

博士学位論文

民生委員を対象とした地域包括支援センターへの
援助要請意向の特性に関する研究

平成 30 年 3 月

中尾 竜二

岡山県立大学大学院
保健福祉学研究科

要 旨

本学位論文は、認知症が疑われる高齢者の早期受診を可能とする連携システムの構築をねらいに、民生委員に焦点を当て、彼らの認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センター（以下、包括）への援助要請意向の特性を明らかにした研究である。

本学位論文の構成は、4章構成となっており、第1章では、わが国の認知症対策の歴史の変遷をふまえ、早期受診が重要視されるようになった背景と早期受診に関する先行研究の動向を整理した。わが国において、認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診への対策が急務とされるなか、家族にその役割を期待する認知症施策や先行研究が大半を占めていたが、家族のみでの受診が困難な現状から、地域住民が早期に認知症の発症に「気づき」、専門機関へ「つなげる」という受診援助についての研究の進展が望まれることを提示した。なかでも民生委員には認知症が疑われる高齢者の見守りとともに、彼らの適切な対応あるいは包括への相談ならびに協働による早期受診の実現の一助が期待されているものの、現状では民生委員に対する期待と実態との間には乖離と課題があることを指摘した。

第2章では、民生委員と包括の連携関係に着目し、その両者の連携関係について双方のデータを用いて探索的検証を行った。まず、包括専門職を対象にアンケート調査を実施し、クラスター分析（Ward法）を用いて類型化し、コンボイモデルを参考に模式化することで包括が受診援助を行っているケースの援助依頼者の連携関係を確認した。結果、最も包括との関係性が密であると考えられる

内層には、「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」が位置していた。また、民生委員を対象にアンケート調査を実施し、認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向について、クラスター分析(Ward法)を用いて類型化し、類型化された各グループ間における属性等の違いを確認した結果、4つのグループに類型化され、26の機関および人すべてにおいて有意差が確認された($p < 0.05$)。また、すべてのグループで「包括」を相談先として選択する意向が高いことが示された。これらの結果より「包括」と「民生委員」の連携関係は強固であることが確認された。

第3章では、第2章で明らかとなった結果をふまえ、民生委員を対象に担当地域内で認知症の初期症状を呈する認知症が疑われる高齢者を発見した際の包括への援助要請意向に焦点を当て、認知症進行遅延薬に関する知識、認知症の人に対する肯定的態度との関連について検証した。まず、包括への援助要請意向について潜在クラス分析を用いて類型化を行い、次いで潜在クラス分析より推定された各クラスを従属変数とし、認知症進行遅延薬に関する知識、認知症の人に対する肯定的態度等を独立変数に両者間の関連性について潜在クラスを同時推定した多項ロジットモデルにより検討した。結果、民生委員の援助要請意向は、4クラスモデル時において Sample-size Adjusted Bayesian Information Criterion は最小であり、かつ Entropy が 0.80 であったことから、4つのクラスに類型化されたと判断された。積極的に援助要請を行っているとは推測された援助要請実践型の構成割合は約4割を占めており、そのクラスを基準に検討した結果、「性別」(中程度認知機能障害援助要請型; Odds Ratio(以下: OR): 0.564、95% Confidence Interval(以下: 95%CI): 0.353-0.900、 $p < 0.05$)

(援助要請消極型;OR:1.504、95%CI:1.064-2.128、 $p<0.05$) (軽度認知機能障害援助要請型;OR:2.025、95%CI:1.344-3.050、 $p<0.01$)、「年齢」(中程度認知機能障害援助要請型;OR:0.921、95%CI:0.889-0.955、 $p<0.001$) (援助要請消極型;OR:0.937、95%CI:0.909-0.966、 $p<0.001$)、「認知症の人に対する肯定的態度」(中程度認知機能障害援助要請型;OR:0.888、95%CI:0.826-0.954、 $p<0.01$) (援助要請消極型;OR:0.844、95%CI:0.797-0.894、 $p<0.001$) (軽度認知機能障害援助要請型;OR:0.926、95%CI:0.866-0.990、 $p<0.05$)で有意な関連を示していたことが明らかとなった。

第4章では、以上の結果を踏まえて総合考察を述べた。認知症が疑われる高齢者の早期受診の推進には、民生委員の包括への援助要請意向の特性を評価することが重要であり、援助要請意向を高めるためには「認知症の人に対する肯定的態度」を高めることが有用である可能性を示すことができた。以上の研究成果をふまえ、認知症の人に対する肯定的態度の醸成に寄与する具体的な研修企画の内容として、認知症の人の関わりの機会の提供や認知症の治療に関する知識の付与に重点を置いた啓発活動の企画・実施の必要性を提示した。

目 次

第1章	序論	1
第1節	本研究の社会背景	1
1.	わが国における認知症対策の変遷	
2.	認知症の「早期受診」が重要視されるようになった背景	
3.	認知症が疑われる高齢者の受診に関する研究の動向	
第2節	早期受診における民生委員への期待とその背景	12
1.	早期受診における第三者の支援の必要性	
2.	早期受診における民生委員の役割とその研究の動向	
第3節	本研究の目的と論文の構成	18
1.	本研究の目的	
2.	本研究の構成	
3.	本研究の枠組み	
4.	本研究の方法および解析方法	
5.	本研究に使用したデータ	
第2章	地域における認知症が疑われる高齢者を発見した際の 連携システムの遠近構造に関する研究	23
第1節	地域包括支援センターが受診援助を行っている認知症が疑われる 高齢者の援助依頼者とその遠近構造	23
1.	研究目的	
2.	研究方法	
3.	研究結果	
4.	考察	

第2節	民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の 相談先の選択の意向	32
1.	研究目的	
2.	研究方法	
3.	研究結果	
4.	考察	
第3節	小括	40
第3章	民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の 地域包括支援センターへの援助要請意向とその関連要因の検討	41
1.	研究目的	
2.	研究方法	
3.	研究結果	
4.	考察	
5.	小括	
第4章	結論	56
第1節	本研究のまとめと研究の意義	59
第2節	民生委員の援助要請意向の評価と早期受診の推進に向けた方策提案	58
1.	民生委員と地域包括支援センターの連携関係から見た 認知症が疑われる高齢者の早期受診の推進に向けた方策提案	58
2.	民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センター への援助要請意向のパターンの評価と援助要請を高めるための方策提案	60
第3節	本研究の限界と今後の課題	67
	引用・参考文献	69
	謝辞	80
	付記	81

第 1 章 序論

第 1 節 本研究の社会背景

認知症とは、「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」と定義されている¹⁾。認知症の具体的な診断基準としては、DSM-IV-TR の診断統計マニュアル²⁾によると、①記憶障害として新しい情報を学習したり、かつて学習した情報を想起したりする能力の障害、②失語（言語障害）、失行（運動機能は損なわれていないにもかかわらず、動作を遂行することができない）、失認（感覚機能は損なわれないにも関わらず、対象を認識あるいは同定することができない）、実行機能（計画を立てる、組織立てる、順序立てる、抽象化する）のうち 1 つあるいは複数の認知障害が認められる、③認知機能の障害とともに、感情、意欲、行動に変化があり、社会生活上あるいは職業上あきらかに支障をきたしており、以前の水準から著しく低下していること、④記憶障害、認知障害はせん妄の経過中のみに起こるものではないこととされている。これらの症状を認知症の「中核症状」といい、妄想、幻覚、不安、焦燥、せん妄、睡眠障害、多弁、多動、依存、異食、過食、徘徊、不潔、暴力、暴言など必ずしも認知障害といえない行動的な障害を「周辺症状」と呼んでいる¹⁾。

1. わが国における認知症対策の変遷

(1) 地域社会からの隔離に重点を置いた認知症施策（1970 年代初頭～1980 年代前半）

認知症（痴呆症）がわが国で最初に注目を浴びたのは、老いをテーマに認知症を社会問題として捉えた 1972（昭和 47）年の有吉佐和子の長編小説『恍惚の人』³⁾であった。この時期は、認知症に対する関心の低さや多くの偏

見・差別などにより認知症高齢者や家族は社会から隔離されていたが、『恍惚の人』の発刊ならびに映画化によりその実態と社会的支援の乏しさが顕在化することとなった。

認知症高齢者とその家族を支援する施策の整備が皆無のなか、1980（昭和55）年に認知症高齢者を介護する家族が集まり、①家族同士が支え合い、助け合うこと、②認知症について社会に訴え認知症施策を推進することを目的に、京都で「呆け老人を抱える家族の会（現在の社団法人認知症の人と家族の会）」が発足することとなった。その後、呆け老人を抱える家族の会の提言・要望活動により、1980（昭和55）年から厚生省公衆衛生局精神衛生課による全国規模の実態調査が行われ、わが国には在宅で生活する認知症高齢者が約51万人存在することが明らかとなった。

1982（昭和57）年には、わが国で最初の認知症対策である報告書「老人精神保健対策に関する意見」⁴⁾が公衆衛生審査会により発表された。これは、「老人に適した施設構造をもち、特別な配置基準による医療従事者を配した老人専用棟を整備すること」「身体合併症を有する場合が多いことから老人精神病棟の配置は総合病院に併設されることが望ましい」などといった精神科病棟における老人精神障害対策であった。以上のように、1980年代当初の認知症対策は高齢者施設への入所や精神病院（当時）への入院など、地域社会から隔離する内容となっていた。

（2）隔離から在宅生活への移行に重点を置いた認知症施策（1980年代後半～1990年代）

1985年版厚生白書⁵⁾によると、在宅で生活する認知症高齢者数は約60万人と推計され、その後も増加することが見込まれていた。国は施設不足を精神病院等での社会的入院により補っていたが、財政面からも地域での介護サービスの充実が必要であるとし⁶⁾、1989（平成元）年に高齢者保健福祉推進

十か年戦略（ゴールドプラン）を策定した。ゴールドプランは高齢者における保健福祉による基盤づくりを図るため、市町村による デイサービス・ショートステイ など施設の緊急整備、ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進などを柱とした施策であった。また同年、厚生省は、地域の認知症患者の医療相談や認知症診断、治療方針などの相談を行う専門医療機関として「老人性痴呆疾患センター」を新たに設置した。また 1992（平成 4）年には、今までのデイサービスに加え、認知症高齢者の人が居宅において日常生活を営むこと及び家族の負担軽減を図ることを目的として「痴呆対応型デイサービス（E型デイサービス）」が創設された。さらに 1993（平成 5）年には、厚生省老人保健福祉局において、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」⁷⁾ が示され、その判定基準は「自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M」の 8 段階に分けられ、自立に次いで I が軽度であり、M が最も重いと評価されることとなった。この基準は主に医療関係者や施設事業者が書面で利用者（患者）の情報をやりとりする際に客観的かつ短時間で判定する介護サービスの適切な対応が可能となることを目的として作成された。

1994（平成 6）年、「痴呆性老人対策に関する検討会」報告書⁸⁾ では、1990（平成 2）年の時点での認知症高齢者数は在宅 73.9 万人、施設内 25.5 万人の合計 99.4 万人と推計され、認知症疾患の有病率は高年齢ほど高くなっており、後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者はさらに増加していくことが予測された。しかしながら、認知症の根本的な治療方法は未だ確立されておらず、認知症対策はケア（介護）が中心であった。以上のように 1980 年代後半から 1990 年代は、認知症高齢者の増加が予測されるなか、在宅介護サービスの整備・実施に視点が置かれた施策が中心の時代であったといえる。

(3) 在宅サービスに重点が置かれた認知症施策（2000～2003 年）

2000（平成 12）年には、これまで主に家族が担ってきた寝たきりや認知症

などで介護が必要な高齢者を社会全体で支えることを目的とした介護保険法が施行された。法の第1条では、「高齢者が日常生活に対する支援が必要になった人に対して、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」と規定されている。認知症高齢者に対する介護保険給付サービスとしては、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）が位置づけられた。この施設は1ユニットの定員が5～9人となっており、共同生活住居で家庭的な環境と地域住民との交流の下、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにすることを基本的な考えとしたものである。また、認知症対応型共同生活介護は、2006（平成18）年には「地域密着型サービス」として位置づけられ、認知症になっても住み慣れた地域で介護サービスを受けながら生活できることを目的として整備されることとなった。以上のように、2000（平成12）年から2003（平成15）年は、2000（平成12）年の介護保険法の施行により、高齢者の各種介護サービスが措置から契約へと変わり、尊厳と自立を目指し住み慣れた地域でのケアの提供に重点が置かれ、認知症高齢者においても同様に尊厳保持と自立に視点をおいたケアが行われるようになった時期であった。

（4）認知症の啓発に重点を置いた認知症施策（2004～2007年）

2004（平成16）年には、厚生労働省老健局に「痴呆対策推進室」が設置され、同年に発表された『「痴呆」に替わる用語に関する検討会』報告書⁹⁾において「痴呆」という表現についていくつかの問題点（①侮蔑感を感じさせる表現である、②痴呆の実態を正確に表していない、③早期発見・早期診断等の取り組みの支障になる）が指摘され、結果、「痴呆」から「認知症」へ呼称

の変更が行われることとなった。翌年 2005（平成 17）年には、厚生労働省より「認知症を知り地域をつくる 10 ヶ年」の構想¹⁰⁾が発表され、2005（平成 17）年を「認知症を知る 1 年」と位置づけ、以後 10 年間で「認知症を知り地域を作る 10 ヶ年」として多くの人に認知症が正しく理解され、すべての市町村において認知症になっても安心して暮らせる地域になることが目標とされることとなった。具体的には、①認知症を理解し、支援する人（サポーター）の養成を目指した「認知症サポーター100万人キャラバン」や、②すべての人が認知症になっても安心して暮らせる地域づくりのため、「認知症でもだいじょうぶ町づくり」キャンペーンなどが展開されることとなったのである。以上のように、2004（平成 16）年から 2007（平成 19）年までの認知症対策は、認知症になっても住み慣れた地域で介護サービスを受けながら生活できるよう、地域住民に認知症に対する誤解・偏見をなくし、認知症に対する理解を高めるための地域づくりに向けた様々な啓発事業・PR 活動を中心に実施した時期であるといえる。

2. 認知症の「早期受診」が重要視されるようになった背景

近年におけるわが国の認知症対策は、「早期診断」という新たな方向性を加え進められている。本研究における「早期受診」とは、「早期発見」→「早期診断」→「早期治療」の一連のプロセスと位置づけている。そのなかで「早期診断」が求められるようになった背景として、第一に、わが国の認知症高齢者数が想像を上回るペースで増大していることがあげられる。

2013（平成 25）年の朝田ら¹¹⁾の「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」総合研究報告書によると、全国の認知症有病率は 15%と推定され、推定有病者数は 2010（平成 22）年時点で約 439 万人、2012（平成 24）年時点で 462 万人と算出されていた。しかしながら、2015（平成 27）年には二宮ら¹²⁾は福岡県久山町の経時的データを基に算出し、2025（平

成 37) 年には 675 万人、2040 (平成 52) 年には 802 万人に達するといった将来推計を報告した。そのため、わが国では急増が想定される認知症高齢者の対策が喫緊の課題となってきたのである。

第二に、認知症はかつて原因不明の疾患として治療法がない不可逆性、つまりは「治らない病気」とされていたが¹³⁾、鑑別診断の精度の向上と治療法の確立により¹⁴⁻¹⁷⁾ 医学的に対応が可能となってきたことがあげられる。なかでも治療可能な認知症である正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫などについては適切な診断が行われ、早期に治療が行われることで回復の可能性があることが明らかとなってきた¹³⁾。また、1999 (平成 11) 年に日本で初めてのアルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬としてドネペジル塩酸塩 (商品名: アリセプト) の発売が開始され、早期の段階での認知症高齢者の「治療」が期待できるようになった。アリセプトはアセチルコリンエステラーゼ阻害薬で、認知症状の進行を遅らせる効果があり、この治療薬は、服薬開始 9 ヶ月から 1 年間は効果が持続するが、その後は緩やかに症状が進行する効果が検証されている¹³⁾。

さらに、2011 (平成 23) 年には抗認知症薬の新薬としてガランタミン臭化水素酸塩 (商品名: レミニール)、リバスチグミン (商品名: リバスタッチパッチ、商品名: イクセロンパッチ) とメマンチン塩酸塩 (商品名: メマリー) の販売が許可されたことも挙げられる。レミニールは、アセチルコリンエステラーゼ阻害作用があり、軽度・中等度の認知症の症状進行を抑える効果があるとされている。リバスタッチパッチは、アセチルコリンを増加させる貼り薬であり、軽度および中等度のアルツハイマー型認知症の進行を抑える効果があるとされる¹⁴⁾。またメマリーは、神経伝達物質の一つであるグルタミン酸の働きを抑制するとされる。グルタミン酸は記憶、学習などに密接に関わる神経伝達物質であり、脳内の神経伝達物質の 40% を占めるが過剰にあると神経細胞を損傷・死滅させる物質である¹⁴⁾。これら新薬 3 錠は、それ

ぞれアリセプトと異なる作用メカニズムや効果を持っており、治療に使用する薬剤の選択の幅が広がることとなった。

以上のことから、認知症の原因疾患の大半を占めるとされるアルツハイマー型認知症¹⁾の初期の段階の「治療」が可能となり、このことにより Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（以下、BPSD）の軽減¹⁵⁾、介護負担の軽減¹⁶⁻¹⁷⁾や生活の質の維持・向上¹⁸⁻²¹⁾、社会保障費増大の抑制²²⁾にも貢献できることが期待されるようになった。このような進展によりわが国の認知症対策は、認知症が疑われる高齢者の早期診断を実現可能とするための『早期受診』に視点を置いた施策に転換されるようになっていくこととなる。

2008（平成20）年、厚生労働省により「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」²³⁾が策定され、『たとえ認知症になっても安心して生活できる社会の実現』を目指す重点項目のひとつとして「早期診断の推進と適切な医療の提供」が取り上げられた。具体的な方策として、認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う医療の中核機関として、「認知症疾患医療センター」が全国150か所に整備されることとなった。以前「老人性痴呆疾患センター」の名称で1989（平成元）年から2006（平成18）年まで予算計上されていたが、地域の関係機関との連携において十分な機能が果たせなかったことから見直しが行われたのである。新たな設置となった認知症疾患医療センターの機能は、①専門医療機関として詳細な診断や急性精神症状への対応、身体合併症を有する患者への対応を行うこと、②認知症医療の地域における中核的機関として専門職研修会や連携協議会の開催、専門的な相談を通して医療機関と介護サービス提供事業所等との連携強化を図ること、③認知症医療の情報センターとして地域住民への認知症に対する理解を含めた啓発活動や相談を行うこと、④地域における医療と介護の連携拠点として認知症連携担当者を配置し、地域包括支援センターとの連携機能の強化

を図ることとされており、早期診断の推進における重要な役割を担う機関として創設された。

2012（平成24）年には、厚生労働省により「今後の認知症施策の方向性について」²⁴⁾が発表され、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を目指した『認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）』²⁵⁾、2015（平成27）年には、より発展させた『認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）』²⁶⁾が策定された。新オレンジプランにおいては、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」で切れ目のない認知症に対する医療と介護を一体化した「早期診断・早期対応のための体制整備」の充実を掲げ、早期診断を含めた「早期受診」を実現するため認知症対策を国家戦略として取り組むこととされた。以上のことから、2008（平成20）年から現在までの認知症対策は、認知症の人の尊厳が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現のための「早期受診」が注目されているところである。

3. 認知症が疑われる高齢者の受診に関する研究の動向

(1) 認知症の受診の意義ならびに受診に係る実態に関する研究

認知症の受診に関する研究は、1999（平成11）年のドネペジル塩酸塩の発売を機に、認知症の早期受診の意義について報告した研究^{18)、27)}が散見される。藤本¹⁸⁾は、早期受診が必要な理由として、①治る認知症がある、②認知症の悪化を遅らせる、③告知を行うことができる、④軽度認知機能障害

(Mild Cognitive Impairment)の人を支えられることの4点を述べ、本人・家族が気軽に医療機関を受診できるためには家族のみならず地域の民生委員や保健師などへの啓発が必要であることを指摘している。池田²⁷⁾は、地域住民が早期受診の意義を理解するまで長期的な視点に立った啓発活動の必要性に

ついて述べている。

また、認知症が疑われる高齢者の受診の実態に関する先行研究²⁸⁻³⁰⁾では、田子²⁸⁾は受診の動機について初診時の主訴のほとんどが「もの忘れ」であり、家族や身近な人あるいは本人自身が記憶障害を感じたときに、専門家からの助言を求めて受診をしていたことを報告している。本間²⁹⁾は、認知症の介護者の受診の現状について調査を行い、高齢者を受診させた経験のある介護者は24.5%であり、日常生活上の変化に気づいてから初診までの期間は1年未満が63.0%と最も多く、次いで1~2年未満が18.5%、3年以上は11.1%であったことを報告している。さらに本間²⁹⁾は受診の遅れや受診させなかった理由には、「年を取ればだれでも起こるから(79.4%)」「症状が軽く困っていない(71.0%)」などがあつたと述べている。奥村ら³⁰⁾は、認知症の受診状況について調査を行った結果、認知症を疑ってから受診までの期間として1年以上2年未満が20.2%と最も多く、数年経ってから受診した事例もあつたと報告し、安部ら³¹⁾は一般生活者を対象とした意識調査を実施し、家族が認知症高齢者の初期症状に対して「病院を受診する」と回答した人は4割にも満たなかったことを報告している。また品川ら²¹⁾は、認知症を疑った際の家族の受診に対する意向が7割を超えているにもかかわらず、介護支援専門員を対象とした調査では認知症症状を呈しながらも受診に至る事例が2%に過ぎなかったなど、早期に受診に至る困難な現状を報告している。以上のように、2000(平成12)年当初の認知症の受診に関する研究では早期受診の意義を指摘する報告が多く散見されるなか、認知症が疑われる高齢者の受診に難渋する状況が明らかになってきている。これらの認知症の受診に関する先行研究を整理すると、受診を行う役割を「家族」へ依拠する視点からの研究が多くみられること、認知症の受診は早期には実現しにくい現状にあるといえる。

(2) 認知症高齢者の早期受診の困難性、受診を阻害する要因についての研究

認知症高齢者の早期受診の困難性や受診を阻害する要因研究を概観すると、田子²⁸⁾は、もの忘れ外来受診後の患者や家族を対象としたアンケート調査を実施した結果、約半数の患者や家族が精神科への受診にためらいがあったと回答しており、精神障害とみなされることや精神科病院への否定的なイメージがあったと報告している。鹿野ら³²⁾は家族介護者を対象としたアンケート調査を実施し、客観的にみれば明らかに認知症を呈しているにも関わらず「認知症を病気と認識していない」こと、「認知症だと認めたくない」という家族の心情が早期受診の阻害要因であったことを報告している。また、認知症の早期受診を実現するためには認知症症状に早期に気づき、本人への受診の促しを家族が行うべきであるという固定概念を疑わなければならないことを指摘している。奥村ら³⁰⁾は、家族が本人との心理的距離の近さから「年のせい」や「一時的なもの」と思うことやおかしいと感じながらもその変化を認めることがつらいために専門機関への相談や受診の時期に対し冷静な判断をしにくかったことを報告している。また品川ら²¹⁾は、一般市民、かかりつけ医、介護支援専門員を対象にアンケート調査を実施した結果、地域住民の知識不足や専門職間との連携が不十分であるがゆえに受診に至らない場合が多かったことを指摘している。さらに木村ら¹⁹⁾は、認知症高齢者の家族が受診を躊躇する背景には高齢者本人の受診拒否や抵抗、他の家族や親族の理解と受診の承認が得られないこと、認知症に対するイメージの悪さから認知症と診断されることへの恐怖心や抵抗感があったことを報告している。以上のように、認知症の早期受診の必要性が示されるなか、早期受診の促進の担い手として期待される家族を対象とした研究が行われてきているものの、「認知症に関する知識不足」や「家族が当事者との心理的距離が近いために冷静な判断がしにくい」などといったことから家族のみによる受診促進の困難性、様々な受診を阻害する要因について多く報告がされてきている。

(3) 認知症早期受診システムに関する研究

近年になり、地域のなかから早期に認知症が疑われる高齢者を発見していくことを目的に、地域包括ケアシステムを活用したネットワークの研究³³⁾が行われるようになった。栗田³³⁾は、地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断を実現するためのシステム推進について、①地域住民の高齢者に対する日常生活支援機能（認知症への気づきや地域包括支援センターとの連携）を強化、②地域包括支援センターにおける「相談/アセスメント」「受療支援」「情報共有」機能を強化（認知症アセスメントシート、情報共有ツール、地域連携パス）、③かかりつけ医療機関における「診断」「日常診断」「医療連携」機能の強化、④「専門医療相談」「鑑別診断」「身体合併・周辺症状対応」「地域連携」を基本とする認知症疾患医療センター等の拠点医療機関の配置、⑤自治体における認知症対策や地域連携推進の具体的戦略の検討などの5つの課題があることを指摘している。その課題解決のため、認知症の臨床像が重篤化し、重層的な課題が生じる前に住み慣れた地域のなかで早期支援を可能とする地域包括ケアシステムの構築の必要性を指摘している。また、みずほ情報総研株式会社が実施した認知症の疑いのある高齢者を発見するためのシステムに関する調査³⁴⁾によると、認知症の早期発見・早期対応において地域包括支援センターが中核となり、民生委員など地域コミュニティと協働した早期発見システムが全国の自治体で採用されていることが報告されている。以上のように、近年の先行研究では、認知症の早期受診を実現するためには、施策的に整備されつつある地域の社会資源と協働し医療資源につながるシステムの構築が求められている。

第2節 早期受診における民生委員への期待とその背景

1. 早期受診における第三者の支援の必要性

これまでの認知症が疑われる高齢者の早期受診の対策において、「家族」を対象とした早期受診を促す啓発活動が多く実施されてきた。しかしながら、家族のみによる早期受診の実現は困難であることが報告されてきている^{19、32)}。また、近年の社会情勢の変化を鑑みると、「ひとり暮らし世帯」や「高齢世帯」が増加し³⁵⁾、初期の段階で認知症を疑う身近な家族自体が存在しない、あるいは近隣に在住していない、交流がないことなどにより家族が認知症状に気づく機会は少なく³⁶⁾早期受診が遅れる可能性があると考えられる。

このように、家族のみの働きかけによる早期受診が困難な現状から、近年では地域包括支援センターに早期の段階で受診を促す役割が期待されている。地域包括支援センターとは、介護保険法の改正によって2006（平成18）年4月に新たに設置された総合相談機関であり³⁷⁾、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することを目的としている。この機関には社会福祉士、保健師（または地域経験のある看護師）、主任介護支援専門員が配置され、包括的・継続的に援助を行っていくことが求められている。わが国の認知症対策における地域包括支援センターの役割としては「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」²³⁾で、認知症疾患医療センターとの連携担当者を新たに地域包括支援センターへ配置すると明記されている。また、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」や「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では認知症初期集中支援チーム（看護職員、作業療法士など3名程度の専門職の構成）や認知症地域支援推進員を地域包括支援センターに設置し、地域で生活する認知症が疑われる高齢者を早期の段階で発見し、専門医療機関における鑑別診断のための受診を促す援助を積極的に実施していくことが示されている。しかしなが

ら、その一方で地域包括支援センターは広範囲の地域を担当していることから認知症が疑われる高齢者の発見が遅れ、その介入時には認知症がかなり進行し、重度化していることから近隣トラブルを経て行政機関に相談がくる場合が多いことも報告されている³⁸⁻³⁹⁾。また地域包括支援センターに新設される「認知症初期集中支援チーム」「認知症地域支援推進員」では、地域包括支援センターが相談を受理した後の対応に主眼が置かれているため、地域包括支援センターが相談を受理される前の段階での地域における早期発見という点では十分とはいえず、適切な診断のための早期受診の実現には至らない可能性が高い。以上のことより、地域包括支援センター単一機関で認知症が疑われる高齢者を早期に発見し受診を促す支援を行うことは困難といえる。

地域包括支援センターが早期に認知症が疑われる高齢者を発見・介入するためには、アウトリーチが重要である。アウトリーチについて白澤⁴⁰⁾は、「解決すべき問題を持ちながら自ら問題を表出しない・できないクライアントを対象に、待つのではなく、クライアントが生活する地域へ出向くことである」と述べている。しかしながら、先述したように地域包括支援センター自らすべての地域へ出向き、すべての認知症が疑われる高齢者を把握することは現実的に困難である。

根本ら⁴¹⁾はアウトリーチについて「ニーズの掘り起し、情報提供、サービス提供、地域づくり等の過程における専門機関の積極的な取り組みである」と広義に定義している。地域の潜在的なニーズである認知症が疑われる高齢者に対し受診を促す援助を開始するためには、根本らのアウトリーチの広義の定義に従い、認知症が疑われる高齢者が住んでいる地域に存在するインフォーマルな社会資源のネットワークによって早期に発見し、地域包括支援センターへ「つなげる」ための仕組みづくりが重要であると考えられる。

岩間ら⁴²⁾は地域の中には潜在的にニーズを有する人が存在し、そのニーズを発掘していくことが必要であり、そのためには一人の専門職や一つの機関

がすべての問題を発見・解決していくことは不可能であり、様々な機関と連携・協働して解決にあたる必要性を指摘している。また国策においても、2008（平成20）年、厚生労働省社会援護局の「これからの地域福祉のあり方に関する研究報告書」⁴³⁾では、日常的に住民が活動していく地域においては、最初に近隣住民がわずかな変化に気づき、それを解決すべき課題として共有し、専門的対応が必要な場合には、住民が専門家や行政に通報し、公的な福祉サービスにつなげることの重要性を示している。特に潜在的な認知症が疑われる高齢者の発見においては、地域住民からの情報が欠かせない。そこで、すでに国策として進められている地域包括ケアシステムを活用し、地域住民が早期に認知症の発症に「気づき」、専門機関へ「つなげる」という認知症の早期診断システムの構築が求められている³⁴⁾。しかし、地域住民という非専門職集団においては、傍観者効果⁴⁴⁻⁴⁵⁾が起りやすく、すべての地域住民に受診に至るまでの全過程での支援を期待することは困難であると考ええる。そこで地域住民において傍観者効果の抑制が期待できる役割が付与された委嘱ボランティア、なかでも「民生委員」にその期待が寄せられている。民生委員は日頃から地域を見守り・把握を行い、援助が必要な人が福祉サービスを適切に利用できるように、地域住民と専門機関をつなぐ役割を担っており⁴⁶⁾、彼らを含めた早期診断システムの構築が現実的であると考えられる。

2. 早期受診における民生委員の役割とその研究の動向

民生委員とは、地域住民のなかから厚生労働大臣により委嘱され、担当する地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努めることを目的に設置された者であり⁴⁷⁾、2016（平成28）年12月1日の一斉改選では238,352人が厚生労働大臣より委嘱されている⁴⁸⁾。

民生委員は、1917（大正 6）年に岡山県で発足した済世顧問制度や 1918（大正 7）年に大阪府で設置された方面委員制度を起源とし、主に生活困窮の実態などの調査・支援を生業としてきた。

1948（昭和 23）年の民生委員法では、①住民の生活状態を必要に応じて適切に把握しておくことや、②援助を必要とする者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように生活に関する相談に応じ、助言その他の援助を行うことが明文化された。その後 1950（昭和 25）年の生活保護法の改正では、市町村などに設置される福祉事務所の「協力機関」として位置付けられている。

民生委員の活動に関する研究を概観すると、貧困に対する個別の家庭訪問などの民生委員活動を中心に研究が進められてきた⁴⁹⁾。しかしながら、その後の日本を取り巻く社会情勢の変化や、少子高齢化や近隣関係の希薄化など地域住民を取り巻く福祉課題の多様化とともに、彼らの役割は年々拡大している。さらに今日における様々な地域福祉活動の推進には、各地域の特性を生かし、包括的な支援の提供を目指した地域包括ケアシステムの構築が進められており、地域住民の主体性に基づき専門職のみならず、「地域住民の身近な存在」である民生委員の協力が不可欠とされてきた⁵⁰⁻⁵²⁾。

近年では、地域福祉推進を担う役割への期待から、地域（小地域）を活用した見守りネットワークによる多種・多様なニーズに対する把握などの活動の範囲を広げている。米山⁵³⁾は、民生委員の地域福祉活動や住民のつながりの現状から新たな民生委員活動の 3 つの視点として、①地域住民の孤立防止の視点を持ち一人暮らし高齢者、寝たきり高齢者、認知症高齢者、生活困窮者など個人の情報やニーズを把握していく、②支援ネットワーク形成の視点では福祉専門職との支援ネットワークを形成することで、効率的・包括的にサポートできる、③人と人をつなぐ視点として地域にある社会資源を活用してつなぐことが求められていると報告している。松永⁵⁴⁾は、民生委員の見守

りは「信頼関係」を基礎に築かれているもので、地域住民の近い存在にあることで安心して相談ができる関係の上に成り立つことを指摘している。

とりわけ近年の認知症施策においては、民生委員には認知症が疑われる高齢者の見守りとともに、その早期発見・早期対応の一助を担うことも期待されている。その背景には、認知症対策が目指してきたケアに対する介護サービスの充実から、地域を基盤とした介護予防へ転換したことが挙げられる。そのなかで民生委員は、疾患や障害を持った人々、特に認知症・精神障がいを抱える人々を専門機関につなぐ役割を担っている⁴⁶⁾。

竹本ら⁵⁵⁾は、認知症が疑われる高齢者が早期に専門医療機関での受診が可能となる連携システムの開発をねらいに、認知症が疑われる高齢者や家族主体の専門職・非専門職による保健医療福祉連携のモデルの理論構築を行っている（図 1-1）。竹本らは、認知症が疑われる高齢者の早期受診の要となる人・機関の果たすべき役割について、「民生委員以外の役割を付与された住民」は認知症が疑われる高齢者を発見した場合の民生委員への援助要請、

「民生委員」は当事者・家族への受診促進、また地域包括支援センターへの情報提供と専門的な援助要請であるとしている。さらに「地域包括支援センター」は民生委員との協働による当事者・家族への受診促進、当事者・家族への知識付与、専門医療機関（連携担当者）との受診に向けて協働した援助を実施する役割があると述べている。この理論モデルに依拠するならば、

「民生委員」は「地域包括支援センター」と協働した受診援助の展開が必要であるといえる。

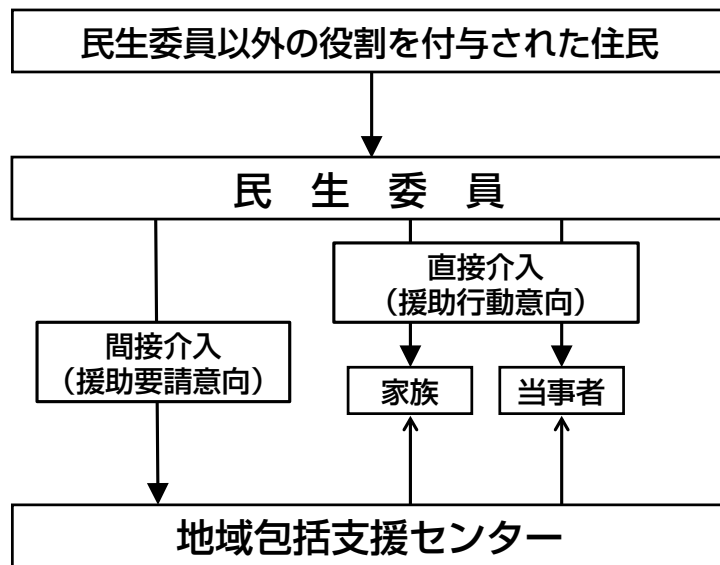


図1-1 認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた保健医療連携モデル

出典：竹本与志人、杉山 京：「認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた保健医療福祉連携モデルの理論構築」日本早期認知症学会誌，9（1），日本早期認知症学会，22-31，2016.
 ※地域包括支援センターが受診援助する前の段階まで連携モデルに本論文執筆者が修正した。

民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際の適切な対応あるいは地域包括支援センターへの相談ならびに協働を行うことにより、早期に専門医療機関へ受診できる可能性が高くなると考える。しかしながら、古村ら⁵⁶⁾は、民生委員は認知症の早期発見・早期対応の重要性は理解しているものの、地域包括支援センターをはじめとする専門機関と連携を行ったことが「ある」と回答した人は3割弱と少なかったことを報告している。また松崎⁵⁷⁾は、民生委員は住民の一員であり、専門的知識不足等により地域包括支援センターとの連携が困難であることを指摘している。

このような現状にもかかわらず、民生委員と地域包括支援センターの協働について言及した先行研究はほとんどなく、政策的な観点よりネットワーク形成の重要性やその課題について述べたものにとどまっているのが現状である^{40、58)}。

第3節 本研究の目的と論文の構成

1. 本研究の目的

以上のことから、民生委員には認知症の早期発見・早期受診に際して地域包括支援センターと協働することが政策的に期待されているものの、その実態との間には依然として乖離がある可能性が否めない。民生委員と地域包括支援センターの協働を促進するためには、まず認知症の早期発見・早期対応における協働の実態をより詳細に明らかにするとともに、それらを促進・阻害する要因を明らかにする必要がある。そして、民生委員と地域包括支援センターの協働を促進すべく、実態に応じた対策を講じることが重要である。

本研究では、認知症が疑われる高齢者の早期受診を可能とする連携システムの構築をねらいに、民生委員を対象に量的調査を実施し、認知症が疑われる高齢者を発見した際の援助要請意向の特性とその関連要因について明らかにすることとした。さらに、その結果に基づき民生委員における受診支援の役割を明確にすることで援助要請意向を向上するための方策を提示することを目的とする。

2. 本研究の構成

本論文の具体的な研究目的と構成する章は以下の通りである。

【目的1】地域包括支援センターを対象に受診援助を行っている認知症が疑われる高齢者の援助依頼者とその遠近構造を明らかにする（第2章第1節）

地域包括支援センターは、各市町村に設置されている総合相談を行う専門職の機関であり、地域特性はあるものの多くの自治体で地域包括ケアシステムにおける地域の関係機関との協働・連携が実施されるべき機関である。認知症が疑われる高齢者に対する早期受診の援助においても同様にこのシステムを活用した地域の関係機関とのネットワークの構築が求められることを前

提とされた機関である。そこで、目的1の研究では、地域包括支援センターが受診援助を行ったケースの援助依頼者（紹介元）を明らかにし、その遠近構造から民生委員の重要性を確認した（図1-2）。

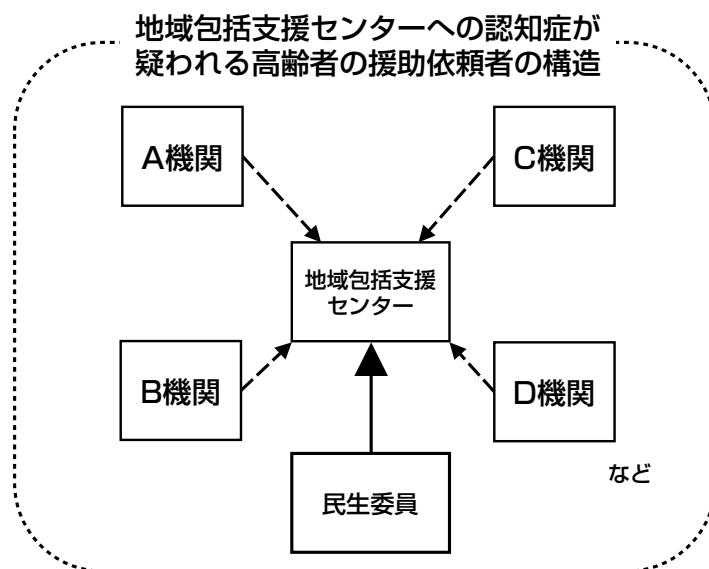


図1-2 目的1における研究の概念的枠組み

【目的2】民生委員を対象に認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向を明らかにする（第2章第2節）

民生委員は地域住民より選出され、厚生労働大臣が委嘱する任期付きの非専門職である。そのため、地域包括支援センター等に勤務する専門職に比して就任前の職歴等により多様な「価値」「知識」「技術」を有する可能性、すなわち個人差や特徴があるものと考えられる。そこで、目的2の研究では、民生委員の相談先の選択の意向を手掛かりに類型化し、各類型における民生委員の地域包括支援センターを相談先として選択する割合を確認した（図1-3）。

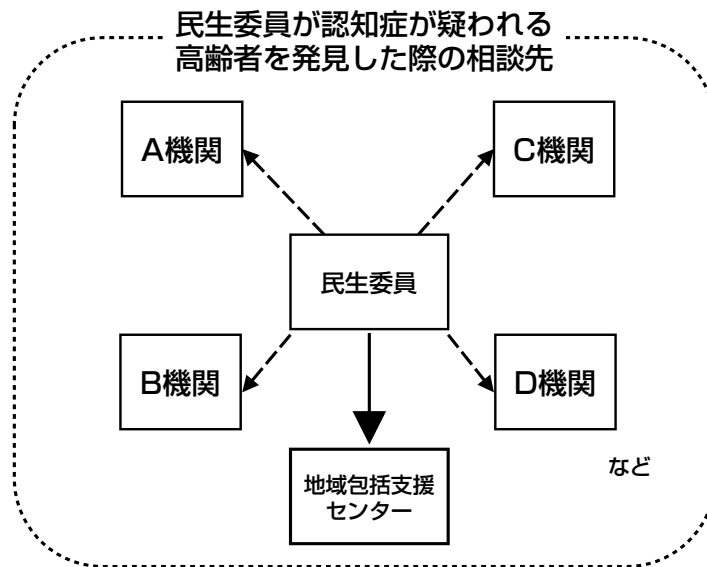


図1-3 目的2における研究の概念的枠組み

【目的3】 民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向とその関連要因を検討する（第3章）

目的3の研究では、民生委員における認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の類型化ならびに類型化されたクラスを推定する要因の探索を行った（図1-4）。

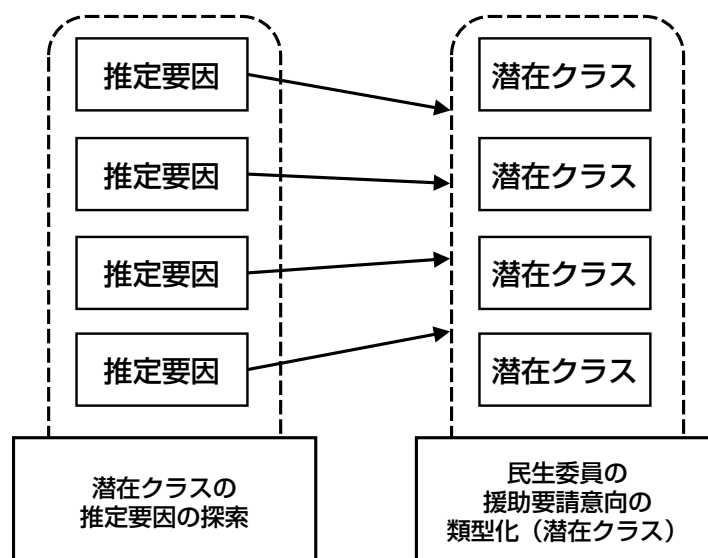


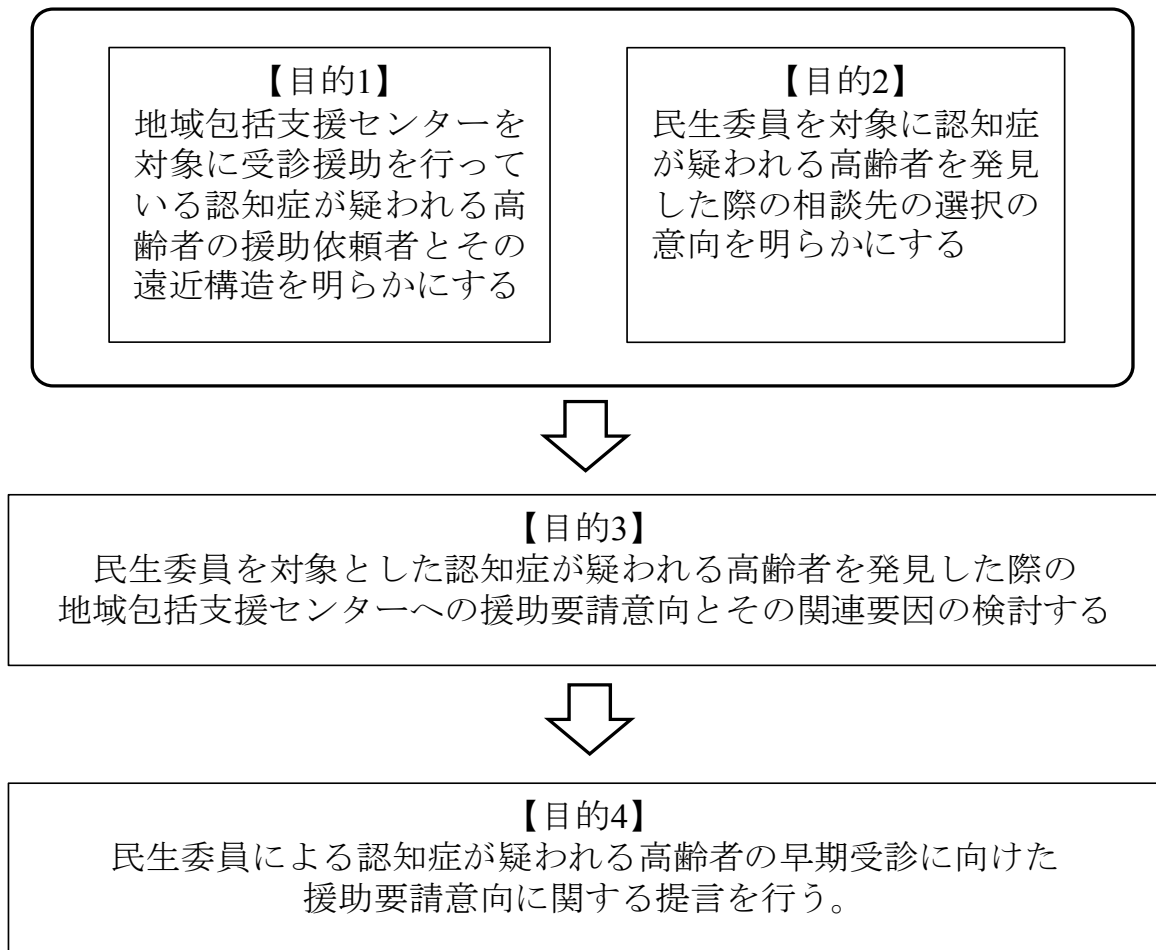
図1-4 目的3における研究の概念的枠組み

【目的4】 民生委員による認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた援助要請意向に関する提言を行う（第4章）

目的1～3の結果を踏まえ民生委員による認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた援助要請意向に関する提言を行う。

3. 研究の枠組み

本研究の概念的枠組みは、次のとおりである。



本研究の概念的枠組み

4. 本研究の方法および解析方法

本研究の方法および解析方法は次のとおりである。

(1) 研究デザイン

研究デザインは、横断的研究である。

(2) 統計ソフト

記述統計、Fisher の正確確率検定、Welch の検定（多重比較：Games-Howell 法）、クラスター分析等には「IBM SPSS 22J for windows」を、潜在クラス分析や多項ロジットモデルの検証等には、「Mplus version 7.2」を用いた。

5. 本研究に使用したデータ

第 2 章 1 節の「地域包括支援センターが受診援助を行っている認知症が疑われる高齢者の援助依頼者とその遠近構造」については、岡山県立大学 2013（平成 25）年度独創的研究助成費「地域包括支援センター職員を対象とした認知症者への受診・受療援助に関する研究」（研究代表者：竹本与志人）により得られたデータの一部を使用した。

第 2 章 2 節の「民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向」ならびに第 3 章の「民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請とその関連要因の検討」については、岡山県立大学 2014（平成 26）年度地域貢献特別研究費「民生委員を対象とした認知症の疑いのある高齢者を発見した際の援助要請意向と受診促進意向に関する研究」により得られたデータの一部を使用した。

第2章 地域における認知症が疑われる高齢者を発見した際の 連携システムの遠近構造に関する研究

第1節 地域包括支援センターが受診援助を行っている認知症が疑われる 高齢者の援助依頼者とその遠近構造

1. 研究目的

地域包括支援センターが受診援助を行っている認知症が疑われる高齢者の援助依頼者とその遠近構造を明らかにすることである。

2. 研究方法

(1) 調査対象者

調査対象者は、中国・四国地方ならびに九州地方（沖縄県を除く）に設置されている地域包括支援センターに勤務する専門職（法的に設置が義務づけられている社会福祉士、保健師または地域保健等に関する経験のある看護師（以下、保健師等）、主任介護支援専門員：3職種）1,500名を対象とした。

(2) 調査方法

調査については、各県のホームページに2013（平成25）年8月時点で掲載されていた情報を基に、全936カ所の地域包括支援センターから500ヶ所を無作為抽出し、各センターに3通ずつ（3職種：各1名）の調査票を配付した。調査票は無記名自記式とし、記入後は厳封のうえ郵送により回収を行う方法を採用した。

調査期間は2013（平成25）年9月から同年10月までの2ヶ月間であった。

(3) 調査内容

調査票は、基本属性（性別、年齢、雇用形態、医療および福祉に関する専門職としての従事歴（以下、専門職歴）など）および過去1年以内に認知症が疑われる高齢者の受診援助を行った経験の有無、過去1年間に認知症が疑われる高齢者の受診援助を行ったケースの援助依頼者（以下、援助依頼者）などで構成した。

なお、援助依頼者については、「過去1年間の援助依頼者（紹介元の機関および人）」と定義し、先行研究⁵⁹⁾や臨床経験が長い地域包括支援センターの専門職からの助言などを参考に24の機関および人を設定した。回答は、援助依頼を受けた機関・人すべてに○印をつけるよう回答を求めた。

(4) 解析方法

統計解析については、援助依頼者の遠近構造を明らかにするため、クラスター分析（Ward法）を用いて類型化し、竹本ら⁶⁰⁾の研究を参考にコンボイモデルを用いて模式化した。コンボイモデルとは、人が自らを取り巻く様々な関係の人に守られながら、人生の局面を乗り切っていく様子を護送船団（コンボイ）に準えたものであり、親密さの程度の異なる人々が三層（内層・中層・外層）をなして取り囲む様子を図式化したもので、内側の層ほど親密度が高いことを示す⁶¹⁾。本研究では、地域包括支援センターの専門職との関係の遠近構造を模式化する上で参考とした。

(5) 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、調査対象者に対して調査の趣旨、調査協力への自由意思（任意）の保障、匿名性の保持等について書面にて説明した。また、分析は統計的処理を行うため、個人が特定されないことを明記した。

なお、本研究は岡山県立大学倫理委員会に申請し、2013（平成25）年7月

29日に審査・承認を受けて実施した（受付番号：329）。

3. 研究結果

統計解析には、回収された610名（回収率40.7%）の調査票のうち、過去1年以内に認知症が疑われる高齢者に受診援助を行った経験を有し、その他の項目に欠損値のない480名（調査対象者の32.0%、回答者の78.7%）の資料を用いた。

(1) 分析対象者の属性分布

分析対象者の属性の回答分布は表2-1に示すとおりである。性別は、社会福祉士が男性58名（34.7%）、女性109名（65.3%）であり、保健師等は男性5名（3.0%）、女性164名（97.0%）、主任介護支援専門員は、男性22名（15.3%）、女性122名（84.7%）であった。

また年齢については、社会福祉士が平均38.1歳（標準偏差：9.0、範囲：24-63）、保健師等が平均43.3歳（標準偏差：9.7、範囲：24-62）、主任介護支援専門員が平均48.7歳（標準偏差：7.2、範囲：34-67）であった。雇用形態は、社会福祉士では正規職員が140名（83.8%）、嘱託職員が27名（16.2%）、保健師等では正規職員が158名（93.5%）、嘱託職員が11名（6.5%）、主任介護支援専門員は正規職員が128名（88.9%）、嘱託職員が16名（11.1%）であった。

各職種の専門職歴は、社会福祉士が平均136.4ヶ月（標準偏差：82.8、範囲：6-498）、保健師等が平均214.1ヶ月（標準偏差：105.5、範囲：29-459）、主任介護支援専門員が平均253.8ヶ月（標準偏差：76.6、範囲：120-474）であった。

表2-1 分析対象者の属性分布 (n=480)

項目		社会福祉士 (n=167)	保健師等 (n=169)	主任介護支援専門員 (n=144)
性別	男性 人数(%)	58 (34.7)	5 (3.0)	22 (15.3)
	女性 人数(%)	109 (65.3)	164 (97.0)	122 (84.7)
年齢	平均 標準偏差, 範囲	38.1歳 (9.0, 24-63)	43.3歳 (9.7, 24-62)	48.7歳 (7.2, 34-67)
雇用形態	正規職員 人数(%)	140 (83.8)	158 (93.5)	128 (88.9)
	嘱託職員 人数(%)	27 (16.2)	11 (6.5)	16 (11.1)
専門職歴	平均 標準偏差, 範囲	136.4ヶ月 (82.8, 6-498)	214.1ヶ月 (05.5, 29-45)	253.8ヶ月 (76.6, 120-474)

(2) 援助依頼者とその遠近構造

地域包括支援センターの専門職が過去1年間に認知症が疑われる高齢者の受診援助を行ったケースの援助依頼者の回答分布は、表2-2に示すとおりである。「高齢者の同居家族」が349名(72.7%)と最も多く、次いで「民生委員」336名(70.0%)、「高齢者の別居家族」323名(67.3%)となっていた。

表2-2 地域包括支援センターへの援助依頼者に関する回答分布 (n=480)

順位	援助依頼者である人または機関	人数 (%)	順位	援助依頼者である人または機関	人数 (%)
1	高齢者の同居家族	349 (72.7)	13	訪問介護事業所	38 (7.9)
2	民生委員	336 (70.0)	14	保健所	35 (7.3)
3	高齢者の別居家族	323 (67.3)	15	町内会長	33 (6.9)
4	同じ市町村の福祉事務所	163 (34.0)	16	福祉委員	19 (4.0)
5	高齢者の近隣住民	148 (30.8)	17	他の市町村の福祉事務所	17 (3.5)
6	高齢者本人	137 (28.5)	17	通所リハビリテーション	17 (3.5)
7	居宅介護支援事業所	100 (20.8)	19	小規模多機能型施設	16 (3.3)
8	警察	71 (14.8)	20	他の市町村の地域包括支援センター	14 (2.9)
9	社会福祉協議会	68 (14.2)	21	介護老人保健施設	11 (2.3)
10	同じ市町村内の他の地域包括支援センター	45 (9.4)	22	福祉用具貸与・給付関連事業	6 (1.3)
11	在宅介護支援センター	41 (8.5)	23	地区の班長	2 (0.4)
12	通所介護事業所	39 (8.1)	23	特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	2 (0.4)

援助依頼者の遠近構造を明らかにするため、クラスター分析を行った結果、第1クラスターは「特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)」「福祉用具貸与・給付関連事業」「地区の班長」など18の機関および人、第2クラス

ターは「同じ市町村の福祉事務所」「高齢者の近隣住民」「高齢者本人」、第3クラスターは「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」で構成されていた（図 2-1）。

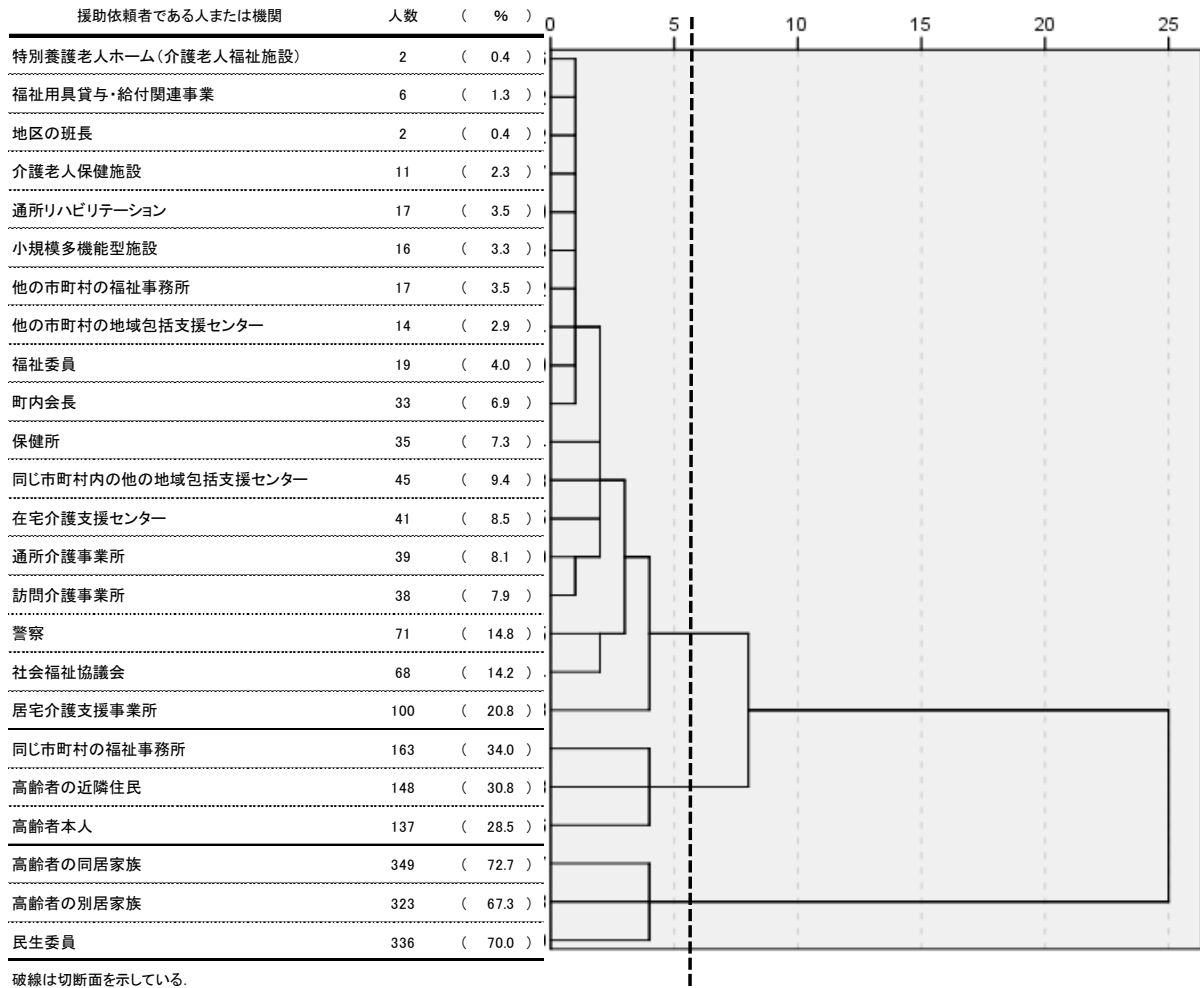


図2-1 地域包括支援センターへの援助依頼者に関するクラスター分析の結果(n=480)

以上の結果についてコンボイモデルを参考に模式化すると、図 2-2 のような遠近構造が想定された。最も地域包括支援センターとの関係性が密であると考えられる内層には「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」、中層には「同じ市町村の福祉事務所」「高齢者の近隣住民」「高齢者本人」、外層には、「特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）」「福祉用具貸与・給付関連事業」「地区の班長」など 18 の機関および人が位置していることが確認された。

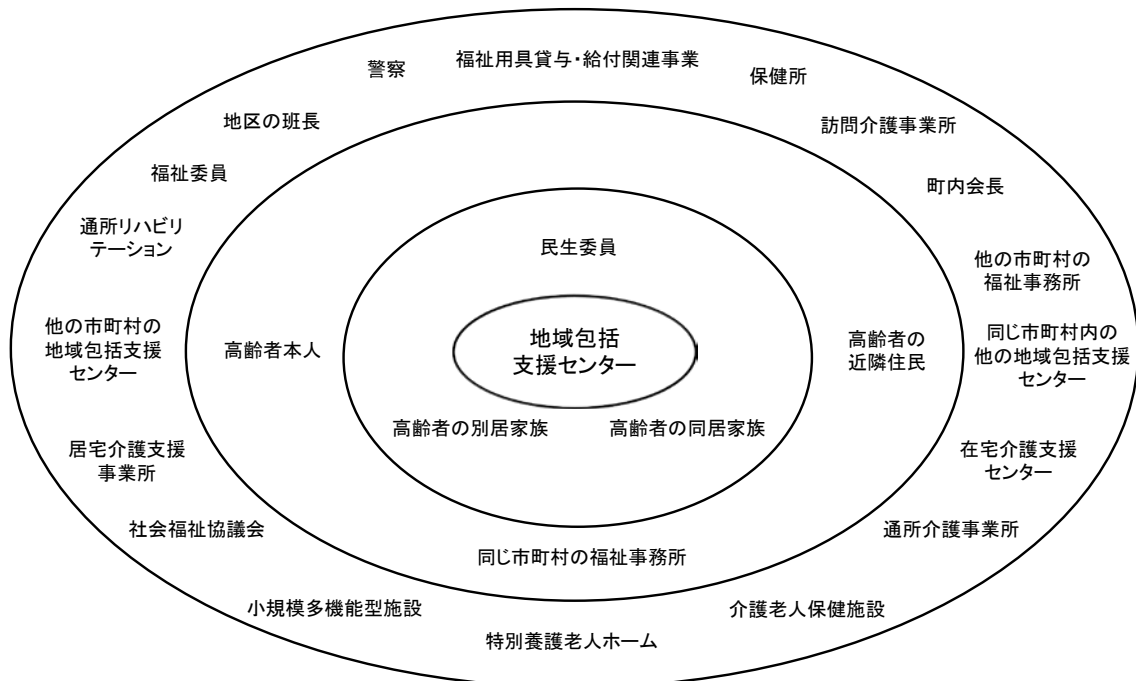


図2-2 地域包括支援センターへの援助依頼者の遠近構造

4. 考察

(1) 内層に位置する援助依頼者

援助依頼者として最も関係性が密であると考えられる内層には、「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」が位置していた。

民生委員は見守り活動などの日頃の民生委員活動において、援助を必要とする人が適切な福祉サービスが受けられるよう専門機関へつなぐ役割を担っている⁴⁶⁾。みずほ情報総研が実施した「認知症が疑われる高齢者の早期発見のためのシステム」に関する調査³⁴⁾によると、認知症が疑われる高齢者を発見した時の対応として、民生委員が地域包括支援センターへ援助依頼を行うことが多くの自治体で期待されていると述べられている。加えて中尾ら⁵⁹⁾の特定地域の民生委員を対象に実施した調査では、認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先として地域包括支援センターが最も多かったことが報告されている。本結果は、認知症が疑われる高齢者の受診において、民生委員

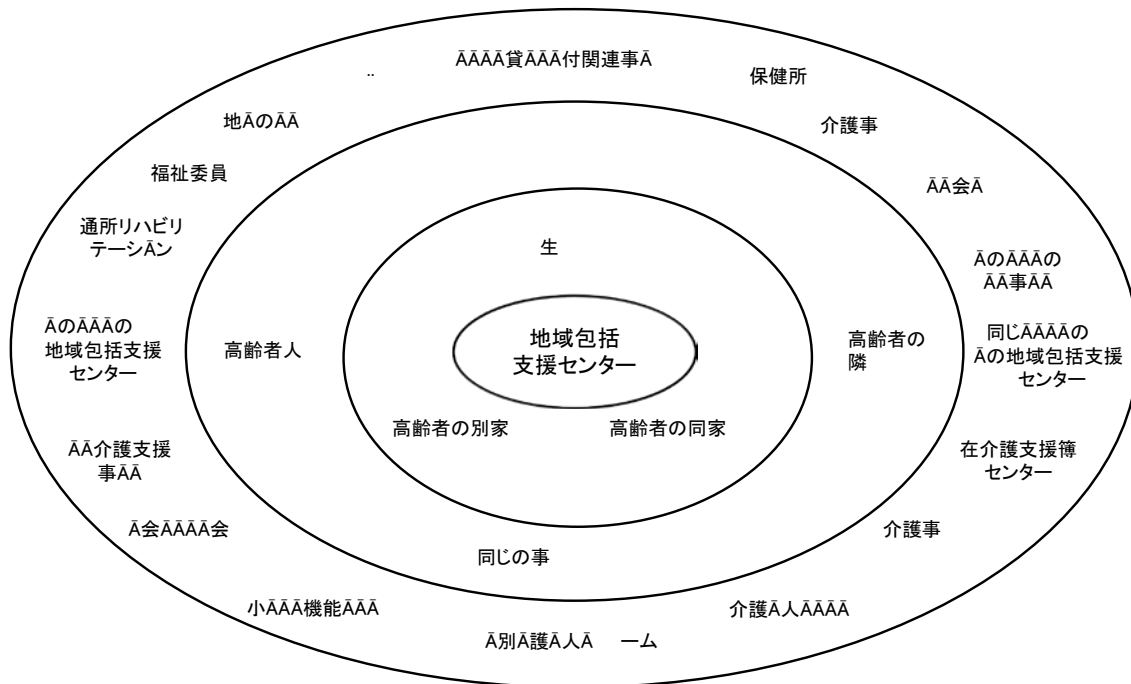


図2-2 地域包括支援センターへの援助者 の構造

4. 考察

(1) 内層に位置する援助依頼者

援助依頼者として最も関係性が密であると考えられる内層には、「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」が位置していた。

民生委員は見守り活動などの日頃の民生委員活動において、援助を必要とする人が適切な福祉サービスが受けられるよう専門機関へつなぐ役割を担っている⁴⁶⁾。みずほ情報総研が実施した「認知症が疑われる高齢者の早期発見のためのシステム」に関する調査³⁴⁾によると、認知症が疑われる高齢者を発見した時の対応として、民生委員が地域包括支援センターへ援助依頼を行うことが多くの自治体で期待されていると述べられている。加えて中尾ら⁵⁹⁾の特定地域の民生委員を対象に実施した調査では、認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先として地域包括支援センターが最も多かったことが報告されている。本結果は、認知症が疑われる高齢者の受診において、民生委員

が援助依頼を行うといった役割を示すものであり、先行研究を支持する結果が得られたといえる。

「高齢者の同居家族」や「高齢者の別居家族」といった認知症が疑われる高齢者の家族については、身内に認知症が疑われる高齢者を発見した場合、その症状が認知症によるものか否かの判断が難しいために、受診を躊躇する傾向にあることが指摘されている^{19) 32)}。加えて、家族は認知症が疑われる高齢者との心理的距離の近さから受診に対して冷静な判断がしにくいために、受診に至りにくいことも報告されている³⁰⁾。しかし一方で、家族は受診に躊躇しつつも、他者からの直接的もしくは間接的な後押しがあれば受診を決意する可能性があることも指摘されている¹⁹⁾。そこで「高齢者の同居家族」や「高齢者の別居家族」が内層に位置していたのは、認知症が疑われる高齢者の家族が、身近な存在である民生委員による支援を受けて地域包括支援センターに援助を求めた可能性が推測される。また、家族などの介護者は、認知症の重篤化に伴い BPSD が顕在化していくことにより、介護を継続していく上で対応困難な課題が山積して受診を決意することが報告されている⁶²⁾が、いまだに精神科医療に関する偏見が根強い^{28) 32)}ため、家族が自らの手で直接高齢者を精神科の医療機関に受診させることが難しいという現状も考えられる。そこで、家族が認知症や介護者などに関する相談を受け付ける地域窓口である地域包括支援センター³⁷⁾に相談するケースが多いことが、地域包括支援センターへの援助依頼者として「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」が内層に位置した理由と推測される。

(2) 中層に位置する援助依頼者

地域包括支援センターの専門職が受診援助を行ったケースの援助依頼者の中層には、「高齢者本人」「同じ市町村の福祉事務所」「高齢者の近隣住民」が位置していた。

まず、「高齢者本人」については、従来、認知症は病識が低い疾患であることが報告されてきたが、アルツハイマー病初期やレビー小体型認知症などの前頭葉が障害されにくい認知症では、病識があることが報告されている⁶³⁾。また近年では、認知症は一般的な疾患として様々な啓発活動が実施され、知識を得たことにより、認知症に対して病識を持つようになっていとも考えられる。「高齢者本人」が中層に位置していたのは、認知症が疑われる高齢者本人が自ら認知症を疑うようになり、地域の高齢者の相談窓口である地域包括支援センターへ相談する機会が増加した結果ではないかと考える。

次に、福祉事務所については、その設置背景から民生委員との関係が密であり、実際に民生委員に関する事務を行っている福祉事務所が多い。また元来、福祉事務所は根拠法のひとつである老人福祉法に定めるところの高齢者の相談窓口であり、他の専門機関などと比較して認知症が疑われる高齢者に関する相談を受理しやすい機関である。そのため、福祉事務所は受理したケースを地域包括支援センターへつないでいるために、「同じ市町村の福祉事務所」が中層に位置したと考えられる。

また「高齢者の近隣住民」が中層に位置したことについては、核家族化や高齢者単独世帯が増加している現在、認知症が疑われる高齢者にとって最も身近な近隣住民が、その異変に気づきやすい場所にいることから、地域包括支援センターへ相談するのではないかと考えられる。

(3) 外層に位置する援助依頼者

地域包括支援センターの専門職が受診援助を行ったケースの援助依頼者の外層には、「通所介護事業所」「特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）」などのフォーマルな社会資源が多く位置していた。「特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）」などのフォーマルな社会資源は、主に事業所に入所している高齢者に対応していることから、「民生委員」や「福祉事務所」などと比較し

て、地域で生活する認知症が疑われる高齢者の受診に関する相談は少ないと考えられる。またこれらのフォーマルな社会資源には、おのこの相談員が設置されていることも多いため、事業所内の認知症が疑われる高齢者は地域包括支援センターへ相談するのではなく、直接に医療機関と連携していることから、外層に位置しているのではないかと考える。

第 2 節 民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の 相談先の選択の意向

1. 研究目的

民生委員を対象に認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向を明らかにすることである。

2. 研究方法

(1) 調査対象者

調査対象者は、A 県民生委員児童委員協議会に属する民生委員 2,751 名（2014（平成 26）年 6 月時点）を対象とした。

(2) 調査方法

調査については、A 県民生委員児童委員協議会の地域単位に設置された下部組織の単位民生委員児童委員協議会（以下、単位民協）へ調査協力に関する書面と調査票、返信用封筒を郵送し、単位民協より各対象者へ配付した。調査票は無記名自記式とした。調査票の回収は、調査票記入後に回答者が返信用封筒に厳封し、研究者へ郵送返信する方法を採った。

調査期間は 2014（平成 26）年 7 月～同年 9 月の 3 ヶ月間であった。

(3) 調査内容

調査票は、基本属性（性別、年齢、民生委員の就任回数、認知症高齢者の介護経験の有無）、担当地区で認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向（以下、相談先の選択の意向）で構成した。相談先には、地域包括ケアシステムを構成する地域包括支援センター、福祉事務所、社会福祉協議会など 26 の機関および人を選定した。相談先の選択の意向については、

「自分の担当地区で『認知症かもしれない』と感じた方を発見した場合、どこへ（または誰へ）相談しますか」という質問に対し、相談する可能性のある機関あるいは人のすべてに○印を付けるよう回答を求めた。

(4) 解析方法

統計解析については、民生委員がどのような相談先の選択の意向を持つグループに類型化されるかを確認するためにクラスター分析（Ward法）を行った。類型化されたグループ間において、民生委員の基本属性および相談先の選択の意向、相談先の種類数に差があるかを確認するために、Fisherの正確確率検定ならびにWelchの検定（多重比較：Games-Howell法）を用いた。

なお、すべての解析における有意性は5%有意水準とした。

(5) 倫理的配慮

調査内容や調査票の配付方法については、2012（平成24）年よりA県民生委員児童委員協議会とA県社会福祉協議会とともに複数回にわたり協議を行い、調査の趣旨および倫理的配慮を説明した上で調査協力への承認を得た。調査対象者には調査の趣旨、調査協力への自由意思（任意）の保障、匿名性の保持等について書面にて説明し、調査票の返送をもって調査への同意を得たとみなした。

なお、本研究は、2014（平成26）年5月26日に岡山県立大学倫理委員会に審査・承認を受けて実施した（受付番号：389）。

3. 研究結果

統計解析には、回収された民生委員1,576名（回収率57.3%）の調査票のうち、相談先の選択の意向などの項目に欠損値のない1,546名（調査対象者の56.2%、回答者の98.1%）の資料を用いた。

(1) 分析対象者の基本属性

分析対象者の属性の回答分布は表 2-3 に示すとおりである。性別は、男性 732 名 (47.3%)、女性 814 名 (52.7%) であり、平均年齢は 65.1 歳 (標準偏差: 5.8、範囲: 36-78) であった。民生委員の就任回数は「今期初めて」と回答した人が 596 名 (38.6%)、「2 期以上」が 950 名 (61.4%) であった。認知症高齢者の介護経験の有無は、「あり」と回答した人が 716 名 (46.3%)、「なし」が 830 名 (53.7%) であった。

表2-3 分析対象者の属性分布 (n=1,546)

項目	人数	(%)
性別	男性	732 (47.5)
	女性	814 (52.7)
年齢	平均(標準偏差, 範囲) 65.1歳(5.8, 36-78)	
就任回数	今期初めて	596 (38.6)
	2期以上	950 (61.4)
認知症高齢者の 介護経験の有無	あり	716 (46.3)
	なし	830 (53.7)

(2) 民生委員における認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の 選択の意向

相談先の選択の意向を類型化するため、クラスター分析を行った結果、出力されたデンドログラムから、グループ 1【介入意欲の高いグループ】、グループ 2【相談先が少ないグループ】、グループ 3【多くの相談先を持つグループ】、グループ 4【地域福祉資源重視グループ】の 4 つのグループが抽出された。

グループ 1【介入意欲の高いグループ】は、女性が 278 名 (58.4%) と他のグループに比して「女性」の割合が高く、グループ 4【地域福祉資源重視グル

ープ】は、男性が150名（54.7%）と他のグループに比して「男性」の割合が高いグループであった（表2-4）。

表2-4 民生委員の4グループ間における基本属性等の比較（n=1,546）

項目		グループ1(n=476)	グループ2(n=411)	グループ3(n=385)	グループ4(n=274)	有意差	
性別 ^{※1}	男性	人数(%) 198 (41.6)	209 (50.9)	175 (45.5)	150 (54.7)	**	
		調整済み残差	-3.0	1.7	-0.9		2.7
	女性	人数(%) 278 (58.4)	202 (49.1)	210 (54.5)	124 (45.3)		
		調整済み残差	3.0	-1.7	0.9		-2.7
年齢 ^{※2}	平均	64.8歳	64.9歳	65.5歳	65.3歳	n.s.	
	(標準偏差, 範囲)	(6.3, 36-76)	(5.9, 40-78)	(5.2, 45-75)	(5.9, 40-75)		
就任回数 ^{※1}	今期初めて	人数(%) 184 (38.7)	158 (38.4)	140 (36.4)	114 (41.6)	n.s.	
		調整済み残差	0.1	-0.1	-1.0		1.1
	2期以上	人数(%) 292 (61.3)	253 (61.6)	245 (63.6)	160 (58.4)		
		調整済み残差	-0.1	0.1	1.0		-1.1
認知症高齢者の 介護経験 ^{※1}	あり	人数(%) 231 (48.5)	175 (42.6)	189 (49.1)	121 (44.2)	n.s.	
		調整済み残差	1.2	-1.8	1.3		-0.8
	なし	人数(%) 245 (51.5)	236 (57.4)	196 (50.9)	153 (55.8)		
		調整済み残差	-1.2	1.8	-1.3		0.8

※1 Fisherの正確確率検定

※2 Welchの検定(多重比較: Games-Howell法)

** : p<0.01, n.s.: not significant

各グループにおける相談先の選択の意向について、Fisherの正確確率検定を用いて比較した結果、全26の機関および人で有意差が確認された（表2-5）。

表2-5 民生委員が相談先として選択する機関または人の回答分布 (n=1,546)

相談先として選択する機関または人	グループ1(n=476)	グループ2(n=411)	グループ3(n=385)	グループ4(n=274)	有意差	計
福祉事務所(または役所の福祉課)	人数(%) 168 (35.3)	243 (59.1)	267 (69.4)	172 (62.8)	***	850 (55.0)
	調整済み残差 -10.4	2.0	6.5	2.9		
地域包括支援センター	人数(%) 359 (75.4)	323 (78.6)	338 (87.8)	221 (80.7)	***	1241 (80.3)
	調整済み残差 -3.2	-1.0	4.3	0.2		
在宅介護支援センター	人数(%) 39 (8.2)	30 (7.3)	67 (17.4)	24 (8.8)	***	160 (10.3)
	調整済み残差 -1.9	-2.4	5.2	-1.0		
警察	人数(%) 27 (5.7)	34 (8.3)	58 (15.1)	18 (6.6)	***	137 (8.9)
	調整済み残差 -2.9	-0.5	4.9	-1.5		
あなたのかかりつけ医	人数(%) 4 (0.8)	7 (1.7)	12 (3.1)	2 (0.7)	*	25 (1.6)
	調整済み残差 -1.6	0.2	2.7	-1.3		
認知症かもしれない人のかかりつけ医	人数(%) 99 (20.8)	12 (2.9)	113 (29.4)	18 (6.6)	***	242 (15.7)
	調整済み残差 3.7	-8.3	8.5	-4.6		
認知症の専門医がいる病院(または医院)	人数(%) 24 (5.0)	9 (2.2)	29 (7.5)	10 (3.6)	**	72 (4.7)
	調整済み残差 0.5	-2.8	3.1	-0.9		
認知症かもしれない人の同居家族	人数(%) 393 (82.6)	72 (17.5)	347 (90.1)	161 (58.8)	***	973 (62.9)
	調整済み残差 10.7	-22.3	12.7	-1.6		
認知症かもしれない人の別居家族	人数(%) 220 (46.2)	34 (8.3)	256 (66.5)	69 (25.2)	***	579 (37.5)
	調整済み残差 4.8	-14.3	13.6	-4.6		
認知症かもしれない人の近隣住民	人数(%) 71 (14.9)	28 (6.8)	281 (73.0)	19 (6.9)	***	399 (25.8)
	調整済み残差 -6.5	-10.3	24.4	-7.9		
特別養護老人ホーム	人数(%) 3 (0.6)	5 (1.2)	16 (4.2)	4 (1.5)	***	28 (1.8)
	調整済み残差 -2.3	-1.1	4.0	-0.5		
介護老人保健施設	人数(%) 5 (1.1)	2 (0.5)	18 (4.7)	4 (1.5)	***	29 (1.9)
	調整済み残差 -1.6	-2.4	4.7	-0.6		
通所リハビリテーション(デイケア)	人数(%) 5 (1.1)	7 (1.7)	40 (10.4)	10 (3.6)	***	62 (4.0)
	調整済み残差 -4.0	-2.8	7.4	-0.3		
小規模多機能型施設	人数(%) 1 (0.2)	7 (1.7)	15 (3.9)	14 (5.1)	***	37 (2.4)
	調整済み残差 -3.7	-1.1	2.2	3.2		
認知症対応型グループホーム	人数(%) 5 (1.1)	3 (0.7)	48 (12.5)	13 (4.7)	***	69 (4.5)
	調整済み残差 -4.3	-4.3	8.8	0.2		
通所介護事業所(デイサービス)	人数(%) 2 (0.4)	8 (1.9)	51 (13.2)	10 (3.6)	***	71 (4.6)
	調整済み残差 -5.2	-3.0	9.4	-0.8		
訪問介護事業所(ホームヘルプ)	人数(%) 5 (1.1)	5 (1.2)	62 (16.1)	10 (3.6)	***	82 (5.3)
	調整済み残差 -5.0	-4.3	10.9	-1.3		
社会福祉協議会	人数(%) 54 (11.3)	82 (20.0)	224 (58.2)	232 (84.7)	***	592 (38.3)
	調整済み残差 -14.5	-8.9	9.3	17.4		
保健所	人数(%) 13 (2.7)	18 (4.4)	30 (7.8)	16 (5.8)	**	77 (5.0)
	調整済み残差 -2.7	-0.7	2.9	0.7		
あなた以外の民生委員	人数(%) 243 (51.1)	100 (24.3)	289 (75.1)	198 (72.3)	***	830 (53.7)
	調整済み残差 -1.4	-13.9	9.7	6.8		
福祉委員	人数(%) 70 (14.7)	39 (9.5)	178 (46.2)	146 (53.3)	***	433 (28.0)
	調整済み残差 -7.8	-9.8	9.2	10.3		
町内会長	人数(%) 109 (22.9)	101 (24.6)	259 (67.3)	91 (33.2)	***	560 (36.2)
	調整済み残差 -7.3	-5.7	14.6	-1.1		
愛育委員	人数(%) 75 (15.8)	10 (2.4)	132 (34.3)	39 (14.2)	***	256 (16.6)
	調整済み残差 -0.6	-9.0	10.8	-1.1		
認知症かもしれない人がいる地区の班長	人数(%) 66 (13.9)	33 (8.0)	209 (54.3)	25 (9.1)	***	333 (21.5)
	調整済み残差 -4.9	-7.8	18.0	-5.5		
居宅介護支援事業所	人数(%) 11 (2.3)	11 (2.7)	30 (7.8)	6 (2.2)	***	58 (3.8)
	調整済み残差 -2	-1.3	4.8	-1.5		
地域活動支援センター	人数(%) 34 (7.1)	40 (9.7)	83 (21.6)	49 (17.9)	***	206 (13.3)
	調整済み残差 -4.8	-2.5	5.5	2.4		

(複数回答) ※ Fisherの正確確率検定

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05

また、各グループ間の相談先の選択の意向の種類数について比較した結果、グループ1【介入意欲の高いグループ】は平均4.4種類、グループ2【相談先が少ないグループ】は平均3.1種類、グループ3【多くの相談先を持つグループ】は平均9.0種類、グループ4【地域福祉資源重視グループ】は平均5.8種類であり、グループ3【多くの相談先を持つグループ】、グループ4【地域福祉資源重視グループ】、グループ1【介入意欲の高いグループ】、グループ2【相談先が少ないグループ】の順に平均種類数が有意に多いことが確認された（表2-6）。

表2-6 民生委員が相談先として選択する機関または人の平均種類数 (n=1,546)

相談先として選択する機関または人	グループ1(n=476)	グループ2(n=411)	グループ3(n=385)	グループ4(n=274)	有意差
種類数	4.4種類(1.7, 1-12)	3.1種類(1.6, 1-9)	9.0種類(3.2, 4-24)	5.8種類(1.8, 2-15)	***
平均(標準偏差, 範囲)					***

※ Welchの検定(多重比較: Games-Howell法)

***: p<0.001

グループ1【介入意欲の高いグループ】は、全体の30.8%の民生委員によって構成されており、「認知症かもしれない人の同居家族」へ相談する意向を持つ民生委員が82.6%と最も高く、次いで「地域包括支援センター」が75.4%であり、「認知症かもしれない人の別居家族」が約5割を占めていた。

グループ2【相談先が少ないグループ】は、全体の26.6%の民生委員によって構成されており、「地域包括支援センター」へ相談する意向を持つ民生委員が78.6%を占めていた。しかし一方で、ほとんどの機関および人について、他のグループに比して相談先の選択の意向が低かった。

グループ3【多くの相談先を持つグループ】は、全体の24.9%の民生委員によって構成されており、「地域包括支援センター」へ相談する意向を持つ民生委員が87.8%を占めており、他のグループと比較して、最も相談する意向が

高いことが確認された。

グループ 4【地域福祉資源重視グループ】は、全体の 17.7%の民生委員によって構成されており、「社会福祉協議会」へ相談する意向を持つ民生委員が 84.7%と最も高く、次いで「地域包括支援センター」が 80.7%、「あなた以外の民生委員」が 72.3%であり、地域福祉活動を担う機関ならびに人へ相談する傾向が高い集団であった。

また相談先の選択の意向として、地域包括支援センターへ相談すると回答した人が、グループ 1【介入意欲の高いグループ】で 75.4%、グループ 2【相談先が少ないグループ】で 78.6%、グループ 3【多くの相談先を持つグループ】で 87.8%、グループ 4【地域福祉資源重視グループ】で 80.7%、分析対象者の全体でも 80.3%を占めていたことから、民生委員は「地域包括支援センター」を相談先として選択する意向が高いことが示された。

4. 考察

民生委員の「担当地区内での相談先の選択の意向」に関する特徴を明らかにするために、クラスター分析を行った。その結果、4つのグループに類型化されることが確認された。

グループ 1【介入意欲の高いグループ】に属する民生委員は認知症が疑われる高齢者の家族に対し、直接介入する意欲の高いグループであると考えられる。品川ら²¹⁾は、認知症が疑われる高齢者に対する医療機関への受診を勧めるための援助には高度な援助技術が求められ、専門職でさえも援助に難渋している現状を報告している。非専門職である民生委員単独での介入は偽解決⁶⁴⁾になりかねないため、地域包括支援センターとの協働での受診援助を勧める必要のあるグループと考える。

グループ 2【相談先が少ないグループ】に属する民生委員は、認知症が疑われる高齢者を発見した場合に多くの機関に相談するのではなく、ある程度定

まった機関、とりわけ地域包括支援センターへ相談する意向が高いことが推測された。しかし、それ以外の相談先が少なかったことから民生委員が相談できる機関が少ない可能性も推察される。これは、地域のサポート体制が十分でないことも暗示しており、民生委員の支援の囲い込みなどにより専門機関への援助につながりにくいといった危険性も孕んでいると考えられる。

グループ3【多くの相談先を持つグループ】に属する民生委員は、認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診において、行政・専門機関など多くの相談先を有していることが推察され、地域において専門職（専門機関）と協働で受診援助を行うことにより、認知症症状に応じた適時・適切な医療・介護等の提供が実現される可能性が高いと考えられる。

グループ4【地域福祉資源重視グループ】に属する民生委員は、「認知症が疑われる高齢者に対する受診援助」以外に日頃の民生委員活動において、社会福祉協議会と密接に連携を取っており、認知症が疑われる高齢者の支援に関しても相談する意向が高いことが推察される。また、グループ4は自分以外の民生委員に相談する意向を持つ人が多かった。認知症が疑われる高齢者を民生委員が発見した場合、認知症の病識が低い高齢者本人に対して「プライドを傷つける」などを理由に、受診を勧めにくいことが多いと考えられる。このような背景には、認知症の初期段階において認知症によるものか否かの判断が困難であることが考えられ、それゆえに直に専門機関へ相談するよりも、同じ立場である自分以外の民生委員へ相談し、自らの判断に確信を得て、専門職へ相談することが推測される。

本研究では、民生委員が担当地域において認知症が疑われる高齢者を発見した場合、すべてのグループで「地域包括支援センター」を相談先として選択する意向が高いことが示された。本結果は、中尾ら⁵⁹⁾が特定地域の民生委員を対象に実施した研究結果と符合している。

第3節 小括

本章では、第一に、国策において認知症の早期受診に対する役割が期待されている『地域包括支援センター』を対象に、認知症が疑われる高齢者の受診援助を行った際の援助依頼者とその遠近構造について確認した。

その結果、「民生委員」、「高齢者の同居家族」、「高齢者の別居家族」が最も内層に位置していることが確認された。

第二に、認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向から民生委員の特徴を確認した。その結果、【介入意欲の高いグループ】、【相談先が少ないグループ】、【多くの相談先を持つグループ】、【地域福祉資源重視グループ】という4つのグループに類型化され、すべてのグループにおいて「地域包括支援センター」を相談先として選択する意向が高かったことが確認された。

これらの結果より、地域包括支援センターが受理するケースにおいて最も多い援助依頼者は「民生委員」であり、民生委員が選択する相談先は地域包括支援センターが最も多いことが判明したことから、両者の連携関係は強固であることが明らかとなった。

第3章 民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の 地域包括支援センターへの援助要請意向とその関連要因の検討

1. 研究目的

第2章で示された民生委員と地域包括支援センターの協働を促進するためには、まず認知症の早期発見・早期対応における協働の実態をより詳細に明らかにするとともに、それらを促進・阻害する要因を明らかにする必要がある。

そこで、本章では認知症の早期発見・早期対応の促進に向けた対策を講じるための資料を得ることをねらいに、民生委員を対象に担当する地域内で認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向と「認知症進行遅延薬に関する知識」「認知症の人に対する肯定的態度」との関連について明らかにすることとした。

2. 研究方法

(1) 調査対象者

調査対象者は、第2章第2節と同様にA県民生委員児童委員協議会に属する民生委員2,751名（2014（平成26）年6月時点）を対象者とした。

(2) 調査方法

調査は、単位民児協へ人数分の調査協力に関する書面と調査票、返信用封筒を一括送付し、単位民児協を通じて各調査対象者へ配付した。調査票は無記名自記式とし、調査票記入後に回答者が自ら返信用封筒に厳封し、研究責任者へ返送する方法を採った。

調査期間は2014（平成26）年7月から同年9月の3ヶ月間であった。

(3) 調査内容

調査票は、基本属性（性別、年齢、就任回数、認知症高齢者の介護経験）、認知症進行遅延薬に関する知識、認知症の人に対する肯定的態度、認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向などで構成した。

杉山ら⁶⁵⁾の研究によると、認知症が疑われる高齢者を発見した際に医療機関を受診させようとする意向には、認知症の治療に関する知識が関連していたことが報告されている。また第1章で述べた通り、現在の認知症施策において認知症の早期受診が重要視されるようになった背景のひとつに、1999(平成11)年に認知症の進行遅延薬であるアリセプトが開発・認可され、医学的に認知症に対して何らかの対応が可能になったことが挙げられる^{27, 66-67)}。本章ではこれらの先行研究や社会背景を踏まえ、民生委員における「認知症進行遅延薬に関する知識」への理解の程度を評価するため「認知症の進行を遅らせる薬がある」の1項目を設定し、「そう思わない、わからない：0点」「そう思う：1点」で回答を求めた。また、認知症の人に対する肯定的態度については、金ら⁶⁸⁾が作成した認知症の人に対する態度を評価する尺度のうち、認知症の人に対する肯定的態度を評価する7項目を用いた。本尺度は、精神障害者への偏見などに関する研究⁶⁹⁻⁷⁰⁾を参考に、「認知症の人を受け入れ、認知症の人に対して示す好意的な態度」の程度を評価しようとした尺度である。回答は「そう思わない：1点」、「ややそう思う：2点」、「そう思う：3点」の3件法で回答を求めた。

認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向について、本研究では先行研究^{33, 46)}などを参考に「認知症が疑われる高齢者を発見した際、地域包括支援センターへ相談し、援助を求めようとする意向」と定義し、安部ら⁷¹⁾によって開発された認知症の初期症状に対する援助要請意向を評価する尺度(6項目)を改変して使用した。本尺度の回答の選

択肢は本来、「気にしない」「気になるが様子を見る」「だれかに相談する」「病院を受診する」の4件法であったが、これらの選択肢が示す意味は、それぞれ次元が異なっている。また「病院を受診する」という選択肢が示す援助内容については、民生委員に求められる役割の範囲を超えたものになっていると考え、本研究では民生委員の役割や本研究における援助要請意向の定義に基づき、民生委員による地域包括支援センターへの援助要請意向の程度を評価するための選択肢として「相談しない：0点」「相談する、すぐ相談する：1点」を設定し、回答を求めることとした。

(4) 解析方法

統計解析については、まず認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向6項目における回答傾向から、民生委員がどのような援助要請意向の特性を有するのか、その実態と各特性を呈する集団規模を明らかにするため、潜在クラス分析⁷²⁾を行った。潜在クラス分析におけるクラス数の決定のための適合度指標には Sample-size Adjusted Bayesian Information Criterion (以下, Sample-size Adjusted BIC) を、指定したクラス数による標本の分類の正確性の評価には Entropy を用いて検討した。Sample-size Adjusted BIC は、その値が小さいほど情報量が多いことを示している。従来の潜在クラス分析におけるクラス数のための指標には AIC や BIC が多く用いられてきたが、Sample-size Adjusted BIC は、それらと比較して良好な指標であることが報告されている⁷³⁾。また、分類の正確性の評価である Entropy は 0 から 1 の値をとり、指定したクラス数による分類が正確であるほど 1 に近い値を示し、0.80 以上が良好であるとされている⁷⁴⁾。

次いで、潜在クラス分析より推定された各潜在クラスを従属変数、分析対象者の性別（女性：0点、男性：1点）、年齢、就任回数（2期以上：0点、今期初めて：1点）、認知症高齢者の介護経験（なし：0点、ある：1点）ならびに

認知症進行遅延薬に関する知識、認知症の人に対する肯定的態度を独立変数に両者間の関連性について、潜在クラスを同時推定した多項ロジットモデルを用いて検討した。

なお、潜在クラス分析ならびに多項ロジットモデルにおける推定法には Maximum Likelihood Estimation（以下、ML）を用い、すべての解析における有意性は 5% 有意水準とした。

(5) 倫理的配慮

調査内容や配付方法については、第 2 章第 2 節と同様である。2012 年より A 県民生委員児童委員協議会と A 県社会福祉協議会とともに複数回にわたり協議を行い、調査の趣旨および倫理的配慮を説明した上で調査協力への承認を得た。調査対象者である民生委員には調査の趣旨、調査協力の可否は自由意思（任意）とし、辞退によって何ら不利益が生じないことの保障、匿名性の保持等について書面にて説明し、調査票の返送をもって調査協力への同意を得たとみなした。

なお本研究は、2014 年 5 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 389）。

3. 研究結果

統計解析には、回収された 1,576 名（回収率 57.3%）の調査票のうち、当該項目に欠損値のない 1,418 名（調査対象者の 51.5%、回答者の 90.0%）の資料を用いた。

(1) 分析対象者の属性分布

分析対象者の属性の回答分布は表 3-1 に示すとおりである。性別は、男性 674 名（47.5%）、女性 744 名（52.5%）であり、年齢は平均 65.0 歳（標準偏

差：5.9、範囲：36-78）であった。また民生委員の就任回数は、「今期初めて」が 554 名（39.1%）、「2 期以上」が 864 名（60.9%）であり、認知症高齢者の介護経験は「ある」と回答した人が 660 名（46.5%）、「なし」と回答した人が 758 名（53.5%）であった。

表3-1 分析対象者の属性分布 (n=1,418)

項目		人数	(%)
性別	男性	674	(47.5)
	女性	744	(52.5)
年齢	平均(標準偏差, 範囲) 65.0歳(5.9, 36-78)		
就任回数	今期初めて	554	(39.1)
	2期以上	864	(60.9)
認知症高齢者の 介護経験の有無	あり	660	(46.5)
	なし	758	(53.5)

(2) 認知症進行遅延薬に関する知識に関する回答分布

認知症進行遅延薬に関する知識に関する回答分布は、「認知症の進行を遅らせる薬がある」との設問に対して、「そう思う」と回答した正しい認識を有している人は 1,160 名（81.8%）、「そう思わない、わからない」といった誤った認識、もしくはあいまいな認識を有していると考えられる人は 258 名（18.2%）であった。

(3) 認知症の人に対する肯定的態度に関する回答分布

認知症の人に対する肯定的態度に関する回答分布は、表 3-2 に示すとおりである。「そう思う」「ややそう思う」に着目すると、「K3：認知症の人が困っていたら、迷わず手を貸せる」が 1,390 名（98.1%）と最も高かった。次いで「K1：認知症の人でも周りの人と仲良くする能力がある」が 1,324 名（93.4%）、「K5：認知症の人と喜びや楽しみを分かち合える」が 1,311 名（92.5%）、「K4：認知症の人でも地域活動に参加した方がよい」が 1,306 名（92.1%）、「K6：認知症の

人とちゅうちょなく話せる」が 1,298 名（91.6%）、「K7：認知症の人が自分の家の隣に引っ越してきててもかまわない」が 1,275 名（89.9%）、「K2：普段の生活でもっと認知症の人と関わる機会があってもよい」が 1,239 名（87.4%）であった。認知症の人に対する肯定的態度の平均得点は 17.0 点（標準偏差：2.8、範囲：8-21）であった。

表3-2 認知症の人に対する肯定的態度の回答分布(n=1,418)

項目	そう思わない		ややそう思う		そう思う	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
K1: 認知症の人も周りの人と仲良くする能力がある	94	(6.6)	576	(40.6)	748	(52.8)
K2: 普段の生活でもっと認知症の人と関わる機会があってもよい	179	(12.6)	709	(50.0)	530	(37.4)
K3: 認知症の人が困っていたら、迷わず手を貸せる	28	(2.0)	439	(31.0)	951	(67.1)
K4: 認知症の人も地域活動に参加した方がよい	112	(7.9)	601	(42.4)	705	(49.7)
K5: 認知症の人と喜びや楽しみを分かち合える	107	(7.5)	692	(48.8)	619	(43.7)
K6: 認知症の人とちゅうちょなく話せる	120	(8.5)	493	(34.8)	805	(56.8)
K7: 認知症の人が自分の家の隣に引っ越してきててもかまわない	143	(10.1)	592	(41.7)	683	(48.2)
平均得点	17.0点(標準偏差:2.8, 範囲:8-21)					

「そう思わない:1点」、「ややそう思う:2点」、「そう思う:3点」
 ※%は小数点以下第二位を四捨五入したため100%とならない場合がある

(4) 認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの 援助要請意向の類型化

認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の回答分布は表 3-3 に示すとおりである。

表3-3 認知症が疑われる高齢者を発見した場合の地域包括支援センターへの援助要請意向の回答分布(n=1,418)

項目	相談しない		相談する		すぐ相談する	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
E1: 既にある物を何度も買ってきてしまう	515	(36.3)	736	(51.9)	167	(11.8)
E2: 何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする	602	(42.5)	694	(48.9)	122	(8.6)
E3: 以前よりも、だらしなくなる	716	(50.5)	625	(44.1)	77	(5.4)
E4: 作り慣れている料理がうまく作れないようになる	667	(47.0)	668	(47.1)	83	(5.9)
E5: 天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる	438	(30.9)	807	(56.9)	173	(12.2)
E6: 日付がわからなくなる	444	(31.3)	775	(54.7)	199	(14.0)

民生委員における認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の特性を明らかにするため、潜在クラス分析を行った結果、4クラスモデル時においてSample-size Adjusted BICは最小であり（表3-4）、かつEntropyが

表3-4 各クラスモデルにおけるSample-size Adjusted BIC

モデル	Sample-size Adjusted BIC
1クラスモデル	11258.485
2クラスモデル	8925.465
3クラスモデル	8652.264
4クラスモデル	8544.031
5クラスモデル	8544.724

0.80であったことから、4クラスモデルを採用することとした。

表3-5の「分析1」ならびに図3-1は、4クラスモデル時における各潜在クラスの構成割合と条件付き応答確率を示したものである。その結果、クラス1（18.6%）、クラス2（22.4%）、クラス3（19.3%）、クラス4（39.7%）の4つのクラスが抽出された。

クラス1は、「E5：天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」や「E6：日付がわからなくなる」といった判断力の低下や見当識障害に関する項目について、全体の平均得点よりも援助要請意向の応答確率が高値であった。しかし一方で、「E3：以前よりも、だらしなくなる」や「E4：作り慣れている料理がうまく作れないようになる」という項目については全体平均得点と同程度であり、「E1：既にある物を何度も買ってきてしまう」や「E2：何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」は全体平均得点よりも援助要請意向の応答確率が低値であった。

クラス2は、すべての項目で全体の平均得点より援助要請意向の応答確率が低値であることが確認された。

クラス3は、「E1：既にある物を何度も買ってきてしまう」や「E2：何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」といった記憶障害に関する項目について全体の平均得点より援助要請意向の応答確率が高値であった。一方で、

「E6：日付がわからなくなる」といった症状については全体平均得点と同程度であり、「E3：以前よりも、だらしなくなる」や「E5：天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」は全体平均得点よりも援助要請意向の応答確率が低値であった。

クラス4は、援助要請意向に関するすべての項目で、全体の平均得点よりも応答確率が高値であることが確認された。

表3-5 地域包括支援センターへの援助要請意向における各潜在クラスの構成割合と条件付き応答確率 (n=1,418)

潜在クラス	クラス1		クラス2		クラス3		クラス4		全体平均得点
	分析1	分析2	分析1	分析2	分析1	分析2	分析1	分析2	
クラス構成割合	18.6%	18.2%	22.4%	22.5%	19.3%	20.0%	39.7%	39.3%	
E1: 既にある物を何度も買ってきてしまう	0.368	0.359	0.068	0.064	0.844	0.848	0.983	0.986	0.637
E2: 何回も同じ事を言ったり, 同じ事を聞いたりする	0.187	0.220	0.044	0.045	0.753	0.721	0.970	0.970	0.575
E3: 以前よりも, だらしなくなる	0.420	0.415	0.033	0.043	0.205	0.216	0.931	0.932	0.495
E4: 作り慣れている料理がうまく作れないようになる	0.549	0.552	0.023	0.027	0.199	0.209	0.967	0.970	0.530
E5: 天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる	0.927	0.958	0.155	0.152	0.465	0.461	0.992	0.993	0.691
E6: 日付がわからなくなる	0.758	0.770	0.205	0.210	0.630	0.624	0.932	0.953	0.687

分析1: 潜在クラスのクラス構成割合と条件付き応答確率

分析2: 同時推定を行った場合の各潜在クラスの構成割合と条件付き応答確率

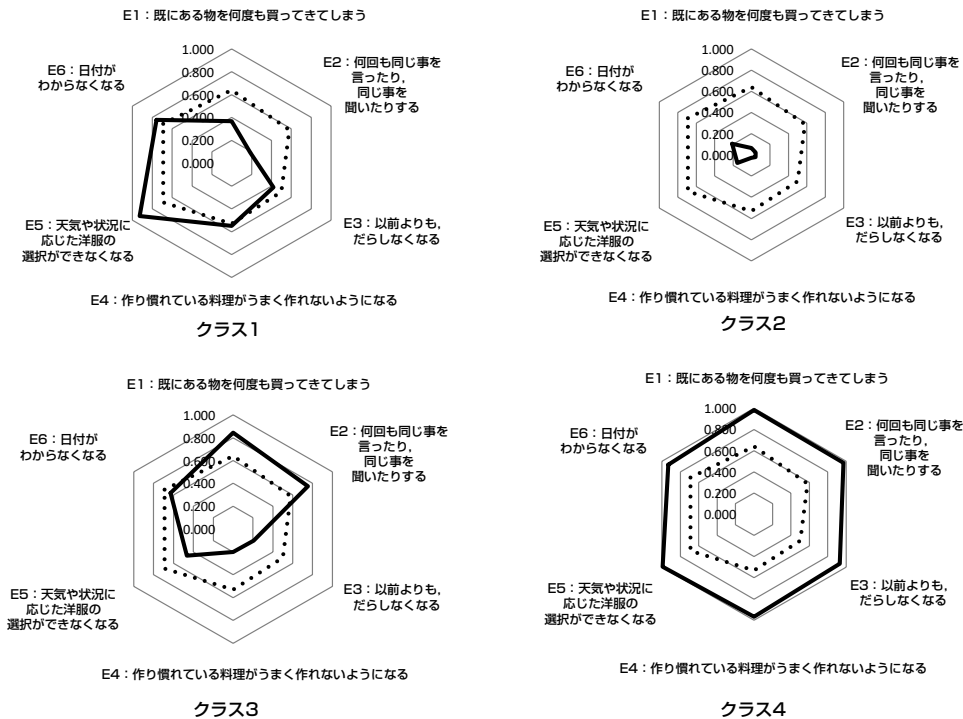


図3-1 地域包括支援センターへの援助要請意向における各潜在クラスの条件付き応答確率

※太実線は各潜在クラスにおける条件付き応答確率、破線は全体の平均得点を示す

(5) 認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の関連要因の検討

潜在クラス分析より推定された各潜在クラスと属性等との関連性について、クラス4を基準に多項ロジットモデルを用いて検討した。その結果、クラス1には、性別 (Odds Ratio (以下: OR) : 0.564、95% Confidence Interval (以下: 95%CI) : 0.353-0.900、 $p < 0.05$)、年齢 (OR : 0.921、95%CI : 0.889-0.955、 $p < 0.001$)、認知症の人に対する肯定的態度 (OR : 0.888、95%CI : 0.826-0.954、 $p < 0.01$) が、クラス2には性別 (OR : 1.504、95%CI : 1.064-2.128、 $p < 0.05$)、年齢 (OR : 0.937、95%CI : 0.909-0.966、 $p < 0.001$)、認知症の人に対する肯定的態度 (OR : 0.844、95%CI : 0.797-0.894、 $p < 0.001$) が有意な関連を示していた。また、クラス3には、性別 (OR : 2.025、95%CI : 1.344-3.050、 $p < 0.01$)、認知症の人に対する肯定的態度 (OR : 0.926、95%CI : 0.866-0.990、 $p < 0.05$) が有意な関連が示された (表 3-6)。

なお、多項ロジットモデルにおける同時推定を行った場合の各潜在クラスの構成割合と条件付き応答確率は表 3-5 の「分析 2」のとおりであった。

表3-6 地域包括支援センターへの援助要請意向における各潜在クラスと属性等との関連 (n=1,418)

基準 クラス4	クラス1			クラス2			クラス3		
	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値	OR	95%CI	p値
性別(女性:0点, 男性:1点)	0.564	0.353-0.900	0.016 *	1.504	1.064-2.128	0.021 *	2.025	1.344-3.050	0.001 **
年齢	0.921	0.889-0.955	<0.001 ***	0.937	0.909-0.966	<0.001 ***	1.013	0.972-1.056	0.536
就任回数 (2期以上:0点, 初めて:1点)	1.164	0.780-1.738	0.456	1.111	0.807-1.529	0.520	0.964	0.655-1.417	0.851
認知症高齢者の介護経験 (なし:0点, ある:1点)	0.727	0.486-1.087	0.120	0.802	0.585-1.099	0.170	1.008	0.701-1.450	0.964
認知症進行遅延薬に関する知識	1.052	0.618-1.807	0.854	1.057	0.706-1.582	0.789	0.904	0.584-1.401	0.653
認知症の人に対する 肯定的態度	0.888	0.826-0.954	0.001 **	0.844	0.797-0.894	<0.001 ***	0.926	0.866-0.990	0.025 *

***:p<0.001, **:p<0.01, *:p<0.05

4. 考察

(1) 民生委員における認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の類型化

i) クラス 1 に所属する民生委員の特徴

クラス 1 に所属する民生委員は、「E5：天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」や「E6：日付がわからなくなる」といった判断能力の低下や認知症の中核症状である見当識障害に対して援助要請意向の応答確率が高かったが、その他の項目は全体の平均得点と同程度もしくは低値であった。アルツハイマー型認知症の進行段階を分類した尺度である Global Deterioration Scale (以下：GDS)⁷⁵⁾ や Functional Assessment Staging (以下：FAST)⁷⁶⁾ によると、「E5：天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」や「E6：日付がわからなくなる」は『やや高度の認知機能低下』に分類されている。当該項目は見当識障害や実行機能障害等といった症状が顕著に表出した場合に対する援助要請意向

を評価するものであり、その他の項目と比較して、認知症が進行した場合に生じる症状であるため地域包括支援センターへの援助要請意向の応答確率の得点が高かったと考える。その一方で、他の症状に対する援助要請意向の応答確率の得点が低かったことについては、認知症の初期段階で表出する「E1：既にある物を何度も買ってくる」や「E2：何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」といった記憶障害に関する症状は、日常生活に支障をきたすことが少なく、年齢に伴う「物忘れ」との判別も難しいことが推測される。また、品川ら²¹⁾の研究によると、介護支援専門員は早期受診を勧めない理由として認知症が疑われる高齢者本人のプライドを傷つけてしまうという認識を指摘しており、「E1：既にある物を何度も買ってくる」や「E2：何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」といった初期の記憶障害を有する認知症高齢者に対し、受診を勧めることが困難であることが推察される。以上のことから、「E5：天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」と「E6：日付がわからなくなる」といった症状は、認知症によるものであると確信しやすい一方で、他の項目は認知症であるとの確信ができにくいため、地域包括支援センターへの援助要請に至らない可能性が考えられる。以上より、クラス1は【中程度認知機能障害援助要請型】と命名できる民生委員であると解釈した。

ii) クラス2に所属する民生委員の特徴

クラス2に所属する民生委員は、すべての項目において援助要請意向の応答確率は低値であり、他のクラスと比較して、全般的に認知症の初期症状に対する地域包括支援センターへの援助要請意向が低い集団であるといえる。現在、国内の多くの自治体において、認知症が疑われる高齢者を早期発見し、地域包括支援センター等の専門機関へつないでいく役割が民生委員に期待されているものの、本クラスに所属する民生委員が約2割を占めていた。このことは、民生委員が認知症か否かの判断が難しいために、地域包括支援センターへの援

助要請を躊躇していることが推測される。木村ら¹⁹⁾の研究によると、認知症が疑われる高齢者を家族が物忘れ外来へ受診させるまでのプロセスには「疑いつつも正常の範疇と解釈」する段階があることを報告している。そのことから、本分析対象者である民生委員においても同様に、認知症を疑いつつも正常の範疇と解釈として援助要請意向が低かったのではないかと考える。また、認知症の初期段階では認知症が疑われる高齢者が取り繕うなど認知障害に対する対処行動を行うことがあり、地域において訪問等などで見守りを実施する民生委員では行動の変化に気がついて、認知症を確信させる決定的な出来事や認知症が疑われる行動がないがゆえに、地域包括支援センターへ援助を要請するまでに至らないという状況も推察される。民生委員は、地域住民のなかから厚生労働大臣により委嘱された存在であり、認知症が疑われる高齢者に近い位置に存在しているため、認知症が疑われる高齢者やその家族との地域生活における関係性を意識するがゆえに援助要請が消極的になっている可能性も考えられる。以上より、クラス2は【援助要請消極型】と命名できる民生委員であると解釈した。

iii) クラス3に所属する民生委員の特徴

クラス3に所属する民生委員は、「E1：既にある物を何度も買ってくる」や「E2：何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」といった記憶障害の症状に対して地域包括支援センターへの援助要請意向の応答確率が高かったが、その他の症状に対しては全体の平均得点と同程度もしくは低値であった。本クラスにおける援助要請意向の応答確率が高値であった項目が示す記憶障害の症状は、GDS⁷⁵⁾ や FAST⁷⁶⁾ において『軽度な段階での認知機能障害』に分類され、認知症の発症初期に生じる典型的な中核症状である。そのため、認知症に関する研修などによって多く啓発されている内容でもあることから、当該症状における地域包括支援センターへの援助要請意向が高かったものと推

察する。しかし一方で、「E5: 天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」などの比較的認知機能が低下した際に生じる可能性がある症状については援助要請意向が低かった。黒田ら⁷⁷⁾の地域住民を対象とした研究によると、「認知症高齢者に対する接し方がわからない」と回答した人が約7割を占めていたことを指摘している。そもそも、社会心理学分野における援助行動の生起過程を検討した高木⁷⁸⁾の研究によると、被援助者における問題の重大性と解決能力の評価を行う援助生起過程を経て援助行動に至るとされている。以上を踏まえるならば、クラス3に所属する民生委員が『やや高度の認知機能低下』の症状を呈する高齢者を発見した場合、「関わり方がわからない」ことから、クラス3に所属する民生委員はこれらの症状を呈する認知症が疑われる高齢者に対して関わるのが難しい、あるいは関わりたくないと感じているものと考えられる。また、民生委員は認知症が疑われる高齢者の見守りのために訪問などを行うが、「E4: 作り慣れている料理がうまく作れないようになる」などの症状は、認知症が疑われる高齢者の日常生活に関連して生じる症状であるため、認知症が疑われる高齢者の一場面での状況把握しかできない民生委員がこれらの症状に対して、認知症を確信し、地域包括支援センターへの援助要請が難しいことが推測される。以上より、クラス3は【軽度認知機能障害援助要請型】と命名できる民生委員であると解釈した。

iv) クラス4に所属する民生委員の特徴

クラス4に所属する民生委員は、本研究で設定したすべての症状に対する地域包括支援センターへの援助要請意向の応答確率が高値であり、認知症施策が期待する地域における見守り役として、民生委員活動の理想的な姿を体現している集団であるといえる。本研究では、認知症の早期発見・早期対応における民生委員と地域包括支援センターの協働を積極的に担っていると推測される民生委員が全体の約4割を占めていたことが確認された。今後は、地域包括支

援センターへの援助要請を積極的に実践する民生委員を拡大するための取り組みが求められる。以上より、クラス4は【援助要請実践型】と命名できる民生委員であると解釈した。

2. 認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの

援助要請意向の関連要因の検討

認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向における各潜在クラスとその関連要因を明らかにするため、多項ロジックモデルを用いて検討した。その結果、認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期対応における理想的な援助要請の特徴を示したクラス4【援助要請実践型】を基準とした場合、他の潜在クラスに対して、「年齢」がクラス1【中程度認知機能障害援助要請型】、クラス2【援助要請消極型】に有意な関連を示し、「性別」「年齢」と「認知症の人に対する肯定的態度」が潜在クラスに対して有意な関連を示していた。

本研究結果では、「性別」「年齢」が有意に関連していた。この結果については、男女の性別や年齢が民生委員としての地域活動の特性の違いなどが地域包括支援センターへの援助要請意向に関連することも推察される。民生委員の「性別」「年齢」要因における介入は困難であるが、今後、地域包括支援センターへの援助要請意向に有用な道標となると考えられることから、より詳しい検証が求められる。

また、本研究では、先行研究において援助行動意向との関連性が指摘されていた「認知症の治療に関する知識」のなかでも、「認知症進行遅延薬に関する知識」に着目し、地域包括支援センターへの援助要請意向との関連を検討したが、両者間に有意な関連が確認されなかった。「認知症の治療に関する知識」が示す内容は多岐にわたり、多くの種類の知識を内包した概念であるといえる。そのため、本研究において設定した「認知症進行遅延薬に関する知識」以外の

治療に関する知識が、援助要請意向に関係していた可能性も否めない。しかしながら、この考えは推測の域を出ないことから、「援助要請意向」と「認知症の治療に関する知識」の関係性については今後より詳細に検証する必要がある。

5. 小括

本章では、認知症の早期発見・早期対応の促進に向けた対策を講じるための資料を得ることをねらいに、民生委員を対象に担当する地域内で認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向と「認知症進行遅延薬に関する知識」「認知症の人に対する肯定的態度」との関連について検討した。

その結果、民生委員は認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の特性として【中程度認知機能障害援助要請型】、【援助要請消極型】、【軽度認知機能障害援助要請型】、【援助要請実践型】のいずれかを呈しており、地域包括支援センターとの積極的に援助要請を行っていると推測される【援助要請実践型】が全体の約4割を占めていることが示唆された。また、【援助要請実践型】を基準とした場合、「性別」「年齢」と「認知症の人に対する肯定的態度」が有意な関連を示していた。

第 4 章 結論

第 1 節 本研究のまとめと研究の意義

本研究は、認知症が疑われる高齢者の早期受診を可能とする連携システムの構築をねらいに、民生委員に焦点を当て、彼らの認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の特性に関する研究を行った。

民生委員を対象とした活動報告等の調査報告は散見されるものの、実証的研究は国内外において極めて少なく、かつ、民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の専門機関（地域包括支援センター）への援助要請意向とその関連要因を探索した研究は皆無である。本研究の新規性と獨創性は、先行研究においてほとんど明らかにされてこなかった民生委員の認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向とその関連要因に着目し、科学的手法を用いて現状を明らかにした点にある。本研究の成果は認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診の促進に有用な資料を提示し得るものと考えられる。

序章において、以下の研究目的を設定した。

- 目的 1：地域包括支援センターを対象に受診援助を行っている認知症が疑われる高齢者の援助依頼者とその遠近構造を明らかにすること（第 2 章第 1 節）
- 目的 2：民生委員を対象に認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向を明らかにすること（第 2 章第 2 節）
- 目的 3：民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向とその関連要因を検討すること（第 3 章）

本研究では、各章の研究目的に従って必要な手続きを行い、そこから得られた新たな知見と考察を提示した。その概要は、次のとおりである。

第2章では、地域包括支援センターが受診援助を行っている認知症が疑われる高齢者の援助依頼者とその遠近構造を明らかにするため、クラスター分析を用いて類型化し、コンボイモデルを用いて模式化することで遠近構造を確認した。結果、最も地域包括支援センターとの関係性が密であると考えられる内層に位置していた援助依頼者は「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」であったことが確認された。

次いで、民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向を明らかにするため、クラスター分析を用いて類型化し、グループ間における民生委員の属性などを比較した。結果、民生委員の認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向により4つのグループに類型化され、全グループにおいて「地域包括支援センター」を相談先として選択する意向が高いことが確認された。以上の2つの検証結果より、地域包括支援センターが受理するケースの援助依頼者には「民生委員」が多く、一方、民生委員は相談先に「地域包括支援センター」を選択する意向が高いことが判明し、両者の連携関係が強固であることを確認した。

第3章では、民生委員を対象に担当する地域内で認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向と認知症進行遅延薬に関する知識、認知症の人に対する肯定的態度との関連を検討した。まず、認知症の初期症状に対する民生委員の援助要請意向を明らかにするため潜在クラス分析を行った。次いで、潜在クラス分析より推定された各クラスを従属変数、認知症進行遅延薬に関する知識、認知症の人に対する肯定的態度等を独立変数に両者間の関連性について潜在クラスを同時推定した多項ロジッ

トモデルにより検討した。結果、民生委員は4つのクラスに類型化されると判断し、地域包括支援センターへ積極的に援助要請を行っているとは推測されたクラス（クラス4）の構成割合は約4割を占めていた。また、そのクラスを基準に関連要因の検討を行った結果、「性別」、「年齢」、「認知症の人に対する肯定的態度」で有意な関連を示していたことが明らかとなった。

第2節 民生委員の援助要請意向の評価と早期受診の推進に向けた方策提案

本節では、目的1～3で得られた知見と考察を基に、民生委員の地域包括支援センターへの援助要請意向の評価と認知症が疑われる高齢者の早期受診の推進に向けた方策について論じる。

1. 民生委員と地域包括支援センターの連携関係から見た

認知症が疑われる高齢者の早期受診の推進に向けた方策提案

本研究の第2章第1節で試みた探索的検証では、認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた連携において、「民生委員」と「地域包括支援センター」の両者の関係が強固であることを確認した。

各市区町村における地域包括ケアシステム構築の推進において、定期的な見守りとともに潜在化しているニーズをキャッチし、予防的相談や初期相談につなげる役割を担う民生委員が不可欠とされている。本研究結果では、彼らの地域包括支援センターを相談先に選択する意向は約8割を占めていたものの、約2割の民生委員が地域包括支援センターを相談先として選択する意向を持っていなかったことが判明した。

認知症が疑われる高齢者とその家族にとって「受診」は人生の大きな転機である⁷⁹⁾。しかしながら、援助の内容如何により受診を拒み、症状が進行し重度化する事例も多く報告されている。そのため、受診に結び付ける初段階

(ファーストタッチ) では高度な援助技術が求められる。また一方では、認知症が疑われる高齢者やその家族が受診を決心した場合でも、専門医療機関との連携が困難であった故に実現しなかったとの報告もある⁷⁹⁾。このような現状より、民生委員には直接介入よりもまず地域包括支援センター専門職へ援助要請すること、連携・協働することが求められるのである。

地域包括支援センターを相談先として選択しなかった民生委員の約6割が「福祉事務所(または役所の福祉課)」、約3割が社会福祉協議会への相談する意向を有しており、地域包括支援センターへ直接に相談しない人が存在することも明らかとなった。福祉事務所(または役所の福祉課)や社会福祉協議会などの専門機関はその内容を吟味し、地域包括支援センターへ援助依頼が行われるものと推測するが、複数の機関や人を経由することで時間を費やして介入の時期を逃す可能性があること、認知症症状などの情報が歪曲して正確な情報が伝わらないことも考えられる。早期の段階での「受診」の推進を目指すならば、民生委員と地域包括支援センターの二者関係をさらに強化していくべきであり、地域包括支援センターを第一の相談先として選択できるための対応策が求められる。

また、地域包括支援センターに対し、直接相談せず福祉事務所や社会福祉協議会等へ相談すると回答した民生委員の中には、それらの機関内に地域包括支援センターが設置されているにもかかわらず地域包括支援センターへ相談しているという認識がなかった人が存在することも考えられる。そのため、民生委員の地域包括支援センターへの援助要請意向をより高めるための具体的な方策としては、地域包括支援センターの活動内容の認知度・理解度を高めるための周知活動の強化が求められる。三菱総合研究所の『地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書』⁸⁰⁾によると、地域包括支援センターの周知不足で認知度が低く、協力体制を築くまでに時間を要する場合もあったことが報告されている。このことから、未だ地域包

括支援センターに対する認知度・理解度が十分であるとは言えず、協働が円滑に実施しにくい現状が推測される。また、『民生委員・児童委員研修のあり方に関する検討委員会』⁸¹⁾によると、民生委員に就任した場合に行われる新任者向けの研修では、民生委員の活動・役割に関するものが大半であり、高齢者、児童、障害児者の施策や法律、関連の社会資源および連携の方法に関する情報や知識は、中堅民生委員から提供されているのが実情と報告されている。そのため、新任者研修より施策や法律、関連の社会資源および連携の方法についての研修プログラムの企画立案と実施が求められるといえる。加えて、今後は民生委員と地域包括支援センター専門職がより「顔の見える関係づくり」を実践し、さらに認知度を高めていくとともに、地域包括支援センター職員は積極的に民生委員児童委員の会議等へ参加するなど、相談しやすい関係づくりの構築が必要であると考え。また、地域包括支援センターは民生委員より援助要請を受理したケースの対応経過や成果について、積極的にフィードバックしていくことにより、民生委員は援助要請したことに対する達成感から協働意識が高まり、より連携関係を築くことに対する意向が強まるものと考え。

本研究結果では、地域包括支援センターへ相談しなかった民生委員のうち「認知症かもしれない人の同居家族」に相談すると回答した民生委員が約6割を占めていた。これは専門医療機関への受診を直接支援する意向を持つ民生委員が存在することを意味している。本研究では地域包括支援センターとの連携に主眼を置いて検証を行ってきたが、今後は民生委員の受診促進意向の実態について職務自尊感情（民生委員という職務に対する誇りや使命感等）との関連からこの援助行動を解明していくことなども必要と考える。

2. 民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向のパターンの評価と援助要請を高めるための方策提案

本研究では、民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向について、次の2つの知見が得られた。

◇民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向は、クラス1【中程度認知機能障害援助要請型】、クラス2【援助要請消極型】、クラス3【軽度認知機能障害援助要請型】、クラス4【援助要請実践型】の4つのクラスに類型化され、積極的に援助要請を行っているとは推測されるクラス4【援助要請実践型】に所属する民生委員は約4割であった。

◇クラス4【援助要請実践型】を基準に他のクラスと比較した結果、クラス4は他のクラスとの間に「性別」「年齢」に有意な関連が確認されるとともに、「認知症の人に対する肯定的態度」が有意に高かった。

これらの結果は、民生委員の認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向は画一的なものではなく、民生委員の地域包括支援センターへの援助要請意向を高めるためには、彼らの援助要請の特性を評価したうえで援助要請を高める方策を検討すべき重要性を示唆していると考えられる。

以下、民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向の評価方法と援助要請意向を高めるための方策について述べていく。

民生委員は、ソーシャルワーカーや保健師など専門職とは異なり、地域住民の立場で福祉活動に従事する非専門職である。本多ら⁸²⁾は民生委員について固有の専門性 lay expertise（素人専門性・素人専門知）を有していると述べている。専門性 lay expertise とは、技術や倫理・社会科学の訓練を受けた専門

職にはない、特別で固有な知識を持っていると捉え、その経験や価値の視点に重きを置く考え方である。民生委員の lay expertise（素人専門性）は、専門領域や対象の限定性を特性とする専門職とは異なり、各民生委員の実情や特性により活動を自主的に創出していく点にあり、特性として同じ民生委員活動においても、「経験」や「価値」「住民との関係性」など民生委員によって活動内容が異なることを示している。

わが国において早期受診への対策は急務であり、すべての認知症が疑われる高齢者に対し早期受診が求められている。しかしながら、実際には専門職へのつなぐ役割は民生委員の個々の判断や裁量に委ねられているため、民生委員の経験年数や個々人の価値観、地域性により格差が生まれる場合があり、特に経験の浅い民生委員は、誰に対してどのような援助を行っていくかという具体的な活動内容や対象が明確でないため、職務に対する葛藤が生じるとの報告もある⁸²⁾。

本研究では、4クラスのうち積極的に援助要請を行っているとは推測されるクラスを基準に検討した結果、基本属性において「性別」「年齢」に有意な関連を示していたことが確認された。【中程度認知機能障害援助要請型】に所属する民生委員には「女性」が多かった。北村ら⁸³⁾は、地域内で実施される様々なサロン活動や健康教室などの地域活動に参加する大半が女性であり、当事者・家族にかかわる活動に参加する機会が多いと報告している。これは認知症が疑われる高齢者の異変に気づいた場合、地域活動による当事者・家族との関係性から、軽度認知機能障害の場合は当事者・家族に直接介入する意向を持ち、中程度認知機能障害の場合には地域包括支援センターへ援助要請するものと推測する。また、金ら⁸⁴⁾は、女性の方が認知症に関する知識が高かったことを報告しており、女性の方が男性に比べ介護に関わる機会が多く、その経験を通して認知症に対する知識が高くなり、軽度認知機能障害に対しては当事者・家族に直接介入する意向が高かったものとする。しかしなが

ら、「直接介入」を行うことは、当事者・家族が受診に対して抵抗感や拒否感を抱いている場合、介入により受診が一層難航することも危険性も推察される。一方、【援助要請消極型】【軽度認知機能障害援助要請型】のクラスにおいては「男性」の方が多かった。援助要請に消極的なクラスについては、Araiら⁸⁵⁾は、一般の人を対象とした認知症の知識の理解度の研究において、男性より女性のほうが認知症に関する知識が高いことを報告している。男性より女性の方が介護に関わる場合が多いことやサロンなどに参加し高齢者と関わる機会が多いため、認知症についての高い知識を持っていると考えられる。このことから、認知症の初期段階では、男性は知識不足から認知症か否かの確信を持ちにくく、地域包括支援センターへの援助要請に対し消極的であったと推察する。また、軽度認知機能障害に対する援助要請意向が高かったクラスについては、男性は女性に比して社会的な場での活動や研修に参加が多く⁸⁶⁾、早期受診の重要性を知る機会が多いことから援助要請意向が高かったものと推察される。しかし、女性に比べ介護に関わる機会が少ないため、「関わり方がわからない」あるいは「関わりたくない」ことから軽度認知機能障害に対して、地域包括支援センターへ援助要請した可能性も考えられる。

「年齢」については、【援助要請消極型】【軽度認知機能障害援助要請型】のクラスにおいて有意な関連を示していたことが確認された。高年齢であるほど認知症の発症率が高くなることから、認知症を身近な存在として認識する可能性が高いと考えられ、他者への関心・共感も高くなり、専門職へ援助要請を行う意向が高くなるものと考えられる。

以上のように「性別」「年齢」によって特徴づけられる可能性があるものの、民生委員を「性別」「年齢」によりグループ分けを行った研修を実施することは現実的に不可能であることから、①性別、年齢によって援助要請意向に特徴がみられることが認識できるよう伝えること、②直接介入の危険性と専門職への援助要請の利点を伝えることの二点に着目した研修内容を企画し

ていくことが求められる。

また、本研究において民生委員の認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへの援助要請意向を促進する要因として「認知症の人に対する肯定的態度」が有意な関連が示していたことが確認された。

Batson⁸⁷⁾の援助行動理論に関する研究によると、被援助者に対する肯定的な情動反応の高まりが援助行動の生起に関連することが示されている。またCokeら⁸⁸⁾は、援助可能者が被援助者の状況に視点を置くことにより共感情動反応が高まり、苦境にある相手の苦しさを弱めたいという感情が高まることで援助行動が行われるという意思決定モデルを提唱し、共感性と援助行動の関係の因果を示している。

援助行動理論^{87)、88)}に基づく共感の概念を参考にするならば、共感は「認知症の人を肯定的に捉え、抵抗なく接しようとする態度」であり、被援助者に対する肯定的な情動反応の高まりが援助行動の生起に関係することが考えられる。これらの援助行動理論を援用した中尾ら⁸⁹⁾や杉山ら⁹⁰⁾の研究によると、民生委員や地域住民は認知症に対する肯定的態度が高い人ほど認知症が疑われる高齢者を発見した場合、医療機関への受診を勧める意向が高かったと報告されている。また竹本ら⁹¹⁾の縦断研究によると、認知症に関する研修を行った前後で認知症に対するイメージが改善し、受診を勧める意向が高まっていたことが示されている。さらに久木原ら⁹²⁾は地域住民を対象とした研究において、「恥ずかしい」「治らない病気」と否定的に認識する人は「受診に対して抵抗感がある」と回答していたことを報告している。これらの先行研究をふまえるならば、民生委員の認知症が疑われる高齢者に対する肯定的態度を高めることが、地域包括支援センターへの援助要請意向の向上を目指す上で重要な手掛かりとなるといえるのではないかと考える。

以上のことから、認知症の初期段階での援助要請を可能とするためには、「認知症の人に対する肯定的態度」を高めることが重要と考える。「認知症の

人に対する肯定的態度」を高める要因のひとつに「認知症の人との関わり」が挙げられる。「認知症の人に対する肯定的態度」と「認知症の人との関わり」に関する先行研究を確認すると、黒田ら⁷⁷⁾が地域住民を対象とした調査研究において、認知症の人との関わりがある人は肯定的態度が有意に高かったと報告している。金ら⁹³⁾は特別養護老人ホームの介護職員を対象とした調査研究で、介護職員の認知症の人に対する受容的な態度を高めるためには職場以外の私的生活領域での認知症の人との関わりを持つことが重要であると述べている。また、認知症の隣接領域の研究を概観すると、統合失調症などの精神障害者を対象とした生川ら⁹⁴⁾は、接触経験がある人の方が精神障害者に対する直接的な関わりに積極的であり、交流する気持ちが強かったことを報告し、高齢分野でも高齢者との関わり機会が多いほど肯定的な老人観を抱いていることが報告⁹⁵⁻⁹⁷⁾されている。以上の先行研究から、認知症の方との関わりを持つことで「悲しい」「怖い」などの認知症の人に対するステレオタイプ化した負のイメージを修正し、肯定的態度を高める可能性が高いと考える。しかしながら一方で、偏見などの否定的な感情を抱いている場合、認知症の人との関わりのみでは肯定的態度が高まることはないことも指摘されている⁹⁸⁻⁹⁹⁾。認知症においては、歴史的背景から偏見や差別が多くみられた疾患のひとつである。今後、認知症の人に対する肯定的態度を促進・向上するためには、従来から実施している認知症について理解を高め、認知症に対する誤解や偏見を軽減するための研修の企画を継続実施していく必要がある。さらに、現在実施されている認知症理解を目指した様々な講演など机上の研修企画にとどまらず、「認知症カフェ」「地域ふれあいサロン」等において認知症の方との直接交流し関わる機会の提供、介護老人福祉施設やグループホームなどでの交流ボランティア、また認知症当事者の講演への参加など、認知症の人と関わることの重要性に視点を置いた実践や研修企画が求められる。

認知症の人に対する肯定的態度を高めるもうひとつの要因として「認知症の知識の付与」について述べる。肯定的態度と認知症の知識に関する先行研究を概観すると、金ら⁶⁸⁾は、地域住民を対象とした調査研究において認知症に関する知識と認知症の人に対する肯定的態度との間に有意な正の関連があったことを報告している。また、認知症の隣接領域である精神障害者を対象とした Jordan¹⁰⁰⁾の研究では、被援助者の精神遅滞の知識と患者に対する態度との間に有意な正の関連があったことを報告している。加えて、認知症の知識において、杉山ら¹⁰¹⁾は民生委員を対象とした調査研究において、認知症の「治療の知識量」が認知症に対する肯定的態度と関連があったと報告しており、治療に関する正しい知識の付与を行うことが有用と考えられる。

これら先行研究より、認知症の人の視点に立つためには認知症の人を理解することが必要であり、認知症に関する知識を得ることで認知症の人に対する肯定的態度が形成されるものと考えられる。精神障害者を対象とした Thornicroft¹⁰²⁾や Jorm ら¹⁰³⁾の研究では、社会生活が困難と考えられる精神障害者と日常的に接している精神保健専門職者や精神科医が精神障害者への援助に悲観的であったことを報告している。「認知症」に対しても同様に、鑑別診断の精度の向上と治療法の確立により医学的に対応が可能となる以前では、原因不明で治療方法のない不可逆性の疾患とされ、医療的介入の効果が期待できず、悲観的な感覚を持っていたのではないかと考えられる。このように認知症の隣接領域にある疾病の歴史的変遷からも推測されるように、認知症に対する肯定的態度を高めるためには、治療の手立てがあることに関する知識の付与が重要である。

現在、わが国における認知症啓発施策では、民生委員を含めた地域住民を対象として、「認知症サポーター養成講座」が各自治体において企画・実施され、認知症に関する正しい知識と理解を持つ住民の育成事業として展開されている。しかしながら、認知症サポーター養成講座をはじめとして、その多

くが「認知症を理解すること」に主眼が置かれた研修であるが、認知症に関する知識を習得していることが必ずしも認知症高齢者への受診における援助要請や支援に結びつくものではないとした報告もある¹⁰⁴⁾。今後は、認知症が疑われる高齢者を発見し、受診に結びつける役割が期待される民生委員を対象とした研修企画において、早期の段階で専門医療機関への受診し治療を行うことで、「認知症の進行を遅らせることができる」「症状を緩和させたり、進行を遅らせたりする薬がある」など、治療の可能性についての知識の付与に重点をおいた啓発活動を企画、実施していくことが重要であると考え

第3節 本研究の限界と今後の課題

本研究では「認知症進行遅延薬に関する知識」や「認知症の人に対する肯定的態度」に着目して地域包括支援センターへの援助要請意向に関連する要因の検討を行ったが、実際に関連する要因は多岐にわたる。民生委員による「地域包括支援センターの役割・機能に関する理解」といった個人要因や、「地域包括支援センターの専門職との関係性の良否」「地域包括支援センターへの利便性」といった環境要因などが想定されるため、今後は認知症が疑われる高齢者を取り巻く様々な状況を加味しながら、これらの要因と援助要請意向の関係について確認していく必要があると考える。しかしながら、民生委員と地域包括支援センターの協働の実態がほとんど明らかになっていない今日において、それらに先立ち両者の連携関係の一端を解明できたことは大きな成果であったと考える。

また本研究では「地域包括支援センターへの援助要請意向」について、「担当地区内の高齢者に以下の症状が見られた場合、あなたは地域包括支援センターへ援助を求めますか」との教示を行って回答を求めた。そのため、認知症が疑われる高齢者の世帯構造（単身世帯または同居世帯）により、援助要

請が異なる可能性が考えられる。本研究においては、認知症が疑われる高齢者に関する世帯構造について特定の条件付けを行わなかったが、先行研究¹⁹⁾によると、単身世帯においては本人の自発的な受診は考えにくく、また同居世帯の場合でも緩慢に進行する認知症は、物忘れ程度では気づかれず、ある程度進行するまで見過ごされている可能性が指摘されており、単身・同居に関わらず早期受診が難しいことが報告されている。このように、援助要請の有無と世帯構造との関係性は低いと推測されるものの、地域包括支援センターへの援助要請に関する詳細な実態を解明する上でこれらの条件による影響は否めない。そのため、今後は認知症が疑われる高齢者を取り巻く様々な状況（世帯構造）を加味しながら、調査を継続し、実態を確認していく必要がある。

さらに、本研究で使用したデータは、性別・年齢は調査当時の全国データに近い値であることから、民生委員の現状をおおむね反映していると考えられる。しかしながら、本研究の対象者が単一県の民児協に属する民生委員を対象としており、全国的にデータに偏りが存在することは否めず、一般化に限界がある。今後は、調査範囲を拡大し、結果の一般化が課題である。

最後に、本研究では認知症が疑われる高齢者を発見した際の地域包括支援センターへ援助要請意向を確認する場合に設定した項目は、アルツハイマー型認知症の症状に対するものであった。アルツハイマー型認知症は認知症全体の中で約6割と最も多く¹⁰⁵⁾、本研究ではアルツハイマー型認知症に限定して研究を行った。しかしながら、鑑別診断の精度が向上したことにより¹⁴⁻¹⁷⁾アルツハイマー型認知症と混合した認知症も鑑別されるようになり、認知症に占めるアルツハイマー型認知症の割合が減少傾向にある¹⁰⁵⁾。今後は、アルツハイマー型認知症に加え、脳血管性認知症やレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの初期症状に対する援助要請意向についても研究を進めていく必要がある。

引用・参考文献

- 1) 日本神経学会監修（2010）『認知症疾患治療ガイドライン 2010』認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会.
- 2) American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition , Text Revision. Washington, *American Psychiatric Association*.
- 3) 有吉佐和子（1972）『恍惚の人』新潮社.
- 4) 公衆衛生審議会（1982）「老人精神保健対策に関する意見」
（www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakai-fukushi/202.pdf, 2017.10.01）.
- 5) 厚生省（1985）『厚生白書（昭和 60 年版）』厚生省.
- 6) 仲村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵/岡村民夫・田端光美・濱野一郎・古川孝順・宮田和明＝編集（2007）『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規出版.
- 7) 厚生省（1993）「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の活用について」
（www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakai-fukushi/483.pdf, 2017.10.01）.
- 8) 厚生省（1994）『痴呆性老人対策に関する検討会報告書』痴呆性老人対策に関する検討会.
- 9) 厚生労働省（2004）『「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書』「痴呆」に替わる用語に関する検討会.
- 10) 厚生労働省（2009）. 「認知症を知り地域をつくる 10 ヶ年の構想」
（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html>, 2017.10.01）.
- 11) 朝田隆（2013）『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（総合研究報告書）』平成23年度～平成24年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）。
- 12) 二宮利治（2015）『日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究（総括・分担研究報告書）』平成26年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）。
- 13) 長谷川和夫（2013）『よくわかる認知症の教科書』朝日新聞出版。
- 14) 中村祐（2013）「アルツハイマー型認知症治療薬について」『老年期認知症研究会誌』19（7）、104-108。
- 15) 北村立（2013）「地域における認知症の予防 認知症の早期対応と生活支援について」『日本未病システム学会 雑誌』19（2）、41-45。
- 16) Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, et al. (2009) Impact of donepezil hydrochloride on the care burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatric*, 9(4), 196-203.
- 17) 梶原弘平・辰己俊見・山本洋子（2012）「認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因」『老年精神医学雑誌』23（2）、221-226。
- 18) 藤本直規（2003）「地域における痴呆の早期発見・早期対応: 痴呆ケアのための地域ネットワークづくり」『日本痴呆ケア学会誌』2（2）、204-215。
- 19) 木村清美・相場健一・小泉美佐子（2011）「認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセスー受診の促進と障壁」『日本認知症ケア学会誌』10（1）、53-67。
- 20) 谷向知（2002）「痴呆性疾患の診療の現状と展望：加齢医学の現状と展望」『医療』56（10）、583-588。
- 21) 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（11）、1224-1233.
- 22) 鷺見幸彦・太田壽城（2004）「痴呆疾患に関する医療経済的検討」『日本老年医学会雑誌』41（5）、451-459.
- 23) 厚生労働省（2008）「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」
（<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf>,2017.10.01）.
- 24) 厚生労働省（2012）「今後の認知症施策の方向性について」
（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>,2017.10.01）.
- 25) 厚生労働省（2012）「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）について」
（www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf,
2017.10.01）
- 26) 厚生労働省（2015）「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）について」
（www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou.../01_1.pdf,2017.10.01）.
- 27) 池田学（2003）「地域における痴呆の早期発見の意義と対応の考え方」『老年精神医学雑誌』14（1）、9-12.
- 28) 田子久夫・森由紀子・黒須貞利・ほか（2000）「精神科における：もの忘れ外来」『老年精神医学雑誌』11（11）、1203-1209.
- 29) 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・受診の現状」『老年精神医学雑誌』14（5）、573-591.
- 30) 奥村由美子・久世淳子・柴山漠人（2005）「要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と相談・受診の状況」『老年精神医学雑誌』16（2）、229-242.
- 31) 安部幸志・荒井由美子・池田学（2006）「家族が認知症となった場合の対処行動：一般生活者に対する調査から」『日本医事新報』4292、63-67.
- 32) 鹿野由利子・花上憲司・木村哲朗・ほか（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.
- 33) 栗田主一（2012）「地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進」『保健医療科学』61（2）、125-129.
- 34) みずほ情報総研株式会社（2012）『地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者の早期発見方法に関する調査研究事業（報告書）』平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業.
- 35) 厚生労働省（2011）「平成26年国民生活基礎調査の概況：世帯数と世帯人員数の状況」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa14/dl/16.pdf>,2017.10.01).
- 36) Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, et al. (2007) Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1771-1776.
- 37) 長寿社会開発センター（2012）『地域包括支援センター運営マニュアル2012～保険者・地域包括支援センターの協働による地域包括ケアの実現をめざして』.
- 38) 松下由美子（2016）「一人暮らし認知症高齢者を行政機関につなげる地域住民の思い」『大阪府立大学看護学雑誌』22（1）、77-83.
- 39) 玉木千賀子（2006）「地域包括支援センターにおけるアウトリーチの現状」『沖縄大学人文学部紀要』9、103-118.
- 40) 全国社会福祉協議会 全国地域包括・在宅介護支援センター協議会（2011）『地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業（報告書）』平成22年度厚生労働省補助事業 老人保健健康増進等事業.

- 41) 根本博司・成田すみれ・堺園子・ほか（1998）「社会的孤立状態にある要介護独居高齢者へのソーシャルワーク実践に関する研究－在宅介護支援センターにおけるアウトリーチ実践の訪問聞き取り調査から」『研究助成論文集』34、152-161.
- 42) 岩間伸之・原田正樹（2012）『地域福祉をつかむ』有斐閣.
- 43) 厚生労働省（2008）『これからの地域福祉のあり方に関する研究会（報告書）』（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0331-7.html>,2017.10.01）.
- 44) Latane B, Darley JM（1970）The unresponsive bystander: Why doesn't he help?.
Appleton-Century-Crofts.
- 45) 中村陽吉（1982）「援助行動の抑制因：大都市と地方都市との比較を中心として」『東京女子大学附属比較文化研究所紀要』43、65-77.
- 46) 山村史子（2009）「小地域福祉活動における民生委員の役割に関する考察－情報収集の困難性をめぐって－」『桜花学園大学人文学部研究紀要』11、101-110.
- 47) 全国民生委員児童委員連合会（2007）『新任民生委員・児童委員の活動の手引き 2007年版』全国社会福祉協議会.
- 48) 厚生労働省（2015）「民生委員・児童委員参考データ（平成27年3月31日現在）」
（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/misei01.html,2017.10.1）.
- 49) 萩原清子（1976）「民生委員の活動と意識の状況－東京都における民生委員活動の実態調査から－」『季刊社会保障研究』12（1）、75-96.
- 50) 金井敏（2013）「民生委員・児童委員に求められる役割と期待：民生委員の歴史とともに」『月刊福祉』96（10）、20-25.

- 51) 島村糸子（1999）「地域福祉推進の担い手として新たに期待される民生委員・児童委員活動」『ソーシャルワーク研究』25（2）、137-143.
- 52) 渡辺武男（1999）「これからの民生委員・児童委員活動の役割と課題－行政・他機関との連携と福祉の風土づくりをめざして」『社会福祉研究』76、9-15.
- 53) 米山宗久（2013）「民生委員・児童委員に求められる視点と期待」『長岡大学地域研究センター年報』13、85-93.
- 54) 松永俊文（2001）「地域福祉新時代と民生委員・児童委員の役割－制度創設80年の軌跡とこれからの課題－」『福岡女学院大学紀要』2、81-90.
- 55) 竹本与志人・杉山京（2016）「認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた保健医療福祉連携モデルの理論構築」『日本早期認知症学会誌』9（1）、22-31.
- 56) 古村美津代・中島洋子・草場知子（2010）「民生委員の認知症高齢者及び家族への意識と支援」『日本看護福祉学会誌』15（2）、69-80.
- 57) 松崎吉之助（2012）「地域包括支援センター職員と民生委員の関係に関する研究：パートナー関係構築のプロセス」『技術マネジメント研究』11、11-24.
- 58) 日本社会福祉士会（2012）『改定 地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』中央法規出版.
- 59) 中尾竜二・杉山京・澤田陽一・ほか（2013）「民生委員と福祉委員における認知症の疑いのある高齢者を発見した場合の相談先の選択の意向」『日本認知症ケア学会誌』12（3）、583-592.
- 60) 竹本与志人・内藤絵里・馬塩智恵子・ほか（2005）「認知症高齢者のケアマネジメントにおける介護支援専門員の社会保障制度の理解と活用状況－医療

- 職と福祉職との比較を通してー」『厚生指標』52（6）、15-20.
- 61) Kahn RL, Antonucci TC（1980）Convoys over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support. *Life-Span Development and Behavior. Academic Press*, 3, 254-283.
- 62) 高橋智（2011）「認知症のBPSD」『日本老年医学会雑誌』48（3）、195-204.
- 63) 羽生春夫・佐藤友彦・赤井知高・ほか（2007）「老年期認知症患者の病識：生活健忘チェックリストを用い、介護者を対照とした研究」『日本老年医学会雑誌』44（4）、463-469.
- 64) 倉石哲也（2004）『家族力動をアセスメントしプランニングするためのモデル．ワークブック社会福祉援助技術演習③ 家族ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房、31-63.
- 65) 杉山京・中尾竜二・澤田陽一・ほか（2012）「一般地域住民における家族に認知症症状がみられた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連」『老年精神医学雑誌』23（12）、1453-1462.
- 66) 藤沢嘉勝・横田修・中田謙二・ほか（2002）「幻視を含むせん妄状態に対して塩酸ドネペジルが有効であったレビー小体痴呆が疑われた4症例」『精神科治療学』17（10）、1299-1305.
- 67) 池田学（2002）「塩酸ドネペジルの日常臨床における課題：どの段階で投与を開始するのか」『老年精神医学雑誌』13（増刊号）、61-64.
- 68) 金高閻・黒田研二・下菌誠・ほか（2011）「認知症の人に対する地域住民の態度とその関連要因」『社会問題研究』60（139）、49-62.
- 69) 黒田研二（2001）「スティグマの克服にむけてー大阪府精神保健福祉審議会における議論を中心に」『社会問題研究』50（2）、87-119.

- 70) 半澤節子・中根允文・吉岡久美子・ほか (2008) 「精神障害者に対するステイグマと社会的距離に関する研究」『精神障害とリハビリテーション』12 (2)、154-162.
- 71) 安部幸志・荒井由美子 (2008) 「一般生活者を対象とした認知症の症状に対する援助希求行動尺度の作成とその信頼性および妥当性の検討」『老年精神医学雑誌』19 (4)、451-460.
- 72) 渡辺美智子 (2001) 『因果関係と構造を把握するための統計手法：潜在クラス分析法』岡本彬訓・木島正明・森口剛編『マーケティングの数理モデル』朝倉書店、73-113.
- 73) Yang CC (2006) Evaluating latent class analysis models in qualitative phenotype identification. *Computational Statistics & Data Analysis*, 50, 1090-1104.
- 74) Ramaswamy V, DeSarbo WS, Reibstein DJ, et al. (1993) An empirical pooling approach for estimating marketing mix elasticities with PIMS data. *Marketing Science*, 12, 103-124.
- 75) Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, et al. (1982) The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- 76) Reisberg B, Ferris SH, Anand R, et al. (1986) Functional staging of dementia of the Alzheimer's type. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 435, 481-483.
- 77) 黒田研二・金高闇・鄭小華・ほか (2011) 「認知症の人に対する地域住民の受容的態度とその関連要因」『社会問題研究』60 (139)、27-35.
- 78) 高木修 (1998) 『人を助ける心－援助行動の社会心理学－』株式会社サイエンス社、35-42.
- 79) 竹本与志人 (2011) 「認知症患者の受診における専門職間連携のあり方－相

- 談機関の専門職と専門医療機関のソーシャルワーカー、専門医との連携に着目してー」『新たな社会福祉学の構築－白澤政和教授退職記念論文集』225-236.
- 80) 三菱総合研究所 (2015)『地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業 報告書』平成26年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健増進等事業.
- 81) 全国民生委員児童委員連合会 (2013)『民生委員・児童委員研修のあり方に関する検討委員会』.
- 82) 本多康生 (2016)「東日本大震災被災地の民生委員活動から浮かび上がる民生委員の専門性」『福岡大学人文論叢』48 (1)、37-64.
- 83) 北村隆子・白井キミカ・筒井裕子・ほか (2004)「地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因」『人間看護学研究』3、1-9.
- 84) 金高閻 (2010)『認知症の人に対する態度に関して研究. 認知症の人に対する態度尺度の開発を通じて』平成22年度 大阪府立大学大学院人間社会学部 社会福祉学科専攻 博士論文.
- 85) Arai Y, Asuna Arai, Steven H. Zarit (2008) What do we know dementia?: a survey knowledge about dementia in the general public of Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23、433-438.
- 86) 神里博武 (2003)「小地域福祉活動と福祉コミュニティ形成の課題－沖縄県における小地域福祉活動調査を通じてー」『地域総研所報』1 (1)、17-24.
- 87) Batson CD (2011) *Altruism in Humans. Oxford University Press.*
- 88) Coke JS, Batson CD, McDavis K (1978) Empathic mediation of helping: A two-age model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752-766.
- 89) 中尾竜二・杉山京・澤田陽一・ほか (2014)「民生委員ならびに福祉委員を対象とした認知症初期症状に対する受診促進意向と認知症に対する受容態度と

- の関連」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』21、113-122.
- 90) 杉山京・中尾竜二・澤田陽一・ほか (2013) 「地域住民を対象とした家族に認知症症状がみられた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連」『厚生学の指標』60 (13)、22-29.
- 91) 竹本与志人・杉山京・中尾竜二・ほか (2013) 「民生委員と福祉委員を対象とした認知症研修受講前後の受診促進意向の変化と関連要因」『認知症の最新医療』3 (1)、37-41.
- 92) 久木原博子・内山久美・阪本恵子・ほか (2011) 「高齢者における「認知症」に関するイメージと知識」『看護学統合研究』13 (1)、16-21.
- 93) 金高闇・黒田研二 (2012) 「認知症の人に対する介護職員の態度とその関連要因」『社会問題研究』61 (140)、101-112.
- 94) 生川善雄 (1995) 「精神遅滞児 (者) に対する健常者の態度に関する多次元的研究 ; 態度と接触体験, 性, 知識との関係」『特殊教育学研究』32 (4)、11-19.
- 95) 中谷陽明 (1991) 「児童の老人観」『社会老年学』34、13-22.
- 96) 中野いく子・冷水豊・中谷陽明 (1994) 「小学生と中学生の老人のイメージ」『社会老年学』39、11-22.
- 97) 藤原佳典・渡辺直紀・西真理子・ほか (2007) 「児童の高齢者イメージに影響を及ぼす要因」『日本公衛誌』54 (9)、615-625.
- 98) Cook, SW (1978) Interpersonal and attitudinal outcomes in cooperating interracial groups. *Journal of Research & Development in Education*, 12(1), 97-113.
- 99) Hewstone M, Islam MR, Judd CM (1993) Models of crossed categorization and intergroup relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 779-793.
- 100) Jordan JE (1971) Construction of a Guttman facet designed cross-cultural

attitude-behavior scale toward mental retardation. *American Journal of mental Deficiency*, 76(2), 201-219.

- 101) 杉山京・中尾竜二・澤田陽一・ほか (2014) 「民生委員における認知症の知識量と認知症に対する態度の関連」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』 21、95-103.
- 102) Thornicroft G (2006) . Shunned-Discrimination against People with Mental Illness. *Oxford University Press*.
- 103) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder—A survey of the Australian public and health professionals. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33(1), 77-83.
- 104) 木村典子・青木葵・石川幸生 (2014) 「認知症啓発教育が大学生の認知症高齢者のイメージに及ぼす効果」『東邦学誌』 43 (1)、141-152.
- 105) 田平武 (2014) 『かかりつけ医のための認知症診療テキスト 実践と基礎』 診断と治療社.

謝 辞

本研究は、筆者が岡山県立大学大学院保健福祉学研究科保健福祉科学専攻博士後期課程在学中に、同大学保健福祉学部 竹本与志人准教授の指導のもとに行ったものである。本論文をまとめるにあたり、終始懇切なるご指導とご鞭撻を賜わる中で、研究の意義とその魅力をご教授いただき心より感謝申し上げます。また、近藤理恵教授、村社卓教授、川上貴代教授、實金栄准教授には副査として論文審査の労をお執りいただき、貴重なご助言を賜るとともに。さらなる今後の研究展開にも多くのご意見をいただきました。深く感謝いたします。

本研究において共同研究を行い、論文執筆にご意見・ご助言をいただきました神部智司教授、桐野匡史准教授、佐藤ゆかり准教授、澤田陽一助教、杉山京氏、三上舞氏、竹本研究室の皆様、厚く御礼を申し上げます。

最後に、7年間の大学院博士後期課程を時間的・精神的に支え、仕事と学業の両立を励まし、支えてくださった職場、友人に厚く感謝いたします。特に妻、子どもたちには7年間という長い間、多くの我慢と苦勞をかけました。本博士学位は家族の支えがなければとうてい成し得ることができず、心からの感謝を伝えたいと思います。本当にありがとうございました。

付 記

本学位論文に関する研究業績

1. 中尾竜二、杉山京、澤田陽一、桐野匡史、竹本与志人（2013）「民生委員と福祉委員における認知症の疑いのある高齢者を発見した場合の相談先の選択の意向」『日本認知症ケア学会誌』12（3）、583-592.
2. 中尾竜二、杉山京、澤田陽一、桐野匡史、竹本与志人（2014）「民生委員ならびに福祉委員を対象とした認知症初期症状に対する受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』21、113-122.
3. 杉山京、中尾竜二、澤田陽一、桐野匡史、竹本与志人（2014）「民生委員における認知症の知識量と認知症に対する態度の関連」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』21、95-103.
4. 中尾竜二、杉山京、三上舞、佐藤ゆかり、桐野匡史、神部智司、竹本与志人（2016）「地域包括支援センターが受診援助を行っている認知症の疑いのある高齢者の援助依頼者とその遠近構造」『厚生指標』63（11）、39-45.
5. 中尾竜二、三上舞、杉山京、竹本与志人（2016）「民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の選択の意向」『社会医学研究』33（1）、91-98.
6. 中尾竜二、杉山京、竹本与志人（2017）「民生委員を対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した場合の地域包括支援センターへの援助要請意向とその関連要因の検討－認知症進行遅延薬に関する知識と認知症の人に対する肯定的態度に着目して－」『社会福祉学』58（1）、99-111.