

平成24年度 認知症介護研究・研修東京センター 研究成果報告会
【認知症ケア専門士単位認定講座(2単位)】

認知症 Dementia care seminar ケアセミナー

認知症 Dementia care seminar ケアセミナー

日 時／会 場

平成24年6月11日(月) 13:00～16:30 セシオン杉並

主 催

社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

後 援

杉並区、杉並区医師会、認知症ケア学会、杉並区居宅介護支援事業者協議会、杉並介護者応援団



社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター

所在地 〒168-0071
東京都杉並区高井戸西 1-12-1
TEL 03-3334-2173 FAX 03-3334-2718
e-mail : tokyo_dcrc@dcnet.gr.jp

平成24年度 認知症介護研究・研修東京センター 研究成果報告会

認知症 Dementia care seminar ケアセミナー

プログラム

13:00／ 開 演

13:10／ 研究報告

「見えてきた認知症予防への道筋」～杉並区高齢者の調査研究事業から～

須貝 佑一 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長兼研究部長

13:50／ 研究報告

「認知症になっても安心して暮らせる地域をつくる」

永田 久美子 認知症介護研究・研修東京センター 研究部副部長

14:30／ 休 憩

14:50／ パネルディスカッション

「認知症の人のために医療と介護のできること」

座長:本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター センター長

16:30／ 閉会挨拶・終了

・会場内では携帯電話の電源はお切りいただくか、マナーモードに設定してください。

・会場内での飲食は禁止です。

「見えてきた認知症予防への道筋」 ～杉並区高齢者の調査研究事業から～

須貝 佑一 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長兼研究部長

Dementia care seminar **2012**

この調査研究のねらい

この調査研究のねらい：高齢者認知症の最大の発症リスクは年齢そのものです。年齢が高くなればなるほど確実に認知症はふえていきます。しかし、同じ年齢でも認知症になる人とならない人がいるのも事実です。どのような人が認知症になりやすく、どのような人が認知症になりにくいのかについてはなお議論のあるところですが、これまでに運動、食習慣、頭脳活動の3つの習慣の多寡が問題とされ、最近では各地の介護予防事業にも取り入れられていることは皆さんもご承知かと思います。しかし、これらの試みは海外の疫学文献や報告から類推して日本でも取り入れている、というのが実情です。実際に日本人の生活習慣を調べ、生活習慣と認知症の関連を見いだした、というもののばかりではありません。認知症介護研究・研修東京センター研究部ではこうした問題意識から2003年より9年間、杉並区内に住み、調査に協力すると意志表示された在宅の高齢者(杉並コホートと呼びます)758人について生活習慣と認知レベルの関係について追跡調査を行ってきました。その結果2011年調査では①1日に30分以上歩くことがほとんどない、または、たまにしかない者はMMSEが24点以下の認知症レベルになる傾向がある、②毎日ではなく、週1～6回ほど歩く者のMMSEが最も高い傾向を示したこと③読書をほとんどしない者のMMSEは低く、よくする者は高い傾向にあったこと④パソコン、携帯電話のメールをほとんど使わない者はMMSEが低く、毎日使う者ほどMMSEが高い傾向を示すという結果を得ました。食習慣では顕著な差がありませんでした。そこで、2011年度は抽出された生活習慣を意識して生活に取り入れることによって認知レベルの維持向上に効果がみられるかどうか、すなわち、認知症介護予防に役立つにのかどうかについてもコホート集団を対象に調査をおこないました。

これまでの結果のあらまし：これまで9年間の追跡調査でまず、驚かされたのは高齢者の認知機能は必ずしも年とともに衰えていくわけではない、ということです。この追跡調査にはMMSEという簡易知能テストを用いています。これは認知症を選び出す簡易知能尺度ですが、経過を追うと認知レベルのおおまかな推移をみることができます。認知症の薬の効果判定でもよく使われている尺度です。それでみると確かに認知症レベルに進行してしまう高齢者もいますが、検診で認知症すれすれのレベル(軽度認知障害)の人たちでも約半数は3年、5年と年月が経って、正常レベルに戻っていくのです。つまり、3年、5年の経過でみるならば高齢者の認知機能は維持、あるいは向上が期待できるということです。

第二は、高齢になればなるほど、脳は萎縮していきます。萎縮とともに認知機能は少しずつ衰えていきます。病的な萎縮に進むアルツハイマー病ではその経過が顕著です。私たちの検診でも脳の萎縮の程度と認知機能はよく相関します。ところが、脳の萎縮が病的に進みいかにもアルツハイマー病が発症しているのではないかと思わせるような脳萎縮があっても認知レベルが正常な高齢者が何人もみつかるのです。そして、そういう、方は例外なく「山登りをしている」「英会話の練習をしている」「テニスが趣味」といった、運動や頭を使う趣味に打ち込んでいたのです。偶然とは思えません。第三は、検診ではよく物忘れの程度を尋ねます。物忘れがひどくて心配、年相応の物忘れだと思ふ、物忘れはあまりしない、三つのどれかを選んでもらいます。その後、簡易認知力テストをすると物忘れの程度と実際の認知レベルには何ら相関がないのです。物忘れの自覚症状は人それぞれの感じ方の違いや関心の度合いによって差があるようで、実際の物忘れを反映するものではないこともわかりました。

頭の検診では同時に受診された方に生活習慣を事細かに記載していただいています。その結果が上記の①②③④としてまとめたのです。生活習慣調査の中には、近所つきあいや健康観も尋ねています。近所つきあいが多いほど、認知レベルが高く維持されていました。親戚づきあいでは差がありません。自分自身の健康観についてみると、気分がのらず、抑うつ的な人より、自分は健康だと思っている人のほうが認知レベルは高いのです。

今回、はじめてでは実際に認知レベル維持、向上に役立っているかもしれない生活習慣を実際に取り入れたら認知機能が向上するのかどうかを調べました。選んだのは「運動教室」と「パソコン教室」でした。1教室10人として5教室50人の定員で始めることとし、頭の検診参加者すべてに予防教室参加を呼びかけました。したがって、予防教室への参加を希望する集団は正常老化にある元気高齢者、軽度認知障害レベルの人が混合する形となったのです。予防教室参加者43人中9人がMMSE28点以下で、このレベル以下を「軽度認知障害」と仮にみなすならば、約20%がそれに相当しました。対照群としたのは参加希望が多数で、抽選漏れとなった人です。この人たちも軽度認知障害の割合はほぼ同じでした。予防教室による介入の効果測定は圧倒的に多い元気高齢者を分析からはずし、MMSE 28点以下の軽度認知障害とみなせる群に着目し、この下位群のみを抽出して予防教室前の基準点と比較しました。その結果、予防教室参加後のMMSE総点の上昇をみたのです。これはまだ短期の変化です。次は何もしない対照群との比較、こんどは対象群に予防教室に参加していただき、その変化をみる作業が待ち受けています。私たちの頭の検診事業はこうして数々の知見を集積しつつあります。少なくとも現在、言えることは認知レベルの低下は生活習慣の創意工夫で防げるかも知れない、ということです。その先には認知症予防の道筋が少しではありますが見えてきたように思います。

▶研究組織 (敬称略)

杉山	智子	(順天堂大学医療看護学部 高齢者看護学 講師)
林	邦彦	(群馬大学医学部保健学科 医療基礎学 教授)
古田	伸夫	(社会福祉法人浴風会 浴風会病院 精神科 医長)
松村	康弘	(桐生大学医療保健学部 教授)
丸井	英二	(順天堂大学医学部 公衆衛生学 教授)
山崎	由花	(順天堂大学医学部 公衆衛生学 助教)
山本	精一郎	(国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報・統計部 室長)
吉田	亮一	(社会福祉法人浴風会 浴風会病院 院長)

認知症になっても安心して暮らせる地域をつくる

～全国の自治体の取組みに学ぶ～



主 な 内 容 ～全国の自治体調査結果をもとに～

1. 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」の定義と背景について
2. 「地域づくり」に関する全国の自治体(市区町村)の取組み状況と課題
3. 自地域としての「地域づくり」を展開している事例紹介
4. これからの地域づくりにむけて

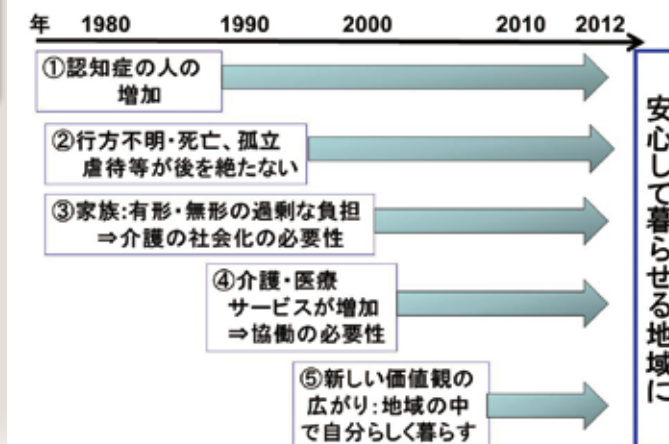
1. 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」の定義と背景について

1) 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」とは

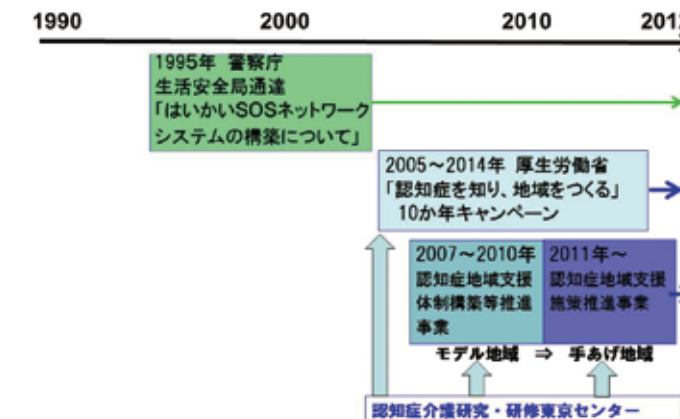
- 公的な定義は、ありません。
- ここでは、以下のように定義します。

「認知症になっても初期から最後のときまで一人ひとりが安心して暮らせる地域を築くために様々な立場の人がつながりながら支え合いを実践する地域に根ざした一連の取組み」

2) 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」の背景



認知症になっても安心して暮らせる地域づくりの推進に関する国の主な施策 ～モデル実施から本格実施のステージへ～



1) 地域づくりを進めていくための自治体としてのビジョンや目標、計画策定の状況

地域づくりのビジョン	地域づくりの目標設定
具体的にあり > 2.7%	中長期にあり > 19.2%
おおまかにあり > 25.8%	単年度あり > 12.0%
なし・不明 > 71.5%	なし・不明 > 68.8%

地域づくりを推進するための実施計画

継続的な取組みの実施計画あり	> 14.1%
単年度のみの実施計画あり	> 13.0%
なし・不明	> 72.9%

課題

約7割の自治体は、認知症地域づくりのビジョン、目標、計画を策定していない。⇒地域づくりが展開・継続しない要因。事業をこなすことに走らずに、ビジョン・目標・計画策定が重要。

2. 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」に関する全国の自治体(市区町村)の取組み状況と課題

認知症地域支援のモニタリングシステム確立と自治体での定着に関する調査研究より(平成23年度)
対象: 1750市区町村 有効回答: 974(55.7%)

調査項目(抜粋)

- 1) 地域づくりを進めていくための自治体としてのビジョンや目標、計画の策定状況
- 2) 本人・家族が安心して暮らせるための地域づくりを進めるための実態・要望の把握状況
- 3) 本人・家族に行き届く地域づくりを着実に進めていくための方策の実施状況
 - ①地域の多様な資源の参画、②本人・家族の参画、③核になる人材育成 ④多職種合同の人材育成 ⑤地域拠点づくり
- 4) 取組みの点検・評価の実施、結果の活用
- 5) 地域づくりの進捗状況

2) 本人・家族が安心して暮らせる地域づくりを進めるための実態・要望の把握状況

認知症高齢者数の把握	若年性認知症の人数の把握
調査等で把握 > 30.5%	調査等で把握 > 16.2%
推計で把握 > 19.5%	推計で把握 > 6.1%
把握していない > 50.0%	把握していない > 77.7%
本人の困りごと・要望の把握	家族の困りごと・要望の把握
聞き取りやアンケート等で把握している > 8.4%	聞き取りやアンケート等で把握している > 23.8%
把握していない > 91.6%	把握していない > 76.2%

課題

当事者の把握を実施していない自治体が多い。9割強の自治体は、本人の困りごとや要望を把握していない。⇒本人・家族が安心して暮らせるための地域づくりを進めていくためには、その数(存在)や実状・要望の把握が急務。

3)本人に行き届く地域づくりを着実に進めていくための方策の実施状況	
地域の多様な資源の参画 あり(多様な資源で)> 31.0% なし(一部のみで)> 69.0%	本人・家族の声と力を活かす 本人が地域で語る機会> 2.4% 家族が地域で語る機会> 27.9%
取組みの核になる人材育成 行っている> 18.0% 行っていない> 82.0%	医師と介護職合同人材育成 行っている> 12.7% 行っていない> 87.3%
(小地域単位での)地域拠点づくり 実施している> 6.3 小地域ではないが実施> 9.3 未実施> 84.4	
課題 認知症の本人に行き届くための方策を工夫しながら地域づくりを進めている自治体はまだ少数。⇒すでに様々な方策を工夫しながら地域づくりを展開している地域の情報・知恵に学び、(交流をはかりながら)、自治体として着実・効率的な地域づくりの推進が必要	

4)地域づくりの点検・評価の実施、結果の活用状況	
点検・評価の実施 行っている> 17.7% 行っていない> 72.3%	点検・評価結果の活用内容 地域づくり全体の推進> 13.2% 個々の事業の推進> 6.0%
点検・評価結果を公表 自地域で している> 3.2% していない> 96.8%	取組みや成果・内容の発信 住民への幅広い伝達の工夫 している> 19.6% していない> 80.4%
課題 地域づくりに関する点検・評価を実施しその後の事業に活かしている自治体は2割弱。結果や取組み・成果を住民に公表したり伝える工夫をしている自治体も少数。⇒「やっておしまい」にせず、自治体として点検・評価し、取組み等の公表・発信の強化が必要。	

5)地域づくりの進捗状況 ～本人が辿る経過にそって～	
ネットワークが育ち相談拡充 している> 32.6% していない・未把握> 67.4%	早期の総合的な支援の拡充 している> 23.2% していない・未把握> 76.8%
見守り+SOSネットの拡充 している> 30.6% していない・未把握> 69.4%	在宅でのターミナルケアの拡充 している> 7.0% していない・未把握> 93.0%
自地域の認知症地域支援体制全体の経年的な拡充 している> 32.1% していない> 29.3% 未把握> 38.6%	
課題 ネットワークを広めながら地域づくりを拡充している自治体は、3割程度。早期の総合的支援や在宅でのターミナルケアが拡充していない自治体が8～9割。⇒自治体として認知症の人が辿る過程にそった地域支援の進捗状況を把握し、ネットワークの育成を基盤に、地域づくりを総合的に推進していくことが求められている。	

3. 自地域としての「地域づくり」を展開している事例の紹介	
2000	2005
* 加賀市 (石川県)	
	* 富士宮市 (静岡県)
	* 国立市 (東京都)

加賀市(石川県)の取組み	
人口: 73,253人 高齢者数: 19,684人(高齢化率26.8%) (平成23年10月)	
特徴: 市としてビジョンを明確に掲げ、そのための具体策の計画を練り、地域づくりを年々着実・継続的に展開。	
1)ビジョン: 認知症の人が地域で暮らし続けられる加賀市に ⇒具体的にどんな町であってほしいか、徹底的に検討、話し合い	
2)具体策: 小地域ごとに地元の人による地元にあった地域づくり ⇒小地域ごとの実態把握、介護・医療・福祉資源の整備 ☆小地域ごとに地域拠点づくり(地域密着型サービス) ⇒本人・家族の視点にたった多職種人材・チームの育成 毎年継続的に実施:市が主催、自主参加方式 ⇒認知症ケア・地域づくりのコアになる人材の育成・確保 ⇒地域拠点に配置、小地域ごとに住民・多職種一体での地域づくりを推進	

富士宮市(静岡県)の取組み	
人口: 135,792人 高齢者数: 29,833人(高齢化率22.0%) (平成24年1月)	
特徴: 市と地域包括支援センターが核になり、当事者の声と力を活かして「一人」を地域で支える実践・成果を広げる。	
1)ビジョン: 誰もが住み慣れた地域の中で尊厳を保ち、幸せに健やかに、安心・安全な日常生活を営むことのできる「まち」に	
2)具体策: ビジョンが「当事者にとって具体的にどういうことか」 本人・家族から徹底的に聴く⇒課題整理⇒アクションへ ⇒若年認知症の一人一人からスタート、家族会とのワークショップ 地域で暮らしていくために必要なことの整理、それを叶えるために一つずつ地域の多様な資源のつながりを生み出していった。 それを他の認知症の人・家族の支援に次々と応用。 ⇒地域の多様な人たちの顔の見える関係が育ち柔軟で新たな支援 ⇒本人・家族が活き活きと地域で暮らす姿が一つ一つ増える	
3)点検・評価の実施: 関係者参加で。ネットワークづくりを兼ね報告会。	

小地域(小学校区)ごとに 詳しい実態把握	小地域(小学校区)ごとに 介護・医療資源、拠点を整備
加賀市の地域包括ケア体制全体図 急性期医療から在宅介護まで、切れ目のない医療介護福祉の提供体制	
日常生活圏単位で街づくり、大型寺団地 城下町の歴史あるまちを大切にしながら自然豊かなまちにしたい。	
核になる人材が育ち、小地域ごとに つながりと支援を 自発的にうみだし、 支援の輪を広げている	

「一人」の本人・家族の声と力をフルに活かす。	行方不明 ハイリスクの人の 日々の暮らしを 地域の人・ 専門職が 一緒に守る ←一人のための 支援マップ
当事者から学ぶ 地域を共に作る意識・実践が生まれる 市民も、医師も、介護職も 小・中・高校生、若者も	物忘れ・相談医療機関リスト 当事者の声から実現

国立市(東京都)の取組み

人口：74,434人 高齢者数：14,721人(高齢化率19.8%) (平成24年5月)

特徴：地元の医療・介護職が市民や行政に呼びかけミーティングを継続開催。立場を超えて話し合い地域の中で共にできるアクションへ

- 1)ビジョン：認知症の人と共に、お互いが安心して元気に暮らせる町に
- 2)具体策：立場や職種を超えて集まるミーティングを継続的に開催。
 - 互いのつながりを活かして誘い合って集まる。
 - 医療・介護・福祉関係者、住民、行政、介護家族、本人→拡大
 - 地域で暮らしていく中での現実の困難、そしてわが町がどんな町になってほしいか、具体的に話し合う。
 - これまでの方法や考え方にとらわれず、町づくりのためにやってみたいこと、できることのアイデアをどんどん出しあう。
 - アイデアをまとめ、実行にうつすアクションを決め、実践へ。
- 3)点検・評価：関係者参加で。アクションの呼びかけを兼ね報告会予定。

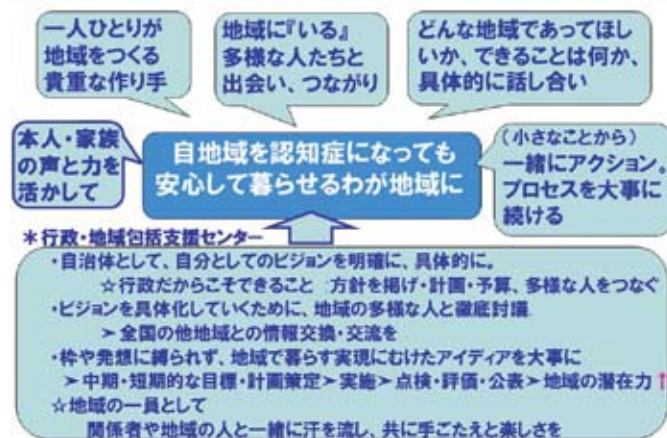


アクションを生み出すミーティング
地元の医師・看護・介護・福祉、住民、行政、介護家族、本人・・・
＊仲間が仲間を誘って参加
＊行政の事務職・技術職も溜け込んで話し合い
➢ 会を重ねるごとに顔の見える関係・気軽な相談
➢ 日常的なつながり・連携・協働へ

話しあいでも生まれた様々なアクションのアイデア
＊アイデアをつぶさない
本当はもっとやってみたい！
＊できることを話し合う
アクションテーマを決め、仲間を増やし、実践へ

- 市民の理解を深める研修
- いつでも集まれる場づくり
- ちょっぴりしたこと相談できる場づくり
- デイサービスでやれないことをやる場づくり
- 見守り隊(男性ができること)
- 地元でちょっとした手伝い
- 本人・家族が情報を得られるサービス
- 「私は認知症」と言えるキャンペーン

4. これからに向けて



わが地域で・・・



【パネルディスカッション】

「認知症の人のために医療と介護のできること」

座長

本間 昭

(認知症介護研究・研修東京センター センター長)

パネリスト

窪田 茂比古

(社団法人 杉並区医師会 副会長)

石川 基子

(東京海上日動 みずたま介護ステーション下高井戸ケアプランセンター 介護支援専門員)

北原 理良子

(特定非営利活動法人 杉並介護者応援団 理事長)

須貝 佑一

(認知症介護研究・研修東京センター 副センター長兼研究部長)

永田 久美子

(認知症介護研究・研修東京センター 研究部副部長)

認知症介護実践者等養成研修の平準化に関する検討

▶研究の主な内容

- 認知症介護実践者等養成事業(以下、実践者等養成事業)は、専門職に対する認知症介護の研修として都道府県・指定都市で実施されている研修制度です。
- 本事業は①全国で行われている認知症介護に関する研修と実践者等養成事業との比較、②実践者等養成研修の内容の見直し、③実践者等養成事業の実態や課題の把握と解決策の検討、④実践者等養成事業で活用可能な自己評価スケールの開発などを目的として実施しました。
- 研修情報を集めた結果85の研修が集まりました。研修内容を比較し研修ごとに重複している内容の有無を確認しデータとして示しました。
- 実践者等養成事業の見直しでは、医学的理解の充実や、研修の評価の位置づけなど修正の必要性が指摘され、それらを踏まえた修正案を作成しました。
- 実践者等養成事業の実態把握・課題収集のために、行政担当者セミナーを実施しました。その結果、研修実施時間に格差があることや実践者等養成事業を他の研修と読み替えている地域があることなどが明らかになりました。
- 自己評価スケールの開発では、119項目あった評価票を調査により76項目まで絞り込みより利用しやすい形にしました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

- カリキュラムの比較結果が施策に反映され研修の読み替えが進めば、介護従事者がより効果的に研修を受講することができます。また、研修の内容が修正されれば、より現場で生かしやすい研修が展開できると考えられます。
- 自己評価スケールが利用されれば、研修による力量の変化が明らかとなり、スタッフのスキルアップや研修の改善に役立つことが期待されます。

▶研究組織 (敬称略)

安藤 幸男	(公益社団法人認知症の人と家族の会)
今井 幸充	(日本社会事業大学)
内田 千恵子	(社団法人日本介護福祉士会)
長田 久雄	(日本認知症ケア学会)
木村 隆次	(一般社団法人日本介護支援専門員協会)
鴻江 圭子	(公益社団法人全国老人福祉施設協議会)
崎山 賢士	(社団法人日本社会福祉士会)
佐々木 薫	(社会福祉法人仙台市社会事業協会)
高橋 明	(公益社団法人全国老人保健施設協会)
塚田 明人	(公益社団法人日本認知症グループホーム協会)
筒井 孝子	(国立保健医療科学院)
中山 政昭	(東京都福祉保健局高齢社会対策部)
西島 久雄	(一般社団法人日本慢性期医療協会)
東森 由香	(公益社団法人日本看護協会)
三上 裕司	(社団法人日本医師会)
加藤 伸司	(社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター)
柳 務	(社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター)
本間 昭	(社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター)
児玉 桂子	(社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター)

認知症地域支援推進員研修における効果的な人材育成のあり方に関する研究

▶研究の主な内容

- 認知症地域支援推進員研修(以下、推進員研修)は、国が実施する「市町村認知症施策総合推進事業」において、医療と介護の連携強化や地域における支援体制の構築のためにコーディネーターを担う役割を持った人材です。
- 本事業では、地域支援推進員がその活動において必要な知識・技術を習得できる研修の提供のために①認知症地域支援推進員研修の実施、②研修修了後の活動実態に関する調査、③委員会における研修カリキュラムの検討などを実施しました。
- ①の認知症地域支援推進員研修は、3日間の研修を6回実施しました。受講者数は自治体関係者等も参加した合同研修を含めると、延べ445人となります。研修の各单元において、1:できなかった~5:できたの5件法で理解状況を尋ねたところ、実施した16单元すべてで、平均値4点以上の自己評価を得ることができました。
- ②の研修修了後の活動実態に関する調査では、269名の認知症地域支援推進員研修修了者に調査票を配布し、219名から調査票を回収しました(回収率81.4%)。調査において改めて研修の单元について実践で役に立ったか尋ねた結果、全体的に高い評価を得ることができました。ただし、フォローアップ研修を望む声も7割程度の回答者から聞かれ課題となりました。
- 事業では2回の委員会を実施し、研修カリキュラムのあり方やフォローアップ研修のあり方などを検討しました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

- 今回の成果を踏まえ、地域支援推進員研修及びフォローアップ研修が充実すれば、市町村認知症施策総合推進事業が効果的に展開され、地域の介護・医療の連携がよりスムーズになることが期待されます。

▶研究組織 (敬称略)

栗田 主一	(東京都健康長寿医療センター研究所)
池内 力	(兵庫県庁健康福祉部社会福祉局高齢社会課)
池田 学	(熊本大学大学院生命科学研究部)
木村 功	(滋賀県大津市役所健康保険部健康長寿課)
澤田 信子	(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部)
萩原 正子	(オフィス萩原)
福本 恵	(宮城県仙台市青葉区障害高齢課)
山本 繁樹	(立川市南部西ふじみ地域包括支援センター)
本間 昭	(認知症介護研究・研修東京センター)

認知症地域支援のモニタリングシステムの確立と 自治体での定着に関する調査研究事業

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

認知症の人と家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、地域の様々な分野や立場の人たちが認知症についての関心と理解を高め、つながりを育てながら支え合いを広げていくことが求められています。本人と家族に実際に役立つ支えあいを生み出し着実に発展させていくためには、地域のさまざまな人が、わが町で暮らしている認知症の人と家族のくらしの実情はどうか、また町の実情はどうなっているのか、その現状を知ることが必要です。今年度の調査研究で、全国の市町村が認知症の本人・家族や町の現状を把握していない場合が少なくなく、様々な地域支援の取組みがなされているにも関わらず、それらが断片的・単発的でつながりや広がり、継続性に乏しいという課題が確認されました。

そこで、自治体(市区町村)として、認知症の本人・家族や町の現状に関する基本的なデータをわかりやすく情報化し、それらをもとに様々な分野や立場の市民が現状を知り点検を行っていくしくみ(モニタリングシステム)のひな形を、全国の先進地域の取組み等を集約しながらつくりました。そのひな形が実際に役立つかを確かめるために、2府県および2市町で行政関係者、地域包括支援センター職員、住民等が参加したワークショップを開催しました。その結果、すでに行政や地域にあっても一部の人しか知らないデータも多くそれらを集約する必要性や、行政や専門職、市民が情報を集約・共有する仕組みをそれぞれの地域の特徴を活かしながら作っていくことができる可能性が確認されました。

以上の結果を、行政関係者や介護や医療サービスの関係者、市民に幅広く発信するための公開の報告会を都内で3月に開催し、参加者アンケートに、自分の地域でのモニタリングシステムの必要性や、早速自地域でも取組み始めたいという意見が多数寄せられました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

今回つくったモニタリングシステムのひな形を自治体や介護・医療現場の人たち、市民に普及をはかり、認知症の本人・家族や町の実情に関するデータへの関心を高め、分野や立場を超えてデータを集め、データをもとにこれからのわが町での支援のあり方を一緒に話し合い、支援を(計画的に)実践しながら経過を確認していく一連のしくみを各自自治体ごとにつくりだしていけるように反映させていきます。

▶研究組織 (敬称略)

永田 久美子 (東京センター)
伊東 和彦 (栃木県産業労働観光部)
古賀 厚志 (北九州市障害福祉部)
庄司 彰義 (岸和田市保健福祉部)
福井 久 (滋賀県後期高齢者医療広域連合総務企画課)
館石 宗隆 (札幌市東区保健福祉部)
大谷 るみ子 (福岡県高齢者グループホーム協議会)
高見 国生 (認知症の人と家族の会)
小室 直義 (元富士宮市長)

認知症の本人の自己対処と生活支援に関する研究

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

これまでの調査研究により、認知症の人は、周囲の人の想像以上に本人なりの生活上の課題(生活上の不自由や悩み等)を多数抱えていること、残されている力が様々ありそれらを活かして自分なりにうまく対処しながら日々を自分らしく暮らしていきたいと願っていること、家族や介護・医療職等の支援者には一方的に世話をするのではなく自分ができることを支えてほしいという要望を抱いている人が多いことが明らかになってきました。

そこで、認知症の本人と家族、支援関係者に聴き取りや観察調査をした結果をもとに、認知症の人が自分の生活上の課題を明確にして自分なりの対処の仕方を見つけるための「A.自己課題リスト」と「B.自己対処ガイド」を作成するとともに、本人の自己対処を家族や支援関係者が支えるための「C.自己対処支援ガイド」を作成しました。それらが実際に役立つかを確かめるために、アルツハイマー型認知症の診断を受けた人とその家族、支援関係者50組にA～Cを3か月間活用してもらい、前後でどのような変化が起きるかを調査しました(本人が住んでいる場:自宅14、グループホーム28、施設12)。その結果、A～Cを活用して3か月目時点で、9割の本人がそれまで周囲によくわかってもらえないでいた自己課題を明確にしながら自分なりの対処ができるようになり、意欲や自身の向上、不安・混乱の減少、体調の改善など様々な面での改善が確認されました。家族・支援者は、AからCを活用し始めた直後から、本人の言動や意向への関心と観察を強め、活用後1か月以内に8割、3か月でほぼ全員が、支援してあげてしまうのではなく本人なりの対処を支える支援をするようになりました。そして、本人なりに自己対処の様子や本人が自信や安定を強めていく様子にふれることを通じて、本人への理解や支援することへのやりがいが高まったり、支援を続けていきたい意欲が高まるなど、本人と家族・支援者間でのプラスの変化の良循環が確認されました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

「A.自己課題リスト」、「B.自己対処ガイド」、「C.自己対処支援ガイド」の普及をはかり、認知症の診断をうけたできるだけ早い段階で本人・家族、支援関係者が活用しながら、本人の自立度や自分らしい生活の保持、家族の不安や負担の軽減、本人との関係の維持につながるケースを増やしていきたいと思います。行政や支援者組織の研修に取り入れて、本人の自己対処に関する理解と支援を広げていきます。

▶研究組織 (敬称略)

永田 久美子 (認知症介護研究・研修東京センター)
遠藤 英俊 (国立長寿医療研究センター)
三浦 研 (大阪市立大学)

認知症地域連携マップの作成

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

認知症の人は、認知症を発症後、長い経過を辿りながら日々を送っています。その過程で、本人と家族が生活上の困難を抱え込んだり孤立を強めることなく、地域の人たちや医療・介護・福祉の専門職などさまざまな人たちとのつながりを維持したりむしろつながりを拡充しながら、認知症になっても安らかに豊かな生活を送っていけるような地域連携を育てていくことが求められています。

そこで認知症を発症した人一人ひとりがよりよく暮らしていくための地域連携を育てていくためのひとつの試みとして、ケア関係者が受け持ちの認知症の人にセンター方式を活用しながら、本人の生活上の課題と望んでいる暮らし方、有する力を把握するとともに、発症前後と現在の「わたしの支援マップシート(センター方式A-4シート)」を一人ひとりについて作成しました。その「わたしの支援マップシート」をもとに、本人・家族を交えたケアチームで、本人と地域のつながりがこれまでどのように変化したか、現在必要な地域とのつながりがどのような内容で誰と可能か等の話し合いを行い、その結果をもとに本人に必要なつながりを強めたり新たに生み出す取組みを6か月間試みました。対象は、アルツハイマー型認知症の診断を受けた6名(認知症の程度;軽度2名、中等度2名、重度2名、住んでいる場:自宅2名、グループホーム2名、施設2名)です。

その結果、対象者の認知症の程度、住んでいる場に関わらず、本人は発症前にくらべて調査時点では、なじみの人や場とのつながりが減っていること、医療や支援関係者と新たなつながりが増えていますが、それら同士がつながっていないかったり必要なつながりが不足していることが明らかになりました。「わたしの支援マップシート」による話し合い結果をもとに6か月間支援関係者が可能なところからつながりを増やす試みをした結果、各ケースともに、なじみのつながりおよび医療・支援関係者のつながりの両方が強化され、本人・家族の安心感や他生活状態の改善、医療・支援関係者間の協働のしやすさなどの効果が生じることが確認されました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

センター方式の「わたしの支援マップシート」を日常的に活用するためのわかりやすいガイドを作成し、介護現場で接する一人ひとりからその人を中心とした地域資源連携が育っていくことを推進していきます。自治体・地域包括支援センターに今回の一人ひとりを大切に作る連携の手法を伝え、「本人と家族を中心とした地域資源連携」の具体的な取組みや地域資源マップへの反映を推進していきます。

▶研究組織 (敬称略)

永田 久美子 (認知症介護研究・研修東京センター)
小森 由美子 (認知症介護研究・研修東京センター)
熊倉 祐子 (認知症介護研究・研修東京センター)
武田 章敬 (国立長寿医療研究センター)

本人本位のケアにおける支援機器の有効性の検証

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

認知症の本人が、認知症の人向けの支援機器を利用することを通じて、自分なりの暮らしを維持していくことを支援する手法を開発するためのステップとして、アルツハイマー型認知症の人10名(認知症の程度:軽度2名、中等度5名、重度3名、住んでいる場:自宅5名、グループホーム3名、特別養護老人ホーム2名))を対象に、支援機器ニーズのアセスメントを実施しました。その結果、8名が以下のような支援機器のニーズを有していることが確認されました。

- ①時間の失見当をカバーする支援機器
- ②場の失見当をカバーする支援機器
- ③日々の中での物忘れをカバーする支援機器
- ④人との会話やつながりの不自由をカバーする支援機器
- ⑤なくし物・探し物に関する支援機器、
- ⑥日々の楽しみを続けていくための支援機器
- ⑦適切な服薬のための支援機器

以上、認知症の人の支援機器に関するニーズは多岐に渡っており、複数の支援機器のニーズを有している人が8人中7人でした。

今回の調査を通じて、対象となった本人のケア関係者からは、支援機器を活かすことをこれまで考えたことがなかった、支援機器を活用することで本人の「繰り返しの質問」や不安、混乱を減らせる可能性、本人が自由に自分らしい暮らしを続けていける可能性、そのための支援機器の必要性についての意見が寄せられました。また、本人にとって生活課題全体をとらえた上で優先順位が高く生活全般への波及効果が大きい支援機器のニーズを見極めてから、機器の選択や利用の支援につなげていく必要性が示唆されました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

本人や家族、支援機器の関係者に認知症の人に役立つ支援機器の存在や、本人の生活課題の中で支援機器の必要性を見極めていく方法や利用支援のあり方等の情報提供をしていきます。

▶研究組織 (敬称略)

永田 久美子 (認知症介護研究・研修東京センター)
井上 剛伸 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所)

高齢者の認知症発症に関係する生活習慣と生活改善による認知症予防効果の調査研究

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

認知症のリスクについてはなお議論のあるところではあります。研究部では2003年より8年間、登録された杉並コホート720人について生活習慣と認知レベルの関係について追跡調査を行ってきましたが、今回は、これまでに抽出されたプラスの習慣を意識して生活に取り入れることによって認知レベルの維持向上に効果がみられるかどうかについて検証しました。

「高齢者の認知症発症に関係する生活習慣調査」は引き続き頭の検診の形で実施、高齢者の認知機能と生活習慣との関連について検討を行いました。検診事業は平成23年9月5日から平成23年10月31日まで実施しました。「生活改善の介入による認知症予防効果研究」は検診時に参加希望を募り、希望した149人(42%)より抽選で50人を抽出しました。介入内容はパソコン教室または運動教室としました。参加者には終了時に臨床心理士が簡易知能テストのMMSEを実施しました。また、抽選に漏れた99人については教室参加者の対照群として観察することとし調査しました。

検診受診者の平均年齢は81.7歳±5.2歳(昨年80.7±5.2歳)でした。そのうち男性は平均81.3±4.9歳、女性は81.9±5.3歳である。受診者年齢の男女差はみられませんでした。認知機能を調べる簡易知能テストMMSEの平均は27.8±3.4点(男性28.1±3.3点、女性27.6±3.5点)でした。昨年同様、MMSEの平均値は、統計学的には有意差はみとめていませんが、女性が男性に比べてやや低下していました。

今回の検診結果をMMSEでA、B、Cの3ランク分け、物語想起結果をA、Bランク分けして総合して認知レベルを評価しました。AA群が「正常」、AB、BA、BBの3群が認知症レベルの認知力低下には至っていないが、正常範囲を超えるところから「軽度認知障害」(MCI)とみなし、CA、CB群は「認知症レベル」としました。その結果、認知レベルが低下し、認知症レベルとみなせるCA、CB群は45人(12.7%)と昨年の35人(9.5%)より増加していました。同時に調べた生活習慣と認知レベルの横断研究では、歩行、運動、読書、電子メール、認知症予防への関心の項目が、認知機能と関連があることが示唆されました。近所でつきあっている人が多いほど認知機能は高く、また、友人・知人とのつきあいが頻繁にあるほど認知機能は高くなりました。親戚・親類とのつきあいは認知機能とは関連がありませんでした。今回の調査において対象の35.37%がアパシーあり、抑うつ傾向は26.64%、抑うつ状態は9.17%でありました。認知機能維持、認知症の予防のためには高齢者の精神機能についても十分な観察が必要であり、介入の可能性も考えられました。本研究では、主観的健康感が良いもののほど、認知機能が良い傾向をみとめました。昨年度検診を受けながら23年度検診に来られなかった人たち42名への悉皆電話調査を行いました。この群の以前のMMSEは低い傾向にあり、未受診者の追跡は今後も必要との認識に至りました。在宅の高齢者と平行して調査していたホーム入所者追跡結果では身体障害および認知障害の程度が異なっている入所フロア間では、在所期間は異なっていました。性別、年齢、MMSE得点は、それぞれ在所期間に影響を与える要因でした。比例ハザードモデル解析で性別と年齢で調整した時、MMSE得点で認知機能障害程度が1点軽くなるほど、退所リスクは2.2%減少しました。認知症予防教室事業では2011年度まで行ってきた頭の検診と生活習慣調査で得られたデータより、認知レベル維持、向上に資していると考えられる諸要因のうち、運動の習慣とパソコンへの取り組みの二要因を取り上げ、認知症予防教室を立ち上げました。検診参加者から希望を募り、軽度認知障害、正常高齢者の混合した群について3ヶ月介入し、その前後で認知レベルの動向を調べました。軽度認知障害群にあっては、認知レベルの向上に役立つ所見が得られたことより、今後さらにその効果の持続がどの程度かを対照群を置いて調べる必要があると考えられました。

▶研究組織 (敬称略)

須貝 佑一	(認知症介護研究・研修東京センター 研究部長)
杉山 智子	(順天堂大学医療看護学部 高齢者看護学 講師)
林 邦彦	(群馬大学医学部保健学科 医療基礎学 教授)
古田 伸夫	(社会福祉法人浴風会 浴風会病院 精神科 医長)
松村 康弘	(桐生大学医療保健学部 教授)
丸井 英二	(順天堂大学医学部 公衆衛生学 教授)
山崎 由花	(順天堂大学医学部 公衆衛生学 助教)
山本 精一郎	(国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報・統計部 室長)
吉田 亮一	(社会福祉法人浴風会 浴風会病院 院長)

「認知症高齢者への環境支援指針(PEAP日本版)」を取り入れた認知症フロアの居場所づくりと利用者の変化に関する研究

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

従来型施設の認知症フロアで「認知症高齢者への環境支援指針(PEAP)」を取り入れた居場所づくりに取り組み、ご利用者にくつろげる居場所の提供を行うと共に居場所の選択ができるような環境づくりを実施しました。

自立度の高いご利用者が過ごされているデイルームには、ご利用者が使われるキッチンがある為、広い空間をダイニングスペースとソファリビングスペースに分け、キッチン前にもう1つのソファスペースを設けました。キッチン前のソファスペースはご家族面会時に面会スペースとして使用できるよう天井にロールスクリーンを取り付け、プライバシーの確保ができるように配慮しました。環境づくり実施後、ご家族面会時にはキッチン前のソファスペースを有効活用することができています。また、ソファリビングスペースではご利用者がテレビや雑誌を見て過ごされたり、仲の良いご利用者同士でくつろぎながら談話されたりと多くのご利用者にとって新しい居場所となっています。

介助を要するご利用者が過ごされているデイルームにもくつろぐことが出来るソファスペースとキッチン横の空間に面会室を設けました。しかし、自立度の高いご利用者のグループと比べて新しい環境を上手く活用できずにいます。介助を要するご利用者は職員がソファスペースや面会室に誘導しなければならない方が殆どの為、面会に来られたご家族が職員に遠慮されてしまうのが原因の1つに挙げられます。また、「見守りのしやすさ」を重視してしまう職員が多く、ご利用者の過ごしやすさに目を向けられないことも活用できていない原因の1つであると考えられます。環境の活用にはもう少し時間がかかると考えられます。

その他にパーティションの貼り替え、共同棚の塗り替えによりリビングを明るい印象に変え、時計の位置やトイレ、浴室の表示をご利用者目線に合わせて変更することで見当識への支援を行いました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

ご利用者の居場所づくりを行うことで、ご利用者が居場所の選択が出来てくつろぐことができる環境を作ることができました。新しい環境がご利用者の生活に馴染み、使いこなしていくためには更に時間がかかると考えられます。今後も環境づくりに取り組み、ご利用者が安心して過ごせる居場所づくりを実施していきたいと考えています。

▶研究組織 (敬称略)

宮川 永美子 (社会福祉法人浴風会 特別養護老人ホーム 南陽園)
南陽園5階スタッフ一同
児玉 桂子 (認知症介護研究・研修東京センター)

認知症者の居宅サービス計画書作成過程への参加支援に関する研究

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

居宅サービス計画書の作成の際の、認知症の利用者の参加状況の実態や、参加促進に向けた支援方法を明らかにするために調査を行いました。認知症介護指導者より推薦された10名の介護支援専門員へのグループインタビューの実施し、認知症者の参加を得るうえで困難を感じる場面とその対処のための段取り・工夫について尋ねました。また、インタビュー調査の結果をもとに、調査票を作成し、WAM-NETに登録された全国の居宅介護支援事業より無作為に2000事業所を抽出し、調査票を郵送し、FAXにて回収しました。アンケート調査の結果、429票が回収されました(回収率21.45%)。アセスメント・ケアプランへの参加状況については、おおむね、居宅サービス計画書の作成が認知症の利用者も一緒に参加しながら行うよう働きかけを行っている状況が示唆されました。インタビュー調査より得られた認知症者へのアセスメント実施の困難状況30項目に対して、困難に感じるかどうかを4件法で尋ね、探索的因子分析(主因子法・Plomax回転)を実施した結果、「家族対応関連」「BPSD関連」「ニーズ把握関連」の3因子11項目が抽出されました。さらに、それらを下位尺度として尺度得点を算出し、クラスター分析を行った結果、「B P S Dの対応に困難を感じる」「非常に困難を感じる」「あまり困難感がない」「やや困難を感じる」4つのタイプが抽出されました。この4つのタイプと、インタビュー調査から抽出された困難状況の解決のために段取り・工夫についてのアンケート調査の結果との関連をコレスポンデンス分析でみた結果、「あまり困難感がない」タイプより、「やや困難を感じる」タイプの周囲に多くの段取り・工夫が布置されました。一方「あまり困難感がない」タイプの周辺には、「介護疲れの家族の疲労を取るサービスから導入する」といったサービス導入を重視するような項目群が付置されました。この結果から、認知症の利用者主体のケアマネジメントを進めるには、家族への対応、BPSDへの対応、利用者のニーズ把握といった困難への対応力が求められることが示唆されました。また、困難状況の対処の工夫も、認知症者へのケアマネジメントの難しさがある程度感じている介護支援専門員のタイプとの親和性が高いことが示唆されました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

介護保険制度の適正な運用のため、認知症の利用者の自己決定権をいかに支援すべきかは重要な課題です。そのために、介護支援専門員はスキルアップのための研修等がかかせないと考えます。本研究で示唆された認知症の人へのケアプラン作成を行う際の困難さの要素である、家族への対応、BPSDへの対応、利用者のニーズ把握に関する困難状況への対応力向上は、認知症者へのケアマネジメントを向上させるために必要な研修等のカリキュラムなどを考える際に考慮すべき視点としても考えることもできると考えます。

▶研究組織 (敬称略)

渡邊 浩文 (認知症介護研究・研修東京センター)

認知症の地域ケアにおけるケアと医療との連携に関する研究

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

本研究では、地域包括支援センター職員等からなるワーキンググループを組織し、認知症の人に対する地域の支援で、どのように医療とつながりをもっているかの現状について具体的な事例を交えて意見交換を行いました。また、かかりつけ医、居宅介護支援事業所所属の介護支援専門員が、認知症の人に対する地域ケアで、どのように医療とつながりをもっているかの現状と意識について明らかにするための実態調査を杉並区及び奈良市に行いました。

ワーキンググループの議論の結果、認知症のステージごとの課題に沿って、ケアと医療との連携に求められる目的や工夫に差異があることが示されました。例えば、認知症の発症が疑われる場合には、認知症の治療や介護保険サービスの利用に早期につないでいくために、かかりつけ医は専門医につなげる役割を担っていく必要があることが指摘されました。認知症が進行し身体合併症への対応が求められる時期や、終末期においてはより医療とのつながりが必要になることから、入退院時の対応など、関連機関、職種間の十分な情報共有の場所を設定するとともに、ケア提供においても有機的に機能できるようなチーム作りが求められことがわかりました。そうした対応を行っていくためにも、介護支援専門員は医師とコミュニケーションをとっていくために必要な技術を身に着けること、かかりつけ医も認知症についての理解を深め必要に応じて専門医につないでいく役割を担うことが求められます。また、そうしたことが地域の中で展開されるには、多職種による研修会などを通したスキルアップや連携の下地作り、連携シートのようなツールの作成とその運用のシステムづくりなどが重要です。そのためにはそれらを組織的に進めるための行政・医師会・専門職団体の関与が重要です。奈良市、杉並区を対象にした調査の結果、調査対象2地域に共通する以下のような認知症の人へのケアと医療の連携の課題が示唆されました。

- 介護支援専門員の担当する利用者の中に、診断を受けていない認知症利用者が一定数いる。介護支援専門員－かかりつけ医間だけでなく、かかりつけ医－専門医間の連携を促進する必要がある。
- 介護支援専門員が本人や家族が認知症のことを受け入れていない状況や、認知症の今後の経過に不安を感じている状況に接しても、かかりつけ医に相談等のやりとりをしていない状況がある。同様の状況に医師も困難を感じている状況がある。両者が連携をとりながら対応できる土壌作りが必要である。
- 介護支援専門員が医師に対してコミュニケーションのとりづらさを感じている状況がある。介護支援専門員－医師間のコミュニケーションを促進するための個人的なスキルの獲得とあわせて、例えば、連携シートのようなツールづくりや、共通のマニュアルの作成など、地域でシステムとして機能できるような基盤整備が必要である。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

認知症医療及び認知症ケアの向上と、地域における認知症ケア連携の向上を図るために、介護支援専門員とかかりつけ医が連携をとりながら医療やケアを行ううえで必要な、背景・要因・スキル等を明らかにしていきます。

▶研究組織 (敬称略)

本間 昭	(認知症介護研究・研修東京センター)	センター長)
須貝 佑一	(認知症介護研究・研修東京センター)	研究部長)
児玉 桂子	(認知症介護研究・研修東京センター)	研修部長)
森重 賢治	(認知症介護研究・研修東京センター)	運営部長)
永田 久美子	(認知症介護研究・研修東京センター)	研究部副部長)
大島 憲子	(認知症介護研究・研修東京センター)	主任研修主幹)
中村 考一	(認知症介護研究・研修東京センター)	研修主幹)
渡邊 浩文	(認知症介護研究・研修東京センター)	研究主幹)

東日本大震災時の認知症高齢者の行動と 介護スタッフの対応に関する実態調査研究

Dementia care seminar 2012

▶研究の主な内容

本研究では認知症介護指導者の被災地支援の実態に関するアンケート調査、被災地の認知症介護指導者に対するヒアリング調査、認知症介護指導者の被災地支援の実態に関するヒアリング調査、被災地の行政担当者に対するヒアリング調査の4つの調査研究を実施しました。

その結果、被災地及び被災地支援の実態と課題として、認知症の利用者は地震で揺れている最中には認知症の利用者に大きな混乱はみられないが、その後、避難した先において状況がのみこめず、混乱する人がいたことがわかりました。また、施設が被災した場合、通常よりもマンパワーを確保する必要性が生じることが示唆されましたが、職員やその家族も被災者となり、ガソリン不足からの通勤手段の確保の問題も重なりマンパワーを確保し、夜勤等がまわるようにシフトを組むことに大きな困難が生じていた状況が明らかになりました。さらに、被害があまりにも大きく、広域にわたっていたため、ライフラインが回復しても物流が滞る状態が続き、ガソリンはもちろんのこと、生鮮食品やとろみ剤、高カロリー栄養剤などの食事に関する物資や、おむつ、尿取りパットなどの排泄ケアに関する物資の不足していたことが明らかになりました。

被災地への支援の状況をみると、地震発生から1,2カ月の間に多くの多くの支援が集中していました。その頃の状況をみると、ガソリン不足による移動手段の困難さや、人と物資が押し寄せる中でそれをどう采配をとるかの混乱した状況があったことが窺われました。地震発生からしばらくすると、リーダー職員の疲れを心配する意見や、現地スタッフの疲労を心配する意見がアンケートで記載されました。宮城県職員のヒアリングでは、5月の連休明けくらいには、介護施設への介護職員の派遣のニーズがありましたが、そのために用意されたスキームの活用には至らなかった事実が明らかになりました。宮城県では主に避難所に対して派遣されていたもう一方のスキームについても、実際の運用がはじまったのが3月20日と1週間以上が経過していたことに加え、都道府県間の費用負担のルールなどが決まらないままに仕組みが動き出し、派遣される職員の確保も、ある都道府県で確保ができなくなると別の都道府県をあたるといった自転車操業のような運用が行われていたことが明らかになりました。

以上の結果、被災地における施設、及び支援先の状況の変遷及び、支援の内容、支援システムの状況等の実態が明らかになりました。また、防災の課題、支援システム構築に関する課題が示唆されました。

▶介護の現場や施策への反映に期待される研究成果

今後の激甚災害に備え、どのような防災のあり方や災害時の支援のための仕組みが必要か、また、支援者に求められるスキル等について検討していきます。

▶研究組織（敬称略）

阿部 哲也	（認知症介護研究・研修仙台センター	研究・研修部長）
大島 憲子	（認知症介護研究・研修東京センター	主任研修主幹）
加藤 伸司	（認知症介護研究・研修仙台センター	センター長）
小長谷 陽子	（認知症介護研究・研修大府センター	研究部部長）
児玉 桂子	（認知症介護研究・研修東京センター	副センター長兼研修部長）
須貝 佑一	（認知症介護研究・研修東京センター	副センター長兼研究部部長）
中村 考一	（認知症介護研究・研修東京センター	研修主幹）
中村 裕子	（認知症介護研究・研修大府センター	主任研修指導主幹）
永田 久美子	（認知症介護研究・研修東京センター	研究部副部長）
本間 昭	（認知症介護研究・研修東京センター	センター長）
森重 賢治	（認知症介護研究・研修東京センター	運営部長）
柳 務	（認知症介護研究・研修大府センター	センター長）
矢吹 知之	（認知症介護研究・研修仙台センター	主任研修研究員）
吉川 悠貴	（認知症介護研究・研修仙台センター	主任研究員）
渡邊 浩文	（認知症介護研究・研修東京センター	研究主幹）