

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

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
支援ツールの有効性に関する研究

認知機能評価のための食行動尺度：
Eating Behavior Scale for cognitive function
(EBS-cog)短縮版の実証研究

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

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3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

齊藤 千晶・工藤 純平・山下 英美…………… 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の有効性に関する研究

山口 友佑・齊藤 千晶・山下 英美・松浦 慎介

分見 民雄・福井 梨恵・吉野 英樹・江尻 勇輝…………… 45

認知機能評価のための食行動尺度：

Eating Behavior Scale for cognitive function (EBS-cog)短縮版の実証研究

山下 英美・齊藤 千晶・安田 さおり・工藤 純平…………… 71

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

山口喜樹・加藤ふき子・齊藤千晶・工藤純平…………… 81

**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 齊藤 千晶（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

分担研究者 工藤 純平（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）

山下 英美（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（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地域住民と交流をしたり、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た。これ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や、働く場と機会の増加を後押しし、認知症の人の積極的な社会貢献への参加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、94事業所（有効回収率15.8%）から回答を得た。その結果、通知発出後、事業所の認知症の利用者に対する活動内容に大きな変化は生じていなかった。また、活動を行っていない事業所は約3割あり、その理由の多くは「人員不足」であった。さらに、実施上の課題では、「人員不足」以外にも、「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」ことも多く挙げられ、これらが事業所で積極的に活動を推進することを妨げる要因であると考えられた。加えて、具体的な活動の内容は施設内行事の参加や外出といった交流活動が多く、認知症者の自発的な社会貢献はほとんど進められていなかった。

認知症の人の生活歴や残存機能等を生かした活動選択や実施には、アセスメントが重要である。また、本人の心身機能等に合わせ、活動方法の修正や段階づけも必要となるが、活動に関する標準化された評価尺度や介入方法がない上に具体的な活動の選択肢がないことが問題である。そこで、事業所等で実施可能な活動内容の抽出を行い、認知症の認知機能障害等に配慮した活動評価および介入のためのリハビリテーション（以下リハビリ）プログラムを開発する。これにより、認知症の人の生きがいを持った生活や自発的な社会参加における多様な場の確保等が期待でき、地域包括ケアや共生社会の実現に貢献できるものとする。

今年度は事業所で行われている社会参加活動の内容を把握することを目的に、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活動に向けたリハビリテーション実施に関するアンケート調査を行った。

II. 方法

1. 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 347 名を対象とした。ユニット型、多床型等は区分けせず 1 つの施設とみなした。

2. 調査内容

アンケート調査票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、所属施設のリハビリ職員数等)
- ・ 施設で実施している地域貢献活動の内容(取り組み内容、リハビリ職員の関わり等)
- ・ 認知症の人に対する社会参加活動へのリハビリ介入の内容(対象者の属性、社会参加活動の目標、目標選択に用いられた評価、介入時の様子、介入効果の内容等)
介入事例は最大3事例収集した
- ・ 社会参加活動へのリハビリ介入を行わなかった理由

3. 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3年 10 月から 11 月までとした。得られた調査票は表計算ソフト Excel にて単純集計を行った。

4. 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、回答を持って同意とした。

III. 調査結果

1) 基本属性について

347 部送付し、109 名から回答を得た(回収率 31.4%)。回答者の性別は男女同程度(男性 52 名、女性 55 名)で、平均年齢は 40.1 ± 8.1 歳であった(表 1)。通算経験年数は平均 14.9 ± 6.6 年(うち、現在の職場での経験年数 9.2 ± 6.4 年)で、以前働いていた職場では主に急性期病棟の医療機関が最も多く 27 名(24.8%)であった(表 2)。回答者の主な業務は入所リハビリが最も多く 75 名(68.8%)、次いで訪問リハビリが 68 名(62.4%)であった(表 3)。回答者の職場では、作業療法士は平均 2.9 名、理学療法士は平均 5.0 名、言語聴覚士は平均 1.3 名働いており、リハビリ部門管理者は理学療法士が最も多い割合(60.6%)を占めた(表 4、表 5)。

表 1 性別 (n=109)

	男性	女性	無回答
実数	52	55	2
%	47.7%	50.4%	1.8%

表 2 以前働いていた職場 (n=109、複数回答)

	実数	%
医療機関(主に急性期病棟)	27	24.8
医療機関(主に回復期病棟)	42	38.5
医療機関(主に維持期病棟)	24	22.0
別の介護老人保健施設	23	21.1
介護サービス事業所(特別養護老人ホーム等)	4	3.7
障害福祉サービス事業所(就労支援等)	1	0.9
行政	1	0.9
民間企業(医療・福祉を除く)	1	0.9
大学・養成校等	3	2.8
貴事業所のみ	8	7.3
その他	7	6.4
無回答	15	13.8

その他では訪問看護ステーション 3 名 (2.8%)、訪問リハビリテーション 1 名 (0.9%)、精神科療養病棟 1 名 (0.9%)、重度障害者施設 1 名 (0.9%) が挙げられた。

表 3 現在の職場での主な業務内容 (n=109、複数回答)

	実数	%
入所リハビリ	75	68.8
通所リハビリ	68	62.4
訪問リハビリ	11	10.1
その他	2	1.8
無回答	7	6.4

その他では管理業務が挙げられた。

表 4 リハビリ職員数 (n=109)

		平均±標準偏差
作業療法士	総数	2.9±1.9
	うち非常勤数	1.5±0.9
理学療法士	総数	5.0±3.3
	うち非常勤数	1.6±0.9
言語聴覚士	総数	1.3±0.7
	うち非常勤数	1.0±0.4

表 5 リハビリ部門管理者の資格 (n=109)

	総数	%
作業療法士	38	34.9
理学療法士	66	60.6
言語聴覚士	2	1.8
その他	2	1.8
無回答	3	2.8

その他では他部署との兼務が挙げられた。

2) 地域貢献活動について

施設区分は超強化型が最も多く 36 名 (33.0%)、次いで加算型が 26 名 (23.9%)、基本型が 24 名 (22.0%) となった (図 1)。地域貢献活動の実施では「以前行っていた」を含めて 81 名 (74.3%) 実施していた (図 2)。具体的な内容では地域への出前講座が最も多く 46 名 (47.6%) であり、事業所内での住民教室が 28 名 (35.0%)、ボランティアとの連携・協働が 27 名 (33.8%) と続いた (図 3)。

地域貢献活動へのリハビリ職の関わりでは、「以前関わっていた」を含めて 68 名 (83.9%) が関わったことがあると回答した (図 4)。リハビリ職の役割は、作業療法士と理学療法士では講師として派遣が最も多くそれぞれ 38 名、48 名であり、相談対応・助言 (26 名、24 名)、企画立案 (22 名、23 名) と続いた (図 5)。「一度も関わったことがない」と回答した理由は、人員不足と時間がないが最も多く 4 名であった。今後のリハビリ職の関わりでは、6 名中 3 名が関わる予定、検討中と回答した。

28 名 (25.7%) は地域貢献活動を行っていないと回答したが (図 2)、最も多い理由は人員不足が 18 名 (64.3%)、続いて時間がないが 15 名 (53.6%) であった (図 6)。今後の地域貢献活動の実施については 22 名 (78.6%) が予定はないと回答した (図 7)。

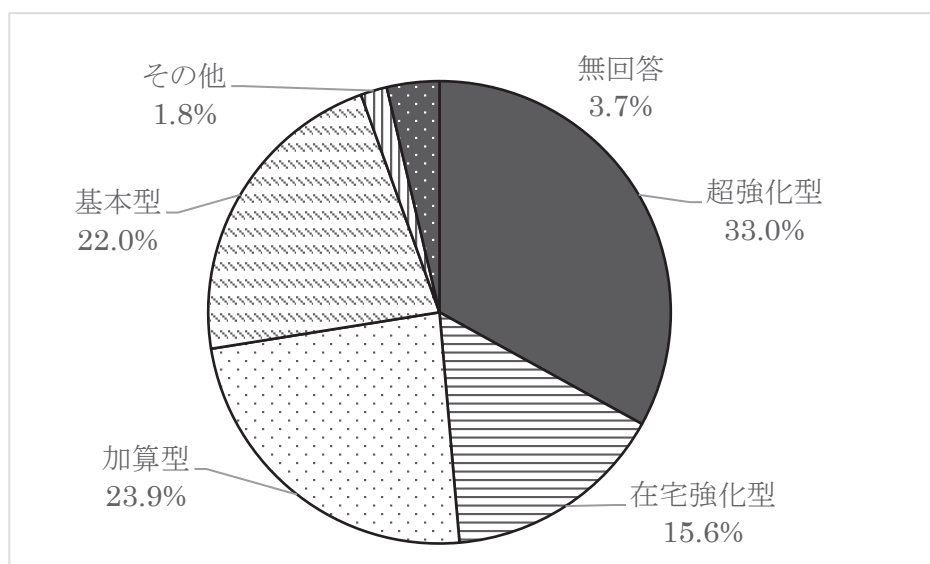


図 1 施設区分 (n=109)

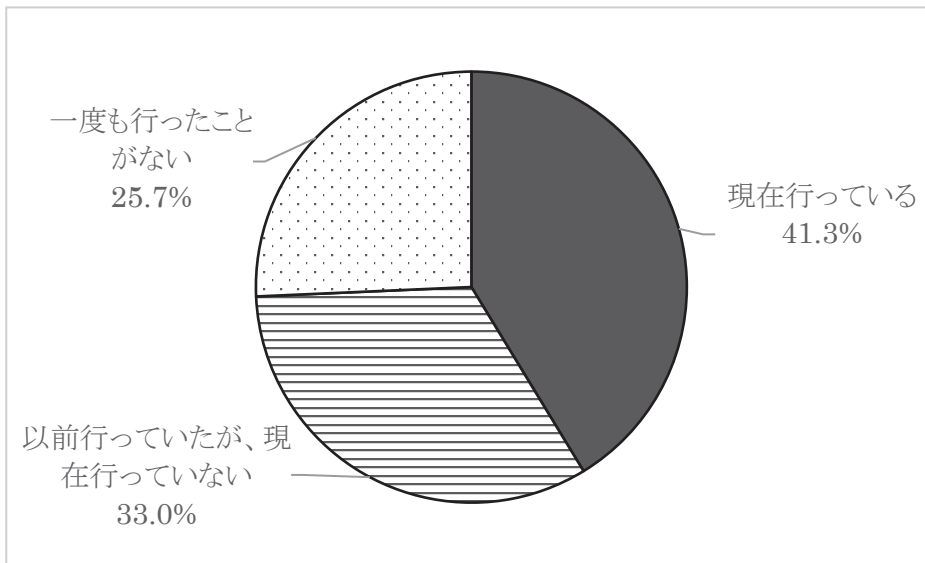


図 2 地域貢献活動を行ったことがあるか (n=109)

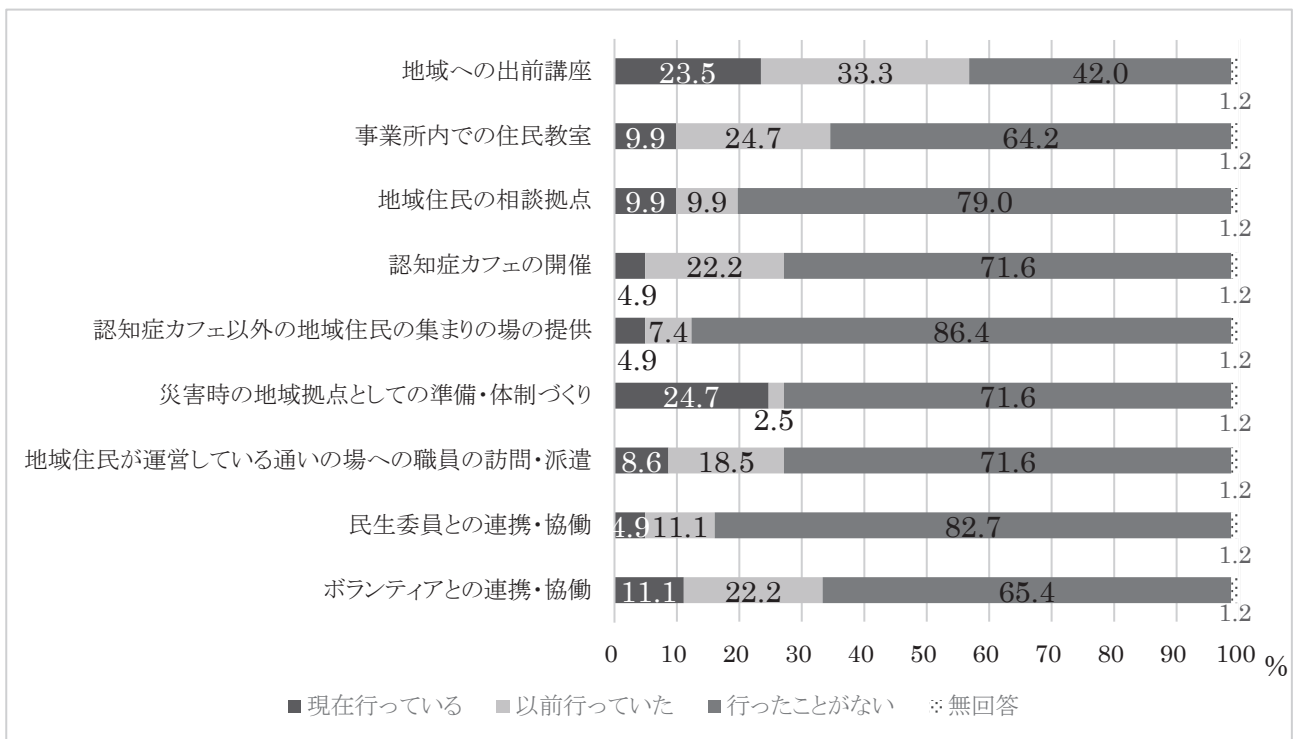


図 3 行っている(行っていた)地域貢献活動の内容 (行っている・行っていたと答えた 81 名)

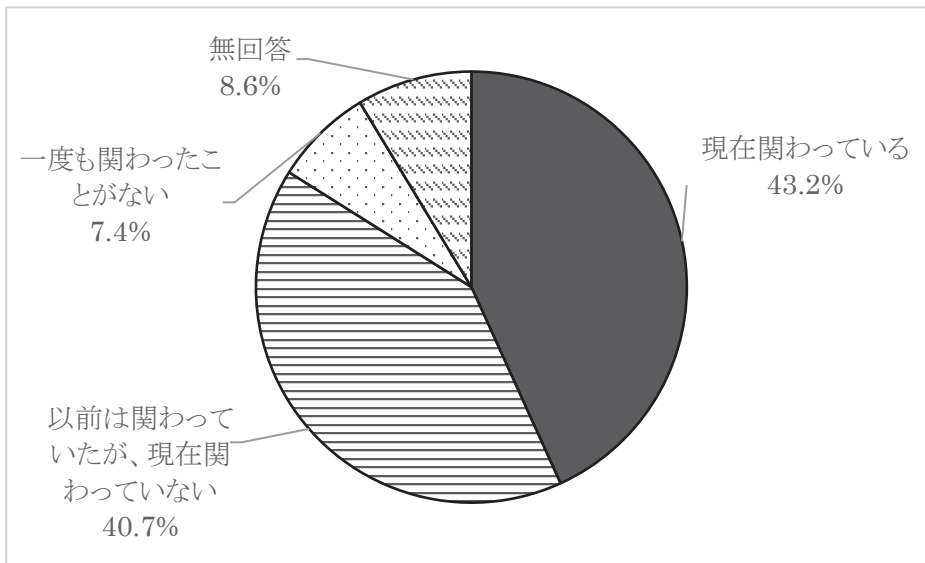


図 4 地域貢献活動へのリハビリ職の関わり（行っている・行っていたと答えた 81 名）

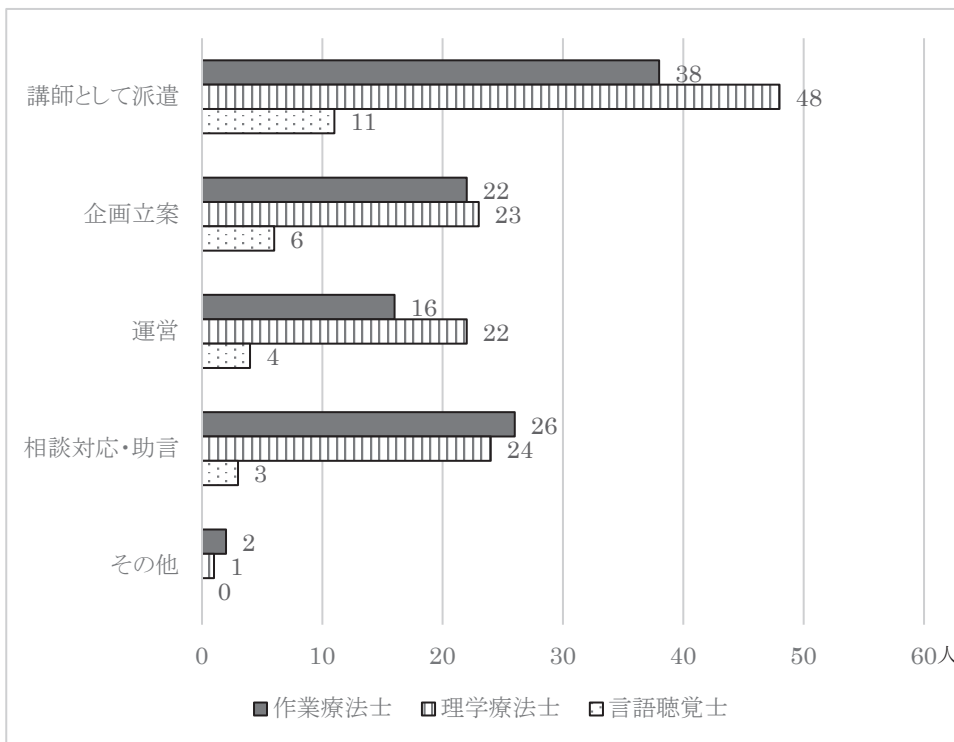


図 5 地域貢献活動でのリハビリ職の役割（回答のあった 75 名、複数回答）

その他では家族介護者教室やリハビリ教室（作業療法士）、地域のボランティア活動（作業療法士）、清掃ボランティアスタッフ（理学療法士）が挙げられた。

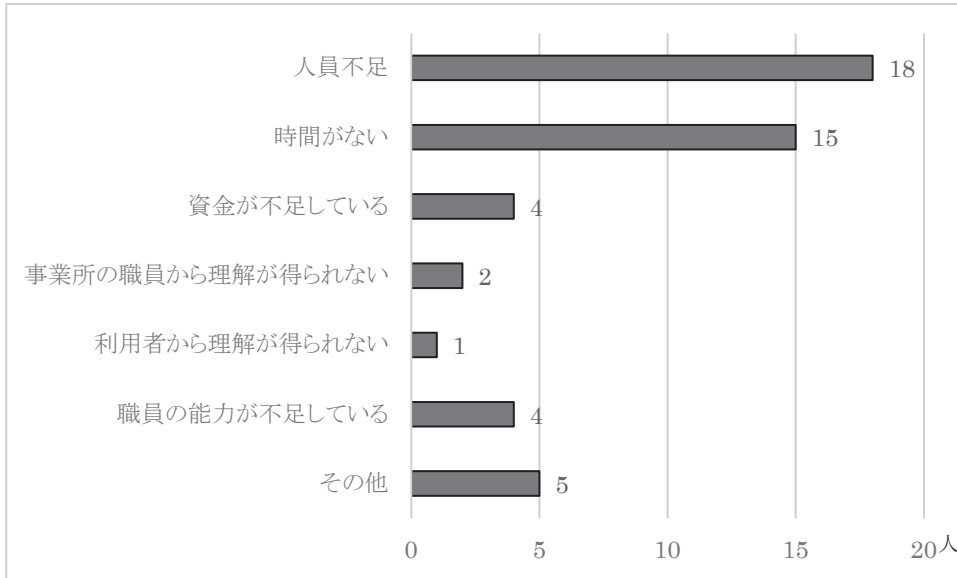


図 6 なぜ地域貢献活動を行っていないか（行ったことがないと答えた 28 名、複数回答）
 その他では明確な理由なし、検討したことがなかった、要件にないことが挙げられた。

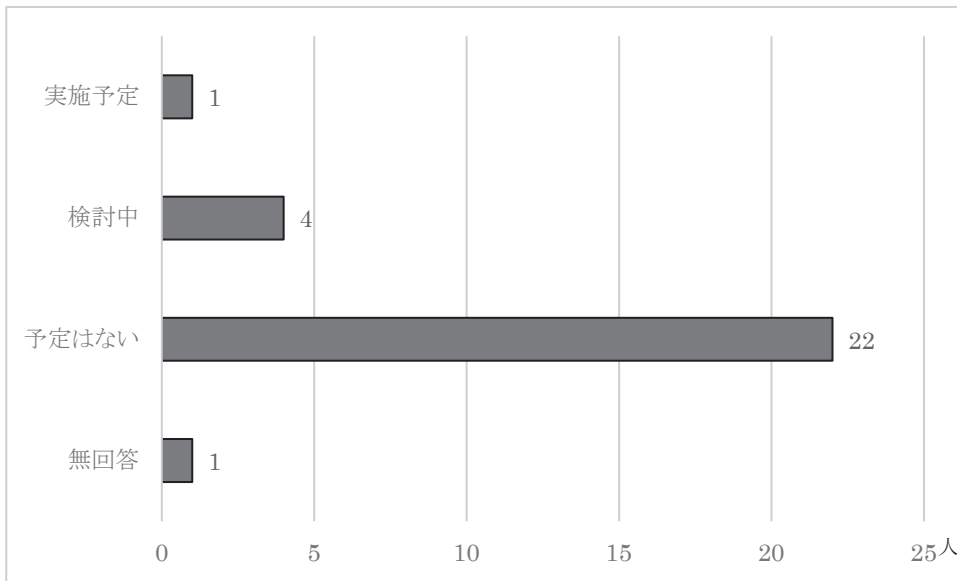


図 7 今後地域貢献活動を行うか（行ったことがないと答えた 28 名）

3) 認知症の人に対する社会参加活動へのリハビリテーション介入について

認知症の人に対する社会参加活動へのリハビリ介入について、今までに社会参加を目標にリハビリを行ったことがあると回答した施設は17施設（15.6%）であった（図 8）。うち 5 施設は複数事例回答し、合計 25 事例集められた（表 6）。

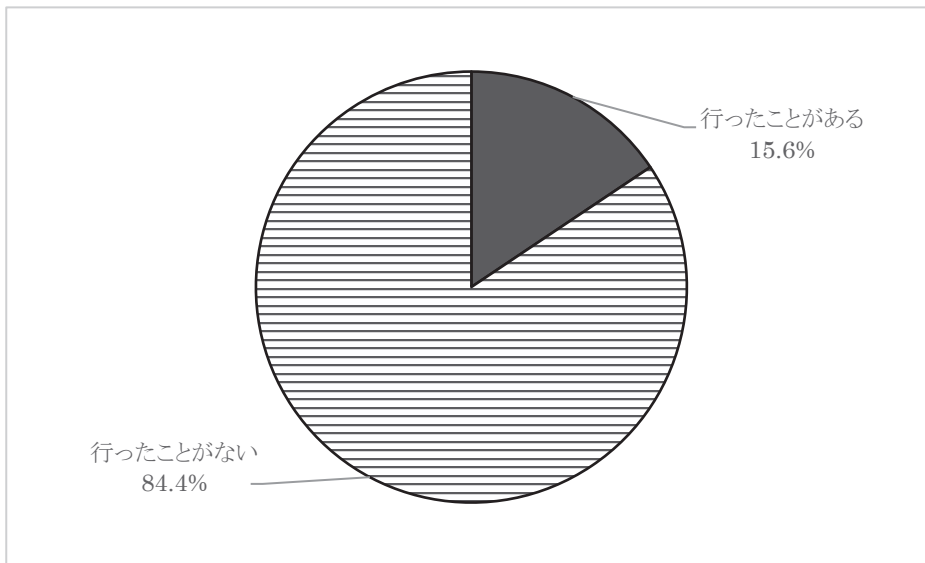


図 8 今までに認知症の人に対して社会参加を目標にリハビリテーション介入を行ったことがあるか (n=109)

表 6 1施設毎の回答された事例数の内訳 (行った事があると答えた 17 名)

	実数	%
1 事例	12	70.6
2 事例	2	11.8
3 事例	3	17.6
合計	25	100.0

1. 25 事例の属性について

対象者は女性が最も多く 19 名 (76.0%)、平均年齢は 80.8 ± 7.8 歳であった (図 9)。診断病型はアルツハイマー型認知症が最も多く 11 名 (44.0%)、次いで脳血管性認知症と軽度認知障害が 3 名 (12.0%) であった (図 10)。要介護度では要介護 2 が最も多く 10 名 (40.0%) であったが、要支援 1 から要介護 5 まで全ての区分が含まれていた (表 7)。生活自立度では A1 が最も多く 12 名 (48.0%)、J2 から B2 までの範囲に留まった (表 8)。認知症の程度では IIb が最も多く 10 名 (40.0%)、I から IIIa の範囲に留まった (表 9)。利用形態は通所が最も多く 11 名 (44.0%)、次いで入所 10 名 (40.0%) の結果となった (表 10)。

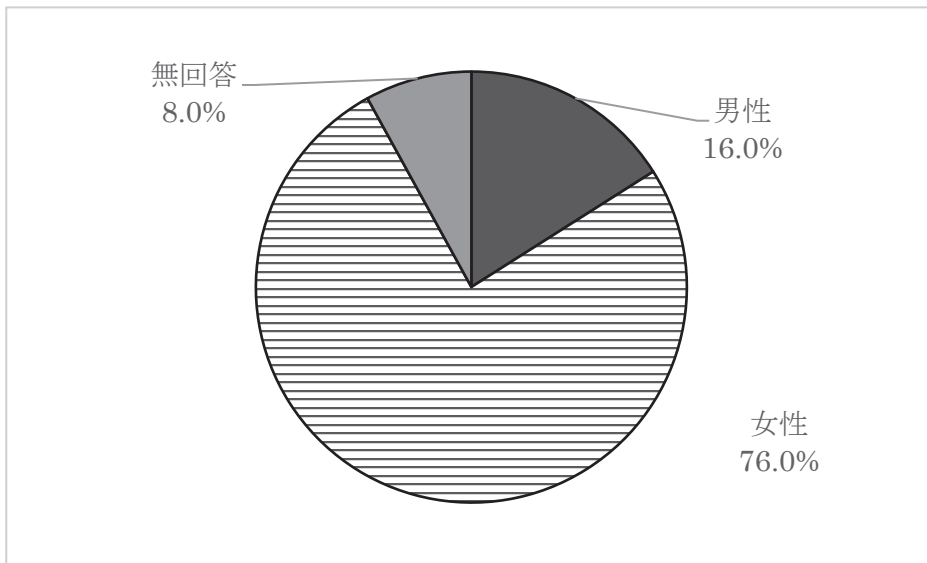


図 9 性別 (n=25)

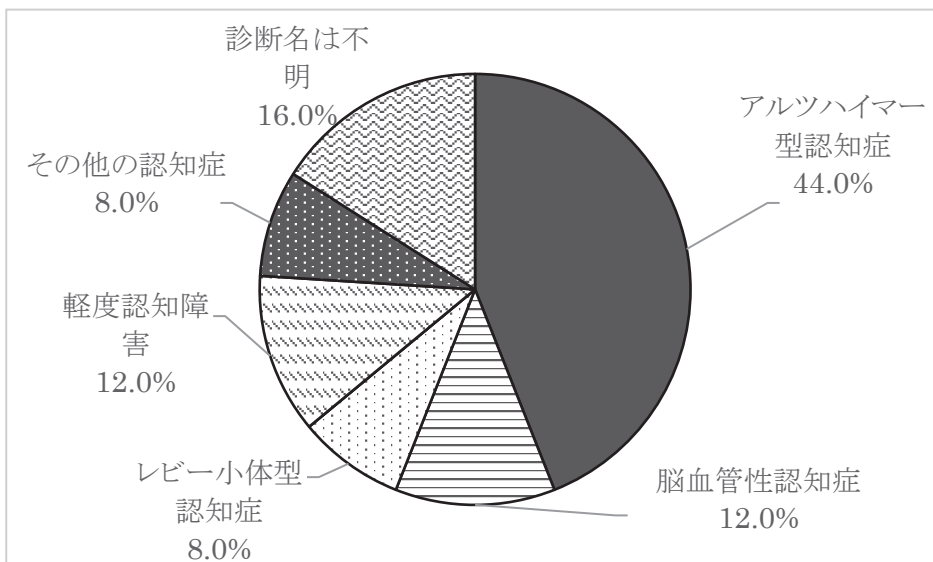


図 10 診断病型 (n=25)

表 7 要介護度 (n=25)

	実数	%
要支援1	1	4.0
要支援2	1	4.0
要介護1	4	16.0
要介護2	10	40.0
要介護3	4	16
要介護4	1	4.0
要介護5	1	4.0
無回答	3	12.0

表 8 生活自立度 (n=25)

	実数	%
(J1) 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、交通機関等を利用して外出できる。	0	0
(J2) 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、隣近所なら外出できる。	5	20.0
(A1) 屋内での生活は概ね自立しているが、介助により、比較的多く外出することができる。	12	48.0
(A2) 屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	4	16.0
(B1) 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。	2	8.0
(B2) 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、介助により車椅子に移乗する	2	8.0
(C1) 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力で寝返りをうつ	0	0
(C2) 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力では寝返りも出来ない	0	0
その他	0	0
不明	0	0
無回答	0	0

表 9 認知症の程度 (n=25)

	実数	%
(Ⅰ) 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	5	20.0
(Ⅱa) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが、家庭外で多少見られるが誰かが注意していれば自立できる。	8	32.0
(Ⅱb) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが、家庭内でも多少見られるが誰かが注意していれば自立できる。	10	40.0
(Ⅲa) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが、日中を中心として見られ介護を必要とする。	2	8.0
(Ⅲb) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが、夜間を中心として見られ介護を必要とする。	0	0
(Ⅳ) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護を必要とする。	0	0
(Ⅴ) 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	0	0
不明	0	0
無回答	0	0

表 10 利用形態 (行ったことがあると答えた 25 名)

	実数	%
入所	10	40.0
ショートステイ	0	0
通所(一日型デイケア)	11	44.0
通所(短時間デイケア)	2	8.0
訪問	2	8.0
その他	0	0
無回答	0	0

2. 社会参加活動の内容と目標選択について

25 事例のうち 19 事例で社会参加活動の目標が記載された。橋本ら(1997)の分類に従いカテゴリ化したところ、個人的活動が 14 種類(入所 4 名、通所・訪問 10 名)、社会的活動が 5 種類(入所 4 名、通所・訪問 1 名)に分類された。個人的活動は主に周囲や家族との交流、外出を通じた社会参加であり、社会的活動は地域行事や役割活動への参加を通じた社会参加であり、施設内外に関わらず実施されていた。目標選択に用いられたツールでは聴取面接が 24 名(96.0%)と最も多く、次いで興味・関心チェックシートが 17 名(68.0%)、生活行為向上マネジメントが 4 名(16.0%)であった(図 11)。

社会参加活動の目標（自由記載内容を橋本ら(1997)により分類）

個人的活動（14種類）

- ・ 在宅復帰し、ご家族様と一緒に買い物等外出機会を持つ事が出来る。
- ・ 家族との国内旅行をする。
- ・ 日中は離床して運動や作業、日常生活を行う。夫と共に外出し、近所のスーパーへ出かける。
- ・ 1人で近所のスーパー、コンビニへ行く。
- ・ 近所の友人達とモーニングやランチに行く事があるため、身体機能、歩行能力の維持、向上および認知機能の維持をする。
- ・ 畑仕事を再開し、近所の人と交流をする。
- ・ 在宅復帰に向けた外出練習(デパートへ買い物、車の乗降練習)をする。
- ・ 近所付き合いが盛んになる。
- ・ 在宅復帰後に近所付き合いができるようになる。
- ・ 家族と近くのスーパーへ買い物に行くことができる。
- ・ 友人との交流、子や孫との買い物を継続する。
- ・ 近くのスーパーまで買い物へ行く。
- ・ 娘と買い物に行くことができる。
- ・ コミュニティバスを用いた外出をする。

社会的活動（5種類）

- ・ 近所の友人との関係を維持する。グランドゴルフへの参加を維持する。
- ・ 本人の負担にならないようかつ満足して頂ける活動を行う。施設内レクリエーションのポスターやかざりつけの作成を行う。
- ・ 防犯パトロールを行う。
- ・ 施設内にカラオケクラブを設立し、クラブを通しての他者交流、自己表現の場、機会の獲得、司会業の遂行を行う。
- ・ もともと趣味であった地域のグランドゴルフ大会への参加を行う。

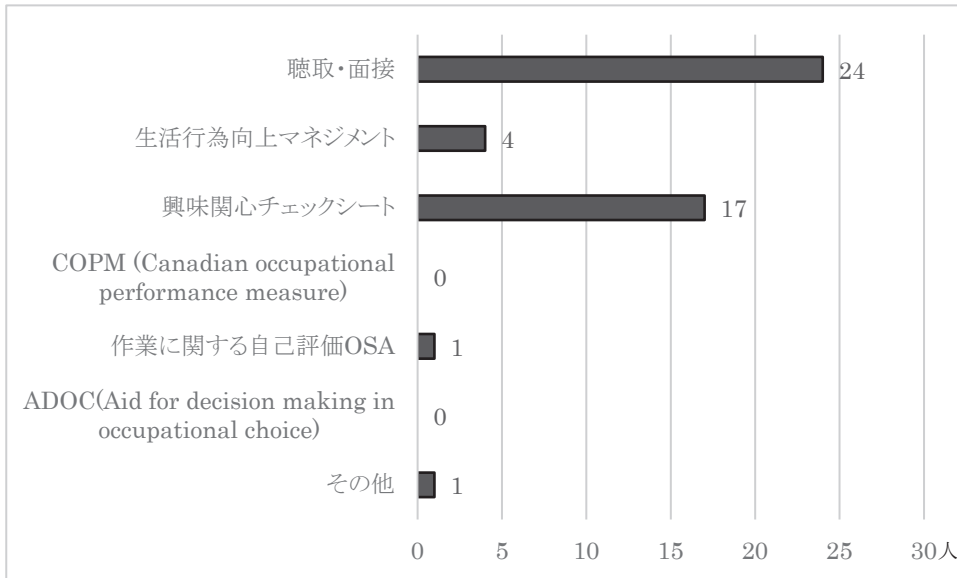


図 11 目標選択に用いられた評価 (n=25、複数回答)

その他では人間作業モデルスクリーニングツール(MOHOST)が挙げられた。

3. リハビリ導入時の評価について

リハビリ導入時に用いられた評価では認知機能評価が最も多く 25 名 (100%)、基本・応用動作分析 24 名 (96.0%)、身体機能評価 21 名 (84.0%)、活動と参加 21 名 (84.0%)が続いた。環境評価は物的環境が 17 名、人的環境が 16 名であった(図 12)。評価の詳細は歩行動作分析が 23 名 (82%)と最も多く、長谷川式認知症スケール 20 名 (80.0%)、握力 18 名 (72.0%)と続いた(表 11)。導入時に連携した他職種・関係者では介護職員と家族が最も多く 19 名 (76.0%)、次いで理学療法士 16 名 (64.0%)であった(表 12)。地域住民や団体、行政との連携はみられなかった。

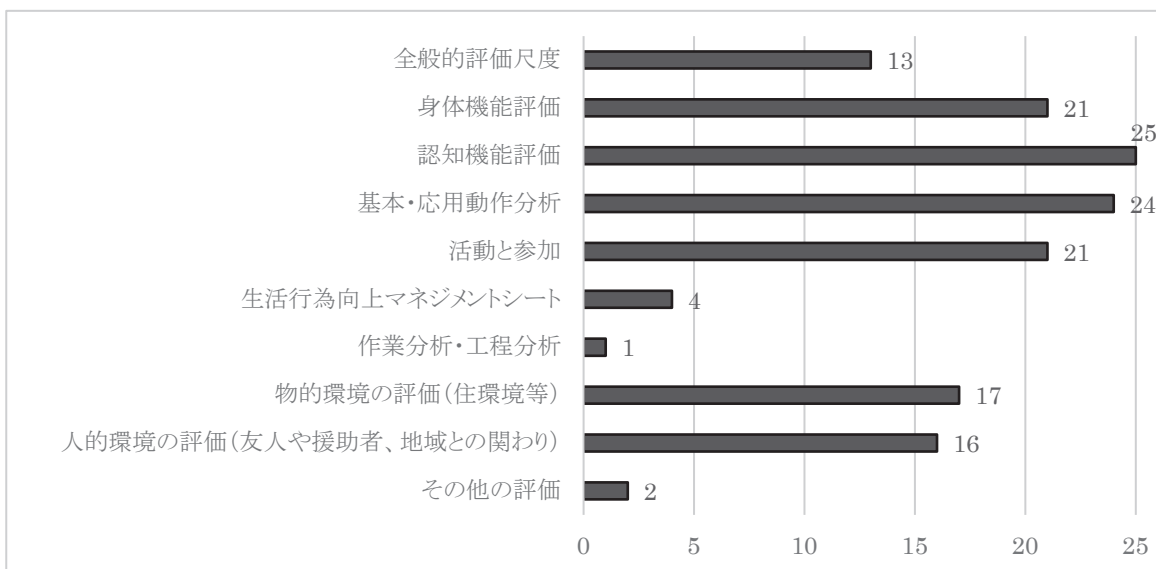


図 12 導入時に用いた評価 (n=25、複数回答)

その他では Occupational Questionnaire、役割チェックリスト、Self-rating depression scale (SDS)が挙げられた。

表 11 導入時に用いた評価の詳細 (n=25、複数回答)

	実数	%
全般的評価尺度	13	52.0
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	13	52.0
身体機能評価	21	84.0
関節可動域	14	56.0
筋力(握力等)	18	72.0
6分間歩行テスト	5	20
Timed Up and Go テスト	13	52.0
Berg Balance Scale	4	16.0
Functional Reach Test	1	4.0
認知機能評価	25	100.0
Mini Mental State Examination (MMSE)	9	36.0
長谷川式認知症スケール(HDS-R)	20	80.0
注意機能(Trail Making Test 等)	3	12.0
その他	1	4.0
基本・応用動作分析	24	96.0
起居動作分析	11	44.0
移乗動作分析	9	36.0
歩行動作分析	23	82.0
日常生活動作分析	15	60.0
活動と参加	21	84.0
N-ADL スケール	0	0
Barthel Index (BI)	17	68.0
Functional Independence measure (FIM)	10	40.0
Clinical Dementia Rating (CDR)	0	0
Frenchay Activities Index (FAI)	2	8.0
Lawton の IADL 尺度	0	0
生活行為向上マネジメントシート	4	16.0
作業分析・工程分析	1	4.0
The assessment of motor and process skills (AMPS)	0	0
その他	1	4.0
物的環境の評価	17	68.0
人的環境の評価	16	64.0
その他の評価	2	8.0
無回答	0	0

その他では認知症行動障害尺度 DBD-13(認知機能評価)、実際にバスに乗りに行った(作業分析・工程分析)が挙げられた。

表 12 導入時に連携した他職種・関係者 (n=25、複数回答)

	実数	%
理学療法士	16	64.0
言語聴覚士	2	8.0
看護師	11	44.0
介護職員	19	76.0
他の施設職員	8	32.0
家族	19	76.0
地域住民	0	0
地域の団体(NPO等)	0	0
行政	0	0
民間企業	0	0
その他の関係機関・関係者	5	20.0
特になし	0	0
無回答	0	0

その他施設職員ではデイケア、ケアマネージャー、支援相談員、医療ソーシャルワーカーが挙げられた。その他関係機関・関係者では居宅ケアマネージャー、介護支援専門員、バス運用主体の社会福祉協議会が挙げられた。

4. リハビリ介入と効果について

リハビリ介入方法は応用動作訓練が最も多く19名(76.0%)、基本動作訓練15名(60.0%)、認知機能訓練14名(56.0%)と続いた(図13)。介入期間は平均7.63±6.6か月であった。介入時の工夫では、カテゴリとして実際の活動に合わせて難易度を調整した取り組みや物品を活用した取り組み、対象者の希望や心理状態に配慮した取り組み、周囲と連携した取り組みに分類された。介入時に連携した他職種・関係者では介護職員が最も多く18名(72.0%)であり、理学療法士17名(68.0%)、家族14名(56.0%)が続いた(表13)。地域住民や団体、行政との連携はみられなかった。

介入効果では身体機能の改善が最も多く20名(80.0%)で、ADLの改善、肯定的感情の増加がそれぞれ10名(40.0%)と続いた(図14)。介入時の困難や課題に関しては、カテゴリとして認知機能低下に伴う生活上の困難さ、本人の意欲を高め維持することが難しい、周囲の理解が得られにくい、物理的環境が制限されている、リハビリ時間を確保することが難しいが挙げられた。

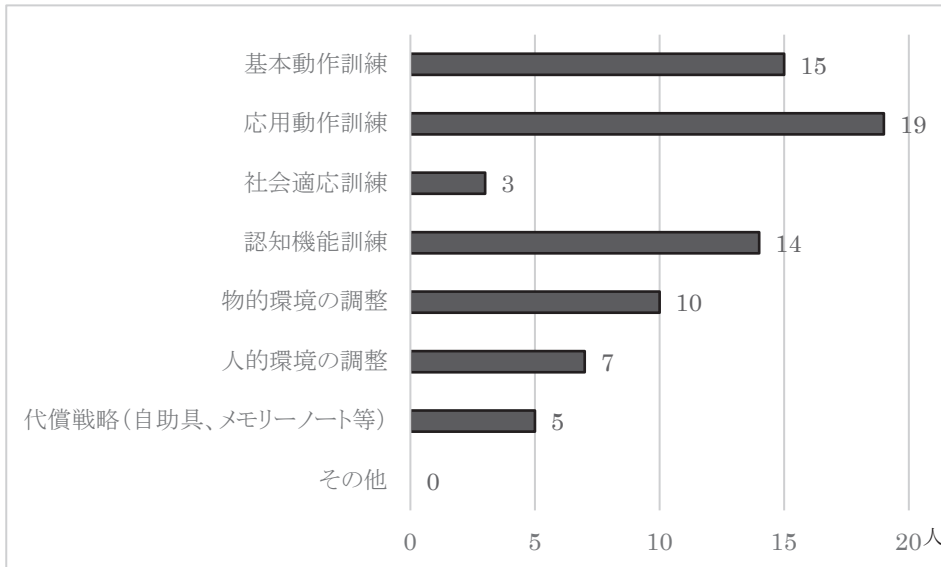


図 13 主な介入方法 (n=25、複数回答)

介入時の様子、工夫等(自由記載内容を分類)

難易度を調整した取り組み

- ・ 息の上がり方や表情を見て、休憩時間の割合や歩行距離を増加した。
- ・ 複雑工程は避け、同じ作業を繰り返し行うようにした。
- ・ 成功体験ができるよう難易度の調整をした。
- ・ 他者との交流でも目が行き届く程度の小集団で実施した。
- ・ 能力と難易度が釣り合う形で行えるよう配慮した。

物品を活用した取り組み

- ・ 検査用紙を普段のリハビリ訓練時に用いた。
- ・ 興味あるものを継続できるようにチェックシートを利用した。
- ・ 日程や出来事を記憶できるようにノートを活用した。

対象者の希望や心理状態に配慮した取り組み

- ・ 励ましの声かけを行った。
- ・ 本人の不安を軽減し意欲や自信が持てるようになる事を意識したコミュニケーションを心がけた。
- ・ 対象者の希望に沿った形でクラブ活動に参加し、司会進行が行えるように随時面接を行った。
- ・ 役割の再開の目標を設定した。
- ・ 運動への意欲が比較的高かったため、前向きに取り組んでいる。

周囲と連携した取り組み

- ・ 疾患や症状等を家族へわかりやすく伝える工夫を行った。
- ・ 家族と連携しながら生活上の注意点を共有しながら介入した。
- ・ 自宅での問題が多く、家族やケアマネージャーと密に連携をとっていった。
- ・ 家族同行して、家族の物も一緒に買う目的で行った。

周囲の環境に配慮し調整した取り組み

- ・ ボール投げを用いて周囲に注意が向かうような環境を設定した。
- ・ 殿部痛があり離床が難しかったため、環境調整やホットパックを利用した。
- ・ グラウンドゴルフ会場までの道を確認した。
- ・ なるべく近所の人と会える時間に外歩きを行う。近所の人との会話を優先する。
- ・ 歩行器を選定した。

表 13 介入時に連携した他職種・関係者 (n=25、複数回答)

	実数	%
理学療法士	17	68.0
言語聴覚士	3	12.0
看護師	10	40.0
介護職員	18	72.0
他の施設職員	6	24.0
家族	14	56.0
地域住民	0	0
地域の団体(NPO等)	0	0
行政	0	0
民間企業	0	0
その他の関係機関・関係者	5	20.0
特になし	0	0
無回答	0	0

その他施設職員ではデイケア、ケアマネージャー、支援相談員、医療ソーシャルワーカーが挙げられた。その他関係機関・関係者では居宅ケアマネージャー、介護支援専門員、バス運用主体の社会福祉協議会が挙げられた。

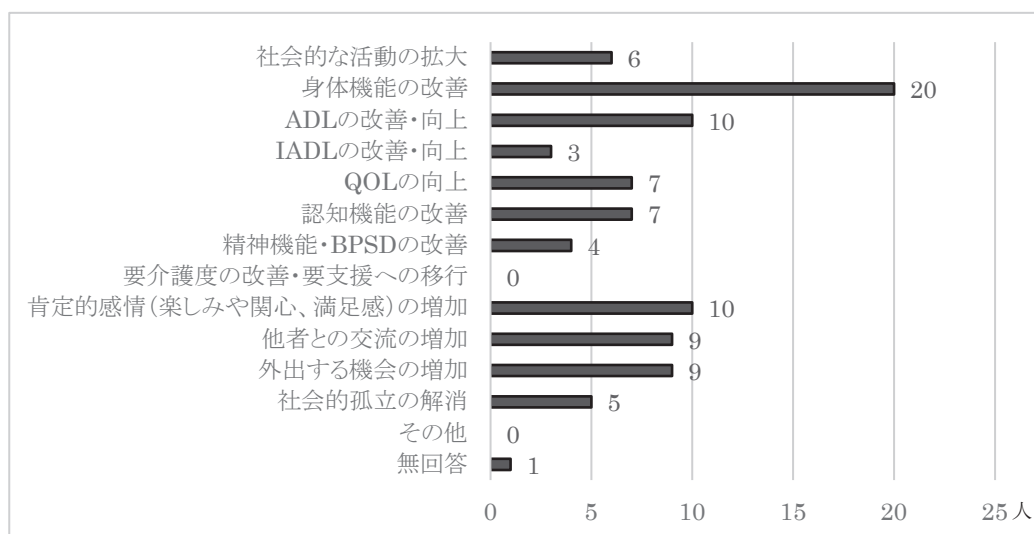


図 14 主な介入効果 (n=25、複数回答)

実際に介入を実施するにあたり、困難に感じたことや課題に感じたこと(自由記載内容を分類)

認知機能低下に伴い生活上に困難が生じた

- ・ 薬の飲み忘れや飲み間違えが多く、家族と共に工夫してカレンダー等導入したが、なかなか取り入れが難しく、独居生活での薬の管理方法に困難を感じた。
- ・ 高血圧症があるが、適切に降圧剤が服用できていなかった。
- ・ 声かけが必要であり、生活リズムとして汎化できていなかった。

本人の意欲を高め、維持することが難しい

- ・ 状態を上げた後の、本人の気持ちを上げることが難しいと感じた。
- ・ 在宅の頃からあまり外に出ない方であったため、デイケア等のサービスを実際利用するための本人へのアプローチが困難であった。
- ・ 自己効力感の低下などが見られる方に対して、社会参加活動を意欲的に行うための難易度調整、心理面に配慮した声かけを行うことが難しいと感じた。
- ・ 長い間独居生活を送っており、施設サービスの利用に消極的であった。
- ・ 本人の意欲の維持することが難しい。

周囲の理解が得られにくい

- ・ 周囲(一般の方)の理解が得られない。
- ・ 家族の協力、理解が得られない。
- ・ 主介護者の認知症に対する理解が得られにくく、役割の再開や地域へ繋げることに難渋した(家族の理解、協力が得られにくい)。
- ・ 家族へ理解を得るための説明が困難に感じた。

物理的環境が制限されている

- ・ コロナ禍のため、外での活動への配慮が必要であった。
- ・ コロナの影響でコミュニティセンターの利用が一時休止になりその間外出機会が減ってしまった。
- ・ 施設入所中は社会参加の実際場面に介入することが困難な現状にある。

リハビリ時間を確保することが難しい

- ・ リハビリ時間も限られているため、他職種で共通の認識を持ち取り組むことが、効果的に介入が行えるかの大きな要因であると感じた。
- ・ 実際の社会参加場面への介入に割く時間がなかなか確保できない。
- ・ 社会参加活動への介入になかなか時間が割けない現状にある。

4. 社会参加活動を行わなかった理由（行ったことがないと回答した 92 名、図 8）

社会参加を行わなかった理由は、大項目では心身機能や認知症の疾患由来の問題が 80 名（87.0%）と最も多く、次いで活動や参加に関する問題が 74 名（80.4%）、周囲の環境に関する問題が 72 名（78.3%）であった。

小項目では、心身機能や認知症の疾患由来の問題では、症状が進行しており社会参加を実施するには難易度が高いため最も多く 55 名（68.8%）であった。活動や参加に関する問題では、ADL 維持や改善が中心であり社会参加の優先度が低いため最も多く 71 名（95.9%）であった。個人に関する問題では、本人に社会参加の希望がないが最も多く 41 名（66.1%）であった。周囲の環境に関する問題では、家族や周囲の希望が社会参加に関するものではないため最も多く 53 名（73.6%）であった。事業所に関する問題では、社会参加を実施する時間的余裕がないが最も多く 31 名（49.2%）であった。

今後の取り組む予定では 27 名（29.3%）が取り組む予定がある、または検討中と回答したが、57 名（62.0%）が予定はないと回答した。取り組み内容は、主に本人の社会参加に関する目標を引き出すこと、外出や地域交流などの社会参加の機会を提供する、地域との連携を進める等が分類された。

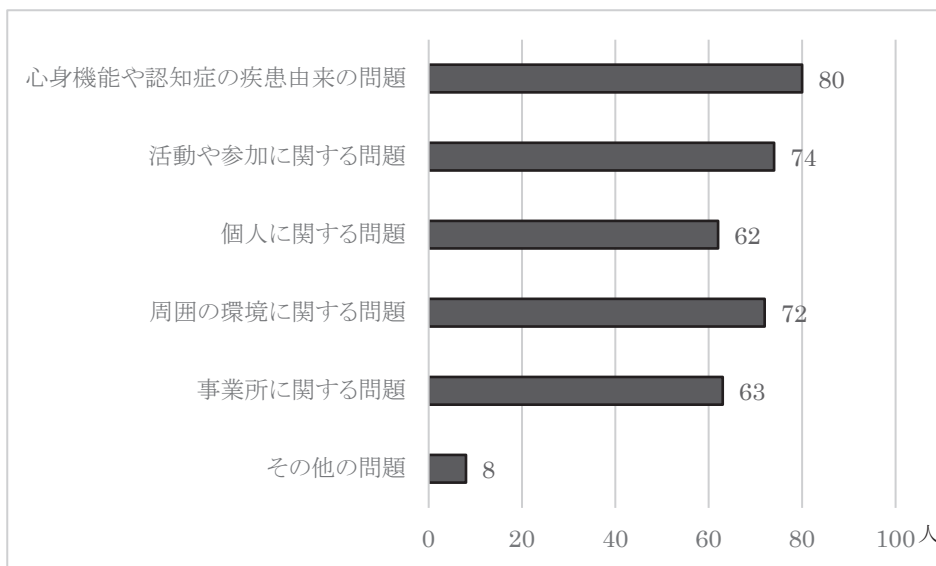


図 15 社会参加活動を行わなかった理由（行ったことがないと答えた 92 名、複数回答）

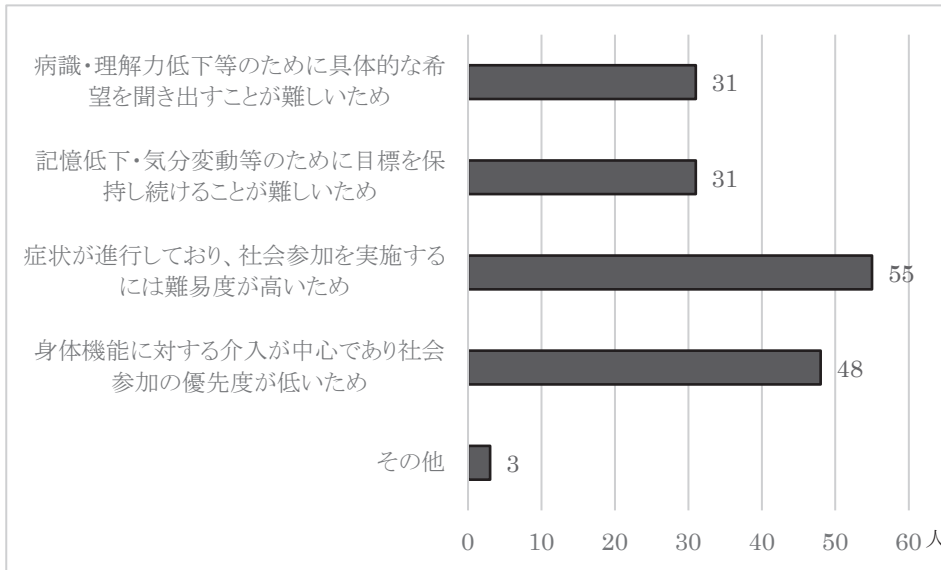


図 16 社会参加活動を行わなかった理由：心身機能や認知症の疾患由来の問題（選択した 80 名、複数回答）

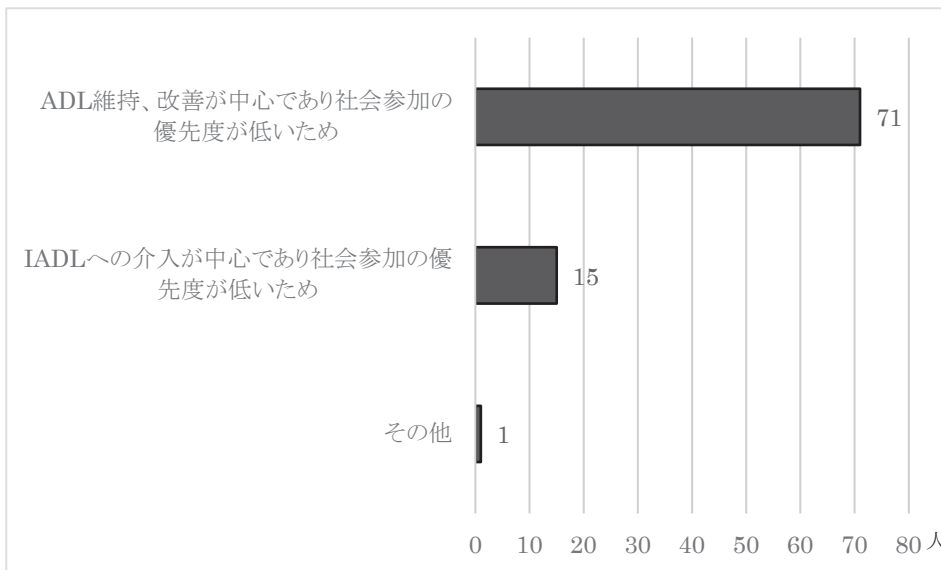


図 17 社会参加活動を行わなかった理由：活動や参加に関する問題（選択した 74 名、複数回答）

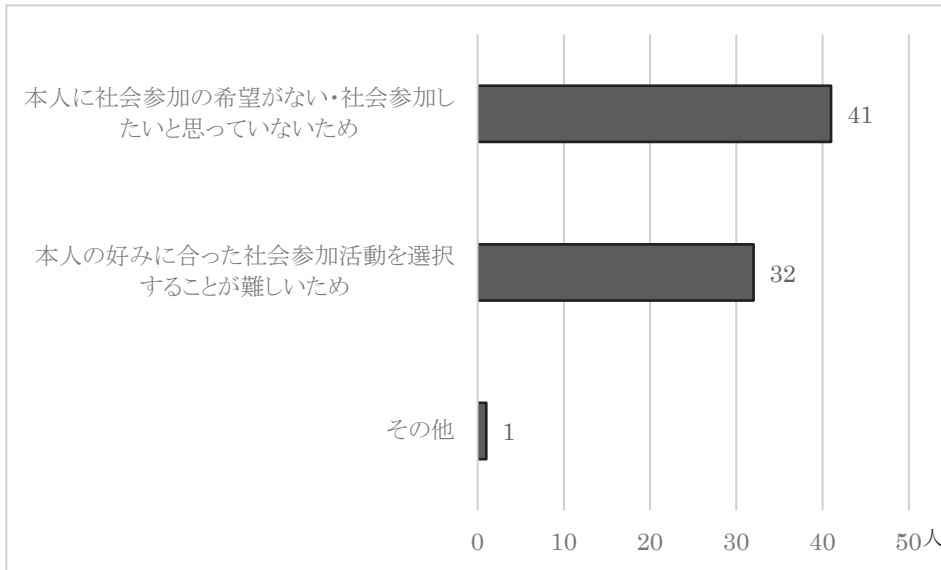


図 18 社会参加活動を行わなかった理由： 個人に関する問題（選択した 62 名、複数回答）

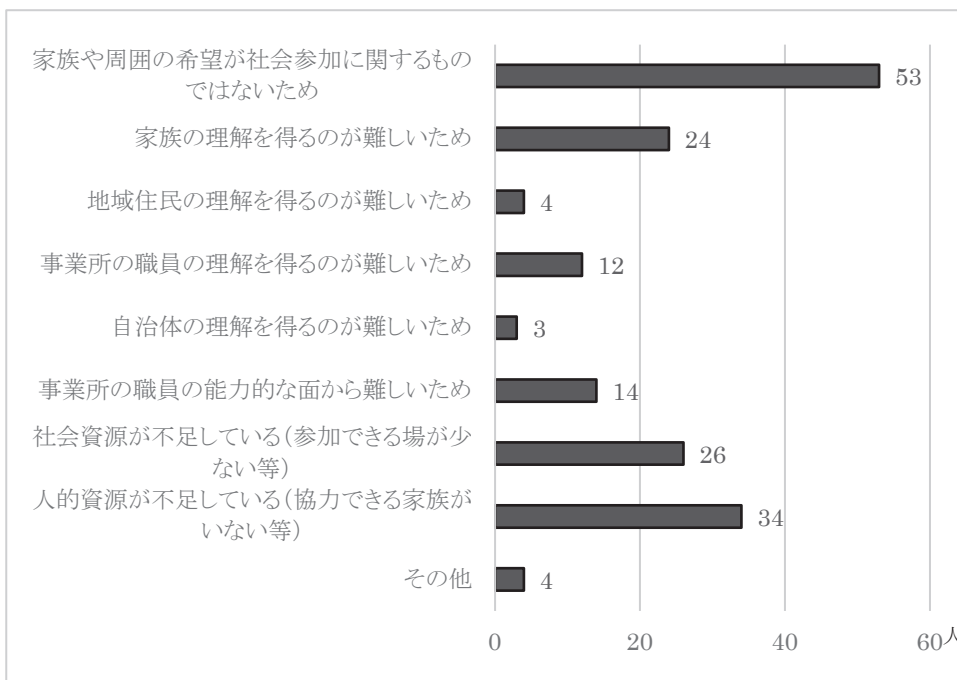


図 19 社会参加活動を行わなかった理由： 周囲の環境に関する問題（選択した 72 名、複数回答）

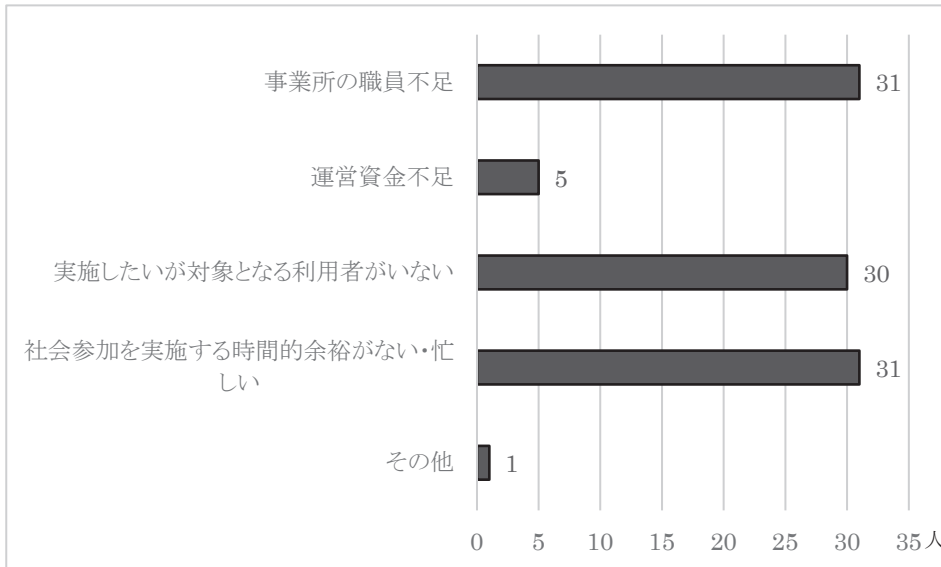


図 20 社会参加活動を行わなかった理由： 事業所に関する問題（選択した 63 名、複数回答）

その他の問題（自由記載から抜粋）

- ・ 地域と老健の連携が上手く取れていないことで、社会参加への道が狭くなっている。生活行為向上リハ加算等利用したいがハードルが高い(連携面、単位数、知識など)。
- ・ 身体的に中重度の方が多事業所では、その利用者への対応が優先されてしまう。

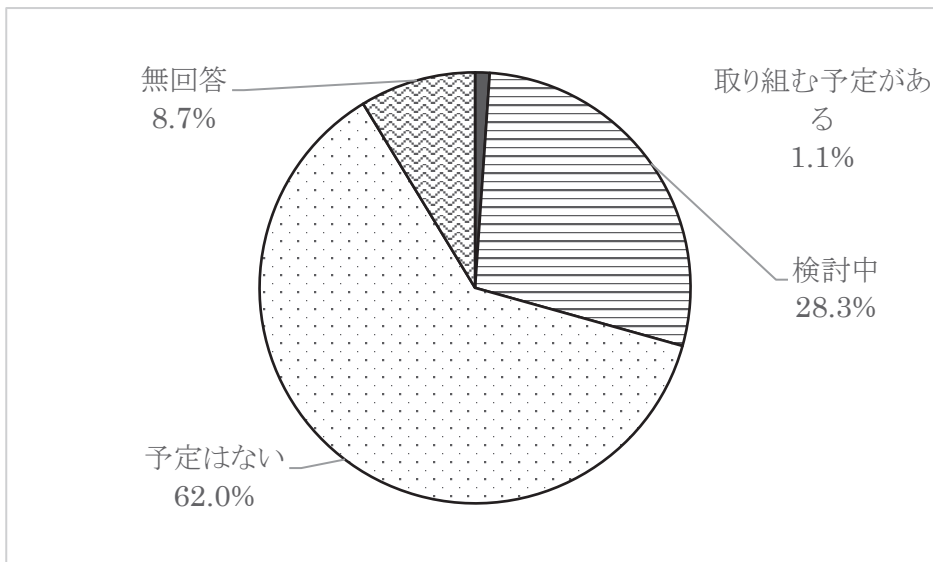


図 21 今後社会参加活動に取り組む予定はあるか（行ったことがないと答えた 92 名）

具体的予定、検討している活動(自由記載内容を分類)

本人の社会参加に関する目標を引き出す

- ・ 身体面や日常生活活動面でのニーズが多いので、その先の何がしたいか目的をしっかりと聴取する。
- ・ 利用開始時の面談に参加することで、リハビリ職がニーズの把握を行う。

外出や地域交流などの社会参加の機会を提供する

- ・ コロナ関連の制限の解消後は、地域交流を再開する予定である。
- ・ 社会参加の優先度が高く、なおかつ自立度が高い患者(利用者)が増えれば全体として集団で行う。
- ・ 地域のサロンへの参加を提供する。
- ・ 施設内だけでなく、生活行為向上加算等を使いながら、外へ出る機会を増やし地域との接点を作っていく。
- ・ 入所の方は退所後に認知症カフェへの参加を促し、在宅の方へは認知症カフェへの参加を促す。
- ・ 独居の方などが在宅復帰される場合に、買い物などを支援する。
- ・ 老人会や旧友などとの外出の機会の獲得など、実施機会があれば実施する。
- ・ 買い物を検討している。
- ・ 家人と近所のスーパー等へ買い物に行けるとよいと考えている。
- ・ 感染状況に合わせながら近隣への外出等できたらと考えている。
- ・ 認知症カフェの開設を検討している。
- ・ 施設内に NPO を設立していく事を検討している。

地域との連携を進める

- ・ 自治体、社協との連携を進める。
- ・ 区役所の福祉課や他事業所と連携をとり、問題点の共有や改善に向けて話し合いの場などを作っている。
- ・ 介護サービスだけでなく、インフォーマルなサービスを通して社会との繋がりを持っていけるように、その地域や自治体でのインフォーマルサービスを把握して、対象者に合うサービスを本人、家族と話し合う。

IV. 考察

2018年の厚生労働省の通知により介護保険サービス事業所での認知症の人に対する社会参加活動が推進されるようになった。しかし2019年の当センターの調査では3割の事業所が活動を行っておらず、その理由として「人員不足」や「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」ことが焦点化され、事業所での社会参加活動の推進を阻害する要因として考えられた。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あった活動を選択する必要がある。作業療法士とは作業活動を通して人々の健康と幸福な生活の推進に関わる専門職であり、主に医療保健福祉領域で治療・援助・指導を行っている。そこで本年度は、介護老人保健施設（以下、老健）で働く作業療法士を対象に、施設で行われている認知症の人に向けた社会参加活動の種類や内容を把握することを目的に、アンケート調査を実施した。

老健では2018年から在宅復帰・在宅療養支援を推進するため施設区分が細分化され、複数の基準により超強化型から基本型までの5段階に区分されている¹⁾。加算型以上の3区分の施設において、地域貢献活動としてリハビリ等専門職により、地域に貢献する活動を行うように定められている。本研究では、回答した7割以上の施設が「行ったことがある」とし、活動内容は「地域への出前講座(57%)」が最も多く、2018年全国老人保健施設協会による調査と類似した結果となった²⁾。その中でリハビリ職は「講師として派遣」される割合が最も高く、地域での健康運動や介護予防教室への積極的な参画が明らかとなった。対照的に、「地域住民の相談拠点(20%)」や「認知症カフェ以外の地域住民の集まりの場の提供(12%)」は少ない結果となった。リハビリ職としては、介護予防教室での講師としての役割だけではなく、家族や地域住民を対象に認知症の人への支援方法の相談等の社会貢献活動も進めていく必要があると考えられた。

次に社会参加活動を目標にしたリハビリ介入について述べる。認知症の人に対する社会参加活動へのリハビリ介入を「行ったことがある」と回答した人は全体の16%(17名、25事例)のみであり、8割以上の回答者が社会参加を目標にした介入を行ったことがなかった。「行ったことがある」と回答した者のうち5名は複数の介入事例を記載していることから、多くの施設では社会参加活動を行っていない反面、一部の施設では積極的な社会参加活動が実施されている可能性が示唆され、施設によりリハビリ介入内容の違いが大きい可能性が考えられた。

事例の診断病型はアルツハイマー型が最も多く(44%)、脳血管性認知症(12%)やレビー小体型認知症(8%)、軽度認知障害(12%)が続いた。要介護状態は最頻値が要介護2であるが、要支援1から要介護5まで全ての区分がみられた。このことから、診断病型や介護度に関わらず、社会参加活動を実施することは可能であることが示唆される。しかし、生活自立度はJ1からB2までに留まったことから、寝たきり(C1～C2)の対象者の社会参加活動は困難であると示唆される。認知症の程度に関しても、Ⅲa(日中を中心とした症状・行動)までに留まり、Ⅲb(夜間を中心とした症状・行動)より重度ではみられなかった。夜間のBPSDは不眠を引き起こし日中の活動への悪影響がある。前野ら(2018)は、BPSDが重度なほど総睡眠時間が少なく、睡眠バランスが崩れていると報告しており³⁾、社会参加活動を実施する上では睡眠障害を踏まえた概日リズムの安定性も関係している可能性が考えられた。これらのことから社会参加活動の実施は、診断病型や介護度に関わらないものの、寝たきりや重度の周辺症状がみられる対象者には困難であり、実施するには一定の機能的自立が保たれている必要があると考えられた。

目標にされた社会参加活動は計 19 種類抽出され、橋本ら(1997)による社会参加活動の分類を用いて分けた。その結果、個人的活動が 14 種類(入所 4 名、通所・訪問 10 名)、社会的活動が 5 種類(入所 4 名、通所・訪問 1 名)に分けられた⁴⁾。活動内容は個人的活動が多く、通所や訪問の利用者を対象に周囲との交流や外出を目標としたリハビリ介入が行われていた(例:畑仕事を再開し近所の人と交流する、家族とスーパーへ買い物する)。しかし、入所の利用者では社会的活動が多く、レクリエーション準備運営などの役割的活動が挙げられていたことから、施設内外に関わらず活動を実施できる場を設定することによって、認知症の人が役割を持った社会参加を実施することが可能であると考えられた。個別リハビリでは、対象者の今までの生活や今後の希望を聴取し、その人にとって重要な社会参加活動を見つけ進めることが重要である。また、今後認知症の人の社会参加を促進するためには、施設内だけでの限定的な介入ではなく、在宅復帰後の社会生活まで想定し、家族や地域の人との交流を促進するようなアプローチも重要であると考えられた。

目標選択には「聴取・面接(96%)」が最も多く、「興味関心チェックシート(68%)」や「生活行為向上マネジメント(16%)」といった質問紙を用いた評価ツールも併用して用いられていた。また、多くの事例で導入時に介護職員(76%)や家族(76%)と連携していた。谷川ら(2017)は興味関心チェックシートの停滞点として対象者の病識の低さと意欲低下を挙げ、家族や支援者からの聞き取りの重要性を提案している⁵⁾。Rolandら(2015)は対象者と介護者の双方にとって重要な活動を共有し、支援を提供することが効果的であると説明している⁶⁾。これらのことから、認知症の人への社会参加活動目標の選択には、興味関心チェックシート等の簡易的な質問紙を用いることが有用であるが、対象者だけでなく家族や支援者への聴取を通した双方向的な評価が重要であると考えられた。現在、対象者と支援者双方の視点からの簡便な目標選択ツールはほとんどなく、今後必要性が高まることが示唆される。

評価・介入では、認知機能を中心に身体機能や応用動作、活動や参加と行った機能面で包括的な評価・介入がされていた。一方、6割以上の事例で物的環境(68%)や人的環境(64%)の評価が実施されているのに対し、それらへの介入はそれぞれ 40%、28%に留まった。介入時に連携した関係者では介護職員が 72%、家族が 56%を占めていたのに対し、実施上の困難や課題では周囲の理解不足といった環境要因について挙げられていたことから、社会参加活動を進めていく上で環境へのアプローチは重要であるが十分に実施できていない可能性があると考えられた。高見ら(2011)は、認知症高齢者と家族介護者の両者へ相互理解を促進するプログラムを実施した結果、家族介護者の知識だけでなく行動特性への理解や対応を導いた⁷⁾。丸尾ら(2012)は地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムにより、認知症への否定的なイメージを改善し、正しい理解を促進することができたと報告している⁸⁾。このことから、環境へのアプローチとして家族教室や地域への理解促進プログラムを通して、疾患や介護方法の知識獲得だけでなく、社会参加活動やその支援への理解を促すことが重要であると考えられた。また、上記プログラムは看護師や介護福祉士、社会福祉士が中心となり実施されていたが、社会参加活動を促進する専門家としての作業療法士の関わりも必要であると考えられた。

回答者の 16%が社会参加活動を実施したことがある一方で、8割以上の回答者が社会参加活動へのリハビリ介入を実施したことがないと回答した。行わなかった理由として、大項目では「心身機能や認知症の疾患由来の問題(87%)」が最も多く、「活動や参加に関する問題(80%)」、「周囲の環境に関する問題(78%)」が続いた。小項目では「ADL維持、改善が中心であり社会参加の優先度が低いため(77%)」が最も多く、「症状が進行しており、社会参加を実施するには難易度が高い

ため(60%)」、「家族や周囲の希望が社会参加に関するものではないため(58%)」が続いた。2019年全国老人保健施設協会の調査によると、認知症高齢者の入所目的は「在宅復帰を目指したリハビリを行うため(41%)」が最も多く、個別リハビリの重視項目では「認知・身体機能の維持・向上(介入期間の63%)」を最重要視していると報告している⁹⁾。対して「利用者の興味・関心等を考慮し、リハの参加促進等(介入期間の8.1%)」は非常に少ない割合であった。これらのことから、老健での社会参加活動に向けたリハビリ介入は、疾患由来の問題により難易度が高く実施困難であるため、家族等の希望が社会参加に関するものではなく身体面、ADL面への介入が優先され、社会参加活動が十分に行われていないと考えられた。しかし、社会参加活動は在宅復帰後にも重要となる活動である。Sorensenら(2008)は在宅のアルツハイマー型認知症の人を対象に、低い社会参加(社会的孤立)が認知症の進行に影響がある可能性があるとして指摘している¹⁰⁾。社会参加に向けた介入と認知症への効果に関する報告は未だないが、老健の特性として在宅復帰を推進する中で、復帰後の社会生活まで想定したリハビリを展開していく必要があると考えられた。

今回は、介護老人保健施設の作業療法士を対象とした社会参加活動を目標にしたリハビリ介入の実施状況を把握することを目標に調査を実施した。老健における社会参加活動は全体の2割程度しか実施されていない現状が明らかとなったが、実施されていた施設では診断病型や要介護度に関わらず多様な社会参加活動が選択されていた。リハビリでは対象者にとって重要な活動を選択し個別に関わるオーダーメイドな介入が求められている。ただ在宅復帰のための機能向上を目標にした介入をするのではなく、在宅復帰後まで想定し、その人が地域の中で家族や友人と交流し社会の中で役割を持って生活することができるような支援へと展開していく必要があると考えられる。しかしながら老健での個別リハビリは1回20分であり、対象者数も多く社会参加活動を実施するための十分な時間、人員が当てられていないのが現状である。効果的な社会参加活動を実施するためには本人にとって重要な活動を選択するために評価から介入まで一貫した体系的な介入プログラムが必要であると考えられる。今後は、得られた結果を活用し、効果的なリハビリ介入プログラムを開発するとともに、リハビリに限らず認知症の人が積極的に社会参加活動を実施するための支援方策について検討していく予定である。

V. まとめ

老健での社会参加活動には、周囲との交流や外出といった個人的活動や、レクリエーションの準備運営といった社会的活動が挙げられた。どの活動であっても、活動できる場を設定し、難易度調整をすることによって、診断病型や要介護度、利用形態に関わらず社会参加活動を実施することができることが明らかになった。しかし、目標設定や介入を実施するためには家族や地域の協力が重要である。評価介入時には家族や支援者の協力を促し、社会貢献活動で地域への啓蒙活動を進めるなど、認知症の人を中心に地域一体となった支援を促進していくことが求められる。現状老健のリハビリでは、対象者の機能的側面に焦点が当てられた介入が中心であるが、在宅復帰後の社会生活を想定した社会参加活動の取り組みを促進していく必要がある。

今後は、今回得られた結果を踏まえて、認知症の人が積極的に社会参加活動を実施していくための効果的なリハビリプログラムの開発や効果検証等を行う予定である。

VI. 参考文献

1. 厚生労働省. 平成 30 年度介護報酬改定について. 2018.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000196994.pdf>
2. 公益社団法人 全国老人保健施設協会. 介護老人保健施設の目的を踏まえた施設のあり方に関する調査研究事業 報告書. 2018
3. 前野里子, 田淵康子, 松永由理子他. 認知機能障害のある高齢者における夜間睡眠の実態と ADL 及び BPSD との関連. 老年看護学. 22(2):31-39. 2018
4. 橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子他. 高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衛誌. 44(10):760-768. 1997
5. 谷川良博, 元田真一, 堀田牧他. 認知症領域における生活行為向上マネジメント実践の課題. 健康科学と人間形成. 3(1):49-56. 2017
6. Roland KP et al. Meaningful activity for persons with dementia: Family caregiver perspectives. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 30(6):559-568. 2015.
7. 高見美保, 水谷信子. 認知症高齢者と家族介護者が関わりあう際に生じる困難に対する看護介入の開発 —介入プログラムの作成と実践—. 老年看護学. 15(2):36-43. 2011
8. 丸尾智美, 河野あゆみ. 地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムの試み —プログラム実施前後の質問紙調査による評価—. 日本地域看護学会誌. 15(1):52-60. 2012
9. 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
10. Sorensen L et al. Social participation in home-living patients with mild Alzheimer's disease. Arch Gerontol Geriatr. 47(3):291-301. 2008

介護老人保健施設での認知症の方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調査

<本調査の目的>

2018年に厚生労働省は、若年性認知症の方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。

大府センターでは2019年にデイサービス等介護保険サービス事業を対象に、認知症の方の社会参加活動の実態に関する調査を行いました。実際3割の事業所が社会参加活動を行っておらず、また、実施上の課題として「認知症の症状にあ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」といった要因が挙げられました。

そこで、本調査では、介護老人保健施設で働く作業療法士を対象とし認知症の方への社会参加を促すリハビリテーションの実態を把握することを目的とします。これにより、多くの事業所が様々な社会参加活動を行う場合の支援内容や方法について考えることができ、介護サービスの拡大が期待できます。さらに、認知症の方が生きがいを持った生活や社会参加における多様な場の確保等が期待でき、地域包括ケアや共生社会に貢献できるものと考えます。

ご多忙と存じますが、何卒ご協力の程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。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：10月25日（月）

【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、山下、工藤）
電話番号：0562-44-5551 FAX：0562-44-5831

Ⅱ. 貴施設で行っている地域貢献活動についてお伺いします。

Q3 貴施設の施設区分について、該当する番号一つに○をつけてください。

1. 超強化型 2. 在宅強化型 3. 加算型 4. 基本型
5. その他 ()

Q4 貴施設では地域貢献活動を行っていますか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. 現在行っている → Q 5、6へ
2. 以前行っていたが、現在行っていない → Q 5、6へ
3. 一度も行ったことがない → 5ページQ 10、11へ

Q5 (Q4で「1. 現在行っている」または「2. 以前行っていたが、現在行っていない」とお答えした方にお伺いします)
貴施設で行っている(行っていた)地域貢献活動について、あてはまる番号に○をつけてください。

地域貢献活動の内容	1. 現在行っている	2. 以前行っていた	3. 行ったことがない
1. 地域への出前講座	1	2	3
2. 事業所内での住民教室	1	2	3
3. 地域住民の相談拠点	1	2	3
4. 認知症カフェの開催	1	2	3
5. 認知症カフェ以外の地域住民の集まりの場の提供	1	2	3
6. 災害時の地域拠点としての準備・体制づくり	1	2	3
7. 地域住民が運営している通いの場への職員の訪問・派遣	1	2	3
8. 民生委員との組織的な連携・協働	1	2	3
9. ボランティアとの連携・協働	1	2	3
10. その他(具体的:)			

Q6 (Q4で「1. 現在行っている」または「2. 以前行っていたが、現在行っていない」とお答えした方にお伺いします)
貴施設で行っている(行っていた)地域貢献活動の実施に関して、リハビリ職の関わりはありましたか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. 現在関わっている → 次ページQ7へ
2. 以前は関わっていたが、現在関わっていない → 次ページ Q7へ
3. 一度も関わったことがない → 次ページQ8、9へ

Q7 (Q6で「1. 現在関わっている」または「2. 以前は関わっていたが、現在関わっていない」とお答えした方にお伺いします)

具体的にどのリハビリ職が、どのような関わりをしましたか。その内容について、あてはまるすべての項目□にシ点を付けて、それぞれ当てはまる番号に○をつけてください(複数回答可)

作業療法士

- | | | | |
|------------|---------|-------|------------|
| 1. 講師として派遣 | 2. 企画立案 | 3. 運営 | 4. 相談対応・助言 |
| 5. その他 (| | |) |

理学療法士

- | | | | |
|------------|---------|-------|------------|
| 1. 講師として派遣 | 2. 企画立案 | 3. 運営 | 4. 相談対応・助言 |
| 5. その他 (| | |) |

言語聴覚士

- | | | | |
|------------|---------|-------|------------|
| 1. 講師として派遣 | 2. 企画立案 | 3. 運営 | 4. 相談対応・助言 |
| 5. その他 (| | |) |

→ 6 ページ Ⅲ. にお進み下さい

Q8 (Q6で「3. 一度も関わったことがない」とお答えした方にお伺いします)

なぜ関わっていないか、あてはまるすべての番号に○をつけてください(複数回答可)

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 人員不足 | 2. 時間がない |
| 3. 資金が不足している | 4. 貴事業所の職員から理解が得られない |
| 5. 自治体から理解が得られない | 6. 地域住民から理解が得られない |
| 7. 家族から理解が得られない | 8. 利用者から理解が得られない |
| 9. 職員の能力が不足している | |
| 10. その他 (|) |

Q9 (Q6で「3. 一度も関わったことがない」とお答えした方にお伺いします)

今後、貴施設の地域貢献活動にリハビリ職が関わる予定はありますか? あてはまる番号一つに○をつけてください

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 関わる予定 | 2. 検討中 | 3. 予定はない |
|----------|--------|----------|

→ 6 ページ Ⅲ. にお進み下さい

Q10 (Q4で「3. 一度も行ったことがない」とお答えした方にお伺いします)

なぜ行っていないか、あてはまるすべての番号に○をつけてください(複数回答可)

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. 人員不足 | 2. 時間がない |
| 3. 資金が不足している | 4. 貴事業所の職員から理解が得られない |
| 5. 自治体から理解が得られない | 6. 地域住民から理解が得られない |
| 7. 家族から理解が得られない | 8. 利用者から理解が得られない |
| 9. 職員の能力が不足している | |
| 10. その他 () | |

Q11 (Q4で「3. 一度も行ったことがない」とお答えした方にお伺いします)

今後、貴事業所で社会貢献活動を実施する予定はありますか?あてはまる番号一つに○をつけてください

- | | | |
|---------|--------|----------|
| 1. 実施予定 | 2. 検討中 | 3. 予定はない |
|---------|--------|----------|

→ 6 ページ Ⅲ. にお進み下さい

Ⅲ. 貴施設での認知症の方に対する社会参加活動へのリハビリテーション介入の実施状況についてお伺いします。

本項は前項までの回答者に限らず、貴施設のどの作業療法士の方に答えていただいても構いません。

Q12 今までに認知症の方に対して社会参加（※）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 → Q13へ 2. ない → 22ページ Q14、15へ

（※）本調査における社会参加とは、下記の表においてLevasseurらによる分類のレベル3以上、橋本らによる分類の個人的活動以上の項目を指しています。（赤枠）

Levasseurら(2010)		橋本ら(1997)	
分類	内容(括弧内は具体例)	分類	具体的項目
レベル1	他者とつながる準備段階として、一人で 行っている日常の活動 (ADL、IADL、一人でのテレビ視聴等)		
レベル2	直接的な接触はないが、他者が周囲に いる活動(近隣の散歩等)		
レベル3	他者との社会的接触はあるが、特定の活 動と一緒にしているわけではない (支払いのための店員との接触等)	個人的 活動	①近所づきあい、②近所での買い物、③デ パート、④近くの友人訪問、⑤遠くの友人訪 問、⑥国内旅行、⑦海外旅行、⑧お寺参 り、⑨スポーツ、⑩レクリエーション
レベル4	共通の目標のため、他者と共同して活動す る(テニスなど、大半のレクリエーション活 動)	学習的 活動	①老人学級、②カルチャーセンター、③市 民講座、④シルバー人材センター
レベル5	特定の個人や集団を助ける活動 (介護・育児、ボランティア等)	社会的 活動	①地域行事、②町内会活動、③老人会活 動、④趣味の会の活動、⑤奉仕活動、⑥特 技などの伝承活動
レベル6	より幅広い社会に貢献する市民活動(政治 組織への参加等)		
		仕事	

参考：「介護予防につながる社会参加等の事例の分析と一般介護予防事業へつなげるための実践的手法に関する調査研究事業 報告書」東京都健康長寿医療センター(2018)より転載

<参考例>

○ 社会参加に含まれます

- ・ 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
- ・ 地域の友人と外食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

× 社会参加に含まれません

- ・ ADL維持のために歩行練習を行った
- ・ 施設内で安心して暮らすためにグループで趣味活動を行った
- ・ 趣味の散歩を続けるために屋外歩行練習を実施した
- ・ 施設内での楽しみ、周囲との交流を目的としてレクリエーションを行った

Q13 (Q12で「1. ある」とお答えした方にお伺いします)

社会参加を目標にリハビリ介入した各事例についてお聞きします。各事例への介入の詳細についてお答えください。(最大3事例)。回答される方は複数でも構いません。可能な限り多くの事例の記入をお願いします。

事例 1

I 導入時の対象者の属性について

支援開始時期	西暦_____年	性別	1. 男性	2. 女性	年齢	_____歳						
支援区分	要支援		1	2	要介護		1	2	3	4	5	
診断名	1. アルツハイマー型認知症 (アルツハイマー病)		2. (脳) 血管性認知症		3. レビー小体型認知症		4. 前頭側頭型認知症 (ピック病)		5. 軽度認知障害		6. その他の認知症	
生活自立度 ※ 1つに○	1. (J1) 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、交通機関等を利用して外出できる。		2. (J2) 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており、隣近所なら外出できる。		3. (A1) 屋内での生活は概ね自立しているが、介助により、比較的多く外出することができる。		4. (A2) 屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている		5. (B1) 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う		6. (B2) 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、介助により車椅子に移乗する	
	7. (C1) 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力で寝返りをうつ		8. (C2) 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力では寝返りもうてない		9. その他 ()		10. 不明					

次ページに続きます

C. 導入するにあたり、どの評価を用いましたか。当てはまる項目および番号に○をつけてください（複数回答可）。

1. 全般的評価尺度
 1. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
 2. その他 ()
2. 身体機能評価
 1. 関節可動域 (ROM)
 2. 筋力 (握力、MMT等)
 3. 6分間歩行テスト
 4. Timed Up and Goテスト
 5. Berg Balance Scale
 6. Functional Reach Test
 7. その他 ()
3. 認知機能評価
 1. Mini Mental State Examination (MMSE)
 2. 長谷川式認知症スケール (HDS-R)
 3. 注意機能(Trail Making Test等)
 4. その他 ()
4. 基本・応用動作分析
 1. 起居動作分析
 2. 移乗動作
 3. 歩行動作分析
 4. 日常生活動作分析
 5. その他 ()
5. 活動と参加
 1. N-ADLスケール
 2. Barthel Index (BI)
 3. Functional Independence Measure (FIM)
 4. Clinical Dementia Rating (CDR)
 5. Frenchay Activities Index (FAI)
 6. LawtonのIADL尺度
 7. その他 ()
6. 生活行為向上マネジメントシート
7. 作業分析・工程分析
 1. The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
 2. その他 ()
8. 物的環境の評価 (住環境等)
9. 人的環境の評価 (友人や援助者、地域との関わり)
10. その他の評価 ()

次ページに続きます

IVリハビリ介入の効果と課題について

I. 介入効果について、主にどのような効果がみられましたか。当てはまる番号に○をつけてください（複数回答可）。

- | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------|
| 1. 社会的な活動の拡大 | 2. 身体機能の改善 | 3. ADLの改善・向上 |
| 4. IADLの改善・向上 | 5. QOLの向上 | 6. 認知機能の改善 |
| 7. 精神機能・BPSDの改善 | 8. 要介護度改善・要支援への移行 | |
| 9. 肯定的感情（楽しみや関心、満足感）の増加 | 10. 他者との交流の増加 | |
| 11. 外出する機会の増加 | 12. 社会的孤立の解消 | |
| 13. その他（ | | ） |

J. 実際に社会参加活動への介入を実施するにあたり、困難に感じたことや課題に感じたことがあれば記入してください。

3事例分の記入欄があります。全ての事例の記入を終えられた方は24ページIV. にお進みください

事例1と同様の形式で事例2、事例3を記載（中略、12～21ページ）

Q14 (Q12で「2. ない」とお答えした方にお伺いします)

社会参加活動を行わなかった理由はなぜですか。当てはまる全ての項目□にシ点を付けて、それぞれ当てはまる番号に○をつけてください(複数回答)。

心身機能や認知症の疾患由来の問題

1. 病識・理解力低下等のために具体的な希望を聞き出すことが難しいため
2. 記憶低下・気分変動等のために目標を保持し続けることが難しいため
3. 症状が進行しており、社会参加を実施するには難易度が高いため
4. 身体機能に対する介入が中心であり社会参加の優先度が低いため
5. その他 ()

活動や参加に関する問題

1. ADL維持、改善が中心であり社会参加の優先度が低いため
2. IADLへの介入が中心であり社会参加の優先度が低いため
3. その他 ()

個人に関する問題

1. 本人に社会参加の希望がない・社会参加したいと思っていないため
2. 本人の好みに合った社会参加活動を選択することが難しいため
3. その他 ()

周囲の環境に関する問題

1. 家族や周囲の希望が社会参加に関するものではないため
2. 家族の理解を得るのが難しいため
3. 地域住民の理解を得るのが難しいため
4. 事業所の職員の理解を得るのが難しいため
5. 自治体の理解を得るのが難しいため
6. 事業所の職員の能力的な面から難しいため
7. 社会的資源が不足している(参加できる場が少ない・支援機関が少ない等)
8. 人的資源が不足している(協力できる家族がない等)
9. その他 ()

次ページに続きます

事業所に関する問題

- | | | |
|--------------------------|-----------|-----------------------|
| 1. 事業所の職員不足 | 2. 運営資金不足 | 3. 実施したいが対象となる利用者がいない |
| 4. 社会参加を実施する時間的余裕がない・忙しい | | |
| 5. その他 (| |) |

その他の問題

(自由記載)

Q15 (Q12で「2. ない」とお答えした方にお伺いします)

今後社会参加に取り組む予定はありますか。当てはまる番号に○をつけてください。

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. 取り組む予定がある | → Q16へ |
| 2. 検討中 | → Q16へ |
| 3. 予定はない | → 次ページIV. にお進みください |

Q16 具体的にどのような活動を予定、検討していますか。わかる範囲で記入してください。

[

→ 次ページ IV. にお進み下さい

IV. 認知症の方の社会参加を促すリハビリテーション実施についてお伺いします。

Q 17 全体として、今後認知症の方の社会参加を推進していくためにはリハビリ職としてどのように関わり、どのような役割を果たしていく必要があると思いますか。何か意見がございましたらご自由にご記入ください。

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 支援ツールの有効性に関する研究

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の有効性に関する研究

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）
分担研究者 山下 英美（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（神戸高齢者総合ケアセンター真愛）
分見 民雄（福井県立すこやかシルバー病院）
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）
江尻 勇輝（社会福祉法人 宣長康久会）

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、課題解決に向けて計画を立て、調査や取り組みを行い評価するという「研究活動」を実践していくことが重要である。しかし、教育的な背景や慢性的な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。

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、令和元年度より介護現場における活動を支援するため法人内連携プロジェクトを立ち上げ、研究活動の支援を行っている。昨年度は、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）を作成し、同法人内にある介護老人保健施設にて支援ツールに基づき研究活動を実践してもらい、「支援ツール」を完成させる予定であった。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響により施設内研究が中止となり、「支援ツール」は一部未完成となっており、その結果、事業所において研究活動を実践する上での「支援ツール」の有効性について検証できていない課題がある。

以上のことから、本研究では、昨年度に引き続き、ケア実践者が主体となり実践現場の中で研究活動を実践することが出来るための「支援ツール」の開発を行い、事業所において研究活動を実践する上での有効性について検証することを目的とする。

II. 本研究の意義

本研究の意義については、以下の3点である。

第1に「支援ツール」を用いて研究活動を実践することで、実践現場における研究活動の一連の流れが身に付き、研究的視点をもって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、継続的に実践現場の中で研究活動を実施できるようになる。第3に、「支援ツール」を用いての研究活動を通じて、事業所全体で課題に向き合い、解決に向け取り組むことで、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である。

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 大府センター内に企画委員会を設置し、「支援ツール」の枠組みについて検討する。

- ② 研究担当者3名と研究協力者5名からなる検討委員会を設置し、「支援ツール」の具体的内容について検討する。
- ③ 研究協力者が所属する事業所にて、作成した「支援ツール」を用いて研究活動を実践してもらう。(パイロット調査)
- 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」の有効性について検証する。

IV. 「支援ツール」の概要について

今回開発した「支援ツール」は、個人で事業所の課題を整理する部分（個人ワーク）と事業所のスタッフ同士で話し合い課題を整理する部分（グループワーク）の2本の柱から構成されている。以下、個人ワークとグループワークの内容と流れについて述べていくことにする。

○個人ワーク

- ① 日頃ケアを実践する中で感じている困りごとについて、「利用者へのケア」、「職員や利用者家族との関わり」、「職場環境」、「上記以外で困っていること」の4つの場面に分け、各場面3つずつ抽出する。
- ② ①で抽出した困りごとについて、「他のスタッフも同じように困っている」、「利用者も同じように困っている」、「施設として今すぐ取り組むべき困りごとである」、「取り組み期間の中で完結することができる」の4つ項目で、「とても思う、そう思う、あまり思わない、思わない」の4件法で評価し、自分自身が最も解決したいと思う困りごとを抽出する。

○グループワーク

- ① 個人ワークで整理した内容についてグループメンバー間で共有する。
- ② ①で共有した困りごとが「利用者」、「家族」、「職員」、「施設の環境」の視点から考えて、どのような要因が影響しているのか、困りごとが続いてしまうと、「利用者」、「家族」、「職員」、「施設全体」にどのような悪影響が生じてしまうのかについて話し合い、困りごとを焦点化していく。
- ③ ②で焦点化した困りごとについて、全体で何に困っているのかをメンバー間で話し合い、グループ全体で解決したい困りごとを検討する。
- ④ ③で検討した困りごとを解決してどのような状態になるといいのかについて、「利用者」、「家族」、「職員」、「施設全体」のそれぞれの視点で考え、全体での困りごとを解決した後の状態について検討する。
- ⑤ ③で検討した困りごとについて、「いつ、どこで、誰に、どのような時、何故」起きているのかについてメンバー間で話し合い検討する。
- ⑥ ⑤で検討した内容を考慮し、困りごとを解決した後の状態に向かうためにどのようなアイデアがあるのかについてメンバー間で話し合い検討する。
- ⑦ ⑥で検討したアイデアを取り組むための具体的な方法（取り組み内容、対象、期間、場所、方法、取り組みへの評価者、倫理的配慮）について、メンバー間で話し合い検討する。

V. 「支援ツール」の有効性の検証

1. 調査目的

「支援ツール」を活用して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」を用いて研究活動を実施することの効果と課題について検証することを目的とする。

2. 対象

「支援ツール」を活用して研究活動を実践した研究協力者 5 名を対象に構造化インタビューを実施した。

3. 調査内容

調査内容は、①「支援ツール活用の工夫・ポイント」、②「支援ツールを活用して良かった点・難しかった点」、③「支援ツールの改善点」についてである。

4. 分析方法

インタビューは録音し、逐語録を作成して分析した。データはまず、各質問に対して語られている部分を抜き出し、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、それぞれの逐語録で行った。その後、すべてのデータを合わせ、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、萱間（2010）の質的分析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、コードについては【】、逐語録の内容については<>で示すこととする。

5. 倫理的配慮

調査対象者に、本調査結果を研究目的以外に使用しないこと、インタビューを録音すること、個人は特定されずプライバシーは遵守されることを口頭にて説明し、同意を得た。

VI. 結果

1) 支援ツールの活用の工夫について（表 1）

分析の結果、支援ツールの活用の工夫を表す 3 カテゴリーと具体的な工夫の内容を表す 9 のサブカテゴリーが抽出された。

支援ツールの活用の工夫を表す 3 カテゴリーは、【ディスカッションの内容の視覚化】、【シートの書き方への配慮】、【グループワークへの配慮】であり、それぞれに具体的な工夫の内容のサブ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) ディスカッションの内容の視覚化

このカテゴリーは、グループメンバー間のディスカッションで出された内容について見える化するための工夫についてである。

①紙による視覚化

ディスカッションで出された情報を、紙面を使って見える化する工夫である。

＜一人一人に渡したので、情報量というか、自分が困っていることをそれぞれ書いてくるとすごい量になってきて、まとめるのが結構大変だった。そういう点もあって、誰かがまとめてみんなに見えるようにしないといけないので。ボードがなかったので紙に図式化するなり、みんなの言っていることを書いて、みんな情報共有しながらやった＞

② ホワイトボードによる視覚化

ディスカッションで出された情報を、ホワイトボードを使って見える化する工夫である。

＜項目に沿って進めていったんですけど、この紙(シート)を見ながらというよりは、ホワイトボードに書いたものを後でこっちに書き写すみたいな感じで進めていった＞

③ ナンバリングによる視覚化

ディスカッションで話す内容を、シートにナンバリングをして話しの展開が見える化する工夫である。

＜みんなで話し合うときには何らかの項目、印というのがあったほうがいいと思って。今どこの話をしているかというのがみんなで共有できないので、それぞれの話し合うべき項目に自分らでナンバーをつけて話し合った＞

(2) シートの書き方への配慮

このカテゴリーは、グループメンバーがシートに意見を書く際に配慮した具体的な工夫についてである。

① 言葉の置き換え

ツールの中で馴染みのない言葉について、分かりやすい言葉に置き換えて伝えるという配慮である。

＜言葉が分からないのが幾つかあった。なじみがない。研究とかなじみがない言葉があったので、「業務改善のための取り組みみたいに思ってくれてもいいです」みたいな言葉を置き換えながら説明をした＞

② 支援ツールに書く内容の不安を取り除く

支援ツールの中で書く内容が、決して他人を批判するものではなく、ケアをよくするためという部分について説明し、不安を取り除くという配慮である。

＜困っていることを書いていいのかというのを思っていたみたいです。批判することは、職員の人を非難するようなことになっても嫌やから、どうしたらいいのかみたいな感じだったので、「でも利用者さんのために今考えてやっていることだから、いいんだよ」という話をして。リーダーからも「全然、書いてくださいね」という声かけをしてもらった＞

③ シャベリながら書くことの提言

支援ツールに書く内容をまとめる際に、無理やり文章にするのではなく、話した言葉でそのまま書いてもらうという配慮である。

＜「シャベリながら書いていいか」と言うから、「内容は後で整理することができるから、シャベったままのシャベリ言葉で書いていいよ」と言った＞

(3) グループワークへの配慮

このカテゴリーは、グループワークを通じて支援ツールに書かれた内容を検討する際に配慮した具体的な工夫についてである。

①メンバー構成への配慮

支援ツールで検討する困りごとについて、取り組みを実行しやすいメンバーで構成するという配慮である。

＜一人一人新しいことをするとき、いきなり困っていることで書いてほしいと言ってもなかなか書けないと思うので、ちょっと経験のある職員にだけに絞った＞

②グループメンバー間の合意

支援ツールで検討した困りごとについて、メンバー間で合意をした上で実行できるようにするための配慮である。

＜実行に移してもらわなければただの話し合いになってしまう。合意した上で実行に移せるところまでしっかりと腑に落とせたのかどうかというところに、一番時間をかけた＞

③時間帯の工夫

支援ツールを使って取り組みを検討する際に、グループメンバー全員で話し合いができるようにするための配慮である。

＜どうやったらできるだろうというのをユニットの中で話し合っていたんですよ。それで勤務時間帯をずらして、意向確認ができるように工夫をした＞

表 1 支援ツールの活用の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー
ディスカッションの内容 の視覚化	1<紙による視覚化>
	2<ホワイトボードによる視覚化>
	3<ナンバリングによる視覚化>
シートの書き方への配慮	1<言葉の置き換え>
	2<シートに書く内容の不安を取り除く>
	3<しゃべりながら書くことへの提言>
グループワークへの配慮	1<メンバー構成への配慮>
	2<グループメンバー間の合意>
	3<時間帯の工夫>

2) 支援ツールを活用して研究活動して良かった点 (表 2)

分析の結果、支援ツールを活用して研究活動して良かった点を表す 5 カテゴリーと具体的に良かった点の内容を表す 8 のサブカテゴリーが抽出された。

支援ツールを活用して研究活動して良かった点を表す 5 カテゴリーは、【考え・思いの共有】、【思考の展開】、【時間の短縮】、【内容の確認】、【課題の明確化】であり、それぞれに具体的に良かった点の内容のサブ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) 考え・思いの共有

このカテゴリーは、支援ツールを使って困りごとを検討した中で、お互いの考えや思いについて共有することができたことを表している。

①＜個人としての思いの共有＞

支援ツールを使い、困りごとを考える中で、個人としての考え方や思いを共有できたことが良かったと感じている。

＜1人の愚痴として持っているみたいものが結構多いような気がするので、こうやって言葉にして、それに対してみんなで話をしていくのはいいなというか。こんなふうの一つのことを題材にみんなでディスカッションするってそうそうないと思う＞

②疑問点の共有

支援ツールを使い、困りごとを考える中で、個人として感じている疑問点を共有できたことが良かった点と感じている。

＜1人ずつ配布して、課題はあったけど書いてもらうことをして、1人の疑問がみんなの疑問に共有できたということはすごく大きかった＞

(2) 思考の整理

このカテゴリーは、支援ツールを使用してディスカッションしていく中で、自身の考え方や話している内容などが整理することができたことを表している。

①背景の検討

支援ツールを使用してディスカッションすることで、課題となっている背景について考えることに繋がっていることが良かったと感じている。

＜このツールで話していくことによって、何でとか、なぜとか、どういうことが起こっているのかなというところをちょっと深めて話せるのはいいなと思う＞

②自身の考え方の整理

支援ツールの項目に基づいてディスカッションをすることで、自身の考えを深く考えられるようになっていたことが良かったと感じている。

＜手元に持っていて見ながら話していくので、見て先に考えているので、何て答えようかなみたいな、自分でぐるぐる頭の中をフル回転させているので、自分の中の洞察というか、すごい自分で深く考えられるようになっていた＞

(3) 時間の短縮

このカテゴリーは、支援ツールを使用することによって、課題の検討に対して掛けられる時間を短縮できたことを表している。

①検討時間の短縮

支援ツールを使用することにより、グループメンバーが個人で課題を整理することがで

き、事前にすすめられたことが良かったと感じている。

<個人ワークの部分があるので、なかなかメンバー全員では集まりにくい状況がある中で、先に進められるというか、事前に進められるのは時間的にもありがたかった>

(4) 内容の確認

このカテゴリーは、支援ツールを使用することによって、グループメンバー間での取り組みの計画内容の確認やディスカッションの展開の確認が出来たことを表している。

① 検討課題の再確認

支援ツールを使用して課題を整理したことにより、計画を考える際に課題を再確認することが出来たことが良かったと感じている。

<計画書を考える段階で、文章をまとめるのに再確認しやすかった>

② ディスカッションの展開の確認

支援ツールを使用してディスカッションをすることで、現在どこの内容について話しているのかが明確になっていたことが良かったと感じている。

<今どこを話しているのかとかいうのが、やっぱり目で見て分かりやすかった>

(5) 課題の明確化

このカテゴリーは、支援ツールを使用して課題を整理することで、取り組むべき課題について明確にすることが出来たことを表している。

① 課題の整理

支援ツールを使用して課題を抽出したことで、取り組むべき課題の重要性や優先順位を整理することに繋がったことが良かったと感じている。

<いっぱい出てきた情報を点数つけるところは「いろいろこんがらがっていたのが、ちょっと整理できました」という声があったりして、優先度とか重要度ということが、いろんな課題の中ではっきりすることができたことが良かった>

表 2 支援ツールを活用して研究活動して良かった点

カテゴリー	サブカテゴリー
考え・思いの共有	1<個人としての思いの共有>
	2<疑問点の共有>
思考の整理	1<背景の検討>
	2<自身の考えの整理>
時間の短縮	1<検討時間の短縮>
内容の確認	1<検討課題の再確認>
	2<ディスカッションの展開の確認>
課題の明確化	1<課題の整理>

3) 支援ツールを活用して研究活動して難しかった点（表 3）

分析の結果、支援ツールを活用して研究活動して難しかった点を表す 2 カテゴリーと具体的に難しかった点の内容を表す 4 のサブカテゴリーが抽出された。

支援ツールを活用して研究活動して難しかった点を表す 2 カテゴリーは、【サポートの難しさ】、【課題の設定方法】であり、それぞれに具体的に難しかった点の内容のサブ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) 支援ツールの展開の仕方

このカテゴリーは、支援ツールの内容に沿って困りごとを整理することや取り組み方法を考えていく中で、どのように支援ツールを展開していけばいいのかわからないことを表している。

①取り組み方法に対する理解

支援ツールを使用して明らかになった困りごとに対してどのように取り組みをして、その結果をどのようにまとめていけばいいのかを考えることに難しさを感じている。

<アンケートを作るといところがやっぱり難しい。アンケート項目も、インターネットからいろんな情報を引っ張ってきて見ることはできても、どれがいいのか、どんな聞き方がいいのか、そもそも何が聞きたいのかといところがまた戻ったりして。インタビュー調査といところに含まれるかもしれないですけど、インタビューで何を聞くのか、どんなふうに聞いたら本人が話しやすいのか、そういったところの調査方法のところ伝えていかないといけないが、伝える時間とかもろもろ考えると難しい>

②用語に対する理解

研究活動の経験のない人にとっては、支援ツールで使用されている用語の意味が理解しにくく、支援ツールの展開に難しさを感じている。

<研究について全く経験のない方々には、この書いていることの意味というか、これが研究の中でどういう意味を持っているのか、今考えているのは研究意義になるんだろうなとか、研究の目的になるんだろうなといところにつながりにくいのかなと感じた>

③展開方法がわからない

グループワークの経験がない人にとって、支援ツールを使って課題を抽出することに難しさを感じている。

<グループワークの話し合いとか、ある程度ほんとに慣れている職員じゃないと結構できないシートかなとは思う。やっぱり新人さんとか経験が浅い職員にはちょっと難しい>

(2) 課題の設定方法

このカテゴリーは、支援ツールを使用して課題を抽出していく中で、課題の設定方法について難しさを感じていることを表している。

①ケアの課題にならない

課題を挙げていく考えていく中で、よりよいケアをするためという視点ではなく、人手

不足などの環境要因に視点がいつてしまい、ケアの課題が出てこないことに難しさを感じている。

＜職場の課題を解決して、より良いケアをするための話し合いなんだよと。人が足りないとか法人の方針に従えないとかいうのではなくてというところを話し合うのが、すごく引っ張っていく、話をもとに修正するのが結構大変だった＞

表 3 支援ツールを活用して研究活動して難しかった点

カテゴリー	サブカテゴリー
支援ツールの展開の仕方	1＜取り組みの方法に対する理解＞
	2＜言葉の意味がわからない＞
	3＜展開方法がわからない＞
課題の設定方法	1＜ケアの課題にならない＞

4) 支援ツールの改善点について（表 4）

分析の結果、支援ツールの改善点について表す 3 カテゴリーと具体的な改善点を表す 5 のサブカテゴリーが抽出された。

支援ツールの改善点について表す 3 カテゴリーは、【言葉の定義】、【手引き書の作成】、【項目の追加】であり、それぞれに具体的な改善点の内容のサブ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) 言葉の定義

このカテゴリーは、支援ツールで使用している用語について、研究活動の経験のない人たちにもわかりやすいように、意味を明確に定める必要性を表している。

① 評価という言葉の意味

取り組みに対して誰かが評価をするのではなく、自分たちで取り組んだ実践を評価するという意味づけを明確にすることが大切である。

＜評価を実施する人って誰ですかと聞かれて、結局、現場が取り組んだことを上司に評価されるということが職員のいろんな個人評価につながるというようなニュアンスになっちゃっていたので、自分たちでやったことを自分たちで評価するのでいいよという説明をした。評価ということには、デリケートな反応をしがちなので、取り組みの評価なんだよということの説明を、言葉を尽くして言わないと、変な誤解が生まれてしまうと思った＞

② 主語の明確化

支援ツールが利用者のケアでの課題を抽出して、解決に向けて考えていくシートであるということを明確にすることが大切である。

＜「パソコン入力の人より遅い。どうしたらいいですか」みたいな。ちゃんとストレートに書いてくれたんだなというのはあるけど、この困り事では解決できない問題が多いなと。やっぱり主語というか、用語が大事。利用者のケアにおける困り事シートみたいなものでもありなのかなと＞

(2) 手引き書の作成

このカテゴリーは、グループメンバーが支援ツールを活用して課題を抽出し、取り組みを検討していく中で具体的にどのようにして支援ツールを活用すべきなのかを明示された手引き書の必要性を示している。

① 支援ツールの展開方法について

支援ツールの中で設定されている個人ワークやグループワークを円滑に進めていくためにヒントについて明示されていると取り組みやすくなる。

<口ではしゃべれるけど書けない、書くのが苦手、自信がなさそうな気がする、職員が思っていることを言葉にして書くのが。だけど誰かとしゃべっていたら、間違いないと確認もできるから、書いてもいいもんなんだという気持ちにもなる。そういった意味でも 2 人のほうが進むかもしれない>

② 取り組み方法に関するヒント

取り組みの方法について、それぞれの方法にどのような特徴があり、どのような場合に活用すると有効なのかというヒントがあると、イメージが付き検討しやすくなる。

<何がアンケートがよくて、インタビューにはどんな特徴があってというのが選択する方法がないので、こういうときに使えます、有効です、便利ですみたいなのがあったら選択しやすい>

(3) 項目の追加

このカテゴリーは、今後支援ツールを有効的に活用するために必要な項目について示している。

① 計画書の項目

取り組みを検討したというので終わるのでなく、具体的にどのように取り組んでいくのかをまとめ、上司を含め伝えることができるための書式を設ける。

<最後にみんなにもう一回お伝えするとき、もちろん上司も含めてお伝えするとき、まとめたものがやっぱり必要だなと思ったので、このまま渡すわけにもいかない、どこを見ていいかわからないからいけないので、まとめられる計画が書けるものがあるといいと思う>

表 4 支援ツールの改善点について

カテゴリー	サブカテゴリー
言葉の定義	1<評価という言葉の意味>
	2<主語の明確化>
手引き書の作成	1<ツールの展開方法について>
	2<取り組み方法に関するヒント>
項目の追加	1<計画書の作成>

Ⅶ. 考察

1) 「支援ツール」の有効性について

調査結果より、支援ツールを使用し研究活動を実践して、認知症ケアを実践する上で感じている困りごとや疑問点を共有することができたこと、実際に起きている困り事の背景を考えることができたこと、自身の考えを深く考えられるようになった、課題が明確になったことが良かった点として感じていることが明らかになった。

このことから、支援ツールを活用して研究活動を実践することは、ケア実践者が個々ではなくチームとして事業所の課題に向き合い、取り組みを考えることに繋がったと考えられ、「支援ツール」は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といえる。

2) 有効性を高めるために必要な取り組み

(1) 用語の検討

調査結果より、支援ツールを使用し研究活動を実践して難しい点として支援ツールの中で使用している言葉の意味が理解しにくかったことが明らかになった。また改善点として、評価という言葉の意味や支援ツールが利用者のケアでの課題を抽出し、解決に向けて考えていくものということを確認にする必要があると感じていることが明らかになった。

研究を実践する上で使用する用語については、普段ケアを実践する中では使用するものではなく、ケア実践者にとっては馴染みのないものが多い。また同じ用語でも意味合いが異なるものもあり、支援ツールを使用する上で誤解を招くことに繋がってくるといえる。用語の解説やわかりやすい言葉に置き換えるなど、支援ツールを活用して研究活動を実践するケア実践者にとって使いやすいものにしていくことが必要になってくるといえる。

(2) 手引書の作成

調査結果より、取り組みの方法が理解できず、どのように取り組みをして結果をまとめていくのか考えられない、グループワークの経験がなく、どのように課題を抽出するべきかわからないことが難しい点として感じていることが明らかになった。また改善点として、支援ツールの展開方法や取り組みを考える際のヒントなどがまとめられている手引書があると活用しやすい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本の柱を設定し、ケアの困り事を抽出していく流れになっているが、これらのワークの方法については、ケア実践の中では馴染みがあるものではなく、ワークの経験の有無によって捉え方が変わってきてしまう可能性もある。また取り組みの方法として「アンケート調査」、「インタビュー調査」などの方法を設定しているが、これらの方法についても、経験の有無によって考え方に違いが生じてしまい、選択を難しくしてしまう可能性もあると考えられる。ケア実践現場の中で研究活動に取り組んでいく中では、グループメンバー間で共通の認識を持って取り組んでいくことが重要であるといえる。そのためにも、どのようにワークを進めていくと効果的なのか、それぞれの取り組みの方法にはどのような特徴があり、どのような有効性があるのかなどを明記した手引書を作成することが支援ツールを活用して有効的に研究活動を実践すること繋がってくるのではないかと考えられる。

VIII. まとめ

本研究により、ケア現場において「支援ツール」を用いて研究活動を実践することについて、認知症ケアを実践する上での個々の思いを共有することや課題を明確にすることが出来たなど、「支援ツール」の有効性を確認することが出来た。一方、用語の捉え方や支援ツールの展開方法の難しさなど、「支援ツール」を活用していく上での課題も明らかにすることもできた。

認知症ケアの現場では、人手不足の問題など様々な課題を抱えながら、認知症の人が「その人らしい」生活を過ごせるよう、ケアが実践されている。そのような状況の中においても、認知症ケアの質向上を図り、ケアを実践していくことが求められている。そのためにも、ケア現場の中で「研究活動」を行い課題解決に向けて取り組んでいく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を検討することにも繋がってくるといえる。そのために、今回の研究事業を通じて明らかになった点を踏まえ、「支援ツール」がケア現場で研究活動を実践する上で、より有効的なものになるよう今後も努めていきたいと考えている。

最後に今回の研究事業にご協力頂きました研究協力者の皆様ならび調査にご協力頂きました関係職員の皆様に、この書面をお借りし厚く御礼申し上げます。

文献

萱間真美（2010）『質的研究実践ノートー研究プロセスを進める clue とポイント』医学書院.

資料

職場の困りごと解決シート

認知症介護研究・研修大府センター

本シートは、介護現場に従事している職員自らが、介護現場で抱えている様々な課題を抽出し、課題を解決するための取り組みを計画し、その取り組みに対する評価を行うという「研究活動」をサポートすることを目的としています。これにより、ケア実践者が事業所の課題に向き合い、課題解決に取り組むことにより、事業所における認知症ケアの質向上に寄与することが期待できます。

－本シートの構成－

○個人ワーク

- 個人ワークでは、介護現場で働く中で困っていることを場面ごとに書き出します。そして書き出したものを点数化し、自分自身が解決したい困りごとの焦点化を図ります。

○グループワーク

- 個人ワークで焦点化した課題についてスタッフ同士の話し合いを通じて整理し、「解決したい困りごと」と「困りごとを解決した後の状態」について検討します。
- 「解決したい困りごと」が起きている状況、「困りごとを解決した後の状態」に向かうためのアイデアを検討し、具体的な取り組み方法について検討します。

－研究活動に取り組むにあたって－

- 皆さんが取り組む課題は、利用・入所している高齢者やその家族のご協力が必要になる場合があります。また一緒に働くスタッフの方たちの協力なしでは実施することが出来ません。研究活動について説明を行い、同意を得た上で取り組みを行うように心掛けてください。
- グループワークでは、お互いの意見を否定せず、積極的に発言することを心掛けてください。
- 解決したい困りごとを決めるときは、一人の意見だけではなく、話し合いのメンバー全員の意見を出し合ってから決めることを心掛けてください。

職場の困りごと解決シート

1. あなたが感じている困りごとについて、それぞれの場面ごとに記入してみましよう。

○利用者へのケアで困っていること

①
②
③

○職員や利用者家族との関わりで困っていること

①
②
③

○職場環境で困っていること

①
②
③

○上記の項目以外で、日々の業務の中で困っていること

①
②
③

2. 1 で記入した困りごとについて、各項目であなたはどのように思いますか。各項目に対して「◎＝とても思う、○＝そう思う、△＝あまり思わない、×＝思わない」で示してみましよう。

		他のスタッフも同じように困っている	利用者も同じように困っている	施設として今すぐに取り組むべき困りごとである	取り組み期間の中で完結することが出来る	合計点
利用者へのケアで困っていること	①					
	②					
	③					
職員や家族との関わりで困っていること	①					
	②					
	③					
職場環境で困っていること	①					
	②					
	③					
日々の業務の中で困っていること	①					
	②					
	③					

◎＝とても思う：4点、○＝そう思う：3点、△＝あまり思わない：2点、×＝思わない：1点

3. 2 の表で記入した中で、自分自身が最も解決したいと思う困りごとを下記の空欄に一つ書いてみましょう。

--

ここまで記入出来たら、一度メンバー同士で話し合ってみましょう

スタッフ同士での話し合い

日時：

参加メンバー：

5. 個人ワークで整理した内容について、メンバー間で意見交換をしましょう。

○意見交換の進め方について

- ① まずメンバーの中から、リーダーを1人決めてください。
(リーダーはグループワーク全体の進行役になります)
- ② 整理してきた個人ワークの内容について、メンバー1人ずつ発表し、**「意見交換で出てきた困りごと」**の欄に記入してください。
- ③ 発表が終わったら、リーダーがまとめ役となり、発表した内容を焦点化し、**「焦点化した困りごと」**の欄に記入してください。

*話し合いのポイント

1. 「意見交換で出てきた困りごと」について、内容が似ているものを集めてみましょう。
 2. 集めた困りごとについて、「利用者」、「家族」、「職員」、「施設の環境」の視点から考えて、どのような要因が影響しているのかを話し合ってみましょう。
 3. 集めた困りごとが続いてしまうと、「利用者」、「家族」、「職員」、「施設全体」に対してどのような悪影響が生じてしまうのかを話し合ってみましょう。
- ④ 焦点化した内容から、全体で何に困っているのかをメンバー間で話し合い**「グループ全体で解決したい困りごと」**の欄に記入してください。

*話し合いのポイント

- 「解決したい困りごと」を絞る際には、「施設として今すぐ取り組むべき課題か」、「取り組み期間の中で完結できるか」という点も考慮してみてください。
- ⑤ ④の話し合いの結果から、困りごとを解決してどのような状態になるといいか、メンバー間で話し合い**「全体での困りごとを解決した後の状態」**の欄に記入してください。

*話し合いのポイント

- 困りごとを解決した後の状態について、「利用者」、「家族」、「職員」、「施設全体」、それぞれの視点でどのような状態になっているか考えてみましょう。

*話し合いは1日ではなく、グループメンバーと相談の上、数日に分けて行っていただいても結構です

○意見交換用 MEMO 欄

○意見交換で出てきた困りごと

○焦点化した困りごと

○グループ全体で解決したい困りごと

○全体での困りごとを解決した後の状態

6. 5で記入した「グループ全体で解決したい困りごと」はどのような状況の時に起きているか考えてみましょう。

いつ起きているのか

どこで起きているのか

誰に対して起きているのか

どのような時に起きているのか

何故起きてしまうのか

7. 5で記入した「困りごとを解決した後の状態」に向かうためには、どのようなアイデアがあると思いますか。6でまとめた要因を考慮しながら考えてみましょう。

8. 7で記入した中で、取り組むことが出来るアイデアを書いてみましょう。

9. 8で記入したアイデアを取り組むにあたって、具体的にどのような方法で実施することを考えていますか。

○取り組みの内容

○取り組みの対象

○取り組みの期間

○取り組みの場所

○取り組みに関する方法

アンケート調査

インタビュー調査

職員同士の話し合い

観察

その他 ()

○取り組みへの評価を実施する人

10. 9で記入したアイデアを取り組むにあたって、事前に許可は取れていますか。

施設長	取れている・取れていない
施設職員	取れている・取れていない
利用者本人	取れている・取れていない
利用者家族	取れている・取れていない

○評価方法のチェックポイント

1. アンケート調査票

- 回答する人が見やすい文字の大きさに作成できていますか。
- 枚数は多くなっていませんか。
- 記述する回答が多くなっていませんか。
- 個人が特定されるような回答は入っていませんか。
- アンケートの趣旨や回答期限などを書いた依頼文章は作成しましたか。
- 一つの文章で2つの事柄を聞くような質問項目は入っていませんか。
- アンケート項目は、取り組む内容の趣旨に合っていますか。
- 質問項目は違和感なく並んでいますか。

2. インタビュー調査

- インタビューを行う場所は、雑音などがしない静かな場所になっていますか。
- インタビューで質問する項目の作成をしていますか。
- インタビュー対象者に、事前にインタビュー内容についての説明を行いましたか。
- 録音すること、匿名化することなどを書いた同意書は作成していますか。

3. 観察

- 目的や時間などについて、スタッフに事前に説明を行いましたか。
- 観察することについて、利用者ご本人やご家族に説明を行いましたか。
- 観察する場所は、日々の業務に影響することはないですか。

**認知機能評価のための食行動尺度：
Eating Behavior Scale for cognitive function
(EBS-cog) 短縮版の実証研究**

認知機能評価のための食行動尺度 (EBS-cog) 短縮版の検証 —デイケア利用者の結果から—

主任研究者 山下 英美 (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 安田 さおり (介護老人保健施設 ルミナス大府)
工藤 純平 (認知症介護研究・研修大府センター 研究部)

A. 研究の背景

令和元年6月に国が発表した認知症対策推進大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくと述べられており、具体的な施策として認知機能の低下のある人（軽度認知障害 (MCI) 含む）に対する、早期発見・早期対応（二次予防）の推進が挙げられている¹⁾。

また、地域包括ケアシステムにおいては生活支援・介護予防を目的として、老人クラブ・自治会・ボランティアといったインフォーマルな場への参加が推奨されている²⁾。インフォーマルな場には様々なものがあるが、認知症、及びその前段階の状態の人が利用しやすいものとして、地域の通いの場（自主グループやサロンなど）が挙げられる。これら地域の通いの場へ参加している高齢者の中から、認知機能低下者を見つけるための指標を作成し、それを用いて認知症、及びその前段階の登録・追跡につなげることを目的として研究を行った。

認知機能の低下は手段的日常生活活動 (Instrumental Activities of Daily Living; 以下 IADL とする) の低下として現れ³⁾、社会的交流の少なさは認知機能の低下を招く⁴⁾ことが知られている。そこで、地域の高齢者にとって身近であり、買い物や調理といった様々な IADL の要素を含み、多様な社会的交流のパターンが存在する活動である“食事”の遂行状況を調査することによって、認知機能低下者を見つけるための指標が作れるのではないかと考えた。以下この評価票（自記式質問紙）を「認知機能評価のための食行動尺度：Eating Behavior Scale for cognitive function (以下 EBS-cog)」とする。

B. 研究の経過

EBS-cog 作成においては、地域在住高齢者による食行動に関する質問紙への回答及び質問紙に対する意見聴取を行い、併せて集団認知機能検査 (ファイブ・コグ)⁵⁾を実施し、その結果と質問紙の評価項目の関連を分析し、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment; 以下 MCI とする) に対して感度の高い、食行動に関する評価項目を厳選していく方法を用いた。

平成 29 (2017) 年度は、EBS-cog の作成に向けて、健常高齢者 (65 歳～85 歳：平均年齢 73.8±5.6 歳) 50 名 (男性 25 名、女性 25 名) を対象に、EBS-cog への回答及び質問内容に関する意見聴取を行い、併せてファイブ・コグを実施した。その結果、MCI の可能性があると判定された 20 名に関して、「孤食」「食事中の会話が無い」等の特徴が見られた⁶⁾。

平成 30 (2018) 年度は、前年度に聴取した意見をもとに EBS-cog Ver.2 を作成し、前年度とは別の健常高齢者 (65 歳～82 歳：平均年齢 72.6±4.5 歳) 50 名 (男性 25 名、女性 25 名) を対象に回答を求めファイブ・コグを実施した。その結果、MCI の可能性があると判定された 19 名に関して、昨年度同様「孤食」である傾向が見られ、その他にも「献立立案・買物・調理」において特徴が見られた⁷⁾。

令和元年度 (2019) には、上記 100 名の内、再度検査への協力の得られた 50 名 (平成 29 年度 33 名・平成 30 年度 17 名) を対象として、中食に関する質問項目を増やした EBS-cog Ver.3 を用いて、初回参加時と今回の経時的変化を分析した。その結果女性のみの改善群 (5 名) と維持群 (20 名) の比較で、冷蔵庫の食材確認・チラシのチェック・予算の確認といった、買い物の事前準備に関して有意差がみられた⁸⁾。

令和 2 年度には、これまでの研究結果を基に、認知機能低下に感度の高い可能性のある 19 項目を抽出し、EBS-cog 短縮版を作成し、健常高齢者 60 名を対象に回答を求めファイブ・コグを実施したが、有意差の見られた項目はなかった。これは、認知機能低下者が 17 名と少なかったことが理由である可能性があると考え、次年度には認知機能低下者を多く含む集団での実施を検討することとした。

以下にファイブ・コグ及び EBS-cog、EBS-cog 短縮版の説明を記載する。

・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。検査項目は記憶・注意・視空間認知・言語流暢性・思考の 5 つの領域からなり、それぞれの検査の結果は、年齢・教育年数・性別で調整された得点で表される。内容を表 1 に示す。

今回以下の杉山ら⁹⁾の方法を用いて、文字位置照合 (注意機能)・手がかり再生 (記憶機能) の結果を元に合成得点を算出し、対象者を健常群と MCI 相当群に分けた。

[MCI を検出する方法 (杉山ら⁹⁾ より]

合成得点を算出するための計算式：

$$-0.029 \times \text{文字位置照合検査得点} - 0.122 \times \text{手がかり再生検査得点} + 7.729$$

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

表 1 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	時計の枠を描いて、ある時刻を指す針を記入する
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

・EBS-cog

吉田ら¹⁰⁾、小長谷ら¹¹⁾の研究を元に作成した自記式質問紙で、食事の準備から実際の食事の状況、後片付け、食生活や生活全般の満足度を含めた、I～XIの大項目で構成されている。回答方法は、主に3件法で、IV～VI・VIIIについては「だれがするか」に関しては複数回答可とし、以降の質問には「自分でする」と答えた人のみ進む形式とした。XはVASで10段階評価とした。質問内容を表2に示す。

表2 EBS-cogの質問内容

基本情報	年齢・性別・家族形態・勤務形態・経済状況・介護サービスの利用状況・日常生活の状況・食欲・半年間の嗜好の変化
I. 外食の頻度	①家族の祝い事などの目的での外食 ②時間的余裕が無いなどの理由での外食
II. お弁当などの利用	①お弁当を外で買い、家で食べることはあるか ②惣菜を外で買い、家で食べることはあるか ③お寿司や丼、ピザなどの宅配を利用するか ④配食サービスを利用しているか
III. 食事は誰と するか	①朝食は ②昼食は ③夕食は
IV. 献立の立案	①献立を立てるのは誰か ②これまでの献立を思い出すか ③料理の本を参考にするか ④冷蔵庫にある食材を確認するか ⑤スーパーなどのチラシをチェックするか ⑥予算の確認をするか ⑦献立や調理方法について他の人に話すか
V. 食材の入手 方法) (買い物)	①食材の入手方法 ②買い物の頻度 ③主な移動手段 ④何をかうか順番を考えてから出かけるか ⑤商品の選択は良く考えてから行うか ⑥主な支払方法 ⑦買った物を運ぶときはどうしているか
VI. 調理	①調理をするのは誰か ②調理をする頻度 ③調理の程度 ④調理をするときに手・足・目など不自由を感じることもあるか ⑤調理がうまくできなくなったと覚えることもあるか ⑥調理をするのが面倒だと覚えることもあるか ⑦調理器具の使用に不便を感じることもあるか ⑧調理が生活のリズムになっているか ⑨調理の手助けがなくて困ることもあるか ⑩自分の作った料理について、家族から何か言われたことがあるか
VII. 食事 (1週間の食 事の様子)	①おいしく食べられているか ②いろいろな献立の料理をバランスよく食べられているか ③食べたいものを食べているか ④好みの味で食べているか ⑤温かいものを食べているか ⑥誰かと話しながら食べているか ⑦薬を飲むために食事の時間を気にすることがあるか

	⑧身体・健康のために食事の内容を気にすることがあるか ⑨適切な量を完食することができているか
VIII. 後片付け	①後片付けをするのは誰か ②後片付けをする頻度 ③主に食器はどのように洗うか
IX. ゴミの処理	①ゴミの分別はどのようにしているか ②ゴミ出しはどのようにしているか
X. 食生活の満足度	食生活の満足度を 10 段階で表した時いくつになるか
XI. 現在の生活の満足度や気持ちについて	①健康だと感じているか ②毎日気分よく過ごせるか ③体調がすぐれないことが多いか ④周りの人と上手くいっているか ⑤友人との付き合いに満足しているか ⑥家族との付き合いに満足しているか ⑦ある程度のお金に余裕があるか ⑧小遣いに満足しているか ⑨将来に不安を感じているか ⑩寂しいと感じることがあるか ⑪自分が無力だと感じることもあるか ⑫将来に夢や希望があるか ⑬趣味は持っているか ⑭生きがいを持っているか

II. お弁当などの利用 は Ver. 3 で追加

・EBS-cog 短縮版

以下の 19 の項目に「はい」か「いいえ」で回答する自記式質問紙である。【資料 1】質問内容を表 3 に示す。

表 3 EBS-cog 短縮版の質問内容

献立	1. 料理の本などを参考にしますか 2. 冷蔵庫などにある食材を確認しますか 3. スーパーなどのチラシのチェックをしますか 4. 予算の確認をしますか 5. 献立や調理方法について他の人に話しますか
買物	6. 買物で何をかうか順番を考えてから出かけますか 7. 商品の選択は良く考えてから行いますか
調理	8. 週 5 日以上調理をしますか 9. 買ってきたものを温めるだけでなく料理をしていますか 10. 調理をするときに手・足・目など不自由を感じることはありませんか 11. 調理がうまくできなくなったと感じることがありますか 12. 調理をするのが面倒だと感じることはありませんか 13. 調理の手助けがなくて困ることがありますか 14. 調理が生活のリズムになっていますか

食事	15. いろいろな献立の料理をバランス良く食べていますか
	16. 食べたいものを食べていますか
	17. だれかと話しながら食べていますか
	18. 身体・健康のために食事の内容を気にすることがありますか
	19. 適切な量を完食することはできていますか

C. 目的

EBS-cog 短縮版を完成させるために、認知機能低下者が多く含まれると考えられる集団に対して EBS-cog 短縮版への回答を求め、認知機能検査の結果との関連を分析し、認知機能低下に感度の高い項目を抽出し、採点の際の各項目の重み付けを確定することを目的とした。

D. 方法

当法人のデイケア利用者のうち、調理を行っている 19 名（男性 2 名・女性 17 名、平均年齢 75.9±9.0 歳）を対象として EBS-cog 短縮版への回答を求め、併せて MMSE-J を実施した。倫理的配慮として、当センターの倫理委員会の承認を受け、対象者に書面と口頭にて説明し、書面にて同意を得た。

その結果を元に健常（28 点以上）と MCI（24 点以上 27 点以下）の 2 群に分け、質問項目別に Fisher の直接法にて検定した。有意水準を 5% とした。

E. 結果

健常が 10 名、MCI が 9 名となった。全体では「週 5 日以上調理をする」(p=0.033) に有意差がみられた。女性のみでは「週 5 日以上調理をする」(p=0.015) ・「調理をするのが面倒だと感じることもある」(p=0.044) に有意差がみられ、MCI 群では週 5 日未満しか調理しておらず、調理をするのが面倒だと感じていた。有意差の見られた項目について結果を表 4・表 5 に示す。

表 4 健常群と MCI 群の比較（全体）

		健常群		MCI 群		p 値
		n = 10		n = 9		
		n	%	n	%	
調理	8. 週 5 日以上調理をしますか					
	はい	10	100	5	55.6	0.033*
	いいえ	0	0	4	44.4	

*: p<0.05

表 5 健常群と MCI 群の比較 (女性)

		健常群		MCI 群		p 値
		n = 10		n = 7		
		n	%	n	%	
調理	8. 週 5 日以上調理をしますか					
	はい	10	100	3	42.9	0.015*
	いいえ	0	0	4	57.1	
	12. 調理をするのが面倒だと感じるこ とがありますか					0.044*
はい	5	50	7	100		
いいえ	5	50	0	0		

*: p < 0.05

F. 考察

デイケア利用者の結果からは、認知機能の低下がみられると調理をすることを面倒だと感じ、その頻度が減っていると考えられ、介護保険サービス利用者であっても、調理を習慣化し意欲的に実施していると、認知機能を正常に維持できると考えられた。

一方、我々の 2019 年度の研究結果では、「冷蔵庫の食材確認」「チラシのチェック」「予算の確認」の項目で認知機能改善群が維持群より多く実施していたが、今回の対象者ではこれらの項目に有意差が見られなかった。2019 年度は経時的変化を分析した結果であるため、今回の結果と単純に比較することはできないが、介護保険利用者の場合、事前準備の実施の有無は問わず、調理活動を習慣的に実施するだけでも、認知機能を正常に維持できるといえるかもしれない。このことは竹田ら¹²⁾が認知症発症のリスクスコア開発に関して報告した、「食事の用意」が不可と回答したものは認知症発症リスクが高かったという結果と関連するとも考えられる。

さらに、今回の結果からは、地域における認知機能低下者を早期に発見するためには、調理を行っているかいなかの把握だけでなく、その頻度や心理的側面といった質的な把握も必要であると考えられる。

現在 COVID-19 の感染が終息していない中、地域の通いの場の縮小が余儀なくされており、社会的活動の機会が減少してきている。今後地域の通いの場が再開することが望ましいが、現在地域活動の運営者は対面以外の方法を工夫されていると思われる。今回の結果を踏まえると、例えば電話による状況確認などの際には、調理活動の話題や促しを行ったり、その際の心理的状态にも気を配ると良いのではないかと考える。また、調理活動を行っていない場合にはその原因を分析し、調理活動が行えるような環境整備のための工夫などを助言することが望まれると考える。

このような取り組みを通して認知機能の低下のある人の早期発見・早期対応を推進し、認知症になっても住み慣れた地域で希望を持って日常生活を過ごせる社会の構築の一助になればと考える。

なお本研究は、日本医療研究開発機構（AMED）認知症研究開発事業「インフォーマルケアにおける認知症・及びその前段階の登録・追跡を行う研究－地域高齢者における食事に関する一連の作業遂行状況の調査研究－」の一部を継続して実施したものである。

G. 文献

- 1) 厚生労働省，認知症施策推進大綱。
<https://www.mhlw.go.jp/content/00051953.pdf>（令和4年1月17日閲覧）
- 2) 厚生労働省，地域包括ケアシステム。
https://www.mhlw.go.jp/seisakunituite/bunnya/hukusi_kaigo/kaigo_koureisya/chiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf（令和4年1月17日閲覧）
- 3) 山口晴保編：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第2版．協同医書出版社，東京，2011，pp44-49
- 4) 小川敬之，竹田徳則：認知症の作業療法 第2版 ソーシャルインクルージョンをめざして．医歯薬出版，東京，2016，pp50-57
- 5) 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～第5版．特定非営利活動法人 認知症予防サポートセンター，2013
- 6) 山下英美，齊藤千晶，黒野隼，小長谷陽子：認知機能評価のための食行動尺度作成の試み－軽度認知障害（MCI）の可能性のある者の食行動の特徴－．第8回日本認知症予防学会，2018.9.23，東京
- 7) 山下英美，齊藤千晶，黒野隼，小長谷陽子：軽度認知障害（MCI）の可能性のある者の食行動の特徴（第2報）－認知機能評価のための食行動尺度（EBS-cog）の作成－．第9回日本認知症予防学会，2019.10.18，名古屋
- 8) 山下英美，齊藤千晶，小長谷陽子：認知機能評価のための食行動尺度（EBS-cog）短縮版の作成 軽度認知機能障害（MCI）が改善した者の食行動の特徴－経時的変化の分析から．第10回日本認知症予防学会，2021.6.24，横浜 web
- 9) 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，矢富直美，山口晴保，藤原佳典，高橋龍太郎，栗田主一：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－．老年精神医学雑誌，Vol.26(2)，pp183-195，2015
- 10) 吉田礼維子，長谷部幸子，白井英子：農村部における在宅高齢女性の食生活および生活の満足に影響する食行動の要因．日本公衆衛生誌． Vol.59-3 pp 151-160，2012
- 11) 小長谷陽子，渡邊智之，太田壽城，高田和子：地域在住高齢者の quality of Life（QOL）と認知機能の関連性．日本老年医学会雑誌． Vol.46-2 pp160-167，2009
- 12) 竹田徳則，近藤克則，平井寛，尾島俊之，村田千代栄，鈴木佳代，齊藤雅茂，三澤仁平：認知症を伴う要介護認定発生のリスクスコアの開発：5年間の AGES コホート研究．日本認知症予防学会誌，Vol.4-1 pp25-35，2015

【資料1】

Eating Behavior Scale for cognitive function(短縮版)

番号

食行動に関する以下の質問について、「はい」か「いいえ」に○をつけてください。
やったことがない場合は、できそうかどうかでお答えください。

I. 献立

1 料理の本などを参考にしますか。	はい	いいえ
2 冷蔵庫などにある食材を確認しますか。	はい	いいえ
3 スーパーなどのチラシのチェックをしますか。	はい	いいえ
4 予算の確認をしますか。	はい	いいえ
5 献立や調理方法について他の人に話しますか。	はい	いいえ

II. 買物

6 買い物で何を買うか順番を考えてから出かけますか。	はい	いいえ
7 商品の選択は良く考えてから行いますか。	はい	いいえ

III. 調理

8 週5日以上調理をしますか。	はい	いいえ
9 買ってきたものを温めるだけでなく料理をしていますか。	はい	いいえ
10 調理をするときに手・足・目など不自由を感じることはありませんか。	はい	いいえ
11 調理がうまくできなくなったと感じることがありますか。	はい	いいえ
12 調理をするのが面倒だと感じることはありませんか。	はい	いいえ
13 調理の手助けがなくて困ることがありますか。	はい	いいえ
14 調理が生活のリズムになっていますか。	はい	いいえ

IV. 食事

15 いろいろな献立の料理をバランスよく食べていますか。	はい	いいえ
16 食べたいものを食べていますか。	はい	いいえ
17 だれかと話しながら食べていますか。	はい	いいえ
18 身体・健康のために食事の内容を気にすることがありますか。	はい	いいえ
19 適切な量を完食することはできていますか。	はい	いいえ

**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

～相談記録システムの使用状況と利活用についての調査～

主任研究者 山口喜樹（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）
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）

認知症介護研究・研修大府センター内に設置されている全国若年性認知症支援センターでは、令和2年度より若年性認知症支援コーディネーター（以下、コーディネーター）の業務をバックアップする「情報共有システム」の運用を開始し、その中の「相談記録システム」によって全国各地のコーディネーターの相談支援データを集積している。

1. 情報共有システムの全体像

認知症介護研究・研修大府センターでは、コーディネーターを取り巻く様々な課題（一人配置が多い、地域によって社会資源等が異なる、支援経験が蓄積されにくい等）をサポートするため、コーディネーターのバックアップ体制が必要だと考え、業務負担の軽減や支援事例を共有することで対応力の向上を図るための情報共有システム（Web サイト）を開発した。令和2年4月から情報共有システムの運用を開始し、全国若年性認知症支援センターが運用を担当している。

情報共有システムの利用は、都道府県・指定都市の行政担当者とコーディネーターに限られ、登録者ごとにID・パスワードで管理されている。

情報共有システムは、「相談記録システム」「支援事例共有システム」「掲示板機能」の3本の柱で構成されており（図1）、支援記録をPC入力することでデータ化したり、インターネットを通じて支援に有益な様々な情報を交換したりする。

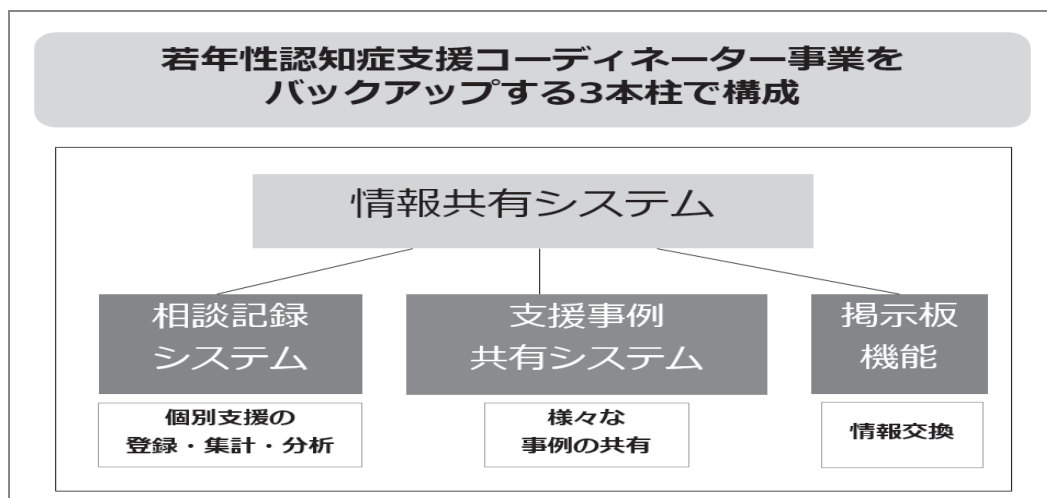


図1 情報共有システム概要

① 相談記録システム

コーディネーターは、相談記録システムアプリケーションを用い、支援に必要な記録の項目を網羅した相談記録シート（全国共通フォーマット）にデータを入力する。

入力されたアセスメントや支援の情報は、相談窓口の PC で個人ごとにカルテ方式で整理されて保存される。保存された相談記録を適時 Web サーバーに相談情報（個人情報を除かれた数値化されたデータ）を送信することで、支援の記録がデータベース化され、集計処理等の効率化が図れる。

Web サーバーに蓄積されたデータは、システムに登録されたコーディネーターや都道府県・指定都市の行政担当者がいつでも集計・分析に利活用することができる。全国若年性認知症支援センターは、蓄積されたデータを分析し、情報共有システムを通じて登録者にフィードバックする。さらにコーディネーターの活動状況等の詳細を基礎的データとして集積し、全国および各都道府県・指定都市の若年性認知症施策の進捗状況や課題を明らかにすることで、今後の若年性認知症施策のための示唆を得る。

《相談記録シートの主な項目》

相談件数、相談方法、対象者（本人）の性別、年代、利用しているサービス・制度等、連携機関、相談内容と対応方法など

② 支援事例共有システム

コーディネーターから提出された個別の支援事例を当センターで編集し、情報共有システムの支援事例共有システムに登録する。コーディネーターや都道府県・指定都市の行政担当者は、登録された支援事例について、相談までの経緯や相談時状況、本人や家族・企業の意向、時系列に並べられた支援経過、今後の支援や課題等を閲覧することができる。

支援事例を共有することで、経験の乏しいコーディネーターは支援の流れやコーディネートする社会資源等を学習し、ベテランのコーディネーターは困難事例への対応力を強化することができる。

事例は閲覧しやすいよう、5 つのカテゴリー（一般就労、福祉的就労、居場所、介護保険、その他）での検索や定められたキーワードによる検索が可能である。

③ 掲示板機能

各都道府県・指定都市で開催する研修会やセミナー等の情報を当センターで収集し、情報共有システムの掲示板に掲載することで、都道府県・指定都市や支援コーディネーター間で情報を交換・共有する。また、周知啓発のための相談窓口のチラシやリーフレット、支援に用いる冊子なども掲示する。チラシや冊子等は、地図で示された都道府県・指定都市を選択することで簡易に検索できるように工夫している。

各地の状況を把握することで、自都道府県・指定都市での企画・運営の参考となる。

2. 利用の促進とサポート体制

全国若年性認知症支援センターでは、2020年4月の運用開始以降、説明会や利用登録、操作マニュアル等を作成し、利用の促進に努めた。令和3年度も2回説明会を開いた。

〈情報共有システム説明会〉（資料1参照）

日 時 第1回 令和3年7月26日（月）15:30～16:30

第2回 令和3年8月3日（火）10:00～11:00

対象者 都道府県・指定都市の行政担当者、コーディネーター（予定者を含む）

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とデモンストレーション ・ 掲示板、支援事例共有システム ・ 相談記録システムの入力と出力方法 相談記録システムの活用 ・ 集計速報の見方やデータ分析について
参加者	第1回 17 都道府県市 22 名（行政 8 名、コーディネーター 13 名、他 1 名） 第2回 24 都道府県市 33 名（行政 10 名 コーディネーター 21 名 他 2 名） 2 日間で 41 都道府県・指定都市から 55 名の参加があった 説明会后、システムの概要の理解や操作方法、サポート体制などを尋ねる事後アンケートを行った。（資料 2 参照）

また、情報共有システムに関する相談窓口を設け、都道府県・指定都市の行政担当者やコーディネーターからの電話やメール等での操作方法などの相談に応じ、円滑な導入・利用をサポートした。情報共有システムに関する問い合わせ対応件数は、令和 2 年 4 月（運用開始）～令和 3 年 12 月の間で 249 件だった。

3. 登録数

支援事例共有システムと掲示板機能が利用できる「情報共有システム利用登録」と、相談記録システムと支援事例共有システム、掲示板機能をすべて利用できる「相談記録システム利用登録」がある。行政担当者は、情報共有システムの登録のみ可能である。登録の状況を以下に示す。（表 1, 2）

表 1 情報共有システム利用登録数

	2020 年 12 月末	2021 年 12 月末
都道府県市数	49 都道府県・指定都市	54 都道府県・指定都市
相談窓口数	61 相談窓口	77 相談窓口
コーディネーター数	94 名	120 名

表 2 相談記録システム利用登録数

	2020 年 12 月末	2021 年 12 月末
都道府県市数	27 都道府県・指定都市	33 都道府県・指定都市
相談窓口数	41 相談窓口	49 相談窓口
コーディネーター数	73 名	86 名

コーディネーターは、支援の記録を相談記録システムに入力し、Web サーバーに送信することができる。Web サーバーに登録された事例数を以下に示す。（表 3）

表 3 相談記録システム事例登録

	2020 年 4 月～2020 年 12 月 ※2021 年 1 月 21 日のデータ	2021 年 1 月～2021 年 12 月 ※2022 年 1 月 11 日のデータ
登録事例数	2,069 事例（新規 264 事例 継続 1,805 事例） 229.9±64.5 事例/月	4,878 事例（新規 508 事例 継続 4,370 事例） 406.5±64.3 事例/月
都道府県市数	11.4±2.1 都道府県・指定都市/月	13.9±1.4 都道府県・指定都市/月
相談窓口数	12.1±2.4 相談窓口/月	14.5±1.5 相談窓口/月

相談記録システムの使用状況と利活用についての調査

I. 背景と目的

令和2年4月の運用開始以降、登録者数を増やすことやシステムの円滑な運用に努めてきたが、相談記録システムがどのように利活用されているかについては、調査してこなかった。

運用開始2年目の令和3年度は、更なる利用拡大と都道府県・指定都市の行政担当者やコーディネーターをフォローする体制を充実させるため、相談記録システムがどのように使われているかを調査し、記録されたデータがどのように利活用されているかを明らかにした。

II. 対象と方法

対象者

令和3年12月相談記録をWebサーバーに登録した12都道府県・指定都市のコーディネーター13名

方法

1. 事前アンケート（資料3参照）

相談記録システムの使い方や利活用の状況を尋ねるアンケートを自記式で実施した。フォーマットをメールで送信した。

- 1) 相談を受けてから入力、記録整理に至る流れ
 - 2) 登録されたデータの利活用の状況
 - 3) データの利活用方法やシステムの改善点、システムに期待することなど
- 事前アンケート回答期間 令和4年1月31日（月）～2月7日（月）

2. フォーカスグループインタビュー

13名の参加者を2グループ（6人と7人）に分け、フォーカスグループインタビューを行った。

事前アンケートをもとに半構造化したインタビューガイドを作成し、全国若年性認知症支援センタースタッフが進行係と書記を務め、研究部スタッフがオブザーバーとして参加した。

日時： 令和4年2月14日（月）14:00～15:00

方法： オンラインビデオ会議ツール（Zoom）

インタビューガイド

- 1) 既存の記録と相談記録システムのダブル入力の理由と工夫について
- 2) 記録のファイリングの方法と工夫について
- 3) 利活用の状況の詳細について
- 4) ご意見・要望、期待すること

III. 倫理的配慮

調査への参加は、対象者の自由意思であり、参加を拒否した場合であっても不利益等は受けないこと、同意した後も随時辞退・撤回できること、得られたデータを報告書に記載する際には匿名化することを口頭で説明した。

V. 結果

(1) 事前アンケート

対象者 13 名に、相談記録システムの記録の方法や利活用の状況、意見や要望を尋ねる事前アンケートを実施した。

依頼した 13 名すべてのコーディネーターから回答を得た。

1) 相談を受けてから入力、記録整理に至る流れ (表 4)

相談記録システムに入力する際の流れとして、以下のように大別された。

- ① 相談記録システムに直接入力する 3 名
- ② 別のシートに記載し、その後相談記録システムに入力する 9 名
- ③ 所属している病院のカルテの有無で①②を使い分けている 1 名
(有は、カルテに入力後、相談記録システムに入力する
無は、直接相談記録システムに入力する)

表 4 相談記録システムに入力する際の流れ

① 相談記録システムに直接入力する 3 名

1	相談を受けたら相談記録シートに情報を打ち込み、対応表まで作成する。 支援毎に相談記録を作成するが、その時に新たに基本情報 (ADL や利用サービス等) を得た場合は記入していくようにしている。 相談記録を印刷しインデックスにて各個人別にファイル化している。 大府センターへの相談記録送信後、月毎の支援回数を記録する。
2	相談⇒対応⇒記録入力⇒印刷⇒経過記録としてファイリングしている。
3	電話相談で初回の場合は全て (若年性認知症の方以外も) 入力を行う。 電話受けて情報収集 (メモをとる) をして、相談記録システム入力を行う。 何度も相談がある場合は重要な起点の場合 (手続きを勧めた等) に再度同人物で相談記録システムに入力する。

② 別のシートに記載し、その後相談記録システムに入力する 9 名

1	相談を受けた内容について独自の基本情報シートに記載してから相談記録システムに記載している。
2	相談窓口で記録したものを、そのまま相談記録システムへコピーし入力している。
3	相談を受け、記録はとりあえず紙ベースで保存。時間を見つけ相談記録システムに入力し、印刷して個人記録に保存している。
4, 5	相談窓口の相談票に相談内容を書き込み受け付ける。 大府センターで作成したエクセル形式の相談データへ入力する。 大府センターで運用している相談記録システムへ登録する。
6	相談受理⇒台帳 (Excel) へ記入 (※台帳はコーディネーターが作成・管理しているもの) ⇒相談記録システムへ入力、印刷、個人カルテへ綴じている。
7	相談を受けてから、独自に使い慣れた相談受付票、経過記録があり、そこに当日から 3 日以内に入力。同時に相談記録システムに入力。
8	相談を受けてすぐに入力することは難しい。毎月 10 日の提出に合わせて月初から記入している。
9	県個票・県受付票入力⇒相談記録システム新規登録者名簿入力、当月相談者入力

	チェック表作成→県名簿入力（相談記録システム登録番号、県登録番号が違うため）→次月相談記録システムに入力（県個票、受付票より）⇒相談記録システム相談記録票作成（月毎のフォルダーに保存、年度毎に）する。
--	--

③ 所属している病院のカルテの有無で①②を使い分けている 1名

1	<p>a. 所属している病院のカルテ番号がある相談者の場合 相談日報に記載（名前（匿名でも可）、カルテ番号、相談番号、誰からの相談か、どんな相談か等を簡単にまとめておく記録）→カルテに相談内容や対応について記載→相談記録システムにも再度同じ内容で記載→月末に相談記録システムのデータの送信→情報共有システムの月別集計 CSV をダウンロードしてパソコン上のファイルに保存している。</p> <p>b. 所属している病院のカルテ番号がない相談者の場合 相談日報に記載→相談記録システムに記載→相談記録（Excel）をパソコン上のカルテ番号がない方の相談内容をまとめたファイルに保存→月末に相談記録システムのデータの送信→情報共有システムの月別集計 CSV をダウンロードしてパソコン上のファイルに保存している。</p>
---	--

2) 登録されたデータの利活用の状況（表5）

登録されたデータの利活用については、以下のように大別された。（重複回答有）

- ① 行政への報告に活用している 6名
- ② 事業所内で活用している 6名
- ③ 他県の情報を活用している 3名
- ④ 利活用が進まない 6名

表5 登録されたデータの利活用

① 行政への報告に活用している 6名

1, 2	行政へ相談件数の報告、年次報告に使っている。
3	年度末に県への報告時に情報システムのデータを使用。集計にかかる時間の短縮に繋がり助かっている。
4	行政は、情報システムの共有で把握できていると聞いているので困難事例や不明な点等を相談している。
5	2021年12月末時点で、行政の個票と相談記録システムの入力内容及び報告数は同じである。相談があった際にすぐに入力、プリントアウトし、行政の個票へ転載している。
6	登録されたデータを基に記録できていない対応等も追加し、実績を出している。

② 事業所内で活用している 6名

1	カンファレンスや面談に相談記録システムのシートを持参している。
2	データは毎月センター内で共有している。
3	もの忘れ外来受診時の添付記録として活用している。
4	相談者の面談や訪問前のコーディネーターの情報整理を行う基礎情報の資料にしている。
5	個人カルテとして管理し、相談の対応時などに活用している。 集いやケースカンファレンスの際、参加者の名簿に記録を貼付し、経過報告に活

	用している。
6	相談者のケース記録として活用している。

③ 他県情報を活用している 3名

1	他府県との比較などデータを参考にしている。
2	集計速報は、全国の状況を知ることができてよい。
3	年次報告と毎月の相談件数の報告の際に他県データを参考資料として活用している。

④ 利活用があまり進まない 6名

1	個人記録の保存にとどまっている。関係機関との調整や連絡などのやり取りが頻回にあるときには一つの記録に書くこともあり、実績は別の活動日誌から集計をしている（記録と活動数が同一にならないため）。
2	年次報告は、コーディネーターが別に作成した Excel 台帳を基に作成している。
3	データを登録しているが、相談窓口の動きがすべて反映できないので、都道府県への報告などは、独自に使っている相談受付票や経過記録を重視している。相談記録システムだけでは欲しい情報が漏れてしまうため、別のシステムにダブル入力（独自の方を詳細に入力）している。
4	報告には活用していない（別途相談日報内容で報告等を行っているため）。
5	登録データの活用はしていない。入力に追われているのが現実である。
6	現状は活用していない。

3) データの利活用方法やシステムの改善点、システムに期待することなど

① 入力項目等について

- ・入力できない内容が多い。
- ・入力した内容を時系列に一覧に並べて経過表を作成することはできないか。
- ・相談内容項目がざっくりしすぎている。
- ・「社会参加支援」等の項目が必要ではないか。
- ・本人の性格など記載できる欄があればいい。
- ・記入文字数に制限があるのが気になる。
- ・記載可能な文字数を増やしてほしい。
- ・相談記録登録（対応表）がこちらのミスでダブった時、登録後に訂正が出来ればよい（訂正したくてもそのまま残っているのですっきりしない）。
- ・相談内容、対応等選択項目（社会参加、障害サービス等）が不足している。
- ・経過を追って記入できる欄があれば一括してデータの管理ができる。
- ・コーディネーターから相談した場合にも記載しやすい相談内容・対応欄にしてほしい。
- ・相手の回答などの流れを入力できるシートがあるとわかりやすい。
- ・1枚ごとに記載するのではなく、経過記録として時系列に記載出来たらよい。

② 出力帳票について

- ・相談記録が日時順に並んでくれるとよい。
- ・初回の入力の際に時系列で手続きが必要な年月日ができると、コーディネーターの介入

の方針が決まりやすい。

- ・担当者会議やケース対応のまとめに使うのに見やすいシートがあるとよい（他の職種の方の情報提供書のように、経過が分かりやすいシート）。
- ・シートを見やすくしてほしい（例えば本人氏名が太字とか大きめの文字とか）。
- ・支援が頻回になると個人ファイルが厚くなり保存もかさばる。
- ・相談記録の印刷は75%にならないか。
- ・A4に二回分記録できればファイルが厚くならない。

③ その他

- ・最初は記録のスペースが狭いと思ったが、だんだん慣れて簡潔に記録できるようになり、記録が早くできるようになった。
- ・どの相談員が対応してもスムーズに対応できるよう、県内のコーディネーター間で双方の相談記録の閲覧ができることを望む。
- ・入力したデータの活用は出来ていないので、他県の活用方法を聞きたい。
- ・カンファレンスなど、複数の機関と相談する際には、相談者が1人ではないので記録しづらいし、内容を反映させられない。
- ・システムは相談を受けた時しか入力してはいけないように思うので、簡単な連絡や関係機関との調整などを相談に上げず、システムとは別に記録作成している。そうした内容をすべて相談としてシステムに入力して良いかわからない。
- ・前月データの登録の10日締めが厳重過ぎて大変である。
- ・数字のデータだけが必要なのであれば、経過の入力はいらぬのではないか。

(2) フォーカスグループインタビュー

事前アンケートで明らかになった以下の課題について、フォーカスグループインタビューを行った。

- 1) 既存の記録と相談記録システムのダブル入力の理由と工夫について
- 2) 記録のファイリングの方法と工夫について
- 3) 利活用の状況の詳細について
- 4) 今後の要望について

1) 既存の記録と相談記録システムのダブル入力の理由と工夫について

① 既存の記録と相談記録システムをダブル入力する理由

- ・相談記録は入力情報量が多い（チェック項目が多い）ので独自の記録を利用している。独自のシートと相談記録を使って行政への報告集計の確認に利用している。
- ・行政に報告する内容が定められていない。このシステムでは、細かい所まで入力が必要なので時間的に厳しい。1回のみ対応はシステムには入れていないことが多い。合算して行政に報告している。
- ・行政の書式で、受付表と相談記録システムのような書式があり、相談を受けて個票作成し、それを行政に報告するシステムがある。重複する部分もあるが、二度入力する形をとらざるを得ない。
- ・システムを使用する前から行政の相談記録表がある。窓口複数人のコーディネーターがいるが、自身が受けた相談は他のコーディネーターは見られない。不便だが別々に入力している。

- ・相談員が2名いるので、相談記録とは別に情報共有をするのにセンター独自のエクセルを使っている。コーディネーター個々での入力では共有しにくい。
- ・県内に複数のコーディネーターがいるが、相談記録システムを開くのは自身だけであるため、他の人の対応した相談も自分が入力している。
- ・65歳以上の相談は、行政への報告時に別集計が必要なために相談記録システムを使っていない。
- ・はじめは全国の記録用紙を持ち情報を共有するが、コーディネーターが4人いるので時系列がわかる独自の記録も用いている。制度の申請など重要な機転となる部分は全国の相談記録に入力している。
- ・初回相談シート（独自のもの）にまずは入力している（情報量が少ない、使いやすい）。その情報をコピーして相談記録に登録している。行政への集計と全国の相談記録と別に集計している。独自の相談記録には経過などを入力、全国の記録には抜粋して入れている。
- ・院内にカルテがある場合、①県報告用日報 ②カルテ入力 ③全国の相談記録 の3種類全てPC入力だが、カルテ入力は外部接続できないものなのでPC自体を使い分けなければならない。
- ・すべてを入力できないので、集計するため簡単に記録を残している。それがないと行政への報告ができない。
- ・行政の報告の書式が決められている。書式は行政と調整しないと変えられない。

② 相談記録システムのみで記録する理由と工夫

- ・前任者が独自に作ったExcelの相談表があるため、それに記録してある分を全部システムに入力し、元々あった台帳とシステム番号が合うようにした。
- ・事業所で使っていた記録と相談記録の2つに入力していたが、実際システムの印刷したものを見たら、まとめられているので、わざわざ二度手間をする必要はないかと思い、システム一本にしている。
- ・最初は別々で作っていたが、元々自分で作ったものは破棄する形とした。
- ・相談記録のExcelシートを相談時に持参し、整理後に入力している。
- ・色々な複数の事業の委託を受けている関係があり、事業所からある程度の裁量もたせてもらっているため一本化できた。
- ・院内カルテのない人は、日報と全国の相談記録のみとした。

2) 記録のファイリングの方法と工夫について

① 紙に印刷して管理

- ・紙に印刷し、個人カルテを作っている。

② 相談記録システム内で管理

- ・前は手書きでファイリングしていた。今は相談記録システムに入力したものを打ち出して保管するという形にしているので、入力する手間が省けた。
- ・外部に持ち出せないので相談に出かける時は、独自の相談票を利用している。
- ・紙でファイルせず、相談記録システムだけで管理し、必要な時だけ印刷している。
- ・既存の記録とは別に、相談記録システムの記録としてファイリングしている。
- ・データのみで保存している。

③ 相談記録システムと既存の記録を併用

- ・台帳は別に作っており、相談記録システムに入力しているものを追加している。
- ・記録を印刷した紙に電話のメモ書きをとめてファイリングしている。
- ・メモを別に Word に入力してカルテに綴じている。
- ・コーディネーター2名で PC 上（共有フォルダー利用）と独自の Excel シートで共有している。
- ・来所時に必要であれば紙ベースで印刷し、あわせて独自のシートも利用する。
- ・相談者の経過を票にしたものを別に作り、情報共有している。
- ・市町村別に分けた相談者や相談日を記入したものを併用している。

④ その他

- ・2人体制のときは、ケースを一緒に支援していることが多い。よくないと思っているが、私の PC だけ相談記録システムを立ち上げ、2人で入力している。
- ・色々な形の相談がある中、全部記録することは大変である。とりあえず継続でも新規でも、若年性認知症の人の記録のみこのシステムに入力している。
- ・行政への実績報告数と同じにするため、1人で他の相談員の分も入力している。
- ・こちらから連絡したことや確認・関係機関からの問い合わせは相談に入れるほどではないと考えるので入力していない。
- ・PCに入力する時間が少ないのが悩みである。
- ・入力するだけが現状で、私以外の者が見ることはほとんどない。

3) 利活用の状況の詳細について

① 利活用している意見

ア. 行政への実績報告に使っている

- ・行政への月次報告に利用している。
- ・システムは行政も見られるので実績報告しなくても済んでいる。
- ・年に1回会議の時に報告するのに、相談記録システムのデータを使っている。

イ. 他に利活用していること

- ・カンファレンスの際、入力してある記録を転載して参加者の状況の一覧を作り、近況を話した後、支援状況を話し合う。そのような一覧表が作りやすくなった。
- ・自県の他のコーディネーターが集まって事例検討会を行っている。相談記録システムの集計データを示し、全国の傾向を知ってもらうことを考えている。
- ・自県のデータと他県とのデータを比較している。
- ・独自のデータや集計などと相談記録システムのデータを照らし合わせ、年次報告の参考資料として利用している。
- ・主治医に確認して頂くため、相談記録を印刷したものを添付している。

② 利活用していない意見

ア. 行政担当者への実績報告には使っていない。

- ・相談記録システムとは別の台帳を Excel で処理して集計したもので、毎月報告している。
- ・行政担当者へ報告する細かいデータや相談窓口で知りたいデータ、相談記録シートのデータがマッチしないので活用に至らない。
- ・数字を求められた時に出せるように相談記録とは別に集計しているが、行政からは相談に応じることだけで、数字の報告は求められていない。

- ・県担当者への報告は、年1回で良いと言われている。
- ・報告は毎月ではなく、適宜といった感じである。必要あれば出せるように自分で別に記録をつけている。

イ. 利活用していない理由

- ・まだ利用期間が浅く、試行錯誤中である。
- ・行政報告の方が細かい内容のため、独自のものが使いやすい。
- ・行政の報告書との違いが大きく、実績報告に使えない。
- ・システムが細かすぎて上手く使いこなせない。
- ・システムの集計は、細かい項目が全部出ているが、必要なものが上手く取り出せない。
- ・自分で Excel 表を作り、例えば診断から相談までどの位の期間か、どこからの相談であったか、相談時に介護認定があった人は1年間でどのように変化していったかなど、自分で作ったシートの中で必要なデータを入れて分析とまではいかないが傾向を見ている。システムの記録は使えていない。

③ その他

- ・コーディネーターが複数名いるので、相談記録システムの利用を含め、情報共有化の課題について試行錯誤中である。

4) ご意見・ご要望、期待すること

意見

- ・ケース記録をイメージしていると、相談1枚ずつでシートを起こす感覚がない。
- ・紙ですべての記録を出すと大変。
- ・データの入力がざっくりしすぎており、入力しにくく不明が増える。
- ・どんなデータが活用できるのか見えにくい。

要望・期待すること

記録の修正について

- ・送信前の記録の訂正ができればよい。
- ・記録が消せない。消し方が分からないので慌てる。
- ・修正画面を分かりやすくしてほしい。

印刷について

- ・印刷のサイズが替えられると良い。

検索について

- ・検索時に基本情報で検索できるようになるとよい。

入力について

- ・修正と継続の仕方が分かりにくい。
- ・相談内容が多く文字数制限で入力できない。入力できる文字数を増やしてほしい。
- ・「こちらから声掛けした場合」書き方の工夫などを教えてほしい。
- ・細かい相談を入れるかどうか迷う。何を入れたらよいか示してほしい。

相談窓口内での利用方法について

- ・複数のコーディネーターが配置されている相談窓口では、入力できるPCも限られているので、同じIDとパスワードで入力したい。
- ・同じ窓口ならば、他の相談員が入力した情報を見られるようにしてほしい。

情報の分析について

- ・社会参加とか障害の施策とか、関わりが簡単に見えると思う。

VI. 考察

事前アンケート並びにグループフォーカスインタビューを実施して、コーディネーターが相談記録システムに記録を入力する方法や利活用の状況が明らかになった。

記録の入力に関しては、以前から相談窓口で使用しているシートや既存の入力ツールに記録した後、相談記録システムに再度、入力しているコーディネーターが多かった。業務効率化にはマイナス要素だが、相談窓口ごとに事情が異なるため仕方がない部分があると感じた。今後は、相談窓口が使用しているシートなどと併用していく際の入力の工夫や窓口で集計された数字を簡易的に入力する「集計値入力」についても、ユーザーに示していく必要があると思われる。

利活用については、進んでいるとは言い難かった。相談記録システムで集計されたデータを行政への報告に活用することが想定されたが、自治体ごとに報告のフォーマットが異なり、あまり活用が進んでいないことがわかった。今後は、どのようなデータが報告されているのかを都道府県・指定都市に確認し、システムから出力される帳票等を修正していくことも必要だと感じた。また、どのデータを何に活用してよいかかわからないといった意見があったことから、データの分析方法や数値の活用、相談事業への反映のさせ方などについて、当センターから発信していくことも必要だと感じた。

今後、支援記録の登録数を増やしていくためにも、相談記録システムを利用するコーディネーターが今以上に増えることが重要である。相談記録システムの利用登録をしているコーディネーターの中で利用の拡大を図るため、使用状況や疑問点などをこまめに確認し、的確にフォローしていくことや、相談記録システムユーザー間の情報交換の場を設けるなどが必要だと感じた。また、オンライン説明会についても、毎年新しく相談窓口配置されるコーディネーターが多いため、継続的に開く必要があると感じた。利用登録を迷うコーディネーターに関しては、試用を認めることも行っていきたい。

入力方法や項目についての要望や質問については、コーディネーターの質問に的確に答えたり、疑問を解消したりするような操作マニュアルの改訂が必要だと感じた。

前向きな意見や今後の要望については、今後のシステム改修にいかしていきたい。

Zoom開催
定員 各50名

「情報共有システムを使ってみよう」

～システムの概要と実演・相談記録システム利用法～

【開催日時】 令和3年

7月26日(月) 15:30～16:30(入室15:00～)

8月 3日(火) 10:00～11:00(入室 9:30～)

※両日とも内容は同じです

【内容】

情報共有システムの概要とデモンストレーション

掲示板・支援事例共有システム

相談記録システムの入力と出力方法

相談記録システムの活用

集計速報、分析について

【申込先】

右記QRコードよりお申し込みください ▶

<https://forms.gle/XgcQBF81Xa8YXF9b9>



【締切日】 7月16日(金)

情報共有システムに興味のある方

既に情報共有システムに登録されている方の

ご参加も大歓迎!

お気軽にご参加下さい



全国若年性認知症支援センター 担当 山口・加藤

※締め切りまでにお申し込みされた方には資料を送付いたします

締め切りを過ぎてのお問い合わせは電話・メールにて担当までお願いします

令和3年度 「情報共有システム」 オンライン説明会 アンケート結果

1. 日程と方法

1日目 令和3年7月26日(月) 15:30~16:30 オンライン (Zoom)

2日目 令和3年8月3日(火) 10:00~11:00 オンライン (Zoom)

同様の内容で説明会を2回行った。

説明会后、アンケートをGoogle formで実施した。

2. 参加者

1日目 17都道府県市 22名 (行政8名・コーディネーター13名・その他1名)

2日目 24都道府県市 33名 (行政10名・コーディネーター21名・その他2名)

2日間で41都道府県市から55名の参加があった。

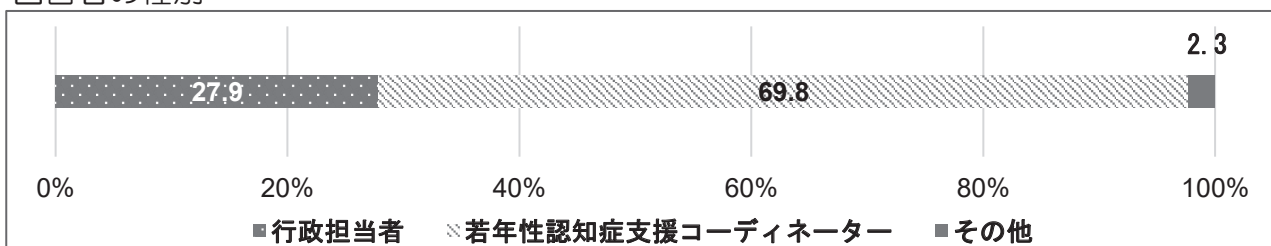
3. 結果

○アンケート回答者

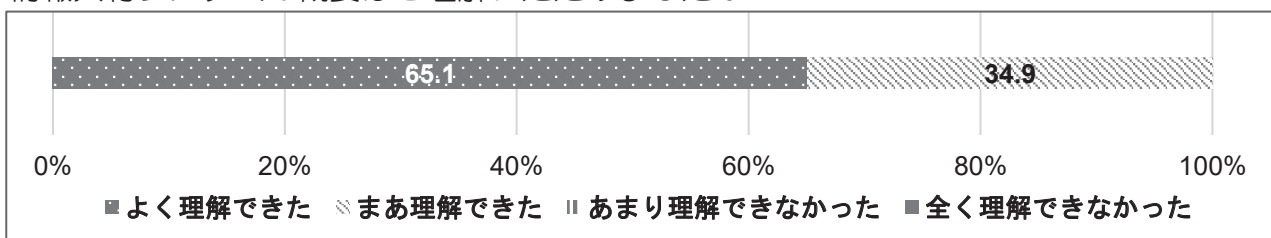
【1日目・2日目】計：29都道府県市 (不明4を含む) 44名 (回収率78.5%)

○自由記述は全部掲載した

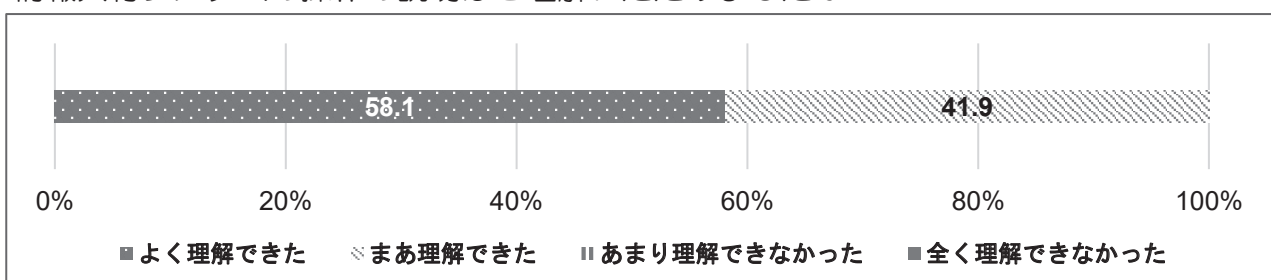
回答者の種別



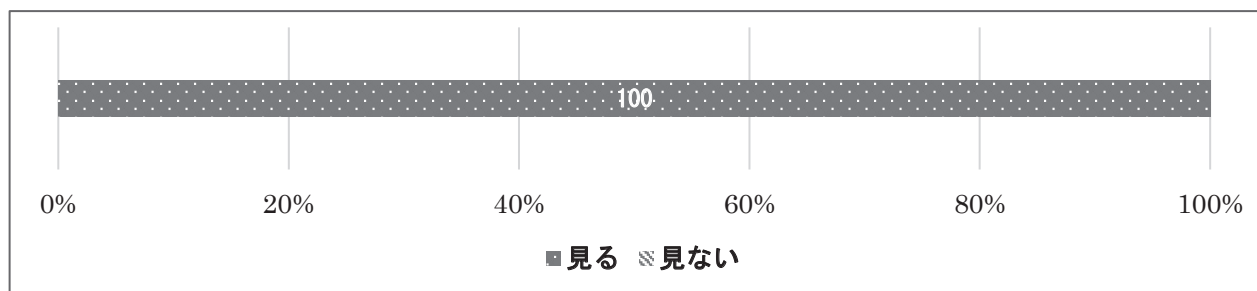
情報共有システムの概要はご理解いただけましたか



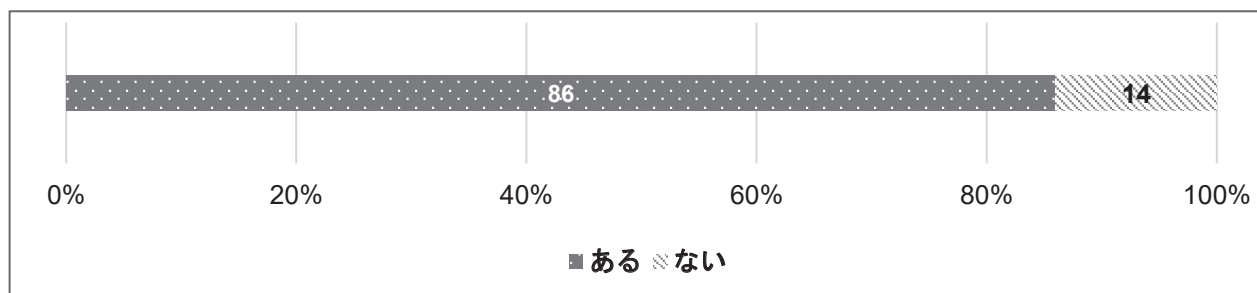
情報共有システムの操作の説明はご理解いただけましたか



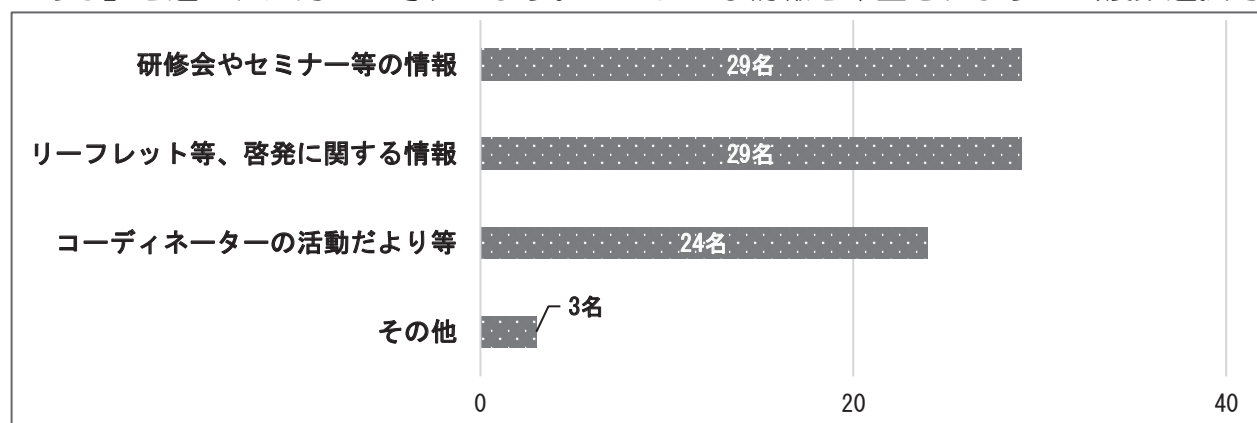
「掲示板」を今後、ご覧になりますか



「掲示板」で知らせてほしい情報はありますか



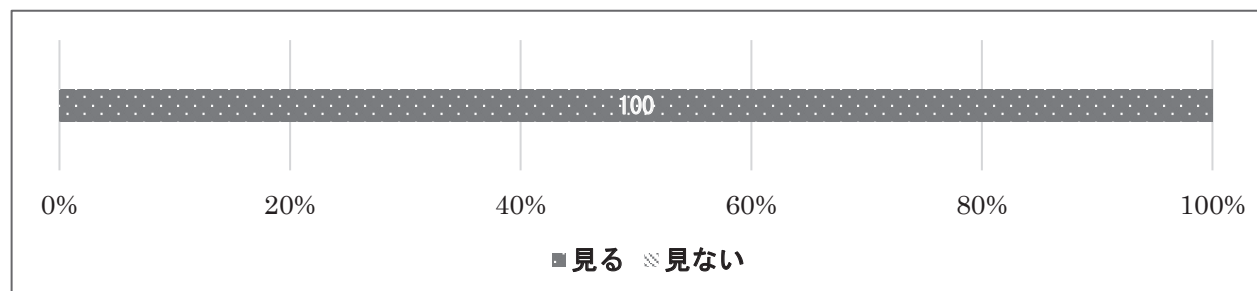
「ある」を選ばれた方にお尋ねします。どのような情報を希望されますか（複数選択可）



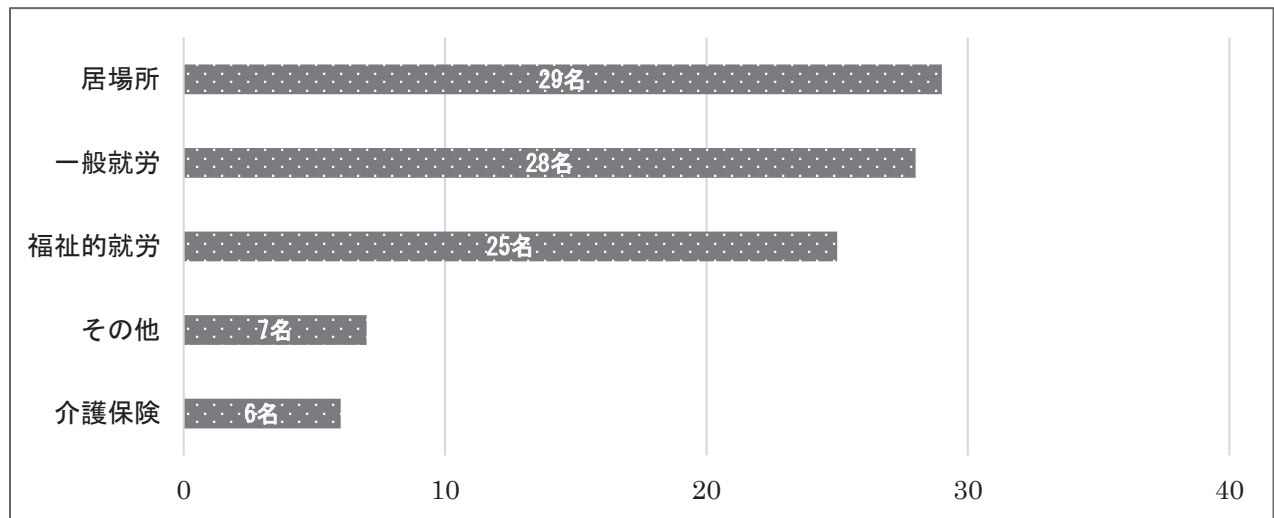
「その他」

- 先駆的な都道府県施策
- 研修講師等で活用できるデータやグラフのPPT

「支援事例共有システム」を今後、ご覧になりますか



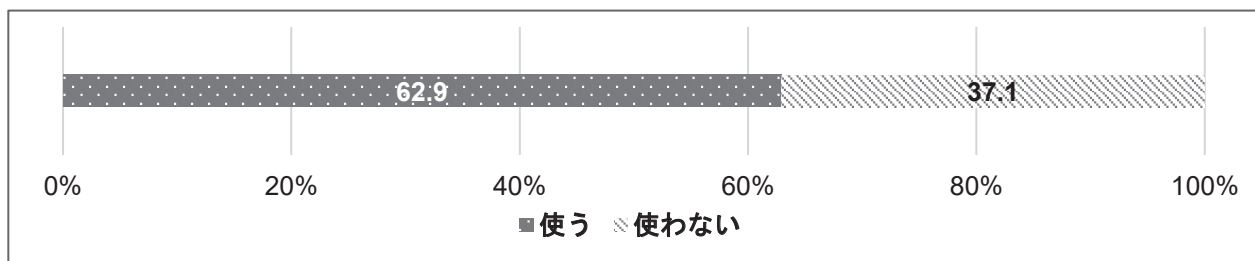
「支援事例共有システム」で学びたい（または増やしてほしい）カテゴリーを教えてください（複数回答可）



「その他」を選ばれた方にお尋ねします。どのようなカテゴリーを希望されますか

- 経済面、子供支援
- 医療的支援について
- 経済問題 住宅ローン 傷病手当金と障害年金
- 受け入れ事業所の拡大について働きかけ方を知りたい
- DV 被害の方の支援について
- 障害福祉サービスと介護保険サービスの併用、休職中のサービス利用など
- 年金申請、成年後見制度申立て

コーディネーターの方にお尋ねします。「相談記録システム」を今後、お使いになりますか

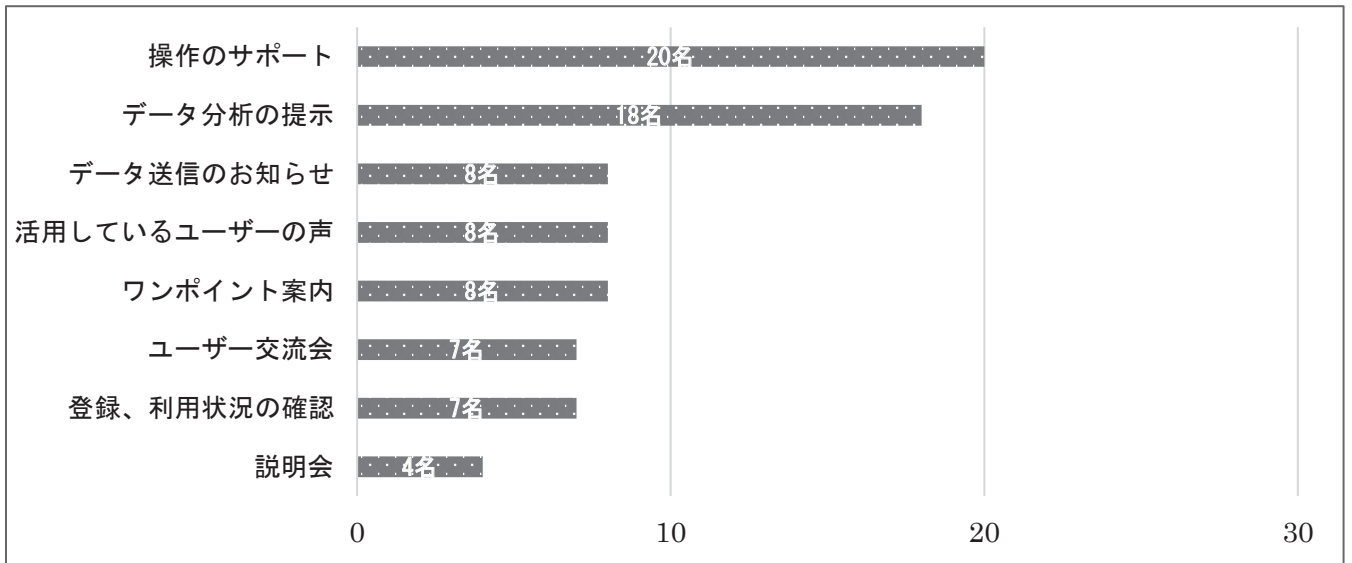


「使わない」を選ばれた方にお尋ねします。よろしければ理由を教えてください

- 情報入力には所属機関の倫理委員会の許可必要
- 現在使用している、統計反映のシートがあるため、二重の活用は負担が大きい
- 検討しているが、現在使用しているシステムがあるため、すぐには使えない
- 県他のコーディネーターと相談したいと思う
- システムとしては良いとおもいますが行政から求められている項目がないため
- ①大学病院で許可がない。②既存のデータ集計法を使っている

- 現在記録には本人や家族の写真、支援の過程で取得した情報、コーディネーターが提供した情報など添付情報が多いため
- 現在利用中の記録の入力もあり、2度手間になってしまうため
- 検討中

「相談記録システム」の利用に関して、当センターからどのようなサポートを希望されますか（複数回答可）



相談記録システムフォーカスグループインタビュー 事前アンケート

相談記録システムをご利用いただき、誠にありがとうございます。システムの利活用状況を明らかにし、今後のサポートにいかすためにフォーカスグループインタビュー（2月14日 14:00～15:00 Zoom）を実施いたします。

当日は、この事前アンケートをもとに、皆さんにご発言いただきながら会を進めてまいります。よろしければ事前の提出にご協力をお願いいたします。

インタビューの内容につきましては、発言者が特定されないよう配慮して、別途、報告書としてまとめさせていただきます。

都道府県・指定都市名

氏名

1. 相談記録システムの使用状況についてお尋ねします。

- ・相談を受けてから入力、記録整理に至る流れをご記入ください

2. 登録されたデータの利活用の状況についてお尋ねします。

- ・どのように利活用されているかをご記入ください。

（例）都道府県等への報告、利用者とのカンファレンスや面談、年次報告 等

3. その他、お考えになっているデータの利活用方法やシステムの改善点、システムに期待することなどがありましたらご記入ください。

※ アンケートにつきましては、お忙しい中申し訳ございませんが2月7日（月）までに全国若年性認知症支援センター（zenkoku-jakunen@dcnet.gr.jp）までメールにてお送りください。よろしくをお願いいたします。

ご回答ありがとうございました

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

発行：令和4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
