

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

杉山京* 中尾竜二* 澤田陽一** 桐野匡史** 竹本与志人**

【目的】本研究は、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について検討した。

【方法】A市小地域ケア会議に属する民生委員119名に対し、無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査内容は、属性、認知症の知識量、認知症に対する態度等で構成した。統計解析には、各質問項目に欠損値のない113名の資料を用いた。

【結果】因果関係モデルのデータに対する適合度は、統計学的な許容水準を満たしており、「認知症に対する肯定的態度」には「治療の知識量」が、「認知症に対する否定的態度」には「認知症高齢者の介護経験」が有意に関連をもつことが確認された。

【結論】本研究の結果、「認知症に対する肯定的態度」を高める要因として、「治療の知識量」を付与すること、「認知症に対する否定的態度」を低める要因として「認知症との接触経験」をもつ機会を設定することの重要性が示唆された。

キーワード：民生委員、認知症高齢者、態度、知識

1. 緒言

現在わが国の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」をはじめとする認知症施策では、認知症の早期発見・早期受診の実現を担う機関として地域包括支援センターによる援助が期待されている。しかしながら、地域包括支援センターのみですべての地域住民に対応することは現実的に困難であり、地域包括支援センターが認知症の疑いのある高齢者の受診等に関する相談を受診した際には、認知症がかなり進行していることが多く、援助困難な事例も少なくないのが現状である。

そのような状況下で近年、地域包括ケアシステムを実施している多くの自治体において、民生委員が認知症の早期発見・早期受診の一役を担っている¹⁾。民生委員は、日頃から地域で見守りが必要な人を把握するために地域住民との関係を築き、積極的な情報収集を行っており²⁾、地域において援助を必要とする人が、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とを結ぶ「つなぐ役割」を担っている³⁾。そのため、地域住民の身近な存在である民生委員は、初期の認知症が疑われる高齢者

を発見した場合、彼らへの適切な対応あるいは関連機関への相談・協働により、専門医療機関への受診に進展する可能性が高いと考えられる。しかし、古村ら⁴⁾の民生委員を対象とした認知症高齢者やその家族に対する支援に関する調査によると、民生委員は認知症の早期発見・早期受診の重要性については理解しているものの、実際に地域包括支援センターや医療機関等との連携を行ったことがある人は少なかったことを報告している。実際に現在各自治体において民生委員を対象に認知症の疑いのある高齢者の早期発見・早期受診を実現するため、多くの研修等が実施されているが、現状の認知症に関する知識を付与することのみに主眼を置いた研修では、依然として認知症の早期発見・早期受診を実現することは難しいと考えられる。

認知症の早期発見・早期受診を促進する要因に関する先行研究を概観すると、地域住民を対象とした研究において、認知症の人に対する肯定的態度が高いほど早期に受診を勧めようとする意向が高く⁵⁾、認知症の人に対する否定的態度が高いほど医療機関への受診が遅延する傾向にあることが報告されてい

*岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科

**岡山県立大学 保健福祉学部

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

る⁶⁾。また、隣接分野の研究において Jordan⁷⁾ は、精神遅滞の患者に対する研究において被援助者の精神遅滞に対する理解の知識が患者への態度と関連していたと述べ、金ら⁸⁾ や杉山ら⁹⁾ は地域住民を対象とした研究において、認知症に対する知識量が認知症の人に対する態度と関連していることを報告している。以上のことから、認知症に関する知識を付与することにより、認知症に対する肯定的態度が高まり、否定的態度が低減し、結果的に認知症の早期受診が促進される可能性がある。しかしながら、民生委員の研修において具体的にどのような内容の知識を付与することが、認知症に対する態度改善に有用であるかは明らかとなっていないのが現状である。

そこで本研究では、民生委員による認知症の疑いのある人の早期発見・早期受診を実現するための研修の企画に必要な資料を得ることをねらいに、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について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、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。調査はA市小地域ケア会議開催時に実施したため、調査期間は2011年9月から2012年3月で、回答は117人(回収率98.3%)から得られた。

2. 調査内容

調査内容は、回答者の性別、年齢、認知症高齢者の介護経験の有無、過去の認知症に関する知識を得る機会、認知症の知識量、認知症に対する態度などの質問項目で構成した。

認知症の知識量については、杉原ら¹⁰⁾の尺度を一部改変して用いた。この尺度は、アルツハイマー型認知症に関する一般的な設問4項目(以下、一般の知識量)、症状に関する設問10項目(以下、症状の知識量)、認知症の治療に関する設問4項目(以下、治療の知識量)の計18項目で構成されている。得点化については、本来この尺度の得点化は正しい内容の設問に丸印をつけた場合を1点、誤った内容の設問に丸印をつけたものを-1点として、最高点7点から最低点-11点の範囲となる特殊な手法を用いているが、本研究では国外の既存尺度を参考に、認知症に関する正しい知識量を評価すること

を目的に正解の場合を1点、誤った場合を0点とする単純加算を行った。

認知症に対する態度は、黒田ら¹¹⁾が開発した尺度を参考とした。本尺度は、精神障害者に対する態度などの先行研究を参考に認知症の人へ使用可能な項目になるよう作成されたものであり、認知症に対して示す態度の程度を測定しようとした尺度である。本尺度は、認知症に対する「肯定的態度(4項目)」ならびに「否定的態度(4項目)」に関する質問項目で構成されている。

回答は「そう思う;5点」「ややそう思う;4点」「どちらでもない;3点」「あまり思わない;2点」「全く思わない;1点」の5件法で回答を求め、点数が高いほど認知症に対する肯定的態度ならびに否定的態度が高くなるよう得点化を行った。

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、当該項目に欠損値のない113名(調査対象者の95.0%、回答者の96.6%)の資料を用いた。

統計解析は、まず認知症に対する態度について、認知症に対する肯定的態度および否定的態度を下位因子とする2因子斜交モデルを設定し、構造方程式モデリング¹²⁾を用いてデータに対する適合度を確認した。次いで、金ら⁸⁾や杉山ら⁹⁾などの先行研究を参考に、認知症の知識量が認知症に対する態度を規定すると仮定した因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度と各変数間の関連性について検討した。

これらの解析においては、カテゴリカルデータの推定法である重みづけ最小二乗法の拡張法(以下、WLSMV)をパラメーターの推定方法として採用した。因果関係モデルの検証では、両者に影響が考えられる背景要因として調査対象者の性別、年齢、認知症高齢者の介護経験の有無、認知症の知識を得る機会(機会の種別の合計数)を統制変数として投入した。

適合度評価には、Comparative Fit Index(以下、CFI)、Root Mean Square Error of Approximation(以下、RMSEA)を用いた。これらの適合度指標は、一般にはCFI>0.95、RMSEA<0.06であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断される¹³⁾。また、パス係数の有意性は5%有意水準とした。加えて、構造方程式モデリングで検証された因

子構造を構成する観測変数を測定尺度とみなしたときの信頼性の検討には、 ω 信頼性係数¹⁴⁾を用いた。

以上の解析には、統計ソフト「IBM SPSS 20 J for Windows」ならびに「Mplus version 5.2」を用いた。

4. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、事前にA市および研究実施者において質問項目に関する内容および倫理的配慮に関する十分な検討を行った。また、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および倫理的配慮に関する事項を口頭ならびに文章で説明して調査票を配付し、無記名自記式で回答を求め、口頭で同意を得て回収を行った。

Ⅲ. 結果

1. 集計対象者の属性の分布

集計対象者の属性については男性48名(42.5%)、女性65名(57.5%)であり、平均年齢は62.5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43名(38.1%)、「なし」が70名(61.9%)であった。

2. 過去の認知症に関する知識を得る機会に関する回答分布

過去の認知症に関する知識を得る機会については「認知症に関するテレビ番組を視聴したことがある」が最も多く97名(85.8%)であり、次いで「認知症に関する講演を聴いたことがある」が92名(81.4%)、「認知症に関する新聞記事を読んだことがある」が88名(77.9%)、「認知症に関するパン

表1 認知症に関する知識量の回答分布 (n=113)

番号	知識の種類	設問	正答	正解		不正解	
				度数	(%)	度数	(%)
1	一般	「アルツハイマー」「脳血管性」「その他」の種類がある	○	78	(69.0)	35	(31.0)
2		初老期でも高齢期でも起こるが、高齢期に起こることが多い	○	73	(64.6)	40	(35.4)
3		脳の老化によるものなので、年をとるとだれもがなる	×	105	(92.9)	8	(7.1)
4		現在のところ多くの場合原因は不明である	○	53	(46.9)	60	(53.1)
				2.7点 (標準偏差;0.9, 範囲;0-4)			
5	症状	日時や場所の感覚がつかめなくなる症状がでる	○	88	(77.9)	25	(22.1)
6		早期の段階から人格が崩壊する	×	110	(97.3)	3	(2.7)
7		ものごとを判断する力が徐々に衰える	○	88	(77.9)	25	(22.1)
8		記憶だけ悪くなる病気である	×	110	(97.3)	3	(2.7)
9		同じことを何度も聞くようになるとかなり重症である	×	78	(69.0)	35	(31.0)
10		徘徊行動が出る場合が多い	×	51	(45.1)	62	(54.9)
11		もの盗られ妄想がでてくることもよくある	○	86	(76.1)	27	(23.9)
12		早期の段階から、身の回りのことがほとんどできなくなる	×	109	(96.5)	4	(3.5)
13		早期の段階から、お金の管理は小額でも無理である	×	103	(91.2)	10	(8.8)
14		早期の段階から、1人暮らしはできなくなる	×	97	(85.8)	16	(14.2)
				8.1点 (標準偏差;1.4, 範囲;4-10)			
15	治療	早期治療をしても進行を遅らせることができない	×	106	(93.8)	7	(6.2)
16		周囲の対応によっても徘徊などの問題行動は軽減しない	×	105	(92.9)	8	(7.1)
17		現在治療法はまったくない	×	109	(96.5)	4	(3.5)
18		症状を緩和させたり、進行を遅らせたりする薬がある	○	96	(85.0)	17	(15.0)
				3.7点 (標準偏差;0.6, 範囲;1-4)			

「正答:1点」、「誤答:0点」

フレットを読んだことがある」が79名(69.9%)、「認知症に関する本を読んだことがある」が44名(38.9%)となっていた。

過去の認知症に関する知識を得る機会の種類の数は、平均3.5種類(標準偏差;1.3、範囲;0-5)であった。

3. 認知症の知識量に関する回答分布(表1)

認知症の知識量に関する回答分布は表1の示すとおりであった。症状に関する知識の「早期の段階から人格が崩壊する」と「記憶だけ悪くなる病気である」が110名(97.3%)と正答率が最も高く、次いで症状に関する知識の「早期の段階から、身の回りのことがほとんどできなくなる」と治療に関する知識の「現在治療法はまったくない」が109名(96.5%)となっていた。一方で最も正答率が低かったものは、「徘徊行動が出る場合が多い」であり、51名(45.1%)であった。

認知症の知識量の合計得点は、「一般の知識量」は平均2.7点(標準偏差;0.9、範囲;0-4)、「症状の知識量」は平均8.1点(標準偏差;1.4、範囲;4-10)、「治療の知識量」は平均3.7点(標準偏差;0.6、範囲;1-4)点であった。

4. 「認知症に対する態度」尺度の構成概念妥当性と信頼性の検討

認知症に対する態度に関する回答分布は表2に示すとおりであった。『認知症に対する肯定的態度』について「ややそう思う」、「そう思う」という回答に着目すると、「認知症になっても、その人の意思をできる限り尊重してあげたい」が108名(95.6%)

と最も多くなっていた。また、『認知症に対する否定的態度』について「ややそう思う」、「そう思う」という回答に着目すると、「認知症の人にどのように接したらいいかわからない」であり、65名(57.5%)であった。

認知症に対する態度について、『認知症に対する肯定的態度』と『認知症に対する否定的態度』を下位因子とする2因子斜交モデルを設定し、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検討した結果、 χ^2 (df) = 54.235(12)、CFI=0.827、RMSEA=0.176と統計学的な許容水準を満たしていなかった。そこで、各項目の質問内容から項目間の関連を検討し、「yJ3;家族が認知症になったら、協力をうるために、近所の人や知人などにも知ってほしい」と「yJ7;家族が認知症になったら、近所の人にはあまり知らせたくない」の誤差変数間に共分散(相関)を認めて再度検討を行った。

その結果、 χ^2 (df) = 16.107(12)、CFI=0.983、RMSEA=0.055と統計学的な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¹⁵⁾、パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。『認知症に対する肯定的態度』を構成する観測変数を測定尺度とみなした場合の ω 信頼性係数は0.698、『認知症に対する否定的態度』を構成する観測変数を測定尺度とみなした場合の ω 信頼性係数は0.650であった。

5. 認知症に対する態度と認知症の知識量との関連性の検討

認知症の知識量が認知症に対する態度を規定すると仮定した因果関係モデルのデータに対する適

表2 認知症に対する態度の回答分布(n=113)

番号	設問	度数(%)				
		全く思わない	あまり思わない	どちらでもない	ややそう思う	そう思う
『認知症に対する肯定的態度』に関する項目						
yJ1	認知症になっても、その人の意思をできる限り尊重してあげたい	0 (0.0)	2 (1.8)	3 (2.7)	23 (20.4)	85 (75.2)
yJ2	身近に認知症の人がいたら、お世話してあげたい	0 (0.0)	12 (10.6)	18 (15.9)	42 (37.2)	41 (36.3)
yJ3	家族が認知症になったら、協力をうるために、近所の人や知人などにも知ってほしい	0 (0.0)	12 (10.6)	4 (3.5)	34 (30.1)	63 (55.8)
yJ4	自分が認知症になったら、周りの人の手を借りながら自宅での生活を続けたい	1 (0.9)	9 (8.0)	15 (13.3)	44 (38.9)	44 (38.9)
平均得点 17.1点 (標準偏差:2.6、範囲:8-20)						
『認知症に対する否定的態度』に関する項目						
yJ5	認知症の人にどのように接したらいいかわからない	7 (6.2)	26 (23.0)	15 (13.3)	50 (44.2)	15 (13.3)
yJ6	認知症の人とは、できる限り関わりたくない	29 (25.7)	49 (43.4)	27 (23.9)	6 (5.3)	2 (1.8)
yJ7	家族が認知症になったら、近所の人にはあまり知らせたくない	26 (23.0)	48 (42.5)	21 (18.6)	12 (10.6)	6 (5.3)
yJ8	認知症の人は何をするか分からないので怖い	29 (25.7)	47 (41.6)	25 (22.1)	7 (6.2)	5 (4.4)
平均得点 10.0点 (標準偏差:3.0、範囲:4-18)						

「全く思わない;1点」、「あまり思わない;2点」、「どちらでもない;3点」、「ややそう思う;4点」、「そう思う;5点」

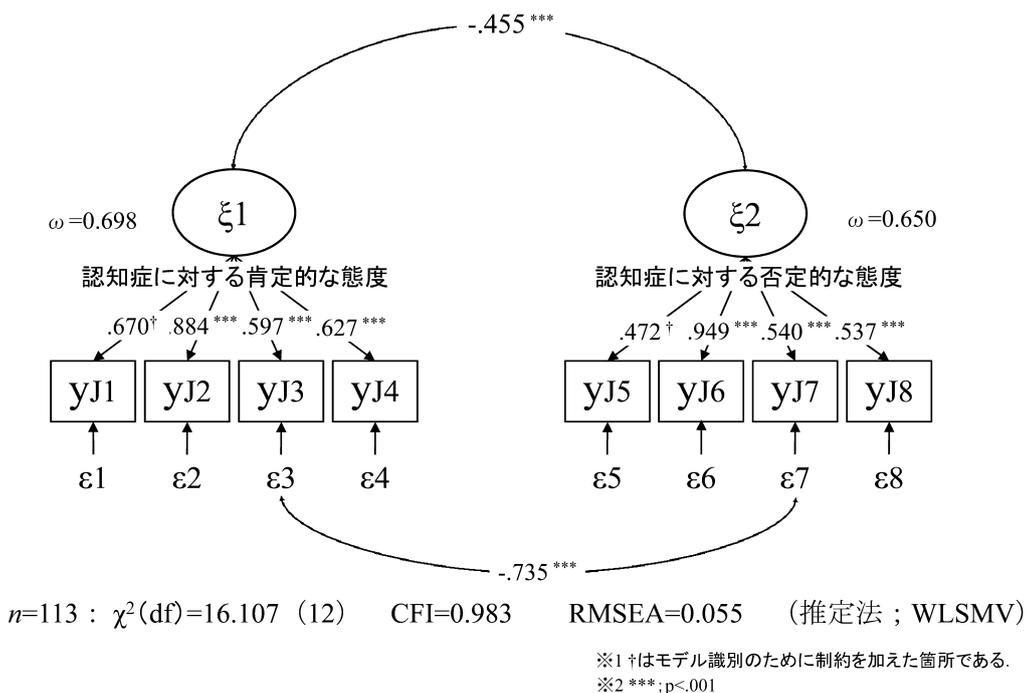


図1 民生委員における認知症に対する態度の因子構造モデル (標準化解)

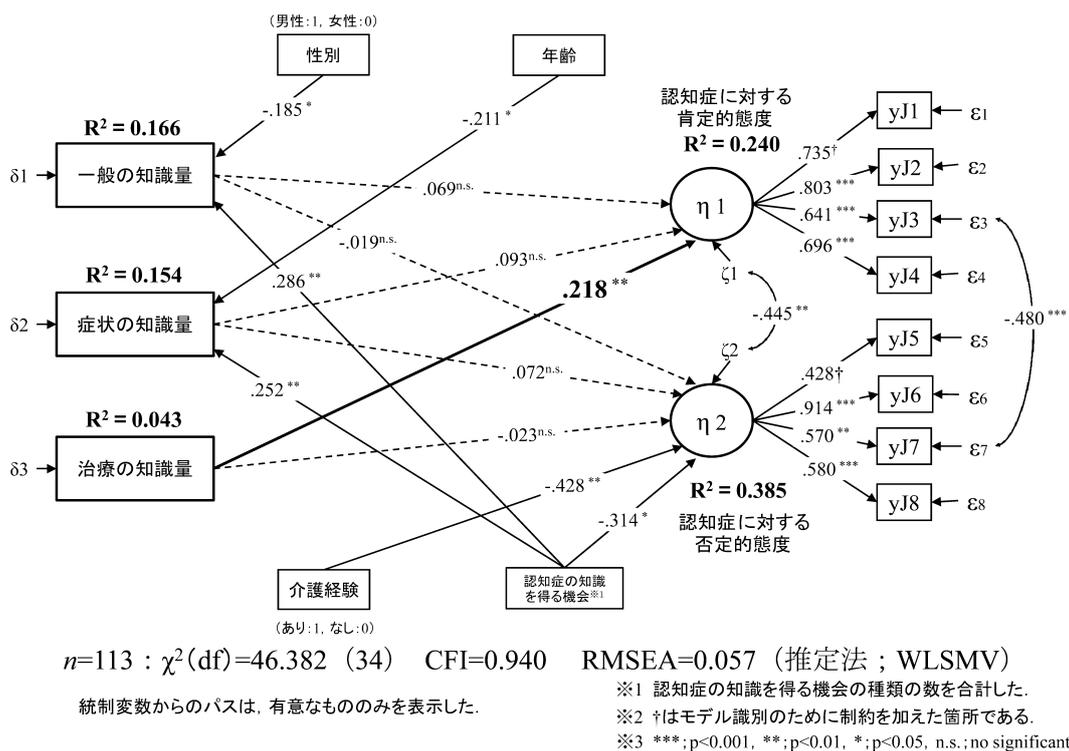


図2 民生委員における認知症の知識量と認知症に対する態度の関連 (標準化解)

合度は、図2のとおり $\chi^2 (df) = 46.382 (34)$ 、 $CFI=0.940$ 、 $RMSEA=0.057$ と統計学的な許容水準を満たしていた。パスの推定値およびその有意検定の結果、『認知症に対する肯定的態度』には、「認知症の知識量」のうち「治療の知識量」($\beta = 0.218$ 、

$p < 0.01$) が有意な関連を持っていた。一方、『認知症に対する否定的態度』には、「認知症高齢者の介護経験の有無」($\beta = -0.428$ 、 $p < 0.01$) と「認知症の知識を得る機会」($\beta = -0.314$ 、 $p < 0.05$) が有意な関連を持っていることが確認された。

また、認知症の知識量と統制変数との関連では、「認知症の知識を得る機会」が「一般の知識量」($\beta = 0.286, p < 0.01$)と「症状の知識量」($\beta = 0.252, p < 0.01$)に有意な関連が確認され、「性別」が「一般の知識量」($\beta = -0.185, p < 0.05$)に、「年齢」が「症状の知識量」($\beta = -0.211, p < 0.05$)に有意な関連が確認された。

『認知症に対する肯定的態度』への説明率は24.0%、『認知症に対する否定的態度』への説明率は38.5%であった。

IV. 考察

近年、認知症の早期発見・早期受診を促進することを目的に、民生委員による介入が期待されている。このような状況のなか、認知症の早期受診を促進するためには、彼らの認知症に対する肯定的な態度を高め、否定的な態度を低めることが重要である可能性が指摘され、認知症に関する知識の付与を目的とした多くの研修等が実施されている。しかし、民生委員の研修において具体的にどのような内容の知識を付与することが、認知症に対する態度改善に有用であるかは明らかではない。そこで本研究では、民生委員を対象に認知症の知識量と認知症に対する態度の関連について検討した。その結果、「認知症に対する肯定的態度」には「治療の知識量」が、「認知症に対する否定的態度」には「認知症高齢者の介護経験」が有意な関連を示していた。

1. 認知症に対する肯定的態度への関連要因

「認知症の知識量」と「認知症に対する肯定的態度」の関連については、「治療の知識量」が多いほど「認知症に対する肯定的態度」が高いことが確認され、本結果は地域住民を対象とした杉山ら⁹⁾の結果と符合していた。精神障害者を対象としたThornicroft¹⁶⁾やJormら¹⁷⁾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。これは精神障害者への医療的介入の効果が期待しにくいことから起こる感覚といえる。認知症の場合も従来遅延薬が開発されていなかった時代においては同様の状況があった。また、ハンセン病やエイズ患者を取り巻く歴史の変遷を概観すると、これらの疾病は当初、原因不明で治療法がないことから不治の感染疾

患といった誤った情報が普及し、このことが疾病に対する恐怖感を一層助長し、患者が偏見や差別の対象となった歴史があった¹⁸⁾。しかしながら、後に疾病に対する治療法や対処療法の開発といった治療の可能性が見出されることにより、患者に対する視点が偏見や差別といった否定的なものから肯定的なものへと変化していった背景がある。このような認知症以外の疾病の歴史の変遷からも推測されるように、認知症に対する態度を肯定的な方向へと高めるためには、治療に関する何らかの手立てがあることが重要であり、その治療に関する正しい知識の普及を行うことが有用と考えられる。現在の認知症に関する研究では、久保ら¹⁹⁾をはじめとして従来の啓発活動では認知症を理解することを目的に、認知症症状に関する知識の付与に主眼が置かれ研究が行われてきた。しかし本結果より、認知症の早期発見・早期受診といった援助行動の促進を目的とした研修・啓発活動においては、治療に関する知識の付与に着目する重要性が示唆されたと考える。

2. 認知症に対する否定的態度への関連要因

「認知症に対する否定的態度」については、「認知症高齢者の介護経験」を有していること、「認知症に関する知識を得る機会」が多いほど、「認知症に対する否定的態度」が低いことが確認された。精神障害者を対象とした研究^{20, 21)}によると、精神障害者との交流体験が、精神障害者への好意的な態度につながることを指摘し、黒田ら¹¹⁾は地域住民を対象に認知症に対する態度に関連する要因について探索した結果、「認知症の人との関わりの有無」や「認知症に関する情報に接する頻度」といった「認知症の人との交流体験」を有する人は「認知症に対する態度」が良好であったことを報告している。本研究結果は、先行研究の結果とも符合しており、民生委員という特別な役割付与をされた地域住民であっても、認知症に対する否定的態度を低減するためには、認知症の人との関わる機会をもつことが重要であることが推測された。以上のことから、民生委員を対象とした認知症の早期受診を目的とした啓発活動において、認知症との交流の機会を設けることが必要であると考えた。

V. 結論

本研究の結果、認知症の早期受診の促進を目的とした研修活動において、とりわけ「認知症の治療に関する知識」の付与や「認知症の人と接する機会」を設定することに重点をおいたプログラムを企画・実施することが重要であることが示唆された。今後は、これらの結果を踏まえた研修の実施と、それら効果の測定を行うことが必要であると考え。また、本研究は特定地域の民生委員を対象に調査を実施したが、今後は結果の一般化を図るため、調査対象を拡大して検証することが求められると考える。

謝辞

本調査の実施にあたり、調査にご協力頂きましたA市小地域ケア会議に所属する民生委員ならびに地域包括支援センター職員の皆様に深謝申し上げます。

参考文献

- 1) 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. 平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書.
- 2) 藤永新子, 佐瀬美恵子, 臼井キミカ (2010). 地域見守り活動を通じた民生児童委員と関係機関との連携の実態—民生児童委員のインタビュー調査から. 甲南女子大学研究紀要, 4: 199-209.
- 3) 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
- 4) 古村美津子, 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.
- 5) 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見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. 厚生指針, 60 (13): 22-29.
- 6) Vernooji-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, et al. (2005). Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe—From awareness to stigma. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20: 377-386.
- 7) Jordan JE (1971). Construction of a Gluttman facet designed cross-cultural attitude-behavior

scale toward mental retardation. *Am J Ment Defic*, 76 (2): 201-219.

- 8) 金高閣, 黒田研二, 下藺誠ほか (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: 49-62.
- 9) 杉山京, 川西美里, 中尾竜二ほか (2014). 地域住民における認知症の人に対する態度と認知症の知識との関連. *老年精神医学雑誌*, 25: 556-565.
- 10) 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.
- 11) 黒田研二, 金高閣, 鄭小華ほか (2011). 認知症の人に対する地域住民の受容態度とその関連要因. *社会問題研究*, 60: 27-34.
- 12) 豊田秀樹 (1998) 共分散構造分析 [入門編]—構造方程式モデリング. 朝倉書房.
- 13) Hu L, Bentler PM (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis—Conventional Criteria versus New Alternative. *Structure Equation Modeling*, 6: 1-55.
- 14) McDonald RP (1999). *Test Theory—A Unified Treatment*. Mahwah, NJ: Psychology Press.
- 15) 山本嘉一郎, 小野寺孝義 (1999). *Amosによる共分散構造分析と解析事例*. 第2版. ナカニシヤ出版.
- 16) Thornicroft G (2006). *Shunned—Discrimination against People with Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- 17) 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. *Aust N Z Psychiatry*, 33 (1): 77-83.
- 18) 大谷藤郎 (1993) 現代のスティグマ—ハンセン病・精神病・エイズ・難病の難難. 勁草書房.
- 19) 久保昌昭, 岡本直子, 谷野秀夫ほか (2008). 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.
- 20) 黒田ら (2001). スティグマの克服に向けて. *社会問題研究*, 50 (2): 87-119.

- 21) Ay P, Save D, Fidanoglu O (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education?. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 41 : 63-67.

Relationship between knowledge of dementia symptoms and attitude toward people with dementia among local welfare commissioners

KEI SUGIYAMA*, RYUJI NAKAO*, YOICHI SAWADA**,
MASAFUMI KIRINO**, YOSHIHITO TAKEMOTO**

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

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

【OBJECTIVES】 The present study aims to understand the relationship between knowledge of dementia symptoms and attitude toward people with dementia, using structural equation modeling.

【METHODS】 The participants—119 local welfare commissioners who belonged to the “A” city Sub-region Care Committee—answered a self-administered questionnaire that measured the knowledge of dementia and the attitude toward people with dementia. In addition, the questionnaire covered various other factors that affect their knowledge and attitude toward people with dementia. Data of 113 local welfare commissioners were used for the analysis. The relationship between knowledge and attitude toward people with dementia was evaluated using multiple indicator models.

【RESULTS】 The results indicated that “knowledge of treatment” significantly influenced positive attitude toward dementia. On the other hand, “care experience” and “opportunity to gain knowledge of dementia” significantly affected negative attitude toward dementia.

【CONCLUSION】 The present study showed that providing “knowledge of treatment” can increase positive attitude towards dementia, and “experience of interacting with people having dementia” can lower negative attitude towards dementia.

Keywords : local welfare commissioner, elderly with dementia, attitude, knowledge