

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分）

**認知症の行動・心理症状(BPSD)等に対し、
認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方
に関する調査研究事業
報告書**

平成 28 年 3 月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業 報告書刊行によせて

厚労省は関係識者、団体の意見をふまえ、「新オレンジプラン 7 つの柱を 2015 年 1 月に公表した。

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥認知症の予防、診断、治療、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発の推進
- ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

なかでも認知症の人やその家族の視点の重視し、認知症への理解を深め、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進が大きな課題である。

私も認知症を 2,000 人以上診察してきた。当事者目線を意識し、家族教室で本人参加も行ってきた。しかし、当事者目線と当事者の発言は重みも、内容も同一ではない。おかれた状態を想像するのと、現実の困難の相違は、「事実は小説より奇なり」で、想像を超えた医療介護が求められる。

本邦のケアは評価されているが、インクルージョン（参画）が不足しているというのが本邦の課題である。本人が行政や医療、福祉機関だけでなく、商店、交通など町づくりに発言していく機会を設けることが、認知症で穏やかにくらせる町づくり、認知症に理解が深い都市（Dementia Friendly City）の合意に合致する。

意思決定能力や責任能力は法的に決まる程度と、医療従事者、第三者、家族などによって、「能力が残されていると考える程度」は異なる。家族はもとより、大多数の認知症に携わる医療・介護関係者は少なくとも、失われた能力やバランスを欠いた心身の状態より、「まだこんなに解ることがある」「怒ったり、笑ったり昔とあまり変わらない」ことにむしろ着目して、意思決定支援をしたいと思っている筈である。

今回の報告書は、先般話題となった胃瘻など終末期医療の決定や、金銭や契約に関する後見制度といった、ある意味でネガティブかつ狭い領域にとどまらず、軽いもの忘れのときからも生じがちな「日常生活での困りごと」に着目して、具体的要素を調査し、また対応とその結末も多くの事例として収集した。

今後は、これらを分析し、さらに多くの場面で多様な対応を収集し、我が国の認知症の方の意思決定支援、責任能力の考え方を一新する可能性のある研究に育っていくことを期待している。

平成 28 年 3 月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 理事長 鳥羽研二

目次

I 事業概要	1
1. 事業名 (1)	
2. 事業目的 (1)	
3. 実施期間 (1)	
4. 実施体制 (2)	
5. 事業実施の状況（要旨） (5)	
 II 日常生活における意思決定支援のあり方	
（作業部会①：日常生活支援）	11
1. 日常生活の意思決定にかかる実態調査および事例収集の結果 (11)	
1-1 認知症のひと家族の会会員向けのアンケート調査結果	
1-2 小売業の現場におけるトラブル実態と対応に関する事業所アンケート調査結果	
1-3 保険会社ヒアリング調査結果	
2. 実態調査からの問題場面（実態・対応）の類型化 (75)	
 III 医療、介護等の場面における意思決定支援のあり方	
（作業部会②：認知症の人が医療、介護等を受ける際の意思決定支援）	101
～ 認知症の人の意思決定支援に関する倫理的・法的な観点からの論点の整理 及び 医療・介護の観点からの注意点 ～	
1. 総論 (101)	
2. 倫理的・法的観点からの論点 (103)	
3. 意思決定が困難な事例 (126)	
4. 残された課題 (128)	
 IV 考 察	129

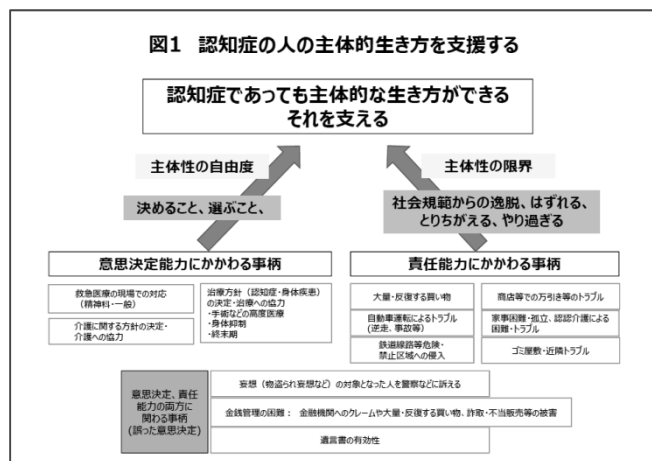
I 事業概要

1. 事業名

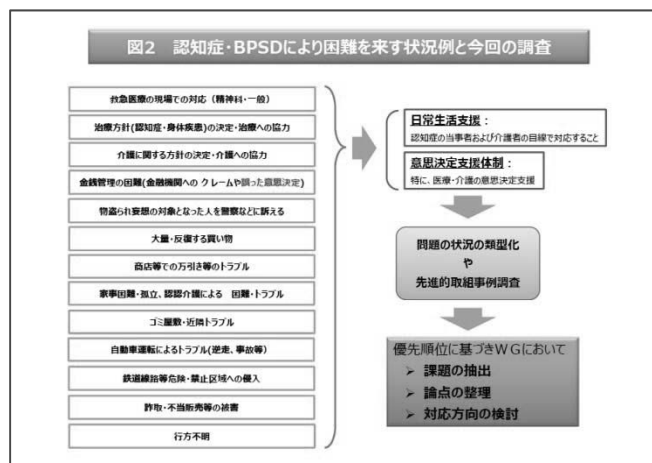
認知症の行動・心理症状(BPSD)等に対し、認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業

2. 事業目的

認知症の本人の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等に対して、その治療・介護等における本人の合意を含む意思決定に関わる問題や、行動・心理症状（BPSD）から違法行為に至った場合の責任能力の問題など、総合的な検討が必要であり、問題点の総括的な概観を行い、今後の対応の方向性について検討を行う。



本事業が対象とする内容は広範であるが、整理してみると「認知症の人の主体的生き方」の支援といえる。認知症の人が主体的に決められることは本人の意思決定を支援し、さまざまな限界に関してはどのような介入が求められるかを明らかにすることが目的である。



支援を行うにあたり、現状の実態把握および論点整理を行う必要があり、単年度事業としてはこの部分が主体となる。日常生活支援と「医療・介護」における意思決定支援の2点に関して、実態調査、論点整理を行っていく。

3. 事業実施期間

平成 27 年 6 月 2 日（事業採択日）から 平成 28 年 3 月 31 日 まで

4. 事業内容

4-1 事業の具体的な内容

(1) 委員会

認知症の本人や家族、医療・介護等の専門職、自治体、法曹、マスコミなど、認知症に関わる有識者委員により構成される委員会を設置し、本研究テーマにおける問題を網羅的に抽出し、多面的な視点から検討を行う。

(2) 作業部会

①「日常生活」および②「医療・介護等」の各場面における認知症の人の意思決定や責任能力に関する問題について、2つの検討プロジェクトチームを設置し、アンケート調査や取組事例収集を通じて課題整理および論点整理を行う。

【実施方針】

認知症に関わる各方面の有識者委員による意見交換・論議検討を行い、本テーマにおける諸問題を網羅的に抽出する。また、作業部会の調査計画や検討結果について議論し、成果としてまとめる。

なお、親委員会では総括的な検討および課題整理を行うに留め、個別テーマに関する具体的な調査や論点整理、今後の対応方向性に関する検討は、各作業部会で実施する整理とする。

4-2 委員会体制および開催状況

〔委員会〕

氏名	所 属	役職
秋下 雅弘	日本老年医学会	副理事長
荒井 由美子	国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部	部長
五十嵐 禎人	日本司法精神医学会／日本成年後見法学会	理事
池田 学	日本認知症学会	副理事長
鎌田 松代	認知症の本人と家族の会	理事
熊谷 頼佳	日本慢性期医療協会	常任理事
鴻江 圭子	全国老人福祉施設協議会	理事
齋藤 訓子	日本看護協会	常任理事
鈴木 邦彦	日本医師会	常任理事
助川 未枝保	日本介護支援専門員協会	常任理事
高橋 裕子	世田谷区 高齢福祉部介護予防・地域支援課	担当係長
田口 真源	日本精神病院協会	理事

田中 稔久	日本精神神経学会	代議員
東 憲太郎	全国老人保健施設協会	会長
本田 麻由美	読売新聞社会保障部	次長
三浦 久幸	国立長寿医療研究センター 在宅医療研究室	室長
美原 盤	全日本病院協会	副会長
山本 朋史	週刊朝日編集部	編集委員

[五十音順、敬称略]

[作業部会①(日常生活支援)]

氏名	所 属	役職
荒井 由美子	国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部	部長
尾之内 直美	認知症の本人と家族の会	愛知県支部代表
田邊 寿	全国社会福祉協議会	伊賀市社協
寺田 整司	岡山大学 精神科	准教授
東 憲太郎	全国老人保健施設協会	会長
百瀬 則子	ユニグループ・ホールディングス株式会社	環境社会貢献部長 執行役員
山本 優子	愛知県大府市（認知症地域支援推進員）	認知症地域支援推進員

[五十音順、敬称略]

[作業部会②(医療・介護等の意思決定支援)]

氏名	所 属	役職
赤沼 康弘	東京弁護士会	弁護士
稲葉 一人	中京大学・法科大学院	教授（元裁判官）
小川 朝生	国立がん研究センター 精神腫瘍科	科長
木澤 義之	神戸大学院・医学研究科（先端緩和医療学）	教授
瀧本 禎之	東京大学生命医療倫理教育研究センター	准教授
田口 真源	大垣病院	院長
西川 満則	国立長寿医療センター 在宅医療部	部長
新田 國夫	医療法人社団つくし会 新田クリニック	院長
山野目 章夫	早稲田大学・法科大学院	教授（法学者）

[五十音順、敬称略]

(事務局)

鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	理事長
服部 英幸	国立長寿医療研究センター 精神診療部	部長

【委員会(作業部会)の実施状況と主な内容】

第1回 委員会

日時 平成27年11月13日（金）

- 議事
1. 事業概要・趣旨について
 2. 各委員からのご意見および自由討議
 - (1) 委員からのご意見
 - (2) 自由討議（意見交換）

（作業部会② 第1回部会：認知症の人が医療、介護等を受ける際の意思決定のあり方）

日時 平成27年11月18日（水）

- 議事
1. 事業概要・趣旨について
 2. 各委員による意見交換・自由討議

（作業部会① 第1回部会：日常生活支援）

日時 平成27年11月25日（水）

- 議事
1. 事業概要・趣旨について
 2. 調査1～3の準備・進捗状況について
 3. 自由討議・意見交換

（作業部会② 第2回部会）

日時 平成28年1月21日（木）

- 議事
1. 認知症の人の意思決定支援に関する倫理的・法的観点からの検討
 2. 認知症の人の意思決定支援に関する医療観点からの検討
 3. 作業部会②の取りまとめに向けた作業スケジュール等の確認

（作業部会① 第2回部会）

日時 平成28年1月27日（水）

- 議事
1. 調査結果（概要）の報告
 - (1) 認知症の人と家族の会会員へのアンケート調査について
 - (2) 小売業の現場におけるトラブル実態やその対応・支援に関する調査について
 2. 具体的事例について（アンケート回答事例・収集事例）
 3. 作業部会①の取りまとめに向けた作業スケジュール等の確認

第2回 委員会

日時 平成28年2月10日（水）

- 議事
1. 事業の進捗・経過について
 2. 各作業部会からの検討内容等の報告
 - (1) 作業部会①（日常生活支援）
 - (2) 作業部会②（認知症の人が医療、介護等を受ける際意思決定のあり方）
 3. 事業の取りまとめについて
 4. 意見交換・自由討議

5. 事業実施の概要（要旨）

事業目的で示した内容を具体的に実施するために2つの作業部会を設置した。作業部会①は認知症の人の日常生活におけるさまざまなトラブル、障害について主として社会的行動、人間関係の観点から調査を行った。部会員には小売業の企業関係者や家族会の代表に加入していただいた。作業部会②では、医療・介護における意思決定に関して認知症ではどのような問題あるかの論点整理をおこなった。部会員には法律の専門家、精神医療の専門家、終末期医療をおこなっている医師などに加入していただいた。部会での活動内容について、委員会で評価、検討を行った。

5-1 作業部会①（日常生活支援）

（1）背景と目的

認知症による障害は、中核症状、行動と心理学的障害(Behavioral Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)、それに生活行為・動作における障害すなわち生活障害がある。中核症状と BPSD は生物学的な基盤を背景としての医学的視点であり、医療的介入を行う目的での整理であるが、認知症の当事者および介護者の苦悩という点に焦点を定めると、日常生活のさまざま局面における「生活障害」が重要な課題であるといえる。生活障害には、食事のとり方やトイレの使い方が分からないことや、適切な着衣ができないなどの、家庭内での基本的生活動作に関わる障害と、近隣との人間関係、金銭管理、契約といった社会性の高い生活障害がある。このような社会性の高い生活障害には、医療、介護の導入、犯罪に巻き込まれること、金銭管理、契約、人間関係など広範な問題が含まれ、本人の意思決定能力が重要な要素となることも多い。その基盤には、BPSD のみでなく、中核症状も重要な因子となりうる。また、日常生活機能低下による従来からの「生活障害」が因子となることもある。

これまで、認知症における「生活障害」の対象となる出来事は、基本的生活動作に関連するものが多く、社会性の高い生活障害に対する研究は十分に行われてこなかったといえる。問題点の抽出、整理、支援のための評価研究が求められると考える。認知症本人、家族が実際に苦悩しているのは、BPSD や中核症

状という範疇ではなく、生活支障（トラブル）である。本作業部会では、その観点から認知症の症状を再整理し、日常生活支援という立場から対応策を問い直すことを目的とした研究をおこなった。

(2) 方法

認知症にともなう日常生活障害に関して以下の 3 つの調査を行った

- ① 調査 1：認知症の人と家族の会会員へのアンケート調査、ヒアリング調査
- ② 調査 2：小売業の事業所アンケート調査
- ③ 調査 3：保険会社ヒアリング調査

(3) 結果と考察

(3)-1 アンケート及び聞き取り調査結果

日常生活におけるトラブルに関して、①認知症家族への調査では、頻度が高いものは大量の買い物や金銭管理といった経済的な問題と暴力であった。家事ができないという回答も多かったが、内容についてはさまざまでありアンケートの質問の仕方を工夫する必要があったと思われる。その対応に主として取り組んだのは、やはり家族であった。少数であるが、地域包括支援センターが対応にあたって解決した例もあり、今後どのように活用されていくかを検討していく必要があるだろう。認知症の診断がついている例では、基礎疾患ごとにやや様相を異にした。レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、血管性認知症は例数が少なく、偏った結果になった可能性はあるが、生活障害の対応においても診断の重要性は強調されるべきであろう。

②スーパーマーケット、コンビニエンスストアにおける調査では、高齢者の来店割合は 4 割近くになっており、小売業の現場で起こるトラブルの中でも、“認知症を疑う”件数も少なからず存在することがわかった。「話が通じない」「店内をウロウロしている」「レジで財布を探して時間がかかる」、「急に怒り出す」「商品を購入せず、持ち帰ろうとする」など、さまざまな異変への気づきが報告された。このような気づきは、研修や地域での活動などに関連しており、現場での気づきや観察力に影響を与えていることが示唆された。企業の現場は予想以上に対応への意欲が高いことも分かった。今後は、これらの現場の支援となるツールの提供や研修の実施が進むことが必要と思われる。もっとも、視点や観察力が広く普及するためには、情報は丁寧・重厚になり過ぎることなく、手に取りやすく、理解しやすいものであることとのバランスが重要であろう。

③生命保険会社における認知症対応については、契約上の問題、家族間の問題があった。全体として、企業内のさまざまな障壁があり、あまり多くの問題点を引き出すことはできなかった。

(3)-2 生活障害整理試案

今回、多くの個別事例の集積ができた。これをどのように整理し、今後の対応に発展させていくかが重

要である。現時点で完全な整理方法を作成することは困難であるため、あくまでも試案であるが、以下のようにまとめた。

まず、整理のための視点として、生活障害を中核症状・BPSD といった学問的な分類で整理する方法がある。ただし、これは、認知症当事者や家族、地域への支援に直接結びつけることが難しい。次に、医療介入の必要性、緊急性といった、今後の対応の仕方に基づいて分類しようとする考え方である。ただ、この分類を生かすためには、背景にかなりの知識を有することが必要である。治療的な介入に関する経験の乏しい一般の人に、こうした対応を求めることは非常に困難である。本事業では、一般の人の視点を重視し、困っている人が居る場所や、あるいは困っている行動に注目して分けるのが一番、分かりやすいように思われる。何が起きているのか、あるいは何が問題なのか、問題は何处で起きているのかに基づいて、分類を行うこととした。

家族へのアンケート調査から得られた事例からみた生活障害の分類は以下になる。

A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害

- ① 行方不明 ② 車

B 小売店での生活障害

- ③ 万引き ④ 不要品の購入 ⑤ その他、お店での問題

C 金銭関係での生活障害

- ⑥ 詐欺の危険 ⑦ 財産管理の困難 ⑧ 現金管理の困難

D 日常生活障害（自宅内）

- ⑨ 家事が困難 ⑩ 家事が困難（火の元） ⑪ 身の回りのことが困難

E 暴力・暴言

- ⑫ 暴力・暴言（家族へ） ⑬ 暴力・暴言（介護スタッフへ）
⑭ 暴力（他の利用者へ） ⑮ 暴力（近隣の人へ）

F 暴力以外の行動・心理症状

- ⑯ 物盗られ妄想 ⑰ 幻覚・妄想（物盗られ以外）
⑱ 他の行動・心理症候（自宅内） ⑲ 他の行動・心理症候（近隣とのトラブル）
⑳ 介護拒否

G その他

- ㉑ 親族内のトラブル
㉒ その他

生活障害に対する支援を目的とする整理案については、今後さらに検討していく必要がある。

5-2 作業部会②（認知症の人が医療、介護等を受ける際の意味決定支援のあり方）

作業部会②においては、認知症の人の意思決定を支援するにあたって、倫理的・法的な観点と医療・介護の観点から論点の整理をおこなった。

意思決定支援は、インフォームド・コンセントの理念を実現するうえで重要な観点である。しかし、これまで医療・介護の領域では意識的に取り上げられる機会は少なかった。また取り上げられたとしても、がん医療のような治療の選択肢が複雑である場合、決定にあたり精神心理的負担が重い場合が主で、成人の意思決定能力がある患者の医療行為を念頭にしていることが多かった。

本作業部会では、認知症の人の尊厳を守り、自律を尊重するためには、意思決定ないし意思決定支援が重要である、という共通認識のもとに、以下の方向に沿い検討した。

- 作業部会の目的は、認知症により意思決定に困難が生じている人を主たる対象として、本人が 必要な医療、介護等を円滑に受けることができるようにするための支援に関する具体的な方法論や課題を整理する
- 臨床場面における「意思決定支援の流れ」に沿い、「本人が可能な限り自分で考え、決めることができるように支援をする」ために想定されるプロセスやその過程の論点を抽出し、整理を進めていく

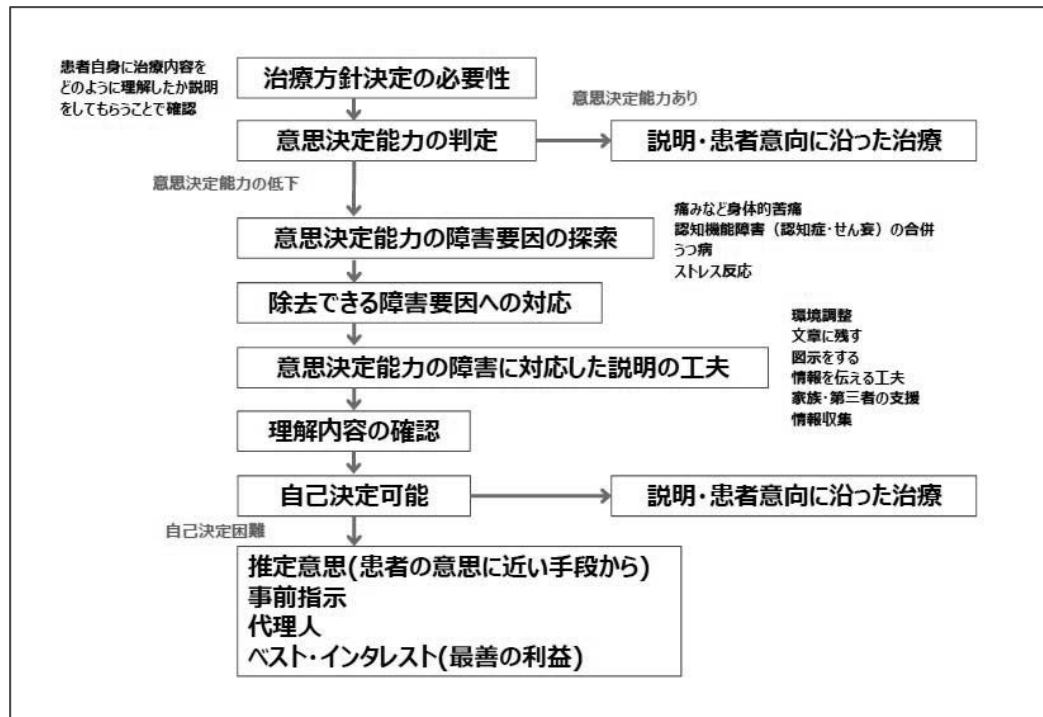
（1）論点整理の前提

論点の整理を進めるに際し、まず次の点を確認した。

1. 意思決定支援の問題は、本人が自ら意向を判断・表明することができるように支援し、本人の意向を最大限尊重し、いかに実現するか、の問題である
2. 認知症の人は、意思決定能力が不十分ないし欠いていることがあり、意思決定能力の状況に応じて、認知症の人を保護する必要がある
3. 認知症の人が意思決定をする場面は、医療行為から介護行為に至るまで多岐にわたる。例えば、身体への侵襲行為を伴う場面（手術、検査、予防接種等）や、健康に対して影響を与える場面（食事、入浴、施設から病院への転院、退院して在宅等）のほか、人生の最終段階における医療及びケアを選択する場面まで多様である。結果として、医療・介護の広い範囲で実践することが求められる
4. 認知症の人が意思決定をするのは、提供される医療・ケアを積極的に受け入れる場合ばかりでなく、それを受け入れないという場合もある
5. 認知症の人の意思決定の支援を考えるにあたっては、認知症の人を取り巻く人との連携が必要である

(2) 医療における意思決定支援の流れ

論点は、意思決定支援の流れに沿って整理をした（下図参照）。



(3) 作業部会で検討した論点

本作業部会で検討した論点を以下にあげる。

1. 認知症の人の尊厳は守られるべきではないか
2. 認知症の人であることで、その人の意思決定において差別を受けるべきではないのではないか
3. 認知症の人は、自己決定をする権利を有し、自己決定をしたことについては、関係者はその決定を尊重するべきではないか
4. 認知症の人は、意思決定をする上で必要な情報について説明を受けることが必要であり、医療者等は、医療等を提供するにあたり必要な説明が求められるのではないかと
5. 説明は、認知症の人が理解できる方法で行われるべきではないか
6. 認知症の人の、医療・介護における意思決定支援を考えるにあたっては、意思能力という言葉より、意思決定能力という言葉を使用することが適切ではないか
7. 認知症の人に意思決定能力がない、あるいは相当低下した場合は、認知症の人は保護されるべきではないか
8. 認知症の人に意思決定能力がないという判断は慎重に行うべきではないか
9. 意思決定能力がない、ないし、相当低下している場合でも、認知症の人に説明をして理解を得るように努めるべきではないか

10. 認知症の人に意思決定能力がない、ないし相当低下している場合に、家族等に対して説明をすることが考えられるのではないか
11. 認知症の人に意思決定能力がない場合に、説明を受けた家族等を交えて、現在の本人の意思を推定していくべきではないか。その際は、認知症の人の過去の意思表示等を十分尊重し、書面による意思表示がある場合は、現在の意思を推定するのに有力な資料となるのではないか
12. 認知症の人の意思を推定できる場合も、できない場合も、可能な限り、その人の希望、人格、価値観を踏まえた最善の治療・非治療・ケアを追求することが考えられるのではないか（主観的最善の利益）

Ⅱ 日常生活における意思決定支援のあり方（作業部会①：日常生活支援）

1. 日常生活の意思決定にかかる実態調査および事例収集の結果

1-1 認知症の人と家族の会会員向けのアンケート調査結果

(1) 目的

厚生労働省によって策定された「新オレンジプラン」では、今後の認知症ケアについて認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること、認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進することが明記された。その中で、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進を進めることが盛り込まれている。具体的には認知症になっても利用しやすい、商品の開発や独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含めた地域での見守り体制の整備などである。このような中、地域においてどのような支援をしていけば、認知症の人とその家族にとって、よりよい環境が提供できるか、今ある問題はなになのかをきちんと把握することが求められる。本調査では認知症の人と家族の日常の生活の中でのさまざまなトラブル・困りごとについて調査し、そこから、より良い地域づくりをめざすための土台作りを目的とする。

(2) 対象と方法

日常生活におけるさまざまな生活支障（トラブル）の有無およびその詳細についての質問状を作成し、郵送によるアンケート調査を行った。対象は公益社団法人「認知症の人と家族の会」愛知県支部に登録されている会員 661 名である。

アンケート調査の質問項目（別紙：アンケート調査票）は以下の内容である

(2)-1 個人属性

患者性別、年齢、世帯構成、発症合計月数、診断名、受診機関、介護認定の有無、要介護度、利用している介護サービスの詳細

介護者性別、介護者年齢、続柄、同居・別居、過去同居経験の有無、介護者区分（回答者が主たる介護者であるか）、介護状況（自宅で介護しているか、施設などへ入居しているか）、介護期間

(2)-2 「トラブル」（注）の内容、頻度

注：ここでの「トラブル」とは、認知症が元で起こる「もめ事」あるいは「どう始末をつけられないかわからず困ったこと」と定義する。本人が困ることもあれば、家族や近隣の人、地域などが「困ってしまう」ものも含まれる。悪意があるのではなく、本人もわからないままに引き起こしてしまうこともあり、本人が被害にあう場合も、まわりが被害にあう場合もどちらも入るものとする。

A 財産、金銭管理関係

- ・ 金銭管理の困難
(金融機関へのクレームや、たくさんの預金を一度に下ろしたりする。財産を処分してしまうなど)
- ・ 詐欺・不当販売等の被害
- ・ 大量・反復する買い物
- ・ 遺言状をめぐる問題
- ・ その他

B 窃盗、暴力など

- ・ 商店等での万引き等のトラブル
- ・ 家族への暴力
- ・ 施設スタッフなどへの暴力
- ・ その他

C 家族、近隣との人間関係

- ・ 物盗られ妄想の対象となった人を警察などに訴えるなど
- ・ 家事困難・孤立、認知介護による困難・トラブルなど
- ・ ゴミ屋敷・近隣トラブルなど
- ・ その他

D 行動異常からくるトラブル

- ・ 自動車運転によるトラブル(逆走、事故等)
- ・ 鉄道線路等危険・禁止区域への侵入
- ・ 行方不明になった
- ・ その他

A から D までのそれぞれの下位項目について、頻度、対応、結果の記入を求めた。

頻度： 1. 毎日 2. 週に 1 回程度 3. 月に 1 回程度 4. 半年に 1 回程度
5. 年に 1 回程度 6. めったにない 7. 全くない

対応： 1. 家族のみで対応 2. 弁護士・司法書士に依頼 3. 警察に依頼
4. 地域包括支援センターに依頼 5. 対応していない 6. その他

結果： 1. 裁判になった 2. 係争中 3. 解決済み 4. 変化なし 5. その他

個別の事例を抽出する目的で自由記述の欄を設定した。その内容について、カテゴリー化して特性を検討した。

(3) 調査結果

(3)-1 基本的属性

回答数は 196 名（回収率 29.7%）であった。

認知症本人の性別は、男性 84 例、女性 112 例。平均年齢は 78.9 ± 9.4 歳、発症よりの経過（月数） 71.0 ± 49.5 月であった（表）。80 歳台女性が多かった。続いて 70 歳代男性の数が多い集団であった（図.1）。世帯構成では、夫婦のみの世帯が多く、次いで 2 世帯同居であった。2 世帯同居は女性例が多かった。独居例も少なくなかった（図.2）。診断は多くの例ですでにつけられており、男女ともにアルツハイマー型認知症例が多数であった。レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、血管性認知症はほぼ同数であった（図.3）。認知症に関する受診先は近隣の専門医が大半であるが、専門外の医師に通院しているか、遠方の専門医に通院している例もあった（図.4）。要介護度は要介護 I が最も多く、要介護 V が続いた（図.5）。利用している介護サービスの内容ではデイサービス、ショートステイが多かった（図.6）。

介護者の基本属性に関しては、年齢では 50 歳から 60 歳台の女性が圧倒的に多かった（図.7）。認知症本人との続柄では、男性では妻が最も多く、女性では夫、義理の母が多かった（図.8）。介護期間は 5－10 年の長期例が多かった（図.9）。

(3)-2 「トラブル」の内容について

トラブルの詳細についての回答から頻度、対応、その結果についてまとめた。具体的な事例とその整理は別途におこなった。

金銭管理の困難は毎日ある、週 1 回程度あるといった頻度の高い事例が回答例中 13.7% で認められた。対応は家族のみ対応がほとんどであったが、弁護士、警察依頼を行った事例も少数認められた。対応により解決した事例が多いが、変化しない、裁判に至った事例が認められた（図.10-1、2、3）。

詐欺・不当販売等の被害は、全く無い事例が半数以上であったが、少数ながら繰り返し生じている事例もみられた（週 1 回から半年に 1 回という回答 7.0%）。被害にあった事例における対応としては警察に依頼した事例がやや多くなっていたが、家族のみの対応が半数以上であった。結果は解決した事例が半数以上だが変化しないという回答例も多かった（図.11-1、2、3）。

大量・反復する買い物の頻度は高く、毎日から月 1 回程度のもので含めると 27.4% で認められた。対応は家族のみで対応が多かった。弁護士に依頼するという事例はなく、警察への依頼もわずかであった（図.12-1、2、3）。

遺言状をめぐる問題は、ほとんどの事例でまったく生じていなかった。少数例だが、弁護士、司法書士に依頼した事例があった。また係争中であるという事例もみられた（図.13-1、2、3）。

商店等での万引きなどのトラブルについては、ほとんどの事例で全く見られなかったが、少数ながら毎日から月 1 回あるという回答があった（2.8%）。家族のみの対応は、他のトラブルに比べて少なく、警察依頼が多くなっていたが、地域包括支援センターに依頼した事例もあった。半数以上が解決済みと回答していた（図.14-1、2、3）。

家族への暴力は頻度が高く、毎日から月 1 回までの事例は 17.8%であった。家族内での対応が多く、警察、地域包括支援への依頼は少なかった。解決となった事例は他のトラブルに比べると少なかった（図.15-1、2、3）。

施設スタッフへの暴力は毎日から月 1 回までの頻度が 14.4%であった。対応は地域包括支援センターに依頼が比較的多かった。解決済みは多くなかった（図.16-1、2、3）。

妄想の対象となった人を警察などに訴えるなどのトラブルは、毎日から月 1 回までの頻度が 9.8%であった。家族での対応が大半で、警察に対応を頼んだ例は 1 例のみであった（図. 17-1、2、3）。

家事ができないことや孤立していることによるトラブルは、多くの例で見られた。毎日から月 1 回までの頻度が 37.2%であった。多くは家族内対応であったが、地域包括支援センターに依頼した事例が 5 例あった。結果として変化なしが多かった（図.18-1、2、3）。

ゴミ屋敷になってしまうことや、近隣とのトラブルの頻度は毎日から月 1 回までの頻度が 6.4%であった。全くない事例が多かった。対応は家族によるものが多かったが、地域包括支援センターが介入したと回答した事例もあった（図.19-1、2、3）。

自動車運転のトラブルは滅多にない、全くないと回答した例が多かった。毎日から月 1 回までの頻度がある事例は 4.6%であった。大半は家族のみで対応していたが、何もしないと答えた例が 1 例あった。解決できたという回答が多く、係争中、裁判事例はなかった（図.20-1、2、3）。線路など危険、禁止区域への侵入トラブルは少なく、半年に 1 度までの頻度で見られた症例が 3 例あった。家族の対応のみで対応していると考えられた（図.21-1、2、3）。行方不明のトラブル例は比較的多かった。半年に 1 度までを入れると 18.9%の例でありと回答していた。警察に依頼する事例が多く（17.9%）、解決済みと答えた事例が多かった。変化無と答えた事例では具体的なコメントがなく、どのような結果になったのかは把握できなかった（図.22-1、2、3）。トラブル全体の中で頻度が高いものは、家事困難・孤立、金銭トラブル、大量の買い物、家人への暴力であった（図.23）。

認知症の診断がついている例において、どのようなトラブルの種類が多いかを検討した。アルツハイマー型認知症例では家事ができないこと、大量の買い物、家族への暴力が多かった（図.24）。レビー小体型認知症でも同じ傾向であったが、行方不明になる例が目立っていた（図.25）。前頭側頭型認知症はさまざまなトラブルが多発している傾向が目立った（図.26）。血管性認知症では大量の買い物、自動車運転のトラブルが多かった（図.27）。ただし、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、血管性認知症は例数が少なく、偏った結果になった可能性はある。

トラブル内容とその対応の具体例の一部、金銭管理、買い物などについて表.2 にまとめた。

図 表

表.1

基本的データ		
	N	196
	郵送数	661
男性	84	女性 112
平均年齢	78.9	9.4
経過(月数)	71.0	49.5

図.1

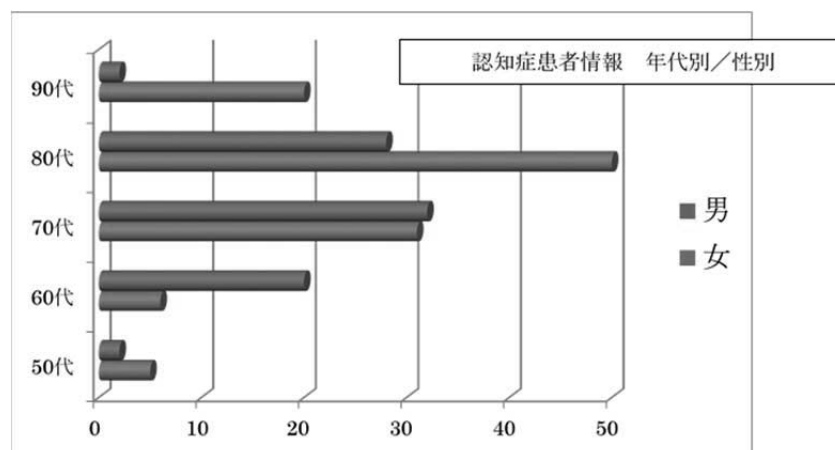


図.2

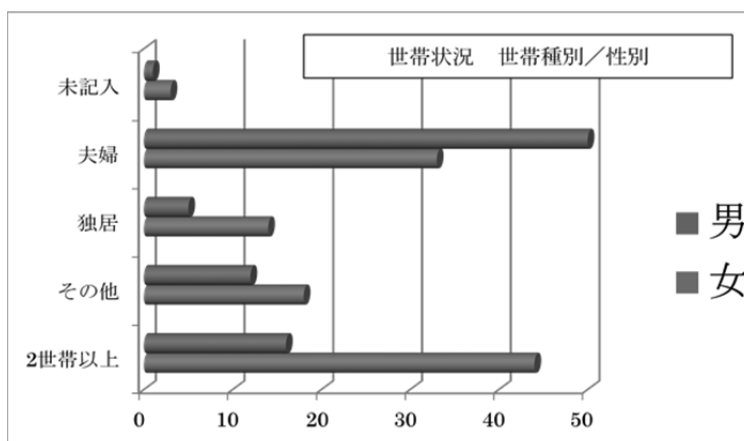


図.3

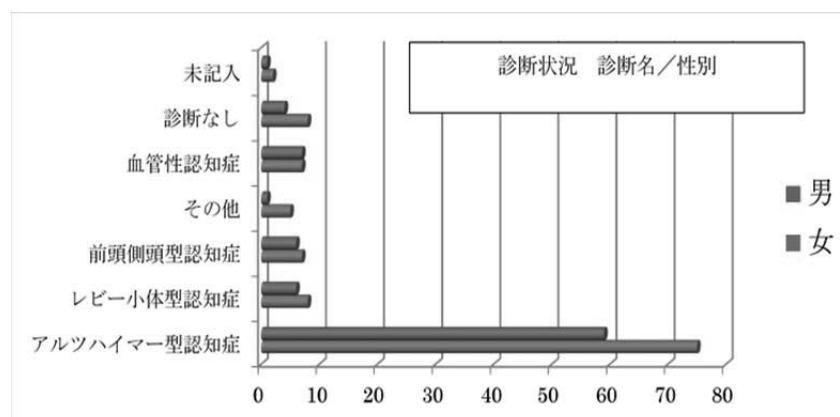


図.4

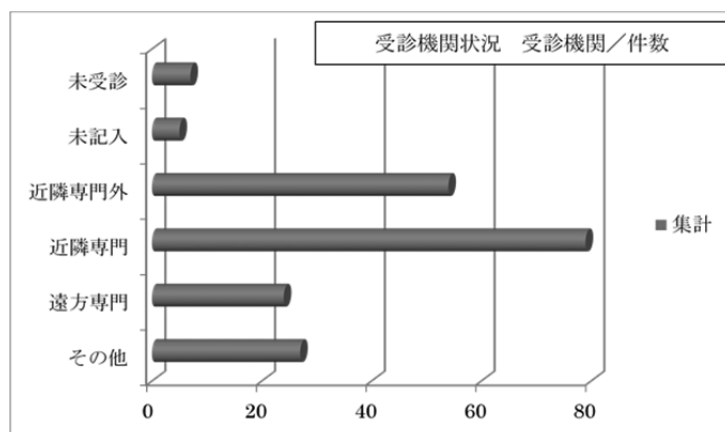


図.5

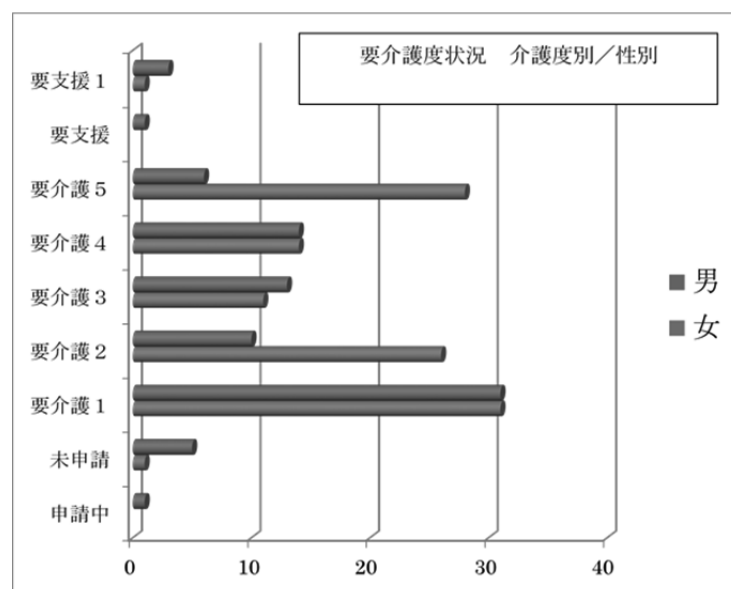


図.6

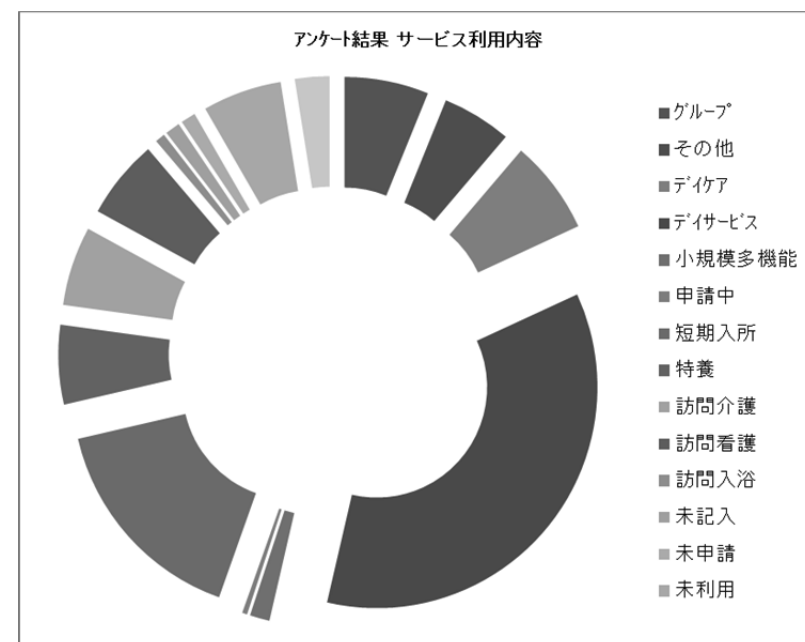


図.7

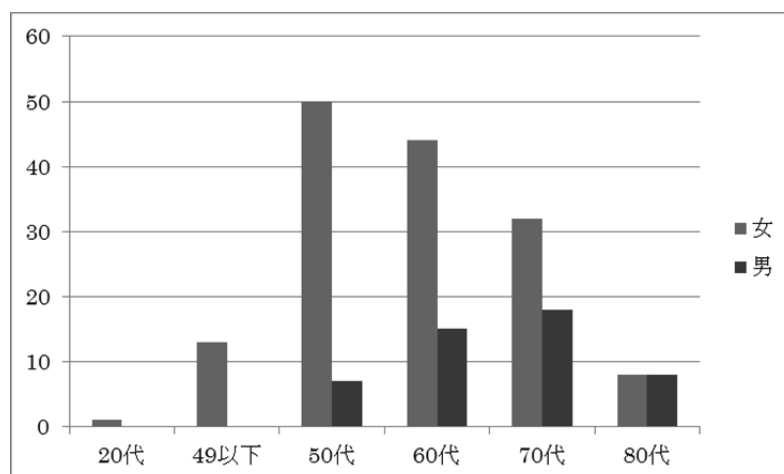


図.8

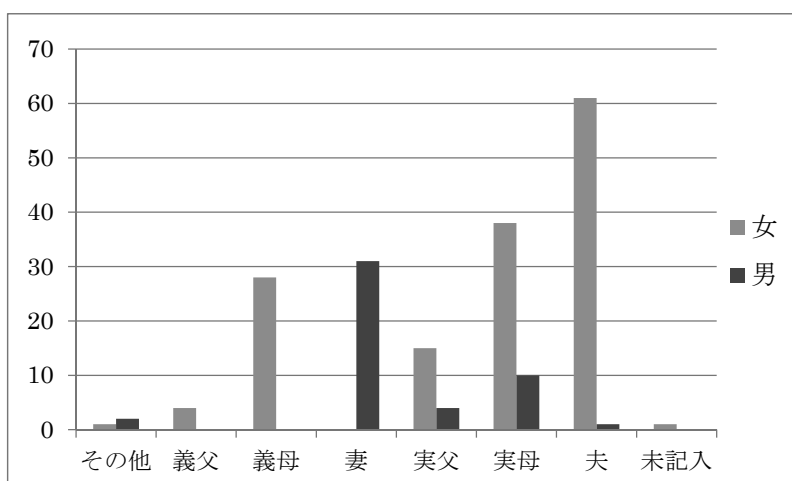


図.9

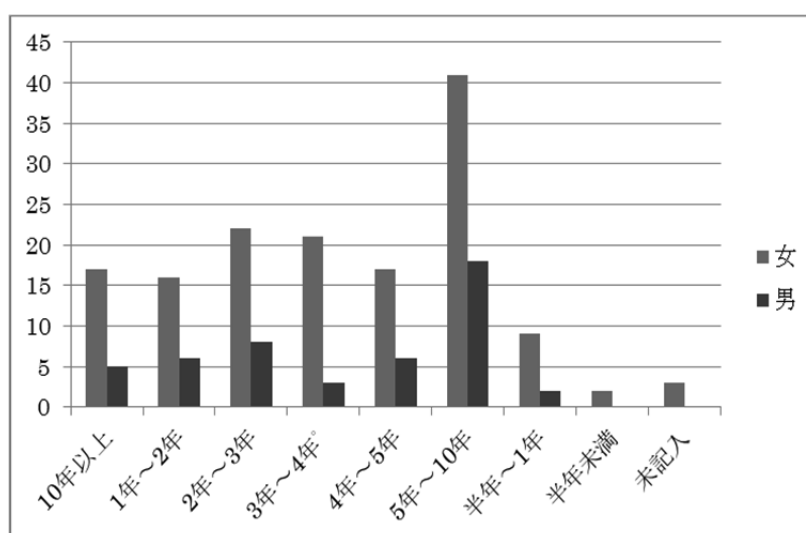


図.10-1

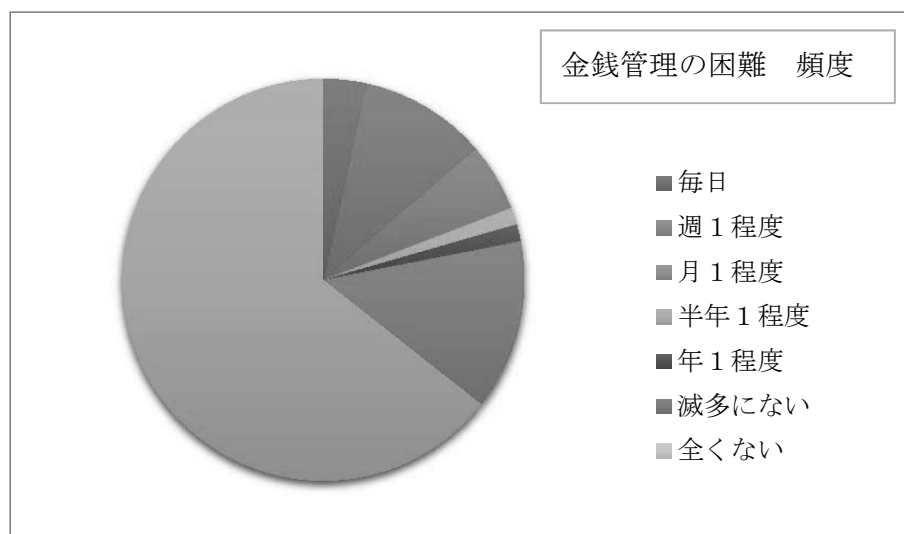


図.10-2

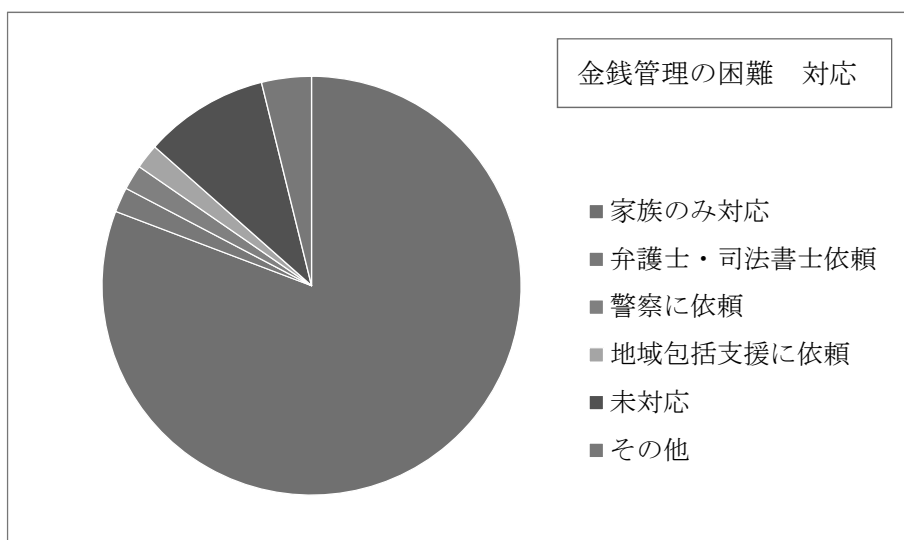


図.10-3

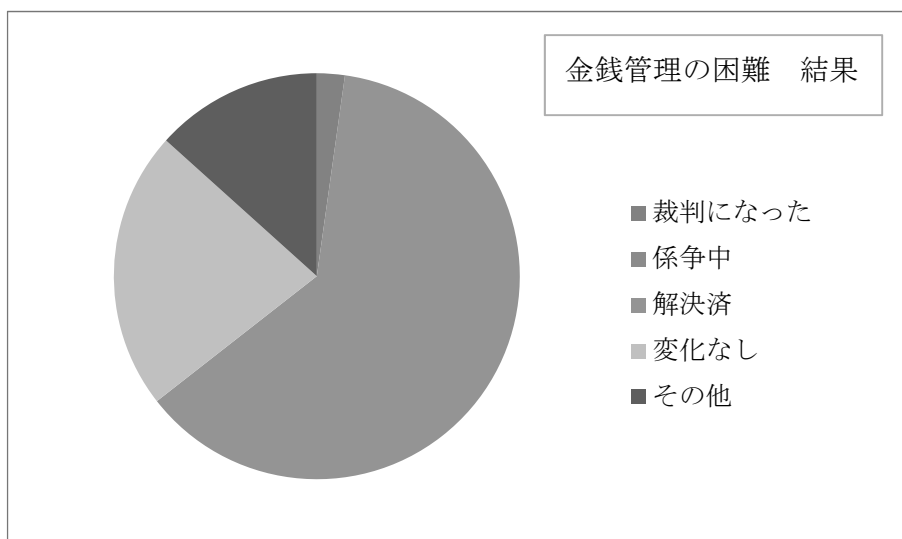


図.11-1

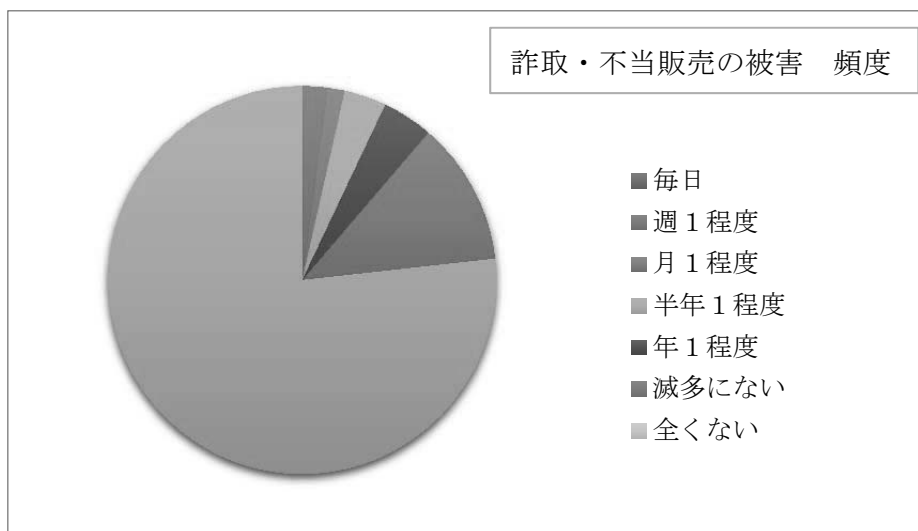


図.11-2

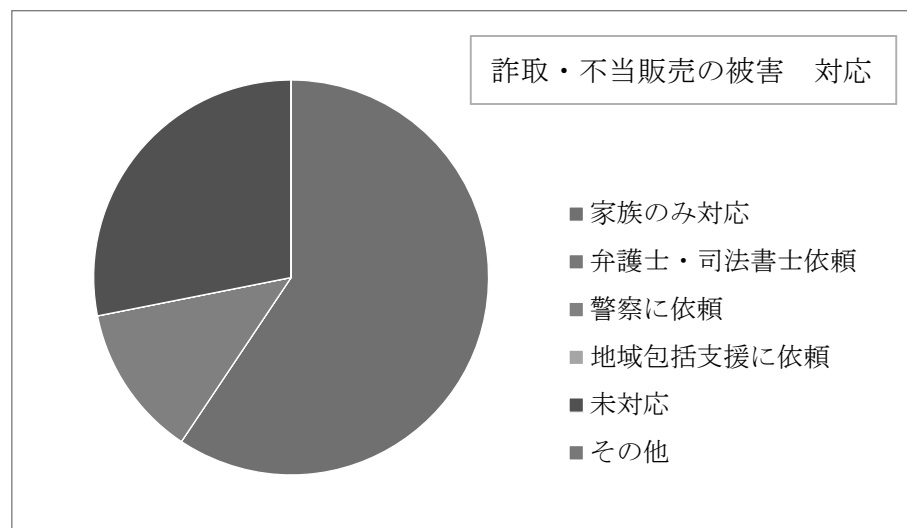


図.11-3

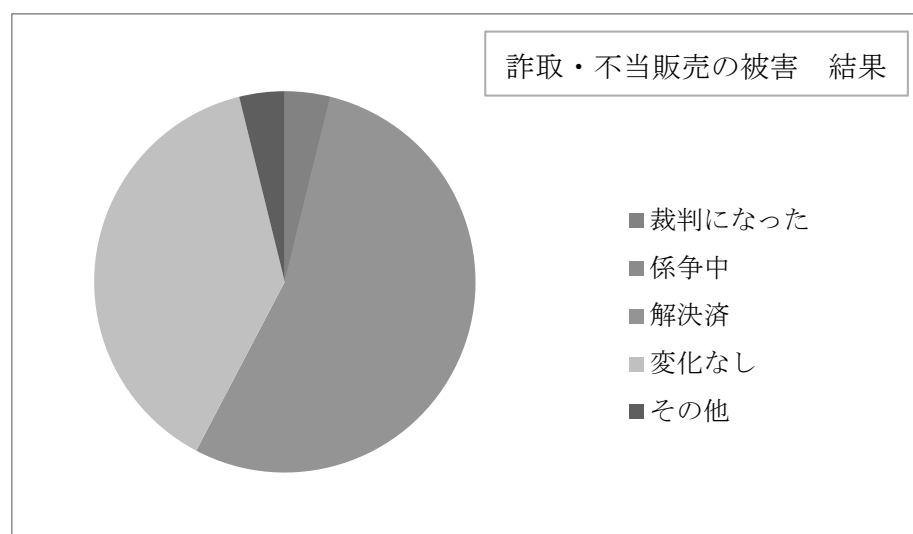


図. 12-1

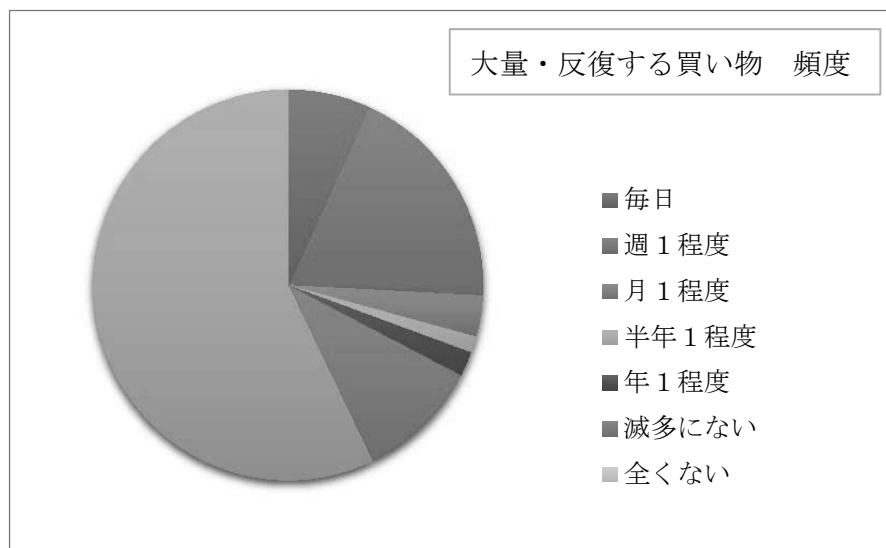


図.12-2

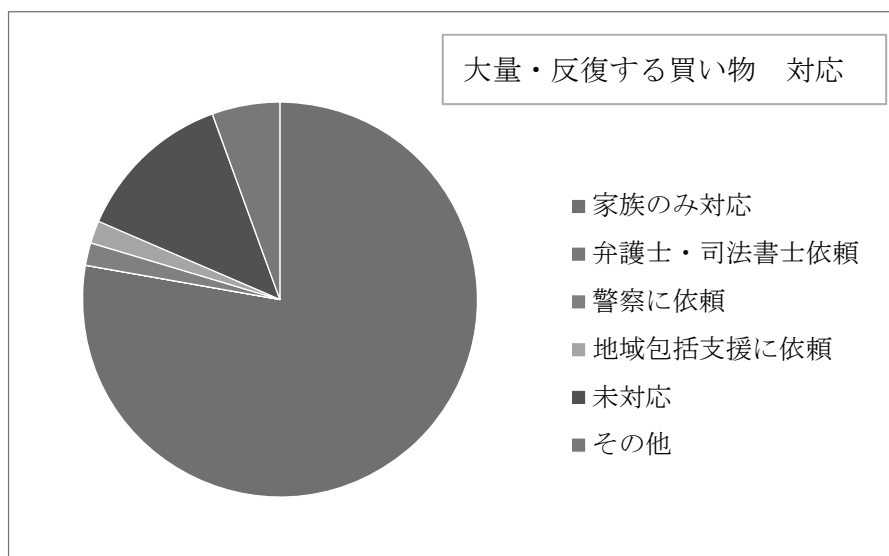


図. 12-3

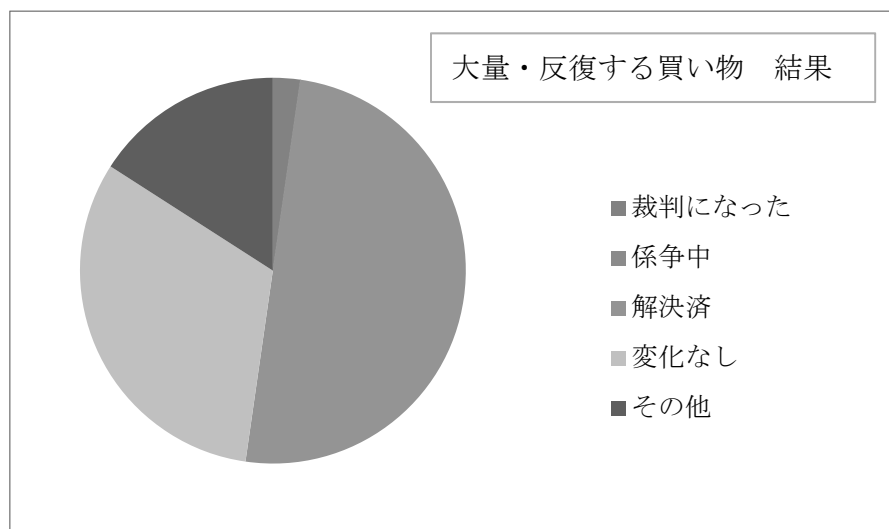


図.13-1

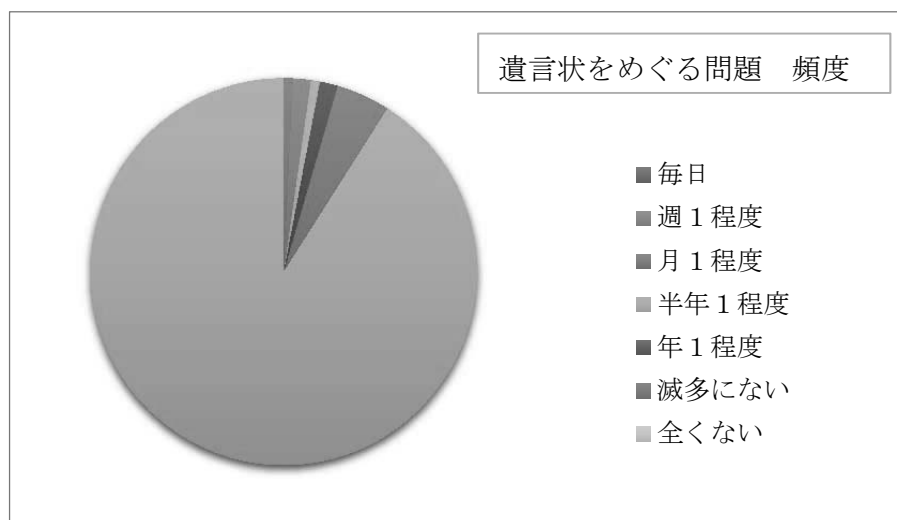


図.13-2

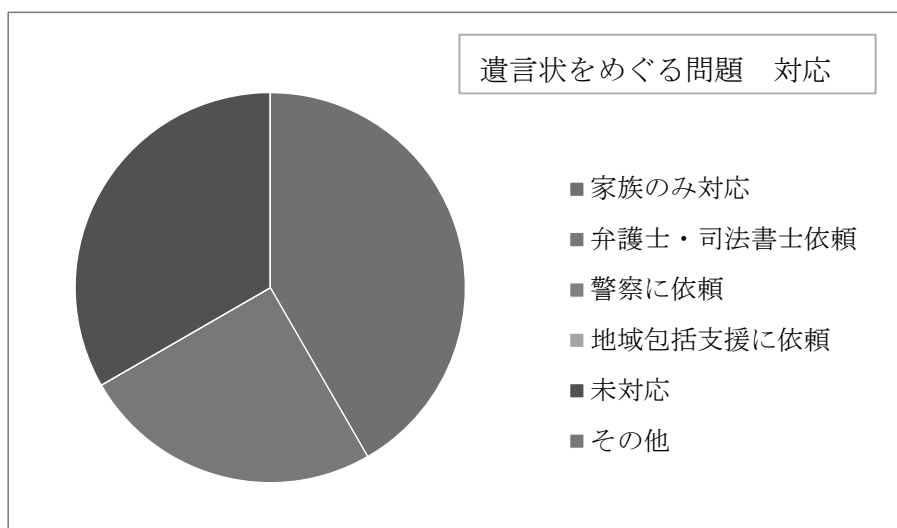


図.13-3

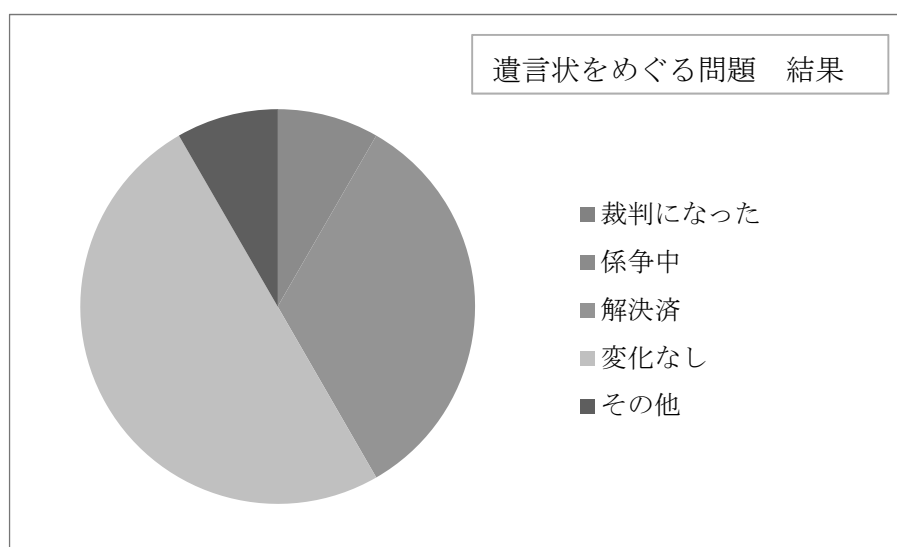


図.14-1

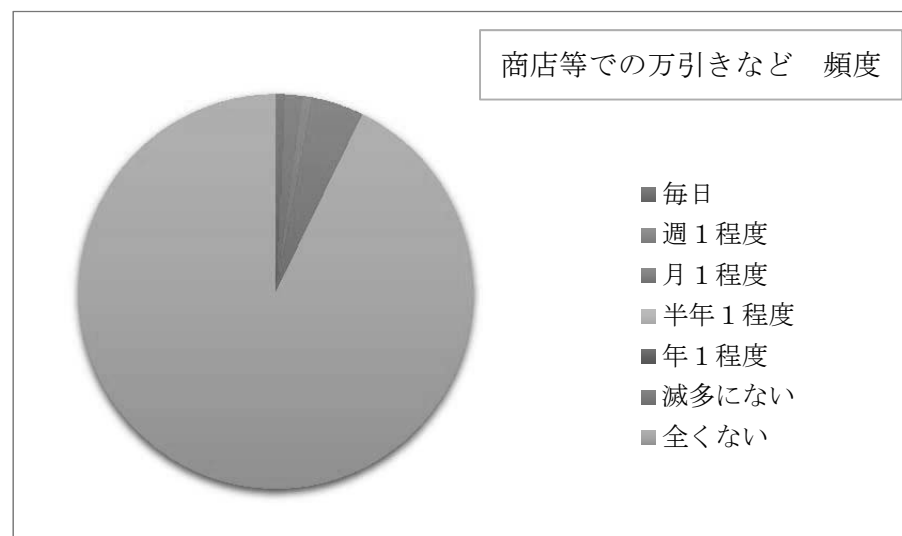


図.14-2

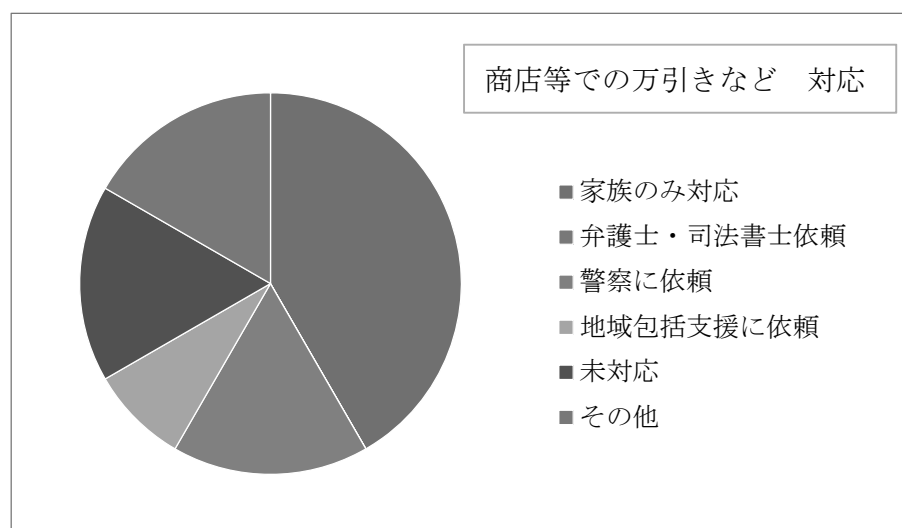


図.14-3

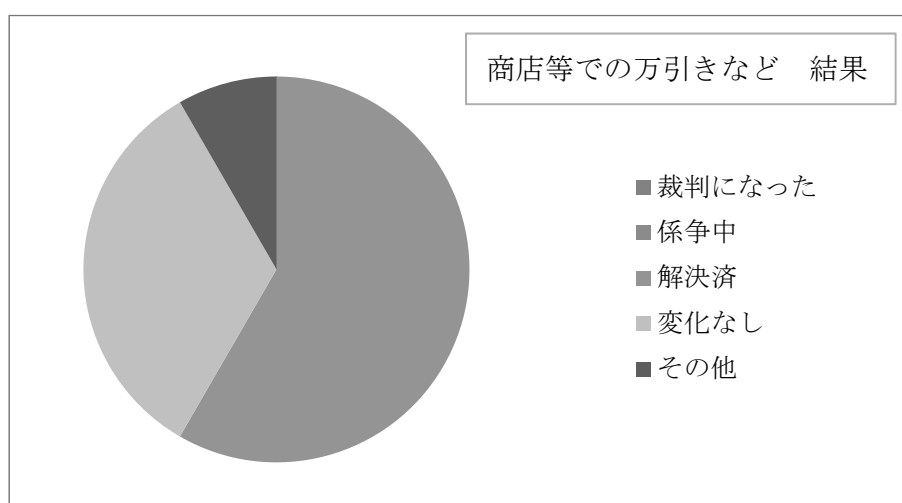


図.15-1

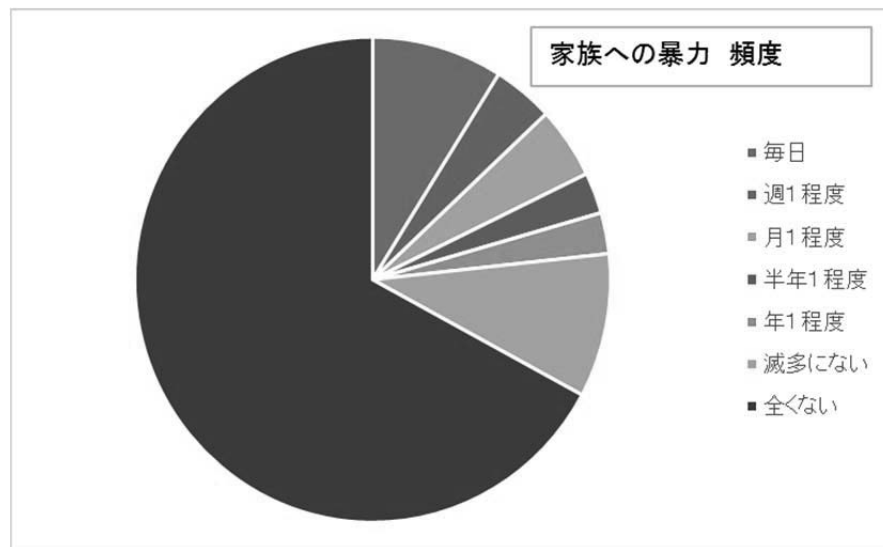


図.15-2

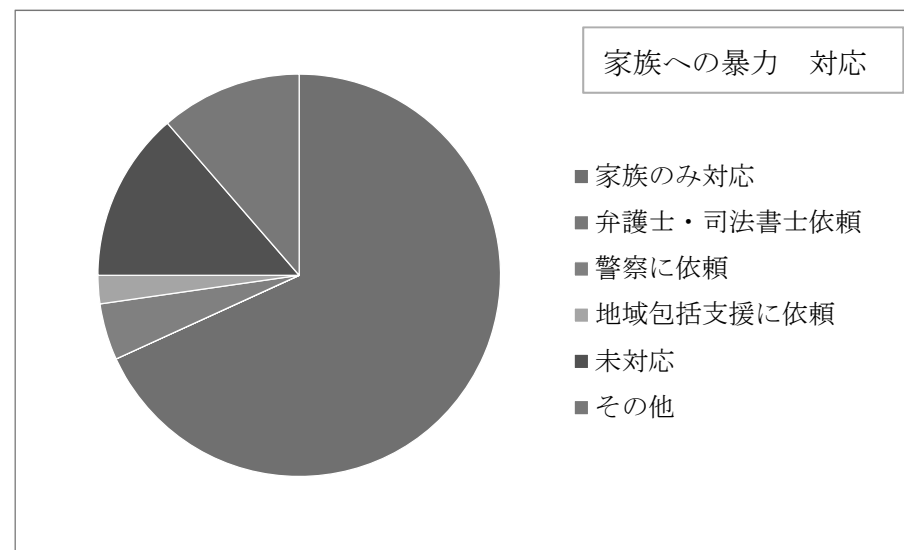


図.15-3

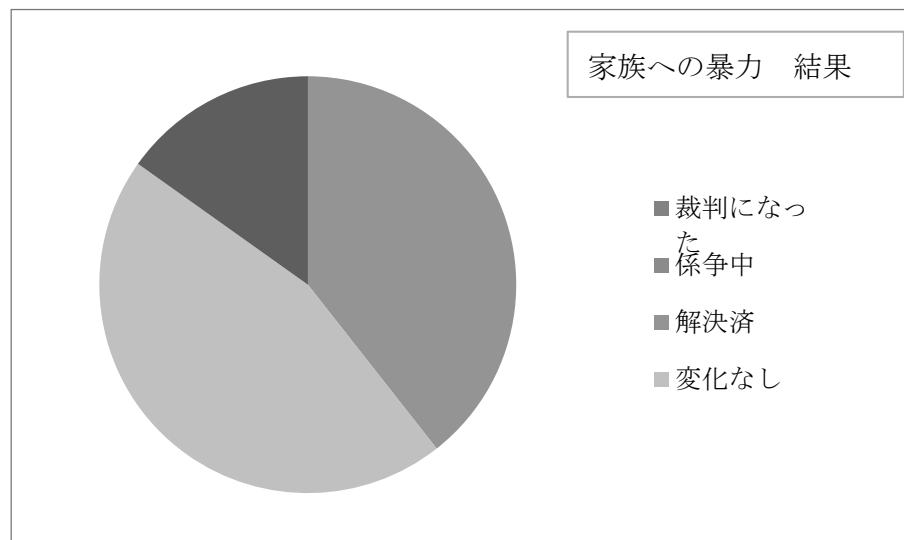


図.16-1

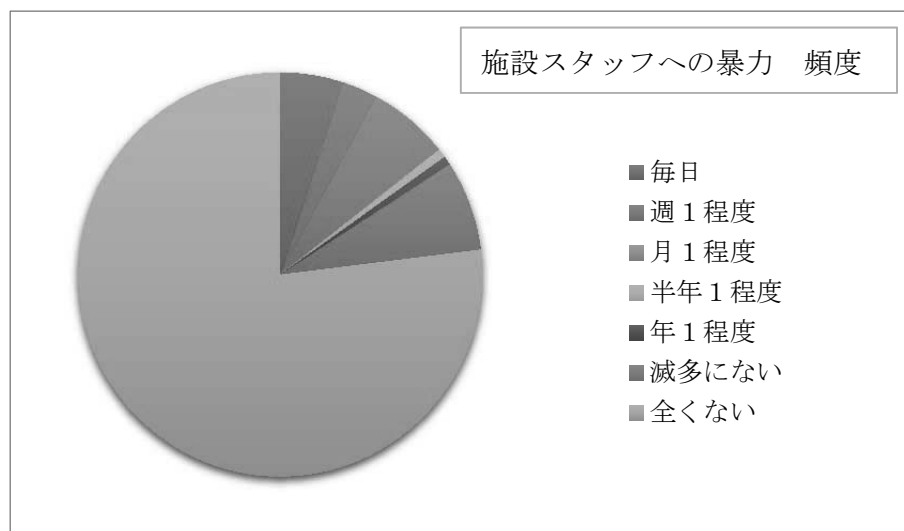


図.16-2

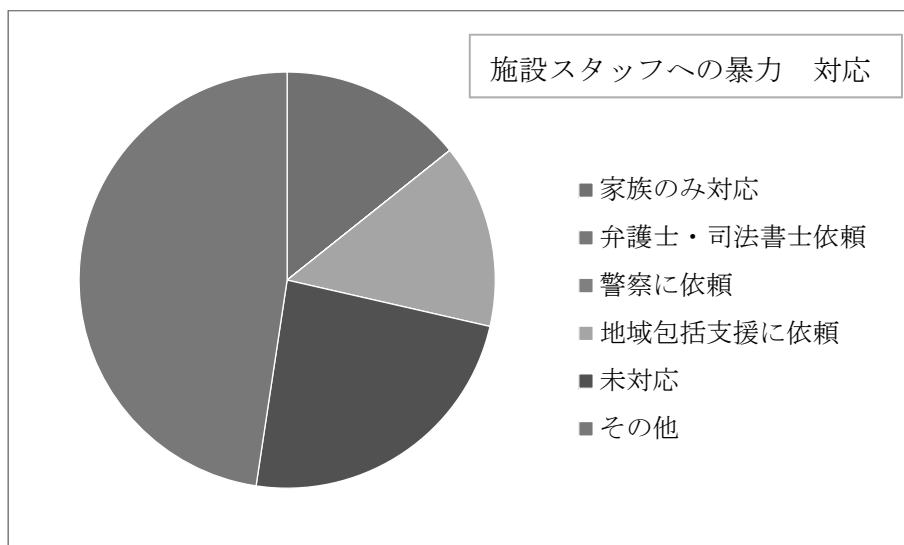


図.16-3

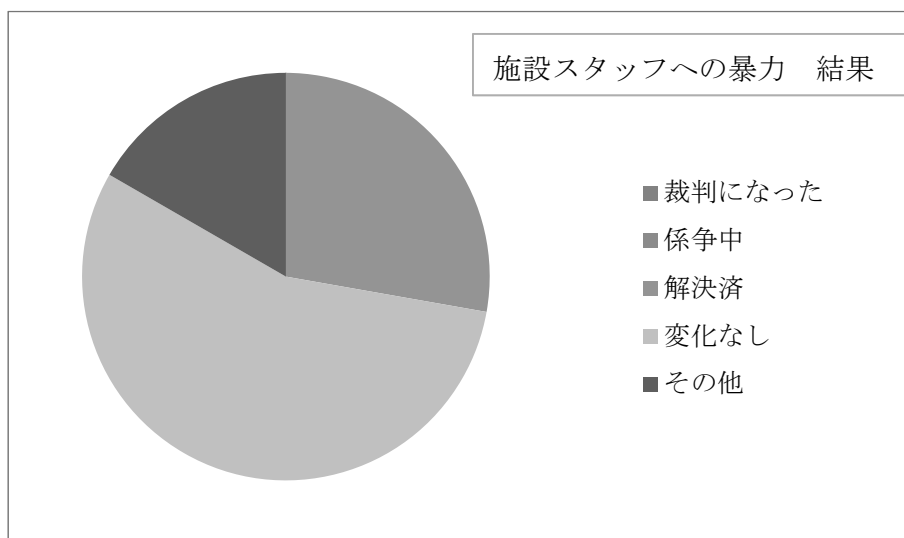


図.17-1

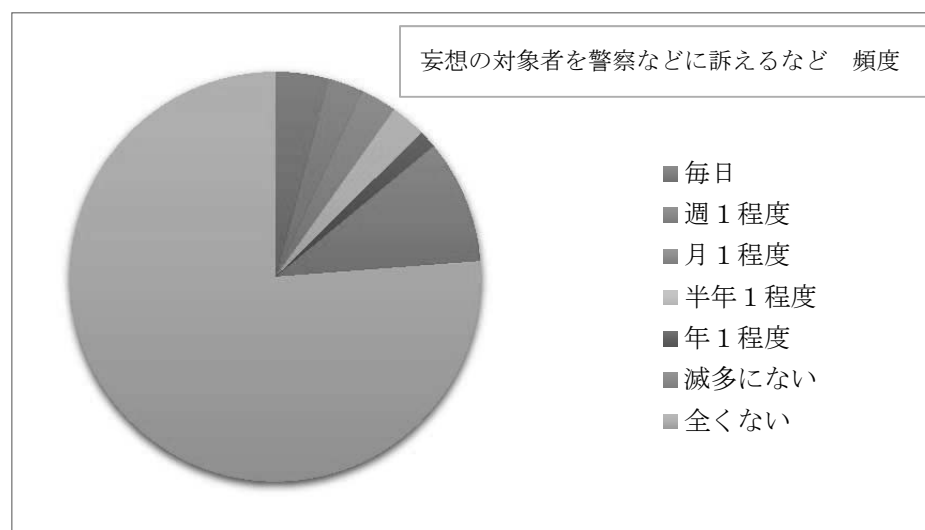


図.17-2

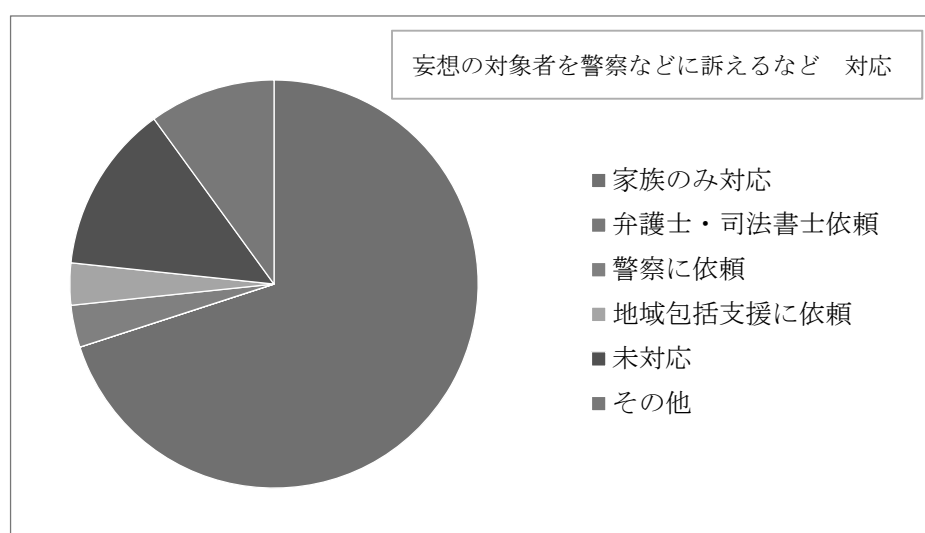


図.17-3

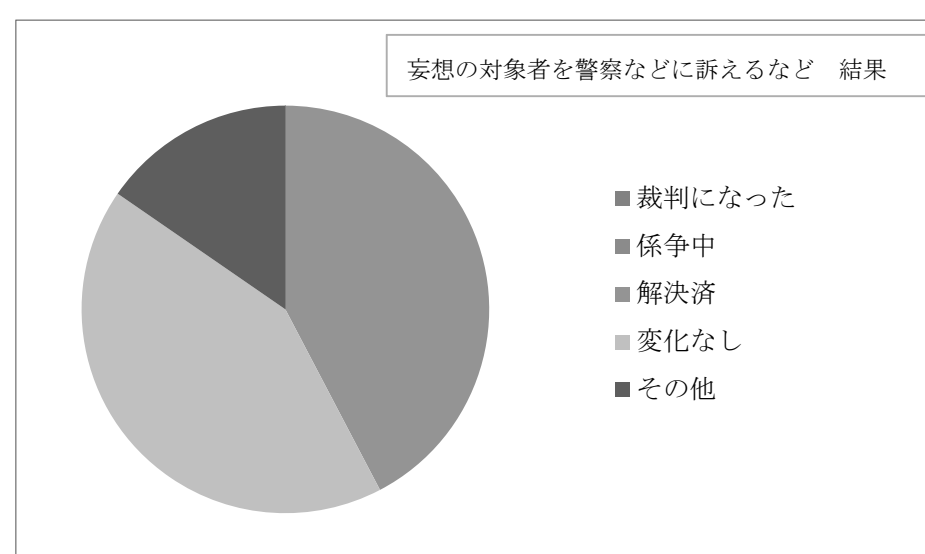


図.18-1

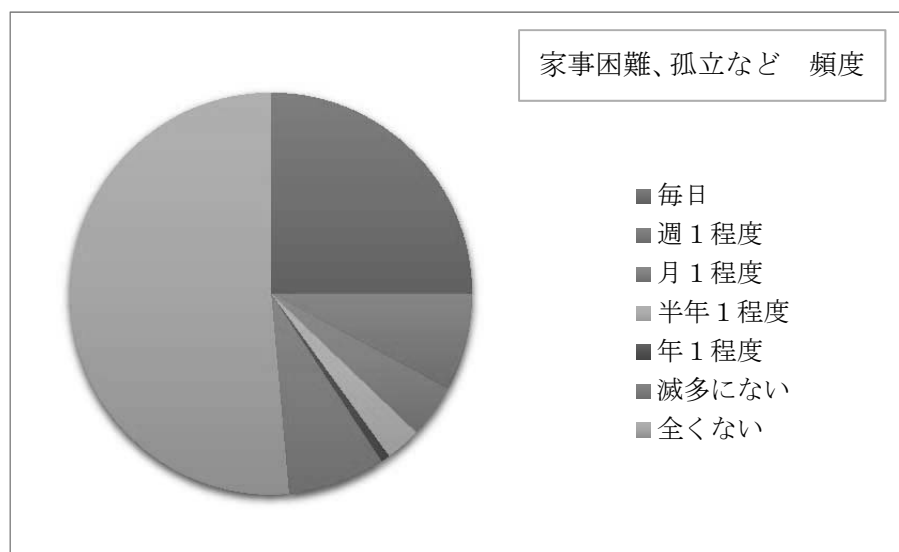


図.18-2

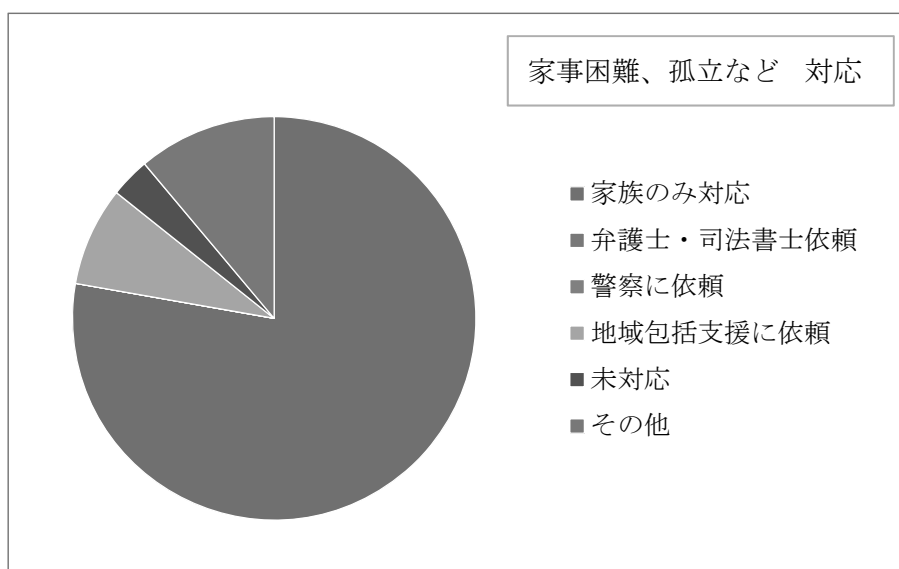


図.18-3

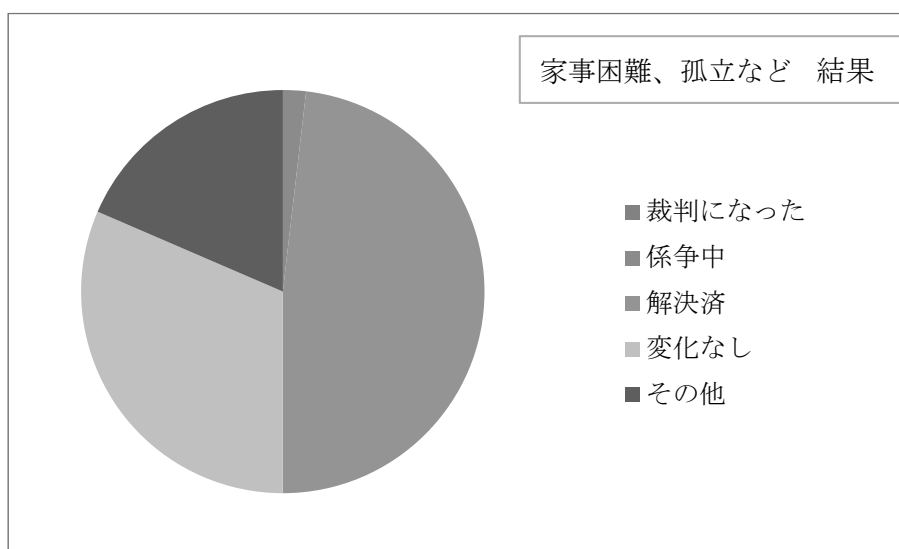


図.19-1

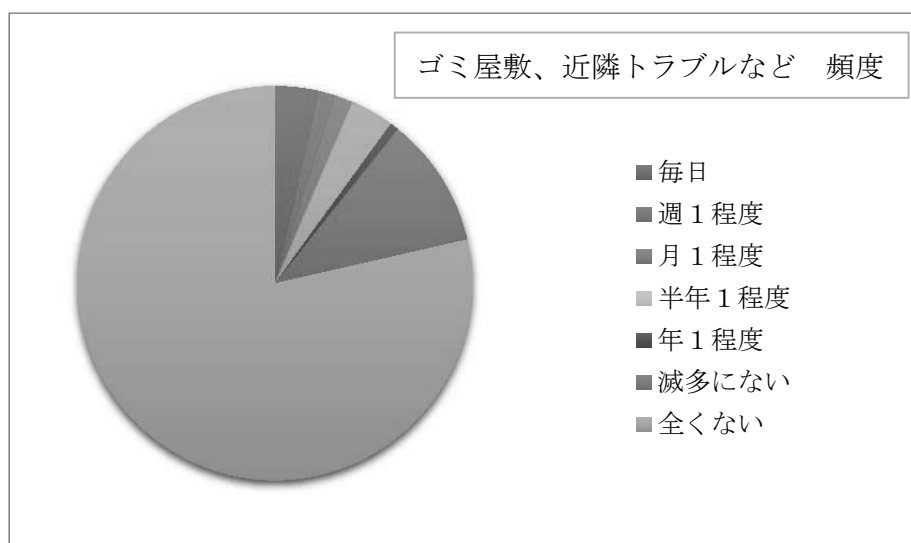


図.19-2

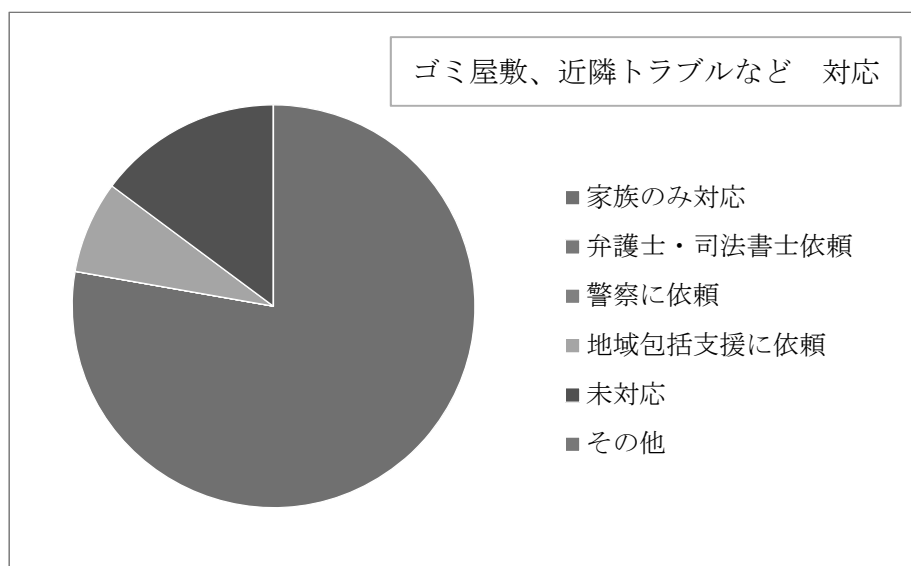


図.19-3

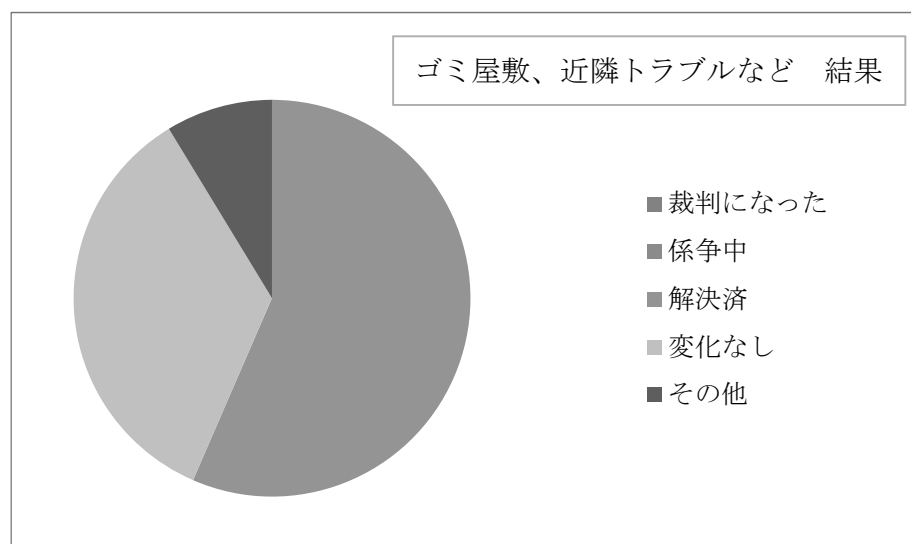


図.20-1

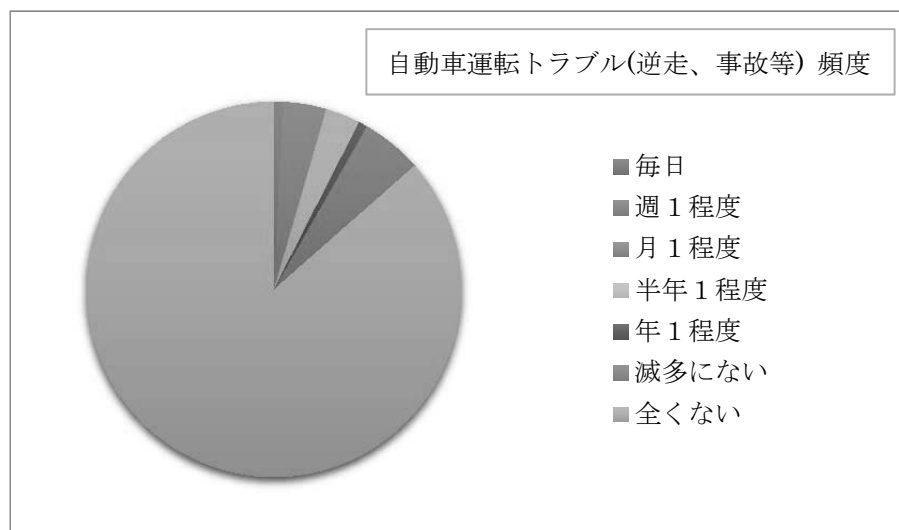


図.20-2

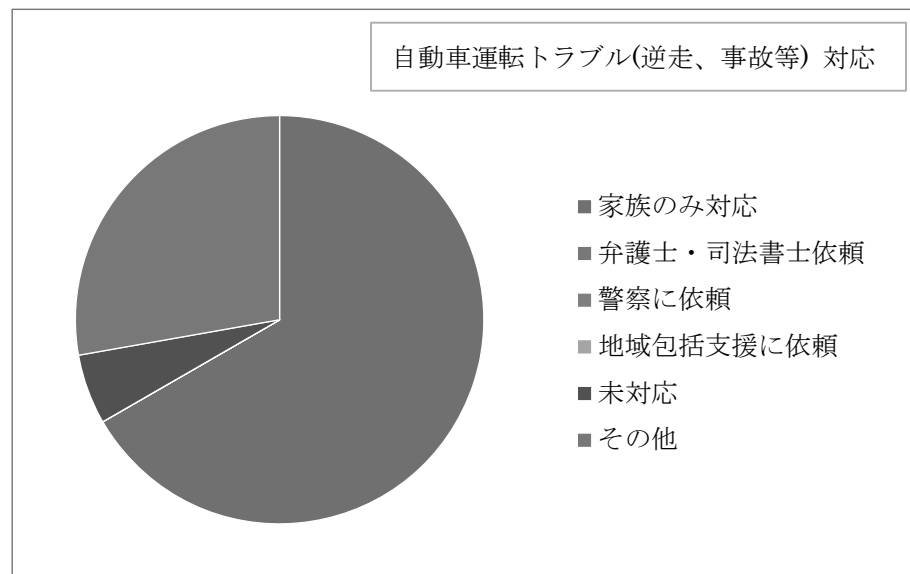


図.20-3

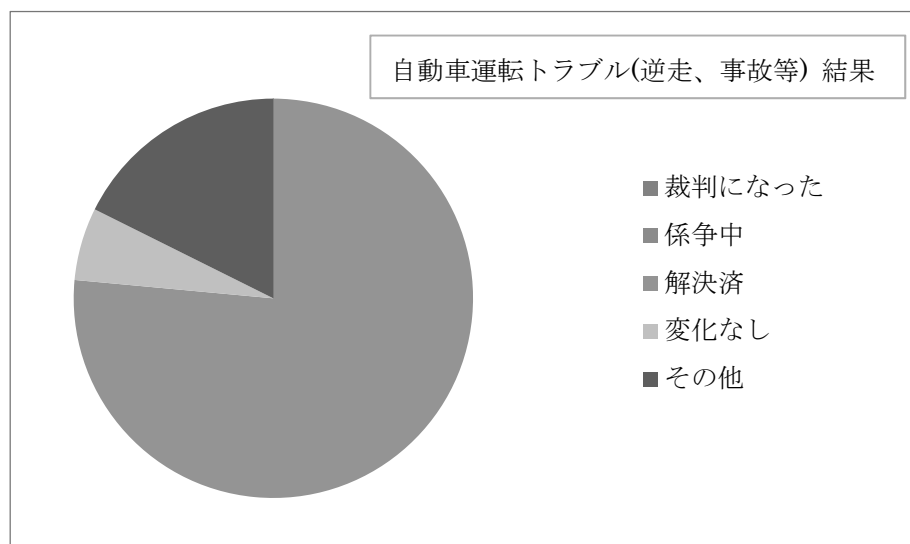


図.21-1

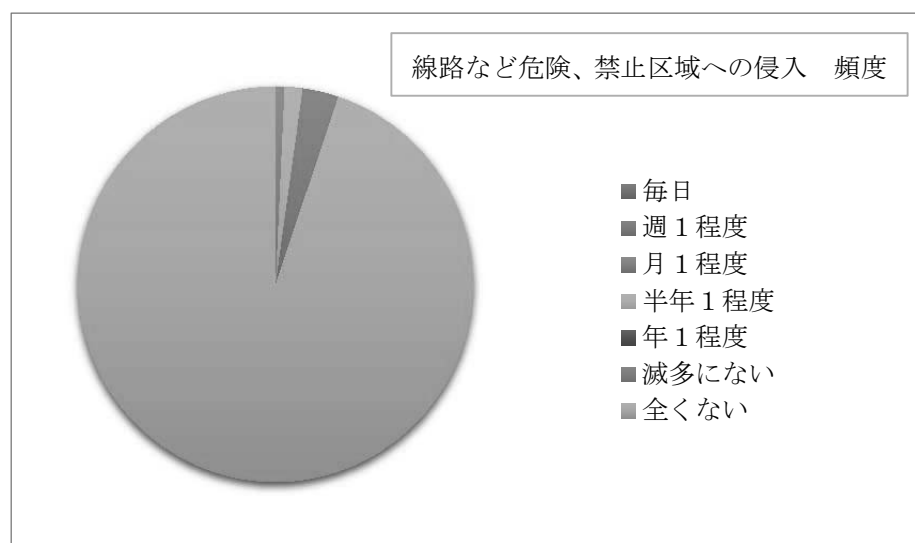


図.21-2

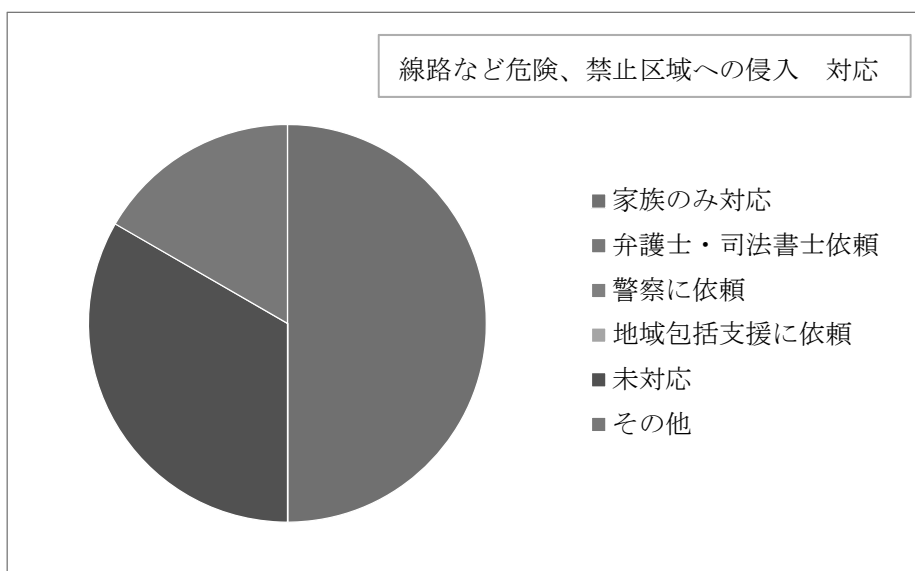


図.21-3

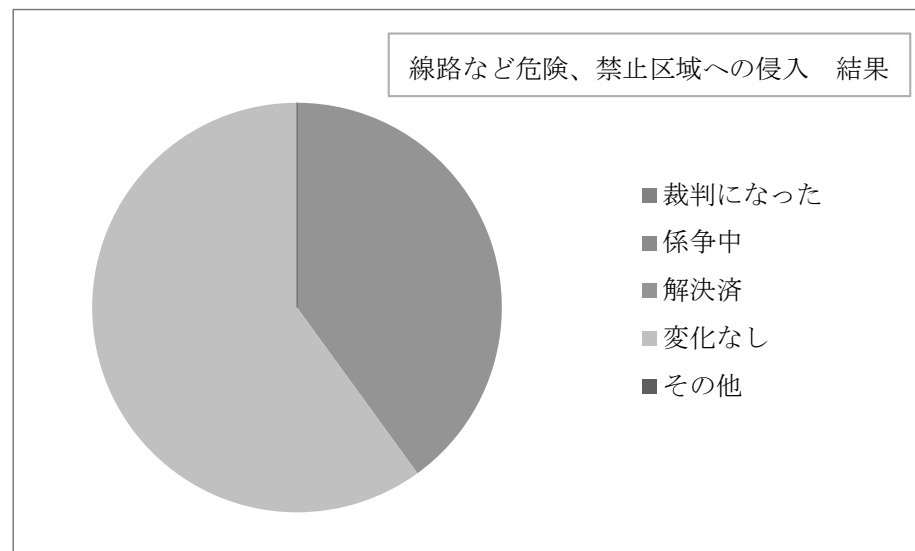


図.22-1

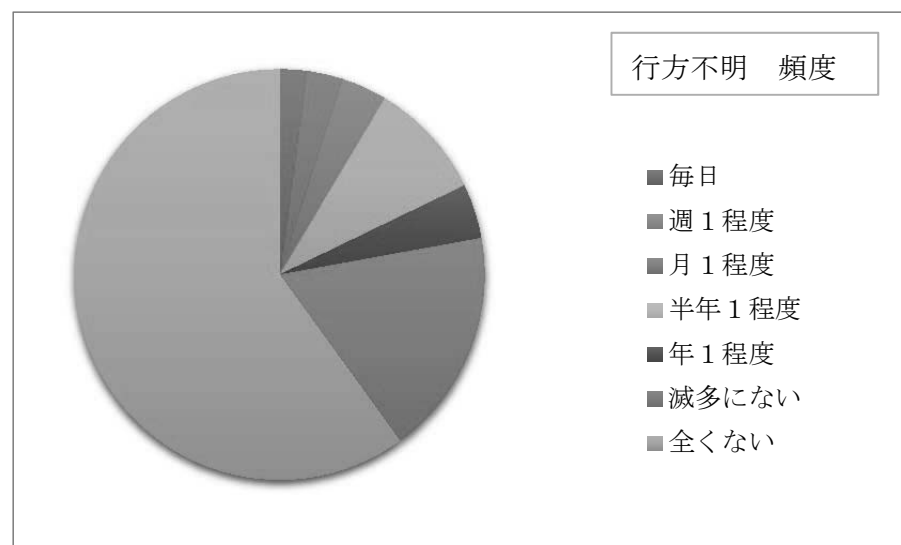


図.22-2

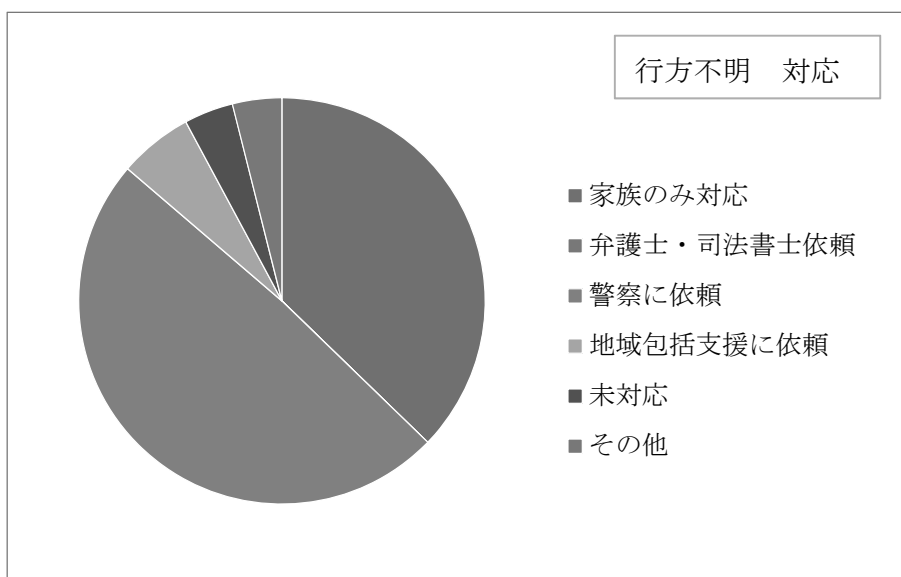


図.22-3

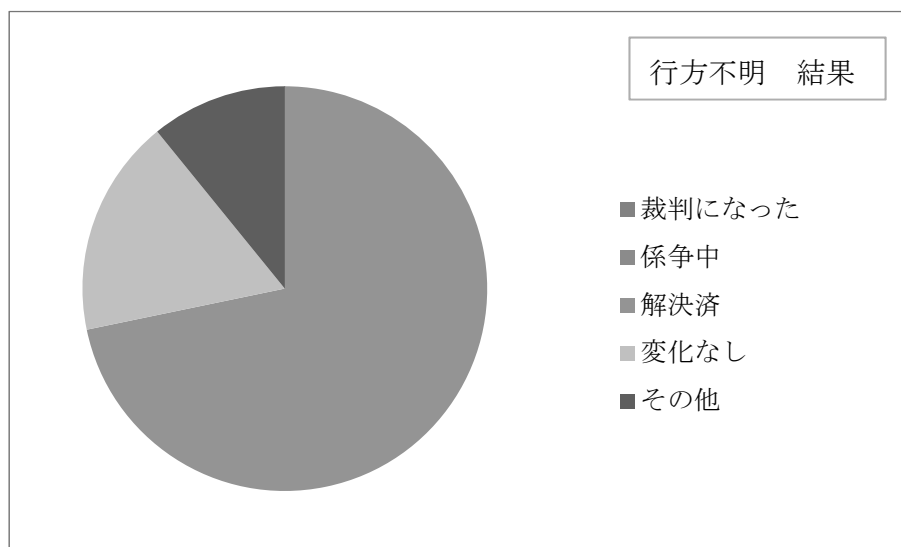


図.23

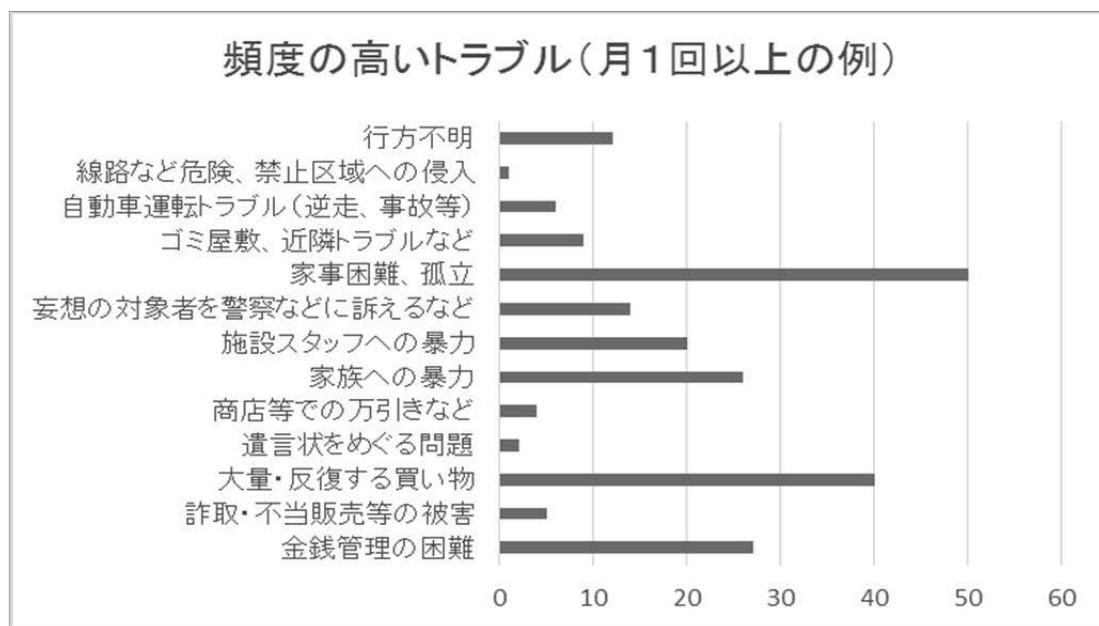


図.24

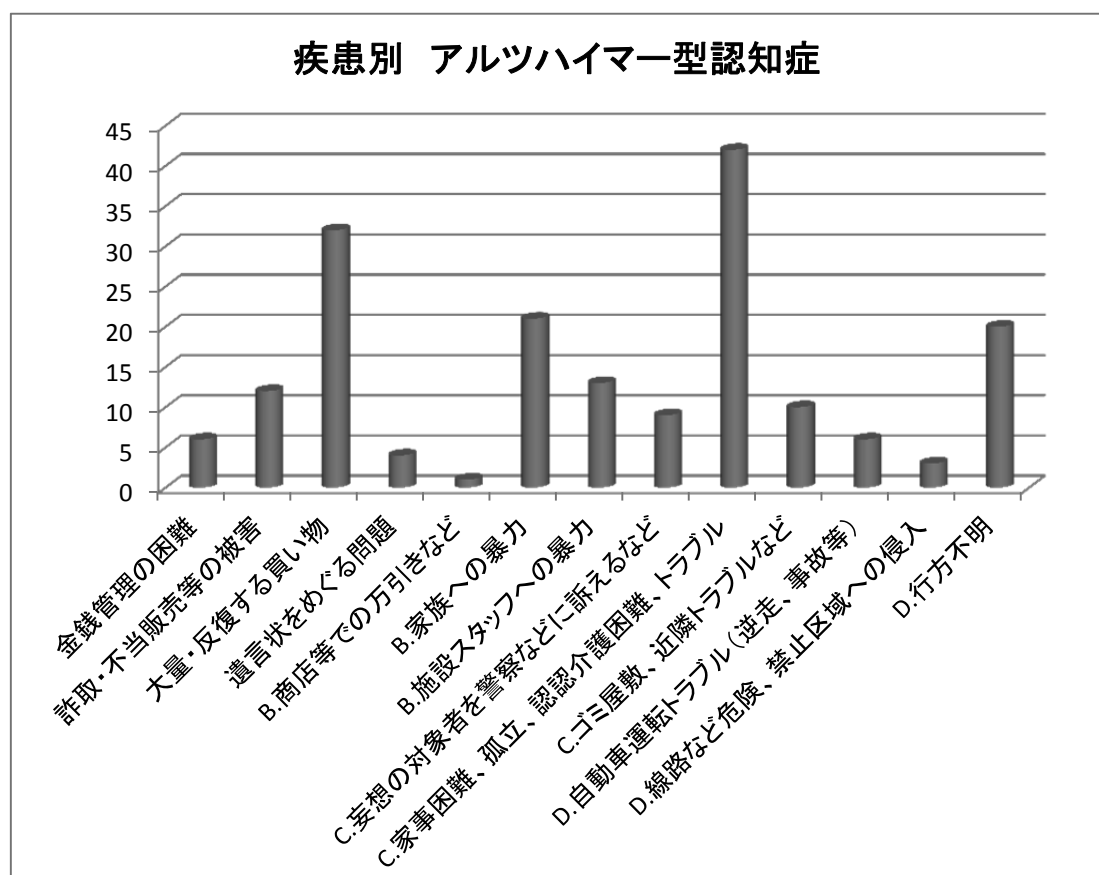


図.25

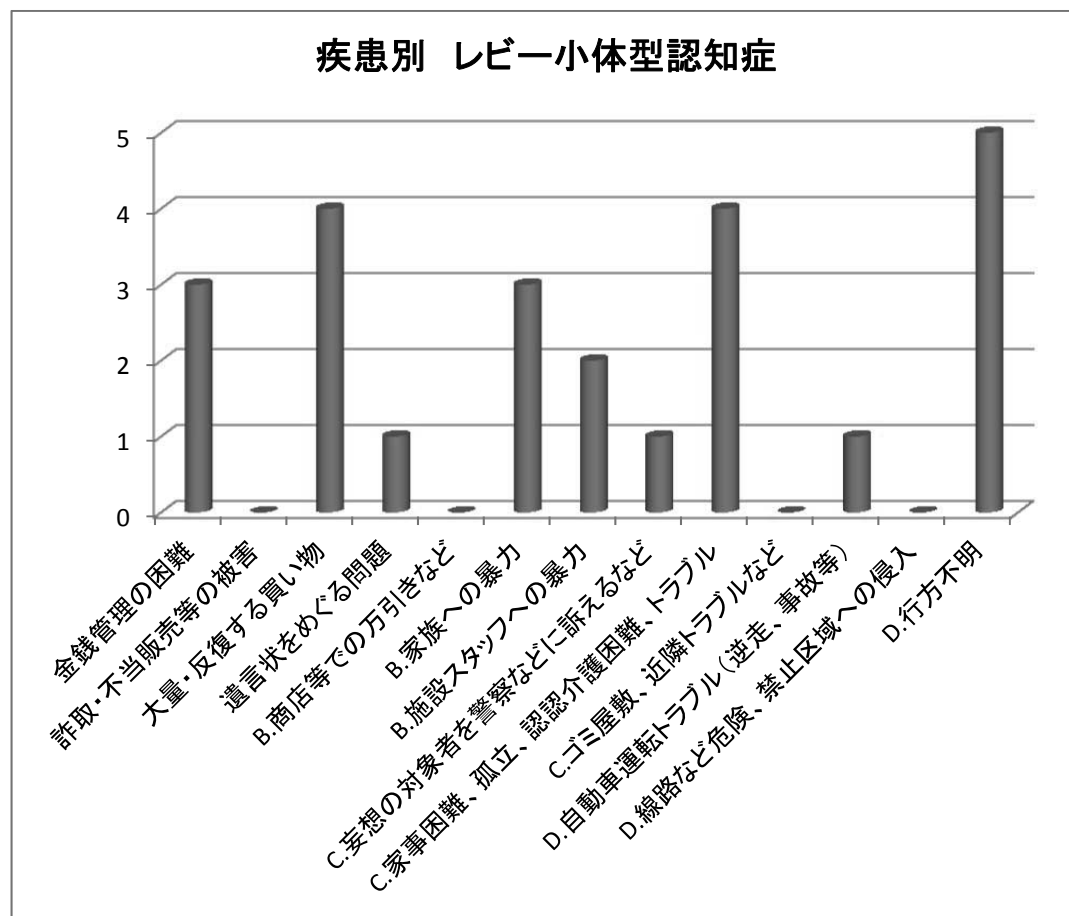


図.26

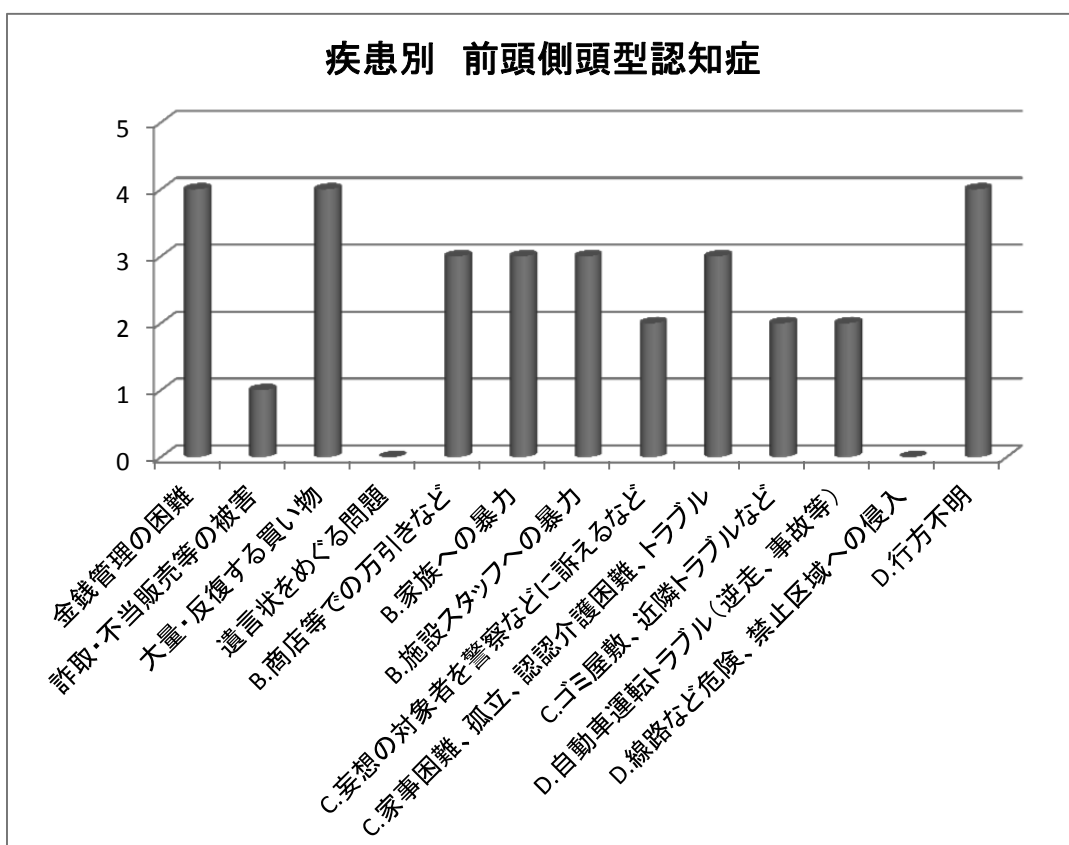


図 27

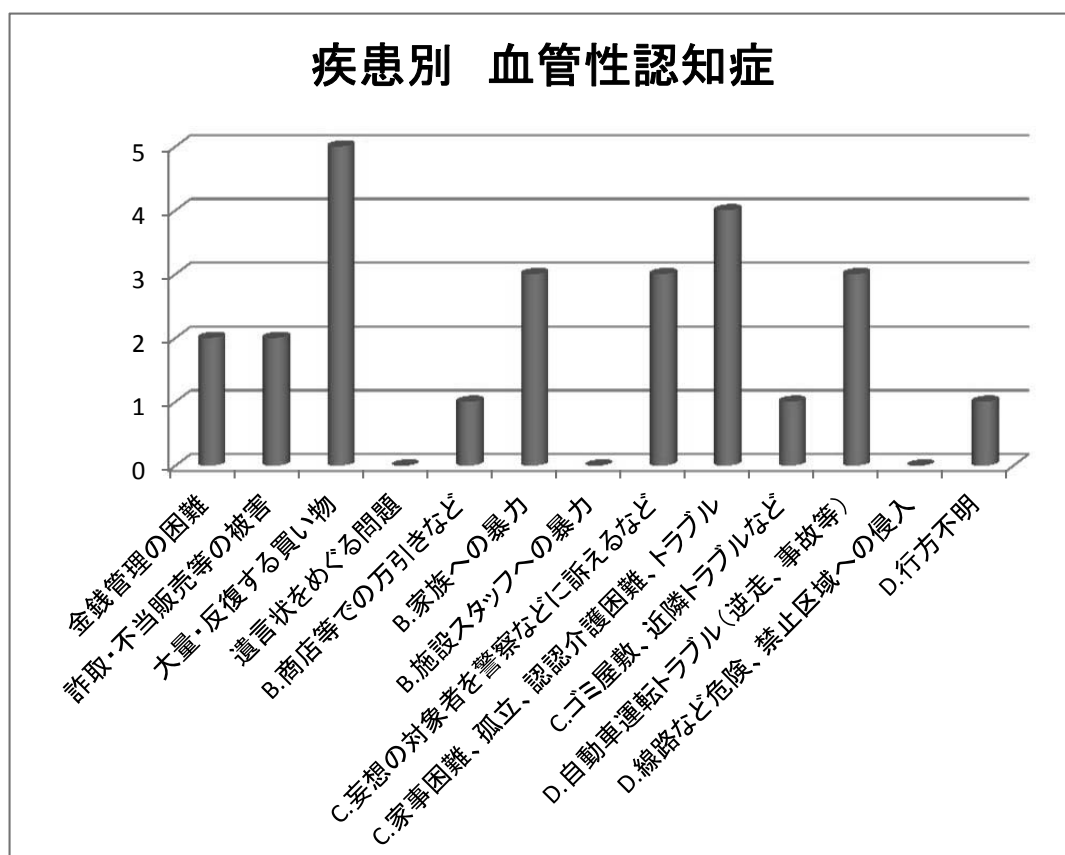


表.2 個別事例とその対応（抜粋）

	トラブル具体例	トラブル対応・結果
金銭	貯金を数万円単位でATMで下してきて、その使い道を覚えていない。通帳残高がほとんどなくなっていた。	ATM操作をJA窓口の人に聞きながらおろしていたようなのでJAの人に病気のことを話して、家の人と一緒に来てもらうように伝えてもらった。のちに家族がカードを預かるようにした⇒本人が貯金を下ろすことはなくなった（希望時家族が下す）
金銭	金銭管理ができない	貴重品、通帳などを預かった。
金銭	付き添いを嫌がるので一人で美容院へ行かせたら 不必要なサービスを受けて2万円を超える支払いがあった。手持ちが不足していたので家族が支払いに行った	家族も同じ美容院を利用しているので思案中
金銭	カード紛失	手続き廃棄
金銭	おり合いの悪い親族に対し 物を取られたと妄想を抱き 電話で文句を10年近く言い続けた。	言い分に対して否定せずに話を聞くようにし、本人に信仰心が強いので「神様が守って下さるよ」と何度も伝えた。
金銭	貯金通帳を管理したが、本人にとって無駄遣いと思う事（必要な電気代、母の施設のお金、つきあいのお金等）に使えなくなるので見せられない部分もある。	一応 通帳を本人にも見せてはいるが 落としたこともあるので私が持ち帰るようにしている。母の通帳は見せられないので「また今度」と言ってその場をしのぐ
金銭	相続問題	実母は10年以上前認知症で他界。遺言状を作る。訊ねる機会を失い 他界後親戚と係争となった。
金銭	近所の床屋でカットしてもらった時 お釣りをもらってないと言い張った。	財布の中身を確認して説得した
金銭	家にある現金（収集した古銭、子供の貯金箱含む）を持ち出し使ってしまう。	家になるべく現金を置かない（全くないと盗みをしてしまわないか不安で1～2万円置いていた）今は足も弱り歩かなくなった。
金銭	金融機関にお金を預けてもいないのに預けたといい 騙されたと電話をし続けた	家族が本人に説明しても理解できるわけもなく、謝りに行った。本人は納得しないまま忘れて行った。
金銭	金融関係（ホテルの会員券購入）で個人情報かわかり詐欺にあった。早めに封筒をみつけ説得をした。	封筒等で早めの対応が出来て 1～2万円程度の被害で解決。銀行・警察に連絡。それなりに対処はしましたが、1年以上過ぎても「相手の人の対応がわかりやすく 親切に話をしてくれた」と話している。
金銭	お金や印鑑・通帳を盗ったと言われる。	なし
金銭	多めに貯金を引き出し 必要以上の大金を常に持ち歩いた。	外出時は極力付き添い、買い物の支払いは家族がすることで大金を持ち歩く必要がないことをわかってもらった。家で生活費として本人からお金を受け取る時にとても喜んで見せた。少しずつ本人のお金の管理も任せられるようになった。

金銭	3 年前まで自分で通帳を持っていたので 公共料金支払いが滞ったり 不必要な洋服、化粧品等を購入していた。特にトラブルはなかったが、お金が知らない間になくなっていた。	
金銭	定期満期の案内が届いた → 母には理解不能 → 通帳を探しても見つからず（この時点では 母の金銭関係に介入することは控えていた 日常の生活費を引き出す程度の手伝いをしていた） → 実娘が電話で銀行に通帳・印鑑紛失と伝えたが本人でないため取りあってもらえず	・実娘（私）一人で銀行へ出向いて説明しても → ダメ ・市役所に相談 同居の証明に住民票・実子証明の為原戸籍を持参し再度銀行へ出向く → ダメ ・本人を連れて3度目の銀行へ行き 支店長の目の前で母自身の自筆で書類へ住所、氏名など記入を求められるが本人に書けず → ようやく銀行に認められた ↓ ・キャッシュカードを作った ・営業で出入りしていた銀行担当者に出し入れを依頼
金銭	認知症入り口だった父が電話を受け 今までの様に対処ができずに1800万円の投資を要求する詐欺の被害に会う所だった。	息子（私）が夜勤中の出来事だったため 警察に電話して 22 時に来てもらった。金を取りに来ると言われていた翌朝も刑事 2 人に張り付いてもらった。本当は父に一芝居うってもらい現行犯逮捕したかったようだが、それすらできない父の情けない姿であったが、それを機に益田先生の所へ連れて行けるキッカケとなった。私はその後うつ病になった。
金銭	証券会社のオンラインで株、投資をしていた父だったが、グチャグチャになっていると証券会社より悲鳴の連絡があった。	「ファミリーサポート」の契約をし 父の口座管理人となる。そこで初めて結構貯めこんでいたことが分かったが、高級車 2 台分の損失も発覚した。
金銭	言われるがままにクレジットカード、インターネット、高額な健康食品を契約していた。250万円のインチキリフォームはやられてしまった。1年もたたずに雨漏りがでて 別会社でやり直す羽目になった。	殆どは解約できたが、不明のクレジットの年会費が自動で引き落とされている。→調査中 各会社は息子からの電話で「本人は認知症」と言えば解約に応じたが 一部の会社は揉めそうになったので警察に届けた。その後も詐欺、勧誘の電話はあるようだが、本人が受話器を置いた瞬間に忘れてしまうので逆にトラブルは減った。
金銭	和裁を教えていたので、認知症初期も近親者が通って行った。その人にいろいろ詐欺された。	その人の出入りを丁寧にお断りした。
金銭	当時 財布にお金（1万円札）が入っていないと怒るためいつも入れていたが、トイレに鞆を忘れて出てきて 探してもない。この様な事が4, 5回あった。ブランドカバンの時は鞆ごと、安物鞆の時は財布だけ盗られた。全部取られると化粧品全部を買い直さなければならず大変です。	トイレの前に待っていて 鞆の有無を確認。常に一緒にいて見守った

金銭	初期の頃、お金を沢山下してきた。	家族で見守った
金銭	人にお金を気前よくあげてしまう。	腹は立ったが見守った。そのうち 管理された方が 楽だからとゆだねてくれた。
金銭	同じことを何度も言うことが続く。朝ご飯を食べた後「喫茶店に行く」と連呼する。早朝から続く。車に乗せて営業中の喫茶店を探すがない。車の中でも連呼する。日々生活の中で連呼をする。「買い物へ行きたい」「ウナギを買う」本人は無頓着。	介護者 1 人で抱え込み 毎日ストレスで血圧が 200 以上に上がる。介護者（実娘）はカッとなって「どうなってもいい」と思い 車を運転中「どこかにぶつかって死んだ方がいい」と思い急ブレーキをかけたり 蛇行運転をしたりした。 その後 デイサービス→小規模多機能 → グループホームへ入所。しかし 外へ出てしまうので退去と言われ特養に入所したが 昼夜逆転で転倒、硬膜下血腫で重度認知症となり寝たきり。住宅型へ入居
金銭	スーパーで買い物をして レジを通して支払いをしたのに レシートを持たなかったため未払いと思われて困った	財布におつりがあったことと、支払ったことを係員に説明して下さった方がいて解決。それ以降そのスーパーは使用していない
金銭	気が付いたら 約 400 万円の借金があった。	カードを全て止めて 債権処理を弁護士をたてて行った。結果 戻ってくるお金もあったが、10 年間カードが作れない。
金銭	銀行の通帳をすぐになくす。キャッシュカードもない。本人がお金が必要だったときに下せず銀行で行員に詰め寄ったらしい。	その都度作りに行ったが、頻繁になったため、管理を私がすることにした。現金は決まった分を渡した。→ 現金の紛失は今もあるので小額しか置いて行かないようにしている。本人は 来てもいない人が来て盗られた等と言う。→ 「現金がない」と電話があった後から 私が行くまでにお金を使っていることもあるので 何もしない。
金銭	通帳、証書を何度もなくしたと言い、再発行する。このくり返して後から出てくる。	重要な通帳などは実父又は 長女が管理した。
近隣など	引っ越しの予定もないのに 他人に引っ越すと話「お世話になりました」と話してしまう。 幻視でガードマンが付いてくるなどと言う	
近隣など	町内の行事に自分自身が納得のいかないことに対して隣人の所へ聞きに行く	認知症の事を話すと快く聞き入れてくれた。
近隣など	もの忘れが進み 氏子総代を退任するように本人に説得 了解を得たが、隣人に自分で後任をお願いしに行き 先方が断ったにもかかわらず 勝手に「引き受けてくれた」と勘違いし、周りの方に報告した。隣人から苦情と本人を心配する訴えがあって状況が分かった。	息子である主人がお詫びに回った。後任の方の選出まで 役員の方が引き受けてくださり解決。神社の書類は減らしてもらい（本人を傷つけないよう）今はなくなった。
近隣など	葬儀社の会員向けに日帰り又は 一泊の旅行案内を取っていて ふと行きたくなったらしく「今日はこれに今から行くからデイサービスは休むように言ってくれ」と言ってきた。時間、段取り、交通手段を聞くと曖昧で 実際は申し込	申し込み無くても 長い間会員である実績があったため 当日同行できるシステムだったのは事実らしい。（確認した） しかし、階段の昇降、時間厳守、説明の理解力はほとんどできなくなっているの 根気よく本人に

	みもしていなかった。しかし 本人は「当日 言えばなんとかしてもらえろ」と言い張った	付き添いなしでは無理だが 誰も付き添えないと 話諦めてもらった。気晴らしにスーパーへ一緒に行き 好きな食べ物を買ったり お茶をしたりした。
近隣など	ゴミの分別が出来なくなった為、 分別せずゴミを出した。集積所にある他人のゴミを開けて自宅のゴミを入れたりした。	ゴミだし曜日はわかっている為、集積所ではなく、自宅敷地内に仮置き場を作り いつもそこにだしてもらうようにした。慣れるまでわざと思いゴミ袋を用意し、遠くまで（集積所）運ぶのが大変重労働だと認識させた。
近隣など	ゴミの分別、ゴミ出し日、ゴミ出し場所がわからなくなり 場所、曜日などを間違い苦情がきた。	ご近所一軒一軒に事情を話謝って回った。同居後は解決
近隣など	買い物に行くと店員に話し掛けるが、相手の人が困ってしまうような場面が多くなってきた。	コーヒー店などで 座席や周辺を汚したこと（便、尿）店側から注意を受け謝罪ですませてもらったが 今度はビニールなどを持ってきて座るように指導を受けた。
近隣など	可燃ごみを収集日以外の日に出した。	見ていた人に注意され ゴミ出しをしなくなった
近隣など	昼間に街灯がついていない、切れたと組長さんに言いに行った。	組長が蛍光灯取り替え手続きにきて家族が対応 笑い話で終了
近隣など	敬老祝賀会の記念品（通常 2000 円程のお菓子）の引換券を近所の唐人にあげた	当人は喜んでもらってしまったようで、仕方なく諦めた。そのまま その方が 2 個もらって帰宅してしまった。今年是一緒に行くよと言ってあったのにまたあげてしまった。
近隣など	白髪染めをやめた。白髪頭を近所の方に「何その頭真っ白だね」と言われたらしく その人の家の前を通らなくなった。	家族が宥めて終了。未だに恨みを言う
近隣など	スーパーや公共施設内で唾を吐く（便秘による逆流） 人前でも吐くのでびっくりされる。	便秘薬をもらい少しよくなったが 時々吐くので拭いて歩く。
近隣など	物の売り買いをしていた。私たちから見ても物として良くないものを 特に一人暮らしの人に 衣類、生活用品を売りつけてお金をもらいリサイクルしたと得意になっていた。しかし 買わされた人に家族が事情を伝え お金を返していた。 また、お店では おつとめ品を買って 次の日に文句を言って返品に行ったり 新しいものに変えてもらっていた。	デイへ出かける日に荷物、部屋をチェック。お店では出入り禁止になった時もあった様子。1 人で買い物に出かけないようにし 一緒に付き添い買って与えた。お金の管理はこちらですることにした。
近隣など	老人会、リクリエーション会等を積極的に申し込むが、スケジュール管理できないので忘れる。（カレンダーに書いても）行く場所を間違える。など。 当日も時間の管理ができない為か 出かける時間に合わせて用意をできない。	老人会等の回覧や連絡は常に介護者（私 or 義父）がチェックして管理。予定を知らせる。当日も起床、洗面、集合場所へ連れて行く。 近所の短時間の集まりには出かけられた。

近隣など	老人会のバス遠足へ出かけた際、皆さんの足並みについていけず 他の方に手を引いていただいてようやく行けた様子。後日「今後の参加は遠慮してほしい」旨伝えられる。義母に話すが全く受け入れず。	回覧板などで参加申し込みをしても予定を忘れていたので予定を知らせることをやめた。→ こうなるまでには色々あったが、最終的には知らせなければ覚えていないので問題なし。
車	アルツハイマーの診断を受けてから（1 年半前）運転していないはずなのに、急に自動車を運転して「出かける」と言って出かけようとした	止めてもきかず、発進しようとしたが マニュアル車のバックにギアが入らず前進してナンバープレート を傷つけて止まり再度「やめよう」と声をかけて諦めた
車	運転させないために 車のカギを隠しておいたら自分が落としたと思い込み 新しい鍵の手配をしてあり請求書で驚いた。その後 主人に言っても忘れるし 怒り出して暴力をふるうようになり、怖い時がある。今まで通り運転すると言 い張り困っている	家族で相談。車検だと言って車屋さんにきてもら い車を処分。本人が「車検が遅い」と度々聞いてきたが 始めのうちは「電話で聞いてみる」とごまかし 次第に 本人も忘れる日が多くなり ショートステイが始まって車のことも忘れられるようになって きている。
車	運転時の事故	軽い事故だったので 家族の方にお詫びをして終 わった。
車	日常で本人の運転で家族と買い物などしていたが、 路が途中でわからなくなったり、極端にスピードが遅く、又、道路の左寄りに走ることが 多くなった。家族は危険を感じていた。 ただ、本人は運転に問題はなく、家族の移動 手段の為に車は必要と考えていた。 家族も 体の弱い母、障害者の兄の為父の 運転を必要と思っていた。	免許証の更新時期が来たが連絡せず 免許を 無効にさせた（車は売却）。 本人が車がないことで混乱しないよう不在時に 手続きをした。 車の件を本人に伝えるためのアドバイスを家族の 会相談センターでいただいた。 本人へは 私（長女）が車を借りていると説明 し続け 次第に聞いてこなくなった。 買い物などは私が毎日通って対応。 デイサービスを増やし 楽しみに利用している。
車	自宅敷地内で構造物に車の接触を繰り返して いた。また、買い物先で他者に車をぶつけた。 相手の方が警察を呼び 連絡先を交換して 帰宅したが自分が保険会社に連絡するのだ とは思っていなくて「向こうから連絡がくる」と 主張	認知症の診断前だったので 本人が出来ない部 分について家族が対応し解決。その後認知症 診断を受け 運転免許返納
車	交通事故を起こした時 軽微だったため 事の 重大さを認識できず 車から降りることもなく 相手と話もせず そのまま立ち去ってしまった。 その後警察沙汰になった	警察及び相手に病気の事を説明し陳謝。車の 損傷も軽かったため 任意保険で修理を受けも ち事なきを得た。その後 本人と話し合い 車の 運転をあきらめてもらった。
車	事故を起こして逃げてしまい 警察の人が家ま で来た所へ主人が帰ってきました。自分の車の 修理の為にディーラーへ行ってきたらしい。本人 は悪いことをした自覚は無く 自分の車が大事 だったらしい。車を取り上げるため何度も説得 してきたが聞いてもらえなかった。無理すると気 がおかしくなったり大変でした。	ちょうどいい機会なので車を処分 車は警察が処分したと説明したため 何度も 警察へ行き「車を返せ」と言っていました が 警察 の方の協力で 3 か月くらいで落ち着きました。そ れ以降は 人の車にも乗りたがりでしたが 今でも 必ず一緒に出掛けています。

車	一方通行を無視 同乗しているときは ここは通ってはいけない道 を言いましたが「誰もいないならいいだろう」と 言う。バックする際 衝突等。	精神科医に相談し、免許停止にした
車	車は 1 年がかりで説得、夫の車は廃車。だが 免許証は返納する気はない。（免許証は預 かっている）	11 月に更新通知が来ても黙っています。夫がポ ストを開けるので心配です。本人でなくても免許 証の返納ができればいいと思います。
車	車の運転により他人の家の塀を壊し、警察へ 通報された。壊して逃げたと思われた。本人は 全く覚えていない。	損保の人と謝罪し示談とした。警察で説明し厳 重注意を受け 意味は分からずとも 厳しく言わ れたことで運転をしなくなった。車も処分した。初 期は「車は？」と聞いたが、そのうち「乗せてもら う方がいい」と言うようになった。本人が乗りたいと 言い出した時は必ずドライブをした。出来ないこと が増えデイサービスを利用し気をそらした。
不用品購入	訪問販売や電話セールスで必要ない商品を 何度も購入した。着払いで届いても頼んだこと を覚えていない。お金の準備もない	Tel の音量を最小限にし、留守電にして Tel に出 られないようにした。最初は表示を見て出てしま うこともあったが、今は出ない（出られない） 週 4 日デイサービスに通うようにして、一人で家 にいる時間を減らした。⇒購入はなくなった。
不用品購入	衣類、毛染液とブラシ、顔そりの剃刀、化粧 品、タオル類、靴、鞆、枕カバー、ブラシ、鍋 等 多種多様な物を大量に買い込んでいた。	介護者が家事全てを担当し減らした。
不用品購入	郵便局で通販の商品に興味を持った様で 連日似た商品を発注し 押入れに仕舞い込 み腐敗していた。	郵便局は近所の局を利用していたので 局員に 本人が振り込みに来たら家族に連絡をもらうよう に依頼
不用品購入	長年友人だと思われていた人が実は健康食 品、家電、寝具、未公開株を売りつけていた 人だった。	詐欺師まがいの相手だったので 交渉は諦め、そ の人からの電話はならないように設定（拒否す るとバレルので） デイサービスを増やし在宅時間を短くした。（最 最終的に 3 年間で 700 万円ほど消えていた） 金銭管理を家族がし、引きおろしは一緒に行 き、家族が預かり一定額ずつ渡した。 本人にも これが便利だったようで泥棒扱いされることはな かった。
不用品購入	電話販売の下水掃除を勝手に依頼	業者への勝手な注文は断った
不用品購入	駐車場の賃貸契約を勝手にする	業者への勝手な注文は断った
不用品購入	通販の申し込み、新聞の強引な勧誘、訪問 業者との契約	娘である介護者が定期的に通っているためクー リングオフで対応できた。
不用品購入	バーゲンのハガキが届くと店へ出向き 十数枚 位の衣類を購入。中には 母の年齢には不似 合いな物まであった。また、日用品も同じ種類 のものが沢山あった。	店からのハガキは母の目の届く前に処分し、私が 母の希望を聞き購入して届けるようにした。後年 は足腰が弱り 自分で買いきれなくなった 為か日用品なども私が購入する分で満足するよ うになった。

不用品購入	大量 反復する買い物 施設に入るまで一人暮らしをしていた頃 毎日買い物へ出かけ 野菜、果物などを大量に買い 家のいろいろな所に置いて腐らせ小バエがわいた	度々帰省し、母がデイサービスに行っている間に冷蔵庫の中の賞味期限切れ、腐敗したものを処分し、家の中を見回った。（こんなに沢山あるよと言っても効果ないので処分していた） デイサービスの日を増やし、一人でいる時間を少なくした。（買い物へ行く時間が少なくなり効果があつた） 行きつけの店には 母の状況を話して買いすぎないように「この前買ってたよ まだ残ってるんじゃない？」と声を掛けてもらったが効果がなかった。
不用品購入	一緒に買い物に出かけるといつも同じものを欲しがる。	靴…何回かに一度は購入。自宅の下駄箱を見て納得 肉のホルモン…購入するが 調理してもあまり食べないので説得する 上着のシャツ…怒り出すので 何回かに一度は効果でないものを購入する。
不用品購入	毎日買い物に行つて同じものを購入	お店に相談し 売らないように依頼。しばらくして少し遠い店で買うようになり お金を1,000円財布に入れるようにしたが ツケで買ってくるようになり対処するのも疲れた。家には大量に同じものがたまっていった 人にあげるなどしている。本人は必要だと思つて買ってくるので 説得は難しい。
不用品購入	近所の商店で生もの（魚・野菜・果物など）を大量に買い込む	商店の方へ売らないように依頼。対応に困ったら連絡をもらうようにした。
不用品購入	初期は独り暮らしだったため、不当販売などの事実を事後でしか知ることができなかった。	親を引き取り同居した
不用品購入	一人暮らしだったため 毎日自転車で大型スーパー巡りをして同じもの（ビタミン剤、化粧品、衣料品、食品など）を買つてしまい家じゅうに仕舞い込んでいた。大型スーパーだったため事情を説明して対応して頂くことは不可能だった。当時これが母の楽しみだったのだと思う	同居で解決
不用品購入	同じものをいくつも買つてしまう。	徐々に介護者がお金を管理できるようになった。
不用品購入	同じ食品を毎日買って冷蔵庫に入らないものは外に出していた。	月に一回くらい訪問していました。春日井の自宅、夫が転勤になった大阪、母の住む浜松を犬を連れて（私は運転できない為 夫が車で）3か所を行き来しヘトヘトになった。ヘルパーさんを入れてチェックを入れてもらうようにしたが うまいきませんでした。
不用品購入	T Vが地デジになる時で 今のは使えなくなると言う思いがあつて地元の電気屋さんで対応してもらい そのお金を払わねばと何回かに分けて現金を下ろして 自宅に80万円くらい置いてあつた。	お金が沢山家にあるのを見て限界かなと思いました。支援プログラムを受け、他の方のお話を沢山聞き、施設入所を決めました。入所すれば全て解決すると思つたので 面会に行つて嫌だ嫌だで大変苦しい思いをしました。

不用品購入	田舎なので誰の家に行くこともお構いなし。物を欲しがり もらってきて 家に貯め込む。家族の捨てた物も拾いに行き まだ使えるという。他人が「片づけられないので 片づけてあげる」と言って物を集めていた。家に大金が置いてある人の話をみんなに言いふらし、その家の人「お金が無くなった」と言い出したが。その方も物忘れがありホームに入った様子。本人の行動がわからなくて 部屋を調べたら もらい物が沢山あり、部屋の汚れ方がひどかった。	家族会議後 ケアマネ、支援センターとも話し合い 近所の人に状態を伝え声かけしてもらうようにした。他人に対していい人を装っていたので 次第に外出、他人の家に行くことも減った。人から物をもらわないと何度も言い続けて教え込んだ。
--------------	--	--

添付資料：アンケート調査票

認知症のご本人と介護者ご自身のこと

●認知症のご本人のことについておうかがいします。

あてはまる番号に○をつける、あるいはご回答をお願いします。

問1 性別

1. 男性 2. 女性

問2 年齢

歳

問3 世帯構成

1. 夫婦 2. 独居 3. 2世帯以上 4. その他 ()

問4 認知症を発症してどのくらいですか（おおよそで構いません）？

()年()か月

問5 認知症の診断名は何ですか？

1. アルツハイマー型認知症 2. 血管性認知症
3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症（ピック病）
5. その他 ()
6. 診断はついていない

問6 現在どのような医療機関で診療を受けていますか？ あてはまるものに全て○をつけて下さい。

1. 近隣の認知症を専門としない医療機関
2. 近隣の認知症を専門とする医療機関
3. 遠方の認知症を専門とする医療機関
4. 受診していない 5. その他 ()

問7 介護保険 — P.1 —

1. 申請していない 2. 申請中 3. 認定済み
4. 認定非該当 5. わからない

「3.」と答えた方はこちらの質問へ

問8 問5で介護保険の「認定済み」と回答した方におうかがいします。

該当する要介護度に○をつけてください。

1. 要支援 (1 ・ 2)
2. 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
3. わからない

問9 介護保険サービスは利用していますか？

1. 利用している 2. 利用していない

↓ 「1.」と答えた方はこちらの質問へ

問10 問7で「利用している」と回答した方におうかがいします。どんな介護保険サービスを利用していますか？ 利用しているサービス全てに○をつけてください

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| 1. 通所介護（デイサービス） | 8. 介護老人福祉施設（特養）入所 |
| 2. 通所リハビリ（デイケア） | 9. 訪問介護（ホームヘルパー） |
| 3. 短期入所（ショートステイ） | 10. 訪問看護・訪問リハビリ |
| 4. 小規模多機能居宅介護 | 11. 訪問入浴 |
| 5. グループホーム入居 | 12. その他（ ） |
| 6. 介護老人保健施設入所 | 13. わからない |
| 7. 介護療養型医療施設入所 | |

●**介護者ご自身のこと**についておうかがいします。
あてはまる番号に○をつける、あるいはご回答をお願いします。

問11 性別

1. 男性 2. 女性

問12 年齢

歳

問13 介護者の方からみたご本人との続柄

1. 実父 2. 実母 3. 義父 4. 義母
5. 夫 6. 妻 7. その他（ ）

問14 現在、認知症のご本人と同居していますか

1. 同居している 2. 同居していない

問15 問13で「3. 義父」「4. 義母」「7. その他」と答えた方で、なおかつ問14で「2. 同居していない」と答えた方にお尋ねします。これまでに認知症のご本人と同居したことはありますか

1. 同居したことがある 2. 同居したことがない

問16 あなたは主たる介護者ですか、それとも主たる介護者を助ける立場ですか

1. 主たる介護者 2. 主たる介護者を助ける立場 3. その他（ ）

問17 介護の状況

1. 自宅介護 2. 通っての介護 3. その他（ ）

問18 介護期間

1. 半年未満 2. 半年～1年未満 3. 1年～2年未満 4. 2年～3年未満
5. 3年～4年未満 6. 4年～5年未満 7. 5年から10年未満 8. 10年以上

日常生活の中で認知症の人が関わる「トラブル」についての調査

- 日常生活の中で認知症の人が関わる「トラブル」についておうかがいします。
あてはまる番号を各欄にご記入ください。

ここでの「トラブル」とは…認知症が元で起こる「もめ事」あるいは「どう始末をつけられないかわからず困ったこと」です。本人が困ることもあれば、家族や近隣の人、地域などが「困ってしまう」こともあります。悪意があるのではなく、本人もわからないままに引き起こしてしまうこともあります。本人が被害にあう場合も、まわりが被害にあう場合もどちらも入ります。（認知症が原因なのか判断がつかない場合も書き込んでください）

問19 項目ごとに番号を選んで、記入して下さい。「その他」を選んだ場合は、
具体的内容も記入して下さい。

事項		頻度	対応	結果
		1. 毎日 2. 週に1回程度 3. 月に1回程度 4. 半年に1回程度 5. 年に1回程度 6. めったにない 7. 全くない	1. 家族のみで対応 2. 弁護士・司法書士 に依頼 3. 警察に依頼 4. 地域包括支援 センターに依頼 5. 対応していない 6. その他（ ）	1. 裁判になった 2. 係争中 3. 解決済み 4. 変化なし 5. その他（ ）
例	金銭管理の困難(金融機関へのクレームや誤った意思決定)	3	5. 関係金融機関に事情を説明した	5. 何かあると金融機関から連絡が入るようになった
A. 財産、金銭管理関係				
①	金銭管理の困難(金融機関へのクレームや、たくさんの預金を一度に下ろしたりする。財産を処分してしまうなど)			
②	詐欺・不当販売等の被害			
③	大量・反復する買い物			
④	遺言状をめぐる問題			
⑤	その他 ()			
B. 窃盗、暴力など				
①	商店等での万引き等のトラブル			
②	家族への暴力			
③	施設スタッフなどへの暴力			
④	その他 ()			

事項		頻度	対応	結果
		1. 毎日 2. 週に1回程度 3. 月に1回程度 4. 半年に1回程度 5. 年に1回程度 6. めったにない 7. 全くない	1. 家族のみで対応 2. 弁護士・司法書士に依頼 3. 警察に依頼 4. 地域包括支援センターに依頼 5. 対応していない 6. その他（ ）	1. 裁判になった 2. 係争中 3. 解決済み 4. 変化なし 5. その他（ ）
C. 家族、近隣との人間関係				
①	物盗られ妄想の対象となった人を警察などに訴えるなど			
②	家事困難・孤立、認知介護による困難・トラブルなど			
③	ゴミ屋敷・近隣トラブルなど			
④	その他 ()			
D. 行動異常からくるトラブル				
①	自動車運転によるトラブル(逆走、事故等)			
②	鉄道線路等危険・禁止区域への侵入			
③	行方不明になった			
④	その他 ()			

1-2 小売業の現場における認知症高齢者のトラブル実態やその対応・支援に関する調査

(1) 目的

地域での日常生活に欠くことのできない「食品・日常生活品の買い物」の場面において、認知症高齢者がどのような生活実態にあるか、また、日常生活上の意思決定およびそれへの支援がどのように行われているか等を把握し、地域において認知症高齢者が主体的に日常生活を送る環境作りの検討の基礎的資料とすることを目的とする。

(2) 実施方法

- ①対象 ピアゴ・アピタ 230 店舗（店長または業務副店長）
- ②調査方法 平成 27 年 12 月初旬開催の店長会議において配布、および 社内回収
- ③調査時期 平成 27 年 12 月初旬 ～ 12 月 22 日回答〆切
- ④回答状況 回答数 221 票 （回収率 96.1%）

(3) 調査結果

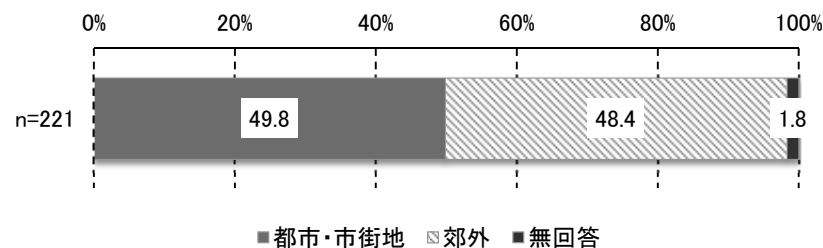
1 店舗の所在地等について（問 1）

1.1 所在地

①立地

回答のあった 221 店舗の立地状況について、「都市・市街地」が 49.8%、「郊外」が 48.4%とほぼ半々であった。

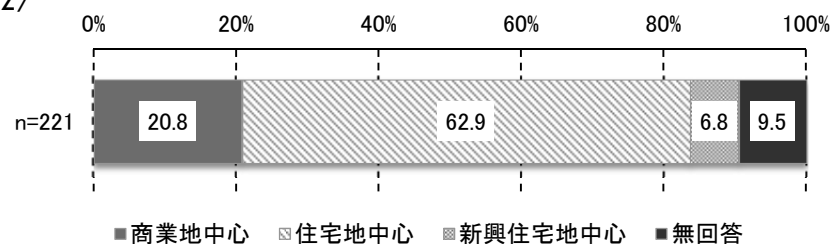
〈図表 1〉



②周辺地域

店舗の周辺地域は、「住宅地中心」である店舗が最も多く 62.9%、続いて「商業地中心」が 20.8%、「新興住宅地中心」が 6.8%であった。

〈図表 2〉

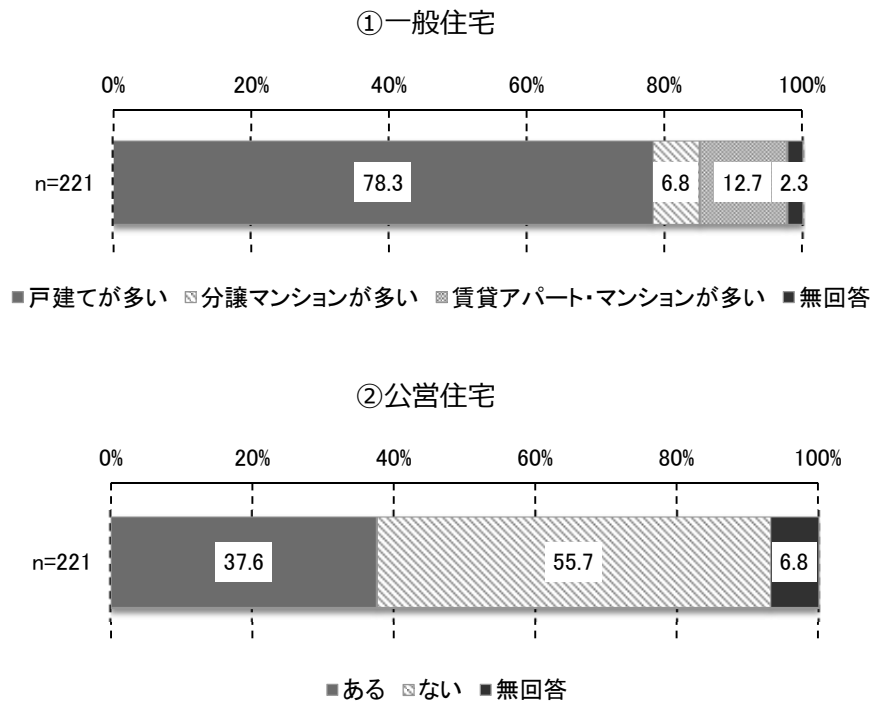


1.2 徒歩圏の住宅環境

続いて、店舗から徒歩圏の住宅環境をみると、一般住宅では、「戸建てが多い」とした店舗が78.3%と8割弱を占め、以降、「賃貸アパート・マンションが多い」が12.7%、「分譲マンションが多い」が6.8%であった。

また、公営住宅が「ある」とした店舗は37.6%である一方、「ない」は55.7%と過半数となった。

〈図表 3〉



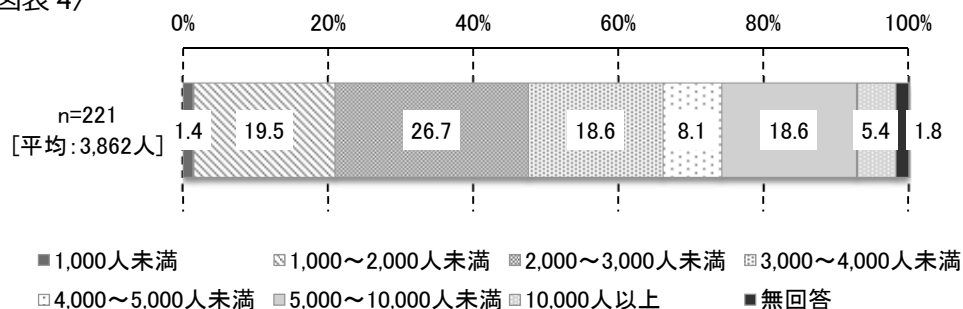
2 高齢のお客様の来店状況について（問 2）

2.1 利用者数

店舗利用の現状について、まず、若年層・高齢層を問わず、店舗の1日あたり利用者数をみると、「2,000～3,000 人未満」が26.7%と最も多く、次いで「1,000～2,000 人未満」が19.5%、「3,000～4,000 人未満」と「5,000～10,000 人未満」がともに18.6%であった。

なお、平均値は3,862人、中央値は3,000人であった。

〈図表 4〉



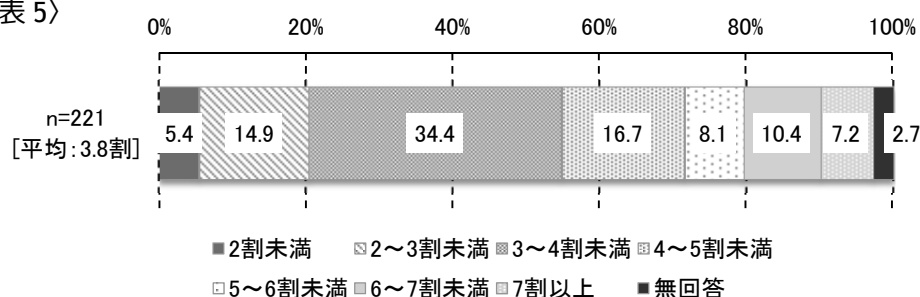
2.2 高齢者利用者

2.2.1 利用者に占める高齢者の割合

次に、利用者に占める高齢者の割合をみると、「3～4 割未満」が 34.4%と最も多く、次いで「4～5 割未満」が 16.7%、「2～3 割未満」が 14.9%と続いた。なお、平均は 3.8 割であった。

立地別では“都市・市街地”店舗で、1 日利用者数階級別では“2,000 人未満”店舗において、高齢者割合が相対的に高い傾向がみられた。

〈図表 5〉

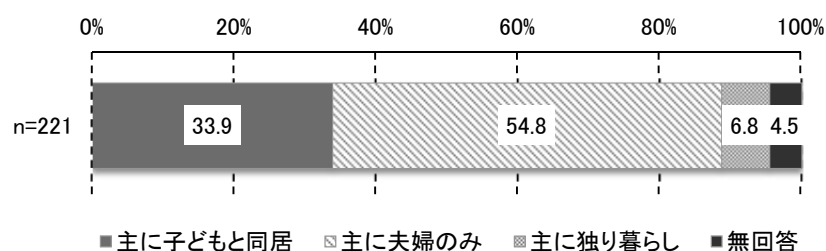


		合計	2 割 未 満	2 割 未 満	3 割 未 満	4 割 未 満	5 割 未 満	6 割 未 満	7 割 以上	無 回 答
全体		N 221 %	12 5.4	33 14.9	76 34.4	37 16.7	18 8.1	23 10.4	16 7.2	6 2.7
立 地 （ 所 在	都市・市街地	N 110 %	5 4.5	15 13.6	40 36.4	18 16.4	6 5.5	14 12.7	10 9.1	2 1.8
		N 107 %	6 5.6	18 16.8	36 33.6	18 16.8	12 11.2	9 8.4	4 3.7	4 3.7
	郊外	N 107 %	6 5.6	18 16.8	36 33.6	18 16.8	12 11.2	9 8.4	4 3.7	4 3.7
		無回答	N 4 %	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	2 50.0
1 日 利 用 者 数	2000人未満	N 46 %	2 4.3	5 10.9	11 23.9	7 15.2	6 13.0	9 19.6	5 10.9	1 2.2
		N 100 %	6 6.0	16 16.0	36 36.0	19 19.0	8 8.0	6 6.0	7 7.0	2 2.0
	2000～4000人未満	N 100 %	6 6.0	16 16.0	36 36.0	19 19.0	8 8.0	6 6.0	7 7.0	2 2.0
		N 100 %	6 6.0	16 16.0	36 36.0	19 19.0	8 8.0	6 6.0	7 7.0	2 2.0
	4000人以上	N 71 %	4 5.6	12 16.9	29 40.8	11 15.5	4 5.6	8 11.3	3 4.2	0 0.0
		N 71 %	4 5.6	12 16.9	29 40.8	11 15.5	4 5.6	8 11.3	3 4.2	0 0.0
	無回答	N 4 %	0 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	3 75.0
		N 4 %	0 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	3 75.0

2.2.2 高齢者の世帯状況

高齢者の世帯状況をみると、「主に夫婦のみ」とした店舗が 54.8%と過半数となり、子どもと同居を含めて、高齢利用者の 9 割近くがいずれかと同居している状況であった。

〈図表 6〉



2.2.3 高齢者の来店状況

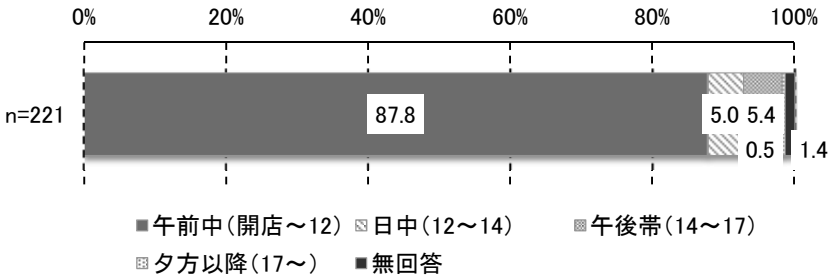
①曜日

高齢者の来店が最も多い曜日は、「火曜日」が40.3%、2番目は「金曜日」で29.4%であった。（固定曜日での店舗休業はなく、8割が「なし」、2割が「不定休」であった）

②時間帯

続いて時間帯は、「午前中（開店～12時）」が87.8%とほとんどを占めていた。

〈図表 7〉



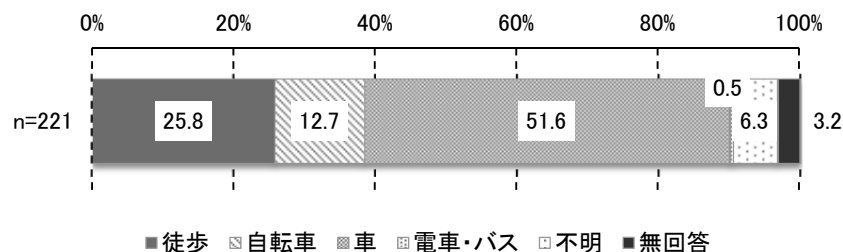
		合計	1 午 2 前 中 (開 店 ～)	1 日 4 中 (1 2 ～)	1 午 7 後 帯 (1 4 ～)	夕 方 以 降 (1 7 ～)	無 回 答
全体		N 221 %	194 87.8	11 5.0	12 5.4	1 0.5	3 1.4
立 地 (所 在)	都市・市街地	N 110 %	99 90.0	6 5.5	4 3.6	0 0.0	1 0.9
	郊外	N 107 %	91 85.0	5 4.7	8 7.5	1 0.9	2 1.9
	無回答	N 4 %	4 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
1 日 利 用 者 数	2000人未満	N 46 %	43 93.5	1 2.2	1 2.2	0 0.0	1 2.2
	2000～4000人未満	N 100 %	87 87.0	4 4.0	8 8.0	0 0.0	1 1.0
	4000人以上	N 71 %	62 87.3	6 8.5	2 2.8	0 0.0	1 1.4
	無回答	N 4 %	2 50.0	0 0.0	1 25.0	1 25.0	0 0.0
高 齢 者 割 合	3割未満	N 45 %	40 88.9	2 4.4	1 2.2	0 0.0	2 4.4
	3～5割未満	N 113 %	97 85.8	8 7.1	7 6.2	0 0.0	1 0.9
	5割以上	N 57 %	52 91.2	1 1.8	3 5.3	1 1.8	0 0.0
	無回答	N 6 %	5 83.3	0 0.0	1 16.7	0 0.0	0 0.0

③来店手段

来店手段は、「電車・バス」が51.6%と5割を超え、「徒歩」が25.8%、「自転車」が12.7%と続いた。

なお、立地別では、“都市・市街地”店舗では、「徒歩」が4割近くになっている（“郊外”では15.0%）一方で、“郊外”店舗では「車」での来店が6割を超えていた（“都市・市街地”店舗では4割強）。

〈図表 8〉



			合計	歩行	自転車	車	電車・バス	不明	無回答
全体		N	221	57	28	114	1	14	7
		%	100.0	25.8	12.7	51.6	0.5	6.3	3.2
立地 (所在地)	都市・市街地	N	110	41	17	46	1	4	1
		%	100.0	37.3	15.5	41.8	0.9	3.6	0.9
	郊外	N	107	16	10	66	0	10	5
		%	100.0	15.0	9.3	61.7	0.0	9.3	4.7
1日利用者数	無回答	N	4	0	1	2	0	0	1
		%	100.0	0.0	25.0	50.0	0.0	0.0	25.0
	2000人未満	N	46	14	5	22	0	2	3
		%	100.0	30.4	10.9	47.8	0.0	4.3	6.5
高齢者割合	2000～4000人未満	N	100	26	11	51	0	11	1
		%	100.0	26.0	11.0	51.0	0.0	11.0	1.0
	4000人以上	N	71	17	12	37	1	1	3
		%	100.0	23.9	16.9	52.1	1.4	1.4	4.2
高齢者割合	無回答	N	4	0	0	4	0	0	0
		%	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
高齢者割合	3割未満	N	45	11	7	17	1	6	3
		%	100.0	24.4	15.6	37.8	2.2	13.3	6.7
	3～5割未満	N	113	30	15	59	0	7	2
		%	100.0	26.5	13.3	52.2	0.0	6.2	1.8
高齢者割合	5割以上	N	57	16	6	32	0	1	2
		%	100.0	28.1	10.5	56.1	0.0	1.8	3.5
	無回答	N	6	0	0	6	0	0	0
		%	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0

3 店舗・売り場でのお客様トラブルの実態・対応

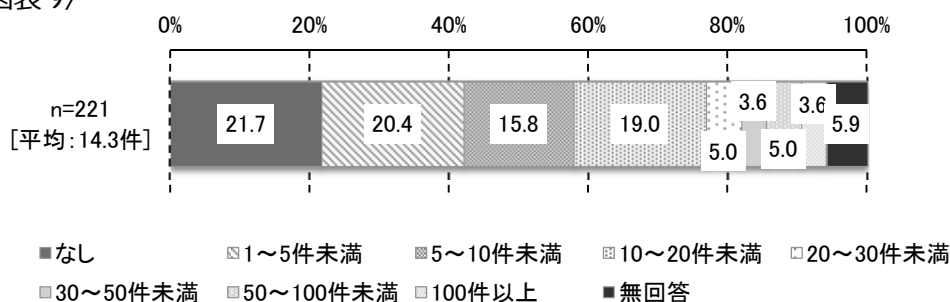
3.1 トラブルの実態について（問 3）

3.1.1 1年間のトラブル件数

まず、店舗・売り場でのトラブル（H27.1～の1年間、高齢者に関わるもの・認知症が原因であるものを問わない）の発生・認識状況についてみると、「なし」が21.7%と最も多く、「1～5件未満」が20.4%、「10～20件未満」が19.0%、と2割ずつでバラつきがみられた。

平均件数は14.3件、中央値は5件、最大値は250件であった。

〈図表 9〉



		合計	なし	1 件 未 満	5 件 未 満	10 件 未 満	20 件 未 満	30 件 未 満	50 件 未 満	100 件 以上	無 回 答
全体		N 221 % 100.0	48 21.7	45 20.4	35 15.8	42 19.0	11 5.0	8 3.6	11 5.0	8 3.6	13 5.9
立 地 （ 所 在	都市・市街地	N 110 % 100.0	27 24.5	21 19.1	15 13.6	19 17.3	6 5.5	5 4.5	6 5.5	5 4.5	6 5.5
	郊外	N 107 % 100.0	20 18.7	23 21.5	20 18.7	22 20.6	5 4.7	3 2.8	5 4.7	3 2.8	6 5.6
	無回答	N 4 % 100.0	1 25.0	1 25.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0
1 日 利 用 者 数	2000人未満	N 46 % 100.0	15 32.6	10 21.7	8 17.4	7 15.2	2 4.3	1 2.2	0 0.0	0 0.0	3 6.5
	2000～4000人未満	N 100 % 100.0	26 26.0	25 25.0	18 18.0	16 16.0	4 4.0	1 1.0	4 4.0	1 1.0	5 5.0
	4000人以上	N 71 % 100.0	5 7.0	10 14.1	9 12.7	18 25.4	4 5.6	6 8.5	7 9.9	7 9.9	5 7.0
	無回答	N 4 % 100.0	2 50.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
高 齢 者 割 合	3割未満	N 45 % 100.0	7 15.6	8 17.8	9 20.0	8 17.8	2 4.4	5 11.1	2 4.4	3 6.7	1 2.2
	3～5割未満	N 113 % 100.0	25 22.1	28 24.8	17 15.0	19 16.8	6 5.3	1 0.9	5 4.4	5 4.4	7 6.2
	5割以上	N 57 % 100.0	15 26.3	7 12.3	9 15.8	13 22.8	2 3.5	2 3.5	4 7.0	0 0.0	5 8.8
	無回答	N 6 % 100.0	1 16.7	2 33.3	0 0.0	2 33.3	1 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

本アンケートを通じて、“トラブル”とは、以下のように定義して、回答を頂くようにした。

※ “トラブル”とは来店のお客様との「もめ事」または「どう始末をつけられないか分からず困ったこと」です。

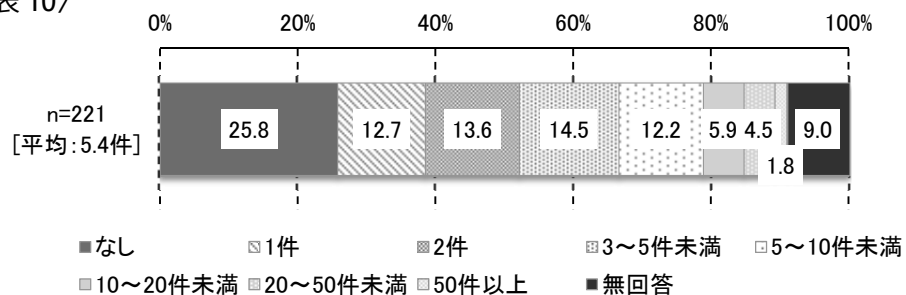
認知症が原因と思われる場合、“本人が困る” こともあれば、“家族や近隣の人、地域の関係者などが困ってしまう” こともあります。本人が被害にあう場合も、周囲の人たちが被害にあう場合もどちらも入ります。（認知症が原因なのか判断がつかない場合も含めて考えて下さい）

3.1.2 高齢者に関わる件数

続いて、“高齢者に関わる”トラブル件数をみると、「なし」が 25.8%、「1 件」が 12.7%、「2 件」が 13.6%、「3～5 件未満」が 14.5 件、「5～10 件未満」が 12.2%であった。

平均件数は 5.4 件、中央値は 2 件、最大値は 120 件であった。

〈図表 10〉



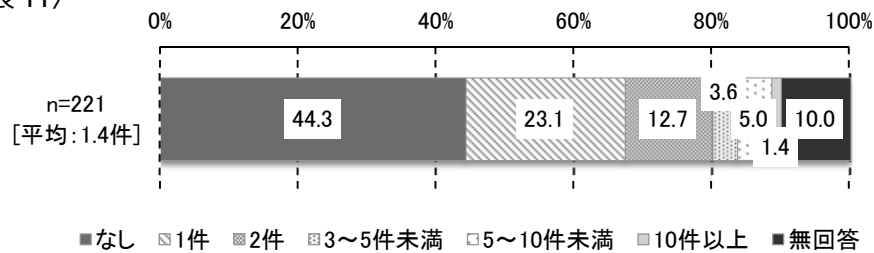
3.1.3 認知症を疑う件数

さらに、“認知症かもしれない”と思った件数をみると、「なし」が44.3%、「1件」が23.1%、「2件」が12.7%と、0～2件で8割を占める状況であった。

平均件数は1.4件、中央値は1件、最大値は50件であった。

また、立地別では“郊外”店舗で、利用者数階級別では“4000人以上”店舗で、高齢者割合階級別では“5割以上”店舗において、若干件数が多くなっている傾向がみられた。

〈図表 11〉



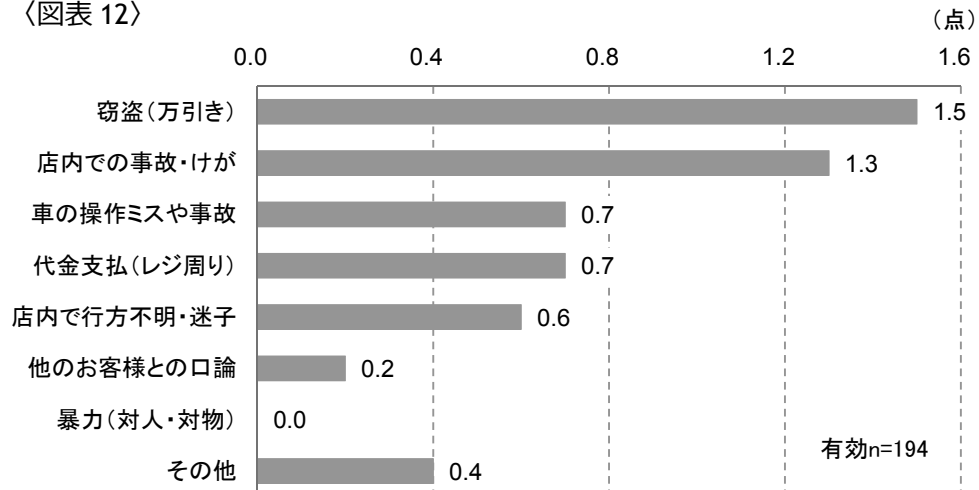
		合計	なし	1件	2件	3～5件未満	5～10件未満	10件以上	無回答
全体	N	221	98	51	28	8	11	3	22
	%	100.0	44.3	23.1	12.7	3.6	5.0	1.4	10.0
立地（所在）	都市・市街地	N	110	52	24	10	5	7	10
		%	100.0	47.3	21.8	9.1	4.5	6.4	9.1
	郊外	N	107	46	25	17	3	4	11
		%	100.0	43.0	23.4	15.9	2.8	3.7	10.3
1日利用者数	無回答	N	4	0	2	1	0	0	1
		%	100.0	0.0	50.0	25.0	0.0	0.0	25.0
	2000人未満	N	46	26	8	4	0	1	7
		%	100.0	56.5	17.4	8.7	0.0	2.2	15.2
高齢者割合	2000～4000人未満	N	100	50	23	10	4	4	9
		%	100.0	50.0	23.0	10.0	4.0	4.0	9.0
	4000人以上	N	71	20	20	13	4	6	5
		%	100.0	28.2	28.2	18.3	5.6	8.5	7.0
無回答	無回答	N	4	2	0	1	0	0	1
		%	100.0	50.0	0.0	25.0	0.0	0.0	25.0
3割未満	3割未満	N	45	20	9	9	1	2	3
		%	100.0	44.4	20.0	20.0	2.2	4.4	6.7
3～5割未満	3～5割未満	N	113	51	29	11	5	3	12
		%	100.0	45.1	25.7	9.7	4.4	2.7	10.6
5割以上	5割以上	N	57	24	13	6	2	6	6
		%	100.0	42.1	22.8	10.5	3.5	10.5	10.5
無回答	無回答	N	6	3	0	2	0	0	1
		%	100.0	50.0	0.0	33.3	0.0	0.0	16.7

3.2 高齢者のトラブルの内容

3.2.1 高齢者に多いトラブル

高齢者に多いトラブル（認知症が原因の場合に限らない）について、第1位～第3位までの回答を、第1位に3点、第2位に2点、第3位に1点をそれぞれ付与（スコア化）したところ、「窃盗（万引き）」が1.5ポイントと最も多く、次いで、「店内での事故・けが」が1.3ポイント、「車の操作ミスや事故」と「代金支払い（レジ周り）」がともに0.7ポイントであった。

〈図表 12〉

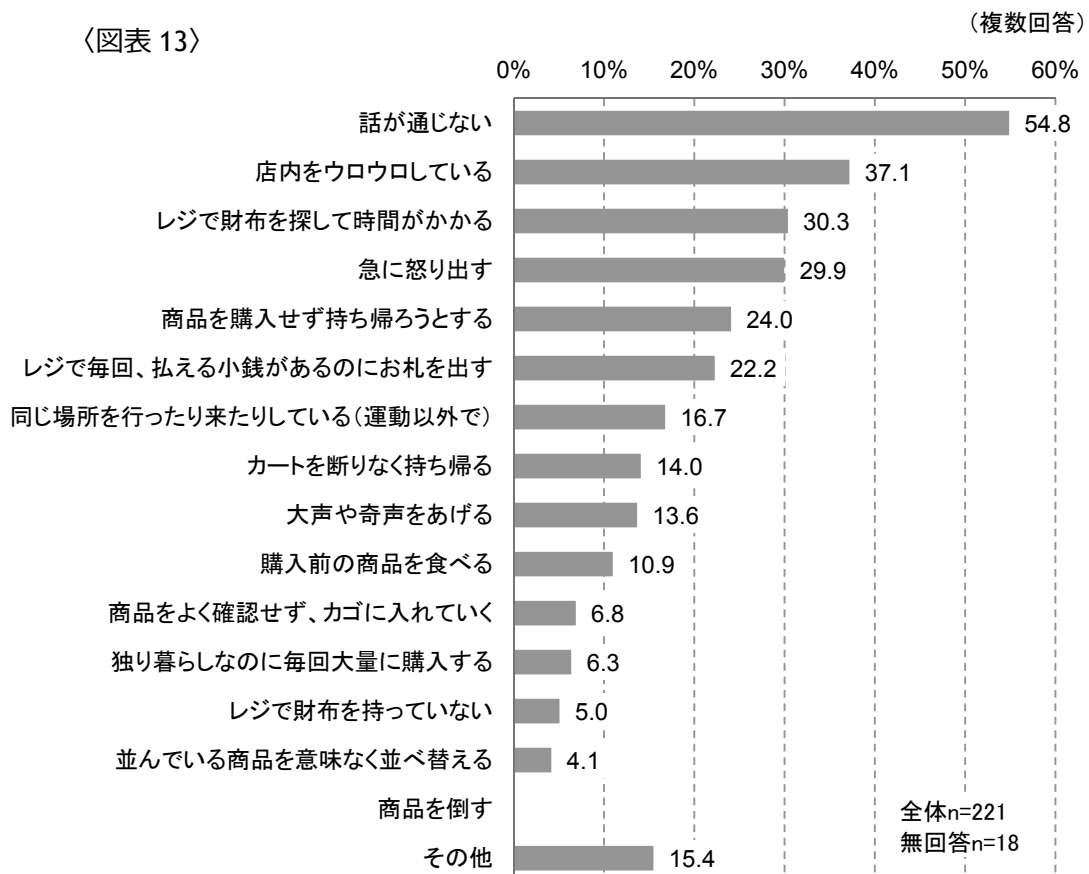


3.2.2 高齢者の様子で“おかしい”と思ったこと（気になったこと）

続いて、トラブルに発展しないまでも、店舗・売り場での高齢者の様子で“おかしい”と思ったこと（認知症の症状として、に限らない）についてみると、「話が通じない」が 54.8%、以下、「店内をウロウロしている」37.1%、「レジで財布を探して時間がかかる」30.3%、「急に怒り出す」29.9%、「商品を購入せず、持ち帰ろうとする」24.0%と続いた。

「その他」15.4%の主な記述回答は下表一覧の通り。

〈図表 13〉



(複数回答)											
		合計	商品をよく確認 できていく	商品とカゴに入 れず、カゴに確 認	並んでいる商品 の意味なく並べ 替える	購入前の商品を 食べる	大声や奇声をあ げる	話が通じない	急に怒り出す	同じ場所を行っ たり来たりして いる（運動以外 で）	店内をウロウロ している
全体		N %	221 100.0	15 6.8	9 4.1	24 10.9	30 13.6	121 54.8	66 29.9	37 16.7	82 37.1
立地（所在地）	都市・市街地	N %	110 100.0	10 9.1	5 4.5	13 11.8	17 15.5	62 56.4	32 29.1	19 17.3	41 37.3
	郊外	N %	107 100.0	4 3.7	4 3.7	9 8.4	13 12.1	58 54.2	34 31.8	16 15.0	39 36.4
	無回答	N %	4 100.0	1 25.0	0 0.0	2 50.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	2 50.0	2 50.0
1日利用者数	2000人未満	N %	46 100.0	2 4.3	3 6.5	6 13.0	6 13.0	25 54.3	7 15.2	10 21.7	13 28.3
	2000～4000人未満	N %	100 100.0	8 8.0	6 6.0	8 8.0	11 11.0	53 53.0	25 25.0	17 17.0	34 34.0
	4000人以上	N %	71 100.0	5 7.0	0 0.0	10 14.1	13 18.3	42 59.2	34 47.9	10 14.1	34 47.9
	無回答	N %	4 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0
高齢者割合	3割未満	N %	45 100.0	6 13.3	1 2.2	8 17.8	6 13.3	23 51.1	17 37.8	9 20.0	13 28.9
	3～5割未満	N %	113 100.0	4 3.5	6 5.3	12 10.6	16 14.2	69 61.1	36 31.9	13 11.5	43 38.1
	5割以上	N %	57 100.0	5 8.8	2 3.5	3 5.3	8 14.0	27 47.4	12 21.1	15 26.3	25 43.9
	無回答	N %	6 100.0	0 0.0	0 0.0	1 16.7	0 0.0	2 33.3	1 16.7	0 0.0	1 16.7

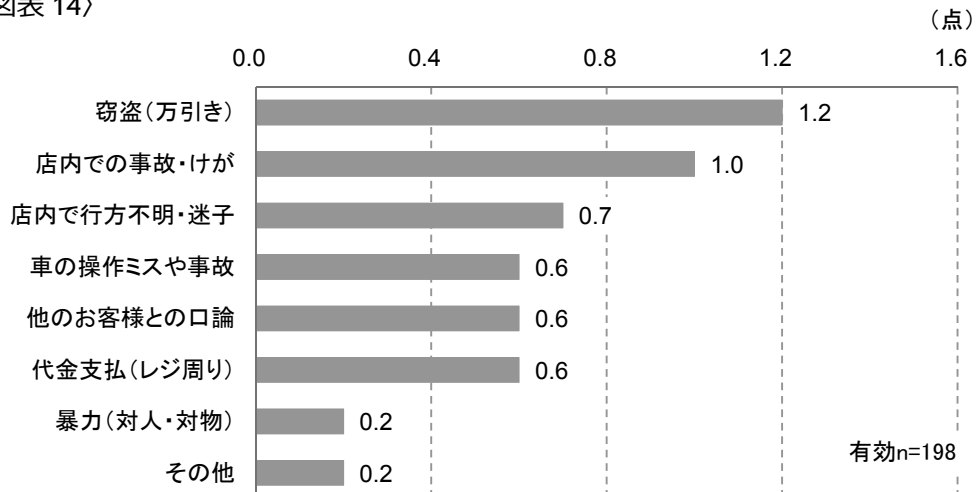
			商品 を倒す	る持商 ち品を 帰を る購 う入 とせ ず	くカ 持 ト 帰 を 断 り な	入に独 す毎 る回 暮大 量し にな 購の	るして てジ で時 間財 が布 かを 探	持レ ジ で い財 布を ない	のえレ にるジ にお小 札銭毎 が回、 を出 する払	そ 他	無 回 答
全体		N %	0 0.0	53 24.0	31 14.0	14 6.3	67 30.3	11 5.0	49 22.2	34 15.4	18 8.1
立地 (所在地)	都市・市街地	N %	0 0.0	26 23.6	17 15.5	8 7.3	32 29.1	6 5.5	25 22.7	15 13.6	8 7.3
	郊外	N %	0 0.0	26 24.3	12 11.2	4 3.7	34 31.8	5 4.7	22 20.6	19 17.8	10 9.3
	無回答	N %	0 0.0	1 25.0	2 50.0	2 50.0	1 25.0	0 0.0	2 50.0	0 0.0	0 0.0
1日 利用者数	2000人未満	N %	0 0.0	10 21.7	7 15.2	3 6.5	11 23.9	2 4.3	8 17.4	8 17.4	2 4.3
	2000～4000人未満	N %	0 0.0	21 21.0	12 12.0	9 9.0	36 36.0	6 6.0	25 25.0	10 10.0	10 10.0
	4000人以上	N %	0 0.0	21 29.6	12 16.9	2 2.8	19 26.8	3 4.2	16 22.5	15 21.1	4 5.6
	無回答	N %	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	2 50.0
高齢者割合	3割未満	N %	0 0.0	18 40.0	5 11.1	2 4.4	12 26.7	3 6.7	8 17.8	6 13.3	2 4.4
	3～5割未満	N %	0 0.0	22 19.5	17 15.0	5 4.4	33 29.2	5 4.4	27 23.9	17 15.0	11 9.7
	5割以上	N %	0 0.0	11 19.3	9 15.8	7 12.3	20 35.1	3 5.3	14 24.6	10 17.5	4 7.0
	無回答	N %	0 0.0	2 33.3	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	0 0.0	1 16.7	1 16.7

3.3 トラブルへの対応について（問 4）

3.3.1 対応困難の内容

高齢者とのトラブルで対応が難しいことについて、第1位～第3位までの回答を、第1位に3点、第2位に2点、第3位に1点をそれぞれ付与（スコア化）したところ、「窃盗（万引き）」が1.2ポイントと最も多く、次いで、「店内での事故・けが」が1.0ポイント、「店内での行方不明・迷子」が0.7ポイントであった。

〈図表 14〉

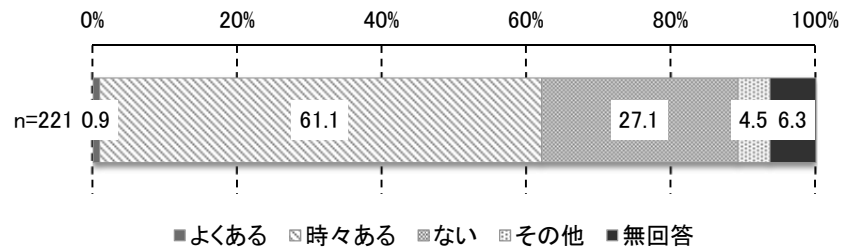


3.3.2 対応困難の頻度

高齢者のトラブル対応で困ること（頻度）についてみると、「時々ある」が 61.1%と最も多く、次いで、「ない」が 27.1%であった。「よくある」はわずか 0.9%にとどまっていた。

高齢者割合階級別でみると、高齢者割合が高い方が「ない」とする割合が低い（「時々ある」の割合が高い）傾向がみられた。

〈図表 15〉



			合 計	よ く あ る	時 々 あ る	な い	そ の 他	無 回 答
全体			N 221 % 100.0	2 0.9	135 61.1	60 27.1	10 4.5	14 6.3
立 地 （ 所 在	都市・市街地	N 110 % 100.0	2 1.8	69 62.7	31 28.2	4 3.6	4 3.6	
	郊外	N 107 % 100.0	0 0.0	62 57.9	29 27.1	6 5.6	10 9.3	
	無回答	N 4 % 100.0	0 0.0	4 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	
	1 日 利 用 者 数	2000人未満 2000～4000人未満 4000人以上 無回答	N 46 % 100.0 N 100 % 100.0 N 71 % 100.0 N 4 % 100.0	0 0.0 0 0.0 2 2.8 0 0.0	27 58.7 58 58.0 48 67.6 2 50.0	15 32.6 31 31.0 13 18.3 1 25.0	2 4.3 5 5.0 2 2.8 1 25.0	2 4.3 6 6.0 6 8.5 0 0.0
高 齢 者 割 合	3割未満 3～5割未満 5割以上 無回答	N 45 % 100.0 N 113 % 100.0 N 57 % 100.0 N 6 % 100.0	1 2.2 1 0.9 0 0.0 0 0.0	23 51.1 69 61.1 40 70.2 3 50.0	16 35.6 29 25.7 13 22.8 2 33.3	2 4.4 6 5.3 2 3.5 0 0.0	3 6.7 8 7.1 2 3.5 1 16.7	

3.4 高齢者に多いトラブルと対応の事例

※トラブルの状況と対応の事例のうち、「認知症が原因と思われる事例」を一部抜粋して掲載

〈図表 16〉

	状況	対応
1	店内喫煙を何度注意しても止めない。	警察へ通報。出入り禁止措置→来店の繰り返し。結果、入院。
2	セルフレジにて商品をスキャンするも、清算が出来ずに放置。これを何回も繰り返す。	清算の手順等案内するも、話を通じず、女性従業員から男性従業員にかわると店外へ逃げていく。今まで数回の来店がある。
3	店内の商品を、お金を支払わず持ち帰ろうとする。	補足し話を聞こうにも話を通じず、警察に通報。
4	次々に商品説明を求め、説明に対して大声で商品への不満を言い、なかなか納得しない。	最後まで丁寧に対応してお買い上げいただく。
5	商品を取ろうとされ先に意識が強く、他のお客さまへどけとか声を出す。どかないと、手を出す。	別室に呼んで、行ったことに対して説得注意を実施。
6	長時間店内に滞在され、話も会話にならない。	警察に連絡して、保護してもらった。捜索願が出ていた。
7	当店ではないが、以前いた店舗で、店内で猫の餌を万引きし、食べていた。それ以前にも、代金を支払わず店内の商品を食べていたことがあった。	息子さん夫婦に連絡し、事情を説明し身元を引き受けていただいたが、その後も来店があり、何回か同じことがあった。最終的には、施設に入られ来店されなくなった。
8	入り口近く車を止め、店内へ入ろうとする（駐車区画ではない。店の玄関の目の前）。	駐車場区画内に駐車していただくようお願いし、車を移動していただく。
9	店内の通路に汚物（排泄物）を放置する。	即時清掃担当および従業員にて処理をする。防犯カメラにて確認すると、高齢者の方と推定された。
10	従業員に対し、身に覚えのないことで言いがかり等をつける。	落ち着いてご説明し、納得させる。
11	店舗従業員に対して、対応、接客に対してクレームを繰り返す。	管理職がお詫びをすると収まる。
12	立体駐車場のフロアをぐるぐる回っている。	白線内なので特に口頭注意はせず、状況様子みている。
13	商品をよく確認せず、買い物をしたり、何度も同じ商品を購入することを繰り返す。	家族の方がお見えになり、レシートにあるものに関しては、返品に応じ、お一人で買い物はなるべく、なさらないようにお願いしました。
14	週に2～3回来店、チョコレートを1～2個万引き、食べる。	2～3回補導する。今回警察に引き渡す。2回目。
15	遠方より電車にて来店。車いす利用。座布団の下に商品を隠す。身元が不明？	警察を呼び対応。
16	商品を意味もなく並べ替える。	やさしく声かけし対応。あわてさせないで、状況を側で監視。
17	連れの方とはぐれてしまい、エスカレーターの下りを上がろうとしていた。	近くにいたお客様が気づいて、サービスカウンターまで連れてきてくれましたので、保護し、お連れの方を探して見つけて、事情を説明しました。
18	今年に入って、同じ人が万引きで、補足したのが3度あった。家族に聞くと、認知症で1人暮らし。	警察に通報、家族の方に連絡し、お支払いいただく。何度ご家族の方にも相談するが、その後も何度か来店。
19	ユニカードに現金をチャージしたら、財布にあった現金がない、お釣り銭をもらってない等、あります。	丁寧に説明をして、ご理解いただきます。

20	遠方より徒歩にてご来店。体調を崩され、家まで送ろうとするが、家が分らない（家への帰路が分らない）。	始めは車いすでお客様の言うとおりに行くが、家道順が不明。お客様の持ち物より住所を確認すると、安城市（当店は岡崎市）。店長、社員の2名で車で送るが、住所付近まで行っても家が特定できない。お客様といろいろ話をしながら、やっと家を特定。かかった時間 2 時間。
21	高齢のお客様で、夫婦で買い物をしていたところ、夫がいなくなったと連絡が入り、店内を搜索、警察にも通報した。	その後、自宅に帰っていることが判明。
22	買い物をされる様子もなく、開店から午前中、店内を行き来している。見本のイスに腰掛け、しばらく動かない。	他のお客様に、直接迷惑のかかる状態ではなかったため、従業員が行動を見守る程度の対応をした。腰掛けについては、声掛けをした。
23	店内の従業員にプレゼントを送り続け、お断りしても届けに来られます。	地域いきいき支援センターと連携して対応。
24	あいさつが、自分に対してしっかりされないことに激高・興奮して、すぐに店長を呼べと叫ぶ。2～3 カ月に 1 回あり。	バックヤードの警備室に案内して、社員 2 名でお客様が話つくすまで聞く。家族に対しても電話を入れておく。
25	商品代金を払わず、カバンに入れ退店（万引き）。	本人と話をするのだが、何でカバンに入っているかわからないとの返答。身寄りもないというので、警察を呼ぶと、同居の家族がいる場合が多々ある。話はかなりつつまが合わない。
26	お買いもの商品を代金未払いの状態で置き忘れ、自転車を引きサービスカウンターに現れた。商品はどこにあるのかと困惑された。	お客様のご連絡先を伺い、確認をとる。商品がみつからなかったため、帰宅をうながす。置き忘れた商品は、テナント売場から見つかる。
27	車で来店されて、駐車場で壁に激突する。	廃車に車をする予定の当日に、車を運転して来店して、壁にぶつかる。認知症。
28	1 階食品レジ付近に、人の便が落ちていた。	出口までの経路を見て、他に落ちていないか、確認清掃。
29	商品を清算せずに持ち帰ろうとして、保安員に呼び止められる。	大府市高齢者相談支援センターより、緊急連絡先として家族の電話番号をいただく。定期的に、支援センター職員の巡回をしてもらう。
30	開店と同時に入店され（90 代男性、他のお客様に案内してもらったらしい）、店内を歩きまわる。別のお客様より、おかしいのではと通報。	事務所へご案内し、お名前、住所をうかがうが、はっきりしないため交番へ知らせたが、息子さんの名前を言ったので、電話番号調べて迎えに来てもらった。
31	大型店にいた時、高齢のお客様が行方不明になってしまった。	店舗の従業員で搜索、警察にも搜索をお願いした。
32	午前中に見える、あまりしゃべれない感じの年配の男性が、棚にあるアルファベットチョコを、毎回すべて買って帰る（5～10 個）。	とりあえず、午前中は棚に 3 個、アップ棚に残りを置いてみたら、3 個になり、特にもっとほしいという要望はなかった。
33	万引き犯と間違いそうになり、不審な行動を取っていた。	途中より様子を確認し、買い物がレジを通過するまで、尾行が必要であった。
34	ペットフードをフードコートに未精算で持ち込み、食べる。	家族の方に、警察を通し連絡をしていただき、家庭内での保護を依頼する。
35	自分が乗ってきた自転車の場所が、分らなくなった。	一緒に探したが分らず、住所も答えられないので、持っていた携帯電話を借りて、家族に連絡。
36	高齢者が迷子になってしまい、サービスカウンターで保護。	ご家族の連絡先を聞いても、話が通じなくて困ってしまっただ。偶然に家族が捜しに来ていて、助かりました。
37	自分の車がなくなると、申し出される。	店メンバーが駐車場を探したが見つからず、結果的には、車での来店でなかった。

38	9時開店なのに、8時前から、何度も身障者インターホンで呼び、開けろといい、開店後、扱ったことのない品が依然あったといい、大量のビールをカートに載せ、支払わない。事務所まで侵入し、騒いだ。	警察を呼び、奥さんに来てもらう。奥さんから、認知症で困っていると話があった。
39	お買い物時間が長く（1時間以上）、品物をいろいろ見られている。	時折、何かお探しですか、と笑顔で声かけしています。
40	同じことを何度も言う。自分の意見を曲げない。	状況を説明しても判ってもらえないので、ひたすら謝罪する。
41	着衣を汚して（おもらしをして）、そのまま買い物をしていた。	他のお客様より、臭い等の苦情を受けるも、臭い以外は特に通常のお客様と変わらないので、しばらく見守り。普通に買い物をして、帰られた。
42	万引きで捕捉したところ、ご家族から認知症で困っている旨を言われました。	1人で来店してきたら、家の電話番号を伝えるので、連絡してくださいと言われて、対応に困った。申出は、お断りさせていただきました。
43	母親が目を離した隙に、行方不明。	店内外の捜索を行い、見つからないため、警察への届出を、お客様にすすめた。
44	買い物かごに商品を入れたまま、支払せず（3年前）。店内に3時間以上滞在していた（ベンチに座った。うろうろしている）。	万引きかもしれないので、声掛けしたが話を通じず、警察へ連絡。市へ確認していただいたところ、認知症としてサポートされていた。市が主催する、該当者へのサポートミーティングへ出席し、対応を協議した。
45	一緒に当店に来店した妻が行方不明であると、男性客より警備に申し出あり。妻は認知症のため、徘徊行動をしているのではと、お困りの様子。しかしながら、申し出のあった男性客本人が、会話が支離滅裂にて、認知症の可能性あり。	申し出を受け、館内放送にて、捜索の呼びかけを実施。併せて警備、業務担当者にて捜索実施するも、該当者を発見できず。該当者の服装、特徴等の詳細を、男性客に再度伺うも、会話が支離滅裂のため、本人同意の上警察へ通報し、捜索を含め対応をお願いする。
46	以前いた店舗でのことです。大量に買った拳銃、一部返品を繰り返す。	初めは対応していたが、市に連絡し、地域の方に来てもらい引き渡した。遠くに住む家族が、施設に入れたとのこと。自宅は買い物であふれていたらしい。
47	朝方6時頃、店頭自動ドアを開けようとしていた。女性。容姿はパジャマ姿で、左右異なる履物を履いていた。	夜間待機していた警備員が、お声掛けすると、「開かない」。まだ営業していない旨を伝えると、諦めるが、帰れるかと尋ねると、コンビニ名（近隣）を言ったので、方向を示すと歩いて行った。対応者は、認知症かどうか判断しかねた。
48	店内にて他のお客様に話しかけ、従業員に話しかけ、意味不明なおっしゃり苦慮した。	店対応では何ともならず、警察にお願いした。
49	電話がかかって、何をしゃべっているか、聞き取れず、声も小さく、何かに怒っている口調で話される。	電話が遠いようなのでと返答し、電話を切る（何回かありました）。
50	同じ日に同じ惣菜を何度も買いに来る。	さっきも買われませんでしたかという、買っていないと言われる。
51	いったん買い物をし、外に出て再度入店をして、1品から2品程度袋に入れ、代金を払わないで帰ろうとする。	話を聞くと、「覚えていない」「家族に言うくらいなら死ぬ」「一つくらいいいでしょ」と口にする方が多い。万引きの場合は、警察へ引渡し。
52	迷子。	支援センター、警察へ連絡。
53	財布を持たずに、会計に何回も並ぶ。	担当者全員、お客様を理解しています。会計のマネで、お帰りいただいています。
54	精算時に、計算が間違っていると主張。	電卓で計算し、計算が合っていることを説明した。
55	トイレの場所ではないところで、用を足してしまう。	トイレの場所を案内して、理解してもらう。

4 高齢者や認知症に関する取り組み

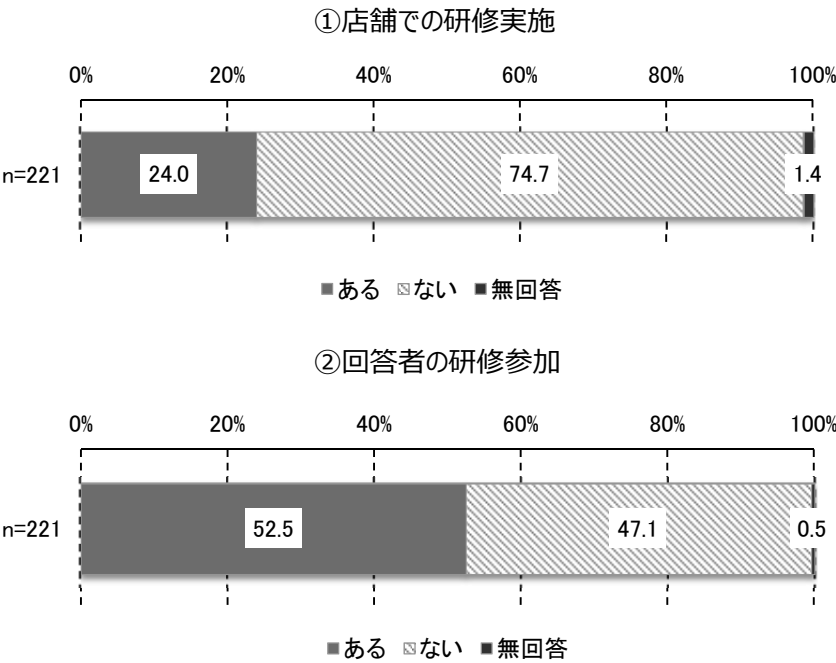
4.1 店舗での取り組み（問 5）

4.1.1 認知症に関する研修

まず、店舗のスタッフを対象とした高齢者や認知症に関わる研修の実施について、「ある」が24.0%、「ない」が74.7%と、店舗での研修実施率は4分の1にとどまっていた。一方、回答者（店長・業務副店長）自身の外部の同研修への参加について、「ある」が52.5%、「ない」が47.1%と、「ある」が若干上回る状況であった。

なお、研修実施の「ある」店舗が行った研修は「認知症サポーター養成講座」が66.0%、また、研修参加の「ある」回答者が参加した研修は同じく「認知症サポーター養成講座」が80.2%であった。

〈図表 17〉



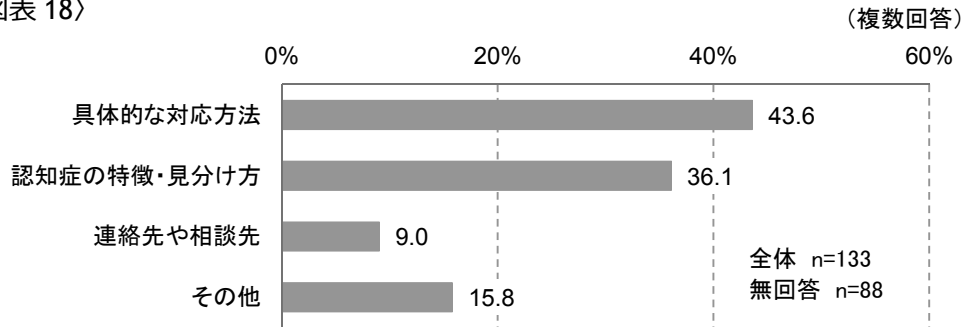
“認知症かもしれない”と思った件数（3.1.3 認知症を疑う件数）について、店舗での研修実施別にみると、実施あり店舗でより件数が多い傾向がみられた。研修受講によって“認知症に気づける”知識等によって、現場スタッフの観察力が向上していることがうかがえた。

		合計	なし	1件	2件	3 5 5件未満	5 1 0件未満	1 0 件以上	無 回 答
全体	N	221	98	51	28	8	11	3	22
	%	100.0	44.3	23.1	12.7	3.6	5.0	1.4	10.0
店舗 実 施 の 研 修	ある	N	53	17	14	9	2	5	4
		%	100.0	32.1	26.4	17.0	3.8	9.4	7.5
	ない	N	165	79	37	19	5	6	18
		%	100.0	47.9	22.4	11.5	3.0	3.6	10.9
	無回答	N	3	2	0	0	1	0	0
		%	100.0	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0

4.1.2 認知症について知りたいと思うこと

認知症について知りたいと思うことについて記述回答を整理すると、「具体的な対応方法」が43.6%と最も多く、次いで、「認知症の特徴・見分け方」が36.1%、「連絡先や相談先」が9.0%であった。

〈図表 18〉



※記述回答のうち、主な回答を抜粋して掲載

1	認知症の方への対応の仕方。
2	車で来店された方への対応。安全上の配慮。
3	具体的な対応の仕方。良くある事例と対応の仕方を知りたい。
4	対処の仕方の基本的な事、いってはいけない、してはいけないことを知りたい。
5	トラブル対応集などがあれば助かります。認知症なのかの判断基準が不明で、知りたい。
6	認知症を認識されていないご家族との対応。
7	認知症の方に、してはいけない行動や言動、および対処方法。
8	介護ヘルパーさんが同伴されている場合は、是非店長に声掛けして欲しい。協力できることがあるかもしれない。個人情報として無理なのか？
9	認知症の家族の方とコミュニケーションが取れれば、トラブルも回避できると思うのですが。
10	本人が認知症であれば、身元を記してあるものを持参している可能性が高いが、本人の了承後、財布など開けてよいのか？
11	他のお客様にご迷惑をかけた時の対応。
12	認知症かどうか、店頭で対応しても、証明の名札を付けているわけではないので、分らない。どうすればわかるの？
13	店内従業員がすべて教育を受け、地域と一体となって、協力活動を行い、体験して学ぶ。
14	認知症の方かどうかは、なかなかわからないので、その場面には対応に困る。
15	認知症の方との、上手なコミュニケーションの取り方。
16	こちらが見て、認知症の疑いがあるお客様の見分け方。
17	傾向と対策が明確にわかるものがあれば、資料として手元にあるとよい。
18	メンバーに、対応の仕方をどのように教育するか？
19	認知症のお客様とわかる特徴。対応の仕方。
20	どんな行動が、認知症の症状なのか。また精神的な疾患との違いは。
21	認知症だと思われる方に対して、言うてはいけない言葉や言い方。家族の方の、情報の聞き出し方。
22	認知症の人の、物の感じ方、理解の仕方。
23	こちらの言っていることが理解できない場合は、どうしたらいいのかわからない。
24	それほど知識がないので、資料の配布、研修があれば参加したい。

4.1.3 認知症対応で配慮したいこと

※記述回答のうち、主な回答を抜粋して掲載

〈図表 19〉

1	認知症の方には、笑顔で普段通りに対応する。服装に注意する。
2	出来るだけ配慮した接客を心掛ける。
3	まずはご本人をよく観察させていただき、早急な対応は緊急時以外は避け、話をうかがったりする。
4	転倒などの事故が起こらない様、どういった配慮が必要なのか知りたい。
5	相手の身になって対応する。
6	最低限、他のお客様にご迷惑をおかけしない配慮をする。
7	安全面は第1に配慮するとともに、従業員の対応。
8	上手にこちらの伝えたいことを伝えるようにしたい。
9	高圧的や批判的にならないような態度で接すること。転倒等の事故が起きないような館内の整備。
10	言葉づかい、声掛けのタイミング
11	あわてさせない、プライドを傷つけない、聞く側もゆっくりと落ち着くなど。
12	店内、敷地内でお怪我をされないようにする。
13	良く来店される高齢者のお客様への、声かけをなるべくしていきたい。
14	商品の代金を支払わなくても、頭から万引き扱いしない。
15	他のお客様から、好奇の目で見られないように対応する。
16	とにかく、店内巡回の強化を、店全体で行う。従業員からの情報収集。
17	高齢者は、分らないことがあると、うろろしていることが多いので、見かけたらまずは声掛けをしていきたい。
18	やさしく相手を思いやり、お客様のペースに合わせて対応。気楽にお買い物をしていただけるよう、笑顔でお話を聞く。
19	その様子が分るお客様であれば、従業員の共有化をする。
20	エスカレーターでの転倒が多かったので、注意して見るよう気を付けている。
21	周りの方へ、不愉快にならないようにしたい。ご家族や施設の方との、同伴をお願いする。
22	他のお客様へ、ご迷惑とならない接し方。又、その方への配慮との両立。
23	表示物等大きな文字を使用するようにし、わかりやすさに努めていきたい。
24	レジでの精算時、後ろのお客様への声かけ。
25	売り場のお菓子を食べている高齢の方を見たら、フードコート等へご案内して、座ってもらい、お連れの方を聞く。
26	従業員の理解を深めていくことが最優先。
27	自分たちも、いつそのようになるかもわかりません。また、いつ関わることになるか、わからないことです。
28	積極的に、お声掛けする。ただし、ご本人のお気持ちに、十分に配慮。
29	大きな声で呼びかけない。びっくりさせるような事はしない。
30	声掛けをし、お困りのことや案内をスムーズにして、事が起こる前に防ぐ。
31	同伴者がいるのか、気を配る。その方の安全と、事例が多いので、万引きに注意する。
32	言葉遣いはもちろん、人権の尊重（少しオーバーかもしれませんが）。
33	店内巡回時に様子のおかしい方に、失礼にならない様、お声掛けする。目配り、気配りを、従業員にも指導していく。
34	上記を従業員に知識として浸透させ、応対していきたい。
35	出来る限り、本人の話を聞いてあげ、情報を得ること。
36	お声掛けと、従業員同士の連絡による複数人でのフォロー。

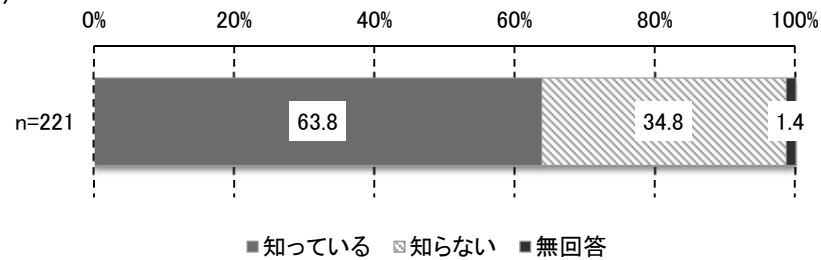
4.2 高齢者・認知症の支援に関する地域との連携（問 6）

4.2.1 地域包括支援センターの認知

外部との連携状況として、地域包括支援センターを知っているかをみると、「知っている」が 63.8%、「知らない」が 34.8%であった。

また、立地別では、“都市・市街地”店舗で「知っている」割合が高かった一方で、利用者数階級別や高齢者割合階級別では、特徴的な差異はみられなかった。

〈図表 20〉

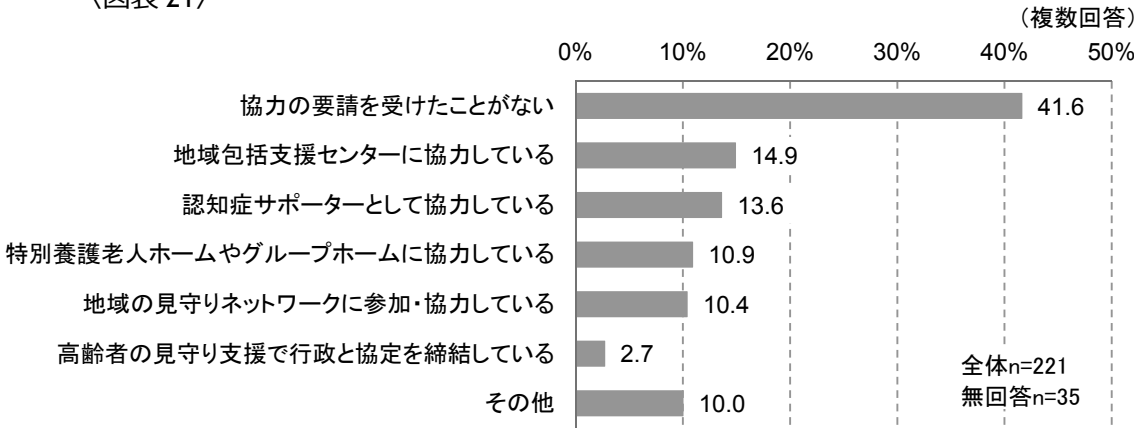


			合 計	知 っ て い る	知 ら な い	無 回 答	
全体		N %	221 100.0	141 63.8	77 34.8	3 1.4	
立 地 （ 所 在 ）	都市・市街地	N %	110 100.0	80 72.7	29 26.4	1 0.9	
		郊外	N %	107 100.0	57 53.3	48 44.9	2 1.9
	無回答	N %	4 100.0	4 100.0	0 0.0	0 0.0	
		1 日 利 用 者 数	2000人未満	N %	46 100.0	27 58.7	18 39.1
2000～4000人未満	N %		100 100.0	60 60.0	39 39.0	1 1.0	
	4000人以上		N %	71 100.0	52 73.2	18 25.4	1 1.4
無回答	N %		4 100.0	2 50.0	2 50.0	0 0.0	
	高 齢 者 割 合		3割未満	N %	45 100.0	29 64.4	15 33.3
3～5割未満			N %	113 100.0	73 64.6	39 34.5	1 0.9
			5割以上	N %	57 100.0	36 63.2	20 35.1
無回答			N %	6 100.0	3 50.0	3 50.0	0 0.0

4.2.2 地域交流・協力の現状

続いて、地域資源との交流や協力の現状をみると、「協力の要請を受けたことがない」が41.6%と4割を超える一方で、「地域包括支援センターに協力している」が14.9%、「認知症サポーターに協力している」が13.6%、「特別養護老人ホームやグループホームに協力している」が10.9%であった。

〈図表 21〉



高齢者の様子で“おかしい”と思ったこと（3.2.2）について、地域包括支援センターとの協力状況別にみると、協力あり店舗でより件数が多い（おかしいと気づきやすい）傾向がみられた。地域資源との協力体制があるなど、店舗としての取り組みが現場スタッフの観察力向上に結び付いていることが示唆された。

(複数回答)

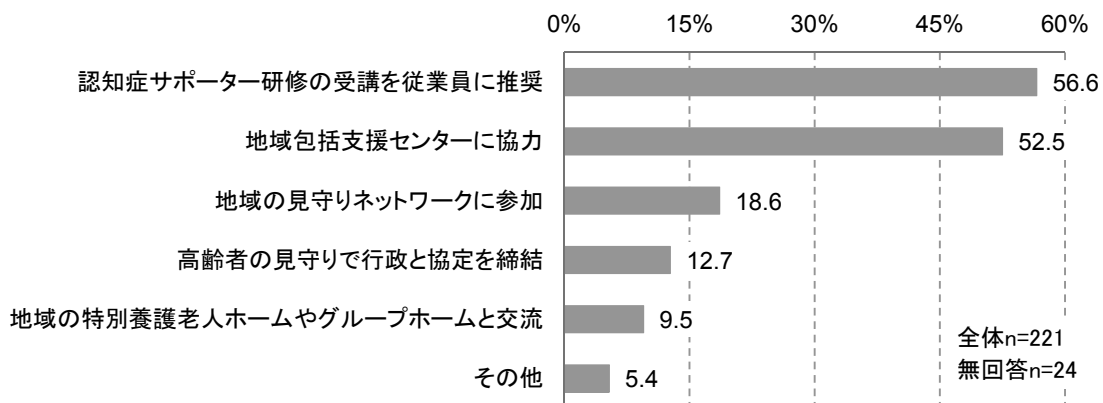
		合計	れせ商 てず、を い、を く、カ ゴに 確 入認	替を並 え意ん る味で なく 並商 べ品	食購 べる 入前 の商 品を	げ大 声や 奇声 をあ	話 が 通 じ ない	急 に 怒 り 出 す	でいた る（同 じ来 場所 を以 て行 外て	し店 て内 をウ ロウ ロ
全体		N 221 % 100.0	15 6.8	9 4.1	24 10.9	30 13.6	121 54.8	66 29.9	37 16.7	82 37.1
地域 協力 状況 との	協力あり	N 33 % 100.0	2 6.1	1 3.0	5 15.2	7 21.2	21 63.6	15 45.5	5 15.2	16 48.5
	協力なし	N 153 % 100.0	13 8.5	7 4.6	12 7.8	21 13.7	85 55.6	43 28.1	26 17.0	54 35.3
	無回答	N 35 % 100.0	0 0.0	1 2.9	7 20.0	2 5.7	15 42.9	8 22.9	6 17.1	12 34.3
		商品 を倒 す	る持商 ち品 帰を る購 う入 せす	くカ 持 ト ち 帰 を る 断 り な	入に独 す毎 る回 暮ら 大 量 し な 購の	るしレ てジ で時 で間 財が 布を か探	持レ つジ で財 ない を	のえレ に小 にお 札錢 毎を が回、 出 する 払	そ 他	無 回 答
全体		N 0 % 0.0	53 24.0	31 14.0	14 6.3	67 30.3	11 5.0	49 22.2	34 15.4	18 8.1
地域 協力 状況 との	協力あり	N 0 % 0.0	11 33.3	4 12.1	2 6.1	9 27.3	3 9.1	11 33.3	5 15.2	1 3.0
	協力なし	N 0 % 0.0	34 22.2	23 15.0	10 6.5	52 34.0	5 3.3	32 20.9	26 17.0	12 7.8
	無回答	N 0 % 0.0	8 22.9	4 11.4	2 5.7	6 17.1	3 8.6	6 17.1	3 8.6	5 14.3

4.2.3 今後の交流・協力の希望

今後の地域資源との交流や協力の希望をみると、「認知症サポーター研修の受講を従業員に推奨」が 56.6%、「地域包括支援センターに協力」が 52.5%と、いずれも 5 割を上回った。他、「地域の見守りネットワークに参加」が 18.6%、「高齢者の見守りで行政と協定を締結」が 12.9%であった。

〈図表 22〉

(複数回答)



			合 計	地 域 に 包 括 協 力 セ ン タ ー	地 域 の 特 別 養 老 ホ ー ム と グ ル ー プ ホ ー ム 交 流	認 知 症 サ ポ ー ト 研 修 員 に 対 し た 推 奨 講 義	参 加 ネ ッ ト ワ ー ク に	締 結 で 行 政 者 と 協 定 を し	そ の 他	無 回 答
全体			N 221 100.0	116 52.5	21 9.5	125 56.6	41 18.6	28 12.7	12 5.4	24 10.9
立 地 （ 所 在）	都市・市街地	N 110 100.0	61 55.5	13 11.8	67 60.9	18 16.4	14 12.7	6 5.5	10 9.1	
	郊外	N 107 100.0	53 49.5	8 7.5	56 52.3	22 20.6	14 13.1	6 5.6	13 12.1	
	無回答	N 4 100.0	2 50.0	0 0.0	2 50.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 25.0	
	2000人未満	N 46 100.0	27 58.7	3 6.5	26 56.5	10 21.7	3 6.5	3 6.5	4 8.7	
	2000～4000人未満	N 100 100.0	49 49.0	8 8.0	55 55.0	19 19.0	11 11.0	7 7.0	12 12.0	
1 日 利 用 者 数	4000人以上	N 71 100.0	40 56.3	10 14.1	41 57.7	11 15.5	13 18.3	2 2.8	8 11.3	
	無回答	N 4 100.0	0 0.0	0 0.0	3 75.0	1 25.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	
	3割未満	N 45 100.0	21 46.7	2 4.4	28 62.2	9 20.0	5 11.1	0 0.0	5 11.1	
	3～5割未満	N 113 100.0	60 53.1	13 11.5	64 56.6	22 19.5	13 11.5	8 7.1	12 10.6	
	5割以上	N 57 100.0	34 59.6	6 10.5	30 52.6	8 14.0	9 15.8	4 7.0	6 10.5	
高 齢 者 割 合	無回答	N 6 100.0	1 16.7	0 0.0	3 50.0	2 33.3	1 16.7	0 0.0	1 16.7	

5 ご意見等

※記述回答のうち、主な回答（ご意見）を抜粋して掲載

〈図表 23〉

1	認知症とみられる方が来店されたとき、従業員としてどういう対応をするべきかが中々わからないので、対応の仕方に苦慮しますので、それがあ程度分かるとありがたいです。
2	認知症か否かの判断基準がよくわからない。
3	店全体としてまだ意識、認識が薄いので、管理職社員から進めながら、まずは従業員全員の意識変化からスタートしていきと考えています。
4	売り場の色々な表示（POP やご案内など）について、高齢のお客様でもわかるような、表現や見やすさを意識した字体や色、大きさなどに配慮していきたいと思います。
5	認知症と思われるお客様への従業員対応教育を実施すること。
6	当店の立地からして、高齢者の方の人口比率では 27%ほどであるが、世帯数での割合は 43.5%と、約半数の世帯に高齢者（65 歳以上）がおみえになる。同居の方（家族）が多く、家族の方との連携を深めて、高齢者の方のお預かりをしていく事が重要であると考えます。
7	地域包括支援センターについては、知っているが、現状店舗では何も情報交換をしていないが、今後に向け協力要請していきたい。
8	高齢者の多い店なので、市とも連携しながら、色々と協力できる方には取り組んでいきたい。
9	現状、認知症と思われるお客様とは接したことがない（または、そのような相談を売り場から受けたことがない）が、今後を考えると、対応方法の学習は必要になると思います。
10	行政の長寿はつらつ課に講習会を依頼。快く協力してもらえましたが、それ以外の活動は耳に全く入ってきません。定期的なコミュニケーションの機会があれば、参加し協力体制を図りたい。
11	平日で 5000 人、休日で 10000 人のお客様の中で、特定の方に対して、特別な対応を要求（当然のように）してくる、高齢者やご家族、サポーターの方々に対する、現場の声を聞いてください。
12	年配の男性のお客様が、お一人で買い物にいられているのを、よくお見かけします。
13	地域包括支援センターへ、どこまでのことがお願いできるか知りたい。
14	1 人でも多くの従業員に、認知症サポーター講座を受講させたい。安心して（店舗と家族、行政と協力し）、お買い物していただきたい。
15	まずは理解を広めることと考えます。認知症は特別な事ではなく、誰にでも起こる事という意識で接するように、従業員に教育していきたいと思います。
16	今後高齢者が増えてくるので、品ぞろえも高齢者対応を考えていきたい。また地域の見守りネットワークとの連携を図っていきたい。
17	当店のお客様は高齢者の方の割合が非常に高く、多く集まる場所であるため、地域の見守りネットワークに、少しでもお役に立てればと思います。
18	認知症の方でも、家に引きこもっているのではなく、私どものような店舗に来ていて、人と交流できるようになるとよい。そのために従業員と地域のお客様すべてが、理解を深め助け合えるようになればよいと思います。地域包括支援センターとの連携は、不可欠だと思います。
19	当店は、高齢者の方が少ないため、あまりご協力できないかもしれません。
20	今後高齢者の人数が増加する一方なので、地域の関係各機関と連絡を取り合い、より良い運営はどうあるべきかを、検討していきたい。
21	認知症の方が一人で来店できるような立地ではないが、スキルアップのため、対応を勉強したい。
22	スーパーは、高齢者も多く集まる施設なので、地域の介護関係の機関との情報交換など、連携を図っていきたい。
23	いざという時に、認知症のお客様に対応できる人が少ないので、対応できるメンバーをもっと増やす必要がある（教育が必要）。
24	小売店として、高齢者の方でも安心して、買い物して、楽しく過ごしていただける店舗をめざし、サポートが少しでもできるように、研修等への参加が今後必要だと思います。

25	いろいろな事例集などがあればいいと思う。またその対応方法も。
26	身内が遠隔地にいる、または完全な独居老人のフォローができる、近隣の見守り、日々のかかわりが必要。それを、スーパーに求めてくる高齢者が増えてくると考えられます。
27	全店舗でも3本の指に入る、高齢者の来店頻度の高い店舗です。先日も、迷ってお店に見えた方もいました。今後、地域密着としては、欠かせないと思います。
28	差別にもつながるかもしれませんが、本人、家族の了承を得たうえで、認知症と1回で判断できるようなワッペンをつけるとか（車の高齢者マークのようなイメージ）。そうすれば、受け手の対応も、変わると思います。
29	地域包括支援センターも近いので、協力して連携を図っていきたい。
30	当店のお客様は、ご高齢の方が多いです。今のところ、認知症のお客様のトラブルはありませんが、時間の問題だと思います。地域の関係機関との連携や、従業員に対する研修が必要だと思っています。
31	要介護度の高い認知症の高齢者は、1人での外出は極力避け、介助をしての外出が、望ましいと思います。
32	高齢者のお客様の多い店ですが、元気な方が多く、トラブルはほとんどありません。今後、地域の頼れる店として、貢献度を高めていきたいと思っています。
33	現状、高齢のお客様は多いが、トラブル等もないので、わからない。
34	自分も、後10年もすれば定年で、高齢者の仲間入りをします。いつ認知症にならないとも限りません。1人でも多くの方に、認知症を知っていただき、我々小売店のメンバーも、声をかけやすい体制になっていく事を願っています。
35	特に、店舗周辺にお住まいのお客様で、ご家族とご連絡をスムーズに取れる手段が欲しいです。また特に、店舗のみの従業員だけでなく、社会として理解していく手段が必要か。
36	市の地域包括支援センターとの情報交換。
37	共存できる社会の実現。問4のその他の事例として、レジ前で太極拳をやりだす。毎週クレームの紙が入っている。
38	明らかにおかしい行動があった場合、連絡、通報できる機関があるとよいです。その日その場は収められても、また次々と繰り返されることがあり、その対応で振り回されることもあるので。
39	介助、介護、保護が必要な方が、十分に支援されるべき法整備を、すぐにでもしてほしい。
40	認知症の方の犯罪行為について、どう扱うのか、認知症のふりをしているか認知症なのか、どう判断するのか、警察以外で、窓口になってくれるところがあれば助かる。
41	認知症パトロール等、やったら効果があるのでは（ボランティア団体）。
42	店舗は、地域のコミュニティの場として、行政と協力し、認知症またそのご家族の方のお役にたてるような、支援活動をしていければと考えております。
43	認知症かどうかを判断することは難しい。万引き等で警察へ引き渡すときに、迷うことがある。地域の相談窓口等があれば、相談したいが、土日や夜間も対応していただけるか。
44	見守りネットワークや支援センターに、認知症登録されていないお客様が、居座られる事例が発生したが、センターに相談するも解決にならず、警察へ対応をお願いする。行政の対応は、まだまだ不十分でお役所的に感じる。
45	高齢者の方が多い店舗で、大切なお客様でもあるので、気配りを大切にしたい。
46	今後認知症の方が増えることもあり、来年度には、地域支援センターと連絡を取り、サポーター研修の要請をします。
47	昨今の世の中、このような対応に理解できるが、一方大衆が自由に来店できる。店舗企業側も、働く現場は人的にタイトであり、十分な対応が不可能であることを認識してもらいたい。
48	各行政も、企業の担当者を集めて、講習会に参加させるなどのことをしていただきたい。これからは、みんなで支え合い、協力し合い、店舗としては地域貢献の一環として、取り組んでいきたい。
49	困った時に、真っ先に指導または対応していただける場所があれば、協力体制、連携をしていきたい。
50	高齢化社会に向けた準備を進めていきたい。コミュニティの場の、提供をできるレベルまで。
51	重度の認知症の方が、1人で行動すること自体が危険。認知症の方を抱える家族のサポート体制を作ったうえで、周囲が協力していく仕組みが必要と感じます。重度の認知症の方が、1人で行動されても、対処できないと思います。
52	他人事ではないと感じる。
53	まだ他エリアの店舗と比較しても、高齢者が多い地域としては、問題発生件数が少ない。これから状況も少しずつ変化していくと思うので、事前に体制を整えていくことで、安心・安全・信頼していただける店をつくり、また市とも連携を図りながら、よりよい地域環境づくりに努めていきたい。

(4) まとめと考察

1 まとめ

1-1 店舗の所在地（問 1）

回答のあった 221 店舗の立地状況について、「都市・市街地」が 49.8%、「郊外」が 48.4%とほぼ半々であった。また、店舗の周辺地域は、「住宅地中心」である店舗が最も多く 62.9%、続いて「商業地中心」が 20.8%、「新興住宅地中心」が 6.8%であった。

1-2 高齢のお客様の来店状況について（問 2）

① 利用者数

若年層・高齢層を問わず、店舗の 1 日あたり利用者数をみると、「2,000～3,000 人未満」が 26.7%と最も多く、次いで「1,000～2,000 人未満」が 19.5%、「3,000～4,000 人未満」、「5,000～10,000 人未満」がともに 18.6%であった。平均値は 3,862 人、中央値は 3,000 人であった。

② 高齢者利用者

②.1 利用者に占める高齢者の割合

利用者に占める高齢者の割合をみると、「3～4 割未満」が 34.4%と最も多く、次いで「4～5 割未満」が 16.7%、「2～3 割未満」が 14.9%と続いた。なお、平均は 3.8 割であった。

立地別では“都市・市街地”店舗で、1 日利用者数階級別では“2,000 人未満”店舗において、高齢者割合が相対的に高い傾向がみられた。

②.2 高齢者の来店状況

高齢者の来店が最も多い曜日は、「火曜日」が 40.3%、2 番目は「金曜日」で 29.4%であった。時間帯は、「午前中（開店～12 時）」が 87.8%とほとんどを占めていた。

来店手段は、「電車・バス」が 51.6%と 5 割を超え、「徒歩」が 25.8%、「自転車」が 12.7%と続いた。

1-3 店舗・売り場でのお客様トラブルの実態・対応（問 3、4）

① トラブルの実態について

①.1 1 年間のトラブル件数・高齢者に関わる件数

店舗・売り場でのトラブル（H27.1～の 1 年間）の発生・認識状況についてみると、「なし」が 21.7%と最も多く、「1～5 件未満」が 20.4%、「10～20 件未満」が 19.0%、と 2 割ずつでバラつきがみられた。“高齢者に関わる”トラブル件数をみると、「なし」が 25.8%、「1 件」が 12.7%、「2 件」が 13.6%、「3～5 件未満」が 14.5 件、「5～10 件未満」が 12.2%であった。

①.2 認知症を疑う件数

“認知症かもしれない”と思った件数をみると、「なし」が 44.3%、「1 件」が 23.1%、「2 件」が 12.7%と、0～2 件で 8 割を占める状況であった。平均件数は 1.4 件、最大値は 50 件であった。

立地別では“郊外”店舗で、利用者数階級別では“4000 人以上”店舗で、高齢者割合階級別では“5 割以上”店舗において、若干件数が多くなっている傾向がみられた。

② 高齢者のトラブルの内容

②.1 高齢者に多いトラブル

高齢者に多いトラブル（認知症が原因の場合に限らない）について、第 1～3 位までの回答に順に、3、2、1 点を付与（スコア化）したところ、「窃盗（万引き）」が 1.5 ポイントと最も多く、次いで、「店内での事故・けが」が 1.3 ポイント、「車の操作ミスや事故」と「代金支払い（レジ周り）」がともに 0.7 ポイントであった。

②.2 高齢者の様子で“おかしい”と思ったこと（気になったこと）

店舗・売り場での高齢者の様子で“おかしい”と思ったこと（認知症の症状として、に限らない）についてみると、「話が通じない」が 54.8%、以下、「店内をウロウロしている」37.1%、「レジで財布を探して時間がかかる」30.3%、「急に怒り出す」29.9%、「商品を購入せず、持ち帰ろうとする」24.0%と続いた。

③ トラブルへの対応について

③.1 対応困難の内容

高齢者とのトラブルで対応が難しいことについて、上記と同様にスコア化したところ、「窃盗（万引き）」が 1.2 ポイントと最も多く、次いで、「店内での事故・けが」が 1.0 ポイント、「店内での行方不明・迷子」が 0.7 ポイントであった。

③.2 対応困難の頻度

高齢者のトラブル対応で困ること（頻度）についてみると、「時々ある」が 61.1%と最も多く、次いで、「ない」が 27.1%であった。「よくある」はわずか 0.9%にとどまっていた。

1-4 高齢者や認知症に関する取り組み（問 5、6）

① 店舗での取り組み

①.1 認知症に関する研修

店舗のスタッフを対象とした高齢者や認知症に関わる研修の実施について、「ある」が 24.0%、「ない」が 74.7%と、店舗での研修実施率は 4 分の 1 にとどまっていた。一方、回答者（店長・業務副店長）自身の研修参加について、「ある」が 52.5%、「ない」が 47.1%と、「ある」が若干上回る状況であった。なお、実施された研修、参加した研修は、「認知症サポーター養成講座」が中心であった。

※“認知症かもしれない（おかしい）”と思った件数について、店舗での研修実施別にみると、実施あり店舗でより件数が多い傾向がみられた。研修（サポーター養成講座）による“認知症に気づける”知識等によって、現場スタッフの観察力が向上していることがうかがえた。

①.2 認知症について知りたいと思うこと

認知症について知りたいと思うことについて記述回答を整理すると、「具体的な対応方法」が 43.6%と最も多く、次いで、「認知症の特徴・見分け方」が 36.1%、「連絡先や相談先」が 9.0%であった。

② 高齢者・認知症の支援に関する地域との連携

②.1 地域包括支援センターの認知

外部との連携状況として、地域包括支援センターを知っているかをみると、「知っている」が63.8%、「知らない」が34.8%であった。立地別では、“都市・市街地”店舗で「知っている」割合が高かった。

②.2 地域交流・協力の現状

地域資源との交流や協力の現状をみると、「協力の要請を受けたことがない」が41.6%と4割を超えていた一方で、「地域包括支援センターに協力している」14.9%、「認知症サポーターに協力している」13.6%、「特別養護老人ホームやグループホームに協力している」10.9%であった。

※高齢者の様子で“おかしい”と思ったこと（(3)①.2）について、地域包括支援センターとの協力的にみると、協力あり店舗でより件数が多い（気づきやすい）傾向がみられた。地域資源との協力体制がある等、店舗としての取り組みが現場スタッフの観察力向上に結び付いていることが示唆された。

②.3 今後の交流・協力の希望

今後の地域資源との交流や協力の希望をみると、「認知症サポーター研修の受講を従業員に推奨」が56.6%、「地域包括支援センターに協力」が52.5%と、いずれも5割を上回った。

2 考察

- 高い高齢化率を背景に、日常生活必需品の買い物をするスーパー等の小売業店舗でも、高齢者の来店割合は4割近くになっている。
- 在宅で生活する認知症高齢者も一般的になる中で、小売業の現場で起こるトラブルの中でも、“認知症を疑う”件数も少なからず存在する。
- 店舗・売り場での高齢者の様子で“おかしい”と思ったこと（認知症の症状に限らない）では、「話が通じない」が54.8%、以下、「店内をウロウロしている」37.1%、「レジで財布を探して時間がかかる」30.3%、「急に怒り出す」29.9%、「商品を購入せず、持ち帰ろうとする」24.0%と続いた。
- 認知症を疑う件数や高齢者の様子でおかしいと思ったこと、は、店舗の立地や利用者数規模等では特徴的な差異はみられなかったが、「研修の実施や参加」、「地域資源との協力」などの“取り組み”別では差異がみられ（上記の※部分）、これらが、現場での気づきや観察力に影響を与えていることが示唆された。
- 認知症について“知りたい”と思うこと、についても、「具体的な対応方法」や「特徴や見分け方」との記述が多く、小売業の現場において認知症高齢者への対応について、「他人事ではない自らの課題である」との認識、また、「対応していきたい」という意向がある点がうかがえた。
- 今後は、これらの現場の支援となるツールの提供や研修の実施が進むことが必要と思われる。もっとも、視点や観察力が広く普及するためには、情報は丁寧・重厚になり過ぎることなく、手に取りやすく、理解しやすいものであることとのバランスが重要であろう。

【アンケート調査票】

小売業の現場における認知症高齢者のトラブル実態やその対応・支援に関する調査

アンケート調査 ご協力をお願い

調査目的

地域での日常生活に欠くことのできない「食料品・日常生活品の買い物」の場面において、認知症高齢者がどのような生活実態にあるか、また、日常生活上の意思決定およびそれへの支援がどのように行われているか等を把握し、地域において認知症高齢者が主体的に日常生活を送る環境作りの検討の基礎的資料とすることを目的としています。

調査の枠組みと実施主体

- (1) 調査の枠組み 平成 27 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「認知症の行動・心理症状(BPSD)等に対し、認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業」
- (2) 実施主体 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 精神診療部
〔調査委託〕 合同会社 HAM 人・社会研究所 (担当: 阿部)
mail info@ham-ken.com (080-4367-9177)

1 店舗の所在地等について (該当するもの 1 つに ✓ をつけてください)

1) 所在地	①立地	☐ ①都市・市街地	☐ ②郊外
	②周辺	☐ ①商業地中心	☐ ②住宅地中心 ☐ ③新興住宅地中心
2) 周辺 (徒歩圏) の住宅環境			
①一般住宅	☐ ①戸建てが多い ☐ ②分譲マンションが多い ☐ ③賃貸アパート・マンションが多い		
②公営住宅	☐ ①ある ☐ ②ない		

2 高齢のお客様の来店状況について (お分かりになる範囲で記入または 1 つに ✓ をつけてください)

1) 1 日利用者数	約 () 人 ※レジ通過人数でも結構です
2) うち、高齢のお客様の割合	約 () 人 または 上記 1) の () 割程度
3) 高齢のお客様に多いと思われる 世帯の状況	☐ ①主に子ども同居 ☐ ②主に夫婦のみ ☐ ③主に独り暮らし
4) 高齢のお客様の来店状況 (該当する 1 つに ✓ をつけてください)	
①曜日 (最も多いもの)	☐ ①月 ☐ ②火 ☐ ③水 ☐ ④木 ☐ ⑤金 ☐ ⑥土 ☐ ⑦日
②時間帯 (最も多いもの)	☐ ①午前中 (開店~12) ☐ ②日中 (12~14) ☐ ③午後帯 (14~17) ☐ ④夕方以降 (17~)
③来店手段 (最も多いもの)	☐ ①徒歩 ☐ ②自転車 ☐ ③車 ☐ ④電車・バス ☐ ⑤不明
5) 店舗休業日	☐ ①月 ☐ ②火 ☐ ③水 ☐ ④木 ☐ ⑤金 ☐ ⑥土 ☐ ⑦日 ☐ ⑧なし ☐ ⑨不定期

3 店舗・売り場でのお客様トラブル※の 実態 について（お分かりになる範囲で記入ください）

※ “トラブル”とは、来店のお客様との「もめ事」あるいは「どう始末をつけられないか分からず困ったこと」です。

認知症が原因と思われる場合、“本人が困る” こともあれば、“家族や近隣の人、地域の関係者などが困ってしまう” こともあります。本人が被害にあう場合も、周囲の人たちが被害にあう場合もどちらも入ります。（認知症が原因なのか判断がつかない場合も含めて考えて下さい）

1) H27 年 1 月以降のトラブル件数	約（ ）件		
2) うち、 高齢のお客様 が関わっていた件数	約（ ）件 または 上記 1) の（ ）割程度		
3) うち、 認知症かもしれない と思った件数	約（ ）件		
4) 高齢のお客様に多い トラブル （認知症が原因の場合に限りません） ※右欄の①～⑧のうち、これまで多かった順に数字をご記入ください ※「⑧その他」の場合、簡単な内容をご記入ください	① 店内で行方不明・迷子 ② 店内での事故・けが ③ 他のお客様との口論 ④ 車の操作ミスや事故 ⑤ 窃盗（万引き） ⑥ 暴力（対人・対物） ⑦ 代金支払（レジ周り） ⑧ その他		
	1 位	2 位	3 位
5) 高齢のお客様の様子で “ おかしい ” と思ったこと（ 気になったこと ） ※該当するもの 全てに✓ をつけてください。	☐ ① 商品をよく確認せず、カゴに入れていく ☐ ② 並んでいる商品を意味なく並べ替える ☐ ③ 購入前の商品を食べる ☐ ④ 大声や奇声をあげる ☐ ⑤ 話が通じない ☐ ⑥ 急に怒り出す ☐ ⑦ 同じ場所を行ったり来たりしている（運動以外で） ☐ ⑧ 店内をウロウロしている ☐ ⑨ 商品を倒す ☐ ⑩ 商品を購入せず持ち帰ろうとする ☐ ⑪ カートを断りなく持ち帰る ☐ ⑫ 独り暮らしなのに毎回大量に購入する ☐ ⑬ レジで財布を探して時間がかかる ☐ ⑭ レジで財布を持っていない ☐ ⑮ レジで毎回、払える小銭があるのにお札を出す		
	☐ ⑯ その他（枠内に自由にご記入ください）		

4 店舗・売場でのお客様トラブルへの 対応 について

1) 高齢お客様のトラブルで対応が難しいこと ※右欄の①～⑧のうち、多い順に番号をご記入ください ※「⑧その他」の場合、簡単な内容を枠内にご記入ください		① 店内で行方不明・迷子 ⑤ 窃盗（万引き） ② 店内での事故・けが ⑥ 暴力（対人・対物） ③ 他のお客様との口論 ⑦ 代金支払（レジ周り） ④ 車の操作ミスや事故 ⑧ その他						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 位</th> <th>2 位</th> <th>3 位</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	1 位	2 位	3 位			
1 位	2 位	3 位						
2) 高齢お客様の対応で困ること（頻度）		☐ ①よくある ☐ ②時々ある ☐ ③ない ☐ ④その他（ ）						
3) 高齢お客様に多いトラブル・対応の事例 （上記の「対応が難しいこと」「困ること」に限りません） ※<u>認知症が原因（かもしれない）と思われる事例</u>の場合には ☐ に✓をつけてください。 ※現在の店舗に限らず、他店舗での経験でも結構です。								
①	状況	☐ 認知症が原因（かもしれない）と思われる事例						
	対応							
②	状況	☐ 認知症が原因（かもしれない）と思われる事例						
	対応							
③	状況	☐ 認知症が原因（かもしれない）と思われる事例						
	対応							

5 店舗での高齢者や認知症に関する取り組み（お分かりになる範囲で記入ください）

1) 店舗でスタッフを対象とした高齢者や認知症に関わる 研修開催	☐ ①ある ⇒ ☐ ①認知症サポーター養成講座を開催した ☐ ②その他（ ） ☐ ②ない
2) あなた自身の研修等の 参加状況 ※該当するもの 全てに ✓をつけてください。	☐ ①ある ⇒ ☐ ①認知症サポーターの養成講座を受講した ☐ ②地域の見守りに関する訓練等に参加した ☐ ③その他（ ） ☐ ②ない
3) 今後、店内で高齢のお客様や認知症のあるお客様に関わる上で、 知りたいと思うこと	※どんなことでも結構ですので、ご記入ください。
4) 今後、店内で高齢のお客様や認知症のあるお客様に関わる時に、 配慮や気をつけたいと思うこと	※どんな小さなことでも結構ですので、ご記入ください。

6 高齢者・認知症支援に関する店舗と地域との連携

1) 地域包括支援センターについて	☐ ①知っている ☐ ②知らない
2) 地域との交流や協力の 現状 ※該当するもの 全てに ✓をつけてください。	☐ ①地域包括支援センターに協力している ☐ ②特別養護老人ホームやグループホームに協力している ☐ ③認知症サポーターとして協力している ☐ ④地域の見守りネットワークに参加・協力している ☐ ⑤高齢者の見守り支援で行政と協定を締結している ☐ ⑥協力の要請を受けたことがない ☐ ⑦その他（ ）
3) 今後 、地域と交流や協力していきたいところ ※該当するもの 全てに ✓をつけてください。	☐ ①地域包括支援センターに協力 ☐ ②地域の特別養護老人ホームやグループホームと交流 ☐ ③認知症サポーター研修の受講を従業員に推奨 ☐ ④地域の見守りネットワークに参加 ☐ ⑤高齢者の見守りで行政と協定を締結 ☐ ⑥その他（ ）

これから更に増加が予想される 高齢の、また、認知症のあるお客様への対応について、日頃感じていること、こんなことがあれば助かる、こんな支援ができれば…、など ありましたらご自由にご記入ください。

（ご記入は任意です）

都道府県名 _____ 店舗名 _____

ご協力ありがとうございました。頂いたご意見は集約し、後日メールや小冊子等でご報告させていただきます。

1-3 生命保険会社ヒアリング調査（現場での様々な困難事例）

○保険会社あてお客さまからの申出内容より抜粋

○契約者の属性 性別：男性 22 名、女性 20 名 平均年齢：77 歳

契約事務手続きに関する問題

- 受取人、被保険者が認知症であるため手続きが煩雑。
- 成年後見人の手続きしていないので手続きが煩雑。
- 契約者認知症のため代理のものに連絡要請した。
- 年金受取には生存証明が必要？ 要介護 1 で役所にいけない。必要書類の取得が困難。
- 契約者認知症により家族から住所変更の申し出。
- 受取人である母が認知症であるため手続きが煩雑。
- 認知症のため施設に入所。手続き困難。
- 契約者認知症になり契約内容変更申し出するも、本人認知症のため煩雑。
- 契約者認知症、意思能力なし。施設と申し出人宅行き来の生活。住所変更の手続き申し出あるも意思能力ない場合施設の住所への変更となる。満期の手続きについて家族より照会。

家族の問題

- 父死亡。母も認知症のため手続きするためには成年後見人制度の手続きが必要。
- 認知症の妻が保険に加入したことがわからなかった
- 契約者認知症につき、子が解約の手続きをしようとするも、必要書類が多すぎて煩雑。成年後見人の登録をしていないので手続きが困難。
- 父母認知症。生活保護申請のため早急に口座変更必要にもかかわらず手続き煩雑。
- 契約者認知症のため管理できないことによる兄弟トラブル。（兄が勝手に契約者貸付を受けていた）
- 父認知症。姉から加入契約について照会。妹ともめているため当時加入した契約について照会。
- 契約者認知症。弟より解約金照会。お伝えできないことに不満。
- 被保険者（子）死亡。受取人（母）意思能力ありの認知症につき、精神的ショック与えないため死亡事実伝えられず。保険請求するのであれば成年後見人手続きが必要だが、子は手続きしないと決めているため死亡保険金請求出来ず。

◆認知症の方への支払いについては、当社の場合下記対応を行っております。

「保険金」⇒ 生命保険受取人に支払い。

受取人が認知症の場合は法定相続人からの請求に基づき支払い

「給付金・すえ置金引出し」⇒ 成年後見人の設定がない場合でも、当該契約に、

“代理請求特約が付加されている”場合は、代理請求人に支払い

“代理請求特約が付加されていない”場合は、法定後見人に支払い

「解約や名義変更等、一般保全手続き」⇒ 法定後見人に支払い

※保険会社によって対応が異なる可能性があります。

2 実態調査からの問題場面（実態・対応）の類型化

（1）問題場면을いかに分類するか、を考える

日常生活場面などにおいて、行動・心理症状（BPSD）から違法行為に至った場合の責任能力の問題などに関して、適切な対応を考えていくことが本事業の最終的な目標である。そのためには、まず、どのような問題があるのか、あるいは問題事例が発生しているのかを、調査することが最初に必要な作業となる。そして、問題点の総括的な概観を行うことを本年度の目的としている。

今回、「認知症のひとと家族の会」会員向けのアンケート調査（以下、家族の会アンケート）と、小売業の現場におけるトラブル実態と対応に関する事業所アンケート調査（以下、事業所アンケート）が行われた。どちらも日常生活の場面における問題に焦点を当てた調査である。特に、小売業の現場を対象とした大規模なアンケート調査は、本邦で初めてであり、たいへん貴重な内容である。件数をみると、家族の会アンケートでは284件の、また事業所アンケートでは301件の問題場面が報告されている。それらのうち一部については、既に2-1および2-2の項に、記載報告されているが、両アンケートを合わせて、600件近い多数の問題場面が報告されているため、これらを羅列するだけでは、その全貌を明らかにすることは困難である。一見すると迂遠なようではあるが、全体をいかに整理するかを、まずは良く考える必要がある。いわば、「全体を整理するための視点」の整理である。

整理の仕方について、表1に纏めて記載している。大きく、学問的な分類・出口に基づく分類・入口に基づく分類の3つに分けて考えることができる。それぞれについて説明しながら、適切な分類方法を検討していくこととする。専門家のための分類ではなく、一般の人が見ても分かりやすい分類になることが重要と考える。

=====

表1. 分類の仕方

A 学問的な分類

中核症状か周辺症状か

原因疾患で（Alzheimer、Vascular、Lewy、...）

考えられる責任病巣により分ける（前頭葉、頭頂葉、側頭葉とか...）

BPSDの種類で分ける（幻覚、妄想、うつ、不安、興奮とか...）

出現しやすい時期で分ける（MCI、早期、中期以降）

B 出口に基づく分類

対応のしやすさ

医療介入の必要性

緊急性の有無

C 入口に基づく分類

困っているのは誰か

問題が起こった場所は何処か

何が問題なのか（お金、暴力、車など）

過活動か低活動か

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

まずは、医学の領域で用いられている様々な分類に基づいて、整理することを考えてみよう。具体的な例を挙げると、中核症状と周辺症状で分けるとか、原因疾患が何かで分けるとか（アルツハイマー型認知症に見られやすい症候、脳血管性認知症に見られやすい症候、レビー小体型認知症で見られやすい症候、など）、考えられる責任病巣によって症候を分けるとか（前頭葉症候、頭頂葉症候、側頭葉症候など）、背景にある行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia、BPSD）の種類で分ける（幻覚、妄想、うつ、不安、興奮など）、出現しやすい時期で分ける、など様々な分類方法が考えられる。このような医学的な視点に立った分類の多くは、いわば原因に基づいた分類と云うことができる。原因を追及していき、背景にある仕組みを明らかにするという意味では非常に意味のある分類である。しかし、現場で悩んでいる一般の人に、解決の糸口を提供することが重要と考えれば、医学の視点に立った分類は、極端に云えば、医療者の自己満足による分類であり、上から目線の分類とも云える。専門用語を使用すること自体、現場で苦しむ人にとっては、利用しにくい分類になる可能性が高い。また、実際に、問題事例进行分类しようとするれば、すぐに分かることだが、多くの事例について、何処に分類してよいのかが分かりにくく、分類不能になりやすい方法である。

次に、出口に基づく分類について検討する。これは、今後の対応の仕方に基づいて分類しようとする考え方である。いわば、出口戦略とも言え換えることができる。実社会では、医療機関や行政機関で活動している相談員などは、業務上で、こんな風に考えながら相談を受けていることが多い。具体的に述べると、「この問題は、医療的に、あるいは社会的に緊急性があるかな？」とか、「すぐに介入しないといけないか？ それとも時間を掛けても大丈夫か？」「これは、医療が必要だろうか？ それとも介護の調整で済むだろうか？」とか、「精神的な症状だけど、身体の病気の可能性は無いだろうか？」などなど。対応の仕方を考えるということとは、如何に治療あるいは治療的介入を始めるかという視点から、問題に光を当てているわけで、非常に実践的で、有用な視点であることは間違いない。或る意味、最も治療的な介入に結び付けやすい分類法とも云える。ただ、この分類を生かすためには、背景にかなりの知識を有することが必要である。治療的な介入に関する経験の乏しい一般の人に、こうした対応を求めることは非常に困難である。

問題を整理する目的が、何処にあるのかを、もう一度、考えてみる。我々は、問題行動を引き起こす器質性病変が何処に存在するのかを明らかにしようとしている訳ではない。あくまでも、困っている御本人および御家族に対して、少しでも良いから支援の手を差し伸べようとするのが目的である。とすれば、常に、一般の人の視点を忘れてはならない。

そう考えると、やはり、困っている人が居る場所や、あるいは困っている行動に注目して分けるのが一番、分かりやすいように思われる。何が起きているのか、あるいは何が問題なのか。問題は何処で起きているのか。こうした、むしろ表面的な特徴や類似性に基づいて、分類するほうが適切だろうと判断した。

以下、まずは家族の会アンケートについて概括し（2）、次に、事業所アンケートを概観する（3）。最後に、両者をまとめて、全体としての考察を行う（4）。

（2）実際に分類してみる（家族の会アンケートから）

まず、家族の会アンケート 284 事例を目を通し、類似した事例を手作業で集めていくという方針で、分類を行った。その際、敢えて表面的な分かりやすさに拘って、問題事例进行分类していくこととした。どんな行動が問題となっているのか、あるいは問題が発生している場所は何処かという2つの視点を中心に据えて、分類を行った。ただ、全事例を綺麗に分類することは、非常に困難であり、内容と場所に注目しても何通りかの分類が成立しうるのは、むしろ当然のことである。ここでは、主に内容の違いに着目して行った分類（表 2-1）と、内容に着目しながらも途中からは場所による分類も加えたもの（表 2-2）を提示している。非常に短時間の検討しか行えない状況であり、どちらが、より有益かという議論は行っていない。ここでは、表 2-1 に示した分類に従って、以下、説明を加えていくが、この分類は、あくまでも現時点における暫定的な案、一種の叩き台に過ぎないことは最初に断っておきたい。表 2-2 のような分類の仕方も十分、成り立つように思われるが、時間もないため、詳細な比較検討は現時点では実施できていない。

項目ごとに事例数を示しながら、簡単な説明を加えていく。さらに、問題の起きている状況や対応について、代表的な事例を列挙する形で示していくこととする。なお、事例については、語尾や言葉遣いを一部、分かりやすく変更したものもあることを断っておく。

=====

表 2-1 「家族の会アンケート」の分類（1）

A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害

- ① 行方不明
- ② 車

B 小売店での生活障害

- ③ 万引き
- ④ 不要品の購入
- ⑤ その他、お店での問題

C 金銭関係での生活障害

- ⑥ 詐欺の危険
- ⑦ 財産管理の困難
- ⑧ 現金管理の困難

D 日常生活障害（自宅内）

- ⑨ 家事が困難
- ⑩ 家事が困難（火の元）
- ⑪ 身の回りのことが困難

E 暴力・暴言

- ⑫ 暴力・暴言（家族へ）
- ⑬ 暴力・暴言（介護スタッフへ）
- ⑭ 暴力（他の利用者へ）
- ⑮ 暴力（近隣の人へ）

F 暴力以外の行動・心理症状

- ⑯ 物盗られ妄想
- ⑰ 幻覚・妄想（物盗られ以外）
- ⑱ 他の行動・心理症候（自宅内）
- ⑲ 他の行動・心理症候（近隣とのトラブル）
- ⑳ 介護拒否

G その他

- ㉑ 親族内のトラブル
- ㉒ その他

=====

=====

表 2-2 「家族の会アンケート」の分類（2）

A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害

- ① 行方不明
- ② 車

B 小売店での生活障害

- ③ 万引き
- ④ 不要品の購入
- ⑤ その他、お店での問題

C 金銭関係での生活障害

- ⑥ 詐欺の危険
- ⑦ 財産管理の困難
- ⑧ 現金管理の困難

D 自宅外、主には近隣における行動・心理症候

- ⑨ 暴力（他の利用者へ）
- ⑩ 暴力（近隣の人へ）
- ⑪ 物盗られ妄想や、他の妄想・幻覚
- ⑫ その他の近隣トラブル

E 自宅内での行動・心理症候

- ⑬ 暴力・暴言（家族へ）
- ⑭ 暴力・暴言（介護スタッフへ）
- ⑮ 物盗られ妄想
- ⑯ 幻覚・妄想（物盗られ以外）
- ⑰ 他の行動・心理症候など
- ⑱ 介護拒否

F 自宅内での日常生活障害

- ⑲ 家事が困難
- ⑳ 家事が困難（火の元）
- ㉑ 身の回りのことが困難

G その他

- ㉒ 親族内のトラブル
 - ㉓ その他
- =====

A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる障害

問題が起こる場所が自宅外であり、状況次第では、本人および周りの人の命に関わる問題となりうる生活障害として、「行方不明」と「車」の問題を1つの群としてまとめた。

① 行方不明

まず、非常に目立った問題として、行方不明を挙げることができる。細かく見ると、実際に行方不明になった事例が44件、行方不明になりそうで困ったという8件を合わせて計52件（18.3%）の報告がみられた。両者は、基本的には同じ範疇に属する問題と考えて、1つにまとめて検討する。52件という数は、全分類中でも最多であり、ご家族にとっての支障の大きさが窺われる。

自宅から何処に出掛けたのが全く不明な状況で、行方不明となる例が圧倒的が多い。ただ、少数ではあるが、その時点までは独りで行き帰りが出来ていた場所に出掛けていき、その日は帰ってくる事が出来なくなったという場合や、施設から居なくなった場合も挙げられている。比較的、問題が均一な印象を強く受けた。本人が、家族の気付かない内に移動してしまい（移動手段は、いろいろであっても）、家族が見失い、付近を探しても見つけることが出来ない状態とまとめることができる。場所に関する見当識障害を有し、或る程度の移動能力が保たれていることも共通している。落ち着きのなさや帰宅願望の有無などは症例により異なっているが、問題発生時の対応は、どうやって見つけ、保護するかに絞られる。問題を発生させないための対応も重要であり、多くの例で共通して活用できる対策が多い。

《行方不明になった時の対応》

- ・ 自分たち家族で探す。ただし、この時にも連絡担当として、誰かが自宅で待機しておくことが必要。
- ・ 近所の人やケアマネージャーに協力を依頼している場合もある。民生委員や地域包括センターへの連絡も時に行われている。
- ・ 状況によっては、施設職員やヘルパーが協力している場合もある。
- ・ 本人が行きそうな店とか駅などにも連絡しておく
- ・ 最終的には、警察に捜索願を届ける。写真を持参している例もある。
- ・ 既に、GPSを利用している場合には、それを活用する。

《歩き廻ることへの対応》

- ・ 引き留めると喧嘩になることが多い。
- ・ 一緒に話し込み、話題を変えると、暫くして収まる
- ・ 一緒に歩く。少し離れて見守る。
- ・ 分からないように付いて行き、疲れたら、声を掛けて帰宅。

《歩き廻らないような工夫》

- ・ 夜は一緒に寝て、日中は公園や買い物に連れ回した。良く眠るようになり徘徊もなくなった。
- ・ 独りで家にいる時間をなくした。ヘルパーなども利用した。
- ・ 手を繋いで生活していた。

- ・ 自転車はキーロックして キーは隠して保管。
- ・ 玄関ドアにチャイムを付けた。小さい鍵を付けた。
- ・ 家族が送迎をするようにした。
- ・ 仕事を辞め、傍らにるようにした。

《行方不明になった場合に備えて》

- ・ 連絡先などを記載した紙を、着衣に付けた。
- ・ 靴、下着、上着などへの記名
- ・ 役所で GPS の貸し出しを受けた。
- ・ GPS 端末をベルトに装着。
- ・ 近所の人には一人で歩いていたら教えてもらうように頼んだ
- ・ 近所、スーパーには母を見つけたら知らせてほしいと伝えた。
- ・ 近所、コンビニ、警察にお願いしていた
- ・ 市役所に行き 行方不明になった時の対応の申し込みをした。対象者情報の事前登録など。

《介護負担の軽減》

- ・ 通所と泊まりの日数を増やし私の負担を減らした。

② 車

家族の会アンケートでは、自動車運転に関して、10 件（3.5%）の報告が見られる。実際に事故を起こしてしまった場合（6 件）と、周りは運転を止めさせたいが本人が運転しようとするため困るという場合（4 件）の 2 つに、大きく分けることができる。自動車による事故は、運転者本人のみならず、周りの人命にも関わる問題であるだけに、非常に重要である。

《事故の事例》

- ・ 事故については家族が対応し解決。運転免許を返納した。
- ・ 交通事故を起こした時、軽微だったためか、そのまま立ち去ってしまった。警察沙汰になった。病気のことを説明し、陳謝。任意保険で修理してもらい、何とか解決。本人には運転を諦めてもらった。
- ・ 車を処分。車は「警察が処分した」と説明したため、何度も警察に行き「車を返せ」と言っていたが、警察の方の協力で 3 か月ぐらいで落ちついた。
- ・ 精神科医師に相談し、免許停止とした。
- ・ 警察で厳重注意を受け、厳しく云われたことで運転をしなくなった。

《乗りたがるので困る》

- ・ 1 年がかりで説得。
- ・ 免許証の更新時期が来たが連絡せず 免許を無効にさせた。
- ・ 車検だと言って車屋さんにきてもらい車を処分。本人が「車検が遅い」と度々聞いてきたが 始めのうちは「電話で聞いてみる」とごまかし、次第に本人も忘れる日が多くなってきている。

- ・ 車は売却。車がないことで、本人が混乱しないよう、不在時に手続きをした。
- ・ アドバイスを家族の会相談センターでいただいた。本人へは、私（長女）が車を借りていると説明し続け、次第に聞いてこなくなった。

B 小売店での生活障害

現代社会で生活することは、物品の購入および消費と切り離すことは出来ない。しかも、数十年前であれば、買い物は身近な商店で行われ、顔なじみの関係のもと、或る意味、保護的な環境下で行われていたといえる。しかし、最近は、大型小売店での物品購入が一般的であり、お店の従業員と客の間に顔なじみの関係が出来ることは稀であり、そのことが、認知症に罹患した患者にとっては、問題をより大きくする要因となっている。この群には、万引き（6件）、不要品の購入（13件）、お店でのその他の問題（4件）、という3つのカテゴリーが含まれており、全部で23件（8.1%）の事例が報告されている。これらのうちでも、万引きは違法行為であり、大きな問題となっている。不要品の購入や、その他の問題は、万引きと比較すると、比較的軽微な事例が多い印象であった。

③ 万引き

小売店で良くみられる生活障害のなかでも、万引きは違法行為であり、大きな問題である。家族にとっても、大きなショックを受ける出来事であり、同時に店舗側にとっても、難しい問題である。この問題行動に対する対応方法は、なかなか難しく、それぞれの報告をみても、いろいろな試行錯誤が行われていることが分かるが、なかなか解決に結びついていないように思われる。また、万引きをしていないのに、万引きしたのではないかと疑われて困った事例も報告されており、此处に含めた。

《万引きの事例》

- ・ 欲しいと思った時はポケットに入れて帰ってくる。本人には悪いことをしているつもりがない。
- ・ 警察や店長に、家族の携帯番号や職場の連絡先を伝えた。
- ・ いつも行くスーパー・コンビニに病気を説明して、顔を見たら電話してもらうように、電話代と電話番号を渡してお願いした。
- ・ GPSをつけたり、お店への出入りを禁止させた。店から電話をもらい、迎えに行ったり、お金を払って買ってきたりした。
- ・ スーパーで買い物をし、レジを通過して支払いをしたのに、レシートを持たなかったため未払いと思われる。困った。財布におつりがあったことと、支払ったことを係員に説明して下さった方がいて解決した。

④ 不要品の購入

家に、既に備蓄があることを忘れて、同じ物を買ってしまうという生活障害も良く見られている。

《不要品の購入事例》

- ・ 本人が希望する物は、家族が購入して届けることにした。
- ・ 徐々に介護者がお金を管理できるようになった。

- ・同居で解決した。
- ・デイの日を増やし、一人でいる時間を少なくした。
- ・商店の方へ売らないように依頼。対応に困ったら連絡をもらうようにした。
- ・お店に相談し、売らないように依頼。しばらくして少し遠い店で買うようになった。
- ・ヘルパーに買い物の付き添いを依頼。

⑤ その他、お店での問題

その他、開店前に店に入ってしまうとか、お店での不潔行為の問題、レジでの支払い困難の問題などが報告されている。

《お店での、その他のトラブル》

- ・トイレに鞆を忘れ、盗られてしまう。常に一緒に居て見守るようにした。
- ・買い物に行くと店員に話し掛けるが、相手の人が困ってしまうような場面が多くなってきた。
- ・座席や周辺を汚した（便、尿）。店側から注意を受け、謝罪ですませてもらったが、今度はビニールなどを持ってきて座るように指導を受けた。
- ・従業員の出入り口から入り、店の商品を買うためレジに並んでいた。店の人が「まだ開店前なので帰ってください」と言っても聞かず、警察を呼ぶところで私が見つかる（今までに何度もあったらしい）。
- ・購入時も、持っている金額よりも高いもので店の人に「これでは買えないから」と言われても、ジーンと待っていたり、商品を開いて警察を呼ばれ、迎えに行ったこともある。

C 金銭関係での生活障害

ここには、お店での金銭の扱いは除き、その他の金銭関連の問題を集めている。認知症の方に特徴的な生活障害が幾つかあるように思われた。全部で 26 件（9.2%）が報告されており、詐欺の問題（10 件）・財産管理の問題（10 件）・現金管理の問題（6 件）が含まれている。詐欺の事例には、詐欺に遭ってしまった或いは遭いそうになった場合が含まれている。財産管理の問題事例には、通帳管理やカード管理の問題が含まれている。詐欺の事例と財産管理の問題では、金額が多額になりやすく、大きな問題になりやすい。それらと比較すると、現金管理の問題は、金額が少なく、比較的軽微なものが多い印象であった。

⑥ 詐欺の危険

詐欺の問題は、非常に重要であるにも拘わらず、比較的、見過ごされてきた問題のように思われる。対処方法に焦点を当てながら、アンケートに記載された報告事例をまとめると以下ようになる。意外に身近な人が加害者となっている場合も少なくないことが分かる。

《詐欺の危険に対して》

- ・電話の音量を最小限にし、留守電にして出れないようにした。
- ・週 4 日デイサービスに通うようにして、一人で家にいる時間を減らした。
- ・介護者が定期的に通っているため、クーリングオフで対応できた。

- ・ 長年友人だと思われていた人が実は健康食品、家電、寝具、未公開株を売りつけていた人だった。その人からの電話は鳴らないように設定した。（着信拒否にすると、相手方にバレるので）
- ・ 特定の人に対して、その人の出入りを丁重にお断りした。
- ・ 警察に電話して、実際に来てもらった。
- ・ 解約時に揉めそうになった事もあり、警察に届けた。

⑦ 財産管理の困難

認知症の人も、認知症が発症するまでは、家計管理や財産管理の中心となって生活されてきている場合が少なくない。そのため、認知症の発症時には、まだ御自分が通帳やカードを管理されている場合が非常に多く、家族に任せるかどうかなどは、家族内の関係も複雑に絡んでくるため、なかなか解決困難な場合が少なくない。

《通帳やカードの管理について》

- ・ 店舗の人に、病気のことを話して、「家の人と一緒に来て」と伝えてもらうことにした。のちに家族がカードを預かるようにした。
- ・ 貴重品、通帳などを預かった。
- ・ 金銭管理を家族がし、引きおろしは一緒に行き、家族が預かり一定額ずつ渡した。

⑧ 現金管理の困難

比較的少額の取り扱いであり、問題の重要性は上記 2 つのカテゴリーと比較すると軽い。

《現金管理》

- ・ 小額しか置いて行かないようにしている。
- ・ 外出時は極力付き添い、買い物の支払いはいつも家族がすることで、大金を持ち歩く必要がないことをわかってもらった。
- ・ 少しずつ本人のお金の管理も、任せてもらえるようになった。

D 日常生活障害（自宅内）

ここに含まれる例は、今まで ADL 障害あるいは IADL 障害として分類されてきたような障害から成る。この領域は、介護負担という点からは非常に重要な問題が多数、含まれているが、認知症に関しては、今までにも非常に注目されてきた領域であり、多くの研究も行われている。そこで、此处では、その詳細は割愛し、比較的簡単に紹介するのみとする。自宅内での日常生活障害としては、32 件（11.3%）が報告されている。家事が困難（17 件）、火の元の危険（2 件）、身の回りのことが困難（13 件）の 3 つのカテゴリーが含まれている。全て、自宅内での問題であり、火事の危険を除くと、法的な問題に進展したり、周囲の人への危害に繋がるような問題は含まれていない。

⑨ 家事が困難

電話や服薬管理の困難さ、ゴミの分別、炊事、洗濯に関する障害などが含まれている。一般的には、IADL と分類される障害が多い。物の置き忘れも少なくない。また、特殊なモノとしては、今まで患者さんが行っていた配偶者の介護が困難になった事例も報告されている。

⑩ 家事が困難（火の元）

火の管理は、火事の問題があるため、危険性が高いため、敢えて、別カテゴリーとした。2 件の記載がみられた。IH にする、ガスを止めてもらう、などの対応が報告されている。

⑪ 身の回りのことが困難

一般的に、ADL 障害とされる領域の問題が此处に含まれている。そのなかでも、排泄の問題が多く報告されており（9 件）、介護負担に大きく影響していることが窺われた。その他には、移動や食事、着衣、入浴の障害が報告されている。

E 暴力・暴言

ここまで述べてきた A から D までについては、分類の細かい点については幾らか問題は残るが、比較的、良く纏まった群分けとなっている。しかし、この E 以降については、どのような分類の仕方が適切なかが非常に悩ましく、現在も悩んでいるというのが実状である。本稿では、表 2-1 に基づいて、その分類に従って記載しているが、それ以外にも、既に述べたように、例えば表 2-2 のような分類の仕方も十分、成り立つように思われる。表 2-1 のように症候で分けるか（暴力、物盗られ妄想、その他）、表 2-2 のように場所で分けるか（自宅内での問題か、近隣での問題か）は、なかなか難しい問題である。ここでは、表 2-1 に従って記載していく。

暴力は、ある種の違法行為であり、決して軽微な問題ではない。特に、他人（他の利用者、あるいは近隣の人）に対する暴力は、非常に重大な問題となりうる。また、家族への暴力は、比較的、表に出にくいものであるが、程度が酷い場合もあり、その場合には大きな問題となりうる。暴言もここに含めて記載する。

暴力・暴言に関しては、全部で 47 件（16.5%）の報告が見られたが、家族に対する暴力・暴言が 33 件と全体の 3 分の 2 を占めており、介護スタッフへの暴力・暴言が 7 件、他の利用者への暴力・暴言が 2 件、近隣の人へ暴力・暴言が 5 件であった。

暴力・暴言の特徴は、それぞれの例で、個別性が非常に目立つことである。原因 1 つを取ってみても、妄想に基づくもの、介護者や周囲の人からの働きかけに対する反応、あるいは拒否の表れとしてみられる場合など、いろいろである。本人の状態像も、ずっと怒っているような激しい状態から、普段は穏やかだが、対応によって突発的に怒りだすという場合まで、かなりの違いがある。また、暴力・暴言の対象についても、家族や介護スタッフを対象とする場合もあれば、他の施設利用者や近所の人を対象となる事もあるなど非常に多様である。暴力の程度も、軽いものから命に関わる重度のものまで様々である。非常に多様な状態が含まれているため、なかなか共通した対策を述べるのが難しいという印象を強く受けた。

⑫ 暴力・暴言（家族へ）

家族への暴力・暴言は 33 件と非常に多く報告されている。報告事例を見ると、介護拒否の延長線上にあるような暴力も一部には報告されているが、多くは、本人の怒りや焦燥が非常に強いため、周りの対応とは関係なく、暴れたり、手が出てしまうという状況が少なくないように思われる。既に述べたように、暴力・暴言については、報告事例ごとに、個別性が目立っており、あるケースでは上手く行く対応が、別のケースでは全く逆効果になってしまうことが少なくない。統一化された対応マニュアルなどを作成することは、非常に困難なのではないかと思われた。また、対応の項に、服薬治療の記載が多いことも特徴的であった。なお、物に対する破壊行為も、しばしば認められている。

《家族への暴力に対して》

- ・ 薬の調節。投薬を受け安定した。
- ・ 薬の変更。アリセプトからメマリーに変わり、今は暴力はない。
- ・ 介護者はその場を離れるしかない。
- ・ 「お前の家ではない。住めないよう、この家に火をつけてやる」と脅す。家中のマッチを片付けた。
- ・ （父が）母の顔を見るだけで怒ってくる時は 母を連れ出し、2 人を離す。
- ・ 本人が嫌う内容の話はしない。
- ・ 壊されたら困るものは、置かないようにした。
- ・ 本人が暴れた時は 30 分ほど、そのままにして、私は家に帰った。30 分後に行き「誰がやったんだろう。ひどいねえ」と共感してあげた。
- ・ 日中はデイ、ショートステイで、一人でいる時間を無くした。
- ・ 外出時は行き先、帰宅時間等を書いて台所の目立つ位置に貼る。帰宅予定時間になった頃には、なるべく携帯を入れるように心がけている。
- ・ 実母に対して罵声攻撃。実母を老健に入所させた。
- ・ 言いたいことを言いきらないと止まらないので聞く。

《介護者のストレス発散に》

- ・ 自分の好きな事が出来るような時間を、作るようにしている。
- ・ 家族会で自分の気持ちを話したり、周りの話を聞いて救われている
- ・ かかりつけの内科医が優しく、短い時間ですが私の気持ちを受け止めてもらえていると感じる。

⑬ 暴力・暴言（介護スタッフへ）

介護スタッフへの暴力・暴言は 7 件、報告されている。このカテゴリーに属する暴力・暴言には、当然ではあるが、介護拒否というニュアンスが強く認められた。注意されると暴力・暴言が出たり、対応が気に入らないと暴力を振るうなど、拒否的な反応が暴力の形で出ているようである。

《介護スタッフへの暴力に対して》

- ・ 薬の調整。

- ・ 職員が受け流してくれている。
- ・ 本人の希望を大事に考えるようにした。

⑭ 暴力・暴言（他の利用者へ）

他の利用者への暴言・暴力は比較的稀であった（2 件）。やはり、暴力のような行動障害は、関わりの密接な対象に向かいやすいという傾向が認められるようである。

《他の利用者への暴力・暴言に対して》

- ・ アリセプトを中止したところ、1 ヶ月くらいで落ち着いた。
- ・ 対象となりやすい人から遠ざけておく。

⑮ 暴力・暴言（近隣の人へ）

近隣の人に対して暴力・暴言が出る場合は、5 件が報告されているが、物盗られ妄想に基づいていたり、相手の土地を自分の物と思い込んで怒鳴り込んだりするなど、妄想に基づく行動と思われる事例が多く認められた。暴力とか妄想とかで分類するのではなく、「近隣を対象としたトラブル」という視点で、1 つの群に纏めて考えた方が良いのかもしれない。

《近隣の人への暴力・暴言に対して》

- ・ 近所の方に病気のことを伝え、理解を頂いた。
- ・ 隣家の木を勝手に切った。木を切った家に対しては私が謝罪に行った。
- ・ 家に居ない方がいいと考え デイの日を増やした。

F 暴力以外の行動・心理症状

84 件（29.5%）の事例がここに含まれる。種々雑多な内容が含まれているが、これらの内で比較的、まとまった障害としては、物盗られ妄想（21 件）や介護拒否（12 件）が挙げられる。「幻覚・妄想（物盗られ妄想以外）」8 件、「その他の行動・心理症状（自宅内）」30 件、「その他の行動・心理症状（近隣とのトラブル）」13 件となっている。

これらの事例の多くは、認知症の行動・心理症状として、多くの処で取り上げられている問題行動や精神症候であり、此处では、比較的簡略に示すに留める。

⑯ 物盗られ妄想

対象は、家族のことが非常に多いが（16 件）、近所の人や施設の職員などが対象となっている場合も 5 件、認められた。暴力の項で述べたことと同様であるが、個性が高いことが特徴と思われた。ある例では上手く行った方策が、別の例では逆に症状を増悪させてしまうことも少なくない。例えば、「一緒に捜しましょう」と云って落ちつく人も居れば、却って悪くなってしまう人も居る、など。その意味では、画一的な対応では、上手く行きにくい事例が多い印象を受けた。

《物盗られ妄想の事例》

- ・物を盗ったなどと言われた時は「知らない」とその場を離れ、本人が忘れるのを待つ。
- ・毎日通帳を見せてお金が引かれていないことを話した。数字が認識できなくなってからも「大丈夫 盛大なお葬式ができるよ」と言うと納得した。
- ・他人のせいにするところは聞き流し、とりあえず一緒に探す。決して犯人探しはしないようにし、探しているものが見つかったら一緒に喜び安堵するようにしている。「誰がどう」とすぐ言い出すので、そこから視点をずらすように対応している。
- ・「一緒に探しましょう」と言える状況になかった。
- ・否定すると怒り出し、時が過ぎるのをまったり、散歩に連れ出して気を紛らわせるしかなかった。
- ・自分でなくしたカギを盗られたと言い出す。スベアキーを作り、新しい鍵を渡し、シリンダーごと交換したことにして対応。
- ・鞆を盗られたとよく言っていた。鞆は持たせないようにした。
- ・息子夫婦と同居し、内服治療で落ち着いた。
- ・言い分に対して否定せずに話を聞くようにし、本人に信仰心が強いので「神様が守って下さるよ」と何度も伝えた。
- ・家族が謝りに行った。（近所に対して）

⑰ 幻覚・妄想（物盗られ以外）

物盗られ妄想以外の幻覚・妄想としては、被害妄想が5件と最も多かった。亡くなった人が生きているという訴えや、幻視なども報告されている。全て自宅内での問題事例である。

⑱ 他の行動・心理症状（自宅内）

繰り返しの質問や繰り返しの要求が6件、暴力・暴言にまでは至らない興奮やイライラが4件、無理な主張や要求が3件、本人は良かれと思ってする迷惑行為が3件、道路に飛び出すなどの衝動的な行為が2件、落ち着かない行動が2件、鬱あるいは不安が2件、過食や病識欠如がそれぞれ2件ずつ、性的行動、睡眠の問題、入浴しすぎの問題、作話がそれぞれ1件ずつ、報告されている。

⑳ 他の行動・心理症候（近隣とのトラブル）

ゴミの分別が出来ないまま出してしまう或いはゴミの日を間違えて出してしまうのが3件、間違った情報を近所の人に伝えてしまうのが3件、集団での行動が困難なことでの迷惑が2件、不潔な行為や濫集、テレビの音量問題、物の売り買いトラブル、近所での質問行動がそれぞれ1件ずつであった。

㉑ 介護拒否

全例、自宅内での問題である。世話全般や、入浴、排泄の手伝いを拒否する例が多い。デイケア・ヘルパーの拒否も報告されている。食事を拒否する例も2例、報告されていた。多くは、緊急を要するようなものではないが、食事については、長期に続くようであれば、介入が必要となろう。

G その他

その他は、10 件（3.5%）あり、親族内のトラブルが 5 件、その他が 5 件であった。

㉑ 親族内のトラブル

親族内のトラブルは、相続の問題や虐待が疑われる問題など、介護する家族内での行き違いやトラブルなどが含まれていた。

㉒ その他

その他としては、身体的な急変の問題、投薬を複数箇所から受けていた問題、冠婚葬祭の問題、近所の人の言葉に本人が気分を害した例などが報告されていた。

（3）実際に分類してみる（事業所アンケートから）

ここでは、事業所アンケートをまとめて検討する。家族の会アンケートで報告された事例が、全体としてみると、認知症の人の問題場면을全般的に網羅したものであるとすれば、事業所アンケートから得られた事例は、特定の場面（本調査では小売業の現場）のみに焦点を当てて、その場面における特殊な問題を、より明確にして報告したものと考えることができる。

事業所アンケートでは、全部で 301 件の記載が得られたが、うち 2 件は、家族が「ご迷惑をお掛けするかもしれない」と前もって挨拶に来られた、など問題事例ではない記載であるため省き、残りの 299 件について、以降の検討を加えた。分類の仕方は、なるべく現場で働いている人に分かりやすい視点を心掛け、本報告では、表 3 のような形でまとめてみた。以降の記載では、各カテゴリーに報告された件数を示し、簡単な説明を加え、さらに、トラブルの状況や対応について、代表的な事例を列挙する形で示している。

なお、注意しておかなければならない点を記載しておく。今回、行われた『事業所アンケート』では、「高齢者のお客様に多いトラブル・対応の事例」を記載してくださいという形で、アンケート調査が行われている。そして、それぞれの事例について、記載者が「認知症が原因（かもしれない）と思われる事例」と判断した場合には、「認知症が原因（かもしれない）と思われる事例」という欄にチェックを入れる、という記入形式となっている。つまり、まずは、高齢者に多いトラブル事例が、全て報告されることになっており、そのうち、認知症が原因では？と思われる事例には、チェックを入れるという形式になっている。よって、報告事例のなかには、「認知症が原因（かもしれない）と思われる事例」という欄にチェックが入っている事例（以降、「認知症あり」と略称する）と入っていない事例（以降、「認知症なし」と略称する）とが含まれる。このチェックに関しては、あくまでも記載者（従業員の方）の判断であり、信頼性は必ずしも高くはない。そこで、まずは、報告された全例を対象に含めて、分類や検討を行った。その後、各カテゴリーのなかで、「認知症あり」或いは「認知症なし」と判断された事例数を、それぞれ記載するようにはしているが、「認知症あり」或いは「認知症なし」の症例数については、あくまでも参考値として参照していただきたい。とはいえ、代表的な事例を提示する際には、認知症が原因（かもしれない）と思われる事例の欄にチェックが付いている例から、なるべく抜き書きするように心掛けた。なお、全 299 例のうち、「認知症あり」が 154 例、「認知症なし」が 145 例であった。

=====

表 3 「事業所アンケート」の分類

A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害

- ① 行方不明
- ② 車

B 小売店での生活障害 -1 金銭関連

- ③ 万引き
- ④ 商品を食べてしまう
- ⑤ 不要品の購入
- ⑥ レジ周りの問題
- ⑦ 返品や注文

C 小売店での生活障害 -2 対人的な問題

- ⑧ スタッフとのトラブル
- ⑨ お客さん同士でのトラブル

D 小売店での生活障害 -3 その他

- ⑩ 転倒・体調不良
- ⑪ 不潔
- ⑫ 大声、興奮、規則が守れず
- ⑬ 開店・閉店時間の問題
- ⑭ 忘れ物
- ⑮ その他

=====

A 自宅外で、命に関わる問題を引き起こしうる生活障害

この群には、『家族の会アンケート』の場合と同様のカテゴリーが含まれている。つまり、行方不明と車の問題が含まれており、両者を併せて 73 件（24.4%）もの報告が寄せられている。行方不明が 41 件、車の問題事例が 32 件であった。両者とも、小売業の現場において非常に重要な問題領域であることが今回、明らかとなった。

① 行方不明

このカテゴリーには、狭義の行方不明と、「歩き周りやお店での長時間滞在」が含まれている。狭義の行方不明は 30 件（認知症あり 16 件、認知症なし 14 件）、「歩き周りやお店での長時間滞在」は 11 件（認知症あり 8 件、認知症なし 3 件）、併せて 41 件（13.7%）の事例が報告されている。「家に帰れないという訴えがあり困った」という事例も報告されているが、これは『家族の会アンケート』では全く見られなかった問題である。

《行方不明、家に帰れない》

（ご家族と一緒に来店されている場合）

- ・ 店内を搜索、警察にも通報した。その後、自宅に帰っていることが判明。
- ・ 店内外の搜索を行い、見つからないため、警察への届出を、お客様にすすめた。（単身で来店）
- ・ お客様の持ち物より住所を確認すると 安城市(当店は岡崎市)。店長、社員の 2 名で、車で送る。
- ・ 持ち物を調べさせていただき、ご家族へ連絡。
- ・ 包括支援センターの協力のもと、家へ連絡する。
- ・ 警察に連絡して、保護してもらった。

《長時間の滞在》

- ・ 他のお客様に、直接迷惑のかかる状態ではなかったため、従業員が行動を見守る程度の対応をした。
- ・ 時折、何かお探しですか、と笑顔で声かけしています。
- ・ 買い物かごに商品を入れたまま、数時間滞在。お声掛けをして、生鮮品は悪くなるので売り場に戻していただく。
- ・ 警察に連絡して、保護してもらった。搜索願が出ていた。

② 車

全部で 32 件（10.7%）の報告が寄せられている。駐車場での事故が 17 件（認知症あり 6 件、認知症なし 11 件）と最も多く、自分の駐車した場所が分からなくなったとの訴えが 10 件（認知症あり 8 件、認知症なし 2 件）、逆走など規則違反が 3 件（認知症あり 1 件、認知症なし 2 件）、その他が 2 件（認知症なし 2 件）となっていた。駐車場での事故については、「認知症なし」と判断された事例が多く、駐車した場所が分からなくなった例では、「認知症あり」と判断された事例が大多数となっており、対照的であった。自分の駐車した場所が分からなくなり、助けを求めるといった事例は、記憶力障害と密接に関連していると思われる、「認知症あり」と判断された例が多いことは首肯できる内容である。

《事故》

- ・ 事故の後、警察・救急車の手配などの対応。家族の方に来てもらう。
- ・ 事故対応に苦勞する。息子に連絡を取り、2～3 時間かかる。
- ・ 自分が事故を起こしたことを理解できず、対応が難しかった。

《駐車した場所が分からない》

- ・ 警備担当も含めた複数人数にて、駐車場を探す。
- ・ 店メンバーが駐車場を探したが見つからず、結果的には、車で来店できなかった。
- ・ 迎えに来てもらうよう自宅に連絡をしたところ、今日は自転車で出かけたので、車は自宅にあることが判明した。

《違反》

- ・ 入り口近く車を止め、店内へ入ろうとする（駐車区画ではない。店の玄関の目の前）。駐車場区画内に駐車していただくようお願いし、車を移動していただく。

B 小売店での生活障害 -1 金銭・商品関連

小売店は、商品の売り買いが行われるための場所である。そのことを考えると、至極当然のことではあるが、売り買いに関するトラブルが非常に多数、報告されている。金銭関連の事例は、全てを併せると 112 例（37.5%）（認知症あり 62 件、認知症なし 50 件）となり、全体の 4 割近くを占めている。そのなかでも、万引きが 50 件（16.7%）と最も多かった。また、（購入前に）商品を食べてしまう例が 12 件（4.0%）、同じ買い物ばかりする（不要品の購入）事例が 11 件（3.7%）、レジ周りでのトラブルが 30 件（10.0%）、返品・通販関連が 9 件（3.0%）、報告されている。

③ 万引き

万引きは 50 件（認知症あり 28 件、認知症なし 22 件）の報告があり、非常に大きな問題となっている現状が窺われる。既に述べたことの繰り返しになるが、数十年前であれば、近所の小さなお店に行けば、店員さんも皆、患者さんのことを個人的に良く知っていることが多く、大きなトラブルにならずに済んだ可能性は高い。現在の大型スーパーの場合、従業員の数も多く、来店されるお客さんの数も非常に多いため、お互いが顔見知りの関係になることは稀であり、そのことが、売り買いトラブルの件数が多くなる一因となっているのであろう。ただ、万引きは、認知症の患者さんに限らず、小売店では一般に良く見られる問題行動であるため、お店での対応は既に統一化されている印象が強い。認知症の有無については、判断に迷う例も現場では少なくないようである。

《万引き》

- ・ 声がけして、お支払いいただく。
- ・ 何度か、ご家族の方にも相談するが、その後も何度か来店。
- ・ 捕捉し話を聞こうにも話が通じず、警察に通報。

- ・ 大府市高齢者相談支援センターより、緊急連絡先として家族の電話番号をいただく。定期的に、支援センター職員の巡回をしてもらう。
- ・ 1人で来店してきたら、家の電話番号を伝えるので、連絡してくださいと言われて、対応に困った。申出は、お断りさせていただきました。
- ・ 話を聞くと、「覚えていない」「家族に言うくらいなら死ぬ」「一つくらいいいでしょ」と口にする方が多い。万引きの場合は、警察へ引渡し。
- ・ 本当のことを言っているのか、わざと嘘を言っているのか分らず、警察を呼び対応していただいた。
- ・ 認知症なのか、ふりなのか見分けがつかない。

④ （購入前に）商品を食べしまう

12件（認知症あり8件、認知症なし4件）の報告が寄せられている。実際には万引きに近い場合が殆どであり、対応も、万引きの場合に準じて行われているようである。万引きと併せて1つのカテゴリーにしても良いかもしれない。

《商品を食べしまう》

- ・ 家族の方に連絡し、事情を説明し身元を引き受けていただいたが、その後も来店があり、何回か同じことがあった。
- ・ 行政を通じて、相談したところデイサービスを利用され、来店頻度は少なくなった。
- ・ 家族に迎えに来ていただき、代金を支払っていただいた。
- ・ 家族の方に、警察を通し連絡をしていただき、家庭内での保護を依頼する。

⑤ 不要品の購入

報告は11件（認知症あり6件、認知症なし5件）ある。同じお客さんが、同じ商品を繰り返し購入されていることに、従業員の方が気付かれている場合も少なくないことが分かる。来店するたびにカードを作られていた例も報告されている。

《不要品の購入》

- ・ 商品をよく確認せず、買い物をしたり、何度も同じ商品を購入することを繰り返す。家族の方がお見えになり、レシートにあるものに関しては、返品に応じ、お一人で買い物はなるべく、なさらないようにお願いしました。
- ・ 2日続けて、数万円の同じものを買いに、来店（昨日買ったことは忘れていた）。たまたま同じ担当者が対応したので、お買い求めをお待ちいただいて、ご家族に連絡を取った。

⑥ レジ周りの問題

レジ周りのトラブルは、30件（認知症あり15件、認知症なし15件）報告されている。「レジが出来ないで困っている」場合17件（認知症あり9件、認知症なし8件）と、「レジでの（見当外れの）クレーム」13件（認知症あり6件、認知症なし7件）とに分けることができる。

《レジが出来ないで困っている》

- ・ レジで、お金を出すのに苦労していた。財布をずっと探していた。ゆっくりお探しくないと、待ってあげた。
- ・ 買い物をされて、払う金額がわからない。サービスカウンターにてレジ登録し、袋から代金を支払いしていただく。
- ・ レジでの代金支払いの際、お金をもっていないことに気付かれる。お客様のお荷物を預かり、売り場に返させてもらう了解をとる。
- ・ お金をもっていないのに、買おうとする（毎日）。ご家族へ連絡。

《レジでのクレーム》

- ・ その場で、釣り銭や出した金額の勘違い（1000 円と 10000 円とか）。清算し、誤差がないことを伝える。
- ・ カードに現金をチャージしたら、財布にあった現金がない、お釣り銭をもらっていない等、あります。丁寧に説明をして、ご理解いただきます。

⑦ 返品や注文

返品・通販関連が 9 件（認知症あり 5 件、認知症なし 4 件）記載されている。さらに詳細な内訳としては、返品関連が 5 件（認知症あり 3 件、認知症なし 2 件）、宅配とか予約商品の関連が 4 件（認知症あり 2 件、認知症なし 2 件）であった。

《返品関連》

- ・ レシートがあり、1 週間以内でしたらお受けしています。
- ・ 大量に買った挙句、一部返品を繰り返す。初めは対応していたが、市に連絡し、地域の方に来てもらい引き渡した。自宅は買い物であふれていたらしい。

《ネットスーパーなど》

- ・ ネットスーパーのご注文で、ご注文してあるのに、届けると注文していない。地域いきいき支援センターと連携して対応。

C 小売店での生活障害 -2 対人的な問題

小売店は、スタッフの人や他の買い物客など多数の人が居る場所である。対人的な問題は、お店にとっても見過ごせない大きな問題である。対人的なトラブル事例は、全体としては 53 件（17.7%）（認知症あり 26 件、認知症なし 27 件）認められた。そのうち、スタッフとのトラブルが 44 件（14.7%）、お客さん同士のトラブルが 9 件（3.0%）であった。

⑧ スタッフとのトラブル

スタッフとのトラブルは 44 件（認知症あり 23 件、認知症なし 21 件）報告されていた。そのうち、スタッフへのクレームが 22 件（認知症あり 11 件、認知症なし 11 件）、同じ質問を何度も繰り返す行為が 7 件（認知症あり 5 件、認知症なし 2 件）、妄想あるいは強い思い込みに基づく訴えや行動が 6 件（認知症

あり 3 件、認知症なし 3 件）、ただ話したいという事例が 4 件（認知症あり 2 件、認知症なし 2 件）、会話が理解不能な事例が 4 件（認知症あり 1 件、認知症なし 3 件）、その他 1 件（認知症あり 1 件）であった。スタッフへのクレームについては、稀にスタッフへの暴力にまで進展している例も見られる。また、その他の 1 件は、従業員にプレゼントを送り続けるという事例であった。

《クレーム》

- ・ 持っていた商品をいきなり投げつけたり、女性スタッフの腕をたたいたりする。警備員が緊急対応。
- ・ 従業員に対し、身に覚えのないことと言いがかり等をつける。落ち着いてご説明し、納得していただく。
- ・ 店舗従業員に対して、対応、接客に対してクレームを繰り返す。管理職がお詫びをすると収まる。
- ・ あいさつが、自分に対してしっかりされないことに激高・興奮して、すぐに店長を呼べと叫ぶ。社員 2 名でお客様が話つくすまで聞く。家族に対しても電話を入れておく。
- ・ 同じことを何度も言う。自分の意見を曲げない。状況を説明しても判ってもらえないので、ひたすら謝罪する。

《同じ質問を繰り返す》

- ・ 短時間で、何度も同じ商品の場所をスタッフに尋ねる。その都度ご案内する。
- ・ 同じ内容の問い合わせがある。その都度、同じことであってもお答えすることで対応。

《妄想と思われる事例》

- ・ 十数年前のお金の貸借のことで、知り合いの従業員に合いに来る（実際は貸借ない）。地域支援センターに相談をしたが、対応には苦慮。いまだ解決できず。
- ・ 思い込みで話をする。お客様のプライドを傷つけないように注意しながら、ご説明をする。

《ただ話したい》

- ・ 呼び止めて、長話。ずっと相手をするしかない。または、ちょっとすいませんと言って、その場を離れる。目を合わせず、気づかないようにする。犯罪にあたる行為には至らず、最も対応が難しい。

《会話が理解不能》

- ・ 電話にて問い合わせが入ったが、到底意味不明な会話が続き、一方的に話された。しばらく話を聞いていたが、疲れたのか途中で一方的に電話を切られた。

⑨ お客さん同士でのトラブル

お客さん同士のトラブルは、お店にとっては非常に対応の難しい問題と思われる。どちらかの側に立つわけにも行かず。かと云って、警察ではないので、何が真実かを吟味するという訳にもいかない。事例は、9 件（認知症あり 3 件、認知症なし 6 件）報告されている。

《お客さん同士で》

- ・ 商品を取ろうとされ先に意識が強く、他のお客さまへどけとか声を出す。どかないと、手を出す。別室に呼んで、行ったことに対して説得注意を実施。
- ・ 店対応では何ともならず、警察にお願いした。

D 小売店での生活障害 -3 その他

金銭関連および対人関係に入らない事例を集めた。61 例（20.4%）（認知症あり 27 件、認知症なし 34 件）が含まれている。その内訳をみると、店内や敷地内における転倒や体調不良が 21 件（7.0%）、店内での不潔な行為が 12 件（4.0%）、大声や興奮などが 7 件（2.3%）、開店時間・閉店時間を守れない事例が 7 件（2.3%）、忘れ物が 8 件（2.7%）、その他が 6 件（2.0%）であった。

⑩ 転倒・体調不良

転倒および体調不良が、21 件（認知症あり 5 件、認知症なし 16 件）報告されている。詳細な内訳をみると、転倒が 12 件（認知症あり 4 件、認知症なし 8 件）、体調不良が 9 件（認知症あり 1 件、認知症なし 8 件）であった。どちらも、「認知症なし」と判断された事例が多数を占めている。これは、転倒や体調不良は、高齢者一般に見られやすい出来事であり、認知症があるからと云って、急激に発生率が増加する訳ではないことを考えると、首肯できる結果であろう。

《転倒》

- ・ 頭を打っていることも考えられ、本人様を諭すようにして、救急車の依頼をかける。
- ・ 店内で倒れられたが、身内の方への連絡先が分らず、途方に暮れる。警察に連絡。
- ・ 店内で転倒。自分の住所、名前が分らないので、消防、警察とともに対応。

《体調不良》

- ・ 店内で体調が悪くなった場合。話がかみ合わず、家族の方への連絡が取りづらい場合があった。
- ・ 買い物中に、急に具合が悪くなる。救急車を呼んで対応。

⑪ 不潔

不潔関連の事例は 12 例（認知症あり 7 件、認知症なし 5 件）であった。詳細な内訳としては、排泄関連の問題が 10 例（認知症あり 7 件、認知症なし 3 件）、悪臭が 2 例（認知症なし 2 件）であった。

《不潔》

- ・ 店内の通路に汚物（排泄物）を放置する。即時清掃担当および従業員にて処理をする。
- ・ トイレの場所ではないところで用を足してしまう。トイレの場所を案内し、理解してもらう。家族に連絡。

⑫ 大声、興奮、規則が守れず

対人的な問題は無いのだが、独りで興奮したり、規則を守れない事例を此处に分類した。7 件（認知症あり 3 件、認知症なし 4 件）が報告されている。

《大声、興奮、規則が守れず》

- ・ 店内を、あほあほと言いながら、歩き回る。他のお客様のご迷惑になる状況でしたので、警備の人とともに声掛けをしたら、自ら店外に出て行った。
- ・ 店内喫煙を何度注意しても止めない。警察へ通報。出入り禁止措置→来店の繰り返し。

⑬ 開店・閉店時間の問題

開店時間・閉店時間を守れない事例が7件（認知症あり5件、認知症なし2件）あった。

《開店時間・閉店時間が守れず》

- ・ 9時開店なのに、8時前から、何度も身障者インターホンで呼び、開けろと騒ぐ。警察を呼び、奥さんに来てもらう。奥さんから、認知症で困っていると話が合った。
- ・ 閉店ギリギリに来店し、純水を入れ、閉店10～15分しても帰ろうとしない。側について帰っていただくとするよう話をするが、こちらのいうことに耳を傾けようとしないので、帰るまでついていく。
- ・ 夜の閉店前に、毎日のように電話をサービスカウンターにいただく。地域いきいき支援センターと連携して対応。

⑭ 忘れ物

忘れ物の事例は8件（認知症あり4件、認知症なし4件）。

《忘れ物》

- ・ 買い物した商品を、置いて行ってしまう。落し物として処理。
- ・ お買い物かごに商品を入れて、そのかごを店内のいたるところに放置していく。時間を15～20分見て、売り場に戻す。要冷蔵商品は、商品チェックを必ず実施。お客様の特定は、できていない。

⑮ その他

その他のなかには、商品を勝手に並べ替える事例が3件（認知症あり1件、認知症なし2件）、その他3件が含まれている。

《その他》

- ・ 商品を意味もなく並べ替える。やさしく声かけし対応。あわてさせないで、状況を側で監視。
- ・ 店の玄関脇に、大きなオイルヒーターと掃除機が捨てられていた。オイルヒーターの入っている段ボール箱に貼ってあったお客様の氏名、telを確認し、電話をして、お客様に現物を見ていただくと、自分の母親が認知症でここまで持ってきてしまったのであろうとのことで、お持ち帰りいただく。

(4) 考察

A 明らかになった生活上の問題

本作業部会の目的は、「日常生活レベル」での意思決定能力・責任能力について、その問題点を抽出し、その対応支援検討へ向けての問題整理を行うことである。此处で云う「日常生活レベル」とは、買い物・生活費程度の金銭管理・家庭や施設での暴力や暴言・近隣とのトラブル（本人がトラブルを起こす場合・巻き込まれる場合の両方を含む）などを意味している。この目的を、より具体的に述べれば、こうした「日常生活レベル」において「彼方を立てれば、此方が立たず」と云うような状況、多くは、本人の自律・自己決定・自由を尊重することと、本人あるいは周囲の安全を確保することとの対立場面において、如何なる対応・支

援を行っていくべきかを明らかにすることが最終的な目標ということになる。しかし、一足飛びに最終的な目標を達成することは困難であり、そのための前段階として、本年度は、現状の問題点を明らかにすることを、調査の目的としている。

上記のような視点から、本調査の結果を概観する。まず、図 1 に『家族の会アンケート』の大分類ごとの頻度を、また、図 2 に『事業所アンケート』の大分類ごとの頻度を、それぞれ円グラフにして示した。今回の調査から、意思決定能力や責任能力に関係した、日常生活上の大きな問題が幾つか存在することが明らかとなった。具体的に挙げれば、① 行方不明になる危険、② 自動車運転に伴う問題、③ 万引き、④ 詐欺に遭う危険、⑤ 財産管理の問題、⑥ 暴力・暴言、⑦ 物盗られ妄想や他の BPSD に伴う問題、などである。なお、⑥および⑦については、BPSD の種類で分けるのではなく、⑥ 近隣トラブル、⑦ 自宅内トラブル、というように場所によって分類する方が適切かもしれないが、この辺りの検討は、今後の課題である。また、⑧ 不要品の繰り返し購入や、⑨ 現金管理の問題、などもリストに加えるべきかもしれない。

こうした生活上の問題は、今までも、個別の問題としては、良く取り上げられてきたものばかりである。しかし、これらの生活上の問題について、本人の意思決定能力や責任能力との絡みで、どう考えるべきか、或いは、如何に本人を支援・援助すべきか、という議論は今まで皆無に近い。本調査により初めて、いわば「高次の生活障害」とでも呼ぶべき、こうした問題群が存在することが明らかになった。

図 1 「家族の会アンケート」事例（表 2-1 による分類）

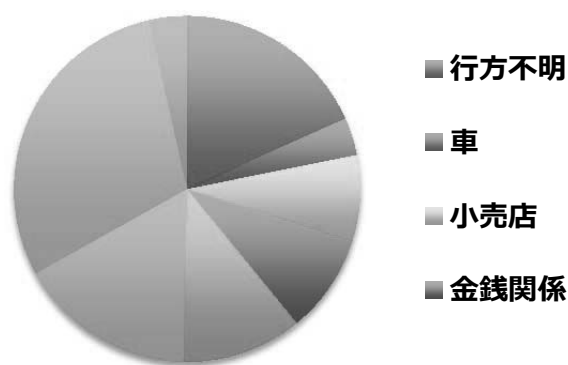
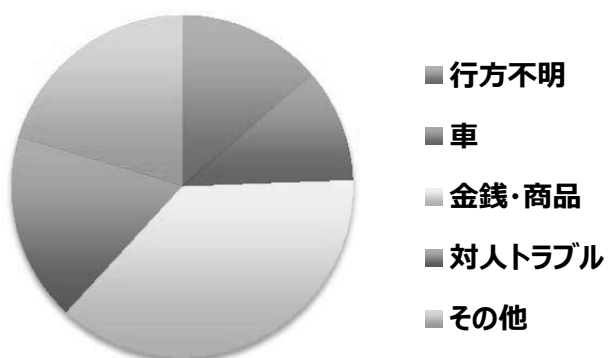


図 2 「事業所アンケート」事例（表 3 による分類）



B IADL や BPSD との関係

認知症の介護・看護・医療の領域では、古くから、日常生活動作（activities of daily living、ADL）の障害は重要視されていた。ADL は、日常生活を送る上で必要とされる基本的な生活動作を指し、歩行・階段症候などの移動動作、食事動作、排泄動作、洗顔・歯磨きなどの整容動作、衣服の着脱などの更衣動作、入浴動作などを指し、基本的 ADL（basic ADL）とも呼ばれることも多い。障害されると、日常生活にも援助が必要になるため、介護の問題が大きい。一方、手段的（道具を用いた）ADL

（instrumental ADL、IADL）は、比較的最近、重要視されるようになった領域である。具体的には、電話を使用する能力、買い物、外出、服薬管理、財産取り扱い能力、炊事、洗濯、家事などを指している。アルツハイマー型認知症では、ADL の障害に比べると、IADL の障害はより早期から出現することが多い。

今回、問題として抽出されてきた生活上の問題、特に「行方不明になる危険」や「財産管理能力」、「現金管理の問題」などは、一部、IADL と重なる部分がある。しかし、IADL が「本人が出来るかどうか」に重点を置いた概念である一方、本調査で明らかになった生活上の問題は、本人ができるかどうかよりも、他者との関係に重点が置かれている。自律と保護の問題は、本人のなかだけで完結する課題ではなく、実社会のなかで、如何にバランスを取っていくかという課題であり、その点が、IADL と本調査における生活上の問題とでは、異なっているように思われた。

また、BPSD は、認知症患者の呈する様々な精神症状や行動障害を総括した概念であり、今までも頻繁に取り上げられ、非常に重視されてきた問題群である。本調査で浮かび上がってきた生活上の問題、とくに「暴力・暴言」や「物盗られ妄想や他の BPSD に伴う問題」などは、BPSD そのものとも云える課題である。ただ、此处でも先ほどと同様のことを指摘することができる。つまり、BPSD という概念は、本人の精神症状・問題行動にのみ焦点を当てた概念であり、周囲との関係性には重点が置かれていない。一方、本調査で明らかとなった生活上の問題は、本人の症状自体というよりは、周囲との関係性を重視した概念であり、その点で異なった視点から BPSD に新たな光を当てたものと云うことができる。ここでいう「異なった視点」とは、本人の意思決定能力や責任能力に注目した視点、あるいは、自律と保護の二律背反から見た視点、とも言い換えることができる。

C 生活上の問題について

今回、明らかになった生活場面における問題についての詳細な検討は、来年度以降の課題と考えるが、気付いた点を少し記載しておきたい。

それは、同じく「生活上の問題」だとしても、問題の性質が比較的均一な問題群と、不均一な問題群があることである。具体的に述べると、例えば、「行方不明」という生活上の問題は、『家族の会アンケート』にて、52 例もの事例が報告されているが、いずれの事例を見ても、問題の性質が非常に似ていることが分かる。いわば、かなり均一な生活障害と捉えることが可能であり、困り方・対応の仕方に共通な点が多い。問題の性状については、自宅外で発生し、命に関わる事態となりうる危険が常にある。本人が移動して（移動手段

は、いろいろであっても）、家族が見失い、付近を探しても見つけない状態とまとめることができる。対象者は全員、場所に関する見当識障害を有し、或る程度の移動能力が保たれている。落ち着きのなさや帰宅願望の有無などは症例により異なっているが、対応は、どうやって見つけ、保護するかに絞られる。予防的な対策についても、かなり共通している印象を受ける。一方、問題の性質が非常に多様な例としては、「暴力・暴言」を挙げることができる。暴力・暴言は、本人のイライラや興奮が強くて出現する場合もあれば、妄想に基づくものもあり、また介護者や周囲の人からの働きかけに対する反応あるいは拒否としてみられる場合もある。対象についても、家族や介護スタッフに対して暴力が出る場合から、他の施設利用者や近所の人を対象にする場合まで様々である。さらに、程度も、軽いものから命に関わる重度のものまで多様であり、なかなか共通した特徴や対策を述べるのが難しい。

これは、「行方不明」の原因は「できない」こと、つまり、認知機能の欠損を基盤としているため、多くの人で似たような状態を呈すると考えることができる。一方、「暴力・暴言」は、欠損を基盤とするというよりは、「余分な何かをしてしまう」ことである。そうした産出性の問題の場合には、非常に多様な性状を呈しやすい。個別に、対策や支援援助を考えていく際にも、こうした違いに留意することが必要と思われた。

D 限界

今回の分類は、あくまでも仮の物であることを、重ねて断っておく。報告者が、全報告に目を通した上で、類似しているように思われる事例を集めていき、帰納的に幾つかの群に分類したものである。常に、現場の人に分かりやすい視点での分類を心掛けたことは事実であるが、分類するための基準を、予め用意して、その基準に従って分類した、というような演繹的なものではない。そのため、分類する基準自体が、分類の途中で変わっていくなど、統一性に欠けていることは間違いない。この辺りも、さらなる検討が行われ、より有用なものに代わっていくことが期待される。

また、本報告では、現状を、ほんの少し明らかにしたのみであり、対策や支援の実際については、殆ど触れることが出来ていない。それらは、次年度以降の課題であろう。

E まとめ

- 1 高次の生活障害とも呼ぶべき状態が存在し、大きな問題となっていることが明らかとなった。其処には、自律と保護のジレンマが存在している。
- 2 高次の生活障害は、IADL や BPSD と密接に関連している。ただし、IADL や BPSD が、主に本人のみに注目している概念であるのに対し、高次の生活障害は、周囲との関係性、実社会のなかでの問題に、より焦点を当てた概念である。
- 3 高次の生活障害は、「できない」系と「余分な何かをしてしまう」系とに分けることが可能かもしれない。

Ⅲ 医療、介護等の場面における意思決定支援のあり方

(作業部会②：認知症の人が医療、介護等を受ける際の意思決定支援)

～ 認知症の人の意思決定支援に関する倫理的・法的な観点からの論点の整理

及び 医療・介護の観点からの注意点 ～

1. 総説

作業部会②においては、認知症の人の意思決定を支援するにあたって、倫理的・法的な観点から論点を整理した。また各論点に則して、医療・介護の観点から注意点を整理した。

意思決定を支援するという観点はこれまで医療・介護の領域では、意識的に取り上げられることは少なく、取り上げられても、成人の意思決定能力がある患者の医療行為等を念頭にしていた（例えば、周産期女性やがん患者の意思決定支援等）。

本作業部会では、認知症の人の尊厳を守り、自律を尊重するためには、意思決定ないし意思決定支援が重要であるという共通認識のもとで作業が行われた。

本整理にあたっては、次の点を前提とした。

- (1) 認知症の人の意思決定の支援を対象とする。
- (2) 認知症の人は、意思決定能力が不十分な点や欠けていることがあり、意思決定能力の状況に応じて、認知症の人を保護する必要がある。
- (3) 認知症の人が意思決定をする場面は、医療行為から介護行為に至るまで多岐にわたる。例えば、身体への侵襲行為を伴う場面（手術、検査、予防接種等）や、健康に対して影響を与える場面（食事、入浴、施設から病院への転院、退院して在宅等）のほか、人生の最終段階における医療及びケアを選択する場面まで多様である。
- (4) 認知症の人が意思決定をするのは、提供される医療・ケアを積極的に受け入れる場合ばかりでなく、それを受け入れないという場合もある。
- (5) 認知症の人の意思決定の支援を考えるにあたっては、認知症の人を取り巻く人、特に、家族や成年後見人の方との連携が必要である。

もともと、倫理的・法的には、認知症の人に関する場合と、認知症でない人（患者）の場合の意思決定にあたって特段異なった取り扱いはない。しかし、認知症の人は、症状の進行とともに、次第に意思決定能力が低下していくので、倫理的・法的な観点から、認知症の人の心身の特性に則した配慮のための観点を指摘し、関係者が陥りやすい点について注意を喚起することで、認知症の人の意思決定を保護・充実させることが必要である。

倫理的・法的観点からの論点については、「論点」、「解説」、「参考資料」、医療・介護の観点からの注意点については、「注意点」「参考資料」という構成で示した。

また、本整理では、法的な概念である意思能力という言葉ではなく、本整理の趣旨に沿って、意思決定能力という言葉を採用し、その意義については本文中に記載した。

本作業部会では、各委員から認知症の人の意思決定ないし意思決定支援が困難な事例の提出を求めたが、より本整理をイメージできるように、事例をモデル化して「意思決定が困難な事例」として掲載した。

なお、どの領域まで、また、どこまで踏み込んで記載をするのかについて議論があり、特に、認知症の人の意思決定能力が相当低減しており、その判断が合理的でない場合（検査や食事の拒否等）の対処、認知症の人が意思決定能力を欠く場合の代理ないし代行意思決定（家族や、成年後見人等）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に関わる領域が議論となったが、本整理においては、それらの点については、残された課題として示した。

2. 倫理的・法的観点からの論点

論点 1 認知症の人の尊厳は守られるべきではないか。

解 説 上記は、倫理的には人格の尊重の背景原理として、法的には「個人ないし個人の尊厳の尊重の原則」から導くことができるのではないか。

参考資料（条文等）

憲法

第 13 条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第 24 条 2 配偶者の選択、財産権、相続、住居の選定、離婚並びに婚姻及び家族に関するその他の事項に関しては、法律は、個人の尊厳と両性の本質的平等に立脚して、制定されなければならない。

民法

第 2 条 この法律は、個人の尊厳と両性の本質的平等を旨として、解釈しなければならない。

医療法

第 1 条の 2 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

論点 2 認知症の人であることで、その人の意思決定において差別を受けるべきではないのではないか。

解説 上記は、倫理的には正義の原則から、法的には「法の下での平等の原則」から導くことができるのではないかと考えられる。

参考資料（条文等）

憲法

第 14 条 すべて国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

第 25 条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

最高裁昭和 39 年 5 月 27 日大法廷判決

憲法 14 条 1 項にいう社会的身分とは、人が社会において占める継続的な地位をいうものと解されるから、高令であるということは右の社会的身分に当たらないとの原審の判断は相当と思われるが、右各法条は、国民に対し、法の下での平等を保障したものであり、右各法条に列挙された事由は例示的なものであつて、必ずしもそれに限るものではないと解するのが相当であるから、原判決が、高令であることは社会的身分に当たらないとの一事により、たやすく上告人の前示主張を排斥したのは、必ずしも十分に意を尽したものとはいえない。しかし、右各法条は、国民に対し絶対的な平等を保障したのではなく、差別すべき合理的な理由なくして差別することを禁止している趣旨と解すべきであるから、事柄の性質に即応して合理的と認められる差別的取扱をするとは、なんら右各法条の否定するところではない。

医療法

第 1 条の 2 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

患者の権利に関するリスボン宣言（世界医師会・2005 年修正、日本医師会訳）

1. 良質の医療を受ける権利

a. すべての人は、差別なしに適切な医療を受ける権利を有する。

論点 3 認知症の人は、自己決定をする権利を有し、自己決定をしたことについては、関係者はその決定を尊重するべきではないか。

解説 上記は、倫理的には、自律尊重の原則に基づき、法的には、自己決定権の保護から導くことができるのではないかと。個人にとって自律・自己決定権は重要な権利であり、程度の差はあっても、認知症の人が自己決定し、意思決定できる可能性を尊重しなければならず、その意思決定は周囲の者が尊重することが必要である。認知症の人であるということで、自己決定をができないと即断するのではなく、自己決定の可能性に配慮すべきである。

参考資料（条文等）

憲法

13 条 すべて国民は個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする
（法学者の通説では、憲法 13 条を自己決定権の根拠規定と考える。）

医療法

1 条の 2 2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。）において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

最高裁平成 12 年 2 月 29 日判決－エホバの証人である患者への説明義務

1 患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。

リスボン宣言

3. 自己決定の権利

a. 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。

（医療の観点）

患者は、医師からの説明を理解し、自らの価値観に基づいて、医療を自由に選択する権利を持つ。これは認知症の人においても変わりはない。認知症の人であっても、自らの身体の状態について、本人が理解できるように説明を受ける「知る権利」は保障されなければならないし、本人が理解をし表明をした意向は、尊重されなければならない。医療従事者は、認知症の人に対して、認知機能障害に配慮をし、病状や治療の目的と方法、選択肢、選択肢間のリスクとベネフィット、今後の見通しについて、本人がわかるように説明をしなければならない。しばしば、「認知症だから説明しても理解できない」と誤解をし、説明をしない、本人にわかるような説明方法の工夫がなされないことがある。認知症の診断と意思決定能力の問題は別であること、また、意思決定能力を失っていることと「知る権利」を有さないこととは別の事象である。

医療従事者は概して意思決定能力の障害を低く見積もる傾向があることが報告されている。また、医療従事者は、意思決定能力の本質について知らないことが報告されている。わが国においても同様の傾向があると考えられ、意思決定に関する支援の啓発とあわせて、意思決定能力に関する教育的な働きかけも求められる。

論点 4 認知症の人は、意思決定をする上で必要な情報について説明を受けることが必要であり、医療者等は、医療等を提供するにあたり必要な説明が求められるのではないか。

解説 意思決定をするためには情報を提供（説明）されることが必要であり、情報が説明されることが自己決定権を保障する前提となる（知る権利を認めることになる）。医療等を提供する者には必要な説明が求められることとなる。

（医療の観点）

医療の場面において、人であれば誰もが医療を受ける権利を有する。しかし、臨床の場面において「認知症の人は、あらゆることがわからない、判断できない」との誤解がしばしばある。認知症や認知機能障害と、意思決定能力の有無とは一致しないことを確認、啓発するとともに、意思決定能力の状態により個人の尊厳が脅かされることがあってはならない。

参考資料（条文等）

医療法

- 1 条の 4 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。
- 2 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

最高裁平成 12 年 2 月 29 日判決－エホバの証人である患者への説明義務

- 1 患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。
- 2 医師らとしては、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態に生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、患者に対して、医科研としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、医科研への入院を継続した上、医師らの下で手術を受けるか否かを患者本人自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である。
- 3 本件では、この説明を怠ったことにより、患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う。

対象者保護のための国家委員会・1979 年 4 月 18 日）

3. 自己決定の権利
 - b. (略) 患者は自分自身の決定を行う上で必要とされる情報を得る権利を有する。

論点 5 説明は、認知症の人が理解できる方法で行われるべきではないか。

解 説 認知症の人は提供（説明）を受けた情報の理解に時間がかかったり、情報の咀嚼が難しい場合があり、そのために関係者は説明を疎かにしたり、時間をかけた説明を怠ってしまいがちである。したがって、説明が認知症その人に沿って行われることが必要ではないか。特に、認知症の人への説明では、その人の意向に沿うことや、雑音・時間帯・明るさ、周囲にいる人々などの環境要因、文章や言葉使い、専門用語を避けること、情報の量が過大とならないように配慮する必要があるのではないか。

参考資料（条文等）

医療法

- | | |
|--------|--|
| 1 条の 4 | 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第一条の二に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。 |
| 2 | 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、 <u>医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。</u> |

リスボン宣言

- | |
|---|
| 7. 情報に対する権利 |
| c. <u>情報は、その患者の文化に適した方法で、かつ患者が理解できる方法で与えられなければならない。</u> |

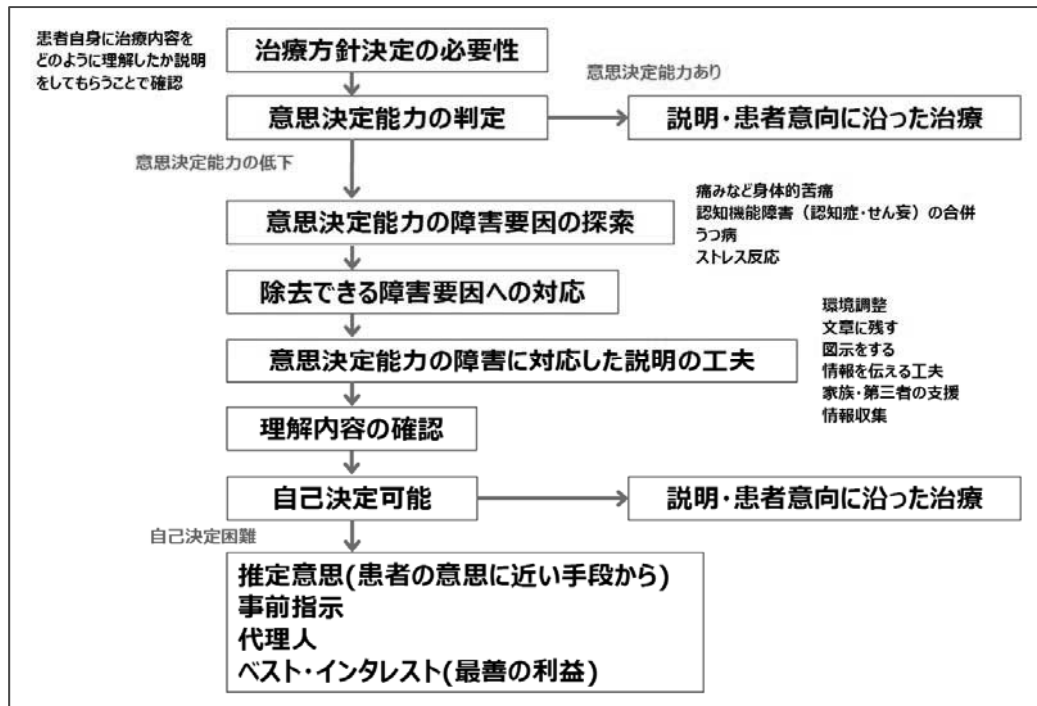
（医療の観点）

認知症の人が説明を理解できているかどうか、を確認することは、臨床場面においては、意思決定能力が障害されていないかどうか、を確認する作業に相当する。

もしも、意思決定能力が低下している場合には、低下させている要因を除去するとともに、意思決定能力を強化する働きかけを最大限行うことが求められる（エンハンスメント）。

意思決定能力を障害する要因は、大きくは身体症状（痛みなどの著しい苦痛）、ストレス反応、精神症状（たとえば、うつ病に伴う微小妄想）、認知機能障害がある。それらの要因に可能な限り対応を進め、意思決定能力の回復を支援する。

認知機能障害により、意思決定能力が障害されている場合には、意思決定能力を強化する方法がいくつか検討されている。軽度から中等度の認知症の場合には、情報の提供方法により理解の改善が得られたとの報告がある。治療場面における意思決定能力は、提供される情報の質と量によっても異なることから、認知機能障害をもつ人の能力に合わせ、理解しやすい形で情報を提供する手段の開発や効果検証が望まれる。



認知症に限るものではないが、認知機能障害（複雑性注意の障害や記憶障害、実行機能障害）がある場合の情報の提供方法については、経験的に以下のような工夫が行われている。

- 静かで落ち着いた集中できる環境を用意する
- リラックスしているときに話す
- やさしい、平易な言葉で説明する
- 重要な点は繰り返し説明する
- 言葉以外のコミュニケーション、表情や身振りも確認する
- 身近な人、その人と上手にコミュニケーションを取ることのできる人（多くは友人や家族）が同席しているときに話し合う
- 重要な点を文字にして示し、繰り返し確認できるようにする
- 図を用いる

参考)

Pace V, Treloar A, Scott S: Dementia, From Advanced Disease to Bereavement, Oxford University Press, 2011

The British Medical Association and the Law Society: Assessment of Mental Capacity, London, Law Society, 2010

箕岡真子：認知症ケアの倫理、ワールドプランニング、2010

論点 6 認知症の人の、医療・介護における意思決定支援を考えるにあたっては、法的な意思能力と、意思決定能力という言葉を区別するべきではないか。

解説 医療における意思決定能力とは、患者が自分が受ける医療について、説明を受けたいうえで、なされた説明を理解し、その上で医療を受けるか否かを自分の価値観に照らして判断し、表明する能力である。医療における意思決定能力は、他の領域とは異なり、生命に関する自己決定権を重視する倫理的な観点から求められる能力であり、法的な意思能力とは必ずしも一致しない。

（医療・介護の観点）

医療における意思決定能力は、提示された医療によって得られる利益や医療行為に伴う危険を実際に理解したか、という事実の有無で判定される。このように意思決定能力とは、患者が与えられた情報を理解する能力を有しているかどうかであり、思考過程や結果が合理的であるかどうかとは異なる。

海外においては、判例や法律の構成要件を踏まえ、意思決定能力を 4 つの構成要件、①同意不同意の選択の明示、②事実の理解、③情報処理の合理性、④状況の特性の把握（提示された治療の利益と危険を認識するに留まらず、自己の決定の結果がどのようなになるのかを把握する力が求められる）にわけて検討することが行われておこなわれている。構成概念は完全に一致していないものの、上記の 4 能力モデルは広く採用されている。代表的な例として、英国の Mental Capacity Act (意思決定能力法)がある。

4 つの能力（①選択の表明、②理解、③合理的・論理的思考、④認識）は、具体的には以下のような内容に相当する。

①選択の表明

「治療を受けたい、受けたくない」「医師や家族に選択を任せる」などの意思を、言葉で伝える、文章に書く、仕草を通して示すなど、本人自らの意思を表明できることを指す。

②理解

診断や疾病の内容や経過、治療の方法やその効果と有害事象、治療を受けた場合と受けない場合の差、など、疾病や治療内容に関して把握できる能力を指す。

③合理的・論理的思考

治療を受けた場合と受けない場合とでどのような結果が予想されるのか、治療を受ける場合と受けない場合に最終的にどのような影響があるのか、を合理的・論理的に推測する能力を指す。

④認識

認識は、理解と似ている面があるが、理解が「情報として把握している」面に留まるのに対して、認識は、「自分のこと、我が身のこととしてとらえ、納得する」「治療を受ける、受けないことが最終的に自分自身のためになる・ならない」ことをとらえる能力である。

意思決定能力の評価に関して、構成概念にあわせた能力評価方法が検討されている。

認知症の場合、意思を表明する能力を欠くことが意思決定能力の喪失の原因となることは、高度の認知症の場合を除きまれである。多くの場合、情報を理解し、自分自身のこととして認識し、記憶し、合理的に比較検討する能力が低下していることが原因となる。しばしば見かける事例には認知症の人が自宅であまりうまく対処できなかった体験を忘れてしまい、本人が自宅では対応できないことを理解・納得せず、周囲の支援を拒否するようなことがある。ほかにも、痛みなどの身体症状が著しく判断が困難な場合や、行動・心理症状(BPSD)の幻覚や妄想などのために、合理的な判断が難しい場合もある。

このように、意思決定能力が障害される背景には、身体的な問題と認知機能障害、精神症状に関する問題が想定される。そのため、意思決定能力の評価は、臨床症状（治療の提示されている状況を含む）、身体的問題や身体症状の評価、認知機能、精神症状の評価を踏まえたうえで意思決定能力を構成する4つの能力の評価を行う。

評価には、いくつかの面接方法が提案されている。

介護の分野における意思決定能力においても、概ね上記と同様に考えられる。

参考)

意思決定能力を判定する面接法の例

MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) (Grisso, 1997)

Hopkins Competency Assessment Test (Janofsky, 1992)

Capacity to Consent to Treatment Instrument (Marson, 1995)

Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (北村, 1993)

論点 7 認知症の人に意思決定能力がない、あるいは相当低下した場合は、認知症の人は保護されるべきではないか。

解説 認知症の人に意思決定能力がない場合は、自分で決めることができなくなる、相当低下した場合は、自分で決めることが難しくなるので、認知症の人を保護することが必要となる。

参考資料（条文等）

ベルモント・レポート

人格を尊重するということは、少なくとも次の 2 つの倫理的な確信によって成り立つものである。第 1 に、個人は自律的な（autonomous）主体として扱われるべきである、ということ。第 2 に、自律性の弱くなっている個人は保護を受ける権利がある、ということ。すなわち「人格の尊重」という原則は、次の 2 つの道徳的要件に分けられる。すなわち、人間の自律性（autonomy）を認めること、そして弱くなっている自律性を保護すること、である。

（医療の観点）

治療における意思決定の場面において、意思決定能力の強化を最大限試みたにもかかわらず、意思決定能力が十分ではないと判断される場合においても、患者個人の意向は最大限尊重される。

代表的な場面は終末期における医療である。認知症においても、一般の場面と異なることはない。倫理的・法的手順に則り実施される。

参考)

人生の最終段階における医療の決定のプロセスガイドライン（厚生労働省、平成 19 年 5 月、平成 27 年 3 月名称変更）

Kim S: Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research, Oxford University Press (2010)

論点 8 認知症の人に意思決定能力がないという判断は慎重に行うべきではないか。

解説

- 1 前述のように、意思決定能力は、事実（情報）を理解する能力、情報処理の合理性、状況の特性の把握と選択の明示によって構成されるのではないか。
- 2 意思決定能力を判断するについて、次の点を考慮すべきでないか。
 - (1) 意思決定能力は、行為内容により、相対的に判断される。医療介護における意思決定の場面は多岐にわたり、選択の結果が軽微なものから、本人の死を帰結する可能性のある重大なものまである。ただ、財産行為の判断のように損得が比較的第三者から明確な場合と異なり、合理的・客観的判定が困難な場合があり、より本人の意思が尊重される。
 - (2) 意思決定能力は、あるかないかという二者択一的ではなく（連続量）、段階的・漸次的に低減・喪失されていく。
 - (3) 意思決定能力は、認知症の状態だけではなく、社会心理的・環境的・医学身体的・精神的・神経学的状態によって変化するので、より認知症の人が決めることができるように、残存能力への配慮が必要となる。
 - (4) 意思決定能力の判定には判断の幅があるので、①臨床上の判断では意思決定能力があるが、真にも意思決定能力がある場合、②臨床上の判断では意思決定能力があるが、真には意思決定能力がない場合、③臨床上の判断では意思決定能力がないが、真には意思決定能力がある場合と、④臨床上の判断では意思決定能力がなく、真にも意思決定能力がない場合の組合せが生ずる。したがって、「ない」という判断をした場合でも、本人に説明をして、理解を得よう努めるように、また、「ある」という判断をした場合でも、家族等に説明することが望ましい。

参考資料（条文等）

イギリス（EnglandとWales）の2005年意思決定能力法（Mental Capacity Act 2005）（2007年10月施行）

意思決定能力とは、自らに関する意思決定を行う時点で、精神（mind）あるいは脳（brain）の障害や機能不全のために、自らに関する意思決定を行うことができない状態をいう。

リスボン宣言

5. 法的無能力者

- b. 患者が法的無能力者であっても合理的な判断を下すことが可能な場合には、その判断を尊重すべきである。

(医療の観点)

1. 意思決定能力の判定

医療における意思決定能力の背景にはインフォームド・コンセントの理念がある。

インフォームド・コンセントは、医学・医療情報の開示、意思決定能力、自発性の3要素が必要である。ただし、意思決定能力は、他の2つの要因と独立した能力ではない。たとえば、医療情報が比較的簡単で分かりやすい内容であれば、理解も認識も得られやすい。しかし、情報が複雑であったり、多量であったりすれば、理解すら困難になる。つまり、意思決定能力は絶対的能力ではなく、判断が求められる状況（たとえば緊急性など）や提供された情報の質・量に依存すると考えられ、「判断が求められる内容」「判断の結果起こりうることの重大性」に応じて異なる。ゆえに、意思決定能力の有無を判定する基準を一律に定め、「ある」「なし」と決めることは困難である。

認知症の人や認知機能障害のある人では、意思決定能力の低下を認める頻度が高いことは一致しているが、意思決定能力の低下の程度や性質は不均一であり、単純には一致しない。具体的には、臨床で汎用される簡易認知機能検査（たとえば、MMSE や長谷川式簡易知能評価スケールなど）の得点と意思決定能力とは必ずしも一致しない。

2. 意思決定能力の評価は、場面ごとに行うものか

前述の考察でも触れたように、意思決定能力の評価は、判断が求められる状況や提供された情報の質と量により異なる。意思決定の場面ごとに評価されることが望まれる。

3. 意思決定能力の判断基準

臨床では、一般に治療により得られるベネフィットと比べてリスクが相対的に高まると、要求される意思決定能力の水準はあわせて高くなるとみなされている（意思決定能力の評価基準の厳格化・相対化）

この実践の背景には、以下に指摘するような課題もあり、あわせて今後の検討が望まれる。

- ① 意思決定能力の判定と同様に、基準をどのように選択するかは慎重な検討が求められるが、リスクとベネフィットの重み付けについての指針はほとんどない。
- ② リスクとベネフィットの結果が、意思決定能力評価に組み込まれると、患者の自律性をめぐって倫理的な矛盾が生じる。ある状況では意思決定能力があり、別の状況では低下していると判定されるため、その判定が論理的ではないとの指摘がある。自律性の尊重と保護の観点からの調整が重要と考えられる。

4. 意思決定能力を評価する際に注意すること

前述のように、意思決定能力は、身体症状（たとえば痛み）や精神症状により変動する。そのため、意思決定能力を評価する際には、身体症状や精神症状の有無もあわせて評価するとともに、意思決定能力が低下している疑いがある場合には、評価者を代えたり、時間や場所を変えて複数回確認するなど、慎重な対応が求められる。

特に、認知機能が低下している場合には、周囲の状況に影響されやすくなる。本人の置かれている状況

に配慮をし、わかりやすい説明を工夫したり、本人の背景や考え方を尋ね理解することを通して、信頼関係を築くことが重要である。信頼関係は本人に安心感をもたらし、意思決定を促進する方向に働く。

一方、本人に確実な理解を求めすぎるあまり、有害事象を強調しすぎたり、説明をあまりに繰り返すことで、不安を増強させかねない場合もある。過不足のない説明はどのようなものか、を慎重に判断することが重要である。

5. 意思決定能力を評価するのは誰か

医療行為を提供するにあたり、その緊急性や重大性を考慮に入れ、どこまで詳しい説明と理解が求められるのか、判断し、実行するのは担当医である。担当医は、多職種と連携しつつ主体的に意思決定能力を評価、判断し、不十分な場合には、不安を軽減したり、説明方法を工夫するなど最大限の強化を行うことが求められる。

論点 9 意思決定能力がない、ないし、相当低下している場合でも、認知症の人に説明をして理解を得るように努めるべきではないか。

解説 意思決定能力がない、ないし、相当低下していると、適切な同意をして自己決定ができないことになるが、そのような認知症の人であっても、事態や事情を説明し、可能な限り理解を得るように努めることは、認知症の人の尊厳を守ることにつながるのではないか。

(医療の観点)

本人が自ら判断し、意向を表明できるように、その意思決定能力を引き出す働きかけが意思決定支援である。

認知症の人でも、自分自身がどのような治療やケアを受けるのか、その決定にあたっては自ら参加し、納得して決めたいと希望することに変わりはない。しかし、本人の意思決定能力が低下している場合には、本人にとって最適と考えられる治療やケアが提供されるように支援をすることも重要である。すなわち、認知症の意思決定支援においては、できる限り本人が意思決定にかかわるように進めるのと同時に、意思決定能力が低下している場合には、認知症の経過全体を通して適切な意思決定と最善の治療やケアが提供されるようにも進めなければならない。

1. 認知症の人の意思決定をいかに支援するか

意思決定支援とは、意思決定能力に含まれる 4 つの能力に働きかけ、本人が自ら考え、判断し、意向を表明することを促進する働きかけである。

認知症では、情報を理解し、記憶し、比較して総合的に判断する能力が総合的に低下する。このような認知機能障害が生じると、周囲の人は、本人が望んでいることを直接本人に尋ねることをせずに、家族や介護者に尋ねがちである。その背景には、本人から意向を聞き出すのに時間を要することや、認知症と診断されるとすべてのことをもはや理解・判断できないだろう、との誤解がある。すなわち、本人の希望を、本人に確認することなく、周囲の者が決めてしまう危険性が生じる。

実際、認知症が進行しているとしても、本人の好みや希望を表現することは可能である。臨床においては、少し医療行為を試みて、本人の感想や反応を改めて確認し、話し合う作業を繰り返すことが行われる。本人の希望を確認する上で、普段の生活の様子を丁寧に観察することが役立つ。担当医を中心に、看護師や介護職など、患者を支援する多職種が携わることが重要である。認知機能障害と意思決定能力との関連、その判断方法については、今後、より詳細な検討が必要である。

また、治療を選択する場面では、本人が健康な時に行う選択と、病気になった時に行う選択とは必ずしも一致しない。病気の場合で、本人が何を望んでいるのかを知ろうとする試みが重要である。たとえば、過去には積極的な治療は拒否をしていた場合であっても、認知症をもち、同じような場面を繰り返した際には、治療を希望する場合もありうる。このことから、意思決定については継続して行われることが重要である。この点は、事前指示の限界とそれを乗り越える試みとして議論されている。

2. 継続した意思決定支援： アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニングとは、認知症が進行し、本人が自ら決定をし、希望を表明できなくなった場合に、本人にとって重大な影響を及ぼす可能性のある選択について、認知症の初期の時点から、時間をかけて検討し、考える機会を作る試みである。

認知症の人は、病気に対する不安や治療やケアに希望や要望を抱く。その中には、病気が進行した場合でも、自らの尊厳を保ち、苦痛に対処してもらえるのか、見放されないか不安を抱くこともある。このように、認知症の本人や家族は、現在だけでなく将来のことについても不安を抱えながら療養をしており、その不安について時間をかけて話し合うことが、不可欠である。治療や療養生活を進めるうえで、話し合うことが望まれる内容には、

- ・認知症に対する治療に加え、心身の健康を維持するために工夫すること

- ・ケアの目的

- ・苦痛の緩和

- ・専門家の支援

等がある。

不安に関連する事項を丁寧に話し合い、検討することにより、本人や家族に、たとえ病気が長期にわたり生活に支障を来すものであったとしても、治療や介護は継続すること、苦痛を伴う症状に対しても対処されるという信頼感が生まれる。多くの認知症の人が不安を抱く背景には、自分の将来の見通しが立たないことや継続的な医療や介護を受けられ、見放されることはないという信頼が持てないことがある。その点に関して、アドバンス・ケア・プランニングは、「自分のことが理解してもらえている」「医療者は自分のことに関心を持っている」というメッセージとともに信頼関係の構築に寄与し、大きな支援となる可能性がある。一方、不確定な将来の事に関して、はっきりと決断を下すということは、直面化したくないものに直面化せざるを得なくなる場面を作り、苦痛につながる場合もある。医療者は、苦痛にも配慮をし、その適応を検討することが求められる。

アドバンス・ケア・プランニングは、わが国においては終末期医療において、関心のある医療者の個々の試みとして行われている段階である。アドバンス・ケア・プランニングの中には、事前指示(advance directive) 本人が将来自らが判断能力を失った際に、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること)の制度があり、内容的指示と代理人指示が含まれる。内容的指示は、治療についての患者の希望を記録した事前指示で、本人が望むあるいは拒否する治療や、医療行為を決定する際の指針となる基準を明示する方法である。また、代理人指示とは、本人が意思を表示できなくなった場合に決定を行う代理人を指名しておく方法である。海外においては法的に制度化されている国もある。たとえば、英国では、アドバンス・ケア・プランニングにいくつかの制度を用意しており、アドバンス・ステートメント (advance statement)、治療拒否の事前決定(advance decision to refuse treatment: ADRT)、永続的代理権(lasting power of attorney: LPA)などがある。

論点 10 認知症の人に意思決定能力がない、ないし相当低下している場合に、家族等に対して説明することが考えられるのではないか。

解説 本人に意思決定能力がない、ないし、相当低下している場合は、本人の保護のために、家族等に説明することが考えられる。家族については、明確な定義はないが、本人の性格、価値観、人生観等について十分に知りうる立場の者がこれに該当すると考えられるのではないか。

参考資料（条文等）

横浜地方裁判所平成 7 年 3 月 28 日判決－東海大学事件

4. 患者の事前の意思表示が何ら存在しない場合は、家族の意思表示から患者の意思を推測することが許される。…そのためには、意思表示をする家族が、患者の性格、価値観、人生観等について十分に知り、その意思を適確に推定しうる立場にあることが必要であり、さらに患者自身が意思表示する場合と同様、患者の病状、治療内容、予後等について、十分な情報と正確な知識を有していることが必要である。そして、患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意思表示でなければならない。

（本記述は、判決の結論を出すための過程でのものではなく、傍論と呼ばれているものの一部である）

最高裁平成 14 年 9 月 24 日判決－家族への告知（連絡）義務

患者が末期的疾患に罹患し余命が限られている旨の判断をした医師が患者本人にはその旨を告知すべきでないと判断した場合には、患者本人やその家族にとってのその診断結果の重大性に照らすと、当該医師は、診療契約に付随する義務として、少なくとも、患者の家族等のうち連絡が容易な者に対しては接触し、同人又は同人を介して更に接触できた家族等に対する告知の適否を検討し、告知が適切であると判断できたときには、その診断結果等を説明すべき義務を負う。なぜなら、このようにして告知を受けた家族等の側では、医師側の治療方針を理解した上で、物心両面において患者の治療を支え、また、患者の余命がより安らかで充実したものとなるように家族等としてのできる限りの手厚い配慮をすることができることになり、適時の告知によって行われるであろうこのような家族等の協力と配慮は、患者本人にとっては法的保護に値する利益であるというべきである

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針－平成 26 年 12 月 22 日・文部科学省・厚生労働省

代諾者：生存する研究対象者の意思及び利益を代弁できると考えられる者であって、当該研究対象者がインフォームド・コンセントを与える能力を欠くと客観的に判断される場合に、当該研究対象者の代わりに、研究者等又は既存試料・情報の提供を行う者に対してインフォームド・コンセントを与えることができる者をいう。

（医療の観点）

患者の状況に応じた説明をおこない、加えて医療者が環境調整や説明の工夫等をおこなっても、なお理解や判断が困難な場合、意思決定能力を失っていると判断せざるを得ないが、その場合でも医療行為の実施・不実施の判断は避けられない。

この場合、臨床一般においては、家族に対して説明し、家族の了承を得ることが行われている。家族への説明、家族からの了承について、本整理（倫理的・法的な観点）と臨床現場での実践をどのように整合させるのかについて、更なる議論が必要であろう。認知症をもつ人の場合、他の疾患と異なり、比較的長年にわたり継続的な医療・介護を必要とする場面が生じうる。治療について、家族に説明し、了承を得た後に、家族や介護者が長期的な支援を計画する上で重要な役割を担うことが多く、介護負担等で本人との間に利益相反が生じる場合も想定される。また、家族の中で意見が分かれ、強く主張する家族の意見に引かれてしまう場合もありうるため、本人の意向を尊重することを目指した支援方法を検討する必要がある。

論点 11

認知症の人に意思決定能力がない場合に、説明を受けた家族等を交えて、現在の本人の意思を推定していくべきではないか。その際は、認知症の人の過去の意思表示等を十分尊重し、書面による意思表示がある場合は、現在の意思を推定するのに有力な資料となるのではないか。

解説

意思決定能力がない場合は、本人が今はその決定をできないことになる。そこで、本人に関する過去の情報を踏まえて、本人の現在の意思を推定していくことが考えられる（本人の意思推定）が、これには説明を受けた家族等との話し合いが不可欠である。家族等は、家族の利益に基づいて認知症の人の決定を行うことはできない（代行）が、本人の意思を推定するに豊富な情報等を有しているので、家族を交えて本人の意思を推定していくことになる。

事前の意思は、真の意味の自己決定でない可能性は残るが、そうであっても、事前意思を尊重する仕組みは、自己決定を（間接的であれ）尊重するものといえる。米国では、advance-directive として、事前指示書（living will、リビング・ウィル、前者）と持続的代理人制度（durable power of attorney、DPA、後者）があり、リビング・ウィルとは、「書面による生前の意思表示」であり、持続的代理人とは、意思決定を第三者に委任するものである。

我が国では、前者に相当する制度としては遺言があるが、そもそも、遺言は、死亡後に効力を発するもので、拘束力ある指示としての裏づけがない。また、後者については、2000年から導入された介護保険制度に伴って創設された成年後見制度があり、近時多く利用されているが、成年後見人には、高齢者の財産管理の代理等について権限があるにすぎず医療同意権については後見人に（法的な）権限はないと解されている。しかし、法制度があるかどうかとは別に、認知症の人の事前意思を尊重することが考えられる。

参考資料（条文等）

最高裁判所平成 21 年 12 月 7 日判決－川崎協同病院事件

被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時まで、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ 2 週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判断は、正当である。

本件患者のように急に意識を失った者については、元々自己決定ができないことになるから、家族による自己決定の代行（これが「前者」）か家族の意見等による患者の意思推定（これが「後者」）かのいずれかによることになる。前者については、代行は認められないと解するのが普通であるし、代行ではなく代諾にすぎないといっても、その実体にそう違いがあるとも思われない。そして、家族の意思を重視することは必要であるけれども、そこには終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも沿わない思惑が入り込む危険性がつきまとう。・・・自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定にほかならないことになってしまうから否定せざるを得ないということである。後者については、現実的な意思（現在の推定的意思）の確認といってもフィクションにならざるを得ない面がある。患者の片言隻句を根拠にするのはおかしいともいえる。意識を失う前の日常生活上の発言等は、そのような状況に至っていない段階での気軽なものとする余地がある。本件のように被告人である医師が患者の長い期間にわたる主治医であるような場合ですら、急に訪れた終末期状態において、果たして患者が本当に死を望んでいたかは不明というのが正直なところであろう。

末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくないと思われる。このような場合には、前記自己決定の趣旨にできるだけ沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。この点について、直接、本人からの確認ができない限り治療中止を認めないという考え方によれば解決の基準は明確になる。しかし、その結果は、そのまま、患者の意に反するかもしれない治療が継続されるか、結局、医師の裁量に委ねられるという事態を招き、かえって患者の自己決定尊重とは背馳する結果すら招来しかねないと思われる。そこで、患者本人の自己決定の趣旨に、より沿う方向性を追求するため、その真意の探求を行う方が望ましいと思われる。その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビング・ウィル等）や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなるとと思われる。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、「疑わしきは生命の利益に」医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである。

- 1 終末期医療及びケアの在り方 ①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続 (1)患者の意思の確認ができる場合① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。(2)患者の意思の確認ができない場合 患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。 ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(医療の観点)

本人の意思決定能力が障害されている場合、本人の自己決定権を尊重するために、可能な限り本人の意思・意向を推定し、医療行為の決定に反映させる必要がある。

一般に、自己決定が困難な場合には、本人の意思に近いと考えられる①事前指示から、②代理人、③最善の利益基準の順で進められる。法的な枠組みとして用意している国もある。

1. 家族との話し合いについて

家族に説明をし、家族と話し合う場合、単純に家族の意見をそのまま受け入れることは注意が必要である。家族の背景、どうしてそのような意見を抱くに至ったのか、患者の病気をどのように理解しているのか、家族の価値観や不安、患者への思い、患者が以前に家族に対して話していた内容などを可能な限り聞き出し、理解する必要がある。また、家族が患者の意思を代弁する場合には、それが本当に患者の意向を反映しているかどうか確認しなければならない。具体的には、患者がどのような場面で、どのような言葉や表現を用いて話したのか、詳しく確認を進める必要がある。

2. 代理制度に関して

諸外国では、代理意思の制度が設けられている。この制度は、本人の指名する代理人や法定代理人が、本人の希望を正確に反映させることができる、という前提に立ってなされている。しかし、仮想シナリオを用いて、本人と代理人の選択がどの程度一致しているかを検討した海外の検討では、代理人が本人の意向を予測できたのは7割弱に留まり、意思の反映の正確さは、代理人と本人との関係が密接かどうかには関係していなかった、との報告がある。代理意思の制度が設けられる場合も、代理意思の正確さを高めるための方法や、代理制度を補う工夫について、検討が必要だろう。

論点 12 認知症の人の意思を推定できる場合も、できない場合も、可能な限り、その人の希望、人格、価値観を踏まえた最善の治療・非治療・ケアを追求することが考えられるのではないか（主観的最善の利益）。

解説 認知症の人の意思の推定は、不確実性をぬぐえないのであるから、推定できる場合もできない場合も、その人の希望、人格、価値観を踏まえた最善の治療・非治療・ケアを追求することが考えられるのではないか。

参考資料（条文等）

The BMA's Handbook of Ethics and Law, 2nd ed, BMJ Books, London, 2004, pp108-9, 351-365

患者が意思能力を欠いている場合は、多くの事項を勘案して何が患者の最善の利益になるかを考えなければならない。勘案事項には以下が含まれる。

- ・ 患者の事前に表明された希望を含む、希望と価値観
- ・ 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的哲学
- ・ 患者が何を最善の利益とみなすかに関する、患者に近い人（親族、配偶者、治療にあつたっている人、代理意思決定者）の見解
- ・ 提案されている治療を他の選択肢を考慮した上での医学的判断
- ・ 治療が行われた場合の改善の可能性とその程度の大きさ
- ・ 将来患者にとり大きな選択の余地を残すことができる治療の選択肢の有無
- ・ 治療の侵襲性
- ・ 改善不可能な高度な苦痛の経験

イギリス（EnglandとWales）の2005年意思決定能力法（Mental Capacity Act 2005）（2007年10月施行）

4 Best interests.

- (1) In determining for the purposes of this Act what is in a person's best interests, the person making the determination must not make it merely on the basis of—
 - (a) the person's age or appearance, or
 - (b) a condition of his, or an aspect of his behavior, which might lead others to make unjustified assumptions about what might be in his best interests.
- (2) The person making the determination must consider all the relevant circumstances and, in particular, take the following steps.
- (3) He must consider
 - (a) whether it is likely that the person will at some time have capacity in relation to the matter in question, and
 - (b) if it appears likely that he will, when that is likely to be.

- (4) He must, so far as reasonably practicable, permit and encourage the person to participate, or to improve his ability to participate, as fully as possible in any act done for him and any decision affecting him.
- (5) Where the determination relates to life-sustaining treatment he must not, in considering whether the treatment is in the best interests of the person concerned, be motivated by a desire to bring about his death.
- (6) He must consider, so far as is reasonably ascertainable—
 - (a) the person's past and present wishes and feelings (and, in particular, any relevant written statement made by him when he had capacity), .
 - (b) the beliefs and values that would be likely to influence his decision if he had capacity, and .
 - (c) the other factors that he would be likely to consider if he were able to do so.
- (7) He must take into account, if it is practicable and appropriate to consult them, the views of .
 - (a) anyone named by the person as someone to be consulted on the matter in question or on matters of that kind, .
 - (b) anyone engaged in caring for the person or interested in his welfare, .
 - (c) any donee of a lasting power of attorney granted by the person, and .
 - (d) any deputy appointed for the person by the court, .as to what would be in the person's best interests and, in particular, as to the matters mentioned in subsection (6).
- (8) The duties imposed by subsections (1) to (7) also apply in relation to the exercise of any powers which
 - (a) are exercisable under a lasting power of attorney, or .
 - (b) are exercisable by a person under this Act where he reasonably believes that another person lacks capacity. .

(医療の観点)

1.本人にとっての最善・最大の利益を考えた決定を行うこと

意思決定能力を失っている場合に、医療における意思決定は、本人にとって最大の利益となるように決定することが要請される。この時に重要なことは、「意思決定能力を失っている本人が、この場面において、もしも意思決定能力が回復するとしたら、本人に説明・提示され、本人が望む最善の選択肢を考える」ことである。最善の選択肢を出したうえで、本人の利益が最大となるように決定を進める。

重要なことは、あくまでも「本人の立場に立って、本人が決めるとしたら何を望むのか」という点である。臨床の場面において、しばしば「本人の（主観的な）最善の利益」を、医療者や家族の立場で最善と考える選択肢と誤ってとらえられがちである。

医療者と家族が協働し、本人にとっての最善の利益を話し合うためには、意思決定能力法でも採用されているような背景の五原則を踏まえることは、有用である。

- 本人の年齢（高齢か若年か）、外見（身なりや様子）、行動（奇異な行動をとるかどうか）といった一つのことや突飛な様相・行動に基づいた先入観で考えてはならない
- 本人と決定しなければならないことに関連する可能な限りの状況を思い浮かべ、本人の意思決定能力が回復するかどうかの見込みとは関係なく、最大限検討する
- もしも本人が意思決定能力を取り戻す可能性がある場合には、臨床の状況が許し、かつ回復するまで待つことの合理性があるのならば、回復の見込みのある期間まで保留をする
- 医療者や家族は、本人に死をもたらすような要請を受け入れてはならない
- 医療者と家族は、合理的であるかどうかを確認したうえで、次の点を検討する
 - ・ 本人の過去の感情や希望
 - ・ 本人の現在の感情や希望
 - ・ 本人の価値観
 - ・ もしも意思決定能力が回復するとしたら、本人が考慮すると考えられる事項
- 本人が以前よりこのような問題があった時に相談をしていた人、本人の幸福に関心を持つ人の意見も考慮に入れる。

2. 医療と介護との連携の必要性

認知症をもつ人を支援する上で、医療と介護は相互に関連している。認知症をもつ人の意向や希望を聞き出すためには、意思決定を求められる場面において急に尋ねたり、意思を推定しようとしたりすることは困難である。普段からの信頼関係の構築と密な観察が求められる。また関連する領域も単に病院の治療場面に留まらず、施設や在宅を含み、関係する人も医療従事者から介護職、家族、近隣の人まで広がる。認知症をもつ人が安心して暮らせる社会を実現するためには、認知症をもつ人の意思決定を支援する手段を医療従事者に留まらず介護職、一般の人を含めて共有し、連携する手法やシステムの開発が求められる。特に、介護職において意思決定支援に関する啓発が求められる。

3. 意思決定が困難な事例

事例集

以下の事例については、事例をモデル化して掲載している。

認知症の人に意思決定能力がある場合

事例 1 認知症の人で、「意思決定能力」はあり、なにもしないことを希望する場合で、ご家族がいない場合の、**治療の差し控え**について

認知症の人でご自身で判断できるが、医師から**中心静脈栄養や胃ろう**といった方法が説明されるが、「何もしない」又は「末梢点滴のみで」となるべく自然なかたちを希望された場合に、本人の判断どおりにしていいのいか、すべきなのか。

事例 2 認知症の人で、「意思決定能力」はあり、なにもしないことを希望するが、家族が反対する場合の、**治療の差し控え**について

認知症の人でご自身で意思決定できる方が、医師から**中心静脈栄養や胃ろう**といった方法が説明されるが、「何もしない」又は「末梢点滴のみで」となるべく自然なかたちを希望された場合、家族はできるだけのことをしてほしいとされる場合は、家族の意思どおりにしていいのいか、すべきなのか。

認知症の人の意思決定能力が相当低下している場合

事例 3 認知症の人で、意思決定能力が相当低下している場合で、検査を拒否される場合

認知症の人で、意思決定能力が相当に減退している場合で、血尿等の異状が確認されたが、検査には同意しない場合、検査をしないでいいのかどうか。

認知症の人に意思決定能力がない場合

事例 4 認知症の人で、「意思決定能力」がなく、家族がいない場合の、**治療の実施**について

認知症の人でご自身で意思決定できず、ご家族もいらっしゃらないが、徐々に経口摂取量低下、明らかな脱水症状を呈した時、本人の意思確認のできないままどれだけ介入（治療行為、例えば、**中心静脈栄養や胃ろう**）ができるのか、すべきか。

事例 5 認知症の人で、「意思決定能力」がない場合の、**治療の中止**について

認知症の人でご自身で意思決定できないが、これまで療養病棟において、**中心静脈栄養や胃ろう**で何ヶ月も過ごしている人が多くいるが、本人の意思確認のできないまま、患者に苦痛を与えているだけにならないか。

事例 6 認知症の人で、「意思決定能力」はなく、家族がなにもしないことを選択される場合の、**治療の差し控え**について

認知症の人でご自身で意思決定できない方であるが、ご家族が自然な形で死をと希望される場合は、治療をしなくてもいいのか。

事例 7 認知症の人で、「意思決定能力」はなく、ご家族が希望される場合の、**介護行為**について

認知症の人でご自身で意思決定できない方であるが、ご家族が抑制を希望される場合は、抑制ができるのか、また、すべきか。

事例 8 認知症の人で、「意思決定能力」はないが、ご家族の間で、方針の統一がとれない場合の、**介護行為**について

認知症の人でご自身で意思決定できない方であるが、ご家族の中で抑制について意見が異なる場合、抑制ができるのか、また、すべきか。

4. 残された課題

4-1 意思決定能力の有無という切り口だけでなく、機能的な切り口が必要ではないか

意思決定能力の有無という判断だけではなく、本整理でも指摘したように、意思決定能力は機能的な側面も有している。したがって、その機能的な面を支えるために、支援者には、認知症の人の日常での見守り行為を通じての、本人の意思や意向を聞き取り、観察行為が不可欠である。また、見守り行為も、病院・施設から在宅まであり、支援者も、家族から、職員、あるいは、地域の人まで多様である。そうすると、このような幅広い支援者に対して、意思決定支援の手法や相互支援体制確立のための方法等について研修、特に介護関係者への啓発は必須ではないのか。

4-2 医療同意にまつわる行為の法的根拠や見解について

医療同意については、法的には、侵襲行為に対する違法性阻却事由（刑法 35 条）として位置づけられる。しかし、実際の医療・介護行為の提供の場では、大きな侵襲行為を伴う医療行為からそうでない医療行為、また、侵襲を必ずしも伴わない療養上の世話行為や介護行為があり、これらが密接不可分に結びついている。そのために、侵襲の有無ということだけで、法的な扱いに差異を設けることは現実的でないという意見がある、また、差異を設けるとしても、どのように行うかについて議論が必要である。

また、医療同意権については、一身専属性が指摘され、これを家族が代理・代行することは法的には許されないとされるが、医療・介護の現場ではこれとは異なる実践が行われることもあることを、どのように評価して、今後啓蒙していかを考える必要がある。

更に、侵襲の程度やその医療・介護行為に受ける本人の利益等によって、家族等の本人を良く知る人が代理・代行を認めることができないかについて議論をする必要がある。仮に一定の範囲について条件をつけて許す場合は、本人と、家族等の本人を良く知る人との利益相反の有無等の適格者判断の基準や方法について検討をする必要がある。

以上のことは医療同意権がないとされている成年後見人にも生ずる問題である。

4-3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が関わる領域の扱いについて

同法領域では、既に精神障害者の医療と保護の観点から法的な規制があり、同法の領域においては、同法の規制が優先する。もっとも、同法の領域でも精神疾患とは直接の関連がない合併症の治療を行うことがあるので、本整理の観点と同法の規制との関係を検討する必要があるのではないかと。

IV 考察

1. 各部会・委員会の作業プロセス・成果物整理

本事業はBPSDを伴う認知症の意思決定と責任能力に関する支援のあり方について検討することが求められた。内容が重大であることや、事業の対象領域がきわめて広範であり、単年度の事業の中で、具体的な事業計画を立てるべきかが大きな問題となった。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）において、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応および認知症の人やその家族の視点の重視が打ち出されていることから、本事業においても、「重犯罪」や「触法精神障害」の対処といった視点ではなく、日常生活、医療・介護におけるさまざまな問題や意思決定のあり方を主眼とすることとした。

事業の構成として、実際に調査研究を行う作業部会と、このような課題の検討を中心とする委員会をそれぞれ分けて立ち上げた。構成委員はⅠ事業概要において示した。作業部会は①日常生活の障害とその支援、②医療・介護における意思決定支援の2部会とした。

委員会は平成27年11月および平成28年2月の2回実施した。第1回では事業における視点、方向性が検討され、第2回では各作業部会の結果報告をふまえて、その評価と今後の方向性が検討された。

作業部会①では、

- 認知症の人と家族の会との共同調査により、家庭における日常生活障害の実態アンケート調査
- 大手スーパーマーケットとの共同調査により、スーパー・コンビニエンスストアでの日常生活障害の実態アンケート調査
- 生命保険会社の協力により、保険契約等でのトラブル聞き取り調査

を実施した。

多くの事例を抽出し、認知症の人と家族の視点に立った今後の支援に結びつく整理方法を検討した。

作業部会②では、医療・介護における意思決定のさまざまな事例を集積し、これまでの判例を参考にし、認知症の意思決定支援に求められる論点を抽出した。

2 全体のまとめ

〔日常生活支援に関して（作業部会①）〕

日常生活におけるさまざまなトラブル（障害）について行ったアンケートおよび聞き取り調査の結果から、認知症においては生活障害、とくに「社会的生活障害」として見るべき問題が浮かび上がった。買い物、金銭管理、近隣とのトラブルなどがその対象であり、これまで、現場では課題とされる一方で、注目されることの少なかった領域である。

従来の BPSD、中核症状という整理の仕方では漏れてしまったり、軽視されているが、本人、家族がもっとも支援を必要とするのは「生活障害」とくに、社会的な生活障害であるという認識が重要であることがわかった。今後は、さまざまな事例とその対応の整理を通して、国民の間での、認知症の生活障害に対する認識を向上させ、よりよい対応が可能になるようなマニュアル作成へと進展させることが求められるだろう。

【医療・介護の意思決定に関して（作業部会②）】

認知症の人が医療・介護等を受ける際の意思決定支援に関連して生じる論点について、倫理・法的な観点と医療的な観点から整理を進めた。

従来、意思決定支援に関する議論は、意思決定能力がある人が、複雑な状況下で意思決定することをいかに支援するかの議論が中心であった。その点、本検討のように、認知症があり、意思決定能力の低下が認められる人に対して、いかに本人の自己決定を支えていくか（自己決定権の尊重）、あわせて意思決定能力が不十分な場合にいかに必要な保護をするか、を併せ持つ検討は、認知症に特有の観点である。両者をあわせもつ視点を整理したことは、認知症に関連する意思決定支援の基本的な視点を確保することができたといえる。

続けて、今回達成された論点整理をさらに深め、検討するには、以下のような方向があげられる。

（1）認知症における意思決定支援の問題は、認知症が軽度の段階から認識され、実践されることが重要

意思決定支援の議論は、上で指摘したとおり、がん告知やエンドオブライフなど状況が複雑なために意思決定が難しい場面の議論となりがちである。しかし、認知症に関連する意思決定支援は、認知機能障害が軽度でありながらも社会生活が障害される、より軽度の段階から支援が提供され、医療を受ける権利とともに個人の尊重が実現される必要がある。そのためには、普段の臨床場面どこにおいても提供される支援であること、加えて、医療の場面のみならず介護等の支援の場面においても実践される事が重要である。

（2）より効果的なエンハンスメント（強化）方法を開発する必要

認知症により生じた意思決定能力の低下に対するエンハンスメント（強化）について、系統立てた検討はまだ行われていない。現状では、各自の経験に基づいて行われている要素が大きく、その効果や適応については明らかではない。

① 認知機能障害と意思決定能力との関連性

② 意思決定能力の障害プロフィールに応じた効果的な強化・支援方法

について検討する必要がある。とくに、画像を用いるなど提示方法の工夫は海外では Decision Aids として検討が進んでおりわが国の臨床に即した検討が望まれる（短期記憶の難しい認知症の人には別途考慮が必要）。

(3) 臨床で実践するために、具体的かつ実践的な方法（標準化）を示す必要

具体的に検討する時には、実践できる手順や方法を示していくことも重要である。今後検討を深める必要がある点として、以下の項目があげられる。

- ① 医療の場面においては、検査や治療の侵襲の軽重とともに支援はどのようにあるのがよいのか
- ② 生活の場面ではどのように評価と判断が行われるのが良いのか。
- ③ 意思決定能力の低下が、主として BPSD（たとえば、抑うつなど）に依る場合、対応はどうあるのがよいのか

特に、認知症の人の意思決定能力が低下しており、その判断が合理的でない場合（検査や食事の拒否等）の評価や対応等、具体的な場面を想定した検討が必要である。

【事業全体と通しての考察】

委員会での意見を参考にして今後の方向性について言及する。今回の事業を通して明らかになったことは、認知症に関連する諸問題が広範にわたり、厚生労働省単独でなく、多くの省庁の協働が求められるということであり、これは新オレンジプランにも強調されていることである。さらに、今後、これを国民にどのように情報提供をしていくのかを検討する必要がある。その前提として、「生活障害」などの概念の精密化が求められる。まだ十分練れていない部分がある。これらは今後の課題であるとする。

最後に第 2 回委員会の後に寄せられた委員からのコメントの趣旨を一括掲載する。本年度の事業を展開させる上で、十分に配慮していくことが求められる。

A. 事業全般

- 認知症の人に対する対応について、意思決定能力や責任能力といった従来とは異なる視点から、多角的に検討し、問題点を抽出することができたと思う。今後、抽出された問題点に対する方策を検討するための事業の展開が望まれる。
- BPSD を、「認知機能の低下に伴い、自分の状態や欲求、要求を言葉でうまく表現したり、必要な解決行動を取ることが困難になるために起こる、言葉にならない本人からのメッセージである」と捉え、当事者の状態や欲求、要求を探索し、必要なケアを導入することにより BPSD を非薬物療法的に解消する取り組みが行われている。この考え方を反映させることが望ましい。
- 家族が困っていた生活や医療場面での支障を明確にし、そのことにどう対応していけばよいのかの方向性のアウトラインが出ているので家族にとってありがたい
- 生活に支障をきたし始めた時の治療法や正しい対処法が示されていない。何らかの標準的な対策方法を示すべきである。

B. 日常生活支援

- 生活障害を医学モデルではなく、一般の生活者の視点から分類しようとする試みは、認知症の人に対する一般の人の理解を深め、認知症の人が生きやすい社会を構築していくためにも重要な視点である。
- 日常生活の支障として、「大声」等への対処も含めるべきである。社会的な生活障害に、本人が社会との接点はもちながら対応できるよう対応の方向性が示されることを望む。
- トラブルの大きさや危険度は、自宅を離れるにつれ、家族から他人を巻き込むことにより、つまり生活活動範囲が拡大することにより大きくなる。このことは、認知症中核症状の進行度とは必ずしも一致しない。ADLが高いほど危険も大きいことがわかる。買い物をするときのトラブルでもわかるように、案外と現場周囲の人は認知症の行動障害に気づいている。問題は、どう対処したらよいのか?わからないでいる点だ。つまり指針が示されていないから困っているのであり、それが示されれば今すぐにも行動はとれるのかもしれない。
- 大都市部と僻地という地域較差を考慮した支援策の検討は不十分であった。

C. 認知症の人が医療、介護等を受ける際意思決定支援のあり方

- 意思決定能力の判定の法的枠組みについて、最近の諸外国の動向も踏まえたうえで、適切な整理がなされたが、認知症の人に特有の支援の在り方については、わが国の現状も踏まえ、今後の検討課題である。
- 論点の中で「本人への説明は混乱が激しく、説明で症状の悪化が予測されるため、説明しないほうがよい」という論点を入れるべきだ。対応のあり方を考える上で、支援チームの存在とどのようなメンバーが必要かも論議してほしい。本人や家族への支援です。第三者的なものの存在が必要ではないか。
- 認知症の人が、特に医療行為や介護を受けることに関して、正しい意思決定を行わなくなることは周知の事実である。いつの時点で、どんな状態になった時に、意思決定能力が不十分な意思は失われた、と判断されるのか、指針を示してほしい。
- 「認知症の人を保護する」と同時に、認知症の人から害を与えられる（暴力等）おそれのある側の権利についても考慮することも必要である。
- 難しい問題であり、取りまとめには慎重を期すべきである

**認知症の行動・心理症状(BPSD)等に対し、認知症の人の意思決定能力
や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業
報告書**

平成 28 年 3 月

禁無断転載

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology
〒474-8511 愛知県大府市森岡町七丁目 430 番地
TEL 0562-46-2311 (代表) FAX 0562-46-8349
<http://www.ncgg.go.jp>