

令和4年度

# 認知症介護研究・研修大府センター 研究報告書

介護老人保健施設における認知症の人の  
社会参加活動に向けたリハビリテーション実施に関する研究

ケア現場における認知症対応力向上のための  
支援ツール手引書の効果検証に関する研究

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

認知症ケアスーパーバイザーの  
コンピテンシーリストの開発に関する研究

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4年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

## 目 次

介護老人保健施設における認知症の人の

社会参加活動に向けたリハビリテーション実施に関する研究

工藤 純平・齊藤 千晶・山口 友佑…………… 1

ケア現場における認知症対応力向上のための支援ツール手引書の効果検証に関する研究

山口 友佑・齊藤 千晶・松浦 慎介・分見 民雄

福井 梨恵・吉野 英樹・片山 清貴・朝倉 寛史

青木 裕未・形山 健次…………… 27

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

課題分析に関する研究

小方 智広・加藤 ふき子・齊藤 千晶・工藤 純平…………… 41

認知症ケアスーパーバイザーのコンピテンシーリストの開発に関する研究

山口 友佑・浅野 正嗣・小木曾恵里子・野村 豊子

汲田千賀子・西村 優子・大嶋 康代・今堀富美代

城山いづみ・北野 智傑・北村 祐次 …………… 101



**介護老人保健施設における認知症の人の  
社会参加活動に向けたリハビリテーション実施に  
関する研究**



## 介護老人保健施設における認知症の人の社会参加活動に向けた リハビリテーション実施に関する研究

主任研究者 工藤 純平（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

分担研究者 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）

### I. 研究の背景と目的

2018年7月、厚生労働省より若年性認知症の人を中心とした介護保険サービス事業所（以下、事業所）における地域での社会参加活動等（以下、活動）の実施について、介護サービス提供時間中における地域住民との交流、地域で有償ボランティアなどの活動に参加することを可能とする通知が、全国の自治体に対して発出された。このことにより認知症の人が自らの強みを生かし役割を持つこと、働く場と機会の増加の後押しとなり、認知症の人が積極的に社会へ参加することに繋がると考えられる。

2019年度に認知症介護研究・研修大府センター（以下、大府センター）では、民間企業の助成金事業（公益財団法人日本社会福祉弘済会 社会福祉助成）により、この通知発出後の事業所における活動への実施状況の変化や効果、提供上の課題等について、愛知県内における596事業所を対象にアンケート調査を実施した。その結果、活動を行っていない事業所は約3割あり、要因として「認知症の症状に合った社会参加活動の選択が難しい」、「利用者の好みに合った社会参加活動の選択が難しい」が挙げられた。

認知症の人が社会参加活動を行うためには、その人の症状や好みに合った活動が選択できるように支援することが望ましい。作業療法士とは、その人にとって重要な活動を通じた治療支援を実践する専門職であり、在宅復帰や地域生活の維持に向けた支援を行っている。しかし、2021年度に介護老人保健施設で働く作業療法士を対象に社会参加の実施の有無等を調査したところ、8割以上の施設が「実施したことがない」と回答し、家族や周囲の理解や社会的資源の不足、周囲との連携が課題として挙げられた。また、作業療法士自身の地域資源の理解不足や社会参加への認識の乏しさも挙げられ、認知症の人だけではなく周囲の環境や職員の認識といった要因が関係していると考えられた。

このことから、認知症の人の社会参加を促進するためには、社会参加に対する職員の認識や社会参加に必要な環境を調整する必要があると考えられる。そこで今年度は社会参加に必要な作業療法士の社会参加への認識と必要な周囲の環境について、アンケート調査を通してその要因を明らかにすることを目的とした。

初めにプレ調査として、認知症の人の社会参加に向けた支援経験が豊富な作業療法士を対象にヒアリングを実施し、認知症の人の社会参加に重要となる考え方について明らかにする。その後ヒアリング結果をもとに質問項目を作成し、介護老人保健施設で働く作業療法士の管理者を対象にアンケート調査を実施し、社会参加に対する認識や周囲の環境の特徴について明らかにする。これにより、認知症の人が社会参加を実施するために必要となる作業療法士の認識や周囲の環境が明らかになり、今後社会参加の促進のための支援策の構築に貢献できるものとする。

## II. 方法

本研究はプレ調査としてヒアリングを実施し項目の選定を行ったのち、アンケート調査を実施した。

### <プレ調査>

#### 1. 調査目的

ヒアリング調査を通して認知症の人の社会参加に重要となる要素について明らかにし、アンケート調査の調査項目の選定を行う。

#### 2. 対象と実施方法

認知症の人への社会参加活動の実施経験のある作業療法士 2 名を対象に、半構造化面接法を用いた個別インタビューを実施した。対象者は縁故法により抽出し、所属施設はデイサービスである。インタビューは、オンラインツール(Zoom)を用いて 1 時間程度実施した。調査内容は、認知症の人の社会参加に対する自身の考え方や実施するために重要となる要素について実際の取り組み内容を通して聴取した。

#### 3. 分析方法

録音されたデータから逐語録を作成し、特徴的な要素について質的分析手法を行いカテゴリ化を行った。抽出されたカテゴリに即して主任研究者と分担研究者の複数名で協議しアンケート項目の作成を行った。カテゴリ化では大カテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、実際の発言を「 」として区分した。

### <アンケート調査>

#### 1. 調査目的

アンケート調査を用いて認知症の人の社会参加に対する考えや重要となる要素について量的に明らかにする。

#### 2. 対象者

愛知・岐阜・三重県の介護老人保健施設で働く作業療法士の管理者 329 名を対象とした。

#### 3. 調査内容

アンケート調査には以下の内容が含まれた。

- ・ 回答者の属性(年齢、性別、経験年数、業務内容、関わりのある地域資源等)
- ・ 認知症の人に対して社会参加を目標としたリハビリテーション介入の実施経験
- ・ 社会参加を促進するための周囲の環境について(認知症の人が社会参加することに対する施設の考え、社会参加に影響している環境的要因、社会参加に必要だと感じる環境的要因)
- ・ 認知症の人の社会参加に対する自身の認識について(認知症の人が社会参加することに対する自身の考え、認知症の人へのリハビリテーションで実施していること、リハビリテーション実施する中で課題に感じていること、リハビリテーション実施する中で必要だと考えていること)

各項目に対して同意の程度を 4 件法(全く当てはまらない、あまり当てはまらない、まあ当てはまる、とても当てはまる)にて回答を収集した。

#### 4. 調査方法

各施設に調査票を配布し、郵送にて回収した。調査期間は令和4年11月と令和5年1月に実施した。得られた結果は表計算ソフトMicrosoft Excelにて単純集計を行った。統計分析は単変量解析としてt検定及びカイ二乗が選択され、有意水準を5%とした。統計分析はR(ver. 4.2.2)にて実施された。

#### 5. 倫理的配慮

本研究は大府センターの倫理委員会の承認に基づいて行われた。研究目的やプライバシー保護に関して書面上にて説明し、回答をもって同意とした。

### III. 調査結果

#### <ヒアリング調査結果>

##### ① 認知症の人の社会参加に対する考え

分析の結果、認知症の人の社会参加に対する考えでは、カテゴリとして【社会との繋がりを持ち続けること】、【本人の能力や特性に合わせた活動を実施すること】の二つに分けられた(表1)。

【社会との繋がりを持ち続けること】とは、認知症を持ちながらも今までと変わらず周囲との関わりを持ちながら生活を送ること自体が社会参加であるという考えであり、<今まで送ってきた生活を送り続けること>、<集団の中で役割を持ち、生きがいを感じる事>の二つのサブカテゴリに分けられた。

【本人の能力や特性に合わせた活動を実施すること】とは、認知症の症状や能力、生活歴に合わせて本人の得意なことややりたいことを発揮することが社会参加であるという考えであり<本人の得意なことを発揮すること>、<本人のやりたいことを把握すること>の二つのサブカテゴリに分けられた。

表1 ヒアリング結果：認知症の人の社会参加に対する考え

【カテゴリ】	<サブカテゴリ>	代表的な発言
社会との繋がりを持ち続けること	今まで送っていた生活を送り続けること	「今までやっていた生活をそのままやっていること自体が社会参加である」、「今まで普通に社会と繋がっていたことが認知症によって出来なくなり、それを叶えるために活動に参加し社会とのつながりを取り戻すことが参加である」、「ボランティアしなきゃいけないということではなく集団に参加していただくこと」
	集団の中で役割を持ち生きがいを感じる事	「役割を持ってもらいながら、ここに存在してもいいのかなと感じてもらえるように配慮している」、「みんなが分かってくれる場、リラックスして楽しめる場というのから活動を始めている」
本人の能力や特性に合わせた活動を実施すること	本人の得意なことを発揮すること	「その人の得意なものをそれぞれが発揮できるように意識し、みんなで共有しながら進めている」
	本人のやりたいことを把握すること	「回想法のテクニックで、その人の時代背景の生活を聞き出している」、「その人の好きや大切にしているものを一緒に体験している」



② 社会参加実施に重要となる要素

分析の結果、社会参加実施の重要となる要素では、【地域について理解を深めること】、【地域資源や住民へ直接働きかけること】の二つのカテゴリに分けられた(表 2)。

【地域について理解を深めること】とは、作業療法士として病院や施設の中で完結するのではなく、周囲の地域資源を知り繋げる意識を持つことが重要であるということであり、<地域と繋げる意識を持つこと>、<作業療法士が施設外に出て地域資源を知ること>の二つのサブカテゴリに分けられた。

【地域資源や住民や直接働きかけること】とは、実際に作業療法士や認知症の人が行政や支援機関、地域住民へと関わりを持つことで、認知症に対する理解が促進されたり社会参加活動に繋がるということであり、<地域資源に対して直接働きかけること>、<認知症の人と地域の人と直接関わりを持つこと>の二つのサブカテゴリに分けられた。

表 2 ヒアリング結果：社会参加実施に重要となる要素

【カテゴリ】	<サブカテゴリ>	代表的な発言
地域について理解を深めること	地域と繋げる意識を持つこと	「病院で完結せず、地域へ繋ぐためのサービスを使ってみてほしい」、「社会参加を実施している人は社会の資源を知っており繋げる力がある」、「地域のことは地域に任せ、そこへの繋ぎ役としての感覚を持ってほしい」
	作業療法士が施設外に出て地域資源を知ること	「家族の会に参加し、家族の話を聞いたことは大きかった」、「施設の中にいると何やっていたかわからない」、「外に出ていけば周りから逆に歩み寄ってきてくれることがある」、「病院にいたときは介護保険のことなど分かりにくいこともあったが、出てみると就労関係のこんな施設があると分かった」
地域資源や住民へ直接働きかけること	地域資源に対して直接働きかけること	「本人のやりたいことから、地域の人をお願いをしに行き地域を巻き込んでいっている」、「地域資源に対して交渉していくことから始まると、理解してきてくれる」、「行政に対してこういう場を作れたらいいんじゃないかと提案して協力してもらっている(清掃活動や見守り活動など)」、「介護の人のケアプランや相談支援だけでなくそこに作業療法士がはいつて特性を活かすといいと思う」
	・認知症の人と地域の人と直接関わりを持つこと	「地域での活動を通して、地域の人と触れ合える場を作ったりしている」、「認知症の人と一緒に地域に連れていき、地域の人に理解してもらっている」、「自分たちの病気を知ってもらうことをきっかけに普及啓発をしている」

<アンケート調査結果>

1. 基本属性

329 部送付し、105 施設から回答を得た(回収率 31.9%)。回答者の性別は男性 46 名、女性 58 名で平均年齢は 39.5 であった(表 3)。通算経験年数は平均 15.0 年で、以前働いていた職場では医療機関(主に回復期病棟)が最も多く 41 名(39.1%)であった(表 4)。今までに行ったことのある施設外業務では住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援が最も多く 27 名(27.0%)であった(表 5)。所属施設に関しては超強化型が最も多く 42 名(40.4%)であった(図 1)。常勤職員数は平均 73.0 名(介護職員 37.3 名、看護職員 12.3 名、リハビリ職員 8.6 名、ケアマネージャー 2.5 名、相談員 2.7 名、栄養士 1.7 名)であった。施設の地域資源の関わりでは、現在関わりある地域資源で最も多いのは他の介護保険サービス事業所(76.2%)、以前関わりのあった地域資源で最も多いのは通いの場及び認知症カフェ(18.1%)であった(図 2)。

社会参加実施経験の有無に関しては、実施したことがあるが 41 名(39.0%)、実施したことがないが 64 名(61.0%)であった(図 3)。

表 3 性別(n=105)

	男性	女性	無回答
実数	46	58	2
%	44.2	55.7	0.2

表 4 以前働いていた職場(n=105、複数回答)

	実数	%
医療機関(主に急性期病棟)	21	20.0
医療機関(主に回復期病棟)	41	39.1
医療機関(主に維持期病棟)	21	20.0
別の介護老人保健施設	28	26.7
介護サービス事業所(特別養護老人ホーム等)	8	7.6
障害福祉サービス事業所(就労支援等)	0	0
行政	0	0
民間企業(医療・福祉を除く)	1	1.0
大学・養成校等	1	1.0
貴事業所のみ	17	17.2
その他	4	3.8
無回答	0	0

表 5 今までに行ったことのある施設外での業務 (n=105、複数回答)

	実数	%
住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援	27	27.0
他事業所職員への助言指導	22	22.0
地域ケア会議への参加	26	26.0
その他	9	9.0
特になし	48	48.0
無回答	5	

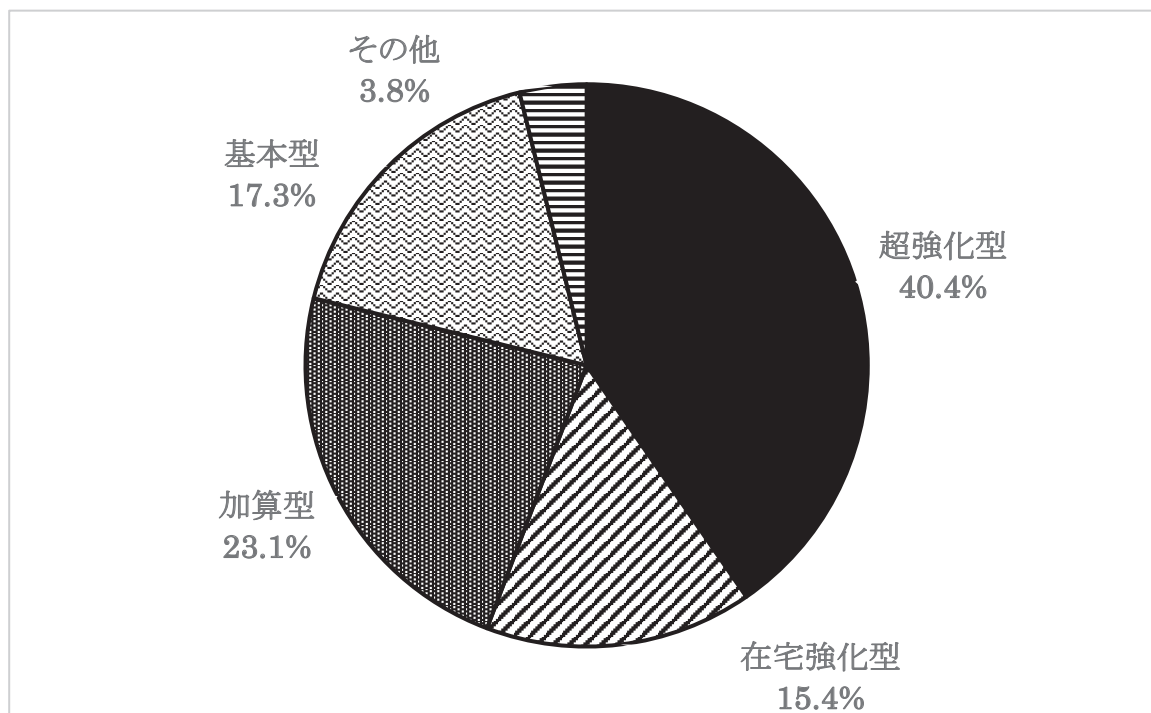


図 1 所属施設区分 (n=105)

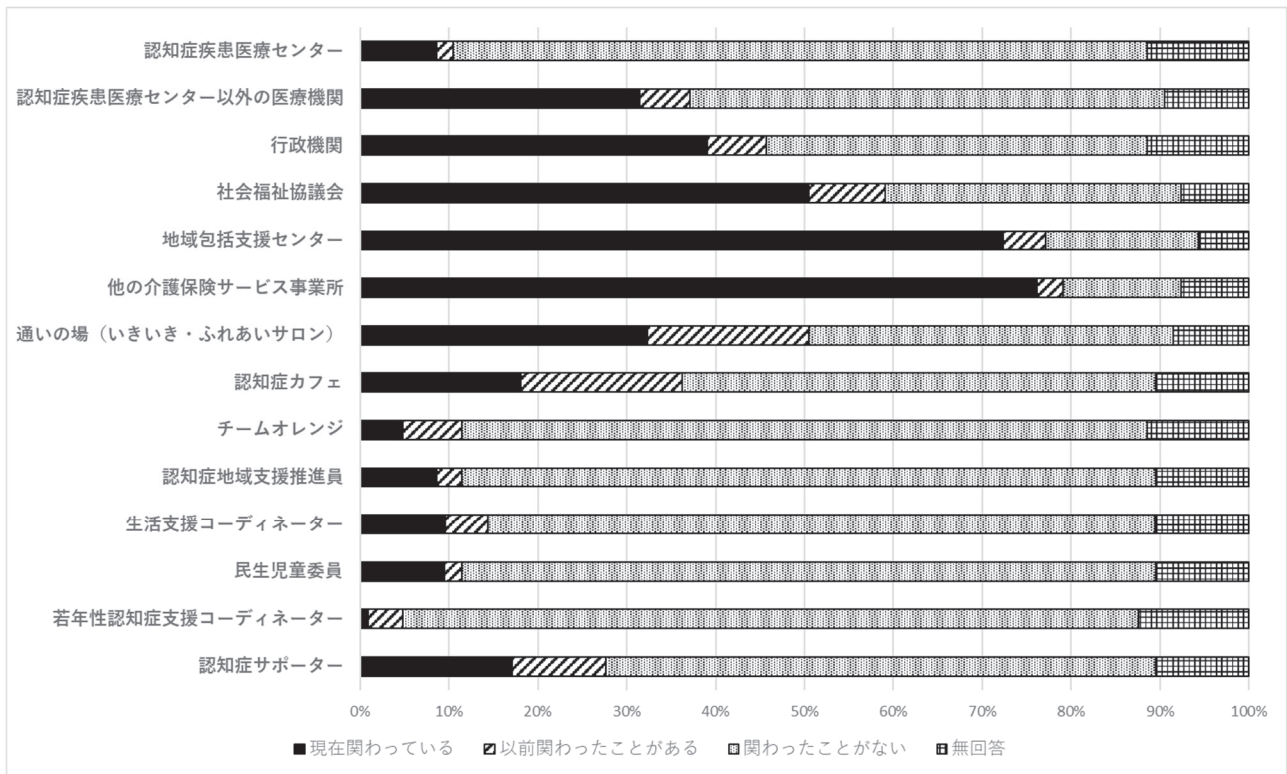


図 2 現在関わりのある又は以前関わりがあった地域資源 (n=105)

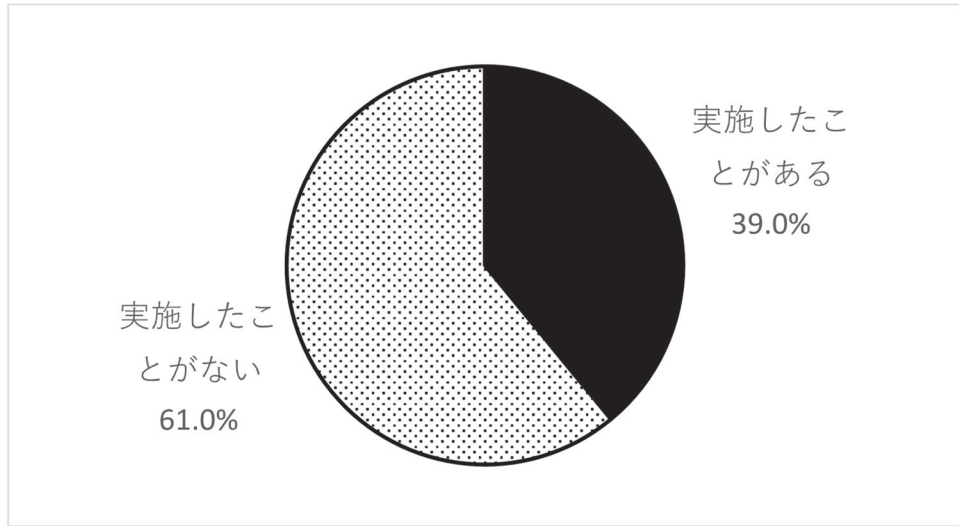


図 3 認知症の人に対する社会参加実施経験の有無(n=105)

社会参加の実施内容 (n=41、一部抜粋)

- ・近所の人や家族と買い物に行くために身体機能訓練、屋外歩行練習を行った。
- ・地域ボランティア参加のために応用歩行訓練を行った。
- ・地域の保育園児への手作り玩具をリハビリの作業活動で行った。
- ・地元の祭り行事の際に手作りの小物作品を提供した。

## 2. 認知症の人の社会参加に対する施設及び作業療法士の考えについて

認知症の人が社会参加することに対する施設及び作業療法士自身の考えでは、「役割を持ち生きがいを感じる事」が施設と作業療法士ともに最も多く(77.1%, 89.6%)、次いで「認知症の本人のやりたいことを把握すること」であった(65.7%, 83.8%)。(図 4)

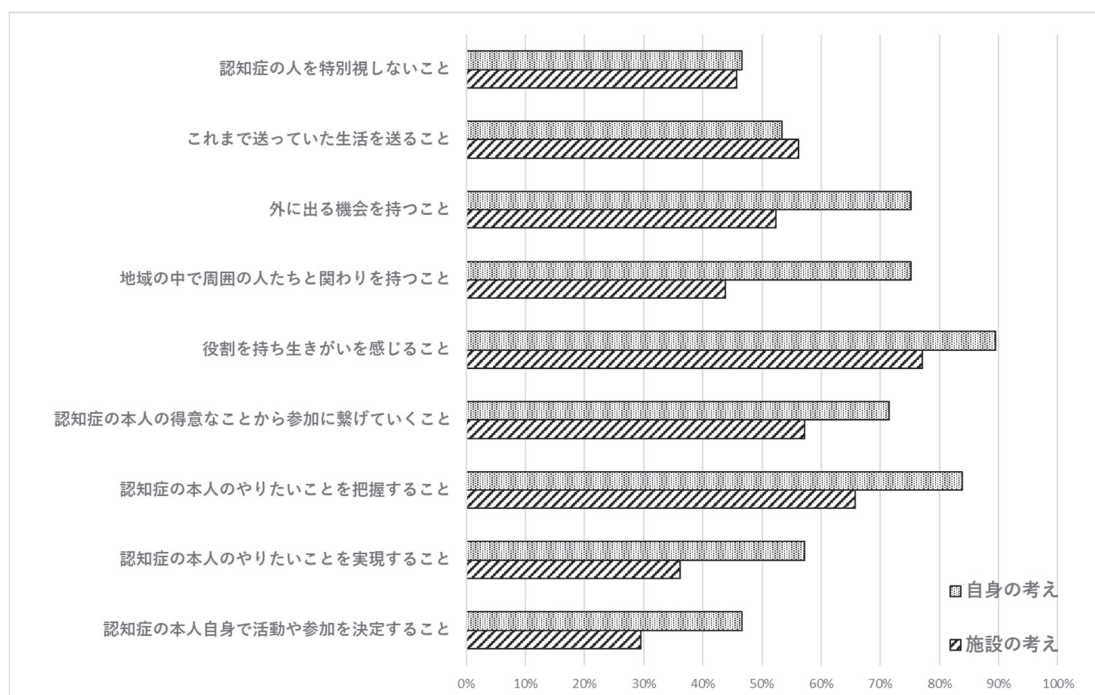


図 4 認知症の人が社会参加することに対する施設及び作業療法士の考え(n=105)

### 2 - 1. 社会参加実施の有無による各質問項目の違い

社会参加の実施有無により2群に分け比較した結果、年齢、性別、通算経験年数、常勤総職員数では有意な差を認めなかった(表 6 表 7)。関わったことのある地域資源の総数では実施群が有意に多かった( $p<0.05$ )。また、施設区分では超強化型の割合が実施群の方が有意に高かった( $p<0.05$ )。

認知症の人が社会参加することに対する考えでは、「認知症の本人の得意なことから参加に繋げていくこと」において、残差分析の結果実施群は施設と作業療法士両方とも考えている割合が有意に高かった( $p<0.05$ )。その他の項目については有意差を認めなかった。

表 6 社会参加実施有無による項目の違い(t 検定)

	実施群 (n=41)	非実施群 (n=64)	p値
年齢 (歳)	40.1±7.6	39.1±8.4	n.s.
通算経験年数 (年)	14.9±6.4	15.0±7.5	n.s.
常勤総職員数 (人)	78.0±32.1	69.0±32.6	n.s.
関わったことがある地域資源の総数 (0-14)	6.1±3.4	3.9±2.7	*

数値：平均値±標準偏差 統計分析：t検定、\*p<0.05

表 7 社会参加実施有無による項目の違い(カイ二乗検定)

		実施群 (n=41)	非実施群 (n=64)	p値
性別	男性	17(41)	29(45)	n.s.
	女性	24(59)	34(53)	n.s.
	無回答	0(0)	1(2)	
施設区分	超強化型	24(59)	18(28)	*
	在宅強化型	5(12)	11(27)	n.s.
	加算型	6(15)	18(28)	n.s.
	基本型	5(12)	13(20)	n.s.
	無回答	1(2)	4(6)	n.s.

**認知症の人が社会参加することに対する施設又は作業療法士の考え**

認知症本人の得意なことから参加に繋げていくこと

		実施群 (n=41)	非実施群 (n=64)	p値
	両方考えていない	4(10)	17(27)	*
	施設のみ	3(7)	6(9)	n.s.
	作業療法士のみ	5(12)	16(25)	n.s.
	両方考えている	27(66)	24(38)	*
	無回答	2(5)	1(2)	

数値：n (%) 統計分析：カイ二乗検定、\*残差分析にて有意差ありp<0.05

### 3. 認知症の人の社会参加を促進するための周囲の環境について

認知症の人への社会参加を実施する際に影響している環境的な要因では、社会参加を実施したことがある41名の中で「とてもそう思う」と回答した人の割合は「家族の認知症本人の社会参加に対する理解があること」が最も多く(63.4%)、次いで「施設外に社会参加が実施できる場所があること」(61.0%)、「施設内に社会参加が実施できる場所があること」(58.5%)、「施設全体の職員数が十分であること」(56.1%)、「リハビリ職員の認知症の人の社会参加に対する理解があること」(56.1%)であった。(図5)

回答者全員を対象とした社会参加に必要なと感じる周囲の環境については、「とてもそう思う」と回答した人の割合は「リハビリ職員に認知症の人の社会参加実施の理解があること」が最も多く(71.4%)、次いで「施設全体の職員数が十分であること」(70.5%)、「施設管理者に認知症の人の社会参加に対する理解があること」(65.7%)、「家族が認知症本人の社会参加の意義を理解すること」(65.7%)であった。

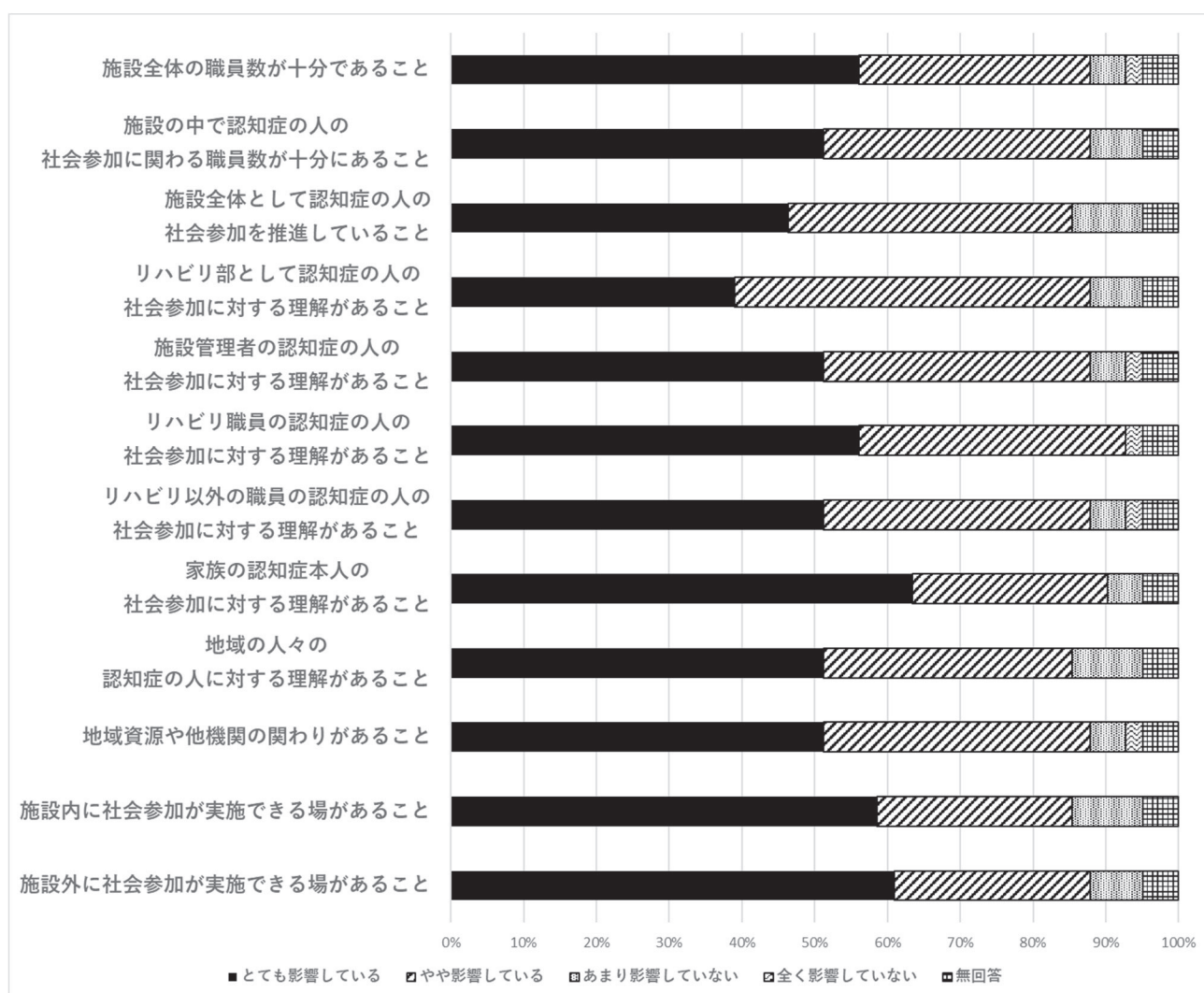


図5 認知症の人の社会参加実施の際に影響している環境的な要因(社会参加を実施したことがある41名)

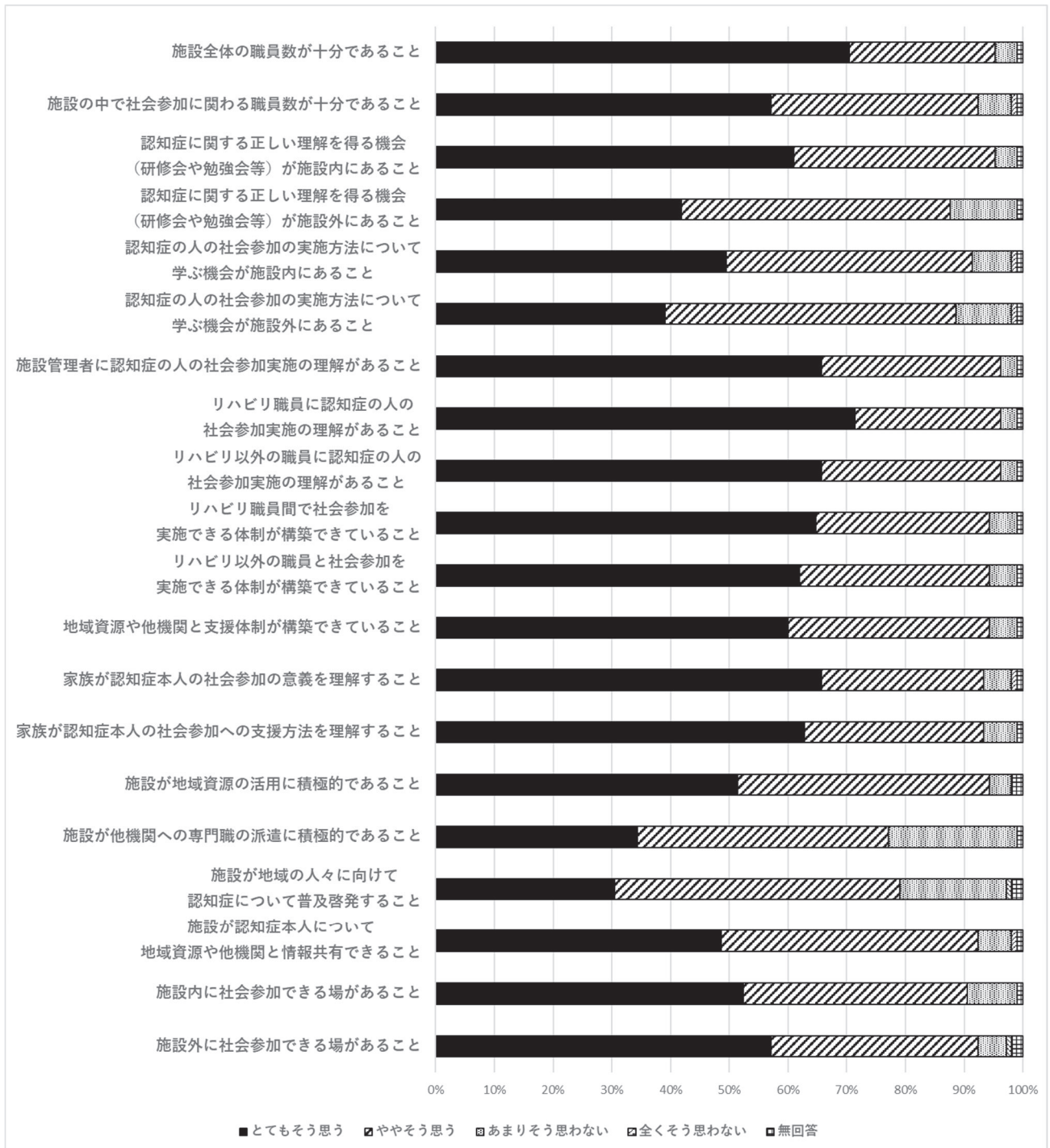


図 6 社会参加実施に必要なだと感じる環境的な要因(n=105)



#### 4. 認知症の人に対する社会参加を推進するために重要なこと

社会参加を実施したことがあると回答した 41 名の中で、認知症の人の社会参加に係るリハビリテーションの実施に関して「良くできている」又は「まあ出来ている」と回答した人の割合は上位から「施設内の多職種と連携している」(90.2%)、「認知症の本人の困りごとを把握している」(90.2%)、「生活歴等を通して認知症の本人の社会参加に関するニーズを把握している」(75.6%)であった。反対に、「あまり出来ていない」又は「全く出来ていない」と回答した人の割合は上位から「施設周囲の社会参加に関わる地域資源を利用している」(85.4%)、「地域住民と関わっている」(80.5%)、「施設周囲の社会参加に関わる関係職員と連携している」(80.5%)であった。(図 7)

また、社会参加を実施したことがあると回答した 41 名の中で、社会参加を実施するうえで課題に感じていることに関して、「とてもそう思う」又は「まあそう思う」と回答した人の割合が上位から「施設周囲の社会参加に関わる地域資源を利用できていない」(90.2%)、「施設周囲の社会参加に関わる地域資源の種類が把握できていない」(85.4%)、「施設周囲の社会参加に関わる関係職員との連携ができていない」(82.9%)であった。(図 8)

回答者全員を対象とした、今後社会参加を推進していくために必要だと感じていることでは、「とてもそう思う」と回答した人の割合は上位から「認知症の本人の能力(得意なこと、苦手なこと)を適切に評価すること」(76.1%)、「認知症の本人の生活上の困りごとを把握すること」(66.7%)、「認知症の本人の能力に合わせて適切な社会参加の段階付けを行うこと」(62.9%)であった。(図 9)

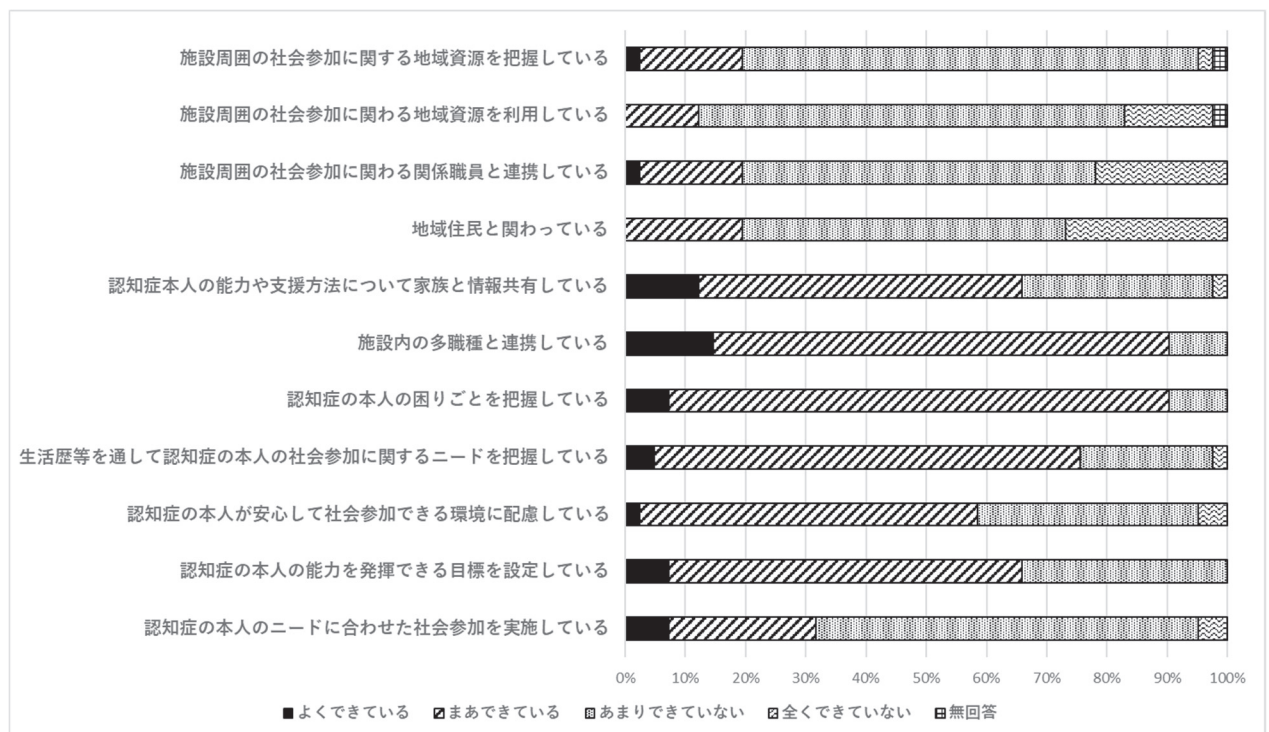


図 7 社会参加に係るリハビリテーションについて実施していること(実施したことがあると回答した 41 名)

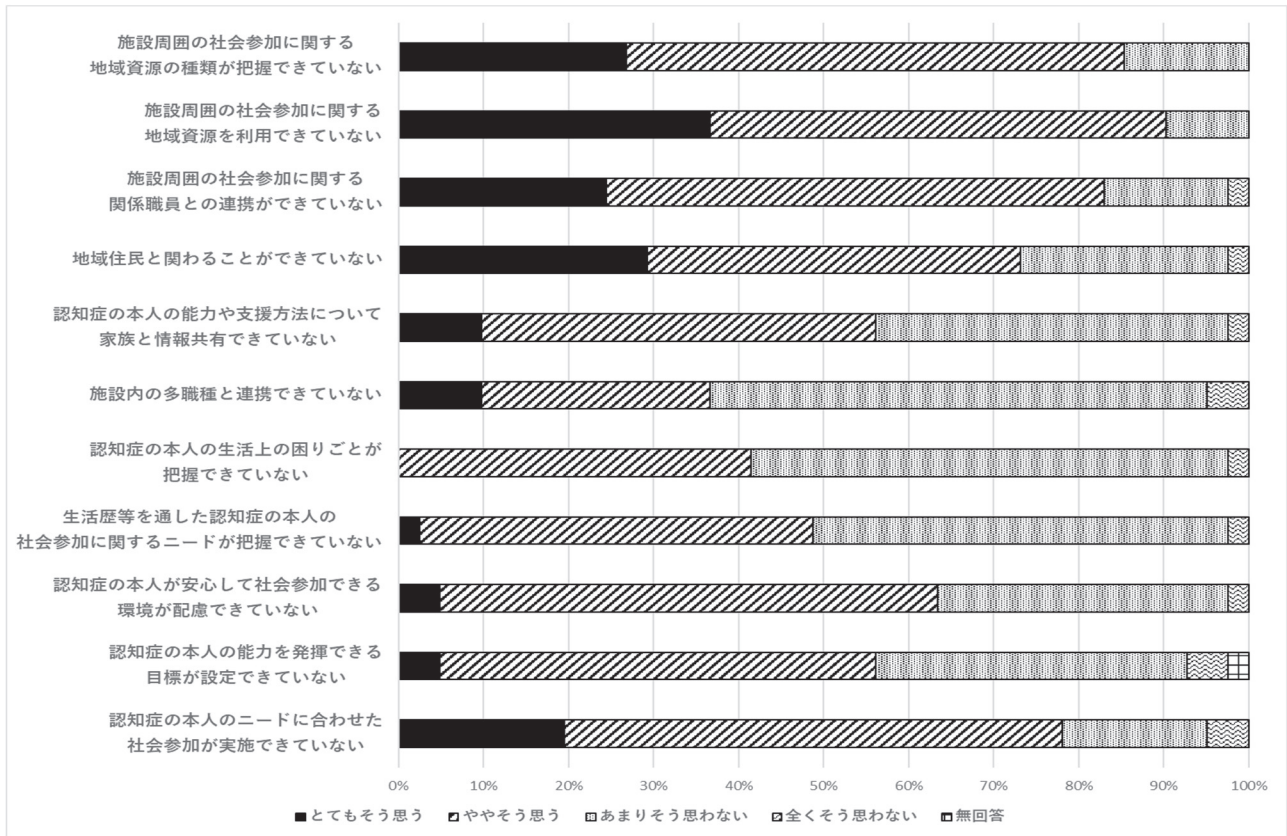


図 8 社会参加に係るリハビリテーションを実施する中で課題に感じていること(実施したことがあると回答した 41 名)

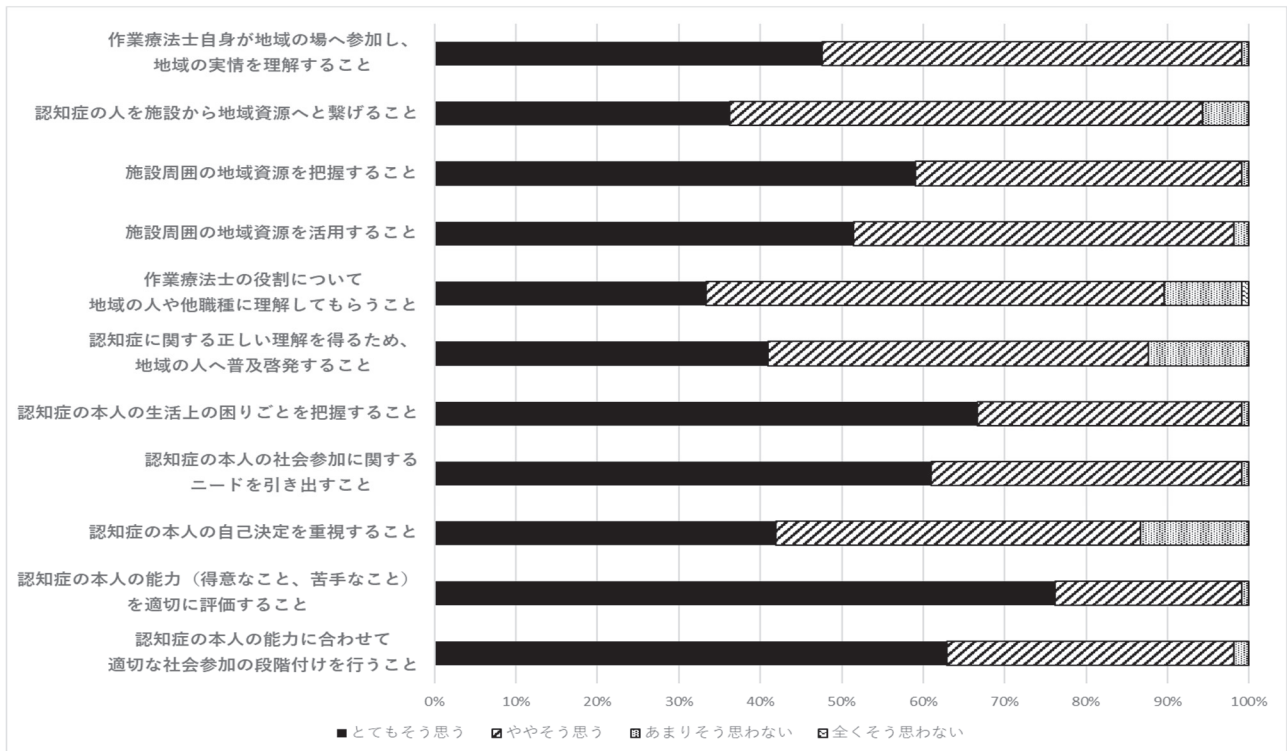


図 9 今後社会参加を推進するうえで必要と感じているもの(n=105)

#### IV. 考察

近年認知症の人の社会参加を促進するための心理社会的な介入が進められてきており、認知機能や日常生活活動に焦点が当てられている(Angel C. et al., 2017)。しかし認知症の人の社会参加に関する研究の多くは社会参加の内容や頻度といった本人視点の要因の検討が多く、支援を行う施設や職員視点での研究はほとんどされていない。昨年度大府センターによる調査では多くの施設が社会参加を実施しておらず、その要因として職員不足や地域資源の理解不足やといった支援者側の要因が影響していることが明らかとなった。そこで本研究はアンケート調査を通して施設周囲の環境要因や作業療法士自身の考えから社会参加実施のために重要となる要因を明らかにすることを目的とした。

初めに認知症の人の社会参加に対する考えや社会参加実施に重要となる要素についてヒアリング調査を実施した。その結果、認知症の人が社会参加することは、社会との繋がりを持ち続けること、本人の能力や特性に合わせて活動を実施することにつながるということが明らかになった。社会参加の定義は様々であるが、先行研究では広義の意味として「社会において繋がりを持つ」を含んでおり(小向ら、2017)、認知症によって出来なくなった活動がありながらも、今までと変わらず周囲と関わりを持ち続けることが重要であり、本人の得意な活動ややりたい事を通して参加に繋げていく必要がある。また、社会参加に重要となる要素では、地域資源を知り直接関わりを持つことが挙げられ、ヒアリング協力者は自ら地域資源へ働きかけたり、直接地域住民との関わりを持つような取り組みを行っていた。今後社会参加を促進するためにはまずは自身の周囲にある社会資源の種類を知り、その活用法について理解しておく必要があると考えられる。

アンケート調査では、認知症の人の社会参加に対する考えとして施設と作業療法士とも「役割を持ち生きがいを感じることに」最も同意していた。また、認知症の人に対するリハビリテーションとして社会参加実施した群は実施していない群よりも「認知症本人の得意なことから参加に繋げていくこと」を重視しており、本人の得意なことを評価していくことが重要であると考えられる。若年性認知症の人の社会参加についての先行研究では、当事者と支援者が相談しながら個々の特性に応じた活動の場を広げることが重要であると説明している(中畑ら、2022)。また当事者同士の関わりが孤独さや不安感を取り除き、互いを後押しすると述べられている。症状の進行によりできる活動が狭まる中で、周囲との関わりを通して自身の役割を果たすことは本人の安心感にも繋がると思われる。個別リハビリは社会参加の改善に効果があることが示されており(全国老人保健施設協会、2019)、支援者は認知症本人の生活歴や趣味等を聴取する中で、本人の希望を聞き、出来る活動と一緒に見つけ出し、社会参加へと展開していくことが求められる。

施設周囲の環境では、多くの回答者が認知症の人が社会参加することに対する施設職員や家族の理解、実施体制の構築が必要であると考えていた。これは昨年度調査においても同様の結果が得られており、依然として周囲の社会参加に対する理解が不足していた。また、「社会参加の実施方法について学ぶ機会が施設外にあること」や「地域の人々に向けて普及啓発すること」といった施設外環境に関する項目は、施設内環境より重要度が低い傾向がみられ、施設外の関係機関より施設職員や家族といった直接介入に関係ある人が重視されていると思われる。認知症の人の支援について日本作業療法士協会の認知症ガイドラインでは、介護者に対する心理教育的介入を行うことで介護負担や介護肯定感を改善する(グレード B)とされており(作業療法ガイドライン、2019)、施設職員や家族に向けて、認知症の人が社会参加することの重要性を説明していく必要があると思われる。

また、社会参加の実施方法は確立しておらず、地域資源を利用した社会参加についてはほとんど実施されていなかった。本年度の社会参加に関するリハビリテーション実施割合は昨年度の 17 施設 (15.6%) と比べて 41 施設 (39.0%) と増加しているが、社会参加実施において施設周囲の地域資源や関係職員を把握している回答者は 2 割以下であった。通いの場や介護サービス等の地域資源の活用は、認知症本人が住み慣れた地域で生活し続けるための支援として重要であり(日本リハビリテーション病院・施設協会、2021)、作業療法士として地域資源を活用するためにはまずは自身の施設周囲にどのような地域資源が存在し、どのような場面で活用することができるかを把握しておく必要がある。本調査では7割以上が施設として地域包括支援センターとの関わりがあることが明らかとなった。地域包括支援センターとは、介護保険制度における地域支援事業の一つである包括的支援事業を実施する中核的機関であり、介護予防ケアマネジメントや総合相談・支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント等の役割を担っている(厚生労働省、2022)。特に総合相談支援業務では、地域の介護サービス事業者や医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者のネットワーク構築や、これらのネットワークを通じた様々な相談支援や情報提供、関係機関の紹介の役割を担っている。そのため、今後作業療法士が地域資源を把握し活用するためには、地域包括支援センターと直接連携し、地域資源に関する情報提供を受けるなどの取り組みが重要となると思われる。

本調査では半数の回答者が施設外業務を行ったことがないと回答しており、作業療法士自身の地域での活動が少ないことが明らかとなった。他の調査報告でも地域ケア会議の現状としてリハビリ関連職との連携不足を課題に挙げており、地域へのリハビリ職の参画が必要とされている(三菱総合研究所、2016)。先行研究では地域ケア会議において作業療法士の求められる役割の一つとして、高齢者の参加を促進するための取り組みが期待されており(赤堀ら、2019)、今後は地域ケア会議や他事業所への取り組みを支援する中で、作業療法士として社会参加に関する助言や指導をしていく必要がある。

今後の展望として、認知症の人の社会参加を促進していくためには、本人の得意なことややりたいことを通して社会と繋がりを持ち続けることが重要であり、本人の能力や特性に合わせた介入や、地域資源の活用といった要素を含めたリハビリテーションプログラムが求められる。例えば本人の能力や特性に合わせた介入に関しては、日本作業療法士協会は生活行為向上マネジメントの活用を推奨しており、興味関心チェックシートによるリハビリ目標の聞き取りから、他職種に向けた生活行為の申し送りまでを一貫としている。生活行為向上マネジメント実践報告として、市民センターでの地域住民との交流や買い物サポートのために民生委員やケアマネージャーと連携し、見守り支援を行っていた(日本作業療法士協会誌、2015)。認知症本人のやりたいことを叶えるために必要となる機能や、それを支援するための周囲にある地域資源を理解し、活用していくことが今後重要となると思われる。

## V. まとめ

本研究では認知症の人の社会参加を促進するため、施設職員や環境の視点から重要な要素を明らかにした。認知症の人が社会参加をすることは、病気になっても社会と繋がりを持ち続けるために重要であり、個々の能力や特性に合わせた活動を実施したり、地域資源を活用することが求められている。しかし社会参加に対する周囲の理解は未だ不十分であるため、施設職員や家族に向けて社会参加の重要性を説明していくことが求められる。また、社会参加を地域へ広げていくためには、作業療法士自身が地域での活動を増やしたり、地域資源の種類や活用法に対する理解を深める必要がある。

## VI. 参考文献

1. Angel C. et al., ICT-based applications to improve social health and social participation in older adults with dementia. A systematic literature review. *Aging & Mental health*. 21(1). 58-65. 2017
2. 小向佳奈子 他、「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 一定性的システマティックレビュー」、*理学療法科学*、32(5)、pp.683-693、2017
3. 中畑ひとみ 他、「若年性認知症がある人々が社会参加することの意味：参与観察および当事者と支援者への面接調査の分析から」、*日本看護研究会雑誌*、44(5)、pp. 735-747、2022
4. 公益社団法人 全国老人保健施設協会、*介護老人保健施設における認知症リハビリテーションの効果に関する調査研究事業 報告書*、2019
5. 一般社団法人 日本作業療法士協会、*作業療法ガイドライン 認知症*、2019
6. 一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会、*地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル*、2021
7. 厚生労働省、*地域支援事業実施要綱*、2022  
URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000919491.pdf>
8. 三菱総合研究所、*平成 26 年度老人健康事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業 報告書*、2015
9. 三菱総合研究所、*平成 27 年度老人健康事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 市町村と地域包括支援センターの連携・効果的な運営に関する調査研究事業 報告書*、2016
10. 赤堀将孝 他、*地域ケア会議参加者が作業療法士に求める各会議での役割、作業療法*、38:pp.325-334、2019
11. *生活行為向上マネジメントの展開 他分野から MTDLP 実践報告*、*日本作業療法士協会誌*、43:pp.27-42、2015

**認知症の人の社会参加を促進するための周囲の環境や  
作業療法士自身の認識に関する調査**

**<本調査の目的>**

2018年に厚生労働省は、若年性認知症の人を中心とした介護保険サービス事業所における社会参加活動の実施について、介護サービス提供時間中に地域住民と交流したり、地域で有償ボランティアなどの活動に参加することが可能だとする通知を全国の自治体に出しました。しかし実施上の困難として認知症の症状やその人の好みに合った社会参加活動の選択が難しいことが課題として挙げられました。

2021年度に大府センターでは愛知岐阜三重の介護老人保健施設で働く作業療法士を対象に認知症の人の社会参加の実態について調査を行ったところ、多くの施設で社会参加活動を行っておらず、認知症に対する周囲の理解や社会資源の不足といった周囲の環境や、作業療法士個人の社会参加に対する認識の違いが課題として挙げられました。

本年度では、認知症の人の社会参加を促進するために重要となる周囲の環境や、作業療法士の社会参加に対する認識についてアンケート調査とインタビュー調査を通して明らかにすることを目的とします

御多忙と存じますが、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

**【調査票のご記入にあたって】**

○アンケート回答者　：　貴事業所で働く作業療法部門の管理者の方

○プライバシーの保護

今回の調査から、個人が特定されることはありません。また、本調査は実施主体の倫理委員会の承認のもとで行われ、調査の目的以外には使用いたしません。得られたデータは分析後、速やかに破棄します。なお、ご回答をもって本調査への同意といたします。

○返信方法および締切日

記入していただいた調査票は同封した返信用封筒にてご返送をお願いいたします。

締切日：1月20日（金）

【調査実施主体・問い合わせ先】 〒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：齊藤、山口、工藤）  
電話番号：0562-44-5551 FAX：0562-44-5831

I. あなたご自身と所属している施設についてお伺いします。

Q 1 あなたご自身についてお伺いします。該当する箇所にご記入ください。

1) 年齢	_____歳	2) 性別	1. 男性 2. 女性
3) 通算経年数	_____年 (うち、現在の職場での経年数 _____年)		
4) 以前働かれていた職場 (複数回答)	1. 医療機関 (主に急性期病棟)                      2. 医療機関 (主に回復期病棟) 3. 医療機関 (主に維持期病棟)                      4. 別の介護老人保健施設 5. 介護サービス事業所 (特別養護老人ホーム等、4. を除く) 6. 障害福祉サービス事業所 (就労支援等) 7. 行政    8. 民間企業 (医療・福祉を除く) 9. 大学・養成校等    10. 貴事業所のみ 11. その他 ( _____ )		
5) 今までに行ったことのある施設外での業務 (複数回答)	1. 住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援 2. 他事業所職員への助言指導                      3. 地域ケア会議への参加 4. その他 ( _____ )                      5. 特にない		

Q 2 あなたが所属している施設についてお伺いします。該当する箇所にご記入ください。

1) 施設区分	1. 超強化型                      2. 在宅強化型                      3. 加算型                      4. 基本型 5. その他 ( _____ )			
2) 常勤職員数	1. 総職員数 ( _____ )人 2. 介護職員 ( _____ )人                      3. 看護職員 ( _____ )人 4. リハビリ職員 ( _____ )人                      5. ケアマネージャー ( _____ )人 6. 相談員 ( _____ )人                      7. 栄養士 ( _____ )人			

→ 次ページにお進みください

3) 貴施設が現在関わりのある（以前関わりがあった）地域資源について、項目ごとに当てはまる番号に1つ○をつけてください。

地域資源の内容	現在関わりがある	以前関わりがあった	関わったことがない
1. 認知症疾患医療センター	2	1	0
2. 認知症疾患医療センター以外の医療機関	2	1	0
3. 行政機関	2	1	0
4. 社会福祉協議会	2	1	0
5. 地域包括支援センター	2	1	0
6. 他の介護保険サービス事業所	2	1	0
7. 通いの場（いきいき・ふれあいサロン）	2	1	0
8. 認知症カフェ	2	1	0
9. チームオレンジ	2	1	0
10. 認知症地域支援推進員	2	1	0
11. 生活支援コーディネーター	2	1	0
12. 民生児童委員	2	1	0
13. 若年性認知症支援コーディネーター	2	1	0
14. 認知症サポーター	2	1	0
15. その他（ ）	2	1	0

4) 今までに認知症の人に対して社会参加（※）を目標にリハビリ介入を行ったことがありますか。

1. ある → 5)へお進みください      2. ない → 次ページⅡ.へお進みください

※本調査での社会参加は「他者との社会的接触や共同した活動、周囲を助ける活動」や「近所付き合いや友人とお出かけ、家族との買い物や旅行、地域行事、老人会活動、奉仕活動」など広義の意味での周囲との関わりを指しています。

<参考例>

- ・ 施設内でのボランティア活動参加を目標に、個別リハビリにて身体機能訓練を行なった
- ・ 認知症カフェ内での給仕係を遂行するために、地域ボランティアと連携し環境調整を図った
- ・ 地域の保育園へ手作り雑巾を送るために集団リハビリにて雑巾縫い作業を行った
- ・ 地域の友人と外出に出かけるために屋外歩行練習を実施した
- ・ 施設内レクリエーションの企画運営の役割を担うために、企画書やポスター作成の練習をした

5) 4)にてあると回答した方にお伺いします。どのような社会参加目標を設定しましたか。

(自由記述)

⇒ 次ページⅡ.にお進みください



II. 認知症の人の社会参加を促進するための施設周囲の環境についてお伺いします。

認知症の人への社会参加活動に向けたリハビリテーションを実施した際の状況についてお伺いします。

今までの経験からご自身が思ったことや、現在感じている施設周囲の環境的な要因についてお書きください。

Q3-1 認知症の人が社会参加することについて、**施設全体の考え**について当てはまる番号全てに○をつけてください。

(複数選択)

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. 認知症の人を特別視しないこと        | 2. これまで送っていた生活を送ること          |
| 3. 外に出る機会を持つこと           | 4. 地域の中で周囲の人たちと関わりをもつこと      |
| 5. 役割を持ち生きがいを感じる         | 6. 認知症の本人の得意なことから参加につなげていくこと |
| 7. 認知症の本人のやりたいことを把握すること  | 8. 認知症の本人のやりたいことを実現すること      |
| 9. 認知症の本人自身で活動や参加を決定すること |                              |

Q3-2 その他に、認知症の人の社会参加について、**施設全体**として考えていることをお書きください。

(自由記述)

Q4-1 Q2-4で認知症の人に向けて社会参加を目標にリハビリ介入を行ったことがあると回答した方にお伺いします。(行ったことがない方はQ5-1にお進みください) 認知症の人の社会参加に係るリハビリテーションを実施した際に**影響している環境的な要因**について、項目ごとに当てはまる番号1つに○を付けてください。

	全く影響 していない	あまり影響 していない	やや影響 している	とても影響 している
1. 施設全体の職員数が十分であること	1	2	3	4
2. 施設の中で認知症の人の社会参加に関わる職員数が十分あること	1	2	3	4
3. 施設全体として認知症の人の社会参加を推進していること	1	2	3	4
4. リハビリ部として認知症の人の社会参加を推進していること	1	2	3	4
5. 施設管理者の認知症の人の社会参加に対する理解があること	1	2	3	4
6. リハビリ職員の認知症の人の社会参加に対する理解があること	1	2	3	4
7. リハビリ以外の職員の認知症の人の社会参加に対する理解があること	1	2	3	4
8. 家族の認知症本人の社会参加に対する理解があること	1	2	3	4
9. 地域の人々の認知症の人に対する理解があること	1	2	3	4
10. 地域資源や他機関の関わりがあること	1	2	3	4
11. 施設内に社会参加が実施できる場があること	1	2	3	4
12. 施設外に社会参加が実施できる場があること	1	2	3	4

Q4-2 その他に影響している環境的な要因についてお書きください。

(自由記述)

⇒ 次ページにお進みください

Q5-1 全員にお伺いします。今後、認知症の人の社会参加を推進していくために、**必要だと感じている環境的な要因**についてお伺いします。項目ごとに当てはまる番号1つに○を付けてください。

	全くそう 思わない	あまりそう 思わない	やや そう思う	とても そう思う
1. 施設全体の職員数が十分であること	1	2	3	4
2. 施設の中で社会参加に関わる職員数が十分であること	1	2	3	4
3. 認知症に関する正しい理解を得る機会（研修会や勉強会等）が施設内にあること	1	2	3	4
4. 認知症に関する正しい理解を得る機会（研修会や勉強会等）が施設外にあること	1	2	3	4
5. 認知症の人の社会参加の実施方法について学ぶ機会が施設内にあること	1	2	3	4
6. 認知症の人の社会参加の実施方法について学ぶ機会が施設外にあること	1	2	3	4
7. 施設管理者に認知症の人の社会参加実施の理解があること	1	2	3	4
8. リハビリ職員に認知症の人の社会参加実施の理解があること	1	2	3	4
9. リハビリ以外の施設職員に認知症の人の社会参加実施の理解があること	1	2	3	4
10. リハビリ職員間で社会参加を実施できる体制が構築できていること	1	2	3	4
11. リハビリ以外の職員と社会参加を実施できる体制が構築できていること	1	2	3	4
12. 地域資源や他機関と支援体制が構築できていること	1	2	3	4
13. 家族が認知症本人の社会参加の意義を理解すること	1	2	3	4
14. 家族が認知症本人の社会参加への支援方法を理解すること	1	2	3	4
15. 施設が地域資源の活用に積極的であること	1	2	3	4
16. 施設が他機関への専門職の派遣に積極的であること	1	2	3	4
17. 施設が地域の人々に向けて認知症について普及啓発すること	1	2	3	4
18. 施設が認知症本人について地域資源や他機関と情報共有できること	1	2	3	4
19. 施設内に社会参加できる場があること	1	2	3	4
20. 施設外に社会参加できる場があること	1	2	3	4

Q5-2 その他に認知症の人の社会参加を推進していくために必要だと感じている環境的な要因についてお書きください。  
(自由記述)

→ 次ページⅢ. にお進みください

Ⅲ. 認知症の人の社会参加に対するご自身の認識についてお伺いします。

Q6-1 認知症の人が社会参加することについて、**ご自身の考え**について当てはまる番号全てに○をつけてください。

(複数選択)

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. 認知症の人を特別視しないこと        | 2. これまで送っていた生活を送ること          |
| 3. 外に出る機会を持つこと           | 4. 地域の中で周囲の人たちと関わりをもつこと      |
| 5. 役割を持ち生きがいを感じる         | 6. 認知症の本人の得意なことから参加につなげていくこと |
| 7. 認知症の本人のやりたいことを把握すること  | 8. 認知症の本人のやりたいことを実現すること      |
| 9. 認知症の本人自身で活動や参加を決定すること |                              |

Q6-2 その他に、認知症の人の社会参加について、ご自身で考えていることをお書きください。

(自由記述)

Q7-1 Q2-4で認知症の人に向けて社会参加を目標にリハビリ介入を行ったことがあると回答した方にお伺いします。(行ったことがない方はQ9-1にお進みください) 認知症の人への社会参加に係るリハビリテーションを実践する中でご自身が**実施していること**について、項目ごとに当てはまる番号に1つ○を付けてください。

	全く できていない	あまり できていない	まあ できている	よく できている
1. 施設周囲の社会参加に関する地域資源を把握している	1	2	3	4
2. 施設周囲の社会参加に関わる地域資源を利用している	1	2	3	4
3. 施設周囲の社会参加に関わる関係職員と連携している	1	2	3	4
4. 地域住民と関わっている	1	2	3	4
5. 認知症の本人の能力や支援方法について家族と情報共有している	1	2	3	4
6. 施設内の多職種と連携している	1	2	3	4
7. 認知症の本人の生活上の困りごとを把握している	1	2	3	4
8. 生活歴等を通して認知症の本人の社会参加に関するコードを把握している	1	2	3	4
9. 認知症の本人が安心して社会参加できる環境に配慮している	1	2	3	4
10. 認知症の本人の能力を発揮できる目標を設定している	1	2	3	4
11. 認知症の本人のコードに合わせた社会参加を実施している	1	2	3	4

Q7-2 その他に、社会参加を実践する中で実施していることについてお書きください。

(自由記述)

⇒ 次ページにお進みください

Q8-1 Q2-4で認知症の人に向けて社会参加を目標にリハビリ介入を行ったことがある方にお伺いします。（行ったことがない方はQ9-1にお進みください）認知症の人への社会参加に係るリハビリテーションを実践する中でご自身が課題に感じていることについて、項目ごとに当てはまる番号に1つ○を付けてください。

	全く 感じていない	あまり 感じていない	まあ 感じている	よく 感じている
1. 施設周囲の社会参加に関する地域資源の種類が把握できていない	1	2	3	4
2. 施設周囲の社会参加に関する地域資源を利用できていない	1	2	3	4
3. 施設周囲の社会参加に関する関係職員との連携ができていない	1	2	3	4
4. 地域住民と関わることができていない	1	2	3	4
5. 認知症の本人の能力や支援方法について家族と情報共有できていない	1	2	3	4
6. 施設内の多職種と連携できていない	1	2	3	4
7. 認知症の本人の生活上の困りごとが把握できていない	1	2	3	4
8. 生活歴等を通じた認知症の本人の社会参加に関するニーズが把握できていない	1	2	3	4
9. 認知症の本人が安心して社会参加できる環境が配慮できていない	1	2	3	4
10. 認知症の本人の能力を発揮できる目標が設定できていない	1	2	3	4
11. 認知症の本人のニーズに合わせた社会参加が実施できていない	1	2	3	4

Q8-2 その他に、社会参加を実践する中で課題に感じていることについてお書きください。

（自由記述）

➡ 次ページにお進みください

Q9-1 全員にお伺いします。作業療法士として、認知症の人の社会参加を推進するために**必要だと感じていること**についてお伺いします。項目ごとに当てはまる番号に1つ○を付けてください。

	全く そう思わない	あまり そう思わない	やや そう思う	とても そう思う
1. 作業療法士自身が地域の場へ参加し、地域の実情を理解すること	1	2	3	4
2. 認知症の人を施設から地域資源へと繋げること	1	2	3	4
3. 施設周囲の地域資源を把握すること	1	2	3	4
4. 施設周囲の地域資源を活用すること	1	2	3	4
5. 作業療法士の役割について地域の人や他職種に理解してもらうこと	1	2	3	4
6. 認知症に関する正しい理解を得るため、地域の人へ普及啓発すること	1	2	3	4
7. 認知症の本人の生活上の困りごとを把握すること	1	2	3	4
8. 認知症の本人の社会参加に関するコードを引き出すこと	1	2	3	4
9. 認知症の本人の自己決定を重視すること	1	2	3	4
10. 認知症の本人の能力(得意な事、苦手な事)を適切に評価すること	1	2	3	4
11. 認知症の本人の能力に合わせて適切な社会参加の段階づけを行うこと	1	2	3	4

Q9-2 その他に、認知症の人の社会参加を推進するために必要だと考えているものをお書きください。

(自由記述)

お忙しい中、ご協力くださり誠にありがとうございました。

**ケア現場における認知症対応力向上のための  
支援ツール手引書の効果検証に  
関する研究**



## ケア現場における認知症対応力向上のための支援ツール手引書の効果検証に関する研究

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：齊藤 千晶（認知症介護研究・研修大府センター研究部）

研究協力者：松浦 慎介（社会福祉法人 イエス団）

分見 民雄（一般財団法人 認知症高齢者医療介護教育センター）

福井 梨恵（社会福祉法人 恭生会）

吉野 英樹（社会福祉法人 宣長康久会）

片山 清貴（但南建設株式会社）

朝倉 寛史（医療法人 コスモス会）

青木 裕未（社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部）

形山 健次（医療法人 東和会）

### I. 背景と目的

介護保険サービス施設・事業所（以下、事業所）において、継続的に事業所における認知症ケアの質向上を果たすためには、職員自らが介護現場で抱えている様々な課題を抽出し、課題解決に向け計画を立て、調査や取り組みを行い評価する「研究活動」を実践していくことが重要となるが、教育的な背景、人手不足の問題などから、ケア実践者が自ら研究活動を実践することは、ハードルが高く、誰もが実践できる状況になっていないのが現状である。

大府センターでは、令和元年度より法人内連携プロジェクトを立ち上げ、介護現場における研究活動の支援を行っている。令和3年度は、ケア実践者が自ら研究活動を実践することが出来るよう「職場の困りごと解決シート」（以下、支援ツール）の開発を行い、介護現場における研究活動を実践する上での有効性について検証を行なった。検証をした結果、支援ツールを使用して研究活動を実践したことにより、認知症ケアを実践する上で感じる困り事や疑問点を共有することができた、実際に起きている困りごとの背景を考えることができた、自分の考えを深く考えられるようになった等、事業所において研究活動を実践する上で一定の有効性があった。一方で、用語の捉え方や支援ツールの展開方法が難しかったなど、実際に支援ツールを活用していく上での課題も明らかになった。認知症ケアの現場において、認知症の人が「その人らしい」生活を送れるよう、認知症ケアの質向上を図り、ケアを実践していくことが求められる。そのためにもケア実践現場において、研究活動を継続的に実践し課題解決について取り組んでいくことが重要であり、「支援ツール」は有効的なものであるといえる。

本研究では、ケア実践現場の中で研究活動を実践する上で「支援ツール」をより効果的に活用してもらうための手引書を作成し、手引書を用いたことによる研究活動への効果検証を行うことを目的とする。

### II. 支援ツールを活用することの意義

事業所において「支援ツール」を活用して研究活動を実践する意義は、第1に、「支援ツール」を用いて研究活動を実践することにより、研究活動の一連の流れが身に付き、研究的視点をもってケア実践現場の課題解決に向けて取り組むことが出来る。第2に、研究活動の手法を体得することで、継続的にケア実践現場の中で、研究活動を実践出来るようになる。第3に、「支援ツール」を活用することで、スタッフ個人ではなく事業所全体として課題解決に向け取り組むことになり、事業所における今後の認知症ケアの質向上に寄与することが出来ることにある。



### Ⅲ. 本研究のプロセスについて

本研究のプロセスは以下の通りである。

- ① 大府センター内において、「支援ツール」の内容をもとに手引書の枠組みについて検討する。
- ② 研究担当者2名と研究協力者5名からなる作業部会を設置し、手引書の内容について検討し、手引書（案）を作成する。
- ③ 研究協力者が所属する事業所において、手引書（案）を参考に「支援ツール」を用いた研究活動を実践してもらう。
- ④ 実践終了後、研究協力者にインタビュー調査を実施し、「支援ツール」を活用する上での手引書の効果について検証を行う。
- ⑤ インタビュー調査結果をもとに、内容に関する修正を行い、手引書の完成版を作成する。

### Ⅳ. 手引書の有効性の検証

#### 1. 調査目的

手引書を活用し「支援ツール」を用いた研究活動を実践した研究協力者を対象にインタビュー調査を実施し、「支援ツール」を活用する上での手引書の有効性と今後の課題について検証することを目的とする。

#### 2. 対象者

手引書を活用し「支援ツール」を用いた研究活動を実践した研究協力者4名である。対象者が所属している施設は、グループホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、通所リハ（デイケア）である。

#### 3. 収集方法

調査は、2023年2月に実施した。データの収集は、オンラインツール（Zoom）を用いてグループインタビューを構造化面接法にて実施した。インタビュー内容は、①「手引書活用の工夫・ポイント」、②「手引書を活用して良かった点、難しかった点」、③「手引書を有効的に活用してもらうために必要な取り組みについて」である。

#### 4. 分析方法

インタビュー内容は、オンラインツールの録音機能を用いて録音し、逐語録を作成して分析した。データは、まず各設問に対して語られている部分を抜きだし、その内容について共通する部分と特殊性のある部分の整理を行った。このとき、山浦（2012）の質的統合法を参考にカテゴリー化を行った。分析結果については、分担研究者に意見を求め、客観性の担保に努めた。本文中では、カテゴリー名を【】、逐語録の内容を<>で示すことにする。

#### 5. 倫理的配慮

本調査は、社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認を経て行った。調査対象者には、本調査結果を研究目的以外には使用しないこと、インタビュー内容は録音させていただくこと、調査データは匿名化し、個人が特定されることがないことを明記した同意書を事前に配布し、署名をもらいお互いに控えを持つことにした。

## V. 結果

### 1) 手引書活用の工夫・ポイントについて

分析の結果、手引書活用の工夫・ポイントでは、【手引書の内容の確認】、【取り組み日の設定】の2つのカテゴリーが抽出された。以下、実例を挙げながら各カテゴリーについて説明する。

#### (1) 手引書の内容の確認

このカテゴリーでは、「取り組むスタッフが支援ツールを書けるように、具体例を踏まえながらファシリテーターが手引書の内容を確認する」という工夫をしたことが述べられていた。

＜手引書に書かれている言葉がちょっと、概要で伝えられているので、もうちょっと、具体的な話を付け加えながら説明した＞

＜手引書を進めるにあたって、手引書に書いてある内容って何なんだろうみたいな話をその都度班で話し合っ、こういうことかなと言いながら、結構時間をかけて進めていった＞

#### (2) 取り組み日の設定

このカテゴリーでは、「みんなが集まれるよう支援ツールを行う日を定期的に設定した」という工夫をしたことが述べられていた。

＜月に大体1回か2回ぐらい、解決シートを行う日というふうに決めて、大体1時間から1時間半ぐらいの時間を設けて行った＞

＜メンバーで、毎月のときもあれば、認知症の人の症状で困っているときとかは、自分たちで事例検討会みたいな感じで開催してほしいというような依頼を受けるので、毎週やっているときもあれば、月に1回のときもある＞

### 2) 手引書を活用して良かった点

分析の結果、手引書を活用して支援ツールの取り組みを行って良かった点については、【立ち返ることが出来る】、【取り組みの評価につながる】、【思考が深まる】の3つのカテゴリーが抽出された。以下、実例を挙げながら各カテゴリーについて説明する。

#### (1) 立ち返ることが出来る

このカテゴリーでは、「物事を考える上で、手引書の内容が順序立てて考えるための指標になっている」ことが良かった点として述べられていた。

＜使ってみて良かったところは、立ち返るものがあるって、私もぶれないですし、メンバーに説明するときも、手引書に基づいてっていうところになる指標があるのは、すごくいいなと思った＞

＜こういうものがあってこういう考えで、こういう進め方でいろいろ物事を考えていくということが、そもそも普段の介護職員さんってあんまりしてない。こういう順序立てて何か物事を考えるということの見本みたいなものになって良かった＞

#### (2) 取り組みの評価につながる

このカテゴリーでは、「手引書の内容と照らし合わせることで、支援ツールの進捗状況が確認できる」ことが良かった点として述べられていた。

＜今現在どのぐらい進んでいるのかというのが、手引書において分かるということと、その状況においてどんなことができていないのか、こういうことができていないというのが、ポイントを見たり

書かれている内容を見て、一連の評価になった＞

### (3) 思考が深まる

このカテゴリでは、「手引書に書かれている視点を投げかけることによって、支援ツールに取り組むスタッフが新たな視点で考えることが出来る」ことが良かった点として述べられていた。

くもうちょっと深く突っ込んだほうがいいんじゃないかというところで、手引書の中に書かれているいろんな、どのような要因であるとか、悪影響があるとか、あと場面での視点、利用者本人とか利用者家族の視点で喋ったらどうかというところの視点を投げかけて、そのことによってより思考が深まっていくというのがすごく良かった＞

### 3) 手引書を活用して難しかった点

分析の結果、手引書を活用して支援ツールの取り組みを行って難しかった点については、【立ち返る視点の難しさ】、【研究を行うことの意味】、【取り組みを行うことの意味】、【評価について】の4つのカテゴリが抽出された。以下、事例を挙げながら各カテゴリについて説明する。

#### (1) 立ち返る視点の難しさ

このカテゴリでは、「困りごとの原因を考えていく中で、背景の検討や利用者本人・家族の視点について、どういった見方をすればいいか読み取りにくかった」ことが難しかった点として述べられていた。

＜背景の検討のところの視点、いつどこで誰に対して、どのようなときに起きているのか、なぜ起きているのかというところが、どれに当てはまるのかがちょっと分かりづらかった。出てくるものによって視点の記入例が違うので、そこがちょっと読み取りにくいと思った＞

＜利用者本人とか利用者家族などの視点がすごく難しかった。視点についての説明についてこういった見方にすれば見やすいみたいな説明があれば、ファシリテーターとしても説明しやすい＞

#### (2) 研究を行うことの意味

このカテゴリでは、「研究という言葉の意味がわからないため、介護の現場で働いている人が、研究活動をするに対するイメージが持てない」ことが難しかった点として述べられていた。

＜介護の現場で働いている方が「研究」という言葉はかなり厳しいと思うということだと思う。実践からしてみたら研究って、研究の先にじゃ何があるのかという話になる＞

＜研究活動がやっぱり分からなかった。なのでなかなか取り組んでくれなかったというのは、この言葉の難しさなのかなと＞

#### (3) 取り組みをすることの意味

このカテゴリでは、「手引書では、支援ツールを使うことの到達点が、認知症ケアの向上につながるということを意識できない」ことが難しかった点として述べられていた。

＜認知症ケアの質の向上につながるものという大義名分というか、その目的がどうも、最終的にはつながると思うが、それがどうしても意識できない＞

#### (4) 評価について

このカテゴリでは、「評価基準を設定するなど、評価をすることの大切さが、普段からやり慣れて

いないので、手引書の内容ではわからない」ことが難しかった点として述べられていた。

＜普段からやり慣れてないので、評価基準というものを設定するということが、教えないとというか、それは手引書では分からない。評価の大切さというか、それがみんな分からないかもしれないと思った＞

#### 4) 手引書を有効的に活用してもらうために必要な取り組みについて

分析の結果、手引書を有効的に活用してもらうために必要な取り組みについては、【流れの図式化】、【目的の明確化】、【ワークのねらい】、【計画のプロセス】、【調査方法について】の5つのカテゴリーが抽出された。以下、事例を挙げながら各カテゴリーについて説明する。

##### (1) 流れの図式化

このカテゴリーでは、「図や絵があることで、全体の目的が文字で読むよりも想像しやすくなる」ため必要な取り組みであると述べられていた。

＜どうも字というものにみんな拒否反応がある、もうちょっと図とか絵があったほうが、全体の流れ的なものが分かりやすい。本当の介護職さんたちの言い方で言うと、字が書いてあっただけで読めんみたいなのがあるので、絵があったほうが全体的な流れが分かりやすい＞

＜一つの項目に意義・目的が書いてあったら想像もしやすいし、書きやすいし、図表で到達的な展開が見えたら分かりやすい＞

##### (2) 目的の明確化

このカテゴリーでは、「取り組みをすることの意図を明示することで、支援ツールを使う目的が取り組むスタッフの中で意識できるようになる」ため必要な取り組みであると述べられていた。

＜ハウツーとか方法とか、できるだけ早く実践に結び付けたいことに話を進めていく。そうではないことを手引書に書かれていたらどうかなというふうに思う＞

＜取り組む方に対しての効果や目的について、その先に何があるかというのが明確でないと分からない。かみ砕いて説明するがなかなか分かってくれないので、そこを手引書にしっかりと明記されて、初めにバンとあるといいと思う＞

##### (3) ワークのねらい

このカテゴリーでは、「ワークの意義やねらいを示すことで、目標をもって取り組むスタッフがワークを実践できるようになる」ため必要な取り組みであると述べられていた。

＜個人ワークやグループワークが、解決シートを作るにあたってどういった意図でこれを設定したのか、というのをファシリテーターが汲んで、汲んだものをリーダーに伝えて実践していただくということになっていくので、その意義とか目的とかも手引書に書かれてあると、伝えやすい＞

##### (4) 計画のプロセス

このカテゴリーでは、「先を見据えながら、取り組むスタッフの中で取り組みの計画が目標をもって組み立てられるようになる」ため必要な取り組みであると述べられていた。

＜取り組み内容の計画を、実際にこれぐらいで、ここまでクリアできていたらいいという期間を、おおよそでもいいので示ししてもらえるとやりやすい＞

＜取り組みの計画は、いっぱい書いてもいいのかと思う。こういう計画がいいのかなというような

のがあればいいのかと思う。そうすると取り組みの計画の量も増え、選ぶのが大変なので、フローチャートを作ることによって選択の手掛かりともなるので、そういったやり方もありだと思う＞

#### (5) 調査方法について

このカテゴリでは、「アンケート作成の注意点等を記載することで、正確なものが取り組むスタッフを中心に作成できるようになる」ため必要な取り組みであると述べられていた。

＜スタッフに任せてやると、アンケートとして偏りのある質問項目になってしまったりする。手引書にも注意事項として載せてくれてはいるが、個別のちゃんとしたアンケートの注意方法というのももう少し詳しく載せてあげると、正確なアンケートを作成できるのではと感じた＞

## VI. 考察

### 1) 支援ツール手引書の有効性について

調査結果より、支援ツールの取り組みを進めるにあたり、支援ツールの取り組む日を定期的に設定するなど、手引書に記載している内容に基づいて支援ツールの取り組みを実践していることが明らかになった。また手引書を活用して良かった点として、物事を考える上での指標になっていること、取り組みの進み具合についての評価に繋がっている、手引書に書いてある視点を投げかけることによって、新たな視点で考えることになったと感じていることが明らかになった。

このことから、支援ツールを用いた研究活動を実践する際、手引書に記載してある内容をもとに実践することで物事に対しての新たな視点を獲得するための基準になっている、取り組みを進める上での評価基準に繋がっており、手引書は支援ツールを活用する上で一定の有効性があったといえる。

### 2) 有効性を高める上での課題

#### (1) 研究活動を実践することの意義

調査結果より、研究という言葉の意味が分からないため、研究活動をすることのイメージが持てない、支援ツールを活用することが認知症ケアの向上につながるという意識が持てないことが、手引書を活用する上で難しかったと感じていることが明らかになった。

介護現場では、アセスメントから始まり、ケアプランの作成・実施、モニタリングといったケアマネジメントのプロセスに基づいてケアを実践している。研究活動を実践する上では、課題の背景を整理することから始まり、取り組みの計画の作成・実施、取り組みに対する評価といったプロセスがあり、ケアマネジメントと同じプロセスに基づいて実践されている。これらから、ケア実践者は、日頃から研究的視点をもって日々の認知症ケアを実践しているといえるが、「研究」という言葉に対して馴染みがなく、研究的視点をもって日々の認知症ケアを実践しているという認識に繋がっていないのが現状である。認知症ケア実践における課題を解決していくためには、研究的視点をもって物事を捉えることが重要である。そのためにも、「研究活動」を実践することが特別なものではなく、常日頃から、認知症ケアを実践する中で行っている活動であるという認識を持ってもらうための働きかけを、手引書を通じて行っていくことが必要である。

#### (2) ねらいの明確化

調査結果より、支援ツールを使う目的を意識できるようになるため、目標をもって取り組むスタッフが各ワークを実践するため、取り組みの意図やワークのねらい・意図を示すことが、手引書を有効的に活用してもらうために必要な取り組みであると感じていることが明らかになった。

支援ツールでは、個人ワークとグループワークという2つの柱を設定し、課題解決に向けて取り組みを検討していく流れになっているが、これらの手法については、ケア実践の中では馴染みがあるものではなく、経験の有無によってワークに対する考え方に違いが生じてしまう可能性がある。ケア実践における課題解決に向けて研究活動を実践していくためには、取り組むスタッフが共通の考え方を持ったうえで実践していくことが重要である。そのためにも、支援ツールを目的や各ワークの狙いなどを明記するなど、目標をもって取り組みを実践できるための働きかけを、手引書を通じて行っていくことが必要である。

### (3) 読みやすさ

調査結果より、手引書を有効的に活用してもらうためにも、文字だけではなく図表などを活用することが必要な取り組みとして感じていることが明らかになった。研究を実践する上での用語については、普段ケアを実践する中では使用するものではなく、実践者にとっては馴染みのないものであり、文字だけでは理解しにくいものである。支援ツールを有効的に活用してもらうためにも、文字だけではなく図表等を活用し、視覚からイメージできるための働きかけを、手引書を通じて行っていくことが必要である。

## Ⅶ. 手引書について

上記の調査結果を踏まえ、手引書の作成を行った。手引書は、「Ⅰ.はじめに」、「Ⅱ.個人ワークについて」、「Ⅲ.スタッフとの話し合い（グループワーク）」、「Ⅳ.取り組みの計画」の4部構成となっている。以下、各構成の内容について述べることとする。

### 1) はじめに

ここでは、支援ツールに取り組むことに対する意識付けとして、①介護現場で研究活動を実践することの意義について、②支援ツールの全体の流れについて説明している（図1）。

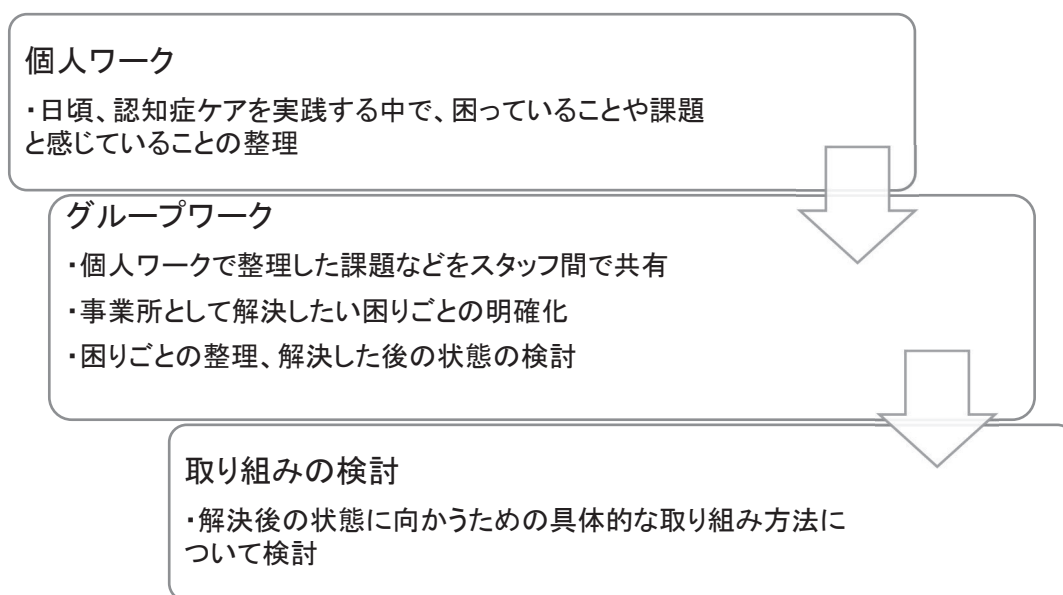


図1：困りごと解決シートの全体の流れについて

2) 個人ワークについて

ここでは、「個人ワークのねらい」と「個人ワークの進め方」について説明している。進め方については、「認知症ケアを実践していく中で感じている困りごと」、「困りごとへの評価」について、記入例や評価基準を明示している（表1、2）。

表1 認知症ケアを実践していく中で感じている困りごとについて

場面	概要	記入例
利用者へのケアで困っていること	利用者に直接ケアを実践している場面で困っていることを書いてみましょう	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者のニーズがうまく引き出せているか不安</li> <li>● 利用者の安全を確保することが優先事項となっている</li> <li>● 利用者に声掛けしても通じない</li> </ul>
職員との関わり	ケアを実践していく中で、職員同士との関わりで困っていることを書いてみましょう	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 職員同士で話をする機会が少ない</li> <li>● 職員によって利用者との関わり方が違う</li> <li>● 利用者の様子について、職員間で情報共有ができていない</li> </ul>
利用者家族との関わり	ケアを実践していく中で、利用者家族との関わりで困っていることを書いてみましょう	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族のニーズが把握できない</li> <li>● 家族とコミュニケーションをとる時間がない</li> <li>● なんでも対応してくれと言われる</li> </ul>
職場環境で困っていること	ケアを実践する職場の環境について困っていることを書いてみましょう	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 職員数は足りているが、ケアの現状にあった人員配置になっていない</li> <li>● 研修体制が整備されていない</li> <li>● 書類作成などの時間がない</li> </ul>
日々の業務の中で困っていること	上記の3つの場面以外で、日頃ケアを実践している中で困っていることを書いてみましょう	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ケア以外の業務が多い</li> <li>● パソコンで記録を打つのが大変</li> <li>● 連絡ノートが読まれない状況なのに書かなくてはならない</li> </ul>

表2 困りごとへの評価

視点	評価基準
他の職員も同じように困っている	ケアを実践する中で、他の職員も同じように困っていると感じる場面がある
利用者も同じように困っている	自身の困りごとが利用者の行動や言動、心理面に影響が出てしまっている場面がある
施設として今すぐに取り組むべき困りごとである	自身の困りごとは、施設職員間でもすぐに取り組む課題として認識されている
取り組み期間の中で完結することが出来る	自身の困りごとは、決められた取り組み期間の中で最後まで実施することができる状況になっている

3) スタッフとの話し合い（グループワーク）について

ここでは、「グループワークのねらい」、「グループワークの流れ」（図2）、「グループワークの留意点」（表3）、「グループワークの具体的な進め方」について説明している。留意点や進め方については、ポイントなどを明示している。

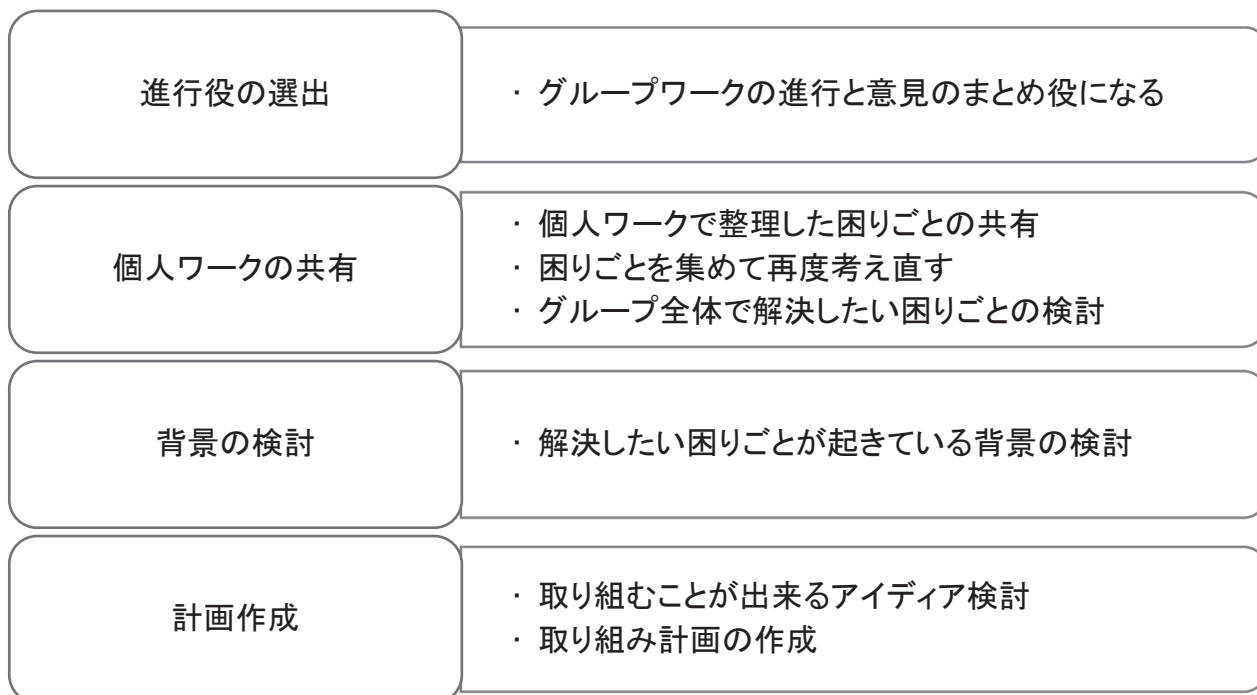


図2 グループワークの流れ

表3 グループワークの留意点

留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自分の思いや考えなどを積極的に発言するなど、自らに参加することを心掛ける</li> <li>● グループメンバーから出た意見は否定するのではなく、「受け止める」ことを心掛ける</li> <li>● グループでの決定は、一人の意見で決めるのではなく、グループメンバー全員の合意をもとに決めることを心掛ける</li> </ul>
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 話し合いの機会は、別途時間を設けるだけでなく、普段実施されているスタッフミーティングの時間の中で行うことも有効</li> <li>➢ 話し合いは1日ではなく、メンバーとの相談の上、数日に分けて実施することも可能</li> <li>➢ グループワークで出た意見を、付箋や模造紙、ホワイトボードなどを使用し「見える化」することも、よりディスカッションを深めていく有効な方法</li> </ul>



#### 4) 取り組みの計画

ここでは、「取り組みを計画するための具体的な流れ」(図3)、「取り組みの方法の特徴と留意点」(表4)について説明している。

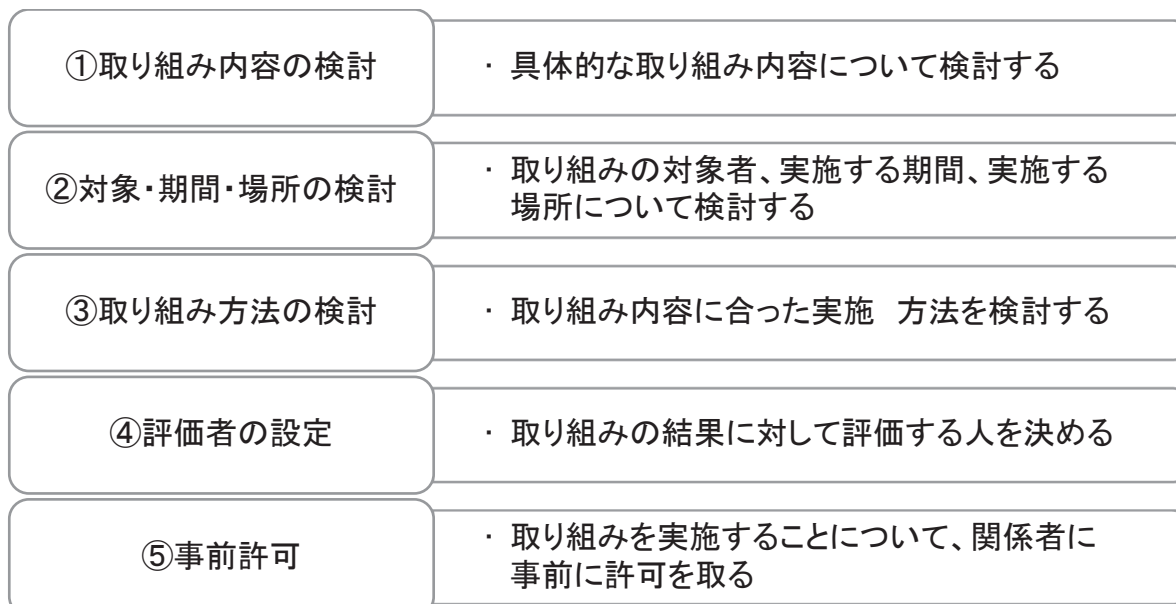


図3 取り組みを計画するための具体的な流れ

表4 取り組みの方法の特徴と留意点

取り組み方法	特徴	留意点
アンケート調査	大多数に同じ質問をして、全体の考え方や思いを把握することが出来るが、個人の意見を見るのが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人が特定されないよう、回収方法に配慮する</li> <li>・ 関係者以外が閲覧できないようデータを管理する</li> </ul>
インタビュー調査	直接、質問することで、その人の考えや思いを細かく見ることが出来る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 分析や調査に時間が掛かる</li> <li>・ 匿名化をするなど、だれが話した内容かを特定されないように配慮する</li> </ul>
職員同士の話し合い	グループになってある事柄について話し合うことで、グループとしての考え方や思いを見ることが出来る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 意見に偏りが出してしまうようにメンバー構成に配慮する</li> </ul>
観察	職員や利用者の日ごろの様子を観察し、行動や言動の変化を見ることが出来る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者に緊張や不安を与えることがないよう、観察の仕方に配慮する</li> </ul>
介入	計画した取り組みを実施することで、反応を直接に見ることが出来る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者の負担、緊張、不安を与えることがないよう、介入の仕方に配慮する</li> </ul>

## VIII. まとめ

本研究より、手引書を活用して支援ツールを用いた研究活動を実践することについて、新たな視点で物事を考えることに繋がった、取り組みについての評価基準になった等、一定の有効性を確認することができた。一方、研究活動に対するイメージを持つことが出来ないこと、取り組みやワークの狙いが分かりにくい、読みにくさなど、手引書を用いることに対する課題も明らかにすることもできた。

認知症ケア実践現場では、人手不足の問題など様々な課題に直面しながら、認知症の人が大切にされていると感じながら生活を送れるよう、ケアが実践されている。そのような状況下においても、認知症ケアの質向上を図り、ケアを実践していくことが専門職には求められている。そのためにも、常に研究的視点を持ちながら、課題解決に向けて取り組むことは大きな意義があり、そのことは業務改善や離職防止、職員のスキルアップにも繋がってくると考えられる。そのために、支援ツールがケア実践現場の中で活用してもらえよう、今回の研究事業を通じて明らかになった点を踏まえ、手引書がより有効的なものになるよう今後も内容等について検討を重ねていく。

最後に今回の研究事業にご協力いただきました研究協力者の皆様ならび関係施設職員の皆様に、この書面をお借りし厚く御礼申し上げます。

\*本研究で作成した「困りごと解決シート」と「困りごと解決シート手引書」は、下記の URL よりダウンロードできます。

<https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/>

## 文献

山浦晴男 (2012) 『質的統合法入門－考え方と手順』医学書院.



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



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

## 分析に関する研究

主任研究者 小方 智広（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 齊藤 千晶（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

工藤 純平（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

### 第1章 情報共有システムの利用状況および利用促進活動について

#### 1 はじめに

認知症介護研究・研修大府センター（以下、大府センター）では、これまで、若年性認知症（65歳未満で発症した認知症）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。また、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）では、全国各地の相談窓口配置された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）および都道府県・指定都市の若年性認知症施策行政担当者の業務を後方支援してきた。

大府センターでは、支援コーディネーターのサポート体制を整備するために情報共有システムを開発し、2020年度より全国支援センターの運用により、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。情報共有システムは、相談記録システム、支援事例共有システム、掲示板機能の3つから構成されており、全国の支援コーディネーターの業務を援助するものである（図1）。具体的には、A) 支援の記録に関する要素、B) 対応能力の向上に関する要素、C) 各地の活動状況の共有に関わる要素から成り立っており、利用登録をした者はこれらの機能を活用できる。

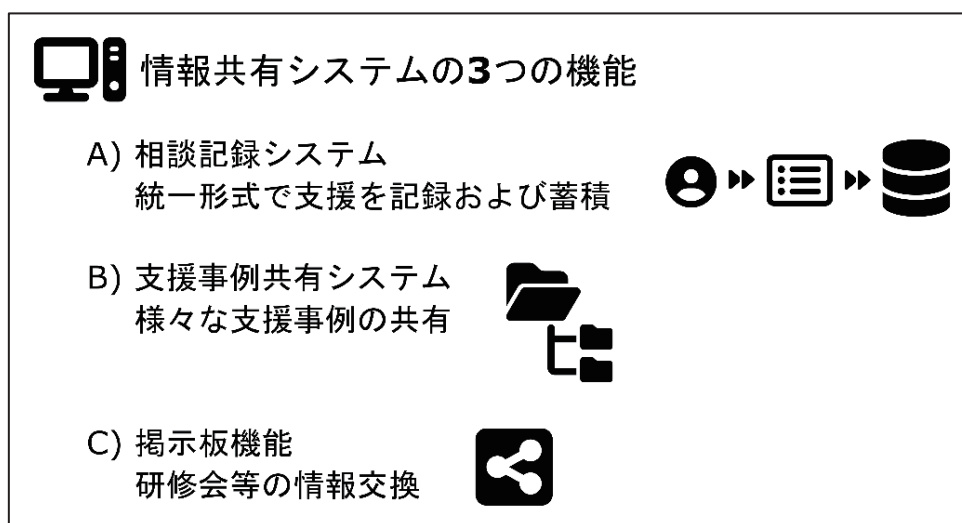


図1 情報共有システムについて

相談記録システムは、支援コーディネーターが行った相談の記録を専用のアプリケーションを用いて電子的に入力できる機能である。記録には、若年性認知症の人の相談に特化した全国共通のフォーマットである相談記録シートが用いられ、記録された情報は各相談窓口のPCに保存される。また、保存した相談記録を匿名加工化（誰のものかわからず復元できないように加工）し、ウェブサーバーに送信することで、相談記録に係る件数を自動的に集計することができる。全国支援センターでは、全国の相談窓口から送信された相談記録を集積し、分析のためのデータベースを構築している。

支援事例共有システムは、実際に支援コーディネーターが支援した事例をウェブ上で供覧できる機能である。各事例は個人情報に配慮して編集され、事例集としてまとめられている。利用者はこの事例集を閲覧することができ、相談時の状況や経緯、本人、家族、会社などの様々な関係者とのやり取りや支援の経過について学習することができる。また、事例は支援の内容ごとに分けられ、一般就労、福祉的就労、居場所、介護保険、その他に分類されている。

掲石板機能は、都道府県および指定都市における支援コーディネーターの活動状況をウェブ上で共有する機能である。この機能を用いることで、様々な活動の企画および運営の参考にすることができる。具体的には、各地域で開催する若年性認知症に係る研修会やセミナーなどの開催情報や相談窓口のパンフレットやリーフレットなどの周知啓発に係る資料を共有している。

情報共有システムは上述した3つの機能から成り立っており、運用の目的は、1) 支援コーディネーター業務の効率化と負担軽減、2) 支援コーディネーターの活動状況の見える化、3) 支援の好事例および困難事例の蓄積と利活用、4) 研修会等の情報共有である。全国支援センターでは、情報共有システムの利用促進活動を継続して行っており、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。運用開始から多くの相談窓口において利用されており、登録者は増加している。

表1 情報共有システムの利用登録状況

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

\*2023年2月28日時点

### 2.2 相談記録システムの利用状況

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

表 2 相談記録システムの利用登録状況

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

\*2023年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2023年2月までに37都道府県市から63事例を集積し、掲載した。事例を支援内容ごとに分類すると、一般就労に関する支援事例が16件、福祉的就労に関する支援事例が21件、介護保険の利用に関する支援事例が10件、居場所づくりに関する支援事例が9件、その他の支援事例が7件となっている。

### 2.4 掲示板機能の利用状況

運用開始から2023年2月までに掲示板への情報等の掲載は146件あった。全国支援センターからは、相談記録システム集計速報、支援事例、広報誌「全国支援センターだより」に関する情報を定期的に掲載した。行政担当者、支援コーディネーターからは、研修案内などが掲載された。また、全国の若年性認知症の支援に係るパンフレットおよびリーフレットについては、32都道府県市の情報を掲載している。

## 3 全国若年性認知症支援センターの利用促進活動

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

### 3.1 「情報共有システム」オンライン説明会

日時：2022年4月27日 15:00-16:30

開催方法：オンライン会議システム（Zoom）

内容：情報共有システムの概要、操作方法、および活用方法の説明

参加者：11都道府県市15名（行政5名、支援コーディネーター9名、支援コーディネーター配置先職員1名）が参加した。

### 3.2 「情報共有システムを使ってみよう」オンライン説明会

日時：2022年5月30日 14:00-15:00、2022年6月2日 10:00-11:00

開催方法：オンライン会議システム（Zoom）

内容：情報共有システムの概要、操作方法、および活用方法の説明



参加者：1日目は13都道府県市23名（行政11名、支援コーディネーター11名、支援コーディネーター配置先職員1名）が参加し、2日目は18都道府県市25名（行政13名、支援コーディネーター12名）が参加した。2日間で26都道府県市から48名が参加した。

### 3.3 情報共有システムに関する問合せ対応

運用開始から2023年2月までに、情報共有システムの運用に関して151件の相談に対応した。内容としては、システムの入力方法についての問合せが中心であり、この事例ではどのように入力すればよいかの確認などがあった。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

情報共有システムの利用登録は進んでいるが、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。次年度は、より良いシステムの構築を目指すため、システム利用者の協力を得つつ、説明会などを通じた広報活動により利用促進を進めていきたい。

## 第2章 相談記録からみえる若年性認知症支援コーディネーターの活動状況

### 1 背景

本邦では若年性認知症の人を支える支援体制として、都道府県・指定都市に相談窓口が設置され、その窓口配置される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）が若年性認知症に係る相談に対応している。若年性認知症はその発症年齢が比較的若いため、若年性認知症の人やその家族には、就労、生活、経済、介護などの様々な領域にまたがった支援が必要である。そのため、支援コーディネーターはこれらの支援に係る細かな調整を行っており、若年性認知症の人やその家族だけではなく、関係機関からの相談にも対応する役割を持っている。この役割は、さまざまな関係機関との連携や状況に応じた時期別の調整を含み、幅広い支援が求められるため、認知症介護研究・研修大府センターでは、全国若年性認知症支援センター（以下、全国支援センター）が全国の支援コーディネーターの後方支援を行ってきた。

全国支援センターでは、情報共有システムを通して支援コーディネーターの後方支援を行ってきた。情報共有システムの一つとして位置づけられている相談記録システムを用いると、利用者は記録を電子的に入力することができ、これまで、決まった形式で入力された相談記録が集積されてきた。相談記録システムは、利用者にとっては、支援に係る情報を網羅的に記録できるため、効率的に情報を記録し、収集できることが利点であり、また、運用者である全国支援センターにとっては、統一的なデータから、若年性認知症に係る支援の実態を把握できることが利点となっている。

本研究事業のなかで、前年度は、支援コーディネーターに対して相談記録システムの利用状況を調査した(1)。システムの利用状況については、実務的な都合により、他の方法と相談記録システムを併用するため、効率的に利用できないという課題が明らかになった。例えば、これは、相談窓口内で他の電子システムや記録帳簿を用いているため、既存のシステムと相談記録システムを併用せざるを得ないという場合である。一方、相談記録システムの改善点については、システム改修に向けた課題が抽出され、加えて、データの分析等に関する意見も挙げられた。具体的には、機能の改善および拡充についての意見や、また、収集したデータの活用方法がよくわからないという意見が挙げられた。まとめると、前年度は、システムを運用していく中で実際に見つかった課題を抽出し、改修すべき点を明らかにした。

研究事業の長期的な展開を考えると、今後は、より良いシステムの在り方を検討しつつ、改修に向けた準備を進め、加えて、データの分析結果を広く発信していくことが重要である。そこで、本年度は集積されたデータを用いて、支援コーディネーターの活動状況について分析した。

本報告では、相談記録データの分析により、支援コーディネーターの活動状況を把握することを目的とした。支援コーディネーターの活動状況については、これまで決まった形式の相談記録を用いて分析されておらず、本報告では、支援コーディネーターがどのような相談に対応しているかに焦点を当てた。また、データ解析の結果をもとにシステムの構造や改修に向けた課題を改めて整理し、今後の運用について検討した。

### 2 方法

#### 2.1 利用するデータ

本報告では、2020年4月1日から2022年3月31日までに相談記録システムに登録され、匿名加工されたデータを用いた。これらの相談記録データは、データベース構築に協力した相談窓口から収集されたデータによって構成されている。

## 2.2 データの構造

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

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

## 2.3 倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人仁至会の倫理審査委員会において承認を得た（承認番号：0403）。

## 3 結果

相談記録データにおける各項目の集計値については、2020年度および2021年度の結果を付録1（p37-57）に示す。本報告書において、「本人」とは、自分自身のことについて相談した人として定義し、認知症と診断されている相談者、あるいは自らが認知症かもしれないと心配している相談者をどちらも含めた。また、複数選択ができる集計項目があるため、各項目における集計結果の合計は必ずしも相談件数と同数にならない。

本章では、相談記録データの主要な特徴について、各観点から項目ごとに頻度の多い相談をまとめた。

### 3.1 相談件数の推移

2020年度は、2791件 [新規相談 443件 (15.9%)、継続相談 2348件 (84.1%)]、2021年度は4546件 [新規相談 551件 (12.1%)、継続相談 3995件 (87.9%)] の相談記録が登録された。2020年度に比べ、2021年度は相談記録が1.6倍に増加した。

### 3.2 窓口別の相談件数の推移

相談記録システムのデータ収集に協力した相談窓口は合計で25相談窓口であった。本報告では、相談窓口の種別を、医療機関（すべて認知症疾患医療センター）、公益社団法人認知症の人と家族の会（以下、家族の会）、社会福祉法人、各種法人にそれぞれ分類した。各種法人は、前述の分類以外に該当し、公益社団法人、公益財団法人、一般社団法人、特定非営利活動法人が含まれているが、さらに細分化することが難しいため、一群にまとめた。

データ収集に協力した相談窓口について、種別ごとの窓口数を表 1 に示す。また、相談窓口の種別ごとの相談件数について、年度ごとの推移を表 2 と表 3 に示す。

表 1 相談記録システムのデータ収集に協力した相談窓口とその種別

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

表 2 窓口別の相談件数の推移【新規相談】

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

表 3 窓口別の相談件数の推移【継続相談】

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

### 3.3 若年性認知症支援コーディネーターの活動状況

ここでは、支援コーディネーターの活動状況について、支援コーディネーターが、1) どのような相談者からの相談を受けているか、2) どのような内容の相談を受けているか、という二つの側面について着目した。

#### 3.3.1 相談者について

図 1 に相談者の性別ごとの相談件数を示す。新規相談および継続相談ともに、女性からの相談が最も多く認められた（新規相談=51.8%、継続相談=62.1%）。

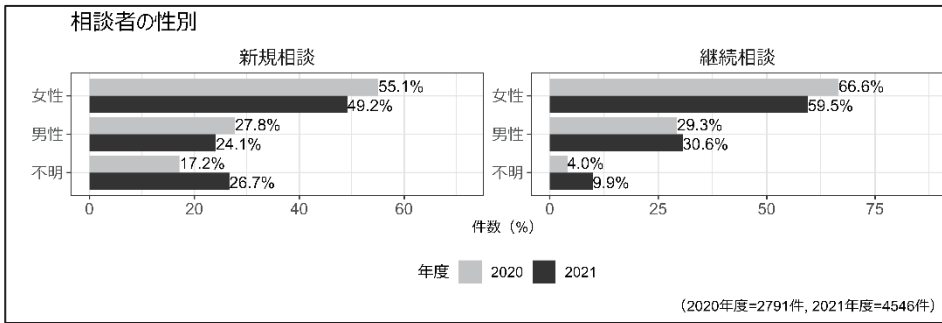


図1 相談者の性別

図2に相談者の続柄ごとの相談件数を示す。新規相談では、医療・介護の専門職（28.8%）、配偶者（20.5%）、本人（14.9%）、子（10.1%）の順で多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった（不明を除く）。一方、継続相談では、医療・介護の専門職（32.0%）、配偶者（26.6%）、本人（18.7%）の順で多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった。

また、支援コーディネーターが配置された窓口の違いにより、どの相談者が多いのかを図3-6に示す。

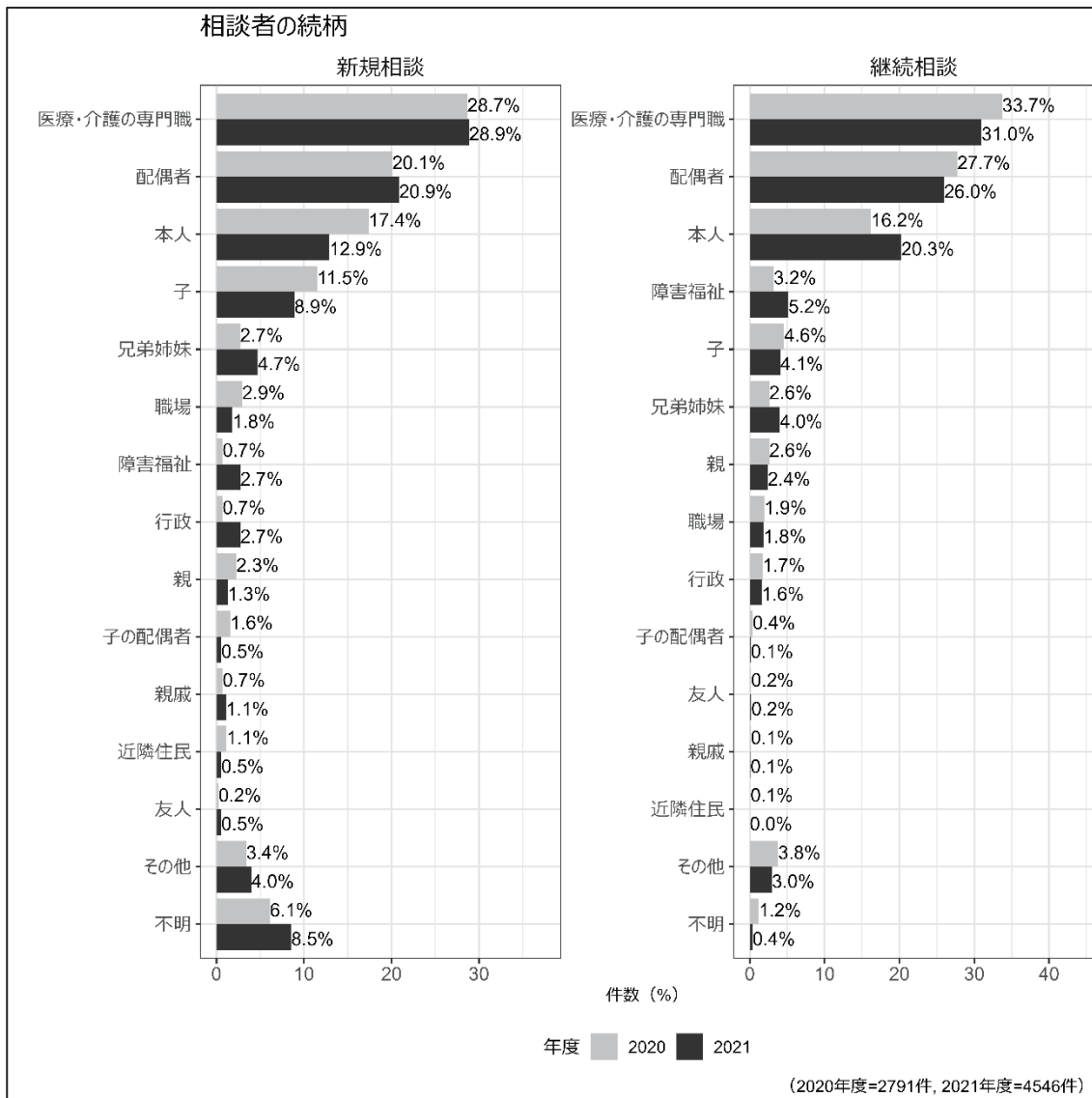


図 2 相談者の続柄

### 【医療機関】

図3には、医療機関の相談窓口において、どのような相談者が多かったかを示す。医療機関の新規相談では、本人（27.5%）、医療・介護の専門職（22.0%）、配偶者（19.5%）、子（6.3%）の順で相談が多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった（不明を除く）。一方、継続相談では、配偶者（26.4%）、本人（23.6%）、医療・介護の専門職（19.3%）、子（9.9%）、兄弟姉妹（7.5%）の順で多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった。

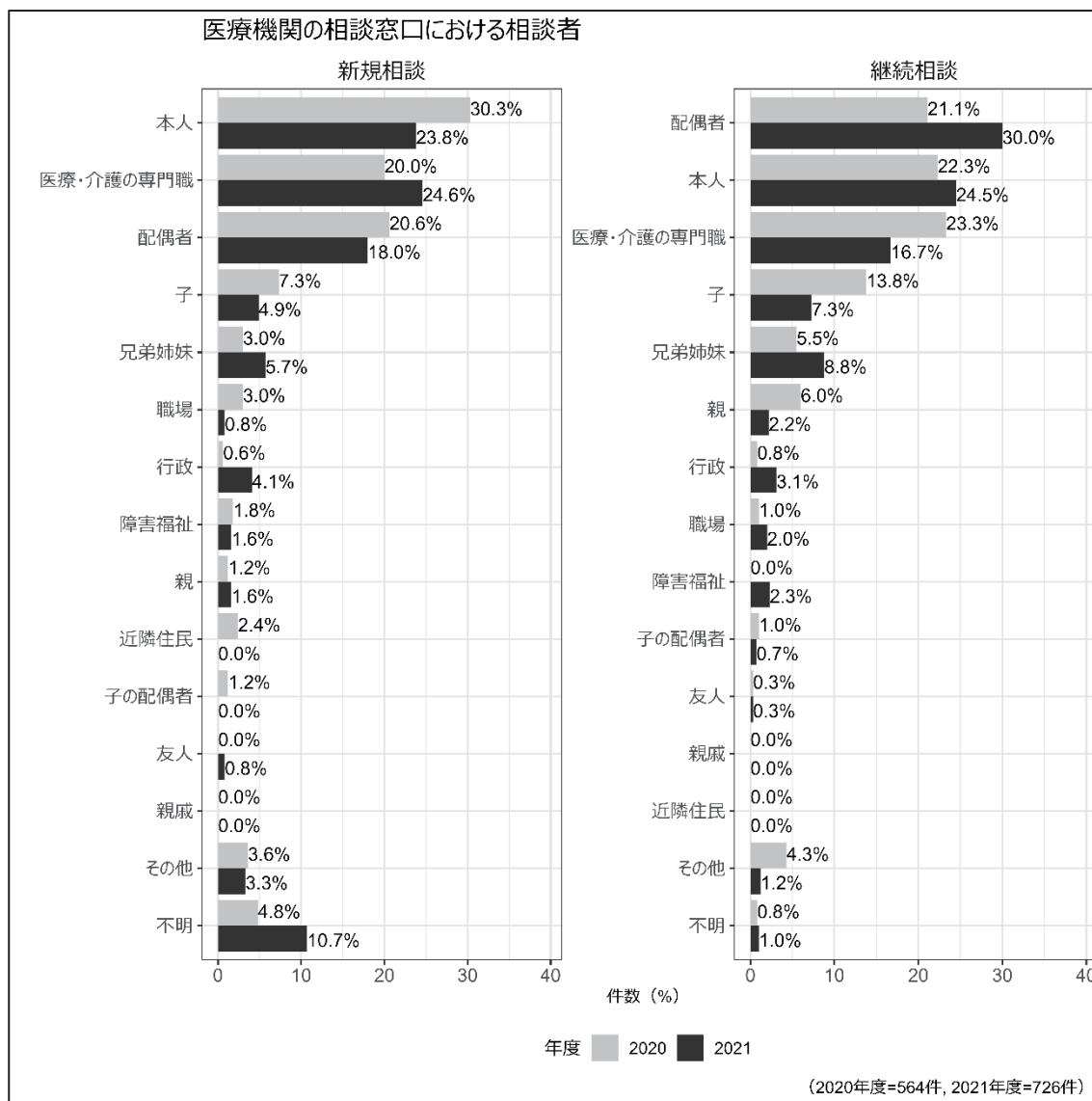


図3 医療機関の相談窓口における相談者

### 【家族の会】

図4には、家族の会の相談窓口においてどのような相談者が多かったかを示す。家族の会の新規相談では、医療・介護の専門職（24.8%）、配偶者（22.3%）、子（9.9%）、本人（8.3%）の順で相談が多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった（不明を除く）。一方、継続相談では、配偶者（28.3%）、本人（19.9%）、医療・介護の専門職（18.5%）、子（9.4%）、兄弟姉妹（7.6%）の順で多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった。

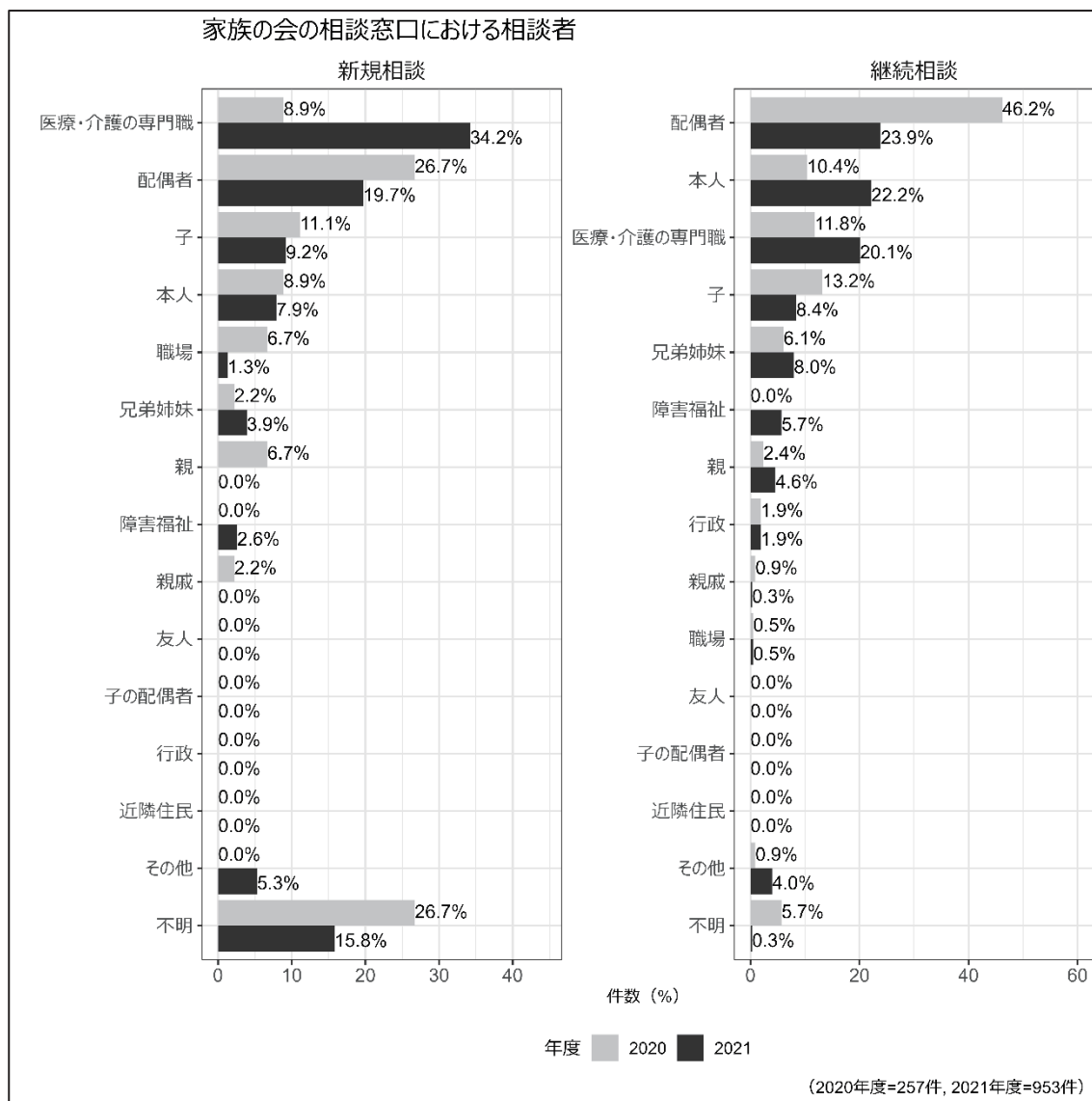


図4 家族の会の相談窓口における相談者



【社会福祉法人】

図5には、社会福祉法人の相談窓口においてどのような相談者が多かったかを示す。社会福祉法人の新規相談では、医療・介護の専門職（49.4%）、配偶者（21.7%）、本人（5.4%）の順で相談が多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった。一方、継続相談では、医療・介護の専門職（38.8%）、配偶者（17.9%）、本人（17.5%）、障害福祉（10.8%）の順で多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった。

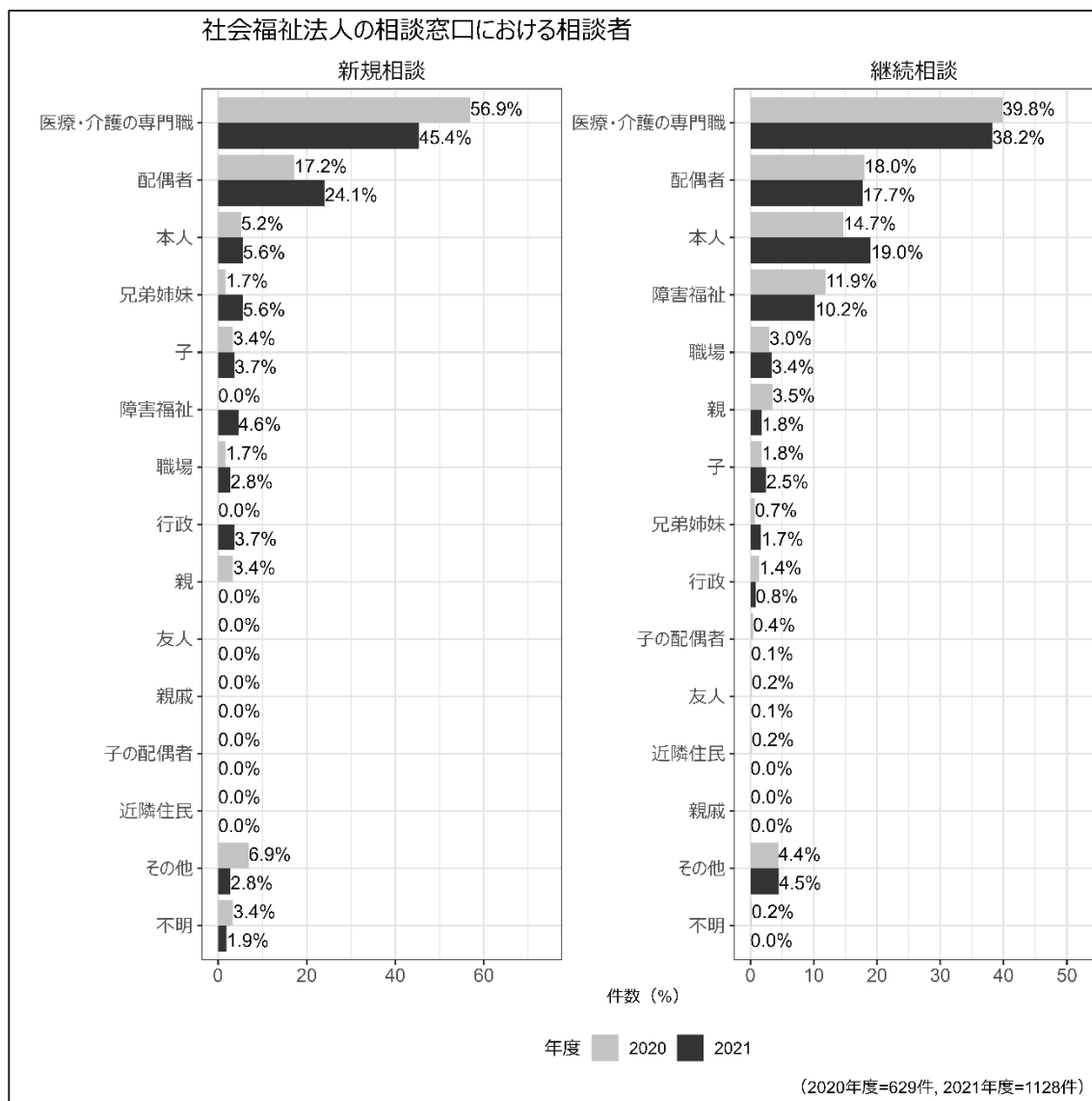


図5 社会福祉法人の相談窓口における相談者

【各種法人】

図6には、各種法人の相談窓口においてどのような相談者が多かったかを示す。各種法人の新規相談では、医療・介護の専門職（26.4%）、配偶者（20.2%）、子（15.2%）、本人（11.9%）の順で相談が多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった（不明を除く）。一方、継続相談では、医療・介護の専門職（38.2%）、配偶者（31.2%）、本人（17.2%）の順で多く、それ以外の相談者は全体からすると5%未満であった。

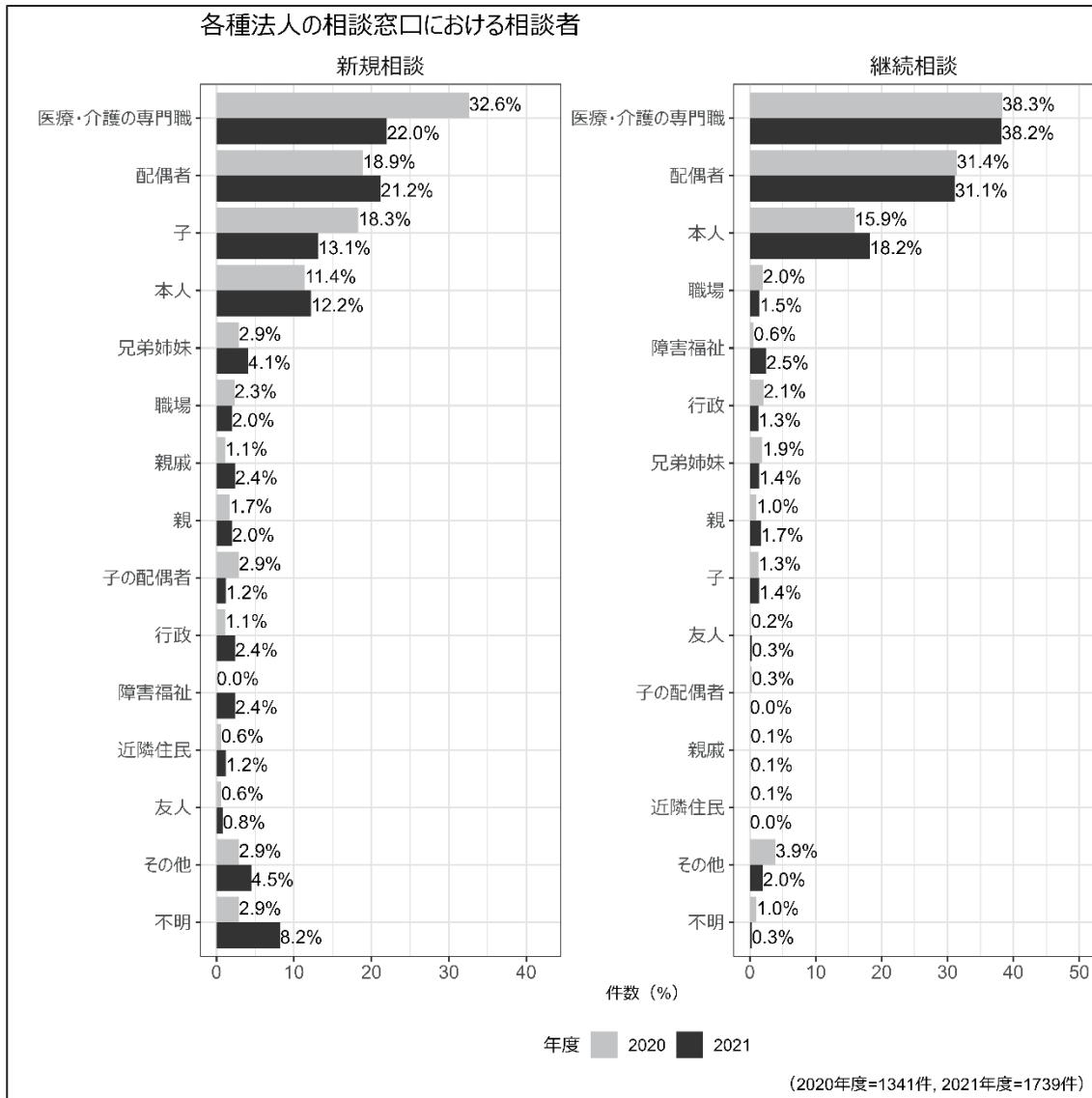


図6 各種法人の相談窓口における相談者

図7には、相談者がどのような経路から相談に至ったか、その経路ごとの相談件数を示す。新規相談では、医療機関（17.4%）、インターネット（15.5%）、地域包括支援センター（12.5%）、行政（5.3%）の順で多く、それ以外は5%未満であった（その他および不明を除く）。一方で、継続相談では、医療機関（29.7%）、地域包括支援センター（15.7%）、インターネット（8.2%）の順で多く、それ以外は5%未満であった（その他および不明を除く）。

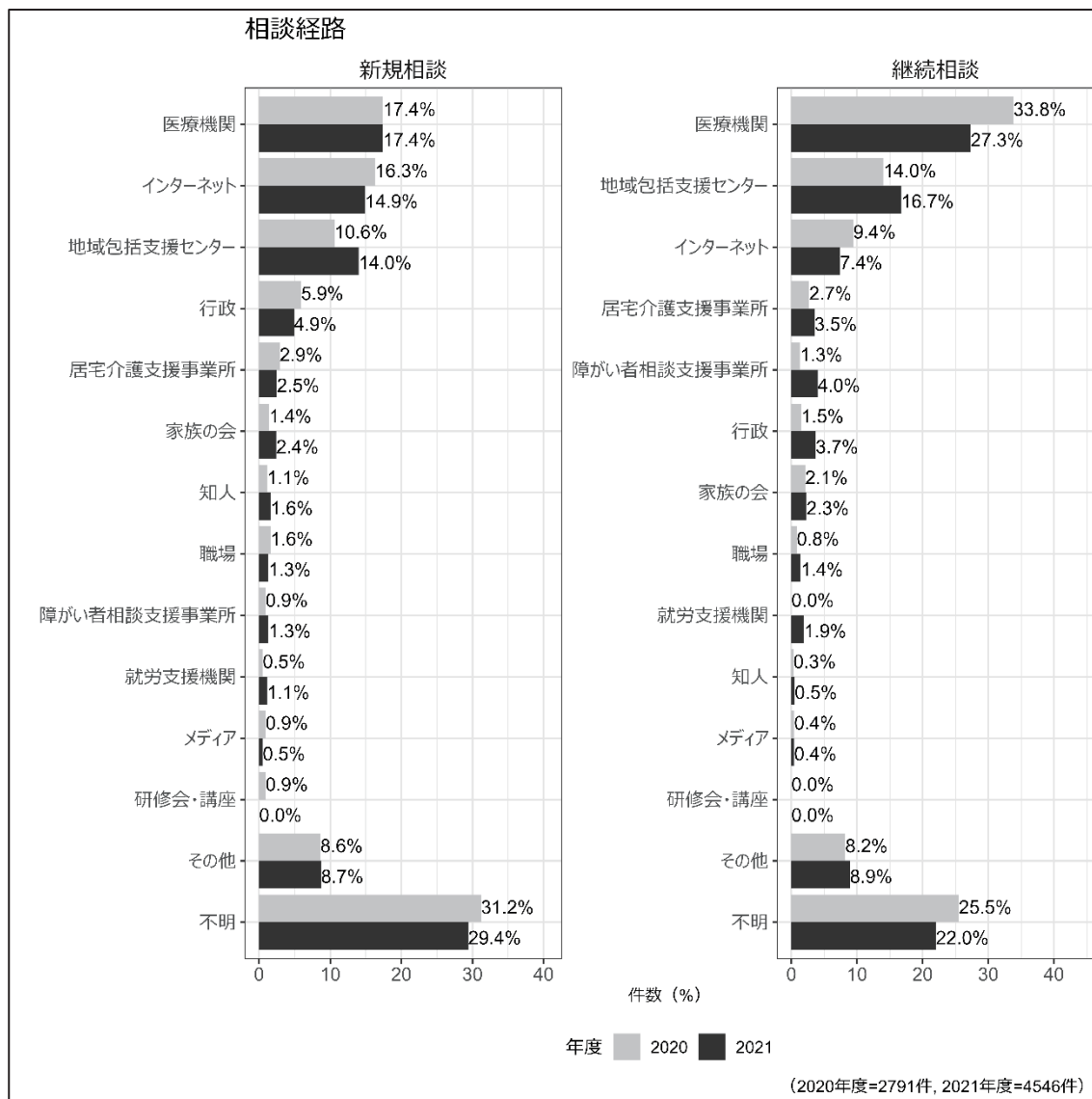


図7 相談経路

### 3.3.2 相談について

図8に相談方法について示す。新規相談では、電話（78.4%）、来所（6.9%）の順で多くみられ、それ以外は全体からすると5%未満であった（その他を除く）。継続相談では、電話（60.9%）、来所（10.6%）、訪問（10.2%）の順で多く、それ以外は全体からすると5%未満であった（その他を除く）。

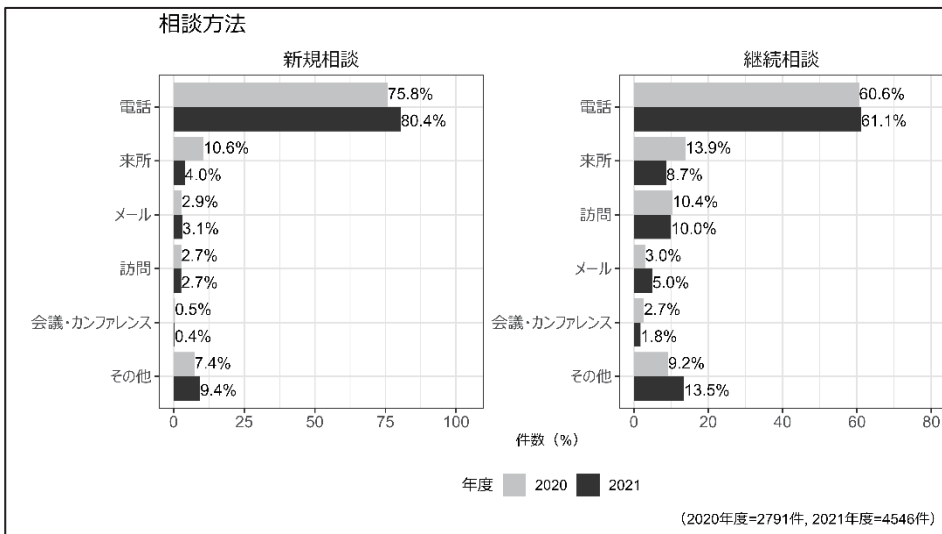


図 8 相談方法

図 9 に相談内容ごとの相談件数を示す。新規相談および継続相談ともに、本人の生活に関する相談が最も多く認められた（新規相談=36.3%、継続相談=51.9%）。

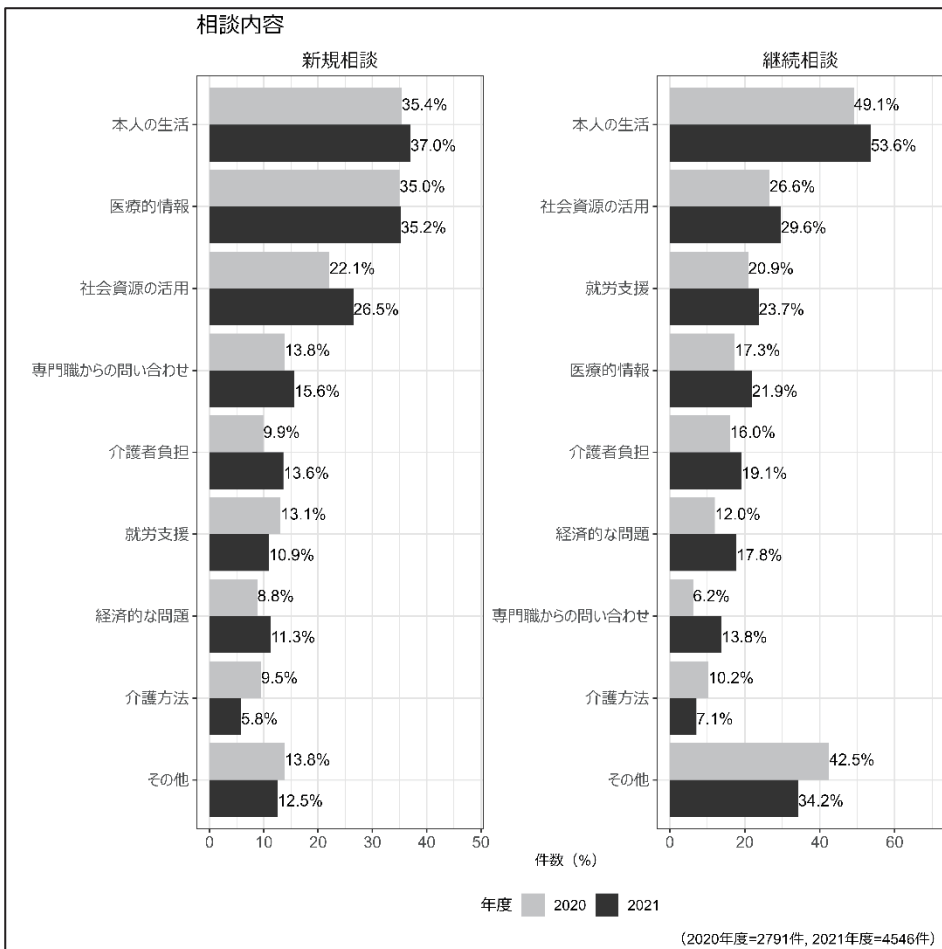


図 9 相談内容

表 4 に、新規相談および継続相談における相談内容の違いを示す。相談内容ごとに新規相談と継続相談の相談頻度を比較すると、継続相談より新規相談において頻度が高い相談は、医療的情報および専門職からの問い合わせであった。

表 4 新規相談および継続相談における相談内容の違い

相談内容	新規相談 (n=994)	継続相談 (n=6343)
医療的情報	349 (35.1%)	1281 (20.2%)
専門職からの問い合わせ	147 (14.8%)	698 (11.0%)
介護方法	74 (7.4%)	521 (8.2%)
社会資源の活用	244 (24.5%)	1807 (28.5%)
経済的な問題	101 (10.2%)	991 (15.6%)
介護者負担	119 (12.0%)	1141 (18.0%)
就労支援	118 (11.9%)	1438 (22.7%)
本人の生活	361 (36.3%)	3295 (51.9%)
その他	130 (13.1%)	2366 (37.3%)

### 3.3.3 各相談者における相談内容

前述したように、支援コーディネーターへの相談は、医療・介護の専門職、本人の配偶者、本人からの相談が多くを占めていた。これらの相談者に焦点を当て、それぞれの相談者ごとの相談内容の頻度を図 10 に示す。

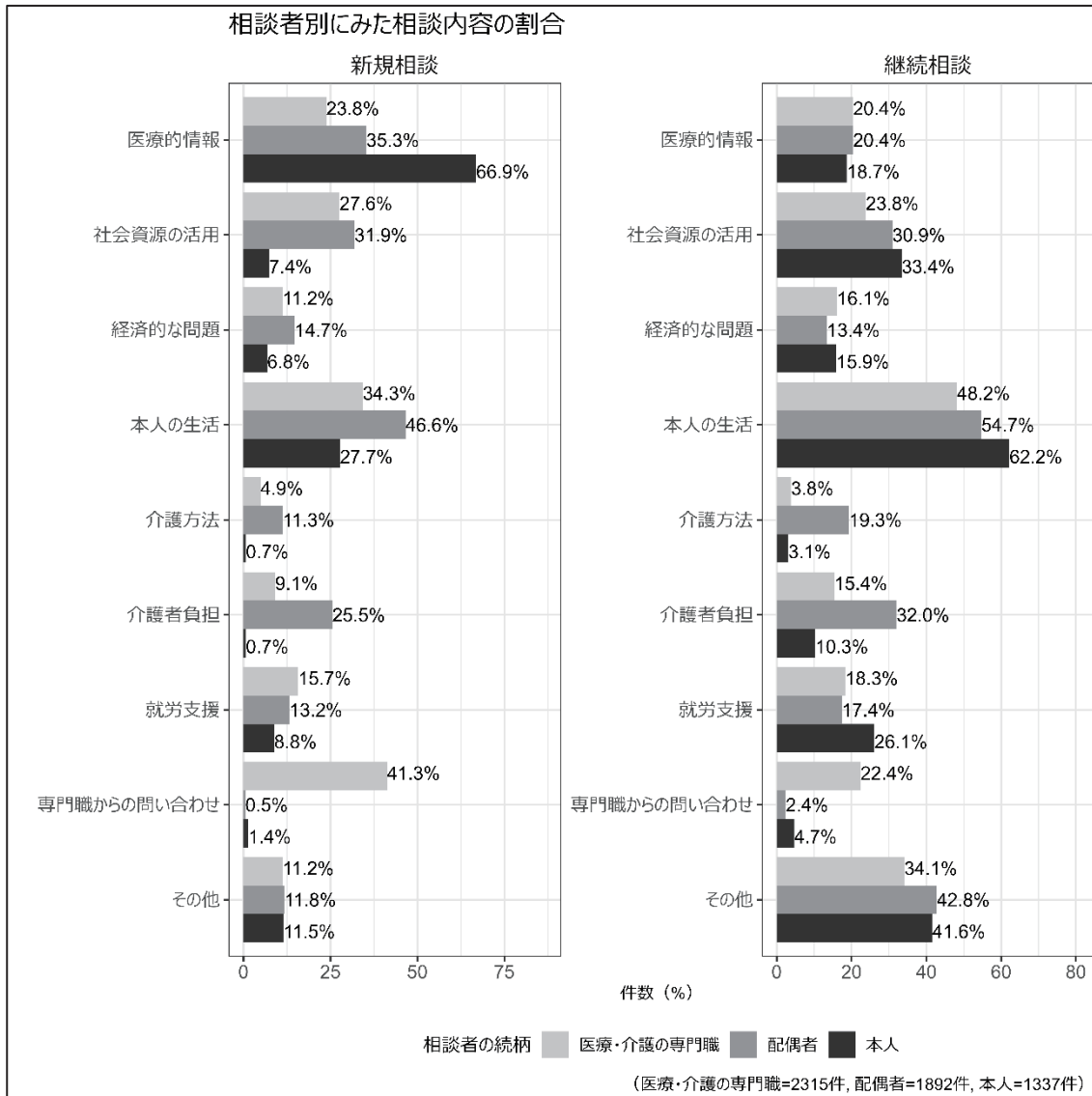


図 10 相談者別にみた各相談内容の割合

【医療・介護の専門職 (表 5)】

医療・介護の専門職からの相談として多いものを上位から3つ挙げると、新規相談では、専門職からの問い合わせ [118件 (41.3%) ]、本人の生活 [98件 (34.3%) ]、社会資源の活用 [79件 (27.6%) ] であり、継続相談では、本人の生活 [977件 (48.2%) ]、その他 [692件 (34.1%) ]、社会資源の活用 [483件 (23.8%) ] であった。

表 5 医療・介護の専門職からの相談内容

相談内容	新規相談		継続相談	
	2020年度	2021年度	2020年度	2021年度
医療的情報	21 (16.5%)	47 (29.6%)	114 (14.4%)	300 (24.3%)

相談内容	新規相談		継続相談	
	2020年度	2021年度	2020年度	2021年度
社会資源の活用	30 (23.6%)	49 (30.8%)	170 (21.5%)	313 (25.3%)
経済的な問題	11 (8.7%)	21 (13.2%)	81 (10.2%)	246 (19.9%)
本人の生活	47 (37.0%)	51 (32.1%)	341 (43.1%)	636 (51.4%)
介護方法	9 (7.1%)	5 (3.1%)	31 (3.9%)	47 (3.8%)
介護者負担	10 (7.9%)	16 (10.1%)	122 (15.4%)	190 (15.4%)
就労支援	23 (18.1%)	22 (13.8%)	142 (17.9%)	230 (18.6%)
専門職からの問い合わせ	55 (43.3%)	63 (39.6%)	108 (13.6%)	347 (28.1%)
その他	11 (8.7%)	21 (13.2%)	325 (41.0%)	367 (29.7%)

#### 【本人の配偶者（表6）】

本人の配偶者からの相談として多いものを上位から3つ挙げると、新規相談では、本人の生活 [95件 (46.6%) ]、医療的情報 [72件 (35.3%) ]、社会資源の活用 [65件 (31.9%) ] であり、継続相談では、本人の生活 [924件 (54.7%) ] その他 [723件 (42.8%) ]、介護者負担 [541件 (32.0%) ] であった。

表6 本人の配偶者からの相談内容

相談内容	新規相談		継続相談	
	2020年度	2021年度	2020年度	2021年度
医療的情報	36 (40.4%)	36 (31.3%)	117 (18.0%)	227 (21.9%)
社会資源の活用	31 (34.8%)	34 (29.6%)	182 (28.0%)	339 (32.7%)
経済的な問題	15 (16.9%)	15 (13.0%)	77 (11.8%)	149 (14.4%)
本人の生活	42 (47.2%)	53 (46.1%)	353 (54.2%)	571 (55.1%)

相談内容	新規相談		継続相談	
	2020年度	2021年度	2020年度	2021年度
介護方法	15 (16.9%)	8 (7.0%)	154 (23.7%)	171 (16.5%)
介護者負担	21 (23.6%)	31 (27.0%)	153 (23.5%)	388 (37.4%)
就労支援	17 (19.1%)	10 (8.7%)	108 (16.6%)	185 (17.8%)
専門職からの問い合わせ	0 (0.0%)	1 (0.9%)	8 (1.2%)	33 (3.2%)
その他	14 (15.7%)	10 (8.7%)	328 (50.4%)	395 (38.1%)

#### 【本人（表7）】

本人からの相談として多いものを上位から3つ挙げると、新規相談では、医療的情報 [99件 (66.9%) ]、本人の生活 [41件 (27.7%) ]、その他 [17件 (11.5%) ] であり、継続相談では、本人の生活 [739件 (62.2%) ]、その他 [495件 (41.6%) ]、社会資源の活用 [397件 (33.4%) ] であった。

表7 本人からの相談内容

相談内容	新規相談		継続相談	
	2020年度	2021年度	2020年度	2021年度
医療的情報	51 (66.2%)	48 (67.6%)	65 (17.1%)	157 (19.4%)
社会資源の活用	5 (6.5%)	6 (8.5%)	132 (34.7%)	265 (32.8%)
経済的な問題	4 (5.2%)	6 (8.5%)	46 (12.1%)	143 (17.7%)
本人の生活	16 (20.8%)	25 (35.2%)	216 (56.8%)	523 (64.6%)
介護方法	0 (0.0%)	1 (1.4%)	18 (4.7%)	19 (2.3%)
介護者負担	0 (0.0%)	1 (1.4%)	32 (8.4%)	91 (11.2%)
就労支援	5 (6.5%)	8 (11.3%)	92 (24.2%)	218 (26.9%)
専門職からの問い合わせ	1	1	5	51



相談内容	新規相談		継続相談	
	2020年度	2021年度	2020年度	2021年度
	(1.3%)	(1.4%)	(1.3%)	(6.3%)
その他	10 (13.0%)	7 (9.9%)	194 (51.1%)	301 (37.2%)

### 3.4 本人や家族に関する情報

ここでは、本人や家族の状況について着目し、基本情報および医療・介護に関する情報についてまとめました。

#### 3.4.1 基本情報

本人の性別について図 11 に示す。新規相談および継続相談ともに、本人の性別は男性（新規相談=41.9%、継続相談=57.2%）が最も多くみられた。

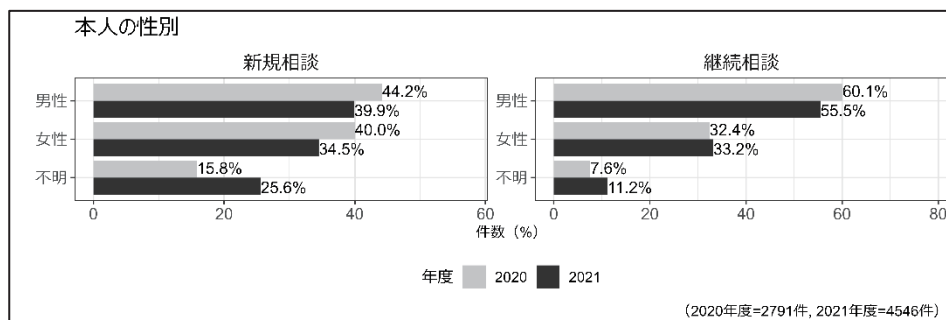


図 11 本人の性別

本人の年齢について図 12 に示す。本人の年齢は、新規相談では、50 歳代（32.2%）、60–64 歳（27.2%）、65–69 歳（11.6%）、70 歳以上（8.4%）、40 歳代（7.6%）、39 歳以下（3.8%）の順で多くみられた（不明を除く）。一方、継続相談では、50 歳代（42.1%）、60–64 歳（32.2%）、65–69 歳（16.6%）の順で多く、それ以外は全体からすると 5%未満であった。

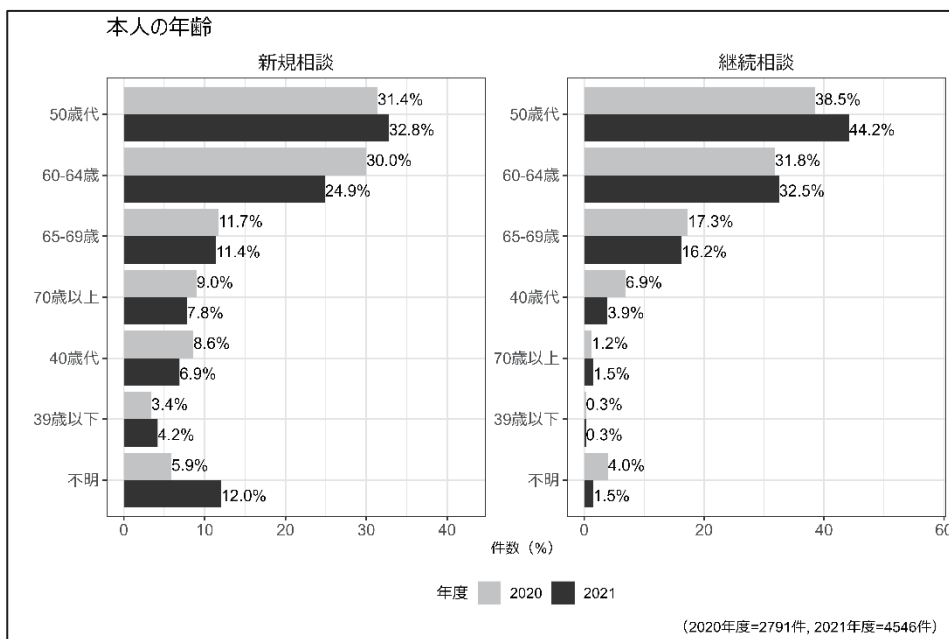


図 12 本人の年齢

相談時の暮らし方について、図 13 に示す。新規相談では、同居（62.7%）、独居（14.9%）の順で多く、それ以外は全体からすると 5%未満であった（不明を除く）。継続相談では、同居（81.3%）、独居（13.2%）の順で多く、それ以外は全体からすると 5%未満であった。

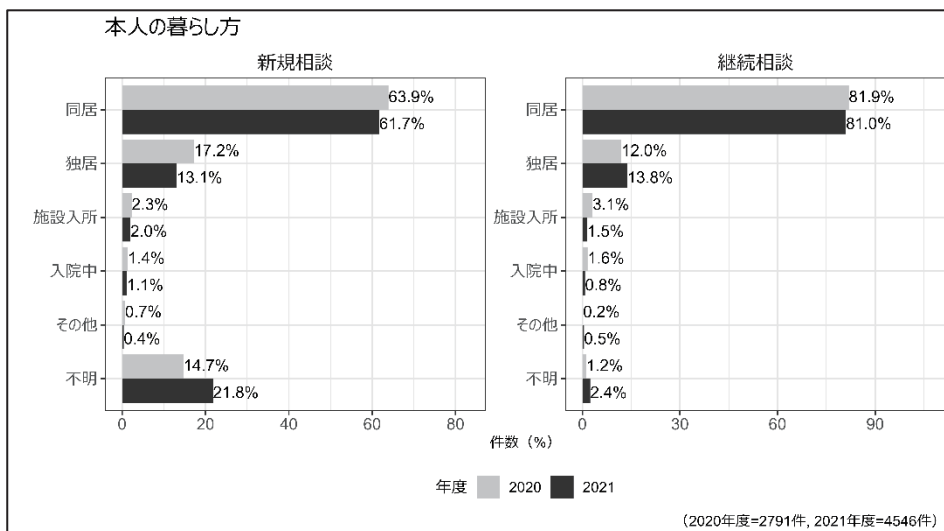


図 13 暮らし方

相談時の就労状況について図 14 に示す。新規相談では、退職（25.8%）、就労中（23.6%）、元々就労していない（6.6%）の順で多く、それ以外は全体からすると 5%未満であった（不明を除く）。継続相談では、退職（39.9%）、就労中（29.4%）、休職中（5.6%）の順で多く、それ以外は全体からすると 5%未満であった（その他および不明を除く）。

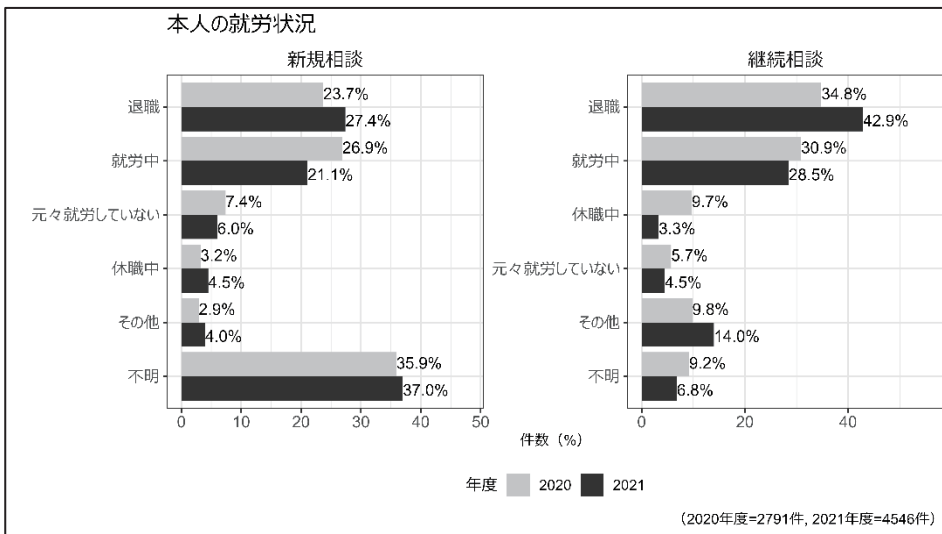


図 14 就労状況

図 15 に、本人が就労中であった相談のうち、本人の雇用契約状況を示す。新規相談では、正社員（40.0%）、非正規（16.6%）の順で多くみられた（不明を除く）。一方、継続相談では、正社員（47.2%）、非正規（15.0%）の順で多くみられた（不明を除く）。本人が就労中であった相談のうち、障害者雇用率制度の対象者に関する相談は、新規相談では 6 件（2.6%）、継続相談では 35 件（1.9%）であった。

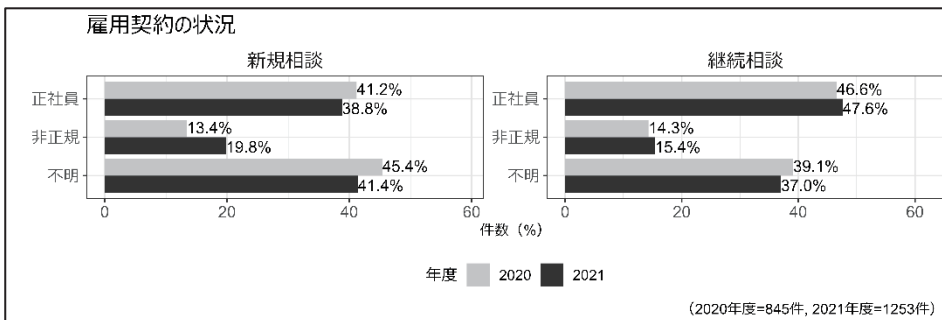


図 15 雇用契約の状況

図 16 に本人の職業について示す。新規相談では、会社員（21.4%）、自営業（5.5%）、公務員（3.3%）の順で多くみられた（その他、不明を除く）。一方、継続相談では、会社員（35.1%）、自営業（6.8%）、公務員（4.7%）の順で多くみられた（その他、不明を除く）。

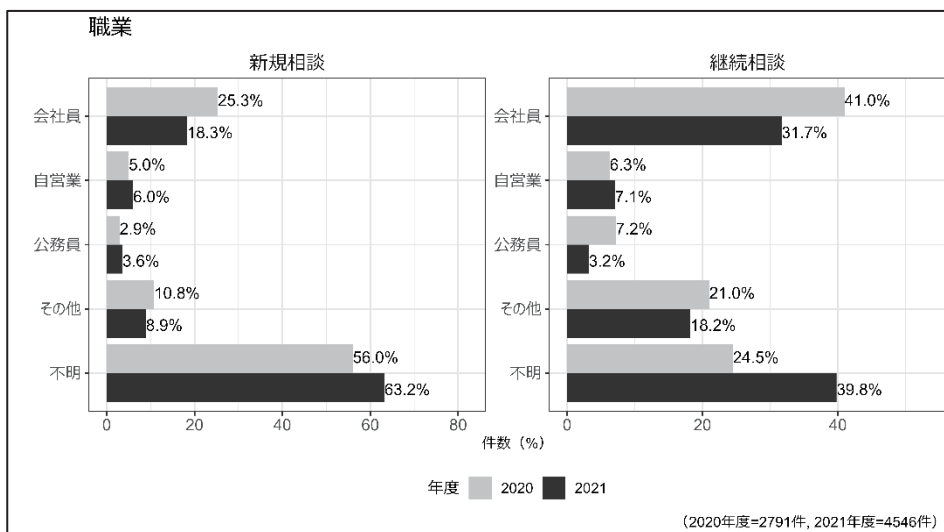


図 16 職業

図 17 に元々就労していない人のうち、その詳しい状況について示す。新規相談では、専業主婦 (30.3%)、無職 (9.1%) の順で多くみられた (不明を除く)。一方、継続相談では、専業主婦 (30.0%)、無職 (8.6%) の順で多くみられた (不明を除く)。

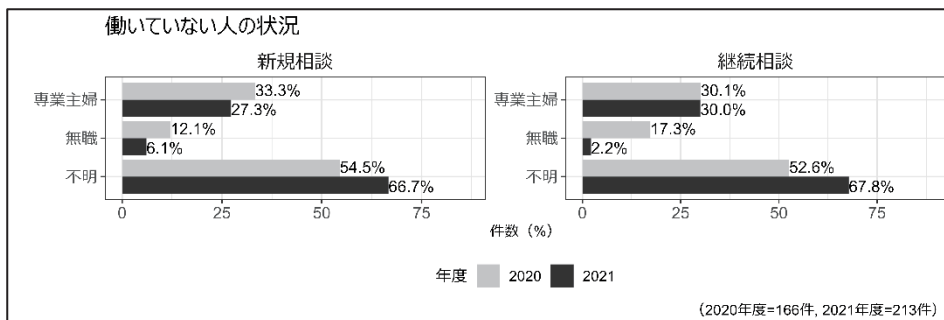


図 17 働いていない人の状況

図 18 に本人の収入について示す。新規相談では、給料 (24.6%)、老齢年金 (8.5%)、収入なし (7.5%)、障害年金 (6.6%)、その他 (5.4%)、生活保護 (1.9%) の順に多かった (その他を除く)。一方で、継続相談では、給料 (41.5%)、その他 (12.7%)、老齢年金 (12.5%)、収入なし (12.1%)、障害年金 (9.2%)、生活保護 (1.1%) の順で多かった (その他を除く)。

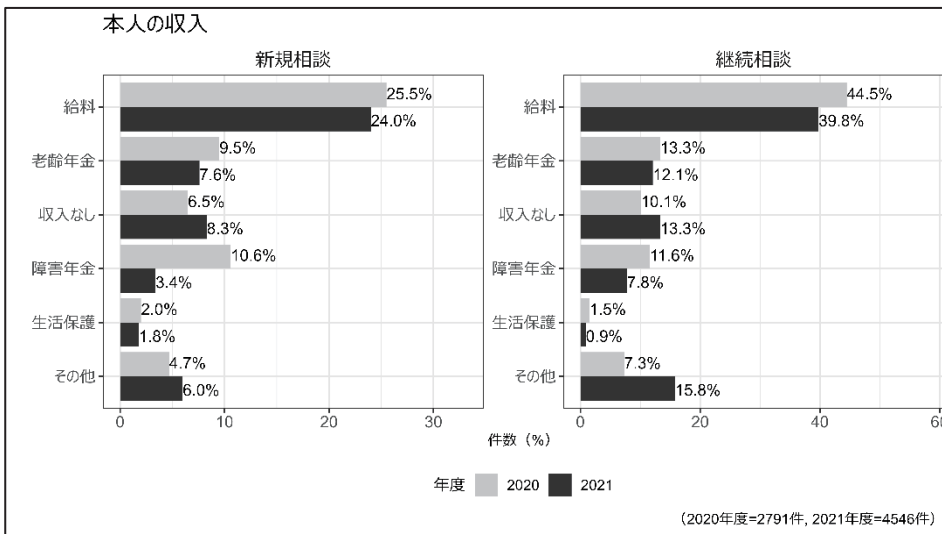


図 18 本人の収入

図 19 に家族の収入について示す。新規相談では、給料 (26.2%)、老齢年金 (7.4%)、その他 (4.3%)、障害年金 (2.0%)、収入なし (1.4%)、生活保護 (1.3%) の順で多かった (その他を除く)。一方、継続相談では、給料 (44.7%)、老齢年金 (12.8%)、その他 (10.8%)、障害年金 (2.6%)、収入なし (2.5%)、生活保護 (0.8%) の順で多かった (その他を除く)。

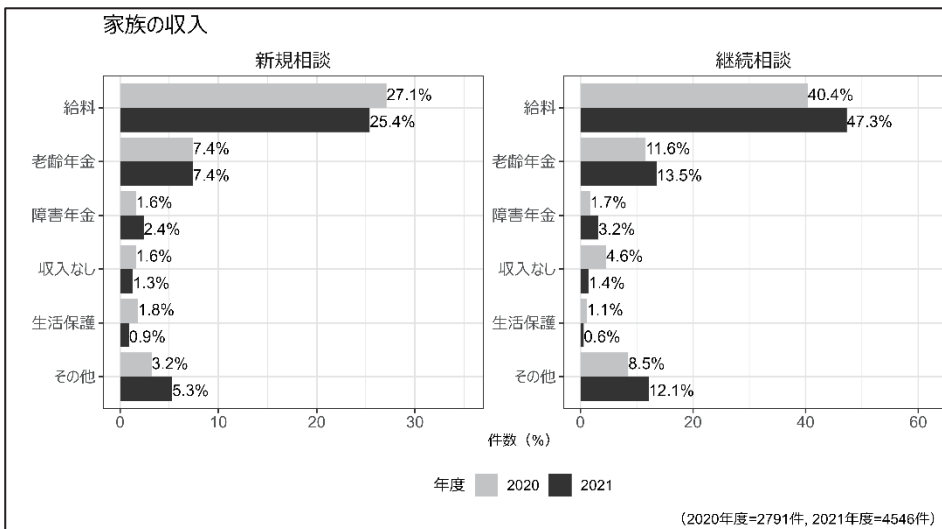


図 19 家族の収入

図 20 に経済的な負担の状況について示す。新規相談では、住宅ローン (3.1%)、学費・養育費 (1.3%)、生命保険 (1.1%) の順で多くあがった。一方、継続相談では、住宅ローン (8.1%)、学費・養育費 (5.4%)、生命保険 (1.8%) の順で多くあがった。

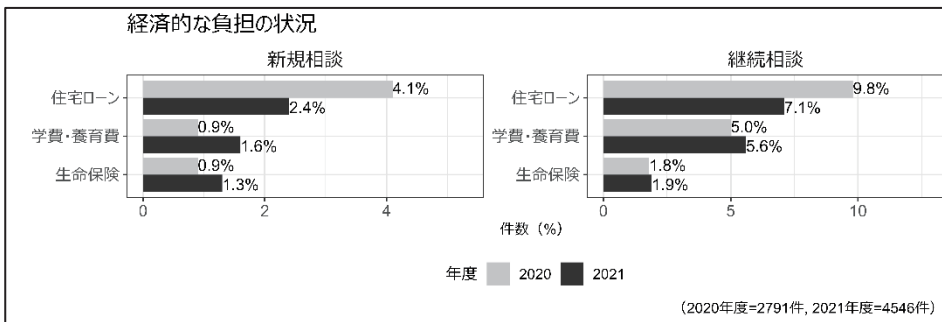


図 20 経済的な負担の状況

本人の主介護者について図 21 に示す。新規相談では、不明（42.9%）、配偶者（36.9%）、子（6.8%）、兄弟姉妹（5.3%）、親（5.0%）の順で多く、それ以外の主介護者は相談件数に占める割合が 5%未満であった。一方で、継続相談では、配偶者（59.4%）、不明（14.2%）、子（8.8%）、親（7.6%）、兄弟姉妹（7.1%）の順で多く、それ以外の主介護者は相談件数に占める割合が 5%未満であった。

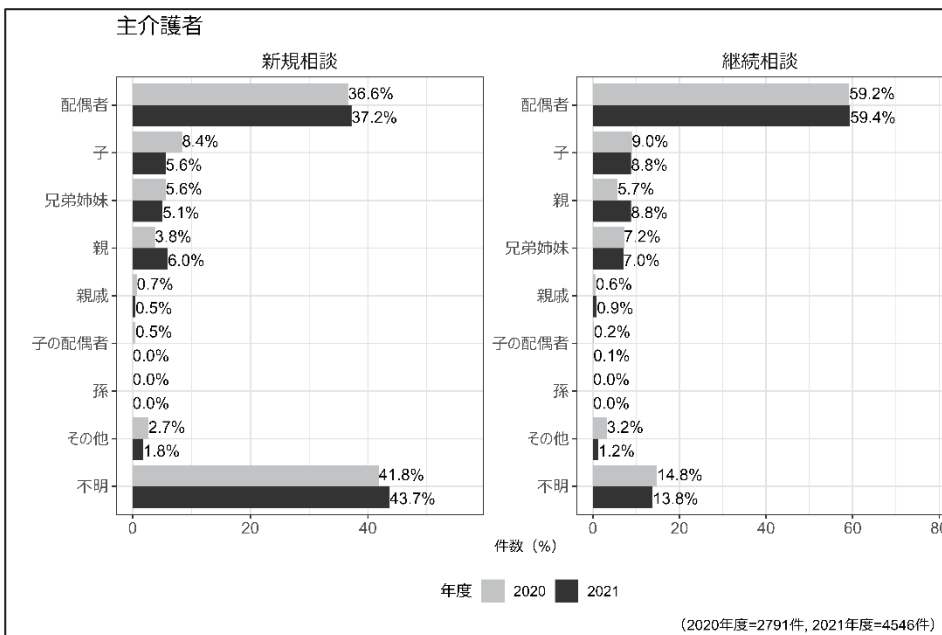


図 21 主介護者

### 3.4.2 医療・介護に関する情報

認知症に関する診断の有無について、図 22 に示す。診断については、新規相談および継続相談ともに、既に診断を受けた者に関する相談が最も多かった（新規相談=56.6%、継続相談=85.6%）。

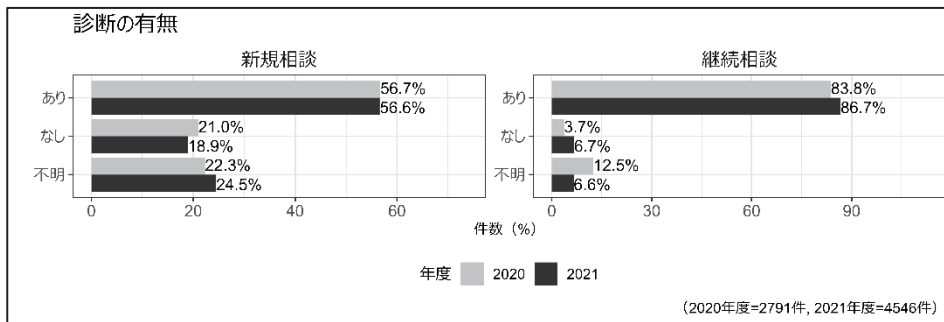


図 22 診断の有無

告知の有無について図 23 に示す。告知については、新規相談においては、本人に対して告知がされているかどうかは不明である相談が最も多かったが（51.2%）、継続相談では、既に告知を受けた者に関する相談が最も多かった（73.2%）。

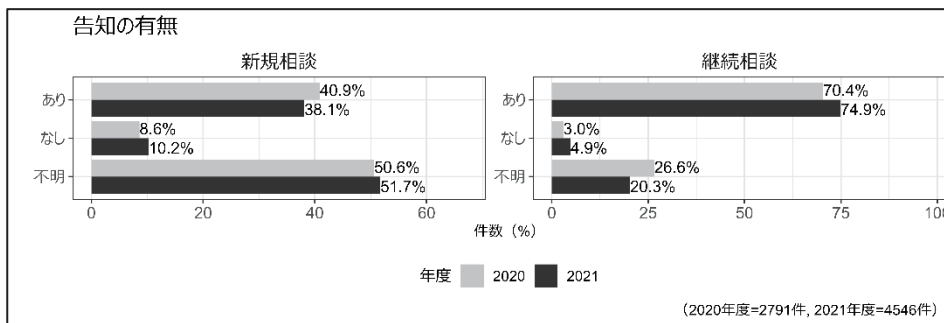


図 23 告知の有無

本人の診断名について図 24 に示す。新規相談時の診断名については、不明（43.8%）、アルツハイマー型認知症（35.5%）、前頭側頭型認知症（6.1%）、その他（5.4%）の順で多く、それ以外は相談件数に占める割合が 5%未満であった。一方で、継続相談時の診断名については、アルツハイマー型認知症（51.6%）、不明（13.7%）、その他（10.6%）、前頭側頭型認知症（9.1%）、軽度認知障害（MCI）（6.4%）、認知症の疑い（5.7%）の順で多く、血管性認知症およびレビー小体型認知症は全体に占める割合が 5%未満であった。

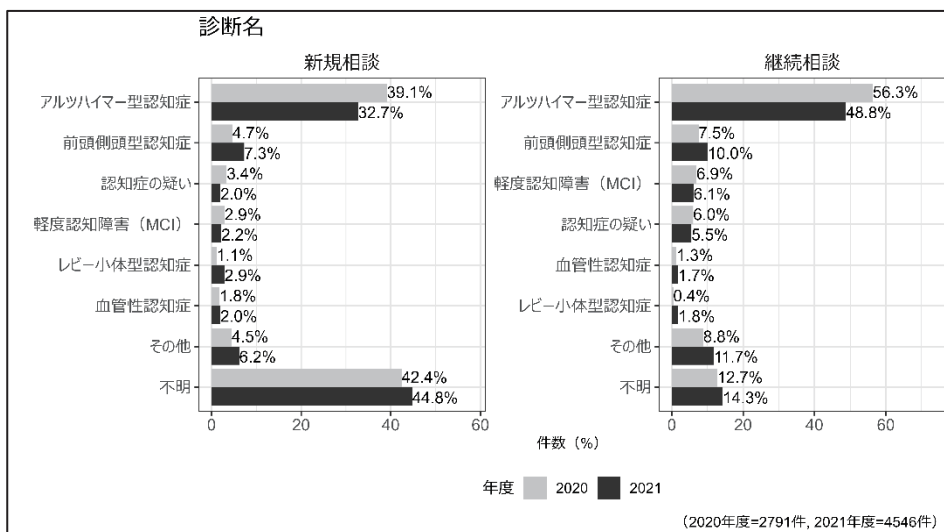


図 24 診断名

本人に認められる症状について図 25 に示す。新規相談時の症状については、何度も同じことを言う・聞く (29.9%)、段取りが難しい (25.3%)、性格の変化 (14.7%)、金銭管理が困難 (11.0%)、道に迷う (9.3%)、取り繕う (9.2%) の順で多かった (その他を除く)。一方で、継続相談時の症状については、何度も同じことを言う・聞く (52.5%)、段取りが難しい (45.2%)、取り繕う (26.5%)、金銭管理が困難 (24.5%)、性格の変化 (22.6%)、道に迷う (17.4%) の順で多かった (その他を除く)。

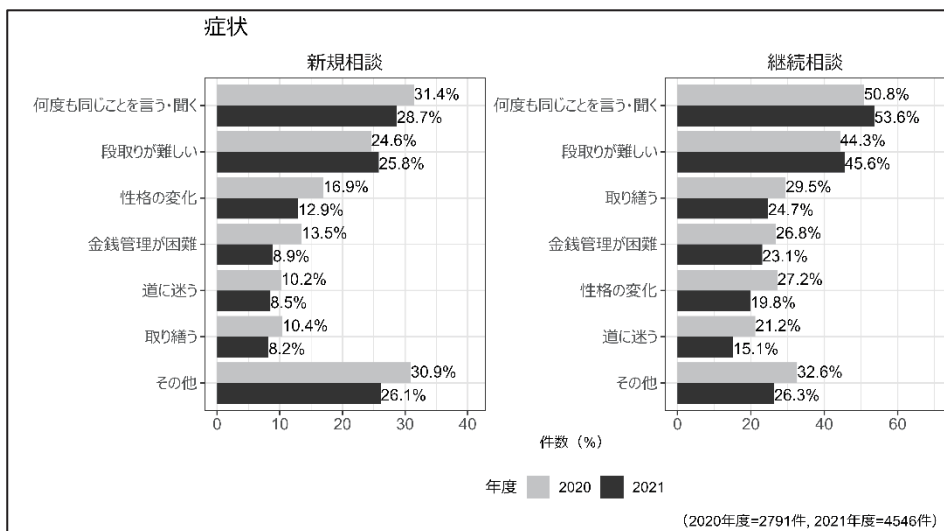


図 25 症状

行動心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) の有無について図 26 に示す。新規相談においては、不明が最も多かったが (58.9%)、継続相談では、なし (39.9%)、不明 (33.0%)、あり (27.1%) の順で多かった。



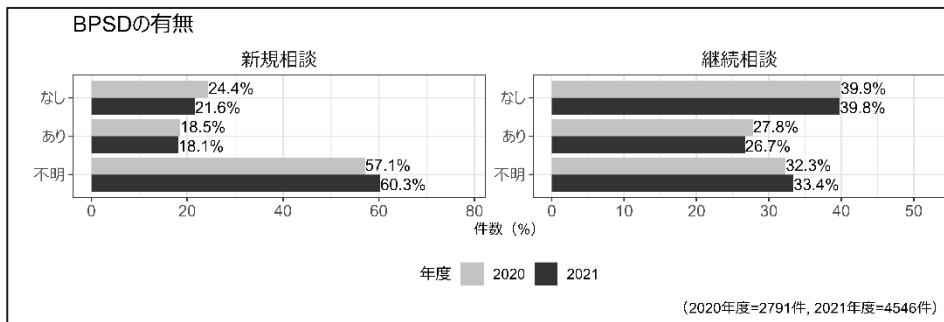


図 26 BPSDの有無

BPSDが認められる人に関する相談のうち、BPSDの具体的な内容について図27に示す。新規相談においては、興奮・易刺激性(51.1%)、抑うつ(27.5%)、徘徊(22.5%)、妄想(20.9%)、異常行動(15.4%)の順で多かった(その他を除く)。継続相談では、興奮・易刺激性(43.8%)、抑うつ(37.2%)、妄想(24.2%)、徘徊(19.7%)、異常行動(12.6%)の順で多かった(その他を除く)。

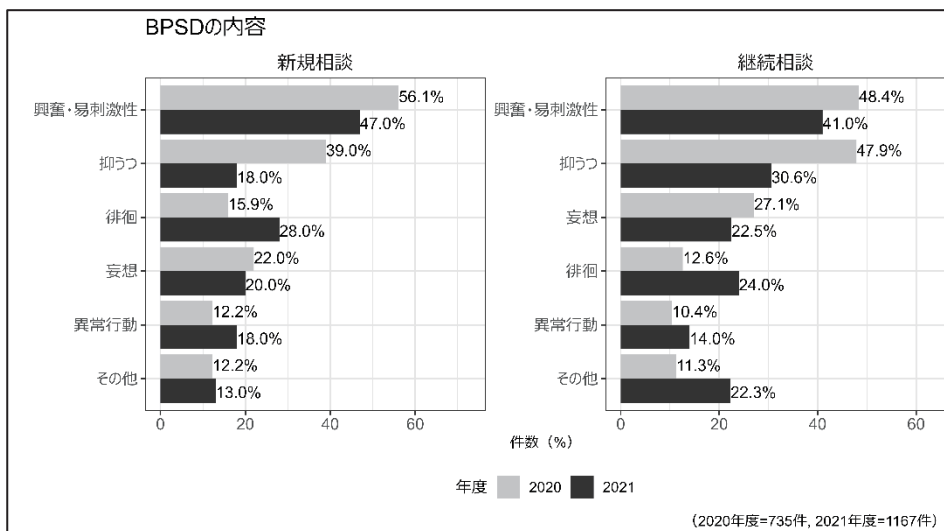


図 27 BPSDの内容

相談時の本人の日常生活動作 (Activities of Daily Living, ADL) および手段的日常生活動作 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) の自立度について、図28-31に示す。新規相談時における本人の生活自立度は、不明であることが最も多かった(食事=38.4%、排泄=51.8%、更衣=52.1%、入浴=52.9%、移動=51.4%、買い物・家事=54.9%、いずれも自立度が不明)。一方で、継続相談時における生活自立度は、食事については一部介助が最も多かったが(47.7%)、それ以外の生活行為については自立が最も多かった(排泄=64.0%、更衣=57.2%、入浴=56.3%、移動=56.0%、買い物・家事=33.7%、いずれも自立)。

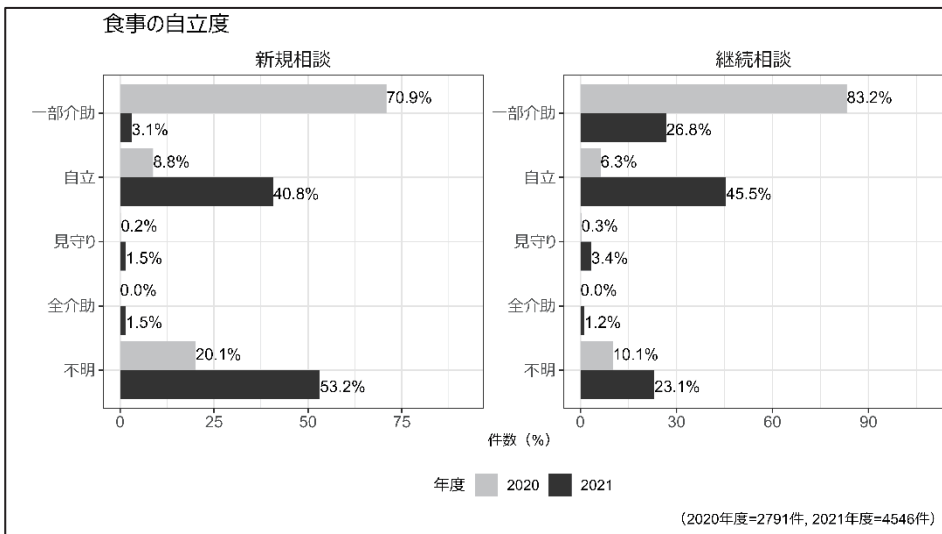


図 28 食事の自立度

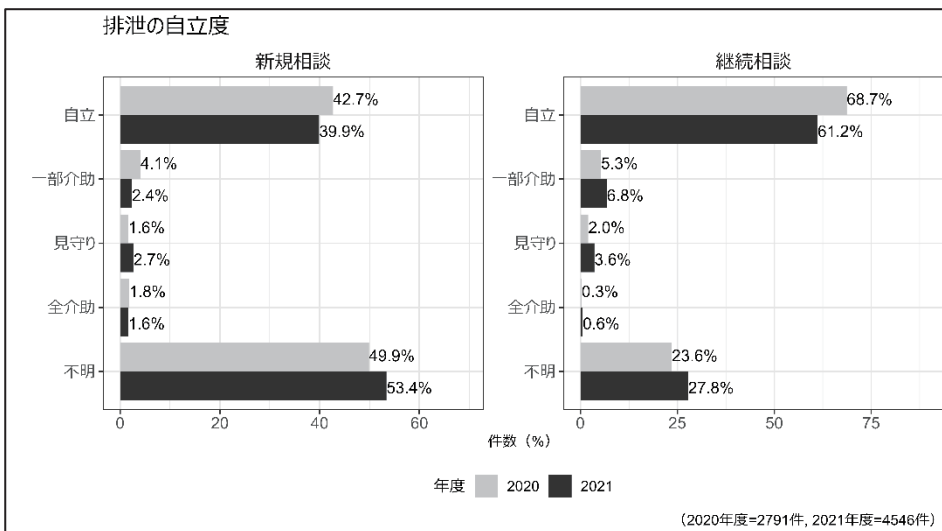


図 29 排泄の自立度

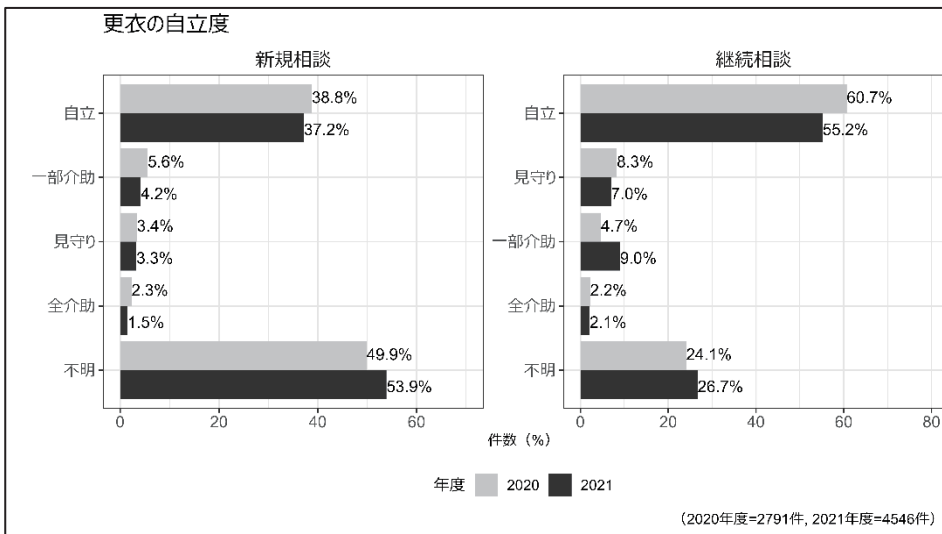


図 30 更衣の自立度

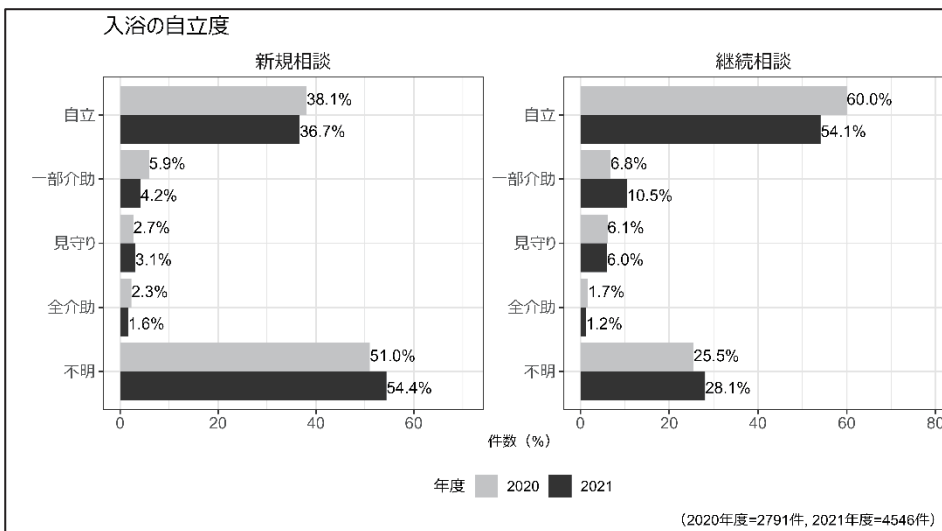


図 31 入浴の自立度

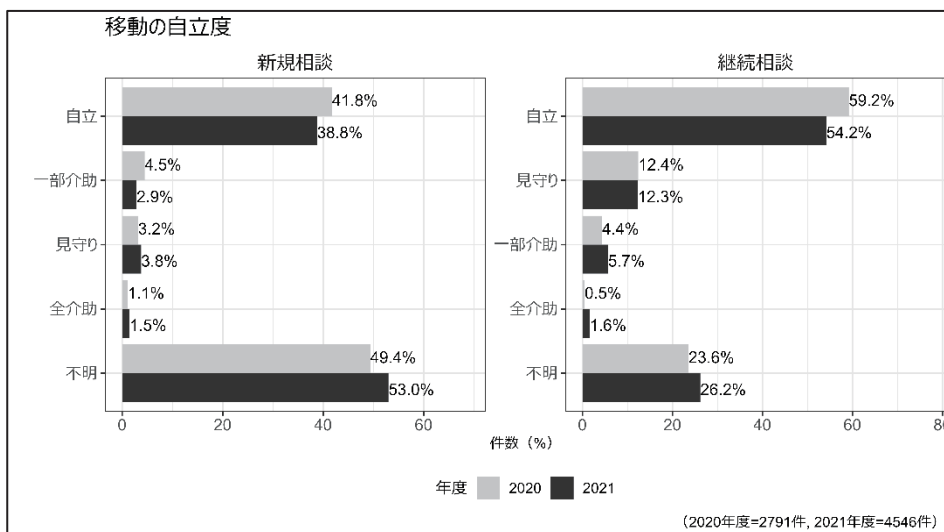


図 32 移動の自立度

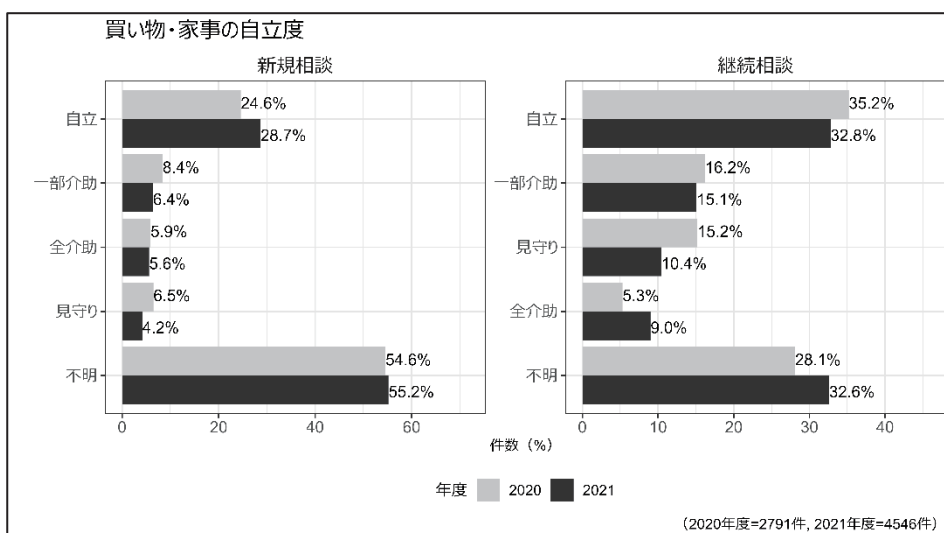


図 33 買い物・家事の自立度

## 4 考察

本報告では、相談記録システムの登録データについて、支援コーディネーターの活動状況に関する内容を中心にまとめた。2021年度の登録件数は前年度に比べて増加しており、相談記録システムの利用は進んでいる状況にある。

### 4.1 支援コーディネーターの活動状況

#### 4.1.1 相談者について

相談者の特徴として、相談窓口では、医療・介護の専門職、本人の配偶者、本人からの相談を多く受けていた。特に、支援コーディネーターは、若年性認知症の人やその家族への直接的な支援だけで

はなく、関係機関との調整を行う。若年性認知症支援コーディネーター配置のための手引書(2)では、『若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービスの担当者との「調整役」となること』が支援コーディネーターの役割として挙げられているが、本報告の結果からも、多くの医療・介護の専門職からの相談に対応していることが分かり、関係機関等との調整が重要な活動の一つとして位置づけられていることが示唆される。医療および介護の専門職は、若年性認知症の人への対応に慣れていない、あるいは単独では円滑に支援できないことが想定されるため、支援を進めていく中で支援コーディネーターは連携を図ることが重要である。

また、医療・介護の専門職に次いで、本人の配偶者や本人からの相談も多く認められた。本邦において、認知症に関する相談は、本人の子からの相談が多くを占めていることが報告されているが(3, 4)、当然ながら、これらの報告では、高齢者に関する相談が多くを占めている。相談窓口の種類や設置目的がそれぞれ異なるため、本報告との単純な比較は困難だが、若年性認知症に関する専門の相談窓口において、本人や本人の配偶者からの相談が多いことは、一つの特徴であると考えられる。したがって、若年性認知症の治療や支援では、本人やその配偶者にとって相談および受診しやすい仕組みづくりが特に重要であるかもしれない。

相談窓口の種別ごとに多い相談をみると、その相談者層は異なっていた。特に、新規相談に着目すると、医療機関の相談窓口では、本人からの相談が最も多かったが、医療機関以外の相談窓口では医療・介護の専門職からの相談が最も多かった。医療機関の窓口には本人からの相談が多いことについては、本人自らの受診行動が支援コーディネーターへの相談につながる契機になっていることを示唆しているのかもしれない。本邦の疫学調査によると、医療機関の中では認知症疾患医療センターが若年性認知症の人を最も多く把握していることが報告されている(5)。この特徴を勘案すると、医療機関の相談窓口における本人からの相談の多さは、相談窓口のある認知症疾患医療センターへ受診し、そのまま病院内に設置された専用窓口で相談するという流れを反映している可能性がある。

相談経路の特徴として、初回相談では、医療機関、インターネット、地域包括支援センターなどを経由した相談が特徴として挙げられた。前述したように、若年性認知症の人を最も把握しているのは、医療機関であることが報告されているが(5)、本報告においても同様の傾向であり、医療機関が重要や役割を果たしていることが示唆される。

#### 4.1.2 相談について

相談方法の特徴としては、新規相談および継続相談ともに、電話による相談が半数以上を占めており、継続相談では来所や訪問による対面での相談も増える傾向がみられた。

相談内容としては、「医療的情報」と「専門職からの問い合わせ」が、継続相談より新規相談に多くみられた(表4)。この特徴は、医療的な関与や介入および関係機関から支援コーディネーターへの紹介が、支援の初期に重要であることを示唆している。一方で、継続相談では、「その他」、「本人の生活」、「就労支援」、「介護者負担」、「経済的な問題」、「社会資源の活用」、「介護方法」の頻度が新規相談より高かった。継続相談に多い相談内容からは、若年性認知症の人への支援には、継続的な対応が必要であることが読み取れ、特に、継続して対応することにより、相談内容が様々な領域に広がっていくことが分かる。

### 4.1.3 各相談者における相談内容

図 10 は、主たる相談者であった、医療・介護の専門職、配偶者、本人からの相談について、相談者ごとにどのような相談が多いか互いに比較したものである。

医療・介護の専門職および配偶者からの新規相談に着目すると、当然ながら、専門職からの問い合わせは、医療・介護の専門職において最も頻度が高く、介護者負担や介護方法に関する相談は配偶者において、頻度が高かった。

一方、本人の新規相談では、他の相談者に比べ医療的情報に関する相談頻度が最も高かった。これらの相談には、受診すべきかどうかの相談や診断されて自分が今後どのようなようになっていくかの相談が含まれていると考えられる。そのため、支援の序盤で本人からの相談に対応するときは、医療面の情報提供や対応が重要になることを示している。

## 4.2 本人や家族に関する情報

### 4.2.1 基本情報

本人の性別は男性が最も多く、また、年齢は 50 歳代および 60–64 歳代が多くを占めていた。本邦の若年性認知症に関する疫学調査では、年齢が上がるほど有病率は上昇する傾向がみられており(5)、本報告においても似た傾向を示していた。

相談時の本人の暮らし方については、誰かとの同居状態である者からの相談が最も多かった。一方で、新規相談および継続相談ともに、独居の人に関する相談も 1 割程度認められた。単身世帯の認知症の人に関するケアはこれまでほとんど検討されておらず(6)、若年性認知症の人についても同様である(7)。家族と同居している人へのケアと単身世帯の人へのケアは異なることが予想されるため、今後は単身世帯の人に向けたケアの在り方を検討する研究も必要である。

本人の就労状況については、新規相談時は、不明が最も多く、退職、就労中、元々就労していないの順で多くみられた。一方、継続相談では、退職が最も多く、就労中、その他、不明、休職中という順で多くみられた。就労している人を 1 年半程度追跡した場合、認知症と診断された人は、診断されていない人に比べ、退職のリスクが 2 倍となることが報告されており(8)、若年性認知症の人の就労支援は大きな課題の一つである。若年性認知症の発症年齢を考えると、就労継続のニーズは高いことが想定されるため、支援コーディネーターの調整や支援によりどれくらい就労期間が延びたかなどについては、違った観点からも検討が必要である。

本人および家族の収入については、給料により収入を得ている者が最も多かった。また、経済的な負担状況については、当てはまる状況が不明である相談が多かった。若年性認知症の人を巡る経済的状況に関する報告は特に不足しているため(9)、今後は詳細な検討が必要である。

主介護者については、不明を除くと、新規相談、継続相談ともに配偶者が最も多かった。そのため、若年性認知症の人への支援には、配偶者への介護負担を考慮したり、本人を含めた家族全体を支援する視点も重要であり、今後さらに検討が必要である。

### 4.2.2 医療・介護に関する情報

診断の有無については、既に診断を受けた者に関する相談が最も多かった。また、告知については、新規相談では告知状況が不明の相談が最も多く、継続相談では告知がなされた人に関する相談が最も多かった。

診断名については、不明およびその他を除くと、新規相談および継続相談ともにアルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症の順で多かった。本邦の若年性認知症の疫学研究(5)では、若年性認知症の人の診断名はアルツハイマー型認知症が最も多く、それに続いて血管性認知症が多いという特徴があり、本報告の相談者層とは異なる。実態調査による疾患頻度と支援コーディネーターへの相談に繋がる相談者層の違いについては、神経変性疾患による認知症と脳血管障害による認知症の相談実態の違いを検討する必要がある。つまり、65歳未満で血管性認知症となった場合は支援コーディネーターへの相談に繋がりにくいのかどうか、また、その代わりに他の相談支援機関には繋がっているのかどうか、あるいは反対に、前頭側頭型認知症の人は支援コーディネーターへの相談に繋がりにくいのかについては、さらなる検討が必要である。

症状およびBPSDについては、評価者の判断に左右されるという課題があるものの、支援コーディネーターに相談するときの状況として頻度の多いものが分かる。相談時の症状については、「何度も同じことを言う・聞く」に関する頻度が最も高く、同じように、本邦の疫学研究(10)では、最初に気付いた症状としては物忘れの頻度が最も高かった。また、BPSDの内容については、興奮・易刺激性の頻度が最も高く、本邦の疫学研究(10)では、興奮の頻度が最も高く、似た傾向がみられた。

ADLおよびIADLの自立度については、新規相談時はどの生活行為においても不明であることが最も多かった。一方で、継続相談時における自立度は、食事については一部介助が最も多かったが、それ以外の生活行為については自立が最も多かった。ADLおよびIADLの自立度については、実務的に詳細な情報の把握が困難であることが示唆され、また、判断の基準等を定めることも課題である。

#### 4.3 今後の改修に向けた相談記録システムの設計について

本研究事業では、支援コーディネーターの活動状況を把握することが長期的な目標である。最後に、相談記録システムを用いた支援コーディネーターの活動状況調査について、明らかになった課題および今後の展開を考えたい。

相談記録システムによって収集されたデータを用いると、若年性認知症の人への支援状況を全国的に、あるいは地域ごとに把握でき、施策立案の基礎的資料となる。しかし、前年度から研究事業を進めていく中で相談記録システムの課題が明らかになった。これらの課題は、データ分析に係る課題およびシステムの利用環境に関する課題に大きく分けられる。

データ分析に係る課題としては、新規相談と継続相談の対応関係がなく、一人の若年性認知症の人の支援経過を追跡できないことが挙げられる。対応関係があるデータを収集できると、その人がのちに相談に繋がったかどうか、継続相談によりどのような関係機関に繋がることができたか、どの段階で制度やサービスを変えたか、などの詳細な介護経過を時系列に沿って追跡することができる。この課題を解決するためにはシステムの改修等が必要となるため、今後の研究事業の中でさらなる検討が必要である。

一方で、システムの利用環境の課題としては、前年度の研究事業において相談窓口に起因する課題と支援コーディネーターの実務上の課題を明らかにした(1)。相談窓口によっては、個人情報保護の観点から相談記録システムを利用できなかったり、また、既に電子カルテなどの他のシステムを用いて業務の記録を取っている実態があり、これらが相談記録システムを導入する障壁になっている。この課題を解決するためには、行政担当者、各相談窓口、および支援コーディネーターの理解を得る必要があるため、今後も利用促進活動に力を入れる必要がある。

相談記録システムの利用推進や活用には上記に述べた課題があるものの、このシステムを通して得られるデータは他の介護研究では取得できない貴重なものである。特に、どのような地域でも良い支援が受けられるようにするためには、まず、都道府県あるいは指定都市を単位とした地域ごとの比較が重要となるが、本システムを用いることにより、同じ形式のデータを比較しなければ、その差異を比較することは困難である。本システムは、平成30年度老人保健健康増進等事業の一環として開発されたため、システムの利用推進については、国や行政の後方的な働きかけとともに、さらなる取組みを進めていきたい。

## 謝辞

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

## 参考文献

1. 社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター. 情報共有システムの活用による若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と課題分析に関する研究. 令和3年度 認知症介護研究・研修大府センター 研究報告書. 2022; 83-100.
2. 社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター. 若年性認知症支援コーディネーター配置のための手引書. 2016.
3. 公益財団法人認知症予防財団. 2021年度無料の電話相談事業「認知症110番」の継続・発展(covid19) 報告書. 2022.
4. Nakano Y, Hishikawa N, Sakamoto K, et al. A unique telephone support system for dementia patients and their caregivers managed in japan (okayama dementia call center, odcc). *Neurol Clin Neurosci.* 2018; 6: 100-3.
5. Awata S, Edahiro A, Arai T, et al. Prevalence and subtype distribution of early-onset dementia in japan. *Psychogeriatrics.* 2020; 20: 817-23.
6. Evans D, Price K, Meyer J. Home alone with dementia. *SAGE Open.* 2016; 6: 1-13.
7. Johannessen A, Engedal K, Haugen PK, Dourado MCN, Thorsen K. "To be, or not to be": Experiencing deterioration among people with young-onset dementia living alone. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2018; 13: 1-13.
8. Sakata N, Okumura Y. Job loss after diagnosis of early-onset dementia: A matched cohort study. *J Alzheimers Dis.* 2017; 60: 1231-5.



9. Ruiz-Adame M. A systematic review of the indirect and social costs in early and young onset dementias. *J Alzheimers Dis.* 2022; 85: 21-9.

10. 栗田主一. 日本医療研究開発機構（AMED）委託研究開発事業 若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システムの開発 2017～2019年度 総括・分担報告書. 2021.

付録 1 相談記録システムの各集計項目における単純集計結果

1 相談および対応について

1.1 相談について

1.1.1 相談者の性別

【2020年度】

相談種別	男性	女性	不明
新規	123	244	76
継続	689	1564	95

【2021年度】

相談種別	男性	女性	不明
新規	133	271	147
継続	1224	2376	395

1.1.2 相談者の続柄

【本人あるいは親族（2020年度）】

相談種別	本人	配偶者	親	兄弟姉妹	子	子の配偶者	親戚
新規	77	89	10	12	51	7	3
継続	380	651	61	61	108	9	3

【本人あるいは親族（2021年度）】

相談種別	本人	配偶者	親	兄弟姉妹	子	子の配偶者	親戚
新規	71	115	7	26	49	3	6
継続	809	1037	96	161	164	5	4

【それ以外（2020年度）】

相談種別	近隣住民	友人	職場	障害福祉	医療・介護の専門職	行政	その他	不明
新規	5	1	13	3	127	3	15	27
継続	2	4	45	75	792	40	89	28

【それ以外（2021年度）】

相談種別	近隣住民	友人	職場	障害福祉	医療・介護の専門職	行政	その他	不明
新規	3	3	10	15	159	15	22	47
継続	0	8	73	206	1237	63	118	14

1.1.3 相談方法

【2020年度】

相談種別	電話	メール	来所	訪問	会議・カンファレンス	その他
継続	1424	71	327	245	64	217
新規	336	13	47	12	2	33

【2021年度】

相談種別	電話	メール	来所	訪問	会議・カンファレンス	その他
継続	2439	198	348	399	71	540
新規	443	17	22	15	2	52

1.1.4 相談内容 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	医療的情報	社会資源の活用	経済的な問題	本人の生活	介護方法	介護者負担	就労支援	専門職からの問い合わせ	その他
新規	155	98	39	157	42	44	58	61	61
継続	406	624	281	1154	239	376	491	146	998

【2021年度】

相談種別	医療的情報	社会資源の活用	経済的な問題	本人の生活	介護方法	介護者負担	就労支援	専門職からの問い合わせ	その他
新規	194	146	62	204	32	75	60	86	69
継続	875	1183	710	2141	282	765	947	552	1368

## 1.2 対応について

### 1.2.1 対応方法

【2020年度】

相談種別	電話	メール	来所	訪問	会議・カンファレンス	その他
新規	317	14	43	19	1	49
継続	1511	56	313	220	60	188

【2021年度】

相談種別	電話	メール	来所	訪問	会議・カンファレンス	その他
新規	421	16	23	13	1	77
継続	2609	185	302	338	49	512

### 1.2.2 対応内容 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	医療的な情報提供	人間関係について助言	精神的支援	介護方法等の工夫	介護保険の情報提供	介護保険以外の情報提供	経済的悩みへの対応	その他
新規	162	18	132	53	75	108	31	112
継続	436	72	722	312	340	629	285	1397

【2021年度】

相談種別	医療的な情報提供	人間関係について助言	精神的支援	介護方法等の工夫	介護保険の情報提供	介護保険以外の情報提供	経済的悩みへの対応	その他
新規	193	26	148	37	59	135	38	136
継続	873	117	1254	529	609	1236	660	2356

## 2 本人の基本情報

### 2.1 性別

【2020年度】

相談種別	男性	女性	不明
新規	196	177	70
継続	1410	760	178

**【2021 年度】**

相談種別	男性	女性	不明
新規	220	190	141
継続	2219	1328	448

**2.2 年齢**

**【2020 年度】**

相談種別	39 歳以下	40 歳代	50 歳代	60-64 歳	65-69 歳	70 歳以上	不明
新規	15	38	139	133	52	40	26
継続	8	162	904	746	406	28	94

**【2021 年度】**

相談種別	39 歳以下	40 歳代	50 歳代	60-64 歳	65-69 歳	70 歳以上	不明
新規	23	38	181	137	63	43	66
継続	10	155	1764	1297	649	59	61

**2.3 認知症の診断**

**【2020 年度】**

相談種別	あり	なし	不明
新規	251	93	99
継続	1968	87	293

**【2021 年度】**

相談種別	あり	なし	不明
新規	312	104	135
継続	3462	269	264

## 2.4 認知症の告知

### 【2020年度】

相談種別	あり	なし	不明
新規	181	38	224
継続	1652	71	625

### 【2021年度】

相談種別	あり	なし	不明
新規	210	56	285
継続	2991	195	809

## 2.5 診断名

### 【2020年度】

相談種別	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	前頭側頭型認知症	レビー小体型認知症	軽度認知障害(MCI)	認知症の疑い	その他	不明
新規	173	8	21	5	13	15	20	188
継続	1323	31	175	10	163	142	206	298

### 【2021年度】

相談種別	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	前頭側頭型認知症	レビー小体型認知症	軽度認知障害(MCI)	認知症の疑い	その他	不明
新規	180	11	40	16	12	11	34	247
継続	1951	68	400	73	245	219	468	571

## 3 本人の状況

### 3.1 主介護者

#### 【2020年度】

相談種別	配偶者	親	兄弟姉妹	子	子の配偶者	親戚	孫	その他	不明
新規	162	17	25	37	2	3	0	12	185
継続	1391	135	169	211	5	14	0	75	348

【2021年度】

相談種別	配偶者	親	兄弟姉妹	子	子の配偶者	親戚	孫	その他	不明
新規	205	33	28	31	0	3	0	10	241
継続	2374	350	281	350	4	35	0	49	552

3.2 症状 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	何度も同じことを言う・聞く	取り繕う	道に迷う	段取りが難しい	金銭管理が困難	性格の変化	その他
新規	139	46	45	109	60	75	137
継続	1192	692	498	1041	630	639	765

【2021年度】

相談種別	何度も同じことを言う・聞く	取り繕う	道に迷う	段取りが難しい	金銭管理が困難	性格の変化	その他
新規	158	45	47	142	49	71	144
継続	2141	987	605	1823	922	793	1052

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

3.3.1 食事

【2020年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	0	314	1	39	89
継続	1	1954	7	149	237

【2021年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	8	17	8	225	293
継続	49	1070	137	1816	923

### 3.3.2 排泄

#### 【2020年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	8	18	7	189	221
継続	6	125	48	1614	555

#### 【2021年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	9	13	15	220	294
継続	25	273	142	2445	1110

### 3.3.3 更衣

#### 【2020年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	10	25	15	172	221
継続	52	110	195	1426	565

#### 【2021年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	8	23	18	205	297
継続	85	361	279	2205	1065

### 3.3.4 入浴

#### 【2020年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	10	26	12	169	226
継続	39	159	143	1409	598



【2021年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	9	23	17	202	300
継続	47	421	241	2162	1124

3.3.5 移動

【2020年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	5	20	14	185	219
継続	12	104	290	1389	553

【2021年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	8	16	21	214	292
継続	64	229	493	2164	1045

3.3.6 買い物・家事

【2020年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	26	37	29	109	242
継続	125	381	357	826	659

【2021年度】

相談種別	全介助	一部介助	見守り	自立	不明
新規	31	35	23	158	304
継続	361	602	417	1312	1303

### 3.4 BPSD について

#### 3.4.1 BPSD の有無

【2020 年度】

相談種別	あり	なし	不明
新規	82	108	253
継続	653	937	758

【2021 年度】

相談種別	あり	なし	不明
新規	100	119	332
継続	1067	1592	1336

#### 3.4.2 BPSD の詳細 ※複数選択

【2020 年度】

相談種別	興奮・易刺激性	徘徊	妄想	抑うつ	異常行動	その他
新規	46	13	18	32	10	10
継続	316	82	177	313	68	74

【2021 年度】

相談種別	興奮・易刺激性	徘徊	妄想	抑うつ	異常行動	その他
新規	47	28	20	18	18	13
継続	437	256	240	327	149	238

### 3.5 就労について

#### 3.5.1 就労状況

【2020 年度】

相談種別	就労中	休職中	退職	元々就労していない	その他	不明
新規	119	14	105	33	13	159
継続	726	227	817	133	229	216

【2021年度】

相談種別	就労中	休職中	退職	元々就労していない	その他	不明
新規	116	25	151	33	22	204
継続	1137	131	1715	180	559	273

3.5.2 雇用契約

【2020年度】

相談種別	正社員	非正規	不明
新規	49	16	54
継続	338	104	284

【2021年度】

相談種別	正社員	非正規	不明
新規	45	23	48
継続	541	175	421

3.5.2.1 障害者雇用の有無

【2020年度】

相談種別	うち障害者雇用
新規	5
継続	21

【2021年度】

相談種別	うち障害者雇用
新規	1
継続	14

### 3.5.3 元々働いていない人の状況

#### 【2020年度】

相談種別	無職	専業主婦	不明
新規	4	11	18
継続	23	40	70

#### 【2021年度】

相談種別	無職	専業主婦	不明
新規	2	9	22
継続	4	54	122

## 3.6 経済状況について

### 3.6.1 本人の収入 ※複数選択

#### 【2020年度】

相談種別	給料	老齢年金	障害年金	生活保護	収入なし	その他
新規	113	42	47	9	29	21
継続	1044	312	273	35	237	172

#### 【2021年度】

相談種別	給料	老齢年金	障害年金	生活保護	収入なし	その他
新規	132	42	19	10	46	33
継続	1589	482	312	36	532	633

### 3.6.2 その他の経済要因 ※複数選択

#### 【2020年度】

相談種別	住宅ローン	学費・養育費	生命保険
新規	18	4	4
継続	229	118	42

【2021年度】

相談種別	住宅ローン	学費・養育費	生命保険
新規	13	9	7
継続	282	223	74

4 制度等の利用状況について

4.1 介護保険

4.1.1 介護保険の申請状況

【2020年度】

相談種別	対象外 (39歳以下)	未申請	申請中	認定済	不明	非該当
新規	11	121	14	98	199	0
継続	5	1369	115	555	304	0

【2021年度】

相談種別	対象外 (39歳以下)	未申請	申請中	認定済	不明	非該当
新規	9	160	24	93	265	0
継続	1	1702	227	897	1168	0

4.1.2 介護保険の認定状況

【2020年度】

相談種別	要支援1級	要支援2級	要介護1級	要介護2級	要介護3級	要介護4級	要介護5級	不明
新規	6	2	37	12	1	1	0	12
継続	18	22	167	104	5	3	1	16

【2021年度】

相談種別	要支援1級	要支援2級	要介護1級	要介護2級	要介護3級	要介護4級	要介護5級	不明
新規	6	0	35	20	9	3	3	12
継続	41	5	103	79	53	13	9	22

## 4.2 精神障害者保健福祉手帳の申請状況

【2020年度】

相談種別	未申請	申請中	取得済	不明
新規	112	12	69	250
継続	1218	82	561	487

【2021年度】

相談種別	未申請	申請中	取得済	不明
新規	146	15	33	357
継続	1437	303	869	1386

## 4.3 身体障害者手帳の申請状況

【2020年度】

相談種別	未申請	申請中	取得済	不明
新規	60	0	5	378
継続	688	45	22	1593

【2021年度】

相談種別	未申請	申請中	取得済	不明
新規	67	1	8	475
継続	860	23	171	2941

## 4.4 年金保険

### 4.4.1 年金保険の申請状況

【2020年度】

相談種別	申請可	申請中	受給	受給要件なし	非該当	不明
新規	15	4	50	31	19	324
継続	231	52	520	274	73	1198

【2021年度】

相談種別	申請可	申請中	受給	受給要件なし	非該当	不明
新規	22	6	47	39	14	423
継続	408	145	689	430	186	2137

4.4.2 申請可能な年金保険 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	障害基礎	障害厚生（共済）	老齢	企業
新規	6	7	0	0
継続	55	93	0	0

【2021年度】

相談種別	障害基礎	障害厚生（共済）	老齢	企業
新規	4	8	0	0
継続	49	181	8	0

4.4.3 年金保険の受給状況 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	障害基礎	障害厚生（共済）	老齢	企業
新規	11	11	9	0
継続	127	122	97	129

【2021年度】

相談種別	障害基礎	障害厚生（共済）	老齢	企業
新規	4	10	22	0
継続	89	157	156	104

#### 4.5 経済保障 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	国民年金免除	住宅ローン支払い免除	生命保険優遇処置	その他
新規	3	0	0	4
継続	120	0	0	7

【2021年度】

相談種別	国民年金免除	住宅ローン支払い免除	生命保険優遇処置	その他
新規	1	0	0	4
継続	81	0	0	6

#### 4.6 健康保険

##### 4.6.1 健康保険の加入状況

【2020年度】

相談種別	国民健康保険	健康保険	共済組合	生活保護	なし(未納)	不明
新規	76	67	5	9	101	185
継続	527	868	95	32	253	573

【2021年度】

相談種別	国民健康保険	健康保険	共済組合	生活保護	なし(未納)	不明
新規	66	63	9	6	0	407
継続	988	1016	114	22	55	1800

##### 4.6.2 傷病手当金の利用状況

【2020年度】

相談種別	申請可	受給	申請不可(非該当)	不明
新規	8	10	71	354
継続	130	133	666	1419



【2021年度】

相談種別	申請可	受給	申請不可（非該当）	不明
新規	8	13	73	457
継続	173	206	1089	2527

4.6.3 高額療養費助成制度の利用状況

【2020年度】

相談種別	申請可	受給	不要	不明
新規	0	1	60	382
継続	0	2	657	1689

【2021年度】

相談種別	申請可	受給	不要	不明
新規	1	1	68	481
継続	0	0	931	3064

4.6.4 高額介護合算療養費制度の利用状況

【2020年度】

相談種別	申請可	受給	不要	不明
新規	0	1	58	384
継続	0	1	648	1699

【2021年度】

相談種別	申請可	受給	不要	不明
新規	1	0	66	484
継続	0	0	902	3093

#### 4.7 雇用保険の利用状況

【2020年度】

相談種別	申請可	受給	申請不可（非該当）	希望なし	不明
新規	3	1	74	4	361
継続	9	52	771	110	1406

【2021年度】

相談種別	申請可	受給	申請不可（非該当）	希望なし	不明
新規	5	8	76	3	459
継続	43	224	1037	21	2670

#### 4.8 自立支援医療制度の利用状況

【2020年度】

相談種別	受給	申請中	未申請	不明
新規	62	12	71	298
継続	566	76	752	954

【2021年度】

相談種別	受給	申請中	未申請	不明
新規	42	11	89	409
継続	792	184	1122	1897

#### 5 サービス等の利用状況について

##### 5.1 連携先 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	地域包括支援センター	市区町村・保健センター	医療機関	介護保険サービス事業所	障害福祉サービス事業所	就業先	労働相談関係	インフォーマル	その他
新規	112	23	99	55	16	18	4	3	34
継続	1024	193	1091	263	242	263	76	152	519

【2021年度】

相談種別	地域包括支援センター	市区町村・保健センター	医療機関	介護保険サービス事業所	障害福祉サービス事業所	就業先	労働相談関係	インフォーマル	その他
新規	103	20	89	49	23	9	7	4	25
継続	1317	199	1339	565	378	187	123	108	414

5.2 介護保険サービス

5.2.1 介護保険サービスの利用状況

【2020年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	59	123	261
継続	366	1317	665

【2021年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	41	162	348
継続	517	1902	1576

5.2.2 利用している介護保険サービスの種類 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	通所	訪問	入所	その他
新規	27	9	5	8
継続	231	119	33	32

【2021年度】

相談種別	通所	訪問	入所	その他
新規	30	6	1	7
継続	404	134	30	28

### 5.3 障害福祉サービス

#### 5.3.1 障害福祉サービスの利用状況

【2020年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	13	138	292
継続	213	1324	811

【2021年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	19	154	378
継続	344	1951	1700

#### 5.3.2 利用している障害福祉サービスの種類 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	通所	居宅	移動支援	その他
新規	8	0	1	2
継続	73	50	38	73

【2021年度】

相談種別	通所	居宅	移動支援	その他
新規	12	1	0	7
継続	203	25	35	100

### 5.4 その他のサービス

#### 5.4.1 その他のサービスの利用状況

【2020年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	22	105	316
継続	488	966	894

【2021年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	16	147	388
継続	493	1560	1942

5.4.2 利用しているその他のサービスの種類 ※複数選択

【2020年度】

相談種別	家族の会	認知症カフェ	その他
新規	4	7	12
継続	288	385	292

【2021年度】

相談種別	家族の会	認知症カフェ	その他
新規	7	11	2
継続	341	340	229

5.5 権利擁護

5.5.1 成年後見制度の利用状況

【2020年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	3	142	298
継続	25	1511	812

【2021年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	2	147	402
継続	14	1920	2061

### 5.5.2 利用している成年後見制度

#### 【2020年度】

相談種別	後見	保佐	補助	不明
新規	2	0	0	1
継続	9	16	0	0

#### 【2021年度】

相談種別	後見	保佐	補助	不明
新規	1	0	0	1
継続	1	12	0	1

### 5.5.3 日常生活自立支援事業

#### 【2020年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	2	140	301
継続	57	1432	859

#### 【2021年度】

相談種別	利用	未利用	不明
新規	0	145	406
継続	13	1908	2074



# **認知症ケアスーパーバイザーの コンピテンシーリストの開発に関する研究**





## 認知症ケアスーパーバイザーのコンピテンシーリストの開発に関する研究

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：浅野 正嗣（認知症介護研究・研修大府センター研修部）

小木曾 恵里子（認知症介護研究・研修大府センター研修部）

研究協力者：野村 豊子（日本福祉大学 スーパービジョン研究センター）

汲田 千賀子（同朋大学 社会福祉学部 社会福祉学科）

西村 優子（社会福祉連携推進法人リガーレ本部 人材・開発研究センター）

大嶋 康代（一般社団法人 認知症の人が住みやすい世界を作る）

今堀 富美代（社会福祉法人 大阪市住吉区社会福祉協議会）

城山 いづみ（HiBi8）

北野 智傑（社会福祉法人優心会 特別養護老人ホームこうのとり）

北村 祐次（社会福祉法人下呂市社会福祉協議会 金山デイサービスセンター）

### I. 背景と目的

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

近年、認知症ケア実践現場において、SV実践を展開する環境は整っており、認知症ケア実践の中でスーパーバイザーとしての役割を担うべき専門職の養成が行われているが、どのようにSVを実践すればいいかわからない、SV実践の中で、どのようにスーパーバイザーと向き合うべきなのかわからない等、SVを実践する上で様々な悩みに直面している現状が明らかになっている。SVは、スーパーバイザーの力量に多く依拠している（野村：2015）ことから、スーパーバイザーは、SVに関する価値観や知識、技術に基づいたSV実践を展開していくことが求められ、認知症ケアにおけるSV実践においても同様であるといえる。このことから、認知症ケア実践現場においてSVを実践するためには、認知症ケアにおけるスーパーバイザーとしてのコンピテンシーを明確にすることが重要であるといえる。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として活躍している専門職を対象とした調査をもとに、認知症ケアスーパーバイザーとして必要となる価値観や知識、技術を明らかにし、コンピテンシーリストの開発を行うことを目的とする。

### II. 研究方法

本研究は、以下の調査をもとに構成している。

#### 1) 認知症ケアスーパーバイザーに求められるコンピテンシーに関するインタビュー調査

##### (1) 対象と方法

本調査では、認知症ケアにおけるスーパーバイザーのコンピテンシーを明らかにすることを目的に、認知症ケア実践現場において、スーパービジョンを実践している専門職 2

名を対象に個別インタビューを実施した。インタビューは、オンラインツール（Zoom）を用いて実施し、調査時間は1時間半程度であった。

#### （2）調査内容

対象者が実践したSV実践事例をもとに、認知症ケアにおけるスーパーバイザーとして必要となる価値観や知識、技術について質問を行った。

#### （3）分析方法

逐語録を作成し、「スーパーバイザーとして必要となる価値観や知識、技術」に相当する部分を抽出した

### 2) コンピテンシーリストの妥当性に関するアンケート調査

#### （1）対象と方法

本調査では、認知症ケアにおけるスーパーバイザーのコンピテンシーリストの妥当性を検証することを目的に、認知症ケア実践現場において、スーパーバイザー経験のある専門職6名を対象にGoogleフォームを用いたアンケート調査を実施した。

#### （2）調査内容

調査内容は、スーパービジョンに関連する先行文献検討ならびに上記のインタビュー調査結果より、認知症ケアにおけるスーパーバイザーのコンピテンシーに関連する項目を抽出し作成した。

#### （3）分析方法

本調査では、妥当性を検証するためデルファイ法を用いた調査を実施する。コンセンサスについては、「1. 全く重要ではない」～「9. とても重要である」の9件法とし、単純集計を行い、3つの連続数の範囲に入っている場合をコンセンサスありと定義した。

### Ⅲ. 倫理的配慮

社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認のもとに実施している。インタビュー調査対象者には、本調査で得られた結果については、本研究の目的以外では使用しないことと個人情報保護の観点から匿名化し、分析結果から個人が特定されることがないこと、オンラインツール機能にて録画し、分析後は速やかに破棄することを同意書に明記し、説明した上で同意を得た。

アンケート調査対象者には、分析結果から個人が特定されることがないこと、回答は自由意思であり、拒否した場合でも不利益がないことを同意書に明記し、説明した上で同意を得た。

### Ⅳ. 結果

先行文献検討ならびにインタビュー調査結果を踏まえ、7カテゴリー68項目からなる認知症ケアスーパーバイザーのコンピテンシーリストを作成し、アンケート調査において、コンセンサスを得ることができた。以下、各カテゴリーについて説明する。

リスト1：スーパーバイザーに求められる姿勢（23項目）

このカテゴリーでは、「スーパーバイザーとして、スーパーバイザーだけに目線を置くのではなく、バイザー自身にも目を向ける」ために必要となるコンピテンシー群となっている。主な内容としては、「スーパーバイザーとともに考えることに喜びややりがいを持つことができる」、「スーパーバイザーとしての自覚を持つことができる」などである（表1）。

表1 スーパーバイザーに求められる姿勢について

スーパーバイザーとともに考えることに喜びややりがいを持つことができる
スーパーバイザーとしての自覚を持つことができる
自身のスーパービジョン実践を振り返り、自信に繋げていくことができる
スーパーバイザーからどのように見られているか意識することができる
スーパーバイザーとしての自身の専門的知識や専門性の限界について意識することができる
スーパーバイザーとして、自分自身の弱さと向き合うことができる
スーパーバイザーが理解しないということについて忍耐強く待つことができる
威圧的ではなくバイザーの立場に立って方向性を示すことができる
スーパーバイザーがリラックスしてスーパービジョンを受けられることができる環境をつくることができる
スーパーバイザーを萎縮させることのない環境をつくることができる
スーパーバイザーがより良く仕事をできるように援助することに対して熱意を持つことができる
スーパーバイザーの不満について、聴くことができる
スーパーバイザーからの質問に快く答えることができる
スーパーバイザーのいたらなさより、可能性に着目することができる
スーパーバイザーが持っている専門職としての強み・弱みに着目することができる
スーパーバイザーと建設的なフィードバックややり取りができる関係性を構築することができる
スーパーバイザーの心身の健康を気遣うことができる
スーパーバイザーが気づきを得ることができるよう、自身の持っている知識と経験を活用することができる
スーパービジョン実践の中で、スーパーバイザーと対等な関係性を築くことができる
スーパービジョンで決まったことについて責任を持つことができる
スーパービジョンを実践する上での自身の強みを理解している
スーパービジョンを実践する中での自身の感情に留まることができる
スーパーバイザー自らが取り組みの動機を見つけられる関わりができる

リスト2：スーパーバイザーに求められる知識・技術（13項目）

このカテゴリーでは、「スーパーバイザーとして、SVを実践する中で、スーパーバイザー自身が、気づきを得ることができる」ために必要となる知識・技術に関するコンピテンシー群となっている。主な内容としては、「スーパーバイザーに普段のケアの進め方について

て把握する質問ができる」、「スーパーバイザーの専門職としての知識・スキルを確認するための質問ができる」などである（表 2）。

表 2 スーパーバイザーに求められる知識・技術について

スーパーバイザーに普段のケアの進め方について把握する質問ができる
スーパーバイザーの専門職としての知識・スキルを確認するための質問ができる
スーパーバイザーの専門職としての姿勢・価値観について確認するための質問ができる
スーパーバイザーの抱えている課題を振り返り、解決に向けた道筋についての仮説を考えだすことができる
スーパーバイザーが利用者に対して「なすべきこと」ができていない時に、自分自身で振り返り考えられるよう問いかけることができる
スーパーバイザーに何が期待されており、何が期待されていないのか気づくことができるための問いかけができる
スーパーバイザー自身が価値を認められていると実感できるようにスーパービジョンを展開できる
受け止めた感情を言語でスーパーバイザーにフィードバックすることができる
スーパーバイザーが感情的になっている部分に気づき、声をかけることができる
スーパーバイザーができている部分について言語化して承認することができる
スーパーバイザーに組織のルールや実践の方法をきちんと伝えることができる
スーパーバイザー自身の考えを適切に表現することができるよう問題点を整理して伝えることができる
スーパーバイザーが培っている知識や技術に寄り添うことができる

### リスト 3：受容の姿勢（3 項目）

このカテゴリーでは、「スーパーバイザーとして、SV を実践する中で、スーパーバイザーの意見や考えを受け入れる」ために必要となるコンピテンシー群となっている。主な内容としては、「スーパーバイザーから意図としない答えが出た場合、それを受け止めることができる」、「スーパーバイザーからの批判を受け入れることができる」などである（表 3）。

表 3 受容の姿勢について

スーパーバイザーから意図しない答えが出た場合、それを受け止めることができる
スーパーバイザーからの批判を受け入れることができる
自分がしたアドバイスをスーパーバイザーが受け入れない時も許容できる

### リスト 4：スーパーバイザーへの関わり（5 項目）

このカテゴリーでは、「スーパーバイザーとして、スーパーバイザーの思いや考えを認めた上で、スーパーバイザー自身で考えることができるように関わることが出来る」ために必要となるコンピテンシー群となっている。主な内容としては、「アドバイスにならないようにするために、スーパーバイザーが語りだすのを待つことができる」、「スーパーバイザーの思い込みや経験談をスーパービジョンに持ち込まない」などである（表 4）。

表 4 スーパーバイザーへの関わり

アドバイスにならないようにするために、バイザーが語りだすのを待つことができる
スーパーバイザーの思い込みや経験談を SV に持ち込まない
スーパーバイザーの悩みを解決することに注視しない
スーパーバイザーの業務を認め、前向き（ポジティブ）に受け止めることができる
スーパーバイザーが自ら考え、自分の今後の方針を考えることができるように関わる ことができる

リスト 5：SV の計画性（6 項目）

このカテゴリーでは、「スーパーバイザーとしての役割や SV を実施する目的や方法について明確にした上で SV を実践する」ために必要となるコンピテンシー群となっている。主な内容としては、「スーパービジョン実践計画を前もって立てることができる」、「スーパービジョンの目的や方法、回数、時間などについて計画を立てることができる」などである（表 5）。

表 5 SV の計画性について

スーパービジョン実践計画を前もって立てることができる
スーパービジョンの目的や方法、回数、時間などについて計画を立てることができる
何事にも行動する前に思索を重ねることができる
スーパーバイザーにスーパーバイザーとしての役割を明確にすることができる
スーパーバイザーとスーパーバイザーの境界を明確にすることができる
スーパーバイザーの置かれている状況に応じて、適宜スーパービジョンを実践できる

リスト 6：SV への評価（3 項目）

このカテゴリーでは、「スーパーバイザーが及ぼす影響、目標の達成具合、スーパーバイザーの頑張りについて、振り返りを通じて評価する」ために必要となるコンピテンシー群となっている。主な内容としては、「スーパーバイザーとしてスーパービジョンに及ぼす影響に気づき、その評価ができる」、「スーパービジョン終了時点で何が達成できたのか、できなかったのかを振り返ることができる」などである（表 6）。

表 6 SV への評価について

スーパーバイザーとしてスーパービジョンに及ぼす影響に気づき、その評価ができる
スーパービジョン終了時点で何が達成できたのか、できなかったのかを振り返ることができる
スーパーバイザーの頑張りについて、肯定的に評価することができる

リスト 7：認知症ケア SV に求められるスーパーバイザーの役割（15 項目）

このカテゴリーでは、「スーパーバイザーとして、スーパーバイザーの認知症の人に対する思いや認知症ケアに対する考え方について、確認することが出来る」ために必要となるコンピテンシー群となっている。主な内容としては、「スーパーバイザー自身の認知症ケア

に対する価値や意義について尋ねることができる」、「認知症に対するスーパーバイザー自身の考え方について尋ねることができる」などである（表 7）。

表 7 認知症ケア SV に求められるスーパーバイザーの役割について

スーパーバイザー自身の認知症ケアに対する価値や意義について尋ねることができる
スーパーバイザーが所属しているところの認知症ケアに対する考えについて、どう思っているのか尋ねることができる
スーパーバイザーの認知症の人に対する偏見や差別を受け止めることができる
認知症に対するスーパーバイザー自身の考え方について尋ねることができる
スーパーバイザーが何かに対して不満や怒り、葛藤を感じているのかわかる
スーパーバイザーとのスーパービジョン関係が、スーパーバイザーと利用者との関わりモデルになっていることを意識できる
スーパーバイザーが認知症ケアを実践する際に、身体的な状況についてどう理解しているのか健康に関するニーズについて尋ねることができる
スーパーバイザーが認知症ケアを実践する際に、認知症の人の日々の生活の中での変化に気づいていたかどうかについて尋ねることができる
スーパーバイザーが認知症ケアを実践する際に、生活の中に生じる音や室温など物理的な環境について、どう考えているか確認することができる
認知症ケアを実践する中で、会話を交わすこと、一緒にそばにいること、スキンシップなど認知症の人にとって意味のある関わり合いができていたかについて語ってもらえるような問いかけができる
認知症の人へ嘘をつく対応など、スーパーバイザーの発言を認知症の人がどのように思うのかを考えてもらう投げかけができる
ケアの中でその人の好みなどを選択してもらうこと、相手の話を聞いてわかろうとしているかなどのコミュニケーションについて語ってもらうような問いかけができる
認知症ケアにまつわるスーパービジョンでは、認知症の人が「なぜそうするのか」という行為の背景をみることができる
スーパーバイザーが、認知症ケアを実践するスタッフをどのように励まし、高い能力を身につけ、発揮できるように関わってきたのか確認することができる
スタッフの認知症への考え方について、スーパーバイザーがどのように考えているか尋ねることができる

## V. 考察

### 1) コンピテンシーリストの特徴

本リストは、スーパーバイザーとして SV を実践する上で必要となる共通の要素に加え、認知症ケアを実践しているスーパーバイザーを対象としたスーパービジョンを実践する上で必要となる要素を含めている。

SV とは、①対人援助職としての成長、②利用者に対する援助の向上を目的とした専門的援助過程である。各々の専門職としての専門性には違いはあるが、対人援助職という立場で利用者の生活を支援していくことには変わりはなく、そこには対人援助職としての共通

の価値基盤が存在しており、その価値基盤をもとに対人援助職として成長していくことが必要となる。そのためにはSVは重要なプロセスであり、SVに対する共通した価値観や知識・技術が必要であるといえる。

利用者に対する援助の向上という視点でみた場合、対人援助職として関わっている利用者によってSVのプロセスは変わってくることになり、認知症ケアを実践している対人援助職へのSVにおいても、認知症ケアの視点を踏まえた上で展開していくことになる。認知症ケアスーパーバイザーに必要なことについて岡田（2015）は、スーパーバイザーの認知症に関する基礎的理解を確認するなど、スーパーバイザーが認知症高齢者を担当できる力量を有しているか確認することが必要であると述べている。認知症ケアを実践していく中で、その人の症状に合った関わり、その人の思いを尊重した関わりを実践していくことが重要である。そのためには、スーパーバイザーが認知症の症状に対する専門的知識やパーソン・センタード・ケアなど認知症ケアに対する考え方について、どの程度理解した上で認知症ケアを実践しているのか、SVを通じて確認をしていくことが必要である。そのためにも、SVの共通の価値観や知識、技術に加え、認知症ケアに対する専門的視点を踏まえたうえでSVを展開していくことが求められるといえる。

今回作成したコンピテンシーリストは、対人援助職としてSVを実践していく中で求められるスーパーバイザーとしての価値観や知識、技術について、また認知症ケアを実践しているスーパーバイザーに対してSVを実践する中で必要となる支援や考え方について整理したものである。これらの項目は、認知症ケアの質向上を図る上でSVを展開していく上では必要となる項目として抽出されたものであり、スーパービジョンを展開していく上での評価指標としてなり得るものであると考えられる。

## 2) 本研究の限界点

今回作成したコンピテンシーリストは、先行文献検討ならびに認知症ケア実践現場においてスーパーバイザーとして活躍している専門職への意見をもとに作成したもので、アンケート調査においてコンセンサスを得ているものではあるが、信頼性と妥当性の検討までには至っておらず、評価指標としてのコンセンサスは得ることが出来ていない。今後は、認知症ケア実践現場においてスーパーバイザーとして活動している専門職、ならびに実際にスーパーバイザーの立場でSVを受けた専門職への調査を実施し、信頼性と妥当性の検討を行っていくことが必要である。またコンピテンシーリストを用いた研修プログラムを開発し、評価指標としての有効性の担保にも努めていくことが必要であるといえる。

## VI. まとめ

認知症ケア実践現場では、人手不足の問題など様々な課題に直面しながらも、認知症ケアの質向上を図ることが求められている。そのためにも、認知症ケア実践現場においてSV実践が展開されることは大きな意義があり、そのことは、認知症の人が大切にされていると感じながら生活を送ることに繋がり、また認知症ケアを実践する専門職としての成長にも繋がってくるといえる。そのためにも、今回開発したコンピテンシーリストが有効的に活用できるよう、今後も努めていく。

最後に今回の研究事業にご協力いただきました研究協力者の皆様に、この書面をお借りし厚く御礼申し上げます。



## 文献

- Alfred Kadushin, Daniel Harkness(2014)Supervision in Social Work(=2016,福山和女監修『スーパービジョンインソーシャルワーク第5版』)
- Dawn Brooker,Isabelle Latham(2016)PERSON-CENTERED DEMENTIA CARE:Making Services Better with the VIPS Frame work(=2021,水野裕監訳『よいケア文化の土壌をつくる VIPS ですすめるパーソン・センタード・ケア』)
- 福山和女編 (2005)『ソーシャルワークのスーパービジョン—人の理解の探求』
- Jane Wonnacott(2016) DEVELOPING AND SUPPORTING EFFECTIVE STAFF SUPERVISION(=2020,野村豊子、片岡靖子、岡田まり、潮谷恵美訳『スーパービジョントレーニング：対人援助専門職の専門性の向上と成長を支援する』)
- 日本福祉大学スーパービジョン研究センター監修 (2019)『スーパービジョンのはじめかた - これからバイザーになる人に必要なスキル』
- 野村豊子 (2015)「序章 ソーシャルワークにおけるスーパービジョンの文化の醸成—ソーシャルワーク・スーパービジョンの現状と課題—」, 一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟監修『ソーシャルワーク・スーパービジョン論』
- 岡田進一 (2015)「第10章4節 認知症高齢者ケアにおけるソーシャルワーク・スーパービジョン」, 一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟監修『ソーシャルワーク・スーパービジョン論』
- Peter Hawkins, Robin Shohet (2007) Supervision in the Helping Professions (=2012, 国重浩一,バーナード紫,奥村朱矢訳『心理援助職のためのスーパービジョン：効果的なスーパービジョンの受け方から,良きスーパーバイザーになるまで』)
- Robert E. Lee, Craig A. Everett (2004) The Integrative Family Therapy Supervisor: A Primer (=2011,福山和女、石井千賀子監訳『家族療法のスーパーヴィジョン—統合的モデル』)
- 浦河べてるの家 (2003)『べてるの家の「非」援助論—そのままでいいと考えるための25章』
- 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』
- 渡部律子 (2022)「相談援助技術を研く省察的実践 第12回スーパービジョン①」,月刊ケアマネジャー3月号



---

## 令和4年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

発行：令和5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

---