

博士学位請求論文

指導教員 朴 光駿 教授

中国都市部における認知症高齢者を抱える家族の介護負担と

その支援課題

—介護負担の自己認識とサービス利用の受容度の地域比較—

佛教大学大学院

社会福祉学研究科社会福祉学専攻

馮 怡

目 次

序章	1
第1節 問題意識と研究の目的	1
1. 問題意識	1
2. 研究の目的	2
第2節 研究の方法	5
第3節 用語の定義と論文の構成	5
1. 用語の定義	5
2. 論文の構成	9
第1章 中国における認知症高齢者の介護問題	10
第1節 中国の高齢化の特徴	10
第2節 認知症高齢者と家族介護者の生活実態	11
1. 伝統文化の固執と介護施設の不足	15
2. 家族介護者の過重な負担	15
3. 認知症に対する社会的認識の低さ	15
第3節 認知症高齢者と家族介護者への支援の取り組み	17
1. 中央政府の取り組み	17
2. 地域の取り組み	17
3. 非営利組織の取り組み	18
第2章 日本と中国における「介護負担」に関する先行研究の検討	21
第1節 データベースの検索方法及び結果	21
1. 中国の文献の検索結果	21
2. 日本の文献の検索結果	25
第2節 先行研究の到達点	26
1. 中国の先行研究の到達点	26
2. 日本の先行研究の到達点	27
第3節 先行研究の限界	28

1.	日中研究の共通の限界.....	28
2.	国別にみる研究の限界.....	29
第3章	調査設計と現地調査.....	32
第1節	調査地の地域特性と高齢化.....	32
1.	地域特性.....	32
2.	高齢化と認知症問題の現状.....	34
第2節	事例分析.....	37
1.	調査対象の選定.....	37
2.	調査期間.....	37
3.	倫理的配慮.....	38
4.	分析方法.....	38
5.	事例分析.....	38
第4章	現地調査からみる今後の支援課題.....	75
第1節	事例の考察.....	75
1.	介護負担の自己認識.....	75
2.	公的サービスへの期待.....	77
3.	民間企業・非営利組織によるサービスの利用.....	78
4.	小括.....	81
第2節	今後の支援課題.....	84
1.	サービスの給付形態.....	84
2.	民間企業・非営利組織によるサービスの難航.....	85
3.	社区の役割の再編.....	87
4.	専門的診断の普及.....	87
第5章	日本における認知症施策の変遷－中国への示唆－.....	89
第1節	胎動期－認知症高齢者の介護問題の顕在化.....	89
第2節	模索期－在宅介護への転換と共に認知症高齢者の介護問題の再検討.....	91
第3節	展開期－介護保険制度の実施による認知症施策の推進.....	92
第4節	確立期－認知症国家戦略の公表.....	94
第5節	中国における認知症高齢者の家族介護者支援政策への示唆.....	96
1.	政策決定プロセス.....	96

2. 政策対象の細分化.....	99
3. 家族介護者支援の法制度の整備.....	100
4. 認知症に対する啓発活動.....	101
終章 今後の研究課題及び中国社会への政策提言.....	103
第1節 今後の研究課題.....	103
第2節 認知症高齢者を抱える家族介護者の支援政策の課題.....	104
1. 認知症対策の国家戦略の策定.....	104
2. 家族介護者支援のための法制度の整備.....	105
3. 早期発見・早期診断の普遍化.....	105
4. サービスの多様化.....	106
5. 社区を拠点とする支援ネットワークの構築.....	106
6. インターネットサービスの活用.....	107
謝辞.....	110
脚注.....	111
参考文献.....	117
参考資料.....	126

序章

第1節 問題意識と研究の目的

1. 問題意識

中国において、認知症高齢者の介護対策としては、一般の高齢者介護と同じく、3つの選択肢がある。それは、施設入所、ヘルパーの雇用、そして家族による介護である。しかし、不幸なことに、介護施設の介護職員、また私的に雇用されたヘルパーが認知症高齢者を虐待したというニュースが相次いで報道され、大きな社会問題として台頭されている。

たとえば、2014年12月、南京市在住の楊〇〇氏は当市HX老人ホームで入所していた母親に面会した際に、母親の体にアザが多く残っていたことに気づき、認知症を患った母親が虐待されているのではないかと老人ホーム側に強く抗議した。しかし、問題の解決に向けての協議では施設側との意見の食い違いが埋まらなかったため、楊〇〇氏は老人ホームを訴えたのである¹。また、2017年11月、湖南省常德市では、認知症高齢者朱〇〇氏を虐待したという容疑でヘルパーの羅〇〇氏が逮捕される事件もあった。羅〇〇氏はヘルパーとして雇われてから約1ヶ月間、罵倒、脅迫、殴打、身体拘束などの手段をもって朱〇〇氏を虐待したため、朱〇〇氏は心肺機能不全になり、2017年10月24日に死亡した²。

実は、介護職員やヘルパーなどの第三者が起こした虐待事件だけでなく、認知症高齢者が家族の介護を受けている場合でも、家族による虐待事件もあとを絶たない状況にある。2017年8月20日、市民の告発によって、高齢者虐待容疑で男性の王〇〇氏が上海市虹口区四川北路警察署に呼び出された³。報道によると、その男性は上海市第四人民医院神経内科病棟で、8月11日以降、入院中であった認知症の父親を罵倒や身体拘束などで虐待し、顔面外傷および前腕を骨折させたという。

以上のような虐待事件は認知症高齢者の介護実態の深刻さ、認知症高齢者の介護問題の顕在化を示すものである。中国政府としては、認知症高齢者の介護問題の解消が喫緊の課題になっているということであるが、政府の対策は、依然として「家族扶養」と「在宅介護」をその第一の対策として提唱している状況である。むろん、認知症高齢者にとっては、在宅介護が認知症症状緩和に対する最も有利な方法であることが多数の先行研究によっ

て検証された。そのため、長期的な観点からみると、認知症高齢者の介護においてはこれからも家族が極めて重要な役割を果たすことは否定できないことである。

にもかかわらず、社会の変動に伴い、家族介護という私的な介護システムに依存するだけでは解決できない問題が数多く出てきているのも事実である。世帯構成の多様化、女性の社会進出などによって、従来家族が持っていた介護機能は低下しており、このような状況の中で家族による扶養義務(介護も含む)を強調することは、経済活動を中心とする社会生活において様々な支障をきたし、家族は極めて不安定で脆弱な存在になる(津止、2011)。とりわけ、認知症高齢者を介護する場合に、家族介護者は特有の困難に直面せざるを得ないため、より積極的な支援サービスシステムを構築する必要に迫られている。

中国では、伝統的に最も重要な介護主体として位置づけられてきた家族介護者をどのように支援し、特に認知症高齢者を抱える家族介護者への支援をどのように推し進めようとするのか問われているが、しかしその具体的な方策はまだ打ち出されていないのが現実である。認知症高齢者を抱える家族介護者(以下「家族介護者」と記す)を支援するサービスシステムをどのように構築するのか、そして家族責任と公的責任の役割分担をどのようにしていくのが高齢者介護政策の大きな課題になっている。

2. 研究の目的

中国において、認知症高齢者の介護実態及びその家族介護者への支援に関わる先行研究は「介護負担」という観点から行われたものが比較的多い。先行研究の内容と傾向については、第2章で詳細に分析するが、ここでは、研究の目的と関わる部分だけを簡略に触れておきたい。

大半の先行研究は、家族介護者を対象にアンケート調査を実施し、家族介護者が多様な介護負担を背負っていることを明らかにしている。そして、認知症高齢者の基本属性やADL、家族介護者の教育レベル・職業・年齢・性別、健康状態など、いわゆる家族介護者の基本属性、また介護期間や家庭の経済状況などの要素が介護負担に影響を与える要因であることも指摘している。ただ、先行研究の中で、家族扶養意識と介護負担との関連性、さらに家族扶養意識がサービスの利用に与える影響に注目した研究は極めて少ない。

また、先行研究はあくまでも家族を1つの単位としての分析する傾向を持つ。しかし、「家族単位」のようなミクロの視点だけで分析することは十分とはいえない。特に社会経済的格差、そして文化的格差の激しい中国では、家族介護者支援問題を一概にまとめるの

は難しいのではないかと筆者は考える。社会経済的格差が激しいということは、経済的に裕福な地域と、貧困な地域には家族介護者のニーズの性格に少なくない違いがあると考えられるからである。本来、経済的状況、人口構造などの二重性によって、都市部と農村部の家族介護者のニーズには、互いに異質的なものが多く含まれていることは言うまでもない。しかし同じ都市部あるいは農村部といっても、人口規模、経済的発展状況、福祉制度の相違があるため、この問題を普遍的なレベルで議論することは難しいのである。一方、文化的格差というのは、多くの少数民族からなっている中国では、民族地域によって民族文化や生活習慣が多様化し、家族介護者のニーズの性格がさらに異なる可能性があるからである。このような状況を考慮すると、家族介護者支援問題は地域別に、都市規模別に、また民族地域別に区分して議論する必要があると考えられる。

本論文では、以上のような認識から介護実態の分析フレームワークを図1のように設定して研究を進めることにしたい。この分析フレームでは、介護負担の軽重に対し、家族介護者の基本属性、認知症高齢者の基本属性とADL、介護負担の自己認識とサービス利用の受容度⁴という4つの要因が関与すると想定される。そのうち、家族介護者の基本属性、認知症高齢者の基本属性とADLについては、先行研究も数多くであるため、これらの容認については、本論文ではさらなる検討を省く。代わりに、本論文は家族扶養意識が介護負担の自己認識と、サービス利用の受容度にどのような経路で影響を与えているのか、その影響はどのように現れているのか、を中心に分析する。特に、各地域では、家族介護者を抱える問題において、普遍性と特殊性を同時に持っていることから、その両者を明らかにすることを研究目的としている。この研究を通じて、これから中国の家族介護者支援対策の充実化を図るための示唆が多く得られることを期待している。

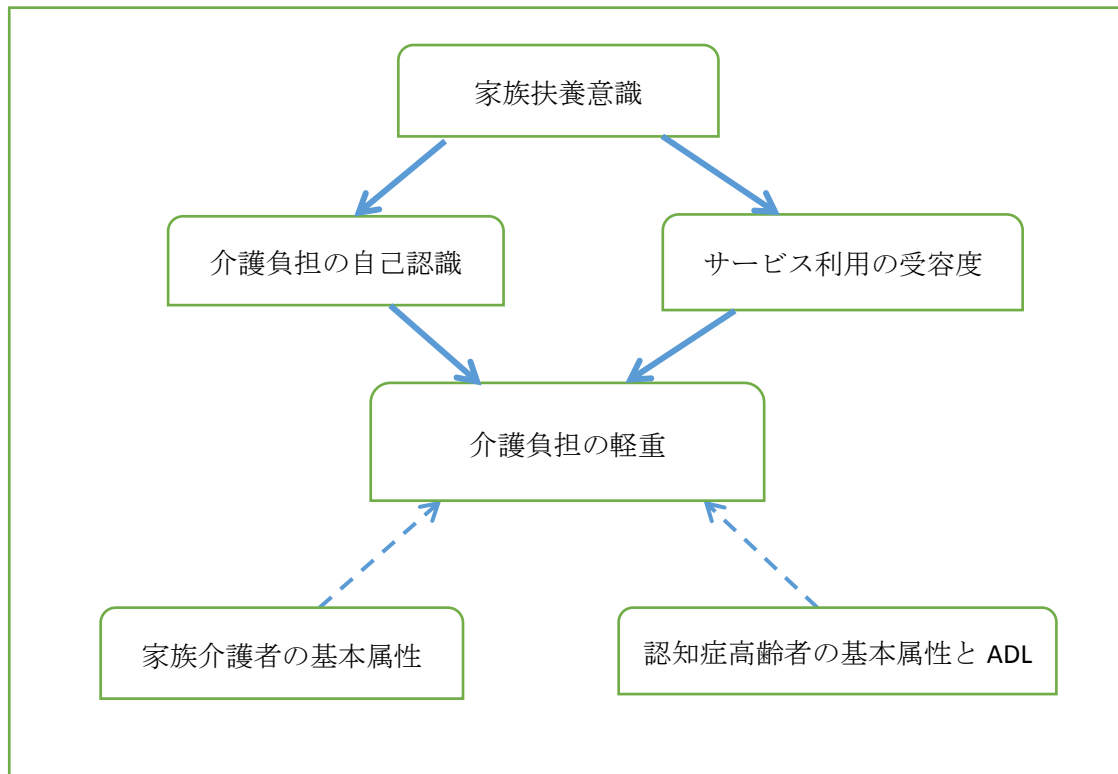


図1 本論文の分析フレームワーク

注：「**----->**」を指す関連性は多数の先行研究によって検証され、結論も一致している。

「**————>**」本稿で検討する関連性である。

研究の仮説は次のような3点である。

1点目は、介護負担の自己認識は地域や民族文化によって異なるということである。よく知られているように、中国では「家族扶養」が法的な義務として明文化されている。にもかかわらず、急激な経済成長によって、都市化が進行し、特に都市部では個人主義的な価値観が広がり、人々の生活スタイルも多様化し、そして家族扶養に関わる意識も地域によって、著しく異なってきた。そのような価値観や習慣を含めた変化は、介護負担の自己認識にさまざまな経路で影響を与えることと想定される。

第2の仮説は、経済発展段階の異なる地域では、家族介護者によるサービス利用の受容度が異なる形で現れるということである。繰り返し言ったように、中国では地域によって、人口規模、経済的発展状況、福祉サービスの提供方式には大きな差異が存在する。公的サービスの普及度においても、民間企業・非営利組織によるサービスの展開においても、大きな地域的格差がある。したがって、政府による公的サービスと、民間企業・非営利組織によるサービスの受容度には、地域間において差異があると考えられる。

第3の仮説は、第1・第2の要因に対応するものであるが、家族介護者が求める社会サービスの中身においても地域的差異があることである。

第2節 研究の方法

前節で述べたように、大半の先行研究は量的調査を用いたものである。むろん、アンケート調査から得た統計データの分析によって、家族介護者を抱える介護負担には、どのような種類のものがあるのかについてはすでに明らかになっており、その結論に対する疑いの余地もない。しかし、生活問題を同時に抱えている家族介護者が、自らが直面している状況をどのように認識しているのか、さらにそれに対する解決策としてどのような要望を持っているのかを明らかにすることも極めて重要である。その点を明らかにするために、本論文ではアンケート調査のような量的調査ではなく、家族介護者に対するインタビュー調査を活用している。

調査地域の選定については、高齢化現状、地域特性及び民族など諸要素を考慮し、超大都市、大都市、中小都市⁵をそれぞれ調査地域として選定した。そのような基準で選定された上海市、陝西省の西安市(以下、「西安市」と省略)、新疆ウイグル自治区の伊寧市(以下、「伊寧市」と省略)⁶でインタビュー調査を行った。調査方法と手続きについては第3章でさらに詳しく説明する。

第3節 用語の定義と論文の構成

1. 用語の定義

(1) 「介護負担」

「介護負担」の定義は研究者によって多少異なる意味で使われており、現在のところその定義についての合意はないといえよう。Zaritが介護負担を「親族への介護の結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活及び経済状態に関して被った被害の程度」と定義して以来、その概念が世界中に広がり、介護負担に関する先行研究の多い欧米の研究例では、「負担」を意味する言葉としては一般的に「burden」⁷という用語が多く使われるようになった(荒井、2002；羽生、2011)。

重要なのは、その介護負担を測定するための尺度のことである。様々な定義や概念にもとづき、いままで介護負担を測定するための評価尺度が多く開発されたが、それらに共通

している要素は、「身体的負担」「精神的負担」「経済的負担」「家事の制約」「自由時間や社会活動の制約」などが挙げられる(羽生、2011)。たとえば、ホン・グラギ(2004)は介護負担を「社会的な活動の制限」「高齢者及び家族関係の否定的な変化」「心理的負担」「財政及び経済活動上の負担」「健康上の負担」の5つに分けている。鄒(2014)は介護負担を「時間的負担」「個人発展の制約」「身体的負担」「社会活動の制約」と「情緒的負担」に分けており、その負担の重さからみた時、「時間的負担」が最も重く、「個人発展の制約」>「身体的負担」>「社会活動の制約」>「情緒的負担」という順になっていることを示した。以上の「介護負担」をめぐる諸定義は用語がやや違っているが、中核となる内容はほぼ同じである。したがって、本研究においても、以上の先行研究で使われている定義をそのまま受け入れ、「介護負担」を「肉体的負担」「精神的負担」「社交関係の断絶」「時間的拘束」「経済的負担」と定義する。

ただし、ここで1つ注意しなければならない点がある。それは、上述したように、先行研究では、認知症介護に関わる肯定的な介護評価を論述した文献が少ないということである。確かに、介護負担という言葉には消極的な意味が強調されているようなニュアンスがある。しかし、実際に介護が行われている現場においては、介護をしていく過程の中で、介護から生じる喜びや希望もあり、大切な人を気遣い、その人の人生に寄り添うことを決断し、日々生じる様々な困難を乗り越えることによって人間的な成長を遂げることができた、と語る者は少なくないのである(湯原、2014)。そのため、本論文では、「自己成長感」「介護満足感」という肯定的な介護評価を含めて考察しておきたい。

(2) 「高齢者」

中国における高齢者の年齢規定は世界で通用している「高齢者」の年齢規制とは異なる。1956年の国連経済社会理事会における高齢化率の定義から、「65歳以上の人」が高齢者を指すことは一般である。しかし、中国では「還暦」(「花甲」という特殊な考え方や定年退職年齢⁸などの実情により、伝統的に高齢者の規定は60歳以上の者となってきた。たとえば、「高齢者権益法」第1章第2条によると、高齢者とは60歳以上の公民となっている。また、政府公式文書及び統計においても60歳を高齢者の基準とする傾向がある。そのため、中国の介護状況に関する内容に限って、本論文においては特別に言及しないかぎり、原則として男女を問わず、60歳以上の人を高齢者とする。

上述した「介護負担」と「高齢者」という2つの定義は、本論文に関わる最も重要な定義と思われる。また、本論文では日中両国ともに使われているが、用語にやや違いがある概念がいくつかある。以下、それらの概念について説明する。

(3) 「認知症」

日本において、2004年6月より「痴呆」等侮蔑的な用語が「認知症」に統一することになった。それに対し、中国の高齢者福祉サービスシステムにおいて、「認知症」のほか、「痴呆」「アルツハイマー」「失智」などの呼び方が並存している。偏見を生じないように、考案された用語「認知症」は非営利組織が提唱している呼び方であり、まだ全国的に普及していない。一方、医療分野でよく使われる「痴呆」や「アルツハイマー」は社会的認知度が高く、それらは「認知症」とほぼ同じ意味を指すものとみられる。また、「失智」は「認知症」と同じ意味で使う場合があり、「認知症」だけでなく、精神障害を含むものを指す場合もある。ただし、前者の使い方が多い。こうした「認知症」という呼び方が統一されていない社会背景のもとで、本論文では「痴呆」や「アルツハイマー」、また精神障害を入れない「失智」の大部分を「認知症」の定義として扱うことにする。

(4) 「介護」

日本では、介護をめぐる論争にまだ終止符は打たれておらず、介護についての定義も一致するようになっていない。ただ福祉政策の条文からみると、日本での「介護」は、高齢者の心身状態に応じ、食事・排泄・入浴という「三大介護」を中心とする介助行為と理解すればよいであろう⁹。一方、中国語の中には「介護」という語彙がない。「高齢者を介護する」行為を表現する際に、日本の「介護」を当てはめて解釈してみれば、意味が最も近い語彙は「照顧」である。しかし、その「照顧」は食事・排泄・入浴の介護というような一般的な介助行為に限らず、高齢者への経済的援助や情緒的世話などの意味を含む概念である。また、「護理」が「照顧」とほぼ同じ意味を持つ語彙としてよく使われており、それは加齢や病気などを理由に生活上の困難を抱えている高齢者に対し、看病をはじめ、日常生活における世話全般を指す概念である。

上述したように、日常生活の中に使われる「照顧」や「護理」は、いずれも日本の「介護」より広範な概念と思われる。しかし、中国の高齢者福祉政策においては、「照顧」や「護理」は日本の「介護」と同じ意味をするものと考えられる。たとえば、中国の15都

市で実施されている「長期護理保険制度」¹⁰の内容からみると、サービス対象者の確定、サービスの給付形態、サービスの提供、サービスの管理・評価など多くの内容は、日本の介護保険制度と似ている部分が非常に多い。こうした場合の「護理」や「照顧」が、日本の「介護」と同じものとみられるといえる。したがって、中国の家族介護、また家族の介護負担という内容に限って、本論文においては特別に言及しないかぎり、「照顧」や「護理」が日本の「介護」と同じ意味で使うことにする。

(5) 「要介護高齢者」

日本において、「要介護高齢者」が高齢者福祉分野でよく使われる専門用語であるが、中国では「要介護高齢者」ではなく、「失能老人」が最も使われる用語である。しかし、その政策の焦点となっている「失能老人」について、明確な公的定義が定められていない。

現時点では、「失能老人」に関する定義や判断基準が科学研究機構や非営利組織等が作り出したものが多い。たとえば、中国老齡科学研究センターの判断基準によると、食事、着替え、排泄、就寝、起床、入浴、移乗、いわばADL6項目のうち、1つでも「できない」と回答すると失能老人と判断される。また、中国老齡事業発展基金が行う「慈航公益プログラム」のパンフレットによると、失能老人の状態が「軽度失能」「中度失能」「重度失能」という3段階に分けられている(表1)。中国の高齢者福祉政策からみても、失能老人の介護を中心と規定する「長期護理保険制度」にも、その失能についての共通の判断基準が定着されておらず、実施地域によって、失能の判定基準が異なっている。

表1 「慈航公益プログラム」による「失能老人」の判断基準

項目	軽度失能	中度失能	重度失能
起床	監視／最小介助	中等度介助	全介助
食事	監視／最小介助	中等度介助	全介助
移乗	監視／最小介助	中等度介助	全介助
記憶	短期記憶に曖昧	失った短期記憶が復元可能 ^注	短期記憶障害
見当識	見当識正常	見当識に曖昧	見当識障害

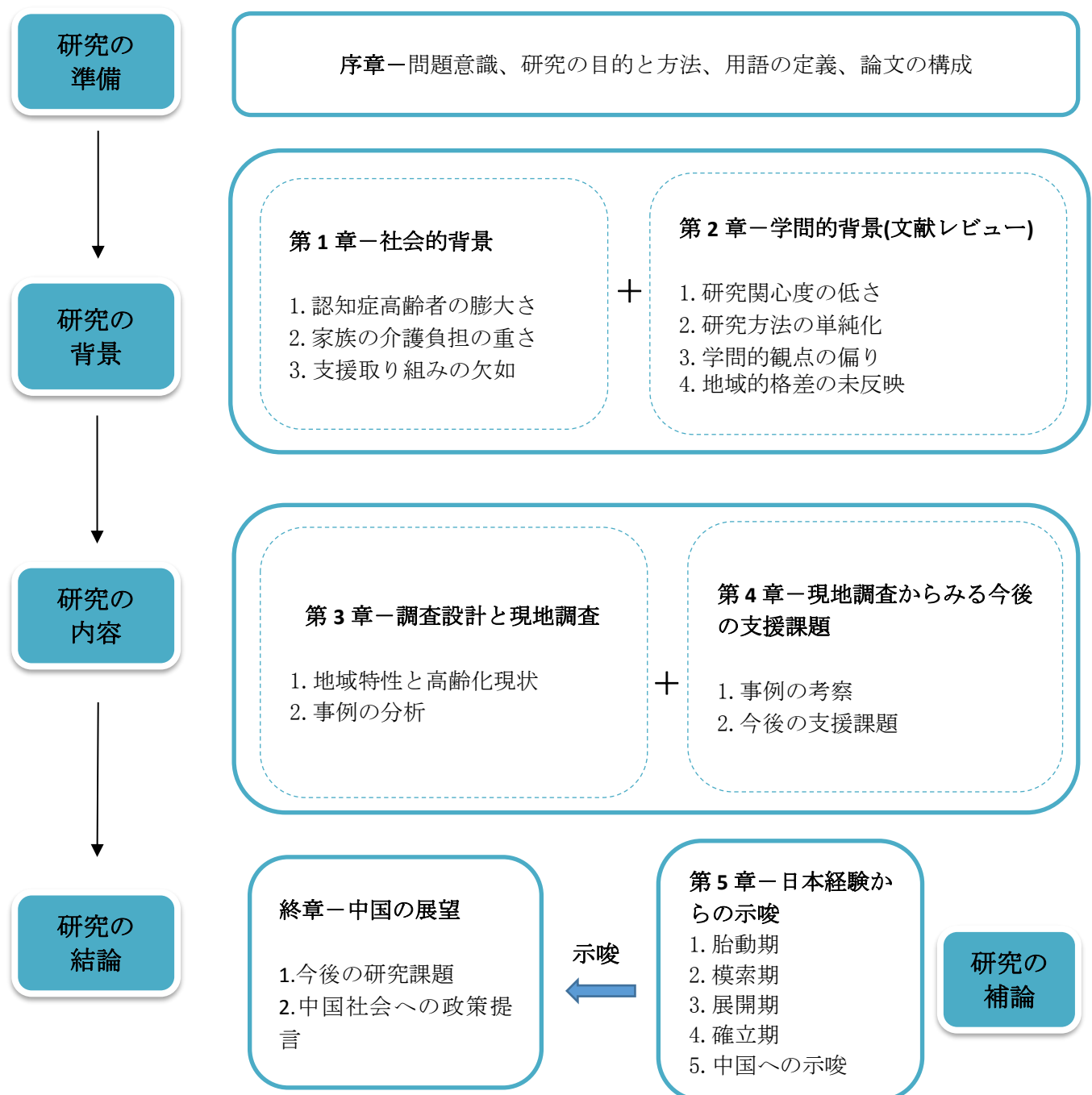
出所：「慈航公益プログラム」のパンフレットにより筆者作成

注：第三者の提示によって、失った短期記憶が思い出せる場面を指す。

確かに、こうしたような「失能老人」の定義や判断基準がそれぞれである。しかし、その中核となる内容は一致しているといえる。つまり、「失能老人」とは自分一人で生活ができず、他人の介助を必要とする高齢者を指しているのである。その意味では、中国の「失能老人」は日本の「要介護老人」に相当する概念と考えられる。

2. 論文の構成

本論文の章立てと、各章の位置づけは以下の通りである。



第1章 中国における認知症高齢者の介護問題

中国の認知症問題は急激な高齢化とともに、次第に顕在化してきている。本章は研究の社会的背景として、中国の高齢化の特徴と認知症高齢者の介護実態を概略しておきたい。

第1節 中国の高齢化の特徴

中国と同じく東アジアに位置している日本と韓国は、いずれも経済発展が進むなかで、高齢化が進行してきた。それに対し、中国は計画出産政策の推進によって、出生率が低下し、高齢者人口の割合が上昇した。その産児制限政策の実施、また人口構造と経済発展から生じた社会の二重性、地域により発展のアンバランスなど、様々な影響を受けた結果、中国の高齢化は以下のような4つの特徴を呈するようになっている。

第一に、高齢者数の膨大さである。人口規模が圧倒的に大きい中国は高齢化の影響を深刻に受け、総人口数も高齢者数も世界一となっている。2018年1月18日に中国国家统计局が公表したデータによると、2017年12月現在、65歳以上の高齢者は15831万人であり、総人口の11.4%を占めている(表1-1)。さらに、高齢化は2050年にピークに達すると予想され、高齢者人口は4億人に至り、全人口の22.73%を占める見通しである。

表 1-1 2015-2017 高齢者数の推移

年代	60歳以上の人口数(万人)	比率(%)	65歳以上の人口数(万人)	比率(%)
2015	22200	16.1	14386	10.5
2016	23086	16.7	15003	10.8
2017	24090	17.3	15831	11.4

出所：中国国家统计局のホームページより

第二に、高齢化のスピードの速さである。中国の高齢化は世界平均より速いスピードで高齢化が進んでいる。国連の予測は、1990～2020年の世界の高齢化進行率は平均2.5%であるが、同時期の中国の高齢化進行率は3.3%である。また中国では、65歳以上の高齢化率が7%から14%に達するまでの所要年数は27年と予想され、日本や韓国とほぼ同じような速いスピードで進行している。

第三には、高齢化の地域アンバランスである。中国において、都市化が加速していくなか、大量の農村出身の若年労働者が都市部に流入した一方、農業生産と家事や子孫の世話をするために、高齢者だけ農村に残されている。そのため、農村部の高齢者人口数も割合も都市部より上回っている¹¹。そのような都市部と農村部とのアンバランスだけでなく、都市部と都市部、あるいは農村部と農村部の間には高齢化のアンバランスも際立っている。第6回人口国勢調査(2010)によると、東部沿海地域にある上海市は1979年から人口高齢化が始まったのに対し、西部寄りの寧夏回族自治区はそれより33年間遅れ、2012年から人口高齢化が始まると予測された(呉、2013)。また、チベットは2018年ごろに高齢化社会に突入するが、それは上海市との約40年間のギャップがある。

第四に、中国の高齢化が他国と異なる最も重要な特徴は「未富先老」、いわゆる「富むよりも先に老いる」という点である。2010年に中国の国家GDPが日本を抜き、アメリカに次ぐ世界第2位となったが、国民1人あたりのGDPは184カ国のうちの89位にとどまり、依然として世界の主要経済国を大幅に下回っている(IMFの2011年調査)。中国では、高齢化が経済や社会の発展水準が不十分な段階で起こっており、とりわけ社会保障システムが整っていないため、高齢者に関わる社会保障やサービスの不足は深刻な状態に陥っている。

そのほか、「女性の高齢者が比較的多い」(『2016年中国高齢者金融発展報告書』)、「高齢者人口の全体的な教育水準が低い」(『2013中国高齢者産業調査報告書』)という点が中国の高齢化の特徴として挙げられている。

第2節 認知症高齢者と家族介護者の生活実態

急激な高齢化社会の到来に伴い、様々な社会問題が出現してきたが、認知症高齢者の増加は、そのなかでも最も大きな課題の1つである。2015年8月に発表された『世界アルツハイマー報告書2015』によって、中国のアルツハイマー患者数(以下、「AD患者数」と記す)が世界一であることが明らかになった(図1-1)。また、『ランセット』誌に掲載された研究論文によると、2010年現在中国のAD患者数がすでに569万人を超えたという(Chan KYら、2013)。

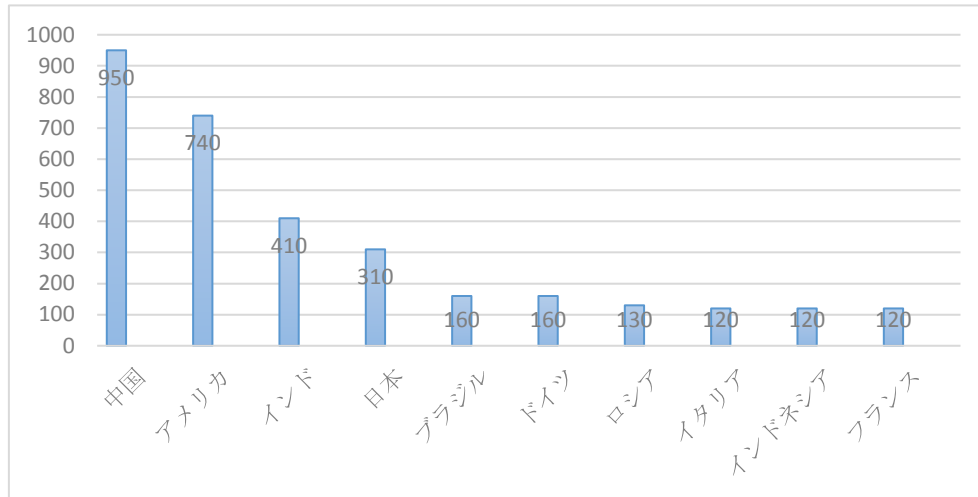


図 1-1 諸国の AD 患者数(単位：万人)

出所：『世界アルツハイマー報告書 2015』により筆者作成

中国では、認知症患者数に関する公的統計データがまだ 1 つも発表されていないが、認知症の発症率・死亡率に関する医学的研究がいくつか出されている(胡 2015、表 1-2、1-3)。それらの先行研究によると、認知症有病率は約 5%であるということに一致している。膨大な高齢者人口数と 5%の認知症有病率で試算すると、中国での認知症高齢者問題の嚴重さが確認できよう。さらに、生活の質の向上、医療技術の進歩などによる平均寿命の伸びが見込まれ、認知症高齢者数が年々増えることは疑いの余地のないことである¹²⁾。こうした数多くの認知症高齢者及び家族介護者は、果たしてどのような生活問題に直面しているのか。

表 1-2 中国における認知症発症率に関する研究結果

年代	研究者	調査地	対象者数 (例)	対象者 年齢(歳)	追跡時間 (年)	診断基準	発症率 (%)
1994	沈漁村ら	北京市	1090	≥ 60	3	DSM-III ¹³	0.3*
1998	Zhang ら	上海市	1970	≥ 65	5	DSM-III	1.15
1998	張明園ら	上海市	3024	≥ 55	5	DSM-III-R	0.71
2000	王道ら	上海市	1515	≥ 55	4.5	DSM-III	0.53
2004	沈全栄ら	上海市	2015	≥ 60	3	DSM-III-R	0.5
2005	唐牟尼ら	成都市	2900	≥ 55	3.5	DSM-III-R	0.569
2005	屈秋民ら	西安市	2817	≥ 55	3.2	DSM-III-R	0.68
2006	Deng ら	重慶市	2632	≥ 60	2	DSM-III-R	2.29
2007	Li ら	北京市	1403	≥ 60	2	ICD-10 ¹⁴ 、DSM-IV	0.9
2010	吳曉光ら	北京市	2617	≥ 60	7.25	DSM-IV	0.84
2011	Chen ら	安徽省	1526	≥ 65	7.5	GMS-AGECAT ¹⁵	1.47
2012	Prince ら	北京市	2162	≥ 65	5	DSM-IV、 10/66 認知症研究グループ ¹⁶	農村部：1.8
							都市部：1.7
2013	劉肇瑞ら	北京市	2025	≥ 65	5	10/66 認知症研究グループ、 CSI-D ¹⁷	1.77

*中重度認知症と限っている。

出所：胡以松(2015)の研究結果に基づき筆者作成

表 1-3 中国における認知症死亡率に関する調査結果

年代	研究者	調査地	対象者数 (例)	対象者 年齢(歳)	追跡時 間(年)	診断基準	発症率(%)
1994	Katzman ら	上海市	3513、 認知症者 197	≥65	5	DSM-III	AD の 5 年死亡率 : 62.2
							VD の 5 年死亡率 : 77.4
1994	沈漁村 ら	北京市	1090、 認知症者 14	≥60	3	DSM-III	中重度認知症 : 29.5
1997	朱紫青 ら	上海市	3513、 認知症者 197	≥65	5	DSM-III-R	AD の 5 年死亡率 : 17.68
							VD の 5 年死亡率 : 25.7
2004	唐牟尼 ら	成都市	3841、 認知症者 140	≥55	3.3	DSM-III-R	AD の 3.3 年死亡率 : 28.8
							VD の 3.3 年死亡率 : 33.9
2004	沈全榮 ら	上海市	2015、 認知症者 81	≥60	3	DSM-III-R	AD の年死亡率 : 21.5
							VD の年死亡率 : 10.7
2010	Zhao ら	上海市	5863、 認知症者 191	≥55	40 ヶ月	DSM-V	6.06/千人・年
2010	Wang ら	北京市	2016、 認知症者 137	≥65	5	10/66 認知症 研究グループ	5 年死亡率 : 66.4
2011	呉曉光 ら	北京市	2788、 認知症者 171	≥60	7.25	DSM-IV	粗病死率 : 7.8/千人・年
2011	Wen ら	北京市	3885、 認知症者 304	≥55	4	DSM-IV	粗病死率 : 8.2/千人・年
2011	Prince ら	北京市	2162、 認知症者 121	≥65	5	10/66 認知症 研究グループ DSM-IV	都市部 : 168.1/千人・年
							農村 : 216.1/千人・年
2014	黄若燕 ら	広州市	5276、 認知症者 183	≥55	7	DSM-III-R	AD-176.9/千人・年
							VD-190.5/千人・年

出所 : 同表 1-2

1. 伝統文化の固執と介護施設の不足

結論から述べると、中国において、殆どの認知症高齢者が家族介護を受けながら、自宅で生活している。『認知症高齢者の介護実態に関する報告書』によると、家族と同居している認知症高齢者が42%も占めている一方、入所しているのはわずか1%となっている(王、2017)。認知症介護の特異性による認知症高齢者のニーズと認知症でない高齢者のニーズとの不調和、専門的な介護職員の人手不足などの原因で、認知症高齢者に対応できる施設はわずかであることが同報告書では指摘された。

しかし、認知症介護に対応する専門的施設の欠如より、中国固有の家族扶養伝統の影響が、こうした現状になった最も重要な理由と思われる。中国において、西洋文化と異なる家族扶養思想である「親孝行」が社会規範や法的規定に浸透され、「家族介護」を重視する文化は昔も今も変わらない。そのような社会背景のなか、高齢者にとって家族による介護が最も望まれている。「2011年中国高齢者に対する追跡調査」には、86.6%もの高齢者が施設に入所したくないと答えている。都市部の場合には、45%の高齢者が家族介護を選び(耿・羅、2013)、農村部にはその比率はさらに高く、7割を上回っている(袁、2007)。

2. 家族介護者の過重な負担

認知症高齢者が自宅で生活していることは、ある意味で家族が介護の主力に位置づけられたことと考えられる。特に認知症高齢者の介護において、行く末に見えないという不安、目を離せない緊張感、時間的拘束などの要因に加え、周囲から「家族のやるべきこと」という目で見られてしまうことによって、家族介護者は相当な介護負担を背負っている。

2017年12月に「上海尽美長者サービスセンター」¹⁸(以下、「尽美長者」とする)は上海全市で、認知症高齢者の家族介護者を対象にアンケート調査を行った。その調査によって、外部からの支援サービスを一切受けずに、家族の力だけで認知症高齢者を介護している家族は43.33%を占めたということが分かった。介護負担を軽減するために、認知症高齢者を受け入れる施設の充実、レスパイトケアや経済的援助の提供など、家族介護者の様々な要望が同調査では挙げられている。

3. 認知症に対する社会的認識の低さ

高齢化の進行とともに、中国の一部の地域では、認知症高齢者の介護問題は次第に注目を浴びるようになってき、認知症問題への啓発活動がかなり盛んに行われるようになった。

2015年、上海出身の女性作家である薛舒の小説『遠くに行く人』(『遠去的人』)によって、認知症高齢者の介護問題が上海市では一時的な話題にのぼった。その後、老認介護問題を扱ったドキュメンタリー『あなたしか知らない』¹⁹(『我只認識你』)が2017年11月17日に上海で初上映されて以来、同様の体験を持つ家族介護者の共感を得て、テレビニュースでも連続して報道され、社会的反響を呼んだのである。

つい最近まで、上海市では、認知症に関わる新たな啓発活動が連続的に行われてきた。2018年8月20日より、上海教育テレビ局が作った認知症高齢者に関わるスペシャル番組『愛に満ちる都市 記憶を守る』(『大城有愛 守護記憶』)は20回に分けて放送されることになった。また、上海市民政局は「認知症高齢者に愛情を与えよう」(「関愛認知症老人」)が2018年の「中華慈善日」²⁰のテーマと設定し、9月4、5日に上海全市の16区で認知症に関する講座が行われた。

しかし、こうした盛んでいる認知症問題への啓発活動はあくまでも上海市のみの現状である。全国の状況から見ると、認知症問題及びその問題に関わる人々への認識・理解は依然として浅いのである。王嵐、王学義らが合計4509名の石家荘市一般市民を対象とし、行われたアンケート調査結果は、認知症症状、認知症の予防・介護知識を知る人さえ少ないということが指摘された(表1-4)。

表 1-4 石家荘市における認知症に対する社会的認知度の調査

項目	正解数 (個)	正確率 (%)
認知症症状	648	14.44
受診機関	3171	70.67
全快の可能性の有無	1196	27.08
服薬の必要性の有無	2789	62.16
羞恥感の有無	3453	76.96
認知症の予防知識	611	13.62
認知症の介護知識	208	4.64

出所：王嵐、王学義ら(2012)「石家荘市普通民衆対老年期痴呆的知晓率調査」により筆者作成

第3節 認知症高齢者と家族介護者への支援の取り組み

1. 中央政府の取り組み

中国では、長年にわたって実施されている高齢者福祉政策は主に身体的機能に支障のある高齢者、いわゆる要介護高齢者を中心としている。たとえば、財政部、発展改革委員会、民政部及び全国老齡工作委员会四部門が実施した「關於作好政府購買養老服務工作的通知」(財社「2014」105号)のなか、要介護高齢者向けの介護サービスは繰り返し言及されたのに対し、認知症高齢者に関する明確な内容はほとんど触れられていなかった。また、「第13次5ヵ年計画(2016年～2020年)」では、介護保険制度の確立を検討する方針を打ち出しているが、それは相変わらず要介護高齢者を焦点となる政策にほかならないのである。つまり、国家レベルの認知症高齢者及び家族介護者をターゲットとする固有な福祉政策は見られないといえる現状である。

2. 地域の取り組み

国家レベルの政策が少ないなかで、地域の政策はどのように対応しているのだろうか。認知症高齢者を対象とする確かな政策があるのか、あればどのような内容なのか。全体的な状況に言えば、地域の政策が中央政府による政策に呼応するものであるため、要介護高齢者を対象者とセッティングすることが大半を占めるのである。

たとえば、2016年に公表された「上海市老齡事業13次5ヵ年計画」では、要介護高齢者の介護サービスに重点を置くことに言及した。続いて、2017年4月より実施されている「上海市社区養老服務管理办法」は、介護サービスを行う際に、政府主導と企業や非営利組織の参入との結合、介護サービスと医療サービスとの結合、専門職による介護と家族介護との結合、という「三結合」をスローガンとし、要介護高齢者の健康状態に応じた多様なサービスの提供を重点的に行うことを強調した。

そのほか、家族介護者を支援するために、杭州市政府が「愛に満ちる港」(「大愛港湾」)という支援プログラムを設けた。当プログラムは要介護高齢者などの介護に携わっている家族介護者を対象とし、家事援助やレスパイトケアを無料で提供している。2015年より実施されて以来、数多くの利用者に評価された。

以上で述べたように、政策面も実践面も、地域の取り組みが相変わらず要介護高齢者に焦点を絞っているのである。しかし、認知症高齢者の介護問題が徐々に浮上してきている

と同時に、ごく一部の地域ではその問題に対応できるような様々な試みが行われるようになってきている。その中で、高齢者福祉政策の手本とみられる上海市の取り組みに注目しておきたい。

2009年より、認知症と診断された高齢者に障害者手帳を配るとともに、障害手当てを支給する経済的援助を行っている²¹。また、2013年に開催された第13回上海市民政会議によって、5年内各区（県）に認知症高齢者を主たる対象者として受け入れる公立施設を1ヵ所以上設立することが決定された。その後、上海市の一部の街道²²、社区では認知症高齢者専用のデイサービス、家族介護者向けの介護者教室とレスパイトサービスが相次いで行われてきた。

その一連の動きのなかで、ハイライトになったのは「認知症介護床位設置工作方案」（以下、「設置工作方案」とする）の公表である。2018年4月に上海市民政局が「設置工作方案」を発表した。その方案では、2018年12月までに、上海市に合計1000床の認知症高齢者を介護する療養病床が設置されることとなっており、さらに「認知症」に対する用語、認知症介護のしおり、介護職員の配置基準、洗面所のデザインまで細かく規定されている。当方案は全国初の認知症高齢者に焦点を当てた政策として高く評価されている。

3. 非営利組織の取り組み

中国の非営利組織による認知症に関わる取り組みにおいて、2012年に始まった「イエローブレスレット」プログラム（「黄手環行動」²³）が最も盛んでいる（表1-5）。それは中国人口福利基金会在主催し、全国範囲で展開されているプログラムである。

一方、各地域では、赤十字社が主催する支援プログラムが見られた。上海市赤十字社が主催する「在宅重度認知症高齢者を救助する」というプログラムが、2009年より上海全市で行われている。このプログラムは介護用品の提供、介護方法の伝授、ボランティアの養成という3つのサービスを提供しており、2017年10月現在約21万人の中重度認知症高齢者におよそ3400万元相当の援助を提供した。また、「世界アルツハイマーデー」に合わせ、江蘇省赤十字社が2017年10月より、認知症高齢者を持つ世帯を含み、介護の必要がある世帯に「息抜きサービス」を与えるプログラムを導入した。そのプログラムの開始当初は、専門職不足のため、応募者の中からわずか100世帯を選び、月1回無料で医師が訪問診察し、介護や身の回りの世話を提供することになった、今後は、専門職の育成にも努め、プログラムの対象者がさらに拡大しようと本プログラムの担当者は述べた。

表 1-5 「イエローブレスレット」プログラムの実施状況

都市	実施時間	支援政策
無錫市	2013 年 10 月	市内在住の認知症高齢者が一定の条件を満たすと GPS ブレスレットを低価で購入
鄭州市	2013 年 12 月	市内在住の認知症高齢者に GPS ブレスレットを無料配布 (5000 個)
合肥市	2013 年 12 月	廬陽区在住の認知症高齢者に GPS ブレスレットを無料配布 (500 個)
鎮江市	2014 年 9 月	市内在住の認知症高齢者に GPS ブレスレットを無料配布 (1000 個)
北京市	2016 年 5 月	市内在住の認知症高齢者が一定の条件を満たすと GPS ブレスレットを無料配布
温州市	2016 年 9 月	市内在住の認知症高齢者に GPS ブレスレットを無料配布
杭州市	2016 年 9 月	認知症高齢者用のカーナビを無料配布(8000 個)
西安市	2018 年 1 月	1.市内在住、登録済みの高齢者に徘徊予防シールを無料配布 2.市内在住の認知症高齢者、あるいは徘徊の経験がある登録済みの高齢者に GPS ブレスレットを配布する 3.認知症の有無を問わず、市内在住の 80 歳以上の高齢者に徘徊予防シールと GPS ブレスレットを無料配布
咸陽市	2018 年 1 月	同西安市

出所：各地方新聞紙、民政局のホームページにより筆者作成

しかし、中国人口福利基金会であれ、各地域の赤十字社であれ、いずれも「官製 NPO」とみられる非営利組織である²⁴。そのような組織が行うサービス、あるいは支援プログラムは、行政上の便宜、また財源の調達等がある程度保証できると想定される。それに対し、中国において最も見られる非営利組織の一種である「民弁非企業単位」²⁵が行うサービスはどのようなになっているのだろうか、という疑問が湧いてきた。

ここでは、認知症高齢者及び家族介護者を支援することを目的とする最も活躍している非営利組織、上海市の「尽美長者」の支援活動を例として取上げておきたい。表 1-6 に

示したように、「尽美長者」が行っている活動を、基本的に一般活動とオンライン活動の2種類に分けており、多種多様な形で家族介護者を支援している。

表 1-6 「尽美長者」が行われている支援活動

類型	名称	内容
一般活動	「家族の集い」	家族介護者が集まり、相談ごとや悩み、介護経験を共有する集い
	「テーマサロン」	家族介護者が関心のあることをテーマとして開かれる講座
	「認知症カフェ」	認知症高齢者及び家族介護者に記憶訓練の方法を紹介する活動
	「走近機構」	施設入所を希望している認知症高齢者と家族向けの施設見学
オンライン活動	ウィーチャットグループ ²⁶ でのコミュニケーション	
	ウィーチャット購読アカウント ²⁷ での情報発信	

出所：筆者作成

上記のような認知症高齢者及び家族介護者を直接対象とする支援活動以外に、一般市民を対象とした「認知症友だち」と「認知症フレンドリー使者」という2つの情報発信活動もある。「認知症友だち」とは「尽美長者」のウィーチャット購読アカウントで、認知症知識に関わるデジタル冊子を読んだ市民たちに、当組織のマスコットを配布するプログラムである。「認知症友だち」になって以降、「尽美長者」が主催する連続講座に参加し、最後に筆記試験に合格した参加者には記念バッジを与えられ、「認知症フレンドリー使者」になる。学んだ認知症に関する知識によって、身近な認知症高齢者及び家族介護者に何らかの支援を提供することが「認知症友だち」と「認知症フレンドリー使者」に求められる使命である。いずれも日本の「認知症サポーター」を養成するプログラムと似ている。

そのほか、「尽美長者」と当組織が所在する「塘橋街道」と協働し、2018年4月に当街道で「社区認知症家庭支持センター」（「記憶之家」）を設置した。そのセンターは認知症高齢者への非薬物療法の提供、家族介護者への心理カウンセリング、認知症高齢者を抱える家庭へのケアプランデザインという3本柱をもって活動を行っている。当センターの設立によって、「塘橋街道」→「浦東新区」→「上海市内」というような放射状に広がる支援ネットワークを作ることを目指していると「尽美長者」の担当者は述べた。

第2章 日本と中国における「介護負担」に関する先行研究の検討

介護負担は介護者の健康問題、さらに生活実態に影響を及ぼす重要なものであるため、中国において、家族介護者の生活実態及びその支援に関する先行研究は「介護負担」の観点から述べる文献が多数を占めている。本章では、認知症高齢者を抱える家族介護者の介護負担に関する先行研究のレビューを行い、研究の動向と到達点を明らかにする一方、先行研究の限界や課題について論述する。

第1節 データベースの検索方法及び結果

「介護負担」に関連する文献について、中国の文献は主に「中国知網」²⁸(以下、「CNKI」とする)という総合的な文献データベースを用い、「万方データベース」(以下、「万方」とする)と「維普中国語科技データベース」(以下、「維普」とする)も使用した。

一方、日本の研究現状と動向を参考にするため、データベース CiNii と医中誌での文献検索を行った。日本の研究に注目した理由が2つある。1つの理由は、日本は深刻な認知症問題に陥っている社会現状が中国と同じだからである。もう1つは介護に対する文化的共通点である。社会変動とともに、家族扶養機能が低下しているといっても、「儒教文化圏」のなかにある日中両国では、「親孝行」というキーワードを根底に、家庭で孝養することの当然視が国民の間で一定のコンセンサスを得ているからである。

検索方法は、論文タイトル、あるいは抄録やキーワードの中に「介護負担」「認知症」「高齢者」「家族」という用語が使われているものを検索した。ヒットした論文は重複しているものを除き、中国の文献は合計101件であり、そのうちCNKIでのヒット数が最も多い。一方、日本の場合には、医中誌はヒット数が多数を占めているデータベースであり、CiNiiでの検索結果を合わせて合計142件に達した。以下、言語別に先行研究をカテゴリー化する。

1. 中国の文献の検索結果

序章では指摘したように、「照顧」「護理」が「介護」とほぼ同じ意味で使われているため、中国の文献を検索した際に、「照顧負担」あるいは「護理負担」がキーワードとして論文検索を行った。その結果は、3データベースで合計446件が見つかった。

まず、年代順から見ると、介護負担に関わる研究は次第に増えている傾向が明らかである。2001年からの10年間、介護負担についての研究はわずか44件であったが、2011-2017年現在は402件の論文があり、9倍も増加している(図2-1)。

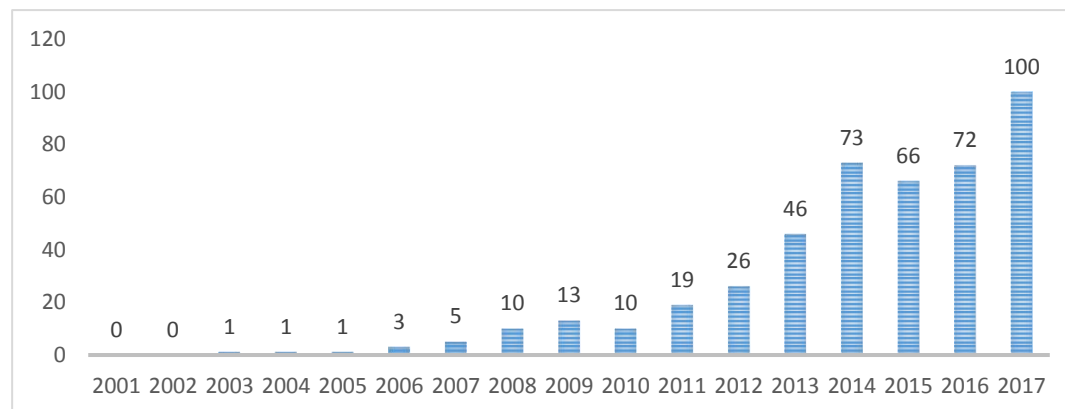


図2-1 中国における「介護負担」に関する先行研究の推移(単位：件)

出所：各データベースの検索結果に基づき筆者整理

続いて、検索し得た先行研究の内容からみれば、「介護負担」についての検討は、主たる研究が介護の対象者を分類基準として行われたものであることがわかった。表2-1に示したように、病児の介護負担を研究した論文は23件である一方、成年の病人の介護負担に関わる論文数が圧倒的多数であり、合計398件で総論文数の89.2%を占めている。また、配偶者の介護負担に関する論文も13件が見つかった。最後に、介護負担の海外研究動向と、介護負担尺度の妥当性・信頼性についての研究が少なく、それぞれ3件と9件である。

表2-1 中国における介護負担に関する先行研究

先行研究のテーマ	論文数(件)
病児の介護負担	23
成年の病人の介護負担	398
配偶者の介護負担	13
介護負担の海外研究動向	3
介護負担尺度の妥当性・信頼性	9

出所：各データベースの検索結果に基づき筆者整理

一方、成年の病人の介護負担を研究した文献をさらに分析し、認知症高齢者の介護負担を研究した論文が最も多く、合計 101 件であるということが分かった。そのうち、認知症高齢者を抱える家族介護者の介護負担及びそれに関与する要因を検討した文献が最も多く、家族介護者の心理的負担、家族介護者への社会的支援、認知症介護と家族による虐待などに着目した文献も少なくなかった(表 2-2)。

表 2-2 中国における認知症高齢者の介護負担に関する先行研究

先行研究のテーマ	掲載経路	論文数(件)
家族の介護負担の類型及びそれに関与する要因	雑誌投稿	37
	学位論文	12
家族介護者の心理的負担	雑誌投稿	13
	学位論文	5
家族介護者への社会的支援	雑誌投稿	8
	学位論文	5
認知症介護と家族による虐待	雑誌投稿	5
	学位論文	1
認知症高齢者の家族介護者の疲労感	雑誌投稿	4
認知症状と家族の介護負担との関連性	雑誌投稿	3
認知症高齢者の家族の介護負担に関する文献レビュー	雑誌投稿	3
認知症に関する知識と家族の介護負担との関連性	学位論文	1
家族関係と認知症の介護負担との関連性	雑誌投稿	1
認知症高齢者を抱える家族の介護負担の日中比較	雑誌投稿	1
認知症高齢者を介護する専門職の負担	雑誌投稿	1
	学位論文	1

出所：各データベースの検索結果に基づき筆者整理

最後に、先行研究の学問的視点を整理しておきたい。上述した 101 件の文献のなかで、25 件が大学院学位論文(博士 1 件、修士 24 件)であることが分かった。表 2-3 通り、医学の視点からみる学位論文が多数を占める一方、雑誌投稿を整理した結果も同じく、医学分野の研究成果が最も目立ち、2 件以上の文献を掲載している雑誌はほぼ医学関係のものである(表 2-4)。

表 2-3 中国における認知症高齢者の介護負担に関する学位論文

学校	省・市	専攻	論文数(件)	備考
中南大学	湖南省長沙市	看護学	5	博士論文 1 件
重慶医科大学	重慶市	看護学	5	
新郷医学院	河南省新郷市	看護学	2	
南昌大学	江西省南昌市	公共政策	2	
福建医科大学	福建省福州市	看護学	2	
長春工業大学	吉林省長春市	社会工作 ²⁹	2	
河北医科大学	河北省石家荘市	看護学	1	
中国協和医科大学	北京市	看護学	1	
吉林大学	吉林省長春市	看護学	1	
沈陽医学院	遼寧省沈陽市	疫学	1	
山西医科大学	山西省太原市	疫学	1	
南京中医葯大学	江蘇省南京市	中医内科	1	
遼寧大学	遼寧省沈陽市	社会工作	1	

出所：各データベースの検索結果に基づき筆者整理

表 2-4 2 件以上の文献を掲載している雑誌の一覧

雑誌	論文数(件)	比率論文数(%)
『中国老年学雑誌』	11	10.89
『全科護理』	3	2.97
『中国護理管理』	3	2.97
『護理学雑誌』	3	2.97
『中国医葯指南』	2	1.98
『護理研究』	2	1.98
『護理学報』	2	1.98
『中華護理雜誌』	2	1.98
『護理管理雜誌』	2	1.98
『中国心理衛生雜誌』	2	1.98
『臨床合理用葯雜誌』	2	1.98
『中国全科医学』	2	1.98

出所：各データベースの検索結果に基づき筆者整理

2. 日本の文献の検索結果

日本の文献の検索は医中誌、CiNii を用い、「認知症」「高齢者」「家族介護者」「介護負担」「支援」をキーワードとし、様々な組み合わせで幅広く先行研究を検索した。その結果、2017 年現在、関連する文献は医中誌 116 件、CiNii26 件となっている。重複している文献を除外し、最終的に 142 件を検討した(表 2-5)。

表 2-5 日本の文献の検索結果

単位：件

キーワード	データベース	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2017	合計
介護負担＋ 認知症高齢者	医中誌	8	114	199	57	378
	CiNii	6	47	59	10	122
介護負担＋ 認知症高齢者 ＋家族介護者	医中誌	1	32	71	12	116
	CiNii	0	9	16	1	26
家族介護者＋ 認知症高齢者 ＋支援	医中誌	1	29	64	22	116
	CiNii	0	6	12	3	21

注：各データベースの検索結果に基づき筆者整理

第2節 先行研究の到達点

結論から述べると、日中両国の先行研究をレビューした結果、両国ともに家族介護者が深刻な状況に陥り、様々な介護負担を背負っている現状といえる。

1. 中国の先行研究の到達点

繰り返し述べたように、用語にやや違いがあるが、「介護負担」を「身体的負担」「精神的負担」「社交活動の制約」「時間的負担」「経済的負担」に分けて検討した論文が多数である(呉、1995；楊、2009；鄒、2014)。その一致した概念の「介護負担」をめぐる研究が徐々に重視されてきた傾向があるということは1つの到達点といえる。特に2013年に改正された「高齢者權益保障法」の実施によって、家族の扶養義務が一層強調され、さらに「情緒的扶養」、いわゆる「常回家看看」³⁰という新たな条項が付け加えられた。それを機に、「介護負担」に関わる研究が一時的に増加している。

また、家族の介護負担に関与する要因が明らかになったことはもう1つの到達点と思われる。周辺／行動・心理症状(以下、「BPSD」とする)をはじめ、家族介護者の性別・教育レベル、介護期間、副介護者の有無などの要素が介護負担に影響を与えることが明らかになっている(伍、2007；馮、2011)。そのなかで、特に家族介護者の教育レベルに注目する文献がいくつあった。教育レベルと身体的負担との負の相関関係が検証されたと同時に

(鐘、2010；伍、2015)、それと精神的負担、時間的負担、社交活動の制約との正の相関関係があるということも分かった(付ら、2007)。教育レベルが高くなれば、認知症高齢者を介護していくなかで、身体的負担を軽減する新たな介護方法が理解しやすくなる。一方、教育レベルが高いと、介護者側の社会的ニーズと自己発展のニーズが高いため、認知症介護ではほぼ昼夜 24 時間に縛られており、精神的負担、時間的負担、社交活動の制約が強く感じられるという。

それだけでなく、家庭の経済力が重要視すべき要因の 1 つと指摘された。安ら(2005)は経済的余裕のある家庭において、認知症高齢者の BPSD が遅く現れており、家族の介護負担が比較的軽く感じられるようなケースが多いということを示した。その理由は認知症高齢者、特に初期の認知症高齢者を通院させ続ければ、認知症症状が緩和できるようになる可能性が高いからである。一方、ヘルパーを雇うことによって、介護による身体的負担が軽減できたという。しかし、通院であれ、ヘルパーを雇うのであれ、どちらも経済的負担に関わるため、経済的余裕のない家庭には届かない選択肢である。

2. 日本の先行研究の到達点

中国の研究の結論と同じ、日本の場合においても家族介護者が過重な介護負担を背負っていることはすでに明らかになった。湯原(2013)が日本全国 30 紙の新聞記事を集計し、分析した結果、介護が背景にあり、被害者が 60 歳以上の殺人や心中は 1998～2011 年の 14 年間に少なくとも 550 件が生じたことが分かった。そのうち、被害者に認知症が疑われる事件は、記事から明らかになったものだけでも 176 件であり、その約 32%を占めている。

具体的に、家族構成員はどのような介護負担を抱えているのだろうか。『認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書』(2012)によると、在宅介護における困難のなかで最も多いのが「ストレスや疲労感が増加した」(73.3%)ことであるという。次は「自由に使える時間がなくなった」(51.9%)、「睡眠時間が減った」(41.6%)、「体調が悪かった」(39.0%)、「時間のやりくりが難しくなった」(34.0%)、「支出が増えた」(23.5%)という順になっている。さらに、年齢別から見ると、30 歳代には「子供の行事に出られない」という回答もあり、年齢的に仕事や子育てと両立する機会が多いことが負担感を強くすると推測される(渡辺ら、2010)。

一方、介護負担に関与する要因を解明した複数の文献があった。「核家族」「自立」「個人主義」というコンセプトがはるかに発達した欧米と異なり、日本において、ジェンダー問題が介護負担感に大きな影響に及ぼすと思われる。渡辺(2008)の調査によると、介護者の性差と介護負担感との間に関連が見られたという。一般的に言えば、女性の介護負担感が高い(藤原、2014；菅沼、2014；高原、2013)。これは、日本人独特の介護者の心情として、家族の面倒は家族、特に女性がみるという義務感の強さや家を守るという責任感の重さが女性に押し付けられるからである(松岡・村井、2014)。

また、介護期間、家庭の経済力、副介護者の有無、利用できるサービスの有無などが介護負担に与える重要な要素と指摘された(藤原、2011；黒澤、2011；西村、2008)。認知症介護は、年数が長くなればなるほど、家族介護者の心を動揺するケースが珍しくなくなっており、かつ余裕のない経済力のため、グループホームを利用しようと利用できないこともよく取り上げられたのである。

なお、日本一国の調査に限らず、国際比較研究もみられる。深山ら(2014)が日中両国で質問紙調査を行った結果、日本より中国の家族介護者の負担感が有意に低かったということである。その理由というと、個人主義の影響を強く受けている中国において、家族介護者の自己主張が強くなってきており、ストレスマネジメントスタイルが多様に活用されているからという指摘である。また、東アジアの境界を越えて、細川ら(2017)は日中独の認知症高齢者をめぐる実態と施策を比較した。その国際調査によると、中国では認知症高齢者への対応が西洋医学だけでなく、中医学(鍼灸や漢方薬)あるいは中西医結合といった医療手段を使用している。しかし、日独が認知症高齢者の家族に対して「認知症カフェ」という共通サービスがあるのに対し、中国における家族介護者への支援はまだ少ないことが確認された。

第3節 先行研究の限界

1. 日中研究の共通の限界

日中両国ともに家族扶養意識と介護負担との関連性を解明することを目的とする文献は少ない。東アジア地域において、文化的・歴史的特徴として位置づけられている儒教に依拠する「孝」に関する認知やその実践としての家族扶養を考える際には、介護場面における家族介護者の扶養意識の機能的な特徴を明らかにすることによって、高齢者の家族介

護に関連した社会福祉サービスの展開にとっては重要な知見を提供できると思われる(尹・中嶋ら、2008)。しかし、その問題に触れた先行研究はほとんど見られない。

中国では、扶養意識及びその変容が、家族扶養に及ぼす影響を検討した文献は少なくないが、扶養意識及びその変容と介護負担との関係において、影響が与えられるのか、与えられる場合に、二者はどのような関係にあるかについて、言及した文献は非常に少ない。日本も同じく、家族扶養意識及びその変容、さらにそれが高齢者介護に与える影響をめぐる議論は多かったが、それが介護者の潜在的ストレスや肯定・否定的なストレスに対してどのような関係にあるのかについては、ほとんど検討されていない。

また、中国では、認知症介護に関わる肯定的な介護評価を論じた文献は一件も見つからなかった。日本の場合には1990年代以降となると、介護を否定的側面で捉えるだけでなく、肯定的側面で捉える研究も行われ始めた(馬場、2017)。しかし、そのような研究のなかで、肯定的な介護評価は、負担感を軽減し、介護の継続意思に関連すると報告されているが、認知症高齢者の家族介護者に限定して調査されている報告は少ない。

確かに、認知症介護は想定外の困難が極めて多く、認知症症状、とりわけBPSDによって、認知症高齢者を抱える家族介護者は認知症を持たない高齢者の介護者とは、明らかに違う辛さや負担があると想定される。だからといっても、介護負担というのは決して否定的なイメージばかりとは言い切れない。介護から生じる喜びや希望も同時にもたらされる(津止、2009)。今後、介護負担をめぐる研究は多面的に検討すべきであろう。

2. 国別にみる研究の限界

日本の場合は、研究対象者の問題が最も多く見られた。日中ともに、家族が認知症高齢者を介護しているという社会現状にあるなかで、日本で行われた調査の対象者の選定にあっては、「認知症の人と家族の会」(以下、「家族の会」とする)に通っている会員から抽出された研究が最も多かった(黒澤、2011; 2015)。しかし、「家族の会」などの当事者団体に参加していない介護者のニーズはどのようなものであろうか。当事者団体に参加することが家族の介護負担に影響を関与すると想定されるため、支援のあり方を考える際には、こうした研究の結論は一言ではいえないのではないかと筆者は考える。

一方、日本の研究と比べると、中国のほうは課題がさらに多い。第一に、介護負担に関わる研究への重視である。確かに、中国における認知症高齢者の介護負担に関連する研究

が上昇傾向を呈しているが、絶対数値からみると、日本または欧米の研究と比べ、中国の研究は動き始めたにすぎない(表 2-6)。

表 2-6 認知症高齢者の介護負担に関する先行研究

単位：件

言語	データベース	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2017	合計
中国語	CNKI	2	15	31	29	77
	万方	0	3	9	6	18
	維普	0	0	5	1	6
日本語	医中誌 Web	1	32	71	12	116
	CiNii	0	9	16	1	26
英語	PubMed	91	379	607	578	1655
	Crossref	68	352	711	592	1723
	Google Scholar	103	512	924	714	2253

注：各データベースの検索結果に基づき筆者整理

第二に、研究方法の問題である。検索結果を示したように、量的調査の結果に基づいた研究が多数である。すべての中国文献のなかで、質的調査を用いて行われた調査はわずか3件しかないのである(白ら、2006；喬ら、2016；張、2017)。むろん、大規模のアンケート調査を行い、統計データを分析したうえで、家族介護者を抱えている介護負担の種類、かつそれに関与する要因が整えられることは確かである。それに対し、深掘りする必要のある価値観やインサイトは、量的調査で見逃されやすくなる恐れがあると思われる。そのため、今後の研究において、質的調査を行う必要があると考えられる。

第三に、学問的観点の偏りである。医学の視点がもちろん、日本の場合は社会政策や社会福祉など多様な視点から論じた研究も少なくないのである。それに対し、中国では人文社会科学の視点から検討した文献が極めて少ない。雑誌投稿も学位論文も、ともに医学分野の研究成果が最も目立っている。医学的手段によって、認知症症状を緩和させることにしたがって、家族の介護負担を減らすのは一種の支援といえるかもしれないが、一人の人

間としての家族介護者を支援するために、より多くの側面からみる必要があるではないかと筆者は思う。

また、研究視野をさらに広げる必要性がある。検索結果によって、中国において介護負担をめぐる海外の研究動向を言及した文献が少ないのである。中国の独特な社会事情のため、本国の状況を掘り下げる必要があるが、それは他国の経験を見捨てるわけではない。特に文化的に一貫性のある日韓の経験を研究し、中国に何らかの示唆を与えることができると考えられる。

第四には、地域的特性が研究に反映されていないということである。中国において、経済、人口の二重性に生じた都市部と農村部の格差はともかく、同じく都市部あるいは農村部にいるとしても、地域ごとの経済発展状況をはじめ、高齢化現状、地域レベルの高齢者福祉政策の仕組み、非営利組織の活躍度などがかなり違っている。それは当地域の認知症高齢者の家族介護者にどのような影響を与えられるか、ということの解明する必要があると思われる。

第3章 調査設計と現地調査

量的調査を用いる殆どの中国の先行研究と異なり、本論文は家族介護者を対象にインタビュー調査を行った。本章では、現地調査の内容を中心として述べる。

第1節 調査地の地域特性と高齢化

1. 地域特性

調査地となったのは、上海市、西安市、伊寧市である。それぞれ中国における超大都市、大都市、中小都市に相当する。まず、その三都市の地域特性について述べておきたい。

中国最大の都市である上海市は、国の商業・金融・工業・交通などの中心の一つである。有数の世界都市のなか、第6位の金融センターとなっており(GFCI 22)³¹、平均賃金、とりわけ金融産業に従事している労働者の平均賃金は全国の中で最も高いとされている都市である。その経済発展に伴い、多くの出稼ぎ労働者が中国各地から上海市に来て仕事をしている。したがって、常住人口と外来人口のアンバランス、さらに外来人口の老後問題は政府にとって大きな課題となっている。

一方、古くから観光都市として知られている西安市は、改革開放以前国防産業をはじめ、重工業で発展してきたが、近年は経済発展にかげりが見えてきた。そのため、「大学のまち」と呼ばれる西安市は育成された豊富な人材をきっかけに、先端技術の開発と産業転化を推進するため、高技術産業開発区、経済技術開発区、曲江新区、滻灞生態区、閻良国家航空高技術産業基地という「四区一基地」を設置した。特に、対外経済政策調整の一環を担う「一帯一路」構想のもとに、重要な地理位置を占める西安市にとって、経済の回復を期待されている。

また、民族文化の特性と生活習慣などの要素を考慮し、今回は新疆ウイグル自治区(以下、「新疆」とする)の伊寧市でインタビュー調査も行った。伊寧市の状況を紹介する前に、まず新疆の人口及び高齢化現状に少し触れたい。周知のように、中国において5つの民族自治区が設立されている。そのなかで、新疆は漢族と少数民族人口のバランスが崩れていない唯一の自治区である(表3-1)。そのため、新疆が調査地として選定された。今回の調査は、新疆のなかにあるカザフ族のほか、ウイグル族、漢族、キルギス族、モンゴル族などさまざまな民族が居住している多民族都市である伊寧市で行われた。

表 3-1 中国における民族自治区の人口と高齢化の現状

項目		内モンゴル自治区	広西チウン族自治区	寧夏回族自治区	チベット自治区	新疆ウイグル自治区
総人口 (万人)		2470.63	5159.46	630.14	300.22	2181.33
年間人口 増加率(%)		0.39	0.25	1.16	1.39	1.68
性別	男(%)	51.94	51.98	51.24	51.38	51.3
	女(%)	48.06	48.02	48.76	48.62	48.7
民族	漢族(万人)	1965.01	2891.61	406.94	24.53	874.61
	比率(%)	79.54	62.82	64.58	8.17	40.1
	主要少数民族(万人)	422.61	1444.85	219.1	271.64	ウイグル族と他少数民族の統計
	比率(%)	17.11	31.39	34.77	90.48	が分けられてい
	他少数民族(万人)	82.96	266.2	3.1	4.05	なかったため、詳細なデータはな
	比率(%)	3.36	5.79	0.65	1.35	い。ただし、少数民族人口の比率は59.9%という結果が公表された。
高齢者数(万人)		186.82	425.32	403.92	15.29	135.03
高齢化率(%)		7.56	9.24	6.41	5.09	6.19

出所：「2010年全国人口普查」により筆者作成

注1：各地域の統計局が定期的に所属の人口及び高齢化率など公表していたが、比較の便宜上最新の全国統計データ、「2010年全国人口普查」結果を用いた。

注2：「年間人口増加率」の年間とは2000年11月1日～2010年10月31日の10年間。

「塞外の江南」と称される伊寧市はイリ・カザフ自治州の中心にある県級都市であり、新疆生産建設兵団農四師³²(以下、「農四師」とする)の師部所在地でもある。昔から農業をメインとして都市経済を支えてきたが、豊富な石炭資源のため、採掘業も一時的に盛ん

であった。1990年代から近くの霍爾果斯口岸を通して、カザフスタンなど中央アジア各国との貿易の増大が順調になるとともに、西安市と同じく「一帯一路」構想に収れんされ、輸出入業、また観光業が好調である。



2. 高齢化と認知症問題の現状

次に、調査地域の人口高齢化と認知症問題に簡単に触れる。深刻な高齢化が進んでいる中国のなかでも、上海市の高齢化問題は際立っている。上海市民政局が公表した「上海市高齢者人口統計データ」(2016)によって、国の水準より21年も早く、1979年に高齢社会に入った上海市は、2015年12月31日現在60歳以上の高齢者が435.95万人に達し、当市の総人口1442.97万人の30%超の「超高齢」超大都市であることがわかった。また、上海市老齡科学研究センターの推算(2016)により、認知症高齢者数が当市総人口数、総高齢者数それぞれの7%、21%を占めていることが明らかになっている。さらに、『上海社会発展報告書』(2017)によると、上海戸籍のある高齢者のなかで、要支援・要介護高齢者が高齢者総数の6.7%を占めており、そのうち認知症高齢者が17万人もいる。

こうした深刻な状況のもとで、上海市において、認知症になったとしても家族介護を受けながら自宅で生活している高齢者は多数である(方、2015)。上海医学会神経内科学会で公表された統計データ(2014)によると、2014年現在医療・介護施設で生活している認知症高齢者は5215名であり、老人ホームで暮らしている認知症高齢者は4757名という。汪

(2014)の調査も同じ結果を示し、上海市において施設で生活している認知症高齢者はわずか8%を占めているにすぎず、しかも殆どは入所後何らかの理由で認知症になった高齢者である。

西安市の場合には、高齢者数が総人口数に占める割合が全国の副省級市(合計15市)にあつては、5位に至ったことが明らかになっている(第6回人口国勢調査、2010)³³。また、2016年に公表された『陝西省高齢者人口と高齢者事業発展状況レポート』によって、2016年末現在、陝西省内常住高齢者が619.17万人、総人口の16.24%を占めるということが分かった。そのうち、86.2%の高齢者が慢性病を罹患し、要支援高齢者、また要介護高齢者はそれぞれ高齢者総人口の12.3%、8.9%を占めていた。いずれの公的データも陝西省の認知症高齢者数を明らかにしていないが、屈秋民ら(2001)は西安市内中心の区3つと、郊外の県3つをランダムに抽出し、合計4850名の55歳以上の人を対象とするインタビュー調査と訪問調査を行った結果、西安市の認知症問題がかなり深刻な状況であることが認められた(表3-2、3-3)。

表3-2 西安市における各年齢層の認知症発症率

年齢 (歳)	対象者数 (例)	認知症者数(例 ; %)					
		AD	比率	VD	比率	その他	比率
55～	1063	0	0	3	0.28	3	0.28
60～	1159	1	0.09	7	0.60	1	0.09
65～	988	4	0.40	13	1.32	2	0.20
70～	792	18	2.27	12	1.52	7	0.88
75～	534	25	4.68	15	2.81	2	0.37
80～	235	35	14.89	4	1.70	0	0
85～	79	17	21.25	0	0	2	2.53
合計	4850	100	2.06	54	1.11	17	0.35

出所：屈秋民ら(2001)「西安地区中老年人的地方患病率調査」『中華老年医学雑誌』,20(4)：283-286

注：「AD」はアルツハイマー認知症を指す。また、「VD」は脳血管性認知症を指す。「その他」はレビー小体認知症や前頭側頭型認知症などを統合的に指す。

表 3-3 西安市における男女の認知症発症率

性別	対象者数 (例)	認知症者数(例；%)					
		AD	比率	VD	比率	その他	比率
男性	2040	26	1.27	27	1.32	10	0.49
女性	2810	74	2.63	27	0.96	7	0.25
合計	4850	100	2.06	54	1.11	17	0.35

出所：同表 3-2

一方、なぜ新疆のなかで伊寧市を選んだかという点、この都市は高齢化の進行にともない、認知症問題も顕在化しているからである。伊寧市民政局が公表したデータによって、2015年現在、全市総人口は54.75万人であり、そのうち高齢者数は6.04万人、高齢化率は11%を超える高齢社会になった民族都市である³⁴。孟新鈴ら(2014)の調査結果によって、伊寧市において、民族を問わず、80歳以上の高齢者のAD発症率は30.28%ということを示されている(表 3-4)。

表 3-4 伊寧市における認知症問題の現状

項目		漢族	カザフ族
対象者数(例)		3633	
年齢(歳)		≥55	
追跡時間(年)		2	
診断基準		DSMIV ; NINCDS-ADRDA ^{注1}	
ADの発症率 (%)	男	2.62%	4.34%
	女	6.02%	7.32%
VDの発症率(%) ^{注2}		1.95%	2.69%

出所：孟新鈴ら(2014)、「新疆ウイグル自治区におけるカザフ族高齢者痴呆患病率調査」により筆者作成
 注1：「NINCDS-ADRDA」とは The National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke AD and Related Disorders Association 研究班の判断基準である。
 注2：VDの発症率が男女別となっていない。

第2節 事例分析

1. 調査対象の選定

本来、中国において、家族イコール介護者という一般的な社会的認識があるため、調査対象者としての家族介護者の選定は困難ではないと思われている。しかし、高齢化現状、福祉サービスの政策と提供方式、地方自治体の取り組みなどに差異がある中国では、地域によって、認知症に対する社会的関心、また社会的認知度がかなり違っている。また、現時点では認知症を患ったのは恥であるという考え方がまだ強く存在し、そのことを家族以外の人に知られたくない家族介護者が多い。したがって、調査対象の家族介護者にアクセスすることは非常に難しいのである。とりわけ、本論文の調査は経済発展段階と社会的文化の異なる3つの地域で実施されるため、調査対象者の選定は一層困難であった。

そのため、本論文の調査対象者の選定は、同一の方法ではなく、調査地域によって、調査対象者の抽出方法が異なっている。さて、その具体的な抽出方法は地域別に述べる。まず介護保険制度が全面的に実施されている上海市の場合は、上海市民政局を通して、「浦東新区ソーシャルワーカーセンター」と「尽美長者」の協力を得た。主に「尽美長者」の支援活動に参加している家族介護者のなかで、ランダムに抽出された家族介護者を対象にインタビュー調査を行った。

一方、西安市の調査対象者の選定は、西安交通大学附属第一医院に勤めている医師の紹介によって、当病院に通っている認知症高齢者の家族介護者、またその病院と連携している西安市紅会病院、西安市武警病院に通った認知症高齢者の家族介護者を対象にインタビュー調査を行った。

最後に、伊寧市の状況を説明する。農四師衛生局の担当者を通して、伊寧市では老年科が設置されている病院、農四師附属病院、伊寧市人民病院と伊寧市中医病院の協力を得た。各病院でランダムに抽出された認知症高齢者の家族介護者を対象にインタビュー調査を行った。

2. 調査期間

2017年8月～12月の間に、上海市、西安市と伊寧市では、それぞれインタビュー調査を行った。また、上海市における認知症高齢者と家族介護者を支援する取り組みを把握するために、2018年2月と2018年4月、上海市での現地調査を2回実施した。

3. 倫理的配慮

佛教大学倫理審査委員会の承認を得たうえで調査を行った（番号 H29-11）。また、本研究に参加する自由意思、個人情報の保護、データの目的外不使用について口頭で説明し、調査対象の同意を得られたものと判断した。

4. 分析方法

事例の提示にあたっては、調査対象のプライバシーを保護するために、氏名・所属・家族構成員などは、分析に支障をきたさない範囲で省略または縮略する。各事例は、共通の枠組みで分析し、事例ごとに考察を行う。

事例の分析枠組みは、下記の「a～h」の順で整理する。そのうち、認知症高齢者の ADL はカツインデックス（katz index）の標準³⁵を評価するツールとして使われるほか、「意思の疎通」と「社会的交流」という 2 つの項目を含めて検討する。

- a. 認知症高齢者の基本属性
- b. 家族介護者の基本属性
- c. 家族構成と介護実態
- d. 診断の経緯
- e. 認知症高齢者の ADL
- f. サービスの利用状況
- g. 介護負担の自己認識
- h. 考察

5. 事例分析

考察の便宜上、調査事例が地域別に提示されている。事例 1～事例 3 は西安市の調査例であり、事例 4～事例 6 と事例 7～事例 9 は、それぞれ伊寧市と上海市の調査例である。以下、調査を得た 9 つの事例の詳細を述べる。

事例 1 離婚した 60 代の娘が実母を介護しているケース

- a. 認知症高齢者の基本属性

氏名：W・L 性別：女 民族：漢族 教育レベル：小学校未卒

宗教：なし 年齢：84歳(2015年12月20日に自宅で死亡) 職業：無職
保険の有無：年金なし、新型農村合作医療保険あり(以下「新農合医療保険」)。
認知症の種類：不明。

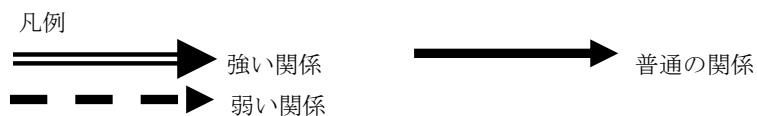
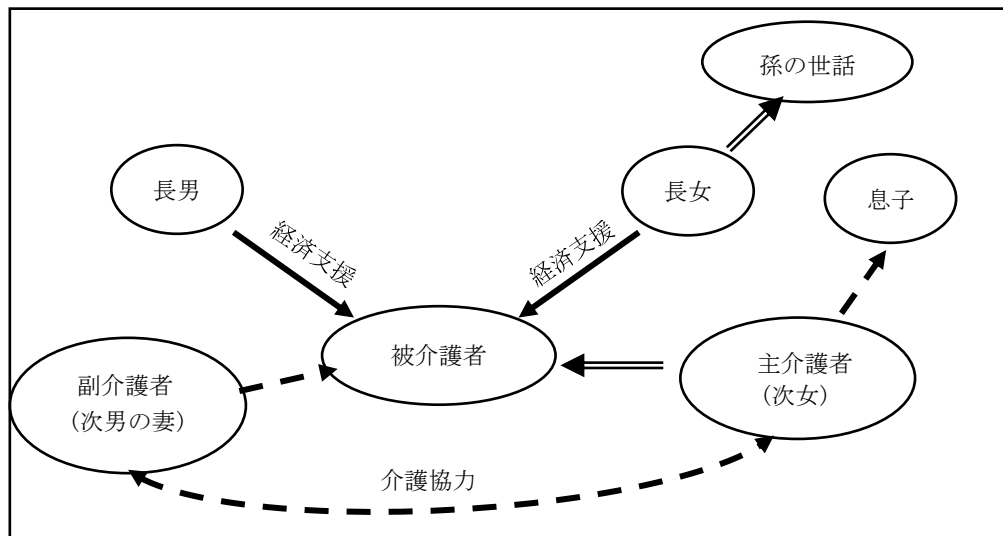
b. 家族介護者の基本属性

氏名：L・MY 性別：女 民族：漢族 教育レベル：高卒
宗教：なし 年齢：60歳 続柄：次女 職業：国有企業従業員(定年)
保険の有無：都市従業者年金と医療保険あり。
介護者本人の健康状況は普通であり、高血圧と尋常性白斑がある。
副介護者は弟嫁である。

c. 家族構成と介護実態

被介護者は4人の子女がいる。長男と次男はそれぞれ会社の経営、農業に従事している。長女と次女はともに定年に達しているが、長女は孫の世話に縛られている。主介護者である次女は離婚し、自立した息子1人と別居している。年金と家賃の収入(合計5万元、約90万円弱)でゆとりのある生活をしている。

長男と長女が被介護者の生活・介護費用を負担するかわりに、次男と次女は認知症介護を担うことになった。



d. 診断の経緯

2010年1月より被介護者の物忘れが始まったが、加齢によるものと想定されたため、当時同居していた次男夫婦ともに気にしなかった。その後、症状が一気に深刻化し、物取られ妄想、暴行・暴言とあいまって、徘徊も2回あった。2010年7月ごろ、西安市紅会病院で認知症と診断されたが、認知症の種類と介護方法について、詳しい説明は一言もなかった。イタリアからの輸入薬を使い、2ヶ月間の治療を受けたが、改善の兆しがあり見られずに、そのまま退院して最期まで自宅で生活していた。

e. 認知症高齢者のADL

(1) 食事・服薬：食事は介助なし。認知症と診断される前に、心臓病があり、体調が悪くなり、3種類の薬を飲んでいて驚いたことに、認知症状が出て以来、心臓の病気が奇跡的に消え、体の具合が悪いと言ったことは一度もない。

(2) 排泄・トイレ：診断された3年目から失禁となった。

(3) 移乗：介助なし。

(4) 更衣・整容：時間の余裕を持たせれば1人で着替えられる。ただし、服装のコーディネートが悪い。洗顔や歯磨きは問題なし。

(5) 入浴：風呂に入る生活習慣はない。認知症になって後、春夏は週2、3回、秋冬は週1回の頻度でシャワーを浴びていた。シャワーは要介助である。

(6) 意思の疎通：時間や曜日等見当識障害が目立った。また、罹患して以来、性格がきつくなり、よく暴言を吐いた。ただし、親しいと思われる人に暴言ではなく、介護者の文句をこぼすことが多かった。

(7) 社会的交流：かつて農村生産大隊婦女隊長³⁶を務めた被介護者は、人との付き合いが上手で、住んでいる地域ではよく知られる人間であった。しかし認知症になり、介護者と同居してからは身の回りに知り合いが少なく、社会的交流が殆どなかった。

f. サービスの利用状況

被介護者は最期まで月105元の「後期高齢者手当て」が支給されたが、それは認知症との関係は全くない。また、「どんな支援サービスを期待しているか」と聞かれた際に、介護者は以下のように応えた。

「痴呆³⁷を患って、支援とかあるの？補助金があるの？それ、聞いたこともない！そういえば、痴呆老人を受け入れる公立施設があるそうですが、でも入れないわ.....だって、公立は、そもそも入りにくいでしょう.....まあ、公立の環境もよくないし、うん.....別にいいか良くないか、どうせうちの状況は施設入所をしないだから.....そうでしょう、母にそんなところに通わせるわけにいかないわ。毎日、何をやってくれるのか分からないし、母が教えてくれるのは無理だし.....とにかく、母を施設に通わせることは、私は絶対しないからねえ.....うん、絶対。通わせたら、他人は私のこと、どう思うの。それは不孝だ！自分の母だから、私の介護以上、細かくて良い介護を行う人なんて、いないと思う。家族を一番大事にするのは家族しかいないもんです。

.....(中略)痴呆老人なら、体がひどくなる場合に、一時的な補助、また米、小麦粉、油などの生活用品がお祝い日、たとえば敬老の日とかねえ、もらえるかもしれないんですけど、どうせ限られてるんだらう。そのような補助が、長期的制度化したら、別の話しになるかもねえ、今のままなら、別に日常生活は何も変わらない。社区のほうはねえ、本当に私たちの問題をうえに伝えるべきだと思う。そうしてくれれば、生活は多少改善できるかもねえ。だって、庶民の私たちは力が弱いもんでしょ～～」

また、主介護者は民間企業・非営利組織による支援サービスに不信感を持っているため、「そのような支援サービス」の利用を控えている。

「民間企業による支援サービスって、民営施設ってこと？それなら、やめとくわ。だって、うちはそんなお金の余裕がないから。それに先言ったなんだっけ？非営利組織って、慈善組織ですか？それは信じられるのかな.....なんか、今の世の中、利益がなければ、慈善をする人がいるなんて、あまり信用できないじゃない？なんか、慈善と聞くと何らかの下心がありそうな気がしますねえ～まあ、とにかく私はそれを信じないから、利用したことはないわ。」

g. 介護負担の自己認識

主介護者は介護負担という言い方に対して拒否感を示した³⁸。認知症介護がもたらした圧力は認めたものの、決して負担とはいえないと主介護者は強調した。主介護者が指した「認知症介護がもたらした圧力」とは、時間的拘束と精神的負担である。

調査中、主介護者は自分の時間があまりないと繰り返し述べた。徘徊、昼夜逆転、睡眠障害等のため、主介護者は認知症介護に縛られる状態に陥った。切れ目のない24時間の介護で、「何もできない、買い物の時間すらないもんねえ〜」「どこか行きたくても、何かやりたくても、母を連れて行くことを思ったとたん、やっぱりやめたほうがいいわ。なんでもややこしくなるから」と主介護者は話した。

それだけでなく、主介護者は副介護者である次男の妻との付き合いで生じた精神的ストレスがある。次男の妻に対し、不信感と少しの期待感の間によれる気持ちが介護者を苦しめ、精神的ストレスが高まった。

「殆どの介護は私がやったの。独身の私は、孫もいないし、時間がたっぷりなので、母の介護を担うこと、私は異議がないけど……一応、弟の嫁が協力してくれることを前提としてねえ〜でも、彼女は弟の仕事を手伝いにいくことが非常に多いから、母の介護は、あんまり参加しない。まあ、別に協力なんて、私は大きく期待していなかったの。正直いうと、母の介護を本当にその人に任せると、ちょっと心配ですねえ(苦笑)〜実母ではないので、私と同じように母を介護してくれるとは考えられない。どうせ、適当にやるでしょう。でも、彼女に手伝ってほしい瞬間がたまにあったなあ〜〜だって、私もやりたいことがあるじゃん(嘆き)……一服したいのよ、本当に……(略)」

こうした認知症介護にあまり参加していなかった弟嫁に、介護者が不満を表明したことはない。なぜなら、この家庭において、兄弟姉妹間の関係は微妙だからである。4人兄弟のうち、3人はそれぞれの理由で(長女：結婚；長男：専門学校に進学；次女：父の跡継ぎ)農村から西安市内に移住するようになったのに対し、次男だけは農村に残された。彼は長年にわたって努力し、ついに西安市内に移住することにしたが、長い農村生活で生じた劣等感のもとで、他の兄弟とは微妙な距離感を持っている。その親族ギャップを深め

ないように、主介護者は母の認知症介護にほとんど携わっていない弟嫁に文句を言わないままであった。

最後に、肯定的な介護評価について、「自宅で死にたい」という被介護者の希望を叶えるために、主介護者はいくら困難があっても、母を介護してあげるという覚悟をしていた。それは単なる被介護者のためではなく、「自分のため」にもなる。被介護者が亡くなった後、その認知症介護を思い出すと、「母に対しても自分に対しても、心にやましいところがないように最期まで頑張ってきた」と主介護者は語った。

h. 考察

この事例は多子女家庭のなかで、離婚した60代の介護者が実母の認知症介護を担うケースである。単身である主介護者は、経済上の支障も時間上の支障もないため、被介護者の認知症介護を担うのは自分しかいないと主介護者は判断し、それは他の兄弟にも認められた。

肉体的負担及び経済的負担は訴えられなかったが、精神的負担と時間的拘束が繰り返し言及された。特に、昔から潜在していた家族内での葛藤のため、主介護者にとって、副介護者である弟嫁との付き合いが非常に精神的負担になった。

また、サービス利用の受容度に対し、公的サービスへの偏った認識、そして非営利組織への偏見が見られた。公的サービスの場合に、主介護者は補助金と施設入所だけに言及した。一方、非営利組織に対する不信感を持っていたため、主介護者は利用したことがないと表明した。

事例2 母の介護で追い詰められている1人っ子家庭の娘が限界に達したケース

a. 認知症高齢者の基本属性

氏名：Z・M 性別：女 民族：漢族 教育レベル：高卒

宗教：仏教 年齢：64歳 職業：国有企業従業員(定年)

保険の有無：都市従業者年金と医療保険あり。

認知症の種類：アルツハイマー認知症。

b. 家族介護者の基本属性

氏名：G・HY(主介護者) 性別：女 民族：漢族 教育レベル：医療系専門学校卒

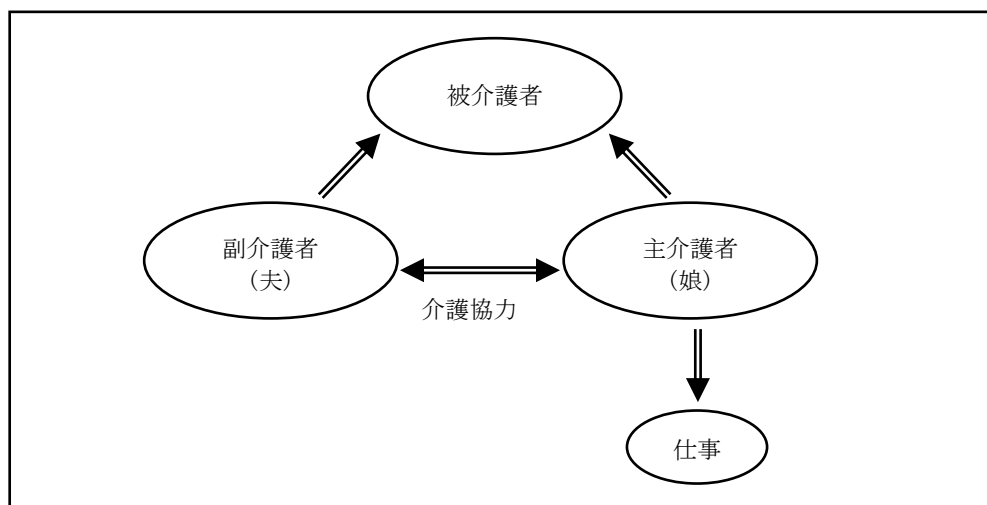
宗教：なし 年齢：37歳 続柄：娘 職業：公立病院の認定看護師管理員
保険の有無：事業単位³⁹年金保険と医療保険に加入。

氏名：G・CL(副介護者) 性別：男 民族：漢族 教育レベル：中卒
宗教：なし 年齢：64歳 続柄：夫 職業：自営業
保険の有無：都市住民年金と医療保険あり。
副介護者は高血圧と糖尿病がある。

c. 家族構成と介護実態

被介護者は夫と独身である主介護者と同居している。3人はそれぞれの収入(副介護者—自営業の収入；被介護者—年金；主介護者—給料)で自らの生活を支えている。

主、副介護者は交代し、認知症介護を続けている。



凡例 同事例 1

d. 診断の経緯

被介護者が定年後、よくぼんやりしていたが、家族全員が認知症を疑ったことはなかった。その後、物忘れや幻視等症状が相次いで現れ、2013年8月に西安市第一病院で統合失調症と診断され、直ちに入院することになった。2週間の治療を経て、被介護者は自宅に戻った。同年末ごろ、深刻な被害妄想のため西安交通大学附属第一病院で受診し、認知症と診断された。

e. 認知症高齢者の ADL

- (1) 食事・服薬：食事は介助なし。月 1 回で通院し、精神病薬を飲んでいる。
- (2) 排泄・トイレ：介助なし。弄尿、弄便なし。
- (3) 移乗：介助なし。
- (4) 更衣・整容：着替えは介助なし。清潔感は維持できるが、コーディネートが悪い。
- (5) 入浴：風呂に入る習慣はない。季節を問わず、1 日おきにシャワーを浴びている。
介助なし。

(6) 意思の疎通：午前中、認知症状が比較的軽い。午後や夜に入ると、時間や曜日等見当識障害と幻視が現れ、特に「自分しか見えないもの」を強く信じている。また、夜になると、被害妄想がひどくなる。

(7) 社会的交流：もともと人との付き合いが苦手であった。定年後、閉じこもり状態に陥り、友人や近隣との接触は非常に少なくなった。

f. サービスの利用状況

自宅の状況で、主介護者は地域の職員と相談したことがあるか、何も役に立たなかったという。そのため、職場の同僚に助けを求めた。その結果、医療保険や公的補助制度に詳しい同僚の協力を通し、2015 年 7 月に被介護者が「慢性病に関する長期医療保険給付」(以下、「慢性病給付」とする)の対象者と認定され、年間 6500 元の公的補助金を手に入れることになっている。しかも、「今後、そのような経済援助をさらに提供してほしい」と主介護者は表明した。なぜなら、「形として、金銭的補助が一番確実だ」と思っているからである。

一方、民間企業・非営利組織による支援サービスを一切利用していない。主介護者は自らの介護が最もいいと思っているため、能力のある限り、被介護者を施設に入所させないと繰り返し言った。「もし、仕方がなく、施設入所することになっても、豪華な民間施設がうちは負担できないから、それは利用できない」と主介護者は述べた。一方、非営利組織に支援サービスに対し、強い不信感のため、主介護者は「そのようなサービスを利用したくない」と明言した。

「非営利組織のサービスって、いい面があるかもしれないけど、私が知っている限り、非営利組織の暗いニュースばかりだなあ……ねえ、あの赤十字社のスキャンダル、知っているでしょう。あれって、知らない人はいないはずと思う。だから、そのような支援サービスを利用したくない……やっぱりそれより、政府のサービスのほうがいいだろう。政府のサービスと聞くと、ひとまず安心、何となく信頼できる気がしますねえ……もちろん疲れた時には、政府でも、民間企業でも、非営利組織でも、何でもいから、とにかくだれか協力してくれればいいと思うときはあるんだけど……（省略）」

g. 介護負担の自己認識

この事例の場合は、主・副介護者は事例1の介護者と同じ、介護負担という言い方を強く拒否した。

「家族だから、負担なんて言わないでください。家族というのは運命共同体だと思う。30代なのに、そんな考え方を持っている私は、古い人と思われるかも知れないんですけど、でも私は気にしない。だって、本当にそう思っているから……家族になった縁を大切にしたいんです。以前はそうだったんですけど、これからもお互いに支えあっていこう……(中略)

私にとって、母はどれだけ重要なのか、さらに分かるようになってきたの。子供の頃に、父は仕事仕事って、あっちこっちに転転して、私と一緒にいる時間が少なかった(嘆き)。その時から、ずっと母は私のそばにいてくれて、その愛情に感謝しているんです……現在、母は年をとって、さらに病気になって、母を介護するのは私の責任です。誰にも転嫁できない、転嫁したくない責任です。私たちは家族だから、いくら困難があっても、乗り越えるように一緒に頑張っていきたいの……」

しかし、介護負担その言い方に抵抗したとしても、認知症介護が生活に及ぼす影響は否認できない⁴⁰。まず、被介護者の医療費は大きな経済的問題となっている。現在、公的補助を受けているものの、月1回の通院や、薬代と比べて、年間6500円の金額は焼け石に

水である。さらに、その経済的問題より、主介護者は身体的苦勞、かつ精神的プレッシャーを背負っている。

「介護責任を高血圧と糖尿病を患っている父に押し付ければ、介護の協力どころか、彼自身が被介護状態に陥る可能性が高い」ため、主介護者はなるべく副介護者に頼らないように頑張っている。その結果、主介護者の健康状態は悪くなりつつあり、脳貧血で意識を失ったこともある。また、介護の質を向上できないことは主介護者の精神的プレッシャーになった。彼女は適切な在宅介護によって、認知症症状が緩和できることが分かっているにもかかわらず、介護と仕事を両立させているため、そのような適切な在宅介護を提供できず、かえって被介護者に服薬させたり、通院させたりしている。その点について、介護者はいつも自分を責めている。

「うちの病院のお医者さんに何度も言われたの。よい介護を行えば、認知症状が緩和できるって……いいアドバイスだけど、でもその人たち(医者)は、当事者ではないから、簡単に言うのねえ(苦笑)~~介護と仕事の両立は、無理だわ……せめて、今のところは本当に無理だ(嘆き)……(中略)

私にとっては、生活があるんでしょう？生活って、お金のことを考えないといけないんです、現実残酷だ……そういえば、最近、母の被害妄想がひどくなってきた。見守りのために、一晩寝られないこともよくあるし、ちょっと怒りぼつくなったわ私、最近ねえ~仕事にもなかなか集中できないの……誰か理解してくれる？普通なら、あまり理解できないと思うけど。この介護に携わらないと、私の苦しみを理解できないもん。介護しようとしてもできない、やさしく対応しようとしてもできない、それだけは苦しい、本当に……(泣きそう、インタビューが中断)」

また、結婚の念願が叶うか、ということは主介護者のもう1つ精神的プレッシャーになっている。主介護者は結婚したくないわけではないが、「自分がそんなに優れた人間ではないですし、さらに母はちょっと変な状況になってしまったので、自分を拾ってくれる人はいないはず」、自分と結婚することはイコール相手の足を引っ張ることと主介護者は思い込んでいる。

以上の身体的苦勞と精神的プレッシャーだけでなく、認知症介護は主介護者の交友関係にも影響を及ぼした。30代である主介護者は友人との連絡を、主にスマホを通してやり取りをしているため、認知症介護が交友関係等に時間的制限をもたらす影響は小さいと考えていた。しかし、SNSメッセージを交換する際、「自分が携わっている認知症介護はメッセージのなかで避けられない内容」になりがちである。見苦しいところを他人に見せたくないため、プライドの高い主介護者は友人との連絡を自制している。

にもかかわらず、被介護者の認知症介護は、悪いことばかりではないと主介護者は指摘した。「すればするほど、母への愛情が深まってきたと同時に、自分も一人前になった」という。

h. 考察

この事例の主介護者は1人っ子政策のもとで生まれた最初の世代である。事例1と比べ、主介護者は兄弟姉妹がいなく、しかも副介護者である父親自身が不安定な収入かつ病気のため、主介護者の経済的負担と肉体的負担がさらに重くなってきた。また、主介護者は介護の質の向上、介護と仕事の両立、交友関係、介護独身等について困惑している。

つらい現実には陥っているにもかかわらず、「母を介護するのは自分の責任であり、身内のことを簡単に社会に転嫁する人間になりたくない」と思うため、主介護者は「なるべく施設入所を避けたい」と表明した。民間企業・非営利組織への強い不信感に加え、「政府からの経済的援助」を最も求めている。一方、介護しているうちに、自分が一人前になったというような自己成長感を獲得した。

事例3 多子女家庭で唯一の娘に任せたケース

a. 認知症高齢者の基本属性

氏名：H・G 性別：女 民族：漢族 教育レベル：小学校未卒
宗教：なし 年齢：82歳(2017年1月13日に病院で死亡) 職業：無職
保険の有無：年金なし、都市住民医療保険あり。
認知症の類型：不明。脳の萎縮が誘発した認知症(主治医談)。

b. 家族介護者の基本属性

氏名：W・MY(主介護者) 性別：女 民族：漢族 教育レベル：大卒

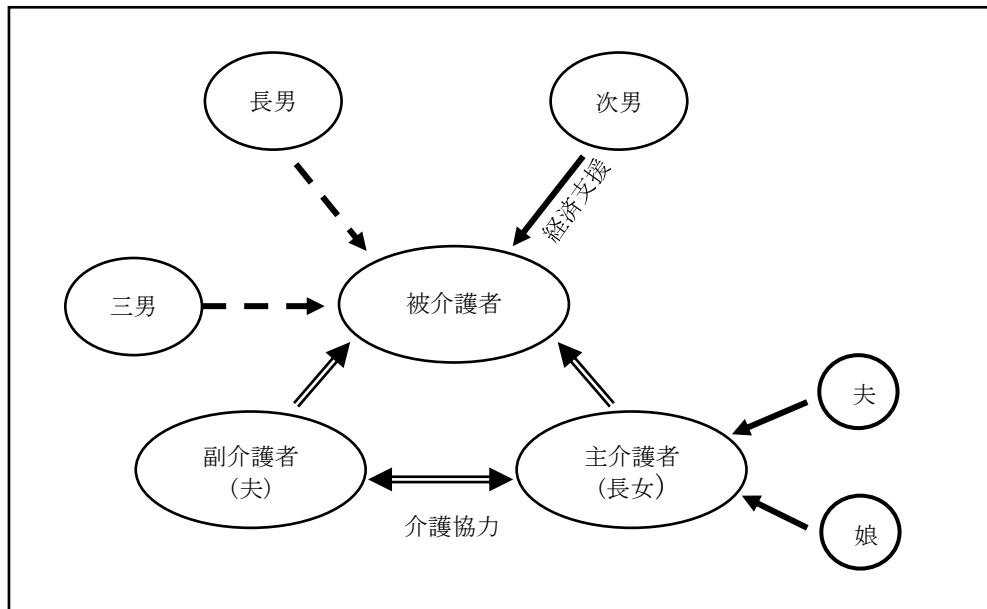
宗教：なし 年齢：48歳 続柄：長女 職業：公立大学の事務職員
保険の有無：事業単位年金と医療保険に加入。

氏名：W・JS(副介護者) 性別：男 民族：漢族 教育レベル：大卒
宗教：なし 年齢：84歳 続柄：夫 職業：公立大学の教員(定年)
保険の有無：事業単位年金と医療保険あり。
副介護者の健康状況は普通であるが、心臓病がある。

c. 家族構成と介護実態

被介護者は4人の子女がいる。長男と三男は正社員であり、次男は小さな会社を営んでいる。長女は大学に務めており、夫と大学に通っている娘と同居している。

長男と三男は経済的に、また時間の余裕がないため、介護責任をおっていない。次男は介護費用(介護ベッドなど)を負担し、近くに住んでいる長女は認知症介護を担うことになった。



凡例 同事例1

d. 診断の経緯

2008年より、被介護者は塩と砂糖、また洗剤と水のとり違いが多くなったが、加齢による物忘れと思われたため、受診したことは一度もない。その後、幻視、物取られ妄想が相次いで発見され、2009年4月に西安市武警病院で認知症と診断された。

e. 認知症高齢者のADL

(1) 食事・服薬：認知症になった当初、食事を拒否したことがある。寝たきり状態になって以来、誤嚥を防ぐために、食事は刻み食、またとろとろ食に変わった。さらに嚥下困難が現れ、経管栄養を行ったことがある。3回の入院を除き、日常生活中は服薬なし。

(2) 排泄・トイレ：最初は時間を持たせれば1人でトイレに行けた。行動が鈍くなるとともに、見当識障害が現われ、場所を選ばずに大小便することが多くなった。その後、一日中紙おむつを使うことになった。ただし、高齢の副介護者が体力不足で、主介護者の協力がない限りに、おむつ交換が頻繁に行われなかった。そのため、被介護者は肛門周囲膿瘍や褥瘡がよく出た。

(3) 移乗：認知症になって5年目から寝たきりになり、完全ベッド生活が始まった。

(4) 更衣・整容：主介護者は毎日洗顔、体拭き、おしりシャワー、足洗いをそれぞれ2回行っていた。また、食事後の口拭きや着替えは副介護者の担当である。主介護者は月1回散髪をした。

(5) 入浴：寝たきりになる前に、不定期にシャワーをしていた。寝たきりになって以降、体拭きを毎日していた。また、季節を問わず、主介護者と副介護者の全面介助を通し、風呂は週1回であった。

(6) 意思の疎通：家族の思いを失い、意識がはっきりしない時が多かった。症状がひどくなった末に、言葉も出なかった。そのため、主介護者と被介護者とのコミュニケーションは疑問文で行われていた。主介護者は聞き、被介護者は頭をうなずく、あるいは頭を横に振る返事をした。

(7) 社会的交流：数十年前に副介護者の転勤のため、専業主婦であった被介護者は農村地域から都市部に引っ越した。しかし、教育レベル等の理由で、被介護者は生活団地の近隣、特に女性たちから孤立し、友人がいない状態が長年にわたって続いた。

f. サービスの利用状況

娘である自分の介護が絶対一番いいと信じている主介護者は施設入所を積極的に求めたことがない。「痴呆老人向けの支援はあまりない」という厳しい状況を改善するために、手当て等を提供すべきではないかと主介護者は指摘した。確かに、自分は経済的問題がないが、多少なりとも金銭的補助がもらえれば、それは社区が痴呆老人のことを配慮している証になると主介護者は考えた。また、社区や街道が痴呆老人を抱える家族向けの介護者教室を開設すべきと主介護者は提言した。その理由は、主介護者は以下のように述べた。

「私が生きている限り、母を介護したい。母を介護する責任は他の人に譲らない。だって譲ったら、こっちは安心できないもんねえ～～自分の母だから、だれよりも細かいところまで介護してあげられる自信があるの……痴呆老人の介護って、それ、何なんだろう。最初は、本当に何も分からないまま始めたの。それだけつらい、とてもつらかった(泣きそうな声)……実際に私は一度、大学の社区を訪ねたことがあるんですけど、介護者教室なんて、聞いたこともないと言われて、そのまま帰ってきちゃったんだ。現在、持っている心得は全て、自分が積み重ねてきた経験だけど、試行錯誤というか、石橋を叩いて渡るとするか、その経過を思い出すと、本当につらかったの。とくに、母が寝たきりになって以降、褥瘡を防ぐために、苦労した(泣きそうな声、インタビュー中断)……痴呆老人の介護のコツ、誰かに教えてもらえればよかったのに、回り道を避けることで私が救われたのに…… (省略)」

一方、民間企業・非営利組織が提供する支援サービスに対し、主介護者は「利用したことはないが、利用する気持ちもなかった」と述べた。なぜなら、金儲けを目的とする民間企業が提供するサービスは、愛情いっぱいの家族による介護と比べものにならないからであるという。また、もともと非営利組織に対して悪いイメージを持っており、特に「慈善のスローガンを掲げながら、裏で金を横領したり、愛人を作ったりする赤十字社のスキャンダルが流出した」後、非営利組織への不信感が一層強くなり、「あんなような組織が行う支援サービスを利用するわけではない」と主介護者は強く主張した。

g. 介護負担の自己認識

「痴呆老人の介護が生活に支障を来たすこと」は認めしたが、介護者は介護負担という言い方に猛反対した⁴¹。

「あ、そうだ、先何が言った？負担ですよねぇ、別に負担なんてないよ。身体的疲れ、あるいは圧力があるのは事実ですが、決して負担とはいえない。その言い方をやめてくれないかな～～私の母だよ、自分の母なので、別に痴呆でも、どんな介護でも、それは娘としての責任だよ。なんか負担って、あまりよくなさそうに聞こえるんですよ～他人が聞くと、それは私が不本意だと聞こえるじゃない？でも、不本意って、事実じゃないんだよ……」

また、介護負担について、本事例の介護負担は比較的軽いと思われる。副介護者の年金と次男の経済援助によって、経済的負担には問題は見られず、主・副介護者とも精神的負担と社交関係に及ぼす影響を言及しなかった。一方、時間的縛りについて訴えた。大学に勤めている主介護者は、休暇時間の余裕や時間割りの柔軟性があるにもかかわらず、大学入試に向けた娘の世話を追われ、2016年は時間的縛りを強く感じた1年であったという。副介護者も時間的縛りを強く感じていた。なぜなら、徘徊防止のために、副介護者は唯一の趣味である読書をやめてしまったからである。

それだけでなく、主・副介護者ともに被介護者が寝たきりになった2014年から、「おむつ交換や体拭き等体力を使うことが増えた」ため、身体的疲れが一層重く感じられたと主介護者は語った。しかし、介護しているうちに感動した瞬間もあった。娘である自分の名前さえはっきり分からない状態にもかかわらず、「自分への感謝のまなざし」や「自分の呼び声に反応した」ことが主介護者を感動させたからであるという。そのような反応は「自分のことをすっかり忘れていないが、自分の介護は無駄ではない証になる」からと主介護者は述べた。

h. 考察

昔の中国では、高齢者の介護が嫁、特に長男の嫁に任せられる習慣があった。現在はそれと違い、多子女家族における高齢者の介護を娘に任せるケースが多い。その理由は、嫁より娘と意見交換がしやすく、家族トラブルが避けられるからである。

この事例は唯一の娘に任せるケースである。被介護者が認知症と診断された後、心臓病のある副介護者は4人の子女を呼び集め、家族会議を行った。ヘルパーを雇う合意に達したが、丁寧さに欠ける介護のため、1週間後にはそのヘルパーは解雇された。その後、時間および経済的余裕がある長女は、認知症介護を「長女としての責任」として積極的に引き受けた。

もちろん、認知症介護で生じた身体的疲れと時間的縛りはあったが、感動させられる瞬間もあったため、「在宅介護を後悔していない」と主介護者は述べた。ただし、「在宅介護を続ける意欲を維持するために、経済的補助と介護者教室の開設に力を注ぐべきではないか」と提言した。

事例4 介護を一から学んだ夫が妻を支えているケース

a. 認知症高齢者の基本属性

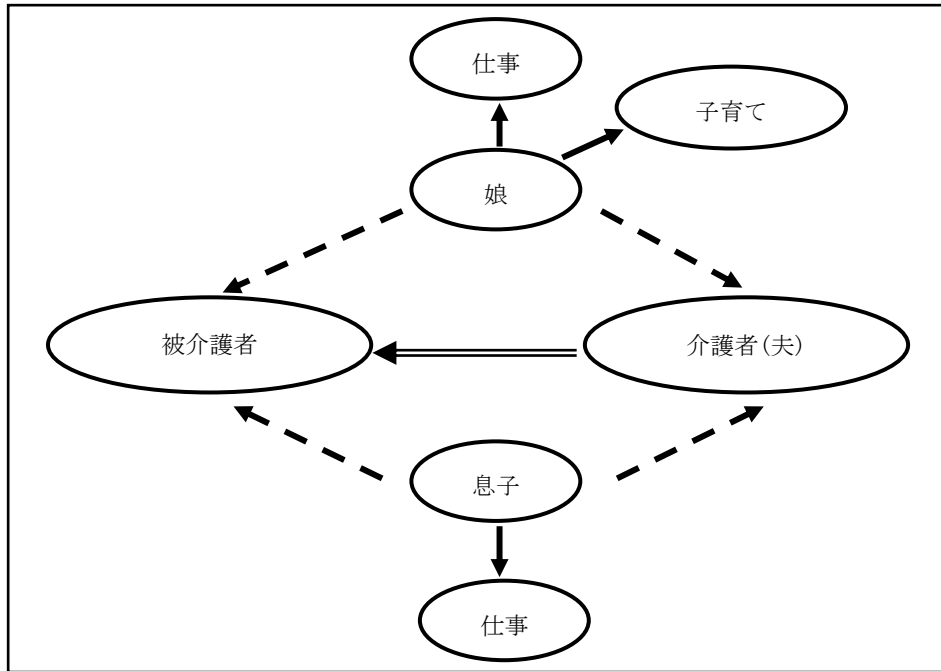
氏名：H・X 性別：女 民族：漢族 教育レベル：専門学校卒
宗教：なし 年齢：65歳 職業：農四師七十一団⁴²に付属する病院看護師(定年)
保険の有無：新疆建設兵団年金と医療保険あり⁴³。
認知症の種類：不明。

b. 家族介護者の基本属性

氏名：G・JX 性別：男 民族：漢族 教育レベル：大卒
宗教：なし 年齢：65歳 続柄：夫 職業：農四師七十一団の副団長(定年)
保険の有無：新疆建設兵団年金と医療保険あり。

c. 家族構成と介護実態

被介護者夫婦は伊寧市で暮らしている。既婚の娘(36歳)と独身の息子(32歳)はそれぞれ北京とウルムチで生活している。認知症介護は、被介護者の夫だけ携わっている。



凡例 同事例 1

d. 診断の経緯

最初は軽い物忘れ、特に直近の出来事を忘れがちであり、忘れっぽくなってきた、やっぱり年をとったと被介護者本人も介護者も考えた。徐々に人違いをしたり、長年付き合っている友人の名前さえ忘れてたりすることが多くなったため、2013年4月に新疆建設兵団農四師付属病院で精密検査を受け、認知症と診断された。

ただし、診断結果の伝え方について、介護者は今でも納得していない。主治医は被介護者夫婦の知り合いであるため、何も隠さずに「痴呆だ」と伝えた。一刻も早く真の病状を伝えたい気持ちはわかるが、「当初、随分ショックを受けた」、「少し婉曲的に伝えてもよかったのに」と介護者は話した。

e. 認知症高齢者の ADL

(1) 食事・服薬：食事は介助なしであるが、所要時間が徐々に長くなった。診断された当初は、精神科医が薬を出したが、現在薬は服用していない。

(2) 排泄・トイレ：大便の不始末のため、たまに介助が必要になる。失禁症状がないにもかかわらず、秋冬に入ると、紙おむつを着用させることが多い。

(3) 移乗：短時間の散歩は問題なし。

(4) 更衣・整容：歯磨きや洗顔などは介助なし。服装の季節感、清潔感を保つ。美容室で不定期に散髪をしている。

(5) 入浴：風呂に入る習慣はない。夏は毎日、春秋は週2回、冬は週1回の頻度でシャワー。

(6) 意思の疎通：物忘れが深刻化していくなか、夫や子供の名前さえ思い出せない。調査したところ、物取られ妄想が現れ、会話の即時反応が遅くなった。

(7) 社会的交流：被介護者はもともと活発な性格で、七十一団合唱団のエースとして七十一団のなかでよく知られている人物である。認知症初期は、基本的な交流に支障をきたさなかったが、火の不始末が出たり、お金の計算ができなくなったりしたことで、家事や買い物を中止させられた。その後、外部との交流は徐々に少なくなり、接触する人も減った。

f. サービスの利用状況

七十一団が運営するデイサービスにたまに通っている。そのほか、利用中のサービスは一切ない。自分の所在地伊寧市が発展の遅れた民族都市であるため、痴呆老人に関連するサービスがあまりないのではないかと介護者は思っている。そのため、「兵团所属の衛生局や病院は、痴呆老人に関わる専門講座を行うべきだ」と介護者は指摘した。

「新疆では、推進しにくい民間企業・非営利組織による支援サービス」に対し、介護者は曖昧な態度を示した。

「老人ホームなら、伊寧市にも少なくないかもしれないんですが、痴呆になって、受け入れるところはそんなに多くないと思う。そもそも、口里⁴⁴よりここの経済がそんなに発展していないので、月何千元も出して、老人ホームに住むのは多くの家庭にとっては経済的問題になりますねえ、きっと……

……(中略)。その非営利組織って、ご存知かどうか分からないんですが、新疆って、特別なところがいっぱいあります。たとえば、ここでは情報の取得は規制されていますから、非営利組織などの設立と発展は政府側からそんなに望ましくないと思われるのではないかな～～万一何が起こったら、大変ですからねえ……何よりも政治の安定が一番だ。」

g. 介護負担の自己認識

「介護の素人」である介護者は介護負担という言い方を認めていない。「妻を介護するのは私の責任です(むせぶ).....確かに、介護について、私は知らないことがいっぱいありますし、一から学ぶのも難しいけど、それは決して負担とはいえない」と介護者は述べた。定年後、ずっと自分をサポートしてくれた妻に恩返しをしようと思った介護者は、「痴呆と診断された以上、できるのはよい介護しかない」と決心した。被介護者が自分の介護にいささかの反応があった時にも、「なるほど、妻が私のことをちゃんと覚えている」と感動し、「やっぱり、それは家族による介護ならではのことだ」と介護者は認識した。

一方、認知症介護が生活に影響を及ぼした。安定な年金が確保できるため、経済的問題はないが、介護者は身体的疲れと精神的プレッシャーを訴えた⁴⁵。他都市で暮らしている子どもを期待できず、介護できるのは自分しかいないと介護者は十分認識している。また、ヘルパーを雇う経済的余裕があるにもかかわらず、水入らずの夫婦生活を維持したいという被介護者の念願を尊重するために、疲れている毎日であるが、1人で頑張っていきたいと介護者は話した。

しかし、その身体的疲れより、精神的プレッシャーはさらに重い。介護中、息抜きやガス抜きは非常に重要と思われるが、元管理職に至った介護者はプライドが高いため、子供を含む他人と相談事や悩みを共有したことがなく、精神的プレッシャーが溜まったままである。しかも、調査の直前に、「これから病気の進行にしたがって、暴行・暴言、物盗られ妄想が相次いで現れる恐れがある」と伝えられ、介護者は行く末の心配、未来への恐怖感が高まり、精神的プレッシャーが一層重くなってきた。

h. 考察

「空巣家庭」問題が深刻化していくなか、成年子女が仕事や育児等様々な理由で、離れている高齢者の介護が行われないことが少なくなっていくことは容易に想定できる。そのため、高齢者の介護問題がどのように解決すべきか、中国社会の中堅層、特に1人っ子政策のもとで生まれた世帯にとっては、直面しなければならない難問である。

この事例はまさに「空巣家庭」における高齢者の介護問題の縮図と思われる。被介護者が認知症と診断されたとしても、既婚の娘と独身の息子はそれぞれの理由で親元に戻れず、認知症介護の責任が同じ高齢者である被介護者の夫に任せられることになった。「妻に恩返し」を強く認識している介護者は「介護負担」という言い方を拒否している一方、「身

体的疲れ」をかなり訴えた。それより、認知症その病気への浅い認識による不安や恐怖感が介護者に「精神的プレッシャー」をかけた。また、男性介護者にとっては、介護に生じた特有な困難、たとえば認知症介護に生じた孤立問題も見られた。

事例5 ヘルパーの力を合わせて介護を続ける経済的に豊かな長女のケース

a. 認知症高齢者の基本属性

氏名：L・AL 性別：女 民族：漢族 教育レベル：小卒

宗教：なし 年齢：85歳 職業：無職

保険の有無：年金無し、新農合医療保険あり。

認知症の種類：不明。認知症種類について、何も聞かなかった。「その種類を知ったとしても、生活にも介護にも影響を及ぼさない」と介護者は思っている。

b. 家族介護者の基本属性

氏名：L・CM 性別：女 民族：漢族 教育レベル：専門学校卒

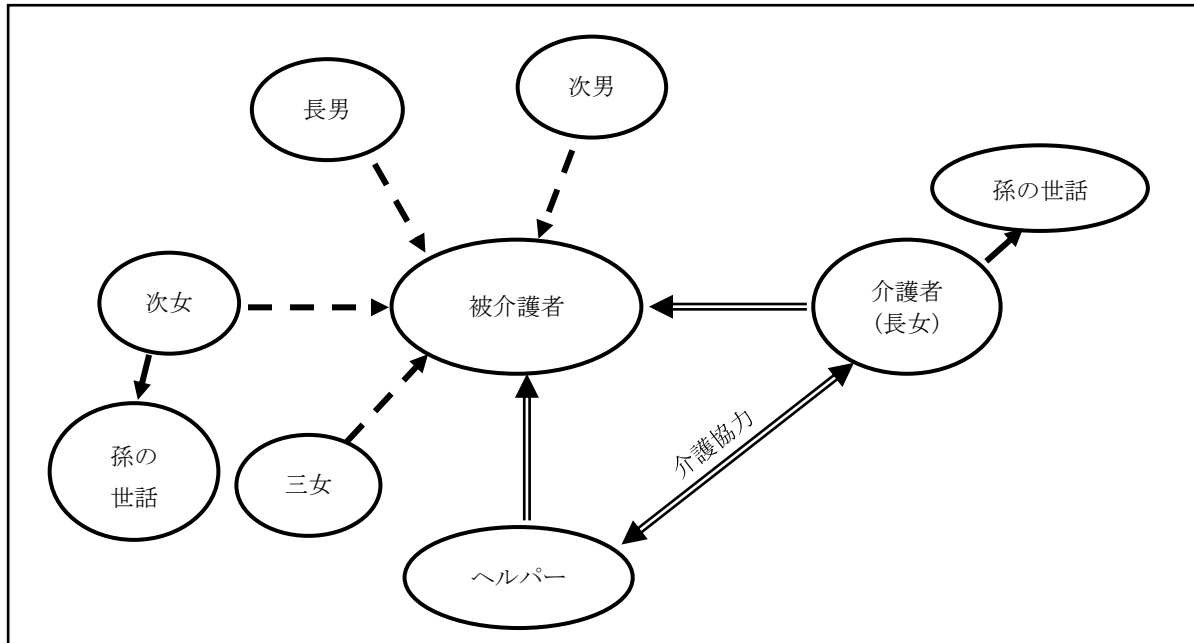
宗教：なし 年齢：62歳 続柄：長女 職業：無職(元地方公務員、離職)

保険の有無：都市住民年金と医療保険あり。

c. 家族構成と介護実態

被介護者には5人の子女がいる。そのうち、長男、長女と次女三人は被介護者と同じ伊寧市で生活しており、次男と三女は他都市(新疆にある石河子市)で暮らしている。長男はもともと体が弱く、さらに糖尿病とリュウマチを患い、自分自身も介助生活を送っている。長女と次女ともに孫の世話を忙しい。

かつて被介護者が施設に入りたくないという意思を表明したため、子女らは家庭会議を行って相談した結果、経済的余裕のある長女1人が介護責任を負うことになった。介護協力者は長女が雇ったヘルパーである。



凡例 同事例 1

d. 診断の経緯

被介護者の物忘れがひどくなったため、2005年8月15日に伊寧市人民病院で脳のCT、MRIを受け、認知症と診断された(当時73歳)。その後、自宅で介護を受けながら生活している。ただし、精神が不安定な状態に陥った際には、一時的入院をさせたことがある。

e. 認知症高齢者のADL

(1) 食事・服薬：食事は介助なし。調査の直前に、誤嚥を防ぐために、とろとろ食に変わった。一時的入院の際に、投薬されたことがある。

(2) 排泄・トイレ：1人でトイレまでいけるが、弄便・弄尿のため、一日中紙おむつを使う。

(3) 移乗：室内をよろよろした足取りで歩ける。

(4) 更衣・整容：時間はかかるが1人で着替えられる。季節感、清潔感を維持できず、服装のコーディネートも悪い。

(5) 入浴：風呂に入る習慣はない。季節を問わず、不定期的にシャワー。

(6) 意思の疎通：物忘れの進行とともに、見当識障害が現れ、家族の名前と顔を一致することはできない。また、常々自分のものはヘルパーに盗まれたと思い込み、ヘルパーを罵倒することは少なくない。

(7) 社会的交流：閉じこもっている日常生活のため、家族とヘルパー以外の人との接触は一切ない。

f. サービスの利用状況

利用中の公的サービスがあるかどうかと確認された際に、介護者は補助金と施設入所にしか言及しなかった。しかし、補助金も施設入所も期待していないと介護者は表明し、「もし政府からの補助金があったとしても、どうせ少額だから、焼け石に水のようなものはなくてもいい」と付け加えた。

また、長期の施設入所にも強く抵抗感を示している。「自分で母の介護と費用を負担できる」が、もし「負担できなくなったら、また兄弟たちに相談する」といい、とにかく施設入所を考えていないという。その理由は2つある。1つは安全面の配慮である。「老人ホームでの真の毎日の生活は何も分からない」、「もし何があったら、痴呆の母が教えるのは無理」なため、施設入所は考えられず、あり得ないということである。もう1つの理由は世間体である。「現在、たまに母を病院に預かってもらっているが、ただ2、3日の入院でも、自分が不孝な娘」と見られたことがある。そのため、長期の施設入所は無理だと介護者は述べた。

一方、非営利組織に対する信頼感が全くない。非営利組織が慈善のスローガンを掲げるだけの組織と認識し、介護者はそのようなサービスを絶対利用しないと強く主張した。

g. 介護負担の自己認識

介護者は母を介護するのは娘の責任であると強く思っている。「娘として、自分の母を守らないとはいけない」と考える介護者は、「痴呆でも何でもいいが、とにかく母の介護を放棄しない」と表明した。「一応、疲れることは疲れるけれど、母を介護することはイコール私が母のそばにいますから、そのことは譲れない、疲れてもねえ……だから、今の形は、母にとっても、私にとっても、一番安心です」と介護者は述べた。

本事例の介護者も介護負担という言い方に抵抗感を示している。「疲れるときはあったが、それは負担ではない、そんな言い方、やめてください」と介護者は抗議した。確かに、この事例において、経済的負担と時間的拘束は見られない。会社を運営している介護者の夫は約50万円の年収をあげ、家族全員、豊かな生活を送っている。そのため、被介護者の医療費を負担することは何ら経済的問題もない。また、その認知症介護を引き受ける前

に、介護者はすでに孫の世話で手がいっぱいであったため、認知症介護で生じた時間的拘束や社交関係の断絶は感じないと介護者は認識している。

それに対し、ヘルパーとの付き合いが介護者に精神的負担になった。孫の世話をするため、被介護者の身体的介護はほぼヘルパーに頼っている。しかし、ヘルパーは被介護者に窃盗犯扱いされることが数回起きた。最初は病気だから、理解してもらったが、回数が増えれば増えるほど、ヘルパーと被介護者との間に葛藤が生じ、さらに表面化し、ヘルパーは辞職の意思を表明した。その後、給料を上げる等の条件によって、ヘルパーの辞職は阻止できたが、それ以来ヘルパーとの付き合いで気を使うことが多いようになってきた。

h. 考察

本事例では、様々な個人事情に左右される兄弟姉妹より、金銭的かつ時間的余裕のある介護者が、介護を担う最も適切な候補者と思われた。娘としての責任、また世間体の配慮のため、経済的余裕があるにもかかわらず、施設入所を考えずに在宅介護を続けている。

しかし、継続的な在宅介護は長年付き合いしているヘルパーの存在を前提とする。ヘルパーの協力を通し、介護者は孫の世話と認知症介護を両立させている。もし、ヘルパーが辞職するのならば、その両立は極めて難しくなると考えられる。したがって、ヘルパーの辞職を防ぐために、介護者は給料を引きあげたり、旅行手当てを出したりした。そのようなヘルパーの機嫌をとるようなことは、介護者の精神的負担になった。

事例6 「性別分業」意識の強い少数民族の大家族に置かれた長男の嫁に頼るケース⁴⁶

a. 認知症高齢者の基本属性

氏名：T・L 性別：女 民族：カザフ族 教育レベル：教育経歴不明

宗教：イスラム教 年齢：71歳 職業：無職

保険の有無：年金と医療保険なし。

認知症の類型：不明。認知症と診断される前に、被介護者の健康状況はやや悪く、高血圧と緑内障がある。急な意識不明で伊寧市中医医院で受診したが、判明できなかった。伊寧市友誼医院に転院した後、認知症と診断された。

b. 家族介護者の基本属性

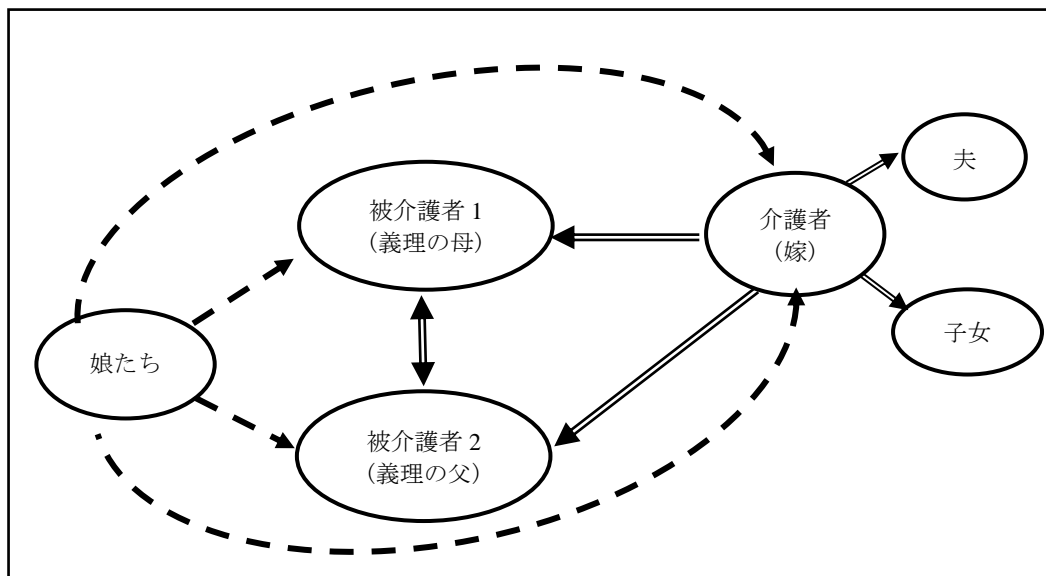
氏名：A・NE 性別：女 民族：カザフ族 教育レベル：中学校中退

宗教：イスラム教 年齢：49 歳 続柄：嫁 職業：専業主婦
保険の有無：年金と医療保険なし。

c. 家族構成と介護実態

この家庭は典型的な少数民族大家族である。被介護者夫婦は息子 1 人と娘 4 人を育てたが、娘たちは結婚し、被介護者夫婦とのつながりは少ない。「親の生活は息子、特に長男が確保すべき」という昔からの認識のもとで、被介護者夫婦はずっと長男夫婦と生活している。長男にも結婚し、嫁と息子 1 人、娘 2 人の 5 人家族である。

介護者は長男の妻しかいない。



凡例 同事例 1

d. 診断の経緯

火の不始末が始まり、料理する際に調理法や味付けの判断ができなくなった。その後、意識不明になり、2012 年に伊寧市友誼医院で受診し、認知症と診断された(当時 66 歳)。

「痴呆は治せない病気」と伝えられたため、直ちに自宅に戻った。その後、問診や入院は一切なし。

e. 認知症高齢者の ADL

- (1) 食事・服薬：箸やスプーンが握られないが、主食がほとんどナンや麺であるため、手で食べても問題なし。また、服薬なし。
- (2) 排泄・トイレ：寝たきりの夫と同じように、被介護者は普段しびんを使っている。
- (3) 移乗：介助なし。しかし、徘徊を防ぐために、外出が控えられている。
- (4) 更衣・整容：歯磨きや洗顔また、脱衣は介助なし。ただし、介護者の協力が無い限り、着衣ができない。
- (5) 入浴：風呂に入る習慣どころか、頻繁にシャワーを浴びる習慣もない。現在、不定期な体拭き。
- (6) 意思の疎通：曜日と日付をよく間違ふ。家族の名前が思い出せない時もある。また、過食症状が現われ、一日に何度も食事を催促する。食事提供の拒否を介護者の「罪」として、長男に訴えがちである。
- (7) 社会的交流：以前、夫の介護とパートの仕事のため、他人と話し合おうとしてもできない時が多かった。認知症と診断されて以来、他人との接触はさらに少なくなった。

f. サービスの利用状況

経済的援助がかなり期待されている。経済的余裕のない家庭であるため、補助や手当てなどが最も役に立つと介護者は指摘した。その件について、街道に尋ねたことがあるが、「80歳以上の老人向けの手当てしかない」と教えられた。また、民間企業・非営利組織によるサービスについて、よく知らないと即答した。

g. 介護負担の自己認識

結論から述べると、この事例の介護者は介護が家族としての責任として、もとより認識している。「義理の母といっても、夫の母は私の母と同じだ。ましては病気を患い、私はその介護責任を放棄するわけにはいかない。夫と結婚した以上、この家、この家の人のため、全力を尽くしたい」と介護者は述べた。また、「家族だから、介護は負担ではなく、当然なことだ」と強調した介護者は、介護負担という言い方に反感を抱いている。

この事例において、最も強く訴えられたのは経済的問題である⁴⁷。本来、介護者の配偶者が5人の生活費を賄うと同時に、自分の両親の生活を確保する責任を背負わされ、経済的余裕はなかった。家庭の経済的状況を改善するため、介護者と被介護者である姑は以前、

よくパートの仕事をしたが、認知症介護によって、「2人ともにパートの仕事をやめて、生活はかなり苦しくなってきた」。街道に助けを求めたことがあるが、受けられるサービスがないと言われ、「何もしてくれなかった」という。そのため、介護者が再び支援を求めたことはない。「せめてうちの状況をうえに伝えれば、補助とかもらえるかもしれない。一時的な補助でも、助かるのに……」と介護者は指摘した。

また、身体的疲れにも言及した。主な収入源としての介護者の夫は、家事や介護への参加を期待することはできず、介護者は被介護者夫婦の介護と、自らの子供の面倒を全面的に引き受けた結果、身体的疲れがたまっていくばかりである。

h. 考察

この事例において、最も強く訴えられたのは肉体的負担と経済的負担である。義理の両親の介護を引き受けている介護者にとって、重い肉体的負担を背負っている。また、介護者の夫1人の収入で、7人の生活費を賄うことがかなり難しく、経済的負担も訴えられた。

それに対し、少数民族である介護者は、「家族」から「私」を剥離する認識が曖昧なため、自分の時間もしくは自分の生活を期待せずに、その代わりに「自分を夫一家に捧げる」というような伝統的、シンプルな考え方を持っている。こうした意識のもとで、寝たきりの舅、さらに認知症になった姑を介護することは、時間的拘束、社交関係の断絶や精神的負担が殆ど感じられていない。

したがって、経済的援助が最も望ましい支援サービスとなった。一方、民間企業・非営利組織による支援サービスへの理解が浅いことがわかった。

事例7 病人同士である夫婦が支えあっていく老認介護のケース

a. 認知症高齢者の基本属性

氏名：Z・HL 性別：女 民族：漢族 教育レベル：中卒
宗教：なし 年齢：89歳 職業：無職
保険の有無：年金なし、都市住民医療保険あり。
認知症の種類：アルツハイマー認知症。

b. 家族介護者の基本属性

氏名：Q・JG 性別：男 民族：漢 教育レベル：高卒

宗教：なし 年齢：89歳 続柄：夫 職業：国有企業従業員(定年)

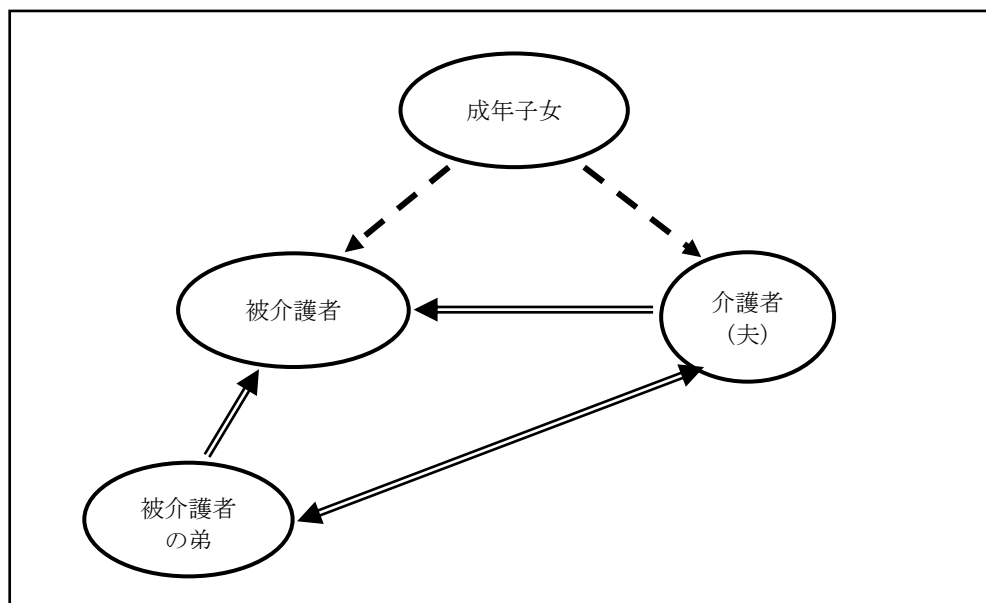
保険の有無：都市従業者年金と医療保険あり。

介護者は高血圧と糖尿病を患っている。

c. 家族構成と介護実態

被介護者夫婦は3人の子女と別居である。現在、被介護者夫婦は被介護者の弟(82歳、都市従業者年金と医療保険あり、以下「弟」とする)、ヘルパーとの共同生活をしている。

ともに60歳を超えた子女3人は上海市内在住といっても、被介護者夫婦との住宅間の距離が遠く、病院に通うほどの病気でなければ、親元に戻らない。つまり、子女の介護協力を得ることはほぼ不可能である。また、同居している弟は尿失禁と緑内障を発症しており、生活も要介護状態に陥った。ヘルパーは3人の日常生活の面倒を見ているが、認知症介護には携わっていない。したがって、その介護責任を担うのは高血圧、糖尿病を患った介護者しかいない。



凡例 同事例1

d. 診断の経緯

最初は物忘れだけであったが、その症状が徐々にひどくなり、被介護者は2012年6月ごろ(具体的な日付不詳)浦東新区精神衛生センターでアルツハイマー認知症と診断され

た(当時 84 歳)。その後、認知症状はさらに悪化し、失禁、徘徊が相次いで現れ、3 年を経ずに失語、寝たきりになった。

e. 認知症高齢者の ADL

(1) 食事・服薬：寝たきりのため、食事・服薬は完全介助である。また、誤嚥事故を防ぐために、食事は流動食に変わっている。薬は一日 2 回服用している。

(2) 排泄・トイレ：排泄は要介助である。経済的余裕のないため、紙おむつは使っていない。室内では、しびんを用いて排尿できるが、排便は非常に困難である。ベッドのまま大便をするのならば、布団や服装が汚れることが多い。しかし、ヘルパーはそのような洗濯を強く拒否しているため、排便回数が控えられている。

(3) 移乗：病院に通う以外、外出は殆どない。

(4) 更衣・整容：すべて要介助である。洗顔と着替えは介護者とヘルパーがそれぞれ介助している。

(5) 入浴：風呂に入る習慣がない。寝たきり後、普通のようにシャワーを浴びることは不可能である。現在、春夏秋は 1 日おき、冬は週 2 回の頻度で介護者はヘルパーの協力を通し、体拭きを行っている。

(6) 意思の疎通：意思の疎通は不可能である。何かを要求する場合は、介護者はいつも被介護者から発せられた一語、あるいは表情で当てる。

(7) 社会的交流：社会的交流は断ち切られた状態である。寝たきりのため、外出ができず、介護者、弟とヘルパー以外、接触している人はいない。

f. サービスの利用状況

この事例において、最も注目された点は非営利組織によるサービスの活用である。「後期高齢者の自分は、介護保険制度などややこしい手続きを申請するなんて、ほぼ不可能」であるため、「小李(尽美長者の担当者)たちの協力がなかったら、今はどうなっているか、本当に想像できない」と介護者は述べた。同時に、多くの人が利用できるようになるため、介護保険制度の申請はさらに簡素化するべきだと介護者は指摘した。

さて、社区住民委員会を通して、介護者は「尽美長者」と連絡を取った後、以下のく具体的サービスが提供されるようになった。

第一に、定期健康診断である。介護者と相談した後、「尽美長者」の担当者は後期高齢者である3人の健康状態を心配し、介護者が所属している社区及び社区医療衛生サービスセンター(以下「医療センター」とする)に協力を求めた。その結果、定期健康診断を行うことになった。

第二に、薬の整理である。この家庭では、3人ともに服薬している。誤薬防止のため、医療センターの看護師はそれぞれの薬を間違わないように整理した。

第三に、介護保険制度と障害手当での申請である。介護者に依頼された尽美長者は代理人として、介護保険制度の利用と障害手当での申請を行った。区役所の訪問調査によって、被介護者は要介護5、介護者と弟は要介護4と認定され、介護サービスが利用できるようになった⁴⁸。また、被介護者兄弟ともに障害手当の対象者と認定され、それぞれ月150元を支給されている。

そのほか、介護者は「尽美長者」自体の支援サービスを利用している。「尽美長者」のスタッフが作り出したウィーチャットグループに加入し、家族介護者同士は互いに愚痴をこぼし合ったり、情報・経験を共有したりすることが多い。

g. 介護負担の自己認識

妻を介護するのは回避できない責任と介護者は繰り返し述べた。しかし、過重な肉体的負担によって、介護者はすでに「介護のジレンマ」に陥っている。

「私の妻だから、介護は当然だろう。あなた(筆者)はまだ若いから、その気持ちがかかっているかな.....まあ、家族が病気になって、自分は介護してあげたいって、ある程度分かるはずと思うけどねえ。でも、疲れた、たえられないほど疲れた。見たらすぐ分かるでしょう。わしも年齢だし、妻をいつまで介護し続けられるのか分からないし、万一わしが倒れたら.....最期まで妻と一緒に生活したいんですが、でも本当に疲れた。小李に頼んだけどねえ、妻のような痴呆老人を受け入れる施設は見つかったけど、そんなお金を持っていない、なので妻はずっとうちにいるんです。しょうがない.....でも、わしにも病気だし~これからどうなるのかが、自分さえわからない(インタビュー中断).....その重い責任をすでに負えない.....介護のことを考えると、頭が痛くなってしまう。つらさばかりだもん~」

具体的にいえば、経済的負担、時間的拘束と精神的負担を中心に訴えた。介護者と弟の年金、かつ3人ともにある上海市後期高齢者手当、また弟の障害手当によって生活費を賄うことは難しい。さらに、薬代とヘルパーの費用を加えると、家計は一層苦しくなった。また、時間的拘束が強く感じられた。「買い物とかヘルパーに頼めばいいが、どうしても自分の時間がほしくなってきた。ぼんやりしてもいいの時間がほしい(嘆き).....」と介護者は指摘した。それに対し、不自由な足取りの介護者は積極的な社会的ニーズが少なく、さらにウィーチャットグループを通して他人との交流ができたため、社交関係の断絶には特に言及しなかった。

そのほか、介護者は精神的負担を背負っていることがわかった。「認知症はイコール何も知らない」、「認知症介護って、特別じゃない」と言われ、自分の苦勞と苦しみを「世間がまだ分かっていない」という心境は介護者の精神を苦しめている。それだけでなく、認知症介護から生じた将来への見えない不安と、その不安が招く恐怖感は精神的負担になった。被介護者の将来に触れるたびに、調査はため息やすすり泣きで何度も中断された。

「わしのことなら、どうでもいいけど、もうこんな年齢だし。でも、万一自分が先に亡くなったら、妻はどうするの？妻は収入もないし、施設にも入れないし、まあ～～子供はいるけど、彼らは自分の生活もあるし.....妻にとっては、頼りなんて全然ないのだから(嘆き).....」

h. 考察

この事例は典型的な老認介護である。介護者夫婦だけでなく、病気のある弟との同居によって、状況はさらに深刻になった。病気を患った後期高齢者である介護者は認知症になっても、妻の介護は夫としての責任と確信しているものの、重い介護負担を背負わせられていると認識している。

こうした状況を改善するために、介護者は社区に支援を求めた。その後、社区と「尽美長者」が手を組みながら、支援サービスを行った。ここで、1つ注意しなければならない点がある。それは社区の保証をもって信頼性のことである。介護者が「尽美長者」という組織を疑わずに、支援サービスを受けた理由は社区の紹介があったからである。「社区が

紹介してくれた以上、何の問題もない」と介護者は認識している。つまり、地域の紹介は保証力のあるものと思われるといえる。

事例8 不本意ながら認知症の姑を介護しているケース

a. 認知症高齢者の基本属性

氏名：B・JL 性別：女 民族：漢族 教育レベル：中卒

宗教：なし 年齢：71歳 職業：国有企業従業員(定年)

保険の有無：都市従業者年金と医療保険あり。

認知症の種類：アルツハイマー認知症。

b. 家族介護者の基本属性

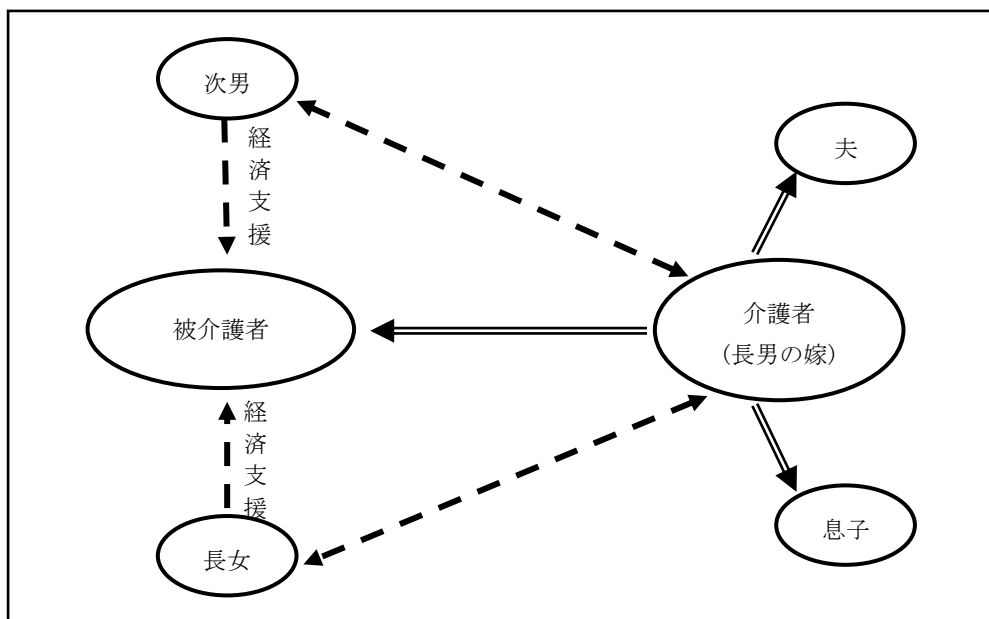
氏名：G・JY 性別：女 民族：漢族 教育レベル：大卒

宗教：なし 年齢：46歳 続柄：嫁 職業：元国有企業従業員(離職)

保険の有無：都市住民年金と医療保険に加入。

c. 家族構成と介護実態

被介護者夫婦は子女が3人いる。長女と次男は渡米し、上海に住んでいるのは長男しかいない。介護者は長男の嫁である。認知症と診断された1年10ヵ月後、長男の要望に応じて介護者一家と被介護者夫婦は同居することになった。



d. 診断の経緯

怒りと激昂のため、被介護者は2007年に復旦大学医学院附属華山医院で受診した。認知症と診断され、被介護者を含む家族全員はショックを受けた。その後、昼夜逆転、睡眠障害、焦燥等症状が相次いで現れたが、性格の変化は最も深刻であった。2013年より、被介護者は家族に対する認識が混乱し、2017年一年中に徘徊も4回した。

e. 認知症高齢者のADL

- (1) 食事・服薬：食事は介助なしだが、箸やスプーンの使用法が分からない。
- (2) 排泄・トイレ：便後にトイレットペーパーを使うことが分からないため、排泄する度に介護者は必ず同伴する。また、紙おむつの着用が嫌がり、普通のパンツを着ている。
- (3) 移乗：歩き、階段のぼりは問題なし。
- (4) 更衣・整容：洗顔は介助なし。歯を磨くこと自体がわからないが、歯磨きが付いている歯ブラシをあげれば、歯を磨くことができる。蛇口をひねって開けると、被介護者自分は水が受け取れる。トイレペーパーの使用法が分からないため、便後にパンツが汚れがちである。
- (5) 入浴：認知症になって以降、風呂もシャワーも嫌がる。介護者にとって、週2回のシャワーは苦戦である。冬に入ると、シャワーの回数が減らされる。
- (6) 意思の疎通：2013年以降、自宅でドラマを見るのは夢中になり、特に抗日戦争をテーマにしたテレビドラマに強い興味を示す。常にドラマのシーンと現実を混同している。
- (7) 社会的交流：被介護者は社交的な性格ではない。夫との会話以外、他人との交流は全くない。

f. サービスの利用状況

ほかの利用できるサービスを知らず、ただ社区居民委員会で登録し、徘徊防止の無料なブレスレットを入手した。また、友人の紹介を通して、「尽美長者」のウィーチャットグループに加入した。

g. 介護負担の自己認識

介護者は被介護者を介護する責任を認めるものの、その責任を負うのは自分しかいないと思っていない。「お母さんといっても、義理の母親ですから、身内ではない自分」に全

での介護責任を押し付けられることが納得できないという。被介護者は「みんなの母親」であるため、夫の兄弟が外国在住という理由で、介護責任を自分に転嫁することは無責任だと介護者は指摘した。「確かに、義理の兄弟がお金を出したが、それで介護責任は済まされない」と介護者は主張した。

介護負担について、まず肉体的負担を訴えた。「ずっと1人で介護し続けて、身体的負担が重い」。そのため、ヘルパーを雇うことを提言したが、夫はヘルパーが信用できないという理由で、自分の提案は拒否された。また、介護者は施設入所を提言したが、「一緒に住めば何の問題もないでしょう」と夫はその提案も拒否した。その後、夫婦2人は互いに妥協せずに、喧嘩が絶えなかった。しかし、認知症介護より、息子の受験勉強に力を注ぎたい介護者は夫婦関係を悪化させたくなく、かつ勉強できるいい家庭環境を作るために、被介護者との同居をした。

同居が始まった時に、認知症介護と息子の受験勉強を両立していたため、最も感じられたのは時間的拘束である。2016年9月より息子は大学に進学し、介護者は多少自分の時間を作れるようになるはずと思ったにもかかわらず、「受験勉強はもう終わったから、母の介護に集中してください」と夫にいわれた。夫婦不仲を防ぐために、介護者は何も言わずに認知症介護に専念しているが、夫に言わない、あるいは言えない不満がすでに精神的負担になっている。また、認知症介護への無理解も精神的負担の1つの原因である。「尽美長者」の介護者同士との交流は、本当に楽しくて、助かったが、その人たち以外、認知症を理解している人はまだ少ないと介護者は指摘した。外出する際に、色眼鏡で義理の母を見る人は少なくないため、今は住宅地以外の散歩を控えていると介護者は語った。

最後、介護者は認知症介護による狭くなってきた交友関係を訴えた。義理の母の認知症介護のため、「辞職までしたので、知り合いとの連絡は全く取っていないし、私はもう社会に捨てられた人間みたいだ」と介護者は述べ、「自分の生活が義理の母の介護でめちゃくちゃになっている。いつまで続くのか知らないけど、いつか自分の生活が取り戻せるように願っている」。

h. 考察

この事例はやむを得ずの事情で、長男の嫁が介護責任を背負わせられたケースである。ヘルパーと施設を信頼していない夫の要求によって、介護者一家と被介護者は同居し、1人で認知症介護を行うようになった。そのため、肉体的負担を訴えるようになった。その

ほか、精神的負担、時間的拘束と社会的負担も訴えられた。「息子の受験勉強であるならば、自分のすべてを捧げて後悔しないが、義理の母のためには、何もかもを失う覚悟はない」と介護者は述べた。

被介護者は3人の子女がいるにもかかわらず、長女と次男がアメリカ在住という理由で責任を逃れ、この家庭での「唯一の他人である自分」に介護を担わせることが介護者は今でも納得していない。その点から見ると、介護者の立場、あるいは介護者の自分への位置づけが、介護負担に関与しているといえる。

事例9 唯一の娘が「親孝行」で頑張っているケース

a. 認知症高齢者の基本属性

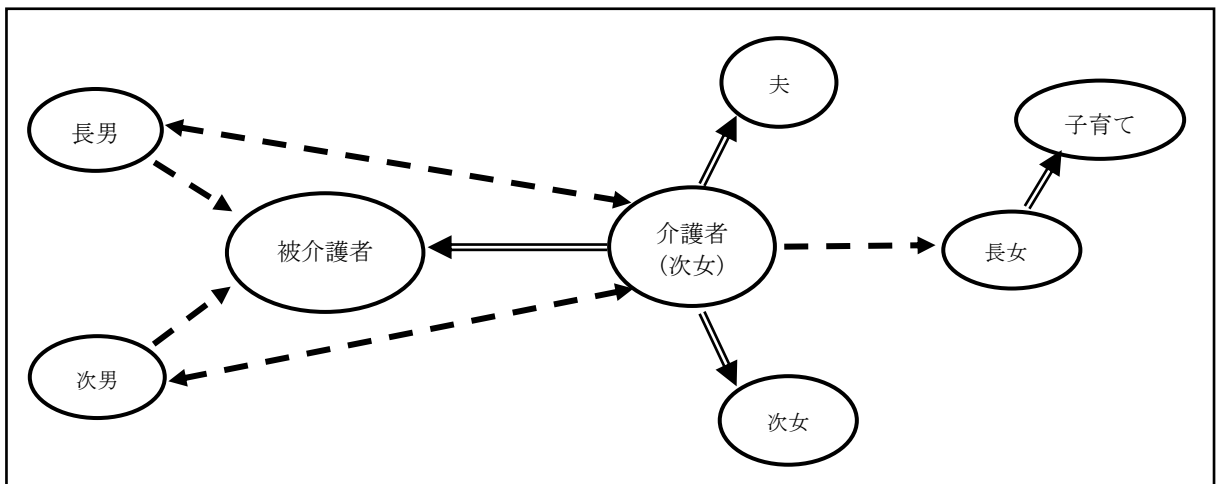
氏名：B・JY 性別：男 民族：漢族
教育レベル：大卒(昔教会学校に通ったため、英語と日本語が話せる)
宗教：なし 年齢：87歳 職業：国有企業従業員(定年)
保険の有無：都市従業者年金と医療あり。
認知症の種類：脳血管性認知症。

b. 家族介護者の基本属性

氏名：B・XY 性別：女 民族：漢族 教育レベル：専門学校卒
宗教：なし 年齢：64歳 続柄：娘 職業：国有企業従業員(定年)
保険の有無：都市従業者年金と医療保険あり。

c. 家族構成と介護実態

国家援建のため、幼年時代から北京で暮らしていた被介護者は大学を卒業した直後成都に移った。3年の援建生活を経て上海に移住した。被介護者夫婦は子女が4人いるが、長女と妻は2001年と2007年に、それぞれ病気で死亡した。長男、次男と次女3人はともに上海に住んでいる。認知症と診断され、被介護者は次女との同居になった。



凡例 同事例 1

d. 診断の経緯

家に近いスーパーで知人にあまり元気なさそうな顔をしていると言われたが、被介護者は「年のせいだ」と思った。しかしその後、パーキンソンと同じような症状が徐々に現れ、精神遅滞や手足の震えとあいまって、転倒したこともある。そのため、2012年に上海中山医院で受診し、脳血管性認知症と診断された(当時82歳)。同時に、「これは治せない病気」と告知された。自宅に戻ってから服薬が始まったが、飲めば飲むほど効果が弱くなっていくため、現在服薬は中止された。

e. 認知症高齢者の ADL

- (1) 食事・服薬：食事は完全介助。服薬なし。
- (2) 排泄・トイレ：認知症になって4年目から失禁が始まり、排泄は完全介助となった。
- (3) 移乗：最初は歩く速度が遅くなるとともに歩幅も狭くなった。2017年5月1日に寛骨が骨折して手術を受けた。その後、寝たきり状態に陥り、天気の良い日だけ車椅子に乗って外出する。
- (4) 更衣・整容：寝たきりのため、更衣・整容は完全介助である。
- (5) 入浴：風呂に入る習慣はない。完全介助でシャワーを週1回浴びている。
- (6) 意思の疎通：曜日や数字が分からない。また、興味が変わった。認知症になってからは、好きな科学系雑誌や軍事に関わるテレビ番組を全く見ずに、お笑い番組に夢中になっていった。調査の直前には、お笑い番組の内容も分からなくなっていた。

(7) 社会的交流：内向的な性格のため、本来他人との交流に無関心であった。認知症になり、さらに難聴が加わり、社会的交流はますます少なくなった。

f. サービスの利用状況

介護者は介護保険制度の利用を申請し、被介護者は要介護3と判定され、介護サービスの利用が始まった。また、介護者は知り合いの紹介を通し、尽美長者のウィーチャットグループを利用している。面識のない人の集いという理由で、最初にそのサービスの利用を遠慮していたが、「友だちが利用している以上、何の問題はない」と思ったため、サービスの利用が始まった。その後、「それ(ウィーチャットグループ)を紹介してくれて、よかった」、「話せば話すほど、皆さんから色々な介護のコツを教えてもらって、大変助かりました」と介護者は繰り返し述べた。

g. 介護負担の自己認識

兄弟はいるが、父の介護を担うのは自分しかいないと介護者は認識している。さらに、家族関係を配慮し、兄嫁が父の介護に参加することは期待していない。

「息子って、介護できるとは思わない。気持ちがあれば十分だけどねえ……やっぱり、娘の方がいいだろう。細かいところまで気がつくし……兄嫁に頼むのはねえ、ちょっと言いにくい気がします……まあ、私もこんな年齢だし、だれからの文句、聞きたくない……どうせ自分の父親だから……」

結局、1人で被介護者の面倒を見ることになり、介護者本人は大きな肉体的負担を背負っている。介護保険制度を利用しているにもかかわらず、やはり週3時間の基準時間が足りず、身体的疲れはなかなか解消できないと介護者は指摘した。「今後、時間を増やすのか、また他のサービス、たとえばレスパイトケアなどを利用できるようになれば、ありがたい」と介護者は述べた。

一方、被介護者のBPSDが深刻化していくなか、変な行動が相次いで現れた。そのような周囲の人に言えない、あるいは言っても理解してもらえない介護の困難さが蓄積し、介護者の精神的負担になった。それだけでなく、時間的拘束もかなり感じている。24時間

切れ目のない認知症介護によって、好きなことをする時間や、友人との交流はともかく、買い物の時間さえないと介護者は示した。そのため、いつも娘に頼んで、ネット通販やスマホアプリで買い物をしているという。

h. 考察

この事例も実の娘に任せるケースである。男女の役割分担をはっきり意識している介護者は、兄弟に期待していないと同時に、兄嫁との関係にも考慮していた。1人で認知症介護を担った結果、肉体的負担、時間的拘束と社交関係の断絶が訴えられた。また、不十分な社会的認識・理解が介護者に精神的プレッシャーをかけた。

この事例の場合には、インターネットサービスの利用は注目に値する。この事例の場合に、スマートフォンなどのコミュニケーショングループによって、介護者の精神面が楽になった。また、買い物の問題にもアプリで簡単に解決できるようになった⁴⁹。今後、インターネットがさらに普及する中国では、それによるサービスの利用を通し、介護者の負担軽減も期待できるのではないかと考える。

第4章 現地調査からみる今後の支援課題

本章では、第3章で分析した9つの事例について、総括的な考察を行う。介護負担の自己認識と、サービス利用の受容度にあてはまる地域の普遍性や傾向性を抽出し、そのような状況になった理由を明らかにし、ひいては、今後の支援課題を提示することを目的とする。

第1節 事例の考察

9つの事例は介護負担の自己認識、公的サービスへの期待と民間企業・非営利組織によるサービスの利用、3つの部分に分けて整理しておきたい。

1. 介護負担の自己認識

中国においては、家族扶養が法律により法的義務として定められているが、家族介護者にとっては、それは法的強制力のあるものではなく、伝統的習慣・美德や家族としての責任、あるいは親への恩返しなどとして受けられていると思われる。今回の調査によって、すべての家族介護者は認知症になっても、高齢者の介護は家族の責任と認識していることがわかった。つまり、高齢者の介護は家族が負うべき責任という認識が、昔も現在も中国社会では根強く定着しているということは今回の調査でも確認されている。しかし、家族は自分が持っている介護責任を認めていても、介護負担の自己認識については、次のような地域的格差が見られる(表4-1)。

第一に、「介護負担」という言い方の受け止め方に関する地域的格差である。西安市と伊寧市では、家族介護者は介護負担という言い方に抵抗感を示しており、認知症介護から生じる身体的疲れや時間の縛りを認めたにもかかわらず、それは決して負担とはいえないと認識している。一方、上海市の家族介護者は家族として、高齢者を介護する責任があることに対する異議を唱えていないものの、介護負担という言い方に抵抗感がなく、平然に受け止めている。

第二には、介護負担の種類の地域的格差である。調査結果によって、殆どの家族介護者は肉体的負担と精神的負担ともに背負っているが、経済的負担を訴える事例が少ない。一方、社交関係の断絶と時間的拘束を訴えているのは上海市の家族介護者だけである。

表 4-1 介護負担の自己認識

項目	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4	事例 5	事例 6	事例 7	事例 8	事例 9
肉体的負担	—	○	○	○	—	○	○	○	○
精神的負担	○	○	—	○	○	—	○	○	○
社交関係の断絶	—	○	—	—	—	—	△	○	○
時間的拘束	○	—	○ (2016年 のみ)	—	—	—	○	○	○
経済的負担	—	○	—	—	—	○	○	—	—
肯定的な介護評価	自己満足感	自己成長感	自己満足感	自己満足感	△	△	—	—	—
結論	<p>1. 家族介護者が強い家族扶養意識を持っているため、介護負担という言い方に抵抗感を示している。たとえ身体的疲れ等があっても、決して介護負担とはいえないと多数の家族介護者が認識している。</p> <p>2. 社交関係の断絶と時間的拘束を訴えている家族介護者が少ない。</p> <p>3. 人間関係の葛藤が精神的負担になった主たる原因である。</p> <p>4. 肯定的な介護評価が認識されている。</p>						<p>1. 家族介護者が高齢者を介護する責任を認めているものの、認知症介護による介護負担が確かな存在であることを述べた。</p> <p>2. 社交関係の断絶と時間的拘束を感じている家族介護者が多い。</p> <p>3. 認知症介護の情報不足と社会的理解の不足が精神的負担になった主たる原因である。</p> <p>4. 肯定的な介護評価が認識されていない。</p>		

注：「○」－あり；「—」－なし；「△」－どちらともいえない

第三に、精神的負担になった原因についての地域的格差である。家族介護者は同じく精神的負担を背負っているといっても、その原因が異なっている。西安市と伊寧市の場合は、認知症介護をめぐる家族間の葛藤、あるいは家族とヘルパーとの葛藤、また将来への不安が精神的負担の原因である。それとは対照的に、上海市の家族介護者の場合は、認知症介護による行く末に見えないという不安のほか、認知症介護の情報不足が主たる原因となっている。適切な介護方法を知らず、高齢者の認知症症状に対応できないことは常に家族介

護者の精神的負担になっているということである。また、社会的理解の不足も精神的負担になったもう1つの原因になっている。

第四に、肯定的な介護評価における地域的格差である。上海市在住の家族介護者は肯定的な介護評価を認識していない。それに対し、西安市、伊寧市の家族介護者の場合、認知症介護による介護満足感や自己成長感を認識している傾向がある。

2. 公的サービスへの期待

本論文の調査結果では、公的サービスへの期待においても地域的格差が見られた(表4—2)。上海市では、公的サービスをさらに充実すべきと訴えている家族介護者は少なくない。そのなかで、認知症高齢者対応・専用の公的施設を設立してほしいという要望の声が高い。それは、介護負担の軽減において、施設入所は直ちに効果が現れる方法と考えられているからと推測される。実は、2008年に中国初の認知症介護センターが、上海市第三福利院(別称:上海民政老年医院)のなかに設立された。それは認知症高齢者に適した生活環境のもとで、専門的研修を経た介護職員の介護によって、認知症症状を緩和することを目指す施設である。しかしその後、認知症知識の欠如、介護職員の人手不足などの理由で、そのような認知症専門の介護施設の設立は難航している。今でも上海市では、認知症高齢者を受け入れる施設がわずかである。

また、なぜ公的施設の設立を期待するかというと、やはり民間企業などが運営する施設を利用する場合、高額費用が発生し、それが大きな経済的負担となるからである。たとえば、事例7の場合は、認知症高齢者を受け入れる施設が見つけれられたとしても、高い入所費用のため、施設入所は実現できなかった。そのため、家族介護者の人々は認知症高齢者を対応できる公的施設の設立と、公的施設の利用者の拡大に対し、期待を寄せるのである。また、介護保険制度を利用する場合でも、サービスをより充実すべきと提言している家族介護者もいる(事例9)。

一方、西安市と伊寧市では、介護保険制度が実施されていないため、家族介護者が公的サービスに対するイメージができていないといえる。公的サービスについてを聞くと、公的施設の入所と経済的援助だけと思う家族介護者は多いのである(事例1、3、5)。また、施設入所イコール介護放棄、施設入所イコール家族扶養責任の転嫁(事例2、3)、さらに認知症高齢者に相応しい介護を提供できるのは家族だけ(事例3、4)という認識が、中小都市では広がっているため、認知症高齢者であれ、家族介護者であれ、施設入所を拒否するこ

とが少なくない。したがって、ほかのサービスより、政府からの経済的援助が最も求められるようになっている。最も確実な支援方法である金銭的援助を受けられれば、「そのお金でヘルパーを雇って、少しでも自分が認知症介護から解放されたい」と話した家族介護者もいる(事例2)。

3. 民間企業・非営利組織によるサービスの利用

現地調査によって、上海市では、民間企業によるサービスの利用の受容度が低いといえないが、現時点には費用負担が最も大きな問題になり、利用したくても利用できないことは珍しくない(事例7)。一方、上海市の家族介護者の場合は、自分の介護負担を軽減するために、非営利組織に協力を求め、介護保険制度の利用や障害手当の支給が実現できるようになった(事例7)。また、そのような協力だけでなく、非営利組織自体が運営するコミュニケーションサービスなどを積極的に利用している家族介護者も少なくない(事例7、8、9)。ただし、ここでは、非営利組織が提供するサービスを利用する理由について、触れておきたい。

まず事例7の場合は、社区の紹介があったため、家族介護者は「尽美長者」を疑わずに支援を求めた。つまり、「尽美長者」の協力を求める前提は、その仲介者としての社区の存在があったのである。言い換えれば、事例7の家族介護者にとって、非営利組織ではなく、行政管理機能を持つ社区は信頼できる組織となっていたのである。また、「尽美長者」が運営しているウィーチャットグループに参加している事例8と事例9の家族介護者ともに、その利用のきっかけは知人の紹介であった。面識のない人とのコミュニケーションは遠慮したが、知人がすでにそのサービスを利用しているため、問題はないと判断したということである(事例9)。

したがって、事例7、8、9の場合、家族介護者は非営利組織によるサービスを利用しているが、その人々は非営利組織に信頼感を持つと言い切れない状況にあるといえよう。実は、中国において、政府による公共サービスの提供不足を補うために、2000年より民間委託事業が積極的に行われるようになった。本論文の調査地である上海市では、そのような民間委託が主に高齢者介護、障害者サービス、社会救助(震災地への援助)、法律援助(専門家による法律相談)、職業訓練、貧困救済などの領域に集中している。民間委託が長年にわたって発展し、とりわけ、高齢者介護に携わる非営利組織は街道・社区という行政管理的な役割を担う組織との連携ができるようになったため、家族介護者の信頼感を得やす

く、サービスの利用者も多いと思われる。しかし、今回の調査からみると、地域の保証力、あるいは知人の紹介のないかぎり、非営利組織が提供するサービスの普及は決して容易とはいえないと考えられる。

中国における非営利組織が最も活性化している上海市においてさえも、非営利組織が提供する支援サービスが全面的に受け入れているとはいえない状況である。今回の調査によって、中小都市の場合、非営利組織が提供するサービスの利用状況はさらに深刻化していることがわかった。西安市や伊寧市で生活している家族介護者は、高齢者福祉サービスに参入している民間企業・非営利組織、特に非営利組織に不信感を持っているため、「そのような組織」が提供するサービスを利用しない、利用したくないの意思を表明した家族介護者は殆どである。

表 4-2 サービス利用の受容度

番号	公的サービスの利用	民間企業・非営利組織によるサービスの利用	結論
事例1	利用したことはない。	強い不信感のため、現在も今後も利用しないと介護者は強調した。	1. 利用されている公的サービスは殆どない。 2. 政府からの経済的援助が最も期待されている。 3. 街道・社区などの行政管理機能を持つ組織による協力とサービスも期待されている。 4. 民間企業・非営利組織が提供するサービスに対し、高額費用と不信感のため、それぞれの利用が控えられている。
事例2	慢性病給付。経済的援助を望んでいる。	民間施設の入所費用が負担できない。また、非営利組織に強い不信感を持っているため、そのようなサービスを利用したくないと明言した。	
事例3	利用したことはない。経済的援助と介護者教室の開設を望んでいる。	強い不信感のため、「そのようなサービスに期待しない」と介護者は主張した。	
事例4	たまにデイサービスを利用している。また、兵团所属の衛生局や病院が認知症介護に関する専門的な講座を行うべきだと述べた。	民間企業・非営利組織によるサービスに対し、どちらともいえない態度である。	
事例5	利用していない。	民間企業・非営利組織によるサービスに対し、強い不信感を持っているため、「そのようなサービスを絶対利用しない」と介護者は強く主張した。	
事例6	利用していない。	民間企業・非営利組織によるサービスに対する認識が浅い。	
事例7	介護保険制度と障害手当てを利用している。公的施設への入所を希望したが、扶養者がいるため、拒否された。	被介護者を民間施設に通わせようと思ったが、入所費用が負担できず、在宅のままである。一方、「尽美長者」の協力を通し、介護保険制度と障害手当ての対象者と認定された。また、同組織が運営しているウィーチャットグループに加入している。	
事例8	社区住民委員会で登録し、無料なプレスレットを入手した。	夫の同意を得られず、民間施設への入所はできなかった。また、知人の紹介で、尽美長者のウィーチャットグループに参加し、介護者同士は互いに愚痴をこぼしたり、経験を共有したりしている。	
事例9	介護保険制度。	知人の紹介を通して、介護者は「尽美長者」のウィーチャットグループを利用している。	

以上で述べたように、社会的文化、都市規模および経済発展段階の異なる3つの調査地域において、家族介護者の介護負担の自己認識、またサービス利用の受容度に対し、地域的格差が見られた。最後に、一歩距離を置いて調査事例の高齢者の認知症診断についても少し触れたい。

多い先行研究によって、認知症症状の緩和、介護者負担の軽減、介護の質の向上のために、基本的に必要なことが正確な診断であることは明らかになっている。しかし、今回の調査では、認知症診断における地域的格差があるということがみられた。表4-3を示したように、認知症の類型が明確にされている事例が約半数を占めているが、そのなかで、中小都市の調査事例は事例2のみである。しかも、その事例の場合は、家族介護者が病院関係の仕事に就いていることもあり、一般人と比べると、認知症に関する情報を取得しやすいと想定される。そのほかのすべての事例は、上海市の調査事例である。しかし、上海市の調査事例において、認知症の類型が告知されたとしても、それについてのさらなる詳しい説明や適切な介護方法について、必要な情報が提供されたケースは今回の調査ではなかった。こうした認知症介護の情報不足が家族介護者の精神的負担になった1つの重要な原因である。

表 4-3 高齢者の認知症の類型

項目	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9
地域	西安市	西安市	西安市	伊寧市	伊寧市	伊寧市	上海市	上海市	上海市
認知症の類型	不明	アルツハイマー認知症	不明。脳の萎縮が誘発した認知症(主治医談)	不明	不明	不明	アルツハイマー認知症		脳血管性認知症

4. 小括

調査の事例は、介護負担の軽重(縦軸)とサービス利用の受容度の高低(横軸)との関係を2次元の軸によってクロスさせ、4つのグループに分類することができる。図4-1に示したように、認知症対策が最も進んでいる上海市では、殆どの家族介護者はサービスを利用しており、それによって介護負担を減らすことを試みているにもかかわらず、家族介護者の介護負担は依然として比較的重く感じられていることがわかった。一方、中小都市には、

支援サービスを利用せずに、認知症高齢者の介護を行っている家族介護者が多い。それにしても、介護負担を訴えた家族介護者が少なく、介護負担という言い方さえ抵抗感を示している。

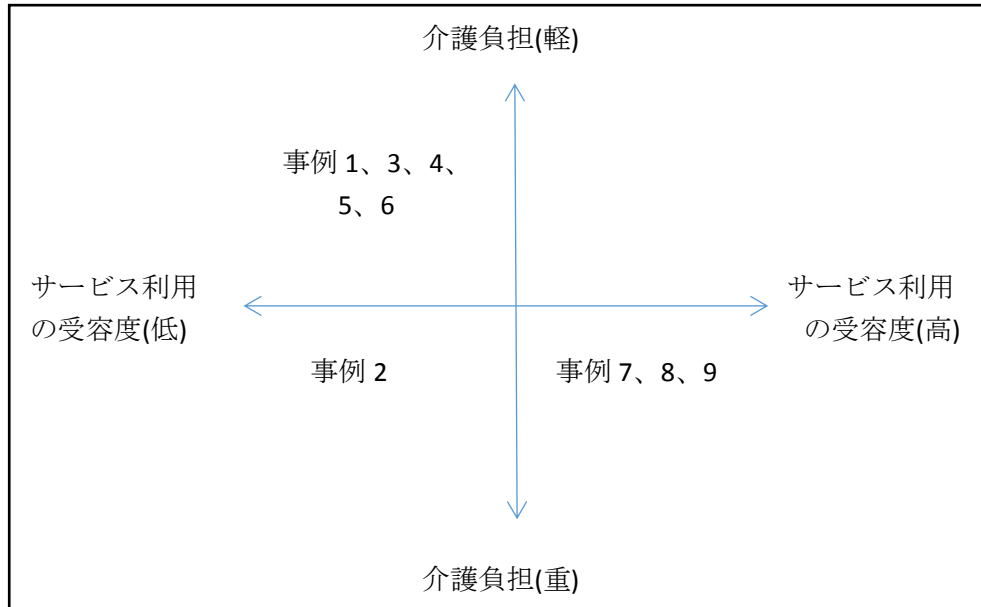


図 4-1 介護負担の自己認識とサービス利用の受容度のタイプ

上述のような状況になった1つの重要な理由は、社会的文化、経済発展段階の異なる3つの調査地域において、家族介護者の捉えかたに地域的差異があるということであると考えられる。認知症高齢者の介護において、家族介護者が自分自身をどのように位置づけることは、介護負担の自己評価とサービス利用の受容度に大きく関与していると考えられる。

イギリスの Twigg&Atkin は家族介護者の捉えかたが4つのステップに分けて論述した(湯原、2017)。ステップ1は家族介護者を主たる介護資源と位置づけるモデルである。このステップの特徴は、家族が「無料の介護資源」とされることである。ステップ2は介護者を専門職の協働者と捉えるモデルである。その場合には、要介護者の状態を改善することを重視し、家族介護者の負担はこの範囲で考慮される。ステップ3は要介護者だけでなく、介護者も援助の対象者と捉えるモデルである。ステップ4は要介護者と介護者を切り離し、介護者を「介護者」という視点ではなく、社会に生きる1人の市民として捉えるモデルである。要介護者と介護者はそれぞれを個人として位置づけ、個別的に支援する。介護による社会的排除、つまり介護の役割を担うことにより、社会で活躍したり生活を楽しんだりする機会が失われることを社会で解決すべき問題と考える。

中国では、かねてより「家族」は社会活動の単位と認められる伝統があるため、家族扶養が主役となり、公的援助などは家族扶養の補強手段とされてきた。したがって、建国以来「憲法」をはじめ、「民法通則」「婚姻法」「高齢者權益法」等法律が、家族扶養を法的義務と定めたのである。また、「『第13次5ヶ年計画』国家高齢者事業発展及び養老体系の構築計画」には、「家族扶養という法的義務を履行するために、高齢者との同居をサポートする政策を作り出す」という一行だけが記述されている。つい最近の2018年10月20日に、「中国個人所得税法に関する追加控除暫定弁法と実施条例の意見募集用の草案」が公開されている。そのなかで、60歳以上の父母を扶養する場合、納税者が一人っ子であれば月2000元、ただし納税者自身が兄弟姉妹がいれば、兄弟姉妹で月2000元を等分し、一人当たり月1000元までが控除されると明記されている⁵⁰。

要するに、国の家族介護者の捉えかたは、昔も現在もステップ1、あくまでもステップ2に留まっているといえるのである。したがって、無料の介護資源と位置づけられている家族介護者への支援の政治的、社会的関心は低い。限られた支援サービスがあったとしても、それは家族介護者自身のためではなく、介護責任を円滑にやり遂げることを目的とする支援にほかならない。

しかし、社会発展の流れに沿い、社会的文化および経済発展段階の異なる地域において、認知症高齢者の介護責任を背負っている多くの家族介護者は、自分自身に対する捉えかたが異なるようになってきた。現地調査の結果からみると、中小都市の家族介護者は相変わらず、伝統的な考え方を強く持っていることが明らかである。その人々は自分自身が社会に生きる1人の人間より家族、あるいは家族介護者としての自分自身を真っ先に認識している。特に事例6の場合に示されるように、家族介護者が生活している少数民族地域では、大家族の意識がまだ根強く定着しており、「家族」から「私」を剥離する意識さえ曖昧であるため、高齢者の介護を家族以外の人間に任せることは極めて考えにくい状況にある。高齢者の介護は当たり前、高齢者の介護は家族としての転嫁できない責任、また高齢者の介護は家族を最優先するという普遍的な認識のもとで、介護負担という言い方さえ、多くの家族介護者には拒否感を示されていた。

一方、都市化の進行、個人主義的な価値観の広がりにともない、経済的に発展した地域の場合、伝統的なイデオロギーも変容しつつあった。その変容の1つは家族介護者の捉えかたである。つまり、高齢者の介護は家族としての責任であることを認めながらも、家族介護者は自分が家族、あるいは家族介護者より、社会に生きる1人の人間であることを優

先的に認識するようになっている。とりわけ、ほかの介護より大きな自己犠牲が生じる認知症介護を行う際に、社会に生きる1人の人間としてのニーズが充足されにくいいため、介護負担、また介護に対する否定的評価がさらに高くなっていると指摘されているが、今回の調査が同じような結果をみられた。重い介護負担を背負っていると認識している上海市の家族介護者は殆どである。

さらに、上述した認識のギャップがサービスの利用にも関わる。西安市や伊寧市では、介護サービス利用への偏見が強く、なるべく自らの力で認知症高齢者を介護しようと思う家族介護者が多い。なぜなら、公私を問わず、介護サービスを利用すれば、家族介護者が不孝な人間、あるいは介護責任を政府(社会)に転嫁する人間と見られがちであるからである。つまり、家族による介護が当然視されることが、家族介護者自身のサービスの利用意図にも大きな影響を与えたといえる。

第2節 今後の支援課題

人口高齢化に伴う「空巢老人」の急増、核家族化に伴う家族介護の限界、また認知症その病気の特徴を含めて考えると、認知症高齢者の介護問題はすでに家族の力だけで対応できない問題になっている。法的な扶養義務が定められている社会のもとで、サービスの利用に対し、どのような視点で捉えるべきか、そしてサービスの充実にどのように対応すべきか、ということが懸念されている。

以下では、事例の考察結果をもとに、今後の支援課題として、サービスの給付形態、民間企業・非営利組織によるサービスの難航、地域の役割の再編と専門的診断の普及について議論したい。

1. サービスの給付形態

サービスの給付形態としては、主に現金給付と現物給付の2つの形態がある。現金給付は介護者のニーズの充足を金銭の給付によって行うものである。それに対し、現物給付はニーズの充足を現物の給付によって行うものである。ただし、ニーズの充足に必要な資源の調達や配分において、現金給付と現物給付は著しく異なっている(金、2003)。現金給付では、必要な金銭の調達が問題であるのに対し、現物給付はニーズ充足に必要なサービス、財貨など具体的な現物の調達をいかに図るか、ということが問題となるのである。各国の

実践から見ると、ドイツは現金給付が多く行われる一方、日本では、介護保険制度が実施され、要介護認定度に応じて現物給付を実施している⁵¹。

今回の調査結果からみれば、西安市と伊寧市では現金給付が求められている一方、上海市では現物給付は求められている現状となっている。こうした現状となった1つの重要な理由は、介護保険制度が実施されている地域か否かにあると筆者は考える。介護保険制度の試行地域でない西安市と伊寧市においては、選択できる現物給付が限られており、しかも施設入所やデイサービス等、被介護者との「空間的分離」が必要になるサービスが家族によって利用されないため、「一番確実な支援としての経済的援助」が最も求められているのである。

それに対し、上海全市では、介護保険制度が導入され、要介護認定度に応じて現物給付が提供される。認知症高齢者がその制度の対象者と認定されると、介護認定度に応じる多種多様なサービスを利用することが可能になる。本来、自己認識が比較的高い上海市の家族介護者はサービス利用の受容度が高く、さらに介護保険制度の実施にしたがって、上海市では施設入所だけでなく、デイサービスやレスパイトケアなどのサービスを充実化する要望が高まっている。

中国において、介護保険制度がまだ試行錯誤の段階に止まっているが、いずれ全国的に施行されていくと想定される。しかも、それは日本モデルに基づいて作られた制度であるため、今後、現物給付を中心とするサービスの給付形態が変わる可能性が低いと考えられる。そのため、介護保険制度の全国展開にともない、現金給付を求める数多くの中小都市の家族介護者は、現物給付をどのように利用するのかが問われる問題の1つになる。

2. 民間企業・非営利組織によるサービスの難航

事例の小括では指摘したように、西安市や伊寧市では、民間企業や非営利組織、特に非営利組織によるサービス利用の受容度はかなり低い。民間企業の場合は、やはり費用が最も問題になる。また、民間施設の機能が単純であることや、提供されるサービスの専門性が低いという問題も指摘された。一方、非営利組織の場合、多くの中小都市では、非営利組織に対する全面的認識が、いまだ一般市民まで浸透されておらず、非営利組織によるサービスの利用意思は低い。

しかし、公共サービスの民間委託において先駆的自治体である上海市においても、民間企業・非営利組織によるサービスの展開が難航している。上海市では、民間企業のサ

サービスに対し、施設のハード面とサービスの質が評価されているものの、高額費用が認知症高齢者の施設入所を妨げている。表4-4を示したように、上海市において運営中の認知症高齢者を引き受ける施設が数ヶ所あるが、入所費用からみるとそれは一般人向けの施設とは思われない。結局、一般人が負担できない専門的施設を多く作っても、利用者がいなければ、施設供給の効果が得られなくなると考えられる。

表4-4 上海市における認知症高齢者を受け入れる(公建)民営施設 (一部)

番号	施設名	場所	類型	入所費用
1	上海紅日家園老人ホーム (認知症高齢者専用エリア)	虹口区	民営	8000 元/月～ (症状に応じて費用増)
2	上海恒祐曹家渡老年福利院 (認知症ユニット介護)	静安区	公建 民営	8000 元/月～ (症状に応じて費用増)
3	上海銀康老人ホーム (認知症高齢者専用エリア)	虹口区	民営	8000 元/月～ (症状に応じて費用増)
4	上海康橋老人ホーム (検討中)	浦東新区	民営 (建設中)	検討中
5	上海金山区百仁養護院 (認知症高齢者専用エリア)	金山区 (楓泾鎮)	公建 民営	4000 元/月～ (症状に応じて費用増)
6	上海能益養護院 (アルツハイマー高齢者専用エリア)	浦東新区 (大団鎮)	民営	1200 元/月～(介護費用のみ) (症状に応じて費用増、別あり)

出所：上海市民政局のホームページ、上海養老ネットのウィーチャット購読アカウントにより筆者作成

もし民間企業の提供しているサービスには高額費用という問題があるというなら、非営利組織のほうはさらに厳しい状況に陥っている。たとえば、上海市ではよく知られている非営利組織である「尽美長者」の場合は、運営資金の調達、職員の確保など、いろいろな困難に直面している。サービスの利用者、また当組織の影響力を拡大するために、「尽美長者」は創立当初より、会員に会費を請求していない。その代わりに、運営資金が主に政府との共同研究によって与えられる補助金、各基金会⁵²からの経済的支援と、個人ないし企業からの寄付金によって賄われている。しかし、その3つの資金源はいずれも少額で

あるため、組織自体の運営と発展が難しい事態に直面し、サービスの普及と多様化はなかなか進まず、専門的職員の確保も問題になっている。

それだけでなく、中国では非営利組織の拡大には法的制限⁵³があり、自治体ごとのモデル事業を全国に普及することが極めて難しいため、今後非営利組織によるサービスの展開と普及においては、多くの課題を抱えているのである。

3. 社区の役割の再編

サービス利用の受容度が異なる経済的に発展した都市と中小都市では、社区に求められる役割が異なる。上海市では、介護保険制度の申請の簡素化、レスパイトケアの充実などが望まれている。一方、西安市と伊寧市では、介護者教室の開設が社区に求められているが、それにより、社区が経済的援助の要望を政府に伝えてほしいという声がさらに高くなっている。しかし、今回の調査によって、家族介護者のニーズに応えられる中小都市の社区は少なかった。

確かに、上海市で一部の街道や社区、とりわけ「剪愛公益」⁵⁴と「尽美長者」が所属する「長寿路街道」と「塘橋街道」において、認知症高齢者対応のデイケアをはじめ、早期発見・早期予防、認知症高齢者の家族介護者向けの介護者教室等の支援サービスは多種多様な形で行われている。しかし、支援サービスの展開過程で、社区の主導ではなく、非営利組織が組織自体の発展、あるいは影響力の拡大などを目指し、非常に積極的に参入しているのである。殆どの社区は活動情報の掲示、活動場所の提供しか行っていない。

中国の都市部住民にとって、生活基盤としての社区は、高齢者福祉サービスの展開において数多くの役割を持っているにもかかわらず、現時点にはその役割が十分果たされていないといえる。今後、認知症施策の推進について、社区がどのように位置づけられているか、そして実際的にどのような役割が与えられるか、という問題はさらに明確化する必要があると思われる。

4. 専門的診断の普及

認知症の専門的診断の地域アンバランスについて、前節にすでに触れた通りである。実は、上海市をはじめ、高齢化が進んでいる沿岸部の都市や経済的に発展した都市では、認知症の専門的診断機関、メモリークリニックが数多く設置されている一方、中小都市の場合、その設置数は非常に少ない。筆者は中国のメモリークリニックの設置状況を整理した

のが、表 4-5 に示されているように、伊寧市では、メモリークリニックが設置されておらず、西安市の場合、2ヶ所が設置されている。しかし、伊寧市と西安市を比べると、上海市のほうは設置数をはるかに多い。したがって、今回の調査では、認知症の類型を明確に告知されたのも殆ど上海市の事例である。その理由は、専門的医療機関での受診でなかったため、認知症の類型を告知される可能性が低かったことによるものであると考えられる。認知症問題が次第に顕在化していくなか、認知症の専門的診断の全面的普及は、中央政府にとって喫緊の課題となっている。

表 4-5 調査地域におけるメモリークリニックの設置状況

番号	地域	都市	メモリークリニック
1	華東地方	上海市	上海市第六人民医院
2			上海第二医科大学附属瑞金医院
3			上海市第十人民医院（原上海同济大学附属铁路医院）
4			上海第二医科大学附属仁济医院
5			復旦大学医学院附属华山医院
6			上海市精神卫生中心
7			上海中山医院
8	西北地方	西安市	陕西省人民医院
9			西安交通大学附属第一医院
10		新疆ウルムチ市	新疆医科大学第一附属医院
11			新疆ウイグル自治区中医医院

出所：各省の衛生庁のホームページにより筆者整理

第5章 日本における認知症施策の変遷—中国への示唆—

日本は世界のなかでも高齢化が最も進行しており、それだけで認知症社会への突入もすでに始まったといっても過言ではない。そのため、本章では、日本における認知症施策の変遷を中心に考察し、それが現在の中国社会に与える示唆について議論したい。特に認知症高齢者の家族介護者を支援するために、日本の取り組みは、今後の中国の家族介護者支援施策の方向性を模索することに大きな参考になると考えられる。

以下、日本の認知症施策を胎動期(1989年以前)、模索期(1990年～1999年)、展開期(2000年～2011年)と確立期(2012年～)、4つの時期に分けて、その展開過程を見てみたい。

第1節 胎動期—認知症高齢者の介護問題の顕在化

1963年に老人福祉法が高齢者を対象とする福祉の基本法として制定されたが、それは痴呆老人ではなく、寝たきり老人を主たる対象者とする政策である。しかし、1972年に有吉佐和子の小説『恍惚の人』がベストセラーになり、当小説に扱われた認知症高齢者の介護問題に対する社会的関心が一層高まった。

その後、痴呆老人の実態を明らかにするために、「老人の生活事態及び健康に関する調査(専門調査)」が1973年に行われ、1980年に「昭和55年度老人の生活事態及び健康に関する調査(専門調査)」も行われた⁵⁵。上述した2回の調査結果を踏まえ、1981年3月24日に、東京都痴呆性老人対策委員会は『痴呆性老人に対する福祉施策について』と題する報告書をまとめた。当報告書は、痴呆性老人の生活現状、福祉施策の現状を分析し、具体的福祉施策を提言した⁵⁶。

それを皮切りとし、認知症高齢者対策に関する地方の審議会・研究会が相次いで開かれた。各地方の報告書によって、認知症高齢者の生活現状、主に嫁や妻に頼る介護実態が明らかになったとともに、(1)痴呆老人のみを対象とする固有な政策の整備、(2)予防及び早期発見・早期診断への重視、(3)専門的相談機関の充実、(4)対応できる施設の確保、(5)家族介護者への支援、特に家族会の育成、(6)痴呆への普及・啓発の推進という6つの提案が出された(表5-1)。こうした地方自治体の積極的な動きを通し、認知症高齢者の介護問題に対する国の関心がようやく喚起された。1986年に痴呆性老人対策本部が設置され、1989年に老人性痴呆疾患センターも創設された。

この時期における認知症施策の特徴は2つある。1つ目は認知症と認知症高齢者への捉え方である。胎動期の施策では、認知症と認知症高齢者に対し、精神障害の視点から見るものは殆どである。たとえば、「老人精神保健対策に関する意見」(1982)のなかには、認知症高齢者が「老人の精神障害のうち、脳の器質的障害により痴呆を示している老人をいう」と定義された。また、認知症高齢者の対処として、精神保健相談窓口の設置や精神病棟への入院などが繰り返し言及された。つまり、この時期には痴呆が「精神障害」の一種と見られたといえる。もう1つの特徴は高齢者を中心としたことである。表5-1を示したように、すべての施策は認知症高齢者を対象とし、若年性認知症の問題がまだ浮上していなかった。

表5-1 胎動期の日本の認知症施策

番号	年代	審議会など	施策
1	1981.4.30	東京都痴呆性老人対策委員会	「痴呆性老人に対する福祉施策について」
2	1982.11.24	公衆衛生審議会	「老人精神保健対策に関する意見」
3	1982.12	岡山県痴呆性老人対策研究会	『痴呆性老人対策調査研究報告書』
4	1984.1	神奈川県痴呆老人問題研究会	『痴呆老人問題研究会報告書』
5	1984.3.23	山形県社会福祉審議会	「本県における痴呆性老人及びその家族をとりまく問題点と福祉施策のあり方について(答申)」
6	1985.2	岐阜県老人保健事業調査委員会	「岐阜県における痴呆老人施策の提言」
7	1985.2	宮崎県痴呆性老人問題懇談会	『痴呆性老人問題に関する中間報告書』
8	1985.3	広島県老人性痴呆問題研究協議会	『老人性痴呆問題研究協議報告書』
9	1985.4	福岡県痴呆性老人対策研究委員会	『痴呆性老人対策研究委員会報告書』
10	1987.8.26	痴呆性老人対策推進本部	『痴呆性老人対策推進本部報告書』
11	1987		国立療養所における老人性痴呆に対する医療のモデル事業の開始
12	1987		特別養護老人ホームにおける痴呆性老人介護加算の創設
13	1988		老人性痴呆疾患治療病棟・老人性痴呆疾患デイケア施設、老人保健施設痴呆性老人加算承認施設の創設
14	1988.8	痴呆性老人対策専門家会議	「痴呆性老人対策専門家会議提言」
15	1989		老人性痴呆疾患センターの創設

出所：国立社会保障・人口問題研究所のホームページより筆者作成

第2節 模索期－在宅介護への転換と共に認知症高齢者の介護問題の再検討

1989年12月に策定された「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」(以下、「ゴールドプラン」とする)は、ホームヘルパー・デイサービス・ショートステイの整備による在宅福祉対策などを進めると規定していた。その後、福祉8法の改正が行われ、日本は住民に最も身近な市町村において、高齢者等の需要にきめ細かく対応し、在宅、施設を通じた福祉サービスを、一元的かつ計画的に実施できるような法制度の整備を行った。

こうした大規模施設でのケアから、「小規模」「家庭」によるケアに転換していくなかで、認知症高齢者の把握方法や日常生活自立度判定基準が策定されたが、そのなかでも、痴呆対応型老人共同生活援助事業(以下、「グループホーム」とする)の導入は最も注目に値する。痴呆性老人対策に関する検討会が作成した報告書では、グループホームが「新しいタイプのサービス」として取り上げられており、厚生省のモデル事業を経て、1997年に老人福祉法に基づくグループホームが制度化され、グループホームへの運営費補助及び施設整備費補助も始まった。

表5-2 模索期の日本の認知症施策

番号	年代	審議会、法律など	施策
1	1990.6		福祉8法の改正
2	1990		老人性痴呆疾患診断、治療マニュアル、痴呆性老人相談マニュアル、痴呆性老人ケアマニュアルの作成
3	1991	地方老人保健福祉計画研究班・痴呆性老人調査・ニーズ部会	老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆性老人の把握方法等について
4	1991		老人性痴呆疾患療養病棟、老人保健施設痴呆専門棟の創設
5	1992	老人福祉法	痴呆性老人毎日通所型デイサービスの創設
6	1992	老人保健法	65歳未満の初老痴呆患者が老人保健施設に入所可能になる
7	1993.10.26	厚生省老人保健福祉局	『「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について』
8	1994.6.28	痴呆性老人対策に関する検討会	『痴呆性老人対策に関する検討会報告書』
9	1994.7	初老期における痴呆対策検討委員会	『初老期における痴呆対策検討委員会報告書』
10	1996.3	痴呆性老人のグループホームのあり方についての調査研究委員会	「痴呆性老人のためのグループホームに関する提言」
11	1997	老人福祉法	痴呆性老人グループホームの開始

出所：厚生労働省と国立社会保障・人口問題研究所のホームページより筆者作成

また、「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向ーゴールドプラン21ー」(以下、「ゴールドプラン21」とする)には、グループホームの整備をはじめとして、痴呆性高齢者に対する介護サービスの充実を図るとともに、痴呆介護の質的な向上を目指す、痴呆が早期の段階からの相談体制や権利擁護の仕組みを充実するなどの内容と明記しており、国の期待を背負うグループホームが「2004年までに3200ヶ所を設置する」という整備目標が掲げられた。しかしその後、利用者の重度化、介護人材の不足など問題で、当初一気に増加してきたグループホームは、今でもその存続と発展が楽観的とはいえない(図5-1)。

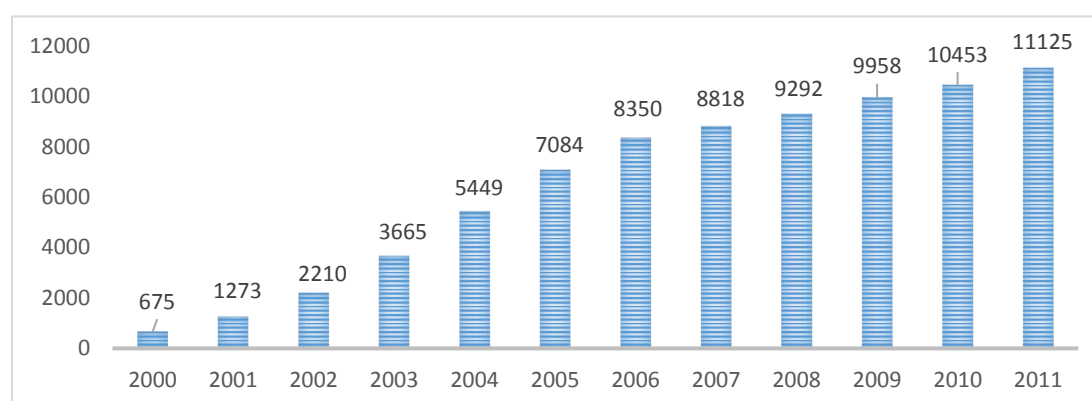


図5-1 グループホームの事業所数の推移 (単位：ヶ所)

出所：平成12年-20年「介護サービス施設・事業所調査」(厚労省)、平成21年-23年「介護給付費実態調査」(厚労省)により筆者作成

第3節 展開期ー介護保険制度の実施による認知症施策の推進

2000年4月より介護保険制度の実施とともに、高齢者福祉サービスの新たな幕が開けられた。それによって、認知症に関連する法律や制度の改定、また関連する事業の創設は相次いで行われた。

認知症高齢者の歴史を遡ると、他の病気と同じく、認知症も心身の老化にともなう自然な生理的プロセスと認識された(新村、2002)。そのような専門的な着眼点でないため、認知症高齢者の行動が理解得られずに、適切な介護を行うどころが、身体的拘束や虐待はよく発生した。その対応策として、「身体拘束ゼロ作戦推進会議」と「高齢者の虐待の防止、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」とする)が2000年、2006年にそれぞれ実施された。また、民法中の廃止された禁治産、非禁治産に関わる制度の代わりとして、成年後見制度が2000年4月に施行し始まった(西岡、2010)。

また、厚生労働省老健局の私的勉強会の報告書である『2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—』が公表された。当報告書は、痴呆性高齢者を取り巻く状況と、痴呆性高齢者の特性とケアの基本をふまえ、痴呆性高齢者ケアの普遍化と地域での早期発見、支援の仕組みを重視化すべきと提唱し、「新しいケアモデルの確立—痴呆性高齢者ケア」の確立を明記している。

展開期において、さらに注目を浴びる点は「痴呆」から「認知症」への呼称の変更である。2004年6月より、厚生労働省は「痴呆」に替わる用語に関する検討会を4回と行い(6月21日、9月1日、11月19日、12月24日)、「痴呆」という用語は侮蔑的な表現である上に、「痴呆」の実態を正確に表しておらず、早期発見・早期診断などの取り組みの支障となっているため、「認知症」という用語を代替することになった。それを契機にし、2005年度が「認知症を知る一年」と位置づけられた。同年、「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」の構想が公表され、今後多くの人々に認知症が正しく理解され、また認知症の人が安心して暮らせる町がつくられていくために、認知症に対する啓発活動キャンペーンを行うことになった。

その後、厚生労働大臣の指示で、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が組まれました。そのプロジェクトの報告書には、今後の対策の具体的内容として、認知症の人の実態把握、研究・開発の促進、早期診断の推進と適切な医療の提供、適切なケアの普及及び本人・家族支援、若年性認知症対策という5つの部分に分けて検討された。検討内容から見ると、その報告書は「今後の認知症施策の方向性について」(以下、「オレンジプラン」とする)のプロトタイプと見られた。

表 5-3 展開期の日本の認知症施策

番号	年代	審議会、法律など	施策
1	2000		認知症介護研究・研修センターの設立
2	2000		「成年後見制度」の創設
3	2000	厚生労働省老健局	身体拘束ゼロ作戦推進会議の設置
4	2003	厚生労働省老健局長の私的勉強会	『2015 年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－』
5	2004	厚生労働省	「痴呆」に替わる用語に関する検討会
6	2005	厚生労働省	「認知症を知り地域をつくる 10 ヶ年」の構想
7	2006		「高齢者の虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の施行
8	2006	介護保険法	地域密着型サービスの創設(認知症対応型通所介護、小規模多機能居宅介護を含む)
9	2008	厚生労働省	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の設立
10	2010	厚生労働省	「認知症施策検討プロジェクトチーム」の設置
11	2011.11.29	厚生労働省	「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 2 ラウンド(認知症と精神科医療)とりまとめの公表

出所：西岡修(2010)「認知症ケアの制度・施策の動向(下)」、厚生労働省のホームページにより筆者作成

第 4 節 確立期－認知症国家戦略の公表

2012 年 9 月に、オレンジプランの発表にしたがって、国家戦略に位置づけられる認知症施策がようやく作り出された。オレンジプランでは、早期発見・早期診断を行う認知症初期集中支援チームの設置や、認知症の人を見守る認知症サポーターの育成が促されてきたのだが、関心度の低さや、専門職の人手不足等の課題によって、全国的な広がりには結びついていなかった。その後、2014 年 11 月に開催された「認知症サミット日本後継イベント」で、新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとするというスローガンが掲げられながら、首相より認知症施策を加速させるための戦略の策定についての指示が出された⁵⁷。

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指すために、「認知症施策推進総合戦略」(以下、「新オレンジプラン」とする)が 2015 年 1 月に公表された⁵⁸。新オレンジプランには、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点の重視、という7つの柱を軸として総合的に推進することで、認知症高齢者にやさしい地域づくりの実現を目指している⁵⁹(表5-4)。

表5-4 新オレンジプランの概要

7つの柱	主な対応
認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	認知症サポーター
認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	かかりつけ医の認知症対応力向上研修
	認知症サポート医
	認知症疾患医療センター
	認知症初期集中支援チーム
	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
	BPSD ガイドライン
	認知症介護実践者研修等
	認知症ケアパス
若年性認知症施策の強化	認知症地域支援推進員
	全国若年性認知症コールセンター
	若年性認知症ハンドブック／ガイドブック
認知症の人の介護者への支援	若年性認知症施策を推進するための意見交換会
認知症の人の介護者への支援	認知症カフェ
認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	
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	
認知症の人やその家族の視点の重視	

出所：厚生労働省「認知症施策推進総合戦略」

第5節 中国における認知症高齢者の家族介護者支援政策への示唆

日本における認知症施策の変遷を見ると、認知症高齢者の介護問題をはじめ、急激に増加してきた認知症をめぐる諸問題を円滑に解決するために、さまざまな対策が実施されていることがわかった。経済発展状況、また高齢者福祉の地域的格差が中国ほど顕著化しておらず、日本の取り組みや具体的な対策をそのまま中国に適用することは考えにくい、そのなかから中国社会への示唆点は次の4つに要約することができる。

1. 政策決定プロセス

日本の認知症施策は4つの段階を経過し、認知症問題に対する社会的関心が次第に大きく変貌したが、早くから国を挙げた認知症対策を行ってきた発達した国と比べ、2012年にオレンジプランを公表した日本はすでに遅れているといえる⁶⁰。それは政策決定プロセスが導いた結果ではないかと筆者は考える。

オレンジプランのような認知症国家戦略に至った政策決定プロセスは典型的なボトムアップモデルである。こうした漸進主義的なモデルを採用した結果、施策の制度化が相対的に遅れがちとなるのである。日本において、まず出版された文学作品の社会的反響によって、認知症高齢者の介護問題に対する各自治体政府の関心が呼び出され、ついに厚生省のなかに「痴呆性老人対策本部」が設置された。その後、高齢者福祉サービスの関連政策には、認知症高齢者に関わる内容が徐々に増加し、特に介護保険制度の実施にともない、認知症に関わる政策は新たな展開を迎えた。その一連の動きに基づき、2012年にオレンジプランが公表され、2014年11月に東京で「認知症サミット日本後継イベント」では、各国の専門家を前に首相は「新たな戦略の策定を厚生大臣に指示します」と宣言し、まもなく新オレンジプランが実施されるようになった。

しかし日本と異なり、他国では認知症対策が大統領直轄のプロジェクトとして取り組まれているものが多く、つまりトップダウン、あるいは国家エリートモデルが一般となっている。そのモデルが最もメリットと見られるところは効率性という点である。たとえば、イギリスは2009年に認知症対策を国家戦略として位置づけ、首相が先頭に立って認知症への対応に取り組むと同時に、政府内に専門の部局を新設した。その後、「認知症のための質的アウトカム：認知症国家戦略の事業に基づいて」、「認知症に関する首相の挑戦」などの政府文書が相次いで公表され、イギリスは認知症対策が最も発達した国と評価されるようになっている(表5-5)。

表 5-5 イギリスの認知症国家戦略 (概要)

年代	政策		内容
2009.2	「認知症とともに良き生活を送る 認知症国家戦略」 (Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy)	理念	認知症の経過段階、あるいは保健やソーシャルケアの対象者であるか否かに関わらず、認知症患者とその家族が地域で充実した生活を送れるように支援することである。
		基本 目標 (3つ)	1. 医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及 2. 適切な診断を早期に受けられ、その後、質の高い包括的な支援・治療が受けられるようなサービスモデルの整備 3. 当事者ならびにケアラーのニーズに基づいた幅広いサービスの実現
		具体的 な勧告 (17点)	1.認知症の理解向上と支援；2.認知症の早期診断とその家族への良質かつ丁寧な説明；3.認知症とその家族への確かな情報提供；4.診断後のケア、サポート、アドバイス；5.地域でのピアサポートと学習ネットワークの開発；6.在宅介護への生活支援；7.介護者支援；8.総合病院における認知症へのケアの質の向上；9.認知症への中間ケア；10.認知症とその家族への技術サポート、遠隔相談；11.ケアホームにおける生活の質の向上；12.認知症の終末期ケアの向上；13.認知症の介護に携わる職員の教育と配置；14.健康医療とソーシャルケアの連携；15.アセスメントと規則の改善；16.研究結果の公表とそれへのアクセス；17.政府による基礎自治体及び地域サービスへの支援
2010.5	「認知症のための質的アウトカム：認知症国家戦略の事業に基づいて」 (Quality Outcomes for People with Dementia : Building on the Work of the National Dementia Strategy)	重点的な 取り組み (5つ)	1. 早期の診断・支援のための体制整備 2. 総合病院における認知症ケアの改善 3. 介護施設における認知症ケアの改善 4. 介護者支援の強化 5. 抗精神薬使用の低減
2012.3	「認知症に関する首相の挑戦」 (Prime Minister's Challenge on Dementia)	今後の課題 (3つ)	1. 市民への啓発と地域づくり 2. ケアのさらなる質的向上 3. 研究の強力

出所：西田敦志(2015)「英国の認知症国家戦略」、白石真澄(2017)「英国における認知症当事者のケアとインフォーマルサービス」により筆者整理

また、フランスでは2008年からサルコジ前大統領のもとで認知症政策が強力に推進された。大統領直轄の任命官をおき、5年間で16億ユーロ(約1800億円)を投じ、44の施策を実行することになった。アメリカでも2011年にオバマ大統領が「国家アルツハイマープロジェクト法」に署名し、国家戦略が策定された。

中国では、改革開放政策に伴う経済発展と、利益の多元化を遂げた中国社会からのさまざまな要求は、政策決定プロセスにも影響をもたらし、ボトムアップモデルの適用も少なくない。とりわけ、高齢者福祉サービスにおいて、良い効果を得た自治体のモデル事業が地方政府、さらに国家より重要視され、全国的に普及した例がある。

現在、中国政府が提唱している「居宅養老サービス」は、大連市沙河口区中山公園街道で行われた「家庭養老院」に基づいて創られた高齢者福祉サービスである。当時、主に40、50代の女性失業者問題と高齢者、特に要介護「三無老人」や1人暮らし高齢者の介護問題を一括する解決策として、2002年に「家庭養老院」事業が打ち出された。その後、このモデル事業がほかの自治体に普及し、家族扶養と同時に、「居宅養老サービス→社区養老サービス→機構(施設)養老サービスという高齢者福祉サービスシステムの構築を推進する」ということが「第11次5ヵ年計画(2006～2010)」のなかに明記された。

続いて、国務院が公布した「中国老齡事業發展第12次5ヵ年計画(2011～2015)」は「家族扶養機能を強固にすると同時に、居宅養老を基礎とし、社区に依拠しながら、機構(施設)でサポートし、高齢者のニーズに対応できるような、中国固有の社会養老サービスの仕組みを目指す」ことを強調した。さらに2011年民政部が公表した「社会養老サービス体系構築第12次5ヵ年計画」では、初めて中国の社会介護サービス体系における「9073」目標が掲げられた⁶¹。これは、居宅養老サービスを90%と基礎に置き、社区養老サービスを7%、機構(施設)養老サービスを3%とするものである。

また、2016年6月より全国の15地方自治体で実施されている介護保険制度も、山東省青島市で「長期医療護理保険」(2012年)として試験的に導入が始まった制度である。青島市での試行を経て、2015年にその制度が改訂され、対象者を拡大した。その新たな制度に関する様々な議論を踏まえ、人力資源社会保障部は、2016年6月に「長期医療護理保険制度パイロットプロジェクト展開に関する指導意見」を公布し、介護保険プロジェクトの試行地域を指定し、介護保険制度創設の実験を推し進めた(沈、2016)。

今後の認知症施策について、中国は日本と同じように、断片的に行われている各政策を統合し、国家戦略の策定に至るボトムアップモデルを用いるか、あるいは欧米と同じような効率性の高い国家エリートモデルを用いるかが、問われているといえる。

2. 政策対象の細分化

認知症施策の歴史を考察してみると、日本では、これまでの社会状況や価値観の変化を受け、福祉の対象と法制度を拡充したり、細分化したりする動きが見られた。それに対し、中国での高齢者福祉政策は要介護老人を中心にして行われているものが多く、現時点には、認知症高齢者を対象とする固有な政策が少ない。

序章で指摘したように、中国では「認知症」についての概念さえいまだ安定した域に達していない。上海市の「設置工作方案」が全国初の認知症高齢者に焦点を当てた政策として高く評価されているものの、以下に述べる課題がまだ残っている。

第一に、確実な認知症の定義と判定基準が欠如していることである。当方案は「老年痴呆」「老年精神病」「失智」などの呼び方ではバイアスが生じるため、それらの表現を「認知症」という用語で代替することになった。しかし、認知症に対する定義、また認知症の判断基準などは、方案のなかで明確に触れられていない。今後、「認知症」「認知症高齢者」等政策に緊密に関わる定義を改めて検討する必要があると考えられる。

第二に、療養病床の設置問題である。当方案は認知症高齢者の介護問題に対応するために、一般の高齢者施設、あるいは長者照護之家⁶²のなかに1000床の療養ベッドを設置すると明記している。しかし、その療養病床の設置について、少なくとも以下のような2つの問題がある。1つはベッド数の問題である。1000床という目標が掲げられたものの、何十万人の認知症高齢者のニーズを充たすとは考えられない。さらに、これからも増加するニーズにどのように対応していくか懸念される。もう1つの問題は設置拠点の問題である。一般の高齢者施設も長者照護之家も、主に精神状態が安定している高齢者を利用者とする施設と思われる。しかし、認知症という病気は、記憶障害、失認、妄想などの症状の進行とともに、一般の病気より日常生活に大きな影響を与えられるため、そのような施設のなかに認知症高齢者用の療養病床を設置すれば、認知症高齢者と認知症でない高齢者のニーズの調和、工夫をしなければならないところと思われる。

第三には、介護職員の専門性の確保である。当方案には、「介護職員やケアマネジャーはもちろん、管理職員も含む認知症介護に関わるすべての職員は、認知症知識に関する専

門的なコースを受けなければならない」と明記している。しかし、その「認知症知識に関する専門的なコース」はどのような内容であるか、研修・講義の担当者はだれか、ということが具体的に明確にされていない。

今後、中国における認知症に関連する政策の策定において、上述のような「認知症」「認知症高齢者」など政策に緊密に関わる定義から、専門職の確保、また具体的な支援方法とプログラムの開発など、改めて検討しなければならない内容が多く存在すると考えられる。

3. 家族介護者支援の法制度の整備

認知症高齢者の介護実態からみると、中国も日本も、高齢者の認知症介護の多くを家族が担っている。日本の場合に、家族介護者への支援がどのように行われているか、そしてそれが中国にどのような示唆を与えられるか、という2点を検討しておきたい。

日本では、国家戦略としてのオレンジプランのなかに、認知症初期集中支援チームを設置することが定められており、家族の介護負担についても評価の対象とされることになっている。しかも、家族介護者の支援に関しては、「地域での日常生活、家族の支援の強化」が明示されている。その後、新オレンジプランには「高齢化の進展に伴って認知症の人が増えていくことが見込まれるなか、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がる」との観点に立って、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や介護者の生活と介護の両立を支援する取り組みを推進する」という見解も示された(湯原、2017)。

上述したように、家族に対しての支援の重要性が明確に位置づけられていることは注目に値する。しかし、日本での介護者支援の基盤となる法制度が十分に整備されているとはいえない。介護保険制度において、地域支援事業には家族支援事業、家族介護継続支援事業が挙げられたが、これらは任意事業であるため、法的拘束力がない。また、2017年現在家族介護者支援の根拠となる唯一の法律は「高齢者虐待防止法」であり、しかもそれらは高齢者の権利利益の擁護を目的としており、介護者支援はそのための達成手段に過ぎない(水野、2007)⁶³。つまり、家族介護者への捉えかたがまだステップ2に止まっているため、日本での家族介護者支援ははるかに発達したイギリス、オーストラリアと比べ、対応が遅れている状況にある。

一方、中国のほうはどのような状況になっているのだろうか。本論文の事例考察によって、すでに明らかになったように、中国における多くの中小都市で生活している家族介護者の

認識と、中央政府の考え方に一致点がある。つまり、家族が無料の介護資源という考え方が主要な傾向と見られた。しかし、上海市のようなグローバル化の波に巻き込まれている地域で暮らしている家族介護者は、伝統的な価値観が次第に変容していくなか、家族扶養意識にも変わりつつあった。認知症高齢者の介護問題に直面する際に、その人々は自分が家族の一員という認識より、社会に生きる1人の人間としての存在を優先的に認識するため、介護負担感が重く感じられており、支援を受ける権利を求めるニーズが徐々に高まっている。

急速な高齢化や社会発展の流れ等を考えると、近い将来にほかの地域でも上海市と同じような状況に直面することは容易に想定される。したがって、国の方針と家族介護者の認識とのギャップがさらに大きくなるだろう。家族介護者支援において、その認識のギャップをどのように対応するかが、1つ大きな課題となる。家族扶養が法的義務と定められている中国では、家族介護者の支援を受ける権利を確保する法制度の整備が慎重に進められなければならないと思われる。

4. 認知症に対する啓発活動

最後に、認知症に対する啓発活動について、少し検討しておきたい。認知症に関わる知識の欠如は、それに対する恐れと偏見を深め、認知症患者及び家族が社会から孤立され、診療及び援助を求める機会の遅延につながる。そのため、日本は認知症問題への取組みが始まった1980年代から、その啓発活動を重視してきている。長年の努力の結果、認知症に対する社会的認識が以前より広がるようになり、とりわけここ数年、マスメディアの報道や市民フォーラムの講座、また日本各地で開催されている認知症をサポートするキャラバンメイト研修会によって、認知症問題の社会的関心がさらに高まってきた。

にもかかわらず、認知症の理解が全社会に深く浸透しているとはいえない。黒澤(2015)は「家族の会」に参加している家族介護者を対象としてアンケート調査を実施した。その結果、家族介護者は「認知症に対する理解」(41.9%)、「周囲の人の認知症に対する理解」(45.2%)、「周囲の人の認知症介護に対する理解」(52.5%)を求めている。要するに、認知症の啓発活動が推進されている最中にも、家族介護者は認知症、また認知症介護に対する社会的理解を訴え続けている。

こうした日本の状況は、中国にどのような示唆を与えるのか。第1章で述べたように、中国における認知症の啓発活動には、地域のアンバランスが存在している。実は、啓発活

動が最も盛んでいる上海市でも、認知症への無理解は家族介護者が精神的負担を背負わせられている主なる原因となっている。言い換えれば、上海市においてさえも、認知症への認識・理解が社会に全面的浸透していないということである。今後、認知症の啓発活動において、さらに拡大することは1つの急務となっているといえる。

しかし、そのような啓発活動が地域間の広がりにも注目するだけでは十分とはいえない。認知症の啓発活動が全世代に浸透することにも非常に重要な問題と考えられる。認知症に関わっている人、またそれとの関わりがありそうな人が、認知症問題に強い関心を持つのは当然である。一方、認知症に無関心な人、特に自分と認知症問題を遠く離れていると見なす若者も大勢いる。山東省のある大学で行われた調査によると、看護学部の学生以外、認知症高齢者に接した、あるいは認知症サポーターになる意欲のある学生はかなり少ないということが明らかになっている(表5-6)⁶⁴。

また、2018年6月に発表された「上海地区認知症社会認知度現状調査と対策」⁶⁵によると、35歳以上の被調査者が認知症に触れる機会が多くなっており、50歳以上の被調査者のうち、半数以上は認知症との接触があったが、多数の35歳以下の人には認知症に関心を持っていないという。今後、認知症の啓発活動が推進されていくなか、潜在している世代間の認識の格差問題をどのように乗り越えるかが、大きな課題の1つになっている。

表5-6 山東省にある大学の大学生が認知症に対する認識

項目	看護学部 (%)	文学部 (%)	経済学部 (%)	化学学部 (%)
聞いたことがある	100.0	96.9	95.0	94.4
接したことがある	30.1	22.7	17.6	14.4
認知症サポーターになる意欲がある	57.1	30.1	24.5	11.7

出所：王貞慧、高暉(2012)「在校大学生対老年痴呆症知識掌握、態度及接触經驗的現状」により筆者作成

終章 今後の研究課題及び中国社会への政策提言

第1節 今後の研究課題

中国は人口高齢化の進行にともない、認知症高齢者の介護問題が深刻化しており、認知症高齢者への支援、そして介護の主力として位置づけられている家族介護者への支援の強化が急務となっている。本論文は中国における3つの地域、上海市、西安市と伊寧市において、認知症高齢者を抱える家族介護者の介護負担の実態を調査、分析した。ただ、多くの研究課題が残されているが、それは次の通りである。

この研究は都市規模及び経済発展段階の異なる3つの地域における認知症高齢者の家族介護実態を分析したものである。中国では、人口、経済の二重性から生じる特殊性があり、都市部と農村部の問題を同一に議論することはできない。そのため、本論文では都市部の認知症高齢者を抱える家族介護者を調査・研究の対象としているが、農村部で暮らしている多くの家族介護者を研究対象に入れていない。今後の研究課題は、農村部の認知症高齢者の家族介護実態も明らかにし、格差の激しい都市部と農村部との差異を明らかにすることである。

第二に、研究の対象者について、本論文では認知症高齢者を抱える家族介護者と限定したが、認知症を患う人は高齢者に限らないため、若年性認知症の人々を介護する家族に求められる支援サービスなども掘り下げて探求する必要がある。

第三に、本論文では、中国の民族地域の事情を含める必要があるという判断に基づいて、新疆の伊寧市を調査対象地域に含めた。しかし、この地域での調査結果と分析は、あくまでにウイグル地域である新疆についての考察であり、それが中国の民族地域を代表するものではないということはいうまでもない。したがって、この研究を中国全国の民族地域にまで一般化することはできない。さらに、文化的グループの集中度が極めて高い民族居住地では、認知症高齢者を抱える家族介護者は、本来外部から認知されることがほとんどなく、言語の壁もあるため、調査対象家族にアクセスのは難しい。今後の研究において、調査地域の拡大、調査対象者の選定、インタビュー調査のデザインなど、工夫しなければならないところも少なくない。

第四に、本論文の分析では、認知症高齢者と家族介護者の基本属性に基づく分析が省略され、都市規模及び経済発展段階の異なる地域に置かれている家族介護者の扶養意識が、

介護負担の自己認識と、サービス利用の受容度について、どのような影響を与えられているかという問題に焦点を当てた。しかし、現代中国の家族は、制度・意識・形態・機能・役割・関係等の多くの側面において、多かれ少なかれ過去の形態とは違ってきており、家族の枠組みを越え、新たな家族のあり方を求めて変化しつつある。その中では、男性介護者の増加は注目に値する。中国では、女性が介護を担うことが伝統的な風習とされてきたが、1人っ子政策による「空巣家庭」の急増、「失独家庭」⁶⁶の出現、また子どもを持たないディンクス(DINKs)家庭などに加え、伝統的な家族構造が変化・崩壊していくにともない、これから男性介護者の増加が見込まれている。女性に比べて、家事に不慣れであること、日常生活への対応が困難なこと、親族や近隣への気兼ねなど男性特有の介護問題に対応できる支援政策と具体的なサービスに関する研究が、これから必要である。

以上の点についての研究をさらに進めることによって、認知症高齢者にとって、生活の質を保つための適切な介護支援政策の開発、また認知症高齢者を抱える家族介護者の介護負担の軽減のための国家政策の開発に資することが求められる。

第2節 認知症高齢者を抱える家族介護者の支援政策の課題

本節では、現地調査から明らかになった家族介護者の実態に基づき、そして日本の関連政策の発展過程に基づき、中国の認知症高齢者を抱える家族介護者の支援政策の課題、および政策提言を次のような6つに分けて行いたい。

1. 認知症対策の国家戦略の策定

国民全体に影響を与える公共の課題・問題に対処する際には、国家の主導性と積極的な対応が極めて重要と考えられる。他国の経験から見ても、認知症問題において、明確な国家戦略の策定は不可欠なことと考えられる。しかし中国では、認知症対策の国家戦略以前に、地方政府においてその積極的な取り組みがかけているのである。認知症に関わる問題に焦点を置いた公的な政策は上海市の「設置工作条例」が唯一のものであるという現状が、本論文のなかでも繰り返し指摘されている。

今後、深刻化していく認知症問題を円滑に解決するために、認知症対策の国家戦略を策定することは、今後の中国中央政府にとって目下の急務であると考えられる。ただし、国家戦略の策定は客観的、科学的事実に基づく必要であり、そのために認知症問題に関わる大規

模の調査を行うことが必要である。支援や介護を要する認知症高齢者の実態、および家族介護者がおかれる状況を把握することにより、認知症高齢者の介護において、在宅介護と施設介護の役割分担について、そして認知症介護に携わっている家族介護者に求められる真の支援は何かについて、中央政府レベルの適切な認知症国家戦略を策定することが可能になるのである。

2. 家族介護者支援のための法制度の整備

現在の中国では、伝統意識への固執、家族に対する法的扶養義務の規定という社会背景のもとで、家族による介護なくしては認知症高齢者の生活は成り立たない状況にある。認知症高齢者の介護問題が顕在化していくなか、老認介護や認認介護、また男性介護者の増加等の問題は、近い将来に中国で顕在化すると考えられる。

多様化する家族介護者のニーズを満たすことは、政府にとって新たな挑戦になる。家族介護者に対する専門的な支援システム構築の一環としては、何よりも法制度の整備が欠かせない。そのなかで、家族介護者への捉え方を転換し、多くの介護者は家族の一員というだけでなく、重要な社会構成員であり、被介護者とは異なる、独立したニーズを持つ個人であることを確認するところから支援策を講じなければならない。

3. 早期発見・早期診断の普遍化

早期発見・早期診断が、認知症状の緩和、介護者の負担軽減、介護の質の向上に繋がることは数多くの研究によって検証されている。そのため、日本では、早期診断を行う認知症初期集中支援チームが設置され、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提唱されている。また、日中両国の近隣である韓国では、文ジェイン政権が認知症問題を福祉政策の最優先課題にし、認知症国家責任制を導入するとともに、国家支援を受けることができる認知症患者の範囲を重症から軽症まで拡大し、47ヶ所であった認知症支援センターを272ヶ所に増やす政策を推進している。一方、認知症施策先進国であるイギリスの場合でも、認知症対策の極めて重要な一環として、早期診断・早期介入を行うメモリークリニックの普及を促進し、認知症であっても在宅での生活を可能にしている⁶⁷。

しかし、認知症診断における地域的格差のある中国では、専門的診断機関は未だ全面的に普及していない。認知症という病気そのもの、そしてその適切な介護方法に関する情報不足のなかで、多数の家族介護者は、手探りでその対応策を模索し、あるいは経験者との

交流を通して、認知症介護を続けている現状である。今後、認知症高齢者問題の深化が進んでいくなか、事例2と同じような誤診を減らし、さらに介護の質の向上を目指すために、専門的な診断機関を整備すること、そして早期発見・早期診断に関わる政策の策定、また具体的なプログラムの開発および実施が喫緊の課題である。

4. サービスの多様化

介護支援サービスの多様化とは、公的サービスの普遍化と民間企業・非営利組織によるサービスの活性化のことである。公的サービスの普遍化とは、主に介護保険制度の全国的に実施を指しており、民間企業・非営利組織によるサービスの活性化とは、多様な事業主体によるサービスが活用できる社会環境と政策を作り出すことを指している。

欧米では、民間企業・非営利組織が主催する認知症高齢者と家族介護者向けの支援活動が盛んである。日本においても、代表的な自助組織としての「家族の会」が全国の認知症の人、またその人々を抱える家族介護者を対象とし、多彩な支援活動を行っている。そのような支援活動と公的サービスが行われていることによって、民間サービスと公的サービスの重層的な支援体制が構築されている。

一方、中国の一部の地域においては、民間企業・非営利組織、特に非営利組織が行うサービスが活発化し、家族の集いや介護者教室というような支援活動によって、家族の介護負担が軽減できるようになったことは、今回の現地調査によって検証された。つまり、公的サービスが家族介護者のニーズに十分応えられない状況のもとでは、民間企業・非営利組織によるサービスは公的サービスを補足するものとして、その役割を果たしていることをしなければならない。今後、認知症高齢者及び家族介護者を支援するために、介護保険制度のような公的サービスの普遍化を推進すると同時に、多様な事業主体によるサービスの活性化も重視しなければならない。

5. 社区を拠点とする支援ネットワークの構築

在宅福祉サービスを継続していくためにも、家族の介護負担の軽減を図っていくような地域ケアが大切である。つまり、社会福祉制度について考えるとき、地域全体が支える仕組みや個人、家族を支える地域づくりが重要な鍵を握っているといえよう(金、2003)。

中国では、その「地域」を「社区」と置き換えればよいであろう。高齢者の増加にともない、高齢化の問題が複雑化し、高齢者福祉サービスの提供に必要な公的な財源の確

保なども課題となってきた。そのため、中国において、想定される社会サービスシステムの中では、在宅介護が社区に依拠するといったものが大きな役割を担わなければならない。しかし、認知症高齢者の介護においては、専門的診断と介護サービスが同時に行われることが多いため、社区と保健・医療・福祉分野との連携に注目していく必要がある。また、認知症の理解を深めるための社会環境づくりや、徘徊防止など社区内の親類縁者による協力を頼ることが少なくないため、社区を拠点に専門職との連携、また社会的支援ネットワークの構築を非常に重要な政策目標に位置づけなければならないと考える。

6. インターネットサービスの活用

各種のサービスの充実化だけでなく、インターネットサービスの活用も注目すべき点であると筆者は考える。スマートフォンの登場が社会変動を起こし続けていくなかで、とりわけ、「インターネットプラス政策」（「互聯網+」）という中国の指導方針のもとで、高齢者福祉サービスは多様な形で変容していくことができると十分考えられる。本論文の調査では、その芽生えが確認された。スマホでの買い物アプリによって、身体的負担や時間的制限が軽減できるようになった上海市の家族介護者のケースがある。また、同じ上海市の事例であるが、調査対象の家族介護者は、ウィーチャットグループを通して、スマホによる情報発信・交換を頻繁に利用し、介護者同士で悩みを相談したり、情報・経験を共有したりしていた。そのような24時間利用できる便利なコミュニケーションツールを用い、自らの精神的プレッシャーが解消されるようになったと述べる介護者もいた。

それだけでなく、認知症に対する啓発活動において、スマホによる情報発信の役割にも期待できると考えられる。紙媒体の時代と比べると、インターネット、特にスマホによるインターネットの普及にともない、情報発信・収集・交換の形は一変した。実際においても、中国ではユーザー数が最も多いメッセージアプリ「ウィーチャット」に登録している認知症に対する啓発に関する公式的ないし個人的購読アカウントは少なくない(表6-1)。

こうした社会発展の流れに沿い、情報伝達手段の多様化が認知症への社会的認識・理解における世代間の認識の格差問題に、有効に対応する1つの方法と考えられる。超スマート社会の到来に向けて、高齢者福祉サービスのスマート化は、中国における人口高齢化の急速な発展という背景のもとで、高齢者福祉サービスをめぐる情報の不整合、需給構造のアンバランス、そして労働密集型高齢者福祉サービスの行き詰まりなどの諸問題を解決するための1つの重要な選択肢となりつつある⁶⁸。

表 6-1 認知症の啓発活動に関するウィーチャット購読アカウント(一部)

番号	購読アカウント	運営先	目的	最新の認証時間
1	イエローブレスレットプログラム (黄手環行動)	中国人口福利 基金会	認知症高齢者の徘徊を防げることを目指す。	2018.01.04(2012 年から 実施された)
2	剪愛公益	上海剪愛公益発展 センター	脳の健康に注目し、認知症の予防、また早期発見を目的とする。	2017.07.047 (2013.04.26 に組織が設立された)
3	上海尽美長者服務センター	上海尽美長者服務 センター	ミッション：健康な高齢者が認知症を避けるよう、認知症高齢者を抱える家族介護者の負担を軽減すること。	2017.07.14 (2012 に組 織が設立された)
4	認知症照護研究センター	中国社区発展協会	認知症の人を介護する経験の共有を目的とする。	2017.05.24
5	あなたしか知らない (我只認識你)	個人 (女、上海市)	ドキュメンタリー『あなたしか知らない』をめぐる認知症に関わる体験の共有を目的とする。	2015.10.06
6	記憶 2030	犇派信息 科技有限公司	スローガン：「全世界を忘れても構わないが、私があなたのことを愛しているということを覚えていてください」 ドキュメンタリー『あなたしか知らない』をきっかけにし、設立された非営利組織である。認知症に関わる人のストーリー、認知症の人を介護する経験、認知症に関連する知識などの共有を目的とする。	2017.10.24
7	認知症優質照護	北京樂芭瑪 科技有限公司	認知症の介護経験の共有を目的とする。	2017.04.01
8	認知症の友達 (認知症好朋友)		認知症の普及啓発を推進すると同時に、恐怖感をはじめ、認知症から生じる羞恥心や社会的偏見の減少を目的とする。	2017.03.31
9	認知症の青少年友達 (認知症青少年好朋友)	個人 (男性、江蘇省)	12-18 歳の青少年を対象とし、認知症の普及啓発を行いながら、認知症の人及び家族への理解を深めることを目的とする。	2016.06.11

2018年2月より、中国においては、全国老齡委員会、中央組織部、中央宣伝部などの14個国家機関が共同し、「人口高齡化に関する国勢普及」(「人口老齡化国情教育」)が全国規模で行われている。その啓発活動は、「高齡化の実態」「高齡者に関わる政策と法律」「高齡化問題に直面した中国が得た成果」「敬老文化」「積極的な高齡化」の5つの部分に分けて推し進められている。しかし、その内容をみると依然として、認知症高齡者に関連する明確な内容は非常に少ないことがわかった。つまり、人口高齡化の深刻さが認識されてきた中国では、認知症高齡者に関わる諸問題はまだ主な政策課題となっていないとはいえないのである。

しかし、高齡化がさらに進行することが避けられない。中国において、認知症高齡者の介護問題をはじめ、認知症から生じるさまざまな問題が近い将来、社会の最も深刻な問題の1つになることは明らかである。中国の認知症施策は、その固有性、体系性、総合性の欠如のため、さらに膨大な社会的コストがかかることも含め、これからの中国の対応が国際社会の関心を集めることになるであろう⁶⁹。

謝辞

本論文は筆者の佛教大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程に在籍中の研究成果をまとめたものであります。同専攻教授朴光駿先生には指導教授として、本研究の実施の機会を与えていただき、その遂行にあたって終始、ご指導をいただきました。ここに深く感謝の意を表したい。

論文副査をつとめていただいた村岡潔教授にも深い感謝の念を捧げたく思います。論文審査にあたって明晰なアドバイスや貴重なご意見により研究の方法を深く学ぶことができました。

終始暖かく見守って下さった同専攻教授若尾典子先生にも深謝申し上げます。日頃から研究の進み具合を気にかけていただき、常に励まして下さいました。また、佛教大学日本語教師である田山博子先生に心よりお礼申し上げます。いつもご丁寧な日本語チェックを衷心よりお礼申し上げます。

そして、本研究の趣旨を理解し快く協力して頂いた、調査対象地区の調査対象者の皆様に心から感謝申し上げます。特に、上海浦東新区ソーシャルワーカーセンターの銭燕氏、上海尽美長者サービスセンターの李紅氏、西安交通大学附属第一病院の焦春燕氏、新疆農四師衛生局の周玉華氏に感謝いたします。本専攻社会福祉学研究室の各位には研究遂行にあたり日頃より有益な討論や助言をいただきました。ここに感謝の意を表します。

最後に、学業と子育てを両立してきた三年間、協力していただいた楽只保育所の方々と家族、特に母と夫に感謝します。彼らの支援がなければとうていここまで来ることはできませんでした。心より有難く思います。

博士論文を書き上げられたことに対し、これまでお世話になった全ての方々に改めて謝意を表します。

馮 怡

脚注

1. http://www.sohu.com/a/231171733_827027 2018年6月17日閲覧
2. http://m.sohu.com/a/204462791_170579 2018年6月17日閲覧
3. <http://wemedia.ifeng.com/26819955/wemedia.shtml> 2018年6月18日閲覧
4. 「サービス利用の受容度」とは、家族介護者が公的サービスと民間企業・非営利組織によるサービスの利用に対する受容度である。
5. 中国の従来の都市規模は「特大都市」「大都市」「中都市」「小都市」に分けられている。2014年から、都市類型は4タイプから5タイプ、「超大都市」「特大都市」「大都市」「中都市」「小都市」という5つのタイプになった。「超大都市」とは、常住民が1000万人を越える都市を指す。「特大都市」「大都市」「中都市」「小都市」の人口規模はそれぞれ500万人以上1000万人以下、100万人以上500万人以下、50万人以上100万人以上、50万人以下となっている。現在、中国における7つの超大都市は北京市、上海市、天津市、重慶市、広州市、深圳市、武漢市である。そのなかで、上海市は高齢化率が最も高い都市であり、次は北京市と広州市である。それぞれの高齢化率は31.6%、22.6%、16.3%である。
6. 伊寧市が、ウイグル語での名称はグルジャ、カザフ語での名称はクルジャになっている。また、イリ地方の中心でもあるため、話し言葉でイリと呼ばされることも多い。
7. そのほか、「負担」として使われる用語には「strain」「stress」「distress」「impact」「effect」等がある。
8. 中国において、公務員や公共事業グループの就業者の定年年齢は、男性60歳、女性55歳であり、一般企業の就業者の定年年齢は、男性60歳、女性50歳である。
9. 日本の「介護保険法」において、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と明記している。
10. 中国の「長期護理保険制度」は日本の介護保険制度に相当するものと思われる。2016年6月に「長期護理保険制度パイロットプロジェクト展開に関する指導意見」の公布に伴い、当制度が河北省承德市、吉林省長春市、黒龍江省チチハル市、上海市、江蘇省南通市・蘇州市、浙江省寧波市、安徽省安慶市、江西省上饒市、山東省青島市、湖北省荊門市、広東省広州市、重慶市、四川省成都市、新疆ウイグル自治区石河子市、合計15都市で展開されるようになった。
11. 第6回人口国勢調査によると、農村部において、60歳以上の高齢者人口は9900万人余りで、農村部総人口の15%を占めていた。一方、都市部において、60歳以上の高齢者人口は7800万人余りで、都市部総人口の11.7%を占めていた。

12. 多数の医学研究によると、平均寿命が5歳に伸びると認知症発症率は倍になるという。
13. 「DSM」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)とは、精神障害の分類(英語版)のための共通言語と標準的な基準を提示するものであり、アメリカ精神医学会によって出版された書籍である。DSMは当初、統計調査のために作成された。DSMの第3版より、明確な診断基準を設けることで、精神科医間で精神障害の診断が異なるという診断の信頼性の問題に対応した。その診断基準は、①記憶障害、②1つ以上の認知障害(失行、失認、失語、実行機能障害)、③上記①、②のために社会的また職業的機能の著しい障害を引き起こす、④上記①、②、③の身体的原因があるか、あると推測できる、⑤意識障害はないである。
14. 「ICD-10」(International Classification of Diseases)とは、死因や疾病の国際的な統計基準として、世界保健機関(WHO)によって公表されている分類である。死因や疾病の統計などに関する情報の国際的な比較や、医療機関における診療記録の管理などに活用されている。
15. 「GMS-AGECAT」とは、臨床的診断に基づいて、認知症やうつ病及び他の精神疾患の病気の発症や精神状態、履歴情報の標準化されるために、コンピューターで評価するシステムである。その記録は共同病態及び診断に関わる信頼レベルで構成されている。
16. 「10/66 認知症研究グループ」とは、10/66とは世界の認知症の人のうち66%が中低所得国に住み、世界の認知症研究費のわずか10%がこの国々で使われているという意味である。
17. 「CSI-D」(the Community Screening Instrument for dementia)とは、資源乏しい環境のなかで、認知症の有無を検証するために、非専門家に適する簡単なチェックする記録である。
18. 「上海尽美長者サービスセンター」は2012年に上海市で設立された認知症高齢者及び家族介護者を支援する非営利組織である。設立当初は、高齢者向けの認知症初期予防及び家族介護者への支援を目的としていたが、現在認知症高齢者を抱える家族介護者への支援に主力を置いた一連の活動を行っている。
19. ドキュメンタリー『あなたしか知らない』は味芳、樹鋒という名の2人を主人公とし、認知症になった味芳と介護者である夫の樹鋒の日常生活を描写したものである。
20. 9月5日が「中華慈善日」となっている。
21. 当制度を利用すると同時に、認知症高齢者が障害者と認められ、家族にはスティグマというようなイメージが付随するため、今でも利用者が少ないのである。
22. 中国において、「街道」とは区の下に置かれる郷級行政区である。
23. 「黄手環行動」とは、中国人口福利基金会と地方政府が共催し、全国各地でGPSチップが付いたブレスレットを配布するプログラムである。2012年9月、中国中央テレビ(以下「CCTV」とする)は、アルツハイマーを患った高齢者に焦点を当て作られたスペシャル番組、『私の両親-CCTVニュースによる公益キャンペーン』を放送した。その後、CCTVと中国人口福利基金会、中国予防医学協会、中国老年保健協会アルツハイマー専門委員会

と協働し、社会的偏見をなくすために、「黄手環行動」という名のプログラムを行うようになった。

24. 「官製 NPO」とは行政が設立に深く関わり、あるいは主体的役割を果たし、運営面でも行政の管理のもとにあるような NPO という意味合いである。

25. 中国において、法律上に登録している非営利組織は「社会团体」「民弁非企業単位」「基金会」3種類に分けられており、各組織の設立と活動条件がそれぞれの法律で詳しい規定されている。厳しい設立条件と行政制限のため、「社会团体」「基金会」より、「民弁非企業単位」が現在最も多い非営利組織となっていると同時に、多様な分野に参入している。

26. ウィーチャット(微信 ; wechat)とは、中国の大手 IT 企業であるテンセントが作ったインスタントメッセージングアプリである。他のメッセージングアプリと同じように、文字、音声、写真、動画、スタンプなどの機能を有する。その中で、グループチャットは 1 つのコミュニケーション機能である。

27. ウィーチャット購読アカウント(订阅号)とは、ユーザー向けに情報発信する公式アカウントである。企業、個人ともに開設可能。

28. 「中国知網」は、中国の学術情報を整備、統合することにより、中国内外のあらゆる単位の研究機関や研究者がネットワークを利用して、お互いに学術情報を交換、利用し合えるオンラインシステムである。

29. 中国における新興の専攻である「社会工作」とは、ソーシャルワーカー(「社会工作者」、日本では「社会福祉士」)の育成を目的とする専攻である。

30. 「常回家看看」とは、度々親元に戻るという意味を指す。

31. GFCI(Global Financial Centers Index) は世界金融センター指数の略称である。それは英国のシンクタンク、Z/Yen グループが毎年 2 回(春、秋)発表している指数であり、グローバルに業務を展開する金融機関の約 3000 人の回答などをもとに世界 88 都市の評価、つまりビジネス環境、インフラ整備、金融セクターの発展度などの各項目について行う得点を表す指標である。2017 年に公表されたデータによって、上海は世界 6 位になっていることが分かった。

32. 「新疆生産建設兵団」は、中国の新疆で開墾と辺境防衛を行う準軍事的政府組織である。その組織は中央政府と新疆の両者の指揮下にあるものの、兵団の管理下にある地域の行政、司法を自身で行っている。現在、兵団の傘下に合計 14 個の師団のなかで、1953 年に設立された農四師はイリ・カザフ自治州を基地となっている。

33. 高齢者が総人口に占める割合で 5 位までの副省級市は大連市、沈陽市、青島市、成都市及び西安市である。

34. <http://www.yining.gov.cn/info/1006/3929.htm> 2018 年 5 月 9 日閲覧

35. カッツインデックス (katz index) は、ADL が入浴、更衣、トイレ、移乗、排泄コントロールと食事という 6 項目に分けられる。その特徴は、ADL の項目の難易度順を決めてし

まっていることである。難易度の高い順に、入浴⇒更衣⇒トイレ⇒移乗であり、より易しい項目 2 つとして排泄と食事を位置づけている。各項目は、自立か依存かの二択で判断される。典型的な ADL 障害パターンをとる患者にはわかりやすい評価結果表示となるが、機能障害の状況などにより、難易度が通常と異なる患者の場合の結果の解釈が困難となる。

36. かつての中国の農村部では、所有制は「公社」、「生産大隊」、「生産隊」の 3 級所有制が設置されていた。「生産大隊」が農業経営の 1 つの単位とみられる。そのリーダーをつとめる女性は「農村生産大隊婦女隊長」と呼ばれる。

37. 「認知症という言い方を聞いたことはない」と介護者は示した。しかも、「痴呆」について、「生じる偏見がない」と認識している。かえって、「認知症」より「痴呆」の方が理解しやすいことを示した。

38. 調査中、介護者は負担を圧力に言い換えた。

39. 中国において、「事業単位」とは、経済的利益の追求を行わず、社会のための事業、主に教育、科学技術、文化・衛生管理などの活動を行っている組織を指す。

40. 本事例の介護者は介護負担という言い方を拒否しているため、経済的負担、肉体的負担、精神的負担は経済的問題、身体的苦勞、精神的プレッシャーに言い換えた。

41. 介護者は肉体的負担と時間的拘束は身体的疲れと時間的縛りに言い換えた。

42. 「〇〇団」とは、新疆生産建設兵団に所属する師団の 1 つの構成単位である。

43. 新疆生産建設兵団年金と医療保険が当兵団の戸籍を持つ人のみ加入できる社会保障システムである。

44. 新疆において、「口里」は内陸地域を指す。

45. 事例 3 と同じように、介護者は介護負担という言い方を拒否し、経済的負担、肉体的負担、精神的負担は介護者の言葉である経済的問題、身体的疲れ、精神的プレッシャーに言い換えた。

46. このケースの場合には、調査対象は共通語が通じないため、通訳の協力を得たが、意味不明もしくは曖昧なところがあると想定される。

47. 経済的負担、肉体的負担が経済的問題、身体的疲れに言い換えた。

48. 上海において、介護保険制度が 2017 年 1 月より、まず全市内の三つの区(金山区、普陀区と徐汇区)で試行された。2018 年 1 月 1 日より、同制度が上海全域に実施されているため、介護者が所属する楊浦区も介護保険制度を利用できるようになった。高齢者の要介護度が要介護 1~6 と規定されている。

49. ただし、スマホの使用方法やセキュリティの考慮のため、介護者は自分の娘に頼ることを前提としている。

50. <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1614816220921787593&wfr=spider&for=pc> 2018 年 10 月 27 日閲覧

51. もちろん、ドイツの介護保険法には、現物給付と現金給付は選択できるが、現金給付を選択する場合は、家族介護者と要介護者との間就労関係を認め、自治体が家族介護者の

労災保険料を全額負担することによって、家族が介護に基づく傷病に遭遇した際に、労災の給付対象となる。それによって、家族介護者の労働法的権利を保障することができ、サービス不足し介護保険給付が受けられない人、家族で介護しつつたいと思う人のためになるのである。

52. 各基金会は、上海仁徳基金会、上海聯勸公益基金会などを指す。

53. 「民弁非企業単位管理条例」第 13 条は、「民弁非企業単位は支部の設立が禁止されている」と明記している。

54. 「剪愛公益」は「上海剪愛公益組織」の略称である。当組織は 2013 年 4 月に成立された認知症早期発見・早期予防に注目する非営利組織である。主たる参加者は自宅で生活している MCI 患者及び家族介護者である。

55. 認知症高齢者の実態の明確について、別の意見がある。2004 年に行われた「痴呆」に替わる用語に関する検討会の資料 3 によると、「2000 年 4 月に介護保険制度がスタートし、要介護認定が実施されたことにより、我が国の痴呆性高齢者の実態が初めて明らかになった」という。

56. 胎動期と模索期の施策を言及する際に、「痴呆老人」を「認知症高齢者」に言い換えていない。

57. https://www.kantei.go.jp/jp/96_abe/actions/201411/06nintishou_summit.html 2018 年 9 月 15 日閲覧

58. 団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に合わせ、施策の対象期間は 2025 年と決められているが、数値目標の設定は介護保険に合わせて 2017 年度末になっている。

59. 新オレンジプランの数値目標は、2017 年度末までに順調で概ね達成できるみこみがあり、さらに第 7 期介護保険事業計画の策定に合わせるため、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議(2017 年 7 月 5 日)において、新オレンジプランの新たな数値目標が更新された。

60. フランスでは 2001 年、またオランダが 2004 年、オーストラリアが 2006 年、イギリスが 2009 年から認知症対策を国家戦略に据えているほか、アメリカでは 2011 年に認知症対策に関する法律、「The National Alzheimer's Project Act」が制定された。

61. ただし、北京の場合は「9064」となっている。

62. 「長者照護之家」は、日本の小規模多機能型居宅介護施設と同じようなものを指す。2014 年に上海市民政局は「長者照護之家試験工作方案」(沪民福発〔2014〕38 号)を公布し、長者照護之家事業を推し進めた。

63. 「高齢者虐待防止法」の 6 条では、高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外の者に対し、市町村が相談、助言及び指導を行うことを明記している。また、同法の 14 条に緊急の必要がある場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずることが定められている。

64. この調査は看護学部(210名)、文学部(191名)、経済学部(200名)、化学学部(198名)、合計 799名大学生を対象として行われたアンケート調査である。

65. 上海市老齡科学研究中心元主任である殷志剛、上海沐恒実業有限公司と艾社康(上海)健康諮訊有限公司が作った「銀齡指数」という非営利組織によって行われた調査である。

66. 「失独家庭」とは、事故や病気で1人の子どもを失い、新たに子どもを産むの可能性がない家庭を指す。

67. イギリスのメモリークリニックとは、看護師などの専門家チームが認知症を早期に診断し、積極的に介入する(治療や支援の情報提供など)ことで、認知症を抱えながらも地域で暮らし続けられるよう支援する地域の拠点である。

68. 出前アプリ「餓了ム」は2017年9月から、広州市越秀区で高齢者向けの出前サービスに着手し、外食が難しい高齢者に食事を宅配していると同時に、配達員は高齢者との会話や電球の交換、薬の配達なども行っている。2018年7月現在、高齢者出前サービスの注文数は286%増加した。「餓了ム」は今後、食事の宅配を通じて高齢者との接点を増やし、在宅介護、病院への付き添いなどの有料サービスで収益化を図る計画という。

69. ヨーロッパ諸国やアメリカなどが行われた研究によって、認知症の社会的コストは甚大であることが明らかになった。そのため、上述した諸国では、認知症問題は単純な高齢者問題あるいは医療問題ではなく、社会全体が取り組むべき国家的な問題として捉え、国家戦略を策定したうえで、その対応に取り組んでいる。

http://kompas.hosp.keio.ac.jp/contents/medical_info/science/201610.html 2018年9月11日閲覧

参考文献

〔日本語文献〕

- 荒井由美子(2002)「家族介護者の介護負担」『IRYO』,56(10):601-605
- 市野瑛子(2013)「認知症の人と家族を支える地域づくりの可能性」『龍谷大学大学院政策学研究』,2:19-34
- 伊藤美智予・鈴木亮子・伊藤大介(2014)「認知症の人が活用しているインフォーマルサポートの種類と機能—認知症ケアマネジメントへの示唆—」『日本認知症ケア学会誌』,12(4):731-741
- 尹 靖水・中嶋和夫・金貞淑・巖 基郁・黒木保博(2008)「老親扶養意識と介護に関連するストレス評価の関係」『評論・社会科学』,85(3):67-81
- 上野千鶴子(2009)「第1章 家族の限界—ケアの分配公正をめぐって」『家族を超える社会学—新たな生の基盤を求めて』新曜社
- 永和良之助・坂本 勉・福富昌城(2011)『高齢者福祉論』,ミネルヴァ書房
- 江口恭子・鈴木和代・刈山和生・小川 正・小野貴志・高見国生(2013)「認知症の人と家族が安心して集える場としての認知症カフェに実態」『日本認知症ケア学会誌』,13(1):252.
- 大塚真理子(2014)「専門職の連携による認知症高齢者の家族支援—IPE/IPWの促進によるケアの質向上を目指して—」『日本認知症ケア学会誌』,13(3):568-579
- 大橋美幸(2013)「超高齢社会における不安の構造—第3報—認知症家族介護者に対するインタビュー調査等—」『函館大学論究』,44(3):1-24
- 岡本充子(2013)「高齢者の家族に関する事例検討」『老年看護』,34(4):516-521
- 王 文亮(2006)『格差で読み解く現代中国』,ミネルヴァ書房
- 梶原弘平・辰巳俊見・山本洋子(2012)「認知症高齢者を在宅する介護者の介護負担感に影響要因」『老年精神医学雑誌』,23(2):221-226
- 勝又浜子(2015)「わが国における認知症ケアに関する政策動向と日本老年看護学会に期待すること」『老年看護学』,20(1):21-25
- 岸田宏司(1995)「多様化する家族と高齢者扶養—ポスト「孝行社会」の親と子の支援関係—」『ニッセイ基礎研究所 調査月報』,20(1):21-25
- 桐野匡史・柳 漢守・尹 靖水(2007)「同居家族における家族凝集性と老親扶養意識の関係」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』,14(9):9-28
- 金 圓景(2012)「韓国における認知症高齢者の家族介護者支援の課題—家族会と支援政策を中心に—」『総合社会福祉研究』,6:27-44
- 金 貞任(2003)『高齢社会と家族介護の変容—韓国・日本の比較研究』法政大学出版局
- 近藤伸介(2015)「フランスの認知症国家計画」『海外社会保障研究』,190:14-23

- 汲田千賀子(2015)「デンマークの認知症ケア国家戦略と福祉・介護人材」『海外社会保障研究』,190:39-51
- 黒澤直子(2011)「認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題」『人間福祉研究』,14:121-128
- 黒澤直子(2015)「認知症家族介護者における困難への対処—家族会への調査—」『人間福祉研究』,18:107-114
- 齋藤真緒(2010)「介護者支援の論理とダイナミズム—ケアとジェンダーの新たな射程—」『立命館産業社会論集』,46(1):155-171
- 佐伯あゆみ・大坪靖直(2008)「認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究」『家族看護学研究』,13(3):132-142
- 佐藤信人(2004)「在宅介護におけるインフォーマルなサービスの役割」『月刊ケアマネジメント』,10:58-59
- 白石真澄(2017)「英国における認知症当事者のケアとインフォーマルサービス」『政策創造研究』,11:53-75
- 白澤政和(2014)「認知症の人に対するケアマネジメントの変遷と今後の課題」『日本認知症ケア学会誌』,14(2):78
- 徐 輝(2013)「中国上海における高齢者介護意識に関する研究—一人っ子政策の影響を探る—」国際医療福祉大学大学院博士論文
- 新村 拓(2002)『痴呆老人の歴史—揺れる老いのかたち』法政大学出版社
- 菅沼真由美・新田静江(2012)「認知症高齢者の家族介護者に対する介入研究に関する文献検討」『老年看護学』,17(1):74-86
- 菅沼真由美・新田静江(2014)「認知症高齢者の女性介護者に対する家族介護者間交流プログラムの効果」『老年看護学』,19(1):81-90
- 高原 昭(2013)「認知症の人と暮らす人の介護うつ」『老年社会科学』,34(4):516-521
- 高見国生(2008)「介護家族を支える」『家族のケア 家族へのケア』,岩波書店
- 谷向知・坂根真弓・酒井ミサヲ・吉田卓・藤田君子・豊田泰孝・小森憲治郎(2013)「介護うつ」『老年社会科学』,34(4):511-515
- 富田和広(1993)『現代中国社会の変動と中国人の心性』,行路社
- 張 平平・正木治恵(2007)「中国における認知症高齢者看護の現状と課題—文献を通して—」『千葉大学看護学部紀要』,29:67-71
- 張 星眸・杉澤秀博(2014)「中国の一人っ子世代における老親扶養に関する要因」『老年学雑誌』,5:91-99
- 陳 引弟(2012)「中国大都市部における介護職養成の現状と課題—大連市の実態調査を通して—」『総合社会福祉研究』,41:168-181
- 沈 潔(2016)「中国における介護保険制度の創設を巡って—政策の動向と政策的な要因の整理」『日本女子大学紀要 人間社会学部』,27:13-21

- 津止正敏(2011)『家族介護者支援を考えるー日本と英、豪、美の比較研究』立命館人間科学研究所,1-12
- 丁珂・谷口幸一・郭新彪・島田博祐(2007)「大学生の高齢者扶養意識の現状と今後の課題に関する研究ー日中比較調査ー」『東海大学健康科学部紀要』第12号:51-63
- 豊田謙二(2015)『認知症の人と創るケアの世界ー日本とドイツの試み』,ナカニシヤ出版
- 中島紀恵子(2013)「なぜ、認知症の当事者研究なのか；認知症ケアの歩みと未来」『看護研究』,46(3):242-253
- 中西三春・中島民恵子(2015)「オーストラリアの認知症対策」『海外社会保障研究』,190:24-38.
- 中村孝一(2014)「認知症カフェ実態調査報告」『日本認知症ケア学会誌』,13(2):60
- 中村重信(2017)「第32回国際アルツハイマー病協会国際会議」『洛和会病院医学雑誌』28:1-6
- 中山慎吾(2011)『認知症高齢者と介護者支援』,法律文化社
- 西岡修(2010)「認知症ケアの制度・施策の動向(上)」『ゆたかなくらし』9:33-39
- 西岡修(2010)「認知症ケアの制度・施策の動向(下)」『ゆたかなくらし』10:4-8
- 西田淳(2015)「英国の認知症国家戦略」『海外社会保障研究』,190:6-13
- 西村洋子・姜菊花(2008)「認知症高齢者家族介護者への社会的サポートに関する研究ー家族サービスへの評価とストレスー」『広島国際大学医療福祉学科紀要』,4:83-110
- 認知症の人と家族の会愛知県支部(2012)『介護家族をささえるー認知症家族会の取り組みに学ぶ』,中央法規出版
- 認知症の人と家族の会(2012)『認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書ー介護家族の立場から見た家族支援のあり方に関するアンケートー』
- 難波利光・魯炜(2006)「儒学文化における中国の高齢者の家族介護の現状と課題」『研究論集儒教文化』,7:57-67
- 羽生生宗(2011)『レスパイア介護者支援政策形成ー家族介護者の負担感分析ー』,日本評論社
- 馬場みちえ(2017)「在宅で暮らす認知症の人の家族介護者支援に向けた動向」『地域ケアリング』,19(6):59-63
- 東野定律・筒井孝子(2003)「介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態」『東保学誌』,5(4):244-257
- 広瀬美千代(2006)「家族介護者の介護に対する肯定・否定両評価に関する文献的研究ー測定尺度を構成する概念の検討と「介護評価」概念への着目ー」『生活科学研究誌』,5:1-12
- 深山つかさ・小野塚元子・奥野茂代(2014)「日本と中国における認知症高齢者の家族介護者のストレスマネジメントについての検討ーストレスマネジメントスタイルと介護負担の関係ー」『京都橘大学研究紀要』,41:257-274

- 藤原和彦・上城憲司・小池伸一・山口隆司・原口健三(2014)「在宅認知症高齢者の家族介護者における介護負担感とコーピングの性差の検討ー男性介護者・女性介護者の特徴ー」『日本作業法研究学会雑誌』,17(1):31-40
- 藤原和彦・上城憲司・小松洋平・江渡文(2011)「在宅認知症高齢者を介護する家族の家族機能と介護負担の関連性分析」『福岡国際医療福祉学院紀要』,7:22-27
- 藤原和彦・小松洋平・奥永盛太・上城憲司(2013)「高校生における認知症の知識と態度に関する予備的研究」『医学と生物学』,157(1):1101-1106
- 太湯好子・璽金 栄・桐野匡史・竹田恵子・高井研一・中嶋和夫(2010)「家族凝集性と老親扶養意識が介護の社会化意識に与える影響：東アジア圏域の日本と中国東北地域の比較」『日本保健科学学会誌』,13(1):31-41
- 細川淳嗣・西田征治・國定美香・三原博光・原田俊英(2017)「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」『県立広島大学保健福祉学部誌 人間と科学』,17(1):73-82
- ホン・グラギ(2004)「痴呆老人扶養者のための治療プログラム模型開発」『韓国家庭科学会誌』,7((4):41-54
- 本間 昭(2014)「認知症の人の在宅介護の現状と課題」『日本認知症ケア学会誌』,12(4):697-702
- 松下年子(2014)「家族介護者と共依存」『日本認知症ケア学会誌』,13(3):560-567
- 松本啓子(2008)「在宅認知症高齢者の家族介護者におけるニーズと介護負担感との関係」『インターナショナル nursing care research』,7(1):1-10
- 松本啓子・池田敏子・羽井佐米子・清田玲子(2011)「在宅認知症高齢者の家族介護者が家族の集いに参加することの意味」『徳島大学医学部紀要』,9(2):9-14
- 松本啓子・若崎淳子(2010)「在宅認知症高齢者の家族介護者の思いー介護観に着目してー」『看護・保健科学研究誌』,10(1):248-255
- 松岡広子・村井美紀(2014)「認知症高齢者の家族介護者の心情ー文献研究が明らかにするその経時的様相ー」『日本認知症ケア学会誌』,12(4):796-803
- 松岡広子(2012):「がある認知症患者を介護する家族の苦悩ー家族が体験した専門職者による冷遇ー」『日本認知症ケア学会誌』,11(1):234
- 松岡広子・山口英彦(2013)「メキシコにおける認知症高齢者とその介護者に対する社会的支援」『海外社会保障研究』,183:71-75
- 松本望(2014)「在宅介護サービスの種類と支援方法」『日本認知症ケア学会誌』,13(3):579-585
- 松村ちづか・川越博美(2001)「在宅痴呆老人家族介護者にとっての家族会の意味ー家族介護者の人生観・介護観・家族会へのニーズとの関連ー」『聖路加看護学会誌』,5(1):1-4
- 水野洋子・荒井由美子(2007)「介護者支援施策の方向性に関する検討ー英国の carers act に注目してー」『老年社会科学』,56(2):160-174

- 宮本久子・坂口真梨・出宮未菜・桧垣佐紀・徳重歩実・中野美佳・名越恵美・松本啓子(2015)「認知症高齢者の家族介護者の負担に関する文献検討」『インターナショナル nursing care research』,14(1):121-130
- 矢吹知之(2014)「家族介護者を支えるための視角と方策」『日本認知症ケア学会誌』,13(3):553-559
- 姚 新華(2011)「戦後中国と日本における老親扶養の比較：少子高齢化と家族扶養をめぐって」『奈良女子大学社会学論集』,18:67-84
- わが国における認知症ケアに関する政策動向と日本老年看護学会に期待すること」『老年看護学』,20(1):21-25
- 湯原悦子(2010)「イギリスとオーストラリアの介護者法の検討—日本における介護者支援のために—」『日本福祉大学社会福祉論集』,122:41-52
- 湯原悦子(2013)「介護うつ：認知症介護における介護者支援のための課題—司法福祉の立場から—」『老年社会科学』,34(4):525-530
- 湯原悦子(2014)「家族介護者支援の理論的根拠」『日本福祉大学社会福祉論集』130:1-14
- 湯原悦子(2017)『介護殺人の予防—介護者支援の視点から』,クレス出版
- 和気純子 (1998)『高齢者を介護する家族』,川島書店
- 渡辺朝子・児玉喜久枝・松本玄智江(2010)「家族介護者の持つ介護負担感と介護肯定感に関する検討—アンケート調査の分析から」『日本看護学会論文集. 地域看護』,41:53-56
- 渡辺千枝子(2008)「認知症高齢者を介護する嫁の介護意識の変容」『日本看護研究学会雑誌』,31(4):75-85

〔中国語参考文献〕

- 安翠霞・于欣(2005)「痴呆患者経済負担及相関因素研究」『中国心理衛生雑誌』,19(9):592-594
- 白姣姣・丁儉・王崢(2006)「対老年痴呆親族照顧者真実体験的質性研究」『中華護理雜誌』,21(12):1065-1069
- 陳林利・趙根明・湯軍克・方紅(2009)「老年期痴呆患者経済負担研究」『中国衛生經濟』,28(11):19-21
- 方文俊(2015)「老齡化背景下上海市失智老人機構養老現状及困境研究」『企業導報』,24:180-181
- 馮曉敏・王曙紅・劉風蘭・曾翠・張京慧(2011)「痴呆照顧者負担的影響因素及其幹預研究進展」『護理学雜誌』,26(3):88-91
- 付芸・岳鵬・柳秋実・王木蘭・尚少梅・于欣(2007)「痴呆患者配偶的心理負担及相関因素」『中国心理衛生雑誌』,21(4):267-270

- 高菲菲·尚少梅·王志穩·張慧·王卉(2009)「居家痴呆患者疾病症状与其照顧者負担相關性的縱向研究」『護理学雜誌』,24(3):4-6
- 郭明賢·郭峰·高麗·張桂紅·張秀粉·呂淑萍(2010)「西安城区群居老人痴呆的流行病学調查与分析」『实用老年医学』,24(2):125-127
- 侯建州(2011)「失智症家庭 vs 失智症日間照顧服務之供需分析—以某失智症日間照顧中心為例—」『兒童青少年与家庭社会工作評論』,34:245-257
- 黃可(2014)「老年期痴呆患者社区一家庭照顧研究」,南昌大学修士論文
- 黃若燕·唐牟尼·林康広(2014)「広州市城鄉老年期痴呆死亡率的随訪研究」『中華精神科雜誌』,47(2):99-102
- 胡以松(2015)「我国痴呆流行病学調查現況」『内科理論与实践』,10(2),80-86
- 金圓景(2014)「韓日对照護失智老人的親属提供援助的現狀与問題」『社会福利:理論版』,9,13-19
- 康越(2014)「日本失智老人照顧对策分析」『北京社会科学』,11:123-128
- 梁健菱·岑慧莹·楊明理·蔡綺霞·李衛燕·賴錦玉(2010)「マカオ地区老年痴呆患者照顧服務的資源分配及政策分析」『中国護理雜誌』,45(1):50-52
- 梁健菱·賴錦玉(2010)「香港老年痴呆患者照顧服務的資源分配及問題分析」『中国護理雜誌』,45(12):1113-1115
- 李静雅(2018)「老年痴呆患者家庭照顧者的研究述評和展望」『黑竜江社会科学』,167(2):106-113
- 李明艷(2016):「大陸与我国台湾地区失智症患者照顧モデル与資源的对比分析」『中国初級衛生保健』,30(4):7-8
- 李小衛·王志穩·郝薇·李穎堃·鄒宝紅(2017)「北京市不同場所痴呆老人照顧成本及影響因素」『中国老年学雜誌』,5:1246-1249
- 李小衛·王志穩·鄧永平·肖露·李穎堃(2015)「公立養老機構痴呆老人照顧費用及其影響因素研究」『中国護理管理』,7:782-785
- 劉腊梅·周蘭姝(2007)「我国家庭照顾者的研究現狀分析」『解放軍護理雜誌』,24(8A):51-53
- 劉肇瑞·黃悅勤·王瑛(2013)「北京市城鄉兩社区老年痴呆有病率及危險因素的研究」『中華精神科雜誌』,46(6):356-361
- 孟慶慧·陳玉芳·張梅(2006)「居家痴呆患者照料者的健康狀況分析」『中国全科医学』,10(1):47-49
- 孟慶慧·肖順貞·劉宇·張梅·陳玉芳(2006)「居家痴呆老人照料者負担調查」『中国心理衛生雜誌』,20(10):666-670
- 孟新鈴·劉婷·劉遠新·馬娜ら(2014)「新疆ウイグル自治区におけるカザフ族高齢者痴呆患病率調查」『中華神經科雜誌』,47(7):491-495
- 喬雨晨·常紅·孟茜(2016)「痴呆患者照顧者需求的質性研究」『解放軍護理雜誌』,47(3):19-22

- 屈秋民·喬晉·楊劍波·韓建峰·羅國剛·張輝·武成斌·王小娟·霍東紅·楊華·李正儀·鄧美英·韓雪松·趙松珍·于普林·張振(2001)「西安地区中老年人的地方患病率調查」『中華老年医学雜誌』,20(4):283-286
- 沈漁村·李格·李淑然(1994)「北京市城区老年期痴呆有病率和死亡率調查」『中国心理衛生雜誌』,84:165-166
- 孫莉(2011)「68例老年痴呆症照顧者的健康教育」『齊魯護理雜誌』,17(4):118-119
- 宋佩佩·吳蓓(1998)「米國老年痴呆患者的護理狀況」『華東科技』,2:41-42
- 湯麗玉(1991)「痴呆老人照顧者的負荷及其相關因素之檢討」,台湾大学護理研究所修士論文
- 唐牟尼·劉協和·魯江(2005)「成都地区 1997 年和 2000 年兩次老年痴呆患病率調查結果的比較」『中華精神科雜誌』,38(3):170-173
- 汪德秀(2014)「急診老年期痴呆患者的主要家庭照顧者对老年期痴呆安全的認知調查」『中国全科医学』,17(3):266-270
- 王海妍(2017)『失智老人照護現狀的調研報告』,北京失智老人照護服務与管理フォーラム報告
- 王嵐·王學義·許順江·宋美(2012)「石家庄市普通民衆对老年痴呆的知曉率調查」『中国健康心理学雜誌』,20(3):355-357
- 王湘(2003)「老人痴呆了、家族怎么办」『大衆医学』,1:38-40
- 王湘·鄧瑞姣(2003)「老年性痴呆患者護理モデル的国内外比較及其啓発」『解放军護理雜誌』,23(1):44-46
- 王貞慧·高暉·馮晨秋·樓鳳蘭(2012)「在校大学生对老年痴呆症知識掌握、態度及接触經驗的現狀」『解放军護理雜誌』,29(6b):33-35
- 王志穩·肖順貞·辛勝利(2000)「福利院痴呆症狀老人生活質量的調查分析」『中国全科医学雜誌』,3(6):466-468
- 王振英·呂忞春·張朝輝·宋景貴(2007)「老年痴呆照料者的应付方式及其行為干預效果評估」『新鄉医学院學報』,24:439-440
- 吳繼星·張振馨(2005)「北京城鄉 55 歲以上地方患者衛生保健現狀調查」『中国行為医学科学』,16(5):462-463
- 吳仕英·董碧蓉·丁光明·陳建華·龐偉(2011)「成都市養老機構对老年性痴呆的接受和照顧現狀」『現代預防医学』,38(3):482-484
- 吳文源·張明園·何燕鈴·喻勤奮(1995)「老年性痴呆病人照料者的負擔及其影響因素研究」『中国心理衛生雜誌』,9(2):49-52
- 吳曉光·湯哲·方向華(2010)「北京市社区居民老年期痴呆有病率及其危險因素研究」『中華流行病学雜誌』,31(11):1245-1249
- 伍星·許秀峰·余發春(2015):「老年痴呆照料者負擔及其相關因素」『中華老年学雜誌』,35(7):4019-4021
- 伍毅·張懷惠·李小青·俞琳·董愛珍·李秀英·陳一郡·鄭琰婷·畢旭軍(2007)「老年期痴呆患者家属生存質量及其影響因素分析」『神經疾病与精神衛生』,7(6):453-456

- 楊帆·戴興海(2009)「老年期痴呆家属生活質量的探討」『臨床精神医学雜誌』,19(4):257-258
- 楊莘·張聿榮·楊培傑(2005)「居家痴呆病人照顧者需求調查研究」『護理研究上旬版』,22:48-52
- 楊振·陳若陵·張冬梅·陳任·馬穎·汪琦·李治(2013)「老年痴呆照料者負擔及其影響因素研究進展」『安徽医学』,34(3):360-362
- 于榮輝·繩宇(2006)「痴呆照顧者負擔影響因素的研究進展」『中国護理学雜誌』,41(10):934-936
- 趙敏彤(2016)「我国失智老人群体養老保障研究」『科技視界』,1:118-119
- 鐘碧橙·鄒淑珍(2010)「老年痴呆患者照顧者負擔与需求的相關性分析」『護理学雜誌·綜合版』,25(1):16-18
- 鐘雪冰·樓緯群(2011)「老年痴呆症長期照顧モデル的国際研究趨勢」『中華老年学雜誌』,31(10):1937-1939
- 張健(2017)「失智老人家庭照顧者的照顧困境研究—基于L医院アルツハイマー患者家族的經驗研究」,中国青年政治学院修士論文
- 張曙·陳雪萍(2013)「痴呆老人的照顧現狀」『中国老年学雜誌』,33(12):6328-6330
- 張月華·蘆少萍(2003)「老年痴呆症患者家族健康教育需求的研究」『護理学雜誌』,18(7):542-543
- 朱紫青·陳建新·張明園(1998)「痴呆和 Alzheimer 病患病率的 5 年縱向研究」『上海精神医学』,10(增刊):6-8
- 朱紫青·張明園·Katzman R(1997)「社区老年人 5 年随訪中痴呆等疾病的死亡率」『中華精神科雜誌』,30(4):231-234
- 鄒健(2014)「痴呆患者家庭照顧者負擔現狀及影響因素研究」,中南大学護理学修士論文

〔英文参考文献〕

- AileenWiglesworth, LauraMosqueda, RuthMulnard, SolomonLiao,
Lisa Gibbs, WilliamFitzgerald. Screening for Abuse and Neglect of People with Dementia. Journal of the American Geriatrics Society 2010 (3)
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2009. London: Alzheimer's Disease International, 2015:1-3
- Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement. 2016 12(4):459-509
- Berger.G, Bernhardt, Weimere.E, et al. Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. J Geriatr Psychiatry Neurol, 2005, 18(3):119-128
- Buhr.G.T, Kuchibhatla.M, Clipp.E. Caregivers' reasons for nursing home placement: cues for improving discussing with families prior to the transition. Gerontologist, 2006, 46 (1):52-61

C.Nogales-González, R. Romero-Moreno, A. Losada, M. Márquez-González, S.H. Zarit. Moderating effect of self-efficacy on the relation between behavior problems in persons with dementia and the distress they cause in caregivers. *Aging & Mental Health* .2015 (11)

Chan KY, Wang W, Wu JJ, Liu L, Theodoratou E, Car J, Middleton L, Russ TC, Deary IJ, Campbell H, Wang W, Rudan I; Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990-2010: a systematic review and analysis. *Lancet*, 2013 (381) :2016-23

Chi .HF.Zhang .M. Dementia research in China [J]. *Znt Geriater Psychiatry*, 2000, 15 (10):947-953

Kitwood T.Bredin K. Towards a theory of dementia care personhood and well-being. *Ageing and Society*, 1992, 12: 269-287

Leahdc, Michael JS, Thomas.H, et al. Predicting caregivers burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Phychol Sci Soc Sci*, 2000, 55(2):2-13

Leena. Mary, Ranbir S. Bhattel, mmatty, Mathew T. Mukalel. The experience of burden in India-A study of dementia caregivers. *Dementia*, 2006, 5(2):223-232

Liew, Tau Ming.Luo, Nan,Ng, Wai Yee,Chionh, Hui Ling,Goh, Jenny,Yap, Philip. Predicting Gains in Dementia Caregiving. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* .2010 (2)

Li S.Yan F.Li G, et al. Is the Dementia rate increasing in Beijing? Prevalence and incidence of dementia 10 years later in urban elderly population. *Acta Psychiatr Scand*, 2007, 115(1):73-79

Lizzy M. M. Boots, Claire A. G. Wolfs, Frans R. J. Verhey, Gertrudis I. J. M. Kempen, Marjolein E. de Vugt. Qualitative study on needs and wishes of early-stage dementia caregivers: the paradox between needing and accepting help. *International Psychogeriatrics* .2015 (6)

Luisa Colucci, Massimiliano Bosco, Angiola Maria Fasanaro, Giuseppe Lucio Gaeta, Giovanna Ricci, Francesco Amenta. Alzheimer's Disease Costs: What We Know and What We Should Take into Account. *Journal of Alzheimer's Disease*.2014 (4)

Prince M, Acosta D, Ferri CP, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10\66 a Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet*, 2012, 380(9836):50-58

Rasha Aziz Attia Salama, Faiza Ahmed Abou El-Soud. Caregiver burden from caring for impaired elderly: a cross-sectional study in rural Lower Egypt. *C HEALTHIIPH* - 2012, 9(4):77-87

Simon. C, Znformal. Carers and the primary care team. *Br J Cenpract*, 2001, 51 (472):920-923

Tan.L.L, Wong.H.B, Allen.H., The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. *Int Psychoderiatr*, 2005, 17(2):253-263

Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. Relative of the Impaired elderly: correlates of Feelings of burden. *The Gerontologist*, 1980, 20(6), 649-655

Zhao Q, Zhou B, Ding D, et al. Prevalence, mortality, and predictive factors on survival of dementia in Shang-hai, China. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2010, 24(2):151-158

参考資料

付録 1

佛教大学「人を対象とする研究」
倫理審査委員会様式

同意書

研究課題名 _____

このたび、上記の研究課題に参加するにあたり、研究責任者より以下の項目につきまして十分に説明を受けました。

- ① 研究の目的
- ② 研究の方法
- ③ 研究への参加予定期間
- ④ 個人の情報、データ等の取扱い方法
- ⑤ 研究成果の発表方法、および成果が発表される場合にも個人情報が保全されること
- ⑥ 予想される身体的・精神的負担もしくは苦痛の有無
- ⑦ 研究への参加は自由意志によるものであり、研究への参加を随時拒否・撤回できること。
また、これによって不利な扱いを受けないこと。同意を撤回したときは個人情報、データ等が廃棄されること。
- ⑧ 研究責任者の氏名・所属・連絡先

上記内容を十分に理解し、承知した上で、自ら本研究に参加することに同意いたします。

同意日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究協力者

ご本人 _____ (印)

代諾者 _____ (印)

(続柄 _____)

(注) 本人が未成年の場合、代諾者欄にご記入ください。

研究責任者 _____ (印)

本同意書は、研究協力者と倫理審査委員会が一部ずつ保管する。

(中国語版)

佛教大学 以人为对象进行的研究
伦理审查委员会指定格式

同意书

研究项目名称 _____

参与上述研究课题时，研究项目负责人对以下条款进行了充分的说明。

- ①研究目的
- ②研究方法
- ③参与研究的时间
- ④个人信息及相关数据的保存方法
- ⑤研究成果的发表方式，及成果公开时对个人信息进行保护
- ⑥有无预想的身体/精神负担，又或者是预想的痛苦
- ⑦自愿参加本次研究，并且根据个人意愿可以随时退出或者拒绝参与。另外，如若因该研究项目对本人带来不利，退出项目的同时已经提供的个人信息和数据将视为无效
- ⑧研究项目负责人的姓名、所在单位、联系方式

已充分理解并同意该协议的全部内容，自愿参与本次研究项目。

同意日： 年 月 日

研究协助人

本人 _____ (印)

代理人 _____ (印)

(与本人的关系 _____)

(注) 研究协助人为未成年人时，由代理人签署同意书。

研究项目负责人 _____ (印)

该同意书一式两份，由研究协助人及伦理审查委员会各自保管。

付録2

認知症高齢者の個人基礎情報調査用紙

認知症高齢者ご本人あるいは家族介護者にご自身のことを考え、あてはまる箇所に“✓”をつけてください。

1. 氏名：_____
2. 性別：男() 女()
3. 年齢：_____歳
4. 民族：漢族() 少数民族() _____ (注)
5. 職業： 公務員() 公共事業グループ() 国有企業()
 民営企業() 無職() その他() _____ (注)
6. 認知症と診断された時間：_____年_____月
 認知症と診断された時に高齢者の年齢：_____歳
7. 認知症類型： アルツハイマー() 脳血管性認知症()
 レビー小体型認知症() 前頭側頭型認知症() その他 _____ (注)
8. 教育レベル： 小学校及び以下() 中学校() 高校()
 専門学校() 大学() 修士及び以上()
9. 医療保険の有無： 都市従業者医療保険() 新型農村合作医療保険()
 都市住民医療保険() その他() _____ (注)
 医療保険に未加入()
10. 年金の有無： 無() 有() _____ (注)
11. 他の慢性病の有無： 無()
 有() _____ (注)
12. 健康状態： 自立() 要支援() 要介護()

記入日：_____年_____月_____日

本人署名：_____ (印)

家族介護者の個人基礎情報調査用紙

家族介護者はご自身のことを考え、あてはまる箇所に“✓”をつけてください。

1. 氏名：_____
2. 性別：男() 女()
3. 年齢：_____歳
4. 民族：漢族() 少数民族() _____ (注)
5. 宗教：無() 有() _____ (注)
6. 婚姻状況：既婚() 離婚() 配偶者がなくなった() 未婚()
7. 教育レベル：小学校及び以下() 中学校() 高校()
専門学校() 大学() 修士及び以上()
8. 職業：公務員() 公共事業グループ() 国有企業()
民営企業() 無職() その他() _____ (注)
9. 健康状況：かなり悪い() 悪い() 普通()
良い() かなり良い() どちらとも言えない()
10. 他慢性病の有無：無()
有() _____ (注)
11. 医療保険の有無：都市従業者医療保険() 新型農村合作医療保険()
都市住民医療保険() その他() _____ (注)
医療保険に未加入()
12. 収入(元/月)：0～499元() 500～999元() 1000～1999元()
2000～3999元() 4000～5999元() 6000～7999元()
8000～9999元() 10000元以上()
13. 居住類型：同居() 別居()

記入日：____年____月____日

本人署名：_____ (印)

(中国語版)

被照顾老人个人情况调查表

请老人本人或者家庭照顾者根据实际情况在括号内打“√”。

1. 姓名: _____
2. 性别: 男() 女()
3. 年龄: _____周岁
4. 民族: 汉族() 少数民族() _____ (请注明)
5. 工作状况: 公务员() 事业单位() 国有企业()
 民营企业() 无工作() 其他() _____ (请注明)
6. 确诊时间: _____年_____月
 确诊时患者的年龄 _____周岁
7. 痴呆类型: 阿尔茨海默症() 血管型痴呆() 路易体痴呆()
 额颞痴呆() 其他类型() _____ (请注明)
8. 老人受教育程度: 小学及以下() 初中() 高中或中专()
 大专() 大学本科() 硕士及以上()
9. 有无医疗保险: 城镇职工医保() 新型农村合作医保()
 城镇居民医保() 其他() _____ (请注明) 无医疗保险()
10. 有无退休金: 无() 有() _____ (请注明)
11. 有无其他慢性病: 无()
 有() _____ (请注明)
12. 生活自理情况: 完全自理() 半失能状态() 失能状态()

填表日期: _____年_____月_____日

填表人: _____ (印)

家庭照顾者个人情况调查表

请家庭照顾者本人根据实际情况在括号内打“√”。

1. 姓名：_____
2. 性别：男() 女()
3. 年龄：_____周岁
4. 民族：汉族() 少数民族() _____ (请注明)
5. 宗教信仰：无()
有() _____ (请注明)
6. 婚姻状况：已婚() 离婚() 丧偶() 未婚()
7. 受教育程度：小学及以下() 初中() 高中或中专()
大专() 大学本科() 硕士及以上()
8. 工作状况：公务员() 事业单位() 国有企业()
民营企业() 无工作() 其他() _____ (请注明)
9. 身体健康状况：很差() 差() 普通()
良好() 很好() 不好说()
10. 有无其他慢性病：无()
有() _____ (请注明)
11. 有无医疗保险：城镇职工医保() 新型农村合作医保()
城镇居民医保() 其他() _____ (请注明) 无医疗保险()
12. 收入(元/月)：0~499元() 500~999元() 1000~1999元()
2000~3999元() 4000~5999元() 6000~7999元()
8000~9999元() 10000元以上()
13. 是否与被护理者共同居住：共同居住() 分开居住()

填表日期：____年____月____日

填表人：_____ (印)

付録3

調査項目

本調査により収集し得るすべての個人情報及びデータは、第三者に知られないように保管いたします。お忙しいとは存じますが、ご協力のほどよろしく願いいたします。

1. 介護状況の詳細

- 1) 認知症高齢者との続柄はなんですか。普段、認知症高齢者との仲はどうですか。
- 2) 認知症介護に協力する人がいますか。その人と認知症高齢者との続柄はなんですか。
- 3) 認知症介護はいつから始まりましたか。
- 4) 一日に、認知症介護はどのぐらいの時間がかかりますか。
- 5) 一日の介護の流れをお教えてください。

2. 家族介護者の心境

- 1) ご家族が認知症と診断された際のお気持ちをお教えてください。
- 2) 認知症介護が始まった際のお気持ちをお教えてください。
- 3) 介護中、公私を問わず、サービスを受けたいと思ったことがありますか。その理由をお教えてください。利用中のサービスがあれば、具体的な状況をお教えてください。
- 4) 介護中、負担を感じたことがありますか。最も感じられる介護負担は何でしょうか。
- 5) 介護中、負担を最も感じられた時期はいつでしょうか。

3. 家族介護者の提言

- 1) 我が国の認知症高齢者に関わる政策をご存知でしょうか。知っている場合には、具体的にお教えてください。
- 2) 我が国の家族介護者の支援に関わる政策をご存知でしょうか。知っている場合には、具体的にお教えてください。
- 3) 我が国の認知症高齢者及び家族介護者の支援に関わる政策に対して、ご意見があれば、具体的にお教えてください。

(中国語版)

调查提纲

您好，感谢您参加此次调查。该调查取得的数据及事实情况仅用于本次研究，并将得到妥善保管。

1. 痴呆护理的基本情况

- 1) 您与被护理者是何种关系？平时相处状况如何？
- 2) 是否有人和您共同承担此项护理工作？此人同被护理者是何种关系？
- 3) 您承担此项护理工作已经有多长时间？
- 4) 一天护理时间具体为多少？
- 5) 请简要描述一下一天的护理工作。

2. 家庭护理者的心路历程

- 1) 得知被护理者被确诊为痴呆时，您有何想法？
- 2) 您刚接触此项护理工作时有何想法？
- 3) 在护理过程中，您是否曾经希望得到任何形式的帮助？请回答原因。如果您现在已经享受到了政府性或者非正式照料帮助，请告知具体情况。
- 4) 您在护理过程中是否感受到过压力？最大的压力是什么？
- 5) 您在何时感受到的压力最大？

3. 来自家庭护理者的建议

- 1) 您是否了解我国现有的痴呆老人相关政策？如有请具体回答。
- 2) 您是否了解我国现有的家庭照顾者支援的相关政策？如有请具体回答。
- 3) 您对现有的痴呆老人及家庭照顾者支援政策有何建议？请具体说明。

付録4 認知症高齢者の基本属性

項目	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9
都市	西安市	西安市	西安市	伊寧市	伊寧市	伊寧市	上海市	上海市	上海市
年齢(歳)	84	64	82	65	85	71	89	71	87
民族	漢族	漢族	漢族	漢族	漢族	カザフ族	漢族	漢族	漢族
宗教	—	仏教	—	—	—	イスラム教	—	—	—
性別	女	女	女	女	女	女	女	女	男
教育レベル	小学校未卒	高卒	小学校未卒	専門学校卒	小卒	不明	中卒	中卒	大卒
年金	—	○	—	○	—	—	—	○	○
医療保険	○	○	○	○	○	—	○	○	○
罹患期間(年)	5	4	7	4	12	5	5	10	5
認知症類型	不明	アルツハイマー認知症	不明。ただし、脳の萎縮が誘発した認知症(主治医談)	不明	不明	不明	アルツハイマー認知症	アルツハイマー認知症	脳血管性認知症

注：「○」—あり；「—」—なし

付録5 家族介護者の基本属性

項目	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9
都市	西安市	西安市	西安市	伊寧市	伊寧市	伊寧市	上海市	上海市	上海市
年齢(歳)	60	37	48	65	62	49	89	46	64
民族	漢族	漢族	漢族	漢族	漢族	カザフ族	漢族	漢族	漢族
宗教	—	—	—	—	—	イスラム教	—	—	—
続柄	娘	娘	娘	夫	娘	嫁	夫	嫁	娘
教育レベル	高卒	専門 学科卒	大卒	大卒	専門 学校卒	中学校 中退	高卒	大卒	専門 学校卒
年金	○	○	○	○	○	—	○	○	○
医療保険	○	○	○	○	○	—	○	○	○
病気の 有無	高血圧 尋常性白斑	脳の貧血	—	—	—	—	高血圧 糖尿病	—	—
副介護 者・協力者 の有無	あり (弟嫁)	あり (父)	あり (父)	—	あり (ヘルパー)	—	—	—	—
介護期間 (年)	5	4	7	4	12	5	5	10	5
家族 構成	多子女家庭	1人っ子 家庭	多子女 家庭	空巢 家庭	多子女家庭	多子女 家庭	多子女 家庭	多子女 家庭	多子女 家庭
居住状況	別→同	同居	別居	同居	別→同	同居	同居	別→同	別→同

注：「○」－あり；「—」－なし

付録6 中国におけるメモリークリニックの一覧

番号	地域	都市	メモリークリニック	
1	東北	黒竜江省ハルビン市	ハルビン市医学大学第一付属医院	
2		吉林省長春市	吉林大学第一医院	
3	東南	福建省アモイ市	アモイ中山医院	
4			アモイ市第一医院	
5		福建省福州市	福建医科大学付属第一医院	
6			福建省立医院	
7		広東省佛山市	佛山市第一人民医院	
8		広東省東莞市	東莞市人民医院	
9		広東省汕頭市	汕頭市中心医院	
10		広東省中山市	中山市人民医院	
11		広東省広州市	中山大学付属第一医院	
12			広東省人民医院	
13		西南	貴州省貴陽市	貴州省人民医院
14			四川省成都市	四川大学華西医院
15	重慶市		重慶医科大学付属第一医院	
16			重慶新橋医院	
17	華北	北京市	北京首都医科大学付属宣武医院	
18			北京大学付属第三医院	
19			中国人民解放軍総医院（301 医院）	
20			北京中日友好医院	
21			北京大学精神病研究所（北京大学第六医院）	
22			北京中医薬大学付属東直門医院	
23			衛生部北京医院	
24			北京首都医科大学付属北京友誼医院	
25			鉄道部北京铁路総医院	
26			北京医科大学付属第一医院	
27			山東省青島市	青島大学医学院付属医院
28				青島市立医院
29		山東省済南市	山東大学齊魯医院	
30			山东省立医院	
31		山西省太原市	山西医科大学付属第一医院	
32		天津市	天津医科大学総医院	
33			天津環湖医院	
34			天津脳系科中心医院神経外科研究所	
35	天津市第一中心医院			
36	華東	安徽省合肥市	安徽医科大学第一付属医院	
37		江蘇省南京市	南京脳科医院（南京医科大学付属脳科医院）	
38			南京大学医学院付属鼓楼医院	
39			江蘇省人民医院	
40		江蘇省常州市	蘇州大学付属第三医院（常州第一人民医院）	

41	華東	江蘇省蘇州市	蘇州大学附属第一医院（蘇州第一人民医院）		
42			蘇州大学附属第二医院（蘇州第六人民医院）		
43		江蘇省無錫市	無錫市第二人民医院		
44		江蘇省徐州市	徐州医学院附属医院（徐州市第二人民医院）		
45			徐州市第一人民医院		
46		上海市		上海市第六人民医院	
47				上海第二医科大学附属瑞金医院	
48				上海市第十人民医院（原上海同济大学附属铁路医院）	
49				上海第二医科大学附属仁济医院	
50				復旦大学医学院附属華山医院	
51				上海市精神衛生中心	
52				上海中山医院	
53		浙江省杭州市		浙江大学医学院附属第一医院（浙江省第一医院）	
54				浙江大学医学院附属第二医院（浙江省第二医院）	
55				浙江大学医学院附属邵逸夫医院	
56				浙江省人民医院	
57				杭州市第三人民医院	
58				浙江省第二中医院（省立同德医院）	
59				浙江省嘉興市	嘉興市第二人民医院
60				浙江省温州市	
61		温州医学院附属第一医院			
62		温州医学院附属第三医院			
63		浙江省湖州市	湖州市第三人民医院		
64		浙江省台州市	台州市第一医院		
65		浙江省紹興市	紹興市人民医院		
66		浙江省寧波市		寧波二院	
67				寧波市第一医院	
68				寧波市李慧利医院	
69		浙江省金華市	金華市第二医院		
70	華中	河南省鄭州市	鄭州大学第一附属医院		
71		江西省南昌市	江西医学院第二附属医院		
72		湖北省武漢市		武漢大学中南医院	
73				華中科技大学同济医学院附属協和医院	
74		湖南省長沙市		長沙市第一医院	
75	中南大学湘雅二医院				
76	西北	陝西省西安市	陝西省人民医院		
77			西安交通大学附属第一医院		
78		新疆ウルクチ		新疆医科大学第一附属医院	
79				新疆ウイグル自治区中医医院	

出所：各省の衛生庁のホームページにより筆者整理