

認知症の人の在宅生活を支援する地域包括ケアに関する研究

—地域包括支援センターの調査に基づいて—

ハラ ナオコ サトウ カガワ コウジロウ
原 直子*1*2 佐藤 ゆかり*4 香川 幸次郎*3

目的 認知症の人の在宅生活を支えるには、医療・介護・生活などを一体的に支援する地域包括ケアの必要性が指摘され、地域包括支援センターが中核となりその推進を目指しているが、具体的な方向性を描けていないのが現状である。そこで、認知症の人の在宅生活支援に対する具体的な方向性を提示することを目的とした。

方法 調査対象者は、兵庫県下の地域包括支援センター198カ所の職員のうち、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員（以下、三職種）とした。調査期間は、2014年8月18日～同年9月4日、自記式質問紙法を用い郵送による配布回収を行った。調査項目は、先行研究や報告書、ケアマニュアルをもとに、認知症の人の在宅生活を支えるために必要と指摘されている事項を検討し、認知症の人の在宅生活を支えるために必要な117項目をアイテムプールし、予備調査による検討を経て、60項目とした。分析方法は、職種間の差の検定を χ^2 検定で行い、三職種が重要と捉える認知症の人への支援内容の構造を明らかにするために、最尤法とプロマックス回転による探索的因子分析を行った。これにより、三職種が重要と捉える認知症の人への地域支援の活動内容について、構成要素と重要度を検討した。

結果 63カ所のセンター（回収率31.8%）より174人の回答が得られた。認知症の人の在宅生活を支える活動に関する職種間比較では、有意差が認められた項目は、60項目中1項目のみであった。探索的因子分析の結果では、7つの因子を抽出し、「細やかな配慮」「家族会と擁護の視点」「地域の人の理解」「多職種連携」「医療体制」「家族の理解」「相談体制」と命名した。重要性の高い順に、「家族の理解」「相談体制」「地域の人の理解」「多職種連携」「細やかな配慮」「医療体制」「家族会と擁護の視点」であった。重要性に関する順位には、有意差が認められたが、因子ごとの職種による有意な差は、どれも認められなかった。

結論 認知症の人の在宅生活支援に重要な7つの要素を確認することができた。本人に身近な支援から広域的な支援までが構成要素として抽出され、これらを統合してケアが展開されることで、認知症の人への在宅生活支援や地域包括ケアが、実のあるものになると思料される。

キーワード 認知症、在宅生活、地域包括ケア、地域包括支援センター、因子分析

I 緒 言

日本は超高齢社会を迎え、発症率が加齢と大きく関係している認知症の人の増加が予測され

ており、その対策が急務である。そのため、厚生労働省においては2012年に「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる

*1 姫路市健康福祉局長寿社会支援部地域包括支援課保健師 *2 関西福祉大学院社会福祉学研究所

*3 同特任教授 *4 岡山県立大学保健福祉学部准教授

社会¹⁾の実現を目指した計画として、同年「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定した²⁾。

こうした考え方は、厚生労働省が提唱している地域包括ケアシステム³⁾の考え方に基づくものである。この地域包括ケアシステムは、地域の特性に応じて構築されるべきシステムであるとされ、また、その推進主体として位置づけられているのが、地域包括支援センターである。地域包括支援センターにおいて、この役割を担っているのが、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員（以下、三職種）である。

日本の高齢者対策は、1963年に老人福祉法が制定されたが、その主たるものは寝たきり高齢者への対策であり、認知症の人へのケアの方法が確立されていない中で「拘束」「薬や言葉で抑え込む」「収容⁴⁾」という身体拘束も排除しない、認知症の人の意思を無視したケアが行われていた。

1980年代に入ると、「呆け老人をかかえる家族の会（現、公益社団法人認知症の人と家族の会）」が発足し、家族介護者のネットワーク化が図られ、社会全体に認知症に対する理解を促す啓発活動等が行われはじめた。1994年「新ゴールドプラン」が策定され、1995年の高齢社会対策基本法により、各省庁横断的に高齢社会対策が推進されるようになった。しかし施策は、在宅という生活の場での支援ではなく病院や介護施設といった入所型施設での支援であった。

2000年代になると、2000年の介護保険法の施行、ゴールドプラン21の制定、2001年高齢社会対策大綱、2003年には高齢者介護研究会報告「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」と、高齢者の人間としての尊厳の保持がケアの基本であるとした報告書や施策が相次いで策定され、こうした動きを受けて、オレンジプランが公表されたものである。

このように、約40年間に、認知症の人の疾病のみをみて、「困った人」として考えられた時期から、現在は、疾患はあっても意思を持つ「人」として捉えられるように、考え方が変化

し、その対応方法についても、施設や病院への入所・入院といった社会から隔離されていた時期から、認知症になってもなるべくこれまでと同様住み慣れた環境の中で、混乱なく過ごせる支援をするように変化してきているのである。こうした施策の動向を踏まえ、あわせて先行研究の検討を行った⁵⁾⁻²⁴⁾。その結果、認知症の人の在宅生活を支える支援に関する研究は、その歴史も浅く、発表されている論文数も決して多くなかった。さらに論文の多くは、医師が認知症医療に認知症の人をつなぐことの必要性を述べている論文であった。他方、地域包括支援センターへのアンケートやインタビューの調査研究も、センター以外の職種間の連携が扱われているものやセンター業務に関するものが多く、認知症の人の地域包括ケアシステムの構築に関して、三職種を対象とした調査研究論文は見当たらなかった。また研究成果も断片的な研究で、具体的データに基づいて実証し検証している論文は皆無であった。こうした研究結果を踏まえ、認知症の人に対する在宅生活を支えるための地域包括ケアシステム構築のためには、包括的な検討と方向性の提示が必要であると考えた。

そこで本研究では、地域包括支援センターの三職種が、認知症の人の在宅生活を支援する活動について何が重要であると考えて取り組んでいるのかを調査し、その構成要素と重要度を把握するとともに、地域包括ケアの方向性を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 調査方法

1) 調査項目の検討

調査項目は、先行研究や報告書、ケアマニュアルをもとに、認知症の人の在宅生活を支えるために必要と指摘されている事項を検討し、認知症の人の在宅生活を支えるために必要な117項目をアイテムプールした。それを暫定的に「認知症の人への支援」「家族への支援」「地域の人々に求められる支援（役割）」「医療機関、介護事業所、施設等に求められる支援（役割）」

「行政に求められる支援（役割）」「システム（パスや事業所間の連携、マニュアルの作成等）」の6つの領域に分け、類似の項目の削除を行い、100の調査項目に整理し、最終的に6つの領域をランダムに配列し、調査項目原案にまとめた。ランダムに配列したのは、同じ領域が並ぶと前後で比較し重要性を決めてしまうことがあるので、その影響を避けるために行った。なお、調査項目の適切性については予備調査にて検討することにした。

2) 予備調査

2014年7月現在、異なる地域包括支援センターに常勤専従している看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員1名ずつとした。予備調査対象者とした3人（男性1名、女性2名）は地域包括支援センターでの職歴が6年～7年3か月と長く業務を熟知しており、研究目的を説明し研究協力への同意を得た上で、予備調査の調査項目原案の検討を依頼した。調査項目の検討後、設問内容の適切性や回答のしやすさ、項目数についてインタビュー形式で意見聴取を行った。インタビューは、対象者の勤務場所で行った。設問内容については特に指摘はなかった。回答選択肢は重要度を問う「4件法」としたが、重要でないとの回答を付与すべきとの意見が述べられた。調査項目数は、対象者の全員が多いと回答した。回答には5件法が望ましい等の意見を参考にして調査項目の再検討を行った。

項目数については全員が多いと回答したことを踏まえ再度重複する項目の有無を検討し、最終的に先に示した6領域各10項目を配置した。配列は、ランダムのままとした。回答選択肢は予備調査では重要度を問う「4件法」としていたが、「重要でない」を加えた「5件法」を選択した。なお、調査票では重要性の高いものから1, 2, 3, 4, 5としたが、得点の換算は、重要性の高いものから5, 4, 3, 2, 1に変換し得点を与えた。

3) 本調査

調査対象者は、兵庫県下の地域包括支援センターのうち、相談を地域包括支援センターになく機能の者のみの配置であるブランチは除外

した198カ所の職員のうち、地域包括ケアシステムの構築に関わる三職種を対象とした。同職種が複数人配置されている地域包括支援センターにおいては、主たる業務責任者1人に回答を依頼した。

調査方法は、自記式質問紙調査とした。地域包括支援センターごとに、3人分の調査票を郵送し、調査への協力を依頼した。その際、調査対象者への依頼文書、倫理的配慮の説明文書を同封し、調査票の返送をもって研究協力を承諾したとみなした。調査票の回収は、調査対象者が個別に厳封したものを、施設ごと一括返送するように求めた。調査期間は、2014年8月18日～同年9月4日、ハガキによる催促状を1回送付した。

(2) 倫理的配慮

本研究は、所属大学の研究倫理審査委員会に平成26年7月22日に承諾を得て行った（承諾番号：関福大第26-0801）。対象者への調査研究依頼は、研究の目的と意義および倫理的配慮を記載した依頼文を用い、調査票の返送をもって承諾とみなすことを明示した。倫理的配慮としては、自由意思による調査協力と拒否の自由、匿名性の保証、データの管理方法と結果の活用方法について明記した。

(3) 分析方法

60の調査項目の回答における職種間の差の検定を χ^2 検定で行い、有意確率5%未満とした。次に、地域包括支援センター三職種が重要と捉える認知症の人への支援内容の構造を明らかにするために、探索的因子分析を行った。因子抽出は最尤法と斜交回転であるプロマックス法を用いた。調査項目の因子への所属は、因子負荷量0.3以上とし、因子の決定は、固有値1以上とした。因子ごとの職種間の差異は、Kruskal Wallis検定を用いた。因子の重要性の順位は、Friedman検定を用いた。統計解析にはSPSS15.0 J for Windowsを用いた。

Ⅲ 結 果

(1) 回収票

198カ所のセンターのうち回収票は、63カ所のセンター（回収率31.8%）より174人の回答が得られた。そのうち、分析対象として有効な回収票は、解析に必要な項目に欠損がない173人の回答とした。職種は、保健師等57人（33.0%）社会福祉士60人（34.7%）主任介護支援専門員

56人（32.4%）であった。社会福祉士が、保健師等、主任介護支援専門員と比較し、男性が有意に多かった。職種別の人数、職歴の状況については、有意差はなかった。

(2) 認知症の人の在宅生活を支援する活動の内容に対する回答分布（表1）

1) 得点が高い項目

平均得点の高い順に5項目あげると、「家族の相談できる場所が身近にある」「家族が認知

表1 認知症の人の生活を支援する活動内容に対する回答分布

(単位 人、() 内%)

	非常に重要	重要	やや重要	あまり重要でない	重要でない	平均得点
生活リズムを整える	69(39.9)	92(53.2)	10(5.8)	2(1.2)	-	4.32±0.64
家族の負担が軽減する	65(37.6)	97(56.1)	10(5.8)	-	1(0.6)	4.30±0.63
地域の人と共に活動できる場所がある	59(34.1)	91(52.6)	22(12.7)	1(0.6)	-	4.20±0.67
認知症に対応できる医療機関が周知されている	69(39.9)	88(50.9)	14(8.1)	2(1.2)	-	4.29±0.66
認知症サポート医が増える	80(46.2)	71(41.0)	19(11.0)	3(1.7)	-	4.32±0.74
認知症が初期の段階から、医療、福祉、地域の見守りの支援体制が構築される	98(56.6)	64(37.0)	11(6.4)	-	-	4.50±0.62
認知症の予防に取り組む	89(51.4)	69(39.9)	15(8.7)	-	-	4.43±0.65
認知症の人でもできる事は継続して、行っていく	107(61.8)	60(34.7)	6(3.5)	-	-	4.58±0.56
家族の相談できる場所が身近にある	111(64.2)	56(32.4)	6(3.5)	-	-	4.61±0.56
認知症の人が利用できるお店がある	47(27.2)	67(50.3)	34(19.7)	5(2.9)	-	4.02±0.77
認知症の人への往診医が身近にいる	74(42.8)	76(43.9)	20(11.6)	3(1.7)	-	4.28±0.73
認知症疾患医療センターが増える	39(22.5)	76(43.9)	47(27.2)	11(6.4)	-	3.83±0.85
認知症の人の生活能力に対する支援ガイドラインが作成される	28(16.2)	77(44.5)	59(34.1)	9(5.2)	-	3.72±0.80
認知症の早期発見早期対応取り組み	80(46.2)	78(45.1)	15(8.7)	-	-	4.38±0.64
食事、排泄、更衣等生活を整える	61(35.3)	87(50.3)	24(13.9)	1(0.6)	-	4.20±0.69
家族が認知症の人への接し方を知っている	102(59.0)	68(39.3)	3(1.7)	-	-	4.57±0.53
地域の人が徘徊している（と思われる）人へ声をかけられるようになる	87(50.3)	72(41.6)	13(7.5)	1(0.6)	-	4.42±0.66
ショートステイがいつでも利用できる	42(24.3)	86(49.7)	40(23.1)	4(2.3)	1(0.6)	3.95±0.79
地域の人に対し、認知症に関する相談窓口を広報している	69(39.9)	83(48.0)	20(11.6)	1(0.6)	-	4.27±0.68
認知症の人が退院する際にクリティカルパス（退院に向けての診療計画）が作成されている	34(19.7)	93(53.8)	40(23.1)	6(3.5)	-	3.90±0.75
認知症の治療に取り組む	47(27.2)	87(50.3)	37(21.4)	2(1.2)	-	4.03±0.73
生活環境を変えない	39(22.5)	80(46.2)	47(27.2)	7(4.0)	-	3.87±0.80
家族が認知症という病気を理解している	108(62.4)	59(34.1)	6(3.5)	-	-	4.59±0.56
認知症の人や家族が地域の人に支援を求められるようになる	96(55.5)	68(39.3)	9(5.2)	-	-	4.50±0.60
医療従事者がBPSDに対応できる	80(46.2)	78(45.1)	11(6.4)	4(2.3)	-	4.35±0.71
認知症について子どもたちに啓発する	52(30.1)	80(46.2)	36(20.8)	5(2.9)	-	4.03±0.79
かかりつけ医と専門医療機関が連携して支援する	104(60.1)	59(34.1)	10(5.8)	-	-	4.54±0.60
認知症の人のリハビリ（症状の軽減や機能の維持）に取り組む	58(33.5)	95(54.9)	20(11.6)	-	-	4.22±0.64
認知症の人の意向を尊重したサービスの提供をする	55(31.8)	92(53.2)	26(15.0)	-	-	4.17±0.67
家族同士で意見交換できる場がある	75(43.4)	80(46.2)	17(9.8)	1(0.6)	-	4.32±0.67
認知症の人を地域で見守る活動がある	93(53.8)	68(39.3)	11(6.4)	1(0.6)	-	4.46±0.64
介護サービス従事者がBPSDに対応できる	91(52.6)	66(38.2)	14(8.1)	2(1.2)	-	4.42±0.69
成年後見支援センターが整備されている	48(27.7)	92(53.2)	29(16.8)	3(1.7)	1(0.6)	4.06±0.75
インフォーマルサービスとフォーマルサービスが連携して認知症の人の支援を行う	83(48.0)	73(42.2)	16(9.2)	1(0.6)	-	4.38±0.68

つづく

	非常に重要	重要	やや重要	あまり重要でない	重要でない	平均得点
認知症の人の主体性が増す援助を行う	64(37.0)	84(48.6)	23(13.3)	2(1.2)	-	4.21±0.71
家族が認知症の相談先を知っている	91(52.6)	71(41.0)	10(5.8)	1(0.6)	-	4.46±0.63
地域の人が認知症を理解している	95(54.9)	68(3.3)	9(5.2)	1(0.6)	-	4.49±0.63
認知症グループホームが地域に開放されている	40(23.1)	79(45.7)	52(30.1)	2(1.2)	-	3.91±0.76
市民後見人が育成されている	26(15.0)	59(34.1)	69(39.9)	16(9.2)	3(1.7)	3.51±0.92
かかりつけ医がケアマネジャーとの連携が図りやすくなる	89(51.4)	69(39.9)	14(8.1)	-	1(0.6)	4.42±0.69
従来からの人間関係を大切にす	72(41.6)	83(48.0)	18(10.4)	-	-	4.31±0.65
家族に休息をとれる機会がある	88(50.9)	75(43.4)	9(5.2)	1(0.6)	-	4.45±0.62
地域の人が認知症の人への接し方を知っている	86(49.7)	73(42.2)	12(6.9)	2(1.2)	-	4.40±0.67
徘徊行動に対応するサービスがある	66(38.2)	83(48.0)	22(12.7)	2(1.2)	-	4.23±0.71
認知症の人には権利擁護が必要である事を啓発する	51(29.5)	90(52.0)	28(16.2)	4(2.3)	-	4.09±0.74
医療と介護が連携して認知症の人に関わる体制が整っている	92(53.2)	69(39.9)	11(6.4)	1(0.6)	-	4.46±0.64
認知症の人のリハビリ（病院から退院）に取り組む	43(24.9)	94(54.3)	35(20.2)	1(0.6)	-	4.03±0.69
認知症の人の自己決定を尊重する	63(36.4)	83(48.0)	26(15.0)	1(0.6)	-	4.20±0.71
家族が家族会を知っている	52(30.1)	87(50.3)	32(18.5)	1(0.6)	1(0.6)	4.09±0.75
地域の人が認知症の人に対応できる	66(38.2)	82(47.4)	24(13.9)	1(0.6)	-	4.23±0.70
認知症の人に対応できる介護サービスがある	72(41.6)	88(50.9)	13(7.5)	-	-	4.34±0.61
支援には虐待予防も視野に入れて関わる	80(46.2)	81(46.8)	12(6.9)	-	-	4.39±0.62
認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターが担う	21(12.1)	64(37.0)	63(36.4)	17(9.8)	8(4.6)	3.42±0.98
認知症の人の在宅ケアに取り組む	58(33.5)	90(52.0)	22(12.7)	2(1.2)	1(0.6)	4.17±0.73
認知症の人の生活全般に関する情報収集を行う	56(32.4)	81(46.8)	35(20.2)	1(0.6)	-	4.11±0.73
家族会の活動を支援する	30(17.3)	95(54.9)	42(24.3)	5(2.9)	1(0.6)	3.86±0.75
地域に参加できる場所がある	75(43.4)	83(48.0)	14(8.1)	1(0.6)	-	4.34±0.65
服薬確認のサービスがある	51(29.5)	87(50.3)	30(17.3)	5(2.9)	-	4.06±0.76
受診の際などに付き添ってくれる体制がある	67(38.7)	78(45.1)	24(13.9)	3(1.7)	1(0.6)	4.20±0.78
担当ケアマネジャーと介護サービス事業所が常に話しあっている	68(39.3)	89(51.4)	16(9.2)	-	-	4.30±0.63
認知症の人の心の健康を総合的に捉える	63(36.4)	87(50.3)	21(12.1)	2(1.2)	-	4.22±0.70
家族の健康管理に配慮する	54(31.2)	84(48.6)	32(18.5)	3(1.7)	-	4.09±0.75
認知症サポーターが地域に増える	63(36.4)	80(46.2)	28(16.2)	2(1.2)	-	4.18±0.74
夜間対応の見守りサービスがある	60(34.7)	86(49.7)	22(12.7)	4(2.3)	1(0.6)	4.16±0.77
認知症予防のための取り組みを地域に啓発する	68(39.3)	89(51.4)	16(9.2)	-	-	4.30±0.63
処遇困難な事例に対し、多職種が協力して支援する	109(63.0)	57(32.9)	7(4.0)	-	-	4.60±0.57

症という病気を理解している」「処遇困難な事例に対して多職種が協力して支援する」「認知症の人でもできる事は継続して行っていく」「家族が認知症の人への接し方を知っている」であった。

2) 得点が低い項目

平均得点の低い順に5項目あげると、「認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターが担う」「市民後見人が育成されている」「認知症の人の生活能力に対する支援ガイドラインが作成される」「認知症疾患医療センターが増える」「家族会の活動を支援する」であった。

(3) 認知症の人の在宅生活を支える活動に関する職種間比較

職種間で有意な差が認められた項目は1項目で「処遇困難な事例に対し、多職種が協力して支援する」であり、他のすべての項目に職種間での差異は認められなかった。

(4) 探索的因子分析(表2)

探索的因子分析を行った結果、7因子が抽出された。因子ごとの命名(項目数)は、第1因子(8項目)「細やかな配慮」、第2因子(8項目)「家族会と擁護の視点」、第3因子(6項目)「地域の人々の理解」、第4因子(5項目)「多職種連携」、第5因子(3項目)「医療体

制」、第6因子（3項目）「家族の理解」、第7因子（3項目）「相談体制」とした。なお、因子間の相関について検討した結果、第2因子の「家族会と擁護の視点」は、すべての因子と比較的強い相関があった。第5因子の「医療体制」は、第2因子の「家族会と擁護の視点」とのみ比較的強い相関があり、その他の5つの因子とは弱い相関であった。

(5) 因子ごとの三職種の得点の差の検討

因子ごとの職種による差異について検討した結果は、どれも有意な差は認められなかった。

(6) 三職種が重要と考えている順位

職種別の順位を平均ランク得点でみると、保健師等、社会福祉士では「家族の理解」「相談体制」「地域の人の理解」「細やかな配慮」「多職種連携」「細やかな配慮」「医療体制」「家族会と擁護の視点」の順であった。

表2 調査項目の因子分析結果（該当部のみ抜粋）

	1 因子	2 因子	3 因子	4 因子	5 因子	6 因子	7 因子
細やかな配慮							
服薬確認のサービスがある	0.830	0.022	-0.031	-0.203	0.081	-0.049	-0.007
受診の際などに付き添ってくれる体制がある	0.803	-0.101	0.121	-0.050	-0.023	-0.083	-0.199
認知症の人の生活全般に関する情報収集を行う	0.740	0.090	0.155	-0.040	-0.072	-0.211	0.158
支援には虐待予防も視野に入れて関わる	0.673	-0.153	0.018	0.153	-0.060	0.014	0.013
家族の健康管理に配慮する	0.594	0.268	-0.098	0.070	-0.060	-0.048	0.055
担当ケアマネジャーと介護サービス事業所が常に話しあっている	0.592	-0.030	-0.144	0.124	0.101	0.197	0.172
従来からの人間関係を大切にしている	0.505	0.072	0.098	0.053	-0.163	-0.003	0.116
夜間対応の見守りサービスがある	0.500	0.087	0.219	0.049	0.115	0.053	-0.293
家族会と擁護の視点							
認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターが担う	-0.159	0.848	-0.084	0.117	-0.067	-0.028	-0.104
市民後見人が育成されている	-0.034	0.810	-0.042	0.245	-0.058	-0.229	-0.014
認知症グループホームが地域に開放されている	0.123	0.578	-0.011	0.104	0.106	-0.120	-0.005
家族会の活動を支援する	0.198	0.505	0.127	-0.021	0.035	-0.082	-0.069
認知症の人には権利擁護が必要である事を啓発する	0.239	0.464	0.042	0.077	-0.075	-0.089	0.099
家族が家族会を知っている	0.056	0.541	0.176	0.088	-0.013	0.005	0.107
地域の人と共に活動できる場所がある	-0.060	0.443	0.142	0.255	-0.013	0.232	-0.263
認知症予防のための取り組みを地域に啓発する	0.206	0.375	-0.025	0.105	-0.052	0.094	0.129
地域の人の理解							
地域の人が認知症の人への接し方を知っている	0.072	-0.131	0.986	-0.095	0.009	-0.096	0.186
地域の人が認知症を理解している	-0.034	0.113	0.660	0.095	-0.064	0.111	0.029
徘徊行動に対応するサービスがある	0.032	0.268	0.487	-0.142	-0.010	-0.025	0.108
地域の人が認知症の人に対応できる	0.299	0.122	0.468	0.028	-0.011	0.107	-0.149
家族同士で意見交換できる場がある	-0.139	0.053	0.426	0.123	0.068	0.059	0.295
地域に参加できる場所がある	0.152	0.299	0.416	0.076	-0.051	0.088	0.046
多職種連携							
医療と介護が連携して認知症の人に関わる体制が整っている	-0.042	0.232	-0.114	0.740	-0.080	0.169	-0.051
かかりつけ医がケアマネジャーとの連携が図りやすくなる	0.041	0.042	-0.012	0.606	0.051	-0.131	0.219
インフォーマルサービスとフォーマルサービスが連携して認知症の人の支援を行う	0.127	0.032	0.171	0.594	0.076	-0.007	-0.137
認知症の人の主体性が増す援助を行う	0.248	0.167	0.068	0.405	0.101	0.058	0.037
認知症の人の意向を尊重したサービスの提供をする	0.162	0.174	-0.009	0.364	0.029	0.090	0.202
医療体制							
認知症サポート医が増える	0.046	-0.083	-0.044	0.044	0.972	-0.090	-0.061
認知症の人への往診医が身近にいる	0.094	-0.109	0.019	-0.056	0.635	0.170	0.093
認知症疾患医療センターが増える	-0.031	0.251	-0.066	-0.120	0.550	0.124	0.152
家族の理解							
家族が認知症の人への接し方を知っている	-0.031	-0.141	-0.048	-0.054	0.020	0.922	0.021
家族が認知症という病気を理解している	-0.056	-0.070	0.035	-0.008	0.018	0.638	0.043
地域の人が徘徊している（と思われる）人へ声をかけられるようになる	-0.139	0.032	0.294	0.199	0.011	0.637	-0.134
相談体制							
家族の相談できる場所が身近にある	0.038	-0.198	0.232	-0.070	0.078	-0.049	0.778
家族が認知症の相談先を知っている	-0.061	0.031	0.264	0.023	-0.032	-0.019	0.629
地域の人に対し、認知症に関する相談窓口を広報している	0.024	0.154	0.054	0.057	0.065	-0.027	0.544
固有値							
因子寄与率 (%)	23.70	2.98	2.26	1.98	1.70	1.62	1.56
	38.64	4.14	3.11	2.24	2.10	2.38	2.14
因子相関行列							
1 因子	-	0.697	0.675	0.607	0.333	0.631	0.623
2 因子	-	-	0.619	0.491	0.466	0.588	0.595
3 因子	-	-	-	0.561	0.272	0.634	0.476
4 因子	-	-	-	-	0.265	0.433	0.512
5 因子	-	-	-	-	-	0.284	0.375
6 因子	-	-	-	-	-	-	0.618
7 因子	-	-	-	-	-	-	-

主任介護支援専門員は、重要と考えている因子の3位と4位、5位と6位が保健師等、社会福祉士と相違を認めた。

全体では、重要性が高い活動と捉えられている活動内容の順は、「家族の理解」「相談体制」「地域の人の理解」「多職種連携」「細やかな配慮」「医療体制」であり、最も重要性が低いと

捉えられている活動内容は「家族会と擁護の視点」であり、重要性に関する順位には有意差が認められた。また、この結果を踏まえ、その関連性を図1のように整理した。

Ⅳ 考 察

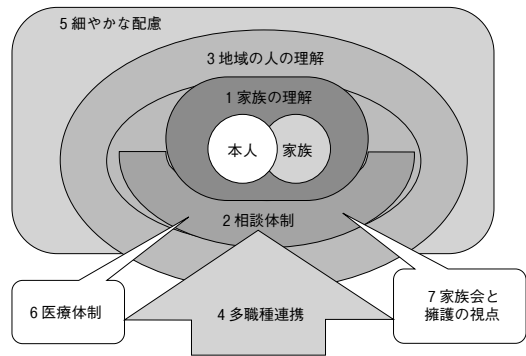
在宅生活を支援する活動60項目中の職種間で有意な差が認められた項目は1項目であったことより、地域包括支援センターの三職種は、認知症の人の在宅生活を支える重要性に差異を有しておらず、地域包括支援センターとしての考えを統合して日常業務を行っていることが推察された。

認知症の人の在宅生活を支援するために地域包括支援センターの専門職が重要と捉えている活動内容は、「家族の理解」「相談体制」「地域の人の理解」「多職種連携」「細やかな配慮」「医療体制」「家族会と擁護の視点」の順であった。これらの因子の重要性の順序は、地域包括支援センターの三職種に著しい差異はなく、統一された視点で地域包括ケアシステムの構築を目指している姿と判断した。

地域包括ケアで最も重要なのは「家族の理解」である。「家族の理解」は、認知症の人への支援を行う上での基盤である。家族の理解が必要とされる理由は、理解の程度で接し方や支援の方法が大きく変わるためであり、普段の生活の中で常に接し支える家族が正しく理解していることが最も重要性が高かった。ただ、認知症は理解してうまく接していきたいと思っても、時として、対応の難しい疾患といわれている。

認知症の家族は、認知症の人の病状やその生活に対応するため、不安や孤独感にさらされている。新たな課題を抱えた時の不安等により、継続した支援を受ける必要がある。家族の不安に応え孤独感を癒すために、その支援の窓口としての「相談体制」が、認知症の人とその家族の身近に整っていることが認知症の人の生活を支援する上で次に重要となるのである。特に地域包括支援センターは、地域の相談機関としての業務が最も基本的なものであり、本人と家族の

図1 順位を基にした因子間の関係図



生活の基盤を支える体制が整っていることで、家族も病状と生活に対する不安や孤独に対する支援を求めて相談に訪れるのである。

次に重要なのは、認知症の人の日常生活を取り巻く「地域の人の理解」である。地域の人が認知症の人の理解者となり支援者となることで、家族が常時見守りすることができなくても、身近に理解してくれる支援者がいることになる。地域に理解が広がると、地域の集いの場に認知症の人もそうでない人も差別なく一緒に過ごすことや、認知症の人に地域の人が自然に声をかける等により地域でさりげなく見守ること、近隣の人のみならず交通機関や商店等においても温かく見守り、適切な援助をしてくれる人が増えることで、認知症の人ができる限り住み慣れた地域での生活を継続するための支援等を受けることができる。日常生活を同じ生活圏で暮らしている身近な地域の人が理解し、温かな見守りや声掛けが求められることは、認知症の人が地域で生活する上で欠かせないものである。

また、認知症の在宅生活の継続には、専門職の支援等の様々なサービスを過不足なく適切に受けることが重要である。過不足なく適切なサービスを受けるためには「多職種連携」による支援が不可欠である。多職種が連携して認知症の人の生活課題を協働で探り、認知症の人の自立生活を目指すという方向性の一つにした支援策が「チーム」となって地域に入り込み、提供されることが重要となる。

次に重要な「細やかな配慮」は、服薬確認や

家族への配慮などフォーマルサービスにはない日々の生活に対する目には見えない細やかな心配りであり、認知症であるがゆえに滞りがちな日常生活を支える基盤となる支援といえる。

重要性が低いと評価された因子は、「医療体制」と「家族会と擁護の視点」であった。「医療体制」は、認知症の人には特に欠かせないものであり、認知症の人の身近な医療機関から、BPSD（行動・心理症状）や身体合併症に対応できる専門機関まで、状態により重層的に体制が整っていることが求められる。「家族会と擁護の視点」は、生活圏にとらわれない支援の基本というべき考え方と広域での支援である。

以上重要と考えられている活動について考察を加えてきたが、地域包括支援センターの三職種は日々の活動を通し、家族の理解といった認知症の人にとって最も身近な人の理解から、それを支える相談体制、そして地域の人々の理解、これらを充実させる多職種連携と細やかな配慮、広域的な視点となる医療体制と家族会や擁護といった支援策を包含した考え方をもち、その重要性に階層性を持っていることが明らかとなった（図1）。今後はこれらを統合し支援することで、認知症の人への在宅生活支援や地域包括ケアが、実のあるものになると思料される。

V 終わりに

本調査対象は兵庫県一県にとどまり、人口構成や地域包括支援センターの構成は全国平均と同等であったが、この結果を持って兵庫県とは異なる地域特性を持つ他地域の地域包括ケアの方向性を示しているとはいえない。他の地域を同様の方法で調査を行うことで結果の一般化の可能性を探るとともに、比較を行うことで兵庫県の特性を明らかにすることが今後の課題であると考えられる。

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムを構築し「認知症になっても本人の意思が尊重され住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会」を築くこととされているが、望む暮らしを決定するのは認知症の人で

ある。このことを踏まえて考えると、今回の調査では支援者側が、認知症の人の在宅生活を支援するために重要と考えていることの因子を抽出したが、認知症の人と家族自身が在宅生活を継続していくために重要と考えている因子の抽出を行い、それも踏まえた地域包括ケアの方向性等の支援策を検討する必要があると考える。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただいた兵庫県地域包括支援センターのみなさまに深謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ. 認知症施策の方向性について. 2012. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>) 2015.11.27.
- 2) 厚生労働省ホームページ. 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002j8dh-att/2r985200002j8ey.pdf>) 2015.11.27.
- 3) 厚生労働省ホームページ. 地域包括ケアシステム (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) 2015.11.27.
- 4) 永田久美子. 痴呆ケアの歴史からみた今後の課題－利用者本位のグループホーム的ケアの重要性－高齢者介護研究会 第5回 資料3 2003:3.
- 5) 若狭重克. 地域ケアにおける支援システムのあり方 人間福祉研究 2006:9:1-12.
- 6) 中島民恵子, 鷹野和美. 自治体における認知症支援施策の在り方に関する研究 介護福祉学2006:13(2):105-18.
- 7) 池田恵利子. 地域包括支援センター事業を見据えた地域連携実践について 老年精神医学雑誌 2006:17(II):133-9.
- 8) 阪野圭二, 知久達哉. 地域福祉権利擁護事業と成年後見制度における地域連携実践の成果と課題 老年精神医学雑誌 2006:17(II):140-5.
- 9) 遠藤英俊, 三浦久幸, 佐竹明介, 他. 認知症ケアの現状と展望 Geriatric Medicine 2009;47(1):13-9.

- 10) 栗田主一, 佐野ゆり, 福本恵. 地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態 老年精神医学雑誌 2010; 21(3): 356-63.
- 11) 栗田主一. 認知症疾患医療センターに対する期待と課題 老年精神医学雑誌 2010; 21(4): 412-20.
- 12) 井上孝徳, 川崎順子. 地域包括ケアシステムの構築を目指したソーシャルワークの実践的課題の一考察 九州保健福祉大学研究紀要 2011; 12: 9-19.
- 13) 多賀努, 矢富直美. 住民の自主的な地域活動を促す講座運営の研究 日本認知症ケア学会誌 2011; 11(2): 496-504.
- 14) 筒井孝子. Community-based integrated careの基本的な考え方 老年精神医学雑誌 2012; 23(3): 271-9.
- 15) 栗田主一. 地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進 保健医療科学 2012; 61(2): 125-9.
- 16) 武田章敬, 堀部賢太郎. 認知症ケアにおける地域連携の政策的展望 老年精神医学雑誌 2012; 23(3): 280-6.
- 17) 小山剛. 福祉施設ケアと精神科入院治療の現状と課題 老年精神医学雑誌 2012; 23(5): 572-7.
- 18) 山崎秀樹. 精神科診療所から地域へ 老年精神医学雑誌 2012; 23(1): 95-100.
- 19) 山本繁樹. 地域包括支援センターの未来 老年精神医学雑誌 2012; 23(1): 126-131.
- 20) 山梨恵子. 認知症精神科医療のこれから ニッセイ基礎研究所 ジェロントロジージャーナル 2012; 12(2): 1-5.
- 21) 松崎吉之助. 独居等認知症高齢者に対する成年後見制度申立て支援に関する研究 日本認知症ケア学会誌 2012; 11(2): 506-15.
- 22) 神部智司. 地域包括ケアの方向性と認知症ケア 日本認知症ケア学会誌 2013; 11(4): 758-64.
- 23) 栗田主一. 認知症に対応できる地域包括ケアシステムの確立に向けて 日本老年医学会雑誌 2013; 50(2): 200-4.
- 24) 北村郁子, 永田千鶴, 松本佳代, 他. 認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察 日本福祉大学社会福祉論集 2014; 130: 191-208.