民生委員を対象とした認知症症状の見られる高齢者を発見した際の受診促進意向

杉山京 *　中尾竜二 *　澤田陽一 **　桐野匡史 **　竹本与志人 **

【目的】本研究では、民生委員が認知症症状の見られる高齢者を発見した際の受診促進意向について明らかにした。
【方法】A 市小地域ケア会議に属する民生委員 119 名を対象に、属性および「自分の家族」、「担当地区内の高齢者」、「担当地区内の高齢者の家族」に対する受診促進意向などについて、無記名自記式で回答を求めた。認知症症状が見られた際の受診促進意向に関する質問項目については、認知症の病期ならびに民生委員が受診促進を行う対象者ごとに合計得点を算出し、Kruskal-Wallis 検定を用いて差の検定を行った。
【結果】差の検定を行った結果、「担当地区内の高齢者」、「担当地区内の高齢者の家族」の方が「自分の家族」よりも受診促進意向が高いことが示唆された。
【結論】認知症症状に対する受診促進意向においては、認知症の病期ならびに受診を行う人によって特徴が見られることが明らかとなった。今後は、受診促進意向を低下させる要因の探索が課題である。

キーワード：民生委員、認知症、受診促進意向、早期受診

Ⅰ．緒言

認知症は認知障害によって社会生活が困難となった状態であり、当事者やその家族の日常生活または社会生活に著しい影響を与える。しかし、近年では認知症に関する科学的知見の蓄積や脳画像法の技術の進展により、認知症の初期段階における鑑別診断の精度が増した。また認知症の原因疾患、特にアルツハイマー病の進行遅延薬の開発や認可が進んだことで、介護予防の観点より早期発見・早期受診への対策が重要視されている。早期発見・早期受診により早期に適切なケアを開始することは、周辺症状の軽減、家族介護者の介護負担軽減など、患者と家族の生活の質の維持・向上に貢献するものと期待されている[1-3]。

こうした認知症の早期発見・早期受診への対策が急務とされるなか、先行研究や認知症施策においては、その役割を当事者の身近な存在である家族に期待する傾向が強く、そのための啓発活動等が多く実施されている。しかしながら、認知症の早期受診は決して容易ではなく、「認知症に関する知識不足」[3-4]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」[5]などの理由により、医療機関への受診が遅れていることが報告されている。事実、杉山ら[6]の研究によると、自分の家族に初期の認知症症状が見られた際の医療機関へ受診を勧めようとする意向は、認知症の知識量と有意な関連がなかったと報告されている。これらを勘案ならば、家族による早期受診を実現するためには、当事者とその家族との関係性に着目した検討が求められるが、家族による受診促進行動と家族の関係性について検討した先行研究の多くは質的調査であり、量的調査による一般化された研究はほとんど見当たらない。また、国策のなかで地域包括ケアシステムの構築が示され、地域における見守りネットワークの構築が推進されるなか、家族以外の人からの受診促進も期待されている。しかしながら、早期受診実現を目指した施策を検討するには、家族の立場のみならず、家族以外の見守る立場の人にも着目した研究も重要であると考えるが、実態調査すらほとんど実施されていないのが現状である。

*岡山県立大学大学院　保健福祉学研究科　岡山県総社市窪木111
**岡山県立大学　保健福祉学部　岡山県総社市窪木111

このような現状を踏まえ、認知症の早期受診の実現を目指した施策を検討するには、地域住民が認知症症状の見られる高齢者を発見した際に受診をさせようとする意向（以下、受診促進意向と略する）を明らかにしなければならない。地域住民のなかでも特に民生委員は、見守りネットワークにおいて認知症高齢者を早期に発見する役割を担っており、自らの家族の受診促進のみならず、家族以外の第三者としての立場でも受診促進を行うことが期待されている。このことからも、「家族の立場」ならびに「家族以外の第三者としての立場」双方の受診促進意向の特徴を明らかにする上で、民生委員を対象とした実態調査は有用であると考える。

そこで本研究では、認知症症状に対する早期受診の促進に有用な基礎資料を得ることをねらいに、「家族の立場」、「家族以外の第三者の立場」に着目し、民生委員が認知症症状の見られる高齢者を発見した際の受診促進意向について明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．方法

１．調査対象および調査方法

調査対象者は、A 市小地域ケア会議に属する民生委員 119 名（2011 年 8 月 1 日時点）とした。

倫理的配慮として、小地域ケア会議開催時に A 市地域包括支援センター職員が調査の趣旨を説明して調査票を配布し、無記名自記式での回答を求め、紙面ならびに口頭で同意を得て回収を行った。調査期間は 2011 年 8 月から 2012 年 2 月で、回答は 117 名（回収率 98.3%）から得られた。

２．調査内容

調査内容は、調査対象者の性別、年齢、認知症高齢者の介護経験の有無、就任回数、自分の家族および担当地区において 65 歳以上の高齢者に認知症症状が見られた際の受診促進意向などの質問項目で構成した。Coke ら[7] は、援助行動が援助に対する意向によって規定されると述べており、この理論を援用するならば受診促進行動が受診援助に対する意向によって規定されるといえる。そのため本研究では、受診促進意向に着目することにした。

受診促進意向については、安部ら[8] の研究を参考とした。自分の家族に認知症症状が見られた際の受診促進意向に関して、「あなたの家族の 65 歳以上の高齢者の誰かに以下の症状がみられた場合、あなたは家族を医療機関へ受診させますか？」という質問に対し、「受診しない；0 点」、「受診させる；1 点」、「すぐに受診させる；2 点」の 3 件法で回答を求めた。また、担当地区において 65 歳以上の高齢者に認知症症状が見られた際の受診促進意向に関しては、「担当地区の 65 歳以上の高齢者の誰かに以下の症状がみられた場合、あなたは本人やその家族に医療機関への受診を勧めますか？」という質問に対し、「受診を勧めない；0 点」、「受診を勧める；1 点」、「強く受診を勧める；2 点」の 3 件法で回答を求めた。いずれも安部ら[8] の研究に従い「ごく初期」、「初期」、「中期」の 3 つの病期を設定し、各病期における認知症症状に対する受診促進意向を尋ね、受診促進意向が高いほど高い得点になるように設定した。

３．解析方法

統計解析には、回収された 117 名分の調査票のうち、「認知症症状が見られた際の受診促進意向」の設問に欠損値のない民生委員 95 名（調査対象者の 79.8%、回答者の 81.2%）の資料を用いた。

統計解析は、まず認知症症状が見られた際の受診促進意向について、「病期」（ごく初期、初期、中期）および「民生委員が受診を促進する人」（「自分の家族（民生委員自身の家族）」、「担当地区内の高齢者」、（「担当地区内の高齢者の家族」）の 3 群）ごとに合計得点を算出し、各病期における質問項目の内部一貫性は α 信頼性係数で確認した。次いで、病期ごとの受診促進意向の得点に関する 3 群間の比較は Kruskal-Wallis 検定を行い、有意差が認められた場合には、下位検定としてすべての 2 群間の組み合わせで Mann-Whitney 検定を行った。検定のくり返しによる有意水準の増大には Bonferroni の多重比較補正を行い、すべての検定における有意水準は 5%（$p<.05$）とした。以上の解析には、統計ソフト「IBM SPSS 20 J for Windows」を使用した。

Ⅲ．結果

１．集計対象者の属性の分布

集計対象者 95 名の性別は、男性 41 名（43.2%）、女性 54 名（56.8%）であり、平均年齢は 62.7 歳（標準偏差；8.3、範囲；27-80）であった。認知症高齢者の介護経験は、「あり」と回答した者が 36 名

(37.9%)、「なし」が58名（61.1%)、「無回答」が1名（1.0%）であった。就任回数は、初回が19名(20.0％)、2回目以降が66名（69.5％)、無回答が10名（10.5%）であった。

2．病期における認知症症状が見られた際の受診促進意向の状況（表1）

1）ごく初期の認知症症状が見られた際の受診促進意向

ごく初期症状に対する受診促進意向について、差の検定を行った結果、「担当地区内の高齢者の家族」は「自分の家族」や「担当地区内の高齢者」に比べて有意に高かった。しかし、「自分の家族」と「担当地区内の高齢者」との間に有意な差は確認されなかった。

2）初期の認知症症状が見られた際の受診促進意向

初期症状に対する受診促進意向について、差の検定を行った結果、「担当地区内の高齢者の家族」は「自分の家族」や「担当地区内の高齢者」に比べて有意に高く、「自分の家族」は「担当地区内の高齢者」に比べて有意に高いことが確認された。

3）中期の認知症症状が見られた際の受診促進意向

中期症状に対する受診促進意向について、差の検定を行った結果、「担当地区内の高齢者の家族」および「自分の家族」は「担当地区内の高齢者」に比べて有意に高いことが確認された。しかしながら、「自分の家族」と「担当地区内の高齢者の家族」との間には有意な差は確認されなかった。

Ⅳ．考察

本結果より、「ごく初期」の認知症症状が見られた際の受診促進意向に関して、「担当地区内の高齢者の家族」に対する受診促進意向が最も高く、「自分の家族」、「担当地区内の高齢者」は受診促進意向が低い傾向にあることが確認された。「初期」の認知症症状が見られた際の受診促進意向に関しては、「担当地区内の高齢者の家族」,「自分の家族」、「担当地区内の高齢者」の順に受診促進意向が高い傾向にあることが確認された。「中期」の認知症症状が見られた際の受診促進意向では「担当地区内の高齢者の家族」と「自分の家族」で受診促進意向が高く、「担当地区内の高齢者」への受診促進意向は低いことが確認された。

これまで認知症の早期受診が難しい要因として、認知症者の病識の欠如[1]や「認知症は病気である」といった認識不足[3,9]、家族が患者の認知症症状に気づきにくい[2]ことなどが示唆され、それに伴う啓発活動が多く行われてきた。しかし本研究の結果から、「ごく初期」、「初期」の病期において同様の認知症症状が確認された場合、「担当地区の高齢者の家族」への受診促進意向は高い一方で、「自分の家族」に対する受診促進意向は低いことが明らかとなった。このことは、自分の家族による認知症の早期受診において、認知症症状に気づいたとしても、「認知症と認めたくない」など[3,5]の心理が働き、早期受診に踏み切れない可能性を示唆している。また、「ごく初期」の認知症症状が見られた際の受診促進意向において、「自分の家族」と「担当地区内の高齢者」との間に差が確認されなかったことについては、認知症の初期段階では、杉山ら[6]も指摘しているように、認知症に対する知識の有無に関わらず、当事者本人に対する自尊心への配慮から受診を勧めにくいためであると考えられる。

次に「中期」の認知症症状が見られた際の受診促進意向では、「自分の家族」と「担当地区内の高齢者の家族」の間に差がみられず、両者ともに高い得点であった。「自分の家族」への受診促進意向が高かったのは、木村ら[9]は、繰り返す認知症症状やかつてない逸脱行動は、受診上の困難に躊躇もするが、介護の危機感などにより家族による受診が促されると述べているように、中期に認知症に伴う行動・心理症状（以下、BPSDとする）がより顕著になると認知症を確信しやすいためと考えられた。また、「担当地区内の高齢者の家族」への受診促進意向が高かったことについては、品川ら[3]の調査でも指摘されていたとおり、直接当事者に対して認知症の受診を勧めることは「認知症患者本人のプライドを傷つける」といった意識があるためだと考える。また、BPSDといった認知症症状が顕著な高齢者へ受診を促すだけでは、実際に医療機関への受診を実現することは困難であることが想定され、そのため家族へ介入しようとしていることを反映していると推測される。

しかし、前述の地域包括ケアシステムにより、民生委員は直接的介入を行わないものの専門機関等への相談といった間接的介入を行っていることが想定

表1 病期における65歳以上の高齢者に認知症症状が見られた際の受診促進意向の状況 （n＝95）

病期	設問	自分の家族			担当地区内の高齢者			担当地区内の高齢者の家族		
		受診しない	受診させる	すぐに受診させる	受診を勧めない	受診を勧める	強く受診を勧める	受診を勧めない	受診を勧める	強く受診を勧める
		度数 （ % ）	度数 （ % ）	度数 （ % ）	度数 （ % ）	度数 （ % ）	度数 （ % ）	度数 （ % ）	度数 （ % ）	度数 （ % ）
ごく初期	不安になったり，落ち込んだりする	36 （ 37.9 ）	48 （ 50.5 ）	11 （ 11.6 ）	45 （ 47.4 ）	48 （ 50.5 ）	2 （ 2.1 ）	14 （ 14.7 ）	68 （ 71.6 ）	13 （ 13.7 ）
	ちょっとしたことでも興奮しやすい	50 （ 52.6 ）	36 （ 37.9 ）	9 （ 9.5 ）	58 （ 61.1 ）	37 （ 38.9 ）	0 （ 0.0 ）	16 （ 16.8 ）	62 （ 65.3 ）	17 （ 17.9 ）
	以前よりも落ち着きがなくなる	41 （ 43.2 ）	47 （ 49.5 ）	7 （ 7.4 ）	54 （ 56.8 ）	40 （ 42.1 ）	1 （ 1.1 ）	18 （ 18.9 ）	64 （ 67.4 ）	13 （ 13.7 ）
	信頼性係数	α信頼性係数 0.839			α信頼性係数 0.842			α信頼性係数 0.878		
	平均得点	1.9点 （標準偏差;1.7，範囲;0-6）			1.4点 （標準偏差;1.4，範囲;0-4）			2.9点 （標準偏差;1.5，範囲;0-6）		
	中央値	2.0			1.0			3.0		
		n.s.			***					
		***								
初期	既にある物を何度も買ってきてしまう	22 （ 23.2 ）	55 （ 57.9 ）	18 （ 18.9 ）	42 （ 44.2 ）	48 （ 50.5 ）	5 （ 5.3 ）	8 （ 8.4 ）	63 （ 66.3 ）	24 （ 25.3 ）
	何度も同じことを言ったり，同じことを聞いたりする	29 （ 30.5 ）	51 （ 53.7 ）	15 （ 15.8 ）	47 （ 49.5 ）	45 （ 47.4 ）	3 （ 3.2 ）	14 （ 14.7 ）	60 （ 63.2 ）	21 （ 22.1 ）
	以前よりも，だらしなくなる	49 （ 51.6 ）	41 （ 43.2 ）	5 （ 5.3 ）	55 （ 57.9 ）	40 （ 42.1 ）	0 （ 0.0 ）	22 （ 23.2 ）	60 （ 63.2 ）	13 （ 13.7 ）
	作り慣れている料理がうまく作れないようになる	32 （ 33.7 ）	52 （ 54.7 ）	11 （ 11.6 ）	49 （ 51.6 ）	44 （ 46.3 ）	2 （ 2.1 ）	17 （ 17.9 ）	62 （ 65.3 ）	16 （ 16.8 ）
	天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる	19 （ 20.0 ）	53 （ 55.8 ）	23 （ 24.2 ）	47 （ 49.5 ）	42 （ 44.2 ）	6 （ 6.3 ）	10 （ 10.5 ）	59 （ 62.1 ）	26 （ 27.4 ）
	日付がわからなくなる	14 （ 14.7 ）	47 （ 49.5 ）	34 （ 35.8 ）	38 （ 40.0 ）	45 （ 47.4 ）	12 （ 12.6 ）	8 （ 8.4 ）	48 （ 50.5 ）	39 （ 41.1 ）
	信頼性係数	α信頼性係数 0.841			α信頼性係数 0.908			α信頼性係数 0.875		
	平均得点	5.4点 （標準偏差;2.9，範囲;0-12）			3.4点 （標準偏差;2.9，範囲;0-10）			6.6点 （標準偏差;2.8，範囲;0-12）		
	中央値	6.0			3.0			6.0		
		***			***					
		*								
中期	自分の財布や通帳を盗られたと言って騒ぐ	10 （ 10.5 ）	51 （ 53.7 ）	34 （ 35.8 ）	38 （ 40.0 ）	44 （ 46.3 ）	13 （ 13.7 ）	1 （ 1.1 ）	47 （ 49.5 ）	47 （ 49.5 ）
	トイレの場所がわからなくなり，使い方がわからなくなる	2 （ 2.1 ）	42 （ 44.2 ）	51 （ 53.7 ）	33 （ 34.7 ）	40 （ 42.1 ）	22 （ 23.2 ）	0 （ 0.0 ）	41 （ 43.2 ）	54 （ 56.8 ）
	よく知っている場所で道に迷う	7 （ 7.4 ）	50 （ 52.6 ）	38 （ 40.0 ）	34 （ 35.8 ）	43 （ 45.3 ）	18 （ 18.9 ）	3 （ 3.2 ）	42 （ 44.2 ）	50 （ 52.6 ）
	だれもいないのに，だれかが見えているような行動をする	3 （ 3.2 ）	43 （ 45.3 ）	49 （ 51.6 ）	34 （ 35.8 ）	41 （ 43.2 ）	20 （ 21.1 ）	1 （ 1.1 ）	44 （ 46.3 ）	50 （ 52.6 ）
	周囲の人にはよくわからない理由で歩き回る	2 （ 2.1 ）	48 （ 50.5 ）	45 （ 47.4 ）	37 （ 38.9 ）	39 （ 41.1 ）	19 （ 20.0 ）	1 （ 1.1 ）	47 （ 49.5 ）	47 （ 49.5 ）
	食事をしたことを忘れる	6 （ 6.3 ）	50 （ 52.6 ）	39 （ 41.1 ）	31 （ 32.6 ）	50 （ 52.6 ）	14 （ 14.7 ）	1 （ 1.1 ）	50 （ 52.6 ）	44 （ 46.3 ）
	周囲の人にはよく理解できない理由で大声をあげる	6 （ 6.3 ）	51 （ 53.7 ）	38 （ 40.0 ）	39 （ 41.1 ）	49 （ 51.6 ）	7 （ 7.4 ）	5 （ 5.3 ）	55 （ 57.9 ）	35 （ 36.8 ）
	信頼性係数	α信頼性係数 0.902			α信頼性係数 0.942			α信頼性係数 0.932		
	平均得点	9.7点 （標準偏差;3.2，範囲;2-14）			5.6点 （標準偏差;4.3，範囲;0-14）			10.3点 （標準偏差;3.1，範囲;2-14）		
	中央値	10.0			7.0			10.0		
		***			***					
		n.s.								

***:p＜.001　*:p＜.05　n.s.:not significant

Kruskal-Wallis検定
多重比較はMann-Whitney検定（Bonferroni）

され[10]、今後は専門機関等への援助要請意向等も考慮した介入プロセスの解明が必要と考える。

「初期」および「中期」において、「自分の家族」と「担当地区内の高齢者」への受診促進意向に差が確認されたのは、前述と同様にBPSDが顕著になると「担当地区内の高齢者」への介入が一層困難となり、その家族への受診促進の意向が高まるためであると考えられる。「中期」の結果と同様に、今後はこのメカニズムの解明も課題であろう。

V．結論

認知症症状に対する受診促進意向においては、認知症の病期ならびに民生委員が受診促進を行う人により特徴が見られることが明らかとなった。今後は、受診促進意向を低下させる要因の探索が課題である。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきましたA市小地域ケア会議の民生委員の皆様、ならびにA市地域包括支援センターの皆様に深謝申し上げます。

本研究は、A市との共同研究として本学が実施した研究成果の一部である。

参考文献

1）本間昭：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 14：573-591，2003

2）鹿野由利子・花上憲司・木村哲朗ほか：痴呆の早期受診はなぜ難しいのか—家族から見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）：158-181，2003

3）品川俊一郎・中山和彦：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 18：1224-1233，2007

4）杉原百合子・山田裕子・武地一：一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）：9-16，2005

5）久保昌昭・岡本直子・谷野秀夫ほか：認知症のある人とのかかわり度からみた地域住民への効果的な啓発活動のための分析．日本認知症ケア学会誌 7（1）：43-50，2008

6）杉山京・中尾竜二・澤田陽一ほか：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）：1453-1462，2012

7）Coke JS・Batson CD・McDavis K et al：Empathic Mediation of Helping—A Two-Stage Model．Journal of Personality and Social Psychology 36：752-766，1978

8）安部幸志・荒井由美子：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）：451-460，2008

9）木村清美・相場健一・小泉美佐子：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—受診の促進と障壁．認知症ケア学会誌 10（1）：53-67，2011

10）中尾竜二・杉山京・澤田陽一ほか：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．認知症ケア学会誌 12（3）：583-592，2013

Intention to seek help by welfare commissioner who suspect their elderly to have dementia

KEI SUGIYAMA*, RYUJI NAKAO*, YOICHI SAWADA**,
MASAFUMI KIRINO**, YOSHIHITOTAKEMOTO**

*Graduate of Health and Welfare, Okayama Prefectural University
**Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

【OBJECTIVES】The purpose of this study was to clarify intention to seek help by welfare commissioner who suspect their elderly to have dementia, using Kruskal-Wallis test.
【METHODS】The subjects were 119 welfare commissioner members who belonged to the "A" City Sub-region Care Committee. They responded to a self-administered questionnaire about intention to seek help by welfare commissioner or family members who suspect elderly to have dementia. Data of 95 were used for this analysis. The Kruskal-Wallis test was performed to evaluate any significant differences.
【RESULTS】"Elderly in district" scored significantly higher "my family members". And "Family members in district" scored significantly higher "my family members"
【CONCLUSION】Further study is suggested to examine the intention to help-seeking of these factors.

Keyword：welfare commissioner, dementia, intention to seek help, early medical examination