

尽な扱いや差別的な処遇を経験したことを訴える場面に遭遇することは少なくない。

「認知症である」ことによる偏見や差別を受けずに安心して生活することができるということは、認知症を抱える本人の基本的な人権を考えた場合において、安全の確保とともに前提となる要素である。また、偏見や差別に対する現実的に有効な予防や必要とされる対応のためには、実際に起こった事例の情報を積み重ねながら詳細に検討し、実態を明らかにすることが重要である。そのためにも、まず認知症を抱える本人やその家族が、実際の生活の中でどのような偏見や差別を経験することがあるのかを調査することが必要である。

そこで、本研究では地域で生活する認知症を抱える本人やその家族が受けた差別的処遇について詳細に調査し、実態を探索的に把握することを目的とした。

なお、本研究では、認知症を抱える本人やその家族に対する偏見や差別に基づく扱いやそれに類する扱いを、以下「差別的処遇」とする。

## B. 研究方法

### 1. 対象

都内の地域で生活する認知症を抱える本人およびその主たる家族介護者 10 組を対象とした。主たる家族介護者については、本人の配偶者、成人の子、父母、成人の兄弟姉妹もしくは孫、親族またはそれらの近親者に準ずると考えられる者で、週のうち 72 時間以上本人と共に過ごしている者を対象とした。

認知症の診断について、アルツハイマー型認知症については NINCDS-ADRDA による臨床診断基準<sup>13)</sup>、血管性認知症については NINDS-AIREN による臨床診断基準<sup>15)</sup>、レビー小体型認知症については the third report of the DLB consortium による臨床診断基準<sup>12)</sup>にもとづいて診断された。対象者の背景情報を表 1 に示した。

表1 対象者の背景情報

	本人	介護者
平均年齢(SD)	79.7 ( 8.73 )	64.6 ( 10.18 )
性別		
男性	5 ( 50.0% )	4 ( 40.0% )
女性	5 ( 50.0% )	6 ( 60.0% )
認知症の診断		
アルツハイマー型認知症	5 ( 50.0% )	-
血管性認知症	1 ( 10.0% )	-
レビー小体型認知症	4 ( 40.0% )	-
合併症数(SD)	1.6 ( 1.26 )	-
要介護度		
1	0 ( 0.0% )	-
2	2 ( 20.0% )	-
3	1 ( 10.0% )	-
4	3 ( 30.0% )	-
5	4 ( 40.0% )	-
その他	0 ( 0.0% )	-
続柄		
配偶者	-	3 ( 30.0% )
息子	-	5 ( 50.0% )
娘	-	1 ( 10.0% )
嫁	-	0 ( 0.0% )
その他	-	1 ( 10.0% )
居住形態		
独居	0 ( 0.0% )	-
同居	9 ( 90.0% )	-
施設	1 ( 10.0% )	-
本人との同居		
別居	-	2 ( 20.0% )
同居	-	8 ( 80.0% )

## 2. 手続き

調査への同意が得られた対象者（認知症を抱える本人およびその家族）に対して、訪問診療時に主治医あるいは看護師が面接を行った。実態を探索的に把握するために半構造化面接によって情報を幅広く聴取できるように努めた。面接時間は15分～30分程度であった。また、必要に応じて診療録、介護記録から情報を収集した。

## 3. 調査項目

先行研究をもとに、医師、看護師、ケアマネージャー、臨床心理士が協議し、以下の通り調査項目を設定した。

## 1) 基本情報

認知症を抱える本人の年齢、性別、認知症の診断、身体疾患、要介護度、居住形態を診療録から得た。

また、介護者の年齢、性別、続柄、本人と同居しているかについて介護者から聴取した。

## 2) 差別的処遇に関するエピソード

認知症を抱える本人やその家族が受けた差別的処遇に関して、地域における日常生活場面、介護サービス場面、医療サービス場面の3つの場面を設定して、本人あるいは介護者から回答を得た。

### (1) 地域における日常生活場面

毎日の自宅での生活のなかで、家族、近隣の住民や商店、行政などから認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験がなかったかを聴取した。

### (2) 介護サービス場面

デイサービス、ショートステイ、施設入所などの介護サービスを利用した際、あるいは利用するにあたっての相談の際に、認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験がなかったかを聴取した。

### (3) 医療サービス場面

認知症以外の疾患を含めた外来受診や入院などの医療的サービスを利用した際、あるいは利用するにあたっての相談の際に、認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験がなかったかを聴取した。

## 4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、面接の実施に際して、本人および介護者に対して、本調査の目的、内容、予想される負担、調査への参加は自由意志であること、参加しないあるいは途中で参加を取りやめた場合にも一切不利益を被らないこと、個人情報については責任をもって管理・保管し漏洩を防止すること、結果の公表については個人の名前をふせるなどのプライバシー保護に努めることを説明し、これらについて文書と口頭で確認した。その際、理解が得られやすい表現内容に十分留意した。その後、文書で承諾を得た。

## 5. 分析方法

面接により得られたデータについて、トランスクリプトを作成した後、テキストマイニングの手法<sup>2)</sup>を参考に分析を行った。設定した場面毎に、差別的処遇を行った主体、差別的処遇を受けた客体、発生した状況とその背景に着目し、認知症を抱える本人とその家族が、どのような場面、どのような状況で差別的処遇を受けやすいのかについてカテゴリーに分類し、検討した。なお、カテゴリーについては、医師、看護師、ケアマネージャー、臨床心理士による協議により分類された。

## C. 研究結果

面接の結果、10組全ての対象者から合計24件のエピソードが得られた。内訳は、地域における日常生活場面5件、介護サービス場面10件、医療サービス場面9件であった。

### 1. 地域における日常生活場面

毎日の自宅での生活のなかで、近隣の住民や商店、行政などから認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験を聴取したところ、5組の対象者から5件のエピソードが得られた。

得られたエピソードについて、差別的処遇を行った主体、差別的処遇を受けた客体、発生した状況とその背景などから内容を分析した結果、「地域の近隣住民からの差別的処遇」「介護者以外の家族からの差別的処遇」「介護者からの差別的処遇」の3つのカテゴリーに分類された。

#### 1) 地域の近隣住民からの差別的処遇

「地域の近隣住民からの差別的処遇」に関する結果を表2に示した。認知症を抱える本人や家族が、BPSDや記憶障害などの認知症の症状だけではなく、「認知症がある」ということだけで差別的処遇の対象となっていることが示された。また、本人がそういった差別的処遇によって辛い思いをしないようにと、介護者が毎日の生活のなかで先回りして対応することに苦心している様子も明らかにされた。

表2 地域の近隣住民からの差別的処遇

主体	客体	状況(要約)
近隣	本人、介護者	今までは挨拶をしていた近所の人から今は何も声をかけてもらえなくなり、遠ざけるかのようになった。こちらから近所の人に、本人が認知症であることを伝えるが、「何かあったら教えてください」などと声をかけられることもなく、助けてもらったこともない。認知症ということで、近所の人態度がかなり違うと感じる。
近隣	本人、介護者	近所を散歩していたら、近所の人から変な目でみられた。本人がその場にそぐわないことを言ったり、してしまう時に好奇の目で見られた。一緒にいる身としてはとても嫌だった。
近隣	本人、介護者	症状が激しい時、周囲の目はかなり気になった。周りに迷惑をかけていないか、かなり気にしていた。周りから苦情が来たらここに住めないと思った。床屋に行く時とか、大きな声を出したりしていたので、お店や周りに迷惑をかけないようにかなり気を使った。普通に生活すれば必ず苦情が来るだろうと、苦情が来てからでは遅いと思った。本人が惨めな思いをしないように、なんとか先回りして対応してきた。

#### 2) 介護者以外の家族からの差別的処遇

「介護者以外の家族からの差別的処遇」に関する結果を表3に示した。認知症に対する偏見によって、それまでの関係性が全く崩れてしまうほどの差別的処遇につながる事が、たとえ血縁関係にある場合でも起こりうる事が示された。

表3 介護者以外の家族からの差別的処遇

主体	客体	状況(要約)
介護者以外の家族	本人、介護者	兄弟の行き来が全く無くなった。認知症に対する相当強い偏見があるようで、本人が認知症になってから、同じ敷地に住む兄弟から本人への差別的な言葉を浴びせられ、一切関わりがなくなった。話も通じない、自分が誰かも分からない本人との関係が煩わしいのか、迷惑だから家に来ないで欲しいとも言われた。妻が面倒をみるのが当然とも言われた。

### 3) 介護者からの差別的処遇

「介護者からの差別的処遇」に関する結果を表4に示した。認知症を抱える本人にとって一番身近な存在である介護者であっても、排泄の失敗という見られたくない、デリケートな部分に対する不用意な対応は、本人にとって差別的処遇になりうる事が示された。

表4 介護者からの差別的処遇

主体	客体	状況(要約)
介護者	本人	トイレで失敗することを本人に言うと言ち込んでしまった。言っはいけないことを言ってしまったと思った。

## 2. 介護サービス場面

デイサービス、ショートステイ、施設入所などの介護サービスを利用した際、あるいは利用するにあたっての相談の際に、認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験を聴取したところ、7組の対象者から10件のエピソードが得られた。

得られたエピソードについて、差別的処遇を行った主体、差別的処遇を受けた客体、発生した状況とその背景などから内容を分析した結果、「認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇」「基本的な身体介助における差別的処遇」「スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇」の3つのカテゴリーに分類された。

### 1) 認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇

「認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇」に関する結果を表5に示した。施設職員にBPSDなどの認知症の症状に対する十分な理解がなく、対応も十分にできないために「厄介な人」として扱われている現状が示された。そのために、サービスの利用を中止されたり、変更を迫られるなど、本来であれば本人にとっても家族にとっても必要であるサービスを受けることができていないことが示された。

また、サービスを利用する認知症を抱える人同士のなかにも偏見や差別が存在し、差別的処遇が起こることが明らかにされた。

表5 認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇

場面	主体	客体	状況(要約)
ショートステイ	施設	本人、家族	ショートステイ利用中、他の女性利用者からの部屋に入られるとのクレームが出て予定より早く帰された。帰宅願望があったことや、女性の身体を触ることなどを理由に退所と伝えられた。家族としては、トイレの場所が分からずに夜間出歩き、部屋に入ったところ入所者が女性だったのでセクハラと思われたのではないだろうかと考えている。
デイサービス	施設	本人、家族	認知症の人を受け入れるということで、あるデイサービスを利用した。しばらく後にそのデイサービスの洗面所で排尿をしてしまった。それを機に、「他の利用者が嫌がる」、「スタッフが忙しいので対応が難しい」とのことでデイサービスの変更を余儀なくさせられた。
デイサービス	施設	本人、家族	騒ぐとか、叩くとかの症状があるために、デイサービス中にみんなの輪から外されて放置されていた。家族に対しては一言二言「今興奮してるから」程度の説明しかなかった。
デイサービス	施設	本人、家族	本人はあまり理解できない状態にあるにも関わらずに、わかるように説明がされなかったり、本人の希望のおかゆではなく、食べられるからと食事を戻されたりと、本人の認知機能の程度や望む処遇とは離れた対応があった。
デイサービス	施設	本人、家族	認知症の人同士の差別の対象になっていた。他の利用者から、例えば立って歩きまわったら「ほら、始まったよ」とかというように。スタッフの対応に差が大きい。認知症の人同士の差別に対してもスタッフは介入しない、仕方ないだろうと深刻に考えていない。

## 2) 基本的な身体介助における差別的処遇

「基本的な身体介助における差別的処遇」に関する結果を表6に示した。認知症があることによって、「コミュニケーションができない」「指示通りに動かない」などといったことから、食事や排泄、入浴など、基本的なADLの身体介助までも不当な扱いを受けることが示された。

表6 基本的な身体介助における差別的処遇

場面	主体	客体	状況(要約)
ショートステイ	施設	本人、家族	ショートステイを利用した1ヶ月の間で体重が60kgから45kgに15kg減少した。入所中に家族に相談なくいつの間にかミキサー食に変えられていたり、暗闇の中で放置されていたりした。施設からは「みんなそうですよ、こういうもんですよ」程度の説明しかなかった。舌をかんでいて、口が血だらけになっていたこともあった。スタッフからの報告は一切なかった。
訪問介護	ヘルパー	本人、家族	在宅でのヘルパーを利用したとき、本人が口を開けなかったために、時間がなくなり、無理やり口の中に食事を押し込み、やめろっていつてるのに。帰って1時間ぐらいたら嘔吐した。
訪問介護	ヘルパー	本人、家族	どうしても家を離れなければならず、ヘルパーを頼むことになった。1人では介護が難しいと思ったので2人をお願いした上に事前に2日ほど本人の状態の説明や介護の仕方、注意点を教えたにも関わらず、帰ってきたら前歯が折れてしまっていた。話を聞くと、事前の説明とはかなり違う処遇を受けていた。食事介助の際に、スプーンで無理に食事を与えていたり、味噌汁など本人が嫌いなものを伝えてあるのに出されていたり、移乗も椅子に本人を乗せてマットごと引きずって移動させていたりしていた。

### 3) スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇

「スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇」に関する結果を表7に示した。対人援助職であるにも関わらず、利用者に対する基本的な配慮に欠ける施設職員の言動が明らかにされた。特に認知症に対する偏見にもとづく言動は、認知症ケアの専門職としてサービスを依頼している家族にとって、大きな心の傷になることが示された。

表7 スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇

場面	主体	客体	状況(要約)
デイサービス	施設	本人、家族	「〇〇ちゃん」などと呼ばれ、子供扱いされていた。本人も不機嫌になっていた。
デイサービス	施設	家族	デイサービスの職員が「自分が認知症になったら自殺する」と言った言葉が大変ショックであった。本人は生きている資格がないのか、認知症になると人以下なのかという思いを受けた。

### 3. 医療サービス場面

認知症以外の疾患を含めた外来受診や入院などの医療的サービスを利用した際、あるいは利用するにあたっての相談の際に、認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験を聴取したところ、7組の対象者から9件のエピソードが得られた。

得られたエピソードについて、差別的処遇を行った主体、差別的処遇を受けた客体、発生した状況とその背景などから内容を分析した結果、「不十分なインフォームド Consent と本人不在の認知症医療」「認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇」「スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇」の3つのカテゴリーに分類された。

#### 1) 不十分なインフォームド Consent と本人不在の認知症医療

「不十分なインフォームド Consent と本人不在の認知症医療」に関する結果を表8に示した。認知症のための専門外来を受診しているにも関わらず、本人をよく見ない、あるいは表面的な訴えばかりを聞いて本人を理解してくれようとしめない医師への不満が多く聞かれた。これは、本人が自分自身の医療場面にあたかもいないかのように扱われている、<本人不在>の医療として家族から受け止められ、医療への不信が高まることが示された。また、主治医から必要な時期に十分な説明がないまま診察が進むことや、診察が処方箋をもらうだけの作業的なものであることへの不安が多く聞かれた。

表 8 不十分なインフォームドコンセントと本人不在の認知症医療

場面	主体	客体	状況(要約)
認知症の外来	医師	本人、家族	いつも同じ処方箋をもらいこのみ通院している印象を受ける。本人を病院に連れて行っても、連れて行かなくても同じようだと思う。医師の気持ちが全く伝わってこない。本人のことを諦められていると感じる。少しでも良くしてあげようという主治医の気持ちが見えない。
認知症の外来	医師	本人、家族	それまでの主治医の都合がつかなくなり、病院を紹介されたが、その主治医はずっとパソコンの方向いて、本人の方はほとんど見なかった。それまでの主治医は部屋に入るところから本人をしっかり見てくれた。また、体の不調を聞いてはくるものの、訴えに対してどんどん薬が増えて、山のように薬を飲むようになった。言ったことに対して薬は出るが、その薬についての説明は何もなく、ただ増えていだけ。そういう医療の差を感じた。薬を増やしたからどうのとか、抜いたからどうのとか言う説明はなかった。とにかく説明がなかった。時々同席していた研修医の先生とかには何か説明していたが、家族や本人はそっこのけだった。前の主治医は本人も家族もよく見て、声をいろいろかけてくれたし、説明があった。
認知症の外来	医師	本人、家族	治らないからといって、説明もなくどんどん薬が増えていった。その副作用でどんどん状態が悪くなっていった。当時は副作用の説明も何の説明もなかったの、何がどうなっているのか全然分からない状態だった。本人が訴えたことに全てそのまま薬が処方されていた。なぜ本人がそういう訴えをするのかには対応がなかった。とにかく説明がないことが嫌だった。せめて一緒に考えるなどがあれば。悪くするために病院に通っていたのかという思いがある。
認知症の外来	医師	家族	認知症について、症状とかいろいろ知りたい、一番大変な時に答えも説明もない。いつも外来に連れて行って、すぐ診察が終わる、薬だけ。「こういうことがあったんです」「では、そういう薬を出しましょう」だけ。何のために通っているのか分からない時があった。せめて一緒に対応を考えましょうとかあれば、せめて話に乗って欲しい。こっちは大変で必死なのに、それを伝えるのに何もなかったのは厳しい。
認知症の外来	医師	本人、家族	外来で診察の時に、本人が「先生、先生」と医師に話しかけても返事をしない。何かと聞くと、「会話が續かないからなあ」と言われた。とてもショックだった。会話が續かないから本人と話す必要はないというような感じだった。それから信頼関係が揺らいだ。処方されている薬などに関しても説明もなく、薬が増えて寝ることが増えたことを相談したときも、「寝ることが増えても死ぬことはないから」と返された。「80まで持ちますよね？」と聞いた時も「80まではもつわれないよ、あと10年もあるんだよ」と返された。すごいびっくりしてショックを受けて、腹が立った。処方された薬で症状がひどくなった、増えれば増えるほど症状がひどくなると伝えても、「1日29錠まで大丈夫だから」と返された。症状に関する説明や薬の説明もなく、症状を伝えたら薬の処方だけで終わってしまう。どうしても症状が変わらないから介護者判断で薬を減量してみたり試行錯誤していたら、医師からはちゃんと処方された量を飲ませるように注意された。ささいな対応の仕方などを一緒に考えてくれるだけで、全然違うと思う。こっちは必死でいっぱいいっぱいだからそういうところでとても助かると思う。
認知症の外来	医師	家族	ある病院にはじめて認知症のために受診した。その医師から「これ(認知症)はもう元には戻らない。あとは家族でみてください」「暴れてしょうがないときには薬があるけど使いたくない。」などと言われ、今後の認知症の見通しどころか認知症自体の説明もなかった。そのまま帰宅したが、医療から何の情報も得られず、途方に暮れた。

## 2) 認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇

「認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇」に関する結果を表 9 に示した。認知症があるために、他の身体疾患に対する必要な医療的処置が救急の場合でさえもなされていないことが示された。また、介護サービス場面と同様に、BPSD などの認知症の症状に対する不十分な理解や不適切な対応によって、本人や家族が差別的処遇を受けやすいことも示された。



表 9 認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇

場面	主体	客体	状況(要約)
認知症以外の入院	医師	本人、家族	本人のひどい腹痛のために、救急車を呼んだところ、救急隊員があちこちの病院に連絡するも、「認知症がある」ことを伝えると、対応できないなどの理由で断られていた。どうにか受け入れてもらった病院でソ径ヘルニアであり、手術が必要であることが分かった。しかし、「認知症では手術ができない」「こういう認知症の患者だから今日おさまれば帰ってよい」「検査入院もできない」「普通の病院にこういう人をつれてこられても困るんです」などと伝えられ、そのまま家に帰された。認知症だと手術もうけないのかと腹も立ちつつ、途方に暮れてケアマネージャーに相談した。その後、手術をしてもらえる病院をケアマネージャーの努力で見つかり、入院して手術を受けることができた。
認知症以外の入院	医師	本人、家族	入院中に本人が大声を出すなどで騒ぐために個室に閉じ込められてしまった。家に戻ってきて数日後、その時のストレスのせいか帯状疱疹が出て気の毒なことをしたと悲しかった。

### 3) スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇

「スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇」に関する結果を表 10 に示した。介護サービス場面と同様に、認知症を抱える本人や家族への基本的な配慮に欠ける言動が医療場面においても行われていることが示された。医療というより専門的な場面における心ない一言は、本人や家族にとって重く受け止められていた。

表 10 スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇

場面	主体	客体	状況(要約)
認知症以外の入院	技師	本人、家族	ある病院に入院する際に、レントゲン科の技師が、「あー、パーキンソンか、顔見りゃわかるよ」と言った。本人がとても気にしていたことなので、本人が強いショックを受けたし、家族にとってもかなり屈辱的であった。

## D. 考察

本研究は、地域で生活する認知症を抱える本人やその家族が受けた差別的処遇について実態を探索的に把握することを目的として、本人および家族介護者から半構造化面接によって得られた情報を分析した。その結果、「地域における日常生活場面」「介護サービス場面」「医療サービス場面」の3つの場面において合計 24 件のエピソードが示され、全ての対象者が何らかの差別的処遇を経験していたことが明らかになった。以下、場面毎に実際の差別的処遇がどのような場面、どのような状況で起こりうるのか考察した。

### 1. 地域における日常生活場面

認知症を抱える本人やその家族が、地域で生活していく中で差別的処遇の対象となっていくことの背景には、認知症に対する偏見が根強く残っていることが考えられた。特に、「地域の近隣住民からの差別的処遇」や「介護者以外の家族からの差別的処遇」に分類された

エピソードからも、「認知症」が身近に存在しない場合、偏見から差別的処遇につながりやすいことがうかがえた。

また、「大声を出す」「騒ぐ」「場にそぐわないことを言う」といったBPSDなどの認知症の症状の中でも、世間的に目立つ症状があることによって差別的処遇の対象となりやすいことは、先行研究で示された虐待の場合と同様に明らかであると考えられた。このことは家族もよく理解しており、本人の失敗が目立たないように、本人が惨めな思いをしないように日々苦心していることから、周囲の偏見や差別が根強く残っていることがうかがえた。

これらの点について、虐待研究では認知症に関する理解不足が背景にあり、啓発活動や研修活動への期待が多く報告されていることから<sup>3,4)14)18)22)</sup>、偏見をなくし差別的処遇を防ぐためには認知症に関する地域での積極的な啓発活動とその継続が不可欠であると考えられる。また、その一環として症状に対する正しい理解を啓発していくことや、認知症を抱える本人やその家族の援助について地域単位でできることは何かということを医療、福祉、行政を含めて広く進めていく必要が考えられる。認知症を抱える本人や家族の苦しみ、大変さを身近なものとして考えてもらえるように、「地域で暮らす一緒の存在」として巻き込んで理解してもらえることが重要であろう。

くわえて、「家族による差別的処遇」で示された、排泄の失敗のような他人に知られたくない、本人の自尊心を脅かす出来事は、たとえ身近な家族であっても不用意な対応では本人を著しく傷つけてしまうことがうかがえた。このような、本来本人が知られたくない、認めたくないような失敗に軽率に直面させることは控えるべきであり、家族以外の介護スタッフの場合はさらに慎重な対応が求められる。このことは、認知症が軽度であったので失敗を理解できるように本人が傷ついてしまった、理解できないほど認知症が進んでしまったのであればいいという問題ではなく、認知症の重症度や有無に関わらず取り組まれるべきであろう。

## 2. 介護サービス場面

介護サービス場面での差別的処遇の背景にある最も多い問題として、「認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇」で示されたように、認知症ケアの根幹ともいえる認知症への理解、対応が十分でないことが考えられた。BPSDなどの症状が頻発するような利用者は、手がかかるから厄介な存在としてみられてしまい、なぜそのような症状が現れるのかといった本人への理解や、どうすれば軽減するのかといった対応がされないまま、とりあえず離れたところに移動させたまま放置されてしまったり、人の輪から外されてしまったりとサービスを受けることができない状況に至っていることがうかがえた。また、そのような対応について、本人はもとより家族への説明も十分になされていないのが現状であった。このことは、認知症を抱える利用者に対する日常的な対応として、上記のような対応が介護現場で定着してしまっているとも考えられた。

実際の介護現場では人員不足や業務の多忙さから、1人1人にじっくりと対応できる時間に限界があるという声も聞かれるが、しかし、本来であればBPSDなどの症状を呈する利用者こそ、その人へのより深い理解や細かな対応が必要とされるはずである。また、家族も

認知症の症状による対応だろうと一定の理解は示しているものの、やはり施設から誠実な説明があることによって心持ちが大きく変わるという声も聞かれたことから、サービス提供者側からの十分な説明が必要であろう。

介護サービスを利用する認知症を抱える本人や家族にとって、介護スタッフは認知症ケアの専門家としての役割が期待されている。今後ますます認知症を抱える人が増えることから、介護スタッフに認知症への正しい理解や対応が浸透することは、パーソン・センタード・ケアが根づいていくための土台としても重要な課題であるといえる。認知症に関する効果的な研修が広く展開されていくことが不可欠であろう。

介護サービス場面では他にも「基本的な身体介助における差別的処遇」「スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇」が示された。これらは、認知症への理解不足による問題よりも深刻な問題であると考えられる。認知症であることや、その症状によって基本的なADLに関する適切なサービスが受けられないということは、本人や家族にとって危機的な状況であり、生命が脅かされる危険もある。また、本人や家族に対する基本的な配慮に欠ける言動、特に認知症に対する偏見にもとづく言動は、本人や家族の人権を脅かす行為であり、介護サービス提供者としてあってはならない行為として認識されなければならない。このような生命や人権を脅かす行為については、早急な啓発活動が必要であると考えられる。

### 3. 医療サービス場面

医療サービス場面において、差別的処遇として最も多くあげられたものは「不十分なインフォームドコンセントと本人不在の認知症医療」であった。ほとんどの対象者から、認知症の外来で診察を受けた医師に対する治療方針に関する説明不足への不満が聞かれ、これは認知症を抱える本人と家族にとって差別的処遇であるとの声が聞かれた。認知症そのものについての説明はもとより、症状に対する治療方針、処方する薬の効果と副作用などについて、家族が必要としている時期に適切にされていないことがほとんどであった。そのため、家族は症状が治まる薬を飲ませているはずなのになぜどんどん悪化していくのか、どう対応すればいいのか、この先どうになってしまうのか、途方に暮れてしまう様子がうかがえた。このような問題に伴って「本人がいなくても同じ」「本人を連れて行く意味があるのか分からなかった」といった声も聞かれ、本人不在のまま進められていく医療への不信へとつながっていくことが考えられた。

一方で、「本人も家族もよく見てくれて、声もいろいろかけてくれた」ことや「ささいなことでも対応を一緒に考えてくれる」ことなどによって、医療に対する信頼感を持つことも示された。現在、治療方針の説明などを含めたインフォームドコンセントの重要性は広く認識されているが<sup>16)</sup>、特に現状では根治が難しい認知症疾患の場合、第一に医療も本人と家族とともに歩いていくという姿勢を明らかにすることにより、医療を身近に感じて信頼へとつながるものと考えられた。そのなかで、本人や家族が必要とする医療情報を提供し、治療方針を考えていくことが重要となると考えられる。どのようなタイミングでどの情報をどう提供するのか、どう治療方針を決定していくのかといったインフォームドコン

セントに関する問題は、本人や家族を理解していく過程で初めて可能になるものと考えられる。

ほかにも、介護サービス場面と同様に「認知症の症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇」や「スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇」が示された。しかし、例えば認知症の症状のために救急搬送や手術を拒否されたエピソードは生命の危機に直面する場面であり、医療サービス場面では介護サービス場面以上に深刻な問題となりうるということが明らかになった。また、今回示されたような認知症の症状のために入院中に個室に閉じ込められるといった事例も少なくないと考えられる。合併症の症状によっては抜管などの自傷行為や他の重篤な患者への事故を防ぐためにやむを得ない状況も考えられるが、やはりその都度、本人あるいは家族への十分な説明が必要であろう。現在は多くの医療機関において、身体拘束に関しては入院時に家族の同意を得る手続きを経ているが、実際の実施の際になぜ拘束するのか、なぜ個室に入るのか、どうなれば開放されるのかといった説明や検討が必ずしも十分ではないことがうかがえた。

本人や家族に対する基本的な配慮に欠ける言動も、より専門的な立場にある医療スタッフは厳に慎まなければならないであろう。本人や家族は苦しんでいるために医療機関を受診しているものであり、そのような場面での配慮のない言動が与える影響を自覚しなければならないと考えられる。

## E. 結論

本研究の結果、認知症を抱える本人とその家族が地域のなかで生活していくうえで、様々な場面において差別的処遇を経験することが明らかとなった。その背景には認知症に対する偏見が根強く残ることが考えられ、地域、介護、医療、それぞれの場面において認知症に関する啓発活動の一層の充実が求められた。その際、認知症の正しい理解だけでなく、理解不足によって本人や家族が差別的処遇を受けやすくなること、虐待につながりやすいことを十分に伝えていくことが重要であると考えられた。くわえて、医療や介護のスタッフに対しては、生命や人権を脅かす結果にもなりうることを含めて早急に啓発されるべきであると考えられた。

今回の調査において、医療や介護からの説明不足を差別的処遇として捉えていた対象者がほとんどであった。特に医療に対する不満は多く、適切なインフォームドコンセントの在り方を含めて本人や家族との信頼関係をいかに構築していくことができるかが、今後の認知症ケアにおける重大な課題と考えられた。

本研究の限界として、まず本研究の対象となった10組の対象者は、研究協力が可能な良好な介護状況にあり、その点がサンプルバイアスとなっている点あげられる。虐待の報告は養護者による家庭内での場面が最も多いが<sup>4)</sup>、本調査では家庭内における本人に対する差別的処遇についてはほとんど明らかにされていない。この点については、差別的処遇が行われているような介護状況にある事例についてどのように実態を把握するか、本人の意思疎通が難しい場合にどのように情報を得るのかといった方法論的な限界が残る。しかし、

少なくとも良好な介護状況にある本人や家族が地域で暮らす様々な場面でどのような差別的処遇を受けうるのかという点について得られた本研究の結果の意義は大きいと考えられる。

また、対象の少なさから結果の解釈にも限界が残る。今回得られた結果をもとに、たとえばアンケート調査のように、より多くの対象者から情報を集めて広く実態の把握を行うことも今後必要であろう。

## 引用文献

- 1) Australian Health Ministers' Conference : National Framework for Action on Dementia 2006-2010.  
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-dementia-nfad-0610.htm>
- 2) 林俊克：Excel で学ぶテキストマイニング入門。オーム社，東京都（2002）。
- 3) 本間昭：認知症の医療とケアをめぐる 尊厳を支えるために。老年社会科学，31（1）：64-66（2009）。
- 4) 深津亮：高齢者虐待とは。老年精神医学雑誌，19（12）：1295-1300（2008）。
- 5) 古屋博子：高齢者福祉施設における援助職者の態度及び意識と不適切なケアの実態調査。高齢者のケアと行動科学，14（1）20-28（2008）。
- 6) 梶川義人：高齢者施設における利用者虐待の知識。認知症介護，7（4）：32-35（2006）。
- 7) Kitwood, T : DEMENTIA RECONSIDERED the person comes first. Open University Press, Buckingham (1997). (高橋誠一訳：認知症のパーソンセンタードケア。筒井書房，東京，2005)
- 8) 國吉縁：施設内虐待はなぜ起こるのか。認知症介護，7（4）：32-35（2006）。
- 9) National Institute for Health and Clinical Excellence & Social Care Institute for Excellence : Dementia Supporting people with dementia and their carers in health and social care. <http://www.nice.org.uk/CG42>
- 10) 西元幸雄，紀平雅司，近藤辰比古，川村陽一：高齢者施設における虐待の研究 介護施設における虐待の実態と課題。日本認知症ケア学会誌，6（2）：256（2007）。
- 11) 西元幸雄，小林好弘，紀平雅司，近藤辰比古ほか：高齢者施設における虐待の構造的分析。老年社会科学，28（4）：522-537（2007）。
- 12) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, et al. : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65（12）1863-1872（2005）。
- 13) McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, et al. : Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34（7）939-944（1984）。
- 14) 大野篤志，菅又典子，大島久智，奥平智之ほか：認知症高齢者の介護放棄(虐待)をいかにして防ぐのか 老年精神医学が果たすべき役割は何か。老年精神医学雑誌，20（II）：81（2009）。
- 15) Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, et al. : Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43（2）250-260（1993）。
- 16) 斎藤正彦：高齢者精神医学における法と倫理的側面。（日本老年精神医学会編）改訂・

- 老年精神医学講座；総論，213-226，ワールドプランニング，東京（2009）。
- 17) 杉井潤子：なぜ高齢者を差別し虐待するのか. 老年社会科学, 28 (4) : 545-551 (2007).
  - 18) 鈴木英子, 安梅勅江：地域在住高齢者の虐待リスク要因に関する研究. 日本保健福祉学会誌, 5 (2) : 17-30 (1999).
  - 19) 田中荘司：認知症高齢者グループホームにおける虐待防止. 認知症介護, 8 (1) : 31-36 (2007).
  - 20) 和田忠志：地域でよくみられる BPSD にまつわる事項 高齢者虐待. JIM, 19 (11) : 820-823 (2009).
  - 21) 吉川悠貴, 加藤伸司, 阿部哲也, 矢吹知之：グループホームにおける高齢者虐待及びその対策の実態 全国調査の結果から. 日本認知症ケア学会誌, 8 (2) : 223 (2009).
  - 22) 吉川悠貴, 加藤伸司, 浅野弘毅, 阿部哲也ほか：介護保険施設における高齢者虐待及びその対策の実態. 老年社会科学, 30 (2) : 258 (2008).

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 木之下徹：認知症ケアへの医療の関わり 我が家で暮らし続けるためにⅠ. ぼ～れぼ～れ, 345 : 4-5 (2009).
- 木之下徹：認知症ケアへの医療の関わり 我が家で暮らし続けるためにⅡ. ぼ～れぼ～れ, 346 : 4-5 (2009).
- 木之下徹：認知症ケアへの医療の関わり 我が家で暮らし続けるためにⅢ. ぼ～れぼ～れ, 347 : 4-5 (2009).
- 木之下徹：認知症ケアへの医療の関わり 我が家で暮らし続けるためにⅣ. ぼ～れぼ～れ, 348 : 4-5 (2009).
- 木之下徹：認知症ケアへの医療の関わり 我が家で暮らし続けるためにⅤ. ぼ～れぼ～れ, 349 : 4-5 (2009).
- 木之下徹：認知症ケアへの医療の関わり 我が家で暮らし続けるためにⅥ. ぼ～れぼ～れ, 350 : 4-5 (2009).
- 木之下徹：妄想・異常行動. JIM, 19 (11) : 800-804 (2009).

### 2. 学会発表

- 木之下徹, 英裕雄：在宅における診療支援の課題. 第24回日本老年精神医学会シンポジウムⅡ「認知症患者への社会支援」, (2009).

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

平成 21 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）  
「認知症の実態把握に向けた総合的研究」

分担研究報告書

地域における認知症医療資源の実態把握に関する研究

研究分担者 栗田圭一

東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

研究協力者 水野重樹（東京都板橋区医師会理事 水野医院院長）

研究協力者 久保信彦（東京都豊島区医師会理事 あずま通りクリニック院長）

研究協力者 河村雅明（東京都北区医師会理事 河村内科院長）

研究要旨

目的：認知症のための医療資源の現状を把握するための評価尺度を作成した。方法：認知症の医療に求められる 12 の機能を評価することを想定した 54 項目の質問票を作成し、東京都北部 3 区（板橋区、豊島区、北区）の医師会登録医療機関 931 施設の協力を得て、郵送法による無記名・自記式のアンケート調査を実施した。因子分析によって潜在因子を抽出し、因子名をつけ、因子的妥当性を確認した。それぞれの因子に高い負荷量をもつ項目で下位尺度をつくり、尺度の内的整合性を確認した上で、実用的かつ簡便な質問票を作成した。作成された質問票に基づいて、対象地域の認知症医療資源の分布を、グラフを用いて表した。また、MSD の下位尺度得点および総得点を 3 つの区の間で比較した。結果：期間中に 280 施設から回答を得た（回収率 30.1%）。因子分析の結果、11 の潜在因子が抽出された。各因子は「鑑別診断」「身体合併症に対する入院診療」「周辺症状に対する入院診療」「介護との連携」「周辺症状に対する外来診療」「基本機能」「研修・教育」「往診・訪問診療」「デイケア」「身体合併症に対する外来診療」「行政機関との連携」と命名され、因子的妥当性はほぼ確認された。抽出された 11 の因子に基づいて、11 の下位尺度からなる、合計 40 項目の質問票「認知症のための医療サービス調査票（MSD-40）」を作成した。この質問票の下位尺度と項目に基づいて、東京都北部 3 区の医療資源の分布をグラフ化したところ、「身体合併症の入院診療」（5%前後）、「周辺症状の入院診療」（1～3%）に対応できる医療資源が少ないことを視覚的に捉えることができた。3 つの区の間で、認知症のための医療資源の現状を MSD-40 の下位尺度得点および総合得点で比較したところ、いずれの尺度および総得点でも有意差は認められなかった。結論：認知症のための医療資源の現状を把握するための評価尺度「認知症のための医療サービス調査票（MSD-40）」は、認知症のための医療資源の現状を 11 の下位尺度を用いて評価することができる。

A. 研究目的

本研究の目的は、地域における認知症のための医療資源の現状を把握することができる簡便かつ実用的な評価尺度を作成し、自治体における認知症のための医療資源整備計画の立案に寄与していくことにある。

## B. 研究方法

平成 20 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）「認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究において実施したパイロット研究」の成果を踏まえ、認知症の医療に求められる機能に関する 53 項目の質問票を以下の手順で作成した。

- 1) 認知症疾患医療センターに勤務する医師，保健師，精神保健福祉士，看護師，心理技術者が，ブレイン・ストーミング法によって，認知症医療に求められる機能に関する 30 項目の質問票を作成した。
- 2) 同質問票を用いて，仙台市医師会登録医療機関 750 施設を対象に，郵送法による無記名・自記式アンケート調査を実施。データの因子分析によって 7 つの潜在因子を抽出した。
- 3) 抽出された因子を参考に，さらに文献的検討，専門医の意見を聴取し，12 のカテゴリー（①鑑別診断・初期対応機能，②かかりつけ医機能，③往診・訪問診療機能，④周辺症状に対する外来対応機能，⑤介護機関との連携機能，⑥専門領域の身体合併症に対する外来対応機能，⑦周辺症状と身体合併症に対する入院対応機能，⑧救急対応機能，⑨デイケア・リハビリテーション機能，⑩専門医療相談・困難事例対応機能，⑪家族支援機能，⑫教育・啓発機能）に関連した，「認知症の医療に求められる機能 60 項目」を列挙した。
- 4) 上記の 60 項目から，内容的な冗長性を考慮して 7 項目を削除し，合計 53 項目（表 1-1，表 1-2）からなる調査票「認知症のための地域医療資源の現状に関する調査票」（資料 1）を作成した。

本研究では，本調査票を用いて，平成 21 年 11 月 22 日～平成 22 年 1 月 20 日の約 2 ヶ月間にわたって，東京都北部 3 区（板橋区，豊島区，北区）の医師会登録医療機関 931 施設を対象に，郵送法による無記名・自記式アンケート調査を実施した。アンケートの回答データを用いて，以下の解析を行った。

- 1) 53 項目の回答データについて，主因子法，プロマックス回転を用いた因子分析を行い，潜在因子を抽出し，負荷量の大きな項目を参考に因子名をつけた。命名された因子名と，質問票作成時に想定されたカテゴリー名を比較して，因子的妥当性を検討した。
- 2) 各項目の因子負荷量と内的整合性を勘案して，抽出された潜在因子に基づく下位尺度で構成される「認知症のための医療サービス調査票」を作成した。
- 3) 上記の調査票の項目に沿って，東京都北部 3 区の認知症のための医療資源の分布を，医療サービスの内容別にグラフ化した。
- 4) 上記の調査票を用いて，得点の分布を確認した。また，調査票の得点を地域別に算出して，認知症のための医療サービスの現状を地域間で比較した。

尚，統計学的な解析では，計数データの群間比較に  $\chi^2$  検定を，計量データの群間比較に Kruskal Wallis 検定を用いた。

## C. 研究結果

期間中に 280 施設から回答を得た（回収率 30.1%）。区医師会別の登録医療機関数，回収率は表 1 の通りである。回収率について，区医師会の間有意差は認めなかった。回答医療機関の施設形態は表 2 の通りである。すなわち，診療所が 248 施設，病院が



19 施設，無回答が 13 施設であり，診療所が全体の 88.6%を占めていた。回答医療機関の標榜診療科別医療機関数の分布は図 1 の通りである。すなわち，内科が 200 施設 (71.4%) で最も多く，小児科 92 施設 (32.9%)，皮膚科 67 施設 (23.9%)，外科 58 施設 (20.7%)，整形外科 47 施設 (16.8%) がこれに次いだ。精神科は 18 施設 (6.4%)，神経内科は 11 施設 (3.9%) であった。

回答医療機関のうち，かかりつけ医認知症対応力向上研修事業に参加した医師がいる医療機関は 131 施設 (46.8%) (図 2)，認知症高齢者を診療する機会がある医療機関は 219 施設 (78.2%) (図 3) であった。

- 1) 認知症高齢者に対する医療サービス 53 項目の質問に対して，欠損値なく全問回答した医療施設は 201 施設 (回収施設中の有効回答率 71.8%) であった。この 201 施設から得られた回答データについて，主因子法，プロマックス回転を用いて因子分析を行った。固有値を 1 に設定したところ，11 の潜在因子が抽出された。因子負荷量が 0.4 以上の項目をカテゴリー化したところ表 4 のような結果を得た。因子負荷量の高い項目を参考にして，各因子に表 5 のような名をつけた。
- 2) 各項目の因子負荷量の大きさと内的整合性及び冗長性を考慮して，11 の下位尺度で構成される合計 40 項目の新たな質問票「認知症のための医療サービス調査票」(Medical Services for Dementia- 40 item; MSD-540)を作成した (表 6，資料 2)。11 の下位尺度は，本調査の因子分析によって抽出された 11 の潜在因子に基づいて作成したものである。第 11 因子の“行政機関との連携”については，専門医療相談，困難事例対応，かかりつけ医研修など，認知症疾患医療センターの機能を考慮して，「専門医療相談／行政との連携／かかりつけ医研修」という下位尺度を創った。各下位尺度の信頼性統計量(Cronbach  $\alpha$ ) は，下位尺度 (9) 以外は，0.7 以上となっている。40 項目全得点の信頼性統計量は 0.939 であった。
- 3) MSD-40 を用いて，医療サービス別に見た東京都北部 3 区の医療資源の分布をグラフ化すると図 4 のようになった。認知症のための医療について，東京都北部 3 区の医師会登録医療機関の約 6 割が基本機能を「通常」果たしており，1 割～2 割程度の医療機関が鑑別診断機能を「通常」果たしていることがわかる。一方，身体合併症の入院診療を通常実施している医療機関は 5%程度であり，周辺症状の入院診療を通常実施している医療機関は 1～3%であった。
- 4) MSD-40 項目に欠損値のない 201 施設のデータを用いて，MSD-40 総合得点の分布をヒストグラムで表した (図 5)。得点の最小値は 0 点，最大値は 76.0 点 (80 点満点中)，平均値は 20.1 点，中央値は 18.0 点，最頻値は 12.0 点であった。板橋区，豊島区，北区の 3 区で MSD-40 総合得点を比較したところ有意差は認めなかった。各下位尺度の得点についても，3 区の間で有意差は認めなかった。

#### D. 考察

認知症のための医療サービスについて，昨年度は仙台市の医師会登録医療機関を対象とするパイロット調査によって，7 つの潜在因子を抽出した。これに対して，本調査では 11 の潜在因子が抽出された。今回は，昨年度のパイロット調査の結果を踏まえ，認知症のための医療サービスについて 12 機能が網羅的に評価できるように，質問票の改訂版 (53 項目) を作成した。11 の潜在因子は，想定された 12 の機能とほぼ合致してお

り、今回の調査結果は、改訂版の因子的妥当性を支持するものである。

今回は、実用的かつ簡便な評価尺度を作成するために、53項目から40項目を抽出して、11の下位尺度からなる質問票を設計した(MSD-40)。その際、第11因子に相当する「行政との連携」については、認知症疾患医療センターにおける専門医療相談、困難事例対応機能、かかりつけ医研修機能(自治体で行われている認知症対応力向上研修事業への協力など)と本来は密接に関連するものであることから、「専門医療相談/行政との連携/かかりつけ医研修」に関連する項目を下位尺度(11)としてまとめた。

平成21年に仙台市内の地域包括支援センターを対象に実施した認知症関連業務に関する実態調査では、「認知症医療について日頃感じていること」についての自由記述による回答の中で、「受診困難事例に対応できる専門医療資源の不足」を指摘する意見が最も多いことが明らかにされている。地域包括支援センターや行政機関と連携して、地域の中で社会的困難に直面している事例(多くは未診断)に対応していくことは、認知症疾患医療センターの専門医療相談に求められている機能の一つである。下位尺度(11)は、特に認知症疾患医療センターの機能を評価する際に用いることが可能である。

MSD-40の項目を用いて、医療資源の分布をグラフ化すると(図4)、地域においては、どのような機能をもった医療サービスが不足しているかを視覚的に捉えることができる。今回の調査においても、認知症の身体合併症や周辺症状の入院診療に対応できる医療資源が極めて少ない現状を視覚的に捉えることができた。この結果は、昨年度に実施した仙台市の調査結果と一致している。同調査と同時に実施した「認知症の医療について日頃感じていること」についての自由記述による回答内容の分析結果は、この問題がいかに深刻なものであるかを裏付けている(表8)。

MSD-40は、認知症のための医療サービスの現状を、11の下位尺度から簡便かつ網羅的に捉えることができる評価尺度である。各下位尺度の得点の信頼性統計量(Cronbach  $\alpha$ )は、下位尺度(9)以外は、0.70~0.94の範囲内にある。内的整合性は概ね担保され、冗長性は概ね回避されているものと思われる。総合得点は80点満点であり、今回の調査では、得点が0点~76点の範囲に広く分布することが確認された。また、下位尺度の得点パターンから、個々の医療機関の医療サービスの内容を把握することが可能であり、回収率を高めることによって、地域医療資源全体の充足度を、複数の地域間で比較することも可能となる。今回は3つの区の間でMSD-40の総合点にも下位得点にも有意差を認めなかった。対象地域は、いずれも東京都北部に隣接している区であり、医師会が主体となった「もの忘れ相談事業」を連携して行うなど、認知症医療の状況が比較的近似しているものと推測される。

本調査の回収率は30%程度であり、相対的に認知症のための医療サービスの機能が高い医療機関からの回収が多かった可能性がある。また、本調査は医師の主観的評価によるものであり、客観的評価の結果とは乖離する可能性もある。これらの点が本評価尺度の限界である。しかし、認知症のための医療サービスの現況を、機能別に簡便に把握する方法として、本質問票の有用性は高い。今後の課題は以下の通りである。

- ① MSD-40の併存的妥当性(認知症のための医療機能の客観的評価結果との相関)と弁別的妥当性(さまざまな専門医療資源の弁別能の検討)を確認する。
- ② 回収率の高い悉皆調査を行うことによって、MSD-40が実際に認知症のための地域医療資源の充足度を異なる地域間で比較することができるかを確認する。

- ③ MSD-40 を用いて地域内の医療資源マップを作成することによって、自治体レベルでの認知症医療対策に寄与することができるかを検討する。

## E. 結論

認知症のための医療資源の現状を把握するための評価尺度「認知症のための医療サービス調査票 MSD-40」を作成した。MSD-40 は、認知症のための医療サービスの現状を 11 の下位尺度で評価できる簡便な尺度である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 栗田主一, 佐野ゆり, 高松幸生, 野呂雅人, 山下元康, 福島攝, 大橋雅啓: 高齢者虐待と医療の果たすべき役割. 老年精神医学雑誌 19: 1342-1347, 2009
- 2) 栗田主一: 統合失調症と認知症との合併. 疫学的データ. Schizophrenia Frontier 10: 17-21, 2009
- 3) 栗田主一: 認知症疾患医療センターの役割と問題点. 認知症医療のインテグレーション-かかりつけ医から福祉へつなぐまで. Cognition and Dementia 8: 36-42, 2009
- 4) 栗田主一: 地域における認知症疾患医療センターの役割. 日本老年医学会雑誌 46, 203-206, 2009
- 5) 栗田主一: IX-1 認知症. 井藤英喜, 大島伸一, 鳥羽研二編: 統計でみる高齢者医療. 文光堂, 2009, 東京. P68
- 6) 栗田主一: 認知症疾患医療センターの今後. クリニシャン 583: 1150-1155, 2009.
- 7) 栗田主一, 佐野ゆり, 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. 老年精神医学雑誌20: 2010 (印刷中)
- 8) 栗田主一: 地域における認知症医療の現状と求められる役割. 日本老年医学雑誌 2010 (印刷中).
- 9) Awata S: A national health program against dementia in Japan: The Medical Center for Dementia. Psychogeriatrics 2010 (in press).

### 2. 学会発表

1. 佐野ゆり, 野呂雅人, 大橋雅啓, 高橋ふみ, 藤原砂織, 山下元康, 福島攝, 鈴木一正, 栗田主一: 仙台市立病院認知症疾患医療センターにおける専門医療相談業務の実績と意義. 第 24 回日本老年精神医学会 2009. 6. 19 (横浜市)
2. 栗田主一: 認知症疾患医療センターに期待される精神科医の役割. 第 105 回日本精神神経学会 (精神医学研修コース) 2009. 8. 21 (神戸市)
3. Takahashi F, Awata S, Yamashita M, Fukushima S, Takamatsu K, Fujiwara S, Wiig E, Nielsen N, Minthon L: A quick test of cognitive speed as a screening tool for elderly Japanese patients with early stage of dementia: A validation study. International Psychogeriatric Association 14<sup>th</sup> International Congress, 1-5 September 2009
4. 櫻田久美, 福島攝, 山下元康, 鈴木一正, 阿部詔子, 石井清, 栗田主一: VSRAD に

よるアルツハイマー型認知症と軽度認知症障害の識別妥当性. 第 63 回東北精神神経学会 2009. 9. 27 (福島市)

5. 佐野ゆり, 野呂雅人, 佐藤大介, 佐藤泰啓, 高橋ふみ, 山下元康, 福島摂, 鈴木一正, 粟田主一: 仙台市立病院認知症疾患医療センターにおける専門医療相談室の機能について: 地域関係機関との連携強化という観点から. 第 10 回日本認知症ケア学会 2009. 10. 31 (東京)
6. 福本恵, 佐藤彰子, 小川琢也, 石出真実, 鈴木茂樹, 千葉正数, 粟田主一: 仙台市認知症対策推進会議の取り組みについて: 都市部における認知症地域ケアシステム構築を目指して. 第 10 回日本認知症ケア学会 2009. 10. 31 (東京)
7. 粟田主一: 認知症疾患医療センターの果たす役割. 第 22 回日本総合病院精神医学会 (シンポジウム) 2009. 11. 28 (大阪市)
8. 粟田主一: 一般救急医療と精神科救急医療の連携の重要性. 宮城県救急医療研究会 第 11 回学術集会 (特別講演). 2009. 9. 26 (仙台市)

#### G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし