

高齢者に対する認知症の情報提供と初期症状への対処行動

マツイ ミホ *1 ニッタ アキコ タグチ カナコ
松井 美帆 *1 新田 章子 *2 田口 幹奈子 *3

目的 認知症に関する情報提供を行い、高齢者の認知症の知識と初期症状における対処行動について明らかにすることを目的とした。

方法 A県内の老人クラブに所属する高齢者184人に質問紙票を配布し、162人（88.0%）から回答を得、そのうち有効回答のみられた154人（83.7%）を対象とした。対象者にはパンフレットを用いて認知症に関する情報提供を行った後、自記式質問紙調査により基本属性、認知症高齢者の介護経験、認知症の知識、認知症のごく初期・初期症状への対処行動、認知症の不安、認知症のイメージについて調査した。

結果 対象者の平均年齢は、 72.9 ± 6.4 歳、性別は男性が39.6%であった。アルツハイマー型認知症（Dementia of Alzheimer's type; DAT）の知識量の平均点は1.62点と先行研究に比較してわずかに高かった。家族が認知症になった場合の初期症状における対処行動では、「病院を受診する」20.3～53.6%と先行研究が20%以下であったのに比較して多く、具体的な対処には至らない傾向も3～4割と少なかった。受診行動に関連する要因として、年齢、性別、認知症の知識や不安、怖い・苦しい・たいせつにされないなどのイメージが挙げられた。

結論 高齢者に対する認知症の情報提供は、初期症状における対処行動に結びつくことから、早期受診へ向けて高齢者に適切な啓発活動を行っていくことが重要である。

キーワード 認知症、高齢者、対処行動、イメージ

はじめに

わが国における認知症患者は200万人といわれ、超高齢社会に向け、今後も増加することが推測されている¹⁾。認知症の治療やケアについての技術の進歩、多方面からの研究が進展する中、認知症についての理解も得られつつあるといえるが、一般人における認知症の知識については必ずしも高いとはいえない現状にある。

認知症の認識についての状況を把握することを目的に、首都圏の20歳以上の一般住民を対象とした調査では、認知症を病気と考えている者は59.2%である反面、よくわからないから怖い

とした者が62.2%にのぼるなど、認知症の知識および情報の不足が認められた。また、抗認知症薬を知っているものは2割、アルツハイマー型認知症の早期発見・治療により進行を遅らせる場合があると回答したものが4割に満たないなど、認知症に対する正しい理解が十分とはいえない結果であった²⁾。さらに、認知症にかかわる差し迫ったニーズをもつ年代である一般高齢者を対象とした認知症の知識に関する調査では、5割以上の方がアルツハイマー型認知症の周辺症状や治療薬について誤った認識をもっており、高年齢になるほど知識が低かったとしている³⁾。

* 1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科准教授 * 2 同助教 * 3 福岡聖恵病院看護師

一方で、認知症に対しては、早期に発見して適切な介入を行うことが医療・介護において最も重要であるが、現在まで認知症患者の早期受診は依然として十分ではない⁴⁾。早期の診断や治療へ向けでは、家族による認知症の症状への理解が重要な影響要因であることが指摘されている。一般人を対象に、家族が認知症になった場合の対処行動を調査した報告では、仮の状況を設定し質問を行ったところ、認知症におけるごく初期の症状が起こった場合、気になるが様子をみるといった具体的な行動には至らない傾向が約6～7割にみられた⁵⁾。以上のことから、認知症の知識や早期受診へ向けた啓発が重要とされており、教育講演を行った結果、認知症に関する誤解が解け、理解が深まったとする報告もみられている⁶⁾。

近年、高齢者の家族と世帯状況については変化がみられ、65歳以上の高齢者のいる世帯は全体の4割を占め、そのうち夫婦のみ、単独が過半数となっている⁷⁾。高齢者による老老介護も増加の一途が見込まれ、認知症についても家族介護者として、高齢者が知識を持つことが必要であるといえる。そこで本研究では、一般高齢者を対象に認知症についてパンフレットによる情報提供を行い、認知症の知識と初期症状へ向けた対処行動について検討した。

研究 方 法

(1) 対象

A県内の老人クラブに所属する高齢者184人に質問紙票を配布した。回答者は162人(回収率88.0%)で、そのうち60歳未満5人、無効回答3人を除く154人(有効回答率83.7%)を対象とした。老人クラブは高齢者の社会参加・生きがい対策の推進組織として位置づけられ、A県内における会員は約13万人を有する⁸⁾。

(2) 調査内容

2007年7～9月において、認知症に関する情報提供として、先行文献を参考に「認知症ってどんな病気?」「物忘れと認知症の違い」⁹⁾「認

知症チェックポイント」¹⁰⁾「物忘れ外来など関係機関連絡先」を記載した簡便なA3用紙1枚からなるパンフレットを配付後、自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、基本属性として性別、年齢、婚姻状況、世帯構成、認知症高齢者の介護経験、認知症の知識、認知症のごく初期・初期症状への対処行動、認知症の不安、認知症のイメージであった。

認知症の知識については、杉原ら³⁾の研究によるアルツハイマー型認知症(Dementia of Alzheimer's type; 以下、DAT)について一般的なものの4項目、症状に関するもの10項目(中核症状5項目、周辺症状2項目、行動能力の障害3項目)、治療に関するもの4項目の計18項目を使用した。設問は正しいもの7問、誤った内容のもの11問から構成され、正しいと思うものに丸印をつける方法で回答を求めた。正しい内容の設問に丸印をつけたものを積極的正答、誤った内容の設問に丸印をつけたものは積極的誤答とみなした。積極的正答数から積極的誤答数を引いた数を知識量とした。尚、DATの知識の得点は7問が正解であるため、最高点7点から最低点-11点の範囲となる。

認知症への対処行動については、安部ら⁵⁾の認知症の諸症状における家族の対処行動を参考とした。ごく初期の症状3項目、初期6項目、中期7項目、進行期4項目のうち、ごく初期症状3項目、初期症状6項目の計9項目について仮の状況を設定し、『仮にあなたの家族の65歳以上の高齢者の誰かに以下の症状がみられた場合、あなたはどのようになさいますか』という設問に、「気にしない」「気になるが、様子をみる」「誰かに相談する」「病院を受診する」の4つの選択肢から回答を得た。また、先行研究をもとに、自身が認知症になることへの不安については「ある」「たまにある」「ない」、認知症のイメージについては10項目について当てはまるものに丸印をつけ回答を求めた³⁾。さらに、パンフレットの「第一印象」「文字のみやすさ」「内容は十分か」「理解しやすいか」の4項目について10段階で評価を行った。

(3) 分析方法

基本属性、認知症の知識、認知症への対処行動について記述統計を行った。また、認知症の知識と関連する要因を検討するため、2群ではt検定、3群以上では一元配置分散分析、間隔尺度ではPearsonの積率相関係数を求めた。対処行動と関連要因については、「気にしない」「気になるが、様子を見る」「誰かに相談する」を未受診群とし、病院受診・未受診の2群について間隔尺度ではt検定、名義・順序尺度では χ^2 検定を行った。分析には統計ソフト

SPSS Ver.12.0Jを用い、統計的有意水準を5%とした。

(4) 倫理的配慮

本研究は質問紙票により認知症に関わる知識等について質問を行うことから、項目によっては対象者に心理的負担を与える可能性がある。従って、あらかじめ研究の参加は自由であること、答えたくない内容については回答しなくてもよいこと、途中で中止することも可能であることを文書および口頭で伝えた。また質問紙票は無記名とし、回答の拒否、結果によって、不利益を被ることはないことを説明した上で、質問紙票への回答をもって同意を得た。本研究は、研究者の所属機関における倫理委員会の承認を得て行った。

結 果

(1) 対象者の背景

対象者154人の平均年齢(±標準偏差)は72.9±6.4歳、性別は男性が39.6%、婚姻状況は既婚69.5%、離別・死別30.5%、世帯構成は独居14.5%、夫婦のみ45.5%、2・3世代同居40.0%であった。認知症高齢者の介護経験は13.2%に認められた(表1)。

表1 対象者の背景 (N=154)

	人数(%)
年齢(平均±標準偏差)	72.9±6.4
性別	
男性	61(39.6)
女性	93(60.4)
婚姻状況(n=151)	
既婚	105(69.5)
離別・死別	46(30.5)
世帯構成(n=145)	
独居	21(14.5)
夫婦のみ	66(45.5)
2・3世代同居	58(40.0)
認知症介護の経験(n=152)	
あり	20(13.2)
なし	132(86.8)

表2 DATの知識と設問の正誤 (N=154)

(単位 人、()内%)

	積極的回答者数		
	設問の正誤	正答	誤答
一般			
「アルツハイマー」「脳血管性」「その他」の種類がある	○	103(66.9)	
初老期でも高齢期でも起こるが、高齢期に起こることが多い	○	110(71.4)	
脳の老化によるものなので、歳をとるとだれもがなる	×		25(16.2)
現在のところ多くの場合原因は不明である	○	67(43.5)	
中核症状			
日時や場所の感覚がつかめなくなる症状がでる	○	125(81.2)	
早期の段階から人格が崩壊する	×		26(16.9)
ものごとを判断する力が徐々に衰える	○	132(85.7)	
記憶だけが悪くなる病気である	×		27(17.5)
同じことを何度も聞くようになるとかなり重症である	×		77(50.0)
周辺症状			
徘徊行動がでる場合が多い	×		102(66.2)
もの盗られ妄想がでてくるともよくある	○	103(66.9)	
行動能力			
早期の段階から、身の回りのことがほとんどできなくなる	×		36(23.4)
早期の段階から、お金の管理は小額でも無理である	×		57(37.0)
早期の段階から、1人暮らしはできなくなる	×		62(40.3)
治療			
早期治療をしても進行を遅らせることはできない	×		16(10.4)
周囲の対応によっても徘徊などの問題行動は軽減しない	×		33(21.4)
現在治療法はまったくない	×		25(16.2)
症状を緩和させたり、進行を遅らせたりする薬がある	○	94(61.0)	

(2) DATの知識

本研究の対象者におけるDATの知識は、得点範囲は最高点6点、最低点-6点で、平均点(±SD)は1.62点(±2.53)であった。正解の高かった設問として、一般的知識の「初老期でも高齢期でも起こるが、高齢期に起こることが多い」71.4%、中核症状の「日時や場所の感覚がつかめなくなる症状がでる」81.2%、「ものごとを判断する能力が徐々に衰える」85.7%、誤答の高かった設問では、中核症状の「同じことを何度も聞くようになるとかなり重症で

ある」50.0%，周辺症状の「徘徊行動が出る場合が多い」66.2%であった（表2）。DATの知識と関連のある要因として年齢が認められ（ $r = -0.307$, $p < 0.001$ ），高齢になるほど知識量が低下していた。一方，年齢を除く対象者の背景や介護経験の有無と知識量については関連がみられなかった。また，パンフレット4項目の10段階評価は平均5.57～6.65であり，知識量との関連は「文字のみやすさ」（ $r = 0.170$, $p = 0.040$ ）,「理解度」（ $r = 0.177$, $p = 0.037$ ）であった。

（3）認知症のごく初期・初期症状への対処行動

認知症における「ごく初期の症状における対処行動」の集計結果を図1に示す。「不安になったり，落ち込んだりする」という症状がみられた場合，52.7%が「病院を受診する」と回答していた。「ちょっとしたことでも興奮しやすい」「以前よりも落ち着きがなくなる」という症状に対しては「気になるが様子を見る」という回答が39.4%，47.1%と多かった。いずれの症状においても「気にしない」は1.4～5.6%とわずかであった。

「初期の症状における対処行動」の集計結果は図2のとおりであった。「すでにある物を何度も買ってきってしまう」「何回も同じ事を言ったり，同じ事を聞いたりする」「以前よりも，だらしなくなる」「作り慣れている料理がうまく作れないようになる」「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」で「気になるが様子を見る」が37.1～58.0%と最も多かったのに対して，「日付がわからなくなる」では「病院を受診する」を選択したものが53.6%と過半数であった。

（4）認知症のごく初期・初期症状における病院受診と関連要因（表3，4）

病院受診に関連する要因として，基本属性で年齢の高さとごく初期症状の「ちょっとしたことでも興奮しやすい（ $p = 0.022$ ）」「以前より

図1 認知症におけるごく初期の症状への対処行動

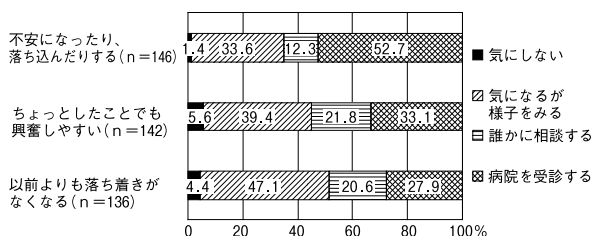


図2 認知症における初期の症状への対処行動

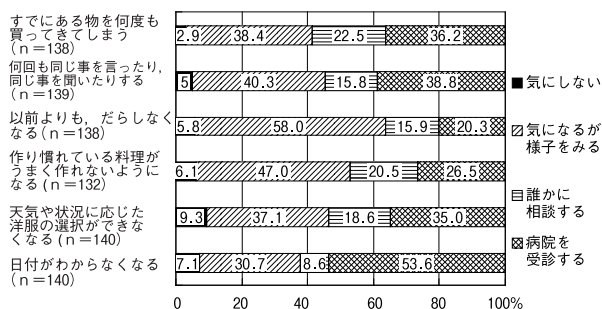
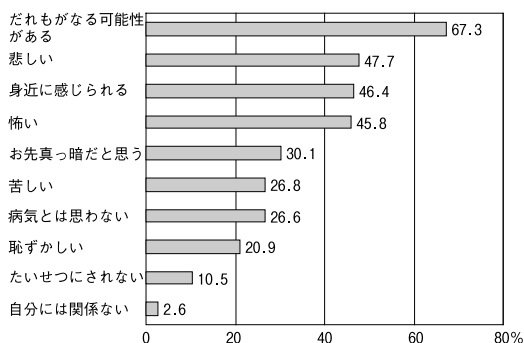


図3 認知症に対するイメージ



も落ち着きがなくなる（ $p = 0.028$ ）」で関連を認めた。また，性別において「以前よりも落ち着きがなくなる（ $p = 0.022$ ）」は女性で，「すでにある物を何度も買ってきってしまう（ $p = 0.007$ ）」は男性で受診するとした回答が有意に関連していた。一方，婚姻状況，世帯構成，介護経験の有無と受診行動との関連はみられなかった。

認知症の知識と受診行動については，ごく初期症状のうち「不安になったり，落ち込んだりする（ $p = 0.034$ ）」「以前よりも落ち着きがなくなる（ $p = 0.001$ ）」の2項目，初期症状の「以前よりも，だらしなくなる（ $p = 0.007$ ）」

において関連を認めたが、知識量は「病院を受診する」と回答した群で有意に低かった。また、認知症になることへの不安については「ある」40.0%、「たまにある」42.1%、「ない」17.9%で、「ちょっとしたことでも興奮しやすい」($p = 0.043$)、「作り慣れている料理がうまく作れないようになる」($p = 0.033$)項目で、不

安と受診行動の関連がみられた。さらに、認知症のイメージについては、図3に示すとおり「だれもがなる可能性がある」67.3%をはじめ、「身近に感じられる」46.4%、「悲しい」47.7%、「怖い」45.8%などが多く、「病気とは思わない」26.6%、「苦しい」26.8%であった。受診行動との関連では、「怖い」「苦しい」「お先

表3 認知症のごく初期症状における病院受診と関連要因

(単位 人, () 内%)

	不安・落ち込み			興奮しやすい			落ち着きがない		
	病院受診	未受診	p	病院受診	未受診	p	病院受診	未受診	p
年齢 ¹⁾	73.4±6.2	72.1±6.1	n.s.	74.2±5.7	71.7±6.1	0.022*	74.2±6.0	71.7±6.0	0.028*
性別 (男性) ²⁾	28(36.4)	31(44.9)	n.s.	19(40.4)	40(42.1)	n.s.	10(26.3)	46(46.9)	0.022*
認知症の知識 ¹⁾	1.26±2.6	2.16±2.4	0.034*	1.26±2.5	1.99±2.4	0.100	0.63±2.7	2.23±2.3	0.001**
認知症の不安 ²⁾									
ある	35(47.3)	22(32.4)	n.s.	21(45.7)	35(37.2)	0.043*	16(43.2)	37(37.8)	n.s.
たまにある	26(35.1)	34(50.0)		13(28.3)	46(48.9)		12(32.4)	45(45.9)	
ない	13(17.6)	12(17.6)		12(26.1)	13(13.8)		9(24.3)	16(16.3)	
認知症イメージ (あり) ²⁾									
病気とは思わない	23(29.9)	18(26.1)	n.s.	15(31.9)	25(26.3)	n.s.	15(39.5)	19(19.4)	0.015*
だれもがなる可能性がある	52(67.5)	47(69.1)	n.s.	33(70.2)	64(68.1)	n.s.	27(73.0)	65(66.3)	n.s.
身近に感じられる	40(51.9)	31(45.6)	n.s.	22(46.8)	47(50.0)	n.s.	19(51.4)	46(46.9)	n.s.
悲しい	34(44.2)	37(54.4)	n.s.	22(46.8)	44(46.8)	n.s.	18(48.6)	48(49.0)	n.s.
怖い	36(46.8)	31(45.6)	n.s.	28(59.6)	34(36.2)	0.007**	18(48.6)	42(42.9)	n.s.
お先真っ暗だと思う	27(35.1)	18(26.5)	n.s.	19(40.4)	23(24.5)	0.041*	15(40.5)	26(26.5)	0.087
恥ずかしい	15(19.5)	16(23.5)	n.s.	10(21.3)	18(19.1)	n.s.	8(21.6)	19(19.4)	n.s.
たいせつにされない	8(10.4)	6(8.8)	n.s.	6(12.8)	8(8.5)	n.s.	5(13.5)	8(8.2)	n.s.
苦しい	22(28.6)	19(27.9)	n.s.	12(25.5)	27(28.7)	n.s.	13(35.1)	28(28.6)	n.s.
自分には関係ない	2(2.6)	2(2.9)	n.s.	3(6.4)	1(1.1)	n.s.	2(5.4)	2(2.0)	n.s.

注 1) T検定, 平均値±標準偏差

2) χ^2 検定3) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ 4) n.s., $p > 0.1$

表4 認知症の初期症状における

	何度も同じものを買う			同じことを言ったり聞く			だらし
	病院受診	未受診	p	病院受診	未受診	p	病院受診
年齢 ¹⁾	73.1±5.9	72.1±6.2	n.s.	72.1±6.3	72.6±6.0	n.s.	73.4±5.3
性別 (男性) ²⁾	28(56.0)	29(33.0)	0.007**	26(48.1)	33(38.8)	n.s.	13(46.4)
認知症の知識 ¹⁾	2.26±2.3	1.40±2.7	0.060	1.59±2.7	1.85±2.4	n.s.	0.57±2.9
認知症の不安 ²⁾							
ある	20(40.8)	34(38.6)	n.s.	24(45.3)	29(34.1)	n.s.	14(51.9)
たまにある	18(36.7)	40(45.5)		20(37.7)	40(47.1)		9(33.3)
ない	11(22.4)	14(15.9)		9(17.0)	16(18.8)		4(14.8)
認知症イメージ (あり) ²⁾							
病気とは思わない	10(20.0)	26(29.5)	n.s.	14(25.9)	23(27.1)	n.s.	12(42.9)
だれもがなる可能性がある	36(73.5)	60(68.2)	n.s.	39(72.2)	57(67.9)	n.s.	20(71.4)
身近に感じられる	26(53.1)	40(45.5)	n.s.	25(46.3)	43(51.2)	n.s.	19(67.9)
悲しい	24(49.0)	43(48.9)	n.s.	29(53.7)	38(45.2)	n.s.	18(64.3)
怖い	24(49.0)	37(42.0)	n.s.	35(64.8)	28(33.3)	0.001**	19(67.9)
お先真っ暗だと思う	15(30.6)	28(31.8)	n.s.	20(37.0)	23(27.4)	n.s.	16(57.1)
恥ずかしい	8(16.3)	21(23.9)	n.s.	11(20.4)	17(20.2)	n.s.	7(25.0)
たいせつにされない	5(10.2)	8(9.1)	n.s.	6(11.1)	8(9.5)	n.s.	6(21.4)
苦しい	20(40.8)	20(22.7)	0.022*	22(40.7)	18(21.4)	0.013*	15(53.6)
自分には関係ない	2(4.1)	2(2.3)	n.s.	3(5.6)	1(1.2)	n.s.	1(3.6)

注 表3と同じ

真っ暗だと思う」「たいせつにされない」などで多くの症状と有意な関連を認めた。

考 察

(1) 高齢者の DAT の知識

本研究における一般高齢者のDATの知識量の平均点は1.62点(±2.53)であり、杉原らの先行研究の平均点1.52点(±2.20)と比較してわずかに高いものの、ほぼ同様の結果であった。表1における各設問の正誤についても「日時や場所の感覚がつかめなくなる症状がでる」「ものごとを判断する能力が徐々に衰える」で正解がやや高かった反面、「同じことを何度も聞くようになる」とかなり重症である「徘徊行動が出る場合が多い」では誤答が先行研究よりやや高く、周辺症状や行動能力に対する理解が十分ではない傾向が示された。また、認知症に関する情報提供としてパンフレットの配付を行ったが、先行研究に比較してDATの知識量が情報提供により著明に高くなったとは言い難く、介護経験が必ずしも正しい知識に結びついていなかったという結果からも、高齢者に適切な情報提供を行う必要性が示唆された。

(2) 認知症のごく初期・初期症状への対処行動

家族介護者として認知症に関わることの可能性の高い年代でもある高齢者を対象に、ごく初期・初期症状への対処行動を検討したところ、「病院を受診する」20.3～53.6%であり、特に「不安になったり、落ち込んだりする」「日付がわからなくなる」では過半数を占めていた。一方、「気にしない」「気になるが様子を見る」とした回答は3～4割であった。20歳以上の一般生活者を対象とした安部ら⁵⁾の調査では、ごく初期・初期症状において「病院を受診する」とした回答は多くの項目で20%以下であり、約6～7割が具体的な対処には至らない傾向であった。このように本研究の対象者において「病院を受診する」という回答が多かったのは、高齢者のみを対象としたことやパンフレットによる情報提供において、「物忘れ外来など関係機関連絡先」を紹介した影響もあるものと推測された。

(3) 受診行動に関連する要因の検討

病院受診に関連する要因として、ごく初期症状においては年齢が高い、また性別では「以前よりも落ち着きがなくなる」という症状がみられた場合は女性で、「すでにある物を何度も

病院受診と関連要因

(単位 人、()内%)

なくなる		料理が作れなくなる			洋服の選択ができない			日付がわからなくなる		
未受診	p	病院受診	未受診	p	病院受診	未受診	p	病院受診	未受診	p
72.2±6.3 45(40.9) 2.04±2.4	n.s. n.s. 0.007**	71.1±5.9 16(45.7) 1.66±2.9	72.7±6.1 39(40.2) 1.92±2.3	n.s. n.s. n.s.	72.6±6.2 22(44.9) 1.88±2.7	72.4±6.2 35(38.5) 1.70±2.4	n.s. n.s. n.s.	72.5±6.0 34(45.3) 1.97±2.4	72.6±6.5 24(36.9) 1.48±2.7	n.s. n.s. n.s.
39(35.8) 49(45.0) 21(19.3)	n.s.	19(55.9) 9(26.5) 6(17.6)	31(32.3) 48(50.0) 17(17.7)	0.033*	18(38.3) 16(34.0) 13(27.7)	36(40.4) 42(47.2) 11(12.4)	0.068	29(39.2) 28(37.8) 17(23.0)	24(38.1) 31(49.2) 8(12.7)	n.s.
27(24.5) 75(68.8) 49(45.0) 49(45.0) 43(39.4) 28(25.7) 21(19.3) 8(7.3) 25(22.9) 3(2.8)	0.049* n.s. 0.025* 0.053 0.006** 0.002** n.s. 0.039* 0.002** n.s.	12(34.3) 27(77.1) 17(48.6) 20(57.1) 22(62.9) 16(45.7) 9(25.7) 7(20.0) 15(42.9) 1(2.9)	27(27.8) 65(67.7) 48(50.0) 43(44.8) 35(36.5) 23(24.0) 16(16.7) 7(7.3) 22(22.9) 3(3.1)	n.s. n.s. n.s. n.s. 0.006** 0.015* n.s. 0.044* 0.023* n.s.	10(20.4) 38(77.6) 24(49.0) 29(59.2) 26(53.1) 18(36.7) 8(16.3) 5(10.2) 16(32.7) 3(6.1)	28(30.8) 58(64.4) 44(48.9) 40(44.4) 36(40.0) 24(26.7) 22(24.4) 10(11.1) 24(26.7) 1(1.1)	n.s. 0.079 n.s. 0.069 0.097 n.s. n.s. n.s. n.s. n.s.	17(22.7) 56(75.7) 38(51.4) 41(55.4) 33(44.6) 26(35.1) 14(18.9) 7(9.5) 24(32.4) 2(2.7)	20(30.8) 41(63.1) 28(43.1) 28(43.1) 29(44.6) 18(27.7) 15(23.1) 8(12.3) 15(23.1) 2(3.1)	n.s. 0.077 n.s. n.s. n.s. n.s. n.s. n.s. n.s. n.s.

買ってきてしまう」は男性で受診するとした回答が有意に高く、家族に認知症の症状がみられた場合の対処行動に基本属性による違いが認められた。一方で、世帯構成や介護経験の有無などでは必ずしも対処行動との関連がみられなかったため、正しい知識のもとに介護が行われているとはいえない難い現況にあることが推測され、一般に高齢者においては介護経験者も含めて早期受診へ向けた啓発が重要であると考えられた。

認知症の知識と受診行動の関連については、ごく初期症状2項目において認めたが、その知識量は「病院を受診する」と回答した群の方が低い傾向であった。ごく初期症状の多くは、必ずしも認知症特有の症状ではなく、他の疾患や老化による物忘れと混同されやすい症状である¹¹⁾。本研究では「物忘れと認知症の違い」に関する情報提供を行ったため、このような受診行動への結果がみられたのかもしれない。

さらに、認知症になることへの不安やイメージは、多くのごく初期・初期症状における受診行動と関連していた。認知症になることへの不安は8割の対象者が持っており、杉原ら³⁾の先行研究と同じく高齢者においては高かったといえる。また、認知症のイメージについては「病気とは思わない」26.6%と前述の先行研究の75.0%に比較して少ない一方、「だれもがなる可能性がある」67.3%は先行研究44.1%より高く、「病気とは思わない」という認識が受診を阻むことから、早期発見へ向けて好ましい結果であったといえる。受診行動においては「怖い」「苦しい」「お先真っ暗だと思う」「たいせつにされない」など恐怖や苦痛、自己の存在を脅かすイメージが関連しており、正しい知識や治療および対処方法について情報を提供し、これらの不安やイメージを軽減していく必要があると考えられた。

本研究の限界として、認知症の知識についての設問は先行研究を基に行ったが、徘徊の頻度を26%というデータを基に「不正解」とするな

ど一部の項目については検討の余地があると思われる。また、パンフレットによる情報提供の有効性については対照群との比較検討により、認知症の正しい理解へ向けた高齢者に適した啓発活動のあり方を検討する必要がある。

文 献

- 1) 厚生労働省．厚生労働白書．2006．
- 2) 本間昭．地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査，老年社会科学，2001；23(3)：340-51．
- 3) 杉原百合子，山田裕子，武地一．一般高齢者もつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討，日本認知症ケア学会誌，2005；4(1)：9-16．
- 4) 品川俊一郎，中山和彦．認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討 - 一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より - ，老年精神医学雑誌，2007；18：1224-33．
- 5) 安部幸志，荒井由美子．家族が認知症となった場合の対処行動 - 一般生活者に対する調査から - ，日本医事新報，2006；4292：63-7．
- 6) 目黒謙一，石井洋，関田康慶．痴呆に関する地域住民の認識と教育講演の効果 - 保健・医療・福祉の連携のために - ，病院管理，2002；39(4)：269-77．
- 7) 内閣府．高齢社会白書．2007．
- 8) 全国老人クラブ連合会 (<http://www4.ocn.ne.jp/~zenrou>) 2008.8.1．
- 9) 長谷川和夫．認知症の知りたいことガイドブック - 最新医療&やさしい介護のコツ．中央法規出版，東京．2006．
- 10) 林泰史．徹底図解 認知症・アルツハイマー病 - いざというときあわてないための知識と生活のしかた．法研，東京．2006．
- 11) Werner PKnowledge about symptoms of Alzheimer's disease: correlates and relationship to help-seeking behavior, Int J Geriatr Psychiatry, 2003；18(11)：1029-36．