

	助言または連携								
50	グループホーム等施設職員への 助言・指導	.066	-.012	.071	-.100	.003	.748	.009	-.026

Cronbach α	0.959	0.928	0.846	0.825	0.822	0.866	0.734	0.616
-------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

厚生労働省科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

（分担）研究報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

（H22 ー認知症ー 一般ー005）

研究分担者 小長谷陽子 認知症介護研究・研修大府センター 研究部長

研究要旨：全国の地域包括支援センターで行われている、認知症高齢者に関する相談業務の実態と相談の背景・内容等を明らかにするため、これまでに4,677か所に調査票を送付し、2,448か所から回答を得た。地域包括支援センターの3職種の職員が、認知症に関する相談で支援や対応が困難であったこと、および今後必要な研修として自由回答で挙げられた項目から、認知症相談に必須と考えられるの項目を抽出し、それらをわかりやすく解説した簡便で有用な冊子、「地域包括支援センター職員のための知って役立つ認知症 Q&A」を作成し、認知症に関する知識の共有に資することとした。

A. 研究目的

高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を送ることができるように、さまざまなサービスを提供するための「地域包括支援センター」が2006年に全国に設置された。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種が、チームとして地域包括支援ネットワークを構築する。その業務は介護予防のケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントなど多岐にわたっている。

現在の地域包括支援センターにおける業務は、新予防給付に関する介護予防ケアマネジメントが中心になりがちであり、認知症高齢者に関連する総合相談業務は不十分であるとされているが、実態は明らかではない。昨年度までに、全国の地域包括支援センターの総合相談業務、特に認知症に関わる相談業務の実態を把握し、相談の背景・原因を明らかにし、よりよい相談対応に向けた改善策を探ってきた。今年度は、これらのデータを踏まえて、職員等が認知症に関わる相談に適切に対応できるようになるための、わかりやすく利用しやすい手引書を作成することを目的とする。

B. 研究方法

上記目的のため、昨年度までに行った調査結果から、認知症に関する相談で多かった項目、支援や対応が困難であったこと(図1, 2)、および今後必要な研修として自由回答で挙げられた項目から、認知症相談に必須の項目を抽出した。これらを複数の地域包括支援センター職員によるブレインストーミングを経て23項目に絞った。

この23項目に対する適切な答えをわかりやすく記述し、試作したものを、再度、複数の地域包括支援センター職員に提示し、意見を求めたうえで修正を加えた。

C. 研究結果

「Q&A」の項目として、

1. 認知症という病気については、

- Q 1. 認知症の定義について教えてください。
- Q 2. 認知症の診断基準について教えてください。
- Q 3. 認知症の人はどれくらいいますか？有病率はどれくらいですか？
- Q 4. 認知症の原因疾患について教えてください。
- Q 5. 認知症と区別すべき病気や状態について教えてください。
- Q 6. 認知症のスクリーニング検査にはどのようなものがありますか？
- Q 7. 認知症の薬について最新情報を教えてください。

2. 認知症の人や家族の困りごと・心配

ごとについては、

- Q 8. 認知症の人は、どのような思いを抱えているのでしょうか？
- Q 9. 虐待はどのくらい起きていますか？

Q10. 認知症の人を介護している家族には、どのような困りごと・心配ごとがあるのでしょうか？

Q11. 認知症の介護家族は地域包括支援センターにどんなことを求めていますか？

3. 本人への支援については

Q 12. 認知症かどうか判断するポイントやチェックリストはありますか？

Q 13. 本人が受診を拒否します。上手に医療機関につなげる方法がありますか？ Q 14. 認知症の人の運転をやめさせたい場合、どんな働きかけが効果的ですか？ Q 15. 認知症の夫は運転免許証の更新をしませんでした。替りに身分証明となるものはありますか？

Q 16. 認知症の行動・心理症状（BPSD）が出現した場合の対応の仕方を教えてください。

4. 家族への支援については

Q 17. 家族介護者の心理について教えてください。

Q 18. 家族が病気であることの現実を受け入れられないでいます。どのように支援したらよいでしょうか？

Q 19. 家族への助言の具体的方法は何でしょうか？

Q 20. 家族が気軽に相談できる機関はありますか？

5. 社会資源については

Q 21. 認知症の受診ができるのはどの病院ですか？

Q 22. 認知症と診断された場合に利用できる制度は何ですか？

7. その他では

Q 23. 認知症の予防はできますか？

以上の 23 項目が抽出された。

D. 考察

地域包括支援センターの 3 職種の職員が、認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことに関しては、昨年度既に報告した。今後、必要な研修内容では、家族支援に関する知識やスキル、認知症に対する理解や最新情報、若年性認知症およびその支援・社会制度、認知症介護における地域医療との連携、高齢者虐待や権利擁護およびその対策などが 50%以上であり、幅広い情報や知識が求められていることがわかった。

3 職種はそれぞれ専門職ではあるが、認知症に関する知識においては、十分とは言えない場合もあり、また職種間での知識や対応にも差が見られる。

認知症の家族などからの相談に対応するためには、認知症に関する基本的な知識や対応の方法を知っていることが必要であり、そのうえで経験によってスキルがさらに深められることになる。

今回の簡便な冊子は、ニーズをもとにして、認知症の基本的な知識や対応法を記したものであり、「Q&A」形式なのでわかりやすく、必要時に必要な項目を見ることが可能である。

これを基礎にして、相談・対応の経験を積み重ねることで、各地域包括支援センターの

職員間において、認知症相談対応スキルが蓄積されると考えられる。

E. 結論

地域包括支援センターの職員が認知症の相談業務の際に活用できる、認知症に関する基本的知識をまとめた冊子を作成し、認知症に関する知識を共有し、認知症相談への対応の質向上に資するものとした。

G.研究発表

I. 論文発表

- 1) 小長谷陽子、渡邊智之、太田壽城. 地域在住高齢者の認知機能と身体活動との関連性 — 4年間の縦断調査の結果から— 日本老年医学会雑誌 2012; 49: 752-759
- 2) 小長谷陽子. 地域包括支援センターにおける認知症相談の実態と課題.
日本医事新報 4610: 84-88, 2012
- 3) 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— 日本老年医学会雑誌 2012: 49: 483-490
- 4) Tomoyuki Watanabe, PhD , Yoko Konagaya, MD, PhD , Tsutomu Yanagi, MD , Masaru Miyao, MD, PhD , Marehiro Mukai, PhD , Hiroto Shibayama, MD, PhD
Study of Daily Driving Characteristics in Patients with Dementia Using Video-Recording Driving recorders JAGS 60 (7): 1381-1383, 2012
- 5) 小長谷 陽子：若年性認知症コールセンターへの相談. 特集「最前線・認知症ケア」ふれあいケア 18: 30-33, 2012
- 6) 小長谷陽子、渡邊智之、森 明子：在宅 Alzheimer 病の認知機能と日常生活活動との関連性—DAD を指標として—. 神経内科 76(1): 100-103, 2012

II. 単行本

- 1) 小長谷陽子：若年性認知症への支援と課題. (認知症介護研究・研修東京センター監修) 認知症地域ケアガイドブック 早期発見から看取りまで. 116-122、ワールドプランニング、東京 (2012)
- 2) 小長谷陽子：認知障害への支援プログラムの実際. (認知症介護研究・研修東京センター監修) 認知症地域ケアガイドブック 早期発見から看取りまで. 123-128、ワールドプランニング、東京 (2012)
- 3) 小長谷 陽子：若年性認知症の理解と支援方法. p 54-59. 改訂 施設スタッフと家族のための認知症の理解と家族支援方法. 加藤伸司・矢吹知之編著、ワールドプランニング、東京 (2012)

III. 学会発表

- 1) 齊藤千晶、中村昭範、長屋正博、井上豊子、小長谷陽子. 認知症高齢者への非言語性シグナルを用いたリハビリテーションプログラムの開発と評価. 第13回日本認知症ケア学会. 2012.5 19, 20 浜松
- 2) 小長谷陽子、渡邊智之、森明子、柳務、小長谷正明. 在宅アルツハイマー病の認知機能と日常生活動作の検討—DADを指標として— 第53回日本神経学会学術大会. 2012. 5. 22～25 東京
- 3) 渡邊智之、小長谷陽子. 地域在住高齢者の日常生活状況の縦断的变化—2002～2010年の生活実態調査から— 第70回日本公衆衛生学会 2012.10 24～26 山口

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

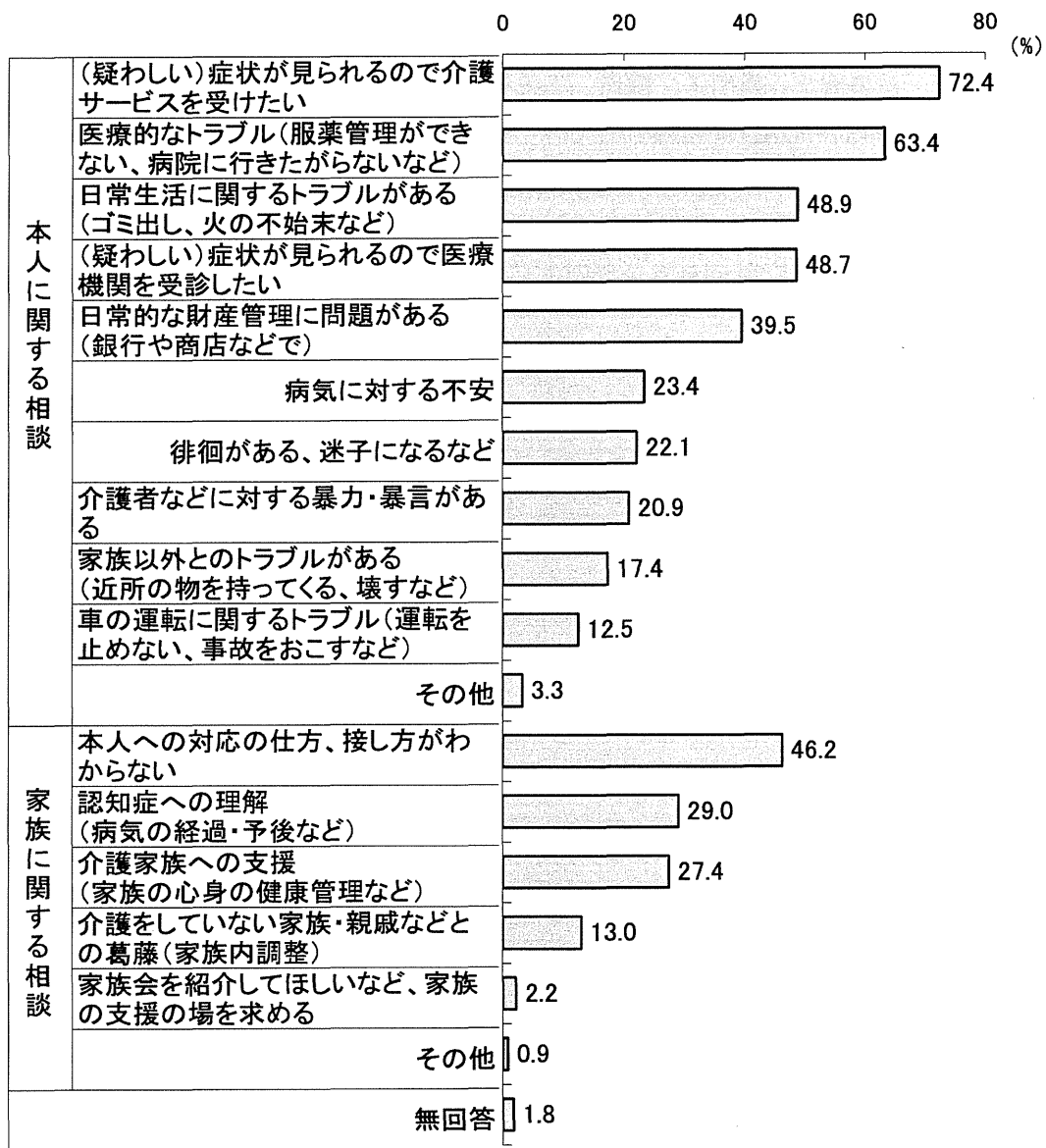


図 1. 認知症に関する相談内容で多いもの (N=2448)

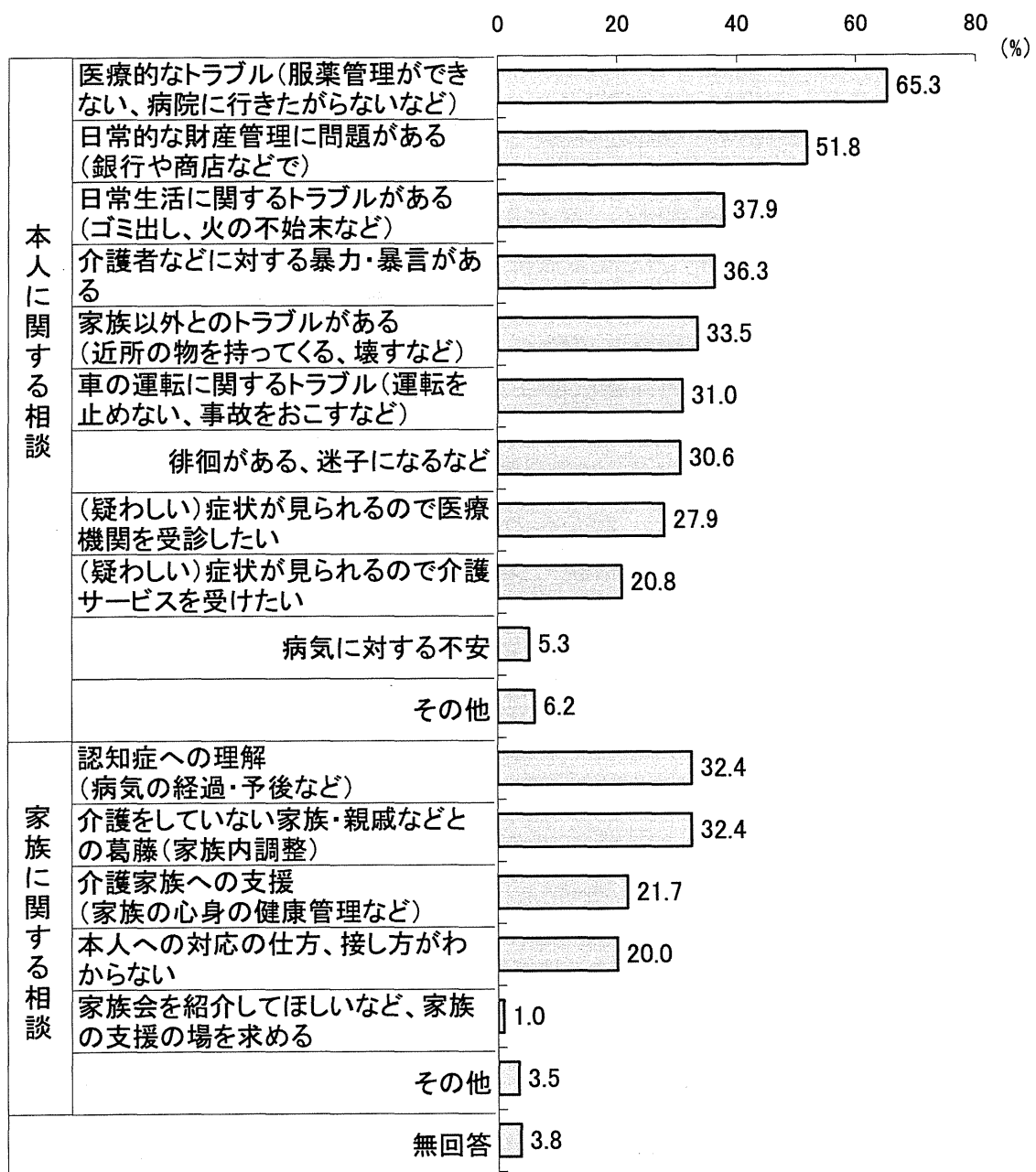


図2. 認知症に関する相談で支援や対応が困難なもの (N=2448)

22年度の結果

研究分担者 小長谷陽子 認知症介護研究・研修大府センター 研究部長

研究要旨：全国の地域包括支援センターで行われている、認知症高齢者に関する相談業務の実態と相談の背景・内容等を明らかにするため、4,677か所に調査票を送付し、2,448か所から回答を得た。運営主体は委託が最も多く、委託先では社会福祉法人が最も多かった。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種の職員数は概ね常勤が各1人であった。総合相談支援件数は月平均で100件以上150件未満が最も多く、総合相談全体に占める認知症に関する相談の割合は2~3割が最も多く、相談者では介護家族・同居家族が最も多かった。相談内容は、本人に関しては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く、介護家族に関しては、本人への対応の仕方がわからないことであった。職員が認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）が最も多かった。職員の研修に関しては、半数以上の事業所で必要に応じて職場内研修を行っていた。今後、必要な研修としては、家族支援に関する知識やスキルが最も多く、次いで認知症に対する理解や最新情報であった。

A. 研究目的

高齢者が、住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を送ることができるように、さまざまなサービスを提供するための「地域包括支援センター」が2006年に全国に設置された。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種が、チームとして地域包括支援ネットワークを構築する。その業務は介護予防のケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントなど多岐にわたっている。

現在の地域包括支援センターにおける業務は、新予防給付に関する介護予防ケアマネジメントが中心になりがちであり、認知症高齢者に関連する総合相談業務は不十分であるとされているが、実態は明らかではない。本研究の目的は、設置から4年が経過した、全国の地域包括支援センターの総合相談業務、特に認知症に関わる相談業務の実態を把握し、相談の背景・原因を明らかにし、よりよい相談対応に向けた改善策を探ることである。さらに、職員等が認知症に関わる相談に適切に対応できるようになるための、今後の研修や教育に関する基礎的データを収集することである。

B. 研究方法

上記目的のための調査票を作成し、アンケートを行った。アンケート内容は、地域包括支援センターの属性、総合相談支援、特に認知症の相談に関する項目、相談に対応するための研修・勉強の内容と課題等である。

C. 研究結果

平成 22 年 9 月末時点での WAMNET で検索した、全国の地域包括支援センター 4,677 か所に調査票を郵送し、回答を求めた。調査期間は平成 22 年 11 月 16 日から 12 月末日までであった。

2,448 か所から、返信があり、52.3%の有効回答を得た。

都道府県別の回収率では愛知県が最も高く 77.2%、次いで岐阜県 76.1%、秋田県 71.7%であった。

地域包括支援センターの運営主体は、市町村（広域連合を含む）の直営が 32.6%、委託が 67.3%であった。委託先では、社会福祉法人が最も多く 36.2%、次いで社会福祉協議会 12.7%、医療法人 11.2%であった（表 1）。

地域包括支援センターの職員は原則として、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の 3 職種であり、それぞれ常勤が 1 人という事業所が最も多かった（表 2）。一方で、16.6%の事業所では、常勤の保健師が 2 人、19.2%の事業所では常勤の社会福祉士が 2 人であった。1 か所の地域包括支援センターにおける平均人数に関しては、主任ケアマネ（常勤）、保健師・看護師等（常勤）、社会福祉士（常勤）でそれぞれ、1.14 人、1.52 人、1.40 人であり、非常勤はそれぞれ 0.29 人、0.73 人、0.47 人であった。

認知症の相談業務を専門に行う担当者の配置については、いと回答したのは、194 か所（7.9%）のみであり、認知症連携担当者、認知症コーディネータ、認知症専門相談員などの名称であった。また、調査時点で、認知症対応型強化地域包括支援センターに指定されていたのは、41 か所のみであり、今後指定される予定は 8 か所であった。

管轄地域の 65 歳以上の人口は、5,000 人以下が最も多く 10.9%、次いで 4,000 人以下（9.6%）、15,000 人以下（9.5%）であった。全体の平均人数は 10,339 人であった。高齢化率は、20%以上 22%未満が最も多く 13.4%、次いで 22%以上 24%未満（12.7%）、18%以上 20%未満および 30%以上 35%未満（11.5%）であった。全体の平均値は 24.9%であった。

平成 22 年度上半期（4 月から 9 月まで）の総合相談支援件数は、月平均で 100 件以上 150 件未満が最も多く 13.0%、次いで 30 件以上 50 件未満（11.7%）、50 件以上 70 件未満（9.8%）であった。全体の平均値は 153.9 件であった。また、この件数が平成 21 年度の平均値に比べて増えているとした事業所は 65.2%、変わらないとしたところは 24.3%であり、両者を合わせると 9 割近くであった。

総合相談全体に占める、認知症に関する相談の割合は 2~3 割が最も多く 48.8%であり、次いで 1 割以下が 24.8%、4~6 割が 17.4%であった。また、この割合が、前年度より高くなったとした事業所は 49.8%、変わらないが 40.8%であった。

認知症に関する相談の相談者は、介護家族・同居家族が最も多く 92.5%、次いで民生委員 (66.1%)、介護していない・同居していない家族 (63.1%)、であった。その他、居宅介護事業者 (22.4%)、近隣住民 (15.9%)、病院・診療所 (11.1%) などが上位であった。相談内容は、本人に関する相談としては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く 72.4%、次いで医療的なトラブル (服薬管理、受診しないなど) (63.4%)、日常生活に関するトラブル (ゴミ出し、火の始末など) (48.9%)、疑わしい症状がみられるので医療機関を受診したい (48.7%) であった。介護家族に関する相談は、本人への対応の仕方がわからない (46.2%)、認知症に関する知識 (病気の経過、予後など) (29.0%)、介護家族への支援 (家族の心身の健康管理など) (27.4%) であった。

地域包括支援センターの職員が、認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル (服薬管理、受診しないなど) が最も多く (65.3%)、次いで日常的な金銭・財産管理の問題 (銀行や商店などで) (51.8%)、日常生活に関するトラブル (ゴミ出し、火の始末など) (37.9%)、介護者などに対する暴力・暴言 (36.3%) などであった。また、対応が困難であった理由では、対象者が独居で家族がいないが最も多く 81.5%、次いで家族内にキーパーソンがいない (配偶者も認知症あるいは心身の疾患がある、家族内に精神疾患や障害者がいて介護が必要など) (79.9%)、家族内の課題、経済的な理由 (72.4%)、家族が認知症について理解が不十分である (62.7%) などであった。

認知症に関する相談に対応するための地域包括支援センター職員の研修に関しては、9.8%の事業所では定期的に、また 53.3%の事業所では必要に応じて職場内研修を行っていたが、34.6%では行っていなかった。職場内研修を行っている事業所での研修の頻度は、1か月に1回程度が最も多く 32.0%、次いで6か月に1回程度 (16.2%)、2か月に1回程度 (14.5%) であった。職場内研修以外では、外部での講演会や研修会に出席するが最も多く 95.5%、次いで国や行政からの情報 (通達など) (57.4%)、個人的に本やインターネットで勉強 (52.1%) であった。

地域包括支援センターの運営主体と、職場内研修との関連について、市町村直営の事業所で、内部研修をしていないところが多く (47.9%)、定期的な職場内研修の割合が低かった (4.8%)。運営主体が委託の場合は一定の傾向はなかった (表 3)。

また、職場内研修以外の研修や学習との関連については、財団法人委託の事業所で、職場に講師を招いて勉強会の割合が高かったが、それ以外は一定の傾向はなかった (表 4)。

外部の研修に参加していない場合の理由では、業務が多忙で時間が取れないが最も多く 66.7%、次いで参加したい内容がない、自主的参加とされているので、時間的・経済的に困難がそれぞれ 24.2%であった。

今後、必要な研修内容では、家族支援に関する知識やスキルが最も多く 69.3%、次いで認知症に対する理解や最新情報 (56.5%)、若年性認知症およびその支援・社会制度 (56.3%)、認知症介護における地域医療との連携 (56.2%)、高齢者虐待や権利擁護およびその対策 (53.3%) などであった。

D. 考察

地域包括支援センターからは、予測より多い 52.3%の回答を得た。認知症に関する相談業務はかなり行われており、このような調査に対する関心度が高いことをうかがわせる。しかし、回収率が 80%近くあった地域もあれば、30%以下の地域もあり、都道府県によるばらつきがみられた。

運営主体については、3分の1は市町村（広域連合含む）の直営であったが、3分の2は委託であり、なかでも社会福祉法人への委託が最も多く、介護福祉事業者との協力関係が示唆された。

地域包括支援センターの職員の3職種については、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士のそれぞれの常勤が1人という事業所が最も多く、16.6%の事業所では、常勤の保健師が2人、19.2%の事業所では常勤の社会福祉士が2人と手厚い人員配置であった。その一方で、常勤の主任ケアマネや社会福祉士がいないところが4.4~5%あり、20か所に1か所と高率であった。1か所の地域包括支援センターにおける平均人数に関しては、常勤の人数が多く、非常勤は少なかった。愛知県医師会が平成19年に県内の地域包括支援センターを対象に調査した結果では、主任ケアマネ（常勤）、保健師・看護師等（常勤）、社会福祉士（常勤）の平均人数はそれぞれ、1.15人、1.31人、1.41人であり、非常勤はそれぞれ0.13人、0.16人、0.2人であったのに比べて、常勤、非常勤ともに増加しており、さまざまなサービスの需要増加に対応するため、人員を増加させ、態勢を強化したと考えられる。

1か所のセンターが担当する地域の高齢者数の平均値は、1万人以上であり、愛知県医師会の調査の7,874人に比べても多い数である。地域包括支援センターは、高齢者人口が3,000人から6,000人である地域に1か所が適切であるといわれていることから考えても、まだまだ数が足りないといわざるを得ない。また、担当地域の平均高齢化率は、内閣府の平成22年度高齢社会白書の22.7%に比べて高くなっている。今後、高齢化率がさらに高くなると推測されており、地域包括支援センターの役割りが重要となる。

総合相談件数は1カ月平均で、100件以上150件未満が最も多く、全体の平均値は153.9件であった。また、前年度と変わらないか増加している事業所が9割近くであった。総合相談全体に占める、認知症に関する相談の割合は2~3割が最も多く48.8%であり、この割合が、前年度と変わらないか高くなったとした事業所は9割以上であった。高齢社会の進展と認知症の数の増加を考えれば、この傾向は今後も続いていくと推測される。しかし、現状では、介護予防ケアマネジメントなど他の業務が大きな負担となっており、地域包括支援センターの業務全体に占める総合相談の割合は比較的低いとされる。きめ細かい対応をするためには、管轄地域の範囲や職員配置の見直しの検討が必要である。

認知症に関する相談の相談者は、介護家族・同居家族が最も多く9割以上であり、介護家族の負担が大きいことをうかがわせる。また、民生委員や居宅介護事業者、近隣住民からの相談も少なからずあり、地域での認知症への理解や協力が進んできた可能性もある。

相談内容については、本人に関する相談としては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く、疑わしい症状がみられるので医療機関を受診したいという相談も半数近く見られた。医療機関や介護サービスにつなぐという、地域包括支援センター本来の、入口としての役割を果たしているといえる。医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）や日常生活に関するトラブル（ゴミ出し、火の始末など）なども多く、介護家族や近隣住民との係わりのなかで果たす役割と考えられる。職員が、認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）が最も多く、次いで日常的な金銭・財産管理の問題（銀行や商店などで）、日常生活に関するトラブル（ゴミ出し、火の始末など）、介護者などに対する暴力・暴言などさまざまなトラブルについてであった。これらのトラブルは、対象者、相談者の個別的な条件などに帰因することが多く、また対応にも個別性が必要となるため、時間もかかり、必ずしもよい結果が得られない場合があると考えられる。

認知症に関する相談に対応するための地域包括支援センター職員の研修に関しては、半数以上の事業所で、必要に応じて職場内研修を行っていたが、約 3 分の 1 の事業所では行っていなかった。研修の頻度は、1 か月に 1 回程度が最も多く、約 3 分の 1 であり、6 カ月あるいは 2 か月に 1 回程度が十数%であった。すなわち、内部研修を行っている事業所のうち、約 3 分の 2 では、少なくとも半年に 1 回程度行っていた。職場内研修以外では、ほとんどの事業所で、外部での講演会や研修会に出席しており、国や行政からの情報（通達など）を得たり、個人的に本やインターネットで勉強することなども半数以上で行われていた。これらの頻度に関して、運営主体との関連性は少なかった。

外部の研修に参加していない事業所はわずかであったが、その理由としては、業務が多忙で時間が取れないことが最も多かった。

今後、必要な研修内容では、家族支援に関する知識やスキル、認知症に対する理解や最新情報、若年性認知症およびその支援・社会制度、認知症介護における地域医療との連携、高齢者虐待や権利擁護およびその対策などが 50%以上であり、幅広い情報や知識が求められていることがわかった。

E. 結論

設置から 4 年が経過した地域包括支援センターにおける、認知症に関する相談業務の実態とその背景・原因を明らかにし、課題や改善策を探るためのアンケート調査を行い、52.3% の回答を得た。認知症に関する相談業務は少なからずあったが、対応に困難な相談も多かった。相談に係わる研修や学習は職場外研修を中心として行われており、職員は今後とも幅広い知識や情報を求めていると考えられた。

F. 研究発表

I. 論文発表：

- 1) 森 明子、小長谷陽子、齊藤千晶、中村昭範：「いきいきリハビリ」・「にこにこリハ」.
現場向け特集「ユニークな活動、人気の活動」. 認知症ケア最前線 30 : 12-19, 2011
- 2) 小長谷陽子：若年性認知症総論. 現場向け特集「若年性認知症」. 認知症ケア最前線 29:
24-29, 2011
- 3) 小長谷陽子：若年性認知症の実態と支援対策. 老年問題研究 25 : 42-46, 2011
- 4) 伊藤美智予、鈴木亮子、尾之内直美、湯原悦子、旭多貴子、小長谷陽子：認知症の人の
買い物に関する実態調査—A県における「家族・専門職」と「店舗従業員」を対象とする2
つの調査を通して— 日本認知症ケア学会誌 10(3):325-338, 2011
- 5) 小長谷陽子、森 明子：パーソン・センタード・ケア. 特集「認知症ケアの取り組み —
エビデンスを基に—」 Aging & Health 20 (2): 10-14, 2011
- 6) 小長谷陽子：企業における若年性認知症の実態と支援への課題. 職リハネットワーク
68 : 9-14 2011
- 7) 小長谷陽子、森 明子：認知症の非薬物療法および若年性認知症の就労リハビリテーシ
ョン. 特集「認知症リハビリテーションのEBM」. 総合リハビリテーション 39 (5) : 435
-440 2011
- 8) Kanoh M, Oida Y, Nomura Y, Araki A, Konagaya Y, Ihara K, Shimizu T, Kimura K,
Miyake N, Shirouzu H: Examination of Practicability of Robot Assisted Activity
Program using Communication Robot for Elderly People. J Robotics and
Mechatronics, Vol.23, No.1:3-12,
2011

II 学会発表：

- 1) 小長谷陽子、渡邊智之、柳務：愛知県における若年性認知症の就業、日常生活動作およ
び介護保険利用状況. 第52回日本神経学会学術大会. 2011. 5. 18~20 名古屋
- 2) 中村昭範、齊藤千晶、長屋政博、井上豊子、小長谷陽子：非言語性コミュニケーション
シグナルを積極的に用いた認知症のリハビリテーション. 第52回日本神経学会学術大会.
2011. 5. 18~20 名古屋
- 3) 鈴木亮子、小長谷陽子：若年性認知症コールセンターの実態 第2報 —認知症介護研
究・研修大府センターに設置された電話相談の結果から— 第12回日本認知症ケア学会.
2011.9. 24, 25 横浜
- 4) 齊藤千晶、中村昭範、長屋政博、井上豊子、小長谷陽子：認知症高齢者への非言語性シ
グナルを用いたリハビリテーションプログラムの開発と評価 —認知症高齢者への「にこ
にこリハ」の実践と評価— 第12回日本認知症ケア学会. 2011.9. 24, 25 横浜
- 5) 伊藤篤史、塩島陽子、遠藤彩、北原彩奈、小長谷陽子：認知症高齢者に対する継続的な
作業活動支援 —いきいき作業手帳の有用性の検討— 第12回日本認知症ケア学会.
2011.9. 24, 25 横浜

6) 渡邊智之、小長谷陽子：生活実態調査による地域在住高齢者の社会活動と食習慣との関連。第70回日本公衆衛生学会 2011.10.19-21 秋田

7) Konagaya M, Sakai M, Konagaya Y, Yoshida M: Neuropathological changes of Clioquinol intoxication; subacute myelo-optico-neuropathy (SMON) 20th World Congress of Neurology Marrakesh, Morocco, November 12-17, 2011

表 1. 地域包括支援センターの運営主体

市町村（広域連合含む）の直営	797	32.6%
委託	1,647	67.3
社会福祉法人	886	36.2
社会福祉協議会	311	12.7
医療法人	273	11.2
社団法人	40	1.6
財団法人	46	1.9
株式会社	34	1.4
NPO 法人	18	0.7
その他	39	1.6
無記入	4	0.2
合計	2,448	100.0

表 2. 地域包括支援センターの職員

	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人以上	平均値
主任ケアマネ (常勤)	5.0	76.5	10.3	1.9	0.5	0.2	0.3	1.14
(非常勤)	18.9	2.5	0.4	0.2	0.0	0.0	0.2	0.29
保健師等 (常勤)	2.1	67.1	16.6	5.4	2.5	0.9	1.7	1.52
(非常勤)	16.1	8.3	1.7	0.8	0.4	0.1	0.4	0.73
社会福祉士(常 勤)	4.4	62.1	19.2	5.2	1.6	0.4	0.8	1.40
(非常勤)	17.6	6.1	0.9	0.4	0.1	0.1	0.2	0.47
その他(常勤)	11.8	25.9	8.9	4.1	1.9	1.0	2.7	1.63
(非常勤)	12.3	17.3	4.2	2.3	1.0	0.5	1.3	1.35

*: 2,448 か所に対する%、無記入は除く

表 3. 地域包括支援センターの運営主体と職場内研修との関連

	対象数	定期的に 職場内研 修をする (%)	必要に 応じて職 場内研修 をする(%)	職場内研 修はして いない (%)	無記入 (%)
市町村直営	797	4.8	45.5	47.9	1.8
委託	1,647	12.3	57.2	28.2	2.3
社会福祉法人	886	14.6	56.8	26.4	2.3
社会福祉協議会	311	6.1	57.6	34.7	1.6
医療法人	273	11.7	56.8	28.6	2.9
社団法人	40	15.0	52.5	32.5	0.0
財団法人	46	17.4	47.8	28.3	6.5
株式会社	34	17.6	64.7	14.7	2.9
NPO 法人	18	0.0	83.3	16.7	0.0
その他	39	5.1	64.1	28.2	2.6
無回答	4	25.0	25.0	25.0	25.0

合計	2,448	9.8	53.3	34.6	2.2
----	-------	-----	------	------	-----

表 5. 今後必要な研修の内容

	実数	%
認知症に対する理解を深め、その最新の知識を知る	1,386	56.6
認知症の人への対応に関する知識	1,104	45.1
家族支援に関する知識やスキル	1,696	69.3
高齢者虐待や権利擁護およびその対策について	1,304	53.3
認知症の人を地域で支えるためのアセスメントと ケアプラン作成について	932	38.1
認知症介護における地域医療との連携について	1,375	56.2
認知症の人の社会参加・社会活動を支える 地域連携について	1,367	55.8
若年性認知症およびその支援・社会制度について	1,378	56.3
その他	43	1.8
無記入	43	1.8
合計	2,448	100.0

表 4. 地域包括支援センターの運営主体と職場内研修以外の研修・学習との関連

	対象 数	職場内 の事例 検討会 (%)	個人的 に本や インタ ーネッ トで勉 強 (%)	国や行 政から の情報 (通達 など) (%)	職場に 講師を 招いて 勉強会 (%)	外部での 講演会や 研修会に 出席 (%)	その 他 (%)	外部の 研修に 参加 してい ない(%)	無記 入 (%)
市町村直営	797	40.2	55.0	58.2	14.8	94.7	3.5	1.9	0.5
委託	1,647	47.4	50.8	57.0	15.3	95.8	4.2	1.1	0.9
社会福祉法 人	886	46.2	50.3	56.2	14.8	94.6	4.0	1.5	1.1
社会福祉協 議会	311	43.1	48.6	51.8	16.4	98.1	4.2	0.6	0.3
医療法人	273	50.5	58.2	63.4	14.3	97.4	5.5	0.0	1.1
社団法人	40	52.5	45.0	55.0	15.0	97.5	2.5	0.0	0.0
財団法人	46	60.9	45.7	60.9	28.3	93.5	0.0	2.2	0.0

株式会社	34	50.0	47.1	61.8	8.8	91.2	0.0	5.9	0.0
NPO 法人	18	61.1	61.1	55.6	5.6	100.0	0.0	0.0	0.0
その他	39	59.0	35.9	64.1	20.5	97.4	12.8	0.0	0.0
無回答	4	50.0	50.0	50.0	25.0	100.0	0.0	0.0	0.0
合計	2,448	45.1	52.1	57.4	15.2	95.5	4.0	1.3	0.7

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
（分担）研究報告書

「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」（鳥羽班）(H22-認知症-一般-005)

山口晴保・群馬大学大学院保健学研究科 教授

研究要旨

認知症の地域連携に役立つ研究として、初期認知症のチェックリストを開発した。認知症を簡潔にスクリーニングできる認知症初期症状 13 項目質問票 Symptom of Early Dementia -13 Questionnaire (SED13Q) を介護者など他者による客観的な評価を行った。さらに妄想を除く 12 項目を本人と介護者双方が記入する認知症病識 12 ペア質問票 Anosognosia in Dementia-Paired 12 Questionnaire (ADP12Q)を作成し、その妥当性を検討した。SED13Q は、地域健常群（夫を妻が評価）65 例、外来健常者 13 例、MCI 40 例、軽度認知症 202 例、中等度認知症 166 例を対象とした。ADP12Q は軽度 AD 18 組の本人と介護者を対象とし、標準化された Anosognosia Questionnaire for Dementia (AQ-D)との相関を調べた。その結果、SED13Q 陽性項目合計数は、地域健常群 1.2 ± 1.2 、外来健常群 1.9 ± 1.6 、MCI 群 3.4 ± 2.2 、軽度 AD 群 6.7 ± 2.9 、軽度 DLB 群 7.5 ± 3.0 、軽度 VD 群 6.5 ± 2.6 となった。ADP12Q の介護者—本人間のずれ（大きいほど病識が乏しい）は、AQD の認知 22 項目のずれと高い相関 ($r=0.79$; $p < 0.001$) を示した。SEAD13Q は介護者が記入すると、健常者の多くは 2 項目以下 (87.7%)、認知症では多くが 5 項目以上 (75.2%) となり、スクリーニングに有用であった。さらに、この評価表を本人も同時に記入することで簡便な病識低下の評価が可能となった。BPSD を防ぐ家族指導に役立てたい。これらの評価用紙を地域連携の中で、今後役立てて頂きたい。

A. 研究目的

認知症の包括ケア提供体制の確立をめざして、認知症のスクリーニングに役立つ問診票と、行動・心理症状の発症を防ぐ認知症ケアに役立つ病識評価表を新たに開発した。

B. 研究方法

認知症を簡潔にスクリーニングできる認知症初期症状 13 項目質問票 Symptom of Early Dementia -13 Questionnaire (SED13Q) を介護者など他者による客観的な評価を行った (表 1)。さらに妄想を除く 12 項目を本人と介護者双方が記入する認知症病識

12 ペア質問票 Anosognosia in Dementia-Paired 12 Questionnaire (ADP12Q)を作成し、その妥当性を検討した。SED13Q は、地域健常群（夫を妻が評価）65 例、外来健常者 13 例、MCI 40 例、軽度認知症 202 例、中等度認知症 166 例を対象とした。ADP12Q は軽度 AD 18 組の本人と介護者を対象とし、標準化された Anosognosia Questionnaire for Dementia (AQ-D)との相関を調べた。

倫理面への配慮として、群馬大学疫学倫理委員会の審査を受けた。

表 1 SED13Q の質問項目（ADP12Q の項目は、13 を除いた 1-12）

1. 同じことを何回も話したり、尋ねたりする
2. 置き忘れや、しまい忘れがある
3. 出来事の前後関係がわからなくなった
4. 服装など身の回りに無頓着になった
5. 水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
6. 同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
7. 薬を管理してきちんと内服することができなくなった
8. 以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
9. 計画を立てられなくなった
10. 複雑な話を理解できない
11. 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
12. 前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
13. 大切なものを盗まれたと言う

C. 研究結果

認知症初期症状を 13 項目並べた SED13Q の、介護者が付けた陽性項目合計数は、地域健常群 1.2 ± 1.2 、外来健常群 1.9 ± 1.6 、MCI 群 3.4 ± 2.2 、軽度 AD 群 6.7 ± 2.9 、軽度 DLB 群 7.5 ± 3.0 、軽度 VD 群 6.5 ± 2.6 となった。度数分布を図 1 に示す。3/4 項目をカットオフとすると、健常者の 10%が擬陽性に、認知症の 90%が陽性となり、スクリーニングに有効な使用であった。MCI は結果がばらついて、MCI のスクリーニングには役立たなかった。

13 項目からもの忘れの項目を除いた 12 項目 の ADP12Q を本人と家族 18 ペアに答えてもらった。ADP12Q の介護者—本人間のずれ（大きいほど病識が乏しい）は、従来の指標である AQD の認知 22 項目のずれと高い相関 ($r=0.79; p<0.001$) を示した。