

- ・遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸：Ⅲ. 臨床編 認知症の重症化に伴う医学的諸問題 各論 介護保険制度と在宅医療 日本臨床. 69巻 増刊号10 2011. 12. 20. P557-560
- ・三浦久幸：特集 これからの高齢者医療—診断・治療・予防への対応—高齢者の在宅医療 >在宅医療の制度と支援体制 内科 Vol. 108. No. 6 P1174-1179
- ・梅本充子、遠藤英俊、三浦久幸：認知症高齢者における行動観察評価スケールNOSGERの検討（第2報）  
—妥当性の検討— 老年精神医学雑誌. 第22巻第11号. P1283-1290

## 2. 学会発表

- ・三浦久幸、大島浩子、中村孔美、洪英在、遠藤英俊：「在宅医療支援病棟」入院患者の予後調査  
日本老年医学会 2011年6月17日 東京
- ・安井直、三浦久幸、久保泰男、堀場雅生：ICTテレビ電話システムを利用した聴診・視診方法の検討老年医学会東海地方会 2011年9月17日 名古屋
- ・三浦久幸、久保泰男、堀場雅生：退院前カンファレンスにおける病診連携促進を目的とした新しいテレビ介護システムの開発 老年医学会東海地方会 2011年9月17日 名古屋
- ・三浦久幸、洪英在、西川満則、中島一光：国内の終末期医療に関わる法と倫理を勘案した日本版アドバンス・ケア・プランニング（ACP-J）の指針（たたき台）作成  
老年医学会東海地方会 2011年9月17日 名古屋
- ・Miura H<sup>1</sup>, Nishikawa M<sup>1</sup>, Nakashima K<sup>1</sup>, Y.J. Hong<sup>1</sup>, K. Detering<sup>2</sup>, D. Jones<sup>2</sup>, W. Silvester<sup>2</sup>: Investigation on the use of advance directives for patients attending a hospital in Japan. International Society for Advance Care Planning and End of Life Care. 22-24.June.In London.
- ・三浦久幸:在宅医療・チーム医療、介護システムの開発とその意義 日本学会議 2011年9月14日 東京

## H. 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

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 -第三者の視点から-

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<sup>1)</sup>・木之下徹<sup>2)</sup>

- 1) 筑波大学人間系障害科学域
- 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。調査対象をケアする家族とした前年度の結果を踏まえ、今年度はケアマネジャー等の、本人とその家族以外の、第三者に対して調査を実施した。

地域で認知症ケアに携わるケアマネジャーや社会福祉士等の9名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33件のエピソードが得られた。特に、家族を対象とした前年度の調査とは異なり、地域での生活場面において本人が家族からも差別的処遇を受けているケースが多いことが示された。

得られたエピソードについて分析した結果、「本人の意向の無視」「本人（家族）の心情への配慮の欠如」「生活上の問題の放置」「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」の5つに分類された。地域場面では「本人の意向の無視」や「生活上の問題の放置」が多く、介護サービス場面や医療サービス場面では「本人（家族）の心情への配慮の欠如」「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」が多く示された。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「認知症だから～できない」という安易な括りによる偏見があると考えられた。また、そのために本人の意向や個別性が軽視された<本人不在>のなかで、医療や介護サービスが行われている現状が示された。サービス受益者の意向が軽視されたサービス提供

がなされているという根源的な問題が抽出できたとも言える。今後、「認知症であっても」どのように本人のニーズに応えることができるのかを、ケア側が本人の視点から読み取り、サービスを提供していくことが、本人と家族が安心して地域での生活を送るためには必須であると考えられた。

## A. 研究目的

認知症の人（以下、本人）は、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<sup>5)8-10)12-15)</sup>、その症状ゆえに地域での日常生活において、あるいは介護や医療サービスなどのケア場面においても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。実際、地域での臨床場面において、本人や家族、ケアマネジャー等から、「認知症である」という理由で本人がさまざまな不当な扱いを受けた悩みを打ち明けられることは多い。

ここで打ち明けられる話は、明らかな虐待ではないものの、本人にとって苦痛となりうる差別的な扱い（以下、差別的処遇）であることが多い。しかし、このような差別的処遇を、本人や家族がどのような場面で、どのように経験するのかについて詳細に実態を報告したものはこれまでにみられなかった。そこで、著者らはこれまでに、ケアする家族を対象として、地域場面、介護サービス場面、医療サービス場面のそれぞれにおける差別的処遇の実態を調査した<sup>2,3)</sup>。その結果、ほとんどの本人や家族は何らかの差別的処遇を経験していること、その背景には認知症に対する偏見が根強く残ることが示された。また、具体的な内容では、症状に対する不十分な理解や対応による差別的処遇や本人や家族への配慮に欠ける差別的処遇、基本的な身体介助における差別的処遇などを経験していること、特に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家族が多いことなどが示された。これらの結果から、現状では本人と家族が地域で安心して気兼ねなく生活することは難しい場面が多いことを示すものと考えられた。

一方で、本人・家族間にある差別的処遇については、家族を調査対象としたことからほとんど分析できなかった。高齢者虐待において、在宅における加害者はほとんどが同居する家族であることが示されている<sup>4)11)16)</sup>。そのため、差別的処遇においても同様に、本人が家族から何らかの差別的処遇を受けうることは明らかである。しかし、この点について家族に対する調査では、その密室性から、真の実態を把握することは難しい。したがって、本人・家族間の差別的処遇の実態については、家族以外の第三者からの視点に基づいて調査、そこからいくばくかの推定を加えるしかない。

そこで本研究では、ケアマネジャー等の第三者からの視点から、引き続き臨床場面での本人および本人と家族が経験する差別的処遇の実態に関する調査を実施し、その実態を正確に把握することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 対象

都内の地域で認知症ケアに携わる9名（ケアマネジャー：4名、社会福祉士：

2名、看護師：2名、ヘルパー：1名）を対象とした。対象者はケアマネジメント、訪問看護、訪問介護、訪問診療等において認知症ケアに携わっていた。対象者の背景情報を表1に示した。

表1 対象者の基本的属性

No	年代	性別	職業
1	40	女性	CM
2	30	女性	社会福祉士
3	40	男性	ヘルパー
4	50	女性	CM
5	40	女性	CM
6	50	女性	CM
7	40	女性	社会福祉士
8	50	女性	看護師
9	40	女性	看護師

CM: ケアマネジャー

## 2. 手続き

調査への同意が得られた対象者に対して、調査担当者が面接を行った。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。

## 3. 調査項目

以下の項目に基づいて半構造化面接を実施した。

### 1) 基本情報

対象者の年代、性別、性別、職業について聴取した。

### 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聴取した。

#### (1) 地域における日常生活場面

毎日の地域での生活のなかで、本人や家族が、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ていた事例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、本人や家族が、認知症を理由にした差別的処遇を受けていた事例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、本人や家族が、認知症を理由にした差別的処遇を受けていた事例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、面接の実施において、対象者に本調査の目的、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。あわせて、回答に際して、事例については守秘義務の範囲内で答えること、特定の個人、団体、地域等に関する情報は伏せて答えることも説明した。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>6)</sup>、およびKJ法<sup>7)</sup>を参考に、差別的処遇の内容についてカテゴリーに分類、整理した。カテゴリーについては、医師、看護師、ケアマネジャー、臨床心理士による協議により分類し、調査とは独立した認知症ケアの専門家（老年心理学）との一致率を算出した。その後、カテゴリーについて、差別的処遇が発生した状況とその背景に着目し、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分析した。

### C. 研究結果

面接の結果、9名全ての対象から合計33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12件であった。また、本人や家族への直接的な処遇ではないが、地域にある施設そのものに対するエピソードも2件得られた。得られたエピソードについて、その内容から分類、整理した結果、「本人の意向の無視」「本人（家族）の心情への配慮の欠如」「生活上の問題の放置」「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」に分類された。分類における一致率は $\kappa=0.89$ であり、十分な信頼性が確認された。分類におけるカテゴリーとその代表的な内容について表2に示した。

表2 差別的処遇の分類カテゴリーと内容

カテゴリー	内容
本人(家族)の心情への配慮の欠如	本人や家族の心情に配慮せず、不適切な言動があった
本人の意向の無視	本人の希望や元々の好みなどの意向が無視されていた
生活上の問題の放置	着替えや入浴、食事などの基本的な生活の問題が放置されていた
サービスの拒否	外来や入院などの医療サービスや、デイサービス、ショートステイなどの介護サービスの提供が拒否されていた
安易で不適切なサービスの提供	本人の状態に配慮しない一方的なサービスや、状態に即さない不適切なサービスが提供されていた

## 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ていた事例を聴取したところ、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、差別的処遇の状況と分類したカテゴリーを表3に示した。表3より、地域における日常生活場面では「本人の意向の無視」「生活上の問題の放置」が多く示された。

表3 地域における日常生活場面での差別的処遇

誰が	誰に	カテゴリー	状況
家族	本人	本人の意向の無視	本人の訴えが無視され、身体疾患を患っているのに放置されていた。
家族	本人	本人の意向の無視	認知症を理由に外出させてもらえなかった。
家族	本人	本人の意向の無視	認知症だから何を言っても分からないと無視が続いていた。
大家	本人	本人の意向の無視	認知症を理由に退去の促しを受け、住む場所がなくなってしまった。
家族	本人	本人(家族)の心情への配慮の欠如	本人に対して「認知症になるということは脳が死ぬこと」と説明していた。本人の、人としての側面をもっと大切にして言葉を選ぶべきと感じた。
家族	本人	生活上の問題の放置	経済的理由から介護サービスを入れもらえず、汚れたままの衣服であったり、入浴させてもらえずにいた。
家族	本人	生活上の問題の放置	介護サービスの利用代金が未納となり事業者が撤退し、不衛生な状態での生活を強いられた。
近隣住民	施設	その他	近隣住民から「異常者を住まわせているからどうにかしろ」という苦情が多くある。近隣住民の認知症ケアに対する理解を得るのが難しい。
近隣住民	施設	その他	2年ほどは近隣住民からの理解が得られなかったが、町内会に家族を巻き込んで参加していくことによって、次第に理解が得られた。そのことによって偏見がなくなり、地域とのつながりが生まれた。

### 1) 本人の意向の無視

家族が本人に対して、身体疾患の訴えを無視、あるいは軽視していたために放置されてしまった事例や、本人の意向を確認するまでもなく「認知症」とあるという理由から外出を制限されていた事例、あるいは「認知症」であるからコミュニケーションの意味がないとされて、本人の訴えに取り合わない事例などが確認された。また、「認知症」とあるという理由から、本人の意向に沿わない転居を強いられた事例も確認された。

### 2) 生活上の問題の放置

「生活上の問題の放置」として、家族から経済的負担を理由として介護サー

ビスを利用できないために、汚れたままの衣服を着用させられていたり、入浴できずにいた事例や、同じく経済的負担から不衛生な状態での生活を強いられていた事例が確認された。

### 3) その他

「本人（家族）の心情への配慮の欠如」として、家族が本人へ病状の説明をする際、配慮に欠ける言葉を使っていたことも確認された。また、地域にある施設そのものに対する一方的な苦情や理解不足に関するエピソードが2件確認された。そのうち1件については、町内会に家族を巻き込んで参加していくことで、次第に近隣住民からの理解が得られたエピソードが示された。

## 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などに、認知症を理由にした差別的処遇を受けていた事例を聴取したところ、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、差別的処遇の状況と分類したカテゴリーを表4に示した。表4より、介護サービス場面では「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」「本人（家族）の心情への配慮の欠如」が特に多く示された。

表4 介護サービス場面での差別的処遇

誰が	誰に	カテゴリ	状況
施設	本人・家族	サービスの拒否	ショートステイで暴れて困ると途中で返され、次回から断れた。家族が休息を全く取れない時期が続いた。
施設	本人・家族	サービスの拒否	「レビーは暴れるから」とショートステイを断られた。
施設	本人・家族	サービスの拒否	「認知症対応型デイ」のはずなのに、他の利用者が不穏になるからと通所サービスを断られた。
施設	本人・家族	サービスの拒否	認知症を理由にショートステイを断られた。受け入れ可能の場合も「おとなくなる薬を持参すること」が条件となっていた。
CM	家族	サービスの拒否	本人がトイレの便器で手を洗っていたことをCMに相談すると、「そんなこと聞いたことがない」と冷たく言われ、相談に乗ってもらえなかった。
施設	本人	安易で不適切なサービスの提供	レクリエーションに参加したくないと言ったとことでデイサービスでずっと放置されていた。促せばきちんと参加できるはずなのに、配慮してもらえなかった。
施設	本人	安易で不適切なサービスの提供	低額宿泊所において、少し徘徊しただけで部屋に押し込められて外出禁止となり、症状がさらに悪化していた。
施設	本人	安易で不適切なサービスの提供	車いすに座りテレビを見ていた本人を急に脱衣所に連れていき、無理やり入浴させようとした際に本人が抵抗したため、「不穏だから入浴中止」と言って入浴させなかった。
施設	本人	本人(家族)の心情への配慮の欠如	入居者の申し送りの際に、本人が横になっているベッドの脇で「この人、これ以上近づくと手が出て危ないから近づかないように」と説明していた。
施設	本人	本人(家族)の心情への配慮の欠如	利用者と挨拶していると、施設職員が「その人”ニンチ”入って何も通じなから」と言われた。
施設	本人	本人(家族)の心情への配慮の欠如	外出の際に靴を左右逆に履いていた利用者に対して露骨に子ども扱いをしていた。
施設	本人(家族)	本人(家族)の心情への配慮の欠如	施設職員から「ここにもたくさん認知症がいるけど、あんなったら終わりよね」と言われた。
ヘルパー	本人・家族	本人の意向の無視	認知症だから答えられないだろうと食事について本人の好き嫌いが一切反映されないうまま提供されていた。家族は不満を抱えていたがヘルパーに来てもらえなくなると思い我慢していた。
施設	本人	生活上の問題の放置	ミドルステイ中に寝着がいつも尿で濡れており、放置されていた。



### 1) サービスの拒否

「認知症」であることを理由に、介護サービスの利用を直接的あるいは間接的に拒否された事例が多く確認された。特に、暴れるからという理由での拒否が多く、なかには「おとなしくする薬を持参すること」を条件に受け入れるという施設もみられた。

### 2) 安易で不適切なサービスの提供

本人の状態をよく考慮しないまま、安易で不適切なサービスを提供している事例が複数示された。たとえば、デイ活動において適切な促しもないまま活動に参加させてもらえなかった事例や、徘徊に対して部屋に押し込められてさらに症状が悪化した事例、作業的で乱暴な入浴介助に対する本人の抵抗を一方的に「不穏」として途中で放置した事例などが示された。

### 3) 本人（家族）の心情への配慮の欠如

施設職員やヘルパーなど、サービス提供者側の配慮に欠ける心ない言動によって、本人や家族の心情が傷つけられている事例も多く確認された。「認知症だから何も言っても分からない」という認識のもと、本人を目の前にしてもそのような言動をとる様子がみられた。

### 4) その他

その他では、「本人の意向の無視」として、食事に本人の好き嫌いが全く反映されなかった事例や、「生活上の問題の放置」としてミドルステイ中に寝着が尿で濡れたまま放置されていた事例などが示された。

## 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などに、認知症を理由にした差別的処遇を受けていた事例を聴取したところ、12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カテゴリーを表5に示した。表5から、医療サービス場面では、特に「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」「本人（家族）の心情への配慮の欠如」が多く示された。

表5 医療サービス場面での差別的処遇

誰が	誰に	カテゴリ	状況
医師	本人・家族	サービスの拒否	認知症を理由に、身体疾患の診察を断られた。
病院	本人	サービスの拒否	入院中に「暴れるから」と手術後すぐに退院させられた。症状も心配だったため、家族はすぐに帰されたことに、もっときちんと治療して欲しいと感じていた。
病院	本人	サービスの拒否	認知症を理由に、身体疾患の入院を断られた。
病院	本人	サービスの拒否	認知症を理由に入院を拒否され、家族にずっとそばについているよう言われた。
病院	本人	サービスの拒否	認知症を理由に外来に来ることを間接的に断られた。
医師	本人	安易で不適切なサービスの提供	歯が悪いからと言って一度に8本も抜歯され、食事が食べられなくなった。
病院	本人	安易で不適切なサービスの提供	入院中に徘徊を理由にベッド上で拘束されていた。
病院	本人	安易で不適切なサービスの提供	入院中に看護師に本人自身が尿量チェックを行うよう指示されていた。認知症のために本人はほぼ困難であったが、できないことを叱責していた。
医師	本人・家族	安易で不適切なサービスの提供	通院が困難になったため、家族が往診のために病院を変更することを希望したが、主治医が認めなかった。一方で本人の体調が悪い時に主治医に往診を依頼しても来てくれないことがあり、家族からの信頼関係は崩れていった。
医師	家族	本人(家族)の心情への配慮欠如	物盗られ妄想を訴える本人の訴えについて、主治医から家族が本当に盗んでいないのか疑われたため、家族がショックを受けていた。
医師	本人・家族	本人(家族)の心情への配慮欠如	主治医から「もうすぐ寝たきりになるから入れる施設を探しておいたほうが良い」と突き放さすように言われた。医療相談室を紹介されたが、パンフレットを渡されただけで、十分な説明もなく、ショックで何をすればいいのか途方に暮れていた。
医師	本人	本人の意向の無視	診察時に本人の顔を見て話すことはなく、介助しているヘルパーの顔しか見ないため、本人へ話すことを伝えても、「どうせ言っても分からない」と言われ、言葉を失った。

## 1) サービスの拒否

医療サービス場面においても、介護サービス場面と同様に、「認知症」であることを理由に、サービスの利用を直接的あるいは間接的に拒否された事例が多く確認された。特に身体疾患の治療のための外来通院や入院を断られた事例が多く、結果的に適切な身体疾患の治療が受けられずに放置されてしまっていた事例も示された。

## 2) 安易で不適切なサービスの提供

入院中の徘徊に対する安易な身体拘束や尿量等のモニタリングの不適切な実施手続きなど、認知症の症状に理解のない医療側の実態が示された。また、本人側の都合による病院変更を認めず、医療側の都合を本人側に押し付けている事例も示された。

## 3) 本人(家族)の心情への配慮の欠如

主治医から十分な説明もないまま、今後の悲観的な見通しを告知されて途方に暮れてしまった事例や、主治医から本人の物盗られ妄想について、あからさまに家族に疑いの目が向けられてショックを受けていた事例などが示された。

## 4) その他

その他では、「本人の意向の無視」として、診察時に本人の顔を見ることなく進められ、本人の意向を聞いて欲しいという訴えについても「どうせ言っても分からないから」と告げられていた事例が示された。

## 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、前年度から対象を変更し、ケアマネジャーなどの第三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33件のエピソードが示され、それらは差別的処遇の内容から5つのカテゴリーに分類された。以下、背景要因や状況なども踏まえ、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について考察した。

## 1. 地域における日常生活場面

前年度までの結果からも、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示されたが<sup>2,3)</sup>、今年度の調査からは、本人が家族から差別的処遇を受けている場面も少なくないことが示された。このことは、高齢者虐待の加害者のほとんどが同居する家族であるという事実からも<sup>4)1)16)</sup>、本人にとって最も身近な家族との生活が、必ずしも安心できる場面ではないことを改めて示すものと考えられた。特に、本研究で多く示された「本人の意向の無視」や「生活上の問題の放置」は、結果として重篤な身体疾患の放置や基本的人権の侵害にもつながることから、非常に深刻な問題をはらんでいるといえる。

最も多く示された「本人の意向の無視」では、「認知症だから・・・」ということを経由していることが共通して示された。認知症ケアの場面において、たとえば「認知症だから、もの忘れは仕方ない」「認知症だから、道に迷うのは仕方ない」といったように、「認知症だから・・・」という理由で本人の呈する問題に対処しようとすることは決して少なくない。しかし、本研究の結果からは、この「認知症だから・・・」という安易な偏見が、差別的処遇の背景に大きく関与していると考えられた。たとえば、「本人の意向の無視」では、「認知症だから・・・」という理由から、「何も分からない」という偏見へとつながり、その結果として本人の意向が考慮されない状況に至ったことがうかがえた。また、「本人（家族）の心情への配慮の欠如」においても、「認知症だから、難しいことは言っても分からない」という考えに偏り過ぎたために、本人への言葉がけの中で「人としての側面」への配慮まで至らなかったとも考えられた。同様に、直接的に本人に向けられた差別的処遇ではないものの、近隣住民から介護施設に向けられた苦情なども、「認知症だから・・・」という偏見に基づくものであった。

このように、これらの差別的処遇の多くは「認知症だから・・・」という、安易な一義的な視点によって、本人一人ひとりの状況や意向といった個別性が軽視されたために起こったものと考えられた。

「生活上の問題の放置」では、その根幹に経済的な問題が共通していた。こ

の問題に関しては、虐待としての側面も強く、生活保護などの法律的、行政的な介入が早急に必要であり、より緊急性の高い問題と考えられた。また、第三者が積極的に介入しなければ事例化されない可能性も高い。今回の調査では、地域における認知症ケアのネットワークから事例化されたエピソードもあったことから、こういった地域での取り組みによって、より危機的な差別的処遇を拾い上げるシステムを構築する必要があると考えられた。

ところで、地域の近隣住民からの偏見について、当初は理解が得られなかったが、町内会に家族を巻き込んで参加していくことによって次第に理解が得られ、地域とのつながりが生まれたというエピソードが得られた。このことは、差別的処遇を乗り越え、地域の一員として、本人や家族がともに生活することは十分に可能であるということを示すものと考えられた。

## 2. 介護サービス場面

介護サービス場面での差別的処遇では、「サービスの拒否」が最も多く示された。「安易で不適切なサービスの提供」も含め、これらサービス提供に関わる差別的処遇の背景にも、「認知症だから・・・」という安易な偏見が強く関わっていると考えられた。特に、前年度の調査においても示されたが、「暴れる」といった BPSD が頻発するような場合、本来であれば最もサービスを必要とする場面にもかかわらず、それだけでサービスを拒否されたり、不適切な関わりがなされてしまう現状が示された。また、こ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おらず、「認知症だから」「暴れるから」という理由においてのみ説明されている現状にあり、そのことが家族の介護サービスに対する不信を生み出していると考えられた。

介護サービスを利用する本人や家族は、何よりも本人が安心して生活できることを願ってサービスを利用している。そのため、サービス提供者側が偏見に基づく個別性を軽視したサービスを提供することは、そもそものサービスを必要とする側のニーズに答えていない<本人不在>の状況といえる。より真摯に本人の視点から事態を受け止め、「認知症だから・・・」ではなく、「かりに認知症であっても」どうすれば本人を理解できるのか、本人の希望に沿うことができるのかについて、サービス提供者側は力を注がなければならない。そのためには、一義的な理解ではなく、個別性を重視した認知症の正しい理解や対応が浸透することが必要である。

介護サービス場面では「本人（家族）の心情への配慮の欠如」も多く示された。この背景に安易な偏見があることは明らかなことであるが、それとともに、サービス提供者としてのモラルに欠ける部分も大きい。たとえば養成課程や職場教育の中で、ひとりの職業人として高い責任と自覚を持てるような取り組みを充実させることが、今後のサービスの質の向上や、ひいては介護サービス業

界全体の地位の向上においても重要な取り組みとなるであろう。

### 3. 医療サービス場面

医療サービス場面においても、差別的処遇として最も多くあげられたものは「サービスの拒否」と「安易で不適切なサービスの提供」であった。

医療サービスにおけるこれらの差別的処遇は、介護サービスにおけるものよりも深刻であるといえる。本研究の結果からは、これらの差別的処遇は、身体疾患の治療の場面において多く示された。英国 National Institute of Clinical Excellence (NICE) における認知症疾患に関するガイドラインにおいて、「Key priorities for implementation」の第一に「Non-discrimination」として、認知症の人はその診断によってどのようなサービスからも除外されるべきではないと明記されている<sup>7)</sup>。しかし、本研究の結果からは、本来であれば必要として受けられるべき医療サービスを受けることができない状況が多いことを示している。このことは、そのためにより重篤な予後へとつながる可能性が高いことを示す。本人の生命に直接的に関わる医療サービス場面において、このような差別的処遇が起こることは重大な問題である。

また、これらの差別的処遇の理由として、やはり「認知症だから・・・」という安易な偏見が多く挙げられていた。これは、診察場面における「本人の意向の無視」「本人（家族）の心情への配慮の欠如」にもみられ、個別性が軽視された＜本人不在＞の状況を生み出し、本人や家族の医療への不信を募らせる大きな要因となると考えられた。「認知症だから・・・」という理由だけで診療を拒否、あるいは不適切な医療サービスを受けたり、配慮に欠ける言動を受けたりした本人や家族は、自分たちはいったいどうすればいいのか途方に暮れてしまう思いであったであろう。

現在の認知症ケアにおいて、医療は単に診断や薬の投与に限らず、その後のケアの指針を決定する重要な役割も担うことから、その責任も大きい。それだけに、医療側は最も本人のニーズに敏感にサービスを提供しなければならない。そのためには、たとえばインフォームドコンセントを通して本人や家族と十分な信頼関係を築くことや、あるいは、より具体的に生活の場面における問題や悩みに向き合い、助言や解決策をともに考えることなども必要であろう。いずれにせよ、介護サービスでも挙げたように、「認知症だから・・・」という偏見による＜本人不在＞の現状から、「かりに認知症であっても」どのように本人のニーズに応えられるかを、医療サービス側も本人や家族とともに模索する必要がある。

## E. 結論

本研究の結果、認知症の本人とその家族が地域のなかで生活していくうえで

さまざまな場面において差別的処遇を経験することが改めて明らかとなった。本人や家族以外の第三者の視点から語られたエピソードの多くでも、前年度までの結果と同様に、本人の尊厳が損なわれてしまっており、その精神的負担は極めて大きいことが示された。

特に、本研究の結果からは、「認知症だから・・・」という安易な視点に基づく偏見が、さまざまな差別的処遇の背景にあることがより鮮明となった。この偏見によって、本人の状況や意向といった個別性が軽視された<本人不在>の状況が生み出され、本来であれば必要としている医療や介護サービスのニーズに答えられていない現状にあると考えられた。サービス提供者側は真摯に現状を受け止め、今後のサービスの在り方を考えなければならない。

また、この安易な偏見が根強く残ることは、地域における日常生活場面での差別的処遇でも同様であり、家族からも時として本人の尊厳が軽視されていることが示された。このような偏見をなくすためには、地道な啓発活動や家族への心理教育といった取り組みに頼らざるを得ないであろう。しかし、これまでの取り組みでは、認知症自体の世間における理解が不十分であったという状況からも、認知症の定義や症状の説明、負担の大きさなどの画一的な内容に偏り、十分に個別性に配慮された内容でなかったとも考えられる。今後は、既存の取り組みにくわえ、さらに個別性に配慮した<本人在りき>の視点からの取り組みが望まれる。こうした視点が根付くことによって、本人の尊厳が守られ「認知症であっても」安心して地域で生活することが可能になるであろう。

本研究の限界として、探索的な観点からの調査であったために対象者数が少なかった点や、そのためにサンプルバイアスがある点などが挙げられる。今後、本研究の結果に基づいたアンケート調査等により、より広く実態を調査する必要がある。また、前年度は対象を家族とし、今年度は対象を第三者とした。今後は、事例的にでも対象者に本人を含めてさらなる実態の解明に努め、本人のニーズに即した認知症ケアの在り方について資する結果を得たい。

## 引用文献

- 1) 川喜田二郎：続・発想法 KJ 法の展開と応用。中公新書 210，中央公論社，東京(1970)。
- 2) 木之下徹，河野禎之：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，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総括・分担研究報告書「認知症の実態把握に向けた総合的研究」，153-168 (2010)。
- 3) 木之下徹，河野禎之：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，平成 22 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総括・分担研究報告書「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」, 68-84.(2011).
- 4) 小宮山恵美, 永野賢一: 高齢者虐待防止に対する発見・介入・予防-地域包括支援センターの活動を中心に-. 老年精神医学雑誌, 19 (12) 1333-1341 (2008).
  - 5) 國吉縁: 施設内虐待はなぜ起こるのか. 認知症介護, 7 (4) : 36-41 (2006).
  - 6) 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).
  - 7) 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/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>)2012年2月21日現在.
  - 8) 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).
  - 9) 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).
  - 10) 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).
  - 11) 高崎絹子, 岸恵美子, 吉岡幸子, 小野ミツほか: 在宅高齢者に対する虐待事例の「深刻度」とその関連要因-全国の実態調査を基にして-. 高齢者虐待防止研究, 1 (1) : 79-89 (2005).
  - 12) 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).
  - 13) 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).
  - 14) 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).
  - 15) 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).
  - 16) 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構: 家庭内における高齢者虐待に関する報告書 (概要).  
(<http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?dl=170&i=1>) 2012年2月15日現在.

## E. 健康危険情報

とくになし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

木之下徹, 繁田雅弘: アルツハイマー型認知症診療の意義とあり方を考える.

日本医師会雑誌, 140(1):1-8(2011).

木之下徹: 薬物治療の最大化. CLINICIAN, 58(598):36-40(2911).

### 2. 学会発表

とくになし

### 3. その他

木之下徹: 差別的なケアをしていませんか. 暮らしと健康, 3:66-67(2011).

木之下徹: 認知症サポート医の観点から. MEDICAMENT NEWS, 2054:12-13(2011).

木之下徹: 心の動き診て認知症対応. 読売新聞医療ルネサンス, 4917(2011).

木之下徹: 服薬の意味を生むのは心. 読売新聞, 2011年4月25日付.

木之下徹: 自分で在り続ける信念. 読売新聞, 2011年5月24日付.

木之下徹: 患者と呼ばない意識. 読売新聞, 2011年6月27日付.

木之下徹: 想像力を働かせる大切さ. 読売新聞, 2011年7月25日付.

木之下徹: 輝き続ける文才. 読売新聞, 2011年8月29日付.

木之下徹: 「困った症状」の理由. 読売新聞, 2011年9月26日付.

木之下徹: 周囲の人だって当事者. 読売新聞, 2011年10月24日付.

木之下徹: 同じ話 気遣いかも. 読売新聞, 2011年11月28日付.

木之下徹: もの忘れを自覚するつらさ. 読売新聞, 2011年12月26日付.

木之下徹: 自覚ある人の視点生かす. 読売新聞, 2012年1月30日付.

木之下徹: これからの認知症診療の目指すもの. Doctors Journal, 2:6-13(2011).

## G. 知的財産の出願・登録状況

### 1. 特許取得

とくになし

### 2. 実用新案登録

とくになし

### 3. その他

とくになし



厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

分担研究報告書

認知症高齢者の抑うつに対する、家族構成と介護保険サービスが及ぼす影響に関する研究

研究分担者 神崎 恒一・杏林大学医学部高齢医学（教授）

#### 研究要旨

認知症患者が長く良い状態で過ごすためには適切な医療とケアの提供が必要である。認知症患者は抑うつ傾向を示すことがしばしばあり、その実態の評価と対策が必要である。そこで、本研究では認知症高齢者の抑うつ傾向に関して①独居者と非独居者で差が認められるか、②介護保険によるサービス利用状況の違いで抑うつ傾向に差が認められるかについて検討した。杏林大学病院もの忘れセンターの通院患者 298 名（平均年齢 79±7 歳）を対象として、うつ傾向を GDS15 で評価し、家族形態、性差、介護サービス利用状況の違いで比較した。その結果、独居者は家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）に比べて GDS が有意に高値であり、この傾向は女性のみで有意であった。また、訪問介護や通所サービスなど家族以外の者と接する介護サービスを利用しているケースでは、独居者、家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）の 3 群間で GDS に差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していないケースでは、家族群、配偶者群に比べて独居群の GDS が高かった。以上の結果より、独居認知症高齢女性や、介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ傾向が強いことが明らかとなった。

#### A. 研究目的

認知症患者が長く良い状態で過ごすためには適切な医療とケアの提供が必要である。認知症患者は抑うつ傾向を示すことがしばしばあり、特に独居高齢女性にその傾向が強い。逆に、家族と同居している場合や趣味やボランティア活動を行っている患者は抑うつ傾向が低い。そこで、本研究では認知症高齢者の抑うつ傾向に関して①独居者と非独居者で差が認められるか、②介護保険によるサービス利用状況の違いで抑うつ傾向に差が認められるかについて検討した。

#### B. 研究方法

対象は杏林大学病院もの忘れセンターの通院患者 298 名（男性 107 名、女性 191 名、平均年齢 79±7 歳）とその通院介護者 298 名。日常生活動作として基本的

ADL (Barthel index)、手段的 ADL (Lawton&Brody)、認知機能 (MMSE)、抑うつ傾向 GDS15、周辺症状 (DBD)、家族の介護負担度 (Zarit Burden Interview: ZBI) を評価し、家族形態、性差、介護サービス利用状況の違いによる各評価スケールの違いを統計的に解析した。

(倫理面への配慮)

本研究は、杏林大学医学部医の倫理委員会の承認のもと、実施した。

### C. 研究結果

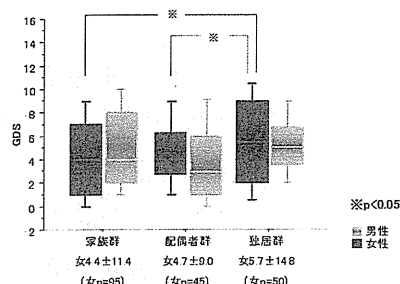
独居者、家族との同居者 (家族群)、配偶者との同居者 (配偶者群) の 3 群で GDS を比較したところ、独居群は家族群、配偶者群に比べて GDS が有意に高値であり (家族群と配偶者群には差なし)、この傾向は女性だけに認められた (図)。

次に、この家族構成という要因に介護保険サービスの利用の有無を加えて検討したところ、訪問介護や通所サービスなど家族以外の者と接する介護サービスを利用しているケースでは、独居者、家族との同居者 (家族群)、配偶者との同居者 (配偶者群) の 3 群間で GDS に差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していないケースでは、家族群、配偶者群に比べて独居群の GDS が高かった (図)。

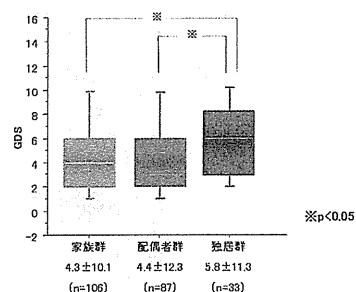
### D. 考察

認知症高齢者、特に病識のある初期の高齢認知症女性患者は、抑うつ傾向が強いと言われている。本研究では改めて独居者と同居者、さらに同居者を配偶者との同居者 (配偶者群) と配偶者以外の同居者 (家族群) に分けて、抑うつ傾向に差があるか否かを調べた。その結果、独居群は家族群、配偶者群よりも抑うつ傾向が強いことが判明した。一方、家族群と配偶者群の間では抑うつ傾向に差は認められなかった。そして、このような傾向はすべて女性にのみあてはまり、男性ではあてはまらなかった。すなわち、独居高齢認知症女性は抑うつ傾向が強い、ということは当院通院患者にもあてはまる結果であった。これを裏付ける報告として、趣味やボランティア活動を実施している場合は抑うつ傾向が低いこと、独居高齢者を対象とした観察研究で、長く独居生活を続けている方が、独居を始める前に配偶者や 2,3 世代の家族と同居をしていた場合に比べて抑うつ的であったこと、さらに独居生活を長年続けている場合、生活自立機能や認知機能は比較的良好に保たれている一方で抑うつ傾向がみられたこと、また団地居住者の場合、上層階に住んでいるほど社会的交流

家族構成3群別のGDS(男女別)  
独居の女性は抑うつ傾向が強い。



家族形態3群別のGDS(介護保険サービス未利用群)  
介護保険サービスを利用していない一人暮らしの高齢者は、うつ傾向が強い。



は減少し、抑うつ傾向が高いこと、などが報告されている。このように、独居であることは、うつリスクとなると考えられる。そして、独居高齢者のうつ傾向は女性に顕著に認められ、男性では同様の傾向は認められるものの、女性ほどの明らかな違いは認められなかった。一般に高齢者に限らず女性の方がうつが多いことが知られている。その理由は明らかでないが一部には内分泌環境の変化が大きいと言われている。更年期障害の代表的な症状のひとつに「うつ」があるのはよく知られている。しかしながら、閉経を遠く過ぎた女性でも、うつが男性よりも多い事実は女性ホルモン以外の要因を考えるべきである。この点は課題である。

一方、独居者であっても同居者であっても介護保険を利用したサービス（訪問介護や通所サービスなど）は閉じこもり予防や、意欲の向上、うつの予防、認知機能の維持に有効である。そこで、介護保険を利用したサービスの利用状況別に、独居者、家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）の3つの家族形態でのうつ状態について比較を試みた。その結果、介護保険サービスを利用している場合、独居者、家族群、配偶者群でうつ傾向に差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していない場合、家族群、配偶者群に比べて独居群のうつ傾向が強かった。本研究は観察研究であり、介護保険サービス利用の有無の違いを比較しただけである。今後介護保険サービスを導入する前後でGDSの変化を調べる必要がある。

#### E. 結論

独居認知症高齢女性や、介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ傾向が強いことが明らかとなった。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Kenji Toba, Kumiko Nagai, Sayaka Kimura, Yukiko Yamada, Ayako Machida, Akiko Iwata, Masahiro Akishita and Koichi Kozaki : A new dorsiflexion measure device; A simple method to assess fall risks in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* In press.
2. 長谷川浩、神崎恒一 : 認知症の地域連携—三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状, 内科 108, 1231-1234, 2011.
3. 神崎恒一 : サルコペニアと生活機能障害. *Modern Physician* 31 : 1323-1328, 2011.
4. 神崎恒一 : CGA と包括的ケア. *Aging & Health* 20 : 8-11, 2011.

5. 神崎恒一：骨粗鬆症と高齢者の虚弱. Geriatr. Med 49 : 971-975, 2011.
  6. Nagai K, Kozaki K, Sonohara K, Akishita M, Toba K : Relationship between interleukin-6 and cerebral deep white matter and periventricular hyperintensity in elderly women. Geriatr Gerontol Int 11 : 2011.
  7. 神崎恒一：薬剤起因生歩行障害. Geriatr. Med 49 : 473-476, 2011.
2. 学会発表
    1. 神崎恒一：(パネルディスカッション 介護予防：現状・課題と新たな方向性) 虚弱の概念と転倒予防, 第 27 回日本老年学会総会 2011.6.15. 東京.
    2. 神崎恒一：シンポジウム 老年症候群と総合的機能評価, 第 53 回日本老年医学会学術集会 2011.6.16. 東京.
    3. 秋下雅弘、江頭正人、荒井秀典、神崎恒一、葛谷雅文、荒井啓行、高橋龍太郎、江澤和彦、川合秀治、鳥羽研二：高齢者医療の優先順位に関する意識調査, 第 53 回日本老年医学会学術集会 2011.6.17. 東京.
    4. 田中政道、井上慎一郎、長谷川浩、神崎恒一：高齢者における虚弱 (frailty) の評価, 第 53 回日本老年医学会学術集会 2011.6.17. 東京.
    5. Koichi Kozaki, Hitomi Koshiba, Satoru Mochizuki, Kumiko Nagai : Evidence of the association of arterial stiffness and inflammation with cognitive dysfunction in older adults, 第 43 回日本動脈硬化学会学術集会 2011.7.16. 札幌.
    6. 神崎恒一：高齢患者における筋肉減少症 (サルコペニア) と転倒予防, 転倒予防医学研究会「第 8 回研究集会」 2011.10.2. 東京.
    7. Koichi Kozaki : Current Status of Medical Treatment in Long-term Care Facilities in Japan, 9th Asia/ Oceania Regional Congress of Geriatrics and Gerontology, Melbourne, AUSTRALIA, 2011.10.26.
    8. 中居龍平, 山田如子, 木村紗矢香, 小林義雄, 長谷川浩, 神崎恒一：ハンカチテスト陽性の認知症患者における機能的近赤外スペクトロスコピー (fNIRS) による脳血流分布の検討, 第 30 回日本認知症学会学術集会, 2011.11.11. 東京.
    9. 木村紗矢香, 山田如子, 町田綾子, 鳥羽研二, 神崎恒一：もの忘れ教室の効果—周辺症状と介護負担の検討—, 第 30 回日本認知症学会学術集会, 2011.11.11. 東京.
    10. 山田如子, 木村紗矢香, 小林義雄, 中居龍平, 鳥羽研二, 神崎恒一：認知症高齢者における抑うつ因子として家族構成と介護保険サービスが及ぼす影響の検討, 第 30 回日本認知症学会学術集会, 2011.11.11. 東京.
    11. 神崎恒一：(シンポジウム) サルコペニアの疫学・予防と対策, 第 18 回日