

原 著

役割が付与された地域住民ならびに民生委員における 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

中 尾 竜 二*¹

要 約

本研究は、役割を付与された地域住民ならびに民生委員を対象に認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向を明らかにすることを目的とした。調査対象者はA市、B市、C町、D市の人口・高齢化率の異なる4市町村の地区社会福祉協議会（支部社会福祉協議会）、認知症キャラバンメイト、小地域ケア会議に所属する地域住民2,503名とした。調査内容は、回答者の属性、認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向などで構成した。相談先の意向の遠近構造は、クラスター分析を用いて類型化し、コンボイモデルを用いて模式化した。その結果、役割を付与された地域住民ならびに民生委員ともに3つのクラスターが抽出された。役割を付与された地域住民は、「民生委員」を相談先とする意向が高かった。また、民生委員は「地域包括支援センター」、「認知症が疑われる高齢者の同居家族」、「認知症が疑われる高齢者の別居家族」へ相談する比率が有意に高かった。本研究結果より、地域において潜在する認知症が疑われる高齢者を早期に発見するため、援助要請する重要な存在としての地域コミュニティ（地域で一定の役割を付与されている住民と民生委員）による認知症の早期発見・早期受診を可能とする受診・受療連携システムの構築のためには、それぞれの役割を明確にし分担していくことも重要であると考えられた。今後は地域包括ケアシステムをふまえた受診・受療における両者の相談先の順序性を明らかにすることが課題である。

1. 緒言

認知症とは認知障害などによって社会生活が困難となった状態を指し、当事者ならびにその家族の日常生活にさまざまな影響を及ぼす疾患である¹⁾。わが国における65歳以上高齢者の認知症有病率は、2013（平成25）年の朝田²⁾の「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」総合研究報告書によると、全国の認知症有病率は15%と推定され、推定有病者数は2010（平成22）年時点で約439万人、2012（平成24）年時点で462万人と算出されている。しかしながら、わずか数年後の2015（平成27）年の二宮³⁾が実施した福岡県久山町の経時的データを基に算出した認知症高齢者の将来推計では、2025（平成37）年には730万人、2040（平成52）年には802万人に達すると報告されている。このように、わが国の認知症高齢者は、予測をはるか

に上回る速さで増加することが推察され、早急な対応が必要である。

これまでのわが国における認知症対策は介護サービスが中心であったが、近年では認知症の進行遅延薬の開発や介護予防の観点より早期に適切なケアを開始することが認知症高齢者の行動・心理症状の軽減、家族介護者の介護負担の軽減、医療経済面でも大きく貢献することが期待され^{4,9)}、早期発見と早期受診への対策が急務とされている。しかしながら、認知症が疑われる高齢者やその家族による医療機関への早期受診は容易ではなく、様々な阻害要因が指摘されている。たとえば、鑑別診断のための受診は認知症が疑われる高齢者の「病識の欠如」やその家族の「当事者との心理的距離の近さ」、「認知症に関する知識不足」などから医療機関への受診につながりにくいことが報告されている^{6,10)}。

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
（連絡先）中尾竜二 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-mail : n.ryuji@mw.kawasaki-m.ac.jp

また、2017（平成29）年国民生活基礎調査によると、65歳以上の人のいる世帯は2,378万7,000世帯で全世帯の47.2%であり、世帯構造別に見ると「夫婦のみの世帯」が773万1,000世帯（65歳以上の者のいる世帯の32.5%）で最も多く、次いで「単身世帯」が627万4,000世帯（同26.4%）と、1989（平成元）年以降急増している¹¹⁾。ひとり暮らし世帯や高齢世帯の増加に伴い、認知症を疑う身近な家族自体が存在しない、あるいは近隣に在住していない、交流がないことなどにより認知症状に気づく機会が少なく¹²⁾初期に認知症が発見されず、中期以降での受診が多くなってきている傾向があると考えられる。

その結果、鑑別診断やそれに伴う治療ならびに支援の遅れにより、介入時には認知症症状が重度化している場合が多く、医療機関への入院や高齢者介護施設へ入所となり、その後の在宅生活への移行が難しいケースも少なくないのが現状である。そのため、住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続するためには、認知症が疑われる高齢者の早期発見、早期受診は喫緊の課題であるといえる。早期受診を実現するためには、高齢者やその家族に対する啓発活動とともに早期受診を支援する第三者の介入が必要である。とりわけ、地域において高齢者の見守りネットワークを構築する地域包括支援センターには、平成25年度より実施されている認知症施策推進5か年計画において地域の認知症高齢者の早期発見・早期対応の役割が期待されている¹³⁾。

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の状況を把握・対応するのは現実的には困難である。先行研究によると、地域包括支援センターは、虐待等の困難事例の対応や担当する地域が広範であり積極的な対応が難しく¹⁴⁾、地域の相談を受理した際には認知症がかなり進行していることが多く、援助困難であると報告されている¹⁵⁾。これらのことより、地域において認知症高齢者の早期発見とともに地域包括支援センターへ迅速につながるための相談対応体制が必要である。

このような状況下でより早期に認知症が疑われる高齢者を発見し、専門機関（地域包括支援センター）へ相談（援助要請）する役割として地域コミュニティ¹⁾に期待が寄せられている。地域コミュニティのなかでも地域で一定の役割を付与されている住民と厚生労働省の委嘱を受け、地域の見守りの役割を強く期待されている民生委員の役割は重要である。国策としても地域包括ケアシステムにおいて「互助」の役割は重要視されており、地域における認知症の早期受診・受療連携システムの構築は喫緊の課題である。それは、急激に増加する認知症高齢者に対し、早期

発見・早期受診を実現するためには「公助」のみでは量的に不足しており、限られた社会資源を効果的に運用していくシステムの構築が強く求められている¹⁵⁾。地域包括支援センターは潜在的なニーズである認知症が疑われる高齢者に対し受診を促す援助を開始するためには、根本¹⁶⁾のアウトリーチの広義の定義に従い、地域包括支援センターは、地域住民の掘り起こしを行い、認知症が疑われる高齢者が住んでいる地域コミュニティからの情報提供を可能とするネットワークを構築することによって早期に発見し、地域包括支援センターへ「つなげる」ための地域住民からの援助要請が可能となる地域のシステムづくりが重要である。しかしながら、地域住民が認知症症状の見られる高齢者を発見した時の対応はもちろんのこと、彼らがどのような相談先へ援助要請するか意向すら明らかになっていない。

そこで本研究では地域包括支援センターにおけるアウトリーチの観点より、早期に援助要請する重要な存在としての地域コミュニティ（地域で一定の役割を付与されている住民と民生委員）による認知症の早期発見・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、地域コミュニティを対象に認知症が疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向を明らかにすることにした。

2. 方法

2.1 被調査者

調査対象者はA市（人口約90,000人弱、高齢化率約28%）、B市（人口約45,000人弱、高齢化率約30%）、C町（人口約14,000人弱、高齢化率約40%）、D市（人口約27,000人弱、高齢化率約38%）、の人口・高齢化率の異なる4市町村の役割を付与された地域住民と民生委員を対象とした。本研究では、「役割を付与された地域住民」を「民生委員を除く、行政や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を行う地域住民」と操作的定義をした。具体的には、地区社会福祉協議会（支部社会福祉協議会）、認知症キャラバンメイト、小地域ケア会議に所属する各種委員（福祉委員、認知症サポーターなど）2,503名（平成25年10月末時点）を対象とし実施した。調査は、地区社会福祉協議会、小地域ケア会議開催時に各市町村地域包括支援センター職員が調査の主旨を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。

回答は、調査対象者2,503名のうち、調査機関において調査が可能であった地区940名分の調査票のうち919名(回収率97.8%)から得られた。

2.2 調査期間

調査期間は2015(平成27)年4月から同年12月の9ヶ月間であった。

2.3 調査内容

調査内容は、属性(性別、年齢、認知症サポーター養成講座への参加の有無)、知識量、肯定的態度、担当地区で認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向で構成した。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、民生委員、福祉委員、認知症が疑われる人の同居家族、認知症が疑われる人の別居家族、社会福祉協議会など18機関あるいは人を選定した。相談先の意向については、自分の担当地区に「認知症かもしれない」と感じた方を発見した場合、どこへ(または誰へ)相談するかを尋ね、相談する機関あるいは人について複数回答で求めた。

2.4 解析方法

統計解析には、回収された919名分の調査票のうち、各調査項目に欠損値のない637名分(役割を付与されている地域住民540名、民生委員99名)を用いた(有効回収率69.3%)。

解析方法として役割を付与されている地域住民と民生委員の属性の分布ならびに担当地区で認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向に関する群間比較にはt検定ならびに χ^2 検定を用い、p値が0.05未満(5%有意水準)のものを有意とした。

担当地区で認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の遠近構造を明らかにするため、クラスター分析(Ward法)を用いて類型化し、竹本ら¹⁷⁾の研究を参考にコンボイモデルを用いて模式化した。コンボイモデルとは、人が自らを取り巻く様々な関係の人に守られながら、人生の局面を乗り切っていく様子を護送船団(convoy)に準えたものであり、親密さの程度の異なる人々が三層(内層・中層・外層)をなして取り囲む様子を図式化したもので、内側の層ほど親密度が高いことを示す¹⁸⁾。以上の解析には、統計ソフトIBM SPSS 22 J for Windowsを使用した。

2.5 倫理的配慮

調査内容や配付方法については、各市町村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、調査協力の可否は自由意思(任意)とし、辞退によって何ら不利益が生じないことの保障、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、2015(平成27)年3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447)。

3. 結果

3.1 分析対象者の属性分布

分析対象者の属性分布は表1のとおりであった。役割を付与されている地域住民は男性が271名(45.3%)女性は327名(54.7%)であり、平均年齢

表1 役割を付与されている地域住民と民生委員における属性分布の比較

項目	役割を付与された地域住民		民生委員	有意差
	度数(%)			
性別	男性	271(45.3)	58(58.6)	*
		-2.4	2.4	
	女性	327(54.7)	41(41.4)	
		2.4	-2.4	
年齢	平均年齢(歳)	63.7	65.7	*
	(標準偏差)	(9.2)	(4.6)	
	範囲	22-87	50-78	
認知症サポーター養成講座受講経験	あり	209(34.9)	49(49.5)	**
		-2.8	2.8	
	なし	389(65.1)	50(50.5)	
		2.8	-2.8	
介護経験の有無	あり	239(40.0)	38(38.4)	n. s.
		-0.3	0.3	
	なし	359(60.0)	61(61.6)	
		0.3	-0.3	
就任期間	平均就任期間(年)	4.0	5.1	n. s.
	(標準偏差)	(5.7)	(4.8)	
	範囲	0-50	0-22	

** : p<0.01, * : p<0.05, n. s. : not significant (性別、認知症サポーター、介護経験は χ^2 検定、年齢、就任年数はt検定)

は63.7歳（標準偏差：9.2，範囲：22-87）であった。一方、民生委員は男性が58名（58.6%）、女性が41名（41.4%）であり、平均年齢が65.7歳（標準偏差：4.6，範囲：50-78）であった。性別について有意差がみられ（ $p<0.05$ ），役割を付与されている地域住民と民生委員の男女比を比較すると，役割を付与されている地域住民に比して民生委員の方が男性の比率が高かった。平均年齢では民生委員の方が有意に高かった（ $p<0.05$ ）。また認知症サポーター養成講座の参加の有無では，民生委員の方が有意に高かった（ $p<0.01$ ）。

3.2 認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向

担当地区で認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向は表2のとおりであった。役割を付与されている地域住民の担当地区で認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向は，民生委員が420名（70.2%）と最も高く，次いで高齢者の同居家族が331名（55.4%），地域包括支援センターが237名（39.6%）となっていた。一方，民生委員の相談先は，民生委員が70名（70.7%）で最も高く，次いで高齢者の同居家族が65名（65.7%），地域包括支援センターが63名（63.6%）となっていた。

役割を付与されている地域住民ならびに民生委員において担当地区で認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向の特徴を明らかにするため，クラスター分析を行った結果，それぞれ3つのクラスターが抽出された。役割を付与されている地域住民では，第1クラスターは，「警察」「介護サ-

ビス事業所」「認知症キャラバンメイト」など7つの機関（人）で構成されていた。第2のクラスターは，「地域包括支援センター」「福祉委員」「認知症サポーター」「社会福祉協議会」の4つの委員で構成されていた。第3クラスターは，「民生委員」「区長（地区長）」「認知症が疑われる人の同居家族」「認知症が疑われる人の別居家族」の4つの機関（人）で構成されていた（図1）。一方，民生委員では，第1クラスターは，「警察」「介護サービス事業所」「認知症キャラバンメイト」など7つの機関（人）で構成されていた。第2クラスターは「区長（地区長）」「福祉委員」「認知症サポーター」などの7つの機関等で構成されていた。第3クラスターは「認知症が疑われる人の同居家族」「認知症が疑われる人の別居家族」「民生委員」の3つの機関等で構成されていた（図2）。

役割を付与されている地域住民と民生委員の担当地区で認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の意向について，以上の結果を基にコンボイモデルを用いて模式化すると，図3ならびに図4のような遠近構造が考えられた。

3.3 相談先の意向の違いについて

役割を付与されている地域住民ならびに民生委員の相談先の意向について χ^2 検定を行ったところ，「認知症が疑われる人の同居家族」（ $p<0.05$ ），「行政窓口（福祉事務所）」（ $p<0.05$ ），「行政窓口（支所）」（ $p<0.01$ ），「地域包括支援センター」（ $p<0.001$ ）において，相談先の意向の比率に有意差が確認された（表2）。

表2 役割を付与されている地域住民と民生委員における認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先の比較

番号	項目	役割を付与された地域住民		民生委員		有意差
		度数	(%)	度数	(%)	
1	区長(地区長)	225	(37.6)	40	(40.4)	n.s.
2	民生委員	420	(70.2)	70	(70.7)	n.s.
3	福祉委員	187	(31.3)	37	(37.4)	n.s.
4	愛育委員	98	(16.4)	10	(10.1)	n.s.
5	認知症サポーター	140	(23.4)	27	(27.3)	n.s.
6	認知症キャラバンメイト	48	(8.0)	7	(7.1)	n.s.
7	認知症が疑われる人の同居家族	331	(55.4)	65	(65.7)	*
8	認知症が疑われる人の別居家族	227	(38.0)	43	(43.4)	n.s.
9	認知症疾患医療センター	45	(7.5)	7	(7.1)	n.s.
10	近くの医療機関	52	(8.7)	6	(6.1)	n.s.
11	警察	25	(4.2)	5	(5.1)	n.s.
12	行政窓口(福祉事務所)	136	(22.7)	33	(33.3)	*
13	行政窓口(保健師)	161	(26.9)	33	(33.3)	n.s.
14	行政窓口(支所)	101	(16.9)	28	(28.3)	**
15	地域包括支援センター	237	(39.6)	63	(63.6)	***
16	社会福祉協議会	162	(27.1)	32	(32.3)	n.s.
17	介護サービス事業所	55	(9.2)	4	(4.0)	n.s.
18	居宅介護支援事務所	66	(11.0)	8	(8.1)	n.s.

複数回答

***: $p<0.001$, **: $p<0.01$, *: $p<0.05$, n.s.; nosignificance (χ^2 検定)

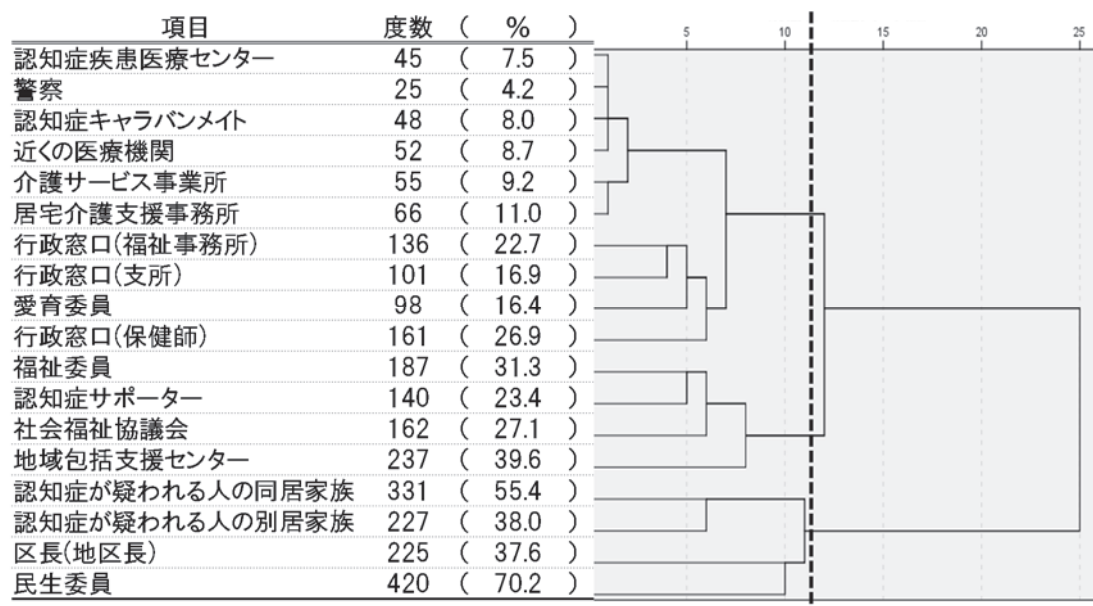


図1 役割を付与されている住民における認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先のクラスター分析結果

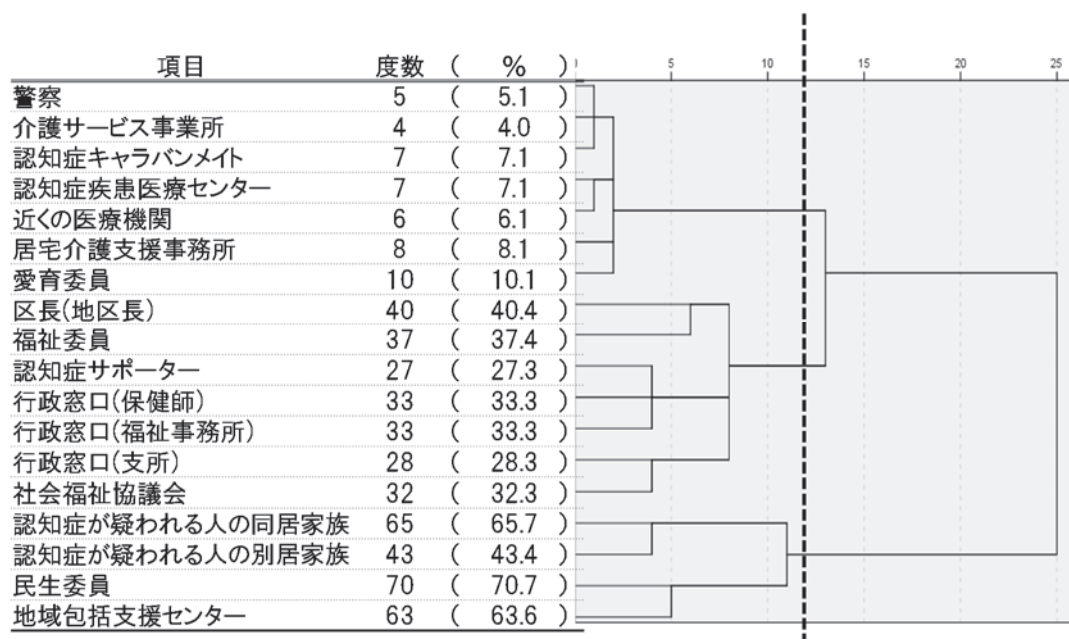


図2 民生委員における認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先のクラスター分析結果

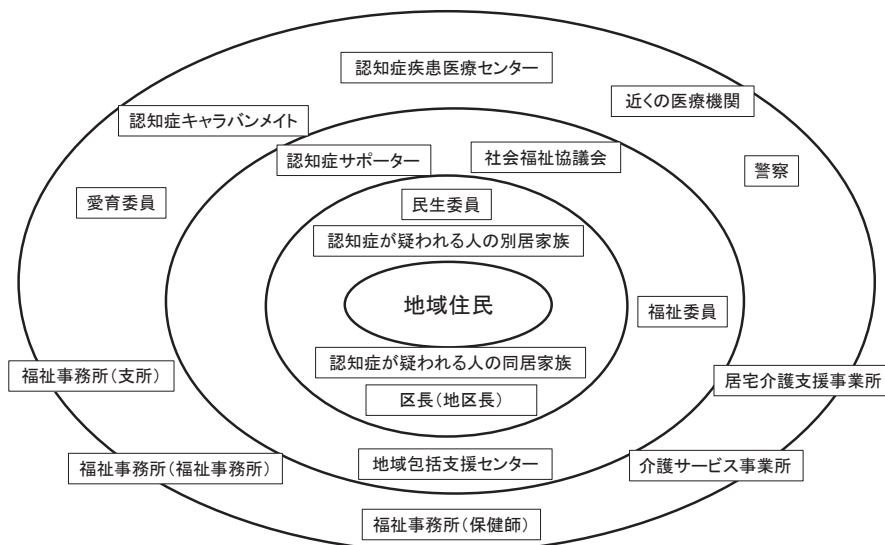


図3 役割を付与されている住民における認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先ネットワークの構造

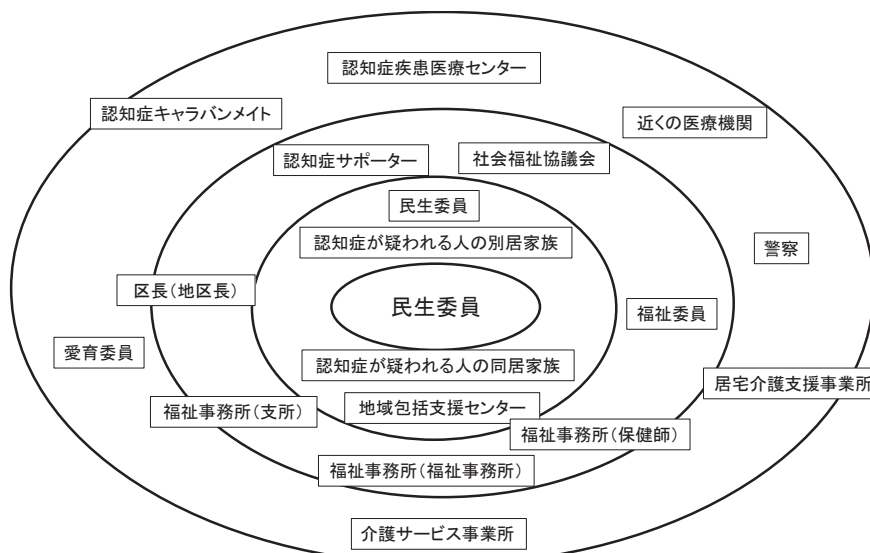


図4 民生委員における認知症の疑われる高齢者を発見した場合の相談先ネットワークの構造

4. 考察

4.1 認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の遠近構造

本研究結果として、役割を付与されている地域住民における相談先の選択の意向として、最も関係性が密である内層には、「民生委員」「区長・地区長」「認知症が疑われる同居家族」「認知症が疑われる別居家族」が位置していることが確認された。また民生委員では「地域包括支援センター」「民生委員」「認知症が疑われる同居家族」「認知症が疑われる別居家族」が位置していることが確認された。

本研究により次の2点が明らかになった。

1点目として、役割を付与されている地域住民が認知症が疑われる高齢者を発見した際には、「地域包括支援センター」よりも「民生委員」に相談する意向が高いことが明らかとなった。一方、民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際には、「地域包括支援センター」へ相談する割合が63.6%と高値を占めていた。この結果より、認知症が疑われる高齢者が発見され、援助要請が行われる際には、役割を付与されている地域住民は民生委員に相談を行い、民生委員は地域包括支援センターへ相談を行う

といったニーズキャッチシステムが存在していることが推測された。これは、地域における「予防」の観点に立ったシステムが有効に機能しているといえよう。認知症が疑われる高齢者を地域で早期発見し、専門機関へつなげ、受診・治療が実現することで重度化することなく、認知症施策である新オレンジプラン¹⁹⁾で目指す住み慣れた地域での生活の継続が可能となる。また役割を付与されている地域住民が民生委員へ、そして地域包括支援センターへつなげるシステムが機能することで、トップダウンではなく、ボトムアップで作り上げるシステムが成立することになる。しかしながら、役割を付与されている地域住民から民生委員への相談の意向においては70.2%、民生委員から地域包括支援センターへの相談の意向においては63.6%で相談したいという高い比率ではあるものの、全員がその意向を持っていなかったことから、民生委員と地域包括支援センターの相談体制が十分に周知徹底されているとはいえない。

2点目として、本研究においては、役割を付与されている地域住民ならびに民生委員は、「認知症が疑われる同居家族」「認知症が疑われる別居家族」に相談する意向が高いことが明らかとなった。民生委員は民生委員法第1条「社会奉仕の精神をもって、常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、福祉事務所等関係行政機関の業務に協力するなどして、社会福祉の増進に努める」人々と規定されているが、役割を付与されている地域住民と同様に民生委員は地域住民の一員であり、医療機関との連携や受診・受療援助の専門家ではない。認知症が疑われる高齢者とその家族にとって「受診」は人生の大きな転機である²⁰⁾。そのため、受診に結び付ける初期段階（ファーストタッチ）では高度な援助技術が求められることから、民生委員には直接介入よりもまず地域包括支援センター専門職へ援助要請すること、連携・協働することが求められるのである。

今後は受診・受療システムの確立に向けた取り組みと、役割を付与されている地域住民に対し、より早期発見が可能となるよう、「認知症早期発見チェック項目」等の周知が必要である。また専門機関である地域包括センターへ援助を依頼する民生委員を対象に早期受診・受療に必要な知識および専門機関との連携方法の教示に関する研修会の企画、そして研修会への積極的な参加を促すことが課題である。

4.2 認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の比較

担当地区で認知症が疑われる高齢者を発見した場合の相談先の選択の意向は表2とおりであった。役

割を付与されている地域住民と民生委員における認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の比較した結果、「地域包括支援センター」を相談先として選択する意向は、役割を付与されている地域住民に比して民生委員が高かった。

役割を付与されている地域住民が「地域包括支援センター」を相談先として選択しなかったことについては、地域住民は、認知症が疑われる高齢者に近い地域で普段から暮らし「認知症が疑われる高齢者に対する受診援助」以外に日頃の生活等において接する機会が多く、高齢者本人に対して「プライドを傷つける」などを理由に、専門職へ相談することを躊躇したと考えられる。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と考えられ、それゆえに直に専門機関へ相談するよりも、専門職より近い立場である民生委員へ相談し、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。

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²¹⁾、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。

先行研究において、松崎は地域包括支援センターの専門職が民生委員を単なる活用のための社会資源ととらえず、お互いに支えあえる「パートナー」であると述べており「連携」「協働」関係の必要性を述べている²²⁾。このことから、民生委員が認知症が疑われる高齢者を発見した際の適切な対応あるいは地域包括支援センターへの相談ならびに協働を行うことにより、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る。

品川と中山⁷⁾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²³⁾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がある。今後は、地域包括支援センターを相談先に選択しない(できない)理由などを明らかにし、地域包括ケアシステムの強化や活用に有用となる資料を得ることが求められる。

5. 結論

本研究では、役割を付与されている地域住民と民生委員を対象に認知症の疑われる高齢者を発見した

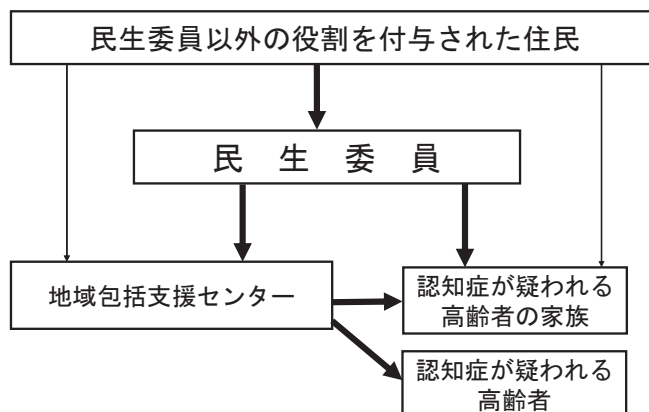


図5 認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた連携モデル

場合の相談先の意向を検討した。

結果、役割を付与されている地域住民と民生委員における認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の遠近構造が明らかとなった。役割を付与されている住民は地域包括支援センターより民生委員を相談先として選択する意向が高かった。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く、両者の相談先に対する選択の意向の特徴が明らかになった。地域で認知症が疑われる高齢者に近い役割を付与された住民から民生委員へ相談が行われ、認知症が疑われる高齢者の家族や地域包括支援センターへと相談が行われるといった相談先の意向が明らかになった。

認知症の早期発見・早期受診を可能とする受診・受療連携システムの構築のためには地域住民が早期の段階で認知症高齢者に「気づく」、地域包括支援センター等の専門機関へ「つなげる」ことが必要である²⁴⁾。認知症の早期発見・早期受診を可能とする受診・受療連携システムを活用していくためには、役割を付与されている住民は、早期の段階で「気づく」役割、民生委員は地域包括支援センター等の専

門機関へ「つなげる」役割、それぞれの役割を明確にし、分担していくことも重要である²⁴⁾。本研究結果による連携システムの実態(図5)から、地域コミュニティから専門機関へつながるそれぞれの役割が構築され、機能している可能性が示唆された。

本研究において、認知症が疑われる高齢者に対する早期発見・早期受診を可能とする受診・受療連携システムの実態として民生委員の役割の重要性が示されたが、地域住民からの情報を受け止め、地域包括支援センターへの援助要請に関する詳細な実態を解明するうえで、民生委員の個人要因や取り巻くさまざまな状況を加味して研究していくことも必要と考える。

今後は、調査対象者数の拡大や他市町村でも調査を実施し、検証結果の一般化等が課題である。また、本研究では地域住民や民生委員において認知症が疑われる高齢者を発見した際の相談先の意向が明らかとなったものの、相談先に対する順序性は十分な確証はなく、今後はどのような順序で援助依頼を行っていくかを明確にすることが課題である。

謝 辞

本調査研究の実施にあたり、調査にご協力いただきましたA市、B市、C町、D市小地域ケア会議の民生委員、各委員の皆様、ならびに各市町地域包括支援センターの皆様へ深謝申し上げます。

本調査研究は、岡山県立大学2015年度地域貢献特別研究費「地域コミュニティを対象とした認知症が疑われる高齢者を発見した場合の援助希求に関する研究」(研究代表者：竹本与志人)の一部を活用して実施したものである。

注

†1) 地域コミュニティとは、本研究では、地域一定の役割を付与されている地域住民と民生委員等を示しており、認知症が疑われる高齢者が住んでいる地域に存在するインフォーマルな社会資源として設定し使用した。

文 献

1) 日本神経学会監修：認知症疾患治療ガイドライン2010. 認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会, 2010.

- 2) 朝田隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応（総合研究報告書）。平成23年度～平成24年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業），2013。
- 3) 二宮利治：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（総括・分担研究報告書）。平成26年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業），2015。
- 4) 宇野正威：もの忘れ外来の意義と可能性。精神科治療学，17(3)，269-274，2002。
- 5) 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(5)，573-591，2003。
- 6) 鹿野由利子，花上憲司，木村哲朗，本間昭：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)，158-181，2003。
- 7) 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(11)，1224-1233，2007。
- 8) 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。
- 9) 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，41(5)，451-459，2004。
- 10) 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，10(1)，53-67，2011。
- 11) 厚生労働省：平成29年国民生活基礎調査の概況，世帯数と世帯人員数の状況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa17/>，2017（2018.9.22確認）
- 12) Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, Williams J, Edwards DF. : Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1771-1776, 2007.
- 13) 厚生労働省：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）について。
www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf，2012（2018.9.22確認）。
- 14) 玉木千賀子：地域包括支援センターにおけるアウトリーチの現状。沖縄大学人文学部紀要，9，103-118，2007。
- 15) 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，61(2)，125-129，2012。
- 16) 根本博司：援助困難ケースと向き合うソーシャルワーカーの課題。社会福祉士，(7)，129-139，2000。
- 17) 竹本与志人，内藤絵里，馬塩智恵子，宗好祐子，橋本智江，濱口須美，忠田正樹，堀部徹，香川幸次郎：認知症高齢者のケアマネジメントにおける介護支援専門員の社会保障制度の理解と活用状況—医療職と福祉職との比較を通して—。厚生指針，52(6)，15-20，2005。
- 18) Kahn RL and Antonucci TC : Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-Span Development and Behavior*. 3, 253-286, 1980.
- 19) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）—認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて—（概要）。
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf，2015。（2018.9.22確認）
- 20) 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—大阪市立大学大学院白澤政和教授退職記念論集編集委員会編，新たな社会福祉学の構築—白澤政和教授退職記念編集—，中央法規出版，東京，225-236，2011。
- 21) 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，11，101-110，2009。
- 22) 松崎吉之助：地域包括支援センター職員と民生委員の関係に関する研究—パートナー関係構築のプロセス—。技術マネジメント研究，11，11-24，2012。
- 23) 倉石哲也：家族ソーシャルワーク。ミネルヴァ書房，京都，2004。
- 24) 竹本与志人，杉山京：認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた保健医療福祉連携モデルの理論構築。日本早期認知症学会誌，9(1)，22-31，2016。

（平成30年12月10日受理）

The Intention for Consultaion among Local Residents and Local Welfare Commissioners Assigned Roles upon the Discorery of the Elderly Suspected to Suffer from Dementia

Ryuuji NAKAO

(Accepted Dec. 10, 2018)

Key words : local welfare commissioners, welfare committee members elderly with dementia, Convoy Model

Abstract

The purpose of this study was to clarify where Intention of counselor in local residents and local welfare commissioners demand support, when they found the elderly with symptoms of dementia. Survey targets were divided into 4 cities, towns and villages district social welfare councils (branch social welfare councils), dementia caravan mates, small regional care councils with different population ages of A city, B city, C city, D city Regional residents belonging to 2,503 people. The perspective structure of the intention of the consultation destination was categorized using cluster analysis and modeled using the convoy model. As a result, three clusters were extracted for both local residents and civil service committee members who were given a role. Regional residents who were given a role were more willing to consult with the "local welfare commissioners" than the commissioners. In addition, the ratio of consulting to the "Community Comprehensive Support Center", "Living with elderly people suspected of dementia", "Families living apart from elderly people suspected of dementia" was significantly higher. From the results of this study, early detection and early examination of dementia by local communities (local residents and local welfare commissioners who have been given a certain role in the area) as an important existence requiring early aid from the viewpoint of outreach in the area. It is important to clarify and share the roles of these in order to construct a consultation and treatment cooperation system that enables the use of medical treatment. In the future, it is a task to clarify the order of consultation destination of both parties in consultation and treatment community-based integrated care systems.

Correspondence to : Ryuuji NAKAO

Department of Social Work
Faculty of Health and Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail : n.ryuji@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.28, No.2, 2019 359 – 368)