

筑波大学
博士（看護科学）学位論文

認知症サポーターの地域での活動意欲と
活動を高めるための介護体験学習プログラムの
有用性の検討

2018

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

荒川 博美

目次

1. 緒言	
1.1 認知症高齢者を取り巻く背景	1
1.2 認知症高齢者ケアに関する状況	2
1.3 認知症高齢者が求めていること	3
1.4 認知症高齢者対策	4
1.5 認知症サポーター	5
1.5.1 認知症サポーターとは	5
1.5.2 認知症サポーター養成講座	6
1.5.3 認知症サポーター養成講座の経緯と評価	7
1.5.4 ボランティア活動における認知症サポーター	7
1.6 認知症サポーターの活動	8
1.6.1 活動実態	8
1.6.2 認知症サポーターの活動意欲に関連する要因	9
1.7 認知症サポーターの海外での状況	11
1.8 認知症サポーターの活動意欲と活動を高めるための試み	12
1.8.1 体験学習に至った経緯と必要性	12
1.8.2 学習理論の適用	15
1.8.3 Kolb の体験学習理論の適用	17
2. 研究目的	19
3. 研究の意義	20
4. 本研究の概要と用語の操作的定義	20
4.1 本研究の概要	20
4.2 介入の仮説	21
4.3 用語の操作的定義	21
5. 研究方法	22
5.1 研究デザイン	22
5.2 対象	23
5.2.1 体験学習介入プログラム対象者	23
5.2.2 サポートの受益者	23
5.2.3 リクルート	23
5.2.4 研究対象の妥当性	23
5.3 調査対象施設	24
5.4 認知症サポーター養成講座の内容	24
5.5 介護体験学習プログラム	24
5.6 フォーカスグループインタビュー	30
5.7 評価項目と測定	30
5.8 アウトカム評価	33
5.9 研究方法の妥当性	34
6. 分析方法	35
7. 倫理的配慮	36
8. 結果	36

8.1	基本属性	36
8.2	活動意欲、エンパワメント尺度点数、SOC、知識理解度の変化	36
8.2.1	活動意欲の変化	37
8.2.2	エンパワメント尺度点数の変化	37
8.2.3	SOC の変化	39
8.2.4	知識理解度の変化	40
8.2.5	Wilcoxon の符号付順位和検定後の Bonferroni の補正	41
8.3	養成講座前の介入群と対照群における基本属性、および評価項目の差異	41
8.4	FGI	42
8.4.1	介入群	42
8.4.1.1	体験前の不安	42
8.4.1.2	認知症の人への理解の深まり	42
8.4.1.3	認知症の人の話す意欲を尊重する	44
8.4.1.4	コミュニケーションにおける困難性の発見	46
8.4.1.5	できる範囲内のサポート活動をする	47
8.4.1.6	体験学習をサポート活動に生かす思い	48
8.4.2	対照群	49
8.4.2.1	認知症への理解の始まり	49
8.4.2.2	サポート活動においての困難性	50
8.4.2.3	今後の養成講座のあり方への提案	50
8.4.2.4	今後のサポート活動に必要なこと	51
8.5	認知症サポーターの活動有無	52
8.6	認知症サポーターによるサポート活動の受益者評価	52
8.6.1	回答者の属性	52
8.6.2	満足度	53
9.	考察	53
9.1	活動意欲	53
9.2	エンパワメント尺度点数	57
9.3	SOC	60
9.4	知識理解度	62
9.5	活動意欲、エンパワメント尺度、SOC、知識理解度における Bonferroni の補正後の検討	63
9.6	FGI	64
9.7	認知症サポーターの活動有無	65
9.8	認知症サポーターによるサポート活動の受益者評価	66
9.9	今後のプログラムの活用について	67
9.10	本研究のオリジナリティと限界	67
9.10.1	オリジナリティ	67
9.10.2	限界	68
10.	結論	69
11.	看護科学への今後の貢献可能性	70
	文献	71
	図表	85
	謝辞	111
	資料	112
	付録	

1. 諸言

1.1 認知症高齢者を取り巻く背景

日本の老年人口割合は増加を続け、2017年においては高齢化率27.7%で約4人に1人が高齢者であるが、2036年には3人に1人、2065年に2.6人に1人が老年人口となると推計されている（国立社会保障 人口問題研究所，2017）。高齢化に伴って認知症高齢者の増加も進んでおり、2025年には高齢者の約5人に1人を占めると推計されている（内閣府，2016）。

わが国の世帯構造は、2015年の国民生活基礎調査によると、65歳以上の者のいる世帯は全世帯の約47%で、そのうち夫婦のみの世帯が約32%、単独世帯が約26%と高齢者のみで暮らす世帯が半数以上を占めている（厚生労働省，2015）。

要支援や軽度の要介護者の訪問介護の利用内訳をみると、大半が生活援助中心型である。しかし、時間の制約などから訪問型のサービスを中心とした介護保険サービスだけでは限界があり、独居となった高齢者がなじみの地域で自分らしく暮らしていくためには、地域のインフォーマルな社会資源の活用や、遠隔地に住む家族と協働する必要性が報告されている（川上，2010）。

熊坂，稲毛，矢野（2008）は、地区活動に参加している後期高齢者のソーシャルサポートの現状と将来の介護に関するニーズの特徴について調査をし、友人や近隣との交流がサポートを得やすい環境づくりにつながることを示唆した。また、地域での交流について高齢者が求めているのは、手段的なサポートより友人や仲間との情緒的なつながりであると述べている。友人、近隣からの身近な支援は、認知症者にとって、手段的に助かるということだけではなく、日常生活の心配を減らし、情緒を安定させることにも繋がっていると見える（山埜，草野，吉田，2016）。

高齢者の社会活動については、高齢者の6割が何らかのグループ活動に参加経験があり、社会活動への参加により新しい友人を得ることができた、生活に充実感ができた、健康や体力に自信がついたことなどが報告されている（内閣府，2016）。

しかし、諸外国との比較により、日本の高齢者は、近隣との付き合いについて、相談する・される、病気の時に助け合う割合が低く、家族以外で互いに世話をし合う友人がいない割合が高い（内閣府，2016）。友人や話し相手がないなど孤立しがちな高齢者世帯、あるいは家族関係の希薄な場合など、家族に情緒的サポートを求めることができない場合、近隣の友人などの身近な情緒的サポートが必要になる（保科，奥野，2008）。

1.2 認知症高齢者ケアに関する状況

認知症への考え方はこの15年の間で大きく変革し、それは認知症の名称がかつては「呆け」といわれていたものが、「痴呆」に変わり、2004年に現在の名称である「認知症」へと変更された（厚生労働省，2004）ことから示されている。呆けや痴呆にはその示す漢字に侮蔑的な意味があり、認知症の人への尊厳や人としての敬意が表されないというのが変更の理由である（厚生労働省，2004）。認知症を病気として捉え、認知症になっても人としての尊厳が保たれ、地域で生活ができる社会を目指す動きの中、名称変更が先行した形だが、それまでは認知症に対する根強い偏見が存在し、認知症は主に脳機能障害の側面から「認知症になると本人は何もわからなくなる」と捉えられていた（諏訪，2010）。2000年代後半から「認知症でも感情は豊かに残っている」、「ケアの質によって認知症の人たちの状況は変化する」という報告（水野，2011）が示され始め、高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」（厚生労働省）は、認知症ケアの基本を尊厳の保持に据え、高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しながら、生活そのものをケアとして組み立てて行く新しいアプローチの方向性を示した。

認知症ケアの実践における支援者のスタンスは、疾病管理や身体ケアなど支援者側からの管理面を中心としたスタンスから、認知症の本人を中心としたスタンスへと大きくシフトチェンジをした（鈴木，2014）。認知症高齢者支援の考え方は、「治療」から「共に歩む」へと変化し、その考え方に基づいた支援の方法が様々な形で研究され、認知症の支援に関わる専門職へ伝達されてきた（黒澤，2011）。しかし、認知症ケアの水準が年々高

まる一方で、認知症ケアの理念に基づいた新しいケアへのモデルチェンジができないまま数十年前と同じケアの水準にとどまっている事業所・職員の存在（永田，2009）、地域においても認知症者に対するマイナスイメージをもっている地域住民の存在が報告されている（小松，上城，2010）。認知症の人へのイメージやケアの在り方などが混在する時期を経て、近年では、認知症の人本人からの発信（丹野，2017）が注目を集め、認知症とともに生きる姿勢への共感や社会からのサポートの必要性などの理解が示され始めている。

一方、地域において、認知症の人を介護する家族介護者の介護負担は、認知症の程度、周辺症状の出現、介護者の健康度、介護肯定感、認知症の人とのこれまでの関係性や続柄などにより影響を受けることが報告されている（山崎，鷺尾，荒井，2012；唐沢，2006；陶山，河野，2004；山本，石垣，国吉，2002；斎藤，國崎，金川，2001；Lawton，Moss，Kleban，1991）。しかし、施設入所への移行をしないで、住み慣れた地域で生活を継続するためのサービス体制の要件などを探索する研究は、十分な蓄積がないことが指摘されている（筒井，2012）。

1.3 認知症高齢者が求めていること

地域で生活する認知症高齢者の日常生活支援の先行研究において、買い物・金銭管理に関して、伊藤ら（2011）は、認知症の人の買い物でトラブル経験のある家族は約4割であることを明らかにした。問題になることとして、「レジの最中に見失う」「大量に購入する」などがあり、店舗従業員への研修、地域住民への啓発活動の課題を指摘している。また、川合ら（2011）は、要支援・要介護認定を受けたひとり暮らし在宅高齢者の買い物・調理の実行状況が障害高齢者の日常生活自立度と関連しており、男性には調理法の支援、女性には調理の意欲と台所環境の整備が必要であると報告している。町田ら（2006）は、認知症があっても買い物時の常識的なマナーは守ることができ、買いたい物の意思表示ができることを報告している。

一人暮らしの認知症高齢者に関する文献検討を行った松下（2012）は、認知症高齢者の

生活支援ネットワークは、血縁者よりも隣人・友人で構成されることが多いことを指摘した。近隣での声かけ・小さな手助け（ごみ出し・差し入れ、安否確認）などの生活の困り具合に則した「身近なサポート」が認知症者にとって支えとなり、住み慣れた地域で、自分らしく過ごしていくことに役に立つことが示唆された。しかし、不特定多数が関与しキーパーソンを特定できないこと、関係性悪化により支援提供が不安定になること、隣人・友人の生活支援ネットワークが本人不在のまま進むリスクがあることなどの問題も指摘している（松下，2012）。認知症高齢者の日常生活支援では、近隣・友人によるインフォーマルな体制だけではなく、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員などの専門家を交えたシステム化も必要とされている（白井，杉浦，津下，2017）。

認知症ケアの介護家族であった高見（2008）は、家族を支えることのできる4者について、一番手は同じ介護家族、二番手は専門職、三番手は周りの人たち、四番手は国や地方自治体の施策である、と述べている。

1.4 認知症高齢者対策

高齢者の認知症対策として厚生労働省は2005年から、認知症に関する理解を高めること、認知症でもだいじょうぶな町づくり、認知症者や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進を骨子に、認知症を知り地域をつくる10カ年キャンペーンを展開した。その中で、一般の住民を対象とした認知症理解への啓発を草の根レベルより広げていこうという取り組みがなされ、認知症サポーターの養成がはじまった。キャンペーンは全国に広がり、2005年からわずか4年後の2009年には100万人を超える認知症サポーターが誕生した。こういった取り組みの結果、市民に認知症理解への関心が高まったこと、講座に参加した市民の認知症の理解が深まったことなどの一定の効果を示す報告がある（檜木，2009；永田，2011；金，鄭，増井，2011）。

認知症サポーター養成講座開始後13年を経た2018年3月に、その数は1,000万人を超えている。しかし、認知症サポーターに求められることは認知症や認知症の人を理解する

ことが目的であったため、認知症サポーターが具体的な支援活動をすることに結びつくものではなかった。

一方、厚生労働省は、2013年から認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）をスタートさせ、その2年後、今後のさらなる認知症高齢者の増大を見据え、オレンジプランの修正版である新オレンジプランを開始した（厚生労働省，2015）。新オレンジプランでは7つの柱として、① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療、介護等の提供、③ 若年性認知症施策の強化、④ 認知症の人の介護者への支援、⑤ 認知症を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視、を掲げている。

認知症サポーター養成は、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進という1つ目の柱に位置づいており、これまでの認知症サポーター養成講座は、認知症と認知症の人への理解をもち地域の中で認知症の人を温かく見守る地域づくりを目標としていた。一方、新オレンジプランでは、認知症サポーターが地域の様々な場面で活躍することを新たに期待している点が異なっている（厚生労働省，2015）。

栗田(2012)は、認知症の正しい理解をめざした普及啓発事業として、認知症サポーター養成事業や多様な専門職を対象とする研修事業は、地域の力を高めていく上で重要な役割を果たしていると述べている。また、真子(2015)は、認知症サポーター養成システムは、わが国が世界に誇る普及・啓発の取り組みであり、活動の任意性を大前提としながらも、認知症サポーターの活動支援にこれまで以上に重点を置いていく必要性を述べている。

1.5 認知症サポーター

1.5.1 認知症サポーターとは

厚労省が示す認知症サポーターに期待することは、①認知症に対して正しく理解し偏見をもたない、②認知症の人や家族に対して温かい目で見守ることができる、③近隣の認知

症の人や家族に対して、自分なりにできる簡単なことを実践できる、④地域でできることを探し、相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる、⑤まちづくりを担う地域のリーダーとして活躍する、である。

認知症サポーターになるためには、指定の認知症サポーター養成講座を受講し修了することが必要で、特別な資格や受講要件は必要ない。認知症サポーター養成講座の実施主体は都道府県、市町村等自治体、あるいは全国的な職域組織・企業等の団体であり、特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク全国キャラバンメイト連絡協議会が、認知症サポーター養成講座の講師役のキャラバンメイトを養成することになっている（厚生労働省，2017）。

コミュニティヘルスワーカーは、地域活動への積極的参加をする人的資源として、地域の中でより細やかに活動し、健康増進や疾病予防、疾病の早期発見など、直接的にあるいは間接的にコミュニティヘルスの維持・増進を担う（Gordon, Pavlou, & Bolton, 2016）。認知症サポーターは、PAHO/WHO（2007）の定義にある、健康への寄与、平等性、共同連帯という価値の元、地域住民に一番近いところでの活動を行うこと、家族や近隣を基盤とした地域共同体の中で継続的なサポートが可能なこと、助け合いを重視すること、最善で十分な人的資源として育成されることなどから、コミュニティヘルスワーカーとして位置づけと考えられる。

1.5.2 認知症サポーター養成講座

認知症サポーター養成講座は、市役所や公民館、各団体の事務所などで行われ、出前講座が開催される場合もある。講座に要する時間は1時間～1時間30分程度であり、座学を主とする講義形式で、内容はテキスト（全国キャラバンメイト連絡協議会，2014）に基づいて以下の内容が行われている。

1) 認知症とはどういうものか、2) 認知症の症状、3) 中核症状、4) 記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行機能障害、その他（感情表現の変化）、5) 行動・心理症状とその支援、6) 認知症の診断・治療、7) 認知症の予防についての考え方、8) 認知

症の人と接するときの心がまえ、9) 認知症の人への支援とは、10) 認知症介護をしている家族の気持ちを理解する

1.5.3 認知症サポーター養成の経緯と評価

厚生労働省が2005年度に全国規模で開始した認知症サポーター養成は、「認知症になっても安心して暮らせるまち」を市民の手によってつくることを目指した。それまで根強く存在した認知症への偏見をなくすことが大きな目的で、認知症への理解を草の根レベルより広げていこうという取り組みであった。

現在、認知症サポーターは、数の上では目標値を達成し、当初の目的であった認知症や認知症の人を理解することにおいてはその目的を達成しつつある（党，2016；江畑，杉原，長友，2014）。

認知症サポーターの活動内容では、最も多い順から、見守り、認知症カフェの開催または参加、認知症サポーター養成講座協力、傾聴であった。しかし、認知症サポーター養成講座後の活動については確認していない自治体があり、今後の課題となっている（全国キャラバンメイト連絡協議会，2016）。これは、そもそもの養成講座のはじまりが、認知症についての啓発が主な目的で、実際の活動を促すものでなかったこと、できる範囲でという地域住民の任意性を尊重した取り組みからスタートしていることがその理由である。

しかし、新オレンジプランにより、認知症サポーターの積極的な取り組みが示された現在、認知症サポーターの活動をより推奨するために、活動の場の提供や認知症サポーター養成講座での登録制を進めることを検討している自治体もある（全国キャラバンメイト連絡協議会，2016）。また、2009年からは小中学校での認知症サポーター養成が始まり、小中学生向けの教材の開発が行われた。各地域の教育委員会と自治体での話し合いにより、養成講座の開催や運営が決められている。

1.5.4 ボランティア活動における認知症サポーター

ボランティア活動は、他者との相互作用の中で、他者に恩恵を与えることを目的に自発的に行う援助行動であり、援助者側の自己犠牲を強いる場合が想定されるが、反面援助者

自身の自己啓発や自己実現という効果がある（高木，1982）。認知症サポーター活動は、地域住民の主体性にもとづいたボランティア活動である。そして、ボランティア活動は、非専門家として援助に関わることによって、時に専門家以上の援助成果を発揮することが示されている（Van Willigen, 2000）。

ボランティア活動を行う動機についての先行研究では、ボランティア活動への参加動機が高いほど活動を開始し、活動の中で成果認識を得ることによってさらなる活動継続の動機が生まれるという報告がある（妹尾，高木，2004，2011）。

日本におけるボランティア活動の動機は、社会の改善を目指す社会的志向の動機・人のために役立ちたい、という利他的動機よりも、視野を拡大し人間関係を広めるという利己的動機の方が重視されている（谷田，2001；塚本，2006）。同様に、認知症サポーター養成講座などの受講動機をみると、社会貢献の意識よりも自身の知識習得や自身の認知症予防が理由として挙がることが多い（荒川，加藤，長島，2012；荒川ら，2016）。妹尾，高木（2003）は、ボランティア自身が得る活動の成果として、「他愛的精神の高揚」、「人間関係の広がり」、「人生への意欲喚起」の3つを挙げている。こういった自己実現や自己啓発の取り掛かりとして、社会貢献意識を高めていくことが地域で活動する認知症サポーターを育てていくことになると予測できる。

1.6 認知症サポーターの活動

1.6.1 活動実態

先行研究では、A市、B市、2つの市で認知症サポーターの活動実態調査をした報告がある（荒川ら，2012，2016）。両者ともに、認知症サポーター養成講座終了後に見守り活動など地域で活動を行っている割合は25%程度であり、75%は実際の活動は行っていない。また、活動の有無と活動意欲との関連が認められたが、活動意欲が高くても活動を行っていない場合も見受けられた。具体的な活動意欲の高低と活動有無との内訳は、“活動意欲が高く活動を行っている”15%、“活動意欲が高く活動を行っていない”25%、“活

動意欲が低く活動を行っている” 10%、 “活動意欲が低く活動を行っていない” 50%、という結果であった。

B市においては、活動していない理由を記述回答によって調査しており、「認知症の人との出会いがなかった」「活動のためのきっかけがなかった」「活動に費やす時間がなかった」「体調がよくない」「介護の仕事をしている」「認知症サポーターとしてもう少し学びが必要」という6個のカテゴリーが報告された。「認知症の人がいなかった」というカテゴリーについては、認知症の人との関わり経験がない認知症サポーターは支援の必要な認知症の人の把握が難しく、対象がいなかったととらえる傾向があることが報告されている。また、認知症の人との関わり経験がない認知症サポーターは、活動を実際に行うにあたっての、活動イメージがつきにくいことが述べられている。さらに、これらの原因が、これまでの国のサポーター養成が、知識提供を重視したもので、受講後何か出来ることを目的としたプログラムではなかったことを指摘している。

また、活動していない理由の一つとして、「活動のためのきっかけがなかった」というカテゴリーがあり、最初の行動のためには、他者からの同意や後押しが必要であるとしている。内閣府（2013）の調査では、地域活動を行うための条件として「一緒に活動する仲間がいること」「参加を呼びかける団体、世話役があること」が挙げられ、活動のためのきっかけの提供などの支援があるとよいと考えられている。地域住民と認知症者とのかかわり度は、認知症者と接した経験、認知症の知識、ボランティア活動経験から影響をうけるとされる（久保，岡本，谷野，2008）。

1.6.2 認知症サポーターの活動意欲に関連する要因

認知症サポーターの活動意欲とその関連要因を調べた先行研究（荒川ら，2012）では、従属変数に活動意欲を、説明変数に、活動意欲に有意に（ $p < 0.05$ ）関連した変数（ボランティア活動への参加、認知症者への関わり体験、知識理解、活動に費やせる時間や内容）を投入した多重ロジスティック回帰分析を行った。活動意欲に関連を示した変数は、活動に費やせる時間・内容（ $\beta = 0.89$, $p < 0.01$ ）、認知症者への関わり体験があること

($\beta=0.78$, $p<0.01$)、ボランティア活動に参加経験があること ($\beta=0.68$, $p<0.05$) が示された。説明変数に新たに首尾一貫感覚：Sense of Coherence (以下 SOC) の下位尺度である「有意味感」を追加投入すると、SOC 有意味感と活動意欲に関連 ($\beta=1.00$, $p<0.01$) があることが示されると共に、ボランティア活動と介護経験の 2 変数が有意ではなくなったことが報告された。これは、SOC の有意味感が、ボランティア活動と介護経験から得られた「生きがい」や「自己実現」などを包括するものとして示唆されたと解釈できる。

そもそも、SOC は、Antonovsky, A (1987)により提唱され、健康生成論の主要な位置にある健康要因として概念化されたものである。ストレスフルな出来事が精神的健康に及ぼす否定的な影響を、SOC が高い場合には緩衝することがあり、ストレス対処能力として SOC の機能が認められている。ストレッサーそのものは、健康に対してマイナスにもプラスにも作用すると捉えられているが、その対処の成否は、ストレッサーが創出する緊張処理がうまくいくかどうかの影響を受けるとされている。SOC は、ストレス対処能力、健康保持能力、生きる力とも捉えられ、Antonovsky は、SOC をその人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される生活世界の志向性のことで、人の主要な活動に必ずかかわっているとした。

高齢者を対象とした SOC の先行研究 (Tan, Chan, Wang, & Vehvilainen- Julkunen, 2016)では、Resource enhancement and activation program (以下 REAP) という、ヘルスプロモーションプログラムを実施した介入研究の報告がある。REAP は、個人の動機付け・身体活動・社会環境に焦点をおくことにより、高齢者が直面する健康課題、依存傾向、死などに対する個人の信念・思い・感情に対する自己理解を深めることを目的としている。REAP の実施後に、介入群で SOC の向上 ($p<0.01$) が見られた。これは、SOC が、健康課題解決へ向けた自己理解を通じた動機付けを高めたことが一因であると示唆された。また、高齢者の社会的孤立や抑うつ気分を軽減させるための世代間交流プログラムとして、高齢者ボランティアが幼児・児童を対象に絵本の読み聞かせを行った介入研究 (Murayama et al., 2015) では、介入群で SOC 有意味感の向上 ($p<0.05$) がみられたことが報告されて

いる。SOC 有意味感を向上させる要素として、「feelings」「interpersonal relationships」「employment」「existential value」の4つがあげられており

(Antonovsky, 1987)、この世代間交流プログラムでは、高齢者が人の役に立つことで、自身の存在価値を感じ、feeling を強化したと理由付けられている。以上のことより、高齢者やボランティアを対象としたプログラムのアウトカム評価として、動機づけや存在価値など高齢者の「生きる力」や「生きがい」につながる概念として SOC が用いられていることがわかる。

そのほか、認知症サポーターとしての活動意欲に関連する要因では、「認知症の人とは時間をかけてかかわる」・「徘徊にも意味がある」・「認知症の人にペースを合わせてかかわる」(p<0.01)、「少しの手伝いが必要である」・「傾聴が必要である」(p<0.05)の5項目における知識理解の高さと活動意欲の高さに有意な関連が見られた(荒川ら, 2012)。

1.7 認知症サポーターの海外での状況

高齢化の進展と認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らす社会の構築は、日本のみならず先進諸国の共通の課題であるが、その対策は保健医療制度の違いを背景に多様であり、認知症サポーターの名称や養成システムは日本独自の取り組みである(真子, 2015)。

諸外国での類似の取り組みとして、Befriending service がある。これは、Befriender と Befriender が情緒的なサポート関係を作り、定期的に1対1でコミュニケーションをするというボランティアサービスの一つである。対象者は、認知症の人だけでなく、身体的・精神的にストレスの高いコンディションにいる人など多岐にわたり、ボランティア団体やボランティアコーディネーターへの依頼が多いサービスである(Smith, Drennan, Mackenzie, & Greenwood, 2018)。Befriending service については、アメリカ合衆国、カナダ、イギリス、オーストラリアなどで研究報告がある。しかし Befriending service に

おける効果のエビデンスは明らかになっていない (Siette, Cassidy, & Priebe, 2017)。

イギリスでは、2009 年から認知症の人が住み慣れた地域で、良好な環境のもとで生活するための国家戦略が始まった。認知症 Befriending service もその一つで、Befriender は週に 1 回、同じ曜日の同じ時間に認知症高齢者の自宅を訪問し会話をする (白石, 2017)。Befriender と Befriender の関係はパワー・対等性・境界性を伴う複雑でユニークな現象としてとらえられ、両者のマッチングの重要性を指摘するとともに、Befriender の支援力は彼らのボランティアなどの体験に影響を受けることが報告されている (Greenwood, 2016)。認知症の人にとっては、自分の声を聴いてくれる人がいると実感できることが非常に重要であるといわれている。一般的に、定期的な訪問は、認知症の人との社会的な関係を構築する上で効果的であることが示されている (内閣府, 2016)。

1.8 認知症サポーターの活動意欲と活動を高めるための試み

1.8.1 体験学習に至った経緯と必要性

認知症サポーター養成講座には、これまで多くの地域住民が参加し、認知症の知識理解度が高まったなどの成果が報告されている。しかし、地域でできる身近な支援を実践することについては、活動率が低いという課題がある。今後は、認知症サポーターが活動できるためには、どのような支援があったらよいかを検討することが非常に重要になると思われる。

既存の研究では、認知症サポーター養成の状況報告など質的な研究が多く、活動が定量的に評価された研究は少ない。また、介入研究においては、認知症当事者を対象に、認知症予防や重度化防止を目的とした、認知症のリスク要因、防御因子に焦点をあてた研究が多い (梅本, 2015; 阿部ら, 2015; 福間, 塩飽, 馬庭, 2014)。

認知症サポーターの実態調査 (荒川ら, 2016) からは、活動意欲が高い方がサポート活動をしているとの報告があり、サポーターの活動意欲を高めるかかわりの有効性が示唆されている。この結果から、サポーター活動を活性化させるには、活動意欲を向上させる働

きかけの重要性が考えられる。

先に示したとおり、活動意欲は、ボランティア活動への参加、認知症者への関わり体験、知識理解度、活動に費やせる時間や内容、SOCに関連することが示されている（荒川，2012，2016）。認知症サポーターの活動意欲を高めるための介入可能性を検討した結果、個人が活動に費やすことのできる時間や活動内容への介入は難しく、ボランティア活動については、活動の広域性や活動内容の多様性により介入が困難であると考えられた。最も短期での効果が期待でき、かつ介入可能であるのは、知識理解と認知症者への関わり体験と結論付けることが可能であった。

認知症サポーターとしての知識理解や学びの促進については、認知症サポーター養成講座上級編の開催を行う自治体がある（厚生労働省，2015）。上級編では認知症についての再学習や事例検討を行っているところがあるが、内容については自治体により異なり、共通教材などについての取り決めは今のところなされていない。認知症サポーター養成講座後に上級講座を受講することは、知識理解や活動意欲を低下させないためのフォローアップ研修として期待できる。今後は、認知症サポーター養成講座同様に、上級編において、共通教材などを整え、どの自治体でも上級編の開催を可能にできることが望まれている。

認知症サポーターによる認知症者への関わり体験については、今のところ先行研究としての報告はなされていない。しかし、体験学習については多様な分野でその効果が認められている。例えば、学校教育における体験活動を通じた教育の必要性、教員免許取得における教育実習や介護実習履修の義務化、看護教育における実習の位置づけなど、教育や職能教育などにおける体験や実習は必須要素となっている。体験学習は、机上の学習として学んだことを、実践の場で活用可能なものとするために行われることが多く、その順序性においては、講義、演習、実習など段階を経たプログラムの最後に位置づけられることが多い。児童を対象とした教育研究では、体育科の授業において、表現運動の体験をとおして、楽しさや喜びを感じ、肯定的な他者評価を受けることにより、児童の意欲を高めたという報告がある（下橋，2015）。また、看護師を対象とした研究では、糖尿病患者を対象

に指導をする看護師が、患者が体験している糖尿病教育ツールを患者同様に体験することで、看護師の糖尿病患者に対するイメージの改善と、糖尿病療養指導に対する意識向上がなされたという報告がある（安田，竹内，重枝，2015）。地域住民を対象とした研究では、地域高齢者見守り体験を実施し、プログラム後に、高齢者支援の関心の高まり、地域コミットメントの向上、地域高齢者見守り自己効力感の向上がみられたという報告（金谷，河野，2015）がある。これらの結果は、体験学習が、先行する知識を活性化すること、イメージ付けをすることにより、体験者の意欲の向上、意識・関心の向上などの効果（Luciano, Visintainer, Kleppel, & Rothberg, 2016; O'Connell, Rivo, Mechaber, & Weiss, 2004）を示すと捉えられている。

アメリカ合衆国の看護専攻学生を対象として行われた、異なる教育プログラム体験が、看護学生の認知症の知識や認知症の人への態度にもたらす効果を測定した研究が報告されている（Kimzey, Mastel-Smith, & Alfred, 2016）。看護学生を3つのグループに配置し、1つ目は認知症の人への臨床経験をするグループ、2つ目は認知症についてオンライン学習をするグループ、3つ目は認知症に特化しない臨床経験をするグループで、アウトカムは、Alzheimer's disease Knowledge Scale (ADK), Dementia Attitudes Scale (DAS), Focus group responses (FGI) により評価された。結果は、認知症の人への臨床経験をした学生に、有意な知識の向上が報告された。認知症についてオンライン学習をした学生は、有意でない知識向上が、認知症に特化しない臨床経験をした学生は、有意でない知識減少の結果が示された。態度（DAS）では、認知症の臨床経験をした学生のみ、有意な態度の向上が報告された。看護学生はもともと基礎的な認知症に関する知識をもっていたが、認知症の臨床経験がその知識をパーソナルな経験に帰属させたことでの知識増加が見られたこと、増加した知識は、認知症の人との関わりはもとより、関わりを支援した教師や環境とのポジティブな相互作用の結果であったと述べられた。また、Focus Group Interview（以下FGI）では、認知症に対するネガティブな感情は学生の行動心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（以下BPSD）に結びついてい

ることが示された。BPSD への対処法の不確定さ、ケア提供への自信のなさが、ネガティブな感情を引き起こし、それが看護学生の態度に影響を与え、認知症の人への臨床経験をしなかった学生の DAS が低値であったことの原因であると述べられた (Kimzey, Mastel-Smith, & Alfred, 2016)。以上のことは、認知症の人との臨床経験、つまりは、認知症の人との関わり体験は、体験者の認知症の知識を向上させ、ネガティブ感情を減少させるのに有益であることが示唆されたと考えられる。

スウェーデンでの Licensed Practical Nurses (LPN) の実習生を対象とした研究では、実習生がデイケアセンターで一人の認知症患者を受け持った体験についての報告がある (Skog, Grafstrom, Negussie, & Winblad, 2000)。実習生のインタビューと内省の日記からの質的分析では、実習生の体験の主要なものは、” Personal guide” ” Creating a relationship (The patient as a teacher)” であったと報告された。実習生が認知症の人へ” Personal guide” としてかかわることは、認知症の人の症状や残存する機能だけに注目するのではなく、認知症の人をかけがえのない個人として認識することに有効であったことが示された。” Creating a relationship (The patient as a teacher)” では、認知症の人が、これまでの人生を通じて培った知恵や知識を実習生に教えること、また、もし実習生が行く先の人生で認知症になった時、実習で出会った認知症の人が実習生の teacher となるだろうことを示した。これは Patient-Based Learning (PaBL) と呼ばれる教育方法で、実習生が共感的なケアの提供をし、体験をホリスティックにとらえ、認知症患者の中に意味を見出すことに有効であると報告された (Skog, Grafstrom, Negussie, & Winblad, 2000)。以上のことは、認知症の人との関わり体験は、認知症の人が周りからケアを受ける人としてだけでなく、周りの人へ教えを与える人にとらえ、認知症ケアへの関心や意欲を高めることに繋がると考えられた。

1.8.2 学習理論の適用

学習には広大な捉え方があり、古くは I. Pavlov (1846-1936) の条件反射、B. Skinner (1904-1990) のオペラント条件付け、E. Thorndike (1874-1949) の試行錯誤など外

界の刺激と人や動物の反応への繋がりができることが学習と考える連合説、外界の刺激全体に対する人や動物の認知の変化を学習ととらえる認知説がある。認知説には、学習は試行錯誤ではなく洞察によって行われると主張した W. Kohler (1887-1967)、刺激と学習のもつ意味への認知を重視した E. Tolman (1886-1959) などの説がある。

体験学習については、その理論的系譜をみると J. Dewey (1859-1952) にさかのぼることができる。Dewey (1938) は、プラグマティズムの代表的哲学者で、自らの思想を道具主義と呼び、人間の思考(理性)を生きるための道具と考え、その本質は何かという根源的な問いかけではなく、その対象の有用性や実用性に議論の焦点を置いた。そして、プラグマティズムの思想を背景に、19世紀初頭、めまぐるしく変化するアメリカ社会や世界情勢の中で、体験主義の教育論を形成した。知識の一方的伝達を中心とした学校教育では子どもの個性や感性、創造性は育たず、学校で育成されるべき学力は「問題を見つけ出し、問題を解決する創造的な能力」であり、真実の教育はすべて体験をとおして生じると主張した。Dewey (1938) が痛烈に批判したのは、「日常生活から切り離された場において、日常経験から切り離された記号・抽象概念を注入することが学習である」とする考えであり、伝統的、保守的で脱文脈的な教育のあり方である。

体験の捉え方には、連続性と相互作用という二つの原理がある (Dewey, 1938)。連続性は、現在の体験が次に展開する更なる体験へ影響を与えるということで、相互作用は、外的条件と内的条件によって成り立ち、体験は状況のうちで常に再構成されているという考えである。この考え方を基盤に、Dewey (1938) の考える教育は、体験と内省を中核概念に、体験を「個体が環境に積極的に働きかけること」とし、個人の能動的な働きかけによって体験は生まれ、体験の連続性と相互作用により体験群を構成し、この体験群に対する反省的思考を駆使することによって、個人は認知発達をとげるとした。

一方で、体験重視による批判もある。それは、伝統的な学問体系の教授が軽視され、断片的な学習となりやすいこと、知識の積み重ねが不十分になること、体験それ自体が目的化することである。

1.8.3 Kolb の体験学習理論の適用

Kolb の体験学習理論は、Dewey の教育学を基盤に、社会的実践を引き出すアクション・リサーチを提唱した K. Lewin (1890-1947) の社会心理学理論、J. Piaget (1896-1980) の発達心理学理論を加えた異なる領域・方法が組み合わせられてできている (石倉篤, 2016)。Kolb によると、学ぶということは、体験の変容を通して、知識を構築していくプロセスで、知識は獲得されたり、伝達されたりする独立したものでなく、常に創造、再創造を繰り返すプロセスにより得られるものであり、Kolb の理論は Dewey (1938) の経験と学習に関する理論を引き継いでいる。

Kolb 理論の特徴は、Dewey の学習理論を「具体的経験」「内省的観察」「抽象的概念化」「能動的実験」の循環型に単純化したことである。この学習モデルにおいては、「能動的実験・具体的経験」と「内省的観察・抽象的概念化」の二つのモードが循環し、この循環をすることで、知識が創造され、学習が生起すると考えられた (Jarvis, 1995; Hoyrup, 2004)。「能動的実験・具体的経験」をとまなわぬ「内省的観察・抽象的概念化」は抽象的な概念形成に終わり、実世界において実行をもたない。また逆に「内省的観察・抽象的概念化」をもたない「能動的実験・具体的経験」は体験重視による断片的な学習で知識の積み重ねが不十分になる可能性があると考えられた。

Kolb 理論は、1990 年代以降の同領域の言説空間において支配的なポジションを維持し、論文で引用される主要な理論であることが報告されている (山川, 2004; Yamazaki, & Kayes, 2007)。Kolb の体験学習モデルは、循環型で分かりやすいため、汎用性が高く研究者だけでなく、学生や実務家にも利用しやすく、これは、Kolb モデルが体験と学習においては価値中立的で、体験の対象を限局していないからである (山川, 2004)。ビジネス分野では、マネージャー教育、リーダーシップ教育への Kolb 理論の活用、多文化意識トレーニングやダイバーシティトレーニングへの応用の試みも報告されている (中原, 2013)。

中 (2015) は、一般大学生を対象とした、現実社会への参画を含むプロジェクト型のア

クティブ・ラーニングに Kolb の理論を活用し、学生がいじめをテーマにした指導プログラムを作成し出身高校で実践するという授業体験を行った。結果は、体験前後での学生アンケートにより「主体性・積極性」「共感力」「共同性」の視点で評価を行い、すべての評価項目で評価点が上昇し、Kolb の理論に基づいたプログラム実践の効果を示した。体験前後で 30% の増加を示した項目は「主体性・積極性」で、項目中最も高く、体験前後で学生の意欲の向上がみられたと捉えられた（竹田，2017）。中学校で教育実習を行った学生を対象にした研究では、学生への指導に従来型の教育方法と、Kolb の教育方法を行い、「Observational cum rating scale：教育技術として、生徒の発言に対する適切な反応や言語的・非言語的なフィードバックができたかなどを測定する」をアウトカムとし、比較検討をした報告がある。結果は、Kolb の教育方法の方が従来型の方法より、教育技術の習得に効果がみられたことが報告された（Reshmad' sa, Vijayakumari, 2017）。別の研究では、教育学部の大学生の小学校への訪問活動を通じた学びの報告がある（望月，2015）。学生の記述内容をもとに子どもの実態や教師の役割に対する学生の学習過程を明らかにすることを目的にした研究であり、それによると、Kolb の学習モデルに基づいた、学生と児童の関わりの記録が示されていた。例えば、ブランコをクラスメイトに譲ろうとしない A 児童との場面説明（状況描写）のあと、学生が A 君を注意したら、A 君が「もういいよ」と怒り走って行ってしまった（具体的体験）、「自分の指導を振り返ると A 君を必要以上に悪者にしてしまった気がする」（内省）、「もっと A 君に寄り添った指導も必要であったと感じた。」（抽象的概念）、という一連の記述が示された。また、この抽象概念は、数日後の A 君との新たな体験へとつながり、その後の「具体的な例を出して A 君の行動を認めてあげて、そのあとに指導を促すのは効果的かもしれない。」という新たな抽象概念を導き、「これからももっとやってみよう」という学生の教育意欲を高めた（望月，2015）。

これまでの先行研究より、児童の表現運動体験が楽しいと感じることにより意欲を高めたこと（下橋，2015）、看護師が患者教育ツールを体験することで、糖尿病患者に対する

イメージの改善と指導に対する意識向上が見られたこと（安田ら，2015）、地域高齢者見守り体験により地域ボランティアの自己効力感が向上したこと（金谷ら，2015）、認知症の人への臨床経験をした学生に、知識の向上、ネガティブ感情の低下がみられたこと（Kimzey et al., 2016）から、体験学習が、先行する知識を活性化し、イメージ付けをすることなどから、体験者の意欲の向上が示されたと捉えられた。

Kolb のモデルを適用することについては、一般大学生を対象とした指導プログラムで「主体性・積極性」の向上がみられたこと、中学校で教育実習を行った学生を対象にした研究では、教育技術の習得や目標に向かった意欲の向上に効果がみられたこと、などで示されるとおり、Kolb モデルの適用により意欲向上の効果がみられた。これらが、なぜ効果を示したかは、対象者が、具体的経験として体験的な活動に取り組むことにより、抽象概念である対象者理解を深めたこと、教師としての役割認識を形成したこと、その結果として自身の教育目標や行動目標達成への意欲が表れたと考えられた。

本研究では、認知症サポーターという地域ボランティアを対象とし、認知症の人への対象者理解の深まり、ボランティア意識の高まりを通じた認知症サポーターとしての活動意欲の向上を期待するため、Kolb 理論を適用した。認知症サポーターの体験学習を前半と後半に分け、中間に内省と抽象的概念化を設定した。そのプロセスは、前半のコミュニケーション（具体的経験）、振り返り（内省的観察）、対話：discussion（抽象的概念化）、後半コミュニケーション（能動的実験）である、

2. 研究目的

本研究の目的は、認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるために、Kolb の体験学習モデルを適用した認知症サポーター介護体験学習プログラムを実施し、そのプログラムの有用性を検討することである。

3. 研究の意義

認知症サポーターへの Kolb の体験学習プログラムの有用性を確認できることで、今後サポート活動につながるプログラムとして活用できる。また、認知症サポーターに限らず、Kolb の体験学習モデルという教育哲学的なアプローチを通じて、看護教育や他の領域への応用可能性がある。

4. 本研究の概要と用語の操作的定義

4.1 本研究の概要

本研究の概要を図1に示した。また、Kolb 理論を活用した体験学習プログラムモデルを図2に示した。Kolb 理論を認知症サポーターへ適用したプロセスは、具体的経験：ロールプレイ・対象者との出会い、内省的観察：経験を自分なりに理解する、抽象的概念化：養成講座の学びと実践を調和させる、能動的実験：得られた内省・抽象的概念化を実践する、である。それぞれのフェイズで、ファシリテーターからのサポートを行う。第1フェイズでは、コミュニケーションが取れるような環境づくり：緊張感の緩和・知識の確認などの情報共有、第2フェイズでは、自己表現への支援：落ち着いて考えられる時間や場所の確保・積極的傾聴、第3フェイズでは、教育的な支援：ポジティブフィードバック・新たな見方の提示、第4フェイズでは、適切な認知を促す：新たなチャレンジへの支援・見守り、などのサポートを行う。

認知症サポーターの活動意欲・体験から期待されることについては、先行研究（妹尾，高木，2003，2004，2011；久保，岡本，谷野，2008；荒川ら，2012，2016）を基に検討した。認知症サポーター活動は、インフォーマルサポートであり、地域住民がボランティアに行う活動である。人から強制されるのではなく自分から何かできることはないかという、主体的、社会的、無償的、創造的な活動である。そのため、活動意欲の大小にかかわらず、活動の前提には意欲が介在すると考えた。また、認知症サポーター介護体験プログラムによる効果として、プログラム体験者はより満足度の高いサポートの提供ができ、

サポート受益者の満足度が高いことを仮定した。

4.2 介入の仮説

体験学習プログラムを受けることで、認知症サポーターの活動意欲が向上し、実際の活動実践率が上がり、満足度の高いサポートができることを仮説とした。

4.3 用語の操作的定義

1) 認知症サポーター

都道府県、市町村等自治体、あるいは全国的な職域組織、企業等の団体が主催する、認知症サポーター養成講座を修了した人。認知症についての正しい知識を習得し、認知症の人や家族を自分のできる範囲で温かく見守り、応援し支えていく人。たとえ認知症になっても周囲の理解や気遣い、適切な医療と介護の連携があれば、住み慣れた家や地域での生活が可能であるため、認知症の人やその家族の気持ちを理解しようと努めることも大切な役割としている（日本認知症ケア学会，2016）。

2) 認知症サポーター活動

認知症の人やその家族に対して、日々の生活の中で困っていることへの見守りや手助けを行うこと。安否確認、話し相手、道案内など内容にかかわらず、認知症の人や家族に対しての気づかいをもって行われることすべてをさす。

3) 活動意欲

認知症サポーターとして、地域で暮らす認知症の人や家族のために自主的に活動したいと思う主観的な気持ちとし、健康なまちづくり、地域で起こる認知症にかかわる課題を解決したいと思う気持ちを含む。また、これまでの地域活動経験等からうけた生きがい感や生きる力も含むものとする。

4) インフォーマルサポート

家族、近隣住民、ボランティアなどが行う制度外の援助（認知症ケア用語辞典 2016）。

5) ボランティア

人から強制されるのではなく、自分からなにかできることはないかという気持ちを持つ人のことで、ボランティアの4原則、①主体性、②社会性 連帯性、③無償性、④創造性、をもつ（認知症ケア用語辞典，2016）。

6) サポート受益者

認知症サポーターからサポートを受けた人とそれにかかわる人とし、認知症の人、認知症の人の家族、近隣住民、サービス事業者、ボランティアを含む。

7) 介護体験学習プログラム

認知症の人へのかかわりには、身体的・精神的・社会的な側面からの介護が含まれ、本研究では認知症サポーターが認知症の人とコミュニケーションをとることを一つの介護として捉え、本プログラムを介護体験学習プログラムとした。

5. 研究方法

5.1 研究デザイン

対照群を設置した比較デザインとした。前述のプログラムによる認知症サポーター養成講座受講と体験学習を組み合わせた以下の2群を設置した。

- ① 養成講座受講+体験学習（介入群）
- ② 養成講座受講+なし（対照群）

認知症サポーター養成講座はすべての参加者が受講するものとし、養成講座受講後は、体験学習プログラムを受けた「介入群」と、受けない「対照群」に分けた。

評価は、介入群：①養成講座の前、②養成講座の後、③体験学習プログラム後（養成講座後2週間）、④養成講座後3ヶ月、対照群：①養成講座の前、②養成講座の後、③養成講座後2週間、④養成講座後3ヶ月、各群それぞれ合計4回実施した。

養成講座と体験学習の内容とねらいについては表1-1のプログラム構成に示したとおりである。

5.2 対象

5.2.1 体験学習介入プログラム対象者

介入群 37 名、対照群 44 名を対象とした。

平成 30 年 2 月～6 月までに認知症サポーター養成講座を受講し、研究協力の同意が得られた人は 92 名（介入群：40 名、対照群 52 名）であった。その内、2 週間後、3 ヶ月後の追跡不可能な人を除き、最終的に介入群 37 名、対照群 44 名を分析対象者とした。

サンプルサイズは、G*power を用いて両側検定で効果量 0.5、 α エラー 0.05、検出力 0.8 で算出した (Faul, F., Erdfelder, E., & Lang, AG., 2007)。各群 35 名以上の対象者が必要であった。

5.2.2 サポートの受益者

認知症サポーターからサポートを受けた受益者として、介入群 77 件、対照群 37 件を分析対象とした。対象は、認知症サポーターからサポートを受けた人とそれにかかわる人とし、認知症の人、認知症の人の家族、近隣住民、サービス事業者、ボランティアを含んだ。

5.2.3 リクルート

研究対象者のリクルートは北関東の B 市で実施した。B 市において認知症サポーター養成講座は、広報誌やホームページ、ポスターなどで案内がなされ、受講希望者は直接市担当課に申し込む形をとった。研究者は、行政担当課からの連絡に基づき、開催決定した日時に開催場所に伺い、研究説明と研究協力依頼を行った。体験学習はコミュニケーション体験であるため、参加者への身体的配慮や制約は特になく、除外基準は設けなかった。

介入群と対照群の選定は、認知症サポーター養成講座の開催回数に通し番号を付し、偶数回に参加の人は介入群、奇数回に参加の人は対照群として配置した。

5.2.4 研究対象の妥当性

B 市は、人口約 16 万人、高齢化率 21%前後で、全国平均よりやや低い高齢化率である。人口増加が認められる幹線沿いの地区と人口減少のみられる農村地区とが混在してい

る市である。認知症サポーター数は、平成 30 年 3 月末で約 12,500 人、全住民の 6.1% である。

これまでの認知症サポーター養成講座受講者の傾向では、女性が 7 割程度で、平均年齢 60 歳、職業は無職と主婦で 6 割程度を占める。B 市で活動する参加者の対象特性は、全国の地域で活動するボランティアや認知症サポーターの特性と一致することが想定されるため、得られた結果を一般化するための対象の妥当性はあると考えられた。

5.3 調査対象施設

認知症サポーター養成講座：B 市高齢者保健福祉担当課による開催

体験学習：C デイサービスセンター

5.4 認知症サポーター養成講座の内容

認知症サポーター養成講座の内容については、認知症についての正しい知識を持ち、認知症の人の気持ちを理解することで認知症の人や家族との接し方について考えることができる、ということを目指している。養成講座は国の政策により開始された講座で、講師役を勤めるキャラバン メイトの団体である全国キャラバンメイト連絡協議会が作成している「認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう」をテキストとしている。一定の講座プログラムの効果が認められていること、プログラムとして長く使用されてきていることを勘案し、本テキストに基づく内容の講義とした（付録 2）。

5.5 介護体験学習プログラム

1) 介入プログラムの概要

デイサービスセンターにおける体験学習を行う。養成講座受講と体験学習プログラムは同日には行わず、養成講座実施時に体験学習の日程を調整し、養成講座の終了後 2 週間以内の日程を設定する。体験学習スケジュールは表 1-2 の体験学習オリエンテーションに示

す通りである。朝 9:00 に集合しオリエンテーションの後、概ね 3 時間～3 時間 30 分の体験学習を実施した。体験群の認知症サポーター1 名につき 1 回の実施とした。認知症サポーターは、それぞれに認知症の人を 1 名受け持ち、コミュニケーションをとった。話題などのトピックは特に設定せず、認知症サポーターがその場で決定し会話を行うこととした。サポート体制は、常に施設職員の見守り体制の中で実施し、デイサービス利用者からの要望、困ったことなどが生じた場合に施設職員に相談し、指示を得られる体制を整えた。また、事故防止のため、認知症サポーターは、コミュニケーション以外のケアを行わないことを徹底した。

2) 介入プログラムの内容

以下に、Kolb 理論、認知症サポーターへの適用、ファシリテーターのかかわりについて、フェイズごとに示す（図 2）。

(1) 準備

プログラムのために来所された認知症サポーターの人を迎え入れ、朝のあいさつ、自己紹介をし、気持ちよくプログラムに入れるように配慮する。デイサービスを行う場所・話し合いをする部屋・荷物置き場・トイレの場所など建物内部の案内をし、プログラム中の移動等に困らないようにする。また、どんなことをするのか不安を抱いている人もいるので、プログラムの目的と内容、注意事項などオリエンテーションを行い、プログラム全体の様子が分かることでの安心感をもってもらおう。ファシリテーターは、認知症サポーターに、気分が悪くなった時、困ったことが生じた時はいつでも中断し、休むことができることを説明する。認知症サポーターの服装や装飾品などにも気を配り、認知症の人が不快にならないように気を配る。

(2) 第 1 フェイズ（具体的体験）

第 1 フェイズは、Kolb の理論における最初の段階で、学習者が環境に働きかけることで起こる相互作用として示される。

まず、認知症サポーターを 3 人一組としてロールプレイによる疑似体験を実施する。ロ

ールプレイは、認知症サポーターが初めて認知症の人を前にした時に、自己紹介の仕方、目線のもち方、声のトーン、笑顔を作ること、立ち位置などあらかじめ確認できることを目的として設定した。これにより、認知症の人との出会いをスムーズにし、認知症サポーターの心の準備が整うことを期待した。ロールプレイでの3人の役割は、認知症役・サポーター役・観察者である。役割は数分ずつで交代し、体験者がそれぞれの役割をすべて体験できるようにする。ロールプレイの事例は、分かりやすくデイサービスでのセッティングとする。認知症サポーターが理解しやすいように、事例は紙ベースで配布し、必要に応じてファシリテーターがデモンストレーションを行う。その後、認知症サポーターがコミュニケーションをとる対象者を決める。認知症高齢者の日常生活自立度判定基準がⅠあるいはⅡ程度、中核症状を主な症状とし周辺症状のない人、認知症サポーターとのコミュニケーションに同意を示した人を対象者とする。対象者と認知症サポーターとのマッチングは、デイサービス当日の対象者の体調、認知症サポーターの要望の両者を基に、ファシリテーターと施設指導者が相談の上、選定する。認知症サポーターの知識の確認、対象者の症状、ADLなど情報を認知症サポーターとファシリテーターで共有する。

このフェイズでのファシリテーターのかかわりは、環境づくりである。認知症サポーターが使用できる個室の準備をし、落ち着いた場所を確保することでの緊張の緩和を図り、話し合いのしやすい場を設定する。そして、認知症サポーターとファシリテーターの間で、相談しやすい関係性をつくり、プログラムへの前向きな姿勢をサポートする。

地域の健康課題解決を目指した住民組織の活動はレディネスへの支援に注目している。レディネスは、教育心理学分野において、学習者の能力や心構えなどを意味し、教育者が学習者を理解し、教育成果をあげる上で必要不可欠な過程である（山田，守田，伊藤，2010）。緊張感が緩和された状態だと、いろいろな働きかけがしやすくなるとともに、緊張感の緩和が活動意欲を高める効果がある（山田ら，2010）。

具体的にこのフェイズでは、認知症サポーターを対象者に紹介する、認知症サポーターと対象者が、お互いに自己紹介できるように見守る、認知症サポーターと対象者のコミュ

ニケーションが開始されるように見守る、などを実施する。認知症サポーターと対象者のコミュニケーションがスムーズに導入されない場合は、ファシリテーターが介入し、会話を開始できるようにサポートする。対象者が不愉快な態度を示し、興奮する様子が見られたら、会話を中断し、施設指導者へ連絡する

(3) 第2 フェイズ（内省的観察）

Kolb の理論における 2 段階では、自らの行動や振る舞い、会話の内容などを思い起こすと示されるフェイズである。

認知症サポーターは、前半のコミュニケーションを終了し、デイサービスの場所から別室へ移動する。別室は、朝オリエンテーションを行った静かな個室である。認知症サポーターは、そこでチェックシート（表 1-5）の記入をする。チェックシートは、認知症サポーターの基本的な態度：笑顔・相手の観察・自立支援・やさしい口調・目線を合わせる・相づちなど 11 の項目がある。このチェックシートの記載をすることを取り掛かりに、認知症サポーターは、前半のコミュニケーションを振り返る。

内省的観察は、体験した事柄を振り返り、体験した事項やその時々々の思いや考えを振り返ることである。第2 フェイズで、ファシリテーターは、認知症サポーターへの自己表現への支援を行う。まずは、デイサービスの忙しい雰囲気は、認知症サポーターが反省的思考をめぐらす場として適切とはいえない。認知症サポーターの発言のプライバシーが守られ、安心して内面を語ることができる、落ち着いて考えられる時間・場所の確保は重要である。ファシリテーターは、認知症サポーターが対象者と会話が弾んでいる場合でも、キリのよいところで前半のコミュニケーションを終了できるように声かけをし、別室へ案内をする役割がある。さらに、ファシリテーターは、認知症サポーターの話に耳を傾け、積極的な傾聴を行う。体験において、認知症サポーターは、“どのような症状の認知症の人と話したか”、“どんな社会的背景のある人か” “認知症の人と何を話したか”、など対象者特性や会話の内容に集中する傾向が考えられる。ファシリテーターは、そのような傾向が示された場合、認知症サポーターは“どのようなかわりをしたのか”、“それ

はなぜ行ったのか”という認知症サポーターが自分自身の行動や言葉に着目し、意味づけができるように働きかける。認知症サポーターは、意味づけにより、体験した事項やその時々のおもいや考えを深めることになる。

(4) 第3フェイズ (抽象的概念化)

このフェイズは、体験を一般化・抽象化し、応用可能にする段階と示される。認知症サポーターは、内省の段階を経て抽象的概念化の段階へ移行する。体験に伴う内省は、いかに個人を深い内省に導き、経験した内容を確認、整理、深めるかが大切である (中, 2013, 2015)。Kolb のモデルは、内省にとどまらず、体験した内容を個人的な一時的な出来事ではなく、一般化し、次回の体験に活かす部分があることが特徴である。

第3フェイズでのファシリテーターのかかわりは、教育的な支援を行うことである。教育的支援の一つとして、ポジティブフィードバックを行う。これは、認知症サポーターが、内省的観察で得られたおもいや考えをファシリテーターに伝えることができること、自身のかかわりや態度の良かった点・改善点を言語化できることを目指す。また、教育的な支援として、新たな見方の提示を行う。これは、認知症サポーターの内省的観察で得られたおもいや考えを踏まえて、認知症サポーターがなぜそう考えたのかを聞き、意味づけを試みることである。そして、認知症サポーターが、抽象的概念化を行うことを支援する。

上記のファシリテーターのかかわりについて、考えられる3つの事例を以下に示す。

<事例1> 具体的経験：コミュニケーションでは、認知症の人が毎回同じことを聞いてこられる。否定しないで、相手が失敗感を抱かないように、毎回、初めて何うような気持ちで受け止め返答をした。内省的観察：講義で学習したこととリンクする。認知症の症状である記憶障害の表れとして捉える。しかし、同じ会話の繰り返しで話題が常に同一である。これでいいのだろうか。ファシリテーターのかかわり (新たな見方の提示)：人は自分の経験の幅の中でしか話題がない時がある。人それぞれ、経験も何も皆違っているの、その辺のところを、いろいろな角度から話をちょっと触りながら、認知症の人が興味がありそうなことを引き出してみてはいかがでしょうか。抽象的概念化：認知症の人の興

味がありそうなこと、認知症の人の昔の経験を参考に、お話を引き出す試みをする

<事例2> 具体的経験：何を話してよいのかわからず、ご本人も黙っている。認知症の人の話を引き出せない。内省的観察：一つの会話（言葉かけ）に、いくつもの内容が重なっていた。認知症の人が理解できなかったかもしれない。ファシリテーターのかかわり（ポジティブフィードバック、新たな見方の提示）：本人に伝わるもので話しかけることをしないと、「〇〇ですね」「うん」、で会話は終わってしまう。抽象的概念化：認知症の人は自尊心が傷つきやすく、分からなかったら恥ずかしいという気持ちがあり、「分からない」とは言えないのではないか。わりやすい内容で簡単な文で話しかけよう。

<事例3> 具体的経験：認知症の人と落ち着いてお話をできていないかもしれない。

内省的観察：楽しむというよりも、コミュニケーション技術の獲得など自分の目的のために、聞いているのではないかと思ってしまう。コミュニケーション時にいろんな情報を得ようとしてしまう自身の癖ではないか。ファシリテーターのかかわり（ポジティブフィードバック）：認知症サポーターが、相手に対する積極的な関心を寄せていれば、それは「もう少し教えてよ」という相手への気持ちであり、その気持ちは認知症の人に届き、受容や共感になっていくのではないのでしょうか。抽象的概念化：相手の表情を見て、相手の笑顔が増えるようなコミュニケーションをとる。

(5) 第4フェイズ（能動的実験）

最後のフェイズであり、これまでに得られた学びを新しい場面で生かすこととして示される。第3フェイズでの抽象的概念化されたことを実践する段階である。石倉(2016)は、個人に生じた好奇心や困難を乗り越えたいという衝動から始まる学びがあると述べている。体験した内容を反省だけにとどめず、次の場面に活かすことができるために準備をすることが重要であるという。ファシリテーターは、適切な認知を促し、新たなチャレンジへの支援と見守りを実施する。

5.6 フォーカスグループインタビュー（以下 FGI）

介入群、対照群にフォーカスグループインタビューを実施した。フォーカスグループインタビューは、グループダイナミクスを用いて質的に情報把握を行う科学方法論の一つと定義されているが、予測した要因にとどまらない多くの要因を探るのに適切な手法であるといわれている（安梅，2010）。

本研究のフォーカスグループインタビューの位置づけは、介入群別の認知症サポーターの満足感や困難感、その差異について検討すること、また、介入群別での活動意欲について、数値で得られた結果の解釈のための材料として活用することである。

1) 対象

認知症サポーター養成講座、あるいは体験学習プログラムに参加し同意が得られた人

2) 調査項目

- ① 養成講座、あるいは体験学習を行っての学びと満足感や困難感
- ② 今後の認知症サポーター活動への取り組みについての意欲

3) 方法

介入群は体験学習後に、対照群は養成講座後に実施した。フォーカスグループインタビューの行えるプライバシーの守られる環境を設定した。参加者がリラックスできるように、傾聴、うなずきなど話しやすくなるように努め、インタビューガイド(付録3)に沿って進めた。

4) 留意点

身体的、精神的に疲労していることが考えられるため、負担のかからないように、短時間（10～20分程度）の実施に配慮した。

5.7 評価項目と測定

以下の1)～8)について自記式質問紙調査を実施した（資料1）。

1) 基本属性

性別・年齢・職業

2) 社会参加

自治会、近所付合、ボランティア活動について、「常に参加」、「ほとんど参加」、「時々参加」、「ごくたまに参加」、「参加しない」の5件法で回答を求めた。

3) 認知症の人との関わり経験

関わり経験について「常に経験した」、「頻回に経験した」、「時々経験した」、「ごくたまに経験した」、「経験なし」の5件法で回答を求めた。

4) 認知症サポーター養成講座について

受講形態を「自分から希望した」、「人から勧められた」の2件法で回答を求めた。

5) 認知症サポーターとしての活動の有無と活動内容

活動の有無を「活動している」「活動していない」の2件法で回答を求めた。

6) 主観的健康感

「あなたは現在健康であると思いますか」の質問項目に対して、「非常に健康だと思う」「健康な方だと思う」「あまり健康ではない」「健康ではない」の4段階で回答を求めた。

7) 活動意欲

活動意欲を測定するために、Visual Analog Scale (VAS)、エンパワメント尺度、SOCの3つを使用した。認知症サポーターの活動意欲の概念分析を行った先行研究 (Arakawa, & Anne, 2017) では、属性として “internal and external motivation” “community activities” “intention to find solutions” “positive feedback” “factors of instructors” の5つのカテゴリーが抽出された。主観的な活動意欲として “internal and external motivation” をVASにて測定した。“community activities” は、健康なまちづくりとしての community activity の要素が多くあり、エンパワメント尺度を使用した。“intention to find solutions” では、健康課題解決のための自己実現や生きが

いの要素が含まれた。本研究ではSOCを高齢者やボランティアの社会貢献からくる自己実現や生きがいを包括するものとして捉えるため、SOCを測定した。

① Visual Analog Scale (VAS)

活動意欲は、Visual Analog Scale (VAS)を用いて測定した。VASは、主観的で定量的な測定が可能で、痛みの強さを評価する尺度などとして用いられている。また、痛み、搔痒感などの感覚・知覚に対する評価だけでなく、体調・気分・感情・主観的健康観などのように社会経験や価値観などの影響を強く受ける概念に対しても、VASが用いられている(村田, 津田, 稲谷, 2004; 小村, 進藤, 三好, 2003)。

本研究では「認知症サポーターとして活動する意欲」を把握するためにVASを用いた。回答は、認知症サポーターとして、活動したい気持ちが全くないことを0、最も強い気持ちを表すことを10として、「あなたの援助したい意欲の程度について、自分の気持ちを最も表す位置に印をつけて下さい。」と教示し回答を得た。回答には0～10点の得点をつけて評価した。

② エンパワメント尺度

地区組織活動の担い手である健康推進員を主な対象としたエンパワメント尺度を使用した。この尺度の信頼性、妥当性は確認されており、「健康なまちづくり活動」、「地域の健康課題解決への志向」、「民主的な組織活動」、「個人エンパワメント評価尺度(個人としての成長)」の4つの下位尺度、全28項目からなる。

それぞれの項目は、「常にあてはまる」5点、「だいたいあてはまる」4点、「どちらとも言えない」3点、「あまりあてはまらない」2点、「全くあてはまらない」1点からなり、「健康なまちづくり活動」10項目50点満点、「地域の健康課題解決への志向」10項目50点満点、「民主的な組織活動」4項目20点満点、「個人エンパワメント評価尺度(個人としての成長)」4項目20点満点、「尺度合計点数」140点満点で、得点が高いほうが地域活動への意欲が高いとしている。コミュニティヘルスワーカーとして位置づく認知症サポーターの活動意欲を図る尺度として用いた。

③ Sense of Coherence (SOC)

地域活動経験から受けた生きがい感は SOC 質問票短縮版を用いて調べた。この質問票は Antonovsky, A (1987) により開発され、ストレス対処能力や健康保持能力を測るスケールである。短縮版はサブカテゴリーである「把握可能感」5項目、「処理可能感」4項目、「有意味感」4項目の全13項目から構成され、信頼性・妥当性が確認されている。回答は「まったくそう思う」から「まったくそう思わない」の7段階で評価をし、「把握可能感」5項目35点満点、「処理可能感」4項目28点満点、「有意味感」4項目28点満点、「SOC合計点数」91点満点で、得点が高いほどストレス対処能力や健康保持能力が高いとしている。

先行研究 (Tan et al., 2016; 荒川, 2012) から、SOC が動機づけや存在価値など「生きる力」や「生きがい」につながる概念として測定されてきたことから、本研究では、SOC を高齢者やボランティアの社会貢献からくる存在価値や自己実現を包括するものとして捉え、生活全般にかかわる生きる力として活動意欲測定に用いた。

8) 認知症の知識理解度

認知症サポーター養成講座の内容に沿いミニクイズを実施した。問題は認知症の人への対応方法などについて10問とし、○×で回答を求めた。正解の場合は1点、不正解の場合は0点とし、1問1点、合計10点満点で測定した。

5.8 アウトカム評価 (資料2)

認知症サポーターより支援を受けた認知症の人、家族等 (受益者) から、認知症サポーターの活動に対する評価をアウトカムとして測定した。測定は自記式質問紙調査とし、先行文献を参考に研究者間のディスカッションを経て、アウトカム評価表を作成した (金, 黒田, 下藪, 橋本, 2011; 高見, 忠津, 水子, 2008; 内田, 2007; 山下ら, 1993)。評価内容は、認知症サポーターの活動内容への満足度とした。主な満足度は以下の7項目、① 認知症の人や家族の気持ちを理解していた、② 気兼ねなくいろいろ話すことができた、

③ 話していると安心感を得られた、④ 認知症の人に笑顔が見られた、⑤ 認知症の人の表情が穏やかになった、⑥ 家族の気持ちが楽になった、⑦ 不愉快な気持ちになることがなかった、である。回答は、「全く思わない」、「思わない」、「どちらかというと思わない」、「どちらかというと思う」、「そう思う」、「とてもそう思う」の6件法で求めた。

認知症サポーターへの評価表配布は一人3枚ずつとし、介入群には介護体験学習終了後に、対照群には養成講座終了後に行った。認知症サポーターは、サポート活動を実施するごとに、配布された評価表を対象者に渡していく。渡された人は、評価表記入後、返信用封筒にて研究者あてに返送するようにした。配布表は、介入群と対照群にマークを付し、回収時に介入群と対照群の別が分かるようにした。

アウトカム調査対象人数は52名以上とした。このサンプルサイズは、G*powerを用いて両側検定で効果量0.8、 α エラー0.05、検出力0.8で算出した(Faul, F., Erdfelder, E., & Lang, AG., 2007)結果、検定を行うためには各グループで26名が必要と計算された。

5.9 研究方法の妥当性

認知症サポーター養成講座の時間は、1時間～1時間30分を要する。パワーポイントを用いた講義であるが、一般的には集中力が続く範囲で身体的にも負担とならない適度な時間と考えられた。

体験学習プログラムでの所要時間は、約3時間～3時間30分であるが、慣れない環境、認知症の人との出会いなど新しい状況下で身体的、精神的な疲労が生じる可能性を考え、講義とは別日を設け、体験中は休憩時間を設けるなどの配慮をした。また、体験学習は対象者とのコミュニケーションを目的としており、身体的なケアは実施しないこと、認知症の症状として周辺症状のある人はコミュニケーション対象者に選定しないこと、何か困難を感じた時などは周囲のサポート体制を整えていること、十分なオリエンテーションを実施することなどをふまえ、体験者やコミュニケーション対象者双方に有害事象が起こらな

いような配慮をした。3時間という時間は、体験の成果を得られると同時に、体験者への負担がかからない適度な時間と考えられた。

調査については、回答項目は全20項目、小項目を入れると全62小項目の多数項目調査である。また、全調査期間を通じて4回に及ぶ調査が必要である。しかし、調査表が記述回答1つを含むものの、ほぼ単一回答で答えやすく、1問あたりに要する時間は数秒～20秒程度、トータルで15分前後であった。

以上のことから、講義、介入時間、調査回答時間などについての研究方法は妥当であると考えた。

6. 分析方法

1) 分析1

養成講座前、養成講座後、2週間後、3ヶ月後の4時点において得られたデータを分析した。まず各変数の記述統計量と分布を調べ、主要な変数として、活動意欲、エンパワメント尺度点数、SOC、知識理解度が正規性分布に従わないことを確認した。そして、介入群と対照群それぞれで、養成講座前と養成講座後、養成講座前と2週間後、養成講座前と3ヶ月後の変化を分析するため、Wilcoxonの符号付順位和検定を実施した。また、養成講座前の介入群と対照群における関連を分析するためMann-WhitneyのU検定を行った。Wilcoxonの符号付順位和検定後、多重比較による誤差を検討するためにBonferroniの補正を行った。

2) Focus Group Interview (FGI)

インタビュー内容を逐語録に作成後、内容を意味ある文脈でコード化した。コードはできるだけ抽象化せずに生の声を記述するようにした。コードの意味の類似性に基づき、カテゴリー化を行い、質的帰納的に分析した。

逐語録を基にしたカテゴリー抽出の妥当性につき、複数の実践者と研究者で検討した。

3) 受益者評価

認知症サポーターよりサポートをうけた受益者からの認知症サポーター活動に対するアウトカム評価を、介入群、対照群別に Mann-Whitney の U 検定を行った。

7. 倫理的配慮

研究目的、研究方法、研究協力事項、研究協力の任意性と撤回の自由、研究協力者にもたらされる利益および不利益、個人等の人権擁護、個人情報保護、研究成果の公表、研究終了後の試料取扱の方針について紙面で説明し同意を得た。また、体験学習の対象となる認知症の人へは、本人・家族に承諾を得て行われた。本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認（通知番号 1241 号）を得て実施した。

8. 結果

8.1 基本属性

養成講座前における介入群と対照群の基本属性を表 2 に示す。

介入群、対照群ともに、女性が 80% を占めていた。職業は両群ともに無職が約 30%、主婦は介入群では約 50%、対照群は約 20% であった。会社員と自営業を合わせた割合は介入群 13% であるのに対し、対照群では 36% であった。平均年齢は介入群 67.6 歳、対照群 63.1 歳で有意差はみられなかった。

介入群と対照群にて有意差 ($p < 0.01$) がみられた項目は受講形態（受講を人から勧められた、自分から希望した、の 2 件法の回答）一項目であった。その他の基本属性についての有意差はみられなかった。

8.2 活動意欲、エンパワメント尺度点数、SOC、知識理解度の変化

受講前、受講後、受講後 2 週間、受講後 3 ヶ月の 4 時点の変化について、Wilcoxon の符号付順位和検定を行った結果を、介入群と対照群のそれぞれについて以下に示す。

8.2.1 活動意欲の変化 (表 3)

1) 介入群の変化

活動意欲は、受講前（中央値：6.40、25%-75%:4.85-7.80）と比較し、受講後（中央値：7.10、25%-75%:5.50-8.20、 $p<0.001$ ）、2週間後（中央値：7.50、25%-75%:5.30-8.75、 $p<0.005$ ）、3ヶ月後（中央値：7.00、25%-75%:5.30-8.85、 $p=0.046$ ）といずれも有意に高く変化した。

2) 対照群の変化

活動意欲は、受講前（中央値：5.60、25%-75%:4.45-7.13）と比較し、受講後（中央値：6.65、25%-75%:4.80-7.68、 $p<0.004$ ）、2週間後（中央値：5.70、25%-75%:4.50-7.08、 $p=0.343$ ）、3ヶ月後（中央値：5.10、25%-75%:3.55-6.70、 $p=0.184$ ）と受講後に有意に高くなったが、2週間後、3ヶ月後は変化が見られなかった。

8.2.2 エンパワメント尺度点数の変化 (表 4)

4つの下位尺度「健康なまちづくり活動」、「地域の健康課題解決への志向」、「民主的な組織活動」、「個人エンパワメント評価尺度（個人としての成長）」と「尺度合計点数」についての変化を示す。

1) 介入群の変化

① 健康なまちづくり活動

受講前（中央値:32.0、25%-75%:26.5-37.5）と比較し、受講後（中央値:34.0、25%-75%:29.5-38.0、 $p=0.054$ ）、2週間後（中央値：35.0、25%-75%:28.0-40.0、 $p=0.005$ ）、3ヶ月後（中央値:32.0、25%-75%:27.0-36.5、 $p=0.987$ ）と2週間後のみ有意に高くなったが、3ヶ月後では有意差はみられなかった。

② 健康課題解決への志向

受講前（中央値:32.0、25%-75%:25.0-39.5）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は変化がみられなかった。

③ 民主的な組織活動

受講前（中央値：12.0、25%-75%:11.0-16.0）と比較し、受講後（中央値：12.0、25%-75%:11.0-16.0、 $p=0.343$ ）、2週間後（中央値：15.0、25%-75%:12.0-16.0、 $p=0.023$ ）、3ヶ月後（中央値:13.0、25%-75%:11.0-16.0、 $p=0.788$ ）と2週間後のみ有意な変化がみられた。

④ 個人としての成長

受講前（中央値:16.0、25%-75%:12.0-18.0）と比較し、受講後（中央値:16.0、25%-75%:13.5-18.0、 $p=0.122$ ）、2週間後（中央値:16.0、25%-75%:15.5-18.0、 $p=0.046$ ）、3ヶ月後（中央値:15.0、25%-75%:14.0-19.0、 $p=0.457$ ）と2週間後のみ有意な変化がみられた。

⑤ 尺度合計点数

受講前（中央値 95.0、25%-75%:83.0-109.0）と比較し、受講後（中央値:98.0、25%-75%:84.0-110.5、 $p=0.034$ ）、2週間後（中央値:98.0、25%-75%:84.5-110.5、 $p=0.015$ ）、3ヶ月後（中央値:94.0、25%-75%:79.5-108.0、 $p=0.820$ ）と受講後、2週間後で有意な変化がみられたが3ヶ月後は変化がみられなかった。

2) 対照群の変化

① 健康なまちづくり活動

受講前（中央値:30.0、25%-75%:18.0-31.8）と比較し、受講後（中央値:30.0、25%-75%:24.5-33.5、 $p=0.041$ ）、2週間後（中央値：30.0、25%-75%:23.3-32.8、 $p=0.249$ ）、3ヶ月後（中央値:29.0、25%-75%:20.0-31.0、 $p=0.727$ ）と受講後のみで有意に高かった。

② 健康課題解決への志向

受講前（中央値:29.0、25%-75%:20.5-31.8）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

③ 民主的な組織活動

受講前（中央値:12.0、25%-75%:10.0-13.0）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は

有意な変化がみられなかった。

④ 個人としての成長

受講前（中央値:12.0、25%-75%:12.0-16.0）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

⑤ 尺度合計点数

受講前（中央値:84.0、25%-75%:62.0-88.8）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

8.2.3 SOCの変化（表5）

3つのサブカテゴリー（下位尺度）「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」と「SOC合計点数」についての変化を示す。

1) 介入群の変化

① 把握可能感

受講前（中央値:24.0、25%-75%:22.0-27.5）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

② 処理可能感

受講前（中央値:19.0、25%-75%:17.0-22.0）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

③ 有意味感

受講前（中央値:21.0、25%-75%:18.5-23.0）と比較し、受講後（中央値:21.0、25%-75%:17.5-23.5、 $p=0.775$ ）、2週間後（中央値:22.0、25%-75%:19.0-24.5、 $p=0.038$ ）、3ヶ月後（中央値:23.0、25%-75%:19.0-25.0、 $p=0.042$ ）と受講後では有意差が見られなかったが、2週間後、3ヶ月後で有意に高く変化した。

④ SOC合計点数

受講前（中央値:24.0、25%-75%:22.0-27.5）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

2) 対照群の変化

① 把握可能感

受講前（中央値:22.0、25%-75%:20.0-24.0）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

② 処理可能感

受講前（中央値:17.0、25%-75%:15.0-20.0）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

③ 有意味感

受講前（中央値:20.0、25%-75%:16.0-22.8）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

④ SOC 合計点数

受講前（中央値:57.0、25%-75%:53.0-64.0）と比較し、受講後、2週間後、3ヶ月後は有意な変化がみられなかった。

8.2.4 知識理解度の変化(表6)

1) 介入群の変化

受講前（中央値：9.0、25%-75%:8.0-9.0）と比較し、受講後（中央値：9.0、25%-75%:9.0-10.0、 $p=0.001$ ）、2週間後（中央値：9.0、25%-75%:9.0-10.0、 $p=0.001$ ）、3ヶ月後（中央値：9.0、25%-75%:8.0-10.0、 $p=0.022$ ）と受講後、2週間後、3ヶ月後といずれも有意に高く変化した。

2) 対照群の変化

受講前（中央値：9.0、25%-75%:8.0-9.0）と比較し、受講後（中央値：9.0、25%-75%:8.0-9.0、 $p=0.018$ ）、2週間後（中央値：9.0、25%-75%:8.0-9.0、 $p=0.031$ ）、3ヶ月後（中央値：9.0、25%-75%:8.0-9.0、 $p=0.106$ ）と受講後、2週間後に有意に変化した、3ヶ月後での有意差はみられなかった。

8.2.5 Wilcoxon の符号付順位和検定後の Bonferroni の補正

分析において、Wilcoxon の符号付順位和検定後、多重比較による誤差の検討のため Bonferroni の補正を行った。4つの標本、3回の反復測定のため、もとの検定の有意水準が 0.05 から 0.008 となった。併せて、受講後 0.05、2週間後 0.017 となり、これらの有意水準に補正すると、これまで有意であった、以下の値が有意でなくなったことが示された。活動意欲：介入群 3 か月後 ($p=0.046$)、エンパワメント尺度の民主的な組織活動：介入群 2 週間後 ($p=0.023$)、エンパワメント尺度の個人としての成長：介入群 2 週間後 ($p=0.046$)、SOC の有意味感：介入群 2 週間後 ($p=0.038$)、SOC の有意味感：介入群 3 か月後 ($p=0.042$)、知識理解度：介入群 3 か月後 ($p=0.022$)、知識理解度：対照群 2 週間後 ($p=0.031$)。

8.3 養成講座前の介入群と対照群における基本属性、および評価項目の差異 (表 7)

養成講座前における、介入群と対照群の基本属性の関連は、年齢 ($p=0.23$)・職業 ($p=0.11$)、町内会 ($p=0.27$)・ボランティア ($p=0.09$)・近所付き合い ($p=0.69$)、認知症の人との関わり経験 ($p=0.78$)、サポーター活動の有無 ($p=0.40$)、健康度 ($p=0.71$)で、介入群と対照群の間で差異はみられなかった。受講形態での関連は、「人からすすめられた」「自分から希望した」で介入群と対照群の間で差異がみられた ($p<0.01$)。

養成講座前における、介入群と対照群の活動意欲の関連は、有意な差異はみられなかった (介入群：中央値 6.4、対照群：5.6、 $p=0.08$)。

養成講座前における、介入群と対照群のエンパワメント尺度の関連は、「民主的な組織活動」(介入群：中央値 12.0、対照群：12.0、 $p=0.05$)のみ関連がなく、その他、エンパワメント尺度の下位項目「健康まちづくり活動」(介入群：中央値 32.0、対照群：30.0、 $p=0.01$)、「健康課題解決への志向」(介入群：中央値 32.0、対照群：29.0、 $p=0.01$)、「個人としての成長」(介入群：中央値 16.0、対照群：12.0、 $p<0.01$)、「尺度合計点数」(介入群：中央値 95.0、対照群：84.0、 $p<0.01$)では有意な関連がみられた。

養成講座前における、介入群と対照群のSOCは、「有意味感」（介入群：中央値 21.0、対照群：20.0、 $p=0.19$ ）のみ関連がみられなかった。その他の下位項目「把握可能感」（介入群：中央値 24.0、対照群：22.0、 $p=0.01$ ）、「処理可能感」（介入群：中央値 19.0、対照群：17.0、 $p=0.03$ ）、「合計点数」（介入群：中央値 62.0、対照群：57.0、 $p<0.01$ ）では有意な関連がみられた。

知識理解度（介入群：中央値 9.0、対照群：9.0、 $p=0.52$ ）で有意な関連はみられなかった。

8.4 FGI

FGI 結果について、表 8-1、表 8-2 に示す。文中での表示は、【 】はカテゴリーを、[] はサブカテゴリーを、< >はコードを示した。

8.4.1 介入群

介入群では、【体験前の不安】【認知症の人への理解の深まり】【認知症の人の話す意欲を尊重する】【コミュニケーションにおける困難性の発見】【できる範囲内のサポート活動をする】【体験学習をサポート活動に生かす思い】の6個のカテゴリー、19個のサブカテゴリー、78個のコードが抽出された。以下、カテゴリーごとのサブカテゴリー、コードについて示す。

8.4.1.1 体験前の不安

[認知症の人へのストレスを心配した] <体験に行って自分が役に立つのかどうか、かえって認知症の人に対して自分がストレスを受けるようなことがあったら嫌だ><認知症の人とのお話は、最初は不安だった>で示されるように、【体験前の不安】は体験学習前の不安感を表す概念のカテゴリーとして示された。

8.4.1.2 認知症の人への理解の深まり

[短期記憶と長期記憶の理解] <昔の話は鮮明に覚えてて、間違いがないのでびっくりした><ご主人さんが何歳で亡くなったとか、仕事のこととか、娘がいて結婚してとか、

昔のことは覚えていた><昔の話を何うとよくお話するからやはり、認知症っていうのは、現在のことは忘れやすいんだと一番勉強になった><「何人子どもがいるんだい」って何回も私に聞いてきていた><実際に認知症の方と関わって、何回も同じことを繰り返して聞かれるということが日常的に起きてることを理解した><昔が懐かしく思い出されるような話題は会話が弾んだ>という認知症の人の記憶について、昔のことはよく覚えているが現在のことは覚えていないなどの理解が表された。

[自分の抱いていた否定的イメージが改善した]では、<80 過ぎた方は(中略)日常生活はつまらないかと思っただが、生き生きとして、身支度もきれいだし、年だからという感じはなかった><もう少し話がかみ合わないかなと思っていたが、すごく楽しく話ができたと><認知症って話が分からない方だと思っていたが、全然違った><認知症の方は認知力が低下しているので、怒られたり怒鳴られたりすると、怖くて不安でしょうがないんだろうというのをすごく感じた><会話は変なことなく、同等にお話しできた><認知症の人とお話しした経験は初めてだが、最初はもう少し暗い感じのイメージだったが、中にいる方もけっこう楽しそうにしている、イメージと違っていた><繰り返しのお話の中に非常に人生に役立つようなお話をしてくださるっていうのには、認知症の人を別の角度で捉えたっていう勉強になった>と、サポーターが、認知症の人に対して否定的なイメージを抱いていたが、体験学習後にイメージが改善したことが示された。

[認知症の人の日常を知った]では、<全然経験がないから分かりませんが、今日初めて認知症の方とお話しし、こういうことなのかなって分かったような気がした><はつきりしてらして、認知症とは思えない感じで会話も成り立った><身支度も整えたり化粧をしたりとか、髪をとかしたりとかっていう行為をきちんとされていた><前半なんともなく普通の方だと思っただが、後半行ったら、前半と同じお話をしている、そこで初めておかしいなと感じた>などのコードで示されるように、サポーターが、認知症の人と気構えて会話したところ、想像していたより症状が軽度であると認識し、しかし、最終的には、一度会った認知症サポーターを全く覚えていない現実を目の当たりにし、記憶障害の症状

を呈する認知症の人について現実理解をしたという経験が示された。

以上のことより、【認知症の人への理解の深まり】は、記憶障害など典型的な認知症症状の理解の実際と、認知症サポーターの抱いてきた認知症の人へのイメージの改善、認知症の人の生活の実際についての理解が深まることを表す概念として、カテゴリーで示された。

8.4.1.3 認知症の人の話す意欲を尊重する

〔繰り返されるお話を傾聴する〕＜同じお話であっても、はい、そうなんですねってちゃんと聞くことはできた＞＜やっぱり何度も同じ内容のお話を繰り返されていたが、できるだけ初めて聞くようなふりをして聞いた＞＜「さっき話したよね」って言ったところでそれも覚えてないから、本当に毎回新鮮に受け止めていくしかないし、こちらの返答が穏やかであれば相手は萎縮しないで話ることができ、認知症を進ませないことにつながるのではと考える＞＜自分もしゃべったことだしね、それを黙って聞いてくれる私たちがいたんで、だから満足したと思う＞＜今までの生活のあれこれがお話の中に出てくるわけで、結局、話を聞くということがとっても大切なことだと思った＞と、サポーターが、認知症者の、繰り返される同じ話をどの様に受け止め、どのように返事を返したらよいかの戸惑いや、考えなどが示された。

〔ポジティブな感情を引き出す大切さ〕では、＜すごいとかね、偉いとかね、さすがとかね、素晴らしい、そうですねって同意など示してお話しするとよい＞＜警戒心を解くためにも、ありがとうと言っていると機嫌がよくて、次から次と話してくれた＞＜何にも分かんないわけでもないし、同じこと何回も言うのかもしれないけど、相手をいたわる気持ちや感情は残ると感じた＞＜意外とその、気を遣うっていう気持ちは最後の最後まで残るのかもしれないと思った＞＜いわゆる自尊心というのか、知らないことは恥と思うのか自分の知らないものに関する不安があるように感じた＞というコードが示され、認知症の人の感情は認知度の低下があっても残存することへの気づきや、認知症の人が自尊心を傷つけられたと感じることのないような関わりについての考えが表された。

【認知症の人の反応を見る必要性】では、＜今がとても幸せなんで、今の話をしたいというご本人の気持ちがあった（後略）＞＜無理に聞き出すんじゃなくて、本人が話したいこととか、喜んで気持ち良くなるようなことを聞いてあげるっていうのがいい＞＜姪っ子さんの話をしてたら、いつの間にか息子さんの話になってたりとかっていうのがあった＞＜お話に夢中になって前半で表情を見ることができなかったので、後半はお話中にもその方の敏感な表情を気付いてお話ししようかなと意識した＞＜相手の反応を見ながら、プライベートには入り過ぎないことに気をつけ、根掘り葉掘りという感じにならないようにした＞＜沈んだ顔になったときがあったので、きっとこの経験は辛かったんだろうなと思って、すぐ話を切り替えるようにした＞のコードがあり、認知症の人が話したいこと、話していて気持ちの良いことを知るために、認知症の人の表情や反応をきちんと観察する必要性について示された。

【会話のきっかけづくり】＜対象の方は、パズルが上手でコツを教えてくれた＞＜お茶とか、メガネケースとか目の前にあるものから話題をみつけていくようにし、これ便利そうね、いいわねとか、誰が作ったのとか、眼鏡掛けてて、よく見える？とか話した＞では、認知症の人の興味関心を知ること、自然な会話ができるための導入についての技術について示された。

【話題提供】では、＜昔の話の繰り返して、話の進展がないときは、話題を切り替えることも必要かなと感じた＞＜「どうだった。楽しかった？」って言ったら「まあまあ」って言うだけで、「どんなふうに楽しかったの？」と聞くと、「まあまあ」で終わってしまう＞＜相手の生活の今までやって来た中での話題しかないから、新しい話題の見つけ方があったら知りたいと思った＞＜同じことの話の中、相手が興味を持つような話題をつかむのは難しかった＞というコードが示され、傾聴の中にも、認知症の人が会話を楽しいと感じていられるために、話の幅を広げることの必要性について表された。

以上のことより、【認知症の人の話す意欲を尊重する】は、認知症の人が、低下していく認知機能に対する喪失感・不安感・自尊心の低下など、感情面での傷つきやすさを防ぐ

ためにも、サポーターが、他者との会話・交流への意欲を尊重する大切さを表す概念として、カテゴリで示された。

8.4.1.4 コミュニケーションにおける困難性の発見

[サポーターの関心で聞くことの反省] では、<自分なりには、6割か7割は聞けたんじゃないのかな、というような気がしてましたね。自分の興味で聞いちゃうようなところがあった><前半が終わったときに、あえて自分の目標としてもっと相手の表情を見て、彼女の笑顔が増えるような傾聴がしたいな、と思ったんですけれども。何となくいつか自分の目的のために聞いちゃってるんじゃないかなっていう部分があり、そこが難しかった><どうしても話すときに傾聴っていう面と、聞き出す、何かいろんな情報を得ようとするような、自分の傾向があるので、そういう面ではなかなか傾聴に徹していないんじゃないかなと感じた><相手に対する関心が受容だとしたら、相手が話した時に「そうなんです」とか、「そうだったんですか」、「あ、それすごいですね」、という相づちを打つこと、そういうかわりでもいいのではないかと考えた>で示されるように、サポーターが、自分自身の会話の傾向について、情報収集的であったと反省し、認知症の人への共感についての困難性を示した。

[無口な認知症の人との会話の難しさ] では、<無口で認知で、なかなか言葉を発しない人に対して、それは多分、上級者でないと難しい><話が途切れたとき、どうしたらいいのかなっていうのはあった><結構、一対他で話すのは難しい技術があるような気がした>と、無口な人との会話についての困難性が示された。

[複数人での会話の難しさ] では、<途中他の利用者が話し掛けてきたので、むげにしたらかわいそうだと思った><周りの人が私も声掛けてもらいたいのととか、入りたいのによって視線を向けているように感じた><一般の高齢者の方だと複数いても会話が成り立つが、認知症の方が入られると、会話自体がいろんな方向に行くので、会話の進行が難しい>などのコードで示された。本プログラムは、認知症の人と1対1でのコミュニケーションをとることを方法としたが、状況により一時的に、複数名の認知症の人とサポーター

1人という状況で会話することがあり、それによる困難性が示された。

【コミュニケーションにおける困難性の発見】は、認知症の人への共感性を示す会話、無口な人との会話、複数人での会話における困難性を表す概念として、カテゴリで示された。

8.4.1.5 できる範囲内のサポート活動をする

【日常生活での気づきを大切にする】では、＜普通に生活してる中で、よっぽどあらって思う方はそうかもしれないですけど、生活してる中で、認知症かどうか判断するのは難しい＞＜ウォーキングなんかしてて見つけるんですけど、空き家がたくさんありますよ。雨戸が閉まっていたり、洗濯物が干してないとか、気づくことがある＞＜安否確認じゃないけど、ちょっと歩いているときに、気にしてこっちから声掛けようと思います＞＜年が80過ぎてるもんだから、脚立の上に登って、電球替えるとか腕力的な仕事はできないけど、どこか集まる場所に行ってお茶碗を洗ったりとかできることだったらやりたい＞のコードが示された。

【サポートのための時間をつくる】では、＜時間との制約があるので、うまく時間のタイミングがあえば、このような場に自分自身も、入れさせてもらって活動したい＞＜お休みの日とかを利用して、活動に参加できたらと思う＞のコードが示された。

【認知症の人の介護家族へのサポートの必要性】では、＜認知症を見てる家族はすごく大変で、この人たちがこけたらもうおしまいだと感じる。だから、家族をもっとフォローするために日頃の鬱憤を晴らしてもらえるようなかわりをしたいと思う＞＜今、核家族だから余計ね、外に出なさいって言いますよね、うちに閉じこもってないで＞＜傾聴や相談に乗ることで、その認知症の方の不安がなければ、社会的に生活していけるのではと思う＞のコードが示された。

【認知症サポーター同士のつながりを持ちたい】では、＜一緒にサポーター同士の会話、例えば30分はボランティア同士で打ち合わせの時間を設けたり、反省会をするなどがあるとよい＞＜ボランティアの代表の方とか、いつも関わってくださってる方とかが一

緒になって、話し合いとかが持てる場ができればいいと思う><これからの課題として、見守りのこととか、いろいろひっくるめて地域でも認知症のことを広めていかないといけないと思う>のコードが示された。

【できる範囲内のサポート活動をする】では、サポーターが、普段の日常生活の中で、認知症高齢者とその家族へ関心をもって生活することや、時間や内容などできる範囲内でのサポート活動に取り組むこと、また、他のサポーターへのつながりに関心をもつことを表す概念として、カテゴリーで示された。

8.4.1.6 体験学習をサポーター活動に生かす思い

【今後体験学習が生かされる内容】では、<認知症の知識が少しでもあると、困った時に誰かに繋いでいかれると思う><しゃべるきっかけ作りの学習としては、きょうの体験は生かされると思う><今日の介護体験、今後の地域での活動にももちろん、役立つと思う><実際に認知症の方につかせてもらったことで、始めからの入り方とかすごく勉強になった>のコードが示された。

【体験学習プログラムのよさ】では、<直接意識して関わったことがないので、こういうお話の体験ができたことがよかった><今まで、認知症の方と関わったことは全然なかったもので、じっくりお話を聞いた（後略）><何となく前半は緊張していて、後半で打ち解けてお話しもできたってということで、自分としては意外と楽しかった><体験の中間に振り返りがないと、そのまま自分の思いで進んでしまうので、振り返りで意見や普段の様子を聞いて、改めて後半に進むことで、学びが深まった><初めて知り合えて、交流ができて、話しができたことがよかった>というコードが示された。

【自分の親を思い出す】では、<亡くなった母は生前寂しかったのではと思った。こちらの皆さんが生き生きしてるのを見て、私はもう少し親身になって、いろいろ母にしてあげればよかったと反省した><私と趣味が合ったお話ができたのでとても話が弾み、心が癒やされた時間を過ごすことができた><最初はすごく不安な気持ちを抱いてここに来たが、お話してる間に非常に自分が和やかになれ、それは非常に不思議な感覚でした。母親

を重ね合わせたのかもしれませんが」というコードが示された。

【体験学習をサポーター活動に生かす思い】は、体験学習を行って、今後、認知症サポーターとしての活動に生かせると思ったことや、体験学習プログラムでよかったことなどを表す概念として、カテゴリーで示された。

8.4.2 対照群

介入群では、【認知症への理解の始まり】【サポーター活動における困難性】【今後の養成講座のあり方への提案】【今後のサポーター活動に必要なこと】の4個のカテゴリー、11個のサブカテゴリー、39個のコードが抽出された。以下、カテゴリーごとのサブカテゴリー、コードについて示す。

8.4.2.1 認知症への理解の始まり

【認知症に関する知識が増えた】では、<今まで知らなかったこと、これから認知症の人とどう接したら良いか知ることができた><こういう無料で受けられる養成講座があることを知らなかったので、予防とか知識が得られるということではよかった><とても勉強になったが、まだ自分にとっては入り口であり、もっと深く知識をつけていきたい>などのコードが示された。

【認知症に関する意識が高まった】では、<講座を受けてから認知症に関して常に注意をするようになった。こういった受講者一人一人が注意していくことが大切だと思う><80歳すぎると外に出ない人が多いが、できる限り、人と話をしたり、歩いたりすることを勧めたい><現在まで機会がなく知らない世界だったので、これからもっと勉強していきたい><いずれ我が身と認知症の考えをもって、学習したことを忘れないように心がけたい>などのコードが示された。

【認知症への理解の始まり】は、認知症の症状や予防などについての知識が得られたこと、日常生活の中での認知症に対する意識の向上についての概念が、カテゴリーとして示された。

8.4.2.2 サポーター活動における困難性

〔サポートに必要な認知症の人かどうか分からない〕では、＜サポーターとして活動したいと考えているが、認知症かどうか判別ができない（後略）＞＜ご近所でおばあちゃんたちしゃべっていたりするけど、しっかりしているが、認知症じゃないかって言われたらよく分からない＞などのコードが示された。

〔認知症の介護家族へのサポートが必要〕では、＜認知症はどうにもならない病気だと思うから、本人への対処をするよりも家族に対して対策を講じた方がいいと思う＞＜認知症の人を見ているご家族はとても大変な状態だと思うから、それをもっと見つけて助けてあげたいが、なかなかそういうことを言ってくれるかどうか分からない＞などのコードが示された。

〔高齢や身内の介護のためサポート活動は出来ない〕では、＜自分が高齢でサポートしていただく年なので、積極的な活動という躊躇する＞＜年齢的に自身がサポートを受ける側になる＞＜サポーター活動などと大げさにいうのは好まない。親の世話に十数年、今は三人目の最後のこの人の認知症が重く、見送ることができないうちは何人も人様のことまで頭が回らない＞などのコードが示された。

【サポーター活動における困難性】は、サポートに必要な認知症の人を判別できないこと、認知症の介護家族へのサポートが必要なこと、高齢や身内の介護のためサポート活動ができないことについて表された概念が、カテゴリーとして示された。

8.4.2.3 今後の養成講座のあり方への提案

〔サポート活動で即戦力となる人や当事者を対象にする〕では、＜人に勧められて養成講座を受講した人は、認知症サポーターになったからといって活動していこうという気持ちになるかどうか疑問だ＞＜養成講座は啓発的な要素が多く、認知症を正しく理解しようということを目的にしているので、受講後の意志の有無にかかわらず参加している＞＜啓発とかじゃなくてストレートに、ボランティアやりたい人集まれってやった方が次に繋がる可能性はあると思う＞＜身近で認知症の心配があるご家族も養成講座を受講している

が、それだけではなく受講後に何か活動することが可能な人を募集した方がいいと思う><養成講座だけを考えると、家族が認知症とかの当事者を集めてやれば、興味深く聞いてくれるだろうし、具体的な質問を投げ掛けてくれる。認知症というものを知ってもらおうという意味では、そういう可能性がある人を集めた方がいいのではと思う>がコードとして示された。

[サポート活動のために地域で拠点をつくる] では、<少子高齢化で益々深刻な状況となる中、自分の身近でも今後必ず高齢者の拠り所的なものが必要になると思われる。そういった拠点づくりにかかわっていきたい><子ども見守り隊みたいに、夜地域を回る活動などはあるが、認知症の人を対象とした地域活動の場はあまりないと思う>がコードとして示された。

【今後の養成講座のあり方への提案】では、受講対象者を、即戦力として活動が可能である人・認知症の介護経験者とすること、認知症サポーターの活動拠点の必要性についての概念が、カテゴリーとして示された。

8.4.2.4 今後のサポーター活動に必要なこと

[サポート活動への意欲がある] では、<認知症サポーター活動を積極的に行なっていきたい><地域の役に立てる様に頑張りたい>がコードとして示された。

[これまでの地域活動との関連性をもつ] では、<定年退職後の方とか、もともと地元で何か自治会でやってた方とか、そういう方は継続的に活動できるのではと思う><近所には認知症の人もあるし、障害の人もあるし、一人暮らしの高齢者もいる。みんなパターンが少し違うと思うので、認知症の人だけに何かをすることではないと思う>がコードとして示された。

[サポートの必要な要援護者情報が必要] では、<学習をし、知識はできたと思うが、周囲に認知症と思われる方がいないので、実践はできるか分からない><もし具体的に近所に認知症の人とかそういう人がいたら、何かあればもちろん対応はすると思う>がコードとして示された。

〔活動団体などの紹介が必要〕では、＜養成講座を受けたが生かすところがない＞＜何か地域のグループに入っていないくて、ただ個人での活動となるとその辺は難しい＞＜養成講座終わった人に、こういう所でボランティア活動してますよって教えてもらえれば親切だと思う＞＜身近で活動している人を知らないで、どんな活動をしているのかよく分からない。広報などで認知症カフェなどの情報を知るくらいである＞＜社協などのボランティア組織に入って、介護予防サークルや老人ホーム訪問などしていきたい＞がコードとして示された。

【今後のサポーター活動に必要なこと】では、活動への意欲、これまでの地域活動との関連性をもつこと、要援護者情報の提供、活動団体の紹介がサブカテゴリーとして示された。

8.5 認知症サポーターの活動有無（表9）

認知症サポーターの活動有無は、養成講座前では、介入群（活動していない56.8%、活動している43.2%）、対照群（活動していない65.9%、活動している34.1%）で有意差（ $p=0.399$ ）はみられなかった。

3ヶ月後では、介入群（活動していない29.7%、活動している70.3%）、対照群（活動していない65.9%、活動している34.1%）で有意差（ $p=0.001$ ）がみられた。

8.6 認知症サポーターによるサポート活動の受益者評価

8.6.1 回答者の属性（表10）

回答数は介入群77件、対照群37件であった（アンケート回答枚数をカウントしているため実人数ではなく回収件数である）。女性が80%以上を占めた。本人との関係は、サービス事業者が最も多く50%以上を占めた。2番目には家族で約24-30%、次いでボランティア約7-11%であった。年齢は、介入群では46-65歳未満が最も多く50.6%、対照群では26-45歳未満で32.4%であった。65歳以上は介入群、対照群ともに約30-35%であった。

8.6.2 満足度 (表 11)

「認知症の人や家族の気持ちを理解していた」 (介入群：中央値 6.0、対照群：中央値 4.0、 $p<0.001$)、「気兼ねなくいろいろ話すことができた」 (介入群：中央値 6.0、対照群：中央値 4.0、 $p<0.001$)、「話していると安心感を得られた」 (介入群：中央値 6.0、対照群：中央値 4.0、 $p<0.001$)、「認知症の人に笑顔が見られた」 (介入群：中央値 6.0、対照群：中央値 4.0、 $p<0.001$)、「認知症の人の表情が穏やかになった」 (介入群：中央値 6.0、対照群：中央値 4.0、 $p<0.001$)、「家族の気持ちが楽になった」 (介入群：中央値 5.0、対照群：中央値 4.0、 $p<0.001$)、「不愉快な気持ちになることがなかった」 (介入群：中央値 6.0、対照群：中央値 4.0、 $p<0.001$) のすべての項目において、介入群の方が対照群よりも有意に高かった。

9. 考察

9.1 活動意欲

介入群では養成講座後、2週間後、3ヶ月後のすべてにおいて活動意欲は向上したが、対照群では受講後に向上したのち2週間後と3ヶ月後では変化はみられなかった。先行研究では体験学習による学習成果について多くの報告がある (細川, 天津, 佐藤, 2007; 岩間, 2009; 清國, 2007; 松尾, 2015, 2017) が、認知症サポーターの活動意欲についても体験学習による学習成果として捉えられた。地域住民を対象とした研究で、地域高齢者見守り体験プログラム後に、地域住民の高齢者見守りに関する自己効力感の向上がみられたという報告 (金谷ら, 2015) があるが、これらのプログラムは、地域住民を対象としている点、高齢者とコミュニケーションをとるプログラムである点が、本研究のプログラムと共通している。本プログラムによる認知症の人とのコミュニケーション体験は、対象者理解の深まり、認知症ケアにおける意識・関心の向上がみられ、それによる認知症サポーターの自己効力感への影響があったと考えられた (Luciano et al., 2004)。

しかし、上渕 (2009) は、人の意欲を安定的で固定的なものとして捉えることはできず、

人のやる気は、人と状況との相互作用から生じてくる創発的な現象で、多方面からの視点でとらえるべきだと指摘している。活動意欲の獲得や向上を一つの動機付けととらえると、人の動機付けには「認知」、「情動」、「欲求」の3つの要素があることが示されている。1つ目の認知は、対象者の認知のあり方が動機づけを規定し、意味づけと行動を生じるという認知論的アプローチ、2つ目の情動は、楽しい体験は継続を望み、嫌悪体験は中止を望み、やる気を消失させるという情動論的アプローチ、3つ目の欲求は、生理的な欲求、有能さや関係性などを求める心理的欲求であるという欲求論的アプローチである（鹿毛, 2009）。

認知論的アプローチについては、「認知症の人はなにも分からない」「会話が通じない」という考えや信念があるならば、会話が成立する可能性を低く見積もり、動機付けを低いものにする。FGIの結果では、[自分の抱いていた否定的イメージが改善した]というサブカテゴリーがあり、認知症サポーターがこれまで抱いていた認知症の人への考えや信念に修正が見られ、それは、<感動とか日常生活もつまらないという感想でもあるのかなと思ったんですけど、とっっても生き生きとして、身支度もきれいだし、もう年だからって感じはなかった><認知症って話が分からない方だと思っていたが、全然違った><会話は変なことなく、同等にお話しできた>というコードに示されていた。信念の変化が、コミュニケーションの可能性を感じ、動機づけを向上させたのではないかと考えられた。Kinzey et al. (2016) は、ネガティブ感情を克服するには、教師やファシリテーターがサポータティブで学習する環境を準備することが必要であると述べている。本体験学習プログラムにおける、ファシリテーターは、「第1フェイズ：環境づくり」緊張感の緩和・知識の提供、「第2フェイズ：自己表現への支援」落ち着いて考えられる時間・場所の確保、積極的な傾聴、「第3フェイズ：教育的な支援」ポジティブフィードバック・新たな見方の提示、「第4フェイズ：適切な認知を促す」新たなチャレンジへの支援・見守り、という役割を担う。ファシリテーターのこれらのサポータティブな支援と学習する環境の提供は、認知症サポーターの認知症に対する否定的イメージの改善に貢献したことであ

ったと考えられた。

また、学んでいることの重要性、意味づけが不明確であると動機づけが弱くなる（鹿毛，2009）。養成講座の受講により認知症の基礎知識があることで、学んでいることの重要性を理解し、活動意欲向上につながったのではないかと考えられた。大池ら（1999）は、Kolb の体験学習における反省的思考の段階では、過去の学習内容を関連づけることが必要であると述べている。本プログラムでは、Kolb の体験学習の第 2 フェイズで、認知症の人とのコミュニケーションについての内省の時間を設けており、そこで、養成講座での学びを振り返り、学んでいることの重要性を理解したのではないかと考えられた。

さらに、活動意欲を向上させた要件として、レディネスがあったことが考えられた。レディネスは、学習者としての認知症サポーターの心構えなどを意味し、教育者が学習者を理解し、教育成果をあげる上で必要不可欠な過程である（山田，守田，伊藤，2010）。心構えとして、体験学習プログラムの第 1 フェイズでは、環境づくりをしたことがコミュニケーションへの導入をスムーズにした。

情動論的アプローチについては、認知症の人とのコミュニケーションが楽しいと感じることが、会話継続や今後の見守り支援活動への動機づけを高めると捉えられた。＜すごく楽しく会話できた＞＜会話が弾んだ＞という FGI の結果は、体験学習が楽しさを見出す要素をもつものであったと考えられた。さらに、第 2 フェイズにおける自己表現への支援：積極的傾聴、および第 3 フェイズにおける教育的な支援：ポジティブフィードバック、を取り入れたプログラムは、認知症サポーターが、認知症の人とのコミュニケーションに肯定的な感情をもつことにプラスの影響を与えたのではないかと考えられた。

欲求論的アプローチについては、生理的な欲求、有能さや関係性などを求める心理的欲求と示される（鹿毛，2009）が、FGI 結果では、【認知症の人の話す意欲を尊重する】において、[繰り返されるお話を傾聴する] <「さっき話したよね」って言ったところでそれも覚えてないから、本当に毎回新鮮に受け止めていくしかないし、こちらの返答が穏やかであれば相手は萎縮しないで話ることができ、認知症を進ませないことにつながるの

はと考える>、[ポジティブな感情を引き出す大切さ] <何にも分かんないわけでもないし、同じこと何回も言うのかもしれないけど、相手をいたわる気持ちや感情は残ると感じた>、[認知症の人の反応を見る必要性] <無理に聞き出すんじゃなくて、本人が話したいこととか、喜んで気持ち良くなるようなことを聞いてあげるっていうことがいい>などのサブカテゴリーやカテゴリーで示されるように、認知症の人との関係性を大切にする欲求やそのための技術の習得につながる欲求として捉えられた。これは、認知症サポーターがデイサービスセンターで一人の認知症患者を受け持つ体験プログラムにより、認知症の人と向き合い、一人のかけがえのない個人として認識した結果ではないかと考えられた。中道（2011）は、中高年のボランティア参加者が抱くポジティブな予測として、他者とのつながりやそこからの学びがあることを指摘している。近年、ボランティア活動が新たな生きがい発見の場となることも期待されている（黒岩ら、2016）。

ボランティア活動継続には、活動への参加動機にかかわらず、活動を通じて自らの行動の成果を認識できれば、活動に満足し、以後ボランティア活動を継続する（妹尾、高木、2003、2004）ことが示されている。本研究での体験学習プログラムの成果は、【認知症の人への理解の深まり】を実感したことや、【認知症の人の話す意欲を尊重する】[繰り返されるお話を傾聴する] [ポジティブな感情を引き出す大切さ] [認知症の人の反応を見る必要性] [会話のきっかけづくり] [話題提供] など認知症の人とのコミュニケーションスキルを学んだことで、【体験学習をサポーター活動に生かす思い】など人生の意欲喚起、やりがいを見出したことであると捉えられた。また、認知症の人を理解しようとする気持ちや、認知症の人の意欲を尊重することでの他愛的精神の高揚成果、人間関係の広がり成果が見いだせた。これらの、人生への意欲喚起、他愛的精神の高揚、人間関係の広がり成果は、認知症サポーターの今後のボランティア継続につながる成果、ならびに体験学習プログラムの成果として考えられた。

さらに、ボランティア活動としての認知症サポーターの体験学習プログラムは、サポーター自身への癒し効果があったのではないかと思われた。それは、<私と趣味が合ったお

話のできたのでとても話が弾み、心が癒やされた時間を過ごすことができた><最初はすごく不安な気持ちを抱いてここに来たが、お話してる間に非常に自分が和やかになれ、それは非常に不思議な感覚でした。母親を重ね合わせたのかもしれませんが>のコードで示され、サポーター自身の身内が認知症になった時に十分なケア提供ができなかったことへの反省でもあり、自身の母親への懐かしさでもあると思われ、認知症サポーターの中では、このような代償の効果が存在していることが示された。

動機づけについては、社会的に高い評価を伴う社会活動には動機づけがしやすいことが報告されている（溝上，1996）。認知症サポーター活動も社会活動として評価の高い活動であると想定される。しかし、援助を受ける側は、援助を受けるという行為自体がネガティブに感じる場合がある（溝上，1996）。体験学習での第4フェイズでは、内省や抽象的概念化を実践に移すが、抽象的概念の形成の段階では、援助を受ける側の意向・目標をよく聞いたうえで、実践可能な目標と方法に向けた学習内容を整理し系統立てていくことが必要である（大池ら，1999）。

介入成果については、介入前後の比較において、介入直後が最も高く、時間の経過とともに低くなるという研究結果がある（若山，2010；金ら，2011）。本研究では、介入群、対照群ともに養成講座後、2週間後に活動意欲の向上が見られており先行研究と同様であったが、介入群においては、3カ月の向上維持がみられた。これは体験学習での第3フェイズにあるように、養成講座での学びと実践の調和を経験したことで、認知症の人に対する考えや信念に修正が見られ、活動意欲の継続性につながったのではないかと考えられた。

9.2 エンパワメント尺度点数

本研究では、認知症サポーターをボランティアであり、認知症という健康課題に対して地域活動をするコミュニティヘルスワーカーとして位置付けている。下位尺度の「健康なまちづくり活動」では、活動の場を広げ、協働する機関や制度へのかかわりを評価する。

「地域の健康課題解決への志向」は、地域の健康課題への解決に向けたかかわりを、「民主的な組織活動」は、認知症サポーター同士が対話を通し相互作用によって生じるプロセスを評価する。「個人としての成長」は、自分自身に対するコントロール感の獲得など個人の変化を評価する。

この4つの下位尺度のうち、介入群では、「健康なまちづくり活動」「民主的な組織活動」「個人としての成長」で2週間後のみに、「尺度合計点数」では受講後と2週間後に有意な変化がみられ、いずれの下位尺度も3ヶ月後の変化はみられなかった。下位尺度4つの内、3つが体験学習後に高まったことは、認知症の人本人とのかかわりを体験した影響と考えられる。しかし、これらの変化は3ヶ月後には有意な変化を示さなかった。理由として、体験学習のプログラム内容にエンパワメントを促進するアプローチが弱かったためではないかと考察できる。特に、「健康なまちづくり活動」「地域の健康課題解決への志向」「民主的な組織活動」へのかかわりについては、4つのフェイズでこれらに特化したプログラム内容がなかったと考える。

コミュニティヘルスワーカーの活動理由に自己成長があり、同様に、他の人やコミュニティに貢献したいという思いがあり、地域の健康課題解決に繋がっている (Hotchkiss, Banteyerga, Tharaney, 2015) という報告がある。「個人としての成長」をベースにした、「健康なまちづくり活動」「地域の健康課題解決への志向」「民主的な組織活動」を向上させるプログラム検討が望まれる。大澤、児玉 (2011) は、保健活動ボランティアの参加理由を、他の人やコミュニティへの貢献と自己成長と報告しており、活動継続のモチベーションは、他メンバーやスタッフからのサポート、周囲からの評価が関係していると述べている。Kawasaki et al. (2015) は、地域の人々との親しい関係性がコミュニティヘルスワーカーの機能を高め、地域の人々の高い満足度を得ることに繋がると述べた。Akramul, Nakamura, Wongkhomthong, Chowdhury, and Ishikawa (1999) は、コミュニティヘルスワーカーが行政計画と一体となって、感染症コントロールに対して追跡調査や治療率の引き上げなど主要な役割を果たしたことを報告している。また、プライドと自己効

力感が、コミュニティヘルスワーカーのモチベーションに影響すると報告されている (Hotchkiss, Banteyerga, & Tharaney, 2015)。

今後の認知症サポーター養成をとおして求める社会は、認知症高齢者が施設生活あるいは在宅生活など、認知症の人やその家族の希望する選択に基づいて、認知症の人が住みやすい社会づくりである。そのために、地域における身近な助け合いをする認知症サポーター養成が必要であると考えられる。しかし、対照群の FGI 結果は【サポーター活動における困難性】 [高齢や身内の介護のためサポート活動は出来ない] [認知症の介護家族へのサポートが必要] などが示されており、養成講座を受講した人すべてが、地域の中でサポーターとして活躍できることではない実態がある。また、サポーター活動よりも、認知症の介護家族への支援の充実を図ることの方が大切だと考える人もいる。さらに、対照群では【今後の養成講座のあり方への提案】 [サポート活動で即戦力となる人や当事者を対象にする]、【今後のサポーター活動に必要なこと】 [これまでの地域活動との関連性をもつ] [サポートに必要な要援護者情報が必要] [活動団体などの紹介が必要] などのカテゴリーやサブカテゴリーが示されており、認知症サポーター養成において、地域住民のなかでも多様な考えがあることが推察できた。

先行文献では、コミュニティヘルスワーカーは、家族や近隣を基盤とした地域共同体の中で地域住民に一番近いところで健康課題に取り組む活動を行う人である (PAHO/WHO, 2007)。また、諸外国の例にあるように、コミュニティヘルスワーカーの活動動機にはコミュニティへの貢献意欲と自己成長が関連しており (Hotchkiss et al., 2015; 大澤ら, 2011)、コミュニティヘルスワーカーが、行政計画と一体となって健康課題に取り組む役割を果たす地域の報告がある (Akramul et al., 1999)。これらの諸外国の例と認知症サポーター養成を比較すると、FGI 結果の例で示すように、認知症サポーター養成講座の目的や対象者が絞り込めていないことが、認知症サポーターにコミュニティヘルスワーカーとしての役割を課す難しさがあると考えられた。本当にやる気のある認知症サポーターへのフォローアップ体制や登録システムが進まないことで、認知症サポーターと協働する機

関との関係性、認知症サポーター同士の関係性を生み出しづらくしている。これらが、3ヶ月後のエンパワメント点数に変化がみられなかった要因ではないかと推察できる。「健康なまちづくり活動」「地域の健康課題解決への志向」「民主的な組織活動」へのかかわり要素を高めることで、その地域のコミュニティエンパワメントが高まるのではないかと考えられた。

9.3 SOC

養成講座前のSOC得点は、介入群は64.7点で、対照群は58.3点であった。山崎ら(2003)によると、一般成人のSOC合計点数の平均は、54-57点程度と報告されている。対照群の平均点はほぼ一般成人と同程度～やや高めであったが、介入群では平均値よりも高い値であった。SOCは状態特性や性格特性ではなく、傾向特性や性格志向性として捉えられ、人生の経験によって影響を受けるとされている。そのため、SOCは概ね30歳頃までに完成され、年齢とともに緩やかに上昇する。本研究の対象者の平均年齢が63-67歳と高めであったことが平均点の高値に影響していると考えられた。また、「把握可能感」は、直面した出来事を秩序だった予測可能な出来事・状況ととらえる感覚、「処理可能感」は、どんな出来事に対しても自分の能力を駆使して対処していかれるという感覚、「有意味感」は人が人生を意味があると感じている程度として表され、困難や障害があっても、その中に意味を見出して立ち向かっていこうとする感覚といわれている

(Antonovsky, 1987)。介入群において、「有意味感」は2週間後、3ヶ月後で有意に高かった。対照群では有意な変化はなかった。受講前の介入群と対照群のSOC得点の関連を調べた結果(表5)は、「把握可能感」「処理可能感」「SOC合計点数」で介入群の方が対照群よりも有意に得点が高かったが、受講前の「有意味感」においては介入群と対照群での有意差はなかった。SOC変化と体験についての先行研究では、看護学生における実習経験がSOCを高めたという報告がある(江上, 2008; 須賀, 宇佐美, 小黒, 2011; 大澤, 松下, 2012; 荒川, 仙田, 佐藤, 2012)。介入研究では、高齢者を対象としたヘルスプロモーション

ョンプログラムの後に SOC が向上した報告がある (Tan et al., 2016) が、このヘルスプロモーションプログラムは、高齢者が直面する健康課題、依存傾向、死などに対する個人の信念・思い・感情に対する自己理解を深めるものであった。本体験学習プログラムは、認知症という健康課題のある人を対象とし、認知症のある人の理解とともに、サポーター個人の信念・思い・感情を揺さぶるものであり、両者のプログラムに共通した点であったと思われる。

また、高齢者ボランティアを対象とした世代間交流介入プログラムでは、介入群で SOC 有意味感の向上がみられたことが報告されている (Murayama et al., 2015)。この世代間交流プログラムでは、高齢者が人の役に立つことで、自身の存在価値を感じ、feeling を強化したと理由付けられている。本体験学習プログラムも、認知症サポーターが、認知症の人と楽しい時間を過ごし、人の役に立ったという feeling を持つことによって、自身の存在価値を感じる経験となり、これは両プログラムに共通するプログラム成果であると捉えられる。

以上より、本体験学習プログラムにより得られた結果は、SOC の「有意味感」の向上がみられたことにおいて、先行研究のプログラムと類似した結果が得られた。

介入群では、認知症の人と初めて 1 対 1 でコミュニケーションをとった人も多く、戸惑いやイメージの変化を表出していた。Risco et al. (2015) は、認知症の症状はそのステージや特有なケアニーズにより対応が大きく異なることを指摘している。以上より、認知症サポーターが、直面した出来事を秩序だった予測可能な状況ととらえたり、自分の能力を駆使して対処したりという感覚には至り難しく、そのため、「把握可能感」や「処理可能感」の向上がみられなかったのではないかと考えられた。

しかし、認知症を自分や家族など誰もが発症する可能性がある身近な病気として受け止め、地域でサポートしていくことに意味を見出す感覚（有意味感）は得られたのではないかと思われた。介入群での FGI 結果では「繰り返しのお話の中に非常に人生に役立つようなお話をしてくださることは、認知症の人を別の角度で捉えたってという勉強になった」と

いうコードが示され、認知症サポーターが、認知症になってもなお学習をさせてくれる対象者である認知症の人への敬意を感じたことが分かる。認知症の人との関わり体験は、認知症の人が周りからケアを受ける人としてだけでなく、周りの人へ教えを与える人ととらえ、認知症ケアにおける関心や意欲を高めることに繋がる体験である (Skog et al., 2000)。<何にも分かんないわけでもないし、同じこと何回も言うのかもしれないけど、相手をいたわる気持ちや感情は残ると感じた>というコードでは、認知症の人が、記憶が曖昧になっていく自分を認めることの困難さや大変つらい気持ちの中でも、他者への配慮という感情が残っていることを知り、認知症という病の中に生きることの意味を考えたのではないかと思われた。<亡くなった母は生前寂しかったのではと思った (中略) 私はもう少し親身になって、いろいろ母にしてあげればよかったと反省した><最初はすごく不安な気持ちを抱いてここに来たが、お話してる間に非常に自分が和やかになれ、それは非常に不思議な感覚でした。母親を重ね合わせたのかもしれませんが>というコードは、認知症サポーター自身がかかわなかった老親への感情を再現しながら、かかわなかった思いをかなえようとしているように受け止められた。

さらに、認知症サポーターとして、援助者の立場で他者を援助し、その援助からポジティブな感情や認識を抱いた経験が、心理・社会的幸福・安寧感と結びついた (妹尾, 高木, 2004) ことも考えられた。Antonovsky (1987) は心理社会的汎抵抗資源 (generalized resistance resources: GRRs) について述べており、ソーシャルサポートや社会的紐帯、社会との関係など人生の良質な経験が SOC を高めることを指摘している。認知症サポーターの体験学習が一つの社会体験として SOC の有意味感を高めたとすれば、本体験学習プログラムは、認知症サポーターの生きがい感を通じた活動意欲を高めることに有用であるといえる。

9.4 知識理解度

介入群では、受講後、2週間後、3ヶ月後といずれも有意に高く変化、維持した。対照

群では、受講後、2週間後に変化したが、3ヶ月後での有意差はみられなかった。これらは、体験学習が、先行する知識を活性化し、イメージ付けをすることから、体験者の意欲の向上が示され、さらなる知識獲得意欲が向上したと捉えられた (Luciano et al., 2004)。

佐伯(1995)は、学びの構造について、収集した知識が生活の中で確かめられていくことにより学びの広がりが増し、定着していくと述べている。介入群では、認知症サポーター養成講座で学んだ知識が体験により確かめられることにより、3ヶ月後にも継続して知識定着したのではないかと考えられた。

9.5 活動意欲、エンパワメント尺度、SOC、知識理解度における Bonferroni の補正後の検討

Bonferroni の補正後の有意水準が低下することにより、これまで有意であった、以下の値が有意でなくなったことが示された。それらは、活動意欲：介入群3か月後、エンパワメント尺度の民主的な組織活動：介入群2週間後、エンパワメント尺度の個人としての成長：介入群2週間後、SOCの有意味感：介入群2週間後、SOCの有意味感：介入群3か月後、知識理解度：介入群3か月後、知識理解度：対照群2週間後、である。

活動意欲は、介入群では受講後、2週間後の向上が見られ、3か月後の向上が Bonferroni の補正によりなくなった。対照群では、受講後の向上のみの向上で、2週間後の向上が補正によりなくなった。介入群での活動意欲が、対照群に比べて長く続いていることは同様であった。SOCについては、補正により有意水準が低下することで、養成講座2週間後、3か月後、いずれも有意差が見られなくなったが、介入群の方が、対照群と比較して中央値の向上はみられた。知識理解度については、介入群で受講後、2週間後に向上していることは変わらず、補正後3か月後の有意な向上が見られなくなった。対照群では、受講後のみの向上で、補正後2週間後の向上が見られなくなった。

Bonferroni の補正方法は、有意水準をコントロールすることで、多重比較の問題がある

あらゆる検定に対して使えるという利点がある反面、検定の数が多い時には有意水準が過少になってしまい差が出にくくなる欠点があることが示されている（対馬，2016）。本研究では認知症サポーター養成講座受講後4時点での分析を行い、検定回数が多いことにより、有意水準が過少になったと考える。今後、さらなる分析方法の検討も視野に入れたデータの分析が必要である。

9.6 FGI

1) 介入群

【認知症の人への理解の深まり】 [短期記憶と長期記憶の理解] <昔の話は鮮明に覚えていて間違いがないのでびっくりした><何回も同じことを聞いてくる>など長期記憶は保たれているが、記憶障害により短期記憶障害が生じていることなど、認知症の人への理解についての学びが認められた。また、 [自分の抱いていた否定的イメージが改善した] では、 <認知症って話が分からない方だと思っていたが、全然違った><すごく楽しくお話しできた>というコードも認められた。これらは、認知症サポーター養成講座で学んだ知識：記憶障害の現れ方、感情が保たれること、行動には意味があること、などが体験学習により確かめられ、体得されたことを示していると考えられた。また、 [繰り返されるお話を傾聴する] [ポジティブな感情を引き出す大切さ] など、認知症の人とのコミュニケーションを図る工夫も示されている。 [今後体験学習が活かされる内容] <実際に認知症の方につかせてもらったことで、始めからの入り方とかすごく勉強になった>、 [体験学習プログラムのよさ] <体験の中間に振り返りがないと、そのまま自分の思いで進んでしまうので、振り返りで意見や普段の様子を聞いて、改めて後半に進むことで、学びが深まった>なども示された。

以上は、認知症の人への理解の深まりとともに、実際の認知症の人へのイメージ化が図られていた。

2) 対照群

【認知症への理解の始まり】というカテゴリーで示されるとおり、認知症サポーターが、認知症の病気や症状について理解を示す内容で、認知症の人についての理解ではなかった。

【サポーター活動における困難性】というカテゴリーでは、[サポートに必要な認知症の人かどうか分からない]について困難を感じることを示された。また、【今後のサポーター活動に必要なこと】では、[サポート活動への意欲がある] <地域の役に立てるように頑張りたい>というコードがある一方で、[これまでの地域活動との関連性をもつ] <もともと自治会などの活動ベースがないと活動は難しい> [サポートに必要な要援護者情報が必要] <学習し知識は出来たと思うが、周囲に認知症と思われる方がいないので実践は出来るか分からない>など、意欲はあるが、躊躇感を示すコードが認められた。

4) 介入群と対照群を比較してのプログラム評価

介入群の方が対照群に比べて、認知症の人への理解の深まりを示しており、コミュニケーションなどのかかわり方にも具体性を示していた。また、今後の活動についてもポジティブなコードが多かった。

9.7 認知症サポーターの活動有無

認知症サポーターの活動有無は、養成講座前では、介入群と対照群に有意差はみられなかったが、3ヶ月後では、介入群の方が対照群に比べて、活動割合が高く、介入群では対象者の約70%、対照群では対象者の約34%が活動をしていた。

これらの介入群でのサポーター活動割合の増加は、体験学習、活動意欲の向上、実際の活動という方向性が結びついた結果ではないかと考えられた。これは、これまでの先行研究より、体験が楽しいと感じることが意欲を高めたこと、対象者への理解が増したことでイメージの改善とネガティブ感情の低下が見られたこと、自己効力感が向上したことで意欲が向上したことが前提となっている。

では、活動意欲が活動に結びつくための仕組みとして何が必要であろうか。Kolbのモデ

ルを適用することで、具体的体験、内省、抽象化、能動的実験のサイクルが機能し、認知症の人の理解の深まりを基に、役割認識を形成したこと、その結果として自身の行動目標が明らかになることでの活動開始という仕組みが働いたからではないかと考えられた。

社会活動のきっかけは、身近な人との会話や、それを通じた社会交流をしたいという思いや、自分の能力を伸ばすこと自体に喜びを見出すことが報告されている(中道, 2011)。認知症サポーターが、体験で得られたことを現実社会で活用しようとしていると捉えられた。

9.8 認知症サポーターによるサポート活動の受益者評価

「認知症の人や家族の気持ちを理解していた」「気兼ねなくいろいろ話すことができた」「話していると安心感を得られた」「認知症の人に笑顔が見られた」「認知症の人の表情が穏やかになった」「家族の気持ちが楽になった」「不愉快な気持ちになることがなかった」のすべての項目において、介入群の方が対照群よりも有意に得点が高かった。これにより、介入群からサポートを受けた人の方が、対照群からサポートを受けた人よりも満足度が高かったことが示唆された。

しかし、本分析対象者は介入群 77 件、対照群 37 件で、介入群が有意に返信していたと考えられた。介入群は、サポーター本人の活動意欲が高まっており、調査用紙を受益者へ配布することへの意欲も高く、対照群よりも多くの調査用紙を配布したと推測できる。また、受益者側も、満足している人ほど回答率、返送率が高いと考えられ、返信の枚数差が発生したのではないかと考えられる。これらの受益者評価アンケートの配布回収方法については受益者評価の結果への影響を考慮する必要がある。

認知症の人や家族の満足感を高める研究は多くなされている (Parker, MSocSci, Mills, & Abbey, 2008; Gaugler, Roth, Haley, & Mittelman, 2008)が、ボランティアによる認知症の人への支援を受益者側から評価する研究は少ない。日本においても、認知症サポーターに関する研究で、サポートを受けた側からの認知症サポーターに対する評価を

試みた報告は今のところなされていない。これは、介護者のインフォーマルニーズの測定用具が開発されていない (Novais, Dauphinot, Krolak-Salmon, & Mouchoux, 2017) こと、認知症の病気自体が多様な進行をたどること、その状況下で必要とされるサポートが個々変わること、などを理由として、ボランティアなどのインフォーマル支援体制が整わないことが背景にあると考えられた。

9.9 今後のプログラムの活用について

体験学習プログラムの活用について、本介入研究の結果、活動意欲の向上、実際に活動する人の割合の増加、受益者の満足度について一定の成果はみられたと考える。認知症サポーター養成講座後のプログラムの実用化も視野にいった検討が必要である。

しかし、今後プログラムの精度をあげるための課題も見つかっている。一つには、プログラム内容にコミュニティエンパワメントのための要素を検討すること、認知症サポーターの組織化との関連をはかること、ファシリテーターの役割の明確化と一般化である。

9.10 本研究のオリジナリティと限界

9.10.1 オリジナリティ

本研究のオリジナリティは、以下の3つである。

一つ目は、認知症サポーターに Kolb の体験型の教育を実施したことである。人は体験をとおして学びが深まるといわれている (松尾, 2015)。具体的体験をとまわらない内省的観察は抽象的な概念形成に終わり、実世界において実行を持たないこと、逆に内省的観察・抽象的概念なしの具体的体験は発展性がない (Hoyrup, 2004) ことが報告されている。中原 (2013) は、行動や経験を伴った内省を起こしつつ、内省を伴った行動をいかに実践するかが重要だと述べている。本研究は、体験と内省を重視した体験型の教育を行ったことに独創性があると考えられる。

二つ目は、プログラム対象の独創性である。実際の認知症の人をコミュニケーション対

象者とし、認知症サポーターが1対1のコミュニケーションを図ったことである。これまでのボランティアによるデイサービス体験は、ゲームや体操などのアクティビティへの参加や不特定多数の利用者との会話が主流であった。本プログラムは、途中の振り返りの時間を含み、前半後半、各30分～1時間を認知症の人とコミュニケーションを行った点が独創的であった。

三つ目は、認知症サポーターだけでなく、サポートの受益者を対象に満足度調査を行った点に独創性があったと考える。アウトカム評価に、他者からの評価を加えたことで、プログラム評価の客観性を得ることを試みた。

9.10.2 限界

1) 活動意欲評価とサンプリング

今回の介入研究では、養成講座前における、介入群と対照群の基本属性の関連として、年齢・職業、町内会・ボランティア・近所付き合い、認知症の人との関わり経験、サポーター活動の有無、健康度などで、介入群と対照群の間で差異はみられなかった。また、養成講座前における、介入群と対照群の活動意欲の関連は、有意な差異がみられなかったことで、介入群で活動意欲の向上が示されたと考察した。しかし、養成講座前における、受講形態での関連、エンパワメント尺度の下位項目「健康なまちづくり活動」「健康課題解決への志向」「個人としての成長」「尺度合計点数」、さらに、SOCでの「把握可能感」「処理可能感」「合計点数」では、介入群の方が有意に高い値を示していた。これらの項目においては、養成講座前に介入群と対照群における差異があったと考えられる。また、「健康なまちづくり活動」「健康課題解決への志向」「個人としての成長」などは、地域活動への向き合い方を示すもので、これらについての活動意欲への影響が考えられた。

地域社会でプログラムの介入研究をする場合、比較したいグループ間の選択バイアスや交絡因子を完全に制御することは難しく（秋山，2014；Liamputtong，2010）、地域のボランティア活動や研修会などは地域活動に熱心な人の参加が多いことが想定された。そのため、本体験学習の対象者においては、希望者ではなく、認知症サポーター養成講座の回数

回により割り付けを行った。また、養成講座応募者の意向や意欲を低下させることがないように、あるいは、グループで参加したいなど参加者の要望を想定し、同一回の参加者の中で介入群と対照群へ割り付けは行わなかった。しかし、本研究結果を受け、今後の割り付けについては、養成講座日前に参加者に説明日を設けるなど事前準備を手厚くし、同一回でのランダムな割り付けがあっても養成講座受講者にご了解いただけるような準備をすること、あるいは、自治体を変えて介入群、対照群の割り付けを行うなど工夫が必要であったと考える。

2) 活動意欲の分析における Bonferroni の補正について

本研究では認知症サポーター養成講座受講後 4 時点での分析を行い、多重比較による誤差を補正するため、Bonferroni の補正を行った。本補正方法の利点や欠点を踏まえた上で、今後、さらなる分析方法の検討も視野に入れたデータの分析が必要である。

3) 他施設への一般化

本研究は、1 か所のデイサービスセンターに局限した介護体験学習プログラムの実施であった。デイサービスセンターでの体験として一般化できるためには、他の設置主体や設置規模のデイサービスセンターでの適用、また、小規模多機能施設、グループホームなど他種類の施設での適用を検討する必要がある。

4) ファシリテーターについて

本研究においては、小規模デイサービスセンターでの介護体験学習プログラムの実施であったため、同一のファシリテーターが介入を行った。今後、一般化をはかるには、プログラムの質の担保を図るために、プログラム進行方法やアプローチの一貫性を図る必要がある。Kolb の学習理論に基づいた体験学習は、ファシリテーターのアプローチが鍵を握っており、ファシリテーターの関わり方や一貫性が重要である。

10. 結論

本研究は、認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるために、Kolb の体験学

習モデルを適用した認知症サポーター介護体験学習プログラムを実施し、そのプログラムの有用性を検討した。介護体験学習プログラムを実施した介入群では、プログラムを実施しない対照群と比較して、活動意欲の上昇が認められた。また、プログラム体験者に、認知症サポーターとしての活動率と受益者評価が高い傾向がみられた。FGI では、対照群と比較して、介入群のカテゴリー、サブカテゴリーから、より認知症の人への理解の深まり、具体的な関わり方についての抽出が認められた。以上より、体験学習プログラムによる認知症サポーター養成方法の有用性が示された。

Kolb 理論による介護体験学習プログラムは、具体的経験、内省的観察、抽象的概念化、能動的実験の4つのフェイズがある。「具体的経験と能動的実験」での体験、「内省的観察・抽象化概念化」での概念形成、という体験と思考の両方を含有したことに特徴があり、本研究は、認知症サポーター養成プログラム実践における Kolb 理論の実用化がなされたものである。このプログラムの有用性を示せたことにより、認知症高齢者支援における Kolb 理論の親和性が示された。

11. 看護科学への今後の貢献可能性

本研究は、地域における身近な支援者としての認知症サポーターの活動支援に焦点を当て、Kolb の体験学習プログラムの有用性を検証した。本プログラムの活用により、認知症の人が住み慣れた地域で長く生活できるための地域での健康課題把握や地域づくりへの貢献、看護職のみならず、他の専門職、認知症サポーターなどのボランティアも含んだチームアプローチへの貢献が期待できる。

さらに、Kolb 理論が認知症高齢者の体験学習だけではなく、広く外国人労働者、社会的要支援者、子ども支援など、看護・福祉・教育分野での貢献可能性がある。

文献

- 阿部巧, 辻大士, 北濃成樹, 村木敏明, 堀田和司, 大蔵倫博 (2015). 脳機能賦活運動 “スクエアステップ” が地域在住女性高齢者の認知機能に与える影響 介入前の認知機能水準および年齢に着目して, 日本老年医学会雑誌, 52(2), 162-169.
- 秋山美紀 (2014). 地域介入とエビデンス: 複雑介入と混合研究法をめぐって, Keio University Shonan Fujisawa Campus Journal, 14(1), 8-9.
- 栗田主一 (2012). 地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進. 保健医療科学, 61(2), 125-129.
- 安梅勅江 (2010). ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ 論文作成編. 医歯薬出版株式会社. 東京.
- Antonovsky, A. (1987). 山崎喜比古, 吉井清子 (監訳) (2010). 健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム. 221-225, 有信堂高文社, 東京.
- 荒川博美, 加藤基子, 長島きぬ子 (2012). 認知症サポーター養成講座修了者の活動実態と活動意欲. 日本認知症ケア学会誌, 11(3), 665-677.
- 荒川博美, 仙田志津代, 佐藤京子 (2012). 在宅看護実習経験が看護学生の首尾一貫感覚 (SOC) に与える影響—健康関連 QOL と学習意欲との関連—, ヘルスサイエンス研究, 16(1), 49-52.
- 荒川博美, 森實詩乃, 熊倉典子, 室橋正枝, 栗原洋子, 渡辺香織, 海老原美保, 長谷川博子, 大館洋子, 神山美智子 (2016). 認知症サポーター養成講座修了者の活動意欲と地域活動をエンパワメントするための支援課題. 日本認知症ケア学会誌, 15(3), 634-646.
- Arakawa, H., & Anme, T. (2017). Concept Analysis of “motives of dementia supporters”, Tsukuba Global Science Week, 8-3 Public Health & Nursing Session “Challenges and Innovations in Public Health and Nursing”.

- Dewey, J. (1938). 市村尚久 (訳) (2004). 経験と教育. 講談社学術文庫, 東京.
- 江畑雅紀, 杉原尚子, 長友孝文 (2014). 認知症サポーター養成講座の意義とその評価
医療関係者へのアンケート調査結果. 応用薬理, 87(3-4), 77-80.
- Faul, F., Erdfelder, E., & Lang, AG. (2007). G*Power 3: A flexible statistical
power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences.
Behavior Research Methods, 39, 175-191.
- 福井貞亮 (2005). 要援護在宅高齢者が感じる日常生活上の困りごとに関連する要因分析
日常家事, 金銭管理という日常生活上の困りごとに焦点をあてて. 日本在宅ケア学会
誌, 9(2), 7-14.
- 福間美紀, 塩飽邦憲, 馬庭留美 (2014). 高齢者の複合型認知症予防プログラムによる認
知機能改善の効果. 日本農村医学会, 63(4), 606-617.
- Gaugler, J., Roth, D., Haley, W., & Mittelman, M. (2008). Can Counseling and
Support reduce Alzheimer's Caregiver's Burden and Depressive Symptoms during
the Transition to Institutionalization? Results from the NYU caregiver
Intervention Study. Journal of the American Geriatrics Society, 56(3), 421-
428.
- Greenwood, D. E., Gordon, C., Pavlou, C., & Bolton, J. V. (2016). Paradoxical and
powerful volunteers' experiences of befriending people with dementia.
Dementia, 1-19.
- 保科寧子, 奥野英子 (2008). 在宅高齢者を対象として対話や交流を行うボランティアの
機能分析—話し相手ボランティアの事例分析から—. 社会福祉学, 49(2).
- 細川淳子, 天津栄子, 佐藤弘美 (2007). 地域住民を対象とした認知症予防ボランティア育
成の成果と課題 - 認知症予防ボランティア個人の変化から -. 石川看護雑誌, 4, 25-
31.

Hotchkiss, D., Banteyerga, H., & Tharaney, M. (2015). Job satisfaction and motivation among public sector health workers: evidence from Ethiopia. *Human Resources for Health*, 13(83). doi10.1186/s12960-015-0083-6.

Hoyrup, S. (2004). Reflection as a core process in organizational learning. *Journal of Workplace Learning*, 16(8), 442-454.

池田昌弘 (2015) . 過疎高齢化が進む中山間地域に暮らす認知症高齢者の「住まい」と「生活支援」. *老年精神医学雑誌*, 26, 493-497.

石倉篤 (2016). Kolb の体験学習のモデルと理論に対する Miettinen の批判の検討ーラボラトリー・トレーニングの文脈でー. *人間関係研究 南山大学人間関係研究センター紀要*, 15, 85-103.

Islam, A., Nakamura, Y., Wongkhomthong, S., Chowdhury, A., & Ishikawa, N. (1999) . Involvement of Community health workers in Tuberculosis control in Bangladesh. *Japanese Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 27(2), 167-173.

伊藤美智予, 鈴木亮子, 尾之内直美 (2011). 認知症の人の買い物に関する実態調査. *日本認知症ケア学会誌*, 10(3), 325-338.

伊藤美千予, 鈴木亮子, 伊藤大介 (2014). 認知症の人が活用しているインフォーマルサポートの種類と機能 認知症ケアマネジメントへの示唆. *日本認知症ケア学会誌*, 12(4), 731-741.

岩間千恵 (2009). 「参加・体験のある授業」ってなあに? *日本保健医療行動科学学会年報*, 24, 72-80.

岩佐真也 (2012). セネガル農村部における基礎保健員の継続的活動を支える住民側の要因. *千里金蘭大学紀要*, 9, 47-56.

金谷志子, 河野あゆみ (2015). 地域住民を対象とした高齢者見守り活動促進プログラムの開発とその評価. *日本地域看護学会誌*, 18(1), 12-19.

- 唐沢かおり (2006). 家族メンバーによる高齢者介護の継続意思を規定する要因. 社会心理学研究, 22(2), 172-179.
- 笠井恵美 (2007). 対人サービス職の熟達につながる経験の検討—教師・看護師・客室乗務員・保険営業の経験比較—. Work Review, 2, 50-63.
- 川合承子 (2011). 要支援・要介護認定を受けたひとり暮らし在宅高齢者の買い物・調理と日常生活自立度との関連および実行に必要な要因についての検討. 国際医療福祉大学紀要, 16(1・2).
- 川上浩美 (2010). 認知機能が低下し始めた独居高齢者を在宅でどのように支えていくべきか. 認知症ケア事例ジャーナル, 3(1), 55-58.
- Kawasaki, R., Sadamori, T., Almedia, T., Akiyoshi, M., Nishihara, M., Yoshimura, & Ohnishi, M. (2015). Reaction of community members regarding community health worker's activities as a measure of the impact of a training program in Amazonas, Brazil. Journal of Rural Medicine, 10(1), 7-9.
- Kimzey, M., Mastel-Smith, B., & Alfred, D. (2016). The impact of educational experiences on nursing student's knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study. Nurse Education Today, 46, 57-63.
- 金 高閼, 鄭 小華, 増井香名子 (2011). 認知症サポーター養成講座受講者における認知症受容度の追跡調査. 日本認知症ケア学会誌, 10(1), 88-95.
- 金 高閼, 黒田研二, 下藪 誠, 橋本恭子 (2011). 認知症の人に対する地域住民の態度とその関連要因. 社会問題研究, 60, 49-62.
- 江上千代美 (2008). 看護学生的首尾一貫感覚と精神健康度との関係. 心身健康科学, 4(2).
- 清國祐二 (2007). 生涯学習の推進を図るための参加型学習の方法論(2). 香川大学生涯学習教育研究センター研究報告, 12(3), 1-16.

国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口（平成 29 年推計）. Retrieved 2017.6.7 from [http:// www. Medicare.gov. / NHCompare/](http://www.Medicare.gov./NHCompare/) <http://www.ipss.go.jp>

小松洋平, 上城憲司 (2010). 地域住民が持つ認知症に対するイメージの実態と構造－自由回答アンケートの分析－. 柳川リハビリテーション学院・福岡国際医療福祉学院紀要, 6, 21-26.

小村富美子, 進藤雄三, 三好正満 (2003). 月経周期に連動した女性の体調・気分・感情の変化に関する調査研究－VAS(Visual Analogue Scale)を用いた身体的・精神的変化の測定－. 母性衛生, 44(1), 15-23.

Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*, Prentice Hall, Inc., Englewood cliffs, New Jersey.

厚生労働省 (2004) . 「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書. Retrieved 2018.11.30 from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html>

厚生労働省 (2015). 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）. Retrieved 2017.6.7 from <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop101.pdf>

厚生労働省. 平成 27 年国民生活基礎調査の概況. Retrieved 2017.6.7 from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa15/dl/02.pdf>

厚生労働省. 認知症政策 認知症サポーター. Retrieved 2017.6.12 from <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000149760.html>

厚生労働省. 介護保険事業状況報告 介護給付費実態調査（平成 25 年）. Retrieved 2017.6.7 from <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/14/index.html>

厚生労働省. 高齢者介護研究会報告書「2015 年の高齢者介護」資料.

- 黒岩祥太, 北啓一朗, 渡辺史子, 三浦太郎, 黒岩麻衣子, 小浦友行, 吉田樹一郎, 南眞司, 山城清二 (2016). 高齢者によるケア活動は、生きがいにつながるのか?—地域高齢者によるケア活動と主観的 QOL との関連—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 39(2), 116-121.
- 黒澤直子 (2011). 認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題. 人間福祉研究, 14, 121-128.
- 小山歌子, 村山伸子 (2011). 健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 58(8), 617-627.
- 久保昌昭, 岡本直子, 谷野秀夫 (2008). 認知症のある人とのかかわり度からみた地域住民への効果的な啓発活動のための分析. 日本認知症ケア学会誌, 7(1), 43-50.
- 熊坂智美, 稲毛映子, 矢野正文 (2008). 地区活動に参加している後期高齢者のソーシャルサポートの現状と将来の介護に関するニーズの特徴—前期高齢者との比較から—. 日本地域看護学会誌, 11(2), 80-86.
- Lawton, M., Moss, M., & Kleban, M. (1991). A Two-Factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46(4), 81-189.
- Liamputtong, P. (2010). *Research Methods in Health: Foundation for Evidenced-Based Practice*. Oxford University Press.
- Luciano, G., Visintainer, P., Kleppel, R., & Rothberg, M. (2016). Ambulatory Morning Report: A Case-Based Method of Teaching EBM Through Experiential Learning, *Southern Medical Association*, 109 (2).
- 町田久見子, 内田陽子, 小谷弥生 (2006). 認知症高齢者の買い物・金銭管理ケアプログラムにおける行動特性. *The KITAKANTO Medical Journal*, 56, 225-230.
- 丸尾智実, 河野あゆみ (2012). 地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムの試

- みープログラム実施前後の質問紙調査による評価ー. 日本地域看護学会誌, 15(1), 52-60.
- 真子美和 (2015). 新オレンジプランおよび認知症対策推進の重点. 保健師ジャーナル, 71(12), 994-999.
- 松尾 睦 (2015). *Experiential Learning Management 「経験学習」 ケーススタディ*.ダイヤモンド社. 東京.
- 松尾 睦 (2015). *Learning from Experience 経験からの学習 プロフェッショナルへの成長プロセス*. 同文館出版, 東京.
- 松下由美子 (2012). ひとり暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー. 日本在宅ケア学会誌, 15(2), 25-34.
- 溝上慎一 (1996). 大学生の学習意欲. 京都大学高等教育研究, 2, 184-197.
- 水野 裕 (2011). *実践パーソン・センタード・ケア 認知症をもつ人たちの支援のために*. 株式会社ワールドプランニング, 東京, 117-12.
- 望月耕太 (2015). コルプの体験学習モデルを用いた概念形成過程の分析ー学校訪問活動の振り返りを通してー 静岡大学教育学部附属教育実践総合センター紀要, 24, 155-162.
- 本江朝美, 平吹登代子, 桑田恵子 (2002). 臨地実習における首尾一貫感覚の変化と意識や行動との関連について. 日本看護研究学会雑誌, 25(3).
- 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝 (2004). 高齢者用主観的健康感評価尺度としての Visual Analogue Scale の有用性ーその自記式尺度の信頼性と妥当性ー. 日本在宅ケア学会誌, 8(1/2), 24-32.
- Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., Nonaka, K., Takeuchi, R., Nishi, M., Sakuma, N., Uchida, H., Shinkai, S., & Fujiwara, Y. (2015). The effect of

intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health*, 19(4), 306-314.

内閣府. 平成 28 年版高齢社会白書. Retrieved 2017.6.7 from

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html

内閣府. 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査 (平成 28 年). Retrieved 2017.6.7

from http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/pdf/1s2s_5_1.pdf

内閣府. 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査 (平成 25 年). Retrieved 2017.6.7

from <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/zentai/pdf/s2-1.pdf>

永田久美子 (2009). 適切なケアの普及と地域支援体制. *Aging Health*, 20-23.

永田久美子 (2011). 認知症対策でまちづくりを. *地域保健*, 40(8), 16-23.

中原淳 (2013). 経験学習の理論的系譜と研究動向. *日本労働研究雑誌*, 639, 4-14.

中原淳 (2017). 職場学習論 仕事の学びを科学する. 一般財団法人東京大学出版会, 東京.

中道淳子 (2011). 地域での介護予防活動における認知症予防ボランティアの成長過程.

日本認知症ケア学会, 10(3), 315-324.

中善則 (2015). 対話・活動を鍵としたシティズンシップ教育の研究～D. KOLB の「体験学習

理論に学ぶ」プロジェクト型アクティブ・ラーニング. *花園大学文学部研究紀要*, 47, 13-34.

檜木博之 (2009). 認知症サポーター養成講座の効果と課題～静岡県御殿場市での取り組み

～. *身延山大学仏教学部紀要*, 10, 51-62.

日本認知症ケア学会 認知症ケア用語辞典編纂委員会 (2016). 認知症ケア用語辞典. 株式

会社ワールドプランニング, 東京.

O' Connell, M., Rivo, M., Mechaber, A., & Weiss, B. (2004). A Curriculum in Systems-Based Care: Experiential Learning Changes in Student Knowledge and Attitudes. *Family Medicine*, 36, 98-104.

大池美也子, 長家智子 (1999). 看護学生による経鼻的胃管挿入技術の体験学習に関する一考察—コルブの体験学習モデルを用いた分析を通して—. 九州大学医療技術短期大学部紀要, 26, 59-66.

大澤絵里, 児玉知子 (2011). 保健ボランティアによる継続的な HIV/エイズケア提供の支援に関しての考察—モチベーションに焦点をあてて—. *Journal of International Health*, 26(1).

大澤優子, 松下年子 (2012): 精神看護学実習前後における学生の SOC (首尾一貫感覚) の変化. 埼玉医科大学看護学科紀要, 5(1), 1-7.

大山由紀子, 沖野良枝, 前川直美 (2004). 看護学生の臨地実習における態度に関連する要因と体験による変化の分析 (第 2 報) —首尾一貫感覚 (SOC: Sense of Coherence) との関連—. *看護教育*, 127-129.

PAHO/WHO (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan American Health Organization / World Health Organization*, 1-48.

Parker, D., MSocSci, Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), 137-172. Doi:10.1111/j.1479-6988.2008.00090.x

Reshmad' sa, L., Vijayakumari, S. (2017). Effect of Kolb' s experiential learning strategy on enhancing pedagogical skills of pre-service teachers of secondary school level. *i-manager' s Journal on school educational technology*, 13(2).

Risco, E., Cabrera, E., Farre, M., Alvira, C., Miguel, S., & Zabalegui, A. (2015). *Perspectives About Health Care Provision in Dementia care in Spain: A*

Qualitative Study Using Focus-Group Methodology. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(3), 223-230.

佐伯胖 (1995). *学びの構造*. 東洋館出版社, 東京.

斎藤恵美子, 國崎ちはる, 金川克子 (2001). 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討. *日本公衆衛生雑誌*, 48(3), 180-189.

Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal Open*; 7:e014304. doi:10.1136/bmjopen-2016-013404.

妹尾香織, 高木修 (2004). 高齢者の援助行動経験と心理・社会幸福・安寧感との関連. *心理学研究*, 75 (5), 428-434.

妹尾香織, 高木修 (2011). 援助・被援助行動の好循環を規定する要因—援助成果志向性が果たす機能の検討—. *関西大学社会学部紀要*, 42(2), 117-130.

妹尾香織, 高木修 (2003). 援助行動経験が援助者自身に与える効果—地域で活動するボランティアにみられる援助成果—. *社会心理学研究*, 18, 106-118.

鹿毛雅治 (2009). *動機付け研究へのいざない*. 上渕寿 (編著), *動機付け研究の最前線*. 北大路書房, 京都, 1-29.

下橋良平 (2015). 運動への意欲を高める表現運動の指導の在り方—評価指標を基にした自己評価活動を通して—. *東京都教育研究生カリキュラム開発研究報告書*, 1.

白井和美, 杉浦加代子, 津下一代 (2017). 地域包括支援センターの機能強化に繋がる都道府県支援の在り方の考察. *日本公衆衛生雑誌*, 64(10), 630-637.

白石真澄 (2017). 英国における認知症当事者のケアとインフォーマルサービス, *政策創造研究*, 11, 53-75.

- Skog, M., Grafstrom, M., Negussie, B., & Winblad, B. (2000). The patient as “teacher” : learning in the care of elderly persons with dementia, *Nurse Education Today*, 20, 288-297.
- Smith, R., Drennan, V., Mackenzie, A., & Greenwood, N. (2018). The impact of befriending and peer support on family carers of people living with dementia: A mixed methods study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 76, 188-195.
- 須賀京子, 宇佐美千鶴代, 小黒由美子 (2011). 看護学生における首尾一貫感覚の形成とストレス対処方略との関連－臨地実習前後の変化の検討－. *医学と生物*, 155(7), 424-432.
- 諏訪さゆり (2010). 看護のエビデンス“いま”“むかし”かつて信じられていたことの何が変わったの. *Evidence-Based Nursing*, 10(2), 842-846.
- 鈴木みずえ (2014). 認知症高齢者のもてる力を引き出す看護－認知症のパーソン・センタード・ケア－. *老年看護学*, 19(1), 14 -18.
- 高木修 (1982). 順社会的行動のクラスターと行動特性. *年報社会心理学*, 23, 137-156.
- 高見千絵, 忠津佐和子, 水子 学 (2008). 介護保険サービス利用者のサービスに対する満足度尺度の妥当性および信頼性. *川崎医療福祉学会誌*, 17(2), 343-351.
- 高見国生 (2008). 介護家族を支える, 上野千鶴子ほか (編), *家族のケア家族へのケア*. 岩波書店, 東京.
- 竹田英司 (2017). プロジェクト型学習の実践と効果. *The Journal of Economic Education*, 36, 140-147.
- 谷田勇人 (2001). 福祉ボランティア活動をする大学生の動機の分析. *社会福祉学*, 41(2), 83-94.
- Tan, K., Chan, S., Wang, W., & Vehvilainen- Julkunen, K. (2016). A salutogenic

program to enhance sense of coherence and quality of life for older people in the community: A feasibility randomized controlled trial and process evaluation. *Patient Education and Counseling*, 99, 108-116.

丹野智文 (2017). 丹野智文笑顔で生きる. 文藝春秋, 東京.

党一浩 (2016). 広がれ認知症カフェ 実践レポート 認知症になってもこの街で暮らし続けるための種まき 認知症サポーターが運営するつつみカフェ. *ふれあいケア*, 22(5), 22-25.

陶山啓子, 河野理恵, 河野保子 (2004). 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. *老年社会科学*, 25(4), 461-468.

塚本剛志 (2006). ボランティアの動機と文化的要素・スペインにおける予備的考察ー. *国際開発研究フォーラム*, 32, 157-172.

対馬栄輝 (2016). 第2版 SPSS で学ぶ医療系データ解析. 東京図書, 東京.

筒井孝子 (2012). Community-based integrated care の基本的な考え方ー地域包括ケアシステムにおける認知症患者への支援ー. *老年精神医学雑誌*, 23(3), 271-279.

高見千絵, 忠津佐和子, 水子 学 (2008). 介護保険サービス利用者のサービスに対する満足度尺度の妥当性および信頼性. *川崎医療福祉学会誌*, 17(2), 343-351.

内田陽子 (2007). 認知症ケアのアウトカム評価原案の開発. *Kitakanto Medical Journal*, 57, 231-238.

上渕 寿 (2009). 動機づけ研究の最前線. 北大路書房, 京都.

梅本充子 (2015). 地域在住高齢者における音を刺激とする回想法の効果. *日本早期認知症学会誌*, 8(1), 48-55.

若山好美, 工藤禎子, 竹生礼子, 佐藤美由紀 (2010). 認知症キャラバンメイトの活動志

向性とその関連要因. 日本在宅ケア学会誌, 13(2), 34-41.

渡辺裕一 (2008). 地域住民の高齢者支援パワー尺度の作成における構成概念妥当性の検討. 大妻女子大学人間関係学部紀要 人間関係学研究, 10, 181-186.

Willigen, V. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, 308-318.

薬害 HIV 感染被害者（遺族）生活実態調査委員会編 (2003). 薬害 HIV 感染被害者遺族調査の総合報告書—3年にわたる当事者参加型リサーチ—. 東京.

安田直子, 竹内祐美子, 重枝桜子 (2015). 糖尿病カンパセーション・マップ™の自己体験学習による看護師の糖尿病療養指導に対する意識向上への取り組み. 日本看護学会論文集 慢性期看護.

山田小織, 守田高恵, 伊藤直子 (2010). 住民組織における保健師の支援内容とメンバーの活動意欲. 保健医療科学, 59(2), 159-168.

山崎律子, 鷺尾昌一, 荒井由美子 (2012). 臨牀指針 在宅要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: 都市部の訪問看護サービス利用者の調査より. 臨牀と研究, 89(2), 228-234.

山崎喜比古 (2003). ストレスの進行と防止の過程徹底分析. *NHK 現代日本人のストレス*, 178-200, NHK 出版, 東京.

山本則子, 石垣和子, 国吉緑 (2002). 高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL) 生きがい感および介護継続意思との関連; 続柄別の検討. 日本公衆衛生誌, 49(7), 660-671.

山下一也, 小林祥泰, 山口修平, 小出博己, 今岡かおる, 卜蔵浩和, 須山信夫 (1993). 社会的活動性の異なる健常老人の主観的幸福感と抑うつ症状. 日本老年医学会雑誌, 30(8), 693-697.

山埜ふみ恵, 草野恵美子, 吉田久美子 (2016). 地域在住高齢者のソーシャルサポートの授受に関する文献検索. 大阪医科大学看護研究雑誌, 6.

全国キャラバンメイト連絡協議会 (2014). 認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう. 4-23.

全国キャラバンメイト連絡協議会 (2016). 認知症サポーター等の資質向上に関する調査研究事業報告書, Retrieved 2018.11.20 from <http://www.caravanmate.com/web/wp-content/uploads/2016/04/H27-do-sup-katsu-report.pdf>.

図表

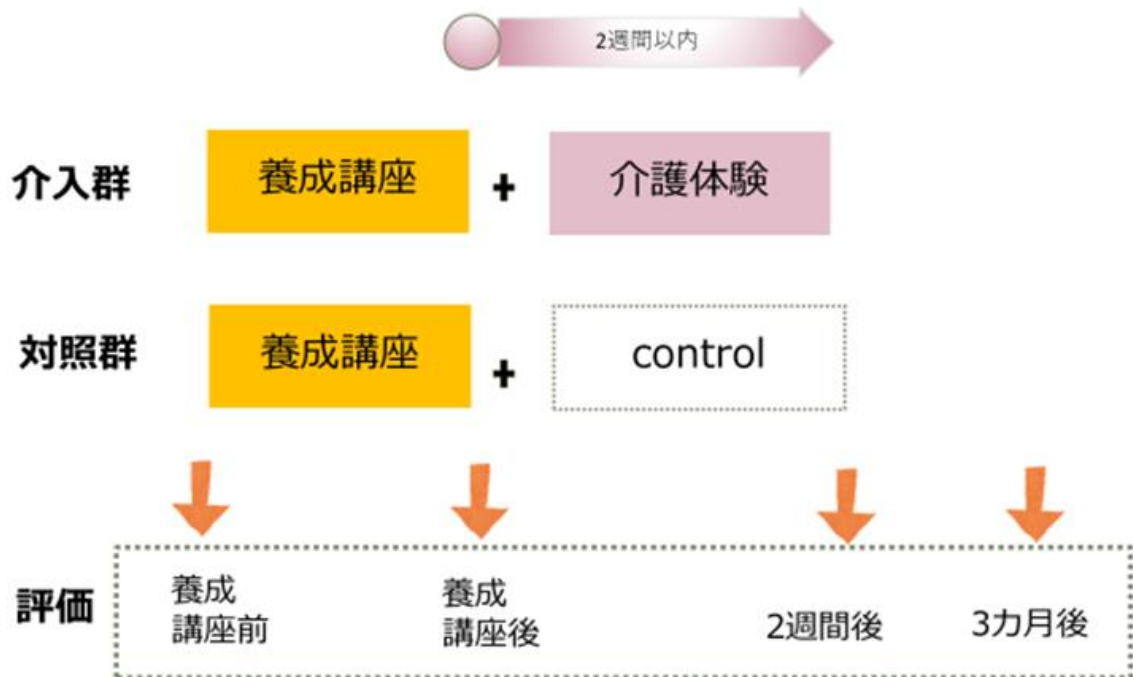


図1 本研究の概要

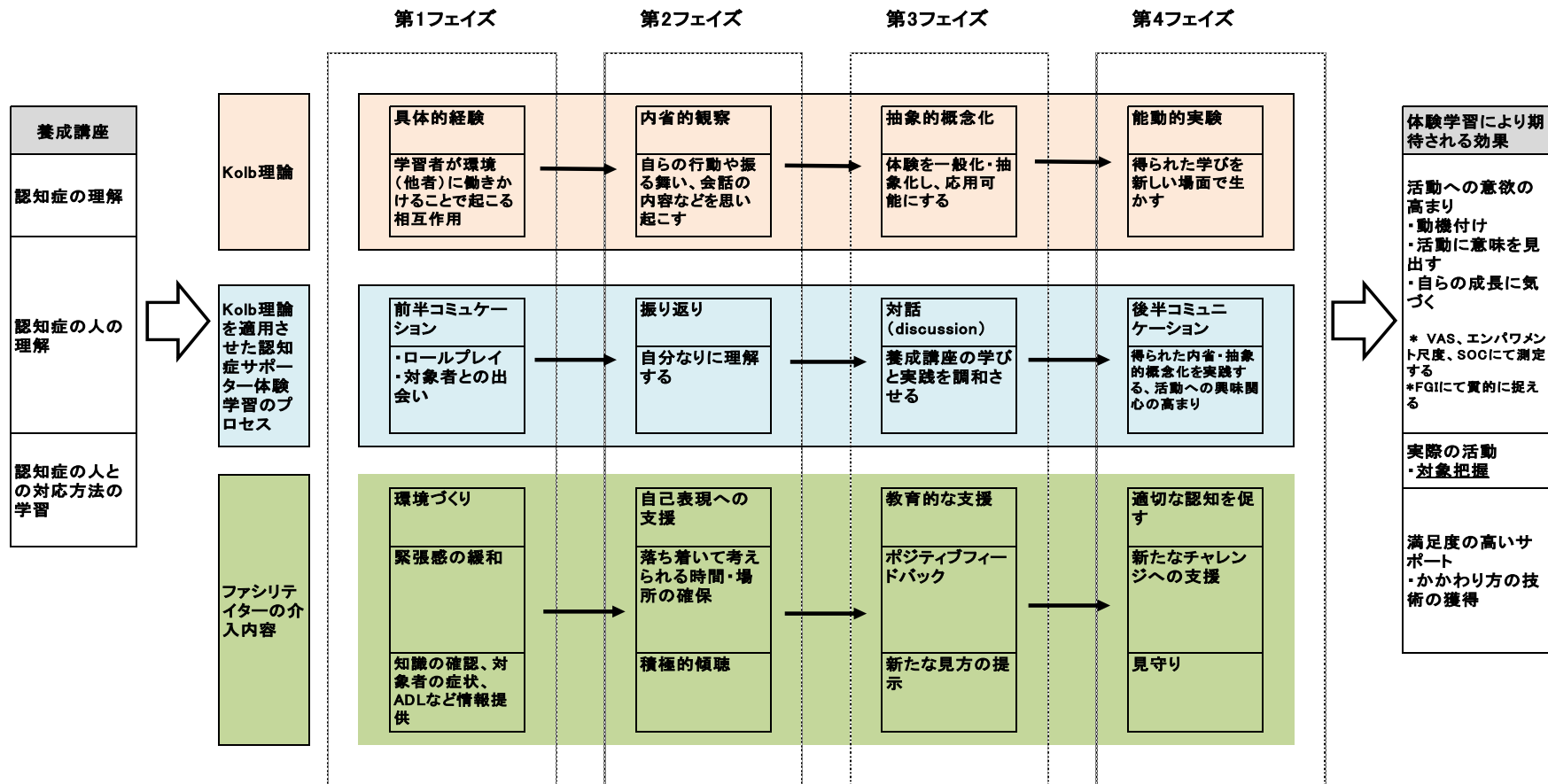


図2 Kolb理論を活用した体験学習プログラムモデル

表1-1 プログラム構成

<p>養成講座</p> <p>目標： 認知症についての正しい知識を持ち、認知症の人の気持ちを理解することで、認知症の人や家族との接し方について考えることができる</p> <p>内容： 1. 講義内容 * 以下の骨子に沿った内容の講義を実施する 1) 認知症とはどういうものか？ 2) 認知症の症状 中核症状、行動・心理症状とその支援 3) 認知症の診断・治療 4) 認知症の予防についての考え方 5) 認知症の人と接するときの心がまえ 6) 認知症の人は本人の自覚がないは間違いであり、心配な思い・つらさ・悲しみがある 7) 認知症の人への支援とは 8) 認知症介護をしている家族の気持ちを理解する * 7つのポイントに気を付けて認知症高齢者とのかかわる ①まずは見守る、②余裕をもって対応する、③声をかけるときは1人で、④後ろから声をかけない、⑤相手に目線を合わせてやさしい口調で、⑥おだやかに、はっきりした話し方で、⑦相手の言葉に耳を傾けてゆっくりに対応する、⑧認知症介護をしている家族の気持ちを理解する *全国キャラバン・メイト連絡協議会「認知症サポーター養成講座標準教材 認知症を学び地域で支えよう」 2. 場所： 講義室など 3. 時間： 1時間～1時間30分 4. フォーカスグループインタビュー(FGI) 介入群別の認知症サポーターの満足感や差異、結果の解釈のための材料として活用する</p>
<p>体験学習</p> <p>目標： 1) 地域での活動意欲が高まる 2) 認知症の人のイメージの把握ができる 3) 実際の活動のためのかかわり方の技術の獲得</p> <p>内容： 1. コミュニケーション対象者 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」があるいはII程度で、中核症状を主な症状とし、周辺症状のない人とする。また、認知症サポーター養成講座受講者とのコミュニケーションに同意が得られた人とする 2. 場所： デイサービスセンター 3. 時間： 一回3時間程度 4. 体験スケジュールは表1-2を参照とする 5. サポート体制 ①研究者は、体験中の受講者の様子を観察し、ファシリテーターとしてコミュニケーションの導入や調整、意味づけなどを行う ②コミュニケーション体験に際しては、常に施設職員の見守り体制の中で実施することとし、利用者からの要望、困ったことなどが生じた場合にはすぐに施設職員に相談し、指示を受ける体制を整える 6. 行わないこと 受講者の参加の目的はコミュニケーションをとることであるため、コミュニケーション以外のケアについては実施しない 7. FGI 介入群別の認知症サポーターの満足感や差異、結果の解釈のための材料として活用する</p>

表1-2 体験学習オリエンテーション(参加者向けの説明)

皆様、本日は介護体験学習にご参加下さりありがとうございます。
介護体験の概要とスケジュール、留意事項等の説明をいたします。

【概要】

本日は、デイサービス利用者お一人を、それぞれの方が受け持ち、お話をさせていただきます。お話のトピックは特に設定いたしませんので、どうぞ何でもお話しください。ただし、以下の留意事項に書いてある事柄については遵守願います。
介護体験は、途中の振り返りの時間を挟んで、前半と後半に分かれます。

【本日のスケジュール】

9:00	オリエンテーション ・健康チェック、身だしなみの確認 ・本日のスケジュール、留意事項 ロールプレイ
9:30	対象者とのコミュニケーション(前半) ・実践
10:30	振り返り(体験における行動チェック表)
11:00	対象者とのコミュニケーション(後半) ・実践
11:30	体験終了
11:40	フォーカス・グループ・インタビュー
12:20	終了 昼食

【ロールプレイ】

実際に利用者の方とコミュニケーションをとる前に、ロールプレイを実施します。認知症サポーター役、認知症の人、観察者に分かれて練習をします

【チェックリストの説明】

本日皆様に書いていただくものはこちらのチェックリスト1枚です。
(表4チェックリストの説明をする)

【振り返りの説明】

- ①この時間に、前出のチェックリストを記載します。
- ②後半の計画を立てます。

【留意事項】

- ・対象者の方にまつわるすべての情報は個人情報ですので、いかなる場合も口外しないこと
- ・施設の中で見聞きした、他の利用者の方や、職員の方の情報についても口外しないこと
- ・コミュニケーション以外のケアは行わない
- ・利用者からの要望、困ったことなどが生じた場合にはすぐに施設職員に相談し、自己判断をしない
- ・体調が悪く、体験を続けられない時はいつでも職員や研究者にお声掛けください

表1-3 Kolb 体験学習モデルの本研究への適用

フェイズ	本研究への適応		実施
1 具体的経験	学習者が環境に働きかけることで起こる相互作用	対象者とのコミュニケーション(前半)	対象者との出会い
2 内省的観察	自らの行動や振る舞い、会話の内容などを思い起こし、何が起こっていたかを表現し、意識化する	振り返り	自分なりに理解する
3 抽象的概念化	体験を一般化・抽象化し、応用可能にする	対話	養成講座の学びと実践を調和させる
4 能動的実験	上記より得られた学びを新しい場面で生かし、対象者とコミュニケーションをとる	対象者とのコミュニケーション(後半)	<ul style="list-style-type: none"> ・得られた内省・抽象的概念化を実践する ・活動への興味関心の高まり

表1-4 ロールプレイの説明

1. 場面設定を読んでみましょう

場面設定

名前: 山田良子さん、年齢: 80歳代前半、性別: 女性、認知症: 軽度～中程度の認知機能の低下がある。数年前にアルツハイマー病と診断され、内服治療をしている。自宅で息子さんと二人で暮らしているが、息子さんは農業をしているため、常時は良子さんの見守りができない。週に2回デイサービスを利用している。歩行はふらつきなく歩くことができ、コミュニケーションは、短い文章で話せば理解できることがある。今、デイサービスに到着したばかりで、デイルームで血圧測定後、お茶を飲んでいる。

2. 3人一組のグループを作成します。

認知症役1名、サポーター役1名、観察者1名を決める(3名いない時は2名で大丈夫です)。

役割	氏名
認知症役	
サポーター役	
観察者	

3. コミュニケーションをとってみましょう(役割は、各々3分ずつで交代します)。

場面設定を基に、チェックリストを活用して会話をします。

4. 意見交換

ロールプレイを行って初めての気づいたことなど、意見交換しましょう。

表1-5 体験における行動チェック表(認知症サポーター)

本日参加の皆様へ

前半と後半に分けて介護体験をします。以下のことについて気を付けながら、対象者の方とお話してください

また、自分がどのくらいできたかを下の表に自己評価してみましょう。1～10までの数字を書きます。数字が大きいほどよくできたことになります。

番号	内容	得点	
		前半	後半
例	お辞儀をする	8	10
1	笑顔で挨拶する(自己紹介をする)		
2	相手の動きを観察する	表情をみる (笑顔を引き出しましょう)	
3		立ち居振る舞いを見る	
4	余裕を持って対応する	自分にできることは自分でしてもらいます	
5		何かしたそうにしていたら、待ちましょう	
6		指示をしないようにしましょう	
7	声をかけるときは一人で		
8	後ろから声をかけない		
9	相手に目線を合わせてやさしい口調で話す		
10	相手に合わせた声量でおだやかに、はっきり話す (怒鳴る必要はありません)		
11	相手の言葉に耳を傾けて聞く (うなづき、相づちを打ちましょう)		

<前半が終了した方へ>

後半の計画

後半に向けての、気を付けること、話したいことなどご記入ください

--

表1-6 体験における行動チェック表(ファシリテーター用)

確認ができたなら○をつけましょう

番号	内容	確認		
		前半	後半	
1	参加者のレディネスの把握	参加者の名前の確認(名札を付ける)		
		受け持ち対象者の確認		
		参加動機を確認する		
		コミュニケーションの導入を行う		
2	緊張感の緩和	リラックスできる雰囲気づくり、声掛けを行う		
3	対象の把握	コミュニケーション対象者への理解をサポートする		
4	状況の確認	対象者が置かれている状況への理解をサポートする		
5	ポジティブフィードバック	自分にもできるという実践可能感をもてるようなサポートをする		

表2 養成講座前における基本属性

		介入群		対照群		p
		人数	%	人数	%	
参加人数	男性	6	16.2	10	22.7	0.46 ^{a)}
	女性	31	83.8	34	77.3	
年齢		(平均67.6、標準偏差10.7)		(平均63.1、標準偏差15.2)		0.23
職業	無職	10	27.0	13	29.5	0.11
	主婦	19	51.4	10	22.7	
	パート、アルバイト	3	8.1	4	9.1	
	会社員等	4	10.8	11	25.0	
	自営業	1	2.7	5	11.4	
	その他	0	0.0	1	2.3	
町内会	参加しない	4	10.8	8	18.2	0.27
	ごくたまに参加	7	18.9	9	20.5	
	時々参加	8	21.6	8	18.2	
	ほとんど参加	5	13.5	9	20.5	
	常に参加	13	35.1	10	22.7	
ボランティア	参加しない	4	10.8	10	22.7	0.09
	ごくたまに参加	9	24.3	14	31.8	
	時々参加	11	29.7	7	15.9	
	ほとんど参加	4	10.8	7	15.9	
	常に参加	9	24.3	6	13.6	
近所付き合い	付き合いなし	2	5.4	2	4.5	0.69
	ごくたまに付き合い	5	13.5	11	25.0	
	時々付き合い	11	29.7	11	25.0	
	よく付き合い	10	27.0	7	15.9	
	常に付き合い	9	24.3	13	29.5	
関わり経験	関わりなし	4	10.8	7	15.9	0.78
	ごくたまに関わった	3	8.1	6	13.6	
	時々関わった	10	27.0	8	18.2	
	頻回に関わった	8	21.6	7	15.9	
	常に関わった	12	32.4	16	36.4	
受講形態	人からすすめられた	12	32.4	29	65.9	<0.01 ^{a)}
	自分から希望した	25	67.6	15	34.1	
活動有無	活動していない	21	56.8	29	65.9	0.40 ^{a)}
	活動している	16	43.2	15	34.1	
健康度	非常に健康である	7	18.9	8	18.2	0.71
	健康な方である	28	75.7	32	72.7	
	あまり健康ではない	2	5.4	4	9.1	

Mann-WhitneyのU検定、^{a)}は χ^2 検定

表3 受講前と受講後、2週間後、3ヶ月後における活動意欲の比較

	受講前		受講後		p	2週間後		p	3ヶ月後		p
	中央値	25-75%	中央値	25-75%		中央値	25-75%		中央値	25-75%	
介入群	6.40	4.85-7.80	7.10	5.50-8.20	<0.001	7.50	5.30-8.75	0.005	7.00	5.30-8.85	0.046
対照群	5.60	4.45-7.13	6.65	4.80-7.68	0.004	5.70	4.50-7.08	0.343	5.10	3.55-6.70	0.184

Wilcoxon符号付順位検定

表4 受講前と受講後、2週間後、3ヶ月後におけるエンパワメント尺度の比較

	受講前		受講後		p	2週間後		p	3ヶ月後		p
	中央値	25-75%	中央値	25-75%		中央値	25-75%		中央値	25-75%	
健康なまちづくり活動	32.0	26.5-37.5	34.0	29.5-38.0	0.054	35.0	28.0-40.0	0.005	32.0	27.0-36.5	0.987
健康課題解決への志向	32.0	25.0-39.5	32.0	26.0-40.0	0.719	34.0	28.0-39.0	0.291	32.0	24.5-38.0	0.614
介入群 民主的な組織活動	12.0	11.0-16.0	12.0	11.0-16.0	0.343	15.0	12.0-16.0	0.023	13.0	11.0-16.0	0.788
個人としての成長	16.0	12.0-18.0	16.0	13.5-18.0	0.122	16.0	15.5-18.0	0.046	15.0	14.0-19.0	0.457
尺度合計点数	95.0	83.0-109.0	98.0	84.0-110.5	0.034	98.0	84.5-110.5	0.015	94.0	79.5-108.0	0.820
対照群 健康なまちづくり活動	30.0	18.0-31.8	30.0	24.5-33.5	0.041	30.0	23.3-32.8	0.249	29.0	20.0-31.0	0.727

Wilcoxon符号付順位検定

表5 受講前と受講後、2週間後、3ヶ月後におけるSOCの比較

		受講前		受講後		p	2週間後		p	3ヶ月後		p
		中央値	25-75%	中央値	25-75%		中央値	25-75%		中央値	25-75%	
介入群	把握可能感	24.0	22.0-27.5	24.0	21.5-27.5	0.789	25.0	22.5-29.0	0.254	25.0	21.5-29.0	0.792
	処理可能感	19.0	17.0-22.0	18.0	16.0-22.0	0.234	19.0	16.0-22.0	0.929	19.0	15.5-20.5	0.255
	有意味感	21.0	18.5-23.0	21.0	17.5-23.5	0.775	22.0	19.0-24.5	0.038	23.0	19.0-25.0	0.042
対照群	把握可能感	22.0	20.0-24.0	22.5	19.0-25.0	0.861	23.0	20.0-25.0	0.435	23.0	19.0-26.0	0.663
	処理可能感	17.0	15.0-20.0	17.0	15.3-20.0	0.664	17.0	15.0-19.0	0.296	17.5	15.0-19.8	0.743
	有意味感	20.0	16.0-22.8	18.0	16.3-21.8	0.147	19.5	17.0-21.8	0.945	19.0	17.0-21.8	0.573

Wilcoxon符号付順位検定

表6 受講前と受講後、2週間後、3ヶ月後における知識の比較

	受講前				受講後				p	2週間後				p	3ヶ月後				p
	平均値	標準偏差	中央値	25-75%	平均値	標準偏差	中央値	25-75%		平均値	標準偏差	中央値	25-75%		平均値	標準偏差	中央値	25-75%	
介入群	8.5	1.0	9.0	8.0-9.0	9.2	0.9	9.0	9.0-10.0	0.001	9.2	0.9	9.0	9.0-10.0	0.001	8.9	0.9	9.0	8.0-10.0	0.022
対照群	8.3	1.3	9.0	8.0-9.0	8.7	1.1	9.0	8.0-9.0	0.018	8.7	1.2	9.0	8.0-9.0	0.031	8.6	1.0	9.0	8.0-9.0	0.106

Wilcoxon符号付順位検定

表7 養成講座前における介入群と対照群の評価項目の関連

	介入群(n=37)			対照群(n=44)			p	
	中央値	25%-75%	75%-100%	中央値	25%-75%	75%-100%		
活動意欲	6.4	4.9	7.8	5.6	4.5	7.1	0.082	
エンパワメント尺度	健康なまちづくり活動	32.0	26.5	37.5	30.0	18.0	31.8	0.013
	健康課題解決への志向	32.0	25.0	39.5	29.0	20.5	31.8	0.013
	民主的な組織活動	12.0	11.0	16.0	12.0	10.0	13.0	0.053
	個人としての成長	16.0	12.0	18.0	12.0	12.0	16.0	0.004
	尺度合計点数	95.0	83.0	109.0	84.0	62.0	88.8	0.008
SOC	把握可能感	24.0	22.0	27.5	22.0	20.0	24.0	0.010
	処理可能感	19.0	17.0	22.0	17.0	15.0	20.0	0.030
	有意味感	21.0	18.5	23.0	20.0	16.0	22.8	0.192
	合計点数	62.0	58.5	72.0	57.0	53.0	64.0	0.003
知識	9.0	8.0	9.0	9.0	8.0	9.0	0.524	

Mann-WhitneyのU検定

表 8-1 体験学習をしての思いと学んだこと (介入群)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
体験前の不安	認知症の人へのストレスを心配した	体験に行って自分が役に立つのかどうか、かえって相手に対して自分がストレスかけるようなことがあったら嫌だと思った
		認知症の人とのお話は、最初は不安だった
認知症の人への理解の深まり	短期記憶と長期記憶の理解	昔の話は鮮明に覚えてて、間違いがないのでびっくりした
		ご主人さんが何歳でなくなったとか、仕事のこととか、娘がいて結婚してとか、昔のことは覚えていた
		昔の話を何うとよくお話しするからやはり、認知症っていうのは、現在のことは忘れやすいんだと一番勉強になった
		「何人子どもがいるんだい」って何回も私に聞いてきていた
		実際に認知症の方と関わって、何回も同じことを繰り返して聞かれるということが日常的に起きてることを理解した
		昔が懐かしく思い出されるような話題は会話が弾んだ
	自分の抱いていた否定的イメージが改善した	80 過ぎた方ってのはちょっと興味とか、感動とか日常生活もつまらないという感想でもあるのかなと思ったんですけど、とっても生き生きとして、身支度もきれいだし、もう年だからっていう感じはなかった
		もう少し話がかみ合わないかなと思っていたが、すごく楽しく話げできた
		認知症って話が分からない方だと思っていたが、全然違った
		認知症の方は認知力が低下しているので、怒られたり怒鳴られたら、怖くて不安でしょうがないんだろうというのをすごく感じた
		会話は変なことなく、同等にお話しできた
		認知症の人とお話しした経験は初めてだが、最初はもう少し暗い感じのイメージだったが、中にいる方もけっこう楽しそうにしている、イメージと違っていた
	認知症の人の日常を知った	繰り返しのお話の中に非常に人生に役立つようなお話をしてくださるっていうのには、認知症の人を別の角度で捉えたっていう勉強になった
		全然経験がないから分からないですが、今日初めて認知症の方とお話しし、こういうことなのかなって分かったような気がした
		はっきりしてらして、認知症とは思えない感じで会話も成り立った

		身支度も整えたり化粧をしたりとか、髪をとかしたりとかっていう行為をきちんとされていた	
		前半なんともなく普通の方だと思ったが、後半行ったら、前半と同じお話をしている、そこで初めておかしいなと感じた	
		いろんなケースの方がいると思うので、やっぱり体験を積むっていうのは大事だと思う	
認知症の人の話す意欲を尊重する	繰り返されるお話を傾聴する	同じお話であっても、はい、そうなんですってちゃんと聞くことはできた	
		やっぱり何度も同じ内容のお話を繰り返されていたが、できるだけ初めて聞くようなふりをして聞いた	
		「さっき話したよね」って言ったところでそれも覚えてないから、本当に毎回新鮮に受け止めていくしかないし、こちらの返答が穏やかであれば相手は萎縮しないで語ることができ、認知症を進ませないことにつながるのではと考える	
		自分もしゃべったことだしね、それを黙って聞いてくれる私たちがいたんで、だから満足したと思う	
		今までの生活のあれこれがお話の中に出てくるわけで、結局、話を聞くということがとっても大切なことだと思った	
	ポジティブな感情を引き出す大切さ	すごいかね、偉いかね、さすがとかね、素晴らしい、そうですねって同意など示してお話しするとよい	
		警戒心を解くためにも、ありがとうと言っていると機嫌がよくて、次から次と話してくれた	
		何にも分かんないわけでもないし、同じこと何回も言うのかもしれないけど、相手をいたわる気持ちや感情は残ると感じた	
		意外とその、気を遣うっていう気持ちは最後の最後まで残るのかもしれないと思った	
		いわゆる自尊心というのか、知らないことは恥と思うのか自分の知らないものに関する不安があるように感じた	
	認知症の人の反応を見る必要性	今がとても幸せなんで、今のお話をしたいというご本人の気持ちがわかったが、認知症の特徴で、自分が「すぐ忘れちゃうんだよね」と残念そうだった	
		無理に聞き出すんじゃなくて、本人が話したいこととか、喜んで気持ち良くなるようなことを聞いてあげるっていうことがいい	
		姪っ子さんの話をしてたら、いつの間にか息子さんの話になってたりとかっていうのがあった	
		お話に夢中になって前半で表情を見ることができなかつたので、後半はお話中にもその方の敏感な表情を気付いてお話ししようかなと意識した	
		相手の反応を見ながら、プライベートには入り過ぎないことに気をつけ、根掘り葉掘りという感じにならないようにした	
			沈んだ顔になったときがあったので、きっとこの経験は辛かったんだろうなと思って、すぐ話を切り替えるようにした
			対象の方は、パズルが上手でコツを教えてくれた

	会話のきっかけづくり	お茶とか、メガネケースとか目の前にあるものから話題をみつけていくようにし、これ便利そうね、いいわねとか、誰が作ったのとか、眼鏡掛けてて、よく見える？とか話した
	話題提供	昔の話の繰り返しで、話の進展がないときは、話題を切り替えることも必要かなと感じた
		「どうだった。楽しかった？」って言ったら「まあまあ」って言うだけで、「どんなふう楽しかったの？」と聞くと、「まあまあ」で終わってしまう
		相手の生活の今までやって来た中での話題しかないから、新しい話題の見つけ方があったら知りたいと思った
		同じことの話の中、相手が興味を持つような話題をつかむのは難しかった
コミュニケーションにおける困難性の発見	サポーターの関心で聞くことの反省	自分なりに、6割か7割は聞いたんじゃないのかな、というような気がしてましたね。自分の興味で聞いちゃうようなところがあった
		前半が終わったときに、あえて自分の目標としてもっと相手の表情を見て、彼女の笑顔が増えるような傾聴がしたいな、と思ったんですけれども。何となくいつか自分の目的のために聞いちゃってるんじゃないかなっていう部分があり、そこが難しかった
		どうしても話すときに傾聴っていう面と、聞き出す、何かいろんな情報を得ようとするような、自分の傾向があるので、そういう面ではなかなか傾聴に徹していないんじゃないかなと感じた
		相手に対する関心が受容だとしたら、相手が話した時に「そうなんですね」とか、「そうだったんですか」、「あ、それすごいですね」、という相づちを打つこと、そういうかかわりでいいのではないかと考えた
	無口な認知症のひととの会話の難しさ	無口で認知で、なかなか言葉を発しない人に対して、それは多分、上級者でないと難しい
		話が途切れたとき、どうしたらいいのかなっていうのはあった
		結構、一対他で話すのは難しい技術がいるような気がした
	複数人での会話の難しさ	途中他の利用者が話し掛けてきたので、むげにしたらかわいそうだなと思った
		周りの人が私も声掛けてもらいたいのと、入りたいのによって視線を向けているように感じた
		一般の高齢者の方だと複数いても会話が成り立つが、認知症の方が入られると、会話自体がいろんな方向に行くので、会話の進行が難しい
一対一だとどうしても緊張感があるからもっとグループの方がいいかなとも思った		
		認知症の人を理解するというふうに限ってしまえば一対一のほうがいい
出来る範囲内のサ	日常生活での気づ	普通に生活してる中で、よっぽどあらって思う方はそうかもしれないですけど、生活してる中で、認知症かどうか判断するのは難しい

ポート活動をする	きを大切に にする	ウォーキングなんかしてて見つけるんですけど、空き家がたくさんありますよ。雨戸が閉まっていたり、洗濯物が干してないとか、気づくことがある
		安否確認じゃないけど、ちょっと歩いているときに、気にしてこっちから声掛けようと思います
		年が80過ぎてるもんだから、脚立の上に登って、電球替えるとか腕力的な仕事はできないけど、どこか集まる場所に行ってお茶碗洗ったりとかできることだったらやりたい
	サポート のための 時間をつ くる	時間との制約があるので、うまく時間のタイミングがあれば、このような場に自分自身も、入れさせてもらって活動したい
		お休みの日とかを利用して、活動に参加できたらと思う
	認知症の 人の介護 家族への サポート の必要性	認知症を見てる家族はすごく大変で、この人たちがこけたらもうおしまいだと感じる。だから、家族をもっとフォローするために日頃の鬱憤を晴らしてもらえるようなかわりをしたいと思う
		今、核家族だから余計ね、うちに閉じこもってないで外に出なさいって言いますよね
		傾聴や相談に乗ることで、その認知症の方の不安がなければ、社会的に生活していけるのではと思う
	認知症サ ポーター 同士のつ ながりを 持ちたい	一緒にサポーター同士の会話、例えば30分はボランティア同士で打ち合わせの時間を設けたり、反省会をするなどがあるとよい
		ボランティアの代表の方とか、いつも関わってくださってる方とかと一緒に、話し合いとかが持てる場ができればいいと思う
これからの課題として、見守りのこととか、いろいろひっくるめて地域でも認知症のことを広めていかないといけないと思う		
体験学習 をサポート 活動に生かす 思い	今後体験 学習が生 かされる 内容	認知症の知識が少しでもあると、困った時に誰かに繋いでいかれると思う
		しゃべるきっかけ作りの学習としては、きょうの体験は生かされると思う
		今日の介護体験、今後の地域での活動にももちろん、役立つと思う
		実際に認知症の方につかせてもらったことで、始めからの入り方とかすごく勉強になった
	体験学習 プログラ ムのよさ	直接意識して関わったことがないので、こういうお話の体験ができたことがよかった
		今まで、認知症の方と関わったことは全然なかったので、じっくりお話を聞いて、ああ、こういうふうに話されるんだっていうのを、学んだ
		何となく前半は緊張していて、後半で打ち解けてお話しもできたっていうことで、自分としては意外と楽しかった
		体験の中間に振り返りがないと、そのまま自分の思いで進んでしまうので、振り返りで意見や普段の様子を聞いて、改めて後半に進むことで、学びが深まった

	初めて知り合えて、交流ができて、話しができたことがよかった
自分の親を思い出す	亡くなった母は生前寂しかったのではと思った。こちらの皆さんが生き生きしてるのを見て、私はもう少し親身になって、いろいろ母にしてあげればよかったと反省した
	私と趣味が合ったお話ができたのでとても話が弾み、心が癒やされた時間を過ごすことができた
	最初はすごく不安な気持ちを抱いてここに来たが、お話してる間に非常に自分が和やかになれ、それは非常に不思議な感覚でした。母親を重ね合わせたのかもしれませんが

表 8-2 養成講座を受講しての思いと学んだこと（対照群）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
認知症への理解の始まり	認知症に関する知識が増えた	今まで知らなかったこと、これから認知症の人とどう接したら良いか知ることができた
		養成講座を受講し、改めて認知症の理解が深まった
		とても勉強になったが、まだ自分にとっては入り口であり、もっと深く知識をつけていきたい
		こういう無料で受けられる養成講座があることを知らなかったので、予防とか知識が得られるということではよかった
		とても参考になる内容だった。今後も必要性が高まると考えるので重要なスキルになる
	認知症に関する意識が高まった	講座を受けてから認知症に関して常に注意をする様になった。こういった受講者一人一人が注意していくことが大切だと思う
		80歳すぎると外に出ない人が多いが、できる限り、人と話をしたり、歩いたりすることを勧めたい
		現在まで機会がなく知らない世界だったので、これからもっと勉強していきたい
		いずれ我が身と認知症の考えをもって、学習したことを忘れないように心がけたい
		知識を持っている人が活躍できる場が増えていくことを願う
		義姉83歳で認知症である。これから姉のためにどんなことに注意すれば良いのか考えた
サポーター活動における困難性	サポートに必要な認知症の人かどうか分からない	サポーターとして活動したいと考えているが、認知症かどうか判別ができない。そもそも、サポーターが認知症であると判別することがその方の自尊心を蔑ろにする事ではないかと考えてしまう。認知症講座自体の内容も「周りに認知症と診断された方がいる」ことが前提となっているのではないかと？
		ご近所でおばあちゃんたちしゃべっていたりするけど、しっかりしているが、認知症じゃないかって言われたらよく分からない
		病院の帰り、道路の真ん中に老婦人がいました。私がどうかされましたかと聞くと、老婦人は帰るところがわからないと言いました。老婦人の手をひいて歩いているとたまたま名簿のようなものを持っている人であったので、探してもらいました。そういう時、自治会等組織の名簿などがあると助かると思う
	認知症の介護家族へのサポートが必要	認知症はどうにもならない病気だと思うから、本人への対処をするよりも家族に対して対策を講じた方がいいと思う
		認知症の人を見ているご家族はとても大変な状態だと思うから、それをもっと見つけて助けてあげたいが、なかなかそういうことを言ってくれるかどうか分からない

		認知症の人の介護をする家族が、少しでも希望を持って、進めるよう、認知症の治療薬の認可申請等医薬品の開発状況等の情報が欲しい
	高齢や身内の介護のためサポート活動は出来ない	自分が高齢でサポートしていただく年なので、積極的な活動という躊躇する 年齢的に自身がサポートを受ける側になる サポーター活動などと大げさにいうのは好まない。親の世話を十数年、今は三人目の最後のこの人の認知症が重く見送ることができないうちは何人も人様のことまで頭が回らない
今後の養成講座のあり方への提案	サポート活動で即戦力となる人や当事者を対象にする	人に勧められて養成講座を受講した人は、認知症サポーターになったからといって活動していこうという気持ちになるかどうか疑問だ
		養成講座は啓発的な要素が多く、認知症を正しく理解しようということを目的にしているの、受講後の意志の有無にかかわらず参加している
		啓発とかじゃなくてストレートに、ボランティアやりたい人集まらってやった方が次に繋がる可能性はあると思う
		身近で認知症の心配があるご家族も養成講座を受講しているが、それだけではなく受講後に何か活動することが可能な人を募集した方がいいと思う
	サポート活動のために地域で拠点をつくる	養成講座だけを考えると、家族が認知症とかの当事者を集めてやれば、興味深く聞いてくれるだろうし、具体的な質問を投げ掛けてくれる。認知症というものを知ってもらうという意味では、そういう可能性がある人を集めた方がいいのではと思う
		少子高齢化で益々深刻な状況となる中、自分の身近でも今後必ず高齢者の拠り所的なものが必要になると思われる。そういった拠点づくりにかかわっていききたい
子ども見守り隊みたいに夜地域を周る活動などはあるが、認知症の人を対象とした地域活動の場はあまりないと思う 地域で体操、ヨガ、工作、料理など計画を立て、集まる居場所作りをしたい		
今後のサポーター活動に必要なこと	サポート活動への意欲がある	認知症サポーター活動を積極的に行なっていききたい
		地域の役に立てる様に頑張りたい
	これまでの地域活動との関連性をもつ	定年退職後の方とか、もともと地元で何か自治会でやってた方とか、そういう方は継続的に活動できるのではと思う
		近所には認知症の人もあるし、障害の人もあるし、一人暮らしの高齢者もいる。みんなパターンが少し違うと思うので、認知症の人だけに何かをするということではないと思う
サポートの必要な要援護者情報が必要	学習をし、知識はできたと思うが、周囲に認知症と思われる方がいないので、実践はできるか分からない	
	もし具体的に近所に認知症の人とかそういう人がいたら、何かあればもちろん対応はすると思う	

活動団体 などの紹介が必要	養成講座を受けたが生かすところがない
	何か地域のグループに入っていないくて、ただ個人での活動となるとその辺は難しい
	養成講座終わった人に、こういう所でボランティア活動してますよって教えてもらえれば親切だと思う
	身近で活動している人を知らないので、どんな活動をしているのかよく分からない。広報などで認知症カフェなどの情報を知るくらいである
	社協などのボランティア組織に入って、介護予防サークルや老人ホーム訪問などしていきたい

表9 認知症サポーターの活動有無（養成講座前と3ヶ月後）

	養成講座前					3ヶ月後				
	介入群		対照群		p	介入群		対照群		p
	人数	%	人数	%		人数	%	人数	%	
活動していない	21	56.8	29	65.9	0.399	11	29.7	29	65.9	0.001
活動している	16	43.2	15	34.1		26	70.3	15	34.1	
計	37	100	44	100		37	100	44	100	

χ²検定

表10 認知症サポーターによるサポート活動の受益者評価（基本属性）

		介入群 (n=77)		対照群 (n=37)	
		人数	%	人数	%
性別	男	10	13.0	6	16.2
	女	67	87.0	31	83.8
本人との関係	認知症の人本人	1	2.7	2	2.6
	家族	9	24.3	23	29.9
	サービス事業者	19	51.4	42	54.5
	ケアマネージャー	0	0.0	1	1.3
	ボランティア	4	10.8	6	7.8
	その他	4	10.8	3	3.9
年齢	25歳未満	0	0.0	2	5.4
	25-45歳未満	13	16.9	12	32.4
	45-65歳未満	39	50.6	10	27.0
	65歳以上	25	32.5	13	35.1

表11 認知症サポーターによるサポート活動の受益者評価（満足度）

	介入群 (n=77)					対照群 (n=37)					p
	平均値	標準偏差	中央値	25%-75%	平均値	標準偏差	中央値	25%-75%			
気持ちの理解	5.4	0.7	6.0	5.0	6.0	4.4	0.7	4.0	4.0	5.0	<0.001
気兼ねなかった	5.5	0.6	6.0	5.0	6.0	4.3	0.8	4.0	4.0	5.0	<0.001
安心感	5.5	0.6	6.0	5.0	6.0	4.2	0.8	4.0	4.0	5.0	<0.001
満足感											
笑顔	5.4	0.7	6.0	5.0	6.0	4.4	0.8	4.0	4.0	5.0	<0.001
表情の穏やかさ	5.4	0.7	6.0	5.0	6.0	4.3	0.7	4.0	4.0	5.0	<0.001
気持ちが楽になった	5.1	1.3	5.0	5.0	6.0	4.2	0.8	4.0	4.0	5.0	<0.001
不愉快さ	5.7	0.6	6.0	6.0	6.0	4.3	1.2	4.0	3.0	5.0	<0.001

Mann-whitneyのU検定

謝辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力を頂きました多くの方々にお礼を申し上げます。論文の完成に至るまで親身にご指導、ご助言をいただきました指導教員の安梅勅江先生に心より感謝いたします。

学位論文の審査にあたり、貴重なご指導、ご助言をいただきました主査の竹熊カツマタ麻子先生、副査の浅野美礼先生、大宮朋子先生、森田展彰先生に深謝いたします。

研究にご協力いただいた、ふれあいコープ課長 日野マリ子様、コープデイサービスセンター管理者 青木幸恵様、小山市在宅医療介護連携係長 栞原洋子様、認知症支援推進員 大館洋子様、白石貴美子様、小山市介護家族の会会長 神山美智子様、平井さき子様、研究にご参加いただいた認知症サポーターの皆さま、デイサービスセンター職員の皆さま、すべての対象者の皆さまに深謝いたします。

副指導教員の山海先生には、自身では気づくことのできない部分についてご指導いただきました。そして多くの学びの機会を提供してくださった先生方、楽しい時も辛い時も温かいアドバイスや励ましをくださった研究室の皆さまに感謝申し上げます。

最後に、入学当初より同じ志を持ち意見を交換しあった同期生の研究仲間、いつも陰ながら支えてくれた家族に、心よりお礼を申し上げます。

資料

資料 1：評価表（認知症サポーター）

資料 2-1：研究協力についてのお願ひ *アウトカム評価対象者へ

資料 2-2：認知症サポーター活動に対するアウトカム評価

資料 3-1：研究についての説明（デイサービス）

資料 3-2：研究についての説明（市役所）

資料 4-1：研究についての説明（認知症サポーター介入群用）

資料 4-2：研究についての説明（認知症サポーター対照群用）

資料 5：同意書

資料 6：同意撤回書

2) エンパワメント評価尺度 (コミュニティヘルスワーカー)

		常に あてはまる	ま る だ い た い あ て は ま る	な い ど ち ら と も い え	あ ま り あ て は ま ら な い	全 く あ て は ま ら な い
1	課題に応じて新たな活動を生み出している					
2	市役所など行政と協力して活動を発展させている					
3	認知症サポーターの代表者は市の健康推進計画などにかかわる					
4	地域の人々や他の組織に、自分たちの活動や成果を理解してもらうために広報や発表会などで発信している					
5	民生委員協議会や食生活改善推進協議会などの他組織と協力して活動している					
6	市の健康づくり計画を推進するための活動をしている					
7	保健関連の専門家から活動への協力を得ている					
8	地域の人が交流できる場を定期的・継続的に開催している					
9	活動への参加者や地域の人々の変化など活動の成果を確認する					
10	地域の人々が参加できる健康づくりのための学習の場を定期的・継続的に開催している					
11	研修会や活動を通じて地域の人々に共通する健康課題について把握している					
12	活動は地域の人々に理解されている					
13	地域の人々と健康づくり活動について話し合っている					
14	地域の人々に健康づくり活動への参加を働きかけている					
15	地域の人々に共通する健康課題を解決するための活動の企画運営					
16	地域の人々に健康づくりの必要性を話している					
17	地域の人々の健康づくりを活動目標にしている					
18	自治会長や民生委員などの地域のリーダーから活動の協力を得ている					
19	地域の人々に共通する「健康課題」への取組みの必要性を認識している					
20	一人暮らしの高齢者など地域の人々の見守りを行っている					

21	構成員の意見や気持ちを尊重し一人一人の構成員を大切にしている						
22	構成員同士に協力し合える関係ができています						
23	構成員同士が思いや困っていることを話し合える関係ができています						
24	組織の運営や活動に関する意思決定は構成員の合意のもとで行っている						
25	健康づくりへの意識が高まっている						
26	活動や交流をとおして、元気になっている						
27	活動を通して地域への愛着や関心が深まっている						
28	活動や研修会で学んだことを実践している						

3) SOC

以下に Q1～Q13 までの問いがあります。

あなたの回答をあらわすのに 1～7 までの数字のいずれか一つを○で囲んで下さい。

Q1. あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか								
まったくない	1	2	3	4	5	6	7	とてもよくある

Q2. あなたは、これまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか								
まったくない	1	2	3	4	5	6	7	いつもそうだった

Q3. あなたは、あてにしていた人ががっかりさせられたことがありますか								
まったくない	1	2	3	4	5	6	7	いつもそうだった

Q4. 今まで、あなたの人生は								
明確な目標や目的は全くなかった	1	2	3	4	5	6	7	とても明確な目標や目的があった

Q5. あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか								
とてもよくある	1	2	3	4	5	6	7	まったくない

Q6. あなたは、不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいのかわからないと感じることがありますか								
とてもよくある	1	2	3	4	5	6	7	まったくない

Q7. あなたが毎日していることは								
喜びと満足を与えてくれる	1	2	3	4	5	6	7	つらく退屈である

Q8. あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか								
とてもよくある	1	2	3	4	5	6	7	まったくない

Q9. あなたは、本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか								
とてもよくある	1	2	3	4	5	6	7	まったくない

Q10. どんな強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか								
まったくなかった	1	2	3	4	5	6	7	よくあった

Q11. 何かが起きたとき、ふつう、あなたは								
そのことを過大に評価したり、過小に評価してきた	1	2	3	4	5	6	7	適切な見方をしてきた

Q12. あなたは、日々の生活で行っていることにはほとんど意味がない、と感じることがありますか								
とてもよくある	1	2	3	4	5	6	7	まったくない

Q13. あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか								
とてもよくある	1	2	3	4	5	6	7	まったくない

VII. 知識

以下の文章で、正しいと思う文章には（ ）に○をつけて下さい。間違っていると思う文章には（ ）に×をつけて下さい。

例) (○) 11 生活習慣に気をつけることが認知症予防に役立つ

(×) 12 認知症の人は近年、減少している

- () 1 認知症は、早期発見と早期治療が大切な病気である。
- () 2 認知症は、脳の働きが低下しておこる。
- () 3 認知症の人には、病気の自覚がない。
- () 4 周りの状況が分からないことがあるのでとても不安な気持ちを持っている
- () 5 徘徊をしている人がいたら、すぐにやめさせる
- () 6 認知症の人のお話が間違っていたら修正する
- () 7 認知症になると何もできないので生活のすべてにおいて指示が必要である。
- () 8 認知症の人には日々の刺激が必要なので、ビックリさせるようにかかわる。
- () 9 趣味活動を通じて脳の活性化を図ることが認知症予防に役立つ
- () 10 相手の言葉に耳を傾け、自尊心を尊重することが大切である。

VIII. 認知症サポーター活動につきましてご意見・ご提案などございましたら何でも以下にお書き下さい。

()

研究協力についてのお願い（ご依頼）
（認知症サポーターからサポートを受けた人）

1. 研究課題名

認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討

2. 研究の背景、目的

高齢化や認知症の人の増加に伴い、認知症の人が地域の中で生活する際の困難なことが増えてきています。そのような現状の中で、認知症サポーターが地域の中でできるサポート活動を明らかにし、認知症になっても暮らしやすい町づくりの一助になればと思っております。

3. 研究の方法

アンケートへのご記入をお願い致します。アンケートは5-10分程度で回答できるものです。ご記入が終わりましたら、アンケート用紙は○月○日までに、同封の封筒を利用し、ご投函頂きますようお願い申し上げます。アンケートへの記入とご返送をもちまして研究協力への同意を得たと致します。アンケートにご協力頂ける場合は、アンケート同意欄の□に○を付けてから、ご回答を始めてください。

4. 倫理的配慮

<研究等の協力者となる個人等の人権を擁護します>

アンケートへの回答は匿名です。個人が特定されないようにプライバシーを保護し、研究結果は研究の目的以外に使用することはありません。

<データ収集方法や管理等におけるプライバシーの保護をします>

個人が特定される質問、プライバシーを侵害するような質問は含みません。また、答えたくない質問には回答する必要はありません。協力者から得られたすべてのデータの保管については研究室の鍵のかかる場所に保管し、調査結果は研究の目的以外には使用致しません。電子データはハードディスクにパスワード制限をかけて保存します。

<研究成果の公開>

研究成果は報告書・学会発表・学会誌掲載により公開する予定ですが、すべての過程において参加者個人が特定されるようなことはございません。

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て実施いたします。

研究責任者：筑波大学医学医療系 教授 安梅 勅江

研究実施者：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 荒川 博美

住所：〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1 筑波大学医学医療系

連絡先： Email: anmet@md.tsukuba.ac.jp

認知症サポーター活動に対するアウトカム評価
—認知症サポーターからサポートを受けた人を対象としています—

お忙しい中、アンケートへのご協力をありがとうございます。
以下の項目についてお答えください。全部で2ページになります。アンケートご記入後は、
同封の封筒にてご返送をお願いいたします。

アンケートへの回答にご協力いただける場合には、恐れ入りますが、下の口に○をご記入ください。

アンケートの回答に協力することを
同意します。

I. あなたのことについてお聞きします。

1) あなたの性別をお選び下さい。

1. 男 2. 女

2) あなたの年齢をお書き下さい。

() 歳

3) あなたと認知症の方との関係について教えてください。あてはまる数字を1つ○で囲んで下さい。

1. ご本人 2. ご家族 3. 近隣住民 4. サービス事業者
5. ケアマネジャー 6. ボランティア 7. その他 ()

4) 認知症の方の介護をしたことがありますか。

1. 現在介護中 2. 過去に介護していた 3. 介護したことはない
4. ご自身が認知症である 5. その他 ()

II. 認知症サポーター（ボランティア）についてお聴きします。あてはまる数字を1つ○で囲んで下さい。

1) 認知症サポーターという名称を聞いたことがありますか

1. ある 2. ない

2) 認知症サポーターから支援を受けたことはありますか

1. ある 2. ない

3) 「ある」と答えた方にお聞きします

① 認知症サポーターからどんな支援を受けましたか

②認知症サポーターの支援に満足をしていますか？ あてはまる数字を 1つ〇 で囲んで下さい。

1. 満足している 2. まあ満足している 3. あまり満足していない
4. 満足していない

Ⅲ. 認知症サポーターの対応について以下の 1~7 の質問についてあてはまるところに 1つ〇 をしてください

		全く思 わない	思わ ない	どちらか という 思わ ない	どちらか という 思 う	そう 思 う	と と も 思 う
例	大きな声で話し、 分かりやすかった				○		
1	認知症の人や家族 の気持ちを理解し てくれた						
2	気兼ねなくいろい ろ話すことができ た						
3	話していると安心 感を得られた						
4	認知症の人に笑顔 が見られた						
5	認知症の人の表情 が穏やかになった						
6	家族の気持ちが楽 になった						
7	不愉快な気持ちに なることがあった						

Ⅳ. 認知症サポーターへ期待すること、要望などありましたらお聞かせください

社会福祉法人ふれあいコープ
 地域支援部
 ご担当 様

研究についての説明（研究協力依頼）

平素より大変お世話になっております。この度、研究課題「認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討」におきまして、研究へのご協力をいただきたくお願い申し上げます。

ご協力いただきたい内容につきましては、社会福祉法人ふれあいコープ コープデイサービスセンターの利用者を対象に、認知症サポーターが介護体験を行うこととさせていただきます。

研究概要、具体的な倫理的配慮につきましては、以下のとおりです。

【研究概要】

1. 研究課題名

認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討

2. 研究の背景と目的

高齢化や認知症の人の増加に伴い、認知症の人が地域の中で生活する際の困難なことが増えてきています。そのような現状の中で、認知症サポーターが地域の中でできるサポート活動を促進していくことが期待されています。本研究は、認知症サポーター活動がしやすくなるようなプログラムの有用性を検討していくことを目的としています。認知症になっても暮らしやすい町づくりの一助になればと思っております。

3. 研究方法の説明

本研究は、対照群を設置した介入研究を行います。

<対照群>

- ① 認知症サポーター養成講座参加前後での質問紙調査（資料1）
- ② 養成講座終了後にグループインタビュー
- ③ 養成講座終了2週間後、3か月後に郵送調査（資料1）

<介入群>

- ① 認知症サポーター養成講座参加前後での質問紙調査（資料1）
- ② 養成講座終了後にグループインタビュー
- ③ 介護体験学習
- ④ 介護体験学習後にグループインタビューと質問紙調査（資料1）
- ⑤ 介護体験学習3か月後に郵送調査（資料1）

<アウトカム調査>

認知症サポーターから支援を受けた受益者（認知症の人、及びそのご家族等）を対象にしたアウトカム評価（資料 2、資料 2-1）を行います。この評価表は、認知症サポーターがサポート活動を実施するごとに対象者に渡し、記入後同封の返信用封筒にて研究者あてにご返送いただきます。

4. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て実施いたします。

<研究等の協力者となる個人等の人権を擁護します>

研究への参加は自由意思に基づいています。研究協力に同意すると、同意書に署名をしていただきます。同意しなくても何ら不利益を受けることはありません。また、一度同意した後でもいつでも同意撤回書を提出し、同意を取り消すことができます。それによる不利益はありません。また、調査における回答は個人が特定されないよう ID 番号で管理し、プライバシーを遵守致します。

<データ収集方法や管理等におけるプライバシーの保護をします>

個人が特定される質問、プライバシーを侵害するような質問は含みません。また、答えたくない質問には回答する必要はありません。

協力者から得られたすべてのデータの保管については研究室の鍵のかかる場所に保管し、調査結果は研究の目的以外には使用致しません。電子データはハードディスクにパスワード制限をかけて保存します。

<研究計画・方法の危険性・有害事象およびその対応>

グループインタビュー：テーマに沿って討論をしていただきますが、IC レコーダーで録音させていただきます。皆様の名前など個人情報記録されないように配慮し、データは匿名化してから分析いたします。インタビューの途中でも退出は可能です。また、インタビューの実施にあたり参加者全員からの同意が得られなかった場合は、録音は致しません。

認知症サポーターへの郵送調査：養成講座実施時に、対象者へ文書と口頭により丁寧に説明し、本研究への同意が得られた場合のみご住所のご提供をいただき調査を実施いたします。得られた情報は本調査の目的のみに使用致します。

<研究成果の公開>

研究成果は報告書・学会発表・学会誌掲載により公開する予定ですが、すべての過程において参加者個人が特定されるようなことはございません。

研究責任者：筑波大学医学医療系 教授 安梅 勲江

研究実施者：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 荒川 博美

住所：〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1 筑波大学医学医療系

連絡先：Email: anmet@md.tsukuba.ac.jp

市役所 地域包括ケア推進課
 在宅医療介護連携係
 担当 様

研究についての説明（研究協力依頼）

平素より大変お世話になっております。この度、研究課題「認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討」におきまして、研究へのご協力をいただきたくお願い申し上げます。

ご協力いただきたい内容につきましては、認知症サポーター養成講座開催日時等のご連絡を頂くこと、研究者が養成講座受講者に対して研究協力依頼をすることのご承諾を頂くことの二点です。また、認知症サポーターの研究協力につきましては、参加者個々人の自由意思に基づき実施し、養成講座の主催である市担当課からの推奨ではないこと、参加しなくても不利益を被らないことについて十分に説明を行い、文書で同意を得たのちに実施いたします。研究概要、具体的な倫理的配慮につきましては、以下のとおりです。

【研究概要】

1. 研究課題名

認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討

2. 研究の背景と目的

高齢化や認知症の人の増加に伴い、認知症の人が地域の中で生活する際の困難なことが増えてきています。そのような現状の中で、認知症サポーターが地域の中でできるサポート活動を促進していくことが期待されています。本研究は、認知症サポーター活動がしやすくなるようなプログラムの有用性を検討していくことを目的にしています。認知症になっても暮らしやすい町づくりの一助になればと思っております。

3. 研究方法の説明

本研究は、対照群を設置した介入研究を行います。

<対照群>

- ① 認知症サポーター養成講座参加前後での質問紙調査（資料 1）
- ② 養成講座終了後にグループインタビュー
- ③ 養成講座終了 2 週間後、3 か月後に郵送調査（資料 1）

<介入群>

- ① 認知症サポーター養成講座参加前後での質問紙調査（資料 1）
- ② 養成講座終了後にグループインタビュー
- ③ 介護体験学習
- ④ 介護体験学習後にグループインタビューと質問紙調査（資料 1）

⑤ 介護体験学習 3 か月後に郵送調査（資料 1）

＜アウトカム調査＞

認知症サポーターから支援を受けた受益者（認知症の人、及びそのご家族等）を対象にしたアウトカム評価（資料 2、資料 2-1）を行います。この評価表は、認知症サポーターがサポート活動を実施するごとに対象者に渡し、記入後同封の返信用封筒にて研究者あてにご返送いただきます。

4. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て実施いたします。

＜研究等の協力者となる個人等の人権を擁護します＞

研究への参加は自由意思に基づいています。研究協力に同意すると、同意書に署名をしていただきます。同意しなくても何ら不利益を受けることはありません。また、一度同意した後でもいつでも同意撤回書を提出し、同意を取り消すことができます。それによる不利益はありません。また、調査における回答は個人が特定されないよう ID 番号で管理し、プライバシーを遵守致します。

＜データ収集方法や管理等におけるプライバシーの保護をします＞

個人が特定される質問、プライバシーを侵害するような質問は含みません。また、答えたくない質問には回答する必要はありません。協力者から得られたすべてのデータの保管については研究室の鍵のかかる場所に保管し、調査結果は研究の目的以外には使用致しません。電子データはハードディスクにパスワード制限をかけて保存します。

＜研究計画・方法の危険性・有害事象およびその対応＞

グループインタビュー：テーマに沿って討論をしていただきますが、IC レコーダーで録音させていただきます。皆様の名前など個人情報が記録されないように配慮し、データは匿名化してから分析いたします。インタビューの途中でも退出は可能です。また、インタビューの実施にあたり参加者全員からの同意が得られなかった場合は、録音は致しません。

認知症サポーターへの郵送調査：養成講座実施時に、対象者へ文書と口頭により丁寧に説明し、本研究への同意が得られた場合のみご住所のご提供をいただき調査を実施いたします。得られた情報は本調査の目的のみに使用致します。

＜研究成果の公開＞

研究成果は報告書・学会発表・学会誌掲載により公開する予定ですが、すべての過程において参加者個人が特定されるようなことはございません。

研究責任者：筑波大学医学医療系 教授 安梅 勅江

研究実施者：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 荒川 博美

住所：〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1 筑波大学医学医療系

連絡先：Email: anmet@md.tsukuba.ac.jp

研究についての説明（認知症サポーター介入群用）

1. 研究課題名

認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討

2. 研究の背景と目的

高齢化や認知症の人の増加に伴い、認知症の人が地域の中で生活する際の困難なことが増えてきています。そのような現状の中で、認知症サポーターが地域の中でできるサポート活動を促進していくことが期待されています。本研究は、認知症サポーター活動がしやすくなるようなプログラムの有用性を検討していくことを目的にしています。認知症になっても暮らしやすい町づくりの一助になればと思っておりますので、研究にご協力していただければ幸いです。

3. 研究方法の説明

本研究は、以下の①～⑤の内容です。

- ① 認知症サポーター養成講座参加前後での質問紙調査を行います。質問紙を記入するのに要する時間は約 10-15 分です。
- ② 養成講座終了後にグループインタビューを行います。所用時間は 20 分程度です。
- ③ 介護体験学習を行います。
○月○日 A デイサービスセンターに○時にご集合ください
当日の朝オリエンテーションを実施いたしますが、内容は、デイサービス利用者とのコミュニケーションが主になります。所用時間は約 3 時間です。
- ④ 介護体験学習後にグループインタビュー（約 20 分）と質問紙調査（約 10-15 分）を行います。
- ⑤ 介護体験学習 3 か月後、郵送による質問紙調査を行います。養成講座の時と同様の質問紙を使用します。

*アウトカム調査（認知症サポーター活動の結果）として、認知症サポーターから支援を受けた受益者（認知症の人、及びそのご家族等）を対象にしたアウトカム評価（資料 2、資料 2-1）を行います。この評価表は、認知症サポーターがサポート活動を実施するごとに対象者に渡し、記入後同封の返信用封筒にて研究者あてにご返送いただきます。

4. 研究計画達成時の成果

上記の研究手法①～⑤までの方法を達成することで、様々な角度から認知症サポーター活動を支援するために必要なことや課題を明らかにし、認知症サポーター養成についてのプログラム作成への示唆を頂けたらと思っております。

5. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て実施いたします。

<研究等の協力者となる個人等の人権を擁護します>

研究への参加は自由意思に基づいています。研究協力に同意すると、同意書に署名をしていただきます。同意しなくても何ら不利益を受けることはありません。また、一度同意した後でもいつでも同意撤回書を提出し、同意を取り消すことができます。それによる不利益はありませんので、ご遠慮なくお伝えください。また、調査における回答は個人が特定されないよう ID 番号で管理し、プライバシーを遵守致します。

<データ収集方法や管理等におけるプライバシーの保護をします>

個人が特定される質問、プライバシーを侵害するような質問は含みません。また、答えたくない質問には回答する必要はありません。

協力者から得られたすべてのデータの保管については研究室の鍵のかかる場所に保管し、調査結果は研究の目的以外には使用致しません。電子データはハードディスクにパスワード制限をかけて保存します。

<研究計画・方法の危険性・有害事象およびその対応>

グループインタビュー：テーマに沿って討論をしていただきますが、IC レコーダーで録音させていただきます。皆様の名前など個人情報が記録されないように配慮し、データは匿名化してから分析いたします。インタビューの途中でも退出は可能です。また、インタビューの実施にあたり参加者全員からの同意が得られなかった場合は、録音は致しません。

認知症サポーターへの郵送調査：養成講座実施時に、対象者へ文書と口頭により丁寧に説明し、本研究への同意が得られた場合のみご住所のご提供をいただき調査を実施いたします。得られた情報は本調査の目的のみに使用致します。

<研究成果の公開>

研究成果は報告書・学会発表・学会誌掲載により公開する予定ですが、すべての過程において参加者個人が特定されるようなことはございません。

研究責任者：筑波大学医学医療系 教授 安梅 勅江

研究実施者：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 荒川 博美

住所：〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1 筑波大学医学医療系

連絡先： Email: anmet@md.tsukuba.ac.jp

研究についての説明（認知症サポーター対照群用）

1. 研究課題名

認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討

2. 研究の背景と目的

高齢化や認知症の人の増加に伴い、認知症の人が地域の中で生活する際の困難なことが増えてきています。そのような現状の中で、認知症サポーターが地域の中でできるサポート活動を促進していくことが期待されています。本研究は、認知症サポーター活動がしやすくなるようなプログラムの有用性を検討していくことを目的としています。認知症になっても暮らしやすい町づくりの一助になればと思っておりますので、研究にご協力していただければ幸いです。

3. 研究方法の説明

本研究は、以下の①～③の内容です。

- ① 認知症サポーター養成講座参加前後での質問紙調査を行います。質問紙を記入するのに要する時間は約 10-15 分です。
- ② 養成講座終了後にグループインタビューを行います。所用時間は 20 分程度です。
- ③ 養成講座終了 2 週間後、3 か月後に郵送による質問紙調査を行います。養成講座の時と同様の質問紙を使用します。

*アウトカム調査（認知症サポーター活動の結果）として、認知症サポーターから支援を受けた受益者（認知症の人、及びそのご家族等）を対象にしたアウトカム評価（資料 2、資料 2-1）を行います。この評価表は、認知症サポーターがサポート活動を実施するごとに対象者に渡し、記入後同封の返信用封筒にて研究者あてにご返送いただきます。

4. 研究計画達成時の成果

上記の研究手法①～③までの方法を達成することで、様々な角度から認知症サポーター活動を支援するために必要なことや課題を明らかにし、認知症サポーター養成についてのプログラム作成への示唆を頂けたらと思っております。

5. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て実施いたします。

<研究等の協力者となる個人等の人権を擁護します>

研究への参加は自由意思に基づいています。研究協力に同意すると、同意書に署名をしていただきます。同意しなくても何ら不利益を受けることはありません。また、一度同意した後でもいつでも同意撤回書を提出し、同意を取り消すことができます。それによる不利益はありませんので、ご遠慮なくお伝えください。また、調査における回答は個人が特定されないよう ID 番号で

管理し、プライバシーを遵守致します。

<データ収集方法や管理等におけるプライバシーの保護をします>

個人が特定される質問、プライバシーを侵害するような質問は含みません。また、答えたくない質問には回答する必要はありません。

協力者から得られたすべてのデータの保管については研究室の鍵のかかる場所に保管し、調査結果は研究の目的以外には使用致しません。電子データはハードディスクにパスワード制限をかけて保存します。

<研究計画・方法の危険性・有害事象およびその対応>

グループインタビュー：テーマに沿って討論をしていただきますが、ICレコーダーで録音させていただきます。皆様の名前など個人情報が記録されないように配慮し、データは匿名化してから分析いたします。インタビューの途中でも退出は可能です。また、インタビューの実施にあたり参加者全員からの同意が得られなかった場合は、録音は致しません。

認知症サポーターへの郵送調査：養成講座実施時に、対象者へ文書と口頭により丁寧に説明し、本研究への同意が得られた場合のみご住所のご提供をいただき調査を実施いたします。得られた情報は本調査の目的のみに使用致します。

<研究成果の公開>

研究成果は報告書・学会発表・学会誌掲載により公開する予定ですが、すべての過程において参加者個人が特定されるようなことはございません。

研究責任者：筑波大学医学医療系 教授 安梅 勅江

研究実施者：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 荒川 博美

住所：〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1 筑波大学医学医療系

連絡先：Email: anmet@md.tsukuba.ac.jp

同意書

筑波大学医学医療系長 殿

私は、「認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討」の研究について、その目的、方法、結果の取り扱い、その成果並びに危険性について十分な説明を受けました。また、本研究を受けることに同意しなくても何ら不利益を受けないことも確認した上で、本研究の協力者になることに同意します。

ただし、この同意は、あくまでも私自身の自由意思によるものであり、随時撤回できるものであることを確認します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

(自筆署名または記名押印)

「認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討」の研究について、書面及び口頭により平成 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

説明者 所属・職名 _____

氏名 _____ 印

同意撤回書

筑波大学医学医療系長 殿

私は、「認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討」の研究について、研究への協力を同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

(自筆署名または記名押印)

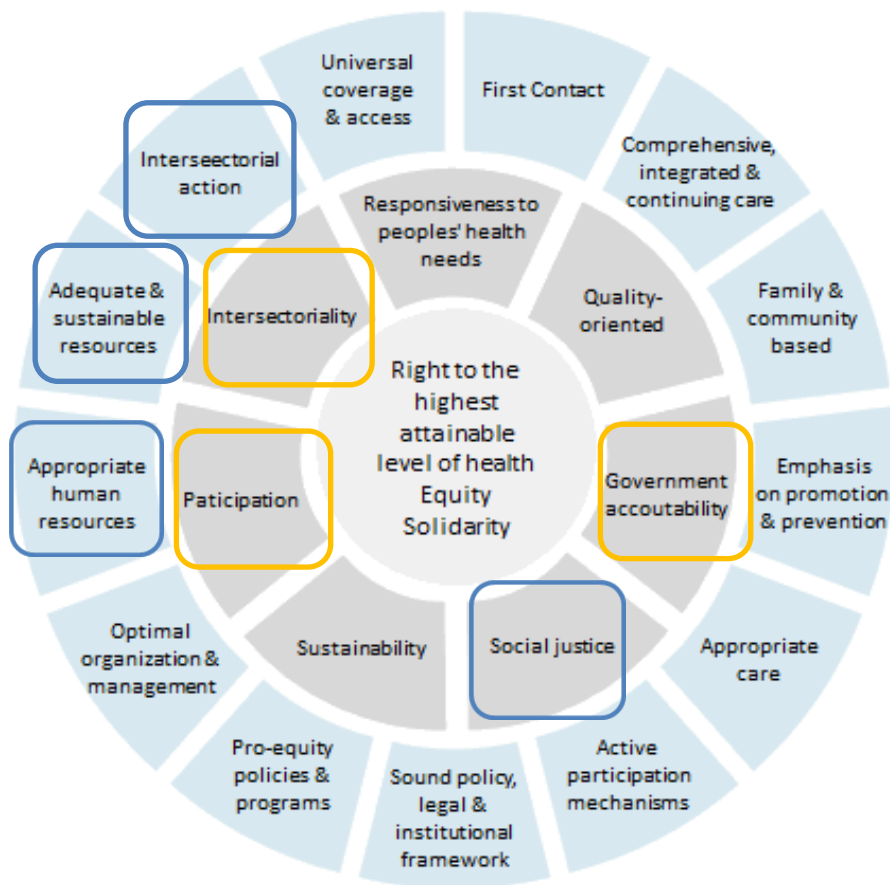
「認知症サポーターの地域での活動意欲と活動を高めるための介護体験学習プログラムの有用性の検討」の研究について、調査への協力の同意撤回を確認いたしました。また、同意を撤回された参加者のデータは消去し、使用致しません。

平成 年 月 日

確認者

所属・職名 _____

氏名 _____ 印



☒ Core Values, Principles and Elements in a PHC—Based Health System (PAHO/WHO, 2007)

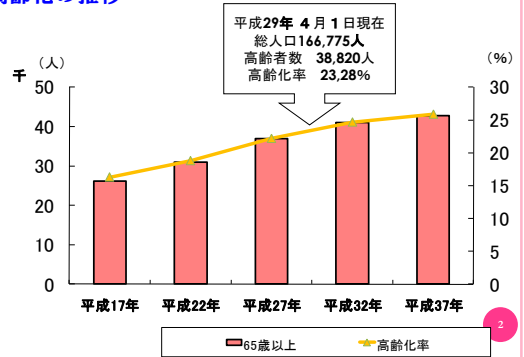
認知症サポーター養成講座

「認知症」を知ろう
～認知症ってこんな病気～



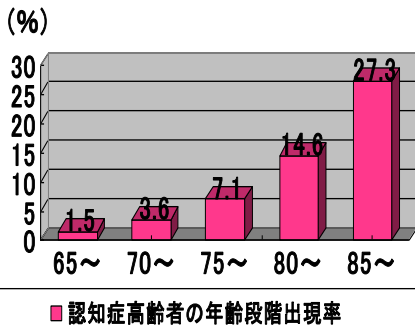
1

高齢化の推移



2

認知症高齢者の出現率



3

“痴呆”から“認知症”へ

いつから“認知症”に変わったかご存知ですか？

『痴呆』という用語は…

- ・高齢者の尊厳に対する配慮を欠いた表現
- ・病気としての実態を正確に表していない
- ・早期発見や早期治療を、スムーズに進める妨げになっている



平成16年12月24日をもって変更

4

認知症を知り 地域を作るキャンペーン

「認知症サポーターキャラバン」

(厚生労働省：平成17年度から)

- ◆目標：全国のすべての町で、多くの『認知症サポーター』が活躍し“認知症になっても安心して喜らせるまち”を市民の手でつくっていく

認知症サポーターとは？

- ◆認知症について、正しく理解していただいたうえで、できることを考えます。
- ◆認知症の人や家族を温かく見守り、自分のできる範囲で支援を行う人です。

5

認知症サポーター養成講座

地域、職域、学校、企業・団体などにキャラバンメイト（講師）が向かい、認知症について勉強会を行います。

まちづくり出前講座に登録しています。



講座を修了したら？

認知症を支援するサポーターの「目印」としてオレンジのプレスレット（オレンジリング）をお渡しします。

※平成30年3月末現在の全国のサポーター数

10,151,589人
県 179,317人
市では…

12,500人！！ (平成22年度～平成30年3月末)



6

認知症とは??

認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活する上で支障が出ている状態(およそ6ヶ月以上継続)を指します。

単なる物忘れではありません!

7

これって認知症...? 老化現象...??

- ①よく知っている物の名前をすっかり忘れてしまっている
- ②話をしている相手の名前を忘れていて後から思い出す
- ③広い駐車場のどこに駐車したのか思い出せない
- ④作った料理を食卓に出すのを忘れてしまった
- ⑤料理を自分で作ったのに、作ったこと自体忘れてしまった
- ⑥2回程行った事がある場所なのに行き方を忘れてしまった
- ⑦よく知っているはずの場所(近所のスーパーや床屋など)なのに行き方を忘れてしまった
- ⑧夏なのに厚手のコートを着てでかける



8

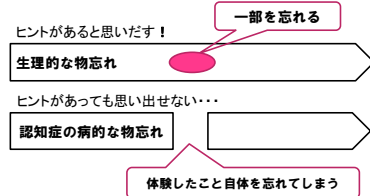
MCI (軽度認知障害) について

- ◆MCI (軽度認知障害) とは、認知症ではないが、認知症の予備軍と呼ばれる段階を指します。
- ◆正常とも言い切れない中間的な状態
 - ・年齢相応以上の物忘れ
 - ・車の運転や身の回りのことは何とかできる
 - ・これまでできたことができなくなる
- ◆MCIの方が必ずアルツハイマー型認知症になる訳ではないが、医療機関等の適切なケアを受けずに放置すれば、5年後には半数の人に症状の悪化がみられたとの報告がある。
⇒**早期受診、早期治療が重要!**

9

生理的な物忘れ(老化)と病的な物忘れ(認知症)の違い

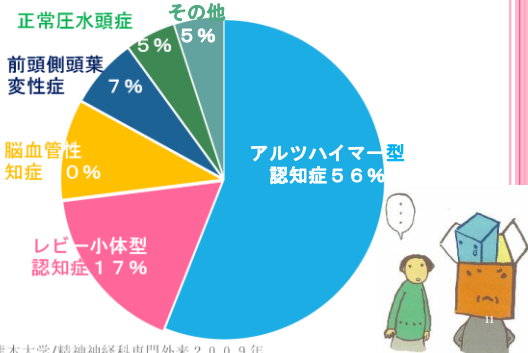
「老化による」物忘れと、認知症の病的な物忘れはまったく質が違います。



10

10

認知症の分類



熊本大学/精神神経科専門外来 2009年

11

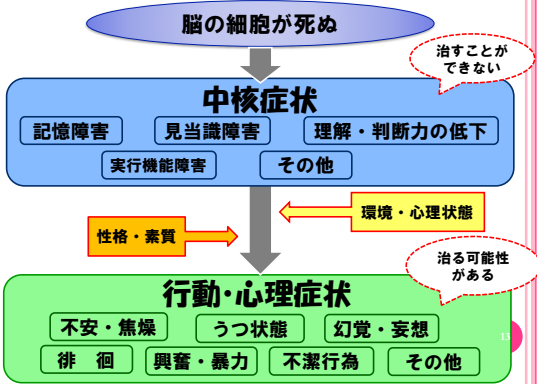
◆認知症は大きく4つに分けられます

自治医科大学名誉学長・高久史郎監修「正しく知ろう 認知症」より

変性疾患			
脳血管性認知症	アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭葉変性症
脳の血管が詰まったり(脳梗塞)、破けたり(脳出血)して血流が途絶え、脳細胞が死滅するために起こる病気。 障害された場所によって、ある能力は低下、ある能力は大丈夫、というのが特徴。 ・物忘れが多い。 ・意欲が低下する。 ・手足がしびれる。 ・感情失禁(急に怒ったり泣いたりする)。	蛋白質のゴミ(βアミロイド)が脳内の神経細胞にたまり、神経細胞がしだいに破壊、脳が委縮する病気。 委縮の程度と場所によって症状が異なる。 ・物忘れが進行する。 ・同じことを何度も言う。 ・迷子になる。 ・性格に変化がみられる。	レビー小体と呼ばれる異常なたんぱく質の塊が脳内の神経細胞にたまる病気。 物忘れが目立たないことが特徴。 ・「ネズミが動き回っている」「子供がそこにいる」など、リアルな幻視がある。 ・夜中、寝ぼけて叫びだす。 ・手足の動きがぎこちなくなり、転倒しやすい。	前頭葉・側頭葉を中心に、脳が徐々に萎縮する病気。 病気であるという自覚がなく、身なりや周囲のことに無関心になる。 ・性格の変容が大きい。 ・自制力の低下。 ・同じ時間に、同じ行動を繰り返す。 ・滑らかに話せない。 ・言葉の意味が解らなくなる。

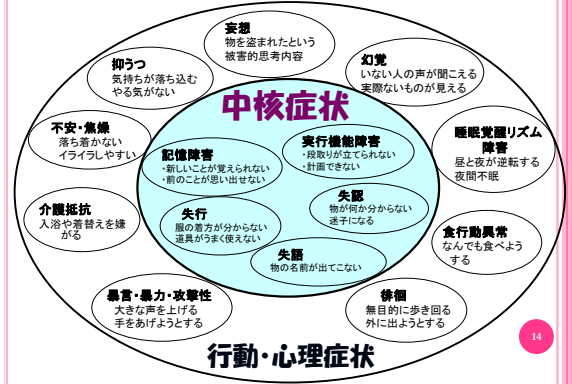
12

認知症の症状－中核症状と行動・心理症状



13

認知症の中核症状と行動・心理症状



14

＜認知症は、高齢者だけとは限りません！＞

- * 認知症は、高齢になるとともに発症しやすくなる為、高齢者に多い病気と言えますが、若くても認知症を発症することがあります。
- * 64歳以下で発症した認知症を「若年性認知症」といいます。
- * 日常生活の中で認知機能の低下がみられたら、まずはかかりつけ医、もしくは、専門の医療機関（物忘れ外来、神経内科、老年科・精神科・脳神経科など）を受診してください。

* 早期に発見、早期に治療を開始することがとても大切です。

15

15

認知症の人と接するときの心構え

- * 驚かせない
- * 急がせない
- * 自尊心を傷つけない



16

16

認知症状に最初に気がつくのは自分！

「認知症になったのではない」という不安は、健康な人の想像を絶するもの。誰よりも一番心配なのは本人です。物忘れなんかはない、病院なんか行く必要はないと言うのは、自分の心を守るための自衛反応なのです。認知症の人の隠された悲しみの表現なのです。

17

17

認知症の人への援助には、「人間杖」が必要！！

- * 認知症の人がいるのではなく、友人が認知症という病気になっただけ・・・
- * 友人としてすべきことは障害を理解し、今まで通り友人として付き合い続けることです。

心のバリアフリー社会をつくるのが大切！

18

18

ビデオを
見てみましょう。



19

事例から考えてみよう！！

20

事例1 徘徊

義母(80歳)は、夕方になると、
“そろそろ家に帰るわ”と外に
出てしまいます。
どうすればよいの
でしょうか？



21

21

事例1 徘徊

本人

今いる場所を自宅と認識できていない
ので、否定したり説得されると拒否的
になります。

対応のポイント

- ♥本人が何を心配しているのか 訴えに耳を傾けましょう。
- *「今日は遅いから、うちに泊まっていてください。」
- *「お家まで、お送りします。」と、一緒に外へ出る。
など、気分転換をすると効果がみられます。

22

22

事例1 徘徊

原因

記憶障害・見当識障害により、自分の
ことや周囲の状況が把握できない。

ちぐはぐな言動・行動および漠然とした
不安や自分の思いが伝わらず、苛立ちから
攻撃的になったりする。

対策

慌てず、「どこか行きたい所があるの?」、
「何か用事があるの?」など、優しく問い
かけてみましょう。
できれば、誰かがそばで見守り、安心でき
環境を整えましょう。

23

23

事例2 もの盗られ妄想

養母(81歳)が最近、通帳や印鑑を失
くしたのを私(嫁)のせいだと詰め寄
ります。

私は盗っていないし、母がどこに保
管しているのかも知りません。

どうすれば
よいのでしょうか？



24

24

事例2 もの盗られ妄想

原因

大事なものをしまい忘れる
いつものしまい場所ではなく違う場所にしまいこんで忘れる



<中核症状>

自分が忘れるわけない
忘れたことを受け入れられない

→ 影響

財布を盗った
財産を狙っている
家に乗っ取られる

→ 被害妄想

<行動・心理症状>

25

25

事例2 もの盗られ妄想

☆周囲の疑われた人は、すっかり疲弊しています。
良き相談相手が必要です。
☆たまに警察が介入することあります。

対応のポイント

- ♡「この辺も探してみたら・・・？」など、本人が見つけ出すように誘導してあげましょう。
- ♡“成功体験”に結びつけることが重要です。
- ♡訴えがオーバーだったり、執拗だったりする時、妄想の治療について専門医に相談しましょう。



26

【事例より】

- ・認知症の人も感情はあります。
- ・言いようのない“悲しみ・不安・怒り”の表現が認知症の症状として現われていることがあります。
- ・できることをやってもらうのは基本ですが、自分の能力が低下したことを認識することは自信を失わせます。それとなく手助けをして、喜びを分かち合いましょう。
- ・うつ状態にあるときは周囲からの「がんばれ」も負担になってしまいます。

さりげなく 自然に・・・
それが一番の援助です。



27

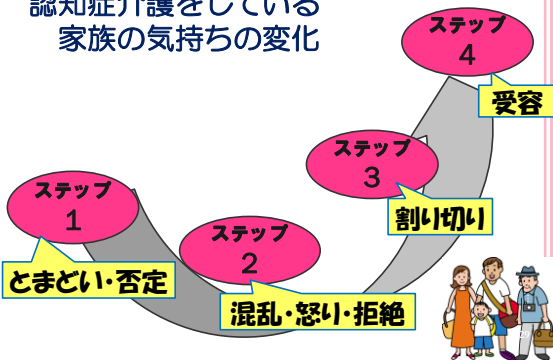
27

家族の気持ちの理解



28

**認知症介護をしている
家族の気持ちの変化**



29

早期診断・早期治療の重要性

- ◆ 治る病気や一時的な症状の場合がある
- ◆ 早い時期に受診することが重要！
- ◆ 進行を遅らせる薬もある
- ◆ 認知症の経過・症状は人によって違うので専門家との信頼関係を築くことが大切！！

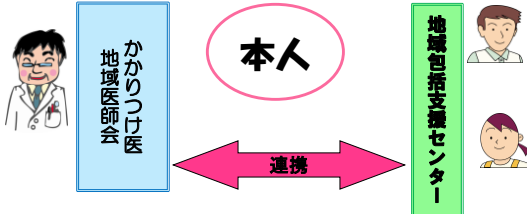


30

30

もし、認知症が疑われたら

- ・すぐにかかりつけ医に相談しましょう！
- ・認知症サポート医や専門医療機関を受診しましょう



* 市内にも認知症について適切な診断の為の知識や、本人・家族の悩みを 聞く姿勢を習得する為の研修を受けた医師が59名います！

31

31

認知症の総合相談について

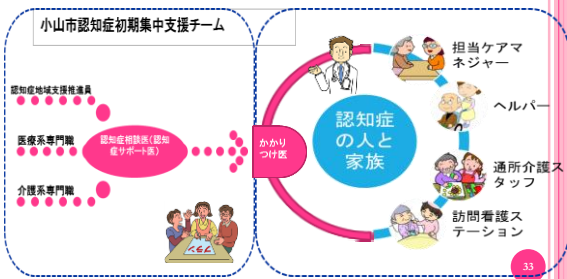
- ◆地域包括支援センター
(市は高齢者サポートセンターと呼んでいます)
について・・・
- ◆初期集中支援チームについて・・・
- ◆認知症地域支援推進員について・・・

32

32

地域包括ケア推進課で実施している支援

- ◆認知症地域支援推進員及び専門医による認知症相談
- ◆認知症初期集中支援チームによるサポート



33

33

うつ病は
認知症と間違えやすい病気です。

高齢期は仕事をやめたり、親しい人と離別したりといった喪失の体験が多く、うつ病にかかりやすい年代でもあります。

早めに医師に相談しましょう。



34

34

認知症の予防

○脳血管性認知症の予防

* 生活習慣病の予防が大切(特に高血圧に注意)

○脳の変性疾患

- ・アルツハイマー型認知症
 - ・レビー小体型認知症
 - ・前頭側頭型認知症
- の予防

* 脳の老化に伴う認知症については、なお、未解明な部分が多いですが、頭を使ってなるべく脳細胞に刺激を与えることが大切

35

35

生活習慣で予防

実は・・・生活習慣やライフスタイルから認知症状があらわれることがある！！

☆運動で予防！！

歩くことによって脳は刺激されて、脳の代謝と循環が活発になります。～手を使うことも大切～

☆食事で予防！！

食事は塩分と動物性脂肪を控え、バランスの取れたメニューを心がけます。～良質のたんぱく質を多く摂り、食物繊維、ビタミン、ミネラルの摂取が大切～

☆脳の活性化で予防！！

趣味やボランティア活動、社会活動に参加することで脳の活性化につながります。

～好奇心を持つことが大切～



36

36

脳機能をアップして予防

☆3つの機能を強化し、健やかな脳を保ちましょう

- 1) 計画立案力：たとえば、旅行の計画を立てる。
- 2) 注意分割力：たとえばメモを取りながらテレビを見る。
- 3) エピソード記憶力：たとえば、一日遅れの日記をつける。



37

37

健康な脳を保つ秘訣は

毎日の心がけ！！

☆人に頼らない生活を

～お金の管理や計画の運営～



☆日常生活のリズムや変化をつける

～規則正しい生活～



☆新しいことに挑戦する

～生涯にわたる趣味や仕事



☆人付き合いを大切に

～家族や友人と会話を絶やさない毎日～



*楽しい毎日過ごすことで

脳の代謝機能が高められます。

38

38

御清聴ありがとうございました。

39

39

認知症サポーター フォーカス グループ インタビュー ガイド

1. フォーカス グループ インタビュー目的

介入群、対照群にフォーカス グループ インタビューを実施する。養成講座受講者や体験学習参加者の評価として、質的な差異や満足感を生の声として整理するために実施する。

2. 対象

- ① 対照群は、養成講座を受講した人（受講後に実施）
- ② 介入群は、体験学習に参加した人（体験後に実施）

3. 場所

会議室などプライバシーの守られる静かな環境で行う。

4. インタビューの内容

- ① 養成講座、あるいは体験学習を行っての学びと満足感や困難感
- ② 今後の認知症サポーター活動への取り組みについての意欲

5. 留意点

身体的、精神的に疲労していることが考えられるため、負担のかからないように、短時間の実施とする。IC レコーダーへの録音については、一人でも対象者からの同意が得られなかった場合は実施せず、グループディスカッションを行い、内容をフィールドノートに記録するにとどめる。

認知症サポーター介護体験学習(ファシリテーター用ガイド)

時間	場所	Kolb 理論	認知症サポーター		ファシリテーター
			体験学習のプロセス	目指すこと	
15分	相談室 などの 個室	(準備)		<ul style="list-style-type: none"> ・本日のスケジュールの把握 ・身だしなみを整える ・注意事項について確認できる ・自身の体調を確認し、具合が悪い時はファシリテーターに報告できる 	迎え入れ 朝のあいさつ 建物内の案内 オリエンテーション: プログラムの目的・内容・注意事項
15分		具体的経験 学習者が環境に働きかけることで起こる相互作用	1. 前半コミュニケーション 1) ロールプレイにより疑似体験をする 2) 受け持ち対象者の決定	<ul style="list-style-type: none"> ・ロールプレイにより、自己紹介の仕方、目線・声のトーン・笑顔・立ち位置などを確認する ・ロールプレイにより心の準備ができる ・受け持つ対象者の希望があれば伝えることができる 	1. 環境づくり 1) 緊張感の緩和 <ul style="list-style-type: none"> ● ファシリテーター自身と認知症サポーターとの間で、相談しやすい関係性をつくる ● 認知症サポーターが使用できる個室の準備 2) 知識の確認、対象者の症状、ADL などの情報提供 <ul style="list-style-type: none"> ● ロールプレイの説明とセッティングをする ● 適切な事例の設定、紙ベースで資料配布し理解をしてもらう 3) 受け持ち対象者のマッチング

付録 4

60分	デイサービス		<p>3) 対象者との出会い 4) コミュニケーション</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自己紹介ができる ・目線を合わせて会話することができる ・笑顔で安心した雰囲気を提供できる ・会話の切り出しができる ・会話の内容だけでなく、対象者の表情や態度を観察しながらお話ができる 	<p>4) コミュニケーションの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症サポーターを対象者に紹介する ● 認知症サポーターと対象者が、お互いに自己紹介できるように見守る ● 認知症サポーターと対象者のコミュニケーションが開始されるように見守る ● コミュニケーションがスムーズに導入されない場合は、ファシリテーターが介入し、会話を開始できるようにサポートする <p>2. 対象者が不愉快な態度を示したり、興奮する様子が見られたら、会話を中断し、施設指導者へ連絡する</p>
15分	相談室などの個室	<p>内省的観察 自らの行動や振る舞い、会話の内容などを思い起こす</p>	<p>2. 振り返り 自分なりに理解する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・前半のコミュニケーションを終了し、別室へ移動する ・チェックシート(表 1-5)の記入をする ＊チェックシートは、認知症サポーターの基本的な態度:笑顔・相手の観察・自立支援・やさしい口調・目線を合わせる・相づちなど11の項目がある。 ・前半のコミュニケーションを振り返ることができる 	<p>1. 自己表現への支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 落ち着いて考えられる時間・場所の確保 2) 別室へ案内をする <ul style="list-style-type: none"> ● 会話が弾んでいる場合でも、キリのよいところで前半のコミュニケーションを終了できるように声かけする <ol style="list-style-type: none"> 3) チェックシートの記入を促し、前半のコミュニケーションを振り返ってもらう

付録 4

15分	相談室 などの 個室	抽象的概念化 体験を一般化・ 抽象化し、応用 可能にする	3.対話(discussion) 養成講座の学びと実践 を調和させる	・前半のコミュニケーションの感想をファシリ テイターに伝えることができる ・自身のかかわり態度の良かった点・改善 点を言語化できる ・後半のコミュニケーションに向けての、 気を付けることを伝えることができる ・後半のコミュニケーションで話したいこと を考える	1. 教育的な支援 1) 積極的傾聴 ● 認知症サポーターが、前半のコミュニケーションで 感じたことを傾聴する。 ● 認知症サポーターがなぜそう考えたのかを聞く 2) ポジティブフィードバック ● 認知症サポーターのコミュニケーションやかかわり 態度について、良いと感じた点は評価しフィードバ ックする ● 認知症サポーターの感想や考えについて、否定的 なことは言わない 3) 新たな見方の提案 ● 認知症サポーターの戸惑いや、困ったことがあるよ うなときは、新たなかかわり方や会話の内容を提 示する
30分	デイサ ービス	能動的実験 得られた学びを 新しい場面で生 かす	4.後半コミュニケーション 得られた内省・抽象的概 念化を実践する 活動への興味関心の高 まり	フェイズ 3 で考えたことを実践する	1. 適切な認知を促す 1) 新たなチャレンジへの支援 2) 見守り