

原 著

## 地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の構造に関する検討

### Understanding the structure of the sense of difficulty for professionals at community general support centers in assisting clinic visits of the elderly probably suffering from dementia

杉山京<sup>1) 2)</sup>、三上舞<sup>1)</sup>、中尾竜二<sup>1)</sup>、佐藤ゆかり<sup>3)</sup>、桐野匡史<sup>3)</sup>、神部智司<sup>4)</sup>、竹本与志人<sup>3)</sup>  
Kei Sugiyama<sup>1) 2)</sup>, Mai Mikami<sup>1)</sup>, Ryuji Nakao<sup>1)</sup>, Yukari Sato<sup>3)</sup>, Masafumi Kirino<sup>3)</sup>,  
Satoshi Kanbe<sup>4)</sup>, Yoshihito Takemoto<sup>3)</sup>

1) 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科

2) 日本学術振興会特別研究員

3) 岡山県立大学保健福祉学部

4) 大阪大谷大学人間社会学部

1) Graduate School of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2) Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science

3) Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

4) Faculty of Human Society, Osaka Ohtani University

#### 抄 録

**【目的】** 本研究の目的は、地域包括支援センターの専門職の認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の実態とその構造を明らかにすることである。

**【方法】** 中四国・九州地方に設置されている地域包括支援センターの専門職 1,500 名を対象に、属性および認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感等について自記式で回答を求めた。解析には、過去 1 年以内に認知症の受診援助を行った経験を有し、各質問項目に欠損値のない 441 名の資料を用いた。統計解析として、まず受診に対する援助困難感について冗長性の高い項目を抽出し、尺度の内部一貫性を高めるための手続きを行った。次いで、受診に対する援助困難感を構成する因子を確認するため、探索的因子分析を行った。また、抽出された因子の妥当性は、確認的因子分析ならびに外的基準を用いた構成概念妥当性について、構造方程式モデリングを用いて検証した。

**【結果】** 探索的因子分析の結果、【認知症が疑われる当事者による受診拒否】【受診に向けたエンパワメント】【家族による受診拒否】【医療機関との協働】の 4 因子が抽出された。また、確認的因子分析におけるモデル適合度は、統計学的許容水準を満たしており、外的基準を用いた構成概念妥当性も支持された。

**【考察】** 地域包括支援センターの専門職は認知症が疑われる高齢者の受診援助において、主に 4 種の困難感を抱えていることが推測された。今後は、受診に対する援助困難感を軽減する関連要因を明らかにすることが課題である。

#### Abstract

Purpose: This study aimed to comprehend the practical sense of challenges faced by professionals and to clarify its structure at community general support centers in assisting clinic visits for the elderly

who may suffer from dementia.

Methods: A self-administered questionnaire was distributed among 1,500 professionals at community general support centers in Chugoku, Shikoku, and Kyushu regions of Japan. The questions covered the attributes of the professionals and the sense of challenges they faced in assisting clinic visits for the elderly probably suffering from dementia. Responses without any missing value in the questions from 441 participants, who assisted clinic visits for dementia during the past year, were analyzed. For statistical analysis, the study first distinguished the categories based on the sense of difficulty in assisting that had high redundancy; furthermore, measures were adopted to maximize the internal consistency of the scale. Second, an exploratory factor analysis (EFA) was conducted to confirm the factors that constituted the sense of difficulty in assisting clinic visits. Furthermore, the study verified construct validity of the extracted factors using structural equation modeling, confirmatory factor analysis, and external criterion.

Results: Four factors were derived from the EFA: "refusal by the potential dementia patient visit clinic by him/herself," "empowerment in visiting clinic," "refusal from the patient's family to visit clinic by the patient themselves," and "cooperation with medical institutions." Furthermore, the goodness of fit in the confirmatory factor analysis was at a statistically acceptable level, and the construct validity using external criterion was also supported.

Discussion: The study indicated that professionals at community general support centers are likely to possess primarily four types of sense of challenges in assisting clinic visits for the elderly who may have dementia. In the future, the study aims to clarify the factors related to alleviating the sense of challenge in assisting the clinic visits.

キーワード：認知症、地域包括支援センター、受診援助

Key words : Dementia, Community General Support Centers, Assisting Clinic Visits

## I. 緒言

近年、わが国の「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）」をはじめとする認知症施策において、認知症の早期発見・早期受診の重要性が指摘されている。これまでの認知症施策においては、認知症高齢者の最も身近な存在である家族に医療機関への受診を勧める役割が期待され、様々な啓発活動等が多く実施されてきた。しかしながら、認知症の早期受診は容易ではなく、家族は「当事者との心理的距離の近さ」から医療機関への受診の必要性を受け入れることが難しいことが報告されている<sup>1)</sup>。また、認知症を疑ったとしても、精神科医療に対する偏見等から受診に抵抗感を抱き、鑑別診断のための受診が遅れ、そのために症状が進行・重度化し、認知症高齢者が精神科病院や介護保険施設での生活を余儀なくされるケースも少なくないのが現状である。

このような状況のなか、地域で生活する認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診を推進することが

地域包括支援センターに期待されている。地域包括支援センター専門職による認知症が疑われる高齢者を医療機関への受診につなぐための援助（以下、受診援助と略する）には、認知症が疑われる高齢者やその家族への対応をはじめ、かかりつけ医や認知症の専門医療機関との連携などが求められる。また、認知症における医療機関への受診援助は、鑑別診断のみならず継続医療を見据えた援助が求められるため、その援助内容は複雑かつ多岐にわたり、高度の技術を要することから援助に難渋していることが臨床現場より多く報告されている<sup>2)</sup>。事実、栗田ら<sup>3)</sup>や杉山ら<sup>4)</sup>が地域包括支援センターを対象に実施した調査によると、認知症高齢者の受診援助において地域包括支援センターは医療機関との連携が十分とはいえ、課題が多いことが報告されている。また、品川ら<sup>5)</sup>が介護支援専門員を対象に実施した調査によると、介護支援専門員は認知症が疑われる高齢者本人やその家族の「病識の低さ」や「認知症に対するイメージの悪さ」から、受診援助に消極的になる可能性があることを指摘している。こ

の認知症が疑われる高齢者本人やその家族に対する援助の消極性は、認知症の疾患特性や認知症に対する偏見などによって生じるものであり、地域包括支援センター専門職においても同様のことがあると推測される。

地域包括支援センター専門職は認知症の早期発見・早期受診の推進に関する役割を担っており、受診援助に試行錯誤しながらも、迷いや悩みといった援助に対する困難感が蓄積していることが推測される。医療福祉専門職を対象とした援助に関する研究によると、専門職の日頃の援助から生じる困難感の蓄積により、援助の抑制や質の低下を招く可能性があることを指摘している<sup>6,8)</sup>。そのため、地域包括支援センター専門職の受診援助の抑制要因になりうる「認知症の受診援助に対する困難感」に着目し、その実態と受診援助の際の困難感の構造を明らかにすることは、地域包括支援センターの専門職を対象とした研修の内容等を検討し、認知症の早期受診の実現する上で、重要な示唆を得ることができると思われる。

そこで本研究では、地域包括支援センター専門職による認知症の受診援助を促進するために有用な示唆を得ることを目的に、地域包括支援センターの専門職の認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の実態とその構造を明らかにすることとした。

## II. 方法

### 1. 調査対象および調査方法

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（法的に設置が義務付けられている社会福祉士、保健師または地域経験のある看護師（以下、保健師等）、主任介護支援専門員の3職種）とした。各県のホームページに2013年8月時点で掲載されていた情報をもとに、中国・四国地方、九州地方の全936か所の地域包括支援センターから無作為抽出法によって500か所を抽出し、各センターに3通ずつ（3職種；各1名）計1,500通の調査票を配付した。調査票は無記名自記式とし、記入後は回答者が自ら返信用封筒に厳封した後、研究責任者宛に返送する方法を採った。調査期間は、2013年9月～同年10月までの2ヶ月間であった。

### 2. 調査内容

調査内容は、調査対象者の属性（性別、年齢、センター内における役割（職種）、雇用形態、医療および福祉に関する専門職の従事歴（以下、専門職歴）など）、

認知症に関する受診援助の経験の有無、認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感、認知症が疑われる高齢者の受診援助に対する全般的困難感などの質問項目で構成した。

認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感については、事前に協力の得られた認知症の受診援助の経験を有する地域包括支援センターの専門職12名（社会福祉士7名、保健師等4名、主任介護支援専門員1名）に対し、過去の認知症が疑われる高齢者に対する受診援助の経験を基に、認知症が疑われる高齢者を医療機関へ受診援助した際に、「当事者やその家族への対応で苦勞したことや困難を感じたこと」ならびに「医療機関との連携において苦勞したことや困難を感じたこと」などについて自由記述で回答を求め、「認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感」を構成する質問項目を作成した。さらに、作成した質問項目は、臨床経験の長い地域包括支援センターの社会福祉士ならびに老人性認知症センター（現：認知症疾患医療センター）に長年勤務した経験のある精神保健福祉士から助言を得て、質問項目の追加・修正を行った。その結果、22項目をアイテムプールし、過去1年間に実践した認知症の受診援助に関する印象について、「そのようなことはなかった：0点」「あったが困難を感じなかった：0点」「やや困難を感じた：1点」「強く困難を感じた：2点」の4件法で回答を求め、認知症の受診援助に関して困難に感じているほど得点が高くなるように設定した。

認知症が疑われる高齢者の受診援助に対する全般的困難感については、「あなたは『認知症の疑いのある高齢者』の受診援助を行った際、援助が困難だと感じたことがありますか」の問いに対し、困難感の程度をVisual Analog Scaleで回答を求めた。得点化は、困難感が高いほど得点が高くなるよう設定した（「全く感じたことはない：0点」から「いつも感じていた：10点」）。

### 3. 解析方法

統計解析においては、第1段階として、「認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感」を構成する質問項目について冗長性の高い質問項目を削除するため、ポリコリック相関係数を求め、各項目間の相関係数が0.8以上であることを基準として削除すべき項目の有無を確認した。次いで、内部一貫性を高めることを目的として、Collected Item-Total Correlation（以下CITCと略する）を求め、0.3未満を示す項目を削除した。

第2段階として、認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感を構成する因子を検討するため、探索的因子分析 (Promax 回転) を行った。なお、探索的因子分析にはカテゴリカルデータに最適な推定法である Weighted Least Square parameter estimates using a diagonal weight matrix with robust standard errors and mean-and variance-adjusted chi-square test statistic (以下、WLSMV と略する) を用いた。また、探索的因子分析による因子数は、Kaiser-Guttman 基準ならびに因子の解釈可能性により判断した。

第3段階として、探索的因子分析によって抽出された認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の因子の構成概念妥当性を検討するため、抽出された因子を用いた斜交モデルを設定し、WLSMV を推定方法とする構造方程式モデリング<sup>9)</sup>を用いた確認的因子分析を行い、データに対する適合度を検討した。また、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測定尺度とみなしたときの信頼性は、Cronbach の  $\alpha$  信頼性係数で検討した。

第4段階として、前段階で構成概念妥当性が支持された認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感について、外的基準を用いた構成概念妥当性を検討した。探索的因子分析で抽出され、確認的因子分析により支持された斜交モデルと「認知症が疑われる高齢者の受診援助に対する全般的困難感」の相関関係について、WLSMV を推定法とする構造方程式モデリングを用いてデータに対するモデルの適合度と変数間の関連を検討した。

構造方程式モデリングにおけるモデルの適合度評価には、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  $CFI \geq 0.90$  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、 $RMSEA \geq 0.10$  であればそのモデルを採択すべきではないとされる<sup>10)</sup>。また、パス係数の有意性は5%有意水準とした。

以上の解析には、統計ソフト「IBM SPSS 21 J for Windows」ならびに「Mplus version 7.2」を用いた。

#### 4. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、調査対象者に調査の趣旨、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。

なお、本研究は岡山県立大学倫理委員会に申請し、2013年7月29日に審査・承認を受けて実施した (申請番号: 329)。

### III. 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年以内に認知症の疑いのあ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441名 (調査対象者の29.4%、回答者の72.3%) のデータを用いた。

#### 1. 集計対象者の属性

集計対象者441名の性別は、社会福祉士が男性55名 (35.9%)、女性98名 (64.1%) であり、保健師等が男性5名 (3.3%)、女性が145名 (96.7%) であった。また、主任介護支援専門員は男性22名 (15.9%)、女性116名 (84.1%) であった。

各職種の平均年齢は、社会福祉士が平均37.3歳 (標準偏差: 8.6、範囲: 24-63)、保健師等が平均43.0歳 (標準偏差: 9.8、範囲: 24-62)、主任介護支援専門員が平均48.5歳 (標準偏差: 7.2、範囲: 34-67) であった。

雇用形態について、社会福祉士は正規雇用が127名 (81.9%)、嘱託雇用が28名 (18.1%) であった。また保健師等は正規雇用が141名 (94.0%)、嘱託雇用が9名 (6.0%) であり、主任介護支援専門員は正規雇用が123名 (89.1%)、嘱託雇用が15名 (10.9%) であった。

専門職歴は、社会福祉士が平均130.0ヶ月 (標準偏差: 77.6、範囲: 6-498)、保健師等が平均212.4ヶ月 (標準偏差: 108.0、範囲: 29-459)、主任介護支援専門員が平均251.8ヶ月 (標準偏差: 75.1、範囲: 120-474) であった。

#### 2. 認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の回答分布

認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の回答分布は表1に示すとおりであった。「やや困難を感じた」「強く困難を感じた」の回答に着目すると、「当事者が受診を拒否した」が407名 (92.3%) と困難に感じる地域包括支援センター専門職が最も多く、次いで「当事者の認知症に対する意識 (病識) が低かった」が394名 (89.3%) であった。一方、「医療機関が地域包括支援センターからの情報を信用しなかった」が33名 (7.5%) と困難に感じる地域包括支援センター専門職が最も少なかった。

また、認知症が疑われる高齢者の受診援助に対する全般的困難感は平均7.3点 (標準偏差: 1.9、範囲: 1-10) であった。

#### 3. 認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感を構成する項目の選定

まず、冗長性の高い質問項目を抽出することを目的として、本研究においてアイテムプールした質問項目

表1 認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の回答分布 (n=441)

| 番号   | 項目                                    | そのようなことはなかった |          | あったが困難を感じなかった |          | やや困難を感じた |          | 強く困難を感じた |          |
|------|---------------------------------------|--------------|----------|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|
|      |                                       | 度数           | ( % )    | 度数            | ( % )    | 度数       | ( % )    | 度数       | ( % )    |
| yK1  | 当事者が「認知症専門外来」に対して否定的なイメージを持っていた       | 39           | ( 8.8 )  | 42            | ( 9.5 )  | 208      | ( 47.2 ) | 152      | ( 34.5 ) |
| yK2  | 当事者の認知症に対する意識(病識)が低かった                | 10           | ( 2.3 )  | 37            | ( 8.4 )  | 189      | ( 42.9 ) | 205      | ( 46.5 ) |
| yK3  | 当事者が受診を拒否した                           | 19           | ( 4.3 )  | 15            | ( 3.4 )  | 127      | ( 28.8 ) | 280      | ( 63.5 ) |
| yK4  | 当事者の家族が「認知症専門外来」に対して否定的なイメージを持っていた    | 99           | ( 22.4 ) | 80            | ( 18.1 ) | 191      | ( 43.3 ) | 71       | ( 16.1 ) |
| yK5  | 当事者の家族の認知症に対する意識(病識)が低かった             | 45           | ( 10.2 ) | 77            | ( 17.5 ) | 215      | ( 48.8 ) | 104      | ( 23.6 ) |
| yK6  | 当事者の家族が受診を拒否した                        | 134          | ( 30.4 ) | 56            | ( 12.7 ) | 125      | ( 28.3 ) | 126      | ( 28.6 ) |
| yK7  | 当事者の受診の可否について家族間で結論が出なかった             | 146          | ( 33.1 ) | 47            | ( 10.7 ) | 163      | ( 37.0 ) | 85       | ( 19.3 ) |
| yK8  | 受診に同行する家族がいなかった                       | 101          | ( 22.9 ) | 58            | ( 13.2 ) | 144      | ( 32.7 ) | 138      | ( 31.3 ) |
| yK9  | 当事者への受診を勧めることを家族からお願いされた              | 83           | ( 18.8 ) | 137           | ( 31.1 ) | 174      | ( 39.5 ) | 47       | ( 10.7 ) |
| yK10 | かかりつけ医が専門医を紹介してくれなかった                 | 169          | ( 38.3 ) | 64            | ( 14.5 ) | 126      | ( 28.6 ) | 82       | ( 18.6 ) |
| yK11 | かかりつけ医が認知症の疑いがあると思っていなかった             | 148          | ( 33.6 ) | 68            | ( 15.4 ) | 141      | ( 32.0 ) | 84       | ( 19.0 ) |
| yK12 | かかりつけ医が当事者に専門医の受診が必要である旨の説明ができなかった    | 179          | ( 40.6 ) | 68            | ( 15.4 ) | 123      | ( 27.9 ) | 71       | ( 16.1 ) |
| yK13 | かかりつけ医が当事者の家族に専門医の受診が必要である旨の説明ができなかった | 187          | ( 42.4 ) | 63            | ( 14.3 ) | 121      | ( 27.4 ) | 70       | ( 15.9 ) |
| yK14 | 医療機関で受診予約がすぐに取れなかった                   | 160          | ( 36.3 ) | 88            | ( 20.0 ) | 140      | ( 31.7 ) | 53       | ( 12.0 ) |
| yK15 | 医療機関が地域包括支援センターからの情報を信用しなかった          | 373          | ( 84.6 ) | 35            | ( 7.9 )  | 24       | ( 5.4 )  | 9        | ( 2.0 )  |
| yK16 | 医療機関に当事者の症状が十分伝わらなかった                 | 271          | ( 61.5 ) | 78            | ( 17.7 ) | 75       | ( 17.0 ) | 17       | ( 3.9 )  |
| yK17 | 医療機関が地域包括支援センター管轄地域内になかった             | 298          | ( 67.6 ) | 69            | ( 15.6 ) | 43       | ( 9.8 )  | 31       | ( 7.0 )  |
| yK18 | 当事者に受診が必要であることを伝えること                  | 33           | ( 7.5 )  | 113           | ( 25.6 ) | 207      | ( 46.9 ) | 88       | ( 20.0 ) |
| yK19 | 当事者へ受診のメリットを説明すること                    | 51           | ( 11.6 ) | 145           | ( 32.9 ) | 184      | ( 41.7 ) | 61       | ( 13.8 ) |
| yK20 | 当事者の家族に受診が必要であることを伝えること               | 68           | ( 15.4 ) | 190           | ( 43.1 ) | 139      | ( 31.5 ) | 44       | ( 10.0 ) |
| yK21 | 当事者の家族へ受診のメリットについて説明すること              | 78           | ( 17.7 ) | 203           | ( 46.0 ) | 136      | ( 30.8 ) | 24       | ( 5.4 )  |
| yK22 | 当事者の受診に向けた家族間調整を行うこと                  | 71           | ( 16.1 ) | 129           | ( 29.3 ) | 176      | ( 39.9 ) | 65       | ( 14.7 ) |

※上記の「医療機関」は、認知症が疑われる高齢者の認知症の診断ならびに治療が可能である専門医のいる医療機関を示す

22項目の各項目間のポリコリック相関係数を求めた結果、「yK11：かかりつけ医が認知症の疑いがあると思っていなかった」と「yK12：かかりつけ医が当事者に専門医の受診が必要である旨の説明ができなかった」、「yK13：かかりつけ医が当事者の家族に専門医の受診が必要である旨の説明ができなかった」の項目間に0.836から0.939、「yK18：当事者に受診が必要であることを伝えること」と「yK19：当事者へ受診のメリットを説明すること」との間に0.866、「yK20：当事者の家族に受診が必要であることを伝えること」と「yK21：当事者の家族へ受診のメリットについて説明すること」との間に0.857の相関が確認された。そのため、質問項目の内容を基に削除すべき項目を検討した結果、「yK12」「yK13」「yK19」「yK21」の4項目を削除することとした。

次いで、尺度の内部一貫性を高めることを目的に、前段階において削除された4項目を除く18項目の

CITCを算出した結果、「yK17：医療機関が地域包括支援センター管轄地域内になかった」の値が0.150と低値であったことから削除することとした。

#### 4. 認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の因子構造

「認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感」の構造を検討するため、17項目を用いて探索的因子分析を行った。その結果、因子の固有値は第5因子以降で1.0未満であった。また、Promax回転後の因子パターン行列を確認し、因子負荷量が0.4未満の項目を削除した結果、認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感は4因子構造であると判断した(表2)。

第1因子は「yK1：当事者が「認知症専門外来」に対して否定的なイメージを持っていた」「yK2：当事者の認知症に対する意識(病識)が低かった」「yK3：当事者が受診を拒否した」の3項目によって構成さ

表2 認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の探索的因子分析 (Promax回転)

| 番号     | 項目                                 | 抽出された因子                |                   |           |          |
|--------|------------------------------------|------------------------|-------------------|-----------|----------|
|        |                                    | 認知症が疑われる<br>当事者による受診拒否 | 受診に向けた<br>エンパワメント | 家族による受診拒否 | 医療機関との協働 |
| yK1    | 当事者が「認知症専門外来」に対して否定的なイメージを持っていた    | 0.714                  | -0.054            | 0.076     | 0.015    |
| yK2    | 当事者の認知症に対する意識(病識)が低かった             | 0.795                  | 0.127             | -0.049    | -0.013   |
| yK3    | 当事者が受診を拒否した                        | 0.838                  | -0.047            | 0.128     | 0.039    |
| yK4    | 当事者の家族が「認知症専門外来」に対して否定的なイメージを持っていた | 0.115                  | -0.029            | 0.860     | -0.106   |
| yK5    | 当事者の家族の認知症に対する意識(病識)が低かった          | 0.083                  | 0.133             | 0.744     | -0.104   |
| yK6    | 当事者の家族が受診を拒否した                     | -0.028                 | -0.060            | 0.883     | 0.123    |
| yK7    | 当事者の受診の諾否について家族間で結論が出なかった          | -0.034                 | 0.173             | 0.627     | 0.150    |
| yK8    | 受診に同行する家族がいなかった                    | -0.049                 | 0.493             | 0.090     | 0.208    |
| yK9    | 当事者への受診を勧めることを家族からお願いされた           | 0.231                  | 0.428             | -0.017    | 0.237    |
| yK10   | かかりつけ医が専門医を紹介してくれなかった              | 0.065                  | -0.176            | 0.026     | 0.880    |
| yK11   | かかりつけ医が認知症の疑いがあると思っていなかった          | 0.082                  | -0.132            | -0.032    | 0.893    |
| yK14   | 医療機関で受診予約がすぐに取れなかった                | 0.051                  | 0.068             | -0.027    | 0.412    |
| yK15   | 医療機関が地域包括支援センターからの情報を信用しなかった       | -0.129                 | 0.034             | -0.039    | 0.865    |
| yK16   | 医療機関に当事者の症状が十分伝わらなかった              | -0.031                 | 0.212             | 0.058     | 0.546    |
| yK18   | 当事者に受診が必要であることを伝えること               | 0.308                  | 0.718             | -0.196    | -0.169   |
| yK20   | 当事者の家族に受診が必要であることを伝えること            | -0.090                 | 0.889             | 0.122     | -0.137   |
| yK22   | 当事者の受診に向けた家族間調整を行うこと               | -0.047                 | 0.756             | 0.049     | -0.002   |
| 第1因子   |                                    | 1.000                  |                   |           |          |
| 第2因子   |                                    | 0.503                  | 1.000             |           |          |
| 第3因子   |                                    | 0.410                  | 0.507             | 1.000     |          |
| 第4因子   |                                    | 0.226                  | 0.381             | 0.426     | 1.000    |
| 固有値    |                                    | 6.429                  | 2.403             | 1.488     | 1.315    |
| 寄与率(%) |                                    | 37.818                 | 14.135            | 8.752     | 7.735    |

因子負荷量が0.4未満を削除  
(推定法:WLSMV)

れるため、【認知症が疑われる当事者による受診拒否】と解釈した。また、第2因子は「yK18;当事者に受診が必要であることを伝えること」「yK20;当事者の家族に受診が必要であることを伝えること」「yK22;当事者の受診に向けた家族間調整を行うこと」などの5項目によって構成されるため、【受診に向けたエンパワメント】と解釈し、第3因子は「yK4;当事者の家族が「認知症専門外来」に対して否定的なイメージを持っていた」「yK5;当事者の家族の認知症に対する意識(病識)が低かった」「yK6;当事者の家族が受診を拒否した」などの4項目によって構成されるため、【家族による受診拒否】と解釈した。第4因子は「yK10;かかりつけ医が専門医を紹介してくれなかった」「yK11;かかりつけ医が認知症の疑いがあると思っていなかった」「yK15;医療機関が地域包括支援センターからの情報を信用しなかった」などの5項目によって構成されるため、【医療機関との協働】と解釈した。

次に、探索的因子分析で抽出された4因子から成る4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4因子構造の構成概念妥当性について検討した。その結果、モデルのデータに対する適合度は $\chi^2$  (df) = 375.263 (113)、CFI=0.939、RMSEA=0.073であり、統計学的許容水準を満たしていた(図1)。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 $\alpha$ 信頼性係数は、【認知症が疑われる当事者による受診拒否】が0.760、【受診に向けたエンパワメント】が0.745、【家

族による受診拒否】が0.829、【医療機関との協働】が0.683であり、統計学的に十分な信頼性を有することが示された。

さらに、外的基準を用いた構成概念妥当性を検討するため、「認知症が疑われる高齢者の受診援助に対する全般的困難感」と前段階で確認的因子分析により構成概念妥当性が支持された「認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感」との相関関係を検討した。その結果、モデルの適合度は $\chi^2$  (df) = 399.643 (126)、CFI=0.938、RMSEA=0.070と統計学的許容水準を満たしていた。また「認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感」を構成する因子のうち、【認知症が疑われる当事者による受診拒否】との間に $\gamma = 0.536$  (p<0.001)、【受診に向けたエンパワメント】との間に $\gamma = 0.467$  (p<0.001)、【家族による受診拒否】との間

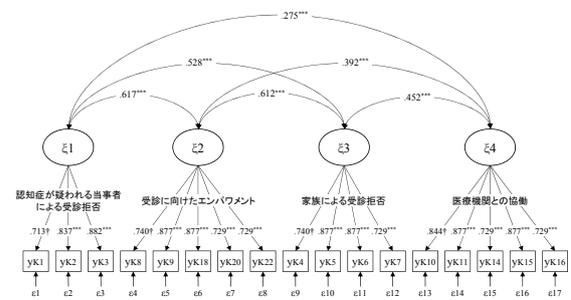


図1 地域包括支援センター専門職における認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の因子構造モデル(標準化解)

n=441:  $\chi^2$  (df) = 375.263 (113) CFI=0.939 RMSEA=0.073 (推定法:WLSMV)

※ εは潜在変数、εは観測変数  
※ yは数字順別のために観測変数を加えた番号である  
※ \*\*\*: p<0.001

図1

に  $\gamma = 0.328$  ( $p < 0.001$ )、【医療機関との協働】との間に  $\gamma = 0.206$  ( $p < 0.001$ ) の有意な相関関係が確認され、外的基準を用いた構成概念妥当性が支持された (図2)。

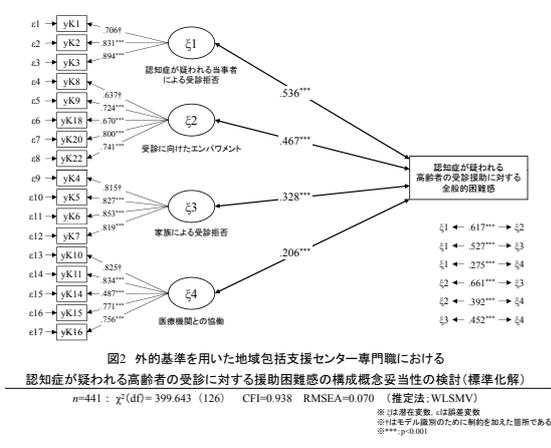


図2

#### IV. 考察

##### 1. 認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の実態

認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の回答分布をみると、「yK1; 当事者が「認知症専門外来」に対して否定的なイメージを持っていた」や「yK2; 当事者の認知症に対する意識 (病識) が低かった」、「yK3; 当事者が受診を拒否した」について、他の項目に比して困難に感じている専門職が多い傾向にあることが確認された。これらの項目は、いずれも認知症が疑われる高齢者本人に対する援助内容を示すものであり、地域包括支援センター専門職は多岐にわたる援助のなかでも、とりわけ認知症が疑われる当事者に対する援助に最も難渋していると考えられる。

また、かかりつけ医や認知症の専門医のいる医療機関との協働・連携に関する項目は、他の項目に比して困難に感じている専門職の割合が少ない傾向にあることが確認された。これは、近年の認知症施策等において、「地域包括支援センター」や「かかりつけ医」、「認知症専門医」の互いの役割に対する理解が進み、連携・協働に関する環境が整備されつつあるためであると考えられる。また一方で、杉山ら<sup>4)</sup>は認知症の受診援助における医療機関との連携が十分にできている地域包括支援センターは約6割にとどまっていたと報告し、医療機関との協働・連携の機会が少なかったため、困難感が低かった可能性も推測された。しかしながら、これらは推測の域を出ないため、今後はより詳細にそれらの実態を明らかにしていくことが必要である。

##### 2. 認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の構造

本研究は、認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の構造を明らかにするために、地域包括支援センターの専門職の自由記述などを基に、22項目の質問項目を設定し、探索的因子分析ならびに確認的因子分析を行い、外的基準を用いた構成概念妥当性を検証した結果、【認知症が疑われる当事者による受診拒否】【受診に向けたエンパワメント】【家族による受診拒否】【医療機関との協働】の4因子構造が支持された。

第1因子【認知症が疑われる当事者による受診拒否】は、「yK3; 当事者が受診を拒否した」などの3項目によって構成された。認知症者はその病気の特性上、病初期には病識が低く、中期以上になると判断力等が欠如することにより、自身が認知症であることを理解、受け入れることが難しいことも多い<sup>11)</sup>。また、品川ら<sup>5)</sup>の介護支援専門員を対象に実施した調査によると、介護支援専門員は「認知症における早期受診の必要性」について理解している一方で、実際には「当事者のプライドを傷つける」や「認知症でない可能性もある」などの理由で、早期受診に消極的になる可能性を報告している。地域包括支援センターの専門職は、しばしば認知症が疑われる当事者が受診の必要性を認識せず、加えて認知症か否かが明らかでない状況で、専門職としての使命感と不安のなかで葛藤しつつ、受診援助を実践しなければならないため、援助に苦慮することが考えられる。

第3因子【家族による受診拒否】は、「yK6; 当事者の家族が受診を拒否した」などの3項目によって構成された。認知症者への援助において、家族の協力は不可欠な存在であるが、その家族も認知症が疑われる当事者と同様に、受診前には認知症かもしれないという現状を受け入れにくいことが多い。鹿野ら<sup>1)</sup>の研究によると、家族は当事者との心理的距離の近さから、受診を拒否する可能性が指摘されている。また、介護支援専門員が認知症を疑った際の家族の状態に関する調査<sup>5)</sup>によると、「家族は認知症を疑っているが、それを認めたくない」と回答した人が約3割を占め、認知症を受け入れにくい家族を受診へと向けることが難しい状況が示唆された。加えて、第1因子と第3因子に共通して、近年、認知症は一般的な病気として啓発されたが、未だに「認知症そのものに対する偏見」や「精神科医療に関する負のイメージ」が高いことが報告されている<sup>1, 12)</sup>。事実、本研究でも「yK1; 当事者が「認

知症専門外来”に対して否定的なイメージを持っていた」ならびに「yK4; 当事者の家族が“認知症専門外来”に対して否定的なイメージを持っていた」の回答から、認知症に係る医療機関に対する負のイメージは依然として高いことが窺える。以上のことから、地域包括支援センターの専門職による認知症の受診援助には、一般的な身体疾患などの受診と比べて困難となることが推測される。

第2因子【受診に向けたエンパワメント】は、「yK18; 当事者に受診が必要であることを伝えること」「yK22; 当事者の受診に向けた家族間調整を行うこと」などの3項目によって構成された。第1因子、第3因子に先述したとおり、認知症はその疾患特性から当事者やその家族が、受診を拒否することが少なくない疾患である。そのため、認知症はその疾患特性から他疾患と比較してインボランタリー（自発的に援助を求めない）なクライアントが多いことが推測される。この客観的には援助が必要な状態であるにも関わらず援助を拒否するインボランタリークライアントの事例は、いわゆる「援助困難事例」や「処遇困難事例」と呼ばれ、他の援助事例と比較して援助に難渋することが多いことが報告されている<sup>13,14)</sup>。加えて、このインボランタリークライアントである認知症が疑われる高齢者やその家族に対して問題解決に向けた動機づけを行う際に、専門職はクライアント以上に受診に係る様々な知識が求められるため、より援助に難渋する可能性が考えられる。

第4因子【医療機関との協働】は、「yK10; かかりつけ医が専門医を紹介してくれなかった」や「yK15; 医療機関が地域包括支援センターからの情報を信用しなかった」などの3項目によって構成された。現在、認知症の疑われる高齢者が鑑別診断の受診に至るまでの経路は、かかりつけ医から認知症専門医のいる医療機関へと受診するシステムが施策として一般化されている。このような状況下で、「かかりつけ医」と「認知症専門医のいる医療機関」が同一の因子内にまとまったことは、本来両者は異なった機能をもつ2つの機関であるが、地域包括支援センターの専門職は医療機関自体と協働をすることに困難を感じている可能性が考えられる。専門職間連携に関する先行研究によると、連携を阻害する要因として「専門職の不平等性」<sup>15)</sup> や「専門職間の地位の格差」<sup>16)</sup> といった要因があることが指摘されており、医師の社会的地位が地域包括支援センターの専門職の受診援助に対する困難感に関係する可能性が示唆された。

## V. 結論

本研究の結果、これまで臨床報告に留まっていた地域包括支援センター専門職の認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助が困難な現状が定量的に明らかになった。また、受診援助の抑制要因になりえる認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感は、【認知症が疑われる当事者による受診拒否】【受診に向けたエンパワメント】【家族による受診拒否】【医療機関との協働】の4つの構造からなることを明らかにすることにより、受診援助の課題の明確化につながる知見を得ることができた。今後は、認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感を軽減する関連要因を明らかにすることが課題である。

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました中四国ならびに九州地方の地域包括支援センターの専門職の皆様へ深謝申し上げます。

なお、本研究は岡山県立大学平成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患者への受診・受療援助に関する研究」(代表: 竹本与志人)の一部を活用して実施したものである。

## 参考文献

- 1) 鹿野由利子、花上憲司、木村哲朗他、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. 2003; 2(2): 158-181.
- 2) 竹本与志人、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. 新たな社会福祉学の構築 白澤政和教授退職記念論集、東京、中央法規、2011: 225-236.
- 3) 栗田圭一、佐藤ゆり、福本恵、一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態—とくに、医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌. 2010; 21(3): 356-363.
- 4) 杉山京、中尾竜二、佐藤ゆかり他、地域包括支援センター専門職を対象とした認知症高齢者の受診援助における専門医療機関との連携実践状況の類型化. 老年精神医学雑誌. 2015; 26(2): 169-182.
- 5) 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. 2007; 18(11):

1224-1233.

- 6) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*, 1999; 33(1): 77-83.
- 7) Thornicroft G, *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*, New York, Oxford University Press, 2006.
- 8) 山口創生、米倉裕希子、周防美智子他、精神障害者に対するスティグマの是正への根拠－スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見. *精神障害とリハビリテーション*. 2011; 15 (1) : 75-85.
- 9) 豊田秀樹、共分散構造分析 [入門編]－構造方程式モデリング、東京、朝倉書店、1998.
- 10) 小塩真司、はじめての共分散構造分析第2版－Amosによるパス解析、東京、東京図書、2014 : 116.
- 11) Rankin KP, Baldwin E, Pace-Savitsky C, et al. Self awareness and personality change in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005; 76(5): 632-639.
- 12) 田子久夫、森由紀子、黒須貞利他、精神科における「もの忘れ外来」. *老年精神医学雑誌*. 2000 ; 11 (11) : 1203-1209.
- 13) 介護支援専門員テキスト編集委員会編、三訂介護支援専門員基本テキスト第3巻－高齢者保健医療・福祉の基礎知識、東京、長寿社会開発センター、2006 : 363-378.
- 14) Trotter C、清水隆則監訳、援助を求めないクライアントへの対応－虐待・DV・非行に走る人の心を開く. 東京、明石書店、2007.
- 15) Abramson J, Rosenthal B. Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration. *Encyclopedia of Social Work* (19th ed), Washington DC, NASW Press, 1995: 1479-1489.
- 16) Abramson J, Mizarhi T. When social workers and physicians collaborate – Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, 1996; 41(3): 270-281.

