

厚生労働科学研究費補助金
認知症政策研究事業

認知症観の変遷と現状課題把握のための
学際的研究

令和 7 年度
総括・分担研究年度終了報告書

研究代表者 笠貫 浩史
令和 8（2026）年 5 月

目 次

I. 総括研究年度終了報告

認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究 -----	1
笠貫浩史、岡村 毅、宮前史子、宇良千秋、涌井智子、井藤佳恵、 成本 迅、角谷快彦、杉山智子、郷堀ヨゼフ	

II. 分担研究年度終了報告

1. 「新しい認知症観」の概念検討および尺度形成に関する研究 -----	13
笠貫浩史、岡村 毅、宮前史子、宇良千秋、涌井智子、井藤佳恵、 成本 迅、角谷快彦、杉山智子、郷堀ヨゼフ、田所正典、小橋章人 (資料) 調査票 -----	20
(資料) 老年看護を専門とする看護師へのヒアリング -----	26
(資料) 認知症観尺度プレテストの記述統計・クロス集計等 -----	30
(資料) 「新しい認知症観」と認知症の人の理解 (総説) -----	93
2. 働く場の認知症観の変化 -----	103
岡村 毅	
3. 本人ミーティングを通じた参加者の認知症観の変化に関する研究---	107
宮前史子	
4. ケアファーム参加者・支援者が語った新しい認知症観 -----	115
宇良千秋	
5. 家族の認知症観に関連する情報支援と診断の影響 -----	119
涌井智子	
6. 医療現場の認知症観検証 -----	126
成本 迅	
7. 看護現場の認知症スティグマ検証-----	128
笠貫浩史、田所正典、小橋章人 (資料) 調査票 -----	133
8. 認知症観の社会経済的規定要因と経済的含意に関する研究 -----	138
角谷快彦	

9. 認知症観の呼称変更に関する文献レビュー	-----	139
井藤佳恵		
10. 認知症観・認知症のスティグマに関する国際比較検討・人類学研究	-----	142
郷堀ヨゼフ		
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	145

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

総括研究報告書

認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究

研究代表者： 笠貫浩史 聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室 教授

研究分担者：

岡村 毅 東京都健康長寿医療センター 自立促進と精神保健研究チーム 研究部長

宮前史子 東京都健康長寿医療センター 自立促進と精神保健研究チーム 研究員

宇良千秋 東京都健康長寿医療センター 自立促進と精神保健研究チーム 准主任研究員

涌井智子 東京都健康長寿医療センター 福祉と生活ケア研究チーム 准主任研究員

井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長

成本 迅 京都府立医科大学精神機能病態学 教授

角谷快彦 広島大学大学院人間社会科学研究科 教授

杉山智子 順天堂大学医療看護学部 准教授

郷堀ヨゼフ 淑徳大学総合福祉研究科 教授

研究要旨

行政理念としての「新しい認知症観」は認知症施策推進基本計画中に明言化され、KPI 設定・遂行が各自治体で進みつつある。一方で学術的な意味で「認知症観」の定義や概念、構造はいまだ確定的な見解が存在しない。本研究は「認知症観」が社会・文化的背景の影響を受けて動的に変容する多面的概念として捉え、学際的観点からその変遷と現状課題を検討し、得られる知見を施策立案と社会提言に活かすことを目的としている。

初年度は7領域について検討を進め、各々成果を得ている。

領域1. 認知症観概念化と尺度形成：認知症観尺度開発を目的に、関連先行文献からアイテムプール、KJ法による概念化を経て40項目から成る暫定版を作成し、地域住民を対象に対面プレ調査とオンラインプレテストを実施した。尺度の高い信頼性・妥当性が示され、認知症観はポジティブ側面とネガティブ側面の2因子構造を有することが示唆された。

領域2. 本人の認知症観が体现される現場の調査：働く場、ケアファーム、本人ミーティングの参加者を対象に検討を行い、認知症観は知識提供のみならず、継続的な相互作用や共同活動を通じて変容しうることを示された。就労やケアファームでは、認知症が個性や生活の一部として再解釈され、本人ミーティングでは継続参加を通じて認知症を自分事として捉える「新しい認知症観」が促進される可能性が示唆された。

領域3. 家族の認知症観の実態調査：BPSDに対する家族の理解を家族の認知症観の一側面として捉え、診断および情報支援との関連を検討した。認知症診断と専門職支援は疾患理解を促進したが、MCI段階では継続的な専門職支援の必要性が示唆された。

領域4. 医療・看護現場の認知症観調査：看護現場の認知症スティグマについて、認知症看護認定看護師資格と認知症スティグマの関連を178名対象に予備的に検討した。資格保有者は「回避」が低く「尊重」が高値であり、日常的協働経験も非スティグマ的態度と関連した。専門教育と継続的接触の重要性が示唆された。医療現場の認知症観検証について、全国調査票作成のための文献調査、認知症サポート医を含む専門家対象のヒアリングを実施し、調査票項目を作成した。

領域5. 認知症観の社会経済的要因：人々の認知症観が老後不安等の経済的側面に及ぼし得る影響、ならびに社会経済的属性が認知症観に与える影響について、経済学的観点から分析を行った。当該年度は、老後不安要因を社会経済学的に考察した関連論文を公表するとともに、認知症観を被説明変数とする全国規模の家計調査を設計・実施し、今後の実証分析の基盤となるデータを収集した。

領域6. 認知症観呼称変更の文献レビュー：「痴呆」から「認知症」への呼称変更が、偏見・差別軽減を目的とした社会的・政策的介入として行われたことが確認された。行政用語変更ののち医学用語としても承認され、理解啓発や支援体制整備が進展した。一方、呼称変更後もスティグマは残存しており、「認知症」という用語自体が新たな偏見を生む可能性も示唆された。

領域7. 認知症観・認知症スティグマの国際比較：医療文化人類学視点で認知症スティグマの形成要因を文献的に検討した。文化・宗教・制度背景が認知症観に影響し、仏教的価値観や共同体的包摂がスティグマ緩和に寄与する可能性が示唆された。

【背景】

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」、「認知症施策推進基本計画」では、共生社会実現の基盤として「新しい認知症観」の醸成が重要視されている。一方、「認知症観」の学術的定義は曖昧であり、さらに社会・医療現場には依然として古い認知症のイメージやスティグマが残存している。課題解決に向け、認知症観の構造化・可視化と「認知症観」の変遷・現状の学際的検討、および共生社会実現に向けた課題抽出・社会提言が必要である。

【本事業の目的】

“古い認知症観や認知症スティグマの実態を学際的・国際的観点で検討し、
「新しい認知症観」の醸成および共生社会の実現に資する具体的な社会提言を行う”

1. 認知症観の概念整理・尺度の形成
2. 当事者・家族・地域実践を通じた認知症観の検証
3. 医療・看護・社会における認知症観・認知症スティグマの実態把握と社会経済的因子の影響検証
4. 啓発資材作成

【初年度に行ったこと(※目的1～3)】

概念整理・尺度形成・国際比較

「痴呆」から「認知症」への呼称変更過程の整理と国際的スティグマ研究を進め、認知症観の社会文化的背景を検討した。さらに、文献レビューとKJ法を通じて「認知症観尺度」暫定版(40項目)を作成し、Webプレテストを実施し、社会経済的背景因子も含め各因子の影響を検討した。

当事者・地域実践研究

働く場、本人ミーティング、ケアファーム等を対象に実態把握調査を行い、認知症観は知識啓発のみならず、継続的な対話や共同活動を通じて変容することが示唆された。家族へのアンケート調査を通じ、診断のみならず、適切な専門情報提供がBPSDの認識理解に寄与する知見を得た。

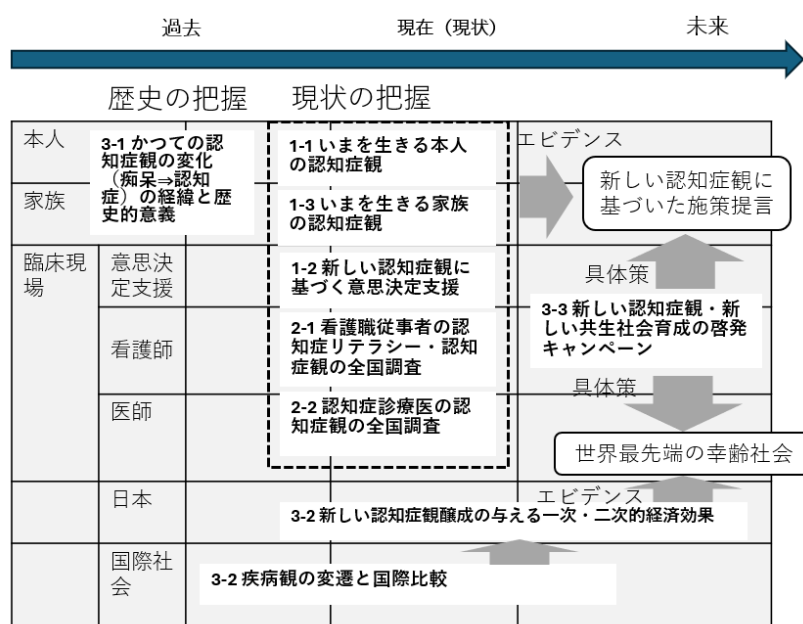
医療・看護・社会調査

看護職を対象とした認知症スティグマ調査を実施し、専門資格保有や資格保有者との日常的協働経験が非スティグマ的態度と関連する属性であることを確認した。医師対象の認知症観調査の準備を進めた。

2年目は初年度データの詳細解析・分析を進めるとともに、認知症観に関連する社会的・文化的・経済的要因の統合的検討を行う。また、各研究成果を横断的に整理し、共生社会実現に向けた認知症観醸成の課題と支援方策を抽出し、手引き・啓発資材作成に向け、学際的基盤を強化する。

【啓発資材作成(※目的4)】

2年目に準備、3年目に作成



A. 研究目的

かつて認知症は「痴呆」と呼ばれ、進行期の一面的かつ誤った負のイメージが一般社会・医療現場で優勢を占めたが、2000年代以降、「認知症」への呼称変更や、国内外の当事者活動を含むスティグマ軽減の粘り強い取り組みは一定の成果を上げ、大局的には認知症をめぐる社会のあり方は望ましい方向に向かいつつある。「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」には「国民の責務」として、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めること、共生社会の実現に寄与するよう努めることが明言化され、続く「認知症施策推進基本計画」には、認知症の人に関する国民の理解の増進に際して「新しい認知症観」という鍵概念の重要性が繰り返し強調されている。施策で認知症概念の変革を謳うものは世界でも最先端の試みである。

しかし、新しい認知症観の醸成と共生社会の実現を推進するにあたり、取り組むべき課題が複数ある。第一に認知症の人と家族等の社会活動への参画推進、第二に（医療従事者も含めた）国民全体が有する古い認知症観の現状把握と新しい認知症観醸成に向けた啓発活動、第三に認知症観の刷新がもたらしうる経済波及効果の推計が挙げられる。

本研究は、これらの課題をふまえ、社会の認知症観醸成に資する諸課題を学術的観点で多角的に取り組み、施策に繋がる解決案を提案することを目的とする。

B. 研究方法

上記課題解決に向け、医療現場を主な実践フィールドとして認知症当事者や家族との対話を直接行える多職種で構成される各専門家チーム（大学病院、東京都健康長寿医療センター、看護教員・老年看護学術団体）、医療人類学および医療経済学専門家が、認知症観の変遷と現状課題把握のための学際チームを組み、「当事者の声に基づく共生社会と認知症観の実態検証（項目①）」、「医療現場の全国調査を基盤とした認知症観の検証（項目②）」「認知症観変遷と未来の展望の手引き作成（項目③）」を軸とする、複数の研究を行うこととした。

1年目の令和7年度は手引き作成の基礎情報となる、①および②に係る以下の7領域のプロジェクトを遂行した。

領域1．認知症観概念化と尺度形成：

認知症観を単一ではなく多面的概念として捉え、多職種・学際チームによる討議を通じ、①知識②態度・感情③認知枠組み・病気認識④スティグマ⑤行動意図の5要素を抽出した。既存の国内外尺度や関連文献を参考に198項目のアイテムプールを作成し、KJ法を用いた概念整理を実施した。討議結果を踏まえ、「私がもし認知症になったら」という当事者視点のアイステートメント形式を採用した暫定版SoPOD（Scale of Perceptions/Perspectives on Dementia, 40項目・7件法）を作成した。地域住民対象プレ調査で質問理解可能性を確認後、全国市民対象Webプレテストを実施し、記述統計、信頼性分析、因子構造解析および重回帰分析を行った。倫理面では東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得た。

領域2．本人の認知症観が体現される現場

の調査：

2-1. 働く場

東京都板橋区高島平団地内において、「シフトなし・ノルマなし・年齢制限なし」を特徴とする軽作業型就労支援の場をフィールドとして参与観察およびインタビュー調査を行った。当該フィールドでは、認知症の有無を問わず多様な高齢者が自分のペースで働き、交流している。本研究では、認知機能低下を有する参加者が働き始めた際に、受け入れ側スタッフや周囲の参加者がその状態をどのように知覚し、関係性の中で認知症観がどのように変容するかを検討した。東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

2-2. 本人ミーティング

東京都内大規模団地内の認知症支援地域拠点において2018年から2022年にかけて計45回開催された本人ミーティングを対象に、記述的質的研究を実施した。本人ミーティングは、認知症と診断された本人や主観的認知機能低下を自覚する人を対象とし、若年性認知症当事者がファシリテーターを務めた。分析対象は20回以上継続参加した1名（Aさん）とし、参与観察によるフィールドノート、スタッフ反省会議事録、参加記録等を時系列に整理した。分析にはテーマ分析およびtrajectoryアプローチを用い、発言内容や参加態度の変化を縦断的に検討した。研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

2-3. ケアファーム

静岡県伊東市のケアファーム事業に参加する認知機能障害を有する高齢者4名およ

び、事業運営に関わるNPOスタッフ4名、市職員2名を対象にフォーカス・グループインタビューを実施した。「新しい認知症観」に関する説明文を提示した上で、それに対する考えや関連する経験について自由に語ってもらい、得られた逐語録をBraun & Clarkeのテーマ分析に基づき分析した。本研究は東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

領域3. 家族の認知症観の実態調査：

全国の要介護認定を受けた65歳以上高齢者の家族を対象としたオンライン調査データを用いた。認知症周辺症状に対する認識について、「疾患によるもの」と理解する「疾患帰属」と、「本人の性格・意図によるもの」と理解する「性格・意図帰属」の2側面を測定する16項目を作成した。加えて、認知症診断の有無（認知症、MCI、診断なし）、同居・別居家族、地域住民、友人・知人、専門職からの情報支援状況を把握した。統計解析では、疾患帰属および性格・意図帰属を従属変数とし、基本属性や介護状況を調整した重回帰分析を行った。本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

領域4. 医療・看護現場の認知症観調査：

4-1. 医療現場の認知症観調査

認知症サポート医を含む9名（医師、弁護士、社会福祉士）を対象に、ヒアリングを実施した。認知症観、認知症本人の意思決定支援、共同意思決定（SDM）、ACP

（Advance Care Planning）の実践状況等について聴取した。

（倫理面への配慮）

患者・利用者等を研究対象者として情報を

取得するものではなく、個人の健康情報、診療情報、要配慮個人情報、特定の患者・利用者を識別し得る情報を取得・分析するものではないことから、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の対象となる研究には該当しないと判断した。

4-2. 看護現場の認知症観調査

神奈川県認知症看護認定看護師会所属の認知症看護認定看護師および大学病院病棟看護師を対象に、横断的 Web アンケート調査を実施した。対象は①経験 1～4 年目看護師、②経験 5 年以上看護師、③認知症看護認定看護師の 3 群とし、Google フォームを用いた匿名回答形式で調査した。調査項目は背景因子に加え、日本語版認知症スティグマ評価尺度 (PDSA-J) を用いた。PDSA-J は「回避」「診断の恐怖」「尊重」「差別の恐怖」の 4 側面から構成される。統計解析には群間比較および重回帰分析を用いた。本研究は聖マリアンナ医科大学生命倫理委員会の承認を得て実施した。

領域 5. 認知症観の社会経済的要因：

認知症観と老後不安、社会経済属性との関連を検討するため、関連先行研究を整理し、分析枠組みを構築した。その上で、人々の認知症観、不安、社会経済的背景等を把握する全国規模家計調査を設計・実施し、今後の実証分析に用いるデータを収集した。また、老後不安形成に関する既存研究について、社会経済学的観点から整理・検討を行った。調査実施にあたっては、倫理指針および関連規程に基づき適切な配慮を行った。

領域 6. 認知症観呼称変更の文献レビュー：

医学中央雑誌を用いた体系的文献検索およびハンドサーチにより、認知症呼称変更に関する関連文献を収集した。西欧における dementia 概念の成立から、日本における「狂」「瘋」「痴呆」「認知症」への訳語変遷を整理するとともに、2004 年前後の厚生労働省検討会や関連学会における政策的・学術的議論を分析した。さらに、呼称変更後に残存する課題について、住民調査データを用いた「診断の恐怖」の背景要因解析も進めた。

領域 7. 認知症観・認知症スティグマの国際比較：

認知症観および認知症スティグマに関する国内外文献、政策文書、法制度、先行研究を整理し、人類学、社会学、社会福祉学、医学領域におけるスティグマ概念を踏まえ、国際比較に向けた分析枠組みを検討した。あわせて、ブラジル、スリランカ、ブータン、カナダ、オランダ等における認知症ケア実践や文化的背景に関する情報を収集し、医療モデル、生活モデル、宗教的価値観との関連を比較検討した。また、認知症特化型法制度と、既存の保健・福祉・意思決定支援制度に組み込まれた包括型制度との比較も行った。

C. 研究結果

領域 1. 認知症観概念化と尺度形成：

アイテムプールには、知識のみならず理解、受容、不安、スティグマ、共生、社会的包摂等の多面的要素が含まれた。KJ 法による概念整理では、認知症観は「主観的体験」「社会的態度・スティグマ」「対人関係の継続可

能性」「価値観・可能性志向性」等から構成されることが示唆された。プレ調査後に修正版尺度を作成し、全国 Web 調査では 971 名の有効回答を得た。Cronbach の α 係数は 0.869、KMO 値は 0.943 と高値を示し、尺度として十分な信頼性と因子分析適用性が確認された。因子構造解析では、「理解・受容・社会的包摂」を中心とするポジティブ側面と、「不安・喪失感・スティグマ」を中心とするネガティブ側面から成る 2 因子構造が示唆された。さらに、友人・知人としての接触経験はポジティブ因子と正の関連を示した一方、介護経験期間はネガティブ因子と関連した。以上より、認知症観には接触経験等により変化する側面と、比較的变化しにくい側面が併存する可能性が示唆された。

領域 2. 本人の認知症観が体現される現場の調査：

2-1. 働く場

研究協力初期には、スタッフ側に「認知症＝徘徊や強い物忘れ」といったステレオタイプの認識や緊張感が存在していた。しかし、継続的な関わりを通じ、「認知症があっても周囲と大きく変わらない」「物忘れや作業ペースの違いは個性の一部として理解できる」といった認識変化が語られた。認知機能低下による得意不得意は特別な問題ではなく、多様性の一形態として受け止められる傾向が確認された。その背景には、当該就労環境が従来から多様な人々を自然に受け入れてきた文化的特徴があると考えられた。以上より、働く場における継続的接触と共同作業経験は、認知症に対する固定化した認識を変化させ、新しい認知症観形成に寄与する可能性が示唆された。

2-2. 本人ミーティング

分析の結果、A さんの語りには 4 つのテーマが抽出された。初期には、認知症のきょうだいへの不安や「問題行動」への戸惑いが中心であったが、継続参加を通じて、認知症症状の背景理解や、本人の尊厳・プライドを尊重した支援を模索する語りへと変化した。また、自身の将来への漠然とした不安は、介護保険利用や終末期意思決定など「自分事としての認知症理解」へと具体化していった。さらに、認知症当事者への共感や社会的偏見への批判的視点が形成され、本人・家族双方の立場から認知症を捉える発言が増加した。会への参加態度についても、当初は自分の不安を訴える傾向が強かったが、次第に他者の話に耳を傾ける姿勢や落ち着いた関わりがみられるようになった。以上より、本人ミーティングへの継続参加は、認知症を「自分事」として捉え直し、新しい認知症観形成を促進する場として機能する可能性が示唆された。

2-3. ケアファーム

参加者の語りからは、「認知症になっても役割を持ち、人と関わりながら生活できる」という認識が、理念ではなく体験を通じて形成されていることが示された。参加者からは、「来て経験しなければ分からない」「みんなと一緒にいると安心する」といった発言がみられ、交流や共同作業そのものが認知症観形成に影響している可能性が示唆された。一方、支援者側からは、「認知症を特別視しない」「支援する／される関係ではなく一緒に場をつくる」という視点が語られた。これらは教育や理念から獲得されたと

いうより、日常的な共同作業や関係形成の積み重ねの中で自然に形成された認知症観であることが特徴的であった。以上より、ケアファームにおける新しい認知症観は、知識啓発よりも体験や共同実践を通じて醸成される可能性が示唆された。

領域 3. 家族の認知症観の実態調査：

解析対象は 1,653 名であった。専門職からの情報支援は、認知症症状を「本人の性格や意思」とみなす傾向を低減し、疾患として理解する傾向を高めることと関連していた。また、認知症診断は性格・意図帰属を低減し、疾患帰属を高めていた。一方、MCI 診断では疾患理解は高まるものの、性格・意図帰属の低減には十分結びついていなかった。さらに、MCI 診断群および認知症診断群では、専門職からの情報支援が加わることで、性格・意図帰属がより低減していた。一方、家族や地域住民からの情報支援は、疾患理解促進との関連を示さなかった。以上より、認知症観形成には診断のみならず、専門職による継続的な情報支援が重要であり、とくに MCI 段階からの支援介入の必要性が示唆された。

領域 4. 医療・看護現場の認知症観調査：

4-1. 医療現場の認知症観調査

認知症に対するスティグマや旧来的な認知症観が現在も一部の医療・介護現場に残存しており、世代や職種による認識差が示唆された。また、SDM や ACP については重要性が認識されている一方で、本人と家族の意向の不一致、重症度による本人意思確認の困難さ、遠方家族の介入、制度的・経済的制約などにより、実践には多くの課

題が存在することが明らかとなった。さらに、抗アミロイドβ抗体薬の導入により早期発見・早期対応への意識が高まっている一方、費用対効果や臨床的意義について慎重な意見も認められた。

4-2. 看護現場の認知症観調査

有効回答は 178 名であった。認知症看護認定看護師資格保有者は、非保有者と比較して「回避」および「診断の恐怖」が有意に低く、「尊重」が有意に高値であった。また、経験 5 年以上群では「回避」が低く、認知症者との接点を有する群では「尊重」が高値であった。20 代群では 40 代以上群と比較して「回避」が高く、認知症ケアラウンドのみで関与する群では、日常的に認定看護師と協働する群より「回避」が高く「尊重」が低かった。重回帰分析では、認知症看護認定資格が「回避」の低下および「尊重」の向上と独立して関連していた。また、認知症者との接点は「尊重」と関連していた。以上より、専門資格や継続的接触経験が、非スティグマ的な認知症観形成に寄与する可能性が示唆された。

領域 5. 認知症観の社会経済的要因：

当該年度には、老後不安の形成要因に関する社会経済学的研究成果を関連論文として公表した。当該研究では、個人の将来不安や社会経済的背景が老後不安に関連することが示唆された。また、認知症観を被説明変数とする全国規模家計調査を設計・実施し、認知症に対する意識、将来不安、社会経済属性等を含む基礎データを収集した。今後は、認知症観と社会経済的背景との関連、および認知症観が老後不安や社会参加意識等に

与える影響について実証分析を進める予定である。

領域6. 認知症観呼称変更の文献レビュー：

「痴呆」から「認知症」への呼称変更は、単なる医学用語変更ではなく、患者・家族に対する偏見や差別の軽減を目的とした社会的・政策的介入であったことが確認された。2004年の厚生労働省検討会を契機に、行政用語および一般用語としての変更が先行し、その後、医学用語としても採用される特徴的経緯をたどった。また、呼称変更は認知症施策推進や診断・支援体制整備の契機となった。一方で、呼称変更後もスティグマは完全には解消されておらず、「認知症」という用語自体が新たな偏見を生む可能性や、当事者の声の位置づけ等に関する課題が残存していることが示唆された。

領域7. 認知症観・認知症スティグマの国際比較：

文献検討の結果、認知症スティグマは個人の偏見のみならず、文化的意味づけ、制度、政策、対人関係、メディア表現等によって形成・再生産される社会的過程であることが整理された。ブラジルに関する研究では、診断や医療化が支援アクセスを促進する一方、「人格の喪失」や「社会的死」といった否定的イメージを強める可能性が示唆された。一方、仏教的文化圏では、無常や共同体的包摂といった価値観が、認知症を自然な変化として受け止める土壌となり、スティグマ抑制に寄与する可能性が示された。ただし、都市化や医療化の進展により、こうした文化的保護要因が変容しつつあること

も課題として整理された。

D. 考察

研究初年度に得た基礎的収穫として、学際チームによる討議の結果、「まず認知症観の構造とは何か」という命題に正面から取り組む必要性を見出した点が挙げられる。そしてその多面性について、当事者の言説から国際的視点の文化人類学的考察までも含む広範囲におよぶ観点で検討を行い、市民が使用可能な「尺度」開発の端緒につくことができた。

7 領域にわたる初年度の各研究から、以下の4点について知見と示唆を得た。

1)【「認知症観」は疾患知識の有無のみで規定される単一的概念ではなく、認知症に関する価値観や疾病観と密接に関連する概念である】

認知症に対する否定的イメージとして、物忘れや認知機能低下自体を超えて「仕事や地域で役割を果たせなくなる」「周囲との関係が維持できなくなる」「自分らしさが失われる」といった社会生活上の喪失が語られることが多い。本研究の働く場、本人ミーティング、ケアファーム等の調査から、認知症の人が役割を持ち続けたり、他者との関係を維持したりする場面に接することで、認知症に対する認識が変化することが示された。これらの結果は、認知症観を理解する上で、「援助の提供と享受」という関係性とは本質的に異なる関わり合いの重要性が認識される。「役割」「関係性」「社会参加」といった社会的側面を含めて認知症観を検討する必要がある。

2)【「認知症観」の形成や変容には認知症の

人との接触経験有無だけではなく、「接触のありかた、接触経験の質」が重要である】

認知症観尺度プレテストでは、認知症の人との日常的な交流経験を持つ人ほど、理解・受容・社会的包摂に関するポジティブ側面の因子スコアが高かった。また、働く場、本人ミーティング、ケアファームでは、認知症の人と共に活動し、役割を共有する経験を通じて、「認知症の人は特別な存在である」という見方から、「地域の一員として共に暮らす存在である」という理解への変化が経時的にも観察された。さらに家族研究では専門職からの継続的支援、看護研究では認知症看護認定看護師との協働経験が、より肯定的な認知症観と関連していた。これらの結果は、「新しい認知症観」の醸成は、単なる一方向的な知識普及では明らかに不足であり、認知症の人と継続的かつ対等に関わる機会を地域や医療現場に増やしていくことが重要であること、そして医療現場でもその認識のもとアクションプランを検討することの必要性を示唆している。

3)【「新しい認知症観」の形成には社会的支援や関係性の構築が不可分である】

国際比較研究では、診断や医療化は支援へのアクセスを促進する一方で、「人格の喪失」や「社会的死」といった否定的イメージを強化する可能性が示された。また家族研究では、MCIあるいは認知症の診断を受けること自体は疾患理解の促進と関連していたものの、診断のみでは本人の行動を「性格」や「意思」の問題として捉える傾向を十分に軽減できず、専門職による継続的な情報支援を受けることで初めて改善が認められた。これらの結果は、「新しい認知症観」

の形成には、早期診断や疾患啓発だけでは不十分であり、診断後支援、地域参加、役割保持、意思決定支援などを通じて、本人と家族が認知症とともに暮らす経験を支える仕組みが重要であることを示している。これを踏まえると、認知症施策推進基本計画が掲げる「新しい認知症観」の実現には、早期診断体制の整備のみならず、診断後支援を地域包括ケアシステムの中で継続的に提供する仕組みづくりが必要であろう。アミロイド抗体医薬の登場による早期アルツハイマー病・MCI診療の転換期にある社会的現状も踏まえた対応も急務と思われる。

4)【「認知症観」は可視化・構造化しうる評価対象として扱える可能性がある】

認知症観尺度の暫定版において、「理解・受容・社会的包摂」と「不安・喪失感・ステイグマ」というポジティブ側面・ネガティブな二側面が抽出されたが、これは認知症観が「良い・悪い」式の二分法で整理できる単純構造をもつことを示しているわけではない。むしろ、一個人のなかに「受容」と「不安」が同時併存しうるといった構造を尺度が可視化できる可能性を示している。また、たとえば友人・知人との私的交流はポジティブ因子と関連した一方で、介護経験期間はネガティブ因子とも関連したが、「認知症観」を測定することで、ケア負担や社会的孤立要因とも接続する可能性が示唆された。今後は、「認知症観」を単なる啓発対象の行政用語ではなく、「社会的包摂」「地域参加」「意思決定支援」「診断後支援」等の施策効果を評価する中間アウトカムとして位置づける視点・構造として詳らかにし、多くのステークホルダーが相互理解を深めるうえで

の重要概念として確立していくことが重要であると思われる。

E. 健康危険情報

該当なし

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 笠貫 浩史, 小橋 章人, 田所 正典, 岡村 毅, 杉山 智子, 成本 迅, 加藤 佑佳, 伏屋 研二, 煤津 駿, 萩野 哲伸. スティグマとその影響—認知症観の文脈から. 老年精神医学雑誌. 36(9); 807-812, 2025.
2. 笠貫浩史, 岡村毅, 井藤佳恵, 宇良千秋, 宮前史子, 涌井智子. (2026). 「新しい認知症観」と認知症の人の理解. *The Curator of Neurocognitive Disorders*, 3(1); 20-25, 2026.
3. Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C. Welfare to Meaningful Work. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2025 Jan;40(1):e70043. doi: 10.1002/gps.70043. PMID: 39810229.
4. 岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋 高齢期に働く動機分析：高齢期に働く多様な場があることがのぞましい. 老年精神医学雑誌 2025; 36 : 81-87
5. Sakurai H, Nishi M, Mitsui M, Iizuka A, Ura C, Okamura T. Effects of engaging in remunerated productive activities on people with cognitive impairment: a pilot study. *BMC Res Notes*. 2025;18(1):501. Published

2025 Dec 4. doi:10.1186/s13104-025-07572-x

6. Ura C, Okamura T, Yamazaki S, Eboshida A, Kawamuro Y. Does implementing care farms in psychiatric hospitals prevent staff burnout?: A pragmatic, mixed-method pilot study. *BMC Research Notes* (In press)
7. 宇良千秋. 農園を活用した多世代共生社会構築の可能性. 老年社会科学, 47 (4)421-426, 2026.

2. 学会発表

- 1) 笠貫浩史. 認知症診断前後の「空白期間」における多職種支援—精神科医の視点から (シンポジウム) 第40回日本老年精神医学会. 2025年9月25日-27日金沢
- 2) 笠貫浩史. 「新しい認知症観」と認知症の人の理解—スティグマをめぐって (シンポジウム) 第44回日本認知症学会総会 2025年11月21-23日新潟
- 3) 笠貫浩史. 抗アミロイド抗体薬診療時代のMCI・認知症診療—認知症観もふまえて 第77回日本老年医学会・関東甲信越地方会 2026年3月7日東京
- 4) 岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、西真理子、宇良千秋. 仕事を通じた認知症共生社会作りの探索的研究. 第26回認知症ケア学会 (福岡) 2025.5.31~6.1 国内 ポスター
- 5) 宇良千秋、山崎幸子、岡村毅 精神科病院における農園芸活動の多面的評価 老年社会科学会 第67回大会 2025.6.27~29 (学会賞受賞)

- 6) 宇良千秋（招聘）シンポジウム「長寿を喜ぶ・喜ばれる多世代共生社会の実現を目指して－挑戦と展望－」老年社会科学会第 67 回大会 2025. 6. 27~29
- 7) Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Sachiko Yamazaki, Akira Eboshida, Yu Kawamuro. A mixed methods feasibility study on the multidimensional impact of care farms in psychiatric hospitals: potential for preventing staff burnout. IPA Congress 2025, Kanazawa, Japan, 2025. 9. 25~27
- 8) 涌井智子, 中山莉子, 岡村毅, 笠貫浩史, 宮前史子, 宇良千秋, 大久保豪. 診断および情報支援が家族の認知症観に及ぼす影響－認知症周辺症状の疾患理解と性格理解－. 日本老年社会科学会 第 68 回大会. (2026/6/13-14, 福島)
- 9) 中山莉子, 涌井智子, 大久保豪, 栗田主一. 認知症の人を介護する家族の本人理解尺度の作成. 日本老年社会科学会 第 68 回大会. (2026/6/13-14, 福島)

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

- 1. 特許取得 該当なし
- 2. 実用新案登録 該当なし
- 3. その他 該当なし

「新しい認知症観」の概念検討および尺度形成に関する研究

研究分担者： 笠貫浩史 聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室 教授
岡村 毅 東京都健康長寿医療センター 自立促進と精神保健研究チーム 研究部長
宮前史子 東京都健康長寿医療センター 自立促進と精神保健研究チーム 研究員
宇良千秋 東京都健康長寿医療センター 自立促進と精神保健研究チーム 准主任研究員
涌井智子 東京都健康長寿医療センター 福祉と生活ケア研究チーム 准主任研究員
井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター 福祉と生活ケア研究チーム 研究部長
成 本 迅 京都府立医科大学精神機能病態学 教授
角谷快彦 広島大学大学院人間社会科学研究科 教授
杉山智子 順天堂大学医療看護学部 准教授
郷堀ヨゼフ 淑徳大学総合福祉研究科 教授
田所正典 聖マリアンナ医科大学病院 心理・精神保健福祉技術部 臨床心理士
小橋章人 聖マリアンナ医科大学病院 看護部

研究要旨

「認知症観」の概念構成を学術的観点から検討する必要がある。本研究は、「認知症観」を多面的に把握する新たな尺度（SoPOD: Scale of Perceptions/Perspectives on Dementia (仮)）の開発を目的とした。まず国内外の認知症に関する知識・リテラシーや態度、スティグマ、共生社会等の関連文献を参照し、認知症に対する認識・感情・社会的態度等に関するアイテムプール（198項目）を作成した。続いて、多職種・学際的研究メンバーによる KJ 法を用いた概念整理を行い、SoPOD 暫定版 40 項目尺度を構成した。さらに地域住民を対象としたプレ調査を経て、Web 調査によるプレテストを実施した（N=971）。収集データに対し記述統計、信頼性分析、因子構造分析を実施した結果、Cronbach の α 係数は 0.869、KMO 値は 0.943 と高値を示し、尺度として十分な内的一貫性および因子分析適用性が確認された。因子構造分析の結果、本尺度は主として「理解・受容・社会的包摂等のポジティブ側面」と「不安・喪失感・スティグマ等のネガティブ側面」から構成される 2 因子構造を有する可能性が示唆された。また、ポジティブ側面は認知症者との日常的接触経験と関連する一方、ネガティブ側面は比較的变化しにくい特性を持つ可能性が示された。以上より、SoPOD は認知症観を構造的に把握する新たな評価指標となる可能性が示唆された。今後は確認的因子分析を行い、社会的介入や啓発施策の基盤ツールとしての本尺度の有用性を検討する。

A. 研究目的

行政面において、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」および「認知症施策推進基本計画（基本計画）」の施行以降、「認知症とともに生きる共生社会」の実現が重要な政策課題となり、国民各人が「新しい認知症観」を理解することが重要課題として基本計画には明記されている。一方で「認知症観」の学術的概念化はいまだ十分ではない。認知症に対する認識は不安、スティグマ、理解、受容、社会的包摂など多面的要素を含む概念であるにもかかわらず、その構造を包括的に把握する尺度が整備されていない現状がある。

本研究の目的は、「認知症観」を多面的に把握する新たな尺度（SoPOD: Scale of Perceptions/Perspectives on Dementia（仮））を作成し、その構造および関連要因を探索的に検討することである。

B. 研究方法

「認知症観」が単一ではなく多面的要素から構成される概念であるものと捉え、多職種・学際チームメンバーで構成する当班での討議の結果、心理学的構成概念と今後の社会的実装性両立の観点から①知識②態度・感情③認知枠組み・病気認識④スティグマ⑤行動意図の5要素が抽出された。

①～⑤を勘案し、探索的概念形成のため、関連する既存の国内外文献をハンドサーチで検索し、アイテムプールを作成した。具体的には以下の既存尺度を用いた：Dementia Attitudes Scale (DAS, O'Connor, 2010)、Dementia Stigma Assessment Scale (PDSA-J, Noguchi, 2023)、認知症に関する態度尺度・知識尺度(金, 2011)、Dementia

Knowledge Assessment Scale (DKAS, Annear, 2015; 2017)、レビー小体型認知症の生活のしづらさ尺度 (SDI-DLB, 河野, 2014)、心理的 Well-being 尺度(西田, 2000)、日本語版 UCLA 孤独感尺度 (UCLA-LS, 舩田, 2012)、People-Centered Care Partnership Scale (PCC-P16, Takahashi, 2020)。

アイテムプールをもとに当班メンバーで KJ 法を用いた概念整理を行い、SoPOD 暫定版尺度を構成した。暫定版尺度を用いて地域住民を対象としたプレ調査の実施を経て質問項目の理解可能性や回答可能性を確認した。

さらに全国市民を対象に Web 調査形式によるプレテストを行い、SoPOD の記述統計、信頼性分析、因子構造解析を行った。また得られた因子得点を従属変数とし、基本属性、経験要因、社会経済的要因、認知・価値観関連要因を独立変数とした重回帰分析を実施した。

（倫理面への配慮）

東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て行った（一括申請）。

C. 研究結果

アイテムプールは計 198 項目に及んだ。認知症観には、認知症に対する知識のみならず、理解、受容、不安、スティグマ、自己効力感、共生、社会的包摂等の多面的要素が含まれることが確認された。

続いて、多職種・学際的研究メンバーが 2 つのグループに分かれて、KJ 法を用いた概念整理を行った。198 項目は各グループで各 8 および 25 のカテゴリーに無言分類さ

れた。下位概念は統合ステップを経て、19項目に中グループ化された（表1）。これらは大別してA.（主観的）体験の自覚と見通し、B.社会への態度やスティグマ、C.対人関係の継続可能性、D.価値観、可能性志向性に分かれることが推察された。KJ法の多職種・学際的研究メンバーによる討議において、アイテムプール中に含まれなかった「E.意思決定」項目の尺度中への追加、認知症観の構成に影響しうる社会経済的状況、宗教・信仰面の要素に関する検討の必要性が話し合われた。また尺度質問形式の重要な方針として、「私がもし認知症になったら」という当事者の立場を想定して回答者が回答するアイメッセージ／アイステートメント形式の質問項目に統一した認知症観尺度を作成することが決定した。以上を踏まえ、暫定版 SoPOD（40項目・7件法）を作成した。

地域住民 13 名を対象としたプレ調査では、質問項目の理解可能性および回答可能性について大きな問題は認められなかったが、質問項目の並びや一部の文章表現が与える心理的負担や理解しづらさの要素について修正を加えた。

上記のプレ調査後修正版を用い、全国市民向け Web 調査によるプレテストを実施した。Web 調査では 971 名の有効回答が得られた。信頼性分析では Cronbach の α 係数は 0.869 と高値を示し、尺度全体として十分な内的一貫性が確認された。また、KMO 値は 0.943 であり、Bartlett の球面性検定も有意であった（ $p < 0.001$ ）ことから、因子分析への適用性が確認された。

因子構造解析の結果、SoPOD は主として 2 因子構造を有する可能性が示唆された。第 1 因子は、認知症に対する理解、受容、

社会的包摂などのポジティブ側面を反映する項目群から構成された。一方、第 2 因子は、不安、喪失感、スティグマ等のネガティブ側面を反映する項目群から構成された。ポジティブ側面について、認知症者との日常的に私的な接触経験を有する群ではポジティブ因子得点が有意に高値を示した（ $F = 7.703, p = 0.006$ ）。一方、ネガティブ側面については、接触経験や社会経済的背景とのネガティブ因子との間に明確な関連は認められなかった。

さらに、因子構造解析によって得られたポジティブ因子およびネガティブ因子の因子得点を従属変数とした重回帰分析を実施した。その結果、ポジティブ因子については、友人・知人としての日常的交流経験が独立した正の関連を示した（ $\beta = .340, p = .005$ ）。一方、仕事としての関与経験（ $\beta = -.453, p = .008$ ）および介護経験期間（ $\beta = -.283, p = .016$ ）は負の関連を示した。また、収入についても負の関連が認められた（ $\beta = -.356, p = .008$ ）。ネガティブ因子については、介護経験期間のみが有意な正の関連を示した（ $\beta = .296, p = .032$ ）。その他の属性、経験要因、社会経済的要因、価値観関連要因等については明確な関連を認めなかった。

以上より、認知症観には、接触経験等によって変化しうる側面と、比較的变化しにくい側面の双方が存在する可能性が示唆された。

D. 考察

本研究では、「認知症観」を多面的に把握する暫定版尺度 SoPOD を新規に作成し、その探索的プレテストを実施した。探索的な因子構造解析の結果、認知症観はポジテ

ィブ側面とネガティブ側面に大別される可能性が示唆された。また、ポジティブ因子は日常的な関係性のなかでの認知症の人との接触経験によって強化される可能性を有すること、そしてポジティブ因子とネガティブ因子の変化は互いに異なる要素に影響される可能性を持つことが示唆された。

指摘すべき重要な知見のひとつとして、認知症観形成において「接触の有無」のみならず「接触の質」が異なる影響を持つ可能性が示された点をまず挙げる。友人・知人としての私的交流経験はポジティブ因子と関連した一方、職業的関与や長期的介護経験は、ポジティブ側面を低下させる方向に関連していた。ネガティブ因子については、介護経験期間のみが関連を示した。これらの結果から、認知症に伴う困難さや介護負担への曝露が、認知症観に異なる影響を与えている可能性が考えられた。特に、私的交流は認知症を生活世界のなかで理解する契機となる一方、職業的関与や長期介護では、認知症に伴う負担感や将来不安への接触機会が増加する可能性があるのかもしれない。

社会経済的要因については、単変量解析では明確な関連を認めなかった一方、多変量解析では収入がポジティブ因子と関連を示した。ただしその影響は限定的であり、収入そのものが直接認知症観を規定しているというよりも、社会参加や接触経験等を介した間接的影響を反映している可能性が考えられる。また、ネガティブ側面については、社会経済的要因との明確な関連を認めなかった。このことは、認知症に対する不安やスティグマが、単なる知識や生活背景のみでは変化しにくい、より深層的な心理社会的構造を反映している可能性を示すかも

しれない。

政策的意義に資する観点として、本研究は、「認知症観」を知識やスティグマのみではなく、理解、受容、不安、社会的包摂、価値観等を含む多面的概念として構造化しようとした点に特徴がある。さらに尺度形成段階で「私がもし認知症になったら」という当事者視点を前提としたアイメッセージ形式を全項目に採用したことは、従来の“認知症を他者として捉える尺度”とは異なる特徴である。認知症観は「古い・新しい」と単純に二極化できるものではおそらくなく、日々の複数の経験から多層的に形成され、同個人内でも変化し続ける性質のものであろう。本研究で得られた「接触経験の質的差異」がもたらしうる知見は、認知症共生社会政策立案における重要な示唆を与えることに加え、尺度指標を複数時点で同対象群に実施することで、因子ごとのダイナミックな変化を可視化し、次なる政策立案に活用できる可能性を有する。

なお本研究は探索的プレテスト段階にあり、因子構造解析についても暫定的段階に留まる。また、文献レビューはハンドサーチを中心としており、系統的レビューに基づく尺度構成ではない点も本研究の限界である。一方で、本研究では市民対象調査を通じて、「認知症観」が単一概念ではなく多面的構造を有する可能性を見出した。今後は確認的因子分析等を通じた尺度妥当性の検証に加え、医師、看護師、介護職等の専門職集団における認知症観構造の比較検討を行うことで、専門的関与と認知症観との関連性についてさらに検討を進める必要がある。

E. 結論と今後の課題

「認知症観」は単なる知識量やスティグマの強弱として一元的に把握できるものではなく、日常的経験や関係性が複雑に影響して形成され、その形成過程には「接触の有無」だけではなく、「どのような文脈で接触するか」という質的差異が重要である可能性が示された。SoPODは「新しい認知症観」を構造的かつ経時的に把握しうる評価指標となる可能性を有している。今後はさらなる妥当性の検証を進めるとともに、市民と医療・介護専門職との比較検討、さらには縦断的評価を通じた検討を行い、認知症観がいかなる経験や社会的介入によって変化するかを明らかにしていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 笠貫 浩史, 小橋 章人, 田所 正典, 岡村 毅, 杉山 智子, 成本 迅, 加藤 佑佳, 伏屋 研二, 榎津 駿, 萩野 哲伸. スティグマとその影響—認知症観の文脈から. 老年精神医学雑誌. 36(9); 807-812, 2025.
2. 笠貫浩史, 岡村毅, 井藤佳恵, 宇良千秋, 宮前史子, 涌井智子. (2026). 「新しい認知症観」と認知症の人の理解. *The Curator of Neurocognitive Disorders*, 3(1); 20-25, 2026.

2. 学会発表

1. 笠貫浩史. 認知症診断前後の「空白期間」における多職種支援—精神科医の視点から (シンポジウム) 第40回日本老年精神医学会. 2025年9月25日-27日金沢
2. 笠貫浩史. 「新しい認知症観」と認知症

の人の理解—スティグマをめぐって (シンポジウム) 第44回日本認知症学会総会 2025年11月21-23日新潟

3. 笠貫浩史. 抗アミロイド抗体薬診療時代のMCI・認知症診療—認知症観もふまえて 第77回日本老年医学会・関東甲信越地方会

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

参考文献:

- 1 O' Connor, M. L., & McFadden, S. H. (2010). Development and psychometric validation of the dementia attitudes scale. *International Journal of Alzheimer's disease*, 2010(1), 454218.
- 2 Noguchi T, Nakagawa T, Komatsu A, Shang E, Murata C, Saito T. Development of a short version of the Dementia Stigma Assessment Scale. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 2023, 35(6-7);456-458. doi: 10.1177/10105395231186007.
- 3 金高うん, & 黒田研二. (2011). 認知症の人に対する態度に関連する要因: 認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成. *社会医学研究*, 28(1), 43-56.
- 4 河野禎之, 永田真吾, & 安田朝子. (2014). レビー小体型認知症の人の生活のしづらさに関する調査票 (the Subjective Difficulty Inventory in the daily living of people with DLB; SDI-DLB) の開発と信

頼性, 妥当性および有用性の検討. 老年精神医学雑誌, 25(10), 1139-1152.

5 西田裕紀子. (2000) .成人女性の多様なライフスタイルと心理的 Well Being に関する研究. 教育心理学研究, 2000, 48 (4) , 433-443

6 舩田ゆづり, 田高悦子, 臺有桂. (2012). 高齢者における日本語版 UCLA 孤独感尺度 (第 3 版) の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本地域看護学会誌, 15 (1) , 25-32

7 Michael J. Annear, Chris Teye, Kate-Ellen J. Elliott, Frances McInerney, Claire Eccleston & Andrew Robinson. Dementia knowledge assessment scale (DKAS): confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort, BMC Geriatrics volume 17, Article number: 168 (2017)

8 Annear, M.J., Teye, C., Elliott, K.E.J. et al. Dementia knowledge assessment scale (DKAS): confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. BMC Geriatr 17, 168 (2017).

<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0552-y>
9 Annear MJ. Japanese health professionals' knowledge of dementia and educational needs: A population study. Australas J Ageing. 2018 Sep;37(3):E78-E84. doi: 10.1111/ajag.12523. Epub 2018 Mar 14. PMID: 29542230.

10 Michael J Annear, et al. Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. J Am Geriatr Soc. 2015 Nov;63(11):2375-81. doi: 10.1111/jgs.13707. PMID: 26503020

11 Keiko Takahashi, Kyoko Asazawa, Naoko Arimori, Tomoko Kamei, Kiyomi Asahara, Junko Omori, Yoko Shimpuku, Michiko Hishinuma, Junko Tashiro. Development of People-Centered Care Partnership (PCCP)-16 Scale: Reliability and Validity of the Scale from a Viewpoint of Collaboration between Community Members and Healthcare Providers . Jpn. Acad. Nurs. Sci., Vol. 40, pp. 620 - 628, 2020 DOI: 10.5630/jans.40.620

表 1. KJ 法統合ステップ後に抽出された 19 項目

-
- 誤った医学的知識
 - 医学的知識
 - 主観的症状予測
 - 情緒的反応予測
 - 自己モニタリング感覚
 - 疾患受容
 - 諦念
 - 自己の価値観保持
 - 人生の意味喪失感
 - 自己効力感
 - 希望・前向きさ
 - 関わり方スキル
 - ケアの工夫
 - セルフスティグマ
 - 公的スティグマ
 - 可能性志向の認知症観
 - 対人関係の肯定的見通し
 - 包摂的態度
 - 社会参加の見通し・スキル
-

1. 認知症観尺度（項目案）

以下の各項目について、あなたの考えに最も近いものを1つ選んでください。

- 1 = 全くそう思わない
- 2 = あまりそう思わない
- 3 = どちらともいえない
- 4 = ややそう思う
- 5 = とてもそう思う
- 6 = わからない
- 7 = 回答しない

① （主観的）体験の自覚と見通し、自己効力感（12 項目）

1. 私がもし認知症になったら、ぼんやりした時間が増えると思う。
2. 私がもし認知症になったら、自分の状態がわからなくなると思う。
3. 私がもし認知症になったら、不安や混乱を感じると思う。
4. 私がもし認知症になったら、落ち込むことが多くなると思う。
5. 私がもし認知症になっても、自分らしさを保てると思う。
6. 私がもし認知症になっても、自分の状態をある程度把握できると思う。
7. 私がもし認知症になったら、できないことが増えるだろう。
8. 私がもし認知症になっても、自分なりに状況に対処できると思う。）
9. 私がもし認知症になっても、日々の生活を工夫して続けられると思う。
10. 私がもし認知症になっても、必要なときには人に助けを求められると思う。
11. 私がもし認知症になったら、これまでのように判断することは難しくなると思う。
12. 私がもし認知症になったら、生きる意味を見失うかもしれないと思う。

② 社会的態度やスティグマ（14 項目）

セルフスティグマ（4 項目）

13. 私がもし認知症になったら、自分が恥ずかしい存在になると感じると思う。
14. 私がもし認知症になったら、人に知られたくないと感じると思う。
15. 私がもし認知症になったら、誰にも言えずに一人で抱え込むと思う。
16. 私がもし認知症になっても、自分を否定せずに受け入れたいと思う。

公的スティグマ（5 項目）

17. 私がもし認知症になったら、周囲から信用されなくなると思う。
18. 私がもし認知症になったら、社会から距離を置かれると思う。

- 19. 私がもし認知症になったら、人から避けられると思う。
- 20. 私がもし認知症になったら、社会の中で弱い立場に置かれると思う。
- 21. 私がもし認知症になったら、自分の考えは信用されにくくなると思う。

包摂的態度（5 項目）

- 22. 私がもし認知症になっても、周囲に受け入れてもらえると思う。
- 23. 私がもし認知症になっても、尊重される存在でありたいと思う。
- 24. 私が認知症になったら、「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う。
- 25. 私が認知症になったら、「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う。
- 26. 私がもし認知症になっても、一人の人間として扱われると思う。

③ 対人関係の継続可能性（8 項目）

- 27. 私がもし認知症になっても、人とのつながりを保てると思う。
- 28. 私がもし認知症になったら、孤立すると思う。
- 29. 私がもし認知症になっても、誰かと一緒に活動できると思う。
- 30. 私がもし認知症になったら、人との関係が途切れれると思う。
- 31. 私がもし認知症になっても、地域での役割を持てると思う。
- 32. 私がもし認知症になったら、社会参加が難しくなると思う。
- 33. 私がもし認知症になっても、周囲と協力して暮らせると思う。
- 34. 私がもし認知症になったら、周囲との関係が希薄になると思う。

④ 価値観、可能性志向、尊厳（6 項目）

- 35. 私がもし認知症になっても、人生には可能性があると思う。
- 36. 私がもし認知症になっても、できることを見つけて生きたいと思う。
- 37. 私がもし認知症になったら、人生が終わったように感じると思う。
- 38. 私がもし認知症になっても、自分の価値観を大切にしたいと思う。
- 39. 私がもし認知症になっても、人としての尊厳を保ちたいと思う。
- 40. 私がもし認知症になったら、重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う。

【F. 回答過程に関する確認】

F1. 回答しにくかった項目はありましたか？ ☐ あった ☐ なかった ☐ 回答しない

F2. 違和感のあった表現や気になった点があれば、具体的にその内容を記入ください。
(自由記述欄)

F3. あなたのお住まいの地域において、認知症とともに暮らす社会（認知症共生社会）を考える上で、認知症についてどのような理解や考え方が大切だと思いますか。
(自由記述欄)

F4. 「あなたは『認知症の人』と聞いて、どのような方を思い浮かべますか。
※正解はありません。ご自身のイメージに最も近いものをお選びください。」

- ① 物忘れはあるが、日常生活はほぼ自分でできる人
- ② 物忘れにより、生活の一部で手助けが必要な人
- ③ 日常生活の多くで見守りや支援が必要な人
- ④ 認知症に加えて、身体的な介助（移動・排せつ等）も必要な人
- ⑤ 特定の状態は思い浮かばず、人それぞれだと思う
- ⑥ 回答しない

【A. 基本属性】

A1. 年齢 あなたの年齢を教えてください。

A2. 性別 ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ その他 ☐ 回答しない

A3. 教育歴 最終学歴を選んでください。

☐ 中学校卒業 ☐ 高校卒業 ☐ 専門学校・短大卒業 ☐ 大学卒業 ☐ 大学院修了 ☐ その他 ☐ 回答しない

A4. 職業●あなたの現在の就業状況を教えてください。

- ☐ 常勤（フルタイム）で就業している
☐ 非常勤（パート・アルバイト）で就業している
☐ 自営業・フリーランス
☐ 現在、就業していない
☐ 学生
☐ 回答しない

●現在または過去に、以下の職業に就いたことがありますか？

- ☐ 医療従事者（医師・看護師など）
☐ 介護従事者（介護福祉士・ヘルパーなど）
☐ その他の対人援助職（保育士・教員・相談員など）
☐ 上記以外
☐ 回答しない

【B. 認知症との関わり経験】

B1. これまでに認知症のある方に関わった経験についてお伺いします。当てはまるものをすべて選んでください。（複数選択可）

- ☐ 家族・親族の介護をしている
☐ 家族・親族を介護したことがある（今はしていない）
☐ 認知症のある家族・親族と同居したことがある（現在同居も含みます）
☐ 家族・親族に認知症の人がいる／いた
☐ 友人・知人として日常的に交流したことがある
☐ 仕事として関わったことがある（医療・介護・福祉・支援など）
☐ 特に関わった経験はない
☐ 回答しない

B3. 介護の経験があると回答した方にお伺いします。介護を経験された期間を教えてください。 ☐ 1年未満 ☐ 1～3年 ☐ 3年以上 ☐ 回答しない

B4. 認知症サポーター養成講座を受講したことはありますか？ ☐ ある ☐ ない ☐ わからない ☐ 回答しない

【C. 経済・生活状況】

C1. 世帯年収（概算） ☐ 200 万円未満 ☐ 200～400 万円 ☐ 400～600 万円 ☐ 600～800 万円 ☐ 800 万円以上 ☐ わからない ☐ 回答しない

C2. 世帯金融資産残高（概算） ☐ 250 万円未満 ☐ 250～500 万円 ☐ 500～1,000 万円 ☐ 1,000～2,000 万円 ☐ 2,000 万円以上 ☐ わからない ☐ 回答しない

C3. 同居家族構成 ☐ 単身 ☐ 夫婦のみ ☐ 子どもと同居 ☐ 三世帯同居 ☐ その他 ☐ 回答しない

【E. 認知症に関する知識】

E1. 認知症の原因疾患について、あなたの知識に最も近いものを選んでください。

「レビー小体型認知症という名前を知っていますか。」

☐ はい、知っている

☐ いいえ、知らない

☐ 聞いたことはあるが、よくわからない

☐ 回答しない

E2. 私がもし認知症になったら、主治医は私の他の病気に最善の治療をしてくれないだろう

1 = 全くそう思わない

2 = あまりそう思わない

3 = どちらともいえない

4 = ややそう思う

5 = とてもそう思う

6 = わからない

7 = 回答しない

E3. あなたは「共生社会」という言葉を聞いたことがありますか。

☐ はい

☐ いいえ

☐ 回答しない

E4. あなたは「共生社会」は望ましいと思いますか。

☐ とてもそう思う

☐ まあそう思う

☐ どちらともいえない

☐ あまりそう思わない

☐ まったくそう思わない

☐ 回答しない

E5. あなたは「多様な人々を地域社会で受け入れるべきだ」と思いますか。

☐ とてもそう思う

- ☐ まあそう思う
- ☐ どちらともいえない
- ☐ あまりそう思わない
- ☐ まったくそう思わない
- ☐ 回答しない

E6. あなたは「共生社会に向けて地域での活動に参加したい」と思いますか。

- ☐ とてもそう思う
- ☐ まあそう思う
- ☐ どちらともいえない
- ☐ あまりそう思わない
- ☐ まったくそう思わない
- ☐ 回答しない

E7. あなたは自分の人生は年をとるにしたがってだんだん悪くなっていくと感じますか。

- ☐ とてもそう思う
- ☐ まあそう思う
- ☐ どちらともいえない
- ☐ あまりそう思わない
- ☐ まったくそう思わない
- ☐ 回答しない

パネル会議記録：老年看護を専門とする看護師へのヒアリング

I. はじめに

認知症との共生社会の実現に向けて、認知症を否定的・特別なものとしてのみ捉えるのではなく、認知症のある人を一人の生活者として捉え、その人の価値観、希望、生活背景を尊重する視点が重視されている。看護師は、医療機関、介護施設、地域等の多様な場において認知症のある人と関わる機会が多く、その認知症観は、ケアの判断、退院支援、生活継続に向けた支援方針に影響する可能性がある。一方で、看護師は専門的知識や臨床経験に基づき、認知症のある人の生活上のリスクを予測できる立場にある。その予測は安全で適切な支援につながる一方で、「独居」「認知症」といった情報から、本人の生活可能性を狭める判断につながる可能性もある。したがって、看護師の認知症観を把握することは、認知症のある人への支援のあり方を検討する上で重要である。

本ヒアリングでは、一般市民向けに作成された認知症観尺度案を看護師対象の全国調査に適用するにあたり、尺度項目の妥当性、表現上の課題、看護師調査において追加すべき関連項目について、老年看護を専門とする看護師等から意見を収集した。

II. 目的

本ヒアリングの目的は、一般市民向け認知症観尺度案を看護師対象の全国調査に適用する可能性を検討するため、老年看護を専門とする看護師等から、以下の点について意見を収集することである。

- ①臨床現場における「新しい認知症観」に関する意見を把握すること
- ②一般市民向け認知症観尺度案の項目表現および回答選択肢に関する課題を整理すること
- ③看護師対象の全国調査における尺度案の適用可能性を検討すること
- ④看護師調査において追加すべき関連項目を検討すること

III. 方法

1. 対象

対象は、専門看護師、老年看護を専攻した大学院修士課程修了者、老年看護を専門とする看護教育・研究者の計 32 名であった。2 会場に分けて行った。

2. 方法

人数が多い会場は、参加者を①4～5 名程度のグループに分け、グループワーク形式でディスカッション形式、もう一方の会場は、パネル会議形式をとった。ディスカッション前には、研究者より、本会議の目的、方法、内容について説明を行った。また、資料として、質問内容と「新しい認知症観」と一般市民向け認知症観尺度案を提示し、自身で回答いただいた上で、看護師対象の全国調査に用いる際の適用可能性、尺度項目および回答選択肢の表現上の課題、看護師調査において追加すべき項目の有無および内容について意見を求めた。ヒアリングは、2026 年 2 月に行った。各グループから得られた意見を記録し、内容の類似性に基づいて整理した。意見は、認知症観に関する意見、尺度項目および回答選択肢の表現に関する意見、看護師対象調査への適用可能性に関する意見、追加すべき関連項目に関する意見に分類した。

3. 倫理的配慮

本ヒアリングは、尺度項目検討のための意見収集として実施した。対象者には、ヒアリングの目的、得られた意見を尺度項目選定および看護師対象調査票作成の参考資料として用いること、個人が特定されない形で整理することを口頭で説明し、参加への同意を得た。

IV. 結果

1. 認知症観に関する意見

認知症観については、認知症を特別な疾患として捉えるのではなく、生活の中にある状態の一つとして自然に受け止めることの重要性が示された。共生社会を実現するためには、認知症を特別視せず、たとえば高血圧などの慢性疾患について日常的に語るように、「物忘れが出てきた」といったことも否定的な意味合いだけで捉えられない社会が望ましいとの意見があった。

また、認知症の有無に先立ち、まずその人自身を個別に理解する姿勢が重要であるとの意見が示された。看護師としては、地域で生活する人だけでなく、病院から地域へ戻る人に対しても、認知症を特別な疾患としてのみ捉えるのではなく、「どのようにすればその人が元の生活や望む生活に戻ることができるか」を考える必要があるとの意見が挙げられた。

一方で、看護師は専門的知識や臨床経験に基づき、生活上のリスクを予測できる立場にある。そのため、急性期病院からの退院支援等において、「独居」「認知症」といった情報のみから、元の生活への復帰は困難であると判断してしまう可能性があるとの指摘があった。このような点からも、認知症の診断名や生活条件だけで判断するのではなく、その人の生活背景、価値観、希望を踏まえて個別に理解することの必要性が確認された。

さらに、現在の看護学生は、疾患として対象者を見るだけでなく、人として捉えることを重視した教育を受けているため、過去と比較すると、より望ましい認知症観を持っている可能性があるとの意見も示された。

2. 一般市民向け認知症観尺度案の項目表現に関する意見

一般市民向け認知症観尺度案の項目表現については、複数の課題が指摘された。

- ・尺度項目や選択肢に含まれる表現の曖昧さにより、回答者によって解釈が異なる可能性があるとの意見が示された。たとえば、「周囲」「人」「社会」や、「状態」「状況」など、意味の近い表現が複数用いられており、それぞれが何を指しているのかが分かりにくいとの指摘があった。また、それらの語が意図的に使い分けられているのかがどうか不明確であり、回答者の認知症観を正確に把握できない可能性があるとの意見があった。

- ・回答者がどの立場から回答すればよいのかが分かりにくいとの意見があった。尺度の説明文がないため、現在の自分の考えを答えるのか、自分が認知症になった場合を想定して答えるのか、あるいは認知症のある他者について答えるのかが不明確になり得るとの指摘があった。その結果、回答者間で解釈の違いが生じ、比較が困難になる可能性がある。

- ・語尾や表現形式の統一が必要であるとの意見が示された。項目によって「思う」「だろう」といった表現が混在しており、その使い分けに意味があるのかが分かりにくいとの指摘があった。また、「～ら」「～も」など、項目の冒頭や文末の表現にばらつきがあることにより、回答時の混乱につながる可能性があるとの意見があった。

・「認知症になっても」という表現については、元々できていることを前提としているように受け取られる可能性があるとの指摘があった。一方で、「認知症になったら」と表現しても違和感が生じる項目があるため、各項目の意味に応じて表現を慎重に検討する必要があるとの意見が示された。

・一部の表現が回答者に否定的な印象を与える可能性があるとの意見があった。特に「排除」という言葉は強く、偏見を増長する可能性があるとの指摘があった。また、尺度項目に回答すること自体により、認知症に対する陰性感情が増強され、認知症のイメージが悪化するのではないかと懸念も示された。

・包摂的態度や対人関係の継続可能性を問う項目については、元々そのような関係性や活動を持っていない回答者にとっては、「認知症になっても」という条件を加えても回答の意味が変わらない可能性があるとの意見があった。そのため、項目が測定しようとしている概念と、回答者の日常経験との関係を検討する必要がある。

3. 回答選択肢に関する意見

回答選択肢については、特に「答えない」という選択肢の解釈に関する課題が指摘された。「答えない」は、「答えたくない」「答えない」「答えられない」など、複数の意味に解釈される可能性がある。そのため、選択肢として設定した場合、回答者がどのような意図で選択したのかが不明確となり、結果の解釈が困難になる可能性があるとの意見が示された。

この点から、回答選択肢については、選択肢の意味を明確化すること、また必要に応じて「わからない」「回答したくない」等の選択肢を区別して設定することを検討する必要がある。

4. 看護師対象の全国調査での使用に関する意見

看護師対象の全国調査において、一般市民向け認知症観尺度案を使用することについては、看護師個人の認知症観を把握する目的であれば、新たな認知症観項目を大幅に追加する必要性は低いとの意見が多く示された。追加カテゴリや追加項目についても、必ずしも必要ではないとの意見が多数を占めた。

一方で、看護師の認知症観は、勤務先、臨床経験、認知症ケア経験、研修受講経験、教育歴などの属性に影響を受ける可能性があるとの意見があった。そのため、認知症観尺度そのものに新たな項目を加えるよりも、看護師の背景要因を把握する関連項目を設定することが重要であるとの意見が示された。

また、調査対象を現役看護師に限定するのか、看護師免許を保有する者全体を対象とするのかによって、結果の解釈や活用方法が異なるとの指摘があった。現役看護師を対象とする場合には、20歳代から60歳代を中心とした幅広い年齢層が含まれることが想定されるため、得られた結果をどのように活用するのかを事前に検討する必要がある。

さらに、尺度案に医師に関する質問が含まれる場合には、看護師対象調査においては、看護師に置き換えた問いを設定することも検討してはどうかとの意見があった。

5) 看護師調査で追加すべき関連項目に関する意見

看護師対象の全国調査において追加すべき関連項目として、以下が挙げられた。

- ・基本属性 : 年齢、性別、教育歴

- ・職業上の属性 : 勤務先、所属部署、職位、看護師経験年数
- ・認知症ケア経験 : 認知症のある人へのケア経験の有無、経験年数、関わる頻度
- ・学習・研修経験 : 認知症関連研修の受講経験、認知症看護に関する学習経験
- ・専門性 : 認知症ケアを専門職として経験しているか、専門資格の有無
- ・対象者条件 : 現役看護師か、看護師免許保有者全体か

これらの項目は、看護師の認知症観に影響し得る背景要因として把握する必要があると考えられた。

V. ヒアリング結果の総括

本ヒアリングでは、認知症を特別視せず、認知症のある人を生活者として捉え、その人の価値観や希望に基づいて支援を考える視点の重要性が確認された。看護師は、専門的知識や臨床経験に基づいて生活上のリスクを予測できる一方で、「独居」「認知症」といった情報から、本人の生活可能性を過度に制限して判断する可能性も指摘された。したがって、看護師の認知症観を把握する際には、認知症に対する一般的な態度やイメージだけでなく、専門職としてのリスク判断が本人理解や生活支援にどのように影響するかを考慮する必要がある。

一般市民向け認知症観尺度案については、看護師個人の認知症観を把握する目的であれば、看護師向けに新たな認知症観項目を大幅に追加する必要性は低いとの意見が多く示された。一方で、項目文や回答選択肢には曖昧な表現が含まれており、回答者の解釈差が生じる可能性があることから、表現の統一、類似語の整理、回答選択肢の意味の明確化については一般市民向け認知症観尺度の開発状況をみて、看護師対象調査での取り扱いについて検討する必要がある。

また、看護師の認知症観には、勤務先、臨床経験、認知症ケア経験、研修受講経験、教育歴等が影響する可能性があるため、これらを関連項目として把握することが望ましい。対象の設定については要検討である。

VI. 今後の対応案

今後は、ヒアリング結果を踏まえ、一般市民向け認知症観尺度案を看護師対象調査に適用するための修正を行うか、他の調査状況を確認した上で検討していく。もし、修正する場合、具体的には、尺度項目の大幅な追加よりも、項目文の表現の統一、類似語の整理、回答選択肢の意味の明確化を優先する。また、回答者がどの立場から回答するのかを明確にするため、尺度の説明文を作成する必要がある。

看護師の認知症観に影響し得る要因を把握するため、勤務先、所属部署、看護師経験年数、認知症ケア経験、認知症関連研修の受講経験、教育歴、専門資格の有無等を関連項目として設定する。また、調査対象を現役看護師に限定するか、看護師免許保有者全体を対象とするかについては、調査の目的および結果の活用方法に基づいて明確に定義する。

以上の修正を行った上で、看護師対象の全国調査に用いる調査票案を作成し、必要に応じて予備調査等により、項目の理解しやすさおよび回答可能性を確認することが望ましいと考える。

認知症観尺度(項目案)

1. 以下の各項目について、あなたがもし認知症になったらと仮定し、お考えに最も近い番号を1つ選んで○を付けてください。

	「私がもし認知症になったら ／なっても…」	そう 思う 全く ない	そう 思う あまり ない	どちらとも いえない	やや そう 思う	そう 思う とても	わからない	回答 しない
1	自分の状態をある程度把握できると思う。	1	2	3	4	5	6	7
2	自分なりに状況に対処できると思う。	1	2	3	4	5	6	7
3	日々の生活を工夫して続けられると思う。	1	2	3	4	5	6	7
4	必要なときには人に助けを求められると思う。	1	2	3	4	5	6	7
5	これまでのように判断できると思う。	1	2	3	4	5	6	7
6	周囲の人に知ってほしいと感じると思う。	1	2	3	4	5	6	7
7	一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う。	1	2	3	4	5	6	7
8	ぼんやりした時間が増えると思う。	1	2	3	4	5	6	7
9	自分の状態がわからなくなると思う。	1	2	3	4	5	6	7
10	不安や混乱を感じると思う。	1	2	3	4	5	6	7
11	落ち込むことが多くなると思う。	1	2	3	4	5	6	7
12	できないことが増えると思う。	1	2	3	4	5	6	7
13	生きる意味を見失うかもしれないと思う。	1	2	3	4	5	6	7
14	自分が恥ずかしい存在になると感じると思う。	1	2	3	4	5	6	7
15	社会から距離を置かれると思う。	1	2	3	4	5	6	7
16	人から避けられると思う。	1	2	3	4	5	6	7
17	社会の中で弱い立場に置かれると思う。	1	2	3	4	5	6	7
18	孤立すると思う。	1	2	3	4	5	6	7
19	社会参加が難しくなると思う。	1	2	3	4	5	6	7
20	周囲との関係が希薄になると思う。	1	2	3	4	5	6	7
21	人生が終わったように感じると思う。	1	2	3	4	5	6	7
22	重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う。	1	2	3	4	5	6	7
23	自分らしさを保てると思う。	1	2	3	4	5	6	7
24	自分を否定せずに受け入れたいと思う。	1	2	3	4	5	6	7
25	周囲から自分は信用されると思う。	1	2	3	4	5	6	7
26	自分の考えは信用されると思う。	1	2	3	4	5	6	7
27	周囲に受け入れてもらえると思う。	1	2	3	4	5	6	7
28	尊重される存在でありたいと思う。	1	2	3	4	5	6	7

29	「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う。	1	2	3	4	5	6	7
30	「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う。	1	2	3	4	5	6	7
31	一人の人間として扱われると思う。	1	2	3	4	5	6	7
32	人とのつながりを保てると思う。	1	2	3	4	5	6	7
33	誰かと一緒に活動できると思う。	1	2	3	4	5	6	7
34	人との関係が途切れることはないと思う。	1	2	3	4	5	6	7
35	地域での役割を持てると思う。	1	2	3	4	5	6	7
36	周囲と協力して暮らせると思う。	1	2	3	4	5	6	7
37	人生には可能性があると思う。	1	2	3	4	5	6	7
38	できることを見つけて生きたいと思う。	1	2	3	4	5	6	7
39	自分の価値観を大切にしたいと思う。	1	2	3	4	5	6	7
40	人としての尊厳を保ちたいと思う。	1	2	3	4	5	6	7

記述統計のまとめと信頼性

指標	値
対象者数(N)	636
項目数	40
平均値の範囲	2.2 – 4.4
標準偏差の範囲	0.8 – 1.1
歪度	概ね±1 以内
尖度	概ね±1 以内
Cronbach α	0.869

因子分析の適用性

指標	値
KMO 測度	0.943
Bartlett 検定 χ^2	18105.343
自由度	780
p 値	< .001

因子解析結果(Varimax解析)

回転後の成分行列 a	因子 1	因子 2	判定
1 認知症仮定_自分の状態をある程度把握できると思う	0.593	-0.251	1
2 認知症仮定_自分なりに状況に対処できると思う	0.605	-0.303	1
3 認知症仮定_日々の生活を工夫して続けられると思う	0.634	-0.297	1
4 認知症仮定_必要なときには人に助けを求められると思う	0.573	-0.207	1
5 認知症仮定_これまでのように判断できると思う	0.484	-0.404	1
6 認知症仮定_周囲の人に知ってほしいと感じると思う	0.435	0.116	1
7 認知症仮定_一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う	0.515	-0.035	1
8 認知症仮定_ぼんやりした時間が増えると思う	-0.022	0.655	2
9 認知症仮定_自分の状態がわからなくなると思う	-0.108	0.699	2
10 認知症仮定_不安や混乱を感じると思う	0.136	0.7	2
11 認知症仮定_落ち込むことが多くなると思う	0.048	0.72	2
12 認知症仮定_できないことが増えると思う	-0.062	0.739	2
13 認知症仮定_生きる意味を見失うかもしれないと思う	-0.076	0.732	2
14 認知症仮定_自分が恥ずかしい存在になると感じると思う	-0.075	0.676	2
15 認知症仮定_社会から距離を置かれると思う	-0.143	0.758	2
16 認知症仮定_人から避けられると思う	-0.215	0.717	2
17 認知症仮定_社会の中で弱い立場に置かれると思う	-0.18	0.763	2
18 認知症仮定_孤立すると思う	-0.214	0.748	2
19 認知症仮定_社会参加が難しくなると思う	-0.158	0.795	2
20 認知症仮定_周囲との関係が希薄になると思う	-0.201	0.731	2
21 認知症仮定_人生が終わったように感じると思う	-0.185	0.51	2
22 認知症仮定_重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う	-0.049	0.497	2
23 認知症仮定_自分らしさを保てると思う	0.602	-0.344	1
24 認知症仮定_自分を否定せずに受け入れたいと思う	0.559	-0.065	1
25 認知症仮定_周囲から自分は信用されると思う	0.629	-0.316	1
26 認知症仮定_自分の考えは信用されると思う	0.652	-0.32	1
27 認知症仮定_周囲に受け入れてもらえると思う	0.722	-0.258	1
28 認知症仮定_尊重される存在でありたいと思う	0.589	-0.005	1
29 認知症仮定_「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う	0.571	0.157	1
30 認知症仮定_「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う	0.488	0.159	1
31 認知症仮定_一人の人間として扱われると思う	0.701	-0.167	1
32 認知症仮定_人とのつながりを保てると思う	0.778	-0.224	1
33 認知症仮定_誰かと一緒に活動できると思う	0.79	-0.219	1
34 認知症仮定_人との関係が途切れることはないと思う	0.735	-0.269	1
35 認知症仮定_地域での役割を持てると思う	0.711	-0.295	1
36 認知症仮定_周囲と協力して暮らせると思う	0.785	-0.223	1
37 認知症仮定_人生には可能性があると思う	0.761	-0.143	1
38 認知症仮定_できることを見つけて生きたいと思う	0.669	0.032	1
39 認知症仮定_自分の価値観を大切にしたいと思う	0.67	0.068	1

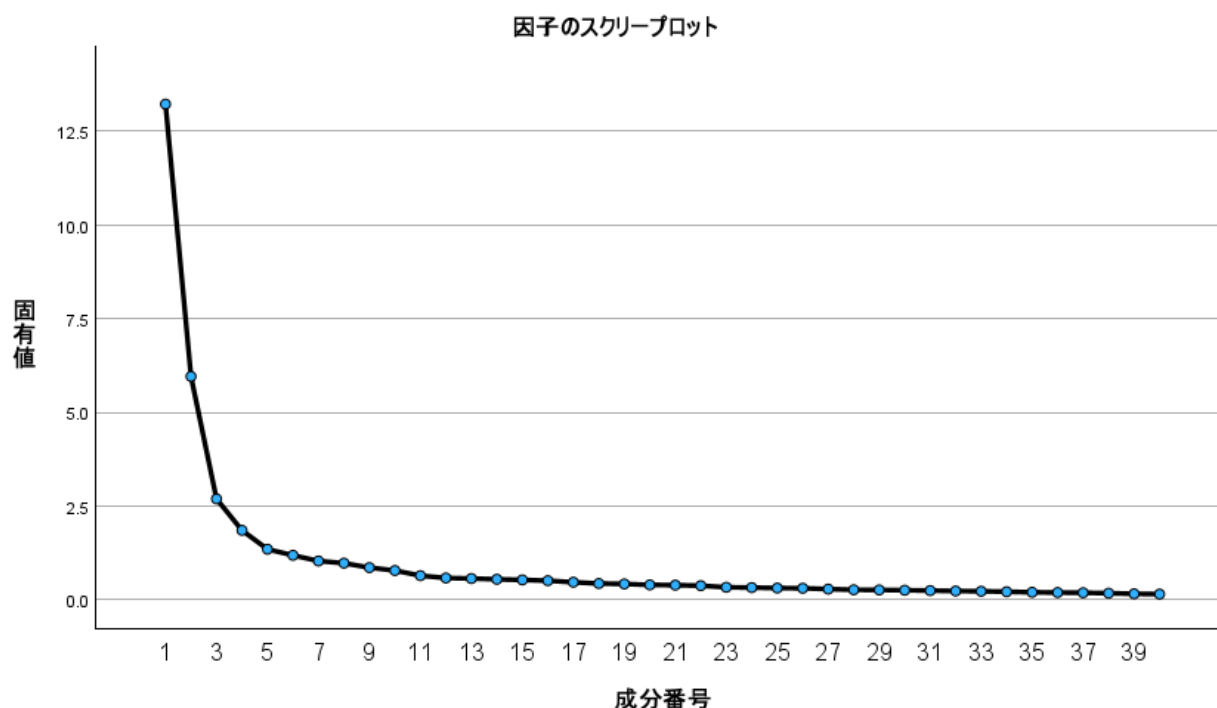
因子抽出法: 主成分分析

判定: 0.40 以上

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法。a. 3 回の反復で回転が収束しました。

因子構造分析の結果、2 因子構造が抽出された。回転後の因子負荷量に基づき、第 1 因子は「自分の状態を把握できる」「状況に対処できる」「生活を継続できる」などの項目から構成され、自己効力感および社会的包摂に関わるポジティブ因子と解釈された。一方、第 2 因子は「不安や混乱を感じる」「状態がわからなくなる」「落ち込む」などの項目から構成され、不安・喪失・スティグマに関わるネガティブ因子と解釈された。

図. スクリーンプロット(固有値の分布)

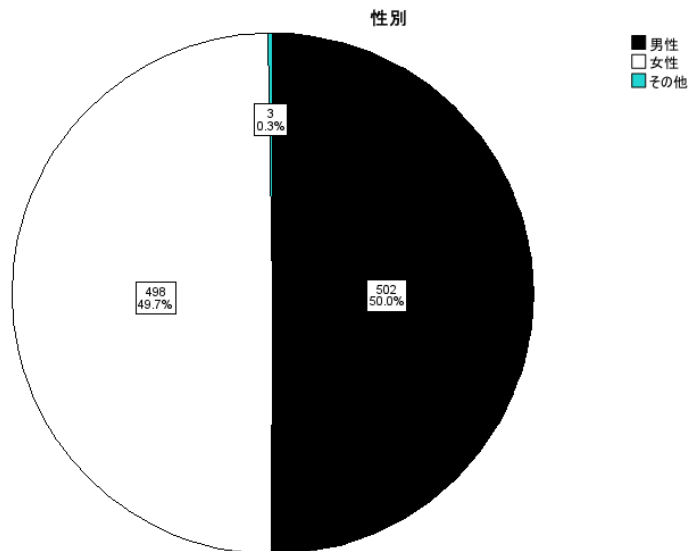


探索的因子分析における因子数の決定のため、スクリーンプロットを作成した。その結果、第 1 因子および第 2 因子において固有値の急激な減少(エルボー)が認められ、第 3 因子以降は緩やかな減少に転じていた。このことから、本データにおいては 2 因子構造が最も妥当であると判断された。固有値基準(eigenvalue > 1)においても第 2 因子までが該当しており、スクリーンプロットおよび固有値の双方の基準が一致した。以上より、本研究では 2 因子解を採用した。また、累積寄与率(47.95%)および因子の解釈可能性も考慮し、2 因子解を最終的に採用した。

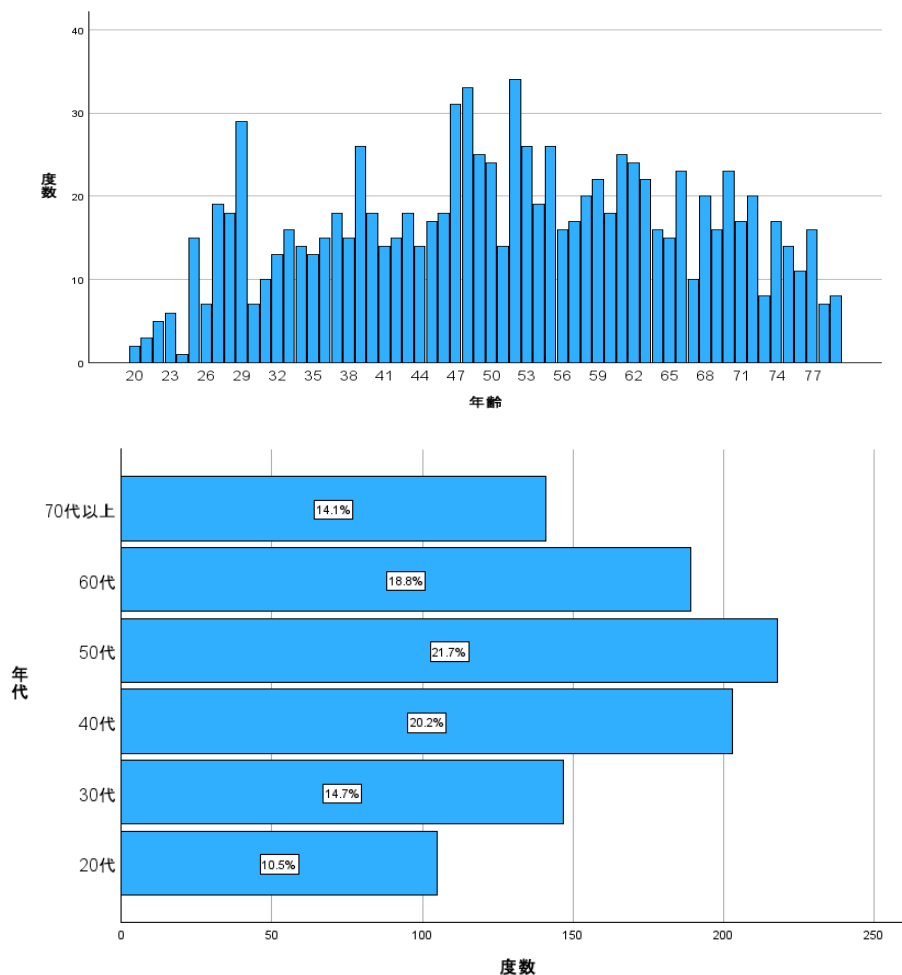
I. 基本属性やその他の背景

① 基本属性

1. 性別



2. 年代

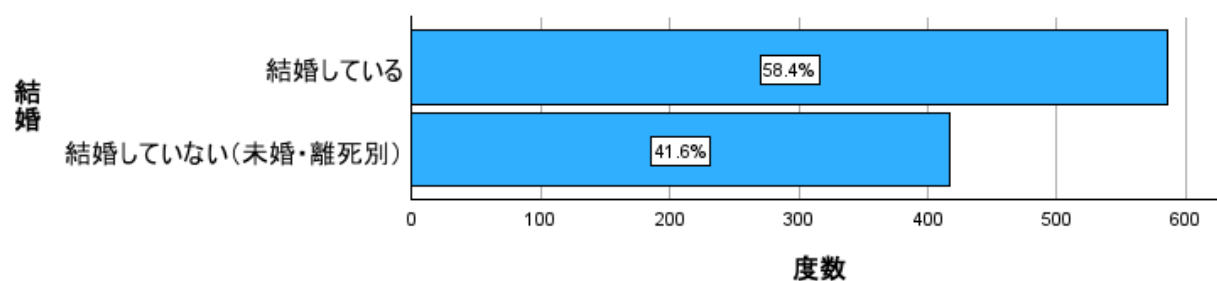


3. 居住地域

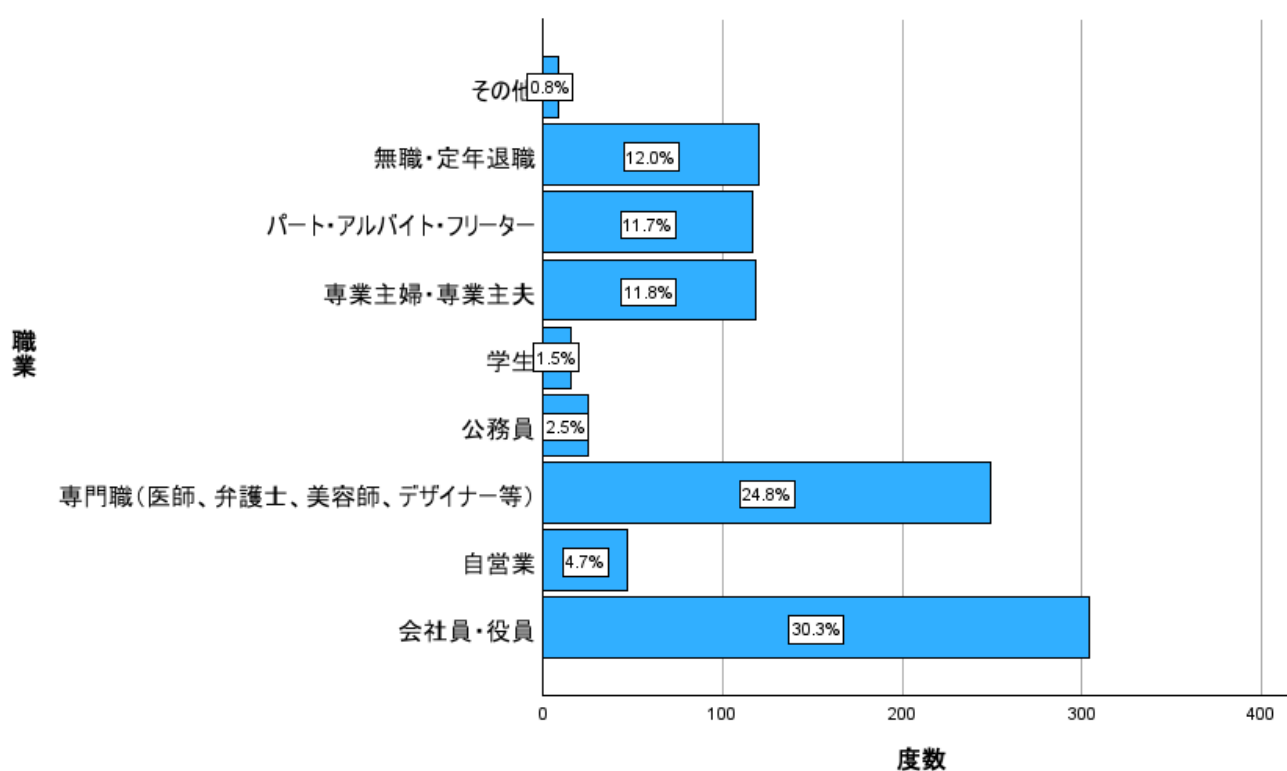
	度数	パーセント
北海道	63	6.3
青森	6	0.6
岩手	9	0.9
宮城	16	1.6
秋田	3	0.3
山形	10	1
福島	9	0.9
茨城	13	1.3
栃木	10	1
群馬	11	1.1
埼玉	53	5.3
千葉	57	5.7
東京	145	14.5
神奈川	85	8.5
新潟	19	1.9
富山	6	0.6
石川	6	0.6
福井	1	0.1
山梨	5	0.5
長野	10	1
岐阜	19	1.9
静岡	22	2.2
愛知	57	5.7
三重	12	1.2
滋賀	6	0.6
京都	20	2
大阪	73	7.3
兵庫	59	5.9
奈良	16	1.6
和歌山	8	0.8
鳥取	2	0.2
島根	3	0.3
岡山	10	1
広島	26	2.6
山口	9	0.9
徳島	3	0.3
香川	7	0.7
愛媛	15	1.5

高知	2	0.2
福岡	41	4.1
佐賀	11	1.1
長崎	8	0.8
熊本	6	0.6
大分	6	0.6
宮崎	8	0.8
鹿児島	11	1.1
沖縄	6	0.6
合計	1003	100

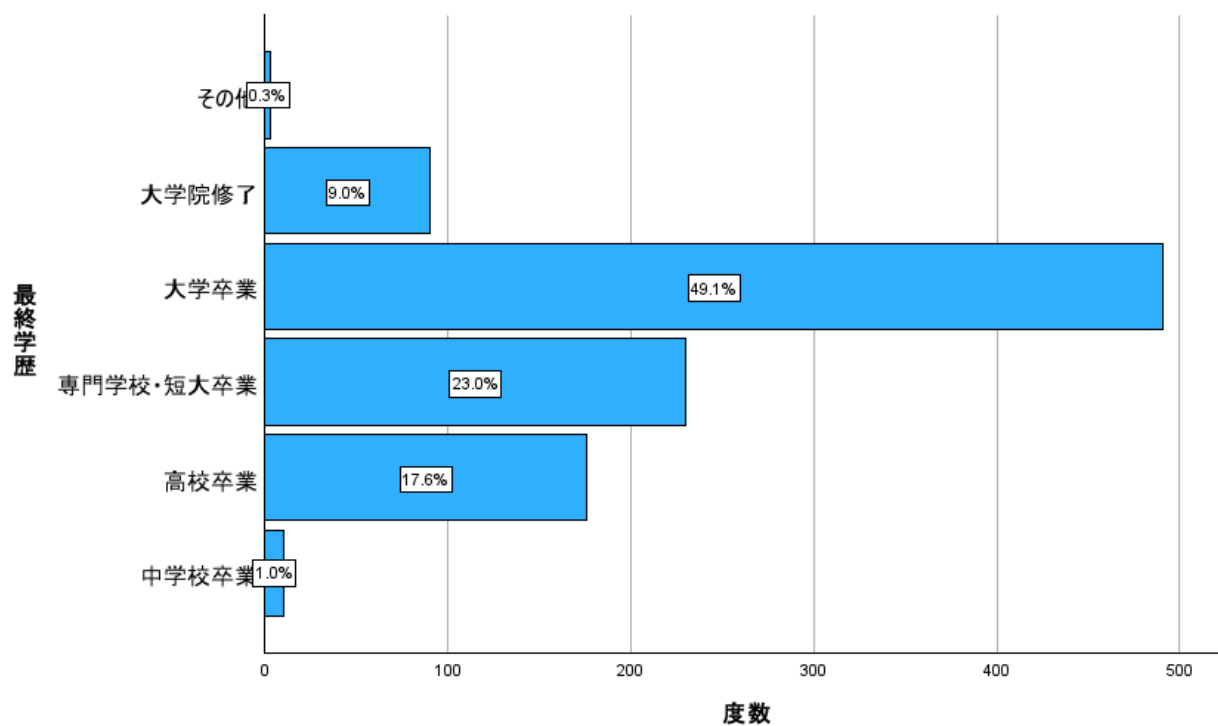
4. 婚姻状況



5. 職業

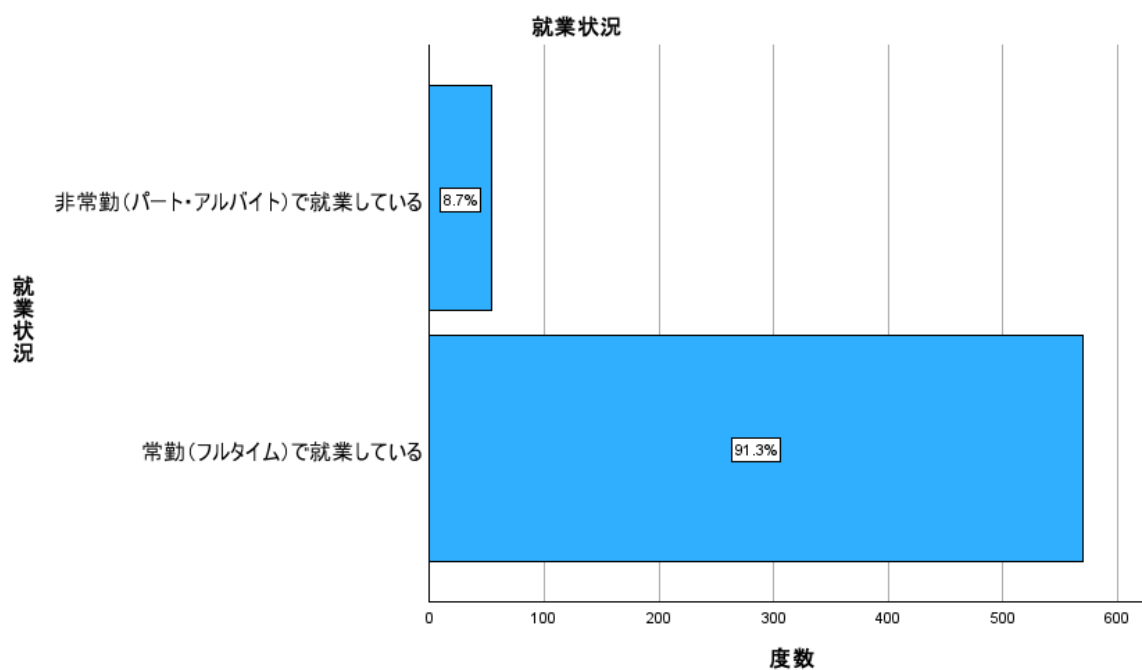


6. 最終学歴

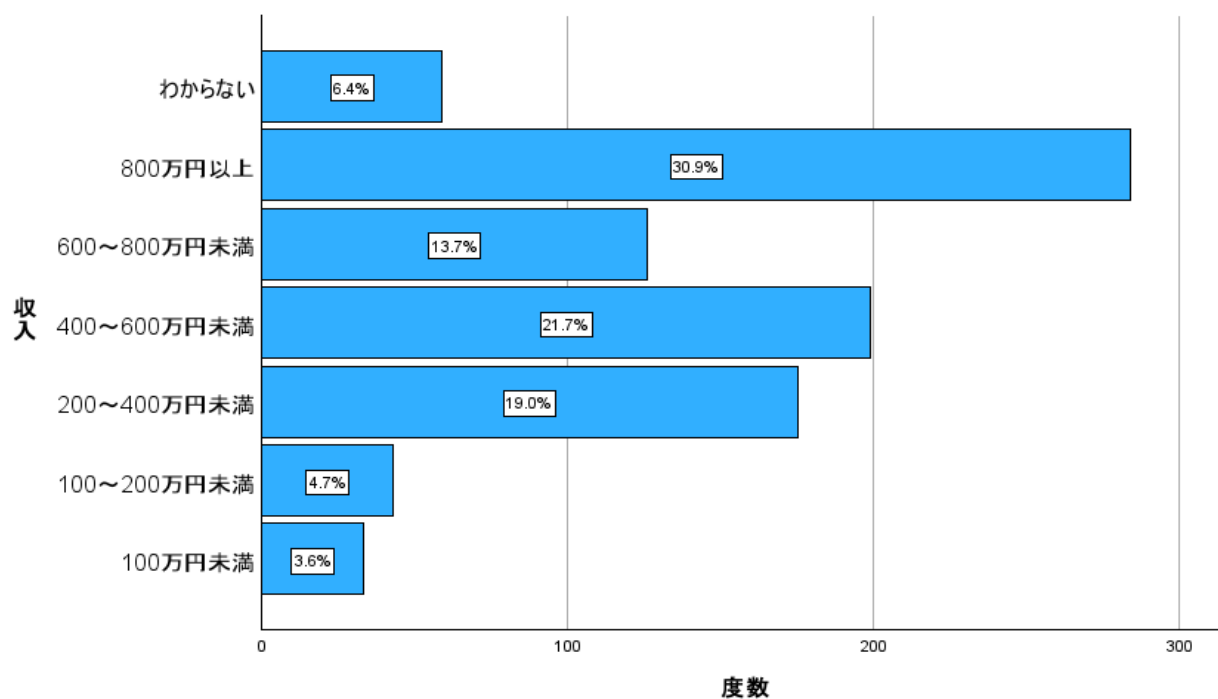


② 社会経済的背景

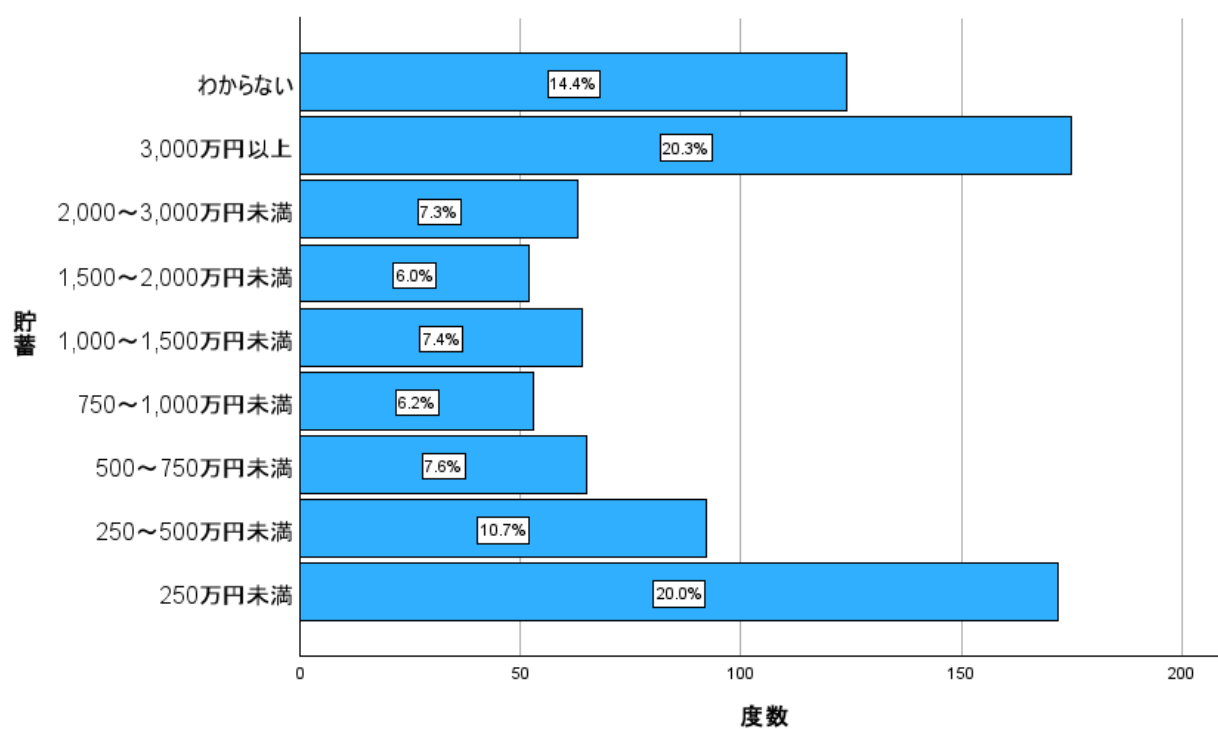
7. 就業状況



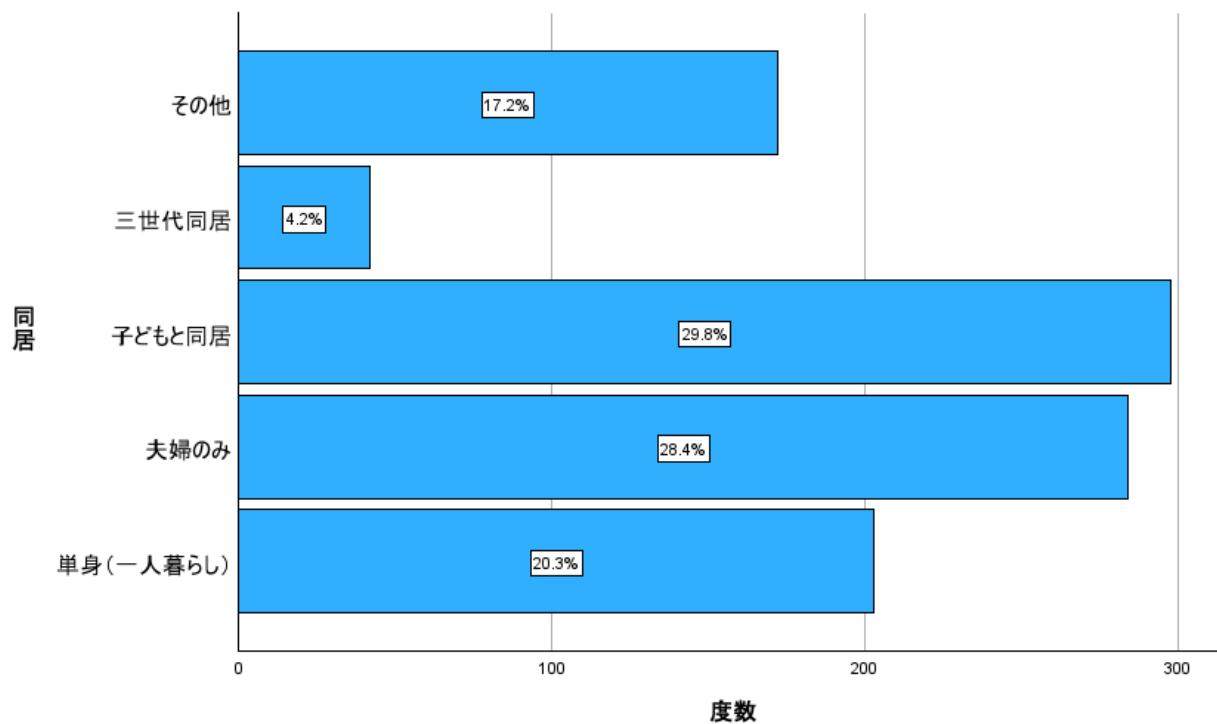
8. 収入



9. 貯蓄



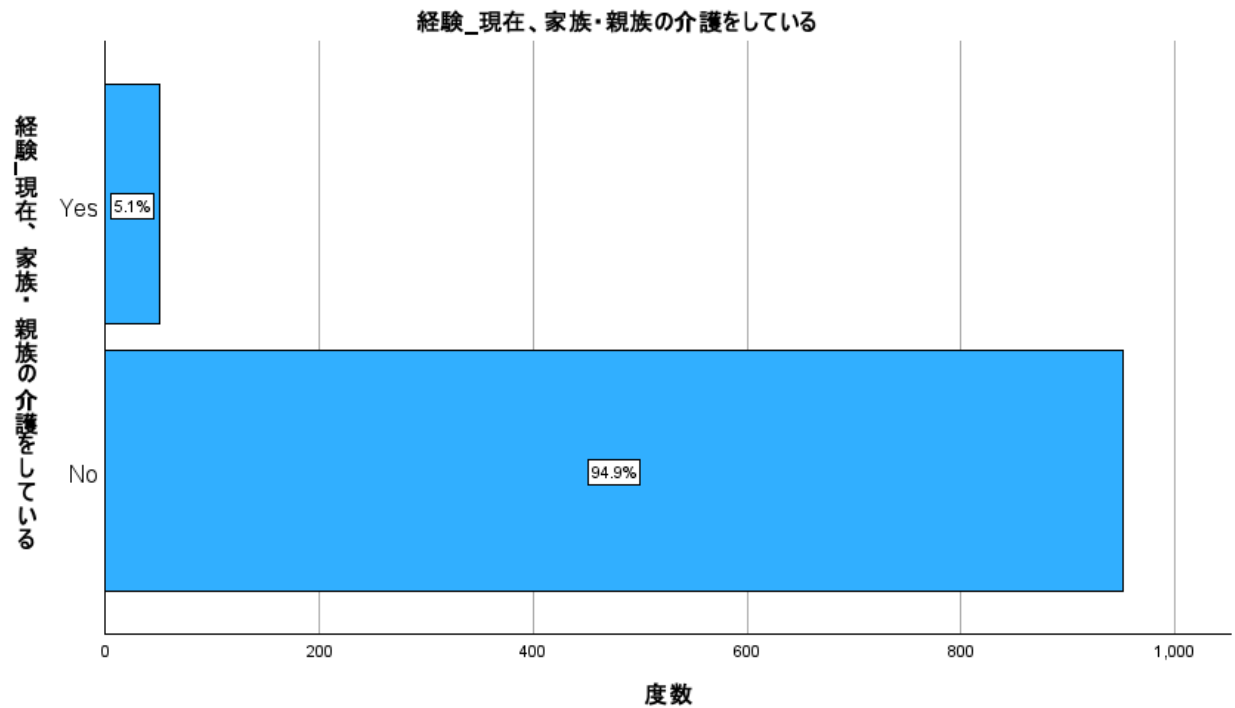
10. 同居状況



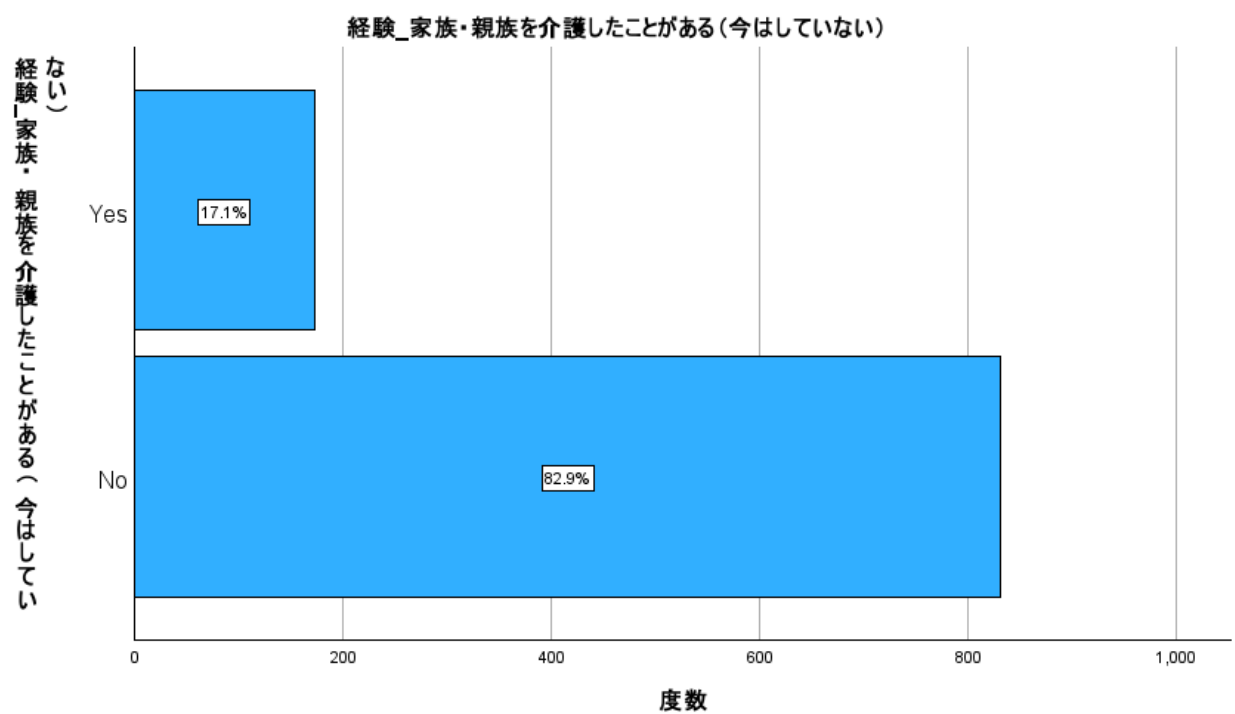
③ 認知症との接触経験項目

11. 接触経験

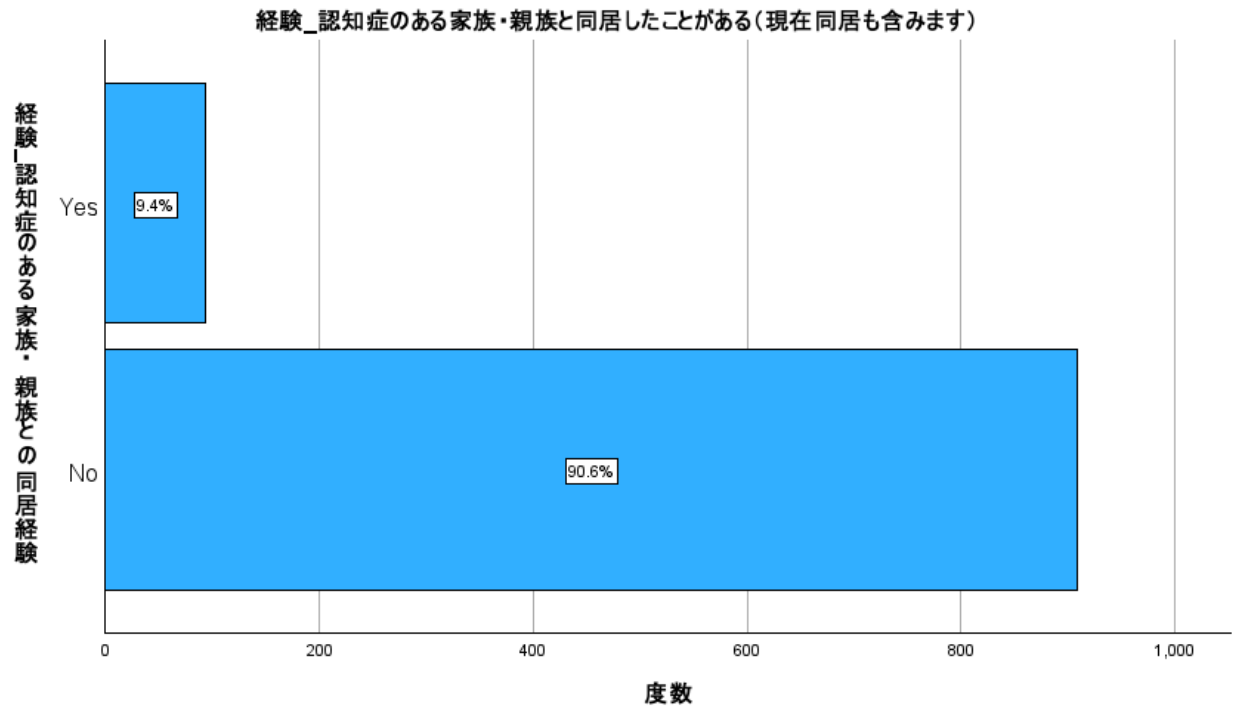
現在の家族・親族介護経験



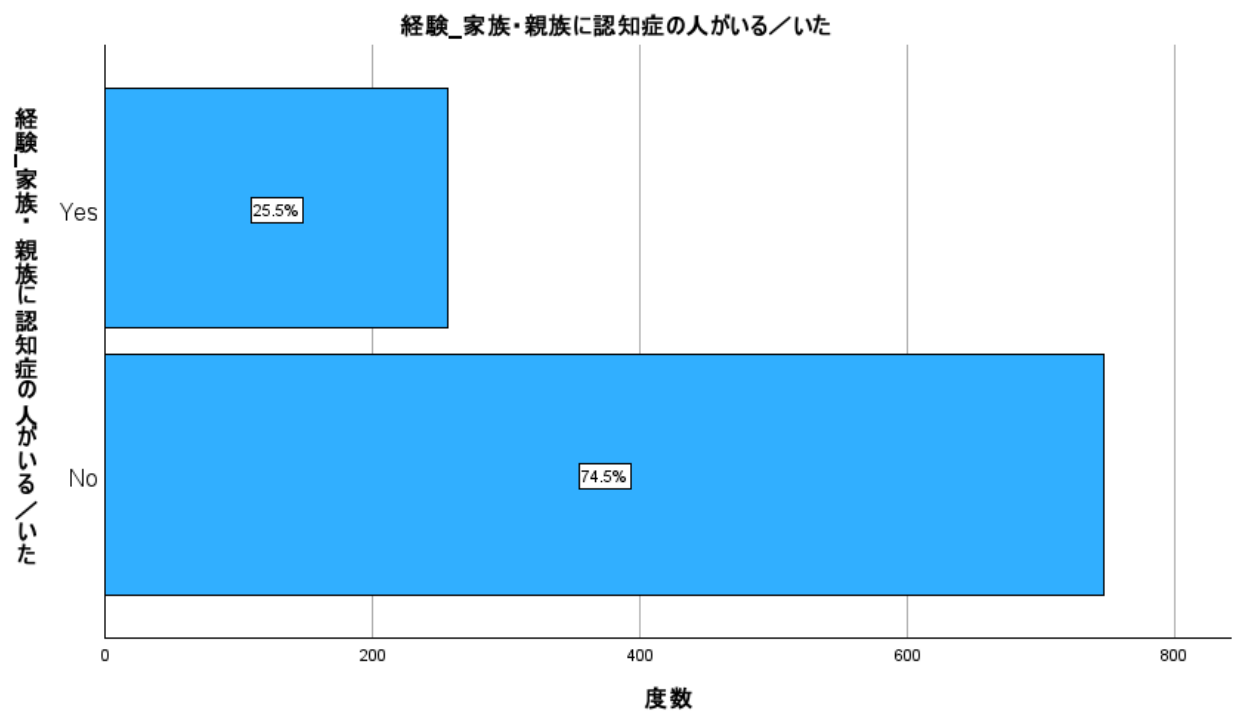
家族・親族を介護したことがある（現在はしていない）



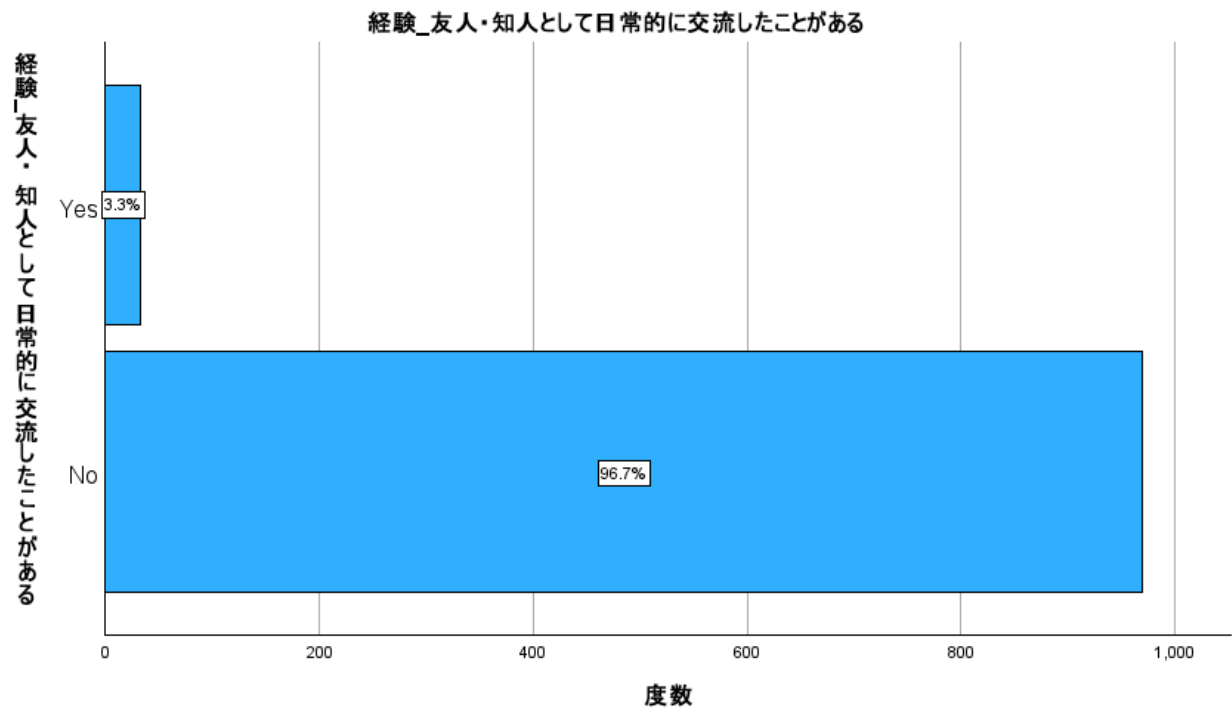
同居経験



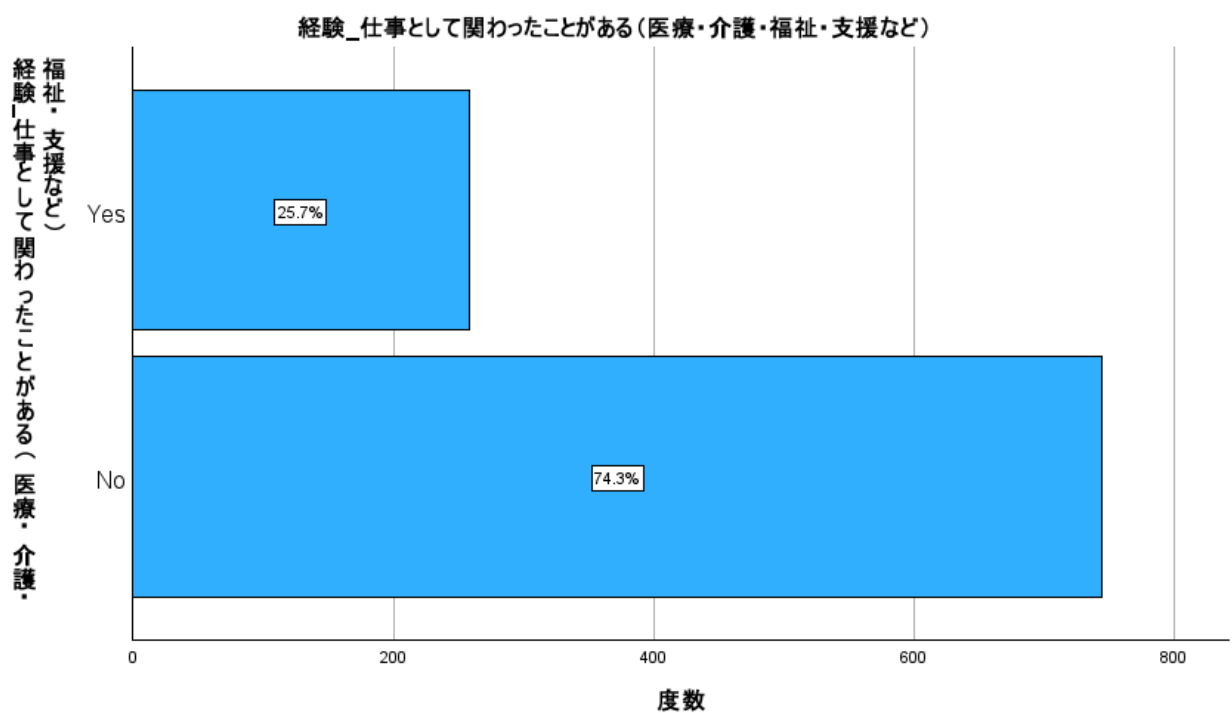
家族・親族に認知症の人がいる/いた



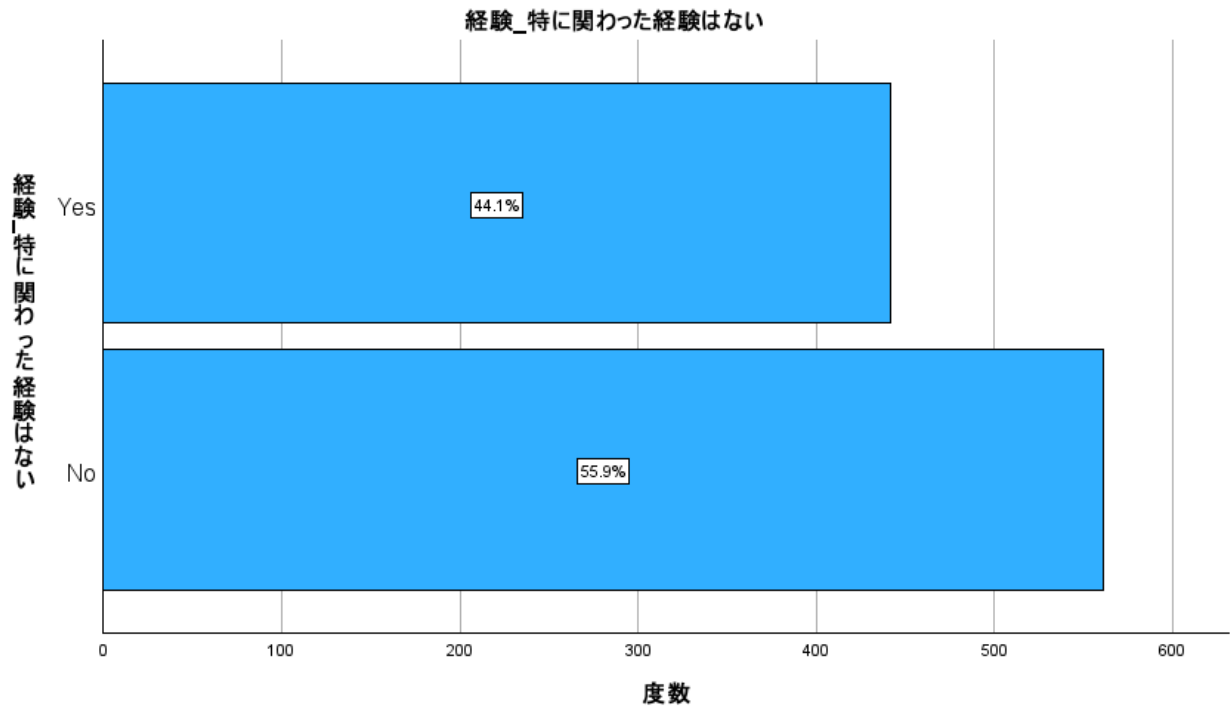
友人・知人として日常的に交流したことがある



仕事として関わったことがある（医療・介護・福祉・支援）



関わった経験の有無

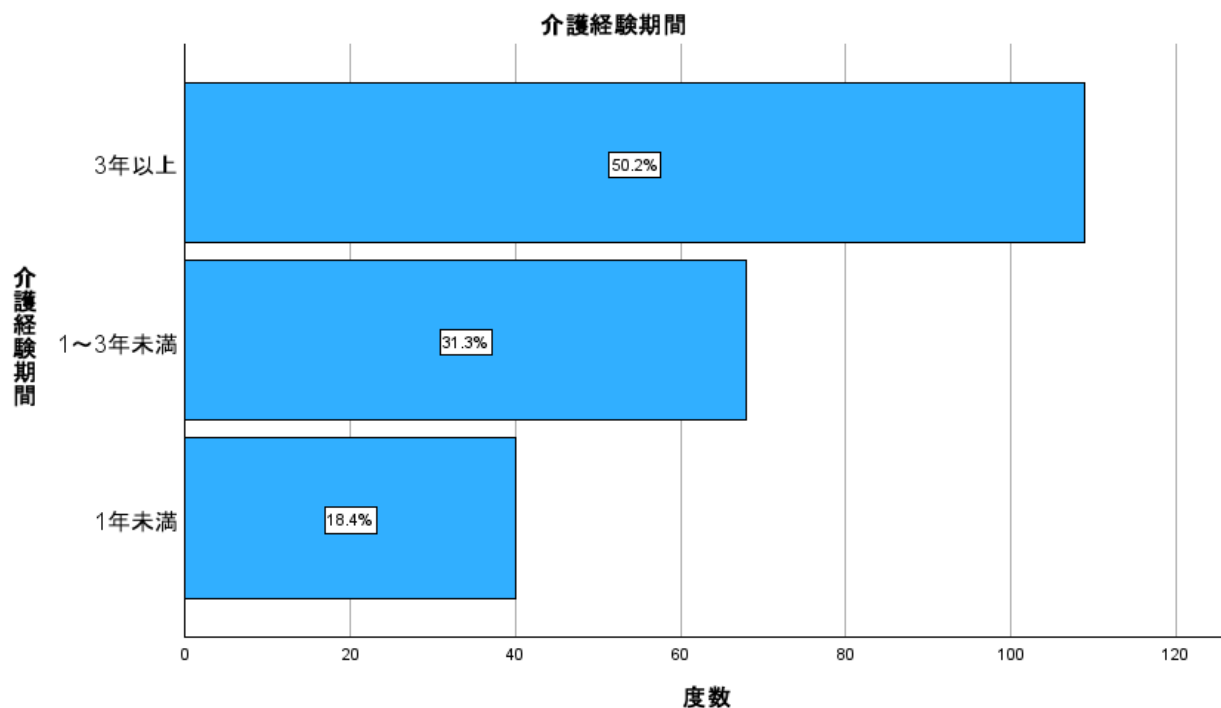


接触経験に関する回答(複数回答可)

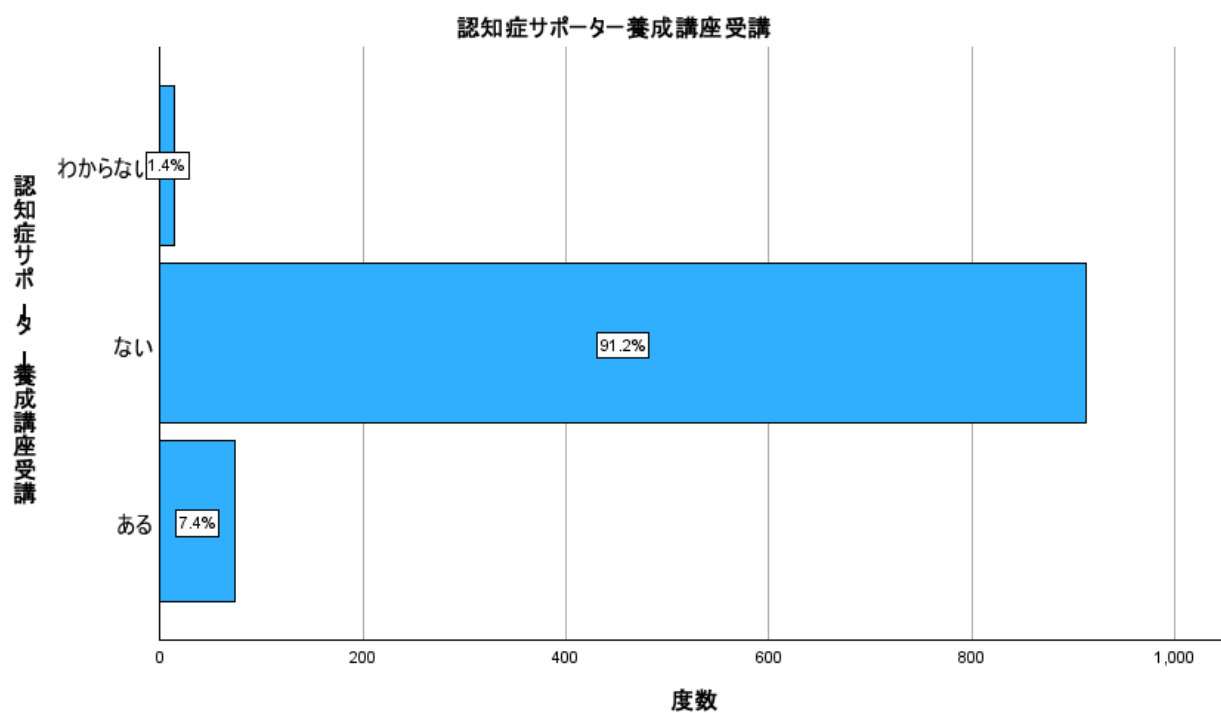
接触経験項目	%
現在、家族・親族の介護をしている	5.10%
家族・親族を介護したことがある(現在はしていない)	17.10%
認知症のある家族・親族と同居したことがある	9.40%
家族・親族に認知症の人がいる／いた	25.50%
友人・知人として日常的に交流したことがある	3.30%
仕事として関わったことがある(医療・介護・福祉・支援など)	25.70%
特に関わった経験はない	44.10%

④ 認知症関連背景項目

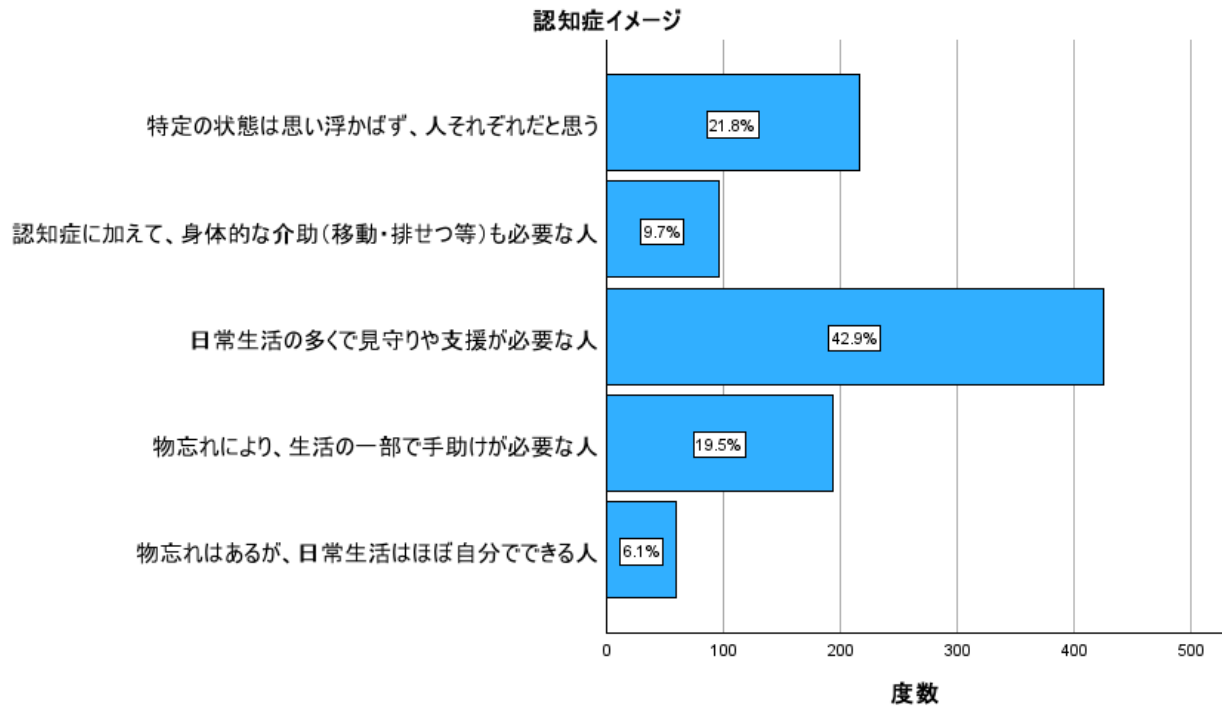
12. 介護経験期間



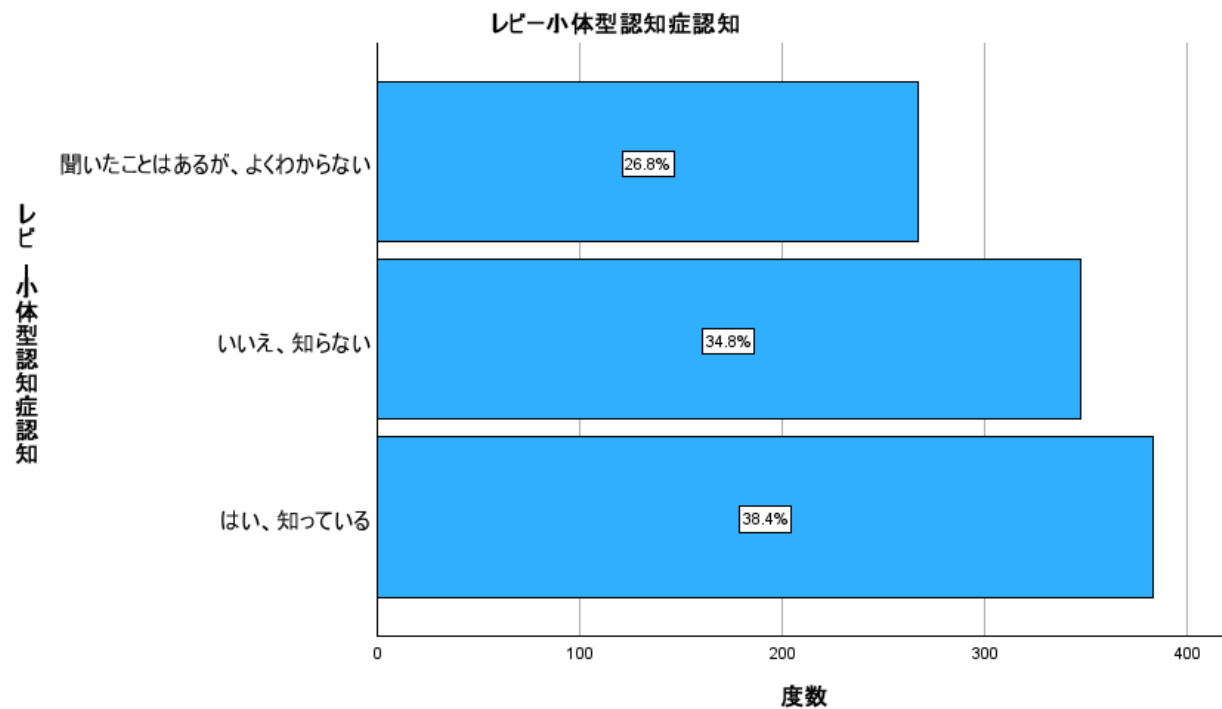
13. サポーター養成講座受講



14. 認知症のイメージ

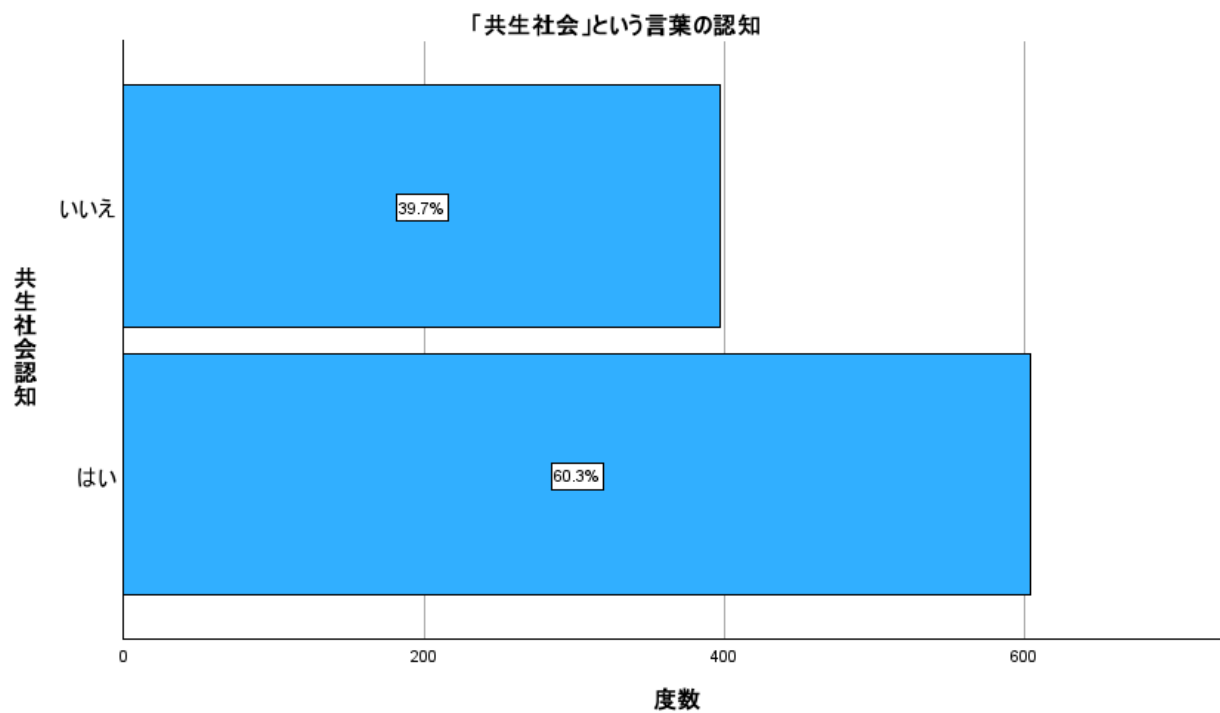


15. レビー小体型認知症の知識



⑤共生に関する知識・認識

共生社会認知(e3)



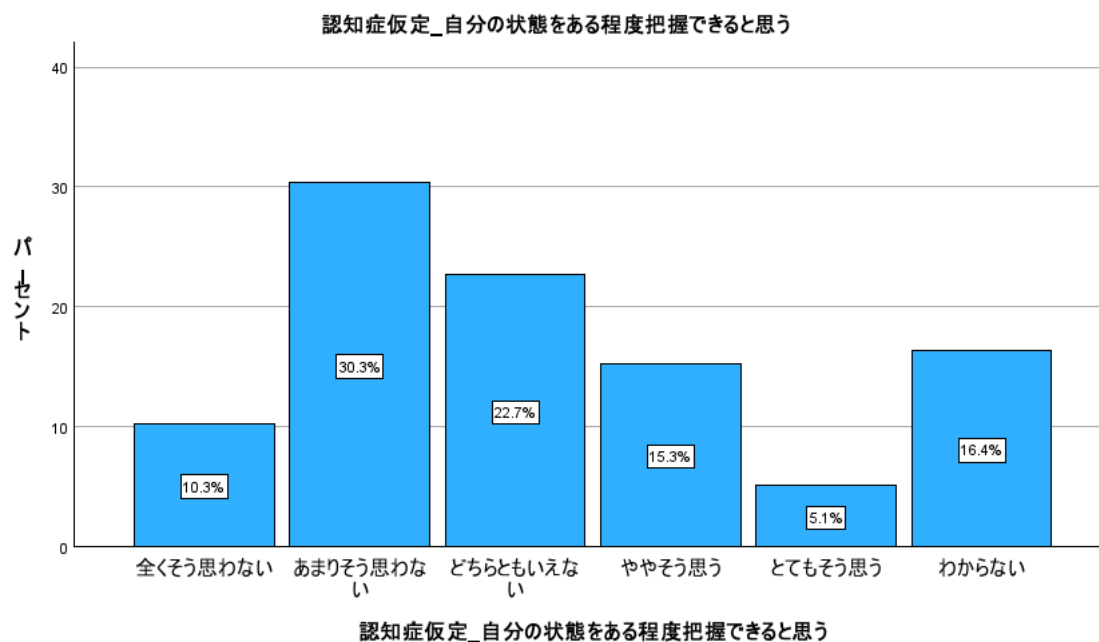
• 共生社会賛成(e4_1)

• 地域受容(e4_2)

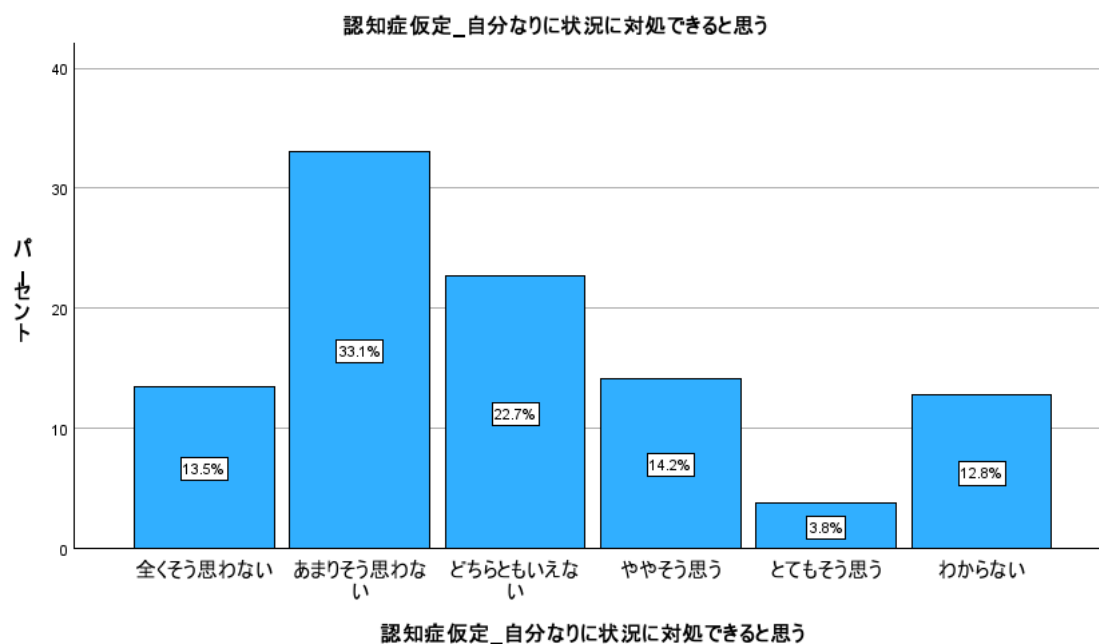
• 地域参加(e4_3)

Ⅱ．認知症観尺度：各回答の項目分布

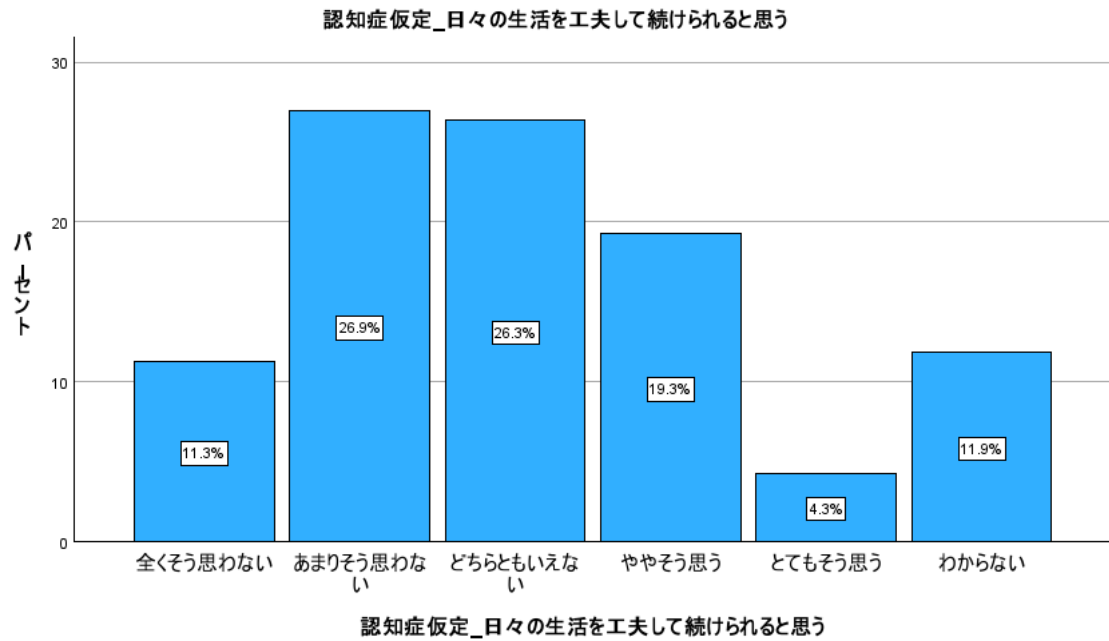
Q1.【自分の状態をある程度把握できと思う。】



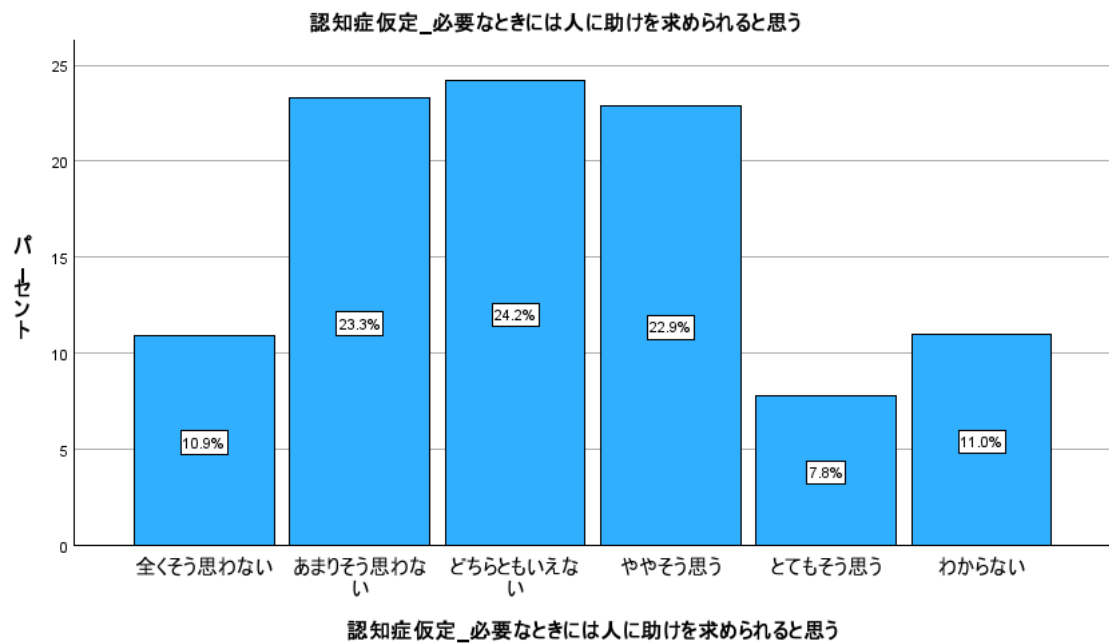
Q2.【自分なりに状況に対処できと思う。】



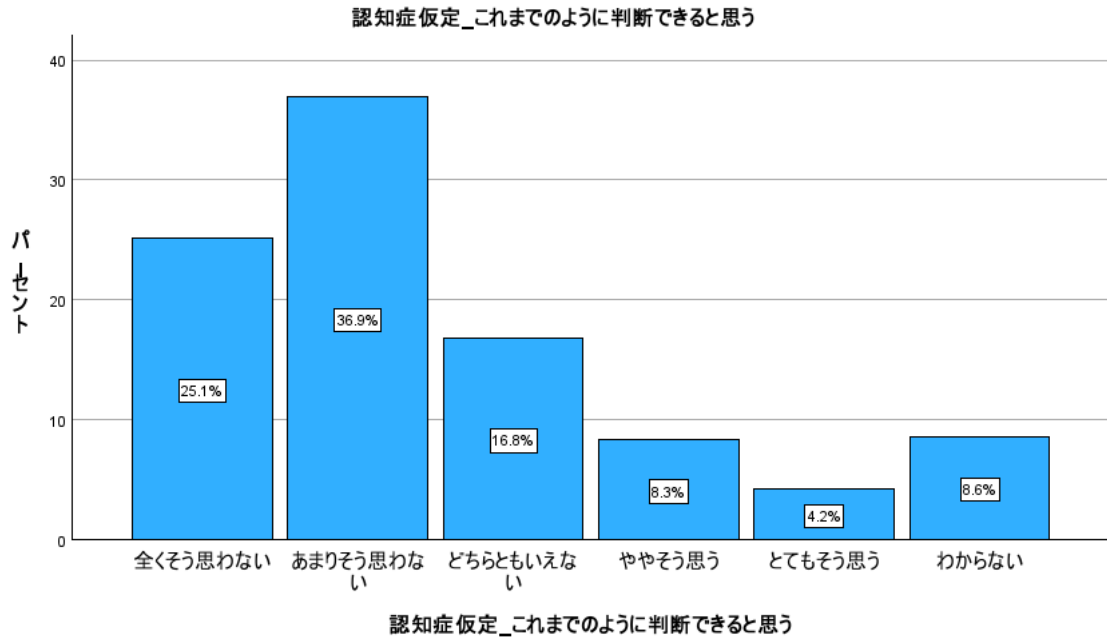
Q3.【日々の生活を工夫して続けられると思う。】



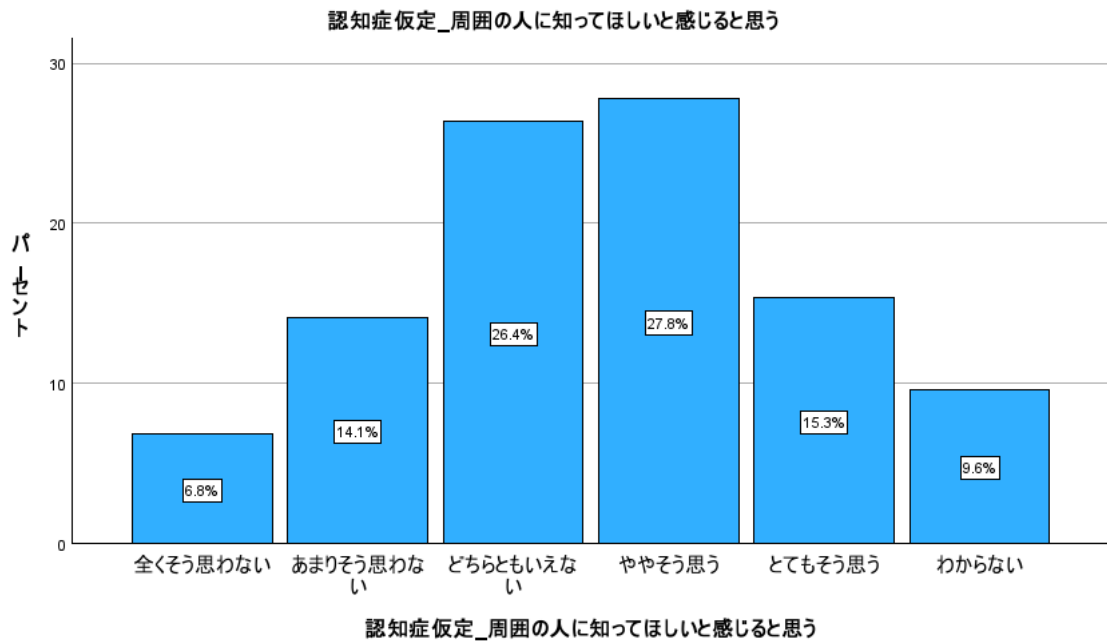
Q4.【必要なときには人に助けを求められると思う。】



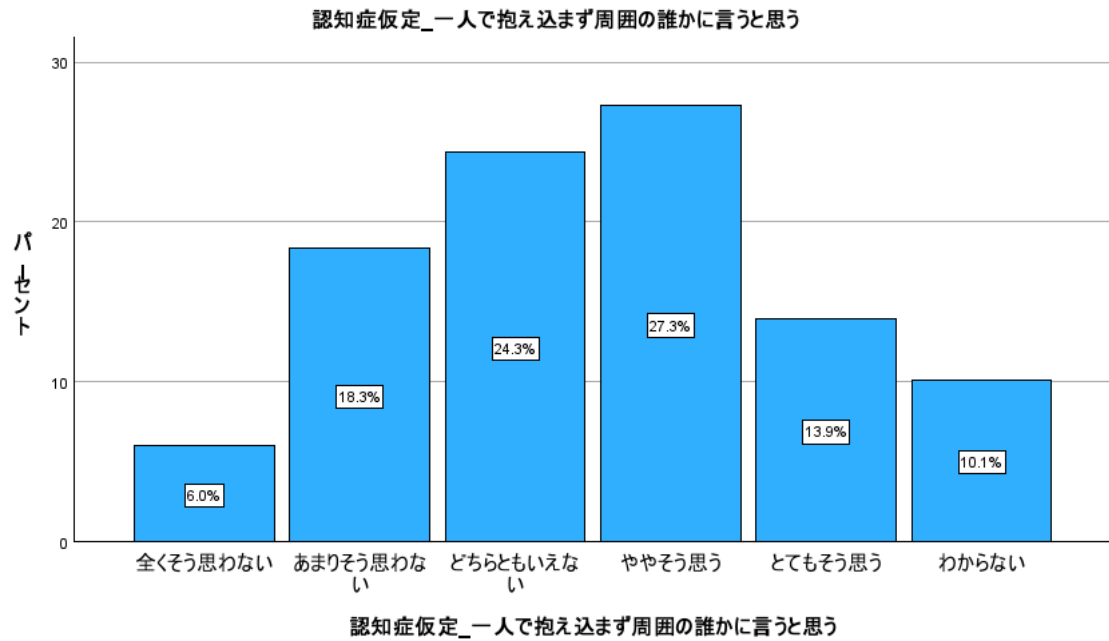
Q5.【これまでのように判断できると思う。】



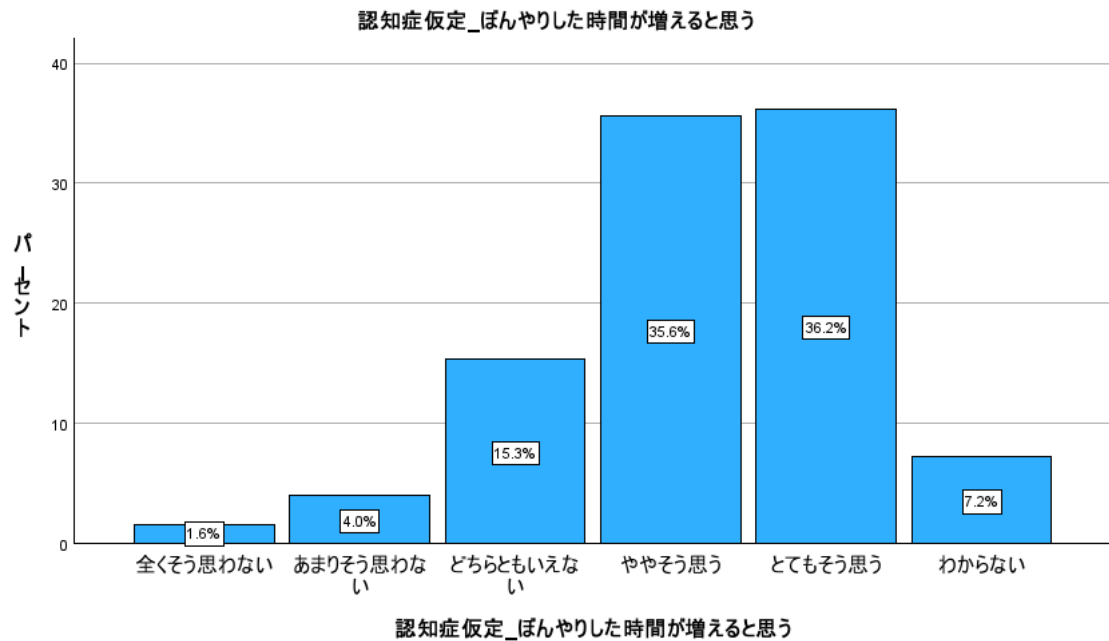
Q6.【周囲の人に知ってほしいと感じると思う。】



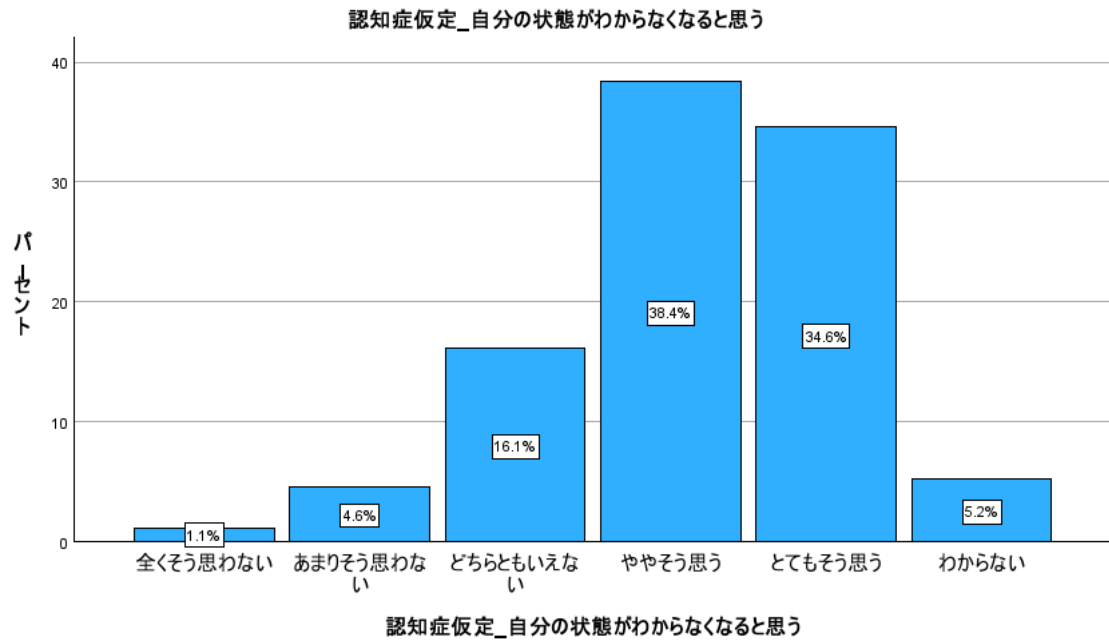
Q7.【一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う。】



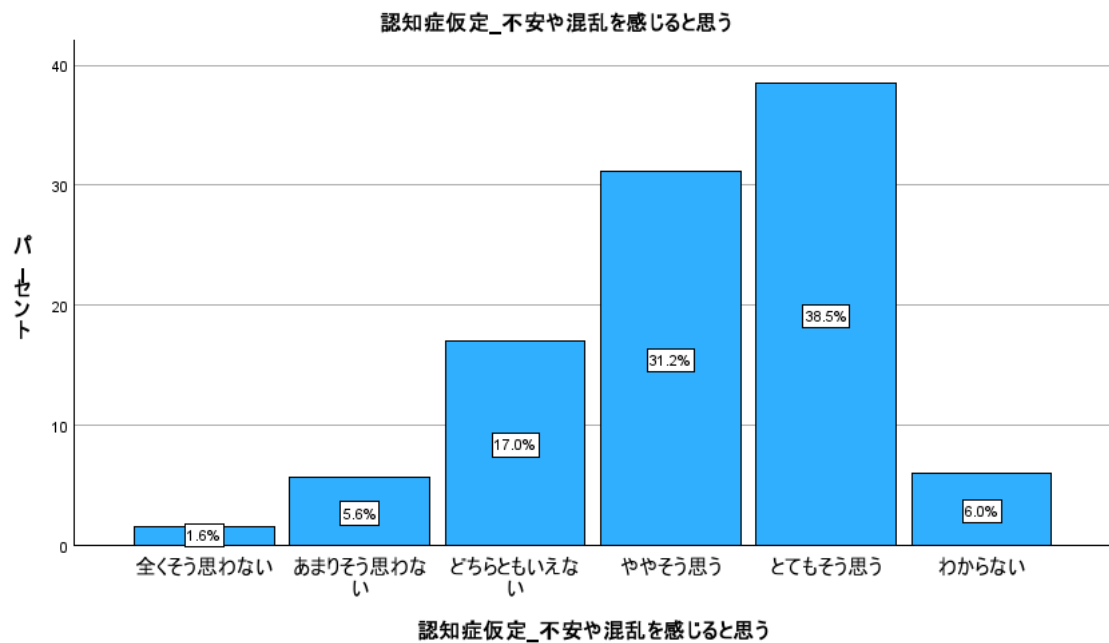
Q8.【ぼんやりした時間が増えると思う。】



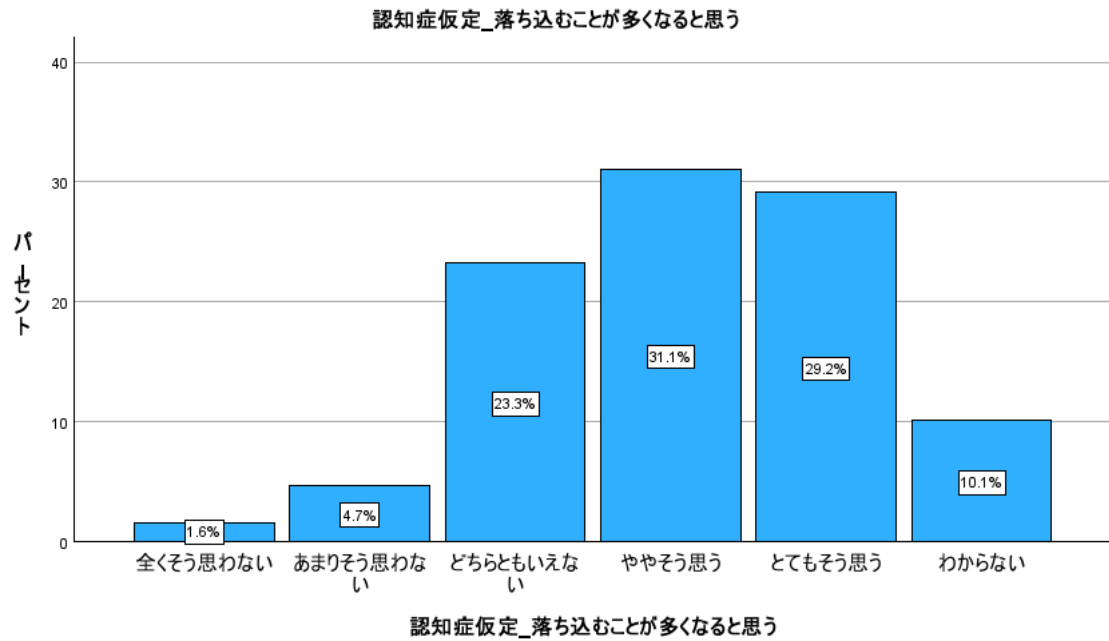
Q9.【自分の状態がわからなくなと思う。】



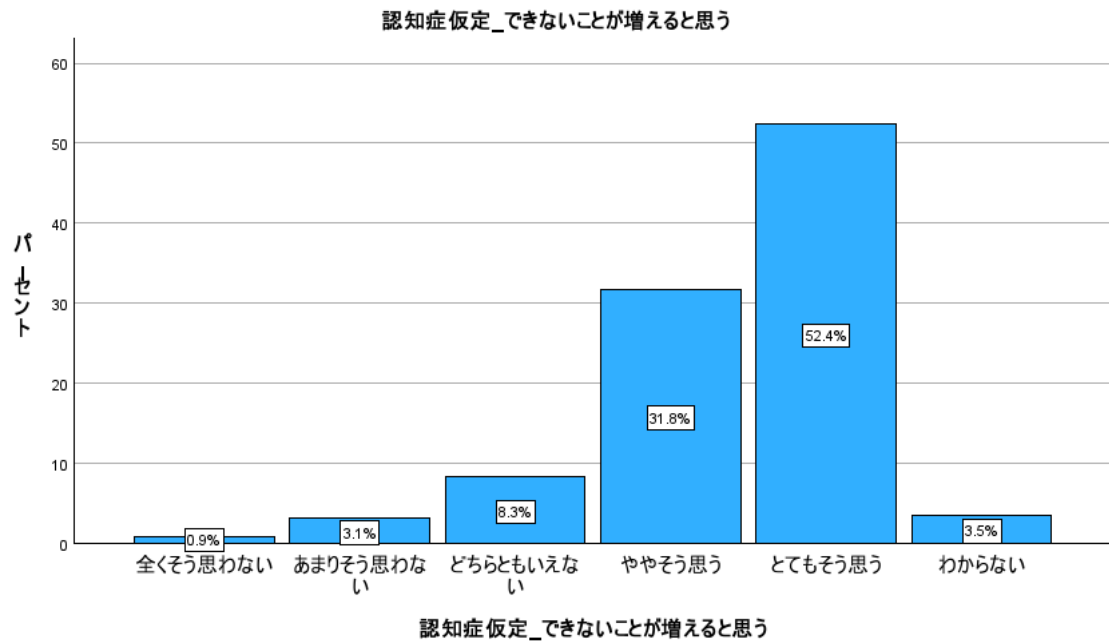
Q10.【不安や混乱を感じると思う。】



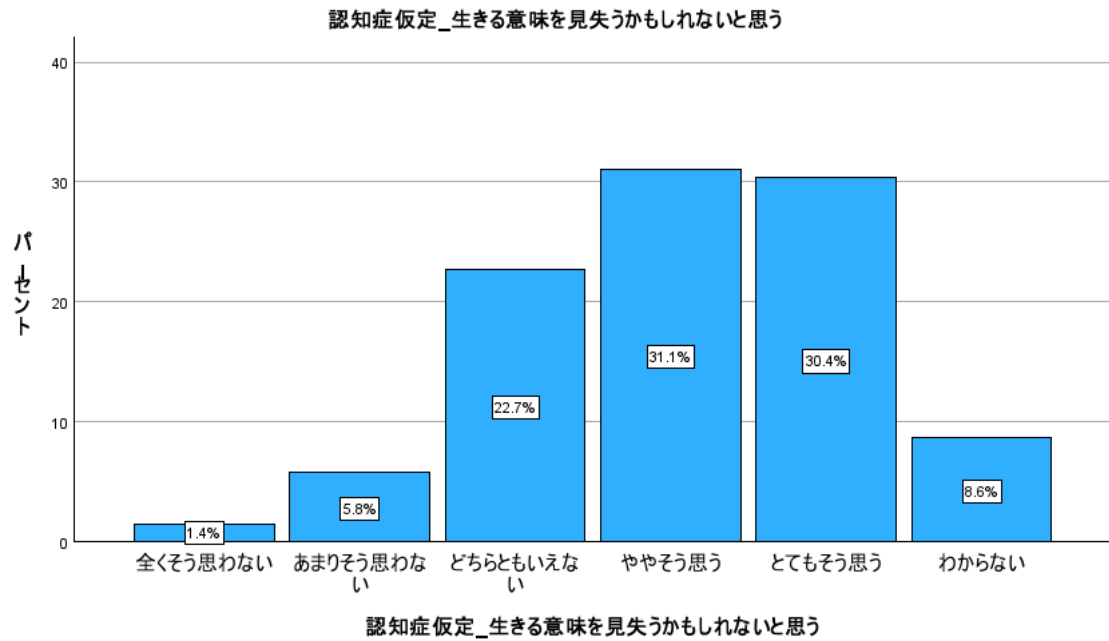
Q11.【落ち込むことが多くなると思う。】



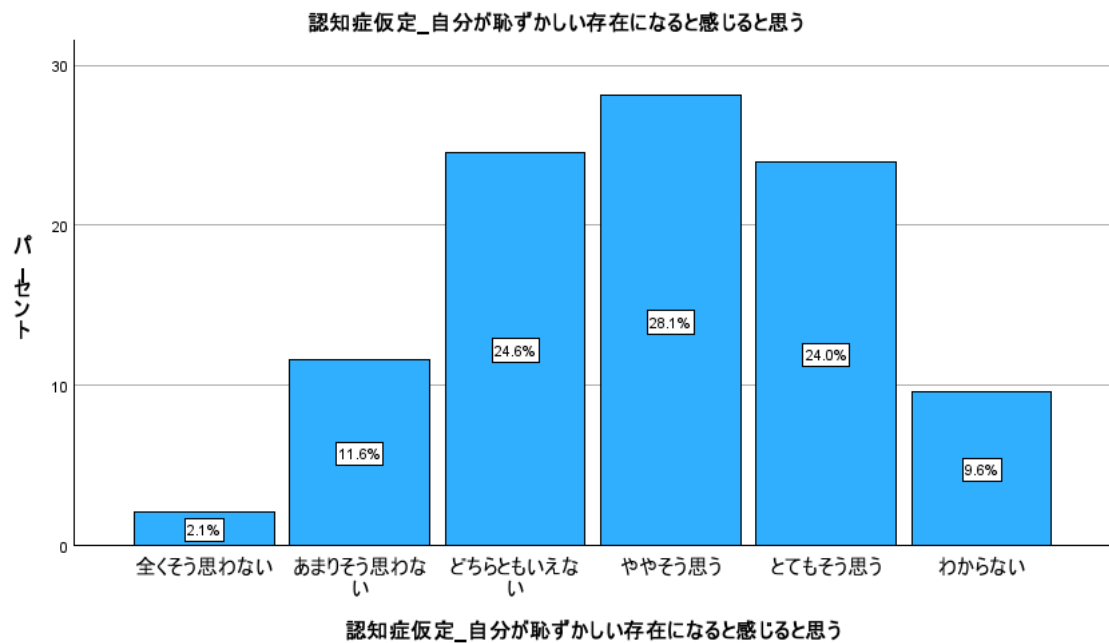
Q12.【できないことが増えると思う。】



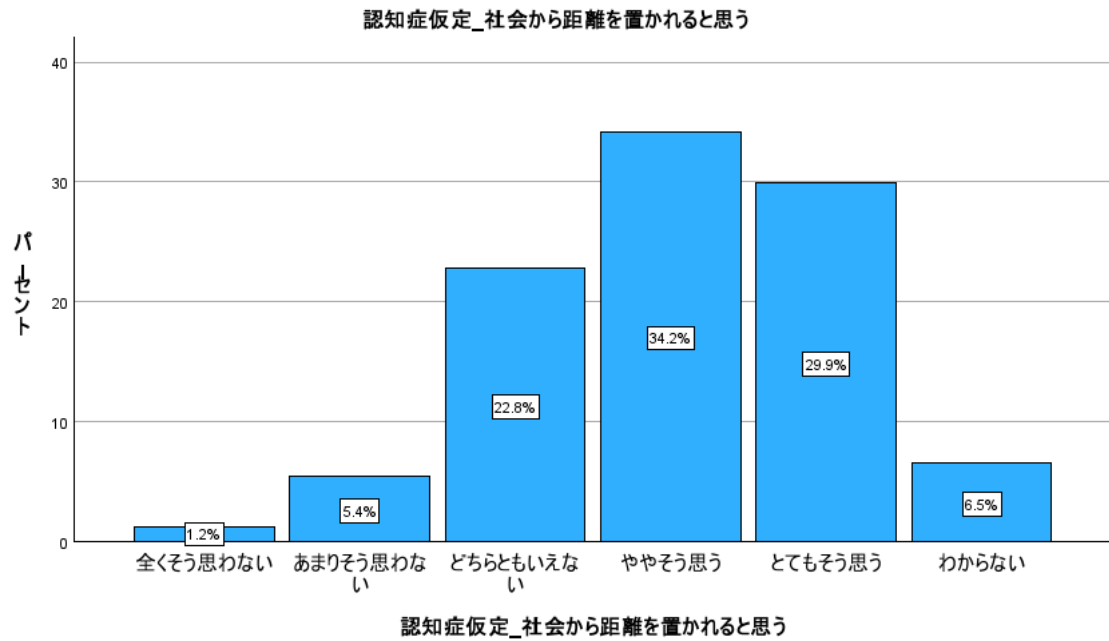
Q13.【生きる意味を見失うかもしれないと思う。】



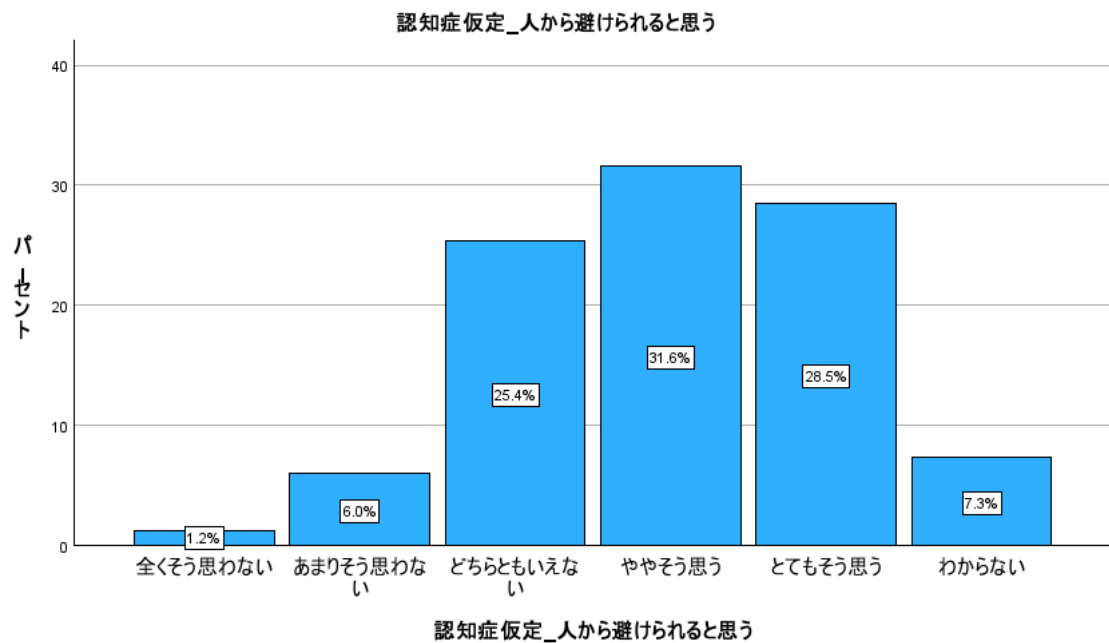
Q14.【自分が恥ずかしい存在になると感じると思う。】



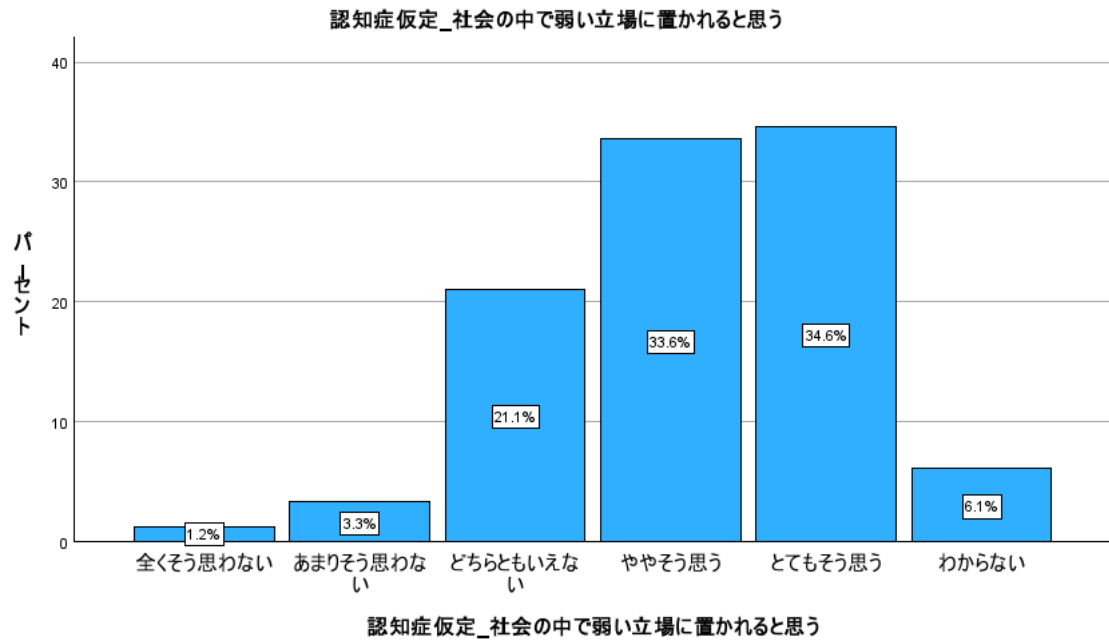
Q15.【社会から距離を置かれると思う。】



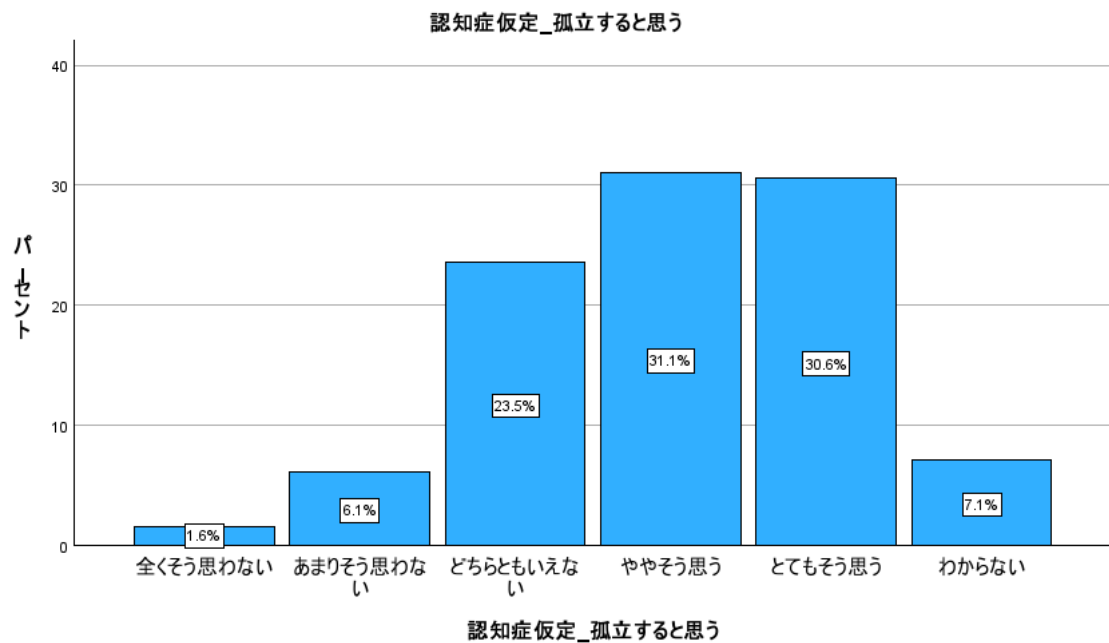
Q16.【人から避けられると思う。】



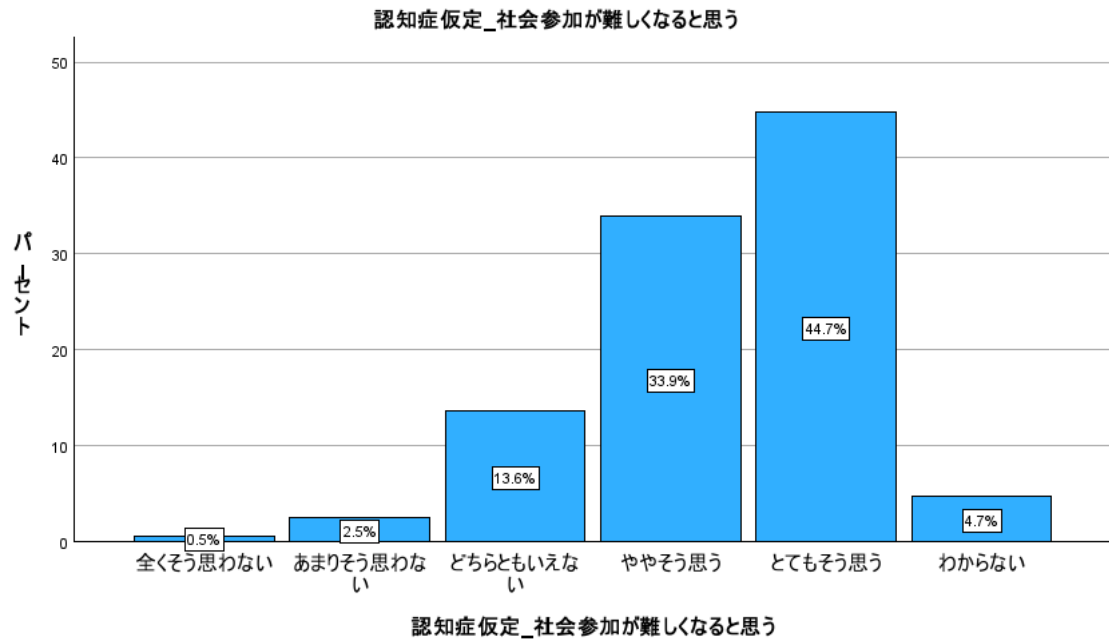
Q17.【社会の中で弱い立場に置かれると思う。】



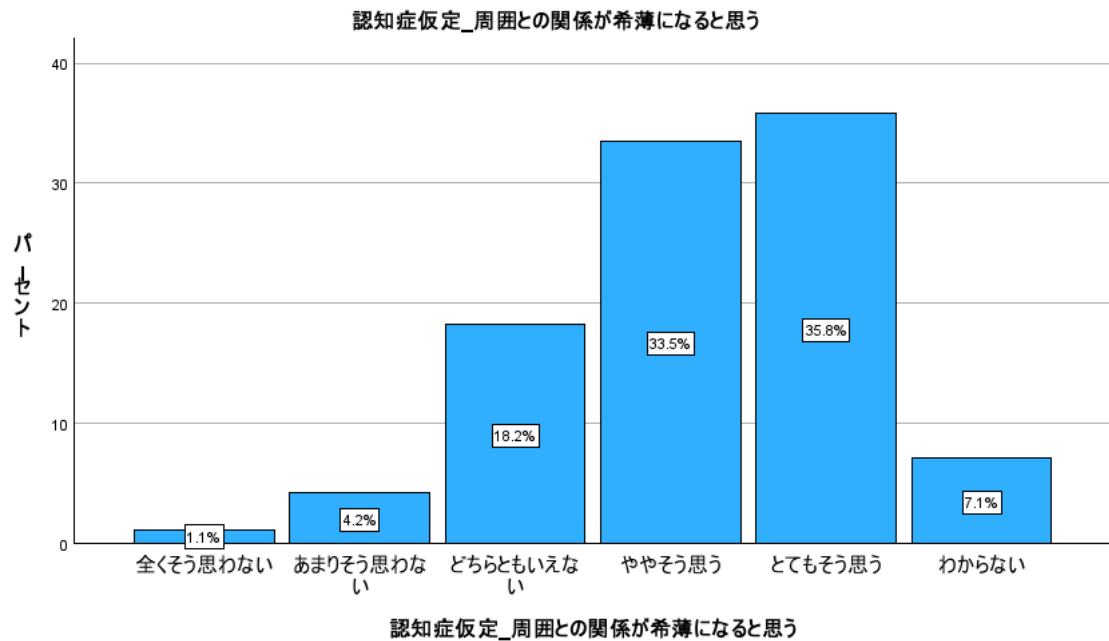
Q18.【孤立すると思う。】



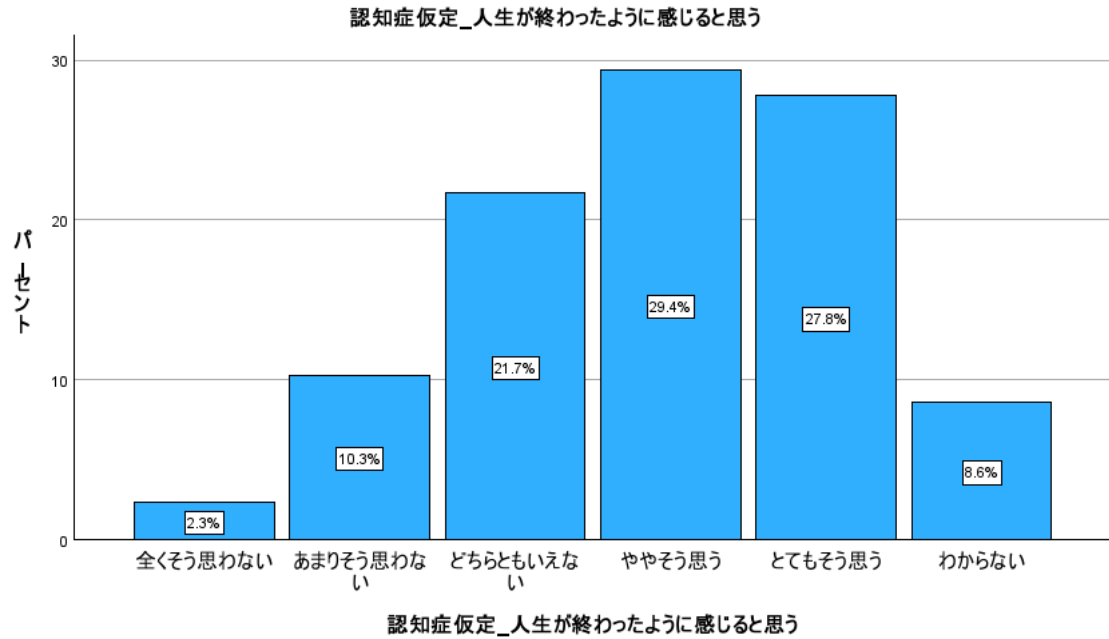
Q19.【社会参加が難しくなると思う。】



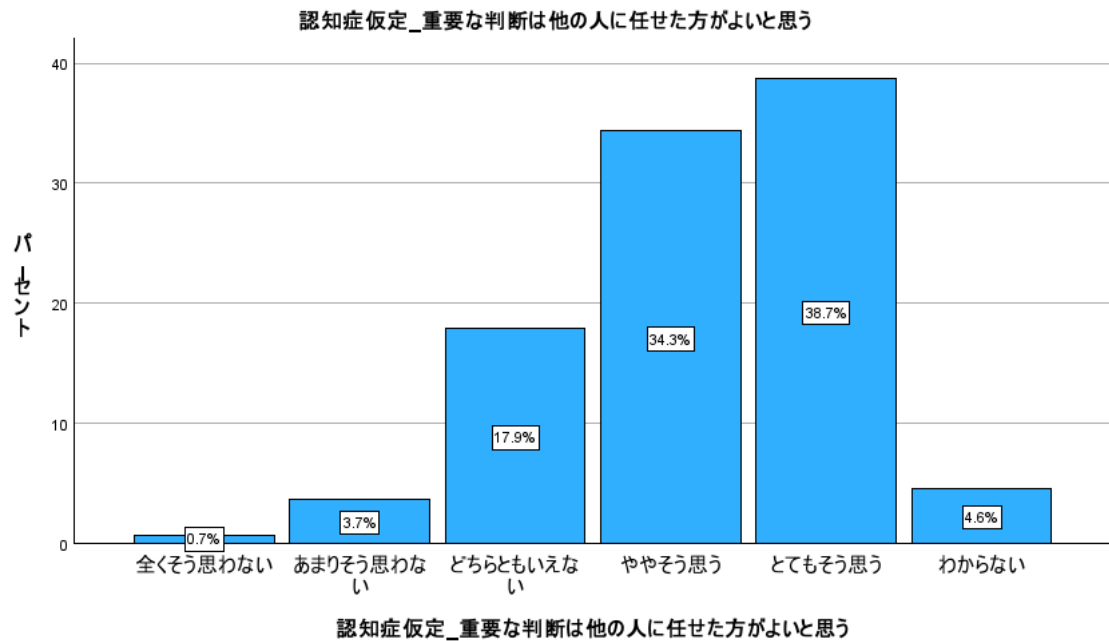
Q20.【周囲との関係が希薄になると思う。】



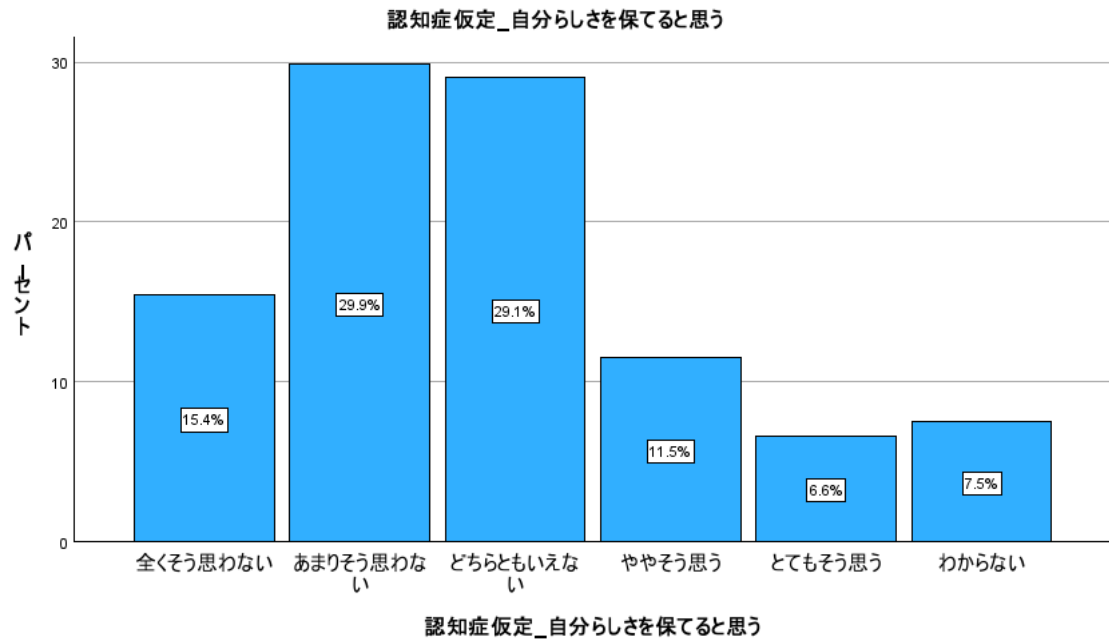
Q21.【人生が終わったように感じると思う。】



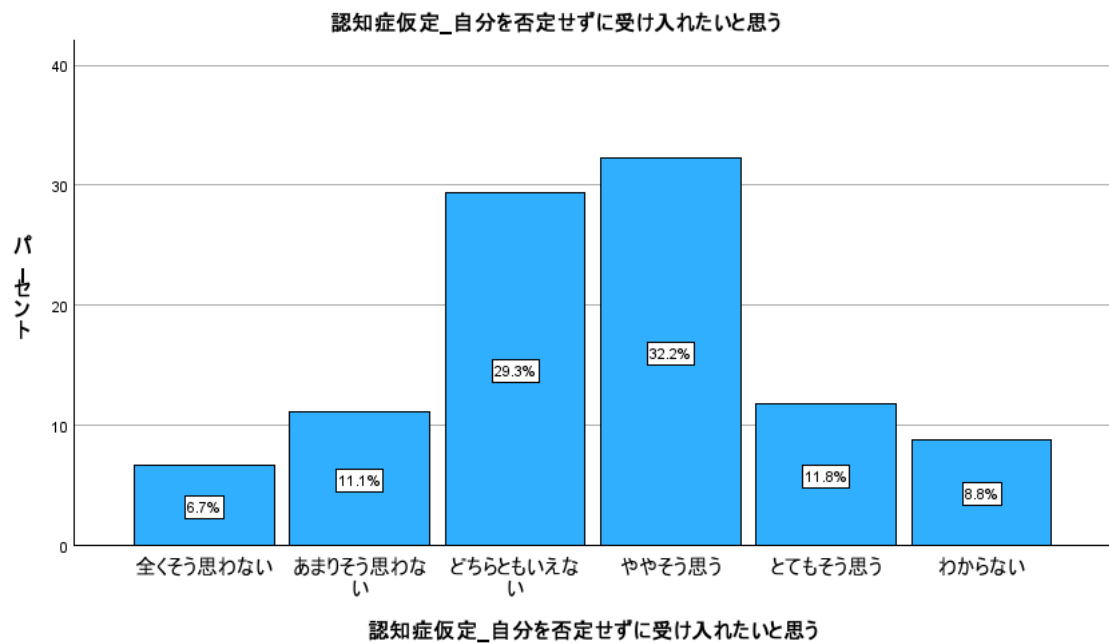
Q22.【重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う。】



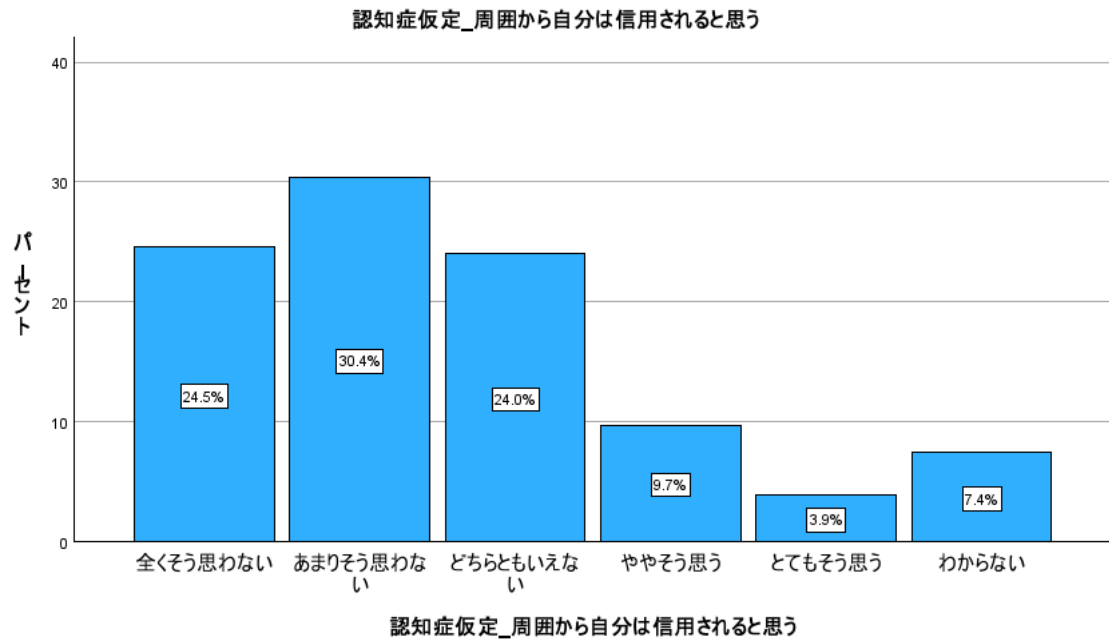
Q23.【自分らしさを保てると思う。】



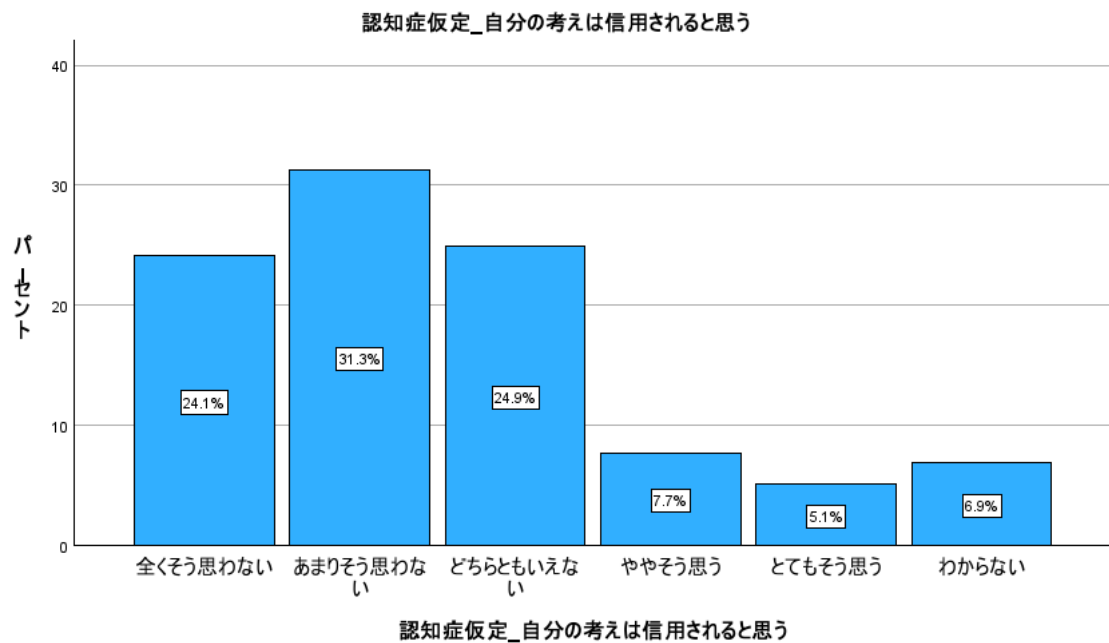
Q24.【自分を否定せずに受け入れたいと思う。】



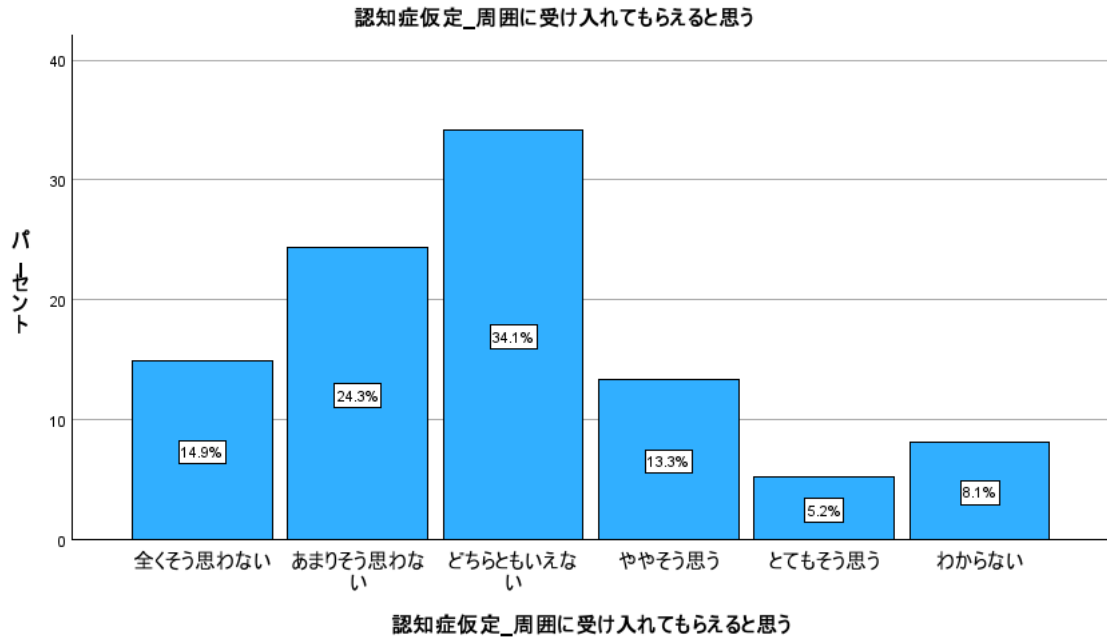
Q25.【周囲から自分は信用されると思う。】



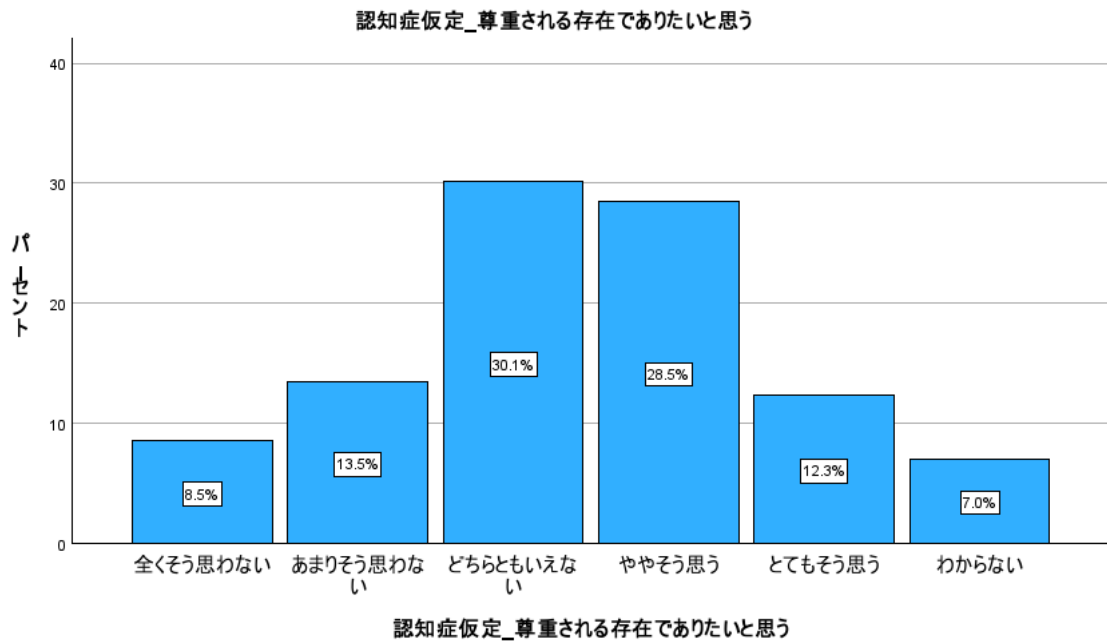
Q26.【自分の考えは信用されると思う。】



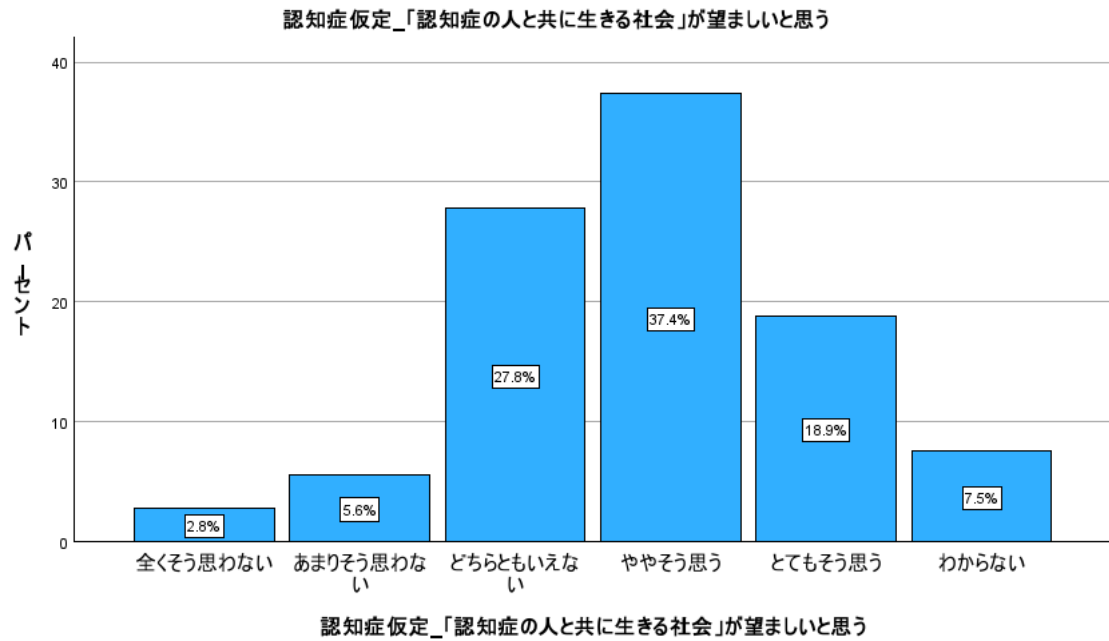
Q27.【周囲に受け入れてもらえると思う。】



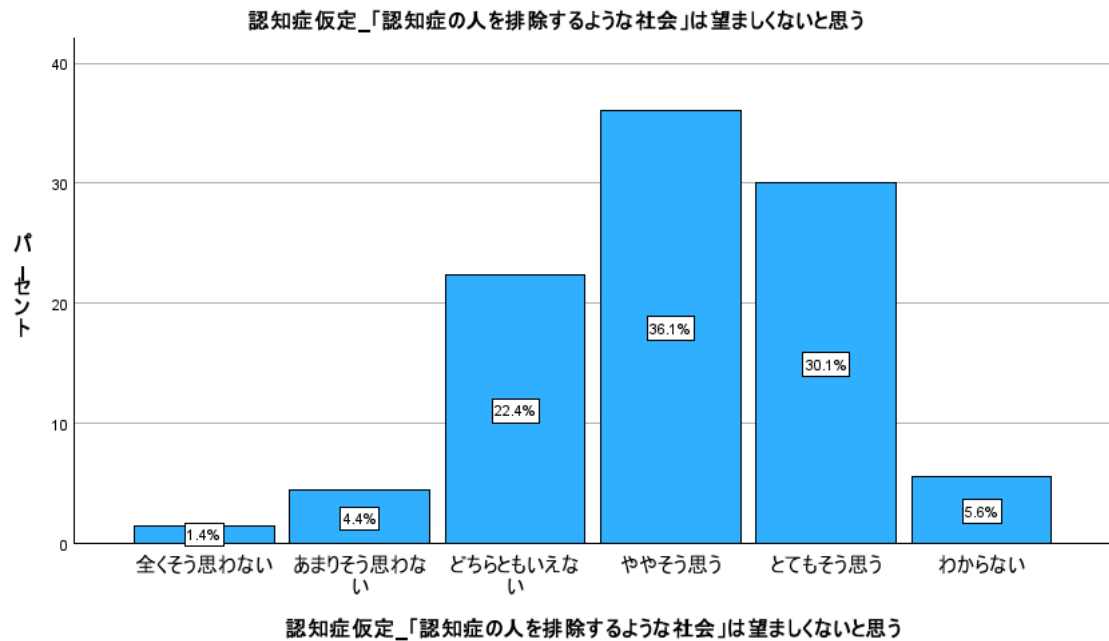
Q28.【尊重される存在でありたいと思う。】



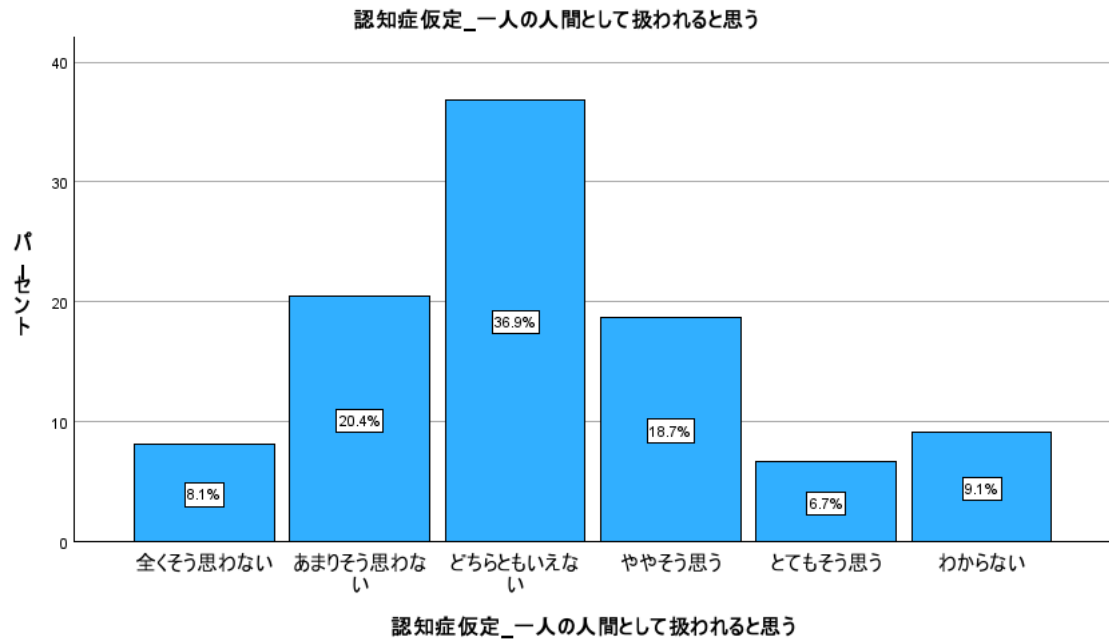
Q29.【「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う。】



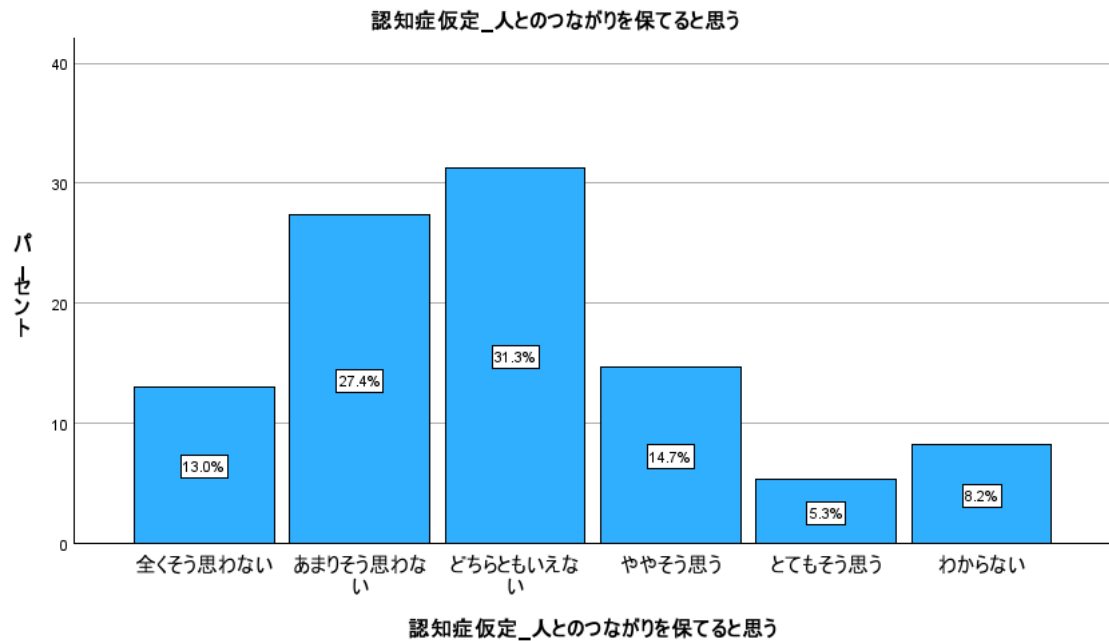
Q30.【「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う。】



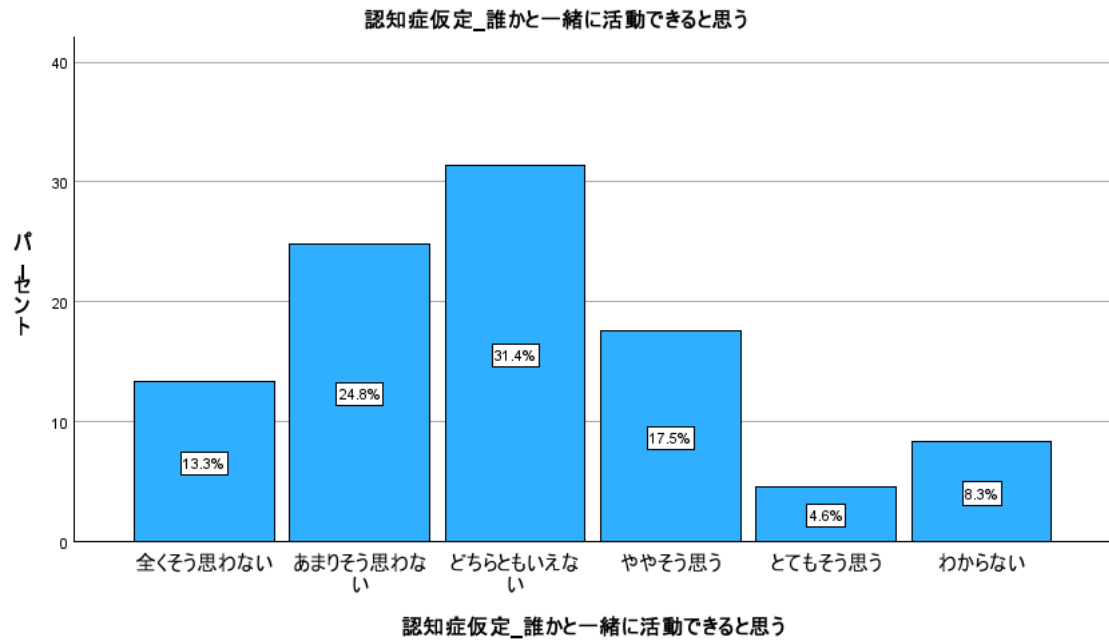
Q31.【一人の人間として扱われると思う。】



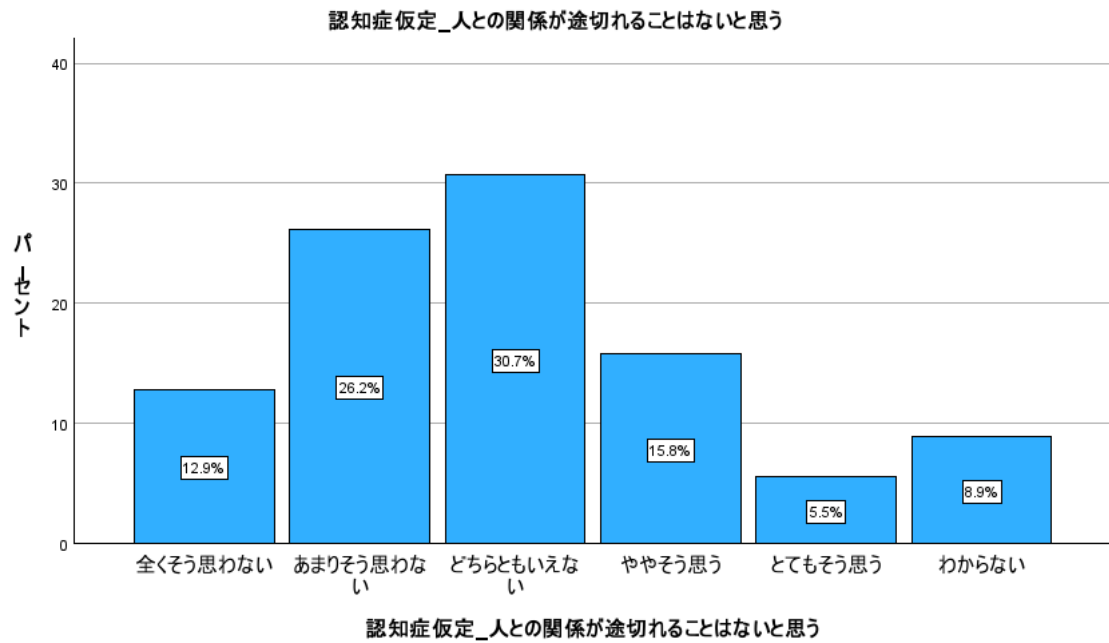
Q32.【人とのつながりを保てると思う。】



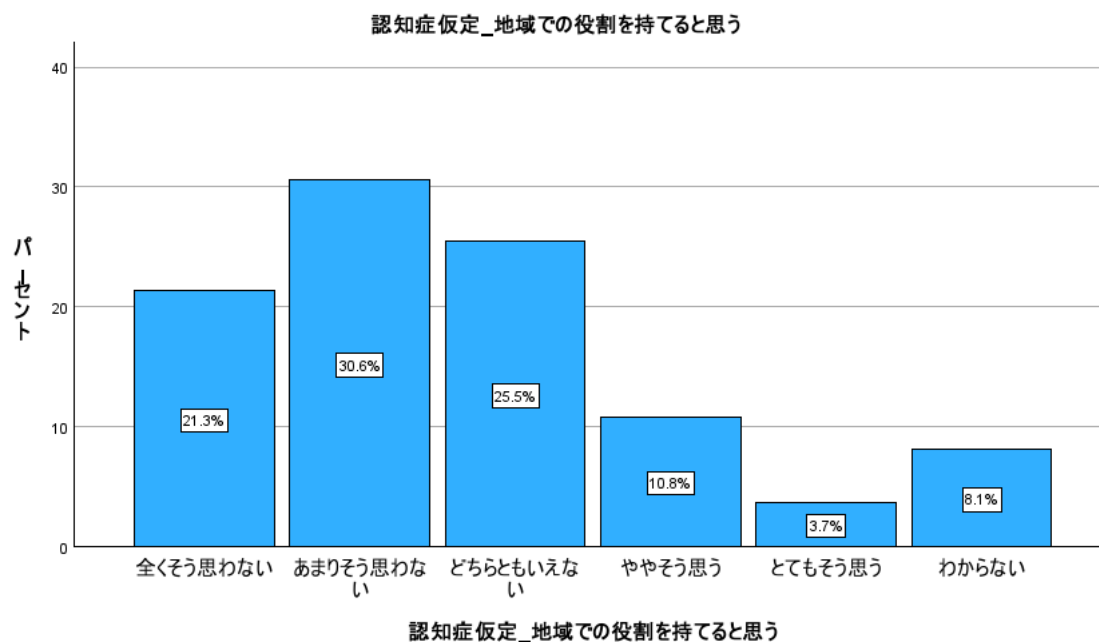
Q33.【誰かと一緒に活動できると思う。】



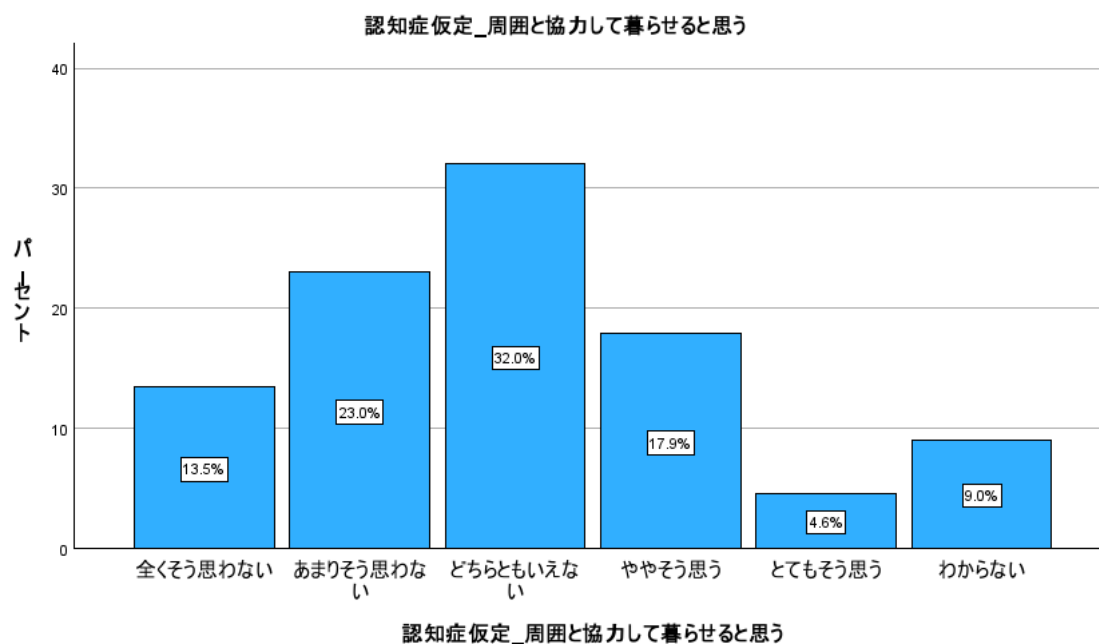
Q34.【人との関係が途切れることはないと思う。】



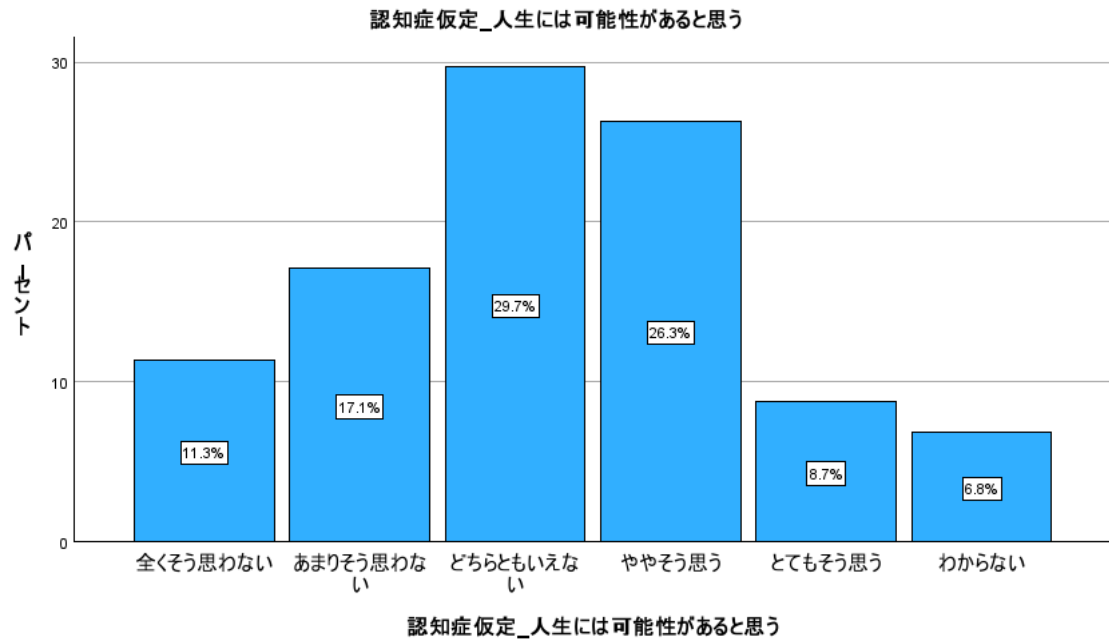
Q35.【地域での役割を持てると思う。】



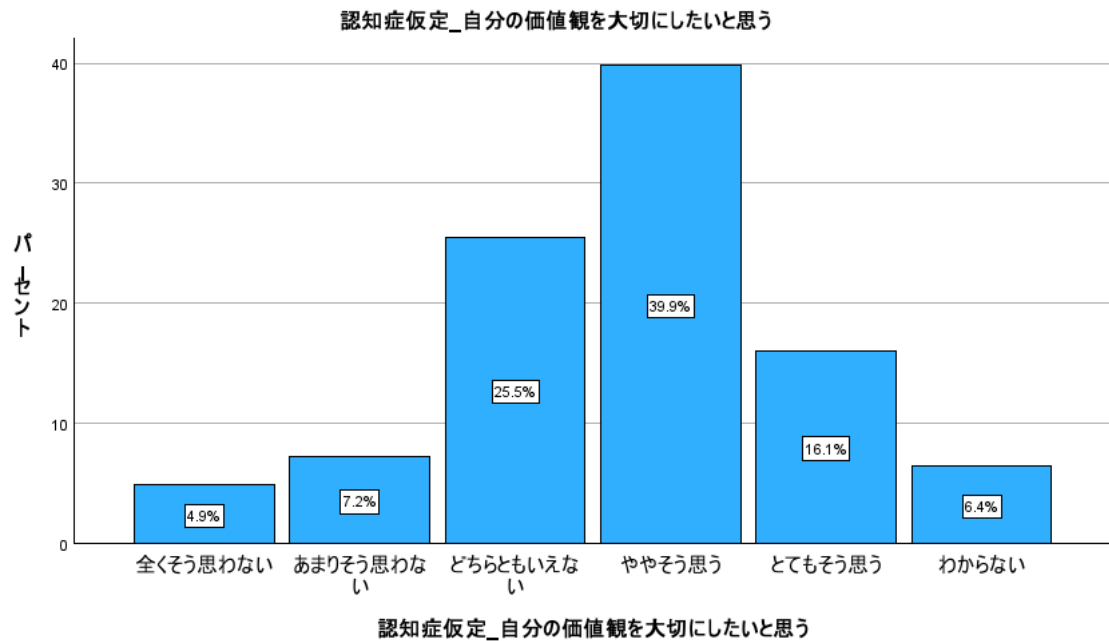
Q36.【周囲と協力して暮らせると思う。】



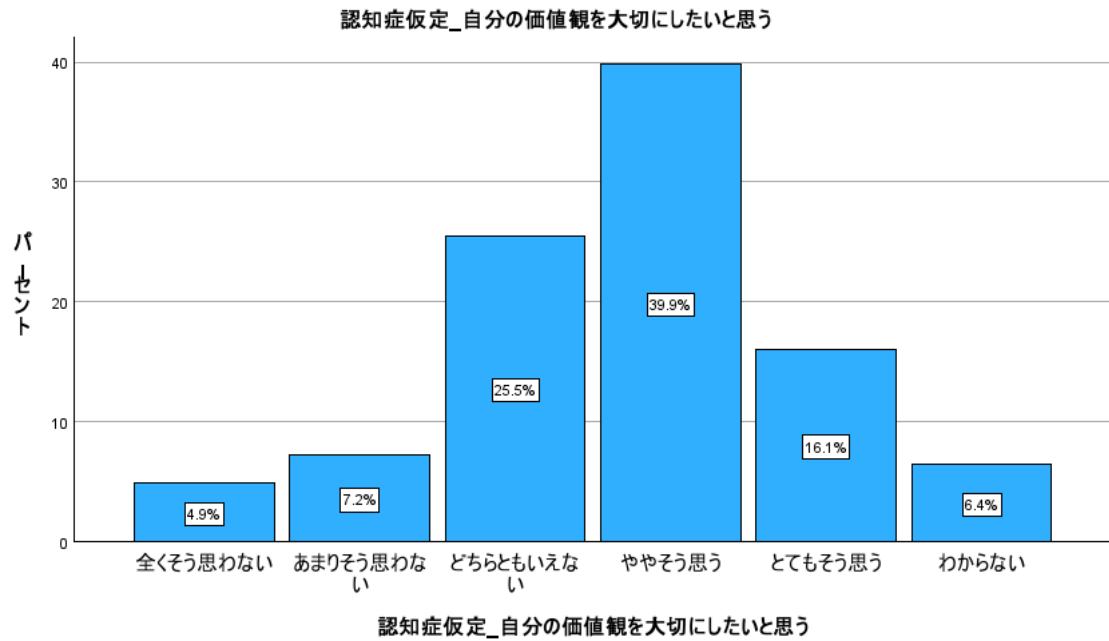
Q37.【人生には可能性があると思う。】



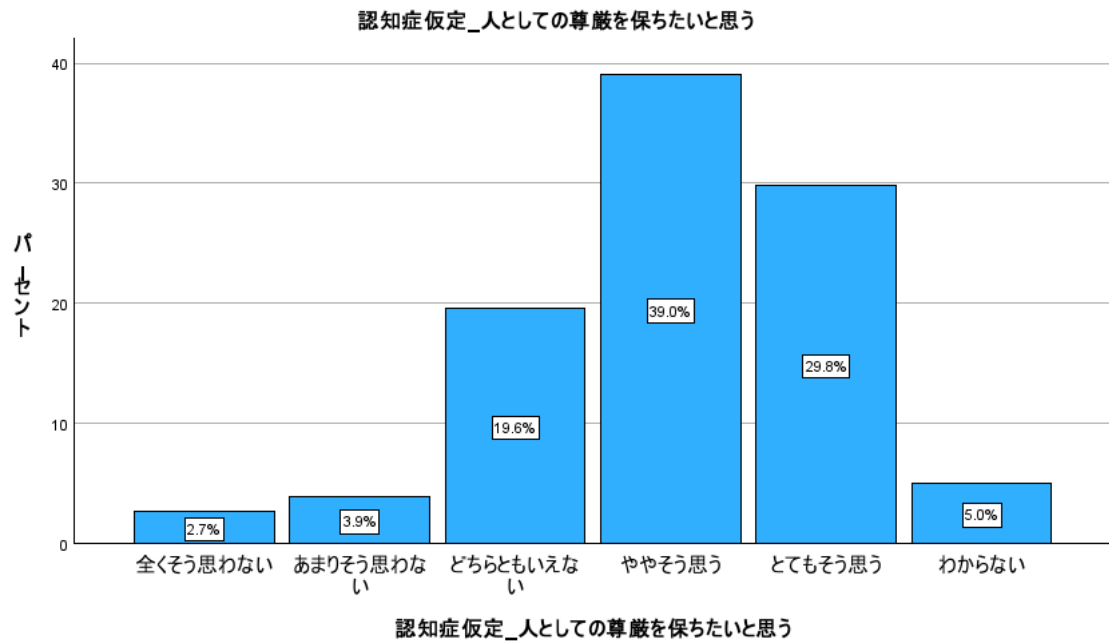
Q38.【できることを見つけて生きたいと思う。】



Q39.【自分の価値観を大切にしたいと思う。】



Q40.【人としての尊厳を保ちたいと思う。】



Ⅲ. クロス集計結果

性別と各質問項目：

以下の 18 項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q4	必要なときには人に助けを求められると思う	28.643	10	0.001
Q5	これまでのように判断できると思う	24.501	10	0.006
Q7	一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う	19.534	10	0.034
Q10	不安や混乱を感じると思う	39.698	10	<.001
Q11	落ち込むことが多くなると思う	28.148	10	0.002
Q17	社会の中で弱い立場に置かれると思う	18.914	10	0.041
Q21	人生が終わったように感じると思う	26.414	10	0.003
Q22	重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う	37.286	10	<.001
Q23	自分らしさを保てると思う	46.928	10	<.001
Q25	周囲から自分は信用されると思う	24.602	10	0.006
Q26	自分の考えは信用されると思う	26.166	10	0.004
Q27	周囲に受け入れてもらえると思う	46.751	10	<.001
Q31	一人の人間として扱われると思う	36.97	10	<.001
Q33	誰かと一緒に活動できると思う	19.805	10	0.031
Q34	人との関係が途切れることはないと思う	33.417	10	<.001
Q37	人生には可能性があると思う	21.762	10	0.016
Q38	できることを見つけて生きたいと思う	19.183	10	0.038
Q40	人としての尊厳を保ちたいと思う	19.941	10	0.03

全体として、男性は自己能力（判断力・自己意見・社会的信頼）の維持に対して楽観的な認識を示す傾向がみられた。一方、女性は心理的影響（落ち込み・人生観）や社会的状況（弱い立場、支援受容）に対する認識が強く、また他者との関係性や適応（援助要請、共同活動、尊厳維持）に関してより積極的・現実的な態度を示す傾向が認められた。

上記 18 項目のクロス表結果要点

Q4 必要なときの援助：女性は「あまりそう思わない」および「ややそう思う」に占める割合がやや高く、男性は「とてもそう思う」が高い傾向がみられた。

Q5 判断について：「ややそう思う」「とてもそう思う」では男性の割合が高く、女性は否定的・中間回答が相対的に多かった

Q7 抱え込まず周囲へ伝える：「ややそう思う」では女性割合が高く、男性は「全くそう思わない」および「とてもそう思う」にやや偏った。

Q10 不安や混乱：女性は「とてもそう思う」が高く、男性は「どちらともいえない」や否定的回答が相対的に多く分布した。

Q11 落ち込み：女性は「とてもそう思う」が高く、男性は否定的回答が多く、女性の方が心理的影響を強く見積もる傾向がみられた。

Q17 社会のなかで弱い立場となる: 女性は「あまりそう思わない」が低く、「とてもそう思う」が高く、男性よりも社会的不利の認識が強い傾向がみられた。

Q21 人生が終わったように感じる: 女性は「とてもそう思う」が高く、男性は否定的回答が多く、女性の方が悲観的な将来認識が強い傾向が示された。

Q22 重要な判断を他人に任せる: 女性は「とてもそう思う」が高く、男性は中間～否定寄りに分布し、女性の方が意思決定の委譲を受容する傾向がみられた。

Q23 自分らしさを保てる: 男性は「ややそう思う」がやや高く、女性は否定的回答が相対的に多く、男性の方が自己同一性維持への期待が高い傾向がみられた。

Q25 周囲からの信用: 男性は中間～肯定がやや多く、女性は否定的回答がやや多く、男性の方が社会的信頼の維持に対して楽観的な傾向がみられた。

Q26 自分の考えの信用: 男性は「とてもそう思う」が高く、女性は否定寄りに分布し、男性の方が自己意見の尊重に対する期待が高い傾向がみられた。

Q27 周囲の受け入れ: 女性は「とてもそう思う」が高く、男性はやや分散しており、女性の方が受容への期待が高い側面が示された。

Q31 人として扱われる: 男性は「とてもそう思う」が高く、女性は否定的回答がやや多く、男性の方が尊厳保持への期待が高い傾向がみられた。

Q33 一緒に活動できる: 女性は「とてもそう思う」が高く、男性は「ややそう思う」に偏り、女性の方が共同活動への期待が高い傾向がみられた。

Q34 人間関係は途切れない: 男女差は比較的小さいが、女性は「わからない」がやや多く、不確実性認識がやや高い傾向がみられた。

Q37 人生に可能性がある: 女性は「とてもそう思う」がやや高く、男性は中間に分布し、女性の方が将来可能性を肯定的に捉える傾向が示された。

Q38 できることを見つけて生きたい: 女性は「ややそう思う」「とてもそう思う」が高く、男性よりも適応志向が強い傾向がみられた。

Q40 尊厳を保ちたい: 女性は「とてもそう思う」が高く、男性は中間～否定寄りも一定数あり、女性の方が尊厳保持志向が強い傾向が示された。

年齢と各質問項目：

以下の 33 項目について有意差がみられた

有意差がついた質問項目

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q1	自分の状態をある程度把握できると思う	111.994	25	<.001
Q2	自分なりに状況に対処できると思う	87.402	25	<.001
Q3	日々の生活を工夫して続けられると思う	72.663	25	<.001
Q4	必要なときには人に助けを求められると思う	82.778	25	<.001
Q5	これまでのように判断できると思う	72.394	25	<.001
Q6	周囲の人に知ってほしいと感じると思う	48.162	25	0.004
Q7	一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う	63.254	25	<.001
Q9	自分の状態がわからなくなると思う	48.651	25	0.003
Q11	落ち込むことが多くなると思う	52.874	25	<.001
Q12	できないことが増えると思う	38.267	25	0.044
Q13	生きる意味を見失うかもしれないと思う	45.053	25	0.008
Q14	自分が恥ずかしい存在になると感じると思う	57.65	25	<.001
Q15	社会から距離を置かれると思う	49.063	25	0.003
Q16	人から避けられると思う	43.722	25	0.012
Q18	孤立すると思う	62.036	25	<.001
Q21	人生が終わったように感じると思う	64.509	25	<.001
Q23	自分らしさを保てると思う	60.726	25	<.001
Q24	自分を否定せずに受け入れたいと思う	76.49	25	<.001
Q26	自分の考えは信用されると思う	80.328	25	<.001
Q27	周囲に受け入れてもらえると思う	104.82	25	<.001
Q28	尊重される存在でありたいと思う	40.901	25	0.024
Q29	共生社会が望ましいと思う	72.06	25	<.001
Q30	排除する社会は望ましくないと思う	64.564	25	<.001
Q31	一人の人間として扱われると思う	56.7	25	<.001
Q32	人とのつながりを保てると思う	63.366	25	<.001
Q33	誰かと一緒に活動できると思う	60.349	25	<.001
Q34	人との関係が途切れないと思う	78.505	25	<.001
Q35	地域での役割を持てると思う	68.686	25	<.001
Q36	周囲と協力して暮らせると思う	82.104	25	<.001
Q37	人生には可能性があると思う	66.783	25	<.001
Q38	できることを見つけて生きたいと思う	65.001	25	<.001
Q39	自分の価値観を大切にしたいと思う	53.311	25	<.001

年代別のクロス集計では、40 項目中 33 項目で有意差が認められた。

全体として、若年層では、自己把握、状況への対処、生活の工夫、人とのつながり、共同活動、地域での

役割などについて比較的肯定的な回答がみられた。一方で、中年層、とくに 40～50 代では、落ち込み、羞恥感、社会的距離、孤立、できないことの増加などに関する否定的・悲観的な認識が目立ち、認知症になった場合の生活や社会的関係に対する不安が強い傾向が示された。高齢層では、「わからない」や中間回答が増加する項目がある一方で、必要時に援助を求めること、自分を否定せずに受け入れること、周囲と協力して暮らすこと、できることを見つけて生きること、人としての尊厳を保つことなどについて肯定的な回答もみられた。これは、高齢層では認知症をより身近な課題として捉えつつ、受容的・現実的な認識を持つ傾向があることを示唆することが考えられた。以上より、認知症に対する認識は年代によって大きく異なり、若年層では比較的楽観的な見通し、中年層では不安や喪失への懸念、高齢層では不確実性と受容的態度が併存するという特徴が認められた。

上記 33 項目のクロス表結果要点

Q1 自分の状態をある程度把握できると思う

若年層ほど楽観的、高齢層ほど判断保留・中間回答が増加する傾向がみられた。20 代は「とてもそう思う」が多く、70 代以上は「ややそう思う」「どちらともいえない」が多かった。

Q2 自分なりに状況に対処できると思う

20 代では「とてもそう思う」が高かったのに対し、高齢層では「どちらともいえない」および「わからない」が増加する傾向がみられた。

Q3 日々の生活を工夫して続けられると思う

20 代では「とてもそう思う」が比較的高い一方、60 代以上では「わからない」や中間回答が増加する傾向がみられた。

Q4 必要なときには人に助けを求められると思う

70 代以上では「ややそう思う」が高く、援助希求に対して比較的肯定的な傾向がみられた。一方、若年層では回答が分散し、必ずしも一方向の傾向は認められなかった。

Q5 これまでのように判断できると思う

20 代では「とてもそう思う」および「ややそう思う」が高かった。一方、50 代以降では「全くそう思わない」や「わからない」が増加し、否定的・保留的傾向がみられた。

Q6 周囲の人に知ってほしいと感じると思う

40 代では「わからない」が比較的高かった。全体として年代間で大きな偏りはみられないものの、中年層でばらつきが大きい傾向が認められた。

Q7 一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う

20 代では「ややそう思う」および「とてもそう思う」が一定程度みられた。一方、30～40 代では「全くそう思わない」が相対的に高い傾向がみられた。

Q9 自分の状態がわからなくなると思う

40～50 代では「ややそう思う」「とてもそう思う」が高かった。一方、20 代では「全くそう思わない」が高かった。

Q11 落ち込むことが多くなると思う

40～50 代では「とてもそう思う」および「ややそう思う」が相対的に高かった。一方、70 代以上では「とてもそう思う」が低く、若中年層とは異なる認識がみられた。

Q12 できないことが増えると思う

全体として「とてもそう思う」が多く、特に 50 代で高い傾向がみられた。

Q13 生きる意味を見失うかもしれないと思う

30～50代では「とてもそう思う」が相対的に高かった。一方、70代以上では「あまりそう思わない」や「全くそう思わない」が相対的に高く、否定的回答も一定数みられた。

Q14 自分が恥ずかしい存在になると感じると思う

40～50代では「ややそう思う」「とてもそう思う」が高かった。60代以上では「あまりそう思わない」も増加した。

Q15 社会から距離を置かれると思う

40～50代では「とてもそう思う」および「ややそう思う」が高かった。一方、70代以上では「とてもそう思う」が低く、若中年層とは異なる分布を示した。

Q16 人から避けられると思う

40～50代では「とてもそう思う」が高かった。一方、70代以上では「あまりそう思わない」や「全くそう思わない」が相対的に高かった。

Q18 孤立すると思う

40～50代では「とてもそう思う」が高かった。一方、60代では「わからない」が高く、70代以上では「全くそう思わない」や「あまりそう思わない」も相対的に多かった。

Q21 人生が終わったように感じると思う

30～40代では「とてもそう思う」が相対的に高かった。一方、70代以上では「あまりそう思わない」が高かった。

Q23 自分らしさを保てると思う

40～50代では「全くそう思わない」が相対的に高かった。一方、30～40代では「とてもそう思う」も一定数みられ、年代により認識が分かれる傾向がみられた。

Q24 自分を否定せずに受け入れたいと思う

70代以上では「ややそう思う」および「とてもそう思う」が高かった。一方、40～50代では「どちらともいえない」や「わからない」が相対的に高く、判断保留の傾向がみられた。

Q26 自分の考えは信用されると思う

20～30代では「ややそう思う」「とてもそう思う」が高かった。一方、50代以降では「全くそう思わない」「あまりそう思わない」および「わからない」が増加した。

Q27 周囲に受け入れてもらえると思う

20代では「ややそう思う」「とてもそう思う」が高い傾向がみられた。一方、40～50代では「全くそう思わない」「あまりそう思わない」が高かった。

Q28 尊重される存在でありたいと思う

50代では「ややそう思う」および「わからない」が相対的に高かった。一方、70代以上でも「ややそう思う」が高かった。

Q29 共生社会が望ましいと思う

50～70代以上では「ややそう思う」が高かった。一方、30代では「あまりそう思わない」が相対的に高かった。

Q30 排除する社会は望ましくないと思う

60～70代以上では「とてもそう思う」が高い傾向がみられた。一方、20～30代では「あまりそう思わない」や「全くそう思わない」が相対的に高く、若年層の認識にばらつきがみられた。

Q31 一人の人間として扱われると思う

20代では「とてもそう思う」が相対的に高かった。40～50代では否定的回答や中間回答が多かった。

Q32 人とのつながりを保てると思う

20代では「ややそう思う」「とてもそう思う」が高かった。50代では「あまりそう思わない」や「わからない」が高かった。

Q33 誰かと一緒に活動できると思う

20～30代では「とてもそう思う」が相対的に高かった。50代では「あまりそう思わない」や「わからない」が高かった。

Q34 人との関係が途切れなと思う

20代では「とてもそう思う」が高かった。50～60代では「わからない」が高かった。

Q35 地域での役割を持てると思う

20代では「とてもそう思う」が高かった。50～60代では「あまりそう思わない」や「わからない」が高かった。

Q36 周囲と協力して暮らせると思う

70代以上では「ややそう思う」が高かった。40～50代では否定的回答や「わからない」が比較的多かった。

Q37 人生には可能性があると思う

20代および70代以上では「とてもそう思う」が比較的高かった。40～50代では否定的回答や中間回答が相対的に多く、年代による認識の違いがみられた。

Q38 できることを見つけて生きたいと思う

70代以上では「とてもそう思う」が高かった。40～50代では中間回答や「わからない」が多かった。

Q39 自分の価値観を大切にしたいと思う

50代および70代以上では「ややそう思う」が高かった。40～60代では中間回答や「わからない」も多く、判断保留の傾向がみられた。

Q40 人としての尊厳を保ちたいと思う

70代以上では「とてもそう思う」が高かった。40～60代でも「ややそう思う」が多く、年代を通じて尊厳保持への関心が高い項目だった。

職業と各質問項目：

以下の 5 項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q1	自分の状態をある程度把握できと思う	25.341	15	0.046
Q23	自分らしさを保てと思う	28.606	15	0.018
Q25	周囲から自分は信用されると思う	32.516	15	0.005
Q29	「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う	27.755	15	0.023
Q35	地域での役割を持てと思う	30.078	15	0.012

職業×40 項目のクロス集計では、Pearson のカイ二乗検定において有意差 ($p < 0.05$) が認められた項目は限られており、職業による認識差は全体として大きくないことが示された。

有意差が認められたのは、「自分の状態をある程度把握できと思う」(Q1: $\chi^2(15)=25.341$, $p=.046$)、「自分らしさを保てと思う」(Q23: $\chi^2(15)=28.606$, $p=.018$)、「周囲から自分は信用されると思う」(Q25: $\chi^2(15)=32.516$, $p=.005$)、「『認知症の人と共に生きる社会』が望ましいと思う」(Q29: $\chi^2(15)=27.755$, $p=.023$)、「地域での役割を持てと思う」(Q35: $\chi^2(15)=30.078$, $p=.012$) の 5 項目であった。

これらの項目では、医療従事者において肯定的回答の割合が比較的高く、認知症になった後も本人の能力や役割、社会参加の可能性を保持できるという認識が示唆された。一方、非専門職群では中間回答や否定的回答が相対的に多く、認知症後の生活や社会的役割に対する見通しに差異がみられた。

他方、「不安や混乱を感じる」「孤立する」「社会から距離を置かれる」といった否定的イメージに関する項目では有意差は認められず、認知症に対する否定的イメージは職業を超えて比較的共有されている可能性が示された。なお、多くのクロス表で期待度数 5 未満のセルが 30～40%程度存在しており、特に介護従事者およびその他対人援助職の人数自体が少ないことから、結果の解釈には一定の慎重さが必要である

上記 5 項目のクロス表結果要点

Q1 自分の状態をある程度把握できと思う

医療従事者および介護従事者では「ややそう思う」「とてもそう思う」といった肯定的回答の割合が比較的高かった。非専門職群では否定的回答や「わからない」が相対的に多い傾向がみられた。

Q23 自分らしさを保てと思う

医療・介護従事者では「ややそう思う」「とてもそう思う」が比較的高かった。一方、非専門職群では「全くそう思わない」「あまりそう思わない」の割合が高い傾向が認められた。

Q25 周囲から自分は信用されると思う

介護従事者では「ややそう思う」「とてもそう思う」の割合が比較的高かった。一方、非専門職群では否定的回答が多く、認知症後の社会的信頼に対する不安が示唆された。

Q29 「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う

医療・介護・対人援助職では肯定的回答の割合が高く、認知症の人を包摂する社会への支持が強い傾向がみられた。一方、非専門職群では「どちらともいえない」や「わからない」の割合が相対的に高かった。

Q35 地域での役割を持てと思う

医療従事者では「ややそう思う」が比較的高かった。一方、非専門職群では否定的回答が多く、認知症後の社会参加や役割維持に対して慎重な見方が示された。

認知症の人との接触経験(有無)と各質問項目

度数分布

認知症の人との接触経験有無					
		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	接触経験なし	442	44.1	44.2	44.2
	接触経験あり	558	55.6	55.8	100.0
	合計	1000	99.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	3	.3		
合計		1003	100.0		

以下の 17 項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q5	これまでのように判断できると思う	15.58	5	0.008
Q6	周囲の人に知ってほしいと感じると思う	16.435	5	0.006
Q8	ぼんやりした時間が増えると思う	13.967	5	0.016
Q9	自分の状態がわからなくなると思う	20.244	5	0.001
Q10	不安や混乱を感じると思う	43.164	5	<.001
Q11	落ち込むことが多くなると思う	17.256	5	0.004
Q12	できないことが増えると思う	19.062	5	0.002
Q13	生きる意味を見失うかもしれないと思う	18.318	5	0.003
Q22	重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う	17.724	5	0.003
Q24	自分を否定せずに受け入れたいと思う	12.463	5	0.029
Q28	尊重される存在でありたいと思う	20.32	5	0.001
Q29	「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う	31.637	5	<.001
Q30	「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う	25.005	5	<.001
Q36	周囲と協力して暮らせると思う	14.901	5	0.011
Q38	できることを見つけて生きたいと思う	15.47	5	0.009
Q39	自分の価値観を大切にしたいと思う	20.147	5	0.001
Q40	人としての尊厳を保ちたいと思う	19.803	5	0.001

認知症の人との接触経験の有無によるクロス集計では、17 項目において有意差が認められた ($\chi^2=12.463-43.164$, $df=5$, $p=.029\sim<.001$)。特に、「不安や混乱を感じると思う」(Q10: $\chi^2=43.164$, $p<.001$) や、「『認知症の人と共に生きる社会』が望ましいと思う」(Q29: $\chi^2=31.637$, $p<.001$)、「『認知症の人を排除するような社会』は望ましくないと思う」(Q30: $\chi^2=25.005$, $p<.001$) では比較的大きな差が認められた。全体として、接触経験あり群では、「周囲の人に知ってほしい」「不安や混乱を感じる」「落ち込むことが多くなる」「できないことが増える」「生きる意味を見失うかもしれない」など、認知症後の心理的・生活上の困難をより現実的に想定する傾向がみられた。一方で、「自分を否定せずに受け入れたい」「尊重さ

れる存在でありたい」「周囲と協力して暮らせる」「できることを見つけて生きたい」「自分の価値観を大切にしたい」「人としての尊厳を保ちたい」といった項目でも肯定的回答の割合が高く、認知症後も自己や社会とのつながりを維持しながら生活したいという志向が強く認められた。また、共生社会に関する項目でも接触経験あり群で肯定的傾向が顕著であり、認知症の人との接触経験は、認知症に伴う困難を具体的に理解するだけでなく、共生や尊厳保持を重視する態度形成にも関連している可能性が示唆された。

Q5 これまでのように判断できると思う

接触経験あり群は、「全くそう思わない」および「とてもそう思う」に占める割合が高く、判断能力に関する見方が二極化する傾向がみられた。

Q6 周囲の人に知ってほしいと感じると思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q8 ぼんやりした時間が増えると思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q9 自分の状態がわからなくなると思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q10 不安や混乱を感じると思う

接触経験あり群は、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q11 落ち込むことが多くなると思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」に占める割合が高かった。

Q12 できないことが増えると思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q13 生きる意味を見失うかもしれないと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q22 重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q24 自分を否定せずに受け入れたいと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q28 尊重される存在でありたいと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q29 「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q30 「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q36 周囲と協力して暮らせると思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」に占める割合が高かった。

Q38 できることを見つけて生きたいと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q39 自分の価値観を大切にしたいと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

Q40 人としての尊厳を保ちたいと思う

接触経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高かった。

現在の家族・親族介護経験(有無)と各質問項目

以下の7項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q1	自分の状態をある程度把握できると思う	13.285	5	0.021
Q2	自分なりに状況に対処できると思う	12.508	5	0.028
Q9	自分の状態がわからなくなると思う	12.072	5	0.034
Q23	自分らしさを保てると思う	11.187	5	0.048
Q25	周囲から自分は信用されると思う	14.857	5	0.011
Q27	周囲に受け入れてもらえると思う	15.329	5	0.009
Q31	一人の人間として扱われると思う	13.766	5	0.017

現在、家族・親族の介護を行っている群では、「自分の状態をある程度把握できると思う」(Q1: $\chi^2=13.285$, df=5, p=0.021)、「自分なりに状況に対処できると思う」(Q2: $\chi^2=12.508$, df=5, p=0.028)において有意差がみられ、列%では肯定的回答(「ややそう思う」「とてもそう思う」)に占める割合がやや高い傾向が認められた。また、「自分らしさを保てると思う」(Q23: $\chi^2=11.187$, df=5, p=0.048)、「周囲から自分は信用されると思う」(Q25: $\chi^2=14.857$, df=5, p=0.011)、「周囲に受け入れてもらえると思う」(Q27: $\chi^2=15.329$, df=5, p=0.009)、「一人の人間として扱われると思う」(Q31: $\chi^2=13.766$, df=5, p=0.017)でも有意差がみられ、現在介護群では自己尊重や社会的受容に関する認識が比較的肯定的である可能性が示唆された。一方、「自分の状態がわからなくなると思う」(Q9: $\chi^2=12.072$, df=5, p=0.034)でも有意差が認められたが、現在介護群は全体の 5.1%(51 例)と少数であり、各セルの度数も限定的であることから、結果の解釈には慎重さを要する。

Q1 自分の状態をある程度把握できると思う

「とてもそう思う」に占める現在介護群の割合がやや高く、介護経験者では自己状態の把握可能性を肯定的に捉える傾向が示唆された。

Q2 自分なりに状況に対処できると思う

「ややそう思う」「とてもそう思う」に現在介護群がやや多く、対処可能感が比較的高い傾向がみられた。

Q9 自分の状態がわからなくなると思う

「全くそう思わない」に現在介護群がやや多く、状態喪失感への否定的認識が示唆された一方、症例数は少数であった。

Q23 自分らしさを保てると思う

「ややそう思う」に現在介護群の割合がやや高く、自分らしさの維持可能性を肯定的に捉える傾向がみられた。

Q25 周囲から自分は信用されると思う

「ややそう思う」に現在介護群が比較的多く、周囲からの信頼維持について一定の肯定的認識が示唆された。

Q27 周囲に受け入れてもらえると思う

「ややそう思う」に現在介護群の割合がやや高く、受容される可能性を前向きに捉える傾向がみられた。

Q31 一人の人間として扱われると思う

「とてもそう思う」に現在介護群の割合が比較的高く、人として尊重されることへの期待が示唆された。

認知症のある家族・親族との同居経験(有無)と各質問項目

以下の7項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q7	一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う	11.853	5	0.037
Q10	不安や混乱を感じると思う	18.466	5	0.002
Q34	人との関係が途切れることはないと思う	11.812	5	0.037
Q36	周囲と協力して暮らせると思う	14.719	5	0.012
Q37	人生には可能性があると思う	13.547	5	0.019
Q39	自分の価値観を大切にしたいと思う	14.789	5	0.011
Q40	人としての尊厳を保ちたいと思う	13.76	5	0.017

認知症のある家族・親族との同居経験の有無による比較では、7項目で有意差が認められた。具体的には、「一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う」(Q7: $\chi^2=11.853$, $df=5$, $p=0.037$), 「不安や混乱を感じると思う」(Q10: $\chi^2=18.466$, $p=0.002$), 「人との関係が途切れることはないと思う」(Q34: $\chi^2=11.812$, $p=0.037$), 「周囲と協力して暮らせると思う」(Q36: $\chi^2=14.719$, $p=0.012$), 「人生には可能性があると思う」(Q37: $\chi^2=13.547$, $p=0.019$), 「自分の価値観を大切にしたいと思う」(Q39: $\chi^2=14.789$, $p=0.011$), 「人としての尊厳を保ちたいと思う」(Q40: $\chi^2=13.760$, $p=0.017$)において群間差がみられた。同居経験あり群では、認知症に伴う不安や混乱をより現実的に想定する一方で、周囲への援助要請、協力的な生活、人間関係の維持、価値観や尊厳の保持など、対人的・主体的側面を重視する回答傾向も認められた。すなわち、同居経験は認知症に対する困難さの認識を高めると同時に、共生的・尊厳重視的な視点とも関連している可能性が示唆された。

Q7 一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う: 同居経験あり群では「とてもそう思う」に占める割合がやや高く、周囲へ援助を求める姿勢が比較的強い傾向がみられた($\chi^2=11.853$, $df=5$, $p=0.037$)。

Q10 不安や混乱を感じると思う: 同居経験あり群では「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合がやや高く、認知症に伴う心理的混乱をより強く想定する傾向がみられた($\chi^2=18.466$, $df=5$, $p=0.002$)。

Q34 人との関係が途切れることはないと思う: 同居経験あり群では肯定的回答(「ややそう思う」)に占める割合がやや高く、人間関係の維持可能性を前向きに捉える傾向がみられた($\chi^2=11.812$, $df=5$, $p=0.037$)。

Q36 周囲と協力して暮らせると思う: 同居経験あり群では「全くそう思わない」が相対的に高い一方、「ややそう思う」にも一定割合がみられ、周囲との協力可能性に対する認識の幅が大きい傾向が示された($\chi^2=14.719$, $df=5$, $p=0.012$)。

Q37 人生には可能性があると思う: 同居経験あり群では「全くそう思わない」に占める割合がやや高かった一方、「ややそう思う」にも一定割合がみられ、人生の可能性に対する評価が二極化する傾向がみられた($\chi^2=13.547$, $df=5$, $p=0.019$)。

Q39 自分の価値観を大切にしたいと思う: 同居経験あり群では「全くそう思わない」および「とてもそう思う」に占める割合がやや高く、価値観保持への意識が強い層と慎重な層の双方が存在する傾向が示された($\chi^2=14.789$, $df=5$, $p=0.011$)。

Q40 人としての尊厳を保ちたいと思う: 同居経験あり群では「とてもそう思う」に占める割合が比較的高く、認知症下でも尊厳維持を重視する姿勢が強い傾向がみられた($\chi^2=13.760$, $df=5$, $p=0.017$)。

家族・親族に認知症の人がいる・いた経験(有無)と各質問項目

以下の 11 項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q5	これまでのように判断できると思う	21.388	5	<.001
Q8	ぼんやりした時間が増えると思う	17.156	5	0.004
Q9	自分の状態がわからなくなると思う	23.27	5	<.001
Q10	不安や混乱を感じると思う	33.575	5	<.001
Q11	落ち込むことが多くなると思う	11.795	5	0.038
Q12	できないことが増えると思う	23.019	5	<.001
Q17	社会の中で弱い立場に置かれると思う	16.367	5	0.006
Q19	社会参加が難しくなると思う	14.769	5	0.011
Q22	重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う	16.176	5	0.006
Q26	自分の考えは信用されると思う	12.167	5	0.033
Q35	地域での役割を持てると思う	17.212	5	0.004

家族・親族に認知症の人がいる／いた経験の有無による比較では、11 項目で有意差が認められた。経験あり群では、「ぼんやりした時間が増える」(Q8: $\chi^2=17.156$, df=5, p=.004), 「自分の状態がわからなくなる」(Q9: $\chi^2=23.270$, df=5, p<.001), 「不安や混乱を感じる」(Q10: $\chi^2=33.575$, df=5, p<.001), 「落ち込むことが多くなる」(Q11: $\chi^2=11.795$, df=5, p=.038), 「できないことが増える」(Q12: $\chi^2=23.019$, df=5, p<.001) など、認知症に伴う心理的・機能的変化を強く想定する傾向がみられた。また、「社会の中で弱い立場に置かれる」(Q17: $\chi^2=16.367$, df=5, p=.006) や「社会参加が難しくなる」(Q19: $\chi^2=14.769$, df=5, p=.011) でも肯定的回答の割合が高く、社会的脆弱性への認識が強い傾向が示された。一方で、「これまでのように判断できる」(Q5: $\chi^2=21.388$, df=5, p<.001) や「地域での役割を持てる」(Q35: $\chi^2=17.212$, df=5, p=.004) では肯定的回答の割合が低く、認知症後の主体性や社会的役割維持について慎重な見方がみられた。さらに、「重要な判断は他の人に任せた方がよい」(Q22: $\chi^2=16.176$, df=5, p=.006) では肯定的回答が多く、「自分の考えは信用される」(Q26: $\chi^2=12.167$, df=5, p=.033) では否定的回答がやや多い傾向が認められ、認知症に伴う意思決定や対人信頼に関する現実的認識が反映されている可能性が示唆された。

Q5「これまでのように判断できると思う」: 家族・親族に認知症の人がいる／いた群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が低く、従来通りの判断能力維持について慎重な認識がみられた。

Q8「ぼんやりした時間が増えると思う」: 経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高く、認知症に伴う注意力・覚醒性低下を想定する傾向がみられた。

Q9「自分の状態がわからなくなると思う」: 経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」の割合が高く、自己状態の把握困難に関する認識が強い傾向がみられた。

Q10「不安や混乱を感じると思う」: 経験あり群では、「とてもそう思う」に占める割合が高く、認知症による心理的不安や混乱をより強く想定する傾向が認められた。

Q11「落ち込むことが多くなると思う」: 経験あり群では、「ややそう思う」の割合がやや高く、認知症に伴う抑うつ的变化を想定する傾向がみられた。

Q12「できないことが増えると思う」: 経験あり群では、「とてもそう思う」に占める割合が高く、生活機能低下に対する認識が強い傾向が示された。

Q17「社会の中で弱い立場に置かれると思う」:経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高く、社会的脆弱性への認識が強い傾向がみられた。

Q19「社会参加が難しくなると思う」:経験あり群では、「とてもそう思う」に占める割合が高く、認知症による社会参加制限を強く想定する傾向が認められた。

Q22「重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う」:経験あり群では、「ややそう思う」「とてもそう思う」の割合が高く、意思決定支援の必要性をより強く認識している傾向がみられた。

Q26「自分の考えは信用されると思う」:経験あり群では、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」に占める割合がやや高く、自身の考えが周囲から十分信頼されない可能性を想定する傾向がみられた。

Q35「地域での役割を持てると思う」:経験あり群では、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」に占める割合が高く、地域社会で役割を維持することへの見通しが相対的に低い傾向がみられた。

友人・知人として認知症の人と交流した経験(有無)と各質問項目

以下の 13 項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q3	日々の生活を工夫して続けられると思う	11.965	5	0.035
Q6	周囲の人に知ってほしいと感じると思う	16.195	5	0.006
Q7	一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う	13.966	5	0.016
Q16	人から避けられると思う	14.732	5	0.012
Q21	人生が終わったように感じると思う	13.943	5	0.016
Q25	周囲から自分は信用されると思う	14.206	5	0.014
Q26	自分の考えは信用されると思う	19.503	5	0.002
Q27	周囲に受け入れてもらえると思う	12.913	5	0.024
Q29	「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う	14.505	5	0.013
Q31	一人の人間として扱われると思う	14.36	5	0.013
Q32	人とのつながりを保てると思う	20.597	5	<0.001
Q35	地域での役割を持てると思う	19.184	5	0.002
Q36	周囲と協力して暮らせると思う	16.871	5	0.005

友人・知人として認知症のある人と日常的に交流した経験を有する群では、認知症後の生活継続や対人関係に関する前向きな認識が比較的強くみられた。具体的には、「日々の生活を工夫して続けられる」(Q3: $\chi^2=11.965$, $df=5$, $p=0.035$)、「周囲の人に知ってほしいと感じる」(Q6: $\chi^2=16.195$, $df=5$, $p=0.006$)、「一人で抱え込まず周囲の誰かに言う」(Q7: $\chi^2=13.966$, $df=5$, $p=0.016$)、「周囲に受け入れてもらえる」(Q27: $\chi^2=12.913$, $df=5$, $p=0.024$)、「人とのつながりを保てる」(Q32: $\chi^2=20.597$, $df=5$, $p<0.001$)、「地域での役割を持てる」(Q35: $\chi^2=19.184$, $df=5$, $p=0.002$)、「周囲と協力して暮らせる」(Q36: $\chi^2=16.871$, $df=5$, $p=0.005$)などで肯定的回答側に偏りがみられた。一方で、「人から避けられる」(Q16: $\chi^2=14.732$, $df=5$, $p=0.012$)や「人生が終わったように感じる」(Q21: $\chi^2=13.943$, $df=5$, $p=0.016$)でも有意差が認められ、交流経験者では認知症後の社会的困難や喪失感への意識も一定程度共有されていた。また、「周囲から自分は信用される」(Q25: $\chi^2=14.206$, $df=5$, $p=0.014$)、「自分の考えは信用される」(Q26: $\chi^2=19.503$, $df=5$, $p=0.002$)、「一人の人間として扱われる」(Q31: $\chi^2=14.360$, $df=5$, $p=0.013$)でも有意差が認められ、認知症後の尊厳や社会的承認に対する意識の違いが示唆された。なお、交流経験あり群は 33 例と少数であり、一部セルでは期待度数 5 未満を含むため、結果の解釈には慎重さを要する。

Q3 日々の生活の工夫: 交流経験あり群では「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合がやや高く、認知症後も工夫しながら生活を続けられるという見方が示された。

Q6 周囲の人に知ってほしい: 交流経験あり群では肯定的回答に占める割合が比較的高く、周囲へ自らの状況を共有したいという意識がやや強い傾向がみられた。

Q7 一人で抱え込まず相談する: 交流経験あり群では「ややそう思う」「とてもそう思う」に占める割合が高く、周囲へ援助を求める姿勢が比較的強かった。

Q16 人から避けられる: 交流経験あり群では「あまりそう思わない」に占める割合が高い一方、「ややそう思う」にも一定割合みられ、人間関係への認識は一樣ではなかった。

Q21 人生が終わったように感じる: 交流経験あり群では否定的回答側にやや高い割合がみられ、認知症後も人生継続性を保つ見方が比較的強かった。

- Q25 周囲から信用される: 交流経験あり群では「ややそう思う」に占める割合が高く、社会的信頼が一定程度維持されとの認識が示された。
- Q26 自分の考えは信用される: 交流経験あり群では「とてもそう思う」に占める割合が比較的高く、自らの意思や考えが尊重されとの期待がみられた。
- Q27 周囲に受け入れてもらえる: 交流経験あり群では「ややそう思う」に占める割合が高く、周囲からの受容可能性を前向きに捉える傾向が示された。
- Q29 共生社会が望ましい: 交流経験あり群では「ややそう思う」「とてもそう思う」に一定割合がみられ、認知症の人と共に生きる社会への支持が示唆された。
- Q31 一人の人間として扱われる: 交流経験あり群では肯定的回答側にやや高い割合がみられ、人としての尊重が保たれるとの期待がうかがわれた。
- Q32 人とのつながりを保てる: 交流経験あり群では「ややそう思う」に占める割合が比較的高く、人間関係の継続可能性を前向きに捉える傾向がみられた。
- Q35 地域での役割を持てる: 交流経験あり群では「ややそう思う」に占める割合が高く、地域内で役割を維持できるとの認識が示された。
- Q36 周囲と協力して暮らせる: 交流経験あり群では肯定的回答に占める割合が比較的高く、周囲との協働的な生活イメージがみられた。

仕事として認知症の人と関わった経験(有無)と各質問項目

以下の 13 項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q5	これまでのように判断できると思う	13.261	5	0.021
Q6	周囲の人に知ってほしいと感じると思う	13.303	5	0.021
Q9	自分の状態がわからなくなると思う	15.745	5	0.008
Q12	できないことが増えると思う	12.047	5	0.034
Q22	重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う	11.639	5	0.04
Q24	自分を否定せずに受け入れたいと思う	14.031	5	0.015
Q28	尊重される存在でありたいと思う	20.015	5	0.001
Q29	「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う	43.201	5	<.001
Q30	「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う	24.287	5	<.001
Q35	地域での役割を持てると思う	14.038	5	0.015
Q36	周囲と協力して暮らせると思う	12.139	5	0.033
Q38	できることを見つけて生きたいと思う	12.302	5	0.031
Q39	自分の価値観を大切にしたいと思う	12.371	5	0.03

仕事として認知症のある人に関わった経験を有する群では、Q9「自分の状態がわからなくなると思う」や Q12「できないことが増えると思う」、Q22「重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う」のように、認知症による能力低下や支援必要性をより現実的に捉える傾向がみられた。一方で、Q28「尊重される存在でありたいと思う」、Q29「『認知症の人と共に生きる社会』が望ましいと思う」、Q30「『認知症の人を排除するような社会』は望ましくないと思う」、Q39「自分の価値観を大切にしたいと思う」など、尊厳や共生を重視する態度も強く示された。実際に有意差を認めた項目は 13 項目に及び、特に Q28($\chi^2=20.015$, $p=.001$)、Q29($\chi^2=43.201$, $p<.001$)、Q30($\chi^2=24.287$, $p<.001$)で強い関連がみられた。これらより、実務経験は認知症に対する現実的理解と、権利・尊厳・共生を重視する認識の双方を強める可能性が示唆された。

Q5「これまでのように判断できると思う」では、仕事として関わった経験あり群は「全くそう思わない」で 31.9%を占めた一方、「ややそう思う」20.5%、「とてもそう思う」33.3%にも分布しており、判断能力に関する認識が二極化する傾向がみられた。

Q6「周囲の人に知ってほしいと感じると思う」では、経験あり群は「とてもそう思う」で 34.0%と高く、認知症への理解や周囲への開示の必要性を比較的強く意識していた。

Q9「自分の状態がわからなくなると思う」では、経験あり群は「ややそう思う」29.2%、「とてもそう思う」28.4%であり、状態理解の困難さを現実的に捉える傾向が認められた。

Q12「できないことが増えると思う」では、経験あり群は「とてもそう思う」で 29.7%と高く、機能低下に関する見通しを比較的強く持っていた。

Q22「重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う」では、経験あり群は「ややそう思う」26.5%、「とてもそう思う」29.7%であり、意思決定支援の必要性をより認識していた。

Q24「自分を否定せずに受け入れたいと思う」では、経験あり群は「とてもそう思う」で 33.9%を占め、自己受容を重視する姿勢が比較的強かった。

Q28「尊重される存在でありたいと思う」では、経験あり群は「あまりそう思わない」30.6%、「とてもそう思う」36.6%と幅広く分布しつつ、尊厳保持への意識が強く示された。

Q29「『認知症の人と共に生きる社会』が望ましいと思う」では、経験あり群は「とてもそう思う」で 38.3%と高値を示し、共生社会志向がより強かった。

Q30「『認知症の人を排除するような社会』は望ましくないと思う」では、経験あり群の 34.0%が「とてもそう思う」と回答し、排除への否定的態度が強くみられた。

Q35「地域での役割を持てると思う」では、経験あり群は「あまりそう思わない」32.5%と高い一方、「ややそう思う」29.6%にも分布し、役割継続可能性について複雑な認識がうかがえた。

Q36「周囲と協力して暮らせると思う」では、経験あり群は「あまりそう思わない」33.2%と比較的高値であったが、「とてもそう思う」30.4%も示しており、支援関係への認識が多面的であった。

Q38「できることを見つけて生きたいと思う」では、経験あり群は「全くそう思わない」32.2%から「ややそう思う」28.6%まで広く分布し、可能性への認識にばらつきがみられた。

Q39「自分の価値観を大切にしたいと思う」では、経験あり群は「とてもそう思う」で 30.6%と高く、価値観維持への意識が比較的強かった。

接触経験の総括:

認知症との接触経験に関する分析では、接触の有無そのものよりも、「どのような立場・関係性で接触したか」によって認知症観の変容方向が異なることが示唆された。まず、家族・親族に認知症の人がいる／いた経験(b1.4)では、Q9「自分の状態がわからなくなると思う」、Q12「できないことが増えると思う」、Q16「社会参加が難しくなると思う」、Q22「重要な判断は他の人に任せたいと思う」など、認知症による能力低下や生活困難に関する項目で有意差がみられ、認知症をより現実的・具体的な困難として捉える傾向が認められた。特に Q22 では $\chi^2=25$ 前後、Q12 や Q16 でも $p<.001$ レベルの関連が確認され、家族経験が「喪失」や「脆弱性」のイメージ形成に強く関与している可能性が示された。一方で、認知症のある家族・親族との同居経験(b1.3)では、Q13「一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う」、Q18「人との関係が途切れることはないと思う」、Q19「周囲と協力して暮らせると思う」、Q20「人生には可能性があると思う」など、関係性維持や協力可能性に関する項目で有意差が認められた。これは、同居という生活密着型の経験を通じて、認知症を「生活の継続の中で支え合うもの」として理解する傾向が形成されていることを示唆している。

さらに、友人・知人として日常的に交流した経験(b1.5)では、Q14「人から避けられると思う」、Q15「人生が終わったように感じると思う」といった否定的スティグマ項目に加え、Q25「『認知症の人と共に生きる社会』が望ましいと思う」、Q27「人とのつながりを保てると思う」、Q35「地域での役割を持てると思う」など、社会的受容や関係継続に関する項目で有意差がみられた。ただし、交流経験群は 33 例と少数であり、解釈には慎重さを要する。一方、仕事として関わった経験(b1.6)では最も広範な関連が認められ、Q29「『認知症の人と共に生きる社会』が望ましいと思う」($\chi^2=43.201$, $p<.001$)、Q30「『認知症の人を排除するような社会』は望ましくないと思う」($\chi^2=24.287$, $p<.001$)、Q28「尊重される存在でありたいと思う」($\chi^2=20.015$, $p=.001$)など、権利・尊厳・共生に関する項目で強い関連を示した。同時に、Q9「自分の状態がわからなくなると思う」や Q12「できないことが増えると思う」でも有意差が認められており、専門職経験は認知症の現実的困難への理解と、尊厳・共生を重視する価値観の双方を強める方向に作用している可能性が示唆された。これらの結果から、認知症との接触経験は単なる「接触の有無」ではなく、「接触の質」や「関係性の文脈」によって認知症観へ異なる影響を及ぼす可能性が考えられた。

収入と各質問項目

以下の6項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q9	自分の状態がわからなくなると思う	43.857	30	0.049
Q15	社会から距離を置かれると思う	51.864	30	0.008
Q20	周囲との関係が希薄になると思う	54.539	30	0.004
Q27	周囲に受け入れてもらえると思う	44.407	30	0.044
Q34	人との関係が途切れることはないと思う	49.73	30	0.013
Q37	人生には可能性があると思う	45.33	30	0.036

収入と認知症観との関連では、Q9「自分の状態がわからなくなると思う」〔 $\chi^2(30)=43.86$, $p=.049$ 〕、Q15「社会から距離を置かれると思う」〔 $\chi^2(30)=51.86$, $p=.008$ 〕、Q20「周囲との関係が希薄になると思う」〔 $\chi^2(30)=54.54$, $p=.004$ 〕、Q27「周囲に受け入れてもらえると思う」〔 $\chi^2(30)=44.41$, $p=.044$ 〕、Q34「人との関係が途切れることはないと思う」〔 $\chi^2(30)=49.73$, $p=.013$ 〕、Q37「人生には可能性があると思う」〔 $\chi^2(30)=45.33$, $p=.036$ 〕で有意差が認められた。列%でみると、高収入層は単純に人数が多いだけでなく、「とてもそう思う」など強い肯定回答群において全体構成比を上回る割合を示す項目が多かった。特にQ15・Q20では、高収入層ほど社会的孤立や関係性の喪失を現実的に認識する傾向がみられた一方、Q27・Q34・Q37では、受容可能性や人間関係の継続、人生の可能性についても肯定的に捉える傾向が示された。すなわち、高収入層では認知症後の困難を具体的に想定しながらも、社会的支援や関係継続への期待を同時に保持する“両義的な認知症観”が形成されている可能性が示唆された。他方、低収入層では「わからない」や否定的回答が全体構成比より高い項目が散見され、認知症後の生活像や社会的支援への見通しを持ちにくい傾向が考えられた。

Q9 自分の状態がわからなくなると思う

「とてもそう思う」と回答した群では、800万円以上が35.0%を占め、全体構成比(30.9%)より高かった一方、100万円未満は3.2%と全体構成比(3.6%)をやや下回った。

Q15 社会から距離を置かれると思う

「とてもそう思う」群では800万円以上が35.7%を占め、全体構成比(30.9%)を上回っていた。一方、100～200万円未満は1.8%と全体構成比(4.7%)を下回り、高収入層ほど社会的孤立への懸念を強く抱く傾向がみられた。

Q20 周囲との関係が希薄になると思う

「とてもそう思う」群では800万円以上が36.1%と、全体構成比(30.8%)より高かった。逆に「わからない」では25.0%に低下しており、高収入層ほど関係性の希薄化を具体的にイメージしている可能性が示唆された。

Q27 周囲に受け入れてもらえると思う

「とてもそう思う」群では800万円以上が38.3%を占め、全体構成比(30.8%)を大きく上回った一方、100万円未満では0%であった。

Q34 人との関係が途切れることはないと思う

「ややそう思う」では400～600万円未満が26.4%と全体構成比(21.7%)を上回り、「とてもそう思う」では600～800万円未満が21.7%と全体構成比(13.7%)より高かった。

Q37 人生には可能性があると思う

「とてもそう思う」群では 400～600 万円未満が 29.9%(全体 21.5%)、800 万円以上が 29.9%(全体 30.8%)であり、中間～高収入層で肯定的回答が比較的多かった。一方、「わからない」では 100～200 万円未満が 9.5%と全体構成比(4.7%)を上回り、低収入層では将来像の不透明感が示唆された。

貯蓄と各質問項目

以下の 7 項目について有意差がみられた

項目	質問内容	χ^2	df	p 値
Q16	人から避けられると思う	61.015	40	0.018
Q17	社会の中で弱い立場に置かれると思う	57.523	40	0.036
Q18	孤立すると思う	56.685	40	0.042
Q20	周囲との関係が希薄になると思う	57.462	40	0.036
Q21	人生が終わったように感じると思う	72.364	40	0.001
Q29	「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う	59.577	40	0.024
Q34	人との関係が途切れることはないと思う	56.758	40	0.041

貯蓄額と認知症観との関連では、有意差は主としてスティグマ・社会的孤立・人生喪失感に関する項目で認められた(Q16: $\chi^2=61.015$, $p=0.018$ 、Q17: $\chi^2=57.523$, $p=0.036$ 、Q18: $\chi^2=56.685$, $p=0.042$ 、Q20: $\chi^2=57.462$, $p=0.036$ 、Q21: $\chi^2=72.364$, $p=0.001$ 、Q29: $\chi^2=59.577$, $p=0.024$ 、Q34: $\chi^2=56.758$, $p=0.041$)。列%でみると、単純に度数の大きい低貯蓄群・高貯蓄群が全回答カテゴリで多く現れるだけではなく、低貯蓄群では「孤立する」「人から避けられる」「人生が終わる」といった強い否定的認識への偏りが比較的明瞭であった。一方、高貯蓄群では「全くそう思わない」「あまりそう思わない」への分布が相対的に高く、関係継続や社会的つながり維持を肯定的に捉える傾向がみられた。すなわち、貯蓄は単なる経済指標にとどまらず、認知症後の社会的自己像や将来展望の持ち方と関連する心理社会的基盤として機能している可能性が示唆された。

Q16「人から避けられると思う」

「全くそう思わない」では 250 万円未満(44.4%)と 500～750 万円未満(33.3%)の割合が比較的高かった一方、「あまりそう思わない」では 3,000 万円以上(27.5%)が高く、貯蓄額が高い群ほど“完全な拒否”ではなく中間的否定に分布する傾向がみられた。

Q17「社会の中で弱い立場に置かれると思う」

「ややそう思う」では 3,000 万円以上(25.1%)が比較的高く、低貯蓄群だけでなく高貯蓄群でも“社会的弱者化”の認識が共有されていた一方、「全くそう思わない」では 250 万円未満・250～500 万円未満・500～750 万円未満がそれぞれ 22～33%を占め、認識の二極化がみられた。

Q18「孤立すると思う」

「とてもそう思う」では 250 万円未満(25.4%)が相対的に高く、低貯蓄群ほど孤立への強い不安が示された一方、「全くそう思わない」では 3,000 万円以上(30.8%)の割合が比較的高く、高貯蓄群では孤立認識が弱い傾向がみられた。

Q20「周囲との関係が希薄になると思う」

「とてもそう思う」では 250 万円未満(21.2%)が比較的高く、低貯蓄群ほど関係性喪失への不安が強い傾向がみられた一方、「全くそう思わない」では 3,000 万円以上(40.0%)が突出しており、高貯蓄群では関係維持可能性を比較的肯定的に捉える傾向が示唆された。

Q21「人生が終わったように感じると思う」

「とてもそう思う」では 250 万円未満(25.2%)が最も高く、低貯蓄群ほど“人生終結感”を強く想起する傾向がみられた一方、「あまりそう思わない」では 3,000 万円以上(32.1%)が高く、高貯蓄群では否定的認識が相対的に弱かった。

Q29「『認知症の人と共に生きる社会』が望ましいと思う」

「全くそう思わない」では 250 万円未満(34.6%)と 3,000 万円以上(26.9%)が比較的大きな割合を占めた一方、「ややそう思う」では 2,000～3,000 万円未満(11.6%)がやや高く、共生志向は中～高貯蓄群で相対的に支持される傾向がみられた。

Q34「人との関係が途切れることはないと思う」

「全くそう思わない」では 250 万円未満(27.2%)が高く、低貯蓄群ほど関係断絶を予期する傾向がみられた一方、「ややそう思う」では 3,000 万円以上(25.9%)が高く、高貯蓄群では関係継続可能性を比較的肯定的に捉えていた。

単変量解析の要点

変数	従属変数	統計手法	主な結果	p 値	効果量等	解釈
性別	factor_pos	t 検定	男性 3.01 ± 0.76、女性 2.96 ± 0.76	p = .353	t = 0.928	有意差なし
性別	factor_neg	t 検定	男性 3.98 ± 0.65、女性 4.08 ± 0.68	p = .016	t = -2.413	女性でやや高値
年齢 3 群	factor_pos	一元配置分散分析	高齢群 > 中年群、若年群	p < .001	F = 10.863, $\eta^2 = .022$	高齢群でポジティブ認知高値
年齢 3 群	factor_neg	一元配置分散分析	高齢群 < 中年群、若年群	p < .001	F = 7.664, $\eta^2 = .016$	高齢群でネガティブ認知低値
収入	factor_pos	一元配置分散分析	群間差なし	p = .328	F = 1.156	有意差なし
収入	factor_neg	一元配置分散分析	傾向差のみ	p = .076	F = 1.914	明確な差なし
貯蓄	factor_pos	一元配置分散分析	群間差なし	p = .465	F = 0.962	有意差なし
貯蓄	factor_neg	一元配置分散分析	群間差なし	p = .388	F = 1.062	有意差なし
私的接触 (友人・知人)	factor_pos	t 検定 / GLM	接触あり群で高値	p < .01	主効果あり	最も強い関連
私的接触 (友人・知人)	factor_neg	t 検定	明確な差なし	p > .05	—	有意差なし
職業的接触 (医療・介護・福祉等)	factor_pos	t 検定 / GLM	軽度上昇	p < .05	—	私的接触より弱い
職業的接触	factor_neg	t 検定	有意差なし	p > .05	—	関連限定的

重回帰解析の各係数

ポジティブ因子

		係数 ^a					B の 95.0% 信頼区間		共線性の統計量	
モデル		非標準化係数 B	標準誤差	標準化係数 ベータ	t 値	有意確率	下限	上限	許容度	VIF
1	(定数)	4.840	1.374		3.522	<.001	2.091	7.589		
	性別	-.092	.195	-.056	-.471	.639	-.483	.299	.591	1.693
	年齢	.004	.008	.069	.514	.609	-.012	.021	.466	2.146
	居住都道府県	-.004	.006	-.064	-.632	.530	-.016	.008	.811	1.233
	結婚	.451	.231	.268	1.950	.056	-.012	.913	.442	2.265
	職業	.195	.129	.241	1.515	.135	-.062	.452	.330	3.032
	最終学歴	.003	.118	.003	.026	.979	-.232	.238	.583	1.716
	就業状況	.228	.316	.085	.721	.474	-.405	.861	.597	1.675
	職業	.076	.239	.135	.318	.751	-.403	.555	.046	21.599
	職業_医療従事者(医師・看護師など)	.300	.560	.188	.537	.593	-.819	1.420	.068	14.744
	職業_介護従事者(介護福祉士・ヘルパーなど)	.498	.502	.195	.992	.325	-.506	1.502	.216	4.631
	職業_その他の対人援助職(保育士・教員・相談員など)	.431	.479	.161	.899	.372	-.527	1.388	.261	3.838
	職業_上記の職には就業したことがない	.035	.687	.021	.051	.960	-1.340	1.410	.047	21.350
	経験_現在、家族・親族の介護をしている	.158	.445	.092	.355	.724	-.733	1.049	.123	8.121
	経験_家族・親族を介護したことがある(今はしていない)	-.364	.487	-.203	-.747	.458	-1.338	.610	.112	8.907
	経験_認知症のある家族・親族と同居したことがある(現在同居も含みます)	.104	.222	.059	.470	.640	-.340	.549	.527	1.898
	経験_家族・親族に認知症の人がいる／いた	-.135	.209	-.082	-.647	.520	-.553	.283	.517	1.933
	経験_友人・知人として日常的に交流したことがある	1.096	.372	.340	2.947	.005	.352	1.840	.625	1.600
	経験_仕事として関わったことがある(医療・介護・福祉・支援など)	-.764	.278	-.453	-2.750	.008	-1.319	-.208	.306	3.270
	介護経験期間	-.314	.127	-.283	-2.478	.016	-.567	-.061	.636	1.571
	認知症サポーター養成講座受講	-.422	.242	-.211	-1.744	.086	-.905	.062	.570	1.754
	収入	-.225	.082	-.356	-2.733	.008	-.390	-.060	.491	2.037
	貯蓄	.015	.035	.052	.414	.680	-.056	.085	.538	1.858
	同居	.074	.073	.128	1.017	.313	-.072	.220	.527	1.897
	認知症イメージ	-.092	.080	-.126	-1.156	.252	-.252	.067	.698	1.432
	レビー小体型認知症認知	-.207	.131	-.213	-1.577	.120	-.469	.056	.455	2.197
	私がもし認知症になったら、主治医は私の他の病気に最善の治療をしてくれないだろう	-.087	.059	-.168	-1.466	.148	-.205	.032	.636	1.573
	共生社会認知	-.379	.258	-.200	-1.469	.147	-.896	.137	.449	2.228
	「共生社会」は望ましいと思いますか。	.011	.134	.013	.083	.934	-.257	.279	.337	2.970
	「多様な人々を地域社会で受け入れるべきだ」と思いますか。	.160	.118	.193	1.361	.179	-.075	.395	.415	2.408
	「共生社会に向けて地域での活動に参加したい」と思いますか。	.044	.076	.068	.583	.562	-.107	.195	.616	1.622
	自分の人生は年をとるにしがたってだんだん悪くなっていくと感じますか。	-.082	.082	-.124	-.994	.324	-.246	.083	.534	1.871

a. 従属変数 factor_pos

ネガティブ因子

		係数 ^a								
モデル		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率	B の 95.0% 信頼区間		共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			下限	上限	許容度	VIF
1	(定数)	1.474	1.316		1.120	.267	-1.160	4.108		
	性別	.063	.187	.047	.336	.738	-.312	.437	.585	1.709
	年齢	-.013	.008	-.247	-1.523	.133	-.029	.004	.437	2.290
	居住都道府県	.003	.006	.061	.514	.609	-.009	.015	.806	1.241
	結婚	-.003	.220	-.002	-.013	.990	-.443	.438	.443	2.258
	職業	-.076	.122	-.115	-.618	.539	-.320	.169	.334	2.997
	最終学歴	.097	.113	.121	.861	.393	-.128	.322	.576	1.737
	就業状況	.092	.302	.043	.306	.761	-.511	.696	.593	1.685
	職業	.049	.228	.107	.214	.831	-.408	.505	.046	21.665
	職業_医療従事者(医師・看護師など)	-.243	.549	-.187	-.443	.659	-1.341	.855	.064	15.529
	職業_介護従事者(介護福祉士・ヘルパーなど)	-.304	.480	-.140	-.633	.529	-1.265	.657	.234	4.269
	職業_その他の対人援助職(保育士・教員・相談員など)	-.658	.467	-.303	-1.409	.164	-1.591	.276	.248	4.030
	職業_上記の職には就業したことがない	-.458	.669	-.346	-.685	.496	-1.797	.881	.045	22.231
	経験_現在、家族・親族の介護をしている	.097	.424	.069	.229	.819	-.751	.945	.126	7.946
	経験_家族・親族を介護したことがある(今はしていない)	.322	.464	.219	.694	.490	-.606	1.250	.115	8.673
	経験_認知症のある家族・親族と同居したことがある(現在同居も含みます)	-.134	.213	-.094	-.630	.531	-.561	.292	.519	1.927
	経験_家族・親族に認知症の人がいる／いた	.138	.210	.103	.660	.512	-.281	.558	.474	2.109
	経験_友人・知人として日常的に交流したことがある	-.536	.358	-.205	-1.495	.140	-1.253	.181	.609	1.643
	経験_仕事として関わったことがある(医療・介護・福祉・支援など)	.053	.267	.039	.198	.843	-.481	.587	.301	3.322
	介護経験期間	.266	.121	.296	2.195	.032	.023	.508	.631	1.585
	認知症サポーター養成講座受講	.119	.232	.074	.514	.609	-.346	.584	.559	1.790
	収入	.082	.079	.160	1.045	.300	-.075	.240	.489	2.044
	貯蓄	.004	.033	.017	.116	.908	-.063	.070	.538	1.857
	同居	-.005	.071	-.011	-.072	.943	-.147	.137	.505	1.979
	認知症イメージ	.068	.076	.114	.890	.377	-.085	.221	.695	1.439
	レビー小体型認知症認知	.078	.125	.100	.628	.532	-.171	.328	.456	2.192
	私がもし認知症になったら、主治医は私の他の病気に最善の治療をしてくれないだろう	.034	.056	.081	.607	.546	-.079	.147	.646	1.548
	共生社会認知	.219	.247	.140	.887	.379	-.275	.713	.461	2.170
	「共生社会」は望ましいと思いますか。	.249	.134	.354	1.863	.067	-.018	.517	.318	3.149
	「多様な人々を地域社会で受け入れるべきだ」と思いますか。	-.145	.113	-.215	-1.291	.202	-.370	.080	.413	2.423
	「共生社会に向けて地域での活動に参加したい」と思いますか。	.018	.072	.034	.251	.802	-.126	.162	.624	1.602
	自分の人生は年をとるにしがたってだんだん悪くなっていくと感じますか。	.096	.078	.179	1.231	.223	-.060	.252	.541	1.849

a. 従属変数 factor_neg

重回帰分析結果(ポジティブ因子・ネガティブ因子)

本研究では、認知症観を構成するポジティブ因子(factor_pos)およびネガティブ因子(factor_neg)を従属変数とし、基本属性(年齢、性別、婚姻状況、職業、学歴)、経験要因(介護経験、同居経験、交流経験、職業的関与、介護期間)、経済要因(収入、貯蓄)、および認知・価値観要因(認知症イメージ、医療不信、共生社会認知、共生社会価値観等)を独立変数として投入した重回帰分析(強制投入法)を実施した。

■ ポジティブ因子(factor_pos)

ポジティブ因子を従属変数としたモデルにおいて、有意な説明力を有する重回帰モデルが得られた。モデル全体は統計的に有意であり(F 値有意、 $p < .01$)、複数の説明変数を同時に投入した条件下においても、いくつかの経験的要因および経済要因が独立した影響を示した。

具体的には、「友人・知人としての日常的交流経験(b1_5)」がポジティブ因子に対して有意な正の関連を示した(標準化係数 $\beta = .340$, $p = .005$)。これは、認知症のある人との日常的で非負担的な接触が、認知症に対する肯定的理解を高めることを示唆する。

一方で、「仕事としての関与経験(b1_6)」は有意な負の関連を示した($\beta = -.453$, $p = .008$)。また、介護経験期間も同様に負の関連を示し($\beta = -.283$, $p = .016$)、関与の継続や負担の蓄積がポジティブ因子を低下させる方向に作用する可能性が示された。

さらに、「収入(c1)」についても有意な負の関連が認められた($\beta = -.356$, $p = .008$)。これは、高所得層において認知症に対する楽観的認識が必ずしも高くないことを示す結果であり、経済的余裕が必ずしもポジティブ因子に結びつかない可能性を示唆する。

婚姻状況については境界的な関連が認められた($p = .056$)が、有意水準には達しなかった。また、年齢、性別、学歴、同居経験、価値観関連項目(共生社会意識、多様性受容、参加意図等)、認知症イメージおよび医療不信といった変数は、他の要因を統制した条件下では有意な関連を示さなかった。

■ ネガティブ因子(factor_neg)

ネガティブ因子を従属変数としたモデルにおいても、モデル全体は有意であった(F 値有意、 $p < .05$)。しかしながら、ポジティブ因子に比べて有意な説明変数は極めて限定的であった。

唯一有意な関連を示したのは、介護経験期間であり、正の関連が認められた($\beta = .296$, $p = .032$)。すなわち、介護経験が長期化するほど、認知症に対するネガティブ因子が強まる傾向が示された。

一方、同居経験、交流経験、職業的関与、収入、貯蓄、年齢、性別、婚姻状況、学歴といった属性・経験・経済要因はすべて有意な関連を示さなかった。また、認知症イメージ、医療不信、共生社会認知および価値観に関する諸指標も、他の変数を統制した条件下ではネガティブ因子に対する独立した影響を示さなかった。なお、「共生社会は望ましい」とする認識については境界的な関連が認められたが($\beta = .354$, $p = .067$)、統計的に有意には至らなかった。

■ 総合的解釈

以上の結果から、認知症観は単一の連続体ではなく、ポジティブ因子とネガティブ因子で異なる形成メカニズムを有することが示唆される。ポジティブ因子は、主として日常的かつ非負担的な交流経験によって高まり、一方で専門的関与や長期的介護といった負担性の高い関与はむしろ抑制的に働く。またネガティブ因子は、属性や価値観では説明されず、介護経験の累積的負担によってのみ形成されるという極めて限定的な構造を示した。

これらの知見は、認知症観の形成において「接触の有無」ではなく「接触の質(軽い交流 vs 重い関与)」が決定的であることを示しており、認知症に関する社会的認識の形成における重要な実証的基盤を提供するものである。

掲載誌:The Curator of Neurocognitive Disorders(第3巻第1号)(2026 年1月号)

特集テーマ:これからの認知症施策の方向性を考える

タイトル:「新しい認知症観」と認知症の人の理解

著者:笠貫浩史 1, 岡村 毅 2, 井藤佳恵 2, 宇良千秋 2, 宮前史子 2, 涌井智子 2

著者所属:1 聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室, 2 東京都健康長寿医療センター研究所

要旨

「新しい認知症観」とは、未だ正式な医学用語としては規定されていないが、認知症施策推進基本計画に盛り込まれ、認知症施策の今日的な方向性を規定する重要な概念である。「認知症観」は認知症の知識、イメージや考え方を総合的に指す概念であり、高齢者福祉政策や認知症施策の動向と関連が深いことから、本稿では戦後の黎明期から認知症施策推進基本計画に至る施策史を概観し、収容・隔離型から地域生活支援、さらに権利保障へと変遷してきた認知症をとりまく社会制度のありかたを整理した。併せて「新しい認知症観」をめぐる現状の課題と今後の展望について触れた。

キーワード:新しい認知症観 認知症施策推進基本計画 痴呆 ステigma 共生社会

はじめに

「認知症施策推進基本計画」(以下、基本計画)[1]は「共生社会の実現を推進するための認知症基本法(以下、基本法)」[2]第 11 条に基づいて 2024 年 12 月に閣議決定され、2025 年より本格運用が始まった。基本計画中には「新しい認知症観」という表現が合計で 17 か所に登場し、基本計画の基調を成すといってもよい重要な鍵概念として、その重要性が強調されている。基本計画の「基本的施策」の骨子のひとつとして「認知症の人に関する国民の理解の増進」が挙げられており、例えば 2025 年1月には政府広報オンラインで「新しい認知症観」をテーマとしたコンテンツが早々に取り上げられるなど、新しい認知症の知識、イメージや考え方に関する国民の関心が高まるよう、広く啓発活動が組まれつつある。しかしながら「新しい認知症観」とは完成された、固定した概念ではない。「認知症観」とはむしろ時代の変遷に伴って常に変化し続けるものであろう。実際、社会における「認知症観」はこれまでも変化し続けてきた。本稿では認知症観の変遷と認知症施策との関係について簡単に整理し、課題と展望を述べる。

戦後の高齢者福祉政策・認知症施策(介護保険制度開始まで)(表1)

「認知症観」はどこまでのいかなる概念を含みうるか、医学用語としての学問的定義はまだ存在しないが、筆者は「認知症の知識、イメージや考え方」が「認知症観」の簡潔な暫定的定義としてよいのではないかと考えている。認知症観の変遷と施策の歴史は相互に関連するものと思われることから、本邦における高齢者福祉政策・認知症施策のあゆみを簡単に振り返る。

1950～1972 年は、日本の高齢者福祉が「制度の黎明期」から「福祉国家志向」へ移行する過程であった。1950 年代は「生活保護法」[3]の枠組みのもと(1950 年に生活保護法が改正)、高齢者も対象とした国民の最低限の生活保障が制度化される一方で、認知症に関する特定の制度はなかった。1963 年には高齢者福祉政策の枠組みとしては世界初の高齢者単独法として「老人福祉法」が制定され、老人ホーム・老人福祉センターの設置根拠法となった[4]。同法により高齢者の心身健康保持や生活安定が目指されることとなったが、1950 年代から 60 年代にかけては認知症の人は主に精神病院や施設に収容される「収容型」の社会的対応を受けることが多かった。1960 年代後半になると高齢化の進展に伴い、痴呆性高齢者の収容・隔離が「痴呆性老人問題」として社会問題化する。1972 年に当時の田中角栄内閣が「福祉国家」路線を掲げ、高齢者福祉施策拡充の議論が活発化された。これが翌 1973 年「福祉元年」への布石となり、老人福祉法改正に至り、70 歳以上の高齢者医療費が原則無料化された。だが無料化という思い切った施策転換は、その後、1970 年代後半の医療費急増および社会的入院問題を引き起こすこととなった[5]。無料化により受診が急増し、医療機関で長期入院する「社会的入院」は拡大し、国家財政負担が深刻化したのである。このため 1980 年代には無料制度の制度的問題点が議論され、1982 年の「老人保健法」制定に繋がった[6]。老人保健法では高齢者医療の無料化が廃止、自己負担が導入され、70 歳以上の対象者も一部自己負担へと転換が図られ、健康診査や予防事業の制度化も整えられた。

1950～1972 年は「収容・隔離モデル」が制度的に定着し、古い認知症観が社会を覆っていた時期であると総括できるだろう。作家・有吉佐和子が社会的視点から『恍惚の人』を著したのはこの時期で(1972 年刊行[7])、認知症高齢者問題に関する議論を活性化させる象徴的文芸作品だった。作中で認知症の高齢男性は意思疎通困難な異形の者として描かれ、「老人性痴呆」や「耄碌」など、当時流布していた用語が複数回登場する。全体に認知症への嫌悪感や畏怖が色濃く反映された記述がなされ、半面、主人公の認知症高齢者男性が自身の言葉で気持ちや考えを述べる場面が一切登場しない。有吉はそこに問題意識を持っていたからそのように描写したに違いなく、当時は「本人の声」にまず耳を傾けるという基本姿勢の社会的素地が成熟していなかったことがよく伝わる作品となっている。1982 年の老人保健法制定は高齢者福祉の前進であり、介護保険制度や「新しい認知症観」への転換を準備する方向に時代が少しずつ動いていく。

1980 年代半ばを迎え、高齢化社会がさらに進展することに伴い、「人生 80 年時代」を迎えた日本にふさわしい社会システムへの転換を目指して「長寿社会対策大綱」(1986 年)が閣議決定された[8]。また同時期には「痴呆性老人対策推進会議」が厚生省内に設置され、急速な高齢化に伴う「痴呆性老人問題」への総合的対応が検討された[9]。この検討では認知症をもつ高齢者の人々が社会に多く生活していることを特殊な問題ではなく、社会全体で取り組むべき一般的課題として位置づけ、政策的転換点が得られることとなった。また従来の「収容・隔離型」から、在宅介護支援を強化する方向性が明確化され、在宅支援の芽生えがみられた。この成果を受け、1988 年には厚生省による基本方針である「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え」が打ち出された[10]。これらの方針は認知症の人が過ごす生活について「収容・隔離から地域で支える在宅生活へ」という福祉サービス整備を基調づけるものとなった。続いて翌 1989 年には「高齢者保健福祉推進 10 か年戦略(ゴールドプラン)」が策定される[11]。ゴールドプランでは特別養護老人ホーム、デイサービス、ホームヘルプなどの在宅介護サービス整備が重点化され、ここで「施設から在宅へ」という方向性が明確化されることとなった。折しもこれらの施策議論が進む間に高齢化の速度は予測をさらに上回り、介護需要の急増がみられたことから、この 5 年後の 1994 年には「今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向(新ゴールドプラン)」が策定され[12]、さらに高齢者介護を社会保険方式で支える制度の法制化として 1997 年には「介護保険法」が成立し、2000 年の施行に至った。まさに 20 世紀の終年に医療・福祉の縦割りを超えて、介護を社会全体で支える仕組みが始動したことになる。

1980 年代は「痴呆性老人対策推進会議」で収容・管理モデルが確認されたこと、老人保健法で医療費抑制が制度化されたこと、ゴールドプランで在宅介護への転換が始まったことに示される通り、認知症を含む高齢者をとりまく制度が大きく展開した時期であったといえる。こうした制度設計の変遷とともに、社会では認知症について「隔離される・負担となる対象」から「社会全体で支える存在」へと移行するイメージが徐々に高まり、認知症観が変化した時期であると思われる。1990 年代にはそれが推進され、介護保険制度への橋渡しとなるわけだが、この時期には認知症の人の「本人の肉声」に耳を傾けようという社会的動き、そして負のイメージをまとった「痴呆」という言葉の変更について議論が起こってきたことは興味深い。

2000 年代の展開—認知症呼称変更から認知症大綱、基本法・基本計画へ(表2)

抗認知症薬が登場するよりも以前には、認知症は医学的治療が困難な病気であると捉えられがちで、認知症の人に関する社会的理解も乏しかった。こうした夜明け前的な時代に定着していた「痴呆」という呼称は、2000 年前後に刷新すべきではないかという議論が当事者や一部の関係者から湧き上がった。本人や家族がパブリックスティグマやセルフスティグマを乗り越えて社会で生き生きと生活することを実現するうえで、「痴呆」という用語が認知症にまつわる負のイメージが社会で醸成・再生産されるひとつの装置として機能してしまい、その人らしい生活の実現の障壁になっているという指摘が複数みられるようになった。こうした機運の高まりに呼応して 2004 年には 3 か所の高齢者痴呆介護研究センターから名称の見直し要望書が国へ提出された。一般公募と計 4 回の有識者検討会が持たれ、同年 12 月 24 日に「痴呆」は「認知症」へと用語変更されることが決定した[12]。呼称の変更はスティグマを軽減し、社会的理解を広げる意味で本人・家族の活動に追い風となった。こうした変化のなか、施策関連では 2012 年に「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」により医療・介護・予防・研究を総合的に推進する指針が示され、認知症初期集中支援チーム整備が開始した[13]。2015 年には「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」にて「認知症の人が地域で安心して暮らせる社会」を目標に認知症カフェやサポーター制度拡充が推進されることとなった[14]。国際的な潮流としては 2017 年の WHO「認知症アクションプラン」[15]が示されたことで複数の国・地域で「認知症フレンドリー社会」理念が広がり、これは日本施策にも影響を及ぼすこととなった。2019 年には「認知症施策推進大綱」が策定され[16]、「予防」と「共生」の二本柱が掲げられ、本人主体・共生社会への転換が認知症施策のうえでも明確化された。認知症施策推進大綱で強調された認知症の人の尊厳を保ち暮らすことのできる社会を目指す流れは、2023 年 6 月に成立した基本法にも継承され、認知症の人を「権利の主体」と位置づけ、共生社会の実現を基本理念とする初の包括的法律となった。2024 年に基本法が施行されると「認知症施策推進基本計画」策定義務が課されることとなり、同年 12 月に基本計画が閣議決定し、基本法の理念が具体化された。これは基本法の理念を具体的施策に落とし込むものであり、予防・医療・介護・社会参加・教育啓発といった分野ごとに数値目標や実施方針を定めている。例えば、意思決定支援の仕組みを地域包括ケアに組み込み、認知症サポーター制度を拡充すること、また研究開発やデジタル技術の活用を推進することなどが盛り込まれている。つまり基本計画は、基本法の理念を「現場で実行可能な施策」として具体化する役割を担っている(表3)。国の基本計画を受け、2025 年には各都道府県・市町村計画へ基本計画が展開されることとなり、自治体が独自計画を策定し、地域で具体的施策を実施する段階に入っている。

20 世紀終盤には認知症の人が「収容される・管理されてしまうモデル」から「地域で支えるモデル」へと移行が始まっていたが、2000 年代、2010 年代は日本の認知症施策が「介護保険制度による社会的な支え」の段階から「本人主体・共生社会」へとさらに成熟した時期であるといえる。2004 年の呼称変更は認知症についての適切な知識や理解を社会全体に訴求する効果、パブリックスティグマを軽減することに通じる重要な変更であった。21 世紀に入って「施策の主体は誰なのか」「誰のための制度設計なのか」という視点が認知症関連施策の策定に顧慮されるようになった

ことは、社会福祉的観点でも非常に意義が大きかった。総じて、認知症施策推進大綱は政策的方向性を示し、基本法は理念を法的に確立し、基本計画はその理念を実務に落とし込む三層構造を形成した。これらによって日本の認知症施策は「偏見の解消」「本人主体」「共生社会の実現」という目標に向けて、制度的に一貫した枠組みを備えるに至ったといえる。

新しい認知症観—今後の課題

ここまで高齢者、認知症の人に関連する政策・施策の変遷を概観してきた。残念ながらかつて認知症の人は「社会のなかで隔離される対象」「収容される対象」であること、あるいは「地域でケアをされる対象」であり、水平性の関係と程遠いことが本人の声を無視して前提化されてしまっていた歴史があった。「古い認知症観」のもとでは「認知症になると何もできなくなる、何もわからなくなる」という考え方が大勢を占めていたのである。対して基本計画に明文化された「新しい認知症観」とは、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方である」というものである。近年の認知症をめぐる議論のなかで認知症フレンドリー社会や共生といったキーワードとともに強調されてきた理念が盛り込まれている。「認知症観」自体は常に変化し続けているものでもあり、固定的な定義づけは究極的には困難かもしれないが、構成する要素には何が含まれるのか検討するためには、筆者らは①知識（認知症の原因、症状、予防、治療、制度に関する事实的理解）②態度・感情（認知症の人に対する温かさ、共感、不安、恐怖などの情動的反応）③認知枠組み・病気認識（認知症をどう捉えているか）④スティグマ（認知症に対する偏見、差別、距離感、診断への恐怖など）⑤行動意図（認知症の人との接触意欲、支援参加意欲、制度利用意向など）の5つの側面を考慮する必要があると考えている。

「新しい認知症観」をめぐる今後の課題を数点述べると、まず「理念と実務場面の乖離の克服」が挙げられる。基本計画において「新しい認知症観」が明文化されたものの、医療・介護現場では依然として「古い認知症観」に基づく対応が残存している。理念で終えぬために現場を改善していくためには、本人主体の視点は何であるか、どういったスティグマが共生や相互理解を妨げているのかなどに関して活発に議論する仕組みが必要であろう。第2には「国民理解の深化と測定」の課題がある。啓発活動は総体として進んでいるのだが、国民の認知症観がどの程度変容しているのか、現状を定量的に把握する仕組みが未整備である。上記の知識・態度・スティグマ・行動意図といった複数側面を測定する指標・尺度を開発し、継続的にモニタリングすることが課題となるだろう。3つ目の課題として「本人の声の制度的反映」を挙げる。歴史的に欠落してきた「本人の肉声」を施策に反映する仕組みはここ10年ほどで展開してきているものの、まだ十分な水準ではないだろう。本人会議やピアサポート活動を制度的にどのように位置づけ、計画策定や評価に結び付けるか、検討する必要がある。第4には「地域間格差の是正」の課題がある。基本計画は全国一律の枠組みを示しているが、自治体ごとの資源や人材、背景の差がある。認知症観に関する浸透度や関心も地域差が大きいことから、地域間格差是正のために講じる支援策や評価指標の整備が必要である。5つ目の観点として「国際的潮流や文化的背景との接続」を挙げる。WHOの認知症アクションプランや「認知症フレンドリー社会」の理念との整合性を保ちつつ、日本独自の文化・制度に適合さ

せることが大きな課題であると考え。国際比較研究や政策交流を通じて、認知症観を成熟させていく必要がある。もう一点の課題としては「研究・技術革新との連動」がある。デジタル技術や AI を活用した意思決定支援、予防・診断技術の進展を「新しい認知症観」と統合的に進めることが今後求められだろう。技術導入が単なる管理強化ではなく、本人主体の生活支援に資するものとなるよう、倫理的枠組みの整備も必要である。

おわりに

認知症に関連する施策や福祉の歴史を振り返りつつ、古今の認知症観がどのように変遷し、現在いかなる課題を持っているのかを整理した。「認知症観」とは単一の要素や短期的動向に還元できるシンプルな概念では必ずしもなく、ややもすると認知症観に関する議論が上滑りするおそれがある。しかしながら施策や今後の社会のありかたに影響及ぼすため、非常に重要な概念である。基本計画が「重点目標」に掲げている「国民一人一人が新しい認知症観を理解している」社会を実現するためにも、各人が主体的に考え、ともに議論しながら理解を深化する必要があるだろう。

謝辞: 本論文に関する研究調査の一部は厚労科研費 25GB1002 の助成を受けた。

COI: 本論文に関する開示すべき COI はない。

参考文献

1. 厚生労働省. (2024). 認知症施策推進基本計画. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>
2. 日本国. (2023). 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和 5 年法律第 65 号）.
内閣官房.
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_kankeisha/dail/siryou2.pdf
3. 厚生労働省. (1950). 生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）. 日本法令索引.
<https://hourei.ndl.go.jp/simple/detail?lawId=0000051947>
4. 厚生労働省. (1963). 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）. 日本法令索引.
<https://hourei.ndl.go.jp/simple/detail?lawId=0000054981>
5. 高橋, 涼太郎. (2019). 「福祉元年」政策の形成過程の分析—経常収支不均衡問題とその対応を鍵として. *財政研究*, 15, 194-217.
6. 衆議院. (1982). 老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）. 衆議院法令データベース.
https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/houritsu/09619820817080.htm
7. 有吉佐和子. (1972). 恍惚の人. 東京: 新潮社. 有吉佐和子: 恍惚の人. 新潮社, 東京, 1972.
8. 厚生省. (1986). 長寿社会対策大綱. 内閣府資料(昭和 61 年閣議決定).
https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1986/
9. 厚生省. (1987). 痴呆性老人対策推進本部報告. 国立社会保障・人口問題研究所資料.
<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/322.pdf>
10. 厚生省. (1988). 長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え. 厚生白書(昭和 63 年版). https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1988/dl/02.pdf
11. 厚生省. (1989). 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン). 厚生白書(平成元年版).
https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1989/dl/03.pdf
12. 厚生労働省. (2004). 「痴呆」から「認知症」への呼称変更について. 厚生労働省老健局通知.
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigo_koureisha/chiho/index.html
13. 厚生労働省. (2012). 認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン). 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000047345.html>
14. 厚生労働省. (2015). 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン). 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>
15. World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>
16. 厚生労働省. (2019). 認知症施策推進大綱. 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html

図表：

表 1.戦後の高齢者福祉制度変遷や関連事項（介護保険制度施行まで）

年	出来事	内容
1950 年	生活保護法改正	高齢者も対象とする最低限の生活保障を整備。まだ「痴呆」は福祉の枠外
1963 年	老人福祉法制定	世界初の高齢者専用福祉法。老人ホーム・老人福祉センターの設置根拠法となる
1960 年代後半	「痴呆性老人問題」顕在化	高齢化の進展に伴い、痴呆性高齢者の収容・隔離が社会問題化。精神病院や養護施設での長期収容が一般的
1972 年	高齢者福祉施策拡充の議論	田中角栄内閣が「福祉国家」路線を掲げ、翌年の「福祉元年」へ布石
1973 年	老人福祉法改正	70 歳以上の高齢者医療費を原則無料化。「福祉元年」
1970 年代後半	医療費急増・社会的入院問題	無料化により受診が急増。医療機関で長期入院する「社会的入院」が拡大。財政負担が深刻化
1982 年	老人保健法制定	無料制度の見直しを目的に制定。高齢者医療の自己負担導入を準備
1983 年	老人保健法施行	高齢者医療費無料化を廃止。70 歳以上も一部自己負担へ転換。無料化は約 10 年間で終了。自己負担を導入。健康診査や予防事業を制度化
1989 年	ゴールドプラン策定	高齢者保健福祉推進 10 か年戦略。特養ホーム・デイサービス・ホームヘルプの整備を重点化
1994 年	新ゴールドプラン	今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向。在宅介護サービスの拡充を強化。介護需要の急増に対応
1997 年	介護保険法成立	高齢者介護を社会保険方式で支える制度を法制化
2000 年	介護保険制度施行	医療・福祉の縦割りを超え、介護を社会全体で支える仕組みが始動。認知症高齢者も主要対象

表 2. 介護保険制度施行後の認知症関連施策等の動き

年	出来事	内容
2004 年	「痴呆」から「認知症」へ呼称変更	偏見を減らし、社会的理解を広げるために公式呼称を変更
2012 年	認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)	医療・介護・予防・研究を総合的に推進。認知症初期集中支援チームの整備開始
2015 年	新オレンジプラン	「認知症の人が地域で安心して暮らせる社会」を目標に、認知症カフェやサポーター制度を拡充
2017 年	WHO「認知症アクションプラン」	国際的に「認知症フレンドリー社会」理念が広がり、日本施策にも影響
2019 年	認知症施策推進大綱策定	「予防」と「共生」の二本柱を掲げ、本人主体・共生社会への転換を明確化。認知症の人が尊厳を保ちながら暮らせる社会を目指す
2023 年	認知症基本法成立(6 月)・ 公布(6 月 16 日)	共生社会の実現を推進するための認知症基本法。認知症の人を「権利の主体」と位置づけ、共生社会の実現を基本理念とする初の包括的法律
2024 年	認知症基本法施行(1 月 1 日)	法的枠組みが本格始動。国に「認知症施策推進基本計画」策定義務を課す
2024 年 12 月	認知症施策推進基本計画閣議決定	基本法の理念を具体化。理解促進、意思決定支援、社会参加、医療・介護体制整備、研究・予防などを包括的に展開
2025 年 ～	各都道府県・市町村計画へ展開	国の基本計画を受け、自治体が独自計画を策定し、地域で具体的施策を実施

表3. 認知症施策推進基本計画に示される 12 の基本的施策

-
1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等
 2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
 3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等
 4. 認知症の人の意思決定の支援及び権利権益の保護
 5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
 6. 相談体制の整備等
 7. 研究等の推進等
 8. 認知症の予防等
 9. 認知症施策の策定に必要な調査の実施
 10. 多様な主体の連携
 11. 地方公共団体に対する支援
 12. 国際協力
-

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

働く場の認知症観の変化の研究

研究分担者 岡村毅

東京都健康長寿医療センター

自立促進と精神保健研究チーム 研究部長

研究要旨

【目的】

本研究の目的は、認知症観がどのように形成・変容するかを、現場の相互作用に着目して明らかにすることである。

【方法】

対象は東京都板橋区高島平団地における、無選別で就労機会を提供する C 社とした。参与観察およびインタビューにより、認知症と診断された人の就労開始時における受け入れ側の認識とその変化を検討した。

【結果】

初期には「物忘れが激しい」「徘徊する」といったステレオタイプに基づく認識がみられたが、継続的な関わりを通じて「他の人と変わらない」「個性の一つ」といった理解へと変化した。C 社の「シフトなし・ノルマなし・無選別」という構造は、多様な特性をもつ人々の共存を可能にし、認知機能低下を特別視しない環境を形成していた。

【考察】

認知症観は知識として固定されたものではなく、共に活動する経験を通じて関係の中で再構成される動的なものであることが示唆された。認知症観の変容には、啓発よりも相互作用の場の創出が重要である。

A. 研究目的

「認知症観」は、近年の認知症施策の文脈の中で前景化してきた概念である。しかし、その定義は必ずしも明確に規定されておらず、むしろ政策的スローガンとして先行し、学術的整理は途上にある。

従来の認知症理解は、認知機能の低下やBPSD（行動・心理症状）といった欠損モデルに依拠してきた。しかし近年では、認知症を「能力の喪失」としてのみ捉えるのではなく、「どのような生活が可能であるか」という視点から再考する動きが強まっている。すなわち認知症観とは、単なる疾患理解ではなく、「その人がどのように生きる存在として見なされるか」という規範的枠組みそのものである。

さらに重要なのは、認知症観が固定的なものではなく、日々の実践の中で形成され、更新され続ける動的な構築物であるという点である（社会構成主義）。認知症観は、医療者、本人、家族、地域住民の相互作用の中で絶えず再定義される。

したがって、認知症観を論じる際には、抽象的な理念や定義の整備に先立ち、現場で実際に何が起きているのかを丁寧に記述することが不可欠となる。制度や言説としての認知症観を外在的に論じるのではなく、具体的な生活場面において人々がどのように認知症を理解し、関わり、意味づけているのかを丹念に描き出す必要がある

（Clifford Geertzの「厚い記述（thick description）」に対応する）。

本研究の目的は認知症という状態にある人を、社会がどのような存在として位置づけ、その人の生をどのように構想するかについて、現場における相互作用の詳細な観

察によって探索することである。

B. 研究方法

東京都板橋区の高島平団地の中央部において「シフトなし、ノルマなし、年齢制限なし、経験不問」の働く場を提供するベンチャービジネス（C社）がある。この会社のビジネスモデルは、会社が封入等の軽作業を大規模に受注し、働き手は場において自分のペースで働き、出来高払いで報酬を得る仕組みである。C社で働くのに先立ち面接などはないが、事前の会員登録（氏名・生年月日・性別・住所・電話番号・メールアドレス）を要する。会員は次回の勤務希望日を1回分だけ登録することが可能であり、それにより同一会員に軽作業が集中することのないよう管理されている。フィールドに設置した拠点での住民や、フィールドのキーパーソンからも、この会社が高齢者の健康や自己実現に資する活動をしているという情報が得られている。本研究に先立って何度か訪問し参与観察したところ、業務開始の1時間前には参加者がお菓子を持ち寄って談笑しており、仕事でも会話が絶えず、うまくいかない人をみんなで支え、終業後も談笑したり、スタッフを捕まえて昔話をしたり、さらにはスタッフと夕食に行くといった様子が観察された。

ここで認知症と診断された人が働き始めたときに、受け入れ側がどのようにそれを知覚するかについて参与観察及びインタビューにより明らかにした。

（倫理面への配慮）

本研究は東京都健康長寿医療センターの倫理委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

C 社では、会員登録時に本人の状態評価を行わないため、認知機能低下があることがあらかじめ分かっている人を職場で見守りながら関わることは、本研究開発以前には初めての経験であった。そのため、研究協力当初には、初めて関わる認知機能低下のある人に対して身構えてしまっていたことが語られた（「やる前だと……、物忘れ激しくて深夜徘徊……みたいな印象」）。

しかし、3 か月後には認知機能低下のある人への印象の変化が語られ（「意外と認知症とはいったけれど、そんなに周りの人と変わらないものになって」「実際に他に来てくださってる方々の中でもちょっと物忘れ激しいなとか、慌ただしいなっていう方とかと大して、そこまで変わらないんじゃないかなっていう」）、実際に関わる経験を通して、認知機能低下のある人、ひいては認知症そのものに対する認識が変化していったことが推察された。

さらに、認知機能低下のある人との関わりを継続する中で、認知機能低下によって生じる得手不得手が、特別な問題としてではなく、個性の一つとして受け止められやすくなっている傾向が窺えた（「(参加者は)別に普通の方々に、全然いるような感じなので、ぱっと見、分からない」「私ぐらいの距離感ですとそんなに、普通にそれぞれ個性」「いろんな方いるので、この方はちょっとペース感、ゆったりなんだな、みたいな」）。こうした受け止め方の背景には、C 社がこれまで、明示的に支援対象を位置づけることなく、多様な状態や特性をもつ人々を結果的に受け入れてきた職場であったことの影響があると考えられる。

D. 考察

本研究は、認知症観があらかじめ固定された信念体系として存在するのではなく、実践の中で形成され、変容する過程を具体的に示した。とりわけ、C 社における就労という日常的な社会参加の場において、認知機能低下のある人との継続的な相互作用を通じて、当初はステレオタイプに基づいていた認識が、より個別的かつ関係的な理解へと変化していく過程が観察された。

研究協力当初にみられた「物忘れが激しい」「徘徊する」といったイメージは、社会に流通する典型的な認知症像を反映したものであり、これはメディアや医療言説によって形成される「カテゴリーとしての認知症」に対応する。一方で、実際に同じ場で働き、時間を共有する中で、「他の人と大して変わらない」「個性の一つ」といった語りへと変化していったことは、認知症が抽象的なカテゴリーから具体的な他者へと再定位されたことを意味する。認知症観は知識として内在しているのではなく、関係の中で実践的に生成される。

本研究のフィールドである C 社の特性は、この認知症観の変容を促進する重要な条件として位置づけられる。C 社は、事前の能力評価や選別を行わず、「シフトなし・ノルマなし」という緩やかな参加条件を設定している。この構造は、特定の能力基準に基づいて人を分類することを回避し、結果として多様な特性をもつ人々が同一の枠組みの中で共存する状況を生み出している。そのため、認知機能低下は特別なカテゴリーとして顕在化しにくく、「多数の違いの一つ」として埋め込まれる。このような環境は、認

知症を「例外的存在」としてではなく「連続体の中の一様相」として捉える認知症観を生成しやすい。

この点は、従来の医療・福祉サービスにおいて、対象者を明示的にカテゴリー化し、支援の対象として位置づける枠組みとは対照的である。従来の枠組みでは、「認知症であること」が支援の前提となるが、そのこと自体が認知症を特異化し、他者性を強化する可能性がある。一方でC社のような場では、「認知症であること」を前提としない関係が先行し、その後に必要なに応じて調整が行われる。この順序の違いが、認知症観のあり方に大きな影響を与えている可能性が示唆される。

以上を踏まえると、認知症観の変容は、教育や啓発といった情報提供のみではなく、具体的な相互作用の機会、すなわち「ともに活動する場」の存在に強く依存していると考えられる。本研究の知見は、認知症観を変えるための介入として、知識の伝達ではなく、関係性の再編成を重視する必要性を示している。認知症観とは説得によって変わるものではなくともに何かをすることで代わる可能性がある。

E. 結論と今後の課題

本研究は、認知症観が固定的な知識ではなく、共に働く経験を通じて関係の中で再構成される動的なものであることを示した。

今後は、このような場の再現可能性と持続性、異なる地域・文脈での適用可能性を検討するとともに、認知症観の変容が本人の生活や社会参加に及ぼす影響を明らかにする必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C. Welfare to Meaningful Work. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2025 Jan;40(1):e70043. doi: 10.1002/gps.70043. PMID: 39810229.
2. 岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋 高齢期に働く動機分析：高齢期に働く多様な場があることがのぞましい．*老年精神医学雑誌* 2025; 36 : 81-87
3. Sakurai H, Nishi M, Mitsui M, Iizuka A, Ura C, Okamura T. Effects of engaging in remunerated productive activities on people with cognitive impairment: a pilot study. *BMC Res Notes*. 2025;18(1):501. Published 2025 Dec 4. doi:10.1186/s13104-025-07572-x

2. 学会発表

岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、西真理子、宇良千秋. 仕事を通じた認知症共生社会作りの探索的研究. 第26回認知症ケア学会(福岡) 2025.5.31~6.1 国内 ポスター

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

本人ミーティングを通じた参加者の認知症観の変化に関する研究

研究分担者

宮前史子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

研究要旨

本研究は、本人ミーティングへの継続参加を通じて参加者の認知症観がどのように変化するかを明らかにすることを目的とした質的記述的研究である。2018年11月から2022年11月にかけて東京都内の認知症支援地域拠点において全45回実施された本人ミーティングを対象に、20回以上出席した1名の発言・行動をフィールドノートおよびミーティング記録から抽出し、縦断的質的研究におけるテーマ分析および trajectory アプローチを用いて分析した。

分析の結果、4つのテーマにわたる変化が生成された。この内、認知症観の変化にかかわるテーマは、①きょうだいの事例を通じた認知症支援の理解の深化、②認知症を自分事として捉える認知枠組みの変容、③当事者意識をもった共感的態度の形成の3つであると考えられる。笠貫ら（2026）の認知症観の5構成要素と照合すると、これら3テーマは知識・態度・認知枠組みの変化にそれぞれ対応していた。本研究は単一事例の記述的研究であり一般化には限界があるものの、本人ミーティングへの継続参加が「新しい認知症観」の形成を促す場として機能しうることを示唆するものである。

A. 研究目的

2024年12月に閣議決定された認知症施策推進基本計画は、「新しい認知症観」の理解促進を第1期基本計画の重点目標の一つに掲げ、本人ミーティングをその推進の方法として位置づけている。「新しい認知症観」とは、「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし

続けることができる」という考え方であり、国民一人一人が認知症を「自分ごと」として理解することが求められている。

「認知症観」とは何かについては、笠貫ら（2026）が①知識、②態度・感情、③認知枠組み・病気認識、④スティグマ、⑤行動意図の5つの構成要素から成る概念として整理しており、認知症施策の動向と密接に関連しながら時代とともに変化してきたことを論じている。しかしながら、個人の認知症観が具体的にどのような過程を経て変化する

るかについては、実証的な記述が十分に蓄積されていない。

本人ミーティングは、認知症のある人が自らの体験や思いを語り合う場として全国に広がりつつあるが、参加者が継続参加することで生じる認知症観の変化については、これまで十分に検討されてこなかった。本研究では、1名の一般参加者の語りの変化を詳細に記述することを目的とする。

B. 研究方法

1. 研究デザイン・期間・セッティング

本研究は記述的質的研究デザインを採用した。2018年11月から2022年11月に、東京都内の大規模団地内に位置する認知症支援地域拠点(以下、地域拠点)を会場に、全45回実施された「本人ミーティング」を対象とした。この地域拠点は、地域住民にとっての交流の場であるとともに、医療、介護、福祉、心理の専門職が相談支援を提供している。また、本拠点は、東京都健康長寿医療センター研究所が地域住民と研究者が協働して研究を進めるCBPR (Community-Based Participatory Research) の拠点としての機能も有している。

2. 本人ミーティングの運営

本人ミーティングは原則として毎月1回開催した。このミーティングでは、認知症と診断された本人、主観的な認知機能低下を自覚している人、および認知症に関心のある人を対象に開催された。参加のハードルを下げるため、運営者も研究者も、参加者の認知症の有無は確認しない方針をとった。認知症の有無は会の中で参加者自身からカミングアウトする形で明らかになる。なお、同伴した家族は別室で家族会を実施した。

本人ミーティングのファシリテーションは、若年性認知症の当事者が担当し、テーマは参加者に委ねられた。参加にあたっては、「何を話しても良い」「他の参加者の話を否定しない」「ミーティングで聞いた個人的な情報を外部に漏らさない」という3つのルールが共有された。参加者の要望から、第26回目のミーティング以降は、前半1時間を認知症に関する勉強会、後半1時間を本人ミーティングとする二部構成で実施された。

3. 分析対象者

分析対象者は、全45回のミーティング中20回以上出席した1名(Aさん)とした。Aさんは、初回参加時は70代後半で子供と会場の近隣に二人暮らしである。実のきょうだい達全員が認知症であり、「認知症の人への対応を学びたい」という動機を語った。第19回から本人ミーティングに、第27回から勉強会に参加した。前者の出席率は74.1%、後者の出席率は90.0%であった。初期は家族会と本人会を交互に参加していたが、勉強会開始後は本人会に継続参加するようになった。地域拠点の利用は、当初は専門職との相談が中心だったが、その後、知人が増え交流の場としても継続的に利用するようになった。

4. データ収集

量的データとして各回の参加者の出欠記録、および性別、年齢、参加理由等を尋ねた無記名アンケートを収集した。質的データとしては、各ミーティングに2~3名の研究者が参加し、非言語的行動を含め観察し、終了後、発言内容、相互作用、気づきを含む詳細なフィールドノートを作成した。また、各ミーティング後には、運営改善と参加者の

言動の再検討を目的としたスタッフの反省会を実施し、その議論の内容を議事録として記録した。筆者は研究期間中、原則として全てのミーティングに参加し、終了後、他のスタッフから参与観察に基づくフィールドノートと反省会議事録を収集し、時系列順に整理した。データの信頼性を確保するため、毎回、フィールドノートおよび議事録内容の確認をスタッフ全員に依頼し、最終的な合意を得た。

5. 分析

データは、各セッションのフィールドノートおよびミーティング記録から A さんの発言・行動を抽出したものとした。

分析には、縦断的質的研究におけるテーマ分析および trajectory アプローチを用いた (Grossoehme & Lipstein, 2016; Audulv et al., 2022; Terzis, 2022)。まず、フィールドノートおよびミーティング記録から A さんの発言・行動を抽出し、意味のある単位にコーディングした。次に、変化の観点 (発言内容、行動、ミーティング参加への態度等) からコードを比較検討し、類似するコードを統合してテーマを生成した。コードおよびテーマの命名は、ミーティング運営に関わる複数の研究者間で合意が得られるまで協議した。

さらに、各テーマについてコードとミーティング開催日に対応させたコードマトリクスを作成し、各コードの出現状況を視覚的に把握した。このコードマトリクスを用いて、時系列的な変化および特定の出現パターンを分析した。分析プロセスには質的研究に精通した助言者を加え、各テーマの時系列的変化について研究者間で検討した (表 1 参照)。

C. 倫理面への配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した (元健医第 3146 号)。

本人ミーティングは、認知症に伴う偏見・差別への配慮から、氏名を開示せずに参加できる匿名性を保障した運営としている。そのため、倫理委員会の判断により、署名による書面同意は匿名性の保障と両立しないとして、口頭によるインフォームドコンセント手続きが承認された。具体的には、各回の冒頭にスタッフが口頭で以下を説明した：①本ミーティングが研究の一環として実施されていること、②参加者のプライバシーに十分配慮した上で手書きのメモを取ること、③自身の発言を研究記録から削除するよう求めることができること、④研究への参加を断っても会への参加の権利には影響しないこと。また、地域拠点の入口にはオプトアウトの案内を掲示し、拠点での活動が研究に使用される可能性があること、および参加辞退の方法を周知した。

D. 研究結果

1. 分析結果

分析対象期間 (第 19～45 回) において、A さんの発言は 45 のコードが生成された。発言は第 19 回から確認され、第 27 回、第 34 回、第 43 回に特に多くのコードが観察された。

2. 語りの変化

分析の結果、A さんの語りの変化は以下の 4 つのテーマとして示された。コードは〈 〉、語りの引用は斜体で示した。語りの引用の末尾の数字 (#) はミーティングの

回数である。

テーマ 1：認知症のきょうだいの事例を通じた認知症支援の理解

参加初期（第 19～25 回）、A さんは〈認知症の家族の症状への不安〉や〈認知症の人はわざと問題行動をしているのではないかという疑念〉を語ることが多かった。第 26 回より勉強会が開始され、第 27 回以降 A さんの発言はより活発となった。その後、きょうだいへの関わり方を模索する中で、〈認知症の症状に影響を及ぼす要因への気づき〉や、〈認知症の人とどうコミュニケーションをとればいいのか理解できた〉といった理解が深まっていった。後期（第 40～45 回）には、主体的に〈認知症の人のプライドを尊重したケア方法を思案〉する語りへと変化が見られた。

A：でも、それも、本人がばれたくない。結構シモ（※排泄の失敗）っていうのは、男性にしろ女性にしろ隠したくなる。そういうのが、年取ってれば取ってるほどそれが顕著に出るのかなっていう気がするの、人にとって当たり前のことなんだよっていうのを。だから本人を傷つけないで、それは当たり前なんだよって、どうやって言葉とか態度に表してあげたら一番いいのかなって悩むところ。一番考えるところですね。（#41）

テーマ 2：自分事としての認知症理解

参加当初から〈自分も認知症ではないか・なるのではないかという不安〉が散見されたが、中期以降（第 30 回前後）は〈介護保険利用のための手続きがイメージできない〉〈認知症になったら誰が自分を支えてくれるのかわからない〉など、将来への具体的

な不安や準備への関心が増加した。後期には〈自分が認知症になった場合のケアの希望〉や、〈認知症や終末期に意思が表明できなくなった時自分の意思が尊重されるのか不安〉といった、自らの意思決定に関する語りが見られるようになった。

A：できるだけ料理したい。できなかったらヘルパーさんに手伝ってもらって。それができなくなったら、出来合いのものとかな。（#40）

テーマ 3：当事者意識をもった共感

第 27 回以降、〈認知症の人の行動を共感的に理解を示す〉コードが出現し始め、中期以降は〈認知症への偏見はおかしいという認知症の本人への共感〉といった偏見への批判的な視点や、〈家族と本人の両方の立場から語る〉発言が観察された。後期には〈自分とは異なる立場の人への共感的理解を示す〉様子や、〈認知症に対する社会の偏見に思いをはせる〉など、個人的関心を超えた視点での語りへと変化した。

参加者：年寄りね、認知症を認めない。自覚症状があっても認めない。

A：認めたくない。そういう気持ちがある。医者に言われても認められない、それはその人の気持ちで、それまで生きてきた年月の積み重ねがあるから。（#34）

テーマ 4：会への参加の態度

認知症観の変化と並行して、A さんの会への参加態度にも変化が観察された。当初は〈会の中で自分の話ばかりして時間を取ってしまう〉など、自分が抱える多くの疑問をぶつけることに時間を費やしてしまう傾向が見られたが、参加を重ねるにつれ、スタ

ップから〈人の話を聞く余裕が出てきたというスタッフからの評価〉〈表情や態度が明るくなったというスタッフからの評価〉というコードが示す変化が見られた。また、ファシリテーターから少し離れた〈外周に座るようになったというスタッフからの評価〉というコードが示す変化も認められ、会場の場における関わり方そのものが変容していったことが示唆される。

E. 考察

本研究では、本人ミーティングへの継続参加を通じた A さんの語りの変化を縦断的に記述した。分析の結果、A さんの語りには 4 つのテーマにわたる変化が観察された。この内、認知症観の変化にかかわるテーマは 3 つであると考えられる。すなわち、「家族への試行錯誤を通して認知症支援の理解が深まる」「自分事として認知症理解が深まる」「当事者意識をもって共感するように変化する」である。

笠貫ら（2026）は「認知症観」の構成要素として、①知識、②態度・感情、③認知枠組み・病気認識、④スティグマ、⑤行動意図の 5 側面を提示している。本研究で観察された A さんの変化をこの枠組みに照らすと、テーマ 1 は主に①知識の深化に、テーマ 3 は②態度・感情の変化に、テーマ 2 およびテーマ 3 は③認知枠組み・病気認識の変容にそれぞれ対応していた。すなわち、本人ミーティングへの継続参加を通じて、認知症観を構成する複数の側面に変化が生じた可能性が示唆される。

一方、④スティグマについては「認知症への偏見はおかしい」といった語りに一部示唆されるものの、尺度等の直接的な測定や

インタビューなどは行っていない。また⑤行動意図については本研究のデータからは捉えられなかった。認知症観の変化を包括的に論じるためには、これらの側面を含めた検討が今後の課題である。

A さんの発言量は第 26 回の勉強会開始以降に増加した。また、全期間を通じて当事者ファシリテーターや他の参加者との継続的な対話が行われていた。これらの出来事が A さんの認知症観の変化と関連していた可能性は否定できないが、本研究は記述的研究であり、因果関係を断定することはできない。

本研究の結果は、本人ミーティングへの継続参加が、笠貫ら（2026）の示す認知症観の構成要素のうち少なくとも 3 側面（知識・態度・認知枠組み）において変化をもたらしていることを示唆するものであり、この政策的方向性を支持する事例として位置づけることができる。特に注目されるのは、A さんが家族の立場として参加を開始し、継続的な対話を通じて認知症を「自分事」として捉えるようになったプロセスである。基本計画は「新しい認知症観」の核心として「誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解すること」を掲げているが、A さんの変化はまさにこの理念に重なるものといえる。本研究は単一事例の記述的研究であり、一般化には限界があるものの、本人ミーティングが認知症観の変化を促す場として機能するという実践的な示唆を提供するものである。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、分析対象が 1 名であり、結果の一般化には限界がある。第二に、語りの変化が内面

の認知症観の変化を直接反映しているとは言いきれず、その場の文脈や相互作用の影響を排除できない。第三に、笠貫ら（2026）の示す④スティグマおよび⑤行動意図については本研究では直接的に捉えられておらず、認知症観の変化を包括的に論じることは限界がある。

F. 結論

本研究では、本人ミーティングへの継続参加を通じて、地域住民であり家族の立場で参加した A さんの認知症観が複数の側面にわたって変化したことを記述的に示した。具体的には、きょうだいへの関わりを通じた知識の深化、認知症を自分事として捉える認知枠組みの変容、そして当事者意識をもった共感的態度の形成という 3 つのテーマにわたる変化が観察された。これらは笠貫ら（2026）の示す認知症観の 5 つの構成要素のうち少なくとも 3 側面に対応するものであり、本人ミーティングが「新しい認知症観」の形成を促す場として機能しうることを示唆する。

引用文献

1. Auduly, Å., Hall, E.O.C., Kneck, Å., Westergren, T., Fegran, L., Pedersen, M.K., Aagaard, H., Dam, K. L., & Ludvigsen, M.S. (2022). Qualitative longitudinal research in health research: A method study. *BMC Medical Research Methodology*, 22(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01732-4>
2. Grosseohme, D., & Lipstein, E. (2016).

Analyzing longitudinal qualitative data: The application of trajectory and recurrent cross-sectional approaches. *BMC Research Notes*, 9(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-1954-1>

3. Terzis, L.D., Saltzman, L.Y., Logan, D.A., Blakey, J.M., & Hansel, T.C. (2022). Utilizing a matrix approach to analyze qualitative longitudinal research: A case example during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Qualitative Methods*, 21. <http://dx.doi.org/10.1177/16094069221123723>
4. 笠貫浩史, 岡村毅, 井藤佳恵, 宇良千秋, 宮前史子, & 涌井智子. (2026). 「新しい認知症観」と認知症の人の理解. *The Curator of Neurocognitive Disorders*, 3(1), 20-25.
5. 厚生労働省. (2024). 認知症施策推進基本計画. <https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む.)

1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

表1 各テーマにおける時系列コードマトリクス

テーマ／コード	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
認知症のきょうだいの事例を通じた認知症支援の理解																											
> 新しいケアの概念について知る		1																									
> 認知症の家族の症状への不安		1			1	1				1	1																
> 認知症の家族の症状の説明（＋）		1	1							1																	
> 認知症の人はわざと問題行動をしているのではないかという疑念			1							1	1																
> 認知症の人へどうやったら寄り添えるのかの問い						1								1								1					
> 認知症の症状に影響を及ぼす要因についての気づき										1						1											
> 過去に出会った認知症の人の症状を振り返り自分に知識などの備えがなかったことへの後悔										1						1											
> 認知症レベルのものの忘れとはどのくらいか不明										1																	
> 認知症の家族は認知症を完全には受容していないという疑念										1																	
> 認知症を指摘すると開き直る家族について											1																
> 認知症の人の態度にむきになってしまう										1																	
> 自分のケアを受け入れてくれない家族への葛藤											1			1													
> 自分のきょうだいの認知症の問題をもっと取り上げてほしいという要求											1																
> 認知症の人とどうコミュニケーションをとればいいのか理解できた												1													1	1	
> 認知症への理解と誤解・偏見の両立																1											
> 認知症の人がどんな工夫をして暮らしているか自分が聞ききたことを紹介																					1						
> 認知症の人のプライドを尊重したケア方法を思案																							1	1			
自分事としての認知症理解																											
> 自分の生きづらさや困りごとの開示	1	1								1	1					1				1	1	1			1		
> 自分も認知症ではないか／なるのではないかと不安	1	1																			1				1		
> 他の人が心配に思っていることを聞きたい		1										1															
> 自覚症状があっても何科に受診したらいいかわからないという訴え												1															
> 介護保険利用のための手続きがイメージできない													1		1	1	1							1			
> 医療機関は本当に自分の（終末期の）意思を尊重してくれるのか疑念													1						1								
> 自分の認知機能の変化について省みて分析													1												1		
> 介護保険サービスについてよく知らないことを表明													1										1				
> 本当は家で暮らし続けたいが子どもの迷惑にはなりたくない気持ち														1													
> 経済的負担から終の棲家がイメージできない不安															1												
> 認知症になったら誰が自分を支えてくれるのかわからない															1	1				1							
> 自分の意思を尊重してくれるケアマネにどうやって出会うか知りたい																	1						1	1			
> 死後の整理について知っておきたい																		1									
> 終末期の意思についてどのように家族と共有しているか説明																			1								
> 自分が認知症になった場合のケアの希望																					1						
> 認知症や終末期に意思が表明できなくなった時自分の意思が尊重されるのか不安																									1		
当事者意識をもった共感																											
> 認知症の人の行動を共感的に理解を示す									1							1									1		
> 認知症への偏見はおかしいという認知症の本人への共感														1		1											
> 家族と本人両方の立場から語る																1	1					1					
> 認知症に対する社会の偏見に思いをはせる																1											
> 自分とは違う立場の人への共感的理解を示す																				1		1					1
> 自分事としての認知症について																						1			1		
会への参加の態度																											
> 他の参加者から嫌なことを言われてしばらく休んだ									1																		
> 会の中で自分の話ばかりして時間を取ってしまう										1				1													
> マイクを用意してもらって話が聞き取りやすくなった																								1			
> 人の話を聞く余裕が出てきたというスタッフからの評価									1								1							1	1		
> 表情や態度が明るくなったというスタッフからの評価										1																	
> 「外周に座るようになった」というスタッフからの評価																						1			1		

別紙 3

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

ケアファーム参加者・支援者が語った新しい認知症観

研究分担者 宇良 千秋 東京都健康長寿医療センター研究所 准主任研究員

研究要旨

【背景と目的】わが国の認知症施策は、従来の「保護・管理」の対象としての認知症観から、本人の意思と権利を尊重する「新しい認知症観」への転換期にある。こうした中、自然環境や農作業を活用するケアファームは、当事者が主体的に社会参加し、役割を担う場として注目されている。しかし、この新しい認知症観が、実際の現場において参加者や支援者にどのように受け止められ、どのような体験を通じて形成されているのかについては、いまだ十分な知見が得られていない。本研究では、認知機能障害をもつ高齢者を対象にしたケアファームの参加者・支援者に「新しい認知症観」についての考えを聴取し、その背景にどのような要素があるかを探索的に分析することを目的とした。

【方法】静岡県伊東市のケアファーム事業に参加する高齢者および支援者を対象に「新しい認知症観」に関するフォーカス・グループインタビューを実施し、主題分析を行った。

【結果】1) 参加者が語った新しい認知症観は、理念的に理解されるものではなく、ケアファームへの参加という「体験」を通じて実感されたものであった。2) 支援者が語った新しい認知症観は、教えられた知識ではなく、日々の実践の中で自然に形成されたものであった。

【考察】本研究の結果、農園での共同作業が新しい認知症観を育むプロセスが明らかとなった。農園という場での共同作業を通じて参加者と支援者の間に信頼関係が醸成され、それが「支援する側・される側」という分断を解消することにつながっている。こうした本人視点の実践の積み重ねが、結果として「新しい認知症観」の醸成に寄与していると考えられる。

【結論】ケアファームにおける新しい認知症観は、言葉による啓発よりも、具体的な活動や人間関係を通じた「体験」や「実践」によって、参加者・支援者双方の中に自然に形作られるものであることが示唆された。

A. 研究目的

わが国の認知症施策は、「認知症になっても希望を持って自分らしく暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、従来の「保

護・管理」の対象としての認知症観から、本人の意思と権利を尊重する「新しい認知症観」への転換期にある¹⁾。こうした中、自然環境や農作業を活用する「ケアファーム」

は、当事者が主体的に社会参加し、役割を担う場として注目されている²⁾。しかし、この新しい認知症観が、実際の現場において参加者や支援者にどのように受け止められ、どのような体験を通じて形成されているのかについては、いまだ十分な知見が得られていない。本研究では、認知機能障害をもつ高齢者を対象にしたケアファームの参加者・支援者に「新しい認知症観」についての考えを聴取し、その背景にどのような要素があるかを探索的に分析することを目的とした。本研究は、認知機能障害をもつ高齢者を対象にしたケアファームの参加者・支援者に「新しい認知症観」についての考えを聴取し、その背景にどのような要素があるかを探索的に分析することを目的とした。

B. 研究方法

静岡県伊東市のケアファーム事業に参加する認知機能障害をもつ高齢者4名（以下、参加者）および、事業を運営するNPOスタッフ4名、市職員2名（以下、支援者）を対象とした。手法としてフォーカス・グループインタビューを採用し、前述の「新しい認知症観」の説明文を提示した上で、それに対して感じたことや関連するエピソードについて自由な語りを求めた。得られた逐語録は、Braun & Clarke³⁾のテーマ分析に基づき、主題分析を行った。

【倫理的配慮】

本研究は、東京都健康長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号R25-051）。

C. 研究結果

分析の結果、参加者および支援者の語り

から以下の特徴が抽出された。

1) 参加者が語った新しい認知症観

新しい認知症観について理念的に理解するのではなく、ケアファームへの参加という体験を通して「認知症があっても人と関わり、役割を持ち、楽しむことができる」ことを実感しており、「来て経験しなければ分からない」という語りが複数の参加者から示された。

①「認知症になっても何もできなくなるわけではない」ことを体験知として語った。

Aさん（男性、80代）

「認知症になるのはね、やっぱりね、友達と仲間同士で話さなきゃ駄目。あと運動しなきゃ駄目」「話して運動する、それが一番いいですよ、認知症には」

Bさん（男性、80代）

「うちで母ちゃんの子分やってるだけじゃつまんねえけど、やっぱりみんなとこ行きゃね。くつついて歩くだけでもいいじゃん、楽しいもんね」

Cさん（女性、80代）

「ここへ来れば楽しくできる」「みんなと一緒にだっていう安心感」「共通した楽しみってのはね、一緒にできるってことよね」

②「理念ではなく、体験しないと分からない」と考えている。

Aさん（男性、80代）

「実際にね、本人が経験しなきゃ駄目」

「来て、経験しなきゃ駄目」

「話を、話を、ここはどうのこうの言っただってね、本人は分からないから」

Bさん（男性、80代）

「やっぱり来ると楽しいけどさ、やっぱり

ね、来なくちゃ分かんないからね」

「1 回来てみないと分かんないもんね、何も」

2) 支援者が語った新しい認知症観

理念として語られる前に、実践として積み重なってきたものである。教えられて身につけた考えではなく、一緒に作業し、関係を作り、時間を過ごす中で自然に形成されたものである（表 1 参照）。

- ① 日々の実践の中で共に時間を過ごすことで自然に培われた考えである。
- ② 認知症を特別視せず、個性や老化現象のひとつとして捉える視点である。
- ③ 本人が地域に出て役割を選択できることの重要性。
- ④ 「支援する／される」という二分法的な関係ではなく「一緒に場をつくる実践」として活動をとらえている。

D. 考察

本研究の結果、農園での共同作業が新しい認知症観を育むプロセスが明らかとなった。農園という場での共同作業を通じて参加者と支援者の間に信頼関係が醸成され、それが「支援する側・される側」という分断を解消することにつながっている。こうした本人視点の実践の積み重ねが、結果として「新しい認知症観」の醸成に寄与していると考えられる。

E. 結論

ケアファームにおける新しい認知症観は、言葉による啓発よりも、具体的な活動や人間関係を通じた「体験」や「実践」によって、参加者・支援者双方の中に自然に

形作られるものであることが示唆された。

F. 引用文献

- 1) 厚生労働省 HP 認知症施策推進基本計画 令和 6 年 12 月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>
- 2) Ura C, Okamura T, Yamazaki S, Shimmei M, Torishima K, Eboshida A, Kawamuro Y. Rice farming care as a novel method of green care farm in East Asian context: an implementation research. BMC Geriatrics, 2021;21:237.
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02181-2>
- 3) Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101.

G. 研究発表

1. 論文発表
- 1) Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Sachiko Yamazaki, Akira Eboshida, Yu Kawamuro. Does implementing care farms in psychiatric hospitals prevent staff burnout?: A pragmatic, mixed-method pilot study. BMC Research Notes (In press)
- 2) 宇良千秋. 農園を活用した多世代共生社会構築の可能性. 老年社会科学, 47 (4)421-426, 2026.
2. 学会発表
- 1) 宇良千秋、山崎幸子、岡村毅 精神科病院における農園芸活動の多面的評価 老年社会学会第 67 回大会 2025. 6. 27~29 (学会賞受賞)

- | | |
|---|---|
| 2) 宇良千秋（招聘）シンポジウム「長寿を喜ぶ・喜ばれる多世代共生社会の実現を目指してー挑戦と展望ー」老年社会学会第 67 回大会 2025. 6. 27~29 | 1. 特許取得
該当なし |
| 3) Chiaki Ura, Tsuyoshi Okamura, Sachiko Yamazaki, Akira Eboshida, Yu Kawamuro. A mixed methods feasibility study on the multidimensional impact of care farms in psychiatric hospitals: potential for preventing staff burnout. IPA Congress 2025, Kanazawa, Japan, 2025. 9. 25~27 | 2. 実用新案登録
該当なし

3. その他
該当なし |

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む.)

表 1 支援者が語った新しい認知症観の要素と語りの例

要素	発言者	語りの例
①日々の実践の中で体感的に形成されてきたもの	運営者A(男性)	「新しい認知症観って言葉が出だしたとき…別に自分たちがやってることと何ら変わりが無いというか」 「変わったって意識はないです。というのは、僕がそのケアファームをやる前からデイサービスでやってたことだし」
②認知症を特別視せず、個性や老化現象のひとつとして捉える	運営者A(男性)	「目の前の人を、アルツハイマー型でとか、介護度いくつでとか、全然あんまり気にしてなかった」 「何々さんで、昔こうして生きてきて、今こういうことが好きで…」
	運営者C(男性)	「認知症になった自分も含めて自分らしい」 「これも一つの個性だと思えば、一つの障害ですよ」 「一つの老化現象っちゃ老化現象」
	運営者D(男性)	「(以前は) 非常に重い病気っていうふうに捉えてました。ああんまりたくないな、かわいそうだなって感じてた」 「(今は) 病気じゃないんだよとか、みんなの見る目も全然違うんだよって」
	市担当者A(女性)	「やっぱり得意なことってできるんだっていう確認作業というか」
③本人が地域に出て役割を選択できる	運営者D(男性)	「出ても心配ない世の中だったら、出るんじゃないですか」
	運営者A(男性)	「草引ききたかったらずっと草引いてるし、やりたくないや座ってミカンむいてる」 「そういう自由度が保証されているのはすごく大事」
④「支援する／される」関係ではなく「一緒に場をつくる実践」	運営者A(男性)	「結局は人間関係をつくることだと思う」「回数を重ねてある程度お互いが分かってくるまでようやく発揮できる」

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

家族の認知症観に関連する情報支援と診断の影響

研究分担者 涌井 智子 東京都健康長寿医療センター研究所 准主任研究員
 中山 莉子 東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員
 宮前 史子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
 宇良 千秋 東京都健康長寿医療センター研究所 准主任研究員
 笠貫 浩史 聖マリアンナ医科大学 教授
 岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

研究要旨

認知症高齢者の家族にとって、認知症周辺症状を疾患に起因するものとして正しく理解することは、適切な対応や介護負担感の軽減に重要である。一方、在宅介護では、認知症の周辺症状を本人の性格に起因すると捉えることで、介護負担の増加につながることも少なくない。本研究では、家族の認知症観を捉える一つの方法として認知症の周辺症状に対する家族の行動理解に着目し、診断および情報支援との関連を検討した。全国の要介護認定を受けた 65 歳以上の認知症症状を有する高齢者の家族 1,653 名を対象にしたオンライン調査データを解析した。日頃の認知症周辺症状に対する「疾患帰属」および「性格・意図帰属」尺度を従属変数とし、基本属性、介護関連項目、認知症の周辺症状（DBD13）の程度を調整した重回帰分析を行った。その結果、認知症の場合には、診断、および専門職からの情報支援は疾患としての理解を高め、性格としての理解を低減させていた。一方、MCI(軽度認知障害)の段階では、診断のみでは性格としての理解の低減は認められなかったが、専門職からの情報支援がある場合には低減していた。以上より、認知症については、診断を受けることが家族の認知症に対する理解を疾患帰属へと方向づけ、対応の変化につながりうることを示された。一方で、MCI 段階では診断のみでは必ずしも周辺症状の適切な理解につながらない可能性があり、診断後も専門職による継続的な情報支援が必要であると考えられた。

A. 研究目的

認知症高齢者の在宅生活において、認知症周辺症状は、本人の生活の質だけでなく、家族介護者の心理的負担や介護継続にも大きく関わり、認知症周辺症状を疾患に

起因する症状として理解することは、本人への適切な対応や介護負担感の軽減につながる可能性がある[1-3]。一方で、在宅介護の場面では、認知症周辺症状が認知症による症状ではなく、本人の性格や意図的な行

動として捉えられることも少なくない。このような理解の違いは、家族の認知症観の一側面を反映していると考えられる。

これらの認知症の周辺症状理解は、家族の認知症に関する知識、介護経験、診断の受け止め方、周囲から得られる情報などによって形成されると考えられる。認知症の診断は、本人の状態や行動変化を疾患の文脈で理解する契機となり、家族が今後の介護や支援を考えるうえで重要な意味をもつ[2, 4-6]。一方で、診断を受けることは、本人や家族に不安や戸惑い、スティグマをもたらす可能性もあり、診断名が伝えられるだけでは日常生活上の行動変化を十分に理解することにつながらない場合もある[4, 6]。特に MCI 診断では、認知症との境界や将来の見通しが家族にとって分かりにくく、本人の行動を疾患に関連するものとして捉えるか、性格や加齢による変化として捉えるかが曖昧になりやすい可能性がある[7]。

しかし、認知症の周辺症状を「疾患として理解する」あるいは「性格として理解する」という行動理解の観点から、診断や情報支援との関連を検討した研究は十分ではない。特に、認知症および MCI の診断影響の違いに加えて、情報支援を誰から受けているかによって、家族の理解が異なる可能性がある。

そこで本研究は、家族の認知症観を捉える一つの方法として、家族の認知症周辺症状に対する行動理解に着目した。具体的には、「疾患帰属」と「性格・意図帰属」を二つの評価軸として捉え、認知症診断および MCI 診断の有無、ならびに情報支援との関連を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査対象者

本研究では、全国の要介護認定を受けた 65 歳以上の高齢者で、何らかの認知症症状を有する者の家族を対象に実施したオンライン調査データを用いた。

2. 測定方法

認知症周辺症状に対する理解については、認知症に伴って家族が経験しやすい行動・発言の変化をもとに作成した項目を用いて評価した。具体的には、日常生活動作の低下、記憶の低下、興味・関心に基づく行動や発言の減少または出現、習慣的行動の減少、執着の増加、これまで見られなかった行動や発言の出現、行動や発言の一貫性の低下の 8 つの行動変化について、それぞれ「認知症によるものだと思う」とする「疾患帰属」項目と、本人の性格、または本人が自らそうしたい／そうしたくないからだと思うとする「性格・意図帰属」項目を作成した[8]。すなわち、同一の 8 つの行動変化に対して、疾患として理解する傾向を測定する 8 項目 ($\alpha=.966$) と、本人の性格または意図として理解する傾向を測定する 8 項目 ($\alpha=.921$) の計 16 項目を用いた。

診断については、診断なし、何らかの認知症診断あり、MCI 診断ありに分類した。情報支援については、同居家族、別居家族、地域住民、友人・知人、専門職の 5 種類について、各相手からどの程度情報支援を受けているかを把握し、その程度を示す変数として分析に投入した。

調整変数として、介護者および要介護者の基本属性（性別、年齢）、介護状況（要介護度、同別居の有無、周辺症状発症の程度

表1 基本属性			(n=1653)		
介護者		% 平均±SD	要介護者		% 平均±SD
性別	女性	50.3	続柄	配偶者	3.9
	男性	49.7		母親	51.4
年齢		55.6±10.8		父親	19.7
婚姻状況	未婚	27.0		義母	12.5
	既婚	65.2		義父	4.2
	離別/死別	7.8		その他	8.3
主観的健康観	非常に健康	5.6	年齢		85.7±7.3
	まあ健康	46.8	要介護度	要介護1	26.2
	どちらともいえない	18.3		要介護2	30.3
	あまり健康ではない	22.4		要介護3	22.2
	まったく健康ではない	7.0		要介護4	12.9
暮らし向き	十分にゆとりがある	7.7		要介護5	8.4
	少しゆとりがある	27.5	同別居	同居	66.2
	どちらともいえない	27.5		別居	33.8
	やや苦しい	20.0	介護頻度	毎日	55.8
	かなり苦しい	17.2		週に5-6日	7.8
				週に2-4日	18.7
				週に1日	10.0
				週に一日より少ない	7.7
			介護期間	1年未満	12.1
				1-3年未満	29.9
				3-5年未満	27.0
				5-10年未満	22.5
				10年以上	8.5

(Dementia Behavior Disturbance Scale 短縮版 (DBD13)) を把握した。

3. 統計解析

解析では、「疾患帰属」および「性格・意図帰属」に従属変数とし、基本属性などを調整したうえで、診断および情報支援の主効果に加え、診断と情報支援の交互作用を段階的に投入した重回帰分析を行った。解析には SPSS version 25 を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認（承認番号：R21-76）を得て実施した。

C. 研究結果

解析対象は 1,653 名であった。介護者の平均年齢は 55.6 歳 (SD=10.8) で、女性は

50.3% であった。要介護者の平均年齢は 85.7 歳 (SD=7.3) であった。

何らかの認知症症状を持つ 1653 名のうち、MCI の診断を持つものは 20.1%、何らかの認知症の診断を持つもの 53.8%、診断を持たないものは 26.1% となっていた。

表 2 では、周辺症状に対する「性格・意図帰属」と「疾患帰属」に関連する要因の重回帰分析結果を示す。専門職からの情報支援は、性格・意図帰属を低減させる一方で、疾患理解を高めることと有意に関連していた。また、認知症診断は、性格・意図帰属を低減させ、疾患理解を高めることと関連していた。一方、MCI 診断は疾患帰属を高めることとは関連していたが、性格・意図帰属の低減とは有意に関連していなかった。専門職以外からの情報支援では、同居家族および別居家族からの情報支援が性格・意図

表2 認知症の周辺症状に対する性格理解および疾患理解に関連する要因

	性格・意思帰属			疾患帰属		
	B	β	p	B	β	p
情報支援_同居家族	1.60	0.09	<0.001	0.48	0.03	n. s.
情報支援_別居家族	1.40	0.07	0.01	-0.42	-0.03	n. s.
情報支援_地域住民	1.23	0.05	0.07	0.36	0.02	n. s.
情報支援_友人・知人	-0.56	-0.03	n. s.	0.31	0.02	n. s.
情報支援_専門職	-1.47	-0.07	0.01	1.22	0.07	<0.001
診断あり (MCI)	0.75	0.03	n. s.	2.61	0.15	<0.001
診断あり (認知症)	-1.72	-0.10	<0.001	5.14	0.36	<0.001

帰属を高める方向に関連していたが、疾患帰属との有意な関連は認められなかった。

表3では、診断と情報支援の交互作用項を投入し、周辺症状に対する性格・意図帰属および疾患帰属との関連を検討した。その結果、性格・意図帰属については、MCI診断と専門職からの情報支援の交互作用が有意であり、MCI診断を受けている場合には、専門職からの情報支援があることで性格・意図帰属が低減していた。また、認知症診断と専門職からの情報支援の交互作用も有意であり、認知症診断を受けている場合にも、専門職からの情報支援があることで性格・意図帰属がより低減していた。一方、同居家

族、別居家族、友人・知人、地域の人からの情報支援との交互作用は有意ではなかった。

疾患帰属については、診断と情報支援の交互作用はいずれも有意ではなかった。したがって、専門職からの情報支援は、診断の有無にかかわらず疾患帰属を高める可能性がある一方で、性格・意図帰属の低減については、特にMCI診断または認知症診断を受けている場合に強く関連することが示された。

D. 考察

本研究では、認知症の周辺症状に対する「疾患帰属」および「性格・意図帰属」を、

表3 認知症の周辺症状に対する理解に関連する診断と情報支援の交互作用

	性格・意思帰属			疾患帰属		
	B	β	p	B	β	p
診断 (MCI) × 情報支援_同居家族	0.09	0.00	n. s.	0.21	0.01	n. s.
診断 (MCI) × 情報支援_別居家族	-0.04	0.00	n. s.	-0.20	-0.01	n. s.
診断 (MCI) × 情報支援_地域住民	2.65	0.06	n. s.	-0.94	-0.03	n. s.
診断 (MCI) × 情報支援_友人・知人	-1.60	-0.05	n. s.	1.24	0.04	n. s.
診断 (MCI) × 情報支援_専門職	-3.16	-0.13	0.03	0.49	0.03	n. s.
診断 (認知症) × 情報支援_同居家族	0.91	0.05	n. s.	-0.60	-0.04	n. s.
診断 (認知症) × 情報支援_別居家族	0.52	0.02	n. s.	-0.37	-0.02	n. s.
診断 (認知症) × 情報支援_地域住民	1.25	0.04	n. s.	-0.96	-0.04	n. s.
診断 (認知症) × 情報支援_友人・知人	-1.42	-0.06	n. s.	-0.09	0.00	n. s.
診断 (認知症) × 情報支援_専門職	-3.99	-0.22	<0.001	0.44	0.03	n. s.

家族の認知症観の一側面を測定する指標として用い、診断および情報支援との関連を検討した。

その結果、専門職からの情報支援は、認知症周辺症状を疾患として理解する傾向を高めるとともに、性格として理解する傾向を低減させていた。この背景には、専門職が認知症の症状や行動変化について、家族が接する日常生活において位置付けることにより、家族が直面する、行動変化を本人の性格や意思ではなく、疾患に伴う変化として捉え直しやすくなることが考えられる。

一方、専門職以外からの情報支援は、性格としての理解を高める方向に関連していた。この背景には、家族や身近な人々からの情報が、本人の過去の性格や生活歴、日常的な言動に基づいて解釈されやすいことが考えられる[9]。家族間で共有される情報は、介護者にとって心理的支えとなる一方で、認知症の周辺症状を疾患の症状として捉えるよりも、「もともとの性格」「わがまま」「頑固さ」といった理解を強める可能性がある。これは、情緒的支援となりうる家族や身近な人々による支援を否定するものではなく、そこに専門職による適切な説明や助言といった正しい情報支援を組み合わせることが重要である点を強調するものである。

また、認知症診断は、認知症の周辺症状を疾患として理解することを促し、性格として理解することを低減させていた。診断は、家族にとって本人の行動変化を疾患の文脈で理解する契機となると考えられる。

一方、これらの結果は、MCI 診断においては、性格としての理解の低減は認められないという結果となっていた。MCI は認知症と比較して症状が軽度であり、家族にと

って日常生活上の変化を疾患として捉えにくい可能性がある。また、MCI という診断名自体が家族に十分理解されていない場合、診断を受けても本人の行動を性格に由来するものとして解釈し続ける可能性がある。

しかし、MCI 診断下であっても、専門職からの情報支援がある場合には、性格としての理解が低減しており、このことは、MCI 段階においても、専門職が症状や行動変化の意味を具体的に説明することで、家族の認知症観が変化しうることを示唆している。特に、認知機能低下における早期段階では家族が本人の変化を疾患として理解しにくいとため、診断名を伝えるだけでなく、日常生活上の具体的な行動変化と疾患との関連を説明する支援が重要である。

E. 結論と今後の課題

本研究の結果から、認知症周辺症状に対する家族の理解は、診断の有無と専門職からの情報支援によって方向づけられる可能性が示された。特に、専門職からの情報支援は、認知症周辺症状を疾患に関連する症状

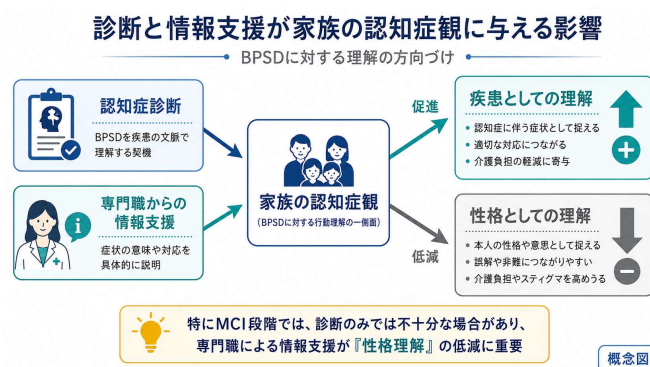


図 診断と情報支援が家族の認知症観に与える影響についての概念図

注) 本図は、研究結果の概念的整理を目的として、生成 AI を用いて作成した。

として理解することを促し、本人の性格に起因するものとして捉える理解を低減させるうえで重要であると考えられる。また、MCI段階では診断のみでは性格としての理解を十分に低減させない可能性があるが、専門職による情報支援が加わることで、家族の理解が変化する可能性が示された。

今後は、専門職による情報支援の内容、頻度、タイミング、伝え方が、家族の認知症観にどのような影響を及ぼすのかをより詳細に検討する必要がある。

また、本研究は横断的調査であるため、診断や情報支援が家族の認知症観を変化させる因果関係については明らかにできない。今後は縦断研究や介入研究を通じて、診断後の情報支援が家族の理解、介護対応、心理的負担に及ぼす影響を検証することが求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

1. 涌井智子, 中山莉子, 岡村毅, 笠貫浩史, 宮前史子, 宇良千秋, 大久保豪. 診断および情報支援が家族の認知症観に及ぼす影響—認知症周辺症状の疾患理解と性格理解—. 日本老年社会科学会 第 68 回大会. (2026/6/13-14, 福島)
2. 中山莉子, 涌井智子, 大久保豪, 栗田主一. 認知症の人を介護する家族の本人理解尺度の作成. 日本老年社会科学会 第 68 回大会. (2026/6/13-14, 福島)

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

参考文献

1. Quinn, C., I.R. Jones, and L. Clare, *Illness representations in caregivers of people with dementia*. Aging Ment Health, 2017. **21**(5): p. 553–561.
2. Polenick, C.A., et al., *"The Filter is Kind of Broken": Family Caregivers' Attributions About Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. Am J Geriatr Psychiatry, 2018. **26**(5): p. 548–556.
3. Polk, D.M., *Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia: linking attributions and problematic integration*. Health Commun, 2005. **18**(3): p. 257–73.
4. Connell, C.M. and M.P. Gallant, *Spouse caregivers' attitudes toward obtaining a diagnosis of a dementing illness*. J Am Geriatr Soc, 1996. **44**(8): p. 1003–9.
5. Aminzadeh, F., et al., *Emotional impact of dementia diagnosis: Exploring persons with dementia and caregivers' perspectives*. Aging & Mental Health, 2007. **11**(3): p.

- 281–290.
6. de Vugt, M.E. and F.R.J. Verhey, *The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers*. Progress in Neurobiology, 2013. **110**: p. 54–62.
7. Connolly, E.M., et al., *What Impact Does the Diagnosis of Mild Cognitive Impairment Have on the Wellbeing, Everyday Behavior, and Healthcare Utilization of People and Their Carers? A Systematic Review*. J Alzheimers Dis, 2024. **101**(3): p. 715–729.
8. 中山莉子, et al., 認知症の人を介護する家族の本人理解尺度の作成, in 日本老年社会科学会 第 68 回大会. 2026: 福島.
9. Quinn, C., et al., *Caregivers' beliefs about dementia: findings from the IDEAL study*. Psychol Health, 2019. **34**(10): p. 1214–1230.

認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究（25GB1002）

研究分担者

成 本 迅 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学・教授

研究要旨

医療現場の認知症観の検証を目的に、全国のアンケート調査作成の基礎資料を得るための認知症サポート医を対象にした半構造化面接によるインタビュー調査を実施した

A. 研究目的

医療現場における認知症観や意思決定支援に関する実態を明らかにすることができる全国調査票を作成することを目的とした。

B. 研究方法

認知症サポート医を含む9名（医師、弁護士、司法書士、社会福祉士）を対象に、ヒアリングを実施した。認知症観、認知症本人の意思決定支援、共同意思決定（SDM）、ACP（Advance Care Planning）の実践状況等について聴取した。

（倫理面への配慮）

患者・利用者等を研究対象者として情報を取得するものではなく、個人の健康情報、診療情報、要配慮個人情報、特定の患者・利用者を識別し得る情報を取得・分析するものではないことから、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の対象となる研究には該当しないと判断した。

C. 研究結果

認知症に対するスティグマや旧来的な認知症観が現在も一部の医療・介護現場に残存しており、世代や職種による認識差が示唆された。また、SDMやACPについては重要性が認識されている一方で、本人と家族の意向の不一致、重症度による本人意思確認の困難さ、遠方家族の介入、制度的・経済的制約などにより、実践には多くの課題が存在することが明らかとなった。さらに、抗アミロイドβ抗体薬の導入により早期発見・早期対応への意識が高まっている一方、費用対効果や臨床的意義について慎重な意見も認められた。

D. 考察

本調査からは、新しい認知症観が必ずしも現場で十分共有されているとは言えず、世代や勤務環境などの認識の差が存在する可能性が示唆された。特にSDMやACPについては理想的理解と実践との間に乖離が存在し、認知症本人の意思決定を困難にしている現状が考えられる。

E. 結論と今後の課題

専門家ヒアリングで得られた知見を踏まえ、現在、全国調査用質問紙の作成を進めている。質問項目には、認知症観、認知症本人の意思決定支援に対する認識、認知症施策推進基本計画への理解等を含める予定である。質問紙完成後に倫理審査申請を行い、全国の認知症疾患医療センター（514施設）および認知症サポート医を対象とした全国調査を実施する予定である。なお、当初はWeb調査を予定していたが、高齢の医師も対象に含まれることから、紙媒体を併用した調査方法についても検討を行っている。

F. 健康危険情報

（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

看護現場の認知症スティグマ検証

研究分担者： 笠貫浩史 聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室 教授

小橋章人 聖マリアンナ医科大学病院 看護部

田所正典 聖マリアンナ医科大学病院 心理・精神保健福祉技術部 臨床心理士

研究要旨

【目的】認知症に関する看護従事者の教育がスティグマ的態度に影響することが指摘されているが、専門資格と認知症スティグマの関連は十分に検討されていない。本研究は専門資格保有者・非保有者の認知症スティグマと関連因子を検討した。

【方法】認知症看護認定看護師資格の保有および非保有看護師を対象に、横断的ウェブアンケート調査を実施した。日本語版認知症スティグマ評価尺度（PDSA-J：回避・診断の恐怖・尊重・差別の恐怖の4側面で構成）と基本属性、専門資格、協働経験を収集し、群間比較および重回帰分析を行った。

【結果】回答者 178 名（女性 85.4%）。認定看護資格保有者は非保有者に比べ「回避」が低値、「尊重」が高値だった（いずれも $p < 0.001$ ）。20代は40・50代よりも「回避」が高値だった（ $p < 0.0083$ ）。日常的協働群はラウンド中心群に比べ「回避」が低値、「尊重」が高値だった（ $p < 0.01$ ）。重回帰分析では「回避」に専門資格（ $\beta = -0.32$, $p = 0.002$ ）、「尊重」に専門資格（ $\beta = 0.44$, $p < 0.001$ ）および協働経験（ $\beta = 0.16$, $p = 0.034$ ）が関連した。

【結論】専門資格および日常的協働とスティグマの関連が示された。認知症に対する非スティグマ的態度の形成には、専門資格と継続的な臨床接触の関与が示唆された。

A. 研究目的

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」および「認知症施策推進基本計画」では認知症の人の尊厳保持や意思尊重が基本理念として重視され、それを基盤とする支援体制充実が施策重要課題に掲げられている。看護従事者による認知症の人の希望や尊厳のより良い理解、「新しい認知

症観」に根差す看護の実践は、近年の行政の方向性に沿う重要なものと考えられる。

しかし、認知症の人に対するスティグマ（認知症スティグマ）は依然として医療現場に存在する。認知症スティグマは認知症当事者への回避的態度や能力過小評価を生じ、看護師自身の自己効力感の低下などにも影響する可能性が指摘されている。認知

症看護専門教育はスティグマ軽減にポジティブな効果をもたらすことが期待されるが、その実証的な先行研究は限られており、特に国内調査研究は少ない。日本では2005年より認知症看護認定看護師制度が開始され、専門的教育を受けた看護師が育成されてきたが、認知症看護に関する専門資格取得と認知症スティグマの関係性についての検討は十分ではない。

本研究は、看護現場で働く看護師を対象に、認知症看護専門資格の有無による認知症スティグマの差異を探索的に調査することを目的とした。

B. 研究方法

本研究は横断的アンケート調査である。対象は、神奈川県認知症看護認定看護師会に所属する認知症看護認定看護師および聖マリアンナ医科大学病院に勤務する病棟看護師とし、小児科病棟勤務看護師は対象から除外した。調査期間は2025年7月1日～7月31日であり、Google フォームを用いた匿名回答形式で実施した（質問票は別添「資料」参照）。

対象者は、①病棟経験年数1～4年目の看護師、②病棟経験年数5年以上の看護師、③認知症看護認定看護師の3群とした。聖マリアンナ医科大学病院看護師に対しては、研究説明文書およびQRコードを各病棟へ配布し、認知症看護認定看護師に対しては、神奈川県認知症看護認定看護師会のSNS（LINE）を通じて研究情報およびアンケートURLを配信した。回答は任意とし、Google フォーム上で研究参加同意を取得した。

調査項目は、性別、年代、看護師経験年数、勤務先種別、認知症関連資格・教育歴、認知症の人との接点、資格保有者との協働経験等の背景因子に加え、認知症スティグマの尺度として、「日本語版認知症スティグマ評価尺度（PDSA-J、Noguchi, et al. 2022）」を用いた。PDSA-Jは26項目から成り、「回避」「診断の恐怖」「尊重」「差別の恐怖」の4側面から構成される。各項目について、5件法（1:全くそう思わない 2:そう思わない 3:どちらともいえない 4:そう思う 5:とてもそう思う）で評価した。

統計解析はMann-Whitney U検定およびKruskal-Wallis検定による群間比較、多重比較にはSteel-Dwass検定を使用した。さらに各側面得点を従属変数、背景因子を説明変数とした重回帰分析を実施した。重回帰分析の多重共線性評価としてVariance Inflation Factor（VIF）を算出した。統計解析にはSPSS Statistics 31を使用した。

（倫理面への配慮）

聖マリアンナ医科大学生命倫理委員会（臨床試験部会）の承認を得て実施した（承認番号第6800号）。

C. 研究結果

1. 対象者背景

有効回答は178名であった。内訳は、女性152名、男性24名、未回答2名であった。年代は20代83名、30代40名、40代33名、50代以上21名であり、看護師経験年数は1～4年目62名、5年目以上116名であった。認知症関連資格保有者は43

名、非保有者は135名であった。また、認知症の人との接点ありは61名、接点なしは117名であった。資格保有者との協働経験については、協働経験あり40名、協働経験なし35名、認知症ケアラウンドのみでの協働103名であった。

2. 群間比較

認知症看護認定看護師の資格保有者群では、非保有者群と比較して【回避】（11.0 vs 16.0, $p<0.001$ ）と【診断の恐怖】

（23.0 vs 25.0, $p=0.018$ ）の各得点が有意に低い一方、【尊重】得点が有意に高かった（25.0 vs 21.0, $p<0.001$ ）。経験年数では、経験5年目以上の群は5年未満群よりも【回避】得点が有意に低値だった（13.0 vs 16.0, $p=0.009$ ）。認知症の人と接点のある群は、ない群よりも【尊重】得点が有意に高かった（23.0 vs 21.0, $p=0.004$ ）。性別による有意差は認められなかった。

年代別比較では、20代群で【回避】得点が高く、多重比較で40代群および50代以上群との間に有意差を認めた

（ $p<0.0083$ ）。資格保有者との協働経験有無については、「資格保有者と認知症ケアラウンド時にのみ協働経験を持つ群」は「現在または過去に資格保有者と同病棟での協働経験を持つ群」と比較して【回避】得点が高く（ $p=0.003$ ）、かつ【尊重】得点が低かった（ $p=0.007$ ）。

3. 重回帰分析（表1）

重回帰分析では、説明変数のうち認知症看護認定資格の有無は、「回避」（ $\beta = -0.295$, $p=0.002$ ）および「尊重」（ $\beta =$

0.444, $p<0.001$ ）と有意に関連していた。また、認知症者との接点は、「尊重」（ $\beta = 0.155$, $p=0.034$ ）と有意に関連していた。一方、性別、年代、経験年数、協働経験についてはPDSA-J 4側面いずれとも有意な関連は認められなかった。なお、各説明変数のVIFは各説明変数のVIFは1.075～2.156の範囲であり、重回帰分析の解釈に大きな影響を及ぼす多重共線性は認められなかった。

D. 考察

本研究は認知症看護認定看護師資格有無と市民向け認知用スティグマの尺度を比較し、【回避】や【尊重】に関する有意差を見出した最初の調査研究である。資格保有者群の看護師は認知症の人に対する【回避】と【診断の恐怖】の得点が低く、【尊重】得点が高かった。さらに重回帰分析において、認知症関連資格の有無は【回避】および【尊重】有意な関連を認めた。これらの結果は、認知症に対するスティグマが看護師の「認知症観」の形成に影響している可能性、そして専門教育がその認知症観の変容に寄与しうる可能性を示唆している。

近年、「新しい認知症観」が政策的にも重視されているが、認知症観は認知症の単なる知識のみで形成されるものではなく、認知症に対する態度・感情、認知枠組み・病気認識、スティグマ、行動意図など複数の要素を含む概念と考えられる。本研究で用いたPDSA-Jは、【回避】【診断の恐怖】【尊重】【差別の恐怖】という多面的側面から認知症スティグマを評価する、妥当性検討済みの尺度である一方、医療関係

者の専門教育が与える影響や資格保有者・非保有者間での差異に関する評価における有用性は確立していない。本研究結果は、認知症看護専門教育を受けた看護師の非スティグマ的認識が本尺度で測定しうる可能性を示した。

認知症看護認定看護師教育では、認知症の人の尊厳保持、意思決定支援、BPSD への理解、多職種連携などが体系的に扱われる。こうした教育を通じ、認知症を「対応困難な対象」として捉えるのではなく、生活者として理解しようとする視点の形成が教育の目標に含まれる。本研究で資格保有者において【回避】低下と【尊重】向上が認められたことは、その教育的効果を反映している可能性が考えられた。また、重回帰分析において「認知症の人との接点を有する群」で【尊重】得点が高かったことは、認知症の人との実際の関わりがスティグマの一側面を直接的な軽減に寄与する可能性も示唆している。今回得られたこれらの知見は、従来 Corrigan が指摘するパブリックスティグマの軽減に重要とされる Education, Contact, Protest のうち前二者が、「看護現場の看護師が抱く認知症スティグマ」という構造においても有効であることを示唆する重要な所見であると考えられた。

年代別解析では、20 代群で【回避】得点が高かった。若年層では認知症ケア経験が限られることに加え、認知症の人との心理的距離やスティグマ的認識が影響している可能性がある。卒前教育および卒後早期教育段階から、認知症の人との接触機会やリフレクションを含む教育介入を充実させる必要性が示唆された。

以上の結果より、認知症観の構成因子のひとつと考えられる認知症スティグマの諸側面について、教育や接触経験によって比較的变化しやすい側面と、変化しにくい側面の双方が存在する可能性が示唆された。

E. 結論と今後の課題

本研究は単施設かつ特定地域の認知症看護認定看護師会所属者を対象とした探索的な横断研究ではあるが、認知症看護専門教育と認知症スティグマとの関連を定量的に検討した点に意義がある。今後は全国規模の横断的調査や質的研究を通じて、専門教育や協働経験と認知症スティグマ変容のプロセスの関係性について知見獲得を目指す。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

参考文献：

1. Noguchi T, et al : Establishment of the Japanese version of the dementia stigma assessment scale. *Geriatrics & Gerontology International* 2022 ; 22(9) : 790-796.

表 1. PDSA-J のステイグマ 4 側面と各説明変数の多変量解析結果

説明変数		非標準化 係数 B	標準化係 数 β	t 値	p 値	VIF
性別 (女性:0/男性:1)	回避	2.038	0.129	1.783	0.076	1.075
	診断の恐怖	-0.785	-0.045	-0.566	0.572	
	尊重	-0.857	-0.072	-1.024	0.307	
	差別の恐怖	0.384	0.046	0.591	0.556	
年代 (2:20 代/3:30 代 /4:40 代/5:50 代 以上)	回避	-0.752	-0.151	-1.471	0.143	2.156
	診断の恐怖	-0.254	-0.046	-0.41	0.682	
	尊重	0.248	0.066	0.663	0.508	
	差別の恐怖	0.057	0.022	0.195	0.845	
経験年数 (1-4 年:0/5 年目 以上:1)	回避	-0.28	-0.025	-0.269	0.788	1.717
	診断の恐怖	0.884	0.07	0.699	0.486	
	尊重	-1.326	-0.155	-1.737	0.084	
	差別の恐怖	-0.079	-0.013	-0.133	0.894	
認知症認定資格の有 無 (なし:0/あり:1)	回避	-3.721	-0.295	-3.152	0.002*	1.796
	診断の恐怖	-0.823	-0.059	-0.574	0.566	
	尊重	4.211	0.444	4.871	<0.01*	
	差別の恐怖	1.167	0.177	1.739	0.084	
認知症者との接点 (なし:0/あり:1)	回避	0.832	0.073	0.983	0.327	1.129
	診断の恐怖	-0.226	-0.018	-0.221	0.826	
	尊重	1.326	0.155	2.141	0.034*	
	差別の恐怖	-0.117	-0.02	-0.244	0.808	
協働経験の有無 (協働経験なし:0 /協働経験有:1/ ケアランドのみの協 働:2)	回避	0.361	0.053	0.67	0.504	1.278
	診断の恐怖	0.706	0.093	1.079	0.282	
	尊重	0.253	0.049	0.642	0.522	
	差別の恐怖	0.349	0.098	1.14	0.256	

認知症の人に対する看護師のスティグマに関する予備的検討

～認知症看護認定看護師と病棟看護師へのアンケート調査～

のお願い

アンケート調査にご協力いただきありがとうございます。

アンケート調査で得られた結果は複数の協力者のデータを統合し統計的に処理をいたします。

また、本調査に協力出来ない場合でも一切の不利益は生じません。

収集したデータは学術大会や学会誌当で発表する予定です。

なお、アンケートは 10-15 分のお時間を要します。どうぞよろしくお願いいたします。

1. 本アンケート調査に同意いただいた方は以下の項目にチェックをお願いします。*

☐ このアンケートの内容を研究に使うことに同意します。

☐ 同意しません

2. 研究の二次利用に関してご回答をお願いします

二次利用の可能性について以下の項目にチェックをお願いします。*

☐ このアンケートで得られたデータを二次利用多目的利用することに同意します。

☐ 同意しない

3. 現在の所属に関して教えてください

所属について教えてください *

☐ 現在、小児科病棟で勤務はしていない

☐ 現在、小児科病棟で勤務している →こちらにチェックをされた方はアンケート対象外となります

4. あなたご自身のことを教えてください

性別を教えてください *

- ☐ 男性
- ☐ 女性
- ☐ 未回答のまま進む

5. 年代を教えてください *

- ☐ 20 代
- ☐ 30 代
- ☐ 40 代
- ☐ 50 代
- ☐ 60 代
- ☐ 70 代
- ☐ 80 代
- ☐ 未回答のまま進む

6. 看護師の経験年数に関して教えてください *

- ☐ 看護師経験 1-4 年目
- ☐ 看護師経験 5 年目以上
- ☐ その他: _____

7. 認知症に関する資格・講座の受講歴について教えてください *

- ☐ 認知症に関する資格はない
- ☐ 認知症看護認定看護師である ※A 課程、B 課程は問わない
- ☐ 老人看護専門看護師
- ☐ 精神看護専門看護師
- ☐ 精神看護認定看護師

- ☐ 認知症ケア専門士
- ☐ 認知症サポーター養成講座の受講経験あり
- ☐ 県または市が主催する認知症対応力向上研修に参加したことがある
- ☐ その他: _____

8. 認知症の方と接する機会について教えてください *

- ☐ 認知症高齢者との同居・家族介護・協働活動の経験などがある
- ☐ 病院以外で接する機会はない

9. 認定看護師・専門看護師と接する機会について *

- ☐ 現在または過去に認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師と同じ病棟で仕事をすることがある
- ☐ 認知症ケアラウンド(認知症ケア加算)で接する事はあるが、常時同じ職場にはいない
- ☐ ない

10. 現在の勤務地を教えてください *

- ☐ 病院
- ☐ 施設
- ☐ 訪問看護ステーション
- ☐ クリニック
- ☐ その他: _____

11. 所属を教えてください *

- ☐ 聖マリアンナ医科大学病院
- ☐ 認知症看護認定看護師(認知症看護認定看護師会 神奈川支部所属)

聖マリアンナ医科大学病院の方は所属を教えてください

12. 現在の所属病棟を教えてください

☐ 11 東

☐ 11 南

☐ 11 西

☐ 10 東

☐ 10 南

☐ 10 西

☐ 9 東

☐ 9 南

☐ 9 西

☐ 8 東

☐ 8 南

☐ 8 西

☐ 7 東

☐ 7 南

☐ 7 西

☐ 6 東

☐ 6 南

☐ E-ICU

☐ E-HCU

☐ G-ICU

☐ G-HCU

☐ その他: _____

認知症スティグマについてのアンケートになります

1 つだけマークしてください。:

1=全くそう思わない 2=そう思わない 3=どちらともいえない 4=そう思う 5=とてもそう思う

- 13. #1 ほとんどの認知症の人には、複雑で面白い会話は期待できない
- 14. #2 認知症の人は知恵があるために尊敬される
- 15. #3 認知症の人は、ほとんど自立して生活している
- 16. #4 認知症の人は、公共の施設を利用する必要があまりない
- 17. #5 認知症の人は、誰にも迷惑をかけないところに住むのが一番だ
- 18. #6 ほとんどの認知症の人との付き合いは、かなり楽しい
- 19. #7 その人が認知症だと思ったら、私は目を合わせないようにするだろう
- 20. #8 認知症の人は、大切な伝統を受け継いでいる
- 21. #9 私は、認知症の人が私と会話をしようとするのが好きではない
- 22. #10 私は、個人的には認知症の人とあまり多くの時間を過ごしたくない
- 23. #11 認知症の人は、幅広い種類の活動や関心事に参加している
- 24. #12 認知症の人は、知識が豊富だ
- 25. #13 もし認知症の人も招待されたら、私はその会に参加したくない
- 26. #14 私が訪ねたことを覚えていないだろうから、私はわざわざ認知症の人を訪問しない
- 27. #15 認知症の人は、他人への気遣いや気配りをする
- 28. #16 私の言っていることを理解できないので、認知症の人に話しかける意味はない
- 29. #17 もし私が認知症だったら、屈辱的に感じるだろう
- 30. #18 もし私が認知症だったら、もう相手にされないだろう
- 31. #19 もし私が認知症だったら、ばかで何もできないと思われるだろう
- 32. #20 もし私が認知症だったら、恥ずかしかったり、きまりが悪かったりするだろう
- 33. #21 もし私が認知症だったら、落ち込むだろう
- 34. #22 もし私が認知症だったら、不安になるだろう
- 35. #23 もし私が認知症だったら、人生を諦めるだろう
- 36. #24 もし私が認知症だったら、主治医は私の他の病気に最善の治療をしてくれないだろう
- 37. #25 もし私が認知症だったら、主治医や他の医療専門職は私の話を聞いてくれないだろう
- 38. #26 もし私が認知症だったら、そのことを健康保険会社に知られたくないだろう

認知症観の社会経済的規定要因と経済的含意に関する研究

研究分担者 角谷快彦 国立大学法人広島大学 大学院人間社会科学研究科 教授

研究要旨

本研究では、人々の認知症観が老後不安等の経済的側面にどのような影響を及ぼし得るか、また社会経済的属性が認知症観の形成にどのように関連しているかを明らかにすることを目的とした。当該年度は、老後不安要因を社会経済学的に考察した関連論文を公表するとともに、認知症観を被説明変数とする全国規模の家計調査を設計・実施し、今後の実証分析の基盤となるデータを収集した。これにより、認知症観と経済的要因との相互関係を分析するための基礎を整備した。

A. 研究目的

認知症に対する認識や不安は、医療・介護のみならず、家計行動、老後生活設計、将来不安の形成にも影響し得る重要な要素である。本研究では、人々の認知症観が経済的側面に及ぼし得る影響を検討するとともに、年齢、性別、学歴、所得、資産等の社会経済的属性が認知症観の形成にどのように関与しているかを明らかにすることを目的とした。これにより、認知症政策および関連する情報提供・啓発施策に資する基礎的知見を得ることを目指した。

B. 研究方法

関連する先行研究を整理した上で、認知症観と老後不安、社会経済属性との関連を検討するための分析枠組みを構築した。あわせて、人々の認知症観を把握する全国規模家計調査を設計し、認知症に対する見方、不安、社会経済的属性等を測定する設問を整備した。その後、当該調査を実施し、今後の実証分析に用いるデータを収集した。また、老後不安要因に関する既存研究を社会経済学的観点から検討し、関連論文として取りまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究で用いた調査の実施に当たっては、所属機関等の定める倫理指針・関連規程に従い、必要な手続きを経た上で実施した。調査対象者に対しては、調査目的、回答の任意性、個人情報保護等について適切に説明し、プライバシーにも配慮した。

C. 研究結果

当該年度においては、第一に、老後不安要因を社会経済学的観点から検討した関連論文を公表した。当該研究では、個人の将来不安や社会経済的背景が老後不安の形成に関与することが示唆された。第二に、人々の認知症観を被説明変数とする全国規模の家計調査を設計・実施し、社会経済的属性、将来不安、認知症に関する意識等を含むデータを収集した。これ

により、社会経済的属性が認知症観に与える影響、および認知症観が経済的側面に及ぼし得る影響を検討するための分析基盤を構築した。

D. 考察

認知症観は、健康認識にとどまらず、将来不安や老後生活設計といった経済的側面と密接に関係する可能性がある。また、認知症観そのものも、個人の年齢、教育、所得、資産などの社会経済的条件によって形成されと考えられる。本年度に収集した全国規模調査データは、こうした双方向の関連を検証する上で有用であり、今後、認知症政策における情報提供や啓発の対象層を精緻化するための実証的基盤となることが期待される。

E. 結論

本年度は、認知症観の社会経済的規定要因と経済的含意を検討するための理論的・実証的基盤を整備した。今後は、収集した全国規模家計調査データを用いて、社会経済的属性が認知症観に与える影響、および認知症観が老後不安や関連する経済行動に与える影響を定量的に分析する必要がある。これにより、認知症に関する国民理解の改善や、関連政策の形成に資する知見を提示したい。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）

分担研究報告書

認知症の呼称変更に関する文献レビュー

研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター 福祉とケア研究チーム 研究部長

研究要旨

【目的】

認知症の呼称変更（「痴呆」から「認知症」への変更）に関する歴史的経緯およびその社会的・政策的意義を、文献レビューおよび関係者インタビューを通じて明らかにする。

【方法】

医学中央雑誌を用いた体系的文献検索および関連資料のハンドサーチを実施した。加えて、呼称変更に関与した関係者へのインタビュー調査を行い、用語変更に至る背景、議論の過程、および社会的影響について質的に分析した。

【結果】

「痴呆」から「認知症」への呼称変更は、単なる医学用語の修正ではなく、当事者および家族に対する偏見・差別の軽減を目的とした社会的・政策的介入であったことが明らかとなった。2004年の厚生労働省検討会および当事者・家族団体等からの要望を契機として、まず行政用語および一般用語の変更が進められ、その後、日本老年精神医学会等において医学用語としても承認されるという特徴的経緯が確認された。また、この呼称変更を契機として、認知症に関する正しい理解の普及や各種施策の推進が図られ、診断・支援体制の整備が進展した。一方で、呼称変更後もスティグマの問題は完全には解消されておらず、「認知症」という用語自体が新たな偏見を生みうること、疾患概念の捉え方や当事者の声の位置づけをめぐる課題が残されていることが示唆された。

【考察】

本研究は、認知症の呼称変更を、医学・行政・当事者運動が交差する社会的実践として位置づけ直した点に意義がある。得られた知見は、認知症に対する社会的理解の深化およびスティグマ軽減に資する政策立案や啓発活動に活用されることが期待される。

A. 研究目的

本研究は、認知症の呼称変更に関する歴史的経緯を文献レビューおよびインタビュー調査により明らかにし、その背景にある社会的・文化的要因とスティグマの関係を整理することを目的とする。また、呼称変更がもたらした影響とその歴史的意義を検討し、現代における認知症観の課題を明らかにすることで、今後の認知症施策および社会的理解のあり方に示唆を与えることを目指す。

B. 研究方法

本研究では、医学中央雑誌を用いた体系的文献検索およびハンドサーチにより関連文献を収集し、呼称変更に関する歴史的背景と議論の変遷を整理した。さらに、呼称の成立過程については、西欧における *dementia* 概念の成立から日本における訳語の変遷（「狂」「瘋」「痴呆」など）を踏まえて検討した。加えて、2004 年前後の呼称変更に関する政策的・学術的議論について分析し、その後の認知症施策の展開との関連を考察した。現在は、住民調査データを用いた「診断の恐怖」の背景因子の解析を進めており、呼称変更が残した課題に対する具体的アプローチの検討を行っている。

C. 研究結果

文献レビューの結果、「痴呆」から「認知症」への呼称変更は、単なる用語の置換ではなく、患者・家族に対する偏見や差別の解消を目的とした社会的運動であったことが明らかとなった。2004 年の厚生労働省検討会および関連学会の議論を契機として、行政用語・一般用語の変更が先行し、その後医学

用語としても採用されるという特徴的な経緯をたどった。また、この呼称変更を契機に、認知症施策の推進や診断・支援体制の整備が進展した。一方で、呼称変更後もスティグマの問題は完全には解消されておらず、「認知症」という用語自体が新たな偏見を生む可能性や、疾患概念の括り方に関する課題、当事者の声の取り扱いに関する問題が残存していることが示唆された。

D. 考察

本研究の成果は、認知症に対する社会的理解の深化およびスティグマの軽減に資する政策立案や啓発活動に活用されることが期待される。また、呼称変更の意義と限界を踏まえた新たな認知症観の構築に寄与し、当事者中心の支援体制の再検討や、地域特性に応じた介入モデルの開発に応用可能である。さらに、住民調査の分析結果と統合することで、小規模コミュニティにおける実践的介入方法の提案につなげる。

E. 結論と今後の課題

本研究は、認知症観が固定的な知識ではなく、共に働く経験を通じて関係の中で再構成される動的なものであることを示した。

今後は、このような場の再現可能性と持続性、異なる地域・文脈での適用可能性を検討するとともに、認知症観の変容が本人の生活や社会参加に及ぼす影響を明らかにする必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

研究要旨

本研究は、認知症観および認知症に対するスティグマが、各国・各地域の社会的・文化的・宗教的・制度的背景のもとでどのように形成・変容してきたのかを、福祉人類学・医療人類学の視点から明らかにすることを目的とする。

本年度は、国内外の先行研究、政策文書、法制度に関する文献整理を行い、認知症スティグマを文化的意味づけ、倫理・道徳的経験、制度・政策、心理社会的要因から検討した。その結果、医学モデルや診断の普及は支援へのアクセスを促す一方で、新たなスティグマを生み出す可能性があること、また仏教的価値観や家族・共同体による包摂がスティグマを緩和しうることが示唆された。

今後は、これまでの検討をもとに論文を執筆・投稿するとともに、海外の Good Practice に関する調査を進め、包摂的な認知症観の形成に資する要素を明らかにする。

A. 研究目的

本研究は、認知症観および認知症に対するスティグマが、各国・各地域においてどのような歴史的、社会的、文化的、制度的背景のもとで形成・変容してきたのかを、福祉人類学・医療人類学の視点から明らかにすることを目的とする。

認知症に関するスティグマを、認知症という状態をもつ人々が、症状や診断を契機として「異常」「危険」「劣った存在」とみなされ、社会的排除、軽視、自己制限に至る過程として捉え、その背景にある文化的意味づけ、倫理・道徳的経験、構造的・制度的要因、心理・社会的要因を整理する。

これにより、認知症観を左右する要因を抽出し、スティグマや差別の予防、新たな認知症観の形成、今後の政策・実践への示唆を得ることを目指す。

B. 研究方法

本研究では、認知症観および認知症スティグマに関する国内外の文献、政策文書、法制度、先行研究の整理を中心に検討を行った。特に、人類学、社会学、社会福祉学、医学領域におけるスティグマ概念を参照し、国際比較に耐えうる操作的定義の整理を行った。また、ブラジルにおけるライビングの研究、仏教哲学と認知症観に関する研究、スリランカ、ブータン、カナダ、オランダ等の好事例に関する情報を収集し、医療モデル、生活モデル、宗教的・文化的背景、地域ケア実践の関係を検討した。

さらに、認知症に関する法制度・政策枠組みについて、認知症特化型の法律と、保健・高齢者福祉・障害・意思決定支援等の既存制度に組み込まれた包括型／統合型の枠組みを比較検討した。

今後は、オランダ、ベトナム等における現地調査・視察、関係者へのヒアリング、Good Practice の観察を計画している。

（倫理面への配慮）

本年度の研究は主として公開文献、政策文書、既存研究の分析に基づくものであり、個人情報を含む調査は実施していない。今後、現地調査、観察、関係者へのインタビュー等を実施する場合には、所属機関等の倫理審査を経たうえで、研究目的、調査内容、データの取扱い、匿名性の確保、協力撤回の自由等について十分に説明し、同意を得て実施する。

C. 研究結果

現時点では、最終的な研究成果物は未公表であり、論文化に向けて執筆中である。これまでの検討により、認知症スティグマは単なる個人の偏見ではなく、文化的意味づけ、制度、政策、対人関係、メディア表現等によって形成・再生産される社会的・文化的過程であることが整理された。

ブラジルに関する先行研究では、アルツハイマー病の診断や医療化が、支援へのアクセスを可能にする一方で、「人格の喪失」「早期の社会的死」といった否定的イメージを強める可能性が示唆された。

一方、仏教的文脈では、無常、無我、慈悲、家族・共同体による包摂といった価値観が、認知症を自然な変化として受け止める土壌を形成し、スティグマを抑制する可能性があることが確認された。ただし、都市化、近代化、医療化の進展により、こうした文化的保護要因が変容しつつある点も課題として整理された。

また、認知症施策に関する法制度比較では、日本、韓国、米国、ペルー、ブラジルなど認知症に特化した法制度を有する国が確認される一方、多くの国では既存の保健・福祉・高齢者・障害関連制度の中で認知症施策が位置づけられていることが整理された。

D. 考察

本研究の検討から、認知症観およびスティグマは、医学的知識の普及によって単純に軽減されるものではなく、むしろ診断、制度、政策、啓発活動のあり方によっては新たなスティグマを生み出す可能性があることが示唆された。

特に、認知症を「自己の喪失」「人格の崩壊」「家族の負担」として語る枠組みは、早期診断や支援につながる側面をもつ一方で、本人の社会的アイデンティティを急速に変容させ、本人や家族が診断や支援を避ける要因ともなりうる。

そのため、今後の認知症施策においては、医学モデルのみならず、生活モデル、地域文化、宗教的・倫理的価値観、家族・共同体による包摂のあり方を総合的に検討する必要がある。

また、国際比較を行う際には、特定の国や文化の認知症観を一律に評価するのではなく、各地域における老い、依存、人格、家族責任、尊厳に関する価値観を踏まえることが重要である。

今後は、文献研究で得られた知見をもとに、オランダ、カナダ、スリランカ、ブータン、ベトナム等の Good Practice を比較し、スティグマの予防や包摂的な認知症観の形成に資する要素をより具体的に抽出する必要がある。

E. 結論と今後の課題

(予定を含む。)

本年度は、認知症観および認知症スティグマに関する国際比較・人類学的研究の基盤として、概念整理、操作的定義の検討、先行研究の整理、宗教的・文化的背景の分析、法制度・政策枠組みの比較を進めた。

その結果、認知症スティグマは、医学的診断や制度化だけでなく、地域ごとの文化的意味づけ、道徳的世界観、家族・共同体のあり方、政策的枠組みによって大きく左右されることが確認された。

現時点では成果物は未公表であるが、これまでの検討内容をもとに論文を執筆中であり、今後、投稿を予定している。あわせて、次年度以降、Good Practice の現地調査・視察を通じて、認知症スティグマの予防と包摂的な認知症観の形成に向けた実践的示唆を深める予定である。

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

現在、認知症観および認知症スティグマに関する国際比較・人類学的研究について論文を執筆中であり、年度内の投稿を予定している。

2. 学会発表

なし。

ただし、班会議において、認知症スティグマの操作的定義、ライビングのブラジル研究、仏教哲学と認知症観、各国の制度・法的枠組みに関する検討内容を報告した。

G. 知的財産権の出願・登録状況

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版年
笠貫 浩史, 小橋章人, 田所 正典, 岡村 毅, 杉山 智子, 成本 迅, 加藤 佑佳, 伏屋 研二, 榎津 駿, 萩野 哲伸.	スティグマとその影響—認知症観の文脈から	老年精神医学雑誌	36(9)	807-812	2025.
笠貫浩史, 岡村毅, 井藤佳恵, 宇良千秋, 宮前史子, 涌井智子	「新しい認知症観」と認知症の人の理解.	<i>The Curator of Neurocognitive Disorders,</i>	3(1)	20-25	2026
Okamura T, Iizuka A, Mitsui M, Sakurai H, Nishi M, Ura C.	Welfare to Meaningful Work.	Int J Geriatr Psychiatry.	40(1)	e70043	2025
岡村毅、飯塚あい、三井美穂子、櫻井花、宇良千秋	高齢期に働く動機の違い：高齢期に働く多様な場があることがのぞましい.	老年精神医学雑誌	36(1)	81-87	2025
Sakurai H, Nishi M, Mitsui M, Iizuka A, Ura C, Okamura T.	Effects of engaging in remunerated productive activities on people with cognitive impairment: a pilot study.	BMC Res Notes.	18(1)	501	2025

Ura C, Okamura T, Yamazaki S, Eboshida A, Kawamuro Y.	Does implementing care farms in psychiatric hospitals prevent staff burnout?: A pragmatic, mixed-method pilot study.	BMCResearch Notes	In press	In press	In press
宇良千秋	農園を活用した多世代共生社会構築の可能性	老年社会科学	47(4)	421-426	2026

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

2026年5月29日

機関名 聖マリアンナ医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 北川 博昭

次の職員の(令和)7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名

認知症政策研究事業

2. 研究課題名

認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究

3. 研究者名

(所属部署・職名) 神経精神科学・教授

(氏名・フリガナ) 笠貫 浩史・カサヌキ コウジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	聖マリアンナ医科大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
6. 利益相反の管理	
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:

(留意事項)

・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和8年4月20日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 秋下 雅弘

次の職員の(令和)7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名

認知症施策研究事業

2. 研究課題名

認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究 (25GB1002)

3. 研究者名 (所属部署・職名)

自立促進と精神保健研究チーム 研究部長

(氏名・フリガナ)

岡村毅 オカムラツヨシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	東京都健康長寿医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和8年4月20日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 東京都健康長寿医療センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 秋下 雅弘

次の職員の(令和)7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。
1. 研究事業名 認知症施策研究事業
2. 研究課題名 認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究 (25GB1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 福祉と生活ケア研究チーム 准主任研究員
(氏名・フリガナ) 涌井智子 ワクイトモコ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	東京都健康長寿医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。
その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和8年5月1日

厚生労働大臣
~~—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿~~
~~—(国立保健医療科学院長)—~~

機関名 東京都健康長寿医療センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 秋下 雅弘

次の職員の(令和)7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。
1. 研究事業名 厚生労働科学研究費
2. 研究課題名 認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム・研究部長
(氏名・フリガナ) 岡村毅・オカムラツヨシ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒	☐	☒	東京都健康長寿医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。
その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和8年5月1日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 東京都健康長寿医療センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 秋下 雅弘

次の職員の(令和)7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費

2. 研究課題名 認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 福祉と生活ケア・研究部長
(氏名・フリガナ) 井藤佳恵・イトウカエ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	東京都健康長寿医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和8年5月1日

厚生労働大臣
~~—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿~~
~~—(国立保健医療科学院長)—~~

機関名 東京都健康長寿医療センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 秋下 雅弘

次の職員の(令和)7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。
1. 研究事業名 厚生労働科学研究費
2. 研究課題名 認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム・研究員
(氏名・フリガナ) 宇良千秋・ウラチアキ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒	☐	☒	東京都健康長寿医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。
その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和8年5月1日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 東京都健康長寿医療センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 秋下 雅弘

次の職員の(令和)7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。
1. 研究事業名 厚生労働科学研究費
2. 研究課題名 認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 自立促進と精神保健研究チーム・研究員
(氏名・フリガナ) 宮前史子・ミヤマエフミコ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	無	有	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒	☐	☒	東京都健康長寿医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。
その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式（参考）

2026年 4月 28日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 京都府立医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 夜久 均

次の職員の(令和)7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。
1. 研究事業名 認知症政策研究事業
2. 研究課題名 認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神機能病態学・教授
(氏名・フリガナ) 成本 迅・ナルモト ジン
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその理由：)

(留意事項)

- ・該当する□にチェックを入れること。
- ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式（参考）

令和 8年 5月 14日

厚生労働大臣
——(国立医薬品食品衛生研究所長)—— 殿
——(国立保健医療科学院長)——

機関名 国立大学法人 広島大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 越智 光夫

次の職員の(令和)7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 認知症政策研究事業

2. 研究課題名 認知症観の変遷と現状課題把握のための学際的研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院人間社会科学研究科経済学プログラム・教授
(氏名・フリガナ) 角谷 快彦 (カドヤヨシヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項)

・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。