

地域包括支援センターが受診援助を行っている 認知症の疑いのある高齢者の援助依頼者とその遠近構造

ナカオ リュウジ スギヤマ ケイ ミカミ マイ
中尾 竜二*1*3 杉山 京*1*4 三上 舞*1
サトウ キリノ マサフミ カンベ サトシ タケモト ヨシヒト
佐藤 ゆかり*2 桐野 匡史*2 神部 智司*5 竹本 与志人*2

目的 地域包括支援センターが認知症の疑いのある高齢者を早期に発見し、早期受診を実現するために有用な資料を得ることをねらいに、地域包括支援センターが受診援助を行っている認知症の疑いのある高齢者の援助依頼者とその遠近構造を明らかにすることとした。

方法 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1,500名を対象に、無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査内容は、過去1年以内に認知症の疑いのある高齢者の受診援助を行った経験の有無、認知症の疑いのある高齢者の援助依頼者などで構成した。解析には、各項目に欠損値のない480名の資料を用いた。統計解析は、認知症の疑いのある高齢者の援助依頼者の遠近構造はクラスター分析を用いて類型化し、コンボイモデルを参考に地域包括支援センターとの関係を構造化した。

結果 地域包括支援センターの専門職における認知症の疑いのある高齢者への受診援助に関するケースの援助依頼者（紹介元の機関および人）について、クラスター分析を行った結果、3つのクラスターが抽出された。コンボイモデルを参考に模式化した結果、内層には、「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」、中層には、「同じ市町村の福祉事務所」「高齢者の近隣住民」「高齢者本人」、外層には、「通所介護事業所」「福祉用具貸与・給付関連事業」「特別養護老人ホーム」など18の機関および人が位置していることが確認された。

結論 地域包括支援センターが、受診援助を行っている認知症の疑いのある高齢者の援助依頼者とその遠近構造が明らかとなった。しかし本研究では、認知症の疑いのある高齢者の受診援助における地域包括支援センターの直近に位置する機関および人が明らかとなったものの、地域包括支援センターへ至るまでの過程は明らかとならなかった。今後は、認知症の疑いのある高齢者が地域包括支援センターへ至るまでの詳細な過程を検証していくことが課題である。

キーワード 認知症、受診、地域包括支援センター、民生委員、コンボイモデル

I 緒 言

認知症は認知障害などによって社会生活が困難となった状態であり、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⁾。近年、認知症の鑑別診断技術の向上や認知症進行遅延薬の開発・認可の進展に伴い、

地域で生活する認知症の疑いのある高齢者を早期に発見し、認知症専門医のいる医療機関などへ受診につなげることが重要視されてきている。また認知症の疑いのある高齢者に対して、早期の段階から適切な治療ならびにケアを開始することにより、認知症の行動・心理症状（以下、BPSD）の軽減²⁾³⁾や家族の介護負担感の軽減⁴⁾、

* 1 岡山県立大学大学院保健福祉学研究所 * 2 同大学保健福祉学部准教授
* 3 美作市地域包括支援センター勝田地域ステーション * 4 日本学術振興会特別研究員DC1
* 5 大阪大谷大学人間社会学部准教授

当事者と家族のQOLの維持・向上⁵⁾⁻⁷⁾、医療・介護に係る経済的負担の軽減⁸⁾などが期待できることから、早期受診・治療のメリットは大きいと考えられる。

このような状況の下、厚生労働省より、2012（平成24）年には「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が、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）」が示され、認知症の疑いのある高齢者を地域包括支援センターが早期に発見し、鑑別診断のための受診に対して積極的に援助していくことが施策に明記され、期待されるようになってきた。その援助のなかでも、地域に潜在する認知症の疑いのある高齢者を発見するため、地域のあらゆる社会資源等を活用した認知症に対する「気づき」を促進するための支援体制、いわゆるネットワークの構築が喫緊の課題とされ⁹⁾、各自治体が主導となって、おのおの実情に応じた対策が迫られているところである。しかし一方で、ネットワーク構築の方法についてはその具体性が示されておらず、「ネットワーク形成に関する理論的意義」¹⁰⁾や「特定地域における実践例から得られたネットワークのあり方」¹¹⁾の報告に留まっているため、各自治体の手探りでネットワーク構築を図っているのが現状である。そのため、認知症の疑いのある高齢者の早期発見に有用なネットワークを地域包括支援センターが構築するには、まず、認知症の疑いのある高齢者を地域包括支援センターへつなぐ人や機関とその遠近構造を明らかにすることが必要である。また、これにより、認知症の疑いのある高齢者の早期発見に向けた地域包括支援センターによるネットワーク構築に向けた有用な資料を得ることができるものとする。

そこで本研究では、地域包括支援センターが受診援助を行っている、認知症の疑いのある高齢者の援助依頼者（以下、援助依頼者）とその遠近構造を明らかにすることとした。

Ⅱ 方 法

（1） 調査対象

本研究は、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（法的に設置が義務づけられている社会福祉士、保健師または地域保健等に関する経験のある看護師（以下、保健師等）、主任介護支援専門員；3職種）を対象とした。

（2） 調査方法

各県のホームページに2013（平成25）年8月時点で掲載されていた情報を基に、全936カ所の地域包括支援センターから500カ所を無作為抽出し、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、記入後は厳封のうえ郵送により回収を行う方法を採用した。調査期間は2013（平成25）年9月から同年10月までの2カ月間であった。

（3） 調査内容

調査内容は、調査対象者の属性（性別、年齢、雇用形態、医療および福祉に関する専門職としての従事歴（以下、専門職歴）など）および過去1年以内に認知症の疑いのある高齢者の受診援助を行った経験の有無、過去1年間に認知症の疑いのある高齢者の受診援助を行ったケースの援助依頼者などで構成した。

なお、過去1年間における地域包括支援センターへの援助依頼者については、「過去1年間の援助依頼者（紹介元の機関および人）」と定義し、先行研究¹²⁾や臨床経験が長い地域包括支援センターの専門職からの助言などを参考に24の機関および人を設定した。回答は、援助依頼を受けた人・機関すべてを選択するよう求めた。

（4） 解析方法

統計解析は、過去1年間の援助依頼者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¹³⁾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(コンボイ)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¹⁴⁾。本研究では、地域包括支援センターの専門職との関係の遠近構造を模式化する上で参考とした。

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

(5) 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、調査対象者に対して調査の趣旨、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。また、分析は統計的処理を行うため、個人が特定される恐れがないことを明記した。

なお、本研究は岡山県立大学倫理委員会に申請し、2013(平成25)年7月29日に審査・承認を受けて実施した(受付番号: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(調査対象者の32.0%、回答者の78.7%)の資料を用いた。

表1 分析対象者の属性分布 (n=480)

	社会福祉士 (n=167)	保健師等 (n=169)	主任介護支援 専門員 (n=144)
性別			
男性人数 (%)	58(34.7)	5(3.0)	22(15.3)
女性人数 (%)	109(65.3)	164(97.0)	122(84.7)
年齢			
平均(標準偏差, 範囲)(歳)	38.1(9.0, 24-63)	43.3(9.7, 24-62)	48.7(7.2, 34-67)
雇用形態			
正規職員人数 (%)	140(83.8)	158(93.5)	128(88.9)
嘱託職員人数 (%)	27(16.2)	11(6.5)	16(11.1)
専門職歴			
平均(標準偏差, 範囲)カ月	136.4(82.8, 6-498)	214.1(105.5, 29-459)	253.8(76.6, 120-474)

(1) 分析対象者の属性分布

分析対象者の属性は表1に示すとおりである。性別は、社会福祉士が男性58名(34.7%)、女性109名(65.3%)であり、保健師等は男性5名(3.0%)、女性164名(97.0%)、主任介護支援専門員は、男性22名(15.3%)、女性122名(84.7%)であった。

年齢については、社会福祉士が平均38.1歳(標準偏差:9.0, 範囲:24-63)、保健師等が平均43.3歳(標準偏差:9.7, 範囲:24-62)、主任介護支援専門員が平均48.7歳(標準偏差:7.2, 範囲:34-67)であった。雇用形態は、社会福祉士では正規職員が140名(83.8%)、嘱託職員が27名(16.2%)、保健師等では正規職員が158名(93.5%)、嘱託職員が11名(6.5%)、主任介護支援専門員は正規職員が128名(88.9%)、嘱託職員が16名(11.1%)であった。

各職種の専門職歴は、社会福祉士が平均136.4カ月(標準偏差:82.8, 範囲:6-498)、保健師等が平均214.1カ月(標準偏差:105.5, 範囲:29-459)、主任介護支援専門員が平均253.8カ月(標準偏差:76.6, 範囲:120-474)であった。

(2) 援助依頼者とその遠近構造

地域包括支援センターの専門職が、過去1年間に認知症の疑いのある高齢者の受診援助を行ったケースについて、援助依頼者の回答分布は、表2に示すとおりである。「高齢者の同居家族」が349名(72.7%)と最も多く、一方で「地区の班長」および「特別養護老人ホーム」

が2名(0.4%)と最も少ないことが確認された。

この援助依頼者の遠近構造を明らかにするため、クラスター分析を行った結果、第1クラスターは「通所介護事業所」「福祉用具貸

表2 地域包括支援センターへの援助依頼者に関する回答分布 (n=480)

援助依頼者である機関または人	人数 (%)	援助依頼者である機関または人	人数 (%)
高齢者の同居家族	349(72.7)	訪問介護事業所	38(7.9)
民生委員	336(70.0)	保健所	35(7.3)
高齢者の別居家族	323(67.3)	町内会長	33(6.9)
同じ市町村の福祉事務所	163(34.0)	福祉委員	19(4.0)
高齢者の近隣住民	148(30.8)	他の市町村の福祉事務所	17(3.5)
高齢者本人	137(28.5)	通所リハビリテーション	17(3.5)
居宅介護支援事業所	100(20.8)	小規模多機能型施設	16(3.3)
警察	71(14.8)	他の市町村の地域包括支援センター	14(2.9)
社会福祉協議会	68(14.2)	介護老人保健施設	11(2.3)
同じ市町村内の他の地域包括支援センター	45(9.4)	福祉用具貸与・給付関連事業	6(1.3)
在宅介護支援センター	41(8.5)	地区の班長	2(0.4)
通所介護事業所	39(8.1)	特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	2(0.4)

注 複数回答

与・給付関連事業」「特別養護老人ホーム」など18の機関および人、第2クラスターは「同じ市町村の福祉事務所」「高齢者の近隣住民」「高齢者本人」、第3クラスターは「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」「民生委員」で構成されていた(図1)。

以上の結果についてコンボイモデルを参考に模式化すると、図2のような遠近構造が想定された。最も地域包括支援センターとの関係性が密であると考えられる内層には「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」、中層には「同じ市町村の福祉事務所」「高齢者の近隣住民」「高齢者本人」、外層には、「通所介護事業所」「福祉用具貸与・給付関連事業」「特別養護老人ホーム」など18の機関および人が位置していることが確認された。

図1 地域包括支援センターへの援助依頼者に関するクラスター分析の結果

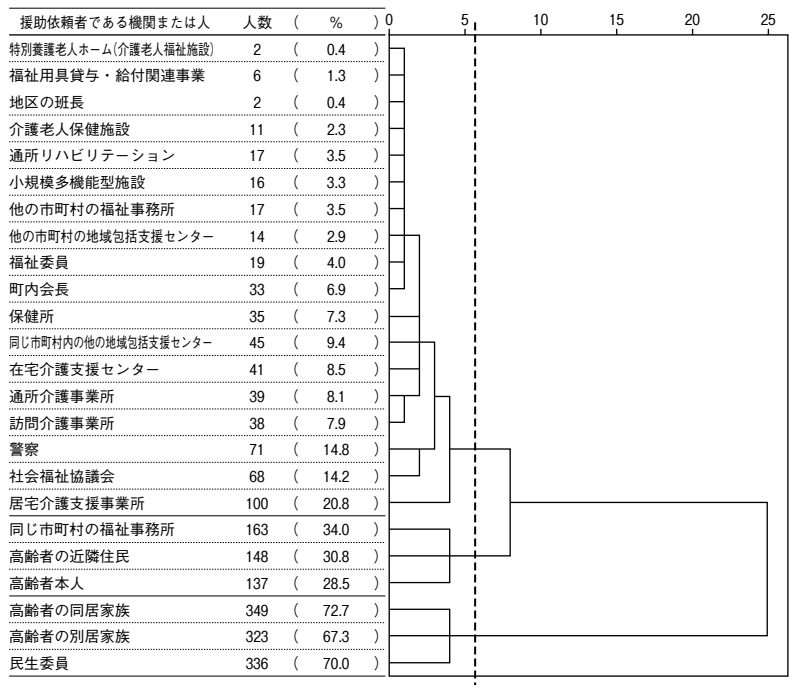
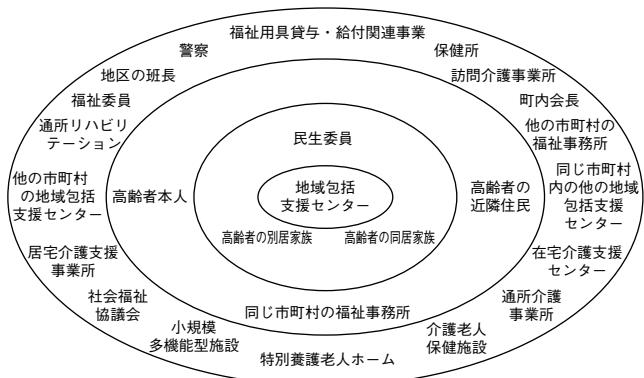


図2 地域包括支援センターへの援助依頼者の遠近構造



Ⅳ 考 察

(1) 内層に位置する援助依頼者

地域包括支援センターの専門職が受診援助を行ったケースの援助依頼者として、最も関係性が密であると考えられる内層には、「民生委員」「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」が位置していた。民生委員は見守り活動などの日頃の民生委員活動において、援助を必要とする人が適切な福祉サービスが受けられるよう専門機関へつなぐ役割を担っている¹⁵⁾。みずほ情報総研が実施した「認知症の疑いのある高齢者の早期発見のためのシステム」に関する調査¹⁶⁾によると、認知症の疑いのある高齢者を発見した時の対応として、民生委員が地域包括支援センターへ援助依頼を行うことが多くの自治体で期待されている。加えて中尾ら¹²⁾が特定地域の民生委員を対象に実施した調査では、民生委員が認知症の疑いのある高齢者を発見した際の援助依頼先としては地域包括支援センターが最も多かったと報告している。本結果は、認知症の疑いのある高齢者の受診において、民生委員がこのような期待された役割を果たしているという現状を示すものであり、先行研究を支持する結果が得られた。

「高齢者の同居家族」や「高齢者の別居家族」といった家族については、身内に認知症の疑いのある高齢者を発見した場合、その症状が認知症によるものか否かの判断が難しいために、受診を躊躇する傾向にあることが指摘されている¹⁷⁾¹⁸⁾。加えて、家族は認知症の疑いのある高齢者との心理的距離の近さから受診に対して冷静な判断がしにくいために、受診に至りにくいことも報告されている¹⁹⁾。しかし一方で、家族は受診に躊躇しつつも、他者からの直接的もしくは間接的な後押しがあれば受診を決意する可能性があることが指摘されている¹⁸⁾。そこで、認知症の疑いのある高齢者の家族が、身近な存在である民生委員による支援を受けて、地域包括支援センターに援助を求めたケースが多いことが、「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家

族」といった家族層が内層に位置している理由の1つなのでないかと推測される。

もう1つの理由として、家族などの介護者は、認知症の重篤化に伴いBPSDが顕在化していくことにより、介護を継続していく上で対応困難な課題が山積して受診を決意することが報告されている²⁰⁾が、いまだに精神科医療に関する偏見が根強い¹⁷⁾²¹⁾ため、家族が自らの手で直接、高齢者を精神科の医療機関に受診させることが難しい、という問題がある。そこで、家族が、認知症や介護者などに関する相談を受け付ける地域窓口である地域包括支援センター²²⁾に相談するケースが多いことが、地域包括支援センターへの援助依頼者として「高齢者の同居家族」「高齢者の別居家族」が多い理由の1つでないかと推測される。

(2) 中層に位置する援助依頼者

地域包括支援センターの専門職が受診援助を行ったケースの援助依頼者の中層には、「高齢者本人」「同じ市町村の福祉事務所」「高齢者の近隣住民」が位置していた。

まず、「高齢者本人」については、従来、認知症は病識が低い疾患であることが報告されてきたが、病初期やレビー小体型認知症などの前頭葉が障害されにくい認知症では、病識があることが報告されている²³⁾。また近年では、認知症は一般的な疾患として様々な啓発活動が実施され、高齢者本人が、知識を得たことにより、認知症に対して強い病識を持つようになった。「高齢者本人」が中層に位置したことは、このような背景から、認知症の疑いのある高齢者本人が、自らの認知症を疑うようになり、地域の高齢者の相談窓口である地域包括支援センターへ相談する機会が増加した結果ではないかと考えられる。

次に、福祉事務所については、その設置背景から民生委員との関係が密であり、実際、民生委員に関する事務を行っている福祉事務所が多い。また元来、福祉事務所は根拠法のひとつである老人福祉法に定めるところの高齢者の相談窓口であり、他の専門機関などと比較して、認

知症の疑いのある高齢者に関する相談を受理しやすい機関である。そのため、福祉事務所が受理したケースを地域包括支援センターへつないでいるために、「同じ市町村の福祉事務所」が中層に位置したと考えられる。

また「高齢者の近隣住民」が中層に位置したことについては、核家族化や高齢者単独世帯が増加している現在、認知症の疑いのある高齢者にとって最も身近な近隣住民が、その異変に気づきやすい場所にいることから、地域包括支援センターへ相談するためではないかと考えられる。

(3) 外層に位置する援助依頼者

地域包括支援センターの専門職が受診援助を行ったケースの援助依頼者の外層には、「通所介護事業所」「特別養護老人ホーム」などのフォーマルな社会資源が位置していた。

「特別養護老人ホーム」などのフォーマルな資源は、主に事業所に入所している高齢者に対応していることから、「民生委員」や「福祉事務所」などと比較して、地域で生活する認知症の疑いのある高齢者の受診に関する相談は少ないと考えられる。またこれらのフォーマル資源には、おのおの相談員が設置されていることも多いため、事業所内の認知症の疑いのある高齢者は地域包括支援センターへ相談するのではなく、直接医療機関と連携していることから、外層に位置しているのではないかと考えられる。

(4) 今後の課題

本研究の結果、地域包括支援センターが直接的に援助を受理しているケースの依頼者の遠近構造が明らかになり、これにより、受診援助者における地域包括支援センターの直近に位置する機関および人が明らかとなった。しかし、本研究では、地域包括支援センターへ至るまでの過程は明らかとならなかった。そのため今後は、認知症の疑いのある高齢者が地域包括支援センターへ至るまでの詳細な過程を検証していくことが課題である。

また、本研究は中国・四国地方、九州地方の

地域包括支援センターを対象とした調査の結果であるが、地域包括支援センターと外層に位置するフォーマル資源との関係は、各自治体が定めるところのシステムによる影響を受けることが推測される。以上のことから、今後は調査対象地域ならびに対象者数を拡大し、結果の一般化に向けた検証を行うことが課題である。

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました中国、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に深謝申し上げます。

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者への受診・受療援助に関する研究」(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。

文 献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5®). American Psychiatric Publishing, Washington, DC, London 2013.
- 2) Tanaka T, Kazui H, Morihara T, et al. Post-marketing survey of donepezil hydrochloride in Japanese patients with Alzheimer's disease with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Psychogeriatrics* 2008; 8(3): 114-23.
- 3) 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): 41-5.
- 4) Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, et al. Impact of donepezil hydrochloride on the care burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics* 2009; 9(4): 196-203.
- 5) Banerjes S, Willis R, Matthews D, et al. Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model. *International Journal of Geriatrics Psychiatry* 2007; 22(8): 782-8.
- 6) Mittelman MS, Roth DL, Clay OJ, et al. Preserving health of Alzheimer caregivers: impact of a spouse caregiver intervention. *The American*

- Journal of Geriatric Psychiatry 2007; 15(9): 780-9.
- 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): 204-15.
- 8) 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): 451-9.
- 9) 山口光治. 改訂地域包括支援センター ソーシャルワーク実践. 東京: 中央法規出版(株), 2012; 53-73.
- 10) 小坂田稔. 地域包括ケアシステムの意義とその構成. 美作大学・美作大学短期大学部紀要 2010; 55: 33-48.
- 11) 若狭重克. 地域包括ケアシステムにおけるネットワーク構築 - 地域包括支援センターの調査より -. 藤女子大学QOL研究所紀要 2011; 6(1): 81-9.
- 12) 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): 583-92.
- 13) 竹本与志人, 内藤絵里, 馬塩智恵子, 他. 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」の指標 2005; 52(6): 15-20.
- 14) Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support. Life-Span Development and Behavior 1980; 3: 253-86.
- 15) 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: 101-10.
- 16) みずほ情報総研(株). 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 2012.
- 17) 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 - 家族からみ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): 158-81.
- 18) 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.
- 19) 奥村由美子, 久世淳子, 柴山漠人. 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 2005; 16: 229-42.
- 20) 高橋智: 認知症のBPSD. 日本老年医学雑誌 2011; 48: 195-204.
- 21) 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): 1203-9.
- 22) 一般財団法人 長寿社会開発センター. 地域包括支援センター運営マニュアル2012~保険者・地域包括支援センターの協働による地域包括ケアの実現をめざして~. 2012 (www.nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/manual01.pdf) 2015.9.1.
- 23) 羽生春夫, 佐藤友彦, 赤井知高, 他. 老年期認知症患者の病識; 生活健忘チェックリストを用い, 介護者を対照とした研究. 日本老年医学会雑誌 2007; 44(4): 463-9.