

日本・ドイツ・中国の認知症高齢者の実態と施策の国際調査

細川 淳嗣^{*1} 西田 征治^{*2} 國定 美香^{*3} 三原 博光^{*3} 原田 俊英^{*4}

*1 県立広島大学保健福祉学部コミュニケーション障害学科

*2 県立広島大学保健福祉学部作業療法学科

*3 県立広島大学保健福祉学部人間福祉学科

*4 県立広島大学保健福祉学部理学療法学科

抄 録

本研究の目的は、日本・ドイツ・中国の認知症高齢者の実態と施策についての国際調査を行い、その現状と課題を報告することにある。方法としては、2015年県立広島大学で開催されたシンポジウム「世界における認知症対策の現状」での日本・ドイツ・中国の認知症高齢者医療・福祉の専門家による報告を踏まえて、文献調査、現地調査などを用いた。

その結果、日本とドイツは認知症高齢者の動向については類似した傾向が見られ、認知症高齢者家族に対して「認知症カフェ」の共通サービスが見られた。一方、中国は現時点では認知症高齢者の割合は少なく西洋医学と中医学といった医療での対応が主である。しかし今後、割合・絶対数共に急速に増加が見込まれているため、日独と同じように介護・福祉での対応も必要であることが予想された。

結論として、認知症高齢者の実態と施策に関しては、各国の文化・歴史・人口動態などが影響しており、各国特有の課題があることが示された。

キーワード： 認知症高齢者, 日本, ドイツ, 中国, 国際調査

1 はじめに

現在、認知症高齢者の介護の問題は、わが国のみならず世界的な介護の問題になっている。特にわが国では、認知症高齢者に関わる悲劇的な事件が多発している。例えば、JR 鉄道と認知症高齢者の衝突事故、介護者家族による認知症高齢者殺害事件、認知症高齢者の徘徊による行方不明などの事件が、新聞などのマスコミで報道されている^{1) 注1)}。また、報道されるような事件・事故でなくても、認知症の介護においては行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; 以下 BPSD) の出現によって、介護に困難を来すケースも多い。BPSD は、記憶障害などの認知症の直接の障害である脳機能の低下によって起こる中核症状に伴って現れる、行動面や心理面の症状である。BPSD の出方や強さは、認知症の当事者が本来持っている性格や生活環境、介護者の対応などが大きく影響しているとされ、認知症の介護を困難にする大きな要因の一つである。このような状況で、認知症高齢者当事者及び家族は十分な支援を受けられず、日々、ストレスの多い生活を強いられている。ドイツにおいても、認知症高齢者家族関係者から要望を受けて、介護保険のなかで、精神的・肉体的に疲労している家族支援のために特別な給付が検討されてきた。一方、中国は国土が巨大で、かつ約 13 億人の人口を抱えており、認知症の動向の実態の把握は現時点では困難である。しかし、今後は急激に高齢化率が上昇することが予想され、しかも人口の絶対数が他国と比べ多いため、認知症高齢者の絶対的な数も急激に増加することが予想されるため早急な対策が求められる。

以上のような認知症に対する各国の状況のなかで、2015 年県立広島大学で「世界における認知症対策の現状」のシンポジウムが開催され、日本・ドイツ・中国における認知症高齢者の実情と対策が紹介された。ここでは、このシンポジウムの開催をきっかけとして、我々が行った日本・ドイツ・中国における認知症高齢者の実情と施策についてのシンポジストから提供された情報や文献調査、現地での調査の結果について報告する。

2 日本における認知症高齢者の実情と施策

2.1 日本における高齢化率と認知症高齢者数

我が国の総人口は、2015 年 10 月 1 日現在で 1 億 2,711 万人である²⁾。65 歳以上の高齢者は 3,392 万人となり、総人口に占める割合 (高齢化率) は 26.7% となった。その数は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には 3,657 万人 (総人口比 30.3%) に達すると見込まれている。その後も高齢者人口は増え続け、2042 年に 3,878 万人でピークを迎え、次第に減少に転じると推計され

ている。総人口が減少する中で高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、2035 年に 33.4% で 3 人に 1 人、2060 年には 39.9% で 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計されている。一方、認知症高齢者の数は、2012 年に 462 万人と推計されており、2025 年には約 700 万人、65 歳以上の高齢者の約 5 人に 1 人に達することが見込まれている。このような背景のなか、厚生労働省は団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を見据え、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン) を関係府省庁と共同で 2015 年 1 月に策定した。

2.2 新オレンジプラン

新オレンジプランは、厚生労働省が 2012 年 9 月に公表した認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)を修正する形で策定された。その基本的な考え方は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことである³⁾。認知症の人が精神科病院に長期間入院し、滞留している問題を解決しようとするオレンジプランの理念をそのまま受け継いでいる。この施策は表 1 に示す 7 つの柱で構成され、政策目標は 18 項目掲げられている。紙面の都合上詳細は他誌に譲るが、オレンジプランと大きく異なる点は、7 つ目の柱である「認知症の人やその家族の視点を重視」が加えられたことである。これにより市町村は、認知症施策の企画・立案や評価の際に、認知症の人やその家族の参画を促す取り組みが求められることとなった。新オレンジプランの中で国が推進する主なポイントは、①医療・介護などの連携による認知症の人への支援、②認知症の予防・治療のための研究開発、③認知症高齢者等にやさしい地域づくりの 3 つである⁴⁾。①では、できる限り早い段階から支援するため認知症初期集中支援チーム及び、地域における医療・介護などの連携を図るためコーディネーター (認知症地域支援推進員) を、2018 年度までに全ての市町村に配置することが目標として掲げられている。また、医療・介護従事者の対応力の向上を図るため、かかりつけ医の認知症対応力向上研修を 2018 年度まで

表 1 新オレンジプラン 7 つの柱

- | |
|---|
| 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. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進 |
| 7. 認知症の人やその家族の視pointsの重視 |

に6万人に実施することが目標として掲げられている。この研修では、かかりつけ医が、早期発見・早期治療、適切な診断と治療、医療・介護と地域の連携した生活支援の重要性を理解することを目的としている。②では、効果的な予防法や治療法の確立のための調査や研究の推進が目標として掲げられている。③では、認知症サポーターを2017年度までに800万人養成すること、徘徊などに対応できる見守りネットワークの構築、詐欺など消費者被害の防止を省庁横断的に推進することが目標として掲げられている。その他、認知症の人の生活基盤を構築するため、施策の柱の5つ目に「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」が掲げられている。そこには「生活支援」として買い物弱者への宅配サービスの提供を支援すること、「ハード面の整備」としてサービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなど多様な高齢者向け住宅の確保を支援することが盛り込まれている。この新オレンジプランは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの実現を目指す中で一体となって進められている。

2.3 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活をサポートするチームである⁵⁾。また、地域包括支援センターなどに配置され、認知症疾患医療センターなどの拠点となる医療機関やかかりつけなどの医療機関と連携し、早期診断・早期対応に向けた支援を行う。チーム員は専門医1名と保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士などの医療保健福祉の専門職2名以上の計3名以上で構成されている。概ね6か月を目安に本格的な介護チームや医療チームにつなげていく役割を担う。2013年度に行った全国14か所のモデル事業のデータをみると、初回訪問から引継ぎまでの平均日数は53.2日(0日～204日)で、平均訪問回数は3.1回(1回～21回)だった。チーム員は、各々の専門を生かしてアセスメントやマネジメントを行っている。例えば、看護師が心不全や糖尿病など基礎疾患の悪化に気づき早急に医療機関の受診につなげたり、自宅に引きこもり介護保険サービスを拒否している認知症の人に作業療法士が興味・関心ある活動を手がかりにデイケアにつなげた事例がある⁶⁾。また、介護福祉士がBPSDの悪化している認知症の人の自宅を訪問し、家族に対して思いを傾聴したり、関わり方を指導することで、家族の考え方や関わり方が変化し、BPSDが落ち着いた事例が研修会などで報告されている。更には、

認知症初期集中支援チームが事例を通して、スーパー、警察や銀行など地域の団体に対して認知症の人に対する理解を深める取り組みを行っている地区もある。このように医療・介護サービスにつながりにくい認知症の人が在宅生活を継続するために、認知症初期集中支援チームが有機的に機能してきている。

2.4 認知症カフェの取り組み

認知症カフェは、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解しあう場とされている。新オレンジプランでは4つ目の柱である「認知症の人の介護者への支援」に位置付けられており、2018年度までに全ての市町村に設置することが目標とされている。期待される効果としては、介護家族の社会的孤立の防止、若年性認知症の人の支援、認知症の人の早期支援、地域社会への教育的効果などがある。既に多くの市町村でその取り組みは始まっているが、そもそも国としての明確な目的や形態が規定されていないため、様々な団体が多様な内容を実践している。例えば、地域包括支援センターが中心となって開催し、参加している認知症の人や家族の情報を個人ファイルとして保管し、認知症カフェにマネジメント機能を持たせているところもあれば、認知症の人と家族の会など介護者組織が主体となって開催し、誰でも気楽に立ち寄り参加することができものもある。武地⁷⁾は、このような多様な内容、頻度や時間が設定されている認知症カフェを3つのタイプに分類している。1つ目は、1か月に1回、2時間程度でミニ講義、コンサート、カフェタイムを基本としたタイプである。2つ目は、頻度や時間数にパターンはないが、定期的に開催され、特にプログラムは無く、お茶を飲みながら話をし、出入りの時間も自由なタイプである。3つ目は、頻度や時間数にパターンはないが、定期的に開催され、お茶を飲みつつも、集団で様々な活動を行うタイプである。高齢者サロンとの違いが指摘されることがあるが、大きく異なる点は、認知症カフェでは認知症のこと、介護のことがテーマになることである。そして、必ず認知症や介護の専門職が運営に加わっており、それによってこれまでサービスにつながりにくかった人が繋がっていくことを目指していることである⁸⁾。わが国の認知症カフェは、家族の孤立感の解消、若年性認知症の人の居場所づくりなど一定の成果を上げてきているが、未だ多くの市町村で目的や内容、運営形態を模索している段階にある。そして更に、自分の家族に認知症高齢者がいることを恥ずかしく思うため、認知症カフェに積極的に参加できないという声もある。

3 ドイツにおける認知症高齢者の実情と施策

わが国は、ドイツも含む欧米諸国の高齢者福祉施策をモデルとし、高齢者介護支援に取り組んでいる。その大きな1つの高齢者施策が、ドイツで1995年に実施された介護保険であり、わが国では2000年から施行されている。また、わが国の高齢者・障害者介護の専門職である介護福祉士は、ドイツの老人介護士をモデルとしている。このような状況のなかで、ドイツにおける認知症高齢者の実情と施策について知ることは、今後のわが国の認知症高齢者の施策に大きな示唆を与えるのではないと思われる。

ここで、2015年県立広島大学で開催された「広島保健福祉学術大会」のミハエル・イスフォルト教授(ドイツ・NRWカトリック大学)の「ドイツにおける認知症高齢者への支援」の講演⁹⁾を基本にし、幾つかの文献を加えて、ドイツにおける認知症高齢者の現状について触れる。

3.1 ドイツにおける認知症高齢者数

ドイツの総人口は、約8,200万人である。このうち、60歳以上の人口は23.6%(1,889万人)、65歳以上17.9%(1,420万人)、75歳以上7.9%(630万人)、80歳以上3.7%(290万人)となっている。2030年には27%(2,100万人)が65歳以上の高齢者になると予想される。高齢者に占める認知症高齢者の割合は、65歳以上になると、8.8%が認知症になり、90歳以上になると、40%以上が認知症になると言われている¹⁰⁾。図はドイツにおける年齢層別認知症高齢者数を示しており、高齢になるに従い、その数が増加していることが分かる。

ドイツでは、2011年現在、約250万人の要介護者が存在する。1999年から2011年までに、要介護者が24%増加している。その内、約150万人が認知症高齢者である。この認知症高齢者の3分の2がアルツハイマー型認知症である。2050年になると人口は約7,100万人となるが、要介護者は450万人、認知症高齢者は300万人になると予想されている。

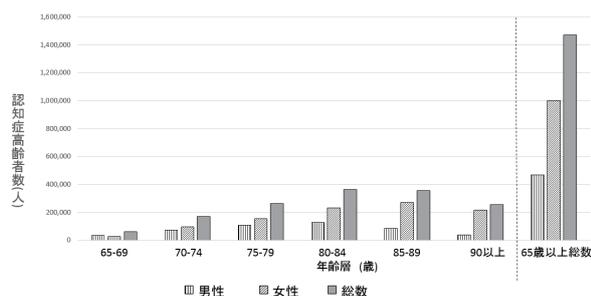


図 ドイツにおける年齢層別認知症高齢者数 (2014年) 文献 10) より作成

3.2 認知症高齢者に対する介護保険給付

ドイツの介護保険制度は1995年に年金保険、健康保険、失業保険に次ぐ4番目の社会保険として導入された。介護保険は要介護者の尊厳を保ち、できる限り自立と自己決定の生活の尊重を目標としている。財源では、被保険者は総所得の1.7%を介護保険料として支払わなければならないが、2006年1月から、子どものいない家族は1.95%の介護保険の拠出が決められた。ドイツでは、被保険者の年齢は日本のように40歳以上という年齢制限はなく、何らかの収入のある仕事に就けば、介護保険料が徴収される¹¹⁾。

要介護の基準は①身体的介護、②食事介護、③移動介護、の3つの領域で決められ、要介護度は要介護I(中度要介護)、要介護II(重度要介護)、要介護III(最重度要介護)の3段階である。介護保険給付サービスは現金、現物(訪問、施設介護)サービスがあり、家族、あるいは申請者が自由に選択できる。しかしながら、2017年からシステムが変更され、要介護がわが国と同じようにきめ細かく5段階になる。また、要介護0があり、これは認知症高齢者の見守りに対するものであり、同居の家族に対して、毎月100~200ユーロの補足的支援金が支払われる。

ドイツでは、2013年時点で約257万人が介護保険の給付を受けている。その内、約71%の182万人が在宅介護サービスを受け、約29%の75万人が施設サービスを受けており、総数で見ると在宅介護サービスを受けている受給者が多い。しかし、表2に示すように要介護度別での在宅介護・施設介護サービス受給者の割合をみると、介護度が上昇するにつれ施設介護サービス受給者割合が増加し、最重度要介護である要介護IIIでは、ほぼ同数である。なお、施設入所者の約60~70%が認知症高齢者であると言われている¹⁰⁾。

表2 ドイツの2013年の介護保険サービス受給者の介護度別在宅介護・施設介護サービス受給者数とその割合 文献 10) より作成

	在宅介護サービス受給者数 (割合)	施設介護サービス受給者数 (割合)	在宅、施設計受給者数 (割合)
要介護 I	1,145,958人 (78.1%)	321,215人 (21.9%)	1,467,173人 (100%)
要介護 II	522,218人 (65.0%)	280,733人 (35.0%)	802,951人 (100%)
要介護 III	149,876人 (50.2%)	148,936人 (49.2%)	298,812人 (100%)

注) ドイツの介護保険における介護度は2016年時点では、要介護I(中度要介護)、要介護II(重度要介護)、要介護III(最重度要介護)の3段階である。それに加え認知症高齢者の見守りに対する要介護0がある。

3.3 認知症高齢者の居住支援

介護保険申請者の3分の2は、在宅介護サービス(訪問介護、デイサービスの利用)を受けている。認知症高齢者家族は、在宅介護支援センターの訪問介護やデイサービスを利用している。全ドイツで12,700の認可された在宅介護支援センターがある。入所施設に関

しては、全ドイツで13,000の入所施設があり、そこで多くの認知症高齢者が介護を受けている。

3.3.1 グループホーム

最近、ドイツにおける認知症高齢者の居住支援において特徴的な取り組みの1つとして認知症グループホームがある。このグループホームは、入所施設に代わる選択の1つのサービスである。グループホームでは、約7～10名の認知症高齢者が一緒に生活をし、専門的介護を受けている。グループホームには各個室があり、共同で食事をし、地域の人達と交流ができるメリットがある。

最近では、オランダで先駆的モデルとして作られた「認知症村」がドイツでの関心事項となっている。「認知症村」の中にはお店があり、認知症高齢者が利用者と一緒に買い物に行ったり、料理を作ったりなどの活動を行うことができる。しかし、この村は柵で囲まれており、認知症高齢者を隔離し、現在のインクルージョンの理念と反するという批判もある。

3.3.2 病院

近年、病院で生活をする認知症高齢者の介護が大きな問題となっている。病院の高齢患者の多くは認知症であるため、移動の不自由さや慢性的疾患などによって介護が必要な状態であるという問題を抱えている。2013年、病院の約830万人の患者は65歳以上である。主要な病気以外に認知症の病気を抱えた患者がどれだけの数、存在するのかわかりではない。認知症高齢者は認知症以外の病気のため入院治療を受けなければならないことも多いが、病院での治療は、認知症高齢者にとっては、大きな精神的な負担である。また、認知症の症状が治療を困難にしている。すなわち、病院関係者は、認知症高齢者の認知症についてあまり考慮することなく、病気の診断、治療、看護に集中しようとする。認知症高齢者は時間のかかる検査などを受け、よく理解できない処置を受ける。その状況で、彼等は医療従事者から「あっちへ行きなさい、こちらに来なさい」などの指示を受けるが、彼等はそれに従うことができない場合が多い。その結果、認知症高齢者は、怒り、挑発的な行動を起こす。あるいは、病棟での食事を拒否したり、病棟からいなくなったり、他の患者に対して攻撃的になったりする。このような状況では、介護者と認知症高齢者自身の双方が負担を感じる。

上記の病院内における認知症高齢者の困難な治療状況から、ドイツにおいて、近年、病院内の認知症高齢者の状況を改善する取り組みが行われてきた。認知症高齢者のための特別病棟が設立された。2014年までに22の認知症高齢者病棟が開設され、急性期の病院でも認知症高齢者のためのベッドが存在すると言われている。これらの病棟では、認知症高齢者の患者のために、部屋の色をカラフルなものにし、患者が介護者と一緒に食事をとるなどの工夫が試みられている。

3.4 ドイツにおける認知症カフェの取り組み

ドイツでは、認知症高齢者家族支援に対して、地域のなかでの認知症カフェの活動が国の取り組みとして行われている。ドイツでは、約700か所の認知症カフェが存在すると言われている。認知症カフェでは、認知症高齢者家族が、他の認知症高齢者家族やボランティア、地域の人々とコーヒーを飲み、ケーキを食べながら、午後のひと時を共有するのである。すなわち、認知症カフェは、他の家族とお互いに話をする機会を提供し、認知症カフェで認知症高齢者は、ボランティアやスタッフなどから世話を受け、家族は介護負担から少しでも解放される。認知症カフェはキリスト教教会、認知症家族の支援団体などによって行われている。この活動は、主にボランティア活動に頼っている。ミュンヘンでは、アルツハイマー型認知症支援団体が認知症に関する電話相談、認知症カフェ・ダンスの取り組みを行っている¹²⁾。

Kuhlmeier¹³⁾は、カトリック教会と近隣支援の共同事業で実施された認知症カフェの取り組みを紹介している。認知症カフェは毎月、第4木曜日、15時から16時まで、旧市役所の建物のカトリック教会の社会福祉事業のソーシャルステーションで開催される。この認知症カフェのプログラムは、十分な専門的教育を受けたボランティアの協力のもとで、実施される。また、そこでは回想法、体操、皆で歌を歌う、散歩をする、一緒に遊ぶなどの活動も同時に行われている。コーヒーと一緒にケーキを食べながら過ごす時間は、認知症高齢者家族にとって問題を共有できる重要な時間となっている。すなわち、認知症カフェの役割は、認知症高齢者家族のストレスの軽減に加えて、地域社会における認知症高齢者自身の新しい適応の可能性を探ることである。認知症カフェを通して、家族同士が知り合いになり、介護についての情報をお互いに交換し、直接的、間接的に支援が行われる。ここの認知症カフェでは、1回につき、12名の認知症高齢者が参加することができる。

なお、ドイツ北部の都市プレーメンでは、在宅介護支援団体であるASBAmbulante Pflege GmbHが認知症カフェのマニュアルを策定し、実践している¹⁴⁾。これらの取り組みにより、認知症高齢者家族にとって、認知症カフェが安心できる安らぎと勇気を与える場になっていると思われる。そのマニュアルの内容の概要は付録に示す。

4 中国における認知症高齢者の実情と施策

中国についての調査方法は以下の通りである。第一に、2015年10月に広島保健福祉学会のシンポジストとして来日した黒龍江中醫藥大學附屬第一醫院の程為平教授へのヒアリング調査である。第二に、このヒア

リングに基づいて行われた著者ら日本側研究者が黒龍江中醫藥大學附屬第一醫院を訪問しての現地調査である。それに加え、その他必要に応じて日本国内で入手可能な文献を利用した。

4.1 中国の高齢化の特徴

現在、中国における65歳以上の高齢者は2013年には総人口の9.7%であり日本の1980年代前半とほぼ同等である。しかし、総人口は13.56億人であるため、2013年においても絶対数は1.3億人であり規模が大きい。しかし、2020年をピークに人口が減少し始め一人っ子政策の影響もあり高齢化率は、国連の推計¹⁵⁾によると今後日本と同程度のスピードで急速に上昇することが予想されており、2050年には23.3% (約3.3億人) に達すると考えられている。現在は、日独に比べると高齢化率が低い中国においては、介護保険に類する社会制度は整備されていない。そのため、今後大きな社会問題となる可能性がある。

もう一つの特徴として、中国は国土が広く都市化の進み具合も地域によって大きな差がある。例えば、上海市や北京市における2013年の65歳以上の高齢者はそれぞれ17.9%と14.8%であり上記の9.7%に比べ高い。一方、内陸地域の高齢化率は低く、地域により大きな差があることが特徴である。

認知症の罹患率は、2011年に都市部である、上海松江区余山鎮の60歳以上の1,472名を対象に行われた調査では、老人性認知症^{註2)}は5.4%、アルツハイマー型認知症は3.8%、脳血管性認知症は1.2%の計10.4%であった。一方、地方都市である山西省晋中市康楽社区および庄子郷の2008年の60歳以上の高齢者では、老人性認知症は3.5%、アルツハイマー型認知症は2.8%、脳血管性認知症は1.0%の計7.3%であった。一方、日本においては、65歳以上の高齢者に占める認知症高齢者の割合は約14%である。日中の調査における認知症の定義の違いの他に、中国の調査では相対的に認知症者の割合が低いとされる60歳から64歳までの高齢者も含んでいることから、単純に比較はできないが中国の高齢者における認知症高齢者の割合は日本に比べて低い。また、WHOの統計¹⁶⁾によると日本の平均寿命が83.7歳であるのに比べ中国は76.1歳と短いために認知症者の割合が高いとされる後期高齢者の割合が低いのもこの理由と考えられる。しかし、中国では高齢者の絶対数は1.3億人であるため、より少ない7%で見積もったとしても認知症高齢者数は現段階でも910万人程度であり、2012年に462万人と推計される日本の認知症高齢者数に比べ2倍近くに達している。

4.2 中国における認知症の診断

認知症の診断についての現状は以下の通りである。

検査については、認知症を含む脳機能による疾患が疑われる患者については、入院・外来ともにMRIやCT、脳波、血液検査などの西洋医学的検査と、同時に伝統的な中医学的な診断方法である脈診や舌診も行い、西洋医学による診断と中医学による診断がされてその両方の診断名が併記されている。一方、日独では認知症の疑いがある患者に対して広く行われているMini Mental State Test (MMSE) や長谷川式簡易知能評価スケールやそれに類似した認知機能全般についてのスクリーニング検査は行われていなかった。また、ヒアリングから中国ではこのようなスクリーニング検査を認知症疑いの患者に対して実施することは、一般的でないとのことである。また、Mild Cognitive Impairment (MCI) という概念は一般的でなくまた、それを検出する鋭敏な認知心理学検査についても整備されていない状況であり、認知症の早期発見を行える体制ではないことがわかった。

一方、今回の調査において、入院患者、通院患者で認知症と思われる患者のほとんどは脳血管性認知症であり、アルツハイマー型認知症の患者はMCI段階の高齢者も含めほとんど捕捉できていないのが現状である。これは、脳血管性認知症は脳梗塞などの先行する脳疾患があるため、MRIなどの画像検査を実施できるため診断ができるが、アルツハイマー型認知症はそのような先立つ明確なイベントがないことと、日独では使われているMMSEなどの認知症スクリーニング検査といったスクリーニングツールが普及していないことが理由であると考えられる。また、一般住民がまだ「認知症」について十分に知らないということも原因の一つと考えられる。さらに、入院においては最長の入院期間が15日であるため、認知症であっても早期に自宅等へ退院してしまうため、入院患者には認知症患者が少ないという事情もあると考えられる。また、中国においては医師が、地域で活動するのは、日独に比べて一般的ではなく、病院外の認知症患者を捕捉し調査するのは現時点では困難と考えられる。

4.3 中国における認知症の治療

認知症に対する治療としては、西洋医学の薬剤の投与だけでなく、漢方の処方および鍼治療が積極的に行われていた。漢方薬の処方は認知症の病因により異なりそれぞれ複数の生薬を患者の脈診や舌診の結果に合わせて配合割合を微妙に変化させ処方している。また、同じ患者においても一週間ごとなどその時の診察の結果によって処方を変更させている。また、鍼治療においては、これも病因により鍼の打ち方を変更させている。

4.4 中国における認知症の介護

また、認知症患者の本人の生活の質を上げるためには、医学的な治療だけでなく介護などの当事者への支

援や家族への支援も重要である。現時点で中国には、日独の介護保険のような公的な介護制度は存在しない。高齢者数は今後急速に増加することが予想されているが、一人っ子政策の影響で特に都市部で老親のみの世帯が増加しており、従来からの家族内の介護援助が成り立たなくなりつつある。そのため、早急に認知症高齢者の介護を支援するような公的な制度の整備が必要と考えられる。

さらに、認知症の方の介護を困難にする要因の一つである BPSD は、これに対応した用語は現在の中国にはないが徘徊や弄便、暴力や暴言などの現象は同じようにみられるとのことであった。今後認知症高齢者の増加により BPSD によって介護の困難さが増す事例が多くなることによる、認知症対策の課題も出てくることが予想される。そのため、制度の整備とともに介護サービスや人材の育成も同時に必要と考えられる。

5 考察

3か国の認知症高齢者の実情と対策から、各国の認知症高齢者への独自の支援が行われていることが明らかになったと思われる。

日本の場合、超高齢化社会を迎える中で、欧米諸国の社会福祉制度・施策を参考として、介護保険制度や高齢者福祉サービスを構築し、現在、認知症高齢者やその家族に対して「新オレンジプラン」「認知症初期集中支援チーム」「認知症カフェ」の施策が実施されている。しかしながら、わが国の場合、高齢者介護は伝統的に家族が行うものであり、また自分の家族に認知症高齢者がいることを恥ずかしく思うため、「認知症カフェ」に積極的に参加できないという声もある。わが国では、公的介護保険制度が2000年に施行されているにもかかわらず、冒頭で紹介したような認知症高齢者に関わる事件・事故が多発し、国民の間に介護保険サービスの利用が浸透していないように思われる。すなわち、わが国の場合、認知症高齢者に対する様々な施策が提言されても、施策・サービスの実施と国民の利用意識には乖離があるようである。

ドイツでは、介護保険による認知症高齢者家族への特別給付、病院での認知症患者の病棟、認知症カフェの実践的取り組みや認知症村の実践が行われ、認知症高齢者に対し積極的な取り組みが行われているのではないと思われる。この背景には、ドイツでは、高齢社会に向けた介護保険制度や高齢者介護を専門的に行う老人介護士の専門職制度の確立が早くから行われてきたことがあろう。そして、このような制度確立には、高齢者介護は国家的な事業であることに加えて、ドイツの伝統的社会福祉事業がキリスト教の理念に基づく支援であり¹⁷⁾、貧困者や高齢者などの社会的弱者に手厚い保護を目指すという思想がドイツ社会の根底に

あるのではないと思われる。

中国においては、日本と同じように高齢者介護は家族介護が前提にあるという発想があるのではないと思われる。また、約13億の総人口と巨大な国土を抱えてはいるが、まだ日本やドイツのように高齢化率がそれほど高くないためもあり、現時点ではドイツや日本のような公的介護保険制度は整備されていない。したがって、中国においては認知症高齢者の当事者や家族への福祉サービス支援より認知症の医学的診断や治療が重視されているのが現状である。しかし、今後急速な高齢化が予想され、かつ高齢者数は日独の数倍にも達するため、介護制度やサービス、人材の整備を行う必要があると思われる。

以上の3か国の認知症高齢者の現状についての国際調査から、各国特有の課題が見られた。これらの課題は、各国における歴史的、文化的な背景や地理的特性や人口動態などの背景があると考えられる。そのため、これらの課題に対処する時に、他国の政策やサービスをモデルとして参考にしつつも、そのまま導入するのではなく、各国の状況に合わせていく必要があると思われる。

文献

- 1) NHK「認知症行方不明者1万人」取材班：認知症・行方不明者1万人の衝撃・失われた人生・家族の苦悩、東京、幻冬舎、2015
- 2) 内閣府：平成28年版高齢社会白書。内閣府、(オンライン)、入手先 <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html>、(参照2016-7-24)
- 3) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略(概要)。厚生労働省、(オンライン)、入手先 <<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop101.pdf>>、(参照2016-6-14)
- 4) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)で推進する主なポイント。厚生労働省、(オンライン)、入手先 <<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/03.pdf>>、(参照2016-7-24)
- 5) 鷺見幸彦：認知症初期集中支援チームの役割。栗田主一編、認知症初期集中支援チーム実践テキストブック。東京、中央法規、135-148、2015
- 6) 日本作業療法士協会：認知症初期集中支援一作業療法士の役割と視点一。東京、日本作業療法士協会、43-55、2015
- 7) 武地一：認知症カフェハンドブック。東京、クリエイツかもがわ、51-53、2015
- 8) 矢吹知之：認知症カフェ読本 知りたいことがわ

- かる Q & A 実践事例. 東京, 中央法規, 73-75, 2016
- 9) ミハエル・イスフォルト: ドイツにおける認知症高齢者への支援. 第16回広島保健福祉学会学術大会・第12回広島保健学会学術集会合同学会プログラム・抄録集, 17-20, 2015
- 10) ミハエル・イスフォルト: Die Versorgung von Menschen mit Demenz in der Bundesrepublik Deutschland [ドイツにおける認知症ケア]. 社会福祉法人旭川荘創立60周年・旭川荘総合研究所開設記念「イスフォルト教授」講演会講演集, 1-47, 2015
- 11) 三原博光: 介護福祉学を日本から世界に向けて. 介護福祉学, 14 (1): 9-16, 2007
- 12) Münchene, V.: Kurzportrait-AlzheimerGesellschaft [Shortportraito Alzheimer Society]. Kurzportrait-Alzheimer Gesellschaft Meunchen e.V., (online), available from <<http://www.agm-online.de/agm-kurzportrait.html>>, (accessed 2016-4-12) [in Germany]
- 13) Kuhlmeij, J.: II Evaluation des Modellprojekts Nachbarschaftsberatung Schernbeck Demenz Café [II Evaluation of the pilot project neighborhood advisory Scherbeck dementia Cafe]. Evaluationsbericht, 13-15, 2011 [in Germany]
- 14) ASB ambulante GmbH Bremen.: Betreuungskonzept - Konzept für Leistungen der Betreuung und Entlastung [Support concept -concept for services of care and discharge-]. Stand Januar, 1-11, 2015 [in Germany]
- 15) United Nations: World Population Prospects The 2012 Revision. United Nations, (online), available from <https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf>, (accessed 2016-8-24)
- 16) World Health Organization. : World Health Statistics 2016 – Monitoring Health for the SDGs. World Health Organization, (online), available from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf?ua=1>, (accessed 2016-8-24)
- 17) 三原博光: ドイツの大学におけるソーシャルワーカー養成教育. 人間と科学, 13 (1), 33-39, 2013

注1) 2006年, 認知症の母親(86歳)の介護をしていた息子(54歳)が生活苦と介護疲れから母親を殺害し, 自分自身も自殺を企てた事件。また, 2007年, 認知症の男性(91歳)が徘徊中, 列車にはねられ死亡。JR鉄道から家族は列車事故を伴う損害賠償を求められたが, 2016年3月の最高裁判所から損害賠償支払い無効の無罪判決を受ける。

また, 認知症行方不明者の問題は「認知症・行方不明者1万人の衝撃・失われた人生・家族の苦悩」(NHK「認知症行方不明者1万人」取材班著)1)で紹介されている。

注2) これらの調査における老人性認知症とは, 65歳以上の高齢者で脳血管性認知症以外の認知症を指す。

付録

この付録は、ドイツ・ブレーメンの在宅介護支援団体である ASBAmbulante Pflege GmbH が策定した認知症カフェのマニュアル¹⁴⁾の概要をまとめたものである。

1 認知症カフェの参加者

認知症カフェには、幻覚、誤った状況判断などの問題、徘徊などの問題を抱えていても参加が可能である。ただ、一人で生活をしている、または病気、高齢により、老衰を通して行動範囲が強く制限されている人は参加できない。

2 認知症カフェのチームスタッフ

チームスタッフは、専門的介護の教育を受けた、あるいは老年看護のセミナーに参加したものから構成される。それらは、認知症について専門的指導を受けたボランティア、介護福祉士、老人看護を目指す学生の実習生、高齢、妄想、認知症などのテーマに関心のある職員である。定期的に「認知症問題、高齢者の権利、介護技術」などのセミナーが開催され、関心のある人々

は自由に参加ができる。

3 認知症カフェの利用時間および費用

認知症カフェの補足的取り組みとして、毎週土曜日、10時～16時までの6時間のケア（2回の食事を含む）が提供されている。利用費用は1日60ユーロ（8,400円）である。費用は、介護保険と障害介護の給付から財政的支援を受ける。グループの大きさは最大6名までである。

4 認知症カフェの設備

認知症カフェはデイサービスセンターで実施される。このデイサービスセンターには次のような設備がある。プレイルーム、書籍、静養室、ピアノ演奏室、十分な運動空間、椅子と車椅子散歩のできるゲレンデである。

5 認知症カフェのプログラム

認知症カフェでは、付表に挙げるような、回想法、音楽、運動、芸術などの活動も取り入れ、認知症高齢者とその家族の心理的・情緒的サポートをしている。

付表 ブレーメンにおける認知症カフェでの活動の例

-
- ・ 挨拶やお別れの時間
 - ・ 参加者の誕生日や季節の行事のお祝い
 - ・ 音楽の演奏(楽器・ドイツの民謡の歌唱)や観賞
 - ・ ダンス
 - ・ 朗読
 - ・ 絵画の制作
 - ・ 織物を編む
 - ・ 自然の中への散歩
 - ・ ボール遊び
 - ・ テーマを決めてのおしゃべり
 - ・ 古い物を利用した回想法
-

International study on actual condition and supports for the elderly with dementia between Japan, Germany and China

Atsushi HOSOKAWA^{*1} Seiji NISHIDA^{*2} Mika KUNISADA^{*3}
Hiromitsu MIHARA^{*3} Toshihide HARADA^{*4}

- *1 Department of Communication Science and Disorders, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima.
- *2 Department of Occupational Therapy, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima.
- *3 Department of Human Welfare, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima.
- *4 Department of Physical Therapy, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima.

Abstract

The purpose of this study is to investigate of the actual conditions of elderly persons with dementia and relevant measures implemented in Japan, Germany and China, and to examine the results. The study was conducted using literature sources, field research, and other methods based on the reports presented by experts for the elderly with dementia from these countries at the symposium, “the Current State of Global Actions against Dementia,” held at Prefectural University of Hiroshima in 2015.

As a result, similar trends were found in Japan and Germany regarding the situation surrounding these person, and both had “Dementia Cafés,” which provide services for family members of these person. In China, there are currently a smaller ratio of these person as compared to Japan and Germany, and medical approaches, such as Western medicine and Traditional Chinese medicine, are mainly used for dementia care. However, absolute number is likely to increase rapidly in the future, which will presumably necessitate nursing care and welfare services as seen in Japan and Germany.

Our findings suggest that the actual condition of these person and relevant measures implemented in each country are influenced by its culture, history, demographic situation, and other such factors.

Key words: the elderly with dementia, Japan, Germany, China, international investigation