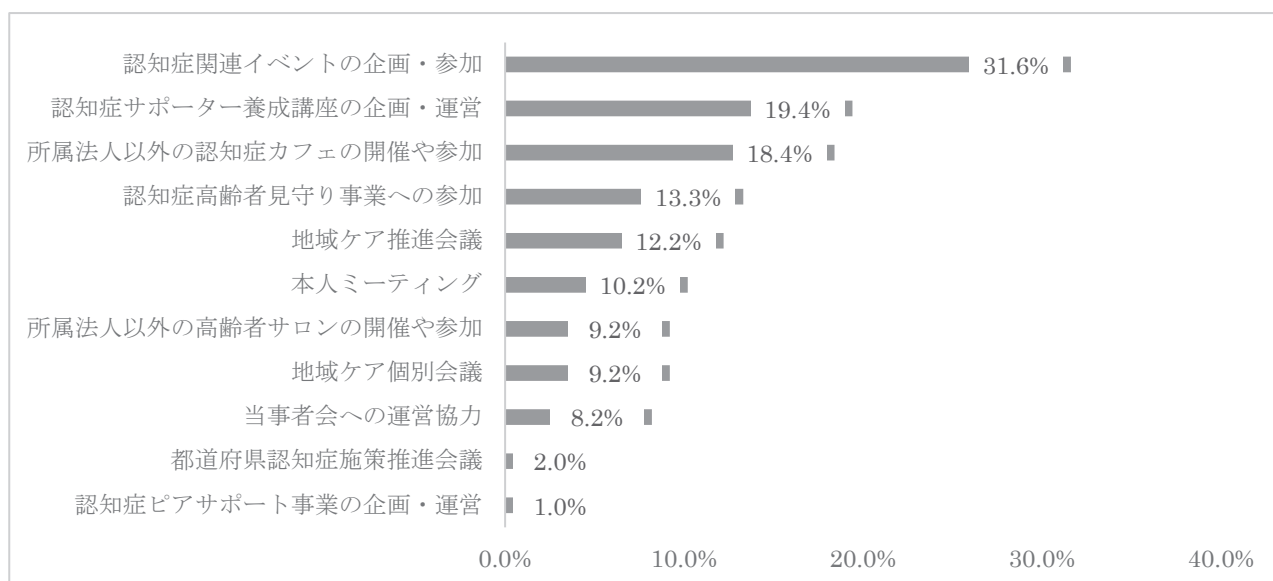


図 17 地域における認知症施策への関与状況

5) 指導者活動の要因について

指導者活動に関わる要因について、「あてはまる」を 4 点、「ややあてはまる」を 3 点、「あまりあてはまらない」を 2 点、「あてはまらない」を 1 点として得点化し、分析を行った。その結果を表 16 に示す。

所属法人の組織風土に関する項目では、「所属法人内にケアの質の向上を目指す組織風土がある」の平均値は 3.22 (SD=0.79) であり、「所属法人内に地域貢献を推進する組織風土がある」の平均値は 3.19 (SD=0.87) であった。いずれの項目も中央値は 3.00 であり、概ね「あてはまる」傾向が示された。指導者活動に関する位置付けについては、「指導者活動が事業所の職務として認められている」の平均値は 3.09 (SD=0.98) であり、「事業所での本務が多忙である」の平均値は 3.27 (SD=0.84) であった。これらの項目についても中央値はいずれも 3.00 であり、概ね「あてはまる」傾向が示された。

表 16 指導者活動の要因

	N	M	Md	SD
所属法人内にケアの質の向上を目指す組織風土がある	98	3.22	3.00	0.79
所属法人内に地域貢献を推進する組織風土がある	98	3.19	3.00	0.87
事業所が指導者の担うべき役割を理解している	98	2.96	3.00	0.97
指導者活動が事業所の職務として認められている	97	3.09	3.00	0.98
活動する都道府県・指定都市から事業所に委任状が発行されている	95	2.37	2.00	1.24
活動する都道府県・指定都市の指導者間で、経験が浅い指導者を育成体制が整っている	97	2.63	3.00	0.96
指導者としての活動の場がない	98	2.31	2.00	1.04
事業所での本務が多忙である	98	3.27	3.00	0.84
出産・育児、身内の介護、病気療養など、事業所の本務以外に時間的な制約がある	97	2.01	2.00	1.01
活動する都道府県・指定都市の指導者間の仲間に入るのが難しい、対人関係の悩みがある	98	1.88	2.00	1.02
研修講師として他人に教える自信がない	98	2.55	2.50	0.94
指導者活動をするための体力に自信がない	98	1.88	2.00	0.91

6) 指導者活動に対する満足度について

指導者活動に対する満足度については、「大変低い」を1点、「低い」を2点、「どちらともいえない」を3点、「高い」を4点、「大変高い」を5点として得点化し、分析を行った。その結果を表17に示す。

「指導者として活動することに意欲的である」の平均値は3.46、中央値は4.00であり、多くの回答者が前向きに捉えていることがうかがえた。また、「指導者として活動していきたい意思がある」の平均値は3.52、中央値は4.00であり、今後も指導者として活動を継続したいと考えている者が多い結果となった。

一方、「指導者として活動することに満足している」の平均値は3.30、中央値は3.00であり、評価は概ね肯定的であるものの、意欲や継続意思と比べるとやや低い傾向がみられた。「指導者として活動することに達成感がある」の平均値は3.38、中央値は4.00であり、指導者活動を通じて達成感を感じている者が一定数いることが示された。

表 17 指導者活動に対する満足度

	N	M	Md	SD
指導者として活動することに意欲的である	98	3.76	4.00	0.84
指導者として活動していきたい意思がある	98	3.98	4.00	0.80
指導者として活動することに満足している	98	3.36	3.00	1.08
指導者として活動することに達成感がある	98	3.41	3.00	1.00

7) 指導者フォローアップ研修の受講について

フォローアップ研修の受講を決める理由について、「あてはまる」を4点、「ややあてはまる」を3点、「あまりあてはまらない」を2点、「あてはまらない」を1点として得点化し、分析を行った。

「研修の役割」に関する項目では、「研修を企画・運営するために必要となる知識を学べる」の平均値は3.59、中央値は4.00であり、「講師役を実践するための学びを深められる」についても平均値3.62、中央値4.00といずれも「あてはまる」という認識をしている者が多い傾向が示された。「指導的役割」に関する項目では、「自施設にて指導的役割を担うための学びを深められる」の平均値は3.52、中央値は4.00、「他施設にて指導的役割を担うための学びを深められる」は平均値3.40、中央値4.00であり、いずれも「あてはまる」と認識している者が多い傾向が示された。「地域の役割」に関する項目では、「地域活動を実践するための学びを深められる」についての平均値3.45、中央値4.00であり、「あてはまる」という認識している者が多い傾向が示された。「指導者同士の繋がり」に関する項目では、「指導者としてのネットワークを広げられる」の平均値は3.54、中央値は4.00、「他の指導者との交流を深められる」の平均値は3.49、中央値は4.00と、いずれも「あてはまる」という認識をしている者が多い傾向が示された（表18）。

フォローアップ研修の受講の有無については、「受講する予定である」が53.2%、「受講する予定ではない」が46.8%であった（図18）。

表18 フォローアップ研修の受講を決める理由

	N	M	Md	SD
研修を企画・運営するために必要となる知識を学べる	95	3.59	4.00	0.56
講師役を実践するための学びを深められる	95	3.62	4.00	0.55
自施設にて指導的役割を担うための学びを深められる	95	3.52	4.00	0.67
他施設にて指導的役割を担うための学びを深められる	95	3.40	4.00	0.68
地域活動を実践するための学びを深められる	95	3.45	4.00	0.68
指導者としてのネットワークを広げられる	95	3.54	4.00	0.63
他の指導者との交流を深められる	95	3.49	4.00	0.63

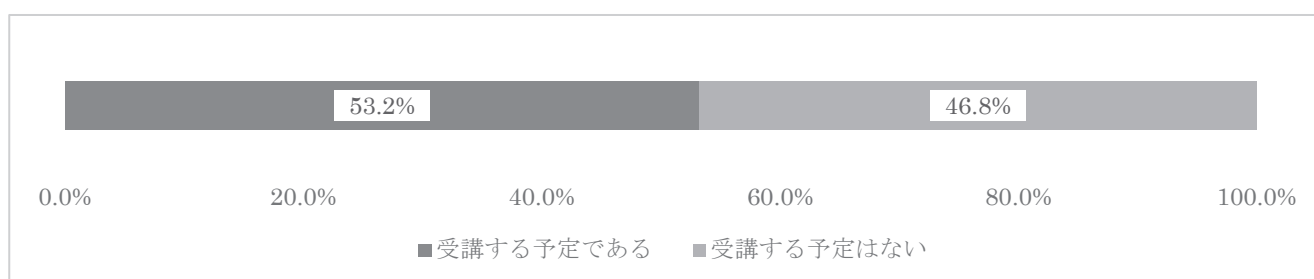


図18 フォローアップ研修受講の有無

4. 23年度までの修了者の活動実態について

1) 指導者活動歴について

2023年度活動時点における指導者活動歴についてみると、「5年未満」が15.9%、「10年未満」が28.2%、「15年未満」が21.8%、「15年以上」が34.1%であった（図19）。

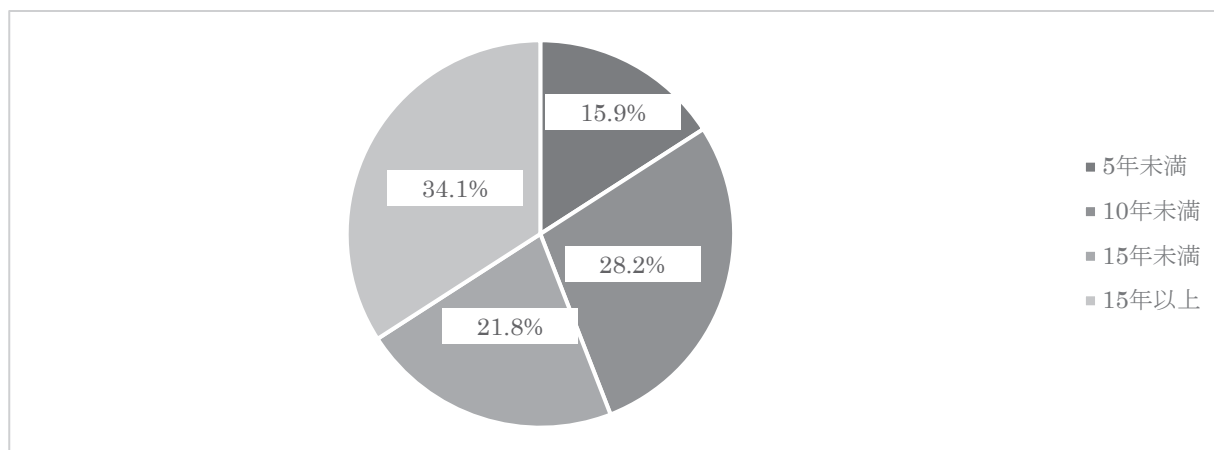


図19 指導者活動歴

2) 認知症施策における役割について

2023年度に担っていた認知症施策における役割についてみると、「キャラバン・メイト」が45.4%と最も高く、次いで「チームオレンジのチーム員」が12.0%であった。一方、「認知症地域支援推進員」は5.3%、「認知症初期集中支援チーム員」は4.2%、「若年性認知症支援コーディネーター」は1.1%であり、「担っていない」は49.9%であった（図20）。

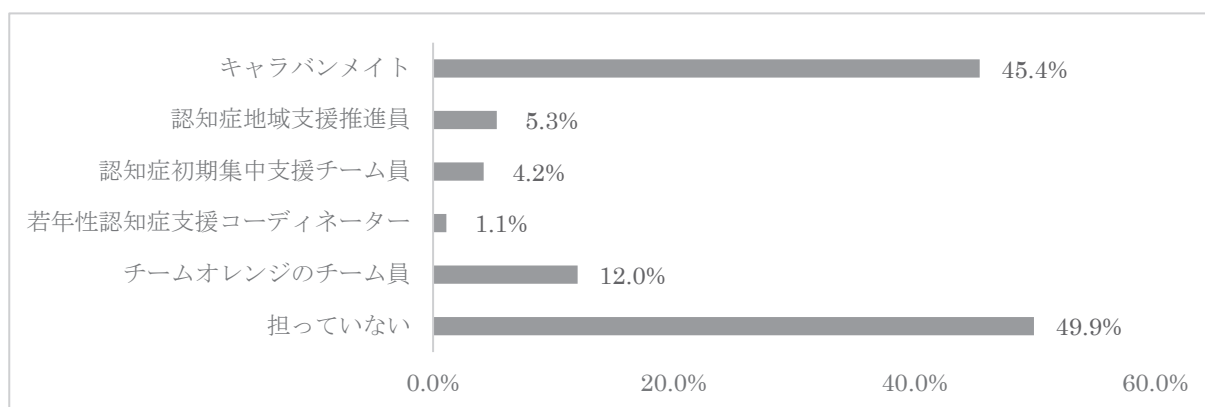


図20 認知症施策における役割

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21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「担っている」との回答の割合は、「研修の役割」が75.8%、「指

導的役割」が 87.4%、「地域での役割」が 80.6%であった。

各役割への関与状況を活動年数別で比較した結果、研修の役割については、有意な関連が認められた ($p < .001$)。調整済み残差の検討により、活動年数が 5 年未満および 10 年未満の群では研修事業を担っている者が相対的に多く、一方で 15 年以上の群では担っていない者が相対的に多いことが示された。指導的役割についても有意な関連が認められた ($p < .001$)。調整済み残差の検討により、活動年数が 5 年未満の群では指導的役割を担っている者が相対的に多く、一方で 15 年以上の群では担っていない者が相対的に多いことが示された。一方、地域活動への関与については、有意な差は認められなかった(表 19)。

推薦種別で比較した結果、「研修の役割」については、有意な関連が認められた($p < .05$)。調整済み残差の検討により、自治体(公費)推薦者では研修事業の役割を担っている者が相対的に多く、一方で事業所推薦者では担っていない者が相対的に多いことが示された(表 20)。

役職別で比較した結果、研修の役割については、有意な関連が認められた ($p < .001$)。調整済み残差の検討により、管理職および中間管理職では研修事業を担っている者が相対的に多く、一方で一般職では担っていない者が相対的に多いことが示された。指導的役割についても、有意な関連が認められた ($p < .001$)。調整済み残差の検討により、管理職および中間管理職では指導的役割を担っている者が相対的に多く、一方で一般職およびその他では担っていない者が相対的に多いことが示された。また、「地域での役割」についても、有意な関連が認められた ($p < .001$)。調整済み残差の検討により、経営者等および管理職では地域活動を担っている者が相対的に多く、一方で中間管理職および一般職では担っていない者が相対的に多いことが示された(表 21)。

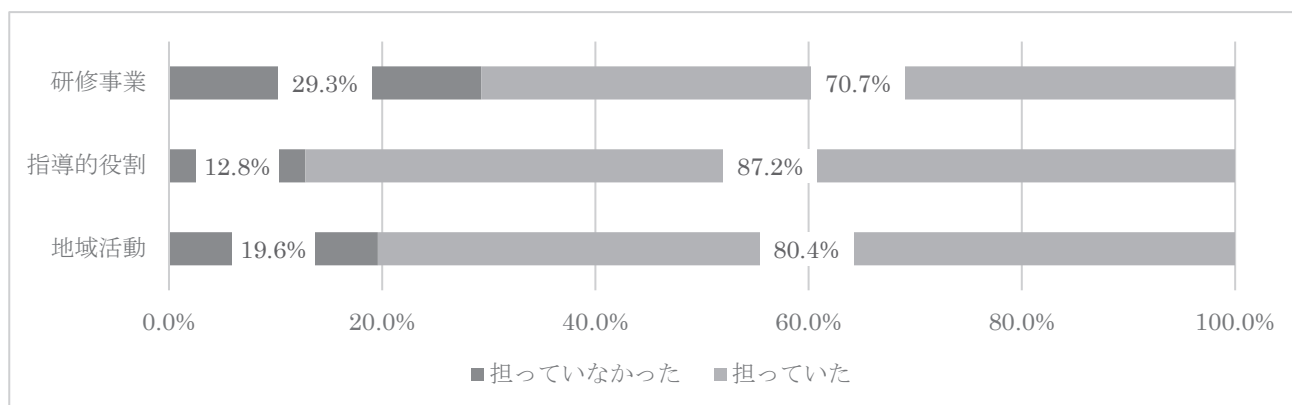


図 21 指導者研修修了者が担っている役割への関与状況

表 19 活動年数による役割への関与状況

	研修事業***		指導的役割***		地域活動	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
5年未満	6.9%	93.1%	5.3%	94.7%	22.1%	77.9%
10年未満	17.6%	82.4%	9.4%	90.6%	16.3%	83.7%
15年未満	26.7%	73.3%	11.1%	88.9%	16.7%	83.3%
15年以上	36.3%	63.7%	19.6%	80.4%	22.4%	77.6%

***p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 20 推薦種別による役割への関与状況

	研修事業*		指導的役割		地域活動	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
自治体	23.0%	77.0%	12.9%	87.1%	19.1%	80.9%
事業所	31.6%	68.4%	11.1%	88.9%	21.4%	78.6%

*p<.05 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 21 役職別による役割への関与状況

	研修事業***		指導的役割***		地域活動***	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
経営者等	27.0%	73.0%	10.9%	89.1%	10.2%	89.8%
管理職	18.6%	81.4%	8.4%	91.6%	16.5%	83.5%
中間管理職	17.6%	82.4%	7.2%	92.8%	25.6%	74.4%
リーダー等	13.3%	86.7%	6.7%	93.3%	20.0%	80.0%
一般職	40.0%	60.0%	22.9%	77.1%	32.4%	67.6%
その他	28.8%	71.2%	26.9%	73.1%	17.3%	82.7%

***p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

4) 認知症介護実践者等養成事業への関与について

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は、「関心がある」が64.8%、「少し関心がある」が23.9%、「あまり関心がない」が8.0%、「関心がない」が3.4%であった（図22）。

認知症介護実践者等養成事業への関与状況を把握するため、3つの役割（①会議への出席、②講師役としての関与、③ファシリテーターとしての関与）を設定し、認知症介護実践者等養成事業で定められている6つの研修事業への関与状況について整理した。各役割への関与について、6つの研修事業のうち1つ以上「出席」または「務める」と回答した

割合をみると、会議への出席は 65.6%、講師役としての関与は 69.1%、ファシリテーターとしての関与は 59.9%であった（図 23）。

各役割の関与状況を活動年数別に比較した結果、「会議への出席」については、有意な関連が認められた（ $p < .001$ ）。調整済み残差の検討により、活動年数が 5 年未満および 10 年未満の群では会議に出席している者が相対的に多く、一方で 15 年以上の群では出席していない者が相対的に多いことが示された。「講師役としての関与」についても、有意な関連が認められた（ $p < .001$ ）。調整済み残差の検討により、活動年数が 5 年未満および 10 年未満の群では講師を務めている者が相対的に多く、一方で 15 年以上の群では講師を務めていない者が相対的に多いことが示された。また、「ファシリテーターとしての関与」についても、有意な関連が認められた（ $p < .001$ ）。調整済み残差の検討により、活動年数が 5 年未満および 10 年未満の群ではファシリテーターを務めている者が相対的に多く、一方で 15 年以上の群では務めていない者が相対的に多いことが示された（表 22）。

推薦種別で比較した結果、「会議への出席」については、有意な関連が認められた（ $p < .05$ ）。調整済み残差の検討により、自治体（公費）推薦者では会議に出席している者が相対的に多く、一方で事業所推薦者では出席していない者が相対的に多いことが示された。「講師役としての関与」についても、有意な関連が認められた（ $p < .01$ ）。調整済み残差の検討により、自治体（公費）推薦者では講師を務めている者が相対的に多く、一方で事業所推薦者では講師を務めていない者が相対的に多いことが示された。一方、地域活動への関与については、有意な差は認められなかった（表 23）。

役職別で比較した結果、「会議への出席」については、有意な関連が認められた（ $p < .01$ ）。調整済み残差の検討により、管理職では会議に出席している者が相対的に多く、一般職では出席していない者が相対的に多いことが示された。「講師役としての関与」についても、有意な関連が認められた（ $p < .01$ ）。調整済み残差の検討により、管理職では講師を務めている者が相対的に多く、一方で一般職では講師を務めていない者が相対的に多いことが示された。また、「ファシリテーターとしての関与」についても、有意な関連が認められた（ $p < .05$ ）。調整済み残差の検討により、中間管理職（主任等）ではファシリテーターを務めている者が相対的に多く、一方で経営者等では務めていない者が相対的に多いことが示された（表 24）。

研修別に各役割の関与状況をみると、会議への出席では、「実践者研修」が 61.4%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（51.6%）、「管理者研修」（18.0%）の順であった。講師役としての関与においても同様の傾向が認められ、「実践者研修」が 59.3%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（46.6%）、「管理者研修」（15.3%）であった。また、ファシリテーターとしての関与についても、「実践者研修」が 54.8%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（41.6%）、「管理者研修」（7.9%）であった（表 25）。

認知症介護実践等養成事業に従事した平均年間日数については、「年間 12 日未満」が 58.0%と最も高く、次いで、「年間 12 日以上～24 日未満」（28.6%）、「年間 24 日以上～36 日未満」（8.2%）であった（図 24）。

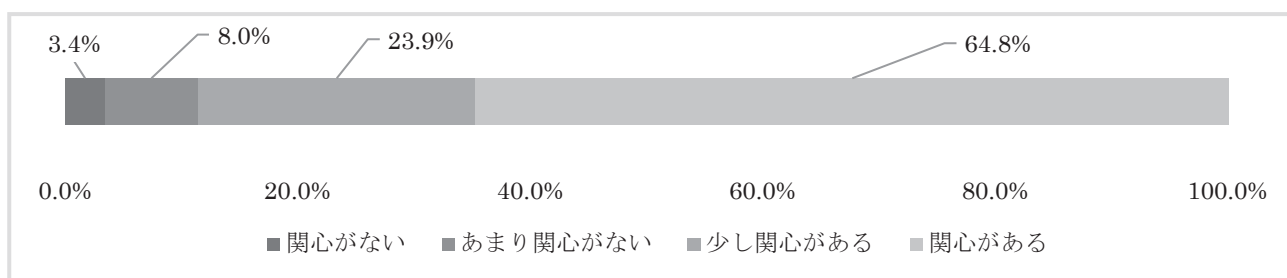


図 22 認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度 (n=804)

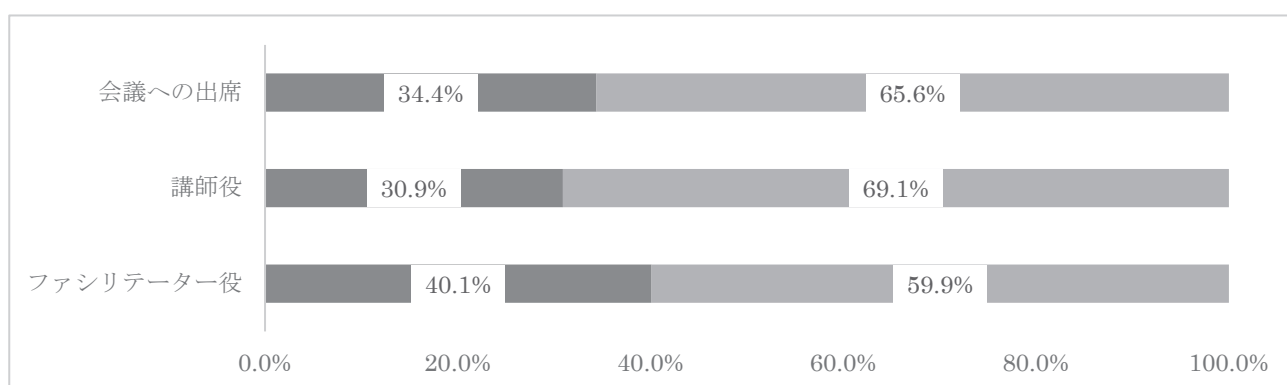


図 23 各役割への関与状況

表 22 活動年数による役割への関与状況

	会議への出席***		講師役***		ファシリテーター***	
	出席して いない	出席して いた	務めて いない	務めて いた	務めて いない	務めて いた
5年未満	24.4%	75.6%	24.4%	75.6%	22.9%	77.1%
10年未満	27.0%	73.0%	22.7%	77.3%	31.8%	68.2%
15年未満	36.1%	63.9%	31.1%	68.9%	37.8%	62.2%
15年以上	44.1%	55.9%	40.6%	59.4%	56.6%	43.4%

***p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 23 推薦種別による役割への関与状況

	会議への出席*		講師役**		ファシリテーター	
	出席して いない	出席して いた	務めて いない	務めて いた	務めて いない	務めて いた
自治体	33.1%	66.9%	29.1%	70.9%	39.4%	60.6%
事業所	42.7%	57.3%	41.9%	58.1%	44.4%	55.6%

*p<.05 **p<.01 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 24 役職別による役割への関与状況

	会議への出席**		講師役**		ファシリテーター*	
	出席して いない	出席して いた	務めて いない	務めて いた	務めて いない	務めて いた
経営者等	39.4%	60.6%	35.8%	64.2%	47.4%	52.6%
管理職	28.1%	71.9%	25.7%	74.3%	35.9%	64.1%
中間管理職	29.6%	70.4%	24.8%	75.2%	30.4%	69.6%
リーダー等	26.7%	73.3%	20.0%	80.0%	40.0%	60.0%
一般職	47.6%	52.4%	45.7%	54.3%	47.6%	52.4%
その他	38.5%	61.5%	30.8%	69.2%	48.1%	51.9%

*p<.05 **p<.01 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 25 研修別により役割への関与状況

	会議への出席	講師役	ファシリテーター
基礎研修	17.2%	6.4%	5.6%
実践者研修	61.4%	59.3%	54.8%
実践リーダー研修	51.6%	46.6%	41.6%
開設者研修	15.8%	9.1%	4.7%
管理者研修	18.0%	15.3%	7.9%
計画作成担当者研修	14.3%	8.6%	5.7%

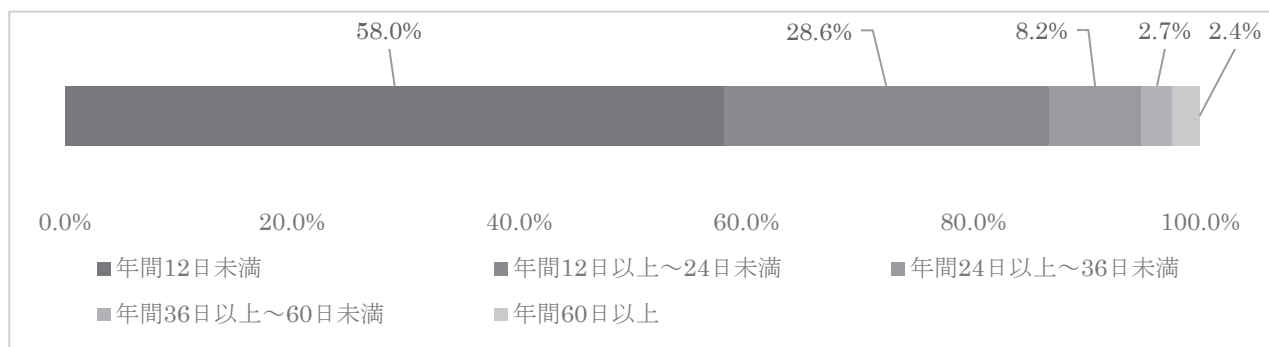


図 24 認知症介護実践者等事業に従事した平均年間日数

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

指導的役割を担うことに対する関心度については、「関心がある」が 61.7%、「少し関心がある」が 28.4%、「あまり関心がない」が 6.7%、「関心がない」が 3.1%であった（図 25）。

次に指導的役割への関与状況を把握するため、①自施設における指導的役割、②他施設における指導的役割の2つのカテゴリーを設定し、分析を行った。各カテゴリー項目について、1つ以上「担っている」と回答した割合をみると、自施設における指導的役割は 80.6%、他施設における指導的役割は 65.8%であった（図 26）。

各カテゴリーへの関与状況を活動年数別に比較した結果、自施設での指導的役割については、有意な関連が認められた（ $p < .001$ ）。調整済み残差の検討により、活動年数が5年未満の群では自施設での指導を担っている者が相対的に多く、一方で15年以上の群では担っていない者が相対的に多いことが示された。他施設における指導的役割についても、有意な関連が認められた（ $p < .05$ ）。調整済み残差の検討により、活動年数が15年以上の群では他施設での指導を担っていない者が相対的に多いことが示された（表 26）。

推薦種別で比較した結果、いずれのカテゴリーとも有意な差は認められなかった（表 27）。

役職別で比較した結果、自施設での指導的役割については、有意な関連が認められた（ $p < .001$ ）。調整済み残差の検討により、管理職および中間管理職（主任等）では自施設での指導を担っている者が相対的に多く、一方で一般職およびその他では担っていない者が相対的に多いことが示された。他施設での指導的役割については、有意な差は認められなかった（表 28）。

カテゴリー別に具体的な実践内容をみると、自施設における指導的役割では、「職場内研修の企画、立案」が 69.5%と最も高く、次いで、「研修参加後の実践の確認」（58.6%）、「中堅職員への OJT の計画、実施」（58.3%）の順であった（図 27）。

他施設における指導的役割では、「他の介護保険施設・事業所からの依頼による研修」が 31.8%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」（31.5%）、「地域包括支援センターからの依頼による研修」（27.3%）の順であった（図 28）。

認知症専門ケア加算（Ⅱ）のサービス対象の有無については、「サービスの対象外である」が 54.9%、「サービスの対象である」が 45.1%であった。算定要件ごとの達成状況をみると、「利用者要件」については、「満たしている」が 88.8%、「職員配置要件」については、「満たしている」が 85.3%であった。また、「留意事項の伝達や技術的指導に関する会議の定期的な実施」については「実施している」が 77.9%、「介護職員・看護職員ごとの研修計画の作成」では 66.3%、「研修計画の実施」では 68.6%であった。

認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況については、「取得していた」が 55.3%、「取得していない」が 44.7%であった。取得に至らない理由としては、「研修計画の作成や実施に関する事務作業が煩雑」が 49.6%と最も多く、次いで「職員配置要件の維持が困難」（43.6%）であった。

認知症チームケア加算の取得状況については、「取得している」が 25.6%、「取得予定」が 12.0%、「取得していない」が 62.3%であった（表 29）。

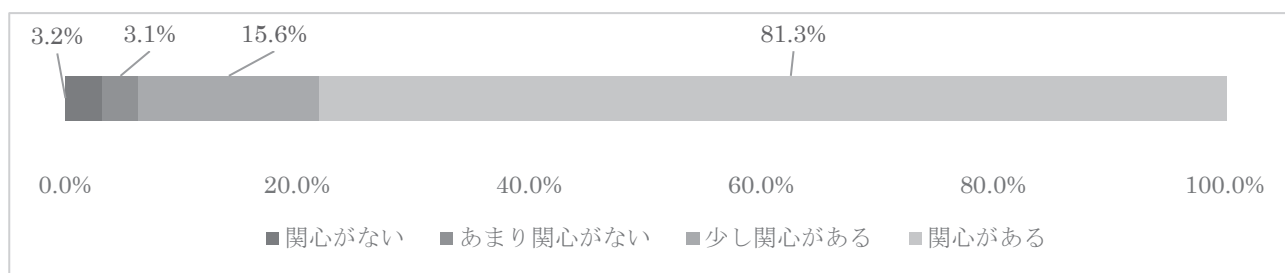


図 25 指導的役割を担うことに対する関心度

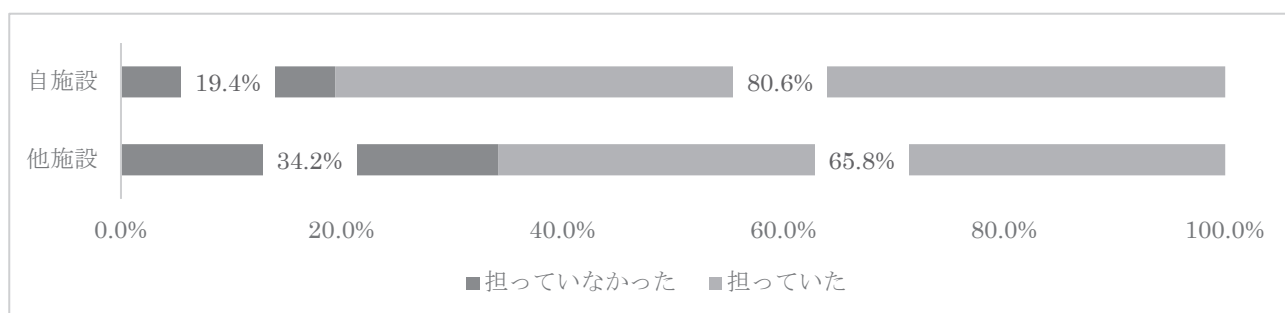


図 26 指導的役割の関与状況

表 26 活動年数による指導的役割への関与状況

	自施設における 指導的役割***		他施設における 指導的役割*	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
5年未満	11.5%	88.5%	27.5%	72.5%
10年未満	15.9%	84.1%	35.2%	64.8%
15年未満	16.7%	83.3%	29.4%	70.6%
15年以上	27.8%	72.2%	39.5%	60.5%

*p<.05 ***p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 27 推薦種別による指導的役割への関与状況

	自施設における 指導的役割		他施設における 指導的役割	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
自治体	19.4%	80.6%	33.9%	66.1%
事業所	19.7%	80.3%	35.9%	64.1%

表 28 役職別による指導的役割への関与状況

	自施設における 指導的役割***		他施設における 指導的役割	
	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる
経営者等	19.0%	81.0%	28.5%	71.5%
管理職	13.2%	86.8%	32.2%	67.8%
中間管理職	9.6%	90.4%	33.6%	66.4%
リーダー等	20.0%	80.0%	40.0%	60.0%
一般職	31.4%	68.6%	43.8%	56.2%
その他	42.3%	57.7%	36.5%	63.5%

***p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

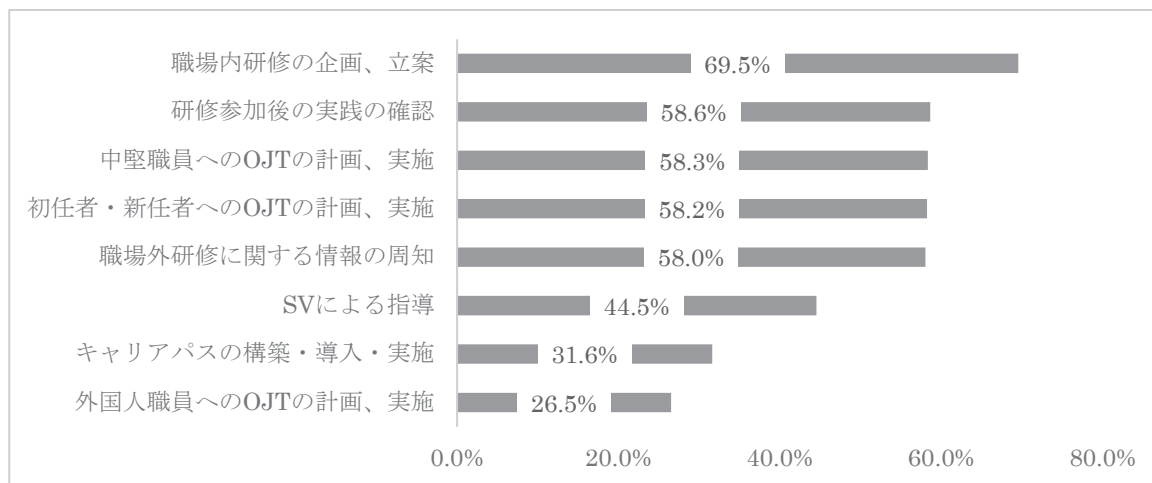


図 27 自施設における指導的役割への関与状況

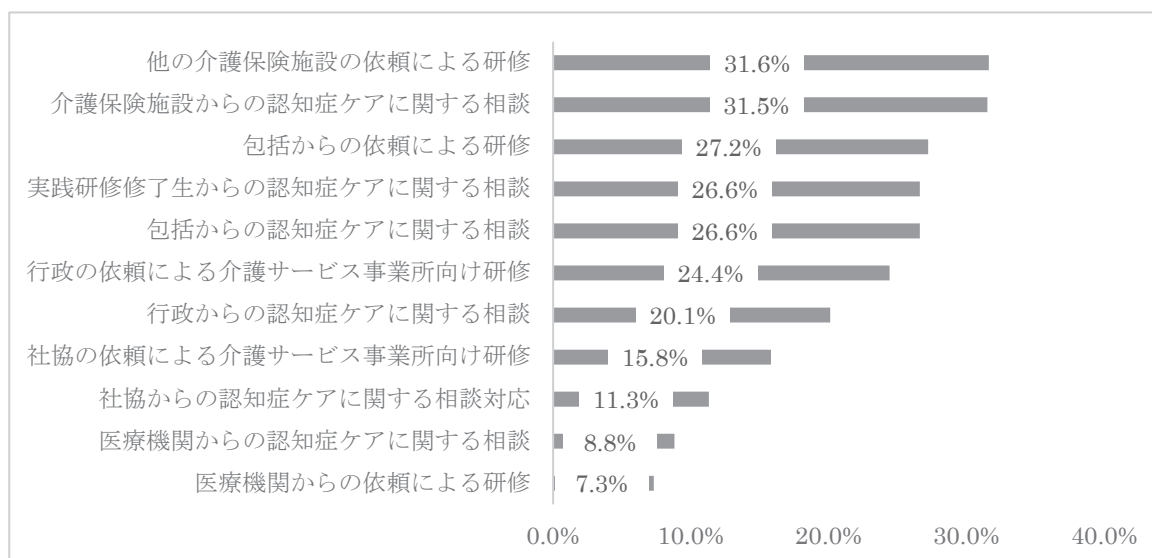


図 28 他施設における指導的役割への関与状況

表 29 加算の取得状況について

		%
認知症ケア加算Ⅱ	取得できるサービス対象外	54.9%
	取得できるサービス対象	45.1%
算定要件	利用者要件	88.8%
	職員配置要件	85.3%
	留意事項の伝達や技術的指導の会議の定期的な実施	77.9%
	介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成	66.3%
	介護職員、看護職員ごとの研修計画の実施	68.6%
認知症ケア加算Ⅱ 取得状況	取得していた	55.3%
	取得していなかった	44.7%
取得に至らない 理由 (複数回答)	利用者要件の確認作業が負担	41.4%
	職員配置要件の維持が困難	43.6%
	会議の事務作業が煩雑	27.1%
	研修計画の作成・実施の事務作業が煩雑	49.6%
	利用者の自己負担が増える	10.5%
	取得する必要性を感じない	10.5%
	その他	18.8%
チームケア加算	取得している	25.6%
	取得予定	12.0%
	取得していない	62.3%

6) 地域における認知症施策の推進への貢献について

地域活動を実践することに対する関心度については、「関心がある」が 56.7%、「少し関心がある」が 31.3%、「あまり関心がない」9.1%、「関心がない」が 3.0%であった(図 29)。

各カテゴリーへの実践状況(各カテゴリー項目内で、1 つ以上「実践していた」と回答した割合)については、「所属法人での地域活動」が 53.9%、「研修事業」が 56.8%、「相談事業」が 59.5%、「地域における認知症施策への関与」が 55.3%であった(図 30)。

各カテゴリーへの実践状況を活動年数別に比較した結果、「研修事業」については、有意な関連が認められた($p < .05$)。調整済み残差の検討により、活動年数が 15 年未満の群では研修事業を実践している者が相対的に多く、一方で 15 年以上の群では実践していない者が相対的に多いことが示された。一方で、「所属法人での地域活動」、「相談事業」、「地域における認知症施策への関与」については、有意な差は認められなかった(表 30)。

推薦種別で比較した結果、いずれのカテゴリーにおいて、有意な差は認められなかった(表 31)。

役職別で比較した結果、「所属法人での地域活動」「研修事業」「相談事業」および「地域における認知症施策への関与」のいずれにおいても、有意な関連が認められた(いずれも $p < .001$)。調整済み残差の検討により、「所属法人での地域活動」では、経営者等および管

理職において実践している者が相対的に多く、一方で中間管理職（主任等）および一般職では実践していない者が相対的に多いことが示された。「研修事業」では、経営者等において実践している者が相対的に多く、一方で一般職では実践していない者が相対的に多いことが示された。また、「相談事業」においては、経営者等で実践している者が相対的に多い一方、中間管理職（主任等）および一般職では実践していない者が相対的に多いことが示された。さらに、「地域における認知症施策への関与」についても、経営者等では関与している者が相対的に多く、一方で一般職では関与していない者が相対的に多いことが示された（表 32）。

各カテゴリー別の具体的な関与状況をみると、「所属法人での地域活動」では、「運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営」が 38.5%と最も高く、次いで「認知症カフェの設置・運営」（31.3%）であった（図 31）。「研修事業」では、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師」が 38.0%と最も高く、次いで「地域住民向け講演会・（出前）講座の講師」（33.7%）であった（図 32）。「相談事業」では、「家族介護者からの相談対応」が 55.4%と最も高く、次いで「住民からの相談対応」（46.3%）であった（図 33）。「地域における認知症施策への関与」では、「認知症関連イベントの企画・参加」が 36.2%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」（30.8%）であった（図 34）。

地域活動における平均年間日数については、「年間 12 日未満」が 70.7%と最も高く、次いで、「年間 12 日以上～24 日未満」（18.1%）、「年間 24 日以上～36 日未満」（5.1%）であった（図 35）。

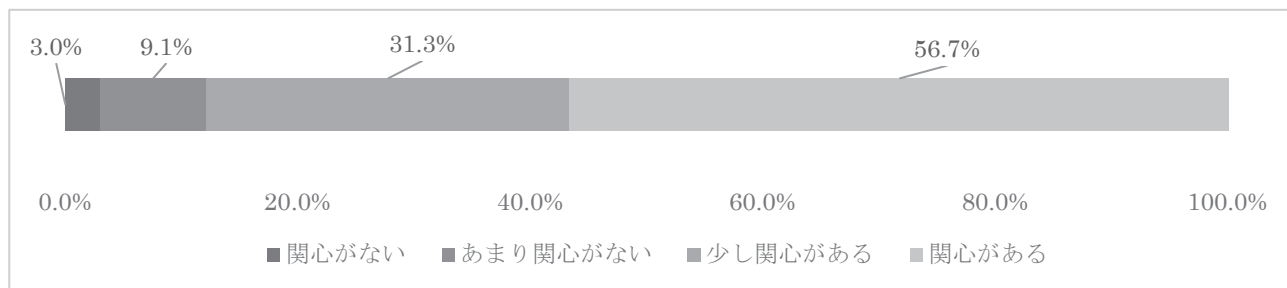


図 29 地域活動を実践することに対する関心度

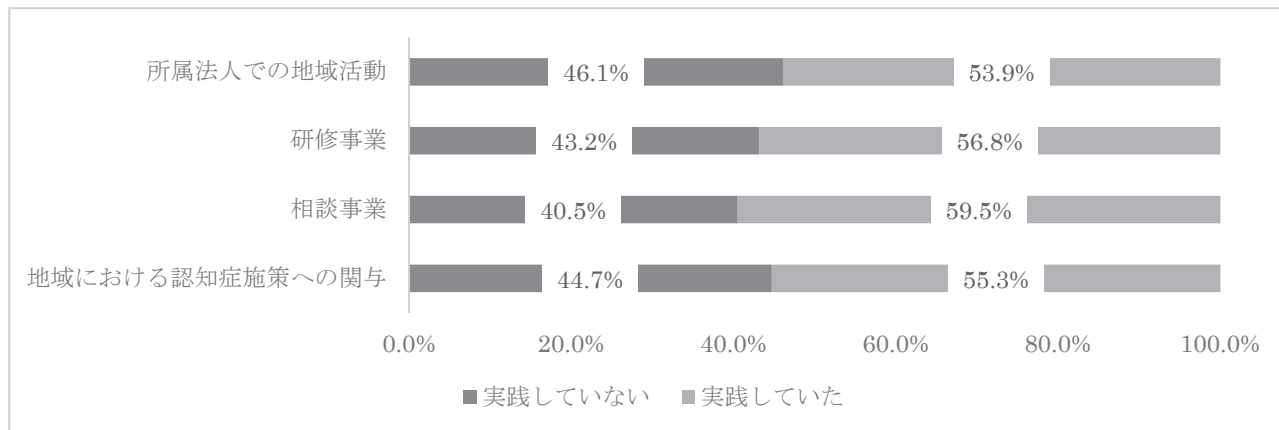


図 30 カテゴリー別での実践状況

表 30 活動年数によるカテゴリー別での実践状況

	所属法人での 地域活動		研修事業*		相談事業		認知症施策への 関与	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
5年未満	42.7%	57.3%	48.1%	51.9%	41.2%	58.8%	43.5%	56.5%
10年未満	45.9%	54.1%	40.3%	59.7%	39.5%	60.5%	43.3%	56.7%
15年未満	44.4%	55.6%	35.0%	65.0%	37.8%	62.2%	42.2%	57.8%
15年以上	48.8%	51.2%	48.4%	51.6%	42.7%	57.3%	48.0%	52.0%

*p<.05 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 31 推薦種別によるカテゴリー別での実践状況

	所属法人での 地域活動		研修事業		相談事業		認知症施策への 関与	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
自治体	45.6%	54.4%	42.8%	57.2%	39.8%	60.2%	44.6%	55.4%
事業所	48.7%	51.3%	45.3%	54.7%	44.4%	55.6%	45.3%	54.7%

表 32 役職別によるカテゴリー別での実践状況

	所属法人での 地域活動***		研修事業***		相談事業***		認知症施策への 関与***	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
経営者等	35.0%	65.0%	29.2%	70.8%	24.8%	75.2%	29.2%	70.8%
管理職	40.3%	59.7%	43.0%	57.0%	37.8%	62.2%	44.3%	55.7%
中間管理職	59.2%	40.8%	48.0%	52.0%	50.4%	49.6%	48.8%	51.2%
リーダー等	46.7%	53.3%	53.3%	46.7%	46.7%	53.3%	46.7%	53.3%
一般職	62.9%	37.1%	56.2%	43.8%	59.0%	41.0%	57.1%	42.9%
その他	46.2%	53.8%	34.6%	65.4%	36.5%	63.5%	50.0%	50.0%

***p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

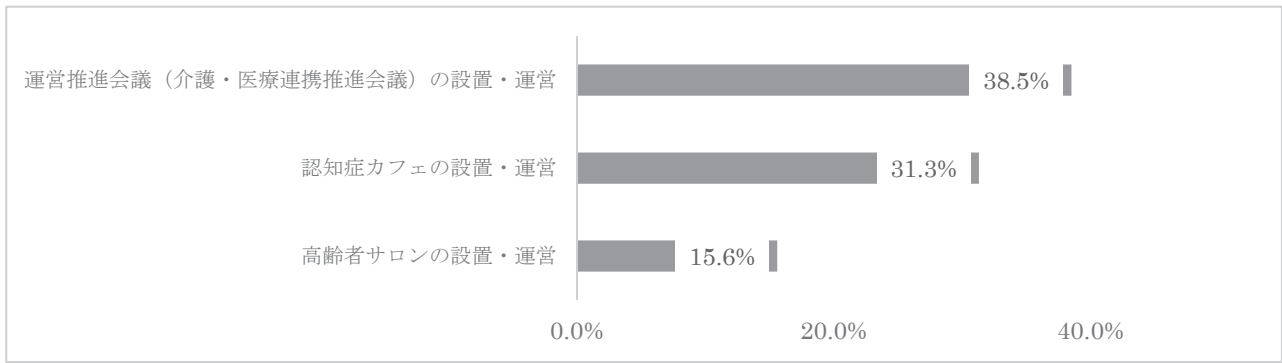


図 31 所属法人での地域活動への実践状況

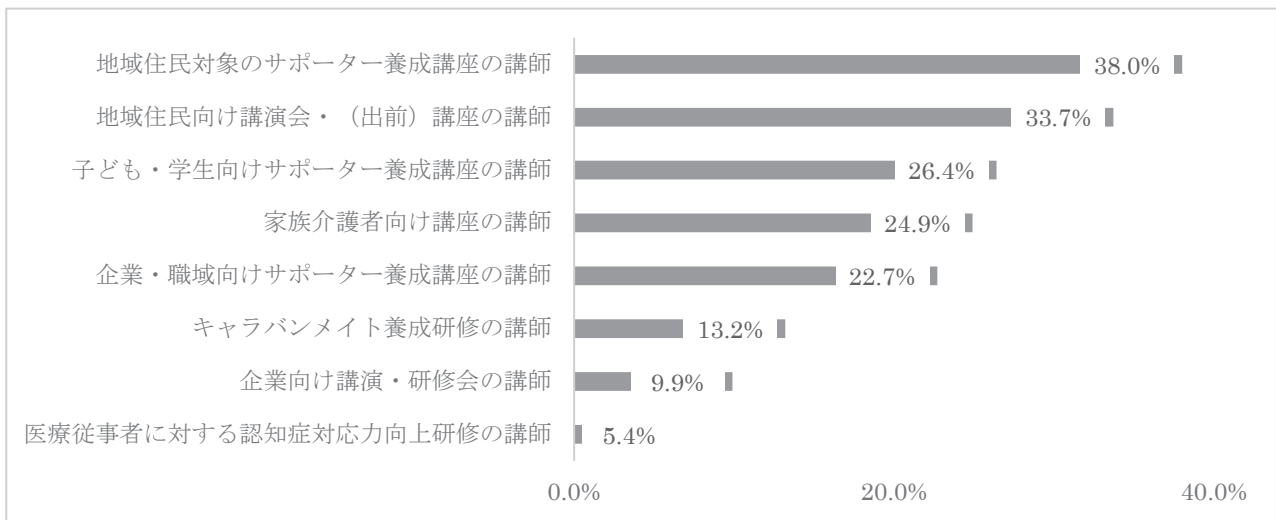


図 32 研修事業への実践状況

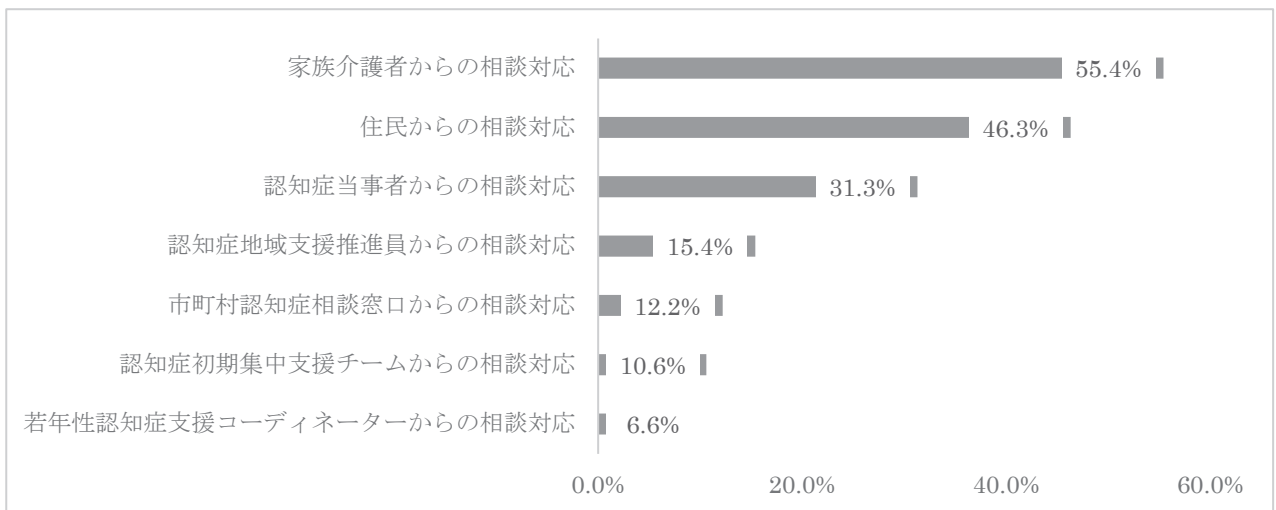


図 33 相談事業への関与状況

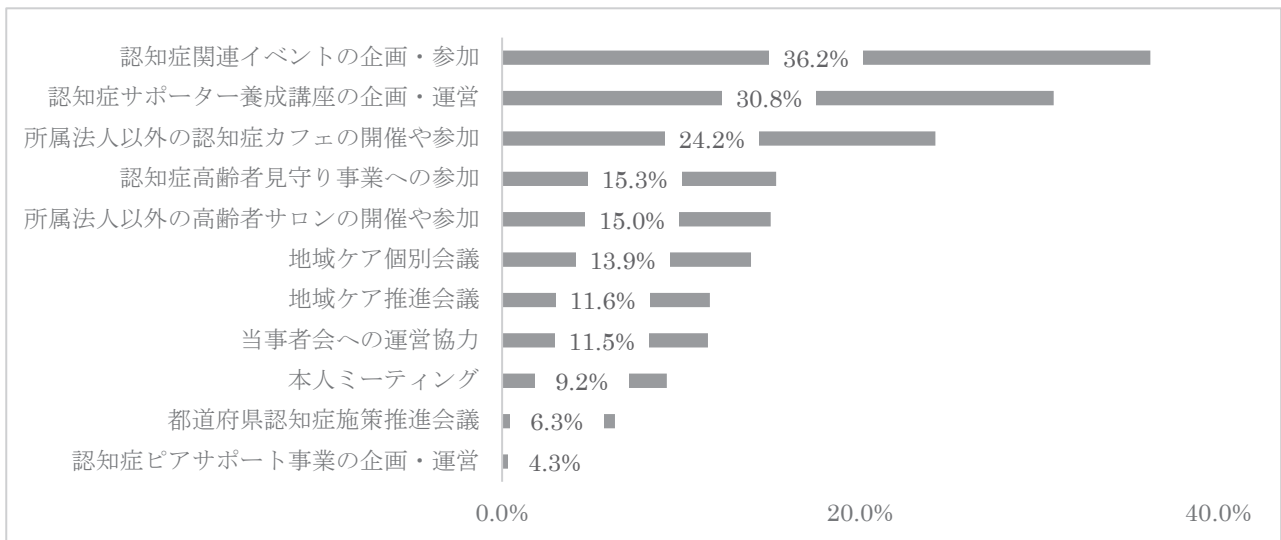


図 34 地域における認知症施策への関与状況

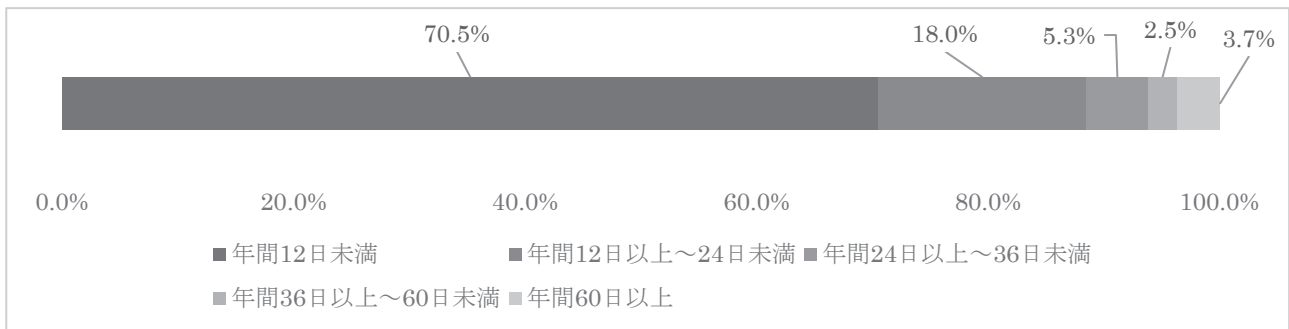


図 35 地域活動における平均年間日数

7) 指導者活動の要因について

指導者活動に関わる要因について、「あてはまる」を4点、「ややあてはまる」を3点、「あまりあてはまらない」を2点、「あてはまらない」を1点として得点化し、分析を行った。その結果を表33に示す。

「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=3.04) および「事業所での本務が多忙である」(M=3.04) については、平均値が3点台であり、比較的多くの回答者が「あてはまる」と認識している傾向がみられた。また「所属法人内に地域貢献を推進する組織風土がある」(M=2.95) や「指導者活動が事業所の職務として認められている」(M=2.86) については、中央値はいずれも3.00であり、概ね「あてはまる」という認識である傾向が示された。

表 33 指導者活動の要因

	N	M	Md	SD
所属法人内にケアの質の向上を目指す組織風土がある	808	3.04	3.00	0.92
所属法人内に地域貢献を推進する組織風土がある	809	2.95	3.00	0.95
事業所が指導者の担うべき役割を理解している	810	2.76	3.00	1.07
指導者活動が事業所の職務として認められている	809	2.86	3.00	1.15
活動する都道府県・指定都市から事業所に委任状が発行されている	801	2.35	2.00	1.32
活動する都道府県・指定都市の指導者間で、経験が浅い指導者を育成体制が整っている	803	2.40	2.00	1.02
指導者としての活動の場がない	807	1.90	2.00	1.03
事業所での本務が多忙である	808	3.04	3.00	1.01
出産・育児、身内の介護、病気療養など、事業所の本務以外に時間的な制約がある	807	1.62	1.00	0.94
活動する都道府県・指定都市の指導者間の仲間に入るのが難しい、対人関係の悩みがある	810	1.59	1.00	0.90
研修講師として他人に教える自信がない	807	1.98	2.00	0.98
指導者活動をするための体力に自信がない	808	1.79	1.00	0.96

8) 指導者活動に関する満足度

指導者活動に対する満足度については、「大変低い」を1点、「低い」を2点、「どちらともいえない」を3点、「高い」を4点、「大変高い」を5点として得点化し、分析を行った。その結果を表34に示す。

「指導者として活動することに意欲的である」の平均値は3.76、中央値は4.00であり、多くの回答者が前向きに捉えていることがうかがえた。また、「指導者として活動していきたい意思がある」の平均値は3.98、中央値は4.00であり、指導者として活動を継続したいと考えている者が多い結果となった。

一方、「指導者として活動することに満足している」の平均値3.36、中央値3.00であり、

「指導者として活動することに達成感がある」についても平均値 3.41、中央値 3.00 であり、一定数の回答者が達成感や満足感を感じているものの、意欲や継続意思と比べると評価は中程度にとどまっている傾向がみられた。

表 34 指導者活動に対する満足度

	N	M	Md	SD
指導者として活動することに意欲的である	818	3.46	4.00	1.00
指導者として活動していきたい意思がある	818	3.52	4.00	1.01
指導者として活動することに満足している	817	3.30	3.00	1.03
指導者として活動することに達成感がある	817	3.38	4.00	1.03

9) 認知症地域支援推進員との連携について

認知症地域支援推進員と連携した地域活動の有無については、「ある」が 22.7%、「ない」が 77.3%であった（図 36）。

「ある」の回答者のうち、認知症地域支援推進員に依頼をして実践した地域活動の有無については、「ある」が 32.4%、「ない」が 67.6%であった。一方、認知症地域支援推進員から依頼をされて実践した地域活動の有無については、「ある」が 49.4%、「ない」が 50.6%であった（表 35）。主な実践内容については、表 36・37 で示した通りである。

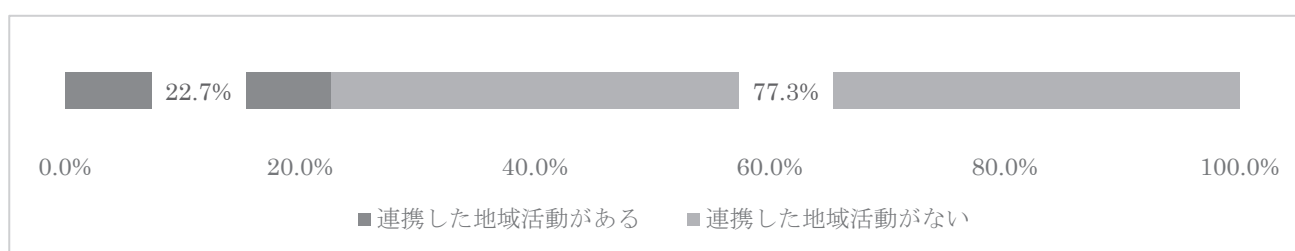


図 36 認知症地域支援推進員と連携した地域活動の有無

表 35 認知症地域支援推進員との連携について

	依頼して実践した地域活動	依頼されて実践した地域活動
ある	32.4%	49.4%
ない	67.6%	50.6%

表 36 認知症地域支援推進員に依頼をして実践した地域活動

カテゴリー	主な内容
講座・研修の開催依頼	認知症講座の開催
	地域住民向け講座
	小学校での認知症講座
	オレンジサポーター養成講座
	サポーターステップアップ講座
	チームオレンジ立ち上げ講座（企画・実施依頼）
	認知症ケア向上研修会
	認知症地域支援推進研修会
啓発協力・広報依頼	認知症理解の記事掲載依頼
	講演会広報協力
	啓発チラシ作成協力
認知症カフェ・交流の場	認知症カフェ立ち上げ支援
	市の認知症カフェ運営協力
	夜カフェ参加協力
	カフェ連絡会への協力
地域イベント	マルシェ&演奏会への出展協力
	注文をまちがえる料理店開催協力
	RUN伴への協力
	オレンジジャンボリー参加依頼
	地域コミュニティイベントへの協力
チームオレンジ関連	チームオレンジ設置支援
	チームオレンジへの参加依頼
	チームオレンジ重要性の説明依頼
委員会・会議	認知症バリアフリー委員会協力
	認知症地域支援推進委員会立ち上げ
	地域ケア会議参加依頼
	条例策定に向けた意見収集協力
本人支援	本人ミーティング開催支援
	当事者の会参加支援
	伴走型相談支援会議参加
家族支援	家族介護者の集い開催協力
	本人・家族の会開催
個別ケース対応への連携	独居認知症高齢者支援での連携
	認知症疑いの方への訪問協力
	地域密着型サービス利用者確保に向けたイベント実施
	他事業所からの相談対応

表 37 認知症地域支援推進員に依頼されて実践した地域活動

カテゴリー	主な内容
市民向け啓発講座	認知症講演会
	市民公開講座
	家族向け講話
	老人会・自治会での講話
	アルツハイマー月間イベント講演
	フォーラム対談参加
サポーター関連講座	認知症サポーター養成講座
	ステップアップ講座（講師）
	フォローアップ研修講師
	SOS模擬訓練講師
	人探し模擬訓練協力
	キャラバンメイト連絡会参加
専門職向け研修	介護職員向け研修講師
	多職種研修会講師
	虐待研修講師
	地域推進会議講師
チームオレンジ関連	チームオレンジ立ち上げ支援
	ステップアップ講座企画・実施
	設置意義の提案
	チームオレンジ会議参加
地域イベント・啓発活動	認知症月間イベント出店
	Run伴協力
	つながるウォーク参加
	地域祭り参加
	企業との協働
	市民イベント参画
	ポスターミーティング参加
居場所活動への協力	認知症カフェ企画・運営
	オレンジカフェ協力
	共生型カフェ協力
	カフェでの相談役参加
	当事者会とのコラボ企画
会議・支援チーム参画	地域ケア会議出席
	地域ケア会議アドバイザー
	初期集中支援チーム参加
	SOS事業協力
	伴走支援体制事業協力
仕組みづくり	認知症ケアパス作成協力
	地域資源マップ編集
	認知症を支える仕組みづくりのコーディネート

10) 指導者フォローアップ研修について

指導者フォローアップ研修の受講の有無については、「受講したことがある」が 55.4%、「受講したことがない」が 44.5%であった（図 37）。

活動年数別に比較した結果、有意な関連が認められた（ $p < .001$ ）。調整済み残差の検討により、活動年数が 15 年以上の群では受講している者が相対的に多く、一方で 5 年未満、および 10 年未満の群では受講したことがない者が相対的に多いことが示された（表 38）。推薦種別で比較した結果、有意な関連が認められた（ $p < .05$ ）。調整済み残差の検討により、自治体（公費）推薦の修了者は受講している者が相対的に多く、一方で事業所推薦の修了者は受講したことがない者が相対的に多いことが示された（表 39）。役割別で比較した結果、有意な差は認められなかった（表 40）。

フォローアップ研修の受講希望理由について、「あてはまる」を 4 点、「ややあてはまる」を 3 点、「あまりあてはまらない」を 2 点、「あてはまらない」を 1 点として得点化し、分析を行った。

「研修の役割」に関する項目では、「研修を企画・運営するために必要となる知識を学べる」の平均値は 3.52、中央値は 4.00 であり、「講師役を実践するための学びを深められる」についても平均値 3.56、中央値 4.00 といずれも「あてはまる」という認識をしているものが多い傾向が示された。「指導的役割」に関する項目では、「自施設にて指導的役割を担うための学びを深められる」の平均値は 3.27、中央値は 3.00、「他施設にて指導的役割を担うための学びを深められる」は平均値 3.14、中央値 3.00 であり、概ね「あてはまる」と認識をしている傾向が示された。「地域の役割」に関する項目では、「地域活動を実践するための学びを深められる」についての平均値 3.20、中央値 3.00 であり、概ね「あてはまる」という認識している傾向が示された。「指導者同士の繋がり」に関する項目では、「指導者としてのネットワークを広げられる」の平均値は 3.39、中央値は 4.00、「他の指導者との交流を深められる」の平均値は 3.41、中央値は 4.00 と、いずれも「あてはまる」という認識をしているものが多い傾向が示された。「研修を受講する順番が来た」については、平均値 2.86、中央値 3.00 であり、他の項目と比べると受講希望理由としての重要度は相対的に低い結果であった（表 41）。

フォローアップ研修の受講が難しい理由について、「あてはまる」を 4 点、「ややあてはまる」を 3 点、「あまりあてはまらない」を 2 点、「あてはまらない」を 1 点として得点化し、分析を行った。

受講が難しい理由として最も高い平均値を示したのは、「自施設での業務が忙しい」であり、平均値は 3.11、中央値は 4.00 であった。次いで、「勤務予定と研修開催時期・日程が合わない」（平均値 2.83、中央値 3.00）や、「研修の開催期間（合計 40 時間）が長すぎて参加が難しい」（平均値 2.75、中央値 3.00）であった（表 42）。

その他受講が難しい理由について、自由記述にて質問した結果は表 43 に示した通りである。

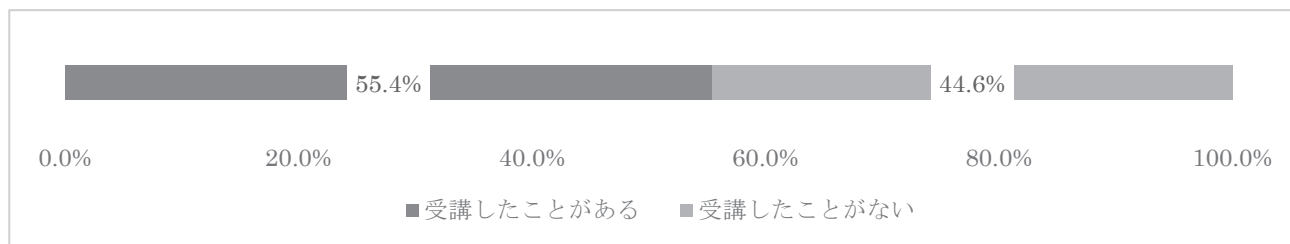


図 37 指導者フォローアップ研修の受講の有無

表 38 活動年数によるフォローアップ研修の受講の有無

	受講した ことがある	受講した ことがない
5年未満	14.6%	85.4%
10年未満	47.0%	53.0%
15年未満	61.7%	38.3%
15年以上	77.3%	22.7%

*** $p < .001$ 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差 >1.96

表 39 推薦種別によるフォローアップ研修の受講の有無

	受講した ことがある	受講した ことがない
自治体	57.1%	42.9%
事業所	44.8%	55.2%

* $p < .05$ 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差 >1.96

表 40 役割への関与別によるフォローアップ研修の受講の有無

		受講した ことがある	受講した ことがない
研修事業	担っていなかった	51.5%	48.5%
	担っていた	56.6%	43.4%
指導的役割	担っていなかった	53.5%	46.5%
	担っていた	55.6%	44.4%
地域活動	担っていなかった	50.0%	50.0%
	担っていた	56.6%	43.4%

表 41 フォローアップ研修の受講希望理由

	N	M	Md	SD
研修を企画・運営するために必要となる知識を学べる	448	3.52	4.00	0.72
講師役を実践するための学びを深められる	448	3.56	4.00	0.69
自施設にて指導的役割を担うための学びを深められる	450	3.27	3.00	0.86
他施設にて指導的役割を担うための学びを深められる	449	3.14	3.00	0.88
地域活動を実践するための学びを深められる	449	3.20	3.00	0.83
指導者としてのネットワークを広げられる	449	3.39	4.00	0.76
他の指導者との交流を深められる	449	3.41	4.00	0.74
研修を受講する順番が来た	448	2.86	3.00	1.16
研修を企画・運営するために必要となる知識を学べる	448	3.52	4.00	0.72

表 42 フォローアップ研修の受講が難しい理由

	N	M	Md	SD
先輩指導者の推薦状況や自分の順番を把握できず、申し込みづらい	351	1.92	2.00	1.08
勤務予定と研修開催時期・日程が合わない	354	2.83	3.00	1.14
研修の開催期間（合計 40 時間）が長すぎて参加が難しい	355	2.75	3.00	1.13
勤務調整や代替勤務など、職場から具体的な支援が得られない	354	2.53	3.00	1.20
自施設での業務が忙しい	355	3.11	4.00	1.09
指導者として活動する予定がない	355	1.83	1.00	1.11

表 43 フォローアップ研修の受講が難しい理由（記述回答）

カテゴリー	主な内容
法人・上司の理解不足	法人として行かせてくれない
	自社以外での活動を良く思っていない
	所属法人(直接的な上司)の理解が得られず、受講は難しい状況
	施設の理解がなかった
予算・費用の問題	人員不足と事業所の理解を得ることが難しい
	費用が高額で、自身のみでの支払いが困難
	会社からは出してもらえないので、自己負担となると厳しい
	県予算で 1 年に 1 名と限定されている
	県で予算化されていなかった
	県推薦の順番、金額的面、推薦が得られないと、公休扱いになり、シフトに影響が出る

推薦や受講の 順番	修了期が早い指導者から順番に受講するため、順番が回って来ない 声がかからない
	行ってない人もいる中、2回目に行っても良いのか
研修に関する 情報不足	いつ開催されるかわからない
	行政からの案内が届かなくなったので、タイミングがわかりづらい 指導者活動を現在中止している
役割を担う 機会が少ない	役割としての場が少ないこともあり、今必要としていない
	指導者を修了した時の事業所と転職後の活動環境が異なりすぎて 余計に困難となった
	指導者としての活動を始めたばかりなので、すべてのことの知識を 深めてから参加を考えたい
健康・体力の 問題	年齢的体力的問題
	自身の健康状態
	体調不良 体力的な不安
家族・私的 事情	親の介護
	身内の介護

5. 考察

1) 24年度修了者の調査結果からみられる指導者研修の成果

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、一定程度関与または担うことができていることが明らかとなった。各役割の実践状況についてみると、「研修事業」では、会議への出席やファシリテーター役を担うことを中心に関与していることが確認できた。「指導的役割」では、職場内研修の企画・立案などを中心に、自施設にて指導的役割を担っている傾向が高かった。「地域活動」では、運営推進会議の設置・運営を中心とした所属法人での地域活動、家族介護者や住民からの相談対応を中心とした相談事業、認知症関連イベントの企画・参加を中心とした地域における認知症施策に関与している傾向がみられた。以上のことから、指導者研修における短期的成果は一定程度達成されていると考えられる。

一方、推薦種別および役職別で比較した結果、一部の項目において有意差が認められた。推薦種別では、事業所推薦の修了者は、役割への関与が十分でない傾向が見られた。役職別では、管理職の立場にある修了者が相対的に役割に関与、または担っている者の割合が高く、リーダー職および一般職の立場にある修了者では、その割合が低い傾向が確認された。また、指導者活動に対する満足度の結果からは、指導者として活動していきたい意思は高く、意欲的であることが示された。一方で、指導者の活動要因の結果からは、事業所内において指導者活動に対する理解が一定程度みられるものの、本務が多忙であることから指導者としての活動が難しい状況下にあることが明らかとなった。短期的成果をさらに高めていくためには、所属法人や事業所の指導者活動に対する理解を深めるとともに、活動を支援する体制整備の必要性について所属法人や事業所へ働きかけることが重要である。

2) 23年度までの修了者の調査結果からみられる指導者研修の成果

調査結果より、指導者研修修了後に付与される3つの役割はいずれも、一定程度担われていることが明らかとなった。実践状況を活動年数別にみると、5年未満および5年以上10年未満の者において、担っている割合が高い傾向が認められた。

各役割の実践状況についてみると、「研修事業」では、講師役を担うことを中心に関与していたことが確認された。活動年数別にみると、5年未満および5年以上10年未満の者において、関与していた割合が高い傾向が認められた。「指導的役割」では、職場内研修の企画・立案などを通じて自施設における指導的役割を担っていた者が多く、特に5年未満の者において担っていた割合が高い傾向が見られた。「地域活動」では、家族介護者や住民からの相談対応を中心とした相談事業や、地域住民向けの認知症サポーター養成講座の講師などの研修事業を実践していた者が多く、活動年数別にみると10年以上15年未満の者に実践していた割合が高い傾向が認められた。このことから、指導者研修修了者に求められている各役割について、研修修了後も継続的に関与・実践されている実態が明らかとなったことから、指導者研修の長期的成果は一定程度達成されていると考えられる。

一方、推薦種別および役割別で比較した結果、一部の項目において有意差が認められた。推薦種別では、研修事業において、自治体（公費）推薦の修了者は関与できている割合が高い一方、事業所推薦の修了者では関与できていない割合が高い傾向が見られた。この背景として、一部の自治体において、実践研修の企画・立案への参画や講師・演習・実習指導の依頼が自治体（公費）推薦の修了者に限定されている状況がある。そのため、事業所推薦の修了者には研修事業に関与する機会が十分に確保されておらず、これが当該結果に影響している可能性が考えられる。役職別では、経営者および管理職の立場にある修了者が相対的に役割に関与、または担っている者の割合が高い一方、一般職の立場にある修了者ではその割合が低い傾向が認められた。企画会議への参加や講師・ファシリテーターを務めるためには、一定程度現場を離れる必要がある。しかし、直接援助に従事する一般職の修了者においては、人手不足等の影響から長時間現場を離れることが困難な状況にある。このことから、個人的要因ではなく、修了者が置かれている職場環境により、研修事業への参加が制約され、結果として関与の割合が低くなっている可能性が考えられる。また、認知症地域支援推進員をはじめとした認知症施策に関連する専門職との連携は、全体的に多いとはいえ、修了者自身が施策に関連する役割を担っている割合も低いことが明らかとなった。認知症地域支援推進員をはじめとした認知症施策に関連する専門職との連携は、全体として十分とはいえない状況が明らかとなった。地域における認知症施策の推進には、関係機関および専門職とのネットワークの構築や連携体制の強化が重要である。指導者研修修了者は、地域における認知症施策を推進するための社会資源の一つとして活用されることが期待されている。しかしながら、関係機関や専門職の間では、指導者研修修了者の役割や機能に対する理解が十分とはいえず、その結果、社会資源としての活用が限定的にとどまっている状況がみられる。そのため、認知症施策に関連する専門職と連携する機会が少なく、これが当該結果に影響していると考えられる。

長期的成果をさらに高めていくためには、推薦種別に関わらず修了者が研修事業に関与できることが環境を構築することが重要である。そのため、認知症介護実践者等養成事業に携わっている都道府県および指定都市の担当者に対し、推薦種別に関係なく研修事業に

関与できるよう働きかけていくことが必要であると考えられる。

また、地域における認知症施策に関与できる機会を拡充することも長期的成果を高めていくためには重要となってくる。そのため、認知症施策に関連する専門職に対して、指導者の役割について継続的に周知・啓発を行い、理解を深めていくことが求められる。

3) 調査結果より見えた課題

調査結果より、フォローアップ研修の受講経験の有無について、半数近くの修了者が受講した経験がないという結果が明らかとなった。受講が難しい理由としては、自施設における業務の多忙さや法人や上司の理解が十分に得られないといった職場環境の要因に加え、自治体による研修受講に関する予算措置の不足や制限、さらに県の予算で受講できることが十分に周知されていないこと、研修の開催時期や開催期間などの要因が挙げられていた。フォローアップ研修は、①最新の認知症介護に関する高度な専門的知識及び技術の修得、②高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術の向上を図ることを目的としている。認知症ケアを取り巻く制度や支援のあり方は継続的に更新されていくことから、指導者としても求められる役割を遂行するためには、これまで培ってきた知識や技術に加え、最新の知見を継続的に学び続けることが重要である。したがって、フォローアップ研修はその一環として重要な役割を果たす機会であるといえる。今後、フォローアップ研修の受講を促進するためには、自治体による予算措置の充実や受講制度の周知を図ることが必要である。また、開催時期や期間、オンラインツールの活用など開催方法についても検討し、受講者が受講しやすい環境を整備するとともに、継続的に学習機会を確保できる体制を整えていくことが重要である。

VI. 第2部：3か年の活動調査結果の比較による指導者研修の成果

1. 修了1年目における役割遂行状況の年次比較

年度別の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比較した結果、各役割とも、大きな変動は見られず、概ね一定の水準で関与していることが確認された(表44)。

研修事業における各役割への関与状況について比較した結果、「会議への出席」・「ファシリテーター役としての関与」については、大きな変動は見られず、一定の水準で関与していることが確認された。一方で、講師役としての関与については、「務めていた」の割合が23年度の約9割弱から24年度には約6割強へと低下しており、年次の進行に伴い相対的に減少している傾向が確認された(表45)。

指導的役割に関する関与状況について比較した結果、自施設における指導的役割については、大きな変動もなく概ね一定の水準で実施されていることが確認された(表46)。各項目の実践状況についてみると、「初任者・新任者および中堅職員へのOJTの計画・実施」を含む7項目は、年次による大きな変動はなく、一定の水準で実施されていることが確認された。一方で、外国人職員へのOJTについては、「担っていた」の割合が2023年度の約3割強から2025年度には約4割強へと増加しており、外国人職員へのOJTの実施が拡大していることが確認された(表47)。他施設における指導的役割については、大きな変動もなく概ね一定の水準で実施されていることが確認された。各項目の担い状況をみると、他の介護保険施設・事業所からの研修依頼や相談対応、地域包括支援センターから

の研修依頼、実践リーダー修了生・実践者研修修了生からの相談対応については、いずれも一定の水準で実施されていた。一方で、行政機関、社会福祉協議会、医療機関からの研修依頼や相談対応については、他の項目と比較して低い水準で推移している傾向がみられた（表 48）。

地域での役割について、各カテゴリーの実践状況を比較した結果、いずれのカテゴリーにおいても概ね一定の水準で実践されていることが確認された（表 49）。各カテゴリー別の実践状況については、「所属法人における地域活動」では、「運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営」、「認知症カフェの設置・運営」については、一定の水準で実践されていることが確認できた。一方で、「高齢者サロンの設置・運営」については、「実践している」の割合がいずれの年度も約 1 割弱と低い水準で推移している傾向が確認された（表 50）。研修事業についてみると、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師」を含む 5 項目は、一定の水準で実践されていることが確認できた。一方で、「キャラバンメイト養成研修」、「企業向け講演・研修会の講師」、「医療従事者に対する認知症対応力向上研修の講師」については、他の項目と比較して低い水準で推移している傾向が確認された（表 51）。「相談事業」についてみると、「家族介護者からの相談」、「住民からの相談対応」、「認知症当事者からの相談対応」については、いずれも一定の水準で実践されていることが確認できた。一方で、認知症初期集中支援チームおよび市町村認知症相談窓口、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターからの相談対応については、他の項目と比較して低い水準で推移している傾向が確認された（表 52）。「地域における認知症施策への関与」については、「認知症関連イベントの企画・参加」、「所属法人以外の認知症カフェの開催や参加」、「当事者会への運営協力」については、年次による実践の拡大状況が確認された。「認知症サポーター養成講座の企画・運営」については、一定の水準で実践されていることが確認できた。一方で、「認知症高齢者見守り事業への参加」、「地域ケア会議（個別会議・推進会議）への関与」、「本人ミーティング」、「認知症ピアサポート事業の企画・運営」、「都道府県認知症施策推進会議」については他の項目と比較して低い水準で推移している傾向が確認された（表 53）。

表 44 年度別による役割への関与状況

	研修事業		指導的役割		地域活動	
	関与して いない	関与して いる	関与して いない	関与して いる	関与して いない	関与して いる
2023 年度	5.5%	94.5%	9.1%	90.9%	18.2%	81.8%
2024 年度	4.4%	95.6%	2.9%	97.1%	13.2%	86.8%
2025 年度	13.3%	86.7%	5.1%	94.9%	20.4%	79.6%

表 45 年度別による研修事業での役割への関与状況

	会議への出席		講師役*		ファシリテーター	
	出席して いない	出席して いる	務めて いない	務めて いる	務めて いない	務めて いる
2023 年度	14.5%	85.5%	14.5%	85.5%	12.7%	87.3%
2024 年度	10.3%	89.7%	32.4%	67.6%	13.2%	86.8%
2025 年度	19.4%	80.6%	35.7%	64.3%	19.4%	80.6%

*p<.05 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 46 年度別による指導的役割への関与状況

	自施設における 指導的役割		他施設における 指導的役割	
	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる
2023 年度	9.1%	90.9%	41.8%	58.2%
2024 年度	2.9%	97.1%	32.4%	67.6%
2025 年度	5.1%	94.9%	42.9%	57.1%

表 47 年度別による自施設における指導的役割の関与状況

	①		②		③		④	
	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる
2023年度	24.1%	75.9%	27.3%	72.7%	67.3%	32.7%	55.6%	44.4%
2024年度	22.4%	77.6%	20.6%	79.4%	70.6%	29.4%	39.7%	60.3%
2025年度	23.5%	76.5%	24.5%	75.5%	59.2%	40.8%	45.9%	54.1%

	⑤		⑥		⑦		⑧	
	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる	担って いない	担って いる
2023年度	50.9%	49.1%	32.7%	67.3%	18.2%	81.8%	32.7%	67.3%
2024年度	47.8%	52.2%	23.5%	76.5%	5.9%	94.1%	20.9%	79.1%
2025年度	53.1%	46.9%	27.6%	72.4%	16.3%	83.7%	31.6%	68.4%

①初任者・新任者へのOJTの計画、実施

②中堅職員へのOJTの計画、実施

③外国人職員へのOJTの計画、実施

④スーパービジョンによる指導

⑤キャリアパスの構築、導入、実施

⑥職場外研修（認知症に関する公的研修など）に関する情報の周知

⑦職場内研修の企画、立案

⑧研修参加（職場内・外）後の実践の確認

表 48 年度別による他施設における指導的役割の関与状況

	①		②		③		④	
	担っていない	担っている	担っていない	担っている	担っていない	担っている	担っていない	担っている
2023年度	86.8%	13.2%	88.7%	11.3%	94.3%	5.7%	72.2%	27.8%
2024年度	70.1%	29.9%	81.8%	18.2%	89.4%	10.6%	79.1%	20.9%
2025年度	77.6%	22.4%	86.7%	13.3%	86.7%	13.3%	74.5%	25.5%

	⑤		⑥		⑦		⑧	
	担っていない	担っている	担っていない	担っている	担っていない	担っている	担っていない	担っている
2023年度	100.0%	0.0%	77.4%	22.6%	90.7%	9.3%	92.6%	7.4%
2024年度	93.9%	6.1%	65.7%	34.3%	86.4%	13.6%	92.4%	7.6%
2025年度	96.9%	3.1%	72.4%	27.6%	85.7%	14.3%	92.9%	7.1%

	⑨		⑩		⑪	
	担っていない	担っている	担っていない	担っている	担っていない	担っている
2023年度	81.5%	18.5%	98.1%	1.9%	74.1%	25.9%
2024年度	80.6%	19.4%	90.9%	9.1%	61.2%	38.8%
2025年度	80.6%	19.4%	91.8%	8.2%	74.2%	25.8%

①他の介護保険施設・事業所からの依頼による研修

②行政からの依頼による介護サービス事業所向けの研修

③社会福祉協議会からの依頼による介護サービス事業所向けの研修

④地域包括支援センターからの依頼による研修

⑤医療機関からの依頼による研修

⑥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

⑦行政機関からの認知症ケアに関する相談対応

⑧社会福祉協議会からの認知症ケアに関する相談対応

⑨地域包括支援センターからの認知症ケアに関する相談対応

⑩医療機関からの認知症ケアに関する相談対応

⑪実践リーダー修了生・実践者研修修了生からの認知症ケアに関する相談対応

表 49 年度別による地域活動の各カテゴリー別の関与状況

	所属法人での 地域活動		研修事業		相談事業		認知症施策への 関与	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
	2023年度	41.8%	58.2%	43.6%	56.4%	45.5%	54.5%	50.9%
2024年度	41.2%	58.8%	39.7%	60.3%	29.4%	70.6%	41.2%	58.8%
2025年度	40.8%	59.2%	53.1%	46.9%	42.9%	57.1%	42.9%	57.1%

表 50 年度別による所属法人での地域活動への関与状況

	①		②		③	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
	2023年度	56.4%	43.6%	75.9%	24.1%	87.0%
2024年度	58.2%	41.8%	61.2%	38.8%	89.6%	10.4%
2025年度	51.0%	49.0%	73.5%	26.5%	89.8%	10.2%

①運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営

②認知症カフェの設置・運営

③高齢者サロンの設置・運営

表 51 年度別による研修事業への関与状況

	①		②		③		④	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
2023年度	61.8%	38.2%	77.8%	22.2%	77.8%	22.2%	90.7%	9.3%
2024年度	51.5%	48.5%	70.6%	29.4%	62.7%	37.3%	91.0%	9.0%
2025年度	67.3%	32.7%	77.6%	22.4%	78.6%	21.4%	88.8%	11.2%

	⑤		⑥		⑦		⑧	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
2023年度	79.6%	20.4%	63.6%	36.4%	94.4%	5.6%	98.1%	1.9%
2024年度	73.1%	26.9%	66.2%	33.8%	85.1%	14.9%	93.9%	6.1%
2025年度	77.6%	22.4%	72.4%	27.6%	90.8%	9.2%	98.0%	2.0%

①地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師

②企業・職域向け認知症サポーター養成講座の講師

③子ども・学生向け認知症サポーター養成講座の講師

④キャラバンメイト養成研修の講師

⑤家族介護者向け講座の講師

⑥地域住民向け講演会・（出前）講座の講師

⑦企業向け講演・研修会の講師

⑧医療従事者に対する認知症対応力向上研修の講師

表 53 年度別による相談事業への関与状況

	①		②		③		④	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
2023年度	92.6%	7.4%	96.3%	3.7%	92.7%	7.3%	98.1%	1.9%
2024年度	91.0%	9.0%	95.5%	4.5%	85.3%	14.7%	92.5%	7.5%
2025年度	95.9%	4.1%	90.8%	9.2%	89.8%	10.2%	99.0%	1.0%

	⑤		⑥		⑦	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
2023年度	60.0%	40.0%	65.5%	34.5%	47.3%	52.7%
2024年度	44.8%	55.2%	61.2%	38.8%	35.8%	64.2%
2025年度	55.1%	44.9%	62.2%	37.8%	46.9%	53.1%

①認知症初期集中支援チームからの相談対応

②対応市町村認知症相談窓口からの相談対応

③認知症地域支援推進員からの相談対応

④若年性認知症支援コーディネーターからの相談対応

⑤住民からの相談対応

⑥認知症当事者からの相談対応

⑦家族介護者からの相談対応

表 53 年度別による地域における認知症施策への関与状況

	①		②		③		④*	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
2023年度	87.0%	13.0%	92.6%	7.4%	85.2%	14.8%	77.8%	22.2%
2024年度	88.1%	11.9%	92.5%	7.5%	86.8%	13.2%	64.2%	35.8%
2025年度	89.8%	10.2%	91.8%	8.2%	86.7%	13.3%	80.6%	19.4%

	⑤		⑥		⑦		⑧	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
2023年度	100.0%	0.0%	85.2%	14.8%	94.4%	5.6%	75.9%	24.1%
2024年度	98.5%	1.5%	72.1%	27.9%	89.6%	10.4%	64.7%	35.3%
2025年度	99.0%	1.0%	81.6%	18.4%	90.8%	9.2%	68.4%	31.6%

	⑨		⑩		⑪	
	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる	実践 して いない	実践 して いる
2023年度	90.9%	9.1%	90.7%	9.3%	98.1%	1.9%
2024年度	85.1%	14.9%	85.1%	14.9%	97.0%	3.0%
2025年度	90.8%	9.2%	87.8%	12.2%	98.0%	2.0%

*p<.05 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

- ①本人ミーティング
- ②当事者会への運営協力
- ③認知症高齢者見守り事業（SOSネットワーク）への参加
- ④認知症サポーター養成講座の企画・運営
- ⑤認知症ピアサポート事業の企画・運営
- ⑥所属法人以外の認知症カフェの開催や参加
- ⑦所属法人以外の高齢者サロンの開催や参加
- ⑧認知症関連イベントの企画・参加
- ⑨地域ケア個別会議
- ⑩地域ケア推進会議
- ⑪都道府県認知症施策推進会議

2. 修了2年目以降の役割遂行状況の年次比較

年度別の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比較した結果、研修事業への関与は、いずれの年度においても「関与していた」が約7割強で推移しており、大きな変動もなく安定的に維持されていることが確認された。一方、指導的役割については、「担っていた」の割合が23年度の約8割弱から25年度には約8割強へと増加しており、年次の進行に伴い、指導的役割を担う割合が徐々に拡大していることが示された。さらに地域での役割については、「実践していた」の割合が23年度の約7割強から25年度には約8割弱へと増加しており、地域での役割を実践の広がりが見られた（表54）。

研修事業における各役割への関与状況について比較した結果、各役割とも大きな変動は見られず、一定の水準で関与していることが確認された（表55）。

指導的役割に関する関与状況について比較した結果、自施設における指導的役割については、大きな変動もなく概ね一定の水準で実施されていることが確認された（表56）。各項目の担い状況についてみると、「初任者・新任者および中堅職員へのOJTの計画・実施」を含む7項目は、年次による大きな変動はなく、一定の水準で実施されていることが確認された。一方で、「外国人職員へのOJT」については、「担っていた」の割合が23年度の約2割弱から25年度には約2割強へと増加しており、外国人職員へのOJTの実施が拡大していることが確認された（表57）。他施設における指導的役割については、「担っていた」の割合が2023年度の約6割弱から2025年度には約6割強へと増加しており、年次の進行に伴い増加していることが確認できた。「他の介護保険施設・事業所からの研修依頼や相談対応」、「実践リーダー修了生・実践者研修修了生からの相談対応」については、いずれも一定の水準で実施されていた。「地域包括支援センターからの研修依頼や相談対応」、「行政からの研修依頼」については、関与の拡大傾向が確認された。一方、社会福祉協議会や医療機関からの研修依頼、相談対応については、他の項目と比較して低い水準で推移している傾向がみられた（表58）。

地域での役割について、各カテゴリーの実践状況を比較した結果、「所属法人における地域活動」、「研修事業」、「相談事業」においては、年次の進行に伴い実践の拡大が確認された。一方、「地域における認知症施策への関与」については、概ね一定の水準で実施されていることが確認された（表59）。カテゴリー別にみると、「所属法人における地域活動」では、「認知症カフェの設置・運営」および「高齢者サロンの設置・運営」において、年次の進行に伴う実践の拡大が確認された。一方、「運営推進会議の設置・運営」については、一定の水準で実施されていた（表60）。「研修事業」では、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師」、「地域住民向け講演会・（出前）講座の講師」、「キャラバンメイト養成研修の講師」、「家族介護者向け講座の講師」において、年次の進行に伴う実践の拡大が確認された。一方、「企業・職域向け認知症サポーター養成講座の講師」、「医療従事者に対する認知症対応力向上研修の講師」、「企業向け講演・研修会の講師」については、他の項目と比較して低い水準で推移している傾向がみられた（表61）。「相談事業」では、「家族介護者」、「地域住民」、「認知症当事者」からの相談対応において、年次の進行に伴う実践の拡大が確認された。一方、認知症初期集中支援チーム、市町村の認知症相談窓口、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーターからの相談対応については、他の項目と比較して低い水準で推移している傾向が確認された（表62）。「地域における認知

症施策への関与」では、「認知症関連イベントの企画・参加」、「所属法人以外の認知症カフェへの関与」、「当事者会への運営協力」において、年次の進行に伴う実践の拡大が確認された。また、「認知症サポーター養成講座の企画・運営」、「認知症高齢者見守り事業（SOSネットワーク）への参加」、「地域ケア会議（個別会議・推進会議）への関与」については、一定の水準で実施されていた。一方、「本人ミーティング」、「認知症ピアサポート事業」、「都道府県認知症施策推進会議への関与」については、他の項目と比較して低い水準で推移している傾向が確認された（表 63）。

表 54 年度別による役割への関与状況

	研修事業		指導的役割		地域活動*	
	関与して いない	関与して いた	関与して いない	関与して いた	関与して いない	関与して いた
2023 年度	24.1%	75.9%	16.6%	83.4%	24.8%	75.2%
2024 年度	24.3%	75.7%	14.3%	85.7%	19.3%	80.7%
2025 年度	24.2%	75.8%	12.6%	87.4%	19.4%	80.6%

*p<.05 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 55 年度別による研修事業での役割への関与状況

	会議への出席		講師役		ファシリテーター	
	出席して いない	出席して いた	務めて いない	務めて いた	務めて いない	務めて いた
2023 年度	31.3%	68.7%	27.7%	72.3%	39.3%	60.7%
2024 年度	33.3%	66.7%	31.2%	68.8%	39.0%	61.0%
2025 年度	34.4%	65.6%	30.9%	69.1%	40.1%	59.9%

表 56 年度別による指導的役割への関与状況

	自施設における 指導的役割		他施設における 指導的役割*	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
2023 年度	20.8%	79.2%	40.3%	59.7%
2024 年度	20.1%	79.9%	35.1%	64.9%
2025 年度	19.4%	80.6%	34.2%	65.8%

*p<.05 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 57 年度別による自施設における指導的役割の実践状況

	①		②		③**		④	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
2023年度	42.7%	57.3%	42.5%	57.5%	80.6%	19.4%	55.9%	44.1%
2024年度	42.2%	57.8%	41.7%	58.3%	78.8%	21.2%	55.5%	44.5%
2025年度	41.8%	58.2%	41.7%	58.3%	73.5%	26.5%	55.5%	44.5%

	⑤		⑥		⑦		⑧	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
2023年度	68.6%	31.4%	40.0%	60.0%	31.5%	68.5%	40.9%	59.1%
2024年度	65.9%	34.1%	42.1%	57.9%	29.6%	70.4%	41.4%	58.6%
2025年度	68.4%	31.6%	42.0%	58.0%	30.5%	69.5%	41.4%	58.6%

**p<.01 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

- ①初任者・新任者へのOJTの計画、実施
- ②中堅職員へのOJTの計画、実施
- ③外国人職員へのOJTの計画、実施
- ④スーパービジョンによる指導
- ⑤キャリアパスの構築、導入、実施
- ⑥職場外研修（認知症に関する公的研修など）に関する情報の周知
- ⑦職場内研修の企画、立案
- ⑧研修参加（職場内・外）後の実践の確認

表 58 年度別による他施設における指導的役割の実践状況

	①		②		③		④	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
2023年度	71.5%	28.5%	78.7%	21.3%	86.6%	13.4%	78.0%	22.0%
2024年度	65.7%	34.3%	72.6%	27.4%	83.4%	16.6%	72.3%	27.7%
2025年度	68.2%	31.8%	75.5%	24.5%	84.2%	15.8%	72.7%	27.3%

	⑤		⑥		⑦		⑧	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
2023年度	95.3%	4.7%	69.6%	30.4%	81.4%	18.6%	88.7%	11.3%
2024年度	93.3%	6.7%	66.2%	33.8%	78.2%	21.8%	88.3%	11.7%
2025年度	92.6%	7.4%	68.5%	31.5%	80.1%	19.9%	88.9%	11.1%

	⑨		⑩		⑪	
	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた	担って いなかった	担って いた
2023年度	76.2%	23.8%	93.9%	6.1%	71.3%	28.7%
2024年度	70.9%	29.1%	92.6%	7.4%	71.5%	28.5%
2025年度	73.6%	26.4%	91.1%	8.9%	73.6%	26.4%

*p<.05 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

- ①他の介護保険施設・事業所からの依頼による研修
- ②行政からの依頼による介護サービス事業所向けの研修
- ③社会福祉協議会からの依頼による介護サービス事業所向けの研修
- ④地域包括支援センターからの依頼による研修
- ⑤医療機関からの依頼による研修
- ⑥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
- ⑦行政機関からの認知症ケアに関する相談対応
- ⑧社会福祉協議会からの認知症ケアに関する相談対応
- ⑨地域包括支援センターからの認知症ケアに関する相談対応
- ⑩医療機関からの認知症ケアに関する相談対応
- ⑪実践リーダー修了生・実践者研修修了生からの認知症ケアに関する相談対応

表 59 年度別による地域活動の各カテゴリー別の実践状況

	所属法人での 地域活動**		研修事業***		相談事業**		認知症施策への 関与	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	54.5%	45.5%	53.9%	46.1%	48.1%	51.9%	46.9%	53.1%
2024年度	47.7%	52.3%	40.0%	60.0%	40.7%	59.3%	42.5%	57.5%
2025年度	46.1%	53.9%	43.2%	56.8%	40.5%	59.5%	44.7%	55.3%

p<.01, *p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

表 60 年度別による所属法人での地域活動の実践状況

	①		②***		③**	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	65.8%	34.2%	81.2%	18.8%	90.0%	10.0%
2024年度	59.5%	40.5%	72.6%	27.4%	85.8%	14.2%
2025年度	61.5%	38.5%	68.7%	31.3%	84.4%	15.6%

p<.01, *p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

①運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営

②認知症カフェの設置・運営

③高齢者サロンの設置・運営

表 61 年度別による研修事業の実践状況

	①**		②		③		④***	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	67.3%	32.7%	77.9%	22.1%	78.4%	21.6%	93.2%	6.8%
2024年度	59.3%	40.7%	76.1%	23.9%	75.0%	25.0%	85.6%	14.4%
2025年度	62.0%	38.0%	77.3%	22.7%	73.6%	26.4%	86.8%	13.2%

	⑤***		⑥***		⑦**		⑧	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	82.5%	17.5%	74.5%	25.5%	90.1%	9.9%	96.3%	3.7%
2024年度	74.3%	25.7%	64.2%	35.8%	85.9%	14.1%	94.7%	5.3%
2025年度	75.1%	24.9%	66.3%	33.7%	90.1%	9.9%	94.6%	5.4%

p<.01, *p<.001 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

①地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師

②企業・職域向け認知症サポーター養成講座の講師

③子ども・学生向け認知症サポーター養成講座の講師

④キャラバンメイト養成研修の講師

⑤家族介護者向け講座の講師

⑥地域住民向け講演会・（出前）講座の講師

⑦企業向け講演・研修会の講師

⑧医療従事者に対する認知症対応力向上研修の講師

表 62 年度別による相談事業の実践状況

	①		②		③		④	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	91.8%	8.2%	90.2%	9.8%	88.6%	11.4%	94.8%	5.2%
2024年度	88.6%	11.4%	88.1%	11.9%	85.0%	15.0%	94.2%	5.8%
2025年度	89.4%	10.6%	87.8%	12.2%	84.6%	15.4%	93.4%	6.6%

	⑤**		⑥**		⑦**	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	62.3%	37.7%	76.8%	23.2%	52.3%	47.7%
2024年度	54.0%	46.0%	71.0%	29.0%	44.4%	55.6%
2025年度	53.7%	46.3%	68.7%	31.3%	44.6%	55.4%

**p<.01 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

- ①認知症初期集中支援チームからの相談対応
- ②対応市町村認知症相談窓口からの相談対応
- ③認知症地域支援推進員からの相談対応
- ④若年性認知症支援コーディネーターからの相談対応
- ⑤住民からの相談対応
- ⑥認知症当事者からの相談対応
- ⑦家族介護者からの相談対応

表 63 年度別による地域における認知症施策への関与の実践状況

	①		②*		③		④	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	92.8%	7.2%	92.3%	7.7%	87.9%	12.1%	71.7%	28.3%
2024年度	91.6%	8.4%	88.3%	11.7%	86.4%	13.6%	66.2%	33.8%
2025年度	90.8%	9.2%	88.5%	11.5%	84.7%	15.3%	69.2%	30.8%

	⑤		⑥**		⑦		⑧**	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	96.8%	3.2%	83.0%	17.0%	88.3%	11.7%	72.0%	28.0%
2024年度	96.2%	3.8%	79.6%	20.4%	84.6%	15.4%	65.8%	34.2%
2025年度	95.7%	4.3%	75.8%	24.2%	85.0%	15.0%	63.8%	36.2%

	⑨		⑩		⑪	
	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた	実践 して いない	実践 して いた
2023年度	85.4%	14.6%	89.4%	10.6%	94.9%	5.1%
2024年度	86.1%	13.9%	86.5%	13.5%	95.0%	5.0%
2025年度	86.1%	13.9%	88.4%	11.6%	93.7%	6.3%

*p<.05 **p<.01 網掛けセル：残差分析の結果、調整済み残差>1.96

- ①本人ミーティング
- ②当事者会への運営協力
- ③認知症高齢者見守り事業（SOSネットワーク）への参加
- ④認知症サポーター養成講座の企画・運営
- ⑤認知症ピアサポート事業の企画・運営
- ⑥所属法人以外の認知症カフェの開催や参加
- ⑦所属法人以外の高齢者サロンの開催や参加
- ⑧認知症関連イベントの企画・参加
- ⑨地域ケア個別会議
- ⑩地域ケア推進会議
- ⑪都道府県認知症施策推進会議

3. 年次別比較から見る指導者研修の成果と今後の課題

修了1年目における役割遂行状況の年次別比較の結果より、指導者研修修了者に求められる各役割は、研修修了直後から一定程度関与・実践されていることが確認された。また、修了2年目以降における年次別比較の結果においても、各役割は継続的に関与・実践されていることが確認された。これらの結果から、指導者研修の短期的成果および長期的成果は概ね達成され、維持されているものと考えられる。

一方で、活動状況の一部には関与の低下や、実践が低水準で推移している項目も認められた。これらの課題を踏まえ、指導者研修の成果を継続的に維持・向上させるための方策として、以下の点が考えられる。

1つ目は、継続的に研修事業における役割に関与できるよう働きかけを行うことである。修了1年目の年度別比較の結果、研修事業における各役割には一定程度関与していることが確認されたものの、年次の進行に伴い関与は減少傾向であり、特に「講師役」については他の役割と比較して減少の傾向が大きいことが確認された。その背景には、人手不足等の影響により現場を離れることが困難であるといった状況があり、実践者研修や実践リーダー研修などの外部研修への参加が難しくなっている可能性が考えられる。現状、指導者研修の受講申込みに際しては、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修および認知症介護実践リーダー研修の企画・立案に加え、講義・演習・実習の講師を担う役割があることについて説明し、同意を得る形となっている。しかし、その同意は受講者本人に限られている。研修事業に関与するという役割を果たすためには、修了者本人の理解に加え、所属法人や事業所の理解と協力が不可欠である。そのため、受講申込み時においては、受講者本人のみならず、所属法人や事業所の長からも同意を得る仕組みを設けるなど、組織として研修事業への関与を前提とした受講体制の構築が求められる。

2つ目は、認知症施策に関与する他の専門職との連携の強化である。双方の調査結果から、地域活動については一定程度的実践が認められる一方で、各専門職との連携は低水準で推移していることが確認された。2021年度の指導者研修のカリキュラム改訂において、「自治体における認知症施策の推進に寄与できるようになる」ことが研修のねらいとして位置づけられ、修了者には地域における認知症施策の推進に寄与することが役割の一つとして求められている。こうした役割を果たすためには、認知症施策に関与する他の専門職との連携が重要となる。そのため、指導者研修修了者が活動する都道府県・市町村の行政担当者や関係専門職に対して、認知症介護指導者に関する理解を促進し、地域における認知症施策に貢献できる環境を整備していく必要がある。さらに、指導者研修および指導者フォローアップ研修において、他の専門職が実践している地域活動や、研修修了者として他の専門職と連携して取り組んでいる実践事例に触れる機会を設けるなど、修了者自身が他の専門職との連携を通じて地域活動を展開するための理解を深めるプログラムを構築することが必要であると考えられる。

3つ目は、外国人職員に対する教育方法に関する知識の向上である。双方の調査結果から、自施設における指導的役割の「外国人職員へのOJTの計画・実施」については、実践状況は低水準にとどまっているものの、年々上昇する傾向が確認された。介護分野の特定技能外国人在留数は年々増加しており、2025年11月末現在で65,505人と過去最多となっている。受入施設・事業所として、特別養護老人ホームが最も多く、次いで、病院、認

知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、介護老人保健施設の順であり、上位5施設で全体の7割を占めている現状である⁸⁾。これらの状況を踏まえると、研修修了者が所属している施設においても外国人職員の受入れは今後進んでいくことが想定される。そのため、外国人職員に対するOJTおよびスーパービジョンの実践の重要性は一層高まると考えられる。また、実践者研修の受講生として外国人職員の受講が増加することが想定される。そのため、外国人職員に対する効果的なOJTやスーパービジョン実践方法に関する理解を深めるとともに、外国人職員を対象とした研修の企画・立案や授業設計について検討する機会を設けるなど、人材育成に関する理解を体系的に深める研修プログラムを構築することが必要であると考えられる。

Ⅶ. まとめ

本研究の結果、指導者研修修了者に求められる役割について、修了1年目の修了者の結果では、研修事業では約9割弱から約9割強、指導的役割では約9割、地域活動では約8割弱から約9割弱の修了者が「関与」または「実践」していることが明らかになった。また修了2年目以降の修了者の結果においては、研修事業では約8割弱、指導的役割では約8割強から約9割弱、地域活動では約8割弱から約8割強の修了者が「関与」または「実践」がしているが確認された。このことから、修了直後だけではなく継続的に各役割への「関与」または「実践」がなされていることが示され、指導者研修は一定の成果を挙げていることが確認された。

2024年1月、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(以下、基本法)が施行され、認知症の人が希望をもって暮らすことができる共生社会の実現に向けて、国民一人ひとりが「認知症に関する正しい知識」および「認知症の人に対する正しい理解」を深めることが基本理念として示されている。こうした理念の実現に向け、「認知症施策推進基本計画」において認知症に関する介護研修の見直しが行われ、基本法の理念に基づき、指導者研修のカリキュラム改訂が行われた。今後、共生社会の実現に向けては、それを推進する介護人材の育成と、地域における認知症に関する正しい知識および理解の普及が不可欠である。研修修了者は、共生社会の実現を担う介護人材であるとともに、同様の人材を育成し、地域における認知症に関する正しい知識と理解の普及を担う社会資源の一つでもある。そのため、研修修了者に求められる役割を遂行していくことは、認知症施策の推進において重要な意義を有すると考えられる。

一方で、所属する職場の環境や、認知症地域支援推進員をはじめとした認知症施策に関連する他の専門職との連携が十分ではないなど、役割を遂行していく上での課題も明らかになった。その背景として、長時間現場を離れることが困難な状況にあることや、研修修了者に求められる役割について、関係する専門職の間で十分に認識されていないことが想定される。今後、養成機関としては、研修修了者が共生社会の実現を担う社会資源として活用され、求められる役割を遂行できるよう、所属法人・事業所および関係機関・専門職に対して役割に関する理解の促進を継続的に図る必要がある。こうした取り組みは、指導者研修の成果の実現および維持にも寄与するものと考えられる。

今後も、指導者研修修了者の活動実態を継続的に把握するとともに、これまでの活動実態調査の結果を踏まえ、指導者研修のアウトカムを横断的・縦断的に検討する。

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. リプセイ 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：システム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)
- 7) 独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所
(https://www.jniosh.johas.go.jp/publication/houkoku/houkoku_2021_04.html)
- 8) 厚生労働省（2026）「外国人介護人材の受入れの現状と今後の方向性について」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001679682.pdf>)

令和7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8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
