平成24年度

認知症介護研究・研修大府センター
研究報告書（研究部）

施設における認知症高齢者のQOLを高める
新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及－

BPSDを呈する認知症高齢者への非薬物療法に関する研究
－環境設定のためのパラメトリックスピーカーの有用性－

シングル介護者（現役世代で独身の介護者）が抱える
課題の抽出とその支援策に関する研究事業

認知症に関する地域づくりを推進するための
若い世代への認知症啓発に関する研究事業

社会福祉法人　仁至会
認知症介護研究・研修大府センター

目　次

平成24年度

認知症介護研究･研修大府センター研究報告書

1）施設における認知症高齢者のQOLを高める新しいリハビリテーションの
普及に関する研究事業－「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及－ ・・・ 1

主任研究者　小長谷 陽子（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）

岩本　裕子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

山下　英美（認知症介護研究･研修大府センター研究部、
愛知医療学院短期大学）

研究者協力　中村　昭範（独立行政法人国立長寿医療研究センター
脳機能画像診断開発部）

上野　菜穂（介護老人保健施設　ルミナス大府）

2）BPSDを呈する認知症高齢者への非薬物療法に関する研究
－環境設定のためのパラメトリックスピーカーの有用性－ ・・・・・・・・・ 45

主任研究者　小長谷 陽子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

分担研究者　濱珠山　稔（名古屋大学大学院医学系研究者）

岩本　裕子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

3）シングル介護者（現役世代で独身の介護者）が抱える
課題の抽出とその支援策に関する研究事業 ・・・・・・・・・・・・・ 67

主任研究者　小長谷 陽子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

分担研究者　鈴木　亮子（広島国際大学 心理科学部）

4）認知症に関する地域づくりを推進するための
若い世代への認知症啓発に関する研究事業 ・・・・・・・・・・・・・ 93

主任研究者　小長谷 陽子（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

分担研究者　鈴木　亮子（広島国際大学 心理科学部）

施設における認知症高齢者のQOLを高める
新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業



施設における認知症高齢者のQOLを高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
ー「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及ー

主任研究者　小長谷 陽子　（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）
　　岩元　裕子　（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
　　山下　英美　（認知症介護研究・研修大府センター研究部、愛知医療学院短期大学）
研究協力者　中村　昭範　（独立行政法人国立長寿医療研究センター 脳機能画像診断開発部）
　　上野　菜穂　（介護老人保健施設ルミナス大府）

A.　背景と目的

認知症は症状の進行により、日常生活において様々なことに「できない・苦手なこと」が生じることが多い。認知症のケアやリハビリテーションでは、本人の「何ができないか」を把握するだけでなく、「何ができるのか」「何ができそうか」という視点を持ち、その能力を引き出し、生かしていくことはご本人の生活の質（QOL）向上への大切な関わり方となる。

我々は、その一手段として「にこにこリハ」および「いきいきリハビリ」を開発した。「にこにこリハ」は認知症が進行しても、比較的残存している非言語性コミュニケーションを積極的に生かしたリハビリテーションで、名前の通り「笑顔」を大切に、楽しみながら、脳機能の賦活を促進し、認知症高齢者のコミュニケーション能力の向上、特に感情や好意等の心の内面を含めた意思疎通の向上を図るものである[1,2]。

また、「いきいきリハビリ」はパーソン・センタード・ケア（その人らしさを大切にする個別ケア）[3]の理念に基づいた集団プログラム Cognitive Stimulation Therapy（CST）[4,5] を参考に開発した個別プログラムである[6～9]。様々な非薬物療法の要素を生かしながら、ご本人の保たれている能力を引き出し、認知機能やコミュニケーション能力を活性化することを目的とするものである。

今回、両リハビリプログラムについて医療・介護現場での普及を目的に、認知症高齢者のケアやリハビリテーションに携わっている医療・介護スタッフを対象に研修会を開催した。そして、研修会終了後に勤務先での各リハビリプログラムの実践と評価への参加を募った。勤務先における実践参加への反応と、研修会後に実施したアンケート結果等から、研修会全体の評価および両リハビリの普及に関する今後の取り組みについて報告する。

B. 方　法

1）研修会の計画・準備

①参加対象者の検討

今回、「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」を普及することが目的であるため、主に認知症の介護・看護業務あるいはリハビリテーション業務に従事する方を参加対象者として選定した。
認知症短期集中リハビリテーションが行われている介護老人保健施設を中心に、愛知県と近隣の岐阜と三重県の 309 施設に案内状を送付した。研修会終了後に各リハビリプログラムを勤務先で対象者に実践・評価し、研究に協力頂ける方を優先した。定員は研修会の方法・施設の収容人数等を考慮し、50 名とした。

②内容（場所・日時・構成）

参加者の利便性を考慮し、名古屋駅近くに立地するウインクあいちを開催場所に決定した。研修会の開催時間はおおよそ半日を目安とし、「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」についてそれぞれの所要時間が 1 時間 30 分となるよう計画を進めた。研修会の構成は、講義形式の各リハビリプログラム紹介に加え、実際にパンフレットや物品に触れ、各リハビリプログラムを模擬体験するペアワークの実践研修も行うこととした。

③案内方法・申し込み方法

「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」研修会ご案内としてチラシを作成した（資料 1）。
チラシには各リハビリプログラムの概要、研修会開催日時等を記載し、参加対象者の勤務先の施設長宛に案内状とチラシを郵送した。チラシの裏面の申し込み用紙に参加者氏名（職種）、連絡先（所属、TEL、FAX）および勤務先にて実践したいリハビリを記載の上、当センターへ FAX を送っていただいた。

＊案内状・チラシの発送日：平成 24 年 8 月上旬
　　申し込み締切日：平成 24 年 9 月 21 日（金曜日）

④申込み人数と参加対象者の決定

56 施設より 103 名の申し込みがあった。できる限り多くの施設の方に参加して頂くため、各施設の参加者は 2 名までとし、介護・看護業務に従事する者とリハビリテーション業務に従事する者から各 1 名を選択し、各職種から 1 名ずつ参加できるよう配慮した。同職種のみから応募の場合は、各施設より 1 名の参加とした。お断りさせていただく場合のみ、FAX 及び電話にて連絡をした。当初は 50 名を予定していたが、予想以上の申し込みがあったため、参加者を 52 名に決定した。

⑤使用物品の準備

下記内容について、各 52 セット準備した。

「にこにこリハ」

・講義資料

・鏡

・にこにこリハ実践の手引き（資料 2）

・にこにこリハ評価セット（資料 3）

内容：研究説明書、同意書、にこにこリハ記録表、にこにこリハ実践記録

ミニメンタルスケール（Mini-Mental State Examination）[10)]

にこにこリハ対象者評価アンケート用紙

実践後アンケート用紙

「いきいきリハビリ」

・講義資料

・いきいきリハビリ物品セット（写真 1）

内容：いきいきリハビリカードセット、尋常小学校読本、尋常小学校修身書、お手玉、けん玉、紙風船、日本地図、昭和スターかるた、江戸いろはかるた、そろばん、うたうぬりえ帖（上・下、CD3 枚）、思い出カード台紙

・いきいきリハビリ実践の手引き（資料 4）

・いきいきリハビリ評価セット（資料 5）

内容：研究説明書、同意書

ミニメンタルスケール（Mini-Mental State Examination）

QOL-D[11)]

実践後アンケート

⑥研修後アンケートの作成

研修会の日時、場所、構成について、また各リハビリプログラムの内容や実践方法への内容理解や興味について、選択式および記述式のアンケートを作成した（資料 6）。研修会終了後 5 ～ 10 分程度の記入時間を設けた。

⑦会場の下見

平成 24 年 8 月 8 日（水曜日）に当日使用予定の会議室を下見し、会場設営や設備、受付方法等について検討した。今回は実践形式の研修会のため、3 名掛け用のテーブルを 2 名で使用することで、パンフレットや物品の使用、模擬体験が行いやすいようスペースを確保した。

⑧研修会のリハーサルの実施

当センターの職員数名にリハーサルへの参加を依頼した。研修会当日に使用する資料で講義内容を聴講してもらい、その内容や実践方法について率直な意見や改善点を求めた。得られた結果を参考にし、当日に向けて研修会がより良いものになるよう努めた。

2）研修会日時・場所・内容

日　時　平成 24 年 10 月 3 日（水曜日）　13：00 ～ 16：30（受付 12：30 ～）

場　所　ウィンクあいち　会議室 903 号室

内　容　（10：00 ～ 12：00　会場設営）

12：30　受付開始・資料配布

13：00　研修会開催の挨拶（認知症介護研究・研修大府センター研究部長：小長谷陽子）

13：05「認知症と非言語性コミュニケーションについて」講演

（独立行政法人国立長寿医療研究センター脳機能画像診断開発部：中村昭範先生）

13：30「にこにこリハ」の説明と実践および質疑応答

14：20　総括（現場での実践方法・留意点など説明、質疑応答）

（認知症介護研究・研修大府センター研究員：齊藤千晶）

14：35　休憩

14：50「いきいきリハビリ」の説明　プログラム概要および物品確認等

15：15「いきいきリハビリ」の実践と質疑応答

15：55　総括（現場での実践方法・留意点など説明、質疑応答）

（認知症介護研究・研修大府センター研究員：岩元裕子）

16：15　研修会後アンケート実施

16：30　アンケート記入終了者より実践物品のお渡し

後片付け後、解散

C. 結　果

1) 研修会当日

参加者は事前申し込みでは 52 名であったが、研修会当日は 1 名欠席し、当日参加が 2 名おり 53 名であった。研修会全体としては、予定したスケジュール通りほぼ行うことができた（B. 方法 2）参照）。また、研修会終了後に各リハビリプログラムについて、勤務先で対象者に実際に実践してもらえるか聞いたところ、「にこにこリハ」のみ 4 名（8%）、「いきいきリハビリ」のみ 21 名（40%）、「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」両方は 24 名（45%）で、約 9 割の参加者が実践可能であった（図1）。実践可能な参加者には各リハビリプログラムに必要な物品および評価セットを渡し、実践期間としては平成 25 年 3 月末を目途に行ってもらうことにした。

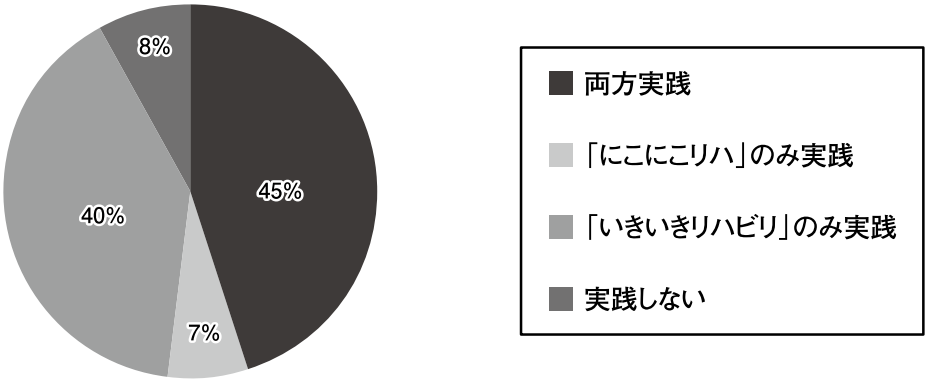


図 1　勤務先での実践希望

2) 研修後アンケート

今後、当研修会をより良いものとするために、研修会終了後に参加者全員にアンケートに答えてもらった。

①アンケート回答者の背景

「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」研修会参加者 53 名（平均年齢 33.5 歳 ± 12.5 歳、未回答 3 名）。性別は男性 24 名、女性 28 名（未回答 1 名）である。職種は介護職（介護福祉士･介護士など）が 28 名（53%）、リハビリ職（作業療法士･理学療法士）24 名（45%）、勤務先は 48 名（90%）が介護老人保健施設であった。また、経験年数は 3 年以下と 10 年以上が各々 14 名（26%）、4 ～ 6 年が 10 名（19%）、7 ～ 9 年が 13 名（25%）であった。詳細は図 2 ～ 4 に示す。

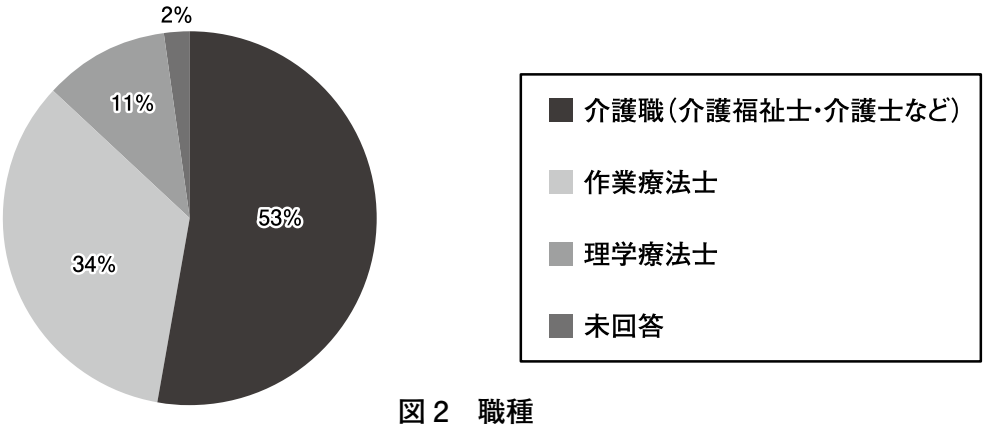


図 2　職種

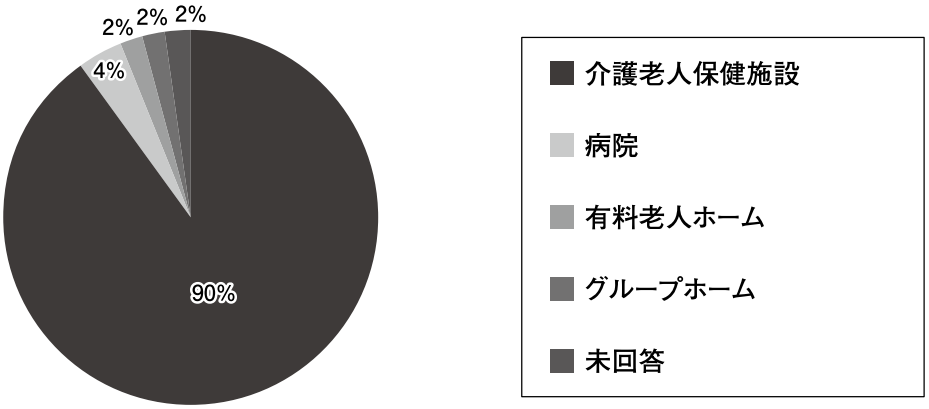


図３　勤務先

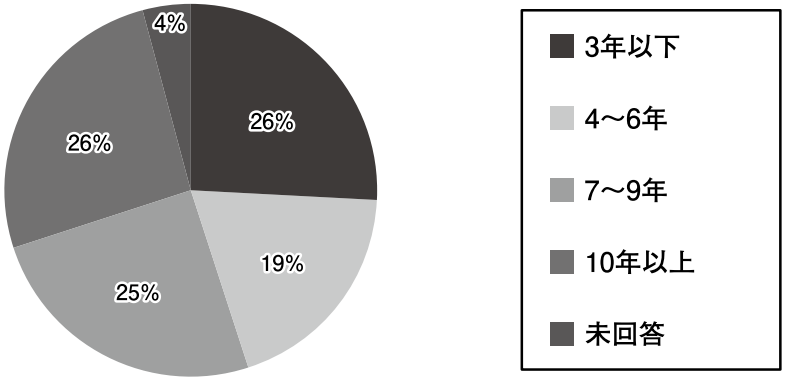


図４　経験年数

②研修会全体について

研修会の日時、場所、時間帯についての問いには 8 割以上から「とてもよかった」「よかった」との回答を得た（図 5）。また、研修会全体の構成や内容についての問いについては、約 9 割から「とてもよかった」「よかった」と回答を得た（図 6）。

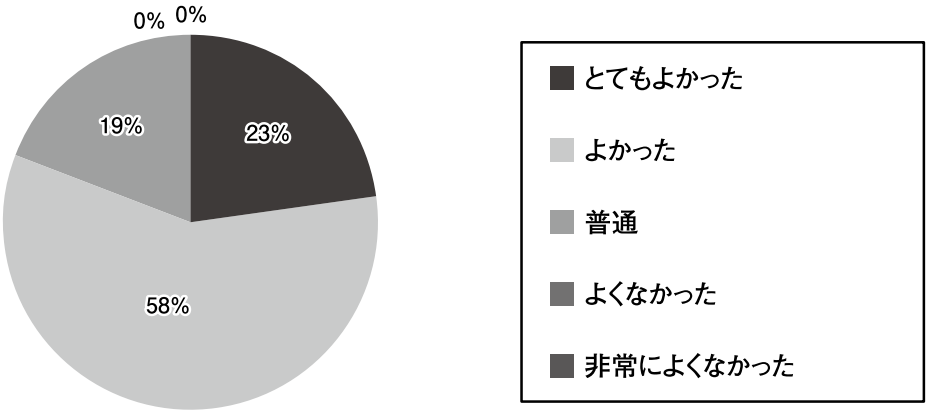


図 5　研修会の場所、日程、時間帯はいかがでしたか?

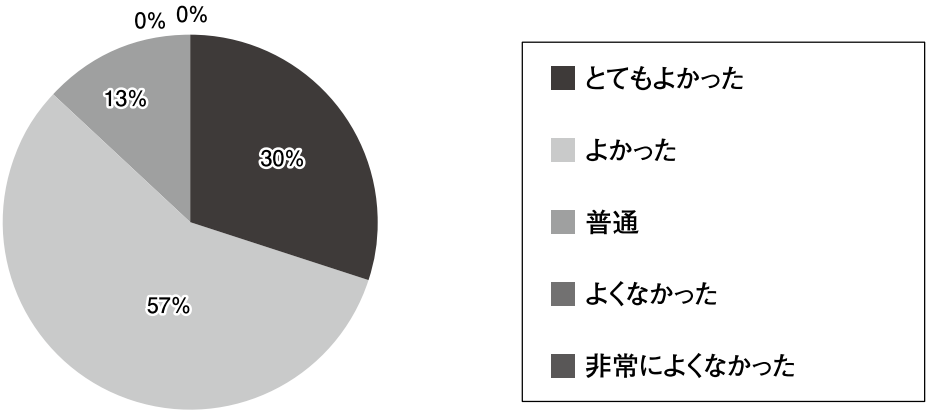


図 6　研修会の構成や内容はいかがでしたか?

③「にこにこリハ」研修会について

「にこにこリハ」の内容や実践方法について参加者の約 9 割が「よくわかった」「わかった」と回答した（図 7・8）。また、当研修会に参加して、さらに「にこにこリハ」について、「とても興味を持った」「興味を持った」と約 9 割の回答を得た（図 9）。実施しやすさについては、参加者の約 8 割が「とても実施しやすい」「実施しやすい」と回答したが、8%が「やや実施しにくい」とし、その理由として実施時間確保の問題を挙げた人が 2 人いた。また、約 8 割が実際に日々のケアやリハビリテーションの中で「とても実施してみたい」「実施してみたい」と回答した（図 10、11）

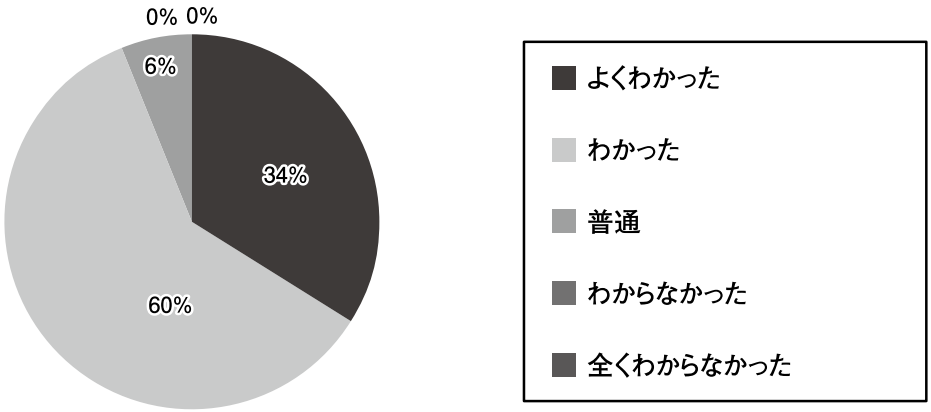


図 7 「にこにこリハ」の内容についてわかりましたか?

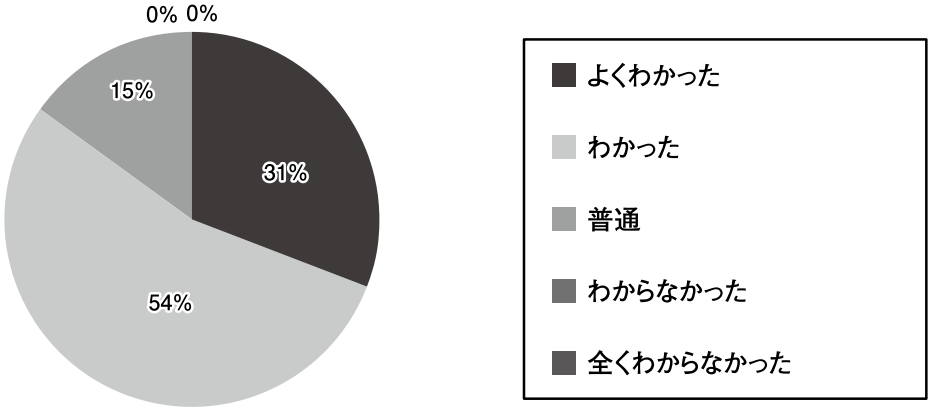


図 8 「にこにこリハ」の実践方法についてわかりましたか?

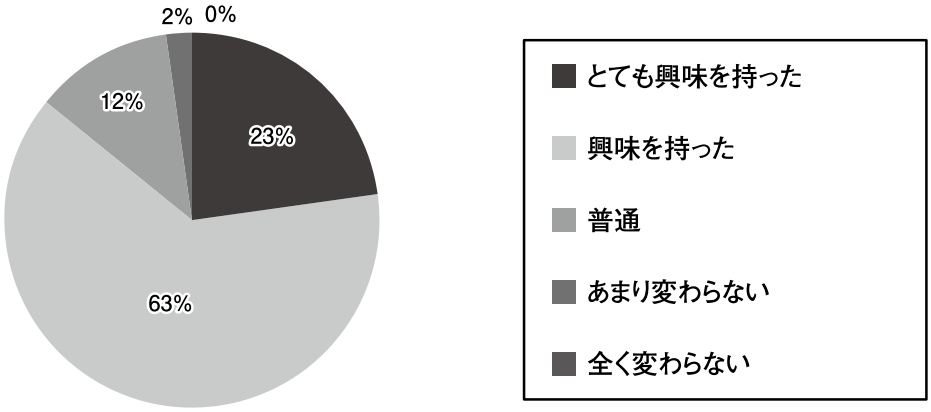


図 9　研修会に参加して「にこにこリハ」にさらに興味を持たれましたか?

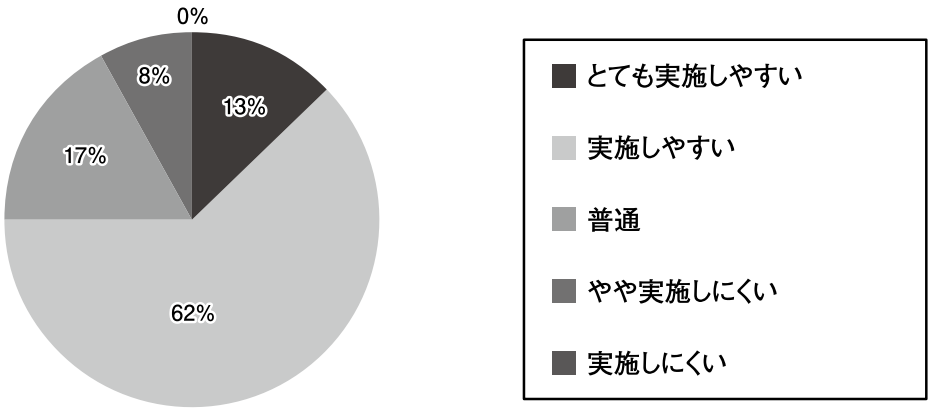


図 10　「にこにこリハ」は日々のケアやリハビリテーションで実施しやすいと思いますか?

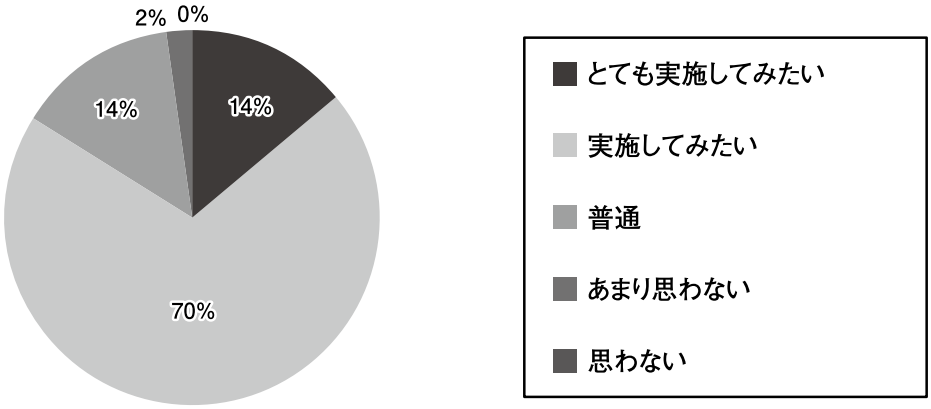


図 11 「にこにこリハ」を日々のケアやリハビリテーションで実施してみたいと思いますか?

また、個別の感想や意見は 14 件あり、以下（抜粋）の内容であった。

<u>肯定的意見</u>

・分かりやすい資料で実践や他のスタッフへ伝達しやすい内容だった。
・日々のリハやケアの視点にとり入れていくには職種の垣根なく、非常によいと感じました。ありがとうございました。
・とてもわかりやすく、誰が見ても理解できる様になっていると感じました。
・大変興味深く聞かせていただきました。認知症のリハビリについて効果的なものがみつからず戸惑っておりましたが、エビデンスに基づきプログラムもしっかりしているため当施設でも行っていきたいと考えています。また研修会等がありましたらご案内いただけるとうれしいです。
・集団訓練の準備として皆でできそう。
・普段の体操にも入れていけそうなので行っていきたいです。

<u>否定的意見</u>

・メモ書きできる欄がほしい。DVD の目を同じ動きにするところが変な感じがする。
・とても興味がわいたが、結構時間がかかるので、行うのが大変と感じた。がんばってみたいなとは思っている。

④「いきいきリハビリ」研修会について

「いきいきリハビリ」の内容や実践方法について、約 9 割の参加者が「よくわかった」「わかった」と回答した（図 12･13）。また、研修会後さらに「いきいきリハビリ」について「とても興味をもった」、「興味をもった」と回答した者も約 9 割であった（図 14）。「いきいきリハビリ」の実施しやすさについて、約 7 割の方が「とても実施しやすい」「実施しやすい」と回答した一方、4% の参加者は「やや実施しにくい」と回答した。その理由として、実施時間の確保や入所期間の問題が挙げられていた。実際に日々のケアやリハビリテーションの中で「とても実施してみたい」「実施してみたい」と、約 8 割が回答した。

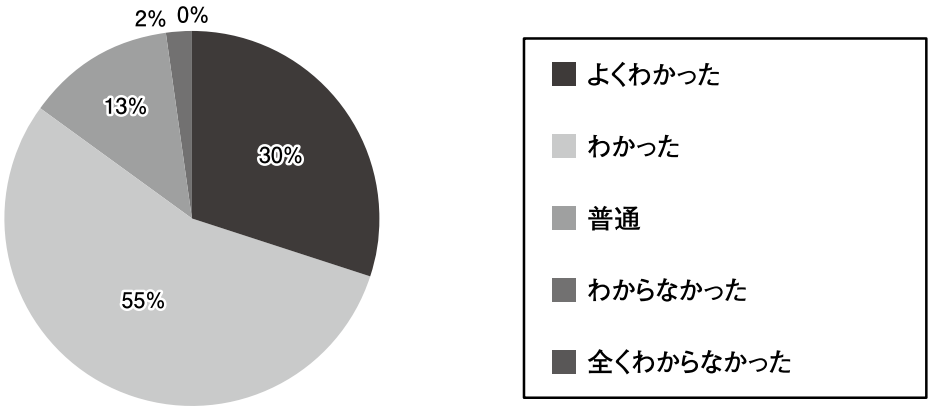


図 12 「いきいきリハビリ」の内容についてわかりましたか?

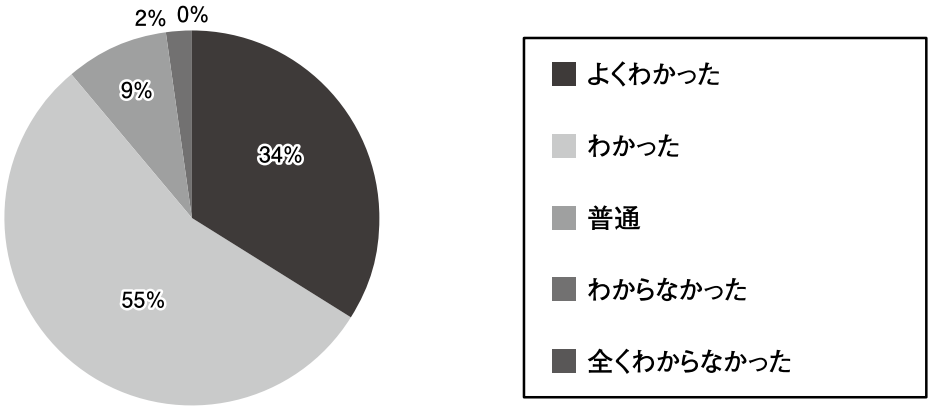


図 13 「いきいきリハビリ」の実践方法についてわかりましたか?

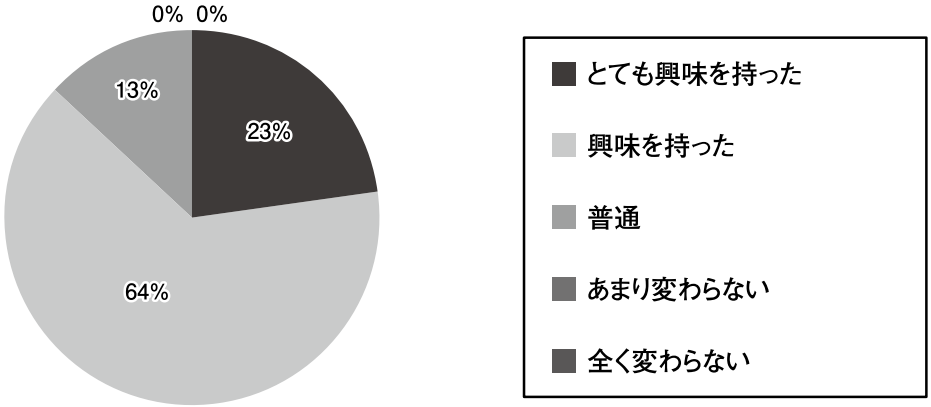


図 14　研修会に参加して、「いきいきリハビリ」にさらに興味を持たれましたか?

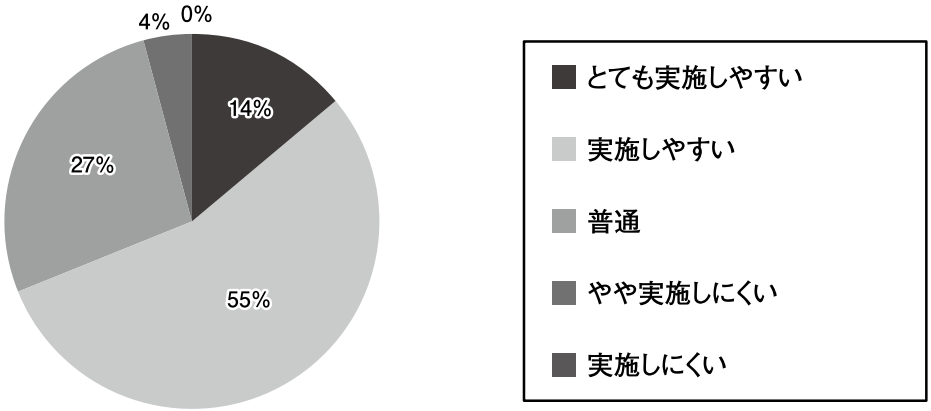


図 15　「いきいきリハビリ」は日々のケアやリハビリテーションで実施しやすいと思いますか?

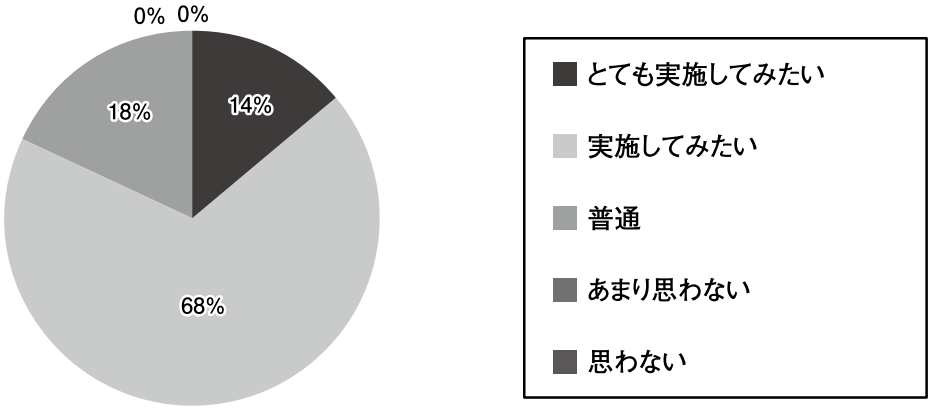


図 16 「いきいきリハビリ」を日々のケアやリハビリテーションで実施してみたいと思いますか?

さらに、個別の感想や意見は 15 件いただき、以下（抜粋）の内容であった。

肯定的意見

・使用物品がかなりしっかりした物であるので使いやすい。
・利用者様と楽しみながら活用できるセットだと思う。
・活用できる物品が現場になかったのでとても楽しみです。
・回想法も取り入れつつ行うことができ有効だな、と感じた。
・なかなか高齢な利用者さんと話がかみあわなくて、会話が続かないのを実感していたところでした。とても役立ちそうです。不穏でじっとしていられない状況でも興味を引くと思います。集中できる様な気がします。PT であまり認知症への関わりがうまくできないなぁと思っていましたが、これは楽しめそうです。

否定的意見

・介護スタッフとしては、マンツーマンの時間が確保できるかが難しいと思います。
・12 週間の期間だが、入所期間が短くなっており、継続したプログラムの施行が難しくなっている。
・初めての説明だけでいきなり実践は難しかった。前でスタッフが行うと良かった。
・顔写真はかなり古い人がいて職員の方がとまどってしまいそうであった。
・昭和スターかるたは、30 代の私には難しく、話がはずむか心配になりました。

D. 考　察

1）研修会全体について

研修会の開催日時や場所、構成については、研修後アンケートの結果から約 8 割の参加者が「とてもよかった」「よかった」と回答し、ウインクあいちでの開催や半日の開催時間は妥当であったと考えられる。また、研修会の構成や内容については「とてもよかった」「よかった」と約 9 割の回答を得たことから、今回の研修会が参加者にとって有益なものになったと考えられる。

2）各リハビリプログラムについて

①「にこにこリハ」

「にこにこリハ」研修会では、これまでの研究で作成した「にこにこリハ」の概要等が記載されているパンフレット[12]と、実践方法を解説した DVD[13]を使用し説明することで、参加者が「にこにこリハ」を理解しやすい内容になるよう努めた。また、実際にペアを組んで「にこにこリハ」の一連の流れを実践してもらうことで、実践方法の習得だけでなく、勤務先で実際に対象者に実践できるか否かのイメージにも繋がると考えた。

研修後アンケートの結果から「にこにこリハ」の内容や実践方法について約 9 割の参加者が「よくわかった」「わかった」と回答したことから、この方法は妥当であったと考える。また、個別の感想から「分かりやすい資料で実践や他スタッフへ伝達しやすい内容だった」「パンフレットはイラストやカラーで大変読みやすかった」「施設で DVD を見て実践したいと思います」等のご意見を頂いた。パンフレットや DVD を使用したことは参加者の理解を促し、さらに DVD は研修会終了後に実践方法の再確認を行えるなど参加者に有用であったと思われる。

また、「にこにこリハ」の特性の一つとして特別な技術や知識、時間を必要とせず、気軽に日々のケアやリハビリテーションに取り入れることができると考えている。これは研修後アンケートから約 8 割の参加者が「実施しやすい・実施してみたい」と回答したことから「にこにこリハ」の特性も伝えることができたと思われる。そして、個別の感想から「集団訓練の準備として皆でできそう」「普段の体操にも入れていけそう」と言ったご意見を頂き、実際に認知症のケアやリハビリテーションに従事しておられる方から見ても、日々の業務の中で工夫することで「にこにこリハ」を取り入れ実践できる可能性があることが伺えた。

しかし、少数ではあったが実施する時間を確保することが難しいという意見があった。このような意見に関しては、今後、勤務先での実践および評価結果を参考に、より現場に即した具体的な取り入れ方を検討し、研修会の中でも伝える必要があると思われる。

②「いきいきリハビリ」

「いきいきリハビリ」研修会では、いきいきリハビリ実践ガイド[8]に沿った内容でパワーポイントを呈示し、手元の資料を確認しながら進められるよう配慮した。また、参加者が現場で実践しやすいよう、実際にいきいきリハビリ物品セットを自由に手に取り使用できるよう配置し、ペアワークによる実践形式の研修を取り入れることを考えた。

参加者のアンケート結果より、「いきいきリハビリ」の内容や実践について多くの参加者が「わかった」「実践してみたい」と回答した点で、本研修会の内容や構成は妥当であったと考える。いきいきリハビリ物品セットについては、「充実している」「楽しめそう」「活用できる物品が現場になかったので楽しみ」など、肯定的な意見が多く聞かれた。実際に物品に触れる実践形式の研修は、参加者の理解や勤務先で実際に行うイメージを深めるものと考えられた。さらに、「理学療法士だが楽しみながら取り組めそう」という意見もあった。普段認知症の対象者に触れ合う機会の少ない職種では、対象者との関わりに戸惑いや不安を感じている者も多い。「いきいきリハビリ」が、このような職種と対象者を繋ぐ手段としても活用できる可能性が考えられた。

一方、「いきいきリハビリ」を現場で実施する時間確保ができない、入所期間が短く完遂できないという意見もあった。人手不足が問題である本邦の介護現場では、効果的かつ簡便に行えるリハビリテーションが求められていると考えられる。「にこにこリハ」同様、現場での実践結果を踏まえ、今後改善策を検討していきたいと考える。また、実践形式の研修について「初めて行うのに説明だけでは難しい」という意見が1件あった。「いきいきリハビリ」を初めて目にする参加者にとって、パワーポイントを使用した講義のみ聴講しペアワークを行うことが負担であった可能性が考える。今後、実践を行うにあたり、スタッフによるデモンストレーションを行うなどの工夫が必要であると考える。昭和スターかるたについては「職員がとまどいそう」「話がはずむか心配」という意見があった。実際に顔写真のセッションを行うと、対象者は若い世代の知らない話題を活き活きと語られ、会話が弾むことは多々ある。研修会参加者の中には比較的若い世代も多いため、不安を与えないよう配慮した説明を行っていく必要があると考えられた。

E. まとめ

1. にこにこリハ」、「いきいきリハビリ」について医療・介護現場での普及を目的に、認知症高齢者のケアやリハビリテーションに携わっている医療・介護スタッフを対象に研修会を開催した。
2. 研修会を行った結果、研修会の内容や構成については「よかった」、各リハプログラムについて「興味を持った」、「実施してみたい」といった肯定的意見が多く、約9割の参加者から現場での実践協力を得ることができた。
3. 今後、現場での実践および評価結果を踏まえ、各々のリハプログラムがより実践しやすいものとなるよう、プログラムの改善および普及に努めていきたい。

F. 参考文献

1. 小長谷陽子、中村昭範、齊藤千晶、長屋政博、井上豊子　認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究　老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 20 年度認知症介護研究報告書−認知症介護におけるコミュニケーションに関する研究事業−、1-29：2009.

2. 小長谷陽子、中村昭範、齊藤千晶、長屋政博、井上豊子、内田志保、岡田寿夫　認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究　老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 21 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防および QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果検証に関する研究事業−、26-65：2010.

3. トム・キットウッド、高橋誠一. 認知症のパーソンセンタードケア　141-147、筒井書房、東京、2005.

4. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 25:1253-1258, 2010.

5. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2003 Sep;183:248-54.

6. 森明子、小長谷陽子、加藤健吾、河﨑千明、岩元裕子、認知症高齢者に対する個別リハビリテーションの効果:「いきいきリハビリ」の開発に向けた予備研究　愛知作業療法、第 18 巻、49-56、2010.

7. 森明子、小長谷陽子、加藤健吾、河﨑千明、岩元裕子、認知症高齢者に対する個別リハビリテーション・プログラムの効果　臨床作業療法、第 7 巻、第 5 号、454-459、2010.

8. 小長谷陽子、森明子、加藤健吾、河﨑千明、岩元裕子他. 認知症高齢者に対する「いきいきリハビリ」の開発、効果検証および普及に関する研究　老人保健健康増進等事業による研究報告書平成 22 年度認知症介護研究報告書　介護保険施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発、効果検証及び普及に関する研究事業、1-19、2010.

9. 森明子、小長谷陽子、加藤健吾、河﨑千明、上原有未、岩元裕子他　認知症高齢者に対するいきいきリハビリの開発と効果検証に関する研究　老人保健健康増進等事業による研究報告書平成 21 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発とその効果に関する研究事業、1-25、2009.

10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-198.

11. 寺田整司、石津秀樹、藤沢嘉勝、山本真、藤田大輔、他　痴呆性高齢者の QOL 調査票作成とそれによる試行　臨床精神医学、30、1105-1120、2001.

12. 小長谷陽子、中村昭範、齊藤千晶、長屋政博、井上豊子　認知症高齢者に対する非言語性コミュニケーションシグナルリハビリテーション（NCR）プログラムの開発と評価に関する研究　老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 22 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の進行予防及び QOL 改善を目指したリハビリテーションの開発、効果検証及び普及に関する研究事業、45-84：2011.

13. 小長谷陽子、中村昭範、齊藤千晶、長屋政博、井上豊子、松本慶太　非言語性コミュニケーションシグナルを用いた認知症高齢者とリハビリに関する研究　－「にこにこリハ」の DVD 作成、及び音声認知に焦点を当てた新たな取り組み－　老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 23 年度認知症介護研究報告書　施設における認知症高齢者の QOL 向上のための多元的アプローチ・リハビリテーションに関する研究事業、1-33：2012.

【資料1】　研修会チラシ

認知症介護研究・研修大府センター主催

平成24年度

「にこにこリハ」・「いきいきリハビリ」研修会　ご案内

認知症のケアやリハビリテーションにおいて「できる能力」を引き出すことは重要です。私たちはご本人の生活の質の向上を目的に、認知症への有効な新しい取り組み「にこにこリハ」および「いきいきリハビリ」を開発しました。

今回、日々のケアへ取り組んで頂けるよう、実技を含んだ研修会を開催致します。ぜひ、ご参加下さい。



にこにこリハ

認知症が進行しても残存している非言語性コミュニケーションシグナル（顔の表情・視線・ジェスチャー等）を積極的に用い、「笑顔」を大切に楽しみながら、コミュニケーション能力の向上、特に感情や好意など心の内面を含めた意思疎通の向上を図ります。

いきいきリハビリ

パーソン・センタード・ケア（その人らしさを大切にする個別ケア）に基づき、非薬物療法の要素を生かしながら、ご本人の保たれている能力を引き出し、認知機能やコミュニケーション能力の活性化を図ります。

日時：平成24年10月3日（水）　13：00～16：30
（受付12：45～）

会場：ウインクあいち　903号室

内容：「にこにこリハ」および「いきいきリハビリ」研修会 ～概要、介護現場への実践方法について～

1）講演　「認知症と非言語性コミュニケーションについて」（仮題）
講師：国立長寿医療研究センター　脳機能画像診断開発部　　室長　中村昭範

2）にこにこリハの実践方法について（講義および実技）
講師：認知症介護研究・研修大府センター　研究部　　研究員　齊藤千晶

3）いきいきリハビリの実践方法について（講義および実技）
講師：名古屋大学大学院医学系研究科
認知症介護研究・研修大府センター　研究部　　研究員　岩元裕子

定員：５０名

対象：「にこにこリハ」または「いきいきリハビリ」にご興味があり、研修後どちらか、もしくは両方を勤務先にて１名以上の認知症の方に実践と簡単な評価を行ってくださる方。（なお、実践に使用する道具等は当センターが準備します）

募集期間：平成２４年９月２１日（金曜日）締め切り

参加費 無料
パンフレット・DVD
差し上げます

参加には事前申込みが必要です。裏面申込書をFAXして下さい

【資料2】 にこにこリハ実践の手引き

「にこにこリハ」実践の手引き

1. 勤務先での実践方法

1） 実践対象者の選定基準

① 認知症と診断されている方
② 全身状態が良好で、座位保持に問題のない方。年齢制限は特になし
③ 本人、その家族または代諾者から同意が得られていること
④ 幻覚、妄想など精神症状が出ている方は除外する
⑤ 急性期の身体疾患を有する方は除外する
⑥ 聴覚・視覚障害が著名な方は除外する（日常生活に問題のない程度は実践可能）

2） 実践対象者人数

１名以上

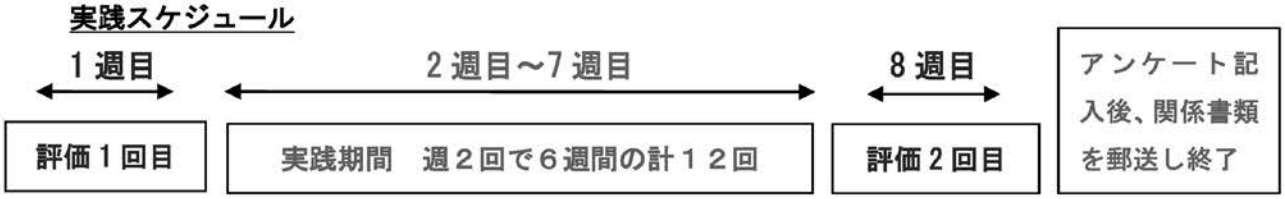
3） 実践期間

・評価：にこにこリハ実践前後の評価期間１週間以内で実施
・にこにこリハ：週 2 回を 6 週間、計 12 回実践

4） 実践方法

① 同意を得る（可能であれば同意書を頂く）
② ご家族等に様々な時代のご本人やご家族が写った写真を数点用意してもらう
③ にこにこリハ記録表（資料１）に必要情報を記載する
④ ミニメンタルスケール・対象者評価アンケートの評価１回目を実施
（実践前 1 週間以内）
⑤ 研修会資料等を参考に「にこにこリハ」を実践する
⑥ 実践した内容をにこにこリハ実践記録（資料２）に記載する（１２回分）
⑦ ミニメンタルスケール・対象者評価アンケートの評価２回目を実施
（実践後 1 週間以内）
⑧ にこにこリハ実践後アンケートを記入
⑨ 同意書・記録表・実践記録・評価用紙を大府センターに郵送し、終了

実践スケジュール



5） 評価内容（おおよその評価時間）

① 認知機能検査：ミニメンタルスケール（１５分） 評価１・２回目実施

② にこにこリハ対象者評価アンケート（１５分） 評価１・２回目実施

③ にこにこリハ実践後アンケート（５分） 評価２回目のみ実施

6） 平成２５年３月末までに関係書類を郵送

【郵送する関係書類】

- ■ 同意書
- ■ にこにこリハ記録表
- ■ にこにこリハ実践記録
- ■ ミニメンタルスケール
- ■ にこにこリハ　対象者評価アンケート用紙（１・２回分）
- ■ にこにこリハ　実践後アンケート用紙

上記６点をまとめたファイル一式をお渡しした封筒に入れ、郵送して下さい。

2. 連絡・郵送先

〒４７４－００３７

愛知県大府市半月町３－２９４

ＴＥＬ：（０５６２）－４４－５５５１

ＦＡＸ：（０５６２）－４４－５８３１

担当者：齊藤千晶

Ｅ－ｍａｉｌ：c.saito.o-dcrc@dcnet.gr.jp

3. Q＆A

【実践対象者の選定関連】

Q：認知症の原因疾患には配慮は要りますか？

A：特に制限はありません。もし、原因疾患が分かっている場合は「にこにこリハ記録表」の疾患名の該当する箇所に○を付けて下さい。

Q：同意書はどのように取ればいいですか？

A：お渡しした説明書と同意書を使用し、ご本人・そのご家族または代諾者にご説明します。その際、**説明書をご本人・そのご家族または代諾者にお渡し下さい。**
もし、施設で決められたものがあれば、そちらを使用して下さい。

【実践期間・実践関連】

Q：実践スケジュール通りに行えるのか不安です

A：実践スケジュールのように実施できることが望ましいですが、**原則 12 回実践する**ことにし、実践期間については多少誤差があっても問題はありません。例えば、対象者の体調不良等の理由により週１回になってしまったり、実践が出来ない週も考えられます。その場合は、変更理由を「にこにこリハ記録表」の「にこにこリハ実践　特記事項」の欄に記載して下さい。

Q：実践マニュアル通りに行えるか不安です

A：「にこにこリハ」は研修会資料や「にこにこリハ実践マニュアル」に書いてある順番通りに必ず行う必要はありません。対象者の興味のある項目から始めることも可能です。また、１回の実践で５つの項目全て行うことが望ましいですが、対象者の興味がある項目や導入しやすい項目から始め、週２回で５項目を行って頂いても構いません。対象者の興味関心・体調などを配慮し、楽しみながら行って下さい。

Q：実践期間中に対象者が急変し、実践困難になった場合はどうしますか？

A：まず、齊藤までご連絡下さい。場合によっては中止し、その理由を「にこにこリハ記録表」の「にこにこリハ実践　特記事項」の欄に記載し、関係書類６点を郵送して頂きます。また、可能であれば新しい対象者の方を選定し再度、実践をお願いします。その際は齊藤までご連絡ください。新たに関係書類をお送りします。

Q：にこにこリハ実践記録を書く際の留意点はありますか？

A：実践した日にち・時間を記入して下さい。また、内容の□にレ点を記載し、その際の対象者の反応に○を付けて下さい。気になること等がありましたら、その他（　）に記載して頂いても構いません。

Q：評価を実施するにあたり留意点はありますか？

A：ミニメンタルスケールは対象者に質問をして行う評価です。対象者にヒントを与えたり、答えを誘導してはいけません。点数欄は空欄でも構いませんが、回答欄には必ず対象者の答えを答えた通りに記載して下さい。また、お渡ししたマニュアルをよく読んでから実施して下さい。

　にこにこリハ対象者評価アンケートは観察による評価です。客観的に判断し、行って下さい。

Q：ミニメンタルスケールを拒否した場合はどうしますか？

A：時間や日を改めて再度実施して下さい。それでも拒否し、実施困難であれば回答欄に“拒否”と記載し、点数は書かないでください。

【その他】

Q：分からないことや相談事が生じた場合はどうしますか？

A：お電話でも、メールでも構いませんので齊藤までご連絡ください。

【資料3】　にこにこリハ評価セット

にこにこリハ記録表

対象者イニシャル	.	生年月日 性別	M. T. S　　年　　月　　日（　　歳）　男／女
疾患名	アルツハイマー型認知症／脳血管性認知症／レビー小体型認知症／前頭側頭型認知症 区分できないが認知症と診断されている／その他（　　）		
要介護度		施設入所日	年　　月　　日
認知症高齢者自立度判定基準		視覚障害	有（日常生活に支障あり／なし）／無　　眼鏡（有／無）
障害高齢者自立度判定基準		聴覚障害	有（日常生活に支障あり／なし）／無　　補聴器（有／無）
病歴		主な疾患の経緯	

にこにこリハ実践　特記事項
中止や変更等が生じた場合、日付けと理由等を記載して下さい

にこにこリハ実践記録

実践した日付け・時間を記入して下さい。
また、実践した内容の該当する箇所の□にレ点を付け、対象者の反応で当てはまるものに○を付けて下さい。

実践年月日 20　.　.　（　回目）

実践内容および実践時間		対象者の反応
社会的な慣習動作 実践時間 約（ ）分	□ **挨拶**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **握手**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **視線を合わせ会話**	
	視線を合わせる	可能／不可／拒否／その他（ ）
	自分の名前が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
	日付けが言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
	場所が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **担当者の顔認知**	
	担当者の顔を見たことがある	ある／ない／分からない／拒否／その他（ ）
	担当者の名前が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
顔の表情 約（ ）分	□ **自己顔の認知**	
	自分の顔	分かる／見たことはあるが誰か分からない／分からない 別の人物／拒否／その他（ ）
	語り	ある／なし／拒否
	□ **表情筋の運動**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **表情を作る**	
	笑顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	怒った顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	悲しい顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **表情を真似する**	
	笑顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	怒った顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	悲しい顔	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **にらめっこゲーム**	可能／不可／拒否／その他（ ）
顔の確認 約（ ）分	□ **ご自分や身近な人の顔の確認（写真使用）**	名前とエピソードが言える／名前は言えるがエピソードは不可 エピソードは言えるが名前は不可／見たことがある程度 分からない／拒否／その他（ ）
視線運動 約（ ）分	□ **眼球の運動**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **視線の共有**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **視線を合わせる**	可能／不可／拒否／その他（ ）
ジェスチャー 約（ ）分	□ **ジェスチャーで示す**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **ジェスチャーを当てる**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **ジェスチャーを真似をする**	
	意味なし	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ 意味あり	可能／不可／拒否／その他（ ）
社会的な慣習動作 約（ ）分	□ **挨拶**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **握手**	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **視線を合わせ会話**	
	視線を合わせる	可能／不可／拒否／その他（ ）
	日付けが言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
	場所が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）
	□ **セラピストの顔認知**	
	担当者の名前が言える	可能／不可／拒否／その他（ ）

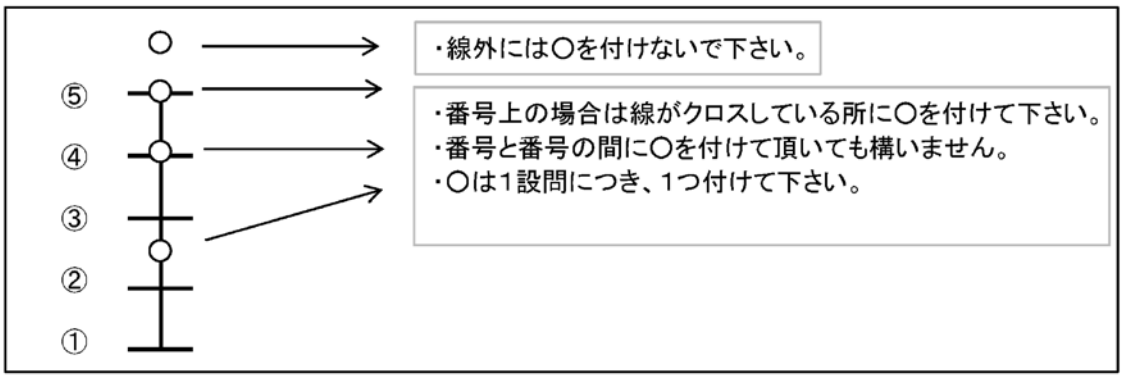
にこにこリハ　対象者評価アンケート

実施前

記入日（　年　月　日）　対象者（　　）　記入者（　　）

対象者の過去1週間の日常生活はどのような様子ですか？
日頃観察している様子から以下の設問に対して、左のグラフの適当な位置に○を1つ付けて下さい。
また、特記事項等ありましたらコメント欄にご自由にご記入下さい。

記入時の注意点



Ⅰ. 全般的観察

1　昼間の覚醒度　　昼間意識がはっきりしていますか？

⑤：いつもはっきりと覚醒している
④：たまにボーッとしている
③：時々ボーッとしている
②：起きているがボーッとしていることが多い
①：眠ってしまうことが多い・昼夜逆転

コメント

2　意欲度　　リハビリや行事に対して意欲的ですか？

⑤：意欲的で自主的・積極的に参加
④：普通に参加
③：声をかければ参加
②：時々拒否反応がある
①：全く意欲的ではなく、拒否反応が多い

コメント

3　集中度　　リハビリや行事に対する集中度は？

⑤：非常によく集中している
④：集中している
③：声をかければ集中力が持続
②：散漫になることが多い
①：全く集中力がない

コメント

4　場所の見当識　トイレや部屋の場所がわかりますか？

⑤：全く問題なし
④：まれに間違えるがほぼ問題なし
③：時々間違える
②：頻回に混乱する
①：いつも迷子になる

コメント

5　BPSD　徘徊、夜間せん妄等がありますか？

⑤：全くなし
④：まれにある程度
③：月に数回
②：週に数回
①：ほぼ毎日

コメント

6　情緒　情緒は安定していますか？

⑤：情緒は常に安定している
④：情緒がまれに不安定になる
③：情緒が時々不安定
②：感情の起伏がやや激しい
①：ほんのちょっとしたことですぐに怒る・泣く

コメント

Ⅱ．言語性コミュニケーション

7　呼名に対する反応　自分の名前を呼ばれた時の反応は？

⑤：返事を発話して反応し、相手を見る
④：顔を相手に向けるが、返事の発話はない
③：反応はするが、相手を見ない
②：わずかに反応がある程度
①：常に無反応・無視

コメント

8　欲求の表現　自分の欲求（トイレ・空腹・移動等）を適切な言葉で表現できるか？

⑤：全く問題なくできている
④：おおよそできている
③：できたりできなかったり
②：意味が伝わりにくく、理解が難しい
①：全くできない

コメント

9　言葉の交流　日常会話による意思の疎通は？

⑤：普通に可能
④：かなり通じる
③：通じたり通じなかったり
②：難しい
①：不可能、あるいは意味不明

コメント

Ⅲ．非言語性コミュニケーション（感情・視線・ジェスチャー等）

10　表情の表出　顔の表情は？

⑤：表情は豊かで、自然である
④：表情はあるが、変化に乏しい
③：表情が乏しい
②：表情がかなり乏しい
①：表情が全くない

コメント

11　視線　会話の時に眼を合わせますか？

⑤：積極的・自主的に眼を合わせる
④：時々眼を合わせる。顔の方向はほぼ常に話者の方向
③：眼はほとんど合わさないが、通常顔の方向は見ている
②：たまに相手の顔を見るが、眼は合わさない
①：眼も顔も全く相手の方を見ない

コメント

12　ジェスチャーの理解　指差し・手招き等、身振り手振りの説明に対する理解度は？

⑤：全く問題なく理解できている
④：おおよそ理解できている
③：理解できたりできなかったり
②：あまり理解できていない
①：全く理解できていない

コメント

13　ジェスチャーの表出　会話の中で指差し・手招き等、身振り手振り等は？

⑤：ジェスチャーは豊かで、適切である
④：ジェスチャーはあるが、適切でない時がある
③：ジェスチャーは乏しい
②：ジェスチャーはかなり乏しい
①：ジェスチャーは全くない

コメント

14　感情や意図のわかり易さ　スタッフ側から見て、表情や仕草から、その方の感情・意図が読めますか？

⑤：非常にわかりやすい
④：おおよそわかる
③：わかったりわからなかったり
②：読みづらい
①：全く読めない

コメント

15　感情や意図の伝わり易さ　スタッフ側の感情・意図が伝わりますか？

⑤：非常に良く伝わる
④：おおよそ伝わる
③：伝わったり伝わらなかったり
②：伝わりづらい
①：全く伝わらない

コメント

16　心の交流　日常の介護やリハビリ等を行っている際、お互いの気持ちが通じ合っている感覚はありますか？

⑤：いつも気持ちが通じ合っているように思える
④：おおよそ通じ合っている
③：通じ合ったりできなかったり
②：あまりない
①：全くない。または、分からない

コメント

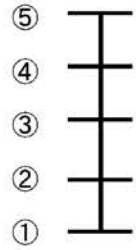
Ⅳ．コミュニケーション全般・社会性

17　挨拶　挨拶はできますか？

⑤：常に問題なく反応（返事を発話し、会釈をする）
④：常に反応するが、返事の発話はない
③：会釈のみの反応
②：わずかに反応がある程度
①：常に無反応・無視

コメント

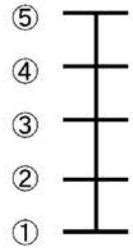
18　他者との交流　他の利用者と交流を持っていますか？



⑤：全く問題なく交流できている・社交的である
④：おおよそ交流できている
③：交流したりしなかったり
②：特定の人以外とはほとんど交流がない
①：全く交流はない　自閉的である

コメント

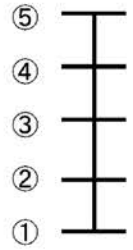
19　他者への手伝い　他の利用者に対して関心があることを示す手伝いや手助けはありますか？



⑤：毎日のように行う
④：しばしば行う
③：まれに行うことがある
②：特定の人に限られる
①：全くない

コメント

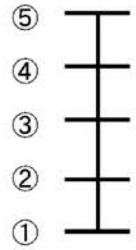
20　社会的な出来事への関心　家族や友人、新聞やスポーツなど社会的な出来事に関心はありますか？



⑤：毎日のように関心を示す
④：しばしば関心を示す
③：まれに関心を示すことがある
②：特定の事柄に限られる
①：全くなし

コメント

21　対象者との関わり　対象者への介護やリハビリがスムーズに行えますか？



⑤：非常に行いやすい
④：比較的行いやすい
③：日によって異なる
②：行いにくい
①：非常に難しい

コメント

22　その他　上記以外に対象者の方の生活で気になることがありましたらご記入ください

コメント

「にこにこリハ」 実践後アンケート

この度は「にこにこリハ」の実践にご協力頂き、誠にありがとうございました。
今後の参考にさせて頂くため、以下の設問に対しお答え下さい。ご意見やご感想については自由記載欄にご記入下さい。

なお、今回頂いた情報は厳重に管理し、本研修会の報告および今後の参考にする目的以外には使用致しません。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、何卒ご協力のほど、お願い申し上げます。

① ご自身についてお答え下さい。

性　別：男性　／　女性	ご年齢：（　　）歳
勤務先：介護老人保健施設　／　その他（　　）	
職　種：介護福祉士　／　看護師　／　作業療法士 理学療法士　／　その他（　　）	
ご経験年数：約（　　）年	

Ⅰ．　にこにこリハを実践する前と比べて、実践したことによるご自身の変化についてお答え下さい。
（□にチェックを入れてください。複数回答可）

1　相手の表情や視線、ジェスチャー（しぐさ）等を受け取る立場として、

□　特に変化なし
□　相手の意思を理解するのに、表情・視線・しぐさ等に対して、より注意を払うようになった。
□　その結果、意思疎通が難しかった方の意図や感情を、今までよりも理解できるようになった。
□　その他（ご自由にご記入ください）

2　表情や視線、ジェスチャー等のシグナルを相手に発する立場として、

□　特に変化なし
□　いつも笑顔を心がけるようになった。
□　相手となるべく視線を合わせるようになった。
□　会話の際、ジェスチャーを今までより交えるようになった。
□　スキンシップも心がけるようになった。
□　声の表情にも注意をするようになった。
□　イライラやストレスがあっても、嫌な表情を出さないように心がけるようになった。
□　その他（ご自由にご記入ください）

3　全般的な変化として

□　意識することが増えたため、かえって仕事が大変になった。
□　特に変化なし
□　認知症の方とのコミュニケーションを楽しめるようになった。
□　認知症のケアやリハビリが、今までよりも行いやすくなり、気持も楽になった。
□　相手に共感したり、楽しい時間を共有したりできる場面が今までよりも増えた。
□　ケアやリハビリのストレスが減った。
□　その他（ご自由にご記入ください）

Ⅱ．「にこにこリハ」実践について、お答え下さい。

4　今後もにこにこリハを実践していきたいですか？　（適切な番号に○を付けてください）

1．実践していきたい
2．わからない
3．実践したくない

5　4と回答した理由をご記入ください

6　にこにこリハを他の職員やご家族に勧めたいですか？　（適切な番号に○を付けてください）

1．勧めたい
2．わからない
3．勧めたくない

7　6と回答した理由をご記入ください

8　実践しにくかったものがあれば、下記の理由の中から当てはまるものを選び、
（　）の中に、番号をご記入ください。いくつ選んでいただいても結構です。
下記以外の理由があれば、その他の欄にご記入ください。

理由　・業務の関係上、時間がとりにくかった　（　　）
・落ち着いた場所が確保しにくかった　（　　）
・実践者にとって手順が分かりにくかった　（　　）
・対象者がやりたがらなかった　（　　）
・言語指示が入りにくかった　（　　）
・何度も説明が必要だった　（　　）
その他
［　　］（　　）

1．社会的な慣習動作	2．顔の表情	3．顔の確認	4．視線運動	5．ジェスチャー

9　実践している際に生じた疑問や、お気づきの点があればご記入ください

ご協力いただき、ありがとうございました

【資料4】 いきいきリハビリ実践の手引き

「いきいきリハビリ」実践の手引き

1. 勤務先での実践方法

1）実践対象者の選定基準

① 認知症と診断されている方

② 全身状態が良好で、座位保持に問題のない、65歳以上の方

③ 本人、その家族または代諾者から同意が得られていること

④ 幻覚、妄想など精神症状が出ている方は除外する

⑤ 急性期の身体疾患を有する方は除外する

⑥ 聴覚・視覚障害が著名な方は除外する（日常生活に問題のない程度は実践可能）

⑦ 10セッションの介入終了まで継続して入所予定である者

2）実践人数

1名以上

3）実践期間

・評価：実践前後、評価期間1週間以内で実施

・いきいきリハビリ：週1回を10週間

4）実践方法

① 同意を得る（可能であれば同意書を頂く）

② 個人票を使用し、対象者についての詳細な情報（生活歴、教育歴、趣味、好きな音楽、住んでいた場所、なじみの場所等）を得る

③ ミニメンタルスケール・QOL-Dの評価1回目を実施

（実践前おおむね1週間以内）

④ 実践ガイドを参考に「いきいきリハビリ」を実施する

・挨拶、今日の内容 ＜2分＞

・その日の内容（①～⑩） ＜約15分＞

・日誌、感想、次回のお知らせ ＜3分＞

⑤ 実践した内容を日誌に記載する（10回分）

⑥ ミニメンタルスケール・QOL-Dの評価2回目を実施

（実践後おおむね1週間以内）

⑦ いきいきリハビリ実践後アンケートを記入

⑧ 同意書・個人表・日誌・評価用紙を大府センターに郵送し、終了

実践のスケジュール



5 ）評価内容（おおよその評価時間）

① 認知機能：ミニメンタルスケール（15 分） 評価 1・2 回目実施

② QOL-D（5 分） 評価 1・2 回目実施

③ いきいきリハビリ実践後アンケート（5 分） 評価 2 回目のみ実施

6 ）平成 25 年 3 月末までに関係書類を郵送

【郵送する関係書類】

■ 同意書

■ 個人表

■ 日誌（10 回分）

■ ミニメンタルスケール・QOL-D（１・２回分）

■ 実践後アンケート用紙

上記 5 点をお送りするレターパックに入れ、郵送して下さい。

2. 連絡・郵送先

〒４７４－００３７
愛知県大府市半月町３－２９４
ＴＥＬ：（０５６２）－４４－５５５１
ＦＡＸ：（０５６２）－４４－５８３１

担当者：岩元裕子
Ｅ－ｍａｉｌ：iwamoto.o-dcrc@dcnet.gr.jp

3. Q&A

【実践対象者の選定関連】

Q：認知症の原因疾患には配慮は要りますか？

A：特に制限はありません。もし、原因疾患が分かっている場合は、個人表の「主な疾患の経緯」に記入をして下さい。

Q：同意書はどのように取ればいいですか？

A：お渡しした同意書を使用し、ご本人・そのご家族または代諾者にご説明して下さい。もし、施設で決められたものがあれば、そちらを使用して下さい。その際、得た個人情報は研究目的以外には使用されず厳重に管理されること、体調等により途中中断できる旨をお伝えください。

【実践期間・実践関連】

Q：実践スケジュール通りに行えるのか不安です。

A：体調不良等によって実施できなかった場合は、同じ週の他の日に実施することが望ましいですが、次の週に行っても構いません。原則 10 回実施することとしてください。日誌の余白に日程変更理由をご記入ください。

Q：実践ガイド通りに行えるか不安です。

A：「いきいきリハビリ」は実践ガイドに書いてある順番通りに必ず行う必要はありません。対象者の興味のある項目から始めることも可能です。
実施したセッションの番号を日誌の右上「内容：　」にご記入ください。

Q：実施期間中に対象者が急変し、実施困難になった場合どうしますか？

A：まず、岩元までご連絡下さい。場合によっては中止し、その理由を個人表の余白に記載し、関係書類 5 点を郵送して下さい。可能であれば新しい対象者の方を選定し、再度実施をお願い致します。その際は岩元までご連絡ください。新たに書類をお送りします。

Q：評価を実施するにあたり留意点はありますか？

A：ミニメンタルスケールは対象者に質問をして行う評価です。対象者にヒントを与えたり、答えを誘導してはいけません。点数欄は空欄でも構いませんが、回答欄には必ず対象者の答えを答えた通りに記載して下さい。お渡しするマニュアルをよく読んでから実施して下さい。

Q：評価を拒否した場合はどうしますか？

A：日を改めて再度実施して下さい。それでも拒否し、実施困難であれば回答欄に“拒否”と記載し、点数は書かないで下さい。

＊その他ご不明な点がございましたら、お電話でもメールでも構いませんので、担当岩元までご連絡ください。ご協力よろしくお願い申し上げます。

【資料5】 いきいきリハビリ評価セット

いきいきリハビリ実践後アンケート

今後の参考にさせていただくため、いきいきリハビリの実践についてお伺いいたします。
ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

以下の設問に対して、最も適当な番号に○を付けてください。ご意見やご感想につきましては、自由記載欄にご記入下さい。なお、今回頂いた情報は厳重に管理し、本研修会の報告及び今後の参考にする目的以外には使用致しません。

ご自身についてお答え下さい。

性別 1．男性 2．女性	**ご年齢** （　　）歳	**経験年数** （　　）年
職種 1．介護福祉士　2．看護師　3．理学療法士 4．作業療法士　5．その他（　　）		
勤務先 1．介護老人保健施設 2．　その他（　　）		

① 「いきいきリハビリ」は日々のケアの中で実践しやすいですか？

1．とても実践しやすい　2．実践しやすい　3．普通　4．実践しづらい　5．非常に実践しづらい

＊上記で「4．実践しづらい」「5．非常に実践しづらい」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点で実践しづらいと感じましたか？（自由記載）

② 「いきいきリハビリ」実践ガイドは使いやすいですか？

1．とても使いやすい　2．使いやすい　3．普通　4．使いにくい　5．非常に使いにくい

＊上記で「4．使いにくい」「5．非常に使いにくい」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点で使いにくいと感じましたか？（自由記載）

③ 「いきいきリハビリ」物品セットは使いやすいですか？

1．とても使いやすい　2．使いやすい　3．普通　4．使いにくい　5．非常に使いにくい

＊上記で「4．使いにくい」「5．非常に使いにくい」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点で使いにくいと感じましたか？（自由記載）

④ 「いきいきリハビリ」は利用者様の生活をより良くするものだと思いますか？

1．とてもそう思う　2．そう思う　3．普通　4．あまりそう思わない　5．全くそう思わない

＊上記で「4．あまりそう思わない」「5．全くそう思わない」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点でそう思わないと感じましたか？（自由記載）

⑤ いきいきリハビリの実践、実践ガイドや使用物品セットについて、感想やご意見がありましたら、ご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。

【資料6】 「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」研修後アンケート

にこにこリハ、いきいきリハビリ研修会アンケート

にこにこリハ、いきいきリハビリ研修会にご参加いただきありがとうございました。今後の参考にさせていただくため、研修会の内容などについてお伺いいたします。ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

以下の設問に対して、最も適当な番号に○を付けてください。ご意見やご感想につきましては、自由記載欄にご記入下さい。なお、今回頂いた情報は厳重に管理し、本研修会の報告及び今後の参考にする目的以外には使用致しません。

ご自身についてお答え下さい。

性別 1．男性 2．女性	**ご年齢** （　　）歳	**経験年数** （　　）年
職種 1．介護福祉士　2．看護師　3．理学療法士 4．作業療法士　5．その他（　　）		
勤務先 1．介護老人保健施設 2．　その他（　　）		

研修会の日時、場所、構成についてお答え下さい。

① 研修会の場所、日程、時間帯はいかがでしたか？

1．とてもよかった　2．よかった　3．普通　4．よくなかった　5．非常によくなかった

＊上記で「4．よくなかった」「5．非常によくなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような場所、日程や時間帯がよかったですか？（自由記載）

② 研修会の構成や内容はいかがでしたか？

1．とてもよかった　2．よかった　3．普通　4．よくなかった　5．非常によくなかった

＊上記で「4．よくなかった」「5．非常によくなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような研修会の構成や内容がよかったですか？（自由記載）

にこにこリハ研修会についてお答え下さい。

① 「にこにこリハ」の内容についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

② 「にこにこリハ」の実践方法についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

③ 研修会に参加して、「にこにこリハ」にさらに興味を持たれましたか？

1．とても興味を持った　2．興味を持った　3．普通　4．あまり変わらない　5．全く変わらない

④ 「にこにこリハ」は日々のケアやリハビリテーションで実施しやすいと思いますか？

1．とても実施しやすい　2．実施しやすい　3．普通　4．やや実施しにくい　5．実施しにくい

＊上記で「4．やや実施しにくい」「5．実施しにくい」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点が実施しにくいと思いますか？（自由記載）

⑤ 「にこにこリハ」を日々のケアやリハビリテーションで実施してみたいと思いますか？

1．とても実践してみたい　2．実践してみたい　3．普通　4．あまり思わない　5．思わない

⑥ にこにこリハ研修会の内容、パンフレットやDVDについて、感想やご意見がありましたら、ご自由にご記入ください。

いきいきリハビリ研修会についてお答え下さい。

① 「いきいきリハビリ」の内容についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

② 「いきいきリハビリ」の実践方法についてわかりましたか？

1．よくわかった　2．わかった　3．普通　4．わからなかった　5．全くわからなかった

＊上記で「4．わからなかった」「5．全くわからなかった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点がわからなかったですか？（自由記載）

③ 研修会に参加して、「いきいきリハビリ」にさらに興味を持たれましたか？

1．とても興味を持った　2．興味を持った　3．普通　4．あまり変わらない　5．全く変わらない

④ 「いきいきリハビリ」は日々のケアやリハビリテーションで実施しやすいと思いますか？

1．とても実施しやすい　2．実施しやすい　3．普通　4．やや実施しにくい　5．実施しにくい

＊上記で「4．やや実施しにくい」「5．実施しにくい」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点が実施しにくいと思いますか？（自由記載）

⑤ 「いきいきリハビリ」を日々のケアやリハビリテーションで実施してみたいと思いますか？

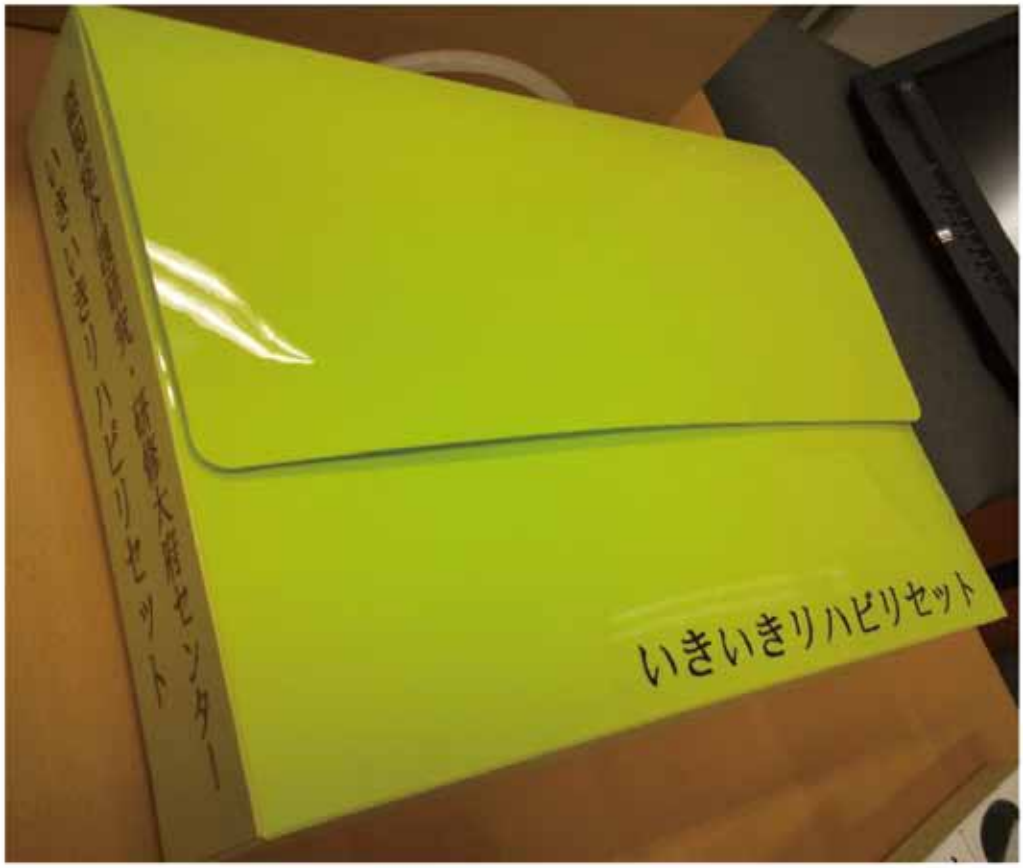
1．とても実践してみたい　2．実践してみたい　3．普通　4．あまり思わない　5．思わない

⑥ いきいきリハビリ研修会の内容、実践ガイドや使用物品セットについて、感想やご意見がありましたら、ご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。

【写真1】





いきいきリハビリセット内容を示す。（上段）緑色のケースに各物品を収めた。（下段）

BPSDを呈する認知症高齢者への非薬物療法に関する研究



BPSDを呈する認知症高齢者への非薬物療法に関する研究
ー環境設定のためのパラメトリックスピーカーの有用性ー

主任研究者　小長谷 陽子　（認知症介護研究･研修大府センター研究部）
分担研究者　寶珠山　稔　（名古屋大学大学院医学系研究科）
岩元　裕子　（認知症介護研究･研修大府センター研究部）

A.　背景と目的

認知症高齢者は、脳病変による記憶障害や見当識障害、理解および言語能力低下などの中核症状に加え、「認知症の行動・心理症状」（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）としての攻撃的行動や徘徊、抑うつといった問題となる周辺症状を呈する[1)]。介護施設に入所している認知症高齢者の 78% に BPSD が認められるとの報告もあり[2)]、介護負担、社会的孤立、心理的苦悩など本人および介護者の QOL を低下させる大きな要因となっている[3～8)]。平成 24 年度の介護報酬改定では、認知症行動・心理症状緊急対応加算が新たに設けられ、BPSD に対する迅速なサービス対応が求められている。

各症状への対処として優先される非薬物療法に関し、認知および心理的介入、運動、介護スタッフに対する教育など近年種々の報告がある。認知刺激療法に代表される認知面への介入については、RCT によって気分や問題行動、QOL の改善が認められているものの、BPSD に対する効果は明らかでない[9～11)]。運動療法に関しては、うつ症状、焦燥性興奮、徘徊、睡眠障害などを改善させるとされているが、有効な運動内容、頻度および時間などは明確でない[12,13)]。また、問題行動の内容や程度は個人差が大きく、施設全体あるいは集団に対する非薬物療法の個別の問題行動に対する効果は限定的である。このように、BPSD の対処は非常に困難であり、65 歳以上の高齢者が 23% を超える超高齢社会[14)] に突入し、介護者の人材不足が大きな問題となっている我が国では、BPSD に対する有効かつ簡便な介入が望まれている。

本研究では、聴覚刺激を介して施設入所の認知症高齢者における問題行動や危険行動を未然に防ぐことを目的とした。[1] 個別の問題行動への介入、[2] 人的負担の軽減、が重要な点と考え、狭い空間への選択的聴覚刺激が可能なパラメトリックスピーカーを用いて、精神的あるいは行動的不穏を軽減する環境設定を考案した。

B. 方　法

1) 対象者

介護老人保健施設に入所している認知症高齢者 3 名を対象とした。取り込み基準は DSM-Ⅳで認知症と診断された MMES23 点以下の者、日常生活で目立った聴覚障害のない者、叫び、不穏、焦燥性興奮、同じ質問を繰り返すなどの問題行動を呈する者とした。除外基準は MMSE24 点以上、聴覚障害のある者、とした。

2) 方法

①情報収集

対象者の年齢、性別、診断名、服薬内容、問題行動、趣味嗜好、一日の過ごし方など、カルテおよび主介護者より一般情報を収集した。

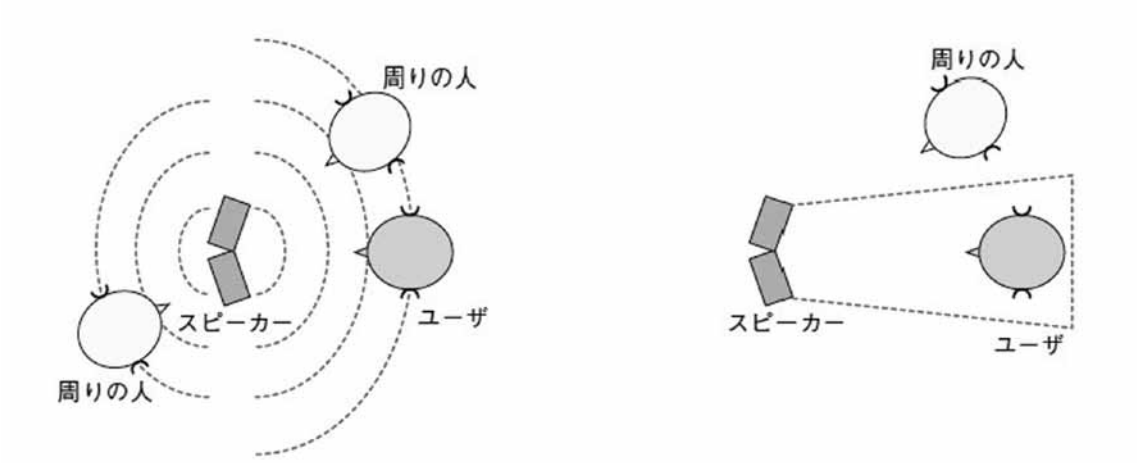
②介入方法

指向性に優れ狭い範囲のみに音を呈示できるパラメトリックスピーカー[15, 16]（K-02617、秋月電子を本研究用に改良したもの：資料 1）を使用した。スピーカーを対象者が座る真上の天井に設置し、直下約 1m の範囲に聴覚刺激（対象者の好きな音楽、落語）を呈示した（資料 2）。スピーカーは小さなボックス型であり、螺子で簡便に固定することが可能である。なお、フロアの背景生活雑音は 60dB であり、設置したスピーカー直下での音刺激は 80dB、直下よりわずか 1m 離れた場所では背景生活雑音のみの約 60dB であった。1 週間に 2 日間、午前（10：00-11：30）と午後（15:30-17:00）にそれぞれ 30 分間、4 週間にわたり介入を実施した。本研究に関し、本人および家族に口頭および書面にて説明し同意を得ている。

※ パラメトリックスピーカーについて

パラメトリックスピーカーは超音波の自己復調効果を利用して、超音波が伝搬する空間内のみに音声を伝えるものである。自己復調効果とは、周波数の接近した 2 つの大きな振幅の超音波ビームを同方向に同時に放射すると、ひずみ成分が発生する現象である。そのひずみ成分を利用することによって可聴帯域の音を得る原理（非線形性）を利用している[16, 17]。可聴音を得るための変換効率は低いが、音放射方向の狭いエリアにビーム状に音が集中するという「超指向性」を呈することが最大の特長である。周囲への音の拡散が生じないため、「オーディオスポットライト」「音のピンポイント」と呼ばれている[18]。音声の遠隔操作が可能で、パソコンから通常のスピーカーと同様に行える。

上記のような特徴を持つパラメトリックスピーカーを利用することによって、的を絞った対象者の周囲のみに音刺激を呈示するといった環境設定が可能である。すなわち、介入中は同じ部屋やフロアの他の利用者や介護士などに音は聞こえず、音声は対象者の周囲のみで聞くことができる（図1）。イヤホンの使用ではないため、介護者の声や室内の放送も聞くことができる。近年、視覚障害者を安全に歩行誘導するための音響式信号機など福祉分野への活用も報告されている[19]。



（a）通常のスピーカーによる再生　　（b）超指向性スピーカーによる再生

図 1：パラメトリックスピーカーは指向性が強く可聴範囲は（b）の図のように狭い。

これまでは大型で高価（20-30 万円）であったが、Tristate 社製の部品を使用することで小型かつ安価（2 万円程度）で自作することが可能となった。

③各種評価

・対象者

介入期間前後それぞれ一週間内に、認知機能検査 Mini-Mental State Examination（MMSE）、認知症重症度評価 Global Deterioration Scale（GDS）、QOL 評価 The QOL questionnaire for dementia（QOL-D）、BPSD 評価 Neuropsychiatric Inventory（NPI）を実施した。介入期間については、音刺激呈示中 30 分間およびその前後 30 分間における BPSD の頻度およびその内容を記録した。

・介護者

介入期間前後には、担当介護士を対象に、対象者のケアの中で負担に感じる点について口頭質問調査を行った。また介入期間後には、担当介護士を含む主介護者（フロア担当職員 13 名）を対象に、パラメトリックスピーカーの刺激による影響、効果に関する簡易アンケートを実施した。（資料 3）

④解析方法

介入中およびその前後 30 分間の BPSD 出現回数は反復測定による一元配置分散分析（one-way repeated measures analysis of variance（ANOVA））にて解析し、$p < 0.05$ を有意とした。MMSE、GDS、QOL-D、NPI については対象者ごとに前後比較を行った。

C. 結　果

1）症例 1

①疾患名および経過

症例 1 は平成 24 年 1 月に多発性脳梗塞を発症し、DSM-Ⅳで脳血管性認知症（vascular dementia：VaD）に該当する 78 歳男性であった。左不全麻痺は改善傾向にあったが認知機能障害が重度化し、夜間せん妄による昼夜逆転で自宅介護困難となり介護老人保健施設入所となった。MMSE 総得点は 13 点であり、減点項目は見当識、計算、遅延再生であった。BPSD については、徘徊と暴言が頻繁であり、特に朝および家族が帰宅した後の夕方に症状が目立っていた（NPI：興奮，うつ・不快）。歩行が不安定なため転倒リスクが高く、移動には常に付添いが必要であった。大学時代に男性合唱団に所属し、合唱やクラシックなどの音楽鑑賞が趣味であった。

②介入中の結果

体調不良であった 2 回を除き 14 回の介入を実施できた。症例 1 の徘徊を始める起立回数は実施中の 30 分間で有意に少なく（p< 0.05）、その間歌を口ずさむなど穏やかに過ごしていた。実施前後の 30 分間にはそれぞれ 2 ～ 6 回の起立が観察され、その都度付添いや着席の促しが必要であった。実施中およびその前後で暴言は観察されなかった。（図 2, 表 1）

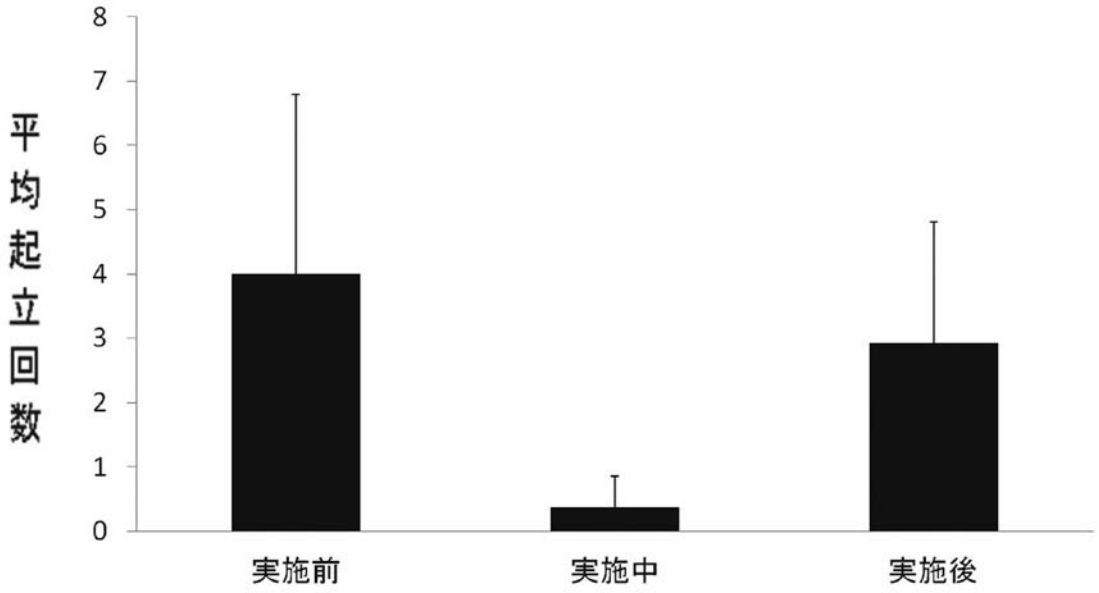


図 2：徘徊を始める平均起立回数（症例 1）

	実施前	実施中	実施後
平均値	4.0 ± 2.8	0.4 ± 0.5	2.9 ± 1.9
範　囲	2 ～ 6	0 ～ 1	0 ～ 6

表 1：徘徊を始める平均起立回数（平均値±標準偏差）と範囲（症例 1）

③介入期間前後の評価結果

・MMSE（認知機能評価）

介入期間後の評価にて場所の見当識が改善し、MMSE 総得点は 13 点から 17 点に向上した。

・GDS（認知症重症度）

GDS はレベル 6 中等度～重度認知症であり介入期間前後で変化は無かった。

・QOL-D（QOL 評価）

QOL-D における「陽性感情」は実施後に向上し、逆に「陰性感情および陰性行動」は軽減するなど正の改善を示した。一方、「落ち着きのなさ」で得点が上がり、「他者への愛着」および「自発性と活動性」が低下するなど、負の変化を示した項目もあった。

・NPI（BPSD 評価）

実施期間前には、「もう帰ります。」と突然立ち上がり歩き始め、止めようとすると易怒的になり暴言を発する、居室を探すように徘徊し「妻に迷惑をかけている。」と涙ぐむ様子が観察されていた。NPI の「興奮，うつ・不快」に該当し、週に数回の頻度、声かけなどで紛らわすことが可能な重症度で出現していた。一方、実施期間後にはこのような症状は無くなったものの、引き出しを開けて中をひっかきまわす、服の着脱をするといった NPI における異常行動が週に数回、生活に影響のない重症度で観察されるようになった。

・担当介護士の口頭質問調査

介入期間前には、徘徊を始める起立回数が多くその都度付添いが必要であり、フロアの見守り不足となってしまう点を負担に感じている、との意見があった。一方、介入期間後にはそのような行動は観察されなくなり、負担に感じる点は無くなった、とのことだった。

2）症例 2

①疾患名および経過

症例 2 は平成 24 年 2 月に左後頭葉から頭頂葉の脳出血を発症し、症例 1 と同じくDSM-Ⅳで VaD 該当する 90 歳女性であった。自宅独居であったが、右片麻痺、半盲に加え、感覚性失語、失行などの高次脳機能障害が重度化し、介護老人保健施設入所となった。失語のため指示理解困難であり、認知機能検査 MMSE の実施は不可であった。BPSD については、左側に幻視があり何かを手でさぐろうとする、無意味語（独語）を繰り返し叫ぶ、アームレストを引っ張る、など落ち着かない行動が観察されていた。何をするか予測不能で転倒リスクが高く、叫び声など他利用者へ影響があるため頻繁に対応する必要があった。日本歌謡曲、中でも石原裕次郎の曲を鑑賞することが好きであった。

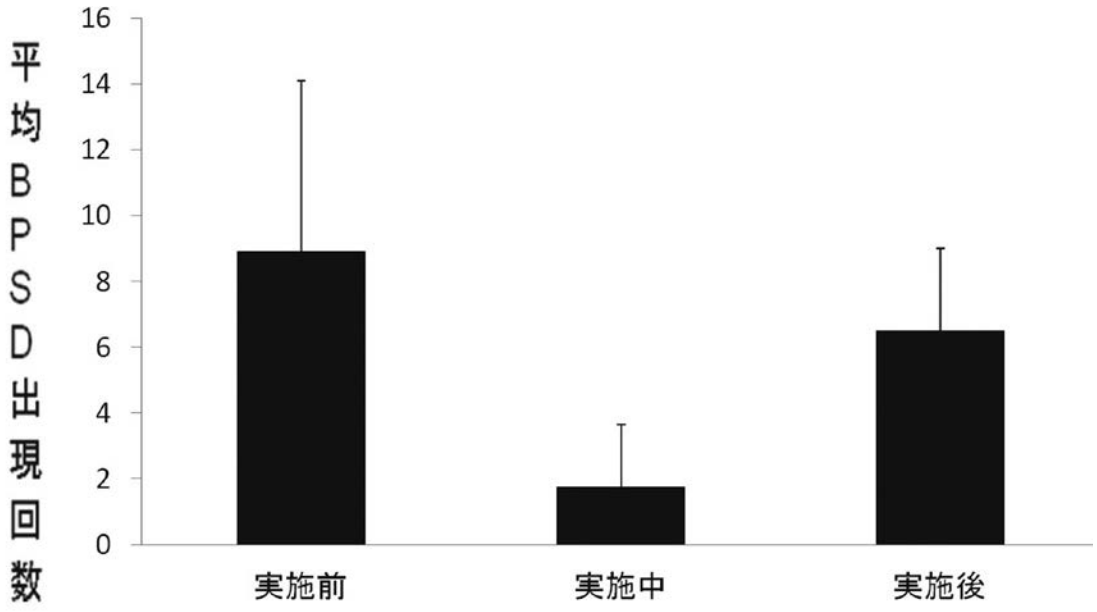


図 3：BPSD の平均出現回数（症例 2）

	実施前	実施中	実施後
平均値	8.3 ± 5.7	2.3 ± 2.4	7.1 ± 4.0
範　囲	2 ～ 18	0 ～ 7	0 ～ 14

表 2：BPSD の平均出現回数（平均値±標準偏差）と範囲（症例 2）

②介入中の結果

症例 2 は 16 回全てのセッションに参加することができた。実施前および実施後の平均 BPSD 出現回数は 8.3 ± 5.7 回、および 7.1 ± 4.0 回であった一方、実施中の BPSD 出現回数は 0 ～ 7 回で有意に少なく（$p < 0.05$）、傾眠をしながら穏やかに過ごす様子が観察された。実施前は特に独語、アームレストの引っ張り、起立などの危険行動が何度も観察され、実施後においては 30 分間の中でも後半に各行動が多く観察された。（図 3, 表 2）

③介入期間前後の評価結果

・MMSE（認知機能評価）

失語により、介入前後ともに実施困難であった。

・GDS（認知症重症度）

GDS はレベル 7 の重度認知症であり、介入期間前後で変化は無かった。

・QOL-D（QOL 評価）

QOL-D における「陰性感情および陰性行動」は軽減し、正の改善を示した。一方、「陽性感情」「コミュニケーション能力」、「他者への愛着」、「自発性&活動性」ではわずかに得点が下がり、「落ち着きのなさ」の項目で 1 点増すなど、負の変化を示した項目が多く認められた。

・NPI（BPSD 評価）

実施期間前には、実在しないものを触ろうとする、話しかけるといった NPI で「幻覚」に該当する症状が 1 日 1 度以上、苦痛であり破綻をもたらすレベルで観察されていた。また、介護に対する拒否、叫び、急激な気分変化（易怒性）など、「興奮」や「易刺激性」に該当する症状も週に数回、対応によりコントロール可能である重症度で出現していた。さらに、悲しむように涙ぐむ「うつ・不快」の症状も週に 1 度程度の頻度で観察され、安心させることに反応するレベルで観察されていた。実施期間後の評価時においても、「興奮」、「うつ・不快」症状は頻度、重症度ともに実施期間前と変わらず観察された。一方、「幻覚」や「易刺激性」に該当する症状はほぼ観察されなくなり、独語や介護拒否が軽減した。

・担当介護士の口頭質問調査

症例 1 と同じく、介入中の 30 分間は対応が必要な頻度が減り、症例 2 を落ち着かせる、他利用者へ配慮する必要がなくなったという点で介護負担が軽減していた。しかし、音刺激が無くなると再び症状が出現したため、効果については限界があるという意見もあった。

3）症例 3

①疾患名および経過

症例 3 はレビー小体型認知症（dementia with Lewy body：DLB）と診断されている 82 歳の男性であった。転倒により第 5 腰椎を圧迫骨折し、その後歩行不可能で車いす生活となり、ADL 低下により介護老人保健施設入所となった。MMSE 総得点は 10 点であり、減点項目は見当識、計算、遅延再生、口頭指示であった。BPSD については、腰部痛の訴えが頻回で「痛いよ。」と何度も叫び、周囲の利用者も落ち着かなくなる、といった問題があった。なお、痛みの箇所について訴えに一貫性がなく、信憑性に乏しい状況であった。教員生活を 48 年間続け、囲碁、歌舞伎、落語鑑賞、書道、旅行、ゴルフなど趣味が多彩であった。

②介入中の結果

体調不良により 2 週間、8 回の介入で終了した。症例 3 の平均 BPSD 出現回数は実施前後は 25.0 ± 19.5 回および 25.4 ± 29.1 回、実施中に 19.3 ± 29.1 回と減少したが、有意差は認められなかった。（図 4, 表 3）

③介入期間前後の評価結果

・MMSE（認知機能評価）

介入期間前後の MMSE 総得点は 10 点であり変化は認められなかった。

・GDS（認知症重症度）

GDS はレベル 6 中等度～重度認知症であり介入期間前後で変化は無かった。

・QOL-D（QOL 評価）

QOL-D における「陽性感情」、「陰性感情および陰性行動」、「コミュニケーション能力」、「自発性&活動性」の項目で実施期間後に正の改善を示し、一方「落ち着きのなさ」および「他者への愛着」の項目では負の変化を示した。

・NPI（BPSD 評価）

実施期間前には、一貫性のない腰痛の訴えにより「痛い。」と繰り返し叫ぶ、活動に対する意欲が低下し介護者がいないと落ち着かない様子が観察されていた。NPI では「うつ・不快，不安」状態に該当し、1 日に 1 度以上、安心させることに反応するレベルで出現していた。また「無為・無関心」である状態はほとんどずっと、激励などに反応しない重症度で出現していた。

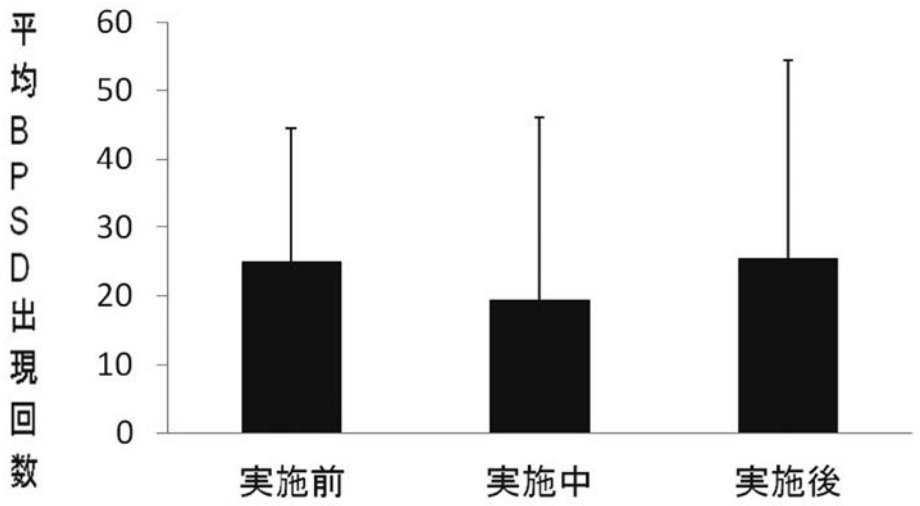


図 4：BPSD の平均出現回数（症例 3）

	実施前	実施中	実施後
平均値	25.0 ± 19.5	19.3 ± 26.8	25.4 ± 29.1
範　囲	5 ～ 63	0 ～ 63	0 ～ 75

表 3：BPSD の平均出現回数（平均値±標準偏差）と範囲（症例 3）

実施期間後の評価では、付添いの人がいないと落ち着かないような「不安」症状は認められなくなり、「うつ・不快」症状の出現頻度は週に数回だが毎日ではない状態に減少した。一方、「無為・無関心」の出現頻度や重症度は改善されなかった。

・担当介護士の口頭質問調査

腰部痛について「痛いよ。」と叫び始めると止まらないこと、周囲の利用者も落ち着かなくなってしまうことに介護負担を感じていた。実施中に症例 3 の叫び声が減ったような気もする、と意見をいただいた。

4) アンケート結果

担当介護士を含む主介護者（フロア担当職員）13 名を対象に行った、パラメトリックスピーカーに関するアンケート結果を示す。

①スピーカーが設置されて困ったことはありましたか?

	数	(%)
1. あった	0	0
2. なかった	13	100

②スピーカーから流れてくる音は気になりましたか?

	数	(%)
1. あった	0	0
2. なかった	0	0
3. どちらともいえない	1	8
4. 気にならなかった	7	54
5. 全く気にならなかった	5	38

③スピーカーを継続的に設置し、使用することは可能だと思いますか?

	数	(%)
1. 思う	12	92
2. 思わない	0	0
3. 未回答	1	8

④スピーカーを設置してから対象者様の問題となる行動（叫び声や徘徊）の頻度は減少しましたか?

	数	(%)
1. かなり減少した	0	0
2. 減少した	5	38
3. 変化はなかった	5	38
4. 減少しなかった	1	8
5. 全く減少しなかった	1	8
6. 未回答	1	8

⑤スピーカーを使用してから介護に対する負担は減少しましたか?

	数	(%)
1. かなり減少した	0	0
2. 減少した	3	23
3. 変化はなかった	6	46
4. 減少しなかった	2	15
5. 全く減少しなかった	1	8
6. 未回答	1	8

⑥認知症フロアで特殊なスピーカーを使うことは有用だと思いますか?

	数	(%)
1. とても有用だと思う	0	0
2. 有用だと思う	4	30
3. どちらでもない	7	54
4. 有用ではないと思う	1	8
5. 全く有用ではないと思う	0	0
6. 未回答	1	8

⑦限られた範囲のみで音が聞こえる特殊なスピーカーは、視覚障害者の方の道案内のために、地下鉄などでも利用されています。介護施設で有効に使用できそうな場所や場面がありましたら教えてください。（自由回答）

比較的肯定的な意見

・一階事務所横や出入り口付近、休日で事務職がいない時などに利用できるのでは?
・弱視の方も多くみえるので、そういう方には各場面で有効だと思う。
・視覚的にトイレを認識できない場合に、トイレの場所を知らせる等の使い方はできるかもしれない。
・自分で動くことができない人のレク代わりなどの音楽鑑賞などは、他者に聞こえなくて良いのかな、と思います。
・若い時から音楽鑑賞が趣味である方や、落語が好きな方などには聞いていただくと有効かもしれません。
・居室（4 人部屋）で趣味にて個人で音楽を楽しみたい方には有効かもしれません。
・広いフロア（食堂等）で一部のスペースで聞こえる場所があれば、好まない音楽を聴かなくても良く、落ち着いて過ごせる利用者が増えるのでは、と思います。
・TV を見たい人や音楽がききたい人、それぞれ違うため、食堂のテーブルの天井につけると、グループで楽しめるのかな?と感じた。

やや否定的な意見

・認知症の方は、他刺激に反応しゆっくり座っていることができない人が多いので、スポットスピーカーだとその場所で聞くという点は難しいと思います。

D. 考　察

今回、特殊なパラメトリックスピーカーを用いることで、複数の認知症高齢者が一日の大半を過ごす施設のフロアにて個別空間を創出し、2 事例の BPSD 出現頻度を減らすことができた。また、対象者に負担を与えることなく介入できた点、他利用者の生活や職員の業務を妨害することなく実施可能であった点で、本取り組みは妥当であったと考える。

介入効果として、聴覚刺激中に BPSD 出現回数が有意に減少したケースが 3 事例中 2 事例で認められた。効果が認められた症例 1 および 2 は VaD と診断されており、介入中は徘徊など落ち着きのない行動、暴言、独語などの頻度が減った。さらに、実施期間終了後には QOL 評価の感情面における改善が認められた。VaD に特徴的な所見として、人格や気分の変調、無為、抑うつ、感情失禁等が報告されている[20]。対象者個別の嗜好に合った音刺激が、情動面の賦活に有効であった可能性が考えられる。一方、音刺激の有無による BPSD 出現回数に差が認められなかった症例 3 は、DLB と診断されている。VaD に対し DLB では、注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺（fluctuation）が認められることが多く[20]、各機能の日内あるいは日間変動が起こりやすいと考えられる。対象者の覚醒、認知機能レベルなどが不安定であり、音刺激の呈示が有効に働かなかった可能性が高い。対象者の嗜好、原因疾患など、多様な個人因子により本介入の効果に差が認められると考えられ、本アプローチによる個別の適用について検証が必要である。

今回の結果より、本介入による長期的な効果が認められたとはいえない。介入中に BPSD 出現回数が減少した 2 事例においても、介入直後の BPSD 出現頻度は増していた。さらに、介入期間後の評価において、QOL-D の「落ち着きの無さ」「意欲」、NPI の該当項目の一部は改善されず、ケースによっては悪化したものも認められた。本報告から、パラメトリックスピーカーを用いた本介入は聴覚刺激中の短期的な効果のみ期待されるものと考えられた。一方、音楽を BPSD 治療の一部として用いた結果 12 ヶ月後の不安および無気力が改善された[21]、同じく音楽療法を施行し 20 週間のフォローアップで幻覚、焦燥、不安等が改善された[22]、という報告もある。音刺激呈示の頻度、実施期間、場面、対象者個々の因子等配慮することにより長期効果を望める可能性もあると考えられ、今後さらなる検証が望まれる。

担当介護士に対する口頭質問調査では、BPSD への対応によりフロアの見守り不足となってしまう点を負担に感じていたが、聴覚刺激中には対象者が落ち着き、負担が軽減したという意見が多く聞かれた。介護者が不足している施設では、個々への対応によりフロアの見守りが不十分となり、利用者の転倒など危険行動のリスクが高い。共有スペースに個別空間を創出し個々の危険行動を減らすことは、利用者全体の安全確保に繋がると考えられ、本スピーカーを有効に活用できる可能性が考えられた。また、担当介護士を含む主介護者 13 名のアンケート結果より、パラメトリックスピーカーの設置により困ったことがあったと答えた者はいなかった。音量についても「4. 気にならなかった」、「5. 全く気にならなかった」と回答した者が 9 割を超えていた。実際に現場で働く介護士にとっても、パラメトリックスピーカーは業務を妨げることなく使用可能なツールであると考えられた。一方、介入期間後の BPSD 出現回数が「2. 減少した」と回答した者は 13 名中 5 名、介護負担が「2. 減

少した」と回答した者もわずか 3 名であった。いずれも「3. 変化がなかった」という回答が 4 割前後であり、本介入による長期的な変化を感じられた介護者は少なかったといえる。先にも述べたように、今回の取り組みでは聴覚刺激中に BPSD の出現回数が減少する短期的な効果は認められたものの、長期的な効果は得られなかった。さらなる介護負担の軽減を図るため、パラメトリックスピーカーを用いた本介入の長期効果の検証に加え、介護者が本スピーカーを簡便に利用できるような環境設定が重要であると考える。

パラメトリックスピーカーは、使用頻度や超音波周波を調整することで人体への影響は無いとされており[15, 17]、安全に使用することのできる機器である。しかし、市販品は非常に高価であり、介護およびリハビリテーション領域でのパラメトリックスピーカーの使用は未だ限定的である。実験試用機器は超音波成分の除去や低音領域の調整が不十分で音質が良くないため、今後装置の開発が望まれる。さらに、パラメトリックスピーカーの利用方法として、施設出入り口の呈示、トイレの場所を知らせる等の提案を得た。 静的な空間環境のみならず、目的空間への誘導や移動教示など動的な環境設定に利用の可能性があると考えられた。

E. まとめ

施設で複数の認知症高齢者が一日の大半を過ごすフロアにおいて、聴覚刺激を用いた個別アプローチを行った。周囲に影響を与えることなく環境設定ができ、事例によって BPSD の出現が減少した点で、パラメトリックスピーカーは有用であった。パラメトリックスピーカーに代表される個別空間の創出が対象者の BPSD の軽減に有効な場合が考えられ、装置の開発や知見の蓄積が望まれる。

【資料 1】 パラメトリックスピーカー

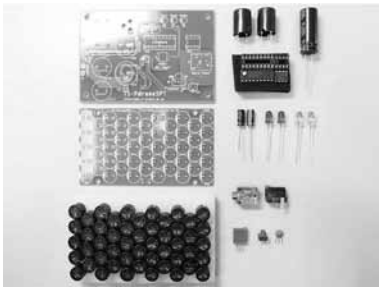


写真 1. パラメトリックスピーカー実験キット（秋月電子：K-02617）

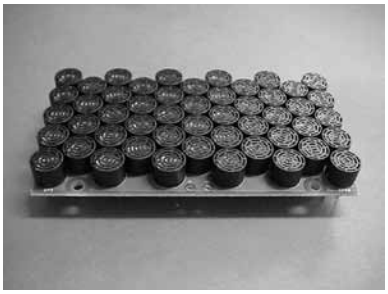
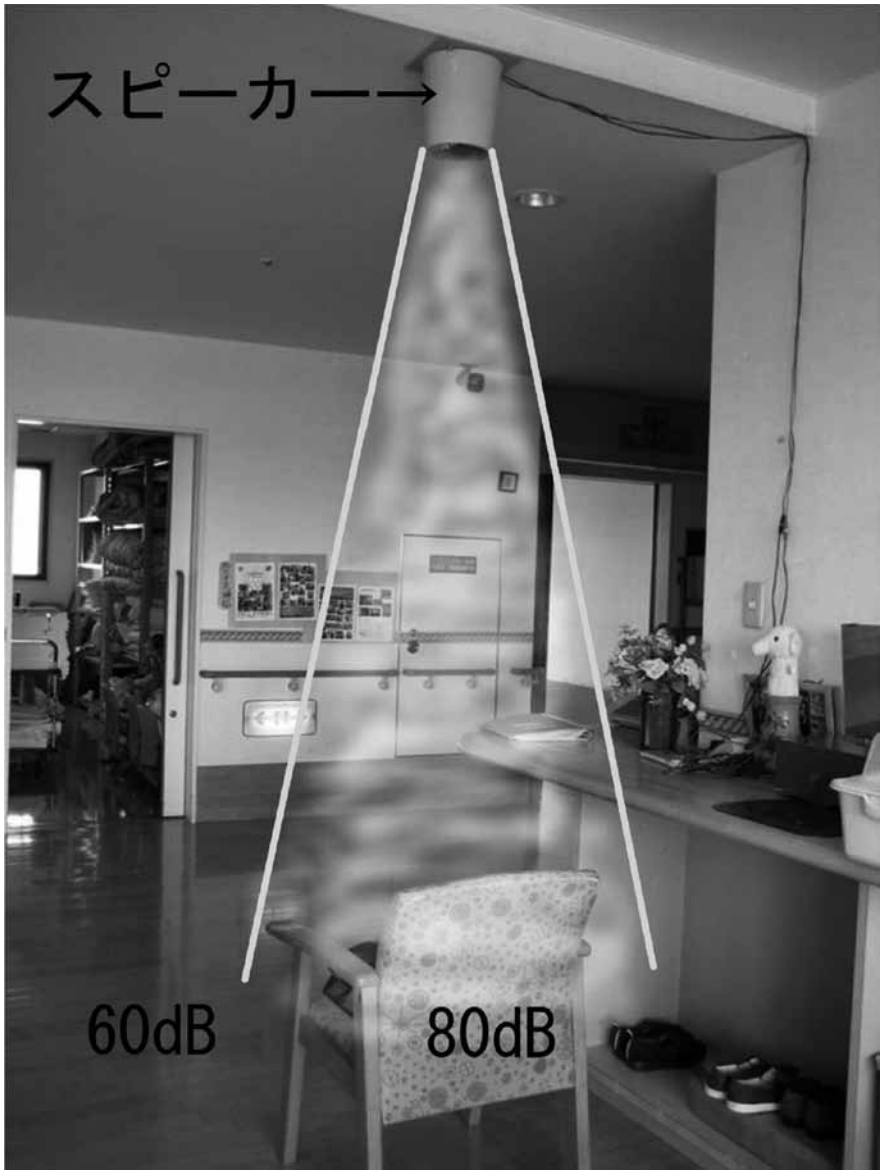


写真 2. 本体内の部品には数十個のスピーカーが組み込まれている

【資料2】　パラメトリックスピーカーによる音呈示



黄色太線の内側に音刺激が伝わる。スピーカー直下は 80dB、わずか 1m 離れた周辺は背景雑音と同じ 60dB である。

【資料 3】

アンケート

今回、叫び声や徘徊のある利用者様を対象に、限られた範囲のみ音が聞こえる特殊なスピーカーを用いて聴覚刺激による介入を行いました。この介入について、以下のアンケートにお答えいただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。

①スピーカーが設置されたことで困ったことはありましたか?

1. あった　　2. なかった

＊上記で「1. あった」と回答された方はお答え下さい。

・どのような点で困りましたか?（複数回答可）

1. スピーカーがあることで日常業務が行いづらかった
2. スピーカーの設置によって他利用者様が不穏になった
3. スピーカーの設置によってフロアの環境が悪くなった
4. その他（自由回答）

②スピーカーから流れてくる音は気になりましたか?

1. とても気になった
2. 気になった
3. どちらともいえない
4. 気にならなかった
5. 全く気にならなかった

③スピーカーを継続的に設置し、使用することは可能だと思いますか?

1. 思う　　2. 思わない

＊上記で「2. 思わない」と回答された方はお答え下さい。

・スピーカーの継続設置ができないと思ったのはなぜですか?（自由回答）

④スピーカーを使用してから対象者様の問題となる行動（叫び声や徘徊）の頻度は減少しましたか?

1. かなり減少した
2. 減少した
3. 変化はなかった
4. 減少しなかった
5. 全く減少しなかった

⑤スピーカーを使用してから介護に対する負担は減少しましたか?

1. かなり減少した
2. 減少した
3. 変化はなかった
4. 減少しなかった
5. 全く減少しなかった

⑥認知症フロアで特殊なスピーカーを使うことは有用だと思いますか?

1. とても有用だと思う
2. 有用だと思う
3. どちらでもない
4. 有用ではないと思う
5. 全く有用ではないと思う

⑦限られた範囲のみで音が聞こえる特殊なスピーカーは、視覚障害者の方の道案内のために、地下鉄などでも利用されています。介護施設で有効に使用できそうな場所や場面がありましたら教えてください。（自由回答）

ご協力いただきありがとうございました。

【参　考】

1) Finkel S. Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia(BPSD). Int J Geriatr Psychiatry. 2000 Jul;15 Suppl 1:S2-4.

2) Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2010 Nov;22(7):1025-39. Epub 2010 Jun 4. Review.

3) Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16 (3):295-315. Review.

4) Sherwood PR, Given CW, Given BA, von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. J Aging Health. 2005 Apr;17(2):125-47.

5) Hersch EC, Falzgraf S. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Clin Interv Aging. 2007;2(4):611-21. Review.

6) Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R, Shinagawa S, Ishikawa T, Mori T, Toyota Y,Matsumoto T, Adachi H, Hirono N, Tanabe H. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. Dement Geriatr Cogn Disord. 2007;23(4):219-24. Epub 2007 Feb 9.

7) Melo G, Maroco J, de Mendonça A. Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. Int J Geriatr Psychiatry. 2011 Dec;26 (12):1275-82. doi: 10.1002/gps.2677. Epub 2011 Feb 28.

8) 粟田 主一、BPSD概念の提唱と臨床への寄与(特集BPSDの疾患別特徴−AD、DLB、FTD)、老年精神医学雑誌 21(8)、843-849、2010-08

9) Quayhagen MP, Quayhagen M, Corbeil RR, Hendrix RC, Jackson JE, Snyder L, Bower D. Coping with dementia:evaluation of four nonpharmacologic interventions. Int Psychogeriatr. 2000 Jun;12(2):249-65.

10) Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003260. Review.

11) Woods B, Thorgrimsen L, Spector A, Royan L, Orrell M. Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. Aging Ment Health. 2006 May;10(3):219-26.

12) Forbes D, Forbes S, Morgan DG, Markle-Reid M, Wood J, Culum I. Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD006489. Review.

13) Thuné-Boyle IC, Iliffe S, Cerga-Pashoja A, Lowery D, Warner J. The effect of exercise on behavioral and psychological symptoms of dementia: towards a research agenda. Int Psychogeriatr. 2011 Dec 15:1-12.

14) 内閣府：平成 24 年版高齢社会白書　第 1 章　東京, 2012, p.2.

15) Lee S, Katsuura T, Shimomura Y. Effects of parametric speaker sound on physiological functions during mental task. J Physiol Anthropol. 2011;30(1):9-14.

16) 鎌倉 友男、酒井 新一　パラメトリックスピーカの実用化（〈小特集〉最近のスピーカの話題）日本音響学会誌 62（11）、791-797、2006-11-01.

17) 鎌倉 友男、伊藤 幹也、野村 英之　超音波暴露の調査：パラメトリックスピーカを話題にして（〈小特集〉超音波暴露に関する研究の動向）　日本音響学会誌 67（5）、200-203、2011-05-01.

18) 鎌倉 友男、青木 健一、酒井 新一、銭 盛友. パラメトリックスピーカに関する最近の研究. 電子情報通信学会技術研究報告、US、超音波 104（613）、17-20、2005-01-21.

19) 大森 清博、北山 一郎、鎌倉 友男、酒井 新一　パラメトリックスピーカ及び補助スピーカを用いた音響式信号機の歩行誘導特性評価に関する研究（応用装置、〈小特集〉非線形音響の新展開論文）　電子情報通信学会論文誌　A、基礎・境界 J91-A（12）、1174-1180、2008-12-01.

20) 辻 省次、川村 満ら、脳･神経疾患の臨床　認知症神経心理学的アプローチ、中山書店、2012 3 月

21) Weber K, Meiler-Mititelu C, Herrmann FR, Delaloye C, Giannakopoulos P, Canuto A. Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for neuropsychiatric symptoms in dementia. Aging Ment Health. 2009 Jan;13(1):92-8.

22) Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, Ubezio MC, Villani D, Trabucchi M. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2008 Apr-Jun;22(2):158-62.

シングル介護者（現役世代で独身の介護者）が抱える課題の抽出とその支援策に関する研究事業



シングル介護者（現役世代で独身の介護者）が抱える課題の抽出とその支援策に関する研究事業

主任研究者　小長谷 陽子　（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
分担研究者　鈴木　亮子　（広島国際大学　心理科学部）

A.　背景と目的

高齢者の介護を社会全体で支える制度として 2000 年に介護保険が導入された。その後、介護保険に対する認知度も上がり、介護サービスの充実も図られてきた。しかし、高齢化は更に進展し、2025 年には団塊の世代が後期高齢者となる。それに伴い認知症患者数は今後も増加の一途であり、介護は更に多くの人が直面する問題となる。また、高齢者のいる世帯構造もこの 20 年で大きく変化した。親と子どもの同居の観点からみると、未婚率が上昇する中で三世代世帯は減少し、親と未婚の子のみの世帯が増加している。そのため、世帯中の高齢者が認知症となり介護が必要となった場合、仕事の両立が問題となるケースも増加している。今後は、非婚の子どもが親を介護している「シングル介護」をどう支えていくかが重要な課題の一つとなる。

本研究では、このような問題意識のもと、65 歳未満の非婚の介護者の集いを実施し、その集いに参加したことがあるシングル介護者（幻影世代で独身の介護者）にアンケート調査を実施した。また、シングル介護をテーマとした講演会・シンポジウムを実施し、そこに参加した人達のシングル介護に対するアンケート調査を実施した。これらの調査を通して、シングル介護をとりまく現状を把握し、今後の支援の方向性を検討することを目的とする。

I　シングル介護の集いの実施と参加者に対するアンケート

B　方　法

1）集いの実施

2012 年 4 月、6 月、8 月、12 月の第 1 日曜日、13 時～ 16 時に実施した。2013 年 2 月のみシングル介護に関する講演会・シンポジウムのプログラムの中に集いの時間を設定した。延べ参加者数は 58 人であった。

2) アンケート調査

⑴ 調査表

シングル介護者の実態についてはまだ十分な調査はなされていない。そのため、心身の健康状態や経済状況も含めた日常の様子を把握するような項目や、シングル介護者にとって、大きな問題である就労についての把握ができるような質問項目で構成した（P83 資料 -1）。

⑵ 調査対象者と方法

2012 年 4 月～実施しているシングル介護者の集いに参加したことがある介護者 32 名に、自記式質問票による郵送調査を実施した。

⑶ 調査期間

2012 年 11 月

⑷ 倫理的配慮

研究目的・方法及び倫理的事項を記載した説明書を調査票に同封し、回答の返送をもって同意が得られたものとした。分析にあたっては、個人が特定されないよう配慮した。

C 結 果

シングル介護者の集いに参加したことのある 32 名に送付し、有効回答 18 名で、回収率は 56.3% であった。

1) 要介護者（表 1-1、1-2）

性別は女性が約 83% で、年齢は 80 歳代が約 61% と最も割合が高かった。世帯構成は「父親 or 母親と自分」が約 78% と最も高く、親世帯と未婚の子ども一人という代わりの介護者がいないという状況であった。介護保険は 100% が認定を受けており、要介護度は要介護 3 が約 33%、次いで要介護 2 が 22% であった。認知症に関する医療機関の受診状況は、近隣かかりつけ医を受診していると答えた人が約 44% と最も高かった。介護サービスは 100% の人が利用しており、中でも通所介護（デイサービス）が約 56% と最も多く、次いで訪問介護（ヘルパー）の約 44% であった。介護保険以外のサービスを利用している人は約 28% であった。

項目	(n=18)	人数	(%)	項目	(n=18)	人数	(%)
性別				介護保険			
	男性	3	(16.7)		認定済	18	(100.0)
	女性	15	(83.3)	介護保険認定済者の要介護度			
年齢	79.5±9.4				要介護1	4	(22.2)
	70歳代	5	(27.8)		要介護2	6	(33.3)
	80歳代	11	(61.1)		要介護3	3	(16.7)
	90歳代	1	(5.6)		要介護4	3	(16.7)
	不明	1	(5.6)		要介護5	2	(11.1)
世帯構成							
	父親or母親と自分	14	(77.8)				
	両親と自分と兄弟（姉妹）	1	(5.6)				
	父親or母親と自分と兄弟（姉妹）	1	(5.6)				
	その他	2	(11.1)				

表1-1 要介護者の特性

項目 (n=18)	人数	(%)
医療機関受診状況(複数選択)		
・近隣かかりつけ医		
あり	8	(44.4)
なし	10	(55.6)
・近隣専門医		
あり	6	(33.3)
なし	12	(66.7)
・遠方専門医		
あり	1	(5.6)
なし	17	(94.4)
・未受診		
あり	2	(11.1)
なし	16	(88.9)
・その他		
あり	2	(11.1)
なし	16	(88.9)
介護保険サービス利用有無		
利用している	18	(100.0)
介護保険以外のサービス利用		
利用している	5	(27.8)
利用していない	13	(72.2)

項目 (n=18)	人数	(%)
介護保険サービス利用者の各種サービス利用状況(複数選択)		
・通所介護（デイサービス）		
あり	10	(55.6)
なし	8	(44.4)
・通所リハビリ（デイケア）		
あり	1	(5.6)
なし	17	(94.4)
・短期入所（ショートステイ）		
あり	2	(11.1)
なし	16	(88.9)
・小規模多機能		
なし	18	(100.0)
・グループホーム入居		
あり	1	(5.6)
なし	17	(94.4)
・老人保健施設入所		
なし	18	(100.0)
・療養型医療施設入所		
なし	18	(100.0)
・特別養護老人ホーム入所		
あり	1	(5.6)
なし	17	(94.4)
・　訪問介護（ヘルパー）		
あり	8	(44.4)
なし	10	(55.6)
・訪問看護・訪問リハビリ		
あり	5	(27.8)
なし	13	(72.2)
・訪問入浴		
あり	1	(5.6)
なし	17	(94.4)
・福祉用具レンタル		
あり	5	(27.8)
なし	13	(72.2)
・その他		
あり	1	(5.6)
なし	17	(94.4)

表1-2　要介護者の特性

2) 介護者

(1) デモグラフィック（表 2）

性別は男性が約 56%、女性が約 44% と男性が少し多かった。年齢は 50 歳代が約 83%、40 歳代が約 17% であった。続柄は実の関係が 100% であった。介護状況は自宅介護が約 89% を占め、約 83% が主介護者であった。介護期間は 2 ～ 3 年未満の人が最も多く約 33%、次いで 4 ～ 5 年未満が約 22% であった。

項目	(n=18)	人数	(%)	項目	(n=18)	人数	(%)
性別				主介護者or副介護者			
	男性	10	(55.6)		主介護者	15	(83.3)
	女性	8	(44.4)		副介護者	3	(16.7)
年齢	59.3±10.7			介護期間			
	40歳代	3	(16.7)		半年～1年	1	(5.6)
	50歳代	15	(83.3)		2～3年未満	6	(33.3)
要介護者との続柄					3～4年未満	3	(16.7)
	実父	4	(22.2)		4～5年未満	4	(22.2)
	実母	14	(77.8)		5～10年未満	1	(5.6)
介護状況					10年以上	3	(16.7)
	自宅介護	16	(88.9)				
	施設入所	2	(11.1)				

表2　介護者のデモグラフィック

(2) 日常生活の様子（表 3-1、3-2）

介護を担うようになった理由（複数選択）で 70% 以上あったものは、「同居しているから」（約 89%）、「自分以外にみる人がいないから」（約 72%）、「自分の家族だから」（約 72%）であった。介護に費やす時間は「半日程度」が約 39% と最も多かったが、要介護者のことを気づかったり、考える時間は更に長く、「ほとんど終日」が約 44% と最も多く、常に要介護者のことが頭にあることがうかがえる。自分のために使える自由時間は「1 ～ 2 時間」「2 ～ 3 時間」「3 ～ 5 時間」がそれぞれ約 22% であった。社会活動の機会の変化は、「かなり減った」の約 44%、「ある程度減った」の約 39% を合わせると、減少した人は 80% を超えており、日常生活に影響がでていた。「介護の悩みを相談できる人」を約 61% の人が持っており、介護の専門的なことを相談できる人や窓口・機関がある人が約 83% いた。このように何らか相談できる相手・機関はあっても、約 72% の人は孤立感を感じていた。

項目	(n=18)	人数	(%)			人数	(%)
介護を担うようになった理由							
・同居しているから				・仕事が比較的楽だから			
	あり	16	(88.9)		あり	1	(5.6)
	なし	2	(11.1)		なし	17	(94.4)
・自分以外にみる人がいないから				・家族の中で自分が収入が低いから			
	あり	13	(72.2)		あり	1	(5.6)
	なし	5	(27.8)		なし	17	(94.4)
・近くに住んでいるから				・仕事を持っていないから			
	なし	18	(100.0)		なし	18	(100.0)
・自分の家族だから				・介護は女性のほうがむいているから			
	あり	13	(72.2)		なし	18	(100.0)
	なし	5	(27.8)	・遺産を相続することになっているから			
・パートなど，仕事が短時間だから					あり	1	(5.6)
	なし	18	(100.0)		なし	17	(94.4)
				・その他			
					あり	1	(5.6)
					なし	17	(94.4)

表3-1　介護者の日常生活の様子

項目	(n=18)	人数	(%)		項目	(n=18)	人数	(%)
介護に費やす時間					社会活動の機会の変化			
	1時間未満	2	(11.1)			かなり減った	8	(44.4)
	1～2時間	2	(11.1)			ある程度減った	7	(38.9)
	2～3時間	2	(11.1)			変わりない	1	(5.6)
	半日程度	7	(38.9)			増えた	1	(5.6)
	ほとんど終日	3	(16.7)			不明	1	(5.6)
	不明	2	(11.1)		介護協力者の有無			
要介護者のことを気づかったり，考える時間						頻繁に協力してくれる人がいる	1	(5.6)
	1時間未満	1	(5.6)			たまに協力してくれる人がいる	4	(22.2)
	1～2時間	2	(11.1)			誰もいない	13	(72.2)
	半日程度	6	(33.3)		介護の悩みを相談できる人の有無			
	ほとんど終日	8	(44.4)			いる	11	(61.1)
	不明	1	(5.6)			いない	7	(38.9)
自分のために使える自由時間					介護の専門的なことを相談できる人や窓口・機関			
	30分以内	1	(5.6)			いる（ある）	15	(83.3)
	1時間以内	2	(11.1)			いない（ない）	3	(16.7)
	1～2時間	4	(22.2)		孤立感			
	2～3時間	4	(22.2)			感じる(感じた)ことがある	13	(72.2)
	3～5時間	4	(22.2)			感じる(感じた)ことはない	5	(27.8)
	5時間以上	2	(11.1)					
	不明	1	(5.6)					

表3-2　介護者の日常生活の様子

⑶ 介護者の心身の状態（表 4）

体調（身体）は「まあまあよい」が最も多く半数の 50% であったが,「あまりよくない」も約 40% あった。体調（身体）の調子が「あまりよくない」と答えた人のうち、医療機関を受診している人は約 85.7% であった。睡眠については、「まあまあ眠れる」が最も多く半数の 50% であったが、その一方で「あまり眠れない」（27.8%）「眠れない」（5.6%）と不眠を感じている人は約 33% いた。介護による睡眠 (深夜 0 時～ 5 時) の中断は約 56% の人が一晩で1回以上中断されていた。食欲は「まあまあ食べられる」が約 67% と最も多く、食欲が低下している人はいなかった。イライラ感は「よくある」が最も多く 50% であった。落ち込み感は、「よくある」（33.3%）、「ときどきある」（44.4%）を合わせると約 78% の人が感じていた。健康診断は「受けている」が最も多く約 67% であった。健康維持のための時間保持は「まあまあできている」「あまりできていない」ともに約 33.3%と最も多かったが、「十分にできている」が約 11% であるため、できている人のほうが多かった。

項目	(n=18)	人数	(%)
体調（身体）			
	とてもよい	2	(11.1)
	まあまあよい	9	(50.0)
	あまりよくない	7	(38.9)
体調不良の受診有無（n=7）			
	受診している	6	(85.7)
	受診していない	1	(14.3)
睡眠			
	よく眠れる	1	(5.6)
	まあまあ眠れる	9	(50.0)
	あまり眠れない	5	(27.8)
	眠れない	1	(5.6)
	不明	2	(11.1)
介護による睡眠(深夜0時～5時)の中断			
	全くない	8	(44.4)
	一晩で1回程度	4	(22.2)
	一晩に2回程度	4	(22.2)
	一晩に3回以上	2	(11.1)

項目	(n=18)	人数	(%)
食欲			
	よく食べられる	6	(33.3)
	まあまあ食べられる	12	(66.7)
イライラ感			
	よくある	9	(50.0)
	ときどきある	8	(44.4)
	不明	1	(5.6)
落ち込み感			
	よくある	6	(33.3)
	ときどきある	10	(55.6)
	あまりない	2	(11.1)
健康診断有無			
	受けている	12	(66.7)
	受けたいができない	1	(5.6)
	受けていない	5	(27.8)
健康維持への時間保持			
	十分にできている	2	(11.1)
	まあまあできている	6	(33.3)
	どちらともいえない	4	(22.2)
	あまりできてない	6	(33.3)

表4　介護者の心身の状態

⑷ 介護者の就業状況（表 5-1、5-2）

現在の就業状況は「正社員」が約 44%、次いで「自営業」が約 22% であった。介護を始める前後での就業状況の変化では,「変化なし」と答えた人は約 28% で、それ以外の人は何らかの影響を受けていた。転職, 退職, 休職などをしたことがある人における収入の減少は、「おおいに減った」が 75% であった。就業中、就業経験がある人における、介護休業制度の整備については、「ない（なかった）」が約 56% と最も多かった。また、介護休業制度が「ある（あった）」と答えた人の中で利用した人はいなかった。利用しないと答えた 4 名うち 2 名の理由は、「制度は設けてあるが実質使えない」で、1 名は「使いづらそうな雰囲気」であり、制度が実際は機能してない様子がうかがえた。

項目	(n=18)	人数	(%)	項目	(n=18)	人数	(%)
就業状況				就業状況変化			
	正社員	8	(44.4)		変化なし	5	(27.8)
	派遣社員	1	(5.6)		融通の利きやすい職種・職場に転職	3	(16.7)
	パート・アルバイト	2	(11.1)				
	自営業	4	(22.2)		正社員からパート・アルバイトへ	2	(11.1)
	未就業	2	(11.1)				
	その他	1	(5.6)		仕事をやめた	1	(5.6)
					その他	7	(38.9)

表5-1　介護者の就業状況

項目		人数	(%)	項目		人数	(%)
転職，退職，休職などによる収入減(n=12)				介護休業制度利用の有無(n=5)			
	おおいに減った	9	(75.0)		利用していない（利用しなかった）	4	(80.0)
	少し減った	2	(16.7)				
	不明	1	(8.3)		不明	1	(20.0)
勤務先の介護休業制度状況(n=18)				介護休業制度を利用しない理由(n=4)			
	ある(あった)	5	(27.8)		検討中	1	(25.0)
	ない(なかった)	10	(55.6)		使いづらそうな雰囲気	1	(25.0)
	知らない(知らなかった	2	(11.1)		制度は設けてあるが実質使えない	2	(50.0)
	不明	1	(5.6)				

表5-2　介護者の就業状況

⑸ 介護者の経済状況（表 6）

毎月の介護費用は「～ 5 万円未満」が最も多く約 39% であった。毎月必要な介護費用の介護者の負担割合は、「負担していない」が 50% と最も多く、次いで「2 ～ 3 割」の約 17%であった。現在の収入状況で家計の成立状況は、「貯金を切り崩している」が約 56% と最も多かった。将来的な経済不安に関しては、「不安である」の約 61% と、「少し不安である」の約 22% を合わせると約 83% であり、多くの人が経済的な不安を感じていた。現在貯金を切り崩していない人も、この先はどうなるかわからないという不安を抱いていることがうかがえる。

項目	(n=18)	人数	(%)	項目	(n=18)	人数	(%)
毎月の介護費用				家計の成立状況			
	～5万円未満	7	(38.9)		成り立っている	6	(33.3)
	5万円～10万円未満	4	(22.2)		貯金を切り崩している	10	(55.6)
	10万円～20万円未満	2	(11.1)		他の家族・親戚から仕	1	(5.6)
	20万円以上	2	(11.1)		その他	1	(5.6)
	不明	3	(16.7)	将来的な経済不安			
介護費用負担割合					不安である	11	(61.1)
	9割以上	1	(5.6)		少し不安である	4	(22.2)
	7～8割	1	(5.6)		あまり不安でない	1	(5.6)
	4～6割	2	(11.1)		不安ではない	2	(11.1)
	2～3割	3	(16.7)				
	負担していない	9	(50.0)				
	不明	2	(11.1)				

表6　介護者の経済状況

⑹自由記述（表 7-1、7-2）

自由記述による回答で、シングル介護らしい内容であったのは、まず「今後の問題や悩み」に対する回答で、「仕事が続けられるのか」「再就職ができるのか」という就業に関することであった。現役世代であるシングル介護者にとって、就業の継続は重要であることがうかがえる。次に「今後の生活で大切にしたいこと」に対する回答で、「これからの生活設計をしっかりとたてたい（自分の人生を大切にしたい）」というものであった。40、50 歳代が多いシングル介護者にとって、介護を終えたあとの介護者自身の人生は長い。よって将来設計は高齢の介護者より更に切実である。次は「現在の制度にないもので、支援として欲しいもの」に対する回答の「介護による短時間勤務が認められる制度」「介護休業の延長」というものであった。介護休業制度はあるものの、中小企業の猶予措置の撤廃は 2012 年7月からであり、制度の導入率としてはまだ十分ではないことがうかがえる。また、育児と異なり見通しがつかないことが、介護休業の延長という要望につながっていると思われる。

孤立感を感じた理由					
・	介護の苦労を話しても通じない	n=2	・	世間の動き（連休で遊びに行くなど）から取り残された感じ	n=1
・	全ての判断を自分で決めなくてはいけない	n=2			
・	本人のために外出を控え，友人と会う機会が減った	n=2	・	行政の担当者など，生活者の視点疑問を感じる	n=1
・	本人と2人だけの世界	n=1	・	認知症のことだけでなく，自分自身のことも含めた特殊な運命に対して	n=1
・	ちょっとしことを頼める人が周りにいない	n=1			
・	精神的に頼れる相手がいない	n=1	・	携帯電話の着信数	n=1
現在の問題や悩み					
・	自分が体調を崩した際の本人のこと	n=4	・	将来的に両親共に介護が必要になった場合のこと	n=1
・	精神的な負担を強く感じる	n=3			
・	経済的なこと	n=3	・	認知症，ターミナルに対応できるヘルパーがいない	n=1
・	いつまで続くかわからず先にが見えないこと	n=2			
・	一人で複数介護をしていること	n=2	・	認知症の人は外を出歩くことも難しく，サポート体制が不十分	n=1
・	自分の時間がない	n=1			

今後の問題や悩み					
・	本人の認知症の進行	n=3	・	いつまで続くかわからず先にが見えないこと	n=1
・	仕事が続けられるのか	n=3	・	再就職ができるのか	n=1
・	自分が体調を崩した際の本人のこと	n=2	・	本人が亡くなった後の喪失感	n=1
・	経済的なこと	n=2	・	厚労省は在宅介護に舵を切りなおしたが,	n=1
・	自分自身の精神的なこと	n=2		制度が整っていない	
・	施設入所が必要になったときのこと	n=2			
今後の生活で大切にしたいこと					
・	本人の残りの日々を穏やかに過ごさせたい	n=6	・	自分自身の健康	n=2
・	これからの生活設計をしっかりとたてたい	n=6	・	経済的な見通し	n=1
	（自分の人生を大切にしたい）		・	自分らしいコミュニケーションの取り方	n=1
・	自分自身の精神的安定	n=4			
シングル介護だからこその大変さ					
・	代わりがいない	n=7	・	家族の中に相談相手がいない	n=2
・	1対1の介護で逃げ場がない	n=4	・	人生設計がたたない	n=1
・	社会とのつながりが切れそうになり,	n=2	・	一人が複数の親を介護している状況	n=1
	閉塞しがち				

表7-1　自由記述に対する回答（複数回答）

現在の制度にないもので, 支援として欲しいもの					
・	介護による短時間勤務が認められる制度	n=2	・	ショートステイでも毎日の入浴	n=1
・	介護休暇（1年）の延長	n=1	・	BPSDをみてくれる医師の派遣	n=1
・	介護者が心身不調となったときに支援してくれ	n=1	・	介護サービスの代わりに給付金のサービス	n=1
	るシステム		・	税金など優遇税制（仕事をやめ収入がないのに	n=1
・	16時に終わるデイサービスをカバーしてくれる	n=1		税金だけ払わなくてはならない）	
	施設		・	国民年金の開始年齢を60歳に早める(仕事が	n=1
・	公的に認められた人が, 安い料金で本人を	n=1		ない上, 介護中に何が起こるかわからない）	
	病院に連れて行ってくれるサービス		・	成年後見人にならなくても, 本人が結んだ不利	n=1
・	介護者の精神的負担を軽減するような制度	n=1		益な契約を家族が取り消せる制度	
・	介護者へのカウンセリング	n=1	・	認知症の症状で, 例えば商品を持ってきてし	n=1
・	デイサービスでショートステイができるように	n=1		まった際に, 処罰が免除される制度	
その他					
・	シングル介護の会が少ない	n=1	・	認知症のこと, 介護制度のことなど新しいことを	n=1
・	シングル介護の会にもっと出席したいが,	n=1	・	学ぶことに喜びを感じるときもある	n=1
・	長時間家をあけられない	n=1	・	認知症になった今のほうが, 本人を大切に	n=1
・	精神的につらいことが多いので, それを軽減	n=1		していると思う	
	する支援が欲しい		・	実母を介護できてよかったと思う日がきっとくる	n=1
・	ケアマネジャーの質がどこでもよくない	n=1		と思う	
・	ボランティアをうまく活用してもらえたら助かる	n=1	・	介護を通して人として成長できたらと思う	n=1

表7-2　自由記述に対する回答（複数回答）

D 考 察

本調査の対象者の世帯構成では、「父親 or 母親と自分」が約 78% で、代わりの介護者がいないという状況の中での介護であった。そのため、就業状況において、「変化なし」と答えた人は約 28% であり、それ以外の人は何らかの影響を受けていた。それに伴い収入が減った人は「おおいに減った」「少し減った」を合わせると約 92% であり、経済的にも影響を受けていた。また、生涯未婚率（50 歳時点で一度も結婚したことのない人の割合）は今後も増加し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2010 年版）」によると、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には、男性で 28.5%、女性では 20.8% と推計されている。よって、本調査の対象者のように、介護による就業状況の変化、それに伴う収入の減少の状態に陥るシングル介護者も増加することが考えられ、シングル介護者への対応は喫緊の課題である。

就業中のシングル介護者を支える制度は、現在では介護休業制度のみであるが、その介護休養制度が「ない」と答えた人は 56%あった。中小企業の猶予措置の撤廃は、2012 年7月からであるため、勤務先の規模によっては制度がない事業所である可能性も考えられる。いずれにしても制度としてはまだ十分に整っていないのが現状である。また、介護休業制度があるにも関わらず、利用しない理由として「制度は設けてあるが実質使えない」「使いづらそうな雰囲気」というものが選択されおり、制度があってもその運用にも問題がある現状もうかがえる。

“介護者は第二の患者”と言われるほど、心身ともに負荷がかかる。本調査の対象者は、体調（身体）の調子が「あまりよくない」と答えた人は約 39% と半数には満たなかった。しかし、精神的な部分では、「イライラ感」を何らか感じている人は約 94%、「落ち込み感」を何らか感じている人は 89% であった。また、介護について相談できる友人や専門職がいると答えても、約 72% の人が孤立感を感じており、メンタル的なサポートも必要と思われる。本調査の対象者は、シングル介護の集いに一度でも参加したことがある人に対して実施したが、回答者のうち男性が約 56% と半数以上を占めた。参加者の様子をみていても、同じ男性でもあっても、高齢の介護者に比べ、“集い”というスタイルに抵抗感が低いように思われた。よって、“集い”というスタイルが男女ともにメンタル的なサポートを果たしやすいと考えられる。

シングル介護者の場合、介護を行っていく中で、仕事との兼ね合いが大きな問題となる。しかし、介護と仕事の両立は難しいという現状であった。シングル介護者は、経済的な問題も含め、将来に大きな不安を抱いており、そのことが介護の大変さとは別に、精神的な負荷となっていることは容易に考えられた。また、シングル介護者は、40 歳代、50 歳代が主であるため、企業にいても管理職などの中核を担う人材でもある。そのような人材が介護離職に至らないためには、企業にとっても人材確保という点で重要である。育児とは異なり、ある程度の年限が予想できない介護に対する就業における支援は、より柔軟にすることが大切である。また、男女ともに利用することを視野に入れることが重要である。

シングル介護の現状は、就業に焦点を当てた調査は徐々に行われつつあるが、日常生活まで含めた把握は十分ではない。今後も調査を積み重ね、シングル介護を支えるのに適した制度の基礎的データを収集する必要がある。

Ⅱ　シングル介護をテーマとした講演会･シンポジウムを実施と参加者へのアンケート調査

B　方　法

1) 講演会・シンポジウムの実施

2013 年 2 月にシングル介護に関する講演会・シンポジウム「親の老後・自分の老後～シングル介護者への支援を考える～」を実施し 245 名が参加した。

2) アンケート調査

⑴ 調査表

参加者のシングル介護に対する認識や、講演会・シンポジウムに参加した後のシングル介護に対する認識を問うための質問項目で構成した（P91 資料 -2）。

⑵ 調査対象者と方法

講演会・シンポジウムの参加差者 245 名に対し、開始時にアンケートを配布し、終了時に記入を求め回収した。

⑶ 倫理的配慮

アンケート記入を依頼する際、研究目的・方法及び倫理的事項を口頭にて説明し、回答の記入をもって同意が得られたものとした。分析にあたっては、個人が特定されないよう配慮した。

C　結　果

1) 講演会・シンポジウム

⑴ 講演会

長年にわたり認知症の本人と家族を支援している沖田裕子氏（NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター）が、自身の介護体験・支援体験に基づきながら、親の老後をどのように考え、自分自身の老後をどう考えるかを講演した。

⑵ シンポジウム

シングル介護者男性 2 名（内正社員としての就労 1 名）、女性 2 名（内正社員としての就労 1 名）がシンポジストとして登壇した。会場からの質問に答える形でシンポジストの現状に触れながら、シングル介護の現状と支援についてディスカッションが進められた。

論点としては、第 1 に介護による離職とそれに伴う様々な不安が取り上げられた。シングル介護の場合、仕事と介護の両立に関して、職場の理解がないことや、介護者自身も身体的にも精神的にも両立は難しいと考えてやめてしまうことが多い。シンポジストからは、仕事がストレス解消になることがあること、仕事を継続していることが精神的な安心感につながっている部分があることが語られた。しかし、正社員として就労しているシンポジストは、今後も正社員としての就労継続が可能かど

うかには不安を抱いており、現在の制度では、介護と正社員としての就労の両立の難しいことが論じられた。第 2 の論点としては、シングル介護者の場合、介護に関する重要な出来事を決める際に相談する相手がおらず、そのことが精神的負担となることが挙げられた。これについては、講演会でも触れられたエンディングノートが取り上げられた。エンディングノートを準備することで、資産、延命治療、葬儀のことなどについてあらかじめ考えておけることが論じられ、それは要介護者のことだけでなく、介護者自身の老後についても考えることにつながることが合わせて取り上げられた。

2) アンケート結果

シングル介護に関する講演会・シンポジウムに参加した 245 名に配布し、有効回答 177 名、回収率は 72.2% であった。

⑴ デモグラフィック（表 8-1）

参加者は女性が約 83% を占めた。年齢は、シングル介護世代である 40 歳代、50 歳代を合わせると約 51%で、50 歳代までで約 61% であった。立場としては、介護職が最も多く約 40% で、次いで介護者の約 36% であった。

⑵ 参加者のシングル介護に対する認識（表 8-1、図 1）

参加理由（複数回答）としては, 最も高かったものが「『自分の老後』というタイトルに興味」が約 60% で、次いで「『親の老後』というタイトルに興味」が約 35% であった。「シングル介護という言葉を聞いたことがあるか」については,「聞いたことがある」が約 73% であった。一方、「シングル介護という言葉の意味を知っているか」については、「知っていた」が約 52% であった。「知っているつもりだったが、正しい理解ではなかった」が約 22% であり、聞いたことがあるということと、正しく理解することは必ずしも一致していないなかった。

⑶ 講演会・シンポジウム参加後のシングル介護に対する認識（表 8-1）

「シングル介護は今後,重要な課題か」については、「とてもそう思った」が約 78% を占めた。「シングル介護者支える制度が必要か」については、「とてもそう思った」が約 75% を占めた。

項目	(n=177)	人数	(%)
性別			
	男性	29	(16.4)
	女性	147	(83.1)
	不明	1	(0.6)
年齢			
	10歳代	1	(0.6)
	20歳代	8	(4.5)
	30歳代	8	(4.5)
	40歳代	25	(14.1)
	50歳代	65	(36.7)
	60歳代	42	(23.7)
	70歳代	17	(9.6)
	80歳代	2	(1.1)
	90歳代	1	(0.6)
	不明	8	(4.5)
立場			
	介護者	64	(36.2)
	介護職	71	(40.1)
	看護職	11	(6.2)
	行政	1	(0.6)
	その他	27	(15.3)
	不明	3	(1.7)

項目	(n=177)	人数	(%)
シングル介護という言葉を聞いたことがあるか			
	聞いたことがある	130	(73.4)
	聞いたことがない	46	(26.0)
	不明	1	(0.6)
シングル介護という言葉の意味を知っているか			
	知っていた	93	(52.5)
	知っているつもりだったが，正しい理解ではなかった	39	(22.0)
	今日の講演会でその意味を初めて知った	40	(22.6)
	不明	5	(2.8)
シングル介護は今後，重要な課題か			
	とてもそう思った	138	(78.0)
	まあまあそう思った	34	(19.2)
	どちらでもない	1	(0.6)
	不明	4	(2.3)
シングル介護者を支える制度が必要か			
	とてもそう思った	133	(75.1)
	まあまあそう思った	35	(19.8)
	どちらでもない	3	(1.7)
	不明	6	(3.4)

参加理由			
●	「親の老後」というタイトルに興味		
	はい	60	(33.9)
	いいえ	108	(61.0)
	不明	9	(5.1)
●	「自分の老後」とういタイトルに興味		
	はい	106	(59.9)
	いいえ	61	(34.5)
	不明	10	(5.6)
●	「シングル介護者への支援」というサブタイトルに興味		
	はい	50	(28.2)
	いいえ	120	(67.8)
	不明	7	(4.0)
●	とらの巻は都合がつけば参加		
	はい	36	(20.3)
	いいえ	133	(75.1)
	不明	8	(4.5)
●	その他		
	はい	22	(12.4)
	いいえ	147	(83.1)
	不明	8	(4.5)

表8-1　アンケート結果

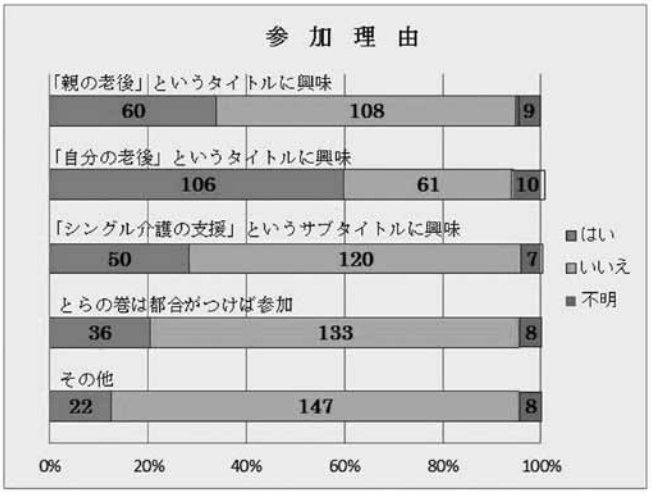


図1　参加理由

D 考 察

シングル介護という言葉を聞いたことがある人が約 73% であったが、これは一般社会の認識よりも高いと考えられる。参加者は愛知県支部の会員である可能性が高く、愛知県支部では会報でもシングル介護の集いに関する記事などを掲載しており、参加者はシングル介護という言葉を目にしていると思われるからである。しかし、「知っているつもりだったが、正しい理解ではなかった」が約 22% あり、知っていることと正しい理解とは必ずしも一致していない。「今日の講演会でその意味を初めて知った」が約 23%であることからも、このような講演会・シンポジウムを行うことは、シングル介護を正しく知ってもらうことにつながっている。また、講演・シンポジウム後の参加者の回答結果からは、シングル介護の問題の重要性や、シングル介護者を支える制度の必要性を多くの参加者が感じており、講演会・シンポジウムが啓発活動としての成果をあげていることがうかがえた。

今回の対象者は介護職も多くいたため、シングル介護者の支援にあたり、シンポジウムで論議された点がシングル介護者の理解につながり、支援に活かされることを期待したい。

【資料1】

●**認知症のご本人のこと**についておうかがいします。
あてはまる番号に○をつける，あるいはご回答をお願いします。



問1 性別

1．　男性　　2．女性

問2 年齢

＿＿＿＿歳

問3 世帯構成

1．両親と自分　　2．父親 or 母親と自分　　3．　一人暮らし
4．両親と自分と兄弟(姉妹)　　5．父親 or 母親と自分と兄弟(姉妹)
6．その他（　　）

問4 どのような医療機関で診療をうけていますか？ あてはまるものに全て○をつけて下さい。

1．近隣の認知症を専門としない医療機関
2．近隣の認知症を専門とする医療機関
3．遠方の認知症を専門とする医療機関
4．受診していない　　5．その他（　　）

問5 介護保険を申請していますか？

1．申請していない　　2．申請中　　3．認定済み
4．認定非該当　　5．わからない

↓ 5．」と答えた方はこちらの質問へ

問6 問5で介護保険の「認定済み」と回答した方におうかがいします。
該当する要介護度に○をつけてください。

1．要支援（　1　・　2　）
2．要介護（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　）
3．わからない

問7 介護保険サービスは利用していますか？

1．利用している　　2．利用していない

↓ 1．」と答えた方はこちらの質問へ

問8 問7で「利用している」と回答した方におうかがいします。どんな介護保険サービスを利用していますか？ 利用しているサービス全てに○をつけてください。

1．通所介護（デイサービス）	8．介護老人福祉施設（特養）入所
2．通所リハビリ（デイケア）	9．訪問介護（ホームヘルパー）
3．短期入所（ショートステイ）	10．訪問看護・訪問リハビリ
4．小規模多機能居宅介護	11．訪問入浴
5．グループホーム入居	12．福祉用具レンタル
6．介護老人保健施設入所	13．その他（　　）
7．介護療養型医療施設入所	14．わからない

問9 医療保険や**介護保険以外のサービス**（例：市町村が実施しているサービスなど）を利用していますか？ あてはまるものに全て○をつけて下さい。

1．利用している　　2．利用していない　　3．わからない

↓ 「1.」と答えた方はこちらの質問へ

問10
1．配食サービス　　2．緊急通報サービス　　3．寝具洗濯・乾燥サービス
4．家族介護用品(紙おむつ・尿取りﾊﾟｯﾄﾞなど)支援事業
5．外出支援サービス　　6．介護手当
7．その他（具体的に　　）



●介護者であるあなたご自身のことについておうがかいします。
あてはまる番号に○をつける，あるいはご回答をお願いします。

問11 性別

1．　男性　　2．女性

問12 年齢

＿＿＿＿歳

問13 認知症ご本人の続柄は、あなたから見て何にあたりますか？

1．実父　　2．実母　　3．兄弟　　4．養父　　5．養母
6．叔父　　7．叔母　　8．その他（　　）

問14 現在，認知症のご本人と同居していますか？

1．同居している　　2．同居していない

問15 問13で「6．叔父」「7．叔母」「8．その他」と答えた方で，なおかつ問14で「2．同居していない」と答えた方にお尋ねします。これまでに認知症のご本人と同居したことはありますか？

1．同居したことがある　　2.同居したことがない

問16 あなたは主たる介護者ですか、それとも主たる介護者を助ける立場ですか？

1．主たる介護者　　2．主たる介護者を助ける立場　　3．その他（　　）

問17 介護の状況

1．自宅介護　　2．通っての介護　　3．その他（　　）

問18 介護期間

1．半年未満　　2．半年～1年未満　　3．1年～2年未満　　4．2年～3年未満
5．3年～4年未満　　6．4年～5年未満　　7．5年から10年未満　　8．10年以上



あなた自身の生活についてうかがいます

問19 あなたが現在介護している人の介護を担うようになったのはどのような理由からですか？
あてはまるものに全て○をつけてください。

1．同居しているから		2．自分以外にみる人がいないから	
3．近くに住んでいるから		4．自分の家族だから	
5．パートなど，仕事が短時間だから		6．仕事が比較的楽だから	
7．家族の中で自分が収入が低いから		8．仕事を持っていないから	
9．介護は女性のほうがむいているから		10．遺産を相続することになっている	-K213
11．その他（具体的に　　）			

問20 現在，あなたが介護をしている人のことを考えたり，気づかったりしている時間は，
1日のうちどのくらいですか？

1．1時間未満	2．1～2時間	3．2～3時間	4．半日程度
5．ほとんど終日			

問21 現在，あなたが介護をしている人に，実際に介護を行っている時間は，1日のうち
どれくらいですか？

1．1時間未満	2．1～2時間	3．2～3時間	4．半日程度
5．ほとんど終日			

問22 深夜(午前0時～5時くらい）の時間帯に，介護のために睡眠が中断されることが
ありますか？

1．全くない	2．一晩で1回程度	3．一晩に2回程度
4．一晩に3回以上：（　　）回		

問23 現在，睡眠，食事，入浴の時間，家事や介護，仕事などに費やす時間を除いて，1日の内
あなたが自分のために自由に使える時間はどのくらいですか？

1．30分以内	2．1時間未満	3．1～2時間	4．2～3時間
5．3～5時間	6．5時間以上		

問24 あなたは上記（問23）で答えた時間に主に何をしていますか？

（　　）

問25 現在の就業状況について教えてください

1．正社員として就業している		2．派遣社員として就業している	
3．パート･アルバイトで就業している		4．休職している	
5．就業していない			
6．その他（　　）			

問26 介護を始める前と今とでは，就業状況が変化していますか？

1．変化はない	2．介護のために融通の利きやすい職種･職場に変わった	
3．正社員からパート･アルバイトに変わった		
4．仕事をやめた(正社員，派遣社員，パート，アルバイトのいずれでも)		
5．その他（　　）		

問27 転職，退職，または休職したことがある方にお聞きします。**何回かある方は最近のことをお答えください。**転職，退職，休職により，収入は減りましたか？

1．おおいに減った　2．少し減った　3．変わらなかった
4．少し増えた　5．おおいに増えた

問28 現在，仕事をしている方・仕事をしていた経験のある方にお聞きします。
勤め先に介護休業制度はありますか（ありましたか）？

1．ある（あった）　→　問29にお進みください
2．ない（なかった）　3．知らない（知らなかった）　→　問31にお進みください

問29 **上記(問28)で，勤め先に介護休業制度がある（あった）方にお聞きします。**
勤め先の介護休業制度を利用しましたか？

1．利用している（した）　2．利用していない（利用しなかった）

↓

問30 **上記(問29)で，「2．利用していない（利用しなかった）」方にお聞きします。**
その理由にあてはまるものは何ですか？

1．検討中　2．利用できる立場ではない(パートやアルバイトなどであるため)
3．使いづらそうな雰囲気である　4．制度は設けてあるが実質使えない
5．その他（　　）

問31 介護のために，介護をする以前に行っていた趣味やボランティア，サークル活動など社会活動の機会が減りましたか？

1．かなり減った　2．ある程度減った　3．少々減った
4．変わりない　5．増えた

問32 あたなの介護に協力してくれる人はいますか？

1．頻繁に協力してくれる人がいる　2．たまに協力してくれる人がいる
3．誰もいない　→　問34にお進みください

問33にお進みください

問33 上記(問29)で，「頻繁に協力してくる人がいる」「たまに協力してくれる人がいる」と答えた方にお聞きします．それは誰ですか？

（　　）

問34 介護についての悩みや気持ちを相談できる人はいますか？

1．いる　2．いない

↓ 問35にお進みください

問35 上記（問35）で，いると答え方にお聞きします。
それは誰ですか？

（　　）

問36 介護に関する専門的なことを相談できる人や窓口・機関はありますか？

1．いる（ある）　　2．いない（ない）

→ 問37にお進みください

問37 上記（問36）で，「1．いる（ある）」と答え方にお聞きします。
それは誰（兄弟，友人，どの組織 or 機関など）ですか？

（　　）

あなた自身の健康についてうかがいます

問38 ご自身の体調（身体）について，最もあてはまるところに○をつけてください。

1．とてもよい　　2．まあまあよい　　3．あまりよくない
4．まったくよくない

→ 問39にお進みください

問39 上記（問38）で，「あまりよくない」「まったくよくない」と答えたかたにお聞きします。
体調（身体）がよくないということで，医療機関を受診されたことはありますか？

1．受診している　　2．受診したいができない
3．受診していない

問40 睡眠について，最もあてはまるところに○をつけてください。

1．よく眠れる　　2．まあまあ眠れる　　3．あまり眠れない
4．眠れない

問41 食事について，最もあてはまるところに○をつけてください。

1．よく食べられる　　2．まあまあ食べられる　　3．あまり食べられない
4．食べられない

問42 いらいらすることの頻度について．最もあてはまるところに○をつけてください。

1．よくある　　2．時々ある　　3．あまりない　　4．ない

問43 落ち込むことの頻度について．最もあてはまるところに○をつけてください。

1．よくある　　2．時々ある　　3．あまりない　　4．ない

問44 あなたは自分の健康診断を受けていますか？

1．受けている　　2．受けたいができない　　3．受けていない

問45 ご自身の健康維持（休息，気分転換，食事，通院，など）に時間をかけることができていますか？

1．十分にできている　　2．まあまあできている　　3．どちらともいえない
4．あまりできていない　　5．全くできていない　　6．特に必要ない

あなた自身の暮らし向きについてうかがいます

問46 現在，介護のためにかかる家計の負担は，毎月どれくらいですか？

＿＿＿＿＿＿＿＿万円

問47 上記（質問46）の金額のうち，あなたが負担する割合はどれくらいですか？

1．9割以上	2．7～8割	3．4～6割
4．2～3割	5．1割以下	6．負担していない

問48 現在の収入で，現時点では家計は成り立っていますか？
あてはまるものに全て○をつけてください。

1．成り立っている	2．貯金を切り崩している	
3．他の家族や親戚から仕送りを受けている		4．借金をしている
5．その他（　　）		

問49 将来的な経済的不安について，最もあてはまるところに○をつけてください。

1．不安である	2．少し不安である
3．あまり不安でない	4．不安ではない

あなた自身の生活面の不安や願いについてうかがいます

問50 次の各質問について，あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号に○をつけてください。

		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
①	あなたが介護をしている人の行動に対し，困ってしまうと思うことがありますか	0	1	2	3	4
②	あなたが介護をしている人のそばにいると，腹がたつことがありますか	0	1	2	3	4
③	介護があるので，家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4
④	あなたが介護をしている人のそばにいると，気が休まらないと思いますか	0	1	2	3	4
⑤	介護があるので，自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
⑥	あなたが介護をしている人が家にいるので友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
⑦	介護を誰かに任せてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4
⑧	あなたが介護をしている人に対して，どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
		全く負担ではない	多少負担に思う	世間並みの負担だと思う	かなりの負担だと思う	非常に大きな負担である
⑨	全体を通してみると，介護をするということは，どのくらい自分の負担になっていると思いますか	0	1	2	3	4

問51 介護をしていることで，「自分は孤立している」と感じる（感じた）ことはありますか？

1．感じる（感じた）ことがある　　2．感じる（感じた）ことはない

問52 上記（問51）で，「感じる（感じた）ことがある」と答えた方にお聞きします。
どうしてそのように感じていますか（感じていましたか）？　具体的にお書きください。

［　　］

問53 現在，あなたは介護者として，どんな問題や不安･悩みがありますか？
ご自由にお書きください。

［　　］

問54 今後（将来），こんな問題や不安･悩みが生まれそうだということがありますか？
ご自由にお書きください。

［　　］

問55 今後のあなたの生活において，何か大切にしたいことがありますか？
ご自由にお書きください。

［　　］

問56 認知症の介護は大変ですが，シングル介護だからこそ，他の立場の介護者とは異なる大変さがありますか？　ご自由にお書きください。

問57 現在の制度にはないもので，あなたが支援として欲しいものはありますか？
ご自由にお書きください。

例：短時間労働を認めてくれるなどの仕事と介護の両立に対する制度
精神的に不安定になることもあるので，専門家(精神科医，臨床心理士など)とのカウンセリング

その他

問58 これまでの質問に対する答えでは，伝えきれていないと感じているあなたの思いや，お考えになっていること，伝えたいことなどがありましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました

【資料2】

「とらの巻」講演会　アンケート

以下の項目について，あてはまる番号に○をつける，あるいはご回答をお願いします。

問1 性別　　問2 年齢

1．　男性　　2．女性　　＿＿＿＿歳

問3 あなたの立場にあてはまるものをお選びください

1．介護者　　2．介護職　　3．看護職

4．行政　　5．その他（　　）

問4 今日の「虎の巻講演会」に参加してみようと思った理由にあてはまるものに全て○をつけてください

1．タイトルの「親の老後」の部分に興味があった

2．タイトルの「自分の老後」の部分に興味があった

3．サブタイトルの「シングル介護者への支援」の部分に興味があった

4．虎の巻は都合がつけばいつも参加している

5．その他（　　）

問5 あなたはシングル介護という言葉をこれまで聞いたことがありましたか？

1．聞いたことがある　　2．聞いたことがない

問6 あなたはシングル介護という言葉の意味を知っていましたか？

1．知っていた　　2．知っているつもりだったが，正しい理解ではなかった

3．今日の講演会でその意味を初めて知った

問7 今日の講演会に参加して，シングル介護は今後，介護の問題の中でも重要な問題になると思いましたか？

1．とてもそう思った　　2．まあまあそう思った　　3．どちらでもない

4．あまりそう思わなかった　　5．全くそう思わなかった

問8 今日の講演会に参加して，シングル介護の抱える課題の中で，介護者自身を支える制度が必要だと思いましたか？

1．とてもそう思った　　2．まあまあそう思った　　3．どちらでもない

4．あまりそう思わなかった　　5．全くそう思わなかった

問9 その他何でもよいのでご記入ください

（　　）

～　ご協力ありがとうございました　～

認知症に関する地域づくりを推進するための若い世代への認知症啓発に関する研究事業



認知症に関する地域づくりを推進するための若い世代への認知症啓発に関する研究事業

主任研究者　小長谷 陽子　（認知症介護研究･研修大府センター研究部）
分担研究者　鈴木　　亮子　（広島国際大学　心理科学部）

A.　背景と目的

認知症に関する認識や知識はメディアで取り上げられる頻度が増えるにつれ、社会一般に広がりつつある。高校生、大学生などの若い世代にとっても「認知症」という言葉を聞く機会は増えている。その一方で、生活状況としては核家族化が進み、高齢者と生活する機会は減っている。そのため、「認知症」という言葉そのものは聞いたことがあっても、実体験を伴った正しい理解をする機会は決して多くない。また、若年性認知症に関しては、高校生、大学生の親が罹患する可能性もあり、若年性認知症を含め認知症について知ることは若い世代にとっても重要なことである。今後、認知症患者の数は増加の一途であり、これからの担い手となる若い世代に、認知症の正しい知識を早くから伝えることは重要なことである。よって、一昨年、昨年に引き続き、本研究では若い世代の中でも高校生を取り上げ、認知症に関する授業を実施し、それによる高校生の意識の変化について検討することを目的とした。

B. 方　法

1）対象者

高校 2 年生 297 名（女子）。

2）授業の実施方法

総合授業として認知症に関する講義を 90 分実施し、テキストとしては大府センターが高校生・大学生向けに作成した認知症啓発のためのパンフレット「認知症ってなんだろう」を使用した。

3) アンケート実施

授業前後でアンケート（添付資料）を実施した。授業前後での意識の変化が見られるよう、共通の項目部分を設けるなどして作成した。

以下に、授業前後のアンケートの項目を比較した表を示す。

4) 倫理的配慮

アンケート実施に関して倫理的配慮について説明し、同意をする場合のみ記入することとした。アンケートは無記名で行い、個人が特定されないよう配慮した。

授業前後で同じ項目の部分

質問項目一覧			
授業前		授業後	
問1	認知症について知っているか		
問2	若年性認知症について知っているか		
問3	家族など身近に認知症の人がいたかどうか		
問4	認知症の人が身近にいた場合，同居家族かどうか		
問5	認知症に対するイメージ 自由記述）		
		問1	認知症の授業はためになったか
		問2	「ためになった」と感じた理由 自由記述）
		問3	「ためにならなかった」と感じた理由 自由記述）
問6	認知症の基本的知識が高校生にも必要かどうか	問4	認知症の基本的知識が高校生にも必要かどうか
		問5	認知症に関して知っていたほうがいいと思うことや知りたいこと 自由記述）
問7①	認知症ともの忘れは同じである	問6①	認知症ともの忘れは同じである
問7②	認知症になった本人は，何もわからないから楽である	問6②	認知症になった本人は，何もわからないから楽である
問7③	認知症の方には，子どもと接するように接したほうがよい	問6③	認知症の方には，子どもと接するように接したほうがよい
問7④	認知症になると，いろいろな気持ちも感じなくなる	問6④	認知症になると，いろいろな気持ちも感じなくなる
問7⑤	自分の家族が認知症になったら周りの人に知られたくない	問6⑤	自分の家族が認知症になったら周りの人に知られたくない

表1　質問項目一覧表

C. アンケート結果

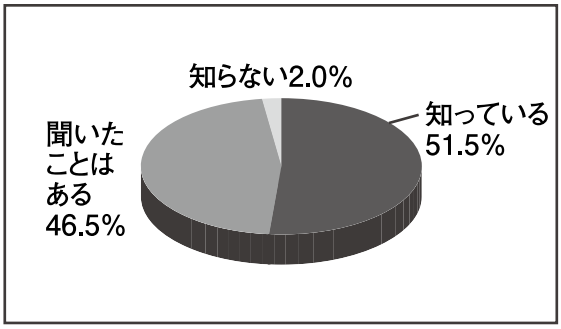
アンケートの有効回答数は 297 名であった。

授業前のアンケート項目の順に結果を示していく。前後で同じ項目の部分については、その比較を示していき、その後に、授業後のみの質問項目について順に示していく。

1）授業前のみの項目

問 1『認知症について知っていますか？』

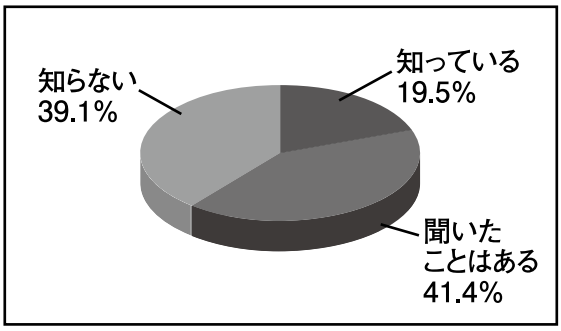
回答	人数
知っている	153
聞いたことはある	138
知らない	6
合計	297



認知症について「知らない」という人は 2% で、“認知症”という言葉についてはほとんどの生徒が知っている。

問 2『若年性認知症について知っていますか？』

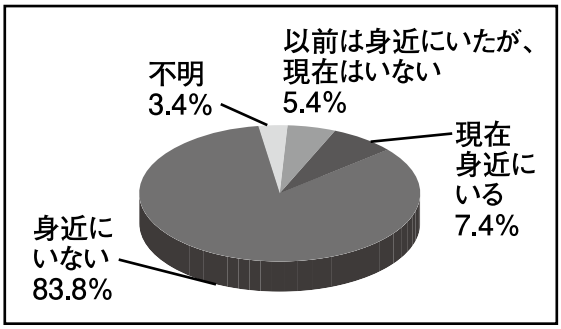
回答	人数
知っている	58
聞いたことはある	123
知らない	116
合計	297



“ 若年性認知症 ” については、「知らない」と答えた生徒が約 39% で、問 1 に比べるとかなり多くなる。

問 3『ご家族、ご親戚などあなたの身近に認知症のかたはいますか？』

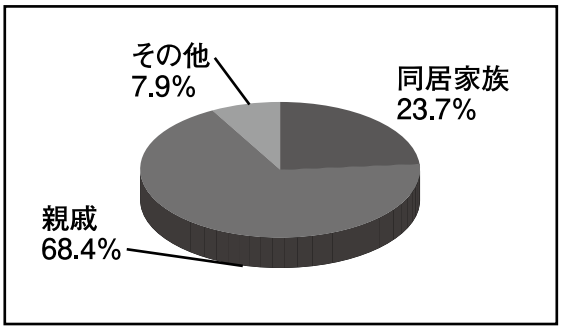
回答	人数
以前は身近にいたが、現在はいない	16
現在身近にいる	22
身近にいない	249
不明	10
合計	297



約84%の生徒は身近に認知症の方がいたわけではなく、実際に接したことはないことがうかがえる。

問４『問３で「1. 身近にいたが、現在はいない」「2. 現在身近にいる」と答えた方がお答えください？』

回答	人数
同居家族	9
親戚	26
その他	3
合計	38



認知症の方が「1. 身近にいたが、現在はいない」「2. 現在身近にいる」という生徒の中で、同居していた経験のある人は約 24% である。対象者全体でみた場合、認知症の人と同居した経験のある人は 3.0（9 人 /297 人）%とごくわずかである。

問５『あなたの認知症に対するイメージを書いてください（自由記述)』

以下は、自由記述の抜粋である。

●問３で「1 . 身近にいたが、現在はいない」「2 . 現在身近にいる」と答えた人の回答の抜粋

自由記述内容
灰色
こわい
介護が大変そう。
しゃべるのが難しい。物忘れが激しい。
単なる物忘れではなく、病的な物忘れ。
今さっき話していた事を何度も聞き直す。自分がやったかのように言う。忘れやすい。
忘れることが多くなる。感情が入りすぎて怒ることが多くなる。
物忘れがはげしくなって大変だし、記憶がないことが一番になっている人は苦痛だと思う。
夜中に突然家を抜け出したりして大変。
一人で生活しているイメージ。何もわからなくて苦しいイメージ。
自分がしてきたことを丸々忘れてしまう。トイレの場所や自分の部屋を間違えてしまう。フラフラとどこかに出掛けていってしまったりする。
怒りっぽい、ボーっとしている。自分がすべて正しいと思っている。間違っていても気づかない。病院を嫌う。
脳梗塞の後遺症として言語障害や飲み込みが難しくなったり、家族の名前などがわからなくなる病気。
ボケてきて、前までできていたことができなくなったり、人のこととか物忘れが厳しくなること。
忘れてしまうというよりも、わからなくなってしまう感じ。祖母が私のことを忘れてしまうと考えたらすごく嫌。
何度も同じ事を聞いてしまったり、自分ではわかっていても、言いたい事を言えずに心の底にしまってしまう。

●**問 3** で「3 . 身近にいない」と答えた人の回答の抜粋

自由記述内容
物忘れとかがすごい。
ボケるみたいなイメージ。
何回も同じ事を聞く。ご飯を食べたのに食べていないと言う。
今までの記憶がどんどんなくなって、介護してても忘れられて寂しいイメージ。
物忘れがひどくて、最終的には人の顔や名前も忘れてしまうイメージ。
家族や周りの人が大変なイメージ。
本人も周りもとても困ってしまう。
認知症に対するイメージは、すぐいろいろな事を忘れたり、道に迷ったりしているイメージが、私はとてもあります。それに、同居家族の皆さんが大変なイメージがあります。
かわいそう。どうにかしてあげたい。
物事をすぐに忘れてしまう。何回も同じ事を聞く。お年寄りは大半認知症になっている。
相手にするとウザそう。
認知症は物忘れとは違う。一回言ったことは忘れてしまう。いろいろな事に興味を持たない。何回も同じことをやってほしいと言う。一日決まった薬を何回も飲んでしまう。
大変そう。少し迷惑。
あまり良いイメージではない。ちゃんとご飯を食べさせても、食べてないと言う人もいると聞いたことがあります。このようなことがあると、近所付き合いもいろいろイメージとして悪くなるのではと思います。本人もかわいそうだと思うし、家族もかわいそうだと思います。
認知症はその本人がとても大変なイメージ。
記憶を消しゴムで消される感じだと思う。赤ちゃんみたいになっていく。
一人では生きていけなくなる病気だと思う。
何かすごく周りからのイメージが悪そう。とりあえず何かの悪い病気みたいな。
何か自分が知っている人が壊れちゃって悲しい。根気よく付き合わないといけない。大変な病気。
大変そう。認知症にはなりたくない。絶対辛いと思う。今までのことを全部忘れて、時々思い出して、みんなに迷惑をかけて…なんて絶対に嫌。困らせるくらいなら死にたい。でも周りが認知症になったら、今みたいに穏やかに接しようなんて思えないと思う。
認知症になると記憶がなくなったり、忘れやすくなったりすると聞いたことがあるので、介護者が娘だとしても、その記憶がなくなってしまったりするので、悲しいと思う。介護が大変そう。

身近に認知症の人がいた生徒とそうでない生徒ともに物忘れという記述が多かった。身近に認知症の人がいた生徒が挙げている具体例は、実際に日々見聞きしているものなのだろうと思われた。

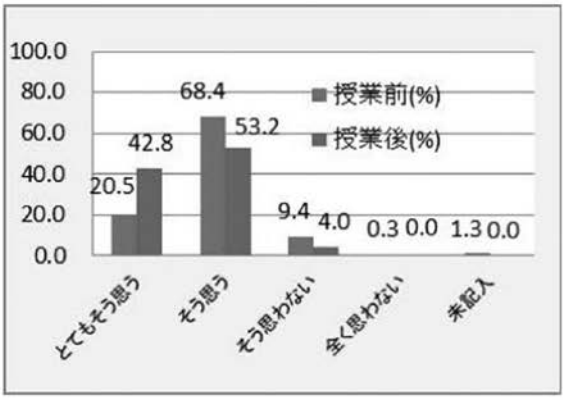
また、身近に認知症の人がいた生徒とそうでない生徒ともに、本人の辛さや周りの辛さにも目が向いていたり、本人の辛さを思う記述がある反面、negative なイメージが先行しているものも多かった。メディアによって認知症に触れる機会が多くなっていると思われるが、大変な病気であるという印象も強くなっていることがうかがえた。

2）授業前後での共通項目

問６（授業前）：**問４**（授業後）

『認知症の基本的なことについて、高校生ぐらいの年齢の人たちも知っている必要があると思いますか?』

	授業前		授業後	
	人数	%	人数	%
とてもそう思う	61	20.5	127	42.8
そう思う	203	68.4	158	53.2
そう思わない	28	9.4	12	4.0
全く思わない	1	0.3	0	0.0
未記入	4	1.3	0	0.0
合計	297	100.0	297	100.0
		88.9		96.0



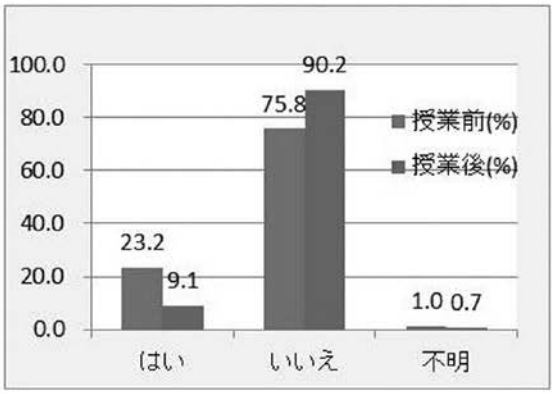
授業後のほうが、認知症のことについて知っている必要があると感じている生徒（「とてもそう思う」「そう思う」）が増加している。

また、授業後では「とてもそう思う」という生徒が増加している。

問７①（授業前）：**問６①**（授業後）『認知症は物忘れと同じである』

	授業前		授業後	
	人数	%	人数	%
はい	69	23.2	27	9.1
いいえ	225	75.8	268	90.2
不明	3	1.0	2	0.7
合計	297	100.0	297	100.0

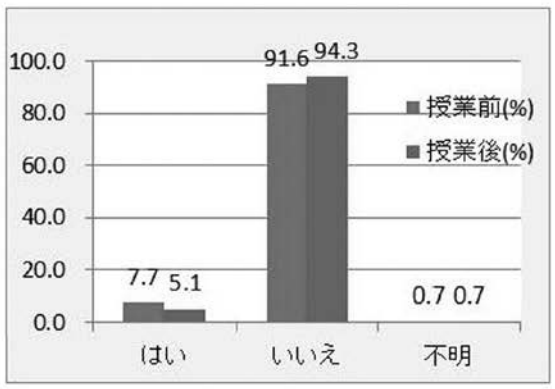
授業後のほうが、認知症が単なる物忘れでないことへの理解が進んでいる。



問７②（授業前）：**問６②**（授業後）『認知症になった本人は何もわからないから楽である』

	授業前		授業後	
	人数	%	人数	%
はい	23	7.7	15	5.1
いいえ	272	91.6	280	94.3
不明	2	0.7	2	0.7
合計	297	100.0	297	100.0

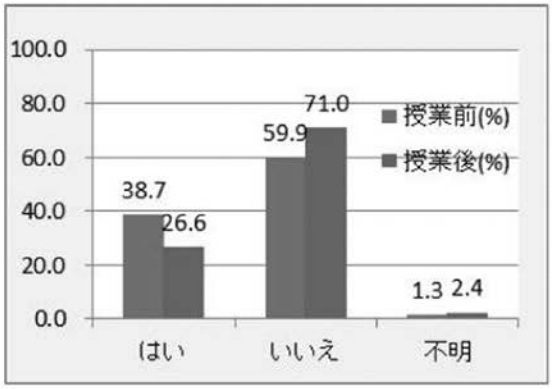
授業前後ともに、認知症の人自身も辛いということを理解している。



問７③（授業前）：**問６③**（授業後）

『認知症の方には子どもと接するように接したほうがよい』

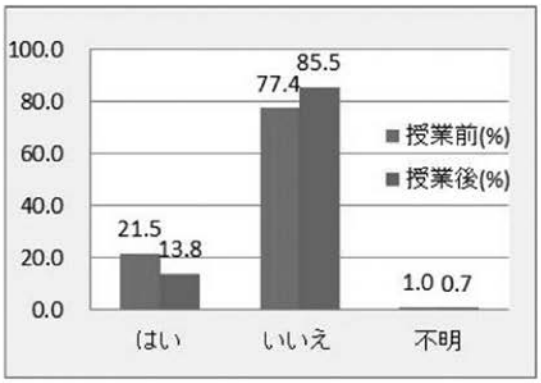
	授業前		授業後	
	人数	%	人数	%
はい	115	38.7	79	26.6
いいえ	178	59.9	211	71.0
不明	4	1.3	7	2.4
合計	297	100.0	297	100.0



授業後のほうが、「子どもと接するように接した方がよい」という生徒が減ってはいるものの、1/4の生徒は「子どもと接するように接した方がよい」と捉えている。「子どもと接するように」ということは、優しいことであると理解している可能性がある。優しい気持ちを持ちながら、尊厳を持った大人として接することが大切であることをうまく伝える必要がある。

問７④（授業前）：**問６④**（授業後）『認知症になるといろいろな気持ちも感じなくなる』

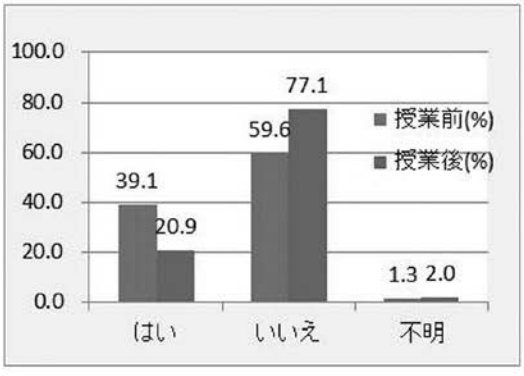
	授業前		授業後	
	人数	%	人数	%
はい	64	21.5	41	13.8
いいえ	230	77.4	254	85.5
不明	3	1.0	2	0.7
合計	297	100.0	297	100.0



授業後のほうが、認知症の方の感情が生きていることへの理解が進んでいる。

問７⑤（授業前）：**問６⑤**（授業後）『自分の家族が認知症になったら周りに知られたくない』

	授業前		授業後	
	人数	%	人数	%
はい	116	39.1	62	20.9
いいえ	177	59.6	229	77.1
不明	4	1.3	6	2.0
合計	297	100.0	297	100.0

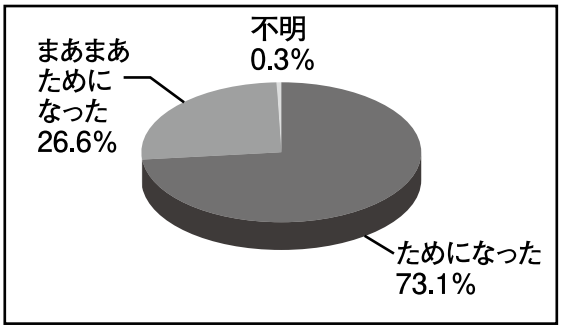


授業後のほうが、家族が認知症なったことを隠しておきたいといった抵抗感が和らいでいる。

3) 授業後のみの項目

問 1『認知症の授業はためになりましたか?』

回答	人数
ためになった	217
まあまあためになった	79
不明	1
合計	297



「ためになった」「まあまあためになった」
で 99% 以上を占め、ほとんどの生徒がためになったと感じている。

問 2『問 1 で「ためになった」「まあまあためになった」と感じた理由を書いて下さい』
(自由記述)』

●授業前の問 3 で「1. 身近にいたが、現在はいない」「2. 現在身近にいる」と答えた人の回答の抜粋

自由記述内容
認知症というのは、病気とかじゃないと思っていたけど、病気だった。
認知症のことをぜんぜん知らなくて、だけど話を聞けて、少しは知ることができたから。
認知症はどれだけ大変かわかったから。
すぐに忘れてしまうとか、急に怒ったりしたり、静かになってしまうことを知りました。
介護保険というのがあるんだとわかった。
認知症がどんな病気が詳しくわかったし、対応もわかった。
認知症には種類があって、それによって症状がまったく違うことがわかりました。
親戚が認知症だから、会った時の対応の仕方がわかった。
年寄りの人と優しくする大切さがよくわかった。
将来親がなった時とかに、このパンフレットを見たらためになると思う。
自分も介護士になりたいので、将来のためになった。
認知症の人も本当はとてもつらい事がわかった。
祖父が認知症なので、だいたいはわかっていたが、もっと詳しく知れたし、何度も聞かれることは仕方がないのだと、改めてわかりました。また、私のことを忘れたのではなく、「再生」がうまくできていないだけだとわかりました。
知っていたつもりだったけど、こういう授業をしてみて、自分はもっと理解すべきだと思った。自分も家族も、ならないわけではない。

認知症の人が身近にいても授業を受けることで新しい発見があったり、誤った理解をしていたことへの気づきがある。また、祖父母など具体的な相手への接し方を考えるきっかけにもなっている。

●授業前の問３で「３．身近にいない」と答えた人の回答の抜粋

自由記述内容
自分が思っていたこととぜんぜん違っていてビックリした。
いろいろ誤解していたところがあったので、正しい情報を知れたから。
認知症の人に対して、どのような言葉、行動をとったらよいのか、少しわかりました。
理解しているのと、いないのではぜんぜん違う。
祖母がもし認知症になったりしたら、最初は受け入れるのは絶対嫌だと思ったけど、ちゃんと理解してやっていこうと思いました。
周りで認知症の人がいたら、助けてあげたいと思った。
認知症の人のイメージが変わった。悪気があってやっているわけではないとわかった。
物事について認識できていなかったりするけど、ちゃんと気持ちや感情がしっかりあることがわかった。
怒ってばかりで介護する家族はストレスがたまりっぱなしだと思っていたが、認知症の人もストレスがたまるんだと思いました。
今、一緒に住んでいる祖母がもし認知症になってしまった時、私はどう対応するべきか、認知症とは何かを知れたからです。
自分が二世帯住宅に住んでいるので、近い将来祖父母が認知症になったとしたら、自分も無関係ではいられないので。
自分は介護する立場にも、認知症になる立場にもなることがあるので、このような授業はもっとやるべきだと思った。
認知症の人はいつも悪者みたいになっていたけど、本当に時間や場所がわからないんだと思った。認知症にもすごくたくさんの種類があってびっくりした。
将来介護する人になろうか、進路に迷っているから。いろいろ聞けてよかった。認知症について、いろいろ知れてよかった。
認知症にもいろいろな病気があることも知れたし、どういう人が認知症で、認知症の人にもたくさん不安をかかえてることがわかった。
私が認知症に思っていた事とかが、悪い事ばかりだったけど、今回の授業で認知症の人も辛いんだと思いました。薬も知れたりできたので、ためになったと思います。
認知症になった人の家族はいろいろ頑張らなくてはいけないんだと思った。幻覚やうつとかいろいろなってしまうんだと思ったから、私の家族はなってほしくないと思いました。
認知症になっている人の介護者が、こんなに苦しみを受けていたということを初めて知ったからです。でも私の身近にもし認知症の人がいたら、助けてあげたいと思います。
認知症の人がいたら、どう接しようかと常々考えていたけど、こんな感じでいいのかと答えが見つかった。

認知症のことが前よりもわかったというだけでなく、祖父母や両親がなった場合など自分に引き寄せて考えたり、それまで認知症に対して抱いていた誤解がなくなったということも含め、様々なことを感じている。

問５『認知症に関して、皆さんが知っていたほうがいいと思うことや、もっと知りたいと思うことなどについて書いてください (自由記述)』

●「知っておいたほうがいいと思うこと」の抜粋

自由記述内容
認知症と物忘れは別物。
認知症は病気である。
認知症にかかっても、昔の記憶は中に残っているという事は知っておいてほしい。
たとえ現在のことは忘れても、過去にあった事は思い出せることを知ってほしい。
日常生活の障害は知っておいた方がいいと思います。
認知症の方と接する時の注意とかは、知っておいた方がいいと思います。
介護保険は絶対知っておいた方がいいと思う。
認知症に人には優しく話してあげること。
認知症の人に対して、あまり怒らずに優しく接することが大事だと思いました。
認知症になっている人も、それを介護する家族もとても大変だということ、その大変さ。
認知症になった本人も決して楽なわけではないこと。介護する人も楽ではないこと。
認知症になっている相手の気持ちをわからなければいけないと思うので、その相手の気持ちを知ることです。
認知症の症状の事だけでなく、介護する人の事をもっと授業に入れてもよいと思った。
私達の対応で、認知症の人たちは長生き、回復とかするんだとわかりました。
認知症の方も苦労していることを知った方がいい。
認知症の人はなりたくてなっているわけではなく、認知症になって、その人自身も苦しんでいるということを、皆がわかってあげた方がいいと思いました。
今日習ったことは、みんな知っていた方がいいと思いました。また、自分以外になってしまった人がいて、自分が介護している時の辛さが、もっと伝わるといいと思いました。
その人に合った接し方があるし、その人によって違うこともあるので、いろいろな人にもっと知ってもらいたい。
自分はどういうことができるのか、知った方がいいと思った。
非薬物療法と薬物療法は合わせて使うことによって効果があるということは、皆知っていた方がいいと思う。
認知症にすごくたくさんの種類があるのは知っておいた方がいい。記憶がないだけではなくて、反社会的行動もしてしまうこと。

認知症は病気であることや、認知症の人やその家族も辛いこと、認知症の方への接し方を知っている必要があることなど、授業を行う際の実施者側の伝えたいことを受け取っていることがうかがえる。授業前の認知症に対するイメージの内容に比べ、認知症の人や介護する家族の立場にたとうとしている視点の転換も見られ、若い世代も認知症に関する正確な知識を持つことの必要性がうかがえる。

●「もっと知りたいと思うこと」の抜粋

自由記述内容
認知症という病気のことについて、もっと理解を深めたい。
認知症の人への対応をもっと詳しく知りたい。
認知症の方に対しての接し方をまだわからないので、知りたいと思いました。
認知症の人の症状をもっと知りたいと思った。
認知症の人に対する話し方などを、もっと詳しく教えてほしいと思った。
どう対処すればいいのか具体的に。治すことはできるのか。なぜ、なってしまうのか。
認知症の人に対しての接し方など、もっと知りたいと思いました。どうしたらお互いが大変ではないようにできるのか知りたいです。
徘徊中に疲れたからかわからないけど、道に座ってしまっていたら、どうすればいいか。
進行を遅くする方法があるか。
どうしたら認知症の人がストレスをたまらなく過ごせるか。
家族はどうすればいいのかがもっと知りたい。
もっと知りたいのは、介護する家族のケアについて。
認知症はなる人も介護する人も辛いと思うので、予防の方法などをしっかり学びたいです。
介護をしていてうれしいエピソードとか。
認知症のお年寄りに会ってみたい。かかわらないとわからない。
認知症の方との一日どういう交流をするのか、みたいな感じで、職員の一日の流れを見てみたい。

認知症に関して少し知ることで、認知症の症状や、コミュニケーションの取り方など、介護する家族のこと、予防のことなど更に詳しく知りたいと感じている。「介護をしていてうれしいエピソード」を知りたいということも挙げられ、肯定的側面を伝えることで、新たな介護の捉え方にもつながると思われる。また、より理解を深めるために実際に認知症の人と接してみたいという気持ちを抱いている生徒もいた。

D. 考　察

「認知症」という言葉に関しては「知らない」と答えた生徒が約 2% であるのに対し、「若年性認知症」に関しては、約 39% と増加する。認知症は高齢者の病気というイメージが強いが、今回の対象者である高校生の親も罹患する可能性はある。認知症について知ってもらう際に、若年性認知症についても触れることは若い世代への啓発という意味でも重要である。

生活状況の変化により、高齢者と同居する世帯は減少している。今回の調査でも、身近に認知症の方がいた生徒は全体の約 13% であり、同居した経験のあるものになると全体の約 3%とごくわずかであった。そのため、生徒達が抱いている認知症のイメージは、実体験に基づくものというより、マスメディアや書籍などによるものと考えられる。

認知症の高齢者が身近にいた生徒が挙げている具体例は、実際に日々見聞きしているものなのだろうと思われた。身近に認知症の人がいた生徒とそうでない生徒ともに、本人の辛さや周りの辛さにも目が向いていたり、本人の辛さを思う記述がある反面、negative なイメージが先行しているものも多かった。しかし,生徒の約 89% は「認知症の基本的なことについて高校生くらいの人たちも知っている必要がある」と授業前から考えており、認知症の関する正確な知識を伝えることは重要なことである。

認知症に関する具体的な理解も授業後のほうがパーセンテージが増加しており、「自分の家族が認知症になったら周りに知られたくない」という抵抗感も和らいでいる。具体的なレベルでも授業を受けることで、よい影響がみられる。

「認知症に関して知っていたほうがいいと思うこと（自由記述）」で生徒が挙げた「認知症は病気であること」「認知症の人やその家族も辛いこと」「認知症の方への接し方」といったことは、今後このような取り組みをする際に、より丁寧に伝える必要がある。また、認知症に関して少し知ることで、更に詳しく知りたいと感じるようで、「症状のこと」「より具体的なコミュニケーション」「介護する家族のこと」などが「もっと知りたいと思うこと（自由記述）」としてあがっている。更には, より理解を深めるために実際に認知症の人と接してみたいという気持ちを抱いている生徒もおり、「知る」という行為が、更なる興味・関心や問題意識の芽生えにつながっている。

E．まとめ

日本は既に超高齢化社会で、認知症の患者数は今後ますます増加する。若い世代は、多くの認知症患者と向き合わなければならない世代でもある。

アンケート結果では、授業後のほうが認知症への理解が進み、問題意識も芽生えていた。このような授業を行う取り組みは、若い世代の認知症への意識の確認もでき、意識の変化にもつながることが示唆された。

【添付資料】

授業前

認知症に関してみなさんにお尋ねします．
以下の質問にあてはまるところに○をつけたり，（　　）の中に記入してください

問１ 認知症についてしっていますか？

1．知っている　　2．聞いたことはある　　3．知らない

問2 若年性認知症についてしっていますか？

1．知っている　　2．聞いたことはある　　3．知らない

問3 ご家族，ご親戚など，あなたの身近にいらっしゃる認知症の方についてお尋ねします

1．以前は身近にいたが，現在はいない　　2．現在身近にいる　　3．身近にいない

問4 問3で「1.以前は身近にいたが，現在はいない」「2.現在身近にいる」と答えた方がお答えください

その身近な方とは，以下のどれにあてはまりますか？

1．同居家族　　2．親戚

3．その他（　　）

「同居家族」は血縁関係があって一緒に住んでいる人，「親戚」は血縁関係があって一緒に住んでいない人と考えて下さい！

問5 あなたの認知症に対するイメージを書いてください

（　　）

問6 認知症の基本的なことについて，高校生ぐらいの年齢の人たちも知っている必要があると思いますか？

1．とてもそう思う　　2．そう思う　　3．そう思わない　　4．全く思わない

問7 以下の質問について，「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけてください

① 認知症と物忘れは同じである	はい	いいえ
② 認知症になった本人は何もわからないから楽である	はい	いいえ
③ 認知症の方には，子どもと接するように接したほうがよい	はい	いいえ
④ 認知症になると，いろいろな気持ちも感じなくなる	はい	いいえ
⑤ 自分の家族が認知症になったら周りに知られたくない	はい	いいえ

授業後

認知症に関する授業を受けていただいたみなさんにお尋ねします．
以下の質問にあてはまるところに〇をつけたり，（　　）の中に記入してください



問１　認知症の授業はためになりましたか？

１．ためになった　　２．まあまあためになった
３．あまりためにならなかった　　４．ためにならなかった

問2　問1で「１」「２」に〇を付けた人への質問です
「1.ためになった」「2.まあまあためになった」と感じた理由を簡単に書いて下さい

（　　）

問3　問1で「3」「4」に〇を付けた人への質問です
「3．あまりためにならなかった」「4．ためにならなかった」と感じた理由を
簡単に書いて下さい

（　　）

問4　認知症の基本的なことについて，高校生ぐらいの年齢の人たちも知っている必要があると思いますか？

１．とてもそう思う　　２．そう思う　　３．そう思わない　　４．全く思わない

問5　認知症に関して，皆さんが知っていたほうがいいと思うことや，もっと知りたいと思うことなどについて書いて下さい

（　　）

問6　以下の質問について，「はい」「いいえ」のどちらかに〇をつけてください

①	認知症と物忘れは同じである	はい	いいえ
②	認知症になった本人は何もわからないから楽である	はい	いいえ
③	認知症の方には，子どもと接するように接したほうがよい	はい	いいえ
④	認知症になると，いろいろな気持ちも感じなくなる	はい	いいえ
⑤	自分の家族が認知症になったら周りに知られたくない	はい	いいえ

平成24年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書（研究部）

施設における認知症高齢者のQOLを高める新しいリハビリテーションの普及に関する研究事業
－「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及－

BPSDを呈する認知症高齢者への非薬物療法に関する研究
－環境設定のためのパラメトリックスピーカーの有用性－

シングル介護者（現役世代で独身の介護者）が抱える課題の抽出とその支援策に関する研究事業

認知症に関する地域づくりを推進するための若い世代への認知症啓発に関する研究事業

発　行：平成25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：常川印刷株式会社

〒460-0012　名古屋市中区千代田二丁目18番17号

TEL（052）262-3028　　FAX（052）262-1085