令和６年度

認知症介護研究・研修大府センター
研究報告書

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに
関する研究

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

情報共有システムの活用による
若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と
課題分析に関する研究

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に
関する文献研究

認知症介護指導者養成研修における
アウトカム評価を目的とした指導者活動
実態調査

社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

令和６年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

目　　次

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに関する研究

李　　相侖・齊藤　千晶
山口　友佑・鷲見　幸彦…… 1

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

李　　相侖・齊藤　千晶
山口　友佑・鷲見　幸彦 …… 13

情報共有システムの活用による若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と
課題分析に関する研究

齊藤　千晶・加藤ふき子・鷲見　幸彦
李　　相侖・山口　友佑 …… 25

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に関する文献研究

山口　友佑・中村　裕子・小木曽恵里子・李　　相侖
齊藤　千晶・浅野　正嗣・鷲見　幸彦 …… 47

認知症介護指導者養成研修におけるアウトカム評価を目的とした指導者活動実態調査

山口　友佑・李　　相侖・齊藤　千晶・鷲見　幸彦
粟田　主一・滝口　優子・齋藤　葉子・加藤　伸司
吉川　悠貴・田村みどり …… 55

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに関する研究

認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションに関する研究

主任研究者　　李　相侖（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
分担研究者　　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
山口　友佑（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
鷲見　幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）

1.　研究の背景

社会参加は、個人の生活の質（QOL：quality of life）、家族等の共同体や地域社会における活力に関わる重要な要素である。社会参加は健康およびウェルビーイングと関連し、社会的包摂はライフコースを通じて支援されるべきであるとされている (World Health 2007)。

高齢者の社会活動に関する橋本らの研究によると、社会参加は個人的活動、学習的活動、社会的活動に分類され、具体的には近所付き合い、講演会への参加、地域行事や奉仕活動が挙げられている (Hashimoto, Aoki et al. 1997)。また、リハビリテーション分野における社会参加の定義と評価指標をレビューした論文では、「仕事、家庭での活動、余暇活動ができること」、「家庭や社会における役割を持つこと」などの活動の実施可能性と役割の要素が挙げられた (小向, 藤本 et al. 2017)。Levasseur らは、社会参加を「他者との関わりのある行動」から「共同した活動」までとし、周囲との関わりのある環境から社会貢献を含む活動までを含めている (Levasseur, Richard et al. 2010)。このように、社会参加の定義は多岐にわたり、その対象とする範囲や視点によって異なるため、研究における定義を明確にする必要がある。

一方、日本では 2023 年 6 月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、認知症基本法）が成立し、2024 年 1 月 1 日より施行された。本法では、認知症を有する人（以下、認知症の人または本人）を含むすべての国民がその個性と能力を十分に発揮し、相互に尊重し合いながら共生する「活力ある社会」を共生社会と定義し、その実現を推進することを目的としている(厚生労働省)。この法整理により、認知症の人の社会参加を促進する重要性が一層高まっているが、特に介護施設における認知症の人における社会参加の現状に関しては知見が乏しい。

施設における認知症の人の社会参加には、本人だけでなく施設職員の役割が重要である。社会参加における作業療法の介入に関する研究では、社会的交流を伴う余暇活動や社会参加の介入は本人の幸福感や満足感、介護者の満足度向上等に肯定的な影響を与える可能性が示唆されている (Letts, Edwards et al. 2011)。作業療法士は、日常生活や社会生活を支援するリハビリテ

ーション専門職であり、本人の能力や嗜好に応じて重要な活動への参加を支援する。本人および介護者を対象とした社会参加の研究では、社会参加介入の実現可能性は一定程度示されたものの、実現にあたっては阻害要因が存在し、テーラーメイド型の個別支援を行うためには専門職の連携が必要であると報告した (Donkers, van der Veen et al. 2017)。

日本における認知症の人の社会参加を目的としたリハビリテーション介入の実施率は低い。当センターによる研究報告（2021）によると、その要因として、周囲の理解や地域資源の不足、周囲との連携の不十分さが挙げられた（大府センター、2021）。また、施設や作業療法士の社会参加に対する認識や、関わりのある地域資源（大府センター、2022）、認知症本人や家族に関わる要因が、社会参加に向けたリハビリテーション介入の実施に影響を及ぼす可能性が示唆された (Donkers, Van der Veen et al. 2018)。このように、社会参加の関連要因に関する研究はいくつか存在するものの、その知見は依然として限られている。また、社会参加の目標設定までは至っていないが、リハビリテーション介入の中で周囲との関わりや役割活動を実施している実態や関連要因については十分な検討がされていない。

本研究は、全国調査を通じて、認知症の人の社会参加に向けたリハビリテーションの介入の実施に関連する要因を明らかにすることを目的とする。本年度は、施設利用者の形態（入所・通所）別に、社会参加を用いたリハビリテーションの介入の実施状況および関連要因を検討する。

2. 研究方法

2-1 調査対象

全国の介護老人保健施設 3,973 施設の作業療法士の管理者を対象とし、郵送およびオンラインによる自記式質問紙調査を実施した。対象施設は、厚生労働省介護サービス情報の公表システムを基に、2023 年 6 月時点の介護老人保健施設を抽出した（出力日 2023 年 7 月 3 日）。多床型、ユニット型が同一建物内にある場合は一施設とみなした。調査時期は 2023 年 12 月とした。

2-2 調査内容

調査項目は、(1) 作業療法士の基本属性（年齢、性別、臨床経験年数）、(2) 勤務施設の特性（施設区分、常勤職員数、リハビリテーション専門職の数、認知症の人の数）、(3) 社会参加を目的としたリハビリテーションの実施状況（入所・通所の別、具体的な関連要因）、(4) 施設外業務の経験（地域活動への関与、他事業所職員への指導・助言の経験）、(5) 認知症に関する研修・勉強会の受講状況、(6) 地域資源との連携状況（行政機関、地域包括支援センター、社会福祉協議会、住民主体の活動との関わり）とした。

関連要因は、社会参加における先行研究および実装研究のフレームワーク CFIR（Consolidated

Framework for Implementation Research）を基に、施設外要因、施設内要因、本人要因、家族要因、リハビリテーション専門職の要因の 5 つに分けた（内富ら、2021）。

本研究での社会参加の定義は、施設内外に関わらず周囲の人との関わりや役割を持った活動を指し、例えば友人との会話や家族との関わり、周囲を助ける活動も社会参加に含めた(小向 et al. 2017)。目標設定はしていないが、社会参加に関わる介入（周囲との関わりや役割を持った活動等）を実施している場合を考慮し、その実施状況を質問した【表 1】。

表 1　社会参加の一例

＜社会参加を目標にしたリハビリテーション介入＞ ・食事の配膳手伝いをすることを目標に、屋内歩行練習とバランス練習を行った ・近所の友人と喫茶店に出かけることを目標に、屋外歩行やバスの乗り降り練習を行った ・家族と買い物ができることを目標に、近所のスーパーで買い物練習を行った
＜社会参加の目標には至っていないが、社会参加に関わるリハビリテーション介入＞ ・独居への自宅復帰を目標に、料理の練習をする中で他の利用者と交流を図った ・屋外歩行自立を目標に、歩行練習をする中で地域の人々に挨拶したり交流を図った ・ADL 機能自立を目標に、身体機能練習をする中で集団体操を取り入れて介入した ・施設生活での歩行能力維持を目標に、機能訓練しながらも配膳や掃除の手伝いの役割を担った
＜社会参加に含めないリハビリテーション介入＞ ・トイレ動作自立を目標に、個別で動作練習を行なった ・在宅復帰を目標に、室内歩行練習や ADL 練習に取り組んだ

2-3　統計分析

認知症の人への社会参加に関わるリハビリテーション介入の実施状況により、「社会参加の目標設定をしたことがある」、または、「目標設定までは至ってないが、社会参加に関わるリハビリテーションの介入を行ったことがある」の回答を合計した。次に、対象者の利用形態と組み合わせをし、「入所・通所ともに社会参加のリハビリテーションを実施する群（入所・通所の実施群）」、「入所や通所のどちらかで社会参加のリハビリテーションを実施する群（入所や通所の実施群）」、「現在、実施していない群（未実施群）」の 3 群に分類し、各群間の属性及び関連要因を比較した。統計解析には、χ^2検定および残差分析を行った。残差分析の結果、調整済み残差の絶対値が 5%の標準正規偏差値 1.96 以上であれば 5%水準で有意である（有意に他の頻度より多い）と判断した。連続変数の場合は一元配置分散分析（ANOVA）を行い、多重比較として Bonferroni 法を実施した（IBM SPSS statistics, ver27）。

2.4　倫理的配慮

本研究は社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認を得て実施した（承認番号：0502）。研究目的や個人情報の取り扱い、同意撤回が可能であること等について別途説明書を添付し、調査票の同意欄にチェックが得られた回答のみを対象とした。

3. 調査結果

3.1 回答者の属性

依頼した全国の老健施設に勤務する作業療法士 794 名から回答が得られた（回収率 19.1%）。女性が 50.4%（381 名）、年齢は 41.6 歳（±8.2 歳）であった。通算の仕事経験年数は 17.0 年（±7.4 年）であり、現在の職場での経験年数は 10.4 年（±6.7 年）であった。

3.2 社会参加のリハビリテーションの実施状況【図 1】

社会参加のリハビリテーションの実施状況をみると、入所・通所の両方で実施している群（入所・通所の実施群）が 40.2%、入所のみで実施している群が 17.6%、通所のみで実施している群が 11.8%であった。一方、実施した経験はあるが現在は実施していない、経験したことがない未実施群は 30.5%を占めていた。

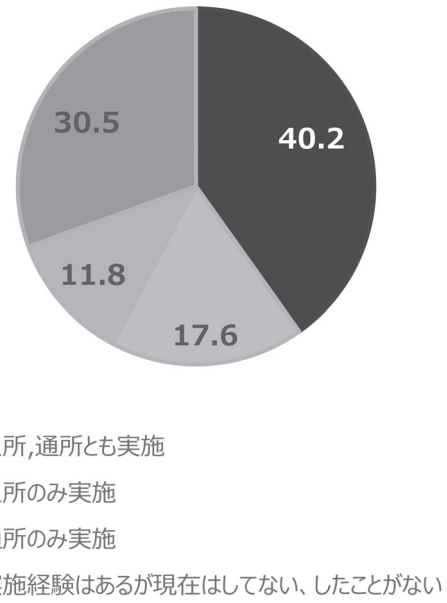

図 1 社会参加に関わるリハビリテーションの介入の実施と利用者の利用形態

3.3 施設外業務の経験と実施状況の関係 【表 2】

地域住民が運営する通いの場への支援、介護予防活動の指導、他事業所職員への助言指導の 3 つとも割合が高かった。住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援（p=0.008）、他事業所職員への助言指導（p<0.001）、特にない（p<0.001）の項目で有意な差がみられた。

住民運営の通いの場での介護予防の場合、入所・通所の実施群が期待されるよりも統計的に有意に多く（調整済み残差 2.4）、未実施群では少なかった（調整済み残差 -3.0）。他事業所職員への助言指導は、入所・通所の実施群が有意に多く（調整済み残差 4.2）、未実施群は少なかった（調整済み残差 -4.7）。地域ケア会議への参加の場合、入所・通所の実施群が多い傾向にあるが、有意な差は認められなかった。特になしの場合、入所・通所の実施群が期待されるよりも統計的に有意に少なく（調整済み残差 -3.9）、未実施群は多かった（調整済み残差 4.4）。

3.4 施設機能別の実施状況 【表 3】

施設区分と入所・通所状況では、統計的に有意な関連性が認められた（p=0.006）。超強化型は入所・通所の実施群が期待よりも統計的に有意に多く（調整済み残差 2.4）、未実施群は少なかった（調整済み残差 -3.3）。基本型では、入所・通所の実施群が少なく（調整済み残差 -2.5）、未実施

群は多かった（調整済み残差 3.6）。

3.5. 認知症に関する研修・勉強会との関係 【表 3】

認知症に関する研修・勉強会の受講状況と社会参加のリハビリテーションの実施状況を比較した結果、研修の機会がある方が、入所・通所の両方でリハビリテーションを実施している割合が高かった。認知症の理解に関する研修・勉強会は、入所・通所の実施群で 87.0%と多かった（p=0.007）。残差分析の結果、研修・勉強会のある施設では入所・通所の実施群で期待されるよりも有意に多く（調整済み残差 2.5）。研修がない施設では、未実施群で多かった（調整済み残差 -2.9）。認知症の人に対する社会参加の実施方法に関する研修の場合、入所・通所の実施群で 26.4%と多かった（p=0.001）。研修・勉強会のある施設では入所・通所の実施群で多く（調整済み残差 3.4）、研修がない施設では、未実施群が多かった（調整済み残差 -3.6）。

表 2　施設外での業務経験と入所・通所での社会参加リハビリテーション介入の実施状況

		入所・通所実施群	入所や通所の実施群	未実施群	p
住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援	n	140	94	76	0.008
	%	46.1%	42.2%	32.9%	
	調整済み残差	2.4	0.5	-3.0	
他事業所職員への助言指導	n	145	87	60	<0.001
	%	47.7%	39.0%	26.0%	
	調整済み残差	4.2	0.2	-4.7	
地域ケア会議への参加	n	123	79	75	0.151
	%	40.5%	35.4%	32.5%	
	調整済み残差	1.8	-0.4	-1.5	
その他	n	28	24	15	0.264
	%	9.3%	10.8%	6.5%	
	調整済み残差	0.3	1.2	-1.5	
特にない	n	60	60	88	<0.001
	%	19.7%	26.9%	38.1%	
	調整済み残差	-3.9	-0.2	4.4	

表 3　施設区分および認知症に関する研修・勉強会の実施と入所・通所での介入実施状況

			入所・通所実施群	入所や通所の実施群	未実施群	p
施設区分	超強化型	n	135	94	72	0.006
		%	45.6%	42.2%	31.4%	
		調整済み残差	2.4	0.7	-3.3	
	在宅強化型	n	34	26	29	
		%	11.5%	11.7%	12.7%	
		調整済み残差	-0.3	-0.1	0.4	
	加算型	n	82	60	62	
		%	27.7%	26.9%	27.1%	
		調整済み残差	0.2	-0.1	-0.1	
	基本型	n	44	38	62	
		%	14.9%	17.0%	27.1%	
		調整済み残差	-2.5	-1.0	3.6	
	その他	n	1	5	4	
		%	0.3%	2.2%	1.7%	
		調整済み残差	-1.9	1.4	0.6	
認知症の理解を得る機会（研修、勉強会等）はある		n	262	186	178	0.007
		%	87.0%	83.4%	76.7%	
		調整済み残差	2.5	0.3	-2.9	
認知症の人の社会参加の実施方法について学ぶ機会（研修、勉強会等）はある		n	80	45	29	<0.001
		%	26.4%	20.2%	12.5%	
		調整済み残差	3.4	-0.1	-3.6	

3.6. 職員・施設と地域資源との関わり、連携状況 【表 4】

職員と施設の地域資源との関わりについては、全ての項目で有意な差が認められた。

医療機関との連携の場合、「施設も自身も関わったことがある」は、入所・通所群、入所や通所の実施群、未実施群とも高かかった（68.7%、64.7%、53.7%）（p=0.038）。入所・通所群では正の残差、未実施群では負の残差が認められた。

行政機関との連携の場合、「施設も自身も関わったことがある」は、入所・通所群、入所や通所実施群が高く（37.2%、36.5%）、未実施群は「関わったことがない」が 34.7%であった（p=0.019）。残差分析の結果、未実施群は負の残差、連携なしとは正の残差が認められた。

社会福祉協議会との連携の場合、「施設も自身も関わったことがある」は、入所・通所群、入所や通所の実施群で高く（40.0%、36.2%）、「関わったことがない」は未実施群で 38.4%であった（p=0.002）。連携ありの場合、入所・通所群は正の残差、未実施群では負の残差が認められた。

地域包括支援センターとの連携の場合、「施設も自身も関わったことがある」は、入所・通所群、入所や通所群、未実施群とも高かった（68.1%、61.4%、46.5%）（p<0.001）。残差分析の結果、入所・通所群では正の残差、未実施群では負の残差が認められた。他の介護保険サービス事業所との連携の場合、「施設も自身も関わったことがある」は、入所・通所群、入所や通所の実施群、未実施群とも高かった（73.2%、67.4%、48.5%）（p<0.001）。入所・通所群は正の残差が認められ、未実施群では負の残差が認められた。

通いの場、いきいき・ふれあいサロンとの連携の場合、「施設も自身も関わったことがある」は、入所・通所群、入所や通所群、未実施群で 31.8%、24.8%、16.3%であり、「関わったことがない」も高い割合を占めた（34.4%、26.7%、50.7%）（p=0.001）。連携ありの場合、入所・通所群では正の残差、未実施群では負の残差が認められた。

認知症カフェとの連携の場合、「関わったことがない」は、入所・通所群、入所か通所群、未実施群の順に 55.8%、52.5%、70.4%であった（p=0.003）。残差分析の結果、入所や通所実施群では負の残差、未実施群は正の残差が認められた。

認知症地域支援推進員との連携の場合、「関わったことがない」は、入所・通所群、入所や通所群、未実施群の順に 65.8%、66.2%で、80.7%であった（p=0.001）。残差分析の結果、連携ありの場合、入所・通所群は正の残差、未実施群は負の残差が認められた。連携なしは逆の結果があった。

認知症サポーターとの連携の場合、「施設も自身も関わったことがある」は、入所・通所群、入所や通所群、未実施群の順に41.9%、45.0%、62.5%であった（p<0.001）。残差分析の結果、連携ありの場合、入所・通所群は正の残差、未実施群は負の残差が認められた。連携なしは逆の結果があった。

3.7. 入所と通所の社会参加のリハビリテーションの実施状況における関連要因 【表 5】

入所と通所の社会参加のリハビリテーションの実施状況に関わる要因として、本人要因、家族要因、施設内・外要因の割合を算出し、順位別に並べた。全体的に、本人要因、家族要因、施設内と外要因の順で「当てはまる」と回答されていた。順位に違いはあるものの、入所・通所ともに、特に、本人要因（日常生活動作能力、認知機能、心理状態、身体機能、対人交流能力）に関する項目が高い割合で挙げられた。家族要因の介護への協力、認知症に対する理解、社会参加に対する理解・希望も高い割合を示した。施設内要因（職員の理解、協力体制、施設内の社会参加できる場、リハビリ介入時間、人員）に関する項目は、施設外要因（医療機関や行政等の支援機関との関わり、施設外の社会参加できる場、地域資源の活用、通いの場や認知症カフェ等との関わり、人的資源）より高い割合であった。

考察、結論

本研究の結果、入所・通所の両方で社会参加のリハビリテーションを実施している群（入所・通所の実施群）は 40.2％であり、入所のみで実施している群が 17.6％、通所のみが 11.8％であった。一方、過去に実施経験はあるが現在は実施していない、あるいは実施経験がないと回答した未実施群は 30.5％を占めていた。

施設外での業務経験に関しては、住民運営の通いの場での介護予防の取り組み支援や事業所職員への助言指導を行っている作業療法士ほど、社会参加のリハビリテーションを積極的に実施していることが示された。このことから、施設内だけではなく、地域との連携や多職種との協働が社会参加の促進に寄与する可能性が考えられる。Donkers et al (2017)の研究で示された、専門職の連携が必要であるといった知見と一致した結果であった。

また、施設の機能別に分析した結果、超強化型の介護老人保健施設においては、入所・通所の両方で社会参加のリハビリテーションが積極的に実施されている傾向がみられた。一方、基本型の施設では、未実施群の割合が高い傾向が確認された。これは、超強化型施設が在宅復帰支援に重点を置いているのに対し、基本型施設では在宅復帰よりも長期的な施設生活の支援が主となるため、社会参加を目的としたリハビリテーションの必要性が相対的に低くなる可能性を示唆している。

認知症に関する研修・勉強会の有無についても、社会参加のリハビリテーションの実施状況に有意な関連が認められた。特に、認知症の人に対する社会参加の実施方法に関する研修の機会がある場合、入所・通所の実施群において有意に多い傾向が確認された。この結果は、作業療法士などの職員が適切な知識とスキルを習得することで、より積極的に社会参加のリハビリテーション

を実施できることを示唆している。

さらに、施設職員と地域資源との連携状況に関しても、社会参加のリハビリテーションの実施状況と関連があることが明らかとなった。特に、医療機関、行政機関、社会福祉協議会、地域包括支援センター、介護保険サービス事業所との連携が深い施設ほど、社会参加のリハビリテーションの実施率が高い傾向がみられた。また、住民主体の通いの場や認知症カフェ、認知症地域支援推進員、認知症サポーターとの連携の有無についても、社会参加のリハビリテーションの実施と関連があった。このことから、社会参加を促進するためには、施設内での取り組みだけでなく、地域資源の活用や地域とのネットワーク構築が重要であることが示唆される。

社会参加のリハビリテーション状況の関連要因から、社会参加を目標としたリハビリテーションの実施には、本人の健康状態や移動能力に加え、家族や施設の支援が重要な要因となることが明らかとなった。特に、家族の意向や施設の支援体制が整っている場合、リハビリテーションの介入がより積極的に行われる可能性が示された。一方で、施設環境や職員の支援が不十分な場合、リハビリテーションの提供が制限される可能性もあり、今後、さらなる検討が必要と考える。

本研究にはいくつかの限界が存在する。第一に、本研究の調査対象は作業療法士に限定されており、他の介護施設や在宅サービスに関わる専門職の視点は含まれていない。第二に、本研究は横断的な調査であり、社会参加のリハビリテーションの実施が利用者の QOL や健康アウトカムに与える影響については検討していない。今後、縦断研究を通じて、社会参加の促進が認知症の人の生活の質や健康状態に及ぼす影響を評価することが望まれる。

参考文献

Donkers, H. W., D. J. Van der Veen, S. Teerenstra, M. J. Vernooij-Dassen, M. W. G. Nijhuis-vander Sanden and M. J. L. Graff (2018). "Evaluating the social fitness Programme for older people with cognitive problems and their caregivers: lessons learned from a failed trial." BMC Geriatrics **18**(1): 237.

Donkers, H. W., D. J. van der Veen, M. J. Vernooij-Dassen, M. W. G. Nijhuis-van der Sanden and M. J. L. Graff (2017). "Social participation of people with cognitive problems and their caregivers: a feasibility evaluation of the Social Fitness Programme." Int J Geriatr Psychiatry **32**(12): e50-e63.

Hashimoto, S., R. Aoki, A. Tamakoshi, S. Shibazaki, M. Nagai, N. Kawakami, A. Ikari, T. Ojima and Y. Ohno (1997). "[Development of index of social activities for the elderly]." Nihon Koshu Eisei Zasshi **44**(10): 760-768.

Letts, L., M. Edwards, J. Berenyi, K. Moros, C. O'Neill, C. O'Toole and C. McGrath (2011). "Using occupations to improve quality of life, health and wellness, and client and caregiver satisfaction for people with Alzheimer's disease and related dementias." Am J Occup Ther **65**(5): 497-504.

Levasseur, M., L. Richard, L. Gauvin and E. Raymond (2010). "Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities." Soc Sci Med **71**(12): 2141-2149.

World Health, O. (2007). Global age-friendly cities: a guide. Geneva, World Health Organization.
厚生労働省. "認知症施策." 共生社会の実現を推進するための認知症基本法概要, from https://www.mhlw.go.jp/content/001212852.pdf.
小向, 佳., 修. 藤本, 翔. 杉田, 誠. 光武, 弘. 輪違 and 資. 小林 (2017). "リハビリテーション分野における社会参加の定義と評価指標―定性的システマティックレビュー―." 理学療法科学 **32**(5): 683-693.

表 4　職員と施設の地域資源との関わりとと入所・通所での実施状況

関わったことのある地域資源			入所・通所実施群	入所や通所の実施群	未実施群	p
医療機関	施設も自分も関わったことがある	n	206	143	123	0.038
		%	68.7%	64.7%	53.7%	
		調整済み残差	2.7	0.6	-3.5	
	施設のみ	n	39	30	39	
		%	13.0%	13.6%	17.0%	
		調整済み残差	-0.9	-0.4	1.4	
	自分のみ	n	14	12	17	
		%	4.7%	5.4%	7.4%	
		調整済み残差	-1.0	-0.2	1.3	
	関わったことがない	n	41	36	50	
		%	13.7%	16.3%	21.8%	
		調整済み残差	-1.9	-0.3	2.4	
行政機関	施設も自分も関わったことがある	n	111	80	56	0.019
		%	37.2%	36.5%	24.9%	
		調整済み残差	1.9	1.2	-3.2	
	施設のみ	n	91	74	70	
		%	30.5%	33.8%	31.1%	
		調整済み残差	-0.5	0.8	-0.2	
	自分のみ	n	22	13	21	
		%	7.4%	5.9%	9.3%	
		調整済み残差	-0.1	-1.1	1.2	
	関わったことがない	n	74	52	78	
		%	24.8%	23.7%	34.7%	
		調整済み残差	-1.3	-1.5	2.9	
社会福祉協議会	施設も自分も関わったことがある	n	120	79	62	0.002
		%	40.0%	36.2%	27.7%	
		調整済み残差	2.3	0.4	-2.8	
	施設のみ	n	91	69	62	
		%	30.3%	31.7%	27.7%	
		調整済み残差	0.2	0.7	-0.9	
	自分のみ	n	25	16	14	
		%	8.3%	7.3%	6.3%	
		調整済み残差	0.8	0.0	-0.8	
	関わったことがない	n	64	54	86	
		%	21.3%	24.8%	38.4%	
		調整済み残差	-3.1	-1.1	4.4	
地域包括支援センター	施設も自分も関わったことがある	n	205	135	106	<0.001
		%	68.1%	61.4%	46.5%	
		調整済み残差	3.9	0.7	-4.8	
	施設のみ	n	56	49	64	
		%	18.6%	22.3%	28.1%	
		調整済み残差	-2.1	-0.1	2.4	
	自分のみ	n	16	10	24	
		%	5.3%	4.5%	10.5%	
		調整済み残差	-1.2	-1.5	2.8	
	関わったことがない	n	24	26	34	
		%	8.0%	11.8%	14.9%	
		調整済み残差	-2.3	0.3	2.1	
他の介護保険サービス事業所	施設も自分も関わったことがある	n	219	147	110	<0.001
		%	73.2%	67.4%	48.5%	
		調整済み残差	4.3	1.3	-5.8	
	施設のみ	n	38	31	46	
		%	12.7%	14.2%	20.3%	
		調整済み残差	-1.7	-0.6	2.4	
	自分のみ	n	16	14	12	
		%	5.4%	6.4%	5.3%	
		調整済み残差	-0.3	0.6	-0.3	
	関わったことがない	n	26	26	59	
		%	8.7%	11.9%	26.0%	
		調整済み残差	-3.9	-1.5	5.6	

関わったことのある地域資源			入所・通所実施群	入所や通所の実施群	未実施群	p
通いの場、いきいき・ふれあいサロン	施設も自分も関わったことがある	n	96	54	37	0.001
		%	31.8%	24.8%	16.3%	
		調整済み残差	3.5	-0.1	-3.6	
	施設のみ	n	58	46	37	
		%	19.2%	21.1%	16.3%	
		調整済み残差	0.2	1.0	-1.2	
	自分のみ	n	44	38	38	
		%	14.6%	17.4%	16.7%	
		調整済み残差	-0.9	0.7	0.3	
	関わったことがない	n	104	80	115	
		%	34.4%	36.7%	50.7%	
		調整済み残差	-2.6	-1.2	3.9	
認知症カフェ	施設も自分も関わったことがある	n	47	28	24	0.003
		%	15.6%	12.8%	10.6%	
		調整済み残差	1.6	-0.3	-1.4	
	施設のみ	n	51	44	26	
		%	16.9%	20.1%	11.5%	
		調整済み残差	0.4	1.8	-2.3	
	自分のみ	n	35	32	17	
		%	11.6%	14.6%	7.5%	
		調整済み残差	0.3	1.9	-2.1	
	関わったことがない	n	168	115	159	
		%	55.8%	52.5%	70.4%	
		調整済み残差	-1.6	-2.4	4.1	
認知症地域支援推進員	施設も自分も関わったことがある	n	29	15	8	0.001
		%	9.7%	6.9%	3.6%	
		調整済み残差	2.3	-0.1	-2.4	
	施設のみ	n	57	37	22	
		%	19.1%	17.1%	9.9%	
		調整済み残差	2.1	0.7	-2.9	
	自分のみ	n	16	21	13	
		%	5.4%	9.7%	5.8%	
		調整済み残差	-1.3	2.0	-0.7	
	関わったことがない	n	196	143	180	
		%	65.8%	66.2%	80.7%	
		調整済み残差	-2.3	-1.6	4.0	
認知症サポーター	施設も自分も関わったことがある	n	79	48	32	<0.001
		%	26.2%	21.8%	14.3%	
		調整済み残差	2.7	0.2	-3.1	
	施設のみ	n	50	41	30	
		%	16.6%	18.6%	13.4%	
		調整済み残差	0.2	1.1	-1.4	
	自分のみ	n	46	32	22	
		%	15.3%	14.5%	9.8%	
		調整済み残差	1.2	0.6	-1.9	
	関わったことがない	n	126	99	140	
		%	41.9%	45.0%	62.5%	
		調整済み残差	-3.2	-1.4	4.8	

表 5　社会参加のリハビリテーション介入の実施に関わる本人、家族、施設内および施設外要因

社会参加の目標設定をしたリハビリテーションの介入を行ったことあり：入所	（やや）当てはまる	%
本人要因[日常生活動作能力]	213	96.8
本人要因[心理状態（意欲や抑うつ等）]	213	96.8
本人要因[認知機能]	212	96.4
本人要因[身体機能]	210	95.5
本人要因[対人交流能力]	210	95.5
家族要因[介護への協力]	189	85.5
家族要因[認知症に対する理解]	183	83.2
本人要因[社会参加に対する希望がある]	177	80.5
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解]	177	79.4
家族要因[認知症本人が社会参加することに対する家族の理解]	170	77.3
家族要因[社会参加することに対する家族からの希望がある]	167	75.9
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制]	158	71.2
施設外要因 [医療機関や行政等の支援機関との関わり]	130	58.3
施設外要因 [施設外に社会参加できる場]	121	54.0
施設外要因 [近くに活用できる地域資源がある]	118	52.9
施設内要因[施設内に社会参加できる場]	116	52.3
施設内要因[社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分]	115	51.6
施設外要因 [通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わり]	84	37.7
施設外要因 [人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わり]	71	32.0
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分]	66	29.6

社会参加の目標設定をしたリハビリテーションの介入を行ったことあり：通所	（やや）当てはまる	%
本人要因[認知機能]	219	96.9
本人要因[日常生活動作能力]	217	95.6
本人要因[身体機能]	213	94.2
本人要因[心理状態（意欲や抑うつ等）]	211	93.4
本人要因[対人交流能力]	210	92.9
家族要因[介護への協力]	207	91.6
家族要因[認知症に対する理解]	194	86.2
本人要因[社会参加に対する希望がある]	189	84.0
家族要因[社会参加することに対する家族の理解]	188	83.6
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解]	188	82.5
家族要因[認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がある]	183	81.3
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制]	164	72.2
施設外要因 [施設外に社会参加できる場]	149	65.6
施設外要因 [近くに活用できる地域資源がある]	145	63.9
施設外要因 [医療機関や行政等の支援機関との関わり]	144	63.4
施設内要因[施設内に社会参加できる場]	117	51.5
施設外要因 [通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わり]	111	48.9
施設内要因[社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分]	107	47.1
施設外要因 [人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わり]	86	37.9
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分]	86	37.9

目標設定までは至ってないが、社会参加リハビリテーションの介入を行ったことあり：入所	（やや）当てはまる	%
本人要因[認知機能]	205	95.3
本人要因[心理状態（意欲や抑うつ等）]	201	93.9
本人要因[身体機能]	199	92.6
本人要因[日常生活動作能力]	198	91.7
本人要因[対人交流能力]	197	91.6
家族要因[認知症に対する理解]	173	80.5
家族要因[介護への協力]	171	79.2
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解]	162	75.0
家族要因[社会参加することに対する家族の理解]	158	73.5
本人要因[社会参加に対する希望がある]	153	71.2
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制]	140	65.1
家族要因[認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がある]	140	65.1
施設外要因 [医療機関や行政等の支援機関との関わり]	124	57.7
施設内要因[施設内に社会参加できる場]	120	55.8
施設外要因 [近くに活用できる地域資源がある]	112	52.1
施設内要因[社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分]	103	47.9
施設外要因 [施設外に社会参加できる場]	100	46.5
施設外要因 [人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わり]	90	41.9
施設外要因 [通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わり]	89	41.2
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分]	71	33.0

目標設定までは至ってないが、社会参加リハビリテーションの介入を行ったことあり：通所	（やや）当てはまる	%
本人要因[日常生活動作能力]	156	96.9
本人要因[認知機能]	155	96.3
本人要因[身体機能]	153	95.0
本人要因[対人交流能力]	152	94.4
本人要因[心理状態（意欲や抑うつ等）]	149	92.5
家族要因[介護への協力]	145	90.1
家族要因[認知症に対する理解]	145	90.1
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に対する施設職員の理解]	136	84.0
本人要因[社会参加に対する希望がある]	133	82.6
家族要因[社会参加することに対する家族の理解]	132	82.0
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に向けた職員間での協力体制]	128	79.0
家族要因[認知症本人が社会参加することに対する家族からの希望がある]	118	73.3
施設内要因[施設内に社会参加できる場]	111	68.9
施設外要因 [医療機関や行政等の支援機関との関わり]	105	64.8
施設外要因 [施設外に社会参加できる場]	99	61.1
施設外要因 [近くに活用できる地域資源がある]	98	60.5
施設外要因 [通いの場や認知症カフェ等の居場所との関わり]	87	53.7
施設内要因[社会参加を目標にしたリハビリ介入をする時間が十分]	86	53.1
施設外要因 [人的資源（認知症サポーターや認知症地域支援推進員）等との関わり]	79	48.8
施設内要因[認知症の人の社会参加実施に関わる人員が十分]	76	46.9

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

若年性認知症の人の就労継続支援に関する事例研究

主任研究者　　李　相侖（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
分担研究者　　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
山口　友佑（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
鷲見　幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）

1. 背景と目的

若年性認知症（Young Onset Dementia: YOD）は、65 歳未満で発症する認知症であり、若年性認知症を有する人（以下、若年性認知症の人または本人）の生活だけではなく、その家族や社会関係にも大きな影響を及ぼす。young, early または working age onset dementia で示されている通り、若年性認知症の人は生産活動を中心となって支える 15〜64 歳の生産年齢人口であり、就労をしている可能性が高く、配偶者、子ども、高齢の両親など、扶養家族を抱えている場合が多い (Mayrhofer, Mathie et al. 2018)。また、診断後、比較的に良好な身体機能を維持している一方で、認知機能低下の進行に伴う就労や経済状況に大きな変化をもたらし、本人と周囲の人々にとって、大きなストレスの原因になることが考えられる。

就労は個人の社会参加に重要であり、若年性認知症の人の QOL（Quality of Life: QOL）向上に大きく貢献する。しかし、若年性認知症の人の就労継続は、本人の認知症の進行状況によって左右される。また、就労の継続可否は本人や周囲の理解不足、職場環境の整備不足など、多くの人材的、環境的課題に直面している。

若年性認知症支援コーディネーター（以下、支援コーディネーター）は、多職種連携による包括的な支援を提供する専門職として、その役割と意義が注目されている。全国の都道府県や一部指定都市には若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口が設置されており、そこに支援コーディネーターが配置されている。役割としては、若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者とのネットワークを構成・調整役を行う。これらの役割により、都道府県レベルの若年性認知症の人の視点に立った支援の拡充を図るだけでなく、身近な地域である市町村レベルでの支援の充実を目指している。支援コーディネーターになるには、推奨している若年性認知症支援コーディネーター研修（初任者およびフォローアップ）を受講し、研修プログラムでは、事例をもとにしたグループワークを行う。

若年性認知症の人に対する就労支援の状況は不明な点が多く、知見が乏しい。現状を把握し、若年性認知症の人の就労継続を支援するための効果的な方策を明らかにするためには、事例を検討する必要がある。そこで本研究は、既存データを活用し、若年性認知症の人の就労支援における現状を把握し、就労継続を支援するための方策を明らかにすること

を目的とした。既存データとしては支援コーディネーターの研修の課題で出された事例、特に、就労支援における事例の潜在的可能性を検討し、就労継続に影響を与える要因特定を試みる。本年度は、若年性認知症の人に対する就労支援における先行研究をレビューする、また、事例データの分析可能性を検討するとともに、研究計画の立案、研究体制の整備を行った。

2. 方法

レビューに関しては、pubmed の電子データベースを検索し、キーワードをもとにして論文を検索した。

事例研究においては、データの潜在的解析可能性を検討するため、支援コーディネーターの研修で出されていた事例を網羅し、内容を整理した。また、研究体制について検討を行った。

3. 結果

3.1 先行研究

先行研究のレビューとしては、pubmed を用い、以下の検索式で実施した。

1) キーワード：young onset dementia、early onset dementia、younger person with dementia、employment、job、support

2) フィルタリング： Meta-Analysis, Review, Systematic Review

3) 検索式：((("young"[All Fields] OR "youngs"[All Fields]) AND ("age of onset"[MeSH Terms] OR ("age"[All Fields] AND "onset"[All Fields]) OR "age of onset"[All Fields] OR "onset"[All Fields] OR "onsets"[All Fields] OR "onsetting"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields])) OR ("early"[All Fields] AND ("age of onset"[MeSH Terms] OR ("age"[All Fields] AND "onset"[All Fields]) OR "age of onset"[All Fields] OR "onset"[All Fields] OR "onsets"[All Fields] OR "onsetting"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields])) OR (("younger"[All Fields] OR "youngers"[All Fields]) AND ("person s"[All Fields] OR "personable"[All Fields] OR "personableness"[All Fields] OR "personal"[All Fields] OR "personalisation"[All Fields] OR "personalise"[All Fields] OR "personalised"[All Fields] OR "personalising"[All Fields] OR "personality"[MeSH Terms] OR "personality"[All Fields] OR "personalities"[All Fields] OR

"personality s"[All Fields] OR "personalization"[All Fields] OR "personalize"[All Fields] OR "personalized"[All Fields] OR "personalizes"[All Fields] OR "personalizing"[All Fields] OR "personally"[All Fields] OR "personals"[All Fields] OR "persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "person"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields] OR "dementias"[All Fields] OR "dementia s"[All Fields]))) AND ("employability"[All Fields] OR "employable"[All Fields] OR "employer"[All Fields] OR "employer s"[All Fields] OR "employers"[All Fields] OR "employment"[MeSH Terms] OR "employment"[All Fields] OR "employments"[All Fields] OR "job"[All Fields]) AND ("support"[All Fields] OR "support s"[All Fields] OR "supported"[All Fields] OR "supporter"[All Fields] OR "supporter s"[All Fields] OR "supporters"[All Fields] OR "supporting"[All Fields] OR "supportive"[All Fields] OR "supportiveness"[All Fields] OR "supports"[All Fields])) AND (meta-analysis[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])

レビューやシステマティックレビュー、メタ―アナリシスで絞った結果、13 件の論文が抽出された。そのうち、関連性のない論文を除き、8 件の論文について、以下、要約を示す。

1) 若年性認知症の人が両親である子どもや若年成人（6-34 歳）に対する研究：認知症と診断された親を持つ子どもや若年成人の視点を記述することを目的とした。16 件の研究が特定され、 5 つの主な分析テーマを抽出した： (1) 子どもや若年成人は、両親の行動やパーソナリティの変化を認識する、(2) 子どもや若年成人は、家族内での役割や関係性の変化を経験する、(3) 子どもや若年成人は、不確実な未来に対処する必要がある、(4) 子どもや若年成人は、両親の変化を自分自身の複雑な感情と関連づける、(5) 子どもや若年成人は助けを必要とし、それを求めているが、十分な支援を受けていないと感じる。これらの結果から、本人の家族において、健康や社会参加、雇用等に影響を与える可能性が示唆された (Grundberg, Sandberg et al. 2021) 。
2) 若年性認知症の人と家族のための心理社会的介入の影響に関する研究：心理社会的介入に関する研究は、3 件であった。3 件とも雇用に基づいた内容であり、自尊心や目的意識の向上、幸福感の維持が報告された。本レビューの結果から、仕事を提供する介入が有益であることが示唆された (Richardson, Pedley et al. 2016) 。
3) 若年性認知症の人の介護者に与える影響：若年性認知症の人の介護への影響について、レビューを行った。17 件が抽出された。分析の結果、介護者の負担、ストレス、うつ病を経験したことを示した。高齢期の認知症の人に対する介護者との比較では一定の結論を出すには至らなかった。若年性認知症の人の介護者は、人間関係の問題や家族間の対立、雇用の問題、経済的困難、心理・社会的問題を経験していた。本研究により、若年性認知症の人の介護者は人生のステージに関連した高いレベルの心理的苦痛

や特定の問題を経験している可能性が示された(van Vliet, de Vugt et al. 2010)。

4) 職場における若年性認知症を有する人の従業員としての経験と理解：職場内および退職への移行期における支援について、若年性認知症を有する従業員の経験において、5つのテーマが特定された。（1）診断前の困難への対処の試み、（2）診断のポイント、診断時点での開示、（3）合理的な調整、（4）雇用の中止、（5）退職後の有意義な活動・役割の再獲得であった。本研究の結果から、職場内で若年性認知症の人の生活経験を理解するための知見が得られた (Page, Meredith et al. 2025)。

5) 若年発症型認知症のインフォーマル介護者の共通経験：合計 37 件の研究が抽出され、566 名のインフォーマル介護者の経験が示された。インフォーマル介護者は、家族、友人、近隣住民など、個人的な関係に基づいて無償で介護を提供する人または、日常的な介護の対部分を担う人を示す。レビューの結果、25 カテゴリーと 4 つのテーマが結合された。(1) インフォーマル介護者が感じる診断上の課題、(2) 複雑な介護に関する課題、(3) 様々な支援サービスの経験、(4) 対処戦略に関する内容であった。若年性認知症のインフォーマル介護者は、利用可能なサービスと適切な支援サービスには乖離があると感じていた。また、他の疾患のインフォーマル介護者が経験しない、例えば、雇用機会の喪失などの特有の困難を経験することが示された (Lew, Ng et al. 2025)。

6) 認知症や軽度認知低下（MCI）の人の雇用：若年性認知症または MCI の人が就労を継続に関わる機能（能力）に関するレビューを行った。4 件の論文が抽出され、主なテーマとして職場での認知症の管理と、労働状況に対する症状の影響が挙げられた。

　本研究により、実行機能に関わる問題を特定することで、労働参加に影響を与えることが確認できた。労働力への参加を促進する要因としては職場でのサポートが重要であることが示された。また、産業保健の専門職による支援の大切さも指摘された (Silvaggi, Leonardi et al. 2020)。

7) 若年性認知症の家族介護者の雇用および教育に及ぼす影響：若年性認知症の人に対する介護により、職業上の問題を含む日常生活の変化が生じる。16 件の研究が包含基準を満たした。その結果、「意思決定」というテーマが特定された。家族は介護を提供するために、自身の職業上の目標と役割における選択を行う必要があり、3 つの介護要因が意思決定に影響を与えた。また、「介護者を支援するための研究者へのガイダンス」も特定された (Kokorelias, Nadesar et al. 2024)。

8) 若年性認知症の人は家族、現在の雇用、診断を受けることに関連する異なる変化を経験する。利用可能なサービスの有効性を検討するため、レビューを行った。2 つのテーマが特定され、年齢に応じたサービス提供、サービスへの単一の入り口、および明確なケアパスウェイが示された。若年性認知症の人のニーズを満たす専門的なサービスの形態と構造を明確にするためには、さらなる研究が必要である (Chaston 2011)。

3.2 事例データの潜在的解析可能性を検討

3.2.1 事例データの概要

事例データを検討するため、これまでの支援コーディネーター研修の初任者とフォローアップのプログラムで収集した事例のテーマと事例数等をまとめた。各研修プログラムにおける目的や詳細な内容は下記、3.2.2 に示す。研修時に共有し、検討する事例は、若年性認知症の人や家族への支援事例とする。フォローアップ研修の場合、テーマは年度別に異なる。2023 年度に実施したフォローアップ研修の事例テーマは就労支援であり、収集した事例は 60 件であった。

3.2.2 支援コーディネーターの研修：初任者とフォローアップ研修プログラム

全国若年性認知症支援センターが実施する支援コーディネーターにおける研修は大きく初任者研修と、フォローアップ研修がある。それぞれの研修における内容をまとめた（認知症介護情報ネットワーク、若年性認知症支援コーディネーター研修、https://www.dcnet.gr.jp/study/yod/index.php）。

＜初任者研修＞

1) 目的

① 支援コーディネーターに求められる基本的な知識や視点（若年性認知症施策の動向、若年性認知症支援コーディネーターの役割、若年性認知症に関する医学的知識や利用できる制度・サービス、本人や家族が抱える思い、若年性認知症の本人や家族に対する支援の流れ、就労継続支援等）を習得する

② 当該都道府県・指定都市（以下、都道府県等）の支援環境の現状と課題について理解する

③ 支援コーディネーターと自都道府県等担当者の関係づくりを促進する

2) 対象

研修の対象者は、支援コーディネーター（候補者を含む）と都道府県等担当者とする。原則として、支援コーディネーター1 名と都道府県等担当者 1 名の 2 人 1 組での参加が望ましい

3) 研修プログラムの内容

研修は、2 日間のプログラムとする。1 日目は講義中心で基本的知識や視点について学び、2 日目はグループワーク（事例共有、事例検討）を中心に実践力の向上を目指す。研修内容は、「Ⅰ．認知症施策と若年性認知症支援コーディネーターの役割」「Ⅱ．実践報告」「Ⅲ．若年性認知症の人と家族への支援」「Ⅳ．若年性認知症の人と家族への支援の実際」の 4 つである

＜フォローアップ研修＞

1) 目的

① 支援コーディネーターや都道府県市担当者に求められる知識と支援方法について理解する

② 他の都道府県市の取り組みを共有すること等を通して、自都道府県等における支援状況と課題を明らかにし、今後の取り組みを推進するうえでの示唆を得る

③ 支援コーディネーターと都道府県市担当者、及び各都道府県市間での関係づくりを促進する

2) 対象

支援コーディネーターと都道府県市の担当者とする。原則として、支援コーディネーターと都道府県等担当者での参加が望ましい。

3) 研修プログラムの内容

支援コーディネーターに求められる 3 つの役割（業務）を遂行する上で必要な実践力の向上を目指す。3 つの業務とは、本人や家族への個別支援としての相談窓口、市町村や関係機関との連携体制の構築、地域や関係機関に関する若年性認知症に関わる正しい知識の普及である。研修内容は、社会情勢や研究成果に応じ、支援コーディネーターの業務に必要となる知識や支援方法に活かせるものとする。

例えば、令和 5 年度のフォローアップ研修の場合は、共生社会の実現を推進するための認知症基本法の成立に関わった人での対談や一人暮らしの若年性認知症の人への支援について、意見交換を行った。令和 6 年度には、「若年性認知症に関する医療面からの支援」や若年性認知症の人の就労支援として「診断後支援と治療と仕事の両立支援」、就労継続支援に関する事例検討などを行った。

3.2.3. 支援事例シート

1) 事例を記載する際の基準

支援コーディネーターによっては、複数事例を支援することがある。好事例、困難事例、記憶に残っている事例等、複数事例がある場合、記憶に残っている事例を採択し、記載した。支援が途中で途切れた、ないしは支援できなかった場合でも経緯を記載した。また、支援経験がない場合は、支援経験のある専門職にヒアリング等を行い、可能な範囲で事例シートを作成した。分量は A4 の 2 頁程度とした。

2) 事例には、個人名や事業所名、市町村名などについて、アルファベットを使用する等、本人や家族、親族に関する個人を特定する情報保護を徹底した。

3) 事例を提出するときには、別課題として、社会資源のシートを記入、提出するようにした。各市町村において、支援コーディネーターが把握している社会資源が確認でき、本人が使用可能な潜在的資源について検討できる資料とした。

3.3 データの解析体制

本研究の可能性を検討するため、大学等の学術専門家との打合せを実施した。10 月頃、ポテンシャルの確認のために、センター内の承諾を得て、外部との打合せを 12 月から実施した。本研究の説明とともに、データのポテンシャルの確認のため、誓約書を取り交わし、研究におけるランダムデータを作成して共有を行った。

3.4　打合せの実施

質的研究の実施経験のある学術専門家で 4 回、打合せを実施した。その結果、本データを用いて、以下のような研究仮説の可能性が挙げられた。

1. 就労継続に成功しているケースと失敗しているケースで、どのような背景や支援の違いが見られるか
2. 就労継続を阻む要因として、どのような要因があるか
3. 支援経過、状況・予定を踏まえ、支援コーディネーターの成果、課題はどのような関連性があるか

3.5　倫理的検討

事例データは個人特定の情報は一切含めていないデータである。本データの研究としての活用において、可能性を確認した。

個人情報に関する承諾に関しては、情報共有システムのデータ使用のために、ホームページ上に以下の文言を掲載していることを確認した（図 1)。なお、研修の通知文への記載内容において、確認を行った。

研究における倫理的配慮として、倫理委員会の承認を得て実施することとする。分析するデータは支援コーディネーターから提示された事例であり、本人の特定はできない。提示した事例の使用に対しては、オプトアプト形式として、研究の目的、方法、リスクなどについて十分な説明を行う。

個人情報に関して

各地の若年性認知症支援コーディネーターが支援した皆様の個人情報は、ご本人の医療上、生活上の支援のために使わせていただきますが、個人を特定できない形にして、一部を全国若年性認知症支援センターのデータベースへ登録させていただき、若年性認知症の施策に資するようにしています。また、倫理審査で承認を受けた上で研究等にも利用させていただく場合があります。

当センターにおける匿名加工情報の取扱いについてはこちらをご参照ください。

内容を詳しくお知りになりたい場合、下記の窓口までお問い合わせください。

○ お問い合わせ先
社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修 大府センター
〒474-0037 愛知県大府市半月町3-294
TEL 0562-44-5551(代表)　FAX 0562-44-5831

図 1　現在の若年性認知症のホームページに記載している個人情報に関する説明

4. 考察、結論

本年度は、研究を実施するための先行研究をレビューし、事例データの分析可能性を検討するとともに、研究計画の立案、研究体制の整備を行った。

先行研究は若年性認知症の人の就労に関する研究は比較的少なく、質的研究が多かった。若年性認知症の人と家族のための心理社会的介入では、就労により自尊心、幸福感が向上し、生活の質の向上に寄与する可能性が示された。また、家族などの介護者の人生（ライフステージ）や若年性認知症のステージ別の心理的負担、困難における課題が確認できた。就労においては、会社側のサポートが参加を促進する要因であることが示された。近年は若年性認知症の従業員としての経験におけるレビュー研究も発表されており、雇用から退職への移行に関する経験から、課題をまとめていた。レビューの結果から、若年性認知症の人に対する就労支援における検討する項目・課題と、本人や家族、会社と専門家での連携支援の必要性が示唆された。

事例研究においては、質的研究法を用い、就労継続に成功しているケースと失敗しているケースで、どのような背景や支援の違いが見られるかを示し、関連要因を明確にできる可能性が示された。また、事例に記載されている内容によっては、支援コーディネーターの支援活動による成果、課題との関連性においても検討の可能性が確認できた。ただし、データの限界があり、既存データの活用であるため、追加の調査が難しいこと、記憶に残る事例は主観的な基準であるために定義が難しいケースがある可能性、事例の記載者の背景が様々であり、特性を考慮しづらいこと等がある。しかし、若年性認知症の就労継続に関するエビデンスに基づいた知見は乏しく、本研究を通じて、若年性認知症の人の就労継続を支援するための具体的な方策を提示し、貢献が期待される。したがって、来年度以降、外部研究者との研究体制を整えて本研究における研究倫理審査を得て、継続的に実施予定である。

研究のキーワード

若年性認知症、 就労支援、若年性認知症支援コーディネーター、事例研究

参考文献

Chaston, D. (2011). "Between a rock and a hard place: exploring the service needs of younger people with dementia." Contemp Nurse **39**(2): 130-139.

Grundberg, A., J. Sandberg and A. G. Craftman (2021). "Childrens' and young adults' perspectives of having a parent with dementia diagnosis: A scoping review." Dementia (London) **20**(8): 2933-2956.

Kokorelias, K. M., N. Nadesar, K. Bak, J. Boger, L. Nygard, A. Maki-Petaja-Leinonen, A. C. Nedlund and A. Astell (2024). "The impact on employment and education of caregiving for a family member with young onset dementia: A scoping review." Dementia (London) **23**(5): 850-881.

Lew, Z. H., A. S. L. Ng and W. Zhou (2025). "Young Onset Dementia Informal Caregiver Experience in Caregiving: A Systematic Review." J Adv Nurs.

Mayrhofer, A., E. Mathie, J. McKeown, F. Bunn and C. Goodman (2018). "Age-appropriate services for people diagnosed with young onset dementia (YOD): a systematic review." Aging Ment Health **22**(8): 927-935.

Page, L., P. Meredith, M. O'Reilly, G. Donohue and M. Stanley (2025). "Understanding employee experiences of developing younger onset dementia within the workplace: A scoping review." Work **80**(1): 24-60.

Richardson, A., G. Pedley, F. Pelone, F. Akhtar, J. Chang, W. Muleya and N. Greenwood (2016). "Psychosocial interventions for people with young onset dementia and their carers: a systematic review." Int Psychogeriatr **28**(9): 1441-1454.

Silvaggi, F., M. Leonardi, P. Tiraboschi, C. Muscio, C. Toppo and A. Raggi (2020). "Keeping People with Dementia or Mild Cognitive Impairment in Employment: A Literature Review on Its Determinants." Int J Environ Res Public Health **17**(3).

van Vliet, D., M. E. de Vugt, C. Bakker, R. T. Koopmans and F. R. Verhey (2010). "Impact of early onset dementia on caregivers: a review." Int J Geriatr Psychiatry **25**(11): 1091-1100.

認知症介護情報ネットワーク、若年性認知症支援コーディネーター研修、https://www.dcnet.gr.jp/study/yod/index.php

情報共有システムの活用による
若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と
課題分析に関する研究

情報共有システムの活用による若年性認知症支援コーディネーターの活動状況把握と課題分析に関する研究

主任研究者　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
加藤　ふき子（認知症介護研究・研修大府センター
全国若年性認知症支援センター）
分担研究者　鷲見　幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）
李　相侖（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
山口　友佑（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）

第１章　情報共有システムの利用状況および利用促進活動について

1　はじめに

認知症介護研究・研修大府センター（以下、大府センター）では、これまで、若年性認知症の人や家族に対する支援を促進するための研究および研修を行ってきた。その一環として若年性認知症コーディネーター（以下、コーディネーター）のサポート体制を整備するために情報共有システムを開発し、若年性認知症コーディネーター設置事業を促進してきた。その運用については、2020 年度より大府センター内に設置された全国若年性認知症支援センター（以下、全国支援センター）が行っている。情報共有システムは、相談記録システム、支援事例共有システム、掲示板機能の 3 つから構成されており、全国のコーディネーターの業務を援助するものである（図 1）。具体的には、A）支援の記録に関する要素、B）対応能力の向上に関する要素、C）各地の活動状況の共有に関わる要素から成り立っており、利用登録をした者はこれらの機能を活用できる[1)]。

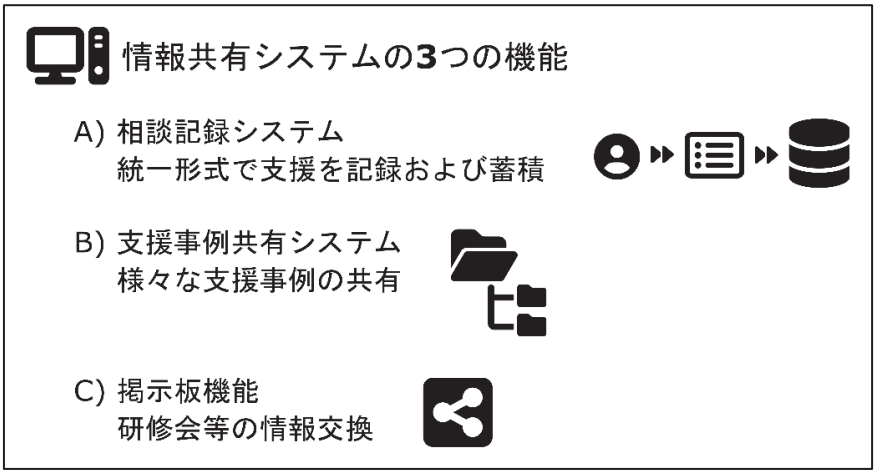

図 1　情報共有システムについて

情報共有システムの運用目的は、1）コーディネーター業務の効率化と負担軽減、2）コーディネーターの活動状況の見える化、3）支援の好事例および困難事例の蓄積と利活用、4）研修会等の情報共有である。全国支援センターでは、情報共有システムの利用促進活動を継続して行っており、今年度のシステムの利用状況および利用促進を目的に行った活動について、以下に報告する。

2　情報共有システムの運用状況

2.1　情報共有システムの登録状況

情報共有システムの登録状況について表 1 に示す。

表 1　　情報共有システムの利用登録状況

年度	都道府県・指定都市	相談窓口	コーディネーター
2020 年度	49	61	95
2021 年度	49	77	120
2022 年度	50	83	129
2023 年度	57	84	133
2024 年度*	57	82	137

*2025 年 2 月 28 日時点

2.2　相談記録システムの利用状況

相談記録システムは利用登録を別に扱っており、各利用者が利用するかどうかを選択できるようになっている。相談記録システムの利用状況を表 2 に示す。相談記録システムのデータの集積状況および分析結果については、本報告書の後半部分で詳述する。

表 2　　相談記録システムの利用登録状況

年度	都道府県・指定都市	相談窓口	コーディネーター
2020 年度	28	39	71
2021 年度	33	49	87
2022 年度	37	55	93
2023 年度	38	56	95
2024 年度*	35	53	100

*2025 年 2 月 28 日時点

2.3　支援事例共有システムの利用状況

運用開始から 2025 年 2 月までに 38 都道府県市から 80 事例を集積し、掲載した。事例を支援内容ごとに分類すると、一般就労に関する支援事例が 23 件、福祉的就労に関する支援事例が 29 件、介護保険の利用に関する支援事例が 9 件、居場所づくりに関する支援事例が 10 件、その他の支援事例が 9 件となっている。

2.4　掲示板機能の利用状況

運用開始から 2025 年 2 月までに掲示板への情報等の掲載は 240 件あった。全国支援センターからは、相談記録システム集計速報、支援事例、広報誌「全国支援センターだより」に関する情報等を定期的に掲載した。行政担当者、コーディネーターからは、研修案内などが掲載された。また、全国の若年性認知症の支援に係るパンフレットおよびリーフレットについては、38 都道府県市の情報を掲載している。

3　情報共有システムの利用促進活動

前年度に引き続き、全国若年性認知症支援センターでは、情報共有システムに関する説明会の実施、および操作に関する対応を行い、情報共有システムの利用促進に努めた。利用促進のために行った活動について以下に報告する。

3.1　情報共有システム説明会

日時：2024 年 6 月 5 日（水）　15：30～16：30
開催方法：オンライン会議システム（Zoom）
内容：情報共有システムの概要、操作方法、および活用方法の説明
参加者：17 都道府県市 24 名（行政担当者 14 名、コーディネーター10 名）が参加した。

3.2　情報共有システムに関する問合せ対応

運用開始から 2025 年 2 月末までに、情報共有システムの運用に関して 495 件の相談に対応した。問合せについてはそれぞれ個別対応を行い、システムの積極的な利用を推進した。

4　まとめ

コーディネーターは全都道府県と 10 指定都市（令和 7 年 2 月時点）[2)] で設置されているが、情報共有システムの利用登録はほぼ横ばいである。情報共有システムの周知とそれぞれの機能を効果的に利用できるようにするために、今後も利用方法等を全国支援センターより発信していく必要があると考える。

第 2 章　情報共有システムの利便性とデータの質向上のためのシステム改修に向けた課題の検討

1　背景

若年性認知症の人は発症年齢の若さにより様々な社会的課題を有している。そのため、この社会的課題を解決するために、その実態を調査すること、および実態調査から明らかになる社会的な対策を充実させることが急務である。このような現状から、若年性認知症の人や家族等への支援について効率的な情報の収集や提供体制を整備することが必要となり、我々は 2020 年 4 月から情報共有システムの運用を開始し、全国のコーディネーター業務の後方支援に努めてきた。本調査では運用開始から 5 年が経過し、更なる利便性とデータの質の向上のためのシステム改修に向けた課題等を抽出することを目的に、利用実態に関するアンケート調査を実施したので報告する。

2　方法

2.1　調査対象者

情報共有システムに利用登録し、研究調査に同意を得ている行政担当者（57 名）およびコーディネーター（137 名）とした。

2.2　調査方法

情報共有システムの利用実態に関するアンケート調査票を作成し、Google forms または Word に記入後、メールにて回収した。上記対象者に令和 7 年 3 月 5 日にメールにて調査票および説明書を送付し、締切日は令和 7 年 3 月 17 日とした。また、メールによる再依頼を 1 回行った。行政担当者は 38 名、コーディネーターは 49 名、無回答 3 名の合計 90 名（回収率 46.4%）から回答を得た。

2.3　調査項目

主な調査項目は情報共有システムの各機能の利用状況、その成果や良かった点、改善点等とした。

2.4　倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会において承認を得て、実施した（承認番号：0505-02）。

3　各アンケート項目の単純集計および自由記載（抜粋）

1）回答者の属性

行政担当者は 38 名、コーディネーターは 49 名、無回答は 3 名であった。

2）情報共有システムの支援事例共有システム（支援事例検索）、掲示板機能、相談記録システムのいずれかの利用や閲覧の有無

表３　情報共有システムの利用状況（n=90）

区分	全体（n=90）		行政担当者（n=38）		コーディネーター（n=49）		無回答（n=3）	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
利用あり	53	58.9	21	55.3	32	65.3	0	0.0
利用なし	37	41.1	17	44.7	17	34.7	3	100.0

回答者の約 6 割が情報共有システムの支援事例共有システム（支援事例検索）、掲示板機能、相談記録システムのいずれかの利用や閲覧をしており、特にコーディネーターは約 7 割で利用経験があった。

3）「支援事例共有システム」の利用や閲覧の有無

※情報共有システムのいずれかの利用経験がある回答者 53 名

表４　支援事例共有システムの利用状況（n=53）

区分	全体（n=53）		行政担当者（n=21）		コーディネーター（n=32）	
	実数	%	実数	%	実数	%
利用あり	44	83.0	19	90.5	25	78.1
利用なし	9	17.0	2	9.5	7	21.9

回答者の 8 割以上が支援事例共有システム（支援事例検索）を利用や閲覧をしており、特に行政担当者は 9 割で利用経験があった。

4）「支援事例共有システム」を利用や閲覧したことで得られた成果や良かった点（複数回答）

表５　支援事例共有システムの利用から得られた成果（n=44）

区分	全体（n=44）		行政担当者（n=19）		コーディネーター（n=25）	
	実数	%	実数	%	実数	%
支援方法を学ぶことができた	24	54.5	13	68.4	11	44.0
実際の支援に活かすことができた	10	22.7	2	10.5	8	32.0
利活用できる制度や社会資源を知ることができた	21	47.7	8	42.1	13	52.0
その他	8	18.2	4	21.1	4	16.0

【その他の内容】
- 異動してきたばかりの際に、コーディネーターの仕事内容や、どのような支援をしているのか学ぶことができた
- どのような事例があるのかを知る事ができた
- 他県のケースを知ることができた
- 提供した事例を確認した
- 支援の内容を知ることができた。
- 他の方の支援の様子を知ることができた
- コーディネーターは活用し、行政担当者も知ってはいるが、活用する習慣はない
- どのような支援事例が掲載されているのかを確認するために見ただけで、何か成果を感じたといった実感はない

行政担当者は「支援方法を学ぶことができた」が約 7 割、コーディネーターは「利活用できる制度や社会資源を知ることができた」と 5 割以上が回答し、最も多かった。

5）「支援事例共有システム」の改善点（2 件）
- キーワード等での検索がしづらい
- 知りたい情報がなかった

6）「支援事例共有システム」の利用や閲覧がない理由（複数回答）

表６　支援事例共有システムを利用していない理由（n=9）

区分	全体（n=9）		行政担当者（n=2）		コーディネーター（n=7）	
	実数	%	実数	%	実数	%
支援事例共有システムがあることを知らなかった	3	33.3	1	50.0	2	28.6
利用目的が分からなかった	3	33.3	0	0.0	3	42.9
利用方法が分からなかった	4	44.4	0	0.0	4	57.1
その他	2	22.2	1	50.0	1	14.3

【その他の内容】
・　必要なタイミングがなかった
・　時間がない

行政担当者は「支援事例共有システムがあることを知らなかった」が５割、コーディネーターは「利用方法が分からなかった」と約６割が回答し、最も多かった。

7）「掲示板機能」での掲載や閲覧の有無

※情報共有システムのいずれかの利用経験がある回答者 53 名

表７　掲示板機能の利用状況（n=53）

区分	全体（n=53）		行政担当者（n=21）		コーディネーター（n=32）	
	実数	%	実数	%	実数	%
利用あり	34	64.2	18	85.7	16	50.0
利用なし	19	35.8	3	14.3	16	50.0

回答者の６割以上が掲示板機能での掲載や閲覧をしており、特に行政担当者は約９割で利用経験があった。

8）「掲示板機能」で掲載や閲覧したことで得られた成果や良かった点（複数回答）

表８　掲示板機能の利用から得られた成果（n=34）

区分	全体（n=34）		行政担当者（n=18）		コーディネーター（n=16）	
	実数	%	実数	%	実数	%
広く周知ができた	1	2.9	1	5.6	0	0.0
問合せが増えた	0	0.0	0	0.0	0	0.0
参加者が増えた	0	0.0	0	0.0	0	0.0
研修会等の企画の参考になった	13	38.2	5	27.8	8	50.0
事業の参考になった	25	73.5	15	83.3	10	62.5
その他	4	11.8	2	11.1	2	12.5

【その他の内容】
- 他の自治体の事業の実施状況を知ることができた
- 他県のパンフレット等を参照した
- 掲載した内容を確認した
- 掲示板があることは把握していたが、利用する機会はなかった

行政担当者とコーディネーターともに「事業の参考になった」との回答が最も多かった（それぞれ８割以上、６割以上）。

9）「掲示板機能」の改善点

特に記載はなかった。

10）「掲示板機能」の掲載や閲覧がない理由（複数回答）

表９　掲示板機能を利用していない理由（n=19）

区分	全体（n=19）		行政担当者（n=3）		コーディネーター（n=16）	
	実数	%	実数	%	実数	%
掲示板機能があることを知らなかった	4	21.1	1	33.3	3	18.8
利用目的が分からなかった	6	31.6	1	33.3	5	31.3
利用方法が分からなかった	6	31.6	1	33.3	5	31.3
その他	7	36.8	1	33.3	6	37.5

【その他の内容】
- あまり必要性を感じなかった

・　見る機会がなかった ・　あまり閲覧する機会がなく、閲覧できなかった ・　利用したいと思っているが、業務に追われその機会がなかった ・　掲載したいものがなかった ・　時間がとれなかった

その他を除くと、行政担当者は全ての項目、コーディネーターは「利用目的が分からなかった」および「利用方法が分からなかった」との回答が多かった。

11）「相談記録システム」の利用の有無

※情報共有システムのいずれかの利用経験がある回答者 53 名

表１０ 相談記録システムの利用状況（n=53）

区分	全体（n=53）		行政担当者（n=21）		コーディネーター（n=32）	
	実数	%	実数	%	実数	%
現在、利用している	15	28.3	1	4.8	14	43.8
以前、利用したが現在は利用していない	8	15.1	3	14.3	5	15.6
利用登録しているが、一度も利用していない	9	17.0	3	14.3	6	18.8
利用登録も利用もしていない	21	39.6	14	66.7	7	21.9

行政担当者は「利用登録も利用もしていない」で約 7 割、コーディネーターは「現在、利用している」で 4 割以上と回答が多かった。

12）【コーディネーターのみ：「現在、利用している」回答者 14 名】
「相談記録システム」を利用したことで得られた成果や良かった点（複数回答）

表１１ 掲示板機能の利用から得られた成果（n=）

区分	コーディネーター（n=14）	
	実数	%
支援方法を学ぶことができた	4	28.6
実際の支援に活かすことができた	4	28.6
利活用できる制度や社会資源を知ることができた	2	14.3
記録作業の業務負担が軽減した	6	42.9
集計作業の業務負担が軽減した	5	35.7
その他	2	14.3

【その他の内容】

・　時系列で支援を振り返ることができる

「記録作業の業務負担が軽減した」が 4 割以上、次いで、「集計作業の業務負担が軽減した」が約 4 割で回答が多かった。

13）「相談記録システム」の改善点（自由記述を抜粋）

・　複数のパソコンで入力できると効率がよくなる。また、システムのデータをエクセル等におとすことができると一覧に整理できるのでありがたい
・　登録済みの記録を削除できない（修正できない）

14）【行政担当者のみ：「現在、利用している」回答者 1 名】
「相談記録システム」の集計値の利用の有無

表１２ 相談記録システムの集計値の利用状況（n=1）

区分	行政担当者（n=47）	
	実数	%
利用あり	0	0.0
利用なし	1	100.0
集計値があることを知らなかった	0	0.0

「利用なし」との回答であった。

15）「相談記録システム」を「以前、利用したが現在は利用していない」、「利用登録しているが、一度も利用していない」、「利用登録も利用もしていない」と回答した理由（複数回答）

表１３ 相談記録システムを利用していない理由（n=38）

区分	全体（n=38）		行政担当者（n=20）		コーディネーター（n=18）	
	実数	%	実数	%	実数	%
相談記録システムがあることを知らなかった	2	5.3	2	10.0	0	0.0
利用目的が分からなかった	2	5.3	1	5.0	1	5.6
利用方法が分からなかった	2	5.3	2	10.0	0	0.0
職場規定のフォーマットを使用している	16	42.1	5	25.0	11	61.1
職場の使用許可がおりない	1	2.6	0	0.0	1	5.6
入力項目が多く負担が大きい	8	21.1	2	10.0	6	33.3

入力時間が十分にない	8	21.1	2	10.0	6	33.3
複数のパソコンで共有して使用できない	3	7.9	0	0.0	3	16.7
削除ができない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	11	28.9	9	45.0	2	11.1

【その他の内容】

○　行政担当者

・　利用の必要なタイミングがない
・　若年性認知症本人及び家族から相談を受けた実績がない
・　ソフトを使用するにあたり庁内での協議の結果、他の様式を使用することで業務には支障がないと判断したため
・　県の行政担当者は相談受付業務がないため、特に利用することがない
・　相談記録システムに入ろうとしてもパスワードが違うようで入れなくなった
・　コーディネーターが既に使用しているフォーマットがあり、新しいシステムでの入力が難しいと回答があったため
・　相談記録は委託しているコーディネーターが使用する様式でお願いしている
・　行政なので使用することがない
・　他の業務の実施を優先し、利用する余裕がない

○　コーディネーター

・　入力している府県が偏っているので、ダウンロードしてもデータとして活用できない
・　当初からある様式を利用して県にも相談内容を報告している。所定の記録用紙には随時関係機関からの情報や支援に関する写真など関係機関と共有する情報なども記載添付しており、支援経過が長いこともあり、相談記録システムでは使いにくい

その他を除くと、行政担当者とコーディネーターともに「職場規定のフォーマットを使用している」との回答が最も多かった（それぞれ約 3 割、6 割以上）。

16）情報共有システムのいずれも利用や閲覧ない理由

※情報共有システムのいずれかの利用経験がない回答者 34 名

表１４ 情報共有システムを利用していない理由（n=37）

区分	全体（n=37）		行政担当者（n=17）		コーディネーター（n=17）		無回答（n=3）	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
情報共有システムがあることを知らなかった	4	10.8	4	23.5	0	0.0	0	0.0
利用目的が分からなかった	8	21.6	4	23.5	4	23.5	0	0.0
利用方法が分からなかった	11	29.7	6	35.3	3	17.6	2	66.7
その他	22	59.5	7	41.2	14	82.4	1	33.3

【その他の内容（抜粋）】

○ 利用する機会や必要性がないため（8 件）

・ 業務で活用する場面なかった

・ 使う必要性を感じなかったから

○ 業務多忙や負担増加により利用が難しいため（5 件）

・ 通常業務が多忙で、メリットを感じることができなかった

・ 時間がなく利用できなかった

○ 配置先の様式を利用しているため（5 件）

・ 所属のシステムを活用した方が、所属が必要とする統計がとりやすい

・ 業務の参考に１度閲覧したことはあるが、県としてコーディネーターからの報告様式等を別に定めており、システムを利用する機会がない

・ 職場規定のフォーマットを使用しており、ネット環境も不十分なため、入力時間が十分にない

○ 配置先の規定上により利用不可のため（2 件）

・ 法人規定により他法人のシステム利用不可のため

・ 病院のシステム上、利用が難しい

○ 操作に関すること（2 件）

・ ID とパスワードが判らなかった

・ PC が変わり、その後インストールに手惑い、入力が面倒である

○　その他（2 件）
・　他府県のコーディネーターとは定期的に情報交換する機会があるため、利用していない
・　一度オンライン説明会に参加したが、仕事中にて最後まで視聴できなった

その他を除くと、行政担当者は「利用方法が分からなかった」が約 4 割、コーディネーターは「利用目的が分からなかった」が 2 割以上で回答が多かった。

17）情報共有システムについて、今後、期待すること等（自由記述を記載）

○　情報共有システム全体に関すること
・　オンライン説明会を再度視聴して、確実にシステムと共有していきたい
・　支援事例共有システム（支援事例検索）、掲示板機能については、今後も業務の参考になる機能だと思うので、活用していきたいと考える
・　コーディネーターが勤務先のネットワークやセキュリティ等の関係でシステムを有効活用できていない
・　メールでのニュース配信のように定期的に概要を教えいただくとありがたい
・　当所属で導入できるようであれば、他のコーディネーターの支援や活動の状況を参考にしたい
・　ID、パスワードの入力も手間と感じ、ログインする事も無くなり、情報共有システムの存在自体を忘れてしまっていた。掲示板等の情報などメールにて送信してもらい、必要な情報にログインする方法が良いと感じた。
・　毎回、情報共有システムの研修を受ける度に、利用しようと思うが、業務に追われ、導入できていない。習慣化できればと思っている。各県のコーディネーターにも尋ねたいと思っている
・　今後、利用しようと考慮していたが、そのハードルは確かに大きいため、業務改善の状況を見て考慮しようと考えている
・　若年性認知症コーディネーターが、支援の方策を参考とできるために、参照しやすいシステムとなると良い

○　支援事例共有システムに関すること
・　情報共有システムに掲載されている他都道府県の支援・相談事例は、コーディネーターだけでなく、その他の関係機関においても参考になるので、研修や会議等で情報共有システムに掲載されている事例を紹介・活用できるようになればいいと思う
・　キーパーソンなしケースの事例研究について知りたい
・　かなり進行した症状の方の支援を想定されている選択肢が多いので、診断直後でまだ社会活動を単独で行える状態の方の支援の様子が反映しづらい
・　介護保険以前の段階で使える制度を駆使して、当事者や家族に満足してもらえた事例紹介が欲しい
・　全国のコーディネーターが利用できるようにすると事例が多く収集できる

○　掲示板機能に関すること

・　研修会のお知らせとパンフレットなどは別にしたほうがわかりやすいかなと思う
・　オンラインでの研修など、全国のコーディネーターが誰でも参加することが可能なものが、一目でわかるといいかなと思う

○　相談記録システムに関すること

・　コーディネーターの事務作業等に係るさらなる負担軽減につながるシステムにしていただけると大変ありがたい
・　改善して欲しいことは、度々、「○○画面へ戻ります。よろしいですか。」の表示が出るのが、手間に感じ、支障がなければなくしてほしい
・　システムの入力操作が複雑でわかりにくいので、簡略的に入力できるように改善されることを願っている
・　当方で使っている記録シートとは全く書式も項目もちがうため、情報共有システムのためだけに入力することは、業務圧迫になるので今後も協力することになり難しい
・　項目が介護保険に偏りすぎで、その他ばかりになってしまう。
・　関係者の項目でもその他に入る場合（司法書士等の他分野の専門職等）が多い
・　「相談内容」、「対応」の欄をもう少し具体的にして増やすことができたら、「その他」の項目が減り、集計の時に良いかと思う
・　実際に記入していないので、よくわかりません
・　職場で決められたフォーマットを利用するため基本的に利用する機会が無い
・　情報共有システムを活用できたら、支援方法や社会資源など多くのことを学べると思うが、日頃の業務では電子カルテが入っているパソコンを使用することが多く、なかなか情報共有システムを活用するところまで手が回らないのが現状である
・　登録名簿の量が増えているので見やすくしてもらいたい。検索機能で表示されないことも多いため、あいうえお順に並べ替えたりできると良いと思う
・　他の県のコーディネーターに聞いたが、普段記録が出来ない現状にあるため、10 日までに相談記録をすべて入力するということはハードルが高いと聞いた
・　国への実績報告の内容と重なるようにし、書類作成の効率化が図られると良い
・　個人情報の流出を防げるようセキュリティ強化したシステムのありかたが示されると良い

4　考察

今回、2020 年から運用を開始した情報共有システムについて、更なる利便性とデータの質の向上のためのシステム改修に向けた課題等を抽出することを目的に、情報共有システムに利用登録している行政担当者およびコーディネーターを対象に利用実態に関するアンケート調査を実施した。

情報共有システムは「支援事例共有システム（支援事例検索）」「掲示板機能」「相談記録システム」の 3 つの機能から構成されているが、約 6 割はそのいずれかを利用または

閲覧した経験があった。特に、支援事例共有システムにおいて行政担当者は9割以上、コーディネーターは約8割が利用経験を有し、最も多かった。この機能は他のコーディネーターが支援した多様な事例を共有することで、対応能力の向上を図ることを目的としている。この背景として、若年性認知症の人の全国の推計総数は3万5,700人[3]であり、支援事例が認知症高齢者と比較して多くはないため、コーディネーター自身も支援経験が蓄積しにくい状況にあることが挙げられる。また、若年性認知症の人の好発年齢は50歳代と若く、社会や家庭で中心的役割を担う年代である[3]。そのため、就労や家事、育児等の直面する課題や必要となる支援は個別性が高い。利用によって得られた成果から、コーディネーターは支援方法、利活用できる制度や社会資源を知る機会となっており、目的に沿った成果を得られていると考えられる。また、行政担当者も若年性認知症の人と関わる機会が少ない上に、2、3年で担当が交代することが多い。行政担当者の約7割が、この機能を通じて支援方法を学べたと回答した。行政担当者においても、若年性認知症の人の直面する課題やコーディネーターの支援内容等の理解を深めることに役立つことが明らかとなった。

掲示板機能は2番目に多く利用されており、行政担当者の約9割で利用経験があった。この機能は各自治体等が作成した若年性認知症に関するパンフレット類や研修会等の情報を共有し、普及・啓発活動や支援ネットワーク構築を促進することを目的とする。この背景として、行政担当者や医療・介護・福祉の関係者の間でも、若年性認知症に関する周知や支援経験が十分でなく、適切なサービスにつながらない、利用を断られるといった課題が挙げられる[4]。また、若年性認知症の本人や家族は、関わる支援者によって得られる情報に差が生じやすい。都道府県・指定都市が運営主体で実施する若年性認知症施策総合推進事業には、若年性認知症支援ネットワーク構築事業が含まれる。これは、若年性認知症の人に対して発症初期から高齢期まで、適切な支援を提供できるよう、医療、介護、福祉、雇用の関係者が連携する若年性認知症自立支援ネットワークを構築に向けた会議を設置する。また、若年性認知症に対する理解を深めるため、ネットワーク構成員や障害福祉サービス従事者、企業関係者等を対象に研修を実施している。利用によって得られた成果として、行政担当者の7割以上が事業の参考になった、約4割が研修会等の企画の参考になったと回答しており、この機能が目的達成に貢献していることが明らかになった。

相談記録システムの利用は行政担当者・コーディネーターともに最も少なく、コーディネーターの4割以上で利用経験があると回答した。この機能には、コーディネーターが支援の際に必要なアセスメント内容が網羅されている。入力することで、情報の整理ができ、関係機関との情報共有にも活用することが可能となる。また、コーディネーターの日々の相談や対応の内容を記録しやすく、統一された書式でまとめることができる。さらに、相談件数等の集計報告をシステムで行うことで作業時間を短縮できる。この機能は業務の効率化や負担の軽減、コーディネーターの活動状況の把握、並びに可視化を目的としている。利用によって得られた成果として、コーディネーターの4割以上が記録作業の業務負担が軽減した、約4割が集計作業の業務負担が軽減したと回答しており、この機能が目的達成に貢献していることが明らかになった。

一方で、情報共有システムに利用登録しているものの、4割が3つの機能のいずれも利用または閲覧した経験がなかった。また、利用や閲覧経験がある回答者のうち、支援事例

共有システムは約 2 割、掲示板機能は約 4 割、相談記録システムは 7 割以上が利用していなかった。3 つの機能を全く利用していない回答者や、支援事例共有システム・掲示板機能を利用していない回答者の多くは、利用目的や利用方法が分からなかったことが理由であった。昨年度、情報共有システムの説明会を開催したが、参加者が限られており、周知が十分でなかった可能性がある。また、個別には必要性がないとの意見も多く見られた。さらに情報共有システムを利用しない理由として、相談記録システムに関することが挙げられており、他の 2 つの機能が十分に理解されていない可能性がある。改めて本システムの 3 つの機能の目的や利用方法、効果を伝える機会を設ける必要がある。

さらに相談記録システムを利用していない理由は、職場規定のフォーマットを使用していることが多く挙げられた。情報共有システムを開発する際、各都道府県のコーディネーターが実際に使用しているフォーマットを調査し、その内容を反映して作成した。しかし、今回の結果を踏まえると、フォーマットの適合性や支援実績の出し方を改めて検討する必要がある。その上で、相談記録システムの改修内容を検討することが求められる。

また、情報共有システムの利便性の向上に向けて、支援事例共有システムと掲示板機能を相談記録システムから切り離し、パスワード不要のオープンアクセス化を行うシステム改修が一案として考えられる。これにより、行政担当者やコーディネーターがより利用しやすくなるだけでなく、他の関係機関等も閲覧できるようになり、若年性認知症に関する普及・啓発や支援ネットワーク構築の促進が期待される。

謝辞

本研究は、厚生労働省の介護保険事業費補助金の交付を受けて実施した。本調査にご協力いただきました皆様にお礼申し上げます。

参考文献

1）社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター. 情報共有システムの活用による若年性認知症コーディネーターの活動状況把握と課題分析に関する研究. 令和 3 年度 認知症介護研究・研修大府センター 研究報告書. 2022: 83-100.
2）社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター.若年性認知症コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業. 令和 3 年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書. 2022: 159.
3）粟田主一．わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査．精神医学，Vol.62(11)，1429-1444，2020.
4）多賀努：若年性認知症の本人・家族の視点を政策に反映することの重要性と本人発意の政策形成の課題．精神医学 62(11)：1517-1527，2020

情報共有システムの利用実態に関するアンケート調査
ご協力のお願い

本調査では認知症介護研究・研修大府センターが管理・運営している情報共有システムについて、更なる利便性とデータの質の向上のためのシステム改修に向けた課題等を抽出するため、アンケート調査を実施させていただきます。業務ご多忙中とは存じますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

本調査の目的

2020年4月から運用開始した情報共有システムは、相談記録システム、支援事例共有システム（支援事例検索）、掲示板機能の3つから構成されており、全国の支援コーディネーター業務を支援するものです。（図1・2）。具体的には、A）支援の記録に関する要素、B）対応能力の向上に関する要素、C）各地の活動状況の共有に関わる要素から成り立っており、利用登録をした方はこれらの機能を活用できます。

本調査では運用開始から４年が経過し、更なる利便性とデータの質の向上のためのシステム改修に向けた課題等を抽出することを目的にアンケート調査を実施します。

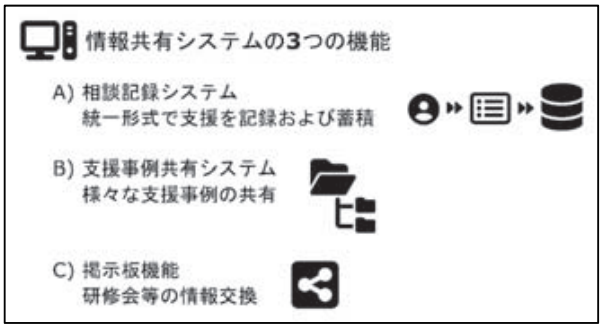

図１　情報共有システムの３つの機能

図２　ログイン画面と画面表示

＜調査票のご記入にあたって＞

○　ご回答者：情報共有システムに登録している行政担当者と若年性認知症支援コーディネーター

○　個人情報および調査結果の取り扱いについて

本調査は無記名で、いかなる場合でもプライバシーにかかわる事項は一切公表されることはありません。また、調査の目的以外には使用いたしません。調査結果については、認知症ケアの発展のため学会、報告書や学術雑誌等で発表する場合があります。調査へ協力が可能な方は同意へのチェックをお願いいたします。

返信方法および締切日

期限内にGoogle formsまたはメールにて調査票のご返送をお願いいたします。

締切日：３月１７日（月）

【調査実施主体・問合せ先】　〒474－0037　愛知県大府市半月町三丁目294番地
認知症介護研究・研修大府センター（担当者：齊藤千晶）
電話番号：0562－44－5551　　FAX：0562－44－5831

情報共有システムの利用実態に関するアンケート調査

内容説明書をご覧いただき、本調査に同意いただける方は□にレ点の記載をお願いいたします。

□本調査の協力に同意します

問1. あなたはこれまでに情報共有システムの支援事例共有システム（支援事例検索）、掲示板機能、相談記録システムのいずれかを利用や閲覧したことがありますか。　当てはまる番号に１つに☑をいれてください。

□　1．ある　→　問 2 へ　　□　2．ない　→　問 11 へ

問2. 問 1. で「1. ある」と回答した方に伺います。　あなたはこれまでに「支援事例共有システム」を利用や閲覧したことはありますか。当てはまる番号に１つに☑をいれてください。

□　1．ある　→　問 3 へ　　□　2．ない　→　問 4 へ

問3. 問 2. で「1. ある」と回答した方に伺います。　「支援事例共有システム（支援事例検索）」を利用や閲覧したことで得られた成果や良かった点について、1～4 の当てはまる全ての番号に☑をいれてください（複数回答）。また、改善点がありましたらご記入ください。

□　1．支援方法を学ぶことができた　　□　2．実際の支援に活かすことができた
□　3．利活用できる制度や社会資源を知ることができた
□　4．その他（　　）

5．改善点

問4. 問 2. で「2. ない」と回答した方に伺います。　その理由について、当てはまる全ての番号に☑をいれてください（複数回答）。

□　1．支援事例共有システムがあることを知らなかった
□　2．利用目的が分からなかった　　□　3．利用方法が分からなかった
□　4．その他（　　）

問5. 問 1. で「1. ある」と回答した方に伺います。　あなたはこれまでに「掲示板機能」で掲載や閲覧したことはありますか。当てはまる番号に１つに☑をいれてください。

□　1．ある　→　問 6 へ　　□　2．ない　→　問 7 へ

問6. 問 5. で「1. ある」と回答した方に伺います。　「掲示板機能」で掲載や閲覧したことで得られた成果や良かった点について、1～6 の当てはまる全ての番号に☑をいれてください（複数回答）。また、改善点がありましたらご記入ください。

□　1．広く周知ができた	□　2．問合せが増えた
□　3．参加者が増えた	□　4．研修会等の企画の参考になった
□　5．事業の参考になった	
□　6．その他（　　）	

7．改善点

問7. 問 5. で「2. ない」と回答した方に伺います。　その理由はについて、当てはまる全ての番号に☑をいれてください（複数回答）。

□　1．掲示板機能があることを知らなかった	
□　2．利用目的が分からなかった	□　3．利用方法が分からなかった
□　4．その他（　　）	

問8. 問 1. で「1. ある」と回答した方に伺います。　あなたはこれまでに「相談記録システム」を利用したことはありますか。当てはまる番号に１つ☑をいれてください。

□　1．現在、利用している　→　支援コーディネーターは問 9、行政担当者は問 10 へ
□　2．以前、利用したが現在は利用していない　→　問 11 へ
□　3．利用登録しているが、一度も利用していない　→　問 11 へ
□　4．利用登録も利用もしていない　→　問 11 へ

問9. 【支援コーディネーターのみ】

問 8. で「1. 現在、利用している」と回答した方に伺います。　「相談記録システム」を利用したことで得られた成果や良かった点、改善点について、当てはまる全ての番号に☑をいれてください（複数回答）。また、改善点がありましたらご記入ください。

□　1．支援方法を学ぶことができた	□　2．実際の支援に活かすことができた
□　3．利活用できる制度や社会資源を知ることができた	
□　4．記録作業の業務負担が軽減した	□　5．集計作業の業務負担が軽減した
□　6．その他（　　）	

7．改善点

問10.　【行政担当者のみ】

問 8. で「1. 現在、利用している」と回答した方に伺います。　「相談記録システム」の集計値を利用したことがありますか。当てはまる番号に１つに☑をいれてください。

□　1．ある	□　2．ない	□　3．集計値があることを知らなかった

問11.　問 8. で「2. 以前、利用したが現在は利用していない」、「3. 利用登録しているが、一度も利用していない」、「4. 利用登録も利用もしていない」と回答した方に伺います。その理由について、当てはまる全ての番号に☑をいれてください（複数回答）。

□　1．相談記録システムがあることを知らなかった	
□　2．利用目的が分からなかった	□　3．利用方法が分からなかった
□　4．職場規定のフォーマットを使用している	□　5．職場の使用許可がおりない
□　6．入力項目が多く負担が大きい	□　7．入力時間が十分にない
□　8．複数のパソコンで共有して使用できない	□　9．削除ができない
□　10．その他（　　）	

問12.　問 1. で「2. ない」と回答した方に伺います。その理由について、当てはまる全ての番号に☑をいれてください（複数回答）。

□　1．情報共有システムがあることを知らなかった	
□　2．利用目的が分からなかった	□　3．利用方法が分からなかった
□　4．その他（　　）	

問13.　情報共有システムについて、今後、期待すること等を自由にご記入ください

ご協力いただきありがとうございました。

□本調査の協力に同意します

↑　１ページ目の同意欄にチェック（□にレ点）があるか、再度ご確認をお願いいたします

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に関する文献研究

認知症ケアスーパーバイザーに求められる役割に関する文献研究

主任研究者：山口　友佑（認知症介護研究・研修大府センター 研究部）
分担研究者：中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター 研修部）
小木曽　恵里子（認知症介護研究・研修大府センター 研修部）
李　　相侖（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
浅野　正嗣（認知症介護研究・研修大府センター）
鷲見　幸彦（認知症介護研究・研修大府センター）

Ⅰ．背景と目的

認知症ケア実践現場において、認知症の人が大切にされていると感じながら生活を送ることができるよう、質の高い認知症ケアを実践していくことが専門職には求められている。そのためにも、認知症ケアに関する専門的知識を習得することができる機会が必要であり、その一つとしてスーパービジョン（以下、SV という）を展開していくことが挙げられる。

近年、認知症ケア実践現場において、SV 実践を展開する環境は整っており、認知症ケア実践の中でスーパーバイザーとしての役割を担うべき専門職の養成が行われているが、どのように SV を実践すればいいかわからない、SV 実践の中で、どのようにスーパーバイジーと向き合うべきなのかわからない等、SV を実践する上で様々な悩みに直面している現状が明らかになっている。SV では、スーパーバイザーの価値観や知識、技術が大きく影響してくることから、スーパーバイザーは、スーパービジョンに対する正しい理解や知識、技術を身に着けることが必要であり、認知症ケアＳＶでも同様であるといえる。このことから、認知症ケアＳＶを実践していくうえで、スーパーバイザーが必要となるコンピテンシーを明確にすることが重要であると考える。

昨年度は、国内を SV に関する文献整理を中心に、認知症ケア実践の中で SV を行う上で求められるスーパーバイザーの役割について検討することを行った。本年度は、諸外国の文献をもとに、認知症ケア実践における SV 研究の現状について把握することを目的とする。

Ⅱ．方法

1．用語の定義

対人援助におけるスーパービジョンについて、「スーパーバイザーが良好な人間関係のコンテキストにおいてスーパーバイジーと関わり、管理的、教育的、支持的機能を果たすこと」[1)]、「処遇ケースに応じて生じる専門的課題の解決のために必要不可欠な専門性を持つ訓練過程」[2)]、「専門職同士の専門性をより有効に発揮するべく設けられる、いわば専門職のための支援技術」[3)] などといった定義づけが存在する。スーパービジョン（supervision）は、ラテン語で「注意深く観察する」を意味する”supervisus”を語源としている」[4)]。そのため、「観察する」という意味合いで”supervision”を使用しているものが存在する。また上司からの不当な関わりや指導を表す意味として”supervision”を使用しているものも存在する [5)]。本研究では対人援助におけるスーパービジョンの定義を踏まえ、「スーパーバイザーとスーパーバイジーとの良好な人間関係の中で、専門職としての支援技術を向上させるための援助過程」と定義することとする。

2. 検索方法

PubMed を用いて検索を行った。("supervision"[title])を固定のキーワードとし、("dementia care" or "dementia")、("nursing care")、("long term care")を AND でつなぎ検索を行った結果、140 件が該当した。以上の論文を概観し、重複している文献を除外し、「Article type」を、「Review」「Systematic Review」「Meta-Analysis」に限定した結果、13 件が該当した。その後、表題、要約、本文から、認知症ケアに関するものか否かを検討し、5 本を本研究の対象論文とした。(図 1)

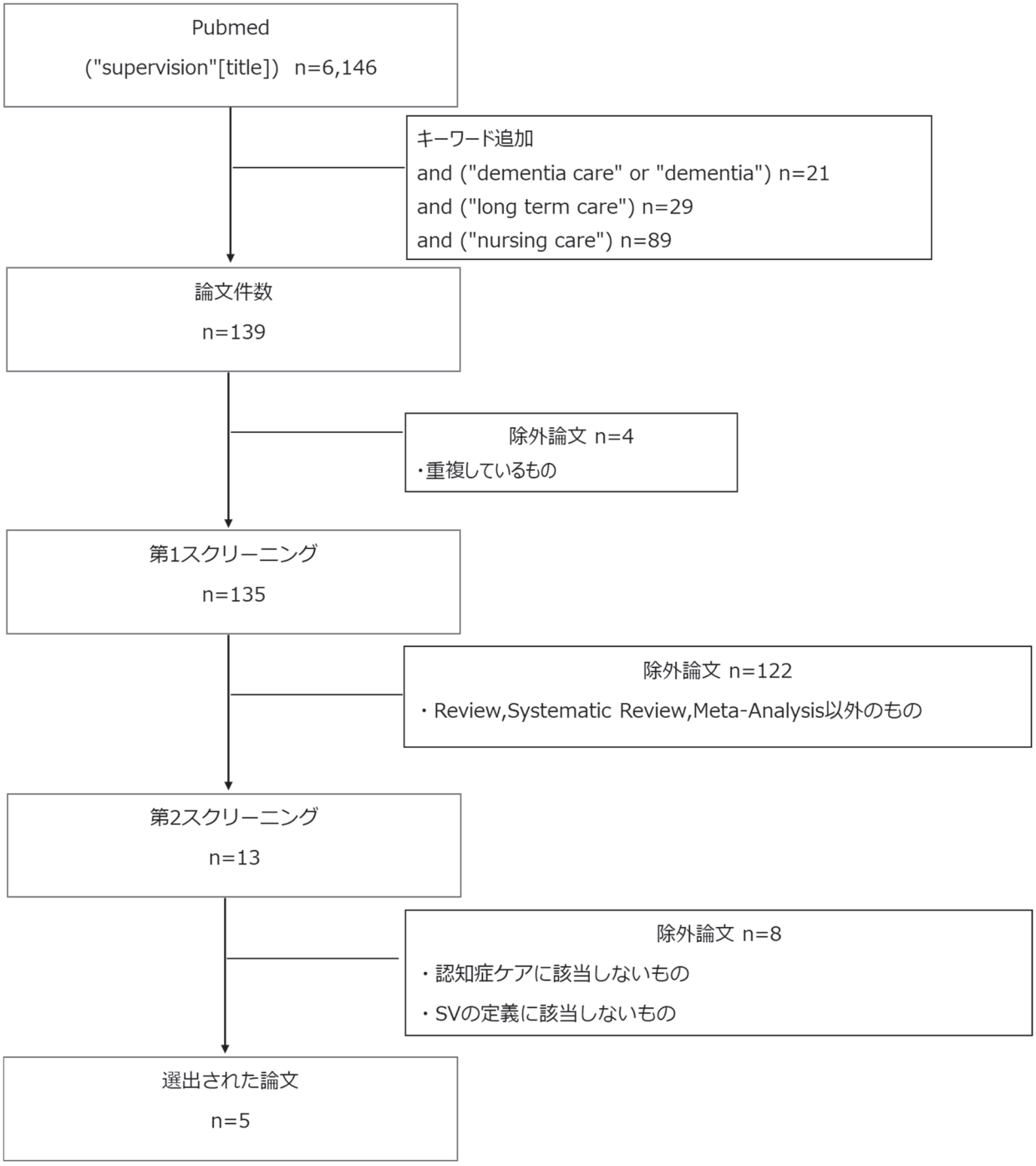

図 1　対象論文の選定フロー

Ⅲ．倫理的配慮

対象となった文献の取扱いについては、文献を正確に読み込み、原著の結果や考察を侵害しないように配慮した。

Ⅳ．結果

1）年代

1990 年代が 1 本、2010 年代が 3 本、2020 年代が 1 本であった。

2）対象領域

SV の対象領域は、看護師を対象としているものは 3 本、在宅のケアワーカを対象としているものが 2 本であった。

3）認知症 SV 研究の現状

以下、上記の選出方法にて抽出された 5 本の論文の内容を、要約の内容を中心に示すこととする。

①Olsson A and Hallberg IR.[6)]

本研究は、臨床グループ・スーパービジョンのセッションを通じて明らかになった、認知症高齢者へのケアの内容と提供方法、およびそれに対する訪問介護スタッフの影響を明らかにすることを目的としている。分析した結果、①疾患に関連する行動、ADL 機能、社会的ネットワーク、自尊心といった高齢者の個人的影響、②家族や親しい人との関係、住環境やケアのレベルなどといった高齢者の生活環境、③本人とスタッフとの関係、家族とスタッフとの関係、現実志向とバリデーションのバランスといったスタッフとの相互作用、④他の専門職との協力、仕事への満足度、知識不足の共有といったスタッフの状況が SV セッションの内容となっていた。スーパービジョンセッションで明らかになった看護ケアに関する推論は、全体論的アプローチを反映しており、スタッフと認知症高齢者との関係がケアの質にとって中心的なものであることが浮き彫りになっており、この関係を促進または阻害する要因に焦点を当てることは、訪問介護ケアの改善と質の向上だけでなく、スタッフの労働生活の質を向上させる上でも、臨床指導における重要な焦点の一つとなる可能性が高い。結果は看護ケアの理論モデル内で理解できるため、スーパーバイザーが何らかの理論モデルを基盤として指導を行うことで、参加者はより意識的なアプローチに達し、ケアにおいて重要な側面が見落とされるリスクを低減できる可能性がある。

②Francke AL and de Graaff FM.[7)]

本研究では、看護師の臨床グループスーパービジョンの効果に関する研究を、方法論的な質を考慮しながら、体系的かつ最新の視点でレビューすることを目的としている。対象となる論文は、①看護師向けのグループスーパービジョンプログラムを扱う、②対照群を用いるか、事前・事後テストデザインを採用する、③看護師または患者のアウトカムに関する効果を報告している、という条件を満たすものとしている。結果、多くの研究には方法論的な課題があるが、スウェーデンの認知症ケアに関する 4 件の研究は高品質であり、看護師の態度やスキル、看護師–患者間の相互作用に対する肯定的な効果を示していた。ただし、これ

ら 4 件は同一の研究プロジェクトから派生したものであり、グループスーパービジョンと個別ケア計画の導入を併用していたため、グループスーパービジョン単独の効果を評価するのは難しい。結論として、看護師のグループスーパービジョンが効果的であることを示す指標は多くあるが、その効果に関する証拠は不足しており、さらなる方法論に基づいた研究が求められている。

③McGilton KS.,Chu CH.,Shaw AC.,Wong R.and Ploeg J.[8)]

免許を持つ看護師の配置レベルが入居者のアウトカムに与える影響についてはデータが存在するが、看護師の効果的な SV が、入居者へのケア、組織的な成果、看護補助者の職務関連アウトカムに与える影響については、包括的な検討がなされていない。本研究は、長期介護施設における免許を持つ看護師（登録看護師または准看護師）の効果的な SV が、組織、無資格の看護補助者、入居者に与える影響を、レビューを通じて明らかにすることを目的としている。2000 年から 2015 年までの 6 つのデータベースから検索し、 24 の論文を抽出し、統合的レビューを行った。結果、効果的な看護師の SV は、統計的に有意（$P < 0.05$, $P < 0.000$） な正の関連を示し、①看護補助者の職務満足度、②離職率／離職意思、③業務の有効性、④意思決定、⑤職務ストレス、⑥利用者満足度に影響を与えることが明らかになった。

④Cooper C.,Cenko B.,Dow B. and Rapaport P.[9)]

本研究は、在宅ケアワーカと在宅介護事業所が、高齢者にケアを提供する方法を改善するための介入策について、利用者の健康と幸福、有給介護者の幸福、仕事への満足度、定着率について系統的レビューに基づいて検討している。結果として、意味のある目標設定、介護者のトレーニングおよびスーパービジョンが、利用者の健康関連 QOL の向上につながることが示された。利用者のアウトカムを改善した介入には、定期的なスーパービジョンなどの追加的な実施支援を伴うトレーニングが含まれ、利用者のニーズや目標に焦点を当てたケアの推進が特徴であった。高齢の在宅介護利用者、特に認知症を有する人々へのケアの質を向上させるための効果的な戦略に関するエビデンスは不足している。この分野におけるさらなる研究が求められており、特に、重度の認知症を有する利用者の健康および生活の質のアウトカムを含む在宅ケア介入試験のフィージビリティ・テストなど、さらなる研究が必要である。

⑤Tulleners T., Campbell C. and Taylor M.[10)]

クリニカル・スーパービジョンは、看護における専門的かつ最良の実践を支援する手段として受け入れられつつある。 ピア・グループ・スーパービジョンは、非階層的でリーダー不在のクリニカル・スーパービジョンの提供モデルであり、限られた資源でスタッフのサポートを優先する場合に、看護管理者が実施するための選択肢である。このシステマティックレビューは、看護師のピア・グループ・スーパービジョンの経験について調査した入手可能な最良の質的研究を特定し、評価し、統合するものである。レビューの目的は、統合されたエビデンスから、実践におけるピア・グループ・スーパービジョンの政策と実施を強化するための推奨事項を導き出すことである。結果として、①専門家としての成長を促進すること、②グループを信頼すること、③専門家としての学習経験、④経験を共有することという 4 つ

の包括的な総合知見が得られた。

Ⅴ.考察・まとめ

上記の論文の整理の結果を踏まえ、SVは、①専門職としての成長を促す機会であること、②仕事に対する満足度の向上に繋がること、③ストレスマネジメントに繋がること、④利用者の生活の質の向上に繋がることになるという特徴があることが整理できた。SVは、バイジーのレベルに沿った能力の習得と、高度な実践ができるよう専門職としての成長を目指した指導方法[11]として位置づけられている。これらのことを踏まえ、認知症ケアSVには、認知症ケアを実践する専門職としての成長を目指すことを目的としたSV実践が求められているといえる。認知症の人との関わりでは、否定的な感情や怒りの感情が表出してしまうなどネガティブな感情をもつ[12]ことも少なくはない。その結果として職員自身がバーンアウトしてしまう、または虐待といった認知症の人の尊厳を侵害してしまう行為にも繋がってしまう可能性がある。SVはストレスの耐性を増やすことやバーンアウトを減少させる機能を持っている[13]。認知症の人が自分らしい生活をするためには、職員がストレスを抱えない環境づくりが必要となってくる。そのためにも、定期的にSVを実践し、職員が認知症ケアを実践する中で抱えている感情を表出する機会を意図的に提供することが必要であるといえる。

一方、認知症を有する人のケアの質の向上に効果的なSVに関しては、エビデンスが不足しているという課題があることもありさらなる研究が必要であることが課題として提示されている。昨年度の文献レビューの結果も踏まえながら、認知症ケアSVに必要となる要因について引き続き検討を重ねていく。

文献一覧

1）Alfred Kadushin, Daniel Harkness(2014)Supervision in Social Work(=2016,福山和女監修『スーパービジョンインソーシャルワーク第5版』)

2）倉石哲也（1995）「現任職員スーパービジョンの意義・現状及び課題についての考察（第一報告）」『社会問題研究』44（2），159-174.

3）市東賢二（2012）「対人援助におけるスーパービジョンへの一考察」『上田女子短期大学紀要』35，31-40.

4）野村豊子（2019）「スーパービジョンの基礎的理解：近年の新しい動向を踏まえて」『日本在宅ケア学会誌』22（2），p10-16.

5）Labrague LJ.（2024）Abusive Supervision and Its Relationship With Nursing Workforce and Patient Safety Outcomes: A Systematic Review, Western Journal of Nursing Research,49(1), 52-63.

6）Olsson A and Hallberg IR.（1998）Caring for demented people in their homes or in sheltered accommodation as reflected on by home-care staff during clinical supervision sessions6)，Journal of Advanced Nursing, 27(2),241-252.

7）Francke AL and de Graaff FM.（2012）The effects of group supervision of nurses: A systematic literature review,International Journal of Nursing Studies, 49(9),1165-1179.

8）McGilton KS.,Chu CH.,Shaw AC.,Wong R.and Ploeg J.（2016）Outcomes related to

effective nurse supervision in long-term care homes: an integrative review, Journal of Nursing Management, 24(8),1007-1026.
9) Cooper C.,Cenko B.,Dow B. and Rapaport P.（2017）A systematic review evaluating the impact of paid home carer training,supervision, and other interventions on the health and well-being of older home care,International Psychogeriatric,29(4),595-604.
10) Tulleners T., Campbell C. and Taylor M.（2023）The experience of nurses participating in peer group supervision: A qualitative systematic review, Nurse Education in Practice,(69)
11）浅野正嗣（2023）「第 1 章　ソーシャルワーク・スーパービジョンとは何か」，一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟監修「実践ソーシャルワーク・スーパービジョン」，中央法規出版.
12）肥田野 ちえこ，田中 千絵，兼松 由紀子，百武 大介（2024）「認知症高齢者に対する感情労働に関する文献研究」『福祉と看護の研究誌』（11），p48-54
13）野村豊子（2015）「序章　ソーシャルワークにおけるスーパービジョンの文化の醸成－ソーシャルワーク・スーパービジョンの現状と課題－」，一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟監修『ソーシャルワーク・スーパービジョン論』

認知症介護指導者養成研修における
アウトカム評価を目的とした指導者活動
実態調査

認知症介護指導者養成研修におけるアウトカム評価を目的とした指導者活動実態調査

主任研究者：山口友佑　（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
分担研究者：李　相侖　（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
齊藤千晶　（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
鷲見幸彦　（認知症介護研究・研修大府センター）
研究協力者：粟田主一　（認知症介護研究・研修東京センター）
滝口優子　（認知症介護研究・研修東京センター　研修部）
齋藤葉子　（認知症介護研究・研修東京センター　研修部）
加藤伸司　（認知症介護研究・研修仙台センター）
吉川悠貴　（認知症介護研究・研修仙台センター　研究部）
田村みどり（認知症介護研究・研修仙台センター　研修部）

Ⅰ．背景と目的

全国に 3 か所（仙台・東京・大府）ある認知症介護研究・研修センター（以下：センター）では、2001 年度より認知症介護指導者養成研修（痴呆介護指導者養成研修を含む。以下：指導者研修）を実施しており、2023 年度末までに 2,880 人の認知症介護指導者（以下：指導者）を養成している。

指導者研修は、認知症施策推進大綱（以下、推進大綱）の中において、認知症についての理解のもと本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、行動・心理症状（BPSD）を予防できる介護従事者を養成する研修として位置付けられている[1)]。2021 年度より推進大綱で示された趣旨に合わせ、認知症介護実践者等養成事業の運営に関する改正が行われ、指導者研修を含む認知症介護実践等養成事業のカリキュラムが改訂された。新カリキュラムにおける指導者研修のねらいは、「認知症介護従事者が認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防することができるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することができる知識・技術を習得すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導するとともに、自治体等における認知症施策の推進に寄与できるようになること」としている[2)]。このことから、指導者研修修了者には、①実践研修等の企画・立案、講師役、ファシリテーター（以下、研修の役割）、②介護保険施設・事業者等における介護の質の改善に向けた指導的役割（以下、指導的役割）、③地域における認知症施策の推進への貢献（以下、地域での役割）といった役割が付与されることになる。指導者研修では、推進大綱で掲げられている育成目標値に近い修了生を輩出することはできているが、受講後の指導者としての活動による成果については十分に検証できているとは言えない現状である。

本研究では、指導者研修修了生へのアンケート調査をもとに、研修修了後の活動実態（研修の役割、指導的役割、地域での役割）を明らかにし、指導者研修のアウトカム評価（成果）について検証することを目的とする。

Ⅱ．研究の枠組み

1）指導者活動実態調査、研修の評価における先行研究

近年、「社会的価値」を可視化・検証し、自らの組織・活動に関する学びや改善、資源の提供者への説明責任につなげていく仕組み（社会的インパクト）づくりの重要性が指摘されている[3]。指導者研修を含む認知症介護実践者等養成事業は、我が国の介護現場における認知症介護の理解と専門性を向上するための重要な役割を持つ事業である。本研修事業において、量的な目標達成だけではなく、研修受講のもたらすアウトカム（短期的成果・長期的成果）を明らかにすることができれば、養成事業の「社会的価値」を検証することが可能と考える。

上記背景を踏まえ、今年度は、従来の指導者活動調査の内容に加え、研修の評価を試みた。研修評価の枠組みとしては、Rossi ら[4] や GSG 国内諮問委員会[5]のロジックモデルを参考とした。また、センターで作成した「実践研修及び指導者養成研修のアウトカム評価の基本的考え方」（以下：基本的考え方）を参考[6] とし、調査項目を設定した。

2）指導者の役割

指導者の活動実態や研修の成果を検討するため、指導者研修修了生に求められる役割を研修のねらいの記載内容に則り[2]、以下の 3 つの操作的定義を行った。

・研修の役割に関与できているか
・指導的役割を担うことが出来ているか
・地域での役割を実践できているか

3）活動実態、アウトカム（成果）

2）に定義した役割を評価基準とし、活動実態を調査した。研修の成果は、長期的成果として、上記 3 点の役割を継続的に実践しているか、短期的成果として、研修修了後に、上記 3 点の役割を実践できているかを評価基準とした。本研究は横断的調査であるため、研修修了後の期間によって、指導者としての役割実施状況を比較した。それぞれの評価は以下に示す。

・活動実態：指導者の 3 つの役割における活動状況
・研修の成果
　①長期的成果：2022 年度まででの修了生を対象とした調査結果をもとに、活動年数別による活動状況を比較
　②短期的成果：2023 年度修了生を対象とした調査結果をもとに、各役割への関与状況を把握

Ⅲ．対象と方法

本調査は、2023 年度までの指導者研修修了生を対象範囲として、表 1 に記載した除外基準に該当するものを除いた 2,312 名を対象に、郵送法ならびに Web システムを用いた質問紙調査を実施した。本調査では、上記の成果を評価するため、調査対象を「2023 年度の指導者研修修了生（以下：23 年度修了生）」と「2022 年度までの指導者研修修了生（以下：22 年度以前修了生」に分け、それぞれに調査票を作成している。

主な調査内容は、表 2 に示した通りである。23 年度修了生は、2024 年度の活動状況（予定も含む）、22 年度以前修了生は 2023 年度の活動状況について質問を設定している。「指

導者活動をすることに対する満足度」に関する項目では、「介護者 QWL*簡易尺度」[7] を参考に項目を設定した。調査期間は、2024 年 10 月～11 月までとした。分析方法は、Excel または SPSS を用いた単純集計、クロス集計を行った。なお無回答は欠損値として処理をした。

*QWL とは、労働生活の質（Quality of Working Life）の略称であり、仕事のやりがいや働きやすさ、職務満足度などの勤労生活の質的向上に係わる概念である [7]。

表 1　対象者の除外基準

①	今後指導者として活動しない旨を確認できている
②	所属している都道府県・政令指定都市が変更になっており、センターが所属先を把握できてない
③	逝去が確認できている場合
④	他業種に転職している場合
⑤	センターからの連絡を拒否している場合
⑥	センターに所属している場合

表 2　調査項目一覧

回答者の属性	・ 推薦者の種別、修了センター、所属自治体、保有資格、所属施設、役職、フォローアップ研修の参加の有無と回数（22 年度以前修了生のみ） ・ 認知症施策の役割（22 年度以前修了生のみ）
認知症介護実践者等養成事業への関与状況（役割：研修の役割）	・ 認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度 ・ 企画会議への出席状況 ・ 講師・ファシリテーターとしての関与状況 ・ 年間の活動日数（22 年度以前修了生のみ）
介護保険施設・事業者等における介護の質の改善に向けた指導的役割（役割：指導的役割）	・ 指導者として指導的役割を担うことに対する関心度 ・ 自施設・事業所における指導的役割 ・ 他施設・事業所における指導的役割 ・ 加算の取得状況（認知症専門ケア加算Ⅱ、認知症チームケア推進加算）
地域における認知症施策の推進への貢献（役割：地域での役割）	・ 指導者として地域活動を実践することへの関心度 ・ 地域活動の実践状況 ・ 年間の活動日数（22 年度以前修了生のみ）
指導者活動に関連する要因について	・ 指導者活動を促進する要因、阻害する要因 ・ 指導者活動をすることに対する満足度
認知症地域支援推進員との連携（22 年度以前修了生のみ）	・ 認知症地域支援推進員との連携の有無 ・ 連携して行った地域活動について

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人仁至会倫理・利益相反委員会の承認を得て実施している（承認番号：0504）。研究に関する説明は、研究説明書を用いて行った。また調査協力への同意は、明確な意思が確認できるよう調査票にチェックボックスを設け、「適切な同意」を受けるようにした。

Ⅴ．結果

1．回収状況について

各調査の回収状況について表 3 で示した通りである。本調査では回答に同意を得られた有効回答数を分析対象とする。

表 3　本調査の回収状況

		発出数	質問紙	Web	有効回答数	回答率
仙台センター	22 年度以前	677	80	89	169	24.0%
	23 年度	28	4	8	12	42.9%
東京センター	22 年度以前	883	155	142	297	33.6%
	23 年度	38	14	19	33	69.4%
大府センター	22 年度以前	752	101	190	291	38.7%
	23 年度	34	8	15	23	67.4%
合計	22 年度以前	2,312	336	421	757	32.7%
	23 年度	100	26	42	68	68.0%

単位：人

2．基本属性について

推薦者の種別については、22 年度以前修了生では、自治体（公費）が 78.2%、事業所推薦は 21.8%であった。23 年度修了生では、自治体（公費）が 72.7%、事業所推薦は 27.3%であった（図 1）。

指導者活動時の所属先については、22 年度以前修了生では、介護老人福祉施設が 26.0%と最も多く、次いで、その他（23.3%）、認知症対応型通所介護（22.8%）であった。23 年度修了生では、介護老人福祉施設・その他が 19.4%と最も多く、次いで、認知症対応型通所介護・居宅介護支援事業所（16.4%）、小規模多機能型居宅介護・通所介護（14.9%）であった（図 2）。

保有資格については、22 年度以前修了生では、介護福祉士が 81.9%と最も多く、次いで、介護支援専門員（75.5%）、社会福祉士（26.9%）であった。23 年度修了生では、介護福祉士が 89.7%と最も多く、次いで、介護支援専門員（64.7%）、社会福祉士（20.6%）であった（図 3）。

指導者活動時の役職については、22 年度以前修了生では、管理職が 43.6%と最も多く、次いで、経営者等（19.6%）、中間管理職（14.6%）であった。23 年度修了生では、管理職が 42.6%と最も多く、次いで、中間管理職（23.5%）、経営者等（7.4%）であった。

以下、各役割における活動実態については、対象別に結果を述べることにする。

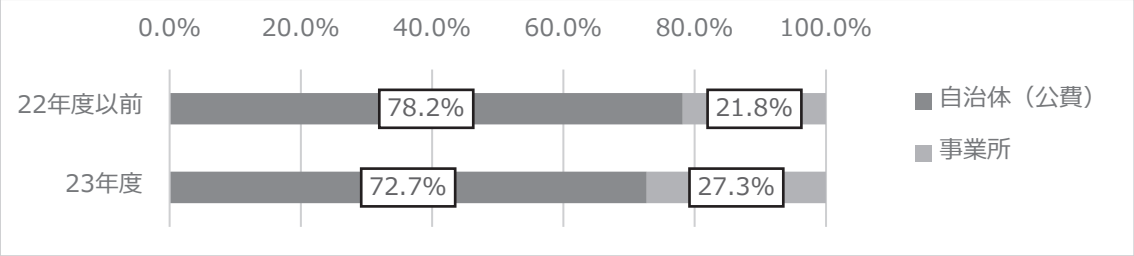

図 1　推薦者の種別

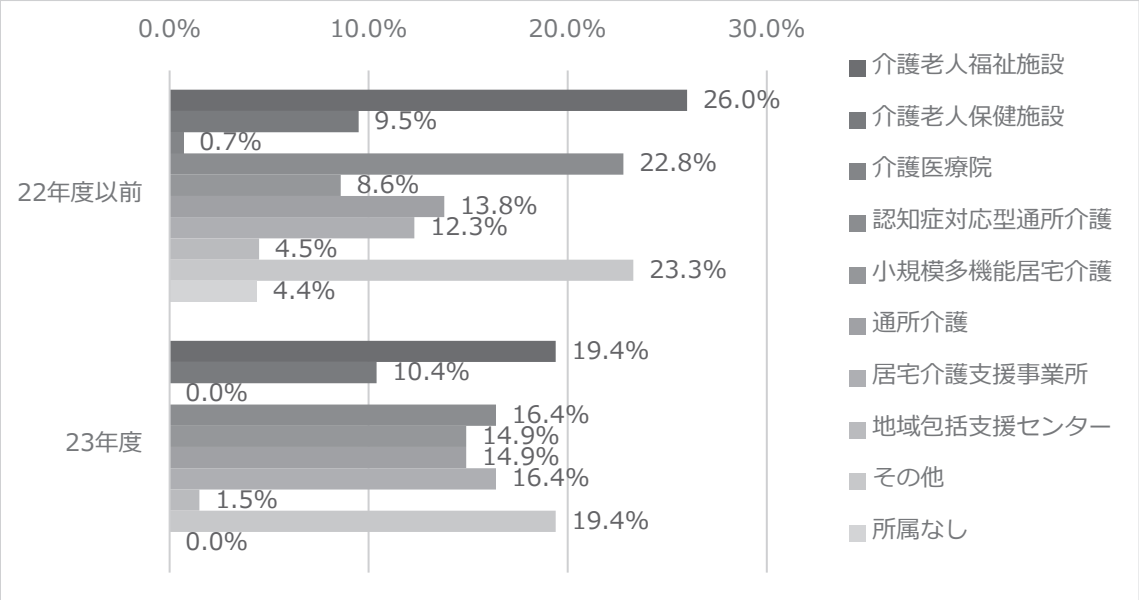

図 2　指導者活動時の所属先*について（複数回答）

*22 年度以前の修了生は令和 5 年度の所属先、23 年度修了生は令和 6 年 4 月 1 日時点での所属先

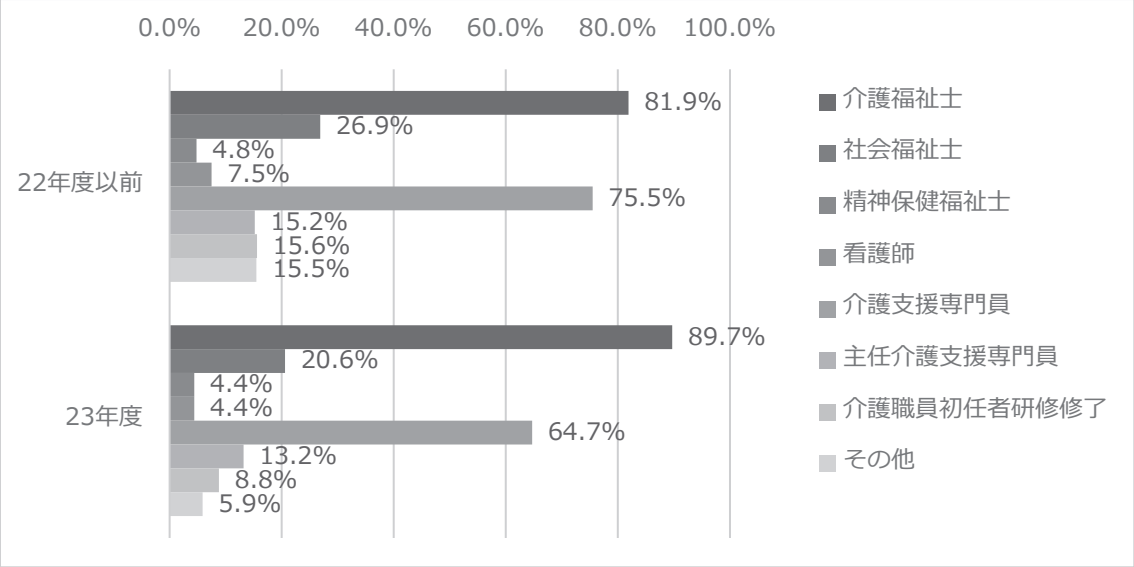

図 3　保有資格について（複数回答）

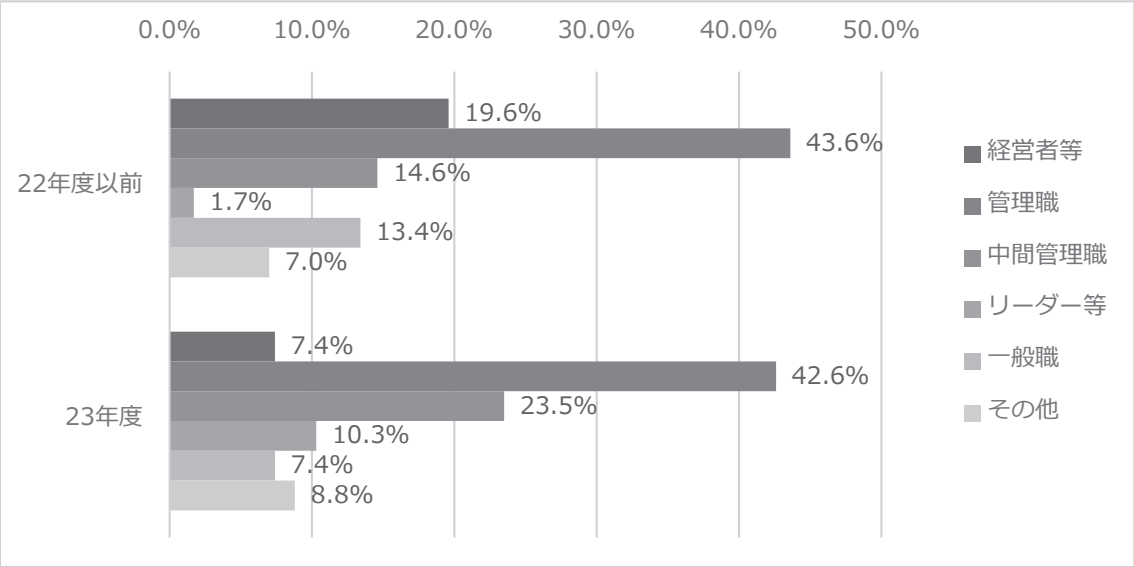

図 4　指導者活動時の役職について

*22 年度以前の修了生は令和 5 年度の役職、23 年度修了生は令和 6 年 4 月 1 日時点での役職

3.　23 年度修了生の活動実態について

1）指導者研修修了者が担っている役割への関与状況について

指導者研修修了者が担う 3 つの役割（①研修の役割、②指導的役割、③地域での役割）への実践状況について図 5 に示した通りである。各役割で定めた項目の中で、1 つ以上「関与している」または「担っている」との回答の割合は、「研修の役割」が 95.6%、「指導的役割」が 97.1%、「地域での役割」が 86.8%であった（図 5）。

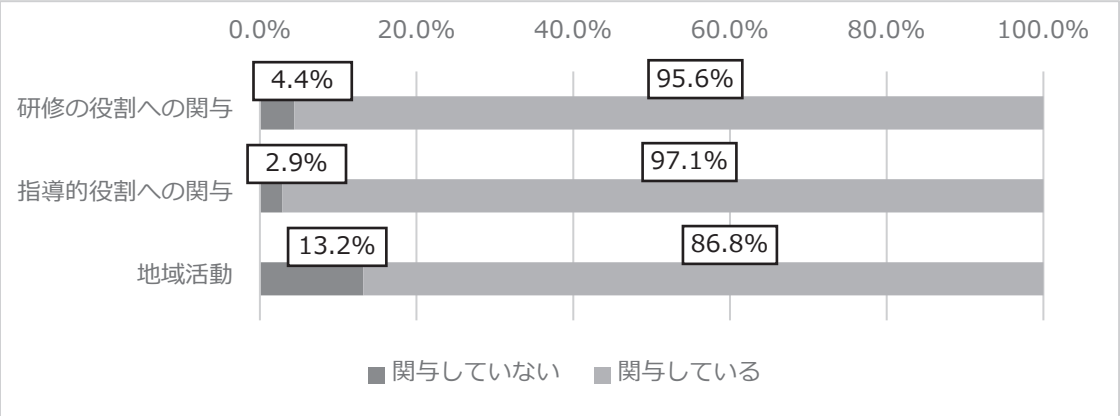

図 5　指導者研修修了者が担っている役割への関与状況

2）認知症介護実践者等養成事業への関与について

①認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度

認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度については、「関心がある」が 83.8%、「少し関心がある」が 11.8%、「あまり関心がない」が 1.5%、「関心がない」が 2.9%であった（図 6）。

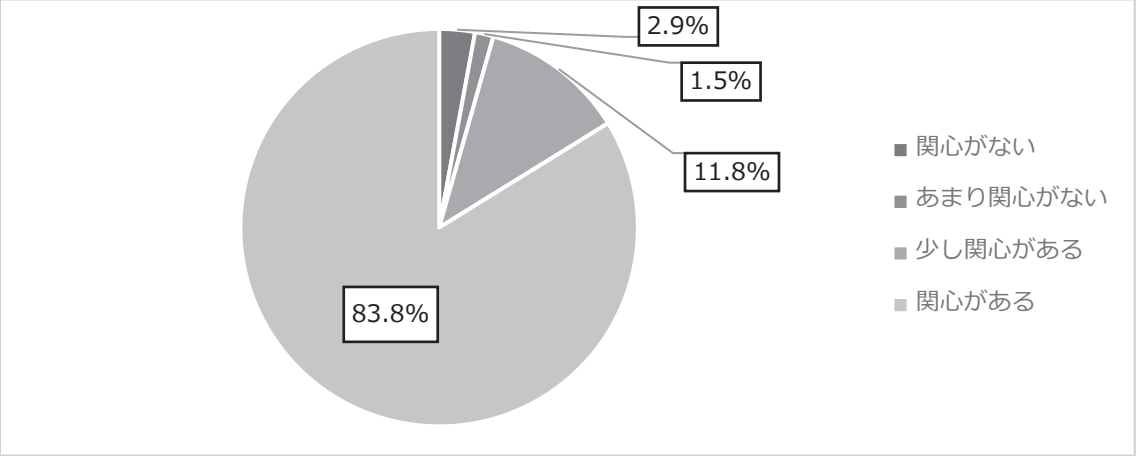

図 6　認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度（n=68）

②各役割への関与状況

認知症介護実践者等養成事業への関与について、3 つの役割（①会議への出席、②講師役としての関与、③ファシリテーターとしての関与）を設定し、認知症介護実践者等養成事業で定められている 6 つの研修事業への関与状況について把握した。

各役割への関与（6 つの研修事業のうち 1 つ以上出席する、または務めると回答した割合）については、会議への出席が 89.7%、講師役としての関与が 69.7%、ファシリテーターとしての関与が 86.8%であった（図 7）。

各役割の研修別での関与状況について、会議への出席では、「実践者研修」が 85.3%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（71.6%）、「基礎研修」（23.1%）であった（図 8）。講師役としての関与については、「実践者研修」が 60.6%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（35.4%）、「管理者研修」（7.7%）であった（図 9）。ファシリテーターとしての関与については、「実践者研修」が 82.4%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（53.7%）、「基礎研修」、「管理者研修」（7.7%）であった（図 10）。

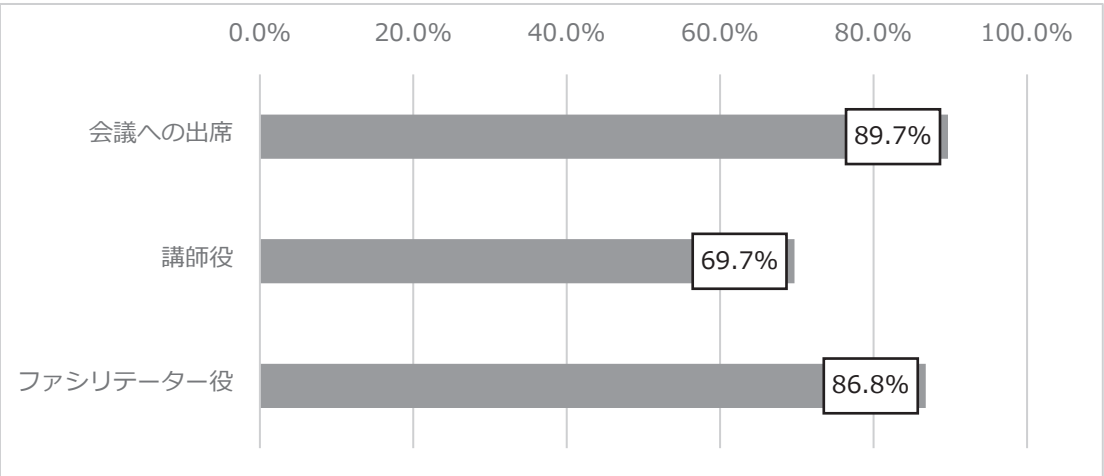

図 7　　各役割への関与状況

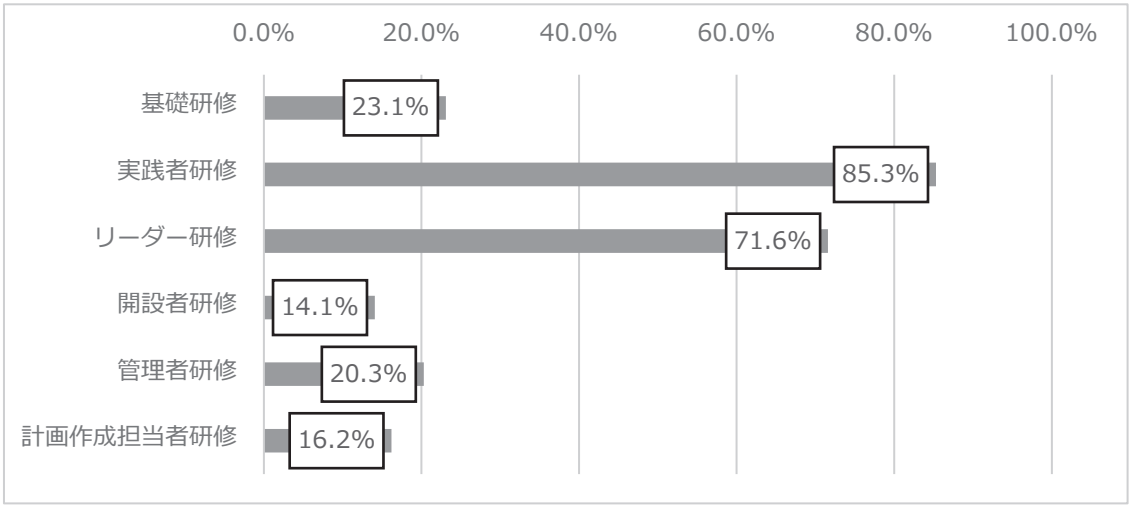

図 8　研修別による会議への出席状況

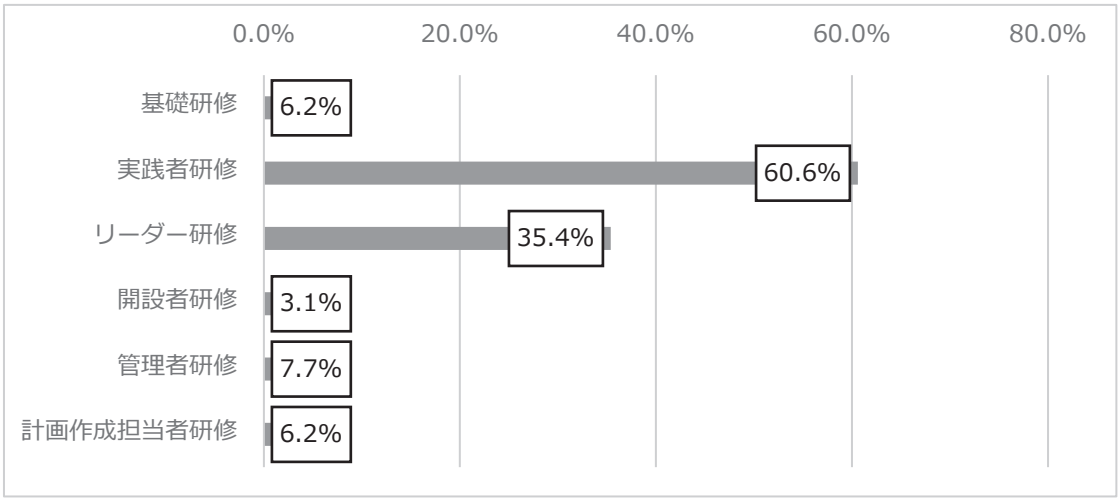

図 9　研修別による講師役としての関与状況

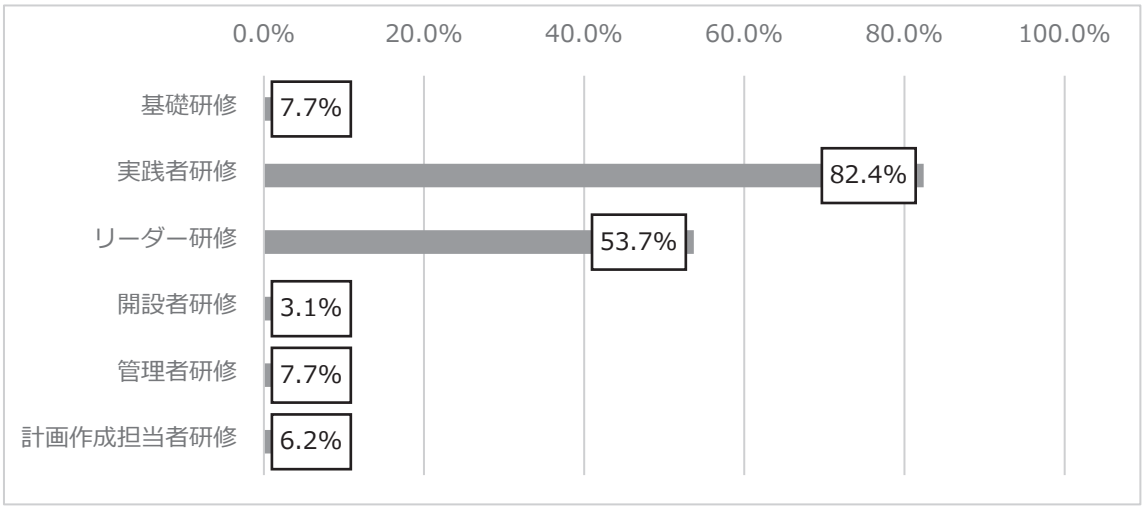

図 10　研修別によるファシリテーターとしての関与状況

3）介護保険施設・事業者等における介護の質の改善に向けた指導的役割について

①指導的役割を担うことに対する関心度

指導的役割を担うことに対する関心度については、「関心がある」が 79.1%、「少し関心がある」が 17.9%、「関心がない」が 3.0%であった（図 11）。

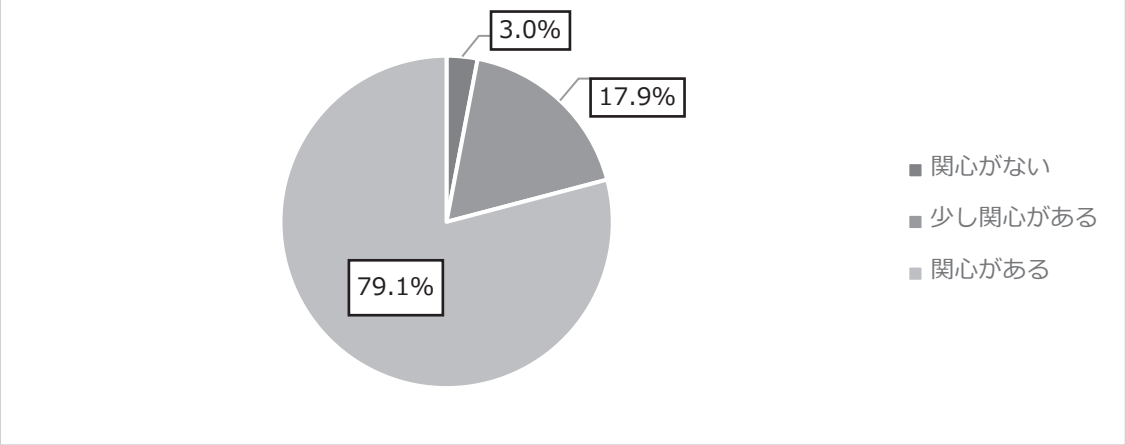

図 11　指導的役割を担うことに対する関心度（n=67）

②指導的役割の関与状況について

指導的役割の関与について、①自施設における指導的役割、②他施設における指導的役割の２つのカテゴリーを設定し、関与状況を把握した。

各カテゴリーへの関与状況（各カテゴリー項目内で、1 つ以上「担っている」と回答した割合）については、自施設における指導的役割は 97.1%、他施設における指導的役割は 67.6%であった（図 12）。

各カテゴリー別での関与状況については、自施設における指導的役割では、「職場内研修の企画、立案」が 94.1%と最も高く、次いで、「中堅職員への OJT の計画、実施」（79.4%）、「研修参加後の実践の確認」（79.1%）であった（図 13）。

他施設における指導的役割では、「認知症介護実践リーダー修了生・実践者研修修了生からの認知症ケアに関する相談対応」が 38.8%と最も高く、次いで、介護保険施設・事業所からの認知症ケアに関する相談対応」（34.4%）、「他の介護保険施設・事業所からの依頼による研修」（29.9%）であった（図 14）。

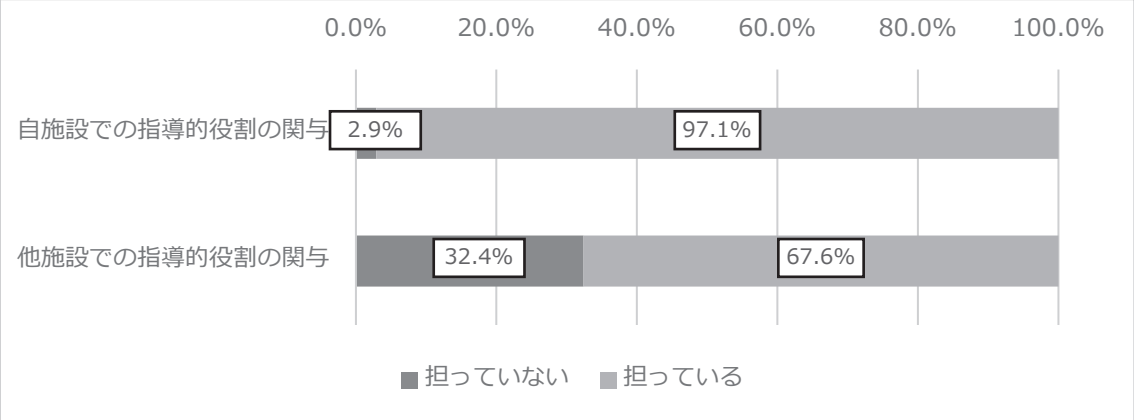

図 12　指導的役割の関与状況

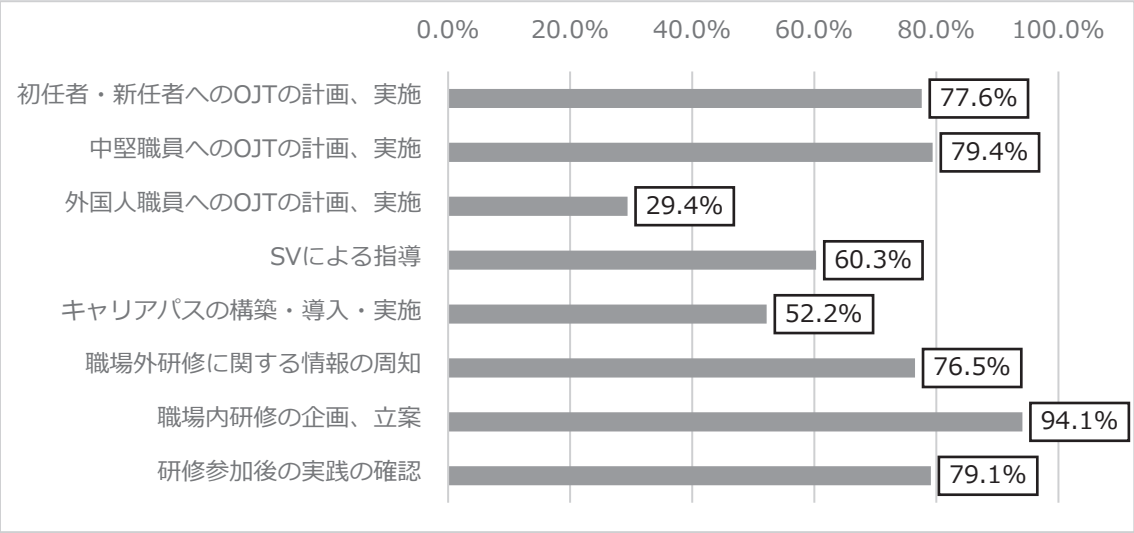

図 13　自施設における指導的役割への関与状況

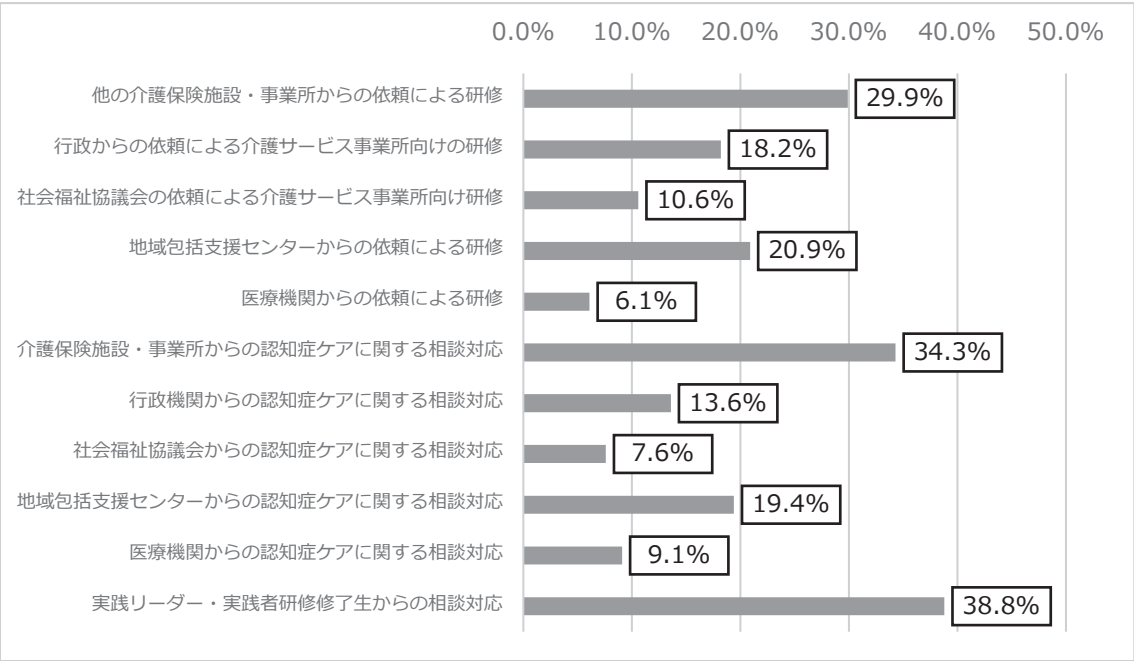

図 14　他施設における指導的役割への関与状況

③加算の取得状況について

認知症専門ケア加算（Ⅱ）のサービス対象の有無については、「サービスの対象外である」が 40.3%、「サービスの対象である」が 59.7%であった（図 15）。各算定要件については、「利用者要件」では、「満たしている」が 75.0%、「職員配置要件」では、「満たしている」が 84.6%、「留意事項の伝達や技術的指導の会議の定期的な実施」では、「実施している」が 76.9%、「介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成」では、「作成している」が 51.3%、「介護職員、看護職員ごとの研修計画の実施」では、「実施している」が 56.4%であった（図 16）。認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況については、「取得している」が 37.5%、「取得してい

ない」が 62.5%であった（図 17）。取得に至らない理由については、「職員配置要件の維持が困難」、「研修計画の作成・実施の事務作業が煩雑」が 47.1%と最も高く、次いで、「利用者要件の確認作業の負担が大きい」（41.2%）であった（図 18）。

認知症チームケア加算の取得状況については、「取得している」が 20.0%、「取得予定である」が 10.0%、「取得していない」が 70.0%であった（図 19）。取得に至らない理由については、「その他」が 28.6%と最も多く、次いで、「人手不足のため」、「対象となる利用者がいないため」（21.4%）、「認知症チームケア推進加算の算定要件の詳細がわからない」、「対象となる利用者がいない」（21.4%）であった（図 20）。

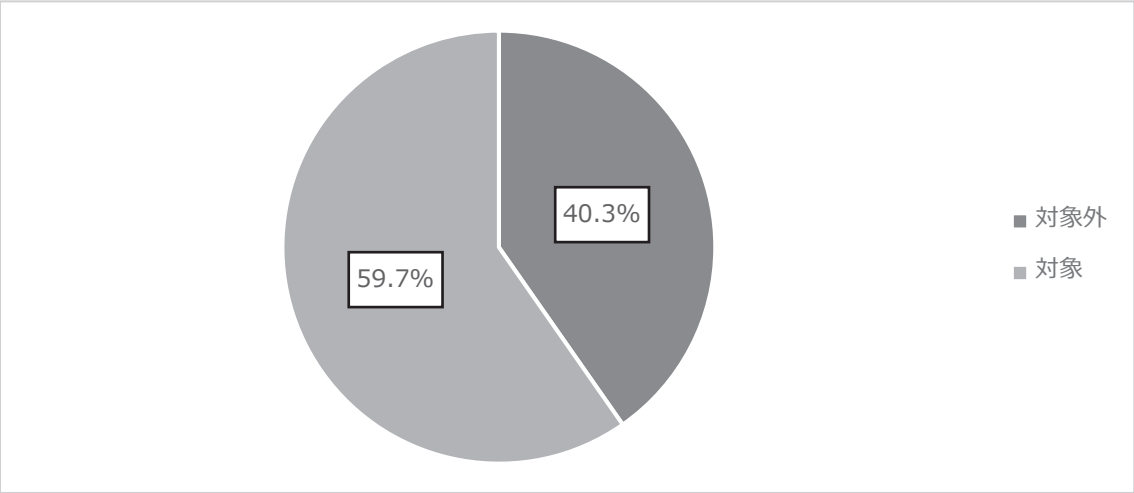

図 15　認知症専門ケア加算（Ⅱ）サービス対象の有無（n=67）

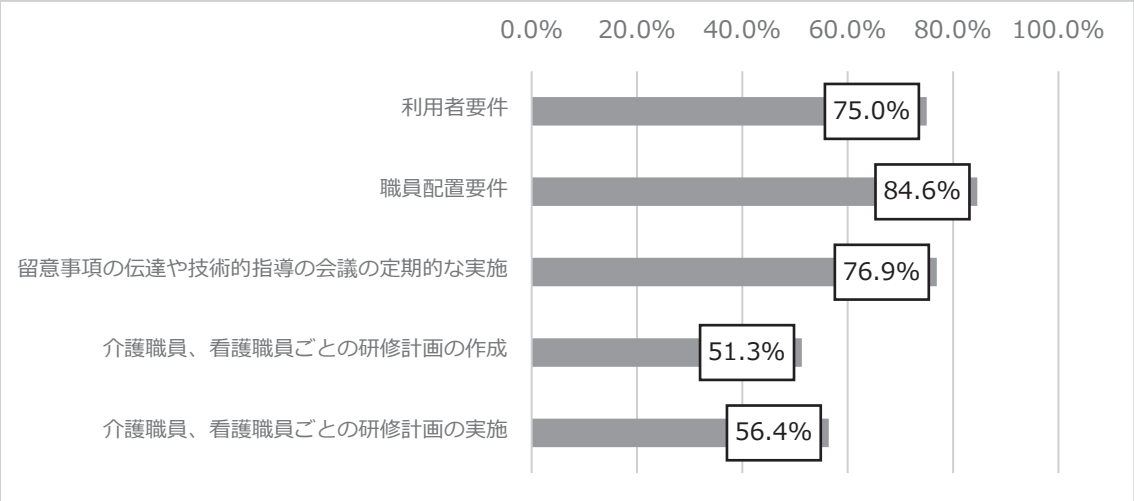

図 16　認知症専門ケア加算（Ⅱ）算定要件

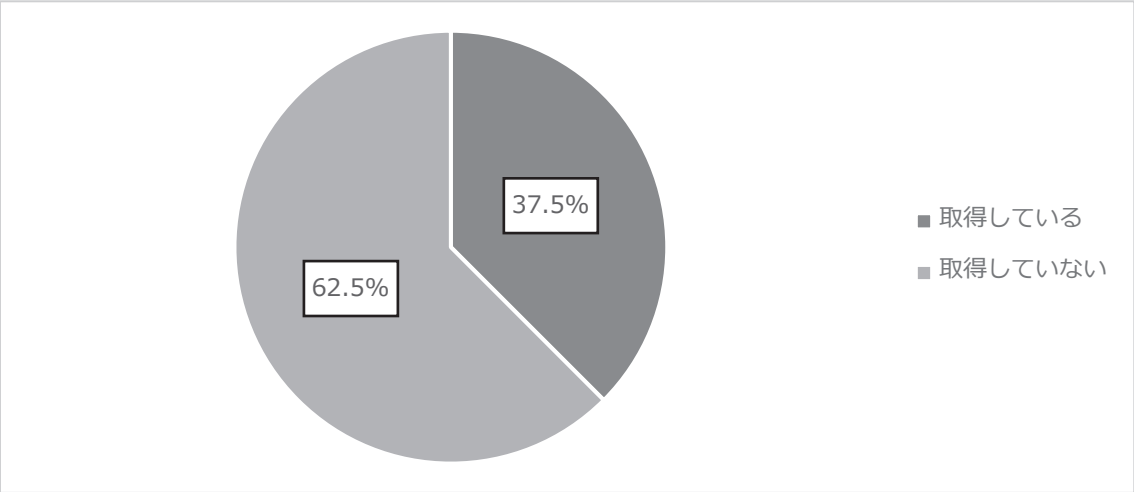

図 17　認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況(n=32)

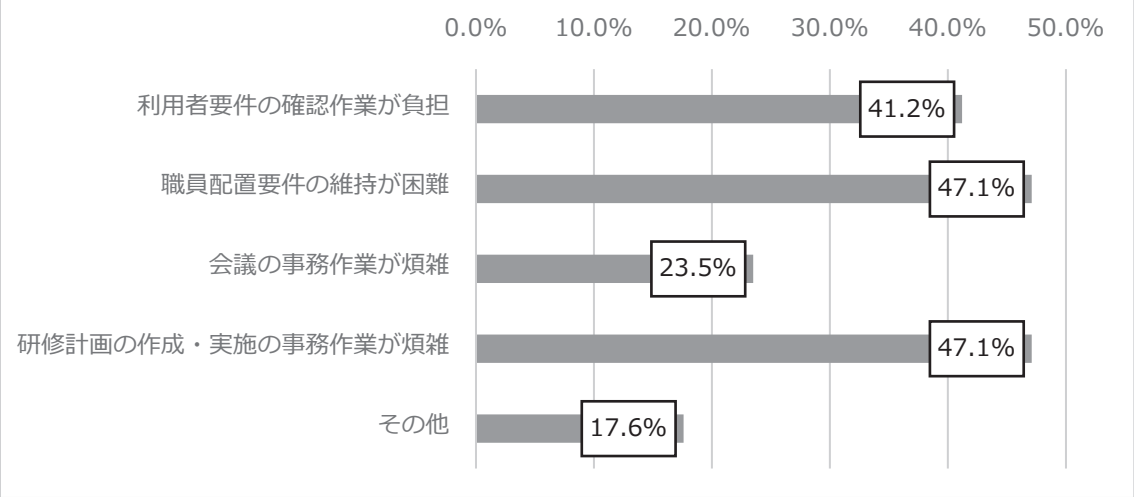

図 18　取得に至らない理由（認知症専門ケア加算（Ⅱ））

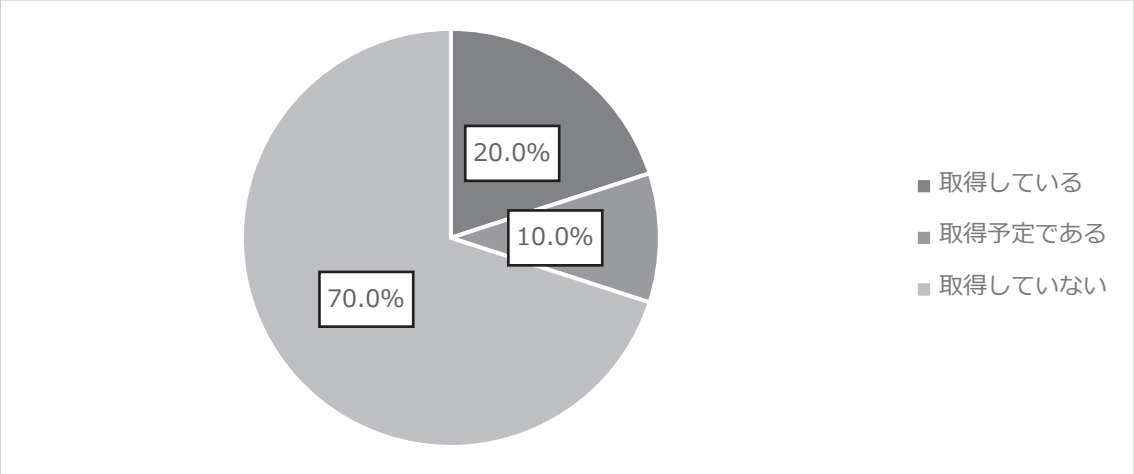

図 19　認知症チームケア加算の取得状況（n=20）

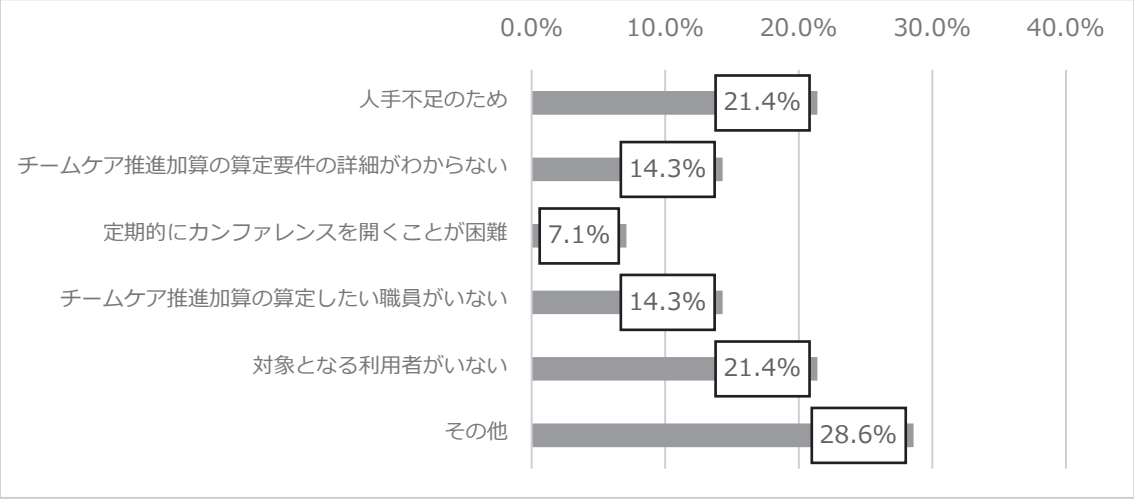

図 20　取得に至らない理由（認知症チームケア加算）

4）地域における認知症施策の推進への貢献について

①地域活動を実践することに対する関心度について

地域活動を実践することに対する関心度については、「関心がある」が 69.7%、「少し関心がある」が 27.3%、「関心がない」が 3.0%であった（図 21）。

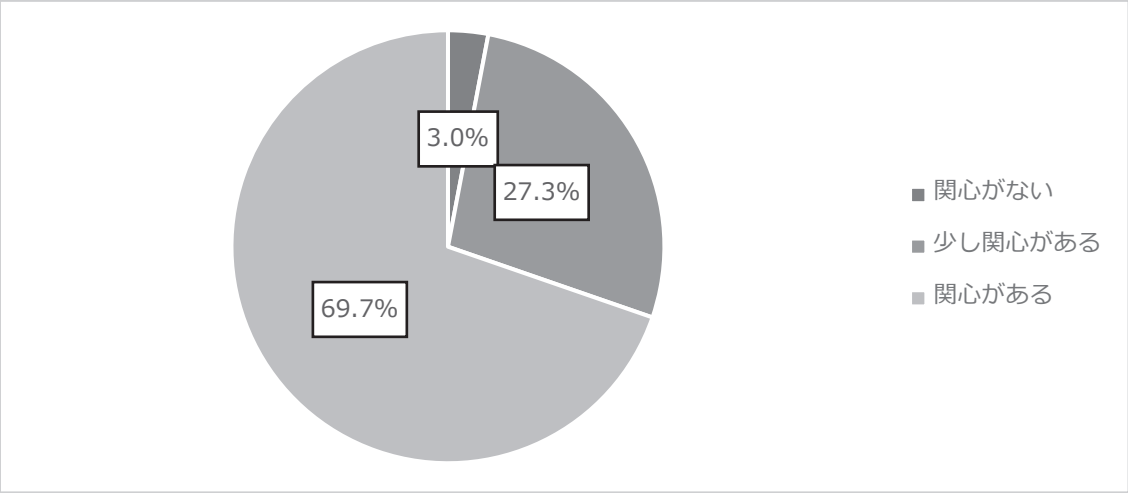

図 21　地域活動を実践することに対する関心度（n=66）

②地域活動の関与状況について

地域活動の関与状況については、①所属法人での地域活動、②研修事業、③相談事業、④地域における認知症施策への関与の 4 つのカテゴリーを設定し、関与状況を把握した。

各カテゴリーへの関与状況（各カテゴリー項目内で、1 つ以上「関与している」と回答した割合）については、「所属法人での地域活動」が 59.7%、「研修事業」が 60.3%、「相談事業」が 70.6%、「地域における認知症施策への関与」が 58.8%であった（図 22）。

各カテゴリー別の関与状況については、「所属法人での地域活動」では、「運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営」が 41.8%と最も高く、次いで、「認知症カフェの設置・運営」（38.8%）であった（図 23）。

「研修事業」では、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師」が 48.5%と最も高く、次いで、「子ども・学生向け認知症サポーター養成講座の講師」（37.7%）、「地域住民向け講演会・（出前）講座の講師」（33.8%）であった（図 24）。

「相談事業」では、「家族介護者からの相談対応」が 64.2%と最も高く、次いで、「住民からの相談対応」（55.2%）、「認知症当事者からの相談対応」（38.8%）であった（図 25）。

「地域における認知症施策への関与」では、「認知症サポーター養成講座の企画・運営」が 35.8%と最も高く、次いで、「認知症関連イベントの企画・参加」（35.3%）、「所属法人以外の認知症カフェの開催や参加」（27.9%）であった（図 26）。

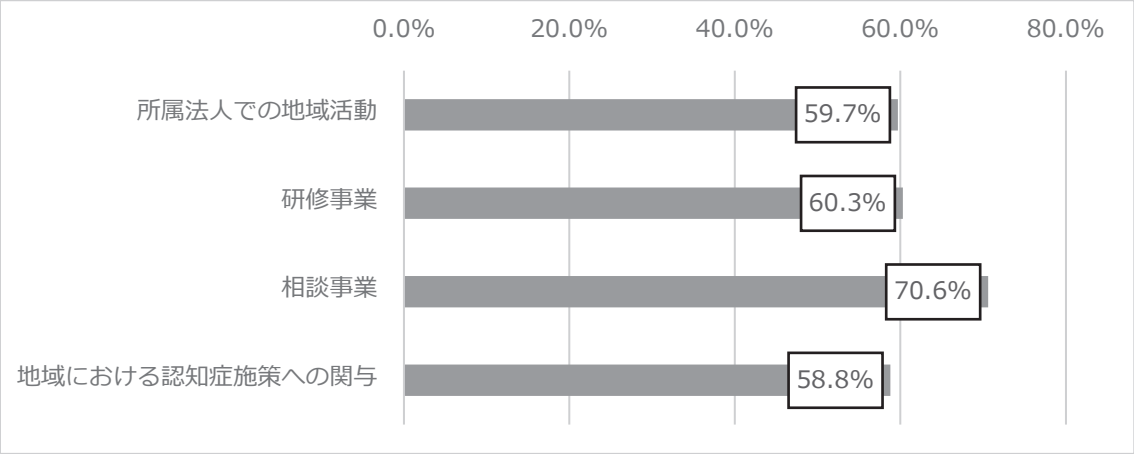

図 22　カテゴリー別での関与状況（地域活動）

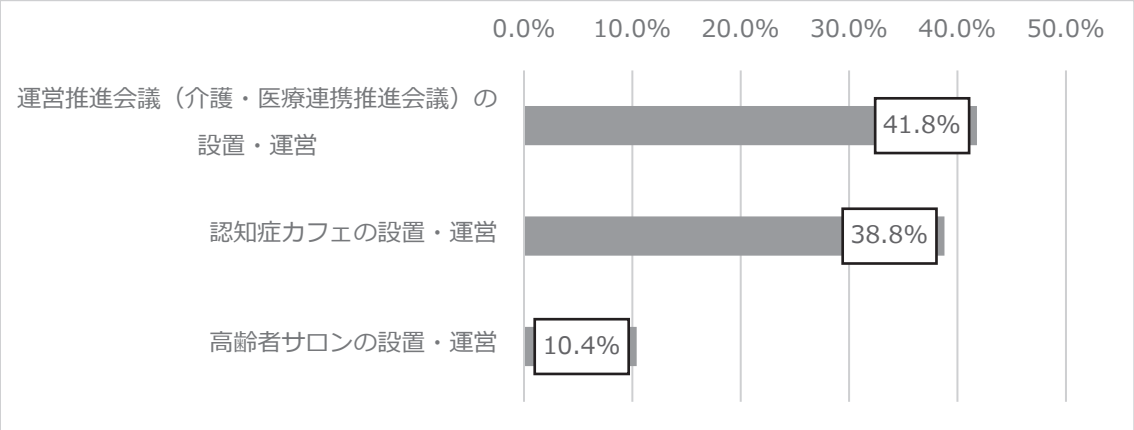

図 23　所属法人での地域活動への関与状況

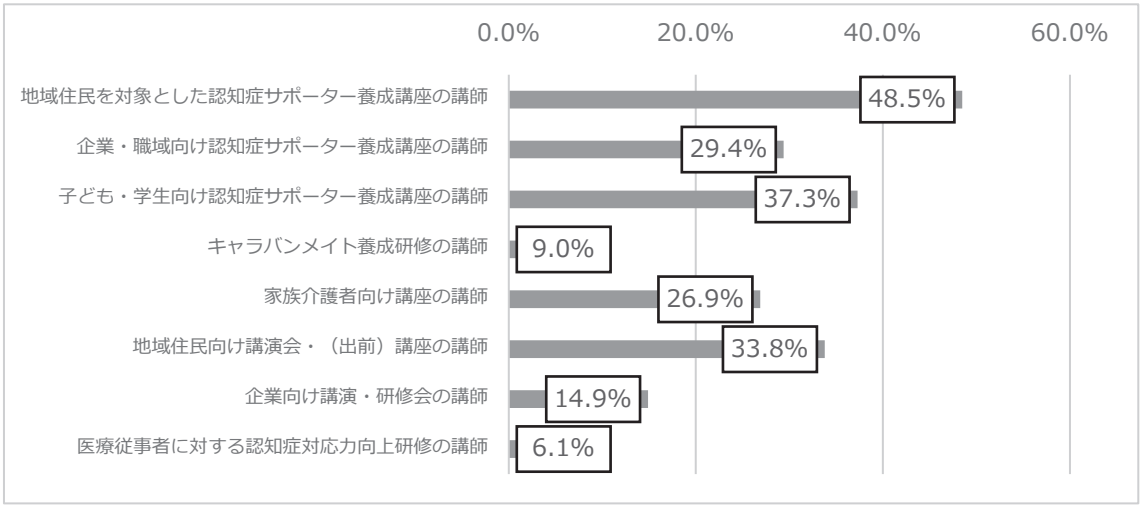

図 24　研修事業への関与状況

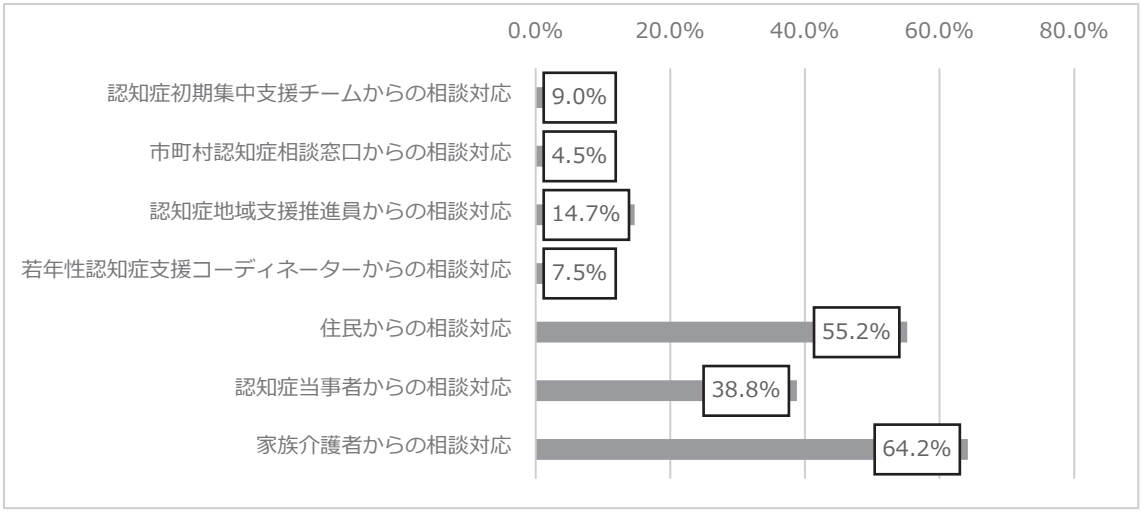

図 25　相談事業への関与状況

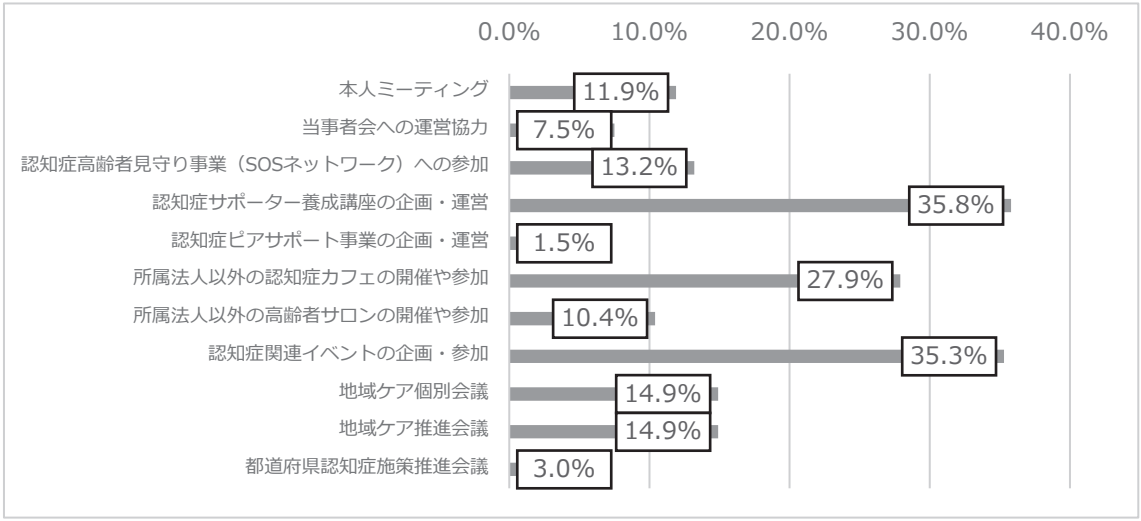

図 26　地域における認知症施策への関与状況

5）指導者活動の要因について

指導者活動に関わる要因について（「1．あてはまる、2．ややあてはまる、3.あまりあてはまらない、4．あてはまらない」の各回答を 4 点～1 点に得点化）は、図 27 に示した通りである。あてはまる群（あてはまる＋ややあてはまると回答した割合）では、「事業所での本務が多忙である」が 80.6%と最も高く、次いで、「所属法人内にケアの質の向上を目指す組織風土がある」（77.6%）、「所属法人内に地域貢献を推進する組織風土がある」（76.1%）であった。あてはまらない群（あてはまらない＋あまりあてはまらないと回答した割合）では、「指導者活動をするための体力に自信がない」が 88.0%と最も高く、次いで、「活動する都道府県・指定都市の指導者間の仲間に入るのが難しい、対人関係の悩みがある」（81.8%）、「出産・育児、身内の介護、病気療養など、事業所の本務以外に時間的な制約がある」（78.4%）であった。

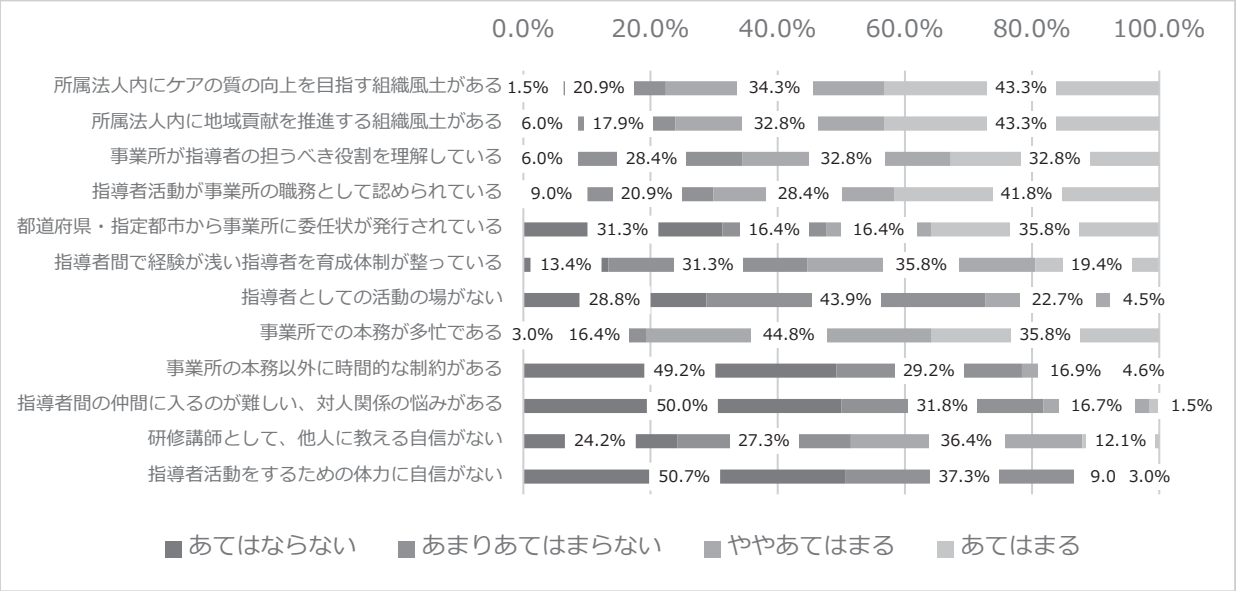

図 27　指導者活動の要因について

6）指導者活動に対する満足度について

指導者活動に対する満足度について、（「1．大変低い、2．低い、3.どちらともいえない、4.高い、5.大変高い」の各回答を 1 点～5 点に得点化）は、表 3 に示した通りである。全体として、指導者として活動することに対して、やりがいや満足感を感じている傾向が高いことが明らかになった。

表 3　指導者活動に対する満足度

項目	M±SD
指導者として活動することに意欲的である	3.72±0.91
指導者として活動していきたい意思がある	3.85±0.89
指導者として活動することに満足している	3.45±1.00
指導者として活動することに達成感がある	3.49±1.13
合計	14.5±3.56

4.　22 年度以前修了生の活動実態について

1）指導者歴について

2023 年度活動時の指導者歴については、「5 年未満」が 25.3%、「10 年未満」が 28.1%、「15 年未満」が 21.4%、「15 年以上」が 25.2%であった（図 28）。

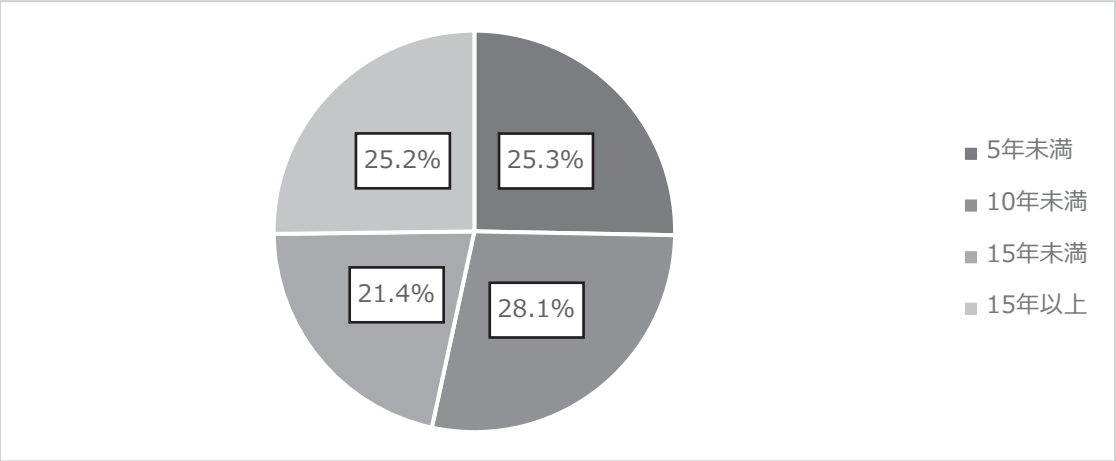

図 28　指導者歴について（2023 年度活動時）n=743

2）認知症施策における役割について

2023 年度に担っていた認知症施策における役割については、「キャラバンメイト」が 49.7%と最も高く、次いで、「担っていない」(45.8%)、「チームオレンジのチーム員」(11.4%) であった（図 29）。

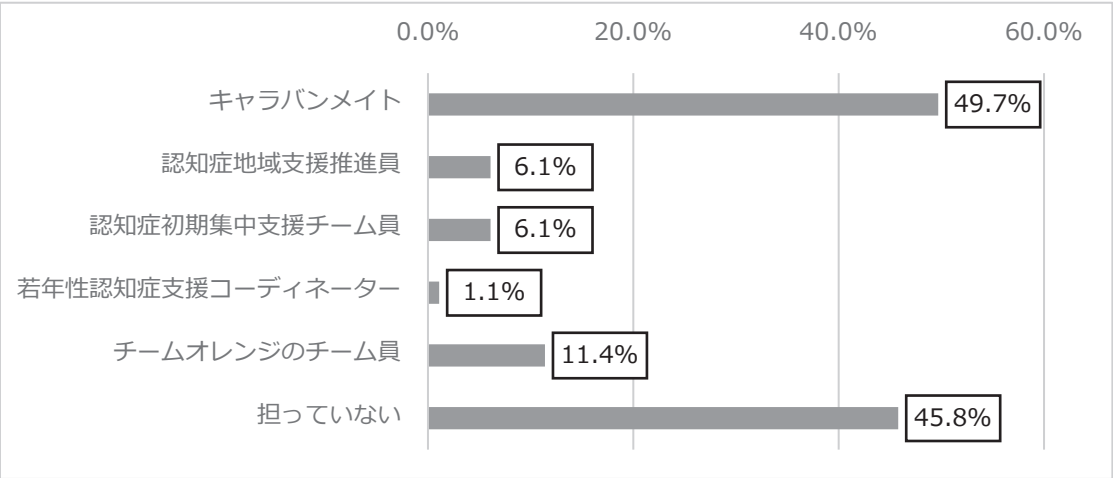

図 29　認知症施策における役割

3）認知症介護指導者フォローアップ研修受講の有無について

認知症介護指導者フォローアップ研修受講の有無については、「受講したことがない」が 50.9%、「受講したことがある」が 49.9%であった。指導者歴で比較した結果、１%水準で有意差が認められた（図 30）。

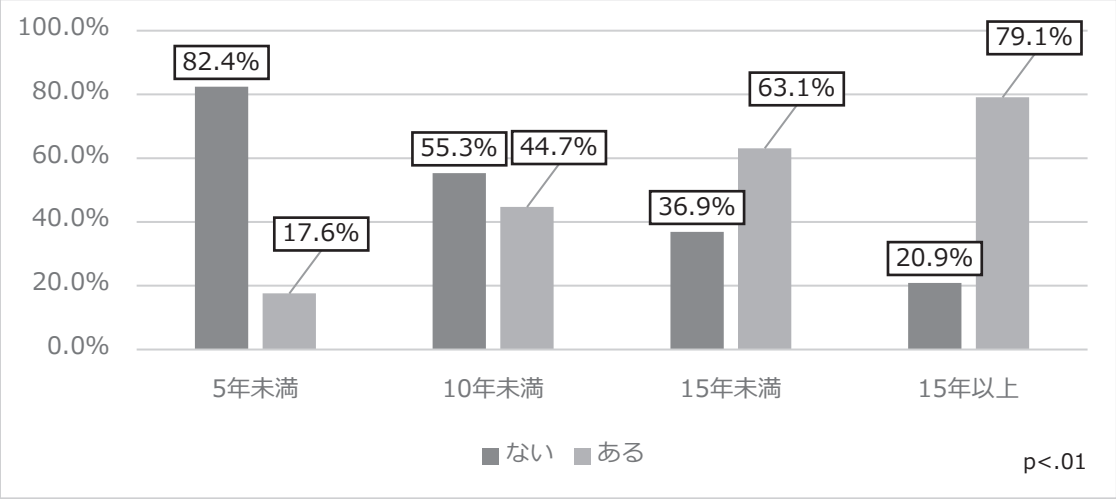

図 30　指導者歴による認知症介護指導者フォローアップ研修受講の有無

4）指導者研修修了者が担っている役割への関与状況について

指導者研修修了者が担う 3 つの役割（①研修の役割、②指導的役割、③地域での役割）への実践状況（各役割で定めた項目の中で、1 つ以上「担っていた」または「実践していた」との回答の割合）については、「研修の役割」が 76.2%、「指導的役割」が 83.7%、「地域での役割」が 81.7%であった（図 31）。

指導者歴で比較した結果、「研修の役割」、「指導的役割」では 1%水準、「地域での役割」では、5%水準で有意差が認められた（図 32-34）。

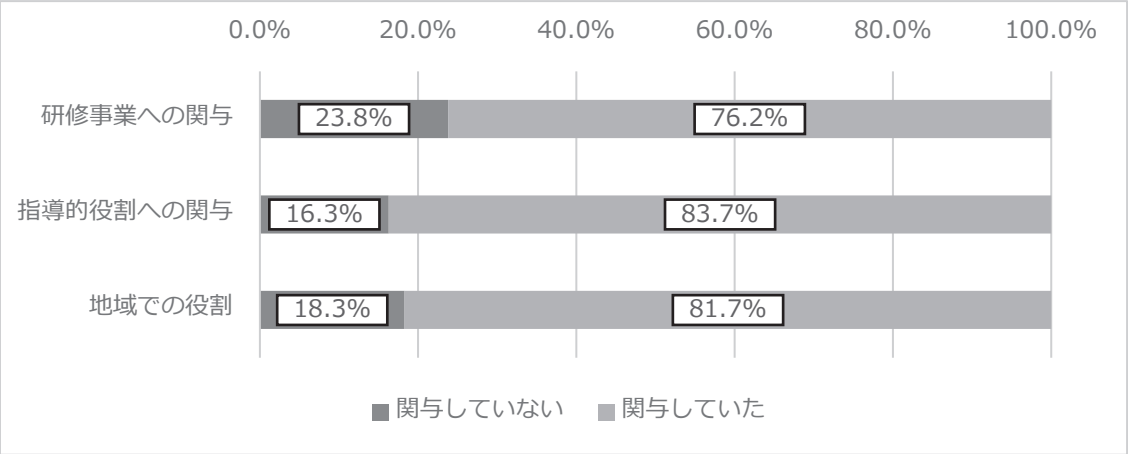

図 31　指導者研修修了者が担っている役割への関与状況

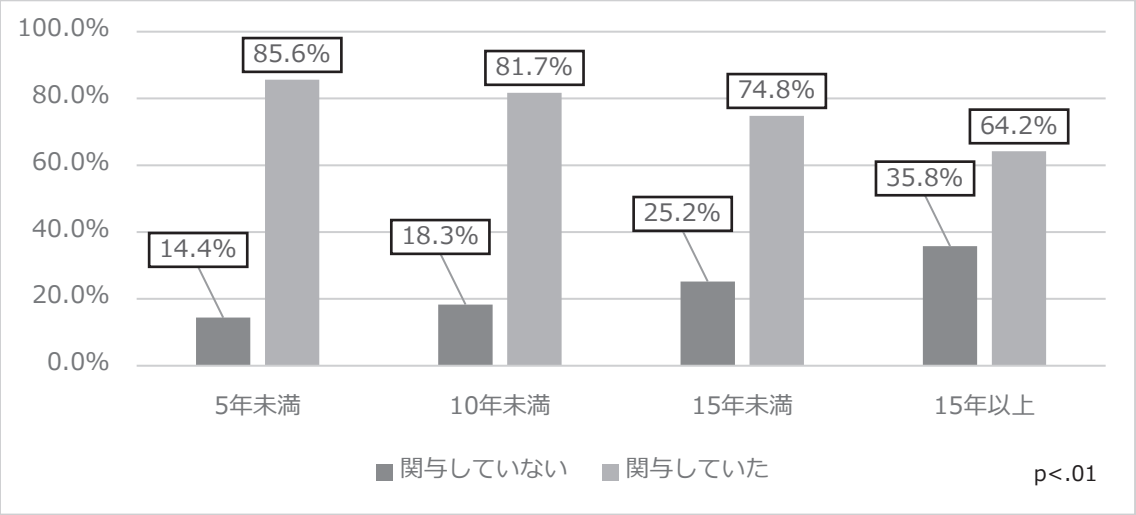

図 32　指導者歴による実施状況（研修の役割）

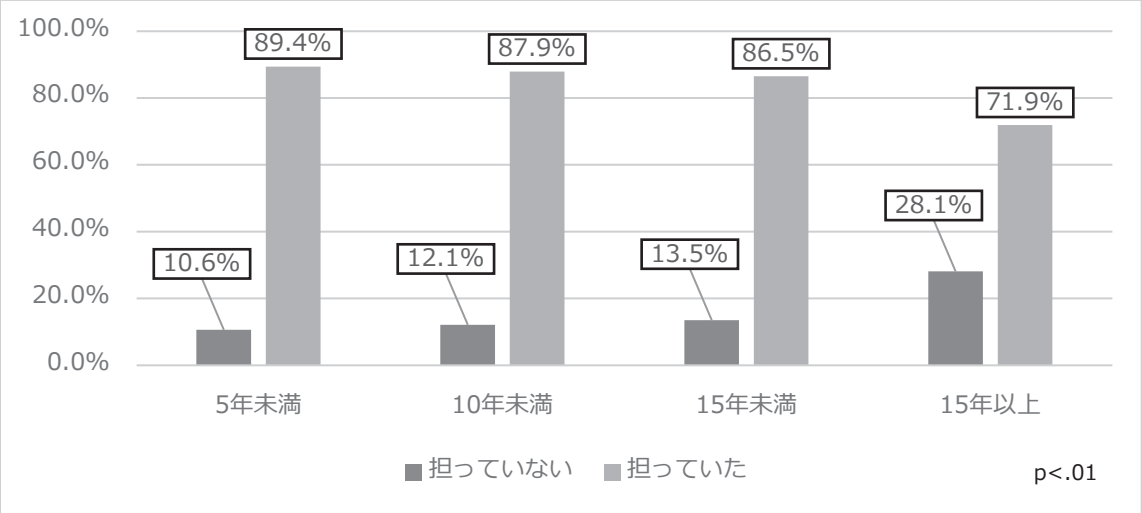

図 33　指導者歴による実施状況（指導的役割）

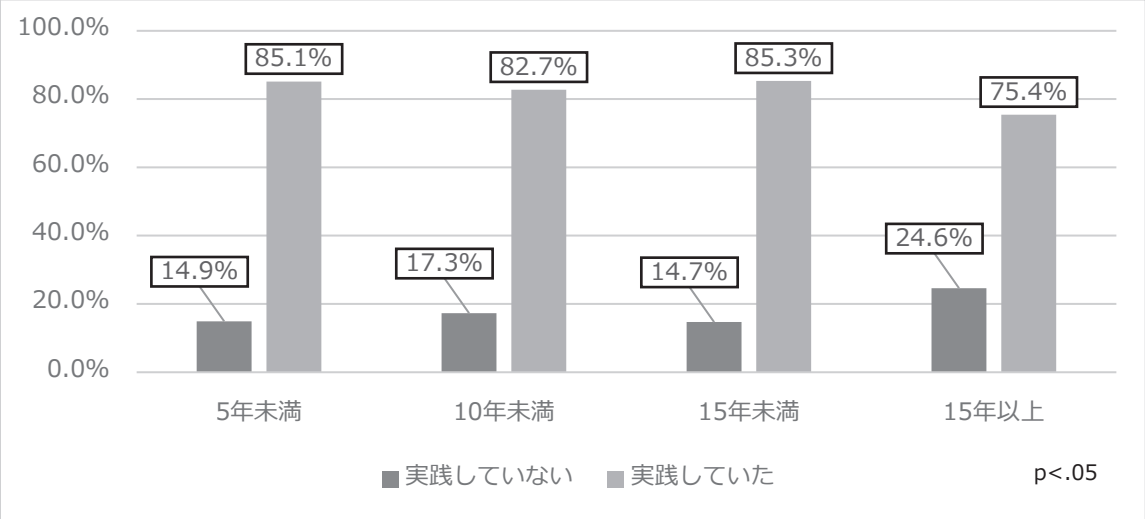

図 34　導者歴による実施状況（地域での役割）

5）認知症介護実践者等養成事業への関与について

①認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度

認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度については、「関心がある」が63.4%、「少し関心がある」が24.9%、「あまり関心がない」が8.5%、「関心がない」が3.2%であった（図35）。

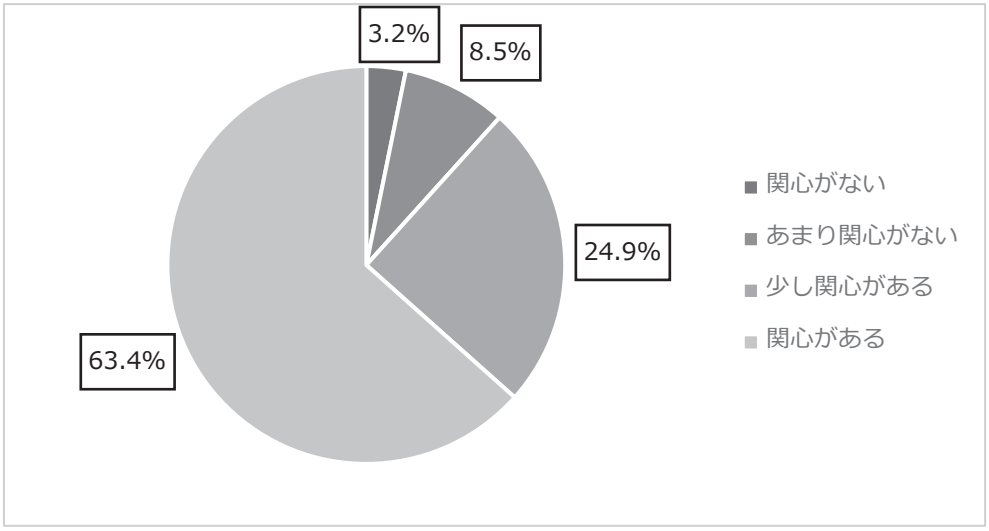

図35　認知症介護実践者等養成事業に関与することへの関心度（n=740）

②各役割への関与状況

各役割への関与（6つの研修事業のうち1つ以上出席する、または務めると回答した割合）については、会議への出席が67.2%、講師役としての関与が69.3%、ファシリテーターとしての関与が61.4%であった（図36）。指導者歴で比較した結果、「会議への出席」は5%水準、「講師役としての関与」、「ファシリテーターとしての関与」については、1%水準で有意差が認められた（図37-39）。

各役割の研修別での関与状況について、会議への出席では、「実践者研修」が63.4%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（53.1%）、「基礎研修」（19.1%）であった（図40）。講師役としての関与については、「実践者研修」が59.9%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（46.4%）、「管理者研修」（13.9%）であった（図41）。ファシリテーターとしての関与については、「実践者研修」が56.2%と最も高く、次いで「実践リーダー研修」（42.4%）、「管理者研修」（7.6%）であった（図42）。

認知症介護実践等養成事業に従事した平均年間日数については、「年間12日未満」が55.1%と最も高く、次いで、「年間12日以上～24日未満」（30.9%）、「年間24日以上～36日未満」（7.6%）であった（図43）。

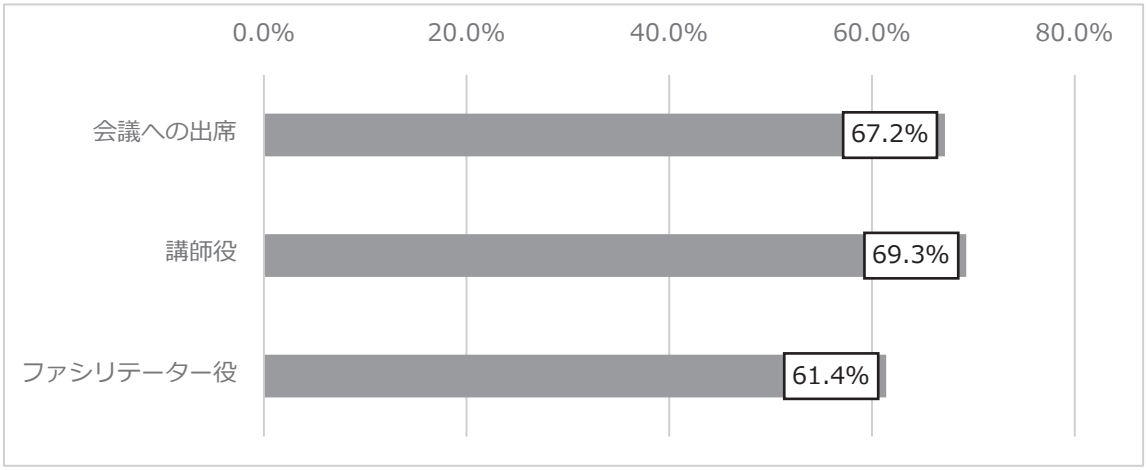

図 36　　各役割への関与状況

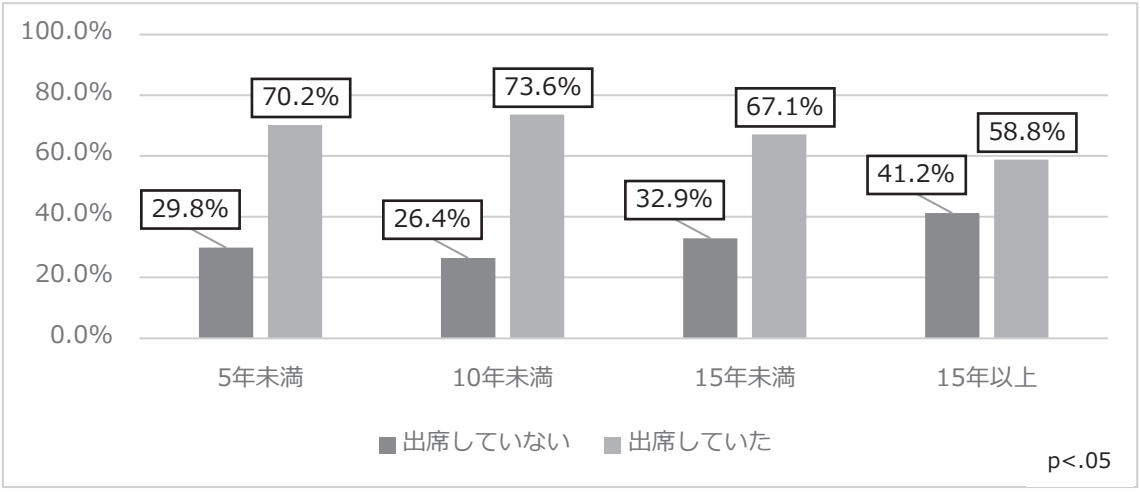

図 37　指導者歴による関与状況（会議への出席）

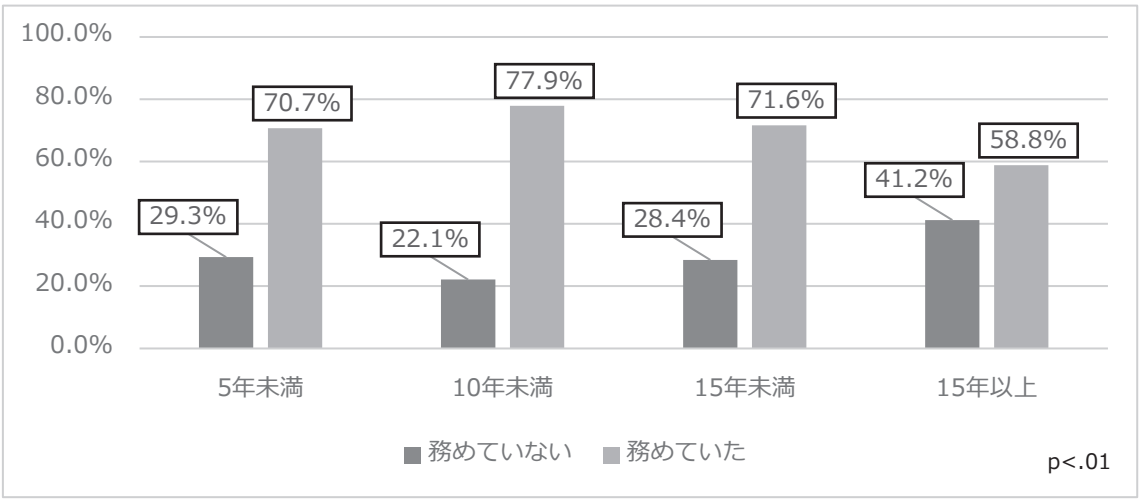

図 38　指導者歴による関与状況（講師役としての関与）

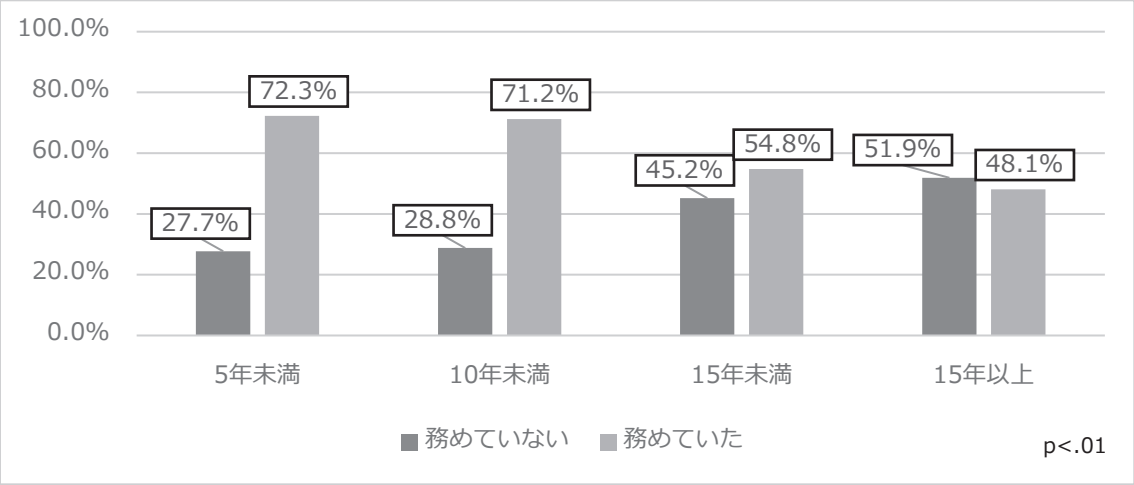

図 39　指導者歴による関与状況（ファシリテーター役としての関与）

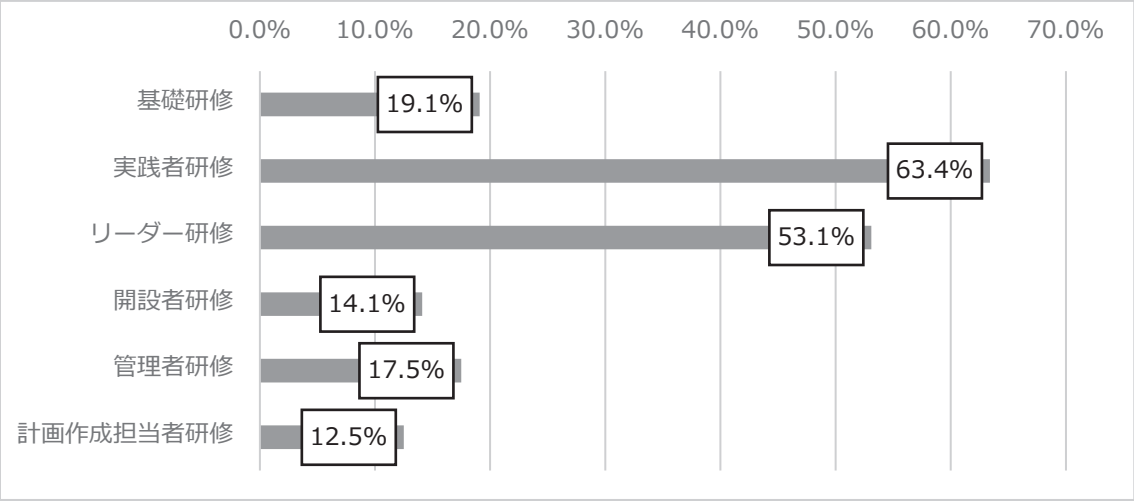

図 40　研修別による会議への出席状況

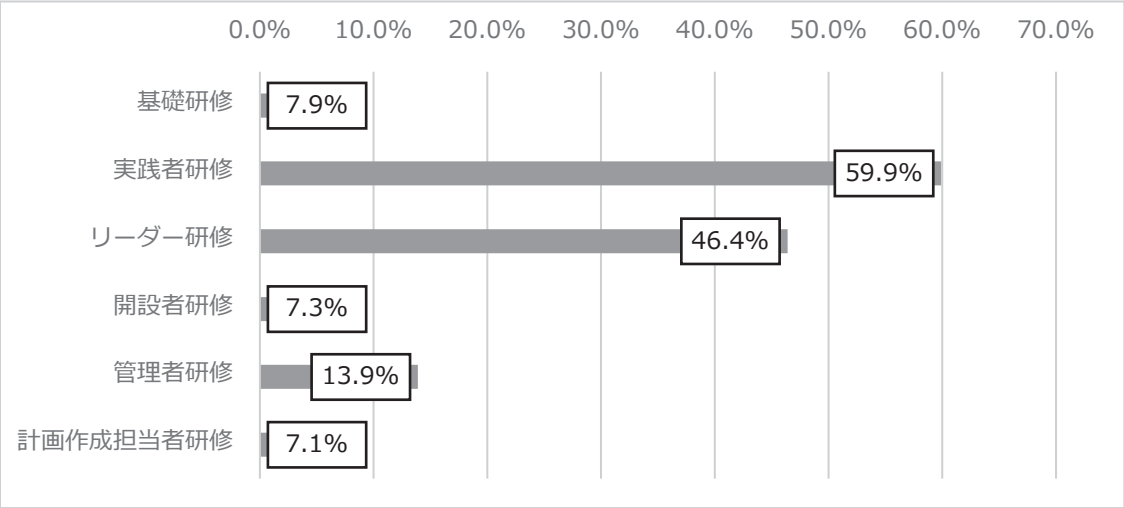

図 41　研修別による講師役としての関与状況

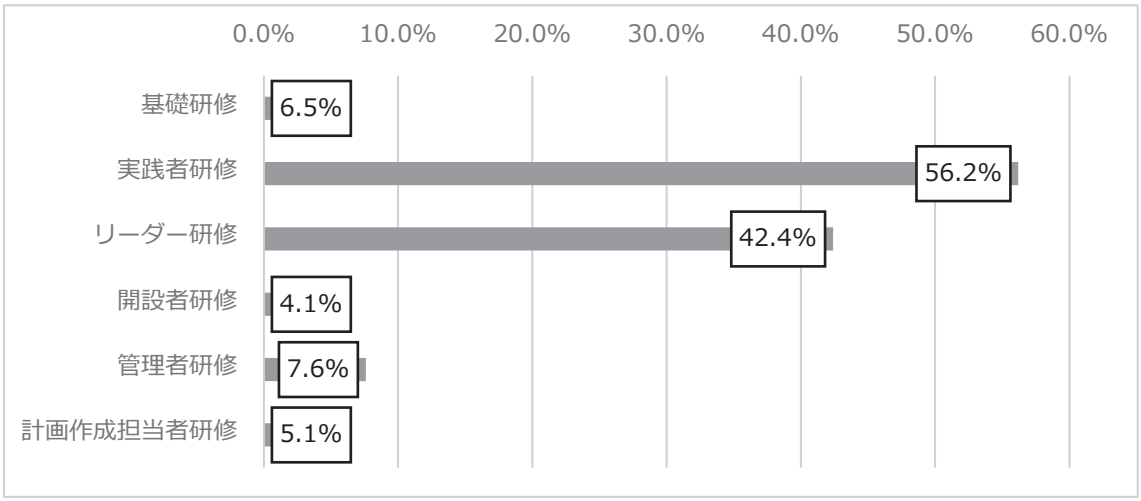

図 42　研修別によるファシリテーターとしての関与状況

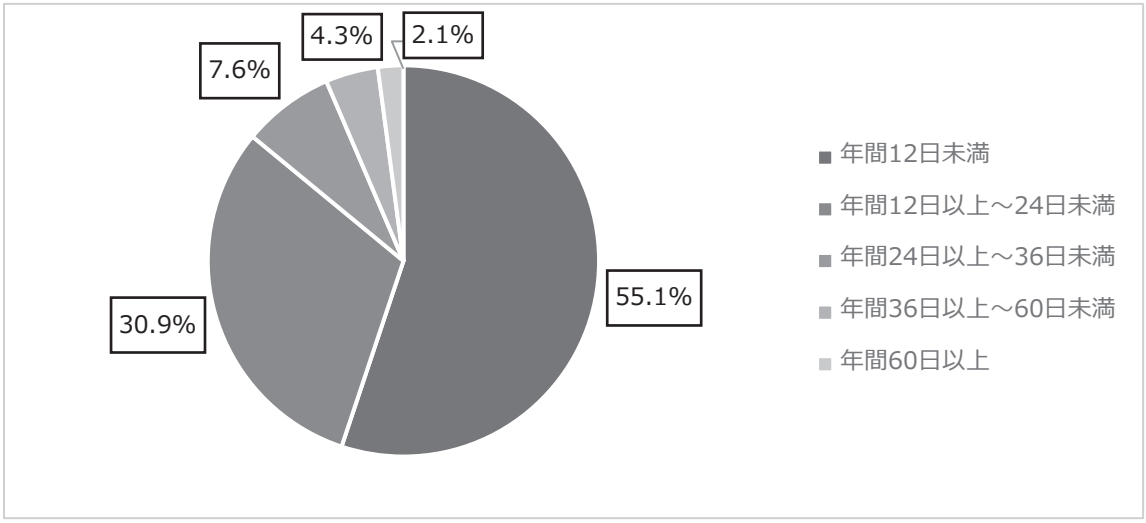

図 43　認知症介護実践者等事業に従事した平均年間日数（n=713）

6）介護保険施設・事業者等における介護の質の改善に向けた指導的役割について

①指導的役割を担うことに対する関心度

指導的役割を担うことに対する関心度については、「関心がある」が 60.5%、「少し関心がある」が 30.6%、「あまり関心がない」が 5.4%、「関心がない」が 3.4%であった（図 44）。

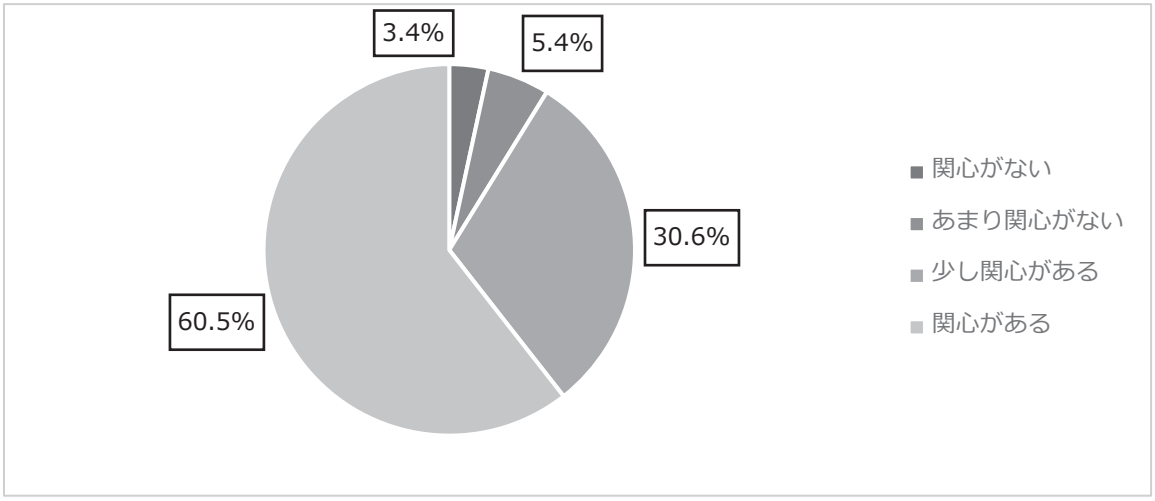

図 44　指導的役割を担うことに対する関心度（n=735）

②指導的役割の関与状況について

各カテゴリーへの関与状況（各カテゴリー項目内で、1 つ以上「担っている」と回答した割合）については、「自施設における指導的役割」は 83.5%、「他施設における指導的役割」は 65.5%であった（図 45）。指導者歴で比較した結果、「自施設における指導的役割」では１%水準で有意差が認められ、「他施設における指導的役割」では、有意差は確認できなかった（図 46－47）。

各カテゴリー別での関与状況については、自施設における指導的役割では、「職場内研修の企画、立案」が 70.4%と最も高く、次いで、「研修参加後の実践の確認」（58.6%）、「中堅職員への OJT の計画、実施」（58.3%）、であった（図 48）。

他施設における指導的役割では、「他の介護保険施設・事業所からの依頼による研修」が 34.3%と最も高く、次いで、「介護保険施設・事業所からの認知症ケアに関する相談対応」（33.8%）、「地域包括支援センターからの認知症ケアに関する相談対応」（29.1%）であった（図 14）。

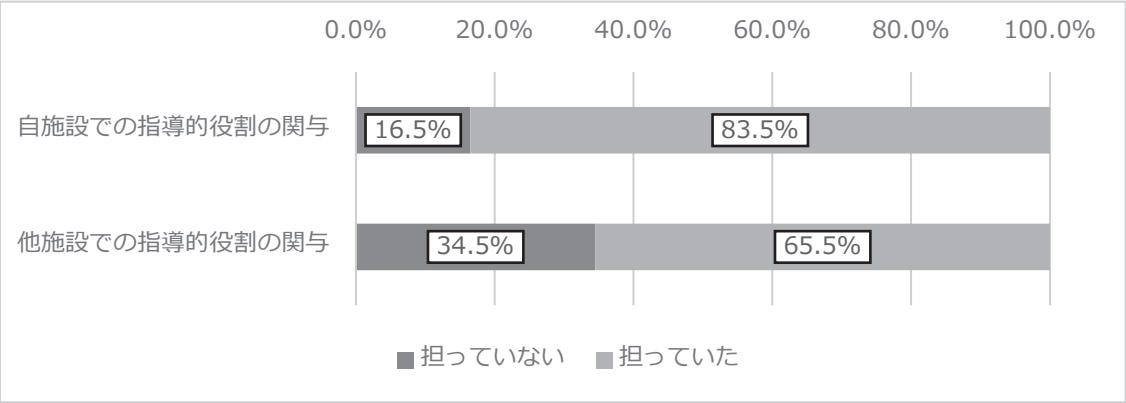

図 45　指導的役割の関与状況

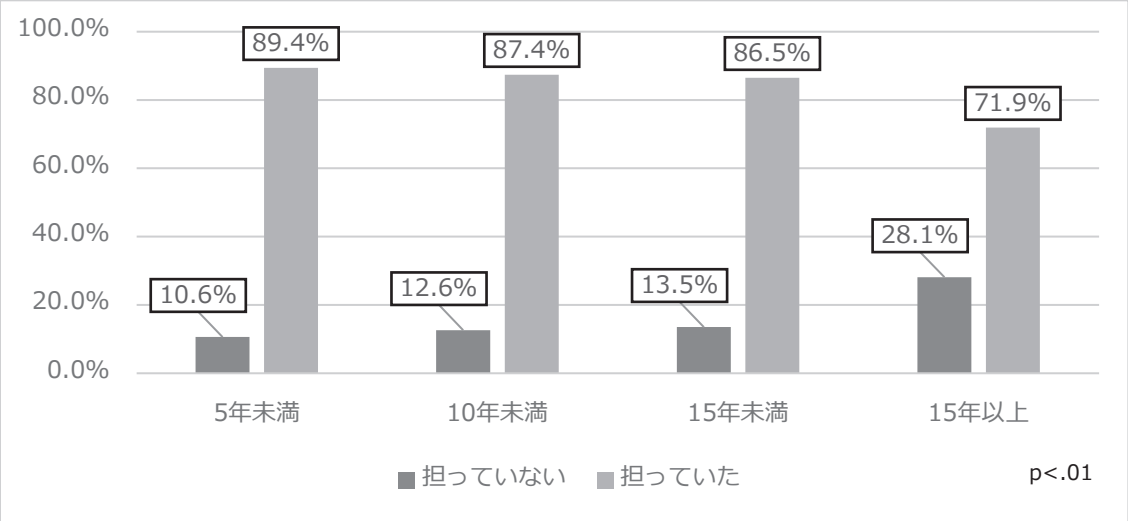

図 46　指導者歴による自施設における指導的役割への関与状況

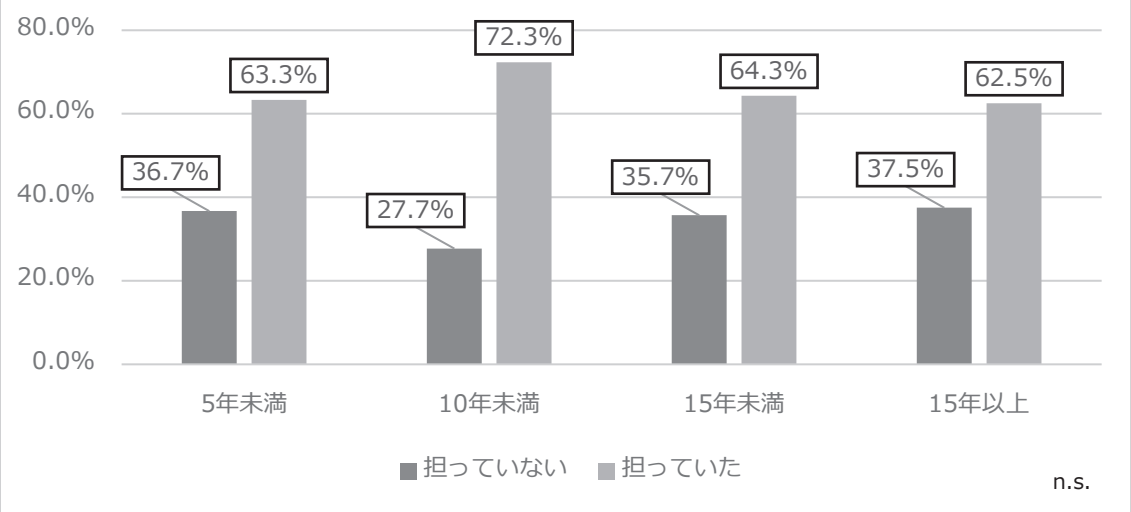

図 4 7　指導者歴による他施設における指導的役割への関与状況

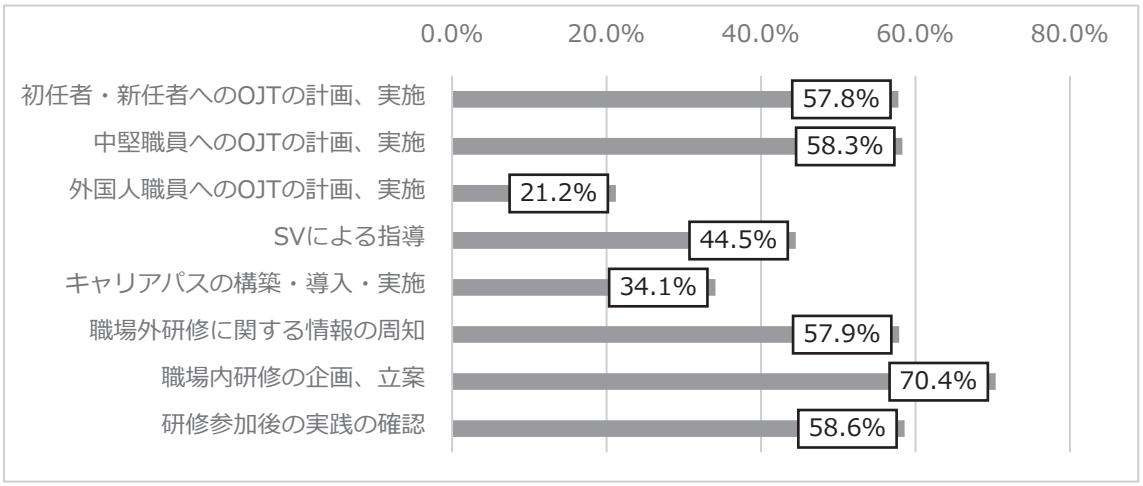

図 48　自施設における指導的役割への関与状況

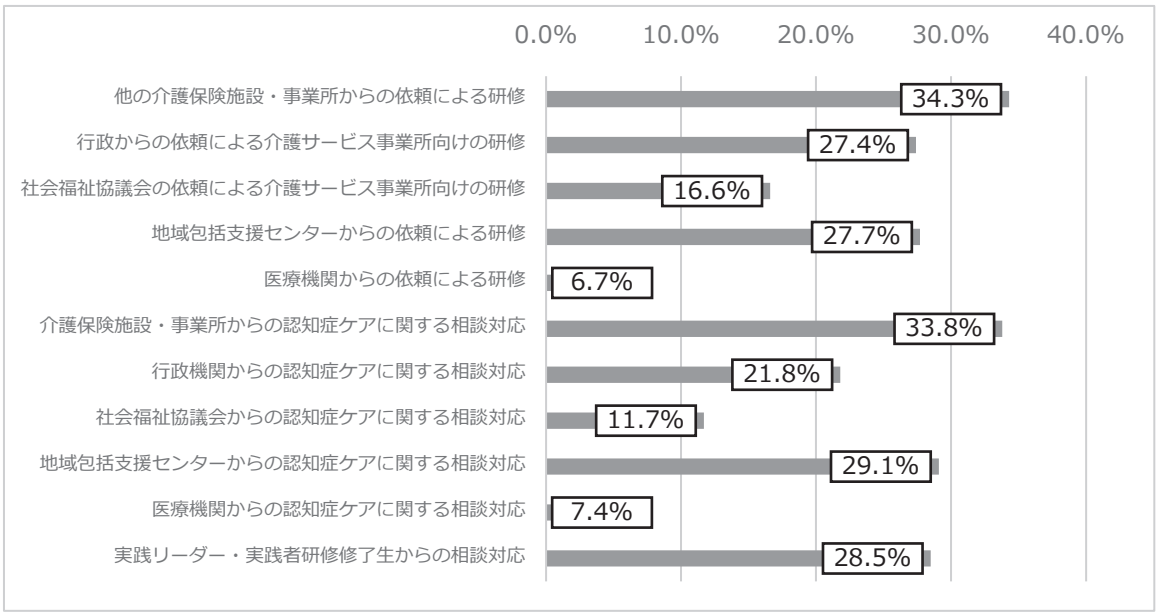

図 49　自施設における指導的役割への関与状況

③加算の取得状況について

認知症専門ケア加算（Ⅱ）のサービス対象の有無については、「サービスの対象外であった」が 53.9%、「サービスの対象であった」が 46.1%であった（図 50）。各算定要件については、「利用者要件」では、「満たしていた」が 82.4%、「職員配置要件」では、「満たしていた」が 82.0%、「留意事項の伝達や技術的指導の会議の定期的な実施」では、「実施している」が 74.2%、「介護職員、看護職員ごとの研修計画の作成」では、「作成している」が 67.6%、「介護職員、看護職員ごとの研修計画の実施」では、「実施している」が 69.2%であった（図 51）。認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況については、「取得していた」が 52.1%、「取得してなかった」が 47.9%であった（図 52）。取得に至らなかった理由については、「職員配置要件の維持が困難」が 47.7%と最も高く、次いで、「研修計画の作成・実施の事務作業が煩雑」（44.7%）、「留意事項の伝達や技術的指導の会議に関する事務作業が煩雑」（36.4%）であった（図 53）。

認知症チームケア加算の取得状況については、「取得している」が 24.6%、「取得予定である」が 22.5%、「取得していない」が 53.0%であった（図 54）。取得に至らない理由については、「人手不足」が 45.3%と最も多く、次いで、「定期的にカンファレンスを開くことが困難」、「その他」（23.6%）、「認知症チームケア推進加算の算定要件の詳細がわからない」（18.9%）であった（図 55）。

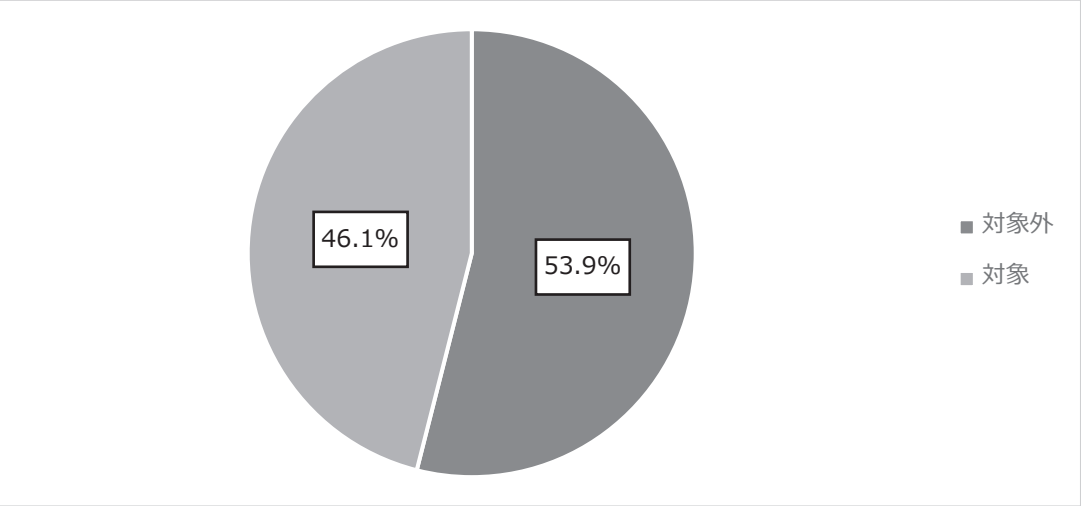

図 50　認知症専門ケア加算（Ⅱ）サービス対象の有無（n=671）

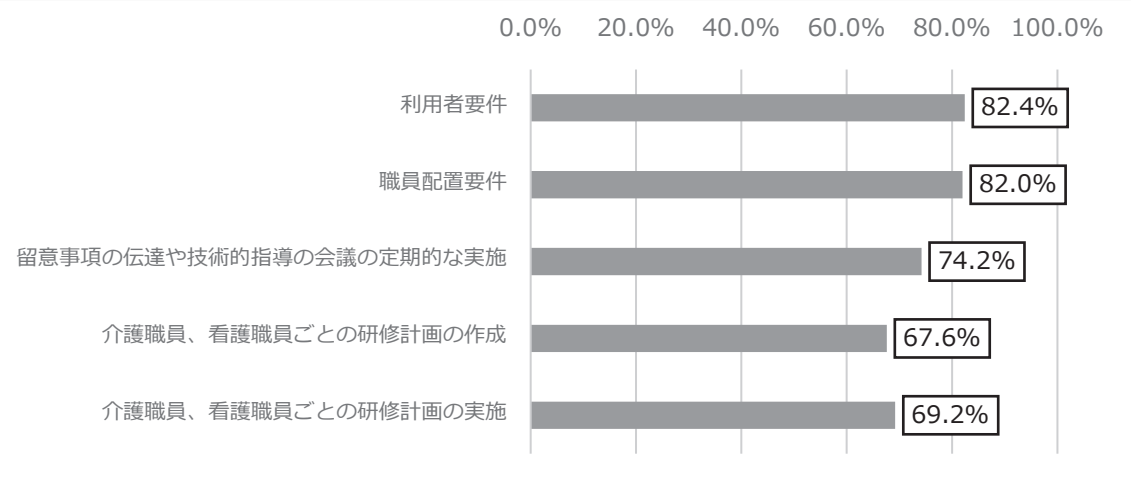

図 51　認知症専門ケア加算（Ⅱ）算定要件

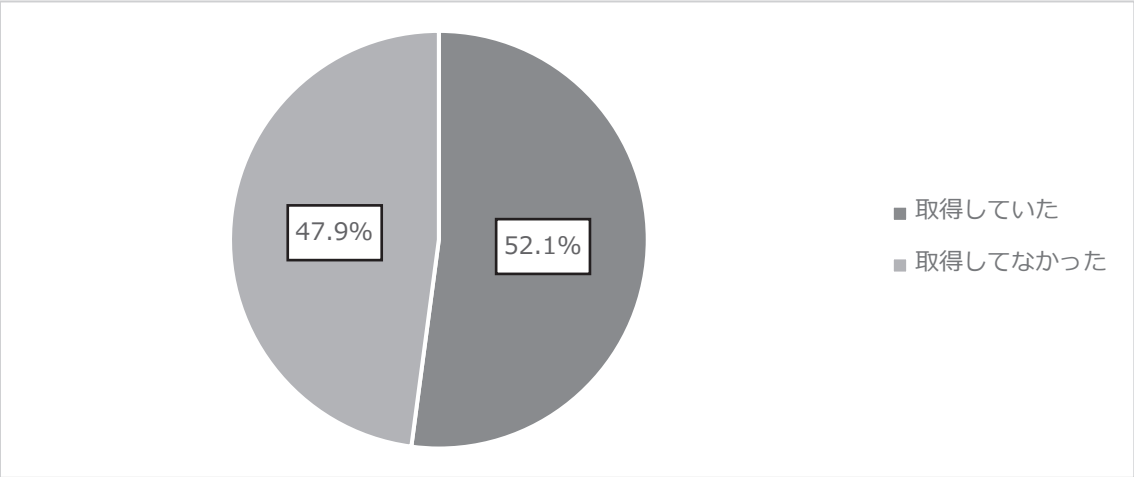

図 52　認知症専門ケア加算（Ⅱ）の取得状況(n=286)

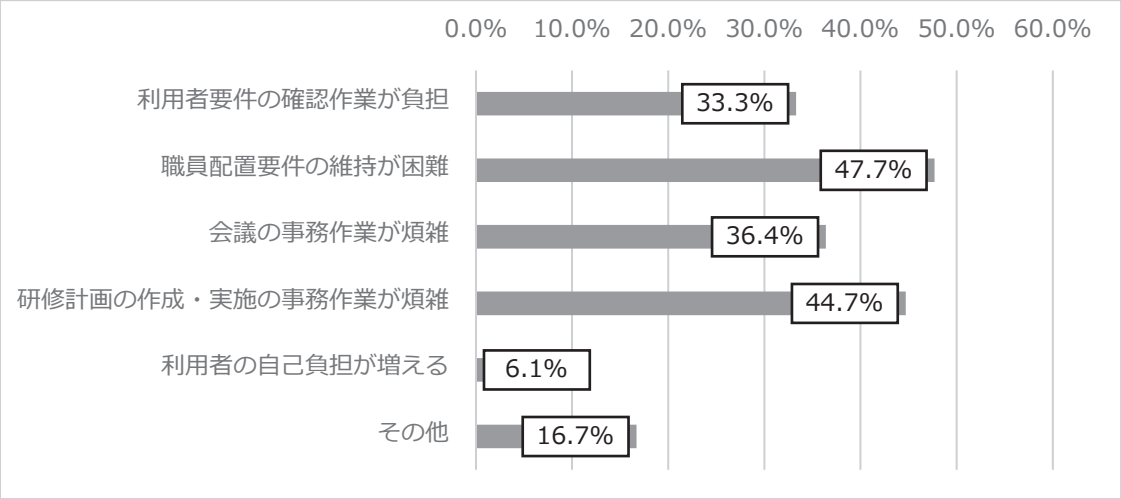

図 53　取得に至らない理由（認知症専門ケア加算（Ⅱ））

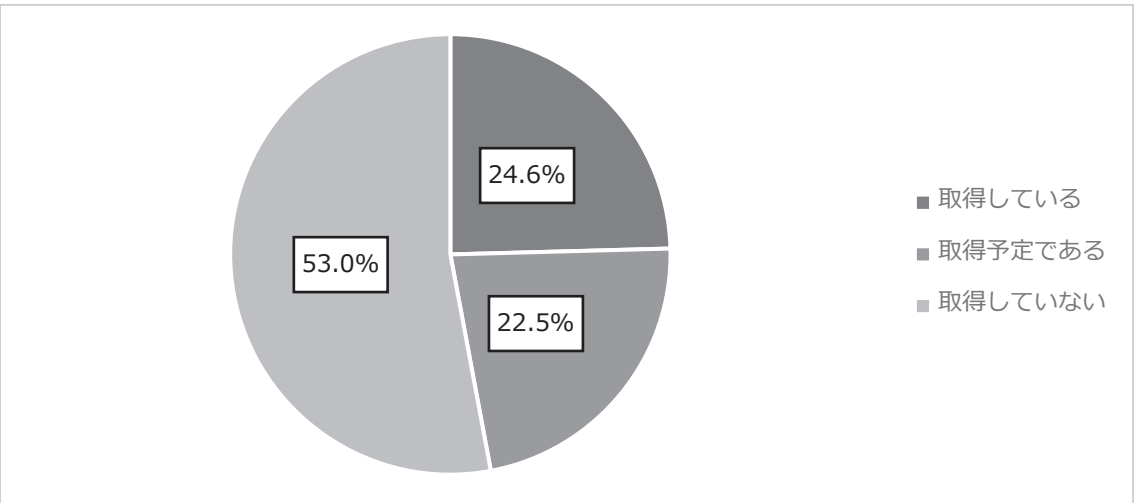

図 54　認知症チームケア加算の取得状況（n=285）

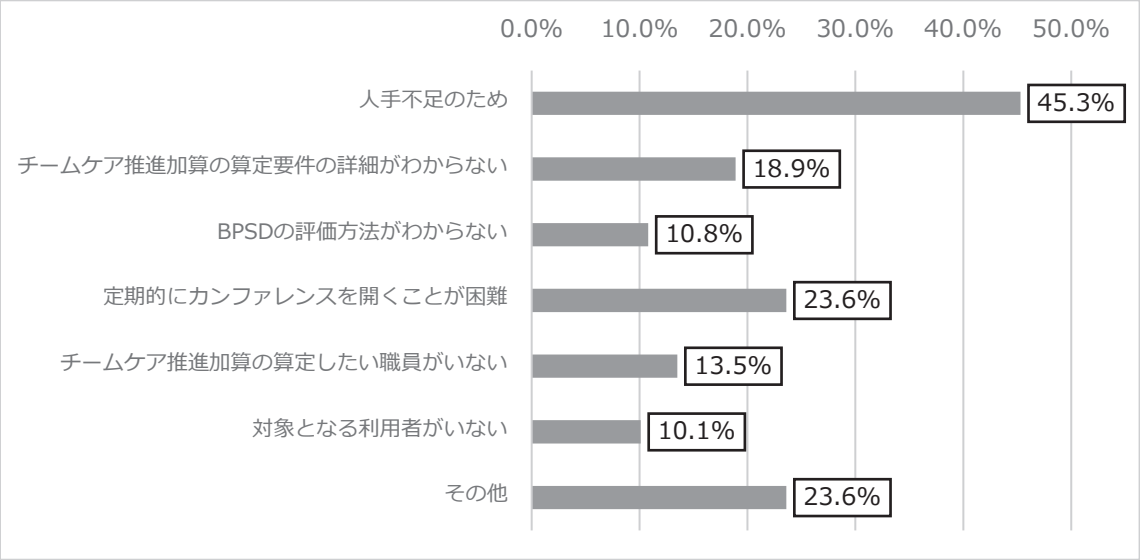

図 55　取得に至らない理由（認知症チームケア加算）

7）地域における認知症施策の推進への貢献について

①地域活動を実践することに対する関心度について

地域活動を実践することに対する関心度については、「関心がある」が 54.8%、「少し関心がある」が 33.9%、「あまり関心がない」7.1%、「関心がない」が 4.2%であった（図 56）。

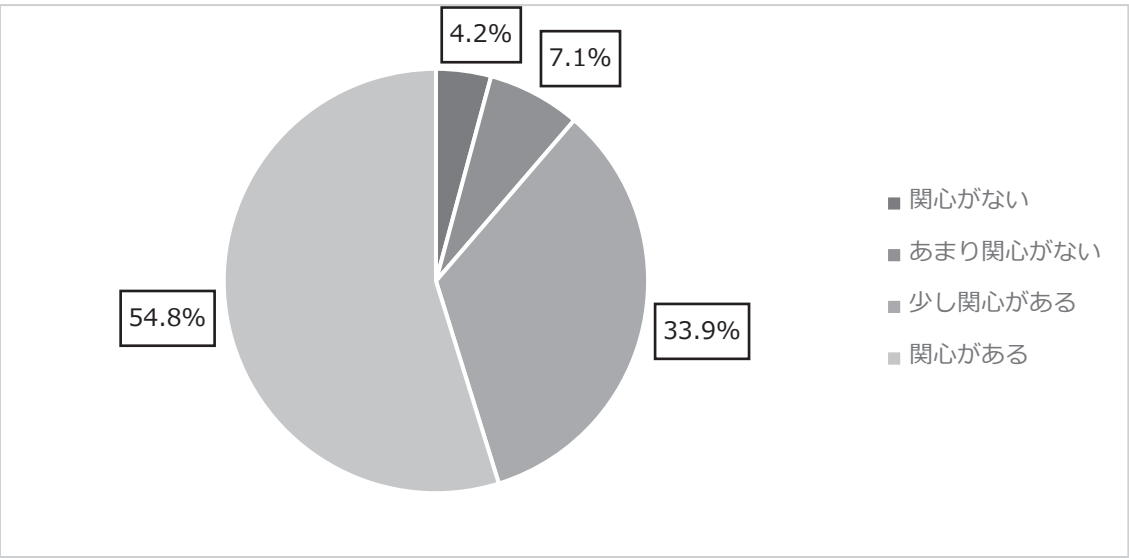

図 56　地域活動を実践することに対する関心度（n=744）

②地域活動の関与状況について

各カテゴリーへの関与状況（各カテゴリー項目内で、1 つ以上「実践している」と回答した割合）については、「所属法人での地域活動」が 52.8%、「研修事業」が 62.4%、「相談事業」が 59.6%、「地域における認知症施策への関与」が 57.8%であった（図 57）。指導者歴で比較した結果、「所属法人での地域活動」では、5%水準で有意差が認められ、「研修事業」、

「相談事業」、「地域における認知症施策への関与」では有意差は確認できなかった（図 58-61）。各カテゴリー別の実践状況については、「所属法人での地域活動」では、「運営推進会議（介護・医療連携推進会議）の設置・運営」が 40.5%と最も高く、次いで、「認知症カフェの設置・運営」（27.4%）であった（図 62）。「研修事業」では、「地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座の講師」が 43.9%と最も高く、次いで、「地域住民向け講演会・（出前）講座の講師」（39.2%）、「子ども・学生向け認知症サポーター養成講座の講師」（29.6%）であった（図 63）。「相談事業」では、「家族介護者からの相談対応」が 55.6%と最も高く、次いで、「住民からの相談対応」（46.0%）、「認知症当事者からの相談対応」（29.0%）であった（図 64）。「地域における認知症施策への関与」では、「認知症関連イベントの企画・参加」（34.2%）、「認知症サポーター養成講座の企画・運営」（33.8%）、「所属法人以外の認知症カフェの開催や参加」（20.4%）であった（図 65）。地域活動における平均年間日数については、「年間 12 日未満」が 72.2%と最も高く、次いで、「年間 12 日以上～24 日未満」（15.9%）、「年間 24 日以上～36 日未満」（5.3%）であった（図 66）。

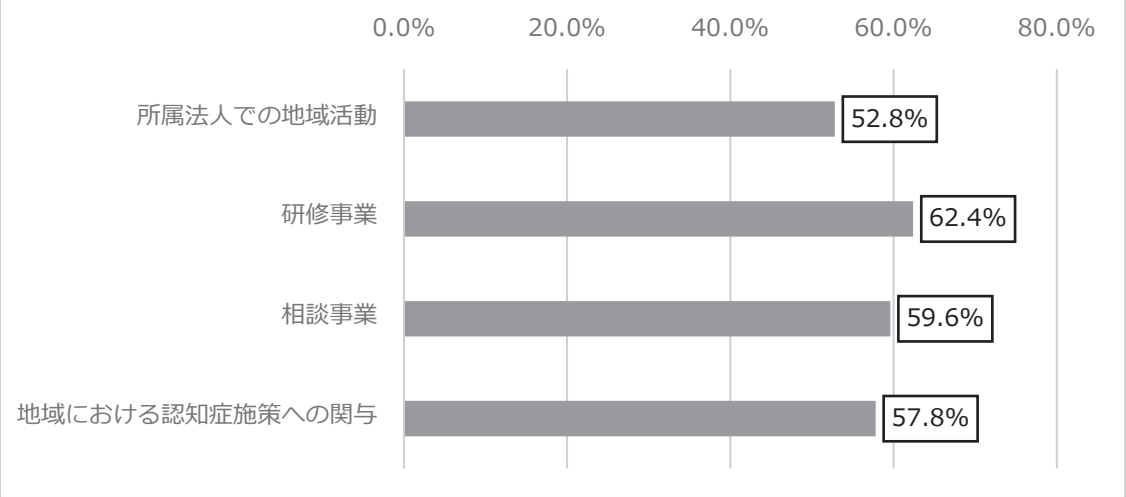

図 57　カテゴリー別での実践状況（地域活動）

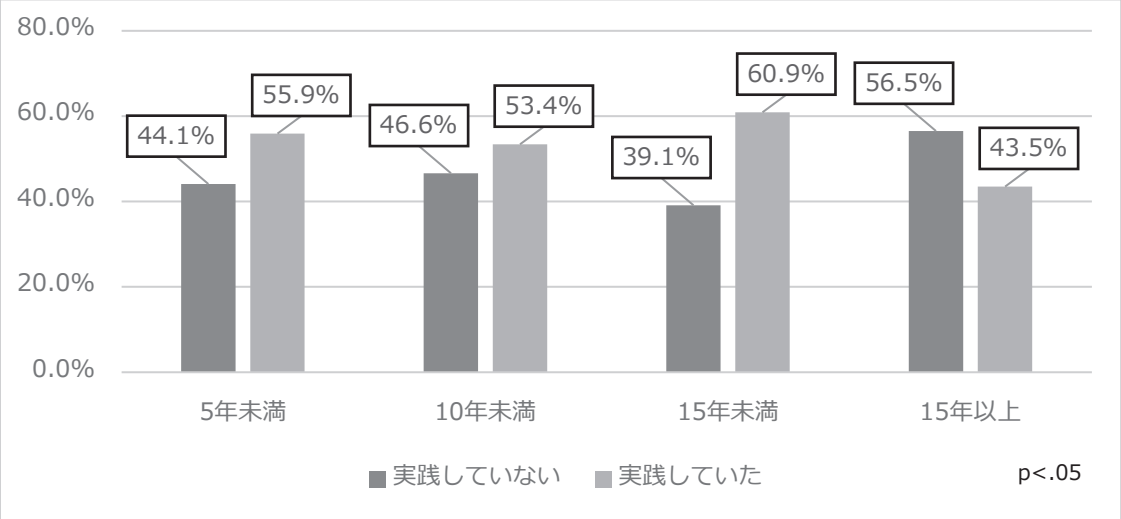

図 58　指導者歴による実践状況（所属法人での地域活動）

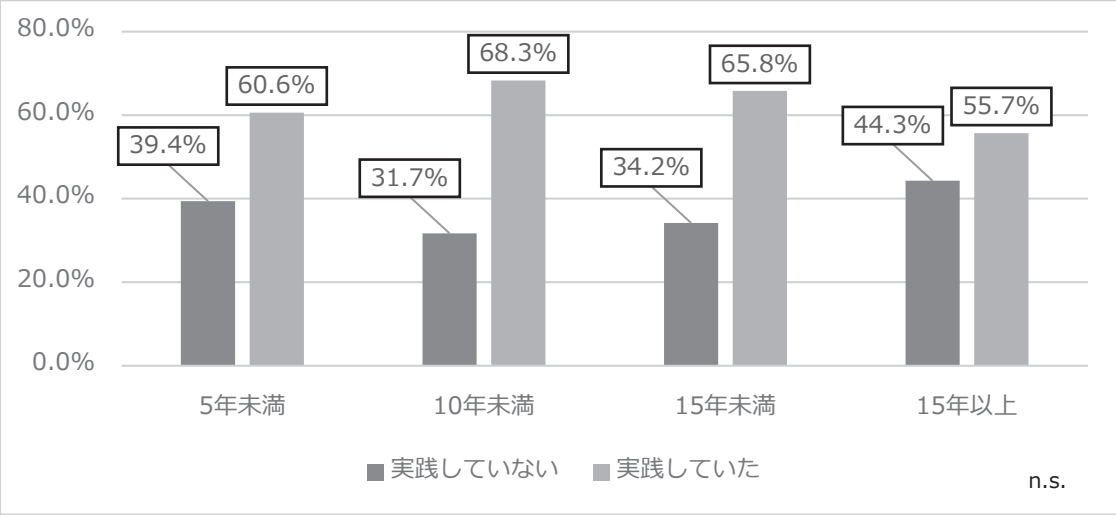

図 59　指導者歴による実践状況（研修事業）

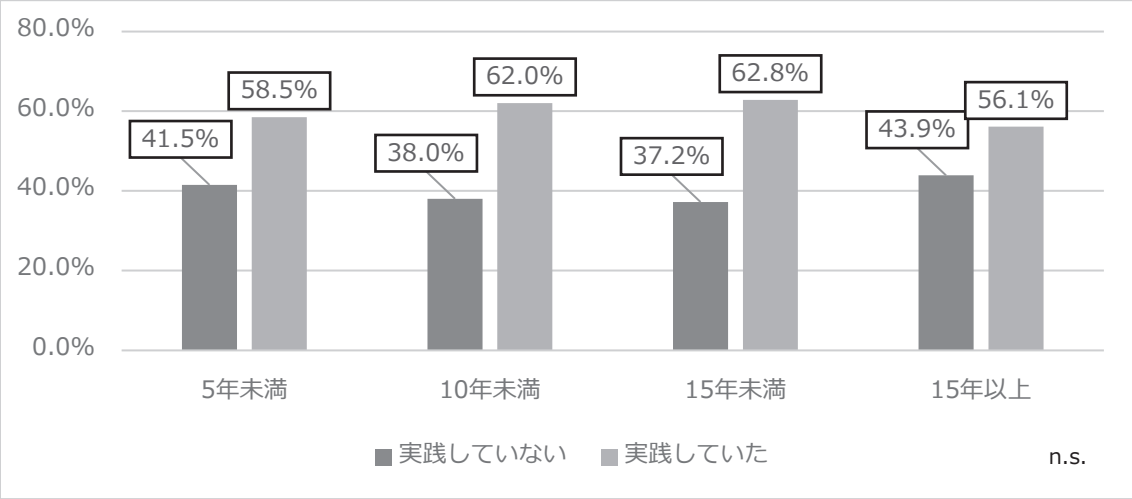

図 60　指導者歴による実践状況（相談事業）

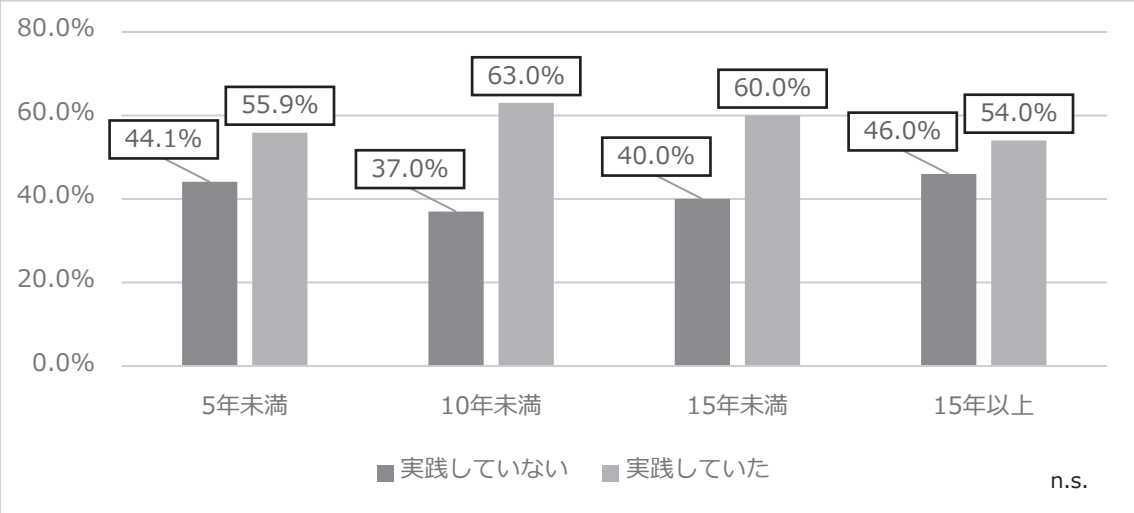

図 61　指導者歴による実践状況（地域における認知症施策への関与）

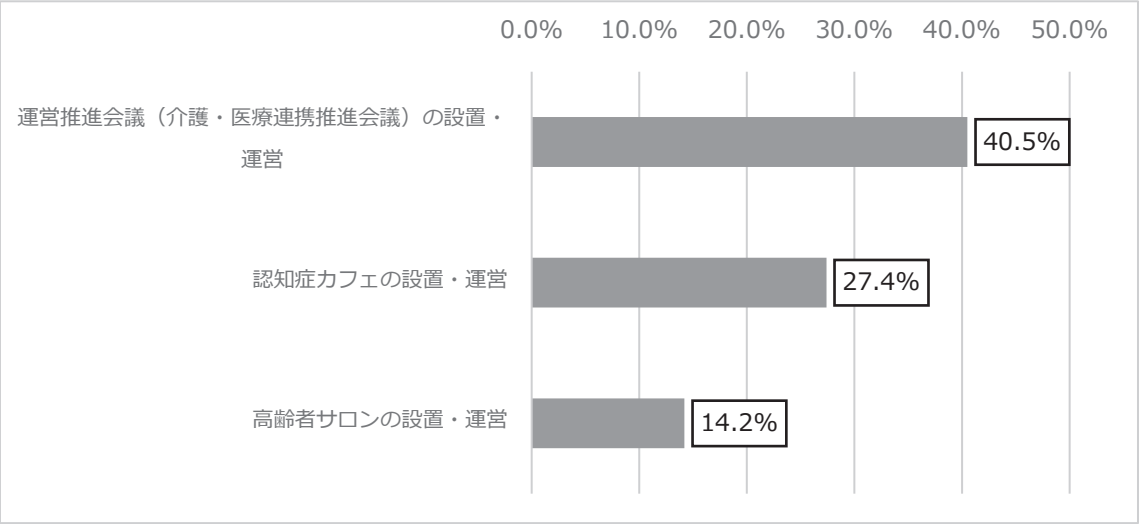

図 62　所属法人での地域活動への実践状況

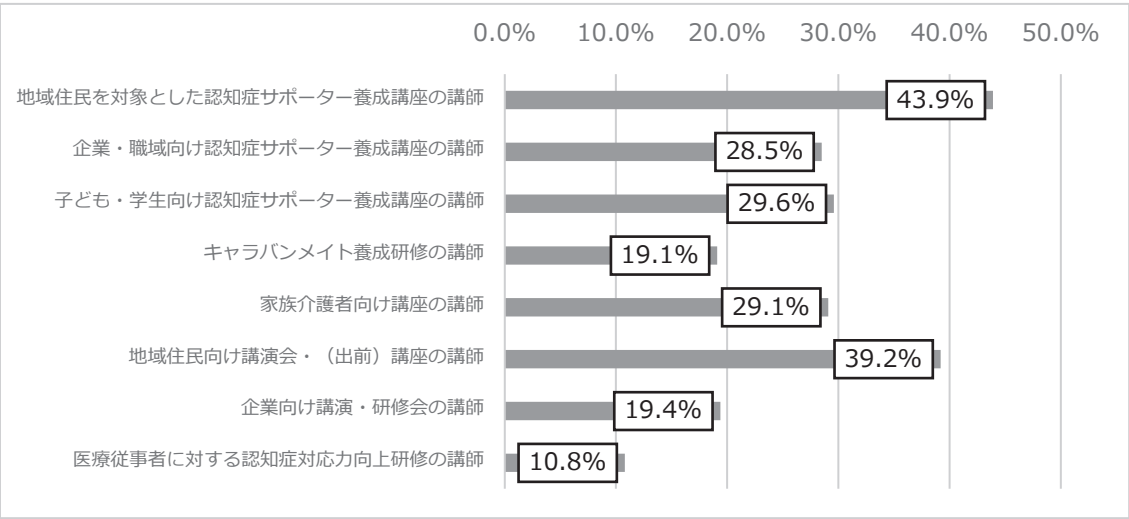

図 63　研修事業への実践状況

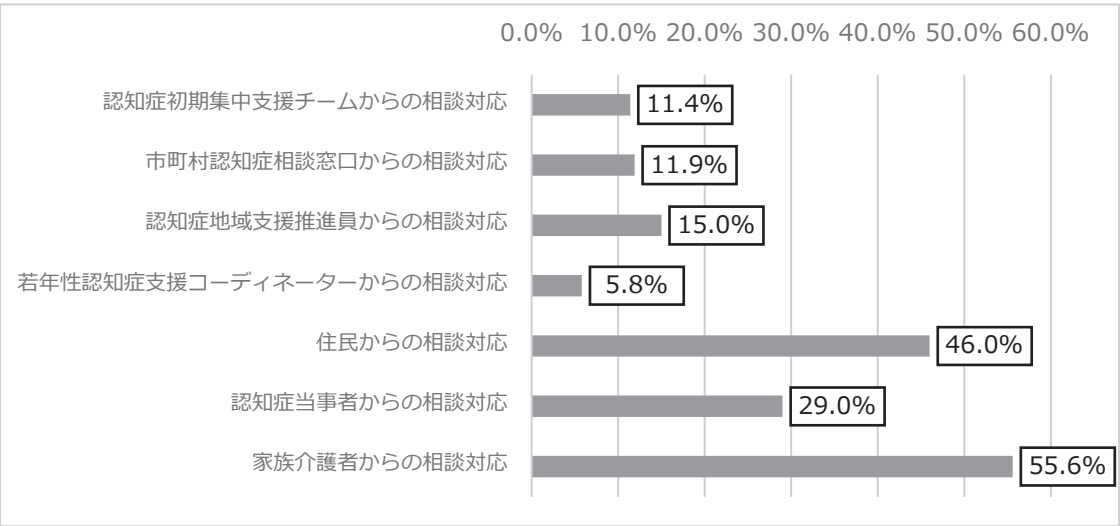

図 64　相談事業への関与状況

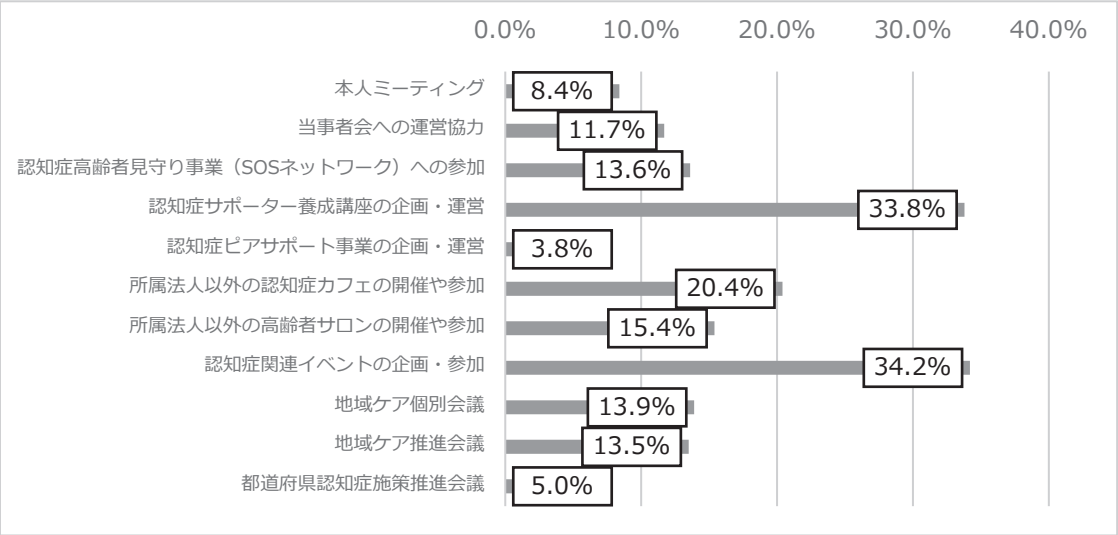

図 65　地域における認知症施策への関与状況

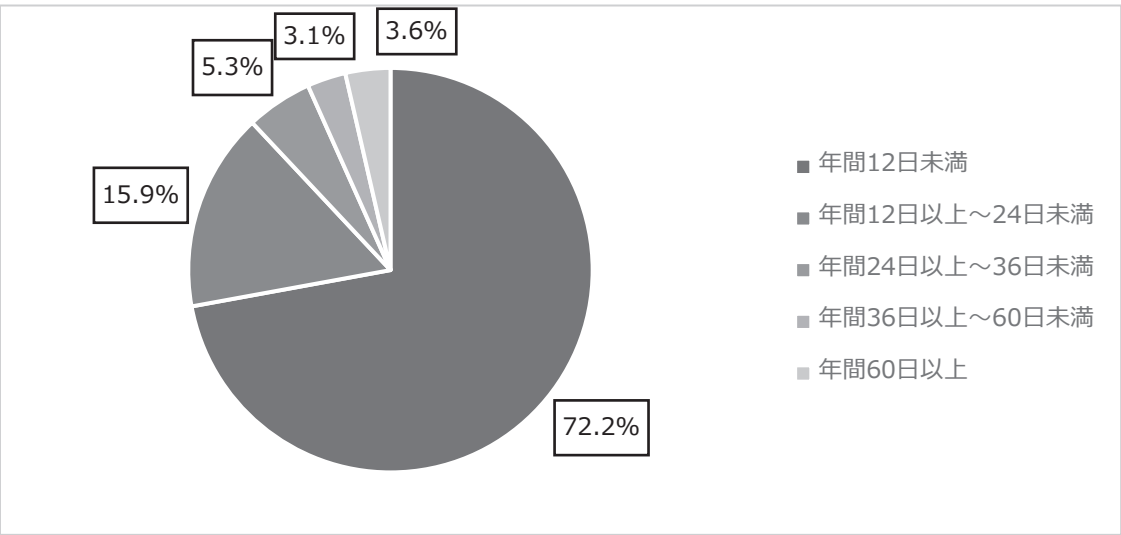

図 66　地域活動における平均年間日数（n=719）

8）指導者活動の要因について

指導者活動に関わる要因については、図 67 に示した通りである。あてはまる群（あてはまる＋ややあてはまると回答した割合）では、「事業所での本務が多忙である」が 78.5%と最も高く、次いで、「所属法人内にケアの質の向上を目指す組織風土がある」（73.7%）、「所属法人内に地域貢献を推進する組織風土がある」（69.8%）であった。あてはまらない群（あてはまらない＋あまりあてはまらないと回答した割合）では、「活動する都道府県・指定都市の指導者間の仲間に入るのが難しい、対人関係の悩みがある」が 80.9%と最も高く、次いで、「指導者活動をするための、体力に自信がない」（77.7%）、「出産・育児、身内の介護、病気療養など、事業所の本務以外に時間的な制約がある」（77.1%）であった。

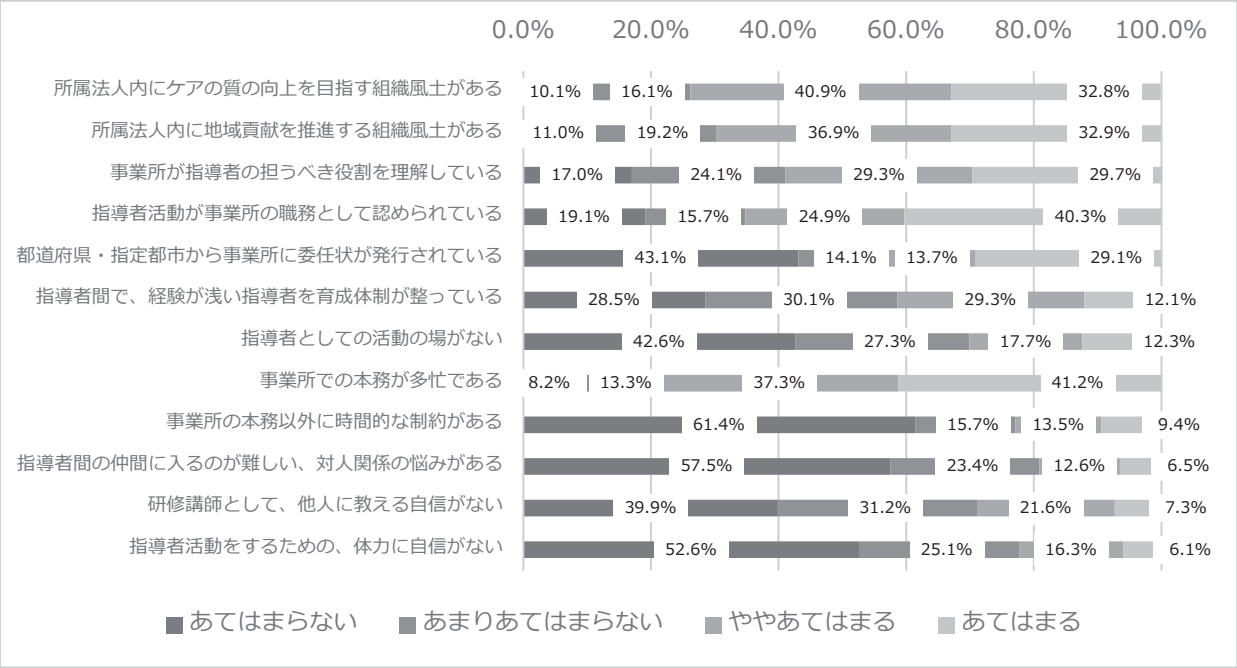

図 68　指導者活動の要因について

9）指導者活動に対する満足度について

指導者活動に対する満足度について、表 4 に示した通りである。全体として、指導者として活動することに意欲的であり、意思が高い傾向が高いことが明らかになった。

表 4　指導者活動に対する満足度

項目	M±SD
指導者として活動することに意欲的である	3.44±0.94
指導者として活動していきたい意思がある	3.52±0.96
指導者として活動することに満足している	3.28±0.98
指導者として活動することに達成感がある	3.36±9.74
合計	13.6±3.44

10）認知症地域支援推進員との連携について

認知症地域支援推進員に依頼して実践した活動の有無については、「ある」が 7.7%、「なし」が 92.3%であった。認知症地域支援推進員から依頼をされて実践した活動の有無については、「ある」が 9.9%、「なし」が 90.1%であった（図 69）。主な実践内容は表 5・6 に示した通りである。

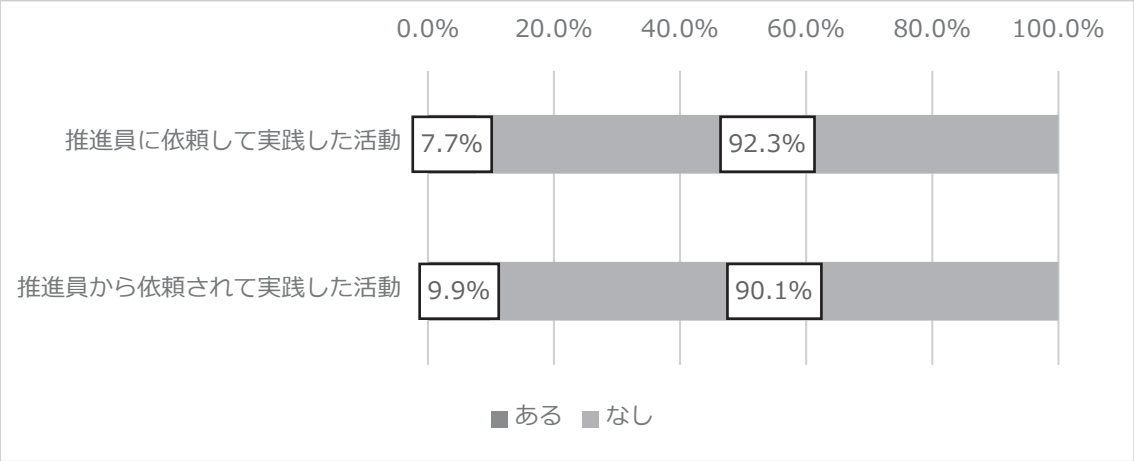

図 69　認知症地域支援推進員との連携について

表 5　認知症地域支援推進員に依頼して実践した活動

- ステップアップ研修の参画
- 認知症啓発週間への携わり（市民向け講座）
- 「キャラバンメイトの会」の勉強会の実施。
- ケアマフ作り
- 若年性認知症の会の運営
- 地域住民で支える認知症の会
- サポーター養成講座の企画、講座内容の検討、家族支援講座、啓発イベントの企画、実施、地域資源の情報収集
- 自分自身が認知症地域支援推進員のため
- 地域住民へ講義
- 当事者及び当事者家族を入れた山登り
- チームオレンジの設置方法や取り組み発表
- 地域住民向けのフォーラム開催
- 認知症の啓発イベントの企画運営
- 認知症初期集中支援チーム会議であがった重度困難ケースへの介入、同行訪問
- キャラバンメイトのフォローアップなどなど
- 地域包括支援センターの活動
- ケアパス作成等
- 地域家族向け　介護教室
- 地域の認知症の普及啓発事業の企・運営
- 今年度、認知症サポーターステップアップ講座を依頼されている。
- 認知症カフェ、相談会。チームオレンジ
- 啓発活動
- 自身が推進員でありオレンジコーディネーターである。研修企画をし、実践している
- 認知症カフェ立ち上げの関わり、継続的な支援。
- 市の認知症普及啓発に関わるイベント、研修の企画

・　介護支援講座の企画参加と講師 ・　地域の専門職向けの研修の企画や講師 ・　受診へ向けての促し

表 5　認知症地域支援推進員から依頼されて実践した活動

・　ケアマフ作り ・　若年性認知症の会の運営 ・　地域住民に向けた認知症勉強会 ・　認知症サポーター講座、家族サポート講座、認知症理解啓発イベント ・　地域のモビリティ課題の検討会参加 ・　ケアパス見直しのワーキンググループ参加 ・　新規認知症カフェ立ち上げの支援 ・　地域の勉強会 ・　自分自身が認知症地域支援推進員のため ・　地域住民への講義 ・　若年性認知症サロン ・　当事者及びその家族を含めた山登り ・　介護者教室 ・　認知症に特化した映画鑑賞を地域住民と行い、関心度を高める提案 ・　警察署への協力依頼、認知症行方不明案件や保護件数などの事例を紹介。 ・　認知症対応力向上研修の企画、運営、講師 ・　認知症啓発イベント ・　認知症初期集中支援チームであがった重度困難ケースへの支援、同行訪問 ・　若年性認知症の当事者の就労支援に関する協議 ・　地域包括支援センターでの地域活動 ・　ステップアップ講座（チームオレンジチーム員養成研修} ・　認知症ケアパスの作成等 ・　認知症の普及啓発イベントの実施 ・　地域作りの報告会にて、チームオレンジの紹介と、その後の指導。 ・　認知症カフェ ・　オレンジの活動 ・　専門職や民生委員に向けての学習会 ・　認知症カフェ講師対応 ・　認知症当事者の会 ・　ステップアップ講座 ・　普及啓発イベント ・　介護支援講座 ・　受診へ向けての促しのための訪問同行 ・　市町村圏域のオンラインによる認知症サポーター養成研修の講師

Ⅵ. 考察

１．指導者研修の成果について

指導者研修修了後に付与される３つの役割について、23 年度修了生の調査結果では、何らかの形で「関与」または「実践」することができていること、22 年度以前修了生の調査結果では、「関与」または「実践」していたことが明らかになった。指導者としての活動歴の比較では、各役割とも有意差が見られ、指導者としての活動期間によって、役割の実践状況に違いがあることが確認できた。それぞれの役割別の実践状況について、「研修事業での役割」では、23 年度修了生は会議への出席やファシリテーターとして関与している傾向が高く、22 年度以前修了生では、会議への出席、講師役として関与している傾向が高く、指導者歴による比較でも、ファシリテーターとしての関与から講師役として関与している傾向にあることが確認できた。研修別の関与状況については、実践者研修、実践リーダー研修に関わっている傾向が高いことが確認できた。「指導的役割」については、全体として「自施設における指導的役割」を担っている傾向が高く、指導者歴の比較では、指導者歴が若い指導者が自施設における指導的役割を担っている傾向が高いことが確認できた。「地域での役割」では、全体として、地域住民を対象とした研修の講師や相談、家族や当事者からの相談対応を実践している傾向に高いことが明らかになった。

以上の結果を踏まえ、指導者研修は短期的成果、長期的成果を達成することができていることが確認できた。

2. 今後の課題

2021 年度のカリキュラム改訂において、「自治体おける認知症施策の推進に寄与できるようになる」ことが指導者研修のねらいとして追記され、指導者研修修了生には、研修事業や介護保険施設・事業所への指導的役割に加え、地域における認知症施策の推進に寄与する役割が新たに求められている。調査結果では、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チーム、若年性認知症支援コーディネーターといった認知症施策に関連する専門職との連携が少ない傾向にあることが明らかになった。地域における認知症施策の推進には、認知症施策に関連する専門職との連携が重要となってくる。そのためには、指導者研修修了生自身が、地域における認知症施策の推進に寄与する役割が求められていることを理解することが重要になってくる。そのためにも、地域における認知症施策の推進に貢献する役割を担っていることについて、指導者研修や指導者フォローアップ研修を通じて理解を深めることが必要であるといえる。また、指導者を養成している機関として、地域における認知症施策の推進に貢献することができるよう、都道府県・市町村担当者や認知症施策に関係する各専門職に対して、継続的に周知・啓発を行い、指導者の役割に関する理解の促進を図っていくことが必要であるといえる。

Ⅵ. まとめ

本研究により、指導者研修修了生として求められている３つの役割について「関与」または「実践」することができていることが明らかになった。今後は、指導者としての活動を継続的に行っていくことで、指導者としての役割を実践する機会が増加するかを検証していく。既存の指導者活動調査結果を踏まえ、指導者活動のアウトカムについて縦断的に検討していく。

謝辞

今回の研究事業にご協力いただきました認知症介護指導者の皆様に、この書面をお借りし厚く御礼申し上げます。

文献

1）認知症施策推進関係閣僚会議（2019）「認知症施策推進大綱」
（https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf,2023.11.27）

2）厚生労働省老健局（2021）「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」の一部改正について
（https://www.dcnet.gr.jp/pdf/gyousei/r3_suishinka_yousei_unei.pdf,2023.11.22）

3）社会的インパクト評価検討ワーキング・グループ（2016）「社会的インパクト評価の推進に向けてー社会的課題解決に向けた社会的インパクト評価の基本的概念と今後の対応策についてー」（https://www.npo-homepage.go.jp/uploads/social-impact-hyouka-houkoku.pdf,2023.11.28）

4）P. H.ロッシ、M.W.リプセイ H.E.フリーマン著（＝2005，大島巌・平岡公一・森俊夫・元永拓郎監訳『プログラム評価の理論と方法：システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社）

5）GSG 国内諮問委員会 社会的インパクト評価ワーキング・グループ（2017）「社会的インパクト評価ツールセット 実践マニュアル　Ver.2.0」
（https://simi.or.jp/wp-content/uploads/2020/06/NAB_manual_ver2.pdf,2023.11.28）

6）認知症介護研究・研修東京センター（2023）「実践研修および指導者養成研修のアウトカム評価の基本的考え方　令和 5 年 3 月版」
（https://www.dcnet.gr.jp/pdf/study/outcome/r5_outcome_hyoka.pdf,2023.11.22）

7）独立行政法人労働者健康安全機構　労働安全衛生総合研究所
（https://www.jniosh.johas.go.jp/publication/houkoku/houkoku_2021_04.html,2024.9.1）

令和６年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

発　行：令和７年３月
編　集：社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター
〒474-0037　愛知県大府市半月町三丁目294番地
TEL（0562）44-5551　FAX（0562）44-5831
発行所：株式会社Dio Agency
〒465-0014　名古屋市名東区上菅二丁目1105番地 オオタ上菅ビル1階
TEL（052）715-7718