

認知症の疑いのある高齢者と家族に対する 早期介入の検討

Examining early intervention targeting elderly
with suspected dementia and their families

柴崎 祐美

SHIBASAKI, Masumi

Abstract

Recently, there has been a focus placed on early diagnosis and treatment for dementia. The aim is to provide support enabling elderly to continue living at home through early intervention by specialists.

This study analyzed family concerns about early-stage dementia that appeared in a newspaper advice column and examined early intervention methods. Many family concerns involved distress over behavioral changes leading families to suspect dementia (sexual behavior, forgetfulness, paranoia, etc.). It was surmised that, since families sought help for matters they would not want revealed to others, they chose to seek advice through a newspaper because they could remain anonymous. Though intervention by a specialist is initiated due to appeals for help from families, to understand the situation creative means are needed that make it easy for families to seek advice, such as citing specific cases of counseling and incorporating anonymous consultations.

Key words: dementia, initial-phase intensive support for dementia, family caregivers, anonymous consultation

1. はじめに

現在、高齢化率は27.2%に達し⁽¹⁾、認知症患者数は2025年に約650-700万人、2040年に約800-950万人、2060年に約850-1150万人と、時代とともに増加することが予測されている〔二宮(2015), p.6〕。急増する認知症高齢者が大きな医療・社会問題となっている。

わが国では、2004年に痴呆を認知症と改めたことなどを契機として、様々な認知症施策が進められてきた。今後の方向性として「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すことが確認され〔厚生労働省(2012b)〕、「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(2013年～2017年)、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」(2017年～2025年)という国家計画が進められている。計画の中で強調されていることの一つに「早期診断・早期対応」がある。「早期診断・早期対応」は認知症者のBPSDを軽減させ、認知症者と家族介護者のQOLを改善するが、「早期診断・早期対応」を実現するためには課題もある。栗田によると、認知症者が容易にサービスにアクセスするためには、①認知症に気づき「援助を希求する行動」と「援助を提供する行動」の促進、②認知症の相談に応需する機関の適正配置、③迅速な診断が可能な医療機関の適正配置、④診断に基づき医学的管理を継続的に行う医療サービスの確保、⑤自治体の意思決定能力の5つの課題を克服する必要があるという〔栗田(2013), p.884〕。「早期診断・早期対応」を実現するために、現在、認知症初期集中支援チームの設置、かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修などが数値目標を決めて進められている最中である(図1)。

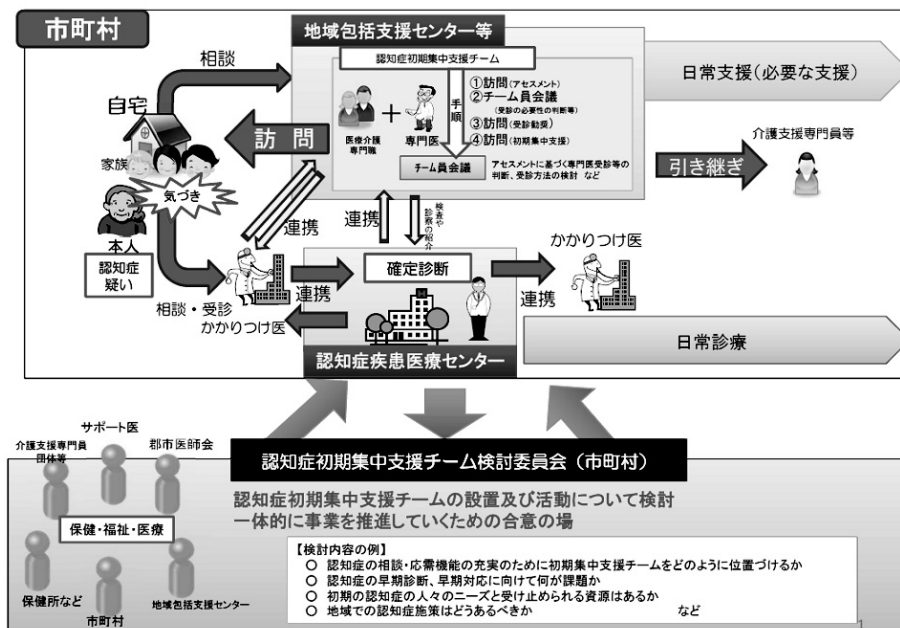


図1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図(厚生労働省サイトより)

このように、「早期診断・早期対応」が進められているが、認知症の場合は本人が自発的に受診するよりも、家族等の気づきや判断により受診を促すことが多いと考えられる。山本らの調査によると、家族介護者が同居高齢者に認知症があると判断するとき、同時に高齢者の知的能動性の低下が観察され、家族が行う認知症の判断はスクリーニング的な役割をもつと報告されている[山本（2004），p.200]。このように家族の役割は大きいといえるが、認知症を疑いながらも「認めたくない」、「老化による症状」、「認知症は病気ではない」といった家族の思いがあり、早期受診に至らないケースもある[品川（2007），p.1230]。認知症に関する知識不足が早期受診を阻害する、知識量とは無関係、いずれの報告もあるが⁽²⁾、家族の思いは複雑であり、「早期診断・早期対応」というのは、現状ではそれほど容易なことではない。

そこで本研究では、認知症の「早期診断・早期対応」の実現に有用な示唆を得るために、認知症を疑う行動が始まる時期に感じている家族の悩みの分析を行った。地域包括支援センター等の相談窓口や医療機関にアクセスしていない人の悩みを分析することから、早期受診の障壁となる事柄について明らかにし、「早期診断・早期対応」に向けた支援や有効な啓発活動の在り方について考察することとした。

II. 方法

1. 分析対象

分析対象は、読売新聞朝刊生活面の人生相談コーナーである「人生案内」に掲載された投書のうち、認知症介護に関する相談である。「人生案内」は、1914年に始まり現在まで連載が続く歴史ある新聞紙上の人生相談であり、年間350件程度の相談が掲載されている。投稿規定によると①生活上の悩み全般が対象、②純粋な法律問題や病気・健康の相談は取り上げない、③相談内容は、担当記者が規定の行数に整理して掲載、④掲載は匿名だが、氏名、住所、年齢、職業は明記することと定められている⁽³⁾。

「人生案内」を分析対象としたことには、相談者及び相談内容に偏りがあり、サンプルとしての代表性に欠けるという研究の限界がある。しかし、先行研究の多くは、認知症専門外来等に通院中であったり、介護保険サービス利用中の要介護高齢者の家族介護者が、認知症診断前の状況を振り返り回答する形式でデータ収集が行われている。人生案内の記事を分析対象とすることは、サンプルとしての代表性は欠けるが、アンケート調査やインタビュー調査とは異なり、相談者が自発的に投稿したものであり、家族の理解しがたい行動に困惑する相談者の本音が、より表れていると考え分析対象とした。

2. 分析方法

データは新聞記事検索「ヨミダス歴史館」で検索語「人生案内」×「認知症」「痴呆（痴ほう）」「ぼけ」「アルツハイマー」「レビー」「脳血管性」「前頭側頭型」「ピック病」（前方一致）、検索期間「2000年4月1日～2016年12月31日」を検索条件とし、該当した134件の記事内容を概観し、

認知症介護に無関係の記事を除外し102件に絞り込んだ。さらに相談内容を「介護前（初期段階）」、「介護中」（相談内容から認知症の診断があること、介護保険サービスの利用が読み取れるもの）、「介護終了後」（被介護者の看取り後）に分類した。初期段階とは、相談内容から具体的な介護の実態及び医療機関や介護保険サービスの利用が読み取れないものとし、「介護前（初期段階）」に分類された21件を分析対象とした⁽⁴⁾（表1）。

分析のプロセスは、相談内容からは、相談者が対応に苦慮している対象者の行動に関する記述内容がある文章を、回答内容からは相談や受診に関する具体的な文章を、意味を損なわない単位で抽出し、内容の類似性に基づき分類した。分析作業においては、老年看護学の研究者の協力を得ながら進めることで、分析内容の信頼性・妥当性を高めるよう努めた。

表1 掲載年度別 相談件数、介護時期、相談者の推移

掲載年度	件数	介護前	介護中	主介護者			その他	生活の場		介護後
				同居	別居			在宅	入所	
総数	102	21	72	53	34	19	19	56	14	9
2000	4	0	4	2	1	1	2	3	1	0
2001	7	1	5	4	4	0	1	4	1	1
2002	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2003	4	0	3	2	2	0	1	3	0	1
2004	4	1	3	2	0	2	1	1	2	0
2005	6	0	6	6	4	2	0	5	1	0
2006	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0
2007	4	2	2	1	1	0	1	2	0	0
2008	4	0	4	2	1	1	2	3	1	0
2009	4	2	2	2	1	1	0	2	0	0
2010	9	3	6	3	0	3	3	4	2	0
2011	5	0	5	3	3	0	2	4	1	0
2012	7	1	6	5	2	3	1	4	2	0
2013	7	2	3	2	2	0	1	3	0	2
2014	15	3	10	9	5	4	1	8	2	2
2015	12	3	8	7	5	2	1	5	1	1
2016	8	2	4	2	2	0	2	4	0	2

※2016年は4月～12月までの件数である（以下、同じ）

3. 倫理的配慮

公刊された新聞記事（投稿者は匿名）を対象として分析を行う研究であり、人を対象とする研究には該当しない。

III. 結果

1. 相談者の基本属性

相談者の年齢は30歳代が5件、40歳代が5件、50歳代が6件であった（表2）。女性からの相談は19件であった。「人生案内」は40歳代、50歳代の女性の投稿が中心であるが、介護に関する相談は50歳代、60歳代が多くなることから考えると、比較的若い年齢層からの相談も含まれるといえる。また、相談者の続柄は、子が10件ですべて娘で、娘が実母の症状を相談するものであった（表3）。相談者と相談対象者が同居が10件、別居が8件であった。

表2 掲載年度別 相談者の年齢

掲載年度	介護前	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代
	21	1	5	5	6	3	1	0
2001	1						1	
2004	1				1			
2006	1				1			
2007	2		1		1			
2009	2		1			1		
2010	3	1	1		1			
2012	1			1				
2013	2				1	1		
2014	3		1	2				
2015	3			2	1			
2016	2		1			1		

表3 掲載年度別 相談者の続柄

掲載年度	件数	子	子の配偶者	配偶者	その他
総数	21	10	4	3	4
2001	1			1	
2004	1	1			
2006	1		1		
2007	2	2			
2009	2	1		1	
2010	3	1	1	1	
2012	1	1			
2013	2				2
2014	3	2	1		
2015	3	2	1		
2016	2				2

2. 相談内容（表4）

表4 相談者の悩み（相談者が対応に苦慮している対象者の行動）

相談内容（件数）	相談者が対応に苦慮している対象者の行動の例（新聞より抜粋）
性的な行動に対する戸惑い（3）	夫が若い子を目で追う、イヤらしいことにも興味を持つようになった。キャバクラにも出入り。いやらしい夫に失望した。
	70代義父が数か月前から抱きついてくる。はっきり断ったらしくなくなったが、周りをうろつく。ストレスで動悸がする。
	80代の義父が、お風呂のドアを開けたり、着替え中に近寄ってきたりする。夫は義父をかばうばかり。
物取られ妄想（3）	80代の母から泥棒呼ばわりされる。物がなくなると言っても、物差しやつめ切りなど。そんな物を取ってしまうのではないかと、いくら言ってもわかってもらえない。
	出産のため里帰り中、母から「財布から数千円盗んだら」と疑われ暴言を吐かれた。思い出すと涙が出てくる。
	70代の母から、財布がない、自転車のカギがないと泥棒呼ばわりされるばかりの日々に、悔しさがつのります。
反社会的行為（2）	80代後半の祖母が、孫のプライバシーを無視。部屋に入り手紙を読んだり、雑貨やアクセサリを持ち出し自室にしまいでいた。
	70代の義母が他人のものを失敬。ポケットから惣菜パックが出て来るが本人は「知らない」というのみ。お金には困ってなく、おしゃれで部屋もきれいにしている。
物忘れの激しさ（3）	60代の母が料理を嫌がり物忘れが激しい。頼んだものと違うものを作るが自覚がない。安いからと同じものを買ってきて、冷蔵庫には大量の卵が入っていた。
	アルコール依存治らぬ妻（69歳）。努力の様子も見えず、最近は物忘れもひどくなってきた。このまま認知症になるのではと苦慮。
	90代の義母が私のことを「兄嫁」と呼んだ。40年一緒に生活してきて見間違えるわけなのに。心が晴れない。
暴言・暴力・感情の起伏（5）	父の定年後、母は急に泣き出したり怒ったり、父を殴ったりするようになった。「早く死んでしまいたい」と繰り返す。
	60代の父は暴言が多く気に入らないことがあると、「バカ」と言ったり。歩み寄ろうと思っても暴言があると気持ちが萎える。
	86歳の母、年齢の自覚なく言うことを聞かない。口が悪く、我を通す。「死んだ方がまし」と泣く。
	70代母が急に怒りを向けるようになった。すごい剣幕で怒り、探し物が見つからないと私のせいにする。気軽に会話ができない。
	間もなく姑と同居することになった。気性が荒く言葉の暴力を受けてきた。考えるだけでぞっとする。
先行き不安（5）	70代後半の父があまりに無口で元気がない。人と話をしないと認知症になってしまうのではないかと心配。
	79歳父は週2、3回、食事の買い物に出るだけで、ほとんど家で寝ています。無趣味で友人もいない。知らない人は家に入れたくないと、福祉サービスも受けようとしません。このままでは認知症まっしぐらではないか。
	ボケ防止には人との交流がよいというが、人付き合いが苦手で家にいると落ち着く。無理してでも人の中に出ていくべきか。
	60代の主婦、認知症になるのではないかととても心配で、円形脱毛症になってしまった。早期発見のために病院にいくべきか。
	独居の60代。生活に支障のない程度の物忘れはある。地域社会や人と密接にかかわって話すといった生活とはほど遠く、今の生活を変えてみようという気持ちにもなりません。

相談者の悩み、相談者が対応に苦慮している対象者の行動は認知症の中核症状、周辺症状を想像させる内容であり、大きく【物忘れの激しさ】【性的な行動に対する戸惑い】【物とられ妄想】【盗癖疑い】【暴言・暴力・感情の起伏の激しさ】【先行き不安】に分類された(表4)。以下、相談例を示す。相談例は、意味内容を損なわない程度に文章をまとめている。

【物忘れの激しさ】は、新しいことが覚えられない、今まで出来ていたことが出来なくなる、同じものを買ってくるなどの行動があげられた。

(相談例)「60歳代の母は、最近料理などを面倒くさがり、物忘れが激しい印象です。「何が食べたい？」と母に聞かれ、得意料理を頼みましたが、別の物が出てきました。買い物も行きたがらず、主に父の仕事になっています。母が行くと、冷蔵庫にあるのに「安いから」と同じものを何度も買ってくるようです。先日は卵が大量にありました。」(2007年11月26日掲載)

【性的な行動に対する戸惑い】は、夫や義父の性的な面での行動の変化に困惑する相談である。認知症の周辺症状(心理症状)の一つの可能性がある。さらに、義父の行動に関しては、嫁の立場から夫にも相談しにくい、あるいは相談しても夫は義父の味方をするなど、家庭内での解決の難しさを感じさせるものであった。さらに、このような内容は他の親族や近隣の人にも相談しにくいことが推察される。

「30代の主婦。80代の義父との同居が嫌でなりません。悩んでいるのは義父の行動です。お風呂に入ろうとしている時にドアを開けられたり、着替え中に近づいてこられたりしました。夫にそのことを話すと「間違っただよ」「悪気はない」などとかばいます。最近は、ストレスのはけ口に長女を強く叱ってしまい罪悪感を覚えます。離婚も考えましたが、子どもたちの人生まで犠牲にできません」(2014年12月8日掲載)

【物とられ妄想】は3件とも実母から泥棒呼ばわりされる辛さを訴える内容であった。これも認知症の周辺症状(心理症状)の一つの可能性がある。実母から疑われ、いくら説明してもわかってもらえない辛さは計り知れない。腹が立ち「早く死んでほしい」という想いがよぎるなど、相談者の精神的な負担の大きさが推察される。

「80歳代の母は元気で、日常生活は普通にできます。「物が度々なくなるのは空き巣か近所の嫌がらせ」と思い込むようになりました。今度は私を泥棒呼ばわりし始めました。物がなくなると言っても、ぞうきんや物差し、つめ切りなど。そんな物を取ってもしようがないでしょと、いくら言ってもわかってもらえません。母の面倒は見つつもりですが、顔を合わせれば私を疑うので腹が立ち、つい「ああ早く死んでほしい」と思ってしまいます。このままだと私も変になりそうです」(2008年1月21日掲載)

【盗癖疑い】は、家族のものを勝手に持ち出し自室にしまい込んだり、スーパーからお惣菜を持ち帰ったりするものであった。いずれもお金には困っていないという。これも認知症の症状の可能性がある。前頭側頭型認知症の場合は、窃盗、万引きなどの反社会的行動が症状の一つとして現れることがある。盗癖が若い時から続くものなのか、認知症によるものなのか鑑別する必要があるが、本人に自覚はなく、店舗に謝罪するのは家族の役割になるため、家族にとっては精神的な負担は大きく、深刻な悩みとなる。

「70代義母の意外な面が発覚しました。テーブルの上の物を自室へこっそり持ち帰るのです。近所の方に、お茶に誘われた時は、ハンカチやボールペンを失敬してきて、後で謝りに行きました。スーパーへ一緒に行った際は、ポケットがふくらんでいることに気づきました。総菜のパックが出てきて、あわてて返しました。「どうして？」と聞いても「知らない」と答えるだけです。義母は、決してお金に困っているわけではありません。おしゃれで、部屋もきれいに整頓しています」（2006年9月23日掲載）

【暴言・暴力・感情の起伏の激しさ】は、相談者の気持ちを萎えさせたり、会話をする事自体、躊躇させていた。動悸がする、胃が痛くなることで相談者自身が受診している例もあった。それでも、親と以前のような良好な関係に戻りたいという思いを相談に込めていた。【暴言・暴力・感情の起伏の激しさ】も認知症の周辺症状（心理症状）の一つの可能性もある。

「60代の父は日頃から暴言と文句が多いのです。何か気に入らないことがあると「バカ」と言ったり。耳が遠くて大声なので、言われた方はかなりへこみます。口だけで手は出しません。私も父に歩み寄ろうと思いますが、一度、暴言があると、そんな気持ちも木っ端みじんです。それで、私と父とは最低限の会話しかありません。今まで育ててくれた感謝だってあるのに。いっそ施設へ放り込んで、死ぬまで面会せず、放置できたらどんなにいいかとさえ思います」（2014年10月27日掲載）

【先行き不安】はさらに2つに分けることができる。一つは、実親が「このままでは認知症になってしまうのではないか」という先行き不安である。もう一つは、高齢期に差し掛かった相談者自身が「このままでは認知症になってしまうのではないか」という先行き不安である。人と交流することが認知症の予防に通じるという情報と実親または自身の日常生活を突合した時に、認知症になってしまうのではないかという【先行き不安】が増大しているものである。

「父は70代後半で母と暮らしています。実家に帰っても全く会話がなく、私の子どもたちも行きたがらなくなりました。「なんで話をしないの？」と聞くと「話すことは何もない」との返事でした。元々無口な性格ですが、あまり話をしないと認知症になってしまうのではと心配

です」(2015年5月8日掲載)

「友達と呼べる人がいません。外出も好きでなく家で読書やDVD鑑賞をしている時が一番落ち着きます。こんな風に自分に甘いだけの生活はよくない、ボケやすくなるのではと心配です。無理をしてでも努力して人の中へ出ていく方がよいでしょうか」(2015年5月8日掲載)

3. 回答内容

回答は、人生案内の回答としては非常に具体的で、医療機関の受診を勧めるものが12件、公的機関への相談を勧めるものが4件、インフォーマルサービスを紹介するものが1件であった(重複あり)。『『病院にかかれ』というのでは、人生相談の答えになっていないというご意見もよくいただきます。しかし、このケースではやはり医療にかかることがまず必要だと確信します』(2006年9月23日掲載)とあるように、人生案内の回答としては異色といえよう。

受診を勧める理由としては、①相談対象者に起きていることを正確に理解するため、②認知症と他の病気を鑑別するため、③認知症の初期症状の可能性があるためというものであった。

(回答例)「若い人には理解を超えた行動をとるというのは、もしかしたら痴呆の初期症状の可能性もあります。お母様のことを正確に理解するなら、医師の診断が必要でしょう」(2004年10月7日掲載)

「もし、暴言が若いときには全くなくて、人柄ががらっと変わってしまったように見えるのなら、病気の可能性あり。何としても医学的な診断も必要です」(2014年10月27日掲載)

「性的な面にかぎらず、人柄全般がだらしなくなったり、物忘れが目立ったりするようなら、初老期に起こる認知症の初期症状の可能性もあります。医学的検査も必要です」(2010年2月21日掲載)

また、「医学的な検査が必要」「医師の診断が必要」といった回答だけではなく、具体的な診療科名として、「精神科」「神経内科」「心療内科」が挙げられた。「地域包括支援センターで専門医を紹介してもらうように」、「かかりつけの内科から精神科または心療内科を紹介してもらうように」といったさらに具体的な回答もあった。

相談機関としては、地域包括支援センター、自治体の高齢者担当課が挙げられた。また、「介護保険の利用が可能か尋ねるように」という具体的な回答もあった。

インフォーマルなサービスとして、介護家族の会が挙げられた。介護家族の集会に出かけるなど、相談者自身の目を外に向けることが勧められていた。

IV. 考察

相談者の年齢は人生案内の相談者全体と比べると比較的若いといえる。インターネットなどから情報を収集するなど、独力で市町村の関係部署や認知症専門医にアクセスできる年齢層も多い

と考える。しかし、相談内容には性的な行動や盗癖など第三者には知られたくないような、さらには第三者には俄かに信じがたいような行動の変化も含まれるため、匿名相談として新聞への投稿を選んだと考えられる。対する回答は、医療機関への受診や公的機関での相談を勧めるものが多くみられた。いつ掲載されるかわからない新聞への投稿を相談手段として選んだことで、受診や相談のタイミングを逸したことも想定される。「早期診断・早期対応」を進めるための方策を考えてみたい。

1. 他者からの相談の後押しの必要性和匿名相談の有効性

平成30年までに全市町村での実施を目標としている認知症初期集中支援チームは、「複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう」とあり〔厚生労働省（2014）〕、家族等の訴えが支援の起点の一つになるものである。実際、訪問支援対象者の把握経路は、家族からの相談が44.3%を占めており、本人からは2.1%という報告もある〔国立長寿医療研究センター（2015）, p.53〕。介護支援専門員や民生委員からの相談をはるかに上回っており、身近な家族からの相談が、支援対象の把握の鍵を握っていることがわかる。

しかし、鍵を握っている家族が、認知症受診の問題点にもなり得る。品川らがかかりつけ医を対象にした調査では、認知症受診の問題点として「家族が切羽詰まらなと診察に来ない」、「治療方針や介護の方法で家族がもめる」、「家族が近所の目を気にして認知症を隠す」などの家族の問題が上位を占めていた〔品川（2007）, p.1231〕。また、木村（2011）によると、認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセスとして、「疑いつつもやりすごす」、「受診を決意する」、「納得の診断を得るまで立ち向かう」の3段階があるという。そして、「受診を決意する」ための一つとして「他者からの受診の後押し」があり、具体的には「他の家族の理解と後押し」「医療・介護従事者の助言」「受診させないことの批判」である〔木村（2011）, p.58〕。

このように、公的機関からの支援を受けたり、認知症の専門外来を受診するためには、家族が果たす役割が大きいことがわかるが、早期受診、早期対応のアドバイスを得ることができる相談機関へ赴くこと自体、容易ではなく障壁があることが推察される。相談者らは、地域包括支援センター、市区町村の介護保険課への相談や専門医への受診の後押しを、新聞紙上で受けていたといえよう。

匿名相談は、相談の抵抗感を緩和することが考えられる。社会福祉法人浴風会では2000年から16年間にわたり「介護支えあい電話相談」を実施してきた。相談件数は月150件を超えており、近年は認知症の疑いがあるという相談が増え、医療や地域の支援につながる前の不安を受け止める役割を果たしてきたという。介護の入り口でどうしようかと困っていても近所に家庭内の事情を極力知られたくないと思っている人にとって利用しやすい手段である。一期一会・匿名だからこそ苦しい胸の内を忌憚なく語れる良さがある〔社会福祉法人浴風会（2012）, p.89〕〔角田（2016）, p.89〕

p.59]。「人生案内」も同様の良さがあるといえる。

平成18年に創設以来、地域包括支援センターは高齢者に関するワンストップの相談窓口として機能しているが、遠回りのようであっても多様な相談窓口があってよい。専門職が対応するもの、介護体験者が対応するもの、予約なしで気軽に相談できるところ、対面での相談、電話での相談等その状況で家族が使い分けられることが望ましい。特に、認知症による認知機能障害、行動障害はできれば知られたくないが不安は募るばかりという家族にとっては、匿名で気軽に相談できる窓口が必要である。

また、電話相談、新聞紙上での相談に共通する点として匿名性以外に、全国どこからでも相談可能なことがあげられる。前述の浴風会の電話相談も、電話代金は相談者の負担であるが、東京都内に限らず全国各地から相談が寄せられている。分析対象の21件のうち8件は別居の親族からの相談であった。文面から同一市町村内での別居か否かの判断はつきかねるが、相談対象者を管轄する地域包括支援センターが、相談者にとっても身近な存在であるとは限らない。介護のキーパーソンとなる親族が同居していないケースも多いであろうし、遠距離介護の現状も考えると、市区町村の枠を超えた相談窓口も必要となる。

2. 普及・啓発活動

認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進としては、認知症サポーターの養成・活動支援があげられる。新オレンジプランでは、近年の養成動向を踏まえ、2017年度末600万人の目標を800万人に上方修正したが、平成28年12月末時点で849万人に達しており⁽⁵⁾、サポーター養成は堅調である。今後は、養成された認知症サポーターが様々な場面で活躍してもらえるようにすることが必要である。

高見らの調査によれば、認知症と診断されていない要介護者の介護者と認知症高齢者の介護者では、情報・支援ニーズに違いがあり、前者の場合は、「認知症に関する知識から介護方法や予防方法」「病院、施設、介護サービス」といった具体的なもののまで、幅広い情報を必要としているという[高見(2015), p.537]。受診どころか相談にも至らない状況の家族にとっては、今までなかった、盗癖や性的な行動といった変化には認知症が隠れている可能性があること、家族にとっては他者に知られたくないようなことでも、相談することにより解決の糸口が見えるかもしれないということを、相談事例として示すことが有効であると考えられる。その意味では、新聞紙上での相談は、相談者に対する回答だけではなく、購読者の認知症への理解を深める役割を果たしていると考えられる。

ただし、いきすぎた情報提供はあらたな不安を招くことにもなる。認知症予防は重要なことではあるが、「認知症になるのではと心配で円形脱毛症になってしまった。早期発見のため、病院に行くべきではないか(60代主婦)」、「ボケ防止には人との交流がいいというが、人付き合いが苦手で家にいると落ち着く。無理してでも人の中に出ていくべきか(50代主婦)」といった相談をみると情報提供の難しさを感じさせる。メディアを通じた幅広い情報提供だけでなく、地域住

民を対象とした専門職によるきめ細やかな情報提供が求められる。

V. おわりに

本研究では、認知症の「早期診断・早期対応」の実現に有用な示唆を得るために、読売新聞「人生案内」に寄せられた認知症介護に関する相談から、認知症を疑う行動が出始める時期に感じている家族の悩みの分析を行った。相談者の年齢は比較的若く、子が実親の認知症を疑うような行動の変化（性的な行動、盗癖、被害妄想等）に対する戸惑いからの相談が多くみられた。対する回答は医療機関の受診や市区町村への相談を勧める内容であり、通常の人生案内の回答としては極めて具体的なものであった。家族にとっては受け入れがたく、他人には知られたくない親族の行動の変化や医療・介護につながる前の不安の相談先として新聞紙上という匿名相談を選択したと推察する。

しかし、新聞投稿から新聞紙上での回答を得るまでに、受診のタイミングを逸してはいないだろうか。認知症を疑う症状の具体例、早期受診のメリットに関する情報を一般に広く普及啓発する必要性があると考える。

認知症高齢者に対する早期診断・早期対応を実現するためには、身近な地域包括支援センターの総合相談や認知症初期集中支援チームへの期待が大きい。いずれも家族の訴え等により専門職の介入が開始されるが、家族にとっては、相手が専門職といえども第三者に対し、性的な行動や盗癖などの行動の変化を訴えることはそう容易なことではない。介入対象を把握するためには匿名相談を取り入れたり、具体的な相談事例を提示するなど、家族が相談しやすくなるための工夫が必要と考えられた。

なお、本稿は、日本老年行動科学会第19回神奈川大会において発表した内容を加筆修正したものである。

- (1) 人口推計平成28年8月1日現在（確定値）<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201701.pdf>（2017年1月26日）
- (2) たとえば、本間（2003）では早期に受診行動に移すことが困難な理由として認知症に対する知識不足や当事者の病識の欠如を指摘している。杉山（2012）では、認知症の知識量と家族に認知症症状がみられた際に受診を勧めようとする意向は関連がないことを示している。
- (3) 「読売新聞人生案内投稿規定」(<http://info.yomiuri.co.jp/contact/>) 2015. 3. 30閲覧
- (4) 介護中の相談内容については、「認知症高齢者の家族介護者の悩みと支援方法の検討：読売新聞「人生案内」を手がかりに」として、第17回日本認知症ケア学会大会（2016. 6、神戸）で報告した。
- (5) 認知症サポーター養成状況 <http://www.caravanmate.com/result/>（2017年1月26日）

【引用・参考文献】

- ・ 栗田圭一（2013）「認知症早期支援体制：とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題」『老年精神医学雑誌』第24巻第9号，pp.883-889。
- ・ 本間昭（2003）「痴呆症高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の状況」『老年精神医学雑誌』第14巻第5号，pp.573-591。
- ・ 木村清美・相場健一・小泉美佐子（2011）「認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセス」『日本認知症ケア学会誌』10（1），pp.53-67。
- ・ 厚生労働省（2012a）：認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079271.pdf>（2017年1月26日）
- ・ 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム（2012b）「今後の認知症施策の方向性について」平成24年6月18日
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf>（2017年1月26日）
- ・ 厚生労働省（2014）「認知症対策等総合支援事業の実施について」（厚生労働省老健局長通知老発0709第3号平成26年7月9日）
- ・ 厚生労働省（2015）：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>（2017年1月26日）
- ・ 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター（2015）「認知症初期集中支援チームの実態に関する調査研究」平成27年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業報告書）
- ・ 二宮利治（2015）『日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究総括研究報告書』。
- ・ 品川俊一郎・中山和彦（2007）「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」『老年精神医学雑誌』第18巻第11号，pp.1224-1233。
- ・ 杉山京・中尾竜二・澤田陽一ほか（2012）「一般地域住民における家族に認知症症状が見られた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連」『老年精神医学雑誌』第23巻第12号，pp.1453-1462。
- ・ 高見千恵・岡村仁（2015）「認知症と診断されていない要介護者の介護者における認知症に対する支援ニーズ」『日本認知症ケア学会誌』14（2），pp.531-539。
- ・ 角田とよ子（2016）「介護者の声に耳をすます」『介護保険情報』第17巻第5号，pp.56-59。
- ・ 山本千沙子・巴山玉連・櫻井尚子ほか（2004）「16市町村における在宅高齢者の知的能力低下と家族の痴呆判断に関する研究」『日本痴呆ケア学会誌』2（2），pp.199-203。
- ・ 社会福祉法人浴風会（2012）『電話相談から見える認知症介護家族の現状と課題：電話相談10年の総括と提言』。