平成26年度

認知症介護研究・研修大府センター
研究報告書



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

地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための
時計描画テストと手段的ADLの関連に関する研究

認知症介護指導者の研究活動継続支援プログラムの開発
研究活動継続支援プログラム（論文作成支援）

若年性認知症の本人と家族からの相談への対応力向上研修

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26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」の集団プログラムの開発と効果検証と
非言語性コミュニケーションシグナルを活かしたケア方法の提案 －‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥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）
山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学　作業療法学専攻）
水野　純平（同上、名古屋大学大学院医学系研究科）
長屋　政博（介護老人保健施設　ルミナス大府）
井上　豊子（介護老人保健施設　ルミナス大府）

－「いきいきリハビリ」の集団への応用 －　‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥

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
－「にこにこリハ」の集団プログラムの開発と効果検証と
非言語性コミュニケーションシグナルを活かしたケア方法の提案－

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）
分担研究者　齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター）
山下　英美（認知症介護研究・研修大府センター、愛知医療学院短期大学）
水野　純平（認知症介護研究・研修大府センター）
長屋　政博（介護老人保健施設　ルミナス大府）
井上　豊子（介護老人保健施設　ルミナス大府）

A．目的

認知症は症状進行により、日常生活や社会生活において様々なことに障害を生じる。特に、認知症におけるコミュニケーション障害は、周囲の人々との交流を阻害するだけでなく、本人の不安・孤独感を高め、認知症の行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD)出現の一要因にもなりうる。

我々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活かしたリハビリテーション「にこにこリハ」を開発した。「にこにこリハ」は名前のとおり「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)]（表 4、個別での実践方法）。

我々はこれまでの研究で「にこにこリハ」を認知症高齢者に応用し、その効果を示している[1, 2)]。また、平成 24・25 年度には認知症介護研究・研修大府センター（大府センター）主催で医療・介護現場での普及のため研修会を開催した[3, 4)]。そして、研修会参加施設の協力を得て、各施設の現場スタッフによる実践によっても「にこにこリハ」の効果が認められるかどうかを検証することを目的に、多施設による介入と検証を行った。その結果からも「にこにこリハ」は認知症高齢者の認知機能やコミュニケーション能力・社会性の維持、向上に有用であることが示された[4)]。

しかし、研修会や多施設による試験的介入を通して、「にこにこリハ」は１対１での実践を基本としているため、興味・関心があっても業務の関係上、実践時間や場所の確保、人員的な問題から導入が難しいといった課題が生じた。その課題の改善策の一つとして集団で取り組む方法が挙げられた。これにより、「にこにこリハ」の汎用性や利用価値が高まるだけでなく、集団で実践することは他者との交流から受容される体験や共有体験等が、安心感や自己存在の実感等をもたらし[5)]、社会的な関わりの拡大がより期待され、更なる QOL 向上へ繋がると考えられた。

そこで、今回の研究にあたり「にこにこリハ集団化」について「にこにこリハ」実践者に、アンケートによる事前調査を行った。次に、アンケート結果や分担研究者の意見を参考にして「にこにこリハ」の集団用のプログラムを開発し、認知症高齢者に応用し、その有用性や課題を検討することを目的とした。

また、「にこにこリハ」はリハビリとして特別な時間・場所を確保しなくても、その要素を日々のケア場面に取り入れることで同様の効果があるのではないかと考えている。今回、認知症高齢者 1 名に対して日常ケアの中で非言語性コミュニケーションシグナルを活かした介入を行い、認知機能やコミュニケーション能力、ADL 面への効果についても検証したので報告する。

Ⅰ.「にこにこリハ」の集団化についてのアンケート調査

Ⅰ－B．方法

大府センター主催の平成 25 年度「にこにこリハ・いきいきリハビリ研修会」に参加し、研修終了後に所属施設で「にこにこリハ」の実践と評価を行い、かつアンケートによる「にこにこリハ」の集団化について事前調査に協力が可能であった 31 施設 32 名を対象とした。アンケート回答者の属性は以下に示すとおりである（表 1）。調査内容は「にこにこリハ」実践後アンケート [3] に組み込む形式で行った。

表 1．アンケート回答者の属性

基本属性		n	(%)
性別	男性	11	(34.4)
	女性	21	(65.6)
年齢（歳）	平均±標準偏差	43.2±13.0	
経験年数（年）	平均±標準偏差	8.7±5.1	
勤務先	介護老人保健施設	17	(54.8)
	グループホーム	7	(22.6)
	特別養護老人ホーム	3	(9.7)
	有料老人ホーム	2	(6.5)
	デイケア	2	(6.5)
職種	介護職	19	(61.3)
	看護師	1	(3.2)
	作業療法士	7	(22.6)
	理学療法士	3	(9.7)
	言語聴覚士	1	(3.2)
	その他	1	(3.2)

Ⅰ－C．結果

「にこにこリハ」の集団化についてのアンケート結果は、「にこにこリハをグループで実践することは可能だと思いますか？」との問いには、19 名（60%）可能だと回答し、マンツーマンでの実践 11 名（34%）よりも上回った（図 1)。その理由として個別の意見は 29 件あり、以下の内容（抜粋）であった。

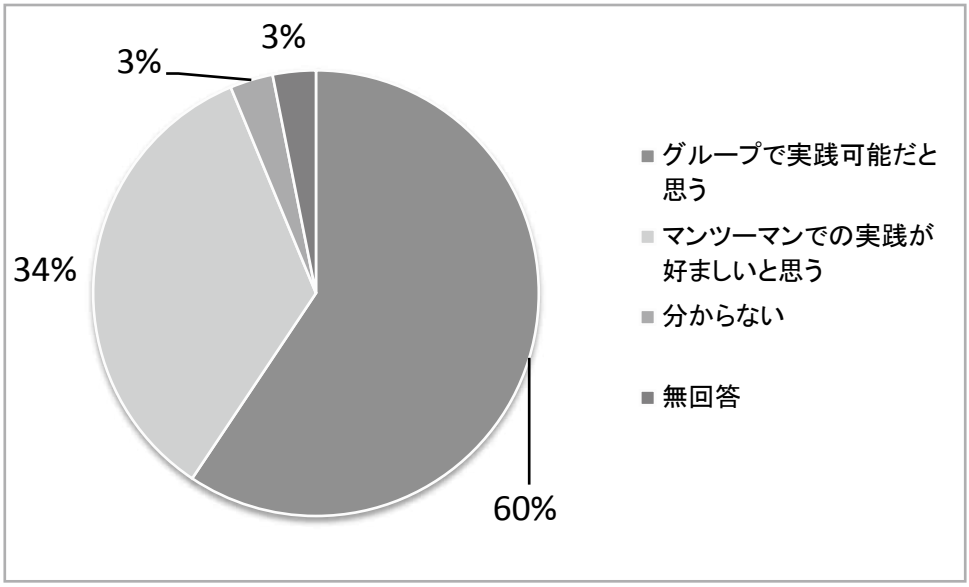


図 1．にこにこリハをグループで実践することは可能だと思いますか？

【グループで実践可能だと思う理由】

- 同程度の人なら、2〜3 人でできると思うし、楽しまれると考える。
- ７人以上になると目が行き届かなくなると思う。にらめっこ等あるため、偶数の方がいいかもしれない。
- 人数が多すぎると、表情など全ての把握が難しい。ジェスチャーをゲーム感覚でグループで楽しめると思う。
- マンツーマンは対象者のみ焦点が当てられ緊張する場合もある。複数だとその緊張は分散される。
- 工夫は必要だが、相互交流をより多くの人と行いつつ進めていった方が、マンネリ化し難い。
- ジェスチャーやにらめっこ等は、遊びやレクリエーションに取り入れ行えると感じた。
- グループホームは１ユニット９名なので、全員でやっても効果的だと思う。
- 集団リハとしても実施してみたところ、他者と関わる事で集団効果から実施しやすくなることが多いと思う。

【マンツーマンでの実践が望ましいと思う理由】

- マンツーマンで行う事で対象者の表情をしっかり見る事ができる。
- 対象者との個別的な対応として有効であると思う。
- 集中して実施できるから、対象者との交流をとりやすく信頼関係を築きやすい。
- 相手の表情や仕草をよく観察するには1対1が良いと思う。グループでも少人数が良いと思う。
- 対象者の変化をしっかりとらえるためにはマンツーマンが良い。
- グループで実践をするには、実践者側の力量が必要だと思う。
- 認知症の進行具合にもよるが、マンツーマンの方がやりやすい。
- 認知症の状態にもよるが、集中して行うにはマンツーマンが良いと思うが、集団でも効果は有ると思う。

更に、グループで実践が可能であると回答した 19 名に具体的に実践可能な人数を聞いた。その結果、5人以下が13名（68%）と最も多かった（図2)。また、「にこにこリハをグループで実践してみたいと思いますか？」の問いには、実践してみたい・すでに実践していると25名（78%）が回答した（図3)。

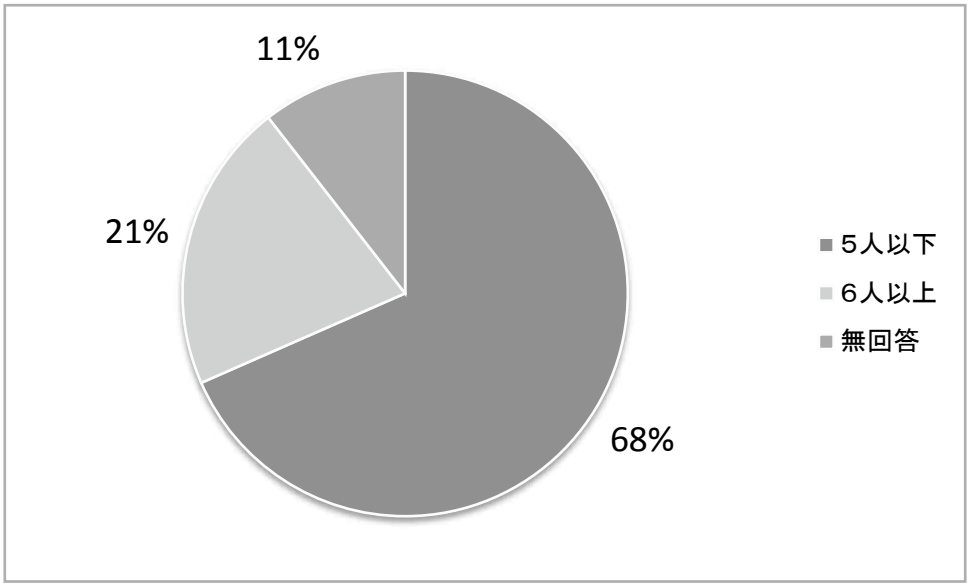


図2. にこにこリハをグループで実践する際の実践可能な具体的な人数

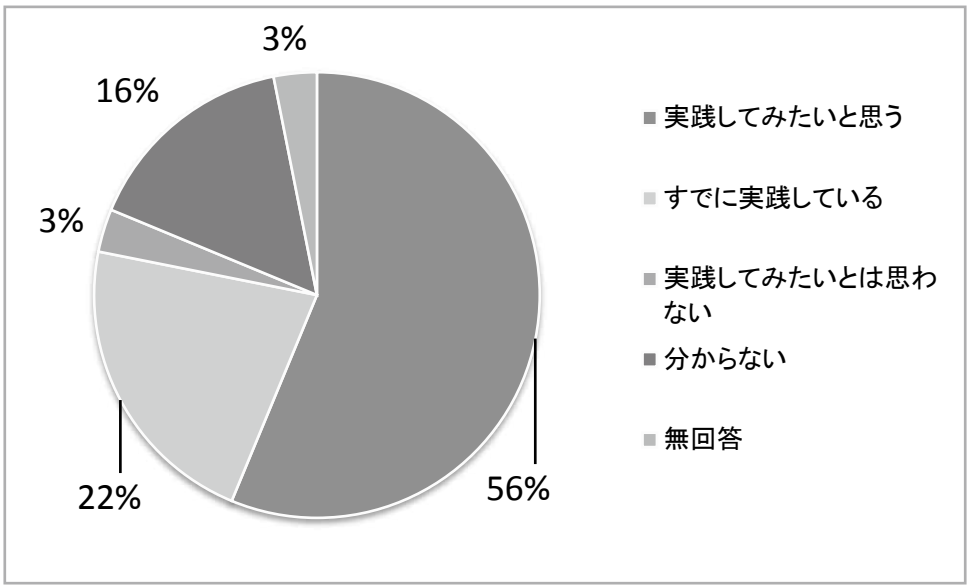


図 3．にこにこリハをグループで実践してみたいと思いますか？

Ⅰ－D．考察

「にこにこリハ」は 1 対 1 での実践を基本としているため、臨床現場での応用を考えた場合、興味・関心があっても業務の関係上、実践時間や場所の確保、人員的な問題から導入が難しいといった課題が生じていた。その課題の改善策の一つとして集団で取り組む方法が挙げられ、今回、「にこにこリハ」実践者にアンケート調査を行った。その結果、多くの実践者が集団での「にこにこリハ」実践が可能であると考え、また、実践してみたい・すでに実践していると約 8 割が回答したことから、「にこにこリハ」の集団での実践は現場レベルにおいて、潜在的に高いニーズがあると考えられた。また、「にこにこリハ」は対象者の表情や視線、ジェスチャー等を捉える必要がある。その特長や実践者が挙げた具体的な人数、個別の感想を考慮すると 5 人以下の小集団が適していると考えられた。

Ⅱ.「にこにこリハ」の集団プログラムの開発と効果検証

Ⅱ－B．方法

1） 対象

以下の選択基準に従い、A介護老人保健施設の同フロアに入所中の認知症高齢者 4 名を対象とした（表２）。

【選択基準】

- 全身状態が良好で、病状や体調が比較的安定しており座位保持に問題のない者。年齢の上限はなし。
- 認知症のタイプ（アルツハイマー病、脳血管性認知症等）が確定しているのが望ましいが必須条件ではない。
- 集中力が 30 分程度は持続する者。
- 重度の聴覚、視覚障害者は除外する（日常生活に問題のない範囲は可能)。
- 幻覚、妄想などの精神症状が出ている者は除外する。
- 急性期の身体疾患を有する者は除外する。
- 本人、およびその家族または代諾者から同意を得られていること。
- 介入終了まで継続して入所予定である者。

表 2．対象者プロフィール

対象者ID	年齢	性別	診断名	発症後経過	要介護度
a_01	95	女性	分類不明の認知症	6か月	4
a_02	86	女性	分類不明の認知症	2年	4
a_03	81	女性	分類不明の認知症	1年半	3
a_04	82	女性	分類不明の認知症	2か月	1

2） 実施方法

実践内容は「にこにこリハ」の個別プログラムである、①社会的な慣習動作、②顔の表情、③顔の確認、④視線の運動、⑤ ジェスチャーの 5 項目を基本とした。アンケート結果や分担研究者と意見交換の上、有名人やフロア行事の写真を複数用意し、対象者毎に指示内容をジェスチャーで表現し、他の対象者がその内容を当てるゲーム的な要素を新たに取り入れる等の改変した方法で行い、週 2 回、6 週間の計 12 回実践し、実践前後に評価を行った。実践環境は他の利用者があまり行き来しないフロア一角を使用し、図4のように実践者と対象者の表情がお互いに見やすいよう配慮した。

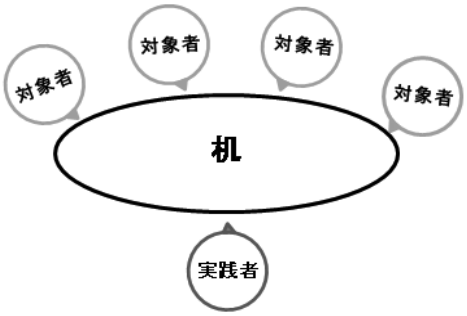


図 4:実践環境の 1 例

3) 評価方法

介入効果の評価には以下の指標を用いた。評価は実践者とは別のスタッフが実施した。

a) 認知機能：Mini-Mental State Examination（MMSE）

認知機能検査のスクリーニング検査で、見当識、計算、物品呼称等からなる。30 点満点で 23 点以下は認知機能低下とし、24 点以上を正常とする。

b) コミュニケーション能力：Nonverbal Communication Test (NCT) および Assessment of Communication & Interaction Skills (ACIS)

NCT は我々が独自開発した非言語性コミュニケーション能力を評価する検査で、(1)社会的習慣（出会い・別れの挨拶、握手等）、(2)顔の認知（人物特定、表情認知、表情の表出や模倣等）、(3)視線の認知（視線のコントロール、視線の共有、視線の認知等）、(4)ジェスチャーの認知（ジェスチャーの意味認知、表出、模倣、biological motion の認知等）、(5)心の理論（Theory of mind task）の 5 大下位検査、49 の小下位検査から成る [6,7]。

ACIS は行動観察により、身体性、情報交換、関係の 3 領域・20 項目について 4 件法で評定する検査法である [8]。対象者が施設の他の入所者との共同作業に参加している時に、他者とのコミュニケーションの交流技能を観察により評価を行った。

c) Quality of Life：Quality of Life questionnaire for dementia（QOL-D）および Dementia care mapping (DCM)

QOL-D は対象者の最近、4 週間の状態について見られる頻度を問い、陽性感情、陰性感情・陰性行動、コミュニケーション能力、落ち着きのなさ、他者への愛着、自発性・活動性の 6 領域、31 の下位項目から成る [9]。

DCM は Tom Kidwood により提唱されたパーソン・センタード・ケアの理念に基づき、認知症ケアの質の向上を目的とした観察評価である [10]。これは 24 項目の認知症高齢者の 5 分間の行動を評価する行動カテゴリーコード（Behavior Category Code：BCC）と、観察の対象者がどのような感情・気分にあるのか（Mood：M）、どの程度、周囲の人や環境と関わっているのか（Engagement：E）を評価し、数値化する ME 値の 2 種類から構成されている（表 3）。ME 値は

観察中の対象者の良い／良くない状態（Well-being and Ill-being Value：WIB 値）の評価に繋げることができ、QOL の評価尺度として WIB 値を使用した [11]。今回、マッピングは上級マッパーと共に行い、10 時～16 時の 6 時間に渡るフルマッピングを実施した。

表 3．BCC コードおよび ME 値のレベル

コード	カテゴリー概要
A	周囲との、言語的、非言語的な交流
B	周囲に関心をもっている（周りを見ている）
C	周囲に無関心で、自分の世界に閉じこもっている
D	自分で身の回りのことをする
E	表現活動、創造的活動に関わる
F	飲食
G	回想する、人生を振り返る
I	知的能力を主に使う活動
J	身体運動やスポーツを行う
K	介助なしに、歩く、立っている、移動する
L	楽しみや気分転換のための余暇活動に関わる
N	睡眠、居眠り
O	物と関わる、物に愛着・こだわりを示す
P	身体的なケアを受ける
R	宗教的行為（信仰・信心）
S	性的な関心や行為に関わる
T	感覚を用いた関わり
U	コミュニケーションを試みる、または、苦痛を感じている様子だが、誰からも反応がない
V	仕事や、仕事に類似した活動に関わる
W	持続的な自己刺激の反復
X	排泄と関係するできごと
Y	実際にはそこにいない対象者と、交流を持つこと
Z	AからYのカテゴリーのどれにも該当しないもの

M	感情・気分（M）
+5	極めて幸せな状態、極めて上機嫌 極めてポジティブな感情・気分（M）が認められる
+3	かなり満足している状態、楽しんでいる、リラックスしている かなりポジティブな感情・気分（M）が認められる
+1	ポジティブ、ネガティブのどちらの徴候も特に認められない 中間的な状態
-1	多少ネガティブな感情・気分（M）の徴候が認められる
-3	かなりネガティブな感情・気分（M）の徴候が認められる
-5	極度の苦痛を経験している。 極度にネガティブな感情・気分（M）の徴候が認められる

E	関わり（E）
+5	周囲の人や活動、物に、極めて深く関わっている 集中が途切れることなく、夢中になっている、没頭している
+3	周囲の人や活動、物に、かなり集中して関わっている 時に他に注意が向くことがあっても、依然として相当な関わりをもっている
+1	周囲で起きていることに関心をもって、注意を向けている 人や活動、物との関わりは、時々で、短くちょっとしたものである
-1	自分の世界に閉じこもっており、関わりがない

d) 対象者の集団参加時の評価：集団活動評価尺度

黒澤ら [12] が作成した集団活動評価尺度を参考に、対象者の集団参加時の様子を評価した。これは「覚醒」、「自閉」、「表情・感情表出」、「参加態度・反応」、「社会性」の 5 項目から構成されている。

4） 倫理的配慮

本研究は認知症介護研究・研修大府センターの倫理委員会の承認の下に行われ、対象者およびその家族に研究の趣旨を口頭と文書で説明後，書面にて同意を得た上で実践した。

Ⅱ－C．結果

1） 小集団でのプログラム内容の検討

「にこにこリハ」は小集団でも個別と同様に 5 項目について実践可能であった。ただし、幾つか違いが認められた（表４）。特に異なった点として「顔の確認」では、個別は主に対象者自身やご家族の写真を利用したが、小集団では対象者全員で共有しやすい情報として、有名人やフロア行事に関するものに着目した。有名人は既知に個人差があるため、様々な年代やジャンルから複数用意した。その中

からなるべく対象者全員が知っており、反応が引き出せる写真を使用した。フロア行事に関する写真は、行事自体に参加した記憶が曖昧になっている対象者もいた。その点を考慮し、今回は施設の夏祭りの写真を使用した際に、幼い頃や若い頃の夏祭りに関する思い出話等の話題も取り入れながら、対象者が想起しやすい内容に配慮した。

「ジェスチャー」では今回の対象者は字を読むことが可能であったため、対象者毎にジェスチャー内容が書かれた用紙を見てもらい、指示内容をジェスチャーで表現し、他の対象者がジェスチャー内容を当てるというゲーム的な要素を取り入れた。これは、対象者自身ができることを行い、他者から注目を受け称賛を浴びる、認められる体験をすることで自己肯定感等を高める、共通の作業を通して他者との交流を促すことを目的としている。そのため、実践者は対象者の能力に合ったジェスチャーを選択し、失敗しないように配慮して行った。また、にらめっこゲームでも対象者同士で行う機会も作り、交流を促した。

個別の実践時間は約 20 分だが、小集団では対象者間の交流を促したり、一人一人に発言してもらうこと等も行った結果、30～40 分であった。

表 4：「にこにこリハ」プログラムの個別と小集団での実践方法の違い

項目	個別での実践方法	小集団での実践方法
社会的な慣習動作	握手をしながら挨拶を交わす 視線を合わせ自己紹介や日付け等の確認	実践者は対象者全員の顔が見える位置に座る 各対象者と握手をしながら挨拶を交わす 実践者は視線を合わせ自己紹介をする 対象者一人一人に自分の名前を言ってもらう 日付け等はカレンダーを利用して対象者全員で確認する
顔の表情	①鏡を見ながら、表情筋を動かす ②鏡を見ながら、喜怒哀楽の表情を作る ③実践者の表情を真似する ④にらめっこゲームをする	①対象者一人一人に鏡を渡す ②鏡を見ながら、表情筋を動かしたり、表情を作る ③実践者の表情を真似をする ④実践者または対象者同士でにらめっこゲームを行う
顔の確認	ご自身やご家族、有名人等が写った写真を見て 名前やその方に関するエピソード等を語る	有名人やフロア行事の写真を利用し 名前やエピソード等を語り合う
視線の運動	①眼球を上下・左右に動かす ②指示された方向を、視線を動かして見る ③向き合って座り、視線を合わせる また、実践者がどこを見ているのか当てる	①眼球を上下・左右に動かす ②指示された方向を、視線を動かして見る ③向き合って座り、視線を合わせる また、実践者がどこを見ているのか当てる
ジェスチャー	歯磨き・洗顔・はさみで切る動作等の 日常生活で行う動作をジェスチャーで表す また、実践者の動作を真似する	実践者が指示する動作を行ったり、真似をする また、実践者は対象者ごとにジェスチャー内容が 書かれた用紙を見せ、対象者はその指示内容を ジェスチャーで表し、他の対象者が内容を当てる
社会的な慣習動作	実践者の名前や見当識を確認 リハビリの感想を聞き、握手をして終了する	実践者の名前や見当識を確認 リハビリの感想を聞き、握手をして終了する

2) 「にこにこリハ」実践時の対象者の様子

実践当初は対象者同士の交流はなく緊張感した雰囲気があったが、全プログラム・12 回の実践において拒否等により実践困難な対象者はいなかった。実践回数を重ねる毎に、実践者から対象者への関わりから、対象者から実践者、対象者から対象者へと交流の幅が広がり、自発的な発言や笑顔が増えた。また、実践者の顔を見ると、「にこにこリハ」の時間だと思い出し、自ら車椅子を漕ぎ所定の場所まで自発的に移動するといった変化を生じた対象者もいた。ただし、リハビリはなるべく同じ曜日・時間で実践したが、対象者によっては日により傾眠傾向が強く意識レベルにより反応や言動に差があった。

3) 評価結果

a) MMSE（Mini-Mental State Examination）

MMSE 得点は、介入前後の比較から介入後は 1 名が改善、2 名が維持、1 名が低下した（表 5)。

表 5：MMSE 得点の変化（点）

対象者	介入前	介入後	変化量
g_01	11	12	1
g_02	9	9	0
g_03	21	19	−2
g_04	18	18	0
4名平均	14.8	14.5	−0.3

b) ACIS

ACIS 得点は、介入前後の比較から介入後は 3 名が改善、1 名が低下した（表 6)。

表 6：ACIS 得点の変化（点）

対象者	介入前	介入後	変化量
g_01	44	46	2
g_02	45	39	−6
g_03	62	66	4
g_04	68	72	4
4名平均	54.8	55.8	1.0

c) NCT

NCT 得点は、介入前後の比較から介入後は 3 名が改善、1 名が低下した（表 7）。

表 7 ：NCT 得点の変化（点）

対象者	介入前	介入後	変化量
g_01	34.5	36	1.5
g_02	33.5	29	−4.5
g_03	35.5	36.5	1.0
g_04	36.5	44	7.5
4名平均	35.0	36.4	1.4

d) QOL-D

QOL-D 得点は、介入前後の比較から介入後は 4 名が改善した（表 8）。

表 8：QOL-D 得点の変化（点）

対象者	介入前	介入後	変化量
g_01	99	107	8
g_02	70	84	14
g_03	99	102	3
g_04	100	106	6
4名平均	92.0	99.8	7.8

e) DCM

WIB 値は、介入前後の比較から介入後は 2 名が改善、2 名が低下した（表 9）。また、BCC では介入前は B（周囲に関心をもっている）、K（介助なしに、歩く、立っている、移動する）、F（飲食）、A（周囲との、言語的、非言語的な交流）、L（楽しみや気分転換のための余暇活動に関わる）が見られ、介入後は B、F、P（身体的なケアを受ける）、A、I（知的能力を主に使う活動）が多くみられた（図 4）。

表 9：WIB 値の変化

対象者	介入前	介入後	変化量
g_01	1.4	0.8	−0.6
g_02	1.1	0.6	−0.5
g_03	1.2	1.4	0.2
g_04	1.0	1.3	0.3
4名平均	1.2	1.0	−0.2

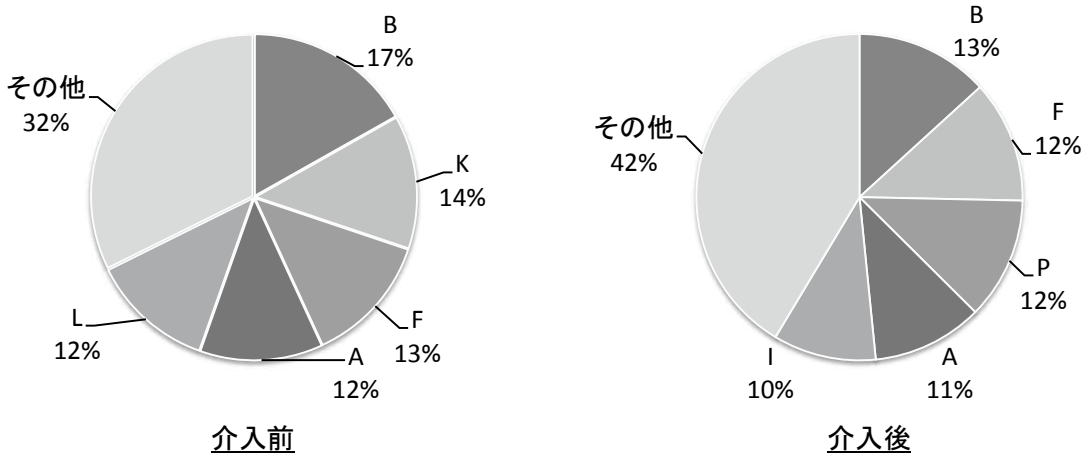


図 4：介入前後で見られた上位 5 つの BCC

f)　集団活動評価尺度

集団活動評価尺度得点は、1 回目（初回時）と 12 回目（最終日）の比較から 12 回目は 2 名が改善、2 名が低下した（表 10）。12 回目の対象者 g_01 および g_03 は傾眠傾向が強く、結果に影響を与えていた。

表 10：集団活動評価尺度得点の変化（点）

対象者	介入前	介入後	変化量
g_01	25	20	−5
g_02	11	24	13
g_03	29	25	−4
g_04	36	37	1
4名平均	25.3	26.5	1.2

Ⅱ－D．考察

我々はこれまでの研究で、認知症高齢者の残存能力である非言語性シグナルを積極的に用いたリハビリ「にこにこリハ」を開発し、その有用性を示してきた。「にこにこリハ」は１対１のマンツーマンを基本として実践している。これについて、臨床現場で関わるスタッフから興味・関心があっても業務の関係上、実践時間や場所の確保、人員的な問題から導入が難しいといった意見や、アンケート結果からも集団での実践希望が高かった。また、集団で実践することは他者との交流から安心感や自己存在の実感等をもたらし[5)]、社会的な関わりの拡大がより期待され、更なる QOL 向上へ繋がると考えられた。本研究は「にこにこリハ」の小集団での実践方法の開発と認知症高齢者 4 名を対象にパイロットスタディーを行い、その有用性を検証した。

「にこにこリハ」の個別でのプログラム内容は、①社会的な慣習動作、②顔の表情、③顔の確認、④視線の運動、⑤ ジェスチャーの 5 項目から構成されており、小集団でもこの内容を基本とした。ただし、「顔の確認」では、個別では主に対象者自身やご家族の写真を利用したが、小集団では対象者全員で共有し易い情報として、有名人やフロア行事での写真を複数用意した。また、「ジェスチャー」では対象者毎に指示内容をジェスチャーで表現し、他の対象者がその内容を当てるゲーム的な要素を新たに取り入れる等の改変した方法で行った。その結果、小集団でも 5 項目について実践可能であった。また、「にこにこリハ」は中等度～重度の認知症高齢者でも取り組める内容であり、今回の対象者では MMSE が 9 点～21 点と幅が広かったが、実践困難な対象者はいなかった。ただし、実践は通常 10 時頃に開始したが、対象者によっては覚醒レベルにムラがあった。傾眠状態が強く頻繁に声掛けが必要な時があったり、反応や言動に差があり、その結果、集団活動評価尺度の得点にも影響を与えていた。今後は傾眠状態の原因を精査し、対象者全員がなるべくコンディション良く実践に参加できるようフロアスタッフと相談し、スケジュール調整する必要があると感じた。

集団と個別での実践で特に異なった点として「顔の確認」では、有名人やフロア行事に関するものを使用した。そのため、有名人の既知や興味に差があり、対象者全員が知っており興味があるものを提供することが難しかった。年代ごとに多くの方が知っていそうな有名人の顔写真リストがあると検討し易いのではないかと考えられた。また、フロア行事に関する写真は、行事自体に参加した記憶が曖昧になっている対象者もいた。今回は施設の夏祭りの様子を写した写真だったため、幼い頃や若い頃の夏祭りに関する思い出話を中心に語り合った。

「ジェスチャー」では新たにゲーム的な要素を取り入れる際、実践者は対象者の能力に合ったジェスチャーを選択し、自己肯定感等を高めたり、他者との交流を促すなど失敗しないように配慮して行った。また、ジェスチャーによっては多数の回答がある場合がある。例えば「オッケー」という手指で丸を作るジェスチャーの場合、その意味は丸やお金、6 という数字にも見える場合もある。指示された内容そのものの回答でなくても、否定せずに「そのようにも見えますね」等と受容的・支持的な態度で行うことが重要であると考えられた。

評価結果は分析対象者が 4 名と少ないため、統計的解析は行わなかった。各対象者の介入前後の検査結果から、コミュニケーション能力を評価する ACIS と NCT 得点は、介入前後の比較から介入後は 3 名、QOL-D（特に陽性感情および落ち着きのなさ）は 4 名全員に点数の改善が認められた。MMSE 得点は 1 名が改善、2 名が維持、1 名が低下した。これらから「にこにこリハ」が認知機能の維持やコ

ミュニケーション能力、QOL 向上に役立つ可能性が期待された。

また、実践当初は対象者同士の交流はなく緊張した雰囲気があったが、実践回数を重ねるごとに、実践者から対象者への関わりから、対象者から実践者、対象者から対象者へと交流の幅が広がり、自発的な発言や笑顔が増えた。対象者によっては実践者の顔を見ると、「にこにこリハ」の時間だと思い出し、自ら車椅子を漕ぎ所定の場所まで自発的に移動するといった変化も生じた。長倉ら [13] によれば少人数での活動は、コミュニケーション能力が低下した中等度の認知症高齢者においても相互交流が深まることが示唆され、今回の小集団での「にこにこリハ」の実践でも、同様の傾向が認められた。ただし、認知症高齢者の行動を経時的に評価する DCM の BCC 結果からは、介入前後で大きな変化はなく、マッピング中はケアスタッフからの声掛けがなければ周囲を見て過ごす時間が多く、対象者同士での交流は殆ど見られず、フロアスタッフの言動により WIB 値は変化していた。つまり、小集団で形成された相互交流等は、多くの時間を過ごしているフロア生活まで般化することは難しい現状であった。これは赤沼ら [14] の研究でも、グループワークで馴染みの関係ができても、認知症患者は記憶障害等により日常生活に反映されることが難しく、ユニットケアと同様に個々人に合った小集団活動を積極的に取り入れる必要があり、小集団活動を通してグループ内の密なコミュニケーションから活動性や対人関係の向上に繋がると示されている。認知症の症状進行によりコミュニケーション能力が低下し、対人交流が乏しい場合、少人数での活動と対象者の残存能力を引き出す関わりができる実践者を介することで、集団の特性である相互交流が促進されると考えられた。そして、その活動の選択肢の一つとして「にこにこリハ」が挙げられると思われた。今後は対象者数を増やし、更に小集団での「にこにこリハ」の有用性を検討していきたいと考える。

Ⅱ－E．まとめ

これまでマンツーマンでの実践を基本とした「にこにこリハ」を、小集団で応用した。その結果、「にこにこリハ」は小集団でも実践可能で認知機能の維持やコミュニケーション能力、QOL 向上、相互交流が深まることに役立つ可能性が期待された。今後は対象者数を増やし、更に小集団での「にこにこリハ」の有用性を検討していきたいと考える。

Ⅲ．非言語性コミュニケーションシグナルを活かしたケア方法の提案

Ⅲ－Ｂ．方法

Ａ介護老人保健施設に入所中の認知症高齢者 1 名に対して、「にこにこリハ」のプログラム内容の一つである「顔の表情」を整容動作場面（昼食後の歯磨き）に取り入れた。手順は、①歯を磨く・口をゆすぐ等の歯磨きの一連の動作、②磨き残しの確認、③鏡を見て自己顔の確認、④顔体操、⑤表情作り、⑥表情の真似について、週 2 回 6 週間の計 12 回行い、介入による変化について介入前後で評価を行った。評価内容は認知機能として MMSE、前頭葉機能検査は FAB、非言語性コミュニケーション能力として NCT、ADL は FIM、BPSD は NPI、QOL については QOL-D を用いた。

【事例紹介】

K さん　89 歳　女性

要介護 5

疾患名：アルツハイマー型認知症、第 12 胸椎圧迫骨折

病歴：　平成 11 年　ドロボーが入ったと騒ぎ、その後、徐々に認知機能が低下
平成 16 年　アルツハイマー型認知症と診断
平成 20 年　右大腿骨骨折で入院。退院時は杖歩行可能
平成 26 年 1 月　頸部の痛みで起き上がれなくなり入院。頸椎周辺の石灰化が認められる。回復期病院へ転院し、退院時は歩行器歩行が可能
平成 26 年 8 月　小規模多機能ホームで転倒
平成 26 年 9 月　第 12 胸椎圧迫骨折、小規模多機能ホーム再利用
平成 26 年 10 月　リハビリ目的でＡ介護老人保健施設に入所

生活歴：N 市出身で、結婚後 O 市で生活。専業主婦。学生時代はバイオリンを弾く。
趣味は和裁洋裁、習字。温厚な性格

施設での生活：穏やかに過ごされているが、自発性に乏しい状態。明確な意思表示は困難。

生活目標：立ち上がり動作が軽介助で行えるようになる。また、在宅復帰を目指しトイレ動作の介助量軽減を目指す。低刺激環境にならないようやれる活動を探索し、実行する。

【結果】

各評価結果について、以下のとおりである（表 11）。

表 11：各評価結果

評価項目	MMSE	FAB	NCT	FIM	QOL-D	NPI
介入前（点）	2	3	23	28	69	4
介入後（点）	0	3	10	28	69	4
変化量（点）	−2	0	−13	0	0	0
備考	介入前は物品呼称と口頭指示で各1点	自主性で3点介入前後で変化なし	介入前後で表情の表出・真似・認知、視線の認知ジェスチャーの項目で減点	各項目1〜2点介入前後で変化なし	介入前後の得点変化は陽性感情10→12陰性感情・行動24→22他の項目は殆ど変化なし	無関心のみ該当介入前後で変化なし

【介入時の様子】

歯磨き動作は歯ブラシに歯磨き粉を付けたり、コップに水を汲むことはできず、歯ブラシを渡すと洗面台を洗おうする等の誤った使用法が見られ、失行症や遂行機能障害が認められ、動作全般に介助を要する状態であった。ただし、口腔内に歯ブラシを入れれば、自ら 1 本 1 本丁寧に歯を磨くことはできた。12 回の実践を通して介助量に変化はなかった。また、「顔の表情」の自己顔の確認では、毎回、鏡に写った顔に対して「私だわ」と発言し、自己であるとは認識できた。顔体操や表情の真似は可能であったが、笑顔以外の表情作りは言語的な指示理解の困難さもありできなかった。介入時は終始穏やかで笑顔を見られることが多かった。

【結果】

今回、重度認知症高齢者に対して、日常ケアで行われている昼食後の歯磨きの場面に「顔の表情」を取り入れた。各評価結果では改善が見られたものはなく、維持もしくは低下が認められた。井上ら[15)]によると整容動作で意図的に鏡を用い高齢者自身の自己評価を高めるような働きかけを行うことで、前頭葉機能を賦活し社会的な交流意欲を高めると言う。K 氏は鏡に写った顔が自己であるとは認識でき、鏡を見て磨き残しを確認したり、髪の毛を整える仕草等が見られたが、前頭葉機能を評価する FAB や QOL-D の他者への愛着や自発性と活動性の項目等に変化は認められなかった。介入開始時、介入時、終了時の対象者の様子からは非言語性シグナルの表出や認知に関して大きな変化は見られなかったが、NCT は介入後 13 点低下した。本症例は認知症の症状がかなり進行しているため、施行した評価では微細な変化を捉えることが困難であった可能性が考えられる。また、「にこにこリハ」の一部を日常生活のほんの一部だけに取り入れるだけでは効果に乏しい可能性も考えられた。

本症例は重度の認知症によりコミュニケーション能力の低下が見られ、ADL 全般に介助を要する状態ではあるが、鏡に映る自分の顔の認知はできた。この能力を活かし磨き残しを確認するだけでなく、自己意識を促し自己評価を高めるような関わり方ができる可能性も考えられた。

Ｆ．参考・引用文献

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,長屋政博他.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) 小長谷陽子,齊藤千晶,山下英美,水野純平他.施設の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 - . 平成 25 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）,3-76(2014).

4) 小長谷陽子,齊藤千晶,岩元裕子,山下英美他.施設の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 - . 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）,3-44(2013).

5）山根寛,香山明美,加藤寿宏,長倉寿子.ひとと集団・場－ひとの集まりと場を利用する－第２版.三輪書店老, 2014.

6）小長谷陽子,相原喜子,中村昭範,小笠原昭彦他.認知症における知的機能とコミュニケーション機能：言語性、及び非言語性コミュニケーション情報認知機能に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 18 年度認知症介護研究報告書-認知症高齢者とその家族に対する生活支援とケア向上に関する研究事業, 61-66, 2007.

7）小長谷陽子,相原喜子,中村昭範,小笠原昭彦. 認知症における知的機能とコミュニケーション機能：言語性、及び非言語性コミュニケーション情報認知機能に関する研究.老人保健健康増進等事業による研究報告書　平成 19 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, 1-10, 2008.

8）Kirsty Forsyth,山田孝. コミュニケーションと交流技能（ACIS）第 2 版. 日本作業行動学会, 2007.

9) 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.

10) 認知症介護研究・研修大府センター監修. DCM（認知症ケアマッピング）理念と実践　第 8 版　日本語版第 3 版，認知症介護研究・研修大府センター，愛知，2014

11) 鈴木みずえ,水野 裕,Dawn Brooker,住垣千恵子他.Quality of life 評価手法としての日本語版認知症ケアマッピング（Dementia Care Mapping：DCM）の検討：Well-being and Ill-being Value（WIB 値）に関する信頼性・妥当性. 日本老年医学会雑誌 45(1), 68-76, 2008

12) 黒澤也生子,村木敏明,灘村妙子,相原育依他.回復期リハビリテーション病棟における集団活動が脳血管障害者の心理・社会機能に及ぼす影響.OT ジャーナル 41(2):158-166,2007

13) 長倉寿子,森本恵美,時政昭次,関啓子.小集団活動が中等度認知症を有する高齢者の BPSD に及ぼす影響. 日本老年医学会雑誌 20(12), 1401-1406, 2009

14) 赤沼恭子,葛西真理,千葉賢太郎,中塩大輔他. 回想を取り入れたグループワークによる脳血管性認知症の活動性・対人関係の改善の可能性. 日本老年医学会雑誌 17(3), 317-325, 2006

15) 井上誠,宮本奈美子,渡部由香,近藤美也子他. 介護老人保健施設入所者にみとめられる抑うつとその関連要因－抑うつ兆候の早期発見と効果的な看護介入－. 人間と科学　県立広島大学保健福祉学部誌 10(1), 105-114, 2010

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
－「いきいきリハビリ」の集団への応用－

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　水野　純平（同上、名古屋大学大学院医学系研究科）
齊藤　千晶（認知症介護研究・研修大府センター　研究部）
山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学　作業療法学専攻）

A．背景と目的

認知症は退行的脳機能低下に起因する疾患で、記憶、学習、遂行機能などが障害され、これらの症状は日常生活において、不安、焦燥、妄想、暴力などの行動心理症状（BPSD）という形で様々な場面で現れる[1)]。認知症のケアやリハビリテーションでは、原因となる症状を見極めてそれに対する適切な対処が求められるが、「できない」ことに着目するだけでなく「できる」能力に焦点を当てる事で、その人らしさを引き出すことも重要な関わりであり、その結果、施設や自宅での認知症高齢者の生活の質を向上させることにも繋がる[2)]。

そこで我々は非薬物療法の様々な要素を取り入れ、認知症高齢者の保たれている能力や適した活動を探る手段として個別に関わる事のできるプログラム「いきいきリハビリ」を開発した[3~6)]。これ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）[7)]の理念に基づいた集団プログラム Cognitive Stimulation Therapy（CST）[8,9)]を参考にしたもので、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して開発されたものである。

我が国では高齢化の進展に伴い、認知症高齢者が加速度的に増加し、「日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者」の人数が 2015 年には 345 万人、2025 年には 470 万人に達すると推計されている[10)]。これは認知症に対するリハビリテーションの重要性が求められるだけでなく、限りある人的、物理的資源によって今後増加する認知症高齢者に対応していかなければならないことも示唆している。

そこで本研究は、今後増加する認知症高齢者に対するリハビリテーションとして個別に開発された「いきいきリハビリ」を集団へ応用することで、さらなる普及を目指すこととした。今回、集団においても個別リハビリと同様の効果が得られるか、また同様の方法で実践可能であるかを検討するため、多施設での研究実施の前段階として試験的に 1 集団に対し「いきいきリハビリ」を行った。

B．方法

1）対象者選定

介護老人保健施設において研究実施者及び施設職員が選定基準を満たす認知症高齢者を 4 名選定した。その後、各対象者に対し書面にて「いきいきリハビリ」の概要、進め方、個人情報の取り扱いなどの説明を行い、同意を得た。対象者本人から同意を得ることが困

難な場合、その家族から同意を得て実施した。以下に対象者の選定基準、除外基準を記載する。

＜選定基準＞
・65 歳以上で認知症の診断がされている、又は DSM-Ⅳの認知症の基準に該当する者
・軽度から中等度の認知機能低下が認められる者
（例：改訂長谷川式簡易知能スケール 10～19 点）
・全身状態が良好で、座位保持に問題のない者
・本人、その家族または代諾者から同意が得られる者
＜除外基準＞
・幻覚、妄想などの精神症状が出ている者は除外する
・急性期の身体疾患を有する者は除外する
・聴覚、視覚障害が著明な者は除外する（日常生活に問題のない程度は実践可能）

2）セッション内容

4 名の対象者を一集団とし、週 1 回 1 セッション(約 20 分)を 10 週連続で実施した。個別リハビリとして開発された「いきいきリハビリ」を集団へ応用するため、使用する写真の拡大、人数分の物品追加といった改良を加え行った。内容・各セッションの進行方法については個別「いきいきリハビリ」と同様で、表に示した 10 セッションを実施した[表 1]

表1　セッション内容一覧

セッション名	主な内容
①季節の話	その季節に相応しい写真を見ながら，今の季節を確認する.
②懐かしい話	懐かしい教科書やおもちゃなどに触れ，思い出を話す.
③生活の知恵	懐かしい生活道具の写真を見て使い方を話す.
④名所	名所の写真を東日本と西日本に分ける．旅行などの思い出を話す.
⑤顔写真	有名人の写真を見て映画や歌の話をしながら男女に分ける.
⑥食べ物	旬の食べ物，好きな料理，台所の道具について話す.
⑦言葉	いろはかるたを使って，日本語の言い回しを楽しむ.
⑧お金	古いお金，昔の物の値段，小遣いなどについて思い出す．値札のついたカードの合計金額をそろばんで計算してみる.
⑨歌	懐かしい歌を聴いて歌う．歌や映画などの思い出を話す.
⑩思い出カード	①～⑨の中で気に入った写真を使ってカードを作る.

３）評価指標

①MMSE

認知機能の評価として Mini-Mental State Examination（以下 MMSE)[11]を用いた。MMSE は、時間・場所の見当識(以下 RO)、物品名、計算、短期記憶、言語指示理解、図形模写などの 11 項目から構成されており、認知機能を広範囲に把握することができる。30 点満点で、カットオフ値は 23/24 点である。

②QOL-D

認知症高齢者に適した QOL 指標として、寺田らの The QOL questionnaire for dementia（以下 QOL-D）[12]を用いた。QOL-D は「陽性感情」、「陰性感情・陰性行動」、「コミュニケーション能力」、「落ち着きのなさ」、「他者への愛着」、「自発性&活動性」の 6 領域 31 項目から構成されている。各項目を１～４点の 4 段階で採点し、下位領域ごとに加算して算出する。6 領域のうち、陰性感情&陰性行動、落ち着きのなさの 2 領域は点数の低下を改善と判断する。

③ACIS

集団でのコミュニケーションや交流技能を評価する為に the Assessment of Communication and Interaction Skills (以下 ACIS)[13]を用いた。ACIS は他の人々とコミュニケーションや交流を行う際に実際に示す技能に関するデータを収集する観察による評価法である。ある活動場面を検者が 15 分から 45 分の観察を行い評価する。評価項目は「身体性」「情報交換」「関係」の 3 つの領域からなり、全 20 項目の下位項目で構成される。それぞれの技能が有能な遂行であれば 4 点、障害を持つ遂行であれば 1 点と評価される。ある項目が活動場面で必要とされない、又は観察されない場合「Not Assessed: NA」となる。

④集団活動評価

集団活動評価は黒澤らの集団内個人評価表 [14]を基に大府センターで独自に作成したもので、対象者の集団内での行動特性やプログラムへの参加状態を評価するものである。全 20 項目を 0 点から 2 点の 3 段階で評価する。得点が高いほどその項目における評価は優れているという事となる。項目には「不安があるか」「笑顔があるか」「活動への積極性があるか」「興味・関心があるか」「自発的に他患への関わりがあるか」「他発的に他患への関わりがあるか」等が含まれており、リハビリ実施者が各セッション終了後に評価し、40 点満点で採点を行う。

４）研究手順

いきいきリハビリ実施前後 1 週間以内に前述の４つの評価のうち、MMSE, QOL-D, ACIS を、実施者とは別のスタッフが行った。集団活動評価については各セッション終了時に、実施者が各対象者の様子を評価していった。原疾患・病歴、性格・趣味といった個人因子については個人票を作成し、情報を得た。

研究は以下の順で進めた。

① 対象者の選定
② カルテより個人情報の収集
③ MMSE・QOL-D・ACIS の介入前評価（介入前 1 週間以内）
④ 「いきいきリハビリ」の実践
・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＞
・集団活動表による評価
⑤ MMSE・QOL-D・ACIS の介入後評価（介入後 1 週間以内）
⑥ データの解析

5）倫理的配慮

本人・またはその家族に対し、研究実施者が書面で研究の目的、内容・方法、プライバシーの保護、途中で研究を中断できる旨を説明し、同意を得た者を対象者とした。本研究は、認知症介護研究・研修大府センター倫理委員会の承認を得て行った。

6）分析方法

いきいきリハビリ実施前と実施後の評価（MMSE, QOL-D, ACIS）による点数を、ウィルコクソン符号付順位和検定によって比較した。統計学的有意水準は 5%以下とし、分析ソフトは Microsoft Office Excel Statcel Ver.3 を使用した。

C．結果

対象者の属性及び評価指標による初回評価と介入後評価の比較の結果を表 2 に示した。今回 1 名が介入途中に転所したため、3 名の有効データを得た。

1）属性

対象者 3 名の平均年齢は 84.3 歳で、全員女性であった。内 1 名がアルツハイマー型認知症の診断を受けており、認知症高齢者自立度は表に示すとおりである。[表 2]

表2 対象者属性

Case No.	年齢(歳)	性別	診断	認知症自立度
1	83	女性	NSD	Ⅲb
2	88	女性	NSD	Ⅱa
3	82	女性	AD	Ⅲa

AD:アルツハイマー型認知症、NSD: Not-specified dementia

２）MMSE

集団全体でみると介入前後で認知機能の向上はみられなかった(p=0.41)。個別では case 1 と 2 はそれぞれ 3 点と 6 点の得点改善が認められた［図 1］。下位項目をみると case 1 と 2 は時間、場所 RO で得点が向上している。一方、case 3 は時間 RO と口頭指示で減点となった［表 3］。

図1　MMSEの介入前後の結果

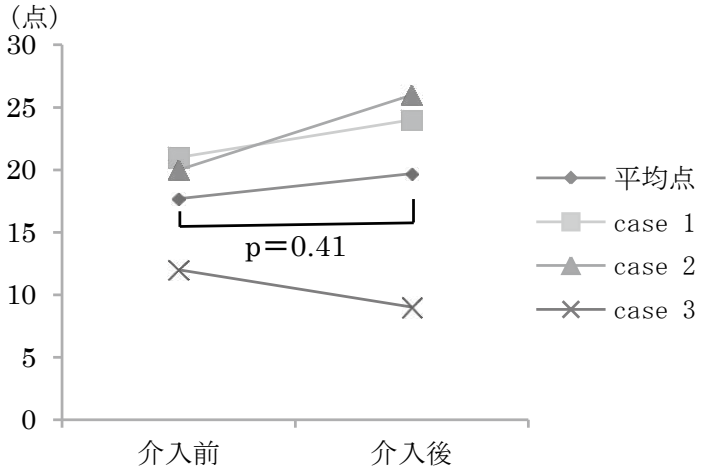


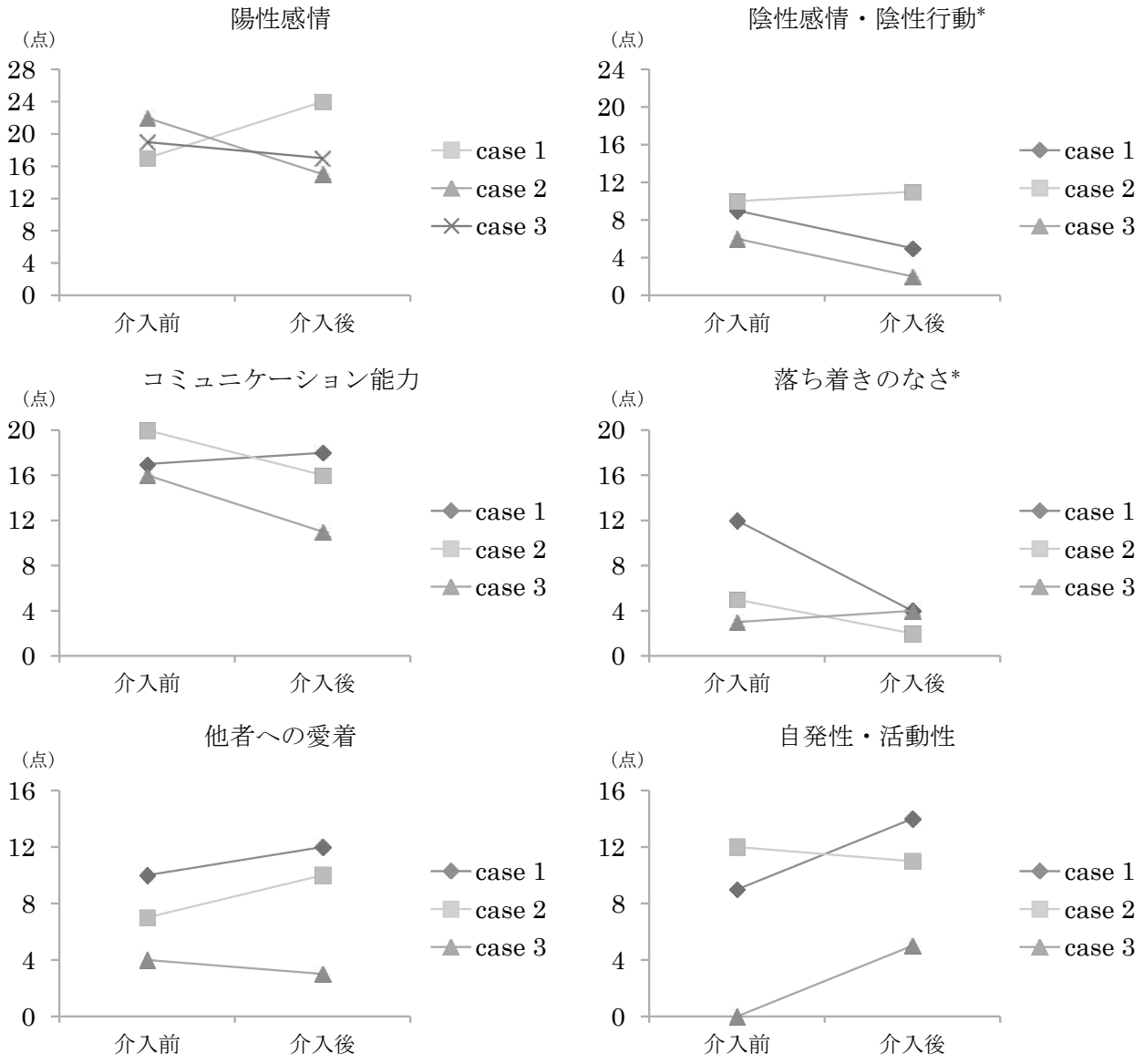
表3　MMSE下位項目別の結果(点)

	case 1		case 2		case 3	
	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
時間RO	2	4	2	4	2	1
場所RO	3	5	2	4	1	1
即時想起	3	3	3	3	3	3
計算	1	1	2	5	0	0
遅延再生	3	2	2	1	0	0
物品呼称	2	2	2	2	2	2
文復唱	1	1	1	1	0	0
口頭指示	3	3	3	3	3	1
書字指示	1	1	1	1	1	1
自発書字	1	1	1	1	0	0
図形模写	1	1	1	1	0	0
総得点	21	24	20	26	12	9

3）QOL-D

Case 1 は介入前後で 6 つのすべての領域で改善を認めた。一方、case 2 と 3 は 2 つの領域で改善を認めたが、他の 4 つの領域では低下した。case 2 は「落ち着きのなさ」と「他者への愛着」、case 3 は「陰性感情・陰性行動」と「自発性・活動性」で改善を認めた［図 2］。個人単位で改善を示す者もいたが、平均点ではどの領域においても QOL の改善は認めなかった［表 4］。

図2　QOL-Dの介入前後の結果



＊：「陰性感情・陰性行動」と「落ち着きのなさ」の2領域は逆転項目で、点数の低下を改善と判断する

表4　QOL-Dの介入前後の平均点

	平均点		p値
	介入前	介入後	
陽性感情	19.3	18.7	0.79
陰性感情・陰性行動*	8.3	6.0	0.28
コミュニケーション能力	17.7	15.0	0.29
落ち着きのなさ*	6.7	3.3	0.29
他者への愛着	7.0	8.3	0.29
自発性・活動性	7.0	10.0	0.28

＊：「陰性感情・陰性行動」と「落ち着きのなさ」の2領域は逆転項目で、
　　点数の低下を改善と判断する
p値：ウィルコクソン符号付順位和検定

4）ACIS

全対象者について介入後に得点改善を認めた［図 3］。また「ジェスチャーをする」項目では全員が改善を示しており、「関係を取る」項目では case 2 と 3 で得点増加がみられた。case 2 は最も得点増加が大きく、先に挙げた項目の他に「姿勢をとる」「主張する」「かみあう」「披露する」の項目で介入後に改善を示した［表 5］。

図3　ACISの介入前後の結果

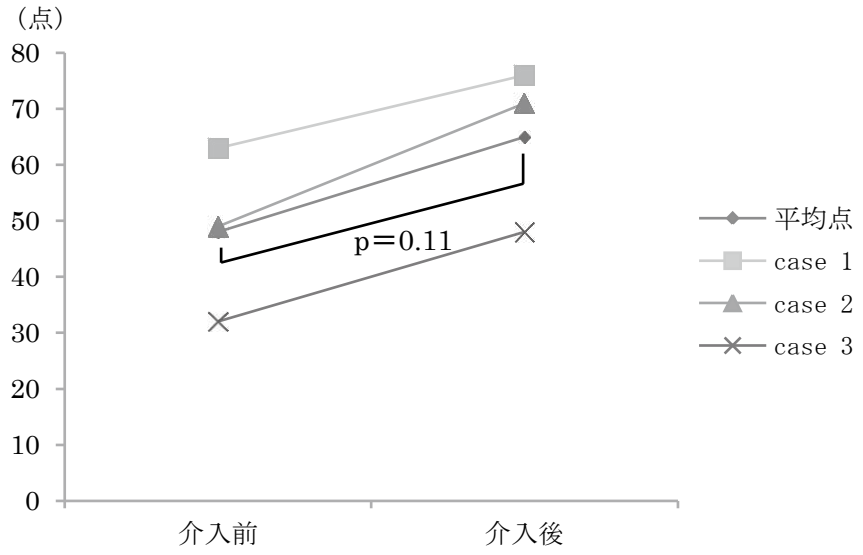


表5　ACIS下位項目別の結果(点)

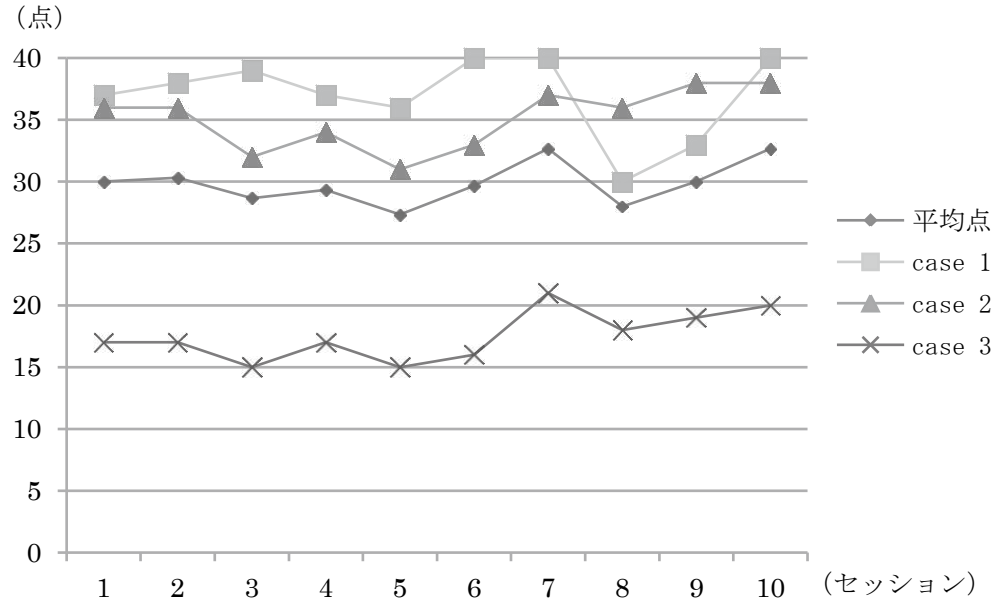
		case 1		case 2		case 3	
		介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
身体性	接触する	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	見つめる	4	4	4	4	4	4
	ジェスチャーをする	1	4	1	4	1	4
	位置を変える	4	4	4	4	3	4
	正しく向く	4	4	4	4	3	3
	姿勢をとる	NA	4	NA	4	NA	3
情報交換	はっきりと発音する	4	4	4	4	4	4
	主張する	3	4	NA	4	1	1
	尋ねる	4	4	4	4	NA	1
	かみ合う	4	4	1	4	1	1
	表現する	4	4	3	4	2	3
	声の調子を変える	3	4	4	4	2	4
	披露する	NA	4	NA	4	NA	NA
	話す	4	4	4	4	3	4
	持続する	4	4	3	3	1	2
関係	協業する	4	4	4	4	NA	1
	従う	4	4	4	4	4	4
	焦点を当てる	4	4	4	4	2	2
	関係をとる	4	4	1	4	1	3
	尊重する	4	4	NA	NA	NA	NA
	合計	63	76	49	71	32	48

ＮA:該当せず

５）集団活動評価

セッション初回に比べ 10 回目では全対象者において得点が向上した。case 1 はセッション 6、7、10 で 40 点となり、セッション 8 で 30 点と全 10 回の内最も低い点となった。case 2 はセッション 5 で 31 点と最も低く、セッション 9、10 では 38 点と高い点を示した。case 3 は他の case に比べ全体を通して低い値を示し、セッション 7 で最も高い 21 点であった。

図4　集団活動評価の得点結果



D．考察

本研究により個別プログラムとして開発された「いきいきリハビリ」を集団へ応用することが可能であることが示唆された。実施手順については個別リハビリと同様の内容で実施し、写真の拡大、物品の増加といった改良を加えることで集団に対し「いきいきリハビリ」を導入することが可能であった。

認知機能に関しては、2 名については介入後に改善が認められたが、1 名は低下に転じた。これまでの研究において「いきいきリハビリ」は認知機能の維持・向上に効果がある事が示されているため、集団でも認知機能を十分に改善させうると考えられるが、集団では 1 名の対象者に関わる時間が個別のそれより大きく減少する。そのため「いきいきリハビリ」の効果も対象者によりばらつきが生じる可能性が考えられる。これについては今後対象者の数を増やし検討していく必要がある。

QOL は認知機能と同様に対象者によって効果は様々で、case 1 は全項目で向上した。case 2 と 3 はそれぞれ「落ち着き」「他者愛」、「陰性感情」「自発性」の 2 項目ずつで向上を示した。個別リハビリの場合において QOL 向上に効果を示しているが、今回集団で「いきいきリハビリ」を行う事でも、他者と関わる機会が増え、周囲に対する関心が高まり、関係を求めようとする行動の促進につながる事が考えられる。さらに他者に対する関心の高まりが「いきいきリハビリ」の集団にとどまらず、施設の集団生活においてもみられることで、対象者の施設生活における QOL の向上に寄与することが考えられる。

今回「いきいきリハビリ」が集団でのコミュニケーション能力に与える効果を検討する目的で ACIS の評価を行った。そこで全対象者において介入後に得点改善が認められた。個別リハビリを目的に開発された「いきいきリハビリ」であるが、物品の数や活動の多様性から集団に応用することで活動を介し他者と会話が生まれ、場を共有することが可能となる。そういった経験により食事やレクリエーション場面といった施設生活での場を共有

する状況においても、他者とコミュニケーションを取る機会の増加につながり得ると考えられる。また「いきいきリハビリ」の新たな可能性として、これまでの個人の認知機能・QOL の改善だけでなく、認知症高齢者のコミュニケーション能力の改善にも寄与する可能性がある。

集団活動評価による集団内での行動特性や集団への参加状態は、セッション初回に比べ最終回で得点の向上がすべての対象者でみられたが、回を重ねることで積極性や他者への関わりが増加するという傾向は認められなかった。対象者により興味のある活動内容は多様であり、活動に対する積極性や他者との交流機会の増加は時間の経過とともに増加するのではなく、その活動に興味が持てるかが大きく関わってくる。つまりこの「いきいきリハビリ」によって対象者がどの活動に興味を示すか、どの活動が適しているかを改めて理解することが可能となり、今後施設生活の支援に役立てる有用な情報を得ることが可能となると考えられる。

本研究は「いきいきリハビリ」の集団への利用の可能性を模索する予備研究として、3 名の対象者で検証を行った。その結果、「いきいきリハビリ」は十分に集団に応用できることが示された。さらに平成 25 年度の「いきいきリハビリ」の研究報告[15]では、研究実践者から施設での時間的制約や長期にわたる個別の関わりが難しいとの声があり、集団への応用が期待されている。今後多施設による実践により対象者の数を増やし、集団リハビリへの応用を更なる発展に向けて研究を行っていく必要がある。

E．まとめ

1）個別リハビリとして開発された「いきいきリハビリ」を集団で応用することが可能であると同時に集団においても認知機能・QOL の維持向上にも効果を示す可能性が示唆された。

2）「いきいきリハビリ」は個人の保たれた能力や適した活動を発見するだけでなく、集団でのコミュニケーション手段となり、他者と関わる機会の増加につながることも考えられた。

F．参考文献

1．Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr. 8 Suppl 3:497-500, 1996.

2．小長谷陽子，齊藤千晶，岩元裕子，山下英美，中村昭範，上野菜穂，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 - ，平成 24 年度認知症介護研修・研究大府センター研究報告書，1－44，2012

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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 - 新しいケアの文化へ - ．筒井書房，141-147，2005.

8. 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.

9. 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. 183:248-54, 2003.

10. 厚生労働省．「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数 及び「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）」 の公表について，298，3，2012.

11. 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. 12(3):189-198, 1975.

12. 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.

13. Kirsty Forsyth, 山田孝．コミュニケーション交流技能評価(ACIS)．日本作業行動学会，第 2 版，2007.

14. 黒澤也生子,村木敏明,灘村妙子,相原育依他.回復期リハビリテーション病棟における集団活動が脳血管障害者の心理・社会機能に及ぼす影響.OT ジャーナル 41(2):158-166,2007

15. 小長谷陽子，水野純平，西浦裕子，齊藤千晶，山下英美，中村昭範，上野菜穂，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 - 「いきいきリハビリ」の普及 - ，平成 25 年度認知症介護研修・研究大府センター研究報告書，66－75，2013.

地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テストと手段的ADLの関連に関する研究



地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための
時計描画テストと手段的ＡＤＬの関連に関する研究

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　山下　英美（同上、愛知医療学院短期大学　作業療法学専攻）
研究協力者　加藤　真弓（愛知医療学院短期大学　理学療法学専攻）

A. 研究目的

国の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン)」の中では、認知症の早期発見・早期介入が推進されており、効果的な認知機能のチェック法を用いて、軽度の認知機能低下者を把握することが求められている。

平成22年、A県O市で実施した、65歳以上の全住民14、949人を対象とした郵送法での「時計描画テスト」(以下CDT）において、地域在住高齢者の中に一定の割合で存在する認知機能障害の可能性のある対象者を、CDTによって把握できることが明らかになり、CDTが認知機能スクリーニングとして有用であることが示唆された[1)]。

認知機能の低下は、まず遂行機能障害、すなわち目的のある一連の行動を有効に行うために必要な、計画・実行・監視能力等を含む複雑な認知機能[2)]が障害された状態として現れると考えられている。そしてこの機能障害は、買い物や料理、掃除や洗濯といった家事全般や、金銭管理や服薬管理、交通機関の利用などといった、日常生活を送る上で必要な行為のうち、基本的日常生活活動（以下ADL）より複雑で高度な行為、すなわち、手段的ADL（以下IADL）の低下から明らかになる事が多い。

地域在住高齢者のADL・IADLを把握する方法としては、自記式アンケートにより、二次予防対象者把握事業として市町村が住民に郵送する「基本チェックリスト」【資料1】と、認知症初期集中支援チームが使用することを奨励されている、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート「DASC・ダスク」【資料2】[3)]が挙げられる。また、高齢者用集団認知検査「ファイブ・コグ」に添付されている「日常生活能力についてのチェック票」【資料3】[4)]も複数の自治体で用いられている。

CDTが視空間認知機能の評価としてだけでなく、認知機能のスクリーニングとしても有用である理由は、その評価項目として、理解、プランニング、視覚記憶と図形イメージの再構成、視空間認知機能、運動プログラムと実行、数字の認識、抽象概念、集中力（注意力）などがあり、長期記憶と情報再生、視知覚と視覚運動能力、注意、同時処理、そして実行機能を評価することができる[1)]からである。

以上のことから、CDTとIADLとの関連を検討することにより、CDTとIADLをベースとした、軽度の認知機能低下者を把握するための簡便なチェックシートを作成できるのではないかと考えた。

そこで、地域在住高齢者の認知機能スクリーニングとしてCDTを実施し、IADLとの関連を検討することによって、遂行機能評価としてのCDTの有用性を検討することが必要であると考え、まず、健康増進に対する意欲の比較的高い、介護予防事業への参加者を対象として、CDTを実施し、IADLとの関連を検討することにした。

B. 方法

1) 対象：A 県 K 市において、A 短期大学と連携して実施されている、介護予防事業の中の一次予防事業「らく楽運動教室」（以下「教室」）（第 1 期：2014 年 5 月 1 日～7 月 17 日、第 2 期：2014 年 9 月 25 日～12 月 11 日）の参加者を対象とした。参加者は第 1 期 13 名、第 2 期 20 名であったが、それぞれ 8 名、5 名が途中脱落し、教室前後のデータのあるものは 20 名（男性 2 名、女性 18 名、年齢 77.5±4.9 歳）であった。

2) 手順：参加者に、教室開始時に研究への協力の同意を得た上で、体力測定と併せて CDT を実施し、同時に「日常生活能力についてのアンケート」【資料 4】を記入してもらった。その後、運動機能及び認知機能の維持向上を目的として、週 1 回 2 時間程度の運動（セラバンドを用いた筋力強化や、同時課題を行いながらの有酸素運動等）を全 12 回、約 3 カ月間の「教室」に参加してもらった。「教室」終了時に再度 CDT を実施し、「日常生活能力についてのアンケート」を記入してもらい、その後各人に「結果のお知らせ」【資料 5】を郵送した。

3) 評価項目：

・CDT

A4 サイズの紙を配布し、まず時計の枠を描き、次に文字盤の数字を書き、最後に 11 時 10 分を指すように針を書き込むよう口頭で指示をした。定量的評価は Freedman の採点法を用いた。この方法は全体像、数字、針、中心の 4 つの視点の 15 項目について正しいものに 1 点を与えて 15 点満点で採点するものである[5]。

項目		配点
全体像	1. 整った外周円が描ける 2. 外周円の大きさが用紙に対して適切	各 1 点
数　字	3. 1～12 のみを書く 4. 算用数字を用いる 5. 数字の順序が正しい 6. 用紙を回転させないで書く 7. 数字の位置が正しい 8. 外周円の中に位置する	
針	9. 2 本の針を有する 10. 適切に時を指す 11. 適切に分を指す 12. 分針の方が長い 13. 余計な印がない 14. 2 本の針が結合する	
中　心	15. 中心が設定されている	

15 点満点

・「日常生活能力についてのアンケート」(IADL)【資料 4】

「ファイブ・コグ」に添付されている「日常生活能力についてのチェック票」【資料 3】の 15 項目（基本チェックリストの 4 項目を含む）に、「DASC」【資料 2】の中から重複を避けて 3 項目（⑯・⑰・⑱）を追加して作成した、18 項目からなる自記式アンケートである。「はい」を 1 点「いいえ」を 0 点とした 18 点満点で、IADL の自立度が高い程高得点となる。

4) 解析：第 1 期・第 2 期参加者を合わせて解析し、「教室」開始時については 33 名を対象とし、「教室」終了時についてはデータの揃っている 20 名を対象として、CDT と IADL の関連を解析した。また、後者の 20 名を対象として CDT・IADL のそれぞれについて、「教室」開始時と終了時を比較し、「教室」参加による効果を評価した。統計学的解析には IBM SPSS Statistics 22 for Windows を用い、有意水準は 5%未満とした。

5) 倫理的配慮

この研究は、認知症介護研究・研修大府センターの倫理委員会承認の元に行われ、対象者に研究の趣旨を説明後、書面にて同意を得た上で実施した。また個人情報・秘密保持について配慮を行った。

C.結果

1) CDT・IADL の結果

① CDT の得点、IADL の合計点の平均値と標準偏差

「教室」開始時 33 名の CDT の得点は 13.9±2.0 点（平均値±標準偏差）、IADL の合計点は 15.0±1.7 点であった。「教室」終了時 20 名の CDT の得点は 14.7±0.5 点、IADL の合計点は 15.2±1.5 点であった（表 1）。

表 1　　CDT・IADL の平均値と標準偏差

	教室開始時		教室終了時	
	CDT	IADL	CDT	IADL
N	33	33	20	20
平均値	13.9	15.0	14.7	15.2
標準偏差	2.0	1.7	0.5	1.5

② CDT の得点分布

「教室」開始時は 15 点（満点）が 17 名、14 点が 9 名であり、この 26 名で全体の 79%を占めた。それ以外は 5 点、10 点が各 1 名、12 点が 2 名、13 点が 3 名であった。「教室」終了時は全員が 14 点または 15 点（満点）であった（図 1)。

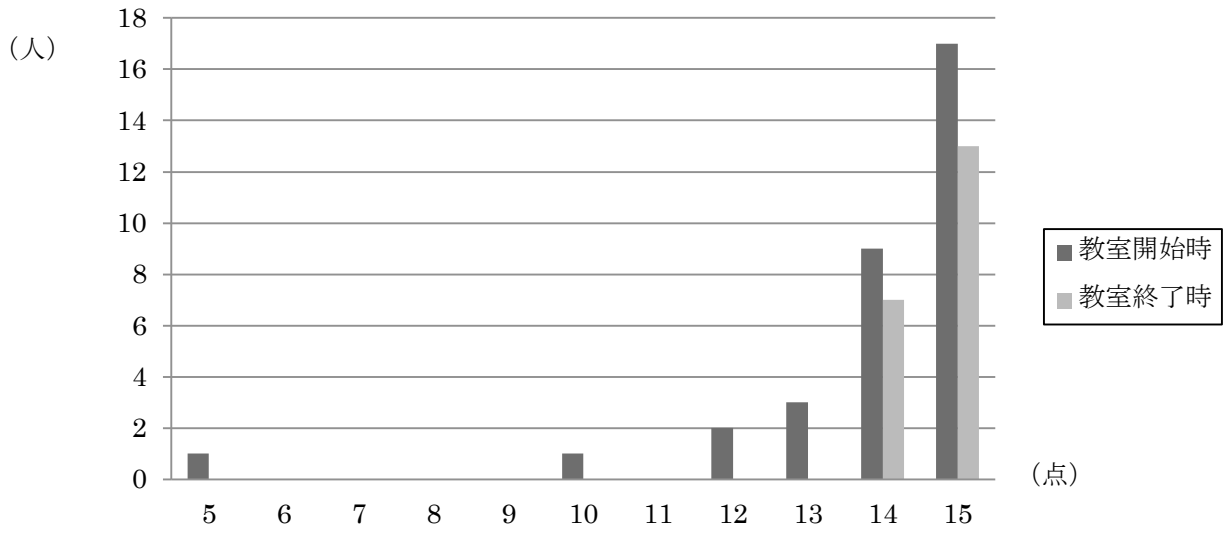


図 1　　CDT の得点分布

③ IADL の合計点分布

「教室」開始時は 11 点から 18 点（満点）まで、正規分布に近い分布となっていたが、「教室」終了時には 12 点以下はみられなかった（図 2)。

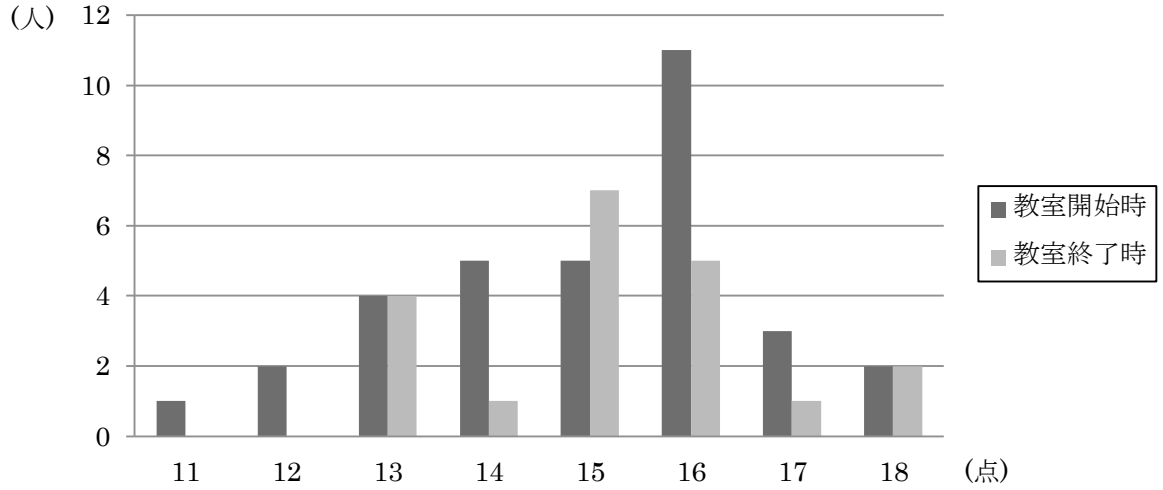


図 2　　IADL の合計点分布

2）CDT と IADL の関連

① CDT の得点と IADL の合計点の相関

「教室」開始時 30 名の CDT の得点と IADL の合計点との間の相関係数は r=0.05(p=0.80)、「教室」終了時 20 名の相関係数は r=0.03(p=0.91)となり、CDT と IADL の間に有意な相関は見られなかった。

②個々の case での分析

CDT の得点が 13 点以下の 7 case について、結果を表 2 に示す。

表 2　　時計描画テスト低得点者の CDT・IADL 結果

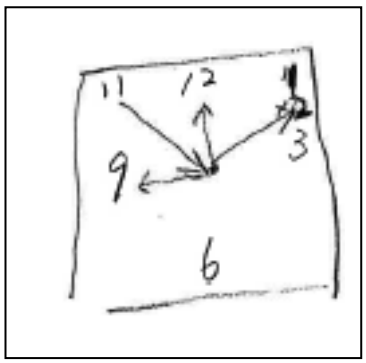
case	教室開始時				教室終了時			
	CDT		IADL		CDT		IADL	
	得点	失点項目	合計点	失点項目	得点	失点項目	合計点	失点項目
1	5	1.2.**3.7.**9.10.11.**12.**13.14	16	**2.5**	脱落			
2	10	**7.12.**13.14.15	13	**2.3.**4.**5.**11	14	**14**	15	4.5.11
3	12	2.**3.**11	12	**2.3.**4.**5.**11.12	15		15	**2.3.**5
4	12	**3.7.12**	16	**2.3**	14	**12**	16	**2.3**
5	13	**3.12**	16	**2.3**	14	**14**	15	**3.**4.7
6	13	11.**12**	16	**2.3**	14	**12**	15	**2.3.**13
7	13	**1.7**	13	**2.**4.**5.**11.13	脱落			

Case 1、7 は途中で脱落した。

低得点者の失点に関して、CDT の項目の内、「教室」開始時においては、「12. 分針の方が長い」は 7 名中 5 名、「3. 1～12 のみを書く」・「7. 数字の位置が正しい」は 4 名に失点がみられた。「教室」終了時においては、「12. 分針の方が長い」・「14. 2 本の針が結合する」は 5 名中 2 名に失点がみられた。

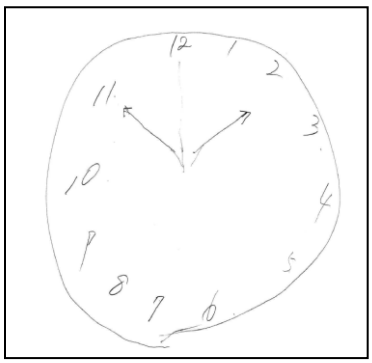
IADL の項目の内、「教室」開始時においては、「2. リーダーとして何かの行事の企画や運営を行うことができますか」は全員、「3. 何かの会の世話係や会計係を務める事ができますか」は 7 名中 5 名、「5. 見知らぬ場所へ一人で計画を立てて旅行することができますか」は 4 名に失点がみられた。「教室」終了時においては、「3. 何かの会の世話係や会計係を務める事ができますか」は 5 名中 4 名、「2. リーダーとして何かの行事の企画や運営を行うことができますか」は 3 名に失点がみられた。

特徴的な時計描画を以下に示す。



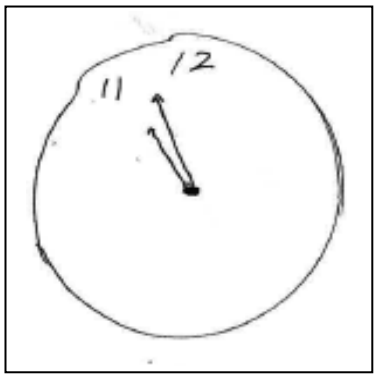
case1　教室開始時

外周が円でなく、数字が一部しか書かれていない。針が複数あり、そのうち 1 本は数字の 11 から中心に向かっている。



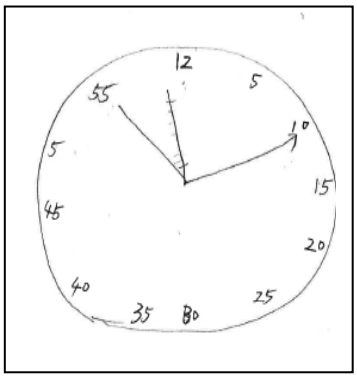
case2　教室開始時

数字の位置がずれている。長針と短針の区別が無く，2 本が結合しておらず中心が設定されていない。12 に向かう余分な線がある。



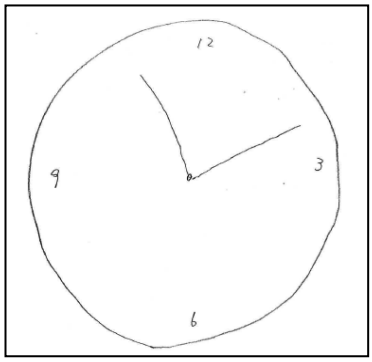
case3　教室開始時

数字が 11 と 12 の 2 つのみ。長針が正しく分を指していない。



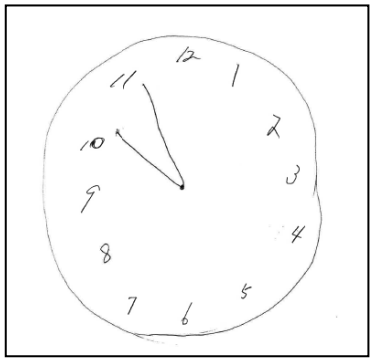
case4　教室開始時

数字が 5・10・15 … 55 というように、分を表している。針が 3 本あるが、内 1 本は横線で消してある



case5　教室開始時

数字が 3・6・9・12　の 4 つのみ。長針と短針の区別が無い。



case6　教室開始時

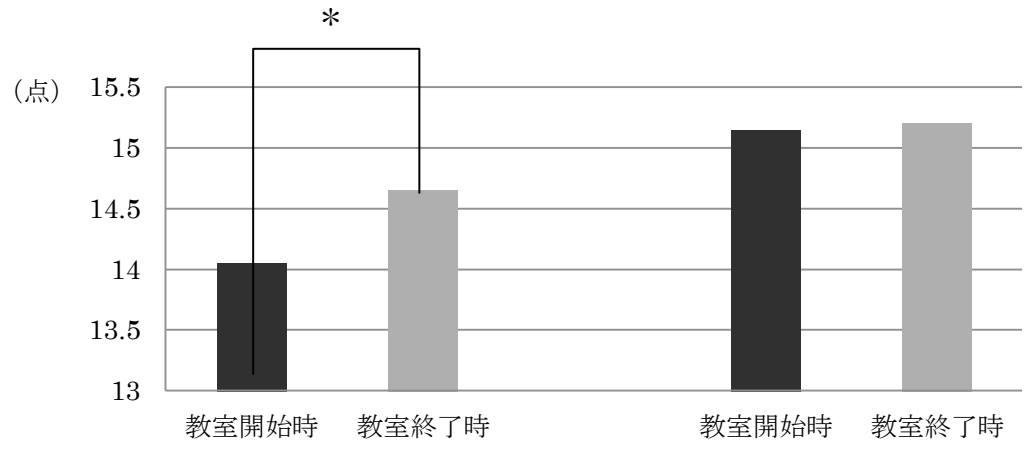
適切に分を指していない。長針と短針の取り違えがうかがえる。

3)「教室」による効果

「教室」前後のデータが揃っている 20 名の CDT の得点は、「教室」開始時が 14.1±1.4 点（平均値±標準偏差)、「教室」終了時は 14.7±0.5 点であった。IADL の合計点の平均値は、「教室」開始時が 15.2±1.5 点、「教室」終了時も 15.2±1.5 点であった（図 3)。

CDT の得点は、「教室」開始時と終了時に関して、対応のある t 検定を行った結果、有意な改善がみられた（ｐ＝0.042)。

アンケートの合計点には有意な変化は見られなかった（ｐ＝0.881)。



＊：p＜0.05

図 3　教室前後のデータの揃っている 20 名の平均値

D.考察

地域在住高齢者の認知機能スクリーニングとして CDT を実施し、IADL との関連を検討することによって、遂行機能評価としての CDT の有用性を検討することを目的として研究を行うにあたり、まず今回は、介護予防事業に参加している、健康増進への意欲の比較的高い高齢者を対象とした。

CDT の結果は、教室開始時から、ほぼ 8 割の参加者が 15 点満点あるいは 14 点であった。これは、「らく楽運動教室」の参加者が健康増進への意欲が高く、認知機能の低下の可能性の低い集団であったためであると考えられる。5 点といった低い得点の参加者もいたが、途中で参加を中止したこともあり、教室終了時は全員が満点あるいは 14 点となった。

しかし、個々の case での分析では、いくつかの特徴的な時計描画がみられた。低得点者の時計描画では、「12. 分針の方が長い」「3. 1～12 のみを書く」「7. 数字の位置が正しい」の項目に失点が多くみられた。針の長さについては、低得点者に限らず、長短の区別が無いものや、長短の取り違えが複数例みられた。数字については、不足しているものがほとんどであったが、case4 のように分を表しているものもみられた。このように、地域在住高齢者の中に、様々な認知機能障害が疑われる高齢者が含まれていることがうかがえた。

特に、case3 と 6 の時計描画では、分針が 2 を示さず、10 あるいは 11 の方向を示した。分針を正しく書くためには 10 分という言葉を「2」という数字に転換する必要があり、時計の機能性についての意味概念の知識を要する。本来 2 の方向を示すべき分針が、10 という数字に引き寄せられる現象は前頭葉性牽引（frontal pull）と呼ばれ、遂行機能、脱抑制と関連する前頭葉の障害を表すとされる[6]。今回、健康増進への意欲が比較的高いと思われる集団の中にも、前頭葉の障害が疑われる高齢者が含まれていることが明らかになった。また、得点の低かった 7 名のうち 2 名は脱落したが、それ以外の 5 名は、「教室」終了時にはいずれも 14 点または満点となり、「教室」前より改善した。これらの事から、CDT を実施することが、認知機能低下の早期発見に繋がり、早期介入の効果を測定する事にも有用であると考えられた。

一方、IADL の合計得点の分布は、「教室」開始時は 11 点から 18 点（満点）まで、正規分布に近い分布となっていたが、「教室」終了時には 12 点以下はみられなかったもののばらつきがみられた。健康増進への意欲のある高齢者であっても、IADL の低下がみられる場合もあり、個人差も大きいことが示された。

CDT と IADL の関係については、CDT の得点と IADL の合計得点の間に相関はみられなかった。そこで、個々の case について検討したところ、時計描画テストの得点が低かった case では、IADL の項目の内、「2.リーダーとして何かの行事の企画や運営を行うことができますか」は 7 名全員、「3.何かの会の世話係や会計係を務める事ができますか」は 5 名、「5.見知らぬ場所へ、一人で計画を立てて旅行することができますか」は 4 名に失点がみられた。これらの項目は、計画・実行といった遂行機能そのものが必要とされる項目である。CDT の得点が低かった case の多くが、計画・実行といった遂行機能そのものを必要とする IADL の項目に失点がみられたということは、統計的な有意差は見られなかったが、両者の間に関連がある可能性が示唆された。

竹田は、地域在住高齢者の立方体模写と IADL・知的活動との関連を検討した結果、立方体模写可能群では、IADL の「できない」者の割合が、買い物の 2.5％からバス・電車利用の 14.7％にとどまったのに対して、模写不可能群と未記入群においては 6.7～31％で有意に多かった[7]と述べており、今回の結果との関連もうかがえた。

「教室」による効果については、CDT のみ有意な改善がみられた。これは、認知症についての講話や、同時課題を行いながらの有酸素運動といった、認知機能向上をねらったプログラムの効果があったと言える。IADL については、「教室」による効果は明確にはみられなかった。これは、「教室」の期間が３ヶ月であったことや、機能の改善が活動へ影響を及ぼすには、様々な要因が影響を与えていることによると考えられる。

今回は介護予防事業に参加している、健康増進への意欲の高い高齢者を対象とした。そのため、CDT の得点には天井効果がみられたことは否めない。今後は、平成 27 年 3 月に予定されている「脳とからだの体力測定」にて、一般高齢者も含んだ対象者に対して CDT を実施し、併せて「日常生活についてのアンケート」を行い、偏りの少ないデータを増やす予定である。さらに、「脳とからだの体力測定」への参加者に「ファイブ・コグ」を実施し、その結果との関連を分析することを通して、CDT と他の認知機能検査との関連も検討していく予定である。

E.文献

1) 小長谷陽子，渡邊智之，小長谷正明：地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テスト―定量的および定性的評価による検討―．日本老年医学学会雑誌 Vol.49（4）483-490.2012
2) 穴水幸子，加藤元一郎：遂行機能障害の特徴とその評価法．老年精神医学 vol.20(10) 1133-1138， 2009
3) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所：ファイブ・コグ～高齢者用集団認知検査～
4) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：DASC アセスメントツール使用法と DASC21 最新版
5) 福井俊哉：症例から学ぶ戦略的認知症診断．南山堂．2007
6) 小長谷陽子，小長谷正明，渡邊智之，鷲見幸彦：アルツハイマー病患者における時計描画の特徴―量的および質的評価による検討―．臨床神経学 Vol.54（2）109-115.2014
7) 竹田徳則，近藤克則：地域在住高齢者の立方体模写と心理・社会面の特徴―認知機能障害のスクリーニング法としての可能性，総合リハ vol.34(4) 371-378， 2006

資料１

健康度評価のための質問票

（基本チェックリスト）

No.	質問項目	回答（いずれかに○をお付け下さい）	
1	バスや電車で１人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15 分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この１年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	６ヵ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長　　cm　体重　　kg（BMI=　　）（注）		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	（ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	（ここ２週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

（注）BMI（＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））が 18.5 未満の場合に該当とする。

（平成 18 年３月 31 日　老発第 0331027 号　保健事業実施要領の一部改正について）

資料２

作成者：栗田主一　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム（認知症・うつの予防と介入の促進）

地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（ＤＡＳＣ）　認知症初期集中支援チーム版

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System - 21 items (DASC-21)

ID									
								記入日　平成　　年　　月　　日	
ご本人の氏名：			生年月日：大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）				男・女	独居　・　同居	
回答者の氏名：	本人との続柄：		記入者氏名：			所属・職種：			
認知機能障害・生活機能障害			1点	2点	3点	4点			備考欄
1	財布や鍵など，物を置いた場所がわからなくなることがありますか．		a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか．		a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ			
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか．		a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		遠隔記憶	
4	今日が何月何日かわからないときがありますか．		a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ	見当識	時間	
5	自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか．		a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		場所	
6	道に迷って家に帰ってこれなくなることはありますか．		a. まったくない	b. ときどきある	c. 頻繁にある	d. いつもそうだ		道順	
7	電気やガスや水道が止まってしまったときに，自分で適切に対処できますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	問題解決判断力	問題解決	
8	一日の計画を自分で立てることができますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない			
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		社会的判断力	
10	一人で買い物はできますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭外のIADL	買い物	
11	バスや電車，自家用車などを使って一人で外出できますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		交通機関	
12	貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払いは一人できますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		金銭管理	
13	電話をかけることができますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない	家庭内のIADL	電話	
14	自分で食事の準備はできますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		食事の準備	
15	自分で，薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか．		a. 問題なくできる	b. だいたいできる	c. あまりできない	d. まったくできない		服薬管理	□本人　□家族　□その他（　　）
16	入浴は一人でできますか．		a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL①	入浴	
17	着替えは一人でできますか．		a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		着替え	
18	トイレは一人でできますか．		a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		排泄	
19	身だしなみを整えることは一人でできますか．		a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する	身体的ADL②	整容	
20	食事は一人でできますか．		a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		食事	
21	家のなかでの移動は一人でできますか．		a. 問題なくできる	b.見守りや声がけを要する	c. 一部介助を要する	d. 全介助を要する		移動	
					DASC 18 項目の合計点	点	DASC 21 項目の合計点	点	

©地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所

資料３

《日常生活能力についてのチェック票》

日常生活の中で、次のような行動ができるかどうかお答えください。ある項目について日頃していない場合には、**もしやるとしたらできるかどうか考えて**、お答えください。

① 自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか。	1. できる	2. できない
② リーダーとして、何かの行事の企画や運営を行うことができますか。	1. できる	2. できない
③ 何かの会の世話係や会計係を務めることができますか。	1. できる	2. できない
④ ひとりでバスや電車を利用して、あるいは車を運転して、出かけることができますか。	1. できる	2. できない
⑤ 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行することができますか。	1. できる	2. できない
⑥ 薬を決まった分量を決まった時間に飲むことができますか。	1. できる	2. できない
⑦ 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなど、家計を管理することができますか。	1. できる	2. できない
⑧ 日用品の買い物をすることができますか。	1. できる	2. できない
⑨ 請求書の支払いができますか。	1. できる	2. できない
⑩ 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか。	1. できる	2. できない
⑪ 年金や税金の申告書をひとりで作成することができますか。	1. できる	2. できない
⑫ 自分で食事の用意ができますか。	1. できる	2. できない
⑬ 自分で掃除ができますか。	1. できる	2. できない
⑭ 洗濯物・食器などの整理ができますか。	1. できる	2. できない
⑮ 手紙や文章を書くことができますか。	1. できる	2. できない

資料4

《日常生活能力についてのチェック票》

日常生活の中で，次のような行動ができるかどうかお答えください。ある項目について日常していない場合には，**もしやるとしたらできるかどうか考えて**，お答えください。

① 自分で電話番号を調べて，電話をかけることができますか。	1. できる	2. できない
② リーダーとして，何かの行事の企画や運営を行うことができますか。	1. できる	2. できない
③ 何かの会の世話係や会計係を務めることができますか。	1. できる	2. できない
④ ひとりでバスや電車を利用して，あるいは車を運転して，出かけることができますか。	1. できる	2. できない
⑤ 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行することができますか。	1. できる	2. できない
⑥ 薬を決まった分量を決まった時間に飲むことができますか。	1. できる	2. できない
⑦ 貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払い，家計のやりくりなど，家計を管理することができますか。	1. できる	2. できない
⑧ 日用品の買い物をすることができますか。	1. できる	2. できない
⑨ 請求書の支払ができますか。	1. できる	2. できない
⑩ 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか。	1. できる	2. できない
⑪ 年金や税金の申告書をひとりで作成することができますか。	1. できる	2. できない
⑫ 自分で食事の用意ができますか。	1. できる	2. できない
⑬ 自分で掃除ができますか。	1. できる	2. できない
⑭ 洗濯物・食器などの整理ができますか。	1. できる	2. できない
⑮ 手紙や文章を書くことができますか。	1. できる	2. できない
⑯ 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	1. できる	2. できない
⑰ 一日の計画を自分で立てることができますか。	1. できる	2. できない
⑱ 電気やガスや水道が止まってしまったときに，自分で適切に対処できますか。	1. できる	2. できない

資料５

様

らく楽運動教室
結果のお知らせ

認知機能・家事等の複雑な日常生活活動　ともに，教室開始時はやや低下傾向がみられました。

しかし，らく楽運動教室に参加され，参加者の皆さんと一緒に運動を続けられたことにより，教室終了時には，生活がより活動的になられ，認知機能にも大きな改善が見られました。

今後とも，運動習慣を継続されるとともに，様々なことに興味を持って取り組まれ，脳の機能も鍛えながら，ますますお元気にお過ごしください。

平成 26 年 7 月 31 日

愛知医療学院短期大学　リハビリテーション学科
理学療法学専攻　加藤真弓
作業療法学専攻　山下英美

認知症介護指導者の研究活動継続支援プログラムの開発
研究活動継続支援プログラム（論文作成支援）



認知症介護指導者を対象とした「研究活動継続支援プログラム」の実践

伊藤美智予（認知症介護研究・研修大府センター研修部）
汲田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター研修部）
山口　喜樹（認知症介護研究・研修大府センター研修部）
加知　輝彦（認知症介護研究・研修大府センター研修部）

はじめに

認知症介護指導者が実践現場での研究活動を継続するにあたり、業務との両立、研究の進め方について助言を得る機会がない等の課題がある。そこで認知症介護研究・研修大府センターでは、平成 25 年度に認知症介護指導者を対象とした「研究活動継続支援プログラム」（以下、研究支援プログラム）を開発した。本プログラムは、研究会の組織化と担当者制による個別支援の 2 本柱によって、認知症介護指導者が実践現場での研究活動を継続できるよう支援することをねらいとするものである。

昨年度の試行プログラムでは概ね肯定的な評価を得たことから、平成 26 年度も引き続き研究支援プログラムを実施した。以下では、研究支援プログラムの概要と研究成果について報告する。

1. 研究支援プログラムの概要

(1)目的

本プログラムでは、以下の2本柱からなる支援体制を構築することで、認知症介護指導者の実践現場での研究活動を支援することを目的とした。

① 認知症介護指導者と大府センター職員（研究者）で構成される研究会の組織化
② 担当者制による個別支援

(2)意義

第一に、実践現場における認知症ケアの分析や言語化などを促進することで、認知症指導者のキャリア形成やモチベーション向上につながることが期待できる。第二に、上記のようなプロセスを蓄積することで、事業所における認知症ケアの質向上に寄与すると思われる。第三に、これまでほとんど注目されてこなかったケア実践者の研究活動支援に焦点を当てた「研究活動継続支援プログラム」を実施することは、社会的にも大きな意義があると思われる。

(3)ゴール設定

次の 3 点をゴールとして設定した。

① 介護現場の現状と今後の課題について、適切な分析ができるようになる
② 物事を多面的に捉えることができるようになる
③ 他者にわかりやすく説明することができるようになる

(4)プログラムの内容

研究支援プログラムは、認知症介護指導者が職場の課題を解決していくプロセスを通して、研究的視点を持って実践活動を行うことを支援する。研究的な成果として平成27年度日本認知症ケア学会での研究成果報告を目指し、約1年にわたり研究活動をサポートするものである。

本プログラムのスケジュールを表1に示す。担当者制による個別支援をベースとし、全体会（研究会）を計5回実施する。全体会は研究の進捗状況の報告や助言を得る機会として活用した。

表1．平成 26(2014)年度 研究活動継続支援プログラムの流れ

月	全体or個別	内容	
2014.6	個別支援	○KCドリルの完成→おおまかな研究テーマの決定	
7	全体会① ＜オリエンテーション＞	○オリエンテーション：研究活動継続支援プログラムの概要説明 ○研究計画（第1次案）の発表 ・他メンバーから意見やアドバイスをもらい修正	
8	全体会② ＜研究計画構想発表会＞	○研究計画（第2次案）の発表 ・他メンバーから意見やアドバイスをもらい修正→確定	
9	個別支援	○進捗状況を担当者に報告	計画に基づく取組み
10	全体会③ ＜中間報告会＞	○調査および単純集計、分析を終え、主な所見をまとめる（第一報） ・他メンバーから意見やアドバイスをもらい修正	
11	個別支援	○まとめ（第二報）	
12	全体会④ ＜研究成果報告会＞	○研究成果の報告 ・抄録も個別に作成しておく	
2015.1	個別支援	○日本認知症ケア学会報告へのエントリー	
2	個別支援	○報告書の執筆 ○学会報告資料の作成	
3	個別支援	○認知症ケア学会の抄録修正（査読結果によって） ○報告書の執筆締め切り（上旬～中旬）	
4	個別支援	○学会報告資料の作成	
5	全体会⑤	○学会報告の予行演習（5月上旬）	

2. 参加者

平成 26 年 3 月から 5 月にかけて参加者を募った。参加者は下記の通りである。

表2. 平成 26(2014)年度 研究活動継続支援プログラムの参加者

	氏 名	県･政令市	修了期	所属・役職
1	増田末一	静岡県	29 期	有限会社それいゆ　ぐるーぷほーむしあわせの家かんなみ
2	吉川聡史	奈良県	31 期	特別養護老人ホーム　和里（にこり）
3	松浦慎介	神戸市	35 期	神戸高齢者総合ケアセンター真愛
4	引野好裕	大阪府	36 期	高槻けやきの郷
5	土井敏之	大阪府	37 期	（医）徳洲会　介護保健施設　八尾徳洲苑
6	分見民雄	福井県	39 期	福井県立すこやかシルバー病院

3. 研究成果

(1)研究テーマ一覧

参加者の研究テーマは以下の通りである。

表3. 平成 26(2014)年度 研究活動継続支援プログラム参加者の研究テーマ

氏名	研究テーマ
増田末一	睡眠の安定していない方に対するグループホーム職員の洞察とケアについて―24 時間シート、2 か月間の記録より―
吉川聡史	認知症ケアマッピング（DCM）を用いた事業所間人材育成プログラムの開発
松浦慎介	赤ちゃん先生が認知症高齢者に与える影響の考察
引野好裕	ユニットリーダーが職員から受ける相談とその応答に関する実態調査
土井敏之	人材育成の仕組み構築に向けて、施設内勉強会の講師を担う職員に必要な支援の検討―認知症介護実践者研修修了者へのグループインタビューをおとおして―
分見民雄	精神科病院における認知症ケアに携わる介護福祉士の役割に関する研究

(2)研究成果

研究成果（要旨）を次ページ以降に示す。

睡眠の安定していない方に対するグループホーム職員の洞察とケアについて
－２４時間シート、２か月間の記録より－

ぐるーぷほーむしあわせの家かんなみ　増田未一

キーワード：ＢＰＳＤ、２４時間シート、気づき

１．背景と目的

認知症の人のＢＰＳＤは、原因疾患や重複疾患にもよるが、その人をとりまく環境に大きく左右される。環境には社会環境の他、人的環境、物理的環境が考えられ、人的環境では精神・心理的な側面が重視されている。当グループホームでも環境によりＢＰＳＤが出現する方がおられる。ここでは睡眠の安定していないＡ氏について、グループホーム職員がどのようにその要因を考え、プランニングし、行動（ケア）するかを明らかにする。

２．対象と方法

グループホームに入居しているＡ氏の暮らしの中で、睡眠の状態について、スタッフが気づいたことや考えたこと、提案したことをセンター方式のD-4シート（２４時間生活変化シート）を一部変更した筆者オリジナル版のシートに２か月間記録した。前半の１か月で得られた情報を介護職員にフィードバックしケアに再構築、後半の１か月で実践し睡眠の安定を試みた。

３．結果

介護職員が考えていることや想定したことは各々異なっていた。しかし、日中の活動が傾眠やアパシーに影響していると考える職員が多く、期間の前半では、日中の活動を充実させるためＡ氏の情報を詳しく収集するなどの変化がみられた。期間の後半は日中の外気浴や心身活動、傾眠時のこまめな声かけなどを実施し、前半と比較して睡眠の安定が得られた。シートの記入が進むにつれ、リーダー的職員を軸に職員同士が情報を交換し合い、利用者の気分に配慮したケアを実践していった。

４．考察

日中の活動に注視して睡眠の安定を考えた取り組みであったが、不安定になる要因は日中の活動以外にもあると思った。具体的には、A 氏の安定した睡眠を継続するために、その方の暮らしに向き合う姿勢を理解する姿がみられた。その方の行動や思いの一つひとつは長年の生活の積み上げからくる投影であり、そこには人物像を深く知り得ることの大切さが考えられる。睡眠の安定に関する要因は、今回の取り組みだけでも前述の他、心理的側面を含めいくつかあった。今後はスタッフと共に他の利用者に対しても、その関係性を丁寧に探っていく取り組みを行いたい。

認知症ケアマッピング（DCM）を用いた事業所間人材育成プログラムの開発

和里（にこり）　吉川聡史

キーワード：認知症介護指導者、認知症ケアマッピング、コンサルテーション機能

１．背景と目的

各事業所では、人材育成のためキャリアパスの構築を図っているが、認知症ケアと生活の質の向上を図る上で欠かせない Person-centred Care（PCC）の理解は、人材の流動性等から進みにくい現実がある。そこで筆者らは、PCC の理念に基づいて Tom Kitwood が開発した認知症ケアマッピング（DCM）が、地域の認知症介護指導者（指導者）としての役割と各事業所における人材育成の活性化につながるものと考え、「DCM を用いた事業所間人材育成プログラム」の開発を行った。本研究では、プログラムの概要の記述及びその到達点と課題について考察することを目的とした。

２．対象と方法

協力が得られた指導者 6 名と 3 法人を対象とした。1）プログラムの概要として、目的、特徴、内容等を記述し、2）プログラム評価として、対象者にヒアリングを実施し、到達点と課題を考察した。DCM の対象者である認知症とともに生きる人および家族には、事前に研究内容について説明し、口頭で同意を得た。事業所等には事前に研究内容を説明し、強制的な意図や不利益がないことを説明した。

３．結果

1）プログラムの目的は、「指導者でもあるマッパーが連携し、DCM を用いて、地域の事業所間において、認知症ケアと生活の質の向上のために、人材育成を支援すること」とした。特徴は、「継続性」「コンサルテーション機能」「相互補完の関係性」「費用負担なし」等である。具体的には「個別相談」「訪問」の 2 本柱で推進し、8 ヶ月を標準サイクルとした。2）ヒアリング結果では、到達点として、「行動計画が見え、職員にとってよい目標になった」「段階を経て取り組めることは効果的」等があった。一方、課題として、「自身の PCC が不確かかもしれないので、伝える自信がない。」等があった。

４．考察

DCM を実践している 3 法人のため、プログラムが展開しやすい可能性もあるが、ヒアリング結果に基づくと、職員、対象者ともに学びが深まった様子が伺えた。これらの理由として、ともに成長する DCM 特有の PDSA サイクルに、「個別相談」「訪問」の 2 本柱を加え、段階的に支援することで、支援する側、される側の個々の気づきがより深まり、アクションプランなどにつながったことが考えられる。一方で、コンサルテーション時に人材育成の個別ニーズにどこまで対応できるか、という課題もあった。今後は地域の指導者として、事業所間で相互協力体制の構築を図るとともに、プログラムが人材育成上どのように有効であるか考察するプロセスをもって、PCC を地域社会に普及させたい。

赤ちゃん先生が認知症高齢者に与える影響の考察

神戸高齢者総合ケアセンター真愛　松浦慎介

キーワード：赤ちゃん先生、認知症高齢者、心理的影響

１．背景と目的

当事業所では、定員 12 名の認知症対応型デイサービスを運営しており、プログラムの一つとして「赤ちゃん先生」を月 1 回 1 時間実施している。赤ちゃん先生との交流が認知症高齢者に良い影響を与えていると暗黙の了解として認識されているが、認知症高齢者の心理にどのような影響を与えているかは検証されていない。本研究では、赤ちゃん先生との交流が、孤独や不安、喪失感を抱える認知症高齢者の心理に対して、どのような影響を与えているのかを考察することを目的とした。

２．対象と方法

A 県内 B 法人の認知症対応型デイサービスを利用する高齢者 6 名を対象とした。2014 年 8 月から 10 月の 3 ヵ月間のうち、赤ちゃん先生訪問日 3 日と通常利用日 3 日の計 6 日間、非参与の行動観察調査を行った。調査は、対象者の表情、行為、発言について、赤ちゃん先生訪問日の 3 時間と通常利用日の同時間帯 3 時間の計 6 時間、5 分間タイムスタディでデータを収集した。表情は、6 段階フェイススケールを使用し、複数の観察者で評価を行った。行為は「能動的」「受動的」「無為」、発言は「自発的」「応答的」「無言」に KJ 法に準じた手法でカテゴリー分けを行った。

なお本研究では、対象施設の施設長、関係職員に承認を得、研究対象者と家族、赤ちゃん先生関係者に研究の趣旨、方法の口頭説明を行い、書面で同意を得て実施した。

３．結果

表情は、気分最高 0 から最悪 5 の 6 段階で評価した結果、全ての対象者が赤ちゃん先生訪問中、最も気分最高に近く、平均 0.3 であった。行為は、赤ちゃん先生訪問中に全員が自ら赤ちゃんに手を差し伸べる、立ち上がり赤ちゃんに歩み寄る等、自発的な行為が多くみられた。発言では、対象者全て、赤ちゃん先生訪問中の時間帯が最も自発的発言の割合が高く、積極的に赤ちゃんに「こっちにおいで」「かわいいね」など、自ら話しかける、または、赤ちゃんの様子をじっと見つめ「危ないよ」「小さいお手手」など、赤ちゃんを観察し感想を述べる発言が多くみられた。

４．考察

本調査に基づけば、赤ちゃん先生との交流の時間帯に、認知症高齢者が能動的な行為と自発的な発言が多くみられたことは、認知症高齢者の心理が無関心から関心へ変化したと考えられる。また、自発的な発言と表情も一致しており、赤ちゃん先生との非言語コミュニケーションが、認知症高齢者の心理に快の感情を生み、自ら行為を行う意欲を生み出していることが明らかになった。認知症高齢者にとって赤ちゃんとの交流により、感性や感情を自由に表出できるようになることから、日常的に赤ちゃんと交流を図れる場を作ることができれば、孤独や不安、喪失感を抱える認知症高齢者への有効なケアの一つなることが示唆された。

ユニットリーダーが職員から受ける相談とその応答に関する実態調査

社会福祉法人　成光苑　高槻けやきの郷　引野好裕

キーワード：ケアワーカー、ユニットリーダー、ケアチーム

１．背景と目的

ユニット型特別養護老人ホーム（以下、ユニット型特養と記す）では相談や指導の体制づくりが重要である[1)]。特に認知症ケアでは、日々変化する入居者の状態に合わせたケアが必要であるにも関わらず、ユニット内に職員が一人のことも多く、困った時に聞く相手がいないことも少なくない。そこで、本研究では認知症ケアの質向上のために、ユニット型特養における職員間の相談の実態を明らかにする。

２．対象と方法

1） 対象者

ユニット型特養３施設に勤務するユニットリーダー（以下、リーダーと記す）21 名。

2） 方法と期間

直近３ヶ月の相談内容について、アンケート調査を実施し、自由記述の内容を分析した。期間は、2014 年 11 月 13 日～2014 年 11 月 30 日とした。(回収 18 名、回収率 86%)

3） 倫理的配慮

各施設の所属長の了承を得た後、研究目的で使用すること、および分析にあたっては個人が特定されないように配慮することを書面にて説明した。

３．結果

①相談内容の 55 のコードを、親近性のあるもの同士を束ねる作業を繰り返した結果、17 のサブカテゴリーと、5 のカテゴリー「職員が抱えるストレス」、「入居者支援の方法に関する相談」、「業務遂行に関わる助言」、「業務内容の調整」、「その他」が抽出された。

②カテゴリー内において、各コードをリーダーの介護経験年数を手がかりに分析を行なった。経験の浅いリーダーは相談を受けたことに対して、その場で解決へ導くような対応をしている傾向が見られた。一方で経験豊富な職員は、これまでの介護経験に裏付けされた知識をもって個別対応することはもちろん、相談内容が他職員や他ユニットとも関係しているかどうか吟味し、問題を解決していこうとしていることが明らかとなった。

４．考察

以上の結果から、リーダーには、個別の相談をその場で対応するだけでなく、個別の問題をチームの課題として捉える視点が重要であること考えられる。山口らは、小規模の組織ではリーダーのコミュニケーションスキルの不足により適切な対応が出来ないことが協働を困難にさせていると指摘し、対人関係要因と組織的要因の相互の関連を見ていくことが重要であると報告している[2)]。今回の結果からも、リーダーには、個別の相談をチーム全体へ投げかけ、チームで問題を解決に導く能力の向上がより求められていることが示唆された。

1）引野好裕：認知症高齢者の生活支援を難しくする要因とプロセスに関する研究，第 15 回認知症ケア学会大会プログラム・抄録集（2013）

2）山口麻衣・山口生史：介護施設におけるケアワーカー間の協働 - 組織内ケアチームに着目した分析－，ルーテル学院研究紀要，43，35-48，(2009)

人材育成の仕組み構築に向けて、施設内勉強会の講師を担う職員に必要な支援の検討

－認知症介護実践者研修修了者へのグループインタビューをとおして－

介護老人保健施設　八尾徳洲苑　土井敏之

キーワード：施設内勉強会、人材育成、サポートしてくれる「特定の人」の存在

１．背景と目的

介護施設における人材育成の中で、職員自身が施設内勉強会の講師を担う機会を持つことが、講師を担った職員の気づきと学びにつながり、業務や教育に関する意欲の向上が示唆される例を数例経験した。その経過から、施設内勉強会で職員自ら講師を務める経験は人材育成に有効と考え、A 介護老人保健施設（以下、A 老健）でその仕組みを作ってきた。しかし、平成 25 年度の調査で、講師を担うのは負担と不安が大きいという声が聞かれた。今回、認知症ケアに関する施設内勉強会で講師を担う職員へ必要な支援を検討し、より有効な人材育成の仕組み構築の一助とすることを目的とした。

２．対象と方法

A 老健の介護福祉士で、認知症介護実践者研修修了者の内、口頭と書面で研究内容を説明し、同意が得られた 9 名の職員を対象とした。A 老健の施設長へも同様の方法で説明し、承諾を得た。

対象者が施設内勉強会で講師を担う際に①どのような気持ちになるか②そのような気持ちになるのはなぜか③感じる気持ちのうち、ネガティブな気持ちを解決するために自分自身はどういう対応をするか・してきたか④ネガティブな気持ちを解決するために、あったら良いと思う支援は何かという 4 項目からなるインタビューガイドを作成し、半構造化インタビューを行った。対象者同士の相乗効果をねらい、3 名ずつのグループインタビューを 3 回実施した。必要な支援の検討に焦点を当てるため、④に注目しインタビューから逐語録を作成し、研究実績のあるスーパーバイザーの助言を受け、意味単位で発言内容の一部を切り出して、重要アイテムを抽出した。重要アイテムは意味のある情報の体系的なまとまりに集約して重要カテゴリーを作成し、名づけをした。重要カテゴリーへの分類と名付けは、演者・共同演者の 2 名で議論の上生成した。

３．結果

質問①においては、対象者 9 名の内 7 名が発言内で「不安・心配・緊張・苦手」という単語を使用しており、平成 25 年度の調査と同様の声が聞かれた。

質問④から作成された逐語録は合計 76 個の語りで構成され、重要アイテムは 26 個抽出された。重要カテゴリーは、1.事前から当日までサポートしてくれる「特定の人」の存在 2.講義内容（ポイントや話し方）と資料（文章や構成）の確認や指導 3.質疑応答で講師が答えやすい環境作り 4.講師の気持ちに配慮した関わり 5.勉強会に慣れるための機会の 5 個が生成された。

４．考察

施設内勉強会の講師を担う職員には負担や不安があり、解決の為には前述の支援を提供する「特定の人」の必要性が示唆された。講師の支援者となる人材の配置や育成、介入の管理といった体制の構築こそが、施設内勉強会をより有効な人材育成の仕組みとして確立する方法になると考える。

精神科病院における認知症ケアに携わる介護福祉士の役割に関する研究

福井県立すこやかシルバー病院　分見民雄

キーワード：介護福祉士、役割、病院、認知症

１．背景と目的

介護福祉士の活躍の場は多岐に渡り、介護保険サービスに規定される事業所だけではなく、治療の場である病院においても配置され看護職と協働している．介護福祉士は、各々の従事する場の機能・特性に応じ、専門職としての役割を果たすことが求められている。しかし、介護福祉士の専門領域は学際的であるといわれており、多職種と役割が重複する部分が多いのが現状である。そこで本研究は、認知症ケアに携わる精神科病院の介護福祉士が専門職としての役割をどのように捉えているのかを意識調査し、介護福祉士が果たすべき役割についての示唆を得ることを目的としている。

２．対象と方法

精神科であるA病院の認知症病棟で働く介護福祉士11名を対象に半構成的面接法によるインタビュー調査を実施した。主要な質問項目は2点あり、 1）認知症にかかわる病院の介護福祉士として、仕事を行ううえで大切にしていることについて、 2）認知症にかかわる病院の介護福祉士として、これから果たしていきたいと考える仕事について尋ねた。インタビューは､対象者の許可のもと録音し逐語録を作成､カテゴリー化し質的に分析した。分析は、筆者と研究実績のある研究者との2名にて行い、データの妥当性確保に努めた。

３．結果

対象者11名の語りを分析した結果、質問1）は、202の語りから12のサブカテゴリー、3のカテゴリーが抽出された。 質問2）は、102の語りから10のサブカテゴリー、4のカテゴリーが抽出された。対象者は多職種と連携を図り、病院という環境の中で患者の尊厳が守られた主体的な生活に向けた支援を重要な仕事として捉えており、その実現には多くの関わりを必要としていた。また、医学的知識を備えた介護実践と院外への認知症に関する啓発活動の必要性を感じていた。さらに、対象者は介護福祉士の専門性・独自性を模索している一方で、看護補助者であるという意識が存在していることが分かった。

４．考察

介護福祉士の役割は、治療の場においても生活支援が基本となり、非日常的な環境から患者の置かれている生活を捉え、主体性と尊厳を守る重要性が示唆された。また、患者は認知症とはいえ常時医療を必要としないからこそ、そこで介護福祉士の担う役割が多く存在する実態が明らかになった。一方で、認知症の疾患に応じた介護実践や多職種との連携には、医学的知識を備えることは不可欠である。さらに、介護福祉士が自信と責任を持ちチーム内で介護を展開するには、有資格者として能力を活かし、実践を言語化し他者へ発信することや介護福祉士の専門性・独自性を追求することの重要性が示唆された。

研究活動継続支援プログラム（論文作成支援）

汲田千賀子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
伊藤美智予（認知症介護研究・研修大府センター研修部）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター研修部）
加知　輝彦（認知症介護研究・研修大府センター研修部）

１．プログラムの背景

認知症介護研究・研修大府センターでは、平成 25 年度に「認知症介護指導者への研究活動継続支援プログラム」（以下、研究支援プログラム）を実施した。研究支援プログラムでは、日本認知症ケア学会で学会報告をすることをゴールとして取り組んできたが、そこでは、互いの研究についてピアレビューすることによって、より焦点化された研究を行うための一助となったと考えられた。さらに、質問力の向上やわかりやすく人に伝えることについても、意識するようになったのではないだろうか。

学会報告では、7 分という短時間で、他人に分かってもらうようなプレゼンテーションを組み立てることで何を伝えたいのか、ということを明確に持たないと伝わらないということを学んだものと思われる。

認知症ケア現場における認知症介護指導者の役割は、ケアの質の向上を目指して自らの実践を振り返りながら、チームケアの要として機能する人材となることである。そして、自分たちが行ってきたケアの足跡を“文書”として残していくことが求められる。先輩や上司のケアを見て真似て覚えてもらう人材育成やケアの質の担保は、継続性に欠けるとともに、担当する者によってその差が大きくなることが考えられる。介護現場では、すでに申し送りノート、ケースカンファレンス、日々の記録など書面に残しているものは多数あるが、論理立ててそれを説明することは多くない。しかしながら、介護がプロフェッショナルであるというならば、その足跡を他の専門分野同様、一定の枠組みで整理・分析し、その結果を文書として記録していくことが必要である。

そこで、平成 26 年度は、学会報告を終えた認知症介護指導者を対象に論文化支援プログラムを開発することとした。

２．プログラムの目的

本プログラムは、主に個別支援を中心として、認知症介護指導者の実践現場で行った研究活動の結果を論文化し、自らが行ってきたこれまでの取り組みを広く認知症介護実践現場の方々に知ってもらうことを目的とした。

３．プログラムの意義

本プログラムでは、認知症介護指導者が自らの実践研究活動を文章化し伝えることができるようになることで、広く多くの人に取り組みを知ってもらうことができるようになるだけではなく、モチベーションの向上やキャリア形成につながることが期待される。

４．ゴール設定

本プログラムのゴールとして、以下の 3 点を設定した。

第一に、自らが行った実践研究に関する、先行研究や先行実践の収集の方法および読み込みができるようになる。第二に、先行研究と自分の行った実践研究との違いを明確にすることができる。第三に、人にわかりやすく文章で伝えることができる。

５．参加者一覧（修了期順、敬称略）

No	氏　名	県・政令市	所　　属	修了期	担当者
1	木村　悠紀	京都市	認知症対応型通所介護 ハーモニーこがなの家　責任者	33 期	汲田
2	桑原　さわ江	京都府	グループホームふれあい　管理者	33 期	汲田
3	坂口　直司	滋賀県	グループホーム希望の家･綾戸　理事長・施設長	34 期	伊藤
4	辻　　智典	京都市	介護老人保健施設　おおやけの里 介護主任	36 期	伊藤
5	引野　好裕	大阪府	高槻けやきの郷　介護係長	36 期	汲田

＜本事業に関わる大府センタースタッフ＞

中村　裕子：認知症介護研究・研修大府センター　研修部
伊藤美智予：認知症介護研究・研修大府センター　研修部
汲田千賀子：認知症介護研究・研修大府センター　研究部

６．プログラムの内容

本プログラムでは、平成 25 年度に認知症介護指導者を対象とした研究活動継続支援プログラムで取り組んだテーマについて、論文化していくことを目指し、それに向けた支援を行った。具体的には、平成 26 年度中の投稿を目指し、主として個別支援をすることによりプログラムを推進した。

（１）プログラム全体スケジュール（投稿可能な学会と締め切り）

月	締め切り日＆雑誌名	全体会
7 月	20 日　日本認知症ケア学会誌	第 1 回全体会
8 月		
9 月	30 日　認知症ケア学会事例ジャーナル	
10 月	20 日　日本認知症ケア学会誌	
11 月		第 2 回全体会
12 月	31 日　認知症ケア学会事例ジャーナル	
1 月	20 日　日本認知症ケア学会誌	

※その他、職能団体が発行している雑誌への投稿も可能

（２）第 1 回全体会：7 月 20 日　13:30～17:00（会場：大府センター）

○　第 1 回全体会の目的は、以下のとおりである。

①　プログラムの全体像や進め方について理解する

②　自分がいつ投稿するのかを確認し、それに向けたスケジュールを作成する

○　内容

- 本プログラムに応募した理由と意気込み
- 本プログラムのねらいと質疑応答
- 投稿先の決定とそれに向けたスケジュール作成
- 担当者との個別面談および先行研究の検索

（３）第 2 回全体会：11 月 10 日　13:00～17:00（会場：大府センター）

○　第 2 回全体会の目的は、以下のとおりである。

- 投稿論文執筆の進捗状況について報告する
- 実際の査読者からのコメントを基に、論文の修正方法について検討する

○　内容

- 個人の進捗状況の報告
  －前回立案した執筆計画（スケジュール案）を基に
- 査読者からのコメントの実際
  －事例の紹介
- 個人ワーク＆グループワーク
  －査読者コメントに対する修正案について意見交換し，回答書を作成する
- 担当者との個別面談

（４）個別支援について

全体会の開催以外は､担当者による個別支援を行った｡事前に連絡方法を確認した上で、個別に担当者とやり取りをし、投稿論文の完成を目指した。

７．論文タイトル（仮）

平成 26 年度中に執筆されたのは４本の論文で、タイトルは下記のとおりである。なお、現在投稿中および今後投稿するもの、査読中のものも含まれている。

投稿した雑誌は、日本認知症ケア学会誌および、認知症ケアジャーナルである。

論文タイトル（仮）
地域住民とのコンフリクト解消に向けた認知症デイサービスの取り組み
開設後 3 ヶ月のグループホームにおける課題 -入居者・家族・職員を対象としたヒヤリング調査を通して-
入職後 3 年間の追跡調査から得られた主観的ストレスの変化
認知症高齢者の生活支援を難しくする要因とプロセスに関する研究

８．事後アンケートからみる参加者の自己評価およびプログラムへの評価

（１）本プログラムにおける目標の達成要因について

①達成できた要因

・環境がモチベーションを支えてくれた。
・研修指導員のサポートがあったこと、プロの指導を受けられたこと。
・担当の先生や他の先生のフォローがあったことで、達成感を持つことができた。
・他のメンバーにアドバイスいただき救われた。
・指導者同士の仲間で切磋琢磨できたことで意欲が高まった。
・参加者同士が集まる日以外でも連絡を取り合える仲になり、話しやすい関係が作れていたこと。

②達成を阻害した要因

・仕事との両立。
・時間の「ある」「なし」に関わらず、以下に論文を書き上げるための時間を確保するのが困難だった。
・先行研究を調べる、読む作業は思った以上に時間がかかり、十分にできないまま、時間ばかりが過ぎた。
・事業所の経営のことや、中途半端な管理職という役割でなかなか時間を作れなかった。

（２）プログラムの良かった点

・何度も助言をもらうことによって自分の考えを広げたり、深めたりしながら、一つひとつ丁寧に整理ができ、文章に起こすまで辿りつけたこと。
・介護現場での職員研修や認知症介護実践者研修での指導方法にも経験が生きてくると思う。
・個人指導を通して、論理的な文章が書けるようになり、理論的に実践する方法を考えることもできるようになったと思う。
・全体で集まれる日があり、進捗状況を確認し合うことができた。
・論文に向き合うことで、「なぜそれをするのか？」「それをすることによってどんな効果があるのか」を分析していこうとする力が少しずつついているように思う。（まだまだ分析力、言語力は足りていない）
・他者の進捗状況を知ることでモチベーションにもつながっていった。

（３）プログラムの改善すべき点

・論文とは何をどうしていくものなのかという根本的なところが理解できないまま終わってしまった。
・もっと他者と意見交換をしながら考えを深めていきたかった。
・全体でのミニ講座のようなものがあったらいいのではないかと思う。
・個人で取り組むプロジェクトという意味合いが強いため、参加している実感がなかった。
・全員が揃わないことについて、少人数のプロジェクトであることを考えれば腑に落ちないところがある。

９．まとめ―今後の課題

実践を分析・論文化・投稿するプログラムは、投稿先や投稿時期などが参加者によって異なり、全体会において経過報告という形で足並みをそろえるのが難しい。しかしながら、他者の進捗状況を相互に知ることがモチベーションにつながったという声からすれば、全体会の持ち方に工夫が必要であることも明らかになった。また、半年のプログラムで投稿できるところまで目指すという期間の妥当性についても検討する必要がある。介護現場で実践をしながら時間を作ることのむずかしさ、さらには投稿論文として体裁を整えるためには、自らの調査だけでなく先行研究の収集、読み込みなどに時間を費やす必要があるだけでなく、先行研究の収集が容易にできないといった課題もある。

今後は、上記の課題に加えてグループダイナミクスを活かしたプログラム運営の在り方について検討し、よりよいプログラムとしていくような改善を行っていきたい。

若年性認知症の本人と家族からの相談への対応力向上研修



若年性認知症の本人と家族からの相談への対応力向上研修
～「若年性認知症支援ガイドブック」を活用して～

山口　喜樹（認知症介護研究・研修大府センター研修部）
中村　裕子（認知症介護研究・研修大府センター研修部）
小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部）
加知　輝彦（認知症介護研究・研修大府センター）

1. 研修の目的

若年性認知症の本人とその家族への支援は、平成 24 年 6 月の「今後の認知症施策の方向性」に基づいて策定された認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）において、7 つの大きな項目の一つとして位置づけられた。

これに先駆け、認知症介護研究・研修大府センター（以下、当センター）では、平成 18 年度から若年性認知症の本人への効果的な支援体制を構築する事業を継続しており、その一環として、平成 24 年度には本人・家族向けの「若年性認知症ハンドブック」（以下、ハンドブック）、平成 25 年度には相談業務を担う担当者向けの「若年性認知症支援ガイドブック」（以下、ガイドブック）を作成し、関係機関に配布してきた。

このハンドブック・ガイドブックについては、平成 26 年 2 月に厚生労働省にて行われた「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」において、都道府県に対する若年性認知症施策の推進のためにその活用が強く求められている。また同年 2 月に当センターが開催した「若年性認知症施策を推進するための意見交換会」のアンケートにおいても、都道府県の当センターに対する要望として、若年性認知症に関する「行政担当者・地域包括支援センター職員向け研修会等の開催」（29 道府県）や「講師の派遣」（19 府県）があげられたところである。

これらの状況を踏まえ、当センターの今年度の事業として、下記内容による行政機関を対象とした相談窓口担当者研修会を計画した。

2. 対象及び実施場所

相談業務に直接従事する行政窓口担当者、地域包括支援センター職員を対象に、当センターが作成したガイドブックを基にした研修会を宮城県、奈良県、沖縄県で開催した。研修後にアンケートを実施し、研修の効果や活用方法について検証した。

実施した 3 県については、若年性認知症の窓口担当者への研修会開催を募り、希望のあった中から地理的に偏りのないこと等を考慮して選択した。

開催日時と会場は以下のとおりである。

第 1 回　宮城県
　平成 26 年 12 月 18 日（木）13:00～16:00　　東北歴史博物館講堂（多賀城市）
第 2 回　奈良県
　平成 27 年 1 月 27 日（火）13:50～16:40　　奈良県社会福祉総合センター大会議室（橿原市）

第 3 回　沖縄県

平成 27 年 2 月 2 日（月）13:00～16:15　　沖縄県庁講堂（那覇市）

3. 研修の内容

研修会は 2 部構成とした。第 1 部は医学的知識と相談を受けた際の留意点、紹介先の社会資源について、「若年性認知症の概要と本人とその家族への支援のポイント及び社会資源」とした。第 2 部は、社会保険手続きを中心とした、「利用できる社会保険制度等」である（表 1）。

第 1 部についてはセンター職員が講師を務め、第 2 部については、松永社会保険労務士事務所の松永貞子氏が講師を務めた。会場の設定や参加者募集は、各々の県の担当者が行った。

表 1　基本カリキュラム

時　間	テーマ	講　師
第 1 部 120 分	若年性認知症の概要と本人とその家族への支援のポイント及び社会資源	センター職員 （山口喜樹）
第 2 部 60 分	利用できる社会資源等	社会保険労務士 （松永貞子氏）
10 分	事後アンケート	

※ 奈良県については、会場等の都合で第 1 部を 100 分とした。

4. 結果

（1）参加者

宮城県　101 名、奈良県　69 名、沖縄県　90 名　　3 会場全体　260 名

（2）アンケート回答者

宮城県　96 名（回収率 95.0%）

行政窓口担当職 10 名、地域包括支援センター職員 52 名

認知症疾患医療センター職員 3 名、その他 31 名

奈良県　62 名（回収率 89.9%）

行政窓口担当職 9 名、地域包括支援センター職員 37 名

認知症疾患医療センター職員 5 名、その他 11 名

沖縄県　82 名（回収率 91.1%）

行政窓口担当職 13 名、地域包括支援センター職員 47 名

認知症疾患医療センター職員 5 名、その他 17 名

全　体　240 名（回収率 92.3%）　（図 1）

行政窓口担当職 32 名、地域包括支援センター職員 136 名

認知症疾患医療センター職員 13 名、その他 59 名

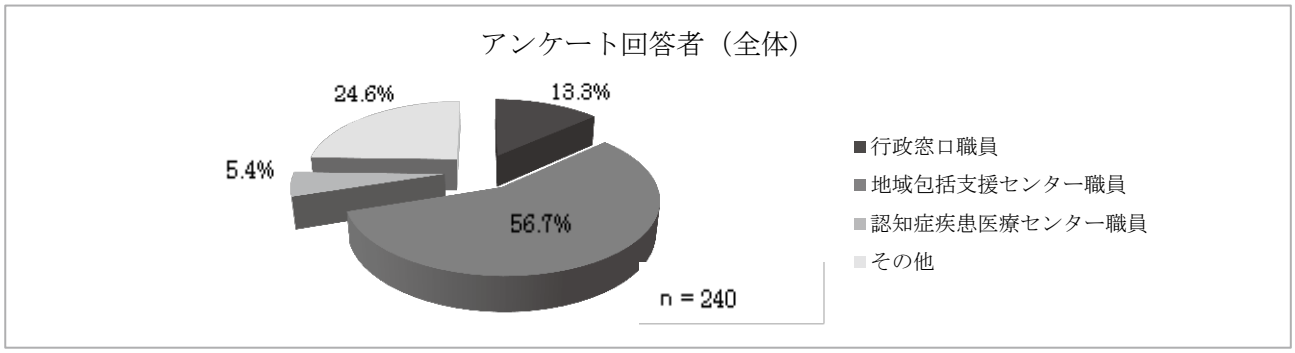


図 1

（３）理解度　（図 2）

医学的な理解を含む基本事項や相談があった場合の対応、症状の進行に沿った支援先の紹介については、9 割以上の人が、「十分理解出来た」、「まあ理解出来た」と回答した。社会保険制度については、2 割近くの人が「あまり理解できなかった」もしくは「未記入」と回答した。

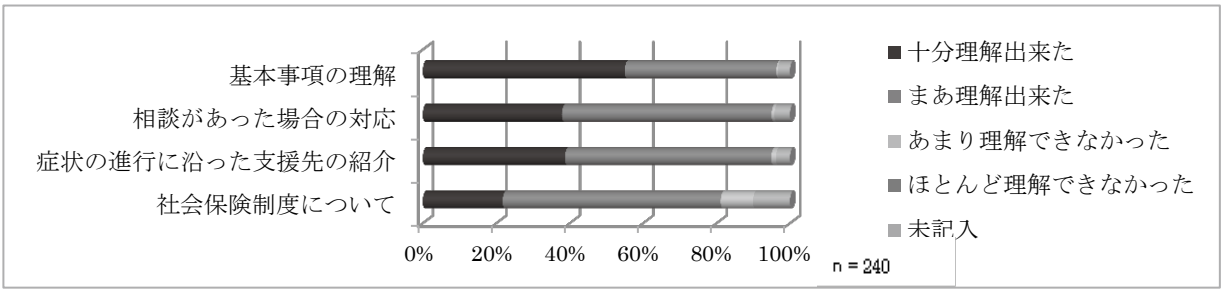


図 2

（４）活用度　（図 3）

すべての項目において、9 割以上の人が、「十分に活用できそう」、「まあ活用できそう」と回答した。

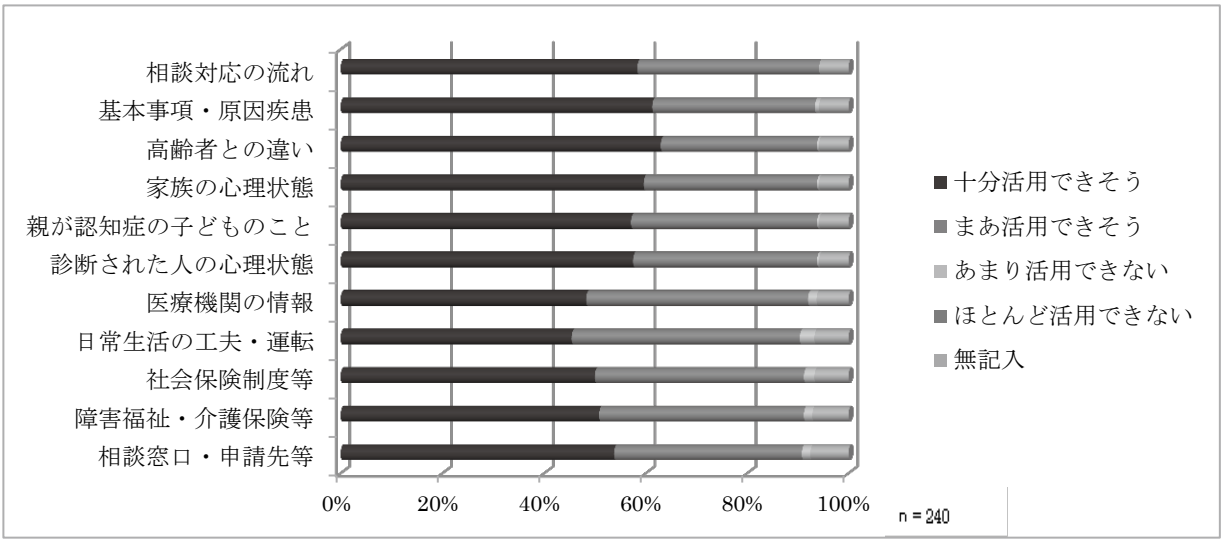


図 3

（５）更に詳しく知りたい項目について　（図 4）

回答のあった 240 名のうち、記入のあった 54 名から 90 件（複数選択者あり）の回答があった。最も多かったのは、「社会保険制度等」で 25 件であった。以下、多い順に「障害福祉・介護保険等」（14 件）、「親が認知症の子どものこと」（13 件）であった。

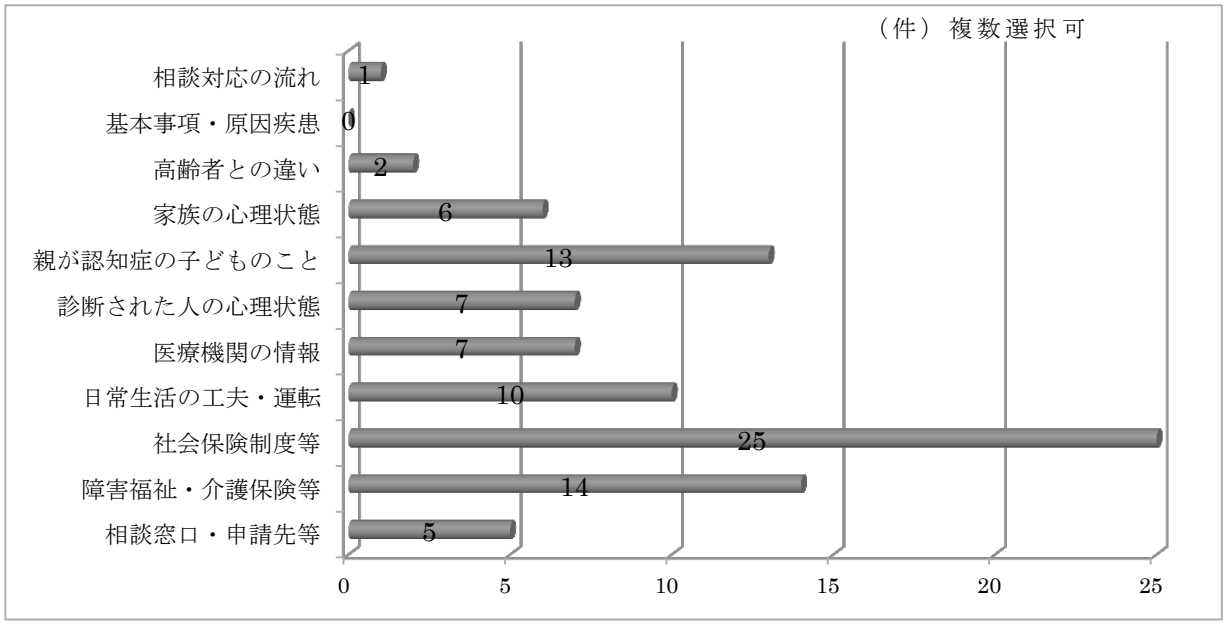


図 4

（６）ガイドブックの活用方法について　（図 5）

回答のあった 240 名のうち、記入のあった 221 名から 424 件（複数選択者あり）の回答があった。最も多かったのは、「参照しながら自己学習したい」（163 件）であった。次いで、「職場内で勉強会をしたい」（81 件）、「資料があれば勉強会や研修に活用できる」（57 件）、「職場外の人にも内容を伝えたい」（55 件）であった。

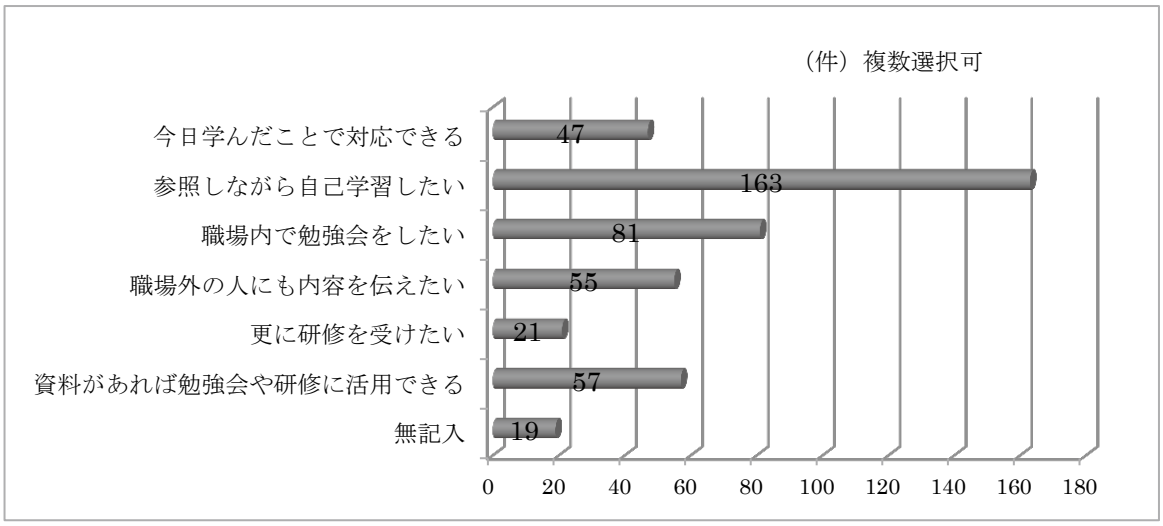


図 5

5. 考察

宮城、奈良、沖縄の 3 県において、計 260 名の行政窓口担当者、地域包括支援センター職員を対象に「若年性認知症ガイドブック」を活用した本人と家族からの相談への対応力向上研修を開催した。

就労や経済的な支援、子どもの成長に関することなど、高齢者と異なる特徴的な支援を中心とした内容であったので、参加者はどの会場でも真剣に聞いていた。特に不得手な分野だと思われる社会保険制度等の講師に社会保険労務士を充てたことは専門的知識習得に役立ったことと考えられる。

理解度について、基本事項や相談対応、紹介先について概ね理解が出来たという回答を得た。社会保険制度等については、未記入やあまり理解できないという回答が 2 割近くあった。専門職による講義を実施したにも関わらずこのような結果になったことは、参加者にとって知識の再確認ではなく全く新しい知識に触れたことによるものが大きいと考えられる。更に詳しく知りたい項目を訊ねた質問では、社会保険制度等が上位にあがっていることからも、これらの情報について知る機会が少なかったと推察できる。

研修後のガイドブック活用についても、概ね活用できるという回答を得た。実際の相談場面を想定した事例を用い､若年性認知症の本人の症状の進行に沿って起こり得る問題や、対応する紹介先等を説明したことが、実際の相談場面での活用をイメージさせたと考えられる。

研修後について、更に自己学習を進めたいという意見や勉強会を開き、周りに伝えたいという意見もあり、そのためのパワーポイントや解説書等を希望する意見がみられた。研修の受講者自身が若年性認知症支援に興味を持ち、自ら刺激を受けたことを、積極的に周りの人へ伝達したいと感じたことを表していると考えられる。

今後、若年性認知症支援の相談窓口担当者は、本人や家族の置かれている状況を理解した上で相談に応じていくことが求められ、その技術を高めていくための研修を開催しやすい教材や研修方法の開発が必要だと考える。

若年性認知症の概要と本人とその家族への支援のポイント及び社会資源



Obu Dementia Care Research and Training Center

基本事項の理解

若年性認知症とは

65歳未満で発症した認知症

現役世代に発症することが多い

発症年齢の平均は51.3歳

全国に約37,800人*

*朝田隆：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「若年性認知症の　実態と対応の基盤整備に関する研究」報告書，平成21年3月

発症から診断までに時間がかかる

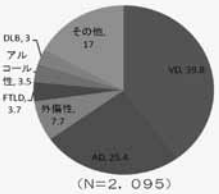
Obu Dementia Care Research and Training Center

若年性認知症の原因疾患

＊ 18歳から64歳人口における、人口10万人当たりの若年性認知症の推計値（有病率）：47.6人

＊原因疾患

血管性認知症：	39.8%
アルツハイマー病：	25.4%
頭部外傷後遺症：	7.7%
前頭側頭型認知症：	3.7%
アルコール性認知症：	3.5%
レビー小体型認知症：	3.0%



（N=2，095）

＊推計発症年齢：　51.3±9.8 歳

若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究総合研究報告書（2009.3）

ガイドブック8ページ　Obu Dementia Care Research and Training Center

アルツハイマー病

大脳の神経細胞が変化する疾患

主な症状

記憶障害

同じことを何度も聞く、しまった場所を忘れる等

実行機能・遂行機能障害

段取りを間違える、時間に間に合わない等

見当識障害

日付や時間、場所がわからない等

ケアのポイント　　本人に合わせて共感する

ガイドブック１１ページ　Obu Dementia Care Research and Training Center 5

血管性認知症

脳梗塞・脳出血などの脳卒中が原因

障害される部位によって症状が異なる

症状の特徴

身体の麻痺や言語障害を伴うことがある

生活習慣病（糖尿病・高血圧症等）を伴うことがある

再発しやすい

ケアのポイント

転倒に注意　本人の人格を尊重　丁寧な対応

ガイドブック１２ページ　Obu Dementia Care Research and Training Center 6

前頭側頭型認知症（ピック病）

脳の前方の神経細胞が変化する疾患

症状の特徴

身なりや周囲に無関心

同じことを繰り返し行う（常同行動）

初期には記憶が保たれていることが多い

ケアのポイント

常同行動と生活を結びつける

職業や趣味を活かす

ガイドブック１３ページ　Obu Dementia Care Research and Training Center 7

レビー小体型認知症

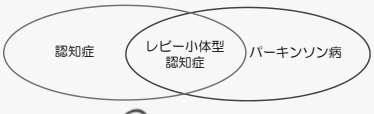
脳の神経細胞にレビー小体が沈着する疾患

症状の特徴

幻視・妄想　　緩慢な動き　　睡眠障害

ケアのポイント

転倒に注意　睡眠調整　薬剤に対する過敏性



ガイドブック１４ページ　Obu Dementia Care Research and Training Center 8

高齢者の認知症との違い

発症年齢が若い　　男性に多い
異常に気づくが受診が遅れる

経済的な問題が大きい

介護者を取り巻く状況の特徴
- 主介護者が配偶者に集中
- 親の介護と重なる（複数介護）
- 子供の成長に影響
- 社会から孤立しやすい

ガイドブック１６ページ

相談があった場合の対応

家族の心理状態

悩みに共感　傾聴　介護者同士で話し合う

介護者のたどる心理ステップ

ステージ	介護者の心理
第１ステージ	不可解な行動に気づいたとき、診断を受けたとき
	驚き、とまどい、否認
第２ステージ	ゆとりがなく追いつめられる
	混乱、怒り、拒絶、抑うつ
第３ステージ	なるようにしかならない
	あきらめ、開き直り、適応
第４ステージ	認知症の人の世界を認めることができる
	理　解
第５ステージ	自己の成長、新たな価値観を見出す
	受　容

ガイドブック１７・１８ページ

子どものこと

子どもの理解力に合わせた説明
子どもには子どもなりの人生を・・・

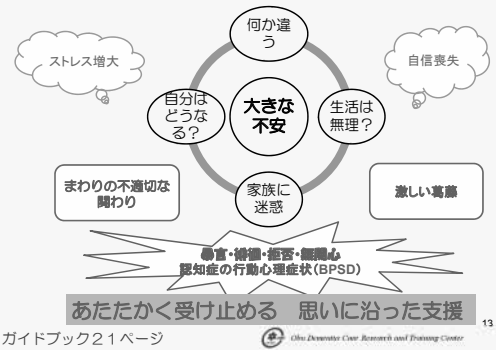
幼い子ども　　甘えたい
- 身近な大人が代わりになる

思春期の子ども　　自分と他人を比較
- 悩みを打ち明ける先を確保

成人した子ども　　人生の節目に影響
- 介護者でない側面を意識したサポート

ガイドブック１９・２０ページ

本人の気持ち



ガイドブック２１ページ

症状の進行に沿った支援先の紹介

事例紹介　　大府太郎さん　５７歳　男性

管理職として就業中

妻と大学生
小学生の子どもと同居

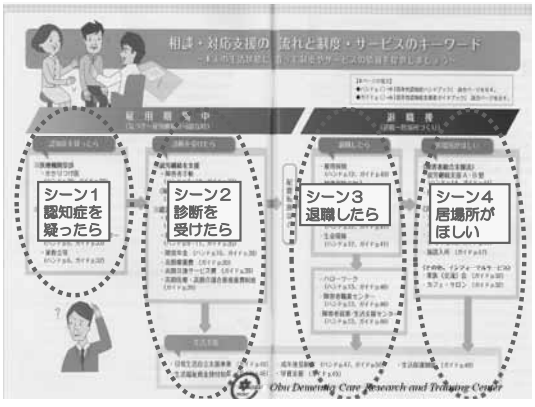


趣味は
スポーツ

妻は扶養枠内で
パート勤務

- 認知症を疑ったら
- 診断を受けたら
- 退職したら
- 居場所がほしい

進行に沿った
ポイントと社会資源



シーン1　認知症を疑ったら

大事な会議を忘れた

電車に書類を置き忘れた

何度も同じことを聞くと言われる

目的地がわからなくなる



今までと様子が違う

ご本人の様子

- 物を無くすことが多い
- 仕事にミスが目立つ
- 同じことを繰り返し言う
- 高額紙幣での買い物が目立つ

留意点

- 職場の同僚が気づくことが多い
- 本人は悩んでいる
- 家族も悩んでいる
- 無理強いは避けたほうが良い

どこに相談すれば良いのか（1）

かかりつけ医
- 身近な相談先
- 長い期間のサポート役
- 専門医を受診するための紹介状

認知症サポート医
- かかりつけ医との連携
- 地域医師会や地域包括支援センターとの連携推進

ガイドブック22ページ

どこに相談すれば良いのか（2）

認知症疾患医療センター
- 専門医療相談、鑑別・確定診断、
- 初期対応、専門的治療、BPSD・合併症への対応

認知症専門医
- 日本認知症学会（http://dementia.umin.jp/）
- 日本老年精神医学会（http://www.rounen.org/）

ガイドブック22ページ

どこに相談すれば良いのか（3）

地域包括支援センター
- 地域における認知症の人の総合相談窓口
- 手続きやケアのアドバイス

認知症の人と家族の会
- 介護家族のための相談窓口
- 家族や本人の集いを実施

若年性認知症コールセンター
- 認知症介護研究・研修大府センターに設置
- 専門の教育を受けた相談員が応対

ガイドブック33ページ



（http://y-ninchisyotel.net/）

その他の相談場所

幅広い助言を求めると・・・

保健センター　保健所
- 地域における保健・医療・福祉に関する拠点

精神保健福祉センター
- 都道府県、政令指定都市に各1か所

薬局（薬剤師）　薬剤師会
- 服薬等の相談

運転をやめさせたい

ご本人

- 大丈夫、大丈夫
- 運転しないと困る

ご家族

- 危ない、やめさせたい
- 同乗できなくなる・・・

留意点

- 本人の気持ちに配慮
- 代替手段を考える

どこに相談すればよいのか

警察署（本署）
運転免許試験所
運転免許センター
　スクリーニングを実施
　身分証明書としての運転経歴証明書を発行

医師
　診断の中での運転中断指導

ガイドブック３１ページ

「認知症の人と運転」



厚生労働省　平成20年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

シーン２　診断を受けたら

出来る限り仕事を続けたい
失敗が増えてきた
もう少し単純な仕事がしたい
子どものことが心配だ



できる限り今の仕事を続けたい

ご本人

仕事を辞めれば収入が途絶える	生きがいを失う

ご家族の思い

無理をさせて苦しめるのでは	これからの家計が心配

留意点

就労継続支援　経済的な支援　生活の支援を考える

どこに相談すれば良いのか（１）

事業所の上司、人事担当者、産業医、主治医
　配置転換
　障害者雇用枠の活用
　　障害者手帳の取得
　　→　市町村障害福祉窓口、保健所

障害者職業センター
障害者就業・生活支援センター
　ジョブコーチによる支援
　事業主への情報提供

ガイドブック３４・３７ページ

どこに相談すれば良いのか（２）

自立支援医療制度
　→市区町村精神福祉窓口

重度心身障害者医療助成制度
　→市区町村障害福祉窓口

特別障害者手当
　→市区町村障害福祉窓口

傷病手当金
　→協会けんぽ、健康保険組合

ガイドブック３５～３７ページ

どこに相談すれば良いのか（３）

障害年金
　→年金事務所、市区町村年金窓口、共済組合

高額療養費
　→市区町村保険窓口、協会けんぽ、健康保険組合

高額介護サービス費
　→市区町村介護保険窓口

高額医療・高額介護合算療養費制度
　→市区町村介護保険窓口、加入医療保険

ガイドブック３８・３９ページ

家庭が壊れてしまう

ご本人

迷惑をかけている	でも自分も辛い

ご家族の思い

たくさん働かなくては	子どもにどう説明をしようか

留意点

介護・仕事　養育のバランス　家族のストレス軽減　子どもの成長支援

どこに相談すれば良いのか

マザーズハローワーク
　働く女性のニーズに合わせた職業紹介

ファミリーサポートセンター
放課後児童クラブ、小学校の放課後スクール
地域の子育てサークル
　働く女性の子育てをサポート

保育所、学校（担任や養護教諭）
スクールカウンセラー
児童相談所、子供SOS電話　等

シーン３　退職したら



どこに相談すれば良いのか（１）

健康保険
　任意継続被保険者　　→協会けんぽ
　国民健康保険への切り替え　→市町村保険窓口
　被扶養者としての加入　→家族の加入保険先

雇用保険
　失業手当　→ハローワーク

国民年金保険料の免除　→市町村の国民年金窓口

ガイドブック４０・４５ページ

どこに相談すれば良いのか（２）

住宅ローン
　高度障害状態による返済免除　→融資を受けた金融機関

生命保険
　高度障害保険金　→加入の生命保険会社

税制上の優遇
　所得税、相続税の障害者控除　→税務署
　住民税の障害者控除　→市町村の住民税窓口

ガイドブック４１・４２ページ

どこに相談すれば良いのか（３）

生活福祉資金貸付制度
**　更生・福祉・修学・療養介護等の貸付**
**　　→社会福祉協議会**

子どもの就学資金、各種奨学金制度
**　　→各都道府県、学校、金融機関**

生活保護制度
**　　→市町村の生活保護窓口**

ガイドブック４５・４９ページ

自分のできる仕事がしたい

ご本人

働いて社会参加したい　　**日中の活動場所がほしい**

ご家族の思い

引きこもらないでほしい　　**無理せず働く場がほしい**

留意点

本人の意欲を保つ　**介護者の精神負担軽減**　**介護者の経済負担軽減**

どこに相談すれば良いのか

公共職業安定所（ハローワーク）
　障害者求職情報検索サービス

地域障害者職業センター
　就労のための相談
　事業主との連携
　アフターケアまでの一連の支援
　ジョブコーチによる支援

医療機関のソーシャルワーカー

ガイドブック４６ページ

シーン４　居場所がほしい



外出が億劫になってきた

ご本人

失敗すると恥ずかしい

節約しよう

ご家族の思い

病気が進むのではないか

自分が精神的に辛い

留意点

できること
できないことの見極め

家族のストレス
軽減

過剰な節約回避

どこに相談すれば良いのか（1）

障害者総合支援制度
行動援護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援　等
→市区町村障害福祉窓口、障害者相談センター

就労継続支援事業所
A型：雇用契約を結ぶ“雇用型”
65歳未満が対象
B型：雇用契約を結ばない“非雇用型”
訓練やリハビリが主
→市町村の障害福祉窓口

ガイドブック43・44ページ

どこに相談すれば良いのか（2）

社会福祉協議会
ボランティアセンター
地域のボランティア情報拠点

地域包括支援センター

認知症カフェ、サロン
本人・家族の集いの場

地域のサークル活動、趣味の教室　等

ガイドブック32ページ

介護サービスが受けたい

ご本人

病気の進行を防ぎたい

専門的なサービスが
受けたい

ご家族の思い

心身機能を
低下させたくない

自分の身体を休めたい

留意点

通所サービスの活用

専門的な相談先の
確保

どこに相談すれば良いのか

介護保険制度
要介護認定：2号被保険者の特定疾患
デイサービス、デイケア、訪問介護、ショートステイ
グループホーム、小規模多機能型居宅介護　等
→市区町村介護保険窓口
地域包括支援センター

ガイドブック47ページ

介護のヒントがほしい

傾聴の後、わかりやすくシンプルに伝える
例：従前からの生活習慣を変えない
ラベルやメモなどでご本人にわかりやすくする
薬などはバラバラにせずにまとめる
可能ならば一緒に作業する

認知症介護研究・研修センターWEBサイト
「認知症介護情報ネットワーク（ DCnet ）」
（http://www.dcnet.gr.jp/）

ガイドブック29・30ページ

生活上の支援や
本人の権利を守りたい

ご本人

なんだかイライラする

専門的なサービスが
受けたい

ご家族の思い

家事などが手一杯

お金の管理が心配

留意点

市町村
独自サービス

能力に応じた
制度活用

消費者被害

どこに相談すれば良いのか（1）

移動支援サービス
健康づくりサービス
訪問理美容サービス、
家事代行サービス　オムツ費支給サービス
→市区町村介護保険窓口、障害福祉窓口、
保健福祉窓口、地域包括支援センター、
障害者支援センター

徘徊高齢者SOSネットワーク

どこに相談すれば良いのか（2）

日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）
　福祉サービスの利用補助、日常的金銭管理、書類預かり
　　→市町村の社会福祉協議会、権利擁護センター

成年後見制度
　権利や財産の保全　能力別に分類
　　→家庭裁判所、地域包括支援センター、
　　市町村の社会福祉協議会、権利擁護センター、
　　弁護士会、司法書士会、社会福祉士会　等

消費者被害対応
　消費生活センター、国民生活センター、弁護士会　等

ガイドブック４９・５０ページ



厚生労働省　平成24年度老人保健健康増進等事業
（老人保健事業推進費等補助金）

厚生労働省　平成25年度老人保健健康増進等事業
（老人保健事業推進費等補助金）

若年性認知症研修会
利用できる社会保険制度等

松永社会保険労務士事務所
社会保険労務士　松永貞子

概要

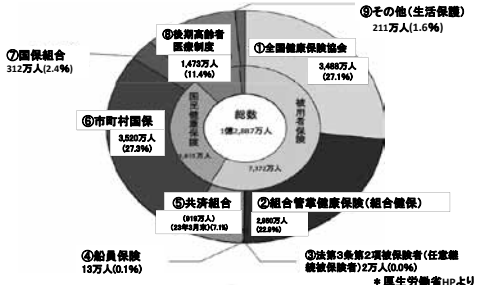
1. 健康保険制度について
   「傷病手当金」　（ガイドブック35ページ）
2. 年金制度について
   「障害年金」　（ガイドブック38ページ）
3. 会社を退職したときの手続き
   「年金」「健康保険」「雇用保険」
   （ガイドブック40ページ）

1. 健康保険制度について

《健康保険制度の種類》

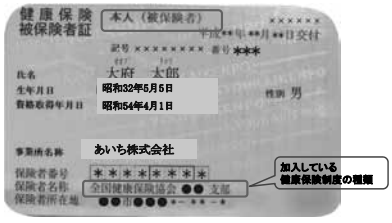
① 全国健康保険協会（協会けんぽ）
② 組合管掌健康保険（組合健保）
③ 任意継続被保険者
④ 船員保険
⑤ 共済組合
⑥ 国民健康保険（市町村国保）
⑦ 国民健康保険組合（国保組合）
⑧ 後期高齢者医療制度
⑨ その他（生活保護）

医療保険制度の加入者等（平成24年3月末現在）



＊厚生労働省HPより

全国健康保険協会（協会けんぽ）
本人（被保険者）



全国健康保険協会（協会けんぽ）
家族（被扶養者）



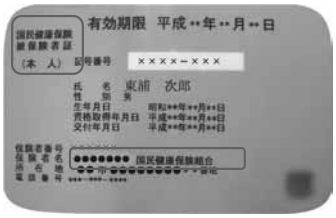
●●●●●健康保険組合（組合健保）
（本人）任意継続被保険者



国民健康保険（市町村国保）
（本人）被保険者



国民健康保険組合（国保組合）
（本人）被保険者



健康保険の給付

被保険者（本人）		被扶養者
病気・けが	療養の給付、 入院時食事療養費 入院時生活療養費 保険外併用療養費 訪問介護療養費	家族療養費、 家族訪問介護療養費
	療養費 高額療養費 高額介護合算療養費	家族療養費 高額療養費 高額介護合算療養費
	移送費	家族移送費
	傷病手当金	
出 産	出産育児一時金 出産手当金	家族出産育児一時金
死 亡	埋葬料（費）	家族埋葬料（費）
退職後 （継続又は一定期間の給付）	傷病手当金 出産手当金 出産育児一時金 埋葬料（費）	

「傷病手当金」とは

「協会けんぽ」又は「組合健保」に
加入しているご本人（被保険者）が
若年性認知症などの病気や業務外のけがで
仕事を休み、給料がもらえないときに
その間の生活保障をするための現金給付
制度です。

（ガイドブック35～36ページ）

傷病手当金の支給要件

① 病気やケガで療養中であること
② 仕事に就けないこと
（労務不能である医師の証明が必要）
③ 連続して4日以上仕事を休んでいること
（4日目から支給される）
④ 給料が支払われていないこと

（ガイドブック35ページ）

「待期期間」とは？

最初の連続して休んだ3日間を「待期期間」という

＜待期期間の考え方＞

① 休 出 休 休 出 出 休 休 出 休

待期期間は完成せず

② 休 休 休 休 休 休 休 休 休 休

待期期間完成　傷病手当金支給開始（4日目から）

（ガイドブック35ページ）

傷病手当金の支給額

1日につき標準報酬日額の
3分の2に相当する額が支給されます。

（例）標準報酬月額　360,000円の場合
360,000円÷30＝12,000円（標準報酬日額）
12,000円×2/3＝ 8,000円（1日の支給額）

（ガイドブック35ページ）

「傷病手当金は
いつまで受けられますか？」

傷病手当金は支給が開始された日から
最長1年6か月です。
※1年6か月分支給されるということではありません。



（協会けんぽ資料）

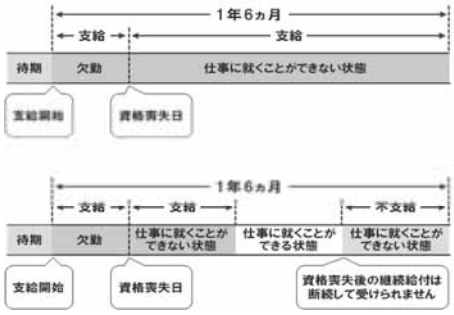
（ガイドブック36ページ）

退職しても「傷病手当金」は
受けられますか？

要件を満たせば
「資格喪失後の継続給付」が受けられます。

＜継続給付の受給要件＞
資格喪失の日の前日（退職日）まで被保険者期間が
① 継続して1年以上あること
② 退職日に傷病手当金を受けている
又は、受けられる状態であること

＜受給中に退職した場合＞



2. 年金制度について

「公的年金制度」とは
世代と世代の支え合い（世代間扶養）

老齢年金	障害年金	遺族年金

現役世代が納める保険料	国（税金）

「公的年金制度」の種類

① 国民年金 ⇒ 日本国内に住む20歳以上
60歳未満のすべての方が加入

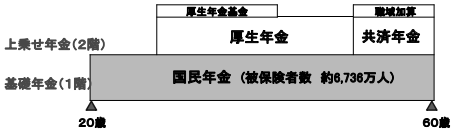
② 厚生年金 ⇒ 厚生年金の適用がある会社に
お勤めの方

③ 共済年金 ⇒ 公務員・私立学校教職員など

「公的年金制度」は2階建て！

日本国内に住む20歳以上60歳未満の
すべての方が国民年金の被保険者

【年金の構造】



「国民年金」の被保険者は3種類

① 第1号被保険者

② 第2号被保険者

③ 第3号被保険者

「国民年金」の被保険者をもっと詳しく！

① 第1号被保険者 ⇒保険料を自分で納付
・20歳以上60歳未満の自営業者、学生など

② 第2号被保険者 ⇒会社で厚生年金保険料を
給与から天引き（労使折半）
・65歳未満の会社員や公務員の方
・65歳以上の被保険者又は老齢（退職共済）年金の
受給権がある人は第2号被保険者とはなりません。

③ 第3号被保険者 ⇒自己負担なし
・20歳以上60歳未満で第2号被保険者に扶養されて
いる配偶者（年収130万円未満）

「公的年金」の年金給付

① 老齢年金 ⇒ 年金を受けられる年齢に
なったとき

② 障害年金 ⇒ 病気やケガで障害の状態に
なったとき

③ 遺族年金 ⇒ 遺族になったとき

「障害年金」とは

若年性認知症などの病気やケガで一定の
障害の状態になったとき「障害年金」が受給
できます。

《障害年金の種類》
① 障害基礎年金
② 障害厚生年金
③ 障害共済年金

「障害年金」は初診日に加入していた年金制度から支給されます

（1）障害基礎年金（初診日が国民年金の加入中）
（初診日が60歳以上65歳未満）
（初診日が20歳前）

（2）障害厚生年金（初診日が厚生年金の加入中）

（3）障害共済年金（初診日が共済年金の加入中）

（ガイドブック38ページ）

「障害年金」の受給要件は3つ

① 初診日要件

② 障害認定日要件

③ 保険料納付要件

※上記の要件をすべて満たした方が受給できます。

（ガイドブック38ページ）

① 初診日要件

「初診日」とは、障害の原因となった傷病について初めて医師等の診察を受けた日です。

※傷病名が違っていても初めて医師に診てもらった日が初診日です。
※転院していても因果関係がある場合は、一番最初の医療機関で受診した日が初診日となります。

（ガイドブック38ページ）

② 障害認定日要件

障害認定日とは、
『初診日から「1年6か月」を経過した日』
又は
『1年6か月が経過していなくても症状が固定した日』

※ 障害認定日に障害等級表の1級～3級の障害の状態に該当していること

（ガイドブック38ページ）

障害の状態（障害等級）とは？

＜1級＞
日常生活が他人の助けを借りないとできない状態

＜2級＞
日常生活がかなり困難で、働くことができない状態

＜3級＞
日常生活に支障があり、労働にも制限が必要な状態

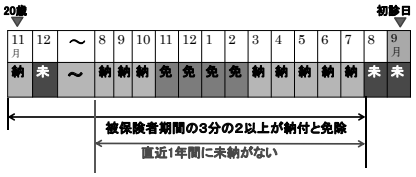
※身体障害者手帳の等級とは異なります。

（ガイドブック38ページ）

③ 保険料納付要件

『初診日の前日において、初診日の属する月の前々月までに国民年金の被保険者期間があるときは保険料の納付済期間と免除期間を合わせて3分の2以上あること』
又は
『初診日の属する月の前々月までの直近1年間に未納がないこと』※平成38年4月1日までに初診日がある場合

③を図解すると
（例）国民年金加入中の保険料納付要件



「障害基礎年金」と「障害厚生年金」の相違点

厚生年金加入中	障害厚生年金1級 ＋ 障害基礎年金1級 （966,000円）	障害厚生年金2級 ＋ 障害基礎年金2級 （772,800円）	障害厚生年金3級 最低保障あり （579,600円）
国民年金加入中	障害基礎年金1級 （966,000円）	障害基礎年金2級 （772,800円）	

（平成26年度価額）

※このほか障害厚生年金には障害手当金（一時金）があります。
※共済年金については、加入していた共済組合へお問合わせください。

（1）「障害基礎年金」の受給要件

① 初診日要件
・国民年金加入期間に初診日あること
・20歳前、又は60歳以上65歳未満の間に初診日があること
② 障害認定日要件
・障害認定日または20歳になったとき
・1級から2級の障害の状態に該当していること
③ 保険料納付要件
・保険料納付要件を満たしていること
・20歳前に初診日がある場合は納付要件は不要

（2）「障害厚生年金」の受給要件

① 初診日要件
・厚生年金の被保険者期間に初診日があること

② 障害認定日要件
・障害認定日において1級から3級の障害の状態に該当していること

③ 保険料納付要件
・保険料納付要件を満たしていること

（ガイドブック38ページ）

障害年金の請求方法

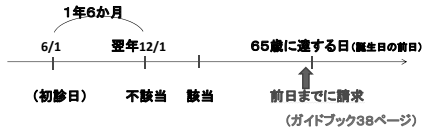
① 障害認定日に障害の状態に該当している
⇒ 障害認定日による請求

② 障害認定日に障害の状態に該当していない
（障害の状態が重くなったときに請求する）
⇒ 事後重症による請求

（ガイドブック38ページ）

②の事後重症を図解すると 事後重症による請求

「障害認定日」に法令に定める障害の状態に該当していなかった人が、その後病状が悪化し、障害の状態に該当した場合、65歳に達する日の前日までに請求すること
※ポイント（1日でも早く請求してください）



（ガイドブック38ページ）

3．会社を退職したときの手続き

会社を退職すると次の手続きが必要です
（1）年金の手続き
年金の受給資格を確認して請求手続きをしましょう（60歳以上の方）
（2）健康保険の手続き
（3）雇用保険の手続き

（ガイドブック40ページ）

（1）「年金」の手続き

60歳になるまで国民年金に加入します。
① 第1号被保険者となる
② 第2号被保険者となる（会社に勤める場合）
③ 第3号被保険者となる

※年金の受給開始年齢になっている方は受給資格を確認して年金の 請求手続きを行いましょう。
※ 保険料の支払いが困難な方は、国民年金保険料の免除制度があります。
お住まいの市区町村等国民年金窓口にてご相談ください。

（ガイドブック40ページ）

（2）「健康保険」の手続き

退職後は次の3つから選択します
① 任意継続被保険者になる（「協会けんぽ」で聞く）
② 国民健康保険へ加入する（市区町村役場で聞く）
③ 被扶養者になる（保険料の負担はありません）

※負担する保険料は、それぞれ異なります。
※医療機関にかかった場合、医療費の自己負担は同じです。
※保険料の安い制度に加入することをお勧めします。

（ガイドブック40ページ）

《任意継続被保険者の健康保険料》

退職時の標準報酬月額によって決まります

標準報酬月額が280,000円以上の場合は上限あり

※40歳未満の場合と40歳以上の場合は保険料は異なります>

※会社に勤務されていた時は、被保険者と事業主の折半で保険料を負担していましたが、任意継続被保険者の保険料は、全額自己負担となります。

（3）「雇用保険」の手続き

（ハローワークへ求職の申し込み）

＜ 基本手当の受給要件＞

① 働く意思があること
② 働く能力があること
③ 失業の状態にあること

※病気などですぐに働くことができない時は、
受給期間の延長の手続きを行いましょう。

（ガイドブック40ページ）

まとめ

「社会保険制度」を最大限に活用しましょう！

「社会保険制度」を知り、被保険者としての
権利を最大限に 活かすことが「若年性認知症」の
ご本人とご家族の生活を守ることにつながります。

※この資料については、平成27年2月現在の法律を使用しています。
また、年金額等についても平成26年度のものであり今後、
変更されることがありますので、ご了承ください。

平成26年度 認知症介護研究・研修大府センター研究報告書

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

地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テストと手段的ADLの関連に関する研究

認知症介護指導者の研究活動継続支援プログラムの開発
研究活動継続支援プログラム（論文作成支援）

若年性認知症の本人と家族からの相談への対応力向上研修

発　行：平成27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