

## 「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  $\alpha$  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atement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 $\alpha$ 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 Toye, 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., Toye, 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<br>／なっても…」 | そう<br>思う<br>全く<br>ない | そう<br>思う<br>あまり<br>ない | どちらとも<br>いえない | やや<br>そう<br>思う | そう<br>思う<br>とても | わからない | 回答<br>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 $\alpha$ | <b>0.869</b> |

## 因子分析の適用性

| 指標                   | 値            |
|----------------------|--------------|
| KMO 測度               | <b>0.943</b> |
| Bartlett 検定 $\chi^2$ | 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 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  |

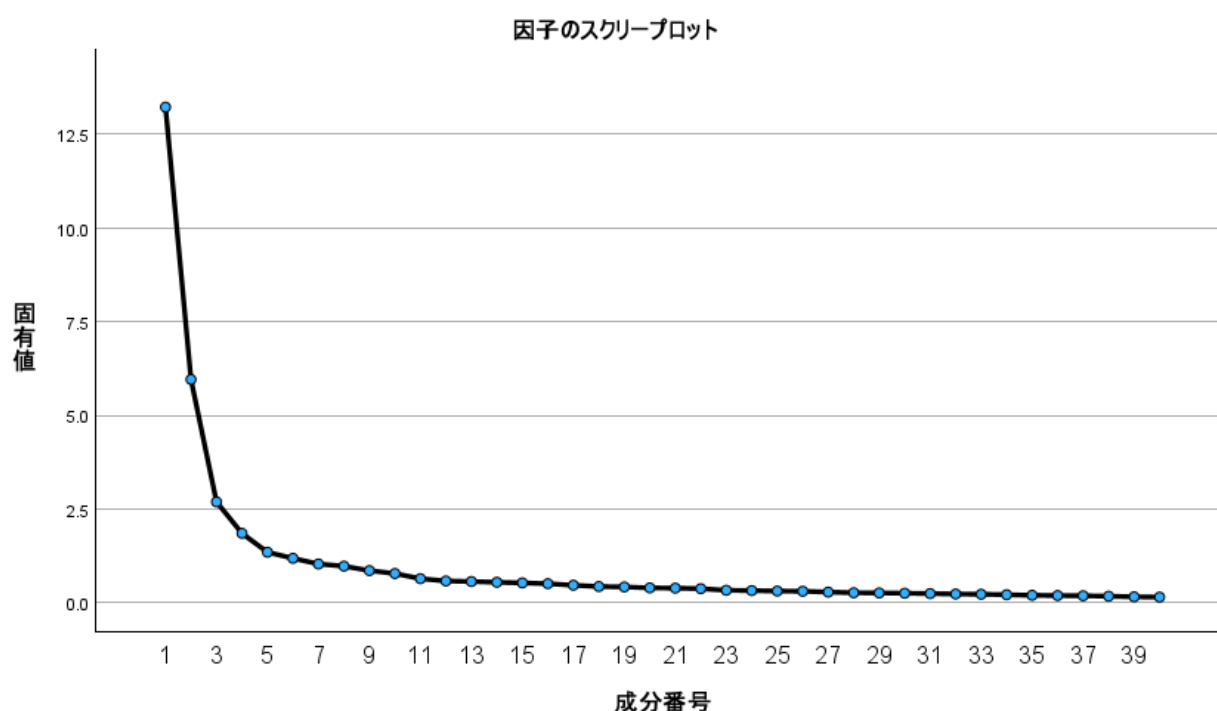
因子抽出法: 主成分分析

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)

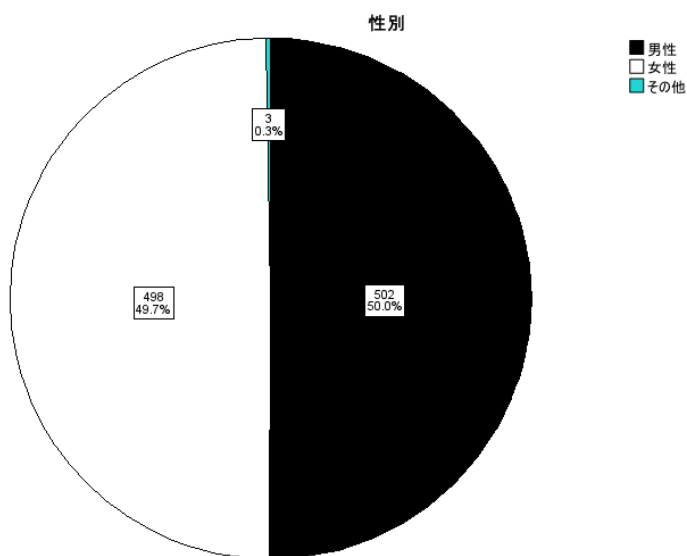


探索的因子分析における因子数の決定のため、スクリーンプロットを作成した。その結果、第 1 因子および第 2 因子において固有値の急激な減少(エルボー)が認められ、第 3 因子以降は緩やかな減少に転じていた。このことから、本データにおいては 2 因子構造が最も妥当であると判断された。固有値基準(eigenvalue > 1)においても第 2 因子までが該当しており、スクリーンプロットおよび固有値の双方の基準が一致した。以上より、本研究では 2 因子解を採用した。また、累積寄与率(47.95%)および因子の解釈可能性も考慮し、2 因子解を最終的に採用した。

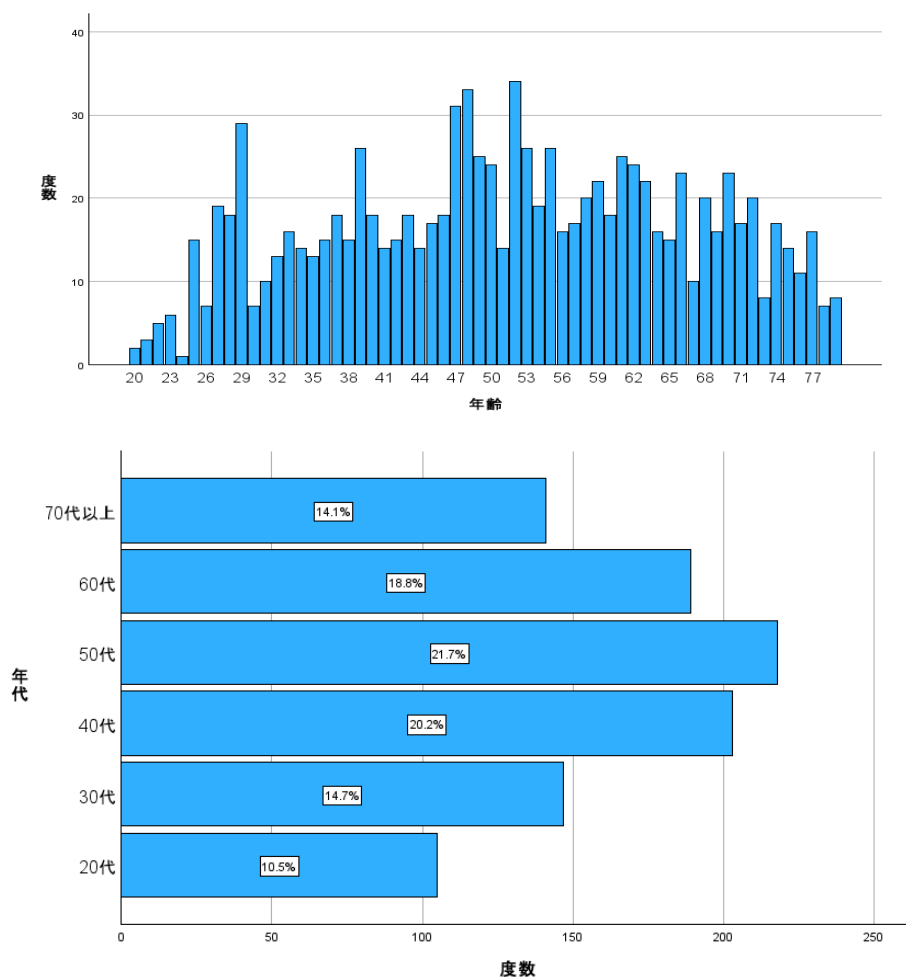
# I. 基本属性やその他の背景

## ① 基本属性

### 1. 性別



### 2. 年代

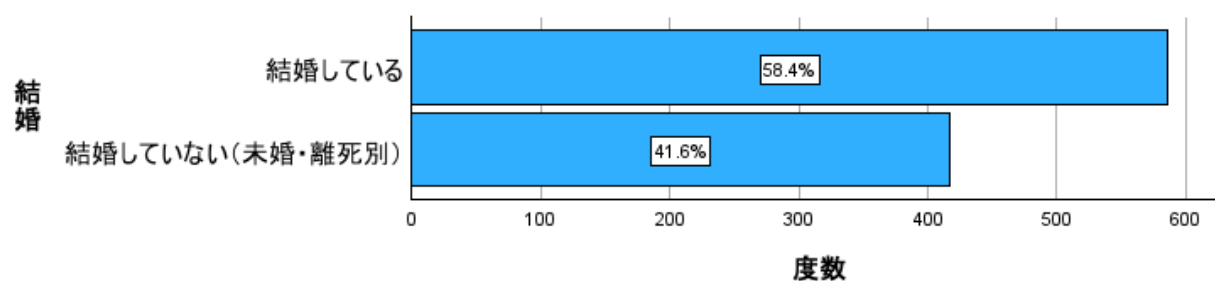


### 3. 居住地域

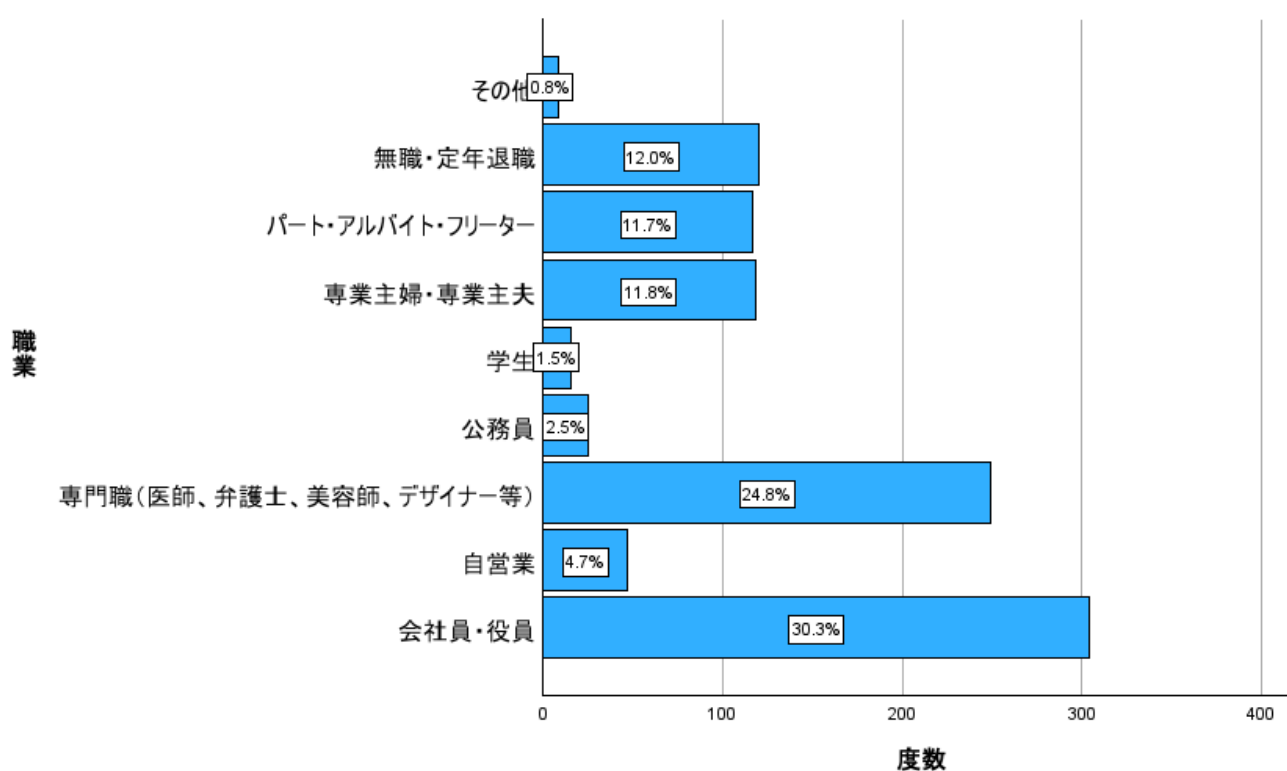
|     | 度数  | パーセント |
|-----|-----|-------|
| 北海道 | 63  | 6.3   |
| 青森  | 6   | 0.6   |
| 岩手  | 9   | 0.9   |
| 宮城  | 16  | 1.6   |
| 秋田  | 3   | 0.3   |
| 山形  | 10  | 1     |
| 福島  | 9   | 0.9   |
| 茨城  | 13  | 1.3   |
| 栃木  | 10  | 1     |
| 群馬  | 11  | 1.1   |
| 埼玉  | 53  | 5.3   |
| 千葉  | 57  | 5.7   |
| 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 |

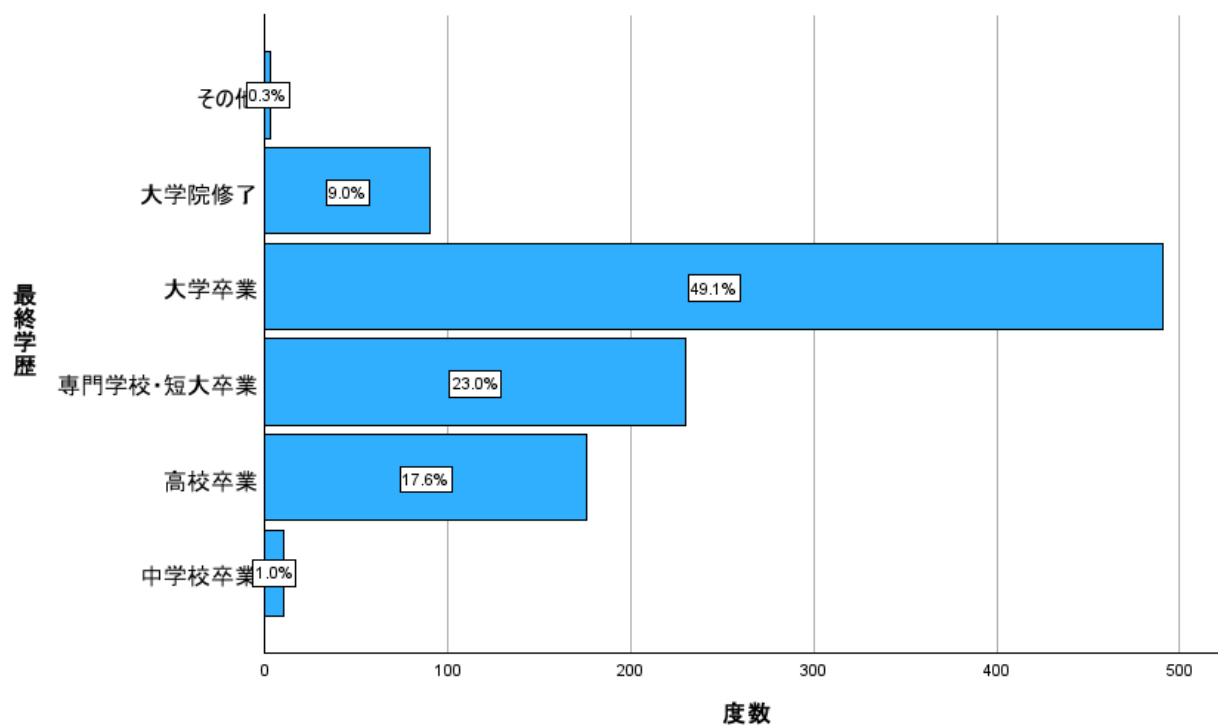
#### 4. 婚姻状況



#### 5. 職業

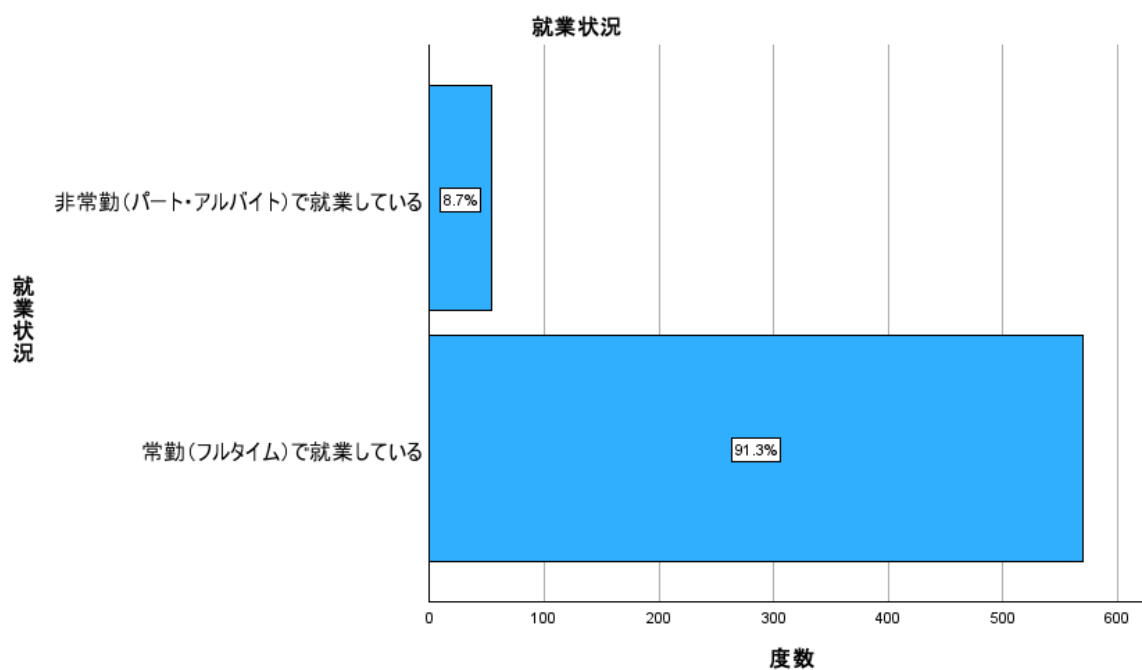


## 6. 最終学歴

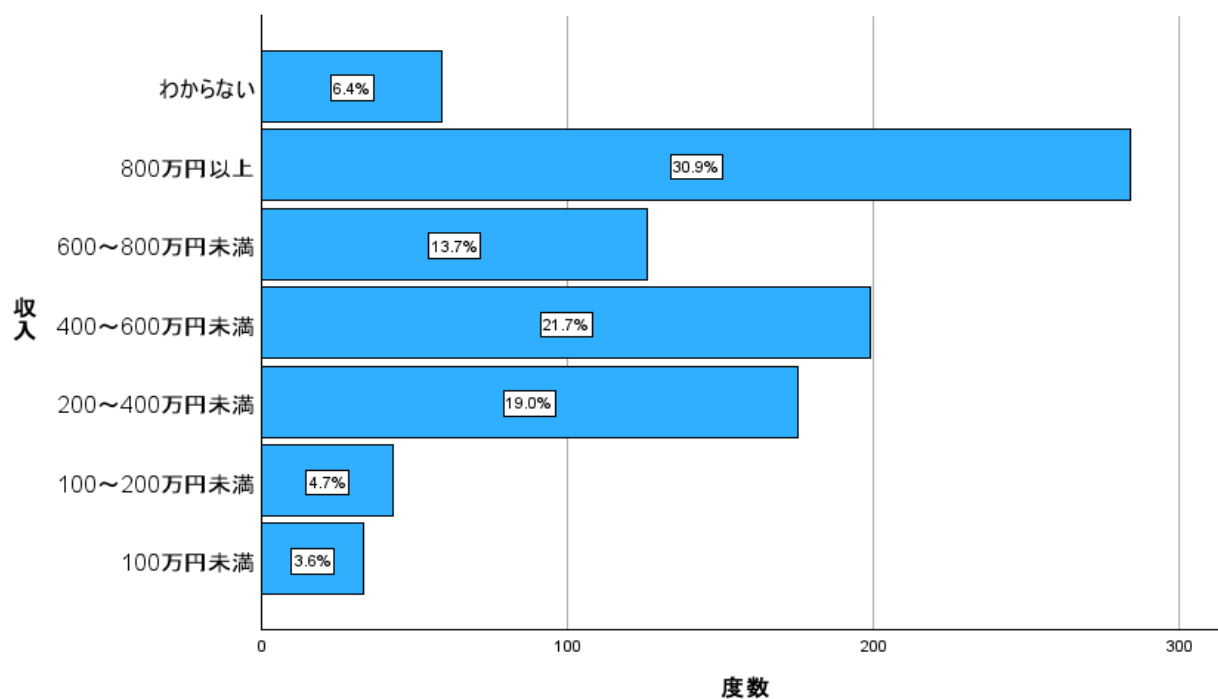


## ② 社会経済的背景

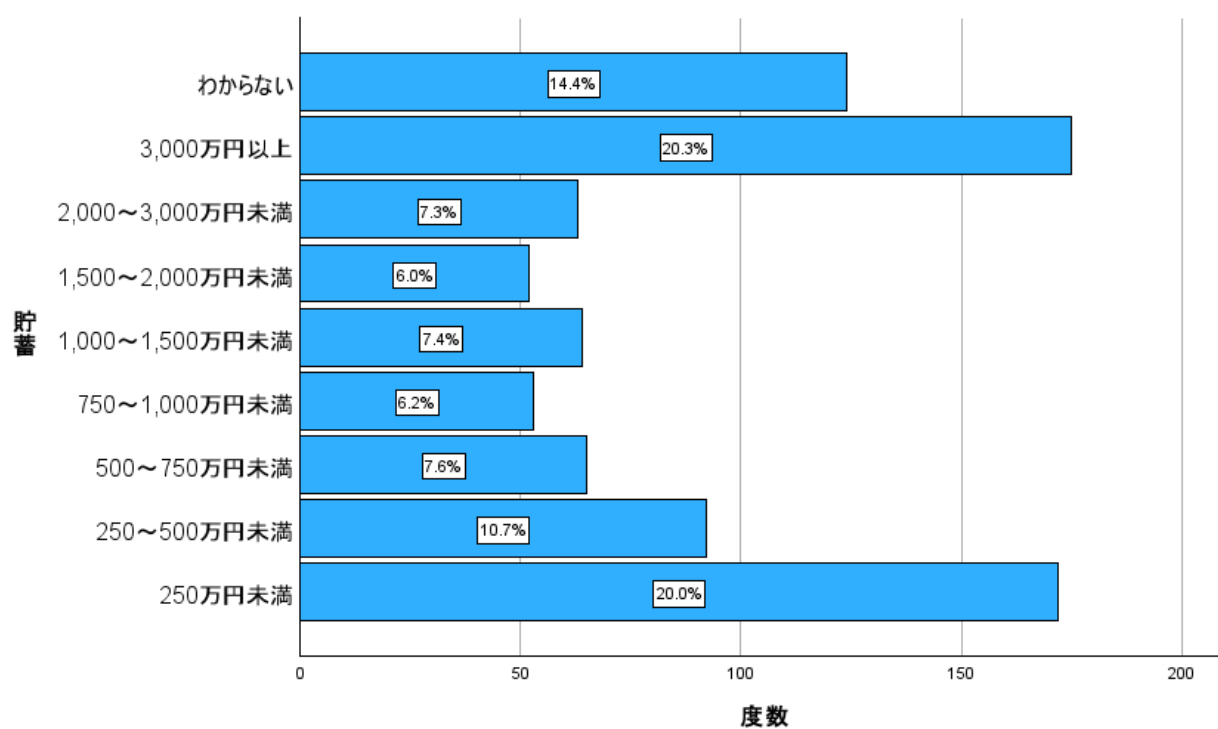
## 7. 就業状況



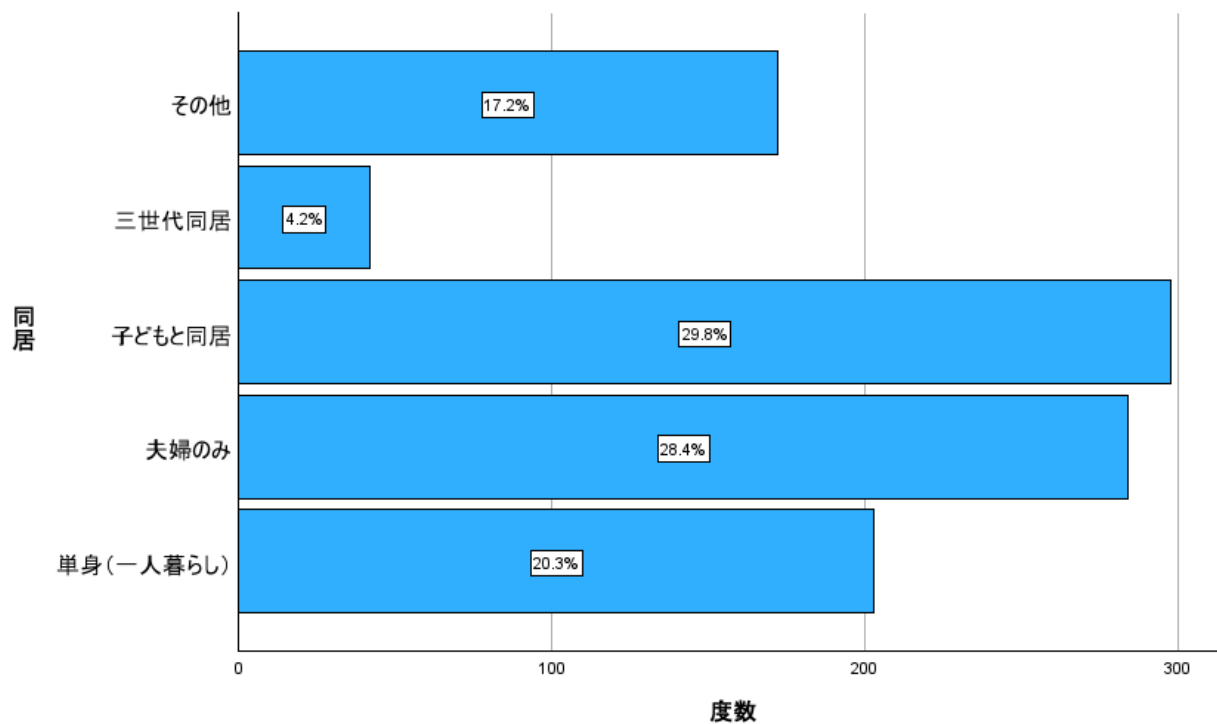
## 8. 収入



## 9. 貯蓄



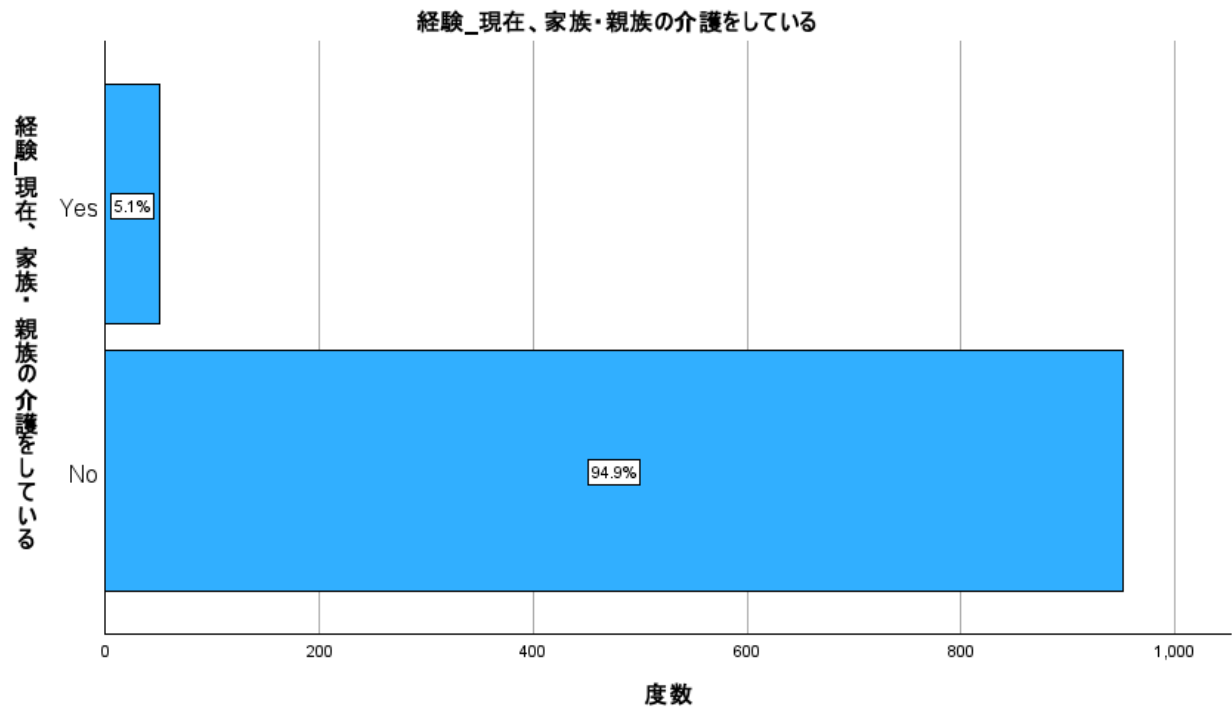
## 10. 同居状況



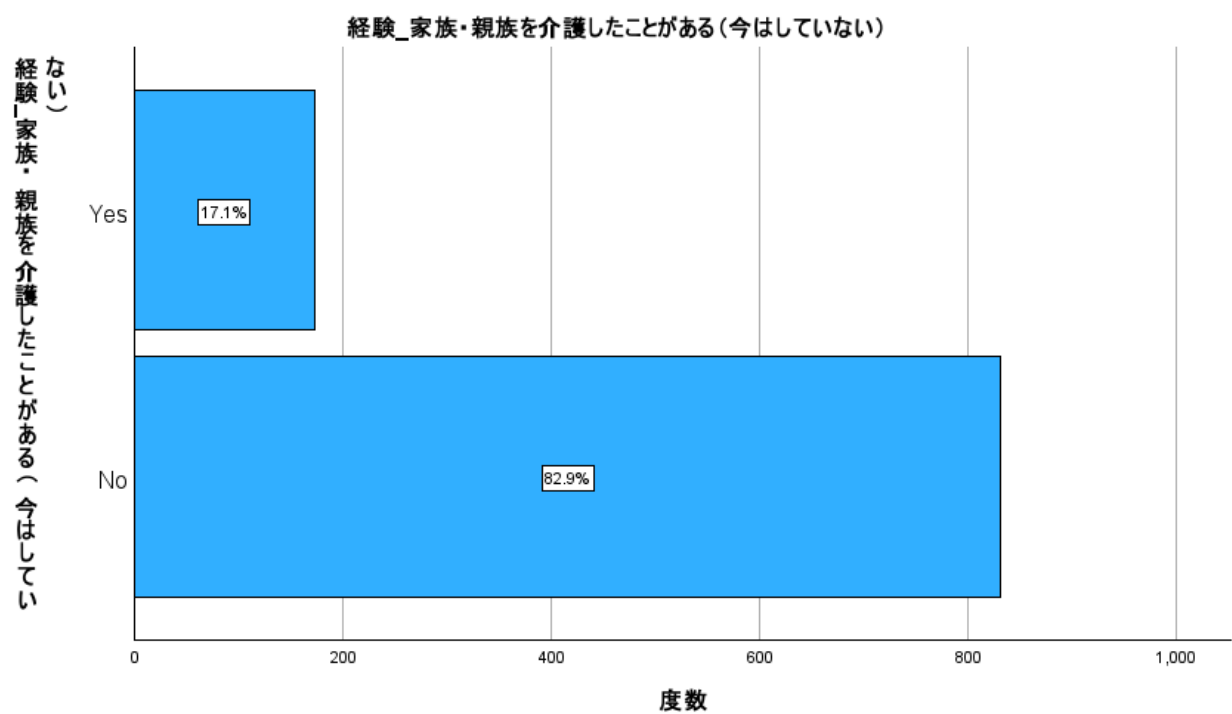
### ③ 認知症との接触経験項目

#### 11. 接触経験

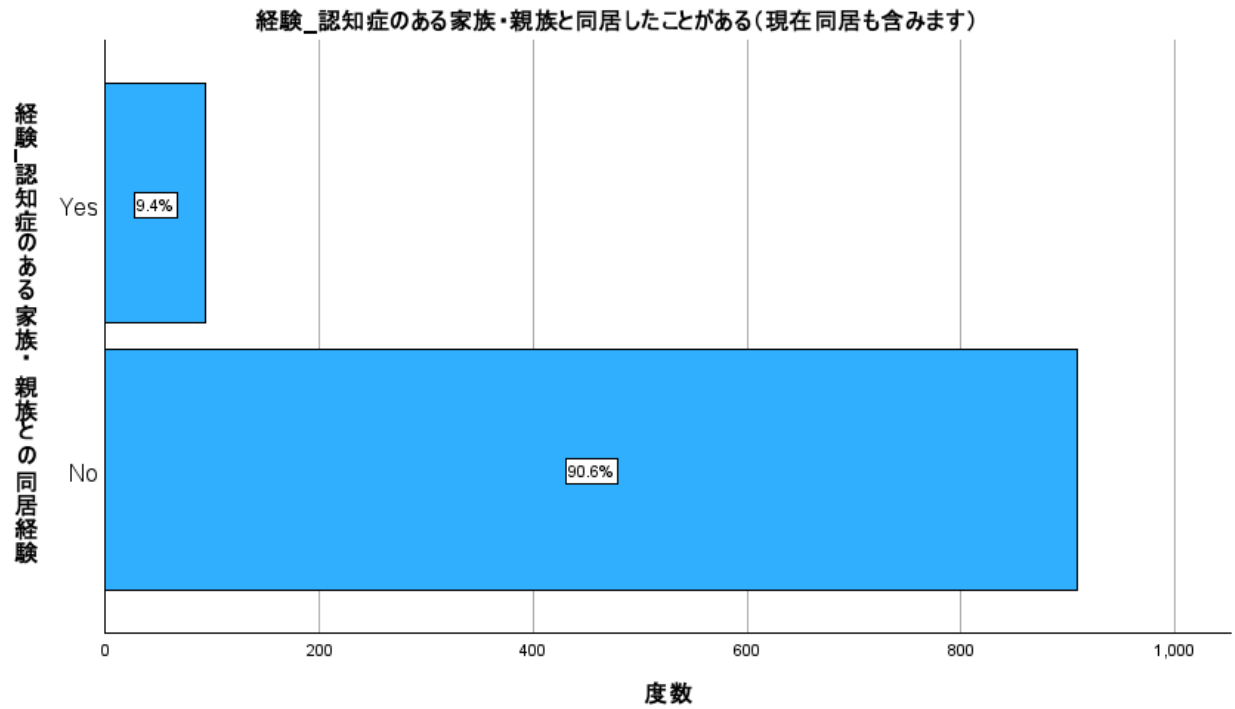
##### 現在の家族・親族介護経験



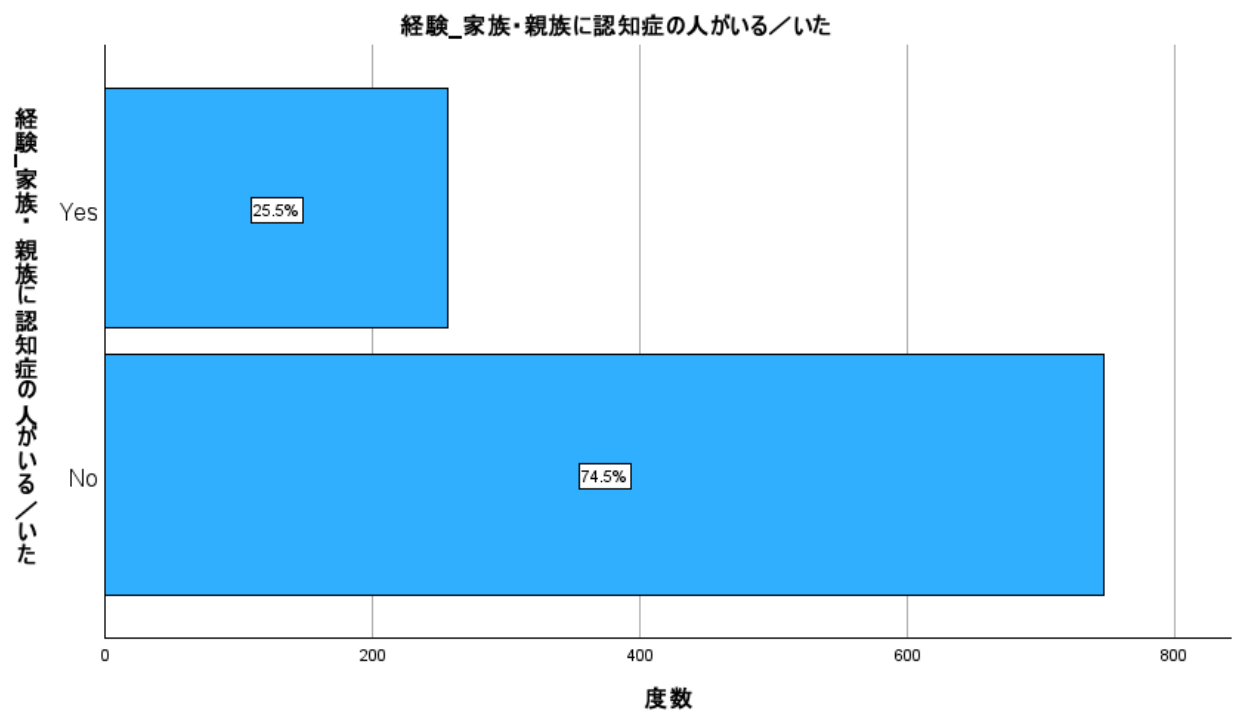
##### 家族・親族を介護したことがある（現在はしていない）



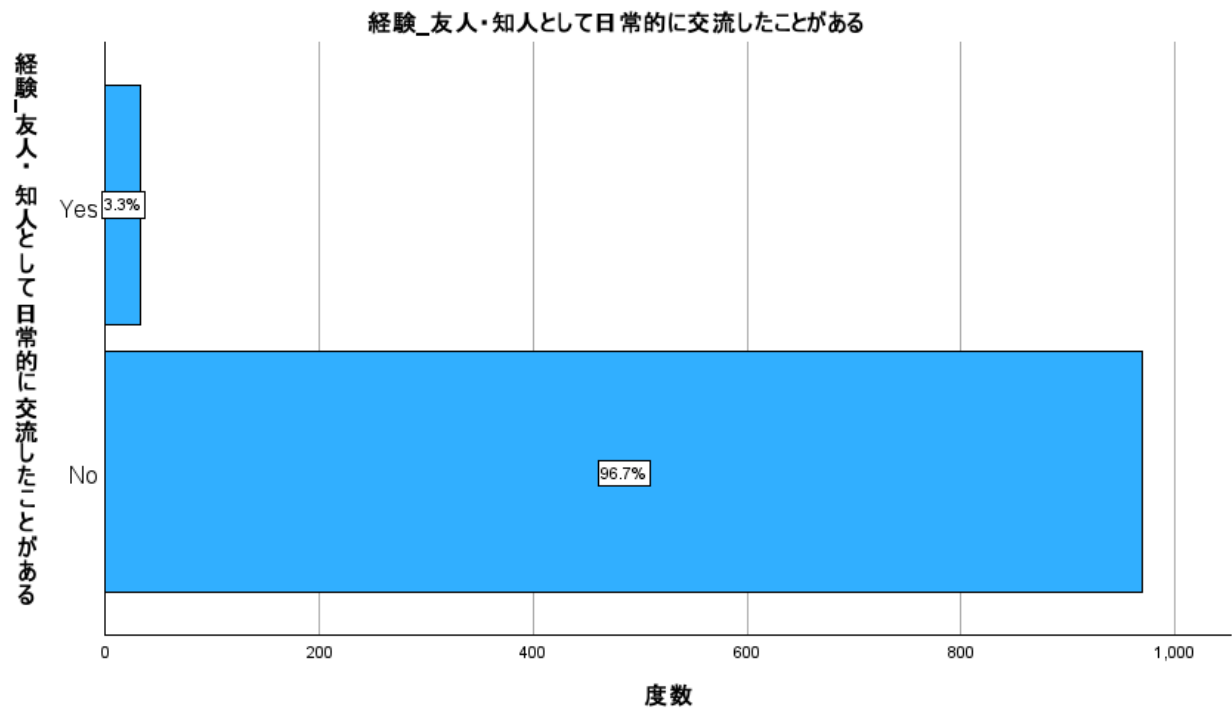
## 同居経験



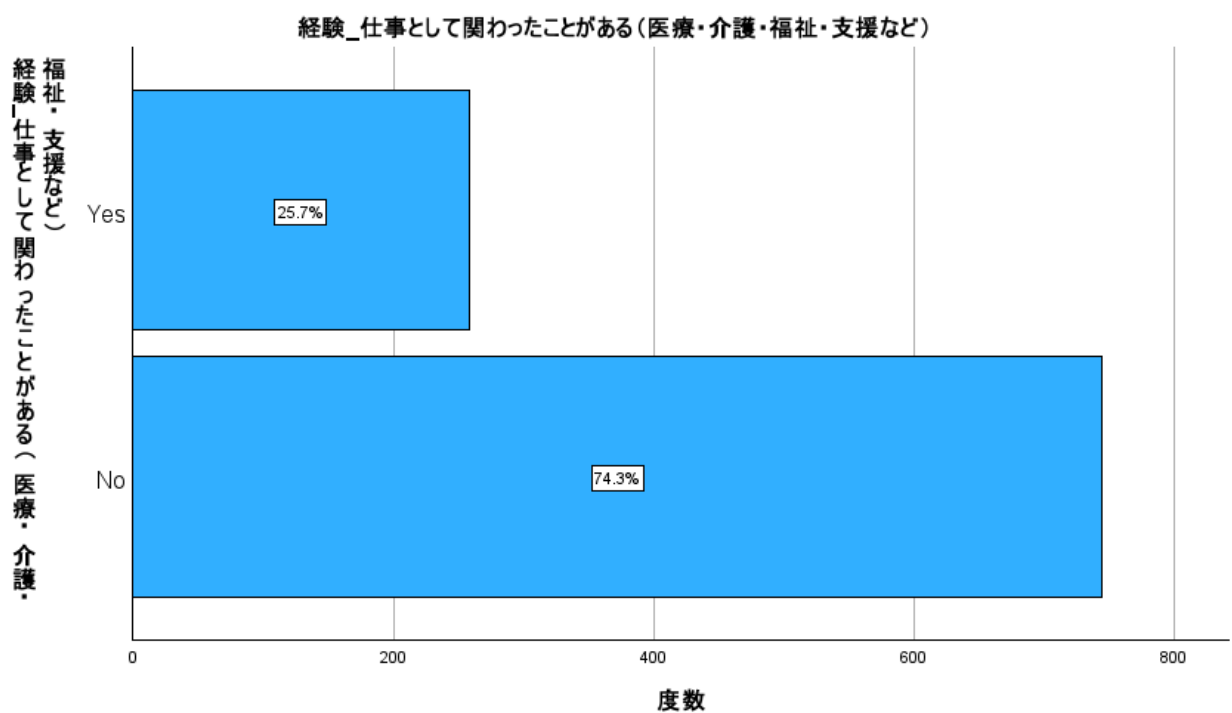
## 家族・親族に認知症の人がいる/いた



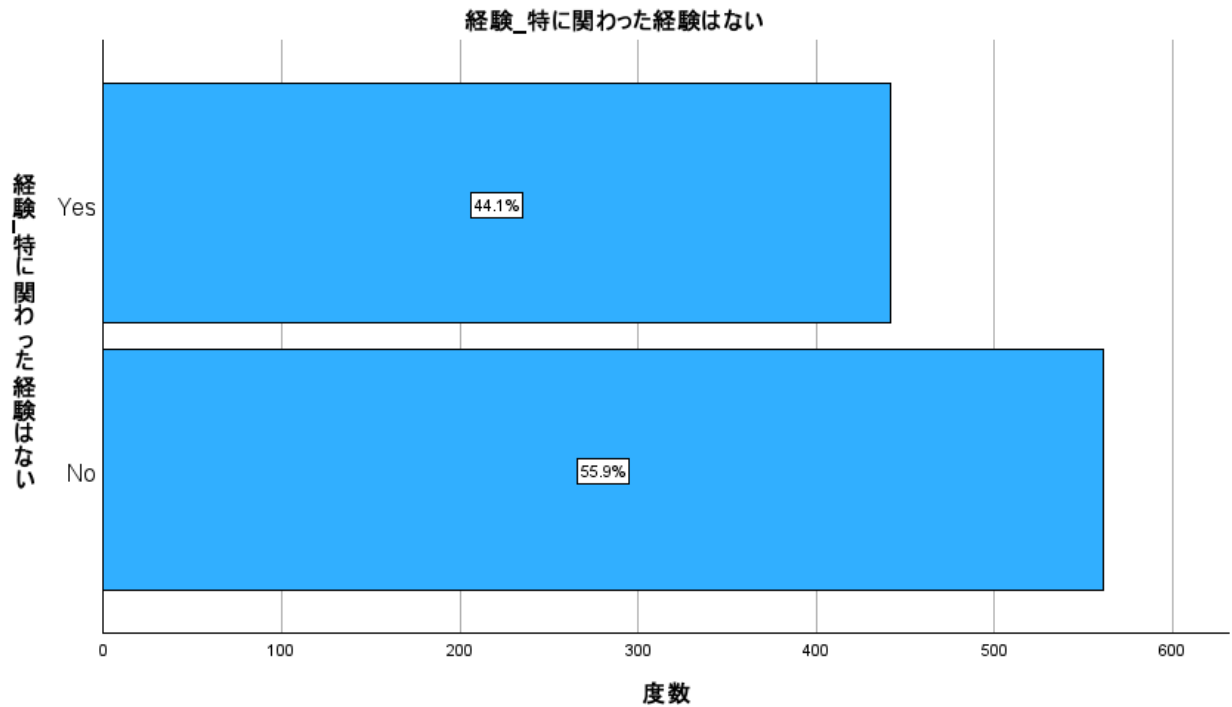
## 友人・知人として日常的に交流したことがある



## 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

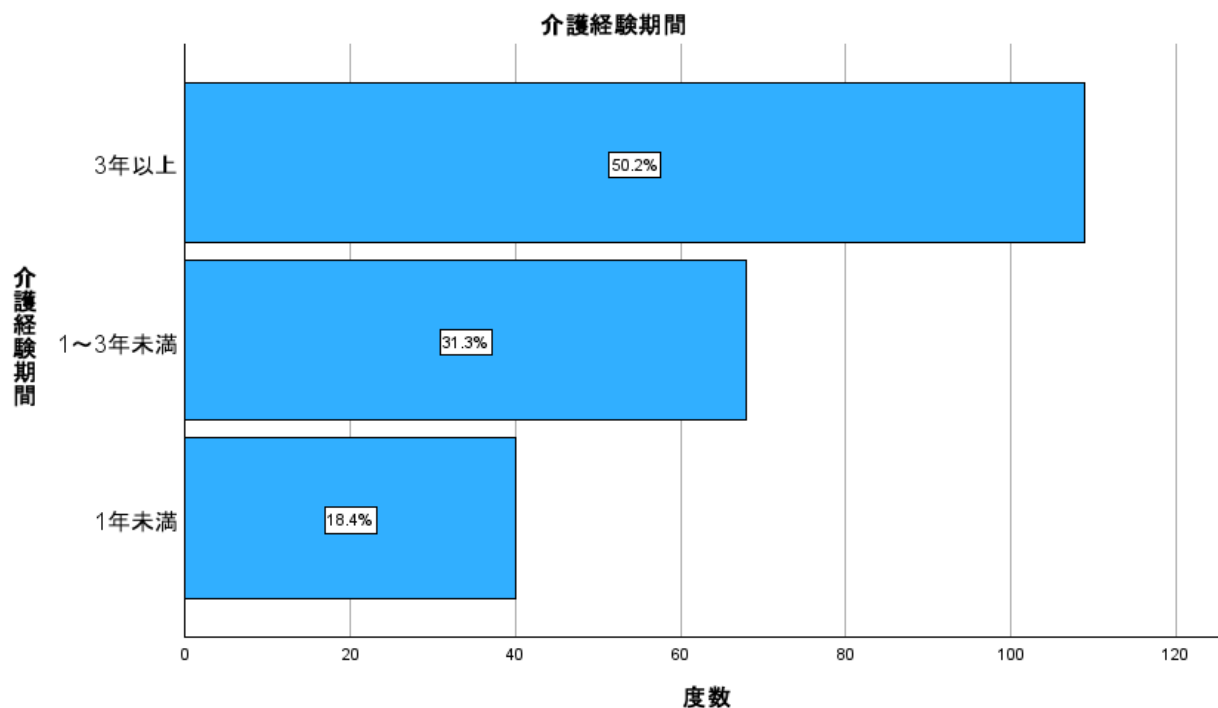


## 接触経験に関する回答(複数回答可)

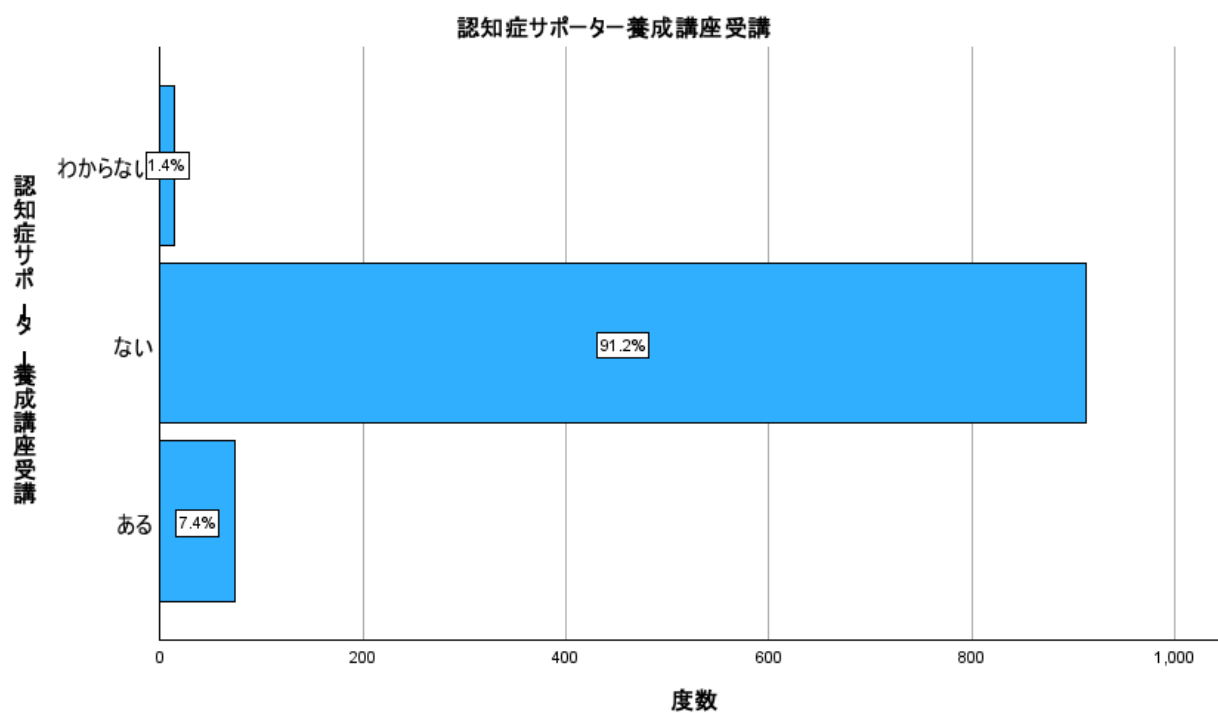
| 接触経験項目                        | %      |
|-------------------------------|--------|
| 現在、家族・親族の介護をしている              | 5.10%  |
| 家族・親族を介護したことがある(現在はしていない)     | 17.10% |
| 認知症のある家族・親族と同居したことがある         | 9.40%  |
| 家族・親族に認知症の人がいる／いた             | 25.50% |
| 友人・知人として日常的に交流したことがある         | 3.30%  |
| 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

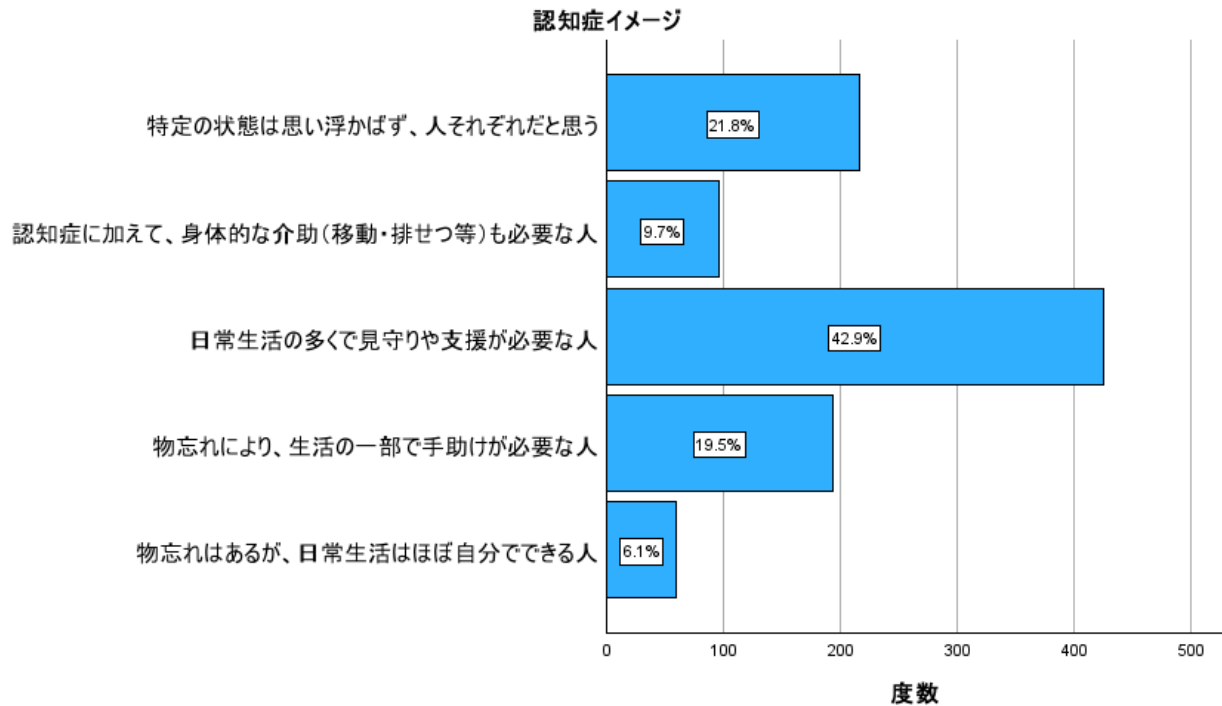
### 12. 介護経験期間



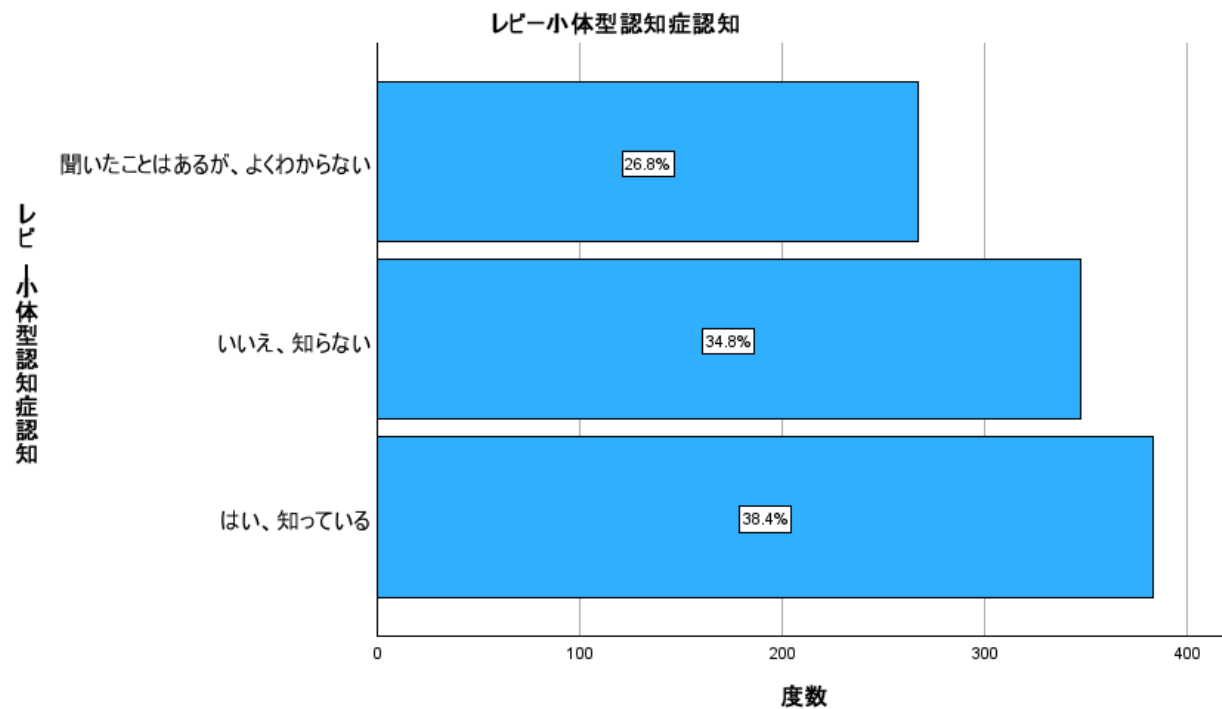
### 13. サポーター養成講座受講



## 14. 認知症のイメージ

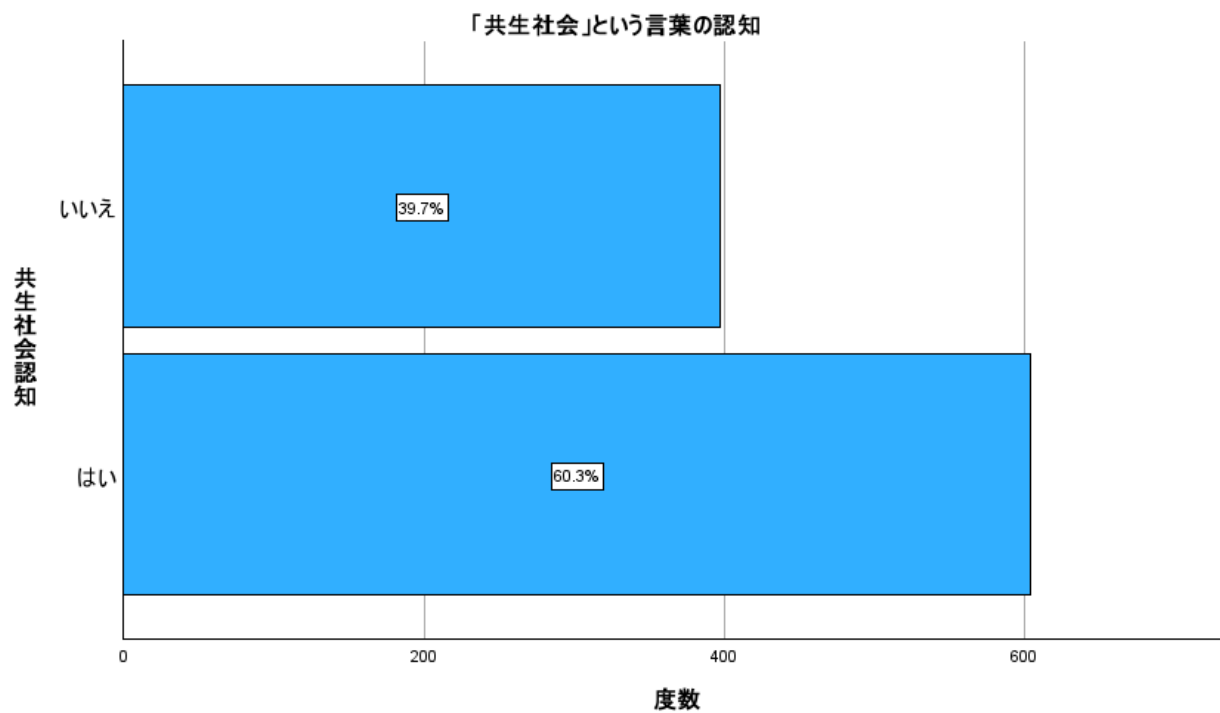


## 15. レビー小体型認知症の知識



## ⑤共生に関する知識・認識

### 共生社会認知(e3)



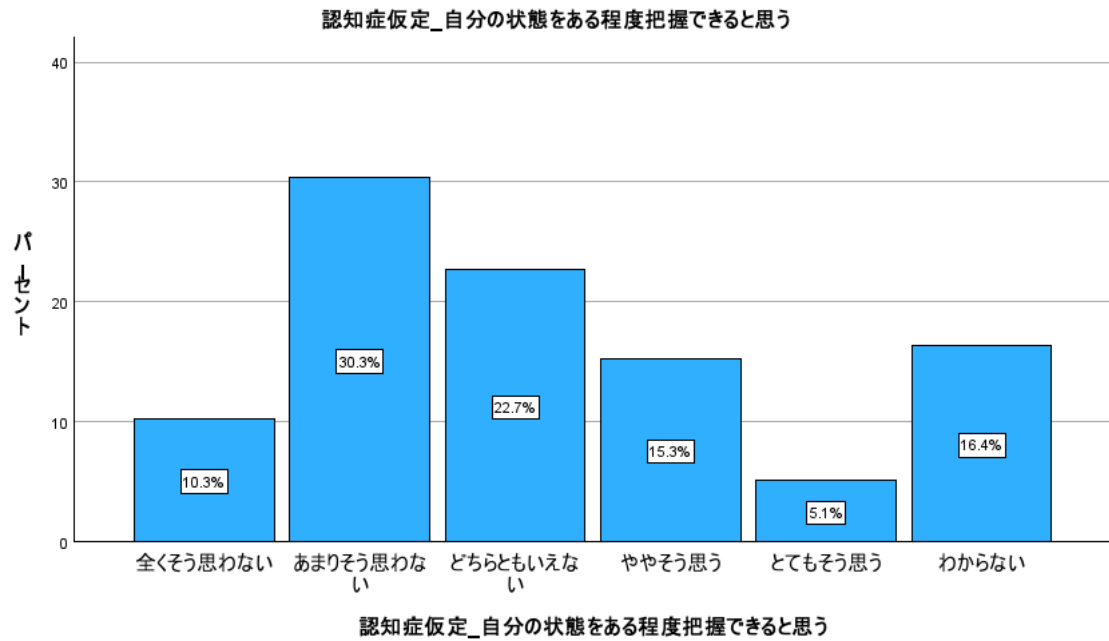
### • 共生社会賛成(e4\_1)

### • 地域受容(e4\_2)

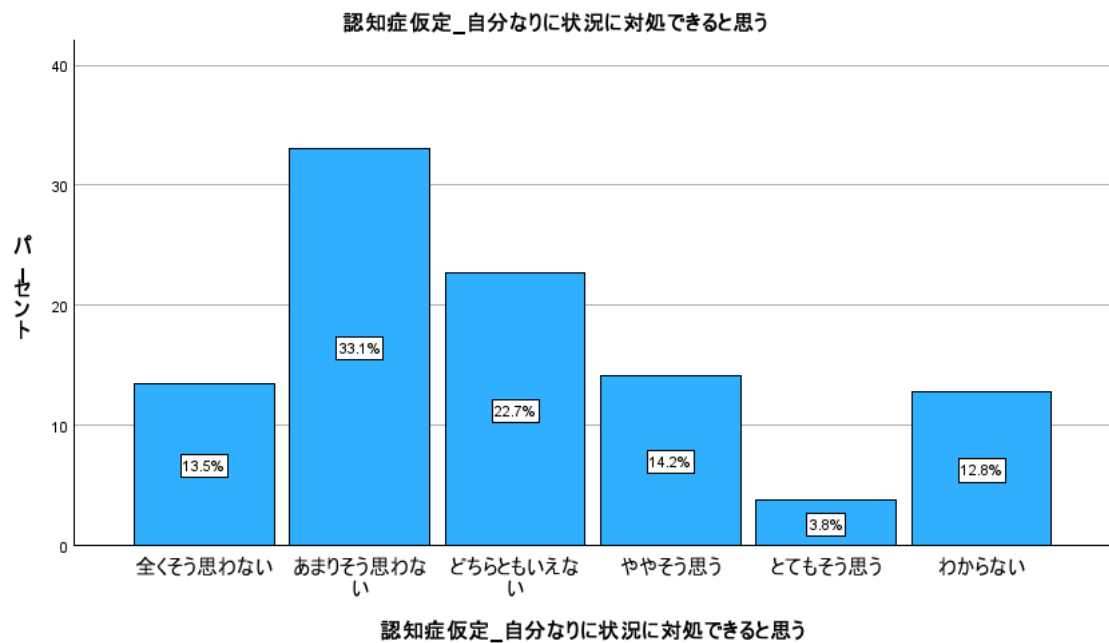
### • 地域参加(e4\_3)

## Ⅱ．認知症観尺度：各回答の項目分布

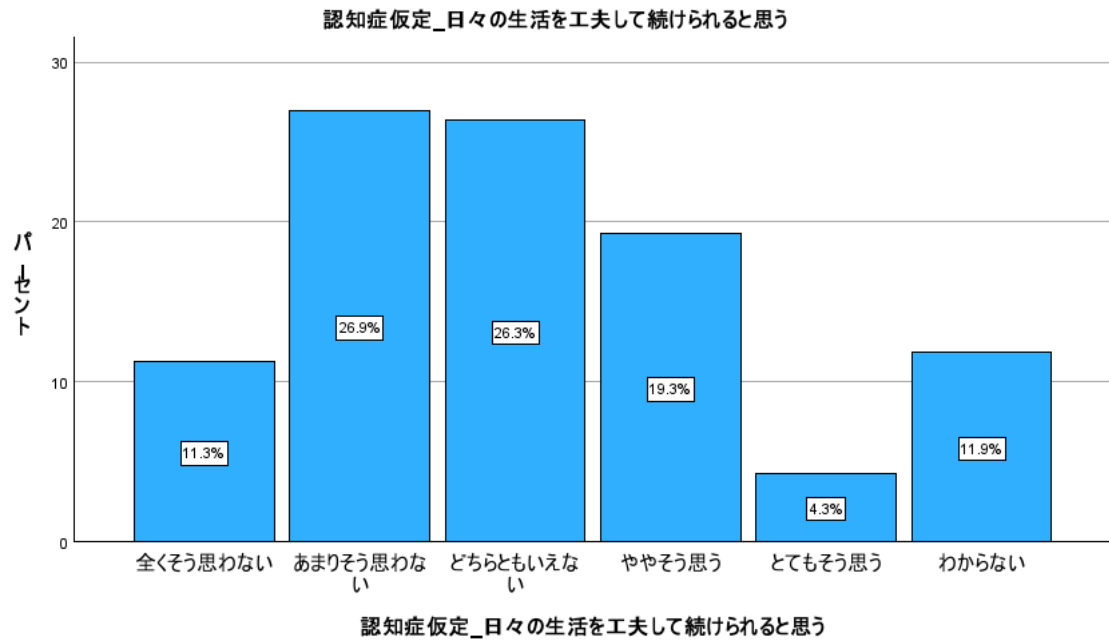
### Q1.【自分の状態をある程度把握できと思う。】



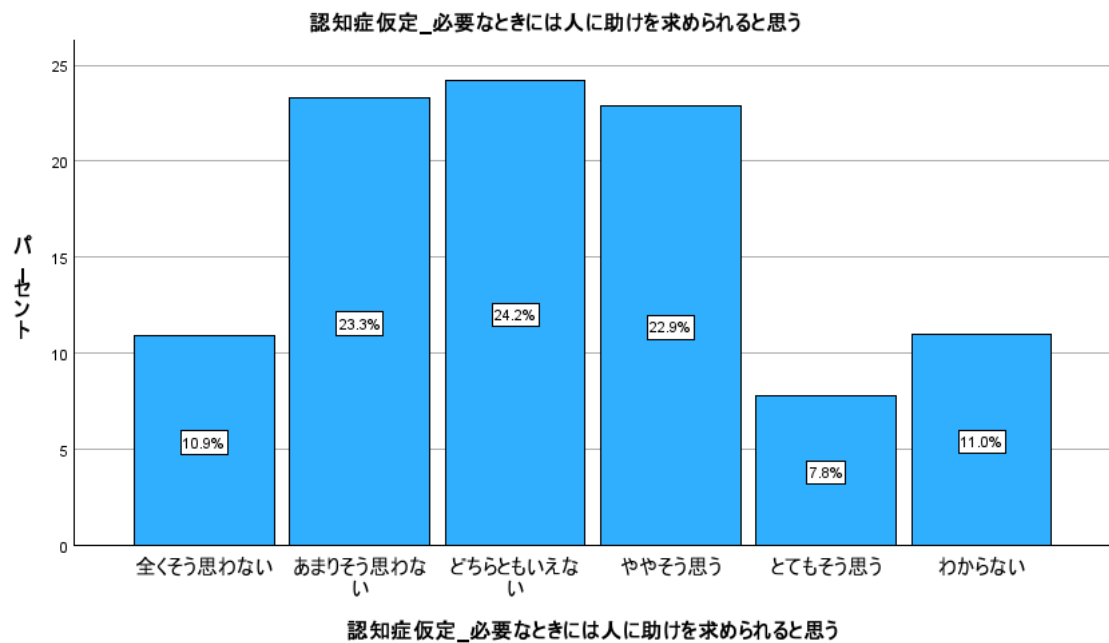
### Q2.【自分なりに状況に対処できと思う。】



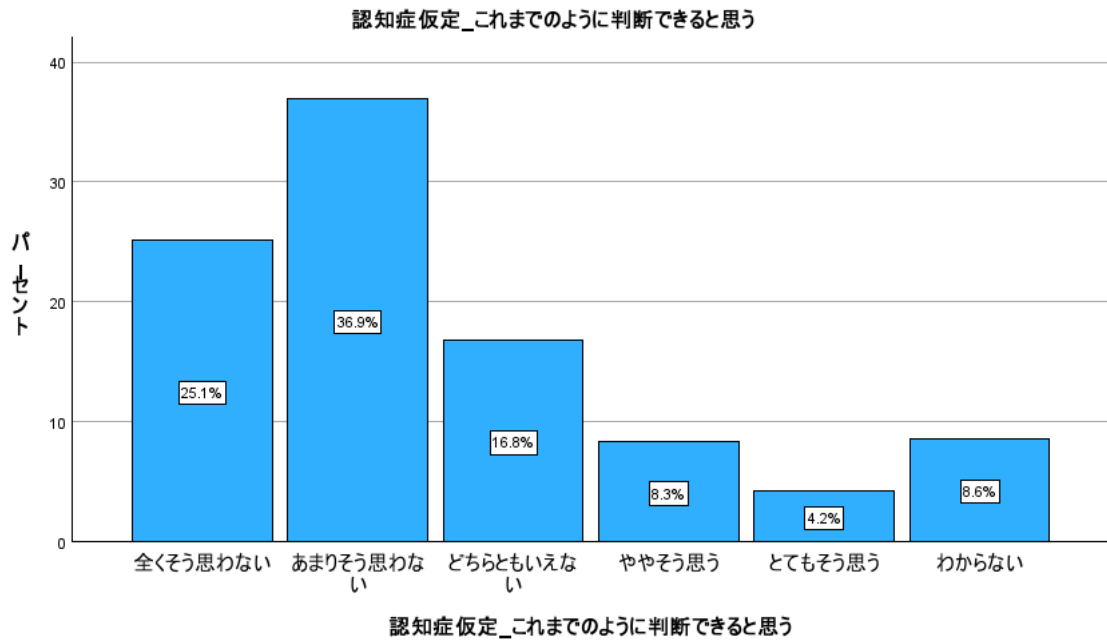
### Q3.【日々の生活を工夫して続けられると思う。】



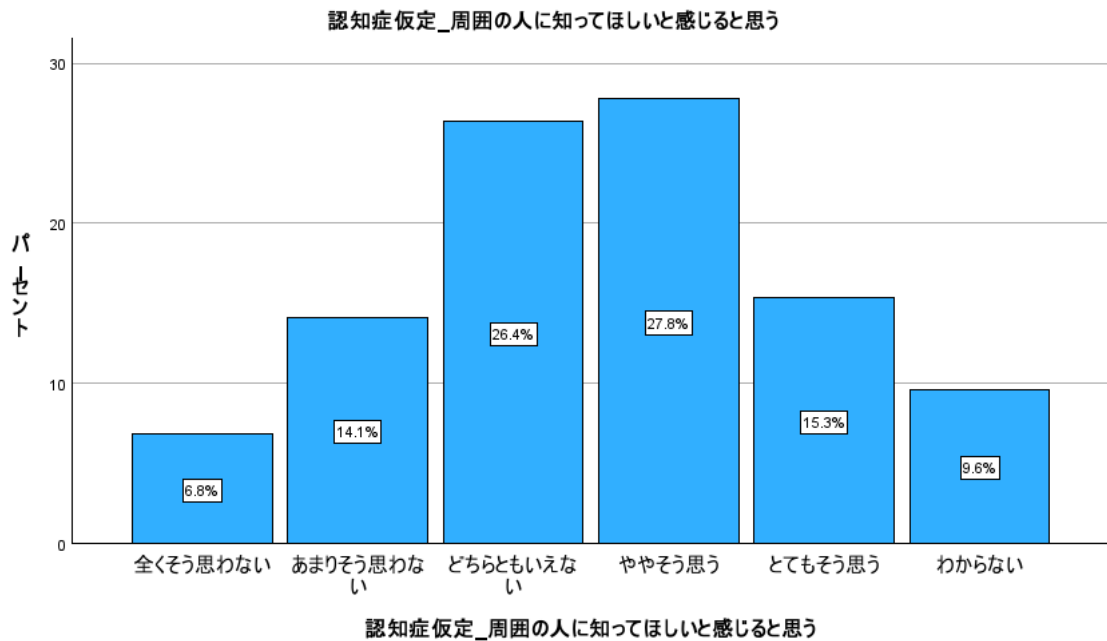
### Q4.【必要なときには人に助けを求められると思う。】



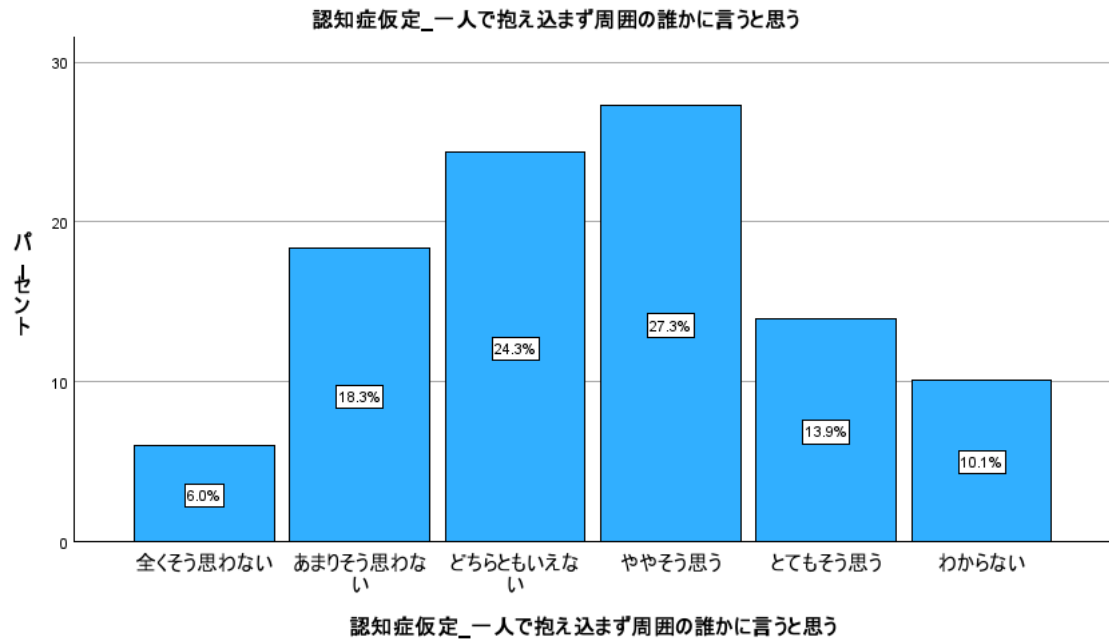
### Q5.【これまでのように判断できると思う。】



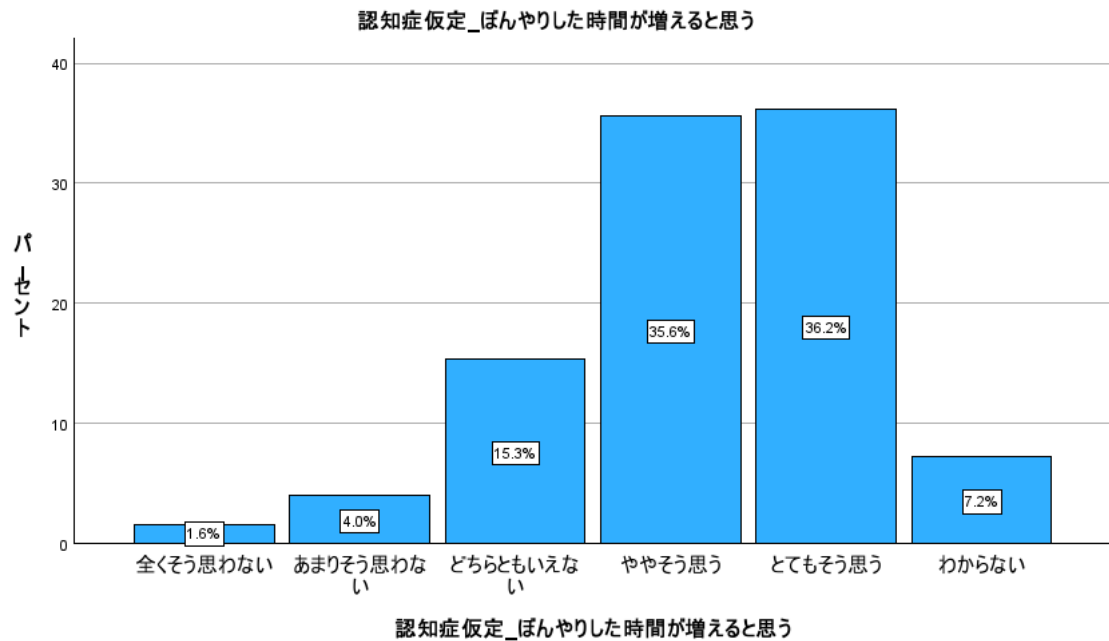
### Q6.【周囲の人に知ってほしいと感じると思う。】



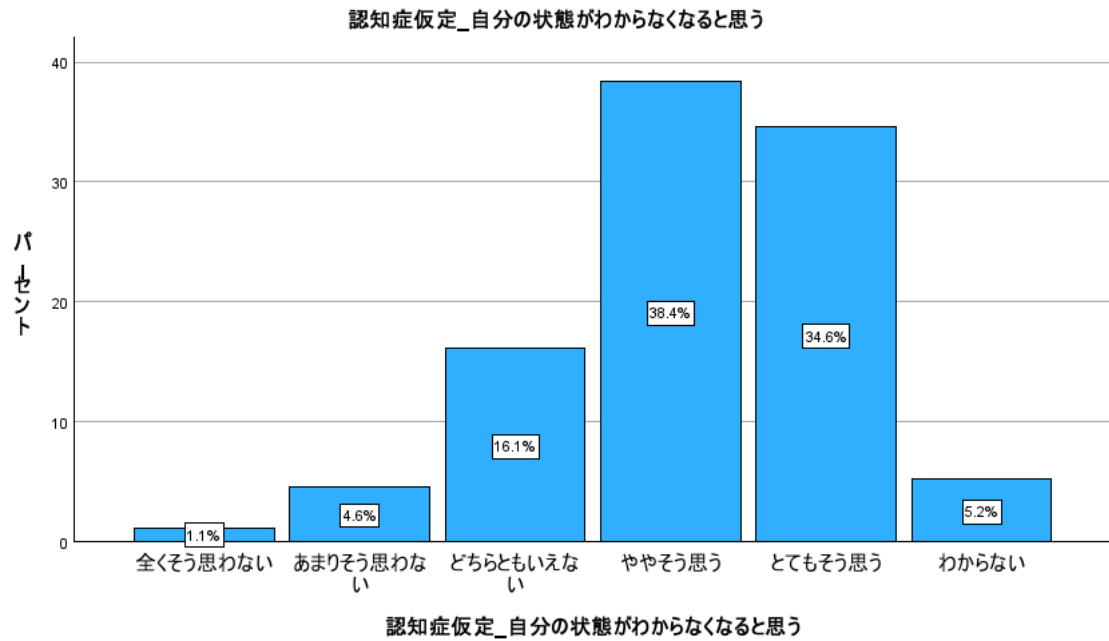
### Q7.【一人で抱え込まず周囲の誰かに言うと思う。】



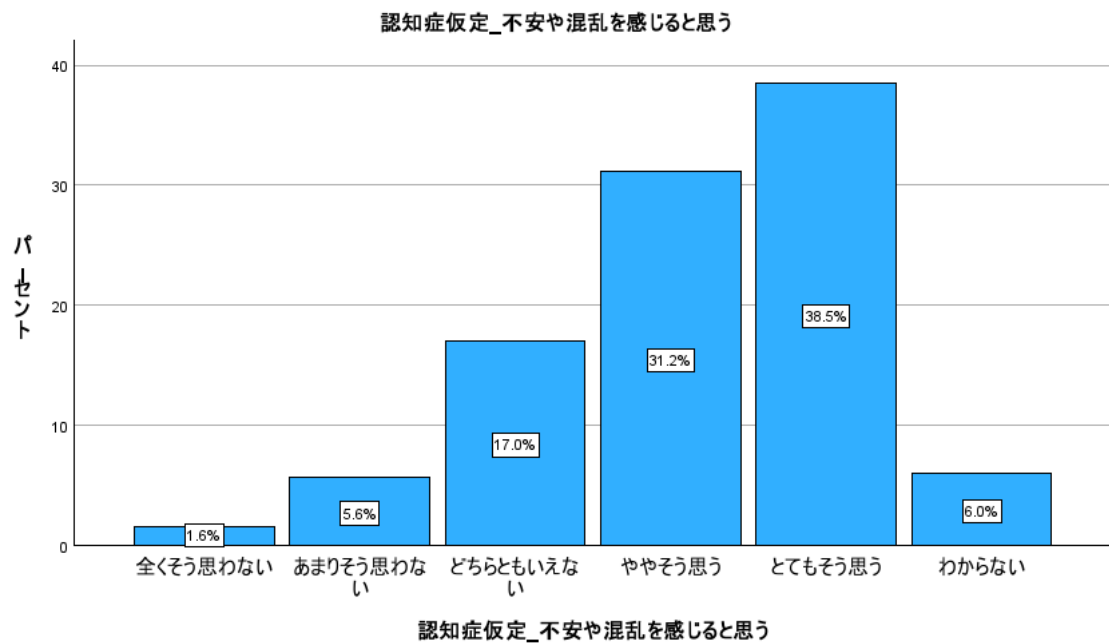
### Q8.【ぼんやりした時間が増えると思う。】



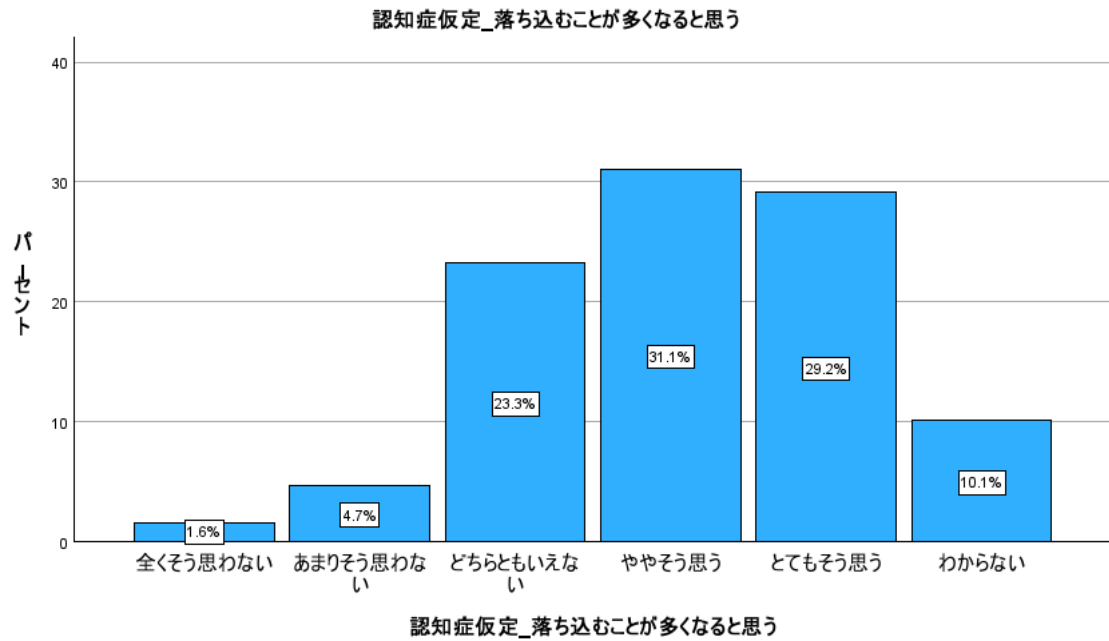
### Q9.【自分の状態がわからなくなと思う。】



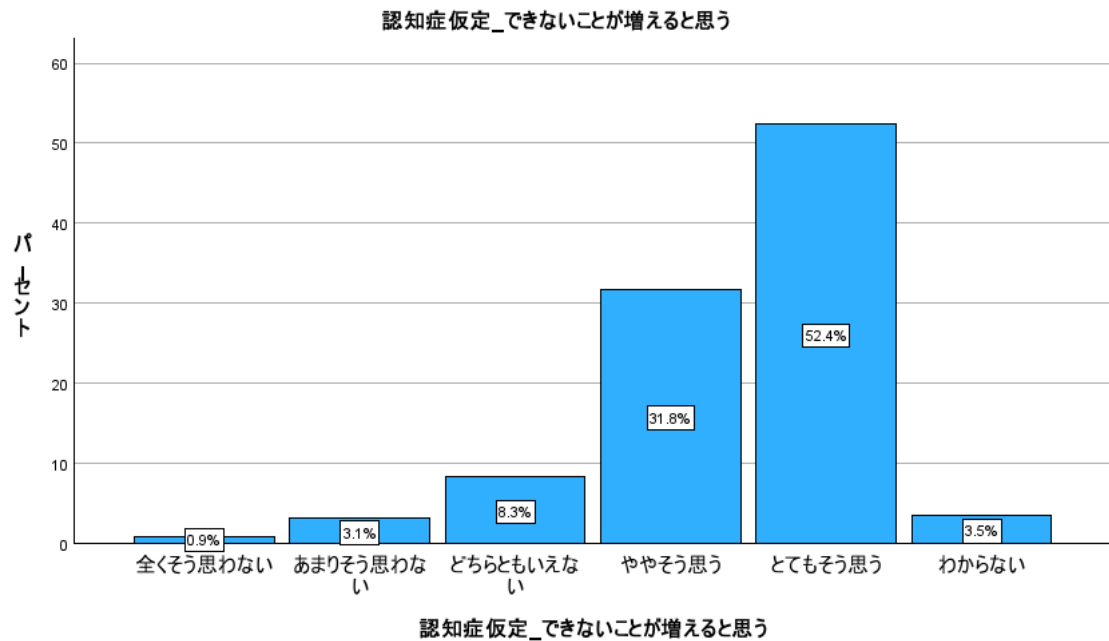
### Q10.【不安や混乱を感じると思う。】



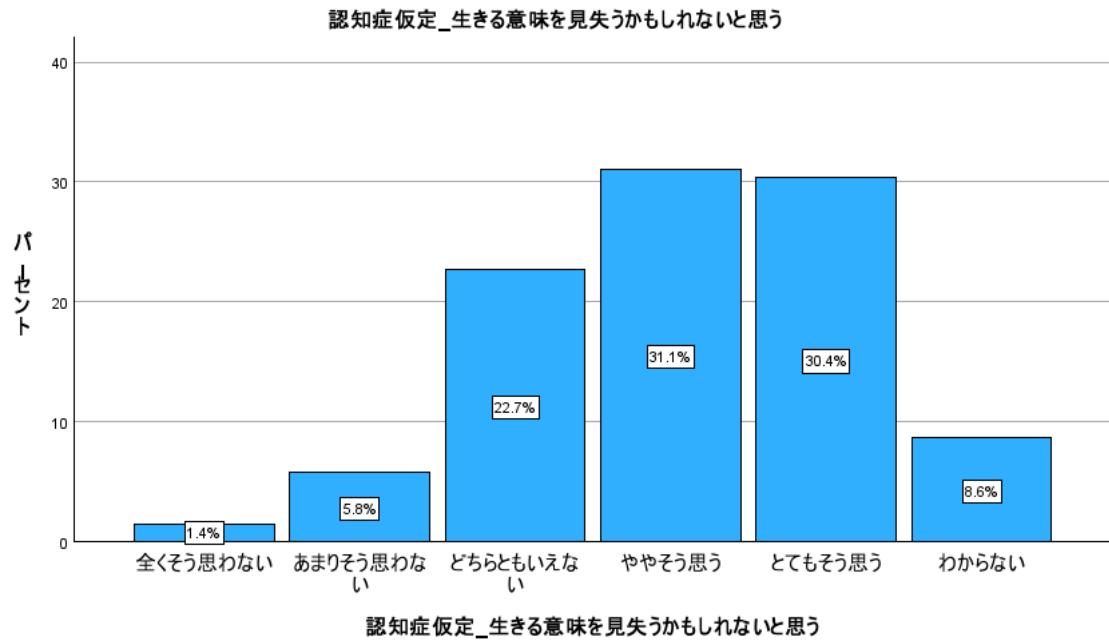
### Q11.【落ち込むことが多くなると思う。】



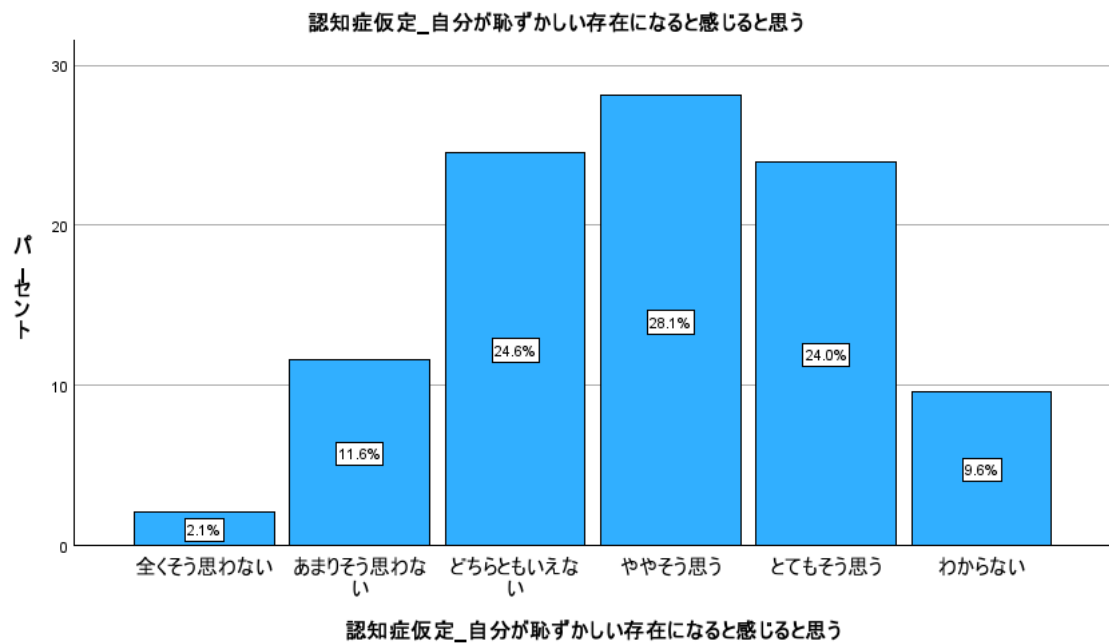
### Q12.【できないことが増えると思う。】



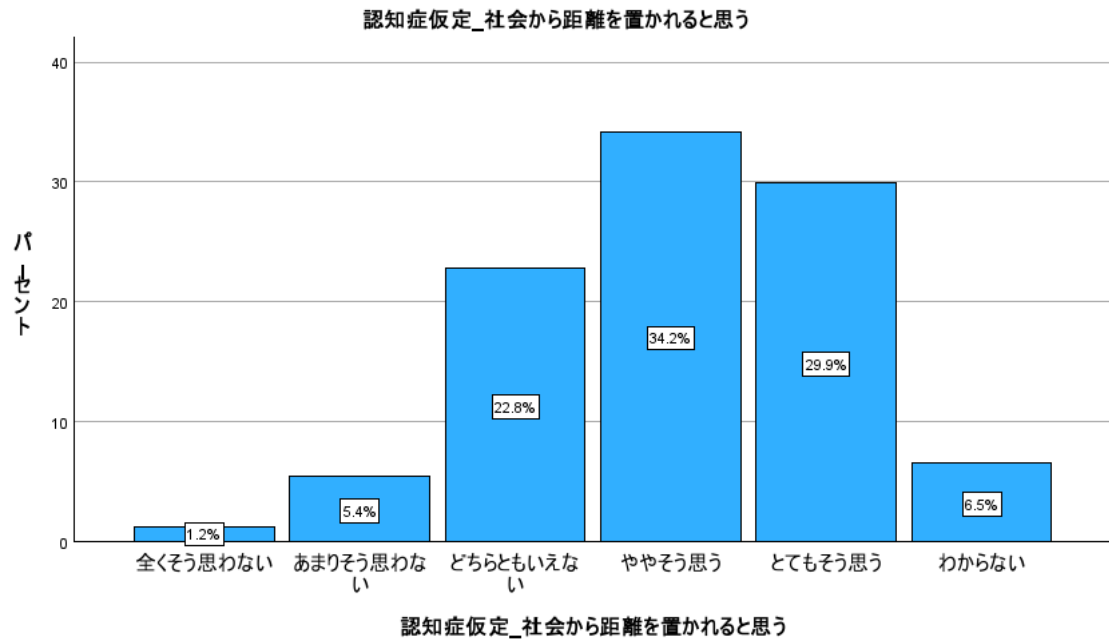
### Q13.【生きる意味を見失うかもしれないと思う。】



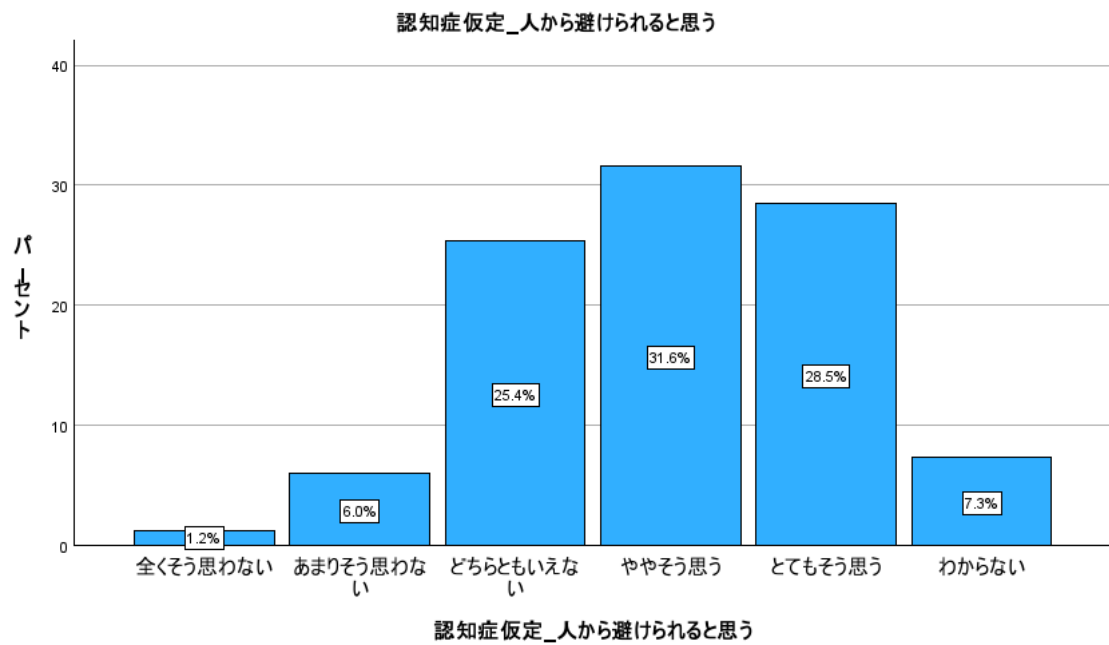
### Q14.【自分が恥ずかしい存在になると感じると思う。】



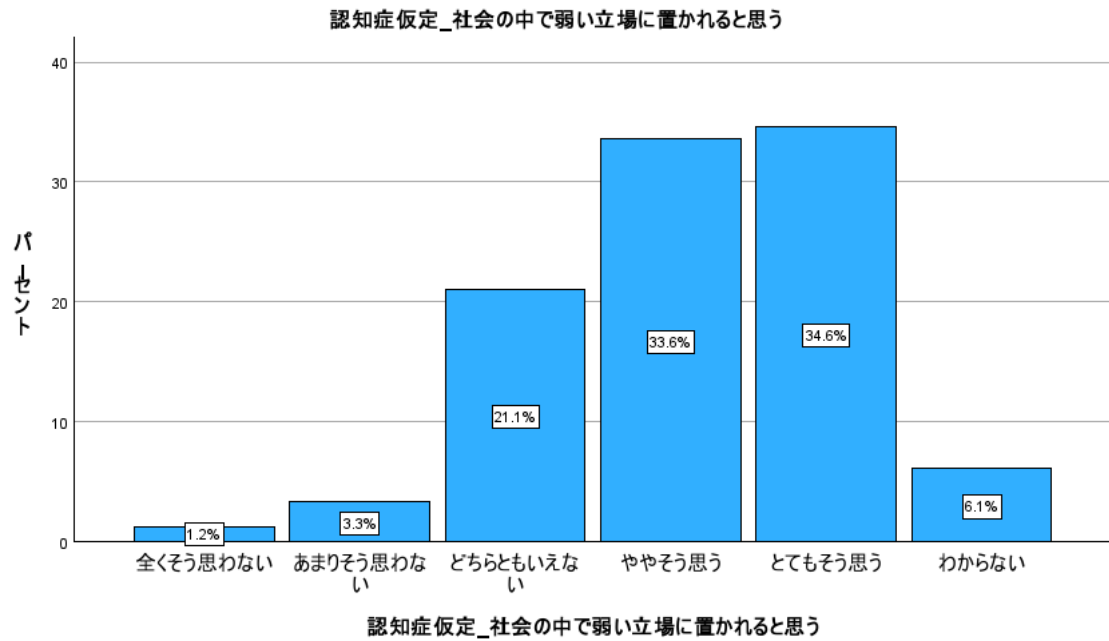
### Q15.【社会から距離を置かれると思う。】



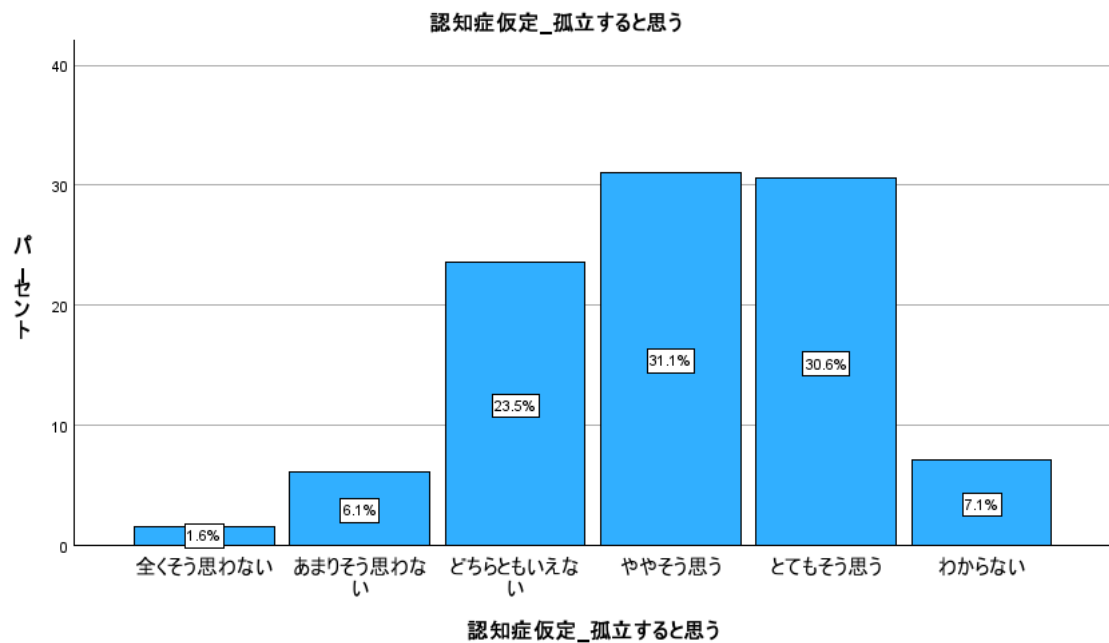
### Q16.【人から避けられると思う。】



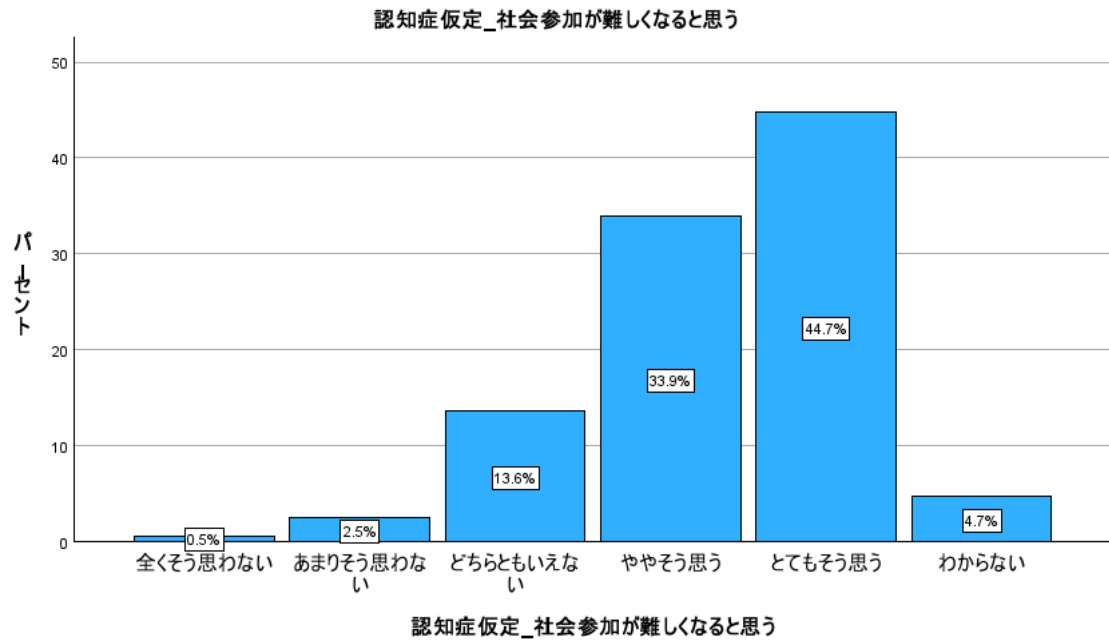
### Q17.【社会の中で弱い立場に置かれると思う。】



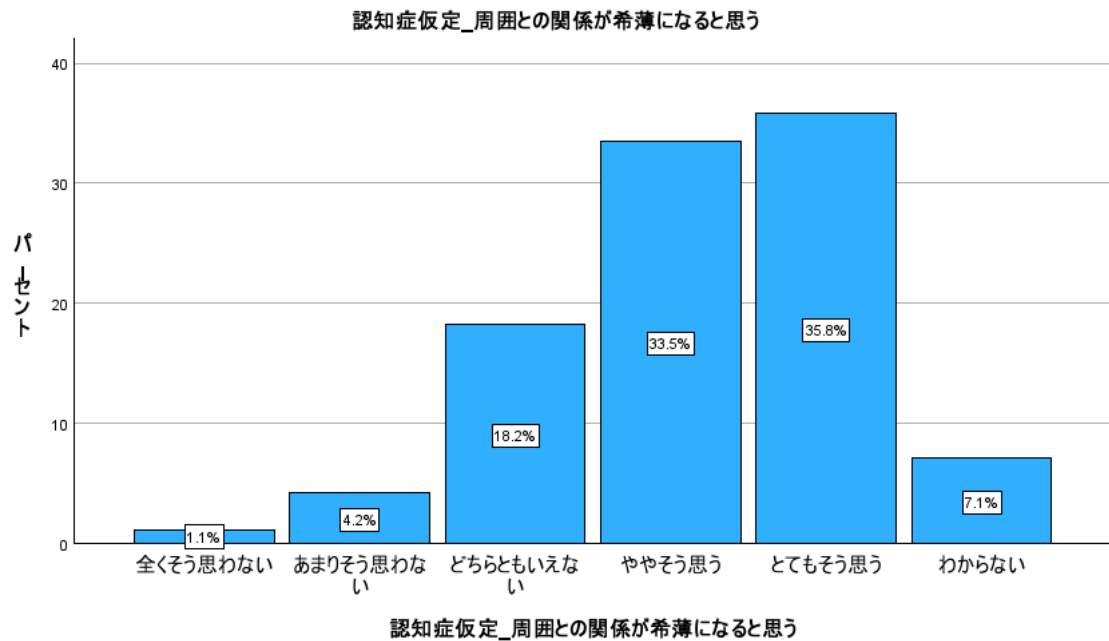
### Q18.【孤立すると思う。】



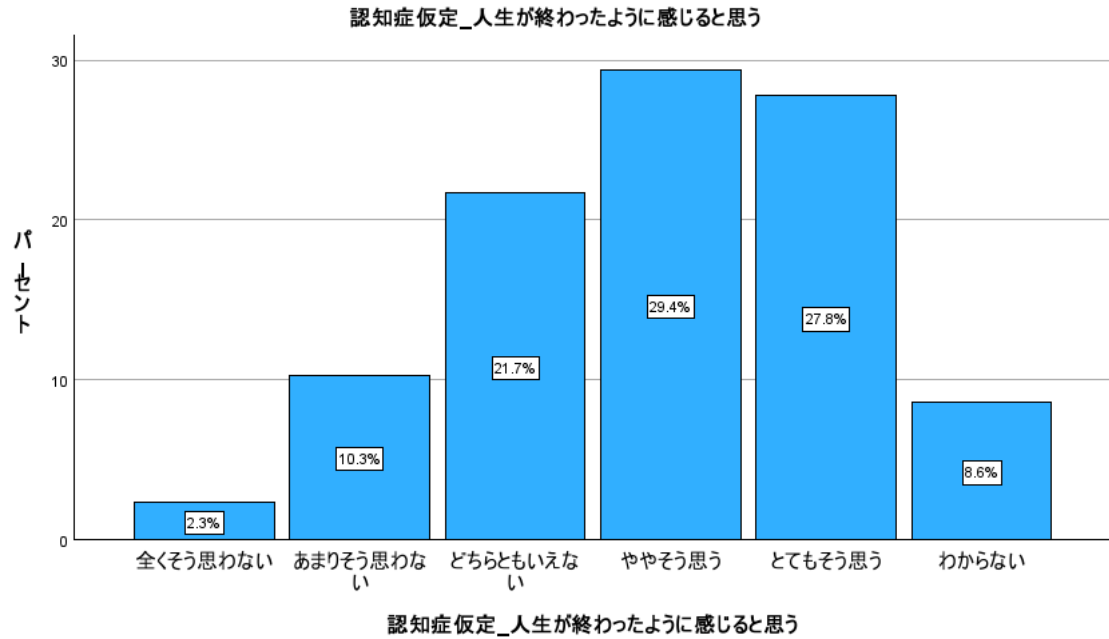
### Q19.【社会参加が難しくなると思う。】



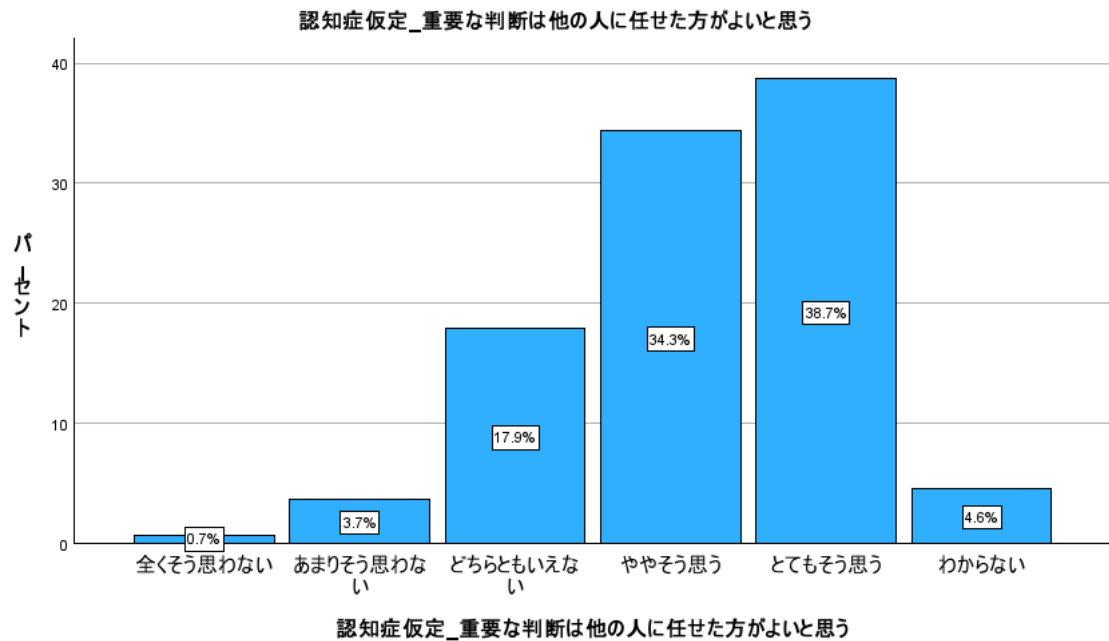
### Q20.【周囲との関係が希薄になると思う。】



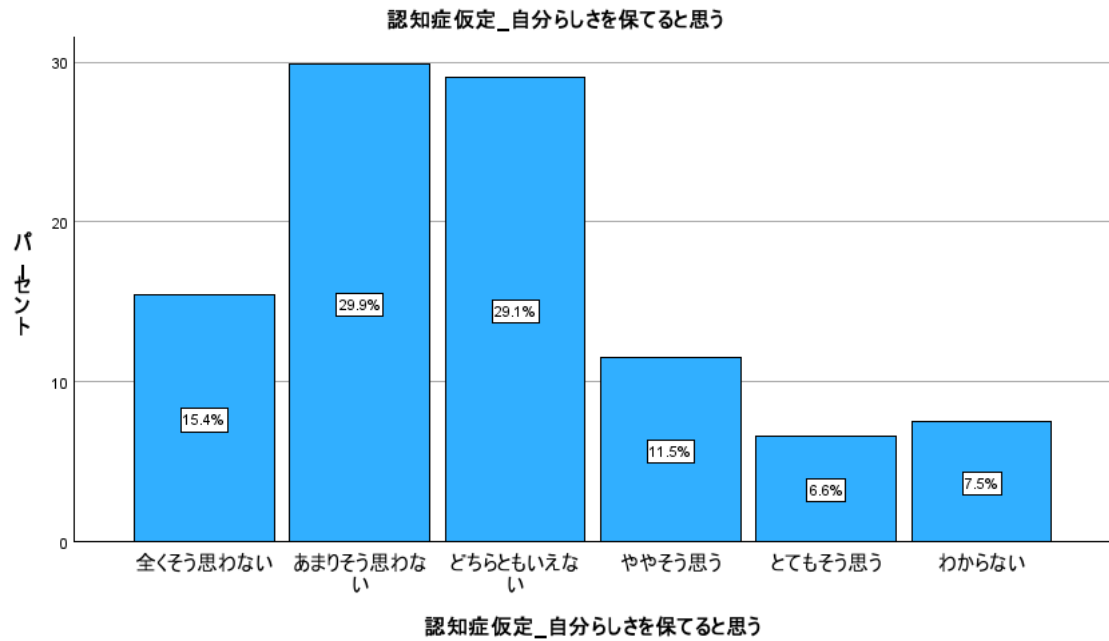
## Q21.【人生が終わったように感じると思う。】



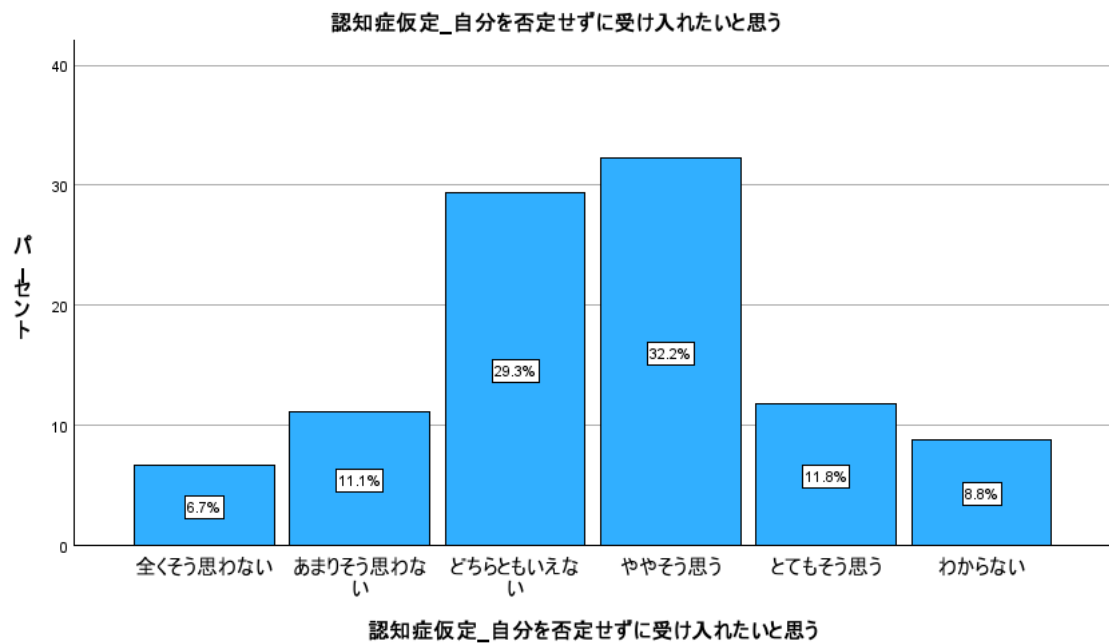
## Q22.【重要な判断は他の人に任せた方がよいと思う。】



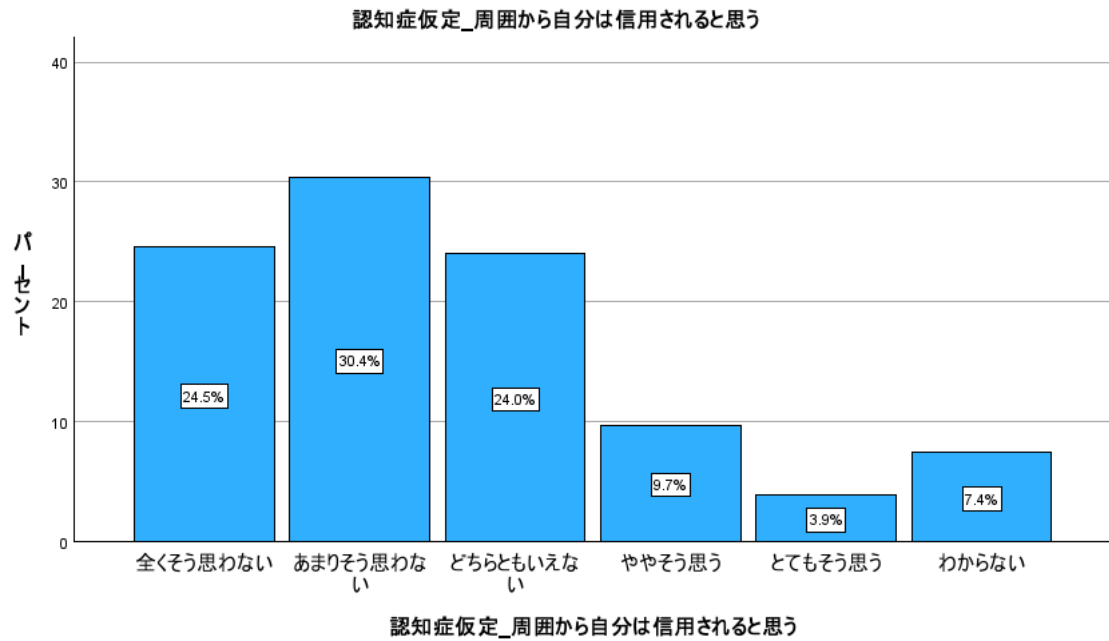
### Q23.【自分らしさを保てると思う。】



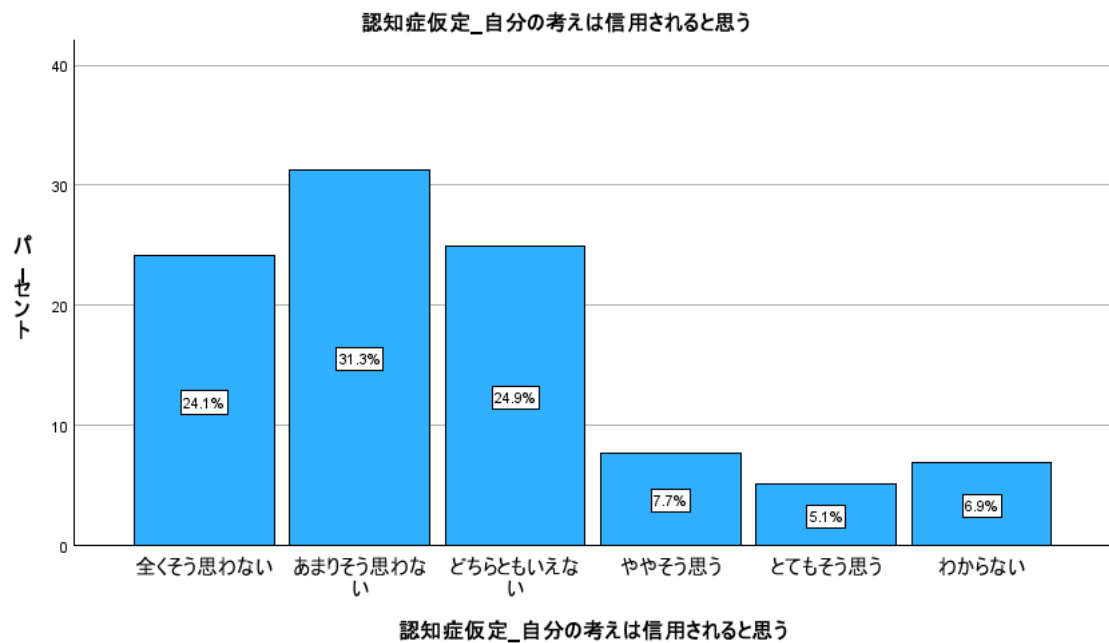
### Q24.【自分を否定せずに受け入れたいと思う。】



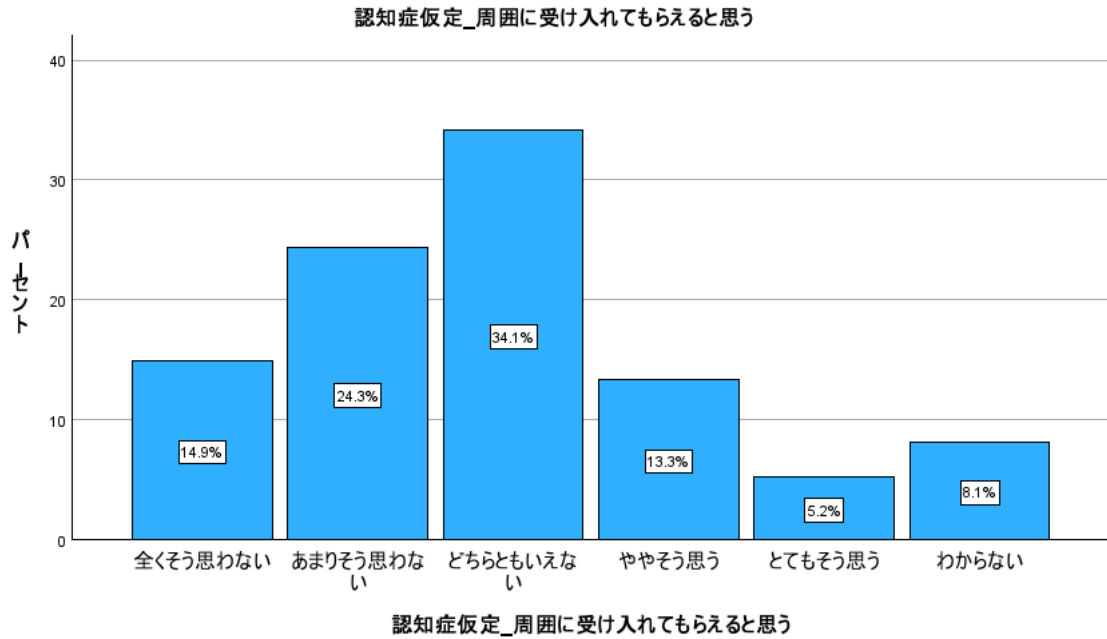
### Q25.【周囲から自分は信用されると思う。】



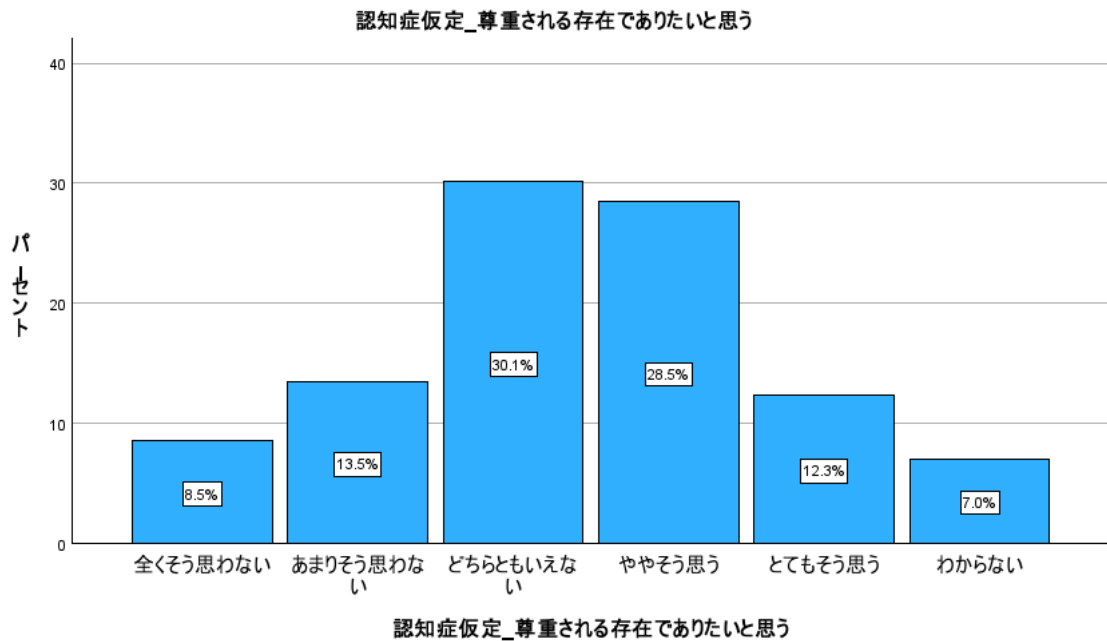
### Q26.【自分の考えは信用されると思う。】



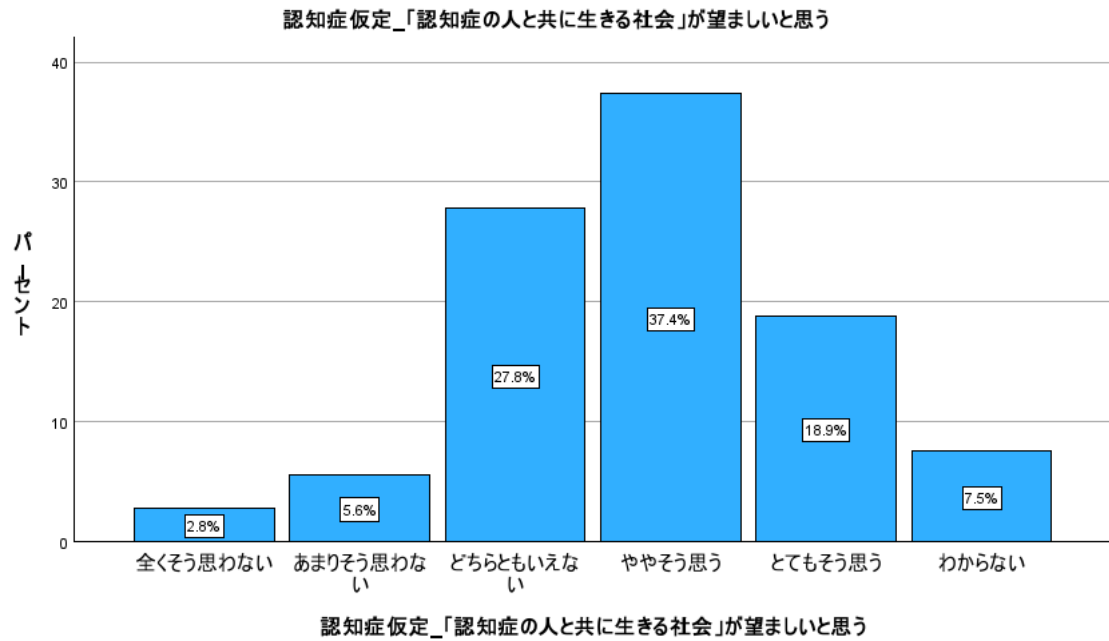
### Q27.【周囲に受け入れてもらえると思う。】



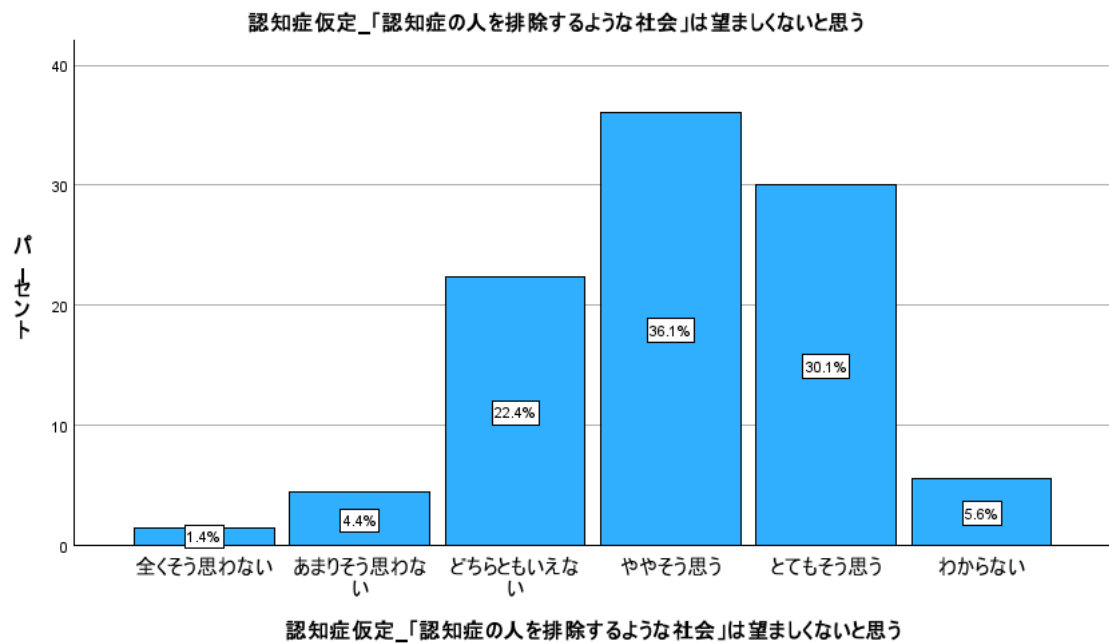
### Q28.【尊重される存在でありたいと思う。】



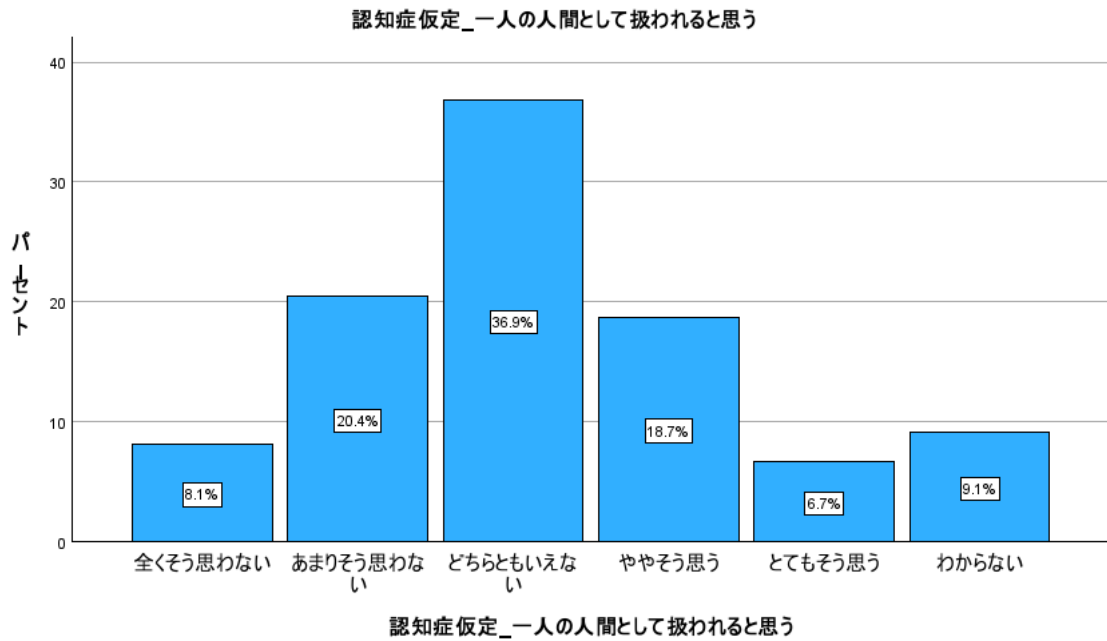
Q29.【「認知症の人と共に生きる社会」が望ましいと思う。】



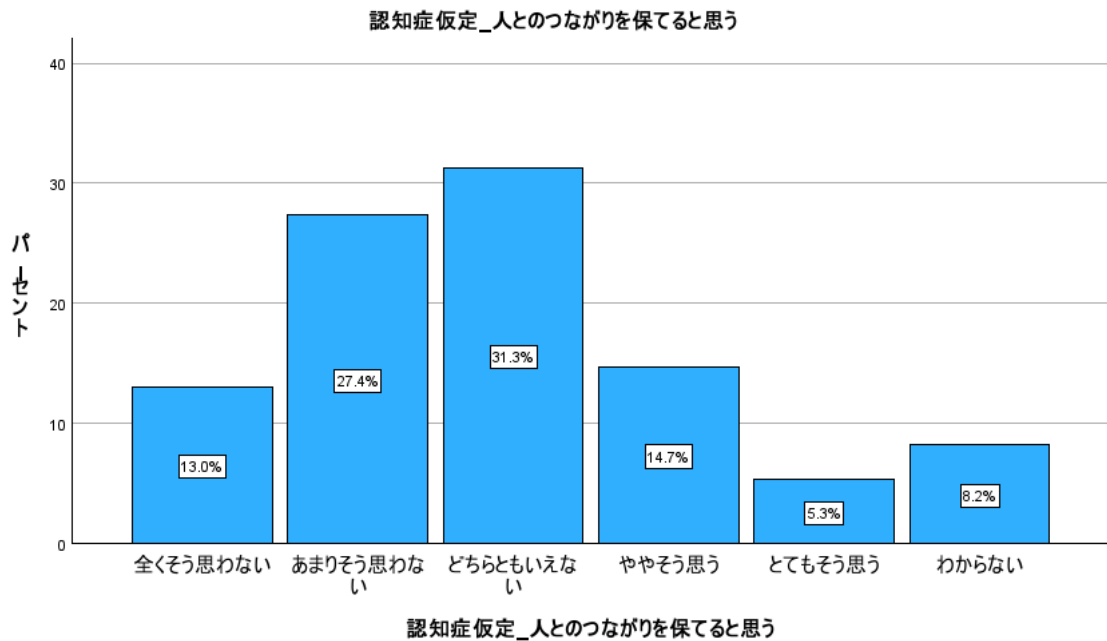
Q30.【「認知症の人を排除するような社会」は望ましくないと思う。】



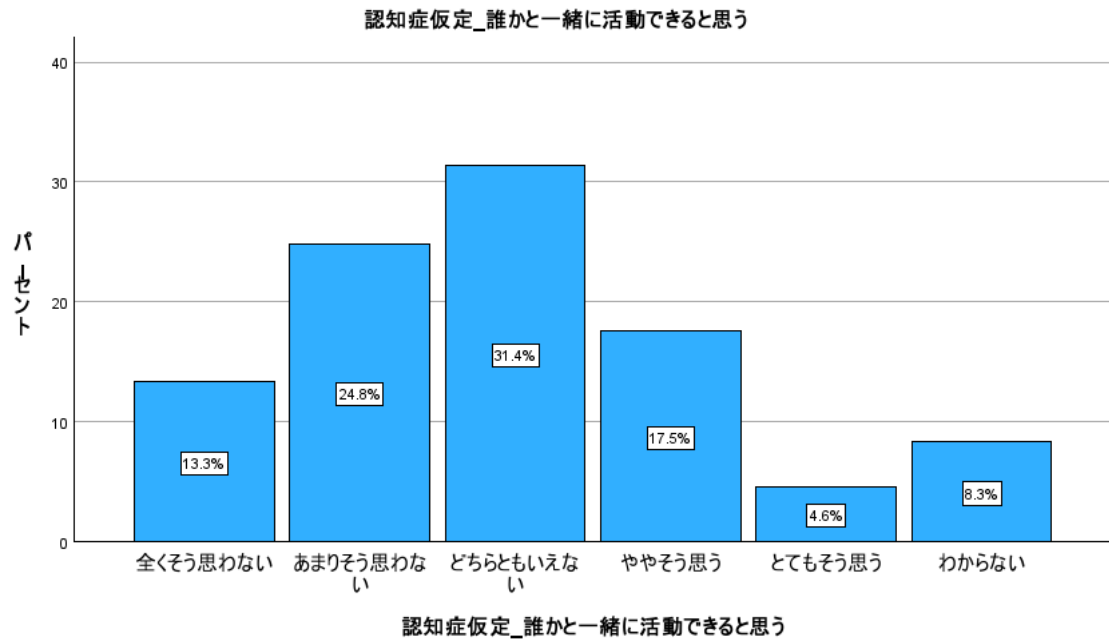
### Q31.【一人の人間として扱われると思う。】



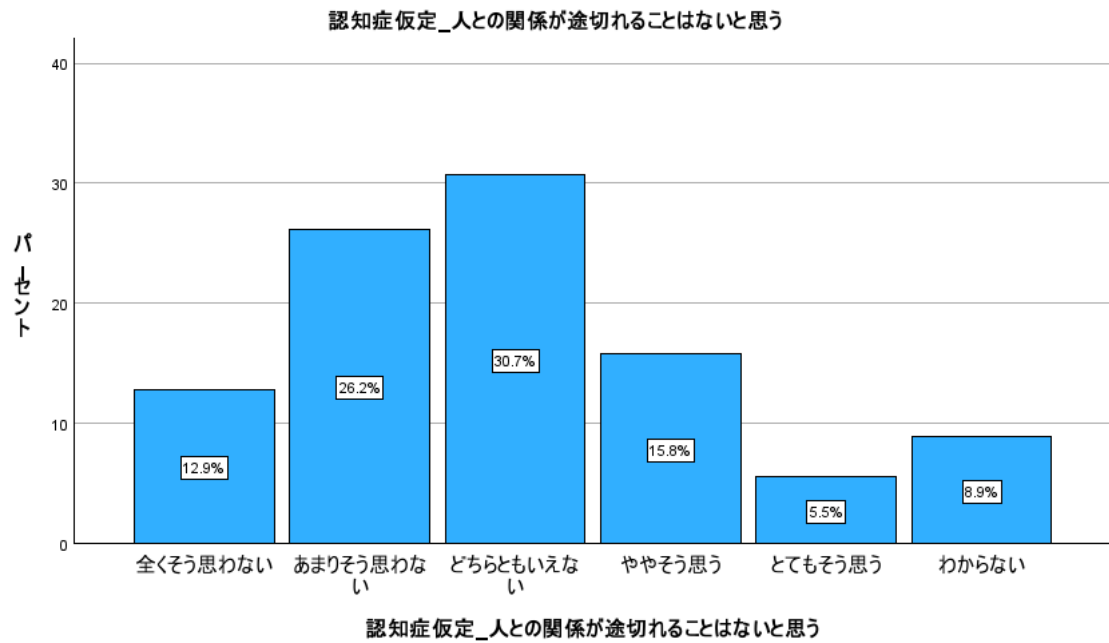
### Q32.【人とのつながりを保てると思う。】



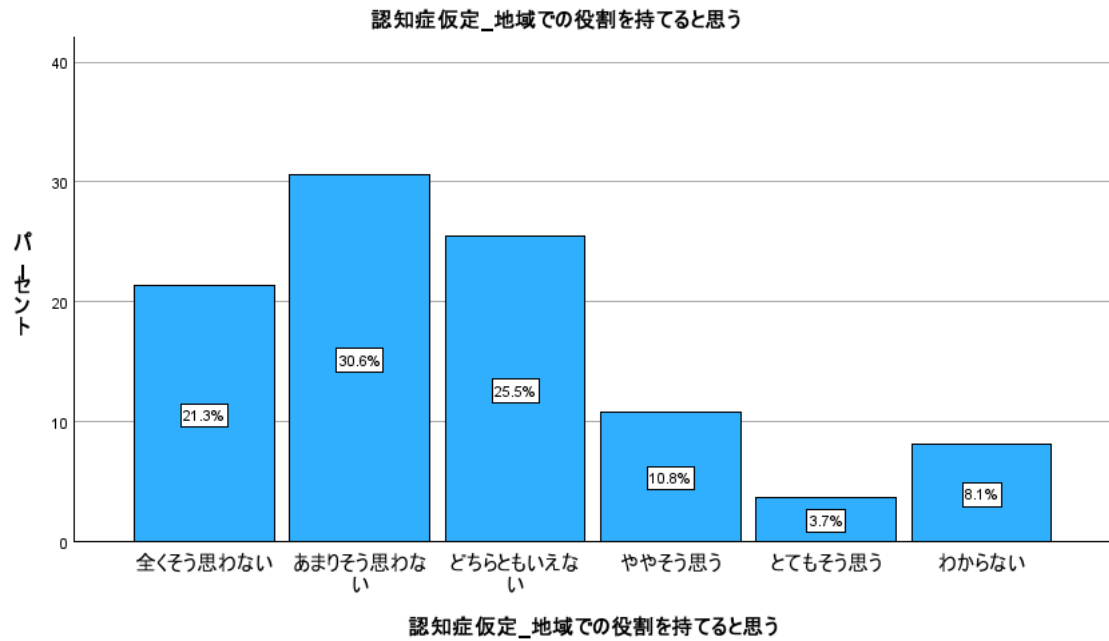
### Q33.【誰かと一緒に活動できると思う。】



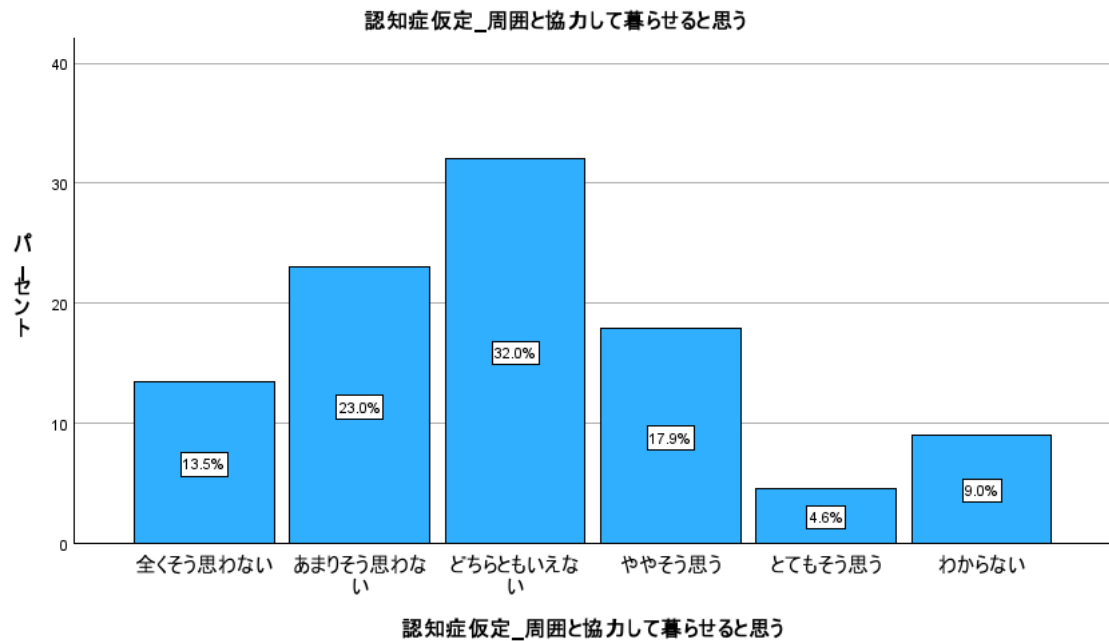
### Q34.【人との関係が途切れることはないと思う。】



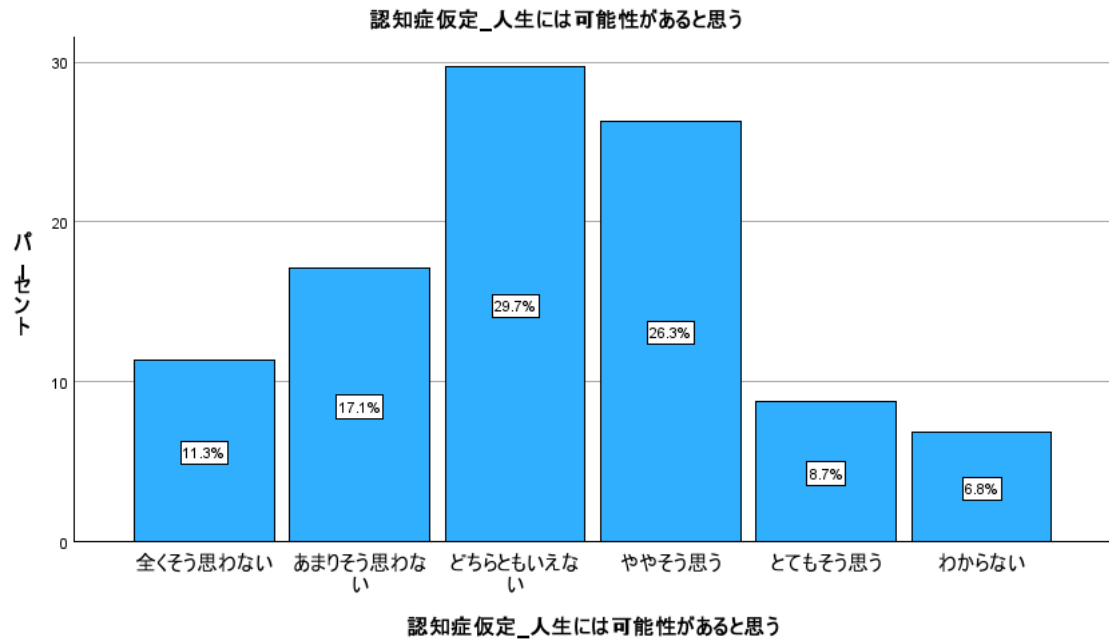
### Q35.【地域での役割を持てると思う。】



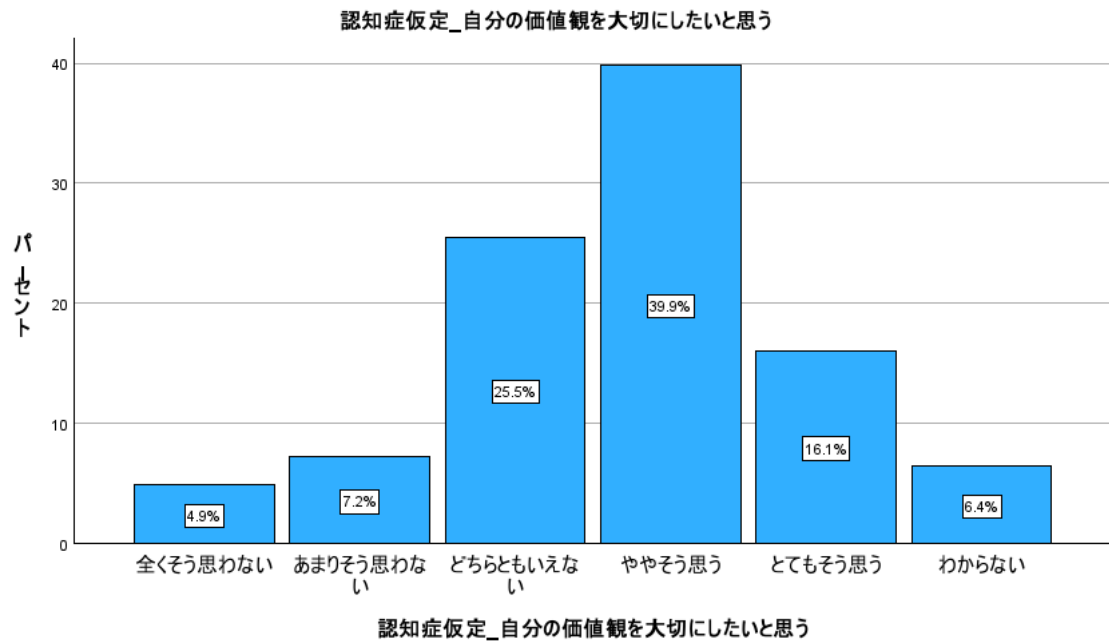
### Q36.【周囲と協力して暮らせると思う。】



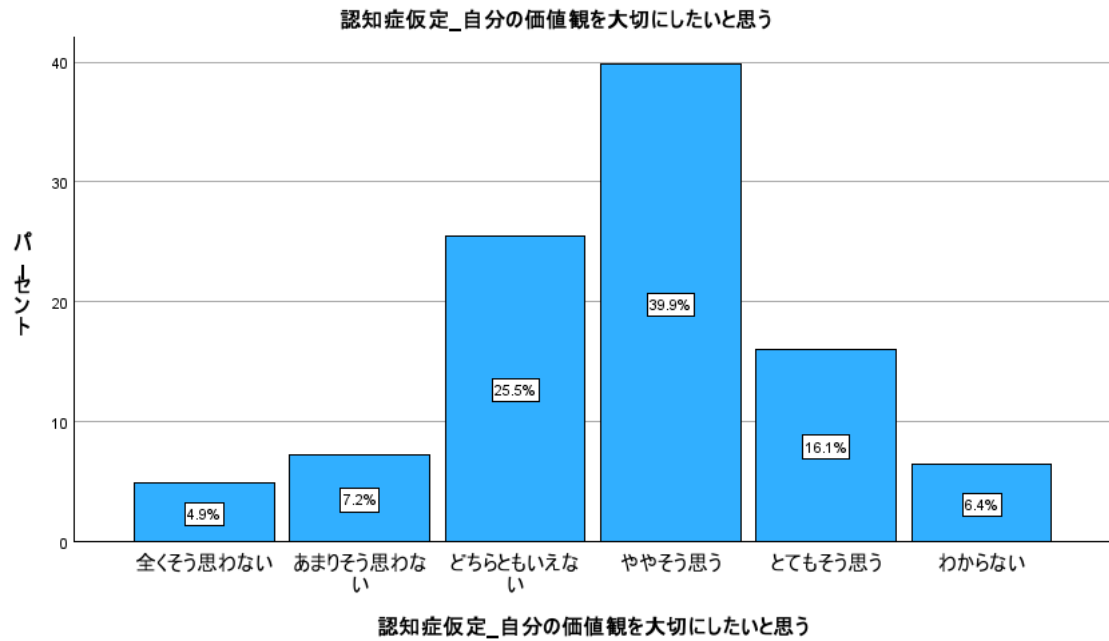
### Q37.【人生には可能性があると思う。】



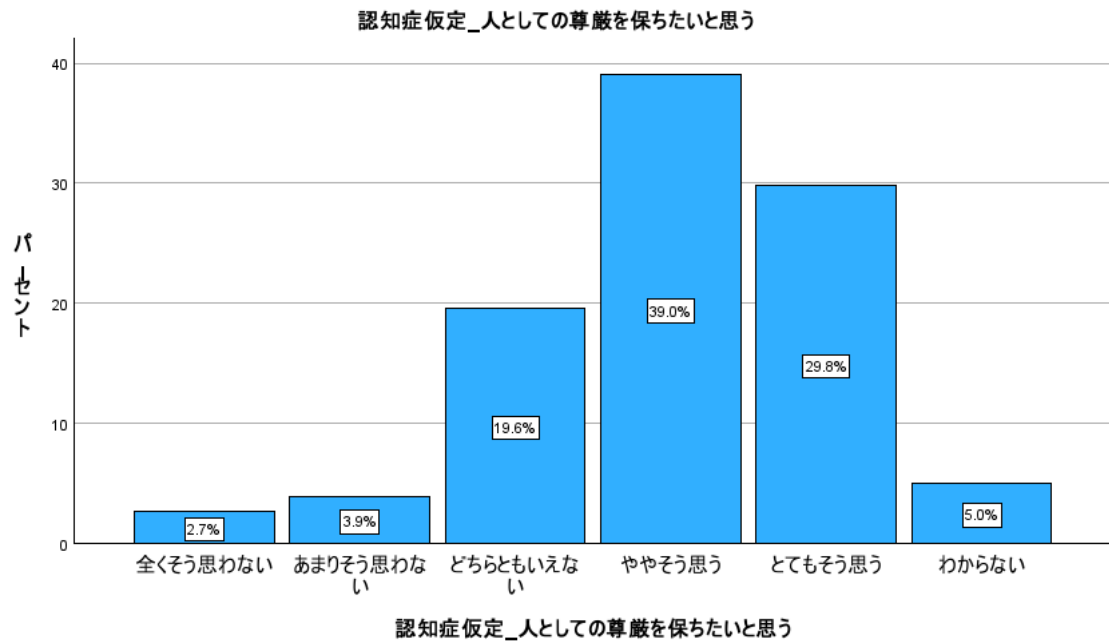
### Q38.【できることを見つけて生きたいと思う。】



### 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                 | $\chi^2$ | 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                 | $\chi^2$ | 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                    | $\chi^2$ | df | p 値   |
|-----|-------------------------|----------|----|-------|
| Q1  | 自分の状態をある程度把握できると思う      | 25.341   | 15 | 0.046 |
| Q23 | 自分らしさを保てると思う            | 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ると思う           | 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ると思う」(Q1:  $\chi^2(15)=25.341$ ,  $p=.046$ )、「自分らしさを保てると思う」(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ると思う」(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ると思う

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 自分らしさを保てると思う

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ると思う

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                        | $\chi^2$ | 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               | $\chi^2$ | 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                | $\chi^2$ | 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                 | $\chi^2$ | 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                    | $\chi^2$ | 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                        | $\chi^2$ | 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               | $\chi^2$ | 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                    | $\chi^2$ | 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<br>(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<br>(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<br>(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 <sup>a</sup> |       |              |        |       | B の 95.0% 信頼区間 |       | 共線性の統計量 |        |
|-----|-----------------------------------------|-----------------|-------|--------------|--------|-------|----------------|-------|---------|--------|
| モデル |                                         | 非標準化係数<br>B     | 標準誤差  | 標準化係数<br>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 <sup>a</sup> |       |       |        |      |                |       |         |        |
|-----|-----------------------------------------|-----------------|-------|-------|--------|------|----------------|-------|---------|--------|
| 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](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](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/](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](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](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](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](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<br>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<br>～    | 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
-