

パネルディスカッション

「認知症をめぐって ,リハ ,介護 ,権利擁護 ,周辺症状」

[パネルディスカッション]

老健における認知症短期集中リハビリテーションの効果とその持続

加藤 真司¹⁾, 仁木 美砂子¹⁾, 前田 潔²⁾, 谷口 洋¹⁾

1) 介護老人保健施設 垂水すみれ苑

2) 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学専攻

1. はじめに

平成18年度より介護老人保健施設（老健）において認知症短期集中リハビリテーション（短期集中リハ）実施加算が創設され、現在では単位数の増加と共に対象者も重度認知症へと拡大している。平成26年度の診療報酬改定でも精神科病院において認知症治療病棟に認知症患者リハビリテーション料が新設されている。一方、認知症治療病棟では安易に認知症患者が入院させられ、入院が長期化している事実が報告され、わが国の認知症医療の大きな課題と捉えられている。その為、精神科病院の入院を防ぎ、早期に退院することが推奨されている。

老健における短期集中リハではその有効性を認める報告がいくつかみられるが、厳密な研究デザインで行われた研究は少なく、また3カ月という期間について、それが適切かどうかの検討は少ない。短期集中リハ終了後、その効果がどれだけの期間持続するかについても観察した報告はない。また、新設の認知症治療病棟で行われた認知症患者リハビリテーションの有効性に関する報告はまだない。われわれは認知症治療病棟での認知症患者リハビリテーションの参考にする為に、実施期間中および終了後の認知機能、日常生活活動の変化を観察したのでその結果を報告する。なお、この研究は垂水すみれ苑倫理委員会から承認を受けている。

2. 対象および方法

平成25年4月より平成26年7月に新規入所した利用者125例（再入所含む）を対象とした。そのうち短期集中リハの条件に適合した者は32例であり、途中で入院や退所した者が16例で、最終的に短期集中リハを終了できた者は16例（男性2例、女性14例、年齢 85.2 ± 6.5 歳）であった。その内短期集中リハ終了後の3か月を観察し得た者は12例（男性1例、女性11例、年齢 84.3 ± 6.8 歳）であった。現在継続中で今回、解析の対象とならなかったものが4例であった。16例の診断はアルツハイマー型認知症4例、レビー小体型認知症2例、混合型認知症7例、鑑別診断を受けていないもの3例であった。入所前から抗アルツハイマー病薬を服用し、調査期間1ヶ月以内に服薬を中止したものは1例おり、その他は調査期間前後共に服薬経歴はなかった。

方法は短期集中リハの算定基準に即し、改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）が概ね5～25点で、医師のもと短期集中リハにより生活機能の改善を見込めると判断された利用者である。内容は個別に20分以上、週3回、入所後3か月間（短期集中リハ期間）にわたり、機能訓練室等で施行した。短期集中リハ終了後は3か月間（フォローアップ期間）、通常の週1回20分の個別リハおよび集団リハを実施した。HDS-Rのほか機能的自立度評価表（FIM）も評価した。評価者は評価

の対象となる利用者が短期集中リハを受けていることを知り得る立場にあった。HDS-R、FIMはStudent's t-testを用いて比較した。また短期集中リハ期間中とフォローアップ期間中にHDS-Rの得点が25%以上上昇したものを改善群、低下したものを悪化群、上昇も低下もみられなかったものを不変群とした。

3. 結果

16例の短期集中リハ開始時のHDS-Rは 14.1 ± 4.6 点で、短期集中リハ終了時の 16.4 ± 6.5 点は短期集中リハ開始時と比較して有意な変化はなかったが、改善群8例、悪化群3例、不変群5例であった。サブ項目の統計処理を行った場合、物品記銘の項目のみに統計学的に有意 ($p < .05$) な差を認めた。短期集中リハ終了時の12例では 18.1 ± 6.3 点で、フォローアップ期間後には 16.7 ± 8.0 点と有意な変化はなかった。短期集中リハ終了時と比較した場合、改善群1例、悪化群3例、不変群8例であった。フォローアップ期間後のHDS-Rの得点は 16.7 ± 8.0 点と同じ12例の短期集中リハ開始時 14.7 ± 5.0 点と比較して有意な変化はなかったが、改善群5例、悪化群2例、不変群5例であった。認知症の原因疾患、服薬によるHDS-Rの変化の関係については一定の傾向はみられなかった。FIMについては、FIM総合計、FIM運動項目 (FIM-M) とFIM認知項目 (FIM-C) に分けて解析した。16例の入所時のFIM総合計は 80.0 ± 19.7 点は短期集中リハ終了後には 78.3 ± 20.5 点、FIM-Mは 55.8 ± 15.1 点から短期集中リハ終了後には 55.0 ± 16.3 点、FIM-Cの 24.3 ± 7.9 点は短期集中リハ終了後には 23.3 ± 6.3 点といずれも有意な変化はみられなかった。短期集中リハ期間およびフォローアップ期間合わせて観察し得た12例では短期集中リハ終了時の総合計 74.7 ± 21.2 点はフォローアップ期間後には 72.4 ± 20.1 点、FIM-Mの 51.0 ± 16.4 点は

短期集中リハ終了後には 49.5 ± 16.7 点、FIM-Cは 23.7 ± 6.2 点は短期集中リハ終了後には 22.9 ± 5.4 点といずれも有意な変化はみられなかった。

4. 考察

当施設は平成22年に開設された定員100名の老健であり、平成25年4月より短期集中リハを開始した。本研究では3カ月の短期集中リハにより対象者のHDS-R、FIMの点数はいずれも有意な変化はみられなかった。しかし、対象の50%のHDS-Rが25%以上上昇し、25%以上低下した者は20%弱にすぎなかったという結果が出た。同じような結果は他の論文でも報告されているが、25%以上上昇したという報告は今回が初めてである。また、短期集中リハの中止後の効果の持続については今までに報告はない。本調査から、中止後3カ月以上効果が維持することが示唆できた。3カ月間の短期集中リハを行うと、その後、通常のリハに移行してもある程度は効果が維持するといえるのかもしれない。FIMについて、われわれの調査では短期集中リハを実施することで変化を認めなかった。今回用いた短期集中リハではFIMを有意に改善することはできないと結論した。

本研究の限界を考えると、①評価者がBlindではなかったという点、②いわゆる認知症高齢者のRelocation Damageというものが消え去らない期間に評価を実施している点、③短期集中リハを実施しない対照群を設定していない点、④短期集中リハと併用に主として身体機能の改善を目的に週6回の個別リハを併用し施行していた点、等が挙げられる。

5. 結論

当施設で実施した短期集中リハの有効性を報告した。HDS-Rの上昇は開始後2カ月以降にならな

ければ認められなかった。その効果は短期集中リハ終了後3か月間は維持することがわかった。先にも述べたように認知症治療病棟に認知症患者リハビリテーション料が新設されたが、その期間は入院日から1か月限りである。われわれは精神科病院での認知症患者リハビリテーションの参考にするために、本調査を行った。精神科病院の認知症治療病棟において行われる認知症患者リハビリテーションは現在の1か月でなく、3か月継続することにより、その効果は短期集中リハ終了後も3か月は維持することが示唆できた。

[パネルディスカッション]

認知症者に対する非薬物療法と作業療法士の役割

梶田 博之

神戸学院大学総合リハビリテーション学部 作業療法学専攻

現在、本邦では急速に高齢者人口が増加しており、2013年には高齢化率が25%という超高齢社会を迎えている。それに伴い認知症者数も増加しており、厚生労働省研究班の調査によると2012年時点で約462万人（65歳以上の高齢者の約15%）、認知症になる可能性がある軽度認知障害（MCI）の高齢者も約400万人いると推計され、65歳以上の4人に1人が認知症もしくはその予備軍となる。認知症に対する治療は、大別すると薬物療法と非薬物療法に分けられる。認知症と診断されると薬物療法が開始されることが多いが、現在のところその薬物も認知症を根本的に治癒させるものではないため、非薬物療法も認知症に対する重要な介入方法の一つといえる。

非薬物療法としてさまざまな介入が実施されているが、治療的介入でよく標的とされるのは、「認知」、「刺激」、「行動」、「感情」の4つである。これらの標的に焦点をあてたアプローチの具体例としては、「認知」ではリアリティオリエンテーションや認知刺激療法、「刺激」では芸術療法やレクリエーション療法、「感情」では回想法、バリデーション療法、「行動」では行動療法的アプローチなどがある。作業療法では対象者の諸機能の回復・維持を図るためにさまざまな作業活動を行うが、作業療法士はここで挙げたような各種の療法を組み合わせ、おもに介護老人保健施設、通所リハビリテーション、精神科病院などの施設において認知症者への介入を行っている。認知症につい

ては近年マスメディアで取り上げられる機会も多く、認知症に対する非薬物療法への関心は高まっている。「認知症のリハビリテーション（作業療法）」に関する報告も年々増加してきており、アウトカムを示したものも数多くみられるが、いまだに確立されたリハビリテーションの方法はないのが現状であり、臨床場面においては個々のセラピストの試行錯誤が続いている。

今回は、認知症者に対する作業療法士の役割や今後の課題についていくつかの点にまとめ私見を述べたいと思う。

1. 介入の目的を明確にする

認知症症状には記憶障害、見当識障害、遂行機能障害などの中核症状や、不安、興奮、妄想、徘徊といった行動・心理症状（BPSD）など、様々な症状が現れる。作業療法を実施する場合には、「認知症」に対して漠然と介入するのではなく、認知症のなかのどの症状の維持・改善を目的とするのかについて明確にしておくことが重要である。特にBPSDは周囲の環境や心理状態によって影響を受けやすいとされるが、認知症者に作業活動を実施することで精神的安定が得られ、BPSDの軽減につながったという経験も少なくない。先行研究が示すように、認知症者の認知機能を改善させることは容易なことではないが、BPSDの軽減を目的とすれば作業活動の実施や環境調整など

によって作業療法士が寄与できることは多いと考える。

2. 認知症の原因疾患を意識して プログラムを立案する

認知症の原因疾患として最も多いのはアルツハイマー病 (AD) であるが、近年の報告ではレビー小体型認知症の割合も増加しているといわれる。原因疾患の鑑別診断の必要性がいわれるようになり、当初はアルツハイマー型認知症と診断されていたが、専門施設での診断の結果、別の原因疾患であったというケースもよく聞かれるようになった。例えばレビー小体型認知症のパーキンソン症候や、前頭側頭型認知症の「わが道を行く行動」など、各疾患によって特徴的な症状を呈することも多いため、介入を行い効果を得るためには認知症の原因疾患が何であるかを考慮してプログラムを立案することが望ましい。

3. 認知症の家族介護者に対する 支援を行う

認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン) には「地域での日常生活・家族の支援の強化」が明記されているが、認知症の家族介護者は様々な苦悩を抱えながら生活している。家族介護者のバーンアウトは認知症患者自身の地域生活の継続を困難にさせるため、医療・福祉専門職による介護者への介入も重要である。これもオレンジプランのなかで設置が提唱されている認知症初期集中支援チームにおいて、作業療法士の配置が明示された。神戸市においても、平成25年度からモデル事業として認知症初期集中支援チームが設置されており、そのチーム員として作業療法士も活動している。このように、今後作業療法士が家族介護者と関わる機会が増えていくものと思われ、その経

験のなかから、どのような支援ができるのか、また行っていくべきかについて考えていかなければならない。

4. プログラムのエビデンスを 明らかにしていく

非薬物療法には種々あるが、日本神経学会の認知症疾患治療ガイドライン (2010) によると、例えば「定期的な運動」は高齢者の認知症やADの予防、あるいは高齢者の認知機能の低下を抑制するものとして積極的に推奨すべきであるとされている。臨床での実践のなかでも、認知症者に対する非薬物療法の効果を実感することも少なくない。しかし、認知症に対する非薬物療法は効果判定の難しさや盲検化の困難さなどから、十分なエビデンスがあるとは言い難い。セラピストはこの現状を認識したうえで各プログラムを実施し、そのうえでエビデンスを明らかにしていくための努力が必要であると考ええる。

上述したように、認知症に対してはいまだに確立されたりハビリテーションの方法がないのが現状である。Evidence-Based Medicine (EBM) が求められる現在、認知症に対する非薬物療法のエビデンスを明らかにしていくことが重要である。しかしその一方で、対象者の個性を重視し対話を通してアプローチしていくNarrative-Based Medicine (NBM) という考え方も認知症ケアにおいては忘れてはならない。対象者の個別性を重視しながら個々人にあったプログラムを提供していくべき作業療法士にとっては、特にこの両面を意識しながら認知症者への作業療法を実践していかなければならないと考える。

[パネルディスカッション]

認知機能低下を有する患者のADLと理学療法

岩井 信彦

神戸学院大学総合リハビリテーション学部 理学療法学専攻

【はじめに】

脳卒中や整形外科疾患は理学療法の対象となることが多く、特に高齢者では認知機能障害を合併する症例が多い。岩井ら〔1〕は脳卒中患者において「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」〔2〕（以下；認知症ADL判定基準）で正常、Ⅰ～Ⅳと判断された3,367例のうち正常を除いたⅠ～Ⅳは2,162例64.2%、大腿骨頸部骨折では595例のうちⅠ～Ⅳは442例74.3%であったと報告している。6～7割の患者は何らかの認知機能障害を合併していることになる。この割合は決して小さいものではなく、この2大疾患は疾病やけがを起因とする障害と認知機能低下による障害とが複合してその障害像が形作られるといっても過言ではない。今回、認知機能が低下した脳卒中および大腿骨頸部骨折患者のADLとその理学療法について報告する。

【対象と方法】

日本リハ医学会患者データベースに登録された脳卒中および大腿骨頸部骨折データより、65歳以上の症例、入院時に機能的自立度評価法（FIM）でADLを評価された症例、入院時に「認知症ADL判定基準」で認知機能の低下の有無を評価された症例を対象とした〔1〕。疾患群ごとに対象者を「認知症ADL判定基準」でⅠ（軽度群）、Ⅱ（中

等度群）、ⅢまたはⅣ（重度群）、ADLに認知機能低下の影響がない群（正常群）の4群に分け、FIM運動13項目の各得点の中央値を比較した。重症度（4群）を固定因子に、FIM運動13項目得点を従属変数に、年齢を共変量とする共分散分析を行い、その後多重比較を行った。統計学的分析にはSPSS18.0J for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。また、各群のADL難易度をRasch分析にて求め群間比較を行った。

【結果】

脳卒中群のFIM運動項目（表）では清拭、浴槽移乗、階段は全群中央値が1であった。他のADLは正常群の得点が一番高く重度になるに従い低くなっていた。中でも食事、排便管理、ベッド移乗は中等度群までは一定の得点が維持されるが重度群になると急激に得点が低下していた。大腿骨頸部骨折群（表）では清拭、浴槽移乗、歩行、階段は全群で中央値が1であったが、他の項目はおおむね正常群の得点が一番高く、重度になるに従い下降していた。

ADL難易度の変化において脳卒中群では中等度群になると整容の難易度が、重度群になると整容、排尿・排便管理の難易度が高くなった。大腿骨頸部骨折群では中等度群になると整容の難易度が、重度群になると歩行、排尿管理、上半身更衣、整容の難易度が高くなった。

【考察】

脳卒中群FIM運動項目得点は重度になるに従って下がるが、食事、排便管理、ベッド移乗では中等度群と重度群の間での差が大きく、他のADLとは違った重度化のパターンを示していた。これらは何れも難易度が低く、認知機能が低下しても比較的自立期間が長いADLと解釈できる。

大腿骨頸部骨折群では脳卒中群と同様に重度になるに従って得点は下がるが、群間で有意差を示す項目が脳卒中群に比べ少なかった。大腿骨頸部骨折は一側下肢の受傷であり、対側下肢や両上肢の運動機能障害はなく、脳卒中片麻痺に比べ代償力は大きいと予測される。このことで群内のFIM得点のバラツキが大きく、群間での統計的な有意差の検出に至らなかったものと思われる。

ADL難易度に関し、排泄管理と整容が重度になるに従って上昇していた。尿失禁の重症度とADL障害度、尿失禁の重症度と認知症の重症度には何れも相関がある〔4〕という報告もあり、先行研

究を裏付ける結果あった。整容に関しては口腔ケア、整髪、手洗い、洗顔、髭剃り、化粧などの身だしなみへの関心が薄れ、生活の中での実行が少なくなったことが要因の一つと思われた。

このように認知機能の低下した患者に対しては、覚醒度を高めること、運動課題はシンプルに、指示は一度にひとつとする、運動課題を選択する時、患者が楽しんで実施できる内容にし、上手くできた時は褒める、薬物療法の状況を把握する〔5、6〕などが運動療法を行う際の留意点として報告されている。これらの留意点も重要であるが、医療サイドのリハ専門職が患者の人となりを理解しようと努め、しっかりと患者に向き合う姿勢を取ることがまず求められると思う。

【文献】

- 〔1〕 岩井信彦，青柳陽一郎．認知症を有する脳卒中および大腿骨頸部骨折患者のADL構造－認知症高齢者の日常生活自立度判定基準による解析．理学療法科学 2014；29（1）：123－129．
- 〔2〕 厚生労働省老健局長：「「痴呆性老人の日常生活

表 脳卒中群と大腿骨頸部骨折群のFIM運動項目中央値

FIM運動項目	脳卒中群				大腿骨頸部骨折群			
	正常群	軽度群	中等度群	重度群	正常群	軽度群	中等度群	重度群
食事	6	5	5	1	7	6	6	5
整容	5	4	3	1	5	5	4	1
清拭	1	1	1	1	1	1	1	1
上半身更衣	4	3	2	1	4	2	2	1
下半身更衣	4	3	2	1	1	1	1	1
トイレ動作	5	4	2	1	2	3	2	1
排尿管理	7	5	3	1	5	3	2	1
排便管理	7	5	4	1	6	5	5	1
ベッド移乗	5	4	4	1	4	4	3	1
トイレ移乗	5	4	3	1	4	3	3	1
浴槽移乗	1	1	1	1	1	1	1	1
歩行	3	1	1	1	1	1	1	1
階段	1	1	1	1	1	1	1	1

活自立度判定基準」の活用について」の一部改正について，老健発0403003号；平成18年4月3日．

- [3] 鈴木康之，他：老人性痴呆患者の尿失禁対策－痴呆と尿失禁と日常生活動作の関係について－．泌尿紀要 1992；38（3）：291－295．
- [4] 白石浩，他：痴呆症の運動療法．PTジャーナル 2001；35（4）：290－293．
- [5] 名古屋譲，他：認知症を伴う大腿骨頸部骨折症例の理学療法学．PTジャーナル 2011；45（10）：851－856．

[パネルディスカッション]

認知症を患う生活困窮者の実情

西垣 千春

神戸学院大学総合リハビリテーション学部 社会リハビリテーション学科

1. はじめに

今や65歳以上の4人にひとりが、認知症または軽度の認知症であるといわれている（厚生労働省2013年推計）。予防もさることながら、症状が出た場合、本人や周囲の者がどんなことに留意する必要があるかについて日本の全ての人が知らなければならない状況にあるといっても過言ではない。認知症患者の多くは高齢者であり、本人の日常生活に及ぼす影響は大きい。中には若い年代で発症する若年性の認知症を患う場合があり、家族への影響が非常に大きいことが指摘されている。

認知症の症状は日常生活に様々な形で影響を及ぼすが、生活が回らなくなる困窮状態に陥る者も少なくない。そこで、今回は生活困窮に陥った認知症患者の生活状況について知り、どのような対応が求められているのかを検討したい。

2. 認知症を患う生活困窮者の実情

大阪で行われている生活困窮者レスキュー事業は、約700名のコミュニティソーシャルワーカーがアウトリーチによる総合相談を実施し、経済的支援を含むつなぎ支援を担っている。この事業を通して、平成24・25年度に経済的支援を必要とした認知症高齢者および家族は67名であった。内訳は男29名（43.3%）、女38名（56.7%）、年齢は60歳代5名（7.5%）、70歳代32名（47.8%）、80歳代以

上27名（40.3%）、50歳代以下3名（4.5%）であった。

67名の高齢者が認知症以外にどのような生活課題を抱えているかについて、上位5つを図1に示した。18名（26.9%）が身体・知的・精神のいずれかの障害を抱えていた。他の病気があるもの、日常生活に支障の出る管理能力欠如もそれぞれ15名（22.4%）であった。また、虐待を受けているもの11名（16.4%）、多重債務者7名（10.4%）であった。

認知症の症状が他の生活課題を招いている場合と、認知症状、身体症状が重なり状況を困難にしている場合があるとみられる。

3. 事例

高齢者の認知症では、認知症の症状の悪化が他の問題を引き起こす場合と、認知症自体はそれほど症状が深刻でなくても他の要素が絡み合い生活を困難にしている場合がある。これらの事例を取り上げてみたい。

① 認知症の悪化により多重債務を抱えた独居高齢者

70代の女性、賃貸アパートに一人暮らし。認知症であると近隣から市へ通報があり、日常生活自立支援事業の利用につながる。しかし、症状が急激に進み、預貯金を使い果たし、借金を

重ねる。生活保護を受給し始めたが、10日間で一カ月分を使い果たし近隣にも迷惑をかけることが増えたため、家賃滞納分の支払いを援助し、老人ホーム入所にいたる。

高齢者本人が回りどどのような関係が築けるか、社会資源導入でどこまで在宅生活を支えられるかが、独居の場合支援のポイントとなる。このケースでは近隣の関係は悪く、社会資源を導入しても金銭の24時間管理は不可能であり、入所という判断がなされている。

② 転倒骨折により在宅生活が困難になった夫婦世帯の高齢者

70代女性、軽度の認知症であるが、日常生活の管理能力はあったため夫婦での生活ができていたが、転倒による腰椎圧迫骨折で入院、歩行困難となる。妻は糖尿病であり、服薬は欠かさないが、夫は妻の服薬管理を拒否。夫婦での生活は困難と判断され、緊急ショートステイから老人保健施設に入院、その後老人ホーム入所にいたる。

日常の生活維持ができていた間は高齢者夫婦の場合互いに支え合える関係を築けるが、一旦どちらかに健康問題が生じると、それを相手が補えるかが、在宅生活の分かれ目となる。このケースでは認知症がありながらも日常生活を回していた妻

が骨折によりできなくなり、夫から引き離さざるを得ない状況になっている。

4. 状況悪化を防ぐために

認知症の症状が軽度の間は、介護保険制度の在宅サービス、日常生活自立支援事業や見守りで対応が可能であるが、進行した場合、どの段階が限界かを判断する見極めが大事である。本人を含め、判断能力がある間に一定の関わりの見通しを話しあっておくことが必要であると考えられる。

独居高齢者では、日常生活能力の低下に気づいて、補ってもらえる人間関係をどれだけ持つかが認知症の進行に合わせた在宅生活の維持と関わる。今後は女性単身高齢者の急増が見込まれることから、女性中高年を対象に啓発も必要であると思われる。

老夫婦世帯も増加しており、お互いが生活における役割分担をすることと同時に、一方が健康を損ねた際の対応についても話し合い、だれに相談するかも確認しておく必要がある。

認知症になることで、虐待を受けたり、詐欺や背負わなくてすむ借金を負ったりすることは避けなければならない。高齢者本人が出せないサインをだれがキャッチするのか。高齢者のみの世帯が急増する中、その仕組みづくりをフォーマル、インフォーマルサービス合わせて考え出さねばならない。

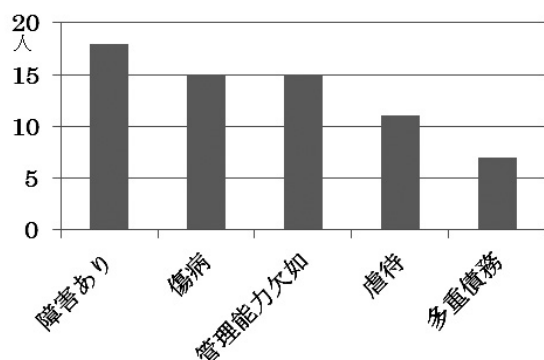


図1 認知症患者の生活課題

[パネルディスカッション]

認知症高齢者の権利擁護に向けて ～高齢者虐待の現状から見えてくる課題～

水上 然

神戸学院大学総合リハビリテーション学部 社会リハビリテーション学科

「高齢者虐待の防止、および高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、高齢者虐待防止法と表記)に基づき自治体が受理した相談通報件数は、2012年度、養護者によるものが23,843件、養介護施設従事者等によるものが736件であり、そのうち虐待があると判断されたものは、養護者によるものが15,202件、養介護施設従事者等からのものが150件であった。虐待だと判断された事例のうちの35%で、特別養護老人ホームへの入所など養護者からの分離保護が行われており、虐待の深刻さがうかがえる結果となっている。また、市町村から厚生労働省に毎年20件を超える虐待での死亡事例が報告されており2012度は26件を数えた。高齢者虐待の問題は、高齢者の権利を擁護する上で見過ごせない課題となっている(厚生労働省2013)。

高齢者虐待の実態(厚生労働省2013)であるが、虐待の種別では「身体的虐待(65%)」、世帯構成では「未婚の子と同一世帯(31%)」「夫婦のみ世帯(19%)」、被虐待高齢者は「女性(78%)」「日常生活自立度Ⅱ以上の認知症あり(70%)」「75歳以上(75%)」、虐待者は「息子(42%)」「夫(18%)」の占める割合が高い。近年、高齢者虐待においてクローズアップされている課題は、未婚の子と同居世帯での息子からの虐待、夫婦二世帯での夫から妻への虐待である。

高齢者虐待の要因としては、次のことが指摘されている。虐待を受けている高齢者側の要因とし

ては「認知症やそれに伴う問題行動」(上田1999; 津村1999)、虐待者側の要因としては「健康状態」「年齢」「経済状態」(津村:2003; 桐野:2005)が関連を示した。虐待の要因研究により、「虐待者、および、被虐待者」像がある程度明らかにされ、対象者が抱えている援助上の課題が整理(萩原2001)されてきている。国外の研究でも、高齢者の「認知症」や、虐待者側の「アルコール乱用」「精神疾患」、その他に「虐待者の被虐待者への依存」や「社会的孤立」が虐待の発生に関連することが報告されている(Comptonら1997; Coyneら1993; Pavezaら1992; Pillemerら1992; Homerら1990)。

高齢者虐待は単一の要因に起因するだけでなく、高齢者、虐待者、社会的な要因が複合的に絡みあい、その解決をより困難にしている。

最初に、家族形態の変化を押さえておく必要があるだろう。65歳以上高齢者の世帯構成(2010国勢調査)だが、平成元年には65歳以上高齢者の47%が子供夫婦と同居していたが平成22年にはその割合は18%まで低下し、配偶者のいない子と同居している割合が18%から25%まで上昇している。夫婦のみの世帯も22%から37%まで増加した。

これらの背景には、配偶者を持たない者の増加がある。平成に入ってから、生涯未婚率は男女ともに急激に上昇し、男性はすでに20%を超えている(2010国勢調査)。未婚率が上昇する要因のひとつとして、非正規雇用など社会的・経済的な基

盤の弱さが指摘されている。親が高齢化し認知症など介護が必要になった場合、シングルの子どもは経済的・社会的に十分な保障を得られないまま介護を行うことも多く、それらが障壁となり十分な介護体制を組めずに、社会的にも孤立してしまうことが問題となっている。シングルの子どもによるケアモデルの構築が必要であろう。

次に高齢の夫婦のみ世帯における「老老介護」の課題について述べる。妻が介護を行う場合にも同様の課題が見られることがあるが、特に夫が介護を行う場合に次のような課題が散見された（水上2011）。家事や介護を行う上での知識技術が不足しており、十分なケアを行うことができない。またケアが好ましい方法で行われず、充分すぎるほどのケアを提供しているにも関わらず、本人の状況は良くなりず、介護のしんどさが増すという悪循環に陥る。そこに排泄介助が加わり事態がより深刻化する。また、自身も身体の問題を抱えており、支援を必要としている状態にあるにも関わらず、ケアの提供者とならなければならず、心身ともに負担がかかり虐待に至る。相談できる相手や、支援者が近しくなく「介護の孤立化」をまねき、状況をより悪化させる。

高齢者虐待を防止し、高齢者の権利を擁護していくためには、社会的な視点が必要である。介護保険が導入される以前は3世代同居の割合も高く、この頃行われた調査では虐待者として「息子の配偶者」いわゆる「嫁」が占める割合が高かった（津村2005）。嫁が介護を担わなければならないというジェンダーの思想が批判され、介護の社会化が課題とされていた。

現在、把握されている高齢者虐待の形態はずいぶんと変化し、未婚の子、老老介護が新たなキーワードになった。家族の形態が変化する中、高齢者虐待を防止していくためには、介護のあり方そのものを変化させていく必要があると考えられる。今はまだ手探りの状況であるが、高齢者の権利を

擁護するためには「老老」で、「シングル（単身）」で行う介護モデルを示していく必要があるだろう。