

原 著

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

Welfare commissioners' preferences over counselors upon finding an elderly person suspected of dementia

中尾竜二¹⁾、三上舞¹⁾、杉山京^{1)、2)}、竹本与志人³⁾

Ryuji NAKAO¹⁾, Mai MIKAMI¹⁾, Kei SUGIYAMA^{1) 2)}, Yoshihito TAKEMOTO³⁾

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

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

抄 録

【目的】 本研究は、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を目的とした。

【方法】 A 県民生委員児童委員協議会に属する民生委員 2,751 名を対象に、属性、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どについて回答を求めた。解析には、各質問項目に欠損値のない 1,546 名の資料を用いた。統計解析として、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検討するため、クラスター分析を行った。加えて、類型化されたグループ間における民生委員の属性などを比較するため、差の検定を行った。

【結果】 相談先の選択の意向についてクラスター分析を行った結果、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。

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最も高く、グループ間には設定した相談先の選択の意向すべてに有意差が確認された。また、グループ間で属性を比較した結果、「性別」のみに有意な差が確認され、グループ 1 は他のグループに比して「女性」の割合が高く、グループ 4 は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。

【考察】 各グループの相談先の選択の意向には特徴が見られることが明らかとなった。今後は、相談先の選択の意向による類型を規定する要因の探索が課題である。

Abstract

Objective: This study aims to reveal welfare commissioners' preferences over counselors when they find an elderly person suspected of dementia.

Methods: A questionnaire survey was conducted with 2,751 people belonging to the Council of Welfare and Child Welfare Commissioners of Prefecture A on their attributes and preferences over counselors on finding an elderly person suspected of dementia. The responses of 1,546 respondents without missing values were analyzed. A cluster analysis—a type of statistical analysis—was

conducted to examine possible classification of the respondents regarding their preferences over counselors. Furthermore, a difference test was performed to compare the attributes of the welfare commissioners among the classified groups.

Results: The cluster analysis on the commissioners' preferences over counselors confirmed that the commissioners can be classified into four groups; "Group with the high intervention will", "Group which have little counselors", "Group which have many counselors", "Group which have many counselors in community resources". Additionally, it was found that the highest preference of the respondents as a counselor is "the regional comprehensive support center" in all the groups and that there are statistically significant differences among the groups regarding their respective preferences over the predetermined counselors. However, a comparison of the attributes of the respondents of the groups revealed that there are statistically significant differences only in "sex". "Group with the high intervention will" had higher ratio of woman than other groups. On the other hand, "Group which have many counselors in community resources" had higher ratio of man than other groups.

Conclusions: The study revealed that each group has their own characteristics regarding their respective preferences over the predetermined counselors. The issues that have to determining the factors of the classification of the preferences over the counselors.

キーワード：民生委員、認知症、クラスター分析

Key Word : welfare commissioners, dementia, cluster analysis

I. 緒言

わが国の認知症高齢者数は、高齢者人口の増加に伴い、2025（平成37）年には730万人に達すると将来推計されている¹⁾。この事態を受け、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のため、厚生労働省は2012（平成24）年に認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）²⁾を、2015（平成27）年には認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）³⁾を策定し、認知症に対する医療と介護を一体化した施策を推進しているところである。

なかでも新オレンジプランは、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」で切れ目のないサービス提供を目指した「早期診断・早期対応のための体制整備」の充実を掲げ、認知症対策を国家戦略として取り組むこととされている。この戦略が示された背景には、近年の診断技術の向上やアルツハイマー型認知症の進行遅延薬の開発による早期の段階での診断と治療の確立により⁴⁾、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）などの認知症症状の軽減が期待されるようになった現状がある⁵⁾。新オレンジプランの実現により、認知症の初期段階から適切な治療ならびにケアが受けられ、当事者と家族の生活の質が維持・向上され^{6,9)}、社会保障費増大の抑

制¹⁰⁾に貢献できることも期待されている。

早期診断・早期対応の実現に向けた地域包括ケアシステムの構築が取り組まれるなか、栗田¹¹⁾は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構築には、早期に高齢者の認知症発症に「気づき」、専門機関と協働した「受療支援」を家族以外の地域住民に求める必要性を指摘している。しかし、地域住民という集団においては、傍観者効果¹²⁻¹³⁾が起りやすく、地域住民に全て依存した「受療支援」は困難であり、地域において一定の役割が付与されている民生委員を含めた受療支援の体制を構築することが現実的であると考えられる。民生委員は、日頃から地域を見守り・把握し、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、地域住民と専門機関を「つなぐ役割」を担っており¹⁴⁾、認知症が疑われる高齢者を発見した際の彼らの適切な対応あるいは関連機関への相談ならびに協働により、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られる。

このように、民生委員は認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診の実現に重要な役割を担うと考えられるものの、彼らが、認知症が疑われる高齢者を発見した際にどのような機関（人）に援助要請しようとするのか（相談先の選択の意向）についてはほとんど明らかになっていない。

そこで本研究では、認知症が疑われる高齢者の早期

発見・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とした。

II. 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(平成26年6月現在)を対象とした。

2. 調査方法

本研究は、民生委員への質問紙調査と自治体のホームページからの社会資源整備状況の調査の2つの調査から構成される。

質問紙調査については、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、単位民児協)へ調査協力に関する書面と調査票、返信用封筒を郵送し、単位民児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。また社会資源整備状況の調査は、本調査分析対象が居住するA県ならびにA県内の市町村のホームページから認知症疾患医療センターや認知症サポート医師の有無、認知症サポーター養成割合に関するデータを得た。

調査期間は平成26年7月～同年9月の3ヶ月間であった。

3. 調査内容

質問紙調査については、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(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際、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。

社会資源整備状況の調査は、認知症疾患医療センターや認知症サポート医師の有無、認知症サポーター養成割合で構成した。これらは、オレンジプランでは「早期診断・早期対応のための体制整備」の実現を目指して、その整備状況の達成目標が設定され、新オレ

ンジプランではさらなる高い達成目標が設定されている社会資源である。これらの社会資源整備状況が民生委員の受療支援に影響を及ぼしている可能性が考えられることから、以上のデータを収集することとした。

4. 解析方法

第一に、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。

第二に、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、社会資源整備状況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。

以上の解析には、統計ソフトIBM SPSS 22 J for Windowsを使用した。

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)。

III. 結果

1. 分析対象者の基本属性

回答は民生委員1,576名(回収率57.3%)から得られた。分析対象者として統計解析には、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。

分析対象者の性別は、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。

2. 社会資源整備状況の分布

社会資源整備状況については、分析対象者の属する

26の市町村（自治体）から情報を得た。

分析対象となった26市町村の平均高齢化率は34.1%であり、市町村別では高齢化率25%以上30%未満が5自治体、30%以上35%未満が9自治体、35%以上が12自治体であった。また、認知症疾患医療センターが設置されている市町村は3自治体であり、認知症サポート医が設置されている市町村は11自治体であった。総人口に対する認知症サポーター養成の割合は、5%未満が9自治体、5%以上10%未満が9自治体、10%以上15%未満が3自治体、15%以上が5自治体であった。

3. 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

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【介春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。

抽出されたグループ間における民生委員の基本属性ならびに社会資源整備状況等について比較した結果、性別のみに有意差が確認された(表1)。グループ1【介

表1 4グループ間における民生委員の基本属性等の比較 (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	
サポーター養成割合	0%~	人数(%) 230 (48.3)	189 (46.0)	187 (48.6)	128 (46.7)	n.s.
		調整済み残差	0.4	-0.7	0.5	
	5%~	人数(%) 150 (31.5)	117 (28.5)	103 (26.8)	86 (31.4)	
		調整済み残差	1.2	-0.5	-1.4	
	10%~	人数(%) 40 (8.4)	49 (11.9)	45 (11.7)	30 (10.9)	
		調整済み残差	-1.9	1.0	0.8	
	15%~	人数(%) 56 (11.8)	56 (13.6)	50 (13.0)	30 (10.9)	
		調整済み残差	-0.5	0.9	0.4	
認知症疾患医療センターの有無 ^{※1}	あり	人数(%) 182 (38.2)	142 (34.5)	145 (37.7)	89 (32.5)	n.s.
	調整済み残差	1.2	-0.8	0.7	-1.4	
	なし	人数(%) 294 (61.8)	269 (65.5)	240 (62.3)	185 (67.5)	
	調整済み残差	-1.2	0.8	-0.7	1.4	
認知症サポート医の有無 ^{※1}	あり	人数(%) 296 (62.2)	259 (63.0)	258 (67.0)	172 (62.8)	n.s.
	調整済み残差	-0.8	-0.3	1.6	-0.4	
	なし	人数(%) 180 (37.8)	152 (37.0)	127 (33.0)	102 (37.2)	
	調整済み残差	0.8	0.3	-1.6	0.4	

※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.: no significant

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。

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)。また、

表2 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(n=1,546)
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

各グループ間の相談先の選択の意向の種類合計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3)。

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約8割を占めていた。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約9割を占めており、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(表2)。

IV. 考察

1. 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の類型化とその特徴

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【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際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る。

グループ2【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⁸⁾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¹⁵⁾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

表3 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 (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
平均(標準偏差, 範囲)	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)	
相談先の種類数	***				F=532.447 ***

※ Welchの検定(多重比較:Games-Howell法)

***: p<0.001

考える。

グループ3【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3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際、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⁸⁾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あると考えられ、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。

グループ4【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、認知症様症状に応じた適時・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。

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際、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¹⁶⁾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。今後は地域包括支援センターに対して援助要請する意向の規定要因の探索が課題である。

2. グループ間における基本属性、社会資源整備状況の比較

民生委員の基本属性（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）、社会資源整備状況（認知症疾患医療センターの有無、認知症サポート医の有無、認知症サポーター養成割合）について4グループ間の差を確認した結果、「性別」のみに有意な差が確認された。認知症の受診は、当事者・家族にとって人生の岐路ともいえる重要な場面であり、その支援には高度かつ専門的な知識や技術が求められることから、グループ4【地域資源重視型グループ】に特徴づけられるように専門職へ援助を要請することは重

要であると考えられる。グループ4は他のグループに比して男性の割合が高く、これは男性が女性に比して社会的な場での活動が多いことから¹⁷⁾、フォーマルな社会資源に援助を要請した結果であると推測される。また女性の割合が他のグループに比して高かったグループ1【介入意欲の高いグループ】は当事者・家族へ直接介入する意向が高かった。これ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¹⁸⁾、男性に比して当事者・家族にかかわる活動に参加する機会が多いことから当事者・家族との信頼関係が形成されやすく、直接介入する意向が高くなっていることが影響しているものと考えられる。

以上、民生委員の相談先の選択の意向における性別についての特徴の違いについて考察したが、「専門機関への援助要請のみ行うこと」は専門職にすべての援助を委ねることであり、援助要請された専門職は当事者・家族との信頼関係が構築できていないなかで介入しなければならず、当事者・家族の不信感を高めることから、受診援助は極めて難渋するものと考えられる。また「直接介入のみ行うこと」は、当事者・家族が受診に対して抵抗感を抱く、あるいは拒否した場合、その後の支援が困難となり、結果受診につながらない、あるいは受診がより困難となるといった状況に陥ることが推測される。これらの負の転帰は、主に性別によって特徴づけられる可能性があるものの、民生委員を性別に分けた研修を実施することは実質的に不可能であることから、①性別によって特徴づけられる可能性があることを周知すること、②直接介入のみの危険性と専門職への援助要請の重要性を伝えることの二点に着目した研修を企画・実施していくことが重要である。

また、認知症疾患医療センターの有無や認知症サポート医の有無など医療資源等の社会資源整備の状況は、グループ間に差がみられなかった。本研究対象者である民生委員は、認知症の専門医がいる病院（または医院）を相談先として選択する意向を持っている人の割合にはグループ間で有意差は確認されたものの、その割合はいずれも低値であった。地域包括ケアの観点から最初の相談窓口として地域包括支援センターを相談先に選択する可能性が高いと推測され、それゆえ医療資源等の社会資源整備の状況に差がみられなかったと考える。

V. 結語

現在の民生委員を対象とした認知症の早期受診に

関するネットワーク構築を目的とした研修においては、全民生委員に対して認知症の正しい理解を目指した啓発活動¹¹⁾など画一的な企画・実施を行うにとどまっている。民生委員は、認知症の早期受診の支援において「当事者・家族への介入」と「専門機関への援助要請」の両方の役割が期待されていることから、これらの役割遂行を促す具体的な対策が課題である。

謝辞

調査の実施にあたり、調査にご協力いただきました民生委員の皆様ならびに A 県民生委員児童委員協議会、A 県下の単位民生委員児童委員協議会、A 県社会福祉協議会の皆様に深く感謝申し上げます。

本調査研究は、岡山県立大学平成 26 年地域貢献特別研究費「民生委員を対象とした認知症高齢者を発見した際の援助要請意向ならびに受診促進意向に関する研究」(研究代表者：竹本与志人)の助成の一部を活用して実施したものである。

【参考文献】

- 1) 二宮利治、厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)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・平成 26 年度 総括・分担研究報告書、2015.
- 2) 厚生労働省、認知症施策 5 年計画(オレンジプラン)について、厚生労働省。[2015 年 8 月 20 日検索] インターネット< URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf> >.
- 3) 厚生労働省、「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)、厚生労働省。[2015 年 8 月 20 日検索] インターネット< URL: www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou.../01_1.pdf >.
- 4) 藤本直規、奥村典子、滋賀県における認知症ケアネットワークの構築—もの忘れクリニックの取り組みから—。老年精神医学雑誌。2014; 25: 379-391.
- 5) 北村立、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誌。2013; 19 (2): 41-45.
- 6) 谷向知、痴呆性疾患の診療の現状と展望。国立医療学会誌。2002; 17 (1): 9-14.
- 7) 藤本直規、痴呆ケアのための地域ネットワークづくり; II 地域における痴呆の早期発見・早期対応。日本痴呆ケア学会誌。2003; 2 (2): 204-215.
- 8) 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: 1224-1233.
- 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。日本認知症ケア学会誌。2011; 10 (1): 53-67.
- 10) 鷺見幸彦、太田壽城、痴呆疾患に関する医療経済的検討。日本老年医学雑誌。2004; 41 (5): 451-459.
- 11) 栗田主一、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。2012; 61 (2): 125-129.
- 12) Latane, B., & Darley, J.M. The unresponsive bystander: Why doesn't he help?: New York: Appleton-Century-Crofts.1970.
- 13) 中村陽一、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。1982; 43: 65-77.
- 14) 山村史子、小地域福祉活動における民生委員の役割に関する考察—情報収集における民生委員の困難性をめぐって—。桜花学園大学人文学部研究紀要。2009; 11: 101-110.
- 15) 倉石哲也、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。2004; 31-63.
- 16) 中尾竜二、杉山京、澤田陽一他、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。2013; 12 (3): 583-592.
- 17) 神里博武、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して—。地域総研所報。2003; 1 (1): 17-24.
- 18) 北村隆子、白井キミカ、筒井裕子他、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。2004; 3: 1-9.