

高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と態度

オウ キットウ ナガラ ヒロミ ミカミ アキチカ
 王 吉彤*1 名倉 弘美*2 三上 章允*3

目的 本研究では、高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と認知症ケアへの態度の現状を明らかにし、また、スタッフの基本属性や認知症ケアへの態度による認知症の知識・理解の違いを比較・解析し、認知症ケアの今後の課題について検討した。

方法 岐阜県A市の全高齢者施設・事業所を対象に、郵送にて質問紙調査を行い、814人（回収率39.5%）から回答を得た。

結果 スタッフの認知症ケア経験年数が長いほど、認知症についての知識・理解が高いことが明らかになった。施設・事業所別の比較では、特別養護老人ホーム、グループホーム、訪問看護、デイサービスが認知症の知識・理解が高かった。認知症ケアへの態度では、認知症ケアに関する研修に参加したスタッフ、認知症ケアへの関心を示したスタッフ、認知症ケアにやりがいを感じているスタッフで、認知症についての知識・理解が良く、認知症ケアに対する積極的・肯定的態度が認知症についての知識・理解を高めていた。

結論 今回の調査では、認知症ケア経験年数、学歴と研修参加が認知症についての知識・理解を向上させるのに最も重要であることを示した。この結果から、専門教育を受けていない経験年数の短いスタッフへの教育の充実と研修機会の提供が認知症ケアの質向上につながると考えられた。

キーワード 高齢者施設、スタッフ、認知症知識・理解、態度、認知症ケア経験年数、研修

I はじめに

厚生労働省によると、日本の認知症患者数は2012年時点で約462万人、65歳以上の高齢者の約7人に1人と推計されている¹⁾。また、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」においては、日本の認知症患者数は2025年に約650～700万人、2040年に約800～950万人と、年とともに増加することが予測されている²⁾。東京都健康長寿医療センターによる2017年認知症高齢患者の居場所についての推計では、介護施設に105万人、居住系施設（特定施設入所者生活介護・認知症対応型共同生活介

護）に44万人、合計149万人が高齢者施設で過ごす³⁾と推計されている。そこで、高齢者施設における認知症ケアが重要な課題となる。

近年、認知症の病態や自然経過の解明、治療やケア方法などの開発が進んできている。そのため、認知症に関わる医療福祉職が認知症の自然経過や対応について最新の知識や技術を学ぶことは、治療やケアの質の向上につながると考えられる⁴⁾。高齢者施設スタッフの立場で、ケアの質を向上させるには、まずは認知症という病の知識・理解から始めることが必要である。

斎藤の先行研究は、施設内外の研修に参加し、認知症ケアに興味のある職員は、研修に不参加

*1 中部学院大学大学院人間福祉学研究所修士課程 *2 中部学院大学大学院人間福祉学部講師

*3 中部学院大学看護リハビリテーション学部教授

で認知症ケアへの興味の乏しい職員と比較して、利用者に対する自発性を促すケアを行っていることを明らかにした⁵⁾。また、森下らは、ホームヘルパーにみる介護福祉士資格の有無による業務内容の比較を目的に、研究を行った。その中で、「介護業務の遂行にあたり、必要とする知識・理論・技術の内容」という項目において、「介護福祉士資格の有資格者が無資格者より専門的知識と技術を持っている」と報告した⁶⁾。その他にも、大学生や一般市民、家族介護者などを対象にした認知症の意識・知識についての調査もあるが⁷⁾⁻¹¹⁾、高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と態度の調査は少ない。

本研究では、高齢者施設スタッフの認知症についての知識・理解と認知症ケアへの態度の現状を明らかにし、今後の認知症ケアのあり方を考察することを目的とした。

Ⅱ 研究方法

(1) 調査方法

本研究では、2015年6月時点でWAMNETに登録されている岐阜県A市全域の136カ所の高齢者施設・事業所を対象に、無記名の質問紙調査表を郵送した。各施設・事業所の全スタッフの人数分、合計2,063部の依頼文と質問紙を送付し、調査対象者には調査の目的・内容に同意した場合のみ回答し、返信するように依頼した。返送について、記入後、まずスタッフ一人一人が小型封筒に入れ封をして、施設管理者に渡し、大型封筒に入れ、管理者がまとめて、一括して返送するように依頼した。調査期間は2015年7月1日～2016年2月26日とした。

(2) 倫理的配慮

調査対象者には書面にて調査の目的や方法、個人情報などの取り扱い、協力の有無によって不利益が生じないことを説明した。調査対象者の自由意志とプライバシー保護の観点から、調査で得られたデータを研究以外に使用せず、個人のプライバシーに十分配慮することを依頼文に明記し、調査票の返送により、研究への同意

とした。また、所属する機関の倫理委員会の承認（通知番号E15-0015、2015年6月4日承認）を得た。

(3) 調査内容

調査内容としては、スタッフの基本属性、認知症の知識・理解、認知症ケアへの態度であった。スタッフの基本属性に関する項目は性別、年齢、学歴、保有資格、認知症ケア経験年数、所属施設・事業所の全6項目とし、選択肢の中から回答を選ぶ形式を取った。認知症の知識・理解については、4つの主な認知症であるアルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の症状について、「アルツハイマー病の症状について知っていますか」（以下、アルツハイマー病の症状、脳血管性認知症の症状、レビー小体型認知症の症状、前頭側頭型認知症の症状）という形式で質問した。その他、「認知症に伴う心身変化が日常生活にどんな影響を及ぼすかについて知っていますか」（以下、心身変化が日常生活に与える影響）、「認知症ケアにおける尊厳ある対応の重要性について知っていますか」（以下、尊厳ある対応の重要性）、「認知症ケアを支える社会資源について知っていますか」（以下、認知症ケアを支える社会資源）の3項目を加え、計7項目とした。これら7項目については、回答選択肢を「知っている」「多少知っている」「あまり知らない」「知らない」の4段階に設定した。認知症ケアへの態度については、「認知症ケアはやりがいのある仕事ですか」「認知症ケアの環境やケア方法の改善について、関心をお持ちですか」「認知症ケアに関する研修に参加したことがありますか」「研修が役立ちましたか」の4項目とした。

(4) 分析方法

すべての解析において比較する項目のどちらか一方にアンケート未回答によるデータ欠損がある場合は解析の対象から除外した。

認知症の知識・理解はスタッフの基本属性および認知症ケアへの態度との関係を解析するた

めに、Mann-Whitney検定、Kruskal Wallis検定とDunn検定を行った。まず、スタッフの認知症についての知識と理解の程度を定量化するために、認知症の知識と理解に関する7項目の回答を、「知っている」を3点、「多少知っている」を2点、「あまり知らない」を1点、「知らない」を0点とし点数化した。次に、Kruskal Wallis検定を用いて、検定する各グループの平均ランク得点を求めた。表2～5に示したKruskal Wallis検定結果においては、平均ランク得点が高いほど、認知症の知識・理解が高い

ことを示す。また、各グループ間の比較にはDunn検定を用いた。統計的有意水準は5%とした。

調査対象者には複数の資格を保有しているスタッフがいたため、保有資格の比較では、本人が1つだけ選択した主要な保有資格によってデータを解析した。

Ⅲ 調査結果

(1) 調査対象者の基本属性

WAMNETに登録されているA市の全施設に、それぞれの施設の数分の質問紙調査票、合計2,063部を郵送し、そのうち、814部を回収した(回収率39.5%)。

調査対象者の基本属性を表1に示す。性別では女性が約8割と多かった。年齢は40代が24.3%と最も多かった。学歴は高校卒業が35.5%と最も多かった。保有資格は介護福祉士が34.0%と最も多く、次いで初任者研修修了者(以下、初任者)が26.7%、看護師が14.7%であった。認知症ケア経験年数は10年未満が26.9%と最も多く、次いで10年以上が25.2%であった。所属機関は、デイサービスが20.4%と最も多く、次いで特別養護老人ホーム(以下、特養)が18.6%、訪問介護が15.2%であった。

(2) 認知症についての知識・理解

全回答者の認知症の知識・理解についてのまとめを図1に示す。「知っている」と回答した

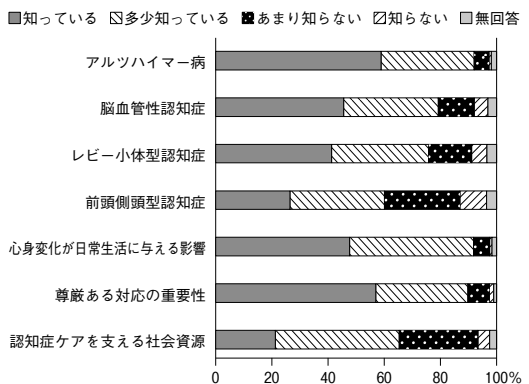
表1 調査対象者の基本属性

(単位 人)

	全体 (n=814)	男性 (n=133)	女性 (n=659)
年齢			
10代	6	2	4
20代	131	47	84
30代	138	41	96
40代	198	18	176
50代	168	6	158
60代	158	16	131
学歴			
中学校	30	5	24
高校	289	33	248
短大	139	10	126
専門学校	203	38	164
大学	114	44	69
大学院	2	-	2
保有資格			
社会福祉士	12	4	8
介護福祉士	277	45	226
ケアマネ	50	10	40
初任者	217	25	183
看護師	120	3	115
理学療法士	18	14	4
認知症ケア経験年数			
1年未満	97	29	68
3年未満	126	18	108
5年未満	129	18	108
10年未満	219	32	181
10年以上	205	26	170
所属施設・事業所			
特養(5)	151	32	116
地域密着型特養(1)	16	2	14
介護老人保健施設(5)	102	27	75
グループホーム(18)	101	9	85
有料老人ホーム(7)	24	4	19
サービス付き高齢者向け住宅(2)	5	1	4
小規模多機能型居宅介護(10)	76	12	59
デイサービス(44)	166	28	136
デイケア(6)	16	5	11
訪問介護(29)	124	9	111
訪問看護(9)	31	4	27

注 1) 所属施設・事業所の施設タイプの後ろの()内の数字は施設の数である。
2) 保有資格については、複数の資格を保有しているスタッフがいるため、ここでは、本人が1つだけ選択した主要な保有資格を用いた。

図1 認知症についての知識・理解 (N=814)



人数と比率はアルツハイマー病が479人(58.8%)と最も高く、次いで脳血管性認知症が371人(45.6%)、レビー小体型認知症が336人(41.3%)、前頭側頭型認知症が215人(26.4%)の順であった。また、「心身変化が日常生活に与える影響」については、388人(47.7%)が、「尊厳ある対応の重要性」については464人(57.0%)が、「認知症ケアを支え

る社会資源」については173人(21.3%)が「知っている」と回答した。

認知症の知識・理解について、まずスタッフの基本属性との関係を解析した。男女別比較では、統計的には差はなかった(Mann-Whitney検定, $p > 0.05$)。年代別比較でも、統計的には差はなかった(Kruskal Wallis検定, $p > 0.05$)。学歴による比較では、大学卒業のスタッフが高校卒業のスタッフより認知症の知識・理解度が高かった

表2 資格による認知症の知識・理解の比較

	介護福祉士 (K) (n=277)	ケアマネ (M) (n=50)	初任者 (S) (n=217)	看護師 (N) (n=120)	平均ランク比較
アルツハイマー病の症状	398.5	485.1	362.6	447.1	N > S**, M > S**
脳血管性認知症の症状	420.3	510.7	318.5	455.2	K > S**, N > S** M > S**
レビー小体型認知症の症状	400.9	508.2	339.3	448.2	K > S*, N > S** M > S**, M > K*
前頭側頭型認知症の症状	426.2	467.6	322.7	420.1	K > S**, N > S** M > S**
心身変化が日常生活に与える影響	418.2	507.4	352.7	444.7	K > S*, N > S** M > S**
尊厳ある対応の重要性	441.2	475.9	340.8	432.0	K > S**, N > S** M > S**
認知症ケアを支える社会資源	424.9	541.4	343.8	439.7	K > S**, N > S** M > S**, M > K**

注 分析にはKruskal Wallis検定とDunn検定を用いた。** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表3 認知症ケア経験年数による認知症の知識・理解の比較

	1年未満 (A) (n=97)	3年未満 (B) (n=126)	5年未満 (C) (n=129)	10年未満 (D) (n=219)	10年以上 (E) (n=205)	平均ランク比較
アルツハイマー病の症状	290.3	344.9	361.9	409.3	433.8	D > A**, E > A**, D > B** E > B**, E > C**
脳血管性認知症の症状	257.5	318.9	347.2	416.7	453.4	C > A**, D > A**, E > A** D > B**, E > B**, D > C* E > C**
レビー小体型認知症の症状	248.7	350.7	346.6	401.9	449.8	B > A**, C > A**, D > A** E > A**, E > C**, E > B**
前頭側頭型認知症の症状	276.8	348.8	376.1	387.3	435.4	C > A**, D > A**, E > A** E > B**
心身変化が日常生活に与える影響	251.4	322.4	355.9	419.6	468.1	C > A**, D > A**, E > A** D > B**, E > B**, D > C* E > C**
尊厳ある対応の重要性	273.4	363.4	334.1	412.0	461.5	B > A**, D > A**, E > A** D > C**, E > C**, E > B**
認知症ケアを支える社会資源	255.5	333.9	354.1	409.3	467.2	C > A**, D > A**, E > A** D > B*, E > B**, E > C** E > D*

注 分析にはKruskal Wallis検定とDunn検定を用いた。** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

(Kruskal Wallis検定, Dunn検定, $p < 0.05$)。資格による比較では、表2に示すように初任者、介護福祉士、ケアマネジャー(以下、ケアマネ)、看護師の間に統計的有意差があった(Kruskal Wallis検定, Dunn検定, $p < 0.05$)。認知症ケア経験年数では、表3に示すように1年未満、3年未満、5年未満、10年未満、10年以上の順に、経験年数が長くなるにつれて認知症についての知識・理解が増加した(Kruskal Wallis検定, Dunn検定, $p < 0.05$)。所属の施設・事業所別の比較では、表4に示すように、特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護で認知症の知識・理解が高かった。一方、デイケアでは認知症についての知識・理解が低かった。デイケアと特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護の間に統計的に有意差があった(Kruskal

Wallis検定, Dunn検定, $p < 0.05$ 。

(3) 認知症ケアへの態度

「認知症ケアはやりがいのある仕事ですか」について、「やりがいがあると思う」が575人(70.6%), 「やりがいがないと思う」が5人(0.6%), 「どちらとも言えない」が196人(24.1%), 無回答が38人(4.7%)であった。認知症の知識, 理解についての7項目すべてで, 「やりがいがあると思う」と回答したスタッフは「どちらとも言えない」と回答したスタッフより認知症の知識・理解が高かった(Kruskal Wallis検定, Dunn検定, $p < 0.01$)。「やりがいがないと思う」と回答したスタッフと「やりがいがあると思う」と回答したスタッフの間で認知症の知識・理解に統計的有意差がなかったのは, 「やりがいがないと思う」と回答したスタッフの数が少なかったためと思われる。

「認知症ケアの環境や方法の改善について関心をお持ちですか」について, 「関心がある」が670人(82.3%)と全体の8割以上を占めていた。「関心はない」が8人(1.0%), 「どちらとも言えない」が111人(13.6%)で, 無回答が25人(3.1%)であった。表5に示すように, 「関心がある」スタッフは「どちらとも言えない」や「関心はない」と回答したスタッフより, 認知症についての知識・理解が高い傾向にあった(Kruskal Wallis検定, Dunn検定, $p < 0.05$)。

「認知症ケアに関する研修に参加したことが

表4 施設・事業所別による認知症の知識・理解

	訪問看護 (N) (n = 31)	グループ ホーム(G) (n = 10)	特養 (T) (n = 151)	デイサー ビス(S) (n = 166)	デイケア (K) (n = 16)	平均ランク比較
アルツハイマー 病の症状	451.5	439.6	420.4	419.8	221.9	N > K**, G > K** T > K**, S > K**
脳血管性認知症 の症状	471.5	428.9	421.4	409.1	239.0	N > K**, G > K** T > K**, S > K**
レビー小体型 認知症の症状	428.9	424.2	392.9	402.4	206.8	N > K**, G > K** T > K**, S > K**
前頭側頭型認知 症の症状	409.0	443.8	414.8	400.1	198.2	N > K**, G > K** T > K**, S > K**
心身変化が日常生 活に与える影響	479.9	428.0	444.9	402.7	284.6	N > K**, G > K** T > K**, S > K**
尊厳ある対応 の重要性	437.7	413.7	439.4	406.3	191.6	N > K**, G > K** T > K**, S > K**
認知症ケアを支 える社会資源	460.6	463.4	416.3	399.8	197.5	N > K**, G > K** T > K**, S > K**

注 分析にはKruskal Wallis検定とDunn検定を用いた。** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表5 「環境や方法の改善」への関心と認知症の知識・理解の比較

	関心がある (Y) (n = 670)	関心はない (N) (n = 8)	どちらとも 言えない(E) (n = 111)	平均 ランク 比較
アルツハイマー 病の症状	404.0	270.1	316.5	Y > E**
脳血管性認知症 の症状	404.9	204.2	293.8	Y > E** Y > N*
レビー小体型 認知症の症状	401.5	324.6	296.7	Y > E**
前頭側頭型認知 症の症状	403.6	189.1	293.1	Y > E** Y > N*
心身変化が日常生 活に与える影響	409.9	265.4	304.0	Y > E**
尊厳ある対応 の重要性	413.1	236.3	297.3	Y > E** Y > N*
認知症ケアを支 える社会資源	410.8	234.9	292.3	Y > E**

注 分析にはKruskal Wallis検定とDunn検定を用いた。** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

ありますか」について, 全体の半数以上469人(57.6%)が「参加したことがある」と回答した。「参加したことはない」と回答したスタッフは337人(41.4%), 無回答は8人(1.0%)であった。また, 参加したことがあるスタッフの中で, 370人(78.9%)が「役立った」, 10人(2.1%)が「役に立たなかった」, 86人(18.3%)が「どちらとも言えない」, 3人(0.6%)が無回答であった。研修参加・不参加による認知症の知識・理解の違いをみると, 知識・理解

の7項目すべてで参加したことのあるスタッフは参加したことのないスタッフより認知症の知識・理解が高かった (Mann-Whitney検定, $p < 0.01$)。

IV 考 察

本研究では、「アルツハイマー病の症状」「尊厳ある対応の重要性」「心身変化が日常生活に与える影響」については比較的よく知られているが、「前頭側頭型認知症の症状」や「認知症ケアを支える社会的資源」については知らないスタッフが多いこと、認知症ケア経験年数が長いほど、認知症についての知識・理解が高いことが明らかになった。また、施設・事業所タイプ別の比較では、特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護で認知症の知識・理解が高かった。さらに、認知症ケアに対する積極的・肯定的なスタッフで認知症の知識・理解が高かった。

(1) スタッフの認知症についての知識・理解

今回調査した4つの認知症、アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の症状について、「知っている」と回答したスタッフの比率はアルツハイマー病が一番高かった。アルツハイマー病が全認知症中約45.1%と最も多いこと¹²⁾がその要因の1つと考えられる。また、テレビや新聞でもアルツハイマー病を取り上げることが多く、一般的にも良く知られていることも要因と考えられる。アルツハイマー病以外の認知症では、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の順に発症率が低くなるが、それに伴い、同じ順序で「知っている」と回答するスタッフの比率も減少した。認知症ケアの現場では、認知症のタイプの違いにより、症状が異なりケアにも違いがあるので、各タイプの認知症に関する知識・理解を普及することは、適切な認知症ケアを実施する上で今後の課題と考えられる。

認知症の疾患以外の3項目の質問では、「心

身変化が日常生活に与える影響」および「尊厳ある対応の重要性」について「知っている」と回答したスタッフが50%前後であった。この結果は、認知症の一般的症状やケアの視点が一定程度普及していることを示したものと考えられる。一方、「認知症ケアを支える社会資源」について、「知っている」と回答したスタッフは21.3%にとどまった。認知症ケアの最前線で仕事をしているスタッフは、認知症ケアを支える社会資源を良く理解し、認知症高齢者を持つ家族を支援する必要がある。従って、認知症を支える社会資源について高齢者施設スタッフへの周知も今後の課題と考えられる。ただし、「社会的資源」が何を示すのかわかりにくかった可能性もある。

(2) スタッフの認知症ケア経験年数と認知症についての知識・理解

スタッフの認知症ケア経験年数や学歴が高いほど、認知症についての知識・理解も高かった。認知症ケア経験年数が長くなるにつれて、認知症高齢者と接する機会も多く、認知症についての知識・理解も高くなったと考えられる。この結果は、教育や経験が認知症の知識・理解を高めることに貢献していることを示すものである。横井らは、10年以上の経験を持っている介護スタッフが「専門・職能別能力」が最も高いこと、また、長く介護職を続ける者の傾向として、新しいことや、困難な課題に取り組むことに価値を見いだすと報告した¹³⁾。本研究の結果は経験の重要性を示した点で横井らの研究と一致するものである。認知症は脳の神経細胞の破壊により、様々な症状がおこる。記憶障害を代表とする中核症状以外に、BPSD (行動・心理症状) も伴っている。認知症に関する専門知識がないと、認知症高齢者の言動を理解し、適切に対応し、受け入れることは難しい。経験年数の長いスタッフは日々の認知症ケアを通し、徐々に認知症という病気を理解するようになる。認知症高齢者の言動を理解し、受け入れることにより、適切なケアにつながっていく。一方、今回の調査から、高校卒業のスタッフが最も多いことが

わかった。介護の仕事のスタート時には、認知症ケアについての専門教育を受けておらず、経験の少ないスタッフに、認知症ケアに関連した知識・技術を効率よく教育する体制の整備も今後の課題といえる。

(3) 施設・事業所別の認知症についての知識・理解

施設・事業所別の比較では、特養、グループホーム、デイサービス、訪問看護で認知症の知識・理解が高かった。一方、デイケアでは認知症についての知識・理解が低かった。早川らの研究によれば、BPSDが高度な認知症高齢者を受け入れる事業所としてはグループホームが最も受け入れが多く、次が特養であった¹⁴⁾。前項(2)で述べたように、認知症ケアの経験によって認知症の知識・理解が高まるので、同じ経験年数でも認知症ケアを多数経験するほど、認知症の知識・理解が高まることが予想される。そのように考えると認知症高齢者を多数受け入れている施設であるグループホームや特養で、認知症の知識・理解が高いことは当然かもしれない。特養については、スタッフの2割以上が大学卒業で、高学歴が認知症の知識・理解が高いことにつながっていると考えられる。訪問看護については、スタッフ全員が専門学校、あるいは大学卒業の看護師なので、認知症に関する専門知識を持っているのは当然ともいえる。一方、デイケアは自宅で日常生活を送る高齢者を主な対象者としてきたため、これまで認知症高齢者が比較的少なかった。しかし、今後認知症高齢者が増加することが予想され、高齢者施設・事業所のスタッフには認知症についての知識・理解が求められるはずである。

(4) 認知症ケアへの態度と認知症についての知識・理解

認知症ケアのやりがいについて、全回答者の7割は認知症ケアがやりがいのある仕事であると回答した。広橋の研究では、介護の仕事のやりがいについて、「とてもそう思う」(31.6%)と「ややそう思う」(47.4%)を足すと、やり

がいがあると答えた職員が79.0%にのぼったと報告した¹⁵⁾。本研究の結果は広橋の研究結果と類似している。また、本研究は認知症ケアに関する研修に参加し、認知症ケアの環境やケア方法の改善に興味を持っているスタッフが、研修に参加したことのない、認知症ケアに興味を持っていないスタッフより、認知症についての知識・理解が高かったことを示した。斎藤の研究においても、研修に参加し、認知症ケアに興味のある職員は、研修不参加で認知症ケアに興味のない職員と比較し、自発性を促すケアを行っていることを指摘した⁵⁾。本研究の結果は研修の意義を示した点で斎藤の研究結果と合致する。研修に参加することは認知症ケアの知識や理念を幅広く習得し、認知症高齢者に対する適切なケアを理論的に学ぶことと考えられる。これらの結果は、認知症ケアの環境やケア方法の改善に興味を持っているスタッフが認知症についての知識やケア方法を自ら勉強し、認知症への理解を深めることにより、よりよいケアにつながることを示唆しているものである。

認知症高齢者が認知症を患っても生き生きとした生活を送るためには、高齢者施設のスタッフが認知症高齢者一人一人のその人らしさを大切にすることが重要である。スタッフ全員が認知症の知識・理解、認知症ケアへの関心を高め、深めていくことがより良い認知症ケアにつながると考えられる。そこで、認知症ケアを実施するには、まず、スタッフの認知症についての知識・理解が最も重要である。今回の調査結果は、認知症ケア経験年数、学歴と研修参加が認知症についての知識・理解を向上させるのに最も重要であることを示した。この結果は、専門教育を受けていない経験年数の短いスタッフへの教育の充実と研修機会の提供が認知症ケアの質向上につながると考えられた。

本研究にはいくつかの限界があった。まず、今回の調査はA市の高齢者施設・事業所だけに限られていた。また、調査対象施設・事業所別の施設数およびスタッフ数にばらつきがあった。さらに、認知症の知識・理解については自己申告による主観的な評価である。こうした限界を

もちつつも、本研究の結果は高齢者施設スタッフにおける認知症の知識・理解の現状を反映したものであると考えられる。この点を確認するためには、さらに全国レベルの調査が必要かもしれない。

謝辞

本研究にあたり、調査にご協力いただいたA市高齢者施設スタッフの方々に深謝いたします。なお、本研究は文部科学省私立大学戦略的研究基盤形成支援事業（平成27年～30年）の支援を受けて実施しました。

文 献

- 1) 厚生労働省 (2015) 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」(概要) (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>) 2016.3.1.
- 2) 二宮利治. 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究総括研究. 平成26年度総括・分担研究報告書:平成26年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業. 福岡:日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究班, 2015.
- 3) 東京都健康長寿医療センター. 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントの開発・普及と早期支援機能の実態に関する調査研究事業. 東京:東京都健康長寿医療センター, 2014.
- 4) 平原佐斗. 医療と看護の質を向上させる認知症ステージアプローチ入門:早期診断, BPSDの対応から緩和ケアまで. 東京:中央法規, 2013:11.
- 5) 斎藤静. 高齢者施設における認知症ケアの実態調査-高齢者施設職員への質問紙調査からの検討. 現代社会文化研究 2010;49:101-17.
- 6) 森下早苗, 藤井保人, 岡野初枝, 他. ホームヘルパーにみる介護福祉士資格の有無による業務内容の比較. 岡山県立大学短期大学部研究紀要 1995;2:112-22.
- 7) 柴田雄企. 認知症高齢者に対するイメージと認知症についての知識-短期大学女子学生と女性介護職員の比較. 大分県立芸術文化短期大学研究紀要 2007;45:21-8.
- 8) 荒井佐和子, 進藤貴子. 認知症進行期に対する認知-医療福祉系大学の学生を対象とした調査. 川崎医療福祉学会誌 2016;25(2):251-7.
- 9) 杉山京, 川西美里, 中尾竜二, 他. 地域住民における認知症の人に対する態度と認知症の知識量との関連. 老年精神医学雑誌 2014;25:556-65.
- 10) 松岡千代, 安達和美. 地域住民の認知症に対する意識と相談ニーズに関する調査-「まちの保健室」の相談場所としての利用可能性. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要 2009;16:69-83.
- 11) 本間昭. 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状. 老年精神医学雑誌 2003;14(5):573-91.
- 12) Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, et al. Incidence and survival of dementia in a general population of Japanese elderly: the Hisayama study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009;80(4):366-70.
- 13) 横井奈美, 中村裕子, 本田恵子, 他. 介護職のキャリア意識に関する調査研究. 大府:認知症介護研究・研修大府センター, 2012.
- 14) 早川己誉, 小木曾加奈子, 橋川健祐, 他. 介護サービスの種別による認知症高齢者の受け入れ状況の現状. 社会福祉士 2013;20:64-72.
- 15) 廣橋容子. 高齢者施設職員の介護意識に関する調査研究. 名寄市立大学道北地域研究所年報 2012;30:1-5.