

# 居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とした認知症に関する知識尺度の検討

倉本亜優未\* 谷口将太\* 杉山京\*\* 仲井達哉\*\*\* 竹本与志人\*\*\*\*

本研究は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下、CMr）を対象に、認知症に関する知識尺度を検討することを目的とした。近畿、中国（岡山県を除く）、四国、九州・沖縄地方に設置されている居宅介護支援事業所から層化二段抽出法により選定した3,000ヶ所の事業所に勤務するCMr 3,000名を対象に無記名自記式の質問紙調査を実施した。解析には当該項目に欠損値のない808名分の資料を用い、まず地域住民を対象として三上ら（2017）が作成した認知症に関する知識尺度の交差妥当性の検討を行った。次いで、認知症に関する知識尺度の精度を検討することを目的に、項目反応理論（2母数ロジスティックモデル）を用いて各項目の識別力、困難度および尺度全体のテスト情報量を算出した。その結果、CMrにとって平易な項目で構成されている可能性が否定できないものの、認知症に関する知識尺度がCMrに援用できる可能性が示唆された。

**キーワード：**介護支援専門員、認知症に関する知識、交差妥当性

## I. 緒言

認知症は、認知機能や身体運動機能が病的・慢性的に低下し、認知症高齢者やその家族などの日常生活を著しく脅かしていく疾患である<sup>1)</sup>。超高齢社会を迎えたわが国において、認知症有病者数は認知症予備軍といわれる軽度認知障害の有病者数を含めると約862万人に達すると推計され<sup>2)</sup>、今後さらなる増加が見込まれる中、その対策が喫緊の課題となっている。

介護支援専門員（以下、CMr）は、利用者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者として、介護保険制度を運用する要ともいえる重要な役割を担う専門職である<sup>3)</sup>。今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくことが推測される中でCMrには、ケアマネジメントを行う際の医療との連携やケアプランへの適切な医療サービスの位置付けを促進するとともに、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携を促進することが求められている<sup>3)</sup>。また2015年に公表された認知症施策推進総合戦略（新オ

レンジプラン）では、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供がそれに携わるすべての者に対して要請されている。さらに、先行研究では認知症有病者の家族における認知症の原因や症状といった認知症に関する医学的知識の乏しさが早期受診の弊害となっていることが指摘されており<sup>4)</sup>、自立支援に資する包括的・継続的ケアマネジメントを行うCMrが早期受診に向けた援助を行うことが期待される。しかしながら、CMrが実際に接している認知症有病者の例では、認知症に関する情報不足が原因となり早期受診に至らないことが多いと報告されており<sup>10)</sup>、認知症が疑われる高齢者を発見した際における専門職としてのCMrの援助行動に、認知症に関する知識の有無が関連している可能性が考えられる。以上をふまえるならば、先述の要請に応えるために認知症に関する適切な知識を有することが必要である。

しかしながら、CMrは基礎資格の多様性や教育課程の差異等が指摘されており<sup>11)</sup>、特に福祉専門職をその基礎資格とする者に関しては医学的知識の

\* 岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科

\*\* 日本福祉大学 福祉経営学部

\*\*\* 川崎医療福祉大学 医療福祉学部

\*\*\*\* 岡山県立大学 保健福祉学部

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

〒470-3295 愛知県知多郡美浜町奥田

〒701-0193 岡山県倉敷市松島288

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

低さが報告されている<sup>12)</sup>。これらを勘案すると、認知症対応関連施策において認知症になっても住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援することが求められている中、CMrは認知症に関する知識不足から十分な援助を展開できない可能性が推察される。その一方で、現時点においてその実態を実証的に解明した先行研究は見られず、介入策の検討に困難を有している。

よって本研究では、CMrにおける認知症に関する知識量を確認し現任研修を意図とした教育活動における示唆を得ることをねらいに、信頼性および妥当性を有する認知症に関する知識尺度を検討することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象および調査方法

調査対象者は、近畿、中国（岡山県を除く）、四国、九州・沖縄地方に設置されている居宅介護支援事業所から層化二段抽出法により選定した3,000ヶ所の事業所に勤務するCMr 3,000名とした。調査票は無記名自記式（ただし、記名に関しては自由意思）とし、記入済の調査票は回答者のプライバシー保護の観点から回答者自身が自ら返信用封筒に厳封し、返送する方法を採った。調査は2017年10月～同年11月に実施した。

### 2. 調査内容

調査内容は、調査対象者の属性、調査対象者の所属する居宅介護支援事業所の状況および認知症に関する知識などで構成した。

調査対象者の属性として、性別、年代、基礎資格の中で最も基本にして仕事をしている資格、所持資格、雇用形態、CMrとしての通算経験年数（月数）、担当しているケアプラン数について回答を求めた。

調査対象者の所属する居宅介護支援事業所の状況に関しては、設置状況、運営主体、従事しているCMr数について回答を求めた。

認知症に関する知識は、三上ら<sup>13)</sup>が作成した認知症に関する知識尺度を用いた。この尺度は、認知症に関する「症状」「治療」「診断方法」などの設問10項目から成り、認知症に関する知識を総合的に評価することを目的としている。また、地域住民を対象とした調査研究において、信頼性および妥当性を備えた尺度であることが確認されている。回

答は「そう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「そう思わない」の4件法で求め、得点化は設問の内容が正しい場合には「そう思う：1点」「それ以外：0点」、設問の内容が誤っている場合には「そう思わない：1点」「それ以外：0点」を加点する。なお、構成は設問内容が正しいもの6問、誤っているもの4問である。

### 3. 解析方法

第一段階として、地域住民を対象として三上ら<sup>13)</sup>が作成した認知症に関する知識尺度の交差妥当性の検討を行った。先行研究と同様に1因子モデルを設定し、重みづけ最小二乗法の拡張法（以下、WLSMV）を用いた検証的因子分析を行い、データに対する適合度を確認した。モデルの適合度の評価には、 $\chi^2$ 値（以下、 $\chi^2$ ）、自由度（degrees of freedom：以下、df）、Comparative Fit Index（以下、CFI）、Root Mean Square Error of Approximation（以下、RMSEA）を用いた。 $\chi^2/df$ は値が小さいほどモデルのデータに対する適合度が高いことを示し、CFIおよびRMSEAは一般にCFI $\geq$ 0.95、RMSEA $\leq$ 0.06であればそのモデルがデータをよく説明しており<sup>14)</sup>、CFI $<$ 0.90、RMSEA $\geq$ 0.10であればそのモデルを採択すべきではないと判断される<sup>15)</sup>。なお、本尺度を構成する観測変数を測定尺度とみなした場合の信頼性は、2値データの信頼性係数であるKR20によって検討した。

第二段階として、認知症に関する知識尺度の精度を検討することを目的に、項目反応理論（2母数ロジスティックモデル）を用いて各項目の識別力、困難度および尺度全体のテスト情報量を算出した。

第三段階には、三上ら<sup>13)</sup>の研究対象者である地域住民と本研究対象者であるCMrにおける平均得点の有意差の有無を、1サンプルのt検定を用いて確認した。

以上の解析には、統計ソフト「IBM SPSS 22J for Windows」ならびに「Mplus version7.2」を用い、すべての解析における統計学的な有意性は5%水準とした。

### 4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたり、対象者には調査の趣旨、匿名性の保障、調査協力は自由意思であること等について文書にて説明し、調査票の投函をもって承諾

が得られたものと判断した。なお、2017年9月26日に岡山県立大学倫理委員会の審査・承認を受けて実施した（受付番号17-52）。

### Ⅲ. 研究結果

回答は983人から得られ（回収率：32.8%）、統計解析には認知症に関する知識に欠損値のない

808人分のデータ（調査対象者の26.9%；回答者の82.2%）を用いた。

#### 1. 分析対象者の属性分布

分析対象者808人の属性は表1のとおりである。性別は女性が600人（74.3%）、男性が208人（25.7%）であり、年代は50歳代が最多の310人

表 1 分析対象者の属性分布（n=808）

項目		人数	( % )	
性別	女性	600	( 74.3 )	
	男性	208	( 25.7 )	
年代	30歳代	105	( 13.0 )	
	40歳代	267	( 33.0 )	
	50歳代	310	( 38.4 )	
	60歳代	119	( 14.7 )	
	70歳代以上	7	( 0.9 )	
	基礎資格の中で最も基本にして仕事をしている資格	介護福祉士	491	( 60.8 )
社会福祉士		102	( 12.6 )	
看護師		94	( 11.6 )	
歯科衛生士		25	( 3.1 )	
准看護師		20	( 2.5 )	
保健師		8	( 1.0 )	
管理栄養士		6	( 0.7 )	
作業療法士		4	( 0.5 )	
薬剤師		3	( 0.4 )	
栄養士		2	( 0.2 )	
精神保健福祉士		2	( 0.2 )	
医師		1	( 0.1 )	
理学療法士		1	( 0.1 )	
その他		49	( 6.1 )	
所持資格 <sup>※1</sup>		主任介護支援専門員	392	( 48.5 )
		認知症ケア専門士	76	( 9.4 )
	日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャー	17	( 2.1 )	
	認知症ケア上級専門士	1	( 0.1 )	
	いずれも持っていない	368	( 45.5 )	
雇用形態	常勤専任	555	( 68.7 )	
	常勤兼任	238	( 29.5 )	
	非常勤専任	12	( 1.5 )	
	非常勤兼任	3	( 0.4 )	
介護支援専門員としての通算経験年数(月数) <sup>※2</sup>	平均106.1ヶ月(標準偏差:52.7, 範囲:1-199)			
担当しているケアプラン数 <sup>※3</sup>	平均31.2ケース(標準偏差:9.7, 範囲:0-62)			

※1:複数回答

※2:居宅介護支援事業所の介護支援専門員としての通算経験年数(月数)

※3:1ヶ月あたりの介護給付・予防給付の合計

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

表2 居宅介護支援事業所の状況 (n=808)

項目		人数	( % )
設置状況	単独型事業所	129	( 16.0 )
	他施設・他機関併設型事業所	679	( 84.0 )
運営主体	株式会社などの民間法人	358	( 44.3 )
	社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)	169	( 20.9 )
	医療法人(医療法人社団, 社会医療法人を含む)	163	( 20.2 )
	社会福祉協議会	29	( 3.6 )
	特定非営利活動法人(NPO法人)	24	( 3.0 )
	一般社団法人	20	( 2.5 )
	生活協同組合・農業協同組合などの協同組合	17	( 2.1 )
	市区町村などの行政機関(自治体)	7	( 0.9 )
	その他	21	( 2.6 )

従事している  
介護支援専門員数 平均3.1人(標準偏差:2.3, 範囲:1-21)

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

表3 認知症に関する知識の回答分布 (n=808)

番号	項目	正答	そう思わない		ややそう思う		そう思う			
			人数	( % )	人数	( % )	人数	( % )	人数	( % )
yK1	精神安定剤などの向精神薬を飲むことによって、認知症症状が悪化してしまうこともある	○	55	( 6.8 )	79	( 9.8 )	340	( 42.1 )	334	( 41.3 )
yK2	認知症の治療は、入院治療が中心である	×	524	( 64.9 )	249	( 30.8 )	32	( 4.0 )	3	( 0.4 )
yK3	認知症の人への適切な接し方で認知症の症状を和らげることができる	○	31	( 3.8 )	12	( 1.5 )	144	( 17.8 )	621	( 76.9 )
yK4	認知症は遺伝なので治療法はない	×	642	( 79.5 )	139	( 17.2 )	20	( 2.5 )	7	( 0.9 )
yK5	精神安定剤などの向精神薬は認知症に投薬されることはない	×	520	( 64.4 )	222	( 27.5 )	48	( 5.9 )	18	( 2.2 )
yK6	もの忘れ以外にも、認知症の症状はたくさんある	○	19	( 2.4 )	4	( 0.5 )	37	( 4.6 )	748	( 92.6 )
yK7	認知症の診断には、心理検査(あるいは認知機能検査)が役立つ	○	30	( 3.7 )	105	( 13.0 )	386	( 47.8 )	287	( 35.5 )
yK8	認知症で精神科には受診できない	×	696	( 86.1 )	95	( 11.8 )	13	( 1.6 )	4	( 0.5 )
yK9	認知症か否かを症状だけで推測するのは不十分である	○	39	( 4.8 )	38	( 4.7 )	184	( 22.8 )	547	( 67.7 )
yK10	手足のふるえやこわばりなどを伴う認知症がある	○	45	( 5.6 )	102	( 12.6 )	241	( 29.8 )	420	( 52.0 )

※人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

(38.4%)であり、40歳代が267人(33.0%)、60歳代が119人(14.7%)と続いた。基礎資格の内でも基本にして仕事をしている資格に関しては、多いものから順に介護福祉士が491人(60.8%)、社会福祉士が102人(12.6%)、看護師が94人(11.6%)であった。また所持資格を複数回答で求めたところ、主任介護支援専門員が392人と全体の48.5%を

占めた。一方で、主任介護支援専門員、日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャー、認知症ケア専門士、認知症ケア上級専門士の4つの資格に関し、いずれも所持していない人は368人(45.5%)であった。雇用形態については、常勤専任が最多の555人(68.7%)であった。

なお、居宅介護支援事業所のCMrとしての通算

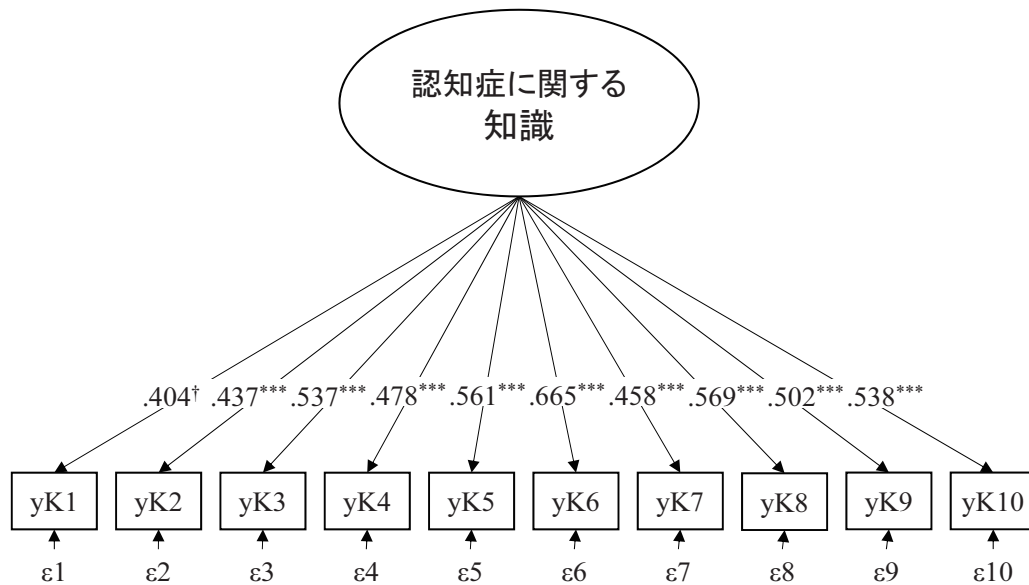


図1 認知症に関する知識の因子構造モデル（標準化解）

n=808:  $\chi^2(df)=100.570(35)$  CFI=0.907 RMSEA=0.048（推定法:WLSMV）

※εは誤差変数  
 ※†はモデルの識別のために制約を加えた箇所である。  
 ※\*\*\*:  $p<0.001$

経験年数（月数）は平均106.1ヶ月（標準偏差：52.7、範囲：1-199）であり、担当しているケアプラン数を1ヶ月あたりの介護給付・予防給付の合計として回答を求めたところ、平均31.2ケース（標準偏差：9.7、範囲：0-62）であった。

## 2. 分析対象者の所属する居宅介護支援事業所の状況

分析対象者808人の所属する居宅介護支援事業所の状況は表2のとおりである。設置状況に関して、単独型事業所と回答した人は129人（16.0%）、他施設・他機関併設型事業所と回答した人は679人（84.0%）であった。運営主体については、株式会社などの民間法人と回答した人が最多の358人（44.3%）であり、社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）が169人（20.9%）、医療法人（医療法人社団、社会医療法人を含む）が163人（20.2%）と続いた。なお、勤務する介護支援事業所で従事しているCMr数は平均3.1人（標準偏差：2.3、範囲：1-21）であった。

## 3. 認知症に関する知識尺度の交差妥当性と信頼性の検討

認知症に関する知識の回答分布は、表3に示す

とおりである。先行研究<sup>13)</sup>と同様に1因子モデルを設定し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を確認した。その結果、 $\chi^2(df)=100.570(35)$ 、CFI=0.907、RMSEA=0.048と統計学的許容水準を満たしていた（図1）。モデルの識別のために制約を加えたパスを除き<sup>15)</sup>、パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。また認知症に関する知識のKR20は0.610であった。

なお、認知症に関する知識の得点分布は図2に示すとおりとなり、平均6.6点（標準偏差：2.1、範囲：0-10）であった。

## 4. 認知症に関する知識尺度の精度の検討

認知症に関する知識尺度の精度を検討するため、項目反応理論（2母数ロジスティックモデル）を用いて各項目の識別力、困難度および尺度全体のテスト情報量を算出した。その結果、困難度は-2.112～0.796であり、「yK7：認知症の診断には、心理検査（あるいは認知機能検査）が役立つ」という設問が最高値を示し、識別力は1項目（0.742）を除き、0.750以上と基準を満たしていた。また、テスト情報量は潜在特性が $\theta = -1.6$ の時に3.308と最も高い値を示した（図3）。

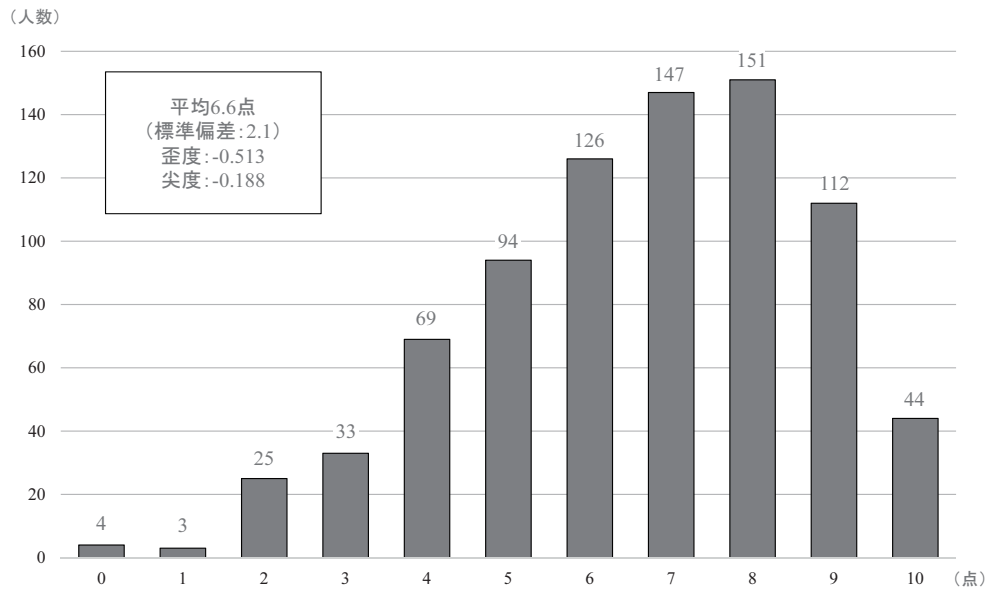


図2 認知症に関する知識の得点分布 (n=808)

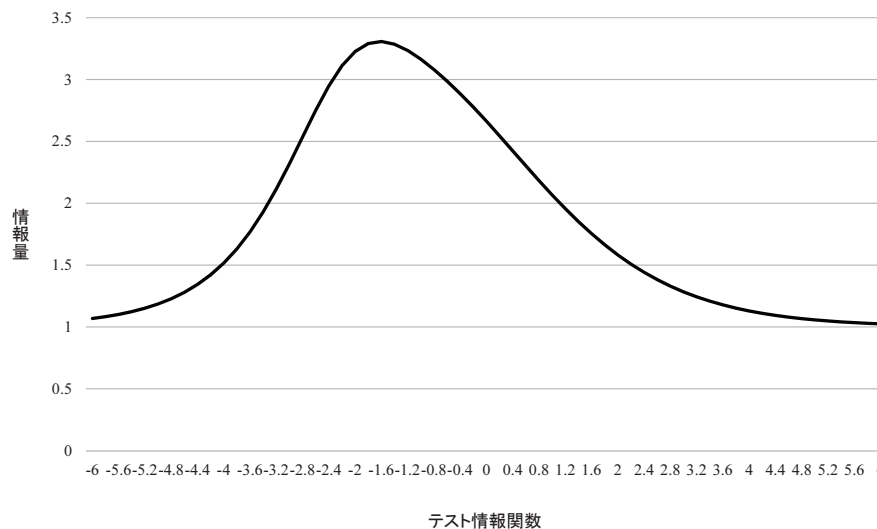


図3 居宅介護支援事業所の介護支援専門員における認知症に関する知識尺度のテスト情報曲線

### 5. 介護支援専門員と地域住民の平均得点の比較

本研究対象者であるCMrと先行研究<sup>13)</sup>における調査対象者である地域住民の認知症に関する知識の平均得点に関し、その有意差の有無を1サンプルのt検定を用いて分析した。その結果、CMrの得点(6.6点)が地域住民の得点(4.8点)に比して有意に高いことが確認された( $p < 0.001$ )。

### IV. 考察

本研究では、CMrにおける認知症に関する知識量を確認し現任研修を見据えた教育活動における示

唆を得ることをねらいに、認知症に関する知識を総合的に評価することを意図として作成された認知症に関する知識尺度の検討を行うことを目的とした。

調査は近畿、中国(岡山県を除く)、四国、九州・沖縄地方に設置されている居宅介護支援事業所から層化二段抽出法により選定した3,000ヶ所の事業所に勤務するCMr 3,000名を対象に実施した。分析対象者の属性の分布をみると、男性25.7%、女性74.3%、CMrとしての通算経験年数(月数)は平均106.1ヶ月であり、介護従事者処遇状況等調査16,17)の結果に近い分布であった。

## 1. 認知症に関する知識尺度の交差妥当性および精度の検討

認知症に関する知識尺度の交差妥当性を検討するため、先行研究<sup>13)</sup>と同様に1因子モデルを設定し、WLSMVをパラメータの推定法に検証的因子分析を行い、データに対する適合度を確認した。その結果、統計学的な許容水準を満たし、地域住民を対象として作成された認知症に関する知識尺度がCMrにも援用できる可能性が示唆された。先行研究<sup>10)</sup>をふまえるとCMrが認知症に関する十分な知識を有することは、利用者に認知症が疑われた際に受診を促進するなど早期受診に向けた適切な援助行動につながると推測される。また、CMrの作成するケアプランは、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者の生活に多大な影響を及ぼす可能性を有している<sup>18)</sup>。そのため、認知症になっても住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援するためには、認知症の経過等の生理的・身体的機能状態、精神的・心理的状态、地域資源等の社会環境状態とそれらが生活に及ぼす影響等を幅広くかつ的確に捉えた上で作成することが望まれるが、認知症に関する知識が不十分である場合にはアセスメントが限局されそれが能わないと推察される。以上を鑑みるならば、CMrが認知症に関する適切な知識を有することが不可欠であるが、現行の研修は講義・演習後の効果測定が行われていないなどの課題を有している。CMrがその援助実践への活用に向けて知識の定着を図るためには、知識を付与するだけでなく、それがどの程度身に着いたかといった評価を行うことが必要である。したがって、本研究によりCMrに対する有用性が示唆された認知症に関する知識尺度等を用い、認知症に関する知識量の測定および評価を行うことが求められる。

しかしながら本研究の結果、CMrを対象とした場合では、認知症に関する知識尺度の困難度における最高値が0.796と低い一方で最低値は-2.112であり、またテスト情報量曲線から地域住民に比して解答が容易であることが確認され、CMrにとって平易な項目で構成されている可能性が否定できなかった。そのため、CMrにおける認知症に関する知識量の測定に適した尺度の作成に向け、設問内容の精査ならびに修正によって項目の難易度の補正等を行うことが今後の課題である。そして、適切な医学的知識

の付与に向けた知見を得ることが求められる。

また、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者の増加に伴い、医療および介護の連携の必要性は高まっており<sup>19)</sup>、CMrは医療専門職と連携することが強く要請されている。医療・介護連携の前提として医学的知識を有している必要があるため<sup>3)</sup>、今後はこれらの連携において必要となる知識内容の解明ならびにその付与に向けて検討することも求められる。

## V. 結論

CMrにおける認知症に関する知識量を確認し現任研修を意図とした教育活動における示唆を得ることをねらいに、認知症に関する知識尺度を検討した。その結果、CMrにとって平易な項目で構成されている可能性が否定できないものの、地域住民を対象として作成された本尺度がCMrにも援用できる可能性が示唆された。今後は、CMrにおける認知症に関する知識量の測定に適した尺度の作成に向けて、設問内容を精査・修正し、項目の難易度の補正等を行うことが課題である。

## 付記

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました居宅介護支援事業所の介護支援専門員の皆様に深謝申し上げます。

本論文は、第23回日本在宅ケア学会学術集会(2018)にてポスター発表を行った内容を修正・加筆したものである。

本調査研究はJSPS科研費(挑戦的萌芽研究)16K13437「認知症者の経済支援に対するCMの能力開発に関する研究(2016～2018年度)」(研究代表者:竹本与志人)の助成を受けて2017年度に実施した研究の一部である。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington D. C. : American Psychiatric Association. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸監訳(2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 医学書院.)
- 2) 朝田隆, 泰羅雅登, 石合純夫他(2013). 厚生

- 労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年～平成24年度総合研究報告書（研究代表者：朝田隆）。
- 3) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会（2017）。介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理。（<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf>, 2018.7.25）
  - 4) 本間昭（2001）。地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査。老年社会科学、23（3）：345-351.
  - 5) 本間昭（2003）。痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の状況。老年精神医学雑誌、14（5）：573-591.
  - 6) 小松直子（2012）。高齢者の認知症が疑われる早期の症状に気付いたときの家族の問題解決行動について。日本看護学会論文集 地域看護、42：108-111.
  - 7) 鹿野由利子，花上憲司，木村哲朗他（2003）。痴呆の早期受診はなぜ難しいのか—家族からみた障壁要因と情報提供の必要性。日本痴呆ケア学会誌、2（2）：158-181.
  - 8) 杉原百合子，山田裕子，武地一（2005）。一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討。日本認知症ケア学会誌、4（1）：9-16.
  - 9) Werner, P. (2001). Correlates of family caregiver's knowledge about Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry.*, 16 : 32-38.
  - 10) 品川俊一郎，中山和彦（2007）。認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討—一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より。老年精神医学雑誌、18：1224-1233.
  - 11) 徳永恵美子，生野繁子，和田要（2004）。基礎資格別介護支援専門員の活動の現状と研修の課題—保健・医療職と福祉職の教育背景の違いに焦点をあてて。九州看護福祉大学紀要、6（1）：217-229.
  - 12) 永野淳子（2010）。介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態—フォーカスグループインタビュー調査から。日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学紀要、15：25-32.
  - 13) 三上舞，中尾竜二，堀川涼子他（2017）。地域住民を対象とした認知症に関する知識尺度の検討。社会医学研究、34（2）：35-44.
  - 14) Muthen, L.K. and Muthen, B.O. (2007). *Mplus User's Guide*. 5th Ed. Los Angeles : Muthen & Muthen.
  - 15) 山本嘉一郎（1999）。共分散構造分析とその適用。（山本嘉一郎，小野寺孝義編。Amosによる共分散構造分析と解析事例、pp.16-17。ナカニシヤ出版。）
  - 16) 厚生労働省（2010）。平成22年度介護従事者処遇状況等調査。
  - 17) 厚生労働省（2017）。平成29年度介護従事者処遇状況等調査。
  - 18) 三菱総合研究所（2017）。ケアプラン点検の基礎知識—これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書。
  - 19) 社会保障審議会介護保険部会（2016）。介護保険制度の見直しに関する意見。



## Examination of Knowledge Regarding Dementia among Care Managers employed in In-home, Long-term Care Support Offices using a Knowledge Measurement Scale

AYUMI KURAMOTO\*, SHOTA TANIGUTI\*, KEI SUGIYAMA\*\*,  
TATSUYA NAKAI\*\*\*, YOSHIHITO TAKEMOTO\*\*\*\*

\* *Graduate of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

\*\* *Faculty of Healthcare Management, Nihon Fukushi University, Okuda, Mihama, Chita, Aichi, Japan*

\*\*\* *Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare, 288 Matsushima, Kurashiki, Okayama, Japan*

\*\*\*\* *Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

This study examined knowledge regarding dementia among care managers (CMrs) employed in in-home, long-term care support offices. An anonymous questionnaire survey was completed by 3,000 CMrs employed at 3,000 sites. The sites were selected through a stratified two-step extraction method among in-home, long-term care support offices located in the Kinki, Chugoku (except the Okayama prefecture), Shikoku, Kyushu, and Okinawa areas of Japan. For the analysis, data from 808 participants were used. Initially, we examined the cross validity of the knowledge measurement scale regarding dementia developed by Mikami et al. (2017) for regional residents. Subsequently, the discrimination power, degree of difficulty, and amount of information of the entire investigation were calculated using the item reaction theory (two-parameter logistic model) to assess the accuracy of the knowledge measurement scale. The results suggested that although the knowledge measurement scale regarding dementia may be composed of items that are too simple for CMrs, it could be used to support them.

**Keywords** : Care Managers employed in In-home, Knowledge Regarding Dementia, Cross Validity