

# 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

中尾竜二\* 杉山京\* 澤田陽一\*\* 桐野匡史\*\* 竹本与志人\*\*

【目的】 民生委員ならびに福祉委員を対象に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について検証することである。

【方法】 A市の民生委員119名と福祉委員206名を対象とし、統計解析には計245名のデータを用いた。援助行動理論を援用し、認知症に対する受容態度が本人および家族への初期の認知症症状に対する受診促進意向を規定するといった因果関係モデルを設定して検証した。

【結果】 初期の認知症症状に対する本人への受診促進意向と認知症に対する受容態度の間には有意な関連が確認されなかったが、家族への受診促進意向と認知症に対する受容態度の間には有意な関連が確認された。

【結論】 今後は認知症の受容態度を規定する要因の探索が課題である。

キーワード：民生委員、福祉委員、受容態度、受診促進意向

## I. 緒言

我が国の認知症高齢者数は高齢者人口の増加に伴い急速に増大し、2025（平成37）年には「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が約470万人に達すると推計されており<sup>1)</sup>、介護予防や医療経済的な観点より早期受診への対策が急務とされている。このような状況の中、認知症の中核症状や周辺症状に対する科学的理解が深まってきていることと並行して進行遅延薬の開発や認可が進み、治療やケア技術は以前よりも格段に進歩してきている。これにより早期受診の重要性が増し、初期の段階で適切な治療やケアを開始することが認知症高齢者の症状の軽減ならびに進行の抑制、さらには患者と家族の生活の質の維持向上につながるものと期待されている<sup>2,6)</sup>。

これまでの認知症の早期受診に関する先行研究によると、その役割を家族に期待するものが多く<sup>2,3)</sup>、国策においても家族に対し啓発活動が多く実施されている。しかし、安部ら<sup>7)</sup>は一般生活者を対象にした意識調査で、家族の初期症状に対して「病院を受診する」と回答した人は4割に満たなかったと報告し、また品川ら<sup>4)</sup>は認知症を疑った場合の家族

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受診が困難な現状を報告している。家族が受診行動に移すことが困難な理由としては、鹿野ら<sup>3)</sup>や木村ら<sup>6)</sup>によると、初期の認知症症状を呈する人を発見した場合、その症状が認知症によるものか否かの判断が難しく、受診を躊躇する家族が少なくないと報告している。また奥村ら<sup>8)</sup>は、家族は本人との心理的距離の近さから冷静な判断をしにくいことがあると報告している<sup>2,6,8)</sup>。現状での家族のみによる認知症の早期受診の難しさが推察される。さらには、近年のひとり暮らし世帯や高齢世帯の増加に伴い<sup>9)</sup>、初期での認知症発見が一層困難となり、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（以下、BPSD）が顕著な中期以降の進行した段階で受診に至る事例が多くなっていることから<sup>3,4,6)</sup>、初期で認知症を疑う身近な家族が存在しないことも早期受診を遅らせる理由の一つと考えられる。

我が国では2005（平成17）年に「認知症を知り地域をつくる10か年」構想が展開され、誰もが暮

\*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

らしやすい地域を作っていくことを目指してきた。特に A 市では国策に先行する形で地域包括ケアシステムを構築し、民生委員や福祉委員が地域包括支援センターの相談・支援につなげるニーズキャッチ機能を担うことができるよう取り組んできた<sup>10)</sup>。つまり、地域で認知症症状が見られる高齢者を発見した場合、民生委員や福祉委員の存在が早期受診の要となり、彼らの適切な対応あるいは関連機関への相談・協働により、早期に専門医の受診へとつながる可能性は高いと考えられる<sup>11)</sup>。しかし、これまでに民生委員や福祉委員がどのような認知症症状を持つ高齢者に対して受診を促す意向（以下、受診促進意向と略する）を抱くのかなどに関する研究のみならず、実態調査さえほとんど行われてこなかった。受診促進意向の研究については、杉山ら<sup>12)</sup>が地域住民を対象に受診促進意向と知識量の研究を行い関連があることを報告しているにとどまっている。

援助行動理論<sup>13)</sup>によると、受診促進行動は援助行動の一つと考えられる。援助行動に関する先行研究<sup>14, 15)</sup>のなかでもCokeら<sup>14)</sup>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連を示唆している。この理論を援用するならば、認知症に対する共感性の高まりは、認知症を抵抗なく受容する態度へとつながるものと考えられ、これらの関連を検証することにより受診促進行動に至るプロセスを明らかにする一助となるものと考ええる。

そこで本研究では、認知症の早期受診を可能とする受診・受療連携システムの構築に必要な資料を得ることを目的に、民生委員ならびに福祉委員を対象に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を検証することとした。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象および調査方法

調査対象者は、A市の小地域ケア会議に属する民生委員119名と福祉委員206名、計325名（2011年8月1日時点）とした。民生委員は厚生労働大臣より、社会奉仕の精神を持って、常に住民の立場になって相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努めることを任務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者である。福祉委員は、社

会福祉協議会により一般市民から委嘱され、地域福祉活動の推進に対する協力ならびに地区内の福祉事業の円滑な実践活動を行うための地域の「見守り役」として設置された地域のボランティアである。特にA市では、支援を要する事例が早期に地域包括支援センターへ紹介されるよう、見守りネットワークの構築ならびに強化を進めている。そのなかで、福祉委員は地域住民に最も近い存在であることから、ニーズを早期にキャッチし、民生委員または地区社会福祉協議会会長に連絡する「地域の見守り役」が期待されている。

倫理的配慮として、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倫理的配慮に関する十分な検討を行った。また、A市地域包括支援センター職員が小地域ケア会議開催時に調査の趣旨および倫理的配慮に関する事項を文書ならびに口頭で説明して無記名自記式の調査票を配付した。本調査への協力は自由意思とし、口頭で同意を得られた委員からその場で回収を行った。また、本人の意思で持ち帰り記入した場合は、後日回収を行った。

調査期間は2011（平成23）年8月から2012（平成24）年2月の7ヶ月間で、回答は民生委員117名（回収率98.3%）、福祉委員181名（回収率87.9%）、計298名（回収率91.7%）から得られた。

### 2. 調査内容

調査内容は、回答者の基本属性、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、委員の種類、認知症に対する受容態度、認知症初期症状に対する受診促進意向（高齢者本人ならびに家族）などで構成した。

認知症の知識量の測定は、杉原ら<sup>5)</sup>の尺度を使用した。この尺度は、認知症に関する一般的な設問4項目、中核症状に関する設問5項目、周辺症状に関する設問2項目、行動能力に関する設問3項目、認知症の治療に関する設問4項目、計18項目で構成されている。これらの設問は、国外の知識量を測定する尺度<sup>16-18)</sup>とおおむね同様の構成概念を基礎としているため、使用に耐えうるものであると考え使用することにした。得点化は、国外の既存尺度を参考に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点とする単純計算を行うこととした。

認知症初期症状に対する受診促進意向について

は、安部ら<sup>19)</sup>の研究を参考に「認知症初期症状を呈する本人および家族に対する受診を勧めようとする意向」と操作的定義を行った。受診促進意向6項目について「仮にあなたの担当地区の『65歳以上の高齢者』の誰かに以下の症状が見られた場合、あなたは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。受診を勧める人については高齢者本人とその家族の二者を設定し、それぞれに対する意向を尋ねた。

本研究では、認知症に対する共感性を「認知症に対する受容態度」と捉え、Cokeら<sup>14)</sup>の援助行動理論に基づく共感の概念を参考に「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」と操作的定義を行った。そして、黒田ら<sup>20)</sup>が開発した認知症に対する受容的態度を尋ねる8項目尺度から操作的定義を参考に項目を精査し、認知症に対する肯定的な受容的態度を尋ねる4項目を選定した。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、点数が高いほど受容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298名の調査票から当該項目に欠損値のない民生委員98名(83.8%)と福祉委員147名(81.2%)、計245名(82.2%)の資料を用いた。

統計解析においては、まず受診促進意向について高齢者本人と家族、認知症に対する受容態度のそれぞれ1因子モデルを設定し、構造方程式モデリング<sup>21)</sup>を用いてデータに対する適合度を確認した。次いで、Cokeら<sup>14)</sup>の援助行動理論に従い、受容態度が高齢者本人ならび家族への受診促進意向を規定するといっ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を確認した。

これらの解析においては、重み付け最小二乗法の拡張法(以下、WLSMV)をパラメータの推定方法に、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を確認した。因果関係モデルの検証では、受容態度と高齢者本人ならびに家族への受診促進意向の両者に影響が考えられる背景要因として基本属性など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が0.95以上、RMSEAが0.06以下であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断される<sup>22)</sup>。またパス係数の有意性は非標準化係数を標準誤差で除いた値で判断し、その絶対値が1.96(5%有意水準)以上を示したものを統計学的に有意とした。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項目としたときの信頼性は $\alpha$ 信頼性係数<sup>23)</sup>を算出した。以上の解析には、統計ソフト「IBM SPSS 20J for Windows」ならびに「Mplus Version 5.2」を用いた。

## III. 結果

### 1. 集計対象者の基本属性の分布

集計対象者245名の属性については男性74名(30.2%)、女性171名(69.8%)であり、平均年齢は63.1歳(標準偏差;7.2、範囲;37-84)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73名(29.8%)、「なし」が172名(70.2%)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203名(82.9%)であり、次いで「認知症に関する講演を聞いたことがある」が177名(72.2%)、「認知症に関する新聞記事を読んだことがある」が170名(69.4%)、「認知症に関するパンフレットを読んだことがある」が148名(60.4%)、「認知症に関する本を読んだことがある」が95名(38.8%)、「その他」が7名(2.9%)となっていた。過去の認知症に関する知識を得る機会の平均は3.3種類(標準偏差;1.3、範囲;0-6)であった。

### 3. 認知症の知識量に関する回答分布

認知症の知識量に関しては中核症状の知識を問う設問の「記憶だけ悪くなる病気である」が239名(97.6%)と最も正答率が高かった。最も正答率が低かったものは、一般的な認知症の知識を問う設問の「現在のところ多くの場合原因は不明である」であり、110名(44.9%)であった。認知症の知識量の

平均は 14.3 点（標準偏差；2.1、範囲；9-18）であった。

#### 4. 民生委員・福祉委員の担当地区の『65 歳以上の高齢者』に認知症初期症状が見られた場合の受診促進意向の構成概念妥当性と信頼性の検討

##### (1) 高齢者本人への受診促進意向の構成概念妥当性と信頼性の検討

高齢者本人に対する受診促進意向に関する回答分布は表 1 のとおりであった。「受診を勧める」と「強く受診を勧める」という回答に着目すると、「日付がわからなくなる」が 147 名（60%）と最も多くなっていた。

1 因子モデルを設定し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を検討した結果、 $\chi^2$  (df) = 51.646 (5)、CFI=0.972、RMSEA=0.195 と統計学的な許容水準を満たしていなかった。そこで、項目内容から各項目間の関連性を確認したところ、「既にある物を何度も買ってきってしまう」と「何度も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」が記憶障害から起こる言動、「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」と「日付がわからなくなる」が見当識障害を示していると考えられ、誤差間に共分散を認めて検討を行った。その結果  $\chi^2$  (df) = 17.832 (6)、CFI=0.993、RMSEA=0.090 と概ね統計学的な許容水準を満たした。モデルの認識のため

に制約を加えたパスを除き、パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。 $\alpha$  信頼性係数は 0.880 であった。

##### (2) 高齢者の家族への受診促進意向の構成概念妥当性と信頼性の検討

家族に対する受診促進意向に関する回答分布は表 1 に示すとおりであった。「受診を勧める」と「強く受診を勧める」という回答に着目すると、「日付がわからなくなる」が 211 名（86.1%）と最も多く、最も低かったものは、「以前よりも、だらしなくなる」であり、158 名（64.5%）であった。

1 因子モデルを設定し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を検討した結果、 $\chi^2$  (df) = 98.878 (5)、CFI=0.913、RMSEA=0.277 と統計学的な許容水準を満たしていなかった。そこで、高齢者本人への受診促進意向の検証と同様に「既にある物を何度も買ってきってしまう」と「何度も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」、「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」と「日付がわからなくなる」の誤差間に共分散を認めて検討を行った。その結果  $\chi^2$  (df) = 15.150 (5)、CFI=0.991、RMSEA=0.091 と概ね統計学的な許容水準を満たした。モデルの認識のために制約を加えたパスを除き、パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。 $\alpha$  信頼性係数は 0.846 であった。

表 1 『65 歳以上の高齢者』に初期の認知症症状が見られた場合の受診促進意向に関する回答分布 (n = 245)

番号	設問		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	( % )
1	既にある物を何度も買ってきてしまう	(本人) yP1	122	( 49.8 )	115	( 46.9 )	8	( 3.3 )
		(家族) yF1	46	( 18.8 )	163	( 66.5 )	36	( 14.7 )
2	何度も同じ事を言ったり, 同じ事を聞いたりする	(本人) yP2	133	( 54.3 )	106	( 43.3 )	6	( 2.4 )
		(家族) yF2	63	( 25.7 )	148	( 60.4 )	34	( 13.9 )
3	以前よりも, だらしなくなる	(本人) yP3	154	( 62.9 )	89	( 36.3 )	2	( 0.8 )
		(家族) yF3	87	( 35.5 )	136	( 55.5 )	22	( 9.0 )
4	作り慣れている料理がうまく作れないようになる	(本人) yP4	139	( 56.7 )	98	( 40.0 )	8	( 3.3 )
		(家族) yF4	66	( 26.9 )	153	( 62.4 )	26	( 10.6 )
5	天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる	(本人) yP5	124	( 50.6 )	107	( 43.7 )	14	( 5.7 )
		(家族) yF5	42	( 17.1 )	159	( 64.9 )	44	( 18.0 )
6	日付がわからなくなる	(本人) yP6	98	( 40.0 )	122	( 49.8 )	25	( 10.2 )
		(家族) yF6	34	( 13.9 )	135	( 55.1 )	76	( 31.0 )
本人に対する受診促進意向の合計得点		平均3.1点	(標準偏差:2.7, 範囲:0-10)		***			
家族に対する受診促進意向の合計得点		平均5.6点	(標準偏差:2.7, 範囲:0-12)					

「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

Wilcoxon の符号付き順位検定 (\*\*\*:  $p < 0.001$ )

## 5. 認知症に対する受容態度の構成概念妥当性と信頼性の検討

認知症に対する受容態度に関する回答分布は表2に示すとおりであった。「そう思う」「ややそう思う」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235名(95.9%)と最も高かった。

表2 認知症に対する受容態度に関する回答分布 (n = 245)

番号	項目	そう思う		ややそう思う		どちらでもない		あまり思わない		全く思わない	
		度数	( % )	度数	( % )	度数	( % )	度数	( % )	度数	( % )
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	180	( 73.5 )	55	( 22.4 )	4	( 1.6 )	6	( 2.4 )	0	( 0.0 )
yJ2	身近に認知症の人がいたら、お世話してあげたい	79	( 32.2 )	87	( 35.5 )	54	( 22.0 )	24	( 9.8 )	1	( 0.4 )
yJ3	家族が認知症になったら、協力をうために、近所の人や知人などにも知っておいてほしい	128	( 52.2 )	80	( 32.7 )	14	( 5.7 )	22	( 9.0 )	1	( 0.4 )
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	87	( 35.5 )	85	( 34.7 )	35	( 14.3 )	30	( 12.2 )	8	( 3.3 )
平均得点		16.7点 (標準偏差:2.74, 範囲:7-20)									

「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

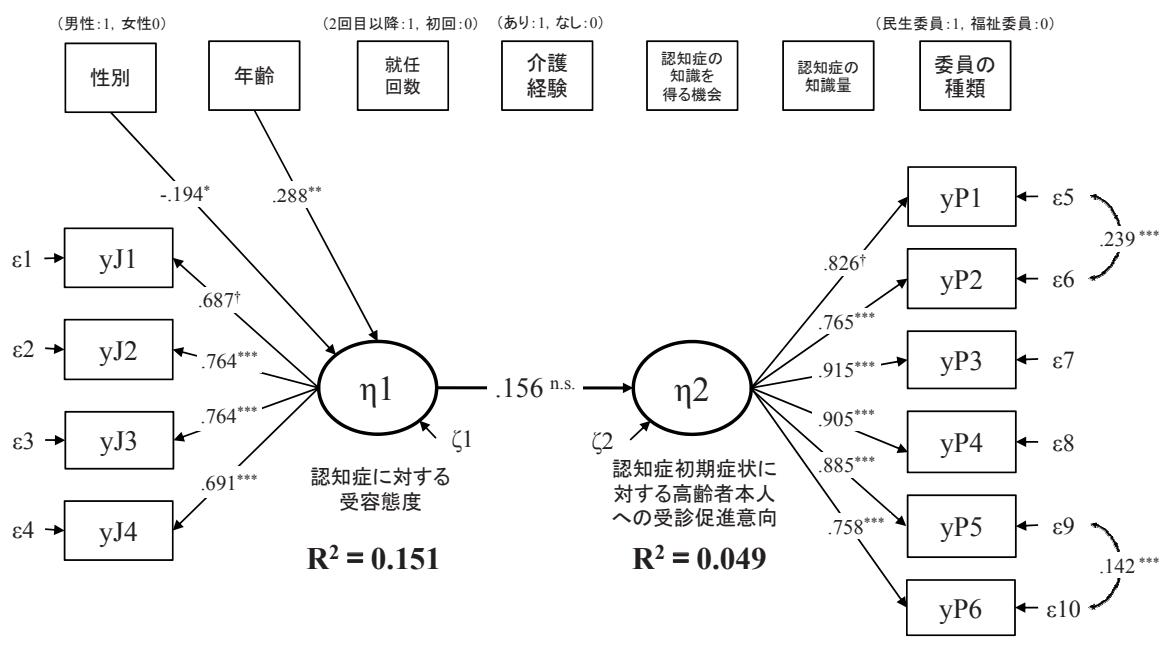


図1 認知症初期症状に対する高齢者本人への受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連 (標準化解)



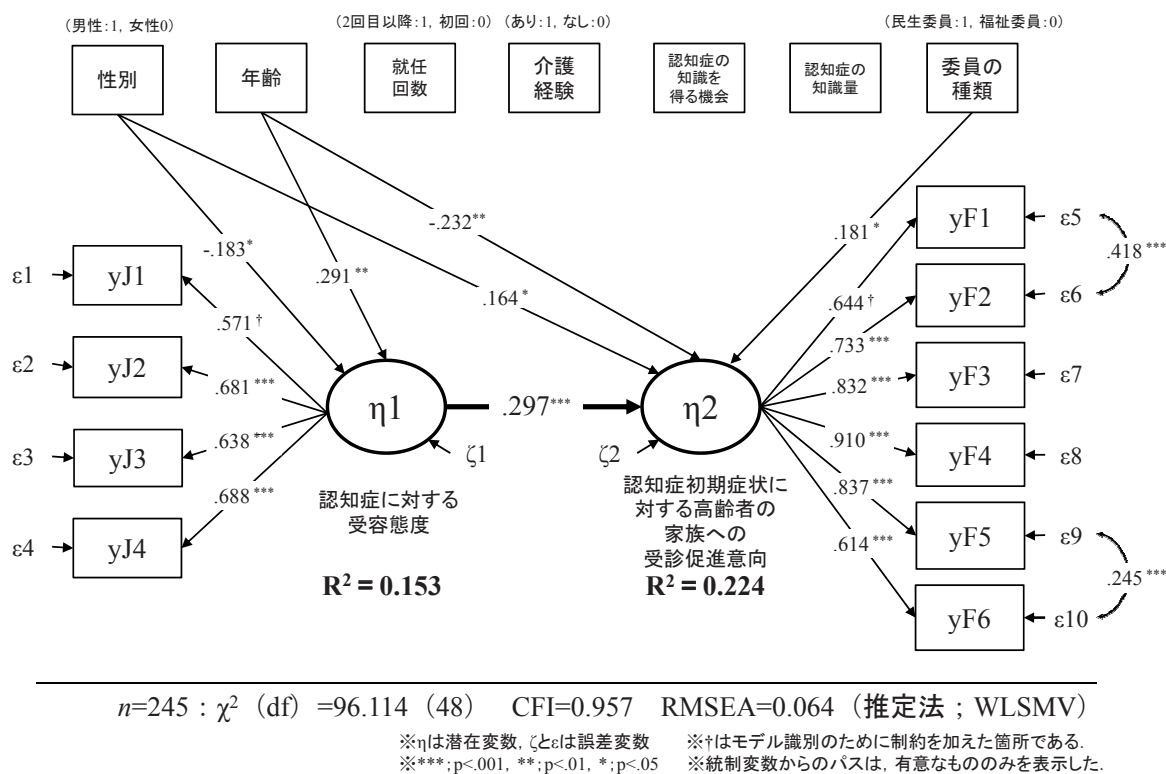


図2 認知症初期症状に対する高齢者の家族への受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連  
(標準化解)

## 6. 民生委員・福祉委員の『65歳以上の高齢者』に認知症初期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性の検討

(1) 高齢者本人への受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連性の検討

調査対象者の基本属性などを統制変数として投入し受容態度が高齢者本人への受診促進意向を規定する因果関係モデルのデータに対する適合度は、図1のとおり  $\chi^2$  (df) = 86.116 (44)、CFI = 0.978、RMSEA = 0.063 と概ね統計学的な許容水準を満たしていたが、受容態度は高齢者本人への受診促進意向と有意な関連が確認されなかった（標準化係数：0.156、n.s.）。受容態度への説明率は15.1%、高齢者本人への受診促進意向への説明率は4.9%であった。

## (2) 高齢者の家族への受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連性の検討

調査対象者の基本属性などを統制変数として投入し、受容態度が家族への受診促進意向を規定する因果関係モデルのデータに対する適合度は、図2のとおり  $\chi^2$  (df) = 96.114 (48)、CFI = 0.957、RMSEA = 0.064 と統計学的な許容水準を概ね満たしていた。受容態度と家族への受診促進意向には

有意な関連が確認された（標準化係数；0.297、 $p<.001$ ）。受容態度への説明率は15.3%、家族への受診促進意向への説明率は22.4%であった。

#### IV. 考察

## 1. 認知症の受容態度に関する先行研究との比較

黒田ら<sup>20)</sup>は認知症に対する受容態度を社会的受容という概念から捉え、地域住民の代表として老人クラブ会員などを対象に調査を実施しており、社会的受容のうち肯定的な項目の合計点の平均は本研究結果とほぼ同値であった。また「そう思う」と「ややそう思う」の回答率が90%以上であるという点もほぼ同値であった。これらの比較により、民生委員や福祉委員と役割付与のない地域住民の認知症に対する受容態度にあまり違いがないと考えられる。

金ら<sup>24)</sup>は地域住民と特別養護老人ホーム介護職員に調査を行った結果、すべての質問項目で介護職員の方が有意に高かったと報告し、その理由を介護職員は専門的に訓練、研修を受け、専門職としての倫理観を持っていることが影響していると述べている。また、金ら<sup>24)</sup>は、地域住民を対象に調査を

行った結果、認知症の方と関わりや情報を得る機会が多い人は認知症の受容態度が高かったことを報告している。認知症の人に対する態度は、民生委員や福祉委員といった役割付与により高まるものではなく、認知症の人との接触経験や情報を得る機会により高まることが推察されるが、接触経験や情報を得る機会の多さと認知症の人に対する態度の関連の研究は未だ乏しいことから、今後さらに研究を蓄積し、これらの関連について検証していくことが必要である。

## 2. 民生委員ならびに福祉委員における認知症初期症状が見られた場合の高齢者本人への受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連

本研究では高齢者本人に対する受診促進意向と受容態度との間に有意な関連は確認されなかった。臼井ら<sup>25)</sup>は本人へ受診を勧めることが本人に憎まれることにつながるのではないかと感じる感覚が大きな受診阻害要因となると報告し、品川ら<sup>4)</sup>は介護支援専門員が高齢者本人への受診を勧めない理由について「本人のプライドを傷つける」という意見が半数を占めていたと報告している。介護支援専門員などの専門職ですら本人への受診促進が困難であることから、民生委員、福祉委員による高齢者本人への受診促進はより困難であることが推測される。しかしながら、民生委員や福祉委員の具体的な困難状況や困難感の程度については、本研究のみならず先行研究においても明らかになっていない。今後は質的研究により明確にしていく必要がある。

また、ひとり暮らし高齢者が増加する中で、ひとり暮らし高齢者に対する早期受診が重要である。現状ではひとり暮らし高齢者に別居家族を通じて受診促進が行われ、受診に至ることも多くある。しかし本研究では、「高齢者本人への受診促進意向」に関する質問において、「ひとり暮らしの高齢者」と「同居家族のある高齢者」といった同居家族の有無を確認しておらず、「家族への受診促進意向」においても「同居の家族」と「別居の家族」を分けて確認をしていなかった。今後の研究においては、家族構成をふまえた質問設定が課題である。

## 3. 民生委員ならびに福祉委員における認知症初期症状が見られた場合の高齢者の家族への受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連

本研究では、受容態度が高いほど家族への受診促進意向が高いことが明らかになった。このことは、Cokeらの援助行動理論が本研究において援用可能であったことを意味する。民生委員や福祉委員には家族に受診促進を行うのみならず、早期受診への理解を高め、状況に応じて家族と地域包括支援センターなどの相談機関とつなぐ役割が求められると考える。そのため、有用な受診・受療連携システムの構築には、家族への受診促進における彼らの役割の明確化が課題である。

## 4. 認知症初期症状が見られた場合の高齢者本人ならびに家族への受診促進意向と認知症に対する受容態度に対する統制変数の関連

本研究では高齢者本人ならびに家族への受診促進意向、認知症に対する受容態度との関連が想定される変数を設定し検討を行った結果、高齢者本人に対する受診促進意向に有意な関連を持つ統制変数は確認されなかった。一方、家族に対する受診促進意向には性別、年齢、委員の種類で有意な関連が確認された。また、受容態度には性別と年齢のみが有意に関連していた。

性別が認知症の受容態度に関連するという結果については金ら<sup>24)</sup>は、女性の方がポジティブなイメージを持っていると報告している。本調査でも、女性の方が、受容態度が高い結果であったことは、女性の方が男性に比べ介護に従事する機会が多いため、介護経験が多く、認知症を肯定的に受け入れるものと推察される。また男女の性格の特性の違いなどが受容態度に関連することも推察されるが、これらについては推察の域を脱していないため、今後は受容態度との関連を検証していくことが求められる。

年齢が高いほど認知症に対する受容態度が高いという結果については、本間ら<sup>2)</sup>が同様の報告をしている。年齢について関連がみられたことは、高年齢であるほど認知症の発症率が高くなり、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、認知症を肯定的に捉える可能性があると推察される。

性別、年齢は介入が困難な要因であるが、認知症の啓発活動や知識付与に有用な道標となることからより詳しい検証が求められる。

本研究では受容態度を高めるための介入可能な要因が明らかとならなかった。今後は介入可能な要因

の探索が求められる。先行研究では杉山<sup>26)</sup>らは地域住民を対象に認知症の態度について、関わりが高い人ほど肯定的な態度を示すと報告している。本調査では介護経験の有無について関連がみられなかったが、介護対象者の状況や介護期間など介護経験の内容をふまえた検証を行うことが課題である。

委員の種類については、民生委員の方が福祉委員に比して家族への受診促進意向が高かった。中尾ら<sup>27)</sup>の研究によると、認知症の疑いのある高齢者を発見した場合に民生委員は「認知症が疑われる家族」に、福祉委員は「民生委員」に相談する意向を持っていたと報告している。民生委員は福祉委員に比して、認知症に関する研修の頻度が多く、また役割の特性上、認知症が疑われる高齢者本人やその家族に直接援助する意識が高いことが推察される。また、福祉委員はその役割上直接的な援助よりも民生委員へのつなぎ役として間接的な援助を行うことが期待されており、今後は民生委員、福祉委員ともに役割に応じた研修内容の企画などが求められる。

認知症の知識に関して、本研究では有意な関連が見られなかった。杉山<sup>12)</sup>らの地域住民を対象にした研究では、受診促進意向に認知症の初期症状に対する知識量との間に関連は見られず、中期症状に関連が見られたと報告している。本研究では、認知症の病期の教示をされておらず、関連が見られなかったことが推察される。過去の認知症に関する知識を得る機会と知識量の回答分布の結果から考えるならば、テレビや講演会から得る知識の内容が早期受診の受診促進意向へつながらない可能性があるため、今後は受診促進に有用な知識の選定や啓発方法を吟味・検討していくことが必要である。

## V. 認知症の早期受診を可能とする受診・受療連携システム構築に向けた課題

本研究の結果より、認知症に対する受容態度が高いほど高齢者の家族への受診促進意向が高いことが明らかになった。家族への受診促進意向を高めるには民生委員ならびに福祉委員の認知症の受容態度を高めることが重要であることから、今後は認知症に対する受容態度を規定する要因の探索が課題である。また認知症の早期受診を可能とする受診・受療連携システム構築において、民生委員や福祉委員は支援対象となる高齢者に最も近い位置に存在しており、介護支援専門員などの専門職がフォーマルな援

助者に対し、彼らはインフォーマルな支援者として位置づけられることなどを踏まえるならば、彼らの早期受診における役割は、見守り活動の範囲としての早期発見と専門職へ援助要請をするところにあるとも考えられる。これらのことを考慮したうえで、彼らの役割の明確化と位置づけなどが求められる。しかし役割については各地域による違いがみられる。認知症の早期受診を可能とする受診・受療連携システムを構築するためには、単一市町村を対象とした調査ではなく、他市町村においても調査を実施し、本結果の一般化等が必要と考える。

## 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市の地域包括支援センターならびに民生委員、福祉委員の皆様へ深謝申し上げます。

※本論文は平成25年度岡山県立大学大学院修士論文（中尾竜二）に加筆・修正を行ったものである。また本研究の一部は第14回日本認知症ケア学会大会（2013）で発表した。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省（2012）「認知症高齢者について」  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi.pdf>, 2012.12). 2014.1.17
- 2) 本間昭（2003）. 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の状況. 老年精神医学雑誌, 14: 573-591.
- 3) 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.
- 4) 品川俊一郎・中山和彦（2007）. 認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討—一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より. 老年精神医学雑誌, 18: 1224-1233.
- 5) 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.
- 6) 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—受診の促進と障壁. 日本認知症ケア学会誌、10 (1) : 53-67.
- 7) 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.
- 8) 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 : 229-242.
- 9) 厚生労働省 (2011)「平成 22 年国民生活基礎調査の概要；世帯数と世帯人員数の状況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/1-1.html>、2012.12). 2014.1.17
- 10) 岡山県社会福祉協議会 (在宅福祉開発推進委員会) (2007). 岡山県地域包括・在宅介護支援センター協議会. 岡山県モデル「地域包括支援センター岡山モデル part2」、7-42.
- 11) 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、13 (1) : 37-41.
- 12) 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) : 1453-1461.
- 13) 松井豊 (1998). 対人行動学研究シリーズ 7 人を支える心の科学. 誠信書房.
- 14) Coke JS、Batson CD、McDavis K (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*、36 : 752-766.
- 15) Eisenberg N、Miller PA (1988). Emphy and prosocial behavior. *Psychological Bulletin*、101 : 91-119.
- 16) Dieckmann L、Zarit SH、Zarit JM、et al. (1988). The Alzheimer's Disease Knowledge Test. *The Gerontologist*、28 (3) : 402-407.
- 17) Werner P (2001). Correlates of family caregivers' knowledge about Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*、16 : 32-38.
- 18) Ayalon L、Areán PA (2004). Knowledge of Alzheimer's disease in four ethnic groups of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*、19 : 51-57.
- 19) 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.
- 20) 黒田研二・金高閏・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 : 27-35.
- 21) 豊田秀樹 (1988). 共分散構造分析 [入門編]—構造方程式モデリング. 朝倉書房.
- 22) Muthen LK、Muthen BO (2007). *Mplus User's Guide*、Fifth Edition. Muthen & Muthen、Los Angeles.
- 23) McDonald RP (1999). *Test Theory. A Unified Treatment*. Psychology Press (1999).
- 24) 金高閏 (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.
- 25) 白井樹子・本間昭 (2002). 在宅痴呆性高齢者の介護者を対象とした VTR 調査の試み. 老年精神医学雑誌、13 (3) : 307-313.
- 26) 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. 厚生指標、60 (13) : 22-29.
- 27) 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.

## **Positive attitude toward dementia and intention of local welfare authorities to recommend medical examination for people with serious dementia symptoms and their family members**

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

*\*Graduate 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 positive attitude toward dementia and intention of local welfare commissioners and welfare committee members to recommend medical examination for people with serious dementia symptoms and their family members.

**【METHODS】** A self-administered questionnaire survey was conducted among 119 local welfare commissioners and 206 welfare committee members in “A” city. The data from 245 respondents were analyzed, and the corresponding causal sequence model was based on the helping behavior theory. The relationship between positive attitude toward dementia and intention to recommend medical examination was estimated using the causal sequence model.

**【RESULTS】** The results did not indicate that positive attitude significantly influenced intention to recommend medical examination for people with serious dementia symptoms. On the other hand, positive attitude significantly influenced intention to recommend medical examination for their family members.

**【CONCLUSION】** Further study of related factors influencing positive attitude is suggested.

**Keywords :** local welfare commissioner, welfare committee member, positive attitude, intention to recommend medical examination