

認知症の症状および介護に関する知識と 認知症高齢者イメージとの関連

西山沙百合*¹ 荒井佐和子*² 瀧川真也*²

要 約

本研究の目的は、従来一括りに扱われてきた認知症に関する知識を、認知症の症状についての知識と認知症の介護方法についての知識に分けて測定し、各知識量と認知症高齢者イメージとの関連を明らかにするものであった。大学生119名を対象に調査を行った。その結果、認知症の症状に関する知識と認知症の介護方法についての知識は独立したものであることが示された。また、認知症高齢者イメージにおいて、認知症の症状に関する知識量が少ない群より高い群の方が「嫌い」と評価していた。また、認知症の症状に関する知識量が高い群の中で、認知症の介護方法に関する知識量も高い群は低い群に比べて認知症高齢者を「にぎやか」とポジティブに評価していた。これらの結果は、認知症の症状に関する知識を教育する際に介護方法に関する知識も同時に教授することが認知症高齢者に対する肯定的な態度形成のために重要であることを示唆している。

1. 緒言

日本の高齢化率は上昇を続けており、65才以上の高齢者人口は2016年時点で27.33%に達した¹⁾。それに伴い認知症高齢者の数も増加し、2012年時点で約462万人が認知症と推定され、今後もさらに増える見込みである²⁾。従来、日本における認知症の人の介護環境は、入院医療・施設介護が中心であったが³⁾、このような認知症の人の増加に伴い、2012年には「認知症になっても出来る限り住み慣れた地域で暮らし続ける」、つまり在宅中心にシフトすることを目標とした国の施策（オレンジプラン）が打ち出された⁴⁾。さらに2016年には、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進や認知症の人にやさしい地域づくりの促進などが盛り込まれた新オレンジプランが国家戦略として策定された⁵⁾。このように今や認知症は認知症の人やその家族、医療介護専門職だけの問題ではなく、地域住民も正しい知識と理解を持ち、認知症の人やその家族を支える支え手として機能することが期待されている。

認知症に関する知識は、認知症の人への肯定的な態度や感情を促進させる可能性がある⁶⁾と指摘されている⁶⁾。例えば、短期大学生を対象にした柴田⁷⁾

の調査では、「うつ病でも、痴呆に似た症状を示す事がある」「生活の中で大切なことは張り紙で表示するとよい」といった認知症についての知識を多く持っている群の方が、認知症高齢者に対して「心の広い」「感じの良い」といった肯定的なイメージを抱いていることが明らかになった。しかし、久世と奥村⁸⁾の調査では、「年をとると必ず認知症になる」「認知症は病気である」といった認知症の知識の高低で、「疑い深い」「穏やかである」といった認知症高齢者イメージは違いが認められなかった。さらに、柴田⁹⁾の調査では、介護職と短期大学生を対象に認知症の知識と認知症高齢者イメージの関連を調査し、介護職では認知症についての知識得点が高いほど認知症高齢者を「能動的な」「暖かい」と捉えている一方で、短期大学生では認知症についての知識得点の高い者の方が認知症高齢者に対して「下品な」「騒がしい」イメージを抱いていることが示された。この調査結果について、柴田⁹⁾は、そもそも介護職は短期大学生より認知症についての知識得点が高かったこと、特に知識の中でも介護に関すると思われる知識について得点の違いが大きいことを指摘しており、認知症に関する知識を検討する上で、

*1 旭川荘厚生専門学院

*2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科

(連絡先) 西山沙百合 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学 臨床心理学科 荒井研究室内

E-mail: sarai@mw.kawasaki-m.ac.jp

その知識の内容について検討する必要を示唆している。

実際に、従来の認知症の知識を問う項目には「認知症は病気である」⁸⁾というような基本的な項目で構成されている研究と、「幻覚、妄想に関しては否定して修正を図ることが効果的である」⁶⁾「生活の中で大切なことは張り紙で表示するとよい」⁹⁾といった介護の知識を問う項目が含まれる研究があり、先行研究では測定している認知症の知識が異なると考えられる。当事者を支える家族への家族心理教育の方法においては、「疾病、障害あるいは他の継続的な問題についての知識を最大限家族に伝える教育的な部分と心理援助と対処技能の増大を目的とした家族療法的な部分との二つが組み合わせられている」¹⁰⁾ように、正確な知識と対応方法は重要な柱として位置付けられている。また、認知症の人を支援する人ための教育においても「認知症の理解とケアの基本」¹¹⁾といったように、認知症の症状を含めた基本的な理解と接し方などのケアをセットにして教えている。また、身近な人が認知症になった場合どのような点が不安なのかについて地域住民を対象に調査を行った研究^{12,13)}では、「介護の仕方がわからない」「どの医者(何科)にみせればよいかわからない」「どのように対応したらよいか想像もつかない」など、認知症の介護方法に関する不安があることが分かっている。このようなことから、目に見えない障害や症状を持つ当事者を支援するにあたっては知識を疾病に対する正確な知識と具体的な対応方法の知識という2つの知識に分けて測定することが重要であると考えられる。

認知症に関する知識には、認知症の疫学的知識や認知症のリスク因子、症状、治療法などの知識、認知症の症状への対応といったケアの知識、社会資源の知識、認知症予防の知識など様々な知識がある¹⁴⁾。その中でも、疫学的知識やリスク因子、社会資源の知識に比べ、記憶障害や徘徊といった認知症により生じる症状の知識は一般に広く知れ渡っていると考え、認知症の知識項目を、症状に関する知識と、認知症の人にどのように対応すればよいかという介護についての知識に分けて測定し、各知識と認知症高齢者イメージとの関連を明らかにすることを本研究の目的とする。

2. 方法

2.1 対象者および実施方法

大学生119名(男性41名, 女性78名)を対象として集団法による質問紙調査を実施した。年齢の平均値は19.2歳(SD=2.8)であった。心理学関連科目を

受講する学生を対象に講義後の時間を利用し実施したが、認知症に関する講義の受講経験の有無による影響を避けるため、認知症に関する講義が開講されていない1, 2年生の学生に限定し実施した。

2.2 質問紙の構成と内容

2.2.1 認知症の症状および介護の知識

専門職のみならず誰もが身に付けておくべき認知症の症状および介護の知識を測定するために、認知症ライフパートナー検定試験実践問題集¹¹⁾の模擬問題を元に項目を選定した。項目の選定の手順は、症状と対応方法に関する内容が含まれる「第2章 認知症の理解とケアの基本」の問題40問を取り上げ、1) 高齢期の心理的特性に関する項目、2) 認知症の人を抱える家族特有の問題に関する項目、3) 環境を活かした働きかけに関する項目、4) 専門的介入方法(リアリティオリエンテーション)が含まれた項目、5) 認知症の人以外にも通じるケア(排泄介助、失敗への対応)に関する項目、を削除した。その結果、15項目が除外され25項目が残った。残る25項目について、認知症の症状に関する記載があり具体的な対応方法については触れていない項目を認知症の症状に関する知識(以下、症状知識)項目、認知症の症状への対応の仕方に関する項目を認知症高齢者の介護に関する知識(以下、介護知識)項目とした。さらに、内容が類似している項目と認知症について学習していない者が認知症の症状としてイメージしにくいと思われる項目(意欲の低下、食欲の減退など)を削除し、最終的に症状知識10項目、介護知識10項目を選定した。「物とられ妄想は、基本的には、しまった場所を忘れてしまったという記憶障害が原因である」といった認知症の症状知識および「認知症の人は認知機能が低下しているので、トイレやお風呂の場所にわかりやすい目印をつけるといった環境を工夫するとよい」といった介護知識に関する各設問に対し「そう思う」を1、「そう思わない」を2、憶測での回答を防ぐため「わからない」を3とした3件法にて回答を求めた。なお、介護知識を測定する項目のうち1項目に不備があったため、以下の分析では症状知識10項目、介護知識9項目を使用した。

2.2.2 認知症高齢者イメージ

認知症高齢者イメージの測定には古谷野ら¹⁵⁾のSD法の形容詞対19項目(「暗い—明るい」「好きな—嫌いな」「下品な—上品な」「不活発な—活発な」など)を用いた。各項目について、否定的な極から肯定的な極まで1点から5点で評定を求めた。3点が中立的なイメージであることを示す。

2.2.3 個人属性

学科、学年、年齢、性別についてそれぞれ回答を

求めた。

2.3 分析方法

各知識得点の関連を Pearson の相関分析を用いて、各知識量の高低とイメージとの関連を2要因分散分析を用いて検討した。分析には IBM SPSS Statistics 22.0を用いた。

2.4 倫理的配慮

調査への協力は自由意志にもとづき、回答しなくても不利益を受けることはないこと、結果は統計的に処理し個人が特定されることはないこと、質問紙およびデータの管理は厳重に行うこと、答えたくない場合は白紙のまま提出して良いことを口頭で説明するとともに質問紙にも同様の内容を記載し、研究者に質問紙が返送されたことをもって同意とみなした。なお、本研究は公益社団法人日本心理学会が定める「公益社団法人日本心理学会倫理規程(第3版)」

に沿って遂行した。ただし、規定2.1.1の「倫理委員会等の承認」に関しては、川崎医療福祉大学臨床心理学科が定める「卒業研究に関する倫理指針」に沿って、指導教員の指導と監督のもとでの実施とした。実施責任者や連絡先について調査票に記載していたが、研究終了後の情報開示の要求や問い合わせはなかった。

3. 結果

3.1 症状知識および介護知識の記述統計

症状知識の合計得点の平均値は5.14 (SD=2.14)であり、介護知識の合計得点の平均値は5.08 (SD=1.73)であった。各項目の正答率・誤答率を表1、表2に示した。

3.2 症状知識と介護知識との関連

症状知識と介護知識得点との関連を Pearson の

表1 認知症の症状に関する知識の回答分布

	そう思う		そう思わない		わからない	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
認知症により記憶力の低下などが起こっても本人が本当に大切にしているものであれば、どこにしまったとしても、後から場所を思い出せないということはない。	45	(37.8)	59	(49.6)	15	(12.6)
認知症の人の歩んできた人生や経験、体験の思いを感じることからその人の理解を始めようとしても、本人自身がそれを忘れてしまっているので実際は難しい。	36	(30.3)	55	(46.2)	28	(23.5)
認知症の人の話には、記憶障害の症状が出ていたとしても、現実にはあり得ない話が出てくることはない。	14	(26.1)	77	(57.1)	20	(16.8)
認知症の記憶障害では、家族の存在や思い出がもっている意味というものまでも完全に失われてしまう。	31	(26.1)	68	(57.1)	20	(16.8)
周辺症状は、記憶障害などの中核症状を背景としておこるもので、認知症の人に特有の症状であるとまではいえない。	31	(26.1)	16	(13.4)	72	(60.5)
一人ひとりの個性に配慮した個別ケアを行っても、周辺症状には効果が望めない。	9	(7.6)	66	(55.5)	44	(37.0)
物とられ妄想は、基本的には、しまった場所を忘れてしまったという記憶障害が原因である。	65	(54.6)	14	(11.8)	40	(33.6)
認知症の人は、自分の体調について理解できずに、体調の悪さが怒りや攻撃的な言動へと無意識的に“すり替わっていく”ことが十分に考えられる。	83	(69.7)	5	(4.2)	31	(26.1)
徘徊行動では交通ルールを守らず「ふらふら」した様子が見られるので、徘徊していることが周囲にも容易に気づいてもらえる。	19	(16.0)	66	(55.5)	34	(28.6)
認知症の行動特徴の一つに、きちんと挨拶ができるなど、表面的態度や行動に明らかな異常がないように見えることがあり、周囲が混乱することがある。	60	(50.4)	17	(14.3)	42	(35.3)
10項目の合計得点の平均値(0から10点)			5.14(±2.14)			

太字：正答

相関分析を用いて検討した。その結果、相関係数は.01($p=.93$)であり、症状知識と介護知識との関連は認められなかった。

3.3 症状知識および介護知識と認知症高齢者イメージとの関連

知識量と認知症高齢者イメージとの関連をみるため、症状知識得点の平均値より高い得点と低い得点を示した対象者を、それぞれ高群、低群に分類した。同様に、介護知識得点の平均値を元に介護知識高群・低群を設定した。次に、症状知識の高低と介護知識高低を独立変数、形容詞対への評価を従属変数とする2要因の分散分析を行った。その結果を表3に示した。

「嫌いな—好きな」の形容詞対において、症状知識の主効果は有意であり ($F(1,115)=3.97$, $p<.05$)、症状知識高群は症状知識低群より「嫌い」と評価していた。介護知識の主効果は有意ではなく ($F(1,115)=1.74$, n.s.), 交互作用も認められなかつ

た ($F(1,115)=0.35$, n.s.)。

「下品な—上品な」の形容詞対において、症状知識の主効果は有意であり ($F(1,115)=5.21$, $p<.05$)、症状知識低群より症状知識高群が「上品」と評価していた。介護知識の主効果は有意ではなく ($F(1,115)=0.33$, n.s.), 介護知識量とイメージとの関連はみとめられなかった。なお、交互作用は認められなかった ($F(1,115)=2.29$, n.s.)。

「さびしい—にぎやか」の形容詞対においては、症状知識及び介護知識の主効果は認められなかったが、交互作用が有意であった ($F(1,115)=8.09$, $p<.01$)。そのため単純主効果の検定を行った。その結果、症状知識高群において介護知識の単純主効果が有意であり ($F(1,115)=7.14$, $p<.05$)、症状知識高群において介護知識得点が高い者は低い者に比べ相対的により「にぎやか」と評価していた。また、介護知識高群において症状知識の単純主効果が有意であり ($F(1,115)=6.89$, $p<.05$)、介護知識高群に

表2 認知症の介護に関する知識の回答分布

	n=119		
	そう思う n (%)	そう思わない n (%)	わからない n (%)
意欲や活動性の低下への対応としては、さまざまな活動に参加したり、外出を促したりすることを工夫して働きかけるなど、意欲をたかめるような働きかけが大事である。	103 (86.6)	8 (6.7)	8 (6.7)
物とられ妄想では、一緒に探して見つかった後に、「やはりあなたが隠したのだろう」と認知症の本人から言われることがあるので、手を出さずに見守る姿勢が大切である。	35 (29.4)	50 (42.0)	34 (28.6)
認知症の人は認知機能が低下しているので、トイレやお風呂の場所にわかりやすい目印をつけるといった環境を工夫するとよい。	102 (85.7)	9 (7.6)	8 (6.7)
徘徊行動では、その行動パターンについてできるだけ詳細に記録しておけば、移動先の予測をつけるのはそれほど困難ではないため、対応はしやすい。	32 (26.9)	58 (48.7)	29 (24.4)
異食に対する対応として、認知症の人の身の回りには、口に容易に入るといふものは置かないようにする。	100 (84.0)	5 (4.2)	14 (11.8)
排泄を失敗する原因の一つに、トイレの場所がわからなくなるということがあるが、これは介護施設で主に起こることで、長年住み慣れた家であれば生じることはない。	12 (10.1)	89 (74.8)	18 (15.1)
認知症の人が自分の排泄物を手にしてしまう行動をとるときには、トイレの目立つ場所に簡単な指示や説明を書きだしておくことも対応の一つである。	81 (68.1)	15 (12.6)	23 (19.3)
認知症の人が、今その人がもっている記憶力を最大限に活用するためには、物事を関連付けて覚えてもらうことが有効である。	67 (56.3)	11 (9.2)	41 (34.5)
集中力や注意力が低下している認知症の人は転倒などの事故に遭遇する危険性が高くなるので、できるだけ歩き回ったりすることは避けるようにする必要がある。	45 (37.8)	50 (42.0)	24 (20.2)
9項目の合計得点の平均値(0から9点)	5.08(±1.73)		

太字：正答

表3 認知症高齢者イメージ評定値（標準偏差）と分散分析の結果

形容詞対	症 ¹ 高・ 介 ² 高群 (n=29)	症低・ 介高群 (n=37)	症高・ 介低群 (n=22)	症低・ 介低群 (n=31)	F値		
					主効果		交互作用
					症状知識差	介護知識差	
受動的な—能動的な	2.82 (1.18)	2.59 (1.13)	2.86 (1.13)	2.89 (1.04)	0.23	0.67	0.37
暗い—明るい	2.91 (1.19)	2.75 (1.02)	2.76 (0.91)	2.92 (0.93)	0.00	0.00	0.72
頑固な—柔軟な	1.95 (0.95)	1.75 (1.08)	2.07 (1.19)	1.97 (0.94)	0.60	0.75	0.08
嫌いな—好きな	2.45 (0.74)	2.84 (0.85)	2.34 (0.81)	2.56 (0.81)	3.97*	1.74	0.35
消極的—積極的	2.95 (1.05)	2.53 (1.30)	3.03 (1.12)	3.11 (0.82)	0.75	2.70	1.55
劣った—優れた	2.23 (0.69)	2.06 (0.76)	2.06 (0.76)	2.28 (0.82)	0.08	0.01	2.03
遅い—速い	1.91 (0.31)	1.97 (0.78)	2.21 (0.94)	2.25 (1.00)	0.10	3.22	0.00
枯れた—みずみずしい	2.27 (0.77)	2.09 (0.93)	2.24 (0.87)	2.42 (0.81)	0.00	0.85	1.25
きびしい—やさしい	2.82 (1.05)	2.41 (1.10)	2.66 (0.86)	2.52 (0.77)	2.30	0.01	0.64
下品な—上品な	2.91 (0.75)	2.81 (0.69)	3.17 (0.71)	2.69 (0.58)	5.21*	0.33	2.29
弱い—強い	2.38 (1.06)	2.34 (0.94)	2.59 (1.06)	2.64 (1.10)	0.02	1.27	0.18
無愛想な—愛想のよい	2.73 (0.99)	2.59 (1.16)	2.55 (1.05)	2.89 (0.82)	0.29	0.10	1.57
地味な—派手な	3.00 (0.69)	2.91 (0.82)	2.59 (0.73)	2.83 (0.61)	0.33	3.34	1.63
冷たい—暖かい	2.77 (0.97)	3.03 (1.15)	2.76 (0.91)	2.78 (0.88)	0.45	0.47	0.13
鈍感な—敏感な	2.73 (1.16)	2.84 (1.39)	2.59 (1.12)	2.56 (1.13)	0.04	0.91	0.11
落ち着きのない —落ち着きのある	1.82 (0.73)	2.09 (1.12)	1.93 (0.84)	2.31 (0.92)	3.52	0.88	0.08
騒がしい—静かな	2.18 (0.80)	2.84 (1.25)	2.41 (1.09)	2.44 (0.88)	3.27	0.19	2.71
さびしい—にぎやか	3.14 (1.12)	2.38 (1.04)	2.34 (1.11)	2.69 (0.95)	1.11	1.46	8.09**
不活発な—活発な	3.50 (0.86)	3.41 (1.08)	2.86 (1.06)	3.28 (0.82)	0.74	4.19*	1.85

*p<.05, **p<.01

¹認知症症状知識得点

²認知症介護知識得点

において症状知識得点が高い者は低い者に比べ相対的に「にぎやか」と評価していた。

「不活発な—活発な」の形容詞については、症状知識の主効果は認められなかったが ($F(1,115)=0.74$, n.s.), 介護知識の主効果が有意であり ($F(1,115)=4.19$, $p<.05$), 介護知識高群は介護知識低群より「活発」と評価していた。なお、交互作用は認められなかった。

その他の形容詞対については、いずれも有意な主効果、交互作用ともに認められなかった。

4. 考察

本研究では、認知症についての知識量を、症状についての知識と介護についての知識に分けて測定し、各知識量と認知症高齢者イメージとの関連を明らかにすることを目的とした。

4.1 認知症及び認知症介護についての知識

対象者の認知症の症状知識得点の平均点は5.14点、介護知識得点の平均点は5.08点であり、両者の相関関係は認められなかった。このことから、両知識は独立したものであるため、それぞれを分けて分析する必要があると考えられる。

症状知識項目の正答率はおおむね40~60%台とばらつきは大きくなかった。つまり、症状知識項目は認知症の主要な症状の内容を問う項目で構成されており難易度に違いが生じなかったと考えられる。ただし1問のみ「周辺症状」という専門用語の意味を問う項目では正答率は13.4%と低く6割が「分からない」と回答していたが、これは本調査の対象者は認知症に関する専門的な講義を受けたことの無い学年・対象者に向けて実施したためであると考えられる。一方で、主要な症状の知識に関しては、近年ではテレビ番組などで取り上げられることも多く、実際、金と黒田¹⁶⁾の調査では大学生の9割以上は認知症に関する知識をテレビから得ており、さらに認知症に関する情報に接する頻度について、月に数回と回答する者が4割以上いた。このような結果から症状知識はマスメディアが行っている認知症関連の情報の影響が大きいと考えられる。

介護知識項目の正答率は、4.2%~86.6%、「分からない」の選択率も6.7~34.5%とばらつきがみられた。正答率が8割以上の項目をみると「意欲や活動性の低下への対応としては、さまざまな活動に参加したり、外出を促したりすることを工夫して働きかけるなど、意欲をたかめるような働きかけが大事である」といった、認知症高齢者に限らない高齢者介護全般に関する項目も含まれていた。このように高齢者との接触経験などを通して得られる日常知に基づ

く回答を行えば正答する項目で特に正答率が高くなったと考えられる。なお、正答率が著しく低かった(4.2%)項目が1つだけあった。それは「異食に対する対応として、認知症の人の身の回りには、口に容易に入るようなものは置かないようにする」と、日常知のみでは正答できず、異食の症状が出現すると大きなものでも飲み込んだり、分解して口に入れることもあるという症状知識を踏まえた介護方法を考えることが必要な項目であるため正答率が低下したと推測される。本研究では認知症高齢者あるいは高齢者との接触経験について調査していないため、推測の域を出ないが、介護知識は高齢者および認知症高齢者との接触経験などを通して得られる日常知の影響を受ける場合も多いのではないかと考えられる。

以上のことから、症状知識と介護知識はその土台となる情報源や経験が異なっているため性質を異にしており、分けて測定する必要があると考えられる。

4.2 認知症の知識と認知症高齢者イメージとの関連

認知症に関する知識量と認知症高齢者のイメージとの関連を2要因分散分析を用いて検討した結果、「嫌いな—好きな」で症状知識の主効果が認められた。症状知識が高い群は症状知識が低い群に比べて認知症高齢者に対して否定的なイメージを持っていた。症状知識に関しては、症状知識低群が認知症の否定的なイメージに関連するであろう周辺症状についての知識も低い一方、症状知識高群は弄便等の認知症の否定的なイメージにつながりやすい知識もあるため、認知症高齢者に対して「嫌い」という評価につながったのではないかと考えられる。

また、「下品な—上品な」「不活発な—活発な」の形容詞対において症状知識の主効果が認められ、症状知識が高い群の方が、症状知識が低い群に比べて肯定的なイメージを示していた。柴田⁹⁾は、短期大学生において認知症についての知識得点が高い方が、認知症高齢者に対して、「下品な」「騒がしい」といった否定的なイメージを抱いていると報告しており、今回の結果と矛盾している。柴田⁹⁾で使用された認知症についての知識項目には症状の知識と介護の知識が含まれており、知識得点の高い群の中には、認知症に興味を持ち学習している者や家族に認知症高齢者が存在する者など、さまざまな対象者が含まれており、評価の理由も多様であることが推測される。一方、今回使用した症状の知識項目は認知症についてより専門的な知識を持っているかどうかを問うており、症状知識高群は認知症に関心を持ち自発的に知識を得ている者が多いと思われる。その

ため、症状知識高群は低群に比較し認知症高齢者に対する「下品な—上品な」「不活発な—活発な」という認知的評価は肯定的になったのではないかと考えられる。

また、「さびしい—にぎやか」の形容詞対においては、交互作用が認められ、症状知識得点高群において介護知識得点が高い者は低い者に比べ相対的に「にぎやか」というイメージを抱いていた。同様に、介護知識得点高群において症状知識得点が高い者は低い者に比べ相対的に「にぎやか」というイメージを抱いていることが分かった。前者の結果は、症状知識得点が高い者の中で、介護知識得点が高い者は「にぎやか」というイメージを抱いていなかったことを意味する。このことは、相対的に「さびしい」と評価していたということになり、認知症について関心があり知識があったとしても、介護知識が少なく認知症高齢者に対する肯定的な評価には結びつかないと考えられる。また、後者の結果は、介護知識得点が高い者の中で症状知識得点が高い者は相対的に「さびしい」というイメージを抱いていたことを意味する。上述のように介護知識は経験との関連が推測されことから、認知症高齢者との接触経験をもち介護に関する実際的な知識を持っていたとしても、認知症の症状に関する正確な知識を持っていない場合は認知症高齢者への評価は肯定的にならないと考えられる。

これらの結果から、認知症の症状に関する知識がある場合は、認知症高齢者との接し方等の介護の知識があると認知症高齢者への肯定的なイメージにつながるが介護に関する知識が乏しく接し方が分から

ないという場合は、必ずしもイメージは肯定的にならないと考えられる。認知症に対する症状を知っていても、症状や本人への対応の仕方が分からない人は認知症高齢者に対して苦手意識が生じることも考えられる。認知症高齢者への肯定的なイメージを形成するためには、症状を学ぶ際、それに対応する介護の知識や実習等で実際に認知症高齢者と関わる機会を共に提供することが必要であるということが本研究で示されたといえる。

今後は、認知症高齢者や高齢者との接触経験の有無と認知症介護知識についての関連を精査するとともに、講義や実習にて認知症高齢者について学び、関わることによるイメージの変化についても検討する必要がある。これらの取り組みは、単なる知識の普及にとどまらない、認知症高齢者に対する肯定的イメージの涵養および偏見の低減とそれに伴う介護の質の向上につながる認知症の知識の教授方法の開発に役立つと思われる。なお、本研究では数ある認知症に関する知識の中で症状の知識に焦点を当て、知識を「症状知識」と「介護知識」に分けて測定したが、その知識の分類方法の適切さについて、議論が尽くされていない。そのため、各知識に含まれる項目が適切かどうかの検討も不十分であり、また認知症に関する知識の全体構造（因子構造）についても検討が出来ていないという限界がある。知識の測定方法についてさらなる検討を行い、知識の測定に有用な測定項目をさらに選定するとともに、統計的手法を用いた知識の測定方法の洗練化も今後の課題である。

謝 辞

本論文は第一著者が2018年3月に川崎医療福祉大学医療福祉学部臨床心理学科に提出した卒業論文を修正し、書き改めたものです。調査へのご理解とご協力をいただきました回答者の皆様方にお礼申し上げます。

文 献

- 1) 内閣府（編）：高齢社会白書。平成29年版。
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html, 2017. (2018.3.5確認)
- 2) 厚生労働省（編）：平成28年版厚生労働白書。
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-01.pdf>, 2016. (2018.3.5確認)
- 3) 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：在宅医療・介護あんしん2012。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf, 2012. (2018.3.4確認)
- 4) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>, 2012. (2018.3.4確認)
- 5) 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）。
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaibous>

hitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf, 2015. (2018.3.4確認)

- 6) 金高閻：認知症の人に対する態度に関する研究. 大阪府立大学博士論文, 2010.
- 7) 柴田雄企：短期大学女子学生の痴呆性高齢者イメージと高齢者イメージ. 大分県立芸術文化短期大学研究紀要, 42, 59-66, 2004.
- 8) 久世淳子, 奥村由美子：学生の認知症に関する知識. 日本福祉大学情報社会科学論集, 11, 65-69, 2008.
- 9) 柴田雄企：認知症高齢者に対するイメージと認知症についての知識—短期大学女子学生と女性介護職員の比較—. 大分県立芸術文化短期大学研究紀要, 45, 21-28, 2007.
- 10) 後藤雅博：心理教育. 氏原寛, 亀口憲治, 成田善弘, 東山紘久, 山中康裕編, 心理臨床大事典, 改訂版, 培風館, 東京, 1262-1264, 2004.
- 11) 認知症ライフパートナー検定試験研究会：認知症ライフパートナー検定試験 基礎検定問題集2012. 中央法規, 東京, 2012.
- 12) 本間昭：地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学, 23(3), 340-351, 2001.
- 13) 大澤ゆかり, 松岡広子, 百瀬由美子, 藤野あゆみ, 志水大地, 今井正子, 岡本和士：地域住民の認知症に対する関心と不安およびイメージの検討. 愛知県立看護大学紀要, 13, 9-14, 2007.
- 14) 一般社団法人日本認知症ケア学会：認知症ケアの基礎. 改訂3版, ワールドプランニング 東京, 2015.
- 15) 古谷野亘, 児玉好信, 安東孝敏, 浅川達人：中高年の老人イメージ—SD法による測定—. 老年社会科学, 18(2) 147-152, 1997.
- 16) 金高閻, 黒田研二：認知症の人に対する態度に関連する要因—認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成—. 社会医学研究, 28(1), 43-55, 2011.

(平成30年6月10日受理)

Relationships between Symptom Knowledge, Knowledge of Care Methods and Images of Elderly People with Dementia

Sayuri NISHIYAMA, Sawako ARAI and Shinya TAKIGAWA

(Accepted Jun. 10, 2018)

Key words : knowledge about symptoms of dementia, knowledge about dementia care, image about dementia

Abstract

The purpose of this research was to measure knowledge of dementia as divided into knowledge of its symptoms and methods of care as well as to clarify the relationship between the levels of knowledge concerning these matters and images of elderly people with dementia. The study recruited 119 university students as participants, who completed questionnaires aimed at gleaning their knowledge and images of dementia. A correlation analysis of the results indicated that the knowledge of dementia symptoms and knowledge of dementia care methods are independent. It was found that images of elderly people with dementia were disliked by participants possessing greater knowledge of the symptoms associated with dementia than those with lesser knowledge. In addition, for participants with greater knowledge of dementia symptoms, those with greater knowledge of dementia care methods viewed elderly people with this condition as being more “lively.” These results indicate the importance of simultaneously educating learners about care strategies when teaching the symptoms of dementia in order to form more positive images of elderly people with dementia.

Correspondence to : Sayuri NISHIYAMA

Department of Clinical Psychology, Faculty of Health and Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail : sarai@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.28, No.1, 2018 231 – 239)