

認知症に係わる人材育成に関する研究 (23-30)

主任研究者 鷺見 幸彦 国立長寿医療研究センター 副院長

研究要旨

3 年間全体について

鷺見は平成 23 年 5 月にポータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」を開設した。  
(<https://www.dsd-network.jp>)。全サポート医に参加希望とネットワーク内でのリスト掲載の可否を確認し承諾をえられたサポート医にパスワードを発行した。内容は以下のようである。1) 取り組み一覧：各地域でのサポートの活動状況の報告(神戸市長田区、東京都、名古屋市、滋賀、長野、札幌市) 2) コンテンツ：認知症のトピックス(サポート医に望むこと、新しい認知症ガイドライン、血管性認知症のトピックス、認知症画像診断のトピックス、認知症の嚥下障害、非薬物療法のトピックス、せん妄の治療、若年認知症 眼科診療における認知症患者さんへの対応と注意点 耳鼻咽喉科における認知症患者さんへの関わり 歯科診療における認知症患者さんに対する対応と注意点) 3) 過去のサポート医研修の資料 テキスト DVD 4) 認知症サポート医リスト(各県ごと) 5) 症例検討 6) 学会研究会案内である。ログインパスワード発行件数は 3 年間の総数で 1,467 件となった。初年度は平成 17 年年度からの 23 年度までの受講者全員に声をかけているため新規発行数が多い。平成 23 年度新規発行数 967 件、平成 24 年度新規発行数 319 件、平成 25 年度新規発行数 181 件であった。平成 25 年度からこれまでの運用業者を変更し、サイトが停止したため、平成 25 年度が少なくなっている。本研究班の全体テーマである「認知症に係わる人材育成」については、①職種に共通のコンセプトの策定、②コンセプトに基づく研修の実施、③研修の評価と効果測定、の 3 つが重要な柱となる。この中で③研修の評価と効果測定は、24 年度作業は、「病棟で認知症をみる」(研修教材)で実施された一般病院研修において、昨年度作成した「受講後アンケート」、「受講 1 カ月後アンケート」を実施した結果を検討考察した。結果として① 研修の理解や活用意思、研修後実践には、現在の担当業務や診療科が影響していた。② 研修の理解度は、これまでの病院での経験(実践や取り組み)に影響されていた。③ 研修は、知識の活用意思への影響は与えているものの、研修後 1 か月間の実践までは結びついていない。ことが明らかとなった。今後の課題として研修効果測定の方法をさらに検討すること、研修の効果をあくまで「研修後の実践」に求めるとして、研修後の実践を図るには、研修で得た知識を発揮する機会を確保することが重要となる。

山岡：医師に対する認知症の啓発活動はかかりつけ医に対しては「かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修」がなされ、終了した医師の数も平成 21 年度末までに 26,024 人に上

っている。一方で現在最も啓発活動が遅れていると考えられているのは総合病院における認知症に関連する診療科（神経内科、老年科、精神科、脳神経外科など）以外の専門家や臨床研修医である。本研究ではこれらの医師を対象に、急性期病院での非専門医の認知症への対応力向上を目指し、60–70分程度のパワーポイント資料を作成した。これを用いて実際に急性期病院2か所で講義を行った。講義後にはすべてのポイントで理解が深まり有用と考えられたが1か月後の再評価時点では、その効果は消失していた。認知症に係わらない科の医師にとって、得た知識を実践する機会が乏しいことがその原因と推測された。

小長谷：認知症対応型共同生活介護（GH）の職員教育について検討した。GHの職員教育は、管理者に開設時の研修が義務付けられているのみであるが、利用者や家族のためには、職員のケアの質の向上が重要であり、不断の教育・学習が必要である。平成23年度は、愛知・岐阜・三重3県の824か所のGHの職員の研修・学習の実態を調査し、外部研修に参加する頻度、職場内研修、それらの課題、ケアに役立ったテーマ、今後必要な研修・学習のテーマ等を把握した。平成24年度は、レベルの高い教育を受けた認知症介護指導者に焦点を当てて、これらの人が所属するGHの学習・研修について調査し、多職種間を連携した教育・研修を経験は63.5%で見られた。平成25年度は、GHにおける看取りが増加してきていることを踏まえ、5年前に行った調査と比較するため、GHにおける看取りの実態と、それに関連する職員の意識や教育について調査した。

秋下：認知症に関する基本知識を習得するためのコンピューターシステム（認知症e-learningシステム）を新規に開発した。さらに、東京大学医学部4～5年生対象に実施している老年病科臨床実習の中で、老年病科実習直後の学生に、10問の設問と解説ならなる基本コースを受講してもらい、受講率とシステムに関する意見を集計調査した。その結果、対象となった学生の受講率は67%で、教官からの簡単な説明で負担なく受講することができ、また、アンケートに対してすべての学生が本システムは医学教育に有用であると回答した。e-learningを用いた認知症の教育システムは、認知症に関する医学生の基本的な知識の向上に有用である可能性が示唆された。

葛谷：本年度の分担研究においては、多様な職種背景と経験を持った介護支援専門員（ケアマネジャー）に対して認知症に関する講義を施行しその教育効果に関する検討、考察を行った。認知症に関する講義開始前、講義終了1か月後の2ポイントで認知症の一般的な知識に関する6項目計18問の問いと認知症の原因疾患に関する自由記載の質問票に回答してもらい回答内容の講義前後の変化につき検討し、教育プログラムの効果を検証した。職種別の比較では看護師の資格をもつケアマネジャーは症状に対する理解が( $p<0.01$ )、経験年数の多いケアマネジャーでは治療に関する理解が( $p<0.05$ )高いことが示された。講義を終えての満足度や主観的理解度は概ね高いにもかかわらず、同じ質問票を講義終了後一定期間経過した後に配布し、回答を講義前と比較したところ、全ての項目において職種、経験年数に関わりなく、総得点、質問項目別得点ともに統計的には有意な改善は認められなかった。今回の検討により、ケアマネジャーを対象にした認知症に関する教育において、聴講者の理解度を高めるための教育的方略を考える必要性が強く示唆された。

平成 25 年度について

驚見は平成 23 年 5 月にポータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」を開設した。  
(<https://www.dsd-network.jp>)。全サポート医に参加希望とネットワーク内でのリスト掲載の可否を確認し承諾をえられたサポート医にパスワードを発行した。平成 26 年 3 月 1 日までに 1,467 名 (45 %) のサポート医が参加希望しパスワードを発行した。高道は高齢者医療・在宅医療総合看護研修において、3 日間の短期集中講義形式で「認知症高齢者の看護」の研修を実施した。講義アンケート、知識を問うテスト、自己の看護実践を振り返るアンケートなどを作成して、研修を受講した看護師 33 名を対象に、研修の評価としてアンケートやテストを配布及び郵送し実施した。研修受講者は、30 代～40 代の看護師が最も多く、経験年数も 5 年以上であり、各所属において中堅看護師としてリーダーの役割を担っている看護師が多かった。受講の動機や認知症に関する研修受講歴などから、認知症ケアに対する意識の高い看護師が受講している傾向が認められた。受講した看護師の講義アンケートの結果より、各講義のわかりやすさや実践への活用度、3 日間を通じての受講者の満足度について、5 段階評価のうち、4.0～4.5 ポイントを得ることができ、研修の内容は一定の評価を得たと考える。研修を受講した看護師が研修によって得られた知識は、研修から 3 か月が経過しても低下することはなかった。また、自己の認知症の人に対する看護実践を日々、個人でもチームにおいても、よりよいものにしようと努力し、認知症ケアに携わっている傾向が自己実践のアンケート結果から推察することができた。3 日間の短期集中講義形式での研修は、認知症に係わる人材育成に効果的に役割を果たしていると考えられる。山岡は本研究班の全体テーマである「認知症に係わる人材育成」についての評価を行った。①職種に共通のコンセプトの策定、②コンセプトに基づく研修の実施、③研修の評価と効果測定、の 3 つが重要な柱となる。今年度は同一の手法を使って、平成 25 年度は厚生労働省老人保健健康増進事業で実施された「認知症初期集中支援チーム員研修 (多職種研修)」において評価アンケートを行い、その結果を取りまとめた。本研究では、評価指標の検討から、研修評価のツールとして、研修後と 1 ヶ月後に実施する自己評価形式のアンケートを用いた (評価点は、「これまでの実践」、「研修直後の活用意思」、「研修後の実践」)。評価点の設定は、ある程度実効性のあるもので、今後のデータ蓄積の可能性を確認できた。しかし、自己評価の項目は、研修内容を 10 カテゴリ (テーマ) に分割し、カテゴリごとに尋ねる形式であったため、自己評価にあたって“何について「実践できた」と考えるか”が曖昧になった懸念がある。研修評価の継続にあたっては、自己評価を行う際の項目を、より詳細・明確にし、研修受講者にとって想起しやすい (思い出しやすい) ものにすることが必要である。研修の効果測定として、「実際の業務における活用」を重視したため、自己評価は“実践”、“活用”を中心とするものを用いてきた。しかし、研修テーマによっては、受講者の日常業務に直結していない場合もあることを考えれば、研修で得られた知見や情報について、その定着 (使おうと思えば使うことができる) を評価する客観的な評価指標 (例えばペーパーテストのようなもの) を併用することも、より研修効果を測定できるのでは

ないかと考える。要約すると自己評価項目の更なる精査が必要であり、活用機会の有無にかかわらない自己評価方法との併用も検討すべきと考えられた。小長谷は認知症対応型共同生活介護（GH）の職員教育について検討した。GHの職員教育は、管理者に開設時の研修が義務付けられているのみであるが、利用者や家族のためには、職員のケアの質の向上が重要であり、不断の教育・学習が必要である。平成25年度は、GHにおける看取りが増加してきていることを踏まえ、5年前に行った調査と比較するため、GHにおける看取りの実態と、それに関連する職員の意識や教育について調査した。秋下は医学生に対する認知症教育について検討した。認知症に関する基本知識を習得するためのコンピューターシステム（認知症 e-learning システム）を昨年度開発した。それをを用いて、東京大学医学部4～5年生対象に実施している老年病科臨床実習の中で、老年病科実習直後の学生に、10問の設問と解説ならなる基本コースを受講してもらい、受講率とシステムに関する意見を集計調査した。その結果、対象となった学生の受講率は55%で、教官からの簡単な説明で負担なく受講することができ、また、アンケートに対して96%の学生が本システムは医学教育に有用であるまたは一部有用であると回答した。e-learningを用いた認知症の教育システムは、認知症に関する医学生の基本的な知識の向上に有用である可能性が示唆された。鈴木 葛谷は認知症を地域で支えるという観点から介護計画を策定する介護支援専門員が認知症に関する適切な知識を身につけることは利用者のニーズに対応したサービス調整という観点から重要である。今回、介護支援専門員に対する認知症に関する教育効果に関する検討を行った。介護支援専門員への年間教育プログラムにおける認知症に関する講義の施行前、施行直後、講義後一ヶ月の3ポイントで同じ内容の質問票（職種、経験年数、認知症に関する18の質問を含む）を配布し、無記名にて回答してもらい、質問票の回収後、その結果について質問内容ごとに講義前後の比較、検討を行った。講義前の質問では看護職では認知症の症状への主観的な理解度が非看護職と比較して高かったが実際の知識において差異は認めなかった。知識の習得度に関しては受講者全体で講義直後に知識の向上がみられ（ $p < 0.05$ ）たが、受講後一カ月後では講義前と有意な差異を認めなかった。属性別では非看護系、資格取得後5年以内の受講者において受講直後の知識の向上が観察された。教育効果を高めるという点において今回の検討では資格取得後の早い段階での教育効果が示唆されたが、認知症に関する知識の固定のためには講義内容のさらなる工夫が必要であると考えられた。前田は認知症デイケアで働くOTを対象に人材の育成について調査を行った。重度認知症患者デイケア(以下、認知症デイケア)は認知症患者のみを対象とした唯一の通所医療サービスである。認知症の在宅ケアを支援するために今後、利用を促進すべきであるが、一般の認知度は低い。認知症デイケアでは作業療法士（OT）は認知症高齢者の作業療法を行っている。作業療法について確立された技法はなく、それぞれのOTが工夫をしながら実施している状況である。そこで認知症デイケアで働くOTを対象に人材の育成について調査を行った。調査の対象となったOTのほとんどは現在の職務にやりがいを感じていた。約6割のOTが上級者の指導が十分あったと感じているが、自身の後進への指導の点

では4割しか十分できるとは感じていなかった。OT 経験年数および認知症デイケア勤務経験年数との相関では、認知症デイケア勤務経験年数が高いほど下級者への指導に自信を有している結果が得られた。認知症を専門とする OTR はまだ少数であるが、認知症ケアにおける OTR の重要性は今後も増加すると考えられ、認知症 OTR の育成が今後の課題と考えられた。

#### 主任研究者

鷲見 幸彦 国立長寿医療研究センター (副院長)

#### 分担研究者

北村 忍 国立長寿医療研究センター (副看護部長) (平成 23 年度のみ)

高道 香織 国立長寿医療研究センター (看護師長) (平成 24・25 年度)

山岡 郎子 国立長寿医療研究センター (医師)

小長谷 陽子 認知症介護研究・研修センター (部長)

秋下 雅弘 東京大学医学部附属病院 (教授)

葛谷 雅文 名古屋大学大学院 (教授)

前田 潔 神戸学院大学 (教授) (平成 25 年度のみ)

#### 研究協力者

鈴木 裕介 名古屋大学大学院 (准教授)

山口 潔 東京大学大学院医学系研究科

阿部 崇 HAM人・社会研究所

研究期間 平成 23 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日

#### A. 研究目的

今後さらに増加が予想される認知症に対して、すべての医療者、介護者に対する認知症教育は重要である。認知症サポート医研修、認知症かかりつけ医研修等すでにいくつかの試みが開始されているが、これまでは職種ごとの教育が主体であり、また医師の教育のなかでも、医学生教育や勤務医に対する認知症教育のように不十分と考えられている分野も存在する。さらにはこれら他職種をリンクした教育システムはない。医療、看護・介護、など多岐にわたる領域について人的・物的ネットワークを基盤とした認知症に係る教育関連ネットワークを提示することで、認知症に関連する全国の関係者、医療機関、教育機関、学会との連携による認知症教育システムの形成が可能となる。また認知症教育ネットワークの構築を通じて地域における認知症診療・介護のレベルの向上と教育活動を通じての連携強化を実現する。またこれらの教育効果をみることができるかどうかについても検討を行った。

## B. 研究方法

### 3年間全体について

鷺見：サポート医教育のためサポート医連携ネットの運用を行った。

また多職種で使用可能な認知症に関する教育用スライドを作成した。

これらの教育ツールの教育効果の調査を全体研究として行った。

山岡：23-24年度一般病院の医師に対する、認知症教育のニーズを調査し教育ツールを作成する。25年度は評価指標の検討を行った。

秋下：全国大学医学での認知症教育に関して調査し、学生教育に必要なカリキュラムを策定した。

小長谷：グループホーム職員に対する教育ツールの開発と実践を行った。

葛谷：介護支援専門員に対する認知症教育ツールの開発と実践を行った。

北村・高道：看護師に対する認知症教育ツールの開発と実践を行った。

全体研究：医師、看護師、介護職員共通の教育ツールの開発と実践を行った。

### 平成25年度について

鷺見：平成23年5月に長寿医療研究開発費の支援をうけて、ポータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」を開設し運用を行った。（<https://www.dsd-network.jp>）。

高道：1) 研修内容の策定

2012年度に実施した短期集中講義形式の「認知症高齢者の看護」の教育プログラムを見直し、講義の内容・構成は同じものとし、講義を担当する講師を変更した。認知症の医療の講義において、講師を老人看護専門看護師（老人看護 CNS）から老年専門医へ、認知症ケアの倫理の講義において、老年専門医から老人看護 CNS へ、認知症の人とのコミュニケーションの講義において、認知症看護認定看護師（認知症看護 CN）から老人看護 CNS へと講師を変更し実施することとした。講師は老年専門医1名・認知症看護認定看護師2名・老人看護専門看護師1名で行った。実習は1日では不足だったため、講義と実習は切り離し、実習も新たに3日間のプログラムに再編し行った。

2) 認知症看護研修の教育的効果をみるためのアンケート・テストの実施

研修の教育的効果をみるため①講義アンケート、②知識を問うテスト及び③認知症ケアに関する自己の実践の振り返りのアンケートを2012年度と同様に実施した。

3) データ収集の方法

講義アンケートは、講義終了ごとに実施した。知識を問うテストは、研修1日目1コマ目の講義の前と研修3日目2コマ目の後、研修3ヶ月後の全3回で、同一内容のテストを実施した。テストの回答時間は30分間で行った。実践の振り返りのアンケートは、研修3日目と研修3か月後に実施した。3か月後の調査では、同意を得られた受講者に対し用紙を郵送し、回答を返信してもらった。テストの回答は研修後に配布し、3か月後のテストでの回答に同意を得た者に対しては、研修後に配布した回答やテキストを見ずに実施するよう文

書で注意喚起した。

#### 4) 調査対象者

2012 年度高齢者医療・在宅医療総合看護研修「認知症高齢者の看護」を受講した看護師で、調査に同意の得られた受講者 33 名。

#### 5) 分析方法

アンケートやテスト結果は SPSS Statistics21 で基本統計量の算出、 $\chi^2$  検定、t 検定を行った。アンケートの自由記載は質的検討を行った。

##### 山岡：(1) 研修実施状況

認知症初期集中支援チーム設置促進事業のモデル事業に参加している 14 自治体の同チーム員（研修参加 99 名、アンケート回答 86 名）を対象としたチーム員研修を活用し、効果測定・評価アンケートを行った。

研修プログラムは、同事業の進捗に合わせ、認知症初期集中支援チーム員のモデル事業での活動フォローアップ、必要知識の再確認を中心に設定された。

小長谷：愛知・岐阜・三重 3 県の GH 840 か所に調査票を送付した。調査内容は、GH の運営主体、本体施設の有無とある場合の施設種類、ユニット数、利用者の診療体制、急変時や看取りに関するマニュアルの有無、急変時の医師への連絡体制、看取りに協力するか否か、その理由、これまでの看取りの経験とその評価、今後の看取りに対する意見、看取りに関する職員の教育・学習等である。調査期間は平成 25 年 10 月 1 日から 11 月末日までであった。

秋下：システムのコンテンツとして、多職種への認知症教育を目的に驚見班で作成されたスライドキットのうち、医学部学生に学んで欲しい項目として、①認知症を来す疾患、②アルツハイマー型認知症、③レビー小体型認知症、④前頭側頭型認知症、⑤血管性認知症、⑥特発性正常圧水頭症、⑦軽度認知障害、⑦BPSD（認知症に伴う行動心理学的症候）、⑧せん妄の各項目の基本的なスライドを選択した。次に、選択したスライドをもとに、問題を計 10 問作成した。試験問題は、学生の関心を高めるために、医師国家試験にならないマルチプルチョイスとし、知識を問う一般問題とともに、症例をもとに解く臨床問題を含めた。以上のコンテンツをもとに、①受講者情報入力画面（学生番号を登録、解析では匿名化）、②基礎的知識のスライド提示、③問題提示、④解答の入力、⑤正解の提示、⑥誤答があった場合、再度問題を回答、⑦全問正解となったところで問題は修了、⑧修了書印刷画面、⑨アンケートに回答という流れのシステムを開発した。このシステムを用いて、東京大学医学部 4～5 年生で履修する老年病科臨床実習（2 週間のクリニカルクラークシップ）を行った直後の学生に試行し、アンケート結果を集計した。

葛谷・鈴木：名古屋大学医学部附属病院地域医療センターは例年、ケアマネジャーの医学的知識向上のための教育プログラム「愛知ケアマネ研究会」を開催しており、本年度はその第 9 年目を迎えた。例年、認知症に関する講義をプログラムに含めており、参加者の属性（職種背景、経験年数）に関する質問を行った後に、認知症に関する講義開始前、講義

終了直後、1か月後の3ポイントで認知症の一般的な知識に関する6項目計18問の問いと認知症の原因疾患に関する自由記載の質問票に回答してもらい回答内容の講義前後の変化につき検討し、教育プログラムの効果を検証した。また講義に関する主観的な理解度、満足度に関する質問も行った。

前田：全国の認知症デイケア189施設から一次調査で絞った67施設を対象とし、調査票を郵送にて送付、回収した。

(倫理面への配慮)

3年間全体について

患者を対象とした研究ではないが、厚生労働省が定める臨床研究に関する倫理指針を遵守しておこなわれた。

## C. 研究結果

3年間全体について

驚見：(3) 受講後アンケート・受講1か月後アンケート結果

研修実施の2医療機関の受講者(N53、除く事務職)について、“受講直後”および“受講から1か月後”に実施したアンケートの結果を整理した。

(C)-1 受講者について

1-1 職種受講者の職種は、「医師」が21人(39.6%)、「看護師」が17人(32.1%)と続き、以下、「PT・OT」8人(15.1%)、「臨床検査技師」3人(5.7%)であった。「その他」は、MSW2人、介護職2人であった。

1-2 認知症患者の対応機会(頻度)

日常業務における認知症患者の対応機会について、「ほぼ毎日」が37人(72.5%)と最も多く、次いで、「週に数人程度」が7人(13.7%)、「ごくたまに」が5人(9.8%)、「まったくない」も2人(3.9%)という状況であった。

(C)-2 今日の研修について(受講直後)

①理解度

研修内容の理解度については、①認知症の特徴～③ADとDLBの特性までの“認知症の理解”では「よく理解できた」「まあまあ理解できた」が9割超となる一方、④中核症状への薬物療法～⑥BPSDへの薬物療法までの“治療”では、「あまり理解できなかった」の割合が多くなっていた。



## ②これまでの実践

研修前までの実践(活動)については、全体的に「あまりできていなかった」「できていなかった」とする割合が高くなっていた。なかでも、⑤主要4剤の特徴、⑥BPSDへの薬物療法、⑨DSTの仕組みでは、「できていた」「まあまあできていた」は約2割にとどまっていた。

## ③今後の活用「意識」

研修後の今後の活用意識については、全体的に「あまりできていなかった」「できていなかった」とする割合が高くなっていた。なかでも、⑤主要4剤の特徴、⑥BPSDへの薬物療法、⑨DSTの仕組みでは、「できていた」「まあまあできていた」は約2割にとどまっていた。

医師・看護師で若干の開きはあるものの、「これまでの実践」より、「今後の活用意思」が、約1ポイント上回っていた。

## ④「受講後1ヵ月間」の実践

受講後1ヵ月間の実践については、研修前の実践と同様の傾向を示しており、全体的に「あまりできていなかった」「できていなかった」とする割合が高くなっていた。なかでも、④～⑥の治療、⑨DSTの仕組み、⑩地域の仕組みは、その割合が7～8割であった。③では医師・看護師の違いは見られないが、④～⑥、⑦、⑨、⑩で看護師の実践が相対的に低い評価となっていた。

### (C)-3 研修前後の意識・実践の変化

続いて、研修前後の意識と実践の変化について、医師・看護師別にみた。

両職種とも、研修直後の「活用意思」で平均値が高くなり、研修内容が意識に与える影響を示しているものの、受講後1ヵ月間(1ヵ月後)の実践では、研修前(これまで)の水準に戻ってしまう状況がうかがえた。

もっとも、①～③認知症の理解、⑧対応技術については、研修の効果が認められた。(個人単位の取り組みとして取り組みやすかったのではないか)

### (C)-4 研修効果測定の実績

研修の理解および研修前後の状況・意識について、4つの評価を得た今回の受講者アンケートのデータを用いて、研修の効果測定を2変量相関分析によって試みた。以下結果を整理する。

#### ①認知症の特徴

[医師]

・「研理解」は「過去実践」に影響を受けている。「研修後実践」は「研理解」の影響もあるが、「過去実践」とより相関が高い。

[看護師]

・「研修理解」は「過去実践」に影響を受けている。「研修理解」の高さは、「研修後実践」につながっていない。(理解が高いが故に実践できていないことを認識している⇒実践の機会が少ない)

#### ②認知症を疑うポイント

[医師]

・疑うポイントの「研修理解」は「過去実践」との相関が低く、新規に知識を得た割合が高い。「研修後実践」では、「活用意思」や「過去実践」に相関が高い。

[看護師]

・医師と同じく「研修理解」は「過去実践」との相関が低く、新規に知識を得た割合が高いが、「研修後実践」は、新規に実践した傾向がみられた。

#### ③AD・DLBの特性

[医師]

・「研修理解」の高さは「過去実践」に影響を受けている。「研修後実践」は「研修理解」より、「過去実践」に相関が高い。

[看護師]

・「研修理解」は「過去実践」とは関係ないが、「研修後実践」は「過去実践」の影響を受けている(研修がその後の実践に結びついていない⇒実践する機会がない)

#### ④中核症状への薬物療法

[医師]

・「研修理解」の高い場合、「活用意向」が高く、また「活用意向」の高い場合に「研修後実践」が高い。(理解し知識を得たら実践したくなる分野だったと考えられる)

[看護師]

・「研修理解」は「過去実践」とは無関係であるものの、「過去実践」のある場合に「活用意向」が高い。理解度が高い者ほど、実践できていないことを認識している。

#### ⑤主要4剤の特徴

[医師]

・「研修理解」は「過去実践」に影響を受けている。「研修後実践」は「研修理解」より、「活用意向」に相関が高い。(理解していても、処方機会がなければ実践できない)

[看護師]

・薬剤に関する分野であることもあり、「研修理解」が「活用意向」に結びついていない（＝理解しても活用する環境がない）。しかし、「過去実践」がある場合には「活用意向」は高い。

#### ⑥BPSD への薬物療法

[医師]

・「研修理解」の高さは「過去実践」に影響を受ける。理解が高まると「活用意向」に影響を与え、さらに、「研修後実践」につながっている。

[看護師]

・「研修理解」は「過去実践」に影響を受けず、実践がなくても新しい知識が得られている。他方、「活用意向」については、過去できていたことに影響をうけている。

#### ⑦スクリーニング

[医師]

・スクリーニングの「研修後実践」は、「過去実践」と、また、過去実践から「活用意向」が高まった場合と相関が高い。「研修理解」とは相対的に関係が低い。

[看護師]

・「研修理解」は「過去実践」に影響を受けている。しかし、「研修理解」が高い者ほど、実践をしていない。（実践できていないことを認識している）

#### ⑧対応技術

[医師]

・対応技術の「研修理解」は「過去実践」と相関が低く、新規に知識を得ている。また、理解は「活用意向」に強く結び付き、さらに、高まった意向が「研修後実践」につながっている。

[看護師]

・医師とは逆に「研修理解」は「過去実践」に影響を受けている。医師との比較では、研修理解が「活用意向」、「研修後実践」に影響を与えていない。

#### ⑨チーム対応の仕組み

[医師]

・チーム対応については、「研修理解」に「過去実践」の有無に影響を受けていない。理解は「活用意向」を促進させているが、「研修後実践」に大きく影響するのは「過去実践」であった。

[看護師]

・医師と異なり、「研理解」は「過去実践」に影響を受けている。「研修後実践」は理解の程度とは結びついておらず、理解が高くても実践できない傾向がある。(実践できる環境の有無の違い)

⑩地域の仕組み

[医師]

・「研理解」は「過去実践」に影響を受けず、「活用意向」を高めている。

[看護師]

・「研理解」は「過去実践」とは関係がない。理解が高い場合ほど、「活用意向」は少なく、また「研修後実践」にもつながっていない。(研修で理解が深まった分、実践できなかった感覚が強い)

高道・北村：

#### 1) 受講者の属性

受講者の年齢は、20代と30代で過半数を占めていた。看護師経験年数は $14.7 \pm 10.1$ 年で、看護師経験5年目～9年目の看護師がもっとも多くを占めた一方で、看護師経験20年を超える看護師も受講者の約1/4を占めていた。本研修全体で看護師経験3年目以上を条件にしているため、経験年数1～2年という看護師はいなかった。受講者の所属はほとんどが病院であった。認知症高齢者との関わりについては受講者のうち、27名(77.1%)がほぼ毎日認知症高齢者と関わっていると回答した。過去1年間の認知症に関する研修受講歴は、院外研修を受講しことがあると回答した者が最も多かった。院内・院外どちらも研修を受けたことはないと回答した者は10名(29.1%)であった。

#### 2) 知識を問うテスト

知識を問うテストは、研修前が100点満点中、平均 $39.1 \pm 13.3$ 点であったのが、研修直後は $77.9 \pm 10.9$ 点、研修3か月後は $80.0 \pm 12.1$ 点であった。研修前と研修直後、研修前を研修3ヶ月後は受講者全体の平均点に有意に差があった。研修直後のテストの点数において、年齢区分や経験年数区分、研修の受講歴による有意な差は認められなかった。

#### 3) 自己の実践を振り返るアンケート

研修直後と研修3か月後の両方において、自己の実践を振り返るアンケートに回答のあった24名について、ウィルコクソンの符号順位検定によって分析を行った。

#### 4) 認知症看護実習について

受講者のうち4名が、認知症専門病棟で1日実習を行った。どの設問に対しても4.5ポイント以上を得られ、おむね良い評価を得た。

山岡：研修前後の意識と実践の変化について調査した。図1に結果を示す。研修直後の「活用意思」で平均値が高くなり、研修内容が意識に与える影響を示しているものの、受講後1

ヵ月間(1ヵ月後)の実践では、研修前(これまで)の水準に戻ってしまう状況がうかがえた。もっとも、①～③認知症の理解、⑧対応技術については、研修の効果が認められた。個人単位の取り組みとして取り組みやすかったのではないかと考えらえる。

病院勤務医対象にどのような内容の講義が有効か検討した。講義の内容としてはまず認知症の特性についてのべ、認知症のなかでも遭遇する機会の多いアルツハイマー型認知症と、治療上注意が必要なレビー小体型認知症について説明した。また現在の標準的な治療法について説明する。3は最も力を入れた部分で、認知症のひとを病棟で見る際の注意点、方法についてのべ、せん妄対策についても触れた。4は認知症は自らの病院で見るだけでなく、他施設やケアとの連携が重要であることを述べた。

小長谷：93人のうち、あて先不明、退職等が3件あり、回収数は52件(回収率：57.8%)であった。法人格は、社会福祉法人が最も多く32.7%、次いで株式会社26.9%であった。全体の46.2%は本体施設を有しており、51.9%は単独であった。本体施設のある施設の内訳では、特別養護老人ホームが最も多く23.1%、次いでその他11.5%であった。ユニット数は、2ユニットが最も多く65.4%、次いで1ユニット28.8%であった。職員数は、管理者は常勤1人が最も多く92.3%、常勤+非常勤の合計でも92.3%が1人であった(平均：1.10人)。常勤の介護職員は14人が最も多く15.4%、次いで8人あるいは10人が9.6%であり、非常勤の介護職員は4人が15.4%、次いで8人が11.5%で、合計人数は8人と16人が11.5%であった(平均：15.0人)。介護職員のなかで常勤の介護福祉士は3人が最も多く21.2%、次いで4人が17.3%であった。常勤と非常勤の合計では4人が23.1%、次いで6人が17.3%であった(平均：6.0人)。常勤の看護職員は0人が最も多く71.2%、次いで1人が19.2%、非常勤の看護職員は0人が55.8%、1人が23.1%であり、合計では、0人が51.9%であり、次いで1人が38.5%であった(平均：0.58人)。看護職員のなかで常勤の准看護師は、1人が7.7%、非常勤は1人が5.8%であり、合計では、1人が9.6%であった(平均：0.2人)。常勤の事務職員は0人が最も多く60.9%、非常勤の事務職員も0人が69.2%、合計では0人が65.4%であり、1人が25.3%であった(平均：0.4人)。その他の常勤職員は0人が63.5%、非常勤職員も0人が53.8%と最も多く、合計でも0人がもっとも多かった(平均：0.6人)。職員の資格に関しては、常勤のホームヘルパー2級は1人が最も多く17.3%、次いで5人が11.5%であり、非常勤のホームヘルパー2級は1人が25.0%であり、次いで4人が15.4%であり、合計では8人が15.4%であった(平均：8.9人)。ホームヘルパー1級は常勤、非常勤ともに0人がもっとも多く、合計でも、1人が21.2%であった(平均：0.3人)。常勤の介護福祉士は5人が19.2%、非常勤の介護福祉士は0人が30.8%と最も多く合計では、6人が17.3%、次いで4人と5人が15.4%であった(平均：6.7人)。社会福祉士は常勤、非常勤ともに0人が最も多く、合計でも0人が53.8%、1人が30.8%であった(平均：0.4人)。精神保健福祉士は常勤、非常勤ともに60%以上で0人であり、合計でも1人いるのは5.8%のみであった(平均：0.1人)。准看護師も常勤、非常勤で70%以上のGHでは0人であり、合計では1人が13.5%であった(平均：0.2人)。正看護師は常勤、非常勤ともに60%以上

が0人であり、合計では1人が36.5%であった(平均0.5人)。常勤の介護支援専門員は1人が最も多く40.4%、非常勤では0人が50.0%、合計では2人が42.3%で最も多く、次いで、1人が26.9%であった(平均:2.3人)。栄養士・管理栄養士は常勤、非常勤ともに80%近くが0人であり、合計では1人が7.7%であった(平均:0.2人)。調理師は常勤、非常勤ともに、50%以上が0人であり、合計では1人が19.2%であった(平均:0.6人)。その他の職員も常勤、非常勤ともに70%近くで0人であった(平均:0.1人)。認知症介護実践者研修修了者は2人と3人が最も多く19.2%、次いで4人が17.3%であり(平均:4.8人)、認知症介護実践リーダー研修修了者は1人が48.1%、2人が30.8%であり(平均:1.6人)、認知症介護指導者研修修了者は1人が86.5%であった(平均:0.9人)。外部研修に参加する頻度に関しては、1年に2~3回が最も多く36.5%、次いで1か月に1回くらいが25.0%であった。外部研修に関する情報の入手方法は、職能団体などからの案内状からの情報が最も多く80.8%、次いで地域包括支援センターや行政など75.0%、ダイレクトメール34.6%であった。職場内研修の頻度は1か月に1回が最も多く50.0%、次いで1年に4~6回が25.0%であり、内部研修のテーマは認知症の心理的理解が最も多く71.2%、次いで認知症の医学的知識65.4%、虐待・身体拘束防止63.5%の順であった。研修や学習で、ケアに役立ったテーマについては、認知症の心理的理解が最も多く63.5%、次いでパーソンセンタードケア50.0%、認知症の医学的知識40.4%、BPSDへの対応36.5%の順であった。

内部研修が十分であるとしたのは5.8%であり、55.8%ではあまり十分とは言えないとしていた。研修・教育に要する費用に関しては、約3分の1でわからないという回答であった。回答した中では、内部研修は0円が最も多く21.2%、次いで10,000円以下、10,001~30,000円、30,001~100,000円が7.7%(平均:68,464円、外部研修では20,001~50,000円が17.3%、500,001~100,000円が11.5%であった(平均:270,817円)。研修・学習に関する課題では外部研修に行く時間が取れないがもっと多く65.4%、次いで内部の職員のみでは十分な学習ができない34.6%、研修の機会が少ない32.7%の順であった。今後必要な研修・学習のテーマに関してはパーソンセンタードケアが最も多く42.3%、認知症の心理的理解32.7%、チームケア28.8%、スタッフのストレスケア26.9%の順であった。内部研修に必要な教材としては、ビデオ・DVDが最も多く84.6%、次いでパワーポイント等のプロジェクト用の電子データ65.4%、適切な教科書・参考書59.6%であった。

参加しやすい研修システムについては内部研修に講師を招くが最も多く55.8%、次いで内部研修53.8%、外部研修36.5%の順であった。多職種間の共有研修に関しては、65.4%が、意義があるので機会があれば参加したいと回答し、38.5%が他職種の人とは考えが違うので、理解が深まると回答した。これまでに多職種間を連携した教育・研修を経験したのは63.5%であり、その際の役割としては、受講者として参加が66.7%と最も多く、次いで講師の役割が33.3%であった。

秋下:今年1月から始まった新臨床実習を老年病科で履修した学生は24名であった。24名中、実際にe-learningを受講したのは、16名(受講率67%)であった。老年病科は同じ

病棟にある感染症内科と合同で臨床実習を行っており、24名中16名が老年病科の入院患者を担当し、8名が感染症内科の入院患者を担当している。受講率が低下したのは、老年病科の入院患者を担当した学生はすべて e-learning を受講したが、残りの8名（感染症内科の入院患者を担当した学生）がすべて受講しなかったからである。2週間の実習の最終日に病棟で教員から学生に説明を行い受講してもらったが、その際に、感染症内科の入院患者を担当していた学生は学部の病院へ研究に行っていて病棟を不在にしていたため、上手く情報が伝わらなかった。学生が受講する場面を教員が観察したが、学生は教員からの簡単な説明で、システムを使いこなすことができていた。まず、スライドを読み、その後に問題を回答するという、当初想定したスタイルで学習し、アンケートにも受講者のすべてが回答した。学生一人当たりの学習時間は約10分であり、学生の問題の正解率は8割～9割程度であった。アンケートの結果を表2に示す。学生からの評価は、スライドの内容・問題の難易度について、おおむね学生のレベルにあっているかやや簡単な内容との評価であった。受講した学生のすべてが、今回の e-learning は医学部教育に有用だと回答した。

葛谷・鈴木：参加者51名の職種別の内訳、経験年数の内訳は以下の通りであった。職種：看護師（11.8%）、介護福祉士・ホームヘルパー（62.7%）、その他（25.5%）経験年数：2年以内（47.1%）、5年以内（21.6%）、10年以内（17.6%）、10年以上（7.8%）無回答（5.9%）講義開始前に実施した質問票の回答結果を職種別、経験年数別に比較したところ、職種別の比較では看護系（看護師資格を持つケアマネジャー）は非看護系（介護士やヘルパーなど看護師以外の資格保持者など）と比較して認知症の臨床症状に対する理解が深く（ $p < 0.01$ ）、経験年数別の比較では、5年以上の経験を持つケアマネジャーは5年未満と比較して治療に関する理解が深い（ $p < 0.05$ ）ことが示された。全体の58.1%が講義には非常に満足あるいはやや満足と答えたのに対して、内容については95.1%の参加者が非常に理解できたあるいは少しは理解できたと回答している。

一方、同じ質問票を講義終了後一定期間経過した後に配布し、回答を講義前と比較したところ、全ての項目において職種、経験年数に関わりなく、総得点、質問項目別得点ともに統計的には有意な改善は認められなかった。

#### 平成25年度について

驚見：平成25年度新規発行数181件であった。平成25年度からこれまでの運用業者を変更し、サイトが停止したため、平成25年度が少なくなっている。

高道：

##### 1) 受講者の属性

受講者の年齢は、 $38.1 \pm 9.3$ 歳で、20代と30代で過半数を占めていた。看護師経験年数は $14.2 \pm 9.31$ 年で、5～9年目の看護師が最も多く占めていた。2012年度の受講者との比較では年齢や経験年数で有意な差は認められなかった。受講者の所属は33名のうち31名が病院からの受講者で、2名は国立療養所に所属する者であった。31名の病院種別については、

国立病院機構からの受講者が最も多かった。認知症高齢者との関わりについては 26 名 (78.8%) がほぼ毎日認知症高齢者と関わっていると回答した。

## 2) 過去 1 年間の認知症に関する研修受講歴

過去 1 年間に研修を受講しことがあると回答した者は 16 名 (48.5%)、ない者は 17 名 (51.5%) であった。研修受講歴のある 16 名の内訳は、院内・院外両方で研修を受けたことがあるものが 2 名 (6.1%)、院内研修の受講歴は 7 名 (21.2%)、院外研修の受講歴は 7 名 (21.2%) であった。

## 3) 講義アンケートの結果

### ① 「認知症高齢者の看護」の研修受講の動機

受講の動機としては、所属する病棟での認知症の人の増加に伴い認知症に関する知識不足、日々のジレンマや悩み、認知症専門病棟やユニットで勤務しているためにより専門的な知識獲得の必要性、病棟での認知症ケアのリーダーシップにむけた知識獲得、根拠のある看護の実践の意識、上司のすすめなどが受講の動機となっていた。

### ② 各講義の 5 段階評価 (表 3、図 9、表 4)

各講義は、受講者よりおおむね 4.0 ポイント以上の評価を得た。家族介護者の支援は、4.0 ポイントに達しなかった。最終日の研修全体の評価はほとんどの設問において 4.5 ポイントを上回った。

## 4) 知識を問うテスト

知識を問うテストは、研修前が 100 点満点中、平均  $336.5 \pm 10.6$  点であったのが、研修直後は  $77.5 \pm 12.9$  点、研修 3 か月後は  $80.3 \pm 12.0$  点であった。研修前と研修直後、研修前を研修 3 ヶ月後のテストにおいて受講者全体の平均点に有意に差があった。統計処理は対応のある t 検定で行った。

## 5) 自己の実践を振り返るアンケート

研修直後と研修 3 か月後の両方において、自己の実践を振り返るアンケートに回答のあった 26 名について、ウィルコクソンの符号順位検定によって分析を行った。

山岡：

### (2) 受講後アンケート・受講 1 カ月後アンケート結果

チーム員研修の受講者 (研修当日および 1 カ月後の回答があった N86) について、“受講直後” および “受講から 1 カ月後” に実施したアンケートの結果を示す。

#### (2)-1 受講者について

##### 1-1 職種

受講者の職種は、まず医療職は、「医師」4 名 (4.7%)、「保健師」が 23 名 (27.1%)、「看護師」が 10 名 (11.8%)、「OT」13 名 (15.3%) であった。福祉職は、「社会福祉士」が 10 名 (11.8%)、「精神保健福祉士」が 5 名 (5.9%)、「介護福祉士」7 名 (8.2%) であった。その他、「主任ケアマネ」2 名 (2.4%) であった。

##### 1-2 訪問経験 (頻度)



86人のこれまでの訪問経験では、「週に数人程度」が35人(41.2%)と最も多く、次いで、「ごくたまに」が20人(23.5%)、「毎日」が17人(20.0%)であった。なお、「まったくない」も10人(11.8%)あった。

## (2)-2 研修および活動の自己評価 (全体)

### ①理解度

研修内容の理解度については、全てのパートで「よく理解できた」「まあまあ理解できた」がほとんどを占めた。ただ、④グループワークとその前提となった③チーム員会議の進め方については、「よく理解できた」とした割合が相対的に低かった。

### ②これまでの実践

研修前までの実践(活動)については、研修の理解度に比べ、「あまりできていなかった」「できていなかった」とする割合が3割超となったパートが多かった。なかでも②医療連携、③チーム員会議の進め方については「あまりできていなかった」と評価した割合が高くなっていた。

### ③今後の活用「意識」

研修後の今後の活用意識については、いずれのパートも「実践できそう」「まあまあ実践できそう」とする割合9割超となった。もっとも、②医療連携については「実践できそう」とする割合が3割にとどまり、また、「あまり実践できなさそう」とした割合も1割弱あった。

### ④「研修後1ヵ月間」の実践

研修後1ヵ月間の実践については、研修前の実践からはやや改善しているものの、「よく実践できた」とした割合はいずれのパートも15%前後にとどまった。訪問の有無や職種による担当によるところもあると思われるが、②医療連携、⑥訪問時の視点では、「あまり実践できなかった」とした割合が高い結果となった。

### ⑤「これまでの実践」・「今後の活用意思」・「研修後1ヵ月間の実践」の比較

研修のパートごとに、「これまでの実践」、「今後の活用意思」、「研修後1ヵ月間の実践」の評価をみると、いずれも「これまでの実践」は低かった評価が、研修直後の「今後の活用意思」では上がり、「研修後1ヵ月間の実践」では、研修前ほどではないものの、評価が下がる、という変化を示した。

②医療連携については、3つの評価点でいずれも低い評価となっていること、⑥訪問時の視点では、「今後の活用意思」の高さに比して「研修後1ヵ月間の実践」の評価が低かったことが特徴的であった。

## (2)-3 医療職 (n46) と福祉職 (n22) の比較

(医療職：保健師、看護師、作業療法士 福祉職：社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士) 医療職と福祉職に分けて、3つの評価点をみると、②医療連携を除いて、いずれのパートでも医療職の評価が福祉職を若干上回る、という傾向であった。②医療連携について、医療職はチーム員活動においてメインの役割を担っていることが想定され、自己評価

の基準が高いことが逆転の要因と思われる。研修後1ヵ月間の実践では、医療職、福祉職の自己評価に近似している点も特徴的であった。

これを研修パートごとの3つの評価点の変化として、医療職、介護職別にみると、医療職では前述の通り、②医療連携での自己評価が他のパートに比べて低くなっている点の特徴的であった。また、⑤身体アセスメントは、これまでの実践で高い評価となっていたが、研修後1ヵ月間の実践では他のパートの評価と同水準となっており、研修による実践の変化があまりみられなかった。

他方、福祉職では、①チーム員会議、③チーム員会議の進め方の両パートにおいて、これまでの実践の評価が低かったが、研修後1ヵ月間の実践では、他のパートの評価と同水準となっており、研修により自己評価が改善していた。

小長谷：840か所のGHのうち、522か所から有効回答を得た（回収率：62.1%）。法人格で最も多いのは株式会社（32.0%）であり、次いで有限会社（27.0%）であった。本体施設のない単独型は56.7%であり、併設型のうちもっとも多い本体施設は特別養護老人ホーム（14.0%）であり、次いで病院（7.5%）であった。社会福祉法人および医療法人では単独型は10%強であったが、会社では、約80%と多かった。GHのユニット数は、2ユニットが最も多く（58.8%）、次いで1ユニット（35.6%）であった。社会福祉法人では1ユニットが半数であり、医療法人と会社では2ユニットが60%以上であった。

GH利用者の診療については、ほとんどのGHで協力医療機関の医師が定期的に来所しており（81.2%）、訪問看護師が定期的に来所しているGHも22.2%であった。

利用者の急変時に関するマニュアルは、83.9%で作成されていた。急変時の医師への連絡では、最も多いのが、GHの協力医療機関の医師に連絡する（64.9%）であり、次いで、状況に応じて、主治医、救急受け入れ機関に連絡する（57.5%）であった。

GHでの看取りに関して、本人や家族がGHでの看取りを希望した場合、「協力する」と答えたのは41.0%、「協力しない」は10.7%、「条件により協力する」は46.9%であった。社会福祉法人では「協力しない」が20%以上であったのに比べ、医療法人と会社では10%以下であった。「協力する」理由として、最も多いのは、望ましいことだと思っている（74.8%）、次いで特に望まないが本人、家族の希望なので協力する（19.2%）であった。「協力しない」理由で最も多かったのは、GHでは、最期までの医療が十分にできない（82.1%）であり、次いでGHでは、職員の負担が大きすぎる（44.6%）であった。「条件により協力する」場合の条件として、最も多かったのは、「医療行為が制限されることについて、本人あるいは家族の同意文書が必要である（59.2%）」であり、次いで、原則として協力するが、状況に応じた判断は医療スタッフに任せる（40.0%）であった。

これまでのGHでの看取りの経験は、58.0%のGHで「ある」と答えた。社会福祉法人では半数以上が経験がなかったが、医療法人と会社では半数以上で経験があった。ある場合の回数は、2~4回が最も多く（45.9%）、次いで1回が26.4%であり、10回以上が8.9%であった。医療法人と会社では、5~9回が約20%あり、医療法人では10回以上が約17%

であった。これまでの看取りについての全体的な印象では、「よい結果だった」が最も多く 67.7%、次いで「結果がよい時も悪い時もあった」(15.5%)であった。「よい結果」の内容では、家族にとってよかった、が最も多く(83.5%)、次いで介護スタッフにとってよかった(61.1%)であった。「よくなかった結果」の内容では、無記入が多かった(69.0%)が、記入されていた内容としては、介護スタッフの疲労が大きかった(24.8%)が最も多かった。看取りを行うことに関して文書で示しているのは、56.3%であった。

看取りについての今後の方針に関しては、看取りの場所は本人あるいは家族の希望を最優先すべきだ、が最も多く 70.3%、次いで家族が安心した看取りができるように医療や介護のシステムを整備すべきだ、が 64.2%であった。

看取りに関する職員の教育や学習をしているのは 51.5%であり、していないのは 27.6%であった。12.3%では個人に任せていると回答した。研究・学習のテーマでは、緊急時の基本的な対応技術、が最も多く 72.4%、次いで終末期における各ステージの総合的な知識と理解 60.4%、チームケアについて 48.4%であった。学習方法は、講義が最も多く 58.7%、次いで少人数のグループ学習 41.0%、事例検討 33.2%であった。学習の効果としては、まあまあ効果があった 60.4%、大いに効果があった 15.9%であり、合わせて 76.3%で効果があったとしている。

秋下：1 学年 108 名(2013 年 1 月～12 月に実習)を対象に、臨床実習期間中に実施方法についてプリントを交えて 1 分ほどで説明し、後日、未履修の学生に対してはメールで履修を促した。その結果、実際に e-learning を受講したのは、59 名(受講率 55%)であった。老年病科は同じ病棟にある感染症内科と合同で臨床実習を行っているため、選択によって履修した割合に違いがあるかみてみたところ、老年病科は 47%、感染症内科は 67.5%であり、老年病科を選ばなかった学生に情報が行き届かなかったとはいえない。その他、催促に使ったメールアドレスが現在使われてないもの又はあまりチェックされてないものであった可能性はあり、そのため情報が十分行き渡っていなかった可能性はある。学生が受講する場面を教員が観察したが、学生は教員からの簡単な説明で、システムを使いこなすことができている。まず、スライドを読み、その後に問題を回答するという、当初想定したスタイルで学習し、アンケートにも受講者のすべてが回答した。学生一人当たりの学習時間は約 20 分であり、学生の問題の正解率は 7 割程度であったが、問題により正答率は大きく異なった。

続いて、アンケートの結果を示す。学生からの評価は、スライドの内容・問題の難易度について、おおむね学生のレベルにあっているかやや簡単な内容との評価であった。受講した学生のすべてが、今回の e-learning は医学部教育に有用だと回答した。

葛谷・鈴木：参加者 85 名(男性 11 名 女性 74 名)年齢は 50 歳代が最も多くをしめ、次いで 40 歳代、60 歳代と続いた。職種別の内訳、経験年数の内訳は以下の通りであった。職種：看護師(10.6%)、介護福祉士・ホームヘルパー(58.8%)、その他(24.7%) 経験年数：2 年以内(31.8%)、5 年以内(27.1%)、10 年以内(29.4%)、10 年以上(9.4%) 講義開始

前に実施した質問票の回答結果を職種別、経験年数別に比較したところ、職種別の比較では看護系（看護師資格を持つケアマネジャー）は非看護系（介護士やヘルパーなど看護師以外の資格保持者など）と比較して認知症の知識に関する自己評価が高かったが（ $p < 0.05$ ）、実際お知識には職種差を認めなかった。経験年数別の比較では、5年以上の経験を持つケアマネジャーは5年未満と比較して臨床症状に関する理解が深い（ $p < 0.05$ ）ことが示された。参加者全員が講義内容は理解できたと答え、52%は非常によく理解できたと答えた。全体の93.2%が講義には非常に満足あるいはやや満足と答えた。一方、同じ質問票を講義終了直後と講義後一か月間経過した後に配布し、回答を講義前と比較したところ、講義直後に点数が有意に増加した（ $p < 0.001$ ）が、一か月後には講義前の点数と有意差を認めなかった

前田：46施設46名のOTから回答があった（回収率68.7%）。女性が52.2%、年齢は30歳代が50.0%、ついで20歳代が34.8%であった。OT経験年数は5～10年が32.6%で最も多かった。デイケア経験年数は1～3年が28.3%、3～5年が23.9%であった。54.3%が前任機関での認知症とのかかわりがあった。仕事上のやりがいは、「感じる」、「まずまず感じる」を合わせると95.6%であった。上級者からの指導は「充分あった」と「あった」を合わせると58.7%であった。自身の後進への指導については「充分できる」、「ほぼできる」を合わせて39.1%に過ぎなかった。

OT経験年数およびデイケア勤務経験年数と、やりがい、上級者からの指導、下級者への指導の相関を調べたところ、相関が認められたのはOT経験年数およびデイケア勤務経験年数と下級者への指導であった（それぞれ $p < 0.005$ 、 $p < 0.001$ ）。すなわち経験年数が長いほど下級者への指導に対する自信を有していることがあきらかとなった。ただデイケア経験年数のほうがOT経験年数より高度の相関が認められた。

#### D. 考察と結論

3年間全体について

驚見：1) 考察

① 研修の理解や活用意思、研修後実践には、現在の担当業務や診療科が影響している。

⇒ 単純集計では、研修内容10項目のうち、“認知症の特性”（①特徴、②疑うポイント、③ADとDLBの特性）では高い理解度がある一方で、“認知症の治療”（④中核症状への薬物療法、⑤主要4剤の特徴、⑥BPSDへの薬物療法）では、職種や診療科の違いにより、結果に差異が現れていることがうかがえた。（記述回答も参照）

② 研修の理解度は、これまでの病院での経験（実践や取り組み）に影響されている。

⇒ 研修全体の理解は、各スタッフのこれまでの経験（担当業務や病院での取り組みの有無）に左右されている大まかな傾向がみられた。現在または過去の業務において、一定の経験や事例にあたったことは、研修によって「再確認」や「一層の知識拡大」につながったと考えられる。

一方、特に医師では、研修内容 10 項目のうち、「②認知症を疑うポイント」、「⑧対応技術」、「⑨チーム対応」、「⑩地域の仕組み」について、研修の理解と過去実践とは相関が低く、新規に知識を獲得していた様子がうかがえた。

③ 研修は、知識の活用意思への影響は与えているものの、研修後 1 か月間の実践までは結びついていない。

⇒ 上記の通り、過去の実践があると、研修内容への理解が深まり、研修直後は何らかの活用を試みようとする傾向はみられた。しかし、研修後の実践となると、現在の職種、担当業務（診療科）、認知症患者との接触の有無、医療機関の体制などの“現在の状況”に依存している可能性が高く、実践までは結びついていない点がうかがえた。

「⑨チーム対応の仕組み」や、看護師の「④中核症状への薬物療法」、「⑤主要 4 剤の特徴」などは、理解が進んでも実際の業務に反映させにくかった（実践しにくかった）ために研修後の実践が進んでいなかったと考えられる。

もともと、現在の状況の影響を相対的に受けにくい（個人単位で取り組みやすい）「⑧対応技術」は、研修が活用意向を高め、研修後の実践に結びついていた。

⇒ 看護師にみられる傾向としては、研修の理解が進んでいる場合ほど、研修後の実践に結びついていないことがあるが、これは、理解が進んだ（知識を獲得した）からこそ、実際の業務の場面において「やれなかった」という意識につながったことが考えられる（研理解の裏返しと思われる）。

## 2) 今後の課題

### (1) 研修効果測定の方法について

まず、評価項目と研修内容の関係をより明確に（受講者に対して、アンケート回答時に研修内容と項目を結び付けやすくするように）することが必要である。アンケート票およびスライドでの工夫やアンケートに関する丁寧な説明などを検討する必要がある。

また、研修後の実践を測定する期間について、本年度実施した 2 医療機関では、“一定期間”を 1 ヶ月間と設定したが、認知症の患者に接する機会（頻度）やチーム組成、地域連携までの期間との関係では、実践の期間を少なくとも、3 ヶ月から半年を確保することが必要ではないか、検討を要する。

### (2) 研理解を実践につなげる取り組みについて

研修の効果をあくまで「研修後の実践」に求めるとして、研修後の実践を図るには、研修で得た知識を発揮する機会を確保することが重要となる。

今後、さまざまな診療科のさまざまな入通院の場面での、“認知症対応力”を高めるためには、職種や診療科を超えた研修の実施にとどまらず、その後の機会確保として、一定期間のジョブローテーションや事後 OJT を行うなど、医療機関単位の計画的な取り組みが必要と考える。

### (3) 効果測定の継続的な取り組みについて

本レポートは、2 医療機関での研修実施、60 名弱の受講者のデータをもとにとりまとめた

ものであるが、単純集計および相関分析においても当然に処理の限界があり、今回の結果が一般的な傾向を示すものではない。今後は研修実施機関および受講者の蓄積を図り、より信頼性のある効果測定を継続的に実施していくことが必要である。

高道・北村：看護師を対象した認知症に関わる教育研修では、看護師の年齢や経験年数に大きな偏りはなく受講していた。その背景としては、認知症高齢者とのかかわりが毎日あるということが約8割近くの看護師の背景にあるため、学習ニーズとなり、本研修の受講につながっていたのではないかと考える。過去1年間に、認知症に関する研修受講歴があると回答した看護師も全体の約7割を占めていて、認知症に関する医療やケアに関心の高い看護師らが本研修を受講していたと考える。

研修前に実施した認知症に関する知識を問うテストでは、研修前は平均点40点を下回る結果であったが、3日間の研修受講によって有意差のある伸びが認められた。受講3ヶ月後は、研修直後の成績との比較では有意差は認めなかったものの、点数は低下することなく、むしろごくわずかに上昇していた。年齢、経験年数、過去の認知症に関する研修受講の有無に関わらず、短期集中講義形式で学ぶことによって、認知症の医療やケアに携わる際に要点となる基本的な知識を獲得し、3ヶ月後にも知識は保持されている傾向があった。本研修を短期集中講義形式で受講したことで、受講した看護師の認識の変化を遂げる傾向もあり、研修後の各自の看護実践に影響していると考えられる。だが、認知症の検査・治療・診断に関わることや、家族とのかかわり、身体拘束の切迫性・一時性・非代替性に関する理解や取り組みなどは、研修受講するだけでは変化しづらく、実習や演習で学習する方法の検討が課題であると考えられる。コンサルテーションチームの関わりについては、リエゾンチームが相当すると考えるが、十分に普及していないことが伺われる。対応に苦慮する認知症の事例に介入し、認知症の医療とケアを支援するシステム・体制についても検討することが重要であると考えられる。

山岡：今回最も意を注いだのはこの講義の有効性の評価である。講義直後に行うアンケート調査では感想は得られてもこのような講義の実効性の評価は困難であり、時期をおいて2回講義及び評価を行うシステムを採用した。講義後にはすべてのポイントで理解が深まり有用と考えられたが1か月後の再評価時点では、その効果は消失していた。これは2施設ともまったく同様の結果であった。ことに認知症の治療の部分で顕著であった。これは認知症に係わらない科の医師にとって、得た知識を実践する機会が乏しいことがその原因と推測された。今年度は2施設と少数の施設での検討であり、この結果が一般的な結果かどうか敷衍するには問題がある。

小長谷：介護保険施行後、GHは急速にその数が増え、職員数も増加している。認知症介護のかなめとされるGHの職員は数だけでなくその質が問われるようになってきた。昨年度の愛知・岐阜・三重3県の調査で、GH職員の研修・教育の実態と課題が明らかとなった。今回は、認知症の介護従事者として、レベルの高い教育を受け、自施設のみならず、各都道府県の介護従事者に対する研修等で指導的役割を求められている認知症介護指導者に焦

点を当てて、これらの人が所属する GH における学習・研修について検討した。

大府センターの指導者研修修了者は東海北陸、近畿地方からが中心で、山梨県も含まれ、昨年度の愛知・岐阜・三重の東海 3 県より、エリアが広がっている。

法人格は、社会福祉法人が最も多く、次いで株式会社で、昨年度調査とは異なる結果であった。

本体施設では、5 割近くが「なし」で、「あり」の内訳では、特別養護老人ホームが最も多く、次いでその他であった。ユニット数は、2 ユニットが最も多く、次いで 1 ユニットであり、これらも昨年度と大差はなかった。

職員数は、管理者は常勤 1 人、常勤+非常勤の合計でも 1 人であった。常勤の介護職員は 14 人が最も多く、次いで 8 人あるいは 10 人であり、合計人数は 8 人と 16 人が 11.5%であり、昨年度の結果よりいずれも高く、平均人数も多かった。介護福祉士の人数も多かったが、看護職員の人数は逆に少なかった。

職員の資格に関しては、ホームヘルパー 2 級は合計では 8 人、ホームヘルパー 1 級は常勤、非常勤ともに 0 人が多かった。介護福祉士の平均は 6.7 人であり、昨年度より多かったが、依然として資格を持たない介護職員が見られた。社会福祉士や精神保健福祉士といった専門職の数も極めて低く、今後の課題である。

認知症介護実践者研修修了者は平均 4.8 人と昨年度より多く、認知症介護実践リーダー研修修了者は平均 1.6 人、認知症介護指導者研修修了者は平均 0.9 人であり、指導者がいる GH ではより高い研修を受けた人が多いことが明らかとなった。

外部研修に参加する頻度に関しては、1 年に 2~3 回、あるいは 1 回と少なかった。外部研修に関する情報の入手方法は、職能団体などからの案内状からの情報や地域包括支援センターや行政など、ダイレクトメールであり、これらは昨年度の結果と同様であった。

職場内研修の頻度も概ね変わらず、1 カ月に 1 回が最も多く、次いで 1 年に 4~6 回であり、テーマは認知症の心理的理解が最も多く、次いで認知症の医学的知識、虐待・身体拘束防止と、日常のケアに直結するテーマが中心であった。

研修や学習で、ケアに役立つテーマについては、認知症の心理的理解が最も多く、次いでパーソンセンタードケア、認知症の医学的知識、BPSD への対応であり、日常のケアに即した研修が、評価されていた。

研修・教育に要する費用に関しては、内部研修の研修費用が十分確保されていないところが多かったが、一方では数は少ないが十分に予算がある事業所も見られた。外部研修の予算もある程度確保されているところはわずかであり、研修や教育にかかる予算は十分でなく、場合によっては職員が自己負担していると考えられた。

研修・学習に関する課題では外部研修に行く時間が取れないことがもっと多く、次いで内部の職員のみでは十分な学習ができないこと、研修の機会が少ないことであり、意欲はあるが時間的・経済的に困難な状況が明らかとなった。

今後必要な研修・学習のテーマに関してはパーソンセンタードケア、認知症の心理的理解、

チームケア、スタッフのストレスケア、ターミナルケア・看取りなど、現在および今後直面する課題に関する実践的な知識が求められていた。

内部研修に必要な教材としては、ビデオ・DVD が最も多く求められており、内部職員のみでは十分な学習ができないことから、標準的で充実した内容の教育素材が求められていた。さらに、内部研修に講師を招くことも希望が多く、これも今後の課題である。

これまでに多職種間を連携した教育・研修を経験した人は多くみられたが、受講者として参加が最も多く講師の役割をしたのは3分の1程度であり、認知症指導者として求められる役割をまだ十分に果たせていない人も多くいるものと考えられた。

以上のように介護従事者の中で最も高い研修を受けた指導者においても、自施設あるいは外部で、その能力を十分に発揮しているとは言えない状況であった。これらの人材を有効に活用し、認知症に関する医療・介護の多職種を連携した教育を進めていくことが重要である。結論としてGH職員は介護職員が中心であるが、介護福祉士などの資格を有する者の割合は必ずしも高くない。外部研修や内部研修で、認知症の心理的理解・医学的知識などを学び、日頃のケアに活かしているが、実際には少ない人数による日常業務のため、研修や学習に割ける時間は十分とは言えない。今後、医療・介護の多職種間の教育連携のためにも、認知症介護指導者をさらに活用していく必要がある。

秋下：e-learning を用いたシステムは、単に教科書を読むとか問題集を解くという学習方法と比較し、問題をすべて正解できないと修了できないとか、修了後に修了書が印刷されなど学生の意欲を増すための工夫が施されており、ICTの普及、開発に伴って、近年、卒前・卒後教育に頻繁に用いられる。今回の、概ね医学教育に有用であるとの学生の回答は、これらの目的にかなうものであった。今後、認知症以外にも、授業で行うことが難しい項目については、e-learning を用いたシステムの開発を検討してもよいと考えられた。

全員に受講させることができなかったのは、e-learning システムに問題があったわけではなく、担当教員がシステムを紹介するタイミング（病棟実習の最終日）に問題があったためであり、今後の課題である。病棟実習で実際に認知症患者に対応してからの方が、問題に積極的に取り組んでもらえるだろうとの配慮であったが、今回の内容の場合、病棟実習前でも学生には負担なく取り組めたのではないかと考えられる。

認知症医療の特徴は、単に認知症の臨床像を理解し、鑑別診断や薬物療法を行うだけでは不十分であり、高齢者のさまざまな病態や生活機能などを包含し、かつチーム医療を意識した包括的な医療として提供されるべきである。今回の e-learning システムは、認知症に関する基礎的な知識を確実に定着させることには効果があると考えられるが、包括的な認知症医療を学習させることはできておらず、現場型の実習と組み合わせて行うことに意義があると思われる。今回の e-learning を用いたシステムについても、病棟実習において医療チームに参加する前に、最低限身に付けておけばよい知識は何かといった視点で、コンテンツを作成する方がよいと考えられた。結論として e-learning を用いたシステムは、認知症に関する医学生の基本的な知識の向上に有用である可能性が示唆された。



葛谷・鈴木：今回の検討を総括すると、座学形式の講義に対する満足度や講義直後の主観的理解度は総じて高いにもかかわらず、講義終了後一定期間を経た後に再度実施した質問への回答においては、期待されたような認知症に関する知識の深まりが客観的に確認できなかった。この理由としては、従来から指摘されている座学形式の講義による受動的学習の限界もさることながら、講義の内容が経験したケアマネジメント症例における課題に応えるものではない可能性や、限られた時間内で比較的大量の情報を含む講義内容を伝達することには困難が存在するにも関わらず、反復して学習する時間的余裕が持てないなどの原因も指摘される。今後、ケーススタディや自験例を基に能動的に学習を進めるなど教育の方略上の工夫が必要である可能性が今回の検討において示唆された。

#### 平成 25 年度について

鷺見：サポート医に参加希望を募り、参加希望者にパスワードの発行を開始した。2014年3月10日現在1,467名に新規パスワードを発行した。約半数のサポート医から参加希望があり、開設を待ち望む声も多くとどけられた。しかしながら年度ごとの参加希望者はむしろ減少している。これは運営組織がないためコンテンツの更新が十分できていないこと。双方向性機能がうまくいっていないことが大きい。また平成25年度からこれまでの運用業者を変更し、サイトが停止したことも原因と考えられる。今後は運営のための組織の立ち上げと、より使いやすいホームページデザインが必要と考える。それによって各地域でのサポート医の活動が、目に見えるようになることによって、他地域の活動が活性化されることが期待される。現時点でのネット上での患者情報の許容範囲について指摘をうけ、当面はサポート医の同意をえた者のみが参加できる、クローズドな性格のサイトになった。国民全体が閲覧可能なサイトを目指したいが、症例検討の機能を有しているために現在の法体制では困難であり、Web情報に関する法整備が望まれる。また当初は通常のhttpでのWebを考えていたが症例検討が可能ならばよりセキュリティを高める必要があるとの指摘をうけ、よりセキュリティが高度なhttpsへ変更することになった。

高道：認知症高齢者の増加に伴って、一般病棟でも対応が必要となっている現状を背景に、日々のジレンマや対応の難しさを解決したいと考える看護師や、認知症専門病棟や認知症疾患センターに所属する看護師が専門的知識を身につけて実践したいという思いなどが本研修での受講の動機となっていることが把握できた。また、経験年数も5~9年目の看護師が最も多く占めており、チームの中で認知症ケアのリーダーシップをとる必要性を感じて受講する看護師らもいたことから、中堅看護師の受講ニーズが高いことも把握できた。本研修を受講する以前から認知症に関する研修の受講歴があると半数の看護師が回答していたことから、認知症に関する医療やケアに関心の高い看護師らが2013年度においても受講していたと考える。

そのような背景の看護師らが短期集中講義形式の研修を受講して、終了時の満足度や今後の活用性に関して、約4.5ポイントの評価を得られていたので、3日間の研修時間は長いというような弱みはカバーされたと考える。

知識を問うテストにおいては、昨年度とほぼ同じ点数の推移が示された。研修前は100点満点中平均点が40点を下回る結果であったが、3日間の研修によって、有意差のある伸びが認められた。受講3ヶ月後も、知識を問うテストの点数は下がることはなく、微増であるが、平均点の上昇傾向が認められた。短期集中講義形式で学ぶことによって、認知症の医療やケアに携わる際に必要な基本的知識を獲得し、3か月後においても保持されている傾向を示した。

認知症の人への看護実践についての自己評価アンケートの結果からは、基本的な尊厳の保持やコミュニケーションの際の留意点、認知症の人の立場に応じた対応などについて変化している傾向が把握できた。各自が研修内容を踏まえ、これまでの認知症の人とのかかわり合いや看護実践を、根拠や専門知識に基づく看護を実践に変化させて日々対応していることが示唆されていると考える。

3日間の短期集中講義形式での看護師に対する認知症教育は、それぞれの看護師の認知症に関する知識やよりよい看護実践への取り組みなどに影響し、一定の効果を得られていると考える。

山岡：

① これまで、活用意思、研修後1ヵ月間の3評価点の自己評価は、病棟研修と同様の傾向。

⇒ 予め課題抽出された医療連携、チーム員会議に関する研修であり、これまでの実践は「実践できていた」とする評価が10%前後にとどまった。研修後の活用意思では各テーマとも「できそう」が40%前後に上がったものの、研修後1ヵ月間の実践ではその水準が維持されず、15%前後に戻ってしまっていた。病棟研修で得られた結果とほぼ同様であった。医療連携やチーム活動といった個人単位の行動で、アウトカムを含めた成果として「実践できた」という実感に結び付きにくい研修内容であったことも、評価の変動に現れたのではないかと思われる。

② 自己評価の4段階スコアの変化は、全てのテーマで「研修後1ヵ月間の実践」は「これまでの実践」を上回った。

⇒ 病棟研修の分析で指摘をした、研修後の業務内容での活用機会の点で、今回の研修は、チーム員活動に直接的に関係する内容であったこともあり、4段階スコアにおいては、病棟研修での結果と異なり、「研修後1ヵ月間の実践」での評価が、「これまでの実践」の評価を上回る結果となった。研修において得られた知識や情報が、その後のチーム員活動において活用機会として存在していた点が寄与していると考えられる。

小長谷：介護保険施行後、GHは急速にその数が増え、職員数も増加している。認知症介護のかなめとされるGHの職員は、数だけでなくその質が問われるようになってきた。昨年度の愛知・岐阜・三重3県の調査で、GH職員の研修・教育の実態と課題が明らかとなった。今回の結果では、法人格で営利法人である会社が多い(60.5%)ことが目立った。全国の実際の法人別事業所数の構成(51.5%)と比較しても多い傾向にある。会社運営のGHは単独型が多いのも特徴であった。ユニット数は1あるいは2ユニットが多く、両者合わせて

90%以上であり、小規模な事業所が多かった。

利用者の診療に関しては、多くの GH で医師や看護師の定期的な来所があったが、8.0%の GH では医師の定期的な来所がなかった。

緊急時のマニュアルはほとんどの GH で作成されていたが、看取りを行うことを文書で示している GH は 60%以下にとどまった。

看取りに協力する GH は、条件により協力する、を含めると 90%近くあり、望ましいことと考えている事業所が多かったが、社会福祉法人の GH では、「協力しない」という回答が医療法人や会社の GH に比べ 2 倍以上であった。前回の調査でも、医療法人に比べ社会福祉法人では「協力しない」の回答が約 2.5 倍であり、傾向は変わっていない。

協力する条件としては、GH 内の協力体制の整備や、医療行為が制限されることに関する本人や家族の同意などが挙げられ、まだ課題が多いことを伺わせた。一方で、協力しない、とする場合の理由として、80%以上の事業所から、GH では最期までの医療が十分にできないことが挙げられた。GH で看取りを行う上で、医療との連携が重要である。

看取りの経験は、約 60%の GH であると答え、回数は、2~4 回が多かったが、10 回以上の GH も 8.9%にみられ、前回の調査で医療法人では 10 回以上が 4.0%、社会福祉法人では 2.2%であったのに比べ、経験豊富な GH が増加していた。一方で、看取りの経験は会社運営の GH で最も多く、社会福祉法人では少なかった。看取りの回数でも、医療法人や会社では 5~9 回が 20%近くあり、10 回以上も多かったのに比べ、社会福祉法人では少なかったが、今後の方針としては、約 3 分の 1 で「条件を整備して GH でもっと看取りができるようにすべきだ」と答えており、調査時点では、条件が整備されていない事業所が多いと推測される。

看取りの経験の結果はおおむね良好であり、家族や介護スタッフにとって良い結果であり、満足感や達成感が得られている。一方で少数ながら家族・ケアスタッフ・医療スタッフ間の連携がうまくいかず、よくない結果と答えた事業所も見られ、多職種の連携が重要であることが示唆された。

今後の方針としては、本人や家族の希望を尊重し、条件を整えたうえで、GH での看取りを行うべきだという意見が大勢であり、今後も GH での看取りが増加していくと考えられる。看取りに関する GH 職員の教育は半数の事業所で行われていたが、していない事業所が 4 分の 1 以上であり、個人任せにしているところも見られた。テーマは「緊急時の基本的な対応技術」や「終末期における各ステージの総合的な知識の理解」といった技術・知識面が多く、「家族の納得を得るための配慮やコミュニケーション」、「家族に対する精神的ケア」といった心理面に関する教育はまだ十分ではなかった。

学習方法も講義が 60%近くであり、事例検討は 3 分の 1 にとどまった。学習の効果は 4 分の 3 であった、としているが、約 20%ではわからないと答えており、さらなる経験と教育が必要である。

秋下：e-learning を用いたシステムは、単に教科書を読むとか問題集を解くという学習方法

と比較し、問題をすべて正解できないと修了できないとか、修了後に修了書が印刷されなど学生の意欲を増すための工夫が施されており、ICTの普及、開発に伴って、近年、卒前・卒後教育に頻繁に用いられる。今回の、概ね医学教育に有用であるとの学生の回答は、これらの目的にかなうものであった。今後、認知症以外にも、授業で行うことが難しい項目については、e-learningを用いたシステムの開発を検討してもよいと考えられた。

全員に受講させることができなかったのは、e-learningシステムに問題があったわけではなく、担当教員がシステムを紹介するタイミングに問題があったと思われる。病棟実習の初めの時に紹介すると、他にも課題が多いため、e-learningは後回しになり、忘れてしまう可能性がある。逆に最後の方にすると、来てない学生も多く、周知が十分にならない。受講率を上げるためには、e-learning用の時間を作るか、課題がある程度終わったタイミングで紹介するか、と考えているが今後の課題である。

第9問は全て選ばせる問題であり、他に比べ正答しにくい問題であると考えられるが、それよりも第3問は正答率が低い結果であった。その誤答の結果を考えると、心理検査より脳血流SPECTの方が重要のように学生には映っていると考えられる。今後、講義やカンファの時に気をつける必要がある点と思われた。

逆に正答率の高かった問題を示す。逆にこれらは学生が理解している箇所と考えられた。認知症医療の特徴は、単に認知症の臨床像を理解し、鑑別診断や薬物療法を行うだけでは不十分であり、高齢者のさまざまな病態や生活機能などを包含し、かつチーム医療を意識した包括的な医療として提供されるべきである。今回のe-learningシステムは、認知症に関する基礎的な知識を確実に定着させることには効果があると考えられるが、包括的な認知症医療を学習させることはできておらず、現場型の実習と組み合わせて行うことに意義があると思われる。今回のe-learningを用いたシステムについても、病棟実習において医療チームに参加する前に、最低限身に付けておけばよい知識は何かといった視点で、コンテンツを作成する方がよいと考えられた。

e-learningを用いたシステムは、認知症に関する医学生の基本的な知識の向上に有用である可能性が示唆された。

葛谷・鈴木：今回の検討を総括すると、座学形式の講義に対する満足度や講義直後の主観的理解度は総じて高く、昨年よりも講義に対しては高い評価が得られたにもかかわらず、講義終了直後に向上した理解度に関する指標は、講義後一か月で元のレベルに戻ってしまった。一時的な向上は非看護職で経験年数の浅いケアマネジャーにおいて観察されたが他の参加者についてはこのような傾向は認めなかった。今回の結果は昨年の講義後のデータを裏付けるものであるが、少なくとも講義終了直後においては知識が獲得されたにもかかわらず、それを固定し、保持することの難しさをあらわす結果となった。従来から指摘されている座学形式の講義による受動的学習の限界もさることながら、今回の受講者は比較的年齢が高いことも影響した可能性は否定できない（経験年数の浅い比較的若いケアマネジャーにおいては学習効果の持続傾向がうかがわれたため）。今後、ケーススタディや自験

例を基に能動的に学習を進めるなど教育の方略上の工夫とともに内容を反復学習できるためのツール（例えば e-Learning あるいは教育用の DVD シリーズの作成など）の開発による認知症に関する基礎的な知識の均てん化をはかる必要性が今回の検討において改めて示唆された。

前田：認知症デイケアに勤務する OT の年齢は 20 代、30 代がほとんどであった。経験年数も長くはなかった。デイケアでの経験も 1～5 年と浅かった。OT の半数以上が現在の勤務以前にも認知症者に関わっており、詳細は不明であるが認知症 OT としての経験はもう少し長いようである。

仕事上のやりがいはほとんどの OT が感じており、調査前、OT の効果の確認が困難な認知症 OT にはあまりやりがいを感じていないのではないかという予測は外れた。

上級者からの指導については、指導はあったという回答が多かった。一方、自身が後進を指導するとなると、指導できるという回答は 4 割に減り、自分の指導に自信があるとは言えないようである。ただ認知症デイケアの経験を積むに従って下級者の指導に自信が持てるようになるようであった。認知症のデイケアはいまだ方法論的に確立したものとはいえない。そのような中で OT は試行錯誤を繰り返すことになり、後進の育成についても自信を持って指導する段階になるようであった。

認知症者を対象とした通所サービスとしては他に、介護保険で通所リハビリテーション、通所介護（デイサービス）および認知症対応型通所介護がある。認知症デイケアにおける調査に関する論文は極めて少ない。しかしながら認知症デイケアは精神科医師、精神病床に勤務した経験を有する看護師を配置するなど医療対応に特徴を有し、介護保険給付が利用できなくても医療保険からサービスを受けることができるなどの利点がある。

認知症デイケアでは OT の配置が義務付けられており、認知症初期集中支援チームにも OT が加えられており、認知症ケアにおける専門医療職として OT の重要性が徐々に認識されてきていると言えよう。本研究は認知症に関わる人材の育成に関する研究の一環として認知症 OT がどのように育成されているのかを調査したものである。OT のおもな専門領域としては身体障害、老年期、精神障害、発達障害がある。認知症は老年期 OT のなかに含まれるが、大部分の認知症は進行性であり、リハビリテーションの効果が確認しがたいところがある。認知症者にリハビリテーションを行う認知症デイケアに勤務する OT はやりがいを感じにくいのではないか、リハビリテーションの skill やその伝達はどのように行われているかなどを明らかにする目的で本調査を行った。結果は既述とおりであるが OT 間、施設間の交流や情報交換の欠如と OT がそれを望んでいることが明らかとなった。

#### E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

平成 23 年度

- 1) 鷺見幸彦. 認知症学 18. 認知症の重症化に伴う医学的諸問題
- 2) 鷺見幸彦. 各論 k. 認知症を扱う医療スタッフの養成—サポート医と介護研修— 日本臨床増刊号 69(10):561-564, 2011
- 3) 森 明子、小長谷陽子、齊藤千晶、中村昭範: 「いきいきリハビリ」・「にこにこリハ」. 現場向け特集「ユニークな活動、人気の活動」. 認知症ケア最前線 30: 12-19, 2011
- 4) 小長谷陽子: 若年性認知症総論. 現場向け特集「若年性認知症」. 認知症ケア最前線 29: 24-29, 2011
- 5) 小長谷陽子: 若年性認知症の実態と支援対策. 老年問題研究 25: 42-46, 2011
- 6) 伊藤美智予、鈴木亮子、尾之内直美、湯原悦子、旭多貴子、小長谷陽子: 認知症の人の買い物に関する実態調査—A県における「家族・専門職」と「店舗従業員」を対象とする 2つの調査を通して— 日本認知症ケア学会誌 10(3):325-338, 2011
- 7) 小長谷陽子、森 明子: パーソン・センタード・ケア. 特集「認知症ケアの取り組み—エビデンスを基に—」 Aging & Health 20 (2): 10-14, 2011
- 8) 小長谷陽子: 企業における若年性認知症の実態と支援への課題. 職リハネットワーク 68: 9-14 2011
- 9) 小長谷陽子、森明子: 認知症の非薬物療法および若年性認知症の就労リハビリテーション. 特集「認知症リハビリテーションの EBM」. 総合リハビリテーション 39 (5) : 435-440 2011
- 10) Kanoh M, Oida Y, Nomura Y, Araki A, Konagaya Y, Ihara K, Shimizu T, Kimura K, Miyake N, Shirouzu H: Examination of Practicability of Robot Assisted Activity Program using Communication Robot for Elderly People. J Robotics and Mechatronics, Vol. 23, No. 1:3-12, 2011
- 11) Ogita M, Utsunomiya H, Akishita M, Arai H. Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach. Geriatr Gerontol Int. 2012 Feb 20. [Epub ahead of print]
- 12) Yamada Y, Eto M, Yamamoto H, Akishita M, Ouchi Y. Gastrointestinal hemorrhage and antithrombotic drug use in geriatric patients. Geriatr Gerontol Int. in press.
- 13) Akishita M, Yu J. Hormonal effects on blood vessels. Hypertens Res. 2012 Feb 2. [Epub ahead of print]
- 14) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int. 2011 Dec 23. [Epub ahead of print]

- 15) Ota H, Akishita M, Akiyoshi T, Kahyo T, Setou M, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Testosterone deficiency accelerates neuronal and vascular aging of SAMP8 mice: protective role of eNOS and SIRT1. *PLoS One*. 2012;7:e29598.
- 16) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Association of polypharmacy with fall risk among geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11:438-44.
- 17) Akishita M, Ohike Y, Yamaguchi Y, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Obstructive sleep apnea exacerbates endothelial dysfunction in patients with metabolic syndrome. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1565-6.
- 18) Takemura A, Iijima K, Ota H, Son BK, Ito Y, Ogawa S, Eto M, Akishita M, Ouchi Y. Sirtuin 1 retards hyperphosphatemia-induced calcification of vascular smooth muscle cells. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2011;31:2054-62.
- 19) Fukai S, Akishita M, Yamada S, Ogawa S, Yamaguchi K, Kozaki K, Toba K, Ouchi Y. Plasma sex hormone levels and mortality in disabled older men and women. *Geriatr Gerontol Int*. 2010;11:196-203.
- 20) Nagai K, Kozaki K, Sonohara K, Akishita M, Toba K. Relationship between interleukin-6 and cerebral deep white matter and periventricular hyperintensity in elderly women. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11:328-32.
- 21) 葛谷雅文、鈴木裕介：超高齢者社会におけるケアマネジャーの役割。ケアマネジャー@ワーク 症状から学ぶ医療知識，中央法規，2-12,2012
- 22) 葛谷雅文：栄養管理。ケアマネジャー@ワーク 症状から学ぶ医療知識，中央法規，216-223,2012
- 23) 葛谷雅文、榎裕美、井澤幸子、広瀬貴久、長谷川潤：要介護高齢者の経口摂取困難の実態ならびに要因に関する研究，*静脈経腸栄養*，26（5）：1265-1270,2011
- 24) 広瀬貴久，長谷川潤，井澤幸子，榎裕美，葛谷雅文：鬱の程度は、在宅療養要介護高齢者の死亡、入院の原因となるか，*the Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly(NLS-FE)*より，*日本老年医学会雑誌*，48（2）：163-169,2011
- 25) Kuzuya M: Process of Physical Disability among Older Adults - Contribution of Frailty in the Super-aged Society. *Nagoya J. Med. Sci.*74: 31 - 37,2012
- 26) Akishita M, Arai H, Arai H, Inamatsu T, Kuzuya M, Suzuki Y, Teramoto S, Mizukami K, Morimoto S, Toba K; Working Group on Guidelines for Medical Treatment and its Safety in the Elderly. Survey on geriatricians' experiences of adverse drug reactions caused by potentially inappropriate medications: Commission report of the Japan Geriatrics Society. *Geriatr Gerontol Int*. 11(1): 3-7,2011
- 27) Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Izawa S, Hirakawa Y, Shimokata H, Iguchi A. Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent

older care recipients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 19(4): 382-91, 2011

28) Kuzuya M, Hasegawa J, Hirakawa Y, Enoki H, Izawa S, Hirose T, Iguchi A. Impact of informal care levels on discontinuation of living at home in community-dwelling dependent elderly using various community-based services. *Arch Gerontol Geriatr*. 52(2): 127-32, 2011

#### 平成 24 年度

- 1) 鷺見幸彦 アルツハイマー型認知症治療薬 アルツハイマー型認知症の進行による症状と精神・神経系副作用との鑑別 *こころの科学* 63(2):102-106, 2012
- 2) 鷺見幸彦 ポータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」を創設 *Medical Tribune* 45(9):19, 2012
- 3) 鷺見幸彦 かかりつけ医制度の現状と課題 *老年精神医学雑誌* 23(3):287-293, 2012
- 4) 鷺見幸彦 アルツハイマー病診療最前線における課題と展望 認知症の身体合併症医療はどうあるべきか *老年精神医学雑誌* 23:101-107, 2012
- 5) 鷺見幸彦 認知症の治療・ケアガイド アルツハイマー病 *月刊薬事* 54(10):37-42, 2012
- 6) 鷺見幸彦 認知症の治療・ケアガイド レビー小体型認知症 *月刊薬事* 54(10):43-47, 2012
- 7) 辻本昌史, 鷺見幸彦 認知症の治療・ケアガイド 前頭側頭型認知症 *月刊薬事* 54(10):53-57, 2012
- 8) 鷺見幸彦 認知症の「ひと」に寄り添うチームケア *TEAM APPROACH* 18:2-5, 2012
- 9) 鷺見幸彦, 道川 誠, 片田栄一, 松川則之 座談会 認知症の予防と治療をめぐる最近の展開—新薬の登場を踏まえて— *現代医学* 60(2):373-412, 2012
- 10) 鷺見幸彦 診断・症候・鑑別診断 Alzheimer 病 認知症診療Q&A 9 2 (編 中島健二 和田健二) 中外医学社、東京 35-39, 2012
- 11) Hibi S, Yamaguchi Y, Umeda-Kameyama Y, Yamamoto H, Iijima K, Momose T, Akishita M, Ouchi Y. The high frequency of periodic limb movements in patients with Lewy body dementia. *J Psychiatr Res*. 46:1590-4, 2012.
- 12) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y. Factors associated with prolonged hospital stay in a geriatric ward of a university hospital in Japan. *J Am Geriatr Soc* 60:1190-1, 2012.
- 13) Nagai K, Akishita M, Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba K, Kozaki K. Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia. *J Am Geriatr Soc* 60:1188-9, 2012.
- 14) Umegaki H, Suzuki Y, Yanagawa M, Nonogaki Z, Nakashima H, Kuzuya M, Endo H. Cognitive impairments and functional declines in older adults at high risk for care



- needs. *Geriatr Gerontol Int.* 13(1): 77-82, 2013
- 15) Watanabe N, Yamamura K, Suzuki Y, Umegaki H, Shigeno K, Matsushita R, Sai Y, Miyamoto K, Yamada K. Pharmacist-based Donepezil Outpatient Consultation Service to improve medication persistence. *Patient Prefer Adherence.* 6: 605-11, 2012
- 16) Kawano N, Iwamoto K, Ebe K, Suzuki Y, Hasegawa J, Ukai K, Umegaki H, Iidaka T, Ozaki N. Effects of mild cognitive impairment on driving performance in old drivers. *J Am Geriatr Soc.* 60(7):1379-81, 2012
- 17) Umegaki H, Suzuki Y, Yanagawa M, Nonogaki Z, Nakashima H, Endo H. Dysphagia in older adults at high risk of requiring care. *Geriatr Gerontol Int.* 12(2):359-61, 2012.
- 18) 小長谷陽子：若年性認知症への支援と課題。（認知症介護研究・研修東京センター監修）認知症地域ケアガイドブック 早期発見から看取りまで。116-122、ワールドプランニング、東京（2012）
- 19) 小長谷陽子：認知障害への支援プログラムの実際。（認知症介護研究・研修東京センター監修）認知症地域ケアガイドブック 早期発見から看取りまで。123-128、ワールドプランニング、東京（2012）
- 20) 小長谷 陽子：若年性認知症の理解と支援方法。p 54-59. 改訂 施設スタッフと家族のための認知症の理解と家族支援方法。加藤伸司・矢吹知之編著、ワールドプランニング、東京（2012）
- 21) 小長谷陽子、渡邊智之、太田壽城. 地域在住高齢者の認知機能と身体活動との関連性 — 4年間の縦断調査の結果から— *日本老年医学会雑誌* 49: 752-759, 2012
- 22) 小長谷陽子. 地域包括支援センターにおける認知症相談の実態と課題. *日本医事新報* 4610: 84-88, 2012
- 23) 小長谷陽子、渡邊智之、小長谷正明. 地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テスト— 一定量のおよび定性的評価による検討— *日本老年医学会雑誌* 49: 483-490, 2012
- 24) Tomoyuki Watanabe, Yoko Konagaya, Tsutomu Yanagi, Masaru Miyao, Marehiro Mukai, Hiroto Shibayama: Study of Daily Driving Characteristics in Patients with Dementia Using Video-Recording Driving recorders *JAGS* 60 (7): 1381-1383, 2012
- 25) 小長谷 陽子：若年性認知症コールセンターへの相談. 特集「最前線・認知症ケア」ふれあいケア 18: 30-33, 2012
- 26) 小長谷陽子、渡邊智之、森 明子：在宅 Alzheimer 病の認知機能と日常生活活動との関連性—DAD を指標として—. *神経内科* 76(1): 100-103, 2012
- 27) 高道香織: 大声を出す認知症の人への対応. *急変キャッチ達人ナース.* 33(5):50-53, 2012
- 28) 佐々木千佳子：第 5 章認知症患者の看護・ケアを学ぶ A 病院の看護・介護, *薬事* 54(10):145-150, 2012

- 29) 佐々木千佳子, 服部英幸: 急性期 (一般) 病院における BPSD ケアの現状と問題点, BPSD 初期対応ガイドライン, 21-23, 服部英幸編, 精神症状・行動異常 (BPSD) を示す認知症患者の初期対応の』指針作成研究班著, ライフ・サイエンス, 2012

平成 25 年度

- 1) 鷺見幸彦 アルツハイマー病の支援・介護 ①どのように軽度認知障害～軽度認知症の人を支えるか からだの科学 278:137-140, 2013
- 2) 鷺見幸彦 認知症とかかりつけ医の役割 成人病と生活習慣病 43(7):851-856, 2013
- 3) 鷺見幸彦 年齢に伴うもの忘れとアルツハイマー型認知症でみられるもの忘れの区別が難しいのですが、どのように鑑別したらよいですか?鑑別するコツを教えてください”治療特別編集 認知症でお困りですか?”23-26, 2013 南山堂 編著:川畑信也
- 4) Ito K, Mori E, Fukuyama H, Ishii K, Washimi Y, Asada T, Mori S, Meguro K, Kitamura S, Hanyu H, Nakano S, Matsuda H, Kuwabara Y, Hashikawa K, Momose T, Uchida Y, Hatazawa J, Minoshima S, Kosaka K, Yamada T, Yonekura Y; J-COSMIC Study Group. Prediction of outcomes in MCI with 123I-IMP-CBF SPECT: a multicenter prospective cohort study. Ann Nucl Med.
- 5) Machida A, Toba K, Sakurai T, Washimi Y. Simple screening test using instrumental activities of daily living to find early stage of dementia. 日本老年医学会雑誌 50(2):266-7, 2013.
- 6) 高道香織, 高梨早苗: 寝たきり高齢者の意思を尊重したケアの実践, 高齢者安心・安全ケア 11(4), 9-16, 2014
- 7) 高道香織; 一般病棟での認知症ケア—大声を出す認知症の人への対応, 急変キャッチ達人ナース 33(5), 50-53, 2012
- 8) 佐々木千佳子; 2. BPSD 初期対応の現状と問題点 急性期 (一般) 病院における BPSD ケアの現状と問題点, 服部英幸編, BPSD 初期対応ガイドライン—症状別チャート図解付き第 1 版, ライフ・サイエンス, p21~23, 2012 年
- 9) 佐々木千佳子; 第 5 章 認知症患者の看護・ケアを学ぶ 1—A 病院の看護・介護, 月刊薬事 54(10), じほう, 1711~1716, 2012
- 10) 小長谷陽子, 小長谷正明, 渡邊智之, 鷺見幸彦: アルツハイマー病患者における時計描画の特徴—量的および質的評価による検討— 臨床神経学 54(2):109-115, 2014
- 11) 小長谷陽子, 田中千枝子. 障害者福祉施設における若年性認知症の受け入れに関する調査研究. 厚生指標 2014;61:9-16
- 12) Konagaya M, Kuru S, Sakai M, Saito Y, Konagaya Y, SMON research Committee. Clinical analysis of longstanding subacute myelo-optico-neuropathy (SMON), a clioquinol intoxication. J Neurol Sci 333 (2013): e619
- 13) 伊藤美智予, 本田恵子, 汲田千賀子, 中村裕子, 横井奈美, 小長谷陽子. ケア実践者が

- 研究的活動を行うことの意義と課題：認知症介護指導者養成研修における「個別課題プログラム」を通して 日本認知症ケア学会誌 2013;12-2、479-489
- 14) 小長谷陽子、渡邊智之、小長谷正明. 地域在住高齢者の認知機能と社会参加との関連性—社会活動および社会ネットワークを中心として— 日本認知症学会誌 2013; 27: 81-91
- 15) 尾寄遠見、前田潔：認知症治療病棟に関するアンケート調査—入院期間短縮に向けた要因の検討—、老年精神医学雑誌 25：307-315、2014.
- 16) 尾寄遠見、前田潔：重度認知症患者デイケアが支える在宅ケア、日本精神科病院協会雑誌、掲載受理印刷中、2014
- 17) C. Tanaka, K. Yotsumoto, E. Tatsumi, T. Sasada, M. Taira, T. Tanaka, K. Maeda, T Hashimoto: Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study. Clin Rehabil, 2014 Feb 19. Epub ahead of print.
- 18) 前田潔、尾寄遠見：重度認知症患者デイ・ケアに勤務する作業療法士の実態および意識調査、仁明会精神医学研究 11 (1)、57-60、2014.
- 19) 前田潔、尾寄遠見、川又敏男：精神科病院における認知症医療—心理行動症状への対応—、精神神経学雑誌 115(1):41-48, 2013.
- 20) 阪井一雄、山根有美子、山本泰司、前田潔：レビー小体型認知症における抑うつ 精神神経学雑誌 115(11)：1127-1134、2013.
- 21) 前田潔、基調講演 精神科医療のなかの認知症医療・介護、認知症の人と家族への援助をすすめる第28回全国研究集会 in 兵庫 報告書12-26、2013.
- 22) Hirose T, Hasegawa J, Izawa S, Enoki H, Suzuki Y, Kuzuya M. Accumulation of geriatric conditions is associated with poor nutritional status in dependent older people living in the community and in nursing homes. Geriatr Gerontol Int. 2014 Jan;14(1):198-205.
- 23) Makino T, Umegaki H, Suzuki Y, Yanagawa M, Nonogaki Z, Nakashima H, Kuzuya M. Relationship between small cerebral white matter lesions and cognitive function in patients with Alzheimer's disease and amnesic mild cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int. 2013 Nov 12.
- 24) Shiraishi N, Suzuki Y, Matsumoto D, Jeong S, Sugiyama M, Kondo K, Kuzuya M. The effect of additional training on motor outcomes at discharge from recovery phase rehabilitation wards. -A survey from multi-center stroke data bank in Japan- PLOS One (in press)
- 25) Hibi S, Yamaguchi Y, Umeda-Kameyama Y, Yamamoto H, Iijima K, Momose T, Akishita M, Ouchi Y. The high frequency of periodic limb movements in patients with Lewy body dementia. J Psychiatr Res. 2012;46:1590-4.

- 26) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y. Factors associated with prolonged hospital stay in a geriatric ward of a university hospital in Japan. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1190-1.
- 27) Nagai K, Akishita M, Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba K, Kozaki K. Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1188-9.

## 2. 学会発表

平成 23 年度

- 1) 鷺見幸彦, 武田章敬, 中村昭範, 渡辺 浩: ポータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」の創設. 日本認知症学会学術集会, 東京, 2011. 11. 12
- 2) 小長谷陽子, 渡邊智之, 柳務: 愛知県における若年性認知症の就業、日常生活動作および介護保険利用状況. 第 52 回日本神経学会学術大会. 2011. 5. 18~20 名古屋
- 3) 中村昭範, 齊藤千晶, 長屋政博, 井上豊子, 小長谷陽子: 非言語性コミュニケーションシグナルを積極的に用いた認知症のリハビリテーション. 第 52 回日本神経学会学術大会. 2011. 5. 18~20 名古屋
- 4) 鈴木亮子, 小長谷陽子: 若年性認知症コールセンターの実態 第 2 報 —認知症介護研究・研修大府センターに設置された電話相談の結果から— 第 12 回日本認知症ケア学会. 2011. 9. 24, 25 横浜
- 5) 齊藤千晶, 中村昭範, 長屋政博, 井上豊子, 小長谷陽子: 認知症高齢者への非言語性シグナルを用いたリハビリテーションプログラムの開発と評価 —認知症高齢者への「にこにこリハ」の実践と評価— 第 12 回日本認知症ケア学会. 2011. 9. 24, 25 横浜
- 6) 伊藤篤史, 塩島陽子, 遠藤彩, 北原彩奈, 小長谷陽子: 認知症高齢者に対する継続的な作業活動支援 —いきいき作業手帳の有用性の検討— 第 12 回日本認知症ケア学会. 2011. 9. 24, 25 横浜
- 7) 渡邊智之, 小長谷陽子: 生活実態調査による地域在住高齢者の社会活動と食習慣との関連. 第 70 回日本公衆衛生学会 2011. 10. 19-21 秋田
- 8) Konagaya M, Sakai M, Konagaya Y, Yoshida M: Neuropathological changes of Clioquinol intoxication; subacute myelo-optico-neuropathy (SMON) 20<sup>th</sup> World Congress of Neurology Marrakesh, Morocco, November 12-17, 2011
- 9) Akishita M (Symposium): What are appropriate medical services? Priorities of healthcare services for the elderly in Japan. 9<sup>th</sup> Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology and Geriatrics. Melbourne, Australia, 2011. 10. 26.
- 10) 亀山祐美, 秋下雅弘, 山口潔, 小川純人, 飯島勝矢, 江頭正人, 大内尉義: 認知症患者の老々介護ストレスとその性差. 日本老年医学会学術集会, 東京, 2011. 6. 17.
- 11) 山口潔, 望月諭, 藤井広子, 山口優美, 山賀亮之助, 木棚究, 亀山祐美, 小川純人, 秋

- 下雅弘、大内尉義：認知症患者の死亡原因の解析．日本認知症学会学術集会，東京，2011. 11. 12
- 12) 秋下雅弘（教育講演）：「健康長寿診療ハンドブック」について．日本老年医学会四国地方会，松山，2012. 2. 18.
- 13) 秋下雅弘（ランチョンセミナー）：認知症と生活習慣病．日本老年医学会四国地方会，松山，2012. 2. 18.
- 14) 秋下雅弘（シンポジウム）：ホルモンと認知症．アンドロゲンの認知機能改善作用．日本認知症学会学術集会，東京，2011. 11. 12.
- 15) Akishita M (Symposium)：Priorities of healthcare services for the elderly in Japan. 9<sup>th</sup> Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology and Geriatrics. Melbourne, Australia, 2011. 10. 26.
- 16) Akishita M (Symposium)：Men's Health and Metabolism: Androgen action on vascular metabolism. 6<sup>th</sup> Japan-ASEAN Conference on Men's Health & Aging, Kamakura, Japan, 2011. 7. 1.
- 17) 秋下雅弘（シンポジウム）：高齢社会／アンチエイジング 性ホルモンと抗老化．日本医学会総会，東京，2011（Web開催）．
- 18) 秋下雅弘（シンポジウム）：テストステロン医学の最前線．テストステロンと虚弱．日本抗加齢医学会総会，京都，2011. 5. 29.
- 19) 秋下雅弘（シンポジウム）：生活習慣病におけるアンチエイジング医療：メタボ時代に最適なアンチエイジングとは？ 性ホルモンとメタボリックシンドローム．日本抗加齢医学会総会，京都，2011. 5. 27
- 20) 秋下雅弘（ディベートセッション）：超高齢者の血圧はどこまで下げるべきか？（厳格な降圧または緩徐な降圧） 1）緩徐な降圧の立場から．日本老年医学会学術集会，東京，2011. 6. 16.
- 21) 秋下雅弘（ランチョンセミナー）：高齢者の不眠治療～転倒リスクを少なくするために～．日本老年医学会学術集会，東京，2011. 6. 17.
- 22) 亀山祐美、飯島勝矢、山口潔、本多正幸、小川純人、江頭正人、秋下雅弘、大内尉義：女性高齢者における遅延再生と嗅覚障害の関連．日本認知症学会学術集会，東京，2011. 11. 12.
- 23) 山口潔、望月諭、藤井広子、山口優美、山賀亮之助、木棚究、亀山祐美、小川純人、秋下雅弘、大内尉義：認知症患者の死亡原因の解析．日本認知症学会学術集会，東京，2011. 11. 12.

#### 平成 24 年度

- 1) Kato T, Ito K, Fujiwara K, Nakamura A, Arahata Y, Washimi Y, and SEAD-J Study Group Association of cognitive decline with cerebral metabolism and education in amnesic

MCI: Implications for the Cognitive Reserve Hypothesis. Alzheimer's Association International Conference (AAIC 2012) Vancouver, British Columbia, Canada  
2012. 07. 14-19

- 2)川合圭成、鷺見幸彦、他 神経心理学的検査によるアルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症の鑑別 第53回日本神経学会学術大会 東京 2012. 5. 25
- 3)武田章敬、鷺見幸彦、他 地域における認知症診療の実態調査 第53回日本神経学会学術大会 東京 2012. 5. 25
- 4)鷺見幸彦 認知症の身体合併症医療 第5回諏訪認知症研究会 長野 2012. 10. 20
- 5)武田章敬、尾之内直美、鈴木亮子、清家 理、辻本昌史、川合圭成、山岡朗子、新畑 豊、鷺見幸彦、鳥羽研二 地域の事業所の日常業務における認知症に関する困りごと調査 第31回日本認知症学会学術集会 つくば 2012. 10. 27
- 6)新畑 豊、鷺見幸彦、武田章敬、山岡朗子、辻本昌史、川合圭成、櫻井 孝、文堂昌彦、加藤隆司、伊藤健吾 血管性認知症とアルツハイマー病との鑑別および co-morbidity に関する検討 第31回日本認知症学会学術集会 つくば 2012. 10. 27
- 7)辻本昌史、梅村 想、川合圭成、山岡朗子、武田章敬、新畑 豊、鷺見幸彦、加知輝彦、櫻井 孝、鳥羽研二 アルツハイマー病における運動機能の日常生活に与える影響の検討 第31回日本認知症学会学術集会 つくば 2012. 10. 27
- 8)鷺見幸彦 認知症を病院で診る—認知症ユニットと認知症サポートチーム— 第8回日本医療マネジメント学会愛知県支部学術集会ランチョンセミナー 名古屋 2012. 11. 17
- 9)山口 潔、秋下雅弘、亀山祐美、大田秀隆、東浩太郎、小島太郎、山本 寛、山口泰弘、小川純人、大内尉義. 医学部学生に対する終末期医療と倫理に関する実習の効果. 日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28.
- 10)秋下雅弘. 血管老化と認知症. 日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 29.
- 11)秋下雅弘. 高血圧症の管理と認知症発症予防. 日本認知症予防学会学術集会, 北九州, 2012. 9. 8.
- 12)秋下雅弘. 認知症発症予防における高血圧症管理の意義. 日本認知症予防学会学術集会, 北九州, 2012. 9. 9.
- 13)秋下雅弘. 認知症の老年医学的管理. 日本早期認知症学会, 甲府, 2012. 9. 16.
- 14)牧野多恵子、梅垣宏行、鈴木裕介 柳川まどか、野々垣禪、中嶋宏貴、葛谷雅文 AD患者における抑うつ・アパシーと神経心理検査成績との関連 日本老年医学会学術集会 2012. 6 東京
- 15)柳川まどか、梅垣宏行、鈴木裕介、牧野多恵子、野々垣禪、中嶋宏貴 アルツハイマー型認知症患者と amnesic MCI 患者における糖尿病の影響の検討 ~SPECT 評価と神経心理テストから~ 日本老年医学会学術集会 2012. 6. 29 東京
- 16)野々垣禪 梅垣宏行、牧野多恵子、鈴木裕介、柳川まどか、中嶋宏貴、葛谷雅文 アルツハイマー型認知症発症過程におけるうつ症状と自律神経機能の関係

日本老年医学会学術集会 2012. 6. 28 東京

- 17) 齊藤千晶、中村昭範、長屋正博、井上豊子、小長谷陽子. 認知症高齢者への非言語性シグナルを用いたリハビリテーションプログラムの開発と評価. 第 13 回日本認知症ケア学会. 2012. 5. 19, 20 浜松
- 18) 小長谷陽子、渡邊智之、森明子、柳務、小長谷正明. 在宅アルツハイマー病の認知機能と日常生活動作の検討—DAD を指標として— 第 53 回日本神経学会学術大会. 2012. 5. 22～25 東京
- 19) 渡邊智之、小長谷陽子. 地域在住高齢者の日常生活状況の縦断的变化—2002～2010 年の生活実態調査から— 第 70 回日本公衆衛生学会 2012. 10. 24～26 山口
- 20) 藤崎あかり：もの忘れセンター専門病棟の実際 身体合併症のある患者に焦点をあてて、第 66 回国立病院学会シンポジウム 15 認知症のケア, 神戸市, 2012. 11. 17

平成 25 年度

- 1) 鷺見幸彦、堀部賢太郎、武田章敬 認知症施策推進 5 か年計画；他職種協働チームと人材育成の重要性 第 28 回日本老年精神医学会 シンポジウム 大阪 2013. 6. 6
- 2) 鷺見幸彦 今後の認知症医療—かかりつけ医、サポート医、一般病院の役割と人材育成の重要性— 第 32 回日本認知症学会総会 シンポジウム 松本 2013. 11. 10
- 3) 山岡朗子、鷺見幸彦、阿部 崇：一般病院の医師に対する認知症教育 第 32 回日本認知症学会学術集会 松本 2013. 11. 8
- 4) 鷺見幸彦：今後の認知症医療—かかりつけ医、サポート医、一般病院の役割と人材育成の重要性— 第 32 回日本認知症学会総会 シンポジウム 松本 2013. 11. 10
- 5) 高道香織, 藤崎あかり, 鈴木千世, 佐々木千佳子, 遠藤英俊, 鷺見幸彦, 寺西正美；他施設看護師に対する「認知症高齢者の看護」研修会の効果に関する検討～認知症高齢者看護の理解を深め、広めていくために～, 第 14 回日本認知症ケア学会大会 2013. 6. 2、福岡
- 6) 高道香織, 佐々木千佳子, 藤崎あかり, 遠藤英俊, 鷺見幸彦, 寺西正美；短期集中講義形式での「認知症高齢者の看護」研修の評価, 第 67 回国立病院総合医学会, 2013. 11. 9、金沢
- 7) 藤崎あかり, 鈴木千世, 佐々木千佳子, 高道香織, 富田雄一郎, 鷺見幸彦, 服部英幸, 寺西正美；病院内 DST (Dementia Support Team) ラウンドの活動報告と課題, 第 14 回日本認知症ケア学会大会抄録集, p124, 2013
- 8) 高道 香織, “私は私になる” を支えるために, 第 26 回日本総合病院精神医学会総会, ワークショップ 5 高齢者支援における総合病院の役割, 2013 年 11 月 30 日
- 9) 葛谷雅文、岡田希和子、伊藤ゆい、白石成明、梅垣宏行、鈴木裕介、長谷川潤 サルコペニアに関連する主観的・客観的症候 第 55 回日本老年医学会学術集会 2013 年 6 月 5 日

- 10) 中嶋宏貴、梅垣宏行、柳川まどか、野々垣禪、牧野多恵子、鈴木裕介、葛谷雅文  
アルツハイマー型認知症患者の時計描画試験における中心点のずれと脳血流との関連  
第 55 回日本老年医学会学術集会 2013 年 6 月 5 日
- 11) 鈴木裕介、広瀬貴久、辻典子、梅垣宏行、葛谷雅文  
介護支援専門員の認知症の知識向上のための教育プログラムの効果に関する検討  
第 55 回日本老年医学会学術集会 2013 年 6 月 5 日
- 12) 鈴木裕介、広瀬貴久、辻典子、葛谷雅文  
地域包括ケアの実践に必要な地域特性の把握-都市部における在宅高齢者の現状-  
第 55 回日本老年医学会学術集会 2013 年 6 月 6 日
- 13) 広瀬貴久、辻典子、鈴木裕介、葛谷雅文  
介護支援専門員の問題意識の検討-経験年数と職種（看護系と非看護系）による相違-  
第 55 回日本老年医学会学術集会 2013 年 6 月 6 日
- 14) 梅垣宏行、野村秀樹、前田恵子、鈴木裕介、葛谷雅文  
在宅医療における QOL 測定法の開発 第 55 回日本老年医学会学術集会 2013 年 6 月 6 日
- 15) 辻典子、広瀬貴久、鈴木裕介、葛谷雅文 ケアマネジャー（CM）を対象とした教育プログラムの効果に関する検討（第 2 報）-愛知ケアマネ研究会入門コース・中級コース受講者を対象にしたアンケート調査結果から- 第 28 回日本老年学会総会 日本ケアマネジメント学会第 12 回研究会 2013 年 6 月 5 日
- 16) Kiyoshi Maeda, Tohmi Osaki, Community-based integrated care system in Japan. Symposium: Geriatric psychiatry: Focus on dementia in Asian countries, World Congress of Asian Psychiatry August 20-23, 2013, Bangkok, Thailand
- 17) 前田潔、尾寄遠見 シンポジウム 1 「認知症の人の暮らしを支える精神科医療と地域包括ケアシステム」「精神科病院認知症治療病棟と地域連携」第 28 回日本老年精神医学会、平成 25 年 6 月 5 日～6 日、大阪
- 18) 尾寄遠見、前田潔、公開シンポジウム「多職種協働による認知症ケアの地域連携-各職種における課題と展望」「多職種協働を实践する重度認知症患者デイケアと地域連携-作業療法士の立場から-」第 32 回日本認知症学会、平成 25 年 11 月 10 日、松本
- 19) 阪井一雄、山根有美子、山本泰司、前田 潔、DLB の抑うつ シンポジウム 13 認知症（AD、DLB）パーキンソン病における認知障害と抑うつ症状 第 109 回日本精神神経学会、平成 25 年 5 月 23 日、福岡
- 20) 前田 潔 精神科医療と認知症医療・介護 第 28 回認知症の人と家族への援助をすすめる全国研究集会 in 兵庫、2012 年 10 月 28 日（日） 神戸市文化大ホール、公益社団法人認知症の人と家族の会
- 21) 小長谷陽子、渡邊智之、小長谷正明、柳務. 地域在住高齢者の認知機能スクリーニングのための時計描画テスト. 第 54 回日本神経学会学術大会、2013 5 29-31、東京
- 22) 斉藤千晶、中村昭範、松本慶太、小長谷陽子. 認知症高齢者との心の通ったコミュニ



- ケーションの実現に向けて：音声認知に焦点を当てた新たな取り組み．日本認知症ケア学会第14回大会 2013 6 1, 2 福岡
- 23) 山下英美、中村昭範、斉藤千晶、岩元裕子、上野菜穂、小長谷陽子．「にこにこリハ」「いきいきリハビリ」の普及を目的とした研修会とその評価：研修会後のアンケート結果を通して 日本認知症ケア学会第14回大会 2013 6 1~2 福岡
- 24) 岩元裕子、小長谷陽子、寶珠山稔．BPSD を呈する認知症高齢者への非薬物療法に関する研究：環境設定のためのパラメトリックスピーカーの有用性 日本認知症ケア学会第14回大会 2013 6 1, 2 福岡
- 25) 伊藤篤史、小長谷陽子．若年性認知症の人の意志疎通のしづらさへの対応についての一考察：オノマトペによる feeling communication の取り組み．日本認知症ケア学会第14回大会 2013 6 1, 2 福岡
- 26) Konagaya M, Kuru S, Sakai M, Saito y, Konagaya Y, SMON research Committee. Clinical analysis of longstanding subacute myelo-optico-neuropathy (SMON), a clioquinol intoxication.  
21<sup>th</sup> World Congress of Neurology, Wien Austria, September 21-26, 2013
- 27) 山口 潔、秋下雅弘、亀山祐美、大田秀隆、東浩太郎、小島太郎、山本 寛、山口泰弘、小川純人、大内尉義．医学部学生に対する終末期医療と倫理に関する実習の効果．日本老年医学会学術集会，東京，2012. 6. 28.
- 28) 秋下雅弘．血管老化と認知症．日本老年医学会学術集会，東京，2012. 6. 29.
- 29) 秋下雅弘．高血圧症の管理と認知症発症予防．日本認知症予防学会学術集会，北九州，2012. 9. 8.
- 30) 秋下雅弘．認知症発症予防における高血圧症管理の意義．日本認知症予防学会学術集会，北九州，2012. 9. 9.
- 31) 秋下雅弘．認知症の老年医学的管理．日本早期認知症学会，甲府，2012. 9. 16.

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし