

観察リスト（Observation List for early signs of Dementia : OLD）⁷⁾には精神的な変化を観察する項目が盛り込まれていない。また、認知

あればこそそれまでと比較して気づくことができた点であり、家族に特徴的なものと考えられる。

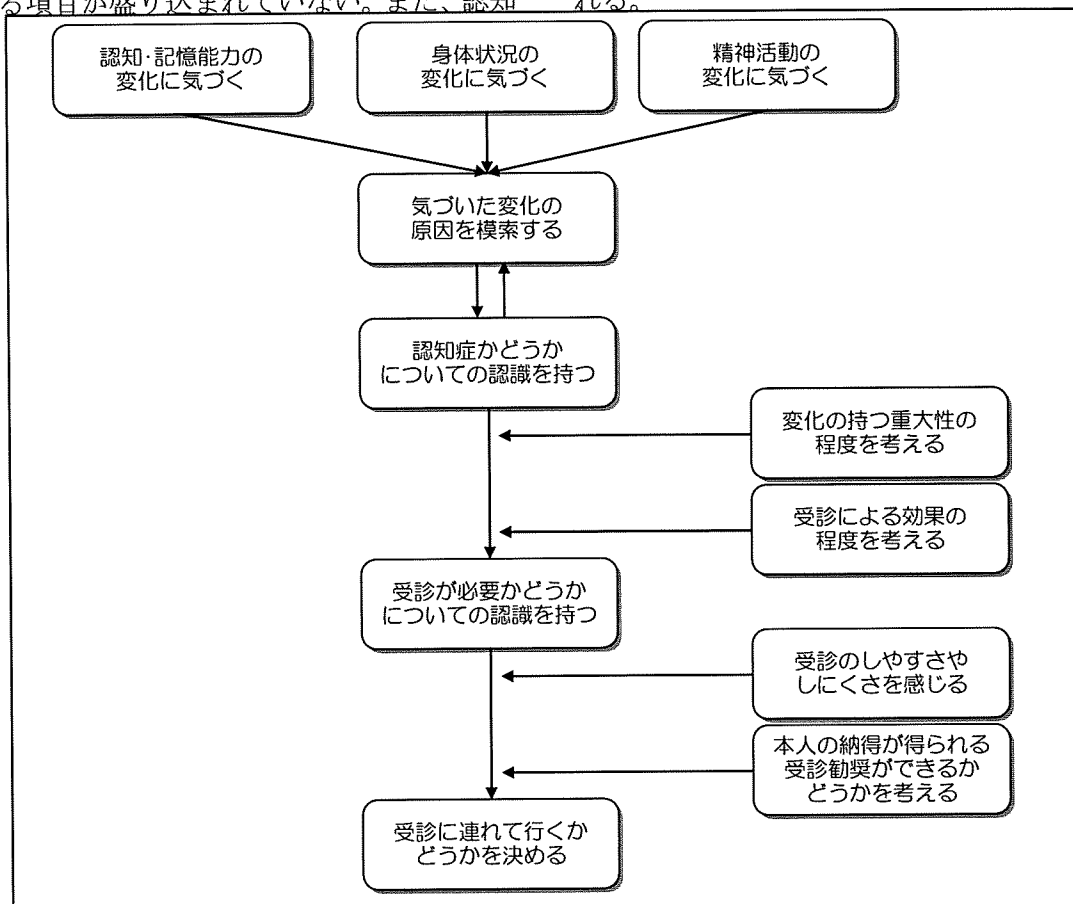


図1 カテゴリの関連図

症疑いを示す評価段階を持つ臨床的認知症尺度（Clinical dementia rating : CDR）⁸⁾には「社会生活」の項目があるが内容は交流などの社会性ではなく、仕事や買物などの IADL に関わるものである。また、「家庭生活と趣味・関心」として家庭での生活、趣味や知的関心の障害の度合いを評価する項目があるが、性格の変化や交流の低下を評価するものではない。性格の変化や交流の低下などの性格的な変化は、生活を共にしない医師などの他者が観察しにくい項目である。しかし認知症高齢者の家族は【精神活動の変化に気づく】で見られたように本人の精神活動の変化に気づいていた。【精神活動の変化に気づく】はそれまでの生活を本人と共にし、本人の精神活動を知っている家族で

2. 認知症の知識やイメージとの照合によって認知症を認識すること

家族は先行研究にも見られていたように^{2,5,9)}、気づいた変化を「歳のせい」などとして、加齢に伴う正常範囲の記憶力低下などの高齢期の社会的・身体的変化と重ねて考えていた。つまり正常な過程で本人の年代に起こる類似の状態と重ねて考えていたといえる。すなわち、これは対象としている認知症高齢者本人が高齢期にあるという、認識対象の背景による認識の特徴であると考えられる。

一方で家族は認知・記憶能力の変化を認知症の知識やイメージと照合し、あてはまる場合に本人が認知症であると認識していた。しかし、認知症の知識やイメージが初期のものではな

いために初期の症状に気づいていても認知症を否定したり、症状の個別性が高いためにイメージにあてはまらず認知症を否定することがあった。

よって認知症の早期症状などの正しい知識やイメージの普及が重要であるといえる。

3. 認知症であるという認識につながりにくい変化

身体的な変化や精神的な変化は、認知症に罹患しているという認識には繋がっていないかった。身体的な変化は、認知症以外の理由によって受診の必要性が認識される事もあるが、精神的な変化は受診の必要性も認識されにくかった。これらの変化が認知症の症状である可能性もあり、早期の症状についての啓発が必要である。

4. 認知症だと思っても受診の必要性を感じない場合があること

変化の重大性を大きく捉えていない場合や受診の効果を小さく捉えている場合には受診の必要性を感じておらず、受診に至っていないかった。認知症の初期にはADLが障害されず¹⁰⁾、日常生活に問題がないことが多いため、変化の重大性は小さく捉えられやすいと考えられた。受診の効果について、治療薬の存在についての認識は高まってきているが^{11,12)} 具体的な効果については知られておらず、認知症の治療に対するあきらめがあると思われる。今後具体的な治療効果や受診のメリットなどを啓発していく必要がある。

5. 受診主体が異なる事による困難

家族は本人の納得が得られる受診勧奨ができないと考えた場合には、本人を連れて行く事を決定できなかった。これは受診の主体が受診の必要性を感じている家族ではない事によるものであると考える。中村ら¹³⁾ はひきこもり

状態にある人を持つ家族の受療行動の実態に関する調査を行っている。調査対象の多くは親であり、引きこもり状態にあるのは子であるために本研究対象とは異なるが、本人が受療行動をとらず、家族が援助希求を行うという構図は認知症の場合に共通する。この調査の受療行動を阻害する要因の自由記述結果では本人の受療意欲の欠如が挙げられており、本人が受診に納得しないことが受診の阻害要因となることは本研究と同様であった。よって、本人の納得が得られる受診勧奨ができるかどうかを考えるという認識は、受診する主体と受診の必要性を感じる者が異なる場合に特徴的なものであると思われる。

また、認知症のための受診先を考えられないといった受診のしにくさもあったため、早期受診のためにこれらを解決することも重要である。

6. 告知を受けないことから再受診に至る場合

受診をしたとしても医師から認知症と告げられないことがあった。しかしその後認知症だと思ふ場面が発生し、認知症かどうかわからない中で家族は再受診を希望していた。白井¹⁴⁾ からも、認知症と診断されずに家族が医療不信を感じていたことを報告しており、告知のあり方について更なる検討が必要と考えられた。

VI. まとめ

認知症高齢者の家族7名に対するインタビューデータを質的帰納的に分析し、以下が示された。

- ・ 認知症高齢者の家族は、本人の認知・記憶能力、身体状況、精神活動の変化に気づくことをきっかけとして、その原因を模索することにより認知症であるかどうかの認識に至っていた。

その後、変化の持つ重大性や受診による効果の

影響を受けて受診の必要性の認識に至り、受診のしやすさやしにくさ、本人の納得が得られる受診勧奨ができるかどうかの影響を受けて受診の決定に至っていた。

謝辞

本研究の実施にあたり、インタビューにご協力いただいた対象者の皆様、対象者のご紹介をいただいた施設の皆様に心よりお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 高齢者介護研究会報告書：2015年の高齢者介護。2003.
- 2) 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・受診の現状。老年精神医学雑誌，14（5），573-591，2003.
- 3) 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，16(2)，229-242，2005.
- 4) 植田恵，高山豊，小山美恵，長田久雄：ごく軽度アルツハイマー病および軽度認知障害(MCI)における記憶障害と手段的日常生活活動低下の特徴 もの忘れ外来問診表への回答の分析。老年社会科学，29(4)，506-515，2008.
- 5) 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.
- 6) ストラウス，コービン／操華子，森岡崇訳：質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第2版。医学書院。2004.
- 7) Marijke Hopman-Rock, Erwin C. P. M. Tak, Patricia G. M. Staats : Development and validation of the Observation List for early signs of Dementia (OLD) . International Journal of Geriatric Psychiatry, 16(4), 406-414, 2001.
- 8) 音山若穂，新名理恵，本間昭，他：Clinical Dementia Rating(CDR)日本語版の評価者間信頼性の検討。老年精神医学雑誌，11(5)，521-527，2000.
- 9) 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。日本認知症ケア学会誌，2(2)，158-181，2003.
- 10) 落合結介，笠原洋勇：アルツハイマー病にみる特徴的な症状と経過（初期症状，早期発見のために）。診断と治療，96(11)，2301-2306，2008.
- 11) 本間昭：地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査。老年社会科学，23(3)，340-351，2001.
- 12) 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.
- 13) 中村光，岩永可奈子，境泉洋，他：ひきこもり状態にある人を持つ家族の受療行動の実態。日本精神衛生学会誌，21(2)，26-34，2006.
- 14) 臼井樹子，本間昭：在宅痴呆性高齢者の介護者を対象としたVTR調査の試み。老年精神医学雑誌，13(3)，307-313，2002.

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

とくになし

IV. 研究成果の刊行物・別刷

とくになし

