

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症の人の地域における参加・交流の促進に関する調査研究事業

報 告 書

2022年3月

一般社団法人 人とまちづくり研究所



## 目次

### 事業要旨 4

序章 事業の概要.....	12
I. 背景と目的.....	12
II. 事業内容.....	13
III. 実施体制と事業経過.....	14
第1章 介護サービス事業所における認知症のある方を含む 利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化.....	16
I. 目的.....	16
1. 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査.....	16
2. 社会参加・就労的活動が促進されるまでの事業所の変化を見える化するロジックモデルの作成	16
3. 推進する過程や変化に関わるインタビュー調査.....	16
4. 費用結果分析.....	16
II. 方法.....	17
1. 調査対象.....	17
2. 方法.....	17
III. 結果.....	25
1. 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査.....	25
2. 社会参加・就労的活動が促進されるまでの事業所の変化を見える化するロジックモデルの作成	25
3. 推進する過程や変化に関わるインタビュー.....	25
4. 費用結果分析.....	38
IV. 考察.....	42
1. 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査.....	42
2. 社会参加・就労活動が促進されるまでの事業所の変化を見える化するロジックモデルの作成	43
3. 推進する過程や変化に関わるインタビュー.....	46
4. 費用結果分析.....	47
5. おわりに.....	47
第2章 認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイント.....	50
2-1 認知機能の低下と外出・交流や参加の関係、必要な支援等に関する文献調査.....	50
1. 調査目的.....	50
2. 調査方法.....	50

3. 調査結果.....	51
2-2 診断後の暮らしと外出・交流や参加に関する認知症のある方による語りあい.....	63
1. 目的.....	63
2. 方法.....	63
3. 結果.....	67
2) 語りあいの記録の内容分析・意見交換の結果.....	71
4. 小括.....	91
2-3 認知症のある方の外出・交流、参加に関する家族アンケート.....	93
1. 調査目的.....	93
2. 調査方法.....	93
3. 調査結果.....	94
4. 主な結果の要約と考察.....	176
2-4 「通いの場」における認知症のある方の受入等に関する担い手アンケート.....	179
1. 調査目的.....	179
2. 調査方法.....	179
3. 調査結果.....	180
2-5 失語症・高次脳機能障害のある方の就労における困りごとと工夫に関する当事者インタビュー.....	219
1. 調査目的.....	219
2. 調査方法.....	220
3. 調査結果.....	221
4. 考察.....	230
5. まとめ.....	232
<b>第3章 認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための 共創型学習プログラムの開発.....</b>	<b>234</b>
I. 目的.....	234
II. 方法.....	234
1. 本人・家族・地域包括支援センター等の関係者がともに学ぶ参加型プログラムの開発.....	234
2. 共創型プログラムの実証.....	235
III. 結果と考察.....	236
1. プレ体験会参加者からのフィードバック.....	236
2. 共創型プログラムの改良ポイント.....	237
3. 改良後のプログラム全体像及び各プログラム概要.....	238
4. 今後の展開について.....	239

## 事業要旨

### 【目的】

1. 介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化
2. 認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイントの検討
3. 認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための共創型学習プログラムの開発

を通じて、認知症になってもつながりを失わず、介護保険サービス利用開始後も多様な参加・交流ができるための環境整備に向けた基礎資料とすることを目的とする。

### 【方法】

1. 介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化

自立と尊厳ある生活の継続に向けた支援の一環として、利用者の社会参加・就労的活動の促進にも取組み始めた・もしくは取組みに向けた準備を始めた全国各地の7事業所（本事業では100BLG株式会社による研修プログラムを開始している地域密着型通所介護2・認知症対応型通所介護2・通所リハビリ1・小規模多機能型居宅介護1・看護小規模多機能型居宅介護）を対象として、以下の調査を行った。

- 1) 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査  
調査対象事業所の管理者に、社会参加・就労的活動にかかわる取組みの概要・経緯・成果・課題と展望・自治体との連携やビジョンの共有等について、オンラインによるインタビュー調査を実施。
- 2) 社会参加・就労的活動が促進されるまでの事業所の変化が見える化するロジックモデルの作成  
100BLG株式会社の職員及びその研修を受講した調査対象事業所の職員へのヒアリングによりロジックモデルを作成。
- 3) 推進する過程や変化に関わるインタビュー調査  
調査対象事業所のリーダー・管理者クラス、法人のマネジメントにかかわる方に、ロジックモデルの主要な変化（アウトカム）、利用者・職員・事業所の変化の詳細を測定・結果を解釈するための項目について、オンラインによるインタビュー調査を実施。
- 4) 費用結果分析  
100BLG株式会社で集計した研修に係る費用とインタビューで集計したアウトカムを使用して分析し、事業所全体でどれくらい費用・時間を投入すると、社会参加・就労的活動に取組む体制が事業所内にどの程度構築されるかを調査。

調査結果をもとに、利用者の社会参加・就労的活動に取組み始めた・さらに深化させてい

きたい介護サービス事業所を対象として、「社会参加・就労的活動 介護事業所で推進するための手引き（別冊資料1）」を作成した。

## 2. 認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイントの検討

認知機能の低下に伴う外出・交流、参加の実態や関連する要因、必要な環境整備等に関する文献調査と検討委員会における議論を受け、本人の視点に加え、（当初計画にはなかったが）家族及び場の3つの視点からそれぞれ調査・検討を行った。あわせて参考として失語症・高次脳機能障害のある方の就労における困りごとと工夫に関する当事者インタビューを実施した。

### 1) 認知機能の低下と外出・交流や参加の関係、必要な支援等に関する文献調査

英文・和文論文及び国内で行われた実態調査にかかわる資料を収集、レビュー対象とした文献について、「認知機能の低下・認知症の診断と外出・交流、参加、人とのつながりの関係」「認知機能低下・診断に伴う外出・交流、参加、人とのつながり減少の要因」「どのように維持・再構築するか」「どんな支援が維持・再構築を助けるか」の4テーマを設定して結果を集約。

### 2) 診断後の暮らしと外出・交流や参加に関する認知症のある方による語りあい

認知症のある方が集う全国各地のさまざまな場・8か所（本人ミーティング、本人や家族の定期・不定期の集い、認知症カフェ、介護サービス事業所）で、のべ49人（スタッフ除く）の当事者の参加により、外出・交流、参加に関する語りあいの設計・実施、振り返りを行って頂き、得られたデータの内容分析を経て、結果の共有と意見交換のためのオンラインワークショップを実施。

### 3) 認知症のある方の外出・交流、参加に関する家族アンケート

インターネット調査会社のモニターのうち、同居もしくは近居の家族に軽度認知障害～軽度認知症またはその疑いがあり、自宅で生活する方がいる者を対象に、認知症もしくは認知症の疑いがある方の属性・認知機能・外出/交流/参加の状況（「個人外出」「他者交流」「地域活動」に分類）・ご家族からみた外出に伴う不安や心配・認知症に関する情報入手と相談先・ご家族の属性・ソーシャルネットワーク・認知症に対するイメージ等に関するインターネット調査を実施（回収1,600）。

### 4) 「通いの場」における認知症のある方の受入等に関する担い手アンケート

長野県駒ヶ根市内のすべての「通いの場」の代表者（担い手）を対象に、通いの場・サロンの概要、担い手やその関係性、困った時の相談相手、認知症のある方の受入、地域住民の生活支援、担い手としての経験、回答者自身について自記式質問紙調査を実施（配布154・回収121）。

### 5) （参考）失語症・高次脳機能障害のある方の就労における困りごとと工夫に関する当事者インタビュー

高次脳機能障害の当事者と言語聴覚士が、1年以上就労している失語症・高次脳機能障害のある方25人を対象に、学歴・病前の職歴・発症時点の仕事・職場・生活状況・発

症経緯・リハビリを受けた期間と内容・支援のうちその後の仕事に役立ったこと・復職時点での仕事・困りごとと自分の工夫・障害の開示・コミュニケーションの状況等についてインタビュー調査を実施。

### 3. 認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための共創型学習プログラムの開発

本人・家族と地域包括支援センター等の関係者が、地域住民とともに認知機能の低下に伴う心身状況等を理解し、前向きに考え、行動することができるための学習プログラムの開発に向け、「認知症未来共創ハブ」で実施した認知症のある方のインタビュー等に基づき、認知症のある方が日常生活において直面する困りごとなどを旅行記の形で表現した書籍『認知症世界の歩き方』の内容をベースにプログラムを検討、医療介護福祉関係者・自治体職員・まちづくりや生活関連の企業・教員・学生等による体験会（5回・のべ76人）を経て改良を重ね、実用化に向けた手引きを作成した（別冊資料10）。

#### 【主な結果、今後の展開と課題】

#### 1. 介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化

- ① 介護サービス事業所が利用者の社会参加・就労的活動を進めていくと、「スタッフの意識やチームワーク」「利用者（ここではメンバーと呼ぶ）」「スタッフとメンバーの関係性」という3つの領域にわたる変化が起きる。順序はさまざまでも各領域に変化が現れ、プラスの影響を及ぼし合うことにより、事業所により「場」が生まれ、これが地域社会へと伝播してゆく。
- ② 社会参加・就労的活動を開始する上ではじめにポイントになるのは、管理者とスタッフが、利用者の自立と尊厳ある生活の継続の支援とそのもとの社会参加の意義について「腹落ち」することである。利用者が介護事業所を「サービスを受ける場所」と考えていたり、自らが新たなことをできると思えなくなっていること、職員が勤務先事業所の認知症のある方や高齢の利用者には社会参加・就労的活動はできないと思いついでいること等が阻害要因となる。
- ③ まず職員の意識が変わることにより、職員と利用者の双方が「お世話する一される」という関係から、人として互いに関心を持ち、日常の小さな願いをともに形にしていく水水平な関係へと徐々に変化する。想いに耳を傾ける態度とともに叶えようとする行動が、事業所の雰囲気、職員・利用者に影響を与え、スタッフとメンバー、メンバー同士が「仲間」となっていく。
- ④ この過程では、職員と利用者、職員間など、事業所内でのコミュニケーションを密にすることが意識されていることに加え、市役所、近隣のさまざまな事業体、学校等への働きかけにより活動を実現、これを通じて地域における認知症や高齢者に対する理解にもつながっている。

- ⑤ 活動を拙速に進めようとする利用者や活動に強いたり、職員の反発につながることもある。スタッフの目線あわせと事業所内（から地域）に何かをしてみたい、やってみようという「協働の場」を生み出し、実現したい風景（目標）を共有しながら進めることが、利用者・職員にとっての楽しさややりがいにとって重要である。
- ⑥ 100BLG 株式会社の研修は、100BLG が「スタッフ同士の連携」「目的を忘れない」「現場スタッフが仕事を楽しいと思う」「メンバー同士で会話が増える」を達成すると修了となる。事業所が研修修了に至るまでの期間は平均 22.5 カ月で、事業所側に発生した研修に係る人的費用は平均 447,885 円であった。さらに、100BLG 株式会社側に発生した費用は、1 事業所あたり研修開発・維持費が平均 324,582 円、研修実施に係る人的費用が平均 462,500 円であった。
- ⑦ なお、検討委員からは、メンバー側の意識と行動が変わることによって、事業所全体に起きる変化を加速しうるのではないかという指摘があり、研修の実施においては、スタッフ側の意識変革と同時に、メンバーが、より主体的に活動の推進に係る機会を作ることなどを通して自信を回復・高めていく環境づくりも重要と考えられた。
- ⑧ 費用結果分析は今後も継続するとともに、今年度の成果は 100BLG 株式会社における「認知症になっても、要介護になってもこういう選択肢があるんだ」という社会づくりに向けた活動、介護サービス事業所における社会参加・就労的活動にかかわる研修の展開において活用する。
- ⑨ 事業主体においては平成 29 年度以降、老人保健健康増進等事業の一環として関連テーマに取り組んできており、今年度の成果に基づき、実際に社会参加・就労的活動に取り組み始めた介護サービス事業所を対象として、新たな手引きを作成した\*。

※立場や関心・実践の度合いによって、以下の手引き等を参照されたい。事業主体のウェブサイトに加え、令和 2 年度までの成果は、厚生労働省ウェブサイト「認知症施策関連ガイドライン（手引き等）、取り組み事例」の「社会参加の支援」のページで紹介されている。

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000167700\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000167700_00002.html))

		関心・実践の度合い		
		テーマ全般に関心がある	関係者に説明したい	実践開始・実践中
立場	介護事業所	つながる・役割・はたらく～介護事業所から広がる「社会参加活動」の始め方～（平成 30 年度）	社会参加・就労的活動のススメ（令和 2 年度）	社会参加・就労的活動：介護事業所で推進するための手引き（今年度・別冊資料 1）
	自治体・コーディネーター	認知症の人の「はたらく」のススメ～認知症とともに生きる人の社会参画と活躍～（平成 29 年度）		
	企業			

介護サービス事業所において利用者の社会参加・就労的活動の推進に努めることは、利用者・職員・事業所に留まらず、地域における包摂と好循環につながる可能性がある。介護事業所における社会参加の推進は、一人ひとりの人生、暮らしの文脈の支援のひとつのアプローチであり、認知症の診断を受けたり、介護が必要となっても、本人の想いで生活を継続できる社会の実現に向けた手がかりとして、事業所と地域がプラットフォームとなり活動を進めることが求められる。

これには、職員と職員、職員と利用者、利用者同士、また事業所と地域の関係者が人と人として語り、協働できる信頼関係の構築が不可欠であり、一定の時間を要することを理解して拙速な推進は慎むべきである。また、行政において推進を検討する場合には、一定の時間と費用がかかることを考慮することが必要となる。

本事業では 100BLG 株式会社の研修プログラムを開始している事業所を調査対象としたが、事業所内に体制構築するためのプログラムの充実やその支援、行政や地域包括支援センター、生活支援コーディネーターや就労的活動支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等が対話の機会を持ち、コーディネーターが事業所とマインドを共有して社会参加活動の推進をサポートできる体制整備等のさらなる対応が期待される。その際、本事業で作成したロジックモデルを、現状の確認や今後の方向性の共有、振り返り等の手がかりとして活用することも有効だろう。また、徐々に全国各地に各地域や事業所の特性に応じたユニークで多様な活動が生まれており、これらの事例について広く共有するとともに、継続的に評価を行うことも重要となる。

なお、お世話する一されるという固定観念、認知症のある方や要介護高齢者に対する先入観が必要な変化を起こす大きな阻害要因となっており、対人支援専門職の教育、学校教育や社会教育、また介護事業所における自立支援の在り方、保険者の考え方や監査の在り方等、多角的に検証する余地があることも付言しておく。

## 2. 認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイントの検討

- ① 文献レビューによると、認知機能の低下や認知症の診断を経験すると、外出や人とのつながり、社会参加の機会が減少する傾向にある。こうしたなか、発症前の交流の程度と発症後の近隣交流の程度に関連があること、本人同士の交流や家族・友人等の働きかけによって自らを表出できる機会が支えとなること、また家族の考え方や行動が、認知症のある方の社会とのネットワークに影響を及ぼすこと、家族のもつ認知症に対する偏見や本人に対するやさしさ、心配が本人の行動の制約につながる場合があること等が明らかとなっている。
- ② 認知症のある方同士の語りあいでは、家族が本人を心配に思い、危ないからと行動を止めたり、お金を持たせなかったり、認知症であることを周囲に知られたくないために一人での外出をやめるよう促している場合があることが伺われた。また、本人は、周囲の

態度の変化から「誰かの手を煩わせている」ことを感じ、家族の負担を減らすためにデイサービスや近所の散歩に出かけているといった語りもあった。

- ③ もともと家族にあわせた生活だった、過去に迷子や警察に保護された経験等からくる心配、体や頭が動かずやる気が出ない・出かける意欲がなくなってきた等により一人では外出しないという方も多かったが、歩ける範囲や慣れているところ・日常の用事は1人で出かける、やりたいこと・行きたい場所等に思いを馳せ、楽しみややりたいこと・目的があれば1人で遠出もする、仲間となら遠出したいという希望も聞かれた。なお、語りあいに参加された本人にとっては、ふだんのその場とのつながり、そこで当事者やよい支援者に出会えていることが人とのつながりや外出を諦めなくてよい要因となっていることも多く、出ていける場があり、それを運営する人、紹介してくれる家族や専門職がいて、行くために必要な支援があることが「前提」としてあげられた。
- ④ 外出・交流、参加を維持・継続するための本人の心がけとしては、やってみたいという気持ちを持つこと、心配しすぎないで済むように準備すること、外出については、スマホのアプリ等の活用、貴重品や鍵等は鞆にひもをつける、自分なりのヘルプカードを持ち歩く、困ったことがあったら家族や支援者、誰かに助けを求め、支援を受け入れる、家族に求め過ぎない等の声があった。当事者が出会う場においては、こうした工夫をともに編み出すこと、失敗はあって当然・やり直せばいいよ、できるよと応援しあう、成功したらそれも共有するといった取組みが重ねられているところもあり、「やりたい」「やってみたい」を一緒に実現していく営みが繰り返されるうちに「仲間」になっていく様子がうかがわれた。
- ⑤ 語りあいの場においては、実現のあり方は多様でも、本人の持つ力を信じること、一人ひとりの存在・これまでの人生を認め、考えを尊重すること、本人が自分で決めて納得できること、選択できること・好きにできること、「認知症だから」と特別扱いしないこと、認知症の有無にかかわらず言いたいことを言い合うなど「水平な関係」が重視されていた。「当事者」（参加者）と「支援者」（運営者）という関係性を超えて、場に関わる全ての人たちが、ともに心地よい場のあり方を求めて自由な試みと振り返りを重ねることが肝となる。
- ⑥ 軽度認知障害～軽度認知症またはその疑いがある方（本人）の同居・近居のご家族へのアンケートによると、本人が家族と一緒にまたはひとりで個人外出を1つでもしていたのは89.9%、他者交流を1つでもしていたのは72.4%、地域活動を1つでもしていたのは51.6%であり、いずれか1つでもしていた人が9割を超える。属性や状態別にみると、独居の場合、自身の日常生活に欠かせない買い物や外食はひとりで行っている（行わざるを得ない）一方、それ以外の外出が控えられている傾向がある。認知症の診断を受けている場合は（受けていない場合と比べて）、「家族と一緒に旅行」は実施割合が低い、それ以外の内容については概ね外出の実施割合が高く、「家族と一緒に個人外出・他者交流」が減りにくい（増えやすい）傾向がある。本人ミーティングやピ

アサポートへの参加割合は全体として低かった(1~3%程度)が、その中でも「ひとりで」のこの2つへの参加は、診断を受けている者に多く、独居の者において少なかった。診断を受けている者は家族と一緒にピアサポートへの参加も多かった。

- ⑦ 70%以上の回答者(家族)が本人がひとりで外出することに不安を感じており、認知症の診断を受けている場合はこの割合がさらに高かった。一方で不安に感じている内容について、実際に経験したことがある者の割合は少なく、家族が過剰な不安を抱えていること、事故やトラブルを未然に回避しようとしている可能性がうかがわれた。
- ⑧ 駒ヶ根市の通いの場合は、参加者のなかに「認知症もしくはその疑いがある方」がいる割合が35.9%にのぼる。参加者の認知機能低下時の対応として最も多いのは「本人が希望すれば継続参加できるようにする」(79.6%)、次いで「いずれにするか担い手や参加者、地区担当保健師等と相談する」(47.2%)、「わからない」(9.3%)。「参加のとりやめを提案する」は0.9%であり、「本人が希望すれば継続参加できるようにする」割合が高いのは、通いの場の活動内容を「担い手による話し合い」によって決定している／担い手同士の関係性が「楽しくおしゃべりできる」「なんでも悩みを相談できる」「困ったときは助けてくれる」に該当／困ったことがあったときの相談相手が「複数いる」に該当／回答者が「認知症サポーター養成講座の受講経験」「医療介護福祉の仕事の経験」ありの場合であった。なお、回答者のうち認知症サポーター養成講座受講済が57.9%、通いの場における認知症に関する学びの機会については「設けたことはない」が60.9%、「設けたことがある」35.7%、「定期的に設けている」3.5%であった。
- ⑨ 脳にトラブルを抱えている、障害が見えにくいという点で認知症のある方とつうじるところがある失語症・高次脳機能障害のある方のインタビュー調査からは、就労にあたって共通する困りごととして易怒性を主とした情緒の問題、コミュニケーションの問題、易疲労性、また周囲の人が障害による困りごとを理解するのが難しいことがあげられた。なお、当事者は自ら障害について学び、知識を得てそれぞれ工夫を重ねていた。
- ⑩ 今後、(当初計画になかった)家族アンケート及び通いの場の代表者アンケートについては分析を継続するとともに、診断等の受容、自分ができること・できないこととの理解とその伝達、互いの工夫や知恵の共有について、適宜他の疾患・障害のある当事者を交えて意見交換を進める。

現状では、診断直後の落ち込みを長く経験する本人も多く、家族はなんとかそんな本人を支えたい・守ろうとして、時に本人の行動を止めてしまうことがあるようである。例えば本人が1人で外出することに関しても、家族は極めて多様な(実際には経験したことがない)不安を持っていることが浮き彫りになった。検討委員会では、他の当事者と出会い、工夫を編み出し、失敗も成功も共有しながら互いを応援しあえるようになると、本人が変わり、それを見て家族が変化する。他方、家族が抑圧から解放されることによって本人の想いも解放

される。この2つは両輪で、本人も、家族も、ともに参加して変わっていく機会があることが重要との議論があった。また、外出に関しては、最悪の状況を想定して備えつつ、外出・交流、参加を通じて得られるものを理解して、実現できる話し合いを支援することが有効ではないかという意見もあげられた。

認知症の診断を経験すると、全体としては外出・交流、参加の機会は減少する傾向にある。「外出・交流、参加」をどのようにとらえるかを整理したうえで、認知症のある方における外出・交流、参加の実態と減少の機序を明らかにしていく必要がある。あわせて、診断後の支援について、改めて、今までの生活をどうしたら続けられるかという視点から、本人が当事者と会話しながら考え、決めていく機会の充実、さらに本人・家族の両方に、その症状にあわせた情報を段階的に提供できるようにすることが期待される。

なお、なじみの場所には認知症になっても出かけ続けられることを前提にすれば、その一つとなりうる地域におけるさまざまな「通いの場」の包摂性を高め、地域における情報と生活支援の拠点としていくための方策も検討していく必要がある。

### 3. 認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための共創型学習プログラムの開発

- ① 当事者インタビューに基づく書籍『認知症世界の歩き方』の13のストーリー、148の困りごと、44の心身機能障害・4つの社会的障壁、24のガイドをベースに、3つの共創型プログラム（すごろくゲーム型オンラインワークショップ「認知症世界の歩き方Play!」・カードゲーム型対話プログラム「認知症世界の歩き方ダイアログ」・検定型ウェブプログラム「認知症世界の歩き方検定」）を開発した。
- ② 特定非営利活動法人イシュープラスデザインにおける「認知症世界の歩き方」公認ファシリテーターの養成、自治体や法人との協働によるプログラムの展開につなげる。

認知症のある本人・ご家族の視点、また失語症・高次脳機能障害のある方の語りからも、一人ひとりが認知症（その障害）をどう理解しているか、また自分の思い、困りごとや経験をいかに周囲と共有できるかは、認知症等とつきあいながら暮らすうえで肝となると考えられる。

検討委員会においては、楽しく学ぶきっかけとしての共創型プログラムに高い関心と期待が寄せられ、だからこそ親子で、通いの場で、デイサービス等でもとことん遊べるようゲームとしてよりよいものにしていってはどうかという提案や、不条理からのレジリエンスを高めるといった観点から間口を広げて多世代でノンフォーマルな教育として展開する可能性等が指摘された。あわせて、ゲーム等がステレオタイプを作ることにつなげることがないよう、地域における当事者やその仲間たちとの活動につなげていくことの重要性も確認された。

## 序章 事業の概要

### I. 背景と目的

#### 【事業背景】

認知症施策推進大綱（令和元年6月）に「通所介護（デイサービス）などの介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加や社会貢献の活動を後押しするための方策について検討」が盛り込まれ、令和2年度から地域支援事業において新たに就労的活動の普及促進策が創設された。

しかし、令和3年度介護報酬改定に関する審議報告において、今後の課題のひとつとして「今後増加が見込まれる認知症の人に対し、尊厳を重視し、本人主体の生活を支援する観点から、地域における参加・交流の更なる促進方策の検討を進める」ことが明記されるなど、認知症のある方を含む利用者の地域における参加・交流の広がりはいまだ十分とはいえない。

その背景として、介護サービス事業所等は、事業所等における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義や効果の理解が不十分であること、認知症のある方が、時に介護サービス利用を開始するより前に外出・交流諦めざるを得ない現状があることが指摘されている。

こうしたなか、人とまちづくり研究所では、平成30年度・令和元年度老人保健健康増進等事業において、介護サービス利用者の社会参加活動に取り組む事業所や、活動を手がかりに地域共生の推進をはかる地域の事例検討等を重ね、令和2年度同事業で事業所及び地域の関係者の研修プロトタイプを作成した。また、事業担当者らが運営委員を務める「認知症未来共創ハブ」においては、認知症のある方約100人の思いや希望、参加・交流を含む生活課題等をお聞きして「認知症当事者ナレッジライブラリー」として公開してきた。

#### 【事業目的】

- 認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動に取り組む介護サービス事業所が増えることに資する活動の意義・効果の見える化を試みるとともに、
- 認知機能の低下に伴う外出・交流や参加の機会の変化や困難と、促進に向けた方策を当事者の語り等に基づき整理・分析し、
- 本人・家族や地域の関係者がともに学び、先の見通しをもって考え、行動することを後押しする共創型学習プログラムを開発すること、

これらをつうじて認知症になってもつながりを失わず、介護サービス利用開始後も多様な参加・交流ができるための環境整備の一助とすることを目的とする。

## II. 事業内容

介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化、認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイントの収集・整理、認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための共創型学習プログラムの開発を行った。

### 事業1 介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化（第1章）

- 1-1 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査
- 1-2 社会参加・就労的活動が促進されるまでの事業所の変化を見える化する  
ロジックモデルの作成
- 1-3 推進する過程や変化に関わるインタビュー調査
- 1-4 費用結果分析

### 事業2 認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイント（第2章）

- 2-1 認知機能の低下と外出・交流や参加の関係、必要な支援等に関する文献調査
- 2-2 診断後の暮らしと外出・交流や参加に関する認知症のある方による語りあい
- 2-3 認知症のある方の外出・交流、参加に関する家族アンケート
- 2-4 「通いの場」における認知症のある方の受入等に関する担い手アンケート
- 2-5 (参考) 失語症・高次脳機能障害のある方の就労における困りごとと工夫に関する  
当事者インタビュー

### 事業3 認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための共創型学習プログラムの開発（第3章）

- 3-1 本人・家族・地域包括支援センター等の関係者がともに学ぶ参加型プログラム  
(共創型プログラム)の開発
- 3-2 共創型プログラムの実証
- 3-3 プログラムの実用化に向けた手引きの作成

### III. 実施体制と事業経過

#### 【検討委員会】

本調査研究事業の検討を進めるため、検討委員会を設け、事業全体の方向性の検討、進捗管理と評価を行った。検討委員会を年2回オンラインで開催したほか、事業1～3の進捗に応じて、メール等で助言や指導を仰いだ。

#### <検討委員会委員（五十音順・敬称略）>

氏名	所属
内田 直樹	医療法人すずらん会たろうクリニック 院長
鬼頭 史樹	名古屋市北区西部いきいき支援センター 主事
鈴木 森夫	公益社団法人認知症の人と家族の会 代表理事
丹野 智文	おれんじドア 代表
永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター 副センター長
福井 貴弘	岡山市保健福祉局 局長
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター 研修部長

#### <オブザーバー>

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

岡山市保健福祉局保健福祉部医療政策推進課 医療福祉戦略室

#### <事務局>

人とまちづくり研究所

#### <検討委員会開催状況>

第1回 2021年8月10日（火）17時～19時

事業全体の概要、各事業の計画・進捗の報告と意見交換

第2回 2022年3月24日（木）13時～15時

各事業の成果報告、まとめと意見交換

## 【作業部会】

事業1～3に関しては、限られた期間で具体的な事業として実施するために、それぞれ作業部会を設置した。各作業部会は、事業の進捗に応じて適宜開催し、事務局及び他部会、検討委員会と密接に連携しながら事業を推進した。

<作業部会メンバー（敬称略）>

### 事業1 介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化

河野 禎之（100BLG株式会社／筑波大学）

徳田 雄人（100BLG株式会社／株式会社DFCパートナーズ）

後藤 励（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）

有野 文香（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科修士課程）

### 事業2 認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイント

大村 綾香（一般社団法人人とまちづくり研究所／慶應義塾大学大学院）（2-1）

有野 文香（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）（2-1）

神野 真実（一般社団法人人とまちづくり研究所）（2-1,2,4）

津田 修治（一般社団法人人とまちづくり研究所／東京都健康長寿医療センター）（2-1,3）

鬼頭 史樹（名古屋市北区西部いきいき支援センター）（2-2）

猿渡 進平（一般社団法人人とまちづくり研究所／白川病院医療連携室）（2-2）

佐藤 李里（一般社団法人人とまちづくり研究所）（2-2）

松原 智文（特定非営利活動法人地域支え合いネット）（2-2,4）

矢吹 知之（認知症介護研究・研修仙台センター）（2-3）

竹原 敦（群馬パース大学リハビリテーション学部作業療法学科）（2-3）

松本 博成（東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野博士課程）（2-3,4）

鈴木 大介（文筆業／高次脳機能障害当事者）（2-5）

西村 紀子（特定非営利活動法人Reジョブ大阪／株式会社イノベーションサービス）（2-5）

堀田 聡子（一般社団法人人とまちづくり研究所／慶應義塾大学大学院）

### 事業3 認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための

#### 共創型学習プログラムの開発

青木 佑（特定非営利活動法人イシュープラスデザイン）

箕 裕介（特定非営利活動法人イシュープラスデザイン）

## 第1章 介護サービス事業所における認知症のある方を含む 利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化

河野 禎之・徳田 雄人・後藤 励・有野 文香

### I. 目的

介護サービス事業所における認知症のある方を含む利用者の社会参加・就労的活動の意義・効果の見える化を行うために4つの調査を行った。それぞれの目的は次のとおりである。

#### 1. 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査

利用者の社会参加・就労的活動にも取組み始めた事業所管理者等に対して、現在の取組み概要、きっかけ、事業所全体として職員の意識や行動を変えるための準備と取組みをよりよいものにするための工夫を尋ね、事業所の管理者からみた取組みの意義・成果について確認する。

#### 2. 社会参加・就労的活動が促進されるまでの事業所の変化が見える化するロジックモデルの作成

介護サービス利用者の社会参加・就労活動を促進するにあたり、介護サービス事業所(以下、事業所)およびその事業所の職員(以下、職員)と介護サービス利用者(以下、利用者)がどのように取組み、変化したのかを明らかにするために、ロジックモデルを作成し見える化を行う。なお、ロジックモデル内では100BLG株式会社の研修内容に従って、職員はスタッフ、利用者はメンバーと記載している。

#### 3. 推進する過程や変化に関わるインタビュー調査

2)で作成したロジックモデルに従い、社会参加活動を推進する過程における事業所と人の変化について把握することを目的としてインタビュー調査を行った。

#### 4. 費用結果分析

100BLG株式会社で集計した研修に係る費用とインタビューで集計したアウトカムを使用して分析を行い、事業所全体に費用と時間をどのくらい投入すると、事業所に社会参加活動に取り組む体制がどの程度構築されるかを把握することを目指した。

## II. 方法

### 1. 調査対象

100BLG 株式会社による研修プログラムを開始しており、利用者の社会参加・就労的活動にも取り組み始めた、もしくは今後本格的に取り組む始める事業所を対象とした。

新型コロナ感染拡大の影響もあり、人員不足が続き、調査への協力が困難な事業所もあり、実際にインタビューを実施したのは、以下の7地域の事業所となった。

仙台、いわき、諏訪、品川、越前、井原、三豊

### 2. 方法

#### 1) 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査

感染拡大の影響で、多くの介護事業所は、人員不足となっており、調査協力先の負担を減らすため、インタビュー調査は、オンラインにより実施。事業1を構成する他調査と合同で実施し、インタビュー対象は、介護事業所の現場管理者のみとした。

質問票に基づき、利用者の社会参加・就労的活動にも取り組み始めた事業所管理者等に対し、現在の取組み概要、経緯、成果、課題と展望、自治体との連携やビジョンの共有などについて伺った。

#### 2) 社会参加・就労活動が促進されるまでの事業所の変化が見える化するロジックモデルの作成

2021年7月～12月にかけて、100BLG 株式会社の職員および100BLG 株式会社の研修を受講した職員にヒアリングを行い、ロジックモデルを作成した。作成後、社会参加活動を推進する事業所を見学し、ロジックモデルの再現性を確認した。

#### 3) 推進する過程や変化に関わるインタビュー調査

後述する方法で5件法もしくは数値の質問項目および自由回答の質問項目を設定した後、100BLG 株式会社の研修を受講している事業所にインタビューを行った。インタビューはZoomで実施し、半構造化面接で行った。インタビューを行った事業所およびインタビューの情報について表II-2-1に示す。

また、質問項目やインタビューでは、100BLG 株式会社の研修内容に従って職員はスタッフ、利用者はメンバーと呼称している。また、社会参加活動をBLGの活動と呼称している箇所がある。

##### (1) 質問項目の設定

インタビューを実施するにあたり、研修の修了基準とロジックモデルの主要な変化ポイントをどのような行動や状態で測定できるかを事業1の作業部会メンバー内で討議し、質問項目を作成した。また、作成の際には、2020年に一般社団法人人とまちづくり研究所が

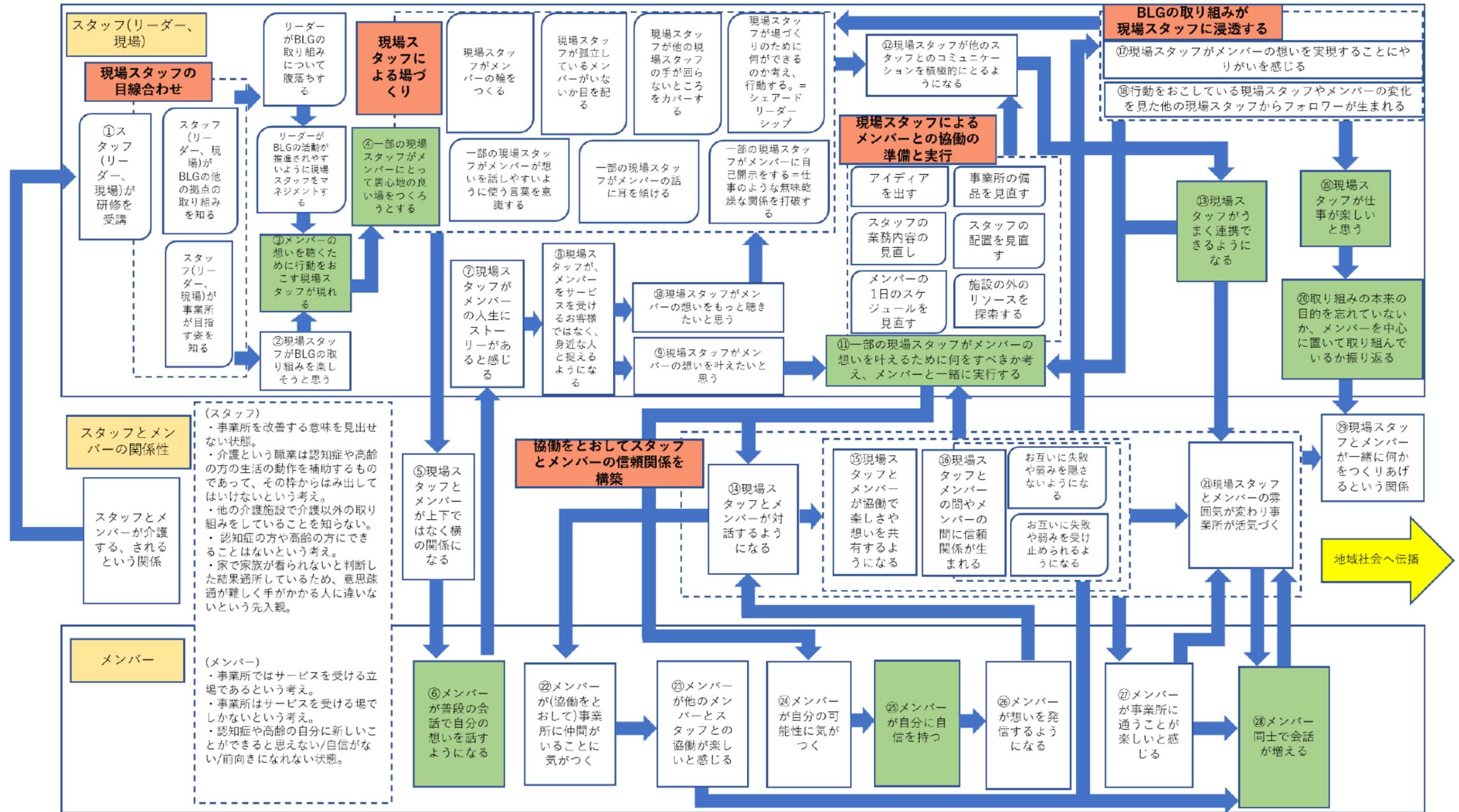
介護サービス事業所等における社会参加活動の適切な実施と効果の検証に関する調査研究事業の報告内容を参考にした。

質問項目は、ロジックモデルの作成時に明らかになった変化(アウトカム)を5件法もしくは数値で測定するものと、事業所と人の変化の詳細を把握し、5件法もしくは数値で測定された結果を解釈するための自由回答のものとした。図II-2-1で、5件法もしくは数値を聞く質問項目および自由回答の質問項目を作成した項目を緑色の四角で示す。

表Ⅱ-2-1 事業所およびインタビュー어의情報

事業所名	事業所A	事業所B	事業所C	事業所D	事業所E	事業所D	事業所G
12月時点研修受講期間	8	22	15	21	23	22	27
備考	—	研修終了	—	—	研修終了	—	—
インタビュー実施日	2022月2月9日	2022月2月1日	2022月2月3日	2022月2月28日	2022月2月15日	2022月2月21日	2021年12月22日
1-1. 年齢	52歳	46歳	55歳	36歳	36歳	40歳	48歳
1-2. 性別	女性	男性	女性	男性	男性	男性	女性
1-3. 現在の施設での勤務年数	2年	3.5年	10年	3年	4年	2年	8年
1-4. 高齢者介護に関わる勤務年数	11年	24年	22年	15年	11年	18年	13年
1-5. 法人での役職	管理者	管理者	代表取締役	ゼネラルマネージャー	副施設長	リーダー	統括
1-6. 資格 ※複数回答可	社会福祉士、ケアマネージャー	介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士、ケアマネージャー、保育士	介護福祉士	介護福祉士、社会福祉士、ケアマネージャー	准看護師、介護福祉士
2-1. 事業所のサービス種	地域密着型看護小規模多機能型居宅介護	地域密着型小規模デイサービス	地域密着型通所介護	通所リハビリテーション／重度認知症患者デイケア	認知症対応型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能
2-2. 利用者の登録者数	18	24	7	60/60	15	30	14
2-3. 1日の定員数	15	10	5	30/25	12	12	12
2-4. 1日の平均利用者数	7~8	8~9	3	20/20	6.5	8	4.5
2-5. スタッフ数 (全体)	12	3.5~4	3	合同で30	7	6	9
2-6. 1日の平均稼働スタッフ数	5~6	4	3	16	4~5	4	3.5
2-7. 社会参加活動の実施頻度 (週あたりの回数=日数)	0	2	5	1	4~5	1	7
2-8. 社会参加活動に関する方針	4. 今後取り組んでいきたいが具体的な障壁がある	1. すでに取り組んでおり今後積極的に広げていきたい					

図II-2-1 質問項目を作成した変化(緑色)



(2) 5件法もしくは数値の質問項目(アウトカム測定用)の設定

特に重要な変化だと考えられるものについて質問項目を設定し、5件法もしくは数値で測定した。特に重要な変化には、研修を行う 100BLG 株式会社研修の修了基準としている「スタッフ同士の連携」、「目的を忘れない」、「現場スタッフが仕事を楽しいと思う」、「メンバー同士で会話が増える」があり、それらも測定項目とした。表Ⅱ-2-2で、5件法もしくは数値の質問項目を示す。

表Ⅱ-2-2 5件法もしくは数値の質問項目

ロジックモデル内番号	項目名	質問項目
3	メンバーの想いを聴くために行動をおこす現場スタッフが現れる	3-1. BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。
4	一部の現場スタッフがメンバーにとって居心地の良い場をつくらうとする	3-5. 3-4.(「ここは良い場だと思える事業所」)を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。
6	メンバーが普段の会話で自分の想いを話すようになる	3-8. スタッフとメンバーの会話の多さはどのくらいですか。
11	一部の現場スタッフがメンバーの想いを叶えるために何をすべきか考え、メンバーと一緒に実行する	3-10. メンバーが「今日は○○をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。
		3-11. 3-10.について、どのくらい実現することができましたか。
		3-12. メンバーが「いつか○○をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。
		3-13. 3-12.について、どのくらい実現することができましたか。
25	メンバーが自分に自信を持つ	3-17. 想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。
		3-18. 想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。
		3-19. スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思いますか。
13	現場スタッフがうまく連携できるようになる (研修終了基準)	3-20. メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせる能够做到かと思っていますか。
19	現場スタッフが仕事が楽しいと思う (研修終了基準)	3-21. スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。
20	取り組みの本来の目的を忘れていないか、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る (研修終了基準)	3-22. 取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。
28	メンバー同士で会話が増える (研修終了基準)	3-23. メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。

(3) 自由回答の質問項目(結果解釈用)の設定

事業所と人の変化の詳細を把握し、5件法もしくは数値で測定された結果を解釈するために、自由回答で詳細を確認した。例えば、ロジックモデルの6の「メンバーが普段の会話で自分の想いを話すようになる」について、5件法で「スタッフとメンバーの会話の多さはどのくらいですか。」と質問した後、「スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。」と

質問することにより、職員が利用者から自発的な多様な想いを聞き取れているか具体的に確認した。表Ⅱ-2-3で自由回答の質問項目を示す。

表Ⅱ-2-3 自由回答の質問項目

ロジックモデル内番号	項目名	質問項目
3	メンバーの想いを聴くために行動をおこす現場スタッフが現れる	3-2. 取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。
		3-3. 取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。
4	一部の現場スタッフがメンバーにとって居心地の良い場をつくろうとする	3-4. メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。
		3-6. 3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。
		3-7. 3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。
6	メンバーが普段の会話で自分の想いを話すようになる	3-9. スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。
11	一部の現場スタッフがメンバーの想いを叶えるために何をすべきか考え、メンバーと一緒に実行する	3-14. 実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。
		3-15. 実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。
		3-16. メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。

#### 4) 費用結果分析

費用結果分析とは、介入にかかった費用およびその費用の構成要素と、介入のアウトカムを列挙し介入の効果を評価する方法である。

保健医療分野において、介入にかかった人的・物的資源の金銭価値表示である費用と、介入のアウトカムの両面から介入を評価する方法を一般的に保健医療の経済評価という。保健医療の経済評価の方法には、介入のアウトカムについても金銭価値で表示する費用便益分析、健康改善というアウトカムが保健医療のもたらす効用改善だと考え、QOLでウェイトづけした QALY(quality-adjusted life years: 質調整生存年)を用いる費用効用分析、一つの健康アウトカムを用いる費用効果分析などがある。今回評価を試みる介入は、職員、利用者、地域など様々な主体に多様な影響を与えうる。このように介入の影響が多様な場合は、無理に一つの指標とはせず、介入のアウトカムを列挙する費用結果分析が用いられることが多くなっている。

ここでは、100BLG 株式会社で集計した研修に係る費用とインタビューで集計したアウトカムを使用して分析を行い、事業所全体に費用と時間をどのくらい投入すると、事業所に社会参加活動に取り組む体制がどの程度構築されるか調査した。分析の立場は事業主および社会的立場とした。本来は介入を行っていない対照群を設定して分析をすべきであるが、

事業期間の関係で、今回は設定しなかった。したがって、本分析結果は、事業所を運営する経営者や地域行政の介護部門が、各自の担当する事業所と比較して使用することを想定し作成されている。

#### (1) 分析に使用したデータ

100BLG 株式会社で集計した研修に係る費用とインタビューで集計したアウトカムを分析に使用した。

#### (2) 研修の内容

##### ①利用者の社会参加・就労的活動の推進するための介護事業所の職員向けのプログラム

6～24 ヶ月の期間をかけて、マインドセット、チームビルディング、業務改善を促し、利用者のやりたい気持ちをベースにした自立支援・社会参加を実現する体制づくりを行う。

##### ②OJT プログラム

社会参加・就労的活動の推進が行われている他の事業所を訪れて運用を学び、自身の事業所での体制づくりに活かす。

#### (3) 費用

費用の発生場所を 100BLG 株式会社と事業所の 2 ヶ所とし、100BLG 株式会社の費用としてプログラム開発・維持費、人的費用、物品費を考慮し、事業所の費用として人的費用、物品費を考慮した。なお、ここで人件費ではなく人的費用としたのは、人件費の場合会計用語として、実際に支払われた給与や福利厚生費等を示す場合が多い。しかし、費用結果分析の費用は、金銭としての対価が支払われたかどうかにかかわらず、研修に費やされた人々の時間を金銭的に評価した経済学的な費用の概念となる。この費用概念は機会費用と呼ばれ、その時間を（研修ではなく）介護サービスに使われるのであれば介護職員としての給与が支給されると想定し、時給と時間をかけて金銭としてあらわす。

各費用の内容と算出方法について具体的に述べる。まず、プログラム開発・維持費について、本研修のプログラムは 100BLG 株式会社によって開発および維持されており、費用結果分析を行うにあたり、プログラム開発および維持費は後述する 100BLG 株式会社のモデル時給に、開発および維持に要した概算時間を乗じて算出した。また、プログラム開発・維持費についてはプログラムを利用するすべての事業所が共通して負担すると考えることが出来る。そのため各事業所が負担する費用は、年度ごとに各事業所の研修実施時間で按分し計上した。

人的費用については、事業所の場合は、内訳は研修への参加、研修の内容を事業所内の職員へ共有する作業(研修の動画編集を含む)であり、100BLG 株式会社の場合は、研修の事前準備および実施である。これらに投入された時間数にモデル時給を乗じて人的費用を算出

した。

モデル時給は、事業所については、管理者と一般社員の 2 種類の職位を想定して算出した。管理者については、インタビュー内で確認した勤続年数および事業所の種別と厚生労働省の令和 2 年度介護従事者処遇状況等調査結果を参考にモデル月給を算出したのち、そのモデル月給を同調査結果に記載があった平均勤続時間で除してモデル時給を算出した。

一般社員については、事業所ごとに研修に参加する典型的な職員のプロフィール（年齢および勤務年数）を作成した上で、厚生労働省の令和 2 年度介護従事者処遇状況等調査結果を参考にモデル月給を算出し、管理者と同様の計算方法でモデル時給を算出した。

算出したモデル時給を表 II-2-4 に示す。なお、勤続年数で処遇を計算しているため、管理者と一般社員の時給が逆転している事業所がある。そのような点を認めつつ本データを使用した理由は、第一に、厚生労働省の令和 2 年度介護従事者処遇状況等調査では、事業所の種別で分類した上で管理者と一般社員ごとの平均給与額も公表されているが、その平均給与額とあわせて算出されている管理者および一般社員の平均年齢が今回の調査対象者のものから乖離していたため、当該平均給与額を参考にすると人的費用を実際よりも多く、もしくは、少なく見積もってしまう可能性があったためである。

第二に、日本の企業の給与体系は年功序列が一般的であり、また、厚生労働省の同調査結果より、介護事業所でも給与体系が年功序列になっている傾向が読み取ることができることから、実態に近いモデル時給を算出するためには、勤続年数を根拠とすることが適切だと考えた。

以上のことから、一部の事業所で管理者と一般社員のモデル時給が逆転するとしても、事業所の種別で分類した上で勤続年数別に集計された平均給与額を使用して算出したモデル時給(表 II-2-4)を採用した。

100BLG 株式会社についても、厚生労働省の令和 2 年度介護従事者処遇状況等調査結果を参考にモデル月給を算出した。そして、モデル月給を同調査結果に記載があった平均勤続時間で除してモデル時給を 2,500 円とした。なお、2020 年から 2021 年の研修については、基本対面で開催していた研修が Web での開催になったため、移動に伴って 100BLG 株式会社側に発生する移動に伴う人的費用が削減されている。

物品費については、事業所、100BLG 株式会社ともに研修のために新たに購入した物品は発生しなかった。

表 II-2-4 各事業所のモデル時給

	事業所A	事業所B	事業所C	事業所D	事業所E	事業所F	事業所G
管理者モデル時給 (円)	2021	2254	2254	2075	1929	1984	2114
一般社員モデル時給 (円)	2361	1929	2032	2075	1915	2032	1755

#### (4) 効果

インタビューで収集した 5 件法もしくは数値の質問項目の結果を使用した。

### III. 結果

#### 1. 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査

結果について、表Ⅲ-3-1 に示す。

#### 2. 社会参加・就労的活動が促進されるまでの事業所の変化を見える化するロジックモデルの作成

社会参加活動に取り組むことにより事業所内で起こる変化について作成したロジックモデルを図Ⅲ-2-1 に示す。緑色に色付けされた四角は 100BLG 株式会社が研修の修了基準としている内容である。また、図Ⅲ-2-1 のロジックモデルの重要な変化のみを抜き出し、簡易化したロジックモデルを図Ⅲ-2-2 に示す。

ヒアリングを行ってロジックモデルを作成した結果、事業所が社会参加活動の推進を開始し事業所内で浸透するまでにいくつかのステップが存在することがわかった。また、事業所の変化は事業所の職員と利用者の相互作用でおこることがわかった。

この結果をもとに、社会参加・就労的活動に取り組み始めた事業所・さらに深化させていきたい事業所を対象として、活動を進めると事業所にどのような変化が起こるか、どのような点に注意する必要があるかをまとめた「手引き」を作成した（別冊資料 1）。

#### 3. 推進する過程や変化に関わるインタビュー

表Ⅲ-3-2 に各事業所のインタビューの結果を示す。インタビューの結果、社会参加活動を行うために事業所の組織風土を変化させる過程で、職員および利用者には多様な変化が現れていた。

利用者の想いに沿った社会参加活動を推進するためには利用者の想いを把握する必要がある、利用者が想いを話したくなるような、利用者にとって「良い場」が事業所に存在していることが必要である。インタビューでは、インタビューに利用者にとってどのような場が良い場だと思うか質問した。その結果、自分の意見を言える場、つながりを感じられる場、自分が存在していてもよいと感じられる場という回答があった。

そして、イメージする「良い場」をつくるためにどのような取り組みをしているか質問したところ、利用者と積極的にコミュニケーションを取ることや、問いかけて想いを引き出すことを意識している事業所が多く、また、利用者がする昔話や趣味の話から社会参加活動のヒントを得たり、問いかけることにより利用者がどのように感じているか把握したりしていた。また、カーペットをフローリングに変更し家庭的な雰囲気をつくったり、照明を変えて雰囲気を明るくしたりし、「良い場」を実現するために設備的な工夫をする事業所もあった。そして、それらの「良い場」の実現の工夫の結果、利用者が自分の意見を言ってくれるようになった、利用者に活気が出た、利用者の笑顔が増えたという変化があったという回答があった。

また、多くの事業所が、事業所での過ごし方についての希望(今日のお昼は〇〇を食べたい、近くの公園に行ってみたい等)や、実現のために計画が必要な大きな目標や活動(遠い場所への外出、社会参加活動等)について利用者が気持ちを伝えることがあると回答した。しかし、100BLG株式会社の研修を受け始めて時間が経過しておらず、社会参加活動の推進が途上である事業所については、利用者が実現までに計画が必要な大きな目標や活動について気持ちを伝えることは少なかった(事業所 A)。

利用者から伝えられた希望については、1日のスケジュールを調整したり、外部に問い合わせを試みたり、地域のつながりを活用したりして実現していた。一方で、新型コロナウイルスの流行により社会参加活動が制限されているという声もあった。

社会参加活動を推進した結果については、利用者が明るくなり、自主性がうまれたという回答があった。また、事業所内だけでなく、家の周りを散歩するようになったり、友達と出かけることが増えたりするなど、事業所外の生活でも良い影響があった利用者という回答もあった。

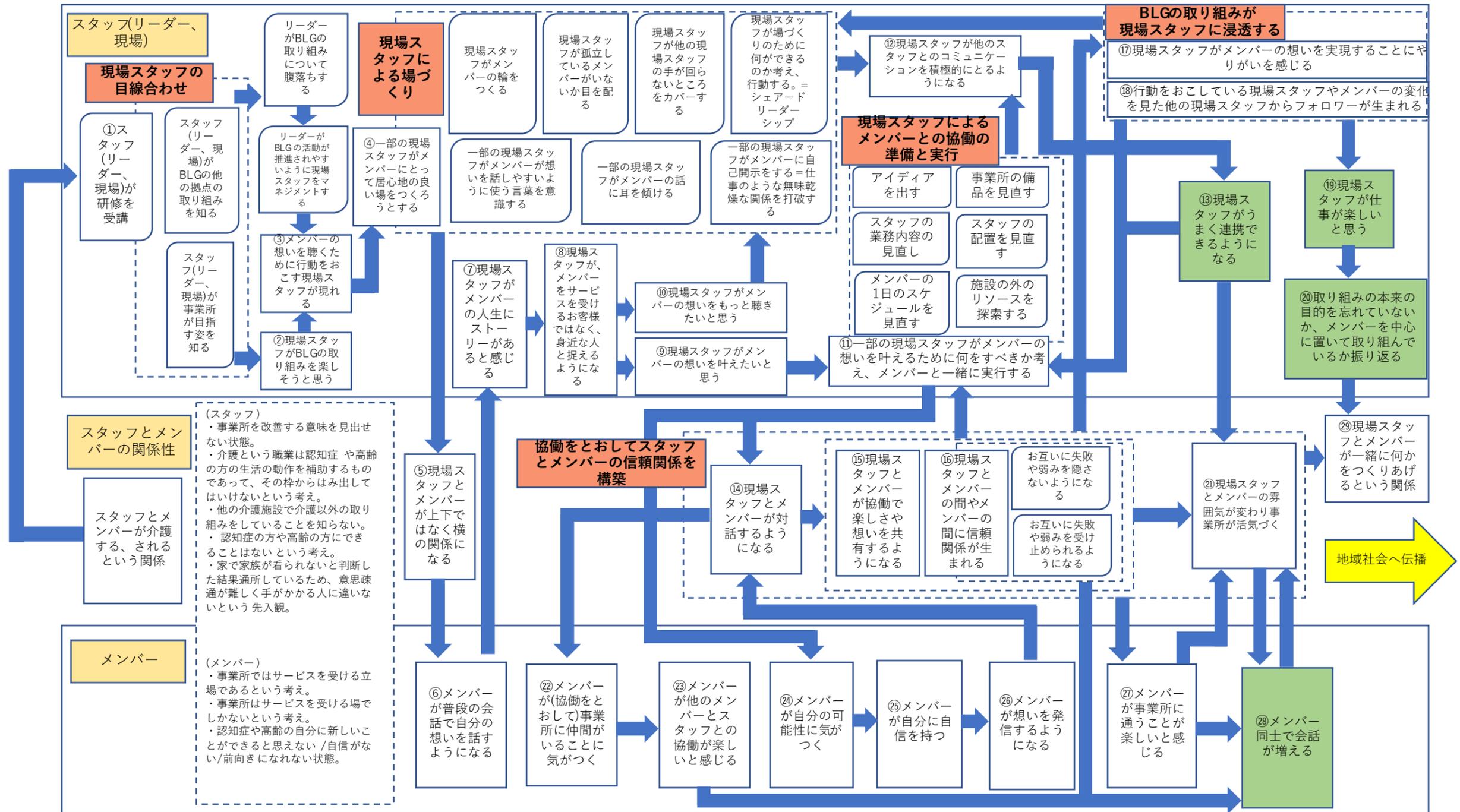
表III-3-1 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査の結果(その1)

	事業所A	事業所B	事業所C	事業所D	事業所E	事業所F	事業所G
事業種別	地域密着型看護小規模多機能型居宅介護	地域密着型通所介護	地域密着型通所介護	通所リハビリテーション/重度認知症患者デイケア	認知症対応型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護
定員(1日あたり)	15名	15名	5名	30名/25名	12名	12名	12名
社会参加に関する取組み	同法人で運営する保育所の子供たちの交流や、子ども食堂を通じての地域との交流 当事者を起点とした活動をするべく、現在準備中	当事者が畑で育てた野菜を、学童施設で販売	同じ建物内にカフェが併設されており、接客と調理を当事者が担う	本格的な社会参加活動は今後実施予定	スーパーマーケットでの軽作業(カートの清掃、景品準備など) 食材の配達 自動車販売店での展示用車の洗車	いちご農家の畑の手伝い	当事者が縫った雑巾を地元の小学校に届ける
経緯	若年認知症の利用者が1名おり、働きたいというニーズがあるが、どのように対応したらよいか 模索する中で、BLGの活動を知り、2021年6月から研修を開始	これまでも、認知症の当事者の気持ちに寄り添ったケアは実践してきたつもりだが、地域の中で、デイサービスがどのようなイメージかと考えると、「何かできなくなってしまった人が行くところ」という負のイメージ。当事者たちとの活動を通じて、そうしたイメージを変えていきたいと考え、2020年5月からBLGに参画。	地域に開かれた事業所を目指す中で、BLGの活動に共感し、2020年10月から研修を開始 2021年10月にカフェがオープンする。	法人では、これまでも認知症ケアに力を入れてきたが、社会参加も進めていきたいと考える中、BLGの活動に共感し、2021年11月から研修を開始	BLGの活動に共感し、2022年2月から研修を開始	BLGの活動に共感し、2020年5月から研修を開始	BLGの活動に共感し、2019年10月から研修を開始
成果	本格的な社会参加活動は今後実施予定	活動をすることで、当事者はいきいきとしている 地域のケアマネの集まりでも、活動報告をする機会があり、徐々に理解や応援の輪が広がっているのを感じる	カフェに訪れる地域の人との会話もあり、当事者の表情が変化した。 当事者の変化を目の当たりにしたスタッフの意識変容にもつながっており、やりがいを感じている。	本格的な社会参加活動は今後実施予定	生きがいを失っていた当事者が「ここに来ると楽しい」 いきいきとした姿が見られるようになった	活動に参加する当事者がいきいきとしている	当事者がいきいきとしてきている スタッフの中で、仕事の意義に関する理解が深まり、やりがいが生きている

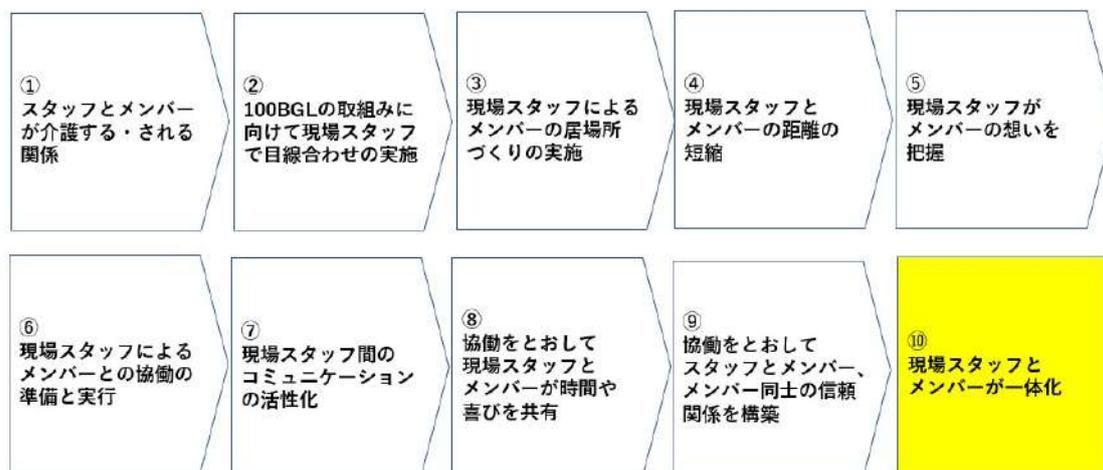
表III-3-1 取組みの経緯・意義と成果等に関するインタビュー調査の結果(その2)

	事業所A	事業所B	事業所C	事業所D	事業所E	事業所F	事業所G
事業種別	地域密着型看護小規模多機能型居宅介護	地域密着型通所介護	地域密着型通所介護	通所リハビリテーション／重度認知症患者デイケア	認知症対応型通所介護	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護
定員（1日あたり）	15名	15名	5名	30名/25名	12名	12名	12名
課題と展望	<p>活動の趣旨の理解が難しい人もおり、当事者のやりたいことを起点にした活動を作る難しさを感じている。どこかに食事に出かけてみようという提案に対して、「そんなことしなくてよいよ」という反応。当事者とのコミュニケーションをどう深めていくか、スタッフが模索している。</p>	<p>社会参加を通じた当事者の変化について、より多くの地域の人たちに知ってもらう必要を感じる</p> <p>行政の人の紹介で、地元の高校で、当事者が講演をする企画が生まれた 徐々に輪が広がっている実感はある</p>	<p>活動内容が固定化されている。</p> <p>活動メニューを複数用意し、その日の気分によって選べるという状況を目指したい。</p> <p>金融機関のパンフレットの折り込みやソファを拭く、あるいは内職など、仕事の開拓中</p>	<p>地域に出ていくことが大事だと思う一方で、医療福祉という自分たちの領域で、囲い込みがちという課題がある。自分たちだけで、なんとかしたいといけないという思い込み・無意識の部分は根強くあるのを感じている。小学校などに当事者が行く機会を作り、地域の人たちと介護スタッフがフラットに話せる関係づくりを進めていきたい。</p>	<p>家族やケアマネジャーの中で、社会参加に関する重要性が十分理解されていないと感じる</p> <p>スタッフも、当事者の本当にやりたいこと、実現したいことが十分聞き出せていない</p>	<p>まだ、個々の当事者の希望の抽出が不十分</p> <p>個々の希望や願いから活動につなげていくという理念が一部スタッフにしか共有されていない</p> <p>活動が決まると、活動すること自体に一所懸命になってしまう傾向がある</p> <p>活動も、一時点で、1つしかないことが多く、当事者が選べないので、2-3つは欲しい</p> <p>小学校の活動もコロナで中止になったりしている。</p> <p>いちご農家も細くつきあっている 毎回仕事があるわけではない</p> <p>今後は、当事者とのコミュニケーションを深めていく</p> <p>社会福祉協議会と話し合う中で、地域の困りごとをみつけていきたい</p>	<p>スタッフが地域に出ていき、こうした仕事ならばできるかなということから始めている</p> <p>地域とはつながり始めているが、個々の当事者の希望と本当に結びついているのか悩んでいる</p> <p>当初は、「この仕事をお願いします」といった形だったが、仕事はどこに結びついているのか、何のためにやっているのかをお話するようにして、当事者も理解して仕事をできるようになってきた</p> <p>地域の中でつながった先とは関係性を続けていけるようにしていきたい</p>
自治体との連携やビジョンの共有	<p>行政の担当者（認知症支援係）もBLGを始めたことは知っており、将来的には連携をしていく予定</p> <p>行政でも、現在行政が認知症カフェや当事者の会などのあり方に課題を感じており、今後の活動に期待されている。</p> <p>法人スタッフが生活支援コーディネーターも務める。</p>	<p>行政の担当者は、知り合いで、高校での講演の話をつないでくれるなど連携はあるが、</p> <p>認知症地域支援推進員は誰だが知らない 社会参加や就労の推進という話もあり聞かない</p>	<p>行政の担当者もカフェに訪れたり、認知症本人ミーティングをカフェで開催するなど連携。</p> <p>仕事の開拓は、事業所独自のつながりでやっていて、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターとの連携はまだない（会議等で会うので面識はある）。</p>	<p>行政とはシンポジウムを一緒に企画するなど連携</p> <p>社会参加という文脈では特にビジョンは共有していない</p> <p>しごとの開拓などでは、社会福祉協議会に生活支援コーディネーターがいるので、将来的な連携はしていきたい</p>	<p>事業所として社会参加を進めていくことを自治体にも話に行き、賛同してもらっているが、ビジョンや計画の共有まではできていない</p> <p>当事者の担当のケアマネが、認知症地域支援推進員をしているので、顔見知りではあるが、仕事の開拓などにおいて具体的な連携はない</p>	<p>包括支援センター（直営）によく顔を出す</p> <p>BLGのことも知っている</p> <p>農家のつながりができたのも、社協と農林課のおかげ</p> <p>今後は、顔の見える関係から、新たな仕事生まれていくのではないかなと思う</p>	<p>行政との連携はほとんどない</p> <p>自治体の担当者も、事業所の社会参加活動について知らないのではないか</p> <p>社会参加のコーディネーターも誰がやっているのか知らない</p>

図III-2-1 ロジックモデル



図III-2-2 簡易ロジックモデル



社会参加活動の実現の過程は様々であり、近所とのつながりを構築していくなかで実現したものや、法人内の別事業所とのつながりで実現したもの、職員が外部に問い合わせた実現したものがあった。具体的には、近所の就労支援の施設に挨拶を兼ねて訪問し、何か手伝うことがないか聞いたり、事業所に併設された保育園の子供たちに手芸品を作ったり、市役所や地域のNPO法人、小学校に事業所で社会参加活動を推進していることを共有したことをきっかけに声をかけてもらい、社会参加活動の機会を得ていた。

調査内では、社会参加活動を推進した結果、利用者が認知症を負い目に感じているか、また、失った自信を取り戻すことができたかインタビューに質問したが、個人差があること、また、認知症を自覚している人としていない人がいること、自信を取り戻したかを第三者が判断するのは難しいということから、インタビューに回答してもらったものの、質問(質問番号 3-17,19.)には回答が難しいという反応であった。

また、インタビューからは、職員は利用者と一緒に社会参加活動を実現したり、利用者が社会参加活動をしている姿を見たりすることで、やりがいや楽しさを感じているように見えるという回答があった。一方で、やりがいや楽しさをあまり感じていなそうだと答えたインタビューもいた。そのインタビューによると、一部の職員は自分の業務外だと感じているようだとのことだった(事業所F)。

そして、社会参加活動をきっかけにメンバー同士の会話やスタッフ同士の会話が増えたと回答する事業所が多かった。

表Ⅲ-3-2 インタビューの結果(事業所 A)

質問番号	質問項目	回答
3-1.	BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。	3名
3-2.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。	管理職1名、看護師1名、リハスタッフ1名
3-3.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。	メンバーからの想いを引き出し、活動に繋げるために社会参加活動について意見を出し合っている。
3-4.	メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。	居心地の良い場、精神的な安心、飾らない場所、楽しいと思える場所
3-5.	3-4.を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。	2: あまりできていないと思う。
3-6.	3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。	メンバーが主体であるように、自分で決めてもらう。メンバーが今までやってきたことを継続するためや、年だからといって諦めていることを再開するために、スタッフで考えたり工夫したりしている。
3-7.	3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。	スタッフの行動が変わった。以前はメンバーをお客さん扱いしていたが、今は意見を聞くようになった。メンバーは笑顔が増え、活気が出た。メンバーが自分自身で何かを選ぶことによって積極的になり、他の人も巻き込んでくれるようになった。
3-8.	メンバーとの会話の多さはどのくらいですか。	4: しばしば話している
3-9.	スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。 (例: メンバーの昔話、メンバーの趣味の話、事業所で行っている社会参加活動の話)	家族の話、昔話、趣味の話、おやつの話
3-10.	メンバーが「今日は〇〇をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 今日のお昼は〇〇を食べてみたい。)	3: ときどきある
3-11.	3-10.について、どのくらい実現することができましたか。	4: やや実現できている
3-12.	メンバーが「いつか〇〇をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 遠い場所への外出・旅行、社会参加活動)	2: ほとんどない
3-13.	3-12.について、どのくらい実現することができましたか。	2: あまり実現できていない
3-14.	実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。	ステンドグラスの作成が趣味という方がいるため、事業所内でもできそうなキットのようなものを探している。また、歌舞伎を見に行くことが趣味という方がいるため、大きいスクリーンを用意して歌舞伎のDVDを見たことがあり、今は実際に外に観に行けないか調べている。
3-15.	実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。	自分が選択してそれが叶うことによって、嬉しそうな表情をされる。意見を聞くと、え?いいの?という驚いた反応をされる。スタッフのメンバーの想いを叶えようとする姿をメンバーが感じ取り、想いが叶うことというより、叶えようとするスタッフの行動そのものに感謝してくれる。
3-16.	メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。	事業所に併設されている保育園の先生に声をかけていただき、おもちゃの消毒などのお手伝いをしていたが、次第にメンバーの人が自ら子供たちのためにやりたいと言って案を出してくれるようになった。例えば、保育園の卒園式のためにコサージュを作る話が出ている。
3-17.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。	4: ややそう思う
3-18.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。	4: ややそう思う
3-19.	スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思いますか。	3. どちらともいえない
3-20.	メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせることでできていると思いますか。	4: ややそう思う
3-21.	スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。	4: やや感じる
3-22.	取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。	2: 一週間に一回
3-23.	メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。	4: しばしば話している

表Ⅲ-3-2 インタビューの結果(事業所 B)

質問番号	質問項目	回答
3-1.	BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。	2-3名
3-2.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。	介護職3名
3-3.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。	社会参加活動として積極的に外に出るために方法を考え、また、メンバーの想いを実現するために案を出している。
3-4.	メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。	好きなことが言える・できる場所。ここに来るとつながりがあると思える場所。
3-5.	3-4.を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。	4: ややできていると思う
3-6.	3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。	メンバーの声を聴く。実際にメンバーが言ったことをスタッフがその日のうちにスタッフ内で共有する。
3-7.	3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。	メンバーは最初は何でも良いという意見であったり、他の人やスタッフに合わせるという姿勢であったりしたが、次第にそれぞれが想いを話してくれるようになった。
3-8.	メンバーとの会話の多さはどのくらいですか。	5: 常に会話している
3-9.	スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。 (例: メンバーの昔話、メンバーの趣味の話、事業所で行っている社会参加活動の話)	今後どのような社会参加活動をしたいか。昔話。その日の活動について(今日は何をやりたいか)。
3-10.	メンバーが「今日は〇〇をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 今日のお昼は〇〇を食べてみたい。)	5: 常にある
3-11.	3-10.について、どのくらい実現することができましたか。	4: やや実現できている
3-12.	メンバーが「いつか〇〇をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 遠い場所への外出・旅行、社会参加活動)	3: とときどきある
3-13.	3-12.について、どのくらい実現することができましたか。	3: どちらともいえない
3-14.	実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。	3-10レベルのものはスタッフ同士で相談したり、入浴の時間を調整したりして取り組んでいる。基本的に1日のスケジュールは決まっておらず、朝の会でやりたいことを聞いて候補を出して決めている。3-12の社会参加活動については、市にかけあったり、地域の方(公民館、学童など)とのつながりで実現した(事業所でつくっている野菜の販売)。
3-15.	実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。	皆の気持ちが前向きになった。意見を言うようになるなど、自主性が生まれた。例えば、野菜を販売することが決まったとき、もっとレベルの高いものをつくるためにはどうすれば良いかという話をメンバーの方がしていた。また、こちらが声をかけなくても野菜を採りにいこうかと自分から話をしてくれるようになった。
3-16.	メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。	野菜がたくさん収穫できるようになり、これは売れないのか、という声があがって販売を考えた。市役所のほうに野菜を売ってみたいと相談したところ、当初は戸惑った反応だったものの、一緒に実現の方法を考えてもらえ、実現することができた。また、学童の先生と話す機会があり野菜販売の話をしてみたところ、うちで販売しないかと言ってもらえた。
3-17.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。	4: ややそう感じる
3-18.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。	4: ややそう思う
3-19.	スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思いますか。	3: どちらともいえない
3-20.	メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせるができていると思いますか。	4: ややそう思う
3-21.	スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。	4: やや感じる
3-22.	取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。	2: 一週間に一回
3-23.	メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。	5: 常に会話している

表Ⅲ-3-2 インタビューの結果(事業所 C)

質問番号	質問項目	回答
3-1.	BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。	2名
3-2.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。	管理職1名、相談員1名
3-3.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。	メンバーの意見を一番に考え押しつけないように取り組んでいる。
3-4.	メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。	自分の意見が言える場所
3-5.	3-4.を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。	4: ややできていると思う
3-6.	3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。	(この事業所では社会参加活動としてカフェを運営している) カフェのことで何かを決めるときはスタッフが考えるのではなく、まずはメンバーにどう思うか問いかけるようにしている。
3-7.	3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。	スタッフがメンバーに相談しやすくなり、また、メンバーもスタッフに相談してくれるようになった。メンバーはカフェのことはもちろん、プライベートなことも相談してくれるようになり、信頼関係ができたように思う。
3-8.	メンバーとの会話の多さはどのくらいですか。	5: 常に会話している
3-9.	スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。 (例: メンバーの昔話、メンバーの趣味の話、事業所でやっている社会参加活動の話)	新しいメニューのアイデア、カフェ活動の話
3-10.	メンバーが「今日は○○をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 今日のお昼は○○を食べてみたい。)	カフェ活動をメインにしている事業所のため該当せず
3-11.	3-10.について、どのくらい実現することができましたか。	
3-12.	メンバーが「いつか○○をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 遠い場所への外出・旅行、社会参加活動)	4: しばしばある
3-13.	3-12.について、どのくらい実現することができましたか。	4: やや実現できている
3-14.	実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。	メンバーが高齢でも、認知症でも、自立していることを信じ、カフェ業務などを任せる。メンバーから意見がでるようにこちらから積極的に問いかけるようにしている。
3-15.	実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。	メンバーから「作ったことは無いけれど教えてもらいながらクッキー作ってみたい」と話してくれるなど、メンバーが自分から積極的な意見をだしてくれるようになった。
3-16.	メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。	今まで調理だけ担当していたメンバーが来客者ともかかわりたいと話され、自分からカフェのホールに出て接客するようになった。また、ある時、メニューより先にお冷を持って行った方が良いのではないかとメンバーが案を出してくれた。そのように変更したところ、メンバーは自分の意見が採用されて自信につながったようだった。
3-17.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。	5: 非常にそう感じる
3-18.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。	5: 非常にそう思う
3-19.	スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思いますか。	2: あまりそう思わない
3-20.	メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせることでできていると思いますか。	4: ややそう思う
3-21.	スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。	4: やや感じる
3-22.	取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。	2: 一週間に一回
3-23.	メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。	4: しばしば会話している

表Ⅲ-3-2 インタビューの結果(事業所 D)

質問番号	質問項目	回答
3-1.	BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。	5名
3-2.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。	管理職1名、看護師1名、介護職2名、相談員1名
3-3.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。	働くデイサービスを実現するために、日々のミーティングでメンバーにどのような活動をしたいか想いを聴く。
3-4.	メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。	仲間と出会える場所、居場所、自分のやりたいことができる場所、社会とのつながりがある場所
3-5.	3-4.を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。	4: ややできていると思う
3-6.	3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。	5分間ミーティングというスタッフとメンバーがコミュニケーションを取る時間を毎日つくっている。そのミーティングや日常会話をとおして、メンバーの想いを聞くようにしている。
3-7.	3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。	スタッフもメンバーも主体的になったような気がする。このようなこともできたら良いのではないかとという積極的な意見も出るようになった。
3-8.	メンバーとの会話の多さはどのくらいですか。	3: とまどき会話している
3-9.	スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。 (例: メンバーの昔話、メンバーの趣味の話、事業所で行っている社会参加活動の話)	趣味、好きなもの、昔していた仕事、家族の話
3-10.	メンバーが「今日は〇〇をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 今日のお昼は〇〇を食べてみたい。)	3: とまどきある
3-11.	3-10.について、どのくらい実現することができましたか。	3: どちらともいえない
3-12.	メンバーが「いつか〇〇をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 遠い場所への外出・旅行、社会参加活動)	4: しばしばある
3-13.	3-12.について、どのくらい実現することができましたか。	3: どちらともいえない
3-14.	実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。	スタッフとメンバーの意見交換の時間をづくり、実現するにはスケジュールを調整したり、他の組織(法人内、地域のNPO団体、社会福祉協議会の担当者)に相談したりしている。
3-15.	実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。	スタッフ、メンバーともに活動をとおして会話の機会が増えた。メンバーが意見を言う機会が増えた。
3-16.	メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。	同じ法人の別事業所へ出た段ボールの回収をしているが、それは法人内で社会参加活動の話をしてニーズがあったため実現した。また、地域のNPO法人が行っている地域の問題を一緒に考える世代間交流のサロンに、ボランティアをする側として参加している。
3-17.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。	3: どちらともいえない
3-18.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。	4: ややそう思う
3-19.	スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思えますか。	3: どちらともいえない
3-20.	メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせることでできていると思いますか。	4: ややそう思う
3-21.	スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。	4: やや感じる
3-22.	取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。	1: 一日に一回
3-23.	メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。	4: しばしば会話している

表Ⅲ-3-2 インタビューの結果(事業所 E)

質問番号	質問項目	回答
3-1.	BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。	7名
3-2.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。	管理職1名、看護師1名、介護職3名、相談員2名
3-3.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。	ミーティングで主体的に意見を言えるような場をつくっている。取り組んでいるスタッフは、どうしたらよいかという指示を聞く姿勢ではなく、自分だったらこう考えるという主体的な話し方をしている。
3-4.	メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。	自分の意見が言えるところ
3-5.	3-4.を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。	4: ややできていると思う
3-6.	3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。	ソフト面では、意見が言いやすいような明るい雰囲気をつくり、メンバーの声をひきだすことを意識している。ハード面では、一般的なデイサービスの雰囲気ではなく、家庭的な雰囲気になるように備品を工夫している。カーベットからフローリングに変えたり、目隠しの部分をオープンにしたり、プライバシーが必要などころには目隠しをしたりし、親しみやすい雰囲気にした。
3-7.	3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。	事業所が明るい雰囲気になった。私たちは複合施設だが、他の事業所スタッフがメンバーに会いに来たり、お礼に来たりすることが多くなった。100BLGの活動を開始する前から継続して利用しているメンバーが1名いるが、その方は以前に比べて想いについて話す機会が増え、活き活きされているように感じる。
3-8.	メンバーとの会話の多さはどのくらいですか。	5: 常に会話している
3-9.	スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。 (例: メンバーの昔話、メンバーの趣味の話、事業所で行っている社会参加活動の話)	メンバーの昔話、趣味の話、事業所で行っている社会参加活動の話、認知症の話
3-10.	メンバーが「今日は○○をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 今日のお昼は○○を食べてみたい。)	4: しばしばある
3-11.	3-10.について、どのくらい実現することができましたか。	4: やや実現できている
3-12.	メンバーが「いつか○○をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 遠い場所への外出・旅行、社会参加活動)	3: ときどきある
3-13.	3-12.について、どのくらい実現することができましたか。	2: あまり実現できていない
3-14.	実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。	メンバーの想いを実現するために1日のスケジュールを変更したり、メンバーが行ってみたいと言った場所に問い合わせをしたりした。メンバーにしてみたいことを書きだしてもらって想いを聞いた。
3-15.	実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。	仕事をするにより新しい発見や出会いがあるのではないかとあって、メンバーが社会参加活動に参加することが増えた。メンバーが他のメンバーを誘って一緒に社会参加活動をやることが増えた。社会参加活動がきっかけで外出が増えた。仕事を自分の役割だと思っている人もいる。また、仕事をするなら有償でしてみたいというメンバーもでてきた。
3-16.	メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。	メンバーの有償で仕事をしてみたいという声と、生協から食材の配達の仕事があるのでやってもらえないかという相談があり、ニーズが合致して実現した仕事がある。
3-17.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。	3: どちらともいえない
3-18.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。	4: ややそう思う
3-19.	スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思えますか。	2: あまりそう思わない
3-20.	メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせることができていると思いますか。	4: ややそう思う
3-21.	スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。	4: やや感じる
3-22.	取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。	3: 一か月に一回
3-23.	メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。	4: しばしば会話している

表Ⅲ-3-2 インタビューの結果(事業所 F)

質問番号	質問項目	回答
3-1.	BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。	3名
3-2.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。	管理職1名、看護師1名、相談員1名
3-3.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。	社会参加活動に中心的に参加したり、こうしたほうが良いというアイデアを出したりする。メンバーと相談しながら物事を決める。
3-4.	メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。	自分がここでも良いと認められる場所。過ごしていて違和感がない場所。自分の存在価値が自分自身で感じられるような場所。
3-5.	3-4.を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。	4: ややできていると思う
3-6.	3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。	スタッフの意識改革。前まではスタッフがメンバーに介護を提供するという意識だったが、今は主体的にメンバーの方に動いてもらうことを意識し、また、スタッフがメンバーの主体性を受け止めることを意識している。
3-7.	3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。	以前はスタッフが全て用意してしまっていたが、メンバーのやりたいことやできることを聞きながらメンバーと一緒にやるようになった。事業所内では組織の構成上、メンバーが社会参加活動をやっているグループとやっていないグループにわかれているが、社会参加活動をおこなっているグループのほうが身体的な活動量が多く、また、それに付随して会話が深い。そのため、社会参加活動をやっているグループのほうが精神的な満足度が高いように感じる。
3-8.	メンバーとの会話の多さはどのくらいですか。	5: 常に会話している
3-9.	スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。 (例: メンバーの昔話、メンバーの趣味の話、事業所で行っている社会参加活動の話)	健康面の話、昔話、今の生活の話、社会参加活動の話
3-10.	メンバーが「今日は〇〇をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 今日のお昼は〇〇を食べてみたい。)	3: ときどきある
3-11.	3-10.について、どのくらい実現することができましたか。	2: あまり実現できていない
3-12.	メンバーが「いつか〇〇をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 遠い場所への外出・旅行、社会参加活動)	3: ときどきある
3-13.	3-12.について、どのくらい実現することができましたか。	2: あまり実現できていない
3-14.	実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。	実施のためのスタッフの人数の確保や出かけるための車の確保に加えて、事業所で行っている活動について事業所内外での周知を行った。自分たちの活動について理解してもらうために、情報提供を家族やケアマネージャーといった関係者に行い、また、自分たちの事業所で社会参加活動を推進していることを知ってもらうために、地域に積極的に周知や報告をした。地域に周知することで農家や市の職員の人とつながることができ、そのつながりがきっかけで社会参加活動が実現したこともある。
3-15.	実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。	表情が明るくなり、活気が出てきた。社会参加活動を自分事と捉え、自主的に社会参加活動の実施スケジュールを考えたり、準備したりされるメンバーも出てきた。
3-16.	メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。	様々なところとつながりを作っていくことで社会参加活動が実現できている。農家でのお仕事はたまたまメンバーの近所の人とつながって実現した。また、小学校の校長先生とつながって包丁研ぎや学級園の整備の話につながった。包丁研ぎは学校に訪問して行うが、包丁研ぎをするメンバー以外も小学校と一緒に訪問しており、外出や小学校の生徒たちと話す機会につながっている。
3-17.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。	4: ややそう思う
3-18.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。	3: どちらともいえない
3-19.	スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思いますか。	2: あまりそう思わない
3-20.	メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせることができていると思いますか。	2: あまりそう思わない
3-21.	スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。	2: あまり感じない
3-22.	取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。	2: 一か月に一回
3-23.	メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。	3: ときどき会話している

表Ⅲ-3-2 インタビューの結果(事業所 G)

質問番号	質問項目	回答
3-1.	BLGの活動を主体性を持って取り組んでいるスタッフの数は何人ですか。	8名
3-2.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、職種は何ですか。	管理者1名、計画作成担当者(ケアマネ)1名、看護兼介護職員1名、介護職員5名
3-3.	取り組んでいるスタッフがいる場合は、具体的にどのように取り組んでいるか教えてください。	普段の何気ない会話から利用者の声や想いを聞きだしている。
3-4.	メンバーが「ここは良い場だ」と思えるのは、どのような事業所だと思いますか。	自分の存在を認めてくれる場所。自分の想いが言える場所。仲間がいる場所。環境面で考えたのは、華やかさや明るさよりも落ち着く環境がある場所。「自分もここに良いんだ」と感じられる雰囲気を出せるように工夫した。
3-5.	3-4.を実現するためにスタッフは何か行動していると思いますか。	4: ややできていると思う
3-6.	3-4.を実現するために工夫したことを教えてください。	心地よさというのは人それぞれだと思うため、メンバーひとりひとりの心地よさとは何か気にしており、聴くようにしている。
3-7.	3-6.の工夫をした結果、事業所やメンバーにどのような変化がありましたか。	100BLGから指摘があり、照明が暗かったので黄色から白色にした。また、音のない環境で活動をしており、活動中は作業の音しか聞こえなかったので喫茶店のようなBGMを流すことにした。その結果メンバーがリラックスできるようになった。そして、作業のON/OFFが切り替えられるようになった。
3-8.	メンバーとの会話の多さはどのくらいですか。	4: しばしば話している
3-9.	スタッフとメンバーはどのような会話をしますか。	職員が話題を提供するというよりは、耳の遠いメンバー同士の会話をつなぎ、メンバーの会話の橋渡しをしている。なるべく会話の邪魔をしない。そのようにしながらメンバーがどのような人か感じ取っている。話の内容は活動の話や昔話が多い。
3-10.	メンバーが「今日は○○をやりたい」とその日の過ごし方について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 今日のお昼は○○を食べてみたい。)	3: ときどきある
3-11.	3-10.について、どのくらい実現することができましたか。	4: やや実現できている
3-12.	メンバーが「いつか○○をやりたい」と将来実現できたら良い大きな目標や活動について気持ちを伝えることはありますか。 (例: 遠い場所への外出・旅行、社会参加活動)	3: ときどきある
3-13.	3-12.について、どのくらい実現することができましたか。	4: やや実現できている
3-14.	実現するためにどのような工夫や変更を行いましたか。	まだあまり社会参加活動はできていない。今は本人の想いを聴いて実現に向けて行動をおこし始めているところ。1日のスケジュールを変更するなどして工夫している。
3-15.	実現の過程で、メンバーに何か変化はありましたか。	全員ではないが、昔のように生活を送る自信を取り戻しているように感じる。お家の周りを散歩することが増えた方や、友達と出かけることが増えた方がいらっしゃると聞いた。
3-16.	メンバーの想いを実現する過程や、社会参加活動の具体的なエピソードを教えてください。	今は事業所外の方からいただいた仕事をしている。ペットショップで使うペットの寝床用の新聞紙を破く仕事や、近くにある就労支援施設で使用する味噌汁用の具材を切ったり、工芸品をつくるための糸をほぐしたりする仕事をしている。これらの仕事はスタッフがお店や施設に話を持ち掛けて実現したもの。近隣にスタッフとメンバーで挨拶に行きながら、できる仕事がないか聞いてまわったこともある。
3-17.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーが自信を取り戻したと感じますか。	4: ややそう感じる
3-18.	想いの実現の過程や、社会参加活動によってメンバーは変化したと思いますか。	5: 非常にそう思う
3-19.	スタッフから見て、メンバーは認知症であることを負い目に感じているように思いますか。	2: あまりそう思わない
3-20.	メンバーの想いを実現するためにスタッフ同士で力を合わせることでできていると思いますか。	3: どちらともいえない
3-21.	スタッフは仕事にやりがいや楽しさを感じていますか。	4: やや感じる
3-22.	取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、メンバーを中心に置いて取り組んでいるか振り返る頻度はどのくらいですか。	3: 一か月に一回
3-23.	メンバー同士の会話の多さはどのくらいですか。	3: ときどき話している

#### 4. 費用結果分析

費用結果分析の結果を表Ⅲ-4-1 に示す。研修時間が長くなるにつれ、各項目の点数が高くなる傾向が見られた。研修時間が短い事業所の場合、利用者を中心に行動する環境の構築が途上であり(事業所 A の質問番号 3-5.)、職員と利用者が社会参加活動について具体的な会話をする頻度は少なく、実現ができたものも少ない結果となった(質問番号 3-12, 13.)。他方で、事業所の職員数が多い場合、研修時間が長くとも、他の事業所よりも全体的に点数が低かった(事業所 G)。

しかし、点数が低い項目がある事業所も含めて、活気がうまれている状態であることが観察された。具体的には、職員については仕事にやりがいや楽しさを感じている傾向があり(質問番号 3-21.)、また、利用者については日常の過ごし方について自分の想いを伝えるような自発性があることが観察され(質問番号 3-10.)、職員と利用者間および利用者同士の会話は多かった(質問番号 3-8, 23.)。また、利用者が想いの実現の過程や社会参加活動によって変化したことが観察された(質問番号 3-17, 18.)。

##### 1) 研修を修了した事業所に投入された時間と費用

100BLG 株式会社側の研修を受講している事業所は、修了基準である「スタッフ同士の連携」、「目的を忘れない」、「現場スタッフが仕事を楽しいと思う」、「メンバー同士で会話が増える」を達成していると 100BLG 株式会社に判断されると、研修が修了となる。

調査対象である事業所のうち、事業所 B と事業所 E は研修を修了している。2つの事業所が研修修了までに投入された時間と費用の平均を表Ⅲ-4-3 に示す。

事業所側について、修了までの期間の平均は 22.5 か月、研修実施時間の平均は 226 時間、事業所全体の人的費用は平均で 447,885 円であった。また、事業所の職員一人あたり平均で 40 時間が研修に投入され、事業所の職員一人あたりの費用は平均で 81,180 円であった。

また、100BLG 株式会社側について、1つの事業所が修了するまでにかけた研修開発・維持費の平均は 324,582 円で、開発・維持のために投入された時間の平均は 130 時間であった。また、研修実施時間の平均は 185 時間で、実施にかかる人的費用の平均は 1 事業所あたり 462,500 円であった。

表III-4-1 費用結果分析の結果(事業所側と 100BLG 株式会社側)

比較対象	研修実施期間 (単位：月)	研修実施時間 (単位：時間)	事業所人数	介護サービス事業所側 費用			アウトカム															
				人的費用(研修実施)		物品費	質問項目															
				合計額 (単価①×人数 (1人と仮定)× 実施時間+単価 ②×(各研修参 加数-管理職級 の1名)×実施時 間 単位：円)	単価① (管理職級 単 位：円/時間)	単価② (一般社員 単 位：円/時間)	合計額	3-1. BLGの活動を主 体性を持って 取り組んでい るスタッフの 数は何人です か。	3-5. 「ここは 良い場だと思 える事業所」 を実現するた めにスタッフ は何か行動し ていますか。	3-8. スタッフとメ ンバーの会話 の多さはどの くらいです か。	3-10. メンバーが 「今日は〇〇 をやりたい」 とその日の過 ごし方につい て気持ちを伝 えることはあ りますか。	3-11. 3-10.につい て、どのくら い実現するこ とができたか。	3-12. メンバーが 「いつか〇〇 をやりたい」 と将来実現で きたら良い大 きな目標や活 動について気 持ちは伝える ことはありま すか。	3-13. 3-12.につい て、どのくら い実現するこ とができたか。	3-17. 想いの実現の 過程や、社会 参加活動に よってメン バーが自信を 取り戻したと 感じますか。	3-18. 想いの実現の 過程や、社会 参加活動に よってメン バーは変化し たと思います か。	3-19. スタッフから 見て、メン バーは認知症 であることを 負い目を感じ ているように 思いますか。	3-20. メンバーの想 いを実現する ためにスタッ プ同士で力を 合わせるこ とができている か。	3-21. スタッフは仕 事にやりがい や楽しさを感じ ていますか。	3-22. 取り組みの本 来の目的を忘 れていない か、また、メ ンバーを中心 に置いて取り 組んでいるか 振り返る頻度 はどのくらい ですか。	3-23. メンバー同士 の会話の多さ はどのくらい ですか。	
事業所A	8	126	12	284,195	2,021	2,361	0	3名	2: あまりでき ていないと思 う	4: しばしば会 話している	3: ときどきあ る	4: やや実現で きている	2: ほとんどな い	2: あまり実現 できていない	4: ややそう思 う	4: ややそう思 う	3: どちらとも いえない	4: ややそう思 う	4: やや感じる	2: 一週間に一 回	4: しばしば会 話している	
事業所B (研修修了)	22	151.5	4	320,991	2,254	1,929	0	2-3名	4: ややできて いると思う	5: 常に会話し ている	5: 常にある	4: やや実現で きている	3: ときどきあ る	3: どちらとも いえない	4: ややそう感 じる	4: ややそう思 う	3: どちらとも いえない	4: ややそう思 う	4: やや感じる	2: 一週間に一 回	5: 常に会話し ている	
事業所C	15	194.5	3	417,684	2,254	2,032	0	2名	4: ややできて いると思う	5: 常に会話し ている	該当なし ※1	4: しばしばあ る	4: やや実現で きている	5: 非常にそう 感じる	5: 非常にそう 思う	2: あまりそう 思わない	4: ややそう思 う	4: やや感じる	2: 一週間に一 回	4: しばしば会 話している		
事業所D	21	267.5	30	555,114	2,075	2,075	0	5人	4: ややできて いると思う	3: ときどき会 話している	3: ときどきあ る	3: どちらとも 言えない	4: しばしばあ る	3: どちらとも いえない	3: どちらとも いえない	4: ややそう思 う	3: どちらとも いえない	4: やや感じる	1: 一日に一回	4: しばしば会 話している		
事業所E (研修修了)	23	299.5	7	574,778	1,929	1,915	0	7人	4: ややできて いると思う	5: 常に会話し ている	4: しばしばあ る	4: やや実現で きている	3: ときどきあ る	2: あまり実現 できていない	3: どちらとも いえない	4: ややそう思 う	2: あまりそう 思わない	4: やや感じる	3: 一か月に一 回	4: しばしば会 話している		
事業所F	22	299.5	6	603,754	1,984	2,032	0	3名	4: ややできて いると思う	5: 常に会話し ている	3: ときどきあ る	2: あまり実現 できていない	3: ときどきあ る	2: あまり実現 できていない	4: ややそう思 う	3: どちらとも いえない	2: あまりそう 思わない	2: あまり感じ ない	2: 一か月に一 回	3: ときどき会 話している		
事業所G	27	361	9	681,075	2,114	1,755	0	8名	4: ややできて いると思う	4: しばしば会 話している	3: ときどきあ る	4: やや実現で きている	3: ときどきあ る	4: やや実現で きている	4: ややそう感 じる	5: 非常にそう 思う	2: あまりそう 思わない。	3: どちらとも いえない	4: やや感じる	3: 一か月に一 回	3: ときどき会 話している	

※1 社会参加活動は、併設のカフェでの活動が主であるため該当せず

比較対象	研修実施期間 (単位：月)	100BLG株式会社側 費用					
		研修開発・維持費			人的費用(研修実施)		
		合計額 (単位：円)	単価 (単位：円/時間)	所要時間 (単位：時間)	合計額 (単位：円)	単価 (単位：円/時間)	所要時間 (単位：時間)
事業所A	8	88,235	2,500	35	145,000	2,500	58
事業所B (研修修了)	22	255,159	2,500	102	377,500	2,500	151
事業所C	15	469,384	2,500	188	715,000	2,500	286
事業所D	21	238,149	2,500	95	355,000	2,500	142
事業所E (研修修了)	23	394,006	2,500	158	547,500	2,500	219
事業所F	22	307,252	2,500	123	462,500	2,500	185
事業所G	27	719,671	2,500	288	787,500	2,500	315

表Ⅲ-4-3 研修を修了した2事業所の費用と投入された時間の平均

事業所側 費用

	人的費用(研修実施)					
	研修実施期間 (単位:か月)	職員数 (単位:人)	研修実施時間 (単位:時間)	人的費用 (単位:円)	職員一人当たり の投入時間 (単位:時間)	職員一人当たりの 費用 (単位:円)
修了した事業所の平均	22.5	5.5	226	447,885	40	81,180

100BLG株式会社側 費用

	研修開発・維持費			人的費用(研修実施)	
	研修実施期間 (単位:か月)	研修開発・維持費 (単位:円)	開発・維持のため に投入された時間 (単位:時間)	研修実施時間 (単位:時間)	人的費用 (単位:円)
修了した事業所の平均	22.5	324,582	130	185	462,500

## 2) 感度分析

### (1) 事業所間交流費の追加

事業所間交流は、100BLG 株式会社の研修を受講中、もしくは、受講し終わった事業所が各自の社会参加活動に関する取り組みを共有して情報を交換し、学び合う交流会である。そして本交流会を行うにあたり発生する人的費用を、事業所間交流費とした。交流会は任意参加であるため前述の費用結果分析では本費用を除外して分析を行ったが、社会参加活動の推進を助けるという点から、事業所間交流費を含めた分析を行った。交流会は2020年から始まり、1年間に20回ほど開催している。また、各交流会の実施時間は1時間程度である。また、発生する費用は研修参加および準備のための人的費用のみである。分析では、2020年から2021年に開催された40回の交流会のうち事業所が研修に参加していた期間ぶんだけ各事業所の管理者1名が参加したと仮定した。

また、100BLG 株式会社側の費用については、準備のための打合せに1時間、開催に1時間かかり、各回1名ずつ職員が投入されると仮定し算出した。人的費用の計上は、各事業所の研修実施期間で按分して行った。分析の結果を表Ⅲ-4-4に示す。

また、研修を修了している2つの事業所について、研修修了までに投入された時間と費用の平均を表Ⅲ-4-5に示す。

### (2) モデル時給の変更

Ⅱ. 調査方法で述べたとおり、事業所の職員のモデル時給は勤続年数および事業所の種別と、厚生労働省の令和2年度介護従事者処遇状況等調査結果を参考に算出した。しかし、この方法で算出した時給は勤続年数で大きく左右されるため、管理者と一般社員の時給が逆転する事業所があった。そこで感度分析として、勤続年数を考慮せず、事業所種別と役職(管理者または一般職員で分類)のみを考慮したモデル時給を同じく厚生労働省の令和2年度介護従事者処遇状況等調査結果を参考に算出し、感度分析を行った。その結果を表Ⅲ-4-6に示す。

また、研修を修了している2つの事業所について、研修修了までに投入された時間と費用の平均を表Ⅲ-4-7に示す。なお、本分析に事業所間交流費は含まれていない。

表III-4-4 事業所間交流費ありの費用結果分析の結果(事業所側と100BLG株式会社側)

比較対象	研修実施期間 (単位:月)	研修実施時間 (単位:時間)	事業所人数	介護サービス事業所側 費用							アウトカム													
				人的費用(研修実施)			物品費	事業所間交流費			質問項目													
				合計額 (単価①×人数 (1人と仮定)× 実施時間+単価 ②×(各研修参 加数-管理職職 の1名)×実施時 間 単位:円)	単価① (管理職級 単 位:円/時間)	単価② (一般社員 単 位:円/時間)	合計額	合計額 (2020年~ 2021年の研修 実施月数/24 か月×40回×1 時間×単価)	単価 (管理職級 単 位:円/時間)	2020年~2021 年の研修実施月 数 (単位:か月)	3-1. BLGの活動を主 体性を持って 取り組んでいる スタッフの人数 は何人ですか。	3-5. 3-4.「ここは 良い場だと思 える事業所」 を実現するた めにスタッフ は何か行動し ていますか。	3-8. スタッフとメン バーの会話 の多さはどの くらいです か。	3-10. メンバーが 「今日は○○ をやりたい」 とその日の過 ごし方につい て気持ちを伝 えることはあ りますか。	3-11. 3-10.につい て、どのくら い実現するこ とができたか。	3-12. メンバーが 「いつか○○ をやりたい」 と将来実現で きたら良い大 きな目標や活 動について気 持ちは伝えら れますか。	3-13. 3-12.につい て、どのくら い実現するこ とができたか。	3-17. 想いの実現の 過程や、社会 参加活動に よってメン バーが自信を 取り戻したと 感じますか。	3-18. 想いの実現の 過程や、社会 参加活動に よってメン バーは変化し たか。	3-19. スタッフから 見て、メン バーは認知症 であることを 負い目に感じ ていますか。	3-20. メンバーの想 いを実現する ためにスタッ フ同士で力を 合わせている か。	3-21. スタッフは仕 事にやりがい や楽しさを感じ ていますか。	3-22. 取り組みの本 来の目的を忘 れていないか 、また、メン バーを中心に 置いているか 振り返る頻度 はどのくらい ですか。	3-23. メンバー同士 の会話の多さ はどのくらい ですか。
事業所A	8	126	12	284,195	2,021	2,361	0	26,944	2,021	8	3名	2:あまりできていないと思う	4:しばしば会話している	3:ときどきある	4:やや実現できている	2:ほとんどない	3:12.について、どのくらい実現できていない	4:ややそう思う	4:ややそう思う	3:どちらともいえない	4:ややそう思う	4:やや感じる	2:一週間に一回	4:しばしば会話している
事業所B (研修修了)	22	151.5	4	320,991	2,254	1,929	0	82,632	2,254	22	2-3名	4:ややできていると思う	5:常に会話している	5:常にある	4:やや実現できている	3:ときどきある	3:どちらともいえない	4:ややそう感じる	4:ややそう思う	3:どちらともいえない	4:ややそう思う	4:やや感じる	2:一週間に一回	5:常に会話している
事業所C	15	194.5	3	417,684	2,254	2,032	0	56,340	2,254	15	2名	4:ややできていると思う	5:常に会話している	該当なし ※1	4:しばしばある	4:やや実現できている	5:非常にそう感じる	5:非常にそう思う	2:あまりそう思わない	4:ややそう思う	4:やや感じる	2:一週間に一回	4:しばしば会話している	
事業所D	21	267.5	30	555,114	2,075	2,075	0	72,632	2,075	21	5人	4:ややできていると思う	3:ときどき会話している	3:ときどきある	3:どちらともいえない	4:しばしばある	3:どちらともいえない	4:ややそう思う	3:どちらともいえない	4:ややそう思う	4:やや感じる	1:一日に一回	4:しばしば会話している	
事業所E (研修修了)	23	299.5	7	574,778	1,929	1,915	0	73,958	1,929	23	7人	4:ややできていると思う	5:常に会話している	4:しばしばある	4:やや実現できている	3:ときどきある	2:あまり実現できていない	4:ややそう思う	2:あまりそう思わない	4:ややそう思う	4:やや感じる	3:一か月に一回	4:しばしば会話している	
事業所F	22	299.5	6	603,754	1,984	2,032	0	72,752	1,984	22	3名	4:ややできていると思う	5:常に会話している	3:ときどきある	2:あまり実現できていない	3:ときどきある	4:ややそう思う	3:どちらともいえない	2:あまりそう思わない	2:あまりそう思わない	2:あまり感じない	2:一か月に一回	3:ときどき会話している	
事業所G	27	361	9	681,075	2,114	1,755	0	84,574	2,114	24	8名	4:ややできていると思う	4:しばしば会話している	3:ときどきある	4:やや実現できている	3:ときどきある	4:ややそう感じる	4:ややそう感じる	5:非常にそう思う	2:あまりそう思わない	3:どちらともいえない	4:やや感じる	3:一か月に一回	3:ときどき会話している

※1 社会参加活動は、併設のカフェでの活動が主であるため該当せず

比較対象	研修実施期間 (単位:月)	100BLG株式会社側 費用									
		研修開発・維持費			人的費用(研修実施)			事業所間交流費			
		合計額 (単位:円)	単価 (単位:円/時間)	所要時間 (単位:時間)	合計額 (単位:円)	単価 (単位:円/時間)	所要時間 (単位:時間)	合計額 (事業所の2020 年~2021年の 研修実施月数 /全事業所の 研修実施月数× 40回×2時間× 単価)	単価 (単位:円/時 間)	2020年~2021 年の研修実施月 数 (単位:か月)	
事業所A	8	88,235	2,500	35	145,000	2,500	58	11,852	2,500	8	
事業所B (研修修了)	22	255,159	2,500	102	377,500	2,500	151	32,593	2,500	22	
事業所C	15	469,384	2,500	188	715,000	2,500	286	22,222	2,500	15	
事業所D	21	238,149	2,500	95	355,000	2,500	142	31,111	2,500	21	
事業所E (研修修了)	23	394,006	2,500	158	547,500	2,500	219	34,074	2,500	23	
事業所F	22	307,252	2,500	123	462,500	2,500	185	32,593	2,500	22	
事業所G	27	719,671	2,500	288	787,500	2,500	315	35,556	2,500	24	

表III-4-5 研修を修了した2事業所の費用と投入された時間の平均(事業所間交流費あり)

事業所側 費用

	人的費用(研修実施)						事業所間交流費	
	研修実施期間 (単位: か月)	職員数 (単位: 人)	研修実施時間 (単位: 時間)	人的費用 (単位: 円)	職員一人当たりの投入時間 (単位: 時間)	職員一人当たりの費用 (単位: 円)	事業所間交流実施時間 (単位: 時間)	人的費用 (単位: 円)
修了した事業所の平均	22.5	5.5	226	447,885	40	81,180	37.5	78,295

100BLG株式会社側 費用

	研修開発・維持費			人的費用(研修実施)		事業所間交流費	
	研修実施期間 (単位: か月)	研修開発・維持費 (単位: 円)	開発・維持のために投入された時間 (単位: 時間)	研修実施時間 (単位: 時間)	人的費用 (単位: 円)	事業所間交流準備および実施時間 (単位: 時間)	人的費用 (単位: 円)
修了した事業所の平均	22.5	324,582	130	185	462,500	75	187,500

#### IV. 考察

##### 1. 取組みの経緯・意義と成果等に関わるインタビュー調査

###### 1) 社会参加活動の課題

インタビュー調査を通じて、介護サービス利用者の社会参加活動の推進について、以下のような課題が明らかとなった。

- ・ (既に実施している地域においては) 制度上の阻害要因は、大きくはないことがわかっている。
- ・ なぜ社会参加が必要なのかといった、目的に関するスタッフの意識変容や業務の進め方の改善に一定の時間・労力がかかる。
- ・ 当事者のやりたいと思う気持ちを引き出すこと(あるいはそうした場づくり)ができていない、あるいは課題があると感じる事業所が多い。
- ・ 家族やケアマネジャーなどにも「社会参加」の意義について理解を得る必要があるが、十分コミュニケーションがとれていない場合もある。
- ・ 事業所独自のつながりでの仕事の開拓にも限界がある。
- ・ 個々の事業所の取組みと、行政施策や推進体制との接続していないケースが多い。
- ・ コーディネーターの役割が重要になるが、現状ではまだその役割を担えている地域は少ない。

###### 2) 社会参加活動の推進にあたっての示唆

今後、介護サービス利用者の社会参加活動をより広く推進するためには、以下のような点に留意する必要がある。

- ・ 以前は全国で数事業所に留まっていた介護サービス利用者の社会参加活動は、全国に広がりつつある。
- ・ ある程度、事業所単位での活動が進んでいる地域に関しては、事業所の自助努力だけでなく、仕事の開拓などにおいて、自治体とコーディネーターも積極的に役割を果たすことが期待される。

- ・ 一方で、その他、多くの地域では、介護事業所自体が取り組みをスタートする環境に乏しい場合が多く、スタッフの意識変容や業務の進め方の改善を進めるためのプログラムが必要である。

## 2. 社会参加・就労活動が促進されるまでの事業所の変化を見える化するロジックモデルの作成

介護サービス利用者の社会参加活動が浸透していない事業所には、阻害要因がいくつか存在している。例えば、利用者が事業所は介護サービスを受けるだけの場所であると考えている状態や、職員が認知症の方や高齢の方は社会参加活動を行う状態ではないと思込んでいる状態などである。それらの阻害要因が存在するために、事業所職員と利用者の中で、介護する一介護されるという一方的な関係が構築されている（図Ⅲ-2-1 左下点線枠内）。

社会参加活動が事業所の中で浸透するためには、まず事業所職員と利用者が、介護する一介護されるという関係から、対話をとおして一体となれるような関係に変化する必要がある。そのためには、まず事業所職員の意識改革が重要となる。具体的には、事業所職員が社会参加活動を行う事業所はどのようなものかイメージを持ち、その事業所職員らをまとめる管理職が社会参加活動について理解および納得することが求められる（図Ⅲ-2-1 内①、②）。

そして、事業所職員の中で目線合わせができてくるようになると、事業所職員は、利用者の気持ちを知るために、利用者が気持ちを話しやすいような環境を考え、それを構築する行動をおこす（図Ⅲ-2-1③、④）。具体的な行動例については、図Ⅲ-2-1 内の④の点線枠内に記載した。これらのような行動を事業所職員がとることにより利用者が気持ちを話しやすい環境が生まれ、かつ、事業所職員が利用者に指示するのではなく利用者を尊重したコミュニケーションをとるようになると、事業所職員と利用者の関係が上下ではなく横並びで、対等な関係に変化する（図Ⅲ-2-1⑤）。

そのような関係に変化することにより、利用者は、自己開示をし、その延長線上で、「何かをやってみたい」という自分の想いを事業所職員に伝えるようになると考えられる。また、事業所職員は利用者一人の人として向き合い、また、想いを知ることにより、利用者介護すべき顧客ではなく、一人の身近な人物だと捉えるようになる（図Ⅲ-2-1 内⑥～⑧）。こうした変化が事業所職員に起こることによって、事業所職員は利用者をさらに知ろうとし、また、利用者の何かをやってみたいという想いを叶えたいと思い、行動する（図Ⅲ-2-1 内⑨～⑪）。事業所職員の想いを聞く態度および叶えようとする行動は、利用者の想いを叶えられたか否かに関わらず、事業所の風土や職員、利用者に大きな影響を与える。具体的には、職員と利用者のコミュニケーションの増加、職員と利用者の信頼関係の構築、事業所が利用者の居場所へ変化することなどである。

表III-4-6 モデル時給が役職ベースの場合の費用結果分析の結果(事業所側)

比較対象	研修実施期間 (単位：月)	研修実施時間 (単位：時間)	事業所人数	介護サービス事業所側 費用			アウトカム														
				人的費用(研修実施)		物品費	質問項目														
				合計額 (単価①×人数 (1人と仮定)× 実施時間+単価 ②×(各研修参 加数-管理職級 の1名)×実施時 間 単位：円)	単価① (管理職級 単 位：円/時間)	単価② (一般社員 単 位：円/時間)	合計額	3-1. BLGの活動を主 体性を持って 取り組んでいる スタッフの 数は何人です か。	3-4.(「ここは 良い場だと思 える事業所」) を実現するた めにスタッフ は何か行動し ていると思 いますか。	3-8. スタッフとメ ンバーの会話 の多さはどの くらいです か。	3-10. メンバーが 「今日は〇〇 をやりたい」 とその日の過 ごし方につ いて気持ちを 伝えることは ありますか。	3-11. 3-10.につ いて、どのく らい実現す ることができ ましたか。	3-12. メンバーが 「いつか〇〇 をやりたい」 と将来実現 できたら良い 大きな目標 や活動につ いて気持ち を伝えるこ とがあります か。	3-13. 3-12.につ いて、どのく らい実現す ることができ ましたか。	3-17. 想いの実現 の過程や、社 会参加活動 によってメン バーが自信 を取り戻した と感じます か。	3-18. 想いの実現 の過程や、社 会参加活動 によってメン バーは変化 したと思 いますか。	3-19. スタッフから 見て、メン バーは認知 症であることを 感じるよう に思 いますか。	3-20. メンバーの 想いを実現 するために スタッフ同 士で力を 合せてい ると思 いますか。	3-21. スタッフは 仕事にや りがい や楽しさ を感じて います か。	3-22. 取り組み の本来的 目的を忘 れていな いか、ま た、メン バーを 中心に 置いて 取り組 んでいる か、振 り返る 頻度は どのく らい ですか。	3-23. メンバー 同士の 会話の 多さは どのく らい ですか。
事業所A	8	126	12	239,341	2,245	1,745	0	3名	2: あまりできていないと思う	4: しばしば会話している	3: ときどきある	4: やや実現できている	2: ほとんどない	2: あまり実現できていない	4: ややそう思う	4: ややそう思う	3: どちらともいえない	4: ややそう思う	4: やや感じる	2: 一週間に一回	4: しばしば会話している
事業所B (研修終了)	22	151.5	4	295,548	2,121	1,712	0	2-3名	4: ややできていると思う	5: 常に会話している	5: 常にある	4: やや実現できている	3: ときどきある	3: どちらともいえない	4: ややそう感じる	4: ややそう思う	3: どちらともいえない	4: ややそう思う	4: やや感じる	2: 一週間に一回	5: 常に会話している
事業所C	15	194.5	3	374,488	2,121	1,712	0	2名	4: ややできていると思う	5: 常に会話している	該当なし ※1	4: しばしばある	4: やや実現できている	5: 非常にそう感じる	5: 非常にそう思う	2: あまりそう思わない	4: ややそう思う	4: やや感じる	2: 一週間に一回	4: しばしば会話している	
事業所D	21	267.5	30	538,396	2,270	1,896	0	5人	4: ややできていると思う	3: ときどき会話している	3: ときどきある	3: どちらとも言えない	4: しばしばある	3: どちらともいえない	4: ややそう思う	3: どちらともいえない	4: ややそう思う	4: やや感じる	1: 一日に一回	4: しばしば会話している	
事業所E (研修終了)	23	299.5	7	550,620	2,121	1,712	0	7人	4: ややできていると思う	5: 常に会話している	4: しばしばある	4: やや実現できている	3: ときどきある	2: あまり実現できていない	3: どちらともいえない	4: ややそう思う	2: あまりそう思わない	4: ややそう思う	4: やや感じる	3: 一か月に一回	4: しばしば会話している
事業所F	22	299.5	6	605,053	2,270	1,896	0	3名	4: ややできていると思う	5: 常に会話している	3: ときどきある	2: あまり実現できていない	3: ときどきある	2: あまり実現できていない	4: ややそう思う	3: どちらともいえない	2: あまりそう思わない	2: あまり感じない	2: 一か月に一回	3: ときどき会話している	
事業所G	27	361	9	695,870	2,245	1,745	0	8名	4: ややできていると思う	4: しばしば会話している	3: ときどきある	4: やや実現できている	3: ときどきある	4: やや実現できている	4: ややそう感じる	5: 非常にそう思う	2: あまりそう思わない。	3: どちらともいえない	4: やや感じる	3: 一か月に一回	3: ときどき会話している

表III-4-7 研修を修了した2事業所の費用と投入された時間の平均  
(モデル時給が役職ベースの場合)

事業所側 費用						
	人的費用(研修実施)					
	研修実施期間 (単位：か月)	職員数 (単位：人)	研修実施時間 (単位：時間)	人的費用 (単位：円)	職員一人当たりの投入時間 (単位：時間)	職員一人当たりの費用 (単位：円)
修了した事業所の平均	22.5	5.5	226	423,084	40	76,274



なお、各変化のおこりやすさは様々であり、図Ⅲ-2-1 の左半分の上部にあたる事業所や職員の意識改革は、今まで当たり前だと思っていたことや考え方を変化させる必要があるため特に時間がかかると考えられ、研修を担当した 100BLG 株式会社からもそのような指摘があった。また、各変化は順序通りにおこるのではなく、各変化が相互に作用し、循環しながら次第に次の段階に移動したり、新しい変化が起きたりする。

そのような変化をつうじて、利用者の気持ちを尊重した組織風土の中で、社会参加活動が職員と利用者が一体となって行われることによって、最終的に職員の就業満足度や利用者の活気につながることを考えられる(図Ⅲ-2-1⑰、⑳)。また、このような利用者が活気を持った事業所が地域社会とつながることによって、認知症の方を含む高齢者に対する地域社会の考え方が変化し、認知症の方を含む高齢者が取り残されない地域がつくられるきっかけとなることが期待される。

### 3. 推進する過程や変化に関わるインタビュー

職員は、利用者の居場所を作るために、利用者とのコミュニケーションをとることを意識していることがわかった。加えて、職員同士で利用者に関する報告、連絡、相談を意識している事業所が多く、例えば事業所 B の場合、利用者の声はその日中にスタッフ内で共有することを意識していた。このことから、社会参加活動を推進することに伴い、利用者、職員問わず、事業所内でコミュニケーションが活発にとられるようになったと考えられる。

また、職員が事業所で行っている社会参加活動について市役所や地域の NPO 法人、小学校に話し、それがきっかけで社会参加活動が実現した事業所が多かった(事業所 A、B、D、E、F、G)。

このことから、地域とのつながりが社会参加活動を促進すると考えられ、事業所が積極的に地域とつながることや認知症や高齢者に対する地域の理解の重要性が示唆された。

また、いくつかの事業所から利用者と一緒に社会参加活動をすることで職員がやりがいを感じるよさだという話があり(事業所 A、事業所 B、事業所 C、事業所 D、事業所 E、事業所 G)、事業所で社会参加活動を推進することで職員の仕事のやりがいの向上につながっていると考えられ、事業所の人員管理にも良い影響を与えること示唆された。また、事業所 F については、職員はあまりやりがいを感じていないという回答であったが、事業所 F のインタビューによると、毎日同じような業務をしており、それがやりがいを感じていない理由だと感じると回答していた。今後、事業所内に社会参加活動がさらに浸透することで職員の仕事のやりがいが向上することを期待しているとのことであった。

社会参加活動の推進は、事業所や職員、利用者の良い影響を与えると考えられる。一方で、社会参加活動の推進が利用者に労働を強いることにつながらないように、社会参加活動を推進する本来の目的を忘れないことが非常に重要である。今回インタビューを行った事業所では、100BLG 株式会社の研修内でも伝えられているとおり、事業所ごとに事前に設定された取り組みの本来の目的を忘れていないか、また、利用者を中心に置いて取り組んでいるか振り返る時間を定期的に確保している(質問番号 3-22.)。このような振り返りの機会を作り、利用者の想いを十分に考慮せずに労働力と考えてしまい仕事に従事させないように、事業所には自律が求められる。

インタビューの中で、今はそのようなことはないが、職員が社会参加活動の推進をプレッシャーに感じていた時期があったという話や、自分が取り組むべきものだと感じられず、自分の仕事ではないと感じている職員がいるという話があった。事業所の経営者や管理者は、職員の意識改革の難しさを

理解すると同時に、社会参加活動は職員と利用者が社会とつながる楽しさを感じられるように行うことを留意する必要がある、社会参加活動を推進するにあたり事業所や業務内容の変化に直面する職員に対するサポートを行ったり、職員の業務量が過多にならないように配慮したりすることが必要だと考えられる。

#### 4. 費用結果分析

研修を開始した時点で、事業所の職員がどの程度利用者の社会参加活動に関心を持っているかによるが、事業所で社会参加活動の推進に2年ほど取り組むと職員と利用者はコミュニケーションを活発にとるようになり、利用者は自分の想いを話し、職員は利用者の想いに真摯に向き合うというような信頼関係が構築される。そして2.で述べたとおり、ロジックモデル内で示した各変化が相互に作用し、また、循環しながら利用者の想いに沿った社会参加活動を行う体制が事業所内に構築されると考えられる。

また、すでに研修を修了している事業所について、修了までにかかった費用と時間の平均値を表III-4-3で示しているが、社会参加活動を推進するためには職員の意識や行動の変化が求められるため、事業所の職員数が多い場合には平均値よりも研修期間が長くなり、費用が多くなる可能性がある。

なお、本分析で示した時間と費用は、事業所に社会参加活動に取り組む体制ができるまでに投入されたものであり、実際に社会参加活動を実践する時間や費用は考慮されていない。そのため、社会参加活動を実践する場合にはさらに時間や費用が発生すると考えられる。

インタビューの結果でも示されたように、社会参加活動に取り組む体制を構築することは、事業所が社会参加活動を行えるようにするだけではなく、職員の就業満足度や利用者満足度につながっている可能性がある。また、社会参加活動をとおして地域とつながることで、事業所が地域社会の活性化に寄与したり、地域住民の認知症や高齢者についての理解を促進させたりする可能性がある。これらの可能性については更なる調査が必要であるが、社会参加活動に取り組む体制を構築するためにかかる時間や費用の評価を行う際は、事業所が社会参加活動に取り組むことで多方面に良い影響を与える可能性があることを考慮すべきである。

#### 5. おわりに

社会参加活動を推進するための体制を事業所内に構築するためには職員の意識改革が必要であり、多くのステップを踏む必要があることが明らかになった。また、100BLG株式会社の研修を修了した事業所の研修実施期間は平均22.5か月で、事業所側に発生した研修に係る人的費用は平均447,885円であったことから、ある程度時間と費用をかける必要があることがわかった。さらに、100BLG株式会社側に発生した費用は、1事業所あたり研修開発・維持費が平均324,582円、研修実施に係る人的費用が平均462,500円であり、行政の立場で介護サービス事業所の利用者の社会参加活動の推進について検討する場合は、これらの費用も考慮する必要がある。

ただし、ここで検討会委員から、利用者側の意識と行動が変わることによって、もっと短い期間に職員を含む事業所全体に変化を起こすことが可能なのではないかという指摘があったことを付言しておきたい。

当該委員の身近なところでは、事業所が利用者に草むしりをしないかという誘いに、最初はやりたくな

いという反応だったが、利用者が地域で仕事を求めて営業活動をしてみると実際に高齢の利用者ができることはあまりないこと、他方で草むしりは地域住民にとってほんとうに必要なことを認識した。やり始めてみるなかで、地域住民から自宅の困りごとの手伝いや、葬祭場での供花の剪定等、いろいろな相談を受けるようになった。そしてデイサービスでは会話をしない人たちが、こうした仕事では話をする、活動を終えてデイサービスに戻ると、他の利用者のことを気遣うようになるといった変化が見られるようになったとのことである。

現在の 100BLG 株式会社の研修は、主に職員側の意識変革を意図した内容になっているが、利用者側の意識変容を起こしていくことも、変化を生み出すために同時に重要であることを再認識させられる。

インタビュー調査の結果から、事業所内に利用者の社会参加活動を推進する体制を構築する過程や社会参加活動の推進により、職員は仕事にやりがいを感じ、また、利用者は居場所を感じ活気を得ることができると考えられる。また、社会参加活動を通して地域とつながることで、事業所が地域社会の活性化に寄与したり、地域住民の認知症や高齢者についての理解を促進させたりする可能性がある。そのため、事業所や行政はこのような多方面への影響を考慮して、時間や費用について評価を行うべきである。

また、進捗に関わらず各事業所で社会参加活動による良い影響が観察された一方で、社会参加活動の推進に関して課題を抱えていることがわかった。課題は事業所内の体制づくりや意識改革といったものに加えて、家族やケアマネジャーの理解を得るためのコミュニケーションや、コーディネーターの育成、事業所と行政の連携といった事業所外のものがあつた。

介護サービス利用者の社会参加活動を促進するためには、事業所内に体制を構築するためのプログラムの充実やその支援、行政や地域包括支援センター、生活支援コーディネーターや就労的活動支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等が対話の機会を持ち、コーディネーターが事業所とマイノリティを共有して社会参加活動の推進をサポートできる体制整備等のさらなる対応が期待される。

なお、事業所や行政などが社会参加活動を促進する際、社会参加は、本来、利用者本人の文脈の中にあるということを忘れてはならない。目指すべき姿は、利用者が今までしていた仕事や暮らしの延長線上に社会参加活動が存在しており、その人らしさを継続できる環境がある社会である。このような社会を実現する第一歩として事業所と地域がプラットフォームになり、社会参加活動を促進することが求められる。

平成 29 年度の「若年性認知症を含む認知症の人の能力を効果的に生かす方法等に関する調査研究事業」から、対象やテーマを拡張しながら、老人保健健康増進等事業を活用して、広い意味での介護サービス利用者の社会参加や就労的活動の推進に関する知見を蓄積してきたが<sup>\*</sup>、本調査事業もこの一連の調査の一環として実施された。最後に、一連の調査事業全体を踏まえた示唆と今後の課題をあげたい。

まず、当初、全国でも数えるほどしか事例がなかった社会参加・就労的活動は、先進事例の紹介を通じて、また、国として推進する方向であることが示される中で、徐々に全国各地に事例が生まれつつある。いずれも、地域性や事業主体の特性などを踏まえ、ユニークで多様な活動が生まれている。

一方で、こうした取り組みの前提として、大前提となる自立支援が十分にできる環境にない介護事業所も少なくなく、わかりやすい活動が先行することで、当事者の自主性に基づかない「労働」を強いる状況を生む危険性を孕んでいることも明らかとなった。構造的な課題としては、対人支援専門職の

教育過程や介護サービス事業所の職場環境、自治体職員や監査のあり方等が、お世話する／されるという従来の固定観念・文化に未だとらわれていることが、必要な変化を起こす大きな阻害要因となっていると考えられる。

本年度の調査事業で、時間的なコストが一定程度発生するものの、ステップを踏むことで、自主性に基づいた本来の意味での社会参加・就労的活動が、一部の特殊な事業所だけでなく、一般の介護事業所にも再現可能であることが示されたことは大きな意義があることと思われる。

今後、全国各地で、介護サービス利用者の尊厳ある暮らしの継続、そのなかで社会参加・就労的活動を推進していくためには、制度や報酬上の対応にとどまらず、構造的な課題にも目を向けていくことが重要となる。

※本テーマに関心がある方は、立場や関心・実践の度合いによって、以下の手引き等を参照されたい。令和2年度までの成果は、厚生労働省ウェブサイト「認知症施策関連ガイドライン（手引き等）、取り組み事例」の「社会参加の支援」のページで紹介されている。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000167700\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000167700_00002.html)

		関心・実践の度合い		
		テーマ全般に関心がある	関係者に説明したい	実践開始・実践中
立場	介護事業所	つながる・役割・はたらく～介護事業所から広がる「社会参加活動」の始め方～（平成30年度）	社会参加・就労的活動のススメ（令和2年度）	社会参加・就労的活動：介護事業所で推進するための手引き（令和3年度・別冊資料1）
	自治体・コーディネーター	認知症の人の「はたらく」のススメ～認知症とともに生きる人の		
	企業	社会参画と活躍～（平成29年度）		

### 【参考文献】

厚生労働省（2022）「令和2年賃金構造基本統計調査の概況（令和4年2月4日訂正）」 <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2020/dl/13.pdf>> 2022年2月22日アクセス

一般社団法人 人とまちづくり研究所（2020）「介護サービス事業所等における社会参加活動の適切な実施と効果の検証に関する調査研究事業報告書」 pp.59-pp.64 <<https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/themes/hitomachi-lab/pdf/pdf02.pdf>> 2022年2月22日アクセス

Michael F. Drummond 他著、久繁哲徳、岡敏弘監訳（2003）『保健医療の経済的評価：その方法と適用』じほう

武藤孝司（1998）『保健医療プログラムの経済的評価法：費用効果分析，費用効用分析，費用便益分析』篠原出版

## 第2章 認知症のある方等の外出・交流や参加の実態把握と促進に向けたポイント

事業2は、まず認知機能の低下に伴う外出・交流、参加の実態や関連する要因、必要な環境整備等に関する文献調査を行い(2-1)、これを検討委員会に諮り、作業部会メンバーで意見交換を重ねたうえ、本人・家族の視点、場の視点から検討を進めることにした。

本人の視点としては、診断後の暮らしと外出・交流や参加に関する認知症のある方による語りあい(2-2)、家族の視点としては、認知症のある方の外出・交流、参加に関する家族アンケート(2-3)、場の視点としては、「通いの場」における認知症のある方の受入等に関する担い手アンケート(2-4)を実施、さらに、参考として、失語症・高次脳機能障害のある方の就労における困りごとと工夫に関する当事者インタビューを行った。

### 2-1 認知機能の低下と外出・交流や参加の関係、必要な支援等に関する文献調査

大村 綾香・津田 修治・有野 文香・神野 真実・堀田 聡子

#### 1. 調査目的

認知機能の低下や認知症の診断に伴う認知症のある人の外出・交流、参加にかかわる変化及びそれに関連する要因、外出・交流、参加の維持や再開に向けて求められること等にかかわる知見を整理して、事業2の設計の基礎資料とすることを目的とする。

#### 2. 調査方法

英文・和文論文に加え、国内で行われた実態調査等にかかわる資料を収集してレビューを行った。

##### 1) 英文の文献検索

データベース：PsychInfo、CINAHL

検索語：dementia” AND (“social participation” OR “social network”)

付加条件：english、peer-reviewed、2010年1月～

結果：644文献から、タイトルとアブストラクトを読んで、9文献選出

その他ハンドサーチにて、8文献選出し、合計17件(レビュー論文7件、量的4件、質的5件、混合1件)をレビュー対象とした。

##### 2) 和文の文献検索

データベース：医中誌

検索語：認知症/TH or 認知症/AL and (社会参加/TH or 社会参加/AL) or (社会的支援/TH or 社会的ネットワーク/AL) or (社会的つながり/AL) or (交流/AL)

付加条件：本文あり、直近5年、原著論文、会議録除く

結果：491文献から、タイトルとアブストラクトを読んで、8文献選出

その他ハンドサーチにて6文献選出し、合計14件(レビュー論文1件、量的4件、質的3件、混合1

件、その他総説等 5) をレビュー対象とした。

### 3) 国内の実態調査等の資料収集

主に、2017 年以降の厚生労働省・老人保健健康増進等事業の報告書の中で関連する 4 件を選出、その他ハンドサーチにより、東京都福祉保健局の調査報告 1 件を選出した。

## 3. 調査結果

作業部会メンバーにより検討のうえ、最終的に文献調査の対象とした論文・資料等のリスト及びその集約結果は以下のとおりである。

### 1) 文献調査の対象とした論文・資料等

Balouch, Sara et al. "Social networks and loneliness in people with Alzheimer's dementia." *International journal of geriatric psychiatry* vol. 34, no. 5, 2019, pp. 666-673.

Birt, Linda et al. "Maintaining Social Connections in Dementia: A Qualitative Synthesis." *Qualitative health research* vol. 30, no. 1, 2020, pp. 23-42.

Brorsson, Anna, et al. "Accessibility in Public Space as Perceived by People with Alzheimer's Disease." *Dementia*, vol. 10, no. 4, Nov. 2011, pp. 587-602.

Chaudhury, Habib, et al. "Community Participation in Activities and Places among Older Adults with and without Dementia." *Dementia*, vol. 20, no. 4, May 2021, pp. 1213-1233.

Clark, Andrew, et al. "Neighbourhoods as Relational Places for People Living with Dementia." *Social Science & Medicine*, vol. 252, May 2020, p. 112927.

Donkers, Hanneke, et al. "Social Participation Perspectives of People with Cognitive Problems and Their Care-Givers: a Descriptive Qualitative Study." *Ageing and Society*, vol. 39, no. 7, 2019, pp. 1485-1511.

Dyer, Adam H et al. "Social networks in mild-to-moderate Alzheimer disease: longitudinal relationships with dementia severity, cognitive function, and adverse events." *Aging & mental health*, 1-7. 7 Apr. 2020.

Górska, Sylwia et al. "Living With Dementia: A Meta-synthesis of Qualitative Research on the Lived Experience." *The Gerontologist* vol. 58,3 (2018): e180-e196.

Hackett, Ruth A et al. "Social engagement before and after dementia diagnosis in the English Longitudinal Study of Ageing." *PloS one* vol. 14,8 e0220195. 1 Aug. 2019.

OKAMOTO, Noriko, et al. "Characteristics in the Daily Life of the Elderly That Indicate a Risk of Dementia." *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, vol. 85, no. 6, Dec. 2019, pp. 199-205.

Pinkert, Christiane, et al. "Social Inclusion of People with Dementia – an Integrative Review of Theoretical Frameworks, Methods and Findings in Empirical Studies." *Ageing and Society*, vol. 41, no. 4, 2021, pp. 773-793.

Ward, Richard, et al. "Beyond the Shrinking World: Dementia, Localisation and Neighbourhood." *Ageing and Society*, 2021, pp. 1-22.

稲田 秀樹. "地域社会とのつながりを支援「かまくら認知症ネットワーク」." *コミュニティケア*, vol. 22, no. 14, Dec. 2020, pp. 59-61.

宇良千秋 他. "認知機能障害をもつ高齢者の社会的包摂の実現に向けた農業ケアの開発；稲作を中心としたプログラムのフィージビリティの検討." *日本老年医学会雑誌*, vol. 55, no. 1, Jan. 2018, pp. 106-116.

甲斐博美 他. "家族介護者が認知症カフェを利用する為に必要な情報と入手方法の分析." *看護科学研究*, vol. 19, no. 1, Apr. 2021, pp. 41-64.

河合雅美 他. "認知症カフェのセカンドステージに向けて." *日本老年医学会雑誌*, vol. 57, no. 1, Jan. 2020, pp. 34-39.

- 亀井智子.“都市部地域における多世代交流型デイプログラムを通じた高齢者の社会参加支援と People-Centered Care の開発.” *Geriatric Medicine*, vol. 55, no. 2, Feb. 2017, pp. 185–190.
- 小島さくら 他.“家族介護者が捉える在宅認知症療養者の近隣住民との交流の実態とその関連要因.” *日本公衆衛生看護学会誌*, vol. 9, no. 3, Dec. 2020, pp. 156–164.
- 繁田雅弘.“高齢者や認知症の人が知的活動を継続するには.” *老年精神医学雑誌*, vol. 28, no. 1, Jan. 2017, pp. 51–55.
- 高杉友 他.“日本の高齢者における生物・心理・社会的な認知症関連リスク要因に関するシステマティックレビュー.” *老年社会科学*, vol. 42, no. 3, Oct. 2020, pp. 173–187.
- 竹田徳則.“診断前後のサポートはどうあるべきか 作業療法士の立場から.” *老年精神医学雑誌*, vol. 30, no. 8, Aug. 2019, pp. 877–883.
- 丹野智文.“診断前後のサポートはどうあるべきか 認知症とともに生きる.” *老年精神医学雑誌*, vol. 30, no. 8, Aug. 2019, pp. 852–856.
- 村山 洋史.“ソーシャルキャピタルは認知症とともに暮らせる社会の鍵になるのか Dementia-Friendly Communities の推進に向けて.” *老年精神医学雑誌*, vol. 31, no. 5, May 2020, pp. 515–522.
- 室谷牧子 他.“地域で生活する認知症の人のソーシャルサポートの検証 当事者の語りの分析から.” *人間健康学研究*, no. 13, Mar. 2020, pp. 83–96.
- 山下 真里 他.“若年性アルツハイマー病における体験とニーズ 混合研究法による検討.” *老年精神医学雑誌*, vol. 31, no. 2, Feb. 2020, pp. 187–199.

(国内の実態調査等の報告書)

- 公益社団法人 認知症の人と家族の会.「令和元年度老人保健健康増進等事業 認知症の人、家族の生活実態や困りごとに関する調査研究事業」. 厚生労働省 .2019. ([https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2020/04/2019rouken\\_shimin.pdf](https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2020/04/2019rouken_shimin.pdf)). (2021-08-05)
- 東京都健康長寿医療センター研究所.「認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」. 東京都福祉保健局.2014. ([https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/torikumi/chousa/ninchikinou/pdf/ninchikinou\\_chousa\\_honbun.pdf](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/chousa/ninchikinou/pdf/ninchikinou_chousa_honbun.pdf)). (2021-08-05)
- 東京都健康長寿医療センター研究所.「平成 29 年度老人保健健康増進等事業 認知症診断直後等における 認知症の人の視点を重視した 支援体制構築推進のための 調査研究事業」.2017. ([https://www.tmg Hig.jp/research/info/cms\\_upload/46e34e3c4307a553c25b893dac24ee16.pdf](https://www.tmg Hig.jp/research/info/cms_upload/46e34e3c4307a553c25b893dac24ee16.pdf)) (2021-08-05)
- 特定非営利活動法人イシュープラスデザイン.「令和 2 年度老人保健健康増進等事業 認知症高齢者等の安全・安心な移動手段・環境実現に向けた企業等の取り組みにつなげる仕組みの構築に関する調査研究調査報告書」.2020. ([https://issueplusdesign.jp/media/2021/04/rouken2020\\_issuedesign.pdf](https://issueplusdesign.jp/media/2021/04/rouken2020_issuedesign.pdf)). (2021-08-05)
- みずほ情報総研 株式会社.「令和 2 年度老人保健健康増進等事業 認知症（若年性認知症含む）の人や家族が安心して地域で暮らすために必要な資源等の調査研究事業」. 厚生労働省 . 2020. ([https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/r02mhlw\\_kaigo2020\\_09.pdf](https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/r02mhlw_kaigo2020_09.pdf)). (2021-08-05)

## 2) 4つの問いと文献調査結果

「認知機能の低下・認知症の診断と外出・交流、参加、人とのつながりの関係」「認知機能低下・診断に伴う外出・交流、参加、人とのつながり減少の要因」「どのように維持するのか、再構築するのか」「どんな支援が維持・再構築を助けるのか」という4つのテーマを設定して、文献・資料の検討結果を集約した。

### (1) 認知機能の低下・認知症の診断と外出・交流、参加、人とのつながりの関係

論文・報告書	方法	対象	結果
Birt (2020)	文献レビュー	認知症のある人	・多くの人が診断後 <u>社会的なつながりを失う</u>
Chaudhury (2020)	混合研究法	認知症のある/ない人	・認知症のある人は、ない人に比べ診断後に <u>外出が減り</u> 、認知機能や社会性が必要とされる場所の外出を諦める傾向にある
Ward (2021)	質的研究	認知症のある人	・多くの参加者が、 <u>診断と同時に社会から引き離された感覚に陥る</u> 、 <u>社会的ネットワークが小さくなる経験</u> をしている
Dyer (2020)	量的研究	AD 本人	・社会的ネットワークが乏しい人は、 <u>年齢が高く、症状が出て認知症と診断されてからの期間が長く、CDR-Sb（臨床的認知症重症度判定尺度）での認知症の重症度が高い</u>
Hackett (2019)	量的研究	認知症のある人	・認知症の方について、 <u>診断前の状況で社会との関わりが少ない</u> （対非認知症群） ・診断に至る過程、および2年後において <u>社会との関わりは大きく減少する</u>
Okamoto (2019)	量的研究	地域居住高齢者	・認知症ハイリスク群は低リスク群に比べ <u>社会的孤立を経験している頻度が高く、日常的な活動の数が少ない</u>
小島ら (2020)	量的研究	家族介護者	・認知症を発症しても、 <u>約半数が近隣交流の程度を維持・上昇させている</u> ・「 <u>発症前の交流程度</u> 」「 <u>介護者が認知症療養者に交流機会をもっとほしいと思う</u> 」「 <u>介護者への近隣住民からのポジティブサポートの有無</u> 」等が認知症発症後の交流程度と関連する

			<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養者と近隣住民との交流が高い群で介護者が感じる近隣住民からのネガティブサポートが高い</li> </ul>
<p>老健： 認知症の人、家族の生活実態や困りごとに関する調査研究事業（2019）</p>	聞き取り調査	認知症の診断を受けた本人（26 都道府県より 69 件の有効回答）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「<u>外出や移動</u>」、「<u>他者との交流</u>」については、以前よりもマイナスの変化があったとした人が多い</li> <li>・診断時、仕事をしていなかった 52%、会社員 17.3%</li> <li>・当時の仕事は今も続けている 11.5%、辞めてなにもしていない 28.9%、他の職業についた 7.2%、職業は同じだが仕事内容を変えた 5.7%</li> <li>・辞めてなにもしていない、他の職業についた、職業は同仕事内容を変えた人の変更理由（医師・職場・家族・自分の判断のうちどれか）は、65.5%が自分の判断、31%が家族の判断</li> </ul>
<p>東京都福祉保健局： 認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書（2014）</p>	訪問調査	認知症疑い（MMSE-K23 点以下）の高齢者 143 人、その他の高齢者（24 点以上）143 人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「認知症疑い」高齢者は外出頻度が週 1 回未満の人の割合 25.7%、これは認知機能低下や生活機能低下が見られない高齢者 2.4%の 11 倍に相当</li> <li>・「認知症疑い」高齢者は人と話す頻度が 1 週間に 1 回以下の人の割合 8.8%、これは認知機能低下や生活機能低下が見られない高齢者 3.0%の約 3 倍に相当</li> <li>・「認知症疑い」高齢者で「お互いに訪問し合う人がいる」と回答した人の割合 9.0%、これは認知機能や生活機能に低下が見られない高齢者の 1/2 に相当</li> <li>・「認知症疑い」高齢者で、「付き合いがない」と回答した人の割合 22.7%、これは認知機能や生活機能に低下が見られない高齢者の約 4 倍に相当</li> <li>・「<u>認知症疑い</u>」高齢者の 5 人のうち 1 人以上は「<u>近所付き合い</u>」がないことになる。<u>高齢者は、認知機能や生活機能の低下とともに、社会参加が減少し、閉じこもりがちになり、人との繋がりが希薄になり、社会的な孤立傾向を強めていくのではないか。</u></li> </ul>

(2) 認知機能低下・診断に伴う外出・交流、参加、人とのつながり減少の要因

論文・報告書	方法	対象	結果
Birt (2020)	文献レビュー	認知症のある人	・社会的関わりが減少する要因： <u>「自身を馬鹿にする」「自信の消失」「家族を含めた他者の行動」</u>
Ward (2021)	質的研究	認知症のある人	・ <u>診断後運転をやめること</u> で本人の外出先との関係が再構築される（かわる）
Hanneke (2019)	質的研究	認知機能障害のある高齢者およびその介護者	・介護者が高齢であるほど次第に日々の社会的活動が減少しやすい
丹野 (2020)	総説	若年性アルツハイマー病本人	・自身が若年性認知症を発症してからの経緯を振り返り、 <u>診断直後から自身の能力に対する不安、自身や家族に存在する認知症への偏見</u> が本人の行動を制限してしまう経験を共有
繁田 (2017) 河合ら (2020)	総説	AD 認知症のある人	・知的活動を諦めてしまう要因： <u>本人や専門職が抱く認知症への先入観や偏見</u> をあげ、本人の自己効力感や自尊心を低下させることを指摘
竹田 (2019)	総説	認知症のある人	・ <u>認知症を知られたくない気持ち</u> が行動の抑制に作用
老健： 認知症（若年性認知症含む）の人や家族が安心して地域で暮らすために必要な資源等の調査研究事業 (2020)	グループインタビュー	認知症のある人（16人、計3回）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>認知症の症状</u>により、やりたいことができなくなる、あるいは、できても周囲から止められてしまう現状</li> <li>・認知症以外の<u>身体、精神の不調</u>による影響もあり、今後、<u>できないことが増えていく現実との向き合い方を迷っている</u>という声も</li> <li>・<u>外出を妨げる物理的なハードル</u>もいくつかあり、特に交通手段の問題を挙げる意見が多い。買い物の際の環境（人混み、音楽等）がストレスになる、複雑化して分かりにくいサービスが混乱を招いているという声も。</li> <li>・<u>周囲の人とのコミュニケーションへの不安</u>も。会話等において認知症の人が不安になるポイント（話す速度など）について理解を広げて、普通にコミュニケーションがとれる世の中になってほしいとの声あり。</li> <li>・親族、近所の人等とうまくコミュニケーションを取るために、認知症であること</li> </ul>

			<p>を伝えるべきか悩んでいる人も。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>独居の認知症の人に焦点を当てた情報発信</u>や、困った時に頼れるボランティアの養成等を求める声も。</li> </ul>
<p>老健： 認知症高齢者等の安全・安心な移動手段・環境実現に向けた企業等の取り組みにつなげる仕組みの構築に関する調査研究調査報告書 (2020)</p>	アンケート調査	65歳以上の認知症当事者（150人・代理回答有）男女および一般男女（150人）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外出率、外出頻度は、認知症当事者で下回り、各交通手段の利用率は、認知症当事者で下回るものの、利用者における利用頻度では、一般男女を上回る交通手段がある。</li> <li>・ 外出を伴う活動については、<u>交通手段による移動が必須となる活動、身体活動量の大きい活動、認知機能が求められる活動で実施率が下回る。</u></li> <li>・ このことから、認知症のある方の「社会参加の障壁」は、「1.移動の障壁」と「2.活動の障壁」の掛け合わせで生じていると考えられる。</li> </ul> <p>1.移動の障壁</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移動手段が限られること、従来の移動手段では移動が困難になること</li> </ul> <p>2.活動の障壁</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移動の障壁が発生することで、実施したい活動があっても活動までたどりつけずあきらめること</li> <li>・ 活動をすること自体が難しくなること</li> </ul>

(3) どのように維持するのか、再構築するのか

論文・報告書	方法	対象	結果
Birt (2020)	文献レビュー	認知症のある人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症のある人は診断後、「<u>他者に受け入れられる自身</u>」を演じることで社会とのつながりを維持しようとする傾向にあることが示されている。その具体的な方法/心理として以下があげられる</li> <li>－ 「社会との関わりにおける印象の操作」（他者との関わりにおいては普通であるようにふるまい、個人のスペースにおいて素の自分に戻る）</li> <li>－ 「新たな社会的役割を演じる」（自己喪失感や自己羞恥心を補うために、社会における新たな役割を演じる）</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 「他者に受け入れられる自分を維持する」 (認知症であることを伝えない、自身を信用しなさそうな他人との関わりを避ける)</li> <li>- 「役に立たない存在だと認識する」 (他者が自分に対するネガティブな感情を抱くのではないかとうたがう)</li> <li>・ただし、<u>他者に受け入れられる自身を演じることは、本人にとって大きな負担になる</u></li> </ul>
Pinkert (2019)	文献レビュー	認知症のある人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Social inclusion/exclusion は4つの次元にわけられる。</li> <li>①<u>環境</u> (地域性、内部空間の構成、場所へのアクセスのレベル)</li> <li>②<u>経済</u> (長期的ケアの資金、ケアを受ける側の収入)</li> <li>③<u>感情</u> (快適さ、雰囲気、自己肯定感)</li> <li>④<u>文化・社会</u> (ルーチンと規制、言語、態度、力の働き方) (Bartlett 2003)</li> <li>・これらは3つのレベル (マイクロレベル、メゾレベル、マクロレベル) で存在する。</li> </ul>
Clark (2020)	質的研究	認知症のある人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症の方の近隣住民に対する主観的感情が、サポートの資源やウェルビーイングにつながる。</li> </ul>
室谷ら (2020)	質的研究	認知症のある本人と主介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域居住のソーシャルサポートの実態として</li> <li>- 本人が「<u>家族</u>」「<u>介護</u>」「<u>地域</u>」「<u>友人・同僚</u>」「<u>医療</u>」の順でソーシャルサポートを受容する傾向にあり、本人の穏やかな暮らしの根底には家族によるソーシャルサポートが存在する</li> <li>- さらに、本人を支える家族は、インフォーマル/フォーマルな資源を活用しながら本人の生活を支えている</li> </ul>
丹野 (2020)	総説	若年性アルツハイマー病本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>身近にこうなりたいと思える当事者がいることが</u>、本人が前向きになるきっかけとなる</li> </ul>
竹田 (2019)	総説	認知症のある人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>本人の思いを受け止めてくれる他者との出会い</u>が回復につながる</li> <li>・ <u>認知症の人の肯定的側面を活かすこと</u>、感謝や賞賛される場や機会が多いほど、自己肯定感が高まる</li> </ul>

<p>老健： 認知症（若年性認知症含む）の人や家族が安心して地域で暮らすために必要な資源等の調査研究事業（2020）</p>	<p>アンケート調査</p>	<p>中国・四国地方に所在する、地域包括支援センター調査（225件）、基幹相談支援センター（19件）、指定相談支援事業所（137件）</p>	<p><b>【社会参加支援】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象となった地域包括支援センターのうち 57.8%が、認知症の人の社会参加支援を行い、実現した経験があると回答</li> <li>・地域包括支援センターの 74.2%が、所管地域に認知症の人が参加している趣味活動・地域活動があると回答（内訳：認知症カフェ（83.2%）、趣味活動等は 20%前後、ピアサポート等本人活動は 10%）</li> <li>・福祉的就労、一般就労については、所管地域に事例が「ある」と回答した割合は 1割前後、趣味活動・地域活動に比べて、就労に関する取組みは進んでいない状況</li> </ul> <p><b>【就労に関する状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人と福祉的就労・一般就労の場とのマッチングにおける課題として、福祉的就労や一般就労が選択肢として挙げにくい。</li> </ul> <p><b>【障害福祉分野との連携】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会参加に関する相談受付実績がある事業所（基幹相談支援センター、指定特定相談支援事業所）は 25.6%、社会参加支援を行った実績がある事業所は 17.3%（障害福祉分野での認知症の人の支援が広がっていない状況）</li> <li>・同上事業所で、認知症の人の社会参加を進めるために、ふだんから話し合っている人についてたずねたところ、最も多いのは「特にいない」（57.7%）（介護保険分野と障害福祉分野の連携が進んでいない現状）</li> </ul>
--	----------------	--	---

(4) どんな支援が維持・再構築を助けるのか

論文・報告書	方法	対象	結果
Birt (2020)	文献レビュー	認知症のある人	・認知症のある人は、 <u>家族や友人の働きかけから、社会参加により自身を表出させることが必要</u>
Gorska (2018)	文献レビュー	地域在住、65歳以上、認知症の診断がある	・本人にとって <u>馴染みの場所や日々のルーチンを維持できる物理的環境</u> があると、活動に参加しやすい

Baolouch (2019)	量的研究	軽中度 AD 本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・より近い友人関係で構成される社会的ネットワークがあることと認知機能の向上には相関あり</li> <li>・家族の社会的ネットワークがあること、寂しさを感じているかと認知機能とは相関がない</li> <li>・精神病の症状とうつ状態には相関があるが、社会的ネットワークや寂しさを感じているかとは相関がない</li> </ul>
Brorsson (2011)	質的研究	アルツハイマー型 認知症初期、55歳以上、在宅独居 or 在宅同居（配偶者）、公共空間での経験について話せる人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・AD 高齢者は認知機能障害がない高齢者と比べて、異なる公共空間（オープンスペース：道路、図書館、博物館、コンビニ）での課題をもつ</li> <li>・活動や場所になじみがあるかは、本人の活動範囲に影響する</li> <li>・公共空間における小さな変化（ペンキの塗り替えなど）でも AD 本人は見知らぬものと認識する</li> </ul>
Ward (2021)	質的研究	認知症のある人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・親しみのある地元感を構成する要素として「なじみ」「快適さ」「安全性」をあげ、これらが<u>習慣的に繰り返される行動への参加を促す</u></li> </ul>
Hanneke (2019)	質的研究	認知機能障害のある高齢者およびその介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会参加の要因を5つに分類</li> <li>①行動的（少ない身体活動、他者を助ける社会的な行動、毎日を構造化されたものにする、イニシアチブをとる、認知能力の低下をうまく管理する）</li> <li>②身体的（身体的な能力の低下）</li> <li>③社会環境的（知り合いを亡くす、他者からの関わりの働きかけがある、大切な人が近くにいる、他者からの理解）</li> <li>④身体環境的（体の調子）</li> <li>⑤活動関連（活動に対する評価、前提、過去に活動に参加したことがある、活動を受け入れる）</li> </ul>
高杉ら (2020)	文献レビュー	高齢者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・男女ともに<u>地域・政治・ボランティアなどの社会活動参加と認知機能低下リスクおよび要介護リスク軽減の相関あり</u></li> </ul>

村山 (2020)	量的研究	都市部在住の高齢者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソーシャルキャピタル (SC) を「認知的 SC」「構造的 SC」「結束型 SC」「橋渡し型 SC」と分類</li> <li>・SC が豊かな地域ほど認知機能が低下しても地域居住を継続できる</li> </ul>
山下ら (2020)	混合研究法	若年性アルツハイマー病 (若年性 AD) 本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・若年性 AD のニーズとして、「<u>生活の継続と充実を望む</u>」ことをあげ、具体的に社会参加や自己実現の機会を求めている</li> </ul>
丹野 (2020)	総説	若年性アルツハイマー病 (若年性 AD) 本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診断直後の本人に対する支援を行う際には、家族や介護者がよいと思う支援を実施するのではなく、<u>本人の発言から本人が本当に求めていることに耳を傾けることの重要性を訴える</u></li> </ul>
亀井 (2017)	量的研究	多世代交流プログラム参加者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症高齢者が継続的に Person-Centered Care による多世代交流プログラム※に参加することで、認知症の進行や自立度低下がみられても、QOL の向上やうつ傾向の低下がみられる</li> <li>※聖路加大学内を会場に毎週 1 回継続的に開催。近隣等の 65 歳以上で独居など他者と交流が少ない者、軽度認知症のある者、世代間交流に関心がある者、小学生が対象。10-15 人の高齢者と小学生、地域ボランティアが集い、看護教員がファシリテーターとなって双方の世代特性や意向、強みを引き出し双方のペースに合致するプログラムを参加者とともに考えて実施。</li> </ul>
宇良ら (2018)	質的研究	認知機能障害をもつ高齢者と施設職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・農業ケア※が対象者の精神的健康に良好な効果をもたらすこと、仲間意識や役割意識、ポジティブな感情がうまれる</li> <li>※新潟県内 A 病院入院・通院中の認知症・軽度認知障害の人を対象に週 1 回 90 分×25 回の田んぼと畑での農業プログラムを実施 (田植え、中干しと江立て、雑草取り、野菜の栽培、稲刈り、脱穀、精米、収穫祭)。農作業経験豊富なファシリテーター (町内会長) と病院職員 3-4 人を配置して、プログラム内容や話し合いは当事者主体で進行。</li> </ul>

稲田（2020）	総説	若年性アルツハイマー病（若年性AD）本人、家族、医療/介護従事者、市民等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自らが鎌倉で始めた「かまくら認知症ネットワーク」の紹介（医療・介護従事者、当事者、当事者家族、一般市民等で構成された会員をつなぐ役割として、サロン開催や多世代交流の場となるかまくら散歩を開催）</li> <li>-サロンでは初めに当事者に本人の言葉で近況を話してもらう（自分の思いを表現できる環境づくり）そのあと家族が話し、必要に応じて専門職が知見を提供</li> </ul>
甲斐ら（2021）	質的研究	認知症のある人の家族介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族介護者が認知症カフェを利用するために必要とする情報として「運営状況」「具体的活動内容」、「アクセスの容易さ」を抽出。</li> <li>・情報収集の方法として、多くが専門職から情報を入手していたが、<u>より日常生活に密着した経路（回覧板・折り込みチラシ・新聞・看板等）からの収集を求めている。</u></li> </ul>
老健： 認知症（若年性認知症含む）の人や家族が安心して地域で暮らすために必要な資源等の調査研究事業（2020）	グループインタビュー	認知症のある人（16人、計3回）	<p><b>【社会参加を進めるために必要な要素】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>地域住民との顔なじみの関係をつくり</u>、日々の生活で少しずつ頼れる相手を見つけている、あるいは、<u>認知症の本人同士の交流</u>によるエンパワメントが支えになっているといった、多様な人間関係や新たな出会いが社会参加を後押しする</li> <li>・こうした人間関係の中で、<u>頼りにされる、褒められる、自分の意見を言う</u>といった体験をすることを通じて、自己肯定感が高まったという意見もあった</li> <li>・特に就労している人からは、<u>周囲からの自然な配慮</u>が助けになっているという声が上がった</li> <li>・仕事のスケジュールを代わりに覚えておいてもらう、作業手順をメモした紙を貼ってもらう等、ちょっとしたサポートが認知症の人の就労を支えている様子が伺えた。</li> <li>・就労している人に限らず、スマホアプリ等のツールを使いこなしている人もいれば、手帳に記録する、玄関に忘れやすいものを貼る等のアナログな対策を活用している人もおり、自分にあった生活上の工夫を凝らしていた。</li> <li>・家に閉じこもっている人へのアウトリーチが課題として挙げられ、<u>地域全体での取り組みを、認知症の人と共に計画していくことの必要性</u>が指摘された。</li> </ul>

<p>老健： 認知症の人、家族の生活実態や困りごとに関する調査研究事業（2019）</p>	<p>アンケート調査</p>	<p>認知症の介護家族（1364件）</p>	<p>【支援への情報源】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護に関する情報源は、「認知症の人と家族の会」 57.9%、テレビ 48.3%、本・雑誌 47.4%、ケアマネジャー46.4%、インターネット 39.2%、介護事業所のスタッフ 30.7%、介護者交流会 30.0%</li> <li>・ その他の情報源としては、サービス事業者など支援者や友人・知人の専門職、「認知症の人と家族の会」のつどいや会報、電話相談、新聞や情報誌・ちらし、認知症に関する研修会などがあった。</li> </ul> <p>【情報収集のための機器】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ パソコン 33.6%、スマートフォン 32.0%、タブレット端末 9.8%であった。</li> <li>・ その他のハード機器類（携帯電話,固定電話, キッズ携帯, センサーコー ルやセンサーライト,留守モニター, セキュリティサービス）などがあった。</li> </ul> <p>【情報ソフトウェア】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用ソフトウェア は,電子メール 8.7%、SNS7.2%、介護情報ポータルサイト 3.9%であった。</li> </ul>
<p>老健： 認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業（2017）</p>	<p>アンケート調査</p>	<p>本人ミーティングおよびアクションミーティングに関する試行・調査（2県4地域回答数92）における参加者</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人ミーティングを行う効果：本人が声を聴いてくれる支援者に早期につながる事ができる 50.5%、本人が、本人にとって必要な支援、サービス（医療・介護・福祉）に、「空白」なく、つながるきっかけになる 59.3%</li> </ul>

## 2-2 診断後の暮らしと外出・交流や参加に関する認知症のある方による語りあい

神野 真実・佐藤 李里・堀田 聡子

### 1. 目的

認知機能の低下や認知症の診断を経験すると、外出や人とのつながり・社会参加の機会が減少する傾向にある。こうしたなか、本人同士の交流や家族や友人等の働きかけによって自らを表出できる機会が支えとなることも明らかになっている (2-1)。

そこで、認知症のある方の外出・交流、参加にかかわる経験や希望を本人の語りから集約すること、併せて本人がその思いを表現することができる場のあり方についても検討を加えることを目的として、各地で日常的に認知症のある方が集う場で、本事業のテーマにかかわる語りあいを行って頂き、その結果をともに分析することを試みることにした。

### 2. 方法

まず、作業部会メンバーで検討を重ね、認知症当事者である検討委員会委員・丹野氏の助言を得て、調査者が認知症のある方を調査対象として調査項目や調査方法を決めて進めるのではなく、各地の認知症のある方が集う場の関係者に趣旨を共有して展開を委ねる方針とした。

そのうえで、全国各地の認知症とともに生きるご本人が集うさまざまな場の関係者に対してご本人らによる「外出・交流・参加に関する語りあい」が起きやすい場の設計及び実施と振り返りを依頼 (1)、語り合いの内容を含めた記録の整理・分析を行った (2)。さらに、その結果を語りあいにご参画くださった方々に共有、意見交換を実施した (3)。

#### 1) 認知症のある方による語りあいの実施

検討委員会のご紹介<sup>1</sup>及び事業主体との関係がある (機縁法)、認知症のある方が集うさまざまな場の関係者に対して、場の背景 (本人ミーティング、本人や家族の定期・不定期の集い、認知症カフェ、介護保険サービス事業所) のばらつきに留意して、本事業の趣旨及び語りあいの実施可能性を打診した。

ご快諾頂いた方々に、それぞれオンラインで30分～1時間程度ご説明のうえ、お寄せ頂いたご意見・ご質問を反映する形で「ご協力のお願い」と「記録シート」を作成、2021年11月～2022年1月にかけて、全国8か所で実施・記録と振り返りを行って頂いた。

なお、各地の関係者と調整のうえ、差し支えない場合には、神野・佐藤・堀田が現地もしくはオンラインで見学・陪席した。

#### (1) 語りあいに参画くださった場

「リカバリーカレッジ」(宮城県仙台市)、本人・若年認知症のつどい「翼」(宮城県仙台市)、本人ミーティング「うきうき会」(長野県駒ヶ根市)、「borderless hikerz」(愛知県名古屋市)、「はっぴーこはま」

---

<sup>1</sup> 内田委員及び中村真理子氏 (北九州市認知症地域支援推進員/認知症・草の根ネットワーク) にご協力頂きました。記して謝意を表します。

認知症カフェ（福岡県大牟田市）、「DAYS BLG!」（東京都町田市）、「DAYS BLG! はちおうじ」（東京都八王子市）、「あめちゃんず」（福岡県北九州市）

## (2) ご協力をお願いしたこと

語りあいにご参画くださった場の関係者に協力を依頼した内容は表 2-2-1 のとおり（「ご協力をお願い（別冊資料 2）から抜粋」）。

表 2-2-1 語りあいにご参画くださった場の協力者への依頼概要（抜粋）

### 【協力いただきたい内容】

認知症とともに生きるご本人が集う場で、

- 認知機能が低下してからの外出・交流、参加の実態やその変化、維持・継続・再開のきっかけ等の語り合いの運営・実施
- 語り合いがおきやすい場にするための設計・準備（全体の流れのご検討、空間的工夫等）
- 語り合いの内容及びその振り返りの記録（記録シートの記入）
- 語り合いの様子の録音（できれば録画）と写真の撮影

### 【語り合いのテーマ】

国内外問わず、認知機能の低下や認知症の診断を経験すると、外出・交流、参加の機会は減少しがちであることが知られています。ここでは、特に初期の段階に焦点をあて、どのような環境があれば本人が望むつながりや社会参加を維持・継続、再開できるのか、新たなチャレンジを諦めなくてよくなるのかのヒントを得たいと考えています。

そこで、語り合いの場は、認知機能が低下してから外出・交流や参加に関して、何らかの変化が生じたのか、どのように維持・継続あるいは再開できたのか、さらに新たに始めることができたのか、そのきっかけや支えとなっている環境（人／モノ・空間／社会等）は何かという問いを念頭に、自由に展開頂きたいと考えています。以下の〈質問例〉を参考に、語り合いの流れをご検討ください。

〈質問の例〉

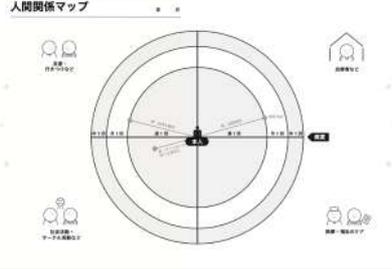
（ご参加の一人おひとりのそれぞれの問いに対する具体的な回答を得ることが目的ではありません）

- 認知症になる前から継続していること
  - 継続してやっていること\*はありますか？（\*やっていること：会っている人、行っている場所、日常のアクティビティ、イベント、趣味・習い事など）
- 認知症かもしれないと思って（あるいは診断を受けて）から変化があったこと
  - 一度諦めたけれど、再開したことはありますか？ その理由は何ですか？
  - 行きたいけど行けてない、やめたことはありますか？ その理由は何ですか？
  - 新たに始めたことはありますか？ その理由は何ですか？
- 今現在やりたいこと
  - やりたいことは何ですか？
  - それは実現できそうですか？それは何故ですか？
- ここは、あなたにとってどんな場所？
  - この場に来た経緯は何ですか？
  - 来ている理由は何ですか？

## 【実施方法】

実施方法は、場の運営を担うみなさんがご本人の状況にあわせて設計いただき、その工夫も調査対象としたいと考えています。

- 実施回数：1回でも複数回にわたっても構いません。
- 実施人数：2-3人以上／箇所
- サポートツール（別冊資料3・4）：人間関係マップとおでかけカードはこちらからご提供できます。ツールを使用しなくても、その他自由にツールを改変したり、新たに作っていただいても構いません。語りの場を開催する前に、参加者に準備・記入してもらうことも検討ください。

わたしの行きつけ（周辺地図）	人間関係マップ	おでかけカード
		
<p>自宅周辺の行きつけの店や散歩などによく行く場所がないか、近隣の場所を思い出しやすいします。</p>	<p>どんな頻度でどんな人とつながっているのかを整理できます。</p>	<p>場所、アクティビティ、イベント、趣味・習い事などのイラストから、外出内容を思い出しやすいします。</p>

## 2) 語りあいの記録の内容分析

8か所の関係者が記入くださった記録シート（別冊資料5-1～8）、録音データから作成した逐語録、写真・映像データの内容（本人・場の関係者の発言、行動）を対象として神野・佐藤がコーディング、カテゴリー化のうえ、結果図にまとめた。

### 3) 結果の共有と意見交換

語りあいにご参画・ご協力くださった8か所の関係者に各地での語りあいの記録及び分析結果を共有のうえ、意見交換を行った。

#### 【開催日】

2022年2月21日(月) 18時~20時(オンライン)

#### 【内容】

結果の共有とフィードバック(気になった点・深く考えてみたい点、感想)、次の一步につなげるためのアイデア検討と共有:

次のどちらか(または両方)についてアイデアを考えてください。

- 語り合いに参加くださった方を思い浮かべ、「場」に限らず、日頃から、個人で、あるいは、友人・仲間と出かけたところに出かけたり、居たいところに居るためには何が必要だと思いますか?
- 皆さんの地域で、まちのなかに認知症のある方が居心地のよい場を見つけ、あるいはそこに居てよいと思える「場」を増やすために、本人/家族/地域/みなさんができることはありますか?  
※認知症のある方を主たる対象と想定する場/運営者がいる場に限定しなくて構いません。

#### 【参加者】

- 語りあいにご参画・ご協力くださった8か所の関係者(敬称略)
  - 鬼頭 史樹(borderless hikerz/borderless-with dementia-)
  - 松原 智文(うきうき会/NPO 法人地域支え合いネット)
  - 若生 栄子(翼/認知症の人と家族の会宮城県支部)
  - 猿渡 進平(はっぴーこはま/医療法人静光園白川病院)
  - 伊藤 知晃(DAYS BLG!/100BLG 株式会社)
  - 丹野 智文(リカバリーカレッジ/認知症当事者ネットワークみやぎ)
  - 権頭 喜美恵(あめちゃんずの語り合いの場/社会福祉法人もやい聖友会)
  - 守谷 卓也(DAYS BLG! はちおうじ/株式会社ウインドミル)
- オブザーバー(敬称略)
  - 永田 久美子(認知症介護研究・研修東京センター)(検討委員会委員)
  - 矢吹 知之(認知症介護研究・研修仙台センター)(検討委員会委員)
  - 中島 悌吾(岡山市保健福祉局 保健福祉部)(検討委員会オブザーバー)
  - 松本 博成(東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野)

事務局: 神野・佐藤・堀田

### 3. 結果

#### 1) 語りあいにご参画くださった場・活動の概要

語りあいにご参画・ご協力くださった8か所の場や活動の概要は表2-2-2のとおり。

なお、8か所のうち2か所は実施可能性の打診・ご説明に認知症のある方が（も）対応、ふだん通りリカバリーカレッジでは、当事者である丹野氏が進行を担った。

表2-2-2 語りあいにご参画・ご協力くださった場や活動の概要

		
活動名称	リカバリーカレッジ	本人・若年認知症のつどい「翼」
実施場所	宮城県仙台市	宮城県仙台市
	医療福祉グループの事務所（+オンライン）	市民センター会議室
開催日	2021年12月26日 11:00-12:30, 13:00-15:00	2021年12月16日 11:00~12:00
参加人数	9人（うち1人はオンライン参加、スタッフは別室からオンライン参加）	11人（+スタッフ5人、ボランティア2人）
参加者の特徴 記録シートより抜粋	40~80代の認知症当事者。当事者ネットワーク宮城の会員。	認知症本人は男性が多く、要支援~要介護5の方が参加。介護家族は女性が多い。
その他特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段は、1.5~2か月に1回、当事者が話し合い、勉強し、考え、実践する場（本人たちで話し合って作りあげていく場）</li> <li>・ 支援者が素人で、本人がプロ</li> <li>・ 室内は当事者のみで実施し、進行役が均等に話しかける</li> <li>・ 最近どうだった？から、「ふつう」に話し合う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段は、月2回の本人ミーティングを実施</li> <li>・ 場の運営者全員が本人の状況を把握・共有し、本人と進行以外はなるべく発言せず見守る</li> <li>・ 半円形に椅子だけ並べ、進行役は「おでかけカード」の内容を頭に入れ、移動しながら1人ひとりと向き合い語りを促す</li> <li>・ 語り合いで出た発言は、葉っぱ型の色紙「想いの木」に記入し、後日も本人が見られるように、参加への感謝を伝える</li> </ul>

		
活動名称	うきうき会 (本人ミーティング)	borderless hikerz
実施場所	長野県駒ヶ根市	愛知県田原市
	市内の喫茶店	伊良湖ウォーキングロード+ ホテル会議室
開催日	2021年12月1日 14:00~15:30	2021年11月28日 14:30~16:00
参加人数	5人 (+スタッフ2人)	13人 (+スタッフ2人)
参加者の特徴 記録シート より抜粋	診断を受けてから1~5年ほど。 ADLは自立している。	愛知、岐阜。静岡など各地から参加している。 ウォーキングには配偶者と一緒に参加している人が多い。
その他特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段は、月1回の本人ミーティングで、コーヒーを飲みながら、やってみたいことを語りあったり、フリートーク、テーマトークを実施している</li> <li>・ 事前にケアマネと語り合いの概要を確認し、ご本人達の語り合いをサポートしてもらうよう依頼</li> <li>・ 会議室でなくちょうどよい広さの喫茶店を貸し切りにし、10人程度で円形になり、仲の良い人同士を近くに、スタッフも混ざった座席で着席</li> <li>・ 雑談タイム~テーマ(順に尋ねる)~最後は希望のある内容で終わる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段は、月に1回山登りと、週に1回オンラインのつどいを開催している</li> <li>・ 今回のテーマ「外出」にあわせて、当日は1時間ほど湖畔ウォーキング(外出)をした後に語り合いを実施</li> <li>・ 立場や肩書、当事者/非当事者を意識せずに行われるよう混ざり合う</li> <li>・ 初めて会った方々も、顔馴染みも混合で参加したため、まずは感想から話し合い</li> <li>・ 語り合いでは、参加者が輪になり、進行役が質問を投げかけながら自由に語り、途中、落ち込んでいた方には励まし合う場面もあった</li> </ul>

		
活動名称	はっぴーこはま（認知症カフェ）	DAYS BLG!（デイサービス）
実施場所	福岡県大牟田市	東京都町田市
	小規模多機能型居宅介護事業所（地域交流施設）	DAYS BLG!
開催日	2021年12月21日 13:30~14:45	2021年12月22日 10:30~11:30
参加人数	3人（+スタッフ2人）	2人（+スタッフ2人）
参加者の特徴 記録シート より抜粋	認知症当事者、高次脳機能障害、元気高齢者。要介護31名を含む。	仕事やはたらくことに意欲が高い人。今回の参加者は 要介護1と要介護3の方。
その他特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段は、週1回の認知症カフェで、チャレンジしたいことを話し、実行している</li> <li>・ 事前に「やりとり手帳」を実施、これまでの活動をスクリーンに映して語り合い</li> <li>・ 参加者は、地域包括支援センターの総合相談から入ってきた方々で、認知症の受け止めが異なる3者</li> <li>・ 支援者は認知症カフェの場面のみならず、生活の変化に気付いた際は適宜自宅訪問したり、メンバーの興味関心が高そうなイベントなどあれば誘い出している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段は、デイサービスとして、いくつかの選択肢からその日行う活動を選択、実行しており、今回は「洗車」「ポスティング」に「インタビュー」を加えて、希望者が協力</li> <li>・ 参加者は活動を自由に選択でき、スタッフは強制しない</li> <li>・ メンバーの暖かい雰囲気、居心地の良さ・冗談を言い合うような関係性を生んでいる</li> </ul>

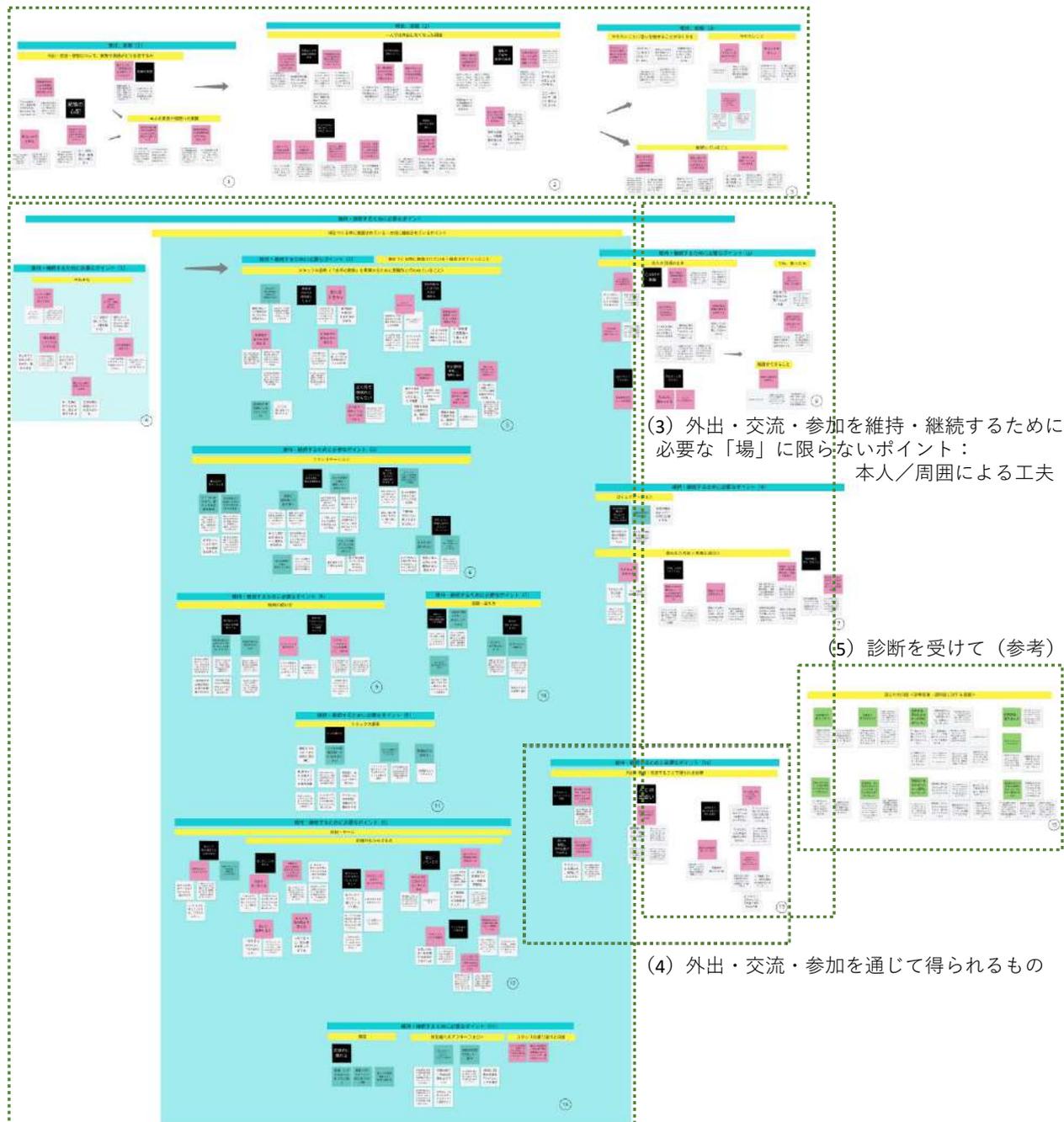
		
活動名称	DAYS BLG! はちおうじ (デイサービス)	あめちゃんず
実施場所	東京都八王子市	福岡県北九州市
	DAYS BLG!はちおうじ	特別養護老人ホームのカフェ
開催日	2021年1月17日 14:00~15:00	2022年1月6日 13:10~14:00
参加人数	3人 (+スタッフ2人)	3人 (+スタッフ3人)
参加者の特徴 記録シート より抜粋	認知症のある方	認知症対応型共同生活介護グループホームに入居され、月に1度ラジオ番組のパーソナリティをされている3名の女性 (要介護3)
その他特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 普段は、デイサービスとして、いくつかの選択肢からその日行う活動を選択、実行しており、今回は「洗車」「ポスティング」が候補にあった。「靴べらが作りたい」という意見があったため、その日の活動として「靴べら作り」が追加された</li> <li>・ 語り合いは靴べらを作りながら、「愚痴っぽく」行った</li> <li>・ 何かをしながら、リラックスして話ることができるように、普段通りの場を意識</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 耳の聞こえにくさ等を考慮し、参加者一人一人の隣にスタッフがついて実施</li> <li>・ コーヒーとお菓子を用意し、世間話をしながらリラックスできる環境</li> <li>・ 話題が違う方向へ行ったり、質問にすぐわない回答であっても、言葉を遮らない、否定しない</li> </ul>

## 2) 語りあいの記録の内容分析・意見交換の結果

### A. 語りあいの記録の内容分析・結果図

語りあいの記録の内容分析の結果図は図 2-2-1 のとおりとなった。

#### (1) 認知症のある方の外出・交流、参加の現状・実態



#### (2) 認知症のある方の外出・交流、参加を維持・継続するために必要な「場」のポイント

図 2-2-1 語りあいの記録の内容分析 結果図

概ね次のように分類された。

- (1) 認知症のある方の外出・交流、参加の現状・実態
- (2) 認知症のある方の外出・交流、参加を維持・継続するために必要な「場」のポイント
- (3) 認知症のある方の外出・交流、参加を維持・継続するために必要な「場」に限らないポイント：本人／周囲による工夫
- (4) 外出・交流、参加を通じて得られるもの
- (5) 診断を受けて（参考）

## B. テーマ別の結果と協力者からのフィードバック

図表 2-2-1 の結果に対して意見交換の場で得られたフィードバックを該当箇所に加えて記載・紹介する。結果図の凡例は図 2-2-2 のとおり。白の「本人の発言・観察されたこと・記録シートの引用」については、認知症のある本人ではなく進行役の発言や記入の場合、( ) で特記した。また、引用に対する意見交換の場におけるコメントを、■の発言ごとに示す。



図 2-2-2 結果図の凡例

### 【留意事項】

今回の語りあいは、8か所のうち認知症当事者に直接打診したのは1か所のみで、7か所については認知症の診断を受けていない支援者等に設計・準備、運営や振り返りを依頼している。また、結果の共有や意見交換についても、新型コロナウイルス感染拡大期にあたり、各地に赴き、実際に語りあい参加した当事者とともに対面で行うことは見送り、8か所からそれぞれ1人の（丹野氏を除くと認知症の診断を受けていない）支援者等を中心としてオンラインで実施することになった。結果をみるうえで留意されたい。

とくに(2)認知症のある方の外出・交流、参加を維持・継続するために必要な「場」のポイントについては、支援者等による記録シートの記入の引用が中心となり、意見交換の際にも、「いつの間にか、本人にどうしてあげるか、になっていないか」との指摘もあった。本人の経験や考え、つぶやきに耳を傾け合い、その声を本人とともにまとめていくプロセスは、さらに検討する必要がある。

(1) 認知症のある方の外出・交流、参加の現状・実態

① 外出・交流・参加について、家族や周囲の反応

家族が本人を心配に思い、危ないからと行動を止めたり、お金を持たせなかったり、認知症であることを周囲に知られたくないために一人での外出をやめるよう促すという声もあった。また、仕事に就かせてもらえなくなるなど、周囲の態度の変化もあり、認知症当事者は「誰かの手を煩わせている」と申し訳なさを感じたり、家族の負担を減らすためにデイや近所の散歩に出かけているといった言葉もあった。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- 奥さんに「隣近所があるから一人で行くな」と言われる。
- 調理師の免許とか、介護の資格も持ってるけど、雇ってもらえない。過去そういう仕事してきたんですけど、認知症の方はお断りって。
- (歩くのは一人) かみさん、それに全部付き合わせるとかわいそうだもん。

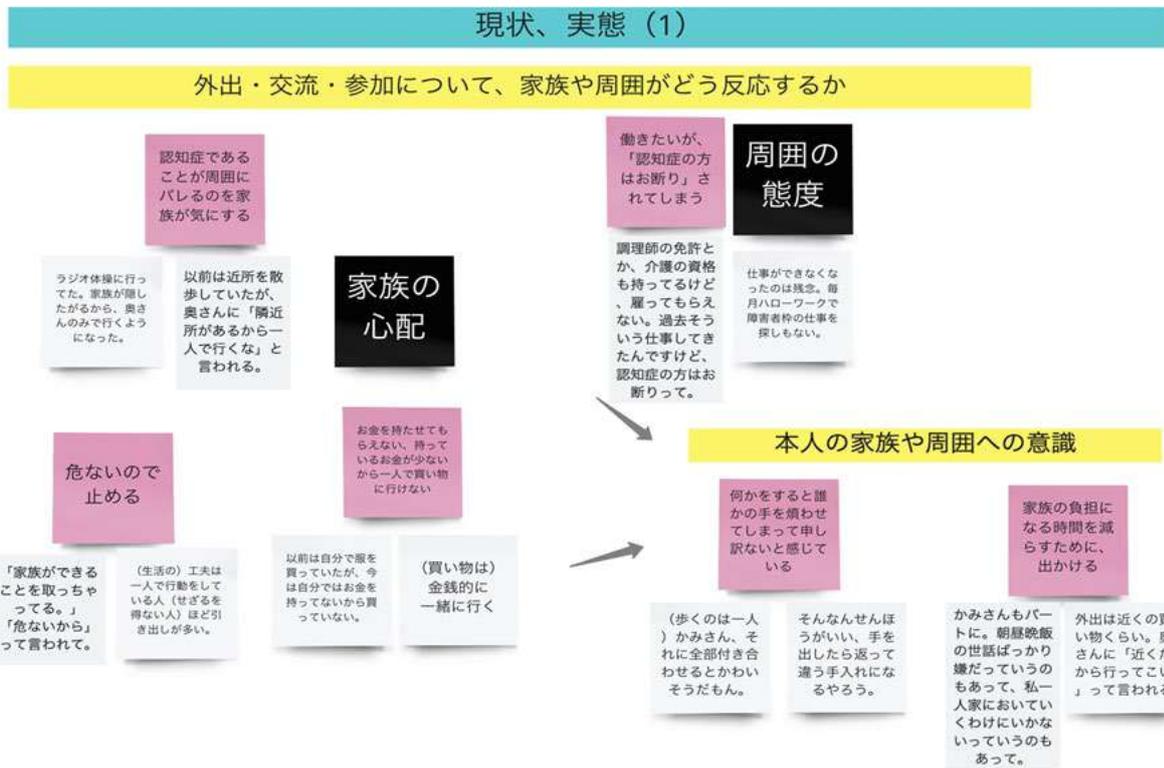


図 2-2-3 外出・交流、参加について、家族や周囲の反応

② 一人では外出しなくなった理由

過去に1人で外出して迷う・倒れる等の経験があったり、体・頭が動かずやる気が出ない、億劫・面倒になった、きっかけがないなどの声があった。運転や免許返納に関する話題も多く、誰かを傷つけるかもしれない等の不安や、家族の勧めから免許を返納した、小さな失敗があっても、不安を抱えつつもまだ運転を継続しているという声もあった。なお、「家族と出かけた方がよい」という本人の発言については、意見交換の場でさまざまなコメントがあげられた。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- 一人で外出をして迷ったり、倒れたりして、気軽に一人で外出することが難しくなった。
- どこ行くのも奥さんと一緒なのは、安心なのと楽なの。
- 何かやりたいと思っても、体も動かないし、頭も働かないし。
- 一人で出かけなくなった。車を運転しなくなってから面倒になった。

■ どこ行くのも奥さんと一緒なのは、安心なのと楽なの

コメント>「家族と出かける方が楽だから」は信じてはいけない。

コメント>「家族と一緒にいきたい」には諦めがある。認知症以外の人にもそれは感じる。

コメント>「1人で出かけた」「家族と一緒にだと安心」なども出てきたが、それが彼らの本人の思いなんだ、と受け止めている。

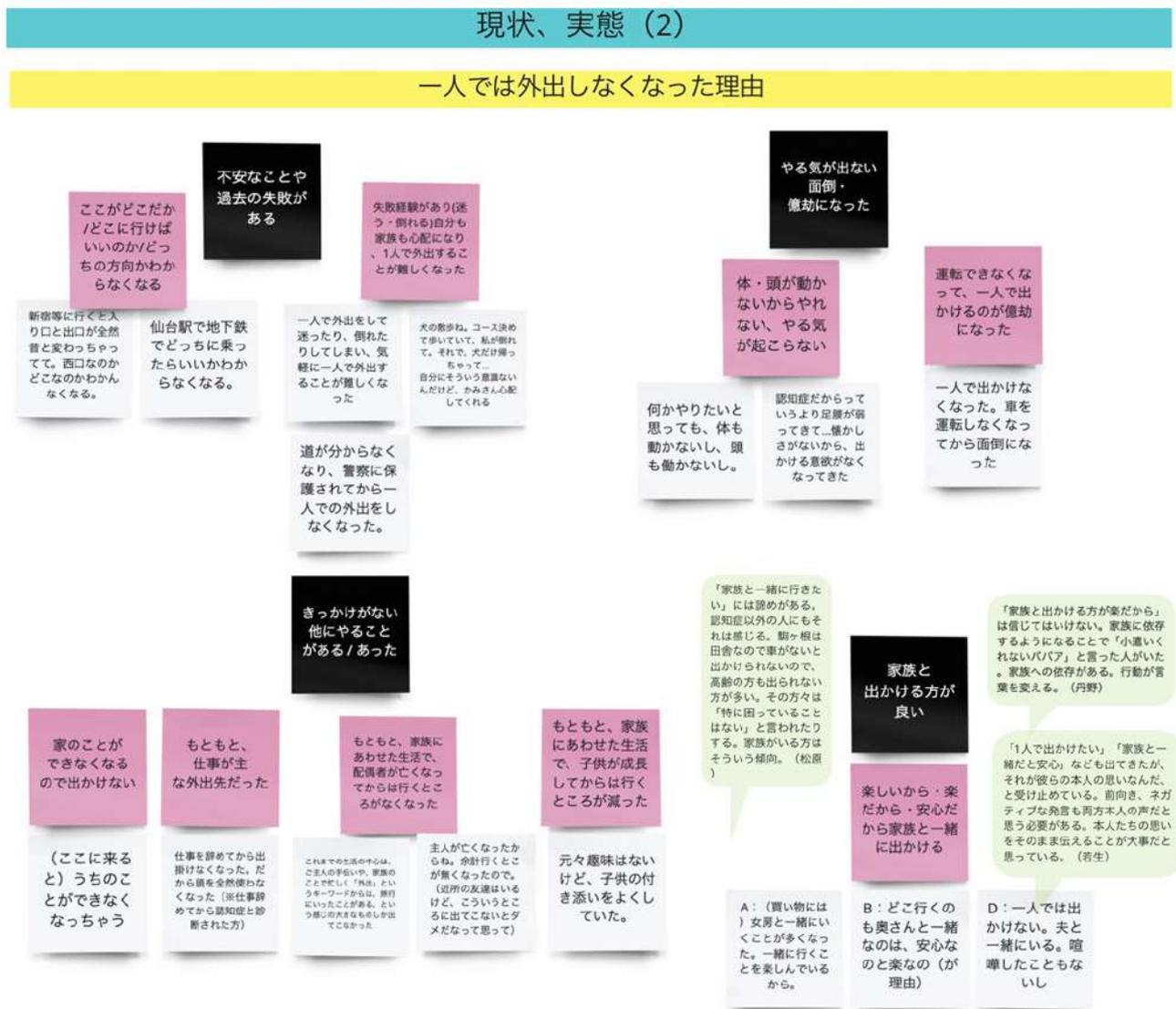


図 2-2-4 一人では外出しなくなった理由

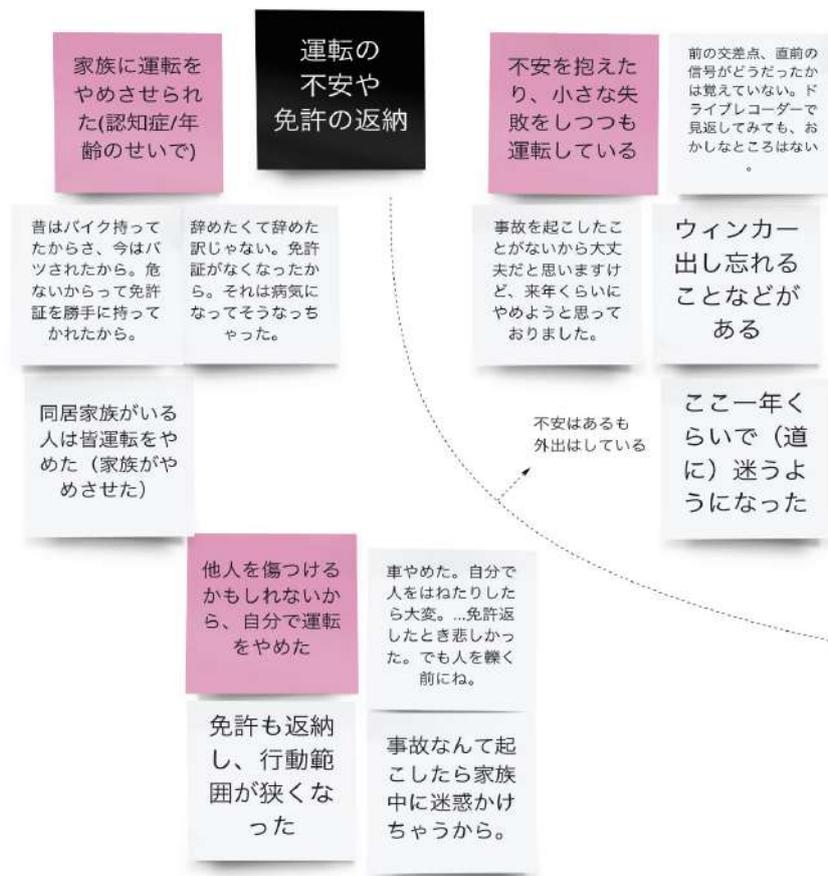


図 2-2-5 一人では外出しなくなった理由(うち運転・免許に関すること)

③ やりたいことや継続していること

やりたいこと、行きたい場所、欲しいものに思いを馳せることがなくなるという発言がみられた一方、遠出はしなくなったが日常的な歩ける範囲の用事には出かける、自分でできることはこれからも自分でやりたい、目的や楽しみがあると1人でも行ける、仲間となら遠出したいといった声もあった。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- 自分が何をやったらいいかわかんないんだよ。「これやってくれ」って言われたらやるんだけど。
- できるだけ自分でやりたい。
- 別にここ(どこか)に行きたいとは思ってないけど、どこでもいいけどね、みんなで行くとかだったら、なんぼでも。
- 外出でも、食料品や日用品等の買い物、健康維持のための散歩等は続けているが、旅行のような楽しみのための外出が少なくなっている。
- 東京モーターショーに行った人がいる。目的があると一人でもいける。

## 現状、実態 (3)

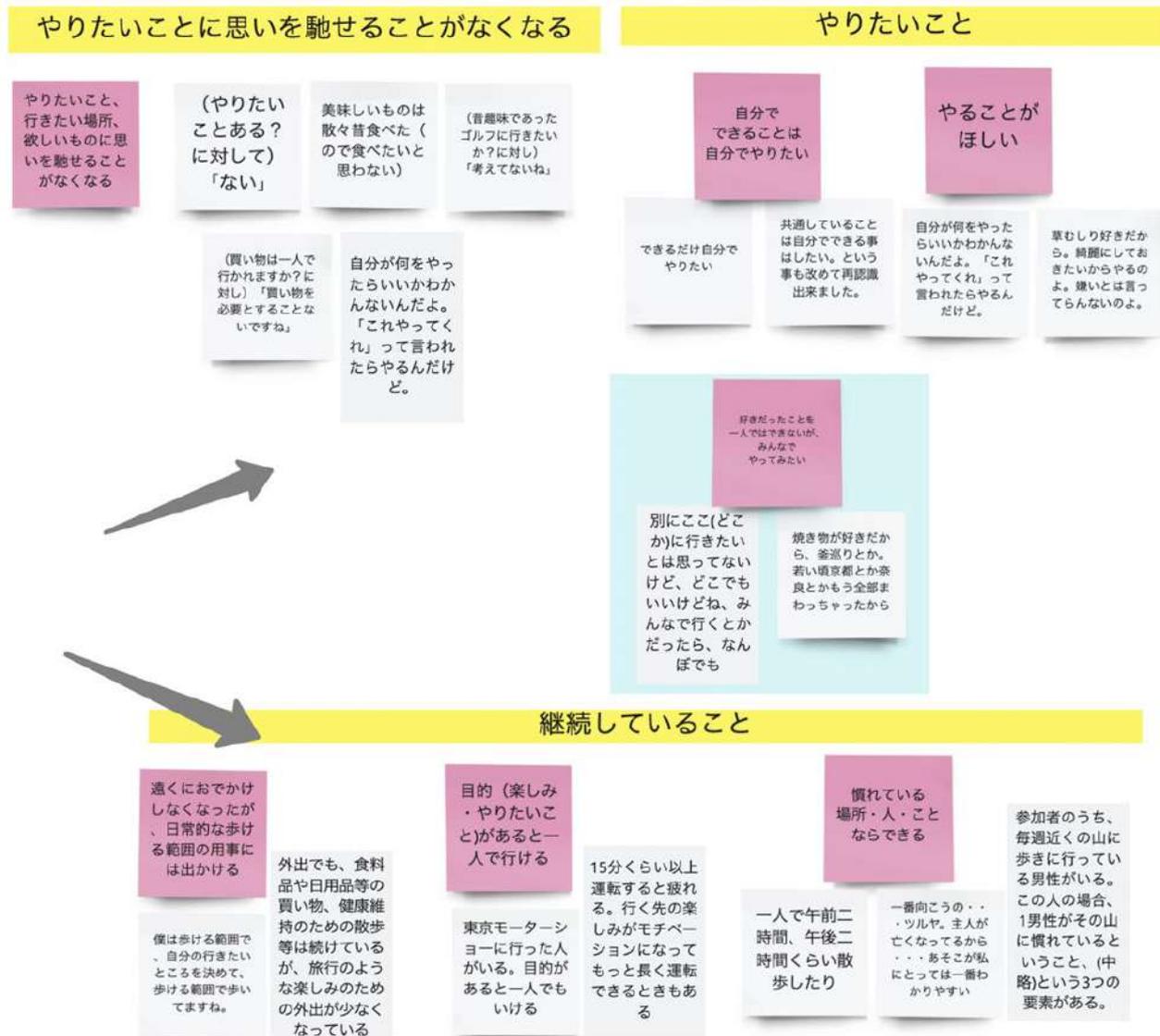


図 2-2-6 やりたいことや継続していること

## (2) 認知症のある方の外出・交流、参加を維持・継続するために必要な「場」のポイント

### ① 外出・交流・参加の前提

語りあいが行われた場にふだん参加する前提として、(そもそも出てこられる) 場があり、運営してくれる人がいること、場を紹介してくれる専門職や家族がいること、場にたどり着くためのサポート、送迎や付き添いがあるといったことが挙げられた。その他、よき支援者に出会えたということも、外出・交流・参加を諦めないでよい要因として挙げられた。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- ここがなかったら、本当に家にこもっちゃう。外へ出ないし、寂しいって感じになっちゃう。本当にありがたいんですよ。

- こういう会を開いてもらっているから、生きていられる。
- まとめてくれる人がいるから、話ができる
- ここは娘が探してきた。



図 2-2-7 外出・交流、参加の前提

② 「水平の関係」を実現するために意識的に行われていること

「認知症だから」と特別扱いしないこと、本人の能力やこれまでの人生を認めること、支援者が本人の力を信じること、また選択肢があり、認知症のある方本人が自分で決めて納得できること、強制がなく選択できること・好きにできることが重要との声があげられた。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- (本人/進行役) ふつうに話し合おうと思っている。
- 自己選択・自己決定というのが、保証されている場所。
- 嫌なこと我慢してじっとしてたら認知症進行させちゃうよね。



### ③ 語りあいの進行・ファシリテーション

テーマにあわせた企画の検討や、参加者の話す順番等について、「盛り上がり」をつくるという観点からの工夫（内容について意見がある／ありそうな人から話せるようにする）も見られた。

一人ひとりの存在を認め、考えを尊重するために、必ず全員均等に話を振る、話題を強要せずどこに展開しても遮らない、本人の行動を止めないという声があったほか、会話をスムーズに進行していくために、進行役は本人が話しやすい、思い出しやすい切り口を提案することも実践されていた。

#### 本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- （進行役）場の最初の感情の高まりをつくるために「本日の主役」みたいな人がいればまずその人の想いを共有する。
- （進行役）「外出」がテーマなら、外出をしているときがよいと思い、普段の歩きに本人ミーティングをつけた。
- （本人／進行役）確実に皆さんに質問をする。（均等に話しかけるから、参加している気持ちになれる）
- （進行役）できるだけ本人の言葉で話してもらう。（話を合わせようとさせない）
- （進行役）過去の記憶をスタッフが補完する。
- （進行役）怒って家に帰るメンバーさんを遮らない。（そのまま帰ってもらう）

#### ■ 怒って家に帰るメンバーさんを遮らない（そのまま帰ってもらう）

コメント>怒って帰る、止めないは当たり前。なんで怒ってるのか。自分の意志で来てない人が多いのではないかと自分の意思で参加してもらうのが大事



図 2-2-9 ファシリテーション

#### ④ 時間の使い方

来てよかったと思えるよう、参加者一人ひとりが主役になれる時間を持つこと、希望が持てる質問で会を締めくくることが、などの声のほか、自分ひとりではやらないことにチャレンジできる時間、一人一人のできることを役割として担ってもらうことなどが意識されていた。

##### 本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- （進行役）1日の終わりに振り返りを行い、全員が一人ずつ話す（＝主役になる）。またその後、代表者を決めて、一本締めを行う。
- （進行役）語り合いを「楽しい」印象で終え、次の集まりが楽しみになるよう、最後は、希望がある内容（「〇〇に行きたい」とか「〇〇がしたい」）で終わる。
- （本人／進行役）しゃべる機会をたくさん与えるうちに、できるようになっていった。
- （進行役）これは〇〇さんをお願いできるんじゃないか、これ△△さんに頼んだらどうか、と思いつく。自然にブレーキかけずにしているんだと思う。

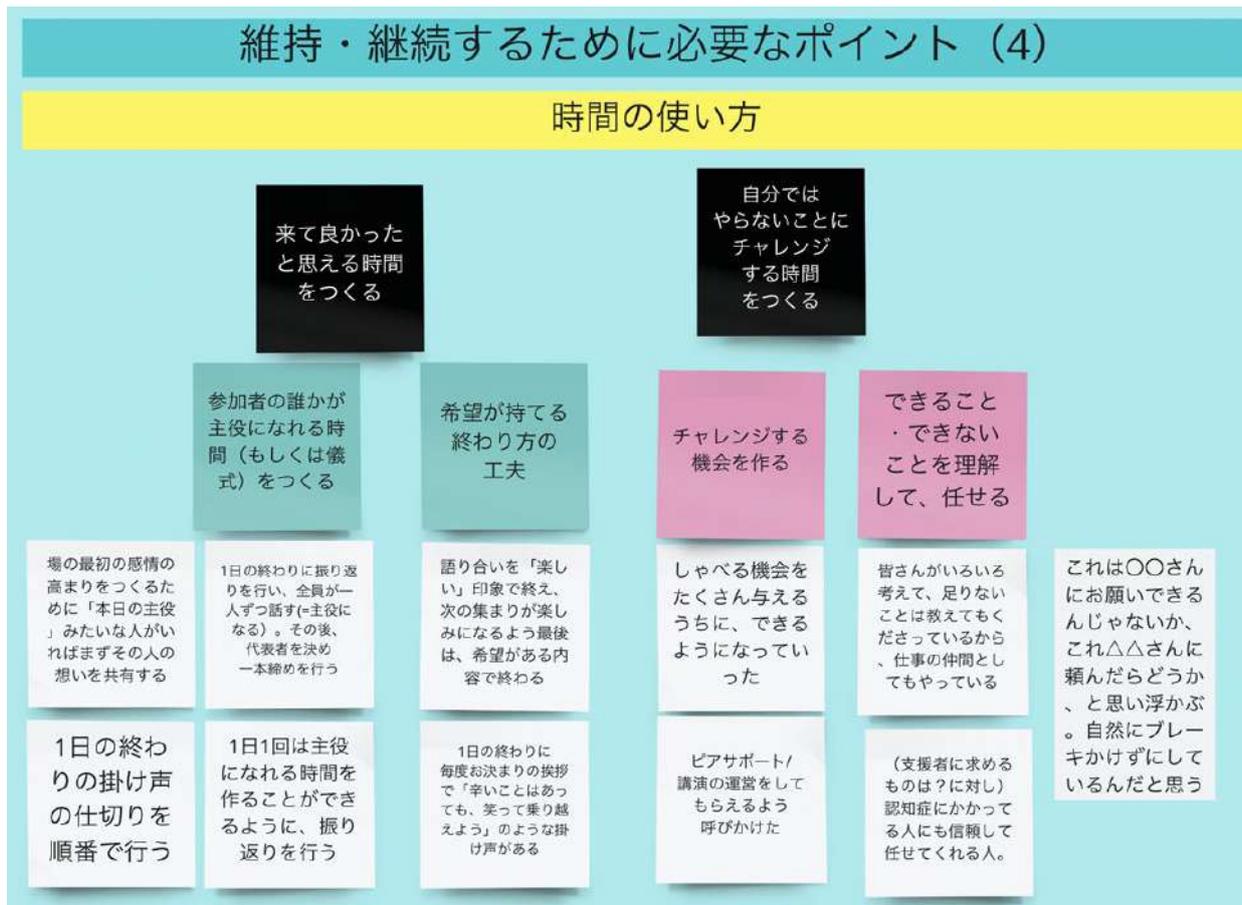


図 2-2-10 時間の使い方

## ⑤ 空間・座り方

語りあいを当事者のみで行ったところもある一方、参加者と運営スタッフを混ぜて配置し、会話が分散しても対応できるようにしているところもあった。また、周囲が気にならないように、広すぎず、自分たちだけがいる空間で開催するなどの工夫も見られた。

### 本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- （進行役）スタッフが車座の対角線（遠く）に座ることで、話題に全体感が生まれる時と、個別感が生まれる時とがある。
- （進行役）部屋が広すぎると注意が分散する（気が散る）人もいるが、10人程度が円形に座るとほぼいっぱいになる丁度良い広さ。
- （進行役）自分達だけの空間となることで、周りの目を気にせずに、遠慮なく話ができる場。



図 2-2-11 空間・座り方

⑥ リラックス要素

参加者がリラックスして過ごせるよう、場所や、話し方も、いつも通りのやり方を変えないことや、コーヒーやスナックを用意すること、世間話から始めるといった心がけも実践されていた。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- (進行役) いつも行っている本人ミーティングで語り合いをしていこうと思いました。
- (進行役) 何かをしながら、リラックスして語ることができるように普段通りの場を意識した。
- (進行役) (いつもと同じく) 公共の会議室ではなく、“コーヒーを飲みながら気楽に本人同士で語り合う場”として商店街の喫茶店を貸し切り。
- (本人/進行役) 最近どうだった? から世間話をしてリラックス

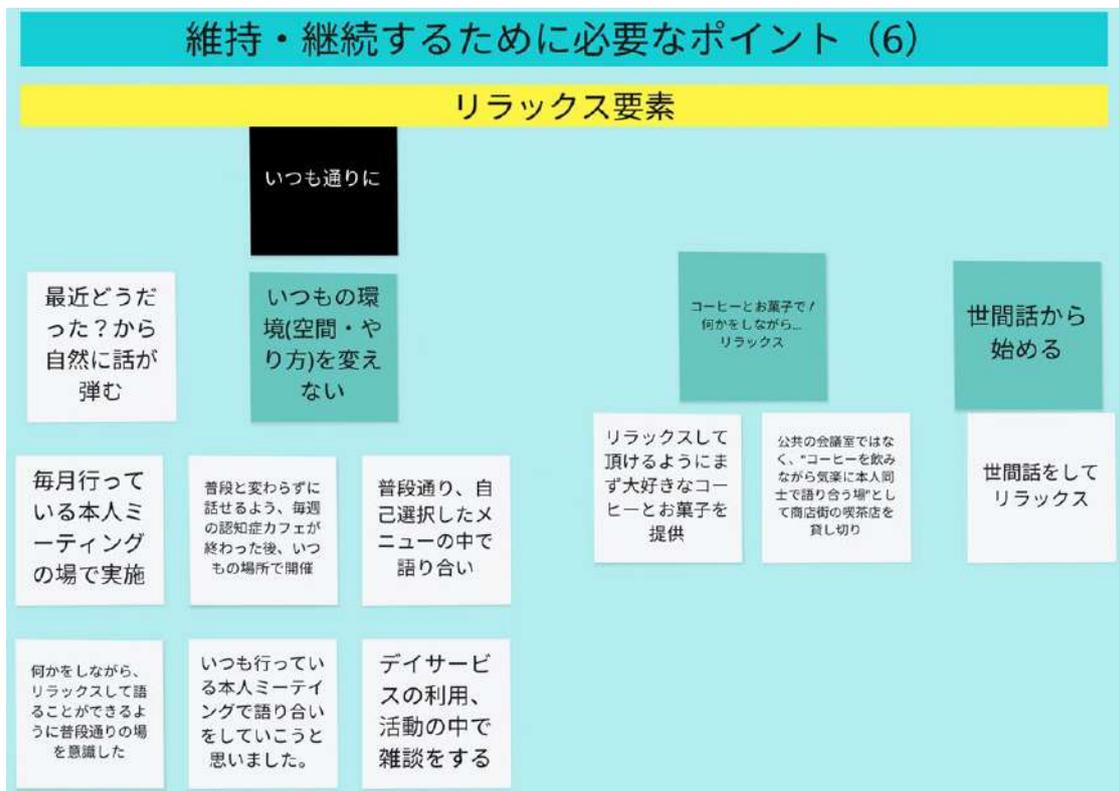


図 2-2-12 リラックス要素

⑦ 仲間同士、参加者同士のコミュニケーション

参加者がお互いに「誰かの助けになっている」「役にたっている」という感謝の言葉を伝える、外出についても、失敗は当然、でも間違ってもやり直せばいいという気持ち、成功体験を得て共有することで希望を分かち合うという声があった。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- (進行役) 語り合いに参加して頂いたことに感謝の気持ちを伝える。
- 失敗は誰にでもあって当然だし、間違えたらまたやり直せばいいよということを仲間同士で共有し、「できるよ」と伝える。
- 自分の経験を聞いてもらえるのは嬉しいし、いろんな当事者の方がいて励みになる。
- ただうちにいるより、皆が自分の最初のことを伝えて元気をあげたらいいかなと思ってるだけ。



図 2-2-13 仲間同士・参加者同士のコミュニケーション

⑧ 開催頻度・その後の関わり

語りあいに参画くださった場のふだんの開催頻度は、毎日、毎週、隔週や月一などさまざままで、困ったら都度相談を受け、日常的に関わる場もあった。

ともに過ごしたり、語りあった後の展開については、話された「やりたいこと」は、その場で動きを決める、今後の活動計画に活かすことや、活動記録を言葉や写真で残し、ご本人に返していくことなどがあった。

なお、場が終わった後に、かかわった全員で振り返りを行っているところ、スタッフが運営者の関わりや場の持続可能性等について振り返っているところがあった。また、場の参加者が場の主催者になっていくサポートができないか検討されているところもあった。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- (本人/進行役) 行きたい! となったらやったら? いつ? と決めていく。
- (進行役) 今後の会で、外出の計画を立てていく。
- (進行役) 本人の意見を葉っぱに見立てた紙に書いて後日でも本人が見られるようにしていく。
- (進行役) (年末に) 活動の写真をアルバムにして手渡す。
- (進行役) スタッフが内省的に、この関わりはよかったのか、この支援は持続可能かを振り返っている。

■ スタッフが内省的に、この関わりはよかったのか、この支援は持続可能かを振り返っている  
コメント> 「スタッフの振り返り」になぜ当事者を入れないのか?

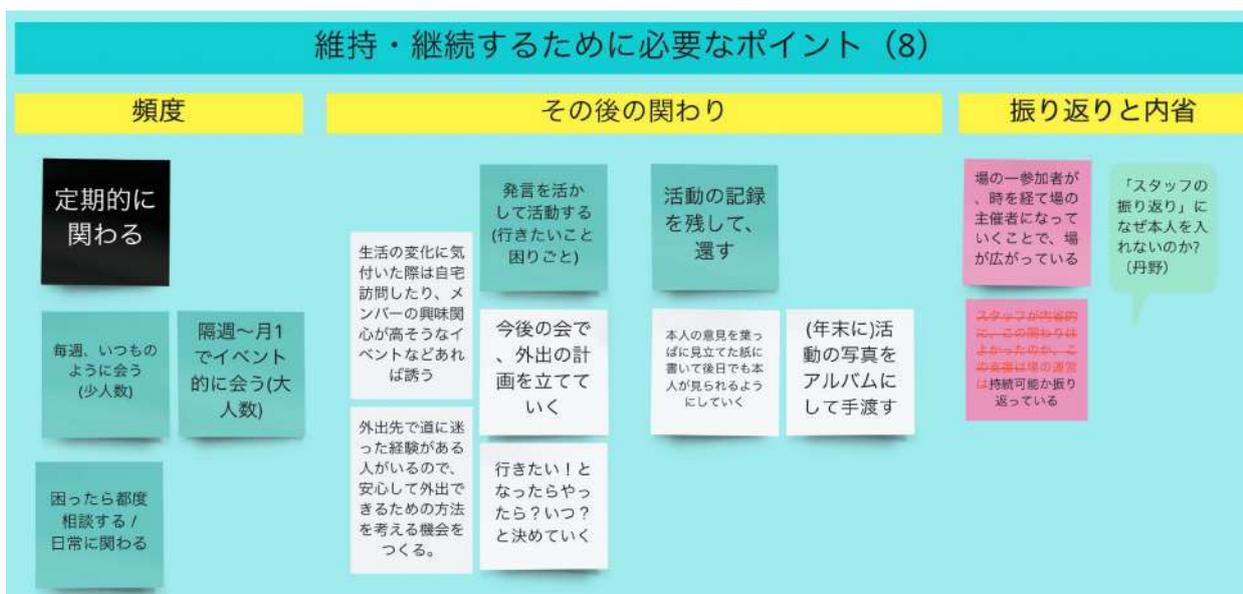


図 2-2-14 開催頻度、その後のかかわり、振り返り

(3) 外出・交流、参加を維持・継続するために必要な「場」に限らないポイント

：本人／周囲による工夫

① 日頃の工夫

認知症のある方本人の心がけや意識として、自身の「やってみたい」と思った気持ちを大切にすることや、不安の原因に向き合い、心配しすぎを予防したり、自分が失敗する条件を認識して事前に対処するといった策が取られていた。

特に外出に関する具体的な工夫としては、スマホなどのツールを活用する、カバンにヒモをつける、ヘルプカードを持ち歩くといったことが挙げられた。

工夫をしてもなお、困ったことがあった場合には、人に聞く、家族や支援者に助けを求め、助けを受け入れるといったことがあった。

周囲ができることとして、本人のやりたいことを家族や、支援者が止めないことが挙げられた。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- （自分が）やってみたい、行ってみたいという気持ちを持つこと。
- 家族に求めすぎていることに気づいた。自分が変わらなければならないことに気づいた。
- 焦ると混乱しちゃうので、ゆっくりゆっくりやると大丈夫。
- 認知症になってそんなに苦になってない。認知症だって言ったらしょうがないと思われるから。
- 道に迷ったら他の人に聞くことが大事。
- 出来ないことは家族や支援者に助けてもらい、目的を遂行する。
- （同居家族がいる場合）外出、交流の場に本人が出ていくことに対する家族の理解がある。

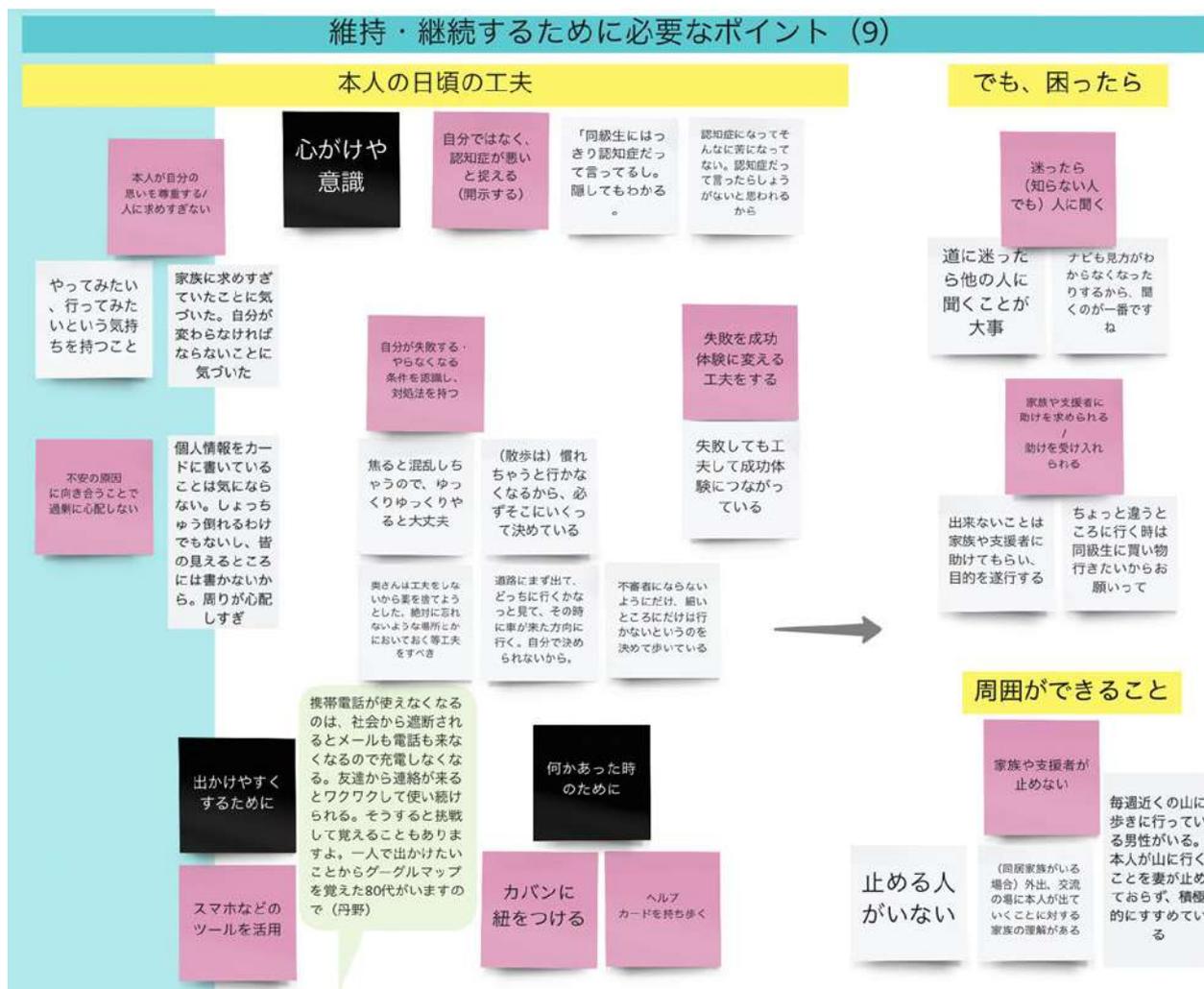


図 2-2-15 本人の日頃の工夫、でも困ったら

(4) 外出・交流、参加を通じて得られるもの

① 体制・チーム、仲間がもたらすもの

場の体制については、まとめてくれる人がいること、いろいろ考えてくれること、リラックスできることなどがあげられた。

認知症であることに加え、同じ地域に住んでいる、仕事をしてきたもの同士...など認知症+αの共通項を持っていること、そして明るい雰囲気・自由な雰囲気のなかで、次第に「仲間」になっていき、さらに言いたいことが言える、包み隠さず話したり、冗談を言い合ったりして、互いに応援しあえる関係性が生まれていた。

本人の発言・観察されたこと・記録シートの内容より一部抜粋

- まとめてくれる人がいるから、話ができる。
- 同じようなところで暮らしているからいい友達にもなれるし、長く付き合いたいし、先輩として付き合ってます。





(5) 診断を受けて（参考）

外出・交流、参加を切り口とする語りあいにおいて、認知症の診断やその受け止めに関する話題が頻出していた。

診断前から認知機能の低下に気づいていたか否か、診断直後の落ち込みの有無はそれぞれであったが、良い医師、当事者同士を含めよい理解者との出会いが重要との指摘があった。なお、なぜ認知症になったのか、自身の何がいけなかったのかを反省するという言葉も聞かれた。

現在の「認知症」との付き合い方としては、気にしない・意識しなくなったという声も多く、中には認知症に対する自身のイメージや社会のイメージに対して闘争心がある、といった意見も見られた。



図 2-2-18 診断前後のこと、認知症に対する意識

## 2) 結果を踏まえた「次の一步」に向けたアイデア

意見交換の場で、語りあいの分析結果の共有とフィードバックを踏まえ、参加者に次の一步のアイデアを考えて頂いた結果、以下の発言が得られた。

- 語り合いに参加くださった方を思い浮かべ、「場」に限らず、日頃から、個人で、あるいは、友人・仲間と出かけたところに出かけたり、居たいところに居るためには何が必要だと思いますか？
- 皆さんの地域で、まちのなかに認知症のある方が居心地のよい場を見つけ、あるいはそこに居てよいと思える「場」を増やすために、本人／家族／地域／みなさんができることはありますか？  
※認知症のある方を主たる対象と想定する場／運営者がいる場に限定しなくて構いません。

- 自分にもできるように応援すること。本人への提案はいいが、やるかやらないかという選択肢を作ってあげること。また、例えば運転免許の返納についても、説得するのではなく、納得できるような環境をつくるようにする。
- 仏滅で結婚式が開かれない日に、認知症当事者達が結婚式場で集まるなどのイベントを開催している。そういった機会を増やしてまちなかに居心地よい場を広げていきたい。
- 田舎で道に迷ってしまうと、探すのがとても難しい。ヘルプカードなど、道に迷った時にもリカバリする方法を検討することが大事。また、助けを求められる場所があることを広めていけたらいい。
- 病名や ADL の前に、本人を知ることを目的として「やりとり手帖」（本人も自分に向き合い、対話しながら記入）というものをつくっており、これをもっと活用したい。
- 例えば高齢者・認知機能が低下している方でもスマホ教室を開いて、同じプログラムを何回もやることで、できるようになる。それで友達ができ、「一緒に遊びに行こう」と LINE でやりとりするようになると、「自分達で決めて行く」ということができるようになる。
- 予定調和的な「確かさ」に慣れるのではなく、人間って不確かでもいい、ということを地域の中でも一緒に考えられる場、体験できる機会があれば自然と広がっていくのではないか。(hikerz のように)「ただ一緒に歩いてみる」みたいなことをやっていくこともよいかもしれない。
- 駄菓子屋さんやポストイングなどを行うと、メンバーさん自身が地域とつながろうとする。1 人では難しくても、日々の活動を通して仲間を作ることで、みんなが住みやすい地域をメンバーさんたちが作っていけるのではないか。
- 駄菓子屋などをやっていると、認知症の人という認識はなく、「駄菓子屋の人」として自然に認知症の人と触れ合う機会になる。そういう場所がもっと増えるといい。
- 視覚・聴覚障害の方が専用のボタンを押すと、そういった人を助けたいと思っている人で、LINE に登録してる人に通知されるというツールがあった。こういう発想も認知症のある方にも応用できることもあるかもしれない。

#### 4. 小括

ふだんから認知症のある方が集う全国 8 か所のさまざまな場の関係者に、認知機能が低下してからの外出・交流、参加の実態やその変化、維持・継続・再開のきっかけ等について、認知症のある方が集う場で語りあいの機会をもっといただくことを依頼、そこで語られたことと振り返りを分析、協力者と共有して意見交換を行った。

その内容は、概ね外出・交流、参加の現状や実態、外出・交流、参加を維持・継続するために必要なポイント、外出・交流、参加を通じて得られるもの、認知症に対する意識等に分類された。主な結果は以下のとおり。

- ① 認知症の方の外出・交流・参加の現状について、家族が本人を心配に思い、危ないからと行動を止めたり、お金を持たせなかったり、認知症であることを周囲に知られたいくないために一人での外出をやめるよう促している場合があることが伺われた。また、認知症当事者は、周囲の態度の変化から「誰かの手を煩わせている」ことを感じ、家族の負担を減らすためにデイサービスや近所の散歩に出かけているといった語りもあった。
- ② ひとりでは外出しないという当事者も多く、過去に迷子や警察に保護された経験等からくる心配、体や頭が動かずやる気が出ない・出かける意欲がなくなってきた等の他、もともと家族にあわせた生活だったという声があげられた。なお、協力者からは、純粋に「家族と出かける方がよい」と考えているのか、諦めによるものなのか留意が必要との声もあった。
- ③ 他方で、歩ける範囲や慣れているところ、日常の用事は 1 人で出かける。やりたいこと・行きたい場所等に思いを馳せ、楽しみややりたいこと・目的があれば 1 人で遠出もする。仲間となら遠出したいという希望もあげられた。
- ④ 語りあいに参加してくださった当事者にとっては、ふだんのその場とのつながり、そこで当事者やよい支援者に出会えていることが人とのつながりや外出を諦めなくてよい要因となっていることも多く、出ていける場があり、それを運営する人、紹介してくれる家族や専門職がいて、行くために必要な支援があることが「前提」としてあげられた。
- ⑤ 今回ご協力・ご参画くださった場における、実際の語りあいの機会の準備や当日の場のもち方、そのなかでの認知症のある方の役割は、ふだんのその場の位置づけ、進行役の考えや参加者の状況、等によってさまざまだった。
- ⑥ 実現のあり方は多様でも、それぞれの場で、本人の持つ力を信じること、一人ひとりの存在・これまでの人生を認め、考えを尊重すること、本人が自分で決めて納得できること、選択できること・好きにできること、「認知症だから」と特別扱いしないこと、ふつう・いつも通りのコミュニケーションをとること、認知症の有無にかかわらず言いたいことを言い合うなど「水平な関係」が重視されていた。また「来てよかった」と思えるように、互いに感謝を伝え合うこと、一人ひとりが主役になれる時間、「盛り上がり」を意識する、一人ではやらないことにチャレンジできる機会を持つといった工夫もあげられた。
- ⑦ これらを「当事者に向けた支援者の姿勢」という理解に留めると、「当事者」(参加者)と「支援者」(運営者)という関係性を強化し、「水平な関係」から遠ざかる可能性がある。場に関わる全ての人たちが、ともに心地よい場のあり方を求めて自由な試みと振り返りを重ねることが肝となる。

- ⑧ 外出・交流、参加を維持・継続するための本人の心がけとしては、やってみたいという気持ちを持つこと、心配しすぎないで済むように準備すること、外出については、スマホのアプリ等の活用、貴重品や鍵等は鞆にひもをつける、自分なりのヘルプカードを持ち歩く、困ったことがあったら家族や支援者、誰かに助けを求め、支援を受け入れる、家族に求め過ぎない等の声があった。
- ⑨ なお、当事者が出会う場においては、こうした工夫をともに編み出すこと、失敗はあって当然・やり直せばいいよ、できるよと応援しあう、成功したらそれも共有するといった取組みが重ねられているところもあり、「やりたい」「やってみたい」を一緒に実現していく営みが繰り返されるうちに「仲間」になっていく様子うかがわれた。
- ⑩ 当事者が、自宅以外で安心して過ごせる場、行きたい場があること、そこでかかわる人の幅が広がり、仲間を見つけ、想いを形にする喜びを持つことは、家族にとっての喜びにもつながり、家族にとって「できない人」というイメージの払拭にもつながる。
- ⑪ 今回語りあいに参加して下さった当事者（＝ふだんからその場にこられている方）からも、診断直後の落ち込みや、診断を受けてじぶんを責めた経験がある人も多かったが、全然落ち込まない、なるようになるだろう、笑い飛ばしたといった声もあり、当事者同士を含めてよい理解者や支援者、よい医師に出会うことで、認知症であることを気にしない・意識しなくなったという声、さらに認知症に対する自分自身や社会が持っているイメージに対する闘争心があるという語りも聞かれた。

## 2-3 認知症のある方の外出・交流、参加に関する家族アンケート

松本 博成・津田 修治・矢吹 知之・竹原 敦・堀田 聡子

### 1. 調査目的

家族の考え方や行動が、認知症のある方の社会とのネットワークに影響を及ぼすこと(2-1)、家族のもつ認知症に対する偏見や本人に対するやさしさ、心配が本人の行動の制約につながる場合があること(2-1,2)が指摘されている。

そこで、認知症の診断前後に、本人がやりたいことを口にする、好きな時に好きなところに出かけ、会いたい人に会い、やりたいことをやること等を諦めなくてよいようにするための環境整備に向けて、初期認知症もしくは認知症疑いの方の同居もしくは近居のご家族を対象に、当事者の外出・交流、参加の機会の内容や変化、関連する不安や心配、それらに影響を及ぼすと考えられる要因を把握・探索することを目的としてアンケート調査を実施する。

### 2. 調査方法

文献調査(2-1)を経て検討委員会、2-2にかかわる作業部会における検討を踏まえ、当初予定になかったご家族の視点からの探索的な調査を実施することとして、津田・堀田で調査の企画を開始、矢吹氏・竹原氏を2-3の作業部会メンバーに招き調査票を設計、プレ調査及び検討委員会等への意見照会を経て調査票を確定、実査準備に入った<sup>23</sup>。

インターネット調査会社から個票データ及び単純集計表の納品を得たのち作業部会メンバーで分析の方針について意見交換のうえ、津田がSPSSファイルを作成、松本・津田・堀田でデータクリーニングの基準を検討し、松本が基礎集計及び本稿の調査結果の執筆を担った。

#### 【調査方法】

インターネット調査

#### 【調査対象・回収数】

インターネット調査会社A社のモニター(介護パネル、一般パネル)を対象としてアンケート協力依頼を配信、スクリーニング調査(別冊資料6)に基づき以下に該当する回答者のうち協力に同意が得られた者を本調査(別冊資料7)に誘導、回収数が1,600に達するまで配信を続けた。

---

<sup>2</sup> 慶應義塾大学健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会受理番号2021-21「認知症のある人の地域における参加・交流の促進に関する家族アンケート」

<sup>3</sup> 調査票の検討段階で丹野委員から調査の問題意識やアイデアをお寄せ頂き、プレ調査においては鈴木委員をはじめ、認知症のある方のご家族やその支援に携わる方々のご協力を得ました。記して謝意を表します。

本調査の対象者：

- 現在、家族のなかで認知症や軽度認知障害の診断を受けている方、もしくは認知症の疑いがある方（日常生活のなかで、もの忘れ・意欲の低下・買い物や外出で戸惑うなど）が1人以上いる（2人以上いる場合、もっとも症状が軽い方について）
- その方が、認知・生活機能質問票（DASC-8）において、カテゴリー I（認知機能正常かつ ADL 自立）もしくはカテゴリー II（軽度認知障害～軽度認知症または手段的 ADL 低下、基本的 ADL 自立） ※カテゴリー III（中等度以上の認知症または基本的 ADL 低下または多くの併存疾患や機能障害）は除外
- その方の現在の住まいが自宅（アパート、マンション、宿舎を含む）
- 回答者とその方が同居もしくは徒歩・電車・車などふだんの交通手段で 30 分以内

【本調査の調査項目】（別冊資料 7 参照）

「認知症や軽度認知障害の診断を受けている方、もしくは認知症の疑いがある方（日常生活のなかで、もの忘れ・意欲の低下・買い物や外出で戸惑うなど）」（以下「認知症もしくは認知症の疑いがある方」）の属性、認知機能、外出・交流・参加の状況、ご家族からみた外出に伴う不安や心配、認知症に関する情報入手と相談先、ご家族の属性、ソーシャルネットワーク、認知症に対するイメージ／等

【調査期間】

2021 年 12 月 23 日～27 日

### 3. 調査結果

#### 1) 対象者の概要

##### (1) 回答者基本情報

スクリーニング条件を満たした 1600 名の回答者（家族）の基本情報を表 1.1.1～表 1.1.4 に示す。1600 名中、男性が 66.1%、女性が 33.9%、年齢は 40 歳未満が 18.8%、40～64 歳が 66.1%、65 歳以上が 15.2%、既婚が 75.7%、子どもありが 68.3%であった。

仕事をしている者は 80.2%、社会的孤立の状態にある者（LSNS6：12 点未満）は 31.5%であった。回答者（家族）の同居者は配偶者が最も多く（62.7%）、次いで子ども（40.6%）、親・義理の親（34.7%）、独居の者は 4.9%であった。

主観的健康観は「まあまあ健康である」が 57.5%と最も多く、健康でないと回答した者は 7.1%であった。

表 1.1.1 回答者（家族）基本情報（n=1600）

	n	%
<b>家族の性別</b>		
男性	1058	66.1
女性	542	33.9
<b>家族の年代</b>		
40 歳未満	300	18.8
40-64 歳	1057	66.1
65 歳以上	243	15.2
<b>居住地方</b>		
北海道・東北	192	12.0
関東	602	37.6
中部	259	16.2
近畿	312	19.5
中国・四国	119	7.4
九州	116	7.2
<b>家族の婚姻状態</b>		
未婚	389	24.3
既婚（離別・死別含む）	1211	75.7
<b>家族の子ども有無</b>		
あり	1092	68.3
なし	508	31.8
<b>家族の仕事</b>		
正規職員	802	50.1
契約、嘱託	95	5.9
パート	138	8.6
アルバイト	61	3.8
派遣	28	1.8
自営	116	7.2
家族従業員	9	0.6
その他	35	2.2
無職	316	19.8
<b>家族の週当たり労働時間</b>		
34 時間以下	309	19.3
35~40 時間	353	22.1
41~50 時間	310	19.4
51~60 時間	115	7.2
61 時間以上	75	4.7
短時間または不定期	122	7.6
仕事はしていない	316	19.8
<b>家族の主観的経済状況</b>		
余裕がある	247	15.4
何とかまかなえている	805	50.3
やや苦しい	288	18.0
とても苦しい	260	16.3
<b>家族の最終学歴</b>		
中学校卒	50	3.1
高校卒	419	26.2

専修（専門）学校卒	202	12.6
短大、高専卒	135	8.4
大学、大学院卒	794	49.6
<b>社会的孤立（LSNS6:12点未満）</b>		
非該当（LSNS6:12点以上）	1096	68.5
該当（LSNS6:12点未満）	504	31.5

表 1.1.2 回答者（家族）の同居者（n=1600）

	n	%
<b>配偶者</b>		
該当	1003	62.7
<b>兄弟や姉妹</b>		
該当	171	10.7
<b>子ども</b>		
該当	649	40.6
<b>孫</b>		
該当	34	2.1
<b>親、義理の親</b>		
該当	555	34.7
<b>いない（一人暮らし）</b>		
該当	79	4.9
<b>その他</b>		
該当	69	4.3

表 1.1.3 回答者（家族）の健康状態（n=1600）

	n	%
<b>家族の主観的健康感</b>		
とても健康である	263	16.4
まあまあ健康である	920	57.5
あまり健康でない	304	19.0
健康でない	113	7.1
<b>EQ5D：移動の程度</b>		
歩き回るのに問題はない	1246	77.9
歩き回るのに少しの問題がある	220	13.8
歩き回るのに中等度の問題がある	81	5.1
歩き回るのにかなり問題がある	28	1.8
歩き回ることができない	25	1.6
<b>EQ5D：身の回りの管理</b>		
自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない	1308	81.8
自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある	159	9.9
自分で身体を洗ったり着替えをするのに中等度の問題がある	70	4.4
自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある	35	2.2
自分で身体を洗ったり着替えをすることができない	28	1.8
<b>EQ5D：普段の活動</b>		
ふだんの活動を行うのに問題はない	1209	75.6

ふだんの活動を行うのに少し問題がある	238	14.9
ふだんの活動を行うのに中等度の問題がある	76	4.8
ふだんの活動を行うのにかなり問題がある	50	3.1
ふだんの活動を行うことができない	27	1.7
<b>EQ5D：痛み・不快感</b>		
痛みや不快感はない	755	47.2
少し痛みや不快感がある	577	36.1
中等度の痛みや不快感がある	165	10.3
かなりの痛みや不快感がある	63	3.9
極度の痛みや不快感がある	40	2.5
<b>EQ5D：不安・ふさぎ込み</b>		
不安でもふさぎ込んでいない	840	52.5
少し不安あるいはふさぎ込んでいる	455	28.4
中等度に不安あるいはふさぎ込んでいる	168	10.5
かなり不安あるいはふさぎ込んでいる	87	5.4
極度に不安あるいはふさぎ込んでいる	50	3.1

表 1.1.4 回答者（家族）の健康状態：EQ5D 推定値（n=1600）

	EQ-5D 推定値 (QOL)		
	n	平均	SD
40 歳未満：男性	142	0.774	0.232
40 歳未満：女性	158	0.795	0.197
40-64 歳：男性	724	0.821	0.186
40-64 歳：女性	333	0.845	0.178
65 歳以上：男性	192	0.882	0.178
65 歳以上：女性	51	0.801	0.170

池田ほか（2015）に基づく推計値

## (2) 回答者と本人の関係

回答者（家族）と本人（認知症もしくは認知症の疑いがある方）の続柄と同居関係を表 1.2 に示す（本調査では 30 分以上の距離に別居している者は対象から除外されている）。

本人と同居している者は全体の 64.2%，15 分以内の距離に住んでいる者は 21.8%，15～30 分の距離に住んでいる者は 10.4%であった。

回答者が本人の配偶者である場合は 87.8%が同居，本人の子である場合は 58.9%が同居であった。

表 1.2 回答者（家族）と本人の関係（n=1600）

	本人との同居の有無									
	同居		15 分以内の別居		30 分以内の別居		欠測		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>本人との続柄</b>										
配偶者	237	87.8	26	9.6	6	2.2	1	0.4	270	100.0
兄弟姉妹	39	58.2	20	29.9	5	7.5	3	4.5	67	100.0
子	406	58.9	173	25.1	88	12.8	22	3.2	689	100.0
子の配偶者	41	50.6	19	23.5	20	24.7	1	1.2	81	100.0

孫	55	55.0	24	24.0	17	17.0	4	4.0	100	100.0
親	10	71.4	3	21.4	0	0.0	1	7.1	14	100.0
配偶者の親	4	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0
その他	67	57.8	26	22.4	11	9.5	12	10.3	116	100.0
欠測	168	64.9	57	22.0	20	7.7	14	5.4	259	100.0
全体	1027	64.2	348	21.8	167	10.4	58	3.6	1600	100.0

行の割合を示す

### (3) 本人基本情報

本人の基本情報を表 1.3.1, 表 1.3.2 に示す.

男性が 42.8%, 女性が 57.2%, 年齢は 65 歳未満が 10.6%, 65~74 歳が 14.1%, 74~84 歳が 34.9%, 85 歳以上が 29.9%, 仕事をしている者は 35.1%であった.

最近 3 カ月の様子が「多少のイライラや不安などの症状はあるが, 日常生活はほとんど問題ない」者が 42.5%であった.

ふだん困ったことがあった場合に自分から助けを求めるかについては「時々助けを求める」が 34.9%, 「あまり助けを求めない」が 5.6%であった.

配偶者と同居している者は 44.5%, 子と同居している者は 43.4%, 同居者がいない者 (一人暮らし) は 12.8%であった.

表 1.3.1 本人基本情報 (n=1600)

	n	%
<b>本人の性別</b>		
男性	685	42.8
女性	915	57.2
<b>本人の年代</b>		
65 歳未満	170	10.6
65-74 歳	225	14.1
75-84 歳	558	34.9
85 歳以上	478	29.9
欠測	169	10.6
<b>本人の仕事有無</b>		
あり (週 35 時間以上)	385	24.1
あり (短時間、不定期)	177	11.1
なし	1038	64.9
<b>最近 3 ヶ月の様子</b>		
多少のイライラや不安などの症状はあるが、日常生活はほとんど問題ない	680	42.5
過剰な心配、疑り深いなどの症状はあるが、見守りや口頭の対応があれば日常生活を送ることが可能	459	28.7
家から出て行ってしまい帰宅できないなどの症状があり常に目が離せない	46	2.9
自分を傷つける、他者への暴力など異常な行動が多く、専門的医療による対応が必要	17	1.1
自分の意思で行動したり意思疎通ができない	58	3.6
いずれもあてはまらない	340	21.3
<b>本人は困った時に助けを求める</b>		
いつも助けを求める	259	16.2
時々助けを求める	558	34.9
あまり助けを求めない	409	25.6
全く助けを求めない	200	12.5
わからない	174	10.9

表 1.3.2 本人の同居者 (n=1600)

	n	%
<b>配偶者</b>		
該当	712	44.5
<b>兄弟姉妹</b>		
該当	65	4.1
<b>子</b>		
該当	695	43.4
<b>子の配偶者</b>		
該当	211	13.2
<b>孫</b>		
該当	204	12.8
<b>親</b>		
該当	65	4.1
<b>配偶者の親</b>		
該当	29	1.8
<b>ひとり暮らし</b>		
該当	204	12.8
<b>その他</b>		
該当	94	5.9

#### (4) 認知症の診断時期と病名

本人の認知症・MCIの診断の状況を表 1.4.1～表 1.4.6 に示す。

診断を受けている者は 49.9%(n=799)、受けていない者が 36.4%、診断を受けているか分からないものが 13.7%であった。

診断名はアルツハイマー病が最も多く、診断を受けている者の 47.2%が該当し、以下、MCI(11.9%)、脳血管性(6.9%)、レビー小体型(5.8%)であった(診断名「その他」は除く)。

認知症を疑ったときから回答時点までの月数は未診断の者で平均 46.1 カ月、診断を受けた者で 59.6 カ月であった。

診断から回答時点までの月数は平均 42.0 カ月であり、疑ってから診断までの月数は平均 16.6 カ月であった。

DASC8 の得点は「認知機能正常・ADL 自立」と可能性が高いと判定される 10 点以下が 34.9%、「MCI～軽度認知症・手段的 ADL 低下」と可能性が高いと判定される 11～16 点が 65.1%であった(17 点以上はスクリーニング調査で除外)。

表 1.4.1 認知症の診断 (n=1600)

	n	%
診断を受けている	799	49.9
診断を受けていない	582	36.4
わからない	219	13.7

表 1.4.2 認知症の診断名 (n=799)

	n	%
<b>診断名：アルツハイマー型</b>		
該当	377	47.2
<b>診断名：血管性</b>		
該当	55	6.9
<b>診断名：レビー小体型</b>		
該当	46	5.8
<b>診断名：前頭側頭型</b>		
該当	33	4.1
<b>診断名：その他</b>		
該当	62	7.8
<b>診断名：MCI</b>		
該当	95	11.9
<b>診断名：わからない</b>		
該当	172	21.5

表 1.4.3 認知症の診断時期 (n=1600)

	n	%
<b>認知症を疑ったときからの年数</b>		
1年未満	169	10.6
1～2年	256	16.0
2～3年	174	10.9
3～4年	110	6.9
4～5年	46	2.9
5年以上	206	12.9
疑い時期不明	639	39.9
<b>認知症の診断からの年数</b>		
1年未満	150	9.4
1～2年	155	9.7
2～3年	84	5.3
3～4年	51	3.2
4～5年	26	1.6
5年以上	106	6.6
診断時期不明	227	14.2
未診断・診断有無不明	801	50.1
<b>疑いから診断までの年数</b>		
1か月未満	112	7.0
1か月～1年	243	15.2
1～2年	89	5.6
2～3年	30	1.9
3～4年	11	0.7
4～5年	13	0.8
5年以上	29	1.8
疑い時期・診断時期不明	272	17.0
未診断・診断有無不明	801	50.1

表 1.4.4 認知症の疑い・診断からの月数

	認知症を疑ったときからの月数			診断からの月数			認知症を疑ったときから 診断までの月数		
	n	平均	SD	n	平均	SD	n	平均	SD
診断なし	312	46.1	117.8	0			0		
診断あり	584	59.6	83.9	572	42.0	59.0	527	16.6	56.2

疑った時期・診断時期が「わからない」は除外

表 1.4.5 DASC8 項目 (n=1600)

	n	%
<b>DASC8：記銘力</b>		
まったくない	365	22.8
ときどきある	1083	67.7
頻繁にある	141	8.8
いつもそうだ	11	0.7
<b>DASC8：時間見当識</b>		
まったくない	554	34.6
ときどきある	940	58.8
頻繁にある	92	5.8
いつもそうだ	14	0.9
<b>DASC8：買い物</b>		
問題なくできる	761	47.6
だいたいできる	674	42.1
あまりできない	161	10.1
まったくできない	4	0.3
<b>DASC8：交通機関</b>		
問題なくできる	683	42.7
だいたいできる	565	35.3
あまりできない	293	18.3
まったくできない	59	3.7
<b>DASC8：金銭管理</b>		
問題なくできる	685	42.8
だいたいできる	608	38.0
あまりできない	271	16.9
まったくできない	36	2.3
<b>DASC8：トイレ</b>		
問題なくできる	1378	86.1
見守りや声がけを要する	194	12.1
一部介助を要する	27	1.7
全介助を要する	1	0.1
<b>DASC8：食事</b>		
問題なくできる	1389	86.8
見守りや声がけを要する	200	12.5
一部介助を要する	11	0.7
全介助を要する	0	0

<b>DASC8：屋内移動</b>	
問題なくできる	1396 87.3
見守りや声がけを要する	187 11.7
一部介助を要する	15 0.9
全介助を要する	2 0.1
<b>DASC8 カテゴリー</b>	
10 点以下	558 34.9
11 点以上	1042 65.1

表 1.4.6 認知症の診断と DASC8 スコア

	<b>DASC8 スコア</b>				
	n	平均	SD	最小値	最大値
<b>認知症の診断 (n=1381)</b>					
診断なし	582	11.8	2.7	8	16
診断あり	799	12.9	2.7	8	16
全体	1,600	12.3	2.8	8	16

## 2) 周囲への診断の開示

認知症の開示（認知症のことを周囲の人に伝えているか）を表 2.1～表 2.3 に示す。

認知症のことを周囲に伝えていない者は 28.6%，伝えている者は 71.4%であった。

伝えている相手で最も多いのは近くの家族（41.2%）であり、次いで遠方の家族（18.9%），親しい友人（12.1%）であった。

独居か否かと，周囲の人に認知症のことを伝えているかは有意な関係がなかった。

診断を受けている者では，全ての周囲の人（家族，遠方の家族，親しい友人，知人，近所の人，職場の上司や同僚）に対して，認知症のことを伝えている割合が有意に高かった。

「本人が普段，困ったことがあった場合に自分から周囲に助けを求める」場合は，認知症のことを近くの家族，遠方の家族，親しい友人に伝えている割合が有意に高く，認知症のことを周囲の人に伝えていない割合が有意に低かった。

表 2.1 認知症の開示と独居

	本人の独居・同居(n=1600)				全体	chi2	p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)				
	n	%	n	%			
<b>本人は認知症のことを近くの家族に伝えている</b>							
いいえ	818	58.6	123	60.3	941	58.8	0.212
はい	578	41.4	81	39.7	659	41.2	0.645
<b>本人は認知症のことを遠方の家族に伝えている</b>							
いいえ	1131	81.0	166	81.4	1297	81.1	0.015
はい	265	19.0	38	18.6	303	18.9	0.904
<b>本人は認知症のことを親しい友人に伝えている</b>							
いいえ	1226	87.8	180	88.2	1406	87.9	0.028
はい	170	12.2	24	11.8	194	12.1	0.866
<b>本人は認知症のことを知人に伝えている</b>							
いいえ	1318	94.4	198	97.1	1516	94.8	2.506
はい	78	5.6	6	2.9	84	5.3	0.113
<b>本人は認知症のことを近所の人に伝えている</b>							
いいえ	1286	92.1	185	90.7	1471	91.9	0.494
はい	110	7.9	19	9.3	129	8.1	0.482
<b>本人は認知症のことを職場の上司や同僚に伝えている</b>							
いいえ	1318	94.4	195	95.6	1513	94.6	0.478
はい	78	5.6	9	4.4	87	5.4	0.489
<b>本人は認知症のことを伝えていない</b>							
いいえ	1006	72.1	136	66.7	1142	71.4	2.537
はい	390	27.9	68	33.3	458	28.6	0.111
<b>本人は認知症のことを他者に伝えているかわからない</b>							
いいえ	1209	86.6	180	88.2	1389	86.8	0.413
はい	187	13.4	24	11.8	211	13.2	0.520

p 値はカイ二乗検定。上段はカイ二乗値を示す（特記無い限り，以下同様）

表 2.2 認知症の開示と診断

認知症の診断(n=1381)							
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体		chi2
	n	%	n	%	n	%	p
<b>本人は認知症のことを近くの人に伝えている</b>							
いいえ	407	69.9	375	46.9	782	56.6	72.510
はい	175	30.1	424	53.1	599	43.4	0.000
<b>本人は認知症のことを遠方の人に伝えている</b>							
いいえ	506	86.9	590	73.8	1096	79.4	35.278
はい	76	13.1	209	26.2	285	20.6	0.000
<b>本人は認知症のことを親しい友人に伝えている</b>							
いいえ	546	93.8	652	81.6	1198	86.7	43.688
はい	36	6.2	147	18.4	183	13.3	0.000
<b>本人は認知症のことを知人に伝えている</b>							
いいえ	564	96.9	737	92.2	1301	94.2	13.439
はい	18	3.1	62	7.8	80	5.8	0.000
<b>本人は認知症のことを近所の人に伝えている</b>							
いいえ	554	95.2	708	88.6	1262	91.4	18.504
はい	28	4.8	91	11.4	119	8.6	0.000
<b>本人は認知症のことを職場の上司や同僚に伝えている</b>							
いいえ	565	97.1	734	91.9	1299	94.1	16.391
はい	17	2.9	65	8.1	82	5.9	0.000
<b>本人は認知症のことを伝えていない</b>							
いいえ	344	59.1	634	79.3	978	70.8	66.766
はい	238	40.9	165	20.7	403	29.2	0.000
<b>本人は認知症のことを他者に伝えているかわからない</b>							
いいえ	507	87.1	742	92.9	1249	90.4	12.890
はい	75	12.9	57	7.1	132	9.6	0.000

診断が「わからない」は除外

表 2.3 認知症の開示と援助希求行動

本人は普段周囲に助けを求めるか(n=1426)							chi2 p
助けを求めない (n=609)		助けを求める (n=817)		全体			
n	%	n	%	n	%		
<b>本人は認知症のことを近くの家族に伝えている</b>							
いいえ	392	64.4	389	47.6	781	54.8	39.538
はい	217	35.6	428	52.4	645	45.2	0.000
<b>本人は認知症のことを遠方の家族に伝えている</b>							
いいえ	507	83.3	619	75.8	1126	79.0	11.771
はい	102	16.7	198	24.2	300	21.0	0.001
<b>本人は認知症のことを親しい友人に伝えている</b>							
いいえ	542	89.0	690	84.5	1232	86.4	6.127
はい	67	11.0	127	15.5	194	13.6	0.013
<b>本人は認知症のことを知人に伝えている</b>							
いいえ	572	93.9	771	94.4	1343	94.2	0.126
はい	37	6.1	46	5.6	83	5.8	0.722
<b>本人は認知症のことを近所の人に伝えている</b>							
いいえ	562	92.3	737	90.2	1299	91.1	1.851
はい	47	7.7	80	9.8	127	8.9	0.174
<b>本人は認知症のことを職場の上司や同僚に伝えている</b>							
いいえ	581	95.4	760	93.0	1341	94.0	3.523
はい	28	4.6	57	7.0	85	6.0	0.061
<b>本人は認知症のことを伝えていない</b>							
いいえ	384	63.1	626	76.6	1010	70.8	31.085
はい	225	36.9	191	23.4	416	29.2	0.000
<b>本人は認知症のことを他者に伝えているかわからない</b>							
いいえ	551	90.5	775	94.9	1326	93.0	10.279
はい	58	9.5	42	5.1	100	7.0	0.001

助けを求めるかが「わからない」は除外

### 3) 介護保険の利用

本人の要介護認定・介護保険の利用を表 3.1.1～表 3.2.2 に示す。

要介護認定を受けている者は 46.2%，受けていないものは 43.4%であった。

独居か否かと，要介護認定の有無には有意な関係がなかった。

認知症の診断を受けている者では，要介護認定を受けている割合が有意に高かった。

要介護認定を受けている者（n=739）のうち，要支援 1・2 が 39.7%，要介護 1・2 が 42.6%，要介護 3 以上が 12.6%であり，先月にサービスを利用したものは 73.6%であった。

独居の者では，要介護が低い傾向にあり，泊まりのサービスを利用している割合が有意に高かった。

診断の有無と要介護度には有意な関連が無かったが，診断を受けている者では，泊まりのサービスを利用している割合が有意に高かった。

表 3.1.1 要介護認定と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2 p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
受けている	633	45.3	106	52.0	739	46.2	4.884
受けていない	621	44.5	74	36.3	695	43.4	0.087
わからない	142	10.2	24	11.8	166	10.4	

表 3.1.2 要介護認定と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2 p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
受けている	163	28.0	538	67.3	701	50.8	210.616
受けていない	380	65.3	227	28.4	607	44.0	0.000
わからない	39	6.7	34	4.3	73	5.3	

診断が「わからない」は除外。

表 3.2.1 介護保険の利用と独居

	本人の独居・同居(n=739)						chi2	p
	同居者あり (n=633)		独居 (n=106)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>本人の介護度</b>								
要支援 1	138	21.8	28	26.4	166	22.5	8.887	
要支援 2	104	16.4	23	21.7	127	17.2	0.261	
要介護 1	157	24.8	27	25.5	184	24.9		
要介護 2	116	18.3	15	14.2	131	17.7		
要介護 3	45	7.1	2	1.9	47	6.4		
要介護 4	24	3.8	2	1.9	26	3.5		
要介護 5	18	2.8	2	1.9	20	2.7		
わからない	31	4.9	7	6.6	38	5.1		
<b>先月の利用サービス：なし</b>								
いいえ	465	73.5	79	74.5	544	73.6	0.053	
はい	168	26.5	27	25.5	195	26.4	0.817	
<b>先月の利用サービス：不明</b>								
いいえ	595	94.0	96	90.6	691	93.5	1.760	
はい	38	6.0	10	9.4	48	6.5	0.185	
<b>先月の利用サービス：訪問のサービス</b>								
いいえ	441	69.7	67	63.2	508	68.7	1.764	
はい	192	30.3	39	36.8	231	31.3	0.184	
<b>先月の利用サービス：通所のサービス</b>								
いいえ	345	54.5	65	61.3	410	55.5	1.709	
はい	288	45.5	41	38.7	329	44.5	0.191	
<b>先月の利用サービス：泊まりのサービス</b>								
いいえ	574	90.7	103	97.2	677	91.6	4.977	
はい	59	9.3	3	2.8	62	8.4	0.026	
<b>先月の利用サービス：訪問・通所・泊まりの組み合わせ</b>								
いいえ	610	96.4	103	97.2	713	96.5	0.173	
はい	23	3.6	3	2.8	26	3.5	0.678	
<b>先月の利用サービス：その他</b>								
いいえ	617	97.5	102	96.2	719	97.3	0.535	
はい	16	2.5	4	3.8	20	2.7	0.464	

未認定・認定不明を除外.

本人の介護度：ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.012$  (介護度が「わからない」を除外)

表 3.2.2 介護保険の利用と診断

	認知症の診断(n=701)						chi2	p
	診断なし (n=163)		診断あり (n=538)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>本人の介護度</b>								
要支援 1	43	26.4	117	21.7	160	22.8	9.959	
要支援 2	29	17.8	92	17.1	121	17.3	0.191	
要介護 1	32	19.6	144	26.8	176	25.1		
要介護 2	34	20.9	89	16.5	123	17.5		
要介護 3	7	4.3	38	7.1	45	6.4		
要介護 4	8	4.9	16	3.0	24	3.4		
要介護 5	2	1.2	18	3.3	20	2.9		
わからない	8	4.9	24	4.5	32	4.6		
<b>先月の利用サービス：なし</b>								
いいえ	119	73.0	395	73.4	514	73.3	0.011	
はい	44	27.0	143	26.6	187	26.7	0.917	
<b>先月の利用サービス：不明</b>								
いいえ	153	93.9	507	94.2	660	94.2	0.032	
はい	10	6.1	31	5.8	41	5.8	0.859	
<b>先月の利用サービス：訪問のサービス</b>								
いいえ	117	71.8	360	66.9	477	68.0	1.362	
はい	46	28.2	178	33.1	224	32.0	0.243	
<b>先月の利用サービス：通所のサービス</b>								
いいえ	93	57.1	296	55.0	389	55.5	0.210	
はい	70	42.9	242	45.0	312	44.5	0.647	
<b>先月の利用サービス：泊まりのサービス</b>								
いいえ	158	96.9	484	90.0	642	91.6	7.884	
はい	5	3.1	54	10.0	59	8.4	0.005	
<b>先月の利用サービス：訪問・通所・泊まりの組み合わせ</b>								
いいえ	161	98.8	516	95.9	677	96.6	3.100	
はい	2	1.2	22	4.1	24	3.4	0.078	
<b>先月の利用サービス：その他</b>								
いいえ	155	95.1	526	97.8	681	97.1	3.236	
はい	8	4.9	12	2.2	20	2.9	0.072	

診断が「わからない」，未認定・認定不明を除外.

本人の介護度：ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.346$  (介護度が「わからない」を除外)

#### 4) 本人の交友関係

本人の交友関係と診断・独居の関係を表 4.1, 表 4.2 に示す.

本人が同居家族以外の人と話すことがほとんどない者は 38.1%, 家族以外の友人がいない者は 41.0%, 家族以外の認知症のある友人がいる者は 9.6%であった.

独居か否かと, 交友関係には有意な関係は無かった.

診断を受けている者では, 本人が同居家族以外の人と話す頻度が高い傾向にあった.

診断を受けている者では, 認知症のある友人と認知症のない友人がいる割合が有意に高く, 家族以外の友人がいない割合が有意に低かった.

表 4.1 交友関係と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2 p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>本人が同居家族以外の人と話す頻度</b>							
ほとんど毎日	175	12.5	19	9.3	194	12.1	7.191
週に4・5回	181	13.0	30	14.7	211	13.2	0.126
週に2・3回	297	21.3	54	26.5	351	21.9	
週に1回	199	14.3	35	17.2	234	14.6	
ほとんどない	544	39.0	66	32.4	610	38.1	
<b>本人の家族以外の友人：認知症のある友人</b>							
いいえ	1256	90.0	191	93.6	1447	90.4	2.751
はい	140	10.0	13	6.4	153	9.6	0.097
<b>本人の家族以外の友人：認知症のない友人</b>							
いいえ	964	69.1	129	63.2	1093	68.3	2.784
はい	432	30.9	75	36.8	507	31.7	0.095
<b>本人の家族以外の友人：いない</b>							
いいえ	816	58.5	128	62.7	944	59.0	1.356
はい	580	41.5	76	37.3	656	41.0	0.244
<b>本人の家族以外の友人：わからない</b>							
いいえ	1115	79.9	163	79.9	1278	79.9	0.000
はい	281	20.1	41	20.1	322	20.1	0.992

本人が同居家族以外の人と話す頻度：ウィルコクソンの順位和検定 p=0.399

表 4.2 交友関係と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2	p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>本人が同居家族以外の人と話す頻度</b>								
ほとんど毎日	59	10.1	118	14.8	177	12.8	98.325	
週に4・5回	59	10.1	136	17.0	195	14.1	0.000	
週に2・3回	100	17.2	227	28.4	327	23.7		
週に1回	79	13.6	128	16.0	207	15.0		
ほとんどない	285	49.0	190	23.8	475	34.4		
<b>本人の家族以外の友人：認知症のある友人</b>								
いいえ	551	94.7	685	85.7	1236	89.5	28.647	
はい	31	5.3	114	14.3	145	10.5	0.000	
<b>本人の家族以外の友人：認知症のない友人</b>								
いいえ	405	69.6	508	63.6	913	66.1	5.425	
はい	177	30.4	291	36.4	468	33.9	0.020	
<b>本人の家族以外の友人：いない</b>								
いいえ	285	49.0	504	63.1	789	57.1	27.372	
はい	297	51.0	295	36.9	592	42.9	0.000	
<b>本人の家族以外の友人：わからない</b>								
いいえ	495	85.1	674	84.4	1169	84.6	0.126	
はい	87	14.9	125	15.6	212	15.4	0.723	

診断が「わからない」は除外。

本人が同居家族以外の人と話す頻度：ウィルコクソンの順位和検定 p= 0.000

## 5) 外出と参加1：個人外出

ここで個人外出とは「周囲の他者の存在にかかわらず、基本的に（同伴家族以外の）交流を伴わない自宅外の活動」を指す。

### (1) 家族と一緒にいる個人外出

家族と一緒にいる外出と診断・独居の関係を表 5.1.1～表 5.1.10 に示す。

「家族と一緒にいる」外出の中では、買い物や外食（35.6%）が最も多く行われており、次いで近所の散歩（34.3%）、趣味（映画・写真・図書館など）（14.7%）であった。

独居か否かと、家族と一緒にいる個人外出には有意な関連は無かったが、独居の者では近所の散歩、趣味（映画、写真、図書館など）をしている者が少ない傾向にあった（ $p<0.1$ ）。

独居か否かと、診断後（認知症を心配し始めた後）の家族と一緒にいる個人外出の変化に有意な関連は無かった。

診断を受けている者では、家族と一緒に近所の散歩、趣味（映画・写真・図書館など）、スポーツ（登山、ジョギング、サイクリング、水泳など）をしている割合が有意に高く、旅行をしている割合が有意に低かった。また、家族と一緒にいる個人外出が「なし」の割合が有意に低かった。

診断を受けている者は受けていない者より、診断後（認知症を心配し始めた後）に有意に家族と一緒にいる個人外出が増えた傾向にあった。

男性は、家族と一緒に趣味（映画、写真、図書館など）、スポーツ（登山、ジョギング、サイクリング、水泳など）をしている割合が有意に高く、銀行の手続き、買い物や外食、旅行をしている割合が有意に低かった。

性別と、診断後（認知症を心配し始めた後）の家族と一緒にいる個人外出の変化に有意な関連はなかった。

本人の年代が高いと、家族と一緒に趣味（映画、写真、図書館など）、スポーツ（登山、ジョギング、サイクリング、水泳など）をしている割合が有意に低く、買い物や外食をしている割合が有意に高かった。

本人の年代が高いと、診断後（認知症を心配し始めた後）に有意に家族と一緒にいる個人外出が減った傾向にあった。

要介護認定を受けている者は、家族と一緒に近所の散歩をしている割合が有意に高く、買い物や外食、旅行をしている割合が有意に低かった。

要介護認定を受けている者は、診断後（認知症を心配し始めた後）に有意に家族と一緒にいる個人外出が増えた傾向にあった。

表 5.1.1 家族との個人外出と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2	p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>近所の散歩</b>								
いいえ	906	64.9	146	71.6	1052	65.8	3.515	
はい	490	35.1	58	28.4	548	34.3	0.061	
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>								
いいえ	1182	84.7	183	89.7	1365	85.3	3.602	
はい	214	15.3	21	10.3	235	14.7	0.058	
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>								
いいえ	1294	92.7	194	95.1	1488	93.0	1.581	
はい	102	7.3	10	4.9	112	7.0	0.209	
<b>銀行の手続き</b>								
いいえ	1203	86.2	177	86.8	1380	86.3	0.052	
はい	193	13.8	27	13.2	220	13.8	0.819	
<b>買い物や外食</b>								
いいえ	905	64.8	125	61.3	1030	64.4	0.980	
はい	491	35.2	79	38.7	570	35.6	0.322	
<b>旅行</b>								
いいえ	1234	88.4	188	92.2	1422	88.9	2.547	
はい	162	11.6	16	7.8	178	11.1	0.111	
<b>その他</b>								
いいえ	1377	98.6	197	96.6	1574	98.4	4.772	
はい	19	1.4	7	3.4	26	1.6	0.029	
<b>なし</b>								
いいえ	962	68.9	133	65.2	1095	68.4	1.137	
はい	434	31.1	71	34.8	505	31.6	0.286	

表 5.1.2 家族との個人外出の変化と独居

	本人の独居・同居(n=1600)					
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	214	15.3	34	16.7	248	15.5
概ね変わらない	480	34.4	83	40.7	563	35.2
全般的に減った	296	21.2	33	16.2	329	20.6
活動をやめた	60	4.3	6	2.9	66	4.1
以前から行っていない	346	24.8	48	23.5	394	24.6

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.078$  (活動を「以前から行っていない」を除外し, 順序尺度として検定)

表 5.1.3 家族との個人外出と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2	p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>近所の散歩</b>								
いいえ	410	70.4	476	59.6	886	64.2	17.309	
はい	172	29.6	323	40.4	495	35.8	0.000	
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>								
いいえ	510	87.6	646	80.9	1156	83.7	11.342	
はい	72	12.4	153	19.1	225	16.3	0.001	
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>								
いいえ	549	94.3	731	91.5	1280	92.7	4.008	
はい	33	5.7	68	8.5	101	7.3	0.045	
<b>銀行の手続き</b>								
いいえ	498	85.6	676	84.6	1174	85.0	0.244	
はい	84	14.4	123	15.4	207	15.0	0.621	
<b>買い物や外食</b>								
いいえ	368	63.2	492	61.6	860	62.3	0.392	
はい	214	36.8	307	38.4	521	37.7	0.531	
<b>旅行</b>								
いいえ	503	86.4	718	89.9	1221	88.4	3.881	
はい	79	13.6	81	10.1	160	11.6	0.049	
<b>その他</b>								
いいえ	572	98.3	786	98.4	1358	98.3	0.017	
はい	10	1.7	13	1.6	23	1.7	0.896	
<b>なし</b>								
いいえ	382	65.6	601	75.2	983	71.2	15.075	
はい	200	34.4	198	24.8	398	28.8	0.000	

診断が「わからない」は除外.

表 5.1.4 家族との個人外出の変化と診断

	認知症の診断(n=1381)					
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	59	10.1	181	22.7	240	17.4
概ね変わらない	213	36.6	293	36.7	506	36.6
全般的に減った	109	18.7	182	22.8	291	21.1
活動をやめた	23	4.0	32	4.0	55	4.0
以前から行っていない	178	30.6	111	13.9	289	20.9

診断が「わからない」を除外  
 ウィルコクソンの順位和検定 p=0.005 (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

表 5.1.5 家族との個人外出と性別

	性別(n=1600)						chi2	p
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>近所の散歩</b>								
いいえ	439	64.1	613	67.0	1052	65.8	1.470	
はい	246	35.9	302	33.0	548	34.3	0.225	
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>								
いいえ	568	82.9	797	87.1	1365	85.3	5.473	
はい	117	17.1	118	12.9	235	14.7	0.019	
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>								
いいえ	625	91.2	863	94.3	1488	93.0	5.694	
はい	60	8.8	52	5.7	112	7.0	0.017	
<b>銀行の手続き</b>								
いいえ	608	88.8	772	84.4	1380	86.3	6.359	
はい	77	11.2	143	15.6	220	13.8	0.012	
<b>買い物や外食</b>								
いいえ	499	72.8	531	58.0	1030	64.4	37.485	
はい	186	27.2	384	42.0	570	35.6	0.000	
<b>旅行</b>								
いいえ	622	90.8	800	87.4	1422	88.9	4.503	
はい	63	9.2	115	12.6	178	11.1	0.034	
<b>その他</b>								
いいえ	676	98.7	898	98.1	1574	98.4	0.725	
はい	9	1.3	17	1.9	26	1.6	0.394	
<b>なし</b>								
いいえ	459	67.0	636	69.5	1095	68.4	1.134	
はい	226	33.0	279	30.5	505	31.6	0.287	

表 5.1.6 家族との個人外出の変化と性別

	性別(n=1600)					
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体	
	n	%	n	%	n	%

	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	105	15.3	143	15.6	248	15.5
概ね変わらない	237	34.6	326	35.6	563	35.2
全般的に減った	123	18.0	206	22.5	329	20.6
活動をやめた	25	3.6	41	4.5	66	4.1
以前から行っていない	195	28.5	199	21.7	394	24.6

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.167$  (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

表 5.1.7 家族との個人外出と年代

		年代(n=1431)								chi2	
		65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>近所の散歩</b>											
いいえ	109	64.1	134	59.6	366	65.6	332	69.5	941	65.8	6.957
はい	61	35.9	91	40.4	192	34.4	146	30.5	490	34.2	0.073
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>											
いいえ	133	78.2	182	80.9	487	87.3	429	89.7	1231	86.0	19.756
はい	37	21.8	43	19.1	71	12.7	49	10.3	200	14.0	0.000
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>											
いいえ	148	87.1	201	89.3	527	94.4	462	96.7	1338	93.5	26.673
はい	22	12.9	24	10.7	31	5.6	16	3.3	93	6.5	0.000
<b>銀行の手続き</b>											
いいえ	152	89.4	197	87.6	479	85.8	397	83.1	1225	85.6	5.243
はい	18	10.6	28	12.4	79	14.2	81	16.9	206	14.4	0.155
<b>買い物や外食</b>											
いいえ	139	81.8	139	61.8	327	58.6	290	60.7	895	62.5	31.283
はい	31	18.2	86	38.2	231	41.4	188	39.3	536	37.5	0.000
<b>旅行</b>											
いいえ	149	87.6	197	87.6	490	87.8	434	90.8	1270	88.7	3.021
はい	21	12.4	28	12.4	68	12.2	44	9.2	161	11.3	0.388
<b>その他</b>											
いいえ	170	100.0	221	98.2	547	98.0	468	97.9	1406	98.3	3.519
はい	0	0.0	4	1.8	11	2.0	10	2.1	25	1.7	0.318
<b>なし</b>											
いいえ	118	69.4	163	72.4	395	70.8	303	63.4	979	68.4	8.811
はい	52	30.6	62	27.6	163	29.2	175	36.6	452	31.6	0.032

年齢欠測を除外

表 5.1.8 家族との個人外出の変化と年代

		年代(n=1431)									
		65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

全般的に増えた	32	18.8	38	16.9	75	13.4	68	14.2	213	14.9
概ね変わらない	45	26.5	85	37.8	221	39.6	162	33.9	513	35.8
全般的に減った	30	17.6	46	20.4	116	20.8	110	23.0	302	21.1
活動をやめた	8	4.7	2	0.9	24	4.3	21	4.4	55	3.8
以前から行っていない	55	32.4	54	24.0	122	21.9	117	24.5	348	24.3

年齢欠測を除外

スピアマン順位相関  $p=0.041$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 5.1.9 家族との個人外出と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)						chi2	p
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>近所の散歩</b>								
いいえ	473	68.1	446	60.4	919	64.1	9.240	
はい	222	31.9	293	39.6	515	35.9	0.002	
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>								
いいえ	583	83.9	623	84.3	1206	84.1	0.047	
はい	112	16.1	116	15.7	228	15.9	0.829	
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>								
いいえ	637	91.7	689	93.2	1326	92.5	1.283	
はい	58	8.3	50	6.8	108	7.5	0.257	
<b>銀行の手続き</b>								
いいえ	594	85.5	631	85.4	1225	85.4	0.002	
はい	101	14.5	108	14.6	209	14.6	0.965	
<b>買い物や外食</b>								
いいえ	412	59.3	480	65.0	892	62.2	4.901	
はい	283	40.7	259	35.0	542	37.8	0.027	
<b>旅行</b>								
いいえ	595	85.6	671	90.8	1266	88.3	9.316	
はい	100	14.4	68	9.2	168	11.7	0.002	
<b>その他</b>								
いいえ	679	97.7	730	98.8	1409	98.3	2.458	
はい	16	2.3	9	1.2	25	1.7	0.117	
<b>なし</b>								
いいえ	501	72.1	523	70.8	1024	71.4	0.303	
はい	194	27.9	216	29.2	410	28.6	0.582	

要介護認定「わからない」を除外

表 5.1.10 家族との個人外出の変化と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)					
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	73	10.5	171	23.1	244	17.0
概ね変わらない	268	38.6	269	36.4	537	37.4
全般的に減った	157	22.6	148	20.0	305	21.3

活動をやめた	25	3.6	37	5.0	62	4.3
以前から行っていない	172	24.7	114	15.4	286	19.9

要介護認定「わからない」を除外  
 ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.000$  (活動を「以前から行っていない」を除外し, 順序尺度として検定)

(2) ひとりで行う個人外出

ひとりでの外出と診断・独居の関係を表 5.2.1 から表 5.2.10 に示す。

「ひとりで行う」外出の中では、近所の散歩 (37.9%) が最も多く行われており、次いで買い物や外食 (25.2%)、趣味 (映画・写真・図書館など) (16.8%) であった。

独居の者では、ひとりで買い物をしている割合が有意に高く、ひとりで趣味 (映画, 写真, 図書館など)、スポーツ (登山, ジョギング, サイクリング, 水泳など) をしている割合が有意に低かった。

独居か否かと、診断後 (認知症を心配し始めた後) のひとりでの個人外出の変化に有意な関連は無かった。

診断を受けている者では、ひとりで近所の散歩をしている割合が有意に高かった。

診断の有無と、診断後 (認知症を心配し始めた後) のひとりでの個人外出の変化に有意な関連は無かった。

男性は、ひとりで趣味 (映画, 写真, 図書館など)、スポーツ (登山, ジョギング, サイクリング, 水泳など) をしている割合が有意に高く、買い物や外食をしている割合が有意に低かった。

女性は、診断後 (認知症を心配し始めた後) に有意にひとりでの個人外出が減った傾向にあった。本人の年代が高いと、ひとりで趣味 (映画, 写真, 図書館など)、スポーツ (登山, ジョギング, サイクリング, 水泳など) をしている割合が有意に低く、買い物や外食をしている割合が有意に高かった。また、ひとりでしている個人外出が「なし」の割合が有意に高かった。

本人の年代が高いと、診断後 (認知症を心配し始めた後) に有意にひとりでの個人外出が減った傾向にあった。

要介護認定を受けている者は、ひとりでの銀行の手続き、買い物や外食をしている割合が有意に低く、ひとりでしている個人外出が「なし」の割合が有意に高かった。

要介護認定の有無と、診断後 (認知症を心配し始めた後) のひとりでの個人外出の変化に有意な関連は無かった。

表 5.2.1 ひとりで個人外出と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2	p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>近所の散歩</b>								
いいえ	870	62.3	123	60.3	993	62.1	0.311	
はい	526	37.7	81	39.7	607	37.9	0.577	
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>								
いいえ	1147	82.2	185	90.7	1332	83.3	9.272	
はい	249	17.8	19	9.3	268	16.8	0.002	
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>								
いいえ	1270	91.0	195	95.6	1465	91.6	4.905	
はい	126	9.0	9	4.4	135	8.4	0.027	
<b>銀行の手続き</b>								
いいえ	1203	86.2	176	86.3	1379	86.2	0.001	
はい	193	13.8	28	13.7	221	13.8	0.969	

<b>買い物や外食</b>						
いいえ	1061	76.0	136	66.7	1197	74.8 8.233
はい	335	24.0	68	33.3	403	25.2 0.004
<b>旅行</b>						
いいえ	1366	97.9	199	97.5	1565	97.8 0.076
はい	30	2.1	5	2.5	35	2.2 0.783
<b>その他</b>						
いいえ	1365	97.8	198	97.1	1563	97.7 0.409
はい	31	2.2	6	2.9	37	2.3 0.522
<b>なし</b>						
いいえ	1066	76.4	162	79.4	1228	76.8 0.928
はい	330	23.6	42	20.6	372	23.3 0.335
<b>わからない</b>						
いいえ	1244	89.1	177	86.8	1421	88.8 0.987
はい	152	10.9	27	13.2	179	11.2 0.321

表 5.2.2 ひとりで個人外出の変化と独居

	本人の独居・同居(n=1600)					
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	108	7.7	6	2.9	114	7.1
概ね変わらない	495	35.5	80	39.2	575	35.9
全般的に減った	324	23.2	50	24.5	374	23.4
活動をやめた	89	6.4	13	6.4	102	6.4
以前から行っていない	204	14.6	21	10.3	225	14.1
わからない	176	12.6	34	16.7	210	13.1

ウィルコクソンの順位検定  $p = 0.262$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 5.2.3 ひとりで個人外出と診断

		認知症の診断(n=1381)				chi2	
		診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
		n	%	n	%	n	%
						p	
<b>近所の散歩</b>							
いいえ	384	66.0	458	57.3	842	61.0	10.606
はい	198	34.0	341	42.7	539	39.0	0.001
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>							
いいえ	491	84.4	642	80.4	1133	82.0	3.682
はい	91	15.6	157	19.6	248	18.0	0.055
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>							
いいえ	538	92.4	723	90.5	1261	91.3	1.617
はい	44	7.6	76	9.5	120	8.7	0.204
<b>銀行の手続き</b>							
いいえ	487	83.7	698	87.4	1185	85.8	3.749
はい	95	16.3	101	12.6	196	14.2	0.053
<b>買い物や外食</b>							
いいえ	436	74.9	584	73.1	1020	73.9	0.579
はい	146	25.1	215	26.9	361	26.1	0.447
<b>旅行</b>							
いいえ	569	97.8	783	98.0	1352	97.9	0.088
はい	13	2.2	16	2.0	29	2.1	0.767
<b>その他</b>							
いいえ	571	98.1	777	97.2	1348	97.6	1.076
はい	11	1.9	22	2.8	33	2.4	0.300
<b>なし</b>							
いいえ	440	75.6	613	76.7	1053	76.2	0.233
はい	142	24.4	186	23.3	328	23.8	0.629
<b>わからない</b>							
いいえ	509	87.5	761	95.2	1270	92.0	27.623
はい	73	12.5	38	4.8	111	8.0	0.000

診断が「わからない」は除外.

表 5.2.4 ひとりで個人外出の変化と診断

	認知症の診断(n=1381)					
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	16	2.7	86	10.8	102	7.4
概ね変わらない	229	39.3	295	36.9	524	37.9
全般的に減った	118	20.3	221	27.7	339	24.5
活動をやめた	29	5.0	65	8.1	94	6.8
以前から行っていない	109	18.7	77	9.6	186	13.5
わからない	81	13.9	55	6.9	136	9.8

診断が「わからない」を除外  
 ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.968$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 5.2.5 ひとりで個人外出と性別

	性別(n=1600)						chi2 p
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>近所の散歩</b>							
いいえ	430	62.8	563	61.5	993	62.1	0.257
はい	255	37.2	352	38.5	607	37.9	0.612
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>							
いいえ	553	80.7	779	85.1	1332	83.3	5.455
はい	132	19.3	136	14.9	268	16.8	0.020
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>							
いいえ	611	89.2	854	93.3	1465	91.6	8.675
はい	74	10.8	61	6.7	135	8.4	0.003
<b>銀行の手続き</b>							
いいえ	598	87.3	781	85.4	1379	86.2	1.244
はい	87	12.7	134	14.6	221	13.8	0.265
<b>買い物や外食</b>							
いいえ	551	80.4	646	70.6	1197	74.8	20.116
はい	134	19.6	269	29.4	403	25.2	0.000
<b>旅行</b>							
いいえ	665	97.1	900	98.4	1565	97.8	3.001
はい	20	2.9	15	1.6	35	2.2	0.083
<b>その他</b>							
いいえ	675	98.5	888	97.0	1563	97.7	3.855
はい	10	1.5	27	3.0	37	2.3	0.050
<b>なし</b>							
いいえ	540	78.8	688	75.2	1228	76.8	2.910
はい	145	21.2	227	24.8	372	23.3	0.088
<b>わからない</b>							
いいえ	592	86.4	829	90.6	1421	88.8	6.881

はい	93	13.6	86	9.4	179	11.2	0.009
----	----	------	----	-----	-----	------	-------

表 5.2.6 ひとりで個人外出の変化と性別

	性別(n=1600)					
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	61	8.9	53	5.8	114	7.1
概ね変わらない	229	33.4	346	37.8	575	35.9
全般的に減った	134	19.6	240	26.2	374	23.4
活動をやめた	45	6.6	57	6.2	102	6.4
以前から行っていない	109	15.9	116	12.7	225	14.1
わからない	107	15.6	103	11.3	210	13.1

ウィルコクソンの順位和検定 p=0.048 (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 5.2.7 ひとりで個人外出と年代

	年代(n=1431)										chi2	p
	65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>近所の散歩</b>												
いいえ	108	63.5	134	59.6	331	59.3	305	63.8	878	61.4	2.834	
はい	62	36.5	91	40.4	227	40.7	173	36.2	553	38.6	0.418	
<b>趣味(映画、写真、図書館など)</b>												
いいえ	126	74.1	179	79.6	492	88.2	419	87.7	1216	85.0	28.033	
はい	44	25.9	46	20.4	66	11.8	59	12.3	215	15.0	0.000	
<b>スポーツ(登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>												
いいえ	149	87.6	191	84.9	521	93.4	457	95.6	1318	92.1	30.039	
はい	21	12.4	34	15.1	37	6.6	21	4.4	113	7.9	0.000	
<b>銀行の手続き</b>												
いいえ	150	88.2	190	84.4	471	84.4	423	88.5	1234	86.2	4.803	
はい	20	11.8	35	15.6	87	15.6	55	11.5	197	13.8	0.187	
<b>買い物や外食</b>												
いいえ	142	83.5	164	72.9	393	70.4	354	74.1	1053	73.6	11.618	
はい	28	16.5	61	27.1	165	29.6	124	25.9	378	26.4	0.009	
<b>旅行</b>												
いいえ	163	95.9	219	97.3	546	97.8	472	98.7	1400	97.8	5.193	
はい	7	4.1	6	2.7	12	2.2	6	1.3	31	2.2	0.158	
<b>その他</b>												
いいえ	169	99.4	223	99.1	537	96.2	465	97.3	1394	97.4	8.372	
はい	1	0.6	2	0.9	21	3.8	13	2.7	37	2.6	0.039	
<b>なし</b>												
いいえ	152	89.4	176	78.2	422	75.6	337	70.5	1087	76.0	25.308	
はい	18	10.6	49	21.8	136	24.4	141	29.5	344	24.0	0.000	

わからない											
いいえ	139	81.8	206	91.6	514	92.1	418	87.4	1277	89.2	17.548
はい	31	18.2	19	8.4	44	7.9	60	12.6	154	10.8	0.001

年齢欠測を除外

表 5.2.8 ひとりで個人外出の変化と年代

	年代(n=1431)									
	65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	21	12.4	20	8.9	23	4.1	22	4.6	86	6.0
概ね変わらない	47	27.6	95	42.2	227	40.7	158	33.1	527	36.8
全般的に減った	32	18.8	41	18.2	144	25.8	134	28.0	351	24.5
活動をやめた	9	5.3	11	4.9	36	6.5	35	7.3	91	6.4
以前から行っていない	24	14.1	37	16.4	70	12.5	66	13.8	197	13.8
わからない	37	21.8	21	9.3	58	10.4	63	13.2	179	12.5

年齢欠測を除外

スピアマン順位相関  $p=0.000$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 5.2.9 ひとりで個人外出と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)						chi2	p
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>近所の散歩</b>								
いいえ	410	59.0	450	60.9	860	60.0	0.539	
はい	285	41.0	289	39.1	574	40.0	0.463	
<b>趣味 (映画、写真、図書館など)</b>								
いいえ	561	80.7	622	84.2	1183	82.5	2.949	
はい	134	19.3	117	15.8	251	17.5	0.086	
<b>スポーツ (登山、ジョギング、サイクリング、水泳など)</b>								
いいえ	633	91.1	677	91.6	1310	91.4	0.128	
はい	62	8.9	62	8.4	124	8.6	0.721	
<b>銀行の手続き</b>								
いいえ	564	81.2	667	90.3	1231	85.8	24.439	
はい	131	18.8	72	9.7	203	14.2	0.000	
<b>買い物や外食</b>								
いいえ	477	68.6	576	77.9	1053	73.4	15.912	
はい	218	31.4	163	22.1	381	26.6	0.000	
<b>旅行</b>								
いいえ	679	97.7	726	98.2	1405	98.0	0.533	
はい	16	2.3	13	1.8	29	2.0	0.465	
<b>その他</b>								
いいえ	682	98.1	717	97.0	1399	97.6	1.842	
はい	13	1.9	22	3.0	35	2.4	0.175	
<b>なし</b>								
いいえ	568	81.7	518	70.1	1086	75.7	26.368	
はい	127	18.3	221	29.9	348	24.3	0.000	
<b>わからない</b>								
いいえ	636	91.5	696	94.2	1332	92.9	3.866	
はい	59	8.5	43	5.8	102	7.1	0.049	

要介護認定「わからない」を除外

表 5.2.10 ひとりで個人外出の変化と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)					
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	25	3.6	85	11.5	110	7.7
概ね変わらない	293	42.2	255	34.5	548	38.2
全般的に減った	162	23.3	191	25.8	353	24.6
活動をやめた	38	5.5	57	7.7	95	6.6
以前から行っていない	102	14.7	101	13.7	203	14.2
わからない	75	10.8	50	6.8	125	8.7

要介護認定「わからない」を除外

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.559$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

### (3) 個人外出の変化の比較

家族と一緒にの個人外出とひとりでの個人外出の変化を表 5.3 に示す。

診断後（認知症を心配し始めた後）に，家族と一緒にの個人外出が全般的に増えたものは 21.0%，全般的に減った者が 27.0%，活動をやめた者が 4.0%であった。ひとりでの個人外出はそれぞれ，10.0%，33.3%，8.5%であった。

診断後（認知症を心配し始めた後），ひとりでの個人外出は家族と一緒にの個人外出よりも有意に減った傾向にあった。

表 5.3 診断後の個人外出の変化（n=1049）

	n	%
<b>家族と一緒に</b>		
全般的に増えた	220	21.0
概ね変わらない	504	48.0
全般的に減った	283	27.0
活動をやめた	42	4.0
<b>ひとりで</b>		
全般的に増えた	105	10.0
概ね変わらない	506	48.2
全般的に減った	349	33.3
活動をやめた	89	8.5

いずれかの活動を「以前から行っていない」「わからない」者を除外  
ウィルコクソンの符号順位和検定  $p=0.000$

## 6) 外出と参加2：他者交流

ここで他者交流とは「自宅外で（同伴家族以外の）他者と交流したり，他者と協働したりする活動」を指す。

### (1) 家族と一緒にいる他者交流

家族と一緒にいる他者交流と診断・独居の関係を表 6.1.1 から表 6.1.10 に示す。

「家族と一緒にいる」他者交流の中では，友人との買い物や外食（28.6%）が最も多く行われており，次いで友人を訪問（20.5%），趣味（囲碁，将棋，コーラスなど）（9.6%）であった。

独居か否かと，家族と一緒にいる他者交流（全ての内容）をしている割合に有意な関連は無かった。

独居か否かと，診断後（認知症を心配し始めた後）の家族と一緒にいる他者交流の変化に有意な関連は無かった。

診断を受けている者では，家族と一緒に友人を訪問，高齢者学級・社会人講座・市民講座，ピアサポートに参加している割合が有意に高く，他者交流が「なし」の割合が有意に低かった。

診断を受けている者は，診断後（認知症を心配し始めた後）に，有意に家族と一緒にいる他者交流が増えた傾向にあった。

男性は，家族と一緒に趣味（囲碁，将棋，コーラスなど），スポーツ（テニス，ゴルフ，体操のグループなど）に参加している割合が高かった。

性別と，診断後（認知症を心配し始めた後）の家族と一緒にいる他者交流の変化に有意な関連はなかった。

本人の年代が高いと，家族と一緒に友人を訪問，趣味（囲碁，将棋，コーラスなど），スポーツ（テニス，ゴルフ，体操のグループなど），高齢者学級・社会人講座・市民講座に参加している割合が有意に低く，家族と一緒にしている他者交流が「なし」の割合が有意に高かった。

本人の年代が高いと，診断後（認知症を心配し始めた後）に有意に家族と一緒にいる他者交流が減った傾向にあった。

要介護認定を受けている者は，家族と一緒に友人を訪問している割合が有意に高く，スポーツ（テニス，ゴルフ，体操のグループなど）に参加している割合が有意に低かった。

要介護認定を受けている者は，診断後（認知症を心配し始めた後）に，家族と一緒にいる他者交流が増えた傾向にあった。

表 6.1.1 家族との他者交流と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2 p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>友人を訪問</b>							
いいえ	1108	79.4	164	80.4	1272	79.5	0.114
はい	288	20.6	40	19.6	328	20.5	0.735
<b>友人との買い物や外食</b>							
いいえ	996	71.3	147	72.1	1143	71.4	0.044
はい	400	28.7	57	27.9	457	28.6	0.833

<b>趣味（囲碁、将棋、コーラスなど）</b>						
いいえ	1258	90.1	188	92.2	1446	90.4 0.853
はい	138	9.9	16	7.8	154	9.6 0.356
<b>スポーツ（テニス、ゴルフ、体操のグループなど）</b>						
いいえ	1298	93.0	195	95.6	1493	93.3 1.940
はい	98	7.0	9	4.4	107	6.7 0.164
<b>習い事（書道、生花、絵画など）</b>						
いいえ	1344	96.3	196	96.1	1540	96.3 0.019
はい	52	3.7	8	3.9	60	3.8 0.890
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>						
いいえ	1356	97.1	201	98.5	1557	97.3 1.324
はい	40	2.9	3	1.5	43	2.7 0.250
<b>同窓会</b>						
いいえ	1360	97.4	203	99.5	1563	97.7 3.437
はい	36	2.6	1	0.5	37	2.3 0.064
<b>本人ミーティング</b>						
いいえ	1346	96.4	196	96.1	1542	96.4 0.059
はい	50	3.6	8	3.9	58	3.6 0.808
<b>ピアサポート</b>						
いいえ	1363	97.6	203	99.5	1566	97.9 3.004
はい	33	2.4	1	0.5	34	2.1 0.083
<b>認知症カフェ</b>						
いいえ	1375	98.5	203	99.5	1578	98.6 1.350
はい	21	1.5	1	0.5	22	1.4 0.245
<b>その他</b>						
いいえ	1372	98.3	199	97.5	1571	98.2 0.536
はい	24	1.7	5	2.5	29	1.8 0.464
<b>なし</b>						
いいえ	752	53.9	112	54.9	864	54.0 0.077
はい	644	46.1	92	45.1	736	46.0 0.782

表 6.1.2 家族との他者交流の変化と独居

	本人の独居・同居(n=1600)					
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	152	10.9	13	6.4	165	10.3
概ね変わらない	488	35.0	90	44.1	578	36.1
全般的に減った	287	20.6	34	16.7	321	20.1
活動をやめた	69	4.9	12	5.9	81	5.1
以前から行っていない	400	28.7	55	27.0	455	28.4

ウィルコクソンの順位和検定  $p = 0.862$  (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

表 6.1.3 家族との他者交流と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2	p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>友人を訪問</b>								
いいえ	483	83.0	605	75.7	1088	78.8	10.647	
はい	99	17.0	194	24.3	293	21.2	0.001	
<b>友人との買い物や外食</b>								
いいえ	419	72.0	553	69.2	972	70.4	1.250	
はい	163	28.0	246	30.8	409	29.6	0.264	
<b>趣味 (囲碁、将棋、コースなど)</b>								
いいえ	525	90.2	713	89.2	1238	89.6	0.341	
はい	57	9.8	86	10.8	143	10.4	0.559	
<b>スポーツ (テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>								
いいえ	540	92.8	741	92.7	1281	92.8	0.001	
はい	42	7.2	58	7.3	100	7.2	0.976	
<b>習い事 (書道、生花、絵画など)</b>								
いいえ	561	96.4	770	96.4	1331	96.4	0.000	
はい	21	3.6	29	3.6	50	3.6	0.983	
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>								
いいえ	572	98.3	770	96.4	1342	97.2	4.482	
はい	10	1.7	29	3.6	39	2.8	0.034	
<b>同窓会</b>								
いいえ	572	98.3	775	97.0	1347	97.5	2.317	
はい	10	1.7	24	3.0	34	2.5	0.128	
<b>本人ミーティング</b>								
いいえ	563	96.7	765	95.7	1328	96.2	0.896	
はい	19	3.3	34	4.3	53	3.8	0.344	
<b>ピアサポート</b>								
いいえ	576	99.0	772	96.6	1348	97.6	7.961	
はい	6	1.0	27	3.4	33	2.4	0.005	
<b>認知症カフェ</b>								
いいえ	576	99.0	784	98.1	1360	98.5	1.611	
はい	6	1.0	15	1.9	21	1.5	0.204	

その他							
いいえ	571	98.1	782	97.9	1353	98.0	0.096
はい	11	1.9	17	2.1	28	2.0	0.757
なし							
いいえ	295	50.7	475	59.4	770	55.8	10.480
はい	287	49.3	324	40.6	611	44.2	0.001

診断が「わからない」は除外.

表 6.1.4 家族との他者交流の変化と診断

	認知症の診断(n=1381)					
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	34	5.8	119	14.9	153	11.1
概ね変わらない	215	36.9	303	37.9	518	37.5
全般的に減った	105	18.0	180	22.5	285	20.6
活動をやめた	30	5.2	41	5.1	71	5.1
以前から行っていない	198	34.0	156	19.5	354	25.6

診断が「わからない」を除外  
 ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.030$  (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

表 6.1.5 家族との他者交流と性別

	性別(n=1600)						chi2	p
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>友人を訪問</b>								
いいえ	548	80.0	724	79.1	1272	79.5	0.184	
はい	137	20.0	191	20.9	328	20.5	0.668	
<b>友人との買い物や外食</b>								
いいえ	496	72.4	647	70.7	1143	71.4	0.554	
はい	189	27.6	268	29.3	457	28.6	0.457	
<b>趣味 (囲碁、将棋、コーラスなど)</b>								
いいえ	605	88.3	841	91.9	1446	90.4	5.809	
はい	80	11.7	74	8.1	154	9.6	0.016	
<b>スポーツ (テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>								
いいえ	628	91.7	865	94.5	1493	93.3	5.123	
はい	57	8.3	50	5.5	107	6.7	0.024	
<b>習い事 (書道、生花、絵画など)</b>								
いいえ	655	95.6	885	96.7	1540	96.3	1.315	
はい	30	4.4	30	3.3	60	3.8	0.251	
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>								
いいえ	668	97.5	889	97.2	1557	97.3	0.194	
はい	17	2.5	26	2.8	43	2.7	0.660	
<b>同窓会</b>								
いいえ	667	97.4	896	97.9	1563	97.7	0.527	
はい	18	2.6	19	2.1	37	2.3	0.468	
<b>本人ミーティング</b>								
いいえ	664	96.9	878	96.0	1542	96.4	1.073	
はい	21	3.1	37	4.0	58	3.6	0.300	
<b>ピアサポート</b>								
いいえ	671	98.0	895	97.8	1566	97.9	0.038	
はい	14	2.0	20	2.2	34	2.1	0.845	
<b>認知症カフェ</b>								
いいえ	678	99.0	900	98.4	1578	98.6	1.101	

はい	7	1.0	15	1.6	22	1.4	0.294
<b>その他</b>							
いいえ	677	98.8	894	97.7	1571	98.2	2.797
はい	8	1.2	21	2.3	29	1.8	0.094
<b>なし</b>							
いいえ	374	54.6	490	53.6	864	54.0	0.173
はい	311	45.4	425	46.4	736	46.0	0.678

表 6.1.6 家族との他者交流の変化と性別

	性別(n=1600)					
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	75	10.9	90	9.8	165	10.3
概ね変わらない	227	33.1	351	38.4	578	36.1
全般的に減った	129	18.8	192	21.0	321	20.1
活動をやめた	35	5.1	46	5.0	81	5.1
以前から行っていない	219	32.0	236	25.8	455	28.4

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.645$  (活動を「以前から行っていない」を除外し, 順序尺度として検定)

表 6.1.7 家族との他者交流と年代

	年代(n=1431)										chi2
	65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>友人を訪問</b>											
いいえ	130	76.5	161	71.6	443	79.4	414	86.6	1148	80.2	24.700
はい	40	23.5	64	28.4	115	20.6	64	13.4	283	19.8	0.000
<b>友人との買い物や外食</b>											
いいえ	121	71.2	155	68.9	394	70.6	347	72.6	1017	71.1	1.119
はい	49	28.8	70	31.1	164	29.4	131	27.4	414	28.9	0.772
<b>趣味 (囲碁、将棋、コースなど)</b>											
いいえ	148	87.1	199	88.4	512	91.8	450	94.1	1309	91.5	11.318
はい	22	12.9	26	11.6	46	8.2	28	5.9	122	8.5	0.010
<b>スポーツ (テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>											
いいえ	152	89.4	206	91.6	521	93.4	458	95.8	1337	93.4	10.197
はい	18	10.6	19	8.4	37	6.6	20	4.2	94	6.6	0.017
<b>習い事 (書道、生花、絵画など)</b>											
いいえ	161	94.7	222	98.7	534	95.7	466	97.5	1383	96.6	7.401
はい	9	5.3	3	1.3	24	4.3	12	2.5	48	3.4	0.060
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>											
いいえ	165	97.1	214	95.1	544	97.5	472	98.7	1395	97.5	8.389
はい	5	2.9	11	4.9	14	2.5	6	1.3	36	2.5	0.039
<b>同窓会</b>											
いいえ	168	98.8	218	96.9	547	98.0	473	99.0	1406	98.3	4.293
はい	2	1.2	7	3.1	11	2.0	5	1.0	25	1.7	0.231
<b>本人ミーティング</b>											
いいえ	162	95.3	216	96.0	538	96.4	465	97.3	1381	96.5	1.775
はい	8	4.7	9	4.0	20	3.6	13	2.7	50	3.5	0.620
<b>ピアサポート</b>											
いいえ	165	97.1	222	98.7	545	97.7	469	98.1	1401	97.9	1.484
はい	5	2.9	3	1.3	13	2.3	9	1.9	30	2.1	0.686
<b>認知症カフェ</b>											
いいえ	167	98.2	220	97.8	553	99.1	473	99.0	1413	98.7	2.797
はい	3	1.8	5	2.2	5	0.9	5	1.0	18	1.3	0.424
<b>その他</b>											
いいえ	169	99.4	225	100.0	544	97.5	465	97.3	1403	98.0	8.488
はい	1	0.6	0	0.0	14	2.5	13	2.7	28	2.0	0.037
<b>なし</b>											
いいえ	107	62.9	130	57.8	310	55.6	210	43.9	757	52.9	26.033
はい	63	37.1	95	42.2	248	44.4	268	56.1	674	47.1	0.000

年齢欠測を除外

表 6.1.8 家族との他者交流の変化と年代

	年代(n=1431)									
	65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	25	14.7	22	9.8	49	8.8	36	7.5	132	9.2
概ね変わらない	58	34.1	85	37.8	222	39.8	167	34.9	532	37.2
全般的に減った	25	14.7	45	20.0	122	21.9	101	21.1	293	20.5
活動をやめた	5	2.9	10	4.4	23	4.1	31	6.5	69	4.8
以前から行っていない	57	33.5	63	28.0	142	25.4	143	29.9	405	28.3

年齢欠測を除外

スピアマン順位相関  $p=0.002$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 6.1.9 家族との他者交流と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)						chi2	p
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>友人を訪問</b>								
いいえ	574	82.6	552	74.7	1126	78.5	13.235	
はい	121	17.4	187	25.3	308	21.5	0.000	
<b>友人との買い物や外食</b>								
いいえ	472	67.9	526	71.2	998	69.6	1.803	
はい	223	32.1	213	28.8	436	30.4	0.179	
<b>趣味 (囲碁、将棋、コーラスなど)</b>								
いいえ	623	89.6	668	90.4	1291	90.0	0.226	
はい	72	10.4	71	9.6	143	10.0	0.635	
<b>スポーツ (テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>								
いいえ	633	91.1	700	94.7	1333	93.0	7.262	
はい	62	8.9	39	5.3	101	7.0	0.007	
<b>習い事 (書道、生花、絵画など)</b>								
いいえ	662	95.3	716	96.9	1378	96.1	2.554	
はい	33	4.7	23	3.1	56	3.9	0.110	
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>								
いいえ	677	97.4	718	97.2	1395	97.3	0.086	
はい	18	2.6	21	2.8	39	2.7	0.770	
<b>同窓会</b>								
いいえ	680	97.8	720	97.4	1400	97.6	0.264	
はい	15	2.2	19	2.6	34	2.4	0.608	
<b>本人ミーティング</b>								
いいえ	672	96.7	708	95.8	1380	96.2	0.775	
はい	23	3.3	31	4.2	54	3.8	0.379	
<b>ピアサポート</b>								
いいえ	682	98.1	720	97.4	1402	97.8	0.806	
はい	13	1.9	19	2.6	32	2.2	0.369	
<b>認知症カフェ</b>								
いいえ	687	98.8	729	98.6	1416	98.7	0.118	
はい	8	1.2	10	1.4	18	1.3	0.731	
<b>その他</b>								
いいえ	681	98.0	725	98.1	1406	98.0	0.027	
はい	14	2.0	14	1.9	28	2.0	0.870	

なし							
いいえ	396	57.0	412	55.8	808	56.3	0.219
はい	299	43.0	327	44.2	626	43.7	0.640

要介護認定「わからない」を除外

表 6.1.10 家族との他者交流の変化と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)					
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	44	6.3	113	15.3	157	10.9
概ね変わらない	260	37.4	283	38.3	543	37.9
全般的に減った	157	22.6	152	20.6	309	21.5
活動をやめた	29	4.2	45	6.1	74	5.2
以前から行っていない	205	29.5	146	19.8	351	24.5

要介護認定「わからない」を除外

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.003$  (活動を「以前から行っていない」を除外し, 順序尺度として検定)

## (2) ひとりで行う他者交流

ひとりでの他者交流と診断・独居の関係を表 6.2.1 から表 6.2.10 に示す。

「ひとりで行う」他者交流の中では、友人との買い物や外食 (19.6%) が最も多く行われており、次いで友人を訪問 (18.5%)、趣味 (囲碁, 将棋, コーラスなど) (10.1%) であった。

独居の者では、ひとりでスポーツ (テニス, ゴルフ, 体操のグループなど)、本人ミーティング, ピアサポートに参加している割合が有意に低かった。

独居か否かと、診断後 (認知症を心配し始めた後) のひとりでの他者交流の変化に有意な関連は無かった。

診断を受けている者では、ひとりで友人を訪問, 本人ミーティング, ピアサポート, 認知症カフェの参加している割合が有意に高かった。

診断の有無と、診断後 (認知症を心配し始めた後) のひとりでの他者交流の変化に有意な関連は無かった。

男性は、ひとりでスポーツ (テニス, ゴルフ, 体操のグループなど) に参加している割合が有意に高く、ひとりでしている他者交流が「なし」の割合が有意に低かった。

性別と、診断後 (認知症を心配し始めた後) のひとりでの他者交流の変化に有意な関連は無かった。

本人の年代が高いと、ひとりで友人を訪問, 友人との買い物や外食, 趣味 (囲碁, 将棋, コーラスなど), スポーツ (テニス, ゴルフ, 体操のグループなど), 習い事 (書道, 生花, 絵画など), 同窓会, 認知症カフェに参加している割合が有意に低く、ひとりでしている他者交流が「なし」の割合が有意に高かった。

本人の年代が高いと、診断後 (認知症を心配し始めた後) に有意にひとりでの他者交流が減った傾向にあった。

要介護認定を受けている者は、ひとりで友人を訪問している割合が有意に高く、趣味 (囲碁, 将棋, コーラスなど), 習い事 (書道, 生花, 絵画など) に参加している割合が有意に低かった。また、ひとりでしている他者交流が「なし」の割合が有意に高かった。

要介護認定の有無と、診断後 (認知症を心配し始めた後) のひとりでの他者交流の変化に有意な関連は無かった。

表 6.2.1 ひとりで他者交流と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2	p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>友人を訪問</b>								
いいえ	1133	81.2	171	83.8	1304	81.5	0.837	
はい	263	18.8	33	16.2	296	18.5	0.360	
<b>友人との買い物や外食</b>								
いいえ	1125	80.6	161	78.9	1286	80.4	0.313	
はい	271	19.4	43	21.1	314	19.6	0.576	
<b>趣味 (囲碁、将棋、コーラスなど)</b>								
いいえ	1260	90.3	179	87.7	1439	89.9	1.242	

はい	136	9.7	25	12.3	161	10.1	0.265
<b>スポーツ（テニス、ゴルフ、体操のグループなど）</b>							
いいえ	1286	92.1	198	97.1	1484	92.8	6.456
はい	110	7.9	6	2.9	116	7.2	0.011
<b>習い事（書道、生花、絵画など）</b>							
いいえ	1331	95.3	197	96.6	1528	95.5	0.621
はい	65	4.7	7	3.4	72	4.5	0.431
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>							
いいえ	1349	96.6	202	99.0	1551	96.9	3.414
はい	47	3.4	2	1.0	49	3.1	0.065
<b>同窓会</b>							
いいえ	1354	97.0	197	96.6	1551	96.9	0.107
はい	42	3.0	7	3.4	49	3.1	0.743
<b>本人ミーティング</b>							
いいえ	1351	96.8	203	99.5	1554	97.1	4.762
はい	45	3.2	1	0.5	46	2.9	0.029
<b>ピアサポート</b>							
いいえ	1368	98.0	204	100.0	1572	98.3	4.165
はい	28	2.0	0	0.0	28	1.8	0.041
<b>認知症カフェ</b>							
いいえ	1378	98.7	204	100.0	1582	98.9	2.660
はい	18	1.3	0	0.0	18	1.1	0.103
<b>その他</b>							
いいえ	1381	98.9	197	96.6	1578	98.6	7.291
はい	15	1.1	7	3.4	22	1.4	0.007
<b>なし</b>							
いいえ	874	62.6	132	64.7	1006	62.9	0.336
はい	522	37.4	72	35.3	594	37.1	0.562
<b>わからない</b>							
いいえ	1176	84.2	166	81.4	1342	83.9	1.083
はい	220	15.8	38	18.6	258	16.1	0.298

表 6.2.2 ひとりで他者交流の変化と独居

	本人の独居・同居(n=1600)					
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	102	7.3	12	5.9	114	7.1
概ね変わらない	407	29.2	68	33.3	475	29.7
全般的に減った	270	19.3	40	19.6	310	19.4
活動をやめた	106	7.6	14	6.9	120	7.5
以前から行っていない	286	20.5	30	14.7	316	19.8
わからない	225	16.1	40	19.6	265	16.6

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.865$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 6.2.3 ひとりで他者交流と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2	p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>友人を訪問</b>								
いいえ	498	85.6	621	77.7	1119	81.0	13.480	
はい	84	14.4	178	22.3	262	19.0	0.000	
<b>友人との買い物や外食</b>								
いいえ	472	81.1	630	78.8	1102	79.8	1.058	
はい	110	18.9	169	21.2	279	20.2	0.304	
<b>趣味(囲碁、将棋、コーラスなど)</b>								
いいえ	517	88.8	719	90.0	1236	89.5	0.479	
はい	65	11.2	80	10.0	145	10.5	0.489	
<b>スポーツ(テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>								
いいえ	547	94.0	731	91.5	1278	92.5	3.042	
はい	35	6.0	68	8.5	103	7.5	0.081	
<b>習い事(書道、生花、絵画など)</b>								
いいえ	560	96.2	756	94.6	1316	95.3	1.926	
はい	22	3.8	43	5.4	65	4.7	0.165	
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>								
いいえ	563	96.7	771	96.5	1334	96.6	0.059	
はい	19	3.3	28	3.5	47	3.4	0.808	
<b>同窓会</b>								
いいえ	562	96.6	773	96.7	1335	96.7	0.035	
はい	20	3.4	26	3.3	46	3.3	0.852	
<b>本人ミーティング</b>								
いいえ	570	97.9	766	95.9	1336	96.7	4.570	
はい	12	2.1	33	4.1	45	3.3	0.033	
<b>ピアサポート</b>								
いいえ	577	99.1	778	97.4	1355	98.1	5.706	

はい	5	0.9	21	2.6	26	1.9	0.017
<b>認知症カフェ</b>							
いいえ	580	99.7	783	98.0	1363	98.7	7.203
はい	2	0.3	16	2.0	18	1.3	0.007
<b>その他</b>							
いいえ	573	98.5	787	98.5	1360	98.5	0.004
はい	9	1.5	12	1.5	21	1.5	0.947
<b>なし</b>							
いいえ	354	60.8	493	61.7	847	61.3	0.109
はい	228	39.2	306	38.3	534	38.7	0.741
<b>わからない</b>							
いいえ	485	83.3	716	89.6	1201	87.0	11.711
はい	97	16.7	83	10.4	180	13.0	0.001

診断が「わからない」は除外.

表 6.2.4 ひとりで他者交流の変化と診断

	認知症の診断(n=1381)					
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	19	3.3	86	10.8	105	7.6
概ね変わらない	184	31.6	247	30.9	431	31.2
全般的に減った	105	18.0	179	22.4	284	20.6
活動をやめた	30	5.2	78	9.8	108	7.8
以前から行っていない	149	25.6	127	15.9	276	20.0
わからない	95	16.3	82	10.3	177	12.8

診断が「わからない」を除外  
 ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.881$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 6.2.5 ひとりで他者交流と性別

	性別(n=1600)						chi2 p
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>友人を訪問</b>							
いいえ	572	83.5	732	80.0	1304	81.5	3.189
はい	113	16.5	183	20.0	296	18.5	0.074
<b>友人との買い物や外食</b>							
いいえ	552	80.6	734	80.2	1286	80.4	0.033
はい	133	19.4	181	19.8	314	19.6	0.856
<b>趣味 (囲碁、将棋、コーラスなど)</b>							
いいえ	608	88.8	831	90.8	1439	89.9	1.838
はい	77	11.2	84	9.2	161	10.1	0.175
<b>スポーツ (テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>							
いいえ	617	90.1	867	94.8	1484	92.8	12.765
はい	68	9.9	48	5.2	116	7.2	0.000
<b>習い事 (書道、生花、絵画など)</b>							
いいえ	652	95.2	876	95.7	1528	95.5	0.281
はい	33	4.8	39	4.3	72	4.5	0.596
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>							
いいえ	659	96.2	892	97.5	1551	96.9	2.169
はい	26	3.8	23	2.5	49	3.1	0.141
<b>同窓会</b>							
いいえ	659	96.2	892	97.5	1551	96.9	2.169
はい	26	3.8	23	2.5	49	3.1	0.141
<b>本人ミーティング</b>							
いいえ	668	97.5	886	96.8	1554	97.1	0.663
はい	17	2.5	29	3.2	46	2.9	0.415
<b>ピアサポート</b>							
いいえ	673	98.2	899	98.3	1572	98.3	0.000
はい	12	1.8	16	1.7	28	1.8	0.996
<b>認知症カフェ</b>							
いいえ	678	99.0	904	98.8	1582	98.9	0.114
はい	7	1.0	11	1.2	18	1.1	0.735
<b>その他</b>							
いいえ	679	99.1	899	98.3	1578	98.6	2.200
はい	6	0.9	16	1.7	22	1.4	0.138
<b>なし</b>							
いいえ	458	66.9	548	59.9	1006	62.9	8.154
はい	227	33.1	367	40.1	594	37.1	0.004
<b>わからない</b>							
いいえ	560	81.8	782	85.5	1342	83.9	3.992
はい	125	18.2	133	14.5	258	16.1	0.046

表 6.2.6 ひとりで他者交流の変化と性別

	性別(n=1600)					
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	56	8.2	58	6.3	114	7.1
概ね変わらない	184	26.9	291	31.8	475	29.7
全般的に減った	116	16.9	194	21.2	310	19.4
活動をやめた	48	7.0	72	7.9	120	7.5
以前から行っていない	151	22.0	165	18.0	316	19.8
わからない	130	19.0	135	14.8	265	16.6

ウィルコクソンの順位和検定 p=0.188 (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 6.2.7 ひとりで他者交流と年代

	年代(n=1431)										chi2	p
	65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>友人を訪問</b>												
いいえ	138	81.2	174	77.3	454	81.4	412	86.2	1178	82.3	9.274	
はい	32	18.8	51	22.7	104	18.6	66	13.8	253	17.7	0.026	
<b>友人との買い物や外食</b>												
いいえ	130	76.5	168	74.7	445	79.7	409	85.6	1152	80.5	14.649	
はい	40	23.5	57	25.3	113	20.3	69	14.4	279	19.5	0.002	
<b>趣味(囲碁、将棋、コーラスなど)</b>												
いいえ	151	88.8	190	84.4	503	90.1	445	93.1	1289	90.1	13.162	
はい	19	11.2	35	15.6	55	9.9	33	6.9	142	9.9	0.004	
<b>スポーツ(テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>												
いいえ	153	90.0	205	91.1	514	92.1	458	95.8	1330	92.9	9.993	
はい	17	10.0	20	8.9	44	7.9	20	4.2	101	7.1	0.019	
<b>習い事(書道、生花、絵画など)</b>												
いいえ	157	92.4	213	94.7	531	95.2	466	97.5	1367	95.5	8.882	
はい	13	7.6	12	5.3	27	4.8	12	2.5	64	4.5	0.031	
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>												
いいえ	166	97.6	214	95.1	543	97.3	468	97.9	1391	97.2	4.646	
はい	4	2.4	11	4.9	15	2.7	10	2.1	40	2.8	0.200	
<b>同窓会</b>												
いいえ	161	94.7	215	95.6	543	97.3	474	99.2	1393	97.3	13.483	
はい	9	5.3	10	4.4	15	2.7	4	0.8	38	2.7	0.004	
<b>本人ミーティング</b>												
いいえ	166	97.6	219	97.3	540	96.8	469	98.1	1394	97.4	1.888	
はい	4	2.4	6	2.7	18	3.2	9	1.9	37	2.6	0.596	
<b>ピアサポート</b>												
いいえ	164	96.5	221	98.2	547	98.0	474	99.2	1406	98.3	5.618	
はい	6	3.5	4	1.8	11	2.0	4	0.8	25	1.7	0.132	
<b>認知症カフェ</b>												

いいえ	164	96.5	224	99.6	553	99.1	472	98.7	1413	98.7	8.849
はい	6	3.5	1	0.4	5	0.9	6	1.3	18	1.3	0.031
<b>その他</b>											
いいえ	170	100.0	222	98.7	552	98.9	467	97.7	1411	98.6	5.669
はい	0	0.0	3	1.3	6	1.1	11	2.3	20	1.4	0.129
<b>なし</b>											
いいえ	134	78.8	159	70.7	343	61.5	239	50.0	875	61.1	55.965
はい	36	21.2	66	29.3	215	38.5	239	50.0	556	38.9	0.000
<b>わからない</b>											
いいえ	133	78.2	190	84.4	479	85.8	402	84.1	1204	84.1	5.669
はい	37	21.8	35	15.6	79	14.2	76	15.9	227	15.9	0.129

年齢欠測を除外

表 6.2.8 ひとりで他者交流の変化と年代

	年代(n=1431)									
	65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	24	14.1	22	9.8	22	3.9	20	4.2	88	6.1
概ね変わらない	42	24.7	74	32.9	186	33.3	129	27.0	431	30.1
全般的に減った	21	12.4	42	18.7	126	22.6	94	19.7	283	19.8
活動をやめた	10	5.9	7	3.1	41	7.3	52	10.9	110	7.7
以前から行っていない	31	18.2	45	20.0	107	19.2	104	21.8	287	20.1
わからない	42	24.7	35	15.6	76	13.6	79	16.5	232	16.2

年齢欠測を除外

スピアマン順位相関  $p=0.000$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 6.2.9 ひとりで他者交流と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)						chi2 p
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>友人を訪問</b>							
いいえ	576	82.9	577	78.1	1153	80.4	5.236
はい	119	17.1	162	21.9	281	19.6	0.022
<b>友人との買い物や外食</b>							
いいえ	540	77.7	598	80.9	1138	79.4	2.270
はい	155	22.3	141	19.1	296	20.6	0.132
<b>趣味 (囲碁、将棋、コースなど)</b>							
いいえ	604	86.9	682	92.3	1286	89.7	11.202
はい	91	13.1	57	7.7	148	10.3	0.001
<b>スポーツ (テニス、ゴルフ、体操のグループなど)</b>							
いいえ	638	91.8	687	93.0	1325	92.4	0.692
はい	57	8.2	52	7.0	109	7.6	0.405
<b>習い事 (書道、生花、絵画など)</b>							
いいえ	653	94.0	715	96.8	1368	95.4	6.375
はい	42	6.0	24	3.2	66	4.6	0.012
<b>高齢者学級、社会人講座、市民講座</b>							
いいえ	675	97.1	711	96.2	1386	96.7	0.919
はい	20	2.9	28	3.8	48	3.3	0.338
<b>同窓会</b>							
いいえ	668	96.1	721	97.6	1389	96.9	2.475
はい	27	3.9	18	2.4	45	3.1	0.116
<b>本人ミーティング</b>							
いいえ	677	97.4	712	96.3	1389	96.9	1.333
はい	18	2.6	27	3.7	45	3.1	0.248
<b>ピアサポート</b>							
いいえ	686	98.7	723	97.8	1409	98.3	1.583
はい	9	1.3	16	2.2	25	1.7	0.208
<b>認知症カフェ</b>							
いいえ	687	98.8	730	98.8	1417	98.8	0.014
はい	8	1.2	9	1.2	17	1.2	0.907
<b>その他</b>							
いいえ	685	98.6	727	98.4	1412	98.5	0.081
はい	10	1.4	12	1.6	22	1.5	0.776
<b>なし</b>							
いいえ	455	65.5	409	55.3	864	60.3	15.324
はい	240	34.5	330	44.7	570	39.7	0.000
<b>わからない</b>							
いいえ	603	86.8	665	90.0	1268	88.4	3.637
はい	92	13.2	74	10.0	166	11.6	0.057

要介護認定「わからない」を除外

表 6.2.10 ひとりで他者交流の変化と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)					
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	28	4.0	83	11.2	111	7.7
概ね変わらない	226	32.5	228	30.9	454	31.7
全般的に減った	145	20.9	150	20.3	295	20.6
活動をやめた	42	6.0	73	9.9	115	8.0
以前から行っていない	155	22.3	138	18.7	293	20.4
わからない	99	14.2	67	9.1	166	11.6

要介護認定「わからない」を除外

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.239$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

### (3) 他者交流の変化の比較

家族と一緒に他者交流とひとりでの他者交流の変化を表 6.3 に示す。

診断後（認知症を心配し始めた後）に、家族と一緒に個人外出が全般的に増えたものは 15.0%、全般的に減った者が 27.3%、活動をやめた者が 5.3%であった。ひとりでの個人外出はそれぞれ、11.6%、29.8%、10.9%であった。

診断後（認知症を心配し始めた後）、ひとりでの他者交流は家族と一緒に他者交流よりも有意に減った傾向にあった。

表 6.3 診断後の他者交流の変化 (n=943)

	n	%
<b>家族と一緒に</b>		
全般的に増えた	141	15.0
概ね変わらない	495	52.5
全般的に減った	257	27.3
活動をやめた	50	5.3
<b>ひとりで</b>		
全般的に増えた	109	11.6
概ね変わらない	450	47.7
全般的に減った	281	29.8
活動をやめた	103	10.9

いずれかの活動を「以前から行っていない」「わからない」者を除外  
ウィルコクソンの符号順位和検定  $p=0.000$

## 7) 外出と参加3：地域活動

ここで地域活動とは、「(同伴家族以外の) 他者と協力して人や地域に役立つための活動」を指す。

### (1) 家族と一緒にいる地域活動

家族と一緒にいる地域活動と診断・独居の関係を表 7.1.1 から表 7.1.10 に示す。

「家族と一緒にいる」地域活動の中では、町内会活動 (17.9%) に最も多く参加していた。

独居の者は、家族と一緒にいるボランティア・市民活動、町内会活動に参加している者の割合が有意に少なく、家族と一緒にいる地域活動が「なし」の割合が有意に高かった。

独居か否かと、診断後 (認知症を心配し始めた後) の家族と一緒にいる地域活動の変化に有意な関連は無かった。

診断を受けている者では、家族と一緒にいるボランティア・市民活動、老人会・老人クラブに参加している割合が有意に高く、家族と一緒にいる地域活動が「なし」の割合が有意に低かった。

診断の有無と、診断後 (認知症を心配し始めた後) の家族と一緒にいる地域活動の変化に有意な関連は無かった。

男性は、家族と一緒にいるボランティア・市民活動、町内会活動に参加している割合が有意に高く、家族と一緒にいる地域活動が「なし」の割合が有意に低かった。

性別と、診断後 (認知症を心配し始めた後) の家族と一緒にいる地域活動の変化に有意な関連は無かった。本人の年代が高いは、家族と一緒にいるボランティア・市民活動、町内会活動に参加している割合が有意に低く、家族と一緒にいる地域活動が「なし」の割合が有意に高かった。

本人の年代が高いと、診断後 (認知症を心配し始めた後) に有意に家族と一緒にいる地域活動参加が減った傾向にあった。

要介護認定を受けている者は、家族と一緒にいるボランティア・市民活動に参加している割合が有意に高く、町内会活動に参加している割合が有意に低かった。

要介護認定を受けている者は、診断後 (認知症を心配し始めた後) に家族と一緒にいる地域活動参加が有意に増えた傾向にあった。

表 7.1.1 家族との地域活動参加と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2 p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>ボランティア・市民活動</b>							
いいえ	1183	84.7	191	93.6	1374	85.9	11.585
はい	213	15.3	13	6.4	226	14.1	0.001
<b>町内会活動</b>							
いいえ	1133	81.2	180	88.2	1313	82.1	6.052
はい	263	18.8	24	11.8	287	17.9	0.014
<b>老人会・老人クラブ</b>							
いいえ	1278	91.5	185	90.7	1463	91.4	0.169
はい	118	8.5	19	9.3	137	8.6	0.681

その他							
いいえ	1392	99.7	204	100.0	1596	99.8	0.586
はい	4	0.3	0	0.0	4	0.3	0.444
なし							
いいえ	492	35.2	50	24.5	542	33.9	9.155
はい	904	64.8	154	75.5	1058	66.1	0.002

表 7.1.2 家族との地域活動参加の変化と独居

	本人の独居・同居(n=1600)					
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	106	7.6	5	2.5	111	6.9
概ね変わらない	411	29.4	79	38.7	490	30.6
全般的に減った	201	14.4	23	11.3	224	14.0
活動をやめた	90	6.4	9	4.4	99	6.2
以前から行っていない	588	42.1	88	43.1	676	42.3

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.707$  (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.1.3 家族との地域活動参加と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2	p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>ボランティア・市民活動</b>								
いいえ	528	90.7	648	81.1	1176	85.2	24.653	
はい	54	9.3	151	18.9	205	14.8	0.000	
<b>町内会活動</b>								
いいえ	472	81.1	653	81.7	1125	81.5	0.088	
はい	110	18.9	146	18.3	256	18.5	0.767	
<b>老人会・老人クラブ</b>								
いいえ	542	93.1	717	89.7	1259	91.2	4.805	
はい	40	6.9	82	10.3	122	8.8	0.028	
<b>その他</b>								
いいえ	579	99.5	798	99.9	1377	99.7	1.776	
はい	3	0.5	1	0.1	4	0.3	0.183	
<b>なし</b>								
いいえ	172	29.6	311	38.9	483	35.0	13.000	
はい	410	70.4	488	61.1	898	65.0	0.000	

診断が「わからない」は除外。

表 7.1.4 家族との地域活動参加の変化と診断

	認知症の診断(n=1381)					
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	17	2.9	90	11.3	107	7.7

概ね変わらない	194	33.3	251	31.4	445	32.2
全般的に減った	71	12.2	124	15.5	195	14.1
活動をやめた	30	5.2	58	7.3	88	6.4
以前から行っていない	270	46.4	276	34.5	546	39.5

診断が「わからない」を除外  
 ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.151$  (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.1.5 家族との地域活動参加と性別

	性別(n=1600)						chi2	p
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>ボランティア・市民活動</b>								
いいえ	559	81.6	815	89.1	1374	85.9	17.998	
はい	126	18.4	100	10.9	226	14.1	0.000	
<b>町内会活動</b>								
いいえ	536	78.2	777	84.9	1313	82.1	11.839	
はい	149	21.8	138	15.1	287	17.9	0.001	
<b>老人会・老人クラブ</b>								
いいえ	627	91.5	836	91.4	1463	91.4	0.014	
はい	58	8.5	79	8.6	137	8.6	0.906	
<b>その他</b>								
いいえ	684	99.9	912	99.7	1596	99.8	0.520	
はい	1	0.1	3	0.3	4	0.3	0.471	
<b>なし</b>								
いいえ	275	40.1	267	29.2	542	33.9	21.029	
はい	410	59.9	648	70.8	1058	66.1	0.000	

表 7.1.6 家族との地域活動参加の変化と性別

	性別(n=1600)					
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	61	8.9	50	5.5	111	6.9
概ね変わらない	189	27.6	301	32.9	490	30.6
全般的に減った	98	14.3	126	13.8	224	14.0
活動をやめた	39	5.7	60	6.6	99	6.2
以前から行っていない	298	43.5	378	41.3	676	42.3

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.257$  (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.1.7 家族との地域活動参加と年代

		年代(n=1431)								chi2	
		65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>ボランティア・市民活動</b>											
いいえ	125	73.5	181	80.4	506	90.7	442	92.5	1254	87.6	57.019
はい	45	26.5	44	19.6	52	9.3	36	7.5	177	12.4	0.000
<b>町内会活動</b>											
いいえ	136	80.0	171	76.0	457	81.9	419	87.7	1183	82.7	16.361
はい	34	20.0	54	24.0	101	18.1	59	12.3	248	17.3	0.001
<b>老人会・老人クラブ</b>											
いいえ	152	89.4	213	94.7	501	89.8	442	92.5	1308	91.4	6.459
はい	18	10.6	12	5.3	57	10.2	36	7.5	123	8.6	0.091
<b>その他</b>											
いいえ	170	100.0	225	100.0	557	99.8	476	99.6	1428	99.8	1.850
はい	0	0.0	0	0.0	1	0.2	2	0.4	3	0.2	0.604
<b>なし</b>											
いいえ	85	50.0	91	40.4	174	31.2	104	21.8	454	31.7	56.110
はい	85	50.0	134	59.6	384	68.8	374	78.2	977	68.3	0.000

年齢欠測を除外

表 7.1.8 家族との地域活動参加の変化と年代

		年代(n=1431)									
		65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	23	13.5	19	8.4	27	4.8	19	4.0	88	6.1	
概ね変わらない	42	24.7	87	38.7	186	33.3	135	28.2	450	31.4	
全般的に減った	27	15.9	29	12.9	79	14.2	69	14.4	204	14.3	
活動をやめた	9	5.3	6	2.7	40	7.2	28	5.9	83	5.8	
以前から行っていない	69	40.6	84	37.3	226	40.5	227	47.5	606	42.3	

年齢欠測を除外

スピアマン順位相関 p= 0.002 (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.1.9 家族との地域活動参加と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)						chi2 p
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>ボランティア・市民活動</b>							
いいえ	620	89.2	605	81.9	1225	85.4	15.504
はい	75	10.8	134	18.1	209	14.6	0.000
<b>町内会活動</b>							
いいえ	550	79.1	617	83.5	1167	81.4	4.482
はい	145	20.9	122	16.5	267	18.6	0.034
<b>老人会・老人クラブ</b>							
いいえ	639	91.9	673	91.1	1312	91.5	0.351
はい	56	8.1	66	8.9	122	8.5	0.554
<b>その他</b>							
いいえ	691	99.4	739	100.0	1430	99.7	4.265
はい	4	0.6	0	0.0	4	0.3	0.039
<b>なし</b>							
いいえ	239	34.4	260	35.2	499	34.8	0.100
はい	456	65.6	479	64.8	935	65.2	0.752

要介護認定「わからない」を除外

表 7.1.10 家族との地域活動参加の変化と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)					
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	21	3.0	88	11.9	109	7.6
概ね変わらない	230	33.1	232	31.4	462	32.2
全般的に減った	109	15.7	102	13.8	211	14.7
活動をやめた	44	6.3	48	6.5	92	6.4
以前から行っていない	291	41.9	269	36.4	560	39.1

要介護認定「わからない」を除外

ウィルコクソンの順位和検定 p= 0.000 (活動を「以前から行っていない」を除外し、順序尺度として検定)

(2) ひとりで行う地域活動

ひとりでの地域活動と診断・独居の関係を表 7.2.1 から表 7.2.10 に示す。

ひとりで参加する地域活動の中では、町内会活動（17.8%）が最も多かった。

独居の者では、ひとりでボランティア・市民活動，町内会活動，市民活動に参加している割合が有意に低かった。

独居か否かと，診断後（認知症を心配し始めた後）のひとりでの地域活動の変化に有意な関連は無かった。

診断を受けている者では，ひとりでボランティア・市民活動，老人会・老人クラブの参加をしている割合が有意に高かった。

診断の有無と，診断後（認知症を心配し始めた後）のひとりでの地域活動の変化に有意な関連は無かった。

男性はひとりでボランティア・市民活動，町内会活動に参加している割合が有意に高く，ひとりで参加している地域活動が「なし」の割合が有意に低かった。

性別と，診断後（認知症を心配し始めた後）のひとりでの地域活動の変化に有意な関連は無かった。

本人の年代が高いと，ひとりでボランティア・市民活動，町内会活動に参加している割合が有意に低く，ひとりで参加している地域活動が「なし」の割合が有意に高かった。

本人の年代が高いと，診断後（認知症を心配し始めた後）に有意にひとりでの地域活動参加が減った傾向にあった。

要介護認定を受けている者は，ひとりでボランティア・市民活動に参加している割合が有意に高く，町内会活動が有意に低かった。

要介護認定の有無と，診断後（認知症を心配し始めた後）のひとりでの地域活動の変化に有意な関連は無かった。

表 7.2.1 ひとりでの地域活動参加と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2 p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>ボランティア・市民活動</b>							
いいえ	1229	88.0	194	95.1	1423	88.9	9.019
はい	167	12.0	10	4.9	177	11.1	0.003
<b>町内会活動</b>							
いいえ	1135	81.3	180	88.2	1315	82.2	5.842
はい	261	18.7	24	11.8	285	17.8	0.016
<b>老人会・老人クラブ</b>							
いいえ	1240	88.8	176	86.3	1416	88.5	1.138
はい	156	11.2	28	13.7	184	11.5	0.286
<b>市民活動</b>							
いいえ	1329	95.2	202	99.0	1531	95.7	6.291
はい	67	4.8	2	1.0	69	4.3	0.012

その他						
いいえ	1389	99.5	203	99.5	1592	99.5 0.000
はい	7	0.5	1	0.5	8	0.5 0.983
なし						
いいえ	699	50.1	90	44.1	789	49.3 2.524
はい	697	49.9	114	55.9	811	50.7 0.112
わからない						
いいえ	1193	85.5	170	83.3	1363	85.2 0.637
はい	203	14.5	34	16.7	237	14.8 0.425

表 7.2.2 ひとりでの地域活動参加の変化と独居

	本人の独居・同居(n=1600)					
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	88	6.3	5	2.5	93	5.8
概ね変わらない	374	26.8	65	31.9	439	27.4
全般的に減った	185	13.3	20	9.8	205	12.8
活動をやめた	102	7.3	13	6.4	115	7.2
以前から行っていない	443	31.7	63	30.9	506	31.6
わからない	204	14.6	38	18.6	242	15.1

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.884$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.2.3 ひとりでの地域活動参加と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2	p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>ボランティア・市民活動</b>								
いいえ	543	93.3	675	84.5	1218	88.2	25.154	
はい	39	6.7	124	15.5	163	11.8	0.000	
<b>町内会活動</b>								
いいえ	481	82.6	652	81.6	1133	82.0	0.249	
はい	101	17.4	147	18.4	248	18.0	0.618	
<b>老人会・老人クラブ</b>								
いいえ	527	90.5	687	86.0	1214	87.9	6.608	
はい	55	9.5	112	14.0	167	12.1	0.010	
<b>市民活動</b>								
いいえ	557	95.7	765	95.7	1322	95.7	0.001	
はい	25	4.3	34	4.3	59	4.3	0.971	
<b>その他</b>								
いいえ	579	99.5	794	99.4	1373	99.4	0.071	
はい	3	0.5	5	0.6	8	0.6	0.790	
<b>なし</b>								
いいえ	260	44.7	387	48.4	647	46.9	1.914	
はい	322	55.3	412	51.6	734	53.1	0.167	

わからない							
いいえ	493	84.7	732	91.6	1225	88.7	16.030
はい	89	15.3	67	8.4	156	11.3	0.000

診断が「わからない」は除外.

表 7.2.4 ひとりでの地域活動参加の変化と診断

	認知症の診断(n=1381)					
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	16	2.7	73	9.1	89	6.4
概ね変わらない	171	29.4	229	28.7	400	29.0
全般的に減った	65	11.2	122	15.3	187	13.5
活動をやめた	29	5.0	73	9.1	102	7.4
以前から行っていない	213	36.6	228	28.5	441	31.9
わからない	88	15.1	74	9.3	162	11.7

診断が「わからない」を除外  
 ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.933$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.2.5 ひとりでの地域活動参加と性別

	性別(n=1600)						chi2	p
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>ボランティア・市民活動</b>								
いいえ	585	85.4	838	91.6	1423	88.9	15.222	
はい	100	14.6	77	8.4	177	11.1	0.000	
<b>町内会活動</b>								
いいえ	542	79.1	773	84.5	1315	82.2	7.678	
はい	143	20.9	142	15.5	285	17.8	0.006	
<b>老人会・老人クラブ</b>								
いいえ	603	88.0	813	88.9	1416	88.5	0.261	
はい	82	12.0	102	11.1	184	11.5	0.610	
<b>市民活動</b>								
いいえ	652	95.2	879	96.1	1531	95.7	0.740	
はい	33	4.8	36	3.9	69	4.3	0.390	
<b>その他</b>								
いいえ	683	99.7	909	99.3	1592	99.5	1.042	
はい	2	0.3	6	0.7	8	0.5	0.307	
<b>なし</b>								
いいえ	381	55.6	408	44.6	789	49.3	19.068	
はい	304	44.4	507	55.4	811	50.7	0.000	
<b>わからない</b>								
いいえ	577	84.2	786	85.9	1363	85.2	0.864	
はい	108	15.8	129	14.1	237	14.8	0.353	

表 7.2.6 ひとりでの地域活動参加の変化と性別

	性別(n=1600)					
	男性 (n=685)		女性 (n=915)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	48	7.0	45	4.9	93	5.8
概ね変わらない	174	25.4	265	29.0	439	27.4
全般的に減った	83	12.1	122	13.3	205	12.8
活動をやめた	52	7.6	63	6.9	115	7.2
以前から行っていない	210	30.7	296	32.3	506	31.6
わからない	118	17.2	124	13.6	242	15.1

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.646$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.2.7 ひとりでの地域活動参加と年代

		年代(n=1431)								chi2	
		65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>ボランティア・市民活動</b>											
いいえ	140	82.4	193	85.8	518	92.8	451	94.4	1302	91.0	31.807
はい	30	17.6	32	14.2	40	7.2	27	5.6	129	9.0	0.000
<b>町内会活動</b>											
いいえ	136	80.0	170	75.6	451	80.8	420	87.9	1177	82.3	18.600
はい	34	20.0	55	24.4	107	19.2	58	12.1	254	17.7	0.000
<b>老人会・老人クラブ</b>											
いいえ	154	90.6	203	90.2	487	87.3	424	88.7	1268	88.6	2.227
はい	16	9.4	22	9.8	71	12.7	54	11.3	163	11.4	0.527
<b>市民活動</b>											
いいえ	161	94.7	213	94.7	538	96.4	462	96.7	1374	96.0	2.574
はい	9	5.3	12	5.3	20	3.6	16	3.3	57	4.0	0.462
<b>その他</b>											
いいえ	170	100.0	224	99.6	554	99.3	477	99.8	1425	99.6	2.408
はい	0	0.0	1	0.4	4	0.7	1	0.2	6	0.4	0.492
<b>なし</b>											
いいえ	119	70.0	124	55.1	250	44.8	179	37.4	672	47.0	60.640
はい	51	30.0	101	44.9	308	55.2	299	62.6	759	53.0	0.000
<b>わからない</b>											
いいえ	129	75.9	191	84.9	492	88.2	412	86.2	1224	85.5	16.181
はい	41	24.1	34	15.1	66	11.8	66	13.8	207	14.5	0.001

年齢欠測を除外

表 7.2.8 ひとりでの地域活動参加の変化と年代

	年代(n=1431)									
	65歳未満 (n=170)		65-74歳 (n=225)		75-84歳 (n=558)		85歳以上 (n=478)		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	19	11.2	20	8.9	17	3.0	15	3.1	71	5.0
概ね変わらない	42	24.7	74	32.9	168	30.1	115	24.1	399	27.9
全般的に減った	18	10.6	25	11.1	82	14.7	67	14.0	192	13.4
活動をやめた	8	4.7	10	4.4	41	7.3	44	9.2	103	7.2
以前から行っていない	39	22.9	65	28.9	182	32.6	168	35.1	454	31.7
わからない	44	25.9	31	13.8	68	12.2	69	14.4	212	14.8

年齢欠測を除外

スピアマン順位相関  $p=0.000$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

表 7.2.9 ひとりでの地域活動参加と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)						chi2	p
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>ボランティア・市民活動</b>								
いいえ	644	92.7	628	85.0	1272	88.7	21.093	
はい	51	7.3	111	15.0	162	11.3	0.000	
<b>町内会活動</b>								
いいえ	550	79.1	619	83.8	1169	81.5	5.086	
はい	145	20.9	120	16.2	265	18.5	0.024	
<b>老人会・老人クラブ</b>								
いいえ	618	88.9	649	87.8	1267	88.4	0.421	
はい	77	11.1	90	12.2	167	11.6	0.517	
<b>市民活動</b>								
いいえ	662	95.3	710	96.1	1372	95.7	0.588	
はい	33	4.7	29	3.9	62	4.3	0.443	
<b>その他</b>								
いいえ	691	99.4	735	99.5	1426	99.4	0.008	
はい	4	0.6	4	0.5	8	0.6	0.931	
<b>なし</b>								
いいえ	329	47.3	329	44.5	658	45.9	1.146	
はい	366	52.7	410	55.5	776	54.1	0.284	
<b>わからない</b>								
いいえ	612	88.1	679	91.9	1291	90.0	5.832	
はい	83	11.9	60	8.1	143	10.0	0.016	

要介護認定「わからない」を除外

表 7.2.10 ひとりでの地域活動参加の変化と要介護認定

	要介護認定 (n=1434)					
	認定なし (n=695)		認定あり (n=739)		全体	
	n	%	n	%	n	%
全般的に増えた	21	3.0	68	9.2	89	6.2
概ね変わらない	207	29.8	213	28.8	420	29.3
全般的に減った	92	13.2	107	14.5	199	13.9
活動をやめた	46	6.6	61	8.3	107	7.5
以前から行っていない	247	35.5	225	30.4	472	32.9
わからない	82	11.8	65	8.8	147	10.3

要介護認定「わからない」を除外

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.127$  (活動を「以前から行っていない」「わからない」を除外し、順序尺度として検定)

### (3) 地域活動の変化の比較

家族と一緒にの地域活動とひとりでの地域活動の変化を表 7.3 に示す。

診断後(認知症を心配し始めた後)に、家族と一緒にの個人外出が全般的に増えたものは 13.3%、全般的に減った者が 22.2%、活動をやめた者が 8.9%であった。ひとりでの個人外出はそれぞれ、11.5%、23.7%、12.1%であった。

診断後(認知症を心配し始めた後)、ひとりでの地域活動は家族と一緒にの地域活動よりも有意に減りやすかった。

表 7.3 診断後の地域活動の変化 (n=767)

	n	%
<b>家族と一緒に</b>		
全般的に増えた	102	13.3
概ね変わらない	427	55.7
全般的に減った	170	22.2
活動をやめた	68	8.9
<b>ひとりで</b>		
全般的に増えた	88	11.5
概ね変わらない	404	52.7
全般的に減った	182	23.7
活動をやめた	93	12.1

いずれかの活動を「以前から行っていない」「わからない」者を除外  
ウィルコクソンの符号順位和検定  $p=0.000$

## 8) 外出の不安と経験

### (1) 外出に対する家族の不安

本人のひとりでの外出に対する家族の不安を表 8.1.1～表 8.1.4 に示す。

本人がひとりで外出することにとっても不安を感じている者は 23.8%，どちらかという不安という者は 50.7%であった。

独居か否かと、本人のひとりでの外出に対する不安に有意な関連は無かった。

本人がひとりで外出することに対して、最も多くの者が不安に感じている内容は、歩行中の転倒の恐れがある (61.1%)，次いで、交通事故にあう (55.9%)，行く場所がない (52.1%)，本人が行きたがらない (50.9%)，交通機関がうまく利用できない (48.8%) であった。

本人が独居の場合、家族は、本人が行きたがらない、行く場所がない、近隣の方から苦情がある、周囲に歓迎されていない、周囲から憐みの言葉や好奇の目を向けられる、車椅子をうまく操作できない、排泄の失敗をするという内容について、不安を感じている者が少なかった。

診断を受けている者の家族では、本人のひとりでの外出に対する不安が高い傾向にあった。

診断を受けている者の家族では、全ての外出時の不安内容について、不安を感じている者が多かった。

表 8.1.1 外出に対する家族の不安と独居

	本人の独居・同居(n=1600)					
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体	
	n	%	n	%	n	%
とても不安	335	24.0	46	22.5	381	23.8
どちらかという不安	697	49.9	115	56.4	812	50.7
どちらかという不安はない	202	14.5	28	13.7	230	14.4
全く不安はない	162	11.6	15	7.4	177	11.1

ウィルコクソンの順位和検定  $p=0.415$

表 8.1.2 外出に対する家族の不安（内容）と独居

	本人の独居・同居(n=1600)						
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体		chi2
	n	%	n	%	n	%	p
<b>本人が行きたがらない</b>							
そう思わない	665	47.6	121	59.3	786	49.1	9.712
そう思う	731	52.4	83	40.7	814	50.9	0.002
<b>行く場所がない</b>							
そう思わない	648	46.4	118	57.8	766	47.9	9.310
そう思う	748	53.6	86	42.2	834	52.1	0.002
<b>困った時に電話に出られない</b>							
そう思わない	726	52.0	119	58.3	845	52.8	2.860
そう思う	670	48.0	85	41.7	755	47.2	0.091
<b>迷子になる</b>							
そう思わない	832	59.6	136	66.7	968	60.5	3.721

そう思う	564	40.4	68	33.3	632	39.5	0.054
<b>警察のお世話になる</b>							
そう思わない	902	64.6	142	69.6	1044	65.3	1.958
そう思う	494	35.4	62	30.4	556	34.8	0.162
<b>近隣の方から苦情がある</b>							
そう思わない	981	70.3	157	77.0	1138	71.1	3.877
そう思う	415	29.7	47	23.0	462	28.9	0.049
<b>周囲に迷惑をかける</b>							
そう思わない	835	59.8	130	63.7	965	60.3	1.138
そう思う	561	40.2	74	36.3	635	39.7	0.286
<b>周囲に歓迎されていない</b>							
そう思わない	940	67.3	153	75.0	1093	68.3	4.831
そう思う	456	32.7	51	25.0	507	31.7	0.028
<b>周囲から憐みの言葉や好奇の目を向けられる</b>							
そう思わない	957	68.6	155	76.0	1112	69.5	4.632
そう思う	439	31.4	49	24.0	488	30.5	0.031
<b>歩行中の転倒の恐れがある</b>							
そう思わない	549	39.3	74	36.3	623	38.9	0.697
そう思う	847	60.7	130	63.7	977	61.1	0.404
<b>交通機関がない</b>							
そう思わない	794	56.9	121	59.3	915	57.2	0.432
そう思う	602	43.1	83	40.7	685	42.8	0.511
<b>交通機関がうまく利用できない</b>							
そう思わない	713	51.1	106	52.0	819	51.2	0.056
そう思う	683	48.9	98	48.0	781	48.8	0.813
<b>交通事故にあう</b>							
そう思わない	620	44.4	86	42.2	706	44.1	0.367
そう思う	776	55.6	118	57.8	894	55.9	0.544
<b>交通ルールを守れない</b>							
そう思わない	850	60.9	136	66.7	986	61.6	2.513
そう思う	546	39.1	68	33.3	614	38.4	0.113
<b>自動車やバイクに乗ろうとする</b>							
そう思わない	984	70.5	151	74.0	1135	70.9	1.077
そう思う	412	29.5	53	26.0	465	29.1	0.299
<b>車椅子をうまく操作できない</b>							
そう思わない	1003	71.8	164	80.4	1167	72.9	6.583
そう思う	393	28.2	40	19.6	433	27.1	0.010
<b>買い物の支払いができない</b>							
そう思わない	964	69.1	154	75.5	1118	69.9	3.502
そう思う	432	30.9	50	24.5	482	30.1	0.061
<b>お店などで万引きなどトラブルを起こす</b>							
そう思わない	1049	75.1	166	81.4	1215	75.9	3.780
そう思う	347	24.9	38	18.6	385	24.1	0.052
<b>排泄の失敗をする</b>							
そう思わない	886	63.5	144	70.6	1030	64.4	3.936
そう思う	510	36.5	60	29.4	570	35.6	0.047

トイレの男女を間違える							
そう思わない	1023	73.3	159	77.9	1182	73.9	2.003
そう思う	373	26.7	45	22.1	418	26.1	0.157

表 8.1.3 外出に対する家族の不安と診断

	認知症の診断(n=1381)					
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
	n	%	n	%	n	%
とても不安	101	17.4	254	31.8	355	25.7
どちらかという不安	280	48.1	436	54.6	716	51.8
どちらかという不安はない	111	19.1	82	10.3	193	14.0
全く不安はない	90	15.5	27	3.4	117	8.5

診断が「わからない」は除外。  
 ウィルコクソンの順位和検定 p=0.000

表 8.1.4 外出に対する家族の不安（内容）と診断

	認知症の診断(n=1381)						chi2	p
	診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体			
	n	%	n	%	n	%		
<b>本人が行きたがらない</b>								
そう思わない	318	54.6	344	43.1	662	47.9	18.109	
そう思う	264	45.4	455	56.9	719	52.1	0.000	
<b>行く場所がない</b>								
そう思わない	310	53.3	333	41.7	643	46.6	18.171	
そう思う	272	46.7	466	58.3	738	53.4	0.000	
<b>困った時に電話に出られない</b>								
そう思わない	363	62.4	353	44.2	716	51.8	44.631	
そう思う	219	37.6	446	55.8	665	48.2	0.000	
<b>迷子になる</b>								
そう思わない	394	67.7	425	53.2	819	59.3	29.359	
そう思う	188	32.3	374	46.8	562	40.7	0.000	
<b>警察のお世話になる</b>								
そう思わない	414	71.1	482	60.3	896	64.9	17.264	
そう思う	168	28.9	317	39.7	485	35.1	0.000	
<b>近隣の方から苦情がある</b>								
そう思わない	452	77.7	529	66.2	981	71.0	21.476	
そう思う	130	22.3	270	33.8	400	29.0	0.000	
<b>周囲に迷惑をかける</b>								
そう思わない	387	66.5	433	54.2	820	59.4	21.127	
そう思う	195	33.5	366	45.8	561	40.6	0.000	
<b>周囲に歓迎されていない</b>								
そう思わない	439	75.4	500	62.6	939	68.0	25.555	
そう思う	143	24.6	299	37.4	442	32.0	0.000	
<b>周囲から憐みの言葉や好奇の目を向けられる</b>								
そう思わない	444	76.3	511	64.0	955	69.2	24.013	

そう思う	138	23.7	288	36.0	426	30.8	0.000
<b>歩行中の転倒の恐れがある</b>							
そう思わない	260	44.7	251	31.4	511	37.0	25.396
そう思う	322	55.3	548	68.6	870	63.0	0.000
<b>交通機関がない</b>							
そう思わない	366	62.9	413	51.7	779	56.4	17.168
そう思う	216	37.1	386	48.3	602	43.6	0.000
<b>交通機関がうまく利用できない</b>							
そう思わない	349	60.0	331	41.4	680	49.2	46.302
そう思う	233	40.0	468	58.6	701	50.8	0.000
<b>交通事故にあう</b>							
そう思わない	290	49.8	300	37.5	590	42.7	20.755
そう思う	292	50.2	499	62.5	791	57.3	0.000
<b>交通ルールを守れない</b>							
そう思わない	410	70.4	431	53.9	841	60.9	38.518
そう思う	172	29.6	368	46.1	540	39.1	0.000
<b>自動車やバイクに乗ろうとする</b>							
そう思わない	439	75.4	544	68.1	983	71.2	8.854
そう思う	143	24.6	255	31.9	398	28.8	0.003
<b>車椅子をうまく操作できない</b>							
そう思わない	448	77.0	555	69.5	1003	72.6	9.564
そう思う	134	23.0	244	30.5	378	27.4	0.002
<b>買い物の支払いができない</b>							
そう思わない	448	77.0	501	62.7	949	68.7	31.909
そう思う	134	23.0	298	37.3	432	31.3	0.000
<b>お店などで万引きなどトラブルを起こす</b>							
そう思わない	470	80.8	575	72.0	1045	75.7	14.135
そう思う	112	19.2	224	28.0	336	24.3	0.000
<b>排泄の失敗をする</b>							
そう思わない	419	72.0	460	57.6	879	63.6	30.267
そう思う	163	28.0	339	42.4	502	36.4	0.000
<b>トイレの男女を間違える</b>							
そう思わない	463	79.6	551	69.0	1014	73.4	19.361
そう思う	119	20.4	248	31.0	367	26.6	0.000

診断が「わからない」は除外.

(2) 本人が外出時に実際に経験したこと

外出時に実際に経験した内容と診断の関係を表 8.2.1, 表 8.2.2 に示す.

外出時に実際に経験した内容で最も多かったのは本人が行きたがらなかった (24.3%) であり, 次いで, 歩行中に転倒した (17.3%), 行く場所がなかった (15.6%) であった. 32.8%は「いずれも当てはまらない」であった.

独居の者では, 困った時に電話に出られなかった, 車椅子をうまく操作できなかったということを外出時に経験した割合が低く, 歩行中に転倒したという内容について外出時に経験した割合は高かった.

診断を受けている者では, 本人が行きたがらなかった, 行く場所がなかった, 困った時に電話に出られなかった, 迷子になった, 警察のお世話になった, 近隣の方から苦情があった, 周囲から憐みの言葉や好奇の目を向けられた, 交通ルールを守れなかった, 自動車やバイクに乗ろうとした, 買い物の支払いができなかった, 排泄の失敗をしたという内容について, 外出時に経験した割合が高く, いずれも経験したことがない割合は低かった.

表 8.2.1 外出時に実際に経験したことと独居

	本人の独居・同居(n=1600)						chi2 p
	同居者あり (n=1396)		独居 (n=204)		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>本人が行きたがらなかった</b>							
いいえ	1052	75.4	160	78.4	1212	75.8	0.915
はい	344	24.6	44	21.6	388	24.3	0.339
<b>行く場所がなかった</b>							
いいえ	1172	84.0	179	87.7	1351	84.4	1.947
はい	224	16.0	25	12.3	249	15.6	0.163
<b>困った時に電話に出られなかった</b>							
いいえ	1224	87.7	190	93.1	1414	88.4	5.161
はい	172	12.3	14	6.9	186	11.6	0.023
<b>迷子になった</b>							
いいえ	1265	90.6	188	92.2	1453	90.8	0.506
はい	131	9.4	16	7.8	147	9.2	0.477
<b>警察のお世話になった</b>							
いいえ	1322	94.7	191	93.6	1513	94.6	0.398
はい	74	5.3	13	6.4	87	5.4	0.528
<b>近隣の方から苦情があった</b>							
いいえ	1351	96.8	200	98.0	1551	96.9	0.956
はい	45	3.2	4	2.0	49	3.1	0.328
<b>周囲に迷惑をかけた</b>							
いいえ	1306	93.6	188	92.2	1494	93.4	0.561
はい	90	6.4	16	7.8	106	6.6	0.454
<b>周囲に歓迎されていなかった</b>							
いいえ	1353	96.9	200	98.0	1553	97.1	0.782
はい	43	3.1	4	2.0	47	2.9	0.376
<b>周囲から憐みの言葉や好奇の目を向けられた</b>							

いいえ	1355	97.1	202	99.0	1557	97.3	2.605
はい	41	2.9	2	1.0	43	2.7	0.107
<b>歩行中に転倒した</b>							
いいえ	1168	83.7	156	76.5	1324	82.8	6.459
はい	228	16.3	48	23.5	276	17.3	0.011
<b>交通機関がなかった</b>							
いいえ	1340	96.0	197	96.6	1537	96.1	0.158
はい	56	4.0	7	3.4	63	3.9	0.691
<b>交通機関がうまく利用できなかった</b>							
いいえ	1328	95.1	191	93.6	1519	94.9	0.835
はい	68	4.9	13	6.4	81	5.1	0.361
<b>交通事故にあった</b>							
いいえ	1362	97.6	203	99.5	1565	97.8	3.148
はい	34	2.4	1	0.5	35	2.2	0.076
<b>交通ルールを守れなかった</b>							
いいえ	1340	96.0	197	96.6	1537	96.1	0.158
はい	56	4.0	7	3.4	63	3.9	0.691
<b>自動車やバイクに乗ろうとした</b>							
いいえ	1350	96.7	201	98.5	1551	96.9	1.996
はい	46	3.3	3	1.5	49	3.1	0.158
<b>車椅子をうまく操作できなかった</b>							
いいえ	1368	98.0	204	100.0	1572	98.3	4.165
はい	28	2.0	0	0.0	28	1.8	0.041
<b>買い物の支払いができなかった</b>							
いいえ	1365	97.8	203	99.5	1568	98.0	2.719
はい	31	2.2	1	0.5	32	2.0	0.099
<b>お店などで万引きなどトラブルを起こした</b>							
いいえ	1374	98.4	200	98.0	1574	98.4	0.165
はい	22	1.6	4	2.0	26	1.6	0.685
<b>排泄の失敗をした</b>							
いいえ	1306	93.6	193	94.6	1499	93.7	0.335
はい	90	6.4	11	5.4	101	6.3	0.563
<b>トイレの男女を間違えた</b>							
いいえ	1377	98.6	202	99.0	1579	98.7	0.199
はい	19	1.4	2	1.0	21	1.3	0.655
<b>いずれも当てはまらない</b>							
いいえ	946	67.8	130	63.7	1076	67.3	1.319
はい	450	32.2	74	36.3	524	32.8	0.251

表 8.2.2 外出時に実際に経験したことと診断

		認知症の診断(n=1381)				chi2	
		診断なし (n=582)		診断あり (n=799)		全体	
		n	%	n	%	n	%
<b>本人が行きたがらなかった</b>							
いいえ		465	79.9	564	70.6	1029	74.5
はい		117	20.1	235	29.4	352	25.5
<b>行く場所がなかった</b>							
いいえ		509	87.5	647	81.0	1156	83.7
はい		73	12.5	152	19.0	225	16.3
<b>困った時に電話に出られなかった</b>							
いいえ		531	91.2	680	85.1	1211	87.7
はい		51	8.8	119	14.9	170	12.3
<b>迷子になった</b>							
いいえ		546	93.8	698	87.4	1244	90.1
はい		36	6.2	101	12.6	137	9.9
<b>警察のお世話になった</b>							
いいえ		561	96.4	736	92.1	1297	93.9
はい		21	3.6	63	7.9	84	6.1
<b>近隣の方から苦情があった</b>							
いいえ		574	98.6	760	95.1	1334	96.6
はい		8	1.4	39	4.9	47	3.4
<b>周囲に迷惑をかけた</b>							
いいえ		549	94.3	735	92.0	1284	93.0
はい		33	5.7	64	8.0	97	7.0
<b>周囲に歓迎されていなかった</b>							
いいえ		563	96.7	774	96.9	1337	96.8
はい		19	3.3	25	3.1	44	3.2
<b>周囲から憐みの言葉や好奇の目を向けられた</b>							
いいえ		573	98.5	768	96.1	1341	97.1
はい		9	1.5	31	3.9	40	2.9
<b>歩行中に転倒した</b>							
いいえ		474	81.4	657	82.2	1131	81.9
はい		108	18.6	142	17.8	250	18.1
<b>交通機関がなかった</b>							
いいえ		559	96.0	762	95.4	1321	95.7
はい		23	4.0	37	4.6	60	4.3
<b>交通機関がうまく利用できなかった</b>							
いいえ		555	95.4	749	93.7	1304	94.4
はい		27	4.6	50	6.3	77	5.6
<b>交通事故にあった</b>							
いいえ		572	98.3	781	97.7	1353	98.0
はい		10	1.7	18	2.3	28	2.0
<b>交通ルールを守れなかった</b>							
いいえ		568	97.6	755	94.5	1323	95.8
はい		14	2.4	44	5.5	58	4.2

<b>自動車やバイクに乗ろうとしていた</b>							
いいえ	571	98.1	765	95.7	1336	96.7	5.976
はい	11	1.9	34	4.3	45	3.3	0.015
<b>車椅子をうまく操作できなかった</b>							
いいえ	572	98.3	783	98.0	1355	98.1	0.147
はい	10	1.7	16	2.0	26	1.9	0.701
<b>買い物の支払いができなかった</b>							
いいえ	577	99.1	774	96.9	1351	97.8	8.163
はい	5	0.9	25	3.1	30	2.2	0.004
<b>お店などで万引きなどトラブルを起こした</b>							
いいえ	575	98.8	781	97.7	1356	98.2	2.089
はい	7	1.2	18	2.3	25	1.8	0.148
<b>排泄の失敗をした</b>							
いいえ	555	95.4	731	91.5	1286	93.1	7.879
はい	27	4.6	68	8.5	95	6.9	0.005
<b>トイレの男女を間違えた</b>							
いいえ	573	98.5	791	99.0	1364	98.8	0.823
はい	9	1.5	8	1.0	17	1.2	0.364
<b>いずれも当てはまらない</b>							
いいえ	360	61.9	610	76.3	970	70.2	33.820
はい	222	38.1	189	23.7	411	29.8	0.000

診断が「わからない」は除外。

### (3) 不安と実際の経験の比較

本人がひとりで外出することに対して家族が不安に思う内容と、実際に経験したことの比較を表 8.3 に示す。

全ての内容について不安に思う割合は実際に経験した割合より高く、最も差が大きいものは交通事故にあう（あった）であり、次いで歩行中の転倒の恐れがある（転倒した）、交通機関がうまく利用できない（できなかった）であった。

表 8.3 不安に思うことと実際に経験したことの差 (n=1600)

	不安に思うこと		実際に経験したこと		割合の差
	n	%	n	%	%
本人が行きたがらない	814	50.9	388	24.3	26.6
行く場所がない	834	52.1	249	15.6	36.6
困った時に電話に出られない	755	47.2	186	11.6	35.6
迷子になる	632	39.5	147	9.2	30.3
警察のお世話になる	556	34.8	87	5.4	29.3
近隣の方から苦情がある	462	28.9	49	3.1	25.8
周囲に迷惑をかける	635	39.7	106	6.6	33.1
周囲に歓迎されていない	507	31.7	47	2.9	28.8
周囲から憐みの言葉や好奇の目を向けられる	488	30.5	43	2.7	27.8
歩行中の転倒の恐れがある	977	61.1	276	17.3	43.8
交通機関がない	685	42.8	63	3.9	38.9
交通機関がうまく利用できない	781	48.8	81	5.1	43.8
交通事故にあう	894	55.9	35	2.2	53.7
交通ルールを守れない	614	38.4	63	3.9	34.4
自動車やバイクに乗ろうとする	465	29.1	49	3.1	26.0
車椅子をうまく操作できない	433	27.1	28	1.8	25.3
買い物の支払いができない	482	30.1	32	2.0	28.1
お店などで万引きなどトラブルを起こす	385	24.1	26	1.6	22.4
排泄の失敗をする	570	35.6	101	6.3	29.3
トイレの男女を間違える	418	26.1	21	1.3	24.8

## 9) 相談先と情報入手

### (1) 認知症を疑った／診断を受けたときの相談先

認知症を疑った／診断を受けたときの相談先とその評価を表 9.1 に示す。

認知症を疑ったときに誰にも相談しなかった者は 15.1%、相談先が分からなかった者は 11.4%であった。相談先で最も多かったのはかかりつけ医 (27.0%) であり、次いで家族や親戚 (20.7%)、ケアマネジャー (15.6%) であった。

認知症を疑ったとき、相談した者が最も役立ったと感じていた相談先はケアマネジャーであり、次いで地域包括支援センター、認知症のある方（知人・親族・ピアサポート・本人ミーティングなど）であった。

診断を受けたとき (n=799) に誰にも相談しなかった者は 11.9%、相談先が分からなかった者は 10.0%であった。診断を受けたとき (n=799) の相談先で最も多かったのはかかりつけ医 (34.8%) であり、次いでケアマネジャー (24.8%)、家族や親戚 (20.7%) であった。

診断を受けたとき、相談した者が最も前向きになれたと感じていた相談先は友人や知人であり、次

いでケアマネジャー，認知症疾患医療センターであった。

表 9.1 認知症を疑った／診断を受けたときの相談先

	認知症を疑った時の相談先 (n=1600)		→役に立ったか (n=各利用者のみ)		診断を受けたときの相談先 (n=799)		→前向きになれたか (n=各利用者のみ)	
	n	%	平均	SD	n	%	平均	SD
誰にも相談しなかった	242	15.1			95	11.9		
相談先がわからなかった	183	11.4			80	10.0		
かかりつけ医	432	27.0	3.218	0.83	278	34.8	3.040	0.79
もの忘れ外来	162	10.1	3.167	0.84	101	12.6	3.149	0.77
認知症疾患医療センター	70	4.4	3.314	0.73	58	7.3	3.241	0.68
その他の医療機関	93	5.8	3.161	0.81	70	8.8	2.871	0.76
ケアマネジャー	250	15.6	3.340	0.76	198	24.8	3.242	0.75
介護施設等のスタッフ	92	5.8	3.283	0.73	97	12.1	3.113	0.93
地域包括支援センター	151	9.4	3.338	0.82	99	12.4	3.192	0.79
保健センター、保健所	36	2.3	3.028	0.88	24	3.0	3.000	0.88
行政の窓口	64	4.0	3.031	0.94	44	5.5	2.773	0.96
認知症の人と家族の会	18	1.1	2.889	1.02	20	2.5	3.100	1.02
電話相談	35	2.2	3.000	0.94	22	2.8	3.000	0.76
介護者交流会	16	1.0	3.000	0.89	9	1.1	3.111	0.93
認知症カフェ	16	1.0	3.188	0.66	8	1.0	3.125	0.99
認知症のある方（知人・親族・ピアサポート・本人ミーティングなど）	19	1.2	<u>3.316</u>	0.82	13	1.6	3.154	0.80
友人や知人	142	8.9	3.056	0.77	64	8.0	3.266	0.78
家族や親戚	331	20.7	3.048	0.84	165	20.7	3.127	0.72
その他	21	1.3	2.524	1.12	7	0.9	2.143	0.90
覚えていない	189	11.8			47	5.9		

「役に立ったか」，「前向きになれたか」，はそれぞれ1「役立たなかった」～4「役立った」，1「前向きになれなかった」～4「前向きになれた」の平均を示す

(2) 認知症を疑った／診断を受けたときの情報入手

認知症を疑った／診断を受けたときの情報入手先とその評価を表 9.2 に示す。

認知症を疑ったときに情報を調べなかった者は 19.6%，入手先が分からなかった者は 8.8%であった。

認知症を疑ったときの情報入手先で最も多かったのはインターネット（40.7%）であり、次いで医療機関（17.4%）、家族や親戚（14.6%）であった。

認知症を疑ったとき、情報入手した者が最も役立ったと感じていた情報入手先は介護関係者であり、次いで講演会や研修会、医療機関であった。

診断を受けたとき（n=799）に情報を調べなかった者は 18.4%，入手先が分からなかった者は 9.1%であった。

診断を受けたとき（n=799）の情報入手先で最も多かったのはインターネット（42.9%）であり、次いで医療機関（24.9%）、介護関係者（15.4%）であった。

診断を受けたとき（n=799）、情報入手した者が最も前向きになれたと感じていた情報入手先は認知症の人と家族の会であり、次いで介護関係者、講演会や研修会であった（情報入手先「その他」は除く）。

表 9.2 認知症を疑った／診断を受けたときの情報入手

	認知症を疑った時の情報入手 (n=1600)		→役に立ったか (n=各利用者のみ)		診断を受けたときの情報入手 (n=799)		→前向きになれたか (n=各利用者のみ)	
	n	%	平均	SD	n	%	平均	SD
情報は調べなかった	313	19.6			147	18.4		
入手先が分からなかった	140	8.8			73	9.1		
インターネット	651	40.7	3.210	0.71	343	42.9	2.977	0.81
書籍や雑誌	152	9.5	3.217	0.68	87	10.9	3.023	0.68
パンフレットやチラシ	98	6.1	3.184	0.74	69	8.6	2.971	0.79
テレビ・新聞・ラジオ	102	6.4	3.078	0.64	59	7.4	2.949	0.73
医療機関	278	17.4	3.360	0.71	199	24.9	3.337	0.73
介護関係者	189	11.8	3.476	0.67	123	15.4	3.366	0.76
認知症の人と家族の会	34	2.1	3.235	0.82	25	3.1	3.400	0.58
認知症カフェ	19	1.2	3.211	0.92	21	2.6	3.000	1.00
認知症のある方（知人、親族、ピアサポート、本人ミーティングなど）	30	1.9	3.267	0.64	22	2.8	3.227	0.92
友人や知人	133	8.3	3.135	0.79	76	9.5	3.276	0.79
家族や親戚	233	14.6	3.296	0.69	109	13.6	3.303	0.67
講演会や研修会	29	1.8	3.379	0.68	26	3.3	3.346	0.80
その他	30	1.9	2.967	0.89	14	1.8	3.429	0.65
覚えていない	207	12.9			64	8.0		

「役に立ったか」、「前向きになれたか」、はそれぞれ 1「役立たなかった」～4「役立った」、1「前向きになれなかった」～4「前向きになれた」の平均を示す

## 10) 情報機器の利用

家族と本人が利用する情報機器を表 10 に示す。

家族が利用する情報機器で最も多かったのはスマートフォン (68.8%) で、次いでテレビ (67.3%)、パソコン (59.8%) であった。

本人が利用する情報機器で最も多かったのはテレビ (53.7%) で、次いで固定電話 (49.4%)、スマートフォン (29.3%) であった。

表 10 家族と本人が利用する情報機器

	家族が利用する情報機器 (n=1600)		本人が利用する情報機器 (n=1600)	
	n	%	n	%
固定電話	900	56.3	790	49.4
ファックス	410	25.6	196	12.3
テレビ	1,077	67.3	859	53.7
ラジオ	552	34.5	315	19.7
携帯電話	322	20.1	386	24.1
スマートフォン	1,101	68.8	469	29.3
タブレット	343	21.4	83	5.2
パソコン	956	59.8	193	12.1
インターネット接続ゲーム機	165	10.3	31	1.9
その他	2	0.1	2	0.1
いずれもない	116	7.3	106	6.6
わからない	0	0.0	102	6.4

## 11) 家族の認知症の捉え方とこれまでの経験

回答者（家族）の認知症の捉え方とこれまでの経験とを表 11.1～表 11.3 に示す。

「認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる」と思う者は 22.0%であった。

認知症サポーター養成講座を受講したことがある者は 12.0%、収入を伴う医療・介護・福祉関係の仕事をしたことがある者は 12.3%であった。

認知症のある方（今の本人を除く）と生活をともにした経験、認知症とおりあいをつけながら暮らす認知症当事者や家族と出会う経験をしたことがある者は、認知症の捉え方が肯定的である割合が高かった。

表 11.1 家族の認知症の捉え方 (n=1600)

	n	%
<b>認知症に対するイメージ</b>		
認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今までどおり自立的に生活できる	352	22.0
認知症になっても、医療・介護等のサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける	577	36.1
認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる	265	16.6
認知症になると、暴言・暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる	59	3.7
認知症になると、症状が進行してゆき何もできなくなってしまう	96	6.0
その他	6	0.4
わからない	245	15.3
<b>意欲的に活動することができる</b>		
全くそう思わない	280	17.5
あまりそう思わない	735	45.9
ややそう思う	474	29.6
非常にそう思う	111	6.9
<b>習慣化された活動をすることができる</b>		
全くそう思わない	205	12.8
あまりそう思わない	474	29.6
ややそう思う	752	47.0
非常にそう思う	169	10.6
<b>役割のある活動をすることができる</b>		
全くそう思わない	215	13.4
あまりそう思わない	603	37.7
ややそう思う	657	41.1
非常にそう思う	125	7.8
<b>趣味活動をすることができる</b>		
全くそう思わない	202	12.6
あまりそう思わない	480	30.0
ややそう思う	729	45.6
非常にそう思う	189	11.8
<b>協調する、思いやるなど他者との交流ができる</b>		
全くそう思わない	226	14.1
あまりそう思わない	605	37.8
ややそう思う	643	40.2
非常にそう思う	126	7.9
<b>コミュニケーションをとることができる</b>		
全くそう思わない	214	13.4
あまりそう思わない	588	36.8
ややそう思う	649	40.6
非常にそう思う	149	9.3

表 11.2 回答者（家族）の経験 (n=1600)

	n	%
<b>認知症サポーター養成講座の受講</b>		
該当	192	12.0

<b>医療・介護・福祉関係の大学や専門学校で勉強（通信含む）</b>		
該当	223	13.9
<b>収入を伴う医療・介護・福祉関係の仕事</b>		
該当	196	12.3
<b>認知症のある方（今の本人を除く）と生活をともにした経験</b>		
該当	193	12.1
<b>認知症のある方とともにする活動や生活支援等のボランティア</b>		
該当	96	6.0
<b>認知症とおりあいをつけながら暮らす認知症当事者や家族と出会う経験</b>		
該当	114	7.1
<b>いずれもなし</b>		
該当	935	58.4

表 11.3 家族の認知症の捉え方と経験・診断・同居（n=1600）

	認知症の人に対する捉え方						chi2
	否定的（平均未満）		肯定的（平均以上）		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>認知症サポーター養成講座の受講</b>							
非該当	624	88.1	784	87.9	1408	88.0	0.022
該当	84	11.9	108	12.1	192	12.0	0.882
<b>医療・介護・福祉関係の大学や専門学校で勉強（通信含む）</b>							
非該当	609	86.0	768	86.1	1377	86.1	0.002
該当	99	14.0	124	13.9	223	13.9	0.963
<b>収入を伴う医療・介護・福祉関係の仕事</b>							
非該当	626	88.4	778	87.2	1404	87.8	0.527
該当	82	11.6	114	12.8	196	12.3	0.468
<b>認知症のある方（今の本人を除く）と生活をともにした経験</b>							
非該当	637	90.0	770	86.3	1407	87.9	4.954
該当	71	10.0	122	13.7	193	12.1	0.026
<b>認知症のある方とともにする活動や生活支援等のボランティア</b>							
非該当	672	94.9	832	93.3	1504	94.0	1.886
該当	36	5.1	60	6.7	96	6.0	0.170
<b>認知症とおりあいをつけながら暮らす認知症当事者や家族と出会う経験</b>							
非該当	671	94.8	815	91.4	1486	92.9	6.921
該当	37	5.2	77	8.6	114	7.1	0.009
<b>上記の経験のいずれもなし</b>							
非該当	293	41.4	372	41.7	665	41.6	0.017
該当	415	58.6	520	58.3	935	58.4	0.897
<b>本人の外出に対する家族の不安</b>							
不安はない	187	26.4	220	24.7	407	25.4	0.636
不安がある	521	73.6	672	75.3	1193	74.6	0.425
<b>認知症の診断（n=1381）</b>							
診断なし（n=799）	244	40.4	338	43.5	582	42.1	1.342
診断あり（n=582）	360	59.6	439	56.5	799	57.9	0.247
<b>本人との同居（n=1542）</b>							

回答者（家族）は本人と別居（n=515）	234	34.2	281	32.8	515	33.4	0.322
回答者（家族）は本人と同居（n=1027）	451	65.8	576	67.2	1027	66.6	0.570

「認知症の診断」は「わからない」を除外、「本人との同居」は欠測を除外。認知症の捉え方は6項目の合計点を平均値で二分。

#### 4. 主な結果の要約と考察

家族と一緒にまたはひとりで個人外出を1つでもしていたのは89.9%、1つもしていなかったのは11.1%であった。同様に、他者交流を1つでもしていたのは72.4%、1つもしていなかったのは27.6%であり、地域活動を1つでもしていたのは51.6%、1つもしていなかったのは48.4%であった。また、家族と一緒にまたはひとりで個人外出・他者交流・地域活動のいずれかを1つでもしていたのは91.1%、1つもしていなかったのは8.9%であった。個人外出が最も実施しやすく継続も容易な外出・参加であると言え、個人外出をしていない場合は、他者交流・地域活動もしていない／できなくなっている可能性が考えられる。

##### 1) 属性・状態による外出・参加内容の違い

###### (1) 独居・同居

独居の場合は（同居者がいる場合と比べて）、「ひとりで行う買い物や外食」は実施割合が高いが、それ以外の内容については概ね実施割合が低く、特に「家族と一緒にいる地域活動がない」者が10%以上多かった。

独居の場合、自身の日常生活に欠かせない買い物や外食はひとりで行えている（行わざるを得ない）一方で、それ以外の外出が控えられており、特に地域活動は家族によるサポートが無いと実施が難しくなっている可能性が考えられる。

ただし、独居の者は対象者数が少なかったため、検定の検出力は十分でなかった。

###### (2) 認知症の診断

認知症の診断を受けている場合は（受けていない場合と比べて）、「家族と一緒にいる旅行」は実施割合が低いが、それ以外の内容については概ね外出の実施割合が高く、特に「家族と一緒にいる近所の散歩」の実施割合は10%以上高かった。

また、診断を受けている場合は（受けていない場合と比べて）、診断後（認知症を心配し始めた後）も「家族と一緒に個人外出・他者交流」が減りにくい（増えやすい）傾向にあった。

診断を受けている場合、遠方への外出が控えられている一方で、その代わりとして、または予防やケアの一環として、近隣での外出が増えていることが考えられる。

診断を受けている者の方が認知症の重症度が高く、外出が困難になっていることや、診断によってスティグマが生じて外出が制限されることも予想されたが、本調査結果からはそのような傾向は見られなかった。診断を受けることで気持ちの区切りがついて活動的になっていることや、元々活動的な者が診断に対しても積極的であった可能性も考えられる。

また、本人ミーティングやピアサポートへの参加割合は全体として低かった（1~3%程度）が、その中でも「ひとりで」のこの2つへの参加は、診断を受けている者に多く、独居の者において少なかった。診断を受けている者は家族と一緒にピアサポートへの参加も多かった。受診や診断をきっかけにこれ

らの活動の情報を得ていること、診断を受けることで自ら／家族がこれらの活動を探していること、などが考えられる一方で、独居の者にはこれらの活動の情報が届いていないか、参加のための手段的障壁が大きいことが懸念される。

### (3) 要介護認定

要介護認定を受けている場合は（受けていない場合と比べて）、「家族と一緒に近所の散歩」、「家族と一緒に友人の訪問」、「家族と一緒に／ひとりでのボランティア・市民活動」の実施割合が5%以上高く、逆に「家族と一緒に／ひとりでの買い物や外食」、「ひとりでの銀行の手続き」、「家族と一緒に旅行」、「ひとりでの趣味（以後、将棋、コーラスなど）」の実施割合が5%以上低かった。

また、要介護認定を受けている場合は（受けていない場合と比べて）、診断後（認知症を心配し始めた後）も「家族と一緒に個人外出・他者交流・地域活動」が減りにくい（増えやすい）傾向にあった。これらの傾向は概ね、診断を受けている場合と共通しており、要介護認定を受けている場合、金銭管理を伴うような複雑な外出行動が難しくなっている一方で、その代わりとして、または予防やケアの一環として、近隣での外出や身近な他者との交流が増えている可能性が考えられる。

### (4) 性別

男性は（女性と比べて）、趣味（映画、写真、図書館など）、スポーツ（登山、ジョギング、サイクリング、水泳など）、趣味（囲碁、将棋、コーラスなど）、スポーツ（テニス、ゴルフ、体操のグループなど）、ボランティア・市民活動、町内会活動などの実施割合が高い一方で、銀行の手続き、買い物や外食、旅行などの実施割合が低かった。

また、男性は（女性と比べて）、診断後（認知症を心配し始めた後）も「ひとりで行う個人外出」が減りにくい（増えやすい）傾向にあった。

認知症の有無にかかわらず元々これらの外出内容に性差があった可能性や、認知機能の低下に伴って女性の方が趣味やスポーツへの参加を控えやすいという可能性が考えられる。

### (5) 年齢

年齢が高い者は（低い者と比べて）、「家族と一緒に／ひとりでの買い物や外食」の実施割合が高かったが、それ以外の内容については概ね外出の実施割合が低かった。

また、年齢が高い者は（低い者と比べて）、診断後（認知症を心配し始めた後）に全てのカテゴリーの外出について、家族と一緒に／ひとりでにかかわらず、減りやすい（増えにくい）傾向にあった。年齢が高くなるにつれて元々外出が少なくなっていることに加え、認知機能の低下に伴ってさらに減少している可能性がある。

## 2) 外出・参加を家族と一緒に行うか、ひとりで行うか

### (1) 外出・参加内容の違い

家族と一緒にいる場合と、ひとりでいる場合とで、各外出・参加内容の実施割合に大きな差は見られなかった。いずれの場合も、個人外出においては買い物や外食、近所の散歩、趣味（映画、写真、図書館など）が上位3つの内容、他者交流においては友人との買い物や外食、友人を訪問、

趣味（囲碁，将棋，コーラスなど）が上位3つの内容であり，地域活動においては町内会活動が最も多い内容であった。また，個人外出においてはスポーツ（登山，ジョギング，サイクリング，水泳など）と旅行の実施割合が低く，他者交流においては認知症カフェ，ピアサポート，同窓会の参加割合が低く，地域活動においては老人会・老人クラブの参加割合が低いという傾向も，「家族と一緒に」と「ひとりで」に共通していた。

その中で，実施割合に比較的大きな差があったものとしては，家族と一緒に「買い物や外食」「旅行」「友人との買い物や外食」を行っている者はひとりでやっている者よりもそれぞれ10.4%，8.9%，9.0%多かった。

実施している外出・参加内容が「なし」の割合は，いずれの 카테고리（個人外出・他者交流・地域活動）においても家族と一緒にの方がひとりでよりも10%程度多かった。ただし，ひとりでの場合は「わからない」の回答がいずれも10%以上あるため，家族と一緒にの外出・参加の方が少ないとも言えない。

## (2) 認知症の診断後の変化

診断後（認知症を心配し始めた後）の外出の変化は，いずれの カテゴリにおいても，家族と一緒にの外出・参加よりも，ひとりでの外出・参加が減りやすい傾向にあった。

また，認知症の診断を受けている場合（受けていない場合と比べて），要介護認定を受けている場合（受けていない場合と比べて）は，診断後（認知症を心配し始めた後）の「ひとりでの」外出の変化には差がなかった一方で，「家族と一緒に」外出は減りにくい（増えやすい）傾向にあった。特に「近所の散歩」や「友人の訪問」が共通して実施割合が高く，診断後・認定後にひとりでの外出・参加が控えられ，代わりに，予防やケアの一環として，家族と一緒に行うようになった可能性が考えられる。

## (3) ひとりでの外出に対する不安

70%以上の回答者（家族）が本人がひとりで外出することに不安を感じており，認知症の診断を受けている場合はこの割合がさらに高かった。

一方で，不安を感じている内容について，実際に経験したことがある者の割合は少なく，重大な事故やトラブルを未然に回避しようとしていることや，内容によっては過剰に不安を感じている可能性が考えられる。これらの不安も，ひとりでの外出が，家族と一緒にの外出よりも減った傾向にあったことに影響している可能性が考えられる。

## 2-4 「通いの場」における認知症のある方の受入等に関する担い手アンケート

松本 博成・松原 智文・神野 真実・堀田 聡子

### 1. 調査目的

認知症の発症前の交流の程度は、発症後の近隣交流の程度に関連があるとされ(2-1)、慣れている場所や目的がある場所には認知症になったあとも通い続けているという当事者の声もある(2-2)。認知機能が低下しても、認知症の診断を受けても通い続けられる場、認知症の有無にかかわらず包摂的な場があることは、診断後の外出・交流、参加の維持にとっても重要と考えられる。

長野県駒ヶ根市(人口約32,000人)では、平成29年から生活支援体制整備事業として全16地区に生活支援コーディネーターと支え合い推進会議を設置し、住民主体の通いの場を中心とした支え合いの取組みを推進してきた。令和3年12月末までに161か所の住民が運営する通いの場が開催され、令和2年11月、令和3年7月には、通いの場を基盤とした「チームオレンジ」が登録されている。

そこで、本事業としては駒ヶ根市の通いの場を例にとり、認知症になっても通い続けられる場のあり方を検討すること、駒ヶ根市としては、通いの場と支え合いの地域づくりの取組みの意義をまとめ、今後の活動推進に活かすことを目的として、通いの場の担い手を対象とするアンケート調査を実施する。

### 2. 調査方法

文献調査(2-1)、検討委員会、2-2にかかわる作業部会における検討のなかで「場の視点」(認知症のある方からみた居場所・居心地)に注目した際に、松原氏(長野県駒ヶ根市第1層生活支援コーディネーター)より、長野県駒ヶ根市における住民主体の通いの場の充実と包摂性についての紹介と、駒ヶ根市においても、支え合いの地域づくりのさらなる充実に向けた実態調査への関心があるという話があった。

そこで、2021年11月30日～12月1日にかけて松原氏の案内で堀田が駒ヶ根市を訪ね、2つの通いの場の見学、担い手との懇談、第2層生活支援コーディネーターや市役所の関係者らと意見交換を行い、計画にはなかったが、長野県駒ヶ根市と一般社団法人人とまちづくり研究所が共同で、駒ヶ根市内のすべての通いの場の担い手(代表・リーダー格)を対象に質問紙調査を行うことにした。

後日、駒ヶ根市からは<「担い手」さん自身に関する事><通いの場において認知症のある人の受入を決定する要因><通いの場から個別の生活支援へのつながりについて>調査してみたいことが寄せられ、本事業の問題意識と駒ヶ根市の関心を踏まえて文献レビューを行い、調査票案を作成(堀田)、作業部会(松原氏・神野・堀田)により調査票の検討を重ね、調査票を確定した。

回答者の負担軽減のため、松原氏より、市内の全161か所の通いの場について、名称・開催場所・登録者数(性別)・開催頻度・2021年度上半期の開催状況の一覧の提供を受けた。

入力済データ(エクセルファイル)の納品を得て、松本がSPSSファイルを作成、作業部会で単純集計結果をもとに意見交換を行い、松本が基礎集計及び本稿の調査結果の執筆を担った。

質問紙調査の実施概要は以下の通り。

【調査実施主体】長野県駒ヶ根市役所地域保健課地域ケア係／一般社団法人 人とまちづくり研究所

【調査方法】自記式質問紙調査

【調査対象】長野県駒ヶ根市内のすべての「通いの場」の代表者（担い手）

【配布方法・配布時期】

- ・ 2022年1月21日～29日にかけて、松原氏から駒ヶ根市の第2層生活支援コーディネーター（16人：16行政区に1人ずつ配置）に対して調査の目的を説明し、調査票配布の協力を依頼した。
- ・ 同1月下旬～2月上旬にかけて、コーディネーターに各担当区の通いの場の数に応じて一式を預け、コーディネーターから各通いの場の代表者に配布してもらった。
- ・ なお、配布物は駒ヶ根市からの依頼状（別冊資料8）・人とまちづくり研究所からの依頼状及び調査票（別冊資料9）、返信用封筒であり、一式を駒ヶ根市の封筒に入れた。

【回収方法】回答者が返信用封筒（駒ヶ根市役所 地域保健課 地域ケア係行）に入れて返送

【配布数・回収数】配布 154、回収 121（有効回答率 78.6%）

【調査項目】（別冊資料9参照）

回答者が担い手（代表・リーダー格）を務める通いの場・サロンの概要（基本情報、活動内容、参加者やその位置づけ、担い手やその関係性、困った時の相談相手）、認知症のある方の受入（もともと通いの場・サロンに参加していた方の場合、新たに認知症もしくはその疑いのある方の参加の相談を受けた場合）、地域にお住まいの方の生活支援、担い手としての経験、回答者自身について／等

【調査期間】2022年1月下旬～2月21日（月）消印有効

### 3. 調査結果

本稿では、回答者が担い手を務める通いの場の概要、認知症のある方の受入、地域住民に対する生活支援、担い手としての経験や回答者自身についての結果を概観したうえで、参加者や担い手の認知機能が低下した場合の対応の関連要因、地域での生活支援の関連要因をいくつかの視点から探索する。

1) 通いの場・サロンの概要 I

(1) 立ち上げ時期

通いの場の立ち上げ時期を表 1.1.1 に示す。

最も古い場所は平成 8 年の立ち上げであり、立ち上げ時期の最頻値は平成 30 年であった<sup>4</sup>。

表 1.1.1 立ち上げ時期

		件数	%
平成	8 年	1	1.0%
	9 年	0	0.0%
	10 年	2	2.0%
	11 年	0	0.0%
	12 年	0	0.0%
	13 年	0	0.0%
	14 年	1	1.0%
	15 年	3	3.0%
	16 年	2	2.0%
	17 年	4	4.0%
	18 年	0	0.0%
	19 年	2	2.0%
	20 年	1	1.0%
	21 年	3	3.0%
	22 年	3	3.0%
	23 年	3	3.0%
	24 年	7	6.9%
	25 年	8	7.9%
	26 年	7	6.9%
	27 年	9	8.9%
	28 年	5	5.0%
29 年	10	9.9%	
30 年	13	12.9%	
31 年	3	3.0%	
令和	元年	6	5.9%
	2 年	5	5.0%
	3 年	2	2.0%
	4 年	1	1.0%

(無回答=20、N 値=101)

<sup>4</sup> 1. で示したように、駒ヶ根市は平成 29 年から生活支援体制整備事業として住民主体の通いの場を中心とした支え合いの取組みを推進してきた。

## (2) 活動内容とその決定

主な活動内容、直近の開催日、活動内容の決定者を表 1.2.1～表 1.2.3 に示す。

最も多い活動内容は体操（85.6%）、次いで茶話会（77.1%）、おしゃべり（74.6%）・健康チェック（74.6%）であった<sup>5</sup>。

直近の開催日は令和3年下期（59.8%）が最も多く、次いで令和4年上期（34.8%）であった。

活動内容の決定方法は担い手と参加者による話し合い（42.4%）が最も多く、次いで担い手による話し合い（32.2%）、代表者（20.3%）であった。

表 1.2.1 これまでの主な活動内容（コロナ禍でできていないものも含む）

（複数回答）	件数	%
1・健康チェック	88	74.6%
2・健康講話	71	60.2%
3・体操	101	85.6%
4・音楽（歌唱や演奏）	85	72.0%
5・創作活動（手工芸など）	41	34.7%
6・屋内レク（囲碁・将棋・麻雀・ゲームなど）	60	50.8%
7・屋外レク（マレットゴルフ・ゲートボールなど）	26	22.0%
8・脳トレ	65	55.1%
9・調理	29	24.6%
10・食事会	80	67.8%
11・茶話会	91	77.1%
12・おしゃべり	88	74.6%
13・地域の子どもの交流	14	11.9%
14・その他	9	7.6%

（無回答=3、N値=118）

表 1.2.2 直近の開催日

	件数	%
令和元年上期	0	0.0%
令和元年下期	0	0.0%
令和2年上期	3	2.7%
令和2年下期	11	9.8%
令和3年上期	1	0.9%
令和3年下期	67	59.8%
令和4年上期	39	34.8%
合計	112	100.0%

（無回答=9、N値=112）

<sup>5</sup> 健康チェックと体操は、通いの場の要件として定められている。

表 1.2.3 活動内容の決定者

	件数	%
1・代表者	24	20.3%
2・担い手による話し合い	38	32.2%
3・担い手と参加者による話し合い	50	42.4%
4・その他	6	5.1%
合計	118	100.0%

(無回答=3、N値=118)

### (3) 参加者・担い手の状況

参加者・担い手の状況を表 1.3.1～表 1.3.8 に示す。

登録参加者数は平均 17.3 人 (SD : 10.8) 、1 回あたりの平均参加者数は平均 11.1 人 (SD : 5.6) であった。

登録担い手数は平均 6.6 人 (SD : 7.6) 、1 回あたりの平均担い手数は平均 4.7 人 (SD : 3.6) であった。

参加者の中に要支援の方がいると回答したのは 23.1%、要介護の方がいるのは 6.0%、認知症もしくはその疑いのある方がいる場合は 35.9%、いずれもなしは 48.7%、「わからない」は 15.4%であった。

参加者の位置づけは「運営の手伝いをすることもある」が 54.8%、「他の参加者の送迎をすることもある」が 25.2%、「講師や演者を務めることもある」が 20.9%、「参加するのみ」は 54.8%であった。

担い手同士の関係性として該当するものは「楽しくおしゃべりできる」が最も多く (80.6%)、次いで「問題がおきたら話し合いで解決する」(75.0%)、「困ったときは助けてくれる」(60.2%)であった。

表 1.3.1 参加者・担い手の人数

	n	最小値	最大値	平均値	標準偏差
a. 登録参加者数	115	4	70	17.3	10.8
b. 1 回あたりの平均参加者数	116	1	35	11.1	5.6
c. 登録担い手数	109	1	40	6.6	7.6
d. 1 回あたりの平均担い手数	109	1	20	4.7	3.6
登録総数 (a+c)	106	7	90	23.6	13.8
1 回あたり参加総数 (b+d)	108	3	43	15.9	7.8

表 1.3.2 登録参加者 (担い手を除く)

	件数	%
0～5 人	3	2.6%
6～10 人	30	26.3%
11～15 人	26	22.8%
16～20 人	29	25.4%
21～25 人	11	9.6%
26～30 人	8	7.0%
31～35 人	1	0.9%
36～40 人	2	1.8%

41～45 人	0	0.0%
46～50 人	2	1.8%
51～55 人	0	0.0%
56～60 人	1	0.9%
61 人以上	1	0.9%
合計	114	100.0%

(無回答=7、N 値=114)

表 1.3.3 1 回あたりの平均参加者数 (担い手を除く)

	件数	%
0～5 人	11	9.5%
6～10 人	58	50.0%
11～15 人	33	28.4%
16～20 人	8	6.9%
21～25 人	3	2.6%
26～30 人	2	1.7%
31～35 人	1	0.9%
合計	116	100.0%

(無回答=5、N 値=116)

表 1.3.4 登録担い手数

	件数	%
0～5 人	64	58.7%
6～10 人	27	24.8%
11～15 人	9	8.3%
16～20 人	2	1.8%
21～25 人	3	2.8%
26～30 人	2	1.8%
31～35 人	0	0.0%
36～40 人	2	1.8%
合計	109	100.0%

(無回答=12、N 値=109)

表 1.3.5 1 回あたりの平均担い手数

	件数	%
0～5 人	73	67.0%
6～10 人	29	26.6%
11～15 人	6	5.5%
16～20 人	1	0.9%
合計	109	100.0%

(無回答=12、N 値=109)

表 1.3.6 参加者の中で該当する方

(複数回答)	件数	%
1・要支援の方	27	23.1%
2・要介護の方	7	6.0%
3・認知症もしくはその疑い	42	35.9%
4・いずれもなし	57	48.7%
5・わからない	18	15.4%

(無回答=4、N 値=117)

表 1.3.7 参加者の位置づけ

(複数回答)	件数	%
1・運営の手伝いをすることもある	63	54.8%
2・他の参加者の送迎をすることもある	29	25.2%
3・講師や演者を務めることもある	24	20.9%
4・参加するのみ	63	54.8%

(無回答=6、N 値=115)

表 1.3.8 担い手の方々同士の関係性としてあてはまるもの

(複数回答)	件数	%
1・楽しくおしゃべりできる	87	80.6%
2・本音で話ができる	49	45.4%
3・なんでも悩みを相談できる	31	28.7%
4・問題がおきたら話し合いで解決する	81	75.0%
5・困ったときは助けてくれる	65	60.2%
6・いずれもあてはまらない	7	6.5%

(無回答=13、N 値=108)

#### (4) 相談相手

代表者の相談相手について表 1.4.1、表 1.4.2 に示す。

「困ったことがあったとき、通いの場・サロンの外に「この人に相談すれば何とかなる」と思える人がいるか」という設問に対して、「複数いる」者が 71.9%、「1 人いる」者が 14.0%、「いない」者が 14.0%であった。

相談相手がいる場合、その相手の属性として最も多いのは生活支援コーディネーター (62.8%) であり、次いで民生・児童委員 (51.1%)、地区社協 (支え合い推進会議を含む) (44.7%) であった。

表 1.4.1 通いの場・サロンの外の相談相手の有無

	件数	%
1・複数いる	82	71.9%
2・1 人いる	16	14.0%
3・いない	16	14.0%
合計	114	100.0%

(無回答=7、N 値=114)

表 1.4.2 相談相手の属性

(複数回答)	件数	%
1・地区担当保健師等	34	36.2%
2・それ以外の市役所職員	13	13.8%
3・市社協職員	31	33.0%
4・ケアマネジャー	9	9.6%
5・それ以外の介護サービス事業所職員	4	4.3%
6・認知症地域支援推進員（安部さん）	9	9.6%
7・地区の役員	25	26.6%
8・生活支援コーディネーター	59	62.8%
9・地区社協（支え合い推進会議を含む）	42	44.7%
10・民生・児童委員	48	51.1%
11・その他	11	11.7%

（無回答=4、N値=94）

## 2) 認知症のある方の受け入れ

### (1) もともと通いの場・サロンに参加していた方の場合

通いの場の参加者・担い手の認知機能が低下し、配慮が必要になった時の対応について表 2.1.1～表 2.1.3 に示す。

参加者の認知機能低下時の対応として最も多いのは「本人が希望すれば継続参加できるようにする」(79.6%)であり、次いで「いずれにするか担い手や参加者、地区担当保健師等と相談する」(47.2%)、「わからない」(9.3%)であった。「参加のとりやめを提案する」は0.9%であった。

担い手の認知機能低下時の対応として最も多いのは「本人が希望すれば担い手を続けてもらう」(56.5%)であり、次いで「いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談する」(42.6%)、「担い手をやめて参加者として通うことを提案する」(27.8%)であった。「参加とりやめを提案する」は1.9%であった。

認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方が「いる」と回答したのは28.4%、「いない」は53.2%であった。

認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた理由（自由記述）を表 2.1.4 に示す（抜粋）。認知症の症状の進行や体調の悪化、デイサービスの利用開始、本人・家族の希望などの理由により参加が中止となっていた。

表 2.1.1 参加者の認知機能が低下して、配慮が必要になったときの対応

(複数回答)	件数	%
1・本人が希望すれば継続参加できるようにする	86	79.6%
2・参加のとりやめを提案する	1	0.9%
3・いずれにするか担い手や参加者、地区担当保健師等と相談する	51	47.2%
4・わからない	10	9.3%
5・その他	6	5.6%

（無回答=13、N値=108）

表 2.1.2 担い手の認知機能が低下して、配慮が必要になった時の対応

(複数回答)	件数	%
1・本人が希望すれば担い手を続けてもらう	61	56.5%
2・担い手をやめて参加者として通うことを提案する	30	27.8%
3・参加とりやめを提案する	2	1.9%
4・いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談する	46	42.6%
5・わからない	17	15.7%
6・その他	5	4.6%

(無回答=13、N 値=108)

表 2.1.3 認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方の有無

	件数	%
1・ いる	31	28.4%
2・ いない	58	53.2%
3・ わからない	20	18.3%
合計	109	100.0%

(無回答=12、N 値=109)

表 2.1.4 認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた理由 (自由記述・抜粋)

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 担い手さんでしたが、認知症やその疑い・生活が昼夜逆転になったとかで人との接触も避けるようになられたので、自主的退会となりました。こちらとしてはいつでも受け入れるつもりでしたが</li> <li>● 少し認知症の症状は認識しているが合わせてデイサービスの利用が始まり参加を取りやめた。</li> <li>● 認知症になっても参加していました。施設に入られてやめました。</li> <li>● 参加、不参加は本人の自由意志にまかせてあるので、結果的に本人が参加がイヤになった事はあると思います。</li> <li>● 参加するかまよっている時に感染予防の為に長期休止を求められ休んでいるうちにたちまち体調もくずれて出られなくなった。</li> <li>● それにともない介護度が上がり施設に通い出したりして日程調整が出来ず卒業の形となり参加しなくなった。</li> <li>● 認知症が進むにつれ、他のグループを考えるようになったのでは、認知症が進むにつれ、担い手(夫)さんがまわりの目を気にするようになったのではないか</li> <li>● 歩いて通ってこれなくなった。車の送迎も1人で乗れないつまり歩いて転んだ</li> <li>● 家族の希望、デイサービスにつなげた。</li> <li>● 本人の意思、サロン開催日を忘れる。</li> <li>● 息子さんの住む県外のお宅へ移られた。</li> <li>● デイサービスに通われている。</li> <li>● コロナ感染を心配して欠席が続く</li> </ul>
---

## (2) 新たに通いの場・サロンへの参加の相談を受けた場合

認知症もしくはその疑いがある方について、新たに通いの場・サロンへの参加の相談を受けたときの対応について表 2.2.1 に示す。

認知症もしくはその疑いのある方の通いの場・サロンへの参加について、「相談を受け、参加を受け入れたことがある」が 21.9%、「相談を受けたことがあるが、参加は受け入れたことがない」が 0.9%、「相談を受けたことはない」が 77.2%であった。

通いの場・サロンへの受入れを決めた理由（自由記述）を表 2.2.2 に示す（抜粋）。以前から付き合いがあったこと、認知症であっても参加しやすい活動内容であったこと、認知症だからこそ通いの場への参加が重要だと考えたこと、などが受入れの理由となっていた。

通いの場・サロンへの受入れにあたっての工夫（自由記述）を表 2.2.3 に示す（抜粋）。送迎や連絡、付き添い者の調整を行うこと、参加しやすい活動内容にすること、受入れ側の意思をまとめることなどの工夫が行われていた。

通いの場・サロンへの受入れを見送った理由（自由記述）を表 2.2.4 に示す（抜粋）。他にも認知症のある方を受け入れていることや、家族の意向が受入れを見送った理由となっていた。

表 2.2.1 認知症もしくはその疑いのある方の通いの場・サロンの参加受入れ経験

	件数	%
1・ 相談を受け、参加を受け入れたことがある	25	21.9%
2・ 相談を受けたことがあるが、参加は受け入れたことがない	1	0.9%
3・ 相談を受けたことはない	88	77.2%
合計	114	100.0%

（無回答=7、N 値=114）

表 2.2.2 参加の受け入れを決めた理由（自由記述・抜粋）

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 相手の一人の方と同じ職場だったことで、通いの場に来る前から、相手の方や近所の方が自宅を訪問していただいている中で通いの場への参加もできるようになればよいと、地区担当保健師より話があり、何回か誘いに行き参加につながった。</li> <li>● 認知症の方でもできるゲームだから</li> <li>● 以前一緒にやってきたから</li> <li>● 軽度の認知であれば、地域の皆さんと、会話を楽しむ事が、できるのではないかと考えます。又新しくサロンに参加する事により、良い刺激になるのではと考えます。</li> <li>● 家族の方もいっしょに参加するので問題ないと思いました他の参加者も皆同意してくれました。</li> <li>● 認知症の方とは皆さんに伝えず、皆と一緒にすごせれば良いと思った。</li> <li>● 認知症はまず参加すること、話を一緒にすること、体を動かすこと</li> </ul>
---

表 2.2.3 受け入れにあたって特に工夫したこと（自由記述・抜粋）

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 送迎をどうするか（ご主人、奥といっしょに参加してもらう）。通いの場開催の連絡をどうするか（誰に、どの様に）</li> <li>● 特に無いが、夫婦で参加されるのは心強かった（奥様のサポート）</li> <li>● 毎回自宅にお誘いの声かけに行き一緒に来ていただくようにした。席は同じ職場だった顔見知りの相手の方と行きつけの理容院の担当が両隣に座り、安心して居てもらえるようにした。</li> <li>● みんなで楽しめる雰囲気作り、だれでも知っているような、曲を選曲し、全員で歌う受け入れには笑顔をたやさない、肩に手をおき、笑顔でむかい入れる</li> <li>● 御家族の方が同伴をしていただき、1人で来られるようになればと思っていますが、いまだに同伴です</li> </ul>
---

- 物忘れのある方の受け入れに担い手全員の意思統一
- 特に区別せず、ふつうに話し向き合う様にした。その方が困っている様子があれば、声をかけ、話を聞きました。

表 2.2.4 参加の受け入れを見送った理由（自由記述・抜粋）

- 他にも 2 組認知症のご夫婦を受け入れている
- 本人の息子が、世間体を、気にしてか、外へ自由に出させてくれなくなった。（デイサービスへは、行っている）

### (3) 通いの場・サロンにおける認知症に関する学び

通いの場・サロンにおける、認知症に関する学びの機会について、表 2.3.1 に示す。

学びの機会を「定期的に設けている」が 3.5%、「設けたことがある」が 35.7%、「設けたことはない」が 60.9%であった。

表 2.3.1 通いの場・サロンにおける、認知症に関する学びの機会

	件数	%
1・定期的に設けている	4	3.5%
2・設けたことがある	41	35.7%
3・設けたことはない	70	60.9%
合計	115	100.0%

（無回答=6、N 値=115）

## 3) 地域住民に対する生活支援・認知的ソーシャルキャピタル・認知症のイメージ

### (1) 地域住民に対する生活支援

地域に日常生活の手助けを必要とする方がいたときの対応について、表 3.1.1、表 3.1.2 に示す。

「地域に日常生活の困りごとを解決するための手助けを必要とする方がいたら、あなたは支援を実施しますか」という設問に対して、最も多い回答は「顔見知りか否かにかかわらず頼まれたら誰でも（支援を実施する）」（43.0%）であり、次いで「通いの場の参加者か否かにかかわらず顔見知りなら（支援を実施する）」（21.1%）、「実施は難しい」（15.8%）であった。

実施しても良い手助けの内容としては、「見守り/安否確認」（76.2%）が最も多く、次いで「話し相手/困った時の相談」（68.6%）、「気軽に参加できる集まりやイベントに誘う」（49.5%）であった。

表 3.1.1 地域に日常生活の手助けを必要とする方がいたときの対応

	件数	%
1・顔見知りか否かにかかわらず頼まれたら誰でも	49	43.0%
2・通いの場の参加者か否かにかかわらず顔見知りなら	24	21.1%
3・通いの場の参加者なら	17	14.9%
4・実施は難しい	18	15.8%
5・その他	6	5.3%
合計	114	100.0%

（無回答=7、N 値=114）

表 3.1.2 実施しても良い手助けの内容

(複数回答)	件数	%
1・ 話し相手/困った時の相談	72	68.6%
2・ 見守り/安否確認	80	76.2%
3・ 食事の準備	7	6.7%
4・ 掃除の手伝い	11	10.5%
5・ 洗濯の手伝い	8	7.6%
6・ 気軽に参加できる集まりやイベントに誘う	52	49.5%
7・ 買い物の同行/代行	34	32.4%
8・ 通院の送迎や付き添い	30	28.6%
9・ 庭仕事や畑仕事などの外回り作業	11	10.5%
10・ 雪かき	31	29.5%
11・ その他	2	1.9%

(無回答=16、N 値=105)

## (2) 認知的ソーシャルキャピタル

認知的ソーシャルキャピタルの各水準について表 3.2.2、表 3.2.3 に示す。

①一般的には人は信頼できる（一般的信頼）に対して「そう思う」または「どちらかといえばそう思う」と回答した者は 90.5%であった。同様に、②近隣の人は信頼できる（地域信頼）に対しては 98.3%、③多くの場合、人は他人の役に立とうとする（一般的互酬性）に対しては 90.4%、④多くの場合、近隣の人は他人の役に立とうとする（地域互酬性）に対しては 93.1%であった。

表 3.2.2 世間一般の人または近隣の人に対する考え

### ①一般的には人は信頼できる（一般的信頼）

	件数	%
1・ そう思う	31	27.0%
2・ どちらかといえばそう思う	73	63.5%
3・ どちらかといえばそう思わない	10	8.7%
4・ そう思わない	1	0.9%
合計	115	100.0%

(無回答=6、N 値=115)

### ②近隣の人は信頼できる（地域信頼）

	件数	%
1・ そう思う	51	43.6%
2・ どちらかといえばそう思う	64	54.7%
3・ どちらかといえばそう思わない	2	1.7%
4・ そう思わない	0	0.0%
合計	117	100.0%

(無回答=4、N 値=117)

### ③多くの場合、人は他人の役に立とうとする（一般的互酬性）

	件数	%
1・ そう思う	33	28.7%
2・ どちらかといえばそう思う	71	61.7%
3・ どちらかといえばそう思わない	11	9.6%
4・ そう思わない	0	0.0%
合計	115	100.0%

(無回答=6、N 値=115)

④多くの場合、近隣の人は他人の役に立とうとする (地域互酬性)

	件数	%
1・ そう思う	42	36.2%
2・ どちらかといえばそう思う	66	56.9%
3・ どちらかといえばそう思わない	7	6.0%
4・ そう思わない	1	0.9%
合計	116	100.0%

(無回答=5、N 値=116)

表 3.2.3 認知的ソーシャルキャピタル

	n	最小値	最大値	平均値	標準偏差
一般的信頼	115	1	4	1.83	0.606
地域信頼	117	1	3	1.58	0.529
一般的互酬性	115	1	3	1.81	0.591
地域互酬性	116	1	4	1.72	0.616

### (3) 認知症に対するイメージ

認知症に対するイメージについて、表 3.3.1 に示す。

認知症についてのイメージとして、最も多いのは「認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける」(55.7%) であり、次いで 3・ 認知症になると、身の回りのことができなくなり、「介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる」(18.3%)、「認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今まで通り自立的に生活できる」(13.0%) であった。

表 3.3.1 認知症に対するイメージ

	件数	%
1・ 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、今まで通り自立的に生活できる	15	13.0%
2・ 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける	64	55.7%
3・ 認知症になると、身の回りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる	21	18.3%
4・ 認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で生活することが難しくなる	1	0.9%
5・ 認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう	1	0.9%
6・ わからない	10	8.7%
7・ その他	3	2.6%
合計	115	100.0%

(無回答=6、N 値=115)

#### 4) 担い手としての経験や回答者自身について

##### (1) 通いの場・サロンの担い手としての経験・考え

回答者が通いの場・サロンの担い手を務め始めた時期・きっかけ等を表 4.1.1～表 4.1.3 に示す。

通いの場・サロンの担い手を務め始めた時期として最も多いのは令和 3 年 (13.3%) であった。また、平成 30 年～令和 3 年までが 40.0%、平成 25 年～平成 29 年までが 40.0%、平成 24 年以前が 20.0% であった。

担い手になったきっかけとして最も多いのは「友人、仲間のすすめ」 (33.9%) であり、次いで「自分の意志で」 (33.0%)、「自治会、町内会の誘い」 (26.6%) であった。

担い手になって良かったこととして最も多いのは「新しい友人、仲間を得ることができた」 (69.3%) であり、次いで「お互いに助け合うことができた」 (57.9%)、「地域社会に貢献できた」 (55.3%) であった。

表 4.1.1 通いの場・サロンの担い手を務め始めた時期

		件数	%
平成	15 年	3	2.9%
	16 年	1	1.0%
	17 年	1	1.0%
	19 年	1	1.0%
	20 年	1	1.0%
	21 年	2	1.9%
	22 年	3	2.9%
	23 年	5	4.8%
	24 年	4	3.8%
	25 年	6	5.7%
	26 年	10	9.5%
	27 年	8	7.6%
	28 年	8	7.6%

	29年	10	9.5%
	30年	10	9.5%
	31年	2	1.9%
令和	元年	9	8.6%
	2年	7	6.7%
	3年	14	13.3%

(無回答=14、無効回答=2、N値=105)

表 4.1.2 担い手になったきっかけ

(複数回答)	件数	%
1・ 自分の意志で	36	33.0%
2・ 友人、仲間のすすめ	37	33.9%
3・ 自治会、町内会の誘い	29	26.6%
4・ 団体からの呼びかけ	17	15.6%
5・ 広報誌やホームページ等からの情報	1	0.9%
6・ その他	24	22.0%

(無回答=12、N値=109)

表 4.1.3 担い手になってよかったこと

	件数	%
1・ 新しい友人、仲間を得ることができた	79	69.3%
2・ 生活に充実感ができた	38	33.3%
3・ 健康や体力に自信がついた	22	19.3%
4・ お互いに助け合うことができた	66	57.9%
5・ 地域社会に貢献できた	63	55.3%
6・ 自分の技術、経験を生かすことができた	33	28.9%
7・ 社会への見方が広まった	38	33.3%
8・ その他	5	4.4%
9・ 特にない	7	6.1%

(無回答=7、N値=114)

## (2) 回答者の概要

回答者の概要を表 4.2.1～表 4.2.9 に示す。

回答者の性別は男性が 36.1%、最も多い年代は 70 歳代 (61.3%)であった。

回答者の同居家族は配偶者 (82.2%) が最も多く、「いない (一人暮らし)」は 10.2%であった。

現在の居住地区 (行政区) での居住歴 (通算) は平均 44.7 年 (標準偏差: 16.8、最小 5 年、最大 83 年) であった。

収入を伴う仕事をしている者は 45.6%、それ以外の農作業をしている者は 36.0%であった。

過去に認知症サポーター養成講座を受講した経験のある者は 57.9%、医療介護福祉関係の大学や専門学校で勉強した経験のある者は 12.3%、収入を伴う医療介護福祉にかかわる仕事の経験のある者は 20.2%、認知症のある方 (現在認知症もしくは認知症の疑いがある方を除く) と生活を共にした経験のある者は 28.9%であった。

現在の健康状態については、「とても健康である」または「まあまあ健康である」と回答した者が 86.4%、「あなたは、現在、どの程度生きがい (喜びや楽しみ) を感じていますか」という設問に対して「十分感じている」または「多少感じている」と回答した者は 92.5%であった。現在の暮らし向きは「何かとまかなえている」 (74.8%) が最も多く、次いで「余裕がある」 (21.0%) であった。

表 4.2.1 回答者の性別

	件数	%
1・ 男性	43	36.1%
2・ 女性	76	63.9%
合計	119	100.0%

(無回答=2、N 値=119)

表 4.2.2 回答者の年齢

	件数	%
1・ 60 歳未満	9	7.6%
2・ 60 歳代	26	21.8%
3・ 70 歳代	73	61.3%
4・ 80 歳代	10	8.4%
5・ 90 歳代	1	0.8%
合計	119	100.0%

(無回答=2、N 値=119)

表 4.2.3 回答者の同居家族

(複数回答)	件数	%
1・ 配偶者（妻・夫）	97	82.2%
2・ 兄弟や姉妹	3	2.5%
3・ 子ども	53	44.9%
4・ 孫	18	15.3%
5・ あなたやあなたの配偶者の親	10	8.5%
6・ いない（一人暮らし）	12	10.2%
7・ その他	0	0.0%

（無回答=3、N 値=118）

表 4.2.4 回答者の現在の居住地区（行政区）での居住歴（通算）

	件数	%
～10 年	4	3.4%
11～20 年	8	6.7%
21～30 年	15	12.6%
31～40 年	18	15.1%
41～50 年	45	37.8%
51～60 年	11	9.2%
61～70 年	8	6.7%
71 年以上	10	8.4%
合計	119	100.0%

（無回答=2、N 値=119）

2

表 4.2.5 回答者が行っている仕事・社会的な活動

(複数回答)	件数	%
1・ 収入を伴う仕事	52	45.6%
2・ 農作業（1.は除く）	41	36.0%
3・ 自治会、町内会などの自治組織の活動	42	36.8%
4・ まちづくりや地域安全などの活動	15	13.2%
5・ 趣味やスポーツを通じたボランティア、社会奉仕などの活動	42	36.8%
6・ 伝統芸能、工芸技術などの伝承する活動	4	3.5%
7・ 生活の支援、子育て支援などの活動	6	5.3%
8・ その他	10	8.8%
9・ いずれもあてはまらない	12	10.5%

（無回答=7、N 値=114）

表 4.2.6 回答者の認知症に関する経験

(複数回答)	件数	%
1・ 認知症サポーター養成講座を受講した経験	66	57.9%
2・ 医療介護福祉関係の大学や専門学校で勉強した経験	14	12.3%
3・ 収入を伴う医療介護福祉にかかわる仕事の経験	23	20.2%
4・ 認知症のある方（現在認知症もしくは認知症の疑いがある方を除く）と生活を共にした経験	33	28.9%
5・ 認知症のある方と共にする活動、生活支援等のボランティアの経験	30	26.3%
6・ 認知症とおりあいをつけながら暮らしている認知症当事者や家族と出会う経験	36	31.6%
7・ いずれもなし	29	25.4%

(無回答=7、N 値=114)

表 4.2.7 回答者の主観的健康度

	件数	%
1・ とても健康である	9	7.6%
2・ まあまあ健康である	93	78.8%
3・ あまり健康でない	14	11.9%
4・ 健康でない	2	1.7%
合計	118	100.0%

(無回答=3、N 値=118)

表 4.2.8 回答者がどの程度生きがい（喜びや楽しみ）を感じているか

	件数	%
1・ 十分感じている	54	45.4%
2・ 多少感じている	56	47.1%
3・ あまり感じていない	9	7.6%
4・ まったく感じていない	0	0.0%
合計	119	100.0%

(無回答=2、N 値=119)

表 4.2.9 回答者の暮らし向き

	件数	%
1・ 余裕がある	25	21.0%
2・ 何かとまかなえている	89	74.8%
3・ やや苦しい	4	3.4%
4・ とても苦しい	1	0.8%
合計	119	100.0%

(無回答=2、N 値=119)

## 5) 通いの場・サロンの概要Ⅱ

駒ヶ根市に登録されている通いの場・サロン情報と突合後の、本調査の回答対象の概要を表 5.1.1～表 5.1.5 に示す。全回答 121 件のうち、19 件は突合ができなかった。

サロンの開催エリアは農村集落エリアが 59.8%、都市部エリアが 40.2%であった。

参加者登録数のうち、男性は平均 7.4 人、女性は平均 17.6 人であった。

開催頻度は月 1 回未満が 12.8%、月 1 回が 50.0%、月 2 回が 15.7%、月 3 回が 2.0%、週 1 回が 19.6%であった。

2021 年度上半期の開催状況は「4~9 月すべて休止」が 17.5%、「4 月~9 月毎月実施（新型コロナ感染警戒レベル 5 のときは休止）」が 36.1%であった。

表 5.1.1 通いの場・サロンの開催地区

エリア区分	地区名	件数	%
農村集落エリア	南割	5	4.9
	中割	6	5.9
	北割二区	4	3.9
	北割一区	6	5.9
	市場割区	13	12.7
	上赤須区	3	2.9
	下平	11	10.8
	中沢	8	7.8
	東伊那	5	4.9
都市部エリア	小町屋区	4	3.9
	福岡区	12	11.8
	町一区	2	2.0
	町二区	11	10.8
	町三区	5	4.9
	町四区	2	2.0
	上穂町	5	4.9

(情報不明=19、N 値=102)

表 5.1.2 男女別登録者数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
男性	7.4	6.0	0	26
女性	17.6	10.6	0	52
合計	25.0	12.9	5	64
男性の割合	0.29	0.23	0	1.00

(情報不明=19、N 値=102)

表 5.1.3 通いの場・サロンの開催頻度

	件数	%
月1回未満	13	12.7
月1回	51	50.0
月2回	16	15.7
月3回	2	2.0
週1回	20	19.6

(情報不明=19、N値=102)

表 5.1.4 2021 年度上半期の開催状況（各月）

	休止		実施	
	件数	%	件数	%
2021年度4月	27	27.8	70	72.2
2021年度5月	46	47.4	51	52.6
2021年度6月	49	50.5	48	49.5
2021年度7月	35	36.1	62	63.9
2021年度8月	54	55.7	43	44.3
2021年度9月	46	47.4	51	52.6

(情報不明=24、N 値=97)

表 5.1.5 2021 年度上半期の開催状況

	件数	%
4~9月すべて休止	17	17.5
4~7月すべて休止，8~9月に1回以上実施	2	2.1
4~7月に1回以上実施，8~9月すべて休止	24	24.7
4~7月に1回以上実施，8~9月に1回以上実施	19	19.6
4~9月毎月実施（新型コロナ感染警戒レベル5のときは休止）	35	36.1

(情報不明=24、N 値=97)

## 6) 通いの場の運営方法の関連要因

活動内容の決定方法・参加者の位置づけと通いの場の規模・開催エリアとの関連を表 6.1.1、表 6.1.2 に示す。

活動方針の決定方法と通いの場の規模には有意な関連はなかった。

参加者の位置づけが「参加するのみ」（運営への参加がない）であることと、通いの場の規模には有意な関連があり、中規模（平均参加者数が 10~14 人）の場で最も「参加するのみ」である割合が高かった。

活動内容の決定方法と開催エリアには有意な関連があり、農村集落エリアでは都市部エリアよりも、「担い手と参加者による話し合い」によって活動内容を決定している割合が高かった。

参加者の位置づけと開催エリアには有意な関連が無かった。

表 6.1.1 運営方法と通いの場の規模

	1 回あたりの平均参加者数								chi2 p
	10 人未満		10~14 人		15 人以上		全体		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>活動内容の決定</b>									
代表者	9	19.1	10	22.7	5	20.8	24	20.9	5.682
担い手による話し合い	14	29.8	12	27.3	11	45.8	37	32.2	0.460
担い手と参加者による話し合い	23	48.9	19	43.2	6	25.0	48	41.7	
その他	1	2.1	3	6.8	2	8.3	6	5.2	
<b>参加者：運営の手伝いをすることもある</b>									
非該当	22	47.8	23	53.5	6	24.0	51	44.7	5.858
該当	24	52.2	20	46.5	19	76.0	63	55.3	0.053
<b>参加者：他の参加者の送迎をすることもある</b>									
非該当	35	76.1	33	76.7	17	68.0	85	74.6	0.732
該当	11	23.9	10	23.3	8	32.0	29	25.4	0.694
<b>参加者：講師や演者を務めることもある</b>									
非該当	41	89.1	31	72.1	19	76.0	91	79.8	4.297
該当	5	10.9	12	27.9	6	24.0	23	20.2	0.117
<b>参加者：参加するのみ</b>									
非該当	23	50.0	13	30.2	15	60.0	51	44.7	6.530
該当	23	50.0	30	69.8	10	40.0	63	55.3	0.038
全体	47	100.0	44	100.0	25	100.0	116	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 6.1.2 運営方法と開催エリア

	開催エリア						chi2 p
	都市部エリア		農村集落エリア		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>活動内容の決定</b>							
代表者	11	28.2	10	16.4	21	21.0	8.858
担い手による話し合い	18	46.2	17	27.9	35	35.0	0.031
担い手と参加者による話し合い	9	23.1	29	47.5	38	38.0	
その他	1	2.6	5	8.2	6	6.0	
<b>参加者：運営の手伝いをすることもある</b>							
非該当	16	42.1	28	47.5	44	45.4	0.267
該当	22	57.9	31	52.5	53	54.6	0.605
<b>参加者：他の参加者の送迎をすることもある</b>							
非該当	28	73.7	45	76.3	73	75.3	0.083
該当	10	26.3	14	23.7	24	24.7	0.773
<b>参加者：講師や演者を務めることもある</b>							
非該当	31	81.6	43	72.9	74	76.3	0.967
該当	7	18.4	16	27.1	23	23.7	0.326
<b>参加者：参加するのみ</b>							
非該当	16	42.1	26	43.3	42	42.9	0.014
該当	22	57.9	34	56.7	56	57.1	0.905
全体	41	100.0	61	100.0	102	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

7) 参加者・担い手の認知機能低下時の対応の関連要因

(1) 通いの場の規模・開催エリアとの関連

参加者・担い手の認知機能低下時の対応と通いの場の規模・開催エリアとの関連を表 7.1.1、表 7.1.2 に示す。

参加者の認知機能低下時の対応と通いの場の規模・開催エリアには有意な関連が無かった。

担い手の認知機能低下時の対応と通いの場の規模・開催エリアには有意な関連があり、大規模（平均参加者数 15 人以上）の場において、「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高かった。

都市部エリアでは農村集落エリアよりも、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高かった。

表 7.1.1 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と通いの場の規模

	1 回あたりの平均参加者数								chi2 p
	10 人未満		10~14 人		15 人以上		全体		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>									
非該当	8	19.0	10	25.0	4	16.0	22	20.6	0.860
該当	34	81.0	30	75.0	21	84.0	85	79.4	0.651
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>									
非該当	41	97.6	40	100.0	25	100.0	106	99.1	1.562
該当	1	2.4	0	0.0	0	0.0	1	0.9	0.458
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>									
非該当	23	54.8	20	50.0	13	52.0	56	52.3	0.188
該当	19	45.2	20	50.0	12	48.0	51	47.7	0.910
<b>参加者：わからない</b>									
非該当	39	92.9	35	87.5	23	92.0	97	90.7	0.764
該当	3	7.1	5	12.5	2	8.0	10	9.3	0.683
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>									
いる	12	28.6	12	29.3	7	28.0	31	28.7	0.638
いない	23	54.8	20	48.8	14	56.0	57	52.8	0.959
わからない	7	16.7	9	22.0	4	16.0	20	18.5	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>									
非該当	21	50.0	20	50.0	5	20.0	46	43.0	7.035
該当	21	50.0	20	50.0	20	80.0	61	57.0	0.030
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>									
非該当	31	73.8	27	67.5	20	80.0	78	72.9	1.246
該当	11	26.2	13	32.5	5	20.0	29	27.1	0.536
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>									
非該当	40	95.2	40	100.0	25	100.0	105	98.1	3.154
該当	2	4.8	0	0.0	0	0.0	2	1.9	0.207
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>									
非該当	25	59.5	22	55.0	14	56.0	61	57.0	0.185
該当	17	40.5	18	45.0	11	44.0	46	43.0	0.912
全体	47	100.0	44	100.0	25	100.0	116	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.1.2 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と開催エリア

	開催エリア						chi2 p
	都市部エリア		農村集落エリア		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	4	11.1	14	25.5	18	19.8	2.821
該当	32	88.9	41	74.5	73	80.2	0.093
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	36	100.0	54	98.2	90	98.9	0.662
該当	0	0.0	1	1.8	1	1.1	0.416
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	18	50.0	30	54.5	48	52.7	0.180
該当	18	50.0	25	45.5	43	47.3	0.671
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	34	94.4	50	90.9	84	92.3	0.383
該当	2	5.6	5	9.1	7	7.7	0.536
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	12	33.3	16	28.6	28	30.4	4.192
いない	16	44.4	35	62.5	51	55.4	0.123
わからない	8	22.2	5	8.9	13	14.1	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	9	25.0	30	54.5	39	42.9	7.756
該当	27	75.0	25	45.5	52	57.1	0.005
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	27	75.0	36	65.5	63	69.2	0.931
該当	9	25.0	19	34.5	28	30.8	0.335
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	36	100.0	53	96.4	89	97.8	1.339
該当	0	0.0	2	3.6	2	2.2	0.247
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	18	50.0	33	60.0	51	56.0	0.883
該当	18	50.0	22	40.0	40	44.0	0.347
全体	41	100.0	61	100.0	102	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

## (2) 担い手同士の関係性との関連

参加者・担い手の認知機能低下時の対応と担い手同士の関係性との関連を表 7.2.1～表 7.2.6 に示す。

有意な関連性があった項目は下記の通りである。

- ・ 担い手同士の関係性が「楽しくおしゃべりできる」に該当する場合、参加者の認知機能低下時に「本人が希望すれば継続参加」としている割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「本音で話しができる」に該当する場合、認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方がいた割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「本音で話しができる」に該当する場合、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「なんでも悩みを相談できる」に該当する場合、参加者の認知機能低下時に「本人が希望すれば継続参加」としている割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「なんでも悩みを相談できる」に該当する場合、参加者の認知機能低下時に「わからない」としている割合が低い
- ・ 担い手同士の関係性が「なんでも悩みを相談できる」に該当する場合、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「問題がおきたら話し合いで解決」に該当する場合、認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方がいる割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「問題がおきたら話し合いで解決」に該当する場合、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「困ったときは助けてくれる」に該当する場合、参加者の認知機能低下時に「本人が希望すれば継続参加」としている割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「困ったときは助けてくれる」に該当する場合、参加者の認知機能低下時に「わからない」としている割合が低い
- ・ 担い手同士の関係性が「困ったときは助けてくれる」に該当する場合、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高い
- ・ 担い手同士の関係性が「いずれもあてはまらない」に該当する場合、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が低い
- ・ 担い手同士の関係性が「いずれもあてはまらない」に該当する場合、担い手の認知機能低下時に「担い手をやめて参加者として通うことを提案」としている割合が高い

表 7.2.1 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と担い手同士の関係性-1

	担い手同士の関係性/1・楽しくおしゃべりできる						chi2 p
	非該当		該当		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	7	38.9	13	15.3	20	19.4	5.285
該当	11	61.1	72	84.7	83	80.6	0.022
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	18	100.0	84	98.8	102	99.0	0.214
該当	0	0.0	1	1.2	1	1.0	0.644
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	10	55.6	44	51.8	54	52.4	0.086
該当	8	44.4	41	48.2	49	47.6	0.770
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	15	83.3	79	92.9	94	91.3	1.720
該当	3	16.7	6	7.1	9	8.7	0.190
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	2	11.1	27	31.4	29	27.9	5.493
いない	14	77.8	41	47.7	55	52.9	0.064
わからない	2	11.1	18	20.9	20	19.2	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	10	58.8	33	38.4	43	41.7	2.441
該当	7	41.2	53	61.6	60	58.3	0.118
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	11	64.7	62	72.1	73	70.9	0.375
該当	6	35.3	24	27.9	30	29.1	0.540
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	17	100.0	85	98.8	102	99.0	0.200
該当	0	0.0	1	1.2	1	1.0	0.655
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	12	70.6	46	53.5	58	56.3	1.687
該当	5	29.4	40	46.5	45	43.7	0.194
全体	21	100.0	87	100.0	108	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.2.2 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と担い手同士の関係性-2

	担い手同士の関係性／2・本音で話ができる						chi2 p
	非該当		該当		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	14	25.0	6	12.8	20	19.4	2.444
該当	42	75.0	41	87.2	83	80.6	0.118
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	55	98.2	47	100.0	102	99.0	0.848
該当	1	1.8	0	0.0	1	1.0	0.357
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	27	48.2	27	57.4	54	52.4	0.873
該当	29	51.8	20	42.6	49	47.6	0.350
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	50	89.3	44	93.6	94	91.3	0.601
該当	6	10.7	3	6.4	9	8.7	0.438
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	7	12.5	22	45.8	29	27.9	14.282
いない	36	64.3	19	39.6	55	52.9	0.001
わからない	13	23.2	7	14.6	20	19.2	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	30	53.6	13	27.7	43	41.7	7.055
該当	26	46.4	34	72.3	60	58.3	0.008
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	43	76.8	30	63.8	73	70.9	2.078
該当	13	23.2	17	36.2	30	29.1	0.149
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	55	98.2	47	100.0	102	99.0	0.848
該当	1	1.8	0	0.0	1	1.0	0.357
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	33	58.9	25	53.2	58	56.3	0.342
該当	23	41.1	22	46.8	45	43.7	0.559
全体	59	100.0	49	100.0	108	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.2.3 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と担い手同士の関係性-3

	担い手同士の関係性/3・なんでも悩みを相談できる						chi2 p
	非該当		該当		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	20	27.0	0	0.0	20	19.4	9.726
該当	54	73.0	29	100.0	83	80.6	0.002
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	73	98.6	29	100.0	102	99.0	0.396
該当	1	1.4	0	0.0	1	1.0	0.529
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	36	48.6	18	62.1	54	52.4	1.505
該当	38	51.4	11	37.9	49	47.6	0.220
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	65	87.8	29	100.0	94	91.3	3.865
該当	9	12.2	0	0.0	9	8.7	0.049
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	16	21.6	13	43.3	29	27.9	5.076
いない	43	58.1	12	40.0	55	52.9	0.079
わからない	15	20.3	5	16.7	20	19.2	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	36	49.3	7	23.3	43	41.7	5.902
該当	37	50.7	23	76.7	60	58.3	0.015
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	53	72.6	20	66.7	73	70.9	0.363
該当	20	27.4	10	33.3	30	29.1	0.547
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	72	98.6	30	100.0	102	99.0	0.415
該当	1	1.4	0	0.0	1	1.0	0.519
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	40	54.8	18	60.0	58	56.3	0.234
該当	33	45.2	12	40.0	45	43.7	0.628
全体	77	100.0	31	100.0	108	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.2.4 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と担い手同士の関係性-4

	担い手同士の関係性/4・問題がおきたら話し合いで解決						chi2 p
	非該当		該当		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	7	28.0	13	16.7	20	19.4	1.554
該当	18	72.0	65	83.3	83	80.6	0.213
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	24	96.0	78	100.0	102	99.0	3.151
該当	1	4.0	0	0.0	1	1.0	0.076
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	14	56.0	40	51.3	54	52.4	0.169
該当	11	44.0	38	48.7	49	47.6	0.681
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	23	92.0	71	91.0	94	91.3	0.023
該当	2	8.0	7	9.0	9	8.7	0.881
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	4	16.0	25	31.6	29	27.9	7.151
いない	19	76.0	36	45.6	55	52.9	0.028
わからない	2	8.0	18	22.8	20	19.2	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	15	62.5	28	35.4	43	41.7	5.541
該当	9	37.5	51	64.6	60	58.3	0.019
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	15	62.5	58	73.4	73	70.9	1.063
該当	9	37.5	21	26.6	30	29.1	0.303
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	24	100.0	78	98.7	102	99.0	0.307
該当	0	0.0	1	1.3	1	1.0	0.580
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	14	58.3	44	55.7	58	56.3	0.052
該当	10	41.7	35	44.3	45	43.7	0.820
全体	27	100.0	81	100.0	108	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.2.5 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と担い手同士の関係性-5

	担い手同士の関係性/5・困ったときは助けてくれる						chi2 p
	非該当		該当		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	15	36.6	5	8.1	20	19.4	12.830
該当	26	63.4	57	91.9	83	80.6	0.000
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	40	97.6	62	100.0	102	99.0	1.527
該当	1	2.4	0	0.0	1	1.0	0.217
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	24	58.5	30	48.4	54	52.4	1.019
該当	17	41.5	32	51.6	49	47.6	0.313
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	34	82.9	60	96.8	94	91.3	5.934
該当	7	17.1	2	3.2	9	8.7	0.015
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	9	22.0	20	31.7	29	27.9	3.017
いない	26	63.4	29	46.0	55	52.9	0.221
わからない	6	14.6	14	22.2	20	19.2	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	24	60.0	19	30.2	43	41.7	8.959
該当	16	40.0	44	69.8	60	58.3	0.003
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	25	62.5	48	76.2	73	70.9	2.221
該当	15	37.5	15	23.8	30	29.1	0.136
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	39	97.5	63	100.0	102	99.0	1.590
該当	1	2.5	0	0.0	1	1.0	0.207
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	23	57.5	35	55.6	58	56.3	0.038
該当	17	42.5	28	44.4	45	43.7	0.846
全体	43	100.0	65	100.0	108	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.2.6 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と担い手同士の関係性-6

	担い手同士の関係性／6・いずれもあてはまらない						chi2 p
	非該当		該当		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	17	17.5	3	50.0	20	19.4	3.808
該当	80	82.5	3	50.0	83	80.6	0.051
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	96	99.0	6	100.0	102	99.0	0.062
該当	1	1.0	0	0.0	1	1.0	0.803
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	51	52.6	3	50.0	54	52.4	0.015
該当	46	47.4	3	50.0	49	47.6	0.902
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	89	91.8	5	83.3	94	91.3	0.502
該当	8	8.2	1	16.7	9	8.7	0.479
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	29	29.6	0	0.0	29	27.9	2.914
いない	50	51.0	5	83.3	55	52.9	0.233
わからない	19	19.4	1	16.7	20	19.2	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	37	38.1	6	100.0	43	41.7	8.890
該当	60	61.9	0	0.0	60	58.3	0.003
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	71	73.2	2	33.3	73	70.9	4.350
該当	26	26.8	4	66.7	30	29.1	0.037
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	96	99.0	6	100.0	102	99.0	0.062
該当	1	1.0	0	0.0	1	1.0	0.803
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	53	54.6	5	83.3	58	56.3	1.891
該当	44	45.4	1	16.7	45	43.7	0.169
全体	101	100.0	7	100.0	108	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

### (3) 相談相手との関連

参加者・担い手の認知機能低下時の対応とサロンの外の相談相手との関連を表 7.3.1 に示す。

通いの場・サロンの外の相談相手の有無と、参加者の認知機能低下時に「本人が希望すれば継続参加」としている割合には有意な関連があり、相談相手が「複数いる」ときにこの割合が最も高かった。

通いの場・サロンの外の相談相手の有無と、担い手の認知機能低下時に「参加とりやめを提案」としている割合には有意な関連があり、相談相手が「複数いる」・「いない」ときにこの割合が最も低かった (0%)。

通いの場・サロンの外の相談相手の有無と、担い手の認知機能低下時に「いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談」としている割合には有意な関連があり、相談相手が「複数いる」ときにこの割合が最も高かった。

表 7.3.1 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と相談相手

	通いの場・サロンの外の相談相手								chi2 p
	複数いる		1人いる		いない		全体		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>									
非該当	10	13.2	6	42.9	4	28.6	20	19.2	7.622
該当	66	86.8	8	57.1	10	71.4	84	80.8	0.022
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>									
非該当	75	98.7	14	100.0	14	100.0	103	99.0	0.372
該当	1	1.3	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0.830
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>									
非該当	36	47.4	7	50.0	11	78.6	54	51.9	4.635
該当	40	52.6	7	50.0	3	21.4	50	48.1	0.099
<b>参加者：わからない</b>									
非該当	72	94.7	11	78.6	12	85.7	95	91.3	4.557
該当	4	5.3	3	21.4	2	14.3	9	8.7	0.102
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>									
いる	25	32.5	3	21.4	3	21.4	31	29.5	2.129
いない	40	51.9	7	50.0	8	57.1	55	52.4	0.712
わからない	12	15.6	4	28.6	3	21.4	19	18.1	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>									
非該当	28	36.8	9	64.3	7	50.0	44	42.3	4.040
該当	48	63.2	5	35.7	7	50.0	60	57.7	0.133
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>									
非該当	55	72.4	11	78.6	10	71.4	76	73.1	0.254
該当	21	27.6	3	21.4	4	28.6	28	26.9	0.881
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>									
非該当	76	100.0	12	85.7	14	100.0	102	98.1	13.109
該当	0	0.0	2	14.3	0	0.0	2	1.9	0.001
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>									
非該当	38	50.0	11	78.6	11	78.6	60	57.7	6.843
該当	38	50.0	3	21.4	3	21.4	44	42.3	0.033
全体	82	100.0	16	100.0	15	100.0	113	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

#### (4) 過去の認知症についての経験との関連

参加者・担い手の認知機能低下時の対応と過去の認知症についての経験との関連を表 7.4.1～表 7.4.3 に示す。

回答者が認知症サポーター養成講座を受講した経験がある場合、参加者の認知機能低下時に「本人が希望すれば継続参加」としている割合が高く、「わからない」としている割合が低かった。また、受講経験がある場合、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高かった。

医療介護福祉関係の大学や専門学校で勉強した経験がある場合、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高かった。

収入を伴う医療介護福祉にかかわる仕事をした経験がある場合、参加者の認知機能低下時に「本人が希望すれば継続参加」としている割合が高く、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合が高かった。

表 7.4.1 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と認知症サポーター受講経験

	認知症サポート養成講座を受講した経験						chi2 p
	なし		あり		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	18	41.9	3	5.0	21	20.4	20.967
該当	25	58.1	57	95.0	82	79.6	0.000
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	42	97.7	60	100.0	102	99.0	1.409
該当	1	2.3	0	0.0	1	1.0	0.235
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	24	55.8	29	48.3	53	51.5	0.561
該当	19	44.2	31	51.7	50	48.5	0.454
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	35	81.4	59	98.3	94	91.3	9.012
該当	8	18.6	1	1.7	9	8.7	0.003
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	12	27.9	19	31.1	31	29.8	0.381
いない	22	51.2	32	52.5	54	51.9	0.826
わからない	9	20.9	10	16.4	19	18.3	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	27	64.3	17	27.9	44	42.7	13.481
該当	15	35.7	44	72.1	59	57.3	0.000
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	30	71.4	45	73.8	75	72.8	0.069
該当	12	28.6	16	26.2	28	27.2	0.793
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	40	95.2	61	100.0	101	98.1	2.962
該当	2	4.8	0	0.0	2	1.9	0.085
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	26	61.9	33	54.1	59	57.3	0.619

該当	16	38.1	28	45.9	44	42.7	0.431
全体	48	100.0	66	100.0	114	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.4.2 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と医療介護福祉専門教育歴

	医療介護福祉関係の大学や専門学校で勉強経験						chi2 p
	なし		あり		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	21	23.3	0	0.0	21	20.4	3.810
該当	69	76.7	13	100.0	82	79.6	0.051
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	89	98.9	13	100.0	102	99.0	0.146
該当	1	1.1	0	0.0	1	1.0	0.703
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	48	53.3	5	38.5	53	51.5	1.006
該当	42	46.7	8	61.5	50	48.5	0.316
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	81	90.0	13	100.0	94	91.3	1.424
該当	9	10.0	0	0.0	9	8.7	0.233
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	24	26.4	7	53.8	31	29.8	4.228
いない	50	54.9	4	30.8	54	51.9	0.121
わからない	17	18.7	2	15.4	19	18.3	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	43	47.8	1	7.7	44	42.7	7.459
該当	47	52.2	12	92.3	59	57.3	0.006
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	64	71.1	11	84.6	75	72.8	1.047
該当	26	28.9	2	15.4	28	27.2	0.306
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	88	97.8	13	100.0	101	98.1	0.295
該当	2	2.2	0	0.0	2	1.9	0.587
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	52	57.8	7	53.8	59	57.3	0.072
該当	38	42.2	6	46.2	44	42.7	0.789
全体	100	100.0	14	100.0	114	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 7.4.3 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と医療介護福祉職経験

	収入を伴う医療介護福祉にかかわる仕事の経験						chi2 p
	なし		あり		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>							
非該当	20	24.4	1	4.8	21	20.4	3.968
該当	62	75.6	20	95.2	82	79.6	0.046
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>							
非該当	81	98.8	21	100.0	102	99.0	0.259
該当	1	1.2	0	0.0	1	1.0	0.611
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>							
非該当	41	50.0	12	57.1	53	51.5	0.341
該当	41	50.0	9	42.9	50	48.5	0.559
<b>参加者：わからない</b>							
非該当	74	90.2	20	95.2	94	91.3	0.523
該当	8	9.8	1	4.8	9	8.7	0.470
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>							
いる	22	26.5	9	42.9	31	29.8	3.697
いない	47	56.6	7	33.3	54	51.9	0.158
わからない	14	16.9	5	23.8	19	18.3	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>							
非該当	40	48.8	4	19.0	44	42.7	6.040
該当	42	51.2	17	81.0	59	57.3	0.014
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>							
非該当	58	70.7	17	81.0	75	72.8	0.882
該当	24	29.3	4	19.0	28	27.2	0.348
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>							
非該当	80	97.6	21	100.0	101	98.1	0.522
該当	2	2.4	0	0.0	2	1.9	0.470
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>							
非該当	47	57.3	12	57.1	59	57.3	0.000
該当	35	42.7	9	42.9	44	42.7	0.989
全体	91	100.0	23	100.0	114	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

(5) 通いの場の活動内容の決定方法との関連

参加者・担い手の認知機能低下時の対応と活動内容の決定方法との関連を表 7.5.1 に示す。

活動内容の決定方法と、担い手の認知機能低下時に「本人が希望すれば担い手を継続」としている割合には有意な関連があり、活動内容の決定方法が「担い手による話し合い」ときにこの割合が最も高かった。

表 7.5.1 参加者・担い手の認知機能低下時の対応と運営方法

	活動内容の決定								chi2
	代表者		担い手 による話し合い		担い手と参加者 による話し合い		全体		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>参加者：本人が希望すれば継続参加</b>									
非該当	3	13.6	6	17.6	9	20.0	18	17.8	0.410
該当	19	86.4	28	82.4	36	80.0	83	82.2	0.815
<b>参加者：参加のとりやめを提案</b>									
非該当	21	95.5	34	100.0	45	100.0	100	99.0	3.627
該当	1	4.5	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0.163
<b>参加者：担い手や参加者、地区担当保健師等と相談</b>									
非該当	12	54.5	18	52.9	22	48.9	52	51.5	0.233
該当	10	45.5	16	47.1	23	51.1	49	48.5	0.890
<b>参加者：わからない</b>									
非該当	21	95.5	29	85.3	43	95.6	93	92.1	3.235
該当	1	4.5	5	14.7	2	4.4	8	7.9	0.198
<b>認知症やその疑いを主なきっかけとして参加をやめた方</b>									
いる	6	27.3	15	42.9	9	20.0	30	29.4	8.667
いない	10	45.5	13	37.1	30	66.7	53	52.0	0.070
わからない	6	27.3	7	20.0	6	13.3	19	18.6	
<b>担い手：本人が希望すれば担い手を継続</b>									
非該当	8	36.4	10	28.6	25	55.6	43	42.2	6.265
該当	14	63.6	25	71.4	20	44.4	59	57.8	0.044
<b>担い手：担い手をやめて参加者として通うことを提案</b>									
非該当	15	68.2	28	80.0	30	66.7	73	71.6	1.878
該当	7	31.8	7	20.0	15	33.3	29	28.4	0.391
<b>担い手：参加とりやめを提案</b>									
非該当	22	100.0	34	97.1	44	97.8	100	98.0	0.602
該当	0	0.0	1	2.9	1	2.2	2	2.0	0.740
<b>担い手：いずれにするか他の担い手、地区保健師等と相談</b>									
非該当	13	59.1	19	54.3	24	53.3	56	54.9	0.206
該当	9	40.9	16	45.7	21	46.7	46	45.1	0.902
全体	24	100.0	38	100.0	50	100.0	112	100.0	.

列の割合を示す。活動内容の決定が「その他」は除外。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

## 8) 地域での手助け意図の関連要因

地域での手助け意図と回答者の属性との関連を表 8.1.1～表 8.1.3 に示す。

地域に日常生活の手助けを必要とする方がいたときの手助けの実施と性別には有意な関連があり、男性は「通いの場の参加者なら（手助けを実施する）」が、女性は「通いの場の参加者か否かにかかわらず顔見知りなら（手助けを実施する）」・「実施は難しい」の割合が比較的高かった。

手助けの内容については、男性は女性よりも「庭仕事や畑仕事などの外回り」、「作業雪かき」を実施してもよいとしている割合が有意に高く、「洗濯の手伝い」を実施してもよいとしている割合が有意に低かった。

年齢と手助け意図・手助け内容には有意な関連は無かった。

収入を伴う仕事の有無と手助け意図・手助け内容には有意な関連は無かった。

表 8.1.1 地域での手助けと性別

	性別						chi2 p
	男性		女性		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>地域に日常生活の手助けを必要とする方がいたときの手助け</b>							
顔見知りか否かにかかわらず頼まれたら誰でも	18	43.9	30	41.7	48	42.5	14.622
通いの場の参加者か否かにかかわらず顔見知りなら	6	14.6	18	25.0	24	21.2	0.006
通いの場の参加者なら	11	26.8	6	8.3	17	15.0	
実施は難しい	2	4.9	16	22.2	18	15.9	
その他	4	9.8	2	2.8	6	5.3	
<b>話し相手／困った時の相談</b>							
手助けとして実施できない	12	31.6	21	31.8	33	31.7	0.001
手助けとして実施してもよい	26	68.4	45	68.2	71	68.3	0.980
<b>見守り／安否確認</b>							
手助けとして実施できない	9	23.7	16	24.2	25	24.0	0.004
手助けとして実施してもよい	29	76.3	50	75.8	79	76.0	0.949
<b>食事の準備</b>							
手助けとして実施できない	37	97.4	60	90.9	97	93.3	1.603
手助けとして実施してもよい	1	2.6	6	9.1	7	6.7	0.206
<b>掃除の手伝い</b>							
手助けとして実施できない	35	92.1	58	87.9	93	89.4	0.455
手助けとして実施してもよい	3	7.9	8	12.1	11	10.6	0.500
<b>洗濯の手伝い</b>							
手助けとして実施できない	38	100.0	58	87.9	96	92.3	4.990
手助けとして実施してもよい	0	0.0	8	12.1	8	7.7	0.025
<b>気軽に参加できる集まりやイベントに誘う</b>							
手助けとして実施できない	20	52.6	32	48.5	52	50.0	0.166
手助けとして実施してもよい	18	47.4	34	51.5	52	50.0	0.684
<b>買い物の同行／代行</b>							
手助けとして実施できない	25	65.8	45	68.2	70	67.3	0.063
手助けとして実施してもよい	13	34.2	21	31.8	34	32.7	0.802
<b>通院の送迎や付き添い</b>							

手助けとして実施できない	29	76.3	45	68.2	74	71.2	0.777
手助けとして実施してもよい	9	23.7	21	31.8	30	28.8	0.378
<b>庭仕事や畑仕事などの外回り作業</b>							
手助けとして実施できない	31	81.6	62	93.9	93	89.4	3.895
手助けとして実施してもよい	7	18.4	4	6.1	11	10.6	0.048
<b>雪かき</b>							
手助けとして実施できない	19	50.0	54	81.8	73	70.2	11.669
手助けとして実施してもよい	19	50.0	12	18.2	31	29.8	0.001
全体	43	100.0	76	100.0	119	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 8.1.2 地域での手助けと年齢

	年齢										chi2	p		
	60 歳未満		60 歳代		70 歳代		80 歳代		90 歳以上				全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
<b>地域に日常生活の手助けを必要とする方がいたときの手助け</b>														
顔見知りか否かにかかわらず頼まれたら誰でも	5	55.6	9	40.9	31	42.5	2	25.0	1	100.0	48	42.5	9.127	
通いの場の参加者か否かにかかわらず顔見知りなら	2	22.2	4	18.2	16	21.9	2	25.0	0	0.0	24	21.2	0.908	
通いの場の参加者なら	0	0.0	2	9.1	14	19.2	1	12.5	0	0.0	17	15.0		
実施は難しい	2	22.2	5	22.7	9	12.3	2	25.0	0	0.0	18	15.9		
その他	0	0.0	2	9.1	3	4.1	1	12.5	0	0.0	6	5.3		
<b>話し相手／困った時の相談</b>														
手助けとして実施できない	5	55.6	7	35.0	19	28.4	1	14.3	1	100.0	33	31.7	5.944	
手助けとして実施してもよい	4	44.4	13	65.0	48	71.6	6	85.7	0	0.0	71	68.3	0.203	
<b>見守り／安否確認</b>														
手助けとして実施できない	2	22.2	6	30.0	13	19.4	4	57.1	0	0.0	25	24.0	5.712	
手助けとして実施してもよい	7	77.8	14	70.0	54	80.6	3	42.9	1	100.0	79	76.0	0.222	
<b>食事の準備</b>														
手助けとして実施できない	8	88.9	19	95.0	63	94.0	6	85.7	1	100.0	97	93.3	1.141	
手助けとして実施してもよい	1	11.1	1	5.0	4	6.0	1	14.3	0	0.0	7	6.7	0.888	
<b>掃除の手伝い</b>														
手助けとして実施できない	8	88.9	15	75.0	62	92.5	7	100.0	1	100.0	93	89.4	6.035	
手助けとして実施してもよい	1	11.1	5	25.0	5	7.5	0	0.0	0	0.0	11	10.6	0.197	
<b>洗濯の手伝い</b>														
手助けとして実施できない	8	88.9	17	85.0	63	94.0	7	100.0	1	100.0	96	92.3	2.599	
手助けとして実施してもよい	1	11.1	3	15.0	4	6.0	0	0.0	0	0.0	8	7.7	0.627	
<b>気軽に参加できる集まりやイベントに誘う</b>														
手助けとして実施できない	3	33.3	9	45.0	36	53.7	3	42.9	1	100.0	52	50.0	2.716	
手助けとして実施してもよい	6	66.7	11	55.0	31	46.3	4	57.1	0	0.0	52	50.0	0.606	
<b>買い物の同行／代行</b>														
手助けとして実施できない	7	77.8	10	50.0	48	71.6	4	57.1	1	100.0	70	67.3	4.557	
手助けとして実施してもよい	2	22.2	10	50.0	19	28.4	3	42.9	0	0.0	34	32.7	0.336	
<b>通院の送迎や付き添い</b>														

手助けとして実施できない	8	88.9	11	55.0	49	73.1	5	71.4	1	100.0	74	71.2	4.456
手助けとして実施してもよい	1	11.1	9	45.0	18	26.9	2	28.6	0	0.0	30	28.8	0.348
<b>庭仕事や畑仕事などの外回り作業</b>													
手助けとして実施できない	8	88.9	17	85.0	62	92.5	5	71.4	1	100.0	93	89.4	3.618
手助けとして実施してもよい	1	11.1	3	15.0	5	7.5	2	28.6	0	0.0	11	10.6	0.460
<b>雪かき</b>													
手助けとして実施できない	6	66.7	11	55.0	51	76.1	4	57.1	1	100.0	73	70.2	4.379
手助けとして実施してもよい	3	33.3	9	45.0	16	23.9	3	42.9	0	0.0	31	29.8	0.357
全体	9	100.0	26	100.0	73	100.0	10	100.0	1	100.0	119	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

表 8.1.3 地域での手助けと仕事

	収入を伴う仕事						chi2 p
	行っていない		行っている		全体		
	n	%	n	%	n	%	
<b>地域に日常生活の手助けを必要とする方がいたときの手助け</b>							
顔見知りか否かにかかわらず頼まれたら誰でも	25	42.4	23	46.0	48	44.0	0.786
通いの場の参加者か否かにかかわらず顔見知りなら	13	22.0	8	16.0	21	19.3	0.940
通いの場の参加者なら	9	15.3	7	14.0	16	14.7	
実施は難しい	9	15.3	9	18.0	18	16.5	
その他	3	5.1	3	6.0	6	5.5	
<b>話し相手／困った時の相談</b>							
手助けとして実施できない	13	24.5	19	39.6	32	31.7	2.638
手助けとして実施してもよい	40	75.5	29	60.4	69	68.3	0.104
<b>見守り／安否確認</b>							
手助けとして実施できない	12	22.6	12	25.0	24	23.8	0.077
手助けとして実施してもよい	41	77.4	36	75.0	77	76.2	0.781
<b>食事の準備</b>							
手助けとして実施できない	50	94.3	44	91.7	94	93.1	0.279
手助けとして実施してもよい	3	5.7	4	8.3	7	6.9	0.597
<b>掃除の手伝い</b>							
手助けとして実施できない	48	90.6	42	87.5	90	89.1	0.244
手助けとして実施してもよい	5	9.4	6	12.5	11	10.9	0.621
<b>洗濯の手伝い</b>							
手助けとして実施できない	51	96.2	42	87.5	93	92.1	2.630
手助けとして実施してもよい	2	3.8	6	12.5	8	7.9	0.105
<b>気軽に参加できる集まりやイベントに誘う</b>							
手助けとして実施できない	27	50.9	23	47.9	50	49.5	0.092
手助けとして実施してもよい	26	49.1	25	52.1	51	50.5	0.761
<b>買い物の同行／代行</b>							
手助けとして実施できない	34	64.2	33	68.8	67	66.3	0.239
手助けとして実施してもよい	19	35.8	15	31.3	34	33.7	0.625
<b>通院の送迎や付き添い</b>							
手助けとして実施できない	37	69.8	35	72.9	72	71.3	0.119
手助けとして実施してもよい	16	30.2	13	27.1	29	28.7	0.730
<b>庭仕事や畑仕事などの外回り作業</b>							
手助けとして実施できない	49	92.5	41	85.4	90	89.1	1.285
手助けとして実施してもよい	4	7.5	7	14.6	11	10.9	0.257
<b>雪かき</b>							
手助けとして実施できない	36	67.9	34	70.8	70	69.3	0.100
手助けとして実施してもよい	17	32.1	14	29.2	31	30.7	0.752
全体	62	100.0	52	100.0	114	100.0	.

列の割合を示す。行項目の欠損は分析ごとに除外。p 値はカイ二乗検定、上段はカイ二乗値。

## 2-5 失語症・高次脳機能障害のある方の就労における困りごとと工夫に関する当事者インタビュー

西村 紀子

### 1. 調査目的

本稿は、これまでの実態調査が少ない、失語症・高次脳機能障害者の就労に焦点を当てたものである。見えない障害と言われ、医療・福祉でも認知が乏しいこれらの障害がある当事者が、復職・就労継続する際に経験する、横断的な困りごとと対処について、当事者インタビューをもとに明らかにし、必要な支援について考察することを目的とする。

失語症は、脳卒中や頭部外傷などの脳損傷により、主に左脳にある言語中枢が傷つくことで「聞く」「話す」「読む」「書く」そして「計算」が困難となる障害である。この障害のある人は、現在、50万人（失語症協議会 2020）と言われている。

高次脳機能障害は、言語・記憶・思考などの認知能力に障害をきたすため、日常生活や社会生活への適応に困難を生じる。この障害については、現在、推定 50 万人とも（種村 2011）80 万人とも（渡邊 2019）とも言われている。

ともに発症してから、元の職場に戻れる復職率は低く、1～3 割程度で、この中には一度退職して、支援を受けながらの新規就労も含まれている（内田 2017）。また長期にわたる回復が見込まれるが、医療・福祉制度の様々な事情により、長期にわたる支援を受けることが難しいという現状もある。さらに、軽度である場合は画像や神経心理学検査だけではその評価が難しく、活動も行動範囲も制限されている入院生活の中では問題が生じにくいいため、退院するまで本人も周囲の人も問題に気がつきにくいという特徴がある。

失語症・高次脳機能障害の回復を阻害する要因のひとつとして、就労できないこと、また就労したあとの問題によるうつ病発症や退職などの 2 次障害があげられる。失語症者にとって必要なのは毎日通う場所があること（遠藤 1996）、良くなったから社会に戻るのではなく、社会に戻ったから良くなる（橋本 2009）とあるように、社会参加は回復にとっても極めて重要である。中でも就労は、通える場所があること、社会とのつながりを得る／取り戻すこと、社会参加を通じた社会的役割やアイデンティティの確保、そして経済的自立といったさまざまな視点から意義が高い活動である。本人が通う場所があることは、家族が就労を継続するためにも意味がある。

他方で、高度のコミュニケーションや認知機能を求められることが多い「就労の場」は、失語症・高次脳機能障害に伴う困りごとが最も顕在化しやすい機会でもある。就労における困りごとは、背景にある症状だけでなく、業務内容、勤務条件、人間関係を含めた就労環境によっても異なる。このため、入院生活では全く問題がなくても、就労の場では問題が生じることが多い。しかし反対に、これまで熟練した技能と業務、周囲の理解があれば就労できることもあるので、就労における実態を知らない限り、予後予測が困難である。

現在、多くの医療職は、失語症・高次脳機能障害のある方が、就労の場で何に困っているのか知らない。なぜなら、入院期間やリハビリ実施期間の短縮化、退院後の外来通院の減少などで、病院を退院して復職したのちに、その患者が、何に困っていくのか、多くの医療職は実態を知る機会がほとんどないからだ。また福祉の現場においては、失語症・高次脳機能障害について知識が充分とは言えず、回復する可能性が高いという視点や、それぞれの強みを生かした個別性が高い対応ができていないことが多

く、今ある能力を引き上げる関りは限定的となっている。

就労にかかわる人数は、65歳以下の高次脳機能障害では、中等度で毎年2,884人と推定(蜂須賀2011)される。彼らが就労に至るまでの困難と支援、就労での困りごとと継続するための工夫を明らかにすることは、「就労ができない」と判断されている人の中でも就労できる人がいること、就労した人の就労継続を促すうえでも意義がある。またここで得られる知見は、外からはわかりにくいさまざまな生活障害を抱える認知症のある人の社会参加・就労の促進をはかるうえでも参考となるものと期待できる。

## 2. 調査方法

### 1) 対象

1年以上就労している失語症・高次脳機能障害者25名を対象とした。性別は男性21名、女性4名。年齢は16歳～59歳。会社員16名(うち特例子会社3名)、自営業6名、士業3名。発症時は寝たきりを含む重度～軽度。退院時に診断がついておらず、その後、診断を受けた人も含む。復職に至るまでの期間は、発症から5か月～3年半。

### 2) 事前ヒアリング(1時間程度)

- ・学歴、病前の職業に至るまでの職歴
- ・発症時点での仕事や職場(部署・地位・具体的業務内容 通勤方法 勤務時間 職場環境 人間関係など)
- ・発症時点での生活状況
- ・発症の経緯・病院で受けた説明
- ・リハビリテーションを受けた機関(病院、施設など)と期間・内容
- ・病院やリハビリ支援を受けた中で、その後の仕事に役立ったこと
- ・復職時点での職業(復職、部署変、条件変更等(転職であれば改めてご職業についての詳細))

### 3) 本調査ヒアリング(1時間～1時間半)

- ・職務(難しくなったことと上手くできたこと、ミス、指示や伝達、段取りなど)
- ・復職してから今までの状況
- ・コミュニケーションの状況(電話・メール・会議・雑談・症状の説明や相談)
- ・困りごとと、それに対する自分の工夫。周囲の配慮
- ・障害の開示有無、周囲の人の障害に対する理解
- ・解決した困りごとがあれば、その工夫
- ・ありがたかったこと、心がけていること
- ・同じ障害がある人へ伝えたいこと

### 4) 分析とまとめ

ヒアリングはすべて録音する。これらのデータをもとに、高次脳機能障害の当事者である鈴木大介氏と、言語聴覚士で支援職である西村紀子が、それぞれの視点でまとめを行う。追加質問がある場合は

あらかじめ項目を伝え、再度ヒアリングを行うか、メールでやり取りをして明らかにする。

鈴木大介氏は、同じ障害のある当事者として、「当事者はどう感じ、何に困っているのか」整理し、どのような周囲の配慮があるとよいか、西村は医療職として、医療や福祉機関でどのような支援が必要であるか、それぞれ「寸評」いう形でまとめる。

### 3. 調査結果

#### 1) 就労にあたって共通する困りごとと対処

調査前は、困りごとは、背景にある症状や職務内容によって異なることを想定していたが、本調査では多くの失語症・高次脳機能障害から共通する困りごとが聞かれた。易怒性を主とした情緒の問題、コミュニケーションの問題、易疲労性である。

##### (1) 易怒性を主とした情緒の問題

易怒性は社会参加を困難とする症状である。前頭葉による抑制機能の低下、社会脳の障害により他者の心が理解できない（村松 2009）、ひどい場合にはたいした理由もなく突然感情を爆発させてあげられることがある（高次脳機能障害支援モデル事業 2003）とあるが、失語症・高次脳機能障害のある本人の立場から、この症状について述べられている文献は少ない。また就労に焦点をあてた調査はない。

本調査で聞かれたのは、病前との違いに対し、「良くなったと言われても、以前の自分と比べると全然できない。それが悔しい」「とっさに意見を求められると、言葉が出てこない。馬鹿にされているようで、事前に言ってくれ！とイラつく」など、「自分が自分にイライラする」ということである。さらに麻痺が残っていると、「両手が使えた時は何も問題なく読めた本が、片手ではとても難しく、読み始めるとすぐに腹がたってくる」「ちょっとした荷物をどけるのにも、一苦労するので、簡単に言わないでほしい」「駅の構内で前の人急に振り向いたり、立ち止まったりすると、とても危険。バランスを崩してしまう。気を付けて！と言いたくなる」「前のようにさっさと動くことができない。もたもたしている自分がもどかしい」など、動作自体も困難となることがある。「おかしな自分が分かるから辛い。知能の低下はひどくないので自分の失敗が分かる。失敗したとき、人が何を言っているのかも分かる、だから悲しい。一向にしゃんとしてくれない頭にイライラする」（山田 2013）とあるように、病前の業務遂行能力が高い人、高学歴である人ほど、今の自分との落差に対し、怒りがわいてくるようであった。これらは前頭葉機能の低下というよりも、自然な心理反応と捉えることもできる。

また、脳損傷により、脳の認知資源が低下している状態の中で、後述する易疲労などが起きやすく、そうした脳が疲れた、または体調が芳しくないなどのときは、易怒性が増すようである。扁桃体などの大脳旧皮質を損傷した人以外でも「これまで経験したことのないような大きな感情が湧き上がり、それを抑えるために過剰な努力を強いられている」「自分ではダメだと抑えようとしているが、それが抑えられない」という本人の努力も聞かれた。さらに、怒りの感情を出してしまったあと、「なんでやってしまったのだろう」「どうして繰り返してしまうのだろう」「自分もとても苦しい。なんとかしたい」という自罰感情も聴取されている。

こうした易怒に対して、従来言われている対処方法としては「自分の行動について気づきや反省を促す」などがあるが、少なくとも就労が可能となっている失語症・高次脳機能障害については、「気づき」は得られており、イライラの原因は「以前と違ってできない自分」である。自罰感情も本人を苦し

ませる原因であり、「反省を促す」などは、支援拒否だけでなく、本人をさらに追い込んでしまうリスクがあるのではないかと考える。

失語症・高次脳機能障害者の工夫として「そろそろやばいなと思ったら、指導員の人に話を聞いてもらっている（特例子会社勤務）」や「早めに休憩をして、身体も脳も休めるようにしている」「昼休みに散歩に行っている」「休みの日は疲れを持ち越さないように、何もしない」「仕事の量を減らした」など、定期的なカウンセリング、適度な休憩が述べられていた。

## (2) コミュニケーションの問題

入院中は軽度の失語症、ほとんどの高次脳機能障害者は簡単な会話はできるため、医療職から「話えていますよ」と説明を受けている。しかし、就労の場で求められるコミュニケーションは、長さも質も異なるものであり、また、求められる能力は高いものである。

「相手が複数だと、話についていけない」「メールが往復する間に、なんの話だったのか忘れてしまう。初めからその人のメールを読み返さないと流れが分からなくなる」「周囲の雑音が邪魔して、相手が話す内容が頭に入ってこない」という理解の問題や、「自分の意見や考えを述べることができない」「回りくどい言い方になって、結局何が言いたいのかと言われる」「問い合わせたいことがうまく伝わらない」「以前はプレゼンが得意だった。今は、言葉が浮かんで消えていくので、理路整然と話ができない」「何をするか、どうしたらいいのか、全部分かっているのに、それをうまく相手に伝えられない」などの表出の問題があった。

また業務に直接関係がないが、ほとんどの人から聞かれたのが「雑談ができない」という困りごとであった。「どのタイミングでつっこんだらいいのか分からない」「みんなが盛り上がりつつある中で、一人ぽつんとしている」などの語りがあった。失語症・高次脳機能障害は見えない障害、孤独病ともいわれている。雑談ができないことは、本人にとっては看過できない問題である。「うまく話せないのが不安で、黙っている」「言いたいことがあるけど諦めている」さらに「仕事ができない人のように思われる。聞いてないんですか？と若いスタッフに言われて傷つく」などの声が聞かれ、孤立、自己肯定感の損失など2次障害を引きおこす可能性も高い。

しかし、医療や福祉の現場では、こうした高度なコミュニケーションの問題に対応できるようリハビリテーションが行われていない。言葉を専門とする言語聴覚士でさえ、問題に気が付いていないことも多い。まとまった文を談話といい、談話障害についての論文は欧米では1995年以降は500件以上あるが、本邦では事例報告や会話分析の報告が散見されるだけであり、リハビリプログラムは確立できていない。

失語症・高次脳機能障害者による工夫として「ラジオやYouTubeなどを聞くようにしている」「単語だけでもすぐにメモをする」「メールや会議資料はプリントアウトして事前に読み込んでおく」「想定問答集を作成して準備している」などがあった。雑談に関しては「聞き役に徹している。そのほうが好かれている気がする」「同じ障害がある人と交流をしている。障害について説明しなくてもいいので、安心感がある」その他には「Twitterなどで発信している」「Facebookなどの文字でのやり取りで頭を鍛えている」等、SNSの活用が聞かれた。

### (3) 易疲労

「これまで経験したことがないくらいの疲れが出る」「脳だけでなく、身体もしんどい」「台風の前など、気圧の変化があると、朝、起きるのも大変」「通勤するだけで疲れてしまう。会社に着いたらぐったりする」「帰宅する前に更衣室のソファから立ち上がれない時もある、仮眠してから帰る」など、身体症状を伴う、脳疲労について聴取されている。

損傷した脳が疲れやすいというだけでなく、失語症があると「常に頭の中で言葉を探しながら話している」「これで通じているのかと不安」「相手の話を聞くだけで精一杯」「しゃべれないので、他の部署の人と話ときはメールのやり取りだったんですが、コミュニケーションで、ずいぶん緊張しました。」、記憶が低下していると「常に忘れるのではないかと、緊張している」「瞬間瞬間が命がけ」「何か忘れていないのではないかと不安。また、私？とびくびくしている」、注意機能が低下すると「そもそも周囲の不要な情報を遮断するのが大変」という症状による困難さがベースにあり、失語症や高次脳機能障害という脳機能の低下や偏りを補う必要があり、脳に過剰な負担がかかっているのも要因である。さらにこの疲れを感じるのも脳の機能であるため、自身で早めに疲れを察知したり、対処したりするのが苦手になってしまい、気が付いたら心身ともに疲れている人、次の日、また週末に疲れを持ち越してしまうという人も多い。

工夫としては「時間をあらかじめ区切って休みを入れている」など休憩を適宜入れて脳を休める工夫、「視覚情報を遮断できるようアイマスクをして休んでいる」または「耳栓をつかって、周囲の雑音をカットしている」など情報を制限する工夫などがあった。これらを支援職からアドバイスされている人は少なく、ネットで検索したり、自分で試行錯誤を繰り返したりしたという人が多かった。

## 2) 障害に対する周囲の理解

見えない障害と言われる高次脳機能障害は、まず、本人に気づきがないと言われる。しかし、就労の場においては、否応なくこれまで通りに業務が遂行できない現実を見ることで、背景にある症状を知らなくても気づきが得られやすい。しかし、周囲の人が障害による困りごとを理解するのは非常に困難で、失語症・高次脳機能障害者の多くが、困りごととして「周囲の無理解」を挙げている。

### (1) 復職前の準備

就労したあとの困りごとは、実際に体験して明らかになることが多い。もし、リハビリ出勤ができる環境であれば、事前に実施し「できること、できないこと」を明確化し、業務になれるためにも積極的に活用したい。「入院は2か月ほどで、会社の専務が管理部の社労士と話してくれたようで、まずは午前中2時間の時短勤務から戻った」「うちの局は産業医の指導の下で心の病を抱えた職員を復職させるプログラムが充実していて、それに当てはめて対応してもらったようです。なので、まず、退院後に数週間の自宅療養をいただいた後、一週間のうち何日か、半日のみの出勤から始めて、しんどくない範囲で出勤日数や勤務時間を延ばしていき、最終的に通常勤務に戻っていくという行程で、段階的に復職することができました」というように、時短、出勤日数を減らすという形が多い。他に、「勤めていた公立中学校の校長の采配で、ボランティアのような形で学校に来てみないか、その方がリハビリになるのではないかと、という声掛けをもらった」「店長に協力してもらって店に赴き、何がやれるかやれないかを全部試させてもらった。会社には伝えてなかったので、

ばれたら怒られたかもしれませんね」という事例もあった。

代償手段の獲得も重要で、特に記憶障害が残存した場合、メモの活用を述べている人が多かった。「メモをなくさないように、手首に巻きつけるタイプのメモを使っている」「話を聞きながらメモがとれないので、相手に、僕は忘れてしまうので書いてくださいとお願いしている」「あとで検索できるように、メモしたものをその日のうちにパソコンに打ち込んでいる」などの工夫が聞かれた。言葉がすぐに浮かばない失語症については、「当時は今よりももっと話せませんでしたから、面接の練習もひとりりで想定問答を作ってやってましたね」などの事前準備が有効であった。このように、想定できる問題については、復職前に代償手段を身につけておくこと心の準備にもなるようだ。このように段階的に復職の準備が整うと、周囲の理解も得やすいようであった。

## (2) 合理的配慮

業務調整や配置転換をして復職につながった事例も少なくない。障害に対し、医療機関や支援機関から職場に、何が問題で、何ができるか、さらに、これから改善する見込みが高いことなど、症状や障害特性について情報提供をすることがある。「会社の側も本部長クラスが回復期病院に訪れ、言語聴覚士と話し合っ、どの立場で戻るかなどの道筋をつけてくれました」など、本人同席のもと、会社の人と医療機関が話し合いを行うこともある。情報提供をしたとしても、障害についての社会的認知が乏しいため、「職場は何をしたらいいのですか」と聞かれることが多い。

また、「苦手なこと、どんな配慮をもらえばできないことができるようになるのか、説明する書類を作成して事前に上司に相談した」本人が自分で伝えることもあれば、「状況を見て、そのあとの仕事も上司の方で決めてくれましてね。こういう業務をしなさいと。それで、今に至るまで5年、その業務ですけどね」「30分作業しては疲れる、そんな状況ですから、上司がいろいろ考えてくれて、元の忙しい職場でなく、関連先の職場を勧めてくれたんです」など復職したあとの状況をみて、調整されることもある。

復職したあとに起こる問題として「仕事ができない人だと判断され、閑職に回されました」等のできるのにできないと思われる能力の過小評価と、「障害者枠で就労したけれども、ヒアリングのことは現場には伝わってなくて。障害枠で入っても、枠で入りやすいってだけで、能力は健常者と同じだけ求められてしまうんです」という、できないのにできるとと思われる障害の過小評価があった。「自分が失語症だということを申し送られていないのか、スタッフもどんどん入れ替わって『なんでこの人は言葉が出ないんだろう』って思われている」など、管理職や産業医は理解できていても、毎日接する職場の人が理解してくれないという状況も聞かれた。

## (3) 就労したあとの困りごとに対する周囲の理解

会社員の多くは通勤が問題となる。多くの人が行き来する情報過多の中で、「通勤するだけで脳が疲れてしまう」「事故などのアナウンスが聞き取れなくて困った」などが聞かれた。これまで自動車通勤をしていた人の中には、高次脳機能障害により運転が許可されず、通勤手段を変更せざるを得ない人もいるが、特に地方在住の人にとっては、大きな妨げとなる。工夫としては、復職前に通勤だけの練習をする、ラッシュの時間を避ける等があった。しかし、ここでも通勤による疲労を理解してもらえないという声が聴取された。

コロナ禍でリモートワークが進んだことで、「通勤の負担が減って楽になった」という声もあり、リモートワークも今後有効な手段となる可能性が高い。

脳疲労についても、「休憩が必要だと産業医にも言われたけど、言い出しにくい」「疲れると頭が真っ白になりやすいつことは結構伝えたけど、初めの頃は結構反発というか『何だこいつ』というのがあったと思う」「疲れやすいから休憩を適宜取りたいと伝えているのに、理解してもらえなく、『お前だけじゃなくてみんなも疲れてる』と言われた」など、理解が得られにくく、「一生懸命やっているのにさぼっていると思われる」等、誤解も生じている状況であった。

#### (4) 障害の開示と差別

障害について開示するかについては、意見がわかる。たとえ理解がある職場であっても、「なんでできないのか？」という発言は、日常的に見られている。「仕方がない」「そもそも配慮を期待しない。期待しないと苦しまなくてすむ」「カミングアウトしないようにしている」と、障害について理解してもらおうことを諦めている人も多かった。

さらに「基本は、障害があるって時点で、実際にどんな障害かは関係なく断られることが多かったなって印象です」「三日で上司から申し訳なさそうな顔でクビを宣告された」「あいつは障害を利用して、楽をしようとしていると陰口を言われた」など障害を告知したことで差別的な扱いや発言をされた、退職せざるを得ない状況になったという、人権に関わる問題も起こっていた。

### 3) 復職・就労継続に向けての有効な支援

#### (1) 障害についての理解と残存する能力の評価

病気やケガで脳に損傷が生じ、失語症・高次脳機能障害者となった人は、まず病院で診断を受け、それからリハビリテーションと続く。そもそも未診断であれば、リハビリテーションや支援につながらない。ここでは、支援につながった事例をもとに、有効な支援について述べる。

入院生活は、日常生活さらに就労とはかけ離れた環境である。構造化された環境で、スケジュールも決まっており、時間は持てあますほどある。外部の人との接点は、面会のみである。こうした環境では、失語症・高次脳機能障害が軽度であれば、麻痺がない限り、身のまわりのことには困らない。就労における困りごとは、背景にある症状、業務内容、さらに職場環境などで複合的に起こるからだ。このため、復職してみない限り、何ができなくなっているのかについて、本人、家族だけでなく医療職も気がつきにくい。こうした人に対して、できる支援は、「これが困るかもしれない」「こういう事態が想定される」という予測と、背景にある症状を理解してもらうことである。「注意散漫になっていると言われていた。それには耳栓が良いと聞いていた」「記憶が悪くなっているから、メモが必要と言われていた」など、本人が自分の困りごとの原因と、対処方法を思いつき、実践できるように、心の準備をしておくことである。もちろん、メモなどの代償手段については、活用できるように練習しておくことが大事ではあるが、困りごとを実感していない時には、なかなか身につかない人も多い。

失語症・高次脳機能障害についての理解を深めることも大事である。できないことに直面した時に慌てないために、「できない自分が悪いのだ」という自己否定に至らぬためにも、それは障害が原因なのだとして理解できるよう、丁寧に、説明を繰り返してほしい。未診断、無支援の当事者が長年苦しんだのは、「できないこと」でなく「他人ができることができない自分」である。そのため診断がついたとき

は「自分のせいでないと分かってホッとした」と語る当事者は多い。

反対に、能力の過小評価という問題についても触れておきたい。入院生活では、活動が限られている、なじんだ環境でないため、障害による困りごとが顕著に表れる事例も少なくない。しかし、発症、受傷前に積んだキャリアを活かして、就労できる事例もある。特に、記憶障害については、発症、受傷後でエピソード記憶は低下していたとしても、手続き記憶は残存しているという事例は多い。これらを踏まえ、支援者は、機能評価のみで復職の可否を判断しないことが非常に重要で、さらに残存する能力を最大限に発揮できるよう、本人・家族・職場の人に情報提供してほしい。

## (2) リハビリテーション

標準検査による機能評価に続き、急性期以外ではドリルなどの要素的リハビリテーションでは有効性が乏しい。「リハビリテーションとは全人権的復活」という上田敏（1987）とあるように、本人が希望する、業務内容になるべく即した実践的なリハビリテーションを工夫して取り入れることが大事である。入院生活では困難であれば、外出などを利用するのもよい。また、家族の理解があれば、早期に退院して模擬的な業務を体験しながら、外来でリハビリテーションを継続するというのも有効である。体験した方が、本人の気づきを得られ、意欲も向上してくる。昨今では、外来リハビリテーションが減少しているのは非常に残念な傾向である。

また同じ障害がある人同士の集団リハビリテーションも、障害に対する気づき、また仲間作りとう点で、非常に有効であることが分かった。高次脳機能障害は自身の障害に気が付きにくいという自己認識の難しさがあり、それが復職を困難としている要因の一つと言われているが、「仲間を見ていると、自分自身のことも分かってくる」というように、同じ障害の人と交流することで気づきを得られる。また、「同じ障害の人がいるってことが、こんなに心強かったんか」「あいつもがんばってるな」と思うと、俺もがんばろうって思った」という仲間の大切さも伝えられた。

## (3) 長期支援

今回の調査では、数年単位で医療リハビリテーションや支援を受けた人が3名いた。3人とも発症時は重度で、リハビリテーション病院を退院する時点でも、身の回りの一部に支援が必要な状態であり、「就労は難しい」と言われていた事例である。3名とも、就労したあとも、医療リハビリテーションを継続している。高校生の時に受傷し1年間休学、その後は「授業の大半は外来リハのSTに課題の指導を仰いだ上で、教員とマンツーマンでひらがなの練習をしたり、将棋やオセロをしたりしていました。就職してから数年たった今も通っています」という事例もあった。

2006年の診療報酬改定により、医療リハビリテーションの期限が定められた。失語症、高次脳機能障害については除外疾患とされ、算定期限を除外されているが、それでも通院で長期フォローをしている病院は激減している。医療リハビリテーションのあとの担い手となる地域の実情については、(公)脳卒中協会の患者、家族委員会がアンケート調査により、生活にもどった脳卒中患者・家族が経験している困難として、以下の5つをあげている。(1) 治療や制度が分化されており一貫した支援が得にくい(2) 地域生活におけるリハビリテーションやケアが十分でない(3) 働くことへの支援が不足している(4) 失語症という後遺症に対する支援や理解が不足している(5) 脳卒中に対する社会の理解が不足していると、地域で失語症・高次脳機能障害のある人に対する理解や支援が乏しいことがわかる。

病院と就労支援機関との連携に関しても、頻繁な連携は 23.7% (田谷 2018)、作業療法士、言語聴覚士という専門職を置いている就労移行支援事業所は、非常にまれである。

本調査の 3 名に対する医療リハビリテーションの役割は、失語症、高次脳機能障害の機能改善ではなく、(1) 当事者の気づきの促し (2) 障害を持ちながら就労をしていく上でのアドバイス、代償手段の定着 (3) 職場に対する障害の説明と理解の促しであった。職場に対しては、「本人や家族だけの説明では、職場がなかなか分かってくれないんですよ。第三者が話すということが大事なんです」という声があったように、専門家である作業療法士や言語聴覚士の説明が、合理的配慮に寄与すると考えられる。

#### 4) 40 代男性スーパー店員の事例より

##### (1) 外傷性クモ膜下出血と脳梗塞により重度の失語症・高次脳機能障害に

スーパーマーケットの総菜部で管理職として働いていた O 氏。多忙を極める毎日でした。「仕事の帰りに、コンビニに寄って、そこで倒れたみたいです。倒れた時に、前歯がぽきんと折れたみたいです。まったく記憶がありません。急性期の病院では、30 日くらいですか、ほとんど寝ていたみたいです。時々目が覚めると、身体をベッドに縛られていました。暴れてたらしいですが、覚えていません。お見舞いに来た子供をぐーで殴ったって、かみさんが泣いていたって、あとで聞きました」急性期病院ではせん妄状態もあり、リハビリテーションを受けられる状態ではなく、3 週間後に転院となります。

「リハビリテーション病院へ移る時は、てっきり家に帰れるもんだと思ってたんですよ。みんなと話すこともできると自分では思ってたし、家に帰ったら普通に話ができ、普通に会社に帰れると思ってたんです。『え？ また入院するんか？』ってびっくりでした。騙された！家に帰せ！って暴れてました」当初は、まったく自分の状況の理解ができず、帰宅願望が強かった状態。記憶障害のあり自分の部屋が分からず病棟内を徘徊し、また言語症状にも気が付いていないので、病院職員を見つけたら錯語(まちがった言葉)やジャーゴン(日本語にないような音の配列)で話しかけ、それが止まらない状態でした。「でも、病院の先生やみんなに言われて『勉強しないといけない』と思って。宿題もたくさんもらって、これが今の自分の仕事やなと思って、部屋でも、言語室でも勉強、やってみました。他の患者さんを見て『どんな病気なんかな？』とか『自分はどこまでできるんかな？』とか、そんな不安が大きかったです。」2 か月経過するころには、落ち着き始めた O 氏は、今いる状況を少しずつ理解し始めます。

「手も足も動くから、これなら仕事に戻れるなと思ったけど、言語が難しかった。先生と話しても、何を聞かれてるか分からん。『これを先生に伝えよう！』と思っても、なんか話がちぐはぐで。つらい時もありました。絵を見せられるじゃないですか。『包丁』とかの。『これ知ってるやん！』って頭で思っても、言葉が通じない。つらかったけど、勉強しないといけないんで、これはがんばるしかないなと。」ようやく自分の障害について、おかしいと気が付き始めたのが、発症して 4 か月。リハビリテーション病院の期限は 6 か月なので、この時点であと 2 か月しか入院できません。在宅生活が可能であるのか、家族と病院で話し合いを進めつつ、このころから病院に職場の上司が面会にきます。状況をみて「復職は 1 年半後をめどに」と決まります。

## (2) 退院しても元の仕事には戻れない

まずは入院していた病院の外来でリハビリテーションを継続することが決まり、週3日、各1時間の言語療法を受け、失語症の改善を図ります。随時、家族から職場に状況を説明します。さらに病院だけではフォローしきれないと判断した言語聴覚士から、発症して1年経過した時点で、就業・生活支援センターに連絡。職業訓練センターとも連携を図り、復職に対する支援を開始。火傷や衛生面でのリスクがある総菜部門はやめ、麻痺がなかったことから、商品搬入のトラックからの荷下ろしを皮切りに、トイレットペーパーやペットフードなど動きの少ない日用品の品出しや、菓子やカレー等の消費期限が長い加工食品の品出し業務へと仕事の内容を変えて復帰が決まります。

この時点で、リハビリテーション失語症のため管理者からの指示が理解できないため「受けた指示を理解できているか、これでいいですか？」と、メモを取って相手に見せるようにと、言語の先生から繰り返し言われました。リハビリでも、メモをとったり、数字の聞き取りばかりするようになりました。

品出しとはいえ、店頭にいると客から声をかけられます。『お客様から何か問い合わせがあった場合、その場では何も受け答えしない。ぜったにだめ』と言われました。」一切言葉での受け答えをせず、サービスカウンターへ案内をする、その案内の文言だけを徹底的に練習した上で「研修中」の新人バッジを胸につけ、職場に戻りました。「お客さんに声をかけられた時には『サービスカウンターにどうぞ』と言えるように練習をしたのは、とても役立ちました。」お客さんの問い合わせ内容が理解できたとO氏が喜んで報告したのは、復職から2カ月ほど経ったところのことだった。また復職後、数回ほどジョブコーチが訪問しているが、O氏はジョブコーチの存在を理解しておらず、訪問予定も把握しておらず、「突然、会社の人が見張りに来ている」と思っていた。

## (3) 数年経っても困りごとは解決しきれない

「僕の場合、7年間もずっとリハビリの先生にみてもらっています。7年経っても、なんか失敗したり怒られたりすると、今のは何があかんのかなっていうのが、ずっと続いている。メモに書きなさいと言われて書くんだけど、あとで会話した時にやっぱり分かってなくて、食い違っていたり、言っているはずのことが相手に伝わっていなかったり。それは今でも、毎日ですわ。だから言語の先生には、今でも会社で困ったことがあったら、相談することもできて助かっています。障害があるから、どうしても僕には問題が付きまとうんですよ。会社の人には報告はしますが、言語の先生との話は、またちょっと違うんですよ。僕の障害のことがわかってるじゃないですか、どうしたらいいのかアドバイスをくれます」「月曜日のミーティングが、自覚している一番の苦手ですね。どうしても普通の人間に見られがちで、なんで出られないのかを分かってもらうのも難しい。ミーティングでは副店長が部門のリーダーや社員に伝達事項を言うんですけど、ちゃんと聞くし、メモにも書くんですけど、言われたことを正しくパートさんに伝えることができないんです。副店長の言葉が早すぎることもあるけど、何日何時とかの日付とか、間違えたメモを書いてしまうことが多くて、その結果、違うことをパートさんに伝えて、あとから問題になる」こうしたミスがいまだに続いている状況です。復職してから数年経過しているのに、障害が残存していることで「いつまでできないのか」「そろそろ治ってるだろう」と上司から叱責が続いた時は、このままでは本人がうつ病になるのではないかと心配した家族が、言語聴覚士に連絡し、病院から職場に対して情報提供を行いました。医療機関が、退院して数年経過する人に対して、職場と連携することは非常に難しいのですが、O氏に関しては、家族が間に入って実施していま

す。

#### (4) 職場の人間関係に支えられて

数々の困りごとを乗り越えてきている要因として、良好な職場の人間関係があります。

「みんなが『お帰り』みたいな感じで迎え入れてくれたのも嬉しかったし、思い入れもあるお店で復帰できてよかった。パートさんらも付き合い長いんで、怒られて凹んでも『Oやんどうしたん？ 大丈夫か、凹んでないか？』って言うってくれる。だから叱られても、どうにか。『頑張りやー』言われたら、頑張りんとってなるんで。ありがたいな。え？ 違う職場だったら？ いやー無理や、無理でしょう。辞めてる可能性ある」「僕自身が別の店舗に異動って言われたら、知らない人ばかりでしょう？ この人誰なん？ って。それだけは本当にやめてほしい。全然知らん人と会話、どんな人かも分からへんし、一番不安。むしろ異動の可能性があるかどうかすら、聞きたくない、考えたくないです。お願いします、しかない。本当にそれだけはどうにか勘弁してくれと。総務がカバーしてくれているとは思ってますけど……」病院でも、この環境であれば復職できるのではないかと判断したとのことですが、就労継続できている背景には、このような人間関係がありました。

#### (5) 支援職としての考察

ICF（国際生活機能分類）の考え方は、就労をはじめとする社会参加を考えるにあたり、非常に重要な概念である。これに当てはめて、O氏に就労継続について考察する。

O氏には特筆すべき基礎疾患はなかった。健康状態はほぼ良好である。しかし、外傷性くも膜下出血と脳梗塞により、麻痺はなかったが、重度の失語症と高次脳機能障害のために（心身機能）、自身の身の回りのことも見守りや声かけが必要な状態であった（活動）O氏が復職（参加）するキーとなるのは、背景因子（環境・個人）である。

まず環境について。入院中に頻繁に訪れる職場の上司、協力的な家族がいた。勤務先スーパーを経営するグループが、障害者雇用に非常に積極的で、人事部への介入や進言がし易い。さらに、人間関係が非常に良好であった。その環境に非常に馴染んで愛着があり、奥様も店舗のほとんどの方と知り合いであった。さらに、長期の外来リハビリテーション継続、ジョブコーチの利用など、手厚い支援が加わった事例である。

そして個人について。自身の障害について認識できるようになってからのO氏は非常に熱心にリハビリテーションに取り組んだ。さらに管理職から「研修中」というバッチを胸につけての復職という条件にも落ち込むことなく受け入れていた。「仕事に戻る際、どれぐらいやれるかなって不安もあったと思うけど、実際どれぐらいやれるんか確認したかったというのもあると思うんです。やらんと分からないんで、最初からリセットでやっていこう、とにかくやってみようって。言語のリハビリもそうだった。どのぐらい戻るのかも、どのぐらいできなくなってるか分からないから、これは勉強だなと」

こうして、重度の障害がありながらも、この職場なら、この方法であればなど、たくさんの条件付きで復職したO氏である。失語症、高次脳機能障害は、復職率は非常に低い。私たちの生活において、コミュニケーションがいかに大事かということを感じるところである。しかし、だからといって必ずしも復職できないわけではなく、この環境因子や個人因子というものがいかに大事であるか、今一度考えたい。

#### 4. 考察

失語症・高次脳機能障害の復職率は1～3割と非常に低い。また復職したあとは、医療や福祉機関と関わりがなくなる人が多く、就労継続については明らかになっていない。本調査では、1年以上、就労継続している失語症・高次脳機能障害の人を対象に、就労における困りごとと対処方法についてインタビュー調査を実施した。調査結果をもとに、1) 本人の工夫 2) 家族をはじめとする周囲の人の工夫 3) 医療・福祉機関における支援 4) 社会の仕組みにわけて、有効な支援をテーマに考察する。

##### 1) 本人の工夫

失語症の人は「言葉が思うようには話せない」、記憶障害がある人は「忘れてしまう」という症状に気が付きやすい。具体的な困りごととその背景が分かると工夫がされやすいようだ。反対に「会議についていけない」に現れる聴覚的理解や情報処理速度の低下、「なぜか頭がぼーっとする」という脳疲労など、背景にある症状が理解しにくいものについては、対処を思いつくのが難しい。今回、インタビュー調査をした軽度の人、インターネットや当事者会、セミナーなどに参加し、自分自身で障害について学び、知識を得て工夫を重ねていた。これらの困りごとや工夫は、公的な支援機関などで発行されている中等度の失語症・高次脳機能障害についての情報が多いリーフレットには掲載されていないものであった。当事者体験に基づく対処、工夫についてまとめ、情報発信することは、支援者がなく、現在、試行錯誤をしている同じ障害のある人に対して、間接的な支援につながると考えた。

##### 2) 家族をはじめとする周囲の人の工夫

今回、発症時に重度であった高次脳機能障害者3名のインタビューを行った。リハビリ病院を退院する時点でも、中等度の障害が残存しており、今後の道筋については家族が代理人として重要な役割を果たしていた。本人のこれまでの生活歴や職歴について知っている家族からの情報は、今残存している機能と、これまでのキャリアで培ってきたその人ならではの強みを知るきっかけになるため、中途障害の人の復職支援には有効であると考えた。また、就労したあとも、「今、非常にストレスを抱えている」「体調が芳しくない」など、家族が知りえる情報を、病院や福祉機関、職場に提供して連携をとることで、就労継続に役立てることができると考えた。

仕事に戻ってからの様子を見て、業務調整を行ったという職場もあった。本人の能力や希望と一致しない場合もあるが、良好に進んでいる職場もあった。新規就労でなく、元の職場に戻る復職の場合、専門職のアドバイスが有効であるかというよりも、適した業務が元の職場にあるかどうか重要な点であった。大手企業や、関連会社であれば、可能となりやすい。これら恵まれた環境があれば、支援者は機能障害だけを評価して復職をあきらめさせるのではなく、何か適した業務がないか、職場と話し合いを進めることが重要である。ほかには、就業時間を短くする、出勤回数を減らすなど、段階的に職場に戻るといった事例が多く、少しでもこれまでの環境に身を置くことで、今の自分の問題点に気づき、対処を考えるきっかけになり、通常業務にスムーズに移行しやすくなる。

### 3) 医療・福祉機関における支援

#### (1) 機能評価と能力評価の乖離

質問事項に役に立ったリハビリテーションはありますか？という項目を含めたが、残念なことにほとんど聴取されなかった。その原因としては、病院でのリハビリテーションが、機能評価と要素的なプログラムがほとんどで実践的なリハビリテーションがなされていないこと、病院と就労の間では環境の落差が大きく想定がしにくいこと、医療職がそもそも就労後の困りごとを認識していない、これら3つが挙げられると考える。本調査で明らかにされた、病院では「問題ない」と言われた未診断の人、「大丈夫ですよ」と言われた軽度の人困りごとは、例えば大量にあるメールの処理や、会議、長時間労働における疲労、周囲がうるさい中での頭脳労働、割り込みが頻繁に入らる中での業務遂行など、入院中には体験が難しい。しかし、こうした実態を医療職が知り、模擬的に入院中に体験、評価ができると、復職後の困りごとが想定されやすくなり、解決方法を一緒に考えられ、有効な支援につながるのではないかと思う。また機能障害が中等度であってもこれまで身につけた技能は温存されている人も多く、機能評価のみで復職の可否を判断しないよう努めたい。

#### (2) 長期支援

今回の調査では、数年にわたる支援を受けて復職、または新規就労にいたった失語症・高次脳機能障害の人が3名いた。3名とも「当時は何年もリハビリテーションが受けられた」という言葉である。2006年の診療報酬改定により、医療機関でのリハビリテーションは6か月程度と短縮された。重度の後遺症が残存した場合、回復力受けは緩やかで、医療の現場では「復職はできない」と判断し、その後つなぐ場所が、デイケアやデイサービスといった高齢者を対象とした介護保険制度の施設、またはB型就労継続支援事業所などになる。ともに就労を目指して機能回復や能力向上を目指すという視点が少なく、通える場所の提供を目的とする場所である。作業療法士や言語聴覚士といった専門職の配置もほとんどない。就労は、「働くことが最大のリハビリテーション」であることを多くの当事者も語っているように、復職直後よりも数か月、数年経過する中で、できるようになっていることも増えている。失語症・高次脳機能障害は長期回復が望める障害である。就労に至るまで、そして就労したあとの相談先として、専門職による長期支援、リハビリテーションは必要であると考えた。

#### (3) 必要とされる支援

就労における困りごとは、業務内容や職場の環境など複合的に起こる。また、就労継続する中で、業務内容や異動などの環境変化に伴い、これまでと違う困りごとが発生することもある。現在、医療や福祉の支援が短期化し、ジョブコーチ制度も不十分など、就労している人が必要な時に必要な支援が受けられる環境がない。自身で困りごとに対処する工夫をし、周囲の人に相談や説明をしなくてはならない。自助努力が要求される環境で生き延びていくために、本人が自分自身の障害について理解し、相手に伝えたいことを伝えることができるように言語化できるよう支援することは、長きにわたり有効な支援ではないかと考えた。失語症・高次脳機能障害は、その障害が本人にも見えづらだけでなく、コミュニケーションに問題が生じる障害である。自分の意見や思考を、相手に伝えるためのリハビリテーションは必要で、言語聴覚士をはじめとする支援職に、この役目を期待したいと思う。

#### (4) 未診断の問題

本人・家族にとって、診断の見過ごしである未診断問題は、その後の人生を狂わせてしまうような大きな問題で、自己否定やうつ病などの精神疾患、家庭崩壊など重大な事態を引き起こす可能性が非常に高い。この実態を、医療職は重大に受け止め、安易に「障害がない」ということはなくしたい。本人の自覚がなかったとしても、せめて「今は困っていないかもしれませんが、こういう問題があるかもしれない」「困った時は、この相談窓口に連絡してみましょう」と、失語症・高次脳機能障害についての情報提供に努めてほしい。

#### (5) 社会の仕組み

失語症・高次脳機能障害を引き起こす脳血管疾患や頭部外傷は、ある日突然、発症または受傷する。そして完全に回復するのは難しい障害である。これまでと全く同じではないから就労できない、少しでも条件が異なると退職を余儀なくされる、このような社会では、健常とされる人でも働きづらいのではないと思う。長年、高次脳機能障害者の支援をしてきた山口研一郎先生は「高次脳機能障害は、社会をうつす鏡だ」と主張されている。本調査で明らかになった当事者の工夫のいくつかは、失語症・高次脳機能障害といった障害特性を超えて、汎用性が高いものが多かった。時短や出勤回数を減らすことは、介護や育児中の社員にも応用できるし、会議の議事録作成の手順やマニュアル整備などは新人社員にも非常に役立つであろう。脳疲労に対する工夫は、業務量が多い社員のケアにも有効だ。本調査で聴取された、様々な困りごととそれに対する工夫を、より一般化して情報発信に努めたいと考えた。

### 5. まとめ

失語症・高次脳機能障害者の就労をテーマに、困りごとと工夫について当事者インタビュー調査を実施した。入院先の病院で、軽度と言われた人たちからは、職場にもどって初めて明らかになった困りごとが多数聴取され、その人なりの工夫を重ねている状況がわかった。周囲の人の理解を得るには、障害による困難さが見えづらいために非常に困難であり、差別的な扱いを受けている人も多く、医療機関などの第三者による情報提供が望まれる。発症時は重度であっても、専門職による長期支援をうけて就労できている人もいた。しかし、現在の医療・福祉体制では、このような就労を目指した長期支援が受けられにくくなっている。本来のリハビリテーションとは、全人間的復権であり、その人らしい生活に戻っていくのを支えるものである。「仕事が最高のリハビリテーション」と多くの当事者が語っているように、就労とは、その人がもてる力を発揮できる活動である。特に中途障害である失語症・高次脳機能障害者は、これまでのキャリアを活かして、機能障害があっても、能力発揮できる可能性が高い。復職、就労継続するために、医療や福祉の支援など社会資源の投資が必要だとしても、本人だけでなく、社会全体にとっても価値が高いと思われる。

## 【引用文献】

- 失語症協議会 循環器病対策推進協議会 付属資料 (2020)
- 高次脳機能障害全国実態調査報告 種村純 (2011)
- 東京都における高次脳機能障害者総数の推計 渡邊修, 山口武兼, 橋本圭司, 猪口雄二, 菅原誠 (2009)
- 失語症者の就労支援 内田信也 (2017)
- ことばの海へー失語症ケアのはじまりと深まり 遠藤尚志 (1996)
- 良くなったから社会に戻るのではなく社会に戻ったから良くなる 橋本圭司 (2009)
- 日本の高次脳機能障害者の発症数 蜂須賀研二 (2011)
- 高次脳機能障害における社会的行動障害 村松太郎 (2009)
- 高次脳機能障害支援モデル事業中間報告書 (2004)
- 壊れた脳 生存する知 山田規久子 (2004)
- 脳卒中患者・家族は何に困り、何を求めているのか? (公) 日本脳卒中協会 (2020)

### 第3章 認知機能の低下に伴う心身状況等を理解して前向きに考え行動するための 共創型学習プログラムの開発

寛 裕介・青木 佑

#### I. 目的

事業3は、本人・家族と地域包括支援センター等の関係者が、地域住民とともに認知機能の低下に伴う心身状況等を理解し、認知症に対して前向きに考え行動するための学習プログラムを開発することを目的とする。

#### II. 方法

開発にあたり、本プログラムを活用してもらいたい地域包括支援センター職員や医療・介護・福祉専門職と、本プログラムとともに体験してもらいたい認知症のある方ご本人・家族・地域住民にとっての学びを最大限にするため、どのような内容・形式で伝えることが有効かを検討した結果、認知症のある方ご本人の視点で、その体験や困りごとを楽しく学べるようにすること、周囲の人や地域住民との対話の糸口とすることが効果的ではないかと考えられた。

そこで、認知症未来共創ハブで実施した認知症のある方へのインタビュー及びその分析データをもとに、認知症のある方が日常生活において直面している困りごとなどを「認知症世界」を旅する形で表現した連載及び書籍「認知症世界の歩き方」（寛裕介著、ライツ社、2021）の内容をベースに、その特長を活かしてプログラム化することを試みた。

プロトタイプでの体験会において参加者からのフィードバックを受け、より医療・介護・福祉専門職が本人・家族を含めた地域住民とともに認知症について学び、考えることのできるプログラムを目指し検討・改良を行い、実用化に向けた手引き（別冊資料10）を作成した。

#### 1. 本人・家族・地域包括支援センター等の関係者がともに学ぶ参加型プログラムの開発

まず、「認知症世界の歩き方」のうち以下の内容をとりあげ、どのような形にすることが学びを深めるために効果的かプログラムの検討を行った。

- 1-1 認知症のある方の思いと生きている世界
- 1-2 生活上の困りごと
- 1-3 困りごとの背景にある心身のトラブル
- 1-4 認知症のある方が心身の不調に気づいてから診断を受け、暮らしを続けるプロセス
- 1-5 認知症とライフデザイン

「1-2 生活上の困りごと」は、認知症当事者ナレッジライブラリーのデータに基づき書籍で紹介した148の困りごとに、社会の無理解や偏見によりもたらされている困りごとを追加した。「1-3 困りごとの背景にある心身のトラブル」は、認知症当事者ナレッジライブラリーのデータに基づいて整理・書籍で紹介している44の心身機能障害を採用した。

参加者自身が「認知症世界を旅する旅人」になるという設定を用い、楽しみながら知る機会をつくるため、また、対話をしながら学びを深めることができるよう、対面（オフライン）およびオンラインでのすごろくゲーム型ワークショッププログラムを検討した。

## 2. 共創型プログラムの実証

実証の場としてプレ体験会を以下の通り実施した。

### 1) 開催概要

日程・開催場所	参加人数	参加者所属先・職種等
2021.6.30 東京都千代田区	12名	医療・福祉専門職（ケアマネジャー、施設職員、社協職員）、医療関連メディア社員
2021.7.15 福岡県福岡市	17名	市役所職員、ガス会社、福祉専門職、医師等
2021.9.2 オンライン	12名	市役所職員、社協職員、議員、まちづくり関連企業等
2021.9.17 オンライン	8名	商工会議所、高校/看護大教員、社協職員、県庁職員等
2021.10.1 オンライン	10名	企業役員、社会福祉士、市役所職員、社協職員等
2021.10.11 愛知県名古屋市	17名	県庁職員、地域包括支援センター等福祉専門職、学生、まちづくりコーディネーター等

### 2) プレ体験会時点でのプログラム内容

- ① 参加者は認知症世界を旅する「旅人」となる。ファシリテーターが全体の進行をおこなう
- ② 旅人はそれぞれ夢・目標を持ち、自分自身の夢・目標を叶えるために必要なつなぎや知恵・工夫（アイテムカード）を集める
- ③ 旅人はすごろくのマスのように設定されたスポットに止まりながら、各マスのアニメーションを見ながらさまざまな出来事に遭遇し、アイテムカードを集めたり、旅をともにしている仲間とアイテムカードを交換したりしながら旅を進める
- ④ 10ターンを終えたところで終了。勝ち負けや合否はなく、必要なアイテムカードをどれだけ揃えることができたかを最後に報告する
- ⑤ すごろく型ゲームの体験が終わったところで、ファシリテーターから認知症についての基礎的な知識や認知症のある方の困りごとの詳細・事例に関する講義をおこなう

### III. 結果と考察

#### 1. プレ体験会参加者からのフィードバック

##### 1) 対面（オフライン）バージョン

- ・ ユニークなたとえやアニメーションを使い、あえて専門用語を使わず伝えることで、いろいろな人に伝わりやすいと感じた
- ・ 参加者同士で会話が生まれることで楽しみながら認知症への理解を深めることができた
- ・ 企業や地域で、幅広い年齢層へ「認知症とは？」を伝えるのに有効な手段になると思う
- ・ 法人の新任者研修で活用したい、地域住民への啓発に活用したい
- ・ このゲームに参加した後により自分ごとにするにはどうしたらいいのか、困りごとを知ったその先の行動につなげるには？といったところまで設計を考えたい
- ・ ルールが複雑に感じた、説明時間が長い
- ・ 各アイテムカードについての説明があるとよりわかりやすい
- ・ 認知症理解という点ではわかりやすいが、参加者の動作ややるべきことが多く、混乱してしまう人がいるのではないだろうか

##### 2) オンラインバージョン

- ・ 全体的に物語のようで、認知症についてネガティブな印象を受けなかった
- ・ 誰でも起こりうる事を悲観的にならず、楽しみながら知ることができた
- ・ 認知症の人にとっての社会の資源にも気づける可能性を感じた
- ・ ぜひ子どもや学生にも体験してもらいたい
- ・ 受講後、自分に何ができるか？を考え、実行までつなげていくことができたならより効果的だと感じる
- ・ メインターゲットである認知症予備軍の世代には、パソコンの操作方法が複雑かもしれない
- ・ 各スポットのアニメーションが興味深いので、あとでまとめて見られるようにしてほしい
- ・ 参加者同士で話し合える時間をもう少し長くしてほしい

## 2. 共創型プログラムの改良ポイント

### 1) 対面（オフライン）バージョン

プレ体験会の参加者からは、構成や世界観への賛同は多く得られたものの、ルールが複雑であり、参加者自身の動作が煩雑であることから、内容自体（認知症のある方の困りごとや社会資源など）に集中することが難しいのではないかとの声が聞かれた。

参加者がルールや動作に振り回されてしまうことにより学びの内容が半端になってしまうことが懸念され、また、ツールが多く運営者の準備にも非常に時間がかかってしまうことも踏まえ、すごろく型プログラムはオンラインでのみ実装することとした。対面でのプログラムは、参加者同士がより対話を通して認知症のある方の暮らしの様子や困りごとへの理解を深めてもらうことのできる状態を目指し、カードツールを用いたプログラムに形を変えて実装する。

### 2) オンラインバージョン

対面バージョンと同様、これまで多くは見られなかった「認知症について楽しみながら学ぶ」というコンセプトに非常に共感してもらうことができた。また、オンラインで全国どこからでも参加することができるため、地域を超えて参加者同士がつながるきっかけとなり、子どもや若年層にとってはとても参加しやすいだろうという声が寄せられた。

一方で、インターネット環境を整備した上での参加が必須であり、複数のオンラインツール（ウェブ会議システムとインターネットブラウザ）を併用するため、高齢者やオンラインツールに不慣れな人にとっては操作が難しかったり、環境が整わず参加を断念したりする人がいるのではないかといった懸念点も寄せられた。

上記の意見を受け、必要最低限の操作方法で参加することができ、参加者がより内容に集中し学びを深めることができるようなシステムやデザインのブラッシュアップを行った。

### 3. 改良後のプログラム全体像及び各プログラム概要

## 書籍「認知症世界の歩き方」

13のストーリー・148の困りごと・  
44心身機能障害・4つの社会的障壁・  
24のガイド

## 共創型学習プログラム

すごろくゲーム型  
オンライン  
ワークショップ

カードゲーム型  
プログラム

ウェブ検定型  
プログラム



認知症世界  
の歩き方

**Play!**

認知症世界の旅を通して  
困りごとや知恵・工夫・  
つながりを体験する



認知症世界  
の歩き方

**ダイアログ**

困りごとや心身機能障害  
を知り、対話をしながら  
ともに考える



認知症世界  
の歩き方

**検 定**

自分の認知症に関する  
知識を確かめ、  
学びを深める

#### 1) すごろくゲーム型オンラインワークショップ「認知症世界の歩き方 Play!」

上記Ⅲ.3-1)及び2)の内容を踏まえ、すごろくゲーム型ワークショップは、システムや操作面のデザインを見直し、オンラインでのみ開催できるプログラムとして改良した。

プログラムの内容はⅡ.2-2)に加え、ワークショップ中に参加者同士が4-5人のグループで対話する時間を設けることとした。それぞれの参加動機やワークショップ中の気づき・感想、認知症とともに暮らしやすい社会にするために何ができるか?といったテーマで対話をすることで、参加者同士で学びや気づきを深めてもらうための仕掛けをおこなう(内容は別冊資料10「手引き」9ページ、運営マニュアルは「手引き」14ページ以降参照)。

#### 2) カードゲーム型対話プログラム「認知症世界の歩き方ダイアログ」

上記Ⅲ.3-1)の内容を踏まえ、対面(オフライン)で実施することのできるワークショップ型プログラムを開発。カードツールを用い、参加者同士で認知症のある方の困りごとやその背景にあると考えられる要因についてそれぞれの考えを話し合い、学び合うことのできるプログラムとなった(内容については「手引き」10ページ参照)。

#### 3) 検定型ウェブプログラム「認知症世界の歩き方検定」

ワークショップ形式ではなく、一人で気軽に自身の認知症についての知識レベルをはかることができるプログラムを開発。「認知症世界の歩き方」の内容をもとに、認知症の基礎知識や認知症のある方が直面する困りごとなどに関する認知症の知識レベルを確かめ、さらに学びを深めることができるプログラム。スマートフォンやパソコン1台で気軽に楽しむことができる(内容については「手引き」12ページ参照)。

### 4. 今後の展開について

今後、本プログラムを医療・介護・福祉の専門職の方々に活用してもらい、認知症のある方ご本人・家族を含む地域住民や地域の事業者など幅広い方々とともに学ぶ機会をつくっていくための展開について記載する。

#### 1) 「認知症世界の歩き方」公認ファシリテーターの養成

3つのプログラムを自身の地域や職場で開催することができる「公認ファシリテーター」養成講座を開催し、広く一般の方がプログラムを体験できる機会を増やしていく

#### 2) 自治体や法人との協働事業としてのプログラム実施

協働していただけるさまざまな自治体や法人を募り、自治体・法人主催の各種研修・セミナーのプログラムの一環として実施する

---

令和3年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症の人の地域における参加・交流の促進に関する調査研究事業  
報告書

令和4年（2022年）3月発行

発行：一般社団法人 人とまちづくり研究所

URL：<https://hitomachi-lab.com/>