

看護実践学会誌

Journal of Society of Nursing Practice

○ 研究報告

- 診断後10年以内の2型糖尿病患者の療養に対する思いとライフイベント
および療養イベント経験との関係 堀口 智美他 1
- 若年性認知症支援コーディネーターの一般就労継続支援における
医療機関と企業との連携の実態 濱田 珠里他 8

○ 実践報告

- 若年性認知症の人の就労を支援するための学習プログラム開発における成果と課題
研修参加者の就労支援行動の変化と学習プログラムの評価から 池内 里美他 18
- わが病院看護自慢
遠隔看護の探求 中出 みち代 29
- わが病院看護自慢
根拠のある個別ケアを目指して
- 体動センサー活用による生活の可視化から - 大西 真奈美 31

研究報告

診断後10年以内の2型糖尿病患者の療養に対する思いと ライフイベントおよび療養イベント経験との関係

The relationships between perception of treatment and experiences
of life or treatment events in people with type 2 diabetes
duration of within 10 years

堀口 智美, 稲垣 美智子, 多崎 恵子

Tomomi Horiguchi, Michiko Inagaki, Keiko Tasaki

金沢大学医薬保健研究域保健学系

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

糖尿病, 療養, 心理, ライフイベント, 療養イベント

要 旨

目的：糖尿病診断後10年以内の2型糖尿病患者の療養に対する思いとライフイベントおよび療養イベント経験との関係を明らかにする。

方法：上記患者を対象に自記式質問紙調査を行い、基礎情報（年齢、性別、糖尿病診断後経過年数、同居家族の有無）、療養に対する思い（否定的・肯定的・自己効力感）8項目、ライフイベント経験、療養イベント経験を調査した。

結果：125名の有効回答を得、糖尿病診断後経過年数は5年未満が63.2%であった。療養に対する思いは診断時より低下した項目はなかった。ライフイベント経験において死別（配偶者以外の家族）があると運動療法の自己効力感が高いこと、仕事の変化があると糖尿病を前向きに捉えにくいこと、家族の介護があると療養行動を頑張ろうと思にくいことが明らかになった。また、療養イベント経験において主治医の変更があると食事自己効力感が低下することが示された。

結論：2型糖尿病患者の療養行動継続を支えるためには、患者の療養に対する思いを捉えた糖尿病教育の必要性、そしてライフイベントや療養イベント経験を考慮したケアの重要性が示唆された。

連絡先：堀口 智美

金沢大学医薬保健学域保健学系

〒920-0942 石川県金沢市小立野5-11-80

はじめに

糖尿病は生涯にわたり療養が必要な疾患であり、その合併症は患者のQuality of Life（以下、QOL）に影響を与える。糖尿病教育の目的は、患者が糖尿病を理解すること、糖尿病のコントロールの個別的目标を達成する意欲をもつこと、および療養継続の自信を得ることである¹⁾。患者は長期の経過の中で、療養生活に対するさまざまな思いとともに療養を継続する必要がある、医療者はそれらの思いを捉えながら患者の合併症発症・進行を阻止するべく教育に努めることとなる。特に糖尿病の合併症は診断後10年でリスクが大幅に増加するため、合併症を防ぐための効果的な教育が診断後10年間において重要となる。

糖尿病患者の療養に対する思いは重要であり、患者の負担感や不安などの療養に対する否定的な思いが療養行動継続や合併症発症に関係することが示されている²⁾³⁾。一方、療養行動に対する満足感や前向きな気持ちといった肯定的な思いが療養行動を支えていることについても報告されている⁴⁾⁵⁾。また、罹病期間が長い人ほど食事療法を頑張ろうとあまり思っていないこと⁶⁾、療養行動を実行する上で重要な要素である自己効力感が時間の経過とともに低下していくことが示されている⁷⁾⁸⁾。糖尿病患者はこのように、長い経過の中で糖尿病診断後より様々な療養に対する思いの変化とともに療養生活を送っている。

糖尿病は長い経過をもつことがゆえに、ライフイベント、合併症発症などといった療養イベントが存在し、それらは患者の療養に対する思い、そして療養行動に影響を与えられられる。式田他⁹⁾は、糖尿病とともに生きる高齢者の語りから、さまざまなライフイベントや合併症発症などの意味づけ方は糖尿病管理を促進したり妨害したりすることを報告している。彦¹⁰⁾は、患者の揺れ動く感情とともに、生活状況、仕事、家族との関係性などの背景情報を組み合わせながら必要な支援を判断する必要性を示しており、療養行動継続を支えるためには、患者の療養に対する思いとライフイベントや療養イベントを捉えながら教育を行っていくことが重要である。しかし、糖尿病患者の療養に対する思いとライフイベントや療養イベント経験との関係を検討したものはみあたらない。

本研究の目的は、糖尿病診断後10年以内の2型糖尿病患者の療養に対する思いについて、診断時と現在の療養に対する思いとライフイベントおよび療養イベント経験との関係を明らかにすること

である。このことにより、患者の療養行動継続を支えるための糖尿病教育に示唆を得ることができ、糖尿病の合併症発症および進行予防に貢献できると考える。

用語の定義

1. 療養に対する思い：糖尿病療養における否定的および肯定的な思いや療養に対する実行可能性の思いである自己効力感のこと

2. ライフイベント：人生の中で経験する出来事のこと

3. 療養イベント：糖尿病の療養において経験する出来事のこと

研究方法

1. 研究デザイン

関連探索研究である。

2. 研究対象者

A県内において調査に同意が得られた6つの総合病院に2016年9-10月に外来受診し、アンケートに回答可能な糖尿病診断後10年以内の成人2型糖尿病患者とした。また6施設は、100床以上で、外来にて糖尿病療養指導が行なわれている病院であった。

3. 調査方法

無記名自記式質問紙調査法を用いた。研究者が施設の看護部長に口頭および文書にて説明し同意を得た。調査の同意が得られた施設の外来にて、研究期間に受診し対象者の基準を満たしている患者について主治医から紹介を受け、研究者が口頭および文書にて研究目的や方法、倫理的配慮を説明し協力の可否を確認した。協力の可能な患者へ調査用紙を配布した。調査用紙の回収は研究者が当日行った。

4. 調査内容

1) 基礎情報

年齢、性別、糖尿病診断後経過年数（1年未満、1年以上3年未満、3年以上5年未満、5年以上10年以内）、同居家族の有無について収集した。

2) 療養に対する思い

既存研究²⁻⁵⁾¹¹⁾¹²⁾より、独自に質問項目を作成した。全8項目あり、否定的な思い（療養生活に対する不安がある、療養生活に対するストレスがある）2項目、肯定的な思い（糖尿病の悪化を防ぎたい、療養行動を頑張ろうと思う、糖尿病を前向きに捉えることができる）3項目、自己効力感（食事療法ならできそう、運動療法ならできそう、

薬物療法ならできそう) 3項目を独自に作成した。回答方法は「全くあてはまらない」から「とてもあてはまる」の5段階リッカート法を用いた。否定的な思いは逆転項目とし、点数が高いほど、療養に対する不安やストレスがなく療養に対して意欲がある状態を示す。また、診断時および現在の思いについて調査し、診断時の思いについては当時は振り返っての記載とした。

3) ライフイベント経験

転職、退職、結婚、離婚、死別(配偶者)、死別(配偶者以外の家族)、子どもの独立、引っ越し、仕事の変化、家族の病気、家族の介護の11項目を独自に設定し、糖尿病診断後に経験したものを選択する多肢選択法にて回答を求めた。

4) 療養イベント経験

糖尿病教育経験、主治医の変更、合併症の発症、治療中断経験、薬の変更の5項目を独自に設定し、糖尿病療養中に経験したものを選択する多肢選択法にて回答を求めた。

5. データ分析方法

基本統計量を算出し、診断時と現在の療養に対する思いはWilcoxonの符号付き順位検定、ライフイベントおよび療養イベント経験との関係はMann-WhitneyのU検定にて分析した。有意水準は $p < .05$ とし、分析はIBM Statistical Package for Social Science (Statistics 25) を使用して行った。また、療養に対する思い8項目の内部一貫性を確認するためにCronbach's α 係数を算出したところ、.582であり内部一貫性がないと判断し、合計点を用いずに検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: HS28-9-2)。自由意思による参加であり、一旦同意した後でも参加を取りやめることができること、参加することに同意しない場合でも対象者の診療において何ら不利益にならないことを保証した。調査用紙は漏洩・盗難・紛失が起こらないように厳重に管理すること、また調査用紙は無記名であり調査用紙の回答をもって参加同意とすることについて説明した。

結 果

1. データ回収状況

データの回収率は98.0% (147名中144名) で、そのうち有効回答者125名(有効回答率86.8%)を分析対象者とした。

2. 対象者の概要(表1)

表1 対象者の概要

		n = 125
項目	区分	平均値 ± 標準偏差 or n (%)
年齢(歳)		60.2 ± 12.1
性別	男性	80 (64.0)
	女性	45 (36.0)
糖尿病診断後経過年数	< 1	18 (14.4)
	≥ 1 - < 3	34 (27.2)
	≥ 3 - < 5	27 (21.6)
	≥ 5 - ≤ 10	46 (36.8)
同居家族	あり	105 (84.0)
	なし	20 (16.0)

分析対象者125名のうち、男性80名(64.0%)、女性45名(36.0%)で、平均年齢は60.2 ± 12.1歳であった。糖尿病診断後経過年数は5年未満が79名(63.2%)、5年以上10年以内が46名(36.8%)であった。

3. 診断時と現在の療養に対する思い(表2)

療養に対する思いを診断時と現在で比較した。診断時に比べ現在の思いは、いずれの項目も点数が高く、療養に対する不安やストレスが診断時より低く、療養に対して意欲が高かった。また、現在の思いにおいていずれも有意に、「療養生活に対する不安がある」は低下し($p < .001$)、「療養行動を頑張ろうと思う」および「糖尿病を前向きに捉えることができる」思いは高くなっていった($p = .026$ および $p = .004$)。

4. 現在の療養に対する思いとライフイベント経験との関係(表3)

ライフイベント経験では該当者の少ない3項目(結婚あり2名、離婚あり1名、死別(配偶者)あり4名)以外の項目において検討した。死別(配偶者以外の家族)の経験あり群で「運動療法ならできそう」という思いが有意に高く($p = .017$)、仕事の変化の経験あり群で「糖尿病を前向きに捉えることができる」という思いが有意に低く($p = .024$)、家族の介護の経験あり群で「療養行動を頑張ろうと思う」という思いが有意に低かった($p = .022$)。

5. 現在の療養に対する思いと療養イベント経験との関係(表4)

療養イベント経験では、主治医の変更あり群で「食事療法ならできそう」という思いが有意に低かった($p = .025$)。その他、糖尿病教育経験等の項目で現在の療養に対する思いに有意な差はみ

表2 診断時と現在の療養に対する思い

n = 125

療養に対する思い		回答段階 n (%)					平均値±標準偏差	p 値
		1	2	3	4	5		
否定的な思い								
療養生活に対する不安がある ¹⁾	診断時	10(8.0)	21(16.8)	38(30.4)	41(32.8)	15(12.0)	2.76±1.11	<.001
	現在	16(12.8)	34(27.2)	35(28.0)	37(29.6)	3(2.4)	3.18±1.07	
療養生活に対するストレスがある ¹⁾	診断時	12(9.6)	36(28.8)	26(20.8)	40(32.0)	11(8.8)	3.02±1.16	.263
	現在	4(3.2)	35(28.0)	40(32.0)	34(27.2)	12(9.6)	3.12±1.03	
肯定的な思い								
糖尿病の悪化を防ぎたい	診断時	2(1.6)	5(4.0)	9(7.2)	73(58.4)	36(28.8)	4.09±0.81	.054
	現在	2(1.6)	1(0.8)	5(4.0)	76(60.8)	41(32.8)	4.22±0.71	
療養行動を頑張ろうと思う	診断時	2(1.6)	3(2.4)	26(20.8)	70(56.0)	24(19.2)	3.89±0.80	.026
	現在	1(0.8)	2(1.6)	10(8.0)	88(70.4)	24(19.2)	4.06±0.64	
糖尿病を前向きに捉えることができる	診断時	3(2.4)	12(9.6)	36(28.8)	62(49.6)	12(9.6)	3.54±0.88	.004
	現在	2(1.6)	4(3.2)	31(24.8)	73(58.4)	15(12.0)	3.76±0.77	
自己効力感								
食事療法ならできそう	診断時	4(3.2)	15(12.0)	46(36.8)	49(39.2)	11(8.8)	3.38±0.92	.134
	現在	2(1.6)	17(13.6)	37(29.6)	58(46.4)	11(8.8)	3.47±0.89	
運動療法ならできそう	診断時	8(6.4)	21(16.8)	38(30.4)	50(40.0)	8(6.4)	3.23±1.02	.077
	現在	7(5.6)	17(13.6)	34(27.2)	57(45.6)	10(8.0)	3.37±1.00	
薬物療法ならできそう	診断時	1(0.8)	6(4.8)	32(25.6)	62(49.6)	24(19.2)	3.82±0.83	.602
	現在	2(1.6)	8(6.4)	23(18.4)	68(54.4)	24(19.2)	3.83±0.87	

1：全くあてはまらない、2：あてはまらない、3：どちらともいえない、4：あてはまる、5：とてもあてはまる

1) 逆転項目（平均値±標準偏差は、点数が高い方が不安やストレスがない状態を示す）

Wilcoxon の符号付き順位検定

p < 0.05

られなかった。

考 察

1. 診断時と現在の療養に対する思い

診断時と現在の療養に対する思いの比較では、診断時より現在の方が不安が減少し、「療養行動を頑張ろうと思う」、「糖尿病を前向きに捉えることができる」という思いが強かった。一方で、療養生活に対する否定的な思いや自己効力感は、診断時と現在とで有意な差はみられなかった。つまり、糖尿病患者が現在から過去を振り返ったとき、療養への思いをマイナスに意味づける項目がなかったといえる。Benner et al.¹³⁾は、患者が自分なりの基準をもち自己管理を行うことで、患者の気持ち肯定的に変化すると述べている。糖尿病患者が自己管理を継続するためには、患者が自分なりの目安をもち療養行動の振り返りができるような支援の必要性がいわれている¹⁴⁾。今回調査した6施設は糖尿病の療養指導が行なわれている施設だったことから、参加者の多くが自分なりの基準をもって自己管理を行えるよう支援されていたこ

とで、現在の療養への思いが肯定的な気持ちへとつながったと考えられた。

2. 現在の療養に対する思いとライフイベントおよび療養イベント経験との関係

ライフイベント経験において、「死別（配偶者以外の家族）」の経験あり群では「運動療法ならできそう」という思いの得点が高くなっていた。家族介護者は配偶者の死別後、介護期間のことを思い出したくないと散歩などに取り組んでいる姿や、療養者の分まで生きようと健康維持のために運動に励んでいる姿が報告されている¹⁵⁾。本研究では配偶者以外の家族の死別ではあるが共通する部分があると推察され、そのような思いが「運動ならできそう」という思いに繋がったと考えられた。また、家族の介護の経験あり群では「療養行動を頑張ろうと思う」という思いが低く、仕事の変化の経験あり群では「糖尿病を前向きに捉えることができる」という思いが低かった。「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループの報告¹⁶⁾から、糖尿病治療中断理由として多いのが「家庭の事情のために、忙しいから」「仕事(学

表 3 現在の療養に対する思いとライフイベント経験との関係

現在の療養に対する思い	転職		退職		死別 (配偶者以外の家族)		子の独立		引越		仕事の変化		家族の病気		家族の介護	
	あり (n=12)	なし (n=113)	あり (n=13)	なし (n=112)	あり (n=16)	なし (n=109)	あり (n=14)	なし (n=110)	あり (n=13)	なし (n=112)	あり (n=14)	なし (n=111)	あり (n=12)	なし (n=113)	あり (n=12)	なし (n=113)
肯定的な思い																
療養生活に対する不安がある ¹⁾	3.50±0.80	3.15±1.10	2.85±0.99	3.22±1.08	3.00±1.21	3.20±1.06	2.79±0.89	3.23±1.09	3.00±0.91	3.21±1.09	3.36±0.93	3.16±1.09	2.75±1.06	3.23±1.07	3.42±1.00	3.16±1.08
療養生活に対するストレスがある ¹⁾	3.42±0.90	3.09±1.04	2.92±0.95	3.14±1.04	3.19±1.11	3.11±1.02	2.86±0.95	3.15±1.04	3.00±0.82	3.13±1.05	3.29±0.91	3.10±1.04	2.92±1.08	3.14±1.03	3.33±0.96	3.10±1.04
肯定的な思い																
糖尿病の悪化を恐ろしい	3.92±0.67	4.26±0.70	4.38±0.51	4.21±0.73	4.31±0.79	4.21±0.70	4.50±0.52	4.19±0.72	4.23±0.60	4.22±0.72	4.50±0.52	4.09±0.72	4.33±0.65	4.21±0.71	3.83±1.19	4.27±0.63
療養行動を頑張ろうと思う	3.83±0.58	4.08±0.64	4.00±0.71	4.06±0.63	4.25±0.78	4.03±0.62	4.00±0.68	4.06±0.64	3.77±0.73	4.09±0.62	4.00±0.68	4.06±0.64	4.05±0.64	4.05±0.64	3.50±1.09	4.12±0.56
糖尿病を前向きに捉えることができる	3.58±1.00	3.78±0.74	3.77±0.60	3.76±0.79	3.81±0.98	3.75±0.74	4.00±0.94	3.80±0.74	3.62±1.19	3.78±0.71	3.29±0.99	3.82±0.72	3.74±0.78	3.74±0.78	3.33±1.16	3.81±0.71
自己効力感																
食事療法ならできそう	3.42±0.67	3.48±0.92	3.38±0.87	3.48±0.90	3.63±0.89	3.45±0.90	3.21±0.98	3.50±0.89	3.23±0.83	3.50±0.90	3.50±0.76	3.47±0.91	3.50±0.87	3.50±0.87	3.25±1.06	3.50±0.88
運動療法ならできそう	3.67±0.78	3.34±1.02	3.38±0.87	3.37±1.02	3.94±0.68	3.28±1.02	3.79±0.80	3.32±1.02	3.77±0.73	3.32±1.02	3.64±1.01	3.33±1.00	3.32±1.01	3.32±1.01	3.50±1.17	3.35±0.99
薬物療法ならできそう	3.50±0.80	3.87±0.87	3.54±1.05	3.87±0.84	3.75±0.86	3.84±0.87	4.00±1.00	3.82±0.84	3.92±0.76	3.82±0.88	3.79±0.98	3.84±0.86	3.87±0.99	3.85±0.86	3.42±1.24	3.88±0.81

平均値 ± 標準偏差

1) 逆転項目 (点数が高い方が不安やストレスがない状態を示す)

Mann-WhitneyのU検定

p < 0.05

表 4 現在の療養に対する思いと療養イベント経験との関係

現在の療養に対する思い	糖尿病教育経験		主治医の変更		合併症の発症		治療中断		薬の変更	
	あり (n=111)	なし (n=14)	あり (n=54)	なし (n=71)	あり (n=16)	なし (n=109)	あり (n=13)	なし (n=112)	あり (n=67)	なし (n=58)
肯定的な思い										
療養生活に対する不安がある ¹⁾	3.14±1.06	3.57±1.16	3.24±1.03	3.14±1.11	2.88±1.03	3.23±1.08	2.77±1.17	3.23±1.06	3.10±1.09	3.23±1.06
療養生活に対するストレスがある ¹⁾	3.06±1.02	3.57±1.02	3.15±1.04	3.10±1.03	3.06±1.12	3.13±1.02	2.85±1.14	3.15±1.02	3.02±1.08	3.12±0.98
肯定的な思い										
糖尿病の悪化を恐ろしい	4.28±0.59	3.79±1.25	4.30±0.74	4.17±0.68	4.38±0.50	4.20±0.73	4.23±1.09	4.22±0.65	4.31±0.72	4.12±0.68
療養行動を頑張ろうと思う	4.10±0.59	3.71±0.91	4.00±0.78	4.10±0.51	4.03±0.50	4.05±0.67	3.92±1.89	4.07±0.55	4.04±0.66	4.07±0.62
糖尿病を前向きに捉えることができる	3.80±0.75	3.43±0.85	3.59±0.90	3.89±0.62	3.94±0.57	3.73±0.79	3.38±1.33	3.80±0.67	3.63±0.83	3.91±0.66
自己効力感										
食事療法ならできそう	3.49±0.90	3.36±0.84	3.26±0.94	3.63±0.83	3.56±0.89	3.46±0.90	3.38±1.12	3.48±0.87	3.42±0.89	3.53±0.90
運動療法ならできそう	3.41±1.00	3.00±1.04	3.24±1.03	3.46±0.98	3.38±0.62	3.37±1.05	3.38±1.12	3.37±1.00	3.34±1.05	3.40±0.95
薬物療法ならできそう	3.86±0.80	3.64±1.34	3.81±0.90	3.89±0.62	3.94±0.57	3.83±0.88	3.77±1.17	3.84±0.83	3.63±0.83	3.78±0.88

平均値 ± 標準偏差

1) 逆転項目 (点数が高い方が不安やストレスがない状態を示す)

Mann-WhitneyのU検定

p < 0.05

業)のため、忙しいから」であり、前述のライフイベントは忙しさに直結するものである。本研究ではイベントの時期を調査していないため、調査時に家族の介護や仕事の変化があった状態なのか、またそれらのイベントからどの程度時間が経過していたのかは不明であるが、介護家族は身体面より精神面の健康関連QOLが低下するとの報告¹⁷⁾や仕事をしながら生活を調整するには困難が伴うとの報告¹⁸⁾から、家族の介護は患者自身が自らの療養を「頑張ろう」と思いづらい精神状態とし、仕事に変化が起こった場合には生活の調整が困難になることから療養を「前向き」に捉えられない状態とすると推察された。そのため、それらの経験によって療養に対する思いの得点が低くなったと考えられた。

療養イベント経験において、糖尿病教育経験の有無で有意な関係はみられなかった。糖尿病教育入院における教育内容を調査したものでは、糖尿病の病態や合併症などといった知識に関するものは6割の施設で行われていたのに対し、心理に関する内容としては面談が4割、講義が1割と報告されている¹⁹⁾。このことより、患者の療養に対する思いに着目した教育内容は少ないと考えられ、本研究では糖尿病教育経験の有無で有意な差がみられなかったと推察された。よって、療養に対する思いに着目した教育内容を糖尿病教育に組み込んでいくことが必要であると考ええる。また、療養イベントの経験において有意な差がみられたのは、主治医の変更経験であった。主治医の変更あり群において、食事療法に対する自己効力感が有意に低かったことから、主治医の変更時には食事療法の自己効力感に視点を当てる必要があると考えられた。糖尿病患者の療養行動継続を支援するためには、患者に関するさまざまな情報を多職種で共有し連携することが重要である¹⁾。そのため、主治医、栄養士などの多職種と患者の療養に対する思いを共有し、連携して教育を行っていく必要がある。

以上より、看護者は患者のライフイベントや療養イベントの経験に関心をもって関わり、イベント時には治療中断に陥らないようにケアをしていくこと、そして患者の療養に対する思いを患者と共有し、多職種と連携していくことが必要であると考えられた。

本研究の限界と課題

本研究の6施設は外来にて糖尿病療養指導を行

っている施設であり、外来にて糖尿病療養指導を行っていない施設には適応できない可能性がある。また本研究では、ライフイベントや療養イベントの経験の有無に焦点をあてて分析したが、イベントからの経過時期や、ライフイベントに関係する就労の有無や子の有無等の対象者の背景については調査していないため、今後は経過時期や背景を踏まえた調査が必要であると考ええる。

結 論

糖尿病診断後10年以内の2型糖尿病患者の療養に対する思いについて調査した結果、診断時に比べ現在の療養に対する思いは、療養に対する不安やストレスが診断時より低く、療養に対して意欲が高かった。現在の療養に対する思いとライフイベント経験において、死別(配偶者以外の家族)の経験あり群で療養への意欲がみられ、家族の介護や仕事の変化の経験あり群で意欲が低かった。療養イベント経験との関係では、主治医の変更あり群で意欲が低かった。以上より、2型糖尿病患者の療養行動継続を支えるためには患者の療養に対する思いを捉えた糖尿病教育の必要性、そしてライフイベントや療養イベント経験を考慮したケアの重要性が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり快く調査にご協力いただきました患者様に心より感謝申し上げます。また、調査施設のスタッフの皆様にも心より御礼申し上げます。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 一般社団法人日本糖尿病学会：3. 治療，一般社団法人日本糖尿病学会，糖尿病治療ガイド2020-2021，株式会社文光堂，42-45，東京，2020
- 2) 多留ちえみ，宮脇郁子，矢田真美子，他：2型糖尿病患者の食事療法負担感尺度の開発，糖尿病，48(6)，435-442，2005
- 3) Balhara YP & Sagar R: Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 15 (Suppl.1), 50-54, 2011

- 4) 光木幸子, 土居洋子: 2型糖尿病成人期男性の感情, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 8(2), 108-117, 2004
- 5) 垣田好美, 直成洋子: 2型糖尿病男性患者の療養行動についての前向きな気持ち—教育入院から退院後2週間に焦点をあてて—, 第42回日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 23-26, 2012
- 6) 餘目千史: 2型糖尿病患者の食事療法への努力と関連要因との関係, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(2), 163-170, 2012
- 7) Skelly AH, Marshall JR, Haughey BP, et al.: Self-efficacy and confidence in outcomes as determinants of self-care practices in inner-city, African-American women with non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes Educator*, 21(1), 38-46, 1995
- 8) 住吉和子, 安酸史子, 山崎絆, 他: 糖尿病患者の食事の実行度と自己効力, 治療満足度の縦断的研究, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 4(1), 23-31, 2000
- 9) 式田由美子, 脇幸子, 濱口和之: 介護老人保健施設に長期入所する高齢者の糖尿病とともに生きる人生の意味づけ 病みの軌跡モデルを用いた検討, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 23(1), 7-17, 2019
- 10) 彦聖美: 糖尿病患者の疾病受容を支援する糖尿病を専門とする看護師の判断プロセスの可視化, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(1), 5-14, 2012
- 11) 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子: 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 29-38, 2009
- 12) 山本裕子, 松尾ミヨ子, 池田由紀: 糖尿病看護経験の豊富な看護師が認識する初期2型糖尿病患者の特徴と教育の実際, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 17(1), 5-12, 2013
- 13) Benner P & Wrubel J: 第4章成人の人生諸局面における病気への対処, 難波卓志, 現象学的人間論と看護(第1版), 医学書院, 115-157, 東京, 1999
- 14) 古川佳子, 辻あさみ, 鈴木幸子: 血糖コントロールが安定している2型糖尿病患者の自己管理に影響した体験, 日本医学看護学教育学会誌, 22, 49-55, 2013
- 15) 遊佐美紀, 牛久保美津子: 人工呼吸器不装着の筋萎縮性側索硬化症療養者を看取った配偶者における告知から死別後までの体験, 日本難病看護学会誌, 13(2), 158-165, 2008
- 16) 「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループ: 糖尿病受診中断対策包括ガイド, [オンライン, http://human-data.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/07/dm_jushinchudan_guide43_e.pdf], 一般社団法人日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会, 7. 26. 2021
- 17) 杉山智子, 渡邊啓子, 佐藤典子, 他: 入院中の認知症高齢者の介護家族における健康関連QOL 入院時と退院決定時の負担感に焦点をあてて, 医療看護研究, 7(1), 35-40, 2011
- 18) 直成洋子, 板垣雅美, 渡辺春華: 外来通院している2型糖尿病男性患者の生活上の困難さ, 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 2(1), 37-44, 2011
- 19) 浅田優也, 河内結実, 多崎恵子, 他: 認定教育施設における糖尿病教育入院の実態, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 25(1), 15-21, 2021

研究報告

若年性認知症支援コーディネーターの一般就労継続支援における医療機関と企業との連携の実態

Actual conditions of support coordinators in cooperation with medical institutions and companies in supporting continued employment for people with young onset dementia

濱田 珠里¹⁾, 表 志津子²⁾, 岡本 理恵²⁾
池内 里美²⁾, 高橋 裕太郎²⁾

Juri Hamada¹⁾, Shizuko Omote²⁾, Rie Okamoto²⁾
Satomi Ikeuchi²⁾, Yutaro Takahashi²⁾

¹⁾ 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

²⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

若年性認知症, 若年性認知症支援コーディネーター, 一般就労継続支援, 連携

Key words

young onset dementia, young onset dementia support coordinator, continued employment support, cooperation

要 旨

本研究は若年性認知症の人の一般就労継続支援に関して若年性認知症支援コーディネーター（以下：支援コーディネーター）が行う医療機関と企業との連携の実態や課題を明らかにすることを目的とした。

全国の支援コーディネーターを対象に74施設へ調査票を郵送し、就労支援について37名から回答があった。支援経験のある者は56.8%、所有資格は看護師38.1%、精神保健福祉士28.6%であった。企業と連携している者は90.4%、連携内容は業務内容の相談、認知症の症状がいずれも66.7%であり、連携上の課題は若年性認知症への理解が乏しいことが多かった。医療機関と連携している者は93.5%、連携内容は認知症の症状71.4%であり、連携上の課題は支援対象者や家族が病気の公表を拒むことであった。

支援コーディネーターは、企業の人事・総務及び産業看護職と疾患の理解に対する教育を行うこと、医療機関の医師・看護職と連携し必要な支援先につなげることが求められる。

連絡先 (Corresponding author) : 表 志津子

金沢大学医薬保健研究域保健学系

〒920-0942 石川県金沢市小立野 5 - 11 - 80

はじめに

若年性認知症とは65歳未満で発症する認知症であり、推定患者総数は3.57万人、18歳から64歳の人口10万人対患者数は50.9人と推定されている¹⁾。男性の有病率は女性より高く、原因疾患ではアルツハイマー型認知症、血管性認知症、前頭側頭型認知症による認知症の順に多いと報告されている²⁾。

発症年齢や症状の違いで活動状態は異なってくるが、若年性認知症の人は高齢で発症する認知症と比べ、体力があり活動性が高く、行動範囲も広い。働き盛りの世代においては、子育てや親の介護等家庭での役割や会社での責任ある立場が大きな割合を占めている。しかし、認知症の初期症状として見られる記憶喪失や認知機能の低下は、老化現象として見過ごされる場合が多く³⁾⁴⁾、うつ病や不安症などの気分障害とみなされることもあるため⁵⁾、早期発見・早期診断に繋がらないことが多い³⁾⁶⁾。そのため、診断前に症状が進行し一般就労継続や社会生活が困難になるケースがある⁶⁾。また、診断後も本人やその家族、就業先及び医療機関などで働く保健医療専門職が若年性認知症の施策を知らないために、適切な支援が受けられないまま退職に至ることにより⁷⁾⁸⁾、社会からの孤立や経済面も含めて生活が困難になりやすい¹⁾²⁾。経済面については、本人の状態によって、福祉的就労、障害年金の受給等があるが、一般就労に比べて収入が大幅に減少するため、特に子育て世代では学費などの経済的な不安が大きく、そのことが本人だけでなく家族の生活にも影響を与えると考える。

2015年1月に策定された、「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」⁹⁾では「若年性認知症施策の強化」が追加された。これにより、若年性認知症の人が発症初期の段階からその状態に応じた適切なサービスが利用できるよう、全国都道府県の相談窓口には若年性認知症支援コーディネーター（以下：支援コーディネーター）が配置された。支援コーディネーターは地域で働く看護師や保健師、精神保健福祉士や社会福祉士など保健医療福祉専門職が研修を受け、2016年から順次に全国都道府県に配置された¹⁰⁻¹³⁾。主に若年性認知症の人やその家族からの相談に応じ、必要なサービスの手続きや医療機関への受診に同行、就労支援が円滑に行われるように、医療機関では主治医や看護師、精神保健福祉士などと、就労先の企業では産業医や産業看護職などと連携をとって支援を行っている。また、若年性認知症の普及啓発のために

企業や福祉施設などで研修会を開催している¹⁰⁾。

若年性認知症と診断された人は、症状の進行により最終的には仕事ができなくなる可能性があるが、適切な職場の支援があれば、就労継続ができると報告されている¹⁴⁾¹⁵⁾。支援コーディネーターが、若年性認知症の人や企業にかかわることができれば、若年性認知症についての正しい理解と支援を円滑に進めることが可能になり、さらに若年性認知症の人は経済的な報酬だけでなく仕事を通じて社会とのつながりを得ることができると考える。しかし、医療職者や企業関係者の若年性認知症への関心や支援コーディネーターの認知度や理解は低く¹¹⁾、一般就労の継続支援についても同様のことが推察される。企業外の支援の活用はほとんど想定されていない現状があり¹⁶⁾、支援コーディネーターとの連携の実態や課題についても明らかではない。

そこで本研究は、支援コーディネーターの一般就労継続支援に関する活動及び医療機関と企業との連携の実態や課題を明らかにすることを目的とする。これにより、医療機関で勤務する看護職等の保健医療福祉専門職や、企業で勤務する産業看護職が、若年性認知症支援コーディネーターの役割や連携の実態について認識することにつながり、若年性認知症の人への円滑な支援を行うことに役立つと考える。

用語の定義

本論文において一般就労継続支援（以下：就労支援）とは、診断時に勤務していた企業で診断後も働き続けられるように支援コーディネーターが就労に関する支援を行うこととする。

研究方法

1. 研究のデザイン

実態調査研究

2. 研究対象

全国の若年性認知症に関する窓口施設に所属する支援コーディネーター

3. 調査方法

支援コーディネーターの初任者研修を行っている、認知症介護研究・研修大府センターホームページ¹²⁾内に記載されている若年性認知症に関する窓口施設112施設から、支援コーディネーターが所属する74施設（医療法人、社会福祉法人、認知症疾患医療センター、公益社団法人 家族の会など）を抽出し、その施設長、支援コーディネーター

ター両者へ依頼文及び調査票を郵送した。先行研究¹¹⁾では、複数配置施設の支援コーディネーター数が最大3名であったことから、支援コーディネーターあてには1施設3名分の依頼文と調査票を送付した。施設長には所属する支援コーディネーター全員へ依頼文及び調査票の配布を依頼した。調査票の回収は研究者宛ての返信により行った。

4. 調査期間

2021年2月から2021年4月

5. 調査内容

2019年4月から2020年3月までの一年間に行った一般就労支援の経験について調査を行った。

1) 対象者の属性

年齢、所属機関、勤務形態、所属施設内の支援コーディネーターの複数配置の有無、若年性認知症の人の支援経験年数、支援コーディネーターとしての支援経験年数、就労支援の経験の有無。

2) 支援コーディネーターとしての活動や地域との連携

企業や市町村に対して行った若年性認知症についての啓発活動の有無、地域での連携体制の程度について、情報共有のための支援計画書使用の有無。

3) 医療機関と企業との連携

連携の程度、連携している内容、連携する上での課題。

4) 支援コーディネーターが考える連携に関する今後の課題や必要な支援

支援コーディネーターが考える連携に関する今後の課題や必要な支援について自由に意見を求めた。

6. 分析方法

本調査の回収率は、全国の支援コーディネーターの初任者等の研修を実施している認知症介護研究・研修大府センターによる報告書¹³⁾に記載された令和2年度の支援コーディネーター数121名を母数として算出した。

就労支援経験について記述統計を行った。就労支援経験の有無で2群に分け、基本属性との関係をt検定、 χ^2 検定を用いて分析した。また、支援コーディネーターとしての活動や地域との連携の関係についてFisherの直接法を用いて分析を行った。地域での連携体制は、とても整っている、整っていると回答した者を、整っている者、あまり整っていない、整っていないと回答した者を、整っていない者としてFisherの直接法を用いて分析を行った。就労支援経験のある支援コーディネーター

の支援人数は中央値を用いて支援経験人数6人未満と6人以上の2群に分けて基本属性との比較を行った。

また、就労支援の今後の課題や必要な支援について、支援経験のある者の連携に関する自由記載を連携に関する類似性に焦点を当てて要約してコード化し、コード間の共通性や差異性に注目して分類・統合しながら、サブカテゴリー・カテゴリーを生成した。

統計解析ソフトSPSS Ver.26を使用し、有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した(No.921-2)。対象者には調査票とともに、主旨説明の文書を送付した際、回答は自由意思であることを伝えた。匿名の郵送による調査であるため、個人が特定されることはないが、自由記載などで個人が特定されないように配慮した。

結 果

1. 調査票回収状況

39名から返送があり(回収率32.2%)、そのうち、就労支援経験について記載のなかった2名を除外し、37名を分析対象とした(有効回答率30.6%)。

2. 若年性認知症支援コーディネーターの基本属性及び一般就労継続支援経験有無の比較(表1)

平均年齢は 46.8 ± 12.9 歳。所属機関は、医療法人が最も多く8名(21.6%)であった。所有資格(複数回答)は、精神保健福祉士が最も多く16名(43.2%)、次いで、社会福祉士12名(32.4%)、看護師9名(24.3%)であった。勤務形態は、兼任が19名(51.4%)であった。兼任している者の一週間の勤務時間は、10時間未満が最も多く12名(63.2%)で半数以上だった。

就労支援経験の有無では、ある者が21名(56.8%)であった。所有資格は、経験がある者は看護師8名(38.1%)であった。勤務形態は、経験のある者は専任13名(61.9%)、兼任は8名(38.1%)であった。

3. 一般就労支援経験の有無と支援コーディネーターの体制・活動との関係(表2)

企業や市町村を対象とした若年性認知症についての啓発活動を行った者は、就労支援経験がある者は17名(81.0%)であり、経験がある者の方が啓発活動を行った割合が有意に高かった($p < 0.01$)。情報共有のための支援計画書の使用では、

表1 若年性認知症支援コーディネーターの基本属性及び一般就労継続支援経験有無の比較

		n (%)			Mean ± SD
		全体 n=37	一般就労継続支援経験		p値
			あり n=21	なし n=16	
年齢		46.8 ± 12.9	49.7 ± 12.4	43.2 ± 13.0	0.13 a)
所属機関	医療法人	8 (21.6)	3 (14.3)	5 (31.3)	
	社会福祉法人	7 (18.9)	5 (23.8)	2 (12.5)	
	認知症疾患医療センター	6 (16.2)	2 (9.5)	4 (25.0)	
	公益社団法人 家族の会	5 (13.5)	4 (19.0)	1 (6.3)	
	その他	11 (29.7)	7 (33.3)	4 (25.0)	
所有資格 (複数回答)	精神保健福祉士	16 (43.2)	6 (28.6)	10 (62.5)	
	社会福祉士	12 (32.4)	6 (28.6)	6 (37.5)	
	看護師	9 (24.3)	8 (38.1)	1 (6.3)	
	保健師	6 (16.2)	5 (23.8)	1 (6.3)	
	介護福祉士	3 (8.1)	1 (4.8)	2 (12.5)	
	その他	12 (32.4)	7 (33.3)	5 (31.3)	
勤務形態	専任	18 (48.6)	13 (61.9)	5 (31.3)	0.06 b)
	兼任	19 (51.4)	8 (38.1)	11 (68.8)	
	兼任の一週間の勤務時間				
	10時間未満	12 (63.2)			
	10時間以上20時間未満	3 (15.8)			
	20時間以上30時間未満	3 (15.8)			
30時間以上	1 (5.3)				
所属施設内の若年性認知症 支援コーディネーターの 複数配置	複数配置 ある	23 (62.2)	13 (61.9)	10 (62.5)	0.97 b)
	複数配置 ない	14 (37.8)	8 (38.1)	6 (37.5)	
若年性認知症の人の支援 経験年数	5年未満	23 (62.2)	15 (71.4)	8 (50.0)	
	5年以上	14 (37.8)	6 (28.6)	8 (50.0)	
	平均年数	5.7 ± 4.7	6.2 ± 5.3	5.1 ± 3.9	
若年性認知症支援コーディ ネーターの経験年数	3年未満	17 (45.9)	8 (38.0)	9 (56.3)	
	3年以上	20 (54.1)	13 (61.9)	7 (43.8)	
	平均年数	2.8 ± 1.3	3.1 ± 1.1	2.3 ± 1.5	

a) t検定 b) χ^2 検定

表2 一般就労支援経験の有無と若年性認知症支援コーディネーターの体制・活動との関係

		n (%)			
		全体 n=37	一般就労継続支援経験		p値
			あり n=21	なし n=16	
企業や市町村に対して行った若 年性認知症についての啓発活動	行った	22 (59.5)	17 (81.0)	5 (31.3)	0.006
	行わなかった	15 (40.5)	4 (19.0)	11 (68.8)	
地域での連携体制*	整っている	12 (32.4)	9 (42.9)	3 (18.8)	0.150
	整っていない	23 (62.1)	10 (47.6)	13 (81.3)	
情報共有のための支援計画書の 使用	使用している	2 (5.1)	2 (9.5)	0 (0.0)	
	使用していない	34 (91.9)	19 (90.5)	15 (93.8)	
	無回答	1 (2.7)	-	1 (6.3)	

Fisherの直接法

※：とても整っているを整っている、あまり整っていないを整っていないに合算し検定を行った。支援経験がある者に2名無回答

就労支援経験の有無にかかわらず使用していない者がいずれも9割以上であった。

4. 一般就労支援経験人数と支援コーディネーターの体制・活動との関係(表3)

就労支援の経験人数は1~31人であり、中央値は5.5人であった。勤務形態が専任の者では、支援人数6人未満は8名(50.0%)、6人以上は5名で全員だった。若年性認知症の人の支援経験年数は、5年未満の者が支援人数6人未満は11名(68.8%)、6人以上では4名(80.0%)であった。支援コーディネーターの経験年数が3年以上の者では、支援人数6人未満は9名(56.3%)、6人以上では4名(80.0%)であった。情報共有のための支援計画書の使用については、支援経験人数に関わらずどちらも8割以上が使用していなかった。

5. 支援コーディネーターと企業・医療機関との連携(表4)

就労支援経験のある支援コーディネーターと企業との連携は、「まったく連携していない」を除く少しでも連携している者は90.4%だった。連携内容は、業務内容の相談、認知症の症状がどちらも14名(66.7%)と最も多く、次いで配置転換12名(57.1%)、休職・復職時期11名(52.4%)であった。連携上の課題は、若年性認知症への理解が乏しい15名(71.4%)、支援コーディネーターの存在や仕事内容について認知されていない13名(61.9%)、支援対象者やその家族が病気を公表するこ

とを拒む10名(47.6%)であった。連携相手は、上司85.7%、人事・総務71.4%、産業医38.1%、産業保健師・看護師14.3%であった。連携相手の中でもとくに重要だと考える相手は、上司85.7%、人事・総務66.7%、産業保健師・看護師9.5%だった。

医療機関との連携は、「まったく連携していない」を除く少しでも連携している者が95.3%であった。連携内容は、認知症の症状15名(71.4%)が最も多く、次いで認知能力の変化11名(52.4%)、受診同行9名(42.9%)であった。連携上の課題は、とくにない7名(33.3%)が最も多く、次いで支援対象者やその家族が病気を公表することを拒む、就労支援中に利用できる社会資源が少ないがともに4名(19.0%)であった。連携相手では、認知症専門医57.1%、看護師42.9%、精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカーが共に38.1%であった。連携相手の中でもとくに重要だと考える相手は、認知症専門医47.6%、精神保健福祉士38.1%、看護師、医療ソーシャルワーカーが共に33.3%であった。

6. 支援コーディネーターが考える連携に関する今後の課題や必要な支援(表5)

自由記載を要約してコード化し、コード間の共通性や差異性に注目して分類・統合しながら9つのサブカテゴリー、4つのカテゴリーを生成した。以下、カテゴリーは『 』、サブカテゴリーは「 』」

表3 一般就労支援経験人数と若年性認知症支援コーディネーターの体制・活動との関係

		支援経験人数	
		6人未満 n=16	6人以上 n=5
勤務形態	専任	8 (50.0)	5 (100)
	兼任	8 (50.0)	0 (0.0)
所属施設内の若年性認知症支援コーディネーターの複数配置	ある	10 (62.5)	3 (60.0)
	ない	6 (37.5)	2 (40.0)
若年性認知症の人の支援経験年数	5年未満	11 (68.8)	4 (80.0)
	5年以上	5 (31.3)	1 (20.0)
若年性認知症支援コーディネーターの経験年数	3年未満	7 (43.8)	1 (20.0)
	3年以上	9 (56.3)	4 (80.0)
企業や市町村に対して行った若年性認知症についての啓発活動	行った	12 (75.0)	5 (100)
	行わなかった	4 (25.0)	0 (0.0)
情報共有のための支援計画書の使用	使用している	1 (6.3)	1 (20.0)
	使用していない	15 (93.8)	4 (80.0)

表4 一般就労継続支援経験のある若年性認知症支援コーディネーターと企業・医療機関との連携

n=21

		企業		医療機関		
		n	%	n	%	
連携の程度	とても連携している	5	23.8	8	38.1	
	まあ連携している	12	57.1	9	42.9	
	あまり連携していない	2	9.5	3	14.3	
	まったく連携していない	2	9.5	1	4.8	
連携している内容 (複数回答) ¹⁾	業務内容の相談	14	66.7	6	28.6	
	認知症の症状	14	66.7	15	71.4	
	配置転換	12	57.1	2	9.5	
	休職・復職時期	11	52.4	5	23.8	
	企業の支援体制	10	47.6	2	9.5	
	業務時の支援	8	38.1	3	14.3	
	認知能力の変化	8	38.1	11	52.4	
	通勤手段の確認	7	33.3	3	14.3	
	受診同行	4	19.0	9	42.9	
	その他	3	14.3	5	23.8	
連携する上での課題 (複数回答) ²⁾	若年性認知症への理解が乏しい	15	71.4	3	14.3	
	コーディネーターの存在や仕事内容について認知されていない	13	61.9	3	14.3	
	支援対象者やその家族が病気を公表することを拒む	10	47.6	4	19.0	
	病気について周囲に理解を得ることが難しい	10	47.6	-	-	
	外部からの支援を受け入れてくれない	9	42.9	0	0.0	
	就労支援中に利用できる社会資源が少ない	8	38.1	4	19.0	
	支援への関心が低い	7	33.3	1	4.8	
	支援対象者や家族から希望がない	7	33.3	3	14.3	
	とくにない	1	4.8	7	33.3	
	一般就労支援に協力的ではない	-	-	3	14.3	
	その他	2	9.5	0	0.0	
連携相手(複数回答)	上司	18	85.7			
	人事・総務	15	71.4			
	産業医	8	38.1			
	同僚	5	23.8			
	産業保健師・看護師	3	14.3			
	認知症専門医			12	57.1	
	看護師			9	42.9	
	精神保健福祉士			8	38.1	
	医療ソーシャルワーカー			8	38.1	
	かかりつけ医(認知症専門医)			7	33.4	
	社会福祉士			4	19.0	
	かかりつけ医(認知症専門ではない)			1	4.8	
	連携相手の中でもとくに 重要だと考える相手 (複数回答)	上司	18	85.7		
		人事・総務	14	66.7		
		産業医	7	33.3		
		産業保健師・看護師	2	9.5		
		同僚	2	9.5		
その他		1	4.8			
認知症専門医				10	47.6	
精神保健福祉士				8	38.1	
看護師				7	33.3	
医療ソーシャルワーカー				7	33.3	
かかりつけ医(認知症専門医)				5	23.8	
社会福祉士				2	9.5	
かかりつけ医(認知症専門ではない)				1	4.8	
その他				2	9.5	

1) 連携している内容での無回答は企業2名、医療機関1名

2) 連携する上での課題での無回答は企業1名、医療機関2名

-: 質問していない項目

表5 一般就労継続支援経験のある若年性認知症支援コーディネーターが考える連携に関連する今後の課題や必要な支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
企業側の受け入れ態勢を整えることができていない	依頼がないと企業に介入できない	若年性認知症支援コーディネーターから企業への介入は、権限がないため依頼がないと難しい
	小規模企業の支援体制を整えることは難しい	小規模企業のため配置転換や職場内サポートが整えにくく早期退職している 中小企業や個人事業は障害を持って働き続けられる体制作りが必要
当事者との連携態勢を整えることができていない	病気に対して本人・家族の理解が不足している	周囲に病名を言いたくない人が多く支援につながらない 本人が自分の病識を正しく理解できていない 職場が就労支援をしていることを家族が知らないため会社と家族の間でトラブルになる
	当事者と関係機関の連携体制を整えることができていない	関係機関へ本人からの相談がない 連携の機会が限られている 労働関係法規への理解、知識、企業内風土への理解が乏しい
若年性認知症支援コーディネーターの知識や経験が不足している	知識が不足している	福祉医療や労働法規に関する研修受講の機会がない 企業との連携に心理的ハードルがある
	経験が不足している	支援ケースが少ないため対応がわからない 就労可否の見極めが難しい
若年性認知症や若年性認知症支援コーディネーターの認知度が低い	企業への若年性認知症の周知が不足している	企業への若年性認知症の周知が必要 産業医への若年性認知症の周知が必要
	本人・家族に対する若年性認知症支援コーディネーターの周知が不足している	本人・家族への若年性認知症支援コーディネーターの周知が必要 専門職への若年性認知症支援コーディネーターの周知が必要 初期の段階で相談できる窓口の周知がされていない
	医療機関から若年性認知症支援コーディネーターへつながらない	診断後に早期に若年性認知症支援コーディネーターにつながらない 「うつ」と「認知症」の鑑別診断が難しい 早期に相談ができていない 早期に介入するための啓発が必要 診断された時点で就労継続を断念してしまう人が多い 支援機関との情報共有の不足

で示す。

支援コーディネーターには企業へ介入する権利がないため「依頼がないと企業に介入できない」。また、職場内サポートに制限があり、「小規模企業の支援体制を整えることは難しい」状況があることから『企業側の受け入れ態勢を整えることができていない』が見出された。

若年性認知症の症状など「病気に対して本人・家族の理解が不足している」ため就労支援につながらない状況があり、また、支援機関へ本人からの相談がなく、連携の機会が限られているため「当事者と関係機関の連携体制を整えることができていない」と感じている。このことから『当事者との連携態勢を整えることができていない』が見出された。

支援コーディネーターは研修受講の機会や関係法規に関して「知識が不足している」と考えており、支援ケースが少なく「経験が不足している」ため企業との連携や就労可否の見極めが難しいと考えていることから『若年性認知症支援コーディネーターの知識や経験が不足している』が見出された。

企業や産業医、本人・家族が支援コーディネーターへの相談窓口について認知していないことから、早期に相談介入ができていないことから、「企業への若年性認知症の周知が不足している」ことや「本人・家族に対する若年性認知症支援コーディネーターの周知が不足している」状況であると考えている。また、当事者からの相談がないと支援が始まらないが「医療機関から若年性認知症支援

コーディネーターへつながらない」ことから『若年性認知症や若年性認知症支援コーディネーターの認知度が低い』が見出された。

考 察

1. 支援コーディネーターと企業との連携

本研究の一般就労継続支援の経験がある支援コーディネーターは56.8%と必ずしも高い結果ではなかった。都道府県において支援コーディネーターの配置は2016年以降であり、自由記載でも課題として挙げられていたように支援コーディネーターの活動の認知が進んでいないことが一因ではないかと考えられる。

企業との連携において、一般就労継続支援の経験がある支援コーディネーターのうち、連携している者が約90%おり、連携内容は業務や症状についてであった。連携上の課題は、『若年性認知症の理解や支援コーディネーターの認知度の低さ』があった。連携相手やとくに重要だと考える相手には、上司や人事・総務、産業医が多かった。産業保健師・看護師も連携相手にあげられており、その連携内容の詳細までは本調査では明らかにできないが、看護職の役割を考えると認知症の症状や認知能力の変化、休職・復職時期に関すること、受診同行などに関して連携していることが考えられる。

小長谷らの研究¹⁷⁾では、企業関係者が若年性認知症の症状について相談する外部支援者で最も多かったのは若年性認知症の人の主治医であり、その他を除くと次に支援コーディネーターが多かったが、企業が支援コーディネーターと連携を行った割合は10%未満であった。よって、企業では外部の支援の活用をほとんど想定していない¹⁶⁾現状があると考えられる。企業に対して行われた若年性認知症の人の就労継続の実態調査¹⁶⁾¹⁸⁾では、若年性認知症について知っていた割合は5割に満たなかった。本研究では企業との連携の課題において、若年性認知症の理解が乏しいと考える割合が71.4%であり、働き盛りの労働者が認知症を発症することそのものをとらえていないことがわかった。今後支援コーディネーターは、連携相手とする企業の人事・総務などに若年性認知症に関する周知を行うこと、疾患の理解に対する教育を産業保健師・看護師と共に行うことにより、企業にとって若年性認知症の人の就労継続を行う際の外部の相談先が明確となり、若年性認知症の人が一般就労の希望や能力にあった仕事を行うことができるよ

うになると考える。

2. 支援コーディネーターと医療機関との連携

医療機関との連携においては、一般就労継続の経験がある支援コーディネーターのうち、連携している者は約90%であった。連携相手やとくに重要だと考える相手では、認知症専門医、精神保健福祉士、看護師、医療ソーシャルワーカーが多かった。

先行研究において、若年性認知症の人がいつも必要と感じている情報には、病気の症状や進行に関するもの、治療方法や薬、専門医や専門病院に関するもの¹⁾があると報告されている。本調査においても、連携している内容は、認知症の症状や能力の変化、受診同行が多かった。連携上の課題には、支援対象者やその家族が病気を公表することを拒むことがあった。また、今後の課題や必要な支援として、『当事者との連携体制を整えることができていない』と考えられていた。企業では今後の支援や対応を考えるために、受診同行や就労継続のため周囲へ情報開示を求めているが本人から同意を得ることができず、就労継続における課題となっている¹⁸⁾。医療機関は、当事者が受診する最初の窓口であり、診療の場面で看護職は、本人の思いを傾聴し、必要な支援先につなげることが求められる。そのためには、支援コーディネーターを含む関係機関を理解するための研修が必要であると考えられる。支援コーディネーターが医療機関の医師・看護師等と連携することで、若年性認知症の人や家族の不安を軽減し、就労継続を行うための環境づくりが可能になると考える。

3. 今後の課題

認知症支援コーディネーターについて、医療機関で働く看護師などの保健医療福祉専門職や、企業で勤務する産業看護職が、その存在を認知していることが、円滑に支援を進める第一歩であると考えられる。本研究結果では、企業や市町村に対して若年性認知症についての啓発活動を行った者は、支援経験の有無にかかわらず約60%いるが、連携に関する今後の課題や必要な支援では、「企業への若年性認知症の周知が不足している」ことがあげられていた。令和元年度認知症介護研究報告書¹¹⁾では、企業関係者を対象とした若年性認知症や支援コーディネーターの普及・啓発活動上での課題や困っていることについて、約50%が周知や啓発をする人員や時間に余裕がないと報告されている。本調査では、勤務形態が専任である者、複数配置されている者の場合、対象者が少なく有意差は認

められなかったが支援経験がある者が多い傾向であった。そのことから、専任勤務や複数配置体制を整備することにより、今後適切な業務分担が可能となり企業や市町村に対して若年性認知症についての啓発活動を行い、連携を行いやすくなるのではないかと考えられた。

また、情報共有のための支援計画書の使用について、本研究結果では就労継続支援経験や支援経験人数にかかわらず、支援コーディネーターの9割が使用していなかった。熊本県で行われた認知症医療連携手帳の運用とその有用性についての研究¹⁹⁾では、96%が支援対象者の状態や支援状況を知るために必要であると報告している。これは家族、ケアマネジャーと医療機関の間で使用しているものであるが、今後支援コーディネーターにおいても企業や地域、医療機関などとの連携に支援計画書を使用していくことが重要であると考えられる。

本研究の限界と課題

本研究は、限られた期間に行われた一般就労継続支援の経験について調査したものであり、すべての支援経験を網羅したものではない。また、支援コーディネーターは1県あたりの所属人数が少なく、回答者の匿名性の担保のため地域の調査を行わなかったが、地域性を考慮した連携の実態についても検討する必要がある。なお、本研究では企業や医療機関との連携について調査したが、今後看護師を含む保健医療福祉専門職との具体的な連携についても調査が必要である。

結 論

全国の支援コーディネーターに、就労支援の経験の有無や企業・医療機関との連携の実態について調査し37名の回答を分析した。支援経験のある支援コーディネーターは56.8%で、企業との連携内容は、業務内容の相談、認知症の症状がいずれも66.7%であり、若年性認知症への理解が乏しいことが課題であった。医療機関と連携している者は93.5%、連携内容は認知症の症状71.4%であり、連携上の課題は支援対象者や家族が病気の公表を拒むことであった。

支援コーディネーターは、企業の人事・総務及び産業看護職と疾患の理解に対する教育を行うこと、医療機関の医師・看護職と連携し必要な支援先につなげることが求められる。

利益相反

本研究における開示すべき利益相反はない。

謝 辞

本研究を行うにあたり、ご協力くださいました若年性認知症支援コーディネーターの皆様にご心より感謝し御礼申し上げます。なお、本研究は金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士前期課程学位論文の一部であり、第10回日本公衆衛生看護学会学術集会において発表したものである。

引用文献

- 1) 粟田主一：わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査, 精神医学, 62(11), 1429-1444, 2020
- 2) Awata S, Eda H, Arai T, et al.: Prevalence and subtype distribution of early-onset dementia in Japan: population-based study. Psychogeriatrics, 20(6), 817-823, 2020
- 3) 小長谷陽子：若年性認知症の人および家族の現状と支援の課題, 保健師ジャーナル, 75(9), 732-738, 2019
- 4) Leifer BP: Alzheimer's disease: Seeing the signs early, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21(11), 588-595, 2009
- 5) Kuruppu DK, Matthews BR: Young-onset dementia. Seminars in Neurology, 33(4), 365-385, 2013
- 6) Pamela R: Young onset dementia: Negotiating future workplace roles and identities. Dementia, 16(1), 5-8, 2017
- 7) 厚生労働省：労働基準局安全衛生部労働衛生課産業保健支援室：治療と職業生活の両立支援への取り組みについて, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000213499.pdf>], 厚生労働省, 7. 27. 2022
- 8) 竹本与志人, 杉山京, 倉本亜優未：若年性認知症者の経済状況に応じた介護支援専門員の社会保障制度の選定能力, 厚生労働省の指標, 68(12), 9-17, 2021
- 9) 厚生労働省：「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」について, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>], 厚生労働省, 7. 27. 2022

- 10) 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター：若年性認知症ハンドブック, [オンライン, https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/2020_jyakubook.pdf], 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター, 12. 23. 2021
- 11) 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター：令和元年度 認知症介護研究報告書<若年性認知症の人がより良い状態になる力を引き出せるための就労継続と日常生活環境を考える研究事業>, [オンライン, https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/reportR1_104.pdf], 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター, 12. 26. 2021
- 12) 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター：全国各地の相談窓口, [オンライン, <https://y-ninchisyotel.net/contact/>], 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター, 12. 23. 2021
- 13) 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター：令和3年度 認知症介護研究報告書「若年性認知症支援コーディネーターの地域連携体制構築等に関する調査研究事業」, [オンライン, https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/391/o_2022_nintisyou_houkokusyo.pdf], 社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター, 7. 22. 2022
- 14) Ohman A, Nygard L, Borell L: The vocational situation in cases of memory deficits or young onset dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(1), 34–43, 2001
- 15) Evans D: An exploration of the impact of younger-onset dementia on employment. *Dementia*, 18(1), 262–281, 2019
- 16) 表志津子, 石渡丈子, 岡本理恵, 他：若年性認知症を有する従業員の就労継続に関する事業場の認識, *産業衛生学雑誌*, 62(3), 127–135, 2020
- 17) 小長谷陽子：就労継続支援事業所を利用する若年性認知症の人の実態, *厚生指標*, 68(5), 20–27, 2021
- 18) 小長谷陽子, 齊藤千晶：企業等における若年性認知症の人の就労継続の実態—業種別, 従業員人数別の検討—, *厚生指標*, 66(8), 18–24, 2019
- 19) 丸山貴志, 橋本衛, 石川智久, 他：認知症医療と介護連携のための縦断型連携パスの有用性の検証, *Dementia Japan*, 31(3), 380–388, 2017

実践報告

若年性認知症の人の就労を支援するための 学習プログラム開発における成果と課題 研修参加者の就労支援行動の変化と学習プログラムの評価から

Achievements and challenges in developing learning programs to support
employment of people living with young-onset dementia
From the change in employment support behavior of training participants
and study program evaluation

池内 里美¹⁾*, 岡本 理恵¹⁾*, 表 志津子¹⁾, 田中 浩二¹⁾
高橋 裕太郎¹⁾, 入谷 敦²⁾, 丸山 美虹³⁾, 濱田 珠里³⁾

Satomi Ikeuchi¹⁾*, Rie Okamoto¹⁾*, Shizuko Omote¹⁾, Koji Tanaka¹⁾
Yutaro Takahashi¹⁾, Osamu Iritani²⁾, Miko Maruyama³⁾, Juri Hamada³⁾

¹⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系, ²⁾ 金沢医科大学 医学部
³⁾ 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻

¹⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University
²⁾ School of Medicine, Kanazawa Medical University
³⁾ Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

キーワード

若年性認知症の人, 就労支援, 学習プログラム, 評価

Key words

people living with young-onset dementia, supporting employment, learning program, evaluation

要 旨

目的：本研究は、職場で就労支援に携わる人を対象に「若年性認知症の人への就労支援学習プログラム」
(以下、プログラムと略す)を試行するための研修会を開催し、研修受講前後の参加者の就労支援
行動の変化と学習プログラムの評価から効果的なプログラムへの改善の手がかりを得ることを目的
とした。

連絡先：池内 里美
金沢大学医薬保健研究域保健学系 看護科学領域
〒920-0942 石川県金沢市小立野 5-11-80

* equal contribution

方法：2021年3月、プログラムを試行するためにオンライン研修会を開催した。参加者には研修受講前後にWeb調査を実施し、属性、就労支援行動（19項目）（4件法）、プログラムの評価として研修の満足度（4件法）や自由記述を実施した。単純集計の後、研修受講前後の就労支援行動の変化をWilcoxonの符号付き順位検定により算出した。

結果：有効回答数は14人（有効回答率82.0%）であり、就労支援行動のうち「従業員の体調の変化に気づくことができる」「若年性認知症と診断された従業員の相談にのることができる」「当事者活動への参加の機会を認めることができる」の3項目のみ有意（ $p < 0.05$ ）に上昇していた。

考察：本研修は、認知症の早期発見・支援に繋がる支援行動を理解できた内容であった。しかし、社会資源の活用など、就労継続のための具体的な支援行動の理解に至っていないため、さらなる改善が必要である。

はじめに

65歳未満に発生する認知症は、若年性認知症と定義され、我が国では推定35,700人が罹患し、有病率は人口10万人あたり50.9と推定されている¹⁾。働き盛りの年齢に発症し、症状の進行によって作業能力の低下や職業上のアイデンティティ、就労継続に支障をきたす²⁾。日本では、発症者のうち診断後1年以内に退職する人は他の疾患を持つ人に比して2倍多く³⁾、就労継続率は、有給休暇を含め約10%（約325人）と低く⁴⁾、退職を余儀なくされた人は、精神面や経済面、家族関係など、生活全般に大きな弊害を受ける⁵⁾⁶⁾。しかし、若年性認知症を発症しても職場の理解と支援があれば就労継続ができ、金銭的補償や幅広い利益を得られることが報告されている⁷⁾。そのため、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）において、若年性認知症の特性を踏まえた就労継続や社会参加への支援が推奨されている⁸⁾。また、若年性認知症は早期発見・早期対応により、若年性認知症の人に備わる自己資源能力や経験が活かされやすく、延いては就労期間の延長が可能となることが示唆されている⁹⁾。しかし、多くの職場では、若年性認知症についての啓発教育や就労支援のための研修は殆ど実施されておらず¹⁰⁾、若年性認知症コールセンターなど、若年性認知症専用の相談先を認知している企業は103（11.0%）と就労継続支援に関する制度やサービスを十分に理解している職場の支援者は少ない¹¹⁾。また、若年性認知症の人は、認知機能の低下を加齢によるものと軽視したり、他者に知られまいとするため、なかなか早期発見・早期対応に繋がらない¹²⁾¹³⁾。さらに、会社での職務遂行には明らかな障害をきたしていても、家庭での生活はほとんど支障がないため、職場では若年性認知症の人への対応に苦慮していることが報告されている¹⁴⁾。そのため、職場が若

年性認知症を発症した従業員の異変に気づき早期診断や就労継続のための支援に繋げることが重要である。また、若年性認知症の人は、症状の進行に伴い一般企業での雇用が難しくなるため、離職後も社会活動に参加するための支援が必要である¹³⁾。先行研究では、若年性認知症の人とその家族の支援に携わる人々への教育は、支援のための知識と自信を高め、支援方法を理解することに有益であることが報告されている¹⁵⁾。そのため、我々は、就労中に若年性認知症を発症した人の経験¹³⁾や先行研究の知見を基に、支援者を対象とした「若年性認知症の人への就労支援学習プログラム」（以下、プログラムと略す）を開発した。プログラムでは、若年性認知症の人の早期発見・早期対応の意義や企業が若年性認知症の相談窓口を理解していない現状を踏まえ、職場での早期発見の必要性と適切な就労継続のための支援や延いては離職後の社会参加に繋げるための制度やサービスの紹介に重点をおいた。

本研究は、職場で就労支援に携わる人を対象にプログラムを試行するための研修会を開催し、研修受講前後の参加者の就労支援行動の変化と研修満足度や参加者の自由記述などの学習プログラムの評価から効果的なプログラムへの改善の手がかりを得ることを目的とした。

なお本研究では、「若年性認知症の人の就労支援を、本人の能力と意欲を最大限に活かせるよう、職場での仕事の継続から離職後の社会活動を視野に入れた支援」と定義づけた。

対 象

A県内にある2,200事業所において、従業員の就労支援に携わる立場にある人事担当者、衛生管理者、管理職、産業保健スタッフなどで研修会の受講および2回の無記名式Web調査に同意が得

られた方を研究対象者とした。

方 法

1. 研究デザイン

Web調査票による量的記述的研究

2. データ収集期間

2021年1月から3月

3. データ収集方法

A県の労働局に研修会および研究の趣旨と方法を説明した後、管轄の事業所に研修案内および研究依頼文書の郵送協力を依頼し承諾を得た。労働局より紹介されたA県内の2,200事業所にオンライン研修の案内と研究協力の依頼文書を郵送した。また、研修受講前のWeb調査を研修開始前までに、研修受講後のWeb調査を受講直後に回答してもらうよう依頼した。調査は、依頼文書に記載されたWeb調査のサイトのURLまたはQRコードに参加者が接続し、Googleフォームで作成した無記名式Web調査により実施した。また、研修会の受講前の調査結果と受講後の調査結果を回答者ごとに紐づけするために、調査時に参加者自身がパスワードを設定し記載するよう依頼した。

4. 研修内容

就業時間内に研修会に参加する人が多いと考えられ、より多くの人に参加してもらうために所要時間は、1回の半日コース（150分）で設定した。内容は、1）プログラム開発の経緯、2）調査報告「若年性認知症の人の就労継続の実態について」、3）専門医の講演「若年性認知症と就労について」、4）専門医の講演「職場で若年性認知症の人を支援するために」、5）事例検討で構成した（表1）。また参加者には、研修日の1週間前に研究者らで作成したパンフレット（働き盛り世代の認知症－仕事と治療を両立するために－）や専門医の講演資料、研究依頼文書、オンライン参加方法の資料を郵送した。

5. 調査内容

若年性認知症の人の就労支援行動を評価するための既存の評価指標や測定尺度がなかったため、プログラムの内容に合わせて研究者が独自に作成した。

研修会受講前の調査は、属性、職場の従業員が若年性認知症を発症した場合、どの程度就労支援を行うことができるかを評価する「就労支援行動」（19項目）についての回答を、できない、あまりできない、少しできる、できる、の4件法で実施した。受講後の調査は、「属性」、「就労支援行動」

（19項目）に加え、プログラムの評価として「研修の満足度」（4件法）、「研修の所要時間」（4件法）、研修内容（3項目）ごとに「参考になるか」（4件法）、自由記述は研修内容ごとの選択理由および研修の良かった点や改善点で構成した。尚、本研究では、若年性認知症支援コーディネーターを支援コーディネーターと略して表記する。

6. 分析方法

分析は、研修参加者および参加者が所属する組織の属性について単純集計を行い、「就労支援行動」は項目ごとに中央値を算出した。また研修受講前後の「就労支援行動」の比較を参加者全体および医療福祉専門職と一般職とに分けて行った。研修参加前後の比較の検定にはWilcoxonの符号付き順位検定を用いた。有意水準は0.05とし、統計解析には統計ソフトIBM SPSS Statistics ver.24を用いた。記述データは、研修内容の評価項目ごとに内容分析を行い要約した。

7. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属機関の医学倫理審査委員会で承認を得た（承認番号：1002-1）。この研究は、人を対象とする医学研究の倫理原則¹⁶⁾に従って行った。研究参加者には、調査の目的、方法、プライバシーの保護、調査への参加および撤回の自由などについて書面による説明を行った後、Web調査への回答をもって同意が得られたものとした。

結 果

研修会に参加した介入群は36名であったが、研修会受講前後のWeb調査の回答者は17名（回収率47.0%）であり、欠損値のない有効回答数は14名（有効回答率82.0%）であった。

1. 研修参加者の属性（表2）について

参加者の職種は、人事担当者が6名（42.8%）と最も多く、次いで衛生管理者3名（21.4%）、看護師3名（21.4%）であった。参加者のうち6名（42.8%）は医療保健福祉専門職（以下、専門職）であり、8名（57.2%）は一般企業の人事担当者や事務職、衛生管理者（以下、一般職）であった。参加者の年代は40代が5名（35.7%）、50代が4名（28.6%）の順に多く、性別では女性が8名（57.1%）であった。就労支援経験の有無では、就労支援経験のある者が2名（14.3%）であり、1名は看護師として2名の支援経験を持っており、もう1名はソーシャルワーカーとして10人の支援経験を持っていた。過去の若年性認知症に関する研修

表1 若年性認知症の人の就労を支援するための学習プログラム（150分）

展 開	進 行	内 容
導入 (10分)	1) プログラム開発の経緯 研修会の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・職場では、若年性認知症の人の就労支援について学ぶ機会が少なく当事者や職場が対応に苦慮している現状がある。 ・若年性認知症の人への理解と就労継続支援について理解を深めてもらう。 ・県内の支援者間のネットワークづくりの機会とする。
内容 (30分)	2) 調査報告「若年性認知症の人の就労継続の実態について」 (1)「企業における若年性認知症の人の就労継続について」 (2)「雇用中に若年性認知症を発症した人とその支援者の経験から」 (3) 若年性認知症の当事者の語り	<ol style="list-style-type: none"> 1) A県内の357事業所に行った調査より、若年性認知症に関する研修や情報提供の必要性について説明する。 2) 就労中に若年性認知症を発症した当事者のインタビュー調査の結果より、認知症の発症によって就労継続の危機にさらされる期間があるが、適切な職場の理解と支援や社会資源の活用により、就労継続が行えている現状を説明する。 3) 認知症の発症から就労継続、社会就労への移行、ピア活動の体験について語ってもらう。
(75分)	3) 専門医の講演「若年性認知症と就労について」	早期診断と早期支援が症状の進行や就労継続の可能性に影響するため、若年性認知症（認知症の種類、症状、治療など）について知ってもらうと共に、職場で気づく症状（事例紹介）、早期診断のメリットについて説明する。
5分間休憩	4) 専門医の講演「職場で若年性認知症の人を支援するために」	<p>就労継続支援の在り方や支援の特徴について説明する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 早期の受診を職場・家族から適切な時期に自然に勧奨できる環境づくりとご本人や家族の負担を軽減するための制度や社会資源、支援コーディネーターが配置されている相談窓口を紹介する。 2) 就労継続のための支援コーディネーターの役割と支援事例を説明する。
(30分)	5) 事例検討 グループディスカッション 全体討議 講評（産業保健総合支援センター所長）	<p>事例「あなたの職場で、もの忘れや仕事でミスが続いている部下や同僚がいた場合、どのような対応や支援を行いたいですか」というテーマで意見交換を行う。</p> <p>参加者同士で就労支援の経験や課題など語ってもらう。</p> <p>講評および産業保健総合支援センターをPRしてもらう。</p>
まとめ (5分)	閉会挨拶	研修会参加のお礼とプログラム改善のための参加後アンケートの協力依頼を行う。

受講の有無では、有りが2名（14.3%）で就労支援経験のある2名であった。事業所の業種は、製造業が3名（21.4%）と最も多く、次いで医療が2名（14.3%）、卸売業・小売業が2名（14.3%）であった。参加者が所属する事業所の従業員数は、50人未満5名（35.7%）と最も多く、次いで100人以上～200人未満が4名（28.6%）であった。従業員が認知症を発症した場合の就労継続の可否では、はいが6名（42.9%）であり、内訳は製造業が2名、情報通信業、卸売業・小売業、医療、金融・保険業が各1名であった。

2. 研修会の受講前後における「就労支援行動」（表3）の変化について

参加者全体14名、一般職8名、専門職6名ごとに研修会受講前後における「就労支援行動」の変化について、参加者全体では、「従業員の変化に気づくことができる」「若年性認知症と診断された従業員の相談にのることができる」「当事者活動への参加の機会を認めることができる」の3項目が有意（ $p < 0.05$ ）に上昇していた。一般職では「若年性認知症と診断された従業員の相談にのることができる」「本人の脳の疲労を軽減するた

表2 研修参加者および参加者が所属する組織の属性

		n=14, n(%)
職種 (複数回答)	人事担当者	6 (42.8)
	衛生管理者	3 (21.4)
	看護師	3 (21.4)
	その他 (ソーシャルワーカー、作業療法士、管理栄養士、事務職)	4 (28.5)
年齢	20代	1 (7.1)
	30代	2 (14.3)
	40代	5 (35.7)
	50代	4 (28.6)
	60代	2 (14.3)
性別	男性	6 (42.9)
	女性	8 (57.1)
支援経験の有無	なし	12 (85.7)
	ある	2 (14.3)
支援人数	2人	1 (50.0)
	10人	1 (50.0)
過去の研修受講の有無	なし	12 (85.7)
	ある	2 (14.3)
過去に受講した研修テーマ (複数回答)	若年性認知症の病気	2 (14.3)
	若年性認知症の症状	2 (14.3)
	若年性認知症の診断方法	2 (14.3)
	若年性認知症の人の就労支援	2 (14.3)
	若年性認知症の人への接し方	2 (14.3)
	若年性認知症の人の社会制度	2 (14.3)
	その他	0 (0.0)
事業所の業種	製造業	3 (21.4)
	医療	2 (14.3)
	卸売業・小売業	2 (14.3)
	福祉	1 (7.1)
	金融・保険業	1 (7.1)
	建設業	1 (7.1)
	情報通信業	1 (7.1)
	運輸・交通業	1 (7.1)
	不動産業・物品賃貸業	1 (7.1)
	その他 (行政)	1 (7.1)
	従業員数	50人未満
50人以上～100人未満		2 (14.3)
100人以上～200人未満		4 (28.6)
200人以上～300人未満		1 (7.1)
300人以上		2 (14.3)
従業員が認知症を発症した場合の就労継続の可否	いいえ	8 (57.1)
	はい	6 (42.9)

めに、適度な仮眠や休憩時間と場所を設けることができる」の2項目が有意 ($p < 0.05$) に上昇し、専門職では、「従業員の体調の変化に気づくことができる」のみ有意 ($p < 0.05$) に上昇していた。また、有意差はなかったものの研修会受講後に中央値が2.5以下 (できない・あまりできない) か

ら3.0以上 (少しできる・できる) になった項目は、一般職では6項目あり、「従業員の体調の変化に気づくことができる」「本人の同意を得て、支援コーディネーターに連絡をとることができる」などであった。専門職では7項目あり、「本人の同意を得て、受診に同行し、主治医から就労のため

表3 研修会受講前後における「就労支援行動」の変化

	一般職 n=8			専門職 n=6			参加者全体 n=14		
	受講前	受講後	P値	受講前	受講後	P値	受講前	受講後	P値
1 従業員の体調の変化に気づくことができる	2.0 (4-2)	3.0 (4-2)	0.157	3.0 (4-2)	4.0 (4-2)	0.046	2.5 (4-2)	3.0 (4-2)	0.021
2 若年性認知症の可能性のある従業員に専門医への受診を勧めることができる	3.0 (4-2)	3.0 (4-2)	0.655	3.5 (4-1)	3.5 (4-2)	0.317	3.0 (4-1)	3.0 (4-2)	1.000
3 若年性認知症と診断された従業員の相談に乗ることができる	2.5 (3-1)	3.0 (4-2)	0.034	3.0 (4-1)	4.0 (4-2)	0.083	3.0 (4-1)	3.0 (4-2)	0.007
4 本人の同意を得て、支援コーディネーターに連絡をとることができる	2.5 (4-1)	3.0 (4-2)	0.194	3.0 (4-1)	3.5 (4-2)	0.276	2.5 (4-1)	3.0 (4-2)	0.083
5 本人の同意を得て、受診に同行し、主治医から就労のための情報を確認することができる	3.0 (4-2)	3.0 (4-2)	0.739	2.5 (4-1)	3.0 (4-1)	0.317	3.0 (4-1)	3.0 (4-1)	0.405
6 本人の同意を得て、家族に連絡をとり、家族の相談にのることができる	3.0 (4-1)	3.0 (4-2)	0.317	3.0 (4-2)	3.0 (4-1)	0.564	3.0 (4-1)	3.0 (4-1)	0.705
7 今後の就労について本人、家族と話し合いの機会を持つことができる	3.0 (4-3)	3.0 (4-2)	0.414	2.5 (4-2)	3.0 (4-1)	0.564	3.0 (4-2)	3.0 (4-1)	0.739
8 今後の就労について第三者を交えた話し合いの機会を持つことができる	3.0 (4-2)	3.0 (4-2)	0.783	2.5 (4-1)	3.0 (3-1)	1.000	3.0 (4-1)	3.0 (4-1)	0.803
9 本人の能力を活かした仕事について本人や職場と検討することができる	3.0 (3-1)	3.0 (4-2)	0.414	3.0 (4-1)	3.0 (3-1)	0.317	3.0 (4-1)	3.0 (4-1)	0.705
10 地域障害者職業センターの無料のジョブコーチ支援(職場適応援助者)が利用できる	2.5 (4-1)	3.0 (4-2)	0.129	2.5 (4-1)	2.0 (3-2)	0.564	2.5 (4-1)	3.0 (4-2)	0.271
11 本人の脳の疲労を軽減するために、適度な仮眠や休憩時間と場所を設けることができる	2.0 (4-1)	3.0 (4-2)	0.034	2.5 (4-1)	2.5 (4-1)	1.000	2.0 (4-1)	3.0 (4-1)	0.058
12 職場で若年性認知症について研修の機会を持つことができる	3.0 (4-1)	3.0 (4-2)	0.739	3.0 (3-2)	3.0 (4-1)	0.564	3.0 (4-1)	3.0 (4-1)	0.564
13 同僚や部下の負担を軽減するための体制を整えることができる	2.5 (3-1)	2.0 (3-2)	0.655	2.5 (3-2)	3.0 (4-2)	0.317	2.5 (3-1)	2.0 (4-2)	0.739
14 ご本人が利用できる社内の制度を活用することができる	2.0 (3-1)	2.0 (3-1)	1.000	2.5 (4-1)	3.0 (4-2)	0.157	2.0 (4-1)	2.5 (4-1)	0.480
15 ご本人が利用できる社外の制度の活用を勧めることができる	2.5 (4-1)	3.0 (4-2)	0.655	3.0 (4-1)	3.0 (4-2)	0.317	3.0 (4-1)	3.0 (4-2)	0.317
16 障害者手帳の申請を支援することができる	2.0 (4-1)	2.5 (3-1)	0.705	2.5 (4-1)	3.0 (4-2)	0.157	2.0 (4-1)	3.0 (4-1)	0.739
17 当事者活動への参加の機会を認めることができる	3.0 (3-1)	3.0 (4-2)	0.257	2.5 (3-1)	3.5 (4-2)	0.059	3.0 (3-1)	3.0 (4-2)	0.033
18 症状の進行により、一般就労が困難になった場合、障害者雇用での就労に変更することができる	2.0 (3-1)	2.0 (3-1)	1.000	2.0 (4-1)	2.0 (4-2)	0.705	2.0 (4-1)	2.0 (4-1)	0.763
19 支援コーディネーターと検討することができる	2.5 (3-1)	2.0 (3-2)	0.705	3.0 (4-1)	2.5 (4-1)	0.317	3.0 (4-1)	2.0 (4-1)	0.366

Wilcoxon符合付順位検定 中央値(四分位範囲)

P < 0.05

の情報を確認することができる」「今後の就労について本人、家族と話し合いの機会を持つことができる」などであった。

一方、有意差は見られなかったが、研修会受講後に中央値が低下した項目は参加者全体、一般職、専門職ともに2項目あり、なかでも「支援コーディネーターと検討することができる」においては、参加者全体では3.0から2.0に、一般職では2.5から2.0に、専門職では3.0から2.5と3者に共通して低下していた。その他、中央値が低下した項目では、「同僚や部下の負担を軽減するための体制を整えることができる」においては、一般職と参加者全体で2.5から2.0の低下がみられ、専門職では「地域障害者職業センターの無料のジョブコーチ支援が利用できる」が2.5から2.0に低下していた。中央値の低下はなかったが、研修会受講後も中央値が2.5以下（できない・あまりできない）であった項目は、一般職は5項目、専門職と参加者全体では4項目であった。なかでも「症状の進行により、一般就労が困難になった場合、障害者雇用での就労に変更することができる」は、参加者全体、一般職、専門職ともに2.0から2.0であった。

3. プログラムの評価（表4）について

研修の満足度は、満足が7名（50.0%）と最も多く、次いで大変満足が4名（28.0%）、やや不満が2名（14.3%）、普通1名（7.1%）であった。研修の所要時間は、やや長いが7名（50.0%）と最も多く、ちょうどよいが6名（42.9%）、やや短いが1名（7.1%）であった。研修内容の評価では、若年性認知症の人の就労と支援の実態は、今後の就労支援の参考になるかでは、とても参考になる・参考になるが11名（78.6%）であり、その理由は「若年性認知症の人の実態が知れイメージがわいた」「ご本人が職場に求める支援が理解できた」「当事者の訴えが心に響いた」などであった。また、わからないが3名（21.4%）であり、「遭遇するまで身近に感じられない」などであった。専門医の講演については、とても参考になる・参考になるが12名（85.7%）であり、その理由として「当事者の思いや実体験が大切だと分かった」「本人の持つ力に注目して支援を行う必要性が理解できた」などであった。あまり参考にならないが2名（14.3%）で「支援者側と職場のギャップが大きいと感じた」とのことであった。事例検討は、とても参考になる・参考になるが9名（64.3%）であり、理由として「適切な対応をするために必要と感じた」「ご本人への支援をイメージできた」

などであった。分からない・あまり参考にならないが5名（35.7%）であり、理由として「画面をオフにして参加している人と話すことが難しかった」「時間が少なくて話せなかった」などであった。研修会全体の良かった点や改善点では、良かった点として「様々な立場の人の意見が聞けてよかった」「内容も構成もよかった」などの意見があった。改善点では、「具体的な支援内容がもう少しあるとよいと思った」や「事例検討会では進行係がいると話合いが進みよいと思った」「受講者の人数が少ないほうが意見交換ができた」であった。

考 察

1. 「就労支援行動」の変化からの課題

若年性認知症の初期症状は、本人、家族には加齢による変化と見過ごされやすく、職場の早期発見と早期対応の重要性が示されている⁹⁾。研修受講後に参加者全体で「従業員の体調の変化に気づくことができる」「若年性認知症と診断された従業員の相談に乗ることができる」が有意に上昇していたことは、本プログラムは若年性認知症の発症の初期段階の支援に不可欠な職場での早期発見と早期対応について理解しうる内容となっていたと考える。また、若年性認知症の人は、作業能力の低下によるアイデンティティの喪失に加え⁵⁾、社会からの疎外感や孤立感に苛まれているが¹⁷⁾、若年性認知症の人との交流によって、新しい人生の目標や生きる力を得ている¹³⁾。研修会受講後に参加者全体の「当事者活動への参加の機会を認めることができる」が有意に上昇し、「ご本人が抱える問題や心の葛藤を少しでも理解できた」との自由記述から、本プログラムを通して当事者活動への参加の意義を理解してもらえたものとする。しかし、有意差は見られなかったものの「支援コーディネーターと検討することができる」の項目において、参加者全体、一般職、専門職ともに中央値の低下がみられた。これは研修内容が、支援コーディネーターと検討するための能力の習得に至っていなかったことや、研修内容と就労支援行動の項目との齟齬が生じていたと考える。支援コーディネーターに相談することで、具体的な就労継続のための支援の検討に繋がるため¹³⁾、プログラムでは「本人の同意を得て支援コーディネーターに連絡をとることができる」よう、研修内容を改善するとともに研修内容と就労支援行動の項目の整合性を図る必要があると考える。

また、参加者のうち6名（42.8%）が専門職で

表4 研修の評価

			n=14
研修内容	評価	回答した理由	人数
若年性認知症の人の就労と支援の実態、若年性認知症の当事者の語りについて	とても参考になる 4名 (28.6%)	若年性認知症の人の実態を知れイメージがわいた	7
		ご本人が職場に求める支援を理解できた	3
		ご本人の方の訴えが心に響いた	3
		若年性認知症について知る機会になった	2
	参考になる 7名 (50.0%)	今の職場で仕事を継続することの大切さを学んだ	2
		ご本人が抱える問題や心の葛藤を少しでも理解できた	2
		相談窓口を理解できた	1
		対応のポイントを知れた	1
	分からない 3名 (21.4%)	遭遇するまでは身近に感じられない	1
		設問の意味が分からなかった	1
		未記入	1
若年性認知症と就労支援についての専門医の講演について	とても参考になる 4名 (28.6%)	当事者の思いや実体験が大切だと分かった	2
		職場や家族のあり方が理解できた	1
		専門家と職場が共有できる場が必要であると感じた	1
		早期発見のきっかけや外部支援を知ることで対応できると思った	1
	参考になる 8名 (57.1%)	病気について理解が深まった	1
		本人の持つ力に注目して支援を行う必要性が理解できた	1
		就労継続のために何が必要か再認識できた	1
		正しく理解しなければ適切なサポートはできないと思った	1
	あまり参考にならない 2名 (14.3%)	事例の内容は必要な知識だと思った	1
		周知が必要だと思った	1
		未記入	1
事例検討について	とても参考になる 3名 (21.4%)	支援者側と職場のギャップが大きいと感じた	1
		未記入	1
	参考になる 6名 (42.9%)	適切な対応をするために必要と感じた	2
		ご本人への支援をイメージできた	2
		脳ドックなど早期発見の機会を設けていきたいと思った	1
		専門職の方の支援に対する思いを感じた	1
	分からない 3名 (21.4%)	未記入	3
		画面をオフにして参加している人と話すことが難しかった	2
		時間が少なくて話せなかった	1
	あまり参考にならない 2名 (14.3%)	知識不足であると感じた	1
		学んだ知識だけで実行できると思えない	1
研修会全体について	良かった点	スライドがとてもわかりやすかった	1
		事前に資料が郵送されたので予習して臨めた	1
		専門的な話が聞けてよかった	1
		有益な時間が過ごせた	1
		医師の講演がとても分かりやすかった	1
		支援者同士がつながる機会になる可能性を感じた	1
		様々な立場の人の意見が聞けてよかった	1
	内容も構成もよかった	1	
	改善点	事例検討会では進行係いると話し合いが進みいいと思った	1
		受講者の人数がもう少し少ないほうが意見交換ができた	1
		オンラインに不慣れで十分参加できなかった	1
ディスカッションの形式に不慣れのため戸惑った		1	
		具体的な支援内容がもう少しあるとよいと思った	1
		当事者を含む事業者間で共有する方法が必要である	1

あったが、一般職と専門職では研修受講前と受講後の中央値が3.0以上（少しできる・できる）の項目が異なっており、「就労支援行動」のレディネスや研修受講後の変化に違いがあることが明らかとなった。一般職では「本人の脳の疲労を軽減するために、適度な仮眠や休憩時間と場所を設けることができる」が有意に上昇していた一方で、専門職では研修受講前後ともに中央値が2.5と変化がなかった。専門職が働く職場には、常に患者や住民が出入りしているため従業員のための仮眠可能な休憩スペースを確保することは難しいことが推察される。また、専門職では「地域障害者職業センターの無料のジョブコーチ支援（職場適応援助者）が利用できる」の項目において中央値が2.5から2.0以下に低下していた。平成26年度の医療・福祉施設におけるメンタルヘルスに関する調査では、医療・福祉施設では従業員に心の健康問題が生じた場合、IT企業よりも外部機関との連携は有意に良くないことが明らかにされている¹⁸⁾。専門職は、守秘義務があり、職場に相談できる多職種もいるため外部機関との連携の困難さや必要度が低いことが考えられる。そのため一般職や専門職の就労支援上の課題を明らかにするとともに、各々に即したプログラム内容とそれを適切に評価するための評価方法を検討する必要があると考える。

2. 学習プログラムの評価からの課題

コロナ禍におけるオンライン研修であったが、学習プログラムの評価では、約8割の参加者が研修会に満足と回答し、事例検討を除く研修内容の評価においてとても参考になる・参考になると回答していたことから、本プログラムは概ね参加者に好評であったものとする。今回、少しでも多くの人に参加してもらうために150分の研修時間としたが参加者は36名と少なく、所要時間について5割の参加者がやや長いと回答していた。事例検討の時間が短いとの意見もあったことから、参加者に優先的に学んでもらうべく就労支援行動を焦点化し、所要時間の配分を工夫することが課題であるとする。また、「様々な立場の人の意見が聞けてよかった」「内容も構成もよかった」との意見がある一方で、「画面をオフにして参加している人と話すことが難しかった」「事例検討会では進行係がいると話合いが進みよと思った」「受講者の人数が少ないほうが意見交換ができた」との運営上の課題も明らかになった。「職場にいる若年性認知症の従業員のことを社外の人に話す

のは間違っている」との理由で事例検討に参加されなかった一般職もいたため、架空の事例であっても他者と病気や支援について検討することに抵抗がある参加者がいることを理解し、グループワークの内容や進行に配慮していく必要がある。

本研究は、短時間の研修会の中で参加者に優先的に学んでもらうべく就労支援行動や運営上の課題が明らかになり、より効果的なプログラム改善への手がかりを得ることができた。しかし、Web調査による有効回答14名とサンプルサイズの小さい結果であり、参加者は若年性認知症の知識や就労支援に対する意欲が高い集団であるため選択バイアスが生じていると考えられる。今後は、サンプルサイズを増やし、一般職と専門職に即した就労支援上の課題を明らかにするとともにプログラムの内容とそれを適切に評価するための方法を検討する必要があると考える。また、「就労支援行動」（19項目）は、本研究のために作成したものであり、若年性認知症の人の就労支援経験のない参加者にとっては、就労支援行動がイメージされ辛く、回答の難しさがあつたものと思われる。そのため今後は、「就労支援行動」の信頼性と妥当性の検証とともに就労支援経験のない方に回答を依頼する際の補足説明などより適切な回答をしてもらうための配慮が必要である。

まとめ

研修の満足度において約8割の参加者が満足と回答されていたことから、一般職、専門職にかかわらず概ね参加者に好評であった内容であり、特に若年性認知症の人の就労支援の初期対応に不可欠な若年性認知症の早期発見と早期対応の重要性を理解しうる内容となっていた。しかし、研修内容が支援コーディネーターと検討するための能力の習得に至っていなかったことなど、研修内容と就労支援行動の項目との齟齬が生じていたところもあるため、研修内容と就労支援行動の項目の整合性を図る必要があると考える。また、一般職と専門職では、就労支援行動のレディネスや職場環境に違いがあるため、各々の実情に即した内容を検討していく必要がある。

謝辞

調査にご協力いただいたすべての皆様に、心から深く感謝を申し上げます。本研究は科学研究費助成事業（基盤18K10624）により行った。

利益相反

本研究において、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Awata S, Edahiro A, Arai T, et al.: Prevalence and subtype distribution of early-onset dementia in Japan. *Psychogeriatrics*, 20(6), 817–823. 2020. doi:10.1111/psyg.12596, 9. 20. 2022
- 2) Andrew C, Phillipson L, Sheridan L: What is the impact of dementia on occupational competence, occupational participation and occupational identity for people who experience onset of symptoms while in paid employment? A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(2), 130–144, 2019. doi:10.1111/1440-1630.12535, 1. 10. 2019
- 3) Sakata N, Okumura Y: Job Loss After Diagnosis of Early-Onset Dementia: A Matched Cohort Study. *J Alzheimers Dis*, 60(4), 1231–1235, 2017. doi:10.3233/JAD-170478, 2. 20. 2022
- 4) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター：若年性認知症を発症した人の就労継続のために, [オンライン, <https://www.nivr.jeed.go.jp/research/kyouzai/p8ocur0000000xio-att/kyouzai50.pdf>] ,独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構, 10. 20. 2021
- 5) Roach P, Drummond N: 'It's nice to have something to do': Early-onset dementia and maintaining purposeful activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(10), 889–895, 2014. doi:10.1111/jpm.12154, 1. 20. 2020
- 6) 小長谷陽子, 渡邊智之: 全国15府県における若年性認知症者とその家族の生活実態, *Dementia Japan*, 30(3), 394–404, 2016
- 7) Ritchie L, Tolson D, Danson M: Dementia in the workplace case study research: Understanding the experiences of individuals, colleagues and managers. *Ageing and Society*, 38(10), 2146–2175, 2018
- 8) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～平成29年7月改訂版, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan.pdf], 厚生労働省, 9. 10. 2021
- 9) 厚生労働省：若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引き, [オンライン, https://www.mizuho-rt.co.jp/case/research/pdf/r03mhlw_kaigo2021_01.pdf], 厚生労働省, 10. 20. 2022
- 10) 表志津子, 石渡丈子, 岡本理恵, 他：若年性認知症を有する従業員の就労継続に関する事業場の認識, *産業衛生学雑誌*, 62(3), 127–135, 2020
- 11) 社会福祉法人仁至会認知症介護研究・研修大府センター, 平成29年度認知症介護研究報告書企業等における若年性認知症の人の継続雇用に関する調査研究事業, [オンライン, https://dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center2/306/o_h29ninchikenkyu_docR1.pdf], 認知症介護情報ネットワーク, 3. 10. 2018
- 12) Smith R, Ooms A, Greenwood N: Supporting people with young onset dementia and their families: An evaluation of a training course for care workers. *Nurse Education in Practice*, 27, 7–12, 2017. doi:10.1016/j.nepr.2017.08.007, 9. 10. 2019
- 13) Ikeuchi S, Omote S, Tanaka K, et al.: Work-related experiences of people living with young-onset dementia in Japan. *Health Soc Care Community*, 30(2), 548–557, 2022. doi:10.1111/hsc.13157, 10. 15. 2022
- 14) 斎藤正彦, 宮本典子：若年性認知症患者の就労支援と同僚のストレスケア, *老年精神医学雑誌*, 24(6), 583–589, 2013
- 15) Leifer BP: Alzheimer's disease: Seeing the signs early. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(11), 588–595, 2009
- 16) World Medical Association, Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects, [online, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>], WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 11. 10. 2020
- 17) 浦田姫佳, 安武綾：若年性認知症家族のステージごとの体験－2000年以降のわが国の質的研究報告の知見から, *日本認知症ケア学会誌*, 18(3), 697–706, 2019
- 18) 三宅浩次, 西基, 志渡晃一, 他：平成26年度独立行政法人労働者健康福祉機構産業保健調査

研究 医療・福祉施設におけるメンタルヘルスに関する調査－離職防止の要因を探る, [オンライン, <https://www.jaish.gr.jp/user/anzen/>

cho/joho/h26/cho_0004.html] JISHA 中央労働災害防止協会 安全衛生情報センター, 11. 12. 2022

実践報告

わが病院看護自慢

遠隔看護の探求

中出 みち代

石川県看護協会 青空ハウス実践リーダー

日時：2021年10月3日(日) 13:00~16:00

会場：金沢大学附属病院 宝ホール

参加者：医療機関の看護師8名、支援者7名

内容：1. 軽症者療養施設(通称 青空ハウス)の実態報告
2. 対面しない看護の体験『ロールプレイ』
3. ディスカッション(看護の探求)

看護は観察から始まる。過去の看護経験を通して、「観察ができない」「情報がほとんどない」という状況下で看護過程を展開したという経験は皆無であり、正に災害支援の際の看護と同様の体験をした。災害看護では、それでも観察は可能であったが、今回の未知のウイルスに対する非対面・非接触を条件として、看護師自らが感染しないということが県の軽症者の療養施設として病床の逼迫を回避する措置としての事業のミッションであった。遠隔看護と称しての模索が始まった。いくつもの感染拡大期を経た第5波が収束の兆しを見せた2021年10月3日、宝ホールを会場に遠隔看護を再現すべく、看護師役の参加者がアイマスクをして、ロールプレイを実施した。観察が遮断された声のみでのコミュニケーションを体験した。看護師役1名、患者役1名、観察者2名で4グループを編成し、1セッション15分を目途とし4ラウンド実施した。様々な関係性の体験をめざして、看護師役・観察者はその都度シャッフルして、新たな関係性の構築をめざし、可能な限り青空ハウスでの遠隔看護の臨場感を創出することとした。青空ハウスでの遠隔看護を経験した4名の看護師

が患者役、ファシリテーター、タイムキーパーを兼ねてロールプレイを実施した。実際の現場で体験した事象を事例として、患者役が4つのグループを移動して、様々な場面で、様々な出会いを意図的に作り出すようにした。グループごとに観察者も変え、できるだけ多面的で多様な意見を看護師役にフィードバックできるように工夫した。振り返りを効果的にするために、看護師役・観察者共にプロセスレコードを用いた。

事例は、以下のとおりであった。

1. 昼夜逆転している20代の患者からの深夜の電話
2. 発症日の違いを訴える患者
3. 生活を整えないで、薬を希望する患者
4. 規則正しい生活ができず、元々朝食は摂らないという患者
5. 抗体カクテル療法をしたが、今後のワクチン接種はどうすればよいかと質問する患者
6. 家族全員がコロナに罹患したと不安を訴える患者
7. 咳が出るので、鎮咳剤を希望する患者
8. 入所直後で、不安を訴える患者
9. 眠剤を飲まないとい眠れないと訴える患者

連絡先：中出 みち代

公益社団法人 石川県看護協会

〒920-0931 石川県金沢市兼六元町3-69

刻々と変化する新しい情報を看護師として把握することの必要性や薬物療法に頼りがちな患者への薬物の作用・副作用の説明、コロナに対する不安への対応など、専門職としての機能の発揮が求められる事例であった。

各セッションの短い振り返りの内容の概略は以下のとおりである。

1. 体調管理、まず聞くことの大切さ。
2. 気がかりをきちんと伝える。
3. 電話の第一印象、重要。
4. 少ない情報での看護判断の難しさ。
5. 単に励ますのではない。

4つのセッションを終えて、「日頃の看護と遠隔看護の共通点と相異」という視点で全体でのディスカッションを実施した。その内容の概略は、以下のとおりである。

1. まず聴く。押し付けでなく、提案という姿勢。
2. 患者参加型の看護の必要性。
3. 遠隔ならではの、寄り添うスキル。声のトーンやスピード。敏感な察知力。
4. 寄り添うだけでなく根拠に基づいた患者教育の大切さ—うがいの徹底や換気、食の大切さ、水の大切さ、運動の必要性など—
5. 実行可能な伝え方。

第5波までの経験を通し、変異を繰り返したウイルスの性質も少しずつ明らかとなり、ワクチン接種が浸透したこと、診療のガイドラインが刻々と改訂され抗ウイルス薬が保険適応となったことなど、コロナウイルス感染症を取り巻く環境も大きく変化を遂げてきた。無意味な恐怖心や過剰な

感染対策などが是正され、療養者の退所基準なども変更され、如何に基本的な看護が重要であるかという事が再確認できてきたころであった。

清潔・食事・環境調整・運動など生活過程を整えるという看護独自の機能が、コロナウイルス感染症をも凌駕するという実感が、生活指導に自信をもたらしてくれ、より具体的な伝え方の工夫が重要となっていった。伝えたのに、効果が出ず、できていないのは伝え方が悪いという事に他ならない。如何に、納得して行動化できるかが、観察による評価ができない、対面して指導の効果を評価するという事も出来ないという状況下においては、より重要であった。「うがいをしてください。」「運動をしてください。」「水分を摂ってください。」「深呼吸をしてください。」「腹臥位になってください。」このように伝えられた患者で正しく効果的にできている患者は稀であった。発達段階に応じて、理解度に応じて、如何に具体的で実施可能な伝え方であるかが、看護足りえるかの大切な点である。コミュニケーションしかない遠隔看護にとって重大なことであった。まして、多くの外国人への対応も経験した。IT機器を駆使して、同時通訳システムを駆使して伝えても、殆ど伝えられていなかったことが現実であった。イラストの葉を届けるなどの工夫も展開されていた。

未知の世界へ無知で突入した看護であったが、生活過程を整える看護独自の機能は、このコロナ禍において、その威力を発揮できたと実感できるようになった。



実践報告

わが病院看護自慢

根拠のある個別ケアを目指して －体動センサー活用による生活の可視化から－

大西 真奈美

医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院

日時：2022年9月24日(土) 13:00～14:00

開催方法：WEBによるオンライン開催(芳珠記念病院より配信)

参加者：外部施設からの参加者13名

内容：1. 芳珠記念病院の紹介
2. 体動センサー導入の経緯
3. 体動センサー「眠りスキャン[®]」について(株式会社パラマウントベッド担当者)
4. 自施設における活用事例の紹介

1. 開催状況

2022年9月24日(土)に、わが病院看護自慢「根拠ある個別ケアをめざして－体動センサー活用による生活の可視化から－」を開催いたしました。芳珠記念病院での体動センサーの医療現場における活用の実際について報告させていただきました。コロナ禍という事もあり、オンラインでの開催となりましたが、外部施設から13名の方にご参加いただきました。

2. 体動センサー導入の経緯

芳珠記念病院(以下当院)は一般病棟(3病棟)、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、障害者病棟、介護医療院を有しています。今回、体動センサー(以下眠りスキャン[®])を導入した経緯は、2019年に介護療養病棟が介護医療院に転換したことがきっかけでした。介護医療院は医療的ケアを行える場と在宅として生活の場を兼ね備える新しい環境として整備する必要性がありました。それまでは、行動の予測が困難なケースは、

ホールで見守りをする(近位見守り)ことがありました。しかしながら生活の場としては不適切であることから、遠位見守りができる環境を考える必要がありました。介護報酬改定では介護現場にICTを活用し業務負担の大幅な軽減と業務の効率化を図ろうという動きが加速していたこともあり、60床に導入することになりました。導入後の評価として、ホールで見守りをしていた利用者は夜間でも自室に戻り、遠位見守りができるようになりました。また、呼吸数の変化から発熱への対応につながる事例や、鎮痛剤の使用効果を評価でき、安楽な環境の提供につながった事例を経験しました。導入当初から介護医療院で成果を実証できれば一般病棟にも展開したいと考えての取り組みでしたので、感染病床での使用も含め、活用事例を増やし評価しました。(2022年11月一般病床導入済)

3. 眠りスキャン[®]について

眠りスキャン[®]には以下の機能があります。①睡眠、覚醒、離床、起き上がりといった利用者の

連絡先：大西 真奈美

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院

〒923-1226 石川県能美市緑が丘11丁目71番地

今の状態がPC画面上で可視化できる「リアルタイムモニター」、②睡眠日誌によって夜間の睡眠習慣を確認できる、③心拍/呼吸数の推移を可視化することで体調の変化を気づきやすくなる、の3点です。行動を予測することで転倒転落防止につなげる、睡眠日誌をカンファレンスで活用し、眠剤投与のタイミングや内容変更につなげることも期待されます。

4. 活用事例の紹介

2つの病棟と1つのワーキンググループから事例提供しました。

事例1 92歳 女性 膝蓋骨骨折

リハビリ段階でもありましたので1日の行動を把握する目的で睡眠日誌を活用しました。日中の行動も含めレポートを見ながらのカンファレンスによって眠剤投与時間を話し合ったり、薬剤内容を薬剤師と検討しました。生活リズムが可視化でき、情報共有が効果的でした。

事例2 84歳 女性 大腸がん術後

疼痛コントロールができていないかの判断を睡眠日誌で振り返った事例です。上手く看護介入ができなかったのではないかと反省も含め振り返りを行い、今後のケアにつなげようとしていました。

事例3 90歳 女性 褥瘡状態悪化

褥瘡ケアチームが報告した事例は、除圧の体位が安楽であるかを検証出来た事例でした。訴えが十分できない利用者も多く、苦痛の程度が評価できない方の場合、介入が遅れることも懸念されます。睡眠日誌や呼吸・心拍日誌の活用で、客観的にタイムリーにアセスメントし、効果的な看護介

入につなげていました。

5. 開催後アンケート結果

8名の方からご回答を頂きました。自由記載の内容を一部記入します。

「睡眠や覚醒が可視化され、ケアにいかされている」「体動センサーのことを離床キャッチも含む内容かと思っていた。他の使い方としては、コロナ陽性者の入院患者には、睡眠センサーが有効だと感じた」

「一つのツールで、それぞれの部署やチームでの活用の実際がわかりやすく、看護につなげられていることがよく分かりました。療養者のフィジカルアセスメントや生活リズムなど、とても把握しやすいツールであると思った」と感想を頂きました。また、「実際に見ることが出来るとさらに良かった」との意見も頂き、動画等での発表もあると効果的だったと感じました。

【まとめ】

途中、音声・画像トラブルも発生しましたが、参加の方々には最後までご視聴頂きました。施設内でも事例を振り返る事、まとめることで多くの意見を共有でき、準備というプロセスが有意義であったと感じます。生産年齢人口の減少で働き手の確保がますます困難になることは予測されます。そのような中でも、利用者の生活を可視化し、状態を読み取ろう、何かできることはないかと考えているスタッフを頼もしく感じています。AIやICTの活用により、「働きやすさ」だけでなく「働きがい」や「達成感」にもつながることを目標にしていきたいと考えています。

看護実践学会専任査読者一覧

(2023年9月現在)

赤坂政樹	鏡真美	紺家千津子	辻清美	松井希代子
浅田優也	片山美穂	坂本和美	津田朗子	松井優子
荒井謙一	加藤あゆみ	正源寺美穂	土本千春	松本智里
有田広美	加藤真由美	須釜淳子	登谷美知子	松本勝
石川倫子	金谷雅代	臺美佐子	中島由加里	丸谷晃子
上田映美	川島和代	高田貴子	長田恭子	宮永葵子
上埜千春	川島由賀子	高橋朗大	中西容子	向井加奈恵
内村恵里子	川村みどり	高松朝男	長山豊	向出美穂
浦井珠恵	北川奈美江	多崎恵子	橋本智江	村角直子
大江真吾	北川麻衣	田中浩二	平松知子	村山陵子
大江真人	北山未央	谷口好美	藤川直美	横野知江
大桑麻由美	木下幸子	玉井奈緒	堀口智美	米田昌代
表志津子	木森佳子	塚崎恵子	前田咲子	(50音順)

編集委員会

委員長：大桑麻由美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

委員：表志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
木森佳子（公立小松大学保健医療学部）
長田恭子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
平松知子（金沢医科大学看護学部）
堀口智美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
村角直子（金沢医科大学看護学部）

事務局：浅田優也（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
正源寺美穂（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

(50音順)

看護実践学会誌

第35巻 第2号

発行 令和5年9月30日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80
国立大学法人金沢大学医薬保健研究域保健学系

看護実践学会
TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社
TEL (076) 263-2468(代)