

表. 1 評価方法まとめ

評価およびアウトカム

- ・BPSD評価(入退院時)
Cohen-Mansfield Agitation Index (CMAI),
DBD
認知症ケアアウトカム評価票
- ・ADL Barthel Index, IADL
- ・介護負担(入院時の面接および退院後のフォロー)
Zarit 介護負担尺度日本語版
- ・看護、介護職員のストレス
SF-8 QOL尺度 満足度アンケート

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

分担研究報告書

身体合併症を有する認知症の管理とケア

研究分担者 鷺見 幸彦 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長

研究要旨

様々な身体合併症を生じて入院した認知症患者の対応について、認知症サポートチーム (Dementia Support Team: DST) を創設し、その運用に関して検討を行った。初年度は急性期病棟での試験的運用、入院患者に認知症があるかどうかのスクリーニングテストの作成、サポートチーム運用のための認知症患者対応法の蓄積をめざした。その結果有用なスクリーニングテストと、患者対応技術が集積できたが、実際の運用に関してはまだ試行錯誤の段階である。

A. 研究目的

認知症患者は高齢者が多く、経過中に身体合併症を生じ急性期病院へ受診を余儀なくされることがあるが、入院直後のせん妄、回復期での離院や転倒といった医療安全の観点からは望ましくない事象が発生することがあり、入院の継続に難渋することが珍しくない。様々な身体合併症を生じて入院した認知症患者の対応について、認知症サポートチーム (Dementia Support Team: DST) を創設しその運用に関して検討を行った。

B. 研究方法

- 1) DST に対する需要がどの程度あるかを当センター中 3 階病棟と中 4 階病棟を対象に、9 月中旬から 10 月中旬の 1 ヶ月間調査した。
- 2) 入院時に認知症患者をスクリーニングするための 3 項目からなる簡易スクリーニングテストを考案した (表 1)。
- 3) これまで認知症対応ユニットに勤務した看護師 24 名にアンケート調査を行い、入院した認知症患者に対してどのような対応上の注意、看護上の工夫をしてきたか調査した。

C. 研究結果

- 1) 中 3 階病棟と中 4 階病棟はそれぞれ外科の急性期病棟、消化器を中心とする内科の急性期病棟であり、一般急性期病院のモデルとして適当であること、各病棟には高齢者看護開発チーム認知症看護のメンバーがいることからこれらの病棟を対象とした。各病棟で説明をおこない、自発的な依頼がどの程度あるかを調査した。中 4 病棟での 2 件の依頼にとどまった。依頼の内容は看護師に暴言を吐く患者への対応法であった。中 3 病棟では DST へ依頼する前に転棟依頼がでてしまうことが判明した。
- 2) 被検者が認知症のテストを受けている印象をもち日常会話の中から聞きだせるように工夫したものである。感度、特異度を見るために、もの忘れ外来の AD 45 名 MCI10 名を対象に行った予備テストでは MMSE との相関は良好で、感度 95.6% 特異度 80%を示した (図 1、表 1、表 2)。また認知症、神経疾患が多く入院する南 1 病棟で 1 ヶ月間、回答可能な新入院患者 30 名での検討では、3 問中 1 問でも答えられなかった患者は 11 名でそのうち 9 名

が認知症であった（表3）。

- 3) 調査結果から、入院環境に関連した項目、コミュニケーションに関連した項目、行動心理症状（BPSD）出現時の対応、入院患者の活動性を改善するための技術の4つの大項目に分類された。図2にコミュニケーション技術に関してのまとめを示した。

D. 考察

- 1) DSTの活動は受け身に依頼を待つという方法では十分機能しないことが明らかとなった。今後は業務として各病棟医療スタッフからの認知症に関する相談と対応、各外来医療スタッフからの認知症に関する相談と対応、認知症センター病棟入室に関しての適応相談が必要と考えられる。次年度はこれらを実践する。
- 2) 入院時に認知症があるかどうかはその後の対応に影響するため、入院時におこないやすい適切なスクリーニング検査が求められた。この結果感度特異度とも有用と思われるスクリーニングテストができた。
- 3) 他病棟のスタッフからの相談に対応するためには、認知症患者看護経験の蓄積が必要かつ有用と考えられる。今回多くの看護技術が集積できた。集積できた技術を今後まとめていけば、他施設で同様の試みを行う際にも有力な情報になると考えられる。

E. 結論

認知症患者の入院は、本人、家族はもとより、病院のスタッフにも大きな負荷をかけるが、適切な対応を行うことによって、よりよい状態で入院治療を受けられる可能性がある。認知症サポートチーム（Dementia Support Team: DST）はその一つの試みである。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 鷺見幸彦：認知症診療マニュアル。認知症患者ケアの予防的側面。神経内科。2010；72 suppl6：34-39
- 2) 鷺見幸彦、加藤隆司：目で見える症例。アルツハイマー型認知症。内科：2010；105(3) 496-500
- 3) 鷺見幸彦：内科疾患の診断基準病型分類重症度。アルツハイマー型認知症。内科：2010；105(6) 1326-1330
- 4) 鷺見幸彦：認知症における地域連携の重要性と問題点。医療の広場：2010；50(12)4-7
- 5) 鷺見幸彦（分担執筆）：第1部 若年性認知症を理解するために。第1章「認知症とは」、第2章「原因となる疾患」、第3章「認知症の主な症状、BPSD」、第4章「認知症の診断・検査および治療」本人・家族のための若年性認知症サポートブック。小長谷陽子編著 2010；10-58 中央法規出版 東京

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許出願

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図1 物忘れ外来でのスクリーニングテストの結果

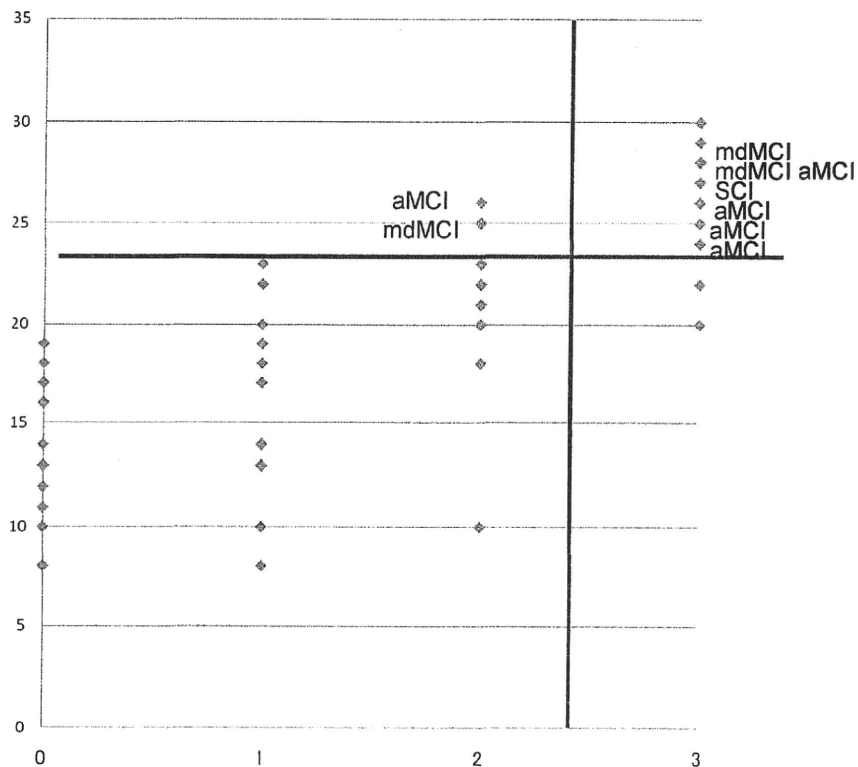


図2 看護スタッフへの調査のまとめ コミュニケーション項目

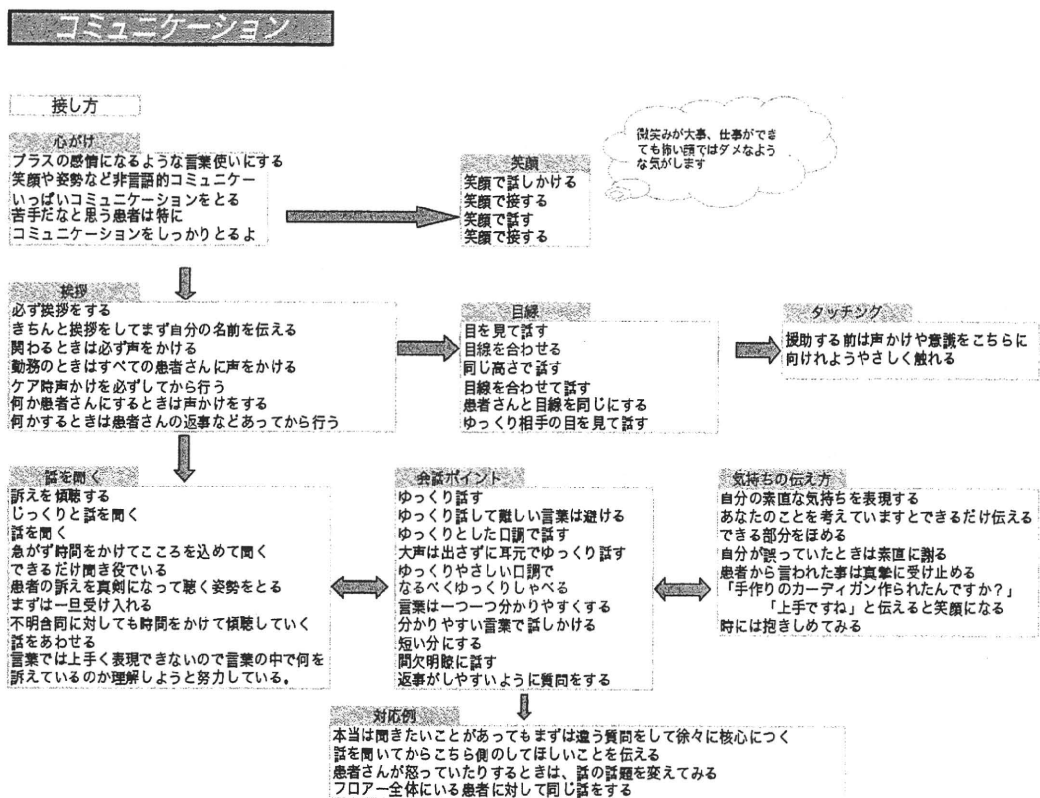


表1 質問票

1. おいくつになられましたか？
2. TVや新聞はみますか？ 最近のニュースで印象に残っている ニュースがありますか？
3. ところで今日は何月何日ですか 季節は春、夏、秋、冬のどの辺？

1は2年以内の誤差で年齢をいえれば1点。それ以外は0点

2は最近のニュースをいえれば1点。それ以外は0点

3は月と季節が合致すれば1点。それ以外は0点

これらのうちひとつでも0点ならより精密なスクリーニングテストを

表2 もの忘れ外来でのスクリーニングテストの結果

	AD	MCI	
2>	a 43	b 2	a+b 45
3	c 2	d 8	c+d 10
	45	10	55

感度 95.6 % 特異度 80 %

表3 南1病棟でのスクリーニングテストの結果

	D(+)	D(-)	
2>	a 9	b 2	a+b 11
3	c 1	d 18	c+d 19
	10	20	30

感度 90% 特異度 90%

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

—在宅認知症患者の包括的ケアに関する研究—

分担研究者 三浦久幸 国立長寿医療研究センター在宅医療支援診療部長

研究要旨

2009 年度に国立長寿医療研究センター在宅医療支援病棟に入院した訪問診療を受けている在宅患者の調査により、在宅患者のおよそ半数が認知症あるいは高次脳機能障害を合併している実態が明らかとなった。一方、ADL が低下していることで、徘徊等の体動の多い周辺症状を呈する認知症患者は少なく、在宅認知症患者においては、むしろ ADL 低下や内科系合併症等に対する医療的ケア・身体介護が中心となっていると考えられた。また、重度の周辺症状を有する在宅認知症高齢者に対応するには、認知症疾患専門病棟との連携が必要であると考えられた。

A. 研究目的

本研究班の全体テーマは認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究であるが、在宅療養中の認知症患者、ことに、訪問診療（狭義の在宅医療）を受けている認知症患者の属性や在宅療養継続に関する阻害・促進要因についてはこれまで、まとまった報告はない。このため、本分担研究では、国立長寿医療研究センターにおいて、日頃、訪問診療を受けている患者の入・退院支援をモデル的に行っている「在宅医療支援病棟」に入院した認知症患者を対象に調査し、最終的には認知症患者の在宅療養継続に関する阻害・促進要因を明らかとすることをこの目的としている。初年度は「在宅医療支援病棟」入院患者のうち、認知症合併割合やその特徴を中心に評価を行った。

B. 研究方法

対象：国立長寿医療研究センター在宅医療支援病棟への 2009 年度に入院した訪問診療を受けている在宅患者に対し、以下の項目での後ろ向きコホート調査を行った。

研究方法：患者属性評価：疾患名、合併症、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度。入院需要：病棟入院患者のうちの認知症患者の人数、認知症高齢者の ADL 評価。

（倫理面への配慮）

本研究はカルテから情報収集を行うレトロスペクティブな研究であり、厚生労働省の臨床研究の倫理指針に従い個人情報保護を徹底する。無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたのみ扱うことで研究に倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

2009 年度在宅医療支援病棟への全入院患者は 164 名、延べ 254 件であった。延べ患者の平均年齢 77.5 (±11.6) 歳、性別（男性：女性）は 155:98 であった。当該病棟の平均入院日数は 16.8 (±15.22) 日であった。164 名の入院患者のうち、主たる基礎疾患は悪性腫瘍 63 名 (38.4%)、神経・筋疾患 29 名 (17.7%)、脳血管障害 19 名 (11.6%)、呼吸器疾患 19 名 (11.6%) が多く、認知症は 17 名

(10.4%)であった。一方、認知症合併の在宅医療患者を認知症高齢者の日常生活自立度で評価すると、81名(49.5%)がレベルII以上を示しており、他疾患に認知症あるいは高次脳機能障害を合併している在宅患者が多い実態が明らかとなった。また、認知症高齢者の日常生活自立度II以上(81名)の身体的生活自立度はJランク0名、Aが16名、Bが28名、Cが3名と80.2%がBあるいはCランクであった。

D. 考察：国立長寿医療研究センター入院患者のうち、訪問診療を受けている在宅患者を検討した結果、およそ半数が、認知症あるいは高次脳機能障害を合併していることが明らかとなった。一方で、認知症合併の在宅患者のほとんどは、「在宅医療支援病棟」(認知症疾患専門病床ではない)で入院中の対応が可能であった。この理由として、在宅医療を受けている認知症患者の80%が、B、CランクのADLと低下しており、徘徊等の体動の多い周辺症状を呈する認知症患者は少ないということがあげられる。つまり、訪問診療を受けている在宅認知症患者においては、BPSDよりも、むしろADL低下や内科系合併症等に対する医療的ケア・身体介護が中心となつていふと考えられた。今回の調査は訪問診療をすでに受けている在宅の認知症患者が対象であったため、ADL低下患者が多いのはむしろ当然であり、訪問診療を受ける以前の認知症合併在宅療養患者全体を考えた場合は、徘徊等重度の周辺症状を有する在宅認知症高齢者に対応するには、認知症専門病棟との連携が必要であ

ると考えられた。来年度研究では、2010年度から行っている個々の心理検査、周辺症状評価、看護必要度評価に対し、さらに検討を進める予定としている。

E. 結論

訪問診療を受けている在宅患者のおよそ半数が認知機能障害を合併している実態が明らかとなった。一方、ADLが低下していることで、徘徊等の体動の多い周辺症状を呈する認知症患者は少なく、在宅認知症患者においては、むしろADL低下や内科系合併症等に対する医療的ケア・身体介護が中心となつていふと考えられた。

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

1) 三浦久幸：特集 高齢在宅医療の新しい展開 1. 在宅医療の制度・システム・教育

2) 在宅医療・地域連携・在宅医療支援病棟
Geriatr. Med.
2010.48(11):1481-1484.

2) 遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸：特集 エビデンスに基づいた運動療法・運動処方—健康支援・疾病予防に対するアプローチ [各論] 認知症 臨床スポーツ医学
2010.27(11):1247-1249.

3) 遠藤英俊、佐竹昭介、洪英在、田代真耶子、三浦久幸、近藤真由：認知症の新しい治療(非薬物療法) 2. 音楽療法
Modern Physician 2010.30(9):1169-1172.

4) 遠藤英俊、三浦久幸：特集 認知症治療の今後を予測する 1. 認知症治療の現状と今後 医薬ジャーナル. 2010. 46(5): 1365-1369.

2. 学会発表

1) 三浦久幸、洪 英在、西川満則、中島一光、新畑 豊、加知輝彦：新しい機能病床としての「在宅医療支援病棟」の役割. 日本老年医学会第52回日本老年医学会学術集会 2010年6月25日(金)神戸、2010.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
研究課題名：認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究
(H22-認知症-一般-005) 鳥羽班
分担研究報告書

地域で生活する認知症を抱える本人およびその家族に対する 差別的処遇に関する実態調査

研究分担者 木之下徹（医療法人社団こだま会こだまクリニック）

報告者 河野禎之¹⁾・木之下徹²⁾

1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科障害科学専攻

2) 医療法人社団こだま会こだまクリニック

研究要旨

本研究は、地域で生活する認知症を抱える本人とその家族が経験した、偏見や差別に基づく扱いやそれに類する扱い（以下、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。

認知症の本人とその家族 18 組を対象として半構造化面接による調査を実施した結果、「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」の各場面において合計 40 件のエピソードが得られ、18 組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となった。

得られたエピソードについて、状況や背景などに着目して分析した結果、これらの差別的処遇の背景には、認知症に対する偏見が根強く残ることが考えられ、現状では認知症の本人と家族が地域で安心して気兼ねなく生活することが難しい場面も多いと考えられた。そのため、地域、介護、医療、それぞれの場面における啓発活動の重要性が示唆された。特に、医療や介護サービス場面での出来事は、家族にとってその後の生活での不信感につながるほどの強い影響をもたらすことが示され、本人と向き合いながら少しでも内的風景に寄り添い、本人にとって良いものは何か、望ましいものは何かという本来的なニーズをサービスに反映させることが切実に求められていると考えられた。また、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り、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の構築が、差別的処遇の解決に不可欠であることも示された。

A. 研究目的

近年、認知症ケアの基本的理念としてパーソンセンタードケアの重要性が広まっている⁵⁾。そこで、イギリスにおける、NICEのガイドライン⁷⁾をひもとくと、その副題には「Supporting people with dementia and their carers in health and social care」としている。すなわち、パーソンセンタードケアについて論じる視点とは、「その人を中心とした視点」ではなく、まさに周囲の人々も含んで、「人」としてみる視点が強調されている。

この、関わる人々すべてを「人」とする視点で認知症の現状を俯瞰すると、認知症を抱える本人とその家族の尊厳を脅かす問題がしばしば目につく。つまり、いまだに根強く残る認知症への偏見、差別意識を指摘できる。これらは虐待につながる恐れもある。BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) やコミュニケーションの困難など、認知症の症状が虐待における主たる原因となると指摘されていることから⁶⁾⁸⁾¹¹⁾¹⁴⁻¹⁸⁾、認知症の人々が偏見や差別の対象となりやすいことは容易に想像できる。このような意識は、認知症の人々のみならず、家族など周囲の人々を孤立させるであろう。しかし、「認知症」であるがゆえに本人やその家族がどのような場面で偏見や差別に基づくどのような扱いを受けるのかについて詳細に実態を報告したものは少ないのが現状である。認知症の人々を含めた、すべての人々が「人」として生きる社会を目指すために、まず、認知症の人々がどのような扱いを受けているかの現状について知り、問題点を顕在化する必要がある。そのなかで、著者らは昨年度（平成21

年度）厚生労働科学研究費「認知症の実態把握に向けた総合的研究」分担研究にて行った「地域で生活する認知症を抱える本人およびその家族に対する差別的処遇に関する実態調査」¹⁾において、認知症の本人やその家族の多くが、日常生活や介護サービス、医療サービスの場面において何らかの差別的処遇を経験していたことを明らかとした。また、その背景には認知症に対する理解不足や誤解、偏見が根強く残ることが考えられた。くわえて、医療サービス、介護サービスにおけるサービス提供者側からの説明不足を差別的処遇として捉えていた場合が多く、適切なインフォームドコンセントの重要性が示された。一方で、日常診療と併せて調査を実施していることや、調査の目的や意義について丁寧に説明を行い、同意を得て調査を実施していることなどからサンプル数が少なかった点が限界としてあげられた。

そこで本研究では、引き続き臨床場面で認知症の本人とその家族への面接調査を実施することにより、地域で生活する認知症の本人とその家族を取り巻く差別的処遇の実態をより正確に把握することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

都内の地域で生活する認知症の本人およびその主たる家族介護者18組(本人19名、家族18名、介護者1名が2名の介護を行っている場合を含む)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時間以上本人ととも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¹⁰⁾、血管性認知症については

NINDS-AIRENによる臨床診断基準¹²⁾、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⁹⁾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)	82.6 (±8.2)	66.4 (±9.9)
性別		
男性	9 (47.4%)	6 (33.3%)
女性	10 (52.6%)	12 (66.7%)
認知症の診断		
アルツハイマー型認知症	10 (52.6%)	-
血管性認知症	1 (5.3%)	-
レビー小体型認知症	8 (42.1%)	-
合併症数(SD)	1.5 (±1.1)	-
要介護度		
1	2 (10.5%)	-
2	2 (10.5%)	-
3	3 (15.8%)	-
4	7 (36.8%)	-
5	5 (26.3%)	-
続柄		
配偶者	-	7 (38.9%)
息子	-	6 (33.3%)
娘	-	4 (22.2%)
嫁	-	0 (0.0%)
その他	-	1 (5.6%)
居住形態		
独居	0 (0.0%)	-
同居	18 (94.7%)	-
施設	1 (5.3%)	-
本人との同居		
別居	-	2 (11.1%)
同居	-	16 (88.9%)

2. 手続き

調査への同意が得られた対象者（認知症の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

1) 基本情報

認知症の本人の年齢、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

認知症の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²⁾を参考に分析を行った。設定した場面毎に、差別的処遇が発生した状況とその背景に着目し、認知症の本人とその家族が、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、18組全ての対象から合計40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7件、介護サービス場面14件、医療サービス場面19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、7組の対象者から7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、差別的処遇が発生した状況とその背景などから内容を分析した結果、「地域の近隣住民や施設からの差別的処遇」「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) 地域の近隣住民や施設からの差別的処遇

「地域の近隣住民や施設からの差別的処遇」に関する結果を表2に示した。前年度から2件のエピソードが追加され、認知症の本人や家族が、「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

とが改めて示された。また、「大声をあげる」「何度も同じことを確認してくる」といった周囲に目立つ症状を呈する場合、差別的処遇を受けやすいことも示された。そのような事例の場合、本人が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。一方で、認知症に理解があり、徘徊の際などに上手に本人に声かけをしてくれる施設が近所にあるため非常に安心できるという声も示された。

表2 地域の近隣住民や施設からの差別的処遇

主体	状況(要約)
近隣	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、「何かあったら言ってください」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、近所の人々の態度がかなり違うと感じる。
近隣	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	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。
近隣	郵便局から家族が窓口で騒いで業務の妨げになるので何とかして欲しいと電話があった。本人が徘徊時に迷って郵便局に立ち寄ったようだった。一方で、認知症に理解を示してくれてうまく対応してくれる銀行も近所にあるので助かっている。
近隣	世間から差別的にみられているとは感じる。

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。前年度と同様に、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ものが、たとえ血縁関係にある場合でも起こりうることを示された。

表3 介護者以外の家族からの差別的処遇

主体	状況(要約)
介護者以外の家族	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。

表4 介護者からの差別的処遇

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

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。前年度と同様に、認知症の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ことを示された。

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、10組の対象者から14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、差別的処遇が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。前年度から3件のエピソードが追加され、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」「手がかかる人」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、変更を迫られたり、あるいは認知症があるというだけでサービスを断られた事例もみられ、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、サービス利用時にも、大声を出してしまったりするために活動のグループに入れられないという場面があることが示された。くわえて、サービスを利用する認知症の人の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示された。

2) 基本的な身体介助における差別的処

「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。前年度から1件のエピソードが追加され、認知症があることによって「コミュニケーションがで

遇

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事例があることが改めて示された。

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	状況(要約)
ショートステイ	施設	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思っている。
デイサービス	施設	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	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	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りしたら「ほら、始まったよ」と言われていた。認知症の人同士の差別に対してはスタッフは介入せず、仕方ないだろうと深刻に考えていない。
デイサービス	施設	近所のデイサービス施設から「認知症の人は預かれません」と断られたことがあった。
デイサービス	施設	認知症の利用者が少ない施設でのデイサービスを利用していたが、認知症の症状が進行するにつれて、スタッフが本人の対応にかかりっきりになってしまい他の利用者に手が回らないからとデイサービスの日数を減らされたことがあった
デイサービス	施設	デイサービス利用していた時にグループの中に入れてもらえなかった。

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7に示した。前年度と同様に、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。

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、14組の対象者から19

表6 基本的な身体介助における差別的処遇

場面	主体	状況(要約)
ショートステイ	施設	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	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	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。
ショートステイ	施設	ショートステイを利用していた時、認知症の症状が激しかったために12時間以上オムツ交換をしてもらえていないことが面会の際に発覚した。

表7 スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇

場面	主体	状況(要約)
デイサービス	施設	「〇〇ちゃん」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	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。

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、差別的処遇が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 と本人不在の医療

「不十分なインフォームド Consent と本人不在の医療」に関する結果を表8に示した。前年度から1件のエピソードが追加されたが、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なく本人不在> た、主治医から認知症の症状だけでなく他の医療として、家族から受け止められている疾患の症状に対する説明や、経過における治療方針の説明が十分でないことへの不

表8 不十分なインフォームドコンセントと本人不在の医療

場面	主体	状況(要約)
認知症の外来	医師	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。医師の気持ちがあくく伝わってこない。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	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、ただ増えていっただけであった。そういう医療の差を感じた。薬を増やしたからどうか、抜いたからどうか言う説明はなかった。とにかく説明がなかった。インターンの先生とかには何か説明していたが、家族や本人は蚊帳の外だった。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	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	認知症について、症状などについていろいろと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も薬だけの処方、すぐ診察が終わる。「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」というやりとりだけで終わってしまう。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ようとかあれば、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対応がないのは厳しい。
認知症の外来	医師	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。何故かと聞くと、「会話が続かないから」と言われた。とてもショックだった。会話が続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、処方された薬で症状がひどくなり、量もどんどん増えていることを相談しても、「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。こっちは必死でいっぱいだからそういうところでもとても助かる。
認知症の外来	医師	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。
認知症以外の外来(往診)	医師	本人の体がひどく突っ張った際に認知症の症状なのか、別の体の病気の症状なのか分からずパニックになり往診を頼んだ際、本人を見るなり「状態をよく見てから往診を呼ぶか判断しないとだめだ」と怒られた。体が突っ張っている症状に関する説明も処置も特になかった。

安が多く聞かれた。

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。前年度から5件のエピソードが追加され、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改めて示

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。これらのことが、家族にとって今後の在宅でのケアに対する大きな不安として残されることも示された。

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	状況(要約)
認知症以外の入院	医師	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、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ワヘルニアであり、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られ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	入院中に本人が大声を出すなどして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。
認知症以外の入院	病院	認知症があるという理由で、「手がかかる人」として個室や特別室に案内された。ベッド差額が経済的に大変だったが、一方で家族としても相部屋だと周りに迷惑をかけてしまわないかという思いもあった。
認知症以外の入院	病院	血圧が高かったり嘔吐する、気を失いそうになるなど体調が悪くなる時が続いたため、ケアマネージャーから入院を勧められたが、大学病院からは「認知症の人で気を失うことはあるから気にしないで入院しなくていい」と帰された。1週間に3回ほど救急で入ったがその度に「認知症の人の部屋はないから」と入院は断られた。その時、もう病院はどこも受け入れてくれないんだと落胆した。「もういざというときはお父さんは入院できないんだよ、どこいっても受け入れてくれないんだからおうちで最後まで暮らそうね」という話を家族でした。もう断ち切られた思いがした。
認知症以外の外来(往診)	医師	「認知症だから仕方ない」と体の病気についてしっかりと診てもらえなかった。
認知症以外の入院	病院	白内障手術の後、入院中に点滴の針を本人が抜いてしまったため、自宅で静養するように言われて病院を追い出された。今後、病院に入院した時にどうなるか非常に不安を感じた。
認知症以外の外来(往診)	病院	おつりや診察券の受け渡しなどで本人と受付の職員とのやりとりがうまくできなかったため、病院から1人で来ないで必ず家族が付き添うようにと言われた。

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。前年度から 4 件のエピソードが追加され、介護サービス場面と同様に、認知症の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改めて浮き

彫りとなる結果となった。また、毎日のケアに必死に取り組みながら、生活を安心して過ごすために医療を支えとしている本人や家族にとって、そのことに配慮のない言動は深いショックを与えていることが示された。

表 10 スタッフによる配慮に欠ける差別的処遇

場面	主体	状況(要約)
認知症以外の入院	技師	ある大学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、顔見りやわかるよ」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むかつきた。
認知症の外来	医師	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(歳)まで持ちますよね？」と聞いた時も「80まではもつけないよ、あと10年もあるんだよ」と返された。大変なショックを受けて、腹が立った。
認知症以外の外来(往診)	医師	認知症の症状がひどく、部屋の掃除や片付けが全くできていない頃、往診の医師が家が汚かったせいか、血圧を測る時に汚いものにふれるような態度をとっていた。
認知症以外の外来(往診)	医師	家族が毎日大変な努力をしながら本人のためにマッサージをしたり、体を動かしたりしてケアに取り組んでいる様子を「認知症は治らないんだから気休めだよ」と言われてショックだった。
認知症以外の外来(往診)	医師	「いくらがんばって介護しても、すぐに寝たきりになるんだから」と施設を今のうちに探すように言われた。家族は介護サービスなどを使って自宅での介護を少しでも長く続けていきたいと考えて相談していたのでショックだった。

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、前年度から対象を増やし、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 40 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

認知症の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ることが少なくないことが示されたが、そ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、「地域の近隣住民や施設からの差別的処遇」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