

表2 PD, 人間性を奪うケア上の行為

-
- 1) 裏切り, ごまかし (treachery)
介護者の都合に従ってもらうために, 注意を逸らしたり, その人を動かしたり, その場をごまかしたりすること。
 - 2) 力を奪う, 受け身人間にしてしまう (disempowerment)
その人がもっている能力を使うことを許さないこと. 何か目的があって始めた行動を終えるのを手伝わないでいること。
 - 3) 子供扱い (infantilization)
無神経な親が子供を扱うように, 恩着せがましく扱うこと。
 - 4) おどし, 脅かすこと (intimidation)
何かを与える, という優位な立場, 身体的な優位さに立って力を使って, その人を脅かすこと。
 - 5) レッテルを貼る (labelling)
その人とかかわるときやその人のことを他に説明するときに, 行動や障害を決めつけている。
 - 6) 汚名を着せる, 差別する (stigmatization)
その人のことを「自分たちとは違う世界の, 痴呆という病気に冒された別の生き物, 物体」というように考えて扱うこと。
 - 7) 急がす (outpacing)
理解するにはあまりに早く話したり, 急かしたりしてプレッシャーとなること。
 - 8) 本人の実感を認めない (invalidation)
その人の訴える感じや経験, その人の主観を認めないこと。
 - 9) 追放する (banishment)
物理的にも精神的にも介護者の都合でどこかに追いやりたり心理的に除外すること。
 - 10) 物扱い (objectification)
物の固まりのように扱うこと. 気持ちをもつ人として扱わず, 説明もなく押しやりたりもち上げたり食べ物を詰め込んだりすること。
 - 11) 無視する (ignoring)
その人がそこにいることを無視して本人の前で無神経な会話や動作を行うこと。
 - 12) 無理強い (imposition)
何か無理にさせたり, 望みを叶えなかったり, 選択させないこと。
 - 13) ほっておかれる (withholding)
はっきりした呼びかけなどの求めに答えなかったり, 注意をしてほしい様子に対して何も行わないこと。
 - 14) 非難 (accusation)
状況を理解できず起きた失敗や能力不足で起きてしまった行動を非難すること。
 - 15) 中断 (disruption)
その人のある状態に乱暴に割り込み, 無神経にその状態を崩して混乱させること。
 - 16) 嘲り, 笑い者 (mockery)
その人のおかしな行動や発現をからかうこと. またそこから出るジョーク。
 - 17) 自尊心を傷つける (disparagement)
自尊心を傷つけるような発現や行動. その人が能力がないことや何もできなくて価値がない, などの印象を本人や周囲に与えること。
- a: 穏やか, b: 普通の, c: ひどい, d: 非常にひどい, の四段階で記録。
-

た上で受け入れる姿勢をもつことである。認知症高齢者は大脳に障害をもち、記憶力や思考・判断力が低下している一方、情緒・感情面は保たれていることが多い。多くの大脳機能が低下していく中で感情的な部分は残り、そこからくるギャップから認知症の周辺症状がひき起こされると考えられる。

その認知症高齢者のあるがままの状態をそのまま認めることが大切となり、認知症高齢者が安心できる環境・人間関係を築きあげていくことが重要となる。それらのことを理解した上で

認知症高齢者に積極的にかかわりをもつことがかかわりの第一歩となる。

認知症高齢者は、周囲の人たちが言うことや指摘することと本人が感じている事実との違いを察知し、困惑し、戸惑い、悩み、不安になることでストレスを募らせている。つまり、本人にとって感じている事実や真実、感じていることに対して否定したり馬鹿にしたり、怒ったり正しい行動を強要しようとすることは、認知症高齢者の混乱を深め、ストレスを増強させ、ときには抑うつ状態をひき起こす原因となること

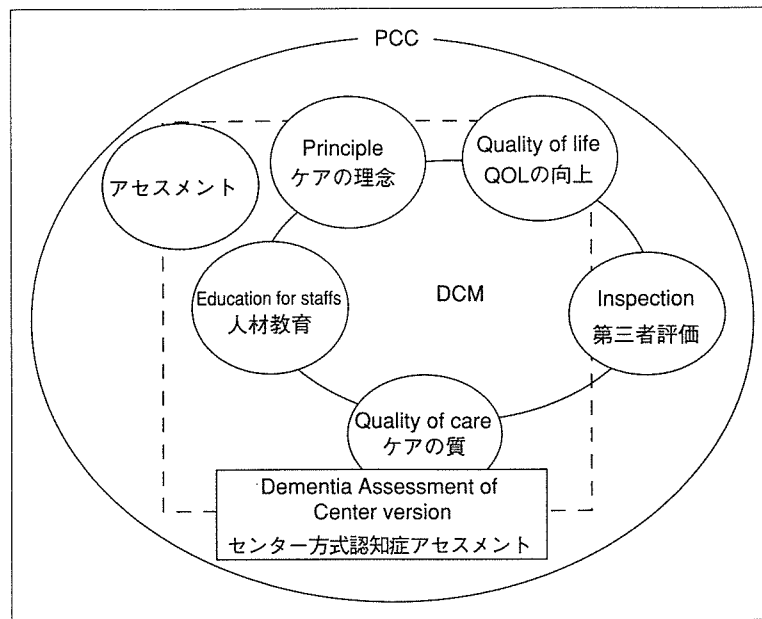


図1 PCCとDCMの関係について

もある。また、暴言を吐いたり暴力行為が発生する要因を誘発するようなものである。

認知症高齢者への介護の基本姿勢は本人が満足し納得するような対応を行うことである。これらのことから、本人が認知症の世界で有意義に生活を送ることができると、その環境を受け入れることにつながり、その中での私たちとの人間関係にも良い関係が確立され、信頼関係が築き上げられ、精神状態が安定した中で安心して生活できるようになる。

しかし、認知症高齢者に対して完璧な介護を提供することは容易なことではない。介護者側が完璧に、積極的にかわりをもっても空振りに終わり、反対に認知症高齢者の周辺症状をひき起こす引き金になる可能性もある。ほかにもいろいろな可能性や理由があるが、はっきりしていることは、認知症の人は周辺症状をひき起こすことで一社会との格差が生まれてしまう。それに対して周りの人が強要・指導・教育しても本人にとっては不快な気持ちを味わうこと以外の何者でもない。それらのことから、まず認知症高齢者への愛情を相手に伝わるような方法で接することが大切である。そして、それらの

答えは認知症高齢者が幸せを感じることで言葉に現れたり、周辺症状が落ち着いたりすることで、介護者も感じられることと思う。介護者側もゆとりをもつことができ、介護の負担も軽減することにつながる。しかし、認知症介護において、介護者側が受ける精神的なストレスも少ないわけではない。そのような中でも認知症介護に誇りをもつことができるように勉強を怠らず、実践、研鑽を積むことで専門性を見出し、努力していく必要がある。

文 献

- 1) 水野 裕. パーソンセンタード・ケアの考えに基づいたアセスメントとは—DCM法を中心に—. 痴呆介護 2004; 5: 25-31.
- 2) 遠藤英俊. ケアの評価と結果のフィードバックで職員の気づきを促しケアの質を向上. GPnet 2004; 6: 23-30.
- 3) 田中志子. 痴呆性高齢者の「利用者本位」を支えるアセスメントの手法DCM. GPnet 2004; 6: 31-39.
- 4) 太田黒友子, 桑野康一. DCMを用いた評価方法とケアの導き方. 痴呆介護 2005; 5: 32-44.

特集

高齢者虐待防止の取り組みと課題

高齢者虐待防止における病院の役割

遠藤 英俊¹⁾, 三浦 久幸²⁾

はじめに

高齢者虐待のうち身体虐待、性的虐待などの発見には病院、診療所など医療機関の役割が大きいことはいうまでもない。高齢者虐待で生命に危険のある場合には、警察や「地域包括支援センター」への通報義務がある。その点で医療関係者が高齢者虐待について理解し、地域包括支援センターとの協力も視野に入れながら、外来や入院患者においても相談や事例が出た場合に備えて、介入はいうまでもないが防止対策や予防にも積極的にかかわることが重要である。その点においても今後、病院は「虐待防止マニュアル」を作成し、相談や事例があった場合の体制づくりが必要であり、高齢者虐待に関する職員教育も行なう必要があるだろう。

1. 高齢者虐待と病院の役割

高齢者虐待とは在宅や施設内において、利用者の人権を無視して、身体的にも心理的にも行動を制限して、利用者の自由を奪う行為のことである¹⁾。介護施設では禁止されている身体拘束は施設内虐待のひとつとして考えられるが、他にも心理的虐待や世話の放任などもみられる。

病院の役割は外来と入院の高齢者虐待の発見と、自らの病院内における虐待の可能性はないと思うが、病院内虐待の防止が重要なポイントである。また、身体的虐待や性的虐待があった場合には入院させることで、一時的な緊急の避難場所ともなりうる。外傷があれば、入院の理由のひとつになり、虐待者と一時的に隔離する役割も果たすことができる。場合によっては家族が暴力的に患者を取り戻しにくる場合も想定されたり、他府県の協力病院に入院することも考えられる。いずれにしても、人権に配慮し、弁護士や家庭裁判所と協力して、成年後見制度を利用しつつ、高齢者を保護する場合もありうる。

身体的虐待とは意図的に物理的な力を行使し、身体の傷や痛みまたは欠損を結果としてもたらすもので、すなわち殴る、蹴る、つきたおす、つねる等にてあざや骨折等のことをいう。次に、性的虐待とはあらゆる形態の高齢者との合意のない性的接触や辱めのことをいう。高齢者でもまれではあるがみられるため、注意が必要である。虐待を発見するポイントを表1に高齢者虐待に気づくための身体所見を示した。また、表2に診察時のチェックリストを示した。医師はこうした内容を理解して、虐待の有無を疑うことが必要である。

心理的虐待とは脅し、侮辱、威圧などの言語の

筆者：1) えんどう ひでとし (国立長寿医療センター包括診療部部长)

2) みうら ひさゆき (国立長寿医療センター包括診療部)

暴力や威圧的な態度、無視、嫌がらせなど非言語による虐待的行為によって、心理的または情緒的苦痛を意図的に与えることであり、外来診療中でも高齢患者を家族が罵倒することがまれにある。

世話の放任（ネグレクト）とは意図的または結果的にケア提供者がケア提供にかかわる約束、または義務を履行しないことをいい、排泄や入浴、

食事等の世話をしないことなどをいう。よく注意すると、まれではあるが高齢者でもこうした現象がみられる。しかし、医療関係者がその気になって聞かない限り、この種の虐待の発見はしづらい。注意が必要である。

経済的虐待とは本人の了解や許可なくして高齢者の金銭、財産、またはその他の資源を勝手に使

表1 高齢者虐待に気づくための身体所見

1) 全身症状：
①脱水、低体重、意識障害がある
②不衛生（あかまみれ、ひどい汚れ）がある
2) 皮膚：
①新旧混在の外傷癍痕、多数の小さな出血、不審な傷（ヒモ型挫傷）がある
②不自然な火傷（多数の円形の火傷、手背部や口腔内、背部の火傷）がある
3) 骨折：多発性の骨折、新旧混在する骨折、肋骨骨折がある
4) 頭部：
①頭部外傷（頭蓋骨骨折、脳挫傷）がある
②頭蓋内出血（クモ膜下出血、急性硬膜下出血、慢性硬膜下出血）がある
5) 眼球損傷：前眼房や網膜の出血がある
6) 難聴：鼓膜破裂がある
7) 性器：性器や肛門周囲の外傷がある
8) 腹部：内臓損傷、内臓破裂がある
9) その他：反復する尿路感染症がある

表2 診察時のチェックリスト

1) 全身の診察
2) 全身の骨のレントゲン：虐待が疑われる場合には全身骨のレントゲン検査が必要である。
3) 外傷部位の写真撮影をするか、もしくは図示しておく
4) 出血性疾患のスクリーニング：介護者が出血傾向を訴える
5) 身体測定とその評価
6) 行動のスクリーニング：高齢者の状態を把握
7) 全身状態の評価

表3 高齢者虐待リスクアセスメント表（名古屋市高齢者虐待調査研究会作成）

	0	1	2	3
日常生活自立度	J・A	B	C	—
問題行動	無	有	—	—
本人との人間関係	よいと思う 普通	悪いと思う	—	—
家族との人間関係	よい	どちらともいえない	—	悪い
要介護状態になる前の家族との人間関係	よい	悪い どちらともいえない	—	—
介護の負担感	無	—	有	—
主介護者に対する他の家族の協力	有	無	—	—
家族の飲酒問題	無	—	有	—
主介護者が怠惰な生活をしている	していない	している	—	—
主介護者の介護サービス受け入れの状況	積極的	—	勧められて いやいや拒否	—

5点以上で要注意

うことである。対応は弁護士や行政が中心となるが、例えば裁判などのための認知症の鑑定など、医療機関に認知機能の障害の認定を求められる。また、成年後見人制度の利用のための診断書、鑑定書を求められることがある。最近では悪質訪問販売やリフォームをはじめ、高齢者の財産をだましとることがみられる。早めの成年後見制度の利用が有用である。しかし、一般住民の知識が乏しいことも課題である。

自己放任（セルフネグレクト）とはサービスを拒否したり、高齢者自身が生活や生きていくことを否定し、健康を損ねたり、安全を脅かすような怠慢または、自虐的なふるまいをいうが、中にはうつ病や自殺願望が含まれる。

遺棄（置き去り）とは介護や世話ができなくなった者または、介護や世話を拒否する者が高齢者を病院などに置き去る、何の連絡もなく面会にもこなくなる。病院で困るのは支払いと引き取り手がいないこと、また介護施設に退院させようにも保証人がいないことが問題となる。虐待の発見先としては医療機関、訪問介護事業所、民生委員、介護支援専門員等があるが、医療機関は外傷など特別な対応が必要であり、その役割は大きい。高齢者虐待の対策としては、通報と介入というステップがある。病院における介入とは、虐待の原因となった高齢者の認知症やそれに伴う行動障害が本人のせいではなく、病気からくるものであることを介護者に伝え、指導する必要がある。当然虐待の内容が重度のものであれば、病院に一時的に入院・隔離する場合もある。表3に名古屋市高齢者虐待防止委員会が作成したリスクアセスメント表を示した。これは訪問看護や介護支援専門員などの予備知識を喚起するために作成したものである。

2. 医療施設の虐待防止対策

病院の職員による虐待は普通考えられないが、介護施設での虐待は報告されている。適正な人事配置と勤務体系が重要であることはいうまでもな

表4 高齢者虐待が疑われる介護者の態度と言動

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 高齢者の状態が悪くても、詳しい話をしようとし、むしろ隠そうとする |
| 2. 介護や医療にあまり加わらず、気づかない振りをしたり、無視をする |
| 3. 病状や治療に関して質問をせず、関心をもたない |
| 4. 入院しても見舞いにこない |
| 5. 高齢者と深くかかわろうとしない、連絡がとれないことがある |
| 6. 高齢者の病状を気にしない |
| 7. 医療スタッフとトラブルを起こす |
| 8. 介護者の都合で退院を決め、病院と関係を絶とうとする |
| 9. 介護者にアルコール症、薬物中毒、統合失調症等の精神科疾患がある |

い、過度なストレスや疲労は、そのはげ口として弱者にあたることになる。それが高齢者虐待につながりやすい。虐待の防止には予防対策が一番である。それには施設の基準、内容を開示することがまず第一歩である。その次にケアの内容などを開示することである。基本的に見学者やボランティアを導入することでケアの内容は地域に公開することになる。それは介護施設の評判につながる。実はこの評判が一番確実で、利用者の確保の観点からも重要である。介護や医療の内容を一般に公開すること、施設の透明性が高くなり、結果として施設のレベルは高くなる。ボランティアの導入はそのひとつであり、施設の活動や環境の透明性が高まり、いいケアを提供せざるを得ないことになる。結果として虐待防止の一助にもなるといえる。介護ボランティアの意義はいうまでもなく、施設内での活動を援助してもらうこともあるが、実はその他にも役割がある。1つ目はボランティア自身の生きがいになることであり、2つ目は実は施設内の活動が丸見えになることである。ボランティアを導入することは施設内の虐待防止の第一歩であるともいえよう。いわば人を介した地域への情報公開である。また利用者とのコミュニケーションをとることが第一に重要である。そのためには、その人のいうことに傾聴し、理解することが求められる。まずは利用者の希望、利用者のいいたいことに耳を傾ける必要がある。傾聴

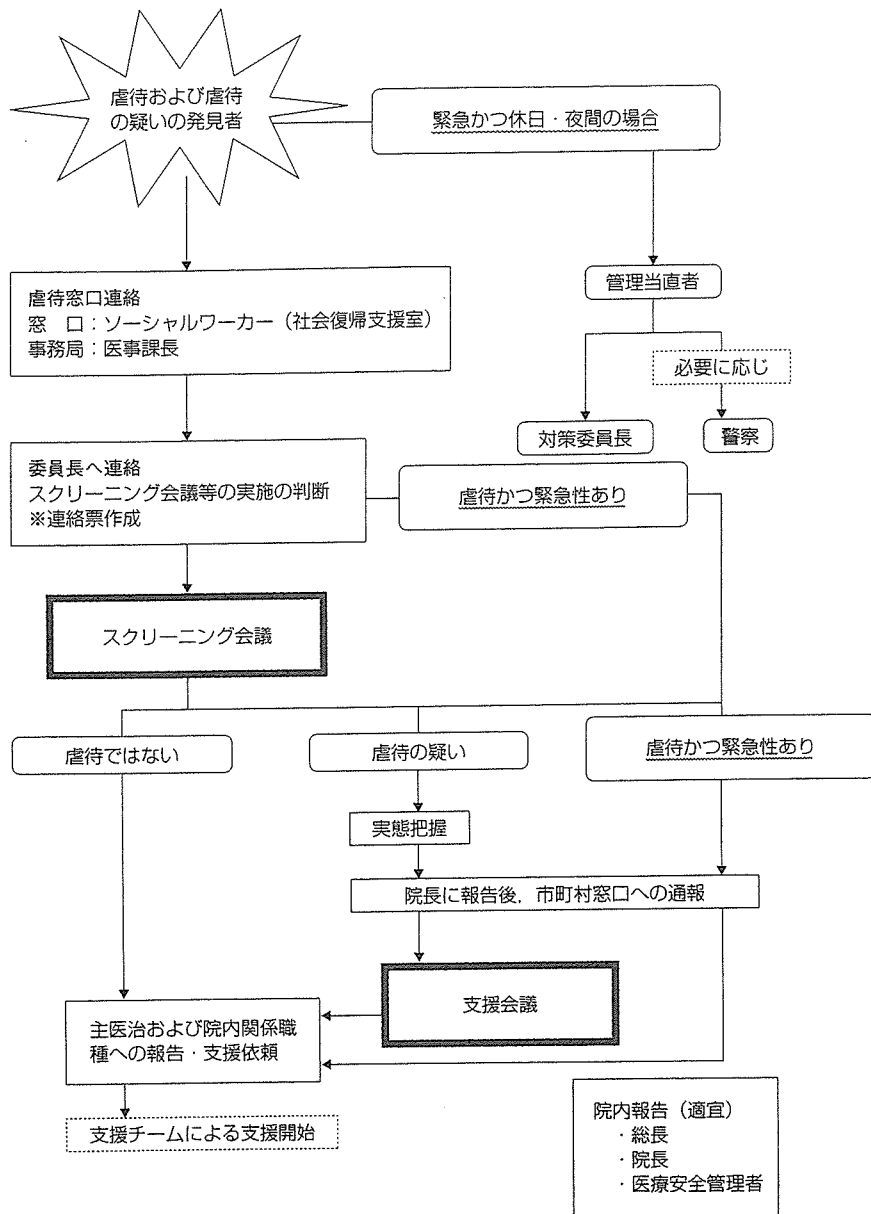


図1 院内での虐待対策フローチャート

こそがケアの第一歩であり、その後利用者の考え方、希望などを受け入れることがポイントであり、有用である。傾聴が十分にできれば虐待を防ぐことにもなる。

施設内虐待は表に出にくいので、仲間が注意を

したり、管理者や外部に告発した場合に、時に告発者が批判を浴びることがある、つまり犯人探しをされることもある。そこで正直な告発者を保護する必要があり、虐待防止法案のひとつの意図もそこにある。スウェーデンでは通称「サラの法

律」がある。施設内虐待の告発者を保護する法律である。告発者の保護が重要な観点である。自由な告発がなければ、施設内虐待は隠蔽されてしまう。事実を公表し、正義を貫くことが施設や職員の最低限の倫理である。

医師の立場から高齢者虐待を診るとすると、虐待のもっとも激しいパターンは殺人である。絞殺、火傷などさまざまである。愛知県では医師による介護殺人が報告されている。また、虐待は見かけでは、判断してはならないことは重要である。しかし外傷をみて、虐待を疑うことから始まる。救急を行なっている総合病院は、虐待の高齢者が来院した場合には、迅速な対応がとれるように、各施設の「高齢者虐待マニュアル」を作成し対応に心がける必要がある。介護施設では2000年3月より禁止されているが、医療機関における身体拘束はいぜんとみられる。しかし人権を重視すると医療機関においても身体拘束は、生命に危険をある場合のみ許されるという厳しい条件でのみ、行なわれるべきである。虐待の重症度は軽度から重度に分類されるが、医療施設に来院する場合は、どの種類の虐待であっても外傷が重症であるときには、緊急入院をさせた方がよいであろう。平常より虐待を見慣れない医師がその重症度を判断するのは難しい。重症を間違えて軽症と判断したときには高齢者の生命的危険が伴う。決して見逃してはならない危機がたちどころに襲ってくる。軽症と思いつつ入院させても、もし介護者が抗議するようであれば、それは重症と考えてもよいし、また入院を快く受け入れるようであれば、軽症の可能性もある。緊急入院をさせ十分な所見をとり、重症度を専門家の意見を聞きながら、対処方法をチームで考えた方が安全である。チームアプローチこそが虐待防止対策の決め手である。

医療機関に来院する虐待はほとんどが身体的虐待であるが、これは傷害罪（刑法第204条）や傷害致死罪（刑法第205条）であり刑事事件として取り扱う。警察の介入は、虐待の事実関係を明確

にでき、その次の段階に進むことができ早急な対処が可能となる。さらに表4に高齢者虐待が疑われる介護者の態度と言動を示した。

最終的には医師や看護師が虐待を疑い、勇気ある通報が、解決への重要なポイントとなる。高齢者虐待と診断したら、虐待に関しての専門である地域包括支援センター等に通報し、病状を説明し警察への通報の必要性を検討し、警察へ通報する。通報はできるだけ早い方がよい²⁾。介護者は、時間が経てば事実を隠す方向への供述を行なう可能性が出てくる。生命の危険が強く想定される場合には措置制度を利用して、介護施設への短期入所を行なう必要がある。病院への一時的保護が必要な場合もある。さらに経済虐待などで介護者が強硬な姿勢でとりもどしにくる場合には遠くの施設にシェルターとして預かってもらう場合もありうる。警察への通報は、傷害事件として刑事課に通報する。まず虐待の事実を明らかにすることにより、治療への道が開ける。こうした経験と行動が今後求められるであろう。

おわりに

高齢者虐待に対する医療機関の役割としては虐待の発見、通報、対策、介護者支援、さらには一時的保護などである。経済虐待と性的虐待は主に医療機関で発見されやすい。今後は法律をもとに各地の地域包括支援センターに協力しつつ、地域連携への貢献をし、高齢者の人権を守ることが重要である。図1に国立長寿医療センターの高齢者虐待防止対策院内フローチャートを示した。他機関の参考にしていただければ幸いである。

参考文献

- 1) 医療経済研究機構：家庭内における高齢者虐待に関する調査報告書。2004。
- 2) ピーター・デカルマほか著：家庭医の役割と臨床事例。高齢者虐待，ミネルヴァ書房，pp. 172-189, 1998。

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

一般生活者における家族が認知症に罹患した場合の対処行動に関する研究

分担研究者 荒井由美子 国立長寿医療センター研究所 長寿政策科学研究部長

研究要旨 本研究は、一般生活者における家族が認知症に罹患した場合の対処行動について、検討することを目的として行われた。本研究では、先行研究を参考に、認知症の症状を「ごく初期の症状」、「初期の症状」、「中期の症状」、「進行期の症状」の4段階に区別し、それぞれの段階別に家族が対処する行動を測定し、分析を行った。分析の結果、認知症のごく初期の症状及び初期の症状への対処行動としては、気になったとしても様子を見るにとどまり、病院を受診する者は少ないことが明らかとなった。中期の症状及び進行期の症状への対処行動については、大半の者は病院を受診し、援助を求めることが明らかとなった。しかしながら、作話や徘徊といった家族にとって強いストレスとなる症状に対しても、2割から3割の者が他者に相談するにとどまり、病院受診を選択しない傾向にあることも明らかとなった。今後、認知症における早期受診を促進させるためには、一般生活者を対象とした情報提供や啓発活動がさらに重要となることが示唆された。

A. 研究目的

近年、認知症に関する研究が著しく発展し、認知症によって生じる様々な症状に対する科学的理解が深まりつつある。それらの研究結果は、認知症の診断や治療へと応用されつつあり、例えば神経心理学的アセスメントや脳画像診断に関する研究の発展は、認知症の初期段階における診断のために有用な知見を提供している。また、最近では認知症に対する理解の深まりとともに、認知症患者を介護する家族の介護負担や対処行動に関する研究も増加している。ところが、その対

処行動の中でも、特に重要と考えられる、治療や診断を求める行動に着目した研究は数少ない。欧米では、いくつかの研究において、家族による認知症の症状への理解が早期の診断や治療を求めるなどの対処行動への重要な影響要因であることが報告されているが、症状とそのような対処行動との直接の関連性は明らかにはなっておらず、基礎的な研究の蓄積が求められている。

ドネペジルなどの治療薬の開発や介護予防の観点から、早期診断はますます重要な意味をもってきており、か

かりつけ医の認知症診断技術向上に関する学習教材の整備やモデル事業なども展開されている。しかしながら、家族が認知症となった場合の早期受診の重要性や受診の手がかりとなる症状の啓発は十分とは言い難い。その原因のひとつは、一般生活者の家族が認知症となった場合の一般的対処行動に関する基礎的研究が乏しいことが挙げられよう。そこで本研究では、わが国の一般生活者を対象とした調査を行い、家族が認知症に罹患した場合の対処行動の一般的な傾向を明らかにすることを目的とした検討を行った。

B. 研究方法

本研究では、すでにくつかの研究で報告したように(Arai et al., 2005) 社会情報サービス (Social Survey Research Information; SSRI) が管理する一般生活者パネル(52,748名より構成)から、割付法を用いて抽出した2,224名を対象として調査を行った。この2,224名に対し、自記式質問票を郵送したところ、回収数は2,031であった。このうち、本研究では有効回答であった2,025名を分析の対象とした。2,025名の性別ごとおよび全体の年齢の分布を図1に示す。全体では20歳代の対象者数が4%とやや少ないが、他の年代については、ほぼ均一した構成を示した。

測度

本研究では、家族が認知症に罹患し

た場合の対処行動について検討するために、以下の項目を設定した。まず、Functional Assessment Staging や Global Deterioration Scale などの観察による認知症の重症度評価尺度から、代表的な症状と考えられる適切な項目を収集した。次に、それらの内容を、一般生活者にも容易に理解できるよう編集し、「認知症の諸症状における家族の対処行動」とした。本研究では、先行研究を参考に「ごく初期の症状における対処行動」、「初期の症状における対処行動」、「中期の症状における対処行動」、「進行期の症状における対処行動」と認知症が進行する段階別に集計し、検討することとした。

また本研究では、一般生活者を対象としているため、仮の状況を設定し、「仮に、あなたの家族の「65歳以上の高齢者」の誰かに以下の症状がみられた場合、あなたはどのようになさいますか」という質問を設けた上で、「気にしない」、「気になるが、様子を見る」、「誰かに相談する」、「病院を受診する」という選択肢から回答を求めた。以下に本研究で示した認知症の段階別の諸症状を示す。

(1) 認知症におけるごく初期の症状に関する項目

本研究では認知症のごく初期における代表的な症状として、3項目を設定した。設定した項目について列挙すると、「不安になったり、落ち込んだりする」、「ちょっとしたことでも興奮しやすい」、「以前よりも落ち着きがなく

なる」であった。

(2) 認知症における初期の症状に関する項目

認知症の初期における代表的な症状としては、以下の6項目を設定した。項目について列挙すると、「既にある物を何度も買ってきてしまう」、「何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」、「以前よりもだらしなくなる」、「作り慣れている料理がうまく作れないようになる」、「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」、「日付がわからなくなる」であった。

(3) 認知症における中期の症状に関する項目

認知症の中期における代表的な症状として、以下の7項目を設定した。項目について列挙すると、「自分の財布や通帳を盗られたとあって騒ぐ」、「トイレの場所がわからなくなり、使い方がわからなくなる」、「よく知っている場所で道に迷う」、「誰もいないのに、誰かが見えているような行動をする」、「周囲の人にはよくわからない理由で歩き回る」、「食事をしたことを忘れる」、「周囲の人にはよく理解できない理由で大声をあげる」であった。

(4) 認知症における進行期の症状に関する項目

認知症の進行期における代表的な症状として、以下の4項目を設定した。項目について列挙すると、「おもらし(失禁)をするようになる」、「言葉を

話すことができなくなる」、「食べ物がかうまく飲み込めなくなる」、「寝たきりになる」であった。

C. 研究結果

(1) ごく初期の症状における対処行動

認知症のごく初期の症状への対処行動の集計結果を図2に示す。「不安になったり、落ち込んだりする」という症状がみられた場合、2,025名のうち、10.4% (211名) が「気にしない」と回答していた。「ちょっとしたことでも興奮しやすい」という症状がみられた場合は、11.6% (235名) が同じく「気にしない」と回答していた。「以前よりも落ち着きがなくなる」という症状に対しては、「気にしない」という回答が9.0% (183名) であった。また、これらすべての症状において、「気になるが、様子を見る」という回答が最も多く、「病院を受診する」と回答した者は「気にしない」と回答した者よりも少ないことが明らかとなった。この結果は、一般生活者において、約6割から7割の者は、家族の一員にこれらの症状が起こったことに気づきつつも、具体的な対処には至らないという傾向にあることを示していると考えられる。

(2) 初期の症状における対処行動

認知症における初期の症状への対処行動の集計結果を図3に示す。「気にしない」を選択した者が10%を超えた

項目は、「何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」、「以前よりも、だらしなくなる」の2項目のみであった。この結果は、初期の症状においては、ごく初期の症状への対処と比較すると、何らかの対処行動を起こす傾向が高いことを示していると考えられる。同じく、これら初期の症状において「病院を受診する」を選択した者は、「既にある物を買ってきてしまう」では18.3% (371名)、「何回も同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする」では14.0% (284名)、「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」では20.1% (408名)、「日付がわからなくなる」では39.5% (799名)となっており、ごく初期の症状への対処と比較して、明らかに受診に繋がる対処行動が増加していることが示された。

(3) 中期の症状における対処行動
図4は、認知症の中期段階における、代表的な症状への対処行動を集計したものである。図4に示したすべての項目において、「気にしない」を選択した者が2%以下にとどまっており、これらの症状に対する家族の対処行動は、ごく初期の症状及び初期の症状とは異なることが示された。また、「自分の財布や通帳を盗られたと言って騒ぐ」、「よく知っている場所で道に迷う」では約5割、「誰もいないのに、誰かが見えているような行動をする」、「周囲の人にはよくわからない理由で歩き回る」、「食事をしたことを忘れる」、「周囲の人にはよく理解できない

理由で大声をあげる」では約6割、そして「トイレの場所がわからなくなり、使い方がわからなくなる」では約7割が「病院を受診する」を選択していた。これら認知症における中期の症状は、介護する家族に重い負担やストレスをもたらすことが知られており、半数以上の一般生活者においても、対処のために病院を受診し、専門的な判断を仰ぐことが必要であると考えていることを示唆している。しかしながら、「気になるが、様子を見る」を選択した者が1割を超えた項目も認められることから、これら中期の症状に対する専門的な判断の重要性を、さらに訴えていくことが必要であろう。

(4) 進行期の症状における対処行動
認知症における進行期の症状への対処行動について、集計した結果を図5に示す。進行期の症状においては、「気にしない」を選択した者が全項目において1%程度であり、非常に少ないことが明らかとなった。また、「おもらし(失禁)をするようになる」では約7割、「言葉を話すことができなくなる」、「食べ物がうまく飲み込めなくなる」、「寝たきりになる」では約9割が「病院を受診する」を選択しており、一般生活者においても、このような深刻な症状に対しては、専門的援助を求める傾向が非常に強いことが示された。この結果は、進行期の症状に対処するためには、見守りや身近な者への相談といった方法では不十分であり、専門家による援助が不可欠であるこ

とを、一般生活者の多くが認識していることを示していると考えられる。しかしながら、これらの項目に示されたような症状が認められたとしても、十分な対処行動を取らない者もわずかなではあるが存在する。今後は、これら少数の者が進行期の症状においても対処を行わない理由や原因などについて検討していくことが求められる。

(5) 総合的考察

本研究では、家族が認知症に罹患した場合の対処行動について検討することを目的として、一般生活者を対象とした調査をもとに分析を行った。本研究では対処行動を分析する際、先行研究を参考として、認知症の症状を「ごく初期の症状」、「初期の症状」、「中期の症状」、「進行期の症状」の4段階に区別し、それぞれ検討を行った。分析の結果、認知症のごく初期の症状及び初期の症状が見られる段階においては、気になったとしても様子を見るにとどまり、病院を受診する者は少ないことが明らかとなった。現在、認知症による様々な機能低下を根本的に改善する治療法は確立されていないが、早期受診を行い、診断が確定することによって、家族はリハビリテーションや進行を遅らせるための薬物療法を選択することが可能となる。また、ごく初期の症状の多くは、必ずしも認知症特有の症状ではなく、他の疾患や老化による影響と混同されやすい症状である。したがって、認知症に類似した症状が見られたとしても、実際は治

療可能な疾患に起因する場合もあり、初期段階において鑑別診断を行うことが重要である。

中期の症状及び進行期の症状の分析結果からは、これらの症状が見られた際、大半の者は病院を受診し、援助を求めることが明らかとなった。しかしながら、作話や徘徊といった家族にとって強いストレスとなる症状が見られた場合においても、2割から3割の者が他者に相談するにとどまり、病院受診を選択しない傾向にあることも明らかとなった。作話や徘徊に対して、家族が否定を繰り返したり、拘束を行ったりすることは、高齢者本人にとっても不快な経験となり、さらなる症状の悪化をもたらす可能性もある。このような症状が見られた場合は、できるだけ医療・介護の専門家と共に、適切な診断にもとづくケアを行っていくことが必要であると考えられる。

E. 結論

本研究により、わが国の一般生活者において、高齢期の家族に認知症のごく初期の症状や初期の症状が見られた場合、病院を受診させる意向を持つ者は少ないという傾向があることが示された。また、進行期においても、症状によっては、病院への受診意向を持つ者が7割程度にとどまるという傾向があることが明らかとなった。認知症の治療やリハビリテーションの観点からも、たとえごく初期の段階であったとしても、適切な診断を受け、医

療や介護の専門家と共にケアを行っていくことが必要であり、今後は一般生活者を対象とした情報提供や啓発活動がさらに重要となってくると考えられる。

研究協力者

安部幸志 (国立長寿医療センター研究所 長寿政策科学研究部)

熊本圭吾 (国立長寿医療センター研究所 長寿政策科学研究部)

池田 学 (熊本大学大学院 医学薬学研究部教授)

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

Arai Y. Implementation and implications of the 2002 Road Traffic Act of Japan from the perspective of dementia and driving: A qualitative study. *Jpn Bull Soc Psychiat* 2006; 14: 158-161.

Schreiner AS, Morimoto T, Arai Y, Zarit SH. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cutoff score for the Zarit Burden Interview. *Aging Ment Health* 2006; 10 (2): 107-111.

Oura A, Washio M, Wada J, Arai Y, Mori M: Factors related to

institutionalization among the frail elderly with home-visiting nursing service in Japan. *Gerontology* 2006; 52 (1): 66-68.

Kumamoto K, Arai Y, Zarit SH. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: Preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21 (2): 163-170.

Hozawa A, Ohkubo T, Obara T, Metoki H, Kikuya M, Asayama K, Totsune K, Hashimoto J, Hoshi H, Arai Y, Satoh H, Hosokawa T, Imai Y. Introversion associated with large differences between screening blood pressure and home blood pressure measurement: the Ohasama study. *J Hypertens* 2006; (in press)

Sasaki M, Arai Y, Kumamoto K, Abe K, Arai A, Mizuno Y. Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry*: (in press)

Oura A, Washio M, Arai Y, Ide S, Yamasaki R, Wada J, Kuwahara Y, Mori M. Depression among caregivers of the frail elderly in Japan before and after the introduction of the Public Long-Term Care insurance

System. Z Gerontol Geriatr (in press)

Miura H, Arai Y, Kariyasu M, Yamasaki K. Oral health care needs and provision for the impaired community-dwelling elderly. Journal of Kyushu University of Health & Welfare 2007; 8: (in press)

Miura H, Kariyasu M, Yamasaki K, Arai Y. Evaluation of chewing and swallowing disorders among frail community-dwelling elderly individuals. J Oral Rehabil 2007; 34: (in press)

工藤 啓, 荒井由美子. ヘルスケア情報のIT化について—特に携帯用端末(PDA: Personal Digital assistants)の活用について—. 公衆衛生情報みやぎ 2006; 350: 10-12.

新井明日奈, 荒井由美子, 松本光央, 池田 学. 認知症高齢者の運転行動の実態—家族介護者からの評価—. 日本医事新報 2006; 4272: 44-48.

熊本圭吾, 荒井由美子. 在宅ケアの質評価法 Home Care Quality Assessment Index: HCQAIの妥当性の検証. 日本老年医学会雑誌 2006; 43 (4): 518-524.

荒井由美子, 佐々木恵, 熊本圭吾. 国立長寿医療センター方式訪問看護データベース入力支援システムの開発.

日本医事新報 2006; 4285: 69-73.

安部幸志, 荒井由美子, 池田 学. 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 2006; 4292: 63-67.

工藤 啓, 荒井由美子. 住民検診を基にした地区診断について—宮城県大和町の年齢層にも留意した地区診断—. 公衆衛生情報みやぎ 2006; 351: 21-25.

工藤 啓, 瀬川香子, 荒井由美子. 中高年筋力トレーニング自主グループの活動支援とその医学的な効果について—宮城県大和町における自主グループ育成支援の試み—. 公衆衛生情報みやぎ 2006; 353: 13-16.

荒井由美子, 熊本圭吾, 佐々木恵, 工藤 啓. 在宅ケアの質を測る新しい評価法: HCQAI. 公衆衛生 2006; 70 (7): 535-538.

上村直人, 池田 学, 荒井由美子, 野村美千江, 博野信次. 認知症と社会的側面—わが国における認知症ドライバー研究の動向—. 脳と神経 2006; 58 (6): 463-470.

荒井由美子. 介護保険制度下における家族介護. 日本社会精神医学会雑誌 2006; 15 (1): 79-85.

新井明日奈, 荒井由美子, Zarit SH.

BPSDによる家族介護者の負担およびその軽減策：介護者への介入を中心として. 精神科 2006 ; 9 (1) : 48-56.

池田 学, 上村直人, 荒井由美子, 野村美千江, 博野信次. 認知症高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究. 公衆衛生 2006 ; 70 (9) : 692-694.

荒井由美子. 高齢者・高齢社会に対する意識と認知症になった場合の意識・行動：2004年一般生活者調査. Dementia Care Support 2006 ; 臨時増刊号 : 18-22.

鷺尾昌一, 荒井由美子, 稲葉佳江. 高齢化社会における公衆衛生看護・地域看護と疫学教育の役割. 臨牀と研究 2006 ; 83 (10) : 112 (1538) -114 (1540).

工藤 啓, 高橋和子, 吉田俊子, 荒井由美子. 訪問看護ステーションにおけるデータベース電子カルテの可能性について-電子カルテ導入における課題とその展望-. 公衆衛生情報みやぎ 2007 ; 363 : (印刷中)

新井明日奈, 佐々木恵, 荒井由美子. 医療制度・介護保険制度に対する認識と不安：2006年一般生活者調査から. Geriatric Medicine 2007 ; 45 (2) : (印刷中).

2. 著書

荒井由美子. 介護負担の評価. 鳥羽研二, 編. 日常診療に活かす老年病ガイ

ドブック第7巻 高齢者への包括的アプローチとリハビリテーション. 東京:メジカルビュー社, 2006:128-133.

荒井由美子. 精神障害の現状と動向. 鈴木庄亮・久道茂, 編. シンプル衛生公衆衛生学 2006. 東京:南江堂, 2006 : 295-305.

荒井由美子, 佐々木恵, 熊本圭吾. 在宅ケアの質の評価:HCQAI. 大内尉義, 編. 日常診療に活かす老年病ガイドブック第8巻 高齢者の退院支援と在宅医療. 東京:メジカルビュー社, 2006 : 182-187.

荒井由美子, 熊本圭吾. 高齢者を介護する家族の負担. 中村利孝, 編. 整形外科学体系25巻 高齢者の運動器疾患. 東京:中山書店, 2007 : 284-287.

荒井由美子. 精神障害の現状と動向. 鈴木庄亮・久道茂, 監修. 小山洋・辻 一郎, 編. シンプル衛生公衆衛生学 2007. 東京:南江堂, 2007 : (印刷中).

3. 学会発表

鷺尾昌一, 竹居田和之, 荒井由美子, 大浦麻絵, 鈴木 拓, 園田智子, 坂内文男, 森 満. 寒冷地で要介護高齢者を介護する家族介護者の抑うつ—北海道稚内市の訪問看護ステーション利用者調査より—. 第16回日本疫学会学術総会, 2006年1月23-24日 (発表23日), 名古屋市.

佐々木恵, 熊本圭吾, 荒井由美子. 要介護高齢者介護者の介護負担を規定する要因の検討. 第16回日本疫学会学術総会, 2006年1月23-24日(発表23日), 名古屋市.

吉益光一, 鷺尾昌一, 倉澤茂樹, 宮井信行, 宮下和久, 荒井由美子. 要介護高齢者を介護する家族の介護負担の地域差について. 第76回日本衛生学会総会, 2006年3月25-28日(発表26日), 山口県宇部市.

倉澤茂樹, 吉益光一, 鷺尾昌一, 宮井信行, 宮下和久, 荒井由美子. 要介護高齢者を介護する家族介護者の抑うつ状態に関連する要因. 第76回日本衛生学会総会, 2006年3月25-28日(発表26日), 山口県宇部市.

佐々木恵, 熊本圭吾, 荒井由美子. 「国立長寿医療センター方式訪問看護データベース入力支援システム」の開発. 第48回日本老年医学会学術集会, 2006年6月7-9日(発表8日), 石川県金沢市.

安部幸志, 荒井由美子. 一般生活者を対象とした認知症における援助希求行動尺度の作成と妥当性に関する検討. 第48回日本老年社会学会大会, 2006年6月24日-25日(発表25日), 兵庫県西宮市.

水野 洋子, 荒井由美子. 高齢者虐待

の防止に係る施策—英国における Protection of Vulnerable Adults (POVA) スキームの概要と課題—. 第48回日本老年社会学会大会, 2006年6月24日-25日(発表25日), 兵庫県西宮市.

増原宏明, 田近栄治, 荒井由美子. 高齢期までの累積医療費格差の分析—セミパラメトリックモデルによるシミュレーション例—. 第48回日本老年社会学会大会, 2006年6月24日-25日(発表25日), 兵庫県西宮市.

上田照子, 荒井由美子. 高齢者を介護する息子の実態と虐待の背景要因. 第48回日本老年社会学会大会, 2006年6月24-25日(発表25日), 兵庫県西宮市.

Miura H, Arai Y. Oral Health Care Needs and Provision for the impaired elderly. 84th General Session & Exhibition of IADR (International Association for Dental Research). 2006 June 28-July 1 (Presentation: June 29), Brisbane, Australia.

佐々木恵, 新田順子, 安部幸志, 荒井由美子. 家族介護者による要介護高齢者に対する虐待の関連要因. 第21回日本老年精神医学会大会, 2006年6月30日-7月1日(発表30日), 東京都.

安部幸志, 荒井由美子. わが国の一般生活者における認知症の病名告知に

対する希望に関する探索的検討. 第21回日本老年精神医学会大会, 2006年6月30日-7月1日(発表30日), 東京都.

新井明日奈, 荒井由美子, 松本光央, 池田 学. 認知症高齢者における自動車運転の実態—家族介護者からの評価—. 第21回日本老年精神医学会大会, 2006年6月30日-7月1日(発表1日), 東京都.

上田照子, 荒井由美子, 西山利正. 在宅要介護高齢者における家族による虐待—息子を中心として—. 第65回日本公衆衛生学会総会, 2006年10月25-27日(発表27日), 富山市.

新井明日奈, 荒井由美子. 認知症患者の自動車運転に関する課題の検討. 第65回日本公衆衛生学会総会, 2006年10月25-27日(発表27日), 富山市.

Abe K, Arai Y. Dementia-Related Help-Seeking Behavior among the general population in Japan. The 59th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, 2006 November 16-20 (Presentation: November 18), Dallas, USA.

佐々木恵, 荒井由美子. 「国立長寿医療センター方式訪問看護データベース入力支援システム」の導入効果の検討. 第17回日本疫学会学術総会, 2007年1月26-27日(発表26日), 広島市

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得、2. 実用新案登録、3. その他、特記すべきことなし.

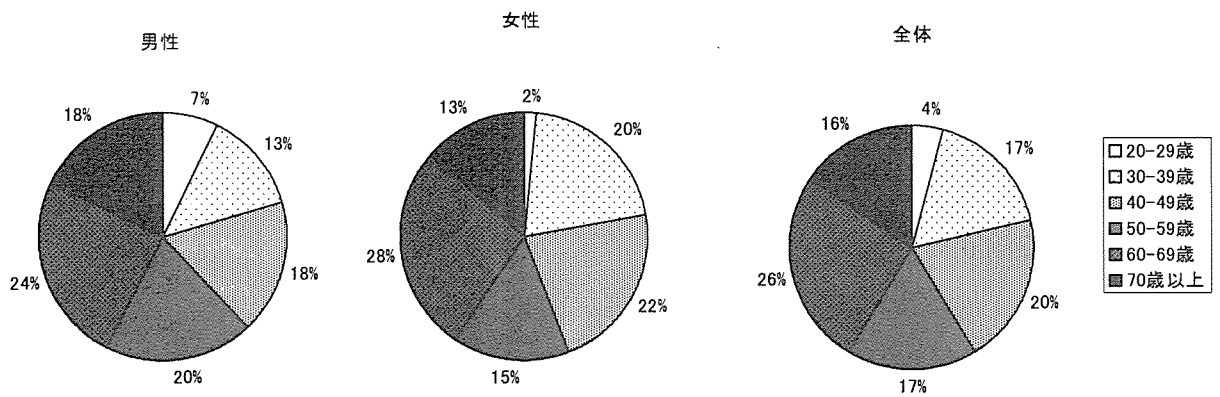


図1 分析対象者の年齢

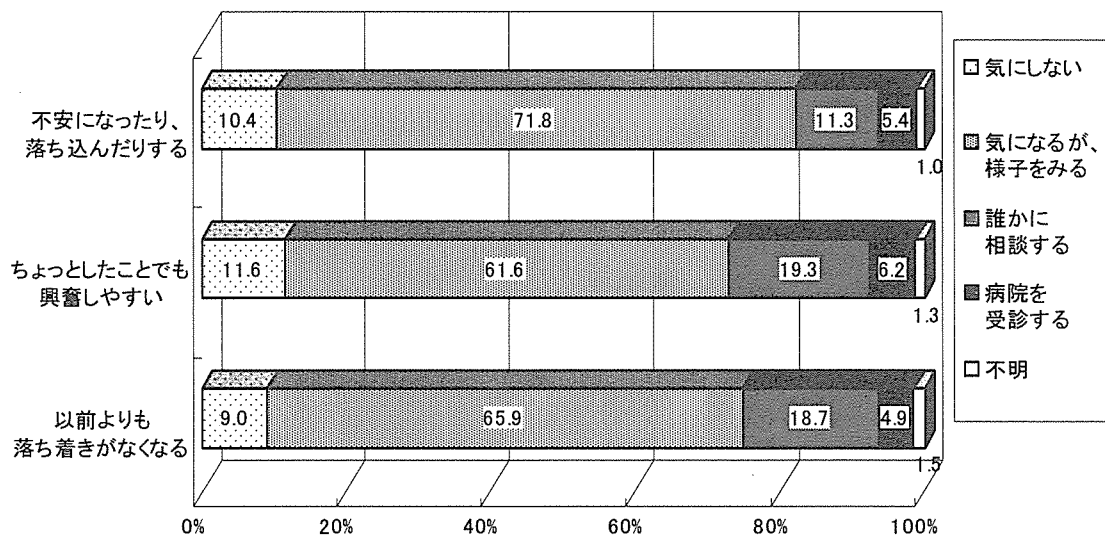


図2 認知症におけるごく初期の症状への対処行動(%)

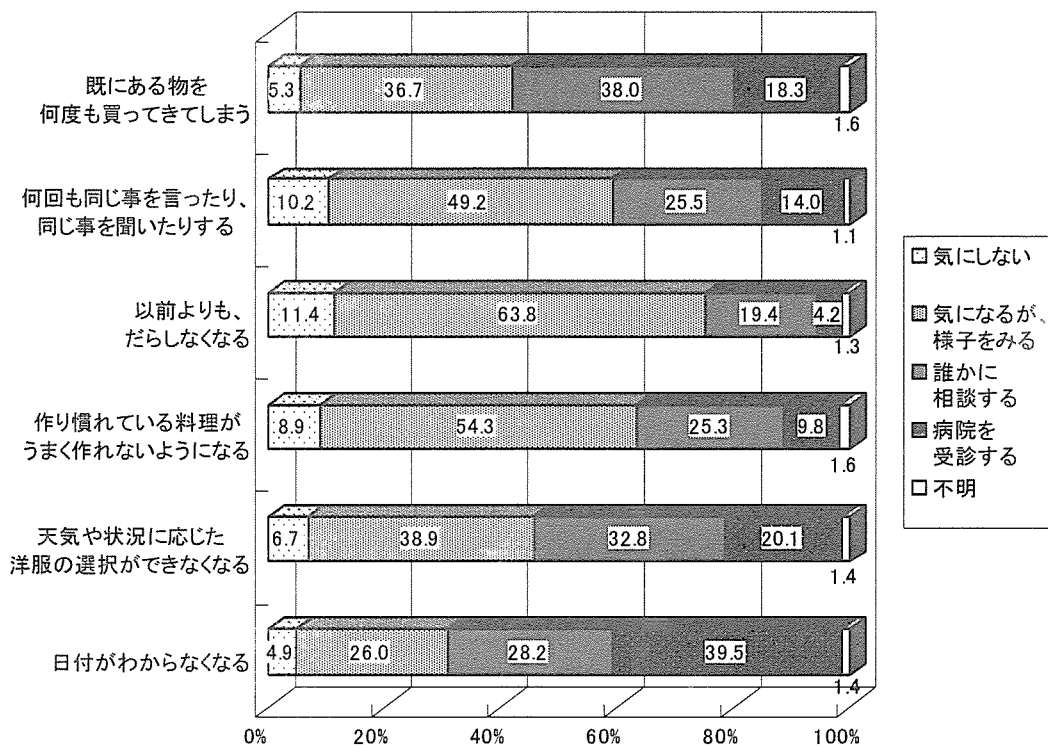


図3 認知症における初期の症状への対処行動(%)

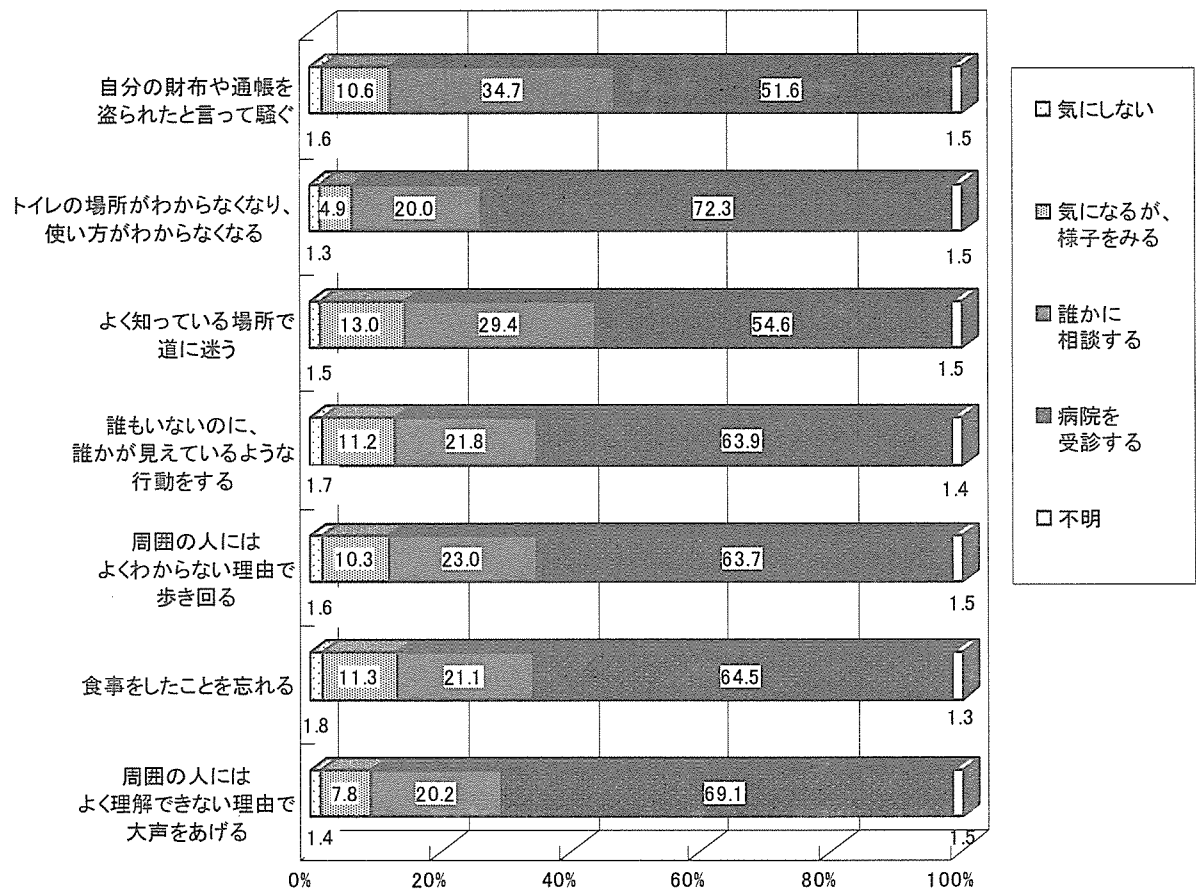


図4 認知症における中期の症状への対処行動(%)