目　次

平成27年度
認知症介護研究･研修大府センター研究報告書

1）施設における認知症高齢者のQOLを高める
新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」の集団プログラムの開発と効果検証－ ･･･････････････････ 1

主任研究者　小長谷陽子（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）
山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学）
水野　純平（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
研究協力者　犬塚美奈子（介護老人保健施設　ルミナス大府）
大村　健介（介護老人保健施設　かなやま）
長屋　政博（介護老人保健施設　ルミナス大府）
井上　豊子（介護老人保健施設　ルミナス大府）

－多施設における「集団いきいきリハビリ」の実践と効果の検証－ ･･･････････ 15

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
分担研究者　水野　純平（同上、名古屋大学大学院医学系研究科）
齊藤　千晶（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学）
研究協力者　長屋　政博（社会福祉法人仁至会　介護老人保健施設　ルミナス大府）
井上　豊子（社会福祉法人仁至会　介護老人保健施設　ルミナス大府）
大村　健介（医療法人杏園会　介護保険施設　かなやま）
河崎　千明（医療法人白楊会　虹ヶ丘介護老人保健施設）

2）地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための
時計描画テストと手段的ADLの関連に関する研究 ･･･････････････････ 27

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
分担研究者　山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学　作業療法学専攻）
齊藤　千晶（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
水野　純平（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
研究協力者　加藤　真弓（愛知医療学院短期大学　理学療法学専攻）
鳥居　昭久（愛知医療学院短期大学　理学療法学専攻）

3）認知症介護指導者を対象とした研究力向上のための支援プログラム ･･･････ 53
（1）研究活動継続支援プログラム
伊藤美智予（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
汲田千賀子（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）
山口　喜樹（認知症介護研究･研修大府センター　研修部）
加知　輝彦（認知症介護研究･研修大府センター　研修部）
（2）論文化支援プログラム ･･･ 65
汲田千賀子（認知症介護研究･研修大府センター　研究部）
伊藤美智予（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）
加知　輝彦（認知症介護研究･研修大府センター　研修部）

4）認知症介護指導者の地域活動に関する実態調査･･･････････････････ 71
山口　喜樹（認知症介護研究･研修大府センター　研修部）
中村　裕子（認知症介護研究･研修大府センター　研修部）
加知　輝彦（認知症介護研究･研修大府センター　研修部）
柳　　務（認知症介護研究･研修大府センター）

施設における認知症高齢者のQOLを高める
新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業

施設における認知症高齢者の QOL を高める
新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」の集団プログラムの開発と効果検証－

主任研究者　小長谷陽子（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）
山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学）
水野　純平（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
研究協力者　犬塚美奈子（介護老人保健施設　ルミナス大府）
大村　健介（介護老人保健施設 かなやま）
長屋　政博（介護老人保健施設　ルミナス大府）
井上　豊子（介護老人保健施設　ルミナス大府）

１．研究の目的

認知症患者は症状の進行に伴い、次第に言語によるコミュニケーションが困難となり、このことが認知症ケアを難しいものにするとともに、認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）出現の要因ともなり得るなど、患者の生活の質（Quality of life：QOL）に大きな影響を与える。一方、人のコミュニケーションは言語に依るものだけではなく、非言語的なシグナルも併せて用いていることが知られており [1]、円滑な意思疎通のために、この非言語的シグナルは大切な役割を担うとされている。我々は、認知症患者のケアに伴うコミュニケーションにおいて、この非言語的シグナルの重要性に着目し、研究を進めている。

我々はこれまでの研究で、認知症が進行しても視覚性の非言語的シグナル（顔の表情、視線の動き、ジェスチャー等）の認知能力が比較的残存しやすいことを明らかにした [2]。また、この残存機能を積極的に用いたリハビリテーションプログラム「にこにこリハ」を開発し、認知症高齢者に応用し検証した結果、その効果を示している [3]。また、平成 24・25 年度には認知症介護研究・研修大府センター（大府センター）主催で医療・介護現場での「にこにこリハ」の普及のため研修会を開催した [4,5]。そして、研修会参加施設の協力を得て、各施設の現場スタッフによる実践によっても「にこにこリハ」の効果が認められるかどうかを検証することを目的に、多施設による介入と検証を行った。その結果からも「にこにこリハ」は認知症高齢者の認知機能やコミュニケーション能力・社会性の維持、向上に有用であることが示された [6]。一方で、研修会や多施設による試験的介入を通して、「にこにこリハ」は１対１での実践を基本としているため、興味・関心があっても業務の関係上、実践時間や場所の確保、人員的な問題から現場での導入が難しいといった課題が生じた。その課題の改善策の一つとして集団で取り組む方法が挙げられ、昨年度は「にこにこリハ」小集団版を開発した [7]。今回、「にこにこリハ」小集団版を認知症高齢者に応用し効果検証を行うと同時に、介護福祉士（CW）の実践から介護現場での導入方法について検討することを目的とした。

２．方法

1）対象

以下の選択基準に従い、A および B 介護老人保健施設に入所中の認知症高齢者 12 名を対象とした（表 1）。

【選択基準】

- 全身状態が良好で、病状や体調が比較的安定しており座位保持に問題のない者。年齢の上限はなし。
- 認知症のタイプ（アルツハイマー病、脳血管性認知症等）が確定しているのが望ましいが必須条件ではない。
- 集中力が 30 分程度は持続する者。
- 本人、およびその家族または代諾者から同意を得られていること。
- 介入終了まで継続して入所予定である者。

【除外基準】

- 重度の聴覚、視覚障害者（日常生活に問題のない範囲は可能）。
- 幻覚、妄想などの精神症状が出ている者。
- 急性期の身体疾患を有する者。

表 1　対象者プロフィール

対象者ID	年齢(歳)	性別	診断名	発症後経過	要介護度	初回MMSE(点)
ID_01	95	女	NSD	約6か月	4	11
ID_02	86	女	NSD	約2年	4	9
ID_03	81	女	NSD	約1年半	3	21
ID_04	82	女	NSD	約2か月	1	18
ID_05	84	女	NSD	約1年	1	9
ID_06	81	女	VD	約1年半	3	13
ID_07	88	女	NSD	約1年半	3	18
ID_08	81	女	NSD	約2年	2	12
ID_09	89	女	AD	約1年半	3	18
ID_10	80	女	NSD	不明	2	20
ID_11	88	女	AD	約8年	3	12
ID_12	80	女	AD	約1年	3	18

NSD：Not-specified Dementia（病型の確定診断がなされていない認知症）
VD：Vascular Dementia（脳血管性認知症）
AD：Alzheimer Disease（アルツハイマー病）

2）実施方法

実践内容は「にこにこリハ」の個別プログラムである、①社会的な慣習動作、②顔の表情、③顔の確認、④視線の運動、⑤ ジェスチャーの 5 項目を基本とした。アンケート結果や分担研究者と意見交換の上、有名人やフロア行事の写真を複数用意し、対象者毎に指示内容をジェスチャーで表現し、他の対象者がその内容を当てるゲーム的な要素を新たに取り入れる等の改変した方法（「にこにこリハ」小集団版：表）で、週 2 回、6 週間の計 12 回実践し、実践前後に評価を行った。実践期間の誤差は認め、原則 12 回実践することとした。実践環境は他の利用者があまり行き来しないフロア一角を使用し、図 1 のように実践者と対象者の表情がお互いに見やすいよう配慮し行った。

表 2　「にこにこリハ」小集団版

項目	実践方法
社会的な慣習動作	実践者は対象者全員の顔が見える位置に座る 各対象者と握手をしながら挨拶を交わす 実践者は視線を合わせ自己紹介をする 対象者一人一人に自分の名前を言ってもらう 日付け等はカレンダーを利用して対象者全員で確認する
顔の表情	①対象者一人一人に鏡を渡す ②鏡を見ながら、表情筋を動かしたり、表情を作る ③実践者の表情の真似をする ④実践者または対象者同士でにらめっこゲームを行う
顔の確認	有名人やフロア行事の写真を利用し 名前やエピソード等を語り合う
視線の運動	①眼球を上下・左右に動かす ②指示された方向を、視線を動かして見る ③向き合って座り、視線を合わせる また、実践者がどこを見ているのか当てる
ジェスチャー	実践者が指示する動作を行ったり、真似をする また、実践者は対象者ごとにジェスチャー内容が 書かれた用紙を見せ、対象者はその指示内容を ジェスチャーで表現し、他の対象者が内容を当てる
社会的な慣習動作	実践者の名前や見当識を確認 リハビリの感想を聞き、握手をして終了する

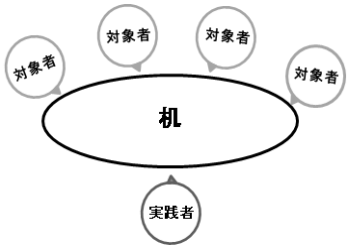


図 1　実践環境の 1 例

3）評価方法

介入効果の評価には以下の指標を用いた。評価は実践者とは別のスタッフが実施した。

a) 認知機能：Mini-Mental State Examination（MMSE）

認知機能検査のスクリーニング検査で、見当識、計算、物品呼称等からなる。30 点満点で 23 点以下は認知機能低下とし、24 点以上を正常とする。

b) コミュニケーション能力： Assessment of Communication & Interaction Skills (ACIS)

ACIS は行動観察により、身体性、情報交換、関係の 3 領域・20 項目（80 点満点）について 4 件法で評定する検査法である [8)]。対象者が施設の他の入所者との共同作業に参加している時に、他者とのコミュニケーションの交流技能を観察により評価を行った。

c) Quality of Life：Quality of Life Questionnaire for Dementia（QOL-D）

QOL-D は対象者の最近 4 週間の状態について見られた頻度を問い、陽性感情、陰性感情・陰性行動、コミュニケーション能力、落ち着きのなさ、他者への愛着、自発性・活動性の 6 領域、31 の下位項目（124 点満点）から成る [9)]。

d) 実践者の評価：実践後アンケート、ヒアリング調査

「にこにこリハ」小集団版の実践を通して、実践者の意識や行動変化、感想等についてアンケートおよびヒアリング調査を行った。

4）統計解析

データの統計解析は SPSS ver. 22（IBM, New York, USA）を用いて行った。介入前後について Wilcoxon の符号付き順位検定にて解析を行い、有意水準を 5%とした。

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の下に行われ、対象者およびその家族に研究の趣旨を口頭と文書で説明後，書面にて同意を得た上で実践した。

３．結果

1) 解析対象者

対象者の認知症高齢者 12 名のうち、12 回の実践中、ID_07 は拒否や傾眠により 2 回、ID_08 は拒否により 3 回実践できなかった。そのため、上記の対象者を除く 10 名を解析対象者とした。

2) 評価結果

a) MMSE

全項目について介入前後で比較すると対象者 10 名の平均値は、介入前は 14.6±4.9（平均±標準偏差）点、介入後は 14.6±3.9 点であり、統計学的に有意な改善は認められなかった（p=0.906、表 3)。また、下位項目においても同様であった（表 3)。対象者毎にみると、介入後 4 名が改善、3 名が維持、3 名が低下した（表 4)。

表 3　MMSE の介入前後の全項目および下位項目の平均値（点）

MMSE（n=10）	介入前	介入後	p値
全項目	14.6±4.9	14.6±3.9	0.906
下位項目	介入前	介入後	p値
時間RO	1.5±1.5	1.0±1.1	0.359
場所RO	2.3±0.8	2.6±1.4	0.531
即時想起	2.9±0.3	3.0±0.0	1.000
計算	1.3±1.5	0.8±0.8	0.375
遅延再生	0.7±1.1	0.6±1.1	1.000
物品呼称	1.7±0.7	1.9±0.3	0.750
文復唱	0.5±0.5	0.7±0.5	0.625
口頭指示	1.9±1.3	2.4±0.7	0.438
書字指示	0.8±0.4	0.8±0.4	1.000
自発書字	0.6±0.5	0.4±0.5	0.500
図形模写	0.4±0.5	0.4±0.5	1.000

表 4　各対象者（n=10）の介入前後の得点の変化（点）

対象者ID	介入前	介入後	変化量
ID_01	11	12	1
ID_02	9	9	0
ID_03	21	19	−2
ID_04	18	18	0
ID_05	9	9	0
ID_06	13	14	1
ID_09	18	19	1
ID_10	20	18	−2
ID_11	18	15	−3
ID_12	9	13	4

b) ACIS

全項目について介入前後で比較すると対象者 10 名の平均値は、介入前は 54.8±11.0（平均±標準偏差）点、介入後は 59.0±11.6 点であり、統計学的に有意な改善が認められた（p=0.037、表 5）。また、下位項目では情報交換で介入前は 24.0±4.5 点、介入後は 27.1±5.2 点で統計学的に有意な改善が認められた（p=0.010、表 5）。対象者毎にみると、介入後は 9 名が改善、1 名が低下した（表 6）。

表 5　ACIS の介入前後の全項目および下位項目の平均値（点）

ACIS（n=10）	介入前	介入後	p値
全項目	54.8±11.0	59.0±11.6	**0.037***
下位項目	**介入前**	**介入後**	**p値**
身体性	14.9±4.6	15.5±3.5	0.563
情報交換	24.0±4.5	27.1±5.2	**0.010***
関係	15.9±3.1	16.4±3.5	0.438

*　$p<0.05$

表 6　各対象者（n=10）の介入前後の得点の変化（点）

対象者ID	介入前	介入後	変化量
ID_01	44	46	2
ID_02	45	39	−6
ID_03	62	66	4
ID_04	68	72	4
ID_05	60	63	3
ID_06	65	69	4
ID_09	40	46	6
ID_10	69	70	1
ID_11	48	63	15
ID_12	47	56	9

c) QOL-D

ID_12 が介入前の評価で無回答があったため、分析から除外した。全項目について介入前後で比較すると対象者 9 名の平均値は、介入前は 92.3±10.1（平均±標準偏差）点、介入後は 95.4±9.6 点であり、統計学的に有意な改善は認められなかった（p=0.836、表 7）。また、下位項目においても同様であった（表 7）。対象者毎にみると、介入後は 7 名が改善、2 名が低下した（表 8）。

表 7　QOL-D の介入前後の全項目および下位項目の平均値（点）

QOL-D（n=9）	介入前	介入後	p値
全項目	92.3±10.1	95.4±9.6	0.836
下位項目	**介入前**	**介入後**	**p値**
陽性感情	19.3±2.5	19.9±2.3	0.473
陰性感情・陰性行動	19.3±4.4	20.5±3.8	0.063
コミュニケーション能力	16.6＋2.4	16.9±1.9	0.820
落ち着きのなさ	13.8±4.3	15.2±3.4	0.172
他者への愛着	9.3 ±4.4	11.1±2.5	0.672
自発性・活動性	11.1±4.8	11.2±2.4	0.621

表 8　各対象者（n=9）の介入前後の得点の変化（点）

対象者ID	介入前	介入後	変化量
ID_01	99	107	8
ID_02	70	84	14
ID_03	99	102	3
ID_04	100	106	6
ID_05	89	99	10
ID_06	95	100	5
ID_09	83	90	7
ID_10	99	80	-19
ID_11	97	91	-6

d) 実践後アンケートおよびヒアリング調査

アンケート回答者は女性介護福祉士 2 名（C 氏、D 氏）であった。C 氏は経験年数 1.5 年、D 氏は 8 年であった。アンケート結果は表 9 のとおりである。両名ともに「にこにこリハ」小集団版を実践することで、「相手の意思を理解するのに、表情・視線・しぐさ等に対して、より注意を払うようになった」といった自分自身の変化を感じた。特に D 氏は「いつも笑顔を心掛けるようになった」「相手に共感したり、楽しい時間を共有したり出来る場面が今までよりも増えた」等の意識や行動に変化が生じた。

C 氏は、昼食後の排泄介助が一段落した時間（概ね 13:30～14:00）を利用し、実践を毎回行った。実践時間は概ね 30～40 分程で、実践中の他の利用者については、他スタッフに見守りをお願いした。対象者間の関係は、実践当初は普段は別々の机についている方同士は、抵抗感や遠慮を感じていたが、次第になくなり、馴染みの関係を築くことができた。また、通常ケア時にあまり話さない対象者が、「にこにこリハ」を通して、笑顔が見られる等の新たな一面を発見でき、実践方法も簡単でみんなで楽しく実践できたと感想を得た。

D 氏はおやつの時間後スタッフの手が空き、利用者が落ち着く時間（概ね 15:30～16:00）を利用し、実践を毎回行った。実践時間は概ね 30 分程だった。今回の対象者はフロアが別であったため、移動に手間がかかったが通常業務との両立は可能であった。フロアが別でも「にこにこリハ」を通して、対象者間で馴染みの関係ができ、毎回楽しみにしてくれる言動も見られた。D 氏は「にこにこリハ」以外にも、フロアで利用者に集団で体操やレクリエーション等を行っているが、今回のような小集団での関わりを通して、コミュニケーションが密にとれ、利用者と馴染みの関係もでき、楽しく実践ができたとの感想を得た。

表 9　実践後アンケートの各回答

質問項目Ⅰ：「にこにこリハ」小集団版を実践したことによる自身の変化	回答 C氏	回答 D氏
Q. 相手の表情や視線、ジェスチャー等を受け取る立場として		
特に変化なし		
相手の意思を理解するのに、表情・視線・しぐさ等に対して、より注意を払うようになった	○	○
その結果、意思疎通が難しかった方の意図や感情を、今までよりも理解できるようになった		○
Q. 表情や視線、ジェスチャー等のシグナルを相手に発する立場として		
特に変化なし	○	
いつも笑顔を心掛けるようになった		○
相手となるべく視線を合わせるようになった		○
会話の際、ジェスチャーを今までよりも交えるようになった		
スキンシップを心掛けるようになった		○
声の表情にも注意をするようになった		
イライラやストレスがあっても、嫌な感情を出さないように心掛けるようになった		
Q. 全般的な変化として		
意識することが増えたため、かえって仕事が大変になった		
特に変化なし	○	
認知症の方とのコミュニケーションを楽しめるようになった		
認知症のケアやリハビリが、今までよりも行いやすくなり、気持ちも楽になった		
相手に共感したり、楽しい時間を共有したり出来る場面が今までよりも増えた		○
ケアやリハビリのストレスが減った		

質問項目Ⅱ：「にこにこリハ」小集団版について	回答 C氏	回答 D氏
Q. 日々のケアの中で、個別と集団での実践のしやすさに違いがあったか		
個別での実践の方が取り組みやすい		
集団での実践の方が取り組みやすい		○
わからない	○	
特に違いはない		
Q. 上記回答の理由		
A氏 ： どちらも（個別も集団も）メリット・デメリットがあるため		
B氏 ： にこにこリハを通して他利用者様と話し、触れ合える喜びを感じて頂けたから		
Q. 今後も「にこにこリハ」小集団版を実践していきたいか		
実践していきたい	○	○
わからない		
実践したくない		
Q. 上記回答の理由		
A氏 ： 意外に簡単で利用者の方も楽しんでくれた様子があったため		
B氏 ： 他スタッフにもコミュニケーションのきっかけ作りとして広めていけるといいと思ったから		
Q. 「にこにこリハ」小集団版を他の職員やご家族に勧めたいか		
勧めたい	○	○
わからない		
勧めたくない		
Q. 上記回答の理由		
A氏 ： 利用者様としっかり向き合う時間になったり、新たな一面を見れる。楽しく簡単に行えるため		
B氏 ： 他スタッフにもコミュニケーションのきっかけ作りとして広めていけるといいと思ったから		

４．考察

我々はこれまでの研究で、認知症高齢者の残存能力である非言語性シグナルを積極的に用いたリハビリ「にこにこリハ」を開発し、その有用性を示してきた。「にこにこリハ」は１対１のマンツーマンを基本として実践している[3,6]。これについて、臨床現場で関わるスタッフから興味・関心があっても業務の関係上、実践時間や場所の確保、人員不足が課題となり、集団化を望む声が挙げられた。また、集団で実践することは他者との交流から安心感や自己存在の実感等をもたらし[10]、社会的な関わりの拡大がより期待され、更なる QOL 向上へ繋がると考えられた。そこで、昨年度は「にこにこリハ」の小集団版を開発し、認知症高齢者 4 名を対象にパイロットスタディーを行い、その有用性を示した[7]。今回、認知症高齢者に応用し、さらに効果検証を行うと同時に、CW の実践から介護現場での導入方法について検討することを目的とした。

参加した認知症高齢者 12 名のうち、12 回のセッションを全て実践できた 10 名を分析対象者とした。各評価について SPSS ver. 22 を用い、介入前後について Wilcoxon の符号付き順位検定にて分析を行った。その結果、コミュニケーション能力を評価する ACIS は、介入により有意な改善が認められた。下位項目では「情報交換」で有意差が認められ、介入によりコミュニケーション能力の改善に有用である可能性が示唆された。また、介入前後の得点比較から、介入後の MMSE 得点は 4 名が改善、3 名が維持、3 名が低下した。QOL-D は ID_12 が介入前の評価で無回答があったため、分析から除外し 9 名を分析対象者とした。介入後は 7 名が改善、2 名が低下した。これらの結果から、「にこにこリハ」が認知機能の維持や QOL 向上に役立つ可能性が示された。

また、今回の実践を通して、対象者間で馴染みの関係が築くことができた。長倉ら[11]によれば少人数での活動は、コミュニケーション能力が低下した中等度の認知症高齢者においても相互交流が深まることが示唆されている。今回の小集団での「にこにこリハ」の実践でも、同様の傾向が認められた。さらに別々の施設においても、その傾向は同様であった。

今回 2 名の CW に協力してもらい、介護現場での導入方法についても検討した。両名には「にこにこリハ」小集団版のマニュアルを配布し、必要に応じて実践前にレクチャーを行った。実践時間は特に指定はしなかったが、両名ともに通常ケアの合間（昼食後の排泄介助が一段落した 13：30 頃と、おやつの時間後スタッフの手が空き、利用者が落ち着く 15:30 頃）を利用し、時間を決め実践していた。実践時間は 30～40 分程で、両名ともに業務内に実践可能であった。また、実践を通して、利用者の意思を理解するのに、表情・視線・しぐさ等に対して、より注意を払うようになった等の実践者自身に変化を生じた。これは、個別の実践時と同様で、小集団での実践においても、「にこにこリハ」は実践者側に意識変化をもたらし、積極的に非言語性シグナルを用いることで意思疎通の向上に繋がると考えられた。また、「にこにこリハ」は専門的な技術や知識、特別な道具や場所を必要とせず簡単に実践でき、対象者の心身の負担が少なく、認知機能障害が中等度以上の対象者においても容易に実践が可能な特長がある。今回の対象者は MMSE が 9 点～21 点と幅が広かったが実践可能であり、認知機能障害が軽度の対象者と中等度以上の対象者が同じグループであっても実践できた。従って、他の非薬物療法で実践が難しいような事例においても「にこにこリハ」は有用であり、一緒に楽しんで参加できる可能性が考

えられた。

両名ともに、今後も「にこにこリハ」を実践していきたいと思い、他の職員やご家族に勧めたいと感じた。その理由として、「意外に簡単で利用者の方も楽しんでくれた様子であった」、「他スタッフにもコミュニケーションのきっかけ作りとして広めていけるといいと思った」との意見が挙げられた。今回の実践を通して、小集団でも通常ケアの合間で実践可能で、その効果を実感したからこそ、このような結果に結びついたと思われる。

５．まとめ

これまでマンツーマンでの実践を基本とした「にこにこリハ」について、小集団版を開発し、認知症高齢者に応用した。その結果、「にこにこリハ」小集団版でも実践可能で、認知機能の維持やコミュニケーション能力、QOL 向上に有用であることが示唆された。また、CW が業務時間内で合間を上手く利用することで実践可能であり、実践者自身にも意識変化をもたらすことも明らかとなった。

Ｆ．参考・引用文献

1) マジョリー・Ｆ・ヴォーガス，石丸正訳：非言語コミュニケーション．新潮選書，東京（1987）.

2) 小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博,井上豊子.認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 20 年度認知症介護研究報告書-認知症介護におけるコミュニケーションに関する研究事業-,1-29(2009).

3）小長谷陽子,中村昭範,齊藤千晶,長屋政博他.認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 21 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防および QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果検証に関する研究事業-,26-65(2010).

4) 小長谷陽子,齊藤千晶,山下英美,水野純平他.施設のおける認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 - 「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及 - . 平成 25 年度　認知症介護研究・研修大府センター研究報告書（研究部）,3-76(2014).

5) 小長谷陽子,齊藤千晶,岩元裕子,山下英美他.施設のおける認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 - 「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及 - . 平成 24 年度　認知症介護研究・研修大府センター研究報告書（研究部）,3-44(2013).

6) 齊藤千晶,中村昭範, 山下英美,小長谷陽子他.非言語性コミュニケーションシグナルに焦点を当てたリハビリテーション「にこにこリハ」; 多施設による試験的介入. 日本認知症ケア学会誌 14(2), 494-502, 2015

7) 小長谷陽子,齊藤千晶,山下英美,水野純平他.施設のおける認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 - 「にこにこリハ」の集団プログラムの開発と効果検証と非言語性コミュニケーションシグナルを活かしたケア方法の提案 - . 平成 26 年度　認知症介護研究・研修大府センター研究報告書,1-21(2014).

8）Kirsty Forsyth,山田孝. コミュニケーションと交流技能（ACIS）第 2 版. 日本作業行動学会, 2007.

9) 寺田整司, 石津秀樹, 藤沢嘉勝, 山本真, 藤田大輔, 他. 痴呆性高齢者の QOL 調査票作成とそれによる試行. 臨床精神医学, 30, 1105-1120, 2001.

10）山根寛,香山明美,加藤寿宏,長倉寿子.ひとと集団・場－ひとの集まりと場を利用する－第 2 版.三輪書店老, 2014.

11) 長倉寿子,森本恵美,時政昭次,関啓子.小集団活動が中等度認知症を有する高齢者の BPSD に及ぼす影響.老年精神医学雑誌 20(12), 1401-1406, 2009

施設における認知症高齢者の QOL を高める
新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
－多施設における「集団いきいきリハビリ」の実践と効果の検証－

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
分担研究者　水野　純平（同上、名古屋大学大学院医学系研究科）
　　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
　　山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学）
研究協力者　長屋　政博（社会福祉法人仁至会　介護老人保健施設　ルミナス大府）
　　井上　豊子（社会福祉法人仁至会　介護老人保健施設　ルミナス大府）
　　大村　健介（医療法人杏園会　介護保険施設　かなやま）
　　河崎　千明（医療法人白楊会　虹ヶ丘介護老人保健施設）

Ａ．背景と目的

認知症は退行的な脳機能低下に起因する疾患で、記憶、学習、遂行機能などが障害される。これらは中核症状と呼ばれ、不安、徘徊、暴言、暴力といった周辺症状の原因となり、社会生活に支障をきたす状態となる。そこで認知症高齢者のケアやリハビリテーションでは、社会参加の制限となる主たる原因を見極めて適切に対処することが求められる。しかし、「できない」ことに注目するだけでなく、「できる」ことに焦点を当て、その人の価値を認め、個人の独自性を尊重することも重要であり、その人らしさを引き出すことで認知症高齢者の生活の質を向上させることに繋がる[1)]。

そこで認知症介護研究・研修大府センター（大府センター）ではその人らしさを大切にするケア(パーソンセンタードケア)[2)]の理念に基づいて開発された Cognitive Stimulation Therapy（CST）[3,4)] を参考に、認知症高齢者と 1 対 1 で行う非薬物療法プログラム「いきいきリハビリ」を開発した[5~8)]。

平成 21、22 年度の研究では「いきいきリハビリ」を認知症高齢者に対し実践し、認知症高齢者の認知機能や生活の質（以下 QOL）を維持・向上することが可能であることを明らかにしてきた[5~8)]。さらに平成 25 年度の研究では大府センター主催の「いきいきリハビリ」実践者向けの研修会を実施し、その後、多施設で「いきいきリハビリ」を認知症高齢者に行ったところ、認知機能、QOL の維持・向上が認められた[9)]。同時に行った実践後のアンケートでは、「物品の数が多くいろいろな視点からアプローチしやすく今後も活用したい」「利用者の様々な反応をみることができ、これからのケアに活用していきたい」との肯定的意見があった一方で、「全プログラムを認知症の方一人ひとりに実践する時間的余裕がない」、「写真が小さく使用範囲が個別に限られるので集団に応用できるとよい」といった施設での人的・時間的制限を反映した意見もあった。そこで平成 26 年度に予備的に「いきいきリハビリ」を 4 名の小集団に対し行い、改良点などを模索し、集団への応用が可能かを検証した[10)]。その結果、写真を拡大し、使用する物品を追加することで個別リハビリとして開発された「いきいきリハビリ」を集団に応用することが十分可能であることが示

された。

そこで本研究では「集団いきいきリハビリ」が個別プログラムと同様に認知機能・QOLの維持・向上に効果があるか、集団で行うことによる新たな効果があるかを検証することを目的とし、多施設での実践を行った。

B．方法

1）対象者選定

3つの介護老人保健施設において研究実施者及び施設職員が、選定基準を満たす4~5名の認知症高齢者を選定した。その後、各対象者に対し書面にて「集団いきいきリハビリ」の概要、進め方、個人情報の取り扱いなどの説明を行い、同意を得た。対象者本人から同意を得ることが困難な場合、その家族から同意を得て実施した。以下に対象者の選定基準、除外基準を記載する。

＜選定基準＞

・65歳以上で認知症の診断がされている、またはDSM-Ⅳの認知症の基準に該当する者
・軽度から中等度の認知機能低下が認められる者
・全身状態が良好で、座位保持に問題のない者
・本人、その家族または代諾者から同意が得られる者

＜除外基準＞

・幻覚、妄想などの精神症状が出ている者
・急性期の身体疾患を有する者
・聴覚、視覚障害が著明な者（日常生活に問題のない程度は実践可能）

2）セッション内容

4~5名の対象者を一集団とし、週1回1セッション(約20分)を10週間連続で実施した。個別リハビリとして開発された「いきいきリハビリ」を集団へ応用するため、使用する写真の拡大、人数分の物品追加といった改良を加え行った。内容・各セッションの進行方法については「個別いきいきリハビリ」と同様で、表に示した10セッションを実施した［表1］。

表１　セッション内容一覧

セッション名	主な内容
①季節の話	その季節に相応しい写真を見ながら、今の季節を確認する。
②懐かしい話	懐かしい教科書やおもちゃなどに触れ、思い出を話す。
③生活の知恵	懐かしい生活道具の写真を見て使い方を話す。
④名所	名所の写真を東日本と西日本に分ける。旅行などの思い出を話す。
⑤顔写真	有名人の写真を見て映画や歌の話をしながら男女に分ける。
⑥食べ物	旬の食べ物、好きな料理、台所の道具について話す。
⑦言葉	いろはかるたを使って、日本語の言い回しを楽しむ。
⑧お金	古いお金、昔の物の値段、小遣いなどについて思い出す。値札のついたカードの合計金額をそろばんで計算してみる。
⑨歌	懐かしい歌を聴いて歌う。歌や映画などの思い出を話す。
⑩思い出カード	①～⑨の中で気に入った写真を使ってカードを作る。

３）評価指標

①MMSE

認知機能の評価として Mini-Mental State Examination (以下 MMSE)[11]を用いた。MMSE は、時間・場所の見当識(以下 RO)、物品呼称、計算、短期記憶、言語指示理解、図形模写などの 11 項目から構成されており、認知機能を広範囲にかつ簡便に把握することができる。30 点満点で、カットオフ値は 23/24 点である。

②QOL-D

認知症高齢者に適した QOL 指標として、寺田らの The QOL questionnaire for dementia（以下 QOL-D）[12]を用いた。QOL-D は「陽性感情」、「陰性感情・陰性行動」（以下、陰性感情）、「コミュニケーション能力」（以下、コミュニケーション）、「落ち着きのなさ」（以下、落ち着き）、「他者への愛着」（以下、他者愛）、「自発性＆活動性」（以下、自発性）の 6 領域 31 項目から構成されている。各項目を 1 ～ 4 点の 4 段階で採点し、各領域ごとに加算して算出する。6 領域のうち、陰性感情＆陰性行動、落ち着きのなさの 2 領域は点数の低下を改善と判断する。

③ACIS

集団でのコミュニケーションや交流技能を評価する為に The Assessment of Communication and Interaction Skills (以下 ACIS)[13]を用いた。ACIS は他の人々とコミュニケーションや交流を行う際に実際に示す技能に関するデータを収集する観察による評価法である。ある活動場面を検者が 15 分から 45 分の観察を行い評価する。評価項目は「身

体性」「情報交換」「関係」の 3 つの領域からなり、全 20 の下位項目で構成される。それぞれの技能が有能な遂行であれば 4 点、障害を持つ遂行であれば 1 点と評価される。ある項目が活動場面で必要とされない、又は観察されない場合、「Not Assessed: NA」となる。

4）研究手順

「いきいきリハビリ」実施前後 1 週間以内に前述の 3 つの評価、MMSE、QOL-D、ACIS を、「いきいきリハビリ」実施者とは別のスタッフが行った。原疾患・病歴、性格・趣味といった個人因子については事前にカルテなどから情報を収集し個人票を作成した。

研究は以下の順で進めた。

① 対象者の選定
② カルテより個人情報の収集
③ MMSE・QOL-D・ACIS の介入前評価（介入前 1 週間以内）
④ 「いきいきリハビリ」の実践
　・挨拶、今日の内容　＜2 分＞
　・その日の内容（①～⑩）　＜約 15 分＞
　・日誌、感想、次回のお知らせ　＜3 分＞
⑤ MMSE・QOL-D・ACIS の介入後評価（介入後 1 週間以内）
⑥ データの解析

5）倫理的配慮

本人またはその家族に対し、研究実施者が書面で研究の目的、内容・方法、個人情報の保護、途中で研究を中断できる旨を説明し、同意を得た者を対象者とした。また得られたデータは本人が特定されないよう匿名化して解析を行った。本研究は、大府センター倫理委員会の承認を得て行った。

6）分析方法

「いきいきリハビリ」実施前と実施後の評価（MMSE、QOL-D、ACIS）の結果を、ウィルコクソン符号付順位和検定によって比較した。また MMSE、ACIS に関しては下位項目ごとに実施前と実施後の結果を比較した。統計学的有意水準は 5%とし、分析ソフトは Microsoft Office Excel Statcel Ver.3 を使用した。

C．結果

対象者の属性および初回 MMSE の平均得点を表 2 に示した。今回合計 14 名に対し「集団いきいきリハビリ」を実践したが、1 名が介入中に転院したため、13 名で有効データを得た。また介入終了後にさらに 1 名が転院したため、ACIS の評価については実践前後のデータがある 12 名のデータで前後比較を行った。

1）属性

対象者 13 名の平均年齢は 86.2 歳であり、女性が 10 名、男性が 3 名であった。いきいきリハビリ実践前の MMSE の平均点は 17.3 点であった。[表 2]

表 2　対象者属性

年齢（歳）	86.2±5.5(平均±標準偏差)
性別(男性／女性)(人)	3／10
初回MMSE（点）	17.3±6.3(平均±標準偏差)

2）MMSE

MMSE による認知機能の比較では、介入後に有意な改善は認められなかった(p=0.19)[図 1]。しかし個人単位でみると 13 名中 9 名で得点が向上し、3 名で低下、1 名は変化なしという結果を示した。下位項目ごとの検定では、「時間 RO」において介入後に有意な改善を認めた(p<0.05)[図 2]。

図 1　実施前後の MMSE（平均）(n=13)

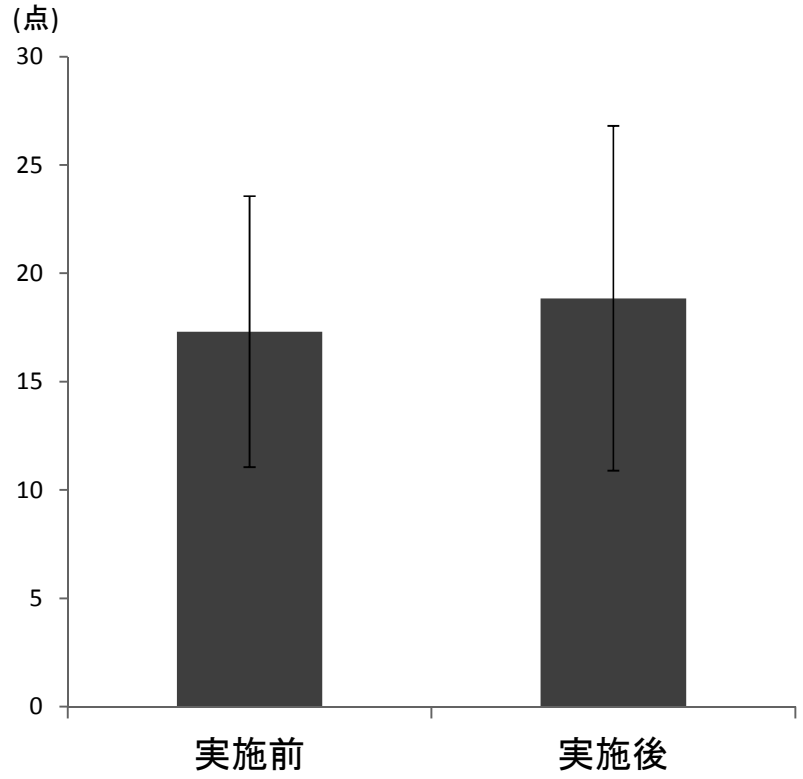
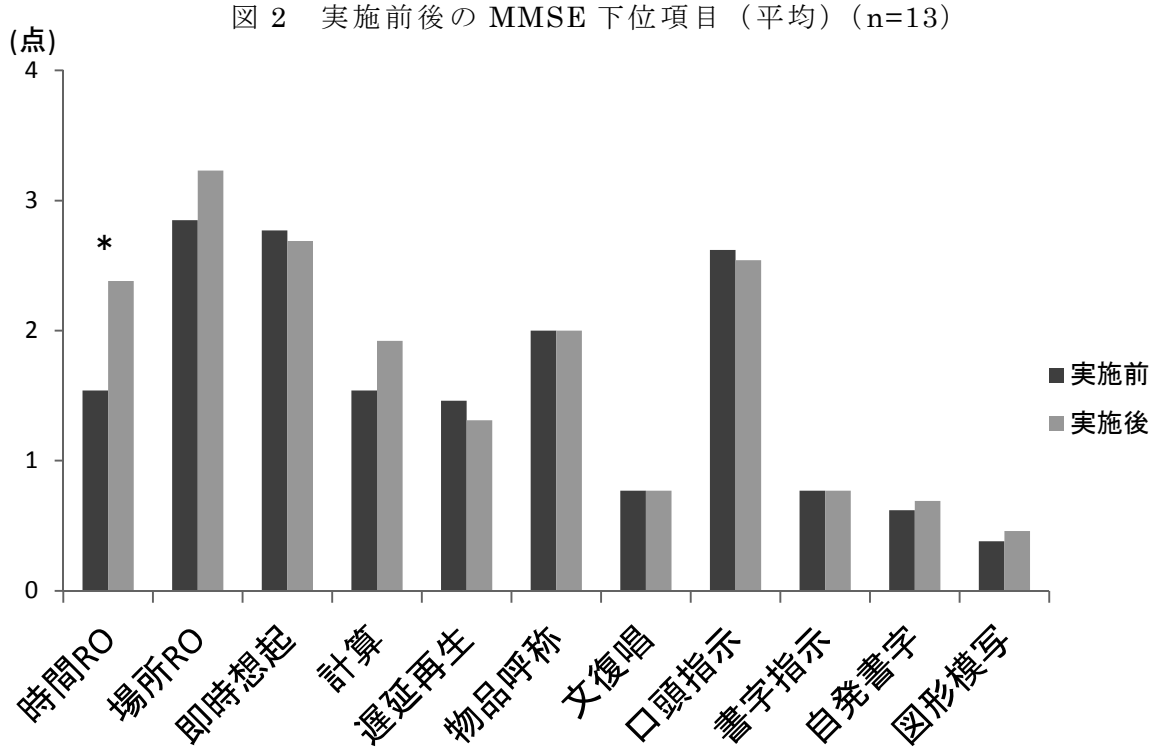


図 2　実施前後の MMSE 下位項目（平均）（n=13）



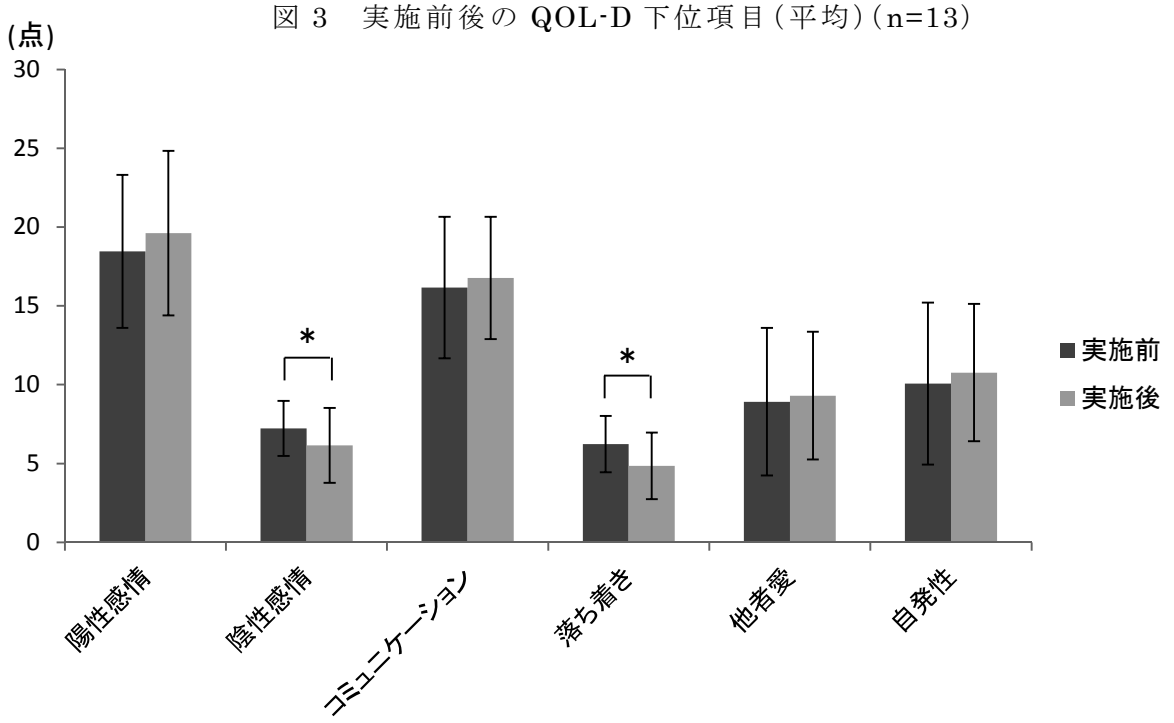
RO：見当識

＊　p＜0.05（ウィルコクソン符号付順位和検定）

3）QOL-D

QOL-D による評価を行った結果では、6 つの領域すべてにおいて集団いきいきリハビリ実施後に平均点の向上を示した。特に「陰性感情」、「落ち着き」の 2 領域は介入後に有意な改善がみられた(p<0.05)［図 3］。

図 3　実施前後の QOL-D 下位項目（平均）（n=13）



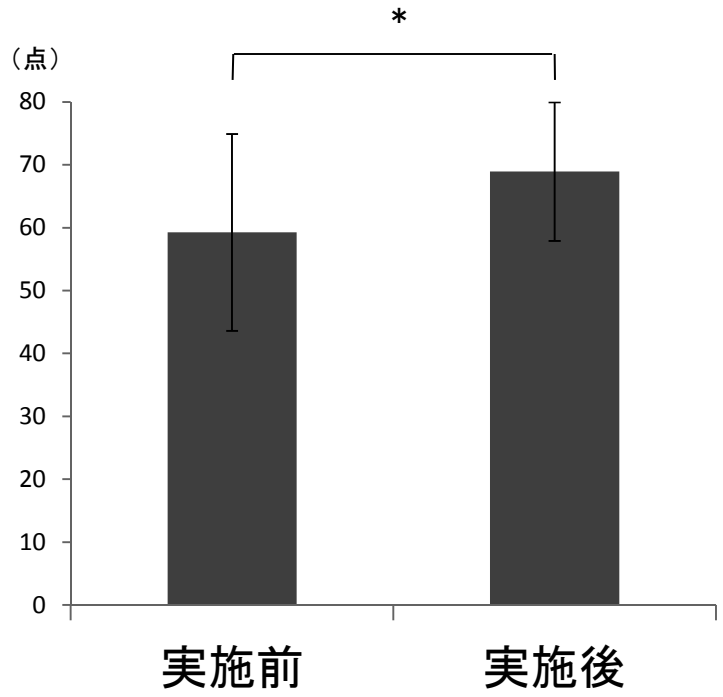
陰性感情，落ち着き：逆転項目

＊　p＜0.05（ウィルコクソン符号付順位和検定）

4）ACIS

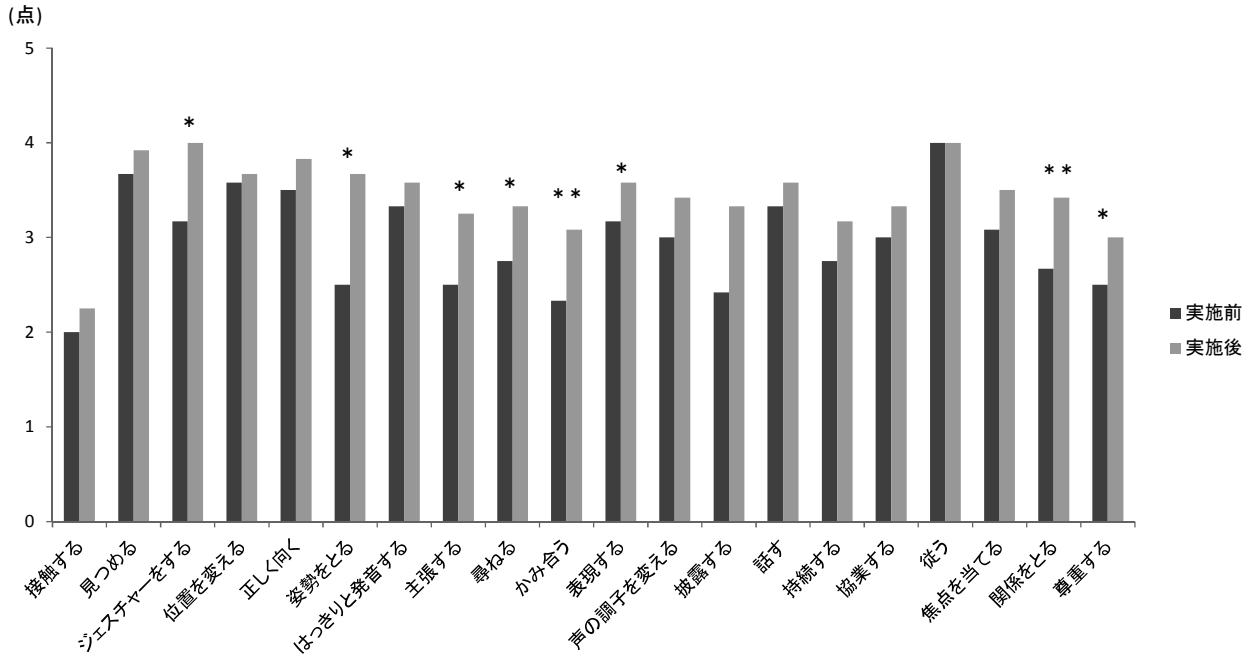
コミュニケーション能力を評価する ACIS の結果では、実践後に有意な得点改善を認めた(p<0.05)［図 4］。さらに下位項目ごとに解析を行った結果、「かみ合う」「関係をとる」の 2 項目は特に有意な改善であった(p<0.05)。また「ジェスチャーをする」(p=0.06)、「姿勢をとる」(p=0.06)、「主張する」(p=0.05)、「尋ねる」(p=0.07)、「表現する」(p=0.09)、「尊重する」(p=0.08)の 6 項目でも介入後に改善を示した［図 5］。

図 4　実施前後の ACIS（平均）（n=12）



＊　p＜0.05（ウィルコクソン符号付順位和検定）

図 5　実施前後の ACIS 下位項目（平均）（n=12）



＊　p＜0.1（ウィルコクソン符号付順位和検定）

＊＊　p＜0.05（ウィルコクソン符号付順位和検定）

D．考察

本研究では個別プログラムとして開発された「いきいきリハビリ」を４～5 名の集団に対し実践することで、認知機能、QOL さらにはコミュニケーション能力に変化が生じるかを検証した。平成 26 年度の予備研究[10]において、「いきいきリハビリ」が写真の拡大や物品の追加を行うことで集団においても応用することが可能であると実証されたため、本研究では多施設での実践を通し、その効果を検証することを目的とした。

その結果、認知機能に関しては介入前後で有意な差は認められなかったが、対象者 13 名中 9 名で得点の改善を示した。一方 QOL に関しては「陰性感情」「落ち着き」の 2 領域で改善を示した。さらにコミュニケーション能力においても介入後に有意な改善を示す結果となった。

認知機能に関しては、「集団いきいきリハビリ」によって認知症高齢者の認知機能を有意に改善するには至らなかった。しかし、平成 24、25 年度における「個別いきいきリハビリ」による介入結果ではどちらの研究においても認知機能の向上が示された。このことから集団と個別による実施では認知機能に与える影響が異なることが推察される。本研究では「個別いきいきリハビリ」と同様に 1 回のプログラムを 20 分として行っており、実践者が対象者一人ひとりに関わる時間が「個別いきいきリハビリ」に比べて大きく減少する。「いきいきリハビリ」は認知症になっても比較的保たれやすい手続き記憶や意味記憶に対し視覚、聴覚、触覚といった様々な刺激を用いることでそれらが賦活され認知機能が向上するといわれているが、本研究においては、対象者一人ひとりに対する時間的関わりの減少がその効果を十分に高めることができなかったと考えられる。

一方、QOL に関しては介入後に有意な改善を示しており、「個別いきいきリハビリ」と同様であった。特に有意な改善を示した「陰性感情」「落ち着き」に関しては、評価項目に「怒りっぽい」「他人が寄ってくると苛立つ」「慣れない場所ではイライラする」「緊張している」といった項目が含まれており、これらが改善したことは集団いきいきリハビリが認知症高齢者の心理的安定に寄与することを示唆している。

また、コミュニケーション能力を評価する ACIS は、集団への導入に伴って評価に加えたもので、介入後に有意な改善を示す結果となった。下位項目をみると「かみ合う」「関係をとる」といった項目で大幅な改善を認めている。「かみ合う」の項目では交流を開始する際の適切なタイミング、方法を評価し、「関係をとる」では他者とラポールを築くための行為がみられるかを評価するものである。このことから「いきいきリハビリ」を集団で行うことで、施設生活では希薄となりやすい他者との関わりが得られるため、外的な関心、つまり他者に対する関心が高まり、コミュニケーションを図る行為へとつながったと考えられる。また、「いきいきリハビリ」の特徴として、昔の道具や写真を用いて多様な活動が提供されるため、活動を通して他者と場を共有し、他者との会話が生まれた結果、関係性を築いていける点で有用であると考えられる。

本研究の対象者は各施設で行われている通常のリハビリテーションに加えて「いきいきリハビリ」を行った。今回「いきいきリハビリ」を行わない状態での評価や対照群を設定しておらず、「いきいきリハビリ」だけの純粋な効果を測ることはできなかったが、今後の課題として挙げられる。

最後に平成 25 年度の研究報告[9]では、研究実践者から施設での時間的制約や長期にわたる個別の関わりが難しいとの声があり、「いきいきリハビリ」の集団への応用が期待された。昨年度研究結果と合わせて「集団いきいきリハビリ」の効果を検証してきた結果、現行のプログラム内容、道具を用い十分に応用可能であることが示された。これにより「いきいきリハビリ」の可能性が更に広がることを期待したい。

E．まとめ

1）「集団いきいきリハビリ」は「個別いきいきリハビリ」と同様に認知症高齢者の QOL の向上に寄与することが示唆され、認知機能に関しては個別には改善がみられたが、全体では有意な改善を示さなかった。
2）集団で「いきいきリハビリ」を実践することで、他者交流の機会が増加し、QOL だけでなくコミュニケーション能力を向上させ得ると考えられた。
3）「いきいきリハビリ」は認知症高齢者の保たれた能力や適した活動を発見するだけでなく、集団でのコミュニケーション手段としても利用でき、介護施設における新たなケアの方法として有用であると考えられる。

F．参考文献

1. 小長谷陽子，齊藤千晶，岩元裕子，山下英美，中村昭範，上野菜穂，施設における認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 - 「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及 - ，平成 24 年度認知症介護研修・研究大府センター研究報告書，1－44，2012

2. トム・キットウッド，高橋誠一．認知症のパーソンセンタードケア - 新しいケアの文化へ - ．筒井書房，141-147，2005.

3. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 25: 1253-1258, 2010.

4. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 183:248-54, 2003.

5. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子，認知症高齢者に対する個別リハビリテーションの効果：「いきいきリハビリ」の開発に向けた予備研究．愛知作業療法，第 18 巻，49-56，2010.

6. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子，認知症高齢者に対する個別リハビリテーション・プログラムの効果．臨床作業療法，第 7 巻，第 5 号，454-459，2010.

7. 小長谷陽子，森明子，加藤健吾，河﨑千明，岩元裕子他．認知症高齢者に対する「いきいきリハビリ」の開発，効果検証および普及に関する研究．老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 22 年度認知症介護研究報告書　介護保険施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発、効果検証及び普及に関する研究事業，1-19，2010.

8. 森明子，小長谷陽子，加藤健吾，河﨑千明，上原有未，岩元裕子他．認知症高齢者に対するいきいきリハビリの開発と効果検証に関する研究．老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 21 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果に関する研究事業，1-25，2009.

9. 小長谷陽子，水野純平，西浦裕子，齊藤千晶，山下英美，中村昭範，上野菜穂，施設における認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 - 「いきいきリハビリ」の普及 - ，平成 25 年度認知症介護研修・研究大府センター研究報告書，66－75，2013.

10. 小長谷陽子，水野純平，齊藤千晶，山下英美，施設における認知症高齢者の QOL を高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業 - 「いきいきリハビリ」の集団への応用 - ，平成 26 年度認知症介護研修・研究大府センター研究報告書，21－32，2014.

11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 12(3):189-198, 1975.

12. 寺田整司，石津秀樹，藤沢嘉勝，山本真，藤田大輔，他．痴呆性高齢者の QOL 調査票作成とそれによる試行．臨床精神医学，30, 1105-1120，2001.

13. Kirsty Forsyth, 山田孝．コミュニケーション交流技能評価(ACIS)．日本作業行動学会，第 2 版，2007.

地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テストと手段的ADLの関連に関する研究

地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための
時計描画テストと手段的ＡＤＬの関連に関する研究

主任研究者　小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
分担研究者　山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学　作業療法学専攻）
　　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
　　水野　純平（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
研究協力者　加藤　真弓（愛知医療学院短期大学　理学療法学専攻）
　　鳥居　昭久（愛知医療学院短期大学　理学療法学専攻）

A. 研究目的

国が平成 27 年 1 月に発表した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン)」において、「認知症の早期発見・早期介入」は更に推進されている。そのための方策の一つとして、効果的な認知機能のチェック法を用いて、軽度の認知機能低下者を把握することが求められている。

平成 22 年、A 県 B 市で実施した、65 歳以上の全住民 14、949 人を対象とした郵送法での「時計描画テスト」（以下 CDT）において、地域在住高齢者の中に一定の割合で存在する認知機能障害の可能性のある対象者を、CDT によって把握できることが明らかになり、CDT が認知機能スクリーニングとして有用であることが示唆された[1)]。

認知機能の低下は、まず遂行機能障害、すなわち目的のある一連の行動を有効に行うために必要な、計画・実行・監視能力等を含む複雑な認知機能[2)]が障害された状態として現れると考えられている。そしてこの機能障害は、買い物や料理、掃除や洗濯といった家事全般や、金銭管理や服薬管理、交通機関の利用などといった、日常生活を送る上で必要な行為のうち、基本的日常生活活動（以下 ADL）より複雑で高度な行為、すなわち、手段的 ADL（以下 IADL）の低下から明らかになる事が多い。

地域在住高齢者の ADL・IADL を把握する方法としては、自記式アンケートにより、二次予防対象者把握事業として市町村が住民に郵送する「基本チェックリスト」【資料 1】と、認知症初期集中支援チームが使用することを奨励されている、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート「DASC・ダスク」【資料 2】[3)]が挙げられる。また、高齢者用集団認知検査「ファイブ・コグ」に添付されている「日常生活能力についてのチェック票」【資料 3】[4)]も複数の自治体で用いられている。

CDT が視空間認知機能の評価としてだけでなく、認知機能のスクリーニングとしても有用である理由は、その評価項目として、理解、プランニング、視覚記憶と図形イメージの再構成、視空間認知機能、運動プログラムと実行、数字の認識、抽象概念、集中力（注意力）などがあり、長期記憶と情報再生、視知覚と視覚運動能力、注意、同時処理、そして実行機能を評価することができる[1)]からである。

以上のことから、CDT と IADL との関連を検討することにより、CDT と IADL をベースとした、軽度の認知機能低下者を把握するための簡便なチェックシートを作成できるのではないかと考えた。

そこで平成 26 年度は、健康増進に対する意欲の比較的高い、介護予防事業への参加者を対象として、CDT を実施し IADL との関連を検討した[5]。

その結果、CDT は天井効果がみられ、教室開始時からほぼ 8 割の参加者が 15 点満点あるいは 14 点であった。しかし個々の case での分析では、いくつかの特徴的な時計描画がみられ、健康増進への意欲が比較的高いと思われる集団の中にも、前頭葉の障害が疑われる高齢者等が含まれていることが明らかになった。また、得点の低かった 5 名は、「教室」終了時にはいずれも 14 点または満点となり、「教室」前より改善した。これらの事から、CDT を実施することが、認知機能低下の早期発見に繋がり、早期介入の効果を測定する事にも有用であると考えられた。一方、IADL の合計得点はばらつきがみられ、健康増進への意欲のある高齢者であっても、IADL の低下がみられる場合もあり、個人差も大きいことが示された。CDT と IADL の関係については、CDT の得点と IADL の合計得点の間に相関はみられなかった。しかし、CDT の得点が低かった case の多くが、計画・実行といった遂行機能そのものを必要とする IADL の項目に失点がみられ、両者の間に関連がある可能性が示唆された。

平成 27 年度は、引き続き介護予防事業への参加者を対象として、CDT を実施し IADL との関連を検討した（研究 1)。さらに「脳とからだの体力測定会」において、一般高齢者も含んだ対象者に対して「ファイブ・コグ」を実施して軽度認知障害(以下 MCI:Mild Cognitive Impairment）相当群を検出し、MCI の可能性の有無と IADL の関連を分析し、認知機能が低下し始めた際に困難となる IADL の項目を明らかにするとともに、CDT と IADL の関連を検討した（研究 2)。

＜研究 1＞

B. 方法

1）対象：A 県 C 市において、D 短期大学と連携して実施されている、介護予防事業の中の一次予防事業「らく楽運動教室」（以下「教室」）（前期：2015 年 5 月 7 日～7 月 23 日、後期：2015 年 9 月 24 日～12 月 10 日・10 月 1 日～12 月 17 日）の参加者を対象とした。参加者は前期 23 名、後期 38 名であったが、それぞれ 8 名、12 名が測定日に欠席し、教室前後のデータのあるものは前期 15 名（男性 4 名、女性 9 名、平均年齢 70.2±7.5 歳)、後期 26 名（男性 4 名、女性 22 名、平均年齢 67.8±11.1 歳）であった。

2）手順：教室開始時に参加者から研究への協力の同意を得た上で、体力測定と併せて CDT を実施し、同時に「日常生活能力についてのアンケート」【資料 4】を記入してもらった。その後、運動機能及び認知機能の維持向上を目的として、前期は週 1 回 2 時間程度の運動（セラバンドを用いた筋力強化や、同時課題を行いながらの有酸素運動等）を全 12 回、約 3 カ月間の「教室」に参加してもらった。後期はサロン活動の合間に、隔週で 1 回 1.5 時間程度の運動（セラバンドを用いた筋力強化や、同時課題を行いながらの有酸素運動等）と 30 分程度の講話を全 6 回、約 3 カ月間の「教室」に参加してもらった。「教室」終了時に再度 CDT を実施し、「日常生活能力についてのアンケート」を記入してもらい、その後各人に「結果のお知らせ」【資料 5】を郵送した。

3）評価項目：

・CDT

A4 サイズの紙を配布し、まず時計の枠を描き、次に文字盤の数字を書き、最後に 11 時 10 分を指すように針を書き込むよう口頭で指示をした。定量的評価は Freedman の採点法（表 1）を用いた。この方法は全体像、数字、針、中心の 4 つの視点の 15 項目について正しいものに 1 点を与えて 15 点満点で採点するものである[6)]。

表 1　Freedman 法による CDT 評価

項目		配点
全体像	1. 整った外周円が描ける 2. 外周円の大きさが用紙に対して適切	各 1 点
数　字	3. 1～12 のみを書く 4. 算用数字を用いる 5. 数字の順序が正しい 6. 用紙を回転させないで書く 7. 数字の位置が正しい 8. 外周円の中に位置する	
針	9. 2 本の針を有する 10.適切に時を指す 11.適切に分を指す 12.分針の方が長い 13.余計な印がない 14.2 本の針が結合する	
中　心	15.中心が設定されている	

15 点満点

・「日常生活能力についてのアンケート」（IADL）【資料 4】

「ファイブ・コグ」に添付されている「日常生活能力についてのチェック票」【資料 3】の 15 項目（基本チェックリストの 4 項目を含む）に、「DASC」【資料 2】の中から重複を避けて 3 項目（⑯・⑰・⑱）を追加して作成した、18 項目からなる自記式アンケートである。「はい」を 1 点「いいえ」を 0 点とした 18 点満点で、IADL の自立度が高い程高得点となる。

4）解析：前期・後期それぞれについて、「教室」開始時、「教室」終了時それぞれのデータの揃っている者を対象として、CDT と IADL の関連を解析した。また、「教室」前後のデータの揃っている者を対象として CDT・IADL のそれぞれについて、「教室」開始時と終了時を比較し、「教室」参加による効果について評価した。統計学的解析には IBM SPSS Statistics 22 for Windows を用い、有意水準は 5%とした。

5）倫理的配慮

この研究は、認知症介護研究・研修大府センターの倫理委員会承認の元に行われ、対象者に研究の趣旨を説明後、書面にて同意を得た上で実施した。また個人情報・秘密保持について配慮を行った。

C．結果

1）CDT・IADL の結果

① CDT の得点、IADL の合計点の平均値と標準偏差

前期の「教室」開始時 20 名の CDT の得点は 14.6±0.6 点（平均値±標準偏差)、IADL の合計点は 15.5±1.8 点であった。「教室」終了時 18 名の CDT の得点は 14.2±1.2 点、IADL の合計点は 15.9±1.5 点であった（表 2)。

表 2　前期教室参加者の CDT・IADL の平均値と標準偏差

	教室開始時		教室終了時	
	CDT	IADL	CDT	IADL
N	20	20	18	18
平均値	14.6	15.5	14.2	15.9
標準偏差	0.6	1.8	1.2	1.5

後期の「教室」開始時 34 名の CDT の得点は 14.1±1.8 点（平均値±標準偏差)、IADL の合計点は 15.3±1.8 点であった。「教室」終了時 29 名の CDT の得点は 14.7±0.5 点、IADL の合計点は 15.6±2.1 点であった（表 3)。

表 3　後期教室参加者の CDT・IADL の平均値と標準偏差

	教室開始時		教室終了時	
	CDT	IADL	CDT	IADL
N	34	34	29	29
平均値	14.1	15.3	14.7	15.6
標準偏差	1.8	1.8	0.5	2.1

② CDT の得点分布

前期「教室」開始時は 15 点（満点）が 12 名、14 点が 7 名であり、この 19 名で全体の 95%を占めた。「教室」終了時は 15 点（満点）が 10 名、14 点が 5 名であり、それ以外は 13 から 11 点に 1 名ずつとなった（図 1)。

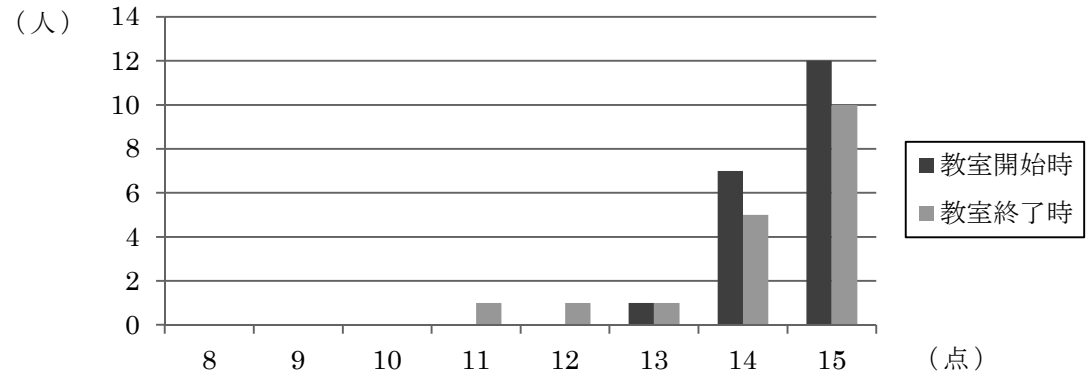


図 1　前期教室参加者の CDT の得点分布

後期「教室」開始時は 15 点（満点）が 22 名、14 点が 8 名であり、この 30 名で全体の 88%を占めた。それ以外は 13 点が 1 名、9 点が 2 名、8 点が 1 名であった。「教室」終了時は全員が 15 点（満点）または 14 点であった（図 2)。

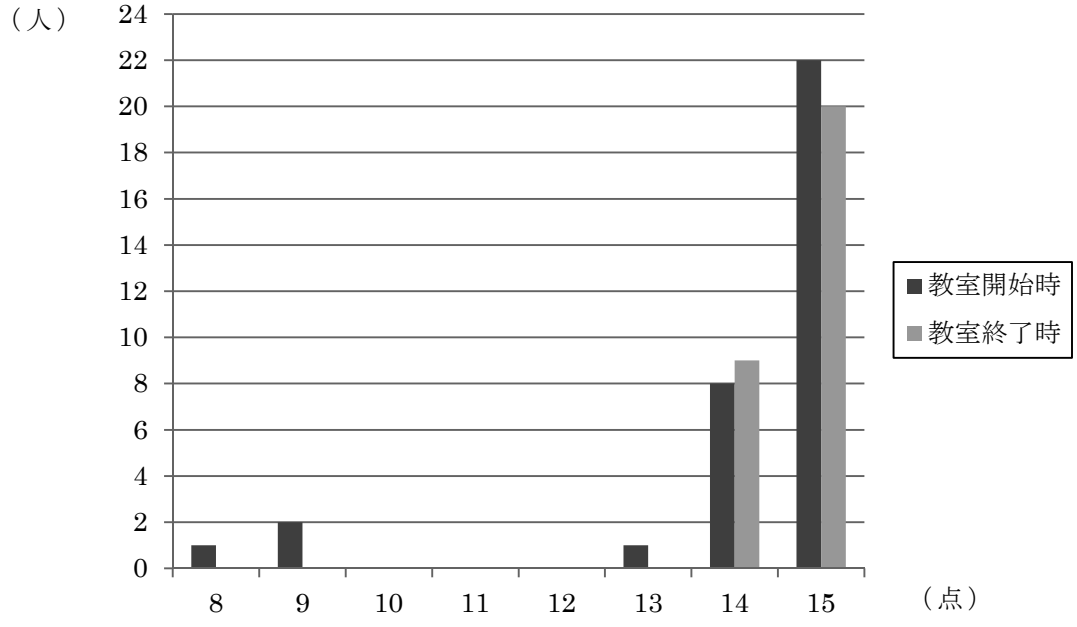


図 2　後期教室参加者の CDT の得点分布

③特徴的な時計描画

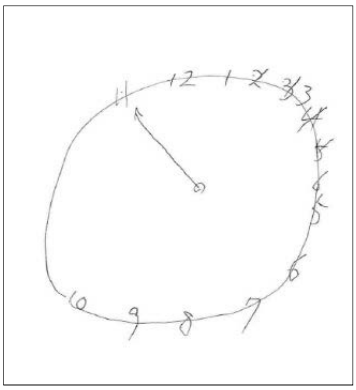


図 3

数字が外周円上に書かれている。最初は右上 1/4 の中に 12～6 まで書き，一旦消されているが、修正後も数字の位置が右寄りとなっている。針が 1 本しかない。

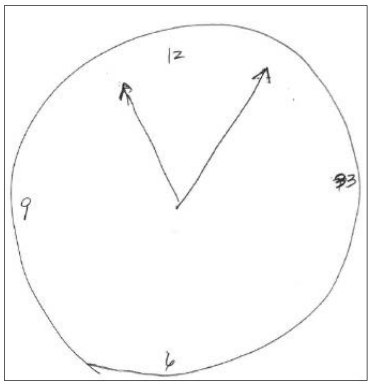


図 4

数字が 12・3・6・9 の 4 つのみ。短針・長針が指している数字がわからない。

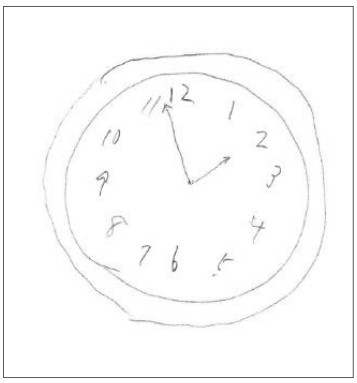


図 5

長針と短針の取り違いがみられる。

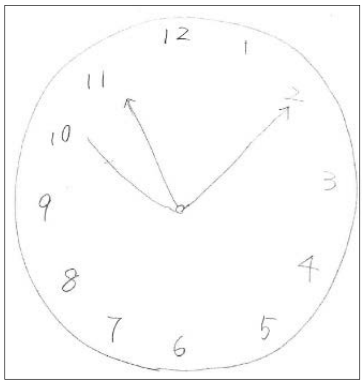


図 6

消されてはいるが、一旦“10 分”を数字の 10 の方に書こうとした形跡あり。

④ IADL の合計点分布

前期「教室」開始時は 12 点から 18 点（満点）まで、ばらつきがみられた。「教室」終了時には 13 点以下はみられなかったが、ばらつきは同様にみられた（図 3)。

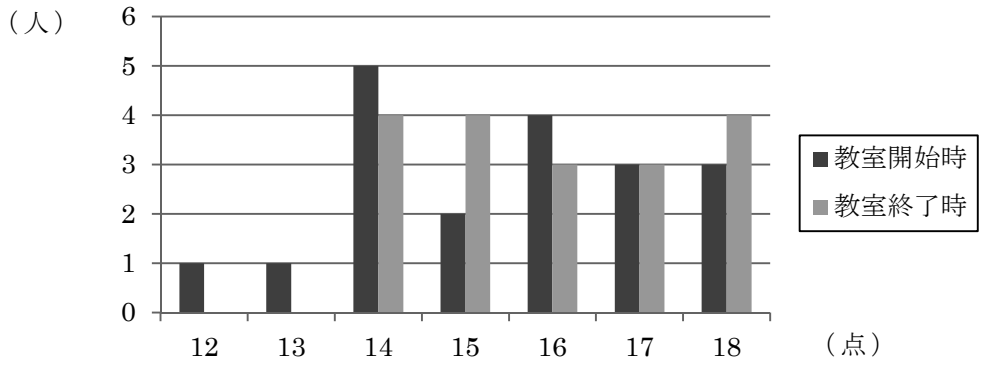


図 7　前期教室参加者の IADL の合計点分布

後期「教室」開始時は 12 点から 18 点（満点）まで、ばらつきがみられた。「教室」終了時には 8 点が 1 名あり、13 点から 18 点(満点)までばらつきがみられた(図 4)。

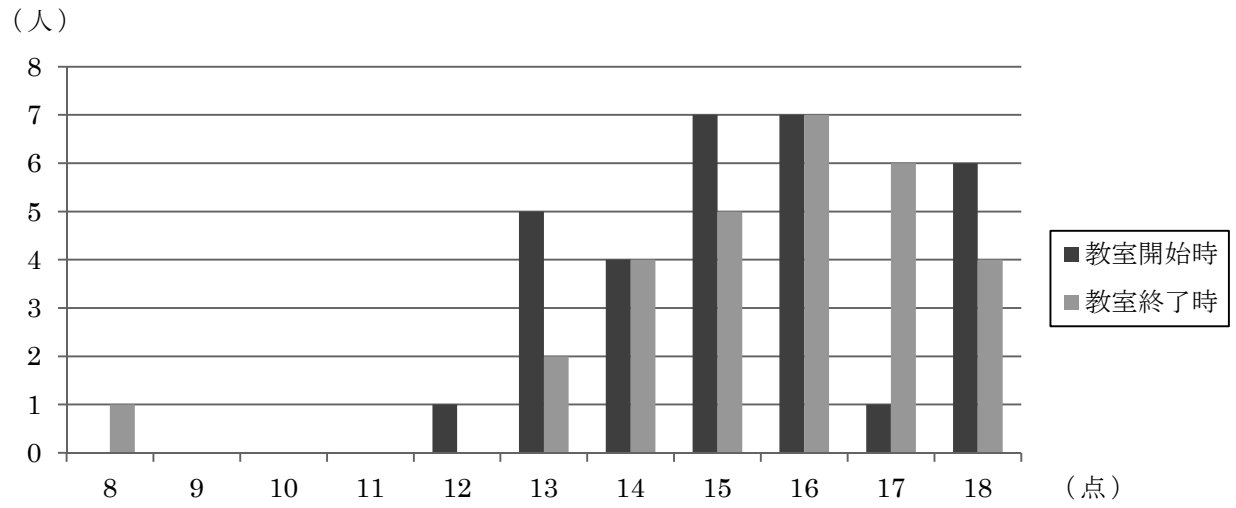


図 8　後期教室参加者の IADL の合計点分布

2) CDT と IADL の関連

① CDT の得点と IADL の合計点の相関

前期「教室」開始時 20 名の CDT の得点と IADL の合計点との間の相関係数は r=-0.30(p=0.22)、「教室」終了時 18 名の相関係数は r=-1.60(p=0.53)となり、CDT と IADL の間に有意な相関は見られなかった。

後期「教室」開始時 34 名の CDT の得点と IADL の合計点との間の相関係数は r=-0.37(p=0.04)、「教室」終了時 20 名の相関係数は r=-0.73(p=0.71)となり、「教室」開始時のみ有意な負の相関がみられた。

3)「教室」による効果

前期「教室」前後のデータが揃っている 15 名の CDT の得点は、「教室」開始時が 14.5±0.6 点（平均値±標準偏差)、「教室」終了時は 14.3±1.2 点であった。IADL の合計点の平均値は、「教室」開始時が 15.6±1.8 点、「教室」終了時は 16.0±1.5 点であった。

CDT の得点、アンケートの合計点ともに、「教室」開始時と終了時に関して、対応のあるｔ検定を行った結果、有意な変化は見られなかった（ｐ＝0.33、0.21)。

後期「教室」前後のデータが揃っている 26 名の CDT の得点は、「教室」開始時が 13.7±3.3 点（平均値±標準偏差)、「教室」終了時は 14.7±0.5 点であった。IADL の合計点の平均値は、「教室」開始時が 15.2±1.6 点、「教室」終了時は 15.6±1.5 点であった。

CDT の得点、アンケートの合計点ともに、「教室」開始時と終了時に関して、対応のあるｔ検定を行った結果、有意な変化は見られなかった（ｐ＝0.67、0.33)。

D. 考察

CDT の結果は、前期・後期ともに、教室開始時から、ほぼ 9 割の参加者が 15 点満点あるいは 14 点であった。教室終了時は前期は 11、12 点の者も 1 名ずついたが、後期は全員が満点あるいは 14 点となった。これは、「らく楽運動教室」の参加者が健康増進への意欲が高く、認知機能の低下の可能性の少ない集団であったためと考えられ、昨年度の結果と同様、CDT の天井効果が表れたとも考えられた。

しかし Rouleau らの方法に基づいた小長谷らの分類[7]に従って質的に分析すると、いくつかの特徴的な時計描画がみられた。図 3 は最初は右上 1/4 の中に 12～6 まで書き、一旦消されているが、修正後も数字の位置が右寄りとなっており、空間・計画障害が疑われた。図 4 は 12・3・6・9 が適切に配置されているため、計画性はあるものの省略がみられ、概念の障害が疑われた。また、図 5 のように長針と短針の取り違えや長さの差が見られないものが複数存在した。さらに図 6 のように消されてはいるが、一旦“10 分”を数字の 10 の方に書こうとした形跡のあるものもあった。分針を正しく書くためには 10 分という言葉を「2」という数字に転換する必要があり、時計の機能性についての意味概念の知識を要する。本来 2 の方向を示すべき分針が、10 という数字に引き寄せられる現象は前頭葉性牽引（frontal pull）と呼ばれ、遂行機能、脱抑制と関連する前頭葉の障害を表すとされる[7]。今回も前年度同様、健康増進への意欲が比較的高いと思われる集団の中にも、前頭葉の障害が疑われる高齢者が含まれていることが明らかになった。

一方、IADL の合計得点の分布は、後期の 1 名を除くと、「教室」開始時は 12 点から 18 点（満点）までばらつきがみられ、「教室」終了時には 12 点以下はみられなかったものの、やはりばらつきがみられた。健康増進への意欲のある高齢者であっても、IADL の低下がみられる場合もあり、昨年同様個人差も大きいことが示された。

CDT と IADL の関係については、CDT の得点と IADL の合計得点の間に、後期の「教室」開始時に弱い負の相関がみられたものの、その他は有意な相関はみられなかった。これは、先ほどの IADL の個人差による影響だと思われる。

教室の効果については、前期・後期ともに、CDT の得点、IADL アンケートの合計点とも

に、「教室」開始時と終了時に関して、対応のあるｔ検定を行った結果、有意な変化は見られなかった。これは、先ほど述べたCDTの天井効果に加え、特に後期教室は対象者がサロンの参加者であり、開始時から能力が高いこと、あるいは頻度と回数が少なく、効果を得られにくかった可能性も考えられた。また、認知機能が特に低い人は参加を中止する傾向がみられ、今回の参加者の中でも、CDTの低得点の方は、参加を中止されている。

このように、プログラムの効果を検証するためには様々な要因を検討すべきであるが、1次予防事業に併せて、CDTを実施し量的・質的に評価するとともに、IADLの能力について調査することは、地域在住高齢者の中から、様々なタイプの認知機能低下者を早期発見することに繋がると考えられた。

＜研究2＞

B. 方法

1）対象

対象は、「脳とからだの体力測定会」（平成27年3月5日・6日、8月6日）（以下、測定会）参加者125名（男性29名、女性96名、平均年齢73.5±5.7歳）である。

この測定会は、1次予防事業「らく楽運動教室」卒業後の同好会参加者のために定期的に体力測定を行う目的で始められたものであり、C市高齢福祉課が主催している。当初は同好会にて開催をアナウンスするのみであったが、平成25年度からは、広く一般市民の参加を募り、市の広報やちらし、D短期大学HPでも案内している。

2）手順

測定会開始時に参加者から研究への協力の同意を得た上で、体力測定に加えて認知機能を測定し、さらにIADLに関するアンケートを実施した。体力測定は、長座体前屈・上体起こし・10m障害物歩行・30秒間椅子からの立ち上がり・6分間歩行・握力・Time up & Go test・片脚立ち・リーチテストの9項目を実施した。認知機能測定は集団認知機能検査ファイブ・コグを実施した。なお測定会の結果は、1ヶ月後を目途に、ファイブ・コグの5つの領域別の得点【資料6】と、生活におけるアドバイスを個人宛に郵送している。

3）評価項目

・ファイブ・コグ

DVD画面を見ながら集団で実施する検査で、実施時間は約45分間である。記憶・注意・視空間認知・言語流暢性・思考の5つの領域からなる検査である。内容を表4に示す。

この中に含まれる時計描画（CDT）はDVD画面を見ながら実施し、ファイブ・コグにおける採点は7点満点である。

表 4　ファイブ・コグの検査内容

検査名	脳の機能	検査の内容
運動	手の運動	数字を○でできるだけ速く囲む
文字位置照合	注意	上中下の文字と書かれている位置が一致しているかを判断して○をつけ、同時に数字をふっていく
手がかり再生	記憶	単語を覚えて思い出して紙に書く
時計描画	視空間認知	時計の枠を書いて、ある時刻をさす針を記入する
言語流暢性	言語	動物名をできるだけたくさん想起する
類似	思考	2 つの単語に共通する単語を考える

①従来の評価方法

それぞれの検査の得点は、年齢・教育年数・性別で調整された偏差値で表される。ランク 1 からランク 3 までに分け（表 5)、それを合計した総合ランク得点で評価する（表 6)。

表 5　ファイブ・コグのランクの分け方

ランク	1	2	3
得点（偏差値）	＜35	35≦ ＜40	40≦

表 6　ファイブ・コグのランクによるスクリーニングの目安

総合ランク得点	5～10	11～14	15
スクリーニング	認知症の可能性	軽度認知障害の可能性	問題なし

②合成得点で MCI を検出する方法（杉山ら[8]より）

計算式… －0.029×文字位置照合課題得点－0.122×手がかり再生課題得点＋7.729

健常群の平均値と標準偏差（以下 SD）…… －0.68±1.15

MCI 相当群の平均値と SD…… 0.66±1.14

カットオフ値……0.014　認知機能が高いほど負の値になる。

4）解析方法

参加者全員の認知機能について、ファイブ・コグの総合ランク得点別の人数割合を調べた。また MCI を検出するための計算式をもとに合成得点を算出し、MCI の可能性の有無を評価した。

さらに認知機能と IADL の関連を検討するために、IADL の質問項目ごとに、「できる」と答えた人数と「できない」と答えた人数に関して、健常群と MCI 相当群の 2 群間で χ^2 検定を行った。また IADL の質問項目ごとに、「できる」と答えた群と「できない」と答えた群の CDT の平均値について t 検定を行った。

C. 結果

1. 認知機能

1)従来の方法によるファイブ・コグの評価結果

参加者全員（125 名）のファイブ・コグの総合ランク得点別の人数割合を図 7 に示す。

60.0%（75 名）の参加者には問題がみられなかったが、34.4%（43 名）に軽度認知機能障害の可能性が示され 5.6%(7 名）に認知症の可能性が示された。

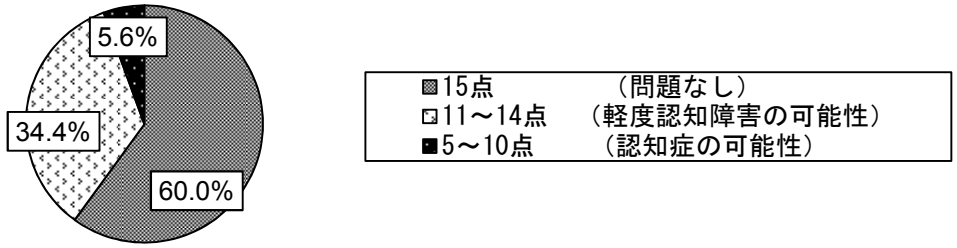


図 7　ファイブ・コグの総合ランク得点別の人数割合

2)ファイブ・コグの合成得点のカットオフ値による評価結果

67 名（53.6%）が健常、58 名（46.4%）が MCI 相当となった。

総合ランク得点で認知症の可能性の示された 7 名は、6 名が MCI 相当と評価され、1 名は健常と評価された。

3)Freedman 法による CDT 評価結果

CDT の得点別の人数を表 7 に示す。15 点満点が 59 名、14 点が 46 名と、14 点以上で 84.0%を占めた。

表 7　　得点別の人数

点数	15	14	13	12	11	10	9	8
人数	59	46	12	3	2	2	0	1

4) 特徴的な時計描画

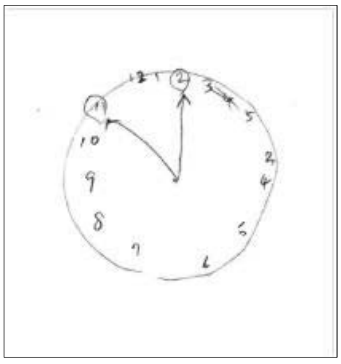


図 8

真上が 1 となっており、5 までが右上に偏っている。書き直した後もバランスが悪い。長針と短針の長さに差がなく、11 と 2 を○で囲んでいる。

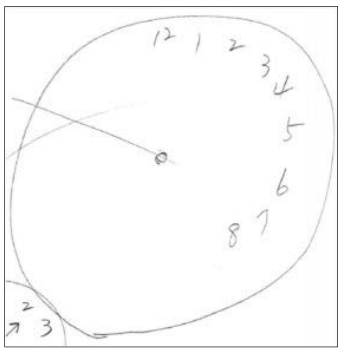


図 9

書き直す前のものであるが、8 までが右に偏っており、バランスが悪い。

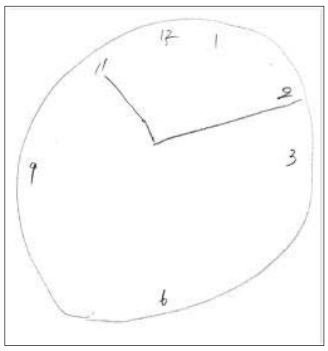


図 10

数字の省略がみられる。

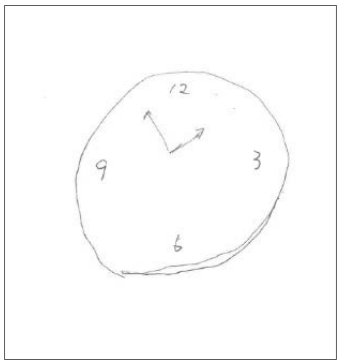


図 11

数字の省略がみられ、長針と短針の長さの取り違えがみられる。

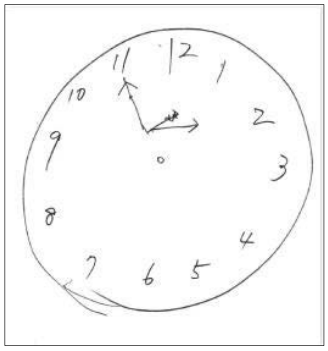


図 12

中心点の記載はあるものの、針が上方に偏倚している。

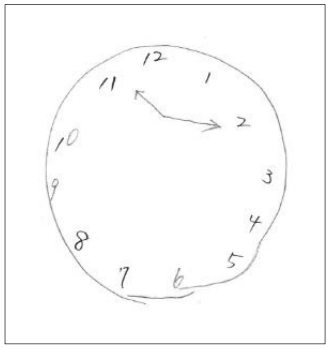


図 13

中心点がなく、針が上方に偏倚している。

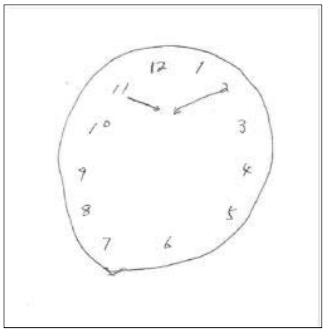


図 14

2 本の針が、中心に向かっている。

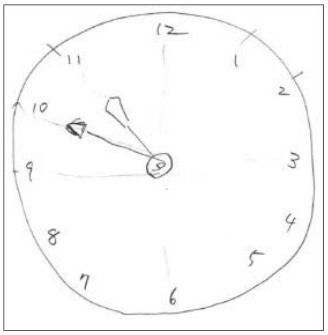


図 15

分針が 2 を指さず、10 を指している。

2. IADL

IADL 18項目それぞれについて「できない」と答えた者の割合を表8に示す。

全体としては、「②リーダーとして企画」が特に「できない」者の割合が高く、「③世話係や会計係」「⑤計画を立てて旅行」「⑪年金や税金の申請書の作成」も、「できない」と答えた者が多かった。

3. 認知機能とIADLの関連

1)ファイブ・コグの合成得点とIADL

IADL 18項目のそれぞれについて、健常群とMCI相当群の2群間でχ^2検定を行ったところ、「③世話係・会計係」(p=.013)有意差が認められた。

表8 「できない」と答えた者の割合 (%)

IADL質問項目（一部省略）	全体 (N=125)	健常群 (N＝67)	MCI相当群 (N=58)	p値*
①電話番号を調べて電話	5.6	3.0	8.6	ns
②リーダーとして企画	59.2	59.7	58.6	ns
③世話係や会計係	38.4	28.3	50.0	.013
④バスや電車を利用して外出	9.6	7.5	12.0	ns
⑤計画を立てて旅行	39.2	34.3	44.8	ns
⑥服薬	2.4	4.5	0.0	ns
⑦家計のやりくり	3.2	1.5	5.2	ns
⑧日用品の買い物	3.2	1.5	5.2	ns
⑨請求書の支払	2.4	1.5	3.4	ns
⑩銀行預金・郵便貯金の出し入れ	8.0	4.5	12.0	ns
⑪年金や税金の申告書の作成	32.0	34.3	29.3	ns
⑫食事の用意	5.6	7.5	3.4	ns
⑬掃除	2.4	1.5	3.4	ns
⑭洗濯物・食器などの整理	4.0	4.5	3.4	ns
⑮手紙や文章を書く	6.4	3.0	10.3	ns
⑯服を選ぶ	0.0	0.0	0.0	ns
⑰一日の計画を立てる	0.8	1.5	0.0	ns
⑱電気が止まったときの対処	16.0	13.4	19.0	ns

＊：χ^2検定. ns：有意差無し

2) Freedman法によるCDT得点とIADL

IADL 18項目のそれぞれについて、「できる」と答えた群と「できない」と答えた群のCDTの平均値についてt検定を行ったところ、「①リーダーとして企画」(p=.027)「③世話係・会計係」(p<.000)、「⑬掃除」(p=.005)、「⑱電気が止まった時の対処」(p<.000) に有意差がみられた。

4. 早期介入

ファイブ・コグの総合ランク得点に基づき、認知機能低下の可能性のある者9名に対して保健師による介入を行った。この内1名については、既に専門医療機関を受診していたため、残り8名に対して保健師が訪問を行った。このうち3名は1次予防事業「らく楽運動教室」終了者による同好会に既に参加されていたため、参加の継続を促した．残り5名の内1名はかかりつけ医に今回の結果を相談するよう促し、専門医療機関の受診を勧奨した。残り3名に関しては、1次予防事業の利用を勧奨し、参加に結びつけることができた。1名は高齢（80代半ば）を理由に参加を辞退された。

D. 考察

1. 地域在住高齢者から認知機能低下者を把握する方法

一般高齢者を対象とした測定会で、集団認知機能測定ファイブ・コグを実施することによって、地域在住高齢者の中に一定数の認知機能低下の可能性のある高齢者が含まれていることが明らかになった。さらに今回、杉山らの方法で、測定会参加者の約半数にMCIの可能性があると評価された。

CDTについてはFreedman法を用いて採点した結果､14点と15点の得点者が84%を占めており、研究1同様天井効果が見られた。しかし、特徴的な時計描画について、Rouleauらの方法に基づいた小長谷らの分類[7]に従い、質的評価を行うことができた。

まず、MCI相当となり、減点のみられた時計の例として、図8は数字のバランスが悪く右上に偏っており、空間・計画障害が疑われるとともに、長針と短針の長さに差がなく、11と2を丸で囲んでおり、時計という概念の障害が疑われた。図9は書き直す前の時計に異常が見られた例であるが、1から8まで書いたところでバランスの悪さに気付き、余白に小さく書き直したが、空間・計画障害が疑われた。また、図10・11は12・3・6・9が適切に配置されているため、計画性はあるものの省略がみられ、概念の障害が疑われた。図12・13は針の位置が上方に偏倚していた。中谷らは中心点が垂直方向へ偏倚する原因として、プランニング能力低下、前頭葉機能低下を挙げており[9]、これらの時計描画は中心点の偏倚ではないものの、針全体の偏倚が見られるため、上記が疑われると考えられる。このように、合成得点からMCIと評価されたことに加え、CDTの結果を質的に評価することにより、空間・計画や概念、あるいは前頭葉機能といった、低下し始めている認知機能の詳細な分析も可能であるといえる。

さらに、健常と評価されたが、CDTで減点が見られたものとして、図14は針が中心に向かっており、概念の障害と考えられた。また、図15は分針が2を指さず10の方向を示している。このように本来は2の方向を示すべき分針が10という数字に引き寄せられる現象は、研究1の図6に関して述べたと同様に、前頭葉性牽引（frontal pull）と呼ばれ、遂行機能、脱抑制と関連する前頭葉の障害を表す[7]とされる。

今回、杉山らの方法をもとに、MCIの検出を行った。この方法は、「記憶・言語」機能を測定する手がかり再生課題の結果と、「注意・遂行機能」を測定する文字位置照合課題の結果から合成得点を算出し、MCIの検出を行うものである。堀田らによれば前頭側頭型認知

症（FTD）は、ある程度進行するまでは記憶や視空間認知、ADL そのものに問題は生じない[10]。このため初期の前頭側頭型認知症は、ファイブ・コグの 2 課題の合成得点のみでは見逃される可能性がある。しかし CDT を行うことによって、前述の図 15 のように、健常と評価されても、前頭葉機能低下が疑われる者を見つけ出すことが可能であるといえる。

以上のことから、地域在住高齢者の中から認知機能低下者を把握するためには、ファイブ・コグの中から、文字位置照合課題と手がかり再生課題を行うことに加えて、CDT も行い詳細に分析することが望ましいと考える。

2. 認知機能の低下と IADL の関連

1）全体的な特徴

IADL に関するアンケートの中で「できない」者の割合の特に多かった質問項目が、18 項目中 4 項目あったが、「②リーダーとして企画」「⑤計画を立てて旅行」「⑪「年金や税金の申告書の作成」は MCI 相当群と健常群との間に有意差が見られなかったため、認知機能低下に関係なく、どの高齢者も苦手になっていくものと考えられた。

2）MCI 相当群の特徴

MCI 相当群では「③世話係・会計係」の項目が「できない」者の割合が健常者に比べ、有意に多かった。

尾之内は、認知症の介護家族から買い物場面での困難を多く聞くと述べており[11]、金銭管理が認知機能の低下の指標となることが予測される。しかし、今回の結果では、「⑦家計のやりくり」、「⑨請求書の支払」、「⑩預金の出し入れ」には有意差が見られなかった。これは“会計係”が単なる金銭管理に加えて、会の中での役割という社会性の部分も含まれているためと考えられる。牧によれば、MCI や認知症初期で、ある程度論理的理解が可能な段階であっても、心の理論（意図・気持ち等の他者の心的状態の理解）の理解が低下しているために、ニュアンス・文意を汲み取ることが困難になっていく[12]ことが報告されている。「③世話係・会計係」は、単なる金銭管理以上の社会性を必要とされる項目であるため、MCI 相当群で有意に「できない」者の割合が多かったのではないかと考える。

3）CDT との関連

以下の 4 つの項目に関して、有意差がみられた。

まず、「②リーダーとして企画」については、設問自体が会の運営を“企画する”ことができるかを問うており、CDT の評価項目の理解力、プランニング能力、同時処理能力、実行機能を必要とする項目であるため、CDT の得点の低い者が、得点が低かったと考えられる。次に「③世話係・会計係」については、CDT の評価項目である理解力、プランニング能力、数字の認識能力、集中力（注意力）、同時処理能力、実行機能を必要とするため、CDT の得点の低い者が、得点が低かったと考えられる。さらに、「⑬自分で掃除」については、大内らは基準時における IADL 能力の水準が、7 年後の認知症移行を予測する独立した因子となるかどうかを後方視的に分析した結果、女性群では、布団管理の自立度と掃除の頻度の変化において、認知症移行群は非移行群と比較して、基準時における有意な低下が認められた[13]と報告している。今回の結果が認知症に移行する独立した因子になる可能性が考えられる。最後に「⑱電気が止まった時の対処」については、“対処”の部分が問題解決を問う内容であり、CDT の評価項目の理解力、プランニング能力、同時処理能力、実行機

能を必要とするため、有意差がみられたと考えられる。

今回、MCIの可能性やCDTの得点の低さから、認知機能低下とIADLの関連を検討したが、IADLに関しては自記式質問紙であるため、あくまでも本人の判断であり、実態との乖離は否めない。大内らは、調理動作においては自立している地域在住の高齢者宅を保健師が訪問し、出された煮物の味の変化に気付いたのをきっかけに外来受診に至った例を報告しており、IADLの質的変容にも着目する必要性[13)]を述べている。

このように、自記式質問紙によるIADL評価には限界もあるが、地域在住高齢者に対して、より広い範囲で簡便にスクリーニングする目的で、早期に本人が自覚できる項目を精査すべく、今後も対象者数を増やし、引き続き検討を重ねていきたい。

3. 地域における認知症支援

今回ファイブ・コグの総合ランク得点に基づき、保健師による訪問が行われ、専門医療機関への受診の勧奨及び介護予防事業の利用の勧奨を経て参加に結びついた。これは、新オレンジプランで推奨されている、早期介入にあたると考えられ、地域における認知症支援としての意義があったといえる。

E. 結語

今回、介護予防事業参加者に対してCDTを実施し、認知機能を測定するとともに、IADLの能力との関連を検討した。教室の効果は明らかにはできなかったが、CDTを質的に分析することによって、健康増進の意識の高い地域在住高齢者の中にも認知機能低下者をみつけることができた。

また、一般高齢者を対象とした測定会においては、ファイブ・コグの中の文字位置照合課題と、手がかり再生課題を実施し、合成得点を算出し、特に得点の低い者を抽出するとともに、CDTを質的に分析することによって、様々なタイプの認知機能低下者を見つけ出すことができた。加えて、認知機能の低下とIADLの関連については、MCIの可能性のある者は、社会性の低下から、「集団の中で金銭管理を求められる役割」には困難を感じ始めており、また、遂行機能に関連の深い、「リーダーとして会の運営を企画すること」や「掃除や電気が止まった時の対処」についても困難となることが示唆された。

地域在住高齢者から認知機能低下者を早期に発見するためには、高齢者と関わる際にこれらのIADLの低下に気付くことが有用であると考えられる。また、運動教室・体力測定会などと組み合わせ、心理的抵抗感を低くしたうえで認知機能を測定する機会を作り、ファイブ・コグを実施しMCIの可能性の有無を評価することに加え、CDTを詳細に分析することによって、様々なタイプの認知機能低下者を把握し、地域在住高齢者の中から認知機能低下者を早期に発見し、早期介入に繋げることが重要であると考えられた。

F. 文献

1) 小長谷陽子、渡邊智之、小長谷正明：地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テスト―定量的および定性的評価による検討―. 日本老年医学学会雑誌 Vol. 49 (4) 483-490. 2012.
2) 穴水幸子、加藤元一郎：遂行機能障害の特徴とその評価法. 老年精神医学 vol. 20(10) 1133-1138、 2009.
3) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：DASC アセスメントツール使用法と DASC21 最新版
4) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所：ファイブ・コグ～高齢者用集団認知検査～
5) 小長谷陽子、山下英美、加藤真弓：地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テストと手段的 ADL の関連に関する研究. 平成 26 年度認知症介護研究・研修大府センター研究報告書、33-48、2015.
6) 福井俊哉：症例から学ぶ戦略的認知症診断. 南山堂. 2007.
7) 小長谷陽子、小長谷正明、渡邊智之、鷲見幸彦：アルツハイマー病患者における時計描画の特徴―量的および質的評価による検討―. 臨床神経学 Vol. 54 (2) 109-115. 2014.
8) 杉山美香、伊集院陸雄、佐久間尚子、宮前史子、井藤佳恵、宇良千秋、稲垣宏樹、岡村毅、矢冨直美、山口晴保、藤原佳典、高橋龍太郎、粟田主一：高齢者用集団版認知機能検査ファイブ・コグの信頼性と妥当性の検討－軽度認知障害スクリーニング・ツールとしての適用可能性についてー.老年精神医学雑誌、vol.26(2) 、183-195、2015.
9) 中谷謙、高橋秀典、宮崎眞佐男、山本智子、田中裕：時計針記入課題における中心点の垂直方向の偏倚の検討. 神経内科、vol. 69(2)、 166-170、2008.
10) 堀田牧、村田美希、吉浦和宏、福原竜治、池田学：前頭側頭型認知症（FTD）の症候学と非薬物療法. 作業療法ジャーナル、vol. 49(7) 、 603-609、2015.
11) 尾之内直美：「認知症買い物セーフティーネット」で安心の地域づくりを（特集　認知症高齢者や家族が安心して暮らせる社会づくり）. ヒューマンライツ vol. 317、8-13、2014.
12) 牧陽子：認知症の作業療法への提言―認知症を含む社会的弱者を包摂する地域づくりへの貢献と日本からの発信. 作業療法ジャーナル、vol. 49(7)、 780-785、 2015.
13) 大内義隆、目黒謙一：手段的 ADL の水準低下と認知症への移行. 老年精神医学雑誌、vol. 20(3)、 265-270、 2009.

資料１

健康度評価のための質問票

（基本チェックリスト）

No.	質問項目	回答（いずれかに○をお付け下さい）	
1	バスや電車で１人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15 分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この１年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	６ヵ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長　　cm　体重　　kg（BMI=　　）（注）		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	（ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	（ここ２週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

（注）BMI（＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））が 18.5 未満の場合に該当とする。

（平成 18 年３月 31 日　老発第 0331027 号　保健事業実施要領の一部改正について）

資料２

作成者：栗田主一　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム（認知症・うつの予防と介入の促進）

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（ＤＡＳＣ）　認知症初期集中支援チーム版

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

ID		記入日　平成　　年　　月　　日
ご本人の氏名：	生年月日：大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	男・女　　独居・同居
回答者の氏名：　本人との続柄：	記入者氏名：	所属・職種：

	認知機能障害・生活機能障害	1点	2点	3点	4点			備考欄
1	財布や鍵など，物を置いた場所がわからなくなることがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ			
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		遠隔記憶	
4	今日が何月何日かわからないときがありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	見当識	時間	
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		場所	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか．	a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		道順	
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	問題解決	
8	一日の計画を自分で立てることができますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない			
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		社会的判断力	
10	一人で買い物はできますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭外のIADL	買い物	
11	バスや電車，自家用車などを使って一人で外出できますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		交通機関	
12	貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払いは一人できますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		金銭管理	
13	電話をかけることができますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内のIADL	電話	
14	自分で食事の準備はできますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		食事の準備	
15	自分で，薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか．	a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		服薬管理	□本人　□家族　□その他（　　）
16	入浴は一人でできますか．	a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL①	入浴	
17	着替えは一人でできますか．	a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		着替え	
18	トイレは一人でできますか．	a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		排泄	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか．	a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL②	整容	
20	食事は一人でできますか．	a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		食事	
21	家のなかでの移動は一人でできますか．	a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		移動	

DASC 18 項目の合計点	点	DASC 21 項目の合計点	点

©地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所

資料３

《日常生活能力についてのチェック票》

日常生活の中で、次のような行動ができるかどうかお答えください。ある項目について日頃していない場合には、もしやるとしたらできるかどうか考えて、お答えください。

① 自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか。	1. できる	2. できない
② リーダーとして、何かの行事の企画や運営を行うことができますか。	1. できる	2. できない
③ 何かの会の世話係や会計係を務めることができますか。	1. できる	2. できない
④ ひとりでバスや電車を利用して、あるいは車を運転して、出かけることができますか。	1. できる	2. できない
⑤ 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行することができますか。	1. できる	2. できない
⑥ 薬を決まった分量を決まった時間に飲むことができますか。	1. できる	2. できない
⑦ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなど、家計を管理することができますか。	1. できる	2. できない
⑧ 日用品の買い物をすることができますか。	1. できる	2. できない
⑨ 請求書の支払いができますか。	1. できる	2. できない
⑩ 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか。	1. できる	2. できない
⑪ 年金や税金の申告書をひとりで作成することができますか。	1. できる	2. できない
⑫ 自分で食事の用意ができますか。	1. できる	2. できない
⑬ 自分で掃除ができますか。	1. できる	2. できない
⑭ 洗濯物・食器などの整理ができますか。	1. できる	2. できない
⑮ 手紙や文章を書くことができますか。	1. できる	2. できない

資料4

《日常生活能力についてのチェック票》

日常生活の中で，次のような行動ができるかどうかお答えください。ある項目について日常していない場合には，<u>もしやるとしたらできるかどうか考えて</u>，お答えください。

① 自分で電話番号を調べて，電話をかけることができますか。	1. できる	2. できない
② リーダーとして，何かの行事の企画や運営を行うことができますか。	1. できる	2. できない
③ 何かの会の世話係や会計係を務めることができますか。	1. できる	2. できない
④ ひとりでバスや電車を利用して，あるいは車を運転して，出かけることができますか。	1. できる	2. できない
⑤ 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行することができますか。	1. できる	2. できない
⑥ 薬を決まった分量を決まった時間に飲むことができますか。	1. できる	2. できない
⑦ 貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払い，家計のやりくりなど，家計を管理することができますか。	1. できる	2. できない
⑧ 日用品の買い物をすることができますか。	1. できる	2. できない
⑨ 請求書の支払ができますか。	1. できる	2. できない
⑩ 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか。	1. できる	2. できない
⑪ 年金や税金の申告書をひとりで作成することができますか。	1. できる	2. できない
⑫ 自分で食事の用意ができますか。	1. できる	2. できない
⑬ 自分で掃除ができますか。	1. できる	2. できない
⑭ 洗濯物・食器などの整理ができますか。	1. できる	2. できない
⑮ 手紙や文章を書くことができますか。	1. できる	2. できない
⑯ 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	1. できる	2. できない
⑰ 一日の計画を自分で立てることができますか。	1. できる	2. できない
⑱ 電気やガスや水道が止まってしまったときに，自分で適切に対処できますか。	1. できる	2. できない

資料５

様

らく楽運動教室
結果のお知らせ

認知機能・家事等の複雑な日常生活活動　ともに，教室開始時はやや低下傾向がみられました。

しかし，らく楽運動教室に参加され，参加者の皆さんと一緒に運動を続けられたことにより，教室終了時には，生活がより活動的になられ，認知機能にも大きな改善が見られました。

今後とも，運動習慣を継続されるとともに，様々なことに興味を持って取り組まれ，脳の機能も鍛えながら，ますますお元気にお過ごしください。

平成　　年　月　　日

愛知医療学院短期大学　リハビリテーション学科
理学療法学専攻　加藤真弓
作業療法学専攻　山下英美

資料6

〇〇　〇〇　様

施行年月日
2015年8月6日

ファイブ・コグ検査結果報告書

検査	素点	得点
運動（手先の運動）	31	60
位置判断（注意）	26	58
単語記憶（記憶）	16	57
時計描画（視空間認知）	7	54
動物名想起（言語）	15	49
共通単語（思考）	12	56

この報告書の見方

この報告書は、皆様にご協力いただいて行った脳の機能を調べるファイブ・コグ検査の結果を報告するものです。

素点・・・・各検査において、いくつできたかを表す実際の点数です。

得点・・・素点を偏差値になおした得点です。皆さんの年齢と教育年数を考慮して換算したものです。評価の目安は以下のようになります。

得点		評価
35点未満	・・・・・・・・・・	低い
35～44点	・・・・・・・・・・	やや低い
45～54点	・・・・・・・・・・	ふつう
55～64点	・・・・・・・・・・	やや高い
65以上	・・・・・・・・・・	高い

認知症介護指導者を対象とした研究力向上のための支援プログラム

認知症介護指導者を対象とした研究力向上のための支援プログラム
(1)研究活動継続支援プログラム

伊藤美智予（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
汲田千賀子（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　研究部）
山口　喜樹（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
加知　輝彦（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）

はじめに

認知症介護指導者が実践現場での研究活動を継続するにあたり、業務との両立、研究の進め方について助言を得る機会がない等の課題がある。そこで認知症介護研究・研修大府センター（以下、大府センター）では、平成 25 年度に認知症介護指導者を対象とした「研究活動継続支援プログラム」（以下、研究支援プログラム）を開発した。本プログラムは、研究会の組織化と担当者制による個別支援の 2 本柱によって、認知症介護指導者が実践現場での研究活動を継続できるよう支援することをねらいとするものである。

平成 27 年度も引き続き研究支援プログラムを実施した。以下では、研究支援プログラムの概要と研究成果について報告する。

1. 研究支援プログラムの概要

(1)目的

本プログラムでは、以下の2本柱からなる支援体制を構築することで、認知症介護指導者の実践現場での研究活動を支援することを目的とした。

① 認知症介護指導者と大府センター職員（研究者）で構成される研究会の組織化
② 担当者制による個別支援

(2)意義

第一に、実践現場における認知症ケアの分析や言語化などを促進することで、認知症介護指導者のキャリア形成やモチベーション向上につながることが期待できる、第二に、上記のようなプロセスを蓄積することで、事業所における認知症ケアの質向上に寄与すると思われる。第三に、これまでほとんど注目されてこなかったケア実践者の研究活動支援に焦点を当てた「研究活動継続支援プログラム」を実施することは、社会的にも大きな意義があると思われる。

(3)ゴール設定

次の 3 点をゴールとして設定した。

① 介護現場の現状を適切に分析し、今後の課題について考察できるようになる
② 物事を多面的に捉えることができるようになる
③ 他者にわかりやすく説明することができるようになる

(4)プログラムの内容

研究支援プログラムは、認知症介護指導者が研究的視点をもって、職場の課題を解決していくプロセスを支援するものである。研究的な成果として平成28年度日本認知症ケア学会（於：神戸）での研究成果報告を目指し、約1年にわたり研究活動をサポートする。

本プログラムのスケジュールを表1に示す。担当者制による個別支援をベースとし、全体会（研究会）を計6回実施した。全体会は研究の進捗状況の報告や助言を得る機会として活用した。

表1. 平成 27(2015)年度 研究活動継続支援プログラムの流れ

月	全体/個別	内容
H27. 6	全体会① ＜オリエンテーション＞	○オリエンテーション：研究活動継続支援プログラムの概要説明等 ○KCドリルの作成⇒研究計画（第1次案）の発表 ・他メンバーから意見やアドバイスをもらい修正
7	個別支援	○研究計画の検討
8	全体会② ＜研究計画構想発表会＞	○研究計画（第2次案）の発表 ・他メンバーから意見やアドバイスをもらい修正→確定
9	個別支援	○進捗状況を担当者に報告
10	個別支援	○進捗状況を担当者に報告
11	全体会③ ＜中間報告会＞	○調査および単純集計、分析を終え、主な所見をまとめる（第一報） ・他メンバーから意見やアドバイスをもらい修正
12	全体会④ ＜研究成果報告会＞	○研究成果の報告 ・抄録作成にも着手する
H28.1	個別支援	○日本認知症ケア学会報告へのエントリー
2	個別支援	○報告書①②の執筆 ○学会報告資料の作成
3	個別支援	○認知症ケア学会の抄録修正（査読結果によって） ○報告書①の締め切り（3月1日）
4	全体会⑤ ＜学会報告の予行演習＞	○学会報告の予行演習 ・他メンバーから意見やアドバイスをもらい修正 ・学会資料の作成⇒完成させる
5	個別支援	○報告書②の締め切り（5月31日）
6	－	○平成28年度日本認知症ケア学会（6月4-5日：神戸）
7	全体会⑥ ＜修了式＞	○研究成果物の共有 ○1年の振り返り

計画に基づく取組み

2. 参加者

平成 27 年 3 月から 5 月にかけて参加者を募った。参加者は下記のとおりである。

表2. 平成 27(2015)年度 研究活動継続支援プログラムの参加者

No	氏名	県・政令市	修了期	所属・役職
1	西村 優子	滋賀県	13期	地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 地域包括ケア事業研究会人材・開発研究センター 主任研究員
2	松谷 由美	長野県	27期	長野県立木曽病院 療養病棟 認知症看護認定看護師
3	吉川 聡史	奈良県	31期	特別養護老人ホーム和里 施設長
4	松谷 学	長野県	32期	大桑村社会福祉協議会 介護支援専門員
5	楠本 美香	神戸市	41期	地域密着型特別養護老人ホーム舞子すみれ園 主任生活相談員
6	江谷 政芳	滋賀県	42期	しみんふくし滋賀材久さん 管理者
7	吉田 学美	神戸市	44期	介護付有料老人ホームフォレスト垂水 生活相談室 係長

3. 研究成果

(1)研究テーマ一覧

参加者の研究テーマは以下のとおりである。

表3. 平成 27(2015)年度 研究活動継続支援プログラム参加者の研究テーマ

氏名	タイトル
西村 優子	複数法人への外部スーパービジョンの導入と課題
松谷 由美	ひもときシートを用いた認知症ケア階層別研修の評価と今後の課題 －現場での活かし方を研修1年後に調査して－
吉川 聡史	認知症ケアにおける略語の使用状況と認識レベルの調査
松谷 学	「住民自助力による地域ネットワーク形成に関する研究」 －認知症のあるAさん夫婦に関わった地域住民へのグループインタビューから－
楠本 美香	認知症の人にやさしい地域づくりのための第一歩の取り組み －高齢者が認知症サポーターとして地域に参加するための実態調査－
江谷 政芳	パーソン・センタード・ケアの継続的実践には何が必要か？
吉田 学美	入居者の気持ちを介護計画に活かすために必要なスキルを考察する －特定施設職員へのアンケートを基に介護計画を点検する－

(2)研究成果

研究成果（要旨）を次ページ以降に示す。

複数法人への外部スーパービジョンの導入と課題

地域包括ケア事業研究会人材・開発研究センター　西村　優子
キーワード：外部スーパービジョン、課題解決、人材育成

１．背景と目的

質の高いケアが提供できる人材を育成することが介護業界全体の急務の課題となっている。しかし、昨今、地域密着型施設の増大により小規模な事業所の展開が進んでいる。このような事業所の多くは、人材育成の仕組みがあっても、教育する人材の不足や、研修を受けに行かせられる人的余裕が難しいといった課題を抱えている。

平成24年からこのような同じ課題を抱えている複数の法人をグループ化し､人材育成、組織マネジメントなどケアの質を上げていくためにスーパーバイザーをグループで確保している。本研究では、スーパーバイザーの訪問事業が始まってから3年経過し、どのようなスーパービジョンを、どの程度実施してきたのかについて明らかにすることを目的とした。

２．対象と方法

（１）対象　　当事業のグループ法人　　6法人（いずれも社会福祉法人）

（２）方法

6法人に対して実施した3年間のスーパーバイズの記録をその内容ごとに分類した。

３．倫理的配慮

各法人の代表に研究の目的や方法、個人情報の取り扱いについて口答および文書で説明し同意を得た。

４．結果

3年間で6法人の外部スーパービジョン約は800回であった。その内容は①会議運営の支援約260回、②研修企画立案、実施の支援約40回、③介護職員の教育的ライブスーパービジョン約30回、④管理職及び介護職員からの相談約450回、⑤新規事業開設に関する認可、設備、運営のサポート約20回であった。

５．考察

介護現場におけるスーパービジョンは、身体介護そのものへの助言だけではなく、研修の立案、会議の運営方法への助言など多岐にわたった。リーダー達は現場での課題解決は自分自身の経験に頼り、解決に向けた具体的な取り組みや上司、部下への説明の根拠についても苦悩していることがわかった。会議の場で意見交換する事の重要性や人材育成する視点、職場の人間関係の調整等についても教育を受けず、経験的に身に付けていた。この為、具体的に会議へ出席、場面を共有し、会議運営を支援することや課題解決に向けてチームへの働きかけ方や研修での学びを現場のケアにいかに反映させるのか等、具体的な実践を共に考え、時には実践モデルを示すことで理解が進んだ。本来、法人内部のスーパーバイザーが果たすべき役割であることが望ましいが、現実的にはその役割を担う人材も不足している実態があった。今後の介護現場では外部スーパーバイザーを導入することで課題解決を図ることも一つの有効な方法であると考える。

ひもときシートを用いた認知症ケア階層別研修の評価と今後の課題
～現場での活かし方を研修１年後に調査して～

長野県立木曽病院　松谷　由美

キーワード：ひもときシート，認知症ケア，階層別研修

１．背景と目的

認知症ケアに関わる看護・介護職にひもときシートを用いた認知症ケアに関する階層別研修を行ったが、現場で実際どのように活用されているかが明確になっていない。

本研究では、ひもときシートを用いた階層別研修が１年後に現場で活用されているかを評価し、今後の課題を明確にすることを目的とした。

２．対象と方法

平成 26 年度に A 広域連合が主催した研修会に出席した 67 名を対象に、研修後 1 年経過した時点で、研修での学びを現場で活用できているかを明らかにするため郵送による無記名自記式アンケートを行った。その結果 38 名より回収した（回収率 56.7%）。①初任者対象研修（以下、初任者）18 名、②リーダー職員対象研修（以下、リーダー）7 名、③介護支援専門員対象研修（以下、ケアマネ）13 名の階層別に分析をした。倫理的配慮として対象者に研究の趣旨、プライバシー保護、匿名性など書面にて説明を行い、同意を得た。また所属病院の倫理委員会で承認を得て実施した。

階層別研修では、①初任者は講義、ひもときシート演習にて事例検討を行った。②リーダーは講義、ひもときシートの演習の後、ひもときシートの視点を用いたスーパービジョンのロールプレイを行った。③ケアマネは講義、ひもときシートの演習の後、ひもときシートから推測した本人の意向からケアプランを作成する演習を行った。

３．結果

研修の評価として、①初任者の約 6 割が「認知症の人の行動や言葉には原因や背景があるという視点で考えること」（以下、思考の展開）が「現在も継続している」と回答した一方で、同率で「活かせていない」と回答した。②リーダーの約 7 割が「他スタッフに認知症の人の言葉や行動には原因や背景があると教育すること」が「できていない」と回答し、同率で「活かせていない」と回答した。③ケアマネの約 7 割が「認知症の人の行動の原因や背景を考えケアやケアプランを組み立てること」が「現在も継続している」と回答し、約 5 割が「活かせていない」と回答した。また①初任者の約 5 割、②リーダー、③ケアマネの約 7 割が「学んだ事を職場に伝達することが難しい」と回答した。

４．考察

今後の課題として、①初任者では研修で学んだ事を自職場において活かすための仕組みづくりが課題として考えられる。②リーダーでは、事例検討等の場においてひもときシートを活用できるための支援が課題として考えられる。③ケアマネでは、ひもときシートでの推測だけではなくアセスメントにつなげるための支援が課題として考えられる。また職場への伝達の難しさに対しては指導者が個別の事業所に訪問しひもときシートを用いた事例検討を通じて、伝達や相談などを行うなどの支援体制の構築が考えられる。

認知症ケアにおける略語の使用状況と認識レベルの調査

特別養護老人ホーム　和里（にこり）　吉川　聡史

キーワード：言葉、認識、職場の文化

１．背景と目的

痴呆から認知症へ用語変更されても、未だ侮蔑的な意味をもつ略語が無意識に使用されている現状がある。本研究では、略語の使用実態と使用理由等を調査し、言葉と意識の関連を考察することを目的とした。

２．対象と方法

ユニットリーダー研修として当事業所を訪問した 306 名を対象に無記名自記式 Web アンケートを実施した。調査内容は、①Person-centred Care の理念に沿った認知症高齢者に対する意識や態度を測定する尺度である Approaches to Dementia Questionnaire の日本語版（ADQ)、②職場の人や対象者は、「痴呆」「問題行動」「ニンチ」という言葉を使っているか、使っている理由、使うのをやめた理由、などとした。本研究では、調査目的、自由意思に基づく協力であること、個人情報の保護等について説明し同意を得て行った。

３．結果

有効回答数は 162 名（男性 84 名、女性 71 名、不明 7 名）であった。30 歳代、経験年数 10 年以上、介護福祉士が最も多かった。ADQ に対する回答の頻度分布で有意差は見られなかった。職場の言葉の使用状況として、「痴呆」3 名、「問題行動」64 名、「ニンチ」99 名が使われていた。対象者では、「痴呆」2 名、「問題行動」23 名、「ニンチ」46 名が現在も使っていた。使っている（いた）理由では、いずれの言葉も、職場内、先輩・上司が使っているから、が高かった。一方、「痴呆」32 名、「問題行動」59 名、「ニンチ」36 名は使わなくなっており、その理由としては、「痴呆」では、呼称の変更、偏見の解消、「問題行動」では、行動には意味がある、研修での気づき、「ニンチ」では、研修での気づき、意識の変化、異なる意味、侮蔑的な言葉、などがあった。

４．考察

今回の調査では、言葉と意識の関係を明らかにするために、試行的に「痴呆」「問題行動」「ニンチ」という 3 語を取り上げたが、言葉の使い方と認知症の人に対する意識との関連において有意差は見られなかった。これは、研修修了者という対象の偏りや ADQ そのものの妥当性、否定的なニュアンスをもったステレオタイプ語である言葉の選択に問題があった点が考えられる。しかし、侮蔑的と思われる言葉遣いは、先輩、上司の影響が大きく、職場の文化として代々引き継がれることが明らかになった。職員個人の問題としてではなく、施設全体でどのように変えていくかが重要だということが示唆された。今後は、対象の偏りをなくした上で、ADQ に代わる「認知症に関する態度尺度と知識尺度」を用いたり、言葉の選択を変えたりして、当事者理解を進めるための示唆を得たい。

「住民自助力による地域ネットワーク形成に関する研究」
～認知症のあるＡさん夫婦に関わった地域住民へのグループインタビューから～

社会福祉法人大桑村社会福祉協議会　松谷　学

キーワード：住民自助力、地域ネットワーク、地域の「調整役」

１．背景と目的

大桑村は高齢化率 40％を超える山村で、地域で生活する高齢者への支援体制の構築が喫緊の課題となっている。村内は隣組制度に由来する伝統的なコミュニティが現代にも受け継がれている一方で、近年は主要産業となる工場の誘致が進んでいる影響もあり、高齢者層と若年層とのコミュニティの二極化が進んでいる。本研究では、すでに支援が終了した認知症のある老・老介護のケース（以下、A さん夫婦）をもとに、高齢者世帯を取り巻く社会資源がどのように地域生活を支えてきたのかを分析し、住民の自助による地域ネットワークの形成に至ったのかについて明らかにすることを目的とした。

２．対象と方法

平成 23～27 年までの支援経過記録からエピソードを抽出した上で、Aさん夫婦への支援に関わったタクシー会社、商店、医療機関、かかりつけ薬局を対象にグループインタビューを実施した。分析方法としては、逐語を作成した上で、地域ネットワークの成長過程にあわせてカテゴリーの抽出を行った。カテゴリー毎に住民自身が感じたこと、考えたこと、行動したことについて内容分析を行った。Ａさん夫婦及びグループインタビュー参加者には、目的、方法、個人情報の取扱いについて文書で説明し了解を得た。

３．結果

支援経過記録より以下 5 期に分けて分析を行った。①「問題把握前期」では、A さんの受診時に医療機関から居なくなってしまう妻を住民が探すことにより「妻を探す」という目的でネットワークが形成され始めた。②「問題把握後期」では、A さんの身体機能の低下によってタクシーや商店の車への乗車が困難になり、住民同士がその移動リスクを共有し、住民側から他機関への連携に繋がった。③「計画期」では、買物を済ませた妻を自宅まで送り届けるために、商店、タクシー会社、薬局が連絡・相談を自然発生的に行うようになり、④「実施期」では薬局の受付が「調整役」としての役割を担うようになった。⑤評価期では、「A さんのおかげでお互いの距離が縮まった」という発言がみられた。

４．考察

本事例において地域ネットワークが形成した要因として①地域住民自身が支援の限界を見極める能力があったこと、②困ったときの連携先を理解していたこと、③地域の薬局など本人に身近な機関が、住民活動の「調整役」として機能したことが挙げられる。住民自助による自然発生的な地域ネットワークの形成を促すには、専門職は過度なネットワークへの介入を避け、キーパーソンとなる「調整役」への支援が不可欠である。

認知症の人にやさしい地域づくりのための第一歩の取り組み
～高齢者が認知症サポーターとして地域に参加するための実態調査～

特別養護老人ホーム　舞子すみれ園　楠本　美香

キーワード：地域づくり、高齢者のサポーター、高齢者の力の活用

１．背景と目的

2005 年より認知症サポーター養成事業が始まり、認知症サポーター数は年々増加しているが、地域での活動に繋がっていないという課題がある。一方筆者が関わるサポーター養成講座では、65 歳以上の高齢者の受講が多く「認知症高齢者にやさしい地域づくり」に高齢者の力の活用も期待できるが、未だうまく活かされていないという課題もある。我が施設のあるＡ地区においても高齢化が進んでおり、認知症の徘徊の問題、認知症の人のご近所とのトラブルなどが日常で、何とかしなければとの声が上がっている。本研究では、地域で力を発揮しうる高齢者のサポーターに注目し、活動の実態と今後の課題を明らかにすることを目的とした。

２．対象と方法

認知症サポーター養成講座を受講した 65 歳以上の高齢者 17 人を対象にし、「今後自分たちの住む地域にどのようなインフォーマルな支援が必要なのか」、「自分自身がやってみたい支援は何か」、また「認知症サポーターの活動の妨げになっている原因は何か」などについて、自記式アンケート調査を実施した。アンケート調査においては、対象者に本研究の趣旨と発表の際の個人情報の取り扱いについて、口頭と書面にて説明し同意を得た。

３．結果

受講者 17 人のうち 60 歳代が 6 人、70 歳代が 9 人、80 歳代が 2 人であった。高齢者の受講者認知症サポーターができる事として、「近隣の認知症の人の見守り」、「安否確認」、「困っている人への声かけ」、「ゴミ出しの手伝い」などの回答があった。一方、「どのようにサポートしていいのかわからない」、「時間がない」、「プライバシーの保護」などが、活動の妨げになっている事もわかった。今後地域でやってみたい事として、「認知症の人を抱える家族のサポート」、「自宅でのホットステーション」、「お茶やお花のボランティア」等の回答があった。

４．考察

60、70 歳代の元気な高齢者の意欲が高い事が明らかになり、今後は支えられる存在ではなく、支える存在としてうまく社会の中に参加できる可能性が見えてきた。専門職ではなく 70 歳代の近隣住民だからできるサポート、ご近所のお年寄り同士だからできるサポートも多い。少しばかりの『おせっかい』こそが、実は地域づくりの第一歩だという事が改めて示唆された。「認知症」が大きな社会問題となった今、「認知症」が困った問題、悲惨な事として捉えられているということこそが、大きな問題なのではないか。認知症の人が私たちと同じ「ふつうの人」であることを受け入れる地域づくりこそが必要だと考えられる。今後は、高齢者のサポーターと協働で課題を一つずつ解決し、活動に繋げていく事に取り組んでいきたい。

パーソン・センタード・ケアの継続的実践には何が必要か？

しみんふくし滋賀材久さん　江谷　政芳

キーワード：プロセス、学びと実践、職員の意志

１．背景と目的

小規模多機能型居宅介護支援事業所しみんふくし滋賀材久さん（以下、当事業所）では、筆者が管理者として着任した平成 25 年 2 月以降、様々な形で認知症ケアの質の向上の為の取り組みを行なってきた。しかし、通常業務を行ないながら学んだ事をケアに反映させることは困難で、当事業所の認知症ケアの根本的な意識改革にはつながらなかった。本研究では、当事業所における認知症ケアの質の向上のために、パーソン・センタード・ケア（以下、PCC）の導入を試みたプロセスを明らかにし、継続して実践するには何が必要か検討することを目的とした。

２．対象と方法

当事業所の介護職員全 8 名を対象とした。方法は大きく 3 つある。①PCC の考え方を理解する為に、当事業所の介護職員が「実践パーソン・センタード・ケア」（水野裕著）を読み、PCC の考え方や実践事例を学んだ。②PCC 及び認知症ケア・マッピングにおける 17 つのポジティブ・パーソン・ワーク（以下 PPW）に関する勉強会を実施し、PPW の各項目について学んだ後、当事業所における各 PPW の実施状況及び課題を明確にした。介護職員が興味を持った PPW を 1 つ選択し、選択した PPW を中心に据えた認知症ケアを 1 ヶ月間実践した。③1 ヶ月にわたる PPW の実践を終えた介護職員の意識変化についてアンケート調査を実施した。対象職員に対し口頭及び書面にて研究の趣旨、実施内容を説明し、同意を得た上で本研究を実施した。

３．結果

①の取り組みでは「その人の内にあるものを考えられることが重要」、「ワーカーにとって負担となる言動も、その方の自己表現である」という感想が挙がった。②の取り組みを通じて、「出来ていることが多く驚いた」、「一項目ずつ検証することで足りないものが分かった」という意見が挙がった。③の取り組みに関しては「利用者の何気ない言動の中にも意味がある」、「チームワークなしに PPW の実践は困難であると」という意見が挙がった。

４．考察

職員の意見に基づけば、当事業所における PCC 導入の取り組みは概ね順調であったと思われた。PCC の継続的実践には、次の 4 点が有用であることが示唆された。①段階を踏んで介護職員が理解出来るように PCC の視点を示す。②介護職員の PCC への気付きを尊重し、職員の意志で PPW を選択する。③介護職員が自らの認知症ケアを PCC の視点から客観的に評価する。④介護職員が PCC 実践の重要性に自ら気付くことができるような取り組みとする。介護職員自らが学びと実践の中で主体的に PCC の意味を考え、その奥深さを垣間見たことが今回の取り組みの最大の意義であると考えられた。

入居者の気持ちを介護計画に活かすために必要なスキルを考察する
― 特定施設職員へのアンケートを基に介護計画を点検する ―

介護付有料老人ホームフォレスト垂水　吉田　学美

キーワード：大切にしている思い　心理的ニーズ　介護技術

１．背景と目的

筆者が勤務する施設は、平成 17 年開設された 106 名定員（全室個室）の介護付き有料老人ホーム（一般型特定施設入居者生活介護）である。入居者の要望や日常生活自立度別に 5 つのフロアに分かれており、その中に認知症の人の専門フロア(23 室)がある。

認知症ケアは提供者の思いや考え方が入居者へのケアに影響すると言われている。認知症ケアの質の向上に悩んでいる介護施設職員に対し、大切にしている視点がケアに反映されているかを確認し、より良い実践に必要なスキルを考察することを目標とした。

２．対象と方法

一日 5 時間以上勤務する介護職 69 名、看護師 7 名、理学療法士 4 名、相談職 2 名の 82 名に「ケアするにあたり一番大切にしていること」や「ケアで苦慮する場面」のアンケート調査を実施した。結果をもとに認知症フロアの入居者 23 名の介護計画に職員が大切にしていることが反映されているかを点検した。アンケート協力は任意とし、無記名で実施した。結果は学会等で報告する場合があることを書面と口頭で説明し同意を得た。

３．結果

アンケートは、82 名の内 74 名から集計に有効な回答を得た（回収率 90.2%)。経験年数や入居者の状態像に関係なく、60 人（81.1%）の職員が「入居者の気持ち」を一番大切にしていると答えた。「入居者の気持ち」を第一に考える職員の 21 人（35%）が「暴力行為」、20 人（33%）が「繰り返される」の BPSD に苦慮していた。介護計画の点検では、フロアの入居者 23 名中 7 名について、本人の生活の意向が介護計画第 1 表に記載されていなかった。

４．考察

入居者の気持ちを大切にすることを職員は意識していた。それでもＢＰＳＤに苦慮するのは心理的ニーズを深く汲む技術が不足し、介護計画作成に活かすことが出来ないのではないかと考えた。今後、入居時に確認している生活歴や嗜好などを記したノートを活用し、職員と共にニーズ把握の技術を高めたい。入居者の気持ちに添ったケアを提供できることで、入居者の葛藤も減るのではないかと思う。

認知症介護指導者を対象とした研究力向上のための支援プログラム
(2)論文化支援プログラム

汲田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
伊藤美智予（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）
加知　輝彦（認知症介護研究・研修大府センター　研修部）

１．プログラムの背景

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、平成 25 年度より「認知症介護指導者への研究活動継続支援プログラム」（以下、研究支援プログラム）を実施している。研究支援プログラムでは、日本認知症ケア学会で学会報告をすることを目標にしてきた。２～３か月毎に行われる進捗状況等の報告会では、互いの研究についてピアレビューすることによって、より焦点化された研究を行うための一助となった。その結果、参加者の質問力の向上だけではなく、わかりやすく人に伝えることについても意識化されてきた。

学会報告では、7 分という短時間で、他人に分かってもらうようなプレゼンテーションを組み立てることで何を伝えたいのか、ということを明確に持たないと伝わらないということを学んだものと思われる。

認知症ケア現場における認知症介護指導者の役割のひとつは、ケアの質の向上を目指して自らの実践を振り返りながら、チームケアの要として機能する人材となることである。そして、自分たちが行ってきたケアの足跡を“文書”として残していくことが求められる。先輩や上司のケアを見て真似て覚えてもらう人材育成やケアの質の担保は、継続性に欠けるとともに、担当する者によってその差が大きくなることが考えられる。介護現場では、すでに申し送りノート、ケースカンファレンス、日々の記録など書面に残しているものは多数あるが、論理立ててそれを説明することは多くない。しかしながら、介護のプロフェッショナルであるというならば、その足跡を他の専門分野同様、一定の枠組みで整理・分析し、その結果を文書として記録していくことが必要である。

そこで、平成 26 年度からは、学会報告を終えた認知症介護指導者を対象に論文化支援プログラムを開発することとした。平成 26 年度の参加者の実績は以下のとおりである。

①木村悠紀、汲田千賀子（2015）「地域住民とのコンフリクト解消に向けた認知症デイサービスの取り組み」,『日本認知症ケア学会事例ジャーナル』, 8(2), 120-123
②坂口直司、伊藤美智予（2016）「開設後 3 か月のグループホームにおける課題―入居者・家族・介護職員を対象としたヒアリングを通して」『日本認知症ケア学会誌』14(4), 827-836.

本報告書では、平成 27 年度の取り組みについて整理し報告する。

２．プログラムの目的

本プログラムは、主に個別支援を中心として、認知症介護指導者の実践現場で行った研究活動の結果を論文化し、自らが行ってきたこれまでの取り組みを広く認知症介護実践現場の方々に知ってもらうことを目的とした。

３．プログラムの意義

本プログラムでは、認知症介護指導者が自らの実践研究活動を文章化し伝えることができるようになることで、広く多くの人に取り組みを知ってもらうことができるようになるだけではなく、モチベーションの向上やキャリア形成につながることが期待される。

４．ゴール設定

本プログラムのゴールとして、以下の 3 点を設定した。

第一に、自らが行った実践研究に関する、先行研究や先行実践の収集の方法および読み込みができるようになる。第二に、先行研究と自分の行った実践研究との違いを明確にすることができる。第三に、人にわかりやすく文章で伝えることができる。

５．参加者一覧（敬称略）

No	氏　名	県・政令市	所　　属	修了期	担当者
1	松浦　慎介	神戸市	神戸市高齢者総合ケアセンター真愛　介護福祉士	35 期	伊藤
2	土井　敏之	大阪府	（医）徳洲会　介護老人保健施設八尾徳洲苑　理学療法士	37 期	中村
3	引野　好裕	大阪府	高槻けやきの郷 介護福祉士	36 期	汲田
4	分見　民雄	福井県	福祉県立すこやかシルバー病院 介護福祉士	39 期	汲田

＜本事業に関わる大府センター職員＞

中村　裕子：認知症介護研究・研修大府センター　研修部
伊藤美智予：認知症介護研究・研修大府センター　研究部
汲田千賀子：認知症介護研究・研修大府センター　研究部

６．プログラムの内容

本プログラムでは、認知症介護指導者が平成 26 年度に認知症介護指導者を対象とした研究活動継続支援プログラムで取り組んだテーマについて､論文化していくことを目指し、それに向けた支援を行った。具体的には、平成 27 年度中の投稿を目指し、主として個別支援をすることによりプログラムを推進した。

（１）**プログラム全体スケジュール**（投稿可能な学会と締め切り）

月	締め切り日＆雑誌名	全体会
7 月	20 日　日本認知症ケア学会誌	第 1 回全体会
8 月		
9 月	30 日　認知症ケア学会事例ジャーナル 30 日　日本介護福祉学会誌	第 2 回全大会
10 月	20 日　日本認知症ケア学会誌	
11 月		第 3 回全体会
12 月	31 日　認知症ケア学会事例ジャーナル	
1 月	20 日　日本認知症ケア学会誌	
2 月		第 4 回全体会（中止）
3 月	30 日　日本介護福祉学会誌	

（２）**第 1 回全体会**：7 月 11 日（土）　14:00～17:00（会場：大府センター）

○　第 1 回全体会の目的は、以下のとおりである。

①　プログラムの全体像や進め方について理解する

②　すでに投稿に向けた体裁に整えた参加者の論文をピアレビューする

③　自分はいつ投稿するのかを確認し、それに向けたスケジュールを作成する

○　内容

- 本プログラムに応募した理由と意気込み
- 本プログラムのねらいと質疑応答
- 投稿先の決定とそれに向けたスケジュール作成
- ピアレビュー、担当者との個別面談および先行研究の検索

（３）**第 2 回全体会**：9 月 12 日（土）　10:00～16:30（会場：大府センター）

○　第 2 回全体会の目的は、以下のとおりである。

①投稿論文執筆の進捗状況について報告する

②ピアレビューと担当者との個別相談を通して、論文を集中的に修正する

○　内容

- 個人の進捗状況の報告（60 分）

　－前回立案した執筆計画（スケジュール案）をもとに担当者との個別相談

（4）**第 3 回全体会**：11 月 21 日　10:00～15:00（会場：大府センター）

○第 3 回全体会の目的は、以下のとおりである。

①査読者からのコメントに対する修正方法について学ぶ

内容

○査読者からのコメントの実際を事例から学ぶ

○個人ワーク＆グループワーク（査読者のコメントに対する回答について意見交換し、回答書を作成する）

（5）個別支援について

全体会の開催以外は、担当者による個別支援を行った。事前に連絡方法を確認した上で、個別に担当者とやり取りをし、投稿論文の完成を目指した。

7．論文タイトル（仮）

平成 27 年度中に執筆されたのは 4 本の論文で、タイトルは下記のとおりである。なお、現在投稿中および今後投稿するもの、査読中のものも含まれている。

投稿した雑誌は、日本認知症ケア学会誌および、日本介護福祉学会誌である。

論文タイトル（仮）
ユニットリーダーが職員から受ける相談とその応答に関する実態調査
赤ちゃん先生が認知症高齢者に与える影響
人材育成の仕組み構築に向けて施設内勉強会の講師を担う職員に必要な支援の検討 ―認知症介護実践者研修修了者へのグループインタビューを通して―
精神科病院における認知症ケアに携わる介護福祉士の役割に関する研究

8．まとめ

今年度は、全体会の回数を増やして、全 4 回とした。ただし、4 回目は、参加者の多数が体調不良等で出席できないことがわかり、急遽中止とせざるを得なくなった。今年度は、論文化支援プログラムの 2 年目になるため、昨年度の参加者の成果を実際に目の当たりすることによって、自分たちがやってきた実践をまとめる作業が形になることについて実感が沸いたようであった。また、昨年度まではセンター職員の査読結果を例示し、査読への返答について全体会で取り上げてきたが、今回はそれに加えて昨年度の参加者の了承を得て、実際に査読で問われた部分などについて詳しく解説しながら自分たちの論文を仕上げ投稿した。

日本認知症ケア学会の学会誌に加えて、日本介護福祉学会の「介護福祉学」への投稿を選択した参加者もいた。査読結果が参加者のもとに戻ってきてから、修正するまでの期間

が指摘された内容によっては、難しいことも明らかになってきた。特に、先行研究のレビューが必要となるような加筆の場合には、計画的に進めなければならない。また、期間内にできる修正を見極めることも必要となる。その点において、大府センター職員が共著者であることによって、相談しながら修正箇所の見極めや修正の状況を確認していくことが可能になるのは、本プログラムの利点である。

認知症介護指導者の地域活動に関する実態調査

認知症介護指導者の地域活動に関する実態調査

山口　喜樹（認知症介護研究・研修大府センター　研修部）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター　研修部）
加知　輝彦（認知症介護研究・研修大府センター　研修部）
柳　　務（認知症介護研究・研修大府センター）

１．背景と目的

全国に 3 か所（東京・仙台・大府）ある認知症介護研究・研修センター（以下、センター）においては、自治体が行う認知症介護実践研修等（以下、実践研修）の企画・立案・講師役を養成する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、指導者養成研修）を平成 13 年度から実施しており、平成 26 年度末までに 1,942 人の認知症介護指導者（以下、指導者）を養成している。

この指導者には、自治体が実施する実践研修への関与以外にも「地域ケアを推進する役割」が求められており、平成 27 年 1 月に策定された認知症施策推進総合戦略（以下、新オレンジプラン）においても地域での認知症施策推進の一役を担うことが謳われている。

今回、実践研修以外にも地域で様々な活動を行っている指導者の実態を明らかにし、今後の活動に活かすことを目的として本調査を行った。

２．対象者

3 センターにおいて、平成 26 年度までに養成研修を修了した者で、所在が把握されている指導者 1,882 人（仙台センター修了生 556 人、東京センター修了生 720 人、大府センター修了生 606 人）を対象とした。

３．調査方法

指導者が平成 26 年度に行った地域活動について、Web 上でアンケート調査を実施した。調査項目については、活動の範囲、活動の対象、活動の内容等とし、該当する項目を複数選択できるものとした。調査期間は、平成 27 年 8 月 27 日から 10 月 21 日とした。

なお、指導者への調査依頼については、東京センター・仙台センターの協力を得た。

４．倫理的配慮

社会福祉法人仁至会の倫理委員会の承認後、各指導者に、学会等での報告の際には個人を特定しない旨を記した文書を郵送した。調査協力は任意とし、回答を以って同意を得たものとした。回答は、調査後のフォローアップのために記名式とした。なお、収集した情報については、匿名化して処理した。

５．結果

アンケート依頼数　1,882 人　　アンケート回収数　773 人　　回収率（41.1%）

（1） 活動の有無

1）平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の間、研修会の講師や相談・啓発活動の実施、地域の会議や委員会への参加、関連職種等との連携、学会等での講演や発表等の活動を行いましたか

n =773

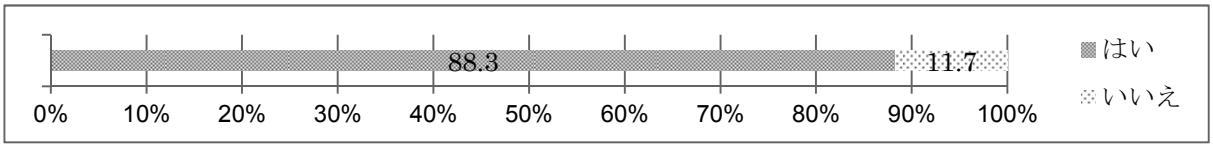


図 1　活動の有無

活動を行っていた指導者は 683 人、活動を行っていなかった指導者は 90 人であった。

（2）活動のあった指導者の活動範囲・対象等　　（複数選択可）　n ＝683

Ⅰ. 研修会等の活動

①　専門職を対象とした研修会などの企画・立案、または講師役をつとめましたか

n =683

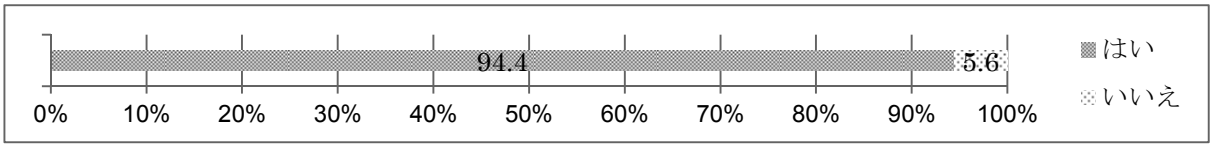


図 2　専門職への研修等

専門職を対象とした研修会などに関与していた指導者は、645 人であった。

どのような研修会でしたか

認知症介護実践研修（実践者研修、実践リーダー研修）　553 人、

自法人職員向け研修　338 人、地域の事業所（医療機関）向け研修　257 人

②　専門職以外を対象とした研修会などの企画・立案、または講師役をつとめましたか

n =683

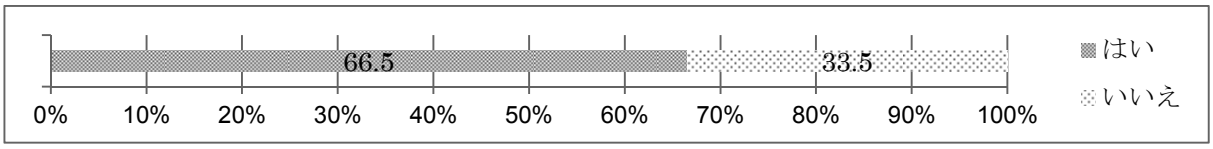


図 3　専門職以外への研修等

専門職以外を対象とした研修会などに関与していた指導者は、454 人であった。

どのような研修会でしたか

認知症サポーター養成研修　318 人、地域住民向け講演会　213 人、

家族介護者向け講座　163 人

Ⅱ. 行政の委員会や会議への参加

②　国や都道府県政令市の各種委員会や会議等に参加しましたか

n =683

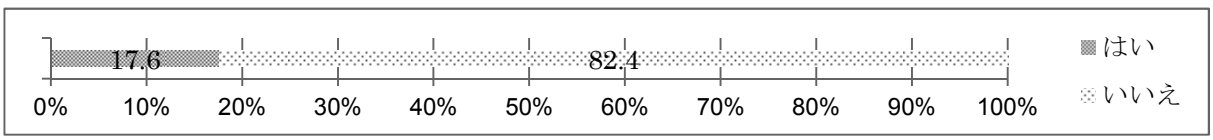


図 4　国や都道府県政令市の委員会・会議等

国や都道府県政令市の各種委員会や会議に参加した指導者は、120 人であった。

どのような委員会や会議でしたか

認知症施策推進会　49 人、介護保険事業（支援）計画策定会議　22 人、その他　63 人

② 市区町村の各種委員会や会議に参加しましたか

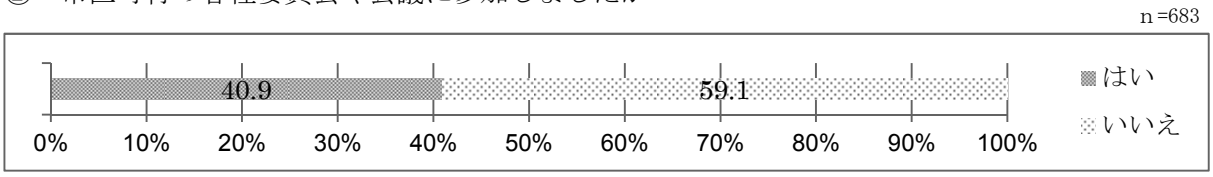


図 5　市区町村の委員会・会議等

市区町村の各種委員会や会議に参加していた指導者は、279 人であった。

どのような委員会や会議でしたか

地域ケア会議　146 人、介護認定審査会　77 人、介護保険事業計画策定会議　64 人

Ⅲ. 関連職種・各種機関との連携等

① 地域包括支援センターと関係や連携をとりましたか

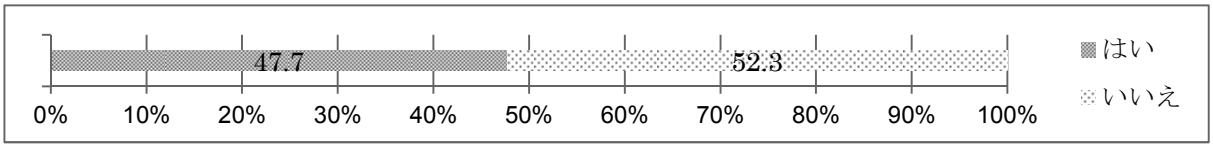


図 6　地域包括支援センターとの連携等

地域包括支援センターと関係や連携をとっていた指導者は、326 人であった。

どのような関係や連携でしたか

研修会・勉強会　207 人、情報交換等　170 人、利用者の相談・カンファレンス　167 人

② 認知症サポート医と会議や研修の場を持つ、または連携をとりましたか

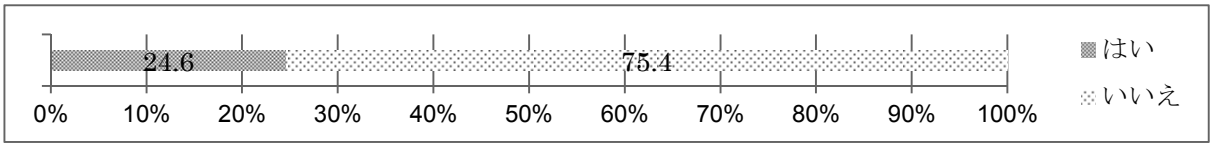


図 7　認知症サポート医との連携等

認知症サポート医と会議や研修会、連携をとった指導者は、168 人であった。

どのような会議や研修、連携でしたか

研修会・勉強会・セミナー　106 人、利用者の相談・カンファレンス等　78 人、

情報交換・関係の場づくり　65 人

③　認知症地域支援推進員と会議や研修の場を持つ、または連携をとりましたか

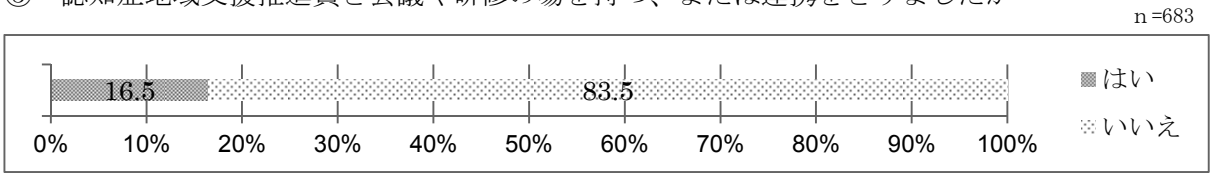


図　8　認知症地域支援推進員との連携等

認知症地域支援推進員と会議や研修会、連携をとった指導者は、113 人であった。

どのような会議や研修、連携でしたか

研修会・勉強会　69 人、情報交換　62 人、利用者の相談・カンファレンス　43 人

④　認知症ケア専門士と会議や研修の場を持つ、または連携をとりましたか

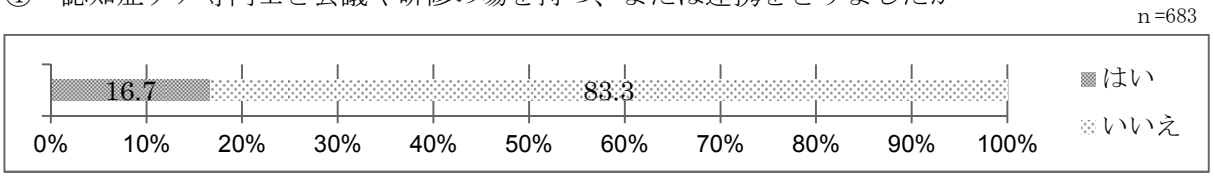


図 9　認知症ケア専門士との連携等

認知症ケア専門士と会議や研修会、連携をとった指導者は、114 人であった。

どのような会議や研修・連携でしたか

研修会・勉強会　80 人、情報交換等　57 人、事例検討会　36 人

⑤　認知症介護実践研修以外で、指導者や実践研修修了生と交流や連携をとりましたか

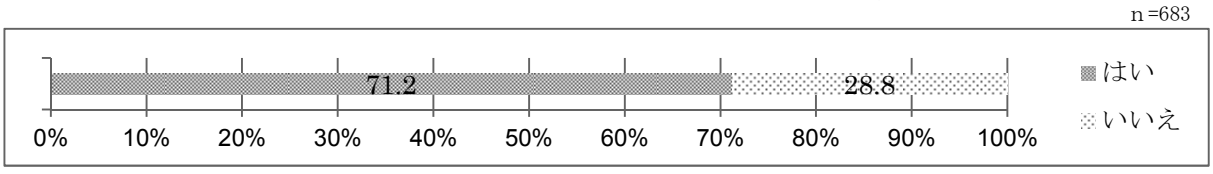


図 10　実践研修修了生との連携等

認知症介護実践研修以外で、指導者や実践研修修了生と関係を持った指導者は、486 人であった。

誰と交流や連携をとりましたか

指導者　451 人、実践リーダー研修修了生　266 人、実践者研修修了生　224 人

⑥　自事業所以外の介護事業所や医療機関に対し、研修会や個別の相談を実施する等のサポートを行いましたか

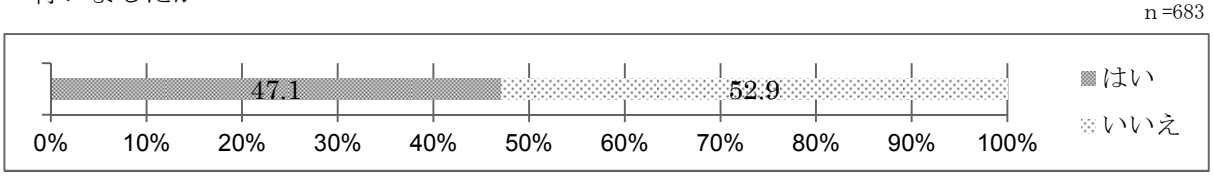


図 11　他の事業所や医療機関への指導等

所属事業所以外の介護事業所や医療機関への指導を実施した指導者は、322 人であった。

どこから依頼を受けて実施しましたか

介護事業所・医療機関　245 人、行政　89 人、地域包括支援センター　81 人

どのような形で実施しましたか

集合型で実施　203 人、訪問　169 人、通信型（文書やメール等）　53 人

Ⅳ. 当事者や地域住民向けの相談・啓発活動等

① 当事者（認知症の人や家族介護者等）の相談や啓発活動を行いましたか

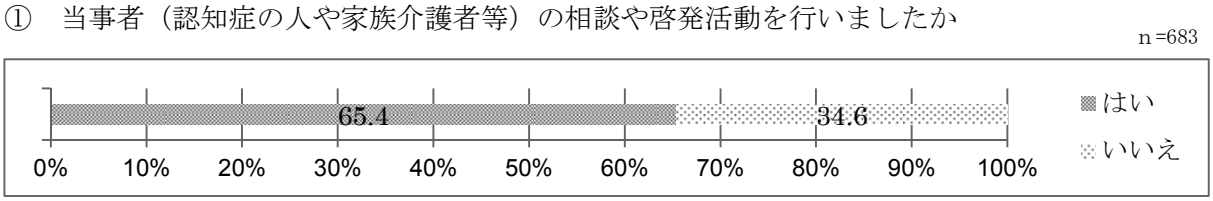


図 12　当事者の相談・啓発活動等

当事者（認知症の人や家族介護者等）の相談や啓発活動を行った指導者は、447 人であった。

どのような活動でしたか

来所相談　310 人、電話やメールでの相談　231 人、訪問相談　180 人

② 認知症の人や家族介護者等を支援する人（専門職含む）の相談に応じる、または啓発活動を行いましたか

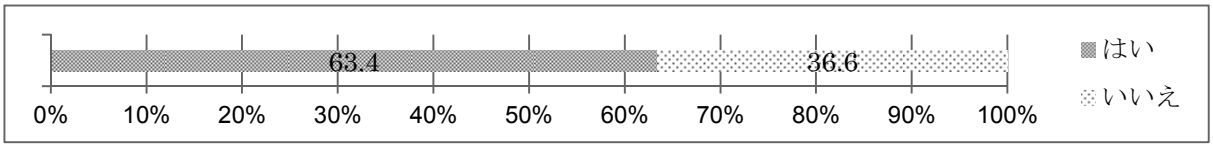


図 13　支援者への相談・啓発活動等

当事者（認知症の人や家族介護等）を支援する人への相談や啓発活動を行った指導者は、433 人であった。

どのような活動でしたか

直接相談　347 人、運営推進会議　137 人、認知症カフェ・サロンの開催や参加　123 人

③ 当事者や支援者、専門職ではない一般の人々の相談に応じる、または啓発活動を行いましたか

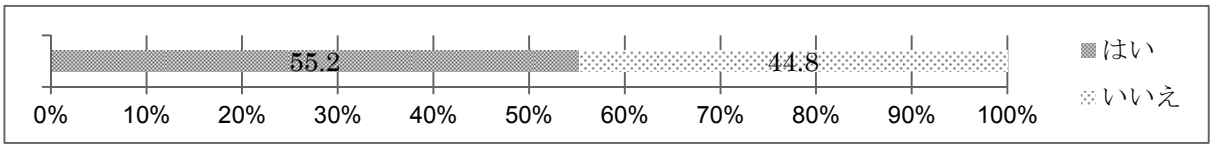


図 14　一般の人への相談・啓発活動等

一般の人々への相談や啓発活動を行った指導者は、377 人であった。

どのような活動でしたか

地域住民への啓発　194 人、認知症関連イベントの企画や参加　150 人、

地域住民へのなんでも相談　97 人

Ⅴ. 学会・研究会での講演・発表等

① 学会や各種団体の研究会等で、認知症に関する講演や発表を行いましたか

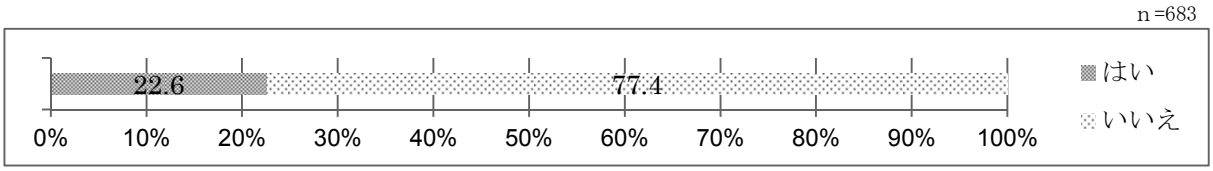


図 15 学会・研究会での発表等

学会や各団体の研究会等で、講演や発表を行った指導者は、154 人であった。

どのような活動でしたか

各種団体の研究会等での講演・発表 88 人、

学会や研究会でのシンポジスト・パネリスト等 70 人、学会での講演や発表 43 人

② 学会への論文発表や専門誌への寄稿を行いましたか

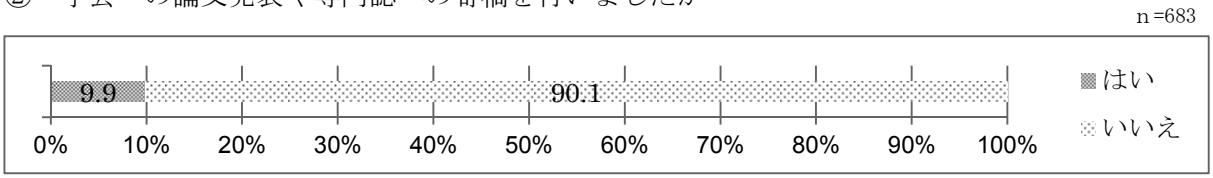


図 16 論文発表や専門誌への寄稿等

学会への論文発表や専門誌への寄稿を行った指導者は、68 人であった。

どのような活動でしたか

商業誌へ寄稿した 51 人、論文を発表した 13 人、その他 9 人

③ マスメディア等を通じて広報・啓発活動等を行いましたか

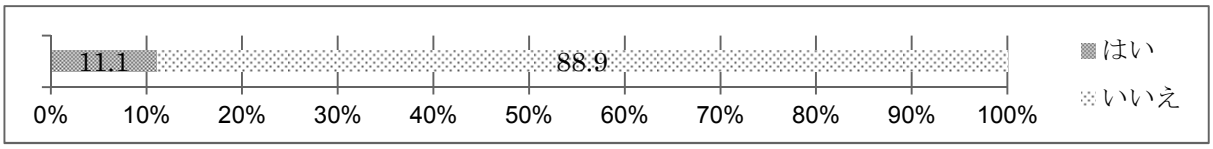


図 17 マスメディアへ等での啓発活動等

マスメディア等を通じて広報・啓発活動等を行った指導者は、76 人であった。

どのような活動でしたか

新聞への掲載 32 人、テレビ・ラジオ等への出演 24 人、雑誌へ掲載 22 人

（３）活動のなかった指導者の関与できなかった理由　　（複数選択）　　n＝90

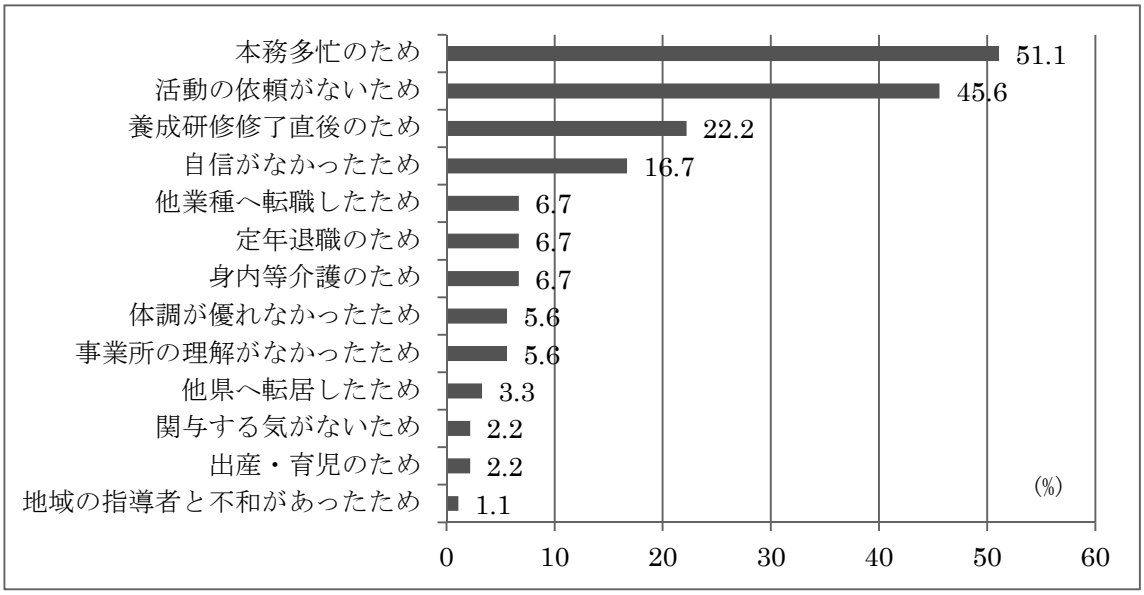


図 18　関与できなかった理由

「本務多忙のため」と回答した指導者は、51.1%であった。次いで「活動依頼がないため」が 45.6%、「修了直後のため」が 22.2%、「自信がなかったため」が 16.7%と続いた。

６．考察

指導者の多く（88.3%）が、「Ⅰ．研修会等の活動」、「Ⅱ．行政の委員会や会議への参加」、「Ⅲ．関連職種・各種機関等との連携」、「Ⅳ．当事者や地域住民向けの相談・啓発活動等」、「Ⅴ．学会・研究会での講演・発表等」の項目において何らかの活動を行っていた（図 1)。活動を行っていない指導者は少数（11.7%）であった。

Ⅰ．研修会等の活動

専門職向け研修会には、94.4%の指導者が関わっており、中でも認知症介護実践研修への関与が一番多く、養成研修の初期の目的が果たされているものと考えられる（図 2)。また、専門職以外への研修等にも 66.5%の指導者が関与しており、認知症サポーター養成研修をはじめ、地域向けの活動にも積極的に関与していることが伺える（図 3)。

Ⅱ．行政の委員会や会議への参加

国や都道府県の委員会等への参加は 17.6%（図 4）であるが、委員定数が少ないことを踏まえれば、相応の指導者が関与していると考えられる。また、市区町村の委員会等へは 40.9%の指導者が参加している（図 5）が、始まって間もない地域ケア会議への参加が一番多かったことは、指導者が地域で重要な役割を期待されているからと考えられる。

Ⅲ．関連職種・各種機関との連携等

地域包括支援センターと関係を持っている指導者は 47.7%（図 6）であり、勉強会や情報交換、カンファレンス等において、高い割合で関係を持っていた。研修会を共に実施する等、地域ケア推進の拠点

となる地域包括支援センターと協働し、センターの機能を補完している状況が伺える。

認知症サポート医とは、24.6%の指導者が関わりを持っていた（図 7)。認知症サポート医の数は、全国で 3,257 人と報告されている（平成 26 年 3 月現在：厚生労働省）が、介護分野で活躍する指導者が多いことから、医療分野との協働があまり進んでいないことが示唆される。

認知症地域支援推進員との連携は 16.5%であり（図 8)、配置が進んでいない市町村もあることから、低い割合に留まったものと考えられる。

認知症ケア専門士とは 16.7%の指導者が関わりを持っていた（図 9)。認知症ケア専門士の数（平成 27 年 1 月現在　29,008 人：日本認知症ケア学会 HP）から考えると、認知症ケア専門士との関わりがあっても、資格の未確認による状況もあるものと思われる。

認知症介護実践研修以外で指導者や実践研修修了生と関係を持っていた指導者は、71.2%（図 10）であり、研修後も実践研修修了生等と関わりを持ち続けていることが伺える。

所属事業所以外の介護事業所や医療機関へのサポートは、47.1%の指導者が実施しており（図 11)、直接事業所等から依頼を受け、集合型で実施しているケースが多かった。行政や地域包括支援センターが介しているケースもあり、新オレンジプランで求められる役割を果たし始めている状況が伺える。

Ⅳ．当事者や地域住民向けの相談・啓発活動等

当事者の相談や啓発活動は、65.4%の指導者が実施しており（図 12)、また、当事者を支援する人の相談や啓発活動は、63.4%の指導者が実施していた（図 13)。相談に応じていた人が養成研修を受講し、指導者になった後も継続して相談等を行っているものと考えられる。新オレンジプランで広がりを見せようとしている認知症カフェやサロンの開催や参加にも積極的な姿勢が伺える。

一般の人々の相談や啓発活動は、55.2%の指導者が実施しており（図 14)、認知症関連イベントへの参加や地域住民へのなんでも相談事業等、幅広い地域活動に参加していた。

Ⅴ．学会・研究会での講演・発表等

学会や各団体での研究会等で講演や発表を行った指導者は、22.6%であり（図 15)、論文発表や専門誌への寄稿を行った指導者は、9.9%だった（図 16)。また、マスメディア等を通じて広報・啓発活動を実施した指導者は、11.1%だった（図 17）が、割合が少なかったのは、機会を得ることが少ないことが影響しているものと考えられる。

活動実績のなかった指導者の関与できなかった理由で一番多かったものは、本務多忙のためで 51.1%だった。次いで活動の依頼がないためが 45.6%、修了直後のためが 22.2%だった。ほとんどの指導者は事業所に属し、組織の中で重要なポストを担いながら様々な地域活動を続けているため、本務多忙の理由は理解できる。養成研修修了直後の場合はやむを得ないが、活動の依頼がなかったとの回答も多かった。一度依頼を断ると次がないケースなども考えられるが、始めから依頼がないという可能性もあるのではないかと考える。少数ではあるが、定年や体調不良の理由もあった。活動が長期間に渡る中、指導者の高齢化や疲労などが懸念される。

今回の調査では、新オレンジプランに沿った形で指導者が様々な活動を行っていることが明らかになった。活動の内容も認知症介護実践研修への関与に留まらず、行政の委員会や会議にも多くの指導者が参加していた。当事者へのサポートや地域への啓発活動にも活動の幅を広げていた。

また、地域包括ケアシステムの中核的な役割を果たしている地域包括支援センターとの連携も進んでいることが明らかになった。このような状況を踏まえると、地域包括支援センター等で実施されていくことが予定される初期集中支援チームとの連携も進んでいくものと考えられる。

今後、指導者が地域活動を円滑に進めていくためには、連携している割合の高かった地域包括支援センターだけではなく、認知症サポート医、認知症地域支援推進員、認知症ケア専門士との連携も重要と考える。

地域における認知症施策推進の旗振り役が期待される認知症地域推進員と出会う機会を設け、協働することによって地域包括ケアシステムの中で専門的な能力が活かされるのではないかと思われる。

認知症ケア専門士の所在は、公開が可能な範囲で公表されている。認知症ケア専門士同士が集まり、都道府県単位で認知症ケア専門士会が発足し始めている。今後は、専門的な知識を持つ者同士、個人と個人が連携していくだけではなく、認知症ケア専門士会と協働して研修会を開催するなどの活動が期待される。

実動力のある認知症介護実践研修修了生との関係も保たれていることが明らかになった。指導者のフォローのもと、実践研修修了生が事業所のケアの向上だけではなく、地域の活動にも参画していくことが出来る可能性が示唆される。

地域包括ケアの中で顔の見える関係を構築し、ネットワークのハブ的な機能も発揮することが出来るのではないかと考える。

学会や各団体の研究会での発表などは、まだ少し低調であった。報告に割く時間がないことも影響していると思われるが、指導者が行っている質の高いケアの実践を言語化して社会に示していく機会が増えることを期待したい。結果、認知症ケア学の確立や介護業界全体の社会的地位向上にもつながるのではないか。

今後の課題としては、活動の依頼がないという指導者へのサポートが挙げられる。指導者を管轄する自治体のコーディネート機能やサポート機能に課題があるのではないかと考えられる。指導者が身近な地域で活動が始められるよう市町村への周知を進めたり、自信のない指導者をフォローしたりする体制を整えるなどの必要性があるのではないか。また、指導者の高齢化や長期にわたる従事による負担を軽減するため、指導者の養成に力を注ぎ、多方面に渡る指導者の地域活動を支えていくことが望まれる。そうしたサポートによって指導者の活動の場は更に広がりを見せることが予想され、今以上にかけがえのない社会資源として地域で活用されるのではないか考える。

一方で指導者の活動の幅が広がれば広がるほど、協力している指導者のメリット供与を考える必要がある。効果的なインセンティブを与え、モチベーション保って活動が続けられることが、地域のケアレベル向上につながるのではないかと思われる。

認知症施策が今まで以上の速度で推進されていく中では、専門的な知識や技術を持った指導者の地域活動を紹介する場面を増やし、地域のケアレベル向上に役立てていく必要がある。今後も調査を継続し、活躍の幅を広げる支援を行うとともに、指導者が活動に参加しやすい状況について検討していきたいと考えている。

〈謝辞〉

本調査の実施にあたり、多忙な中でご回答いただいた全国の認知症介護指導者のみなさま、並びに調査にご協力いただいた本間昭センター長をはじめ認知症介護研究・研修東京センターのみなさま、加藤伸司センター長をはじめ認知症介護研究・研修仙台センターのみなさまに、深く感謝いたします。

参考資料

平成 27 年 8 月 27 日

認知症介護指導者　各位

認知症介護研究・研修東京センター
センター長　　本間　　昭

認知症介護研究・研修仙台センター
センター長　　加藤　伸司

認知症介護研究・研修大府センター
センター長　　柳　　務

認知症介護指導者の地域活動に関する実態調査へのご協力のお願い

時下、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成 13 年度に始まった認知症介護指導者養成研修の修了生は、14 年が経過した現在、1900 名に達し、都道府県政令市が行う認知症介護実践研修での企画・立案・講師役のみならず、地域における様々な活動にも従事し、地域の認知症ケアの質の向上に貢献いただいているものと認識しています。

しかしながら、その活動状況については、社会にも行政担当者にも広く周知されているとは言えず、東京センターや認知症介護指導者仙台ネットワーク（ちねっと）が実施した調査がありますが、全国規模での様々な地域活動を包括したまとまった調査報告がないのが現状です。

そこで、認知症介護指導者と一体である認知症介護研究・研修 3 センターでは、認知症介護実践研修以外においても、様々な地域活動を行っている認知症介護指導者の実態を明らかにして、今後の活動に生かすことを目的として、アンケート調査を行うことといたしました。

つきましては、調査票一式を同封いたしましたので、実施要項をご参照の上、Web サイト上でご回答いただきますようよろしくお願い申し上げます。

ご多用のことと存じますが、今後の皆様の活動がより円滑に進み、地域包括ケアに貢献するよう役立ててまいりますので、是非ご協力いただきたく重ねてお願い申し上げます。

【添付資料】

① 実施要項
② 調査マニュアル（回答の際に使用する「パスワード」を記載）
③ アンケート調査項目

【問合せ先】
社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究･研修大府センター　山口喜樹
TEL: 0562-44-5551　　Fax: 0562-44-5831
mail:yamaguchi@dcnet.gr.jp

認知症介護指導者の地域活動に関する実態調査　実施要項

１　実態調査の目的

実態調査は、認知症介護実践研修以外においても、様々な地域活動を行っている認知症介護指導者の実態を明らかにして、今後の活動に生かすことを目的とします。

２　対象者

認知症介護研究・研修 3 センター（高齢者痴呆介護研究・研修センター含む）において、認知症介護指導者養成研修（痴呆介護指導者養成研修含む）を平成 26 年度までに修了した方を対象とします。

３　調査方法

調査は、平成26年度中の地域活動について、Web 上でのアンケート方式で実施します。

４　調査期間

平成 27 年 8 月 27 日（木）　～　平成 27 年 9 月 24 日（木）

５　個人情報とデータの取り扱い

アンケートは、調査後の個々の指導者のフォローアップのために記名式とします。収集した情報については、匿名化して処理します。取得した個人情報やデータは、研究目的以外には使用しません。また、学会や研究会を通じて発表する場合であっても、個人が特定されることはありません。

６　調査への同意

調査協力への同意は、アンケートへの回答を以って得られたものとさせていただきます。

７　集計・分析

回答の集計・分析は、認知症介護研究・研修大府センターで実施します。

８　調査実施者

柳　　務（認知症介護研究・研修大府センター　センター長）
山口　喜樹（認知症介護研究・研修大府センター　研修指導主幹）
電話 0562-44-5551　FAX 0562-44-5831　　E-mail:yamaguchi@dcnet.gr.jp

９　その他

平成 27 年度の研究事業として実施します。

調査マニュアル

この調査は、回答者の負担軽減のため、Web 上のアンケート調査サイトを使って実施します。以下の手順でご回答をお願いします。

1. 認知症介護情報ネットワーク（DCnet）にアクセスします。

2. トップ画面をスクロールし、「新着情報」に掲載された『認知症介護指導者の地域活動に関する実態調査』を開きます。

3. 記載された「実施要項」のボタンをクリックし、アンケート調査サイトに接続してください。

4. パスワード入力欄に、次のパスワードを入力してください。

回答の際に使用するパスワード　　［　********　］**

5. 画面上の回答するのボタンをクリックし、回答を始めてください。

6. 回答がすべて終了しましたら、画面上の送信ボタンをクリックしてください。

7. 回答いただける回数は 1 回限りです。

8. スマートフォンからも回答いただけます。

9. なお、インターネットに接続する環境が確保できない方につきましては、お手数ですが、下記連絡先までご連絡ください。別途、郵送にて回答用紙を送付いたします。

認知症介護研究・研修大府センター
研修部　山口
電話 0562-44-5551　　FAX 0562-44-5831
〒474-0037　愛知県大府市半月町三丁目 294 番地

Web アンケート　調査項目

属性

Q１　氏名　　打ち込みで記入

Q２　修了センター　　ピボットテーブル　　仙台・東京・大府

Q３　修了期　　ピボットテーブル　　１～４２期

Q４　活動自治体　　ピボットテーブル　　47 都道府県と 20 政令指定都市

Q５　所属　　ピボットテーブル

特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、デイサービス、
小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、
精神科病院、一般病院、ケアハウス、教育機関、その他　（複数選択）

Q６　所持資格　　ピボットテーブル

介護福祉士、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、ホームヘルパー、認知症ケア専門士、理学療法士、作業療法士、医師、歯科医師、保健師、薬剤師、栄養士、地域支援推進員、その他　（複数選択）

質問

Q７　平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月の間で、次のような活動を行いましたか。

活動：研修会の講師や相談・啓発活動の実施、地域の会議や委員会への参加、関連職種などとの連携、学会等での講演や発表等

はい　・　いいえ

※「はい」は Q8 へ　　「いいえ」は Q41 へ

Q８　認知症の人に関わる専門職を対象とした研修会などの企画・立案、または講師役をつとめましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）

はい　・　いいえ

Q９　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような研修会でしたか（複数選択）。

□認知症介護実践研修（実践者・実践リーダー）
□開設者・管理者研修
□計画作成担当者研修
□地域の事業所（医療機関含む）向け研修
□地域の居宅介護支援事業者向け研修
□介護職養成校での講師
□看護職養成校での講師
□大学等での講師
□地域の福祉関係者向け研修

□権利擁護推進員研修
□かかりつけ医対応力向上研修
□医療従事者向け認知症対応力向上研修
□病院・介護保険施設での認知症対応力向上研修
□市民後見人養成講座の講師
□認知症ライフサポートモデル研修（多職種協働研修）の講師
□自法人職員向け研修
□その他（自由記載）

Ｑ１０　認知症の人に関わる専門職以外を対象とした認知症に関する研修会などの企画・立案、または講師役をつとめましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・　いいえ

Ｑ１１「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような研修会でしたか（複数選択）。
□認知症サポーター養成研修
□民生委員向けの講演・研修会
□地域住民向け講演会
□地域住民向け出張出前講座
□家族介護者向け講座
□ボランティアへの研修（上記以外）
□企業向け講演・研修会
□その他（自由記載）

Ｑ１２　国や都道府県政令市の各種委員会や会議等に参加しましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・　いいえ

Ｑ１３　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような委員会や会議でしたか（複数選択）。
□認知症施策推進会議
□都道府県介護保険事業（支援）計画策定会議
□その他（自由記載）

Ｑ１４　市区町村の各種委員会や会議等に参加しましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・　いいえ

Ｑ１５　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような委員会や会議でしたか（複数選択）。
□介護認定審査会
□地域ケア会議
□地域福祉活動計画策定関係

□認知症初期集中支援チーム関係
□認知症ケアパス作成・普及事業
□市町村介護保険事業計画策定関係
□介護サービス事業所選定委員会
□権利擁護（高齢者虐待・市民後見人等）
□徘徊見守り SOS ネットワーク事業
□若年性認知症支援関係の会議等
□地域資源マップ作り等
□その他（自由記載）

Q１６　認知症介護指導者として地域包括支援センターと関係や連携をとりましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・いいえ

Q１７　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような会議や研修、連携でしたか（複数選択）。
□利用者の相談・情報交換、ケースカンファレンス
□事例検討会
□研修会・勉強会
□情報交換等
□認知症初期集中支援チーム（モデル実施含む）
□運営推進会議等
□事業所・医療機関に対する指導
□その他（自由記載）

Q１８　認知症サポート医と会議や研修の場を持つ、または連携をとりましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・いいえ

Q１９　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような会議や研修、連携でしたか（複数選択）。
□利用者の相談・情報交換、ケースカンファレンス
□事例検討会
□研修会・勉強会・セミナー
□情報交換・関係づくり
□認知症初期集中支援チーム（モデル実施含む）
□運営推進会議等
□その他（自由記載）

Ｑ２０　認知症介護指導者として認知症地域支援推進員と会議や研修の場を持つ、または連携をとりましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）

はい　・いいえ

Ｑ２１　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような会議や研修、連携でしたか（複数選択）。

□利用者の相談・情報交換、ケースカンファレンス
□事例検討会
□研修会・勉強会
□情報交換等
□認知症初期集中支援チーム
□運営推進会議等
□事業所・医療機関に対する指導
□その他（自由記載）

Ｑ２２　認知症介護指導者として認知症ケア専門士と会議や研修の場を持つ、または連携をとりましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）

※「認知症ケア専門士」とは日本認知症ケア学会認定の資格者

はい　・いいえ

Ｑ２３　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような会議や研修、連携でしたか（複数選択）。

□利用者の相談・情報交換、ケースカンファレンス
□事例検討会
□研修会・勉強会
□情報交換等
□認知症初期集中支援チーム
□運営推進会議等
□事業所・医療機関に対する指導
□その他（自由記載）

Ｑ２４　認知症介護実践研修以外で、認知症介護指導者や認知症介護実践研修修了生（実践リーダー研修と実践者研修、痴呆介護実務者研修含む）と交流や連携をとりましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）

はい　・　いいえ

Ｑ２５　「はい」と回答された方にお聞きします。誰と交流や連携をとりましたか（複数選択）。

□認知症介護指導者（地域問わず）
□認知症介護実践リーダー研修修了生（痴呆介護実務者研修専門課程修了生含む）
□認知症介護実践者研修修了生（痴呆介護実務者研修基礎課程修了生含む）

Ｑ２６　自事業所以外の介護事業所や医療機関に対し、研修会や個別の相談を実施する等のサポートを行いましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・　いいえ

Ｑ２７　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどこから依頼を受けましたか（複数選択）。
□行政からの依頼
□地域包括支援センターからの依頼
□認知症地域支援推進員からの依頼
□事業所・医療機関から直接の依頼
□その他（　　）

Ｑ２８　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような形で実施しましたか（複数選択）。
□集合型で実施した
□訪問して実施した
□通信型（文書やメール等を使って）
□その他（自由記載）

Ｑ２９　当事者（認知症の人やそのまわりの家族介護者等）の相談に応じる、または当事者への啓発活動を行いましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・　いいえ

Ｑ３０　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような活動でしたか（複数選択）。
□来所相談
□訪問相談
□電話やメールでの相談
□当事者ネットワークへの参加
□当事者会への運営協力
□認知症カフェ・サロンの開催や参加
□運営推進会議等

Ｑ３１　本人やご家族を支援する方（専門職含む）の相談に応じる、または啓発活動を行いましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）
はい　・　いいえ

Q３２　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような活動でしたか（複数選択）。

□直接相談
□支援者ネットワークへの参加
□支援者の会への運営協力
□認知症カフェ・サロンの開催や参加
□運営推進会議等
□その他（自由記載）

Q３３　当事者や支援者、専門職ではない一般の方々の相談に応じる、または啓発活動を行いましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）

はい　・　いいえ

Q３４　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような活動でしたか（複数選択）。

□認知症サポーター養成講座
□地域住民へのなんでも相談
□地域住民への啓発
□認知症関連イベントの企画や参加
□啓発リーフレットやチラシの作成
□小学生以下を対象とした啓発活動
□中・高校生向けの啓発活動
□大学生・専門学校生向けの啓発活動
□地域資源マップづくり等
□その他（自由記載）

Q３５　学会や各種団体の研究会等で、認知症に関する講演や発表を行いましたか。（シンポジスト・パネリスト等を含む）（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）

はい　・　いいえ

Q３６　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような活動でしたか（複数選択）。

□学会での講演・口頭発表・ポスター発表等
□各種団体主催の研究会等での講演・口頭発表・ポスター発表等
□学会や研究会等でのシンポジスト・パネリスト等
□その他（自由記載）

Q３７　学会への論文発表や商業誌等への寄稿を行いましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月に発表や掲載されたもの）

はい　・　いいえ

Q３８　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような活動でしたか（複数選択）。

□論文を発表した

□商業誌等へ寄稿した

□その他（自由記載）

Q３９　マスメディア等を通じての広報・啓発活動等を行いましたか。（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月に掲載や放送されたもの）

はい　・　いいえ

Q４０　「はい」と回答された方にお聞きします。それはどのような活動でしたか（複数選択）。

□新聞への掲載

□雑誌への掲載

□フリーペーパーへの掲載

□テレビ・ラジオ等への出演

□インターネット媒体での掲載（インターネット放送・掲示板等）

□その他（自由記載）

Q４１　「いいえ」と回答された方にお聞きします。関与できなかった理由を教えてください（複数選択）。

□活動の依頼がないため

□本務多忙のため

□事業所の理解がないため

□関与する気がないため

□指導者養成研修修了直後のため

□出産・育児のため

□身内等の介護のため

□自信がなかったため

□体調が優れなかったため

□定年退職のため

□地域の指導者との不和があったため

□他業種へ転職したため

□他県へ転居したため

□その他（自由記載）

ご協力ありがとうございました。

結果については、集計次第「認知症介護情報ネットワーク（DCnet）」で公開いたします。

平成27年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

施設における認知症高齢者のQOLを高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業

地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テストと手段的ADLの関連に関する研究

認知症介護指導者を対象とした研究力向上のための支援プログラム

認知症介護指導者の地域活動に関する実態調査

発　行：平成28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：常川印刷株式会社
〒460-0012　名古屋市中区千代田二丁目18番17号
TEL（052）262-3028　　FAX（052）262-1085