

多文化と介護

2025
VOL. 2

MULTICULTURE AND SOCIAL CARE

CONTENTS

巻頭言

馬込武志——1

原著論文

高齢者介護福祉施設における食事介助場面の動画を用いた注視点計測研究
伊藤美加子・後藤彰彦・藤田杏純実——2

生物学講義内容に対する留学生の関心について — 2
—アンケート調査—

傘 郁子——13

軽度行動障害（MBI）に対する非薬物的介入
—認知症の前駆症状への対応に関する文献レビュー—

野口 代——30

資料

脱構築された買い物行為によるフレイル予防

馬込武志——37

外国人介護人材の受け入れ促進
—外国人介護人材の受け入れの阻害要因に関する整理・分析—

山田克宏——44

寄稿論文

介護施設における多様性とアンコンシャスバイアス

山下聡理——58

○

多文化と介護 2025 VOL. 2

CONTENTS

巻頭言

馬込武志——1

原著論文

高齢者介護福祉施設における食事介助場面の動画を用いた注視点計測研究
伊藤美加子・後藤彰彦・藤田杏純実——2

生物学講義内容に対する留学生の関心について — 2
—アンケート調査—

傘 郁子——13

軽度行動障害（MBI）に対する非薬物的介入
—認知症の前駆症状への対応に関する文献レビュー—

野口 代——30

資料

脱構築された買い物行為によるフレイル予防

馬込武志——37

外国人介護人材の受け入れ促進
—外国人介護人材の受け入れの阻害要因に関する整理・分析—

山田克宏——44

寄稿論文

介護施設における多様性とアンコンシャスバイアス

山下聡理——58

CONTENTS

Foreword

Takeshi MAGOME——1

Original Articles

A study on gaze points measurement using video of meal assistance scene
in nursing home

Mikako ITO, Akihiko GOTO, Asumi FUJITA——2

The international students' interest in the biology lectures - 2
: The questionnaire survey

Ikuko KARAKASA——13

Non-pharmacological interventions for mild behavioral impairment (MBI)
: a literature review on managing the prodromal symptoms of dementia

Dai NOGUCHI——30

Notes

Deconstruction of shopping for prevention of frailty

Takeshi MAGOME——37

Promoting the acceptance of foreign care workers
: Analysis of obstacles to accepting foreign care workers

Katsuhiko YAMADA——44

Contribution

Diversity and unconscious bias in nursing homes

Sori YAMASHITA——58



巻頭言

刊行のご挨拶

昨年、国際介護福祉学研究センターで「多文化と介護」を発刊いたしました。アドバルーン的に発刊したものの続かず、第1巻で終わる刊行物もあるなか、なんとか第2巻を刊行することが出来ました。みなさまの有形無形の支援のおかげです。感謝申し上げます。

第2巻からは、冊子体ではなく、デジタル形式での刊行になります。経済的な問題もありますが、デジタルの方が、より多くみなさまに容易にアクセスしていただくことができ、我々の研究が実践に、研究に活かしていただけるものと思います。

近年、大学には、社会貢献の役割が大変期待されていると思います。その中で、地域の皆様や企業の皆様と協働していくこともさることながら、「研究」という王道において社会貢献をしていく必要があると思います。

介護は文系、なかでも社会系に属しています。文系だから直接、研究結果が社会に生かされなくてもいいということではなく、自分たちの研究が常に、社会にどのように貢献できるのかを念頭に置きながら研究を進め、我々の研究が社会実装され、社会貢献になるように頑張っています。

介護界はいろいろな矛盾や問題がありながらも、介護に対する人々からの期待もまた大きいものがあります。矛盾を解決し、さらに良い介護を提供していき、人々の期待に応えるためには介護界の底上げが必要であると思います。

誠に微力ながら、この「多文化と介護」がそのようなメディアの役割の一端を担うことが出来るのではないかと。その意味も込めまして、国際介護福祉学研究センター所属の教員以外の方にも広く掲載の門戸を開いております。

第1巻、第2巻共に国際介護福祉学研究センターに所属している教員ではない、外部の方からも寄稿していただいております。

次の3巻でもぜひ、外部の方からの投稿をお待ちしております。

この「多文化と介護」がわずかながらでも、現在の介護をさらに良くするきっかけになることを願ってやみません。

国際介護福祉学研究センター
馬込 武志

論文種別:原著論文

高齢者介護福祉施設における食事介助場面の動画を用いた注視点計測研究
A study on gaze points measurement using video of meal assistance scene in
nursing home

伊藤美加子¹⁾ 後藤彰彦²⁾ 藤田杏純実²⁾

¹⁾東大阪大学短期大学部介護福祉学科

²⁾大阪産業大学デザイン工学部情報システム学科

Mikako ITO¹⁾ Akihiko GOTO²⁾ Asumi FUJITA²⁾

¹⁾ Department of Social Care、 Higashiosaka Junior College

²⁾ Department of Information Systems Engineering Faculty of
Design Technology Osaka Sangyo University

抄録

高齢者介護の現場における介護技術の指導方法や内容は熟練介護福祉職による個別指導により行われることが多く、その指導は熟練介護福祉職による「経験値」や「暗黙知」による場合が多く散見される。介護技術の中でも、特に明確な支援技術の指導内容として確立していないのが、介助を行う時の「視線」についてである。熟練介護福祉職が介助中にどこに視線を送っているのか、意識しているのかなど、この部分はかなり熟達した指導者であっても、明確な意図を持った視線の動きを説明することは難しい。本研究では食事の介助動画への注視点実験で得られたデータと、各被験者の食事故体験の有無の結果から、介護の経験年数に加えて、「食事故の体験有」の被験者は共通して「鼻」と「口」への注視率が高いことがわかった。食事介助事故を予防するため、食事介助の際に見るべきポイントは顔の中心部である「鼻」や「口」を中心に見ることが一つのコツであるという結果が得られた。

Key words: 介護技術指導 食事介助 注視点計測 介護技術のコツ

I. 背景と目的

2023年9月17日総務省統計局の発表¹⁾によると、日本の総人口に占める高齢者人口の割合は29.1%と過去最高であり、75歳以上人口が初めて2000万人を超え、10人に1人が80歳以上となった。総人口に占める高齢者人口の割合推移をみると、1950年の4.9%から一貫して上昇

し続け、1985年に10%、2005年に20%超え、
受付日 2024年8月26日 / 受理日 2024年8月26日 [連絡先]
先](勤)〒577-8567 東大阪市西堤学園町3-1-1
2023年に29.1%となり過去最高を更新している。国立社会保障・人口問題研究所による推計²⁾では、今後もこの割合が上昇を続け、2040年には34.8%、2045年には36.3%と予測されて

受付日 2024年8月26日 / 受理日 2024年11月26日 [連絡先](勤)〒577-8567 東大阪市西堤学園町3-1-1

いる。また厚生労働省発表の2024年4月暫定版の介護保険事業報告の概要³⁾によると、4月末時点の第1号被保険者数は3,591万人、同月の要介護(要支援)認定者数は710.1万人となっている。また施設サービス受給者数は95.9万人で、うち「介護老人福祉施設」が57.1万人、「介護老人保健施設」が34.2万人、「介護療養型医療施設」が0.3万人、「介護医療院」が4.6万人と報告されている。これら介護福祉施設を含め、介護福祉職員の必要数について、2021年7月9日付けの『第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について』⁴⁾にて2019年度の介護福祉職員211万人を起点に2025年度には約243万人(+5.3万人/年)、2040年度には約280万人(+3.3万人/年)の増加が必要と試算されている。しかし、同発表の都道府県別の集計では⁵⁾東京都では2025年度には3万人強、大阪府では2万人以上の不足が推計されており、この数値は年度を追うごとにさらに増えていくことが予想されている。人員不足が長く続く介護福祉業界の中でも、特に高齢者介護福祉施設での就労は24時間365日の生活支援から看取りまでを実践する必要がある、心身ともに過重労働とのイメージや看護師と比べて社会的地位の不明瞭な部分から日本の若年世代の「介護や福祉」への興味関心度は決して高いとは言えない。

そのような現状でも意欲をもって介護福祉業界に就職してくる人にとって、最も苦勞するのが介護技術の習得である。排泄介助や車いすからベッドへの移動などの移乗介助などは介護福祉職員の身体の使い方や手技が必要となる。たとえ介護の専門学科を修了していても職場ごとの環境や設備、対象とする要介護者の状況など、その場に応用した「個別で専門的な技術」が細かく指導される機会が多い。

しかしどの介助技術指導においても「見る」という介護技術についてはあまり明確な指導がなされていないと考える。これまでの高齢者介

護福祉施設での筆者の経験上、食事介助中に発生する「誤嚥事故」は決して介護福祉職員が見ていないところで発生するだけではなく、介助を行っている介護福祉職員の目前でも発生することがあり、「見ていなかった」や「気がつかなかった」という言葉が発せられることに疑問を感じてきた。これは介護福祉職員の食事介助という介護技術に対する「見るべきポイント」の介護技術の低さが根底にあると考える。高齢者介護福祉施設での食事介助は決してマンツーマンで行う介助だけではなく、時には複数の方への介助や同じテーブルで食事を食べる他の方の様子もしっかり「見ておく」必要がある。

福田ら(2012)⁶⁾の報告ではアイカメラを使用した「視線」の計測を行っているが、食事介助の場面での視線停留範囲を「顔」「上半身」

「体幹」「スプーン」など分類範囲が広く、また被験者の視野に入るさまざまな情報を含めた解析が主であり、介助を受ける対象者にのみ焦点を当てた細かな視線解析の報告ではない。

本研究では多くの介護福祉現場で経験値のうえに習得される「見る介護技術」に注目し、特に食事介助の場面で要介護者の目を見て表情を確認する。咀嚼や飲み込みの確認に口元やのどを見ることを意識することが食事介助技術指導の重要指導ポイントであると考え、介護の経験値が高いまたは、食事に関する事故体験がある介護福祉職員ほど、「見るべきポイントを押さえている」と仮定し、検証することを目的とし、多くの介護福祉の実践現場で経験値や暗黙知で見過ごされがちな「見る技術」に注目した検証を行なった研究である。

II. 方法

1) 実験用動画作成

実験用動画として、大阪府内の高齢者介護福祉施設に入居される88歳の女性(2023年時)、左被殻出血後遺症で右上下肢麻痺、要介護度5の認定あり、普段の食事は全粥とミキサー食を

全介助で摂取される方を対象とした(図1)。撮影時には本人及び身元引受人に書面にて研究内容及び動画使用時の説明を行い、同意を得たうえで行った。撮影は体調に問題のない夕食時に同施設の介護福祉職員よりテーブルに横並びで食事介助を受ける様子を、直径90センチほどのテーブルをはさんだ真正面から固定したカメラを使用し行った。実験に使用した動画は約45秒間に2回、スプーンによる食事介助、咀嚼と嚥下をそれぞれ行う様子が見られた。



図1. 要介護者と食事内容

光した約30平方メートルの部屋の一角にて図3に示すように23インチディスプレイに座って対面した。分析対象は動画再生開始から終了時までとし、得られた注視点情報を動画上に重層させ、サンプリングレート60Hzで1フレーム約0.016秒ごとに視線が重層している場所を図4に示すとおり、あらかじめ設定した8種類(頬・目・口・鼻・スプーン・のど・その他・フレーム外をエラー)に分けて確認を行った。



図3. 実験の様子

2) 実験装置

被験者の注視点計測にはキャリブレーションフリー視線計測装置、EMR-ACTUS((株)ナックイメージテクノロジー、本社:東京都)を用いて取得した。

3) 実験手順

この動画を用いた注視点計測の被験者は、別の高齢者介護福祉施設に勤務する20名の介護福祉職員で全員が介護経験年数3年以上であった。まず初めに全被験者に「介護技術指導の経験の有無や食事介助に関する事故等の経験について」のアンケートを実施した。その後先ほどの約45秒間の食事介助動画を視聴してもらうが、1回目は初見の要介護者のため、情報収集を目的に座位で目線のみを動かして視聴してもらう。その後60秒間閉眼して休息をはさみ、2回目は同じ動画を自身が動画内の方の食事介助時の見守りをしているつもりで目線のみを動かすよう説明を行って計測した。計測の実験は遮

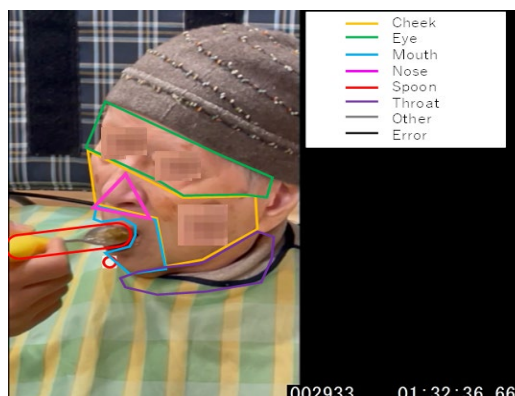


図4. 注視点情報の領域

4) 被験者情報

実験に参加した被験者20名の情報をまとめた一覧を表1に示す。今回、計測前のアンケートにより「食事介助時に事故体験有」と「食事介助時にひやり体験有」及び「事故・ひやり体験無」の3つに分けたうえで、実験当時の介護経験年数も表記した。

表1. 経験別に分けた被験者情報

		介護経験 (年)
事故体験有	事故有①	18
	事故有②	12
	事故有③	10
	事故有④	9
	事故有⑤	8
	事故有⑥	5
	事故有⑦	5
	事故有⑧	5
	事故有⑨	4
	事故有⑩	3
ひやり体験有	ひやり①	18
	ひやり②	11
	ひやり③	10
	ひやり④	9
	ひやり⑤	7
	ひやり⑥	6
	ひやり⑦	5
	ひやり⑧	4
無	無①	5
	無②	3

5) 倫理的配慮

本研究は東大阪大学短期大学部倫理審査委員会の承認を得た研究である（短 R4-07、短 R5-06）。

6) 解析方法

まず今回着目したのは、「事故体験有」のグループと「ひやり体験有」のグループの計測開始から終了までの注視点部位の結果の比較である。今回のアンケート内容から「食事介助中に誤嚥や窒息等による要介護者の事故対応を体験したもしくは目前で対応を見守った経験がある」という被験者を「事故体験有」とし、「誤嚥や窒息等の事故につながる前に気づいたため未然に防

げた経験がある」とする被験者を「ひやり体験有」としている。これらを同じ程度の介護経験年数で比較することとした。

III. 結果

動画視聴開始から終了までの各被験者の視線滞留の計測結果（視線の軌跡）の一部事例を図 5 から図 10 に示す。1 回分のカウントで示す縦線は細いが、同じ部位への滞留時間が長くなると黒い幅が広がっている。注視点箇所はいずれも上から「頬」、「目」、「口」、「鼻」、「スプーン」、「のど」、「その他」、「エラー」に分けて示している。また被験者ごとの注視点部位の占有率を「頬」を水色、「目」をオレンジ、「口」をグレー、「鼻」を黄色、「スプーン」を青、「のど」を緑、「その他」を赤、「エラー」を黒色で分けたものを図 11 と図 12 に示す。

それぞれ経験年数の近い「事故体験有」と「ひやり体験有」の被験者を上下の図で比較すると、ほぼ同じ経験年数 18 年の図 5 事故体験有①と図 6 ひやり体験有①では動画途中の食事介助が繰り返されている中盤あたりに図 5 では「口」や「鼻」への注視が目立ち、図 6 のひやり体験有①では「その他」への注視が目立つ。両者の「頬」への注視が図 11、図 12 の占有率から見ると事故体験有①が 18.3% でひやり体験有①が 1.5% の結果で、双方に 16.8% の差があり、「鼻」への注視率は事故体験有①が 26.1% でひやり体験有①が 6.2% の結果で 19.9% の差が見られた。次に経験年数 10 年同士の図 7 事故体験有③と図 8 のひやり体験有③では、開始直後、事故体験有③はすぐに顔の中心である「口」と「鼻」に集中しているが、ひやり体験有③は「その他」部分への注視が続き、状況把握に時間を要していると思われる。両被験者の「目」への注視率が図 11、図 12 の占有率から見ると、事故体験有③が 3.0% に対し、ひやり体験有③は 8.7% と 5.7% の差があり、「口」への注視率は事故体験有③が 17.6% に対し、ひや

り体験有③は6.5%で11.1%の差があった。経験年数が共に4年の図9 事故体験有⑨と図10 ひやり体験有⑧を比較してみると、事故体験有⑨は動画開始から終了まで安定して「口」と「鼻」へ注視が集中しており、ひやり体験有⑧は「のど」への注視が多く見られた。ただ今回の動画内では「のど」部分が介助用エプロンで覆われた部位と重なるため、どのような意識で「のど」を見ていたかなどは、被験者へのフィードバックが行えていないため、その意図は把握しきれていない。両被験者の注視率を図11、図12の占有率から見ると、「鼻」への結果が事故体験有⑨が29.1%に対しひやり体験有⑧は3.5%で25.6%の差が見られ、「のど」への注視率は事故体験有⑨が4.1%に対し、ひやり⑧は38.1%とその差は34%であった。

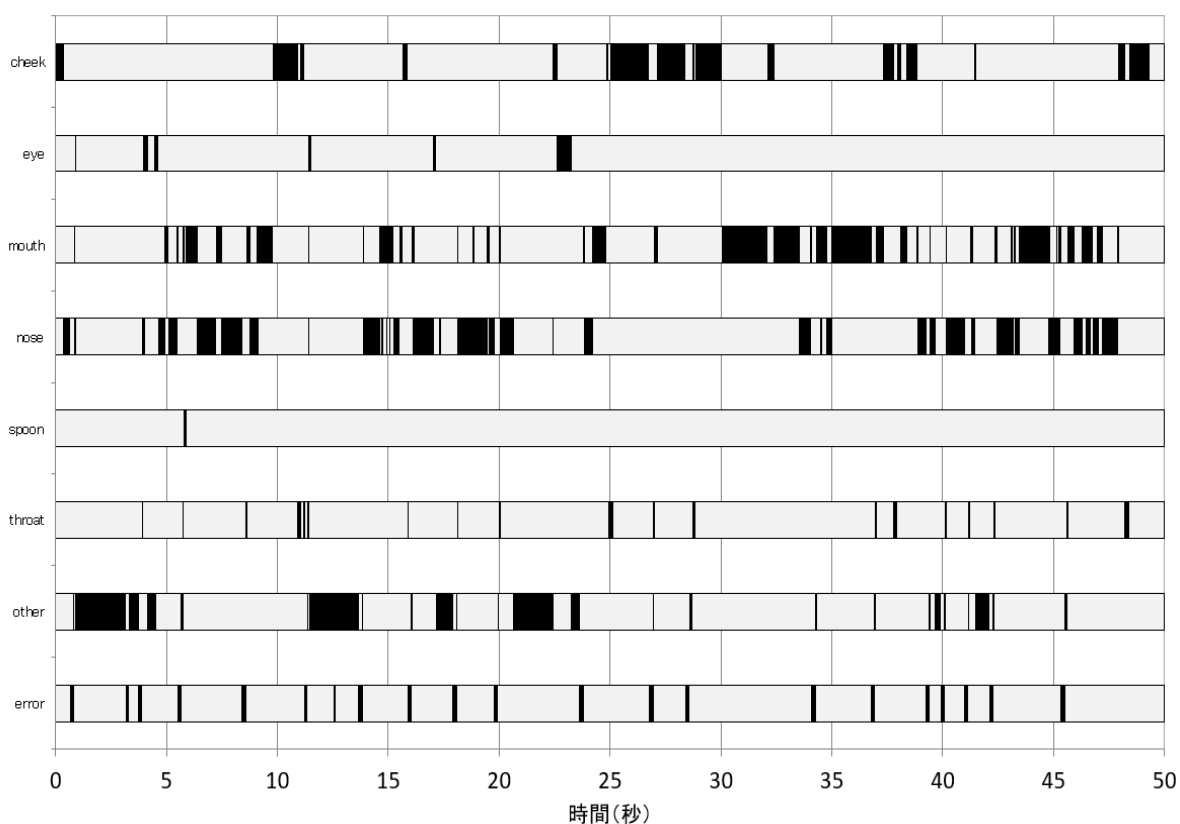


図5. 事故体験有①の結果

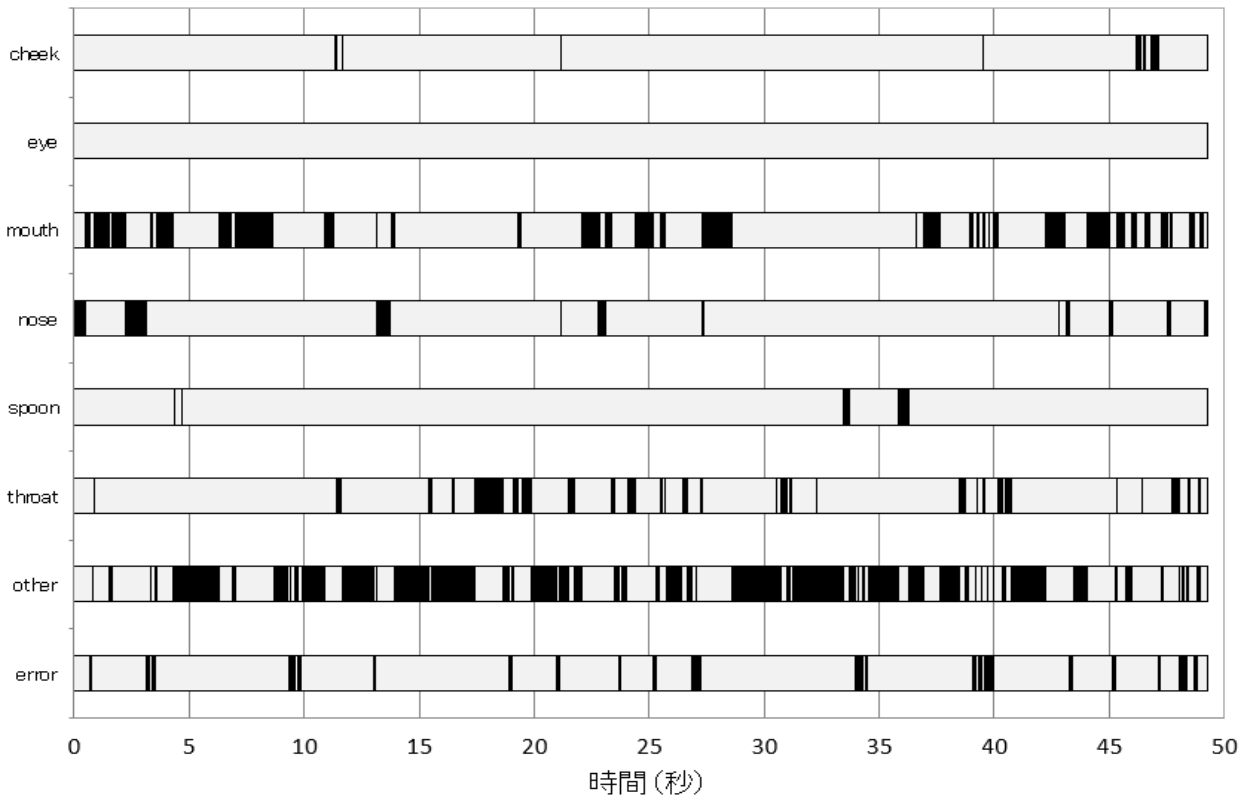


図 6. ひやり体験有①の結果

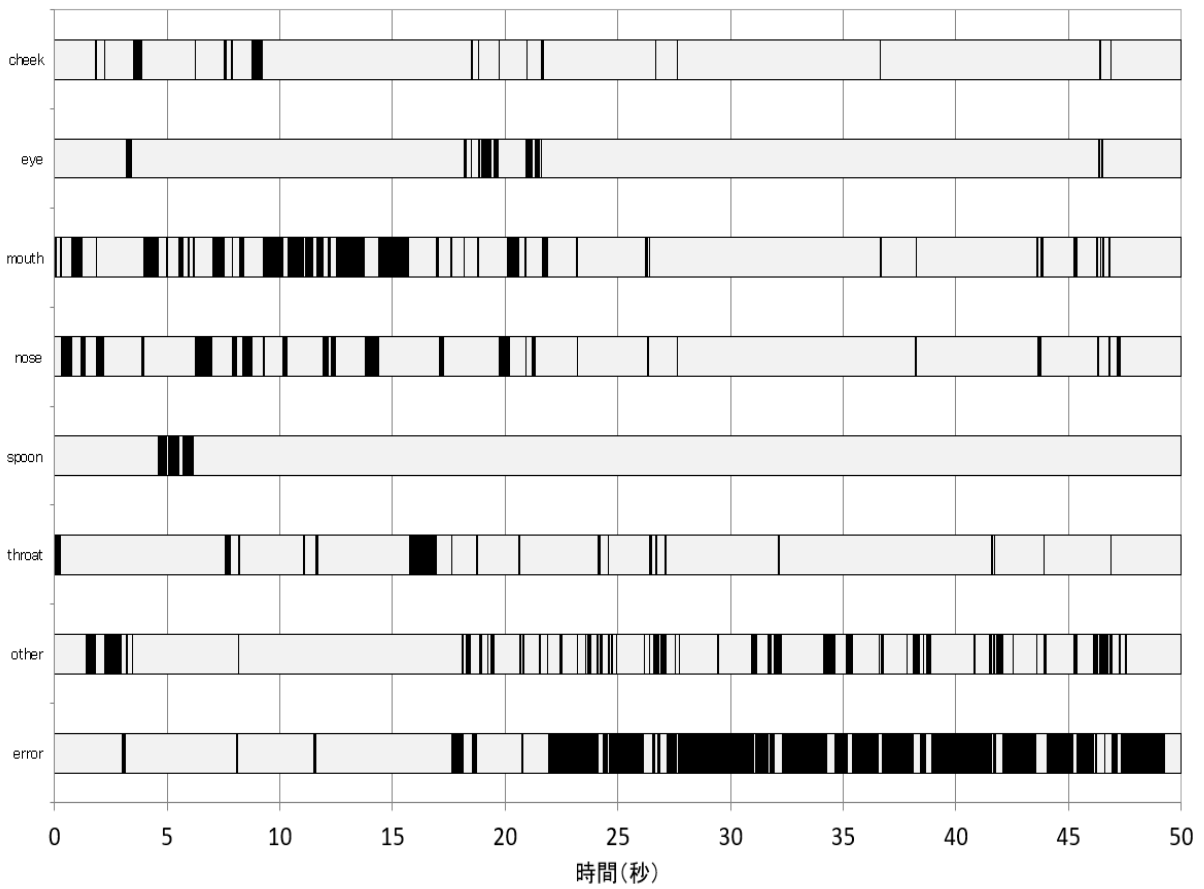


図 7. 事故体験有③の結果

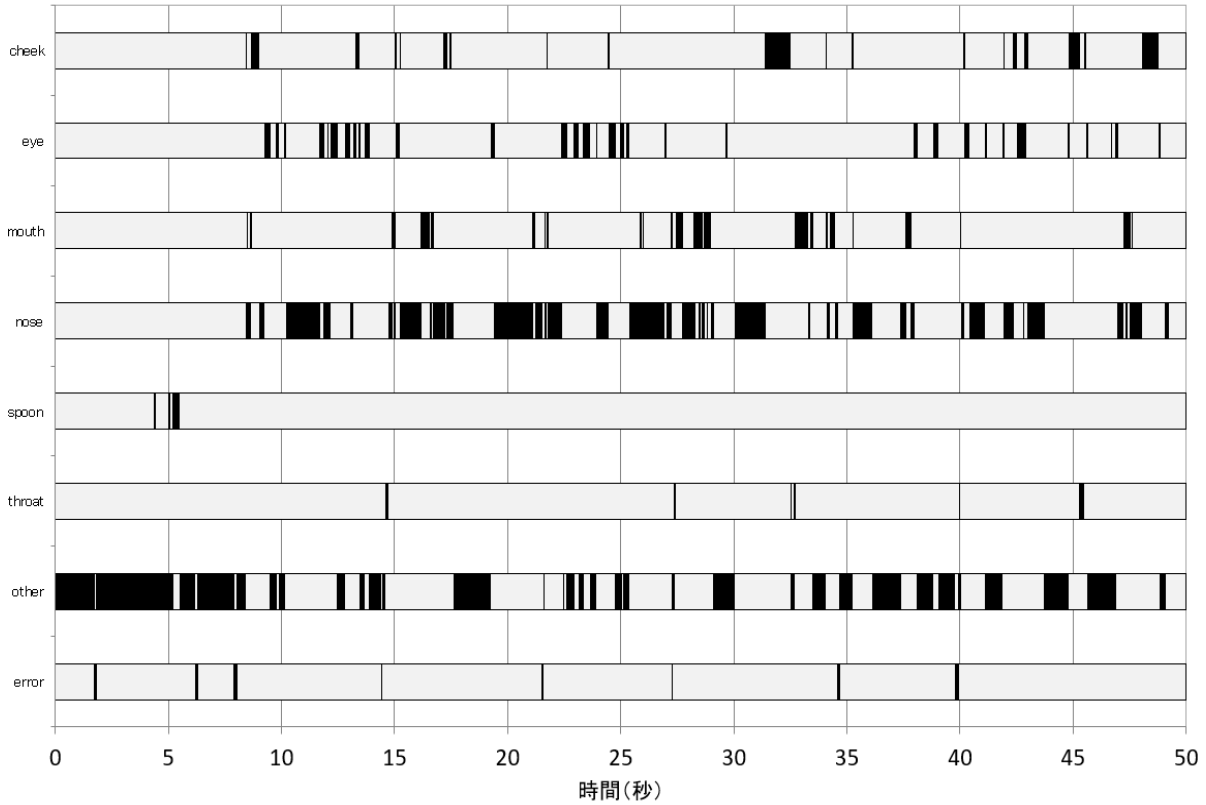


図8. ひやり体験有③の結果

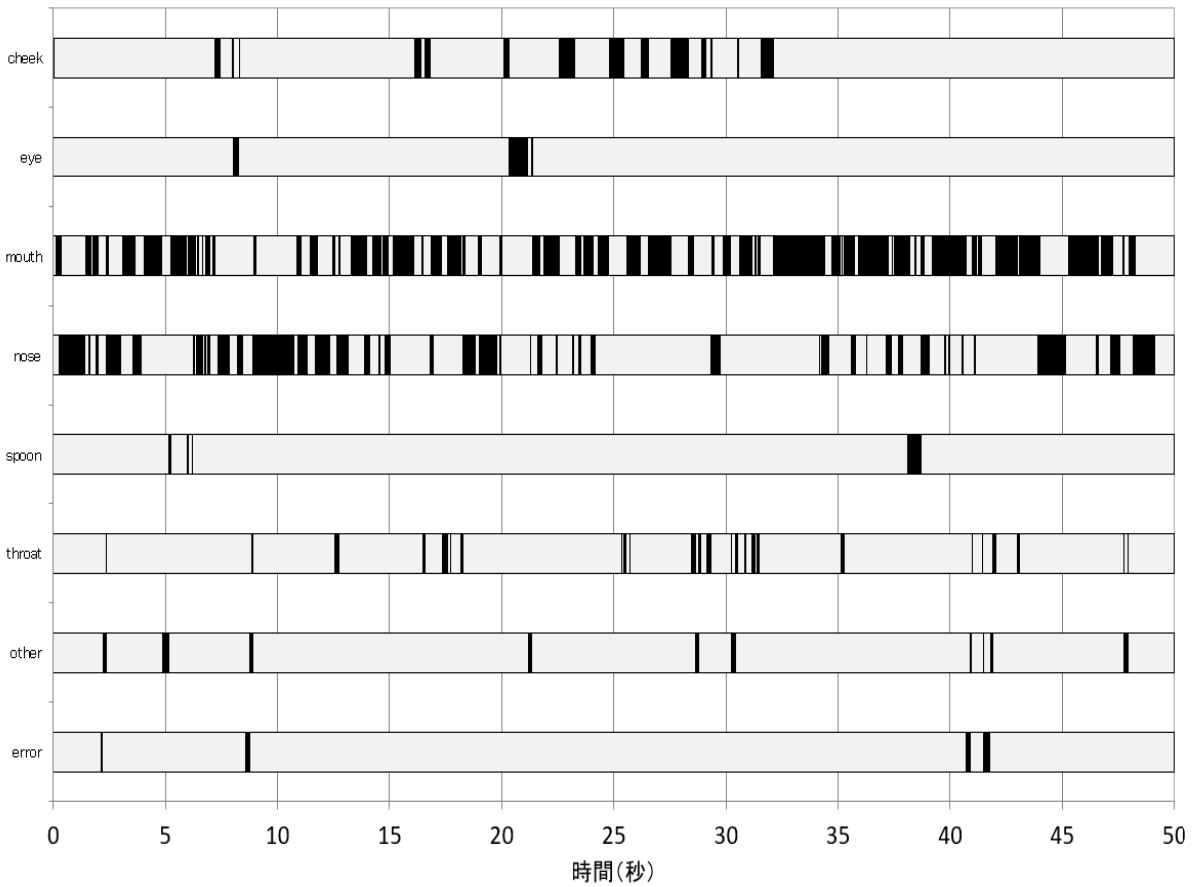


図9. 事故体験有⑨の結果

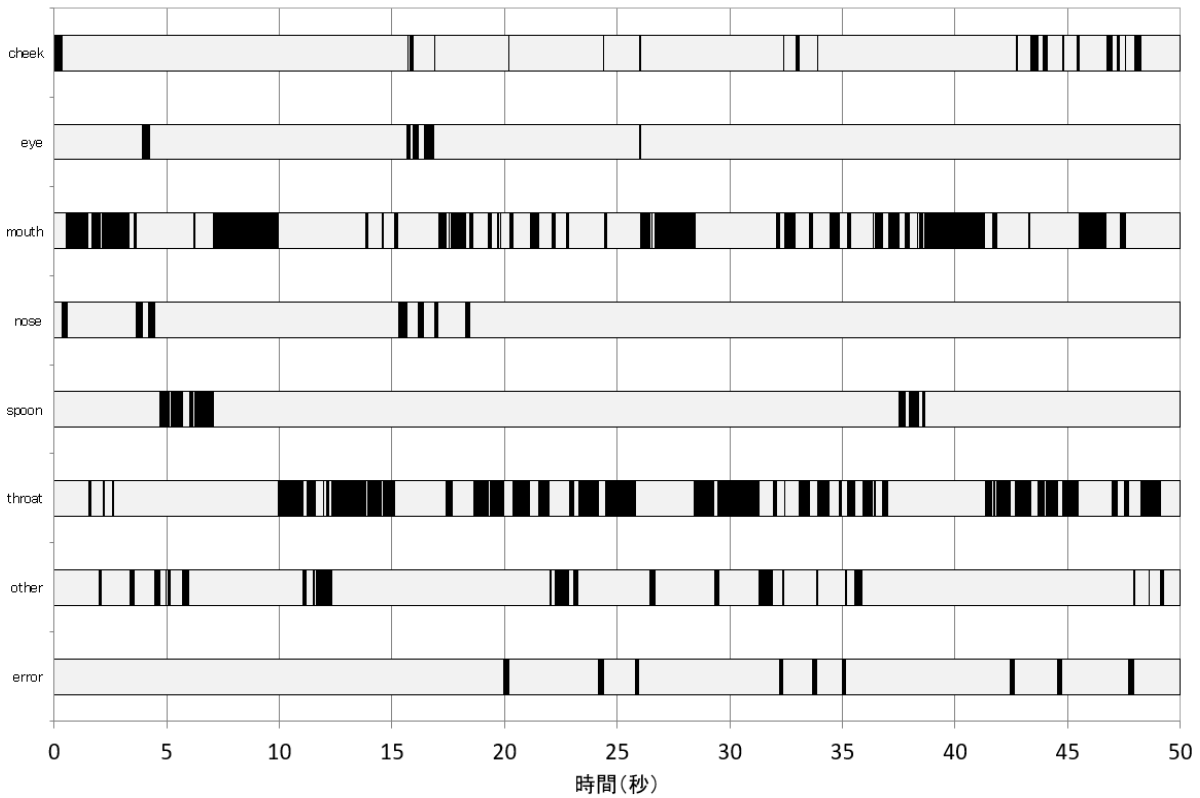


図 10. ひやり体験有⑧の結果

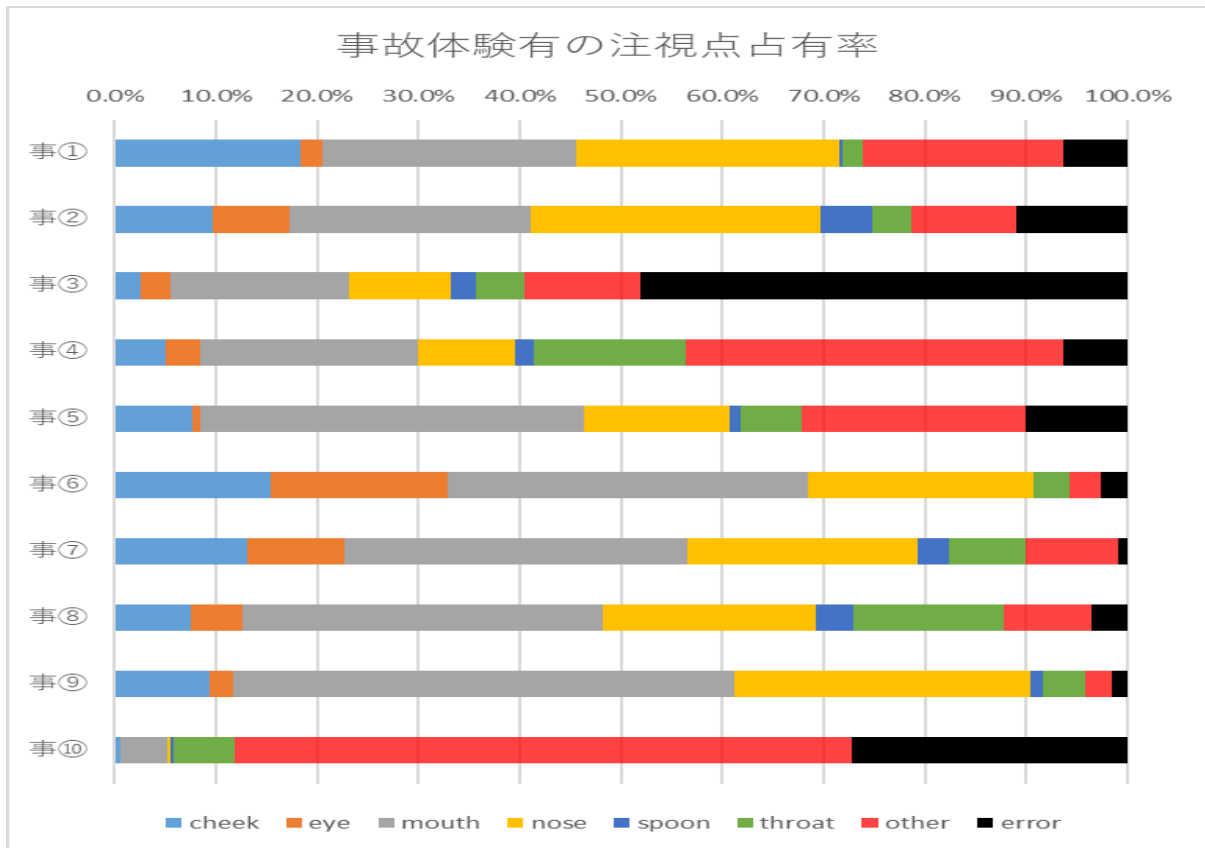


図 11. 「事故体験有」注視点占有率

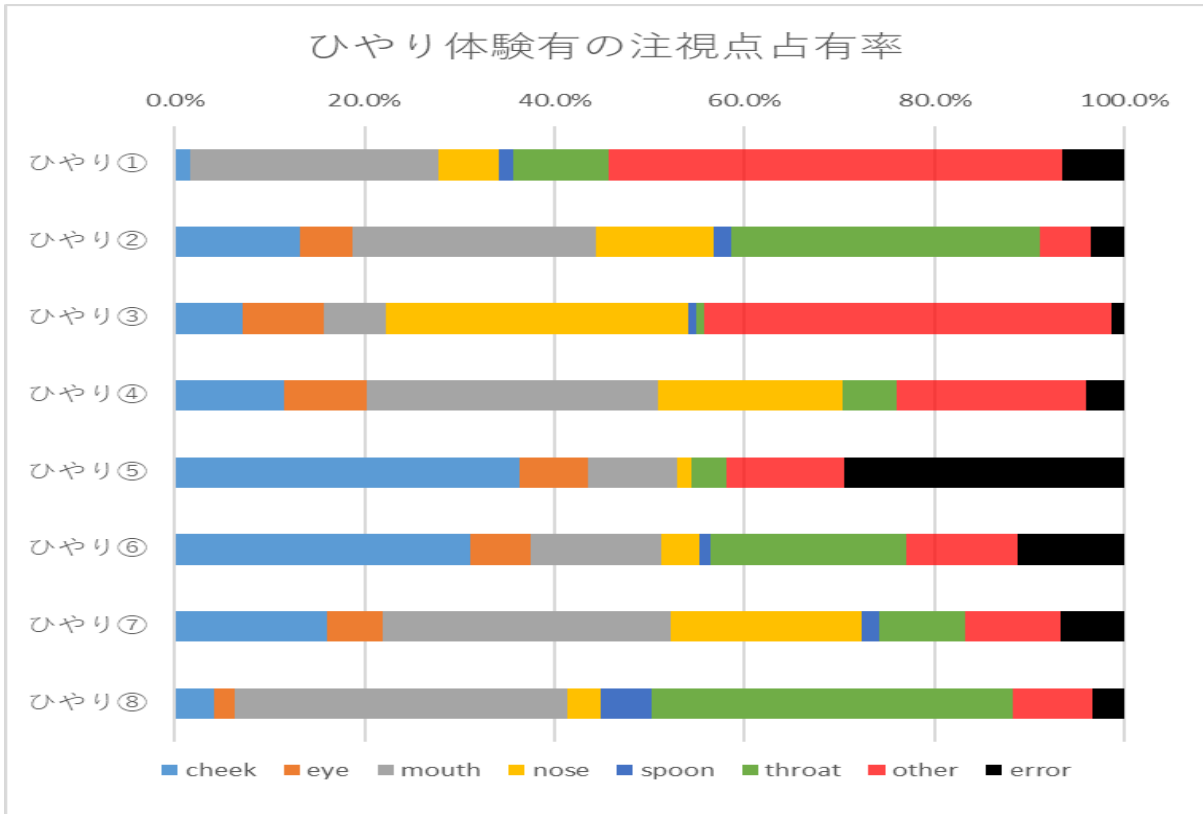


図 12. 「ひやり体験有」 注視点占有率

次にそれぞれのグループにおける占有率の上位3か所を被験者ごとに一覧表にしたものを表2及び表3に示す。

表 2. 「事故体験有」 上位占有率の表

	1位	注視点	2位	注視点	3位	注視点
事①	26.1%	鼻	25.1%	口	19.8%	その他
事②	28.6%	鼻	23.9%	口	10.4%	その他
事③	17.6%	口	11.5%	その他	10.0%	鼻
事④	37.3%	その他	21.6%	口	15.0%	のど
事⑤	37.9%	口	22.2%	その他	14.3%	鼻
事⑥	35.6%	口	22.2%	鼻	17.5%	目
事⑦	33.8%	口	22.8%	鼻	13.2%	頬
事⑧	35.6%	口	21.0%	鼻	14.9%	頬
事⑨	49.6%	口	29.1%	鼻	9.3%	頬
事⑩	60.8%	その他	6.0%	のど	4.7%	口

表 3. 「ひやり体験有」 上位占有率の表

	1位	注視点	2位	注視点	3位	注視点
ひやり①	47.8%	その他	26.3%	口	10.1%	喉
ひやり②	32.5%	のど	25.7%	口	13.1%	頬
ひやり③	42.9%	その他	31.9%	鼻	8.7%	目
ひやり④	30.7%	口	20.0%	その他	19.4%	鼻
ひやり⑤	36.2%	頬	12.4%	その他	9.4%	鼻
ひやり⑥	31.1%	頬	20.7%	のど	13.8%	口
ひやり⑦	30.3%	口	20.2%	鼻	16.1%	頬
ひやり⑧	38.1%	のど	35.1%	口	8.4%	その他

表 2 の上位 1 から 3 位の占有率を見ると、10名のうち 6 名の被験者の第 1 位が「口」への注視であり 2 位が「鼻」に 4 名、「口」に 3 名と確認された。それに対し、表 3 にある 8 名の「ひやり体験被験者」を見ると、1 位の注視点所は「口」、「頬」、「のど」に各 2 名であり、2 位は「口」に 3 名、「鼻」に 2 名、「その他」2 名など

ばらつきが見られた。

IV. 考察

実務経験3年以上の介護福祉職員20名に食事介助を受ける要介助高齢者の動画を用いて、食事時の介助見守りをする設定で、視線のみを動かしてもらい、その視線の注視箇所を8か所の部位に分けて確認を行った。事前アンケートにもとづいて、「食事介助時の事故体験有」と「ひやり体験有」、「事故・ひやり体験無し」の3つに分け、「事故体験有」と「ひやり体験有」で経験年数が同じ被験者を比較すると、「事故体験有」の被験者群は「口」と「鼻」への注視率が高く、「食事の見守り」には「口」と「鼻」など要介助者の食事を食べる「口」や顔の中心である「鼻」への注視が意識して行われていることがわかった。

次に「ひやり体験有」グループでは8名の被験者の上位注視箇所にばらつきが多く見られた。このことから介護の経験年数に加えて、「介護事故の実体験」の有無が「見る」という技術に大きく影響を与えていることが考えられる。当初仮定していた「のど」部分への注視率は全体を通しての結果では明らかな差は確認されなかった。

福田ら⁶⁾ 視線計測研究では非熟練者も熟練者も直接かかわる要介助者に対し、表情を主に見ており、直接かかわっていない時でも熟練者は要介護者へ注意が集中しているとあり、本研究同様、食事介助時の見守りという設定は同じだが、介護福祉職員の「観察スキル」を主に検証しているものであり、本研究はより細かな「食事介助」とい介助技術場面に限定した注視点解析を行うことで新しい知見が得られたものであると言える。

現在、本実験で得られた情報をさらに詳細に分析するために、要介助者の口にスプーンが入ってから出るまでのタイミングで被験者がどこを注視しているのか、また「その他」と分類し

ている部位をさらに区分してより詳細な視線の動きを確認するデータ抽出作業も始めている。

今後、これらの結果をもとに、将来的には要介助者への介護実技用VRゴーグルによる実技シミュレーターで「介護事故」を体験できるような教材の共同開発・作成も検討したい。実用化できれば、介護技術習得の時間短縮、実体験型学習ができ、介護福祉士養成校での学生募集では「ITを活用した介護技術習得」「シミュレーターによる最新学習方法」としてアピールができ、学生募集につながることも期待できる。また介護技術不足が原因の悲しい介護事故や重篤事故を経験した介護福祉職員の離職率の軽減にも役立つのではないかと考えている。

付記

本研究はJSPS科研費(22K21318)の助成を受けた研究成果の一部である。

引用文献

- 1) 総務省統計局(2023)「統計からみた我が国の高齢者―「敬老の日」にちなんで―」
<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topicpics138.pdf> (2024.10.23)
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所(2024)「第9回人口移動調査」
<https://www.ipss.go.jp/psidou/j/migration/m09/ido9gaiyou.pdf> (2024.10.23)
- 3) 厚生労働省(2024)「介護保険事業状況報告の概要(令和6年4月暫定版)」
[https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m24/dl/2404a.pdf\(saishuuakusesu\)](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m24/dl/2404a.pdf(saishuuakusesu)) (2024.10.23)
- 4) 厚生労働省(2021)「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000207323_00005.html (2024.10.23)
- 5) 厚生労働省(2021)「第8期介護保険事業計

画に基づく介護職員の必要数（都道府県別）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/00804132.pdf> (2024.11.6)

6) 福田亮子、吉田可奈子、小野雄太郎、松原仁、工藤正博 (2021) 「視線計測を用いた熟練介護士の特徴抽出」人工知能学会第二種研究会資料 社会における A 研究会 SIG-SAI-012-12

生物学講義内容に対する留学生の関心について - 2
- アンケート調査 -

The international students' interest in the biology lectures - 2
- The questionnaire survey -

傘 郁子¹⁾

1) 東大阪大学短期大学部介護福祉学科

Ikuko KARAKASA

Department of Social Care, Higashiosaka Junior College

抄録

本学介護福祉学科では、「介護福祉士養成課程 新カリキュラム 教育方法の手引き」に基づいた内容の生物学の講義をおこなっている。今回、カリキュラムの変更で1年生と2年生の生物学授業が同時期に開講された。そこで、生物学授業の中の17種類の講義項目を選び、それらについてどのような学びの意欲や意識をもって受講したのかをアンケート調査（各講義内容について、「おもしろかった」「興味が持てました」「難しかった」「役に立ちそう」の4つから選択する（複数選択可））をおこない、「難しかった」と回答した1年生と2年生の外国人留学生と日本人学生の学びの意欲や意識について検討した。

Key words: 生物学, 意識調査, 外国人留学生, 日本人学生, 学びの意欲

I. 背景と目的

「介護福祉士養成課程 新カリキュラム 教育方法の手引き」で「医療職と連携し支援を行うための、心身の機能及び関連する障害や疾病の基礎的な知識を身につける」ことが、また、「人間と社会に関する選択科目」のなかで「生物や人間等の「生命」の基本的しくみの学習（科目例：生物、生命科学）」の科目の内容及び時間を設定することが示されている¹⁾。本学では、これに基づいた内容の生物学の講義を行っている。具体的には、生物学の中の「人間の体の基本的しくみ」と「機能・障害・疾病・薬の基礎的な知識」を関連付けて講義している。

「薬の基礎的な知識」については、「介護福祉士養成課程での服薬介助教育について—介護現場での服薬介助事故を防ぐための導入教育の試み—」として2020年に報告²⁾している。

また、前記方針に従った講義内容に適した書籍を

選定することが必要となった。そこで、出版されている多くの生物学の書籍から本講義に最も適した参考書を客観的に選択する方法を開発³⁾した。そして、この方法で選択した書籍を本学の生物学の参考書として使っている。

また、生物学講義で介護職に必要な薬の知識が学生にどのように定着されているかの客観的知見を得るために、授業前と授業後に講義内容についてのアンケート調査・分析をおこない報告^{4,5)}している。

本学介護福祉学科には、多くの外国人留学生（以下「留学生」という）が在籍している。そして、2022年度の本学介護福祉学科第2学年の学生に対して、生物学の各講義項目についての勉学に対する意識をアンケート調査し、そのデータから留学生の生物学全般と各講義項目の「学びの意欲や意識」とその特徴、さらに留学生と日本人学生（以下「日本人」という）との間の「学びの意欲や意識」の比較をおこない報

告している⁶⁾。

2023年度から本学の生物学講義は、第2学年から第1学年へ変更になった。そのために、2023年度のみ生物学の講義は、1年生と2年生を同時期におこなうことになった。今回、留学生と日本人学生との間の「学びの意欲や意識」の比較とともに学年の違いによる「学びの意欲や意識」の比較をおこなった。

II. 方法

アンケート調査は、東大阪大学短期大学部介護福祉学科1年生と2年生を対象に2023年7月の生物学の最終授業日に実施した。1年生の履修生は、留学生39人、日本人11人の計50人であった。アンケートの回収率は、表1に示した。2年生の履修生は、留学生46人、日本人9人の計55人であった。アンケートの回収率は、表2に示した。

生物学アンケート用紙は、図1に示した。アンケートの内容は、学生に示した各単元の講義項目の表題(1~17)を質問項目とした。講義の表題(1~17)と講義概要の対照表は、表3に示した。各質問項目について「おもしろかった」、「興味がもてました」、「難しかった」、「役に立ちそう」をそれぞれ○、△、×、□の記号で表し、その記号を各項目の回答欄に記載(複数回答も可)してもらった。

1年生のアンケート結果では、延べ850項目(50人×17質問項目)で3つの複数回答した項目数は9、4つ以上は0であった。2年生のアンケートでは、各項目で3つ以上の複数回答は0であった。そこで、本報告では、1年生と2年生のデータを揃えるために、1年生の3つの複数回答したデータは除外した。

1年生のアンケート結果は、各質問項目について、

- ① ○:「おもしろかった」
 - ② △:「興味がもてました」
 - ③ ×:「難しかった」
 - ④ □:「今後何かの役に立ちそう」
- の単一回答
- ⑤ ○△:「おもしろかった」と「興味がもてました」
 - ⑥ ○×:「おもしろかった」と「難しかった」
 - ⑦ ○□:「おもしろかった」と「今後何かの役に立ちそう」
 - ⑧ △×:「興味がもてました」と「難しかった」
 - ⑨ △□:「興味がもてました」と「今後何かの役に立ちそう」
 - ⑩ ×□:「難しかった」と「今後何かの役に立ちそう」

の2項目回答の10種類の合計を留学生と日本人の

各人数に対する各項目のパーセントで、講義分類とともに表4に示した。同様に、2年生のアンケート結果を表5に示した。

1年生の留学生アンケート結果(表4)の帯グラフ(100%積み上げ棒グラフ)を図2-1に、日本人の帯グラフを図3-1示した。同様に、2年生の留学生アンケート結果(表5)の帯グラフを図4-1に、日本人の帯グラフを図5-1示した。さらに、図2-1、図3-1、図4-1、図5-1の×と2項目回答の内×を含む部分を抽出した積み上げ棒グラフを図2-2、図3-2、図4-2、図5-2に示した。

表1 1年生のアンケートの回収率

	留学生	日本人	全履修生
人数	39	11	50
回収枚数	39	11	50
回収率	100%	100%	100%

表2 2年生のアンケートの回収率

	留学生	日本人	全履修生
人数	46	9	55
回収枚数	46	9	55
回収率	100%	100%	100%

17種類のアンケート質問項目に対する10種類(○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□)の回答割合(1年留学生と日本人、2年留学生と日本人計68種類)を用いて主成分分析⁷⁾をおこない、主成分負荷量(第1主成分~第9主成分)の結果を表6に示した。つぎに、この第1主成分~第9主成分と○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□の相当する回答割合との相関係数を計算し表7に示した。そして、かなり相関関係がある○(-0.6324)、△(0.5080)、×(0.5843)、○△(-0.5649)、○□(-0.5864)、△□(-0.4623)の第2主成分を横軸(x軸)に、かなり相関関係がある×(-0.5679)、△□(0.4589)と強い相関関係がある□(0.8410)の第3主成分を縦軸(y軸)にして1年留学生、1年日本人、2年留学生、2年日本人ごとの散布図を図6(a)、図6(b)、図6(c)、図6(d)に示した。そして、第2主成分を横軸(x軸)に、第3主成分を縦軸(y軸)に、○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□の相当する回答割合をバブルの面積としたバブルチャートを×について図7-1(a)、○について図7-1(b)、□について図7-1(c)、△について図7-1(d)、○△について図7-1(e)、○□について図7-1(f)、△□について図

7-2(g)、×□について図 7-2(h)、○×について図 7-2(i)、△×について図 7-2(j)に示した。

表は、丸めのため 各項目の%の合計は正確に 100 にならない。

III. 研究の倫理的配慮

対象となる学生に対して研究の目的、プライバシーの保護、本研究の目的以外にデータを使用しないことを文書および口頭にて説明し、同意を得られた学生のみを調査対象とした。なお、本研究は東大阪大学・東大阪大学短期大学部の「研究倫理審査委員会」の承認を得た（承認番号 短 R4-14、短 R4-15）。

IV. 結果

1年生と2年生の留学生と日本人のアンケート調査から、生物学の講義を受講したときの留学生と日本人の「学びの意欲や意識」について検討した。

アンケートの回収率は、1年生、2年生ともに100%であった。

ここで、講義内容の改善に重要であると考えられる、「難しかった」と回答したものについて注目し、その傾向を見るために、つぎの4つの分類にわけた。

「難しかった」グループ (赤色系)

×:「難しかった」

×○:「難しかった」と「おもしろかった」

×△:「難しかった」と「興味をもてました」

×□:「難しかった」と「今後何かの役に立ちそう」

×を除いた「おもしろかった」グループ (青色系)

○:「おもしろかった」

○△:「おもしろかった」と「興味をもてました」

○□:「おもしろかった」と「今後何かの役に立ちそう」

×と○を除いた「興味をもてました」グループ (緑色系)

△:「興味をもてました」

△□:「興味をもてました」と「今後何かの役に立ちそう」

「今後何かの役に立ちそう」(オレンジ色) 単独

□:「今後何かの役に立ちそう」

4の分類を色分けして、1年留学生アンケートの帯グラフを図 2-1 に、1年日本人アンケートの帯グラフを図 3-1 示した。同様に、2年留学生アンケートの帯グラフを図 4-1 に、2年日本人アンケートの帯グラフを図 5-1 示した。

さらに、「難しかった」グループ (赤色系) の各講義項目 17 種類、1年留学生、1年日本人、2年留学生、2年日本人での、特徴をより見やすくするために、図 2-1、図 3-1、図 4-1、図 5-1 の「難しかった」グループ (赤色系) の部分を抽出した積み上げ棒グラフを図 2-2、図 3-2、図 4-2、図 5-2 に示した。そして、図 2-2、図 3-2、図 4-2、図 5-2 で「難しかった」グループ (赤色系) 30%を超える講義項目は、

1年留学生:

2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語 (36%) 基礎
8. 薬の血中濃度 (34%) 専門
16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座 (31%) 臨床
17. ホメオスタシス 生体恒常性 (44%) 基礎

1年日本人:

1. 世界を構成する物質 水は軽いのに液体でいられる量や濃度の単位 (36%) 基礎
2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語 (50%) 基礎
3. 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧 (55%) 基礎
4. 細胞 神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝 (55%) 基礎
5. 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張 (64%) 基礎
8. 薬の血中濃度 (55%) 専門
12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否 (55%) 臨床
16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座 (70%) 臨床
17. ホメオスタシス 生体恒常性 (55%) 基礎

2年留学生:

2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語 (49%) 基礎
4. 細胞 神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝 (33%) 基礎
5. 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張 (33%) 基礎
8. 薬の血中濃度 (61%) 専門
17. ホメオスタシス 生体恒常性 (76%) 基礎

2年日本人:

2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語 (44%) 基礎
3. 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧 (33%) 基礎
5. 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張 (44%) 基礎

8. 薬の血中濃度 (100%) 専門
 12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん
 薬の服用拒否 (56%) 臨床
 16. 薬介助コミュニケーションのための認知症
 サポーター養成講座 (67%) 臨床
 17. ホメオスタシス 生体恒常性 (56%) 基礎

である (表 8)。

つぎに、1年留学生、1年日本人、2年留学生、2年日本人の全体の傾向をつかむために、17種類のアンケート質問項目に対する10種類 (○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□) の回答割合 (1年留学生と日本人、2年留学生と日本人計68種類) を用いて主成分分析⁷⁾をおこない、主成分負荷量 (第1主成分～第9主成分) の結果を表6に示した。つぎに、この第1主成分～第9主成分と○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□の相当する回答割合との相関係数を計算し表7に示した。そして、かなり相関関係がある○(-0.6324)、△(0.5080)、×(0.5843)、○△(-0.5649)、○□(-0.5864)、△□(-0.4623)の第2主成分を横軸(x軸)に、かなり相関関係がある×(-0.5679)、△□(0.4589)と強い相関関係がある□(0.8410)の第3主成分を縦軸(y軸)にして1年留学生、1年日本人、2年留学生、2年日本人ごとの散布図を図6(a)、図6(b)、図6(c)、図6(d)に示した。

そして、図6の散布図が○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□の相当する回答割合とどのような関係にあるかを知る目的で、第2主成分を横軸(x軸)に、第3主成分を縦軸(y軸)に、○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□の相当する回答割合をバブルの面積としたバブルチャートを×について図7-1(a)、○について図7-1(b)、□について図7-1(c)、△について図7-1(d)、○△について図7-1(e)、○□について図7-1(f)、△□について図7-2(g)、×□について図7-2(h)、○×について図7-2(i)、△×について図7-2(j)に示した。

ここで、図7-1(a-f)と図7-2(g)のバブルの面積(回答割合)の大きさから、図6の散布図は、

- 第1象限(x>0, y>0)は、□と△
 第2象限(x<0, y>0)は、□と○□と△□
 第3象限(x<0, y<0)は、○と○△
 第4象限(x>0, y<0)は、×

を反映していることが示唆される。

V. 考察

「学びの意識や意欲」の理由について「×難しかった」と回答したデータから検討をおこなった。

まず、「難しかった」グループ(赤色系)の各講義項目17種類、1年留学生、1年日本人、2年留学生、2年日本人の割合を表8に示した。つぎに、17種類の講義項目のうち、1年留学生、1年日本人、2年留学生、2年日本人のいずれか1つ以上のグループで30%以上の学生が、「×難しかった」(×、○×、△×、×□の合計)と回答したものを表8に黒色の太字、明るい赤色の背景で示した。そして、講義項目は9項目あった。内訳は、講義分類が基礎では6項目全て、専門では6項目中1項目、臨床では5項目中2項目であった。

ここで、「×難しかった」の内容について検討してみる。単独で「×難しかった」は、講義内容について理解できなくて、ただ難しかったと感じた学生に多いのではないかと推定される。

一方、複数回答では、講義内容についてある程度理解できたが、その講義項目の学習は難しかったので、「×難しかった」とともに、その講義内容についてある程度の理解がないとわからない項目「○おもしろかった」、「△興味をもてました」、「□今後何かの役に立ちそう」のいずれかを加えて、回答したと推定される。

そこで、表8の明るい赤色の背景を残し、単独で「×難しかった」と30%以上の学生が回答したものを黒色の太字にして表9に示した。表9から、30%以上の学生が、単独で「×難しかった」と回答している講義項目は、

2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語
5. 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張
8. 薬の血中濃度
12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否
16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座
17. ホメオスタシス 生体恒常性

の6項目ですべて日本人である。そして、1年日本人より2年日本人の方が、「5. 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張」では15ポイント、「8. 薬の血中濃度」では60ポイント、「12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否」では29ポイント、「16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座」では24ポイント、それぞれ増加している。これは、1年日本人は、生物学ほか受講科目を4か月ほど(7月の最終授業日に実施)しか学んでおらず、学外(施設)実習やアルバイトの経験がほとんどない状態で、介護に密接な上記4項目についての

回答であるのに対して、2年日本人は、入学から1年4か月ほど（7月の最終授業日に実施）数多くの受講科目を学び、施設実習を数回経験し、アルバイトも始めた後の回答による違いであると考えられる。つまり、1年日本人は、実際の介護の仕事やそれに向けての学びがどのようなものであるかが分からないまま講義を受講し、表面的な理解で回答したと思われる。一方、2年日本人は、1年4か月ほど数多くの受講科目を学び、学内実習・学外（施設）実習等多種多様な実習を数回経験し、アルバイトも経験したことで、学びの意識や意欲が高まり、講義内容について深く学ぼうとしたために、その内容の難しさも感じたと推定される。ちなみに、同じ項目の留学生の回答は、1年留学生より2年留学生の方が、「5. 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張」では**4ポイント増加**、「8. 薬の血中濃度」では**0ポイント**、「12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否」では**4ポイント増加**、「16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座」では**21ポイント減少**している。これは、ほとんどの留学生は入学前から介護施設を含めた様々な仕事・アルバイト経験があり、日本人学生よりも2歳以上年上であり、介護以外の専門分野の高等教育を学んだ学生もおり、入学時から講義内容についての学びの意識や意欲が高く、難しいと感じることなく理解しやすかったと推定される。

最後に、主成分分析から生物学授業の1年留学生、1年日本人、2年留学生、2年日本人の「学びの意識や意欲」の特徴を見てみる（図6(a-d)）。

図6の散布図は、

- 第1象限 ($x > 0, y > 0$) は、□と△
- 第2象限 ($x < 0, y > 0$) は、□と○□と△□
- 第3象限 ($x < 0, y < 0$) は、○と○△
- 第4象限 ($x > 0, y < 0$) は、×

を反映している。

そして、

- 1年留学生：図6(a)の点の多くは、第3象限にある。
- 1年日本人：図6(b)の点は、第2象限と第4象限にある。
- 2年留学生：図6(c)の点の多くは、第1象限にある。
- 2年日本人：図6(d)の点の多くは、第1象限にある。

したがって、

- 1年留学生：○と○△
- 1年日本人：□と○□と△□と×

2年留学生：□と△

2年日本人：□と△

まとめると

- 1年留学生：「おもしろかった」「興味がありました」
- 1年日本人：「今後何かの役に立ちそう」「おもしろかった」「興味がありました」「難しかった」
- 2年留学生：「今後何かの役に立ちそう」「興味がありました」
- 2年日本人：「今後何かの役に立ちそう」「興味がありました」

という「学びの意識や意欲」の傾向がみられた。授業では、それぞれの傾向に、より則した講義方法をとるために、授業初期に知ることができる方法を開発することも重要であると考えられる。

以上、本調査結果を解析する上で、留学生か日本人、受講学年が1年か2年の違い、年齢の違い（ほとんどの留学生は、日本人よりも3歳以上年上）、施設での実習経験の有無などの影響を推定することは重要である。しかし、現在のところこの結果を説明するために必要なデータ数は、まだ足りていない。今後、さらにデータを収集し、解析することで、授業改善に役立てていく予定である。

文献

- 1) 公益社団法人 日本介護福祉士養成施設協会 (2019)「介護福祉士養成課程 新カリキュラム教育方法の手引き」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000525760.pdf>, 2020.6.23).
- 2) 傘郁子 (2020)「介護福祉士養成課程での服薬介助教育について -介護現場での服薬介助事故を防ぐための導入教育の試み-」『東大阪大学・東大阪大学短期大学部教育研究紀要』第18号, 105-112.
- 3) 傘郁子 (2021)「テキストマイニングを利用した介護福祉士養成課程における生物学教科書の選択方法」『東大阪大学・東大阪大学短期大学部教育研究紀要』第19号, 91-99.
- 4) 傘郁子 (2022)「介護福祉士養成課程での服薬介助教育のアンケート調査」『東大阪大学・東大阪大学短期大学部教育研究紀要』第20号, 77-86.
- 5) 傘郁子 (2023)「介護福祉士養成課程での服薬介助教育のアンケート調査-2」『東大阪大学・東大阪大学短期大学部教育研究紀要』第21号, 89-104.
- 6) 傘郁子 (2023)「生物学講義内容に対する留学

生の関心について－1－アンケート調査－
『東大阪大学短期大学部国際介護福祉学研究所』

得点の一覧表が作成できる。また、主成分負荷量、主成分得点の散布図も表示できる。

アンケート質問の項目	講義内容
1 世界を構成する物質 水は軽いのに液体でいられる 量や濃度の単位	絵を盛り込んだ配付資料 パワーポイントや動画などの視聴覚教材を使う パワーポイント・板書 書き込むことができる空間を設けた資料 世界を構成する物質、元素、原子、分子について簡単に学ぶ。次に、生体に含まれる最大の成分である水は「身近で特殊な存在」であること、①常温中に液体で存在できる理由 ②生体反応が起こる場になる理由 ③凍ると大きくなる理由を学ぶ。物質の濃度（重量%濃度）、モル濃度、当量、酸と塩基、pH、量や濃度の単位について、日常生活で使用している具体例をあげる。例えば、訪問介護先の利用者様に「このあたり、3%塩水につけたの」と言われた時、どうしますか？との問いかけ問題で、パーセント濃度の理解を深める。
2 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語	生体物質の重要な構成成分である糖質、脂質、タンパク質、核酸の構造と機能を学ぶ。例えば、「甘い糖」と「甘くない糖」何が違うか？構造の違いは僅かであること、それらは食べ物だけではなく生体中に多く存在していることなどである。また、糖尿病に関係がある「血糖値」は血液中の糖（グルコース）の濃度であること、その血中グルコース濃度は、単食動物・肉食動物・人間それぞれでほぼ一定であること等、既に知っている知識と講義内容が繋がるように工夫する。さらに、「数を表す接頭語 モノ・ジ・トリ・・・」を日常語の例と共に学ぶ。
3 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧	講義のイントロ部分で、身近に、「高血圧のために毎日薬を服用している方はいませんか？」「しょっちゅう立ちくらみが起きて悩んでいる学生の方はいませんか？」と問いかけ。そして、「圧力」は、日常でも「無言の圧力」「言葉の圧力」などと使うが、身体の中で重要なものはなにを指していることを知る。その後、血圧について詳しく見て行く。「収縮期血圧・拡張期血圧とは？」「100mmHgの血圧とは？」「心臓から大動脈に拍出された血液には、なぜ高い圧力をかける必要があるのか？」ということから、代謝の結果生じた不要・有害な物質として排泄される尿を作るために血圧が必要であることを学ぶ。
4 細胞 神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝	私たちの身体は約60兆個の細胞でできている。最初は1個の受精卵であるが、これが細胞分裂を繰り返し、最終的に約60兆個という膨大な数になることを確認する。高校までに習った細胞の種類、その細胞の中にある小さな構造物である細胞小器官（ミトコンドリア・リボソーム・ゴルジ装置/体・など）を思い出し、名前と役割を学ぶ。さらに、エネルギーについては、次のような問題「1日食べれる量が決まっているとする。これを1回の食事ですべて食べてしまつたと、何回かの食事に分けて食べるのとではどちらがやりやすいでしょう」を考えながら学ぶ。
5 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張	イントロ部分で、電気は目に見えないが、身体活動（運動する・考える・覚える・寝る・恋をする）では電気が重要な役割を担っていることを知る。例えば、心臓は心臓に起こる電気的な変化であり、脳液は脳の膨大な数の神経細胞の間でやりとりされる電気的活動であることを学ぶ。思考や記憶、恋といった感情の発現は、いくつもの神経細胞が複雑な神経回路を形成して生じるため、興奮の伝達が大切であることを確認し、神経伝達物質が隣の細胞を興奮させるメカニズムを詳しく学ぶ。
6 介護現場の薬の事故 誤飲 誤嚥 保管	導入部分で、介護現場での事故の内容は、転倒などの身体介助時の事故が多いが、薬剤管理や薬学支援に関する事故も起きていることを知る。事故を防ぐには、どうしたら良いかを考えながら、次のような実際に起きている事故事例の具体的な内容を学ぶ。1.嚥下における事故（誤飲・誤嚥・薬剤性潰瘍）2.保管事故 3.服用・使用上における事故（用法・用量の間違い・使用方法の間違い・薬剤の間違い・利用者の間違い） さらに、これらの薬の事故を防止するための対策や工夫点を考える。
7 介護福祉士が行っている薬の介助	服薬に関する「原則として医行為ではないとされる」という行為を学ぶ。一定の条件下で、次の行為の介助を行うことは、原則として医行為に該当しない。1.皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く） 2.皮膚への湿布の貼付 3.点眼薬の点眼 4.一包化された内服薬の内服 5.肛門からの坐薬挿入または鼻腔粘膜への薬剤噴霧 また、この「一定条件下」としている患者の状態についても学ぶ。さらに、この一定条件下として定められている医師・歯科医師・薬剤師・看護職員の役割についても学ぶ。
8 薬の血中濃度	次の問題を考える。「Aさんは、1日2回、朝食後と夕食後に服用する薬を処方された。ある日の夕食中、朝食後に飲む薬を忘れていたことに気がついた。そこで、夕食後に、朝と夜の薬両方をまとめて飲むことにした。」Aさんの判断は、正しいか？間違っているか？理由を薬の血中濃度から学ぶ。血中濃度は、血液中の薬の濃度のことである。通常、ちょうど良く効く状態になるように設計されている。血中濃度は、高すぎると効き目が過ぎず副作用の危険が高くなり、低すぎると効き目が弱く出ない、つまり、生体にとってどちらも良くないことを学ぶ。
9 薬の飲み合わせ グレープフルーツ アルコール	「食べ合わせが悪い（一緒に食べない方がいい）」という言葉聞いたことがありますか？西瓜と天竺藨、蕎麦と茄子・・・との呼びかけもとにも、薬にも飲み合わせがあることを知る。薬が体内で吸収・分布・代謝・排泄される際に、ほかの薬や飲食物に影響されることを知る。特に、飲食物は口頃、何気なく摂取しているものであるから、特に注意が必要である。グレープフルーツ、アルコール（お酒・ビール・ワインなど）、ビタミンKを多く含む食品（納豆・緑色野菜・クロレラ）、牛乳や乳製品など。薬と薬の相互作用も学ぶ。
10 薬の剤形 粉薬 カプセル 錠剤 噴霧剤 注射剤	「どんな薬の形（剤形）があるのか？」を考え、薬の剤形はたくさんあること、その目的は「形状をより安定した状態に保つため・使用を容易にするため・十分に効果を出すため」などの理由から加工し製造されていることを知る。次の剤形の写真をながめながら、その特徴を学ぶ。粉末（散在・細粒剤・顆粒剤・ドライシロップ剤）、カプセル剤、錠剤（錠剤・糖衣錠・コーティング錠・徐放錠）、チュアブル錠・OD錠・舌下錠・腸溶性錠剤・トローチ剤・錠錠、液剤（点眼剤、点鼻剤）、エアゾール吸入剤、ドライパウダー吸入剤、軟膏剤、坐剤、貼付剤（パップ剤・プラスター剤）、注射剤。
11 薬の副作用	薬を使用しただけで、その使用目的以外に出現する副作用や健康に有害な作用が出現した場合のことを、広く「副作用」と呼び、高熱を伴う発疹・目の充血・粘膜炎のたれ・吐き気・激しい下痢・冷や汗・体の震え・身に覚えのない筋痛・目や耳が聞こえにくい・尿が出にくい・息が苦しい・強い倦怠感・脱力感・手足のしびれ震え・あざがでやすい・めまい他、さまざまな症状があることを知る。介護職は、利用者の体調変化や日常動作の変化を注意して観察し、その変化が薬による影響のものを医師や薬剤師に確認する必要があり、副作用は「恐れず、侮らず」であることを知る。
12 特別養護老人ホームに入所しているKさんの服用拒否	導入部分で次の問題を考える。「特別養護老人ホームに入所しているKさんは、食後に服薬しなければならぬ薬（錠剤・顆粒剤）を拒否しています。『おたくない』と言っています。あなたならば対応できますか。」「まず、Kさんが何故「おたくない」と言ったのか、考えられることをできるだけ書き出してみよう。薬が拒否につながるなど薬剤の物理的な理由、服用することによって症状が悪化したことがあるなど薬剤による副作用と思われる理由、しばらく家族に会っていないから寂しくてという精神的な理由、・・・その後、その対応について考える。
13 薬を服用する時の飲用液体	上記「9薬の飲み合わせ」に重なる部分もあるが、改めて、薬はどんな液体で飲むか？種類は？量は？温度は？を考える。薬には、食べ物や飲み物の相互作用がある。ジュース・お茶・コーヒー・紅茶・牛乳・アルコール・コーラなどは、ある種の薬との相互作用で効果が強くなったり弱くなったり、体に良くない作用があることを知る。水か白湯での飲むのが最も無難である。また、解熱鎮痛薬などは消化管への刺激が強くて、十分な量の水と一緒にのみ、きちんと胃まで薬をいれないと、食道に引っかかって食道潰瘍を起こす危険があることを学ぶ。
14 お薬手帳のこと	一般に、薬を受け取る時には、処方された薬が書き込んだお薬手帳を受け取る。さらに、お薬情報（薬の名前や効果、服薬方法、副作用、注意事項）が記載された紙も受け取る。そこで、実際に使用されている「お薬手帳」を手に取り、中に何を書くようになっていくかを確認する。この手帳を医療機関に持っていき、今朝までどのような薬をのんでいたか、投与されていたのか、副作用はどうかかわかる。つまり、お薬手帳には、その人の服薬の歴史が書き込まれている。これらのことから、お薬手帳はその人の命を守る大切な手帳であることを学ぶ。
15 薬の服薬時間のこと	服薬時間は薬の特性に合わせて決められているため、決められた方法で服用しないと効果が現れなかったり、効果が強く現れすぎて危険であることを知る。指示された症状（痛みが強いなど）が出た時に服用する「頓服薬」以外は、食事や睡眠といった標準的な生活習慣に合わせて服用することを確認し、それは食事や睡眠のタイミングでは服用を忘れないという単純な理由もあるが、効果的に吸収される、作用発揮が良い、副作用が出にくいなどを考慮して決めている場合もあることを知る。「起床時・食前・食直前・食直後・食後・食間・就寝前・時間ごと」などがある。
16 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座	高齢者になると複数の疾患を抱え、たくさん薬を使用している。また、高齢者になると認知症を引き起こしやすくなる。認知症のことは、さまざまな授業で学んでいるため、基本的なことは理解している。ここでは、薬介助がスムーズに進むように、認知症サポーター養成講座を受講する。現在、「認知症サポーターキャラバン」が全国で展開されている。認知症サポーターは何か特別なことをする人ではなく、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かい目で見守る「応援者」であることを確認する。
17 ホメオスタシス 生体恒常性	私たちが住み暮らしているこの世界の環境は、一定不変のものではない。暑い日もあれば寒い日もある。私たち自身も運動したり眠ったり、食事をする時間や食事をしない期間がある。このような外界の環境・身体の状態の変化があっても、体内で行われる代謝は常に円滑に進められる必要がある。このためには、外界の環境・身体の状態の変化があっても、体内の環境は狭い範囲で一定に保たれる必要がある。体内環境が一定に保たれることをホメオスタシス、日本語では生体恒常性という。ホメオスタシスが維持できなくなった状態が病気（疾患）である。

ンター論文誌「多文化と介護」第1号、23-30.

- 7) 主成分分析は、自作ソフト「SpecPCA」を使用して計算した。「SpecPCA」に入力データ (pca_input.csv) を読み込んで、主成分分析を行うと平均値、不偏分散、標準偏差、相関係数行列、固有ベクトル、主成分負荷量、主成分

「SpecPCA」と「SpecPCAを使った主成分分析.mp4」と入力データ (pca_input.csv) は、https://drive.google.com/drive/folders/1I_fHdYXuk3jQmAGNyKMoVWtPtPp211N?usp=drive_link を参照。

表3 項目と講義内容の対照表

表 4 1年生の講義項目ごとの○:「おもしろかった。」、△:「興味をもてました。」、×:「難しかった。」、□:「今後何かの役に立ちそう。」、○△:「おもしろかった。」と「興味をもてました。」、○×:「おもしろかった。」と「難しかった。」、○□:「おもしろかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」、△×:「興味をもてました。」と「難しかった。」、△□:「興味をもてました。」と「今後何かの役に立ちそう。」、×□:「難しかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」の割合(%)と講義分類

	○		△		×		□		○△		○×		○□		△×		△□		×□		講義分類
	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	
1. 世界を構成する物質 水は軽いのに液体でいられる 量や濃度の単位	23%	9%	10%	27%	3%	27%	0%	0%	33%	18%	13%	0%	15%	9%	0%	0%	3%	0%	0%	9%	基礎
2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語	8%	10%	15%	10%	28%	30%	3%	10%	28%	10%	3%	0%	3%	10%	5%	10%	8%	0%	0%	10%	基礎
3. 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧	31%	9%	15%	9%	0%	18%	18%	9%	13%	0%	13%	0%	5%	18%	5%	18%	0%	0%	0%	18%	基礎
4. 細胞 神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝	26%	45%	18%	0%	5%	18%	8%	0%	13%	0%	8%	9%	8%	0%	10%	0%	5%	0%	0%	27%	基礎
5. 身体内の電気 興奮の伝達神経伝達物質 心臓の収縮と拡張	21%	9%	23%	27%	3%	18%	3%	0%	18%	0%	10%	18%	5%	0%	5%	18%	8%	0%	5%	9%	基礎
6. 介護現場の薬の事故 誤飲 誤嚥 保管	37%	9%	8%	0%	3%	0%	13%	27%	3%	9%	13%	0%	8%	18%	5%	9%	8%	18%	3%	9%	臨床
7. 介護福祉士が行っている薬の介助	38%	18%	8%	0%	5%	0%	13%	18%	15%	0%	8%	0%	5%	55%	0%	0%	8%	9%	0%	0%	臨床
8. 薬の血中濃度	18%	9%	8%	18%	13%	18%	11%	9%	11%	9%	13%	9%	11%	0%	5%	9%	8%	0%	3%	18%	専門
9. 薬の飲み合わせ グレープフルーツ アルコール	33%	10%	13%	10%	10%	0%	0%	10%	13%	20%	10%	20%	13%	10%	0%	0%	8%	20%	0%	0%	専門
10. 薬の剤形 粉薬 カプセル 錠剤 噴霧剤 注射剤	35%	18%	14%	0%	14%	0%	3%	9%	5%	18%	14%	0%	5%	18%	0%	0%	11%	9%	0%	27%	専門
11. 薬の副作用	41%	9%	13%	0%	5%	0%	8%	18%	5%	9%	8%	9%	8%	18%	5%	0%	8%	18%	0%	18%	専門
12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否	33%	27%	18%	0%	3%	27%	13%	9%	10%	0%	8%	0%	10%	0%	5%	9%	0%	9%	0%	18%	臨床
13. 薬を服用する時の飲用液体	47%	36%	21%	9%	0%	0%	0%	0%	8%	18%	11%	0%	11%	9%	0%	9%	3%	0%	0%	18%	専門
14. お薬手帳のこと	43%	40%	5%	0%	3%	0%	8%	0%	11%	20%	5%	0%	14%	40%	3%	0%	8%	0%	0%	0%	臨床
15. 薬の服薬時間のこと	41%	20%	13%	0%	0%	0%	3%	10%	18%	10%	8%	0%	10%	20%	0%	0%	8%	30%	0%	10%	専門
16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座	28%	20%	8%	10%	21%	20%	8%	0%	18%	0%	3%	20%	5%	0%	8%	0%	3%	0%	0%	30%	臨床
17. ホメオスタシス 生体恒常性	26%	9%	13%	18%	23%	45%	8%	0%	10%	9%	8%	0%	0%	9%	10%	0%	0%	0%	3%	9%	基礎

○:「おもしろかった。」、△:「興味をもてました。」、×:「難しかった。」、□:「今後何かの役に立ちそう。」、○△:「おもしろかった。」と「興味をもてました。」、○×:「おもしろかった。」と「難しかった。」、○□:「おもしろかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」、△×:「興味をもてました。」と「難しかった。」、△□:「興味をもてました。」と「今後何かの役に立ちそう。」、×□:「難しかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」

表 5 2年生の講義項目ごとの○:「おもしろかった。」、△:「興味をもてました。」、×:「難しかった。」、□:「今後何かの役に立ちそう。」、○△:「おもしろかった。」と「興味をもてました。」、○×:「おもしろかった。」と「難しかった。」、○□:「おもしろかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」、△×:「興味をもてました。」と「難しかった。」、△□:「興味をもてました。」と「今後何かの役に立ちそう。」、×□:「難しかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」の割合(%)と講義分類

	○		△		×		□		○△		○×		○□		△×		△□		×□		講義分類
	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	留学生	日本人	
1. 世界を構成する物質 水は軽いのに液体でいられる 量や濃度の単位	33%	56%	13%	22%	0%	0%	11%	11%	24%	0%	7%	0%	13%	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	基礎
2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語	9%	0%	24%	44%	24%	33%	9%	11%	4%	0%	4%	0%	2%	0%	13%	11%	2%	0%	7%	0%	基礎
3. 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧	9%	11%	20%	33%	2%	22%	33%	22%	7%	0%	4%	0%	2%	0%	15%	11%	2%	0%	7%	0%	基礎
4. 細胞 神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝	35%	33%	7%	22%	13%	11%	9%	22%	7%	0%	9%	0%	4%	0%	9%	0%	7%	11%	2%	0%	基礎
5. 身体内の電気 興奮の伝達神経伝達物質 心臓の収縮と拡張	17%	33%	28%	0%	7%	33%	11%	22%	7%	0%	7%	0%	2%	0%	17%	11%	2%	0%	2%	0%	基礎
6. 介護現場の薬の事故 誤飲 誤嚥 保管	7%	22%	17%	22%	4%	0%	50%	56%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	9%	0%	臨床
7. 介護福祉士が行っている薬の介助	11%	22%	13%	11%	0%	11%	24%	33%	0%	0%	2%	0%	28%	0%	0%	0%	13%	11%	9%	11%	臨床
8. 薬の血中濃度	11%	0%	7%	0%	13%	78%	11%	0%	2%	0%	0%	0%	4%	0%	30%	22%	4%	0%	17%	0%	専門
9. 薬の飲み合わせ グレープフルーツ アルコール	13%	22%	20%	44%	4%	0%	37%	22%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	9%	11%	11%	0%	専門
10. 薬の剤形 粉薬 カプセル 錠剤 噴霧剤 注射剤	17%	33%	17%	33%	2%	11%	39%	22%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	0%	9%	0%	11%	0%	専門
11. 薬の副作用	11%	44%	20%	22%	7%	0%	43%	22%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	0%	7%	0%	7%	11%	専門
12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否	20%	11%	17%	11%	7%	56%	22%	22%	7%	0%	7%	0%	9%	0%	0%	0%	4%	0%	9%	0%	臨床
13. 薬を服用する時の飲用液体	7%	0%	20%	44%	7%	11%	39%	33%	4%	0%	0%	0%	4%	11%	2%	0%	11%	0%	7%	0%	専門
14. お薬手帳のこと	17%	11%	22%	44%	4%	0%	30%	44%	7%	0%	0%	0%	11%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	臨床
15. 薬の服薬時間のこと	9%	0%	15%	56%	4%	0%	61%	33%	0%	0%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	7%	0%	専門
16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座	9%	11%	2%	11%	0%	44%	27%	11%	11%	0%	2%	0%	27%	0%	0%	11%	18%	0%	4%	11%	臨床
17. ホメオスタシス 生体恒常性	2%	11%	2%	22%	9%	44%	13%	11%	0%	0%	2%	0%	2%	0%	59%	0%	4%	0%	7%	11%	基礎

○:「おもしろかった。」、△:「興味をもてました。」、×:「難しかった。」、□:「今後何かの役に立ちそう。」、○△:「おもしろかった。」と「興味をもてました。」、○×:「おもしろかった。」と「難しかった。」、○□:「おもしろかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」、△×:「興味をもてました。」と「難しかった。」、△□:「興味をもてました。」と「今後何かの役に立ちそう。」、×□:「難しかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」

表 6 主成分負荷量 (第1主成分～第9主成分)

	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	第5主成分	第6主成分	第7主成分	第8主成分	第9主成分
1_R1	-0.3188	-0.6259	-0.3057	-0.3596	-0.3402	-0.0564	0.0476	0.3698	-0.1607
1_R2	-0.0762	0.2694	-0.5362	-0.2037	-0.5962	-0.1153	-0.1518	0.3986	0.2048
1_R3	-0.8795	-0.2551	0.0492	-0.1917	0.1462	-0.0660	-0.1265	0.1289	-0.2528
1_R4	-0.8218	-0.2357	-0.2482	-0.3410	0.1142	-0.2624	0.0530	0.0557	0.0572
1_R5	-0.5835	-0.2663	-0.2525	-0.6633	0.0047	0.1399	0.1017	0.1553	0.1758
1_R6	-0.8035	-0.4177	-0.0701	0.1520	0.2571	-0.0185	-0.1593	-0.2266	-0.0934
1_R7	-0.8412	-0.4493	-0.1579	0.0916	-0.0326	-0.0102	-0.2039	0.1181	0.0216
1_R8	-0.6445	-0.2902	-0.3326	0.1086	-0.3315	-0.1442	-0.3426	-0.1927	-0.3047
1_R9	-0.6912	-0.4828	-0.4762	-0.0718	-0.1788	-0.0074	0.0428	-0.1503	0.0278
1_R10	-0.7461	-0.2832	-0.4548	-0.0050	-0.0400	0.0982	-0.1864	-0.3226	0.0781
1_R11	-0.8559	-0.3676	-0.2468	0.0612	0.1629	-0.0758	-0.0327	-0.1694	0.0744
1_R12	-0.9205	-0.2618	-0.0920	-0.1350	0.0881	-0.1273	0.1188	0.0176	-0.1381
1_R13	-0.8063	-0.4187	-0.3046	-0.1593	0.1181	0.0423	0.1347	-0.1500	0.0024
1_R14	-0.7613	-0.5744	-0.1940	0.1837	0.0401	-0.1211	0.0054	-0.0395	-0.0436
1_R15	-0.7440	-0.5919	-0.2670	-0.1154	-0.0157	-0.0068	0.0259	0.0599	0.0828
1_R16	-0.6484	-0.0600	-0.5741	0.1906	-0.2098	-0.2480	-0.1380	0.2907	0.0316
1_R17	-0.6538	0.2667	-0.6522	0.0964	0.0101	-0.1203	-0.1929	0.1020	-0.0672
1_J1	-0.2282	0.4268	-0.5119	-0.2331	-0.5009	0.1523	0.3639	0.1787	0.1051
1_J2	-0.1162	0.5996	-0.4933	0.4129	-0.3363	-0.1455	0.1956	0.1879	-0.0734
1_J3	0.1114	0.4147	-0.1894	0.5144	0.2138	-0.1956	0.6416	-0.0595	-0.1261
1_J4	-0.4714	-0.1829	-0.5098	0.4681	0.2917	0.4211	0.0272	-0.0153	-0.0434
1_J5	-0.0914	0.5741	-0.4824	-0.4524	0.3442	0.0641	0.0607	-0.2894	-0.1213
1_J6	-0.0369	-0.2521	0.7937	0.4540	-0.0849	-0.2478	0.0092	0.1103	0.1346
1_J7	-0.1340	-0.4378	0.3304	0.3332	-0.3133	-0.3240	0.4774	-0.3158	-0.1986
1_J8	-0.1612	0.7042	-0.3766	-0.0871	0.1643	0.4484	0.1237	0.2662	-0.1205
1_J9	-0.0499	-0.5856	0.2619	-0.4921	-0.3679	0.0910	-0.4426	-0.0557	0.0329
1_J10	-0.0327	-0.5611	0.1300	0.4092	-0.0190	0.3874	0.4166	0.4136	0.0687
1_J11	0.1395	-0.5075	0.6479	0.4134	-0.1335	0.3319	0.0603	-0.0244	0.0088
1_J12	-0.3283	0.2009	-0.4602	0.7289	0.1646	0.1656	-0.1143	-0.0086	0.2026
1_J13	-0.5163	-0.4771	-0.3545	0.0978	0.3057	0.1149	0.3388	0.3759	0.0889
1_J14	-0.3972	-0.6937	-0.1806	0.1822	-0.2174	-0.2482	0.4062	0.0335	-0.1419
1_J15	-0.1054	-0.6725	0.3052	0.3562	-0.2050	0.0377	0.0457	-0.1530	0.4977
1_J16	-0.1126	0.1346	-0.5021	0.2108	0.2563	0.7324	0.0388	-0.1296	-0.2285
1_J17	-0.1031	0.5421	-0.6184	0.1820	-0.4910	0.0909	0.1685	-0.0370	0.0288
2_R1	-0.7422	-0.5037	-0.1011	-0.1613	-0.1564	-0.0847	0.0997	0.3133	-0.1395
2_R2	-0.2875	0.8415	-0.3850	-0.1600	-0.0324	-0.0810	0.1245	-0.0674	0.0881
2_R3	-0.4398	0.4743	0.6265	-0.1051	0.2580	-0.1842	-0.0432	0.2462	-0.1229
2_R4	-0.7734	-0.2387	-0.4212	0.2582	0.1736	-0.1245	-0.2187	-0.0845	0.0134
2_R5	-0.6156	0.3798	-0.0838	-0.5115	0.3467	-0.2433	0.1442	-0.0049	0.0888
2_R6	-0.4241	0.4096	0.7506	0.1435	-0.0705	0.0815	-0.1587	0.1740	-0.0359
2_R7	-0.2679	-0.1599	0.7090	0.2215	-0.2365	-0.0535	0.4376	-0.3143	-0.0427
2_R8	0.1277	0.4116	-0.1422	0.3663	0.6820	-0.3339	0.1685	0.1884	0.1393
2_R9	-0.5496	0.4485	0.6558	0.1384	0.1553	0.0808	-0.0632	0.0833	0.0776
2_R10	-0.6239	0.3046	0.6547	0.1759	0.1307	0.1525	-0.1160	0.0660	0.0136
2_R11	-0.5436	0.4565	0.6661	0.1073	-0.0217	0.0557	-0.1531	0.1029	-0.0569
2_R12	-0.8682	0.1153	0.3690	0.0492	-0.0839	0.2239	0.1172	0.0193	-0.1520
2_R13	-0.4438	0.4491	0.7464	0.0833	-0.1358	0.0262	-0.0842	0.0910	0.0529
2_R14	-0.7540	0.1752	0.5752	-0.0227	-0.2289	-0.1000	0.0686	-0.0051	0.0478
2_R15	-0.4515	0.3968	0.7248	0.2126	-0.0332	0.0178	-0.1697	0.1370	-0.1383
2_R16	-0.1067	-0.3704	0.7334	0.3052	-0.4125	-0.1902	0.1144	-0.0317	-0.0071
2_R17	0.2841	0.3062	-0.0189	0.0954	0.6366	-0.6287	-0.0413	0.1047	0.0546
2_J1	-0.9139	-0.2564	-0.1279	0.0538	0.1542	-0.0244	0.1927	-0.1294	0.0389
2_J2	-0.2443	0.8410	-0.1828	-0.3116	-0.1850	-0.0696	0.1683	-0.1447	0.1196
2_J3	-0.5512	0.7933	0.0268	-0.1655	-0.0531	-0.1462	0.0780	-0.0739	0.0543
2_J4	-0.9337	0.1514	0.0858	0.0910	0.0011	0.0325	-0.1033	-0.1505	0.2352
2_J5	-0.5855	0.2981	-0.3145	0.5867	-0.0053	-0.2291	-0.2597	0.0041	-0.0725
2_J6	-0.6995	0.2954	0.6092	0.0960	0.0285	-0.0377	-0.1121	0.0989	-0.1361
2_J7	-0.6820	0.2792	0.4307	0.4324	0.0278	0.1868	-0.1896	0.0308	0.1094
2_J8	0.1536	0.6027	-0.5873	0.3600	-0.2490	-0.2179	-0.1518	-0.0782	-0.0001
2_J9	-0.7427	0.2846	0.2978	-0.3927	0.0288	0.0940	0.1310	-0.1579	0.2697
2_J10	-0.9384	0.2941	0.0264	-0.1025	0.0260	0.0451	0.0883	-0.0835	0.0646
2_J11	-0.9271	-0.0355	0.0715	0.1067	0.2739	0.1822	0.1091	0.0277	0.0420
2_J12	-0.2665	0.6779	-0.3118	0.3938	-0.4124	-0.0431	-0.1872	-0.0747	-0.0673
2_J13	-0.4302	0.6145	0.4481	-0.3098	-0.2394	-0.0201	0.2618	-0.1072	-0.0526
2_J14	-0.6241	0.4775	0.5483	-0.2700	-0.0206	0.0297	0.0830	0.0127	-0.0266
2_J15	-0.4300	0.5233	0.4435	-0.5485	-0.0377	0.1148	0.1142	-0.1084	-0.0666
2_J16	-0.1359	0.7326	-0.4904	0.4222	-0.1521	-0.0113	-0.0444	-0.0287	0.0087
2_J17	-0.2818	0.7439	-0.4156	0.2312	-0.3091	0.1827	0.0480	-0.0910	0.0384
固有値	21.3397	14.3478	13.2002	6.2012	4.2396	2.8299	2.7305	1.9662	1.1449
寄与率	31.38	21.1	19.41	9.12	6.23	4.16	4.02	2.89	1.68
累積寄与率	31.38	52.48	71.89	81.01	87.25	91.41	95.42	98.32	100

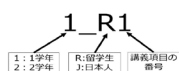


表 7 第1主成分～第9主成分と○、△、×、□、○△、○×、○□、△×、△□、×□の相当する回答割合との相関係数

	○	△	×	□	○△	○×	○□	△×	△□	×□
第1主成分	-0.6971	-0.3031	0.3750	-0.1616	0.0020	-0.1184	0.2098	0.4276	0.1454	0.4658
第2主成分	-0.6324	0.5080	0.5843	0.3377	-0.5649	-0.3748	-0.5864	0.3123	-0.4623	0.0952
第3主成分	-0.3106	0.1791	-0.5679	0.8410	-0.2607	-0.2759	0.1595	-0.2179	0.4589	-0.0323
第4主成分	0.0784	-0.7086	0.2810	0.0672	-0.2902	-0.4158	0.1764	0.0602	0.1741	0.4699
第5主成分	0.2799	-0.0131	-0.2969	0.0138	-0.3699	0.1545	-0.3275	0.5218	-0.1882	0.3221
第6主成分	0.0822	0.1321	-0.0279	-0.0177	-0.0636	0.2768	-0.2589	-0.5504	0.0288	0.5851
第7主成分	-0.0600	0.1445	-0.1541	-0.2158	0.0198	-0.3001	0.5451	-0.0076	-0.2084	0.2703
第8主成分	-0.0898	-0.1593	-0.0883	0.0569	0.5854	-0.1905	-0.1550	0.1161	-0.1688	0.2153
第9主成分	0.0183	0.0721	0.0207	-0.1191	0.0132	-0.3619	-0.1511	0.0540	0.4960	0.0173

表 8 「難しかった。」グループの割合（「難しかった。」「難しかった。」と「おもしろかった。」「難しかった。」と「興味をもてました。」「難しかった。」と「今後何かの役に立ちそう。」）

講義項目の題名	1. 世界を構成する物質 水は軽いに液体でいられる量や濃度の単位	2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語	3. 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧	4. 細胞神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝	5. 身体内の電気興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張	6. 介護現場の薬の事故 誤飲 誤嚥 保管	7. 介護福祉士が行っている薬の介助	8. 薬の血中濃度	9. 薬の飲み合わせ グレープフルーツ アルコール	10. 薬の剤形 粉薬 カプセル 錠剤 噴霧剤 注射剤	11. 薬の副作用	12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否	13. 薬を服用する時の飲用液体	14. お薬手帳のこと	15. 薬の服用時間のこと	16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座	17. ホメオスタシス 生体恒常性
1年留学生	15%	36%	18%	23%	23%	24%	13%	34%	21%	27%	18%	15%	11%	11%	8%	31%	44%
1年日本人	36%	50%	55%	55%	64%	18%	0%	55%	20%	27%	27%	55%	27%	0%	10%	70%	55%
2年留学生	7%	49%	28%	33%	33%	13%	11%	61%	22%	17%	17%	22%	15%	4%	11%	7%	76%
2年日本人	0%	44%	33%	11%	44%	0%	22%	100%	0%	11%	11%	56%	11%	0%	11%	67%	56%
講義分類	基礎	基礎	基礎	基礎	基礎	臨床	臨床	専門	専門	専門	専門	臨床	専門	臨床	専門	臨床	基礎

表 9 「難しかった。」

講義項目の題名	1. 世界を構成する物質 水は軽いに液体でいられる量や濃度の単位	2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語	3. 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧	4. 細胞神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝	5. 身体内の電気興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張	6. 介護現場の薬の事故 誤飲 誤嚥 保管	7. 介護福祉士が行っている薬の介助	8. 薬の血中濃度	9. 薬の飲み合わせ グレープフルーツ アルコール	10. 薬の剤形 粉薬 カプセル 錠剤 噴霧剤 注射剤	11. 薬の副作用	12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否	13. 薬を服用する時の飲用液体	14. お薬手帳のこと	15. 薬の服用時間のこと	16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座	17. ホメオスタシス 生体恒常性
1年留学生	3%	28%	0%	5%	3%	3%	5%	13%	10%	14%	5%	3%	0%	3%	0%	21%	23%
1年日本人	27%	30%	18%	18%	18%	0%	0%	18%	0%	0%	0%	27%	0%	0%	0%	20%	45%
2年留学生	0%	24%	2%	13%	7%	4%	0%	13%	4%	2%	7%	7%	4%	4%	0%	9%	
2年日本人	0%	33%	22%	11%	33%	0%	11%	78%	0%	11%	0%	56%	11%	0%	0%	44%	44%
講義分類	基礎	基礎	基礎	基礎	基礎	臨床	臨床	専門	専門	専門	専門	臨床	専門	臨床	専門	臨床	基礎

生物学の授業の中で、何が**おもしろかった** (○) ですか、何に**興味をもてました** (△) か、何が**難しかった** (X) ですか、今後何が**役に立ちそう** (□) ですか。

1. 世界を構成する物質 水は軽いのに液体でいられる 量や濃度の単位 ()
2. 生体物質 糖質 脂質 タンパク質 数を表す接頭語 ()
3. 身体内外の圧力 高血圧 最高血圧 最低血圧 ()
4. 細胞 神経細胞 赤血球 精子 卵 受容体 酵素 栄養と代謝 ()
5. 身体内での電気 興奮の伝達 神経伝達物質 心臓の収縮と拡張 ()
6. 介護現場の薬の事故 誤飲 誤嚥 保管 ()
7. 介護福祉士が行っていい薬の介助 ()
8. 薬の血中濃度 ()
9. 薬の飲み合わせ グレープフルーツ アルコール ()
10. 薬の剤形 粉薬 カプセル 錠剤 噴霧剤 注射剤 ()
11. 薬の副作用 ()
12. 特別養護老人ホームに入所しているKさん 薬の服用拒否 ()
13. 薬を服用する時の飲用液体 ()
14. お薬手帳のこと ()
15. 薬の服薬時間のこと ()
16. 薬介助コミュニケーションのための認知症サポーター養成講座 ()
17. ホメオスタシス 生体恒常性 ()

図 1 アンケート用紙

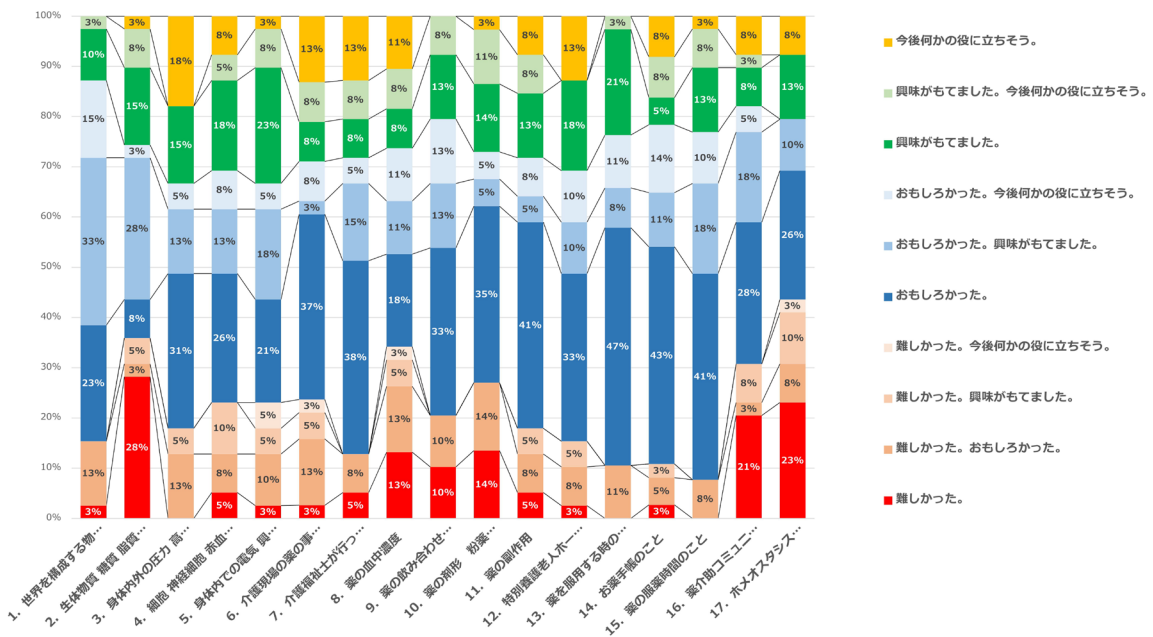


図 2-1 1年留学生

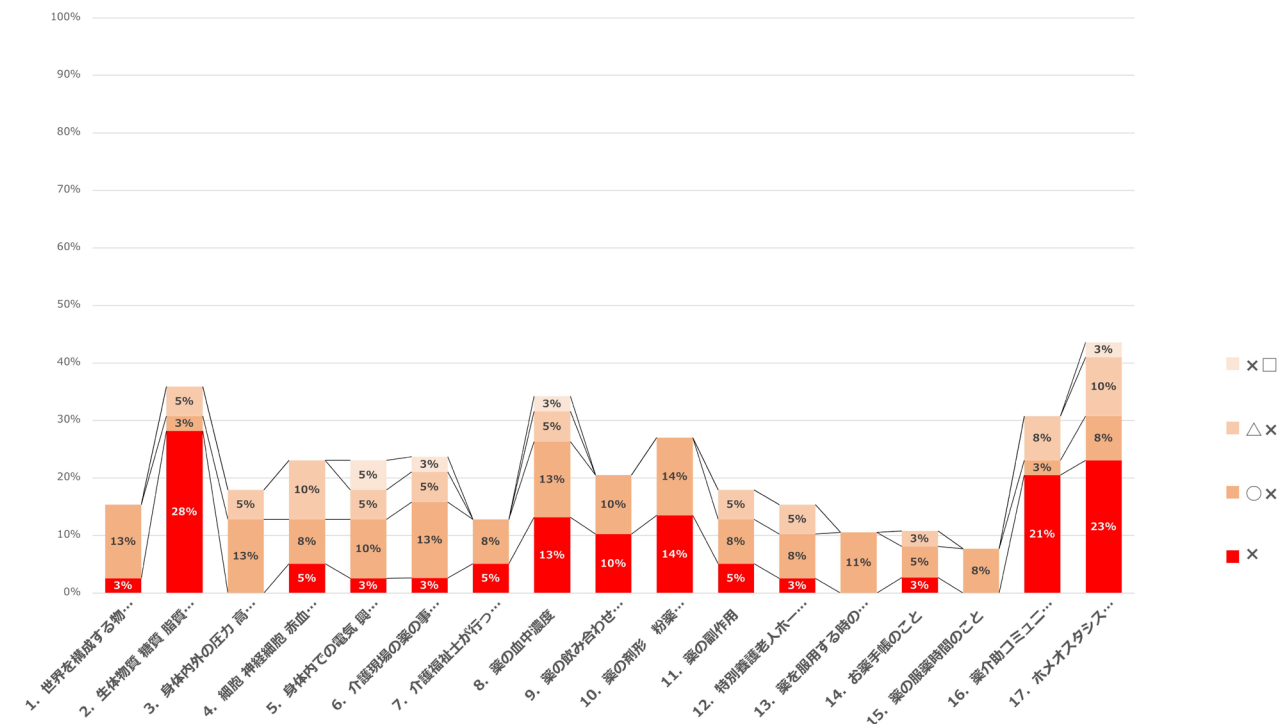


図 2-2 1年留学生 XとXを含むデータ

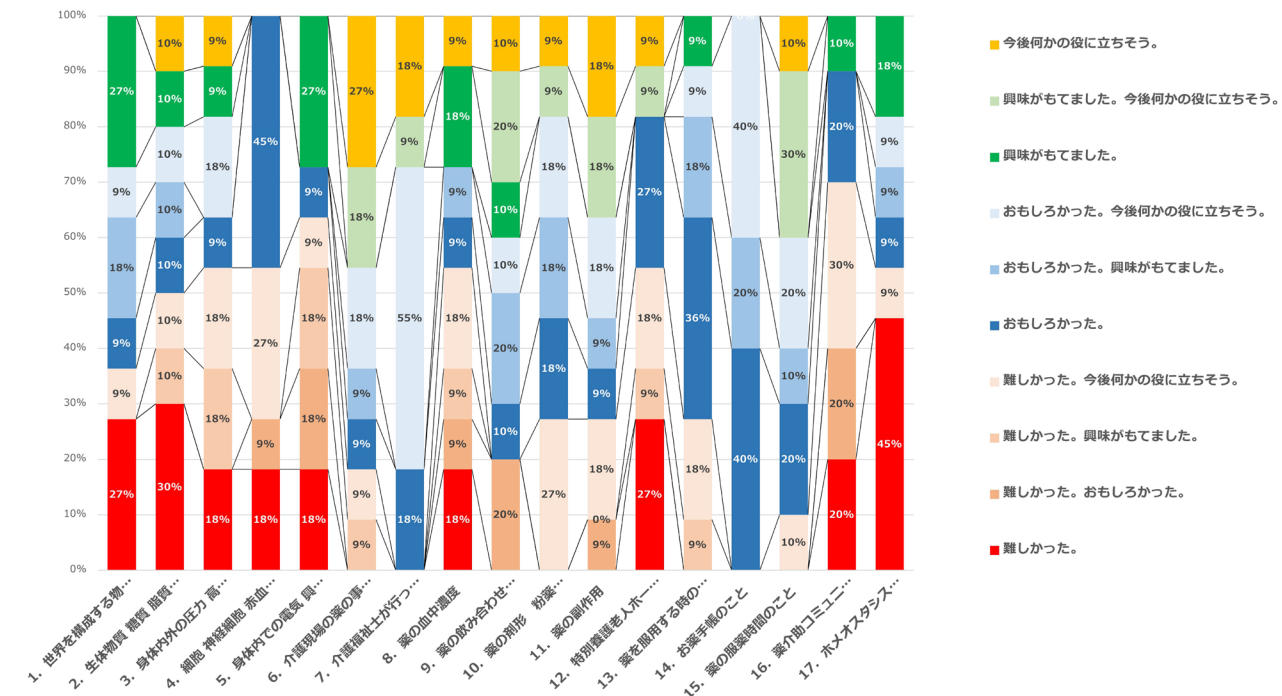


図 3-1 1年日本人

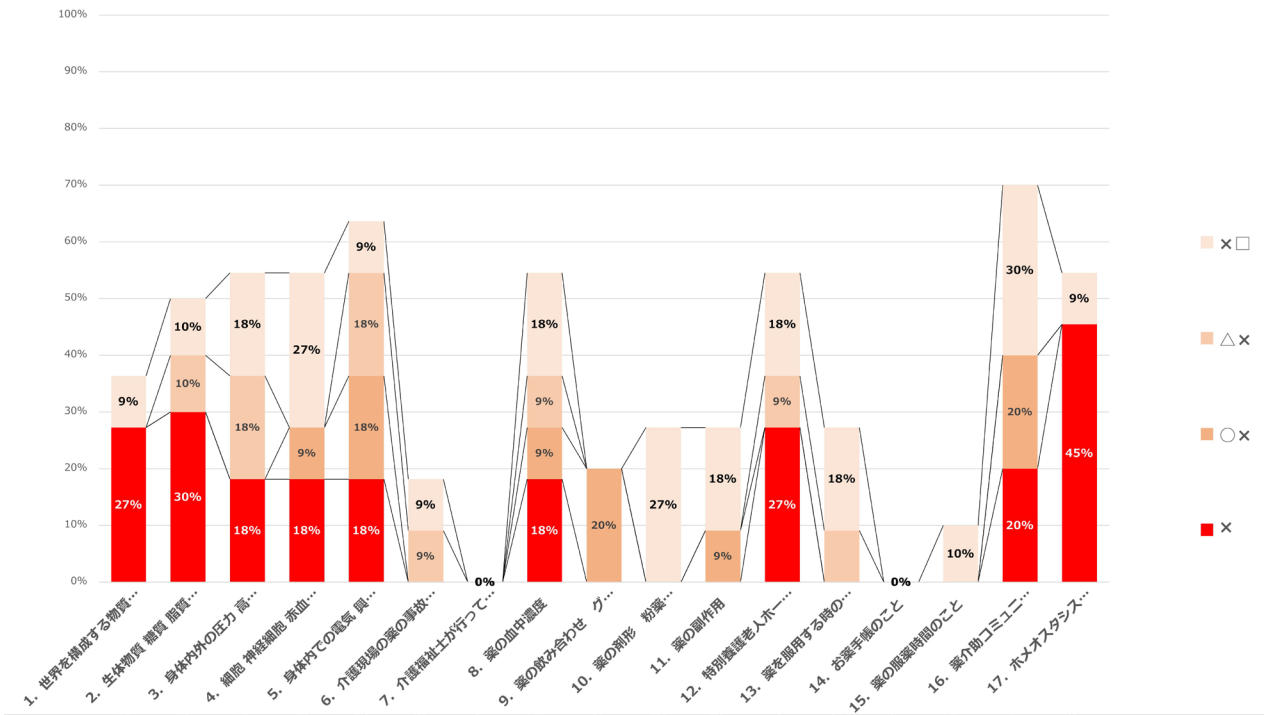


図 3-2 1年日本人 ×と×を含むデータ

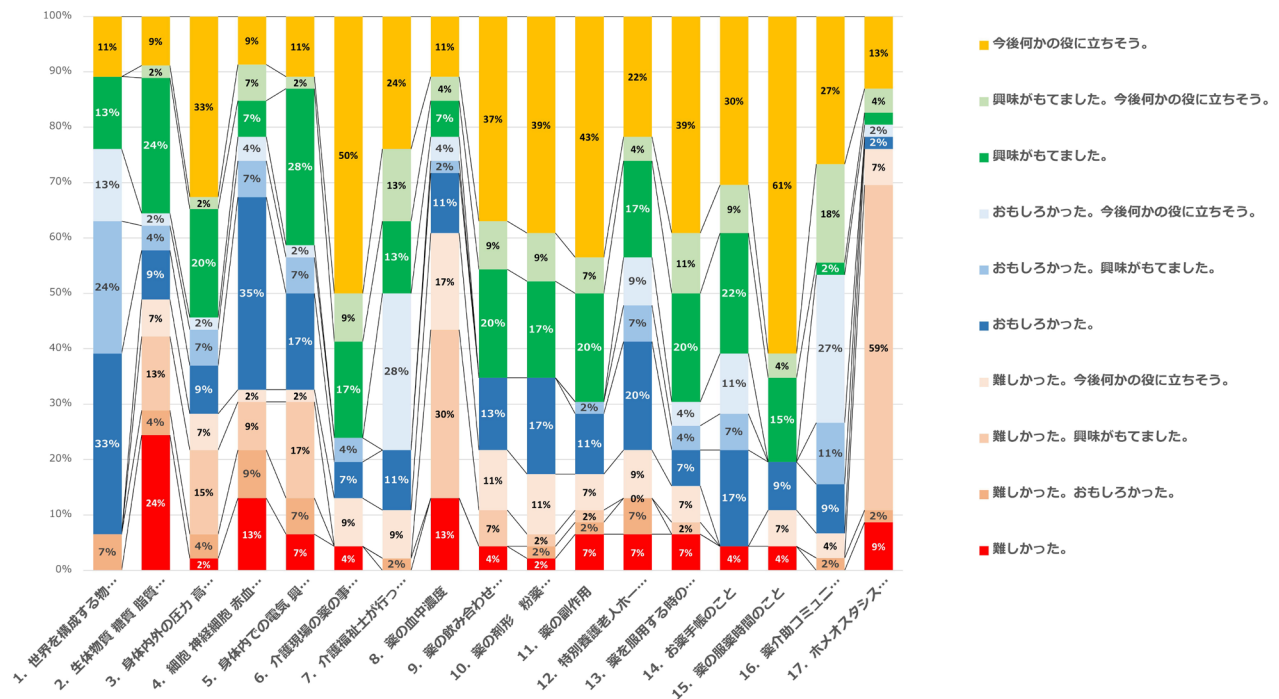


図 4-1 2年留学生

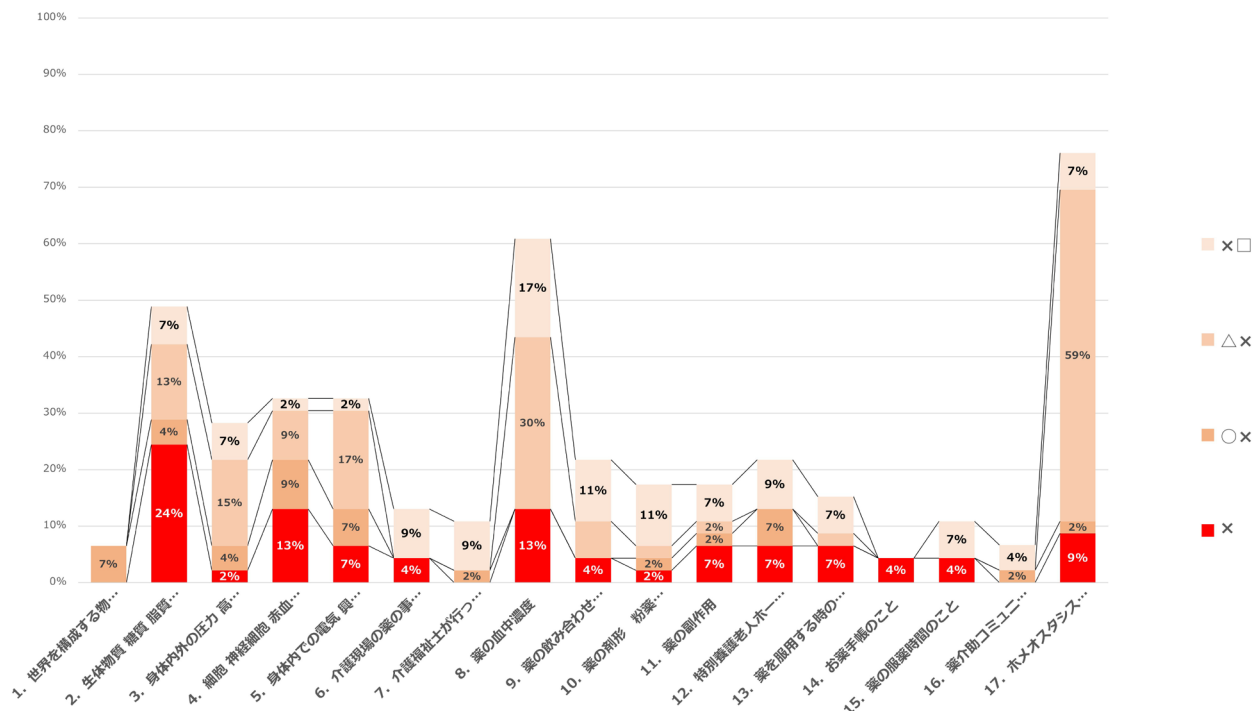


図 4-2 2年留学生 ×と×を含むデータ

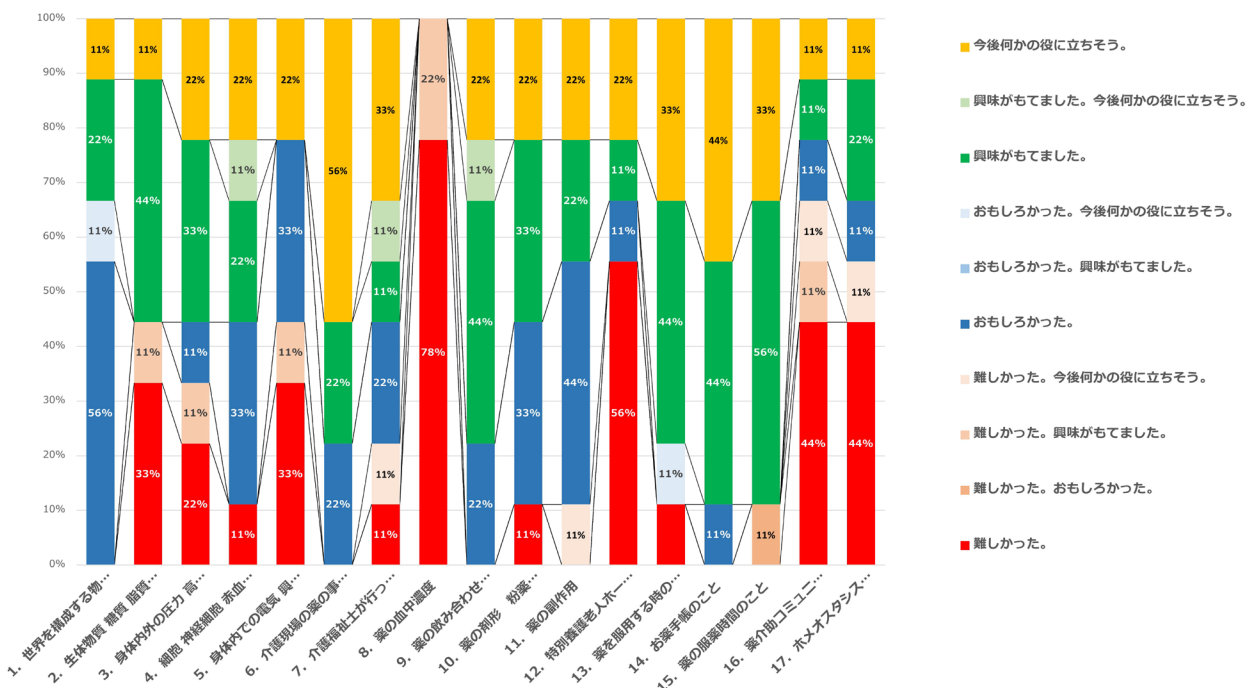


図 5-1 2年日本人

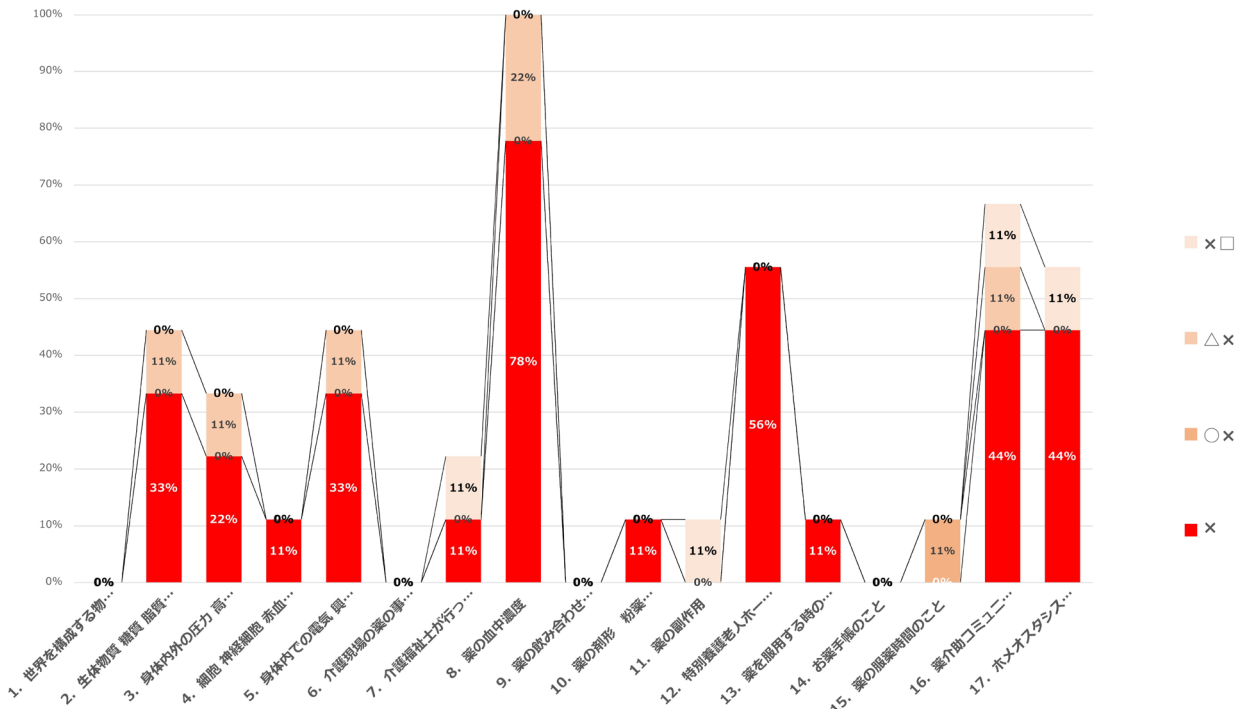


図 5-2 2年日本人 ×と×を含むデータ

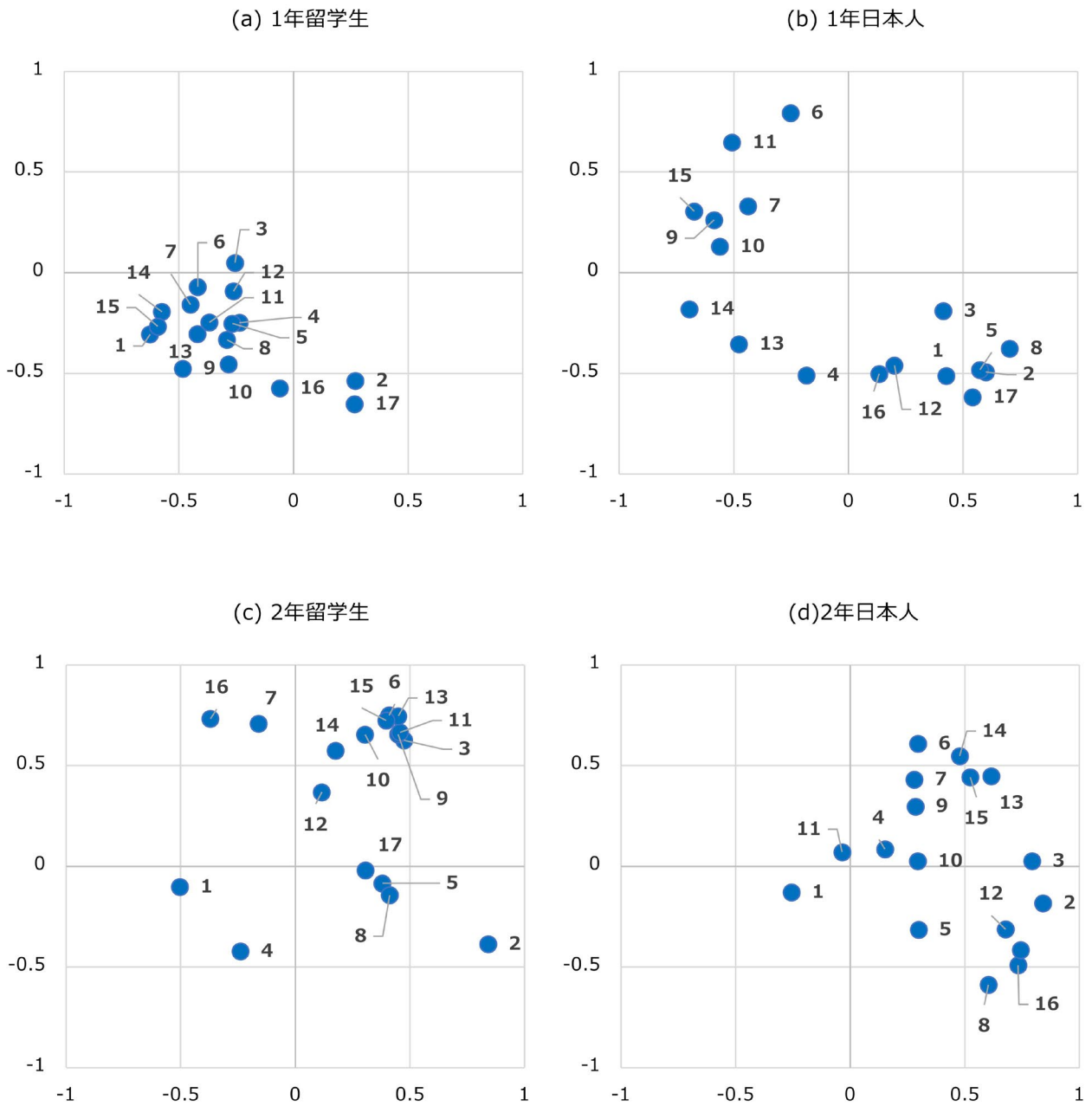


図 6 第2成分と第3成分 (主成分負荷量)

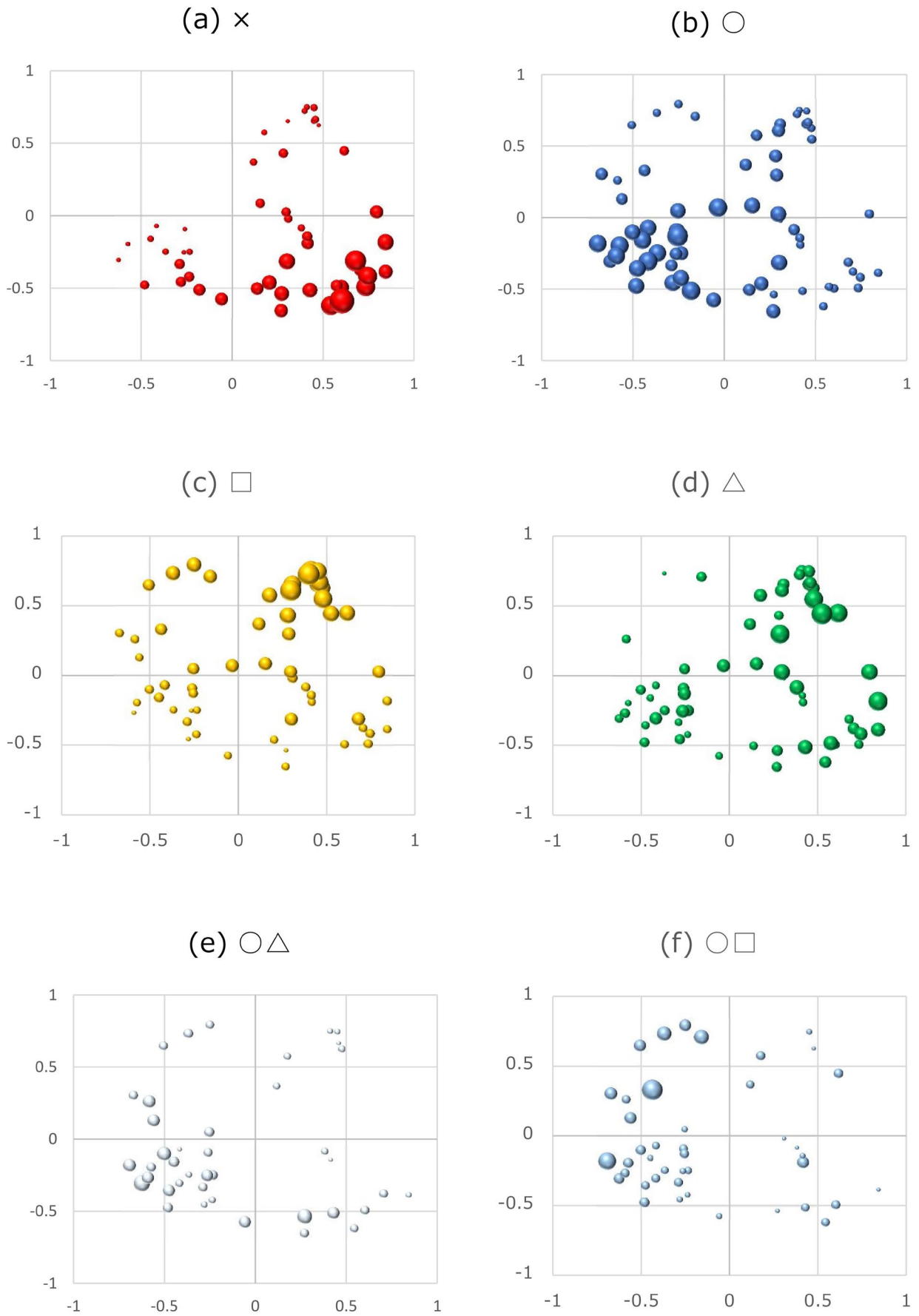


図 7-1 \times 、 \circ 、 \square 、 \triangle 、 $\circ\triangle$ 、 $\circ\square$ の相当する回答割合をバブルの面積としたバブルチャート

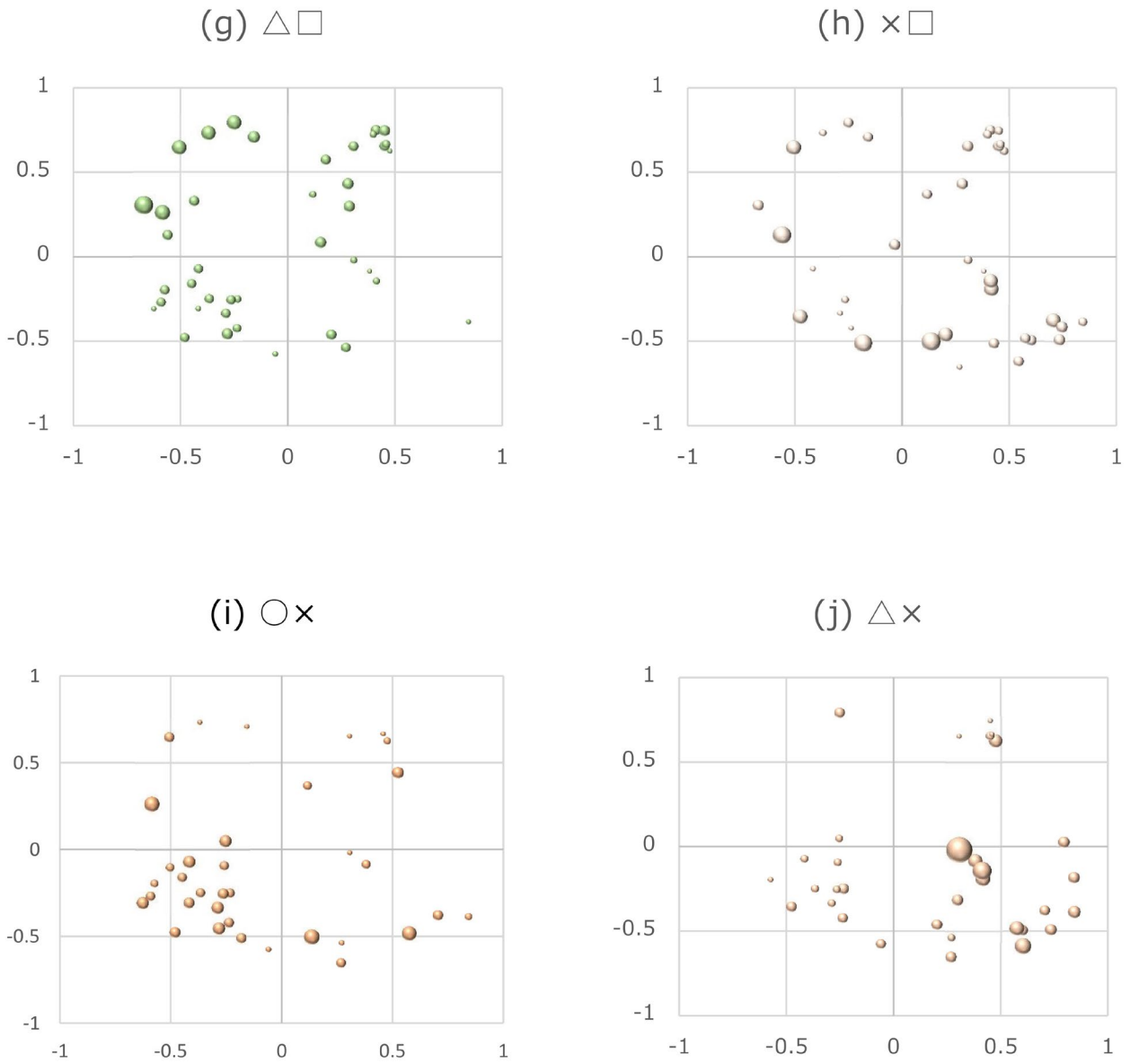


図 7-2 $\triangle\square$ 、 $\times\square$ 、 $\circ\times$ 、 $\triangle\times$ の相当する回答割合をバブルの面積としたバブルチャート

軽度行動障害(MBI)に対する非薬物的介入
— 認知症の前駆症状への対応に関する文献レビュー —

Non-pharmacological interventions for mild behavioral impairment (MBI):
a literature review on managing the prodromal symptoms of dementia

野口 代¹⁾

1) 東大阪大学短期大学部介護福祉学科

Dai NOGUCHI

Department of Social Care, Higashiosaka Junior College

抄録

認知症の前駆症状ともいわれる軽度行動障害 (MBI) は比較的新しい概念であり、それに対する介入に関してはまだ十分に整理や検討がなされていなかった。MBI は認知症発症前の行動障害であるため、非薬物的な介入が重要といえる。本研究では、MBI に対する非薬物的介入についての文献を概観し、その効果や課題を明らかにすることを目的とした。データベース検索により抽出された 268 件の文献を適格基準に照らして精査し、最終的に 4 件が分析対象となった。MBI に対する非薬物的介入の研究はまだ限られており、アパシーに関する研究に偏っていることがわかった。MBI や軽度認知障害 (MCI) で、アパシーや認知機能障害があると、介入の導入や継続でうまくいかないことが多くなり、そのため持続的かつ個別的なエンパワメントが重要になると考えられた。無作為化比較試験による研究は 1 件のみと少なく、今後さらに質の高い研究が必要である。

Key words: 軽度行動障害 (MBI), 軽度認知障害 (MCI), 認知症の行動・心理症状 (BPSD), 非薬物的介入

I. 背景と目的

2019 年時点で世界には、5,000 万人以上の認知症の人がおり、2050 年までにその数は約 3 倍になると推計されている[1]。また、わが国における認知症高齢者数は 2022 年時点で約 443 万人とされ、2060 年には 645 万人程度になると見込まれている[2]。

そのような中で、認知機能の低下や、認知症の発症を遅らせることへの期待が近年ますます高まっている[3][4]。そのため、正常老化と認知症の間の状態である主観的認知機能低下 (客観的な認知機能障害を伴わない主観的な認知機能低下; *subjective cognitive decline: SCD*) や、軽度認知障害 (認知症の前に起こる認知機能障害; *mild cognitive impairment:*

MCI) への関心も高まっている。

認知症のバイオマーカーに関する研究では、これまで体液検査や画像検査に注目が集まっており、一方で、認知症の早期発見のための行動面の特徴については十分に検討がなされてこなかった。脳画像や血液バイオマーカーとは異なり、行動の変化は本人や、介護者、周囲の人が観察により評価することができる。したがって、認知機能低下の早期発見のために、行動面を評価することは低コストかつ実用的なアプローチとなりうる。

軽度行動障害 (*mild behavioral impairment: MBI*) は、50 歳以降において持続的に神経精神症状 (*neuropsychiatric symptoms: NPS*) が出現することを

示す概念である。認知機能の低下や認知症、特にアルツハイマー病の可能性の早期指標となるといわれている[5][6]。MBI は、意欲低下、感情調節障害、衝動制御障害、社会的不適応、感覚や思考内容の異常といった様々な症状を包含しており、正常な認知機能の状態から軽度認知障害にわたって広くみられる[6][7]。MCI が認知機能障害を軸に考えた場合の認知症の前駆段階と考えられている一方で、MBI は認知症の前駆段階を行動障害の軸で考えたものとされている。また、MBI はアミロイドやタウの病理学的変化、代謝異常などの神経生物学的変化と関係しており、認知症への移行に寄与している可能性が指摘されている[5][8]。さらに、MBI は認知機能の低下とも関係しており、早期の認知症の潜在的診断マーカーとしての臨床的意義が示されている[6][9]。MBI の背景にあるメカニズムを検証することは、標的を絞った治療戦略につながり、リスクのある人の早期発見に役立てられる可能性がある[5][7]。

MBI のスクリーニングに効果的な尺度として、軽度行動障害チェックリスト (MBI Checklist: MBI-C) [10]があり、認知症を発症するリスクのある人を特定するのに役立つ。認知症のリスクがある人、特にSCD や MCI など認知症の前段階における NPS を評価するために開発され、無気力、気分、衝動制御障害、社会的不適切、異常思考、知覚などの 34 項目から構成されている。日本語版の MBI-C は松岡ら[11]により開発されている。

MBI という概念の定義や、MBI-C の開発とともに MBI の各症状の神経生物学的基盤や、バイオマーカーとの関係についての研究は大きく進歩してきたが、MBI の概念はまだ比較的新しいものであるため、特に MBI への介入法の開発やその効果についてはこれまで十分に整理がなされていない。認知症の行動・心理症状 (BPSD) に関しては、有害事象の恐れのお小さい非薬物的なアプローチを第一選択とすることが各種のガイドラインで示されており[12]、認知症発症前の行動障害である MBI に関しても非薬物的アプローチが重要といえる。そこで本研究では、認知症の前駆症状とも言われる MBI に対する非薬物的介入についての文献を概観し、その効果や課題を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1) 検索方法

英語の文献に関しては PubMed をデータベースとして、“dementia AND (MBI OR mild behavior* impairment)” をキーワードとして、2024 年 8 月 16 日時点で検索を行った。PubMed による検索においては、論文種別の選定や、論文の出版時期に関する設定は行わず、検索可能な全ての文献を対象とし

た。ただし、抄録が入手可能であり、英語の文献であることを検索条件に加えた。また、日本語の文献に関しては医学中央雑誌 web 版 (医中誌) および国立情報学研究所論文情報ナビゲータ (CiNii) をデータベースとして、“認知症 AND 軽度行動障害”をキーワードに 2024 年 8 月 16 日時点で検索を行った。

2) 分析対象とする文献の適格基準

データベース検索により抽出された文献について、まずタイトルと抄録から適格基準を判断し、全文で精査を行う文献を抽出した。その際、(1) MBI に関する研究、(2)非薬物的介入に関係する研究であることの 2 点を基準に検討を行った。

その後、上記基準を満たした文献の全文を入手し、さらに分析対象とする文献の選定を行った。その際、再び MBI に直接関係しない文献や、薬物療法やサプリメントの効果についてだけ扱った文献は除外した。

3) 分析方法

分析対象となった文献から、「著者名」、「出版年」、「対象」、「研究を実施した場所 (国/地域)」、「研究方法・デザイン」、「対象となった MBI の種類」、「その MBI への介入方法」、「効果や、示唆されたこと」のそれぞれの情報を抽出し、整理した。分析の焦点としては、どのような MBI に対して、どのような非薬物的アプローチが用いられ、その効果や示唆がどのようなものであるかといった点とした。

III. 結果

1) 文献検索の結果

データベース検索により、273 件の文献が抽出された。重複した 5 件の文献を除いた 268 件の文献についてタイトルと抄録から本研究の適格基準に照らして精査を行い、13 件が選択された。これらの文献についてさらに全文を精査し、最終的に本研究の適格基準を満たした 4 件の研究を分析対象とした。

表 1 に分析対象となった研究の概要を示した。このうち、文献レビューによる研究は 2 件[13][14]、症例報告が 1 件[15]、単盲検による無作為化比較試験と、記述的質的研究を組み合わせた混合研究法による研究が 1 件[16]であった。

2) MBI に対する非薬物的アプローチに関する文献の概観

表 1 に示した通り、まず『神経認知障害に伴うアパシー：最近の進展と今後の方向性』[13]では、アパシーはアルツハイマー病や MCI などの神経認知障害 (neurocognitive disorders: NCDs) においてよく見られるため、NCDs におけるアパシーに関する最新の研究をレビューしていた。

表1 MBIに対する非薬物的アプローチに関する研究の概要

著者(出版年) 文献番号	対象	国/地域	研究方法・デザイン	MBIの種類	介入方法 (非薬物的アプローチ)	結果 (効果や示唆)
Lanctôt et al. (2017) 13	アルツハイマー病やMCIなどの神経認知障害におけるアパシーに関する文献	—	文献レビュー	アパシー	個別的に患者のニーズに合わせて様々な介入が含まれるセラピューティック・アクティビティ、音楽、運動、ペットを用いた介入など。	アパシーに関して、(1)診断基準や新しい測定方法の使用といった「現象学」、(2)神経画像、神経病理学、バイオマーカーなどに関する「神経生物学」、(3)薬物および非薬物的アプローチといった「介入」の3つの分野で進展があることがわかった。 (主には、認知症の)アパシーに対する非薬物的介入に関しては、個々に合った活動がカギになる。しかし、たとえ介入の効果が出て、介入が終わった活動がなくなると、その効果は落ちてくるので注意が必要である。
Sherman et al. (2018) 14	認知症前駆期 (プロローマール期) におけるアパシーに関する文献	—	文献レビュー	アパシー	TMS (経頭蓋磁気刺激) による治療 (現在研究が進行中)、VR (仮想現実) を用いた介入、ゲームの要素を取り入れた介入。	認知症の前駆期における非薬物的アプローチが検討され始め、期待されているが、まだ結果の再現性という点で乏しい。認知症の人のアパシーに用いられているアプローチについても使用を検討すべきである。 TMSによる治療は現在研究が進行中である。VRを用いた介入が課題への取り組みや動機づけに有効である。ゲームの要素を取り入れることでも満足度や動機づけ、興味といった点に有効である。 認知症の前駆期のアパシーを効果的に治療するためには、アパシーの診断に関するより包括的なガイドラインの作成と、MCIおよびMBIにおけるアパシーの神経生物学的機序に関する更なる研究が必要である。
Matsuoka et al. (2020) 15	単一事例 Diogenes症候群 (ごみ屋敷症候群) の88歳の女性。当初のMMSEは27点	日本	症例報告	重度な家屋の不衛生な状態: Severe Household Squalor (Diogenes症候群: ごみ屋敷症候群)	長期にわたる多職種によるチームアプローチ。市のごみ収集の福祉サービス、家族、病院スタッフ、ホームヘルプサービスによる長期的多職種連携支援。	当初、本人の拒否により介入が難しかった。病院を受診してのことから、学際的チームアプローチによって徐々に治療を受け入れられるようになった。薬物療法は効果的ではなかった。長期にわたる患者との信頼関係の構築が重要であった。多職種によるチームアプローチも重要で、本症例では、市のごみ収集の福祉サービス、家族、病院スタッフ、ホームヘルプサービスによる協働が重要であった。 認知機能や日常生活動作が徐々に低下していったことから、認知症のリスクファクターとされるMBIと関連していたことが考えられた。このような患者を支援するためには多職種チームによる長期的かつ持続的かつ介入が重要である。
Lin et al. (2023) 16	5つの社会施設における軽度認知障害のある50歳以上の地域在住の成人171名 (平均年齢は69.1歳 (SD = 8.1)、女性占87.7%)	香港	単盲検によるランダム化比較試験と、記述的質的研究を組み合わせた混合研究法	軽度認知障害のある高齢者の神経精神症状 (抑うつ、不安、アパシーなど)	介入群 (13週間のエンバワメントに基づく心理行動プログラム)、もしくは対照群 (一般的な健康教育プログラム) のいずれかに無作為に割り付けを行った。介入群の13週間のエンバワメントに基づく心理行動プログラムは、少人数グループ形式 (1グループ6-8人) で実施される週1回90分5週間の対面セッションと、その後週1回2週間および隔週3回の電話フォローアップで構成された。5回のセッションのトピックは、(1)MCIと神経精神症状について、(2)ポジティブ・シンキングによる感情の調整、(3)脳の使い方、(4)自分の強みと興味を活かした活動的なスケジュールをつくる、(5)マインドフルネス瞑想や深呼吸などのリラクゼーションを用いたストレスへの対処の方法についてであった。	介入群では介入終了時に対照群に比べて、全般的な神経精神症状、アパシー、不安、主観的な記憶の訴えが有意に改善し、効果はその後4週間持続した。抑うつと認知機能にも遅延効果を示された。質的なデータは、量的な評価と一致した。 アパシーや認知機能障害があると、介入の導入や継続がうまくいかないことが多い。そのため、エンバワメントが重要になる。継続のためのエンバワメントの要素として、個別の目標を立てることや、介入マニュアルを使うこと、個別にフォロアーアップの電話を用いることが、介入を成功させるために勧められる。MCIレベルでも神経精神症状が認知症と同等の割合でみられたことから、早期のアセスメントや介入が重要である。

Note MBI, mild behavioral impairment; MCI, mild cognitive impairment; MMSE, Mini-Mental State Examination; TMS, Transcranial Magnetic Stimulation; VR, virtual reality

その結果、アパシーに関して、(1) 診断基準や新しい測定方法の使用といった「現象学」、(2) 神経画像、神経病理学、バイオマーカーなどに関する「神経生物学」、(3) 薬物および非薬物的アプローチといった「介入」の3つの分野で進展があることがわかった。レビューにより抽出された介入法としては、個別的に患者のニーズに合わせて様々な介入が組み込まれたセラピューティック・アクティビティや、音楽、運動、ペットを用いた介入などが挙げられていた。主には、認知症のアパシーに対する非薬物的な介入に関してであったが、個々に合った活動を導入することが成功の鍵になるということであった。しかし、たとえそれにより介入の効果がでて、介入が終わり、活動に取り組みなくなると、その効果は落ちてくるため、注意が必要ということが示されていた。アパシーはNCD患者に重大な影響を及ぼすことが確認されており、研究や介入の重要な対象であるということであった。

次に『認知症前駆期におけるアパシーの有病率、神経生物学、治療法』[14]では、MCIやMBIを含む認知症の前駆期（プロドローマル期）におけるアパシーの有病率、神経生物学的背景、有効な治療法について文献レビューを行っていた。MCIの人においては、有病率は様々であるが一貫してアパシーが見られることが示されていた。MBIにおいてはアパシーの有病率が論じられるようになったのは最近のこととされていた。認知症前駆期でのアパシーへの非薬物的アプローチについても検討がされ始め、有望視されているが、まだ結果の再現性という点で乏しいことが示されていた。そのうえで、Transcranial Magnetic Stimulation (TMS: 経頭蓋磁気刺激) による治療の研究が現在、進行中であるということであった。また、Virtual reality (VR: 仮想現実) を用いた介入が課題への取り組みや動機づけに有効であり、ゲームの要素を取り入れることで満足度や動機づけ、興味といった点に有効であることも示されていた。認知症前駆期のアパシーを効果的に治療するためには、アパシーの診断に関するより包括的なガイドラインの作成と、MCIとMBIにおけるアパシーの神経生物学的な機序に関する更なる研究が必要ということであった。

『重度に不衛生な状態の家屋に住む高齢者に対する長期的な関係作りの重要性』[15]では、さまざまな病気により高齢者に現れることがある家庭内での不衛生 (Domestic squalor) に関する症例報告であった。Diogenes 症候群は、家庭内での独特な行動を特徴とする状態である。これに対して、長期にわたる多職種によるチーム・アプローチを行い、介入に成功した症例が報告されていた。この症例では、対象者は多くのものをため込み、その結果、家屋がひど

く不衛生な状態になっていた。対象者は当初、援助を拒否し、意欲低下がみられていたため、介入が困難であった。薬物療法も効果的ではなかった。しかし、病院に通院をしていたことをとっかかりとして、多職種によるチーム・アプローチにより徐々に治療を受け入れていった。認知機能や日常生活動作が徐々に低下していったことから、対象者はMBIであったと考えられた。このような状態の人を支援するためには、多職種チームによる長期的かつ持続的な介入により信頼関係を構築していくことが非常に重要であることが示されていた。

最後に、『エンパワメントに基づく心理行動的な教育プログラムが軽度認知障害の神経精神症状に及ぼす効果』[16]に関する研究では、MCIの人の80%に影響を及ぼし、認知症の進行に有害な影響を与えているとされる抑うつと不安に注目し、エビデンスに基づく介入法の開発を目的としていた。エンパワメントに基づく心理行動プログラムを実施し、MCIの高齢者の神経精神症状、認知機能、健康関連QOLに及ぼす効果を単盲検の無作為化比較試験と、記述的質的研究の混合研究法により効果を検証していた。この研究では、香港の5つの社会施設において、50歳以上のMCIである地域在住の成人を対象としていた。171名の参加者を、介入群 (エンパワメントに基づく心理行動的な教育プログラム) : (1) MCIと神経精神症状について、(2) ポジティブ・シンキングによる感情の調整、(3) 脳の力の使い方、(4) 自分の強みと興味を活かして活動的なスケジュールをつくる、(5) マインドフルネス瞑想や深呼吸などのリラクゼーションを用いたストレスへの対処の方法に関する心理教育プログラム)、もしくは対照群 (一般的な健康教育プログラム) のいずれかに無作為に割り付けて介入を行った。ベースライン時、プログラム終了直後、その4週間後に評価を行った結果、介入終了時に介入群は対照群に比べて、全般的な神経精神症状、アパシー、不安、主観的な記憶に関する訴えが有意に改善し、その効果が4週間後も持続していた。また、抑うつと認知機能にも4週間後に効果が示された。質的なデータからも、このプログラムにより、MCIである参加者が充実した生活や、将来に対するより前向きな考え方をできるようになり、また日常の悩みごとや感情的な状態への対処もできるようになり、神経精神症状や認知機能の改善の効果がみられたのではないかと指摘されていた。

IV. 考察

本研究は、MBIに対する非薬物的アプローチのエビデンスについて文献的に整理、検討することを目的として行った。

1) 研究対象となっていた MBI の種類

本研究の結果からは、介入方法が検討されている MBI としてはアパシー、家屋の不衛生（ため込み等）、抑うつ、不安が挙げられた。特にアパシーについては4件の研究のうち3件で扱われていた。

International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment (ISTAART) による MBI クライテリア[17]では、MBI として (a)意欲低下（例：アパシー、自発性喪失、無関心）、(b)感情調節障害（例：不安、気分変動、変動性、多幸感、易怒性）、(c)衝動制御障害（例：興奮、脱抑制、ギャンプル性、強迫観念、保続行動、刺激に対する反応を抑制できない）、(d)社会的不適合（例：共感性の欠如、洞察力の欠如、社会的品位や機転の欠如、柔軟性のなさ、元々の性格傾向が強調される）、(e)感覚や思考内容の異常（例：妄想、幻覚）の5つの行動面や性格面の変化が挙げられている。この中で、(b)感情調節障害、および(c)衝動制御障害の頻度が高いという調査結果[18]もあり、アパシーが含まれる(a)意欲低下だけでなく、それらについてもできるだけ早期に介入や対応方法の効果検証を行うべきと考えられた。

2) MBI に対する非薬物的アプローチとその効果

分析対象となった4件の研究のうち、2件[13][14]はアパシーに関する全般的なレビュー論文であり、そのうちの一部で MBI や、MBI に対する非薬物的な介入に触れている部分があった。

多くの要素が含まれている介入が最も効果的であるという結果[13]は、1種類の介入だけでは多くの人の好みに合った介入にならないため効果が上がらないのではないかと考えられた。この点からも、認知症のアパシーに対する非薬物的な介入に関しては、個々に合った介入や活動を導入することが重要と考えられた。

また、たとえそのようにして介入の効果が出ても、介入が終わり、活動に取り組まなくなると、その効果は落ちてくるということが指摘されていた。MBI や MCI で、アパシーや認知機能障害があると、介入の導入や継続がうまくいかないことが多くなる。そのため、症例報告[15]にあったような粘り強い持続的な関係作りや、介入研究[16]で勧められていたエンパワメント（個別の目標づくりや、介入マニュアルの使用、個別にフォローアップの電話を用いること）が、介入を成功させるために重要と考えられた。

また、孤独感が MBI を悪化させる可能性も指摘されており[11]、上記のような個々に応じた多職種による長期的な関係作りや、エンパワメントに基づく継続的かつ長期的な介入には、高齢者の孤独感を軽減させるという意味があるかもしれない。さらに

それにより、MBI の改善につながり、認知機能低下や認知症の発症を遅らせることができるかなど、今後 MBI に対する更なる研究の発展が期待される。

今回分析対象となった4件の中で、無作為化比較試験による研究は1件[16]のみであった。さらに、この研究は単盲検で評価が行われていた。このような頑健な研究デザインで効果検証が行われ、エンパワメントに基づく心理行動プログラムは、MCI のある高齢者の神経精神症状や認知機能の改善に有効であることが示されている。これまで MCI 段階の人への介入としては、認知トレーニングなどが中心であったが、行動面からの心理教育的アプローチによっても、MBI や他の健康関連項目が改善することが示された。

また、この研究では、プログラムの介入厳密性（どの程度、計画通りに実行できているか）を保証するために、介入セッションごとに簡潔なマニュアルを用いて振り返れるようにしている。さらに、長期的に介入厳密性を維持するために、電話でのフォローアップ時にはチェックリストを使用していた[19]。認知症の人の BPSD に対しては、行動マネジメント（behavioral management techniques: BMT）に基づいた個別的・長期的な支援が有効ということが示されており[20][21]、このことは MBI に対しても当てはまるのではないかと考えられた。

3) 本研究の課題と今後の展望

MBI への非薬物的介入について扱っている研究は少なく、頑健な研究デザインによる効果検証はさらに限られていたため、十分にその効果を明らかにすることはできなかった。また、対象とされていた MBI にも偏りがあり、全く介入研究が行われていない MBI もあり、その点も今後の課題となる。さらに MBI の種類別に、重症度に応じた非薬物的介入の効果検証も必要と考えられる。これらのことから、MBI に対する非薬物的介入の効果については現時点では結論づけることはできず、対象者の状態や状況を考慮した上での検討が今後さらに必要になると考えられた。

V. 結論

認知症の前駆状態ともいわれている MBI への非薬物的介入のエビデンスについて、関係する文献を概観し、整理、検討を行った。その結果、最終的に本研究の適格基準を満たした研究は4件であった。MBI に対する非薬物的アプローチの研究はまだかなり限られており、アパシーに関する研究が中心であることがわかった。MBI や MCI で、アパシーや認知機能障害があると、介入の導入や継続がうまくいかないことが多く、そのため持続的な関係作り

や、個別的なエンパワメントが、介入を成功させるために重要と考えられた。文献レビューなどにより、MBI に対する非薬物的アプローチが重要という指摘があったが、無作為化比較試験による研究は1件のみであり、今後さらに質の高い研究が必要である。

付記

本研究は JSPS 科研費 (24K14162) の助成を受けて行ったものであり、また一部は JSPS 科研費 (23K20196) の支援によって行われた。

引用文献

- 1) GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022) Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125.
- 2) 二宮利治 (2024) 「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」. 『令和5年度老人保健事業水経費等補助金(老人保健健康増進等事業分)』
- 3) Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., et al. (2015) A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial, *Lancet*, 385, 2255–2263.
- 4) Rosenberg, A., Ngandu, T., Rusanen, M., et al. (2018) Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial, *Alzheimers Dement*, 14, 263–270.
- 5) Angelopoulou, E., Bougea, A., Hatzimanolis, A., et al. (2024) Unraveling the potential underlying mechanisms of mild behavioral impairment: focusing on amyloid and tau pathology, *Cells*, 13(13), 1164.
- 6) Park, J.I., Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. (2024) Prevalence of mild behavioural impairment and its association with cognitive and functional impairment in normal cognition, mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's dementia, *Psychogeriatrics*, 24(3), 555-564.
- 7) Leow, Y.J., Soo, S.A., Kumar, D., et al. (2024) Mild behavioral impairment and cerebrovascular profiles are associated with early cognitive impairment in a Community-Based Southeast Asian Cohort, *J Alzheimers Dis*, 97(4), 1727-1735.
- 8) Gonzalez-Bautista, E., Momméja, M., de Mauléon, A., et al. (2024) Mild behavioral impairment domains are longitudinally associated with pTAU and metabolic biomarkers in dementia-free older adults, *Alzheimers Dement*, 20(7), 4692-4701.
- 9) Elefante, C., Brancati, G.E., Baldacci, F., et al. (2023) Mild Behavioral impairment (MBI) and late-life psychiatric disorders: Differential clinical features and outcomes, *International Psychogeriatrics*, 35(S1), 27-28.
- 10) Ismail, Z., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., et al. (2017) The Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C): A rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations, *J Alzheimers Dis*, 56(3), 929-938.
- 11) Matsuoka T, Ismail Z, Imai A, et al. (2024) Relationship between loneliness and mild behavioral impairment: Validation of the Japanese version of the MBI Checklist and a cross-sectional study, *J Alzheimers Dis*, 97(4), 1951-1960.
- 12) Ngo, J. and Holroyd-Leduc, J.M. (2015) Systematic review of recent dementia practice guidelines, *Age Ageing*, 44, 25-33.
- 13) Lanctôt, K.L., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., et al. (2017) Apathy associated with neurocognitive disorders: Recent progress and future directions. *Alzheimers Dement*, 13(1), 84-100.
- 14) Sherman, C., Liu, C.S., Herrmann, N., et al. (2018) Prevalence, neurobiology, and treatments for apathy in prodromal dementia, *Int Psychogeriatr*, 30(2), 177-184.
- 15) Matsuoka, T., Kato, Y., Shibata, K., et al. (2020) Importance of long-term involvement for older people living in severe squalor: A case report, *Asian J Psychiatr*, 52, 102146.
- 16) Lin, R.S.Y., Yu, D.S.F., Chau, P.H., et al. (2023) Effects of an empowerment-based educative psycho-behavioral program on neuropsychiatric symptoms among persons with mild cognitive impairment: A mixed methods study, *Int J Nurs Stud*, 137, 104381.
- 17) Ismail, Z., Smith, E.E., Geda, Y., et al. (2016) ISTAART Neuropsychiatric Symptoms Professional Interest Area. Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment, *Alzheimers Dement*, 12(2), 195-202.
- 18) Park, J.I. (2024) Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Prevalence of mild behavioural impairment and its association with cognitive and functional impairment in normal cognition, mild

cognitive impairment, and mild Alzheimer's dementia, *Psychogeriatrics*, 24(3), 555-564.

- 19) Lin, R.S.Y., Yu, D.S.F., Pui Hing Chau P., et al. (2021) An empowerment-psycho-behavioral program on neuropsychiatric symptoms in persons with mild cognitive impairment: Study protocol of a randomized controlled trial, *J Adv Nurs*, 77(8), 3507-3517.
- 20) Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., et al. (2005) Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia, *Am J Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- 21) Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., et al. (2007) Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia, *J Affect Disord*, 101(1-3), 75-89.

資料

脱構築された買い物行為によるフレイル予防
Deconstruction of shopping for prevention of frailty

馬込武志

東大阪大学短期大学部介護福祉学科

Takeshi MAGOME

Department of Social Care, Higashiosaka Junior College

抄録

認知症予防には、その前段階としてのフレイルと言われる状態を改善することが重要である。その改善には、このような行動をとらないとフレイル状態に陥るとネガティブ情動に訴えかけるといった手法がとられがちだ。しかしながら、ネガティブ情動は行動を変容させにくい。

本研究では、ネガティブ情動を使用せずに、「買い物」という日常生活動作をフレイルの予防に利用する方策について検討する。

その方策は、(商店の協力を仰ぎ)、店主との関わりから、買い物を通して商店の経営に貢献しているという自己重要感を感じてもらおう。その自己重要感が、体力的にも負担になりがちな買い物を行うモチベーションになる。買い物を行うことによる身体機能の維持、脳の活性化、孤独感の解消が結果として、フレイルの予防になり、さらには商店の経営にも寄与する。

買い物という行為を単なる生活必要品の調達という意味付与から脱構築し、フレイルの予防に資する行為として再構成することを提唱する。

0. はじめに

高齢期に健やかでイキイキとした生活を送るためには、認知症の予防、ひいてはフレイルの予防が重要である。フレイル予防のためには、運動や人との関わりが必要とされている。

しかしながら、それらの運動や人に関わろうとする行動を起こさせるものに対する言及がない。

結局のところ、行動を起こさせるために脅迫的な言説などの外発的な動機付けに頼らざるを得なくなる。外発的な動機付けによる行動は、正常性バイアスなどの働きにより長続きせず、結局のところフレイルの予防という効果が十分に得られないのではないかと。

では、どうすれば、運動や人との関わりをもつという行動を内発的に動機づけることができるのか。筆者は、生活上必要な買

い物を援用することによって、それが達成できると考える。その際の買い物のポイントは買い物を通しての“なじみの店を応援すること”である。

人が感じる幸福感で最大のものは、他者を援助している時だという。その幸福感が次の行動（ここでは買い物）を導き出す。その連鎖が、継続的で自発的な運動や人との関わりを生む。「店を支援する買い物」を通して、高齢者の自己重要感なども充実する。他者支援という買い物行動が運動や人との関わりを内発的に動機づけ、精神的な満足にもつながり、フレイルの予防につながると考える。

1. フレイル予防についての言説

認知症の患者数は2022年で443万人を数え、2030年には523万人に達すると推計されている（日本経済新聞2024年5月8日）。この認知症に対してどのように対応していくかが課題となっている。

認知症の予防もさることながら、前段階としてのフレイルをどのように予防するかに現在、注目が集まっている。

フレイルの予防を研究している飯島（2021）は、約5万人の高齢者を対象に調査を行った。その調査において、①身体活動（運動習慣）、②文化活動、③地域活動・ボランティア活動の3つの活動の有無とフレイルに対するリスクを比較している。

その結果、身体活動はしているものの他の2つの活動をしていない群と身体活動はしていないが、他の2つの活動をしている群は、フレイルのリスクが約3分の1のリスクになっているという。「地域に出て、

常に人とのつながり、生きがい・やりがい・目標などを持ちながら継続的に日々取り組んでいる」ことがフレイルの予防につながると主張している¹⁾。

フレイルの予防について、一般的にはどのような言説があるのだろうか。平成28年に発行された東京都（2017）の一般向け啓発冊子「住み慣れた街でいつまでもフレイル予防で健康長寿」には、フレイル状態になる最も大きな原因を「筋肉の衰え」とし、「何もしないと筋肉は衰えます」と述べている²⁾。

ここでのポイントは、「何もしないと筋肉が衰える」というのは、ネガティブ感情に訴えかけ、行動変容を促しているという点である。

また、飯島は「私は、さまざまな場所でフレイルやその予防について話しており、高齢者の方々には科学的根拠を持って説明することで「良質な脅し」をすることを心がけています。」³⁾と述べている。フレイル予防に大きな影響を持つであろう飯島のこの方針は前出の東京都のパンフレットなどにも見られ、フレイル予防の方向性の一つと言えるであろう。

恩田ら（2024）は、講話、実技、ワークを行う後期高齢者のフレイル予防教室を開催した。その結果、下肢筋力、バランス、歩行能力が改善したものの一日あたりの歩数に増加は認められず、体重の減少も求められなかったという⁴⁾。この結果は、脅しではなく、正しい知識を提供してもそれだけではフレイルの予防につながる行動にはむすびつかないということを示唆している。

また、東京都の啓発冊子も恩田らのフレイル予防教室もその主眼を「身体活動」においている。飯島が述べているように、身体活動だけではなく、文化活動や地域活動・ボランティア活動がフレイルのリスク軽減に貢献していると思われるので、これら活動にも軸足を置いた予防活動を行う必要がある。

さらにフレイルを予防する理由がなければ、人々はフレイルの予防行動を実践しない。いくら国が旗を振ったところで、モチベーションにはつながらない。

つまり、健康長寿であることの価値をそれぞれの人が見いだせるような仕組みづくりがあって、フレイルを予防するにはどうすればよいかという話に接続させる必要がある。健康への関心と、健康維持・向上活動へのモチベーションは別物である⁵⁾。

これらフレイル予防の言説が、内発的動機付けではなく、外発的動機付けに依拠していると言える。ここに啓発活動の限界があるのではないか。

大手小売店の丸井の産業医を務める、小島(2024)は自らの医師としての経験から、

「糖尿病が悪化すれば人工透析や足の切断になる」と何度注意されても過食を続け、実際に人工透析に至る人。周囲に何度促されても病院に行かず体調を悪化させる人。私は医師としてこうしたケースを見てきました⁶⁾。

と述べ、ネガティブな情動では、人は中長期的には変わらないと主張している。フレイルの予防を促す言説がまさに、小島の

いう「糖尿病が悪化すれば、人工透析や足の切断になる」という言説と酷似している。

つまり、この言説では、人々の行動変容を促すのは難しいということだ。

ここで、2つの疑問が生じる。ひとつは、無効と分かっているなぜ、同様の言説を掲げるのか、ということである。これについて、前出の小島(ibid)は、

要因は複数あるにせよ、日本では問題や失敗に対して叱責や罰を与えるなど、ネガティブ情動によって人を変えようとしてきたことが、これらの結果に表れているように思います。

と述べている。つまり、行動変容を促す際に、脅迫的言説で行なうというという方法論が多く使われてきたということだ。

この脅迫的言説とともに「ちゃんと理解すれば、人々は行動を変える」という信念ともいうべきもの(フレイル予防教室など)も散見される。

そうならないのは、数多のダイエットや禁煙の「失敗」や植木等の「スーダラ節」のヒットからも裏付けられるだろう。正しい知識は、行動変容にとって、知識は必要条件ではあるが、十分条件ではない。

疑問のもう一つは、どうすればよいかという改善点である。

前述のように知識さえあれば、行動するわけではない。行動の源泉は知識ではなく、情動なのである。それも行動変容を起こしやすく、長続きするのは、ネガティブな情動ではなく、ポジティブな情動である。

前出の小島 (ibid) は以下のように述べている。

心臓病の患者なら、「死にたくない」ではなく「こういう人生を歩みたい」。虐待された過去を持つ人なら、「虐待はいやだ」ではなく「こういう家族をつくりたい」。こうした成長モードの情動が喚起される時に、人や組織は本質的に変わるのです。

つまり、ポジティブな情動を喚起することが行動を起こす元になり得るといえる。

このポジティブな情動を喚起させるにはどのような方法があるだろうか。フレイルの予防であるので、もちろん「今後、どのような人生を送りたいですか?」という質問することも考えられるだろう。

しかしながら、このような質問は、一般的に理想とされるような“プロトタイプ”を答えて終わってしまうということが想像に難くない。

ということは、フレイルを予防するにはフレイル予防と真正面に向き合わないことが重要なのではないか。真正面に向き合うとどうしても“正しさ”にからめとられてしまう。

2. 買い物行為の脱構築

真正面に向き合わずにフレイル予防を行なうというのはどういうことか。その方法として、生活リハビリを援用することを提案する。

生活リハビリとは、排泄、入浴、食事等の日常生活動作そのものをリハビリとして

とらえ、その生活動作を工夫しながら自立した生活を支援するものである。

生活リハビリの例として、以下のようなことが挙げられる。日中はベッドで過ごし、立位はとれるものの歩行が困難で、移動時に車いすを利用している利用者。その利用者の下肢筋力の維持を目標に掲げた場合、一般的には、下肢筋力の維持のための専門的なリハビリを行うことが考えられる。一方、生活リハビリであれば、食事の際、車いすのまま食事をとるのではなく、食事の度ごとに椅子に移乗する。1回の食事では、ベッドから車いす、車いすから椅子、椅子から車いす、車いすからベッドへと都合4回の移乗が行われる。一日で言えば、3食におやつがあるので、1日で16回の短い時間とは言え、立位を取る「訓練」が行われる。それが下肢筋力を鍛えることにつながっているということだ。

上記の例は、一般的なリハビリを行っていないが、「食事」という日常生活の場面をリハビリに利用するというものである。

「リハビリをしなければ、〇〇ができませんよ」といったネガティブな情動に頼ることなく、利用者がリハビリをしているという意識を持つことなく、結果として、リハビリを行っているという状態を作り出す。

日常生活を送りながら、フレイルの予防ができないかと考えたときに、筆者が目を付けたのが「買い物」である。

買い物は日常の生活に欠かせないものである。介護でも手段的日常生活動作に分類されている。

在宅高齢者の買い物は、多くは理学療法分野で、身体的活動として、捉えられ研

究されているものや⁷⁾、地理学の分野で商店までのアクセスを研究したもの⁸⁾などがある。

ただし、筆者が考える「買い物」は、生活必需品を購入することはもちろんだが、個人商店でなじみの関係を作り、そのお店を応援するというものである。

この「買い物」という行為は、フレイルの予防にうってつけである。フレイルの予防には一般的に「歯と口の健康を保つ」、「身体を動かす」、「栄養バランスをとる」、「社会参加をする」といった4つの柱があるとされている⁹⁾。

買い物は「運動」をせざるを得ない。また、なじみの個人商店で買い物をする場合、何らかの会話をするとことも想像に難くない。この会話は口腔の動きをよくするので「口の健康」に、なじみの関係は「交流」に、また食材を販売する店となじみの関係になれば、どのような食事をしているかを把握されて、栄養のアドバイスももらえる「栄養のバランス」にもつながる。

3. フレイル予防への処方箋

人間の行動は、情動によって促される。その情動のうち、ネガティブな情動への働きかけによる行動変容が難しいのであれば、ポジティブな情動への働きかけを利用すべきである。買い物を行うようにポジティブな情動へ働きかける。

原田ら(2017)は、在宅高齢者は「個人商店にふれあい拠点としての役割を期待している」ことを指摘されている¹⁰⁾。このことから買い物と人との関わりは親和性が強い。商店となじみの関係を築くだけで

なく、行動を起こすためにさらなるきっかけが必要だ。

それが、高齢者の自己重要感を高めるという方法である。

自己重要感とは、「自分は(誰かの)役に立っている」という感情である。買い物という行為は、間違いなく商店の売りに貢献している。つまり、商店の役に立っているのである。ただ、普通に買い物をしていただけでは、「役に立っている」という実感は持ちにくい。

そこで、商店に協力を仰ぎ、来店するたびに「自分がこの店の売りに貢献している」という意識を持ってもらえるような、声掛けや対応をしてもらう。

買い物に来た高齢者は、「この店の役に立っている」という自己重要感を得ることができる。

現在、個人商店の苦境は言わずもがなである¹¹⁾。個人商店の集まりだった商店街はシャッター街と揶揄されるように閉じた店が多くなっている。

そのような苦境に立たされている個人商店を買い物という形で高齢者が救う。個人商店を営む店主も高齢者のフレイル予防を行って高齢者の役に立っているが、その一方で高齢者に売り上げという点で救われるのである。

人間は、誰かを支援している時に幸福度が最も高くなるともいわれている。この幸福度が高い行為はポジティブな情動が高く、行動に移る、継続する可能性が高い。

この買い物がスーパーマーケットのようなセルフ型の商店であれば、買い物客は声をかけられることもなく買い物が完了してしまうので、「自分が役に立っている」と

いう自己重要感は向上しにくい。せつかく買い物をしても、買い物が自分の生活にのみ寄与するものであれば、“億劫”になった時点でやめてしまう可能性が高い。

客である高齢者の自己重要感を高める何らかの方法について協力してもらう前提ではあるが、個人商店で買い物をすることがポイントになる。

このことにより、個人商店を支援しながら買い物を行なうという生活リハビリを通して、フレイルの予防を行なうことが可能になる。

4. 結論

フレイルの予防は日本において喫緊の課題と言ってよい。そのために様々な啓発が行われている。しかしながら、その啓発の多くが人々のネガティブ情動に訴えかけるものである。これまでのネガティブ情動への働きかけがうまくいっていないことから考えても、このネガティブ情動への働きかけは行動変容につながりにくい。

そこで、本研究では、フレイルの予防のみを目指した活動を行なうのではなく、買い物という日常生活動作を生活リハビリとして位置づけ、買い物を通してのフレイル予防を目指す。

しかしながら、経年による身体機能の衰えなどから買い物へ行かなくなるということも十分に考えられる。その買い物を促すためになじみのお店を作り、そのお店の売りに貢献しているという自己重要感をポジティブ情動に働きかけるという仕組みを用意する。

その結果、お客として売りに貢献する一方でフレイルの予防につながる。とい

う高齢者も商店も win-win の関係を築いていくことが可能になるのではないか。

おおよそ生活上必要なものとしてしか位置づけられていない「買い物」をフレイル予防、商店の支援、ひいては地域貢献という視点で捉えなおす（脱構築する）という試案である。

5. 問題点と課題

買い物を通してフレイル予防を行う際に気をつけなければならないのは、買い物によって、自己重要感が満たされるということは、自己重要感をさらに満たそうと過度の買い物を行ってしまう可能性があるということである。

これについては、商店の方でよく理解してもらい、売り上げを至上命題にしないように気を付けてもらい、場合によっては、高齢者に対して、適度な買い物を提案するなどの協力が必要になってくる。

また、これは「試論」であるので、検証が必要になる。その際、内容をよく理解した上で協力してもらう商店、高齢者の確保といった問題が生じる。

検証に関しては、多くのハードルがあるものの、このフレイル予防の方法は、基本的には費用もかからず、高齢者のフレイルが予防できるだけでなく、商店も潤い、そのような商店が多くあれば地域も活性化されるという効果も十分に考えられる。

注)

1) 飯島勝矢 (2021) 「さらなる長寿健康社会への挑戦」『フレイル予防・対策：基礎研究から臨床、そして地域へ』公益財団法人 長寿科学振興財団,9-15.

- 2) 東京都多職種連携連絡会監修 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課「住み慣れた街でいつまでもフレイル予防で健康長寿」平成29年3月発行。
- 3) 「健康長寿に向けて必要な取り組みとは?100歳まで元気、そのカギを握るのはフレイル予防だ」厚生労働省HP
(https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kouhou_shuppan/magazine/202111_00001.html)
- 4) 恩田彩加, 高橋慎弥, 関根美幸, 猪股伸晃, 桑原倫子, 水野美穂, 田村広江
(2024) フレイル予防・高血圧重症化予防教室参加者の体力変化についてー2022年度の報告ー日本予防理学療法学会 学術大会プログラム・抄録集 2.Suppl.No.1 (0), 274-274.
- 5) これについては、稿を改めて論じる。
- 6) 小島玲子 (2024) 「情動の「負の連鎖」変わる難しさを乗り越える (1)」
https://project.nikkeibp.co.jp/ESG/atcl/col_umn/00014/020500048/, 2024.2.9, 閲覧 2024.8.13.
- 7) 下木原俊, 田平隆行, 堀田牧 (2024) 地域在住認知症高齢者のADL能力と要介護度との関連, 日本老年療学会誌 3 (0), n/a-, 2024-04-05
- 8) 渡辺理絵, 高山月花 (2024) 中山間地における世帯内労働力配分に着目した食料調達の特徴, 季刊地理学 76 (2), 61-78, 2024.
- 9) 8020財団 (2024) 「知って得する! フレイル予防」
<https://www.8020zaidan.or.jp/oralfrail/02.html> 2024.9.16 閲覧
- 10) 原田健司, 今西玄大, 船引一希, 岩崎義一 (2017) 高齢社会における地域施設を梃子にしたコミュニティ形成に関する研究, 日本都市計画学会関西支部研究発表会講演概要集 15 (0), 77-80, 2017.
- 11) ルポライター井上理津子の『絶滅危惧個人商店』(2020) という書名などが個人商店の近況を象徴している。

外国人介護人材の受け入れ促進
—外国人介護人材の受け入れの阻害要因に関する整理・分析—
Promoting the acceptance of foreign care workers
Analysis of obstacles to accepting foreign care workers

山田 克宏

東大阪大学短期大学部介護福祉学科

Katsuhiko YAMADA

Department of Social Care, Higashiosaka Junior College

抄録

介護人材の不足に対し、技能実習制度等の制度が新設され、外国人介護人材の受け入れが拡大されてきた。しかし、2040年時点で介護人材の充足が見通せない状況で、外国人介護人材の受け入れ促進が喫緊の課題である。そのため、先行研究等に基づき、外国人介護人材の受け入れ等の阻害要因を明らかにする。外国人介護人材の受け入れには、地域間・法人間の差がある。受け入れに積極的な法人は、生活支援にも取り組んでいる。また、ハード面で、インカム等のICTを活用し、不安感、書くことの苦手意識の軽減がなされている。しかし、偏見、記録の記入、日本語能力、職員・地域のサポート体制の不足等により、受け入れが阻害されている。また、受け入れの課題は、生活面の不安、日本文化の理解であることが推察出来るため、養成校と施設が連携し、教育ツールの開発を行う必要がある。本稿では、限られた地域、施設での見解であり、量的調査による精査を行う必要がある。

Key words: 日本語能力 記録 苦手 生活面の不安 日本文化

I. 背景と目的

介護人材は、2022年度で215万人、2026年度240万人、2040年度272万人が必要とされている¹⁾。少子高齢化に伴い、日本の総人口が1億2,495万人で高齢化率が29.0%となっていることから就労人口にも影響を与え、介護人材の不足が課題となってきた。また、75歳以上人口が1,936万人で、総人口に占める割合が15.5%で後期高齢者が65～74歳人口を上回っている状況となっている²⁾。

さらに、要介護認定者数が2000年218万1,621人から2022年690万9,659人と大幅な増加傾向となっており、2050年で25万人、2040年で57万人の介護人材の不足が指摘されている¹⁾。

しかし、雇用者数の将来推計は、2017年に6,000万人を割り込み、減少傾向で推移する見通しである³⁾。また、産業別離職率は、医療・福祉分野が13.3%と低くはないものの、生活関連サービス業・娯楽業

20.8%、サービス業 19.3%、宿泊業 18.2%
りも低い⁴⁾状況となっており、介護人材が
定着傾向にある。

さて、介護福祉士の資格取得方法は、
「養成施設ルート」「実務経験ルート」「福
祉系高校ルート」「EPA(経済連携協定)ルー
ト」「技能実習制度」の5ルートである。

外国人介護人材の場合は、「養成施設ル
ート」、「EPA ルート」^{注1}「技能実習制度」
が中心となろう。EPA ルートの場合は、介
護福祉士の試験に不合格であった場合、国
家試験結果通知書により、合格基準点の5
割以上であること、すべての試験科目で得
点があることが確認されたら「特定技能
1」に移行可能である。養成施設ルートで
は、介護福祉士の資格取得により、在留資
格「介護」に移行でき、在留資格が期限が
なくなり、日本で暮らし続けることが可能
になる。外国人介護人材には、日本語力の
向上、国家試験では、制度面の科目を苦手
とする⁵⁾課題がある。そのような外国人が
苦手とする点を踏まえ、本研究では、外国
人介護人材の受け入れおよび、外国人介護
人材が就労する阻害要因を明らかにする。

II. 方法

1. 対象文献の選定

外国人介護人材の受け入れに関する文献
を google scholar、CiNii を用いて「外国
より検索した。検索した文献 44 件をナラ
ティブレビューによる文献の整理、分析を
行った。ハンドリサーチで検索した文献 6
件、厚生労働省の資料、都道府県の調査報
告書の 5 件を加え課題整理を行った。文献
選定基準は、施設の受け入れ、外国人の就
労に関する記述があるものとした。また、

外国人介護人材の生活に関する記述のある資
料を含めることとした(表 1)。また、文献
検索過程は、図 1 に示した。

2. 分析方法

文献は、前述の基準に基づき(表 1)選定
を行い、文献ごとに「論文タイトル」「発
行年」「研究方法」「研究目的」「外国人介
護人材の受け入れに関する施設の阻害要
因」、「外国人介護人材の就労の困難さ」を
抽出し、その概要を整理した。それぞれの
データの共通性や争点を比較検討し、分類
した。文献内容の解釈は、質的研究に知見
のある研究者の助言を得て、信頼性を確保
した。

表1 本研究における文献選定基準

含める基準 (包含基準)	対象が外国人介護人材を中心にした内容のもの 外国人労働者に関するものは、生活に関する記述があるものは、含む 要旨・目的・方法・結果・考察・結論が明記されているもの
除く基準 (除外基準)	会議録は除く 対象が外国人介護人材以外は除く 外国人労働者に関するものは、生活に関する記述がないものは除く 看護領域の内容のものは除く

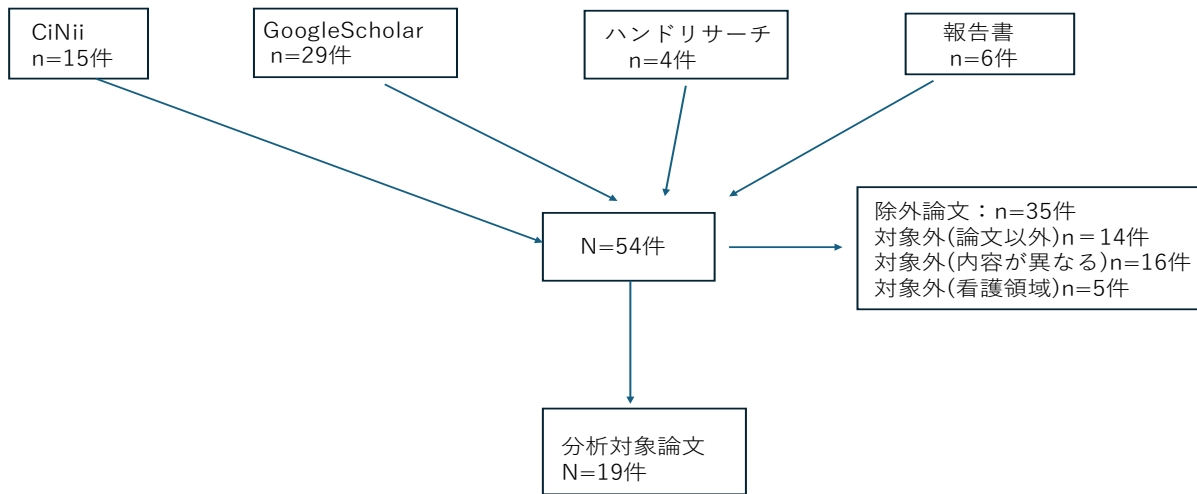


図1. 文献検索過程

Ⅲ. 結果

1. 文献整理について

選定した19文献を基に、整理し、データを表2、表3で文献マトリックスとして示した。

2. 研究デザイン

研究デザインでは、量的研究で2件、文献研究、インタビュー調査の文献14件となっており、多い傾向にある。

表 2. 文献対象とする文献の概要

著者 (出版 年)	対象者	研究 方法	研究目的	外国人介護人材受け入れに 関する施設における 阻害要因	外国人介護人材の就労にお ける困難さ
高守 (2023 年)	外国人 介護士	文献 レビ ュー	・外国人介護士が日本で生 活や就労を行う上で、抱え ている課題、受けているサ ポート内容を明らかにす る。	・日本人介護士が外国人介 護士に高いレベルの日本語 レベル ・外国人介護士のキャリア アップの仕組みの未整備な 状況	・EPA の場合は、日本語の 習慣もしくは日本人とのコ ミュニケーション ・専門用語の理解
久留 須 (2024 年)	外国人 介護人 材	量的 研究	・施設職員の外国人介護人 材の受け入れへの関心、事 業所の所在地と外国人受け 入れの関連性および外国人 介護人材の受け入れとコミ ュニケーション能力の関連 性を明らかにする。	・介護人材が不足している ものの、外国人介護人材の 受け入れへの関心が低さ	
佐治 (2024 年)	外国人 介護人 材	量的 研究 質的 研究	・調査先施設における OJT 日誌が実習生の書く能力等 に効果があったか明らかに する。	・OJT の内容のプログラム 化の未整備 ・OJT 日誌を使用し、OJT を行ったが、書くことの難 しさ	・技能実習制度では、入職 後の日本語教育は受け入れ 施設に委ねられているため
中嶋 (2021 年)	外国人 介護人 材	質的 研究 文献 研究	・外国人介護人材を活用す る上での制度を概観し、外 国人人材受け入れに関する 課題とそれを解決するアプ ローチを探ることを目的と する。	・多額の費用がかかる点	・EPA や技能実習生では、 日本語能力が影響し、職員 とのコミュニケーションに もならず利用者対応につい ても困難さがある ・文化的齟齬による相互理 解が不十分になる可能性が ある
大関 ら (2024 年)	外国人 介護人 材	文献 研究	・介護人材の受け入れ問題 を対象に、日本語教育の現 状と課題を浮き彫りにする ことを目的とする。	・施設のダイバーシティマ ネジメントの構築	・日本語や国家資格取得の ための継続学習の支援強化

金井 (2018年)	外国人 介護人 材	質的 研究	・外国人人材を取り巻く制度や意見などを通して、受け入れについて基盤づくりを考える。	・上下関係による業務指導の限界 ・生活における精神的負担	・記録やケアプランの理解といったところで壁にぶつかる。 ・最初は、外国人に介護されるのが嫌がられた
二瓶 (2023年)	外国人 介護人 材	質的 研究	・シンガポールにおけるグローバルケアの供給体制を取り上げ、そのメカニズムを分析する。		・言語が大きなハードルとなる。 ・根拠のある介護の実現
鄭 (2023年)	外国人 介護人 材	質的 研究	外国人介護人材を「受け入れて育てること」に関する現状と課題を分析する。		
中村 (2022年)	外国人 介護人 材	質的 研究	外国人介護人材を受け入れるための4つの制度が、日本国内の介護人材不足を解消していく上で、どのような役割を果たしうるか検証を行う。	・外国人介護人材を受け入れていることの広報活動の不足	
于 (2020年)	外国人 介護人 材	文献 研究 質的 研究	介護業界における介護人材不足の背景と実態を把握する。そのうえで、外国人介護人材の受け入れ政策の展開プロセスを整理し、それぞれの政策における課題を検討する。	・文化・風習・宗教上の違いによるトラブル ・受け入れ手続きや在留資格が複雑で、事務作業の煩雑が生じること	・低い処遇と雇用環境の改善
小原 ら (2023年)	外国人 介護人 材	文献 研究 質的 研究	外国人受け入れの環境整備、来日就労の現状、外国人介護人材受け入れと日本における自立支援介護の現状・課題を明らかにする。	・特定技能では、日本語能力や介護経験が不足している人材が就労する。	・自立支援介護の理解
秋原 ら (2019年)	外国人 介護人 材	質的 研究	在留資格「介護」、技能実習制度を含めた、外国人介護人材の動き、課題、秋田県内の受け入れ施設にお	・制度が異なる外国人介護人材を受け入れた場合の職場内あるいは、利用者との	・日本語を学ぶ、公的な支援体制

			る聞き取り調査内容を明示する。	間での理解促進(技能水準の違い) ・生活サポート体制がない施設もある。	
武中 (2017 年)	外国人 介護人 材	文献 研究 質的 研究	外国人介護人材の受け入れに関する先行研究の整理、外国人の介護人材を受け入れている施設における就労状況と課題、自法人の外国人介護人材の受け入れ対策のあり方	・職場の指導要員不足 ・EPAでは、金銭負担、機会費用の負担 ・介護方法が統一されていない ・職員によって介助方法が異なる ・差別を感じる ・指導者職員の負担が重い	・日本語の言語知識・読解力・聴解力・記述力の不足 ・介護記録の難しさ ・日本人が遠回しにいうことへのとまどい ・心理的距離の違い
大和 (2020 年)	外国人 介護人 材	量的 研究 質的 研究	介護現場での人材不足の実態を踏まえ、新たに始める外国人労働者の受け入れをめぐる課題を神戸市の実態調査から分析し、今後の外国人介護労働者が心地よく日本社会で働き、生活者として地域社会のなかで生活できるような支援を行うための受け入れ準備の在り方を探ることを目的とする。	・受け入れの手間や費用 ・日本語能力や介護技術の向上に自法人だけの力では困難(外部のサポートが必要) ・施設の体力がある施設でないと受け入れが困難	・記録 ・日本文化・年中行事の理解

表 3. 文献対象とする文献の概要(報告書)

著者 (出版年)	対象者	報告内容	外国人介護人材の就労における 困難さ	その他
三菱UFJリサーチ&コンサルティング (2023年)	外国人 介護人 材	外国人介護人材のための制度的な検討を含めた支援施策や外国人介護人材キャリア支援のあり方を検討することを目的とする。	・特定技能では、日本語能力を一番重視しており、個々の日本語能力によって就労へ結びつかない可能性がある。 ・外国人介護人材同士の待遇の違いにより、不満が生じる。	
日本介護福祉士会 (2024年)	外国人 介護人 材	外国人介護人材が、日本の介護現場において、更なる活躍ができるよう起こり得る事柄や必要な支援などを紹介する。	・外国人介護人材への長期休暇に関する点 ・キャリアアップのサポート ・配偶者を日本に呼び寄せた場合の生活支援	
パーソナルキャリア株式会社 (2023年)	外国人 介護人 材	5つのモデル地域において、外国人介護人材職場や地域への受け入れ・定着を図り、事業を通じて得られた定着実績や効果的な支援内容等について、他の地方公共団体に周知することを目的とした。	・住居、交通機関、気温、全般的な不便さ ・キャリアアップ、就労環境、シフト ・職場の上司・先輩、同居人との人間関係	
介護労働安定センター「事業所における介護労働実態調査結果報告書」 (2023年)			・事業所の規模別で、社員が20名以下では、5割から8割が外国籍労働者を今後も受け入れたと思わないと回答している。	・受け入れている事業所では、「今後積極的に受け入れを拡大していきたい」34.9%、「現在の外国籍労働者の水準を補充する程度の受け入れをする」が42.7%で合計82.1%が外国籍労働者を受け入れる見込みとなっている。
大阪府外国人介護人材の受け入れに関するアンケート調査 (2023年)			・外国人介護人材は、日常生活の支援、業務内容配慮、勤務時間の調整を受けれている。	・受け入れしていない事業所の理由は、指導できる職員がいない。日本語の文章力、読解力の不足により、業務に支障がある。また、受け入れのノウハウがない、受け入れにあつて不安が大きいという意見がみられた。

3. 項目ごとの文献整理

1) EPA による外国人の受け入れ

まず、EPA 受け入れの趣旨であるが、看護・介護分野の労働力不足への対応として行うのではなく、相手国からの強い要望に基づき交渉した結果、経済活動の連携の強化から実施されるもので、例外的なものである⁷⁾。2008 年からインドネシア、2009 年からフィリピン、2014 年からベトナムの受け入れを開始した⁷⁾。EPA 受け入れの課題として4年間の在留資格、実務経験3年が必要なため、国家試験の受験が1回しか受験できず、不合格の場合は帰国する必要がある。

しかし、2021 年の閣議決定により、滞在期間の1年間延長が認められた⁶⁾。また、外国人の受け入れ要件の中で、日本語能力が、EPA で N3(ベトナム人)から N5(インドネシア・フィリピン)相当である。在留資格「介護」では、要件はないものの、国家試験の合格率の推移で見ると、EPA が 60.0%から 97.0%となっており過半数が合格している。留学生に対するアンケートによれば、日本語レベルが N3 に合格 41.2%、N2 に合格 34.8%、N1 に合格 3.8%となっている⁸⁾。また、日本語の理解度は、日常生活でだいたいわかる(78.2%)、よくわかる(17.0%)。学校での授業で、だいたいわかる(79.7%)、よくわかる(8.2%)。介護施設・事業でのアルバイト・介護実習で、だいたいわかる(73.5%)、よくわかる(19.9%)。介護福祉士の勉強で、だいたいわかる(63.2%)、よくわかる(7.0%)という結果である。また、アルバイトの経験で、介護施設・事業所でアルバイトしたことがある(75.1%)、介護施設・アルバイト

の経験なし(24.9%)となっている。さらに、アルバイト先の介護施設の環境として、留学生が参加できる介護研修がある(68.0%)、留学生が参加できる日本語研修がある(50.0%)となっている。留学生の受け入れ施設では、EPA による受け入れで契約から入職まで費用が115万円、受け入れから介護福祉士の取得までに703万円必要としている⁸⁾。ただし、入職から1~4年で人件費が350万円程度となっており、日本人を採用する場合との差が、353万円(研修時間の人件費：240万円。住宅費：294万円。管理団体への支払：64,000円)ある⁹⁾。ただし、前述のようにEPAによる来日者は、母国において看護師資格を有するもの、介護士の資格を有するものであるため、技術面のハードルが低い⁹⁾。日本語能力に関しては、介護現場で求められる日本語能力は高く、一般に習得は困難であり、とりわけ介護記録に関する読み書きは、相当にレベルが高く、記録に多くの介護知識が必要とされること、介護福祉士に合格することは相当に困難を要する⁸⁾との指摘もある。インタビューでは、EPAで来日した者の困難な部分として「日本人の遠回しの言い方」「緊急時のコミュニケーション」「介護方法の不統一」という内容となっている⁸⁾。受け入れ施設側の意見としては、「言葉の行き違いがある」「スキンスリップの違いに対するとまどい」「指導にかかわる時間が、日本人に比して、2、3倍かかる」「相手の文化を理解して教えないといけない」⁹⁾専門用語の理解¹⁰⁾という指摘がある。EPAで採用された和歌山の施設で就労し、働きながら介護福祉士の資格を一度で合格できたプトゥ氏は、その理由を職

員のサポートがあったことをあげている¹¹⁾。また、施設の管理本部長は、相手の文化や宗教を職員全員で理解しておくことが円滑に仕事を進める上で重要としている。具体的には、施設食の献立に豚や牛がわかるように表示、お祈りの時間の確保、ジルバブ^{注2}の着用を勤務中に認める。インカムやカメラの設置などハード面の整備により、相談がしやすいようにしている¹¹⁾。また、iPadで記録できるようにすることで、約5割の職員の負担感が軽減されたという意見もある¹²⁾。

2) 技能実習および特定技能による外国人の受け入れについて

技能実習制度は、2017年11月1日から外国人技能実習制度（以下、技能実習という）に介護職が追加された。技能実習・特定技能の日本語能力は、N4程度以上となっている。

しかし、特定技能は、介護事業所での学習時間の提供に関して定められているが、ルールが明確ではなく、入職後の日本語教育は、受け入れ施設に委ねられているため¹³⁾、事業所の方針次第で学習時間等が大きく異なるのが現状である¹⁴⁾。また、技能実習や特定技能の在留資格から介護福祉士の国家試験の取得を目指す実務経験ルートには、介護福祉士国家試験で不合格になった場合の措置は設けられていない。そのため、在留資格「介護」に切り替えができない場合は、5年で帰国することになる。また、特定技能「介護」に参加するには、基本的には①国際交流基金日本語基礎テスト、②介護日本語評価試験、③介護技能評価の3つの試験に合格する必要がある、ハードルがある。さらに、介護福祉士国家試

験を目指す場合は、実務経験3年以上および介護福祉士実務者研修修了が必要となる。実務者研修では、通信添削とスクーリングが併用されるが、「介護過程Ⅲ」「医療的ケア」は、スクーリングが必須となっており、その他の科目について通信での受講が可能となっている。このことから、外国人介護人材に対して、わかりやすいテキストの作成、Eラーニングなどによる自己学習の支援、教材の提供が必要となる¹⁴⁾。また、実践の中で発生している利用者から嫌なことを言われた事例⁹⁾などが課題としてある。

3) 報告書による外国人介護人材の受け入れ実態

①事業所の受け入れ環境について

2018年3月に養成校を卒業した在留資格「介護」の方を採用したことによる影響について、29件のうち「良い影響があった」が17件、「どちらかというと良い影響があった」8件であった¹⁵⁾。次に、法人が外国人を受け入れるにあたって工夫している点は、通勤・母国の習慣・住居の手配191人(76.1%)、業務内容の配慮164件(65.6%)、休日の付与(49.6%)となっている¹⁶⁾。さらに、外国人の受け入れにあたり行っている就労定着につながる取組、支援の自由記述では、アプリを使った情報共有、介護記録のためのタブレット導入、留学生のための修学資金の保証、リフレッシュ休暇を利用した長期休みを取りやすい環境の整備、同国出身の先輩からのアドバイスとなっている¹⁶⁾。インタビュー調査で休暇に関しては、十分な日数を確保できているため、満足している者が大半であった¹⁷⁾。

しかし、介護福祉士として施設で勤務した後、離職した理由として、「有給休暇が取りづらい」「昇進等の見通しが無い」という留学生の意見もあった¹⁸⁾。外国人を受け入れない理由は、外国人を指導できる職員がいないから 72 法人(80.0%)、日本語文章力・読解力の不足により業務に支障が出ると思うから 69 法人(76.6%)、利用者等のコミュニケーションに支障があると思うから 64 法人(71.1%)となっている¹⁶⁾。外国人介護人材に求める日本語スキルについては、聞く力、話す力、書く力の順に多く、聴解、話術がとれることを求めており、日本語の読解及び筆記については、コミュニケーションほどは求めていないとしている

①来日国の傾向について

一例であるが、神戸市では、ベトナム人の留学生が 2013 年 12 月時点の 1,773 人から 2020 年 1 月時点で 7,550 人へと増加し、4 倍以上となっており、ほとんどがベトナム人である²²⁾。その理由は、留学ビザであれば、日本語学校から専門学校・大学へ進学することで、その後就職の可能性があるなど、より長期の在留の可能性があることが口コミで広がっていることが大きい。

②外国人の地域生活について

外国人の生活問題は、近隣の日本人住民との関係で、ゴミ出しルールのなさ、駐輪、騒音の 3 点である²²⁾。留学生は家族帯同が認められており、家族と共に神戸市に住む者もいる。そのため、日本語の話せない外国人の子どもの不就労が大きな問題となっていく可能性がある²²⁾。外国人には、言葉の壁、制度の壁、心の壁という 3 つの壁が立ちほだかる²²⁾。相談として最近多そ

¹⁹⁾。この点を日本語能力検定試験レベルからみると N3～N2 レベルが必要ということになる。外国人介護人材の日本語能力の問題として「利用者等との会話等における意思疎通に支障がある」58.9%以外に、「日本語文章力・読解力の不足等により、介護記録の作成に支障がある」54.1%となっている²⁰⁾。それに対して以下のような意見がある。障害者入所施設の施設長は、重度知的障害者の利用者が多く、高齢者施設と違い、支援する際には言語的コミュニケーションというよりも、非言語的コミュニケーションが重要となる。採用にあたり、彼女の日本語力が十分でないことなど問題とならなかった²¹⁾という指摘がある。それに対し、ベトナムでは収入に応じて保険料が増減する制度でないため、2 年目の健康保険料が高いという問題が生じている。アルバイトで収入が増えると当初 2,000 円であった保険料が 1 万円を超えたりするとベトナム人は、驚いて、滞納して差し押さえされるケースもある²²⁾。

③外国人介護人材受け入れの地域傾向

在留資格「介護」の在留者数は、2020 年では 1,714 名であったものが、2023 年で 8,093 名というように大幅に増加傾向にある¹⁷⁾。また、地域別では、2023 年時点で、大阪府 1,616 名、東京都 822 名、千葉県 604 名で多く、都市部に偏重している傾向がある。生活で困っている点は、地域差がみられる。北海道・岐阜では、暑い・寒いなど気候の問題が 35.0%～65.0%程度ある。鹿児島県では、バスや電車の乗り方が 45.0%²³⁾となっている。留学生の授業に対するアンケートでは、「時々意味の分からない言葉が出てくる」「聞くことはで

きても説明はできない」「日本人学生の言うことがわからない」という回答がある。また、利用者家族の主語のない表現が、誰に頼んでいる事かわからない。「イライラ」など擬音語・擬態語の言い回しがわからないという回答であった²⁴⁾。さらに、家族滞在者がいる場合は、配偶者は日本語を話せない場合が多く、生活のしづらさ、就労先が見つけれないなどの困難を抱えている¹⁷⁾。

IV. 考察

外国人介護人材の中で介護福祉士の国家試験の合格率は、EPAが圧倒的に高い傾向にあることから、日本語能力が影響していることが推察できる。また、EPAや技能実習生には、施設がサポートを行う。留学生には、養成校がサポートする点に違いがある。さて、課題としては、EPAに滞在期限がある点であった。しかし、在留資格「介護」にすることで継続して日本に滞在することも可能である。また、実務経験ルートも「特定技能1」であっても介護福祉士の資格取得により在留資格「介護」への切り替えが可能になる。そういう意味では、制度の趣旨とは実態が異なってきているが、外国人介護人材が定着しやすくなるような制度の整備がなされてきている。文献整理では、施設の考え方や生活サポート体制の違いにより、外国人介護人材の受け入れが促進される場合と促進されない場合がある。受け入れの阻害要因は、借り上げ寮の保有の有無、職員・地域住民のサポート体制、ハード面でのインカム等の整備、文化への理解の有無等の影響、差別意識の心理的側面であろう。また、日本語を読む・書

くことを重視すれば、外国人介護人材の書く力の不足¹³⁾により、受け入れの促進がしづらいことが推察できる。介護人材確保の目標値に沿って増やすためには、介護現場から離職した人材の介護職としての復帰と外国人介護人材の確保が重要である。つまり、外国人介護人材を受け入れることは、当然の発想である。つまり、外国人介護人材の受け入れをしづらい理由を探すのではなく、受け入れを促進するために職場における職員・利用者・地域への外国人介護人材への理解の促すための啓発活動が必要である。外国人介護人材は、文化的背景が異なるわけで、まずは、交流を進めていく仕組み作りも必要である。また、行政とも連携し、外国人介護人材の家族全体をサポートすることも必要であろう。コスト面では、施設の経営状況により受け入れが阻害されないように²⁵⁾法人同士が協働・連携していくことで、日本語の教育や生活支援の経済的負担を軽減させる必要があり、受け入れのノウハウが¹⁶⁾ないと養成教育では、外国人介護人材に対して、日本語力は、聞く力と話す力を重視する施設が多い¹⁹⁾ことから、その点を重視した授業評価が必要である。その上で、介護実践で、倫理的判断・価値判断が出来る教育を重視していく必要がある。そのため、日本文化、年中行事の理解²⁵⁾について学ぶ必要性があると考えられるが、現在、科目設定がなく養成校の運用に委ねられていることが、課題と言える。

V. 結論

外国人介護人材の受け入れの課題は、生活面の不安、日本語の能力、日本文化の理

解であると推察できる。そのため、外国人介護人材の受け入れを促進していくためには、職員・利用者・地域への理解のための啓発活動が重要となる。そのため、相互交流を進めていく仕組み作りが必要である。また、行政と連携し、家族全体をサポートすることが必要である。さらに、法人同士が協働・連携し、日本語教育や生活面へのサポートを行っていくことで、経済的負担、受け入れノウハウのなさをカバーすることが重要である。外国人介護人材は、介護実践で倫理的判断や価値判断を行う。その際、外国人介護人材が日本文化を学ぶことで、日本語の言葉の語彙や擬音語・擬態語の言い回し²⁴⁾の理解がしやすくなり、倫理的判断や価値判断も可能になると考えられるため、養成校が卒業生のリカレント教育や介護福祉士会と協働して事業所をサポートしていく必要性がある。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回の研究は、先行研究、報告書を整理し、分析を行った。外国人介護人材の受け入れに関する施設における阻害要因は、外国人介護人材に対する偏見、記録等書く力を必須と考えている点、指導者職員の負担等であった。

しかし、施設によって、非言語的コミュニケーションを重視し、同国出身者によるアドバイスによる、異文化理解やサポート体制が出来ている。ただし、限られた地域、施設の回答であるため、外国人介護人材の多い地域を含め、量的調査により、より詳細な検討が必要である。また、地域ごと、施設間、養成校との連携、協働を機能させることで、外国人介護人材の確保、定

着が促進される可能性もある。そのためには、課題となっている外国人介護人材の生活面の不安、日本文化理解促進に関するマニュアル作成、教育ツールの開発も必要と言える。

【注】

注 1. WTO(世界貿易機関)を中心とした多国間の貿易自由化を補完するため、国や地域を限定として、関税等の貿易障壁を撤廃することによりモノ・ヒト・カネの移動を促進させようとするもの

注 2. ジルバブは、イスラム教徒の女性が身に付けるスカーフのこと

【引用文献】

- 1) 厚生労働省(2024)「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02977.html (2024. 8. 1. アクセス)
- 2) 厚生労働省(2023)「介護保険の実施状況」『令和5年度厚生労働白書』
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei-ei/22-2/kousei-data/siryuu/sh1000.html> (2024. 8. 1 アクセス)
- 3) 内閣府(2023)「2023年度版高齢社会白書」
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w2023/zenbun/05pdf_index.html (2024. 8. 1 アクセス)
- 4) 厚生労働省(2023)「雇用動向の調査結果」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/242/index.html> (2024. 8. 1. アクセス)

- 5) 淑徳大学(2027)「外国人介護士の課題と可能性」『淑徳大学社会福祉学会 第27回大会』。
- 6) 厚生労働省(2021)「EPAの滞在期間延長の条件について(介護福祉士)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/1200400/000918659.pdf> (2024. 8. 1 アクセス)
- 7) 厚生労働省(2019)「インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html (2024. 8. 1)
- 8) 武中朋彦(2017)「外国人介護人材の受入れについての課題と対策：自法人での外国人介護人材の受け入れ対策のあり方」『商大ビジネスレビュー』7巻3号、63-104.
- 9) 公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会(2023)「外国人介護人材の質の向上等に資する学習支援等調査研究事業」
<https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/519286.pdf> (2024. 8. 1 アクセス)
- 10) 高守裕樹(2023)「外国人介護士の育成モデル構築に関する研究：文献レビューによる検討」『介護福祉学』30(1)、31-41.
- 11) 公益社団法人日本介護福祉士会(2019)『介護福祉士』1-71.
- 12) 長岡福祉会(2024)「ICT導入に関するアンケート調査」
- 13) 佐知早紀(2024)「介護施設の利用者とベトナム人技能実習生はどのように良好な関係を構築していったのか：初めて外国人介護人材を受け入れた施設の事例から」『一橋国際教育交流センター紀要』6、85-94.
- 14) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2023)「外国人介護人材の介護福祉士取得に向けた調査研究事業(報告書)」『令和4年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業』。
<https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/519284.pdf> (2024. 8. 1 アクセス)
- 15) 介護福祉士養成施設協会(2021)「令和3年度卒業生 進路調査報告」
<https://kaiyokyo.net/news/4466fd19d5f15a060276a6a08b2750b25f680dd3.pdf> (2024. 8. 1)
- 16) 大阪府(2023)「外国人の受入れ状況等に関するアンケート結果」
<https://www.pref.osaka.lg.jp/o090040/houjin/jinzai/ankeito.html> (2023. 8. 1 アクセス)
- 17) 公益社団法人日本介護福祉会(2024)「在留資格『介護』の実態把握等に関する調査研究事業 報告書」『厚生労働省2023年度 社会福祉推進事業』
<https://www.jaccw.or.jp/R5guidebook.pdf> (2024. 8. 1 アクセス)
- 18) 福崎径子・稲田弘・渡邊一平・来栖照雄(2011)「潜在的介護福祉士の介護現場への復帰の可能性：介護系大学卒業生に対する調査から」『九州保健福祉大学研究紀要』12、39-43.
- 19) 久留須直也(2024)「外国人介護人材の受け入れの関心と求める日本語スキルに関する考察：鹿児島県内の介護サービス事業所に対するアンケート調査から」『鹿児島女子短期大学紀要』61、29-35.
- 20) 公益財団法人 介護労働安定センター(2018)「2017年度『介護労働実態調査』」

https://www.kaigocenter.or.jp/content/files/report/h29_chousa_kekka.pdf (2024.8.1 アクセス)

21) 金井直子(2018)「外国人介護人材の受け入れの基盤づくり：インタビューを通して考えたこと」『田園調布学園大学紀要』3、177-189.

22) 株式会社 T. I. E 國峯法律事務所(2020)『多文化共生都市神戸を目指して：外国人材の受入・共生のための行政対応策』報告書

<https://www.city.kobe.lg.jp/documents/36942/r1koumei-chosahoukoku8.pdf> (2024.8.1 アクセス)

23) パソナキャリア株式会社(2023)「地域外国人材受け入れ・定着モデル事業実施報告書」『厚生労働省(外国人雇用対策課)委託事業』

24) 嶋田直美(2019)「外国人留学生に対する介護福祉士教育の課題：授業に対するアンケート調査を通して」『桃山学院大学社会学論集』53(1)、53-69.

25) 大和三重(2020)「日本の介護人材不足と介護労働者の受け入れをめぐる課題：神戸市の外国人介護人材実態調査の結果から」『関西学院大学人間福祉学部・人間福祉研究科紀要』15、57-69.

【参考文献】

26) 社会福祉振興・試験センター(2024)「特集 外国人介護人材を考える」『カイゴのチカラ』30、6-69.

27) 中嶋裕子(2021)「外国人介護人材の受け入れについての課題と展望」『社会事業研究』60、7-18

介護施設における多様性とアンコンシャスバイアス Diversity and Unconscious Bias in Nursing Homes

山下 聡理¹⁾

社会福祉法人 久義会 特別養護老人ホーム 高秀苑

Sori Yamashita

Social Welfare Corporation Kyugikai Special Nursing Home for the Elderly Koushuen

Key words: 少子高齢化、介護人材不足、多様性、アンコンシャスバイアス、理念、共通言語

I. はじめに

日本は急速な少子高齢化が進行しており、介護施設や在宅での介護サービスの需要が増え続けている。厚生労働省令和4年度介護給付費等実態統計の概況（令和4年5月審査分～令和5年4月審査分）の受給者の状況を見ても、年間累計受給者数は令和3年度に比べて、令和4年度では、1.6%増加している。¹⁾

しかし、その一方で介護現場において、人材不足という深刻な課題に直面している。厚生労働省は令和6年7月12日、第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づく介護職員の必要数について、2026年度には約240万人（+約25万人）、2040年度には約272万人（+約57万人）となったことを発表している（※（ ）内は2022年度（215万人）比）。国においては、（1）介護職員の処遇改善、（2）多様な人材の確保・育成、（3）離職防止・定着促進・生産性向上、（4）介護職の魅力向上、（5）外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組むとしている。³⁾

このように、介護現場における人材確保は困難を極めていると言える。介護職員は、専門的なスキルや知識が求められるうえに、肉体的・精神的な負荷が高い仕事であり、厳しい労働条件から人材確保が非常に難しい状況が続いている。このため、介護現場においては、職員の過労や離職率が高まり、サービスの質の低下や利用者・入居者の満足度の低下などが懸念される。

介護人材不足の中、日本では外国人材の活用が進められている。外国人材は日本の労働市場において新たな可能性をもたらし、介護サービスの充実に貢

献することが期待されている。外国人材の受け入れについて、高秀苑においても進めており、令和6年7月現在、6名の外国人材を採用している。令和6年8月には、2名の外国人材を新たに採用する予定である。出身国はベトナム・インドネシア・ミャンマーとなっている。それぞれの出身国における文化の違いや介護についての考え方の違いがある中で、外国人材を受け入れるには言語や文化の違い、資格の認定など多くの課題がある。こうした課題を乗り越えるためには、多様性を受け入れる姿勢が求められる。

多様性は、現代社会において重要なテーマの一つとして位置付けられている。この概念は、様々な文化、信念、価値観、生き立ち、性別、年齢などの違いを尊重し、それらを含めた多様な人々が共生することを目指している。多様性は単なる異文化の受け入れだけではなく、異なる視点や価値観を尊重し、活かすことで、より豊かな社会を築くことができる。外国人材に限らず、職場で働く全ての人の多様性を受け入れていることが重要である。

特に介護の現場では、利用者や入居者・職員のバックグラウンドが多様であり、それぞれの価値観を尊重する風土があれば、高齢者や障がい者、異なる文化、性別や性同一性に関する問題など、多様な属性を持つ利用者や入居者に対して、それに適したケアの提供ができる。介護現場においても、多様性を理解し受け入れることが必要不可欠であり、外国人材の採用やアンコンシャスバイアスの克服が喫緊の課題となっていると言える。

アンコンシャスバイアスとは、自分自身が気づかずに持っているものごとの捉え方の偏りや思い込みのことをいう。これまで過ごしてきた社会環境や過

去の経験で培われた知識や経験は、時に「無意識の思い込み」として働き、職場では多様な人々の活躍を阻害したり、自分自身のキャリア・ライフプランの可能性を狭めてしまったりする可能性がある。³⁾

アンコンシャスバイアスは、意識的には気づかないため、特に危険な要素となり得る。多様性が尊重される社会においても、アンコンシャスバイアスが働くことで、差別や格差が生じ、多様性の実現を阻害することがある。アンコンシャスバイアスが働くことで、無意識のうちに特定のグループや属性・考え方に偏見を持ってしまい、それが行動に表れることで多様性が崩れる可能性がある。多様性を推進するためには、まずこのアンコンシャスバイアスに気づき、それを克服する取り組みが不可欠となる。

介護現場におけるアンコンシャスバイアスは、チームワークや人事評価、ケアの提供に影響を及ぼすことがある。「外国人だから記録ができない」「小さな子どもがいるから、リーダーは任せられない」などは、アンコンシャスバイアスの一例と言える。

アンコンシャスバイアスについて理解を深め、多様性を理解し活かすためには、教育や研修の充実が重要である。職員やスタッフに対して、異なる文化や価値観への理解を深める機会を提供することで、多様性に対する対応力が向上する。また、アンコンシャスバイアスについての教育やトレーニングを通じて、それに気づき対処する力を養うことが必要である。

本論文では、介護現場においてアンコンシャスバイアスについてどのように理解を深め、職場における多様性を受け入れるかについて考察し、今後の展望について述べたいと思う。

II. 介護人材不足の背景

日本は急速な少子高齢化が進行している。日本の人口は近年減少局面を迎えており、2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。また、団塊の世代の方々が全て75歳となる2025年には、75歳以上の人口が全人口の約18%となり、2040年には65歳以上の人口が全人口の約35%となると推計されている。諸外国と比較しても、日本における少子高齢化の動きは継続している。⁴⁾

(株)リクルート内の研究機関であるリクルートワークス研究所が発表した、『未来予測 2040 労働供給制約社会がやってくる』⁵⁾によれば、『日本社会における労働の需要と供給について、2040年の供給不足の規模は、およそ現在の近畿地方の就業者数が丸ごと消滅する規模(近畿地方の就業者数は2022年7~9月期平均で1104万人)となる。社会における労働の供給量(担い手の数)は、今後数年

の踊り場を経て2027年頃から急激に減少する局面に入る。2022年に約6587万人であった労働供給量は、現役世代人口の急減に伴って、2030年には約6337万人、2040年には5767万人へと減少していく。社会における労働の需要量(労働の消費量)は、今後もほぼ横ばいで推移する。労働需要が減少しない背景には、2040年までの日本社会においては高齢人口が減少しないことがある(高齢人口のピークは2042年と推定されている)。高齢人口は、医療・福祉業や物流業、小売業など人手を介する生活維持サービスへの依存度が高く、こうした業種に従事する職種を中心に労働の消費量は今後も増加する可能性が高い』とのことである。また、『この変化の影響は労働社会だけにとどまらず、私たちは生活面で何かを我慢することが増えるだろうし、それに伴い企業経営も、人々の仕事への向き合い方も変わらざるを得ない。労働需給シミュレーションは、大きなパラダイムシフトの可能性を示しているのだ。また同時に、現在の人手不足が深刻化している状態ですら、まだまだはじまりにすぎないことも教えている。2040年にかけての日本における1つの格言は「今が一番人材を獲得しやすい」になるだろう。去年よりも今年、今年よりも来年と人材確保が困難な状況となる。こうした実感は企業の採用意欲を加速させ、人材獲得に一層の激しい競争を生み出す。人材を獲得するために経営戦略を変えたり、資金調達をしたり、新商品を開発したりといった過去になかった動きを引き起こすだろう。』としている。また、『「介護サービス」職種は、介護職員や訪問介護従事者を指すが、2030年に21.0万人、2040年に58.0万人の供給不足が見込まれる。2040年の労働需要(229.7万人)に対する不足率25.3%であり、全国で平均しても例えば「週4日必要なデイサービスに、スタッフ不足で3日しか通えない」という状況が「標準的な」状態になってしまう。』としている。⁵⁾まさに、「今」何かに取り組まなければ、いけない状況下にあると言える。

III. 多様性と施設理念の重要性

介護人材不足は、現在における問題ではなく、今後も続いていくことは、間違いないと言える。例え、ICT・介護ロボットの開発が進んで介護職員の負担が減り、処遇改善が進んだとしても、そもそも労働の需要と供給のバランスが崩れている限り、人材不足解消の決め手とならない。現在は、外国人材の活用が進められているが、それだけで全て解決する訳ではない。もちろん、今後の日本は多様な人々が活躍する社会になっていくことが望ましいことは間違いない。現に、介護現場においては、外国人材の受け入れが進んでいる。しかし、現在の日本の経

済・社会情勢のなか、単純な外国人材受け入れが決定的な対応策になるとは思えない。日本の経済的な地位の低下を考えれば、外国人材が日本を選んでくれるのかは定かではない。

介護人材不足を少しでも解消するためには、外国人材活用だけでなく、介護現場における多様性が重要だと言えるのではないかと考える。組織において、人種や性別、年齢、宗教、価値観、働き方も含めて認め合い、共存しながら、それぞれが持つ能力や考えを活かす取り組みが必要である。

例えば、結婚や出産、妊娠、育児、親の介護のために、現在の雇用形態では働けないという人も少なくない。これらに取り組む事業所も増えてきているが、まだまだ浸透しているとは言えない状況である。そこには、介護現場におけるアンコンシャスバイアスがあるからと言えるのではないだろうか。

実際、介護現場において、どのようなアンコンシャスバイアスがあるのか実例をあげると、「育児をしている職員にリーダーはできない」「障がいがある職員は常勤で働くのは難しい」「外国人は記録が難しい」「高齢になると介護職として働くのは難しい」ということがある。これらは、無意識のうちに持っている偏見や先入観と言えるのではないだろうか。例えば、「育児をしている職員にリーダーはできない」とあるが、本当にそうだろうか。新型コロナウイルスの流行により、在宅勤務ができるようにIT化も進んできている。自宅でできる仕事と出勤しなければいけない仕事を分けることによって、十分リーダーとして仕事を全うすることができるのではないだろうか。今までの仕事の仕方に捕らわれており、新しい仕事の仕方を受け入れていないだけではないだろうか。また、新しい仕事の形を考える前に、良かれと思って「育児中だからリーダーを任せるのは可哀想だ」というアンコンシャスバイアスがそこにはあると言える。また、逆に育児をしている職員がアンコンシャスバイアスにとらわれていることがある。周囲からのアンコンシャスバイアスを受け取った結果、十分に能力も経験もあるのに、本人がそのアンコンシャスバイアスを受け入れてしまい、自分自身を過小評価してしまうことで「育児で迷惑をかけるから」となってしまう。

このように、アンコンシャスバイアスは、多様性の実現を阻害する要因となりえる。高秀苑においても、このようなアンコンシャスバイアスが無いとは言えない。しかし、アンコンシャスバイアスは無くなるものではなく、向き合い、理解することが重要である。要するに、多様性を理解し活かすためには、教育や研修の充実が重要なのである。職員に対して、異なる文化や価値観への理解を深める機会を提供することで、多様性に対する対応力が向上す

る。多様性を受け入れることが、施設運営について、重要なポイントとなっているのである。

また、介護職員の離職を防ぐことも、介護人材不足を防ぐための取り組みの1つと言える。内田によると「高齢介護施設において、介護の質向上への取り組みは離職意向を直接低めるが、上司の意向を中心とするトップダウンの管理を行うと離職意向を直接高めていた。業務負担軽減の取り組みと、適切な評価と人員配置は離職意向に直接の影響はみられなかったが、介護の質向上への取り組みを介して、離職意向を低めていることが明らかになった。以上より、現在行われている労働条件の改善や、業務の効率化は、ただ行えばよいというものではなく、理想の介護や、介護の質向上の実現に向けて取り組むことで、離職意向の低下に有効であると考えられた」とある。⁶⁾ このことから、介護施設における離職防止には、施設の理念や価値観を共有することが重要と言える。職員が施設の理念に共感し、その実現に向けて共に努力することで、チームの結束が強まり、職員間のコミュニケーションも円滑になる。理念の共有は職場の雰囲気をも良好に保ち、離職を減少させる効果が期待できる。

このことから、介護施設において、多様性を受け入れた上で、理念を共有すること、言わば、目指すところを明確にすることが大切であると言える。

施設において、色々な人材を活かし、協力しながら、目的や目標を達成するためには、基本的な考え方を揃える必要がある。そういう観点から、理念は施設において大切な「共通言語」と言える。チェスターバーナードは組織が成立するために3つの要素「コミュニケーション」「貢献意欲」「共通目的」があると提唱している。⁷⁾ 理念は「共通目的」であり、共有するための「ツール」であり、「共通言語」とも言える。組織が成立するために、理念を共有すること、「共通言語」を理解することが非常に重要である。

しかし、共通言語を持つことと、多様性を尊重することとは、相反しているようにも思われるかもしれない。目指すところが明確であるが故に多様性が受け入れられないように思われたり、多様性を尊重するために、組織の意思決定が遅くなってしまったり、対立などが生まれ、組織におけるコミュニケーションが不足してしまう可能性も否定できない。このようなことを引き起こす要因がアンコンシャスバイアスとも言える。共通言語を持つだけでなく、アンコンシャスバイアスを理解するための教育や研修は非常に重要であり、一時的なものではなく、学び続けることが重要である。また、多様性を尊重しつつ、共通言語を理解し、目的を達成するために必要な共通項を見つけることが重要であると考え

これからは、多様性を理解し、時代と共に変化する環境に対応していくことが重要であると考えます。

IV. 高秀苑での取り組み

ここで、実際に行っている高秀苑における取り組みについて説明する。

①ユニットケア

高秀苑では、ユニットケアを推進し、ユニットリーダー研修実地研修施設として、全国のユニットリーダーを受け入れている。ユニットケアの特徴として、一つのユニットに介護職員を固定配置し、チームとしてそのユニットの入居者を担当することが挙げられる。これによって、入居者と介護職員との信頼関係が構築されやすくなり、馴染みの関係を築くことで、よりきめ細やかなケアが実現しやすくなる。さらに、ユニットケアでは各職種が連携し、入居者に対して、継続的かつ包括的なケアを提供することができる。それゆえ、介護職員に求められる知識やスキルはより専門的となると言える。従来の組織構成やケアの仕組みに比べて、職員の理解と協力が不可欠なのである。また、ユニットにおいて職員が1人しかいない時間があり、介護職員間における情報共有やコミュニケーションの問題も指摘されている。

②高秀苑における教育プログラム

そのような中で、高秀苑では、教育プログラムの充実化を図っている。新入職員に対しては、入職して1か月間、座学と実技の研修を行いながら、ユニット見学をしてもらっている。ユニット見学において、入居者それぞれの個性を知るということを最初から求めているのではない。外国人だけでなく、実際高齢者と触れ合ったことが無い新人も多い。脳血管疾患等で片麻痺がある入居者や、認知症の方を見たことがないということがよくある。まずは、見学し、体験することが重要である。また、介護知識だけでなく、一般常識、高秀苑におけるルールを座学にて伝えていく。入職してからすぐに現場で仕事をしてもらおうのではなく、まず、しっかりとした土台を作ることを大切にしている。また、この期間に基本的な介護技術を学んでもらうことも重要である。実践する前に、基本を身につけることが、これから長く勤めてもらうためにおいて、大切なことだからである。外国人職員についても、同じように学んでもらうようにしている。もちろん、資料に振り仮名を打っていても日本語が全て分かるわけではないが、学ぶ大切さを知ってもらうことが大切である。「外国人だから」という考えは持たないようにしている。

もちろん、介護現場におけるコミュニケーションは非常に重要であり、その重要性は介護の質や受ける側の満足度に直結している。特に、外国人職員や

多様性のある環境においては、コミュニケーションの適切な取り方が一層求められる。コミュニケーションを通じて、介護職と利用者との信頼関係が築かれ、適切な介護が提供される。特に、外国人や多様性のある環境では、言葉だけでなく、文化や背景にも配慮したコミュニケーションが求められる。言葉の壁や文化の違いがある場合には、コミュニケーションを円滑に行うための工夫が欠かせない。そのため、高秀苑では、何か説明した際には、「自分の国ではどうか」と質問するようにしている。お互いの理解を深めるには、大切なことだと思っている。そのような質問をする中で、「私の住んでいるところは～だが、住んでいる場所によって違う」ということも教えてくれた。1つの国においても、考え方や風習、週間、言葉が違うのは、日本と同じなのである。私たちは、抽象的に物事を捉えてしまうことが多いが、多様性を理解するには、具体的な事柄についての理解を深めることも大切である。同じ国の出身であっても、刺身を食することができる人もいれば全く食することができないという人もいる。日本においても、入浴について、身体を洗うだけでなく浴槽に浸かることを入浴と考えているかもしれないが、そもそも浴槽に浸かる習慣がなく、浴槽がないところもある。大切なのは、「その人」の文化や背景・風習・意向を尊重し理解することであり、適切な配慮を行うことなのである。

また、言葉だけでなく、非言語コミュニケーションも重要である。身振り手振りや表情、姿勢などを通じて、相手とのコミュニケーションを図ることを意識しておかなければならない。特に、外国人や異文化間でのコミュニケーションでは、言葉だけではなかなか伝わらない部分が多いため、非言語コミュニケーションが重要である。特に「笑顔」が大切だということを伝えている。入居者の中には、認知症の方がおり、言語的なコミュニケーションは苦手とされている方も多い。しかし、表情から読み取って判断されていることは多い。心のケアや安心感を提供するためには、非言語的コミュニケーションがとても重要なのである。表情やジェスチャーを通じて、気持ちを伝えて共感を示すことで、入居者の心に寄り添うことができる。また、喜びや悲しみを共有し、その人らしさを尊重することができる。基本的なことではあるが、そのことを伝えることで、入居者との信頼関係を築いていくことができるのである。このようなことを、学んでもらうことで、例えば最初は上手く話せなかったとしても、入居者の笑顔を引き出すことができ、小さな自信を持つことができるようになる。新入職員の研修においては、しっかりと土台を作ることと、小さな自信を持ってもらえるように働きかけることが、大切である。そ

うすることで、職員定着につながっていくのである。

③理念・ケア方針

また、高秀苑においては、理念やケア方針を大切にしている。介護施設における理念は、その施設が目指すべき価値観や目標を示すものとして非常に重要である。理念が浸透していなければ、施設全体の方向性や組織文化が定まらず、職員は混乱してしまう。そういう施設は、「誰が正しいのか」が判断基準になってしまう。しかし、理念が明確であれば、全ての職員が一体となって目標に向かって働くことができるため、運営の効率性やケアの質の向上にも繋がる。「何が正しいのか」という判断基準となるものが理念である。

さらに、介護施設における理念は人材育成や指導にも大きな影響を与える。組織において、職員は理念に基づいて行動することが求められる。理念が浸透していなければ、職員に対しての指導が難しくなる。「誰が正しい」「誰が間違っている」という判断軸で評価することになってしまう。理念が浸透していれば、理念に即して「何が正しい」「何が間違っている」という視点で指導することができる。このため、理念を理解し、共有するための教育や研修が重要となる。高秀苑では年に2回理念の研修を行っている。

さらに、高秀苑では、理念実現のために、介護現場において、どのように考えて、どのようにケアすればいいのかを明確にするためにケア方針を作成している。ケア方針は、理念が持つ精神や価値観を具体化したものとして、職員が行動する際の指針となる。そのため、理念とケア方針が一貫していることが重要である。

理念やケア方針は、現場において、「共通言語」と成り得る。職員間で、「共通言語」を持つことは、非常に大切なことである。人材育成や指導においても、基準が明確になり、指導する側も指導を受ける側も分かりやすいということがある。施設において、必要なスキルや知識を磨くことで評価につながり、職員自身の自己肯定感にもつながると考える。そのため、普段よりケア方針を意識して、現場で取り組んでもらっている。具体的には、入居者のケアについての考え方の統一、ケアのルールなどが明確になっており、それを踏まえた上で、入居者の個性を活かしたケアを行うようにしている。ケア方針がグランドルールとなり、その上で、個性について考えてもらう仕組みとなっている。

ケア方針については、2年に1度見直しを行っており、その際に職員にも見直しに参加してもらっている。職員全員が決定に参加することで、より、高秀苑で働いている意義を感じてもらえるようにして

いる。

このようにケア方針に基づいてケアすることで、介護福祉士や社会福祉士の実習生や、ユニットリーダー研修生に対して、介護職員が自信を持って高秀苑の取り組みについて話をしている。「高秀苑の職員として」話をしているということが、高秀苑に対するロイヤリティを感じていると言える。

④人材育成

一方で、人材育成においては一概に成功が保証されるわけではない。介護職員の適性、指導職員の質や考え方、環境など複数の要因が影響を与える。指導職員のアンコンシャスバイアスも大きな影響を与えると言える。指導職員が多様性を理解することが施設運営において大切な要素であると言える。例えば、時短勤務の職員や保育園や小学校の子どもがいる職員の働き方や、育休についての考え方について、施設全体で方向性を明確にすることは、指導職員の育成につながると考えている。高秀苑では、ただ単に働きやすいからと言って、補助的な役割で働いてもらうのではなく、様々な勤務シフトを活用し、介護職員として活躍してもらるように勤務してもらっている。働く時間は限定されているかもしれないが、その限られた時間で専門性を発揮し働いてもらえるようにしている。また、男性職員の育休も積極的に取り入れている。

外国人材に限ったことではないが、入職し、新人研修が終了した後は、ユニットリーダーが付き添う中で、入居者1人ひとりのケアの理解・実践を行い、できるまで何度もチャレンジしてもらおう。入居者1人ひとりのケアを覚えてから、ユニットの入居者の暮らしに合わせてケアできるように取り組んでもらっている。記録は、全てのケアができるようになってから、徐々に取り組んでもらおう。そうすることで、記録する内容が理解できる。ユニットリーダーが付き添う期間はその人に合わせて変える仕組みになっている。これは、指導する側がアンコンシャスバイアス（～ヶ月で1人勤務して当たり前など）を乗り越え、多様性を認め合うことで、ケアの質の向上と離職率低下につながっている。

V. 結論

介護人材不足と多様性は日本社会における重要な課題であり、適切な対策や取り組みが求められている。外国人材の活用や外国人材だけでなく多様性の尊重を通じて、介護人材の確保が期待できる。ただ、労働の需要と供給のバランスが崩れてしまっている状況下において、介護人材だけが不足しているわけではない。他業種においても人材不足が深刻であり、日本社会全体で、労働の供給を増やす取り組みが必要だと考える。多様な人材を積極的に受け入れる風土を醸成し、職場環境の改善（介護ロボッ

ト・ICT 機器の導入、処遇改善など) にも取り組む必要があると考える。ただし、どんなに職場環境の改善を行ったとしても、介護現場に介護職員は必要である。他業種では機械に仕事を置き換えることができるかもしれないが、介護は入居者との関わりの中からニーズやウォンツを引き出し、ケアに落とし込んでいくことが重要であり、専門職である介護職にしかできないからである。そのため、幅広く人材を確保し、多様性を認め、育てていくことが、今後の介護現場発展につながると考える。育てていくためには、施設において、共通言語（理念やケア方針）の理解を深めると共に、アンコンシャスバイアスについての学びを深め、多様性を認め合う取り組みや仕組みを作ることが重要であると考え。多様性を認め合う文化が介護現場に根差していれば、多様な視点から業務改善やイノベーションが起きやすくなり、人材の多様性につながる。目指す方向さえしっかり示されていれば、そこまでの道のりはいくらでもある。多様性を活かした組織づくりこそ、介護現場における人手不足に一石を投じるものとなると思う。

引用文献

- 1) 厚生労働省令和4年度介護給付費等実態統計の概況「受給者の状況」より引用
- 2) 厚生労働省 HP「第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づく介護職員の必要数について」より引用
- 3) 厚生労働省 愛媛労働局 HP「誰もが働きやすい職場づくりのために（厚生労働省委託事業）」より引用
- 4) 厚生労働省 HP 資料「人口の推移、人口構造の変化」より引用
- 5) (株) リクルートワークス研究所『未来予測 2040 労働供給制約社会がやってくる』より引用
- 6) 老年社会学 第42巻第4号「高齢者介護施設における介護職員の離職意向に関連する要因の構造分析」内田和宏・李 泰俊・加瀬裕子 2021.1 より引用
- 7) 経営者の役割
C. I. バーナード（著）、山本 安次郎（翻訳）

投稿規定

1. 論文誌名と発行時

東大阪大学短期大学部国際介護福祉学研究センターは、逐次刊行物として論文誌「多文化と介護」を年 1 回発行する。

2. 投稿資格

・投稿者のうち、少なくとも 1 人は東大阪大学・東大阪大学短期大学部専任教員あるいは非常勤教員であること。

・東大阪大学・東大阪大学短期大学部専任教員あるいは非常勤教員以外で、編集委員会が投稿を妥当と認めた者。

3. 論文種別

以下のカテゴリを設ける。

3.1. 原著論文

多文化と介護に関係のある研究成果について、科学的な根拠に基づき論理的に明瞭に記述したもの。原著論文はオリジナリティーのある未発表のものに限る。

3.2. 研究ノート

多文化と介護に関係のある研究成果について、科学的な根拠に基づき論理的に明瞭に記述したもの。研究ノートは、今後の発展性が期待されるものも含む。

3.3. 実践研究

多文化と介護の実践及び教育に寄与するもの。今後の実践や教育の改善に対して新たな視点が期待されるもの。一定の客観性が認められれば、原著論文のオリジナリティーは必要としない。

3.4. 資料

調査結果、教育資料、施設における記録の一部など、多文化と介護の今後の発展や介護現場の発展と改善に寄与すると考えられるもの。

3.5. その他

編集委員会は、寄稿論文を依頼することができる。また、編集委員会は、特集を組むことができる。

4. 投稿の条件

4.1. 倫理面：日本学術会議の声明「科学者の行動規範－改訂版－」を十分に理解していること (<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-s168-1.pdf>)。以下の項目については、投稿の際に執筆者および共同研究者の責任のもと再度確認すること。

- ・ヒトおよび動物を対象としている研究は、事前に関連する倫理委員会にて審査し、承認を受けていること。審査を受けた倫理委員会名と承認年月日・承認番号などを本文中に記載すること。
- ・投稿時の営利を目的とする団体や企業に関わる利益相反状態を開示すること。
- ・二重投稿でないこと。
- ・捏造、改ざん、盗用がないこと。
- ・著作権の侵害がないこと。
- ・人権の侵害がないこと。

5. 査読

投稿論文は編集委員会で査読を行い、以下 A～D のカテゴリで判定する。

- A. 採択
- B. 軽微な修正の後採択
- C. 大幅な修正の後採択
- D. 再投稿

6. 著作権

論文誌に掲載される原著論文、研究ノート、実践研究、資料の著作権は、国際介護福祉学研究センターに帰属する。よって、論文、資料、研究開発レター、誌上討論の投稿にあたって、著者は、日本国著作権法第 21 条から第 28 条までに規定されたすべての権利を本会に譲渡することを投稿時に同意しなければならない。

以上

執筆規定

1. **原稿の仕様** 原則としてワープロソフトを用い、フォーマットに従い原稿を提出すること。
2. **提出原稿** 提出原稿は電子ファイルにてA4判とし、表紙には論文種別、論文表題(和文と英文)、執筆者名・所属(和文と英文)、代表者の連絡先(電話番号を含む)を明記すること。なお、論文採択後にも電子ファイルを提出する。
3. 論文種別は、下記の表の通りとする

論文種別	内容	文字数制限
原著論文	多文化と介護に関係のある研究成果について、科学的な根拠に基づき論理的に明瞭に記述したものの。原著論文はオリジナリティのある未発表のものに限る。	20,000 文字 (図表込みで、引用文献を除く)。図表は 600 字換算とする。
研究ノート	多文化と介護に関係のある研究成果について、科学的な根拠に基づき論理的に明瞭に記述したものの。研究ノートは、今後の発展性が期待されるものも含む。	15,000 文字 (図表込みで、引用文献を除く)。図表は 600 字換算とする。
実践研究	多文化と介護の実践及び教育に寄与するもの。今後の実践や教育の改善に対して新たな視点が期待されるもの。一定の客観性が認められれば、原著論文のオリジナリティは必要としない。	10,000 文字 (図表込みで、引用文献を除く)。図表は 600 字換算とする。
資料	調査結果、教育資料、施設における記録の一部など、多文化と介護の今後の発展や介護現場の発展と改善に寄与すると考えられるもの。	10,000 文字 (図表込みで、引用文献を除く)。図表は 600 字換算とする。

4. **図表など** 白紙に黒色インクで明瞭に書かれたものを用い、写真を用いる場合は鮮明なものを提出すること。表や図の番号は表1、図1のように記入し、図表のタイトルをつける。
5. **和文要約** 目的、方法、結果、結論の概要をほぼ把握できるように、和文で400字以内の要約と3～5項目の和文キーワードを記載する。
6. **脚注は原則として認めない。**
7. **印刷形式** 印刷の体裁は編集委員会に一任する。
8. **表記** 新かなづかい、常用漢字、算用数字を用いること。外国人名・地名等の固有名詞以外はなるべく訳語を用い、必要な場合は初出の際にだけ原語を付す。
9. 文献の記載は、日本語、外国語を問わず引用順に番号を付けて記載すること。また、本文中の引用箇所には肩番号を付けること。
(例) 佐藤は、〇〇について「・・・」と述べている¹⁾。
10. 引用文献の表記については、次のように日本介護福祉学会の『「介護福祉学」執筆要領』に従い、記述すること。
 - (1) 和文の文献
 - a. 単著の書籍の場合
著者名 (出版年) 『書名 (タイトル —サブタイトル)—』 出版社名, 初頁-終頁。
(例) 佐藤一郎 (2023) 『介護福祉学の今後 —福祉と多文化—』 〇〇出版, 18-20.
 - b. 雑誌論文や紀要論文の場合
著者名 (出版年) 「論文タイトル」『雑誌名』 巻 (号), 初頁-終頁。

- (例) 佐々木次郎 (2017) 「学内実習が学生の心理面に与える影響」『〇〇学雑誌』25 (2), 61-69.
鈴木良子・高橋三郎 (2010) 「わが国の介護人材の推移」『〇〇研究』(△△介護福祉大学) 12, 12-27.
・3名を超える著者については、3名まで連記し、それ以上は「他」で表記する。
・雑誌や紀要の巻・号については、例えば第25巻第2号を25 (2) というように表記する。また、巻や号のみの場合は、例えば第25巻を25と表記する。

c. 翻訳書の場合

原典の書誌情報。(= 訳本の出版年, 訳者名『書名(タイトル—サブタイトル)』出版社名)

- (例) James, I. A. (2011) *Understanding behaviour in dementia that challenges: A guide to assessment and treatment*, Jessica Kingsley. (= 2016, 山中克夫 監訳『チャレンジング行動から認知症の人の世界を理解する: BPSD からのパラダイム転換と認知行動療法に基づく新しいケア』星和書店)

d. 電子メディア情報の場合

著者名 (公表年又は最新の更新年) 「タイトル—サブタイトル」 URL (最終アクセス年月日)

- (例) 厚生労働省 (2022) 「第23回生命表(完全生命表)の概況」
<chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/23th/dl/23th-11.pdf> (2023.1.31)

(2) 欧文の文献

a. 共著の場合

ファーストオーサーのファミリーネーム, ファーストネーム, ミドルネーム and 共著者のファミリーネーム, ファーストネーム, ミドルネーム (出版年) 書籍のタイトル: サブタイトル, 出版社名, 初頁-終頁.

- (例) James, I. A. and Gibbons, L. (2019) *Communication skills for effective dementia care*, Jessica Kingsley Publishers, 15-16.

b. 編著の場合

編者のファミリーネーム, ファーストネーム, ミドルネーム, ファミリーネーム, ファーストネーム, ミドルネーム and ファミリーネーム, ファーストネーム, ミドルネーム eds. (出版年) 書籍のタイトル: サブタイトル, 出版社名, 初頁-終頁.

- (例) Reid, W. J., Batson, C. D. and Smith, T. A. eds. (2016) *Attitudes of Older Adults about Community-Based Services*, Oxford University Press, 4-27.

c. 雑誌に掲載されている論文の場合

著者のファミリーネーム, ファーストネーム, ミドルネーム (出版年) 論文のタイトル: サブタイトル, 雑誌名 巻や号, 初頁-終頁.

- (例) Lyketsos, C.G., Steinberg, M., Tschanz, J.T. et al. (2000) Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 708-714.

・3名を超える著者については、3名まで連記し、それ以上は「et al.」で表記する。

11. その他の執筆に関する詳細は、日本介護福祉学会の『「介護福祉学」執筆要領』に従うこと。

本規定は日本介護福祉学会学会誌『介護福祉学』執筆要領を参考に作成しました。

多文化と介護 Multiculture and Social Care

Vol. 2

2025年3月31日発行（年1回3月発行）

編集集：東大阪大学短期大学部国際介護福祉学研究センター論文誌「多文化と介護」
編集委員会

編集委員：石鍋 浩・伊藤美加子・傘 郁子・砂田貴彦・野口 代（委員長）
馬込武志・山田克宏

発行：東大阪大学短期大学部国際介護福祉学研究センター

〒577-8567 大阪府東大阪市西堤学園町 3-1-1

TEL: (06)6782-2824（代表）

FAX: (06)6782-2896

E-mail: research_sc@higashiosaka.ac.jp

<https://www.higashiosaka.ac.jp/isc/>

本誌の無断複写・転載は、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。

MULTICULTURE AND SOCIAL CARE

CONTENTS

Foreword

Takeshi MAGOME——1

Original Articles

A study on gaze points measurement using video of meal assistance scene
in nursing home

Mikako ITO, Akihiko GOTO, Asumi FUJITA——2

The international students' interest in the biology lectures - 2
: The questionnaire survey

Ikuko KARAKASA——13

Non-pharmacological interventions for mild behavioral impairment (MBI)
: a literature review on managing the prodromal symptoms of dementia

Dai NOGUCHI——30

Notes

Deconstruction of shopping for prevention of frailty

Takeshi MAGOME——37

Promoting the acceptance of foreign care workers
: Analysis of obstacles to accepting foreign care workers

Katsuhiro YAMADA——44

Contribution

Diversity and unconscious bias in nursing homes

Sori YAMASHITA——58