博　士　論　文

中国・内陸都市における認知症高齢者の居住生活の実態と支援方策に関する研究
－四川省成都市を事例に－

Study on the Actual Conditions and Support Measures of Living in Elderly People with Dementia in Mainland City of China

- The Case Study in Chengdu City, Sichuan Province -

2019 年度

日 本 福 祉 大 学 大 学 院
福 祉 社 会 開 発 研 究 科
社会福祉学専攻博士課程

氏　　名：王 吉彤

目 次

序 章 研究の背景、目的と論文の構成 ・・・

4. 在宅認知症高齢者の居住環境の実態と課題 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 67
5. 家族介護者の介護負担と認知症高齢者の居住生活状況との関係・・・・・・・・・・・・・ 69
6. 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

6. 考察 129
第 5 節 認知症高齢者を専門的に介護できる人材の実態と課題 131
1. 中国における介護職の実態 131
2. 介護資格の取得方法の現状と課題 133
3. 介護職短期養成研修の教育内容の現状と課題 136
4. 高等教育における介護学科の教育内容の現状と課題 141
5. 考察 150
第 5 章 中国・内陸都市における認知症高齢者の支援方策－日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にして－ 153
第 1 節 日本における認知症高齢者対応の取り組みの現状と課題 153
1. 国による認知症高齢者対策について 153
2. 認知症高齢者の早期発見・支援対応の現状と課題 158
3. 認知症高齢者が在宅で住み続けるための支援の現状と課題 163
4. 認知症高齢者の生活を支える施設整備の現状と課題 169
5. 認知症高齢者を支える専門人材養成の現状と課題 173
第 2 節 中国・内陸都市における認知症高齢者対応の取り組み課題 181
1. 認知症に関する認識・理解の普及・啓発の取り組み課題 181
2. 認知症の早期相談・支援体制における取り組み課題 182
3. 認知症高齢者の在宅生活を支える取り組み課題 183
4. 認知症高齢者を支える入所施設の課題 186
5. 認知症高齢者を支える専門人材養成の課題 187
第 3 節 中国・内陸都市における認知症高齢者の支援方策 188
1. 認知症に対する認識・理解の啓発の支援方策 188
2. 認知症の早期相談・支援体制づくりの支援方策 190
3. 認知症高齢者の在宅生活を支える支援方策 191
4. 認知症高齢者を支える入所施設への支援方策 194
5. 認知症高齢者を支える専門人材養成の支援方策 195
終 章 結論 197
第 1 節 各章で明らかにしたこと 197
第 2 節 結論と今後の課題 199
1. 結論 199
2. 本研究の意義 206
3. 本研究の限界と今後の課題 207
引用・参考文献 208
謝辞 218

論 文 要 旨

序章

本研究は中国・内陸都市の成都市を研究対象とし，認知症高齢者を取り巻く居住環境やサービスの実態と課題を明らかにし，その上で，日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にしながら，中国・内陸都市における認知症高齢者が地域で安心して生活し続けるための支援方策について検討することを目的とした．

研究目的を達成する上で，「認知症の予防や早期発見」，「認知症高齢者の生活を支える」という2つの視点から以下の4つの研究課題を設定した．

研究課題1　一般高齢者が認知症に対してどの程度の認識・理解ができているのか．

研究課題2　認知症高齢者はどこで誰に支えられ生活したいのか．

研究課題3　認知症高齢者は在宅で生活し続けることができるのか．

研究課題4　認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材は整っているのか．

上記に基づき，第 1 章では認知症高齢者にかかわる福祉政策や先行研究を概観し，本研究の研究課題を明らかにした．第2～4章では，調査を実施し，実態と課題を明らかにした．第5章では第2章から第4 章までの研究結果を踏まえて，認知症高齢者が地域で安心して生活し続けることを可能にする支援方策の検討を行った．

第1章

第1章では中国全体と成都市の認知症高齢者の状況を概観し，認知症高齢者を取り巻く福祉政策や先行研究を整理し，本研究の研究課題を明らかにした．認知症高齢者の増加に対して，認知症高齢者を支える福祉政策の遅れや支援サービスの未整備により，認知症高齢者は弱い立場に置かれている．今後，認知症高齢者が地域で安心して生活し続けるためには，認知症高齢者の生活実態や身近な地域において行政や介護施設が行っている支援の実態を明らかにし，その課題と今後の支援方策を検討することが必要といえる．

第2章

第 2 章では，高齢者の認知症に対する認識・理解や認知症になった時の介護を受けたい場の意向などを把握した．認知症を知っていると回答した人が 7 割近くであるが,具体的な認知症の症状についての認識はいずれの項目も5割以下にとどまっていたことが把握できた．7割近くの回答者は認知症になっても自宅での生活を希望し,家族による介護を強く願っていたことが明らかになった．

第3章

第 3 章では，在宅認知症高齢者の家族介護者を対象に，在宅で生活している認知症高齢者の日常生活状況，居住環境，家族介護者の介護負担，必要とする支援サービスなどを把握した．在宅認知症高齢者が生活をする上で，認知症介護度が高いほど，日常生活動作に必要な介護が多くなっており，家族以外の人との交流，外出頻度が減少する傾向にあった．集合住宅にエレベーターが無いこと，和式トイレであること，浴室が狭く滑りやすく危険など，居住環境の要因に問題があるほど，家族介護者は介護負担を感じていた．在宅介護のストレスが大きいにもかかわらず，家族介護者，特に子供介護者は家で介護する希望が強いことが示された．

第4章

第４章では、認知症高齢者の生活を支える通所施設，訪問介護サービス，入所施設における認知症ケアの実態，認知症高齢者を専門的に介護できる人材養成の現状などを把握した．介護職員の不足や認知症ケアの専門的知識の不足，施設環境の問題という介護側の問題と，高齢者や家族が介護サービス利用に対する認識不足などにより，通所介護施設，訪問介護事業所と入所施設とも認知症高齢者の受け入れに対して，消極的な態度を持っていることが把握できた．また，高齢者入所施設の居住環境については，食事室の手すりや寝台用エレベーター，共用浴室の脱衣場の設置，車いす対応トイレとチェアー浴などにおける改善課題が多く，介護が必要な認知症高齢者が安全・安心に生活できる施設居住環境とは言えない．認知症高齢者を専門的に介護できる人材養成の課題として，介護教育を受けていない介護職が多いこと，介護職の短期養成研修と高等職業学校「老年サービスと管理」学科における認知症ケアに関する教育内容の不足などが挙げられた．

第５章

第５章では，第２章から第４章までの研究結果を踏まえて，日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にしながら，中国・内陸都市における認知症高齢者の課題と支援方策，①認知症に対する認識・理解の啓発，②認知症に関する早期相談・支援体制，③認知症高齢者の在宅生活を支える専門的サービス，④認知症高齢者を受け入れる入所施設の整備，⑤認知症ケアの専門人材養成体制について，まとめた．

終章

１．中国・内陸都市における認知症高齢者の実態と課題

ここでは本研究で得られた研究結果を踏まえ，研究目的と４つの研究課題に照らして，中国・内陸都市における認知症高齢者の実態と課題について，以下の４点に整理した．

(1)認知症に対する認識・理解の不足

高齢者は認知症の具体的な症状について，正確に理解していないものが多いことが明らかになった．また，政府の政策の提供レベルにおいて，介護が必要な高齢者全般の対策があるが，認知症高齢者に特化した対策を行うという認識が不足していることが明らかになった．

(2)認知症になっても在宅で介護を受けたい意向

認知症になっても，在宅で介護を受けながら生活し続けたいと考える高齢者は８割以上と多いことが明らかになった．また，認知症高齢者の家族介護者は介護ストレスが大きいと感じているにもかかわらず，在宅で生活し続けてほしいという意向を持っているものが多いことが明らかになった．

(3)認知症高齢者が在宅で生活し続けることを困難にしている要因

在宅で生活する認知症高齢者は認知症介護度が高くなるほど，日常的な介護が必要になるが，専門的な認知症ケアが提供できる訪問介護サービス事業所や通所介護施設がないことや，家族と高齢者に介護サービス利用の抵抗感がることから，家族介護者が介護負担を感じていることが明らかになった．また，エレベーターのない集合住宅，和式トイレ，狭い浴室など居住環境上の問題が家族介護者の介護負担を大きくしていることが明らかになった．

(4)認知症高齢者を支える施設・サービス・専門人材の不足

認知症高齢者の生活を支える施設・サービスの課題として，認知症ケアを提供する施設・サービスの不

足と施設の居住環境に問題があることが明らかになった．また，介護養成校のカリキュラムにおける認知症科目の未設置や，介護職員短期養成研修における認知症ケアに関する内容の不足，認知症ケア専門研修のないことにより，介護現場で認知症ケアの専門知識を有していない職員が多く，専門的な認知症ケアが提供できない現状にあることが明らかになった．

2．中国・内陸都市において認知症高齢者が地域で安心して生活し続ける上での支援方策

上述の 4 点の課題をもとに，中国・内陸都市において認知症高齢者が地域で安心して生活し続ける上での支援方策を以下の 5 点にまとめた．

(1)認知症に対する認識・理解の啓発の充実

認知症に対する認識・理解の啓発を充実するためには，まず，社区居民委員会と街道弁事処を活用した認知症の認識・理解を啓発する情報発信や認知症予防の取り組みを行うことが考えられる．次に，行政や施設，マスコミなどの努力により，認知症高齢者を支援する政策の整備や高齢者と家族の在宅介護サービス利用に対する認識を改善することが必要である．

(2)身近な地域における認知症に関する早期相談・支援体制の整備

認知症高齢者の早期発見と在宅生活を支えるためには，身近な地域における認知症に関する相談・支援体制を整備することが求められる．それを実現するには，最も身近な組織である社区居民委員会と街道弁事処を認知症の相談・支援の窓口として位置づけ，一定の専門性を備えた専門職員の配置と地域社会における社会資源のネットワークの構築が必要である．

(3)認知症高齢者の在宅生活を支える専門的なサービス提供体制の整備

認知症高齢者が在宅で安心して生活することを可能にするためには，専門的な認知症ケアが提供できる在宅介護サービス事業所や通所介護施設を整備することが求められる．それにより，家族介護者の介護負担を軽減する．また，家族介護者に対しては，精神的な負担を軽減する観点からの支援として，同じ家族介護者同士が交流する認知症カフェやサロンなどを身近な地域に整備することが求められる．

(4)認知症高齢者の受け入れを可能にする人や環境を整えた入所施設の整備

入所施設において，認知症高齢者の受け入れが制限されるのは，認知症ケアに対応した人や環境は整えていないことが挙げられる．それを改善するためには，まず介護職員に認知症ケアの知識を身に着けてもらうための現任者教育や研修の開催が必要であり，専門的な認知症ケアを確保することが求められる．次に認知症高齢者が安全・安心に生活できる施設居住環境を確保するためには，施設建築基準を遵守するように管理体制を構築し，バリアフリー環境整備を義務付ける必要がある．その上に，認知症高齢者の心身状況に配慮した空間配置やなじみの環境を整備する上では，認知症高齢者専用の施設や専用空間を確保することが求められる．

(5)認知症ケアの専門知識を有する人材養成体制の整備

認知症ケアの知識を有する人材養成体制の整備については，まず高等職業学校の介護学科のカリキュラムに「認知症」の科目の設定と学習内容・時間数の統一化を進めるとともに，明確な国の介護職養成基準の策定が必要である．次に介護職員短期養成研修の教育内容に認知症ケアの内容を取り入れ，介護現場で認知症の基礎知識を有していない介護スタッフが多いことを解消する．さらに，認知症介護専門人材のステップアップの研修体系を作り，人材養成体制を整えることが求められる．

Abstract

Introductory Chapter

The purpose of this study is to clarify the actual conditions and issues of living environment and nursing services surrounding elderly people with dementia in mainland city of China, and then refer to the efforts in Japan, examine support measurements to help them continue to live safely in the community.

In order to achieve the research objective, the following four research questions are established from the two viewpoints of "prevention and early detection of dementia" and "supporting the lives of elderly people with dementia".

Research question 1: To what extent can general elderly recognize and understand dementia?

Research question 2: Where elderly with dementia want to live, who wants to be taken cared of.

Research question 3: Can elderly with dementia living at home as before?

Research question 4: Are facilities, nursing services, and nursing talents ready to support the lives of elderly with dementia?

According to these 4 research questions, Chapter 1 overviewed welfare policies and previous studies related to elderly with dementia, and clarified the research questions. In Chapters 2 to 4, we conducted surveys and clarified the issues. In Chapter 5, based on the research results, we examined support measurements that elderly with dementia are enable to continue living safely in the community.

Chapter 1

In Chapter 1, we overviewed the situation of elderly with dementia in Chengdu, China, organized welfare policies and previous studies surrounding elderly with dementia, and clarified the research questions of this study. As the increasing number of elderly with dementia, they are in a weak position due to delays welfare policies and lack of support services. In order to support elderly with dementia to continue to live safely in the community, it is necessary to clarify the actual conditions of the living of them and the support provided by the government and nursing care facilities, and examine the issues and support measures.

Chapter 2

In Chapter 2, we clarified the recognition and understanding of elderly against dementia and their intention receive nursing care when dementia occurred. Nearly 70% of responders answered that they knew dementia, but the recognition of symptoms of dementia was less than 50% in all items. It was revealed that nearly 70% of the responders wanted to live at home even when they had dementia, and strongly desired family care.

Chapter 3

In Chapter 3, we aimed at the family caregivers for elderly with dementia at home, and clarified the daily living conditions, living environment, burden of family caregivers, and necessary support services. The higher the degree of dementia care, the more care is needed, and the frequency of interaction with non-family people and going out decreases. Family caregivers felt the burden of care as there were problems with the living environment, such as the shortage of elevator in the apartment, the use of squat toilet, and the bathroom being narrow and slippery. Despite the high burden of home care, family caregivers showed a strong desire to care at home.

Chapter 4

In Chapter 4, we clarified the issues of dementia care in the day care facilities, visiting care facilities, nursing care facilities, and the current situation of nursing talent of dementia care. The day care facilities, visiting care

facilities, nursing care facilities had a negative attitude toward accepting elderly with dementia due to nursing care problems such as lack of care stuff and specialized knowledge of dementia care, facility environmental problems, and elderly and families didn't want to use nursing care services. The most serious problems of the living environment of the nursing care facilities are the installation and improvement of the handrail in the dining room, the medical elevator, the dressing room for the shared bathroom, the toilet for wheelchairs and the chair bath. The issues of nursing talent are a lot of care workers who have not received care education, the lack of educational content in short-term training for care workers and department of nursing care.

Chapter 5

In Chapter 5, basing on the research results from Chapter 2 to Chapter 4, the issues and support measurements for elderly with dementia in mainland cities in China are summarized, referring to the efforts for dealing with elderly with dementia in Japan. The following 5 points are mainly summarized: ①Enlightenment of recognition and understanding for dementia, ②Early consultation and support system for dementia, ③ Professional services that support the elderly with dementia at home, ④Maintenance of nursing care facilities to accept elderly with dementia, ⑤Nursing talents development system for dementia care.

Last Chapter

1. Actual conditions and issues of elderly with dementia in mainland cities of China

Based on the research results obtained in this study, according to the research objectives and the 4 research questions, the actual conditions and issues of elderly with dementia in mainland cities in China were organized into the following 4 points.

(1)Lack of recognition and understanding for dementia

It was found that many elderly do not understand exactly the specific symptoms of dementia. And at the level of government policy provision, there are a lot of measurements for all elderly who need nursing care, but there is a lack of awareness for elderly with dementia.

(2)Intention to receive nursing care at home even if dementia occurs

More than 80% of elderly wanted to continue living at home when they had dementia. It was also found that many family caregivers have a desire to continue taking care of the elderly at home, even though they feel stressful.

(3) Factors that make it difficult for elderly with dementia to continue living at home

It became clear that elderly with dementia living at home need more care, but because there are no visiting care services and day care facilities can provide specialized dementia care, and families and elderly felt resistance to using nursing care services, the family caregivers felt stressful of home care. In addition, the living environment problems increased the burden of family caregivers, such as apartment without elevators, squat toilets, and narrow bathrooms.

(4) Lack of facilities, services, and nursing talent that support elderly with dementia

It has become clear that support the lives of elderly with dementia were short of facilities and services that provide dementia care and had some problems with the living environment of the facilities. In addition, because the lack of dementia subjects in the curriculum of nursing school, lack of content related to dementia care in care staff short-term training, and lack of specialized training in dementia care provide specialized knowledge in

dementia care, there are many care staffs who do not have specialized knowledge of dementia care and cannot provide specialized dementia care.

2. Measures to support elderly with dementia in mainland cities in China to live safely in the community

Based on the above 4 issues, the following 5 points that support elderly with dementia in mainland cities in China to live safely in the community are summarized.

(1)Enhancement of recognition and understanding of dementia

In order to enhance recognition and understanding of dementia, it is necessary to make efforts to disseminate information to raise recognition and understanding of dementia and take measurements to prevent dementia utilizing the community residential committee and sub-district office. Next, it is necessary to improve policies for supporting elderly with dementia and to improve the recognition of use of home care services by elderly and their families through efforts by the government, facilities, and the media.

(2)Establishment of early consultation and support system for dementia in familiar areas

In order to support early detection and home living of elderly with dementia, it is necessary to develop a consultation and support system for dementia in familiar areas. To achieve this, it is necessary to position the community residential committee and sub-district office as a contact point for consultation and support for dementia, and to allocate specialist staff with expertise, to construct a social resource network in the community.

(3) Establishment of specialized service provision system that supports the elderly with dementia at home

In order to enable elderly with dementia to continue living at home, it is necessary to develop visiting care service offices and day care facilities that can provide specialized dementia care. This will reduce the burden of care for family caregivers. For family caregivers, as a support from the viewpoint of reducing the mental burden, it is required to establish a dementia cafe or salon where the same family caregivers interact in a familiar area.

(4) Maintenance of nursing care facilities with people and environment to enable acceptance of elderly with dementia

The reason that the acceptance of elderly with dementia is restricted in the nursing care facilities is that the people and the environment that support dementia care are not in place. In order to improve it, it is necessary to hold dementia care education and training for care staff to acquire knowledge of dementia care, and to secure specialized dementia care. Next, in order to secure a facility living environment where elderly with dementia can live safely and securely, it is necessary to establish a management system to comply with the facility building standards and obligate the maintenance of a barrier-free environment. In addition, in order to improve the space layout and familiar environment in consideration of the mental and physical conditions of elderly with dementia, it is necessary to secure facilities and spaces dedicated to elderly with dementia.

(5) Establishment of a nursing talent development system of dementia care

Regarding establishment of nursing talent development system of dementia care, It is necessary to set the subject of dementia in the curriculum of the nursing schools, standardize the contents of learning and the number of hours, and formulate clear national standards for the training of care workers. Incorporating the content of dementia care into the educational content of the care staff short-term training eliminates the large number of care staff who do not have basic knowledge of dementia care. And it is necessary to create a step-up training system for nursing talent specializing in dementia care and to prepare a nursing talent development system.

序章　研究の背景，目的と論文の構成

第1節　研究の背景

中国では，急激な高齢化の進展に伴い，様々な社会問題が挙げられている．認知症高齢者の増加はその中でも最も大きな課題の一つである．「World Alzheimer Report 2015」によると，現在，中国では 950 万人の認知症高齢者を抱え，世界の認知症高齢者数の 20%を占め，さらに 2030 年には約 1,600 万人まで増加すると予測されている．

近年，高齢化が進み，家族扶養が崩壊しつつあることにともない，中国政府は高齢者問題に対応する一連の政策を打ち出した．しかし，黄（2014）と張（2010）は中国では認知症高齢者を支援する公的制度の欠如，高齢者施設における認知症高齢者の受け入れ制限，専門的な認知症介護人材の不足などの問題があるため，多くの認知症高齢者は在宅で家族による介護に頼っていると指摘した．ほとんどの高齢者政策は要介護度の高い高齢者や生活が貧困な高齢者を対象としており，認知症高齢者を直接の対象としたものはほとんどない．したがって，多くの認知症高齢者とその家族は支援を受けずに介護生活を続けている．

また，鈴木（2010）は認知症高齢者の介護を困難にする要因の一つは行動・心理症状（BPSD）であると指摘した．認知症患者のうち，約 80%が BPSD を有しており，認知症特有と思われている BPSD の大部分は環境との不適応が引き起こす 2 次的な症状といわれる．橘（2009）は認知症高齢者の環境適応能力が低下した状態に対応した適切な環境を整え，人と環境とのバランスを回復することができれば，不適応の引き起こす 2 次的症状はかなり緩和でき，その結果，認知症と付き合いながら，その人に応じた個別の生活を組み立て直し，安心して落ち着いて過ごすことができるようになるかもしれないと述べる．認知症そのものは進行性の病気なので，治療することは困難であるが，適切な介護や生活環境の改善により，BPSD を緩和し，今まで通りの生活ができないかもしれないが，安全・安心な生活を実現することが可能であろう．

さらに，早川（1997）は「住み慣れたまちとコミュニティの中で人生を継続することが心身の状態を安定させる意欲を持たせ暮らしを支える」と述べる．住み慣れたまちやコミュニティが人の暮らしを支えるであるからこそ，認知症高齢者が自宅，あるいは住み慣れた地域にある施設で生活し続けることが重要となる．認知症になっても，その人らしくいきいきと生活できるための環境，例えば，社会全体が認知症に対する認識・理解が高いこと，認知症の知識を持っている専門介護人材が整っていること，居住環境がバリアフリー化されていること，必要な医療や介護サービスを受けることができること，孤立されるのではなく，社会生活に参加しながら生活できることなどが実現できる環境でなければならない．

そこで，本研究では認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活し続けることを前提とし，それを阻害する問題点に着目し，問題点を踏まえながら，今後の対応の支援方策を検討する．

第 2 節　研究の目的と方法

1. 研究の目的

本研究は，中国・内陸都市の成都市を研究対象とし，認知症高齢者を取り巻く居住環境やサー

ビスの実態と課題について明らかにする．特に，認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活し続けることができるのかに焦点をあてて，現状の課題について具体的に明らかにする．その上で，明らかになった認知症高齢者が地域で安心して生活し続ける上での課題を克服する方策について，日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にして，検討する．

2. 研究課題の設定

本研究は，中国・内陸都市の成都市のエリアスタディとして，今後人口高齢化の進展による認知症高齢者の増加に伴う，居住環境やサービスの実態と課題を把握するという研究目的を達成する上で，「認知症の予防や早期発見」，「認知症高齢者の生活を支える」という 2 つの視点から以下の 4 つの研究課題を設定した．

まず，認知症高齢者が増加していく社会においては，「認知症の予防と早期発見」が重要であるという視点から，予防や早期発見に取り組む上では，高齢者やその家族が，認知症について正しい認識・理解をもっている必要があると考え，研究課題 1 として「高齢者は認知症に対してどの程度の認識・理解ができているのか」を設定した．

次に，認知症になった際に，「認知症高齢者の生活を支える」ことが重要であるという視点から，まず，研究課題 2 として「認知症高齢者はどこで誰に支えられて生活したいのか」，そして在宅での生活を想定した研究課題 3 として「認知症高齢者は在宅で生活し続けることができるのか」，さらに在宅や施設での生活を可能にする上で，研究課題 4 として「認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材は整っているのか」を設定した．

表 0－1　研究目的を達成する上での 2 つの視点と 4 つの研究課題

視　点	研究課題
認知症の予防と早期発見	1. 高齢者は認知症に対してどの程度の認識・理解ができているのか
認知症高齢者の生活を支える	2. 認知症高齢者はどこで誰に支えられ生活したいのか
	3. 認知症高齢者は在宅で生活をし続けることができるのか
	4. 認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材は整っているのか

3. 研究方法

本研究では，上述の 4 つの研究課題について解明するために，以下の 4 つの調査を行った．

研究課題 1 に対しては，第 1 調査として，高齢者が認知症に対する認識・理解や介護意向に関する調査を行った．この調査では年齢，性別，家族構成，居住地域タイプによる高齢者が認知症に対する認識・理解や在宅介護意向の違いを明らかにすることをねらいとした．

研究課題 2～4 に対して，第 2～4 調査を実施した．まず，第 2 調査として，在宅認知症高齢者の居住生活と家族介護者の介護負担に関する調査を行った．この調査では在宅認知症高齢者の日常生活状況，自宅で介護を受けることになった経緯，家族介護者の介護負担と居住環境との関係，家族介護者が直面している課題や必要とする支援について明らかにすることをねらいとした．

次に第 3 調査として，高齢者入所施設における認知症ケアの状況や居住環境の実態に関する調査を行った．この調査では高齢者入所施設における認知症高齢者の受け入れ状況，認知症ケアの実態，入所者の状態に応じた居住環境の問題を明らかにすることをねらいとした．

さらに第 4 調査として，通所介護施設と訪問介護事業所における認知症高齢者の利用状況や認知症ケアを行う上での課題，必要とする改善対策に関する調査を行った．この調査では通所介護施設と訪問介護施設における認知症ケアを行う上での課題と必要とする改善対策について明らかにすることをねらいとした．

4. 倫理的配慮

すべての調査について倫理審査を受けて実施したが，調査によって日本で審査を受けたものと中国で審査を受けたものがある．筆者が独自で実施した第 3 研究調査と第 4 研究調査については，日本福祉大学大学院倫理審査委員会の承認（通知番号 17－014）を得ている．中国成都市にある西南交通大学の教員との共同調査として，実施した第 1 研究調査と第 2 研究調査については，同大学の科学技術発展研究院の倫理審査を受けて許可を得ている．

調査を実施した際に，調査対象者には，事前に調査目的，調査方法，調査データの取り扱いなどについて，口頭で説明した．また，調査研究への参加は任意であること，得られたデータを研究目的以外に使わないこと，個人情報や事業所情報の漏えいを防ぐためデータは厳重に管理することを説明し，調査協力の同意を得た上で調査を実施した．

第 3 節　論文の構成

本論文の構成を図 0－1 に示す．本論文は序章と終章を含め，全体で 7 章から構成する．序章において研究の背景，研究の目的と方法，論文の枠組みと構成を述べた上で，第 1 章では，中国における認知症高齢者にかかわる文献，主に，認知症高齢者の全体状況，福祉制度の変遷，先行研究に関する検討を行う．それらにより認知症高齢者を取り巻く現状と課題を整理した．

第 2 章では，高齢者の認知症に対する認識・理解の現状と認知症になった時介護を受けたい場所を明らかにし，認知症高齢者はどこで誰に支えられ生活したいのかを検討する．

第 3 章では，在宅認知症高齢者の居住生活の実態と家族介護者の介護実態を明らかにし，在宅で生活し続ける上での課題を分析する．

第 4 章では，通所施設，訪問介護サービス，入所施設のサービス・居住環境の実態を明らかにすることによって，認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材が整っているのかについて検討する．

第 5 章では第 2～4 章の研究結果を踏まえ，日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にしながら，中国・内陸都市における認知症高齢者を取り巻く課題を考察する．その課題を踏まえ，認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活し続ける上での支援方策を検討する．

終章では本研究の結論，及び本研究の限界と今後の課題について述べる．

図 0－1　論文の構成

第 4 節　本研究で用いる用語の定義

居住：

居住に関しては，中国語では「衣食住行」，日本語では「衣食住」という表現がある．つまり，人間が生きていく上では衣服，食物，住まいが欠かせない．早川（1998）は，衣食は消費的で個人的な生活手段ということである．すなわち，食物はすぐ消化されるし，衣服も個々人が身にまとう一種の消費品であるのに対して，住まいはそれを直接消費して生命と生活を維持するというものではなく，居住という物理的な「居住空間」の存在が，命を守り，日々の生活行為の場を提供すると述べている．武川（2011）は居住を「人間の生活が営まれる空間を意味する住居や住宅といった建築としての側面に比べ，人間生活にとっての機能の側面を強調したもの」とし，「居住を『住む』という人間の行為に焦点を当てた概念」と述べている．そこで，本論では武川の定義を参考にし，「居住」を「『住む』という人間の行為に焦点を当てた概念」という意味でとらえる．

居住環境：

本論では「居住」を「『住む』という人間の行為に焦点を当てた概念」と定義することから，居住環境を「高齢者の自宅や高齢者施設などの居住の場において，高齢者が住みやすく，かつ安全・安心・継続した生活が確保できる住宅や施設を取り巻くいろいろな状況のこと」と定義する．

第1章　中国における認知症高齢者にかかわる文献検討

第1章では中国全体と成都市の高齢化現状、認知症高齢者現状と関連する福祉政策を概観し検討するとともに、認知症高齢者にかかわる先行研究を整理し、先行研究の到達点と不足点を指摘し、その上に、本研究の研究課題を明白にする。

第1節　中国における認知症高齢者数の現状と将来予測

中国では，2000 年に 60 歳以上の高齢者人口が 10%を超え，高齢化社会に突入した．中国民政部が発表した「2016 年社会サービス発展統計公報」によると，2018 年末の時点で，中国 65 歳以上の人口が 1 億 6658 万人で，総人口の 11．9%を占めている．中国は世界で高齢者人口が 1 億人を超える唯一の国である．

中国老齢工作委員会（2006）の予測では 21 世紀における中国の人口高齢化について，3 つの進行段階があるという．

1．2001 年から 2020 年までの快速に進む段階

この段階では中国の高齢者人口は毎年 596 万人ずつ増加しており，3.28%の割合で増える．総人口の平均増加率 0.66%を大きく上回る．2020 年には 60 歳以上の高齢者人口は 2.48 億人までに増え，高齢率が 17.2%に達すると予測され，そのうち，80 歳以上の高齢者人口は 3067 万人になり，高齢者人口の 12.4%を占めると見込まれる．

2．2021 年から 2050 年までの加速的に進む段階

1960，70 年代のベビーブームに生まれた人が高齢者になることによって，高齢者人口が加速的に増え始まり，毎年 620 万人のスピードで増えていくと予測されている．2050 年には 60 歳以上の高齢者は 4 億人を超え，高齢化率は 30%以上に達する．そのうち，80 歳以上の高齢者は 9448 万人まで増え，高齢者人口の 21.8%を占めると見込まれる．

3．2051 年から 2100 年までの高度高齢化段階

中国の高齢者人口は 2051 年をピークに 4.37 億人に達すると予測されている．この段階では，高齢者人口は 3～4 億人に，高齢化率は 31%前後に安定し，80 歳以上の高齢者は高齢者人口の 25～30%を占めており，超高齢社会に突入すると予測されている．

1．　中国の人口高齢化の特徴

全体的に見て，現在の中国の人口高齢化は以下のような顕著な特徴を呈している．

（1）規模の大きさ

2000 年に，中国で 65 歳以上の高齢人口は 8838 万人で，全国人口の 7.0%，世界高齢人口の 21.4%を占めた．60 歳以上人口の全国人口に占める比率は 10.3%で，世界高齢人口規模の最も大きな国となっている．2010 年の 65 歳以上の高齢人口は 1 億 1883 万人で，全人口の 8.9%を占め，60 歳以上の高齢人口は 1 億 7765 万人に達し，全国人口の 13.3%を占める．2018 年に，中国 60 歳以上の高齢者人口は 2 億 4949 万人で，総人口の 17.9%を占め，そのうち 65 歳以上の人口が 1 億 6658 万人で，総人口の 11．9%を占めている．世界的にも高齢人口が 1 億を超えた唯一の国

となっている.

(2)進行スピードの速さ

1978 年「一人っ子政策」が始まり，中国の人口構造に急激な変化をもたらした．伝統社会における高出生率，高死亡率，低い人口増加率の段階から高出生率，低死亡率，高い人口増加率の段階を経て，現代社会における低出生率，低死亡率，低い人口増加率へと変化している.

表 1－1 からわかるように，中国は 2000 年に高齢社会に突入して以来，人口高齢化が急速に進行している．65 歳以上の人口比率から見ると，2000 年の 7.0%からすでに 2010 年の 8.9%に上昇し，10 年間で 1.9%上昇した．60 歳以上の高齢人口の比率から見ると，高齢化程度の上昇はより迅速となっており，2000 年の 10.3%から 2010 年の 13.3%に上昇し，10 年間で 3%も上昇した．世界の先進国と地域と比べれば，中国 2010 年の 60 歳以上人口比率は，先進国と地域の 1965 年ごろの全体水準に相当し，中国人口高齢化のスピードは明らかに世界先進国と地域を上回っている（表 1－2）.

表 1－1　これまでの 5 回全国国勢調査データによる年齢構造指標

年	0-14 歳少年児童人口比率（%）	15～64 歳労働年齢人口比率（%）	65 歳+高齢人口（億）	65 歳+高齢者比率（%）	60 歳+高齢者人口（万人）	60 歳+高齢比率（%）	高齢者従属人口指数（%）	年齢中央値(歳)
1953	36.3	59.3	0.262	4.41		7.7		22.7
1964	40.7	55.7	0.247	3.56		7.1		20.4
1982	33.6	61.5	0.499	4.9		8.1	8	22.9
1987			0.597	5.4			8.3	
1990	27.7	66.7	0.637	5.6		8.4	8.3	25.3
1995			0.751	6.2			9.2	
1996			0.783	6.4			9.5	
1997			0.809	6.5			9.7	
1998			0.836	6.7			9.9	
1999			0.868	6.9			10.2	
2000	22.9	70.0	0.882	7.0		10.3	9.9	30.8
2001			0.906	7.1			10.1	
2002			0.938	7.3			10.4	
2003			0.969	7.5			10.7	
2004			0.986	7.6			10.7	
2005			1.006	7.7	14408	11.03	10.7	
2006			1.042	7.9	14901	11.3	11.0	
2007			1.064	8.1	15340	11.6	11.1	
2008			1.096	8.3	15989	12.0	11.3	
2009			1.131	8.5	16714	12.5	11.6	
2010	16.6	74.53	1.189	8.9	17765	13.3	11.9	——

（出典：内閣府経済社会総合研究所（2012）「中国の人口高齢化―進行の趨勢，経済への影響及び対策―」）

表 1－2　世界の人口高齢化水準(60 歳以上の人口比率)変化(単位:%)

年	イギリス	日本	オーストラリア	アメリカ	フランス	スウェーデン	世界	先進国と地域	非先進国と地域
1950	15.5	7.7	12.5	12.5	16.2	14.9	8.1	11.7	6.4
1955	16.2	8.1	12.4	13.1	16.3	15.8	8.1	12.1	6.3
1960	16.9	8.8	12.2	13.3	16.9	17.3	8.1	12.7	6.1
1965	17.6	9.6	12.2	13.5	17.6	18.3	8.2	13.5	6
1970	18.8	10.6	12.3	14.1	18.1	19.6	8.4	14.6	6.1
1975	19.7	11.7	12.8	14.8	18.3	21	8.5	15.5	6.1
1980	20	12.8	13.6	15.6	17.3	21.9	8.5	15.5	6.3
1985	20.7	14.6	14.8	16.4	18.3	23.6	8.8	16.5	6.5
1990	20.8	17.4	15.5	16.6	19.3	22.8	9.1	17.7	6.7
1995	20.7	20.4	16	16.3	20.3	22	9.4	18.4	7.1
2000	20.8	23.3	16.7	16.2	20.7	22.1	9.9	19.5	7.5
2005	21.3	26.5	17.6	16.7	20.9	23.3	10.2	20.1	8
2010	22.7	30.5	19.5	18.2	23.2	25	11	21.8	8.6
2015	23.3	33	21.2	20.1	25.2	25.9	12.2	23.6	9.8
2020	24.2	34.5	22.9	22.3	27.1	26.7	13.4	25.5	11
2025	25.8	36	24.3	24.2	28.9	27.8	14.9	27.4	12.5
2030	27.2	37.9	25.3	25.3	30.4	28.9	16.5	28.8	14.2
2035	27.8	40.7	26.2	25.9	31.6	29.6	18	30.1	15.8
2040	27.8	42.5	26.3	26.3	31.9	29.6	19.1	31	17.1
2045	28.2	43.7	26.4	26.8	32.3	29.6	20.4	31.9	18.5
2050	28.8	44.2	26.4	27.4	32.6	30.2	21.9	32.6	20.2

(出典:内閣府経済社会総合研究所(2012)「中国の人口高齢化―進行の趨勢，経済への影響及び対策―」)

また，65 歳以上の人口比率が 7%から 14%に達するまでの所要年数は，フランスが 115 年，アメリカが 69 年，スイスが 50 年，イギ リスが 45 年，日本が 26 年であるが，日本が高齢化速度の最も速い国であると広く認められている．一方，中国の 65 歳以上の人口比率が 7%から 14%に達するまでの所要年数は 27 年間になる予想で，日本とほぼ同じぐらいスピードである．

表 1－3　一部の国の 65 歳以上の人口比率が 7%から 14%に達するまでの所要年数

国家	高齢化時期	所要年数（年）
先進国		
フランス	1865-1980	115
スウェーデン	1890-1975	85
アメリカ	1944-2013	69
イギリス	1930-1975	45
スペイン	1947-1992	45
日本	1970-1996	26
発展途上国		
中国	2000-2027	27
シンガポール	2001-2028	27
チリ	2000-2025	25
タイ	2003-2025	22
ブラジル	2011-2032	21
コロンビア	2017-2037	20

（出典：内閣府経済社会総合研究所（2012），「中国の人口高齢化―進行の趨勢，経済への影響及び対策―」）

(3)「未富先老」（豊になる前に高齢化社会に突入したこと）

高齢化社会に突入した先進国と比べれば，中国は，経済発展水準が高齢化に追いつかないばかりでなく，その他の国家との格差も極めて大きい．高齢化社会に突入した先進国は，一人当たり国内総生産は通例 1 万ドル以上に達するが，中国が人口高齢化に突入した時の一人当たり国内総生産はわずか 1000 ドルで，2010 年の一人当たり GDP もまだ 4500 ドルに達せず，世界 94 位となっている（表 1－4）．中国人口高齢化の速度が速くかつ高齢人口の規模が大きく，人口高齢化は経済より先立って急速に進行し，中国の人口高齢化問題への有効な対応に大きな負担と圧力をもたらしている．国連の予測では，次の世代になれば，中国の高齢化問題は 20 世紀のヨーロッパよりも深刻になり，そのときには，中国は経済が発達しない状況のもとで，一人当たり GDP が中国の数倍にもあたる国におけると類似の高齢化の問題に直面することとなる．

先進国の高齢化は工業化，都市化に伴って，進んできたもので，経済の発展が高齢化問題解

決の物質的基盤となっている．日本の場合，高度成長期が終わり，基礎的な社会資本整備にある程度のめどがついた 1970 年代後半に，高齢化社会に入った．この時期の日本では，高齢者福祉を支える財政的な余裕も持っていた．一方，中国では，経済が急速に発展しているとはいえ，行政が十分な社会保障制度や福祉政策を実現するまでの経済力を持っているとは言い難い．

表 1－4　中国一人当たり GDP と人口高齢化プロセス

年　度	一人当たり GDP (元)	65 歳以上の高齢者人口（万人）	65 歳以上の人口ウエイト（%）
1978	381	——	——
1979	419	——	——
1980	463	——	——
1981	492	——	——
1982	528	4991	4.9
1983	583	——	——
1984	695	——	——
1985	858	——	——
1986	963	——	——
1987	1112	5968	5.4
1988	1366	——	——
1989	1519	——	——
1990	1644	6368	5.6
1991	1893	——	——
1992	2311	——	——
1993	2998	——	——
1994	4044	——	——
1995	5046	7510	6.2
1996	5846	7833	6.4
1997	6420	8085	6.5
1998	6796	8359	6.7
1999	7159	8679	6.9
2000	7858	8821	7.0
2001	8622	9062	7.1
2002	9398	9377	7.3
2003	10542	9692	7.5
2004	12336	9857	7.6
2005	14185	10055	7.7
2006	16500	10419	7.9
2007	20169	10636	8.1
2008	23708	10956	8.3
2009	25608	11309	8.5
2010	29992	11883	8.9

（出典：内閣府経済社会総合研究所（2012），「中国の人口高齢化―進行の趨勢，経済への影響及び対策―」）

(4)空間分布の不均衡化

中国は，地域間，都市農村間における社会と経済の発展水準が異なるため，中国人口高齢化の進行は明らかに地域的不均衡性を呈している．言い換えれば，中国の人口高齢化は，生産性水準と一致し， 西から東へと上昇する．人口高齢化社会に突入した時間の地域的分布から見れば， 東部，西部，中部地域に大きなギャップが存在するといえる．東部地域は 1992 年 からすでに人口高齢化社会に突入し，高齢化の度合いも最も高く，2006 年の平均 の高齢人口比率は 10%に達している．一方，西部は，比較的遅く高齢化社会に入り，2004 年に 7.02%の水準ではじめて人口高齢化社会に突入したのである(表 1－5)

表 1－5　各省，市，自治区と全国の高齢化率(65 歳以上の人口比率)(単位:%)

年次	1990	2000	2010
北京	6.35	8.42	8.71
天津	6.46	8.41	8.52
河北	5.81	7.05	8.24
遼寧	5.68	7.88	10.31
上海	9.38	11.46	10.12
江蘇	6.79	8.84	10.89
浙江	6.83	8.92	9.34
福建	5.07	6.69	7.89
山東	6.20	8.12	9.84
広東	5.93	6.17	6.75
海南	5.41	6.74	7.80
山西	5.39	6.33	7.58
吉林	4.52	6.04	8.38
黒竜江	3.78	5.56	8.32
安徽	5.41	7.59	10.18
江西	5.09	6.27	7.60
河南	5.83	7.10	8.36
湖北	5.50	6.42	9.09
湖南	5.60	7.47	9.78
重慶	——	8.01	11.56
四川	5.71	7.56	10.95
貴州	4.61	5.97	8.75
雲南	4.90	6.09	7.63
チベット	4.63	4.75	5.09
陝西	5.15	6.15	8.53
甘粛	4.06	5.20	8.23
青海	3.07	4.56	6.30
寧夏	3.51	4.47	6.41
新疆	3.91	4.67	6.19
内モンゴル	4.01	5.51	7.56
広西	5.42	7.30	9.24
全国	5.57	7.10	8.87

(出典:内閣府経済社会総合研究所(2012),「中国の人口高齢化―進行の趨勢，経済への影響及び対策―」)

(5)オールド・オールド化

中国では通常 80 歳以上がオールド・ オールド人口とされる. 先進国における人口構造変化の事実や中国の現段階の 23 年齢構造状況から考えると, 中国においても人口のオールド・オールド化現象がいずれ現れよう. 1990 年, 中国のオールド・オールド人口は 801 万人であったが, 2000 年にはそれが 1201 万人に達し, 年平均増加率は 3.6%であった. 予測 によれば, 2050 年に 65 歳以上の高齢人口は 3 億 3578 万に増加し, 2000 年と比べて 2.81 倍の増加となるが, オールド・オールド人口は 1 億人に達し, 2000 年 の 7.18 倍も増加するという. ここからも, オールド・オールドの増加速度は 遥かに高齢人口全体の増加速度を上回ることがわかる. オールド・オールドの大量出現は, 病気や寝たきり, 認知症のケースの大幅な増加を意味し, これら高齢者の多くは日常生活を自分で処理できず, 一人当たりの医療資源占有率の最も多い 年齢層であり, 各方面の経済的, 精神的, 生活的ケアや介護を必要としている.

(6)「空の巣」家庭の増加

2000 年の第5回国勢調査の結果によれば, 中国都市部の空の巣化(子供が巣立ち, 親だけが残された世帯)高齢者比率は 49.7%に達し, 農村部でも 38.3% に達している. 全国 3.4 億の家庭で, 少なくとも 2340 万人以上の 65 歳以上の空の巣高齢者が社会の関心とケア を必要としている. 2000 年の国勢調査時に, 全国の 65 歳以上の高齢者単身世帯において, 11.5%が空の巣高齢者であった. この年齢層の高齢夫婦においては, 11.4%が空の巣世帯である. そのうち都市部の空き巣高齢者世帯は高齢者総数の 27%ほど占めている. つまり, 1/4 以上の都市高齢者が空の巣世帯に暮らし, そのうち北京, 上海の高齢者世帯の空の巣比率はさらに高く, それぞれ 34%と 36.8%に達している. また, 2009 年に, 中国政府が公表した「全国社会養老サービスシステムづくり推進会議」により, 中国全国の空の巣高齢者比率は 50%以上となり, 一部の大都市はさらに 70%に達している. 空の巣高齢者比率が速いスピードで増加していることをわかった.

孤独の中で死を迎えることが中国高齢化の大きな特徴となり, 高齢化は, 認知症, 空の巣化, 及び体の不自由, 配偶者の喪失と結びつけて, 高齢者の老後の孤独, 養老の困難さをもたらしている. そのうち, 特に子どもが夭折し, または配偶者が死去した 1 人暮らしの高齢者は, 周囲からのサポートや介護を最も必要とする弱者グループである.

人口構成の変化は社会保障制度に多くの難題をもたらしている. 今後, 中国は日本などの先進国の経験を参考にし, 高齢者社会保障制度や福祉政策の確立と整備を図り, できるだけ早く実行可能な対策と措置を取るべきである.

(7)家族介護の弱体化

人口増加を抑えるために, 中国は 1979 年から「一人っ子政策」を打ち出した. 「一人っ子政策」の実行によって, 人口構成や家族構成に大きく影響し, 「4・2・1」(「4」とは自分の親 2 人と配偶者の親 2 人;「2」と夫婦 2 人;「1」とは 1 人の子供)という家族構成が定着した. 「4・2・1」という家族構成は従来の子供が多い大家族と比べると, 家族介護機能が明らかに弱化してきたと思われる. 特に要介護高齢者や認知症高齢者は常に介護を必要としているので, 家族にとって大きな負担となっている.

また, 近年, 中国は急速な工業化や都市化が進み, 大量の人口が都市部へ移動し, 都市部での

生活について，仕事の競争が激しくなった．現在，都市部の家庭は夫婦共働きであることが多く，親の面倒を見にくい現状である．2007 年に中国老齢工作委員会が公表した「中国都市部・農村部高齢者人口状況追跡調査」によると，親の世話の困難に対する回答では，仕事の忙しさで世話の時間がないのは 50%，経済能力で親の医療費が負担できないのは 36%，家事負担が過重と思ったのは 21%である．家族形態の変化により伝統的な家族扶養機能が弱体化してきている．このような状況のなか，中国政府は介護の社会化を促進せざるを得ない．

2. 中国の認知症高齢者の現状と将来予測

「World Alzheimer Report 2015 」(2015)の推計によると，現在，世界で年間に 990 万人が認知症を発症しており，3.2 秒に 1 人が発症しているという．世界の認知症人口は，2015 年は 4,680 万人と推定されているが，2030 年までに 7,470 万人に増加し，2050 年までに 1 億 3,150 万人に増加すると予測されている．その中で，現在中国では 950 万人の認知症高齢者を抱えており，これは世界の認知症高齢者数の 20%をしめ，2030 年には約 1,600 万人まで増加すると予測されている．日本においては，65 歳以上の高齢者に占める認知症高齢者の割合は約 14%である．この基準で計算すると，中国の 65 歳以上の認知症高齢者数は 2000 万人以上も多い．国における認知症の罹患率に関する調査は数多くある．そして，地域によって，罹患率の差が大きく，0.8%～7.5%で変動する．その原因は診断基準の違い，調査方法の違い，調査サンプルの年齢構成の違いなどになると指摘された(黄ら 2016)．中国では 49%の認知症高齢者が正常老化だと診断され，しっかりと診断評価を受けた認知症高齢者は 21%しかなかった(Zhang ZX 2006)．一方，ヨーロッパでは正常老化だと診断された認知症高齢者は 20%であり，そして，70%以上の認知症高齢者はちゃんとした診断を受けた(Waldemar G 2006)．ここからわかるように中国の認知症罹患率はある程度で過小評価された．そのうち，「中国における老人性認知症の疫学及び介入のための施策」(2017)によると、中国人の老人性認知症の患者数は全世界の 1/4 を占め、毎年約 30 万人の新規発症者があり、罹患率は毎年上昇していく傾向にある。65 歳以上の高齢者のうち老人性認知症の有病率は 3.5～5.4%で、80 歳以上の高齢者では 20%に上り、女性が男性より高い状況にある。2005 年，北京，上海，成都，西安といった 4 都市の 55 歳以上の人を対象とした調査では，65 歳以上の高齢者の認知症罹患率は 5.9%であると示された(Zhang ZX 2005)．2011 年，大都市部である上海松江区余山鎮の 60 歳以上の 1，472 人を対象に行われた調査では，認知症の罹患率は 10.4 であった．一方，2008 年，地方都市部である山西省晋中市康楽社区及び庄子郷の 60 歳以上の高齢者を対象とした調査では，認知症の罹患率は 7.3%であった(細川 2017)．中国は 65 歳以上の高齢者の絶対数は 1 億 5003 万人であるため，より少ない 7.3%で見積もったとしても，認知症高齢者数は現段階で 1000 万人以上であり，2012 年に 462 万人と推計された日本の認知症高齢者数に比べ，2 倍以上に達している．

中国は国土が広く，かつ 13 億人の人口を抱えており，認知症高齢者の実態や進行予測の把握は現時点では困難である．しかし，今後は急激に高齢化率が上昇することが予想され，しかも，高齢者人口の絶対数が他の国と比べ多いため，認知症高齢者の数も急激に増加することが予想される．しかし，行政はいまだに適切な対策を準備しておらず，関連の医療福祉サービスも不十分な

ので，早急な対策や措置が求められる．

3. 成都市の人口構成，高齢化及び認知症高齢者の現状

本研究において成都市を取り上げた理由として，まず，中国内陸部の代表的な都市の一つであることが挙げられる．図 1－1は中国における成都市の位置を図示したものである．成都市は中華人民共和国四川省の省都である．西南地域の最大都市であるとともに，物流，貿易，科学技術，文化，教育，交通の中心と位置づけられる．また，成都市は中国の“一帯一路”戦略と揚子江経済帯の交差点に位置し，貿易をはじめ，工業，観光など経済的にも重要な都市である．もう 1 つの理由として，成都市の高齢化率が高く，2016 年から中国人力資源と社会保障部により，長期介護保険施行都市（全国 15 都市）の 1 つに選定されたことが挙げられる．

成都市の人口 1，228 万人のうち，65 歳以上の高齢者数が 175.1 万人，高齢化率が 14.3％である．これは中国全体の高齢化率 11.9％（『中国統計年鑑 2019』により計算された）より高い．

図 1－1　成都市の位置

成都市における認知症罹患率に関する調査は少ないため，張ら（2005 年）の北京，上海，成都，西安といった 4 大都市を対象とした研究結果を利用して，成都市の認知症高齢者数を推計した．推計の結果，成都市には65歳以上の高齢者のうち，約12.1万人の認知症高齢者がいる．そして，その数値には誤診あるいは未受診の数を含めない．成都市の高齢化率は 14.3％で，全国における平均高齢化率の 11.9％を大きく上回っているため，今後，後期高齢者の増加により、認知症高齢者が速いスピードで増加することが見込まれる．

第 2 節　中国における認知症高齢者に関わる法律・福祉政策の概観

中国における高齢者福祉は，社会化・制度化の過程を経て，特に改革開放以後，社会保障制度及び関連制度改革につれて，政府は一連の高齢者福祉に関する法律や政策を作り上げた．特に 2000 年から高齢化社会に突入するとともに，高齢者福祉は制度化の軌道に入り始めた．以下に国レベルの高齢者にかかわる主な法律や政策を紹介した上で，成都市の高齢者福祉政策も述べる．

1. 中国の高齢者に関わる法律

中国では，高齢者にかかわる制度・法律には「中華人民共和国憲法」(1982 年)，「中華人民共和国継承法」(1985 年)，「中華人民共和国老年人権益保障法」(1996 年)などがある．高齢者が生きるための権利が各種法律により規定されている．いずれも高齢者の生活，健康，社会参加の状況を向上させる等の権利及び高 齢者の権利侵害について，国や社会の法的責任を明確にしているが，いずれも「家族扶養」が原則となっている．それらの法律は高齢者の権利・権益の保証を全般的に規定しているが，「中華人民共和国老年人権益保障法」は中国の高齢者の基本的権利を保障する準拠法，単独法といえる．

「中華人民共和国憲法」では「中華人民共和国公民は，老齢，疾病又は労働力喪失の場合には，国家及び社会から物質的援助を受ける権利を有する」，「成年の子は父母を扶養・扶助する義務を負う」，「老人，婦人及び児童に対する虐待を禁止する」と規定している．

1978 年からの中国経済改革政策実施前後，高齢者の扶養拒否，遺棄，虐待などの問題が社会問題として表面化してきた．1984 年全国人民代表大会や全国政治協商会議により，高齢者に関する諸問題を解決するため，「中華人民共和国老年人権益保障法」という法律制定が提案し始められた．1996 年に中国初めての高齢者福祉法として，「中華人民共和国老年人権益保障法」は公表された．その法律は高齢者福祉に対する国家の責務を規定し，高齢者の扶養義務を有する人を広めに設定していることを特徴とする．特に「親元への頻繁な帰省の強制」を規定した第 18 条は中国国内で大きな波紋を呼んだ．

2. 中国の高齢者に関わる福祉政策

中国の高齢者福祉対策は，1982 年にウィーンでの国連高齢問題世界会議へ中国が参加したことをきっかけとして，翌年，高齢者対策を統括する専門機関である中国老齢問題全国委員会が設置されたことにより本格化した．この委員会は中国の高齢者対策の基本方針として，高齢者の5つの「老有(老人の権利)」，つまり，「老有所養(扶養)」，「老有所医(医療)」，「老有所為(社会参加・生きがい)」，「老有所学(生涯学習)」，「老有所楽(趣味娯楽)」を保障するとしている．

中国における高齢者福祉政策の変遷は大きく以下の 4 段階に分けられる．

(1) 最低生活保護のための整備

1963 年，当時の内務部(今の民政部)は「五保戸，困難戸の供給補助工作を適切に行う通知」を発表し，経済困難の高齢者などを対象に，最低の生活保護を提供し始めた．また，1979 年に，民政部は全国都市部救済福祉工作会議を開いた．その会議により，三無老人への救済以外に，一人暮らしの定年退職者が自己負担する集中的養老をスタートし，社会福祉の対象者の拡大へ

一歩踏み出した.

(2) 福祉制度モデルの形成

1980 年代から中国では「中華人民共和国憲法」に基づき，関連法律からなった高齢者合法権益を保護する制度体系が形成された.

1986 年，民政部は社会福祉事業を単一な国家経営方式から，国，団体，個人の多様な経営方式に，社会福祉事業を「救済型」から「福祉型」に，転換していくという明確な指導方針を出した．これにより，中国における最初の福祉制度モデルが形成できた．翌年 1987 年から社会福祉宝くじの発行を始めた.

1990 年代では，「中華人民共和国老年人権益保護法」の公表にともない，各レベルの民政部門は各自の高齢者権益保障事業を指導する役割をはじめ，特に貧困高齢者基本生活権益を保護する社会保障ネットワークを整備しつつある．1994 年に，「中国高齢者工作 7 年発展綱要（1994－2000）」を制定し，1999 年に，「全国老齢委員会」の設立，及び「中国高齢者事業発展計画綱要（2001－2005）」を出した．その一連の政策では，社会保障制度の不備や高齢者施設・介護サービスの不足などを率直に認めながら，高齢者福祉事業に力を入れようとする決意が見られる.

(3) 高齢者福祉政策への関心の高まり

2000 年に，国務院による「社会福祉の社会化実現加速に関する意見」が発表された．その中で，国家が財政的支援をしながら，社会各方面の力を積極的に社会福祉事業に導く新たな道を模索することを提唱している．高齢者扶養形式は在宅を基礎に，社区福祉サービスへ委託，社会福祉施設の補充である高齢者福祉サービス体系を発展方向としていることと示されている.

2002 年 9 月，全国で初めて大連市沙河口区の中山公園民権街道で始まり，発展していった．高齢者介護施設の設立と整備には大きな限界があり，実際に高齢者介護サービスを受けられない介護が必要な高齢者がいるという問題を解決するために，高齢者福祉施設を整備すると同時に，家庭内で高齢者を介護する伝統的な高齢者扶養観念に適合する高齢者介護システムを構築できることが最も望ましい．それを実現するために，市政府の政策主導で，社区の居民委員会は社区福祉サービスを活用し，「在宅介護モデル」という在宅介護福祉サービス事業を模索し始めた．「在宅介護モデル」の全国での展開 1990 年代末，全国平均の高齢化率を上回った大連市，上海市，北京市等において高齢者介護施策の一環として「在宅介護モデル」が試行された．2005 年 7 月，民政部は，青島で「全国介護サービス社会化モデル展開活動に関する会議」を開催し，全国 60 ヵ所を在宅介護モデルの展開拠点とした．2008 年 2 月，全国老齢委員会，教育部，民政部等の 10 部門は「全面的に在宅介護モデルを推進する工作に関する意見」を公布し，在宅介護モデルを全面的に推進することを決定した．中国最初の在宅介護サービスだけに関する政策であり，居宅介護サービスを専門化・規範化にした．このようにして，「在宅介護モデル」は全国的に展開されるようになった.

(4) 高齢者福祉政策の充実

2011 年 9 月 17 日から中国国務院が制定した「中国高齢事業発展十二五計画」が実施された．計画に挙げられている中身は以下の通りである.

①高齢医療衛生サービスサイトとチームの建設を推進する.

高齢医療衛生サービスを各地の衛生事業発展計画に入れ，高齢病病院，介護院，高齢リハビリ病院と総合病院高齢病科の建設を強化し，三級総合病院が高齢病科を設立すべきである．下部の医療衛生機構は高齢者の医療，介護，衛生保健，健康監督測定などのサービスを積極的に展開し，高齢者に在宅リハビリや看護サービスを提供する．

②高齢疾病予防の工作を展開する．

下部の医療衛生機構は管轄区内の 65 歳以上の高齢者に健康管理サービスを展開し，健康記録を作成すべきである．高齢者を集めて，定期に生活方式と健康状況の評価をし，健康診断を展開，早めに健康リスクを発見し，高齢病気を早く発見し，早く診断し，早く治療することを促進する．高齢病気の予防知識の宣伝を展開し，高齢者のありふれた病気，慢性病の健康誘導と総合干渉をよくする．

③高齢保健事業を発展する．

高齢健康教育を広く展開し，保健知識を普及し，高齢者の運動と心理健康意識を増強する．高齢精神関心と心理ケアを重視し，疾病予防，心理健康，自分保健，障害予防，自分救助などについて指導を提供し，空き巣，病気などの高齢者の心理健康状況を重点的に注目する．高齢者の家族に専門のトレーニングと支持を提供することを励まし，家族の精神関心と心理の支持作用を十分に発揮する．高齢性痴呆症，鬱屈などの精神病気の早期識別率が 40％に達するように．

④高齢者の居住条件を改善する．

高齢者に住みやすい住宅と世代同居の住宅を誘導して開発し，家族が高齢者と共同生活をする，あるいは近くに住むことを励ます．高齢者家庭の無障害改造を支持し推進する．

⑤家庭養老支持制度を改善する．

高齢人口の戸籍を移した管理政策を改善し，高齢者が扶養人員につれて移すことに条件を提供する．家庭養老保障とケアサービスの支持政策を健全にし，農村計画生育家庭に奨励政策と計画生育家庭向けの特別な補助制度を改善し，都市部の一人っ子に両親年労奨励補助政策を確定する．

⑥親孝行と高齢者を尊敬するという伝統美徳を発揚する．

高齢者を尊敬し，大切にするという道徳建設を強化し，人情互助を提唱し，温かい家庭雰囲を作り，家庭養老の基礎の作用を発揮し，高齢者の在宅養老の幸福指数を高める．

2011 年 12 月から国務院は「社会養老服務体系建設計画」を実施した．計画の主要事業は以下の通りである．

①在宅養老サービスを重点的に発展させる．

全県（市，区），郷鎮（街道）とコミュニティ（村）の三級サービスネットを設立し，都市部の街道とコミュニティが在宅介護サービスネットを全面的に覆うことを基本的実現する．80％以上の郷鎮と 50％以上の農村コミュニティは老年サービスを含めているコミュニティ総合サービス施設とウェブサイトを設立する．在宅介護サービスの情報システムの構築を強化し，在宅介護サービスのネットワーク情報サービスを提供し，試行範囲を徐々に拡大する．　在宅介護サービスの仲介組織を育成し，社会の力を誘導して支持し，在宅養老サービスを展開する．社会サービスの企業は自分の優勢を発揮し，在宅養老サービスの項目を開発し，新モデ ルを革新することを励ます．在宅介護サ

ービス事業を力に入れ発展し，介護サービス，特に在宅高齢者介護サービスを重点として発展する．在宅養老サービス領域を積極的に開拓し，基本的な生活 ケアから医療健康，精神ケア，法律サービス，緊急救援などの方面に延びることを実現する．

②社区ケアサービスに力を入れて発展させる．

デイサービス，宅老所，星光老齢ホーム，互助型のコミュニティ介護サービスセンターなどの社区通所型施設をコミュニティの建設計画に入れる．近く，便利， 実用という原則によると，全日預かり，昼間預かり，臨時預かりなどの多種の在宅介護サービスを展開する．

③施設の介護サービスを統一計画で発展させる．

統一計画，合理的な構成という原則で財政の投入と社会の資金調達の強度を強め，扶養型，介護型，医療型の介護施設の建設を推進する．高齢者施設の運営体制の改革と改善を積極的に推進し，多元化，社会化の投資建設と管理モデルを探す．優遇政策を更に改善し社会の力が公的な施設建設と運営管理することを奨励する．

④介護リハビリサービスを優先して発展させる．

医療衛生サービス体系と社会介護サービス体系の計画を立て整備する中で，高齢者介護院とリハビリ施設の建設を強化する．政府は長期医療介護とリハビリ促進，臨終看護などの機能を持っている施設を重点的に投資し，社会資本がその施設を運営することを励ます．高齢者の長期介護制度を研究し，商業保険会社が長期介護保険業務を展開することを誘導して励ます．

2013 年 2 月に，中国全国高齢工作委員会は高齢者事業の発展状況に関する全面的な総括と評価を行った「2013 年中国高齢事業発展報告」を発表した．報告によると，中国の高齢化事業が現在直面している主要問題として，以下の 4 つが挙げられている．

①高齢化に対する戦略的政策立案と計画の遅れであること

②政府，市場，社会など複数の主体が共同で打ち立てる高齢化対策が未完成であること

③老後保障と医療保障が低水準であること

④農村における高齢者事業の発展が遅れていること

中国全国老齢工作委員会は 2008 年に，9 つの関連省庁とともに，全国に散在しているモデル事業の経験をまとめ，「高齢者向け在宅サービスの推進に関する意見」を発表した．その「意見」は高齢者向け在宅サービスにおける基本的な任務を示し，実行への保障措置を提案し，今後の一定期間内における政策的な指針とするものであった．全国高齢工作委員会の責任者によると，今後中国政府の主要任務としては，在宅介護，社区介護，施設介護の 3 つのカテゴリーで構成される中国の社会養老サービス体系の構築を主軸に「90－7－3 方式」（高齢者の 90%が在宅，7%が社区施設，3%が高齢者施設で老後生活を送る）という目標を実現することである．

2012 年，民政部は「民間資本が養老服務領域での活躍を奨励・引導する実施意見」を発表した．中国政府は公営高齢者施設の建設に力を入れると同時に，民間資本の当該分野への参入も奨励している．上述の政策や地方政府の実施策など中国政府の一連の政策には，その意向が表れている．今後，民営高齢者施設の一層の拡大が必要である．

2013 年，国務院は「養老服務業の推進に関する若干意見」を発表した．その中で，2020 年に，在宅介護，社区介護，施設介護の3つのカテゴリーで構成される中国の社会養老サービス体系の

構築を実現する目標を提出した.

2016 年, 民政部「中央財政が在宅・社区養老服務改革試点工作を支持する通知」を発表した. 同じく 2016 年に, 国務院は「養老服務市場の開放と養老服務質の改善に関する若干意見」を発表し, 在宅介護サービスの質を改善し, サービス内容を豊富にし, すべての高齢者が在宅で介護サービスを受けられることを推進するという意思が示される.

2016 年 6 月に, 民政部は「民政事業発展第十三番目五年計画」を発表した. 計画によると, 2016～2020 年の 5 年間で, 以下の 5 つの高齢者事業に取り組んでいくことを決めた.

①在宅介護サービスと社区介護サービスを推進し, スマート介護と互助型介護サービスに力を注ぐ.

②高齢者施設の建設と整備に力を注ぐ. 保障型・公営型高齢者施設を確保する上で, 民間資本が施設などの介護サービス事業に進出することを積極的にサポートする.

③医療と介護の連携を促進し, 関連の政策・対策を整備する. 限られた医療と介護の資源を活用し, すべての人が利用できるように整える.

④介護サービス事業における投資・融資体制を革新する.

⑤長期介護保険体系を模索・制定する.

2017 年, 国務院は「十三五国家高齢者事業発展と養老体系建設計画に関する通知」を発表した. 本計画の要点を整理し, 以下の 5 点になる.

①在宅介護が今後の介護体系の基盤に, 社区を拠り所に, 施設を補完としながら, 医療と介護がうまく連携する介護体系を構築する.

本計画によると, 中国の 60 歳以上の人口は 2020 年に 2.55 億人に達し, 全人口の 17.8%を占めるとされている. 膨大な高齢者人口を抱える一方, 高齢者に対する社会保障制度が脆弱な状況において, 比較的社会負担の少ない在宅介護が今後の養老の基盤として推奨されている. 中国の伝統的な養老の思想では, 子供がいるにもかかわらず親を養老施設に入れることは親不孝だと見られている. しかし, 長期にわたり一人っ子政策を実施してきた中国では, 夫婦 2 人で 4 人の高齢の親を扶養する必要があり, 若い世代にとって高齢者の介護は大きな負担になりつつある. こういった社会構造から, 自宅で第 3 者による介護サービスを利用できる在宅介護へのニーズは今後急速に顕在化するものと思われる.

一方, 在宅介護サービスの普及には, 2 つの大きな課題が存在する. 1 つは差別化できる介護サービスの確立である. 「養老看護員」と呼ばれる介護員のサービスレベルは, 一般的な日常生活の支援にとどまっており, 伝統的に利用されてきた家政婦との違いがほとんどないのが実情である. もう 1 つの課題は, 介護産業の発展を支える社会保障制度が確立されていないことである. 介護を必要とする高齢者世代の年金収入が限られる上, 公的な介護給付制度が脆弱な現状は, 気軽に介護サービスを利用できる状況にあるとは言い難い.

上記の課題解決に向け, 昨年より公的介護保険制度の試行が開始し, 在宅介護を養老の基盤とするための取り組みが一歩前進した.

②介護施設に関する「構造改革」

従来の計画と本計画の違いは, 整備すべき養老ベッド総数を目標に設定するのではなく, ベッ

ドの「性質」と「機能」に対して目標を明確に設定したことにある.

養老施設ベッドの「性質」について,「政府運営の養老施設ベッド数は全体数量の 50%以下へ」と目標を設定し, 社会資本の養老事業への参入を目指している. 目標達成に向けては,「既設の公立養老施設の民営化」「新設養老施設における『公設民営』モデルの導入」が推奨されている. 特に, 養老施設の多拠点展開, フランチャイズ経営が推奨モデルとして位置づけられている.

養老施設ベッドの「機能」について,「要介護高齢者向けのベッド数は全体の 30%以上へ」と目標を設定し, 養老施設における介護機能の強化を目指している.

中国統計局の公表データによると, 2014 年度末時点で, 養老施設ベッド数 551.4 万床に対し入居者数は 288.7 万人にとどまり, 空きベッド率は 47.6%であった. 一方でかなりの数の「施設入居待ち」の要介護高齢者が存在する矛盾した状況が続いている.

この状況を生み出す要因として「支払い能力が低く高価な民営養老施設に入居できる高齢者が限られていること」「養老施設における介護サービス機能の不足」の 2 点が挙げられる. 中国老齢科学研究中心が公表した「中国養老機構発展研究報告」(2015)によると, 介護やリハビリサービスを提供している民営養老施設はわずか 10%にとどまる.

介護サービス機能付き民営養老施設の整備が今後の重点的な発展方針である.

③「医養結合」(医療と養老を連携する)を国家戦略に

中国では「医療」と「養老」はそれぞれ異なる政府部署によって管轄されている. 近年, 医療資源や保険資金が不足する中, 高齢者向けの医療サービスの確保, 医療資源の適切な使用といった面から,「医療」と「養老」との連携が重要な政策課題として取り上げられるようになった.

本計画では,「医養結合」を推進していくため, 既設, 新設問わず養老施設での医療, 介護機能の充実を推奨している. 医療機関の機能補完として, 養老施設にて回復期のリハビリ, 療養期のケア, ターミナルケアに至るサービスをワンストップで提供する体制の確立を目指している. 政府は, 支援策の 1 つとして, 医療機能を提供する養老施設を医療保険適用機関として優先的に認定する方針を打ち出した. デイサービスやデイケア施設の中で, リハビリ設備・機器の整備等, 特定の要件を満たす場合には治療用リハビリ設備・機器の利用を医療保険給付の適用対象とする方針も示された. 人材面においても, 資格を持つ医師, 専門人員の養老施設での多拠点就業が推奨されている.

以上の「医養結合」の推進により, 養老施設での医療サービス, デイサービスやデイケア施設でのリハビリサービスの提供が求められ, 新たなビジネス機会が生まれると想定される.

④商業養老保険(私的年金)の推進

基本養老保険制度を完備しながら, 職業年金, 企業年金および個人貯蓄型養老保険, 商業保険といった多階層保険体系の構築. 個人税金繰延型商業養老保険を試行.

中国統計局が実施した「2010 年全国 1%人口サンプリング調査」の結果によると, 60 歳以上の高齢者の養老資金の財源において, 社会保障年金が占める割合はわずか 28.5%である. それ以外の部分は家族による扶養, および貯蓄でカバーしないといけない状況である(図 1－2).

図 1－2　高齢者養老資金の財源
（出典：中国統計局『2010 年全国 1%人口サンプリング』調査）

商業養老保険（商業年金保険）については，2008 年に公表した「国務院弁公庁として金融による経済発展促進に関する若干の意見」の中で，「個人，団体養老保険業務を積極的に発展し，商業保険に加入する被保険者に税金優遇を与える」といった商業養老保険の発展と税制優遇方針を初めて打ち出した．

2016 年度末に中国科学院が公表した「中国養老金発展報告 2016」によると，基本養老保険は年金積立金の 82.67%を占め，給付の 97.02%を占めている．企業年金，商業年金が年金に占める割合は極めて低い状況である．

表 1-6 に示した中国国務院発展研究中心金融研究所の調査においても，都市型労働者退職者の年金収入に占める商業年金保険給付の割合はわずか 2.85%である．

表 1－6　都市型労働者退職者年金収入

項目	基本養老保険	企業年金	商業年金	合計
従業員退職者平均年金収入（元/月）	2,200	13.6	65	2,278.6
年金総収入の割合	96.55%	0.60%	2.85%	100%
所得代替率	42.56%	0.26%	1.26%	44.08%

（出典：中国国務院発展研究中心金融研究所（2017）『私的年金を発展し，多階層養老保険体系の構築を加速する』，朱俊生）

高齢者の年金が基本養老保険に依存する状況において，「報告 2016」によると，2015 年度基本養老保険の給付額は 4.7 兆元であるのに対し，積立金の累計額は 3.5 兆元で，約 1.2 兆元の不足が発生している．老後生活の保障を強化するためには，企業年金や商業養老保険等の私的年金保険を発展，充実させることの緊急性は極めて高い．

⑤長期介護保険制度の構築

長期介護保険制度の確立を模索する．商業保険会社が長期介護保険製品とサービスを開発し，高齢者の多様な，多階層の介護ニーズを満たしていく．

政府は，商業年金の推進と共に，要介護高齢者を持つ家族の負担を軽減するため，公的介護保険制度の構築も重点施策として実施していく方針を示した．2016 年 7 月に，中国人力資源・社会保障部は「長期介護保険制度試行展開の指導意見」を公表し，高齢化対策の 1 つとして公的介護保険制度を構築する旨を発表した．この「指導意見」によると，上海，広州，成都等の 15 都市で介護保険制度を試行し，試行結果を基に 2020 年までに中国全土で介護保険制度の骨子を確立するスケジュールである．

試行都市の 1 つである上海市では，介護保険の給付対象を，都市型労働者基本医療保険に加入する 70 歳以上の「要介護」と評価された高齢者に限定している．表 1－7 に上海市で試行中の介護サービスの概要を示す．

基本医療保険を介護給付の財源とする制度設計は試行段階の暫定策であるものの，公的保険としての財源確保，要介護者の適切な評価，介護サービスの標準化等，介護保険制度を確立するには多くの課題を抱えている．

表 1－7　上海長期介護保険試行内容

介護対象分類	サービス	費用
軽度もしくは要介護 2 級	在宅介護　3 時間/週	養老介護員:65 元/時間/回 看護師:80 元/時間/回 規定内サービスの自己負担は 1 割
中度もしくは要介護 3・4 級	在宅介護　5 時間/週	
重度もしくは要介護 5・6 級	在宅介護　7 時間/週	

（出典:『上海市長期介護保険試行弁法』(2016),『高齢者介護需要評価体系構築に関する意見の通知』(2016),『上海市長期介護保険試行実施細則(試行)の通知』(2016),『上海市長期介護保険決算方法(試行)』(2016)より日本総研にて整理）

表 1－8　中国における高齢者福祉政策の変遷

年代	主な政策	高齢化率
1960 年代	1963 年　内務部（民政部）「五保戸，困難戸の供給補助工作を適切に行うことに関する通知」	4.2% （1960 年）
1970 年代	1979 年　民政部全国都市部救済福祉工作会議	4.3% （1970 年）
1980 年代	1986 年　福祉事業を「救済型」から「福祉型」に変更	5.7% （1980 年）
	1987 年　社会福祉宝くじの発行を始めた．	
1990 年代	1996 年　中華人民共和国老人権益保障法制定	6.8% （1990 年）
	1994 年，「中国高齢者工作 7 年発展綱要（1994－2000）」	
	1999 年，「全国老齢委員会」の設立，および「中国高齢者事業発展計画綱要（2001－2005）」	
2000 年代	2000 年，国務院「社会福祉の社会化実現加速に関する意見」	8.1% （2000 年）
	2002 年から「在宅介護モデル」という在宅介護福祉サービス事業を模索し始めた．	
	2005 年 ，民政部「全国介護サービス社会化モデル展開活動に関する会議」	
	2008 年，全国老齢委員会，教育部，民政部等の 10 部門「全面的に在宅介護モデルを推進する工作に関する意見」	
2010 年代	2011 年 9 月，国務院「中国高齢事業発展十二五計画」	10.1% （2015 年）
	2011 年 12 月，国務院「社会養老服務体系建設計画」	
	2012 年，民政部「民間資本が養老服務領域での活躍を奨励・引導する実施意見」	
	2013 年，国務院は「養老服務業の推進に関する若干意見」	
	2016 年，民政部「中央財政が在宅・社区養老服務改革試点工作を支持する通知」	
	2016 年 6 月に，民政部は「民政事業発展第十三番目五年計画」	
	2017 年，国務院は「十三五国家高齢者事業発展と養老体系建設計画に関する通知」	

3. 中国における認知症高齢者に関わる福祉政策

近年，中央政府と地方政府は高齢化の進行に対応するために，さまざまな対策や措置を出している．その中には，介護の必要な高齢者や 80 歳以上の高齢者などを対象とした優遇措置や福祉政策が多くある．しかしながら，今までの政策や措置をよく見ると，認知症高齢者を対象とした福祉政策はないとは言えないが，とても少ない現状である．以下は国や地方政府などが認知症に関する政策や優遇措置などを紹介する．

(1)国レベルの政策

2011 年 9 月 17 日から国務院が制定した「中国高齢事業発展十二五計画」が実施された．計画に挙げられている中身の一つは「高齢保健事業を発展する」であり，その内容は以下の通りである．

高齢健康教育を広く展開し，保健知識を普及し，高齢者の運動と心理健康意識を増強する．高齢精神関心と心理ケアを重視し，疾病予防，心理健康，自分保健，障害予防，自分救助などについて指導を提供し，空き巣，病気などの高齢者の心理健康状況を重点的に注目する．高齢者の家族に専門のトレーニングと支持を提供することを励まし，家族の精神関心と心理の支持作用を十分に発揮する．高齢性痴呆症，鬱屈などの精神病気の早期識別率が 40%に達するように．

認知症早期識別率を上げることは十二五期間（2011－2015 年）における高齢保健事業の目標の一つとして挙げられた．

2016 年 12 月，国務院は「十三五衛生と健康計画」を発表し，その中では十三五期間（2016－2020）の主要任務を述べた．その主要任務の一つは「高齢者健康サービスを発展する」であり，その内容は以下の通りである．

65 歳以上の高齢者の健康管理率が 70%以上に達するように，老年期病気，慢性病の健康管理指導を行う．高齢者の栄養健康状況を改善し，要介護のリスクを抑える．長期介護保険拠点を試行し，長期介護保険制度を模索・構築する．高齢者心理健康や心理ケアサービスを提供し，積極的に認知症予防と認知症治療に力を注ぐ．

積極的に認知症予防と認知症治療に力を注ぐことは十三五期間における高齢者健康サービスの目標の一つとして挙げられた．

(2)地方政府レベルの政策

2008 年から上海市残聯（障碍者連合会）はほかの関連部門と一緒に長寧，闵行，嘉定などの区で認知症高齢者介護サービスニーズの調査を行った．調査結果に基づき，研究報告書をまとめた．報告書によると，2008 年時点で上海市には 18 万人以上の認知症高齢者がいる．認知症と診断された高齢者は「障碍者証」を申請することができ，障碍者を対象とした福祉政策を利用できる．特に経済的に困難な障碍者は救済や補助金がもらえる．また，公共交通や医療衛生部門，公共事業などは障碍者に優先サービスを提供しなければならない．そこで，上海市では認知症と診断された高齢者は「障碍者証」を申請した後，上述の福祉政策を活用することができ，ある程度で家族介護者の負担を軽減できる．

2016 年に，北京市民政局は「在宅介護サービス発展を支持する十条政策」を発表した．その第 10 条は認知症高齢者行方不明防止ブレスレットプロジェクトを実施することである．60 歳以上の認

知症高齢者は北京市の 116 ヶ所の高齢者施設を通じて申請することができる. 関係者の紹介によると, そのブレスロットはリアルタイム測位機能を持ち, 子供の携帯の APP とつながると, 高齢者の居場所を確認できる. また, 緊急呼び出し, 運動軌跡記録, 安全領域設置なども機能があり, 認知用高齢者の行方不明になるリスクを軽減できる.

2014 年, 武漢市老齢委員会は「武漢市要介護・認知症高齢者の生活状況調査報告」を発表した. 報告によると, 武漢市には 26693 人の要介護・認知症高齢者がいる. 2014 年時点で, 武漢市政府の優遇措置や手当を受けている要介護・認知症高齢者は 21606 人であり, 全体の 81%を占めている. 武漢市では行政から第 3 方サービス機関に委託し, 在宅介護サービスを提供する事業を行っている. しかし, 現時点で 2364 人の要介護・認知症高齢者しかそのサービスを受けていなく, 要介護・認知症高齢者の 8.86%だけを占めている.

したがって, 武漢市老齢委員会は今後, 専門的な介護型高齢者施設を建設し, 要介護度の高い認知症高齢者などに集中介護サービスを提供すべきだと提言した. それと同時に, 北京, 上海, 天津などの都市を見習い, 要介護・認知症高齢者を対象とする介護サービス補助金などを提供すべきである.

武漢市民政局により, 2016 年に, 新たに 100 か所の社区高齢者施設ができた. それらの施設は収入の少ない, 経済的に困難な要介護・認知症高齢者を優先的に受け入れる. 今後, 経済的に困難な要介護・認知症高齢者でも自宅の近くで専門的な介護サービスを受けることができるようになった.

天津市老齢委員会の統計によると, 天津市には約 15 万人の要介護・認知症高齢者がおり, 全高齢者人口の 6.65%を占めている. 2017 年から, 天津市民政部は「市級公営高齢者施設高齢者入居認定入居待ち方法」を作成している. その方法により. 今後, 要介護・認知症高齢者は優先的に公営高齢者施設に入居することができるようになる.

また, 天津市は高齢者施設運営補助政策に関して, 差別化措置を実施し, 民営高齢者施設が要介護・認知症高齢者を受け入れることを奨励する. つまり, 民営高齢者施設は受け入れる要介護・認知症高齢者数が多いほど, もらえる補助金なども多くなる. さらに, 自宅で住み続ける要介護・認知症高齢者を重要サービス対象に入れ, デイサービスセンターなどを活用して, 生活介護, 家政サービス, 精神慰藉, 医療保険, 緊急救助などのサービスを提供する.

4. 成都市の高齢者福祉政策

(1)「社会養老服務体系建設第 12 次 5 カ年計画」

2011 年, 成都市民政局は「社会養老服務体系建設第 12 次 5 カ年計画」(2011～2015 年)を発表した. その計画により, 居宅介護を基礎に, 社区介護を頼りに, 施設介護を補充に, 投資多元化でサービス多様化の新型高齢者介護サービス体系がある程度で整備された. 2011 年から 2015 年の間, 成都市は高齢者サービス事業を推進するさまざまな政策などを出した. その中には「成都市人民政府における高齢者介護サービス事業の創新発展の実施意見」があり, 成都市の高齢者介護サービス事業の発展のために, 方向づけを行った. その他には「公建民営高齢者施設の管理を強化する意見」,「成都市政府高齢者介護サービス購入の実施方法」,「医療と介護の連携を促進

する実施意見」などの 18 本の関連政策を出した．それらの政策などにより，高齢者サービス事業を支える政策体系がある程度でできて，高齢者介護事業の発展のための保障ともなっている．

2015 年，成都市政府は「経済困難・要介護高齢者の介護手当制度を作成する意見」，「経済困難・要介護高齢者の基本介護サービスの手当制度を作成する意見」，「高齢者高齢手当制度を整備する意見」を発表し，成都市高齢者の福利保障レベルの向上を促進した．その内容をまとめると以下になる．

経済困難・要介護高齢者介護手当制度を作成し，政府が補助する方法で，経済困難と要介護高齢者を対象に介護手当を配布し，居宅介護サービスや施設サービスを利用するニーズを満たすようにサポートを提供する．

①　手当ての対象

対象：成都市の戸籍を持っている 60 歳以上で，かつ「高齢者能力認定標準」により要介護レベルが 2～3 で，経済困難な高齢者を対象とする

②　手当ての種類

高齢者施設介護手当：高齢者が施設に入所する場合，身体介護やリハビリなどに必要な費用を補助する．

居宅介護手当：在宅高齢者が訪問介護サービスを受ける場合，介護サービス手当が利用できる．

2015 年，成都市財政局と民政局は「成都市政府高齢者介護サービス購入の実施方法」を発表した．その中には，高齢者介護サービスの購入主体，委託主体，購入原則，購入内容，購入ポログラムと要求などが明記された．

その実施方法により，政府が購入する高齢者介護サービスは居宅介護サービス，社区デイサービス，施設介護サービス，介護職員研修，高齢者事業評価と計画といった 6 つのタイプである．購入内容を見ると，高齢者が最も必要とする介護サービスを確保しただけでなく，介護職員の研修，高齢者事業の評価と計画なども含め，高齢者介護サービスの向上にもつながる．

(2)「成都市養老服務業発展第 13 次 5 カ年計画」

2017 年，成都市民政局は「成都市養老服務業発展第 13 次 5 カ年計画」を発表した．

その目標は以下の通りである．

①社会化高齢者介護サービス体系を整備する．

政府，市場，社会，家庭がそれぞれの役割を果たす責任体系，居宅を基礎に，社区を頼りに，施設を補充に，医療と介護が連携する多次元高齢者介護サービス体系を整備する．

②社区高齢者介護施設の普及率を高める．

社区高齢者介護の普及率を都市部では 100%，農村部では 80%以上までに高める．

③高齢者施設の受け入れ能力とサービス水準を大幅に向上する．

高齢者 1000 人に対して，施設ベッド数が 45 床以上になり，そのうち，介護型のベッド数は 45%を占め，高齢者施設の受け入れ能力を大幅に高める．

④高齢者長期介護保障体系を改善する．

2020 年までに，成都市における要介護・認知症高齢者の 80%以上が介護サービスを受けられるように，都心部が 90%，その他の地域でも 80%以上を確保する．

⑤高齢者介護サービスの社会化市場化の水準を大幅に高める.

民間高齢者施設のベッド数は新しく増えたベッド数の 90%以上を確保する. 高齢者関係商品の開発やサービス種類の充実などに力を注ぐ.

⑥高齢者介護サービスを支える環境整備を重視する

高齢者介護サービス事業を促進する政策体系を整えて, 高齢者施設の標準化・サービスの規範化・経営方法の情報化・介護職員の専門家に力を注ぐ.

表 1－9 「成都市養老服務業発展第 13 次 5 カ年計画」の目標

一級指標	二級指標	2015 年完成値	2020 年目標値	増加率
高齢者施設	ベッド数	8.9	16.69	87.5%
	介護ベッド数	3	6.67	122.3%
	民営施設のベッド数の割合	60%	＞＝70%	＞10%
	高齢者千人当たりのベッド数	34	45	32.4%
社区居宅介護	都市部社区介護施設	70%	100%	30%
	農村部社区介護施設	40%	80%	40%
介護職員	研修参加率	75%	100%	25%
	資格保有率	73%	100%	27%

(3)成都市における介護補助金制度

高齢化の進行に伴い、中国全土の各地域において、介護補助金や介護にかかわる施策が策定されつつある。しかし、中国は国土が広く、経済的な格差が大きいため、各地域における介護補助金などの介護にかかわる施策も大いに異なっている。2016 年から中国の人力資源・社会保障部により、長期介護保険試行都市(全国 15 都市)を選定し、成都市はその試行都市の一つである。長期介護保険の実施に伴い、これらの都市では特に高齢者介護補助金や福祉政策に注力されている。本研究は成都市を事例として、研究を行っているため、ここでは成都市における介護補助金制度を中心に紹介する。

①成都市全体の介護補助金制度

2018 年 11 月、成都市人民政府オフェスにより、「経済的困難な高齢者を支援するための補助金制度に関する意見」が発表された。この施策は 2019 年 1 月 1 日から実施されている。その中では、介護補助金の対象者、基準、利用できる介護サービスなどが決められる。

ア. 介護補助金の支給対象者

成都市の戸籍を持っている 60 歳以上の生活保護を受けている高齢者、及び低収入(成都市では、最低生活保障基準が月に収入が 630 元(≒10500)とされる。それで、低収入が月に収入が 631 元～1260 元(≒10500)とされる)かつ要介護レベル[注 1)]が中度・重度の高齢者は介護補助金を申請できる。

イ. 介護補助金の基準額

・在宅介護サービスを利用する場合

生活保護を受けており、自立または要介護度が軽度と認定された高齢者、及び低収入で、要介護度が中度・重度と認定された高齢者は月に 50 元（≒830 円）の介護補助金を申請できる。

生活保護を受けており、要介護度が中度と認定された高齢者は月に 300 元（≒5000 円）の介護補助金を申請できる。

生活保護を受けており、要介護度が重度と認定された高齢者は月に 500 元（≒8300 円）の介護補助金を申請できる。

表 1－10　成都市における在宅介護サービス補助金[注 2)]の基準

対象高齢者	補助金支給金額
・生活保護を受けており、自立または要介護度が軽度と認定された高齢者 ・低収入で、要介護度が中度・重度と認定された高齢者	月に50元（≒830円）
・生活保護を受けており、要介護度が中度と認定された高齢者	月に300元（≒5000円）
・生活保護を受けており、要介護度が重度と認定された高齢者	月に500元（≒8300円）

・高齢者入所施設を利用する場合

表 1－10 で示された介護補助金対象高齢者は高齢者入所施設に入所する場合、在宅介護サービスの補助金金額の上に、さらに月に 200 元（≒3200 円）の補助金が申請できる。ただ介護補助金対象高齢者は在宅介護サービス、または高齢者入所施設のどちらか一方の補助金しか申請できない。

この介護補助金の基準は成都市における最低基準であるため、各区は区ごとの実情に合わせて、介護補助金対象者の認定基準を下げることと補助金金額を上げることができる。

ウ. 介護補助金の支給方法

介護補助金は現金ではなく、「サービス券」の形で支給される。認定された対象高齢者は「サービス券」を使って、介護サービスを利用する。

通所介護施設と訪問介護サービスを利用する介護補助金の支給対象者に関しては、街道オフェスは介護補助金の基準額に基づき、通所介護施設と訪問介護事業所から介護サービスを購入する。委託された通所介護施設と訪問介護事業所はその基準額をもとに、対象高齢者に介護サービスを提供する。

高齢者入所施設を利用する介護補助金の支給対象者に関しては、街道オフェスは介護補助金の基準額に基づき、高齢者入所施設から介護サービスを購入する。

エ. 介護補助金のサービス内容

支給された介護補助金は以下の介護サービスを利用できる。

・訪問介護サービスにおける食事介助（食事提供、食事作り、食事宅配）；家事介助（高齢者自宅の清掃、洗濯など）；外出支援（買い物の付き合い、病院受診の付き合いなど）；入浴介助などである。

・通所介護サービス、高齢者入所施設を利用する。
・リハビリ、心理カウンセリングなど。
・その他の高齢者が利用できる介護サービス（例えば、理美容、電気代などの費用の支払い代行など）
オ. 介護サービスの提供者
・訪問介護事業所
・通所介護施設
・社区病院などの社区医療機関
・高齢者入所施設
カ. 介護補助金の申請方法
介護補助金申請の希望者は戸籍所在地の街道オフェスの窓口に申請を行う。申請後、指定された専門機関で介護認定を受け、認定基準を満たす場合、介護補助金の申請が認められる。補助金の支給は申請が認めた次の月からとされる。
②成都市高新区の介護補助金制度
第 3 章の第 1 節と第 2 節で検討される通所介護施設と訪問介護事業所について、その調査対象施設・事業所は成都市高新区に所属するので、ここでは高新区における介護補助金制度も紹介する。
2016 年、高新区管委会オフェスは「成都高新区高齢者介護サービス補助金制度実施法案」を発表、実施し始めた。その介護補助金の支給方法、サービス内容、サービス提供者と申請方法は成都市の基準と同じであるが、介護補助金の支給対象者と基準額が違うため、以下で説明を行う。
ア. 介護補助金の支給対象者
・高新区の戸籍を持っている 60 歳以上の生活保護を受けている高齢者
・高新区の戸籍を持っている 60 歳以上の低収入の高齢者
・高新区の戸籍を持っている 60 歳以上の一人っ子世帯で子供が死亡あるいは 3 級の障害を持っている高齢者
・高新区の戸籍を持っている 80 歳以上の高齢者
上述の 4 つの条件のどちらかを満たす上に、かつ介護サービスが必要であると認定される高齢者は介護補助金の支給対象者とされる。
イ. 介護補助金の基準額
*60 歳以上の高齢者の場合（上述ア. 介護補助金の支給対象者の 3 番目まで）
・要介護度が軽度の場合：高齢者 1 人月に 800 元（≒13500 円）
・要介護度が中度の場合：高齢者 1 人月に 1000 元（≒16500 円）
・要介護度が重度の場合：高齢者 1 人月に 1200 元（≒20000 円）
*80 歳以上の高齢者の場合
・要介護度が軽度の場合：高齢者 1 人月に 200 元（≒3400 円）
・要介護度が中度の場合：高齢者 1 人月に 300 元（≒5000 円）
・要介護度が重度の場合：高齢者 1 人月に 400 元（≒6700 円）

ウ. 訪問介護サービス・通所介護サービスの利用費用の明細

表 1－11 は訪問介護サービス・通所介護サービスの利用費用の明細を示す。示されているサービスの利用費用は高新区の統一の基準である。それ以外の医療保健やリハビリなどのサービスも含まれるが、施設・事業所によって、そのサービス内容や利用費用が違ってくるので、ここでは示さないことにする。

表 1－11　訪問介護サービス・通所介護サービスの利用費用の明細

番号	サービス項目	サービス細目	利用費用（1元≒16.6円
1	家事サービス	居室掃除	0.8元/㎡
2		ガラス掃除	1元/㎡
3		エアコン掃除	20元/台
4		ソファーの洗濯（布製）	50元/回
5		ソファーの洗濯（革製）	15元/回
6		通所施設での洗濯物委託	5元/回
7		訪問洗濯	2元/回
8		床ワックス	12元/㎡
9	介護サービス	理美容（男性）	8元/回
10		理美容（女性）	10元/回
11		通所施設での入浴介助	20元/回（1回60分）
12		訪問食事作り	5元/時間
13		汚物処理・洗濯	50元/回
14		通所施設での食事提供	12元/回
15		食事宅配	2元/回
16		訪問入浴介助	50元/回
17		洗髪介助	5元/回
18		電気代などの支払い代行	2元/回
19		外出付き合い	20元/時間
20		病院受診付き合い	25元/時間
21		食事介助	5元/時間
22		爪切り介助	10元/回
23		買い物付き合い	20元/回
24	精神カウンセリング	心理カウンセリング	10元/時間
25		本や新聞読み	10元/時間

注：上述のサービス以外に、医療保健やリハビリなどのサービスも利用できるが、施設・事業所によって、その費用が違うため、ここでは示さない

注

1)「高齢者能力認定基準」(2013)により、自立、軽度、中度、重度の 4 つ介護度に分けられる。

2)本文中における中国元と日本円の換算はすべて 1 元≒16.6 の為替レートで計算された

第 3 節　認知症高齢者にかかわる先行研究の検討と本研究の位置づけ

1.　中国における認知症高齢者にかかわる先行研究の概観

(1)認知症に対する認識と対応に関する先行研究

認知症に対する認識と対応についての文献は，CNKI(中国知網)を用いて，2000 年以降発行された文献を用いた．キーワード検索は「認知症(老年痴呆)」，「認識・対応(知暁)」で絞り込みを行い，検索した．検索された文献 28 件から本研究のテーマと関連性がある文献 7 件を分析対象とした．これらの文献を 2 つに分類し，1つは調査対象者の属性から認知症に対する認識度の違いについて検討した．2 つ目は高齢者と家族介護者の身分の違いにより，認知症の症状知識，発病原因などの把握状況について分析を行った．

①調査対象者の属性から認知症に対する認識度の違い

まず，調査対象者の属性から認知症に対する認識度の違いを検討した文献は5件であった．

刘(2013)は北京市の 55 歳以上の者を対象に，老年期によくある精神障害の症状や予防知識の認識状況を明らかにすることを目的で調査を行った．その結果，認知症などの老年精神障害に対する平均的な認識度が 68.8%と全体的に高かった．教育レベルが高く，都市部に住んでいる高齢者はその認識度も高かった．これらの結果から，北京市 55 歳以上の高齢者は全体的に精神衛生健康知識の普及度が比較的高かったが，その臨床症状，受診方法，早期治療，介護などに関する知識がまだ不足の状況で，今後普及の必要性を述べていた．

黄(2014)は長沙市の 55 歳以上の者を対象に，認知症の知識に関する認識の程度を検討することを目的とした調査を実施した．認知症の知識に対する平均的な認識度は 45.06%であった．また，都市部で，低年齢層，教育レベルの高い，収入の高い者ほど認知症知識の認識度が高かった．これらの結果から，長沙市 55 歳以上の者は認知症に関する知識への認識度が低く，今後認知症知識の普及を図るとともに，早期発見，早期介入により，高齢者の生活質を向上させ，社会と家庭の負担を軽減することが重要な課題であると示された．

雷(2016)は貴陽市 60 歳以上の高齢者を対象に，認知症の認識状況及びその影響因子を分析すること目的とした調査を行った．認知症に対する認識度は 43.4%で，高齢，教育レベルが低い，宗教信仰のある，少数民族の高齢者は認知症に対する認識度がさらに低かったことを報告した．貴陽市の 60 歳以上の高齢者が認知症に対する認識度が低いことから，今後，認知症に関する知識の普及が認知症予防及び早期発見における大きな課題である．

郭(2015)は上海市の一般住民を対象に，軽度認知障害に関する知識の認識現状を把握し，社区健康教育を行う科学的根拠を提供することを目的とした調査を実施した．軽度認知障害に対する認識度が 67.8%で，女性で，年齢が高い住民の認識度が高い傾向があると示された．これらの結果から，軽度認知障害に関する知識を普及するには，性別，年齢層別に検討し，効果のある普及方法を考案する必要があると指摘した．

喻(2016)は北京市の中高年者を対象に，認知症知識の認識状況と予防知識に対する宣伝教育ニーズを把握することを目的に，調査を実施した．多くの中高年者が認知症のことを知っているが，認知症の危険因子や中核症状などの具体的な知識への認識度は低い現状が明らかにされた．また，76.9%の調査対象は社区宣伝教育の形で認知症知識を勉強したいことから，今後，認知症

に関する知識を普及するには，社区の役割を活用することが大事と述べている．

これらの 5 件の文献では，北京や上海などの大都市において，認知症に対する認識度が高いのに対して，長沙や貴陽のような内陸都市において，比較的認識度が低いことが示された．また，認知症に対する認識度を影響する要因として，教育レベルが高いこと，都市部に住んでいることが多く挙げられた．

②高齢者と家族介護者が認知症の症状知識や発病原因などに対する認識度の違い

次に，高齢者と家族介護者が認知症の症状知識や発病原因などに対する認識度の違いを分析する文献は 2 件であった．文献のタイトルから見れば，老年期精神障害と精神衛生知識に関する文献であるが，精神障害には認知症も含まれ，また，質問項目にも認知症に関する知識もあることから，これらの文献も先行研究の対象とした．

杨(2012)の研究は広州市 55 歳以上の高齢者 431 人，家族介護者 423 人を対象に，老年精神障害の症状と予防知識の認識状況を把握し，今後の宣伝教育の内容を考察することを目的とした．高齢者と家族介護者が認知症などの老年精神障害に対する認識度は同じく約 75.0%であった．認知症の発病原因に関して，家族介護者は高齢者よりよく知っていた(47.0%vs. 36.2%)．都市部で，教育レベルの高い高齢者は農村部で，教育レベルの低い高齢者より認識度が高かった．広州市における高齢者とその家族介護者の老年精神障害に関する知識の認識度が比較的高かったが，具体的な発病原因については知らない傾向があり，今後さらに普及する必要があると述べた．

徐(2013)は上海市徐汇区 60 歳以上の高齢者 80 人，家族介護者 77 人を対象に，心理健康知識と精神障害予防知識の認識状況を把握し，今後の宣伝教育の内容を考察することを目的とした．高齢者と家族介護者が認知症などの老年精神障害に対する認識度は同じく約 80.0%であった．認知症の発病原因に関して，高齢者は家族介護者よりよく知っていた(61.2%vs. 51.9%)．高齢者と家族介護者の身分と関係なく，教育レベルの高い者は認識度も高かった．上海市徐汇区における高齢者とその家族介護者の精神衛生知識に対する認識度が比較的高かったが，具体的な発病原因への認識度が低く，今後さらに普及する必要があると報告した．

この 2 つの文献は同じ質問項目を用いて，分析を行ったため，相互比較が可能である．老年精神障害に関する知識の認知度に関しては，上海(80.0%)は広州(75.0%)より多少高かった．認知症の発病原因に関しては，上海では高齢者が家族介護者よりよく知っていたが，一方，広州では逆の傾向が見られた．

これらの文献は示唆に富む成果ではあるが，認知症の知識と言っても，具体的にどのような知識内容なのかがはっきり明示されていないこと，結論として認知症知識を普及する必要があると強調したが，どのように普及するのかを言及しないこと，また，認知症が心配されるとき，どのように対応するのかなどについても触れていないことが指摘できる．これらのことを明らかにされないと，今後，どのような認知症対策が必要なのかが提案できない．

表 1－10　認知症に対する認識度に関する文献

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	杨宁（2012）	高齢者及び介護者が老年期によく見られる精神障害の症状と予防知識に対する認識	質問紙調査	広州市55歳以上の高齢者431人、家族介護者423人	①高齢者と家族介護者が認知症などの老年精神障害に対する認識度は同じく約75.0% ②認知症の発病原因に関して、家族介護者は高齢者よりよく知っている(47.0%vs.36.2%) ③都市部で、教育レベルの高い高齢者は農村部で、教育レベルの低い高齢者より認識度が高い
2	徐妹（2013）	上海市徐汇区のある社区の高齢者と介護者の精神衛生知識に対する認識に関する調査	質問紙調査	上海市徐汇区60歳以上の高齢者80人、家族介護者77人	①高齢者と家族介護者が認知症などの老年精神障害に対する認識度は同じく約80.0% ②認知症の発病原因に関して、高齢者は家族介護者よりよく知っている(61.2%vs.51.9%) ③高齢者と家族介護者の身分と関係なく、教育レベルの高い者は認識度も高い
3	刘竞（2013）	北京市55歳以上の人が精神障害の予防知識に対する認識状況	質問紙調査	北京市55歳以上の者1002人	①認知症などの老年精神障害に対する平均的な認識度は68.8%である。 ②教育レベルが高く、都市部に住んでいる者の認識度が比較的に高い
4	黄雷（2014）	長沙地域55歳以上の人が老年痴呆に関する知識に対する認識状況	質問紙調査	長沙市55歳以上の者9529人	①認知症に対する認識度は45.06% ②都市部・農村部別、教育レベル別、年齢層別、収入別、職業別に統計的に有意差がある
5	郭祎（2015）	上海市浦东新区における一般住民が軽度認知障害に対する認識状況に関する調査	質問紙調査	上海市の一般住民5534人	①軽度認知障害に対する認識度が67.8% ②女性で、年齢が高い住民の認識度が高い傾向がある
6	喻琬童（2016）	北京市中高齢者が老年痴呆の知識に対する認識状況と知識普及ニーズに関する調査	質問紙調査	北京市中高年者230人	①認知症の危険因子への認識度は6.6% ②認知症の中核症状への認識度が34.9% ③76.9%の調査対象者は社区宣伝教育の形で認知症予防知識を勉強したい
7	雷发珍（2016）	貴陽社区高齢者が老年痴呆症に対する認識状況と関連因子の分析	質問紙調査	貴陽市60歳以上の高齢者380人	①アルツハイマー病に対する認識度は43.4%と低い ②高齢、教育レベルが低い、宗教信仰のある、少数民族の者は認知症に対する認識度がさらに低い

(2)認知症高齢者の家族介護者の介護負担，介入支援，支援対策

認知症高齢者の家族介護者をめぐる介護や支援などに関する文献は CNKI(中国知網)を用いて，「認知症(老年痴呆)」，「介護者(照料者)」，「負担(负担)」/「支援(支援)」のキーワードで絞り込みを行い，検索した．検索された文献から本研究のテーマと関連性がある文献 23 件を選定し，分析対象とした．これらの文献を 4 つに分類し，1つは家族介護者の介護負担および負担内容について報告した．2 つ目は家族介護者の介護負担に影響する要因を検討した．3 つ目は家族介護者に対する介入支援の効果について分析を行った．4 つ目は認知症ケアの支援対策をめぐって考察した．

① 介護負担と負担の内容

認知症高齢者の家族介護者の介護負担を研究したものに，王(2015)，伍(2015)，许(2016)などの研究がある．王(2015)は瀋陽市における認知症高齢者の家族介護者 233 人を対象に，調査を実施した．分析の結果，認知症高齢者の家族介護者の介護負担が認知症ではない場合より高い傾向があると示された．伍(2015)は昆明市における認知症高齢者とその家族介護者 101 例を対象に，調査を行った結果，70.3%の家族介護者が介護負担を感じていると報告した．许(2016)の研究では，212 名の AD 患者の家族介護者のうち，58.5%の調査対象者が中等程度の負担を持っていると報告した．呂(2010)は入院している認知症高齢者の家族介護者を対象に，介入教育を行った後，質問紙調査を実施した．介護者は多くの心理問題を抱えており，そして，消極的に対応していく傾向が強いと述べた．

表 1－11　認知症高齢者の介護負担に関する先行文献

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	王慧文など（2015）	痴呆症高齢者の介護者の負担及び関連因子の分析	質問紙調査	瀋陽市における認知症高齢者の家族介護者233人	認知症高齢者の家族者介護者の介護負担は認知症ではない場合より高い
2	伍星など（2015）	老年痴呆症患者の介護者の介護負担とその関連要素	質問紙調査	昆明市における認知症高齢者とその家族介護者101例	①7割の家族介護者は介護負担を感じている ②介護負担は介護者の健康状況、認知症高齢者の行動・心理症状および補助介護者の人数と関係している
3	许丽华など（2016）	老年痴呆症患者のストレスの現状とその影響要素	質問紙調査	吉林市と長春市における認知症高齢者の家族介護者212人	212名のAD患者の家族介護者のうち、58.5%の調査対象者が中等程度の負担を持っている
4	吕红红（2010）	健康教育が老年痴呆患者の家族介護者の心理健康と対応方法への影響	介入教育と質問紙調査	入院している認知症患者の家族介護者42人	介護者は多くの心理問題を抱えており、そして、消極的に対応していく傾向が強い

負担の内容に関する研究では，王(2014)は負担の内容として，主に生理負担，心理負担，社会負担と経済負担があると述べた．刘(2009)と于(2013)は認知症高齢者が病気の進行に伴い，中核症状に加えて，様々な行動・心理症状が出てくるので，家族介護者は介護にかかる時間が増え，心身ともに疲れており，生理的にも心理的にも負担が大きいと指摘された．

雷(2010)は介護者が介護にかかる時間が増えることにより，仕事などにつかえる時間が少なくなり，場合によっては仕事を辞めざるを得ないので，経済的負担が大きくなる可能性があると考察した．また，安ら(2005)は認知症による家庭の経済的負担が病気の進行状況と関係しており，認知

症の早期段階において，主な経済負担は薬などにかかる費用であるが，認知症の進行により，特に認知障害と行動・心理症状の進行に伴い，介護にかかる費用が大幅に多くなると指摘した．

上述の先行研究から認知症高齢者の家族介護者の負担が大きいこと，および負担の内容について，分析を行った．それらの研究により，認知症ケアにおいて，認知症高齢者本人だけでなく，家族介護者の負担軽減や心身健康などにも注目し，適切な社会的支援などにより，家族介護者の負担を軽減し，認知症高齢者と家族介護者の生活の質を高める必要があることを示唆した．

表 1－12　認知症高齢者の介護負担の内容に関する先行文献

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	王婧ら（2014）	痴呆症患者の家族介護者の介護負担及びその対応方法	文献レビュー		認知症高齢者の家族介護者の介護負担とその対策を検討した
2	刘群ら（2009）	老年期痴ほう症患者の介護者の負担及びその関連因子についての調査	自宅訪問による質問紙調査	病院外来で受診した認知症高齢者の家族介護者63人	認知症の進行状況により、介護者の介護負担と心理健康状態が違ってきた
3	于华ら（2013）	老年期痴呆患者の家族の生活の質及びその関連要素についての研究調査老年期痴呆患者	質問紙調査	在宅認知症高齢者の家族介護者90人	認知症高齢者の家族介護者の生活質が低く、具体的には家族介護者の年齢、性別、病気があるかどうか、職業、家族関係、居住タイプと関係している
4	安翠霞ら（2005）	痴呆患者の経済負担及び関連要素についての研究	質問紙調査	病院で受診している認知症高齢者の家族介護者46人	認知症高齢者の経済負担は認知症障害と行動・心理症状の進行程度と関係している
5	雷婷ら（2010）	老年痴呆症の経済的負担の評価方法についての検討	文献レビュー		認知症の経済的負担の計算方法とその計算方法の課題と対策が検討された

②家族介護者の介護負担に影響する要因

家族介護者の介護負担感に影響する要因として，家族介護者の属性，認知症高齢者の認知症の進行状況，家庭の経済状況，副介護者の有無などがあげられた．常（2005）は家族介護者の負担が介護者の性別，年齢，教育レベル，収入，および要介護者との関係に影響されると指摘した．盛（2005）は家族介護者の心理健康に影響する要因には，認知症高齢者の年齢，性別，認知機能の損害程度，および介護者の教育レベル，経済状況，社交状況などがあると報告した．付（2007）は北京市の認知症高齢者の配偶者 42 人を対象に，調査を実施した．副介護者のある場合，介護者の負担も比較的に小さいと報告した．饶（2002）は上海市における在宅認知症高齢者の家族介護者 103 人を対象とした研究では，認知症高齢者の発病年齢，行動・心理症状と介護者の年齢，介護年数，認知症の知識の有無が心理問題を引き起こす主な要因と指摘した．伍（2015）は昆明市における認知症高齢者とその家族介護者 101 例を対象とした調査では，介護者の介護負担が介護者の健康状況，認知症高齢者の行動・心理症状および副介護者の人数と関係していると述べた．

認知症高齢者の家族介護者の負担に影響する要因は様々であり，認知症高齢者本人，家族介護者，家庭，地域などの複数の要因と深くかかわっている．したがって，家族介護者の介護負担感を軽減するため，様々な視点から家族介護者を捉え，それぞれの世帯に応じた支援方法を選択していく必要があることが先行文献から明らかになった．また，介護負担感を捉える上では，介護者の属性や副介護者の有無，サービス利用状況など周囲を取り巻く環境を正確に把握することが必要となる．

表 1－13　家族介護者の介護負担に影響する要因に関する先行文献

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	常健など（2005）	アルツハイマー病患者の家族介護者の心理健康状況についての調査	質問紙調査	大学病院でADと診断された認知症患者の主介護者	家族介護者の心理健康に影響する要因には、認知症高齢者の年齢、性別、認知機能の損害程度、および介護者の教育レベル、経済状況、社交状況などがある
2	盛建华など（2005）	痴呆患者の介護者の心理健康状況に関する調査	質問紙調査	認知症高齢者の同居家族介護者98人	①75.5％の家族介護者は心理健康状況がよくない ②家族介護者の心理健康に影響する要因には、要介護者が男性、AD、若年層、認知機能がひどい、および家族介護者が教育レベルが低い、他人との交流が少ない、要介護者との関係がよくないことである
3	付艺など（2007）	痴呆患者の配偶者の心理負担及び関連因子	質問紙調査	北京市における在宅認知症高齢者の配偶者介護者42人	①介護者の負担が大きく、うつ状態が目立つ ②介護者は認知症に関する知識と介護技術が不足 ③介護者の負担は本人のうつ状況と要介護者の行動・心理状況と関係している
4	饶顺曾など（2002）	社区痴呆患者の家族介護者の心理状況についての研究	質問紙調査	社区における認知症高齢者の家族介護者103人	①家族介護者は不安や不眠症状などの心理問題を持っている ②家族介護者の心理状況に影響する要因として、要介護者の行動・心理問題と介護者の年齢、教育レベル及び認知症への理解などがあげられる

③認知症高齢者の家族介護者に対する介入支援

認知症高齢者の家族介護者に対する介入支援に関する先行文献は合計 7 件であった．

孙（2016）は入院している認知症高齢者の家族介護者 50 人を対象に，介入支援のニーズについて，質問紙調査を行い，その結果，家族介護者全員が認知症に関する知識と介護方法について，専門医療機関からの指導，電話によるコンサルリング，定期的に開催する講演などが望まれると報告している．

邹ら（2011）は認知症高齢者の家族介護者 108 人を無作為に実験組と対照組の2つのグループに分け，実験組を対象に，介護知識・技術や心理治療に関する個別介入を 3 か月に 30 分 1 回行い，1 年後対照組と比べて，実験組の家族介護者が心理負担を感じる人数が少なくなったことを報告した．

邵（2012）は社区から認知症高齢者 146 人をリクルートし，認知症高齢者本人とその家族介護者を実験組と対照組の2つのグループに分け，実験組を対象に，講演，資料配布，個別指導による健康教育，週に 2 回の電話訪問と 1 回の家庭訪問，月に 1 回の社区コンサルリングによる社会支援などの介入を 6 か月間連続的に行い，その結果，対照組と比べて，実験組の認知症高齢者の

症状が明らかに改善され，家族介護者の抑うつなどの心理問題も軽減されると報告した．

徐（2017）は在宅認知症高齢者の家族介護者 157 人を無作為に実験組と対照組の2つのグループに分け，実験組を対象に，専門医療職員による講演，討議，プレゼンテーションの介入により，週に 1 回 90 分，合計 6 回の集中健康教育を行った．健康教育の内容として，認知症に関する基本知識，認知症の中核症状，行動心理症状及びその介護方法，家族介護者の情緒管理などがある．その結果，対照組と比べて，実験組の家族介護者の介護負担の軽減や抑うつの緩和を報告した．

赵（2012）は社区の認知症高齢者 5 人とその介護者 8 人を対象に，個別介入とグループ介入により，介護者が体験する困難と問題，介護者の健康状況，利用できる社会資源などをめぐって，心理コンサルリングと心理介入を行い，その結果，介護者の介護ストレスや抑うつの感情の緩和，心身健康の向上，認知症高齢者の生活質の向上を報告した．

何（2013）は認知症高齢者の家族介護者 50 人を対象に，認知症に関する知識の講演，心理コンサルリングと支援，家族介護者の交流会，個別の家庭訪問と電話訪問などの介入を通じて，介入する前より，介入後家族介護者の心理健康状況の向上を報告している．

表 1－14　認知症高齢者の家族介護者に対する介入支援に関する先行文献

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	孙晓岚（2016）	老年痴呆患者の介護者の健康教育ニーズについての調査分析	質問紙調査	入院している認知症高齢者の家族介護者50人	調査に参加した家族介護者全員が認知症に関する知識と介護方法について、専門医療機関からの指導、電話によるコンサルリング、定期的に開催する講演などが望まれる
2	邹展平など（2011）	老年痴呆介護者の心理健康教育の実施有無による比較研究	質問紙調査による実験組と対照組の比較	海宁市における認知症高齢者の家族介護者108人	対照組と比べて、実験組の家族介護者が心理負担を感じる人数が少なくなった
3	邵菁（2012）	社区介護サービスの介入有無による老年痴呆患者と介護者への影響	質問紙調査による実験組と対照組の比較	社区の認知症高齢者とその家族介護者それぞれ146人	対照組と比べて、実験組の認知症高齢者の症状が明らかに改善され、家族介護者の抑うつなどの心理問題も軽減される
4	徐清芝など（2017）	健康教育が居宅老年痴呆症家族介護者の介護負担と抑うつ感情への効果	質問紙調査による実験組と対照組の比較	済南市在宅認知症高齢者の家族介護者157人	健康教育は家族介護者の介護負担やうつ状態の軽減に有用
5	赵玉梅など（2012）	社区老年痴呆患者の家族介護者への心理的介入	質問紙調査による介入前後の比較	社区の認知症高齢者5人とその介護者8人	介護者の介護ストレスやうつの感情の緩和、心身健康の向上、認知症高齢者の生活質の向上が見られた
6	何玉球など（2013）	老年痴呆患者の家族介護者への介護介入の効果	質問紙調査による介入前後の比較	認知症高齢者の主家族介護者	介入する前より、介入後、家族介護者の心理健康状況が向上した
7	罗艳など（2013）	老年痴呆介護者の家庭総合的な介入による効果への分析	質問紙調査による介入前後の比較	病院で認知症と診断された高齢者の家族介護者68人	介入する前より、介入後、家族介護者の心理問題の起こす回数が明らかに減少した

罗ら（2013）は病院でリクルートした認知症高齢者の家族介護者 68 人を対象に，家庭健康教育，認知症対応方法，認知症介護技術に関するグループ介入を 2 週間に 45 分1回行い，6 か月後心理問題の起こす回数が明らかに減少したと報告した．

認知症高齢者の家族介護者に対する介入支援に関する先行文献から，様々な介入支援により，家族介護者の介護負担感，うつ状態などの否定的な心理が軽減し，また，認知症に関する知識・

介護技術などの学習，家族介護者同士の交流による状況や感情の分かち合いなどを通じて，家族介護者の肯定的心理が上昇するのに有用な方法であることが示唆された．

④認知症ケアの支援対策

李（2012）は認知症高齢者の介護対策として，まず行政が介護，医療などの福祉政策を完備し，経済的な支援を提供することが必要であること，次に社区を単位に，居宅介護支援チームを作り，家族介護者を対象に，居宅介護に関する知識・技術，問題解決方法などを提供することが重要と考察している．

表 1－15　認知症ケアの支援対策に関する先行文献

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	李萍など（2012）	老年痴呆介護者が直面している課題とその対策	質問紙調査による比較研究	認知症高齢者の家族介護者54人と一般高齢者の家族介護者	認知症高齢者の家族介護者の介護負担は明らかに一般高齢者の家族介護者より高い
2	杨振（2013）	中国5省（市）における老年痴呆患者の介護現状，介護負担と対策についての研究	質問紙調査	5つの都市からの認知症高齢者とその家族介護者3574人	①63.2％の介護者は認知症介護に負担を感じている ②一般の高齢者介護と比べて、認知症介護にかかる時間が多い
3	柳琳琳（2010）	武漢市老年痴呆患者の家族介護者の生活質の状況及び社区介護サービスニーズについての研究	質問紙調査	武漢市における認知症高齢者の家族介護者149人	①9割以上の介護者は何らかの生活問題を抱えており、主に身体的負担、心理的ストレス、社交生活がないなどである ②高齢者施設に入所している認知症高齢者の家族介護者は経済的によく、社交生活も比較的順調である ③介護者は社区介護に対するニーズが高い ④介護者の生活質と介護ニーズ関係しており、生活質が悪いほど社区介護に対するニーズが高くなる傾向がある。

杨（2013）は認知症高齢者の家族介護者の介護負担を軽減するためには，認知症に関する知識を普及し，認知症高齢者介護システムの開発と，家族介護者を対象に，介入支援を強化することが欠かせないと考察している．

柳（2010）は認知症高齢者の介護サービスシステムを完備し，社区高齢者介護ネットワークを開発し，医療体制を見直し，家族介護者を対象とする介入支援を積極的に行うことにより，家族介護者の介護負担を軽減し，認知症高齢者の生活質を高めるのに有用であると考察している．

(3)認知症が生活する上での高齢者施設の居住環境

認知症高齢者の居住環境に関する文献は CNKI（中国知網）を用いて，「認知症（老年痴呆）」，「高齢者施設（养老机构）」，「居住環境（居住环境）」のキーワードで絞り込みを行い，検索した．検索された文献から本研究のテーマと関連性がある文献 3 件を選定し，分析対象とした．これらの文献をまとめると，以下の共通点がある．①研究方法は事例研究であるので，サンプル数が少ない．②認知症高齢者の中核症状と行動心理症状に基づき，認知症高齢者が生活するうえでの施設環境の課題を明らかにし，それに対する改善方法と今後の設計ポイントを検討したが，サンプル数が

少ないため，現状反映できるとは言い難い．また，その改善方法はすべての施設に応用できるともいえない．

表 1－16　高齢者施設の居住環境に関する先行研究

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	赵益（2015）	痴呆症高齢者の居住環境設計についての研究	事例調査	成都市の施設に入居している認知症高齢者17人と高齢者施設26施設	認知症高齢者の中核症状と行動心理症状に基づき、高齢者施設の居住環境の設計方法を検討した。
2	罗韶华（2015）	老年痴呆症高齢者施設の建築設計についての検討	事例調査	重慶市の200床以上の規模の高齢者施設5か所	高齢者施設の周辺環境、室内外環境、空間配置などについて調査を行い、認知症高齢者の特徴に合わせて、今後の改善に向ける提案と解決方法を明確した。
3	安圻（2015）	失智高齢者の行動特徴に基づく施設の環境設計についての研究	事例調査	北京と大連の高齢者施設それぞれ3か所	高齢者施設の室内環境に着目し、認知症高齢者が過ごす上での環境課題を明らかにし、それに対する改善方法と提案を検討した。

(4)認知症高齢者の生活を支えるサービス・人材

①認知症高齢者の生活を支えるサービス

認知症高齢者の生活を支えるサービスについては少ない先行研究のなかで以下のような指摘がされている。

許(2007)は中国の高齢者施設は，介護設備・環境の問題，介護職員の質の問題などの原因で，認知症や寝たきり高齢者を受け入れるのをあまり積極的でないことを指摘している。

李(2016)は高齢者入所施設に関する全国調査で，認知症高齢者を受け入れている施設が77.0%，また，入居者のうち，認知症高齢者の割合が 9.4%と少ないことを報告している．

窦(2017)は中国における認知症高齢者を支えるサービスには 5 つの課題を抱えていることを指摘した．それは家族支援の不足，持続的な介護サービスの不足，社会的な支援の不足，予防サービスの不足と政策規範の不足である．認知症高齢者の場合，その進行状態に応じて、適切な支援サービスにつなげていくことが重要であることを強調した．

董ら(2017)は認知症高齢者を受け入れることが施設の介護サービスと管理に影響を及ぼす可能性が大きいこと，また，施設における事故責任に関する明確な法律規範がないことにより，万が一事故が起こると，訴訟につながりやすいため，多くの施設が認知症高齢者を受け入れたがらない．また，認知症高齢者を介護するには，専門的な介護スタッフと適切な生活環境などが必要としており，しかし，多くの介護施設は施設環境がよくないし，介護スタッフの専門性が足りないなどの課題を抱えていると報告している．

上述の先行研究から多くの施設が認知症高齢者の受け入れに対して消極的な態度をとっていることが把握できた．介護スタッフの専門知識の不足や施設環境の問題といった施設側の課題と認知症高齢者の受け入れのリスクが高いことなどにより，認知症高齢者の生活を支えるサービスが

現状では不足しているといえる.

表 1－17　認知症高齢者の生活を支えるサービスに関する先行研究

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	許福子（2007）	中国・大連市における在宅介護サ ービスの現状と課題―主として中国の社区福祉サービスの展開に関連して	事例研究	大連市における社区在宅介護サービス	①中国の高齢者施設は，介護設備・環境の問題，介護職員の質の問題などの原因で，認知症や寝たきり高齢者を受け入れるのをあまり積極的でない ②教育の遅れは介護サービスの発展を阻害する大きな障害物である
2	李佳婧（2016）	高齢者施設における失智高齢者の受け入れ状況と人数の割合	質問紙調査	中国全国における153施設	①認知症高齢者を受け入れている施設が77.0%，また，入居者のうち，認知症高齢者の割合が9.4%である ②民営施設における認知症高齢者の入居率は公営施設より高い
3	窦影（2017）	老年長期介護サービス体系の整備と社会資本の介入-失智高齢者に基づく分析-			中国における認知症高齢者を支えるサービスには家族支援の不足，持続的な介護サービスの不足，社会的な支援の不足，予防サービスの不足と政策規範の不足といった5つの課題がある
4	董暁欣・郭春燕・赵凌波（2018）	中国における失智高齢者の介護現状と改善対策	文献レビュー		①在宅認知症高齢者の介護者は配偶者，兄弟，子供などに限られている ②認知症高齢者の介護の質が低い，特に認知症高齢者の早期発見，介護スタッフの介護知識と技術が不足する ③家族介護者の介護負担が大きい，その負担には身体負担，心理負担，経済負担などが含まれる ④認知症高齢者を受け入れるには専門的な介護スタッフと適切な生活環境などが必要としており，また，介護する上でリスクが高いので，多くの施設が認知症高齢者を受け入れたがらない

②認知症高齢者の生活を支える人材

認知症高齢者の生活を支える人材に関する研究については、以下の研究成果が上げられる。

許(2007)は在宅介護サービスに努めているヘルパーの多くは 35 歳から 55 歳までの女性で、小学校とか中学校卒が多く、高等学校とか専門学校の出身はあまり多くない。特に正規的な介護教育を受けた人はもっと少ない。また、ヘルパーの職業訓練は大連市の民政部門と各行政区の民政部門から、訓練コースを設けて 1 か月ぐらい職業訓練を行っているが、教育文化レベルが低いため、短い時間で複雑な介護技術を全部身に着けるのは無理なことだと考える。低い教育レベル、短い職業訓練、粗末な職業技術、簡単な生活援助、これらも介護サービスの質の低下とサービス利用率の低い主な原因になっており、教育の遅れが介護サービスの発展を阻害する大きな障害物であることを指摘している。

王ら(2011)は天津市，南京市，長沙市を調査対象地域とし，538 名の介護スタッフを調査対象者とする研究では，538 名の介護スタッフのうち，短期養成研修に参加した者が 31.4%と全体の 3

分の 1 にも達していないことを示している.

陳(2012)は大連市における 12 施設 234 人の介護職員を対象に、介護知識と技術に関する調査を実施した。その結果、生活介護の知識項目はおおむね高かったが，医療的介護，介護計画・教育では各知識項目の平均値は低かった。自由記述では，コミュニケーションが難しい，重度の要介護高齢者の介助が難しい，認知症ケアが難しい，転倒予防が難しい，心理的介護と医療的介護の知識が不足していることなどが中心に書かれていた。これらの課題は介護職員が仕事を行うなかで感じる社会的介護のニーズと現実の対応能力のギャップから生じたものであると指摘している。

陳(2014)は中国のＡ市の高齢者施設を対象に、質問紙調査を行った結果、職員の知識を向上させる研修について、介護リーダーは全員研修受講経験があり、研修意欲も知識量も一般職員より高いことを報告している。また、認知症の専門知識量と実際に提供しているケアについて、資格ありと資格なし職員の差はなかったことも示している。この資格（養老介護員）は国家職業基準として制定されたが、専門的内容は不十分である。資格の内容と仕組みについては再検討する必要がある、特に認知症に関する知識では重視すべきであると指摘した。

胡(2015)は河北省の 122 名の介護スタッフを対象とした調査結果により，71.4%の介護スタッフが高校以下の学歴で，62%の介護スタッフが介護知識または研修に参加したことがないことを報告している.

王ら(2018)は宁波市における高齢者施設の介護スタッフ 342 名を対象とした調査では，介護スタッフの平均年齢が 45.5 歳，学歴が中学校以下 81.88%，非常勤が 95.91%であることを示している. 年齢が高く，学歴が低く，給料が低いほど，介護研修に参加する意欲が低いことを指摘している.

雷(2019)は広西省の高齢者施設で働く介護スタッフの 97.4%が高校以下，そのうち，77.9%が中学校以下の学歴であることを示している. また，調査対象者の介護スタッフ 195 名全員は高齢者介護知識を知らない，または少し知っているレベルにとどまっていた. その理由を探ると，教育レベルが低いため，介護知識を獲得する方法が限られており，介護知識の向上に影響する恐れがあることを指摘している.

薛(2019)は現在の介護スタッフの大多数が農村からの出稼ぎ者や企業などにリストラされた者である. その多くは専門的な介護知識を身につけておらず，介護研修を受けたこともなく，高齢者の介護ニーズを満たすことが困難である. また，キャリアアップのことをあまり考えないため，介護研修への参加意欲も低い. 今後，高齢者の介護ニーズに対応できる専門的な介護サービスが提供できるように，介護スタッフの就職研修や資格認定制度の基準化，報酬などの待遇面の改善が必要であると指摘している.

以上のように、認知症高齢者をはじめとする要介護高齢者を支える介護職の特徴として，教育レベルが低いこと，中年齢層の者が多いこと，介護専門教育を受けた者が少ないことなどが挙げられる. これらの介護職の特徴は介護の質向上にとって，阻害要因の 1 つと考えられる.

表 1－18　認知症高齢者の生活を支える人材に関する先行研究

番号	著者	テーマ	研究方法	研究対象	研究を通じて明らかになったこと
1	許福子（2007）	中国・大連市における在宅介護サービスの現状と課題―主として中国の社区福祉サービスの展開に関連して	事例研究	大連市における社区在宅介護サービス	①中国の高齢者施設は、介護設備・環境の問題、介護職員の質の問題などの原因で、認知症や寝 たきり高齢者を受け入れるのをあまり積極的で ない ②在宅介護サービスの問題として、運営管理面の問題、サービス内容と質の問題、利用者の問題とヘルパーの問題が上げられる
2	王涌・阮列敏・史定妹（2011）	大型総合病院における介護職員の規範化管理の実践と思考	質問紙調査	天津市、南京市、長沙市の538名介護スタッフ	短期養成研修に参加した者が31.4％と全体の3分の1にも達していない
3	陳引弟（2012）	中国大都市部における高齢者施設介護職員の 知識と技術に関する研究	質問紙調査	大連市における12施設の介護職員234人	①生活介護の知識項目はおおむね高かったが、医療的介護、介護計 画・教育では各知識項目の平均値は低かった ②高校卒以上の者が医療的介護と介護計画・教育のレベルが比較的高かった。また勤務年数6年以上の者は、生活介護のレベルが比較的高く、介護に関する教育が15日以上の者も、生活介護と医療的介護のレベルが比較的高かった。よって、介護に関する教育を受けた期間と学歴が、介護職員の持っている知識・技術と最も強く関連することが明らかになった ③自由記述では、コミュニケーションが難しい、重度の要介護高齢者の介助が難しい、認知症ケアが難しい、転倒予防が難しい、心理的介護と医療的介護の知識が不足している
4	陳麗娜（2014）	中国における認知症高齢者ケアにかかわる人材育成に関する研究ーケア現場の人材育成を中心に	質問紙調査	中国A市の高齢者施設における介護職員180人	①認知症の専門知識と実際に提供しているケアに関する調査項目について、資格のありなしにかかわらず、認知症に関する正確な知識量には差がなかった ②認知症に関する知識の平均得点について、介護リーダーは一般職員より有意に高い ③研修経験の有無と研修意欲については、介護リーダーは両者とも100％であった。一般職員の研修意欲について、研修意欲が高い職員のうち、95.2％は研修参加歴があった。研修意欲が低い職員のうち、38.9％は研修参加歴があった。参加意欲と参加歴には有意な関連が認められた
5	胡雅萍・朱玉芳・谷岩梅他（2015）	介護職員の職業研修の実証調査	質問紙調査	河北省の122名の介護スタッフ	①71.4％の介護スタッフが高校以下の学歴である ②62％の介護スタッフが介護知識または研修に参加したことがない
6	王凤・叶国英・徐萍他（2018）	宁波市高齢者施設における介護職員の研修現状と研修ニーズ	質問紙調査	宁波市における高齢者施設の介護スタッフ342名	①介護スタッフの平均年齢が45.5歳、学歴が中学校以下81.88％、非常勤が95.91％であることを示している ②年齢が高く、学歴が低く、給料が低いほど、介護研修に参加する意欲が低いことを指摘している
7	雷蕾（2019）	医療と介護が連携した高齢者施設における介護職員の介護知識の習得現状への分析	質問紙調査	広西省の高齢者施設で働く介護スタッフ195名	①介護スタッフの97.4％が高校以下、そのうち77.9％が中学校以下の学歴であることを示している ②調査対象者の介護スタッフ全員は高齢者介護知識を知らない、または少し知っているレベルにとどまっていた ③その理由を探ると、教育レベルが低いため、介護知識を獲得する方法が限られており、介護知識の向上に影響する恐れがあることを指摘している
8	薛书敏（2019）	中国における介護職員に関する現状調査報告	文献研究		①現在の介護スタッフの大多数が農村からの出稼ぎ者や企業などにリストラされた者である、その多くは専門的な介護知識を身につけておらず、介護研修を受けたこともなく、高齢者の介護ニーズを満たすことが困難である ②キャリアアップのことをあまり考えないため、介護研修への参加意欲も低い、今後，高齢者の介護ニーズに対応できる専門的な介護サービスが提供できるように、介護スタッフの就職研修や資格認定制度の基準化、報酬などの待遇面の改善が必要であると指摘している

2. 日本における認知症高齢者にかかわる先行研究の概観

(1)認知症に対する認識と対応

日本では，2000 年介護保険制度が始まってから，認知症への注目度が高くなり，認知症に対する地域住民の意識調査も数多く行われてきた．そうした研究を整理すると，認知症の人に対する地域住民の態度とその関連要因を検討したもの，認知症症状が見られた場合の受診意向や 対処行動を分析したもの，地域別に認知症についての認識状況を比較したもの，高齢者や医療福祉系大学 生のアルツハイマー型認知症についての認識とその関連要 因を分析したもの，「まちの保健室」の認知症相談場所としての利用可能性を検討したもの などが数多くある．ここでは，認知症に対する認識と対応に焦点を当て，その代表的な研究を取り上げて，検討を行う．

まず，本間(2001)の研究では、3割近くの人が認知症になった場合、「どの医者に見せればよいかわからない」、「どのような介護サービスを受けられるのかわからない」、「どこへ相談したらいいのかわからない」などの不安を感じていることを示した。杉原(2005)と金(2011)は，認知症の記憶障害や見当識障害についての知識が比較的によく知られていることを報告した．杉原(2005)の研究では、年齢が高いほど認知症の知識が低くなること、約8割の人が認知症になることの不安感を抱いていたことが示された．地域住民を対象とした金(2011)の研究では認知症に対する接し方が分からないと感じる人が3分の2に達すると報告した．

杉本ら(2013)は認知症に対する肯定的態度が高いほど，早期に受診を勧めようとする意向が高いこと，また認知症に対する否定的態度が高いほど早期発見の遅延や診断の拒否などの態度が形成されることを報告した．したがって，認知症の早期発見，早期受診と地域での生活の継続のために，認知症に対する一般住民の意識を高めることが求められる．

王ら(2017)の研究では，地域住民を対象に，認知症の知識，認知症予防への努力，認知症への態度と認知症への心配と相談先について，研究調査を行った．その結果，十数年前と比較して，認知症への関心の高まり，知識の普及の傾向が見られた．しかしながら，利用できるサービスについての知識や，地域包括支援センターについての理解が低いなど，今後の課題も読み取れた．男女比較では，女性が認知症の知識が高く，認知症予防，認知症に対する態度，地域へのかかわりにも積極的であった．一方，自分自身が認知症になる心配も高かった．年齢による比較では，65歳以上の人は自分自身が認知症になる心配が高く，認知症予防，認知症に対する態度と地域へのかかわりにも積極的であった．また，一人暮らしの人は認知症の知識が高く，認知症予防に積極的に努力していた．また，認知症の知識が高いほど，認知症への態度と認知症予防への努力も積極的であった．

先行研究の結果は，地域で認知症の人を支えるためには，認知症に関する知識や認知症への正しい理解が必要であることを示唆した．一方，認知症は進行性の病気であり，現在の医療で根本的な治療は困難であるが，生活習慣病の予防やバランスの良い食生活，禁煙などにより進行を遅らせ，あるいは，発症を予防することがある程度可能である．こうした経緯から，一般住民による認知症予防のための努力，認知症に対する態度，地域活動や地域の認知症高齢者との関わりなどの現状把握に基づいて今後の地域活動の方向性を考えることが重要と考えられる．

(2)認知症高齢者の家族介護者の介護負担

認知症高齢者の家族介護者の介護負担についての研究は，家族介護者の介護負担感を増大させる要因を究明しようとするものと，家族介護者の介護負担感の増大を抑制する要因を究明しようとするものに大別できる。

家族介護者の介護負担感を増大させる要因を究明しようとした研究では次のような報告がなされている．家族介護者の要因では，家族介護者の健康状態が良好であれば，介護負担感が有意に低いことが明らかにされている(高橋ら:2011)。被介護者要因については，大西ら(2003)は認知症による行動・心理症状(BPSD)の出現が多いほど，家族介護者の介護負担は高いという報告があり，認知症高齢者の介護においては，目を離せないといった拘束感が介護負担感を高めると指摘している.その一方で被介護者の日常生活自立度(ADL)や BPSD が介護負担感を直接増強させるのではなく，それらによって介護時間が長くなるために介護負担感が増強するという指摘もある(Edwards,N. E:2002)．佐伯ら(2008)の研究では、認知症高齢者を介護する主介護者の介護負担感は，被介護者の認知症重症度，BPSD 数，主介護者の健康状態，介護時間に有意な関連がみられた.

また，家族介護者の負担感の増大を抑制する要因を究明しようとした研究では，次のような報告がなされている．佐伯ら(2008)は介護家族の家族員同士の交流が認知症の重症化に伴い増大する主介護者の介護負担感を抑制する効果があったことを報告している．O'Rourke ら(1999)は，家族介護者の情緒的コーピングが介護負担感を増悪させ，問題解決的コーピングが介護負担感を低下させることを明らかにしている．環境要因では，家族介護者が社会的支援を受けることで，介護負担感は低くなり，幸福感や健康感が良好になることを報告している(浅川ら:1999)．上城ら(2009)は，認知症高齢者の家族介護者を対象としたデイケアを通しての各種専門職による家族教室等の家族支援プログラムの効果を検証し，介護負担感の軽減が認められている.

このように，認知症高齢者の家族介護者における介護負担感は，認知症特有の BPSD が介護負担感に大きく影響していると推察できる．また，この介護負担感には，家族介護者自身の性格特性やコーピング，ソーシャルサポート等の主観的要因である個人差が影響することが明らかにされており(平松ら:2006)，家族介護者の主観的要因も十分に留意する必要があると考える．さらに認知症介護者の負担感には，認知症者本人の状態以外にも，情報不足や周囲の人々の理解といった様々な要因が影響していることから，認知症本人のニーズアセスメントと分けて，介護者のニーズアセスメントを行う必要があると指摘されている(野村総合研究所:2015)．

(3)認知症高齢者が生活する上での高齢者施設の居住環境

認知症高齢者が生活する上での高齢者施設の居住環境としてどのような環境がよいのであろうか．児玉ら(2003)は認知高齢者の環境として 6 つ要点をあげている．①「私」が生活したいと思えるような環境;②家庭的で親しみやすい環境;③わかりやすい環境;④五感に訴えかける環境;⑤自立心・自尊心・個性を高める環境;⑥暮らしのための空間．以上のような要点を満たす環境を整えるとしたら，従来のような大型施設では難しく， グループホームやユニットケアのような小規模で住宅的な空間形態をもつものがよい．そして，その空間の中で認知高齢者がその人らしく暮らして

いけるよう支援できる空間でなければならない.

認知症高齢者の居場所として, グループホーム, 特別養護老人ホーム, 老人保健施設などが上げられる. 認知症高齢者グループホームは, 2000 年の介護保険制度の創設に合わせて, 1 つの共同生活住居に 5～9 人の少人数の利用者が共同生活を送ることで, 利用者各自の自己実現を支援するという特徴を持って誕生しており, 制度化された. 認知症グループホームは認知症になってからもその人らしく尊厳を保ちながら, 家庭的な雰囲気の中, 日常生活を営む場であり, 介護保険法では,「認知症対応型共同生活介護」として位置付けられている. 現在地域密着型サービスの 1 つとして利用されている. 認知症グループホームの事業所数推移をみると, 制度創設時に 702 事業所(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)であったが,「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」の中で, 認知症グループホームの利用者を 5 年間で約 1.5 倍(利用者 17 万人から 25 万人へ)とする目標が立てられるなど, 認知症施策における認知症グループホームの役割が重視されたこともあり, 2016 年には 13,114 事業所, 利用者数が 240,700 人まで増加していた(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」).

厚生労働省(2016)の介護サービス施設・事業所調査の概況によると, 特別養護老人ホームの在所者の認知症の状況をみると, 認知症ありの利用者が全体の 9 割以上を占めており, そのうち,「ランクⅢ」以上が 73.4%と高いことを報告している. 特別養護老人ホームは重度の認知症高齢者が住まう場であると同時に, 終の住処としても認知症高齢者に果たす役割は大きい. 2001 年に厚生労働省は, これまでの特養における 4 人部屋等の多床室主体の集団ケアの住居環境 を抜本的に改善し, 入居者の尊厳を重視したケアの実現のために,「全室個室・ ユニットケアの特別養護老人ホーム」の整備を発表した. 2002 年, 認知症高齢者の増加に伴い, 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設などの大型施設は従来 30～50 人の利用者を 20 人くらいの職員が介護してきたが,「個」 の暮らしを尊重し, 10 人くらいを 1 グループとし, それを生活単位として介護していくとユニットケアが制度化された. 実際にユニットケアを実施している施設は, 2003 年に総数 5,084 ヶ所のうち, ユニット型特養 が 1.5%から, 2009 年には総数 6,126 カ所のうち, 31.3%, 2012 年には総数 6,984 施設の 42.9%に急増している.

壬生(2011)はユニットケアによる入居者への効果については, 先行研究が整理されており, 次のように述べられている.「三浦は,「個室・ユニットケア」を導入した施設の入居者・職員双方の行動記録調査を通じて, リビングの滞在時間の増加や入居者・スタッフの交流の増加など, ADL や QOL のいずれにおいても入居者の生活面全般で質を向上させたことを明らかにし, 村岡らは, ユニットケアにおける入居者および職員の効果を整理し, 」職員の質やケアの質を実践のなかで高める手法であるとした. また, 山口は, 事例検討を通して, 従来型特養のユニットケアの導入が, 認知症高齢者のユニットへの順応過程において, スタッフや入居者同士のコミュニケーション量の増加を示し, 入居者の意欲・気力の向上, グループにおける親密な関係の構築などの改善が見られたことを明らかにした. 」と整理した. 上田(2006)は,「個別ケアが行われることにより, 利用者の生活が活性化され, その結果として,「生活の場」としての機能を果たすことができる. 」と述べている. これらのようにユニットケアの効果が明らかにされている.

その一方, 大久保 (2016) はユニットケアが制度化されてから 10 年以上が経過したにも

かかわらず，建物の物理的環境の整備方法についても明確化されておらず，施設基準に基づいた施設内環境を整備することとなっており，施設内の環境を最大限に活かす方法は明確ではないことを指摘している．

鈴木（2012）はユニット型特養において「家庭的雰囲気づくりを実現する」ためには，介護職員はただ環境に働きかけるだけでなく，利用者と環境の双方に働きかけ，調整することが大切である．そのためには，利用者の生活歴など様々な情報をもとに利用者の暮らしにとって大切な物，得意とするものを見つけて，利用者をうまく「巻き込み」，意欲や関心を引き出すことが肝要であるとしているのは，まさにグループホームで行われている生活に他ならないのではないかと指摘されている．

それぞれ生活することの困難さを抱えた認知症高齢者にとって，画一的にやる介護では対応が難しく，居住環境的には，ユニット型での対応なら，入居者も少人数で職員も決まっているので，なじみの関係も作りやすい．居住環境もリビングを中心に個室が配置されている．ただ違うのは，入居者達は，介護される人達という受け身の立場になるという点である．グループホームでは，勿論介護される人達だが，それより一緒に生活する人達という視点になり，それぞれの入居者達が役割をもって生活しているということである．今後，認知症高齢者にとってやさしい住環境にすることは当然であるが，認知高齢者への対応の仕方，あるべき姿について考えていかねばならない．

(4)認知症高齢者の生活を支えるサービス・人材

①認知症高齢者の生活を支えるサービスに関する先行研究

畠山（2017）は認知症とともに一人で暮らす高齢者の増加によって，生活支援付き住まいのニーズが高まっており，近年，特別養護老人ホームに加えて，グループホーム，有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅等の整備が急速に進められているが，低所得の認知症高齢者が入居できる居住施設は限られていると指摘している．

早川ら（2013）の研究は，事業所の種別によって，行動・心理症状（BPSD）のある認知症高齢者の受け入れ状況が異なることを示した．また，介護サービスが必要な状態であるにもかかわらず，受け入れを制限されている認知症高齢者も存在していた．施設の種別により認知症高齢者の受け入れ状況が異なることは，施設に種別により認知症ケアに違いがあることを示唆している．

日本経済新聞（2013）によると，介護保険を利用する認知症高齢者のうち，約15%が特別養護老人ホーム入所し，特別養護老人ホーム入所者の8割以上を占める．また，厚生労働省（2016）の介護サービス施設・事業所調査の概況によると，特別養護老人ホームの在所者の認知症の状況をみると、認知症ありの利用者が全体の96.7%を占めており，そのうち，「ランクⅢ」以上が73.4%と高いことを報告している．2016年の時点で，特別養護老人ホームの施設数が9,576施設，サービス受給者数が563,302人に達している．老人保健施設の在所者の認知症の状況をみると、認知症ありの利用者が全体の95.6%を占めており，そのうち「ランクⅢ」以上が54.6%であった．2016年の時点で，老人保健施設の施設数が4,217施設，利用者数が352,628人であった．

厚生労働省（2017）の調査によると，2017 年の時点で，認知症対応型通所介護の事業所数は4,199 か所であった．受給者の推移状況をみると，2013 年までは増加傾向であったものの，以後横ばいとなり，2016 年には減少している．2016 年の時点で，利用者数は 58,300 人であった．また，

要介護 3 以上の利用者の割合が 51%と全体に占める割合として高くなっている.

厚生労働省(2017)は2016年, 訪問看護ステーションの利用者のうち, 認知症高齢者の割合が81.5%であり, また,年齢階級別に認知症の状況をみると、「認知症あり」が、加齢とともに増えており、80～89歳では25.7%、90歳以上では39.2%が「認知症あり(ランクⅢ以上)」となっていることを報告している。さらに, 認知症の状況別に利用者の要介護(要支援)度の状況をみると、認知症のランクが高くなるに従って、要介護度の高い人の割合が多くなり、「認知症あり(ランクⅢ以上)」では「要介護5」 が39.5%となっている。

公益社団法人全国有料老人ホーム協会(2015)の調査報告によると, 有料老人ホームの入居費用は施設によって大きく異なることを報告している. 当然ながら, 施設の選択は所得に依存し, 生活支援の質にも差が現れる. 認知症であり, かつ, 低所得で, 家族による生活支援が得られにくい高齢者は, 厳しい状況に直面していると指摘した.

また, 高齢者向け住まいにおける認知症ケアに関する調査によると(野村総合研究所:2017), 有料老人ホームでは認知症高齢者は全入居者の 66.4%を占めており, そのうち, 認知症の程度Ⅱが最も多く 23.2%であった. サービス付き高齢者向け住宅では, 認知症高齢者は全入居者の52.3%を占めており, 有料老人ホームに比べて少ない結果でした. また, 有料老人ホームと同じく, 認知症の程度Ⅱが 20.1%と最も多かった. 2016 年 8 月の時点で有料老人ホームは 12,570 施設, 利用者数は 482,792 人に達している. 2019 年 5 月の時点でサービス付き高齢者向け住宅は 7,360 施設, 利用者数が 244,917 人である.

②認知症高齢者の生活を支える人材に関する先行研究

ア. 介護福祉士資格の有無による認知症ケアの違いについての先行研究

森下ら(1995)は, 岡山県内の社会福祉事務所・社会福祉協議会に所属するホームヘルパー85名を対象に, 介護福祉士資格の有無による業務内容の比較を行った. 介護業務の遂行にあたり, 「必要とする知識・理論・技術の内容」という項目において, 介護福祉士資格の有資格者が無資格者より専門的知識と技術を持っていると報告した.

橋本(2011)はY県社会福祉協議会主催介護職員講習会に参加した介護職員 120 人を対象に, 介護福祉士資格の有無によって認知症ケアに差異があるかを調査し, 「利用者の家族背景について理解する」, 「利用者の生活歴について理解する」などの「生活歴支援」について介護福祉士資格のある職員は資格なしの職員より有意に高いことを示した.

王ら(2017)の研究では, 認知症の知識・理解については、介護福祉士、初任者、無資格者の順で、介護福祉士が最も高かった。また、認知症ケアで工夫している点について、初任者と無資格者は「声掛け」や「傾聴」を重視し、介護福祉士は認知症高齢者の発言や行動の背景にある要因や意図を理解するように努めていた。介護福祉士の資格取得ルートによる比較では、認知症の知識に差はなかったが、認知症理解については実務経験ルートの資格取得者が養成校での資格取得者より高い理解度を示した。

上述の研究は介護福祉士資格の有無と介護福祉士の資格取得ルートにより, 認知症ケアに差が表れることが明らかになっている. 基礎教育の重要性と就職後の現任教育を積み重ねていくシス

テム作りが求められていることを示唆した.

イ. 経験年数による認知症ケアの違いについての先行研究

斉藤(2010)の研究では, 認知症高齢者の自発性を促すケアに焦点を当て, 28 ヵ所の施設の 788 名の職員を対象に, 独自に開発した「自発性促進尺度」で評価し, 職員の属性と認知症高齢者の要介護度により, 施設における認知症ケアの実態にどのような違いがあるかを示した. 彼女は, 自発性を促すケアを行っているのは施設職員の中で特に経験年数の長い職員であると指摘した. さらに施設内外の研修に参加し, 認知症ケアの改善に興味のある職員は, 研修に不参加で認知症ケアに興味のない職員と比較し, 自発性を促すケアを積極的に行っていることを示した. さらに, 理想的な認知症ケアを阻む要因について, 1 位に「業務関係」(73%), 2 位に「認知症高齢者との関係」(22%), 3 位に「研修や職員同士の連携」(5%)であった.

金ら(2012)は大阪府の44か所の特別養護老人ホームの1087人の介護職員を対象に調査票を回答してもらった. 認知症の利用者に対する介護職員の専門的な態度という視点から, 年齢が若いこと, 経験年数が5年以上, 介護の仕事に対する心境がポジティブ, 認知症に関する知識がある, 高齢者イメージが良好なほど肯定的な態度を示すことを報告している.

斎藤の研究は職員の属性により, 認知症ケアに違いがあることを示した. その中で, 特に経験年数と研修参加が認知症ケアにおける自発性を促すケアに役立つことが示された. また, 金らの研究は認知症高齢者に対する介護職員の専門態度の関連要因を明らかにした. しかし, どちらの研究でも限られた施設を対象にしたため, 施設タイプの違いの視点から, 認知症ケアにどのような差があるのかを検討できていない.

ウ. 認知症に対する態度による認知症ケアの違いについての先行研究

廣橋(2012)はA県のデイサービスBと地域密着型介護老人福祉施設Cに勤務する職員19名を対象に, 自記式質問紙による調査を実施した. 調査の結果では, ほとんどの介護職員が楽しく, やり甲斐や充実感を感じながら働いていることが分かった.

佐藤(2013)はA町内Bグループホームの介護職員18名に対し, 介護業務の中での不安について留置法による自記式質問紙調査を実施した. その中で, 介護職員の不安としては事故時の対応が67%と最も多く, 次に医療時の対応, 災害時の対応であった. 不安を軽減, 解消するために必要なことについては, 5つの項目の中で, 研修が最も多い結果となった. 研修の在り方について, 彼女は研修方法として知識を詰め込む方法だけではなく, 自己学習能力や問題解決能力を高めていく研修が必要であると主張している. さらに不安内容によっては研修よりもケア会議などにおいて, 利用者の個別ケアについての討論を通じて多角的な視点から考えて, 共通認識を深めていくことが不安解消につながると述べている.

小銭ら(2014)は, 6施設(特養, 老健, グループホーム各2施設)の52名のスタッフを対象に, 認知症ケアへの関心度を5件法で調べ, 関心度の高いスタッフが全体の6割以上であったと報告している. しかし, それ以上の分析は行っていない. 広橋と佐藤の研究では, 介護職員の認知症ケアに対する態度と認知症ケアにおける不安と不安解消方法を明らかにした. しかし, 2つの研究とも1つの施設の少人数を対象にした研究である. 職種と施設のタイプの違いから解析できていない.

3. 先行研究に対する本研究の独自性

認知症高齢者の増加に伴い，認知症高齢者をめぐる研究は蓄積され，すでに認知症に対する認識，認知症高齢者の家族介護者の介護負担と介入支援，認知症高齢者の入所施設における居住問題と設計方法などに関する研究領域では示唆に富む成果と知見が得られている．

しかしながら，これらの先行研究では以下の限界があることが先行研究への考察から明らかになった．例えば，①高齢者と家族介護者の認知症の知識に対する認識といっても，具体的にどのような知識内容なのかがはっきり明示されていないこと，結論として認知症の知識を普及する必要があると強調したが，どのように普及するのかを言及しないこと，②認知症高齢者の家族介護者の介護負担とその支援に関する先行研究が見られたが，認知症高齢者本人の視点からその生活居住状況や必要する支援などについて触れていないこと，③高齢者入所施設の居住環境に関する先行研究はほとんど事例研究で，サンプル数が少ないため，その研究結果がすべての施設に応用できるとは言い難いことが指摘できる．これらのことを明らかにされないと，今後どのような認知症対策が必要なのかなどの支援にはつながりにくいといえよう．

先行研究への考察を踏まえ，本研究の独自性として以下の 2 点があげられる．

第一に，先行研究では認知症高齢者の 1 つの側面における課題を検討するものが多く，認知症高齢者の生活にかかわる多方面の課題を取り扱うものは見当たらない．それに対して，本研究は 1 つの地域を対象に，高齢者の認知症に対する認識・理解から，認知症高齢者本人の居住生活状況，家族介護者の介護実態，認知症高齢者が利用できる介護サービスの実態と課題までの認知症高齢者の生活を取り巻く課題を包括的に検討するところに独自性がある．

第二に，先行研究の多くは北京市，上海市など東部・沿岸部の都市に限られているとともに，施設や病院のあり方について扱ったものであった．それに対して，本研究は先行研究が行われていない内陸都市を対象にするとともに，今後課題が大きくなる在宅認知症高齢者を対象としたところに独自性がある．

第 2 章　中国・内陸都市における高齢者の認知症に対する認識と対応

第 2 章では，高齢者の認知症の症状に対する認識・理解，認知症に対する態度，認知症予防への取り組み，認知症への不安，認知症の可能性が心配になった時の相談先，認知症で介護が必要になった時の介護希望などを調査し，今後，認知症高齢者が生活しやすい社会環境を整備するには，高齢者をはじめとする一般住民の認知症に対する認識・理解を高めるために，必要となる対策を検討する．

第 1 節　調査概要

1. 研究の目的

本研究では，成都市の高齢者を対象とした調査分析をもとに，高齢者の認知症に対する認識・理解，認知症への態度，認知症になった時の介護希望などについて把握し，今後どのような認知症対策が必要かを検討する基礎資料を得ることを目的とした．

2. 調査対象と方法

本研究では，成都市において訪問介護サービスを受けている高齢者とその家族を対象に，訪問介護スタッフを通じて無記名の質問紙調査票を直接配布し（500 部），その場で回答してもらったうえで回収した（合計 499 部）．本研究では，回収した 499 部のうち，高齢者本人が回答した 331 部を分析対象とした（回収率 99．8%）．調査期間は 2017 年 4 月～2017 年 5 月の 1 カ月間であった．

3. 調査項目

調査項目は，調査対象者の基本属性，認知症とその症状の認識，認知症になる不安，認知症が心配になった時の相談先，認知症で介護が必要になった時の介護希望，認知症予防の取り組み，認知症に対する態度および認知症に関する情報入手方法と活動参加意欲などである．

4. 分析方法

質問紙調査結果について，単純集計およびクロス集計により分析を行った．クロス集計では，調査対象者の属性および認知症の認識状況と各設問回答との関連を分析した．属性の中で，居住地域タイプの区分は都市部と旧農村部に分けた．都市部とは古くから旧市街地であった地域のことで，旧農村部とは都市部郊外の農村地域を再開発により市街地化した地域のことである．また，認知症の認識状況について，「認知症についてご存知ですか」という設問の 4 段階の回答のうち，「よく知っている」「多少知っている」を「知っている群」，「あまり知らない」「全く知らない」を「知らない群」の2群に分類し，各設問回答との関連を分析した．

統計処理は IBM SPSS Statistics v. 24 による χ^2 検定を用いた．

5. 倫理的配慮

倫理的配慮としては，調査対象者には書面にて研究の主旨を十分に説明し，承諾を得たうえで行っ

た．調査で得られたデータはすべて統計的に処理し，個人を特定できないようにするとともに，研究以外には使用せず，厳重に管理した．

なお，本調査は中国成都市における西南交通大学の教員との共同調査として実施した（本論文にかかわる調査項目の設計および調査結果の分析は筆者が実施）．調査の実施に当たっては，西南交通大学の科学技術発展研究院の審査と許可（2017 年 3 月）を得て行った．

第 2 節　研究仮説の設定

本研究の内容に近い認知症に対する認識と対応に関する先行研究を概観する．

まず，中国における先行研究から見ていこう．刘（2013）は北京市の 55 歳以上の者（1002 人）を対象に，老年期によくある精神障害の症状や予防知識の認識状況を明らかにすることを目的で調査を行った．分析の結果，認知症などの老年精神障害に対する平均的な認識度が 68．8％と全体的に高かく，教育レベルが高く，都市部に住んでいる高齢者はその認識度も高いことを報告している．

黄（2014）は長沙市の 55 歳以上の者（9529 人）を対象に，認知症の知識に関する認識の程度を検討することを目的とした調査を実施した．認知症の知識に対する平均的な認識度は 45．06％であった．また，都市部で，低年齢層，教育レベルの高い，収入の高い者ほど認知症知識の認識度が有意に高かった．

雷（2016）は貴陽市 60 歳以上の高齢者（380 人）を対象に，認知症の認識状況及びその影響因子を分析することを目的とした調査を行った．認知症に対する認識度は 43．4％で，高齢，教育レベルが低い，宗教信仰のある，少数民族の高齢者は認知症に対する認識度が低いことを報告した．

郭（2015）は上海市の一般住民（5534 人）を対象に，軽度認知障害に関する知識の認識現状を把握し，社区健康教育を行う科学的根拠を提供することを目的とした調査を実施した．軽度認知障害に対する認識度が 67．8％で，女性で，年齢が高い住民の認識度が高い傾向があると示された．

喻（2016）は北京市の中高年者（230 人）を対象に，認知症知識の認識状況と予防知識に対する宣伝教育ニーズを把握することを目的に，調査を実施した．多くの中高年者が認知症のことを知っているが，認知症の危険因子や中核症状などの具体的な知識への認識度は低い現状が明らかにされた．また，76．9％の調査対象は社区宣伝教育の形で認知症知識を勉強したいことを報告している．

次に日本における先行研究を確認しよう．久木ら（2011）の研究では，地域在住の A 市老人クラブ会員 234 名を対象に，認知症に対するイメージと意識，受診に対する抵抗の有無などについて，調査を行った．認知症の知識と認知症になる不安との関連を分析した結果，「認知症について知っている」と答えた人はそう思わないと答えた人に比べて有意に不安があると答えていた．

松岡ら（2009）は地域住民の認知症に関する意識と相談ニーズについて明らかにすることを目的に，明石市内の地域住民 858 人を対象として質問紙調査を行った．その結果，「認知症を知っている程度」には介護世帯間の際は認められなかったが，「認知症種類の知識」に関しては，40 歳以上の世帯では 40 歳未満の若年世帯に比べ，知識をやや有していることが示された．

また，認知症についての知識量と関連要因を検討した杉原ら（2005）の研究がある．京都府科下の生涯学習センターの受講生 188 人を対象に，認知症についての知識量と自分自身が認知症になる不安感と，それらに関連する要因を検討するものである．分析の結果，女性で，60 歳以下の者が認知

症についての知識量が有意に高いことと，8 割の者が自分自身の認知症になる不安感をわずかあるいはそれ以上あること，認知症になる不安感について，性別および年齢で差が見られないことを報告している．

認知症についての知識量と関連要因を検討したものとして，金ら(2011)の研究も挙げられる．研究の目的は認知症の人に対する地域住民の態度の現状を把握し，その関連要因を検討することである．そのため，A 市 B 区の住民 339 名を対象に質問紙調査を実施した．分析の中で，認知症の関する知識では，性別，年齢，認知症の人とのかかわりの有無，認知症についての関心の有無，認知症に関する情報に接する頻度で有意差が見られた．女性，50 歳代の者は認知症に関する知識の得点が高いことが示された．

杉原らと金らの研究は性別，年齢と認知症についての知識量との関連を検討しているが，その関連性の世帯構成の違いを検討していない．世帯構成の差を検討したものとして，松井ら(2009)の研究がある．松井らの研究は A 県内の老人クラブの高齢者 184 人を対象に，認知症に関する情報提供を行い，高齢者の認知症の知識と初期症状における対処行動について明らかにすることを目的とした．分析の中で，年齢，性別，世帯構成などの対象者の属性から認知症の知識量の差を検討した．その結果，高年齢になるほど，知識量が低下していることが示された．また，年齢を除く，性別や世帯構成は知識量とは関連が見られなかった．

王ら（2017）の研究では，地域住民の認知症の知識・理解に関与する要因を明らかにし，地域に根差した認知症ケアを考察することを目的として，岐阜県 A 市の地域住民 1208 人を対象とした調査を行った．分析の中，調査対象者の性別，年齢，家族構成の視点から，認知症の知識認知症予防の取り組み，認知症への態度などを検討した．その結果，男女比較では，女性が認知症の知識が高く，認知症予防，認知症への態度も積極的であった．年齢別比較では 65 歳以上で，家族構成の比較では，一人暮らしで自分自身が認知症になる心配が多く，認知症予防，認知症への態度も積極的であった．また，認知症の知識が高いほど，認知症への態度と認知症予防への努力も積極的であることを報告している．

上述の中日における先行研究を総合すると，調査対象者の属性と認知症の知識との関連においては，都市部，中高齢者の低年齢層，女性，認知症を知っていることと認知症の知識量が多いこととは関連していると思われる．しかし，国や調査対象者の基本属性によって，結果に違いも見られ，明確な結論は下しにくい．

したがって，以上の中日における先行研究の結果をもとに，本研究の研究仮説を以下のように設定する．本研究の分析の中で，調査対象者の年齢，性別，家族構成，居住地域タイプ，認知症を知っているかどうかといった 5 つの方面から高齢者の認知症に対する認識と対応を検討する．そのため，ここでは認知症に関する知識，認知症になる不安，認知症予防の取り組みといった 3 つの視点から，それぞれ 5 つずつ仮説を設定する．

1. 認知症に関する知識

仮説 1:女性は男性より認知症に関する知識をよく知っている．

仮説 2:60～69 歳の低年齢層の高齢者は 70 歳以上の高年齢層の高齢者より認知症に関する知識をよく知っている．

仮説 3:夫婦世帯と子供と同居世帯は独居高齢者より認知症に関する知識をよく知っている.

仮説 4:都市部の高齢者は旧農村部の高齢者より認知症に関する知識をよく知っている.

仮説 5:認知症を知っている高齢者は知らない高齢者より認知症に関する知識をよく知っている.

2. 認知症になる不安

仮説 1:女性は男性より認知症になる不安が大きい.

仮説 2:高齢ほど認知症になる不安が大きい.

仮説 3:独居高齢者ほど認知症になる不安が大きい.

仮説 4:都市部の高齢者は旧農村部の高齢者より認知症になる不安が大きい.

仮説 5:認知症を知っている高齢者は知らない高齢者より認知症になる不安が大きい.

3. 認知症予防の取り組み

仮説 1:女性は男性より積極的に認知症予防に取り組んでいる.

仮説 2:高齢ほど積極的に認知症予防に取り組んでいる.

仮説 3:独居高齢者ほど積極的に認知症予防に取り組んでいる

仮説 4:都市部の高齢者は旧農村部の高齢者より積極的に認知症予防に取り組んでいる.

仮説 5:認知症を知っている高齢者は知らない高齢者より積極的に認知症予防に取り組んでいる.

第 3 節　認知症に対する認識・理解の現状

1. 調査対象者の属性

調査対象者の属性とその比率を表 2－1に示す. 年齢分布をみると, 80 歳以上が 143 人(43.2%)と最も多く, 70 歳以上を合わせると, 全体の 7 割近くを占めていた. 性別は男性が 153 人(46. 2%), 女性が 178 人(53. 8%)と女性が若干多かった. 家族構成について, 子供と同居が 154 人(46. 5%)と最も多く, 独居は 43 人(13. 0%)と全体の中では少なかった. 居住地域タイプについて, 都市部が 177 人(53. 5%), 旧農村部が 154 人(46. 5%)と都市部が若干多かった.

表 2－1　調査対象者の属性　n=331

属性		人数	比率(%)
年齢分布	60～69歳	108	32.6
	70～79歳	80	24.2
	80歳以上	143	43.2
性別	男性	153	46.2
	女性	178	53.8
家族構成	独居	43	13.0
	夫婦	134	40.5
	子どもと同居	154	46.5
居住地域タイプ	都市部	177	53.5
	旧農村部	154	46.5

2. 認知症の知識

「認知症についてご存知ですか」の回答結果を表 2－2 に示す．分析方法に記述した方法により，4 段階の回答を知っている群と知らない群に分類した結果，知っている群が 226 人（68．3%），知らない群が 105 人（31．7%）であった．

回答者の属性別にみると，年齢が高くなると，知らない傾向が強く，80 歳以上の人が 44．8%と最も多かった．男性は知っていると回答した人が 73．7%で，女性の 63．5%より高い割合であった．家族構成別では夫婦世帯が知っていると回答した人が 70．2%と最も高い割合であった．

表 2－2　認知症について知っているか　　n＝331

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値
よく知っている	72(21.8)	15.0	22.5	26.6	**	26.3	18.0	*	34.9	26.9	13.7	**	21.5	22.2	ns
多少知っている	154(46.5)	63.6	43.8	35.0		47.4	45.5		23.3	43.3	55.6		51.4	40.5	
あまり知らない	62(18.7)	15.9	20.0	20.3		18.4	19.1		30.2	17.9	16.3		14.1	24.2	
全く知らない	43(13.0)	5.6	13.8	18.2		7.9	17.4		11.6	11.9	14.4		13.0	13.1	

注：表の中の数値は%表記，統計は χ^2 検定（*は 5%有意，**は 1%有意，ns は有意差なし）

「認知症の症状を認識しているか」の回答結果を表 2－3 に示す．回答者全体では，「置き忘れ・紛失が多い」を認知症の症状と認識している人が 51．4%と最も多く，次いで「話のつじつまが合わない」が 49．5%，「同じことを何度も聞く」が 45．5%の順に多かった．この3つ以外では，ほとんどの症状について，認識しているのが 20%未満と低い割合であった．

表 2－3　認知症の症状を認識しているか（複数回答）　　n＝331

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
同じことを何度も聞く	45.5	39.8	41.3	49.0	ns	47.1	41.6	ns	65.1	48.5	34.4	**	40.1	48.7	ns	45.8	40.0	ns
置き忘れ・紛失が多い	51.4	47.2	46.3	53.8	ns	48.4	51.1	ns	55.8	56.7	42.2	*	36.7	64.9	**	53.8	41.0	*
着替えや身だしなみを気にしなくなる	19.0	17.6	15.0	21.0	ns	20.3	16.9	ns	20.9	19.4	16.9	ns	12.4	25.3	**	18.7	17.1	ns
調理など複雑な作業が不得意になる	15.6	16.7	20.0	11.2	ns	17.0	13.5	ns	23.3	16.4	11.7	ns	15.3	14.9	ns	19.6	5.7	**
日課としていた趣味活動をしなくなる	12.5	13.0	12.5	11.2	ns	13.7	10.7	ns	14.0	15.7	8.4	ns	11.3	13.0	ns	13.8	8.6	ns
これまでと人柄が変わる	16.5	17.6	17.5	14.0	ns	17.0	15.2	ns	16.3	20.9	11.7	ns	16.4	15.6	ns	19.6	8.6	*
話のつじつまが合わない	49.5	54.6	46.3	44.1	ns	47.7	48.3	ns	46.5	46.3	50.0	ns	56.5	38.3	**	56.9	29.5	**
時間・場所などがわからない	36.4	35.2	35.0	35.7	ns	39.2	32.0	ns	34.9	38.1	33.1	ns	43.5	26.0	**	39.1	27.6	*

注：表の中の数値は%表記，統計は χ^2 検定（*:p＜0．05，**:p＜0．01，ns:not significant）

回答者の属性別に比較すると，家族構成別では，「同じことを何度も聞く」と「置き忘れ・紛失が多い」の項目のみ有意差が見られた．「同じことを何度も聞く」に関し，子供と同居，夫婦，独居高齢者の順に認識の度合いが高かった（p＜0．01）．「置き忘れ・紛失が多い」に関しては，独居と夫婦世帯の高齢者は子供と同居の高齢者より認識の度合いが有意に高かった（p＜0．05）．居住地域タイプ別では，「置き忘れ・紛失が多い」「着替えや身だしなみを気にしなくなる」「話のつじつまが合わない」「時間・場所などがわからない」の 4 つの項目で有意差があったが（p＜0．01），一定の傾向が見られなかった．認知症を知っているかどうか別では，「調理など複雑な作業が不得意になる」と「話のつじつまが合わ

ない」を認識する度合いが知っている群で有意に高く(p＜0. 01)，「置き忘れ・紛失が多い」「これまでと人柄が変わる」「時間・場所などがわからない」を認識する度合いも知っている群で有意に高い結果となった(p＜0. 05)．

3. 認知症に関する情報と活動

「認知症に関する情報をどこから得たことがありますか」の回答結果を表 2－4 に示す．回答者全体では，「テレビ」と回答した人が 5 割以上で最も多く，テレビ以外は全部 2 割以下であった．一方，「これまで情報を得たことはない」と回答した人が 11. 2%で，全体の 1 割以上を占めていた．回答者の属性別にみると，80 歳以上の高齢者はテレビと回答した人が 61.5%で，他の年齢層より高い割合であった．独居高齢者は「テレビ」と回答した人が 69.8%で，夫婦世帯，子供と同居の高齢者を大きく上回っていた．旧農村部は「テレビ」と回答した人が 64. 3%で，農村部の 41. 2%より高い割合であった．認知症を知っている群は知らない群より全体的に情報を得ている割合が高く，特に「テレビ」，「新聞」と「地域広報」の項目において，その割合が高かった．一方，「これまで情報を得たことはない」と回答した人は，知らない群が 20. 0%で，知っている群の 3 倍近くであった．

表 2－4　認知症に関する情報の入手方法(複数回答)　　n＝331

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
テレビ	52.1	41.7	48.8	61.5	**	54.9	49.4	ns	69.8	59.0	40.9	**	41.2	64.3	**	56.4	42.9	*
新聞	20.3	21.3	15.0	22.4	ns	22.9	18.0	ns	18.6	29.9	12.3	**	22.6	17.5	ns	25.3	9.5	**
地域広報	19.1	22.2	16.3	18.2	ns	17.0	20.8	ns	18.6	17.2	20.8	ns	18.6	19.5	ns	22.2	12.4	*
その他	39.9	44.4	43.8	34.4	ns	42.5	37.6	ns	37.2	33.6	46.1	ns	45.2	33.8	*	36.4	46.7	ns
情報を得たことはない	11.2	13.0	11.3	9.8	ns	9.2	12.9	ns	9.3	11.2	11.7	ns	10.2	12.3	ns	7.1	20.0	**

注：表の中の数値は%表記，統計は χ^2 検定(*は 5%有意，**は 1%有意，ns は有意差なし)

「認知症予防と認知症への理解を高めるには以下のような活動があれば参加されますか」の回答結果を表 2－5 に示す．回答者全体では，「認知症に関する講演など」と回答した人が 34. 7%で最も多い．回答者の属性別にみると，男性は「認知症予防の体操教室などのサークル活動」と回答した人が 26. 1%で，女性の 16. 3%より高い割合である．旧農村部は「認知症サロン」と回答した人が 11. 0%で，都市部の 2 倍以上である．認知症を知っている群は「認知症予防の体操教室などのサークル活動」，「認知症に関する講演など」と回答した人が知らない群より高い割合を占めている．

表 2－5　認知症予防と認知症への理解を高める活動(複数回答)

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
認知症サロン	7.9	6.5	8.8	8.4	ns	8.5	7.3	ns	14.0	8.2	5.8	ns	5.1	11.0	*	9.3	4.8	ns
認知症予防の体操教室など	20.8	22.2	26.3	16.8	ns	26.1	16.3	*	14.0	23.9	20.1	ns	18.6	23.4	ns	25.8	10.5	**
認知症に関する講演など	34.7	40.7	33.8	30.8	ns	32.7	36.5	ns	25.6	37.3	35.1	ns	31.6	38.3	ns	40.0	23.8	**
その他	53.2	48.1	51.3	58.0	ns	54.9	51.7	ns	60.5	51.5	52.6	ns	54.8	51.3	ns	43.1	74.3	**

注：表の中の数値は%表記，統計は χ^2 検定(*は 5%有意，**は 1%有意，ns は有意差なし)

第 4 節　認知症に対する態度と予防への取り組み

1. 認知症に対する態度

「近所に認知症の方がおられた場合，どのように接しますか」の回答結果を表 2－6 に示す．回答者全体では，「できるだけ関わりを持とうとする」と回答した人が 5 割近くで最も多かった．一方，「どのように接したらいいかわからない」と回答した人が 2 割以上を占めていた．回答者の属性別にみると，年齢，家族構成と居住地域タイプの項目で有意差が見られた．70 歳以上の高齢者は「できるだけかかわりを持とうとする」と回答した人が 5 割以上で，60～69 歳の人より高い割合であった．一方，「どのように接したらいいかわからない」については，年齢が高いほど，その割が高くなっていた．独居高齢者は「できるだけかかわりを持とうとする」と回答した人が 7 割近くで，夫婦と子供と同居の高齢者より積極的な態度を持っていた．一方，「会うと声をかける程度」と回答した人は夫婦と子供と同居の高齢者ともに 2 割以上で，独居高齢者の 3 倍以上であった．旧農村部は「できるだけかかわりを持とうとする」と回答した人が 6 割近くで，都市部の 4 割より高い割合であった．

表 2－6　認知症の方に対する接し方

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
できるだけ関わりを持とうとする	48.3	43.5	51.3	50.7	*	47.1	49.4	ns	67.4	49.3	42.2	*	40.7	57.1	**	50.2	43.8	ns
会うと声をかける程度	20.8	30.6	12.5	17.6		23.5	18.0		7.0	21.6	23.4		21.5	19.5		21.8	18.1	
できるだけ関わりを持たないようにする	6.6	4.6	11.3	5.6		5.9	7.3		7.0	3.0	9.7		10.2	2.6		7.6	4.8	
どのように接してよいかわからない	24.2	21.3	25.0	26.1		22.9	25.3		18.6	26.1	24.0		27.1	20.8		20.4	32.4	

注：表の中の数値は％表記，統計は χ^2 検定（*は 5％有意，**は 1％有意，ns は有意差なし）

「認知症高齢者の利用する施設が自宅近くにできる場合どのように思われますか」の回答結果を表 2－7 に示す．回答者全体では，「必要な施設だと思うので歓迎する」と回答した人が 48．3％で最も多く，「必要性は理解できるので反対はしない」の 45．6％を合わせて，9 割以上の回答者は肯定的な態度を持っていた．回答者の属性別にみると，家族構成と居住地域タイプの項目で有意差が見られた．独居高齢者は「必要な施設だと思うので歓迎する」と回答した人が 6 割近くで，夫婦と子供と同居の高齢者より積極的な態度を持っていた．旧農村部は「必要な施設だと思うので歓迎する」と回答した人が 6 割近くで，都市部の 4 割より高い割合であった．

表 2－7　認知症高齢者施設への態度

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
必要な施設だと思うので歓迎する	48.3	44.4	50.0	50.7	ns	49.0	47.8	ns	58.1	52.2	42.2	**	40.1	57.8	**	50.2	43.8	ns
必要性は理解できるので反対はしない	45.6	51.9	41.3	43.0		42.5	47.8		32.6	38.8	54.5		54.8	34.4		43.6	49.5	
必要性理解できるが自宅近くできるのは反対・迷惑になるので反対	6.1	3.7	8.8	6.3		7.9	4.5		9.3	9.0	2.6		4.6	7.7		6.2	5.8	

注：表の中の数値は％表記，統計は χ^2 検定（**は 1％有意，ns は有意差なし）

2. 認知症予防の取り組み

「自分あるいは家族が認知症予防のために，取り組んでいることはありますか」について，「取り組んでいる」と回答した人が 55．0％で，「取り組んでいない」の 45．0％より高い割合であった．回答者の属性別にみると，すべて統計的に有意差はなかった（χ^2 検定，p＞0．05）．

「認知症予防のために，具体的に取り組んでいること」の回答結果を表２－８に示す．回答者全体では，「バランスの良い食事に心がけている」と「体を動かす運動」の二つの項目ともに 65．9％で最も多かった．回答者の属性別にみると，60～69 歳の人は「趣味サークルや地域活動などに参加している」と回答した人が 19.4％で最も高く，年齢が高くなるにつれて，その割合が低くなった．男性は「趣味サークルや地域活動などに参加している」と回答した人が 18.3％で女性の 10.7％より高い割合であった．独居高齢者は「「生活習慣病に注意している」と回答した人が 27．9％で，夫婦と子供と同居の高齢者の２倍以上であった．また，全体的にみると，子供と同居の場合，認知症予防に取り組む割合が低く，一方，独居の場合，積極的に取り組んでいる傾向が見られた．旧農村部は全体的に都市部より認知症予防に取り組んでいる傾向が強かった．知っている群は知らない群より全体的に高い割合を占めており，積極的に取り組んでいる傾向があった．しかし，全体的にみると，認知症予防に取り組んでいる割合が低く，どの項目でも 50％を超えていなかった．

表２－８　認知症予防のために取り組んでいること（複数回答）　　n＝331

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
バランス良い食事に心がけている	65.9	33.3	37.5	37.8	ns	41.2	32.0	ns	48.8	38.8	30.5	ns	28.8	44.8	**	39.1	29.5	ns
体を動かす運動をしている	65.9	39.8	40.0	31.5	ns	40.5	32.6	ns	34.9	40.3	33.1	ns	31.6	41.6	ns	45.8	16.2	**
脳トレなどに取り組んでいる	26.9	19.4	12.5	12.6	ns	16.3	13.5	ns	20.9	16.4	11.7	ns	9.0	21.4	**	20.0	3.8	**
趣味サークルや地域活動などに参加している	19.2	19.4	17.5	8.4	*	18.3	10.7	*	16.3	12.7	14.9	ns	10.7	18.2	*	18.7	4.8	**
口腔ケアに注意している	15.9	7.4	11.3	8.4	ns	11.8	6.2	ns	14.0	9.0	7.1	ns	5.1	13.0	*	7.6	11.4	ns
生活習慣病に注意している	25.8	15.7	18.8	10.5	ns	15.0	13.5	ns	27.9	11.9	12.3	*	12.4	16.2	ns	11.6	19.0	ns
その他	5.5	3.7	5.0	4.9	ns	5.2	3.9	ns	4.7	4.5	4.5	ns	3.4	5.8	ns	5.8	1.9	ns

注：表の中の数値は％表記，統計は χ^2 検定（*は 5％有意，**は 1％有意，ns は有意差なし）

第５節　認知症になった時介護を受けたい場の意向

1. 認知症になる不安と相談先

「自分あるいは家族が認知症になる可能性について心配したことがありますか」の回答結果を表 2－9 に示す．回答者全体では，「多少心配している」が 40．5％で最も多く，「とても心配している」と合わせて全回答者の 58．9％が認知症になる可能性を心配していた．

回答者の属性別に比較すると，居住地域タイプでは，旧農村部が都市部より心配の度合いが有意に高かった（p＜0．05）．認知症を知っているかどうか別では，知っている群が知らない群より心配の度合いが有意に高い結果であった（p＜0．01）．

表 2－9　自分あるいは家族が認知症になる心配　　n＝331

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
とても心配している	18.4	13.0	25.0	19.0	ns	17.6	19.1	ns	30.2	21.6	12.3	ns	15.3	22.1	*	20.9	13.3	**
多少心配している	40.5	39.8	32.5	45.1		42.5	38.2		32.6	40.3	42.2		36.2	44.8		43.6	32.4	
あまり心配していない	26.9	34.3	27.5	21.1		30.7	23.6		20.9	27.6	27.9		29.9	23.4		25.3	30.5	
全く心配していない	14.2	13.0	15.0	14.8		9.2	18.5		16.3	9.7	17.5		18.6	9.1		9.8	23.8	

注：表の中の数値は％表記，統計は χ^2 検定（*：p＜0．05，**：p＜0．01，ns：not significant）

「自分あるいは家族が認知症の可能性が心配になった時どこに相談に行かれますか」の回答結果を表 2－10 に示す．回答者全体では，大型総合病院が 55．9％で最も多く，次いで社区病院が 27．2％であった．それに対して，社区相談窓口が 4．5％と低い割合で，相談先として認識されていなかった．

回答者の属性別に比較すると，居住地域タイプと認知症知るかどうかの項目で有意差が見られた．居住地域タイプ別では，旧農村部は「社区病院」を選択した割合が都市部より有意に高かった（p＜0．01）．一方，都市部は「大型総合病院」を選択した割合が旧農村部より有意に高かった（p＜0．01）．認知症を知っているかどうか別では，知らない群は「社区病院」を選択した割合が知っている群より有意に高かった（p＜0．01）．一方，知っている群は「大型総合病院」を選択した割合が知らない群より有意に高かった（p＜0．01）．

表 2－10　認知症の可能性が心配になった時の相談先　　n＝331

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
社区病院	27.2	19.4	28.7	32.2	ns	26.8	27.5	ns	30.2	27.6	26.0	ns	22.0	33.1	**	20.9	40.0	**
大型総合病院	55.9	65.7	52.5	50.3		59.5	52.8		48.8	61.9	52.6		60.5	50.6		66.7	33.3	
社区相談窓口	4.5	4.6	5.0	4.2		4.6	4.5		4.7	3.0	5.8		0.6	9.1		2.7	8.6	
その他	12.4	10.2	13.8	13.3		9.2	15.2		16.3	7.5	15.6		16.9	7.1		9.8	18.1	

注：表の中の数値は％表記，統計は χ^2 検定（*は 5％有意，**は 1％有意，ns は有意差なし）

2．認知症になったとき，介護を受けたい場の意向

「認知症で介護が必要になったとき，どこでの介護を希望しますか」の回答結果を表 2－11 に示す．回答者全体では，「家族の介護を受けながら自宅に住み続けたい」が 67．7％で最も多く，「介護サービスを受けながら自宅に住み続けたい」の 16．8％と合わせると，8 割以上の回答者は介護が必要になっても自宅での生活を希望していた．

回答者の属性別に比較すると，居住地域タイプの属性だけで有意差が見られた．「家族の介護を受けながら，自宅に住み続けたい」では，旧農村部は都市部より有意に高い結果となった（p＜0．05）．一方，「介護サービスを利用しながら自宅に住み続けたい」では，都市部は旧農村部より有意に高い結果となった（p＜0．05）．

表 2－11　認知症になったとき，介護を受けたい場　　n＝331

属性別	全体	年齢				性別			家族構成				居住地域タイプ			認知症知るかどうか		
		60～69歳	70～79歳	80歳以上	p値	男性	女性	p値	独居	夫婦	子供と同居	p値	都市部	旧農村部	p値	知っている	知らない	p値
家族の介護を受けながら、自宅に住み続けたい	67.7	66.7	68.8	67.8	ns	64.7	70.2	ns	58.1	64.9	72.7	ns	60.5	76.0	*	64.4	74.3	ns
介護サービスを利用しながら自宅に住み続けたい	16.9	17.6	13.8	18.2		18.3	15.7		20.9	20.9	12.3		20.9	12.3		20.4	9.5	
家族・親族の住まいに移って介護を受けたい	5.4	7.4	6.3	3.5		6.5	4.5		7.0	6.0	4.5		6.2	4.5		6.2	3.8	
施設に入所したい	3.6	1.9	3.8	4.9		5.2	2.2		4.7	3.7	3.2		5.1	1.9		3.1	4.8	
その他	6.3	6.5	7.5	5.6		5.2	7.3		9.3	4.5	7.1		7.3	5.2		5.8	7.6	

注：表の中の数値は％表記，統計は χ^2 検定（*：p＜0．05，ns：not significant）

第 6 節　考察

1．認知症に対する認識・理解の現状

認知症に対する認識・理解の現状に関しては，以下の2つの研究結果が得られた．1つ目は認知症を知っていると回答した人が7割近くであったが，具体的な認知症症状についての認識は1項目を除き，すべて5割以下で，その中の多くの項目が2割未満にとどまっており，認知症について正確に理解していない人がかなりの割合で存在することが把握できた．一方，王ら（2018）の「高齢者の認知症に対する認識と対応に関する日中比較」では、本論文と同じ質問項目を用いた調査に基づき、日本と中国の高齢者の認知症に対する認識の現状を報告した。その結果によると，日本では，認知症症状のすべての項目について，5割以上の人が知っていると回答した．一方，中国ではいずれの項目も「知っている」比率が5割以下であり，2割以下にとどまっている項目も半数あった．また，杉原（2005）や金（2011）が実施した日本国内の調査でも「認知症の記憶障害や見当識障害」について良く知られていたと報告しており，王ら（2018）の調査結果と一致した．

「中国精神衛生工作計画 2002－2010」（2002）では，2005 年に高齢者およびその家族介護者の認知症の症状と予防知識に対する認知度を 30％，さらに 2010 年に 50％に達することを目標として設定している．しかし，本研究の結果からみると，この目標はまだ達成できていない．高齢者の認知症に関する認識はまだ低く，理解も不十分な状態にとどまっていると考えられる．今後，地域において認知症高齢者の数が増えていく中では，認知症に対する正確な知識や認識を普及する必要があると考えられる．

2 つ目は回答者の属性別に比較した結果，家族構成別，居住地域タイプ別と認知症を知っているかどうか別で統計的に有意差が見られた．男女別と年齢別に有意差が認められなかったため，「1．認知症に関する知識」の仮説 1 と仮説 2 は支持されず，認知症に関する知識が性別と年齢とは関連性がないことが示された．家族構成別にみると，「同じことを何度も聞く」と「置き忘れ・紛失が多い」の項目のみ有意差が見られた．独居と夫婦世帯の高齢者は子供と同居の高齢者より知識の度合いが有意に高かった．この結果から，仮説 3 に関しては，部分的な支持にとどまった．居住地域タイプ別では，「置き忘れ・紛失が多い」「着替えや身だしなみを気にしなくなる」「話のつじつまが合わない」「時間・場所などがわからない」の４つの項目で有意差があったが，一定の傾向が見られなかったため，仮説 4 は支持されなかった．認知症を知っているかどうか別では，全体的に知っている群で知らない群より有意に高い結果となっており，認知症を知っている群は認知症に関す

る知識もよく知っていることが明らかになった．この結果は仮説 5 を支持するものであった．

2. 認知症になる不安と相談先

認知症になる不安と相談先に関しては，以下の 3 つの研究結果が得られた．まず 1 つ目は回答者全体では，認知症になることを心配していると回答した人が 6 割近くで，認知症への不安が大きいことが示された．

2 つ目は回答者の属性別に比較した結果，居住地域タイプ別と認知症を知っているかどうか別では統計的に有意差が認められた．居住地域タイプでは，旧農村部が都市部より心配の度合いが有意に高かった．この結果は「2. 認知症になる不安」の仮説 4 を支持するものではなく，旧農村部の高齢者が認知症への不安が大きいことが示された．認知症を知っているかどうか別では，知っている群が知らない群より心配の度合いが有意に高い結果であった．言い換えれば，認知症を知っている人ほど，認知症になる不安を感じていることが示されており，仮説 5 を支持する結果であった．一方，性別，年齢別，家族構成別で統計的に有意差が見られなかったため，仮説 1～3 は支持されなかった．この結果は認知症になる不安が性別，年齢別，家族構成別とは関連性がないことが示された．

3 つ目は認知症が心配なときの相談先として病院は 8 割以上で，最も多かった．日中の比較論文（王：2018）の結果をみると，認知症が心配な時の相談先について，日中両国とも病院が最も多く上げられ，回答者の 8 割以上が選択した。一方、日本では地域包括支援センターを含める行政機関を相談先として選択した者が 3 割以上であったが，それに対して，中国では 3.4%と極めて少なかった．日本では，地域包括支援センター，介護支援専門員や認知症コーディネーター等が協働して，認知症の疑いのある人を把握し，状態に応じて適切な医療・介護サービスにつなげ，認知症の早期発見・診断・対応のシステムづくりを進めている．その効果もあって，王ら（2018）の調査では，認知症が心配されるときの相談先として，地域包括支援センターを含める行政機関を選択した人が 34.4%と多くなったと考えられる．ところが，今回の対象地域である成都市では，大型総合病院には「記憶外来」という認知症対応部門があることはその理由の一つと考えられる．しかしながら，病院への相談は，症状が一定程度進行してからになることが想定されるため，現状のままでは認知症の初期症状の早期発見や受診のタイミングを見逃す可能性が高い．また，独居や夫婦のみ世帯が多いため，自分たちでなかなか大型総合病院へ行けない人が多くいる．成都市は高齢化率が高く，今後さらに高齢世帯が増加するため，認知症の初期対応への遅れがさらに深刻になることが予想される．しかし，中国ではまだ地域における認知症対応のシステムができていないのが現状であり，本研究の結果からも，社区居民委員会の社区相談窓口への利用が 4. 5%と極めて低く，認知症が心配な時の相談先として役割を果たしていないことが示された．今後は，住民にとって最も身近な社区相談窓口が，認知症知識の普及を図るとともに，認知症の早期発見と早期受診の仕組みを整備し，高齢者とその家族に，身近な相談先として認識され，利用されるようにしていく必要があると考えられる．

3. 認知症予防の取り組み

認知症予防の取り組みに関しては，以下の 2 つの研究結果が得られた．まず，認知症予防に「取り組んでいる」と回答した人が 55．0%で，「取り組んでいない」の 45．0%より高い割合であった．一方，認知症予防に取り組んでいるかどうかについて高齢者家族を含む日中比較（王：2018）を見るとは，認知症予防に取り組んでいると回答した人は、中国では 57.2%、日本では 83.2%と日本の方が高い結果であった．回答者の属性別にみると，すべて統計的に有意差はなかった．「3．認知症予防の取り組み」の 5 つの仮説を全部支持しない結果となった．

次に，「取り組んでいる」と回答した人の中で，認知症予防のために，具体的に取り組んでいることの分析結果をみると，回答者全体では，「バランスの良い食事に心がけている」と「体を動かす運動」の 2 つの項目ともに 65．9%で最も多かった．日中の比較（王：2018）を見ると，全体的に日本は中国より積極的に認知症予防に取り組んでいたことが確認できた．その中で，「バランスの良い食事に心掛けている」と「体を動かす運動をしている」が最も高く，日本が 5 割以上，中国が 3 割以上の回答者が取り組んでいた．一方，「趣味サークルなどに参加している」，「口腔ケアに注意している」，といった回答項目について，日本が中国より大幅に高い結果を示した．

回答者の属性別にみた結果，すべて統計的に有意差が見られた．年齢別では，「趣味サークルや地域活動などに参加している」の項目で，年齢が低いほど趣味サークルや地域活動などへの参加は積極的であった．仮説 2 とは逆の結果となった．高齢の高齢者は心身状況が比較的よくなく，外出が困難な者が多く，地域活動への参加も難しいことが考えられる．家族構成別では，「生活習慣病に注意している」の項目で，独居高齢者が夫婦と子供と同居の高齢者より積極的に取り組んでいた．この結果は仮説 3 を支持するものであり，独居高齢者が身近に介護してくれる家族がいないため，自ら積極的に認知症予防に取り組んでいることが示唆された．居住地域タイプ別では旧農村部が全体的に都市部より認知症予防に取り組んでいる傾向が強かった．仮説 4 を支持しない結果となった．旧農村部の高齢者が都市部より積極的に認知症予防に取り組んでいる理由は不明であるが，旧農村部では顔見知りが多く，高齢者同士の間の交流・活動などが多いことがその理由の 1 つと考えられる．認知症を知っている群は知らない群より全体的に高い割合を占めており，積極的に取り組んでいる傾向にあった．この結果は仮説 5 を支持しており，知っている人ほど認知症への不安が大きく，認知症にならないように積極的に予防に取り組んでいることを示した．

4. 将来認知症になった時，介護を受けたい場の意向

認知症で介護が必要になったときの介護希望について，「家族の介護を受けながら，自宅に住み続けたい」の 67．7%と「介護サービスを利用しながら自宅に住み続けたい」の 16．9%を合わせると，84．6%の回答者が家族あるいは介護サービスの利用により，自宅で住み続けることを望んでいることが把握できた．2014 年の時点で，中国における独居と夫婦のみ世帯は全高齢者人口の 50%を占めており，今後さらに増えていくと予測される（中国老齢科学研究中心 2014）．本研究でも，独居と夫婦のみ世帯の回答者が合わせて 5 割以上であった．

尹（2008）は中国「一人っ子」政策が始まった 1979 年以後に，北京市における最初の一人っ子

世代の親を対象に，今後の介護意識に関する調査を行った．結果として，79．7%の回答者が在宅での生活を希望していることが示された．今回の調査結果から，内陸部である成都市は北京より在宅での生活希望が 5 ポイントと高いことがわかった．さらに，居住地域タイプでみると，旧農村部が 88．3%と都市部の 81．4%より約 7 ポイントと高かった．これらの結果は，旧農村部の都市化が進められている内陸部の特徴といえる．在宅での介護希望の割合が高いのに対して，家族介護機能の衰退および介護サービスが充実していないことが内陸部の都市が抱える問題といえる．今後，認知症高齢者が増加し，その中に占める独居および夫婦のみ世帯の割合が高くなると予想されることから，住み慣れた自宅で生活を継続することを可能にする，認知症に対応した在宅介護サービスシステムの整備が喫緊の課題と考えられる．

5．認知症に対する認識・理解を改善するために，必要となる支援対策

本研究は成都市の高齢者を対象とした調査分析をもとに，高齢者の認知症に対する認識と対応について把握し，今後どのような認知症対策が必要かを検討する基礎資料を得ることを目的とした．そこで，上述の結果と考察を整理し，認知症に対する認識・理解を改善するために，必要となる支援対策を検討する．

(1)子供と同居，都市部，認知症を知らない高齢者は認知症に対する認識度が低いため，今後，認知症に関する知識を普及するには，まずそれらの属性をもっている高齢者を対象とするべきである．また，認知症を知っているほど認知症予防にも積極的に取り組んでいることから，認知症に関する知識の普及は重要な意味を持っていることが示唆された．

(2)認知症予防の取り組みに関しては，低年齢層，独居，旧農村部，認知症を知っている高齢者ほど，積極的に取り組んでいる傾向が見られた．そのため，今後，認知症予防の活動などを行う際，高齢，夫婦世帯・子供と同居世帯，都市部，認知症を知らない高齢者が参加できる内容を計画することが重要である

(3)将来認知症になった時，介護を受けたい場の意向に関しては，都市部より旧農村部の高齢者は家族の介護を受けながら自宅に住み続けたい願望が強かった．この結果から今後介護支援サービスを整備する際，旧農村部は都市部以上に，在宅介護支援が必要である．

注:

1) 社区・社区居民委員会

中国の都市部の行政組織は、「市」がいくつかの「行政区」に分かれ、「行政区」はさらにいくつかの「街道」に分かれるという三層構造をとっている。さらにその下には「社区」が設置されている。「社区」という用語は、都市部において改革開放が全面的に展開されてきた 1987 年から公の場で使われるようになった。2000 年 11 月 19 日に発表された『関与在全国推進城市社区建設的意見』によれば、「社区」は一定の地域範囲内に集まって住んでいる人々から構成される社会生活共同体である。2000 年前後をピークに，中国全土に都市部の基層行政単位である街道・社区レベルでの行政区画の再編が行われたが、その最も基礎的な単位は「社区」である.

『中華人民共和国都市居民委員会組織法』第 2 条によると、社区居民委員会は、「居民委員会は住民が自ら管理を行い、自ら教育を行い、自らサービスを提供する基層的大衆的な自治組織である」と規定されている。社区において展開される活動、職業安定所や結婚相談所、老人や身体障害者などのための介護サービス、給食、食事の宅配などは街道弁事処や社区居民委員会が主体となって取り組んでいる。社区居民委員会のスタッフは、住民の状況を把握し、党と政府の各種政策の宣伝やキャンペーンの実施を担うだけでなく、住民の満足度を高めるため、多様な住民サービス(買い物、診療、娯楽、スポーツなど)を提供するように要求されるようになった。

本論文では、地域を指す時には社区を使い、組織を指すときには社区居民委員会を使っている。

第 3 章　中国・内陸都市における認知症高齢者が在宅で生活し続ける上での居住生活や家族介護の実態と課題

第 1 節　在宅認知症高齢者の居住生活の実態と課題

1. 調査の概要

(1)研究の目的

本研究では，成都市を対象とし，在宅認知症高齢者の生活実態，家族介護の現状，住宅状況などを把握し，認知症高齢者の在宅居住生活の実態と課題を明らかにし，今後の支援対策を検討することを目的とする．

(2)研究の方法

本研究では成都市において，訪問介護事業所を通じて紹介を受けた在宅認知症高齢者の自宅を訪問介護スタッフに同行してもらい調査員（筆者自身を含む）が訪問し，調査を実施した．家族と同居する場合は，家族介護者を対象に，独居の場合は別居生活しながら介護をしている家族に来てもらい，質問紙調査を実施し，合わせて住宅環境の実地調査を行った．なお，家族介護者への質問紙調査は認知症高齢者の居室とは別室で行った．合計 48 か所の調査結果が得られた．

調査期間は 2017 年 5 月～2017 年 6 月．

調査項目は認知症高齢者の基本状況，認知症高齢者の日常生活動作，日常生活行動，介護状況，住宅環境などである．

本調査は本来調査対象とすることが難しい在宅認知症高齢者の家族を訪問介護事業者の紹介により実施することができたが，調査結果が得られたのは 48 件と少数にとどまった．48 件を分析・考察した結果を成都市の在宅認知症高齢者に一般化することには限界があるが，その一端を示していると考えられる．

(3)倫理的配慮

本研究は中国成都市における西南交通大学の教員との共同調査として実施し,同大学の科学技術発展研究院の審査と許可を得て行った．調査対象者には書面にて調査の目的や方法，個人情報などの取り扱い，協力の有無によって不利益が生じないことを説明した．調査対象者の自由意志とプライバシー保護の観点から，調査で得られたデータを統計的に処理し，個人を特定できないようにするとともに，研究以外に使用せず，個人のプライバシーに十分配慮することを依頼文に明記し，調査に協力することにより，研究への同意とすることを説明した．

2. 在宅認知症高齢者の日常生活状況

(1)認知症高齢者本人の基本属性（表 3－1）

年齢分布をみると，80 代以上が全体の 89.6%を占めていた．性別は女性が 62.5%で，男性の 37.5%より多かった．家族構成については，夫婦世帯と子供と同居世帯が同じく 43.8%で，独居は 12.5%であった．

認知症介護度については，日本認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（表 3－2）[14]を参

考とし，家族介護者と訪問介護スタッフにより認知症高齢者の介護度を判断してもらった．ほぼ自立のランクⅠの認知症高齢者が 25.0%，ある程度の介助が必要なランクⅡa・Ⅱb が 33.3%，全介助が必要なランクⅢa・Ⅲb・Ⅳが 41.8%であった．これ以降の認知症の進行状況による比較では，上記の 3 つのグループに分けて比較を行った．また，調査対象者のうち，認知症以外に，他の持病も持っている者は 72.9%であった．

表 3－1　認知症高齢者の基本属性　n＝48

基本属性		人数	比率(%)
年齢分布	50代	1	2.1
	60代	1	2.1
	70代	3	6.3
	80代	31	64.6
	90代	12	25
性別	男性	18	37.5
	女性	30	62.5
家族構成	独居世帯	6	12.5
	夫婦世帯	21	43.8
	子供と同居	21	43.8
認知症介護度	ランクⅠ	12	25
	ランクⅡa	5	10.4
	ランクⅡb	11	22.9
	ランクⅢa	2	4.2
	ランクⅢb	3	6.3
	ランクⅣ	15	31.3
他の持病	ある	35	72.9
	ない	13	27.1

表 3－2　認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

ランク		判定基準
Ⅰ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立し ている。
Ⅱ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見ら れても、誰かが注意していれば自立できる。
	Ⅱa	外出時にたびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたこと にミスが目立つ等
	Ⅱb	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番 ができない等
Ⅲ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
	Ⅲa	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物 を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不 始末、不潔行為、性的異常行為等
	Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
Ⅳ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見 られ、常に介護を必要とする。
Ⅴ		著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療 を必要とする。

(2)認知症高齢者の日常生活動作の状況

認知症高齢者の日常生活動作として，歩行動作，排泄動作，入浴動作について，介助が必要かどうかの結果を表 3－3 に示す．

歩行動作についてみると，「一人でできる」が全体の 60.4％であるが，「ある程度の介助があれば

できる」が 25.0%，「全介助が必要」が 14.6%という結果で，全体の約4割が，歩行動作に何らかの介助が必要という状況であることがわかった．これを認知症介護度別にみると，ランクⅠ，ランクⅡa・Ⅱb では，歩行動作が一人でできる割合が 83.3%，81.3%という高い割合であったのに対し，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは，全介助が 30.0%，ある程度介助が 40.0%で，合わせると 70.0%が歩行動作に何らかの介助が必要という結果であった．別の見方をすれば，全介助が必要とされるランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの認知症高齢者でも，歩行動作が一人でできる者が 30.0%あり，自立のランクⅠにもある程度介助が必要な者が 16.7%いるという結果であった．

排泄動作についてみると，全体では 1 人でできる割合は 58.3%と歩行動作と同様の結果であったが，全介助が必要な者は 31.3%と歩行動作の 2 倍以上の割合であった．認知症介護度別にみると，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳで全介助が必要な者は 60.0%と高い割合となっており，ある程度介助が必要な者の 20.0%を合わせると，80.0%が何らかの介助が必要という結果であった．ランクⅠ，ランクⅡa・Ⅱb では 1 人でできる者の割合は 91.7%，81.3%と高かった．

入浴動作についてみると，全体では 1 人でできる割合が 43.8%で，歩行動作の 60.4%，排泄動作の 58.3%より低い割合であった．全介助が必要な割合は 35.4%で，歩行動作の 14.6%，排泄動作の 31.3%よりさらに高い割合であった．認知症介護度別にみると，ランクⅠ，ランクⅡa・Ⅱb でも 1 人でできる割合が 66.7%，62.5%と低い結果であった．ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは全介助が必要な者は 70.0%で，ある程度介助の 15.0%を合わせると，85.0%が何らかの介助が必要という結果であった．

日常生活動作の介助の必要性について，認知症介護度が高くなるほど，何らかの介助が必要な者が多くなるというのは当然の結果であるが，動作によって，異なることが把握できた．つまり，入浴動作は介助が必要な者の割合が最も高く，次いで排泄動作で，歩行動作が最も低いという結果であった．

表 3－3　認知症高齢者の日常生活動作　n=48

日常生活動作＼認知症介護度		ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
歩行動作	一人でできる	10	83.3	13	81.3	6	30.0	29	60.4
	ある程度の介助があればできる	2	16.7	2	12.5	8	40.0	12	25.0
	全介助	0	0.0	1	6.3	6	30.0	7	14.6
排泄動作	一人でできる	11	91.7	13	81.3	4	20.0	28	58.3
	ある程度の介助があればできる	1	8.3	0	0.0	4	20.0	5	10.4
	全介助	0	0.0	3	18.8	12	60.0	15	31.3
入浴動作	一人でできる	8	66.7	10	62.5	3	15.0	21	43.8
	ある程度の介助があればできる	3	25.0	4	25.0	3	15.0	10	20.8
	全介助	1	8.3	2	12.5	14	70.0	17	35.4

(3)認知症高齢者の日常生活行動の状況

認知症高齢者の日常生活行動の状況を表 3－4 に示す．

まず，誰が毎日の食事を作っているかをみると，「自分で作る」が 20.8%，「家族が作る」が 64.6%，その他が 14.6%であった．その他には，お手伝いさん，ボランティア，訪問サービスがあげられた．認知症介護度別にみると，ランクⅠでは「自分で作る」と「家族が作る」がそれぞれ半数を占めてい

たが，ランクⅡa・Ⅱb とランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは約 70.0% は「家族が作る」であったが，それぞれ2人は「自分で作る」と回答しており，介護度が高いと家族や訪問介護スタッフが判断していても，食事を自分で作っている人がいることがわかった．

生活の中で，家族以外に話をする人がいるかについてみると，39.6%が「いる」，60.4%が「いない」であった．「いる」と回答した人の中で，話の相手として，同じ団地に住んでいる友達・近所の方が94.7%を占めており，最も多かった．認知症介護度別にみると，家族以外の話し相手がいないと回答した人はランクⅠでは16.7%，ランクⅡa・Ⅱbでは50.0%，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは95.0%と認知症介護度が高くなるほど，家族以外の話し相手が大幅に減少する傾向にあった．

日常生活での趣味活動の有無についてみると，41.7%が「ある」，58.3%が「ない」であった．認知症介護度別にみると，趣味がないと回答した人はランクⅠでは 66.7%，ランクⅡa・Ⅱb では 43.8%，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは 65.0%となっており，介護度の高さによる違いはみられなかった．

外出頻度についてみると，週に何回程度が 39.6%，月に何回程度が 14.6%，ほとんど外出しないが 45.8%であった．また，外出の場所では，団地内に限られているものが 93.1%であった．認知症介護度別にみると，ほとんど外出しないと回答した人はランクⅠでは 25.0%，ランクⅡa・Ⅱb では 43.8%，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは 60.0%と介護度が高くなるほど，外出頻度が低くなる傾向にある．

認知症高齢者の日常生活行動について，介護度が高くなるほど，食事作りができなくなり，話し相手と外出頻度が減少する傾向にあることと，全体として認知症高齢者の話し相手と行動範囲が，団地内に限られていることが明らかになった．

表 3－4　認知症高齢者の日常生活行動　　n＝48

認知症介護度 / 日常生活行動		ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
食事作り	自分で作る	6	50.0	2	12.5	2	10.0	10	20.8
	家族が作る	6	50.0	11	68.8	14	70.0	31	64.6
	その他	0	0.0	3	18.8	4	20.0	7	14.6
話し相手	いる	10	83.3	8	50.0	1	5.0	19	39.6
	いない	2	16.7	8	50.0	19	95.0	29	60.4
趣味有無	ある	4	33.3	9	56.3	7	35.0	20	41.7
	ない	8	66.7	7	43.8	13	65.0	28	58.3
外出頻度	週に何回程度	7	58.3	7	43.8	5	25.0	19	39.6
	月に何回程度	2	16.7	2	12.5	3	15.0	7	14.6
	殆ど外出しない	3	25.0	7	43.8	12	60.0	22	45.8
外出場所	団地内	10	83.3	10	62.5	7	35.0	27	93.1
	その他	0	0.0	2	12.5	0	0.0	2	6.9

3. 在宅認知症高齢者が自宅で介護生活をすることになった経緯

認知症高齢者が自宅で介護生活をすることになった経緯（複数回答）を表 3－5 に示す．

まず，全体では，「家族で介護したい」と回答した人が 62.5%と最も多く，次いで「施設利用費用が高い」が 54.2%，「本人が施設を嫌がる」が 50.0%であった．施設を利用しない理由としては，「施

設利用費用が高い」以外に,「認知症ケア専門施設がない」,「施設のサービスが良くない」,「施設が受け入れてくれない」などが挙げられた. 認知症介護度別にみると,「家族で介護したい」がランクⅠでは83.3%, ランクⅡa・Ⅱbでは68.8%, ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは45.5%と介護度が高くなるにつれて, その割合が低くなっていた.

認知症高齢者が自宅で介護生活をすることになった経緯について, 全体として「家族で介護したい」という希望によるものが多いが, 介護度が高くなるとその割合が若干低くなる傾向にある. しかし, 介護度が高くても, 半数近くの人は家族で介護したいと考えて自宅での介護生活をしていることが把握できた. また, 施設の利用費用の高いことと施設のサービスに心配があることが, 自宅で介護生活をするという選択を助長していることが把握できた.

表 3－5　自宅で介護生活することになった経緯　　n＝48

認知症介護度 / 自宅生活の経緯	ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
家族で介護したい	10	83.3	11	68.8	9	45.0	30	62.5
本人が施設を嫌がる	8	66.7	8	50.0	8	40.0	24	50.0
自宅の近くに施設がない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
認知症ケア専門施設がない	0	0.0	0	0.0	4	20.0	4	8.3
施設のサービスが良くない	2	16.7	0	0.0	4	20.0	6	12.5
施設の居住環境が良くない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
施設が受け入れてくれない	0	0.0	0	0.0	2	10.0	2	4.2
施設利用費用が高い	8	66.7	8	50.0	10	50.0	26	54.2
その他	0	0.0	2	12.5	0	0.0	2	4.2

4. 在宅認知症高齢者の居住環境の実態と課題

(1)住宅環境の概要

認知症高齢者の住宅環境の概要を表 3－6 に示す. 住宅の所有形態はすべて持家で, 高齢者本人, もしくは家族が所有している民間マンションであった.

建物の総階数は 6 階以下が 31 件, 7 階以上が 17 件であった. 認知症高齢者の住宅階数は 1 階が 15 件と最も多く, 次いで 2 階が 9 件, 3 階以上が 24 件であった.

エレベーターの設置について, 6 階以下のマンション 31 件はすべてエレベーターが設置されてなく, 1 階に居住している認知症高齢者 13 人を除き, 2 階以上に居住している 18 人は外出する為には階段を利用するしかなく, 足腰に不安のある高齢者にとっては外出が困難な状況であった.

住宅面積は 51 ～80 ㎡が 43.8%で最も多く, 次いで 81 ㎡以上が 37.5%で全体の約8割が 50 ㎡を超える住宅に居住していた. 50 ㎡以下で 9 件, 18.8%で, 最小が 36.0 ㎡だった.

トイレについては, すべての住宅にトイレが設置され, そのうち, 洋式が 29 件, 和式が 19 件であった. 浴室については, すべての住宅にシャワー付きの浴室が設置され, トイレと別室が 4 件, トイレと同室が 44 件であった. トイレ・浴室に手すりを設置しているのは 1 件だけであった. この 1 件を除き, 高齢者の身体状況を考慮した住宅のバリアフリー化は, 実施されていない現状であった.

表 3－6　住宅環境の概要　n＝48

住宅環境		住宅数	%
所有形態	持家	48	100.0
何階建て	6 階以下	31	64.6
	7階以上	17	35.4
エレベーター	有	17	35.4
	無	31	64.6
EVの無い31件の居住階数	2階以上	18	37.5
住宅面積	50㎡以下	9	18.8
	51～80㎡	21	43.8
	81㎡以上	18	37.5
トイレ形態	洋式	29	60.4
	和式	19	39.6
浴室形態	トイレと別室	4	8.3
	トイレと一緒	44	91.7
トイレ・浴室に手すり設置	あり	1	2.1
	なし	47	97.9

(2)住宅に危険・不便を感じる箇所(複数回答)

認知症高齢者が生活する上で，住宅に危険・不便を感じる箇所の回答結果を表 3－7 に示す．

まず，全体の状況をみると，最も危険・不便を感じる箇所はトイレ(41.7%)，次いでエレベーター(37.5%)，浴室(27.1%)の順であった．認知症介護度別にみると，階段，エレベーター，トイレ，台所について，介護度が低いほど危険・不便を感じる割合が高い傾向にあった．一方，浴室については，介護度が高いほど危険・不便を感じる割合が高いという逆の傾向がみられた．認知症介護度によって，住宅に危険・不便を感じる箇所が異なることが明らかになった．

表 3－7　住宅に危険・不便を感じる箇所　n＝48

認知症介護度 / 危険・不便を感じる所	ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
敷地から建物までのアプローチ	0	0.0	3	18.8	1	5.0	4	8.3
建物の廊下	1	8.3	0	0.0	3	15.0	4	8.3
階段	2	16.7	2	12.5	1	5.0	5	10.4
エレベーター	9	75.0	5	31.3	4	20.0	18	37.5
トイレ	6	50.0	8	50.0	6	30.0	20	41.7
浴室	2	16.7	4	25.0	7	35.0	13	27.1
台所	2	16.7	1	6.3	0	0.0	3	6.3
寝室・居間	1	8.3	1	6.3	1	5.0	3	6.3

上述の結果から，在宅認知症高齢者が生活をする上で，認知症介護度が高いほど，日常生活動作に必要な介護が多くなっており，それに伴い，家族介護者の負担が大きいことが把握できた．さらに，その負担は，住宅状況の要因が関係しており，集合住宅にエレベーターが無く外出介助に負担がある，和式トイレの為に排泄介助に負担がある，浴室の狭さや滑りやすさから入浴介助に

負担があることが把握できた．今後，認知症高齢者の生活の質を高め，家族介護者の負担を軽減するには，認知症高齢者に対応した外出支援と住宅環境の改善を支援する必要があると考えられる．

5. 家族介護者の介護負担と認知症高齢者の居住生活状況との関係

まず，家族介護者の介護負担についての 4 段階の選択肢項目のうち，「非常に負担を感じている」と「多少負担を感じている」を「介護負担有」，「あまり負担を感じていない」と「まったく負担を感じていない」を「介護負担無」の 2 つに分けた．認知症介護度の 3 つのグループと家族介護者の介護負担の有無別にみた，認知症高齢者の日常生活動作・行動や住宅状況との関係について示した表 3－8 をもとに，以下に分析を行う．

表 3－8　家族介護者の介護負担と認知症高齢者の生活状況，住宅状況との関係

認知症介護度	介護負担	n	歩行介助			外出頻度			エレベーター無しの件数	排せつ介助			和式トイレの件数	入浴介助			入浴に危険を感じる件数
			自立	一部介助	全介助	週に何回	月に何回	殆ど外出しない		自立	一部介助	全介助		自立	一部介助	全介助	
Ⅰ(12)	有	2	1	1	0	2	0	0	1	1	1	0	2	0	1	1	2
	無	10	9	1	3	5	2	3	10	10	0	0	5	8	2	0	0
Ⅱa・Ⅱb(16)	有	6	5	1	0	1	2	3	5	4	0	2	0	2	3	1	4
	無	10	8	1	1	6	0	4	7	9	0	1	4	8	1	1	0
Ⅲa・Ⅲb Ⅳ(20)	有	18	6	6	6	5	3	10	6	4	2	12	6	3	3	12	6
	無	2	0	2	0	0	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	1

(1)歩行動作・外出行動・エレベーター有無と介護負担との関係

歩行動作の状況およびエレベーターの有無と介護負担との関係についてみると，介護者が介護負担有りと回答したものほど，高齢者本人が歩行動作の介助を必要としていることが把握できた．このことは，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳで介護負担が有ると回答した 18 件のうち，一部介助が 6 人，全介助が 6 人と 66.6%が何らかの介助が必要である者であったという結果が示している．さらに，居住する集合住宅のエレベーター有無との関係をみると，介護度の高いⅢa・Ⅲb・Ⅳで介護負担有の 18 件のうちエレベーターが無いのは 6 件であったが，その内2件は1階居住である為，4 件だけが 2 階以上に居住しエレベーターの無い人であった．しかし，この 4 件は，いずれも歩行動作に全介助あるいは一部介助を必要としている人であり，介護者にとって歩行介助をする上での負担を大きくしていると考えられる．

次に，外出行動およびエレベーターの有無と介護負担との関係についてみると，介護者が介護負担有りと回答したものに，高齢者本人の外出頻度が一定以上あることが把握できた．このことは，ランクⅠで介護負担有りの 2 件中，2 件が週に何回か外出，ランクⅡa・Ⅱb の介護負担有り 6 件中，1 件が週に何回か外出，2 件が月に何回か外出，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有り 18 件中 5 件が週に何回か外出，3 件が月に何回か外出であったという結果が示している．とくに，Ⅲa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有りで週に何回か外出の 5 件中には，エレベーターの無い2階以上の居住が 3 件含まれており，病院受診などでの週に何回もある外出時の介護負担が大きいものと考えられる．

(2)排泄動作・洋式トイレ設置有無と介護負担との関係

排泄動作の状況および洋式トイレの設置の有無と介護負担との関係についてみると，介護負担有りのものほど，排泄介助を必要とするものが多いことが把握できた．このことは，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳで介護負担有りの 18 件中，12 件は排泄介助が全介助，2 件が一部介助という結果が示している．この結果と洋式トイレの設置の有無との関係については，ランクⅠでは，介護負担有りの 2 件中 2 件が洋式ではなく和式トイレであった．このうちの1人は歩行動作が不安定で，1 人で和式トイレを利用するのが危険なので，いつも家族介護者の介助が必要ということであった．しかし，その他のランクでは明確な関係は示されなかった．ただし，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有りで，和式トイレであった 6 件中，6 件とも排泄に全介助が必要なもので，家族介護者にとっての排泄介助の負担が大きいと考えられる．

(3)入浴動作・入浴時の危険と介護負担との関係

入浴動作の状況および入浴時に危険を感じるかと介護負担との関係をみると，介護負担有りのものほど，入浴介助を必要とするものが多いことが把握できた．このことは，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有りの 18 件中 12 件は入浴介助が全介助，3 件が一部介助という結果が示している．12 件の全介助のうち，寝たきりの 6 人は家族の介助により時々体を清拭していたが，全介助の残り6人と一部介助の 3 人は，家族介助で入浴をしていることから家族の介護負担を大きくしていた．そして，これら 9 人のうち，6 人の家族介護者は入浴介助のとき，危険・不便と負担を感じていると回答した．危険・不便を感じる理由としては，浴室が狭くて，介助に必要なスペースがないが最も多く，その他にも，床が滑りやすい，冬になると寒いなどがあげられた．

6. 考察

(1)在宅認知症高齢者の日常生活状況から見た支援課題

在宅で生活する認知症高齢者には，日常生活を送る上で，歩行，排泄，入浴といった基本的な動作に介助が必要なものが多くいることが把握できた．そして，介護度が高くなるほど，家族以外の人との交流，外出頻度が減少する傾向がみられた．程ら(2014)は健康高齢者と比べて，認知症高齢者の生活の質が低く，そして，認知症介護度が高いほど，その生活の質が低下することを指摘している．また，新開ら(2005)は地域高齢者における閉じこもり発生の要因を検討し，高齢になるほど，認知機能が低いほどその発生率が高くなることを報告している．本研究における調査結果から，程ら，新開らの指摘と同様のことを示すことができた．一方，本田ら(2010)は高齢者が同年代の世帯との交流や活動への参加は不参加より精神的健康度や社会的健康度及び高次の生活機能の低下を抑制することを示唆した．連ら(2011)は認知症高齢者の生活の質が社会的サポートの多少に影響されており，その社会的サポートには介護や医療サービスだけでなく，娯楽活動なども重要な役割を果たすと報告した．認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために，認知機能の低下があったとしても，普段から外出の機会を確保し，社会的交流を維持するようにしておくことが認知症の進行抑制として重要であることが先行研究において示されている．しかしながら，中国内陸部の都市の現状として，自立度の高い高齢者を対象としたデイサービスや娯楽活

動・イベント等は各地で設けられているが，認知症高齢者を対象としたものや，利用できるようなものはほとんど整備されていない．また，今回の調査回答者のうち，56.3%の人は独居あるいは夫婦世帯で，年齢構成は 80 代以上が約 9 割を占めていた．そのため，認知症高齢者の外出を促進する場所や機能ができたとしても，そこへの移動が困難であることが予想される．単独あるいは高齢の介護者の同行により外出することが困難と考えられる．これらのことから，在宅認知症高齢者の生活行動を豊かにし，家族介護者の負担を軽減する上では，認知症高齢者が日中に自宅から外出し，気軽に交流し楽しめる場や機能を整備するとともに，そこへの移動支援について，行政や介護サービスなどのフォーマルな支援方策と，ボランティアや地域住民などによるインフォーマル支援の両面から整備することが求められる．

(2)認知症高齢者が自宅で生活することになった経緯からみた支援課題

自宅で生活することになった経緯をみると，「家族で介護したい」，「施設利用費用が高い」と「本人が施設を嫌がる」が上位であった．金(2017)は中国瀋陽市の高齢者を対象とした調査をもとに，老後に家族に頼ると考える人が約 9 割を占めていると報告している．一方，家族介護者を対象とした本研究では「家族で介護したい」と回答した人が 62.5%にとどまっていた．また，認知症介護度が高くなるほど，家族で介護したいと回答した家族介護者の割合が低くなっていた．高齢者本人と比べ，家族介護者の介護意向が低かった要因の一つは今回の家族介護者が認知症高齢者の介護をするなかで，さまざまな介護の負担を実感し，介護の限界を感じていることが影響していると考えられる．中国においては，高齢者数が多い現状の中で，いかに財政負担を軽減するのかを考えて，在宅介護を進めることを対策の中心としている．現在，中国全土に渡って，その方針を基に，在宅介護事業を展開している．今後も，家族を中心とする高齢者介護の仕組みが持続すると考えられるが，今回の調査結果から把握できたように，認知症高齢者を在宅で介護する上では，家族介護者への負担が大きくなることから，認知症高齢者の家族介護を支援する上で，日中の居場所となる認知症高齢者を対象としたデイサービス等の施設や認知症を専門とした訪問介護サービスを整備していくことが求められる．

(3)認知症高齢者の在宅生活を継続するための住宅環境整備の支援課題

認知症高齢者が住み慣れた自宅に住み続けるためには身体的な衰えに対応した住宅環境が整っていることは重要である．調査対象者では 4 割近くが和式のトイレを利用しており，6 割以上がエレベーター未整備の現状であるため，家族介護者の介護負担を高めていた．程(2014)は認知症高齢者の生活の質に影響する要因の一つは居住環境であると指摘している．同じ介護度であっても，洋式トイレとエレベーターという住宅設備の設置状況により，介護内容が変わり，認知症高齢者の生活の質にもつながる．行政は最近，介護を必要とする高齢者ができるだけ自宅に住み続けられるようにするために，在宅介護サービスをはじめとする在宅支援の施策の策定を進めている．その中で，住宅改修に注目し始める動きがみられる．現状の限られた財源の中で効果的な居住環境整備を進める上では，今回の調査結果をもとにすると，洋式トイレ化への支援と 6 階以下の集合住宅へのエレベーター設置の支援を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介護実態と支援課題

1. 調査の概要

(1)研究の目的

本研究は，中国内陸部の都市である四川省成都市における在宅認知症高齢者の家族介護者を対象とした調査をもとに，家族介護者の介護実態を明らかにし，その支援策を検討することを目的とする．具体的には，家族介護者のストレスや困難，居住の場や介護に対する意向，介護サービスに対する満足度や要望，行政に対して，期待することを把握し，今後の在宅認知症高齢者とその家族介護者を支える上での課題と支援方策について検討する．

(2)調査対象と方法

本研究では成都市において，訪問介護事業所を通じて紹介を受けた在宅認知症高齢者を抱える家族介護者(独居の場合，別居生活しながら介護をしている家族に来てもらって，調査を行った)を調査対象とした．訪問介護スタッフの同行により，紹介を受けた在宅認知症高齢者の自宅を訪問し，その家族介護者を対象に，質問紙に基づく設問に対する回答を調査員（筆者自身を含む）が記述するという方法で実施した．設問には選択式（多肢選択法，評定表），正誤式，自由回答が含まれる．調査期間は 2017 年 5 月～2017 年 6 月．

本調査は本来調査対象とすることが難しい在宅認知症高齢者の家族を訪問介護事業者の紹介により実施することができたが，調査結果が得られたのは 48 件と少数にとどまった．48 件を分析・考察した結果を成都市の在宅認知症高齢者の家族介護者に一般化することには限界があるが，その一端を示していると考えられる．

(3)分析方法

クロス集計における分析の軸は介護者別(子供介護者と配偶者介護者)，世帯構成別（「独居・夫婦」と「子供と同居」），認知症介護度別（Ⅰ～Ⅱb：軽度の認知症・Ⅲa～Ⅳ：重度の認知症）とした．なお，認知症介護度は日本の基準を用いた．

統計処理は IBM SPSS Statistics v.25 による Fisher 正確確率検定を用いた．

(4)倫理的配慮

調査対象者には口頭と書面にて研究の主旨を十分に説明し，承諾を得た．公正を期すために，家族介護者に回答してもらっていた時には，認知症高齢者本人と同行の訪問介護事業者がいる部屋とは離れた空間で行った．調査で得られたデータはすべて個人を特定できないようにするとともに，研究以外には使用せず，厳重に管理する．

なお，本調査は中国成都市における西南交通大学の教員との共同調査として実施した（本論文にかかわる調査項目の設計及び調査結果の分析は筆者が実施）．調査の実施に当たっては，西南交通大学及び日本福祉大学の研究倫理指針に則り行った．

2. 家族介護者の介護負担と感じる困難

(1) 調査対象者の属性

認知症高齢者本人の基本属性を表 3－9 に示す．年齢分布をみると，80 代以上が全体の約 9 割を占めていた．家族構成については，夫婦世帯と子供と同居世帯が同じく 43.8％で，独居は 20.4％であった．認知症介護度については，ランクⅠ～Ⅱbの介護度の低い認知症高齢者が 58.2％で，ランクⅢa～Ⅳの介護度の高い認知症高齢者は 41.8％であった．

調査対象者である家族介護者の基本属性を表 3－10 に示す．年齢分布をみると，60 歳以上の高齢の介護者は 58.5％と多かった．続柄を見ると，子供介護者が 52.1％で，配偶者介護者の 37.5％より高い割合であった．

表 3－9　認知症高齢者の属性　n=48

基本属性		人数	比率(%)
年齢分布	50代	1	2.1
	60代	1	2.1
	70代	3	6.3
	80代	31	64.6
	90代	12	25.0
性別	男性	18	37.5
	女性	30	62.5
家族構成	独居世帯	6	12.5
	夫婦世帯	21	43.8
	子供と同居	21	43.8
認知症介護度	ランクⅠ	12	25.0
	ランクⅡa	5	10.4
	ランクⅡb	11	22.9
	ランクⅢa	2	4.2
	ランクⅢb	3	6.3
	ランクⅣ	15	31.3

表 3－10　家族介護者の属性 n=48

基本属性		人数	比率(%)
年齢分布	40代	10	20.8
	50代	10	20.8
	60代	8	16.7
	70代	8	16.7
	80代	9	18.8
	90代	3	6.3
性別	男性	17	35.4
	女性	31	64.6
同居・別居	同居で介護	39	81.3
	別居日中通いで介護	5	10.4
	別居週何回介護	4	8.3
続柄	夫	6	12.5
	妻	12	25.0
	息子	11	22.9
	娘	8	16.7
	お嫁	6	12.5
	その他	5	10.4

(2)家族介護者のストレス

家族介護者のストレスを表 3－11 に示す．ストレスを感じていると回答した人は 54.2%であった．認知症介護度別にみると，ランクⅢa～Ⅳは 90.0%がストレスを感じていると回答し，ランクⅠ～Ⅱb の 28.6%の 3 倍以上であり，この差は統計的に有意であった．

表 3－11　家族介護者の感じるストレス　　単位：%

ストレスの度合い	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
ストレスを感じている	54.2	55.2	52.6	ns	48.1	61.9	ns	28.6	90.0	**
ストレスを感じていない	45.8	44.8	47.4		51.9	38.1		71.4	10.0	

**：p＜0.01，ns：not significant

(3)家族介護者の感じる困難

家族介護者の感じる困難を表 3－12 に示す．「掃除や洗濯などの家事が増えたので大変だ」と回答した人が 58.3%で最も多く，次いで「常に見守りが必要なので気が休まない」が 50.0%，「夜に何回も起きるのでつらい」が 39.6%の順に多かった．自由回答の所に，認知症治療の薬品が海外から輸入したものが多く，価格的にも高いので，医療費が高いこと，失禁が多いため，おむつを使用しており，毎月のおむつ代なども多いことが挙げられた．

介護者別ではすべての項目において，子供介護者は配偶者介護者より困難を感じる割合が高かったが，「在宅介護で近所に迷惑をかけると思う」の項目だけに有意差が見られており，他の項目では有意差が認められなかった．世帯構成別では，半数以上の項目で有意差が見られて，全体に子供と同居の場合は困難を感じる割合が高かった．認知症介護度別では，全体にランクⅢa～Ⅳはランク Ⅰ～Ⅱbより困難を感じる割合が高く，この差は統計的に有意であった．

表 3－12　家族介護者の感じる困難（複数回答）　　単位：%

困難内容	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
夜に何回も起きるのでつらい	39.6	39.4	30.0	ns	22.2	61.9	**	8.8	80.0	**
常に見守りが必要なので気が休まない	50.0	45.5	45.0	ns	37.0	66.7	*	14.7	95.0	**
掃除や洗濯などの家事が増えたので大変だ	58.3	54.5	50.0	ns	48.1	71.4	ns	26.5	95.0	**
在宅介護で近所に迷惑をかけると思う	12.5	18.2	0.0	*	0.0	28.6	**	2.9	25.0	*
いうことややることがわからなくてイライラする	35.4	36.4	25.0	ns	18.5	57.1	**	8.8	70.0	**
こちらの言うことをわからなくて困る	29.2	30.3	20.0	ns	18.5	42.9	ns	5.9	60.0	**
行動に予想がつかなくて怖い、不安だ	16.7	18.2	10.0	ns	11.1	23.8	ns	0.0	40.0	**
不潔な行為や汚物の始末に嫌悪感がある	33.3	33.3	25.0	ns	18.5	52.4	ns	8.8	65.0	**

*：p＜0.05，**：p＜0.01，ns：not significant

3. 認知症高齢者の居住・介護に関する家族介護者の意向

今後認知症がひどくなった時，認知症高齢者の居住・介護に関する家族介護者の意向を表 3－13 に示す.「家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい」と回答した人が 55.6%で,「介護サービスを利用しながら自宅に住み続けてほしい」の 20.4%を合わせると，全体の 76.0%の家族介護者は認知症高齢者が自宅に住み続けてほしいという意向を示した．一方,「施設に入所してもらいたい」と回答した人は 18.5%であった.「その他」と回答した人は子供がみんな遠くに離れていたところに住んでおり，調査の時点でまだその後の予定を立てていなかった．介護者別にみると,「家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい」については，子供介護者の場合は 80.0%で，配偶者介護者の 50.0%より自宅に住み続けてほしい意向が高かった．一方,「施設に入所してもらいたい」について，配偶者介護者の場合は 27.8%と高く，子供介護者の 0.0%より高い結果となった．世帯構成別にみると,「家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい」については，子供と同居の場合は 76.4%で，独居・夫婦の 51.9%より高い割合であった．一方,「施設に入所してもらい」については，逆の傾向が見られた．認知症介護別にみると,「施設に入所してもらいたい」については，ランクⅢa～Ⅳは 20.0%で，ランクⅠ～Ⅱbより高い割合であった.

表 3－13　認知症高齢者の居住・介護に関する家族介護者の意向　　単位:%

家族介護者の居住・介護意向	全体 n=48	介護者別		世帯構成別		認知症介護度別	
		子供 n=25	配偶者 n=18	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19
家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい	62.5	80.0	50.0	51.9	76.2	60.7	65.0
介護サービスを利用しながら自宅に住み続けてほしい	20.8	20.0	16.7	22.2	19.0	25.0	15.0
家族と同居する	2.1	0.0	5.6	3.7	0.0	3.6	0.0
施設に入所してもらいたい	12.5	0.0	27.8	18.5	4.8	7.1	20.0
その他	2.1	－	－	3.7	0.0	3.6	0.0

4. 介護サービスと行政に対する要望

(1) 利用している訪問介護サービスへの満足度

利用している訪問介護サービスへの満足度を表 3－14 に示す.「スタッフは認知症の知識を持って介護している」に対する満足度が 3.7%と最も低く，次いで「必要な時にすぐ利用できる」が 7.4%であった．介護者別にみると,「サービス事業所は自宅の近くにある」においては子供介護者が 100.0%で，配偶者介護者の 70.0%より有意に満足度が高かった．認知症介護度別にみると,「事情や希望に対応してくれる」においてはランクⅢa～Ⅳが 80.0%で，ランクⅠ～Ⅱbの 50.0%より有意に高い満足度であった.

表 3－14　利用している訪問介護サービスへの満足度（複数回答）　　単位：%

訪問介護サービスへの満足度	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
サービス事業所は自宅の近くにある	88.9	100.0	70.0	**	85.2	95.2	ns	85.3	95.0	ns
利用手続きは簡単で分かりやすい	100.0	100.0	100.0	ns	100.0	100.0	ns	100.0	100.0	ns
回数や1回の時間に満足している	50.0	48.5	55.0	ns	51.9	52.4	ns	44.1	60.0	ns
内容や質に満足している	55.6	57.6	50.0	ns	48.1	61.9	ns	52.9	60.0	ns
かかる費用に満足している	74.1	72.7	75.0	ns	70.4	71.4	ns	70.6	80.0	ns
事情や希望に対応してくれる	61.1	57.6	65.0	ns	63.0	61.9	ns	50.0	80.0	*
必要な時にすぐ利用できる	7.4	3.0	15.0	ns	14.8	0.0	ns	5.9	10.0	ns
スタッフの態度に満足している	88.9	93.9	80.0	ns	85.2	100.0	ns	85.3	95.0	ns
スタッフは認知症知識を持って介護している	3.7	6.1	0.0	ns	3.7	4.8	ns	2.9	5.0	ns

*：p＜0.05，**：p＜0.01，ns：not significant

(2)介護サービスに対する要望

介護サービスに対する要望を表 3－15 に示す．「利用できるサービスの充実」に対する要望が 66.7%と最も高く，次いで「スタッフの認知症に関する知識の向上」が 61.1%であった．認知症介護度別にみると，「スタッフの認知症に関する知識の向上」においてはランクⅢa～Ⅳが 80.0%で，ランクⅠ～Ⅱbの 50.0%より有意に高い割合であった．この項目以外，すべての項目では統計的に有意差は認められなかった．

表 3－15　介護サービスに対する要望（複数回答）　　単位：%

介護サービスに対する要望	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
サービス事業所の充実	3.7	3.0	5.0	ns	7.4	0.0	ns	2.9	5.0	ns
サービス利用手続きの簡潔化	1.9	3.0	0.0	ns	3.7	0.0	ns	2.9	0.0	ns
利用できるサービスの充実	66.7	66.7	65.0	ns	59.3	81.0	ns	67.6	65.0	ns
介護サービス内容と質の改善	29.6	30.3	30.0	ns	25.9	38.1	ns	26.5	35.0	ns
サービス費用の低減	38.9	33.3	50.0	ns	48.1	38.1	ns	41.2	35.0	ns
事情や希望への対応	46.3	39.4	60.0	ns	55.6	42.9	ns	55.9	30.0	ns
夜間などサービスの柔軟な利用の促進	44.4	54.5	30.0	ns	44.4	57.1	ns	44.1	45.0	ns
スタッフの認知症に関する知識の向上	61.1	66.7	55.0	ns	59.3	81.0	ns	50.0	80.0	*
スタッフの態度の改善	3.7	3.0	5.0	ns	3.7	4.8	ns	2.9	5.0	ns

*：p＜0.05，ns：not significant

(3)行政に対する期待

行政に対する期待を表 3－16 に示す.「緊急時の相談・支援体制の充実」に対する期待が 74.1%と最も高く, 次いで「家族介護者が介護休暇できる制度の作成」が 63.0%,「在宅介護のノウハウの情報提供」が 61.1%の順に多かった. その他には行政に認知症高齢者を対象とするイベント活動や外出支援をサポートしてほしいことが挙げられた. 世帯構成別では「在宅介護のノウハウの情報提供」の項目で, 子供と同居の場合は他の世帯構成より有意に期待が高かった. 認知症介護度別では,「家族介護者が介護休暇できる制度の作成」の項目で, ランクⅢa～Ⅳが 80.0%で, ランクⅠ～Ⅱbの 52.9%より有意に高い結果となった.

本研究では, 成都市における在宅認知症高齢者の家族介護者の介護実態として, 介護ストレスが大きいにもかかわらず, 家族で介護しながら自宅で住み続けてほしいという希望が強いことが明らかになった. その上で, 家族で介護していくために,「介護スタッフの認知症に関する知識の向上」,「緊急時の相談・支援体制の充実」などを家族介護者が介護業者や行政に対して, 強く希望しており, これらを可能にする公的な制度や施策の整備を求めることが示された.

表 3－16　行政に対する期待(複数回答)　　単位:%

行政に対する期待	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
緊急時の相談・支援体制の充実	74.1	75.8	75.0	ns	70.4	90.5	ns	67.6	85.0	ns
介護保険制度の計画・作成	11.1	12.1	10.0	ns	14.8	9.5	ns	11.8	10.0	ns
介護費用の助成	59.3	66.7	50.0	ns	55.6	76.2	ns	55.9	65.0	ns
在宅介護のノウハウの情報提供	61.1	69.7	50.0	ns	55.6	85.7	*	52.9	75.0	ns
家族介護者が介護休暇できる制度の作成	63.0	69.7	55.0	ns	59.3	81.0	ns	52.9	80.0	*
サービス利用手続きの情報提供	3.7	0.0	10.0	ns	7.4	0.0	ns	2.9	5.0	ns
介護に関する相談窓口の設置	14.8	15.2	15.0	ns	18.5	9.5	ns	17.6	10.0	ns
介護用品の案内・購入支援サービス提供	48.1	57.6	35.0	ns	44.4	66.7	ns	44.1	55.0	ns
認知症に対する啓もうや理解の促進	37.0	33.3	45.0	ns	33.3	52.4	ns	29.4	50.0	ns
ボランティアなどによる支援	16.7	18.2	20.0	ns	18.5	19.0	ns	20.6	15.0	ns
その他	1.9	0.0	5.0	ns	3.7	0.0	ns	2.9	0.0	ns

*:p＜0.05, ns:not significant

5. 考察

(1)家族介護者の介護実態と家族介護者のストレス

家族介護者のストレスについてみると，ストレスを感じていると回答した人は54.2％で，全回答者の半数以上を占めていた．許らは東北部の吉林省での調査では，58.5％の在宅認知症高齢者の家族介護者は介護負担を感じていると報告しており，本研究とはほぼ同じ結果を占めている（許 2016:3025）．しかしながら，今回の調査では，76.0%の家族介護者は今後認知症がひどくなった時も，自宅に住み続け，家族の介護あるいは居宅介護サービスを受けてほしい意向を示した．在宅介護のストレスが大きいにもかかわらず，家族介護者は家で介護する希望が強いことが示された．その理由を聞くと，主に以下の3点にまとめることができた．1つ目は施設入居費用が高いことである．成都市老齢工作委員会によると，成都市における高齢者の毎月平均年金は2，106元である（老齢委　2016）．一方，高齢者施設の利用費用は平均2，500元以上/月，高齢者の年金を上回っている．2つ目は高齢者と家族介護者の介護サービス利用に対する認識の問題である．多くの中国人は介護サービスを利用することが子供の親不孝であるという伝統的な意識が強い．また，現在の要介護高齢者の世代は子供の数が多いので，たとえ介護サービスを利用しなくても，家族の支援を受けて何とか在宅生活が継続できる．3つ目は施設側の要因である．介護職員の介護専門知識の不足や施設環境の未整備などの問題を抱える施設が多いため，認知症高齢者などの要介護度の高い高齢者を受け入れることが困難な状況にある．そこで，上述の理由で，多くの家族介護者は介護ストレスや困難を抱えながら，在宅介護を続けていると考えられる．また，自由回答の所に，医療費やおむつ代などの経済的な負担が挙げられた．劉らは上海市での調査では，認知症高齢者の家族介護者の負担が身体的，精神的な負担だけでなく，経済的な負担も大きく，そして，認知症の進行に伴い，その負担がさらに大きくなると指摘した（劉　2009:236）．この点においては，内陸部の成都市と沿海部の上海市とは特に違いがみられなかった．今後，核家族の進行および夫婦共働きの現状に伴い，家族の介護力が弱体化していることや介護をより困難と感じる高齢の家族介護者の増加などが家族介護による対応も限界に達しつつあると考えられる．いかに将来に向けて，家族介護者の介護ストレスを軽減し，持続可能な在宅介護を構築すべきかが問われている．

(2)在宅認知症高齢者を支える専門的な介護サービスの必要性

介護サービスに対する要望については，「利用できるサービスの充実」と「スタッフの認知症に関する知識の向上」が共に6割以上であり，最も要望が高かった．また，現在利用している訪問サービスに対する満足度から見ると，「スタッフは認知症の知識を持って介護している」と「必要な時にすぐ利用できる」がともに10.0％以下と極めて低かった．このことから，現時点において，成都市における在宅介護サービスとして，介護スタッフの認知症知識の不足，利用できるサービス種類の不足，利用時間の不自由などの問題点が示唆された．蔡らは沿海部の蘇州での調査では，在宅認知症高齢者の家族介護者が医療介護従事者から認知症に関する知識と認知症介護の知識・技術についての専門的な指導を受けたく，そして，そのニーズがいずれも90％以上と高いことが示された（蔡 2016:20）．認知症に関する専門的な知識について，蘇州市では9割以上，成都市では6割以上の介護者は必要を感じているが，沿海部の蘇州と比べて，内陸部の成都は比較的低い割合であるこ

とは，認知症に関する専門的な知識の重要性への認識は内陸部が沿海部ほど高くないと示唆された．李の研究では，家族介護者に認知症ケアの指導と心理的なサポートを提供することによって，認知症高齢者の行動心理症状と事故が明らかに少なくなったことを報告している（李　2013:209）．張らは認知症高齢者の家族介護者に認知症ケアの教育指導を行うことを通じて，家族介護の質を高め，認知症高齢者の自立能力と生活の質の向上にもつながると指摘している(張　2014:2254)．先行研究から専門的な認知症ケアの指導の重要性が強調されたが，ただ現状では，成都市は，高齢者を対象とする介護支援サービスを実施し始めている段階で，また，認知症高齢者を限定対象とする支援サービスはほとんどない．今後，成都市をはじめとする中国内陸部の都市では認知症高齢者の急速な増加が予測されていることから，在宅介護サービスは一般の要介護高齢者だけでなく，認知症高齢者にも注目し，認知症高齢者が利用できるサービスを充実し，介護スタッフの認知症に関する知識・技術を高め，専門的な認知症ケアが提供できるような支援体制を構築することが必要と考えられる．その際，日本などの先進国における認知症ケアのモデル事業を参考にしながら，いかに病院，在宅介護サービスを活用し，認知症在宅介護を支援するのかが大きな課題である．

(3)行政による認知症高齢者の家族介護者に対する支援策の必要性

行政に対する期待としては，「緊急時の相談・支援体制の充実」が 74.1%と最も高く，次いで「家族介護者が介護休暇できる制度の作成」が 63.0%であった．今回の調査対象である認知症高齢者の家族構成をみると，独居と夫婦世帯が 56.3%と全体の半数以上を占めていた．高齢化，子供が近くにいないなどの理由で，これらの高齢者は大きな不安を抱えていた．張らは中国では 90%以上の認知症高齢者は在宅で生活していると報告している（張　2004:116）．在宅で介護を受けながら生活する認知症高齢者の多いことが示された．今後，高齢化および認知症高齢者の増加が予想されるが，一人っ子政策の影響で高齢者のみ世帯が増加しており，従来の家族介護は成り立たなくなりつつある．単身世帯や夫婦のみ世帯が増加する中で，日常的な相談・支援体制の充実を図ることが行政の支援策として重要性が高いと考えられる．また，一人っ子政策および夫婦共働きといった中国の実情を考えて，家族介護者が介護休暇できる制度を創設することが必要である．そのため，認知症高齢者本人の生活の質を上げるとともに，家族介護者の負担を軽減する行政による支援策の重要性が増していると考えられる．現在，南京や北京などの大都市で介護休暇の施策を検討しているが，まだ実践につながっていない現状である．今後，認知症高齢者が増加する中で，いかに家族介護者を支援していくのは大きな課題となっている．そういう現状に直面し，認知症高齢者在宅介護を支えるためには，早急に介護休暇できる制度や相談・支援体制の創設を可能とする公的制度や施策の整備が必要と考えられる．

第 3 章　中国・内陸都市における認知症高齢者が在宅で生活し続ける上での居住生活や家族介護の実態と課題

第 1 節　在宅認知症高齢者の居住生活の実態と課題

1. 調査の概要

(1)研究の目的

本研究では，成都市を対象とし，在宅認知症高齢者の生活実態，家族介護の現状，住宅状況などを把握し，認知症高齢者の在宅居住生活の実態と課題を明らかにし，今後の支援対策を検討することを目的とする．

(2)研究の方法

本研究では成都市において，訪問介護事業所を通じて紹介を受けた在宅認知症高齢者の自宅を訪問介護スタッフに同行してもらい調査員（筆者自身を含む）が訪問し，調査を実施した．家族と同居する場合は，家族介護者を対象に，独居の場合は別居生活しながら介護をしている家族に来てもらい，質問紙調査を実施し，合わせて住宅環境の実地調査を行った．なお，家族介護者への質問紙調査は認知症高齢者の居室とは別室で行った．合計 48 か所の調査結果が得られた．

調査期間は 2017 年 5 月～2017 年 6 月．

調査項目は認知症高齢者の基本状況，認知症高齢者の日常生活動作，日常生活行動，介護状況，住宅環境などである．

本調査は本来調査対象とすることが難しい在宅認知症高齢者の家族を訪問介護事業者の紹介により実施することができたが，調査結果が得られたのは 48 件と少数にとどまった．48 件を分析・考察した結果を成都市の在宅認知症高齢者に一般化することには限界があるが，その一端を示していると考えられる．

(3)倫理的配慮

本研究は中国成都市における西南交通大学の教員との共同調査として実施し,同大学の科学技術発展研究院の審査と許可を得て行った．調査対象者には書面にて調査の目的や方法，個人情報などの取り扱い，協力の有無によって不利益が生じないことを説明した．調査対象者の自由意志とプライバシー保護の観点から，調査で得られたデータを統計的に処理し，個人を特定できないようにするとともに，研究以外に使用せず，個人のプライバシーに十分配慮することを依頼文に明記し，調査に協力することにより，研究への同意とすることを説明した．

2. 在宅認知症高齢者の日常生活状況

(1)認知症高齢者本人の基本属性（表 3－1）

年齢分布をみると，80 代以上が全体の 89.6%を占めていた．性別は女性が 62.5%で，男性の 37.5%より多かった．家族構成については，夫婦世帯と子供と同居世帯が同じく 43.8%で，独居は 12.5%であった．

認知症介護度については，日本認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（表 3－2）[14]を参

考とし，家族介護者と訪問介護スタッフにより認知症高齢者の介護度を判断してもらった．ほぼ自立のランクⅠの認知症高齢者が 25.0%，ある程度の介助が必要なランクⅡa・Ⅱb が 33.3%，全介助が必要なランクⅢa・Ⅲb・Ⅳが 41.8%であった．これ以降の認知症の進行状況による比較では，上記の 3 つのグループに分けて比較を行った．また，調査対象者のうち，認知症以外に，他の持病も持っている者は 72.9%であった．

表 3－1　認知症高齢者の基本属性　n＝48

基本属性		人数	比率(%)
年齢分布	50代	1	2.1
	60代	1	2.1
	70代	3	6.3
	80代	31	64.6
	90代	12	25
性別	男性	18	37.5
	女性	30	62.5
家族構成	独居世帯	6	12.5
	夫婦世帯	21	43.8
	子供と同居	21	43.8
認知症介護度	ランクⅠ	12	25
	ランクⅡa	5	10.4
	ランクⅡb	11	22.9
	ランクⅢa	2	4.2
	ランクⅢb	3	6.3
	ランクⅣ	15	31.3
他の持病	ある	35	72.9
	ない	13	27.1

表 3－2　認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

ランク		判定基準
Ⅰ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立し ている。
Ⅱ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見ら れても、誰かが注意していれば自立できる。
	Ⅱa	外出時にたびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたこと にミスが目立つ等
	Ⅱb	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番 ができない等
Ⅲ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
	Ⅲa	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物 を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不 始末、不潔行為、性的異常行為等
	Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
Ⅳ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見 られ、常に介護を必要とする。
Ⅴ		著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療 を必要とする。

(2)認知症高齢者の日常生活動作の状況

認知症高齢者の日常生活動作として，歩行動作，排泄動作，入浴動作について，介助が必要かどうかの結果を表 3－3 に示す．

歩行動作についてみると，「一人でできる」が全体の 60.4％であるが，「ある程度の介助があれば

できる」が 25.0%，「全介助が必要」が 14.6%という結果で，全体の約4割が，歩行動作に何らかの介助が必要という状況であることがわかった．これを認知症介護度別にみると，ランクⅠ，ランクⅡa・Ⅱb では，歩行動作が一人でできる割合が 83.3%，81.3%という高い割合であったのに対し，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは，全介助が 30.0%，ある程度介助が 40.0%で，合わせると 70.0%が歩行動作に何らかの介助が必要という結果であった．別の見方をすれば，全介助が必要とされるランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの認知症高齢者でも，歩行動作が一人でできる者が 30.0%あり，自立のランクⅠにもある程度介助が必要な者が 16.7%いるという結果であった．

排泄動作についてみると，全体では 1 人でできる割合は 58.3%と歩行動作と同様の結果であったが，全介助が必要な者は 31.3%と歩行動作の 2 倍以上の割合であった．認知症介護度別にみると，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳで全介助が必要な者は 60.0%と高い割合となっており，ある程度介助が必要な者の 20.0%を合わせると，80.0%が何らかの介助が必要という結果であった．ランクⅠ，ランクⅡa・Ⅱb では 1 人でできる者の割合は 91.7%，81.3%と高かった．

入浴動作についてみると，全体では 1 人でできる割合が 43.8%で，歩行動作の 60.4%，排泄動作の 58.3%より低い割合であった．全介助が必要な割合は 35.4%で，歩行動作の 14.6%，排泄動作の 31.3%よりさらに高い割合であった．認知症介護度別にみると，ランクⅠ，ランクⅡa・Ⅱb でも 1 人でできる割合が 66.7%，62.5%と低い結果であった．ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは全介助が必要な者は 70.0%で，ある程度介助の 15.0%を合わせると，85.0%が何らかの介助が必要という結果であった．

日常生活動作の介助の必要性について，認知症介護度が高くなるほど，何らかの介助が必要な者が多くなるというのは当然の結果であるが，動作によって，異なることが把握できた．つまり，入浴動作は介助が必要な者の割合が最も高く，次いで排泄動作で，歩行動作が最も低いという結果であった．

表 3－3　認知症高齢者の日常生活動作　n=48

日常生活動作＼認知症介護度		ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
歩行動作	一人でできる	10	83.3	13	81.3	6	30.0	29	60.4
	ある程度の介助があればできる	2	16.7	2	12.5	8	40.0	12	25.0
	全介助	0	0.0	1	6.3	6	30.0	7	14.6
排泄動作	一人でできる	11	91.7	13	81.3	4	20.0	28	58.3
	ある程度の介助があればできる	1	8.3	0	0.0	4	20.0	5	10.4
	全介助	0	0.0	3	18.8	12	60.0	15	31.3
入浴動作	一人でできる	8	66.7	10	62.5	3	15.0	21	43.8
	ある程度の介助があればできる	3	25.0	4	25.0	3	15.0	10	20.8
	全介助	1	8.3	2	12.5	14	70.0	17	35.4

(3)認知症高齢者の日常生活行動の状況

認知症高齢者の日常生活行動の状況を表 3－4 に示す．

まず，誰が毎日の食事を作っているかをみると，「自分で作る」が 20.8%，「家族が作る」が 64.6%，その他が 14.6%であった．その他には，お手伝いさん，ボランティア，訪問サービスがあげられた．認知症介護度別にみると，ランクⅠでは「自分で作る」と「家族が作る」がそれぞれ半数を占めてい

たが，ランクⅡa・Ⅱb とランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは約 70.0% は「家族が作る」であったが，それぞれ2人は「自分で作る」と回答しており，介護度が高いと家族や訪問介護スタッフが判断していても，食事を自分で作っている人がいることがわかった．

生活の中で，家族以外に話をする人がいるかについてみると，39.6%が「いる」，60.4%が「いない」であった．「いる」と回答した人の中で，話の相手として，同じ団地に住んでいる友達・近所の方が94.7%を占めており，最も多かった．認知症介護度別にみると，家族以外の話し相手がいないと回答した人はランクⅠでは16.7%，ランクⅡa・Ⅱbでは50.0%，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは95.0%と認知症介護度が高くなるほど，家族以外の話し相手が大幅に減少する傾向にあった．

日常生活での趣味活動の有無についてみると，41.7%が「ある」，58.3%が「ない」であった．認知症介護度別にみると，趣味がないと回答した人はランクⅠでは 66.7%，ランクⅡa・Ⅱb では 43.8%，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは 65.0%となっており，介護度の高さによる違いはみられなかった．

外出頻度についてみると，週に何回程度が 39.6%，月に何回程度が 14.6%，ほとんど外出しないが 45.8%であった．また，外出の場所では，団地内に限られているものが 93.1%であった．認知症介護度別にみると，ほとんど外出しないと回答した人はランクⅠでは 25.0%，ランクⅡa・Ⅱb では 43.8%，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは 60.0%と介護度が高くなるほど，外出頻度が低くなる傾向にある．

認知症高齢者の日常生活行動について，介護度が高くなるほど，食事作りができなくなり，話し相手と外出頻度が減少する傾向にあることと，全体として認知症高齢者の話し相手と行動範囲が，団地内に限られていることが明らかになった．

表 3－4　認知症高齢者の日常生活行動　　n＝48

認知症介護度 / 日常生活行動		ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
食事作り	自分で作る	6	50.0	2	12.5	2	10.0	10	20.8
	家族が作る	6	50.0	11	68.8	14	70.0	31	64.6
	その他	0	0.0	3	18.8	4	20.0	7	14.6
話し相手	いる	10	83.3	8	50.0	1	5.0	19	39.6
	いない	2	16.7	8	50.0	19	95.0	29	60.4
趣味有無	ある	4	33.3	9	56.3	7	35.0	20	41.7
	ない	8	66.7	7	43.8	13	65.0	28	58.3
外出頻度	週に何回程度	7	58.3	7	43.8	5	25.0	19	39.6
	月に何回程度	2	16.7	2	12.5	3	15.0	7	14.6
	殆ど外出しない	3	25.0	7	43.8	12	60.0	22	45.8
外出場所	団地内	10	83.3	10	62.5	7	35.0	27	93.1
	その他	0	0.0	2	12.5	0	0.0	2	6.9

3. 在宅認知症高齢者が自宅で介護生活をすることになった経緯

認知症高齢者が自宅で介護生活をすることになった経緯（複数回答）を表 3－5 に示す．

まず，全体では，「家族で介護したい」と回答した人が 62.5%と最も多く，次いで「施設利用費用が高い」が 54.2%，「本人が施設を嫌がる」が 50.0%であった．施設を利用しない理由としては，「施

設利用費用が高い」以外に,「認知症ケア専門施設がない」,「施設のサービスが良くない」,「施設が受け入れてくれない」などが挙げられた. 認知症介護度別にみると,「家族で介護したい」がランクⅠでは83.3%, ランクⅡa・Ⅱbでは68.8%, ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳでは45.5%と介護度が高くなるにつれて, その割合が低くなっていた.

認知症高齢者が自宅で介護生活をすることになった経緯について, 全体として「家族で介護したい」という希望によるものが多いが, 介護度が高くなるとその割合が若干低くなる傾向にある. しかし, 介護度が高くても, 半数近くの人は家族で介護したいと考えて自宅での介護生活をしていることが把握できた. また, 施設の利用費用の高いことと施設のサービスに心配があることが, 自宅で介護生活をするという選択を助長していることが把握できた.

表 3－5　自宅で介護生活することになった経緯　　n＝48

認知症介護度 / 自宅生活の経緯	ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
家族で介護したい	10	83.3	11	68.8	9	45.0	30	62.5
本人が施設を嫌がる	8	66.7	8	50.0	8	40.0	24	50.0
自宅の近くに施設がない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
認知症ケア専門施設がない	0	0.0	0	0.0	4	20.0	4	8.3
施設のサービスが良くない	2	16.7	0	0.0	4	20.0	6	12.5
施設の居住環境が良くない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
施設が受け入れてくれない	0	0.0	0	0.0	2	10.0	2	4.2
施設利用費用が高い	8	66.7	8	50.0	10	50.0	26	54.2
その他	0	0.0	2	12.5	0	0.0	2	4.2

4. 在宅認知症高齢者の居住環境の実態と課題

(1)住宅環境の概要

認知症高齢者の住宅環境の概要を表 3－6 に示す. 住宅の所有形態はすべて持家で, 高齢者本人, もしくは家族が所有している民間マンションであった.

建物の総階数は 6 階以下が 31 件, 7 階以上が 17 件であった. 認知症高齢者の住宅階数は 1 階が 15 件と最も多く, 次いで 2 階が 9 件, 3 階以上が 24 件であった.

エレベーターの設置について, 6 階以下のマンション 31 件はすべてエレベーターが設置されてなく, 1 階に居住している認知症高齢者 13 人を除き, 2 階以上に居住している 18 人は外出する為には階段を利用するしかなく, 足腰に不安のある高齢者にとっては外出が困難な状況であった.

住宅面積は 51 ～80 ㎡が 43.8%で最も多く, 次いで 81 ㎡以上が 37.5%で全体の約8割が 50 ㎡を超える住宅に居住していた. 50 ㎡以下で 9 件, 18.8%で, 最小が 36.0 ㎡だった.

トイレについては, すべての住宅にトイレが設置され, そのうち, 洋式が 29 件, 和式が 19 件であった. 浴室については, すべての住宅にシャワー付きの浴室が設置され, トイレと別室が 4 件, トイレと同室が 44 件であった. トイレ・浴室に手すりを設置しているのは 1 件だけであった. この 1 件を除き, 高齢者の身体状況を考慮した住宅のバリアフリー化は, 実施されていない現状であった.

表 3－6　住宅環境の概要　n＝48

住宅環境		住宅数	%
所有形態	持家	48	100.0
何階建て	6 階以下	31	64.6
	7階以上	17	35.4
エレベーター	有	17	35.4
	無	31	64.6
EVの無い31件の居住階数	2階以上	18	37.5
住宅面積	50㎡以下	9	18.8
	51～80㎡	21	43.8
	81㎡以上	18	37.5
トイレ形態	洋式	29	60.4
	和式	19	39.6
浴室形態	トイレと別室	4	8.3
	トイレと一緒	44	91.7
トイレ・浴室に手すり設置	あり	1	2.1
	なし	47	97.9

(2)住宅に危険・不便を感じる箇所(複数回答)

認知症高齢者が生活する上で，住宅に危険・不便を感じる箇所の回答結果を表 3－7 に示す．

まず，全体の状況をみると，最も危険・不便を感じる箇所はトイレ(41.7%)，次いでエレベーター(37.5%)，浴室(27.1%)の順であった．認知症介護度別にみると，階段，エレベーター，トイレ，台所について，介護度が低いほど危険・不便を感じる割合が高い傾向にあった．一方，浴室については，介護度が高いほど危険・不便を感じる割合が高いという逆の傾向がみられた．認知症介護度によって，住宅に危険・不便を感じる箇所が異なることが明らかになった．

表 3－7　住宅に危険・不便を感じる箇所　n＝48

認知症介護度 / 危険・不便を感じる所	ランクⅠ		ランクⅡa・Ⅱb		ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳ		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
敷地から建物までのアプローチ	0	0.0	3	18.8	1	5.0	4	8.3
建物の廊下	1	8.3	0	0.0	3	15.0	4	8.3
階段	2	16.7	2	12.5	1	5.0	5	10.4
エレベーター	9	75.0	5	31.3	4	20.0	18	37.5
トイレ	6	50.0	8	50.0	6	30.0	20	41.7
浴室	2	16.7	4	25.0	7	35.0	13	27.1
台所	2	16.7	1	6.3	0	0.0	3	6.3
寝室・居間	1	8.3	1	6.3	1	5.0	3	6.3

上述の結果から，在宅認知症高齢者が生活をする上で，認知症介護度が高いほど，日常生活動作に必要な介護が多くなっており，それに伴い，家族介護者の負担が大きいことが把握できた．さらに，その負担は，住宅状況の要因が関係しており，集合住宅にエレベーターが無く外出介助に負担がある，和式トイレの為に排泄介助に負担がある，浴室の狭さや滑りやすさから入浴介助に

負担があることが把握できた．今後，認知症高齢者の生活の質を高め，家族介護者の負担を軽減するには，認知症高齢者に対応した外出支援と住宅環境の改善を支援する必要があると考えられる．

5. 家族介護者の介護負担と認知症高齢者の居住生活状況との関係

まず，家族介護者の介護負担についての 4 段階の選択肢項目のうち，「非常に負担を感じている」と「多少負担を感じている」を「介護負担有」，「あまり負担を感じていない」と「まったく負担を感じていない」を「介護負担無」の 2 つに分けた．認知症介護度の 3 つのグループと家族介護者の介護負担の有無別にみた，認知症高齢者の日常生活動作・行動や住宅状況との関係について示した表 3－8 をもとに，以下に分析を行う．

表 3－8　家族介護者の介護負担と認知症高齢者の生活状況，住宅状況との関係

認知症介護度	介護負担	n	歩行介助			外出頻度			エレベーター無しの件数	排せつ介助			和式トイレの件数	入浴介助			入浴に危険を感じる件数
			自立	一部介助	全介助	週に何回	月に何回	殆ど外出しない		自立	一部介助	全介助		自立	一部介助	全介助	
Ⅰ(12)	有	2	1	1	0	2	0	0	1	1	1	0	2	0	1	1	2
	無	10	9	1	3	5	2	3	10	10	0	0	5	8	2	0	0
Ⅱa・Ⅱb(16)	有	6	5	1	0	1	2	3	5	4	0	2	0	2	3	1	4
	無	10	8	1	1	6	0	4	7	9	0	1	4	8	1	1	0
Ⅲa・Ⅲb Ⅳ(20)	有	18	6	6	6	5	3	10	6	4	2	12	6	3	3	12	6
	無	2	0	2	0	0	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	1

(1)歩行動作・外出行動・エレベーター有無と介護負担との関係

歩行動作の状況およびエレベーターの有無と介護負担との関係についてみると，介護者が介護負担有りと回答したものほど，高齢者本人が歩行動作の介助を必要としていることが把握できた．このことは，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳで介護負担が有ると回答した 18 件のうち，一部介助が 6 人，全介助が 6 人と 66.6%が何らかの介助が必要である者であったという結果が示している．さらに，居住する集合住宅のエレベーター有無との関係をみると，介護度の高いⅢa・Ⅲb・Ⅳで介護負担有の 18 件のうちエレベーターが無いのは 6 件であったが，その内2件は1階居住である為，4 件だけが 2 階以上に居住しエレベーターの無い人であった．しかし，この 4 件は，いずれも歩行動作に全介助あるいは一部介助を必要としている人であり，介護者にとって歩行介助をする上での負担を大きくしていると考えられる．

次に，外出行動およびエレベーターの有無と介護負担との関係についてみると，介護者が介護負担有りと回答したものに，高齢者本人の外出頻度が一定以上あることが把握できた．このことは，ランクⅠで介護負担有りの 2 件中，2 件が週に何回か外出，ランクⅡa・Ⅱb の介護負担有り 6 件中，1 件が週に何回か外出，2 件が月に何回か外出，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有り 18 件中 5 件が週に何回か外出，3 件が月に何回か外出であったという結果が示している．とくに，Ⅲa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有りで週に何回か外出の 5 件中には，エレベーターの無い2階以上の居住が 3 件含まれており，病院受診などでの週に何回もある外出時の介護負担が大きいものと考えられる．

(2)排泄動作・洋式トイレ設置有無と介護負担との関係

排泄動作の状況および洋式トイレの設置の有無と介護負担との関係についてみると，介護負担有りのものほど，排泄介助を必要とするものが多いことが把握できた．このことは，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳで介護負担有りの 18 件中，12 件は排泄介助が全介助，2 件が一部介助という結果が示している．この結果と洋式トイレの設置の有無との関係については，ランクⅠでは，介護負担有りの 2 件中 2 件が洋式ではなく和式トイレであった．このうちの1人は歩行動作が不安定で，1 人で和式トイレを利用するのが危険なので，いつも家族介護者の介助が必要ということであった．しかし，その他のランクでは明確な関係は示されなかった．ただし，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有りで，和式トイレであった 6 件中，6 件とも排泄に全介助が必要なもので，家族介護者にとっての排泄介助の負担が大きいと考えられる．

(3)入浴動作・入浴時の危険と介護負担との関係

入浴動作の状況および入浴時に危険を感じるかと介護負担との関係をみると，介護負担有りのものほど，入浴介助を必要とするものが多いことが把握できた．このことは，ランクⅢa・Ⅲb・Ⅳの介護負担有りの 18 件中 12 件は入浴介助が全介助，3 件が一部介助という結果が示している．12 件の全介助のうち，寝たきりの 6 人は家族の介助により時々体を清拭していたが，全介助の残り6人と一部介助の 3 人は，家族介助で入浴をしていることから家族の介護負担を大きくしていた．そして，これら 9 人のうち，6 人の家族介護者は入浴介助のとき，危険・不便と負担を感じていると回答した．危険・不便を感じる理由としては，浴室が狭くて，介助に必要なスペースがないが最も多く，その他にも，床が滑りやすい，冬になると寒いなどがあげられた．

6. 考察

(1)在宅認知症高齢者の日常生活状況から見た支援課題

在宅で生活する認知症高齢者には，日常生活を送る上で，歩行，排泄，入浴といった基本的な動作に介助が必要なものが多くいることが把握できた．そして，介護度が高くなるほど，家族以外の人との交流，外出頻度が減少する傾向がみられた．程ら(2014)は健康高齢者と比べて，認知症高齢者の生活の質が低く，そして，認知症介護度が高いほど，その生活の質が低下することを指摘している．また，新開ら(2005)は地域高齢者における閉じこもり発生の要因を検討し，高齢になるほど，認知機能が低いほどその発生率が高くなることを報告している．本研究における調査結果から，程ら，新開らの指摘と同様のことを示すことができた．一方，本田ら(2010)は高齢者が同年代の世帯との交流や活動への参加は不参加より精神的健康度や社会的健康度及び高次の生活機能の低下を抑制することを示唆した．連ら(2011)は認知症高齢者の生活の質が社会的サポートの多少に影響されており，その社会的サポートには介護や医療サービスだけでなく，娯楽活動なども重要な役割を果たすと報告した．認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために，認知機能の低下があったとしても，普段から外出の機会を確保し，社会的交流を維持するようにしておくことが認知症の進行抑制として重要であることが先行研究において示されている．しかしながら，中国内陸部の都市の現状として，自立度の高い高齢者を対象としたデイサービスや娯楽活

動・イベント等は各地で設けられているが，認知症高齢者を対象としたものや，利用できるようなものはほとんど整備されていない．また，今回の調査回答者のうち，56.3%の人は独居あるいは夫婦世帯で，年齢構成は 80 代以上が約 9 割を占めていた．そのため，認知症高齢者の外出を促進する場所や機能ができたとしても，そこへの移動が困難であることが予想される．単独あるいは高齢の介護者の同行により外出することが困難と考えられる．これらのことから，在宅認知症高齢者の生活行動を豊かにし，家族介護者の負担を軽減する上では，認知症高齢者が日中に自宅から外出し，気軽に交流し楽しめる場や機能を整備するとともに，そこへの移動支援について，行政や介護サービスなどのフォーマルな支援方策と，ボランティアや地域住民などによるインフォーマル支援の両面から整備することが求められる．

(2)認知症高齢者が自宅で生活することになった経緯からみた支援課題

自宅で生活することになった経緯をみると，「家族で介護したい」，「施設利用費用が高い」と「本人が施設を嫌がる」が上位であった．金(2017)は中国瀋陽市の高齢者を対象とした調査をもとに，老後に家族に頼ると考える人が約 9 割を占めていると報告している．一方，家族介護者を対象とした本研究では「家族で介護したい」と回答した人が 62.5%にとどまっていた．また，認知症介護度が高くなるほど，家族で介護したいと回答した家族介護者の割合が低くなっていた．高齢者本人と比べ，家族介護者の介護意向が低かった要因の一つは今回の家族介護者が認知症高齢者の介護をするなかで，さまざまな介護の負担を実感し，介護の限界を感じていることが影響していると考えられる．中国においては，高齢者数が多い現状の中で，いかに財政負担を軽減するのかを考えて，在宅介護を進めることを対策の中心としている．現在，中国全土に渡って，その方針を基に，在宅介護事業を展開している．今後も，家族を中心とする高齢者介護の仕組みが持続すると考えられるが，今回の調査結果から把握できたように，認知症高齢者を在宅で介護する上では，家族介護者への負担が大きくなることから，認知症高齢者の家族介護を支援する上で，日中の居場所となる認知症高齢者を対象としたデイサービス等の施設や認知症を専門とした訪問介護サービスを整備していくことが求められる．

(3)認知症高齢者の在宅生活を継続するための住宅環境整備の支援課題

認知症高齢者が住み慣れた自宅に住み続けるためには身体的な衰えに対応した住宅環境が整っていることは重要である．調査対象者では 4 割近くが和式のトイレを利用しており，6 割以上がエレベーター未整備の現状であるため，家族介護者の介護負担を高めていた．程(2014)は認知症高齢者の生活の質に影響する要因の一つは居住環境であると指摘している．同じ介護度であっても，洋式トイレとエレベーターという住宅設備の設置状況により，介護内容が変わり，認知症高齢者の生活の質にもつながる．行政は最近，介護を必要とする高齢者ができるだけ自宅に住み続けられるようにするために，在宅介護サービスをはじめとする在宅支援の施策の策定を進めている．その中で，住宅改修に注目し始める動きがみられる．現状の限られた財源の中で効果的な居住環境整備を進める上では，今回の調査結果をもとにすると，洋式トイレ化への支援と 6 階以下の集合住宅へのエレベーター設置の支援を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介護実態と支援課題

1. 調査の概要

(1)研究の目的

本研究は，中国内陸部の都市である四川省成都市における在宅認知症高齢者の家族介護者を対象とした調査をもとに，家族介護者の介護実態を明らかにし，その支援策を検討することを目的とする．具体的には，家族介護者のストレスや困難，居住の場や介護に対する意向，介護サービスに対する満足度や要望，行政に対して，期待することを把握し，今後の在宅認知症高齢者とその家族介護者を支える上での課題と支援方策について検討する．

(2)調査対象と方法

本研究では成都市において，訪問介護事業所を通じて紹介を受けた在宅認知症高齢者を抱える家族介護者(独居の場合，別居生活しながら介護をしている家族に来てもらって，調査を行った)を調査対象とした．訪問介護スタッフの同行により，紹介を受けた在宅認知症高齢者の自宅を訪問し，その家族介護者を対象に，質問紙に基づく設問に対する回答を調査員（筆者自身を含む）が記述するという方法で実施した．設問には選択式（多肢選択法，評定表），正誤式，自由回答が含まれる．調査期間は 2017 年 5 月～2017 年 6 月．

本調査は本来調査対象とすることが難しい在宅認知症高齢者の家族を訪問介護事業者の紹介により実施することができたが，調査結果が得られたのは 48 件と少数にとどまった．48 件を分析・考察した結果を成都市の在宅認知症高齢者の家族介護者に一般化することには限界があるが，その一端を示していると考えられる．

(3)分析方法

クロス集計における分析の軸は介護者別(子供介護者と配偶者介護者)，世帯構成別（「独居・夫婦」と「子供と同居」），認知症介護度別（Ⅰ～Ⅱb：軽度の認知症・Ⅲa～Ⅳ：重度の認知症）とした．なお，認知症介護度は日本の基準を用いた．

統計処理は IBM SPSS Statistics v.25 による Fisher 正確確率検定を用いた．

(4)倫理的配慮

調査対象者には口頭と書面にて研究の主旨を十分に説明し，承諾を得た．公正を期すために，家族介護者に回答してもらっていた時には，認知症高齢者本人と同行の訪問介護事業者がいる部屋とは離れた空間で行った．調査で得られたデータはすべて個人を特定できないようにするとともに，研究以外には使用せず，厳重に管理する．

なお，本調査は中国成都市における西南交通大学の教員との共同調査として実施した（本論文にかかわる調査項目の設計及び調査結果の分析は筆者が実施）．調査の実施に当たっては，西南交通大学及び日本福祉大学の研究倫理指針に則り行った．

2. 家族介護者の介護負担と感じる困難

(1) 調査対象者の属性

認知症高齢者本人の基本属性を表 3－9 に示す．年齢分布をみると，80 代以上が全体の約 9 割を占めていた．家族構成については，夫婦世帯と子供と同居世帯が同じく 43.8％で，独居は 20.4％であった．認知症介護度については，ランクⅠ～Ⅱbの介護度の低い認知症高齢者が 58.2％で，ランクⅢa～Ⅳの介護度の高い認知症高齢者は 41.8％であった．

調査対象者である家族介護者の基本属性を表 3－10 に示す．年齢分布をみると，60 歳以上の高齢の介護者は 58.5％と多かった．続柄を見ると，子供介護者が 52.1％で，配偶者介護者の 37.5％より高い割合であった．

表 3－9　認知症高齢者の属性　n=48

基本属性		人数	比率(%)
年齢分布	50代	1	2.1
	60代	1	2.1
	70代	3	6.3
	80代	31	64.6
	90代	12	25.0
性別	男性	18	37.5
	女性	30	62.5
家族構成	独居世帯	6	12.5
	夫婦世帯	21	43.8
	子供と同居	21	43.8
認知症介護度	ランクⅠ	12	25.0
	ランクⅡa	5	10.4
	ランクⅡb	11	22.9
	ランクⅢa	2	4.2
	ランクⅢb	3	6.3
	ランクⅣ	15	31.3

表 3－10　家族介護者の属性 n=48

基本属性		人数	比率(%)
年齢分布	40代	10	20.8
	50代	10	20.8
	60代	8	16.7
	70代	8	16.7
	80代	9	18.8
	90代	3	6.3
性別	男性	17	35.4
	女性	31	64.6
同居・別居	同居で介護	39	81.3
	別居日中通いで介護	5	10.4
	別居週何回介護	4	8.3
続柄	夫	6	12.5
	妻	12	25.0
	息子	11	22.9
	娘	8	16.7
	お嫁	6	12.5
	その他	5	10.4

(2)家族介護者のストレス

家族介護者のストレスを表 3－11 に示す．ストレスを感じていると回答した人は 54.2%であった．認知症介護度別にみると，ランクⅢa～Ⅳは 90.0%がストレスを感じていると回答し，ランクⅠ～Ⅱb の 28.6%の 3 倍以上であり，この差は統計的に有意であった．

表 3－11　家族介護者の感じるストレス　　単位：%

ストレスの度合い	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
ストレスを感じている	54.2	55.2	52.6	ns	48.1	61.9	ns	28.6	90.0	**
ストレスを感じていない	45.8	44.8	47.4		51.9	38.1		71.4	10.0	

**：p＜0.01，ns：not significant

(3)家族介護者の感じる困難

家族介護者の感じる困難を表 3－12 に示す．「掃除や洗濯などの家事が増えたので大変だ」と回答した人が 58.3%で最も多く，次いで「常に見守りが必要なので気が休まない」が 50.0%，「夜に何回も起きるのでつらい」が 39.6%の順に多かった．自由回答の所に，認知症治療の薬品が海外から輸入したものが多く，価格的にも高いので，医療費が高いこと，失禁が多いため，おむつを使用しており，毎月のおむつ代なども多いことが挙げられた．

介護者別ではすべての項目において，子供介護者は配偶者介護者より困難を感じる割合が高かったが，「在宅介護で近所に迷惑をかけると思う」の項目だけに有意差が見られており，他の項目では有意差が認められなかった．世帯構成別では，半数以上の項目で有意差が見られて，全体に子供と同居の場合は困難を感じる割合が高かった．認知症介護度別では，全体にランクⅢa～Ⅳはランク Ⅰ～Ⅱbより困難を感じる割合が高く，この差は統計的に有意であった．

表 3－12　家族介護者の感じる困難（複数回答）　　単位：%

困難内容	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
夜に何回も起きるのでつらい	39.6	39.4	30.0	ns	22.2	61.9	**	8.8	80.0	**
常に見守りが必要なので気が休まない	50.0	45.5	45.0	ns	37.0	66.7	*	14.7	95.0	**
掃除や洗濯などの家事が増えたので大変だ	58.3	54.5	50.0	ns	48.1	71.4	ns	26.5	95.0	**
在宅介護で近所に迷惑をかけると思う	12.5	18.2	0.0	*	0.0	28.6	**	2.9	25.0	*
いうことややることがわからなくてイライラする	35.4	36.4	25.0	ns	18.5	57.1	**	8.8	70.0	**
こちらの言うことをわからなくて困る	29.2	30.3	20.0	ns	18.5	42.9	ns	5.9	60.0	**
行動に予想がつかなくて怖い、不安だ	16.7	18.2	10.0	ns	11.1	23.8	ns	0.0	40.0	**
不潔な行為や汚物の始末に嫌悪感がある	33.3	33.3	25.0	ns	18.5	52.4	ns	8.8	65.0	**

*：p＜0.05，**：p＜0.01，ns：not significant

3. 認知症高齢者の居住・介護に関する家族介護者の意向

今後認知症がひどくなった時，認知症高齢者の居住・介護に関する家族介護者の意向を表 3－13 に示す.「家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい」と回答した人が 55.6%で,「介護サービスを利用しながら自宅に住み続けてほしい」の 20.4%を合わせると，全体の 76.0%の家族介護者は認知症高齢者が自宅に住み続けてほしいという意向を示した．一方,「施設に入所してもらいたい」と回答した人は 18.5%であった.「その他」と回答した人は子供がみんな遠くに離れていたところに住んでおり，調査の時点でまだその後の予定を立てていなかった．介護者別にみると,「家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい」については，子供介護者の場合は 80.0%で，配偶者介護者の 50.0%より自宅に住み続けてほしい意向が高かった．一方,「施設に入所してもらいたい」について，配偶者介護者の場合は 27.8%と高く，子供介護者の 0.0%より高い結果となった．世帯構成別にみると,「家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい」については，子供と同居の場合は 76.4%で，独居・夫婦の 51.9%より高い割合であった．一方,「施設に入所してもらい」については，逆の傾向が見られた．認知症介護別にみると,「施設に入所してもらいたい」については，ランクⅢa～Ⅳは 20.0%で，ランクⅠ～Ⅱbより高い割合であった.

表 3－13　認知症高齢者の居住・介護に関する家族介護者の意向　　単位:%

家族介護者の居住・介護意向	全体 n=48	介護者別		世帯構成別		認知症介護度別	
		子供 n=25	配偶者 n=18	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19
家族で介護しながら自宅に住み続けてほしい	62.5	80.0	50.0	51.9	76.2	60.7	65.0
介護サービスを利用しながら自宅に住み続けてほしい	20.8	20.0	16.7	22.2	19.0	25.0	15.0
家族と同居する	2.1	0.0	5.6	3.7	0.0	3.6	0.0
施設に入所してもらいたい	12.5	0.0	27.8	18.5	4.8	7.1	20.0
その他	2.1	－	－	3.7	0.0	3.6	0.0

4. 介護サービスと行政に対する要望

(1) 利用している訪問介護サービスへの満足度

利用している訪問介護サービスへの満足度を表 3－14 に示す.「スタッフは認知症の知識を持って介護している」に対する満足度が 3.7%と最も低く，次いで「必要な時にすぐ利用できる」が 7.4%であった．介護者別にみると,「サービス事業所は自宅の近くにある」においては子供介護者が 100.0%で，配偶者介護者の 70.0%より有意に満足度が高かった．認知症介護度別にみると,「事情や希望に対応してくれる」においてはランクⅢa～Ⅳが 80.0%で，ランクⅠ～Ⅱbの 50.0%より有意に高い満足度であった.

表 3－14　利用している訪問介護サービスへの満足度（複数回答）　　単位：%

訪問介護サービスへの満足度	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
サービス事業所は自宅の近くにある	88.9	100.0	70.0	**	85.2	95.2	ns	85.3	95.0	ns
利用手続きは簡単で分かりやすい	100.0	100.0	100.0	ns	100.0	100.0	ns	100.0	100.0	ns
回数や1回の時間に満足している	50.0	48.5	55.0	ns	51.9	52.4	ns	44.1	60.0	ns
内容や質に満足している	55.6	57.6	50.0	ns	48.1	61.9	ns	52.9	60.0	ns
かかる費用に満足している	74.1	72.7	75.0	ns	70.4	71.4	ns	70.6	80.0	ns
事情や希望に対応してくれる	61.1	57.6	65.0	ns	63.0	61.9	ns	50.0	80.0	*
必要な時にすぐ利用できる	7.4	3.0	15.0	ns	14.8	0.0	ns	5.9	10.0	ns
スタッフの態度に満足している	88.9	93.9	80.0	ns	85.2	100.0	ns	85.3	95.0	ns
スタッフは認知症知識を持って介護している	3.7	6.1	0.0	ns	3.7	4.8	ns	2.9	5.0	ns

*：p＜0.05，**：p＜0.01，ns：not significant

(2)介護サービスに対する要望

介護サービスに対する要望を表 3－15 に示す．「利用できるサービスの充実」に対する要望が 66.7%と最も高く，次いで「スタッフの認知症に関する知識の向上」が 61.1%であった．認知症介護度別にみると，「スタッフの認知症に関する知識の向上」においてはランクⅢa～Ⅳが 80.0%で，ランクⅠ～Ⅱbの 50.0%より有意に高い割合であった．この項目以外，すべての項目では統計的に有意差は認められなかった．

表 3－15　介護サービスに対する要望（複数回答）　　単位：%

介護サービスに対する要望	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
サービス事業所の充実	3.7	3.0	5.0	ns	7.4	0.0	ns	2.9	5.0	ns
サービス利用手続きの簡潔化	1.9	3.0	0.0	ns	3.7	0.0	ns	2.9	0.0	ns
利用できるサービスの充実	66.7	66.7	65.0	ns	59.3	81.0	ns	67.6	65.0	ns
介護サービス内容と質の改善	29.6	30.3	30.0	ns	25.9	38.1	ns	26.5	35.0	ns
サービス費用の低減	38.9	33.3	50.0	ns	48.1	38.1	ns	41.2	35.0	ns
事情や希望への対応	46.3	39.4	60.0	ns	55.6	42.9	ns	55.9	30.0	ns
夜間などサービスの柔軟な利用の促進	44.4	54.5	30.0	ns	44.4	57.1	ns	44.1	45.0	ns
スタッフの認知症に関する知識の向上	61.1	66.7	55.0	ns	59.3	81.0	ns	50.0	80.0	*
スタッフの態度の改善	3.7	3.0	5.0	ns	3.7	4.8	ns	2.9	5.0	ns

*：p＜0.05，ns：not significant

(3)行政に対する期待

行政に対する期待を表 3－16 に示す.「緊急時の相談・支援体制の充実」に対する期待が 74.1%と最も高く, 次いで「家族介護者が介護休暇できる制度の作成」が 63.0%,「在宅介護のノウハウの情報提供」が 61.1%の順に多かった. その他には行政に認知症高齢者を対象とするイベント活動や外出支援をサポートしてほしいことが挙げられた. 世帯構成別では「在宅介護のノウハウの情報提供」の項目で, 子供と同居の場合は他の世帯構成より有意に期待が高かった. 認知症介護度別では,「家族介護者が介護休暇できる制度の作成」の項目で, ランクⅢa～Ⅳが 80.0%で, ランクⅠ～Ⅱbの 52.9%より有意に高い結果となった.

本研究では, 成都市における在宅認知症高齢者の家族介護者の介護実態として, 介護ストレスが大きいにもかかわらず, 家族で介護しながら自宅で住み続けてほしいという希望が強いことが明らかになった. その上で, 家族で介護していくために,「介護スタッフの認知症に関する知識の向上」,「緊急時の相談・支援体制の充実」などを家族介護者が介護業者や行政に対して, 強く希望しており, これらを可能にする公的な制度や施策の整備を求めることが示された.

表 3－16　行政に対する期待(複数回答)　　単位:%

行政に対する期待	全体 n=48	介護者別			世帯構成別			認知症介護度別		
		子供 n=25	配偶者 n=18	p値	独居・夫婦 n=27	子供と同居 n=21	p値	Ⅰ～Ⅱb n=29	Ⅲa～Ⅳ n=19	p値
緊急時の相談・支援体制の充実	74.1	75.8	75.0	ns	70.4	90.5	ns	67.6	85.0	ns
介護保険制度の計画・作成	11.1	12.1	10.0	ns	14.8	9.5	ns	11.8	10.0	ns
介護費用の助成	59.3	66.7	50.0	ns	55.6	76.2	ns	55.9	65.0	ns
在宅介護のノウハウの情報提供	61.1	69.7	50.0	ns	55.6	85.7	*	52.9	75.0	ns
家族介護者が介護休暇できる制度の作成	63.0	69.7	55.0	ns	59.3	81.0	ns	52.9	80.0	*
サービス利用手続きの情報提供	3.7	0.0	10.0	ns	7.4	0.0	ns	2.9	5.0	ns
介護に関する相談窓口の設置	14.8	15.2	15.0	ns	18.5	9.5	ns	17.6	10.0	ns
介護用品の案内・購入支援サービス提供	48.1	57.6	35.0	ns	44.4	66.7	ns	44.1	55.0	ns
認知症に対する啓もうや理解の促進	37.0	33.3	45.0	ns	33.3	52.4	ns	29.4	50.0	ns
ボランティアなどによる支援	16.7	18.2	20.0	ns	18.5	19.0	ns	20.6	15.0	ns
その他	1.9	0.0	5.0	ns	3.7	0.0	ns	2.9	0.0	ns

*:p＜0.05, ns:not significant

5. 考察

(1)家族介護者の介護実態と家族介護者のストレス

家族介護者のストレスについてみると，ストレスを感じていると回答した人は54.2％で，全回答者の半数以上を占めていた．許らは東北部の吉林省での調査では，58.5％の在宅認知症高齢者の家族介護者は介護負担を感じていると報告しており，本研究とはほぼ同じ結果を占めている（許 2016:3025）．しかしながら，今回の調査では，76.0%の家族介護者は今後認知症がひどくなった時も，自宅に住み続け，家族の介護あるいは居宅介護サービスを受けてほしい意向を示した．在宅介護のストレスが大きいにもかかわらず，家族介護者は家で介護する希望が強いことが示された．その理由を聞くと，主に以下の3点にまとめることができた．1つ目は施設入居費用が高いことである．成都市老齢工作委員会によると，成都市における高齢者の毎月平均年金は2，106元である（老齢委　2016）．一方，高齢者施設の利用費用は平均2，500元以上/月，高齢者の年金を上回っている．2つ目は高齢者と家族介護者の介護サービス利用に対する認識の問題である．多くの中国人は介護サービスを利用することが子供の親不孝であるという伝統的な意識が強い．また，現在の要介護高齢者の世代は子供の数が多いので，たとえ介護サービスを利用しなくても，家族の支援を受けて何とか在宅生活が継続できる．3つ目は施設側の要因である．介護職員の介護専門知識の不足や施設環境の未整備などの問題を抱える施設が多いため，認知症高齢者などの要介護度の高い高齢者を受け入れることが困難な状況にある．そこで，上述の理由で，多くの家族介護者は介護ストレスや困難を抱えながら，在宅介護を続けていると考えられる．また，自由回答の所に，医療費やおむつ代などの経済的な負担が挙げられた．劉らは上海市での調査では，認知症高齢者の家族介護者の負担が身体的，精神的な負担だけでなく，経済的な負担も大きく，そして，認知症の進行に伴い，その負担がさらに大きくなると指摘した（劉　2009:236）．この点においては，内陸部の成都市と沿海部の上海市とは特に違いがみられなかった．今後，核家族の進行および夫婦共働きの現状に伴い，家族の介護力が弱体化していることや介護をより困難と感じる高齢の家族介護者の増加などが家族介護による対応も限界に達しつつあると考えられる．いかに将来に向けて，家族介護者の介護ストレスを軽減し，持続可能な在宅介護を構築すべきかが問われている．

(2)在宅認知症高齢者を支える専門的な介護サービスの必要性

介護サービスに対する要望については，「利用できるサービスの充実」と「スタッフの認知症に関する知識の向上」が共に6割以上であり，最も要望が高かった．また，現在利用している訪問サービスに対する満足度から見ると，「スタッフは認知症の知識を持って介護している」と「必要な時にすぐ利用できる」がともに10.0％以下と極めて低かった．このことから，現時点において，成都市における在宅介護サービスとして，介護スタッフの認知症知識の不足，利用できるサービス種類の不足，利用時間の不自由などの問題点が示唆された．蔡らは沿海部の蘇州での調査では，在宅認知症高齢者の家族介護者が医療介護従事者から認知症に関する知識と認知症介護の知識・技術についての専門的な指導を受けたく，そして，そのニーズがいずれも90％以上と高いことが示された（蔡 2016:20）．認知症に関する専門的な知識について，蘇州市では9割以上，成都市では6割以上の介護者は必要を感じているが，沿海部の蘇州と比べて，内陸部の成都は比較的低い割合であるこ

とは，認知症に関する専門的な知識の重要性への認識は内陸部が沿海部ほど高くないと示唆された．李の研究では，家族介護者に認知症ケアの指導と心理的なサポートを提供することによって，認知症高齢者の行動心理症状と事故が明らかに少なくなったことを報告している（李　2013:209）．張らは認知症高齢者の家族介護者に認知症ケアの教育指導を行うことを通じて，家族介護の質を高め，認知症高齢者の自立能力と生活の質の向上にもつながると指摘している(張　2014:2254)．先行研究から専門的な認知症ケアの指導の重要性が強調されたが，ただ現状では，成都市は，高齢者を対象とする介護支援サービスを実施し始めている段階で，また，認知症高齢者を限定対象とする支援サービスはほとんどない．今後，成都市をはじめとする中国内陸部の都市では認知症高齢者の急速な増加が予測されていることから，在宅介護サービスは一般の要介護高齢者だけでなく，認知症高齢者にも注目し，認知症高齢者が利用できるサービスを充実し，介護スタッフの認知症に関する知識・技術を高め，専門的な認知症ケアが提供できるような支援体制を構築することが必要と考えられる．その際，日本などの先進国における認知症ケアのモデル事業を参考にしながら，いかに病院，在宅介護サービスを活用し，認知症在宅介護を支援するのかが大きな課題である．

(3)行政による認知症高齢者の家族介護者に対する支援策の必要性

行政に対する期待としては，「緊急時の相談・支援体制の充実」が 74.1%と最も高く，次いで「家族介護者が介護休暇できる制度の作成」が 63.0%であった．今回の調査対象である認知症高齢者の家族構成をみると，独居と夫婦世帯が 56.3%と全体の半数以上を占めていた．高齢化，子供が近くにいないなどの理由で，これらの高齢者は大きな不安を抱えていた．張らは中国では 90%以上の認知症高齢者は在宅で生活していると報告している（張　2004:116）．在宅で介護を受けながら生活する認知症高齢者の多いことが示された．今後，高齢化および認知症高齢者の増加が予想されるが，一人っ子政策の影響で高齢者のみ世帯が増加しており，従来の家族介護は成り立たなくなりつつある．単身世帯や夫婦のみ世帯が増加する中で，日常的な相談・支援体制の充実を図ることが行政の支援策として重要性が高いと考えられる．また，一人っ子政策および夫婦共働きといった中国の実情を考えて，家族介護者が介護休暇できる制度を創設することが必要である．そのため，認知症高齢者本人の生活の質を上げるとともに，家族介護者の負担を軽減する行政による支援策の重要性が増していると考えられる．現在，南京や北京などの大都市で介護休暇の施策を検討しているが，まだ実践につながっていない現状である．今後，認知症高齢者が増加する中で，いかに家族介護者を支援していくのは大きな課題となっている．そういう現状に直面し，認知症高齢者在宅介護を支えるためには，早急に介護休暇できる制度や相談・支援体制の創設を可能とする公的制度や施策の整備が必要と考えられる．

第 4 章　中国・内陸都市における認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材の実態と課題

第 4 章では認知症高齢者の生活を支える通所施設，訪問介護事業所と入所施設が認知症高齢者の受け入れ状況，提供できる支援サービス，認知症ケアの状況及び入所施設における居住環境，認知症高齢者を専門的に介護できる人材養成の実態などを把握する．

第 1 節　通所介護施設における認知症ケアの実態と課題

1. 調査概要

(1)研究の目的

本研究の目的は認知症高齢者の居場所の 1 つである通所介護施設に焦点を当て，認知症高齢者の受け入れ状況，認知症ケアを行う上での課題，認知症高齢者を受け入れない場合の理由や必要とする改善対策などを把握し，通所介護施設が認知症高齢者を受入れて支援する上で直面する課題について明らかにし，その課題を克服する上で必要となる対策について検討する．

(2)調査対象地域と対象施設の概況

調査対象の通所介護施設は成都市高新区の 28 施設である．図1は成都市における高新区の管轄範囲を示す．高新区が成都高新技術産業開発区（Chengdu Hi-Tech Industrial Development Zone）と呼ばれ，高新区はその略称である．高新区は面積が 613 ㎢で，高新南区，高新西区，高新東区と国際生物産業区からなっている．そのうち，高新南区と高新西区は都市地域である．国際生物産業区は産業地域である．高新東区はもともと農村地域で，2017 年 4 月から高新区の管轄の一部と指定され，成都市の第 2 空港として開発されている．

図 4－1　成都市における高新区の管轄範囲

本研究では、高新南区と西区を調査対象地域と選定した。その理由は 2 点があげられる。1 つ目は高新南区と西区は、都市部であり、かつ高齢者が多く居住している。2 つ目は高新区が経済的に豊かであることから、成都市の中では最も高齢者事業に力を入れて取り組んでおり、進んでいることである。

2019 年 3 月時点で，高新区の人口 122.6 万人のうち，60 歳以上の高齢者数が 12.5 万人，65 歳以上の高齢者数が 9.8 万人，80 歳以上の高齢者が 21,465 人である．60 歳以上の高齢者のうち，介護補助金を申請した高齢者は 8,837 人である．

高新区社会事業局の資料によると，高新区には通所介護施設が 45 施設ある（表 1）．そのうち，都市部である南区と西区の施設が 40 施設，東区の農村部の施設が 5 施設である．本調査は都市部の南区と西区を調査対象地域としているので，農村部の東区の 5 施設と運営していない 12 施設を除き，28 施設を調査対象施設として選定された．運営していない 12 施設に関しては，4 施設は建設されたばかりで，これから運営する予定である．3 施設は社区市民活動センターと同じ空間を利用しており，通所介護施設の看板を掛けているが，実際には機能していない．2 施設は周辺地域の再開発のため，住民が他の地域に引っ越したので，現在利用されていない．3 施設は立地場所が高齢者の住宅から遠く，利用者がいないため，運営していない．

表 4－1　高新区の通所介護施設と調査対象施設

通所介護施設	施設数	%
総施設数	45	100.0
都市部（内運営していない）	40 （12）	88.9 （26.7）
農村部	5	88.9
調査対象施設	28	62.2

(3) 調査方法

本研究では，成都市高新区の全通所介護施設 45 施設から，現在運営している都市部の 28 施設を抽出し，調査対象施設とした．選定された対象施設を調査員により訪問し，施設管理者を対象に，あらかじめ作成したインタビューガイドを用いて，半構造化インタビュー調査を実施した．調査対象者の許可を得てインタビュー内容を録音し，その後，逐語録を作成した．インタビューは中国語で実施したが，その内容を日本語に訳した上で分析を行った．

インタビュー調査の実施場所は各対象施設の施設管理室で，調査に要した時間は1対象者あたり 30～40 分であった．調査実施時期は 2019 年 2 月～3 月である．

(4) 調査内容

質問項目は，①施設の基本状況（開設年，施設建物の所有状況，設立主体・運営主体，受け入れ対象者の種類など），②認知症高齢者の受け入れ状況（認知症高齢者を受け入れているかどう

か，今後受け入れるか，受け入れない場合の理由），③認知症ケアの専門スタッフの配置状況（認知症ケア研修の実施有無），④認知症ケアの課題（認知症高齢者を受け入れる上で必要な対策など），⑤調査対象者の基本属性（年齢，性別，職務，高齢者事業にかかわる経験年数，保有資格，学歴など）で構成した．

(5)分析方法

インタビュー調査結果の録音をもとに逐後録を作成し，質問項目毎に逐語録を意味のある分節でコード化を行い，共通性のあるコードをグルーピングし，カテゴリー名，サブカテゴリー名を付ける作業を行った．この作業を繰り返し行うことにより，カテゴリー，サブカテゴリーを洗練し，質的分析を行った．分析に際しては，調査対象施設が提供しているサービス内容の類型や設立・運営主体の違いに着目して行った．

(6)倫理的配慮

調査対象者には，事前に調査目的，調査方法，調査データの取り扱いなどについて，口頭で説明した．また，調査研究への参加は任意であること，得られたデータを研究目的以外に使わないこと，個人情報や事業所情報の漏えいを防ぐためデータは厳重に管理することを説明し，調査協力の同意を得た上で調査を実施した．尚，本調査は日本福祉大学大学院倫理審査委員会の承認(通知番号 17-014)を得ている．

2．通所介護施設の基本状況

(1)調査対象通所介護施設の基本状況

調査対象通所介護施設の基本状況を表 4－2 に示す．施設開設年をみると，2017 年が 14 施設，2018 年を合わせると，全体の 75.0%を占めており，新設した施設が多いことが示された．施設建物の所有状況について，26 施設が行政無料提供の建物を利用し，2 施設だけが私有財産であった．設立・運営主体について，公立民営が 17 施設，次いで公立公営が 9 施設，民立民営が 2 施設であった．運営時間について，月曜日から日曜日毎日運営するのが 16 施設と最も多く，次いで月曜日から金曜日平日のみ運営が 10 施設，月曜日から土曜日の運営が 2 施設であった．受け入れ対象者をみると，自立のみが 23 施設を占めており，半自立と寝たきり高齢者を受け入れる施設が合わせて 5 施設であった．毎日の平均利用者数を見ると，施設により，8 人から 300 人までと変動が大きかった．施設 6 はリハビリ，施設 21 は中医保健サービスだけを提供する施設であった．サービス利用にあたって，予約制なので，利用者数は日によって違っていた．施設 17 は通所介護施設の看板を挙げながら，実際には地域の文化体育活動センターの空間を利用しており，スタッフが配属されていない．そのため，健康な高齢者はその中にあるマサージチェアやリハビリ機械などを無料で自由に利用していた．スタッフが配属されていないため，利用者数が把握できなかった．施設 26 と施設 27 は高齢者入所施設と併設している通所介護施設で，通所専用の空間がなく，入所施設の共用空間を利用していた．通所介護サービスの機能を持っているが，利用者がほとんどいない現状であった．スタッフの人数を見ると，施設により，差が大きかったが，3 人以下のスタッフを配属

表 4－2　通所介護施設の基本状況

施設番号	開設年	建物所有状況	設立運営主体	運営時間	受け入れ対象者	利用者数/日	スタッフ数	介護資格有スタッフ数	スタッフ数/日	スタッフの役割
1	2017	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	70	8	6	5	管理者1人、事務2人 清掃スタッフ1人、厨房スタッフ2人
2	2013	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	150	5	4	3	管理者1人、事務1人 清掃スタッフ1人、厨房スタッフ2人
3	2018	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	50	4	2	3	管理者1人、事務1人 清掃スタッフ1人、厨房スタッフ1人
4	2017	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	100	5	3	5	管理者1人、事務2人、リハビリスタッフ1人、雑務スタッフ1人
5	2018	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	30	5	3	3	管理者1人、厨房スタッフ1人 清掃スタッフ1人、介護実習生2人
6	2017	行政無料提供	公立民営	月～金	半自立まで利用可	不確定	3	3	2	管理者1人、リハビリスタッフ2人
7	2018	行政無料提供	公立民営	月～日	自立のみ	20	2	1	2	管理者1人、看護師1人
8	2017	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	80	3	0	3	管理者1人、厨房スタッフ1人 雑務スタッフ1人
9	2017	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	40	2	0	2	管理者1人、雑務スタッフ1人
10	2017	行政無料提供	公立民営	月～日	自立のみ	20	4	0	4	管理者1人、厨房スタッフ1人 雑務スタッフ2人
11	2016	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	120	5	5	4	管理者1人、事務3人 雑務スタッフ1人
12	2017	行政無料提供	公立民営	月～日	自立のみ	25	2	2	1	管理者1人、雑務スタッフ1人
13	2017	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	150	9	0	3	高齢者協会有償ボランティア9人
14	2017	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	300	7	0	4	高齢者協会有償ボランティア7人
15	2016	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	150	5	0	4	高齢者協会有償ボランティア5人
16	2017	行政無料提供	公立民営	月～日	自立のみ	25	3	0	2	管理者1人、雑務スタッフ2人
17	2016	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	不確定	0	0	0	スタッフが配属されていない
18	2018	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	120	4	0	2	高齢者協会有償ボランティア4人
19	2018	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	25	2	0	1	無償ボランティア2人
20	2018	行政無料提供	公立民営	月～金	自立のみ	8	2	2	1	管理者1人、雑務スタッフ1人
21	2018	行政無料提供	公立民営	月～金	半自立まで利用可	不確定	3	1	1	管理者1人、マッサージスタッフ2人
22	2017	行政無料提供	公立民営	月～土	自立のみ	60	2	2	1	管理者1人、雑務スタッフ1人
23	2017	行政無料提供	公立民営	月～土	自立のみ	80	2	2	1	管理者1人、雑務スタッフ1人
24	2015	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	60	2	0	2	高齢者協会有償ボランティア2人
25	2015	行政無料提供	公立公営	月～日	自立のみ	100	3	0	2	高齢者協会有償ボランティア3人
26	2015	行政無料提供	公立民営	月～日	寝たきりまで利用可	不確定	4	4	4	入所施設の介護職員
27	2017	私有財産	民立民営	月～日	寝たきりまで利用可	不確定	40	32	18	入所施設の介護職員
28	2017	私有財産	民立民営	月～日	寝たきりまで利用可	15	25	21	19	入所施設の介護職員

している施設が 14 施設で，全体の半分を占めていた．また，介護資格を持っているスタッフに関しては，有資格者がいない施設が 12 施設と多く，また全体的にも有資格者が少ないことが把握できた．毎日配属されていたスタッフ人数を見ると，入所施設と併設の 3 施設（施設 26，27，28）を除き，0～5 人が配属されていた．そのうち，1 人しか配属されていなかった施設は 5 施設あった．スタッフが配属されていない施設も 1 施設あった．スタッフの役割を見ると，管理者以外に，事務スタッフ，厨房スタッフ，清掃スタッフ，雑務スタッフなどが配属された施設は多かった．そのうち，施設 13，14，15，18 と 25 の 5 施設は，介護事業所ではなく，地域の高齢者協会の有償ボランティアが運営業務を担当していた．また，施設 19 は地域の無償ボランティアにより運営されていた．

(2) 通所介護施設のサービス内容によるタイプ分け

高新区では通所介護施設が提供すべきサービス内容について，統一の基準が設定されている．その中には，家事援助サービス，介護サービス，精神カウンセリング，リハビリ，医療サービスなど合計 50 項目以上のサービス内容が設定されている．しかし，今回の調査結果から，現状の通所介護施設では提供できるサービス内容が非常に限定されていることが把握できた．表 4－3 は通所介護施設が提供しているサービス内容を示す．レクリエーション，麻雀，ランチ，リハビリ，マッサージ，理美容などのサービスが主として提供されていたが，認知症高齢者を含む要介護高齢者が必要とする見守りや食事，入浴，排せつなどの身体介護が提供できる施設は 5 施設と少なかった．

表 4-3 の通所介護施設が提供しているサービス内容により，調査対象施設の 28 施設を表 4 のア～ケまでの 9 カテゴリーに分類することができた．ア「身体介護」＋「ランチ」+「リハビリ・マッサージ」+「レクリエーション・麻雀」＋「理美容」サービスを提供する施設は施設 7，27，28 の 3 施設であった．イ「身体介護」＋「ランチ」+「レクリエーション・麻雀」＋「理美容」サービスを提供する施設は施設 10，26 の 2 施設であった．ウ「リハビリ・マッサージ」サービスのみを提供する施設は施設 6，19，21 の 3 施設であった．エ「レクリエーション・麻雀」＋「リハビリ・マッサージ」＋「理美容」サービスを提供する施設は施設 22，23 の 2 施設であった．オ「レクリエーション・麻雀」＋「リハビリ・マッサージ」サービスを提供する施設は施設 11 の 1 施設であった．カ「ランチ」+「リハビリ・マッサージ」サービスを提供する施設は施設 8 の 1 施設であった．キ「ランチ」+「レクリエーション・麻雀」＋「リハビリ・マッサージ」サービスを提供する施設は施設 4 と施設 20 の 2 施設であった．ク「ランチ」+「レクリエーション・麻雀」サービスを提供する施設は施設 1，2，3，5，9，16 の 6 施設であった．ケ「レクリエーション・麻雀」サービスのみを提供する施設は施設 12，13，14，15，17，18，24，25 の 8 施設であった．

表 4－3　通所介護施設のサービス内容

施設番号	サービス内容						
	レクリエーション	麻雀	ランチ	リハビリ	マッサージ	理美容	身体介護
1	○	－	○	－	－	－	－
2	○	－	○	－	－	－	－
3	○	－	○	－	－	－	－
4	○	－	○	－	○	－	－
5	－	○	○	－	－	－	－
6	－	－	－	○	－	－	－
7	○	○	○	－	○	○	○
8	－	－	○	－	○	－	－
9	－	○	○	－	－	－	－
10	○	○	○	－	－	○	○
11	○	○	－	－	○	－	－
12	○	－	－	－	－	－	－
13	－	○	－	－	－	－	－
14	－	○	－	－	－	－	－
15	－	○	－	－	－	－	－
16	○	－	○	－	－	－	－
17	○	－	－	－	－	－	－
18	－	○	－	－	－	－	－
19	－	－	－	－	○	－	－
20	○	－	○	○	－	－	－
21	－	－	－	－	○	－	－
22	－	○	－	－	○	○	－
23	－	○	－	○	－	○	－
24	－	○	－	－	－	－	－
25	－	○	－	－	－	－	－
26	○	○	○	－	－	○	○
27	○	○	○	○	○	○	○
28	○	○	○	○	○	○	○

注1：マッサージとは吸いふくべ、カッサ療法、もぐさ灸、マイクロ波治療器などを利用するマッサージサービスである
注2：身体介護とは見守り、食事、入浴、排せつなど入所施設が提供できる介護サービスである。

表 4－4 により，調査対象通所介護施設が提供しているサービス内容により，アからケまでの 9 カテゴリーに分類することができた．通所介護施設の全体状況をより明白にするために，上述の通所介護施設の 9 カテゴリーのサービス内容と施設管理者を対象としたインタビュー調査から把握した情報に基づき，調査対象通所介護施設を 5 つのタイプに分けることができた．

表 4－4　通所介護施設のサービス内容による施設分類

サービス内容のカテゴリー		対応施設番号
ア	「身体介護」＋「ランチ」＋「リハビリ・マッサージ」＋「レクリエーション・麻雀」＋「理美容」	7　27　28
イ	「身体介護」＋「ランチ」＋「レクリエーション・麻雀」＋「理美容」	10　26
ウ	「リハビリ・マッサージ」のみ	6　19　21
エ	「レクリエーション・麻雀」＋「リハビリ・マッサージ」＋「理美容」	22　23
オ	「レクリエーション・麻雀」＋「リハビリ・マッサージ」	11
カ	「ランチ」＋「リハビリ・マッサージ」	8
キ	「ランチ」＋「レクリエーション・麻雀」＋「リハビリ・マッサージ」	4　20
ク	「ランチ」＋「レクリエーション・麻雀」	1　2　3　5　9　16
ケ	「レクリエーション・麻雀」のみ	12　13　14　15　17　18　24　25

そのタイプ分けの結果を表 4－5 に示す．タイプⅠ身体介護型の通所介護施設とは入所介護施設と同じ敷地内または同じ建物に併設している通所介護施設である．入所介護施設と同じ敷地，あるいは同じ建物を利用しており，場合により，スタッフも共用しているため，レクリエーションやランチだけでなく，見守りや入浴介助などの入所介護施設が提供できる介護サービスが全部提供できる．その運営主体はすべて入所介護施設を運営している介護サービス事業所である．タイプⅡリハビリ・マッサージ中心型の通所介護施設とはリハビリあるいはマッサージサービスだけ提供していた施設である．その運営主体は 2 施設が介護サービス事業所，1 施設が社区居民委員会が直接管理のもとで，無償ボランティアにより運営されていた．タイプⅢリハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型の通所介護施設とはレクリエーション・麻雀サービスとリハビリ・マッサージサービスを同時に提供する施設である．その施設の運営については，2 施設が介護サービス事業所，1 施設が所属の社区居民委員会が直接管理のもとで，専属の事務スタッフにより運営されていた．タイプⅣランチ中心型とはランチ提供を中心に，他にはレクリエーション，リハビリなどのサービスを付加する施設である．このタイプの施設の運営団体はすべて介護サービス事業所である．タイプⅤレクリエーション・麻雀中心型の通所介護施設とは麻雀などのレクリエーションをメインのサービスとする施設である．その運営団体について，6 施設が施設サービス対象地域の高齢者協会，1 施設が介護サービス事業所，1 施設が社区居民委員会が直接管理運営を担当していた．高齢者協会の場合，社区居民委員会の管理のもとで，高齢者協会は運営にかかわる全般業務を担当していた．スタッフ全員は 60 歳以上の高齢者協会の有償ボランティアである．

施設タイプ別に施設数をみると，通所介護施設本来の機能と考えられるタイプⅠ身体介護型は 5 施設で，全体の 2 割にも満たない 17.9％であった．リハビリやマッサージが含まれるタイプⅡの 3 施設，タイプⅢの 3 施設を加えても 11 施設で，全体の 4 割程度にとどまっていた．むしろ多いのはタイプⅣランチ中心型 9 施設，タイプⅤレクリエーション・麻雀中心型 8 施設，この 2 つのタイプを

合わせると，17 施設で，全体の 6 割を占めていた．これらのことから，成都市の通所介護施設は自立していて，比較的元気な高齢者の日中の娯楽や食事での利用が主な施設が多く，身体介護やリハビリといった機能を有する施設は少ないといえる．

表 4－5　通所介護施設のサービス内容によるタイプ分け（n＝28）

施設タイプ		サービス内容	対応施設番号	施設数	運営団体
Ⅰ	身体介護型	「身体介護」＋「ランチ」＋「レクリエーション・麻雀またはリハビリ・マッサージ」	7　10　26　27　28	5	介護サービス事業所
Ⅱ	リハビリ・マッサージ中心型	「リハビリ」または「マッサージ」	6　19　21	3	介護サービス事業所 社区居民委員会
Ⅲ	リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型	「リハビリ・マッサージ」＋「レクリエーション・麻雀」	11　22　23	3	介護サービス事業所 社区居民委員会
Ⅳ	ランチ中心型	「ランチ」＋「レクリエーション・麻雀」または「リハビリ・マッサージ」	1　2　3　4　5　8　9　16　20	9	介護サービス事業所
Ⅴ	レクリエーション・麻雀中心型	「レクリエーション・麻雀」	12　13　14　15　17　18　24　25	8	高齢者協会 社区居民委員会 介護サービス事業所

(3)通所介護施設のタイプ別調査回答者の基本属性

通所介護施設のタイプ別調査回答者の基本属性を表 4－6 に示す．まず全体的に見ると，年齢構成について，20 代が 10 人と最も多く，30 代を合わせると，全体の 6 割以上を占めていた．性別は男性が 7 人，女性が 21 人と女性が男性の 3 倍であった．職務について，管理運営責任者が 6 人，施設担当者が 14 人，社区居民委員会のスタッフが 7 人，高齢者協会の会長が 1 人であった．社区居民委員会のスタッフは社区の福祉事業を担当するスタッフである．高齢者事業にかかわる経験年数をみると，3 年以下が 10 人，3～5 年が 11 人，この 2 つを合わせると 21 人で，全体の 75.0%を占めており，20 代，30 代の人が多いこともあり，比較的経験年数が浅い管理者が多いといえる．保有資格について，介護資格を持っている人が 15 人，持っていない人の 13 人より若干多かった．介護資格を持っている 15 人のうち，中級介護員資格が 10 人と最も多く，次いで高級介護員資格が 4 人，初級介護員資格が 1 人であった．学歴について，大学が 13 人と最も多く，専門学校を合わせると，全体の 8 割以上を占めていた．

施設タイプ別にみると，タイプⅠ身体介護型の通所介護施設の場合，調査対象者 5 人のうち，介護資格を持っている者が 2 人しかいなかった．これはタイプⅠ身体介護型の通所介護施設が入所施設を有している場合が多く，調査対象者 5 人のうち，4 人は入所施設を含む会社全体の管理運営責任者であり，現場で介護の仕事に直接かかわることがないので，介護資格を持たないことによるものである．タイプⅣランチ中心型の通所介護施設の場合，調査対象者の 9 人のうち，介護資格を持っている者が 7 人と多かった．それはタイプⅣの調査対象者のうち，施設担当者が多かったことにかかわっていると考えられる．施設担当者として，介護スタッフの教育を担当するだけでなく，

現場仕事にも直接かかわることが多いため，介護資格が要求される会社が多い．タイプⅤレクリエーション・麻雀中心型の通所介護施設の場合，調査対象者の 8 人のうち，介護資格を持っている者が 1 人しかいなかった．その 1 人は介護サービス事業所が運営している施設の担当者であった．その他の 7 施設は社区居民委員会による管理，高齢者協会による運営で，調査対象者が同協会会長 1 人，社区居民委員会職員 6 人であったことから，介護資格を持っていなかった．また，日常的に現場でかかわっているのは協会の有償ボランティアであることから，その人たちも介護資格を持っていないとのことである．自立で，元気な高齢者が麻雀などのレクリエーションで利用する施設なので，介護資格を必要としていないと考えられる．

表 4－6　通所介護施設タイプ別調査回答者の基本属性（n＝28）　単位：人

施設タイプ	年齢					性別		職務				高齢者事業にかかわる経験年数			介護資格の有無		学歴			
	20代	30代	40代	50代	70代	男性	女性	管理運営責任者	施設担当者	社区居民委員会職員	高齢者協会会長	3年以下	3～5年	6年以上	有	無	中学校	高等学校	専門学校	大学
タイプⅠ	1	2	1	1	—	2	3	4	1	—	—	2	1	2	2	3	1	—	—	4
タイプⅡ	2	—	1	—	—	—	3	—	2	1	—	2	1	—	2	1	—	—	2	1
タイプⅢ	2	—	—	1	—	1	2	—	3	—	—	1	1	1	3	—	—	1	1	1
タイプⅣ	3	3	1	2	—	3	6	2	7	—	—	2	5	2	7	2	—	2	2	5
タイプⅤ	2	3	1	1	1	1	7	—	1	6	1	3	3	2	1	7	1	—	5	2
合計	10	8	4	5	1	7	21	6	14	7	1	10	11	7	15	13	2	3	10	13

注1：管理運営責任者とは会社全体の統括的な管理運営業務を行う責任者である。
注2：施設担当者とは各通所介護施設拠点の日常業務を担当する現場リーダーである。

(4) 通所介護施設における認知症高齢者の受け入れ状況

通所介護施設タイプ別認知症高齢者の受け入れ状況を表 4－7 に示す．「認知症高齢者は受け入れない」と回答した施設が 22 施設と最も多く，全体の 8 割近くを占めていた．一方，「認知症高齢者を受け入れており，現在利用者がいる」と回答した施設が 1 施設，「認知症高齢者を受け入れるが，現在利用者がいない」と回答した施設が 5 施設と少なかった．

施設タイプ別にみると，タイプⅠ身体介護型の通所介護施設の場合，5 施設のうち，3 施設は認知症高齢者を受け入れるが，現在利用者がいないとの回答であった．タイプⅣランチ中心型の通所介護施設の場合，9 施設のうち，認知症高齢者を受け入れると回答した施設が 3 施設であった．そのうち，1 施設は現在認知症利用者がいる，2 施設は現在認知症利用者がいないとの回答であ

った.

表 4－7　通所介護施設タイプ別認知症高齢者の受け入れ状況

施設タイプ		認知症高齢者を受け入れる		認知症高齢者を受け入れない
		現在利用者がいる	現在利用者がいない	
Ⅰ	身体介護型	0	3	2
Ⅱ	リハビリ・マッサージ中心型	0	0	3
Ⅲ	リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型	0	0	3
Ⅳ	ランチ中心型	1	2	6
Ⅴ	レクリエーション・麻雀中心型	0	0	8
合計		1	5	22

3. 通所介護施設において認知症高齢者を受け入れている施設の状況

(1)認知症高齢者を受け入れており，現在利用者がいる施設の状況

「認知症高齢者を受け入れており，現在利用者がいる」1施設はタイプⅣランチ中心型の通所介護施設 5 であった．施設 5 では，利用者の中には認知症高齢者が 2 人いたが，2 人とも自立できる軽度の認知症で，そして，ランチタイムだけの短時間利用であった．そのため，介護する上で特に問題点や課題を感じていなかった．「認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいるか」を聞いた結果，「現在，施設で実習している介護福祉専門学校の実習生 2 人が認知症高齢者の介護を担当している．実習生以外に，常勤スタッフが 3 人（施設担当者，厨房スタッフ，清掃スタッフ）配置されていた．施設担当者が施設全般の日常業務，厨房スタッフが毎日のランチ提供，清掃スタッフが施設の掃除を担当することになっていた．実習生以外に，介護できるスタッフは管理者 1 人しかいなかったため，認知症高齢者を受け入れると言っても，軽度の認知症高齢者しか受け入れられない現状にあった．「認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したことがあるか」について，「過去 1 回実施したことがあるが，短時間の勉強会なので，特に役に立たなかった」との回答であった．

(2)認知症高齢者を受け入れるが，現在利用者がいない施設の状況

「認知症高齢者を受け入れるが，現在利用者がいない」5 施設の状況を表 4－8 に示す．5 施設のうち，タイプⅠ身体介護型の通所介護施設が 3 施設（施設 26，施設 27 と施設 28），タイプⅣランチ中心型の施設が 2 施設（施設 2，施設 3）であった．そのうち，施設 2 と施設 26 は現在認知症高齢者の利用者がいないが，過去受け入れたことがある．施設 2 の場合，過去認知症高齢者を 2 人受け入れたことがあり，そのうち，1 人が軽度，1 人が中度の認知症高齢者であった．2 人の認知症高齢者とも施設の近くに住んでおり，ランチだけの利用，あるいは短時間でおしゃべりに来ただけ

であった．介護がほとんど必要ではないため，介護上特に問題を感じていなかった．「認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいるか」を聞いた結果，介護スタッフの中に，介護福祉専門学校出身のスタッフが 2 人おり，認知症ケアを担当できると回答された．また，「認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したことがあるか」について，「実施したことがある．本社のほうで不定期に認知症ケアを含む高齢者介護に関する研修を行っている」と回答された．一方，施設 26 の場合，過去軽度の認知症高齢者を 1 人受け入れたことがある．認知症高齢者を介護する上で，「①徘徊などの症状が伴うため，事故のリスクが大きい」，「②介護スタッフは専門的な知識がないため，うまく対応できない」の課題を感じていた．「認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいるか」と「認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したことがあるか」を聞いた結果，施設には認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいなく，認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したこともなかった．施設 3，施設 27 と施設 28 に関しては，認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいるし，認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したこともあったが，施設開設以来，まだ認知症高齢者を受け入れたことがない．そのため，認知症高齢者を介護する上で，どのような課題があるのかがわからないと回答された．

表 4－8　認知症高齢者を受け入れるが，現在利用者がいない施設の状況

施設番号	受け入れ現状	認知症介護度	認知症ケア専門介護職員の有無	認知症ケアに関する研修の実施有無	認知症ケアの問題点と課題
2	2人受け入れたことがある	軽度1人 中度1人	有	有	過去受け入れた認知症高齢者はランチだけの利用、あるいは短時間でおしゃべりに来ただけなので、特に問題を感じていなかった。
3	受け入れたことがない	—	有	有	—
26	1人受け入れたことがある	軽度1人	無	無	・徘徊などの症状が伴うため、事故のリスクが大きい ・介護職員は専門的な知識がないため、上手に対処できない
27	受け入れたことがない	—	有	有	—
28	受け入れたことがない	—	有	有	—

4．通所介護施設において認知症高齢者を受け入れない施設の状況

表 4－7 に示された通り，「認知症高齢者を受け入れない」と回答した通所介護施設が 22 施設で，全体の 8 割近くを占めていた．そのうち，タイプⅠ身体介護型が 2 施設，タイプⅡリハビリ・マッサージ中心型が 3 施設，タイプⅢリハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型が 3 施設，タイプⅣランチ中心型が 6 施設，タイプⅤレクリエーション・麻雀中心型 8 施設であった．以下ではこれらの通所介護施設は認知症高齢者を受け入れない理由，今後どのような条件が整えば，受け入れることができるようになるのかについて，インタビュー調査内容を整理しながら，通所介護施設タ

イプ別にその結果を示す．タイプⅡ，タイプⅢとタイプⅣの通所介護施設には共通性が多いため，ここではタイプⅠ，タイプⅡ・Ⅲ・ⅣとタイプⅤの 3 区分にして，分析を行う．

(1)認知症高齢者を受け入れない理由

認知症高齢者を受け入れない理由に関する回答内容を表 4－9(1)，表 4－9(2)と表 4－9(3)にまとめた．表の中の(　)内の数字は，回答のあった件数である．

タイプⅠ身体介護型の通所介護施設の場合，5 施設のうち，認知症高齢者を受け入れない施設は 2 施設あり，それは施設 7 と施設 10 であった．この 2 施設に関しては，認知症高齢者を受け入れない理由を整理した結果，4 つのカテゴリーが抽出できた．それは「介護スタッフの不足」，「認知症ケア専門知識の不足」，「認知症ケアリスクが高い」と「施設環境の問題」であった．

表 4－9(1)通所介護施設タイプ別認知症高齢者を受け入れない理由

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅠ身体介護型(2施設)	介護スタッフの不足(2)	・介護スタッフの人手が足りない
	認知症ケア専門知識の不足(2)	・認知症専門知識を持っているスタッフがいない
	認知症ケアリスクが高い(2)	・認知症高齢者を介護する上でリスクが高い
		・家族からの要求や文句が多く、何かが起こると、すぐ施設のせいにする
	施設環境の問題(2)	・元気な高齢者を対象としているため、施設は開放的な空間となっているので、認知症高齢者を介護するうえで大変
		・施設全体において、未解決なバリアフリー問題が多い

タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳ(リハビリ・マッサージ中心型，リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型，ランチ中心型)の通所介護施設の場合，15 施設のうち，認知症高齢者を受け入れない施設は 12 施設あった．そのうち，タイプⅡリハビリ・マッサージ中心型が 3 施設(施設 6，施設 19，施設 21)，タイプⅢリハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型が 3 施設(施設 11，施設 22，施設 23)，タイプⅣランチ中心型が 6 施設(施設 1，施設 4，施設 8，施設 9，施設 16，施設 20)であった．ここでは，認知症高齢者を受け入れない理由として，7 つのカテゴリーが抽出できた．その中で，「認知症ケア専門知識の不足」が 10 件の回答があり，最も多く挙げられた．次いで「施設環境の問題」，「高齢者の介護サービス利用に対する認識の問題」と「家族が介護サービス利用に対する認識の問題」が同じく 8 件，「介護スタッフの不足」が 7 件，「認知症ケアリスクが高い」が 4 件，「その他」が 2 件であった．「その他」の 2 施設はリハビリまたはマッサージが必要な高齢者を対象に，予約制でサービスを提供していた．2 つの施設とも，リハビリスタッフまたはマッサージスタッフしか配属されていなかったため，認知症高齢者を受け入れられない．

表 4－9(2)通所介護施設タイプ別認知症高齢者を受け入れない理由

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳ リハビリ・ マッサージ中心型 リハビリ・ マッサージとレクリエーション・麻雀 併設型 ランチ中心型 (12施設)	介護スタッフの不足(7)	・介護スタッフの募集がなかなか難しい
		・労働時間が長く、給料が少ないため、介護をやりたい人が少ない
		・高齢者とうまく付き合うことができなくて、離職率が高い
		・赤字で運営しているため、介護スタッフを雇う余裕がない
	認知症ケア専門知識の不足(10)	・認知症ケア経験を持っているスタッフが多少いるが、専門知識を持っているスタッフがほとんどいない
		・介護福祉専門学校の卒業生は介護現場で就職したくない
		・専門知識を持っているスタッフを募集するには、コストが高いので、施設の負担になる
		・現在のスタッフの中には、管理者以外に、高年層で学歴の低いスタッフが多く、キャリアアップのことをあまり考えない
	認知症ケアリスクが高い(4)	・認知症高齢者は様々な症状があるため、目が離すとすぐ何かが起こるので、対応するには難しい
		・エスケープの可能性があるので、介護をする上でリスクが高い
		・万が一、事故が起きると、施設側の責任が大きい
		・認知症高齢者の行動が予想できないため、他の利用者に迷惑をかけるかもしれ知れない
	施設環境の問題(8)	・施設内には段差が多く、認知症高齢者が生活する上で不便かつ危険が大きい
		・和式のトイレしかなく、洋式トイレや浴室もない
		・認知症高齢者にとって、在宅に近い施設環境が最も求められるが、今の施設環境はそこまでにはできていない
		・施設が4階にあり、エレベーターがないため、認知症高齢者などのような要介護が必要な高齢者にとって、移動するにはとても不便かつリスクが高い
		・施設の玄関には施錠されていなく、出入りが自由となっているため、認知症高齢者が自分で出かけて、行方不明になったら困る
	高齢者の介護サービス利用に対する認識の問題(8)	・高齢者は施設を嫌がる
		・介護が必要なとき、子供が介護すべきだと思う高齢者が多い
		・介護サービスを受けることはイコール子供が親孝行ではない
		・多くの高齢者は介護サービスを利用する意識がなく、自分の介護ニーズもわからない
	家族の介護サービス利用に対する認識の問題(8)	・介護サービスを受けることはイコール子供が親孝行ではないという認識が強い
		・親を介護することが子供の義務という認識が根強く、施設に預けたがらない
		・親の介護を他人に任せると心配なので、自分で介護したい
		・介護サービスを利用する意識がなく、親の介護ニーズが把握できない
	その他(2)	・短時間でリハビリが必要な高齢者だけを対象としているので、認知症高齢者には対応できない

タイプⅤレクリエーション・麻雀中心型の通所介護施設の場合，8 施設（施設 12，施設 13，施設 14，施設 15，施設 17，施設 18，施設 24，施設 25）はすべて認知症高齢者を受け入れないと回答された．その理由をまとめると，4 つのカテゴリーが抽出できた．そのうち，「介護スタッフがいない」が 8 件の回答があり，最も多く挙げられた．この理由は認知症高齢者を受け入れる上で，8 施設ともに直面している課題といえる．次いで「施設環境の問題」が 7 件，高齢者と家族の介護サービス利用に対する認識の問題がそれぞれ 4 件であった．

表 4－9（3）通所介護施設タイプ別認知症高齢者を受け入れない理由

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅤ レクリエーション・麻雀中心型 （8施設）	介護スタッフがいない（8）	介護スタッフが配属されていない
		介護スタッフを雇う経済的な余裕がない
	施設環境の問題（7）	・一般のトイレしかなく、バリアフリートイレがない
		・施設内、段差があるため、転倒などの事故が起こりやすい
		・入浴設備がない
		・施設全体において、バリアフリーができていなく、開放的な空間なので、元気な高齢者ならまだいいけど、認知症高齢者などの要介護高齢者には向いていない
	高齢者の介護サービス利用に対する認識の問題（4）	・高齢者は施設を嫌がる
		・介護サービスを受けることはイコール子供が親孝行ではないという認識が強い
		・多くの高齢者は自分のことを自分でやりたい気持ちが強く、多少介護が必要になっても、他人の介護を受けたがらない
	家族の介護サービス利用に対する認識の問題（4）	・介護サービスを利用する意識がなく、親の介護ニーズが把握できない
		・親に介護サービスを利用させることは不孝だと思われ、周りの人に笑われる心配がある
		・親を介護することが子供の義務という認識が根強く、施設に預けたがらない

通所介護施設タイプ別認知症高齢者を受け入れない理由を分析することにより，以下の 4 点が明らかとなった．また，施設タイプ別に，共通の理由があるとともに，違う理由もあることが確認できた．

1 つ目は介護スタッフの問題である．そこには介護スタッフの不足，および認知症ケアの専門知識を持っているスタッフがいないことが含まれた．インタビュー調査結果から介護スタッフの問題は通所介護施設が認知症高齢者を受け入れない最も大きな理由であることが明らかとなった．介護スタッフの不足には，重労働であるにもかかわらず，給料が少ないこと，出勤時間が長いこと，また社会的な地位が低いことなどの理由があることがインタビュー調査から挙げられた．また，「認知症ケア専門知識を持っている介護スタッフを募集するには，給料が高いので，施設側にとって大きな負担となることを考えて，やめざるを得ない」という意見もあった．

2 つ目はバリアフリートイレの未設置，段差の未解消など様々な環境課題を抱えている施設が多

かったことが確認できた．未整備の環境により，認知症高齢者が利用する上で，不便かつ危険性が高いことを考えると，結局認知症高齢者を受け入れないことにつながる．そこで，バリアフリーが整備されていない施設環境は通所介護施設が認知症高齢者を受け入れない理由の1つとなった．

この 2 点はタイプⅠ身体介護型，タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳ（リハビリ・マッサージ中心型，リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型，ランチ中心型）とタイプⅤレクリエーション・麻雀中心型の通所介護施設が認知症高齢者を受け入れない共通の理由であることがインタビュー調査結果から把握できた．また，この 2 点ともに通所介護施設側の事情による理由といえる．

3 つ目は認知症ケアを行う上で，認知症高齢者の行動・心理症状への対応，家族の様々な要求への対応，事故が起こる時の責任問題，他の利用者への影響など様々な課題に直面しており，それらの課題が認知症高齢者を通所介護施設のサービス対象から除外する理由の 1 つである．

これはタイプⅠとタイプⅡ・Ⅲ・Ⅳの通所介護施設が認知症高齢者を受け入れない共通の理由であった．

4 つ目はタイプⅡ・Ⅲ・ⅣとタイプⅤの通所介護施設が認知症高齢者を受け入れない理由への分析により，その理由には，施設側の事情だけでなく，高齢者と家族としての利用者側の理由もあることが確認できた．「高齢者の中で，最も介護サービスを必要と想定される 75 歳以上の後期高齢者は伝統的な家族扶養の意識が根強く，施設を嫌がる方が多かった」，「通所介護施設が近年になってからだんだん開設されるため，多くの高齢者は通所介護施設になじみがなく，介護サービスを利用する意識がないだけでなく，自分の介護ニーズさえわからない」といった施設管理者の声が聞こえた．また，「介護サービスを利用する際には高齢者本人より，家族が決めた場合が多い」という意見もあった．しかし，家族扶養の意識が強いこと，介護サービスに対する不信感などにより，家族は介護サービス利用に対して，消極的な態度を持っていることにつがなる．高齢者や家族が介護サービス利用に対する消極的な認識を持っていることにより，通所介護施設は認知症高齢者を含む要介護高齢者を利用対象としない運営としていることから，「受け入れない」という回答につながったと考えられる．

(2) 今後どのような条件が整えれば受け入れることができるのか

認知症高齢者を受け入れない通所介護施設が今後どのような条件が整えれば受け入れることができるのかに関する具体的な回答内容を表 4－10(1)と 3－10(2)にまとめた．表の中の（　）内の数字は，回答のあった件数である．

タイプⅠ身体介護型の通所介護施設の場合，5 施設のうち，認知症高齢者を受け入れない施設は 2 施設あり，それは施設 7 と施設 10 であった．この 2 施設に関しては，認知症高齢者を受け入れるための改善条件については，「認知症専門知識を持っているスタッフの配属」（施設 10）と「認知症専門施設の開設」（施設 7）が挙げられた．

タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳ（リハビリ・マッサージ中心型，リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型，ランチ中心型）における認知症高齢者を受け入れない 12 施設のうち，今後も認知症高齢者を受け入れないと回答した 3 施設（施設 6，施設 21，施設 22）を除き，残りの 9 施設を分析対象とし

た. ここで認知症高齢者を受け入れるための改善条件については, 6 つのカテゴリーが抽出できた. そのうち,「施設環境の改善」が 9 件の回答があり, 最も多く挙げられた. 次いで「介護スタッフの人数の確保」が 8 件,「認知症専門知識を持っているスタッフの配属」が 5 件,「家族の介護サービス利用に対する認識の改善」が 4 件,「介護サービスの充実」が 3 件,「高齢者の介護サービス利用に対する認識の改善」が 2 件であった.

表 4－10(1)認知症高齢者を受け入れるための改善条件

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅠ 身体介護型 (2施設)	認知症専門知識持っているスタッフの配属(1)	・認知症ケア専門知識のあるスタッフを募集し、認知症ケアを行ってもらう
	認知症専門施設の開設(1)	・認知症高齢者だけを対象とする認知症専門通所介護施設をつくる
タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳ リハビリ・マッサージ中心型 リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型 ランチ中心型 (12施設)	介護スタッフの人数の確保(8)	・介護スタッフの人数を増やすこと
		・介護スタッフの人数を確保できないと、認知症高齢者どころか、軽度の要介護者でも受け入れられない
		・介護スタッフが足りない実態を改善する
		・認知症高齢者は様々な症状があり、事故が起こりやすいため、現状の少ないスタッフでなかなか対応できない
	認知症専門知識を持っているスタッフの配属(5)	・介護福祉専門学校の卒業生などのような専門知識を持っているスタッフを募集し、認知症ケアを行う
		・認知症高齢者の介護経験・知識を持っているスタッフを募集する
		・現任スタッフに認知症ケアの研修などに参加させ、認知症高齢者を介護する専門知識を習得してもらう
	施設環境の改善(9)	・改修転用の施設なので、認知症高齢者が過ごしやすい施設環境を整備する必要がある
		・トイレをはじめとする施設全体環境のバリアフリー化
		・エレベーターを設置する(コストが高いため、実現が難しい
		・認知症高齢者の安全を確保するために、施設玄関に施錠をかける必要がある
	介護サービスの充実(3)	・現在提供できる介護サービスが限られている。今後、認知症高齢者を含める要介護高齢者を受け入れるためには、介護サービスを充実する必要がある
	高齢者の介護サービス利用に対する認識の改善(2)	・高齢者の介護サービスに対する伝統的な意識の改善
		・高齢者に介護サービス利用の利点を認識してもらう
	家族の介護サービス利用に対する認識の改善(4)	・家族は介護の専門的な知識がないため、高齢者の介護ニーズを把握できない
		・親に介護サービスを受けさせることイコール不孝という考え方を変える
		・家族に専門的な介護サービスのいいところを認識してもらい、介護にあたって、1人で抱え込むのではなく、専門的な介護スタッフに支援を求めるようにする必要がある

タイプⅤレクリエーション・麻雀中心型の通所介護施設の場合，8 施設のうち，3 施設（施設 12，施設 13，施設 14）は今後も認知症高齢者を受け入れないと回答された．この 3 施設を除き，施設 15，施設 17，施設 18，施設 24，施設 25 の 5 施設を分析対象とした．今後認知症高齢者を受け入れるための改善条件については，5 つのカテゴリーが抽出できた．そのうち，「介護スタッフの人数の確保」，「施設環境の改善」と「家族の介護サービス利用に対する認識の改善」が同じく 4 件で，最も多く挙げられた．次いで「認知症専門知識を持っているスタッフの配属」と「高齢者の介護サービス利用に対する認識の改善」がそれぞれ 3 件であった．

表 4－10（2）認知症高齢者を受け入れるための改善条件

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅤ レクリエーション・麻雀中心型 （8施設）	介護スタッフの人数の確保（4）	・介護スタッフの人手不足の現状の改善
		・介護スタッフを募集し、介護サービスが提供できるスタッフ人数を確保する
	認知症専門知識を持っているスタッフの配属（3）	・専門介護スタッフの配属
		・施設運営を介護サービス事業所に委託する
	施設環境の改善（4）	・認知症高齢者などのような要介護高齢者がすごしやすい施設環境の整備
		・事故を防ぐために、倉庫やキッチンなど危険性があるところに鍵をかけなければならない
		・施設入り口やトイレなどの段差をなくす
	高齢者の介護サービス利用に対する認識の改善（3）	・高齢者の介護サービスに対する拒否的な態度の改善
		・介護サービスを利用することはイコール子供が不孝という認識の改善
	家族の介護サービス利用に対する認識の改善（4）	・親に介護サービスを受けさせることイコール不孝という考え方を変える
		・家族に専門的な介護サービスのいいところを認識してもらい、介護にあたって、1人で抱え込むのではなく、専門的な介護スタッフに支援を求めるようにする必要がある

上述の調査結果から今後認知症高齢者を受け入れるための改善条件について，「施設側の改善条件」と「利用者側の改善条件」に整理することができる．「施設側の改善条件」については，介護スタッフをはじめ，施設環境とサービス内容の改善が含まれた．介護スタッフの人数の確保について，表 2 の通所介護施設の基本状況から，28 施設のうち，14 施設で一日配属されたスタッフ数が 0～2 人であることが把握できた．数少ないスタッフ体制で，レクリエーションやランチ提供だけで精一杯なので，介護が必要な認知症高齢者を受け入れられないことが考えられる．認知症専門知識を持っているスタッフの配属について，認知症に関する知識を持っている介護福祉専門学校の卒業生を募集すること，スタッフに対する現任教育を行うことなどが挙げられた．しかし，現状では大多数の施設は赤字で運営しているため，専門介護スタッフの募集や現任教育を行うことがなかなかできないと調査対象管理者から聞き取った．また，施設環境の改善について，出入口，トイレなどの段差解消やエレベーター設置など施設バリアフリー化，施設内を在宅環境に近い雰囲気の空間に整備することなどが挙げられた．さらに，サービス内容の改善について，現状のスタッフは介

護専門知識を持っている者が少ないため，提供できるサービス内容が限られている．今後認知症高齢者を受け入れるためには，まず介護スタッフの専門性を高めながら，サービス内容の充実や質の改善が求められる．一方，「利用者側の改善条件」について，認知症高齢者を受け入れるためには，通所介護施設側は改善対策をとるだけでなく，利用者である高齢者と家族の意識改善も必要であることが把握できた．家族扶養の意識が強いこと，介護ニーズが把握できないこと，介護サービスに対する不信感などにより，高齢者と家族は介護サービス利用に対して，消極的な態度を持っていることにつがなっていたと考えられる．そのため，今後，通所介護施設が認知症高齢者を受け入れるためには，高齢者本人だけでなく，家族の意識改善を図ることも重要であることが示唆された．

施設タイプ別に見ると，タイプⅠ身体介護型の場合，入所介護施設と併設しているので，施設環境が比較的よく整えられており，改善条件については，介護スタッフの専門性の確保だけが挙げられた．一方，タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳとタイプ Ⅴについては，介護スタッフ，施設環境の改善に加えて，高齢者，家族の介護サービス利用に対する認識の改善が挙げられた．

5. 認知症高齢者を対象とした介護を行う上での行政への期待

認知症高齢者を対象とした介護を行う上で，行政に期待する支援に関する回答内容をまとめた結果，28 施設のうち，22 施設から回答が得られた．その他の 6 施設について，2 施設（施設 11，施設 15）が「わからない」，4 施設（施設 12，施設 13，施設 14，施設 21）が「今後も認知症高齢者を受け入れるつもりがない」と回答され，無回答であった．22 施設から得られた回答内容を施設タイプ別に表 4－11（1），表 4－11（2）と表 4－11（3）にまとめることができた．

タイプⅠ身体介護型の通所介護施設の場合，認知症高齢者を対象とした介護を行う上での行

表 4－11（1）認知症ケアにおける行政に期待する支援

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅠ 身体介護型 （5施設）	認知症ケアに関する研修の実施（3）	・認知症介護に関する研修を行い、できれば、施設の介護現場での研修が一番いい
		・認知症高齢者介護に関する研修や指導を提供する
	施設環境の改修支援（2）	・施設環境のバリアフリー改修に関する補助金制度を作ってほしい
		・エレベーターの設置などのような高額の費用が必要な改修について、一部のお金を出してほしい
	介護職員の賃上げ（2）	・介護スタッフの給与水準を高める
		・認知症高齢者を受け入れるためには、スタッフの人数を確保する必要がある。それを実現するために、介護スタッフの給料を上げないといけいない
	認知症高齢者を対象とする介護手当の支給（1）	・認知症高齢者の介護コストが高いので、介護保険に認知症ケアの手当てを入れほしい
	認知症介護認定基準の作成（1）	・認知症高齢者の介護認定基準を作成し、統一してほしい

政への期待について，インタビュー調査結果から 4 つの支援対策が抽出できた．その中で，「認知症ケアに関する研修の実施」が 3 件と最も多く，次いで「施設環境の改修支援」，「介護職員の賃上げ」がそれぞれ 2 件挙げられた．また，「認知症高齢者を対象とする介護手当の支給や認知症高齢者の介護認定基準の作成が行政に期待する支援として挙げられた．

タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳ（リハビリ・マッサージ中心型，リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型，ランチ中心型）の場合，15 施設のうち，無回答の施設 11 と施設 21 を除き，残りの 13 施設を分析対象とした．認知症ケアにおける行政に期待する支援として，「認知症ケアに関する研修の実施」が 10 件と最も多く挙げられた．次いで「介護職員の賃上げ」が 9 件，「認知症高齢者を対象とする介護手当の支給」が 7 件，「施設環境の改修支援」が 6 件，「社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善」が 4 件の順であった．

表 4－11（2）認知症ケアにおける行政に期待する支援

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳ リハビリ・マッサージ中心型 リハビリ・マッサージとレクリエーション・麻雀併設型 ランチ中心型（13施設）	認知症ケアに関する研修の実施（10）	・認知症介護の専門知識や技術を勉強できる研修を行い、現任介護職員の専門性を高める
		・介護職員の収入が少ないため、無料で受けられる認知症ケア研修のチャンスを提供する
		・今の介護スタッフの研修カリキュラムに認知症ケアの内容を入れる
	施設環境の改修支援（6）	・施設環境のバリアフリー改修に関する補助金制度を作ってほしい
		・行政が施設建物を提供してくれるのがありがたいが、改修転用の建物なので、バリアフリー基準を満たしていないところが多いため、介護を行う上でとても不便である。改修の支援制度があったらいい
		・認知症高齢者が安全かつ快適に利用できるために、どのような施設環境改善が必要なのかに関する指導をしてもらいたい
	介護職員の賃上げ（9）	・介護職員の給料が少ないため、募集が難しい
		・介護専門知識を持っている職員が集まらないため、給料を上げてほしい
		・認知症ケアが大変なので、認知症ケア専門手当があったらいい
	認知症高齢者を対象とする介護手当の支給（7）	・認知症高齢者を介護するうえで、家族にとって精神的な負担だけでなく、経済的な負担も大きいため、認知症高齢者とその家族をサポートできる認知症ケア専用補助金制度が必要である
		・介護手当を支給することにより、認知症高齢者の介護サービス利用を促す
	社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善（4）	・新聞やマスコミなどの手段を利用して、一般の人々が施設に対するイメージの改善を図る
		・多くの高齢者と家族は介護サービスの利用に対して、偏見を持っているため、行政をはじめ、その意識改善に取り組んでほしい
		・多様な方法で介護知識の普及を図りながら、社会全体に介護サービスの専門性を認識してもらう

タイプⅤレクリエーション・麻雀中心型の通所介護施設の場合，8 施設のうち，無回答の 4 施設を除き，残りの 4 施設を分析対象とした．認知症ケアにおける行政に期待する支援として，「専門介護施設の開設への支援」が 4 件と回答され，最も多く挙げられた．次いで「社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善」と「認知症高齢者を対象とする介護手当の支給」がそれぞれ 2 件であった．

表 4－11(3)認知症ケアにおける行政に期待する支援

施設タイプ	カテゴリー	コード
タイプⅤ レクリエーション・ 麻雀中心型 (4施設)	専門施設開設への支援(4)	・認知症高齢者を対象とする専門施設の開設に対して、経済的と政策的な支援を提供してほしい
		・介護サービス事業所に通所介護施設を委託し、運営してもらうように支援してほしい
	社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善(2)	・高齢者の介護サービス利用に対する認識改善に取り組んでほしい
		・多様な方法で介護知識の普及を図りながら、社会全体に介護サービス利用の利点を認識してもらう
	認知症高齢者を対象とする介護手当の支給(2)	・認知症ケアができる施設でも、その費用が高いので、多くの家庭は負担できない、介護手当を支給することで、専門的な介護を受けるための一助けとなる

上述の調査結果から認知症高齢者を介護する上で行政に期待する支援として，主に 6 点に整理することができる．回答件数が多い順から見ると，1 つ目は「認知症ケアに関する研修の実施」であった．認知症ケアに関する研修の実施に関して，認知症ケア専門研修の実施だけでなく，現行介護スタッフ短期養成カリキュラムに認知症ケアの学習内容を入れることが含まれた．2 つ目は「介護スタッフの賃上げ」であった．介護スタッフの賃上げに関して，介護スタッフの給料水準を上げてほしいことや認知症高齢者を受け入れる施設を対象に，認知症ケア専門手当をつけることなどが挙げられた．3 つ目は「「認知症高齢者を対象とする介護手当の支給」であった．認知症高齢者を対象とする手当の支給に関して，認知症高齢者の家庭の経済的な負担を軽減するための専門補助金制度の作成と介護サービスを利用するための介護手当の支給が挙げられた．4 つ目は「施設環境の改修支援」であった．施設環境の改修支援に関して，バリアフリー化改修に必要な補助金制度を含める制度的な支援や施設環境改善の指導提案のコンサルティングの支援などが期待された．5 つ目は「社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善」であった．社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善に関して，マスコミなどを利用する社会全体が施設に対する印象改善，行政主導の高齢者・家族を対象とする介護サービス利用への偏見の改善，介護知識の普及による介護サービスの宣伝などが挙げられた．6 つ目は「専門介護施設の開設への支援」であった．認知症専門介護施設の開設への経済的，政策的支援の提供や専門的介護サービスが提供できる事業所に委託し，運営することへの支援が期待された．

施設タイプ別にみると，タイプⅠとタイプⅡ・Ⅲ・Ⅳとは認知症高齢者を介護する上で行政に期待する支援内容について，「社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善」を除き，ほぼ同じであった．タイプⅡ・Ⅲ・Ⅳの通所介護施設にとって，社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善は通所介護サービスの利用の増加に直接かかわるので，行政に期待する支援の一つと

して挙げられた．しかし，タイプⅠの通所介護施設の場合，通所介護施設と入所介護施設が併設しているので，通所介護施設より，入所介護施設を中心にやっており，通所介護施設に対して，特に期待していないことが調査対象の管理者から聞き取った．タイプⅤの場合，タイプⅠとタイプⅡ・Ⅲ・Ⅳとは共通の支援内容があるが，異なった支援内容も見られた．それは「専門介護施設の開設への支援」であった．タイプⅤはレクリエーション・麻雀中心型の通所介護施設なので，現状では介護サービスが提供できない．今後，認知症高齢者を受け入れるためには，専門介護スタッフを備えた施設を開設するか，専門的介護サービスが提供できる事業所に運営を委託することが必要である．これは麻雀，レクリエーションを中心とした運営を行っているタイプⅤの施設に特有の事情であると考えられる．

6. 考察

(1)通所介護施設における認知症高齢者受け入れの実態

調査結果から 28 施設のうち，22 施設が認知症高齢者を受け入れないと回答し，全体の 8 割近くを占めていたことが明らかとなった．また，それらの施設は認知症高齢者を受け入れないだけでなく，一般の要介護高齢者も受け入れておらず，自立高齢者だけを対象としていたことが把握できた．通所介護施設については，地域で自立生活ができなく，または日常生活上ある程度介護が必要な要介護高齢者を対象に，食事，介護，リハビリ，レクリエーションなどのサービスを提供する施設と定義されている．しかし，現状の通所介護施設は麻雀などのレクリエーションを中心に提供しており，元気な高齢者を対象とする施設が多く，その本来の役割を果たしていない現状にあることがわかった．その理由として，介護スタッフの不足および認知症ケアの専門的知識の不足という介護スタッフの問題，施設環境の問題，高齢者や家族が介護サービス利用に対する認識不足という 3 点が挙げられることが調査結果の分析より明らかになった．

(2)認知症高齢者の受け入れを妨げている要因

①通所介護施設における介護スタッフの不足及び認知症ケア専門知識の不足

通所介護施設において，認知症高齢者の受け入れを妨げている要因の 1 つ目は介護スタッフの不足および認知症ケア専門知識の不足である．通所介護施設として，認知症高齢者を受け入れ，サービスを提供する上では，まず介護スタッフの人数と介護スタッフが認知症ケアの専門知識を持っていることを確保しなければならない．しかしながら，インタビュー調査結果から多くの通所介護施設が赤字で運営しているので，最低限の介護スタッフしか確保できていないことが把握できた．また，現任のスタッフの中には，事務スタッフ，清掃スタッフ，厨房スタッフ，ボランティアなど介護サービスを担うことができないスタッフが大多数を占めていた．これらのスタッフは認知症ケアの専門知識どころか，一般の介護知識も持っていないことから，通所介護施設として提供できるサービスがランチやレクリエーションなどの介護専門知識や技術が要らないサービスに限定されることにつながっていた．介護を担うことができるスタッフが不足していることが，通所介護施設における認知症高齢者の受け入れを妨げている大きな要因であることがインタビュー調査結果から明らかになった．

②通所介護施設における施設環境の問題

通所介護施設において，認知症高齢者の受け入れを妨げている要因の 2 つ目は施設環境の問題である．28 通所介護施設のうち，26 施設はすべて行政が無料で提供した建物を転用して，通所介護施設として運営していた．もともと通所介護施設として建設したものではなく，既存の建物を改修転用している為，「段差がある」，「バリアフリートイレができていない」，「浴室がない」，「エレベーターが設置されていない」など，介護が必要な高齢者が利用する上での建物環境上の課題を抱えていた．施設環境のバリアフリー化は，介護が必要な高齢者が安全かつ快適に利用する上で，欠かせないものである．ほとんどの通所介護施設が赤字で運営しているため，高額の費用を使って，施設環境のバリアフリー改修を行うことができない現状にあることが把握できた．

③高齢者や家族の介護サービス利用に対する認識不足

通所介護施設における認知症高齢者の受け入れを妨げている要因には施設側の要因だけでなく，利用対象である高齢者とその家族側の介護サービス利用に対する認識不足という要因があることがわかった．それは，高齢者本人だけでなく家族が介護サービスを利用することに拒否的な意識や態度を持っているということである．なぜ，そのような意識や態度を持つのかについて，以下の 3 点に整理することができた．①伝統的な家族扶養意識が強いため，介護サービス利用イコール子供不孝という認識を持っている者が多い，②高齢者入所施設の介護サービスの質が確保できないことが社会的に周知されていることから，介護サービスに不信感を持っている高齢者や家族が多い，③介護サービスを利用することにあたって，政府からの介護補助の支給は 80 歳以上の高齢者に限られ，また自己負担部分も多いため，多くの高齢者や家族は介護費用の負担ができない．このように，高齢者や家族が介護サービス利用に拒否的で施設があっても利用しない為，施設側としては利用者の人数が確保できないことにより，赤字運営となり，介護スタッフの人数確保や認知症ケアの専門知識を持っているスタッフの募集ができないという悪循環に陥ってしまう．その為，施設運営者としては，介護を必要とする高齢者を対象としたサービスではなく，自立高齢者対象のレクリエーションを中心としたサービスの提供・運営を選択せざるを得ない状況にあるといえる．

(3) 通所介護施設において，認知症高齢者を受け入れる上で求められる支援方策

上述の通所介護施設における認知症高齢者の受け入れを妨げている要因を踏まえて，今後，通所介護施設において認知症高齢者を受け入れる上で求められる対策として，以下の 4 点を挙げる．

①認知症ケアの専門知識を有する介護スタッフの養成と施設への配置

通所介護施設として，今後認知症高齢者を受け入れるためには，まず介護スタッフの人数を確保しながら介護スタッフの認知症ケアの専門知識の向上を図ることが必要である．認知症ケアの専門知識を持つ介護スタッフを確保するには，認知症ケア専門知識を持っている介護スタッフを募集することまたは現任介護スタッフを対象に認知症ケアに関する専門教育を行うことが考えられる．認知症ケアの専門知識を持っている介護スタッフを募集することは一番いい方法と思われるが，専門人材の給与水準が高いので，多くの施設には負担できないと，インタビュー調査において管理者が語っていた．一方，介護スタッフの現任教育について，中国における介護スタッフの短期養成研修のカリキュラムを確認したところ，生活介護技術，医療的介護技術，心理的ケアなどがあるが，認

知症ケアに関する知識と内容は見られなかった．高齢化の進行に伴い，今後認知症高齢者の増加が予測されるので，短期養成研修のカリキュラムには認知症ケアに関する学習内容を追加することは必須の課題と考えられる．また，通所介護施設を運営する会社内において，定期的に認知症ケアに関する研修や勉強の機会を持つことも現任介護スタッフの専門知識の向上には有効であると考えられる．介護スタッフの人数と専門性を確保することは，認知症高齢者が安心かつ安全に介護サービスが利用できることに役立つだけでなく，通所介護施設のサービス内容の充実，利用者の増加，競争力の向上などにもつながる．したがって行政には，認知症ケアの専門知識を有する介護スタッフの養成に取り組むとともに，施設への就職と定着に力を入れることが求められる．認知症ケアの専門知識を有する介護スタッフの養成については，短期養成研修に認知症ケアに関する学習内容の追加や認知症ケアに関する専門研修の開催などが考えられる．一方，認知症ケアに関する専門知識を有する介護スタッフが施設に就職し，定着するためには，給料を含む報酬の向上が欠かせない．そこで，介護職の賃上げや待遇の改善に関しても，行政による支援が求められる．

②通所介護における施設環境の改善方策

次に通所介護施設の施設環境を改善し，認知症高齢者など要介護高齢者でも安全かつ快適に利用できるバリアフリー環境整備が求められる．しかし，現状の施設管理者の声として，「施設環境に課題があることを知っているが，赤字運営の現状のもとで，なかなか施設環境の改善には取り組めない」，「行政が無料に提供してくれた施設建物を利用しており，契約は 1 年～3 年ぐらいの短期間なので，高額のお金を使って施設環境を改善することが損になる」，「施設環境を改善したいが，でも専門的な人がいないので，どのように改善したらいいかわからない」といった要因から，結果的には通所介護施設の環境改善が進まない状況にあることが把握できた．通所介護施設の運営者が，介護を要する高齢者に配慮した施設の居住環境の改善に取り組むためには，行政として，施設建物の契約期間の延長，施設環境の改善に適用できる補助金制度，施設環境の改修におけるコンサルティング専門職の配置などに取り組むことが求められる．

③行政による認知症高齢者を対象としたサービス提供事業所への支援

インタビュー調査結果から大多数の通所介護施設が認知症高齢者を受け入れないことが明らかとなった．その理由について，調査対象の管理者から聞き取った内容をもとに，主に 2 点に整理することができた．1 つ目は認知症ケアのリスクが高いことである．そのリスクには認知症高齢者本人の安全を確保することだけでなく，他の利用者にも影響を及ぼす可能性があると考えられる．2 つ目は認知症高齢者の場合，認知症のタイプや進行段階により，中核症状だけでなく，様々な行動・心理症状も伴うため，24 時間の見守りと専門介護が必要である．そのため，介護スタッフの人数と認知症ケアの専門知識などの介護コストが上がり，施設にとって大きな負担となる．以上のことにより，多くの通所介護施設は認知症高齢者をサービス対象から除外した．今後，認知症高齢者も一般の要介護高齢者と同じく，通所介護施設を利用できるようにするには，行政による認知症高齢者を受け入れる通所介護施設に対する支援策が欠かせないと考えられる．例えば，認知症高齢者を受け入れる施設を対象に，認知症ケア手当や補助金の支給といった政策的な支援の提供について検討することが望まれる．

④高齢者と家族の介護サービス利用に対する認識の改善方策

認知症高齢者を受け入れるためには，施設側と行政側が積極的に取り組むことだけでなく，高齢者や家族など一般の人々が介護サービス利用に対する認識を改善することも必要である．高齢者や家族の介護サービス利用に対する認識を改善することにより，通所介護施設の利用者の増加，施設の運営状況の改善が図られるだけでなく，家族の介護負担の軽減にもつながると考えられる．それを実現していく上では，行政，通所介護施設，マスコミなどによる対策が求められる．まず行政側として，高齢者福祉対策を検討する際，一般の要介護高齢者だけでなく，認知症高齢者への支援にも重点を置く必要がある．国や地方レベルの高齢者福祉対策において，認知症高齢者に重点を置くことにより，社会全体の認知症高齢者介護に対する関心が高まると考えられる．通所介護施設は在宅介護支援の 1 本柱として，行政から重視されているが，通所介護施設が近年になってようやく開設され，普及され始めた段階であることから，一般の人々にとって，まだなじみのない存在といえる．そこで，テレビや新聞などのマスコミを利用し，在宅生活を送る認知症高齢者やその家族にとって通所介護施設を利用することが有効であることを取りあげることにより，通所介護施設の社会認知度を高めることが必要と考えられる．さらに，通所介護施設側として，地域の人々を対象に，様々なイベントや活動を開催することを通じて，通所介護サービスの良いところを認知してもらい，高齢者や家族の通所介護施設の利用に対する認識改善を図り，サービス利用につなげていくことが望まれる．

第 2 節　訪問介護事業所における認知症ケアの実態と課題

1. 調査概要

(1)研究の目的

本研究の目的は訪問介護事業所に焦点を当て，認知症高齢者の利用状況，認知症ケアを行う上での課題，必要とする改善対策，施設の運営状況などを把握し，訪問介護事業所が認知症高齢者を受入れて支援する上で直面する課題について明らかにし，その課題を克服する上で必要となる対策について検討する.

(2)調査対象と調査方法

本研究では，成都市高新区における訪問介護事業所 6 事業所を調査対象施設とした. 調査にあたって，対象事業所を調査員により訪問し，施設管理者を対象に，あらかじめ作成したインタビューガイドを用いて，半構造化インタビュー調査を実施した. 調査対象者の許可を得てインタビュー内容を録音し，その後，逐語録を作成した. インタビューは中国語で実施したが，その内容を日本語に訳した上で分析を行った.

インタビュー調査の実施場所は各対象事業所の事業所管理室で，調査に要した時間は1対象者あたり 30～40 分であった. 調査実施時期は 2019 年 2 月～3 月である.

(3)調査内容

質問項目は，①事業所の基本状況（開設年，事業所建物の所有状況，設立主体・運営主体，受け入れ対象者の種類など），②認知症高齢者の受け入れ状況（認知症高齢者を受け入れているかどうか，今後受け入れるか，受け入れない場合の理由），③認知症ケアの専門スタッフの配置状況（認知症ケア研修の実施有無），④認知症ケアの課題（認知症高齢者を受け入れる上で必要な対策など），⑤調査対象者の基本属性（年齢，性別，職務，高齢者事業にかかわる経験年数，保有資格，学歴など）で構成した.

(4)分析方法

インタビュー調査結果の録音をもとに逐後録を作成し，質問項目毎に逐語録を意味のある分節でコード化を行い，共通性のあるコードをグルーピングし，カテゴリー名を付ける作業を行った. この作業を繰り返し行うことにより，カテゴリーを洗練し，質的分析を行った.

(5)倫理的配慮

調査対象者には，事前に調査目的，調査方法，調査データの取り扱いなどについて，口頭で説明した. また，調査研究への参加は任意であること，得られたデータを研究目的以外に使わないこと，個人情報や事業所情報の漏えいを防ぐためデータは厳重に管理することを説明し，調査協力の同意を得た上で調査を実施した. 尚，本調査は日本福祉大学大学院倫理審査委員会の承認(通知番号 17-014)を得ている.

2. 訪問介護事業所の基本状況

(1)調査対象訪問介護事業所の基本状況

調査対象訪問介護事業所の基本状況を表 4－12 に示す．事業所建物の所有状況については，賃借が 3 事業所，行政無料提供が 3 事業所と半々であった．行政無料提供の 3 事業所について，訪問介護事業所が通所介護施設と併設しており，通所介護施設と同じ建物を利用していた．また，他の所で入所施設も運営していた．賃借で利用している 3 事業所は通所介護施設とは併設していないが，他の所で入所施設などを運営していた．運営主体については，6 事業所ともに民設民営であった．そのうち，事業所 2 は市場化運営で，全額自費でサービスを利用する訪問介護事業所であった．事業所 2 を除き，他の 5 事業所はすべて行政からの委託運営であった．委託運営の場合，要介護認定を受けた高齢者は要介護度に応じた介護補助金があり，その補助金範囲内での介護サービス利用は無料である（介護補助金を超えた介護サービス利用は全額自己負担）．利用者総数については，30 人から 470 人までばらつきが大きかった．介護資格を持っているスタッフ数については，スタッフ全員が介護資格を持っている事業所（事業所 6）があったのに対し，介護資格を持っているスタッフがいなかった事業所（事業所 2，事業所 3）もあった．

表 4－12　訪問介護事業所の基本状況

事業所番号	開設年	事業所建物所有状況	運営主体	利用者総数	利用者数/日	スタッフ人数	介護資格有スタッフ数	スタッフの役割	スタッフ給料/月（万円）
1	2015	賃借	民設民営	370	40	10	4	事業所管理者1人 介護スタッフ9人	5～6.5
2	2011	賃借	民設民営	30	5	3	0	事業所管理者1人 介護スタッフ2人	5～6
3	2017	行政無料提供	民設民営	470	45	28	1	事業所管理者1人 事務スタッフ2人 介護スタッフ25人	6.5～10
4	2017	行政無料提供	民設民営	80	25	14	6	事業所管理者1人 相談員1人 マッサージスタッフ2人 介護スタッフ8人 厨房スタッフ2人	6.5～8
5	2014	行政無料提供	民設民営	53	4	4	2	事業所管理者1人 相談員1人 介護スタッフ2人	5～6.5
6	2017	賃借	民設民営	46	2	5	5	事業所管理者1人 マッサージスタッフ1人 介護スタッフ3人	5～6.5

(2)訪問介護事業所における訪問介護サービス提供の実態

訪問介護事業所に対して，提供している各サービスが事業所の提供サービス全体の中で，占めている割合について，聞いた回答結果を表 4－13 に示す．訪問清掃サービスが占める割合が最も高い事業所がほとんどで，6 事業所のうち 5 事業所，提供サービス全体の 40～80%を占めていた．次いで高いのがランチ宅配で，提供サービス全体の 10～50%を占めていた．この 2 つのサービス

項目を合わせると，提供サービス全体の 60～85%を占めていることが分かった．その他には，訪問理美容，買い物代行，訪問入浴介護，訪問マッサージ，訪問血圧測定，訪問食事作り等多岐にわたっていたが，提供サービス全体に占める割合は 10%以下がほとんどで，多くても 15%，20%のものがいくつか含まれるだけであった．

表 4－13　訪問介護サービス提供の実態

事業所番号	清掃サービス	ランチ宅配	訪問理美容	買い物代行	訪問入浴介護	マッサージ	血圧測定	食事作り	入院中の付き添い介護	病院受診の付添	電気代などの代行支払	爪切り	備考
1	60%	20%	10%	—	—	*1	—	—	*2	—	*3	*4	*1～*3 合わせて10%
2	50%	10%	—	10%	15%	—	—	*4	—	*5	—	—	*4と*5 合わせて15%
3	80%	—	*6	—	5%	—	5%	—	—	—	*7	*8	*6～*8 合わせて10%
4	40%	45%	*9	—	—	10%	—	—	—	—	—	*10	*9と*10 合わせて5%
5	20%	50%	20%	—	8%	—	—	—	—	—	—	2%	—
6	65%	—	—	—	—	20%	—	15%	—	—	—	—	—

(3)訪問介護事業所別調査回答者の基本属性

調査回答者の基本属性を表 4-14 に示す．年齢構成については，20 代が 3 人，30 代が 3 人であった．性別については，6 人とも女性であった．学歴については，大学が 5 人，専門学校が 1 人であった．職務については，管理運営責任者が 3 人，事業所担当者が 3 人と半々であった．高齢

表 4-14　調査回答者の基本属性

事業所番号	年齢	性別	学歴	職務	高齢者事業にかかわる経験年数	保有資格
1	23	女性	大学	管理運営責任者	3年	中級介護員
2	30	女性	大学	管理運営責任者	8年	中級介護員
3	24	女性	大学	事業所担当者	1年	中級介護員
4	38	女性	大学	事業所担当者	3年	資格なし
5	34	女性	大学	管理運営責任者	10年	中級介護員、社会福祉士
6	27	女性	専門学校	事業所担当者	4年	中級介護員

注1：管理運営責任者とは会社全体の統括的な管理運営業務を行う責任者である。
注2：事業所担当者とは各訪問介護事業所拠点の日常業務を担当する現場リーダーである。

者事業にかかわる経験年数については，1 年から 10 年までとばらつきがあった．保有資格については，中級介護員資格を持っている者が 5 人で，そのうち，1 人は社会福祉士の資格も持っていた（事業所 5）．資格なしと回答した者（事業所 4）は経営管理専攻出身で，ホテルでの仕事経験があり，3 年前から訪問介護事業にかかわるようになった．

(4) 訪問介護事業所における認知症高齢者の受け入れ状況

訪問介護事業所における認知症高齢者の受け入れ状況を表 4－15 に示す．認知症高齢者の受け入れ状況をみると，「受け入れており，現在利用者がいる」と回答した事業所が 3 事業所（事業所 1，事業所 5，事業所 6），「受け入れているが，現在利用者がいない」と回答した 2 事業所（事業所 3，事業所 4）を合わせると，合計 5 事業所は認知症高齢者を受け入れていた．一方，「受け入れない」と回答した事業所は 1 事業所（事例 2）であった．

表 4－15　訪問介護事業所における認知症高齢者の受け入れ状況

事業所タイプ	認知症高齢者を受け入れる		認知症高齢者を受け入れない
	現在利用者がいる	現在利用者がいない	
事業所数	3	2	1
事業所番号	事業所1 事業所5 事業所6	事業所3 事業所4	事業所2

3.訪問介護事業所において認知症高齢者を受け入れている事業所の状況

(1) 認知症高齢者を受け入れており，現在利用者がいる事業所の状況

認知症高齢者を受け入れており，現在利用者がいる事業所の状況の表 4－16 に示す．「認知症高齢者を受け入れており，現在利用者がいる」と回答された 3 事業所のうち，事業所 1 の場合，調査時点で利用者 370 人のうち，認知症高齢者が 37 人，全体の 10%を占めていた．認知症介護レベルに関しては，把握されていなかったため，「わからない」との回答であった．「認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいるか」を聞いた結果，「認知症ケア経験を持っているスタッフはいるが，専門的な知識を有するスタッフはいない」と回答された．「認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したことがあるか」について，「研修を実施したことがある」との回答であったが，「本社で月に 1 回高齢者介護にかかわる勉強会を行っているが，認知症をテーマとした勉強会は非常に少ない」との現状が伺えた．「認知症ケアにおける問題点と課題」については，「認知症ケア専門スタッフがいない」，「認知症高齢者との意思の疎通が難しいので，介護ニーズが把握しにくい」，「家族介護者は介護サービスへの認識度が低いため，居室掃除以外のサービスの利用度が低い」との課題が挙げられた．

事業所 5 の場合，利用者 53 人のうち，認知症高齢者が 6 人であった．6 人のうち，軽度認知症高齢者が 2 人，中度認知症高齢者が 4 人であった．「認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいるか」を聞いた結果，3 人いるとの回答であった．3 人とも介護福祉専門学校の卒

業生であった.「認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したことがあるか」について,「研修について, 特に決まっていないが, ニーズにより, 不定期に行っている. 認知症ケアに関する研修は過去 1 回やったことがある」との回答であった.「認知症ケアにおける問題点と課題」については,「家族との意思の疎通が最も困っている. 家族は認知症高齢者の安全だけを重視する, それ以外の介護ニーズがわからない, また, 介護スタッフのアドバイスを受け入れてくれない」との課題が挙げられた.

事業所 6 の場合, 利用者 46 人のうち, 認知症高齢者が 2 人で, そして, 2 人とも中度の認知症であった.「認知症高齢者介護の専門的知識を有する介護スタッフがいるか」を聞いた結果,「いない」と回答された. また,「認知症高齢者介護の専門的知識に関する研修を実施したことがあるか」について,「研修を実施したことがあるが, その研修は高齢者介護全般に関する研修で, 認知症のことを少ししか触れていなかった」との回答であった.「認知症ケアにおける問題点と課題」については,「認知症に関する専門的知識を持っているスタッフがいない」,「サービスを提供するとき, 認知症高齢者が自己決定できないため, 本人のニーズより家族のニーズが優先になっている」との課題が挙げられた.

3 事業所の認知ケアにおける問題点と課題を整理すると, ①施設側の問題点と②利用者と家族側の問題点に分類された. ①施設側の問題点には介護スタッフの不足と認知症ケアの専門的知識の不足の 2 点が含まれた. 一方, ②利用者と家族側の問題点には認知症高齢者との意思の疎通が難しいことにより, 本人のニーズが把握できないことと家族が介護サービスに対する認識不足の 2 点が含まれた.

表 4－16　認知症高齢者を受け入れており, 現在利用者がいる事業所の状況

事業所番号	認知症高齢者の受け入れ状況	認知症高齢者人数	認知症介護レベル	認知症ケア専門スタッフの配属有無	認知症ケア研修の実施有無	認知症ケアの問題点と課題
1	受け入れており、現在利用者がいる	37	わからない	無	有	・認知症ケア専門スタッフがいない ・認知症高齢者との意思の疎通が難しいので、介護ニーズが把握にくい ・家族介護者は介護サービスへの認識度が低いため、居室掃除以外のサービスへの利用度が低い
5	受け入れており、現在利用者がいる	6	軽度2人 中度4人	3人	有	家族との意思の疎通が最も困っている。家族は認知症高齢者の安全だけを重視する、その以外の介護ニーズがわからない、また、介護スタッフのアドバイスを受け入れてくれない
6	受け入れており、現在利用者がいる	2	中度2人	無	有	・認知症に関する専門知識を持っているスタッフがいない ・サービスを提供するとき、認知症高齢者が自己決定できないため、本人のニーズより家族のニーズを優先になっている

(2)認知症高齢者を受け入れるが, 現在利用者がいない事業所の状況

認知症高齢者を受け入れるが, 現在利用者がいない事業所の状況を表 4－17 に示す.「認知症高齢者を受け入れるが, 現在利用者がいない」と回答された 2 事業所のうち, 事業所 3 の場合, 認知症ケアの専門的知識を有するスタッフが配置されていなく, また, 認知症ケアに関する研修も行われていなかった. 事業所 4 の場合, 認知症ケアの専門的知識を有するスタッフが 2 人配置さ

れていた．2 人とも介護福祉専門学校の卒業生であった．認知症ケアに関する研修を実施したことがなかった．認知症ケアにおける問題点と課題については，2 事業所とも「現在利用者がいないため，よくわからない」との回答であった．

表 4－17　認知症高齢者を受け入れるが，現在利用者がいない事業所の状況

事業所番号	認知症高齢者の受け入れ状況	認知症高齢者人数	認知症介護レベル	認知症ケア専門スタッフの配属有無	認知症ケア研修の実施有無	認知症ケアの問題点と課題
3	受け入れるが、現在利用者がいない	—	—	無	無	現在利用者がいないため、よくわからない
4	受け入れるが、現在利用者がいない	—	—	2人	無	現在利用者がいないため、よくわからない

4.訪問介護事業所において認知症高齢者を受け入れない事業所の状況

認知症高齢者を受け入れない事業所は事業所 2 であった．その受け入れない理由と受け入れるための改善条件を表 4－18 に示す．認知症高齢者を受け入れない理由については「認知症ケアのリスクが高い」と「介護スタッフが足りない」という 2 つの理由が挙げられた．また，「今後どのような条件が整えれば受け入れることができるようになるのか」については，「社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善」と「認知症ケアの専門的知識を有する介護スタッフの養成と施設への配置」との 2 つの改善条件が挙げられた．

表 4－18　認知症高齢者を受け入れない理由とその改善条件

事業所番号	認知症高齢者を受け入れない理由	どのような条件が整えれば受け入れることができるようになる
2	・認知症ケアのリスクが高い	・社会全体が介護サービス利用に対する認識の改善。高齢者と家族は介護サービス利用に対する偏見をなくす
	・介護スタッフが足りない	・認知症ケア専門知識を有する介護スタッフの配置、あるいは現任介護スタッフに対して、認知症専門知識を勉強できる現任教育を行う

5.認知症高齢者を対象とした介護を行う上での行政への期待

認知症高齢者を対象とした介護を行う上で，行政に期待する支援について，6 事業所のうち 5 事業所から回答が得られた．その回答内容を表 4－19 に示す．事業所 4 は「現在利用者がいないため，よくわからない」との理由で，回答が得られなかった．5 事業所の認知症高齢者を対象とした介護を行う上で行政に期待する支援を整理すると，「社会全体の介護サービス利用に対する認識改善」（事業所 1，事業所 2，事業所 5），「認知症ケアに関する研修の開催」（事業所 3，事業所 6），「介護補助金や政策面での支援」（事業所 1，事業所 3，事業所 5），「介護スタッフの賃上げ」（事

業所 2)，「介護サービス利用契約の作成」(事業所 2)という 5 つの支援が挙げられた.

「社会全体の介護サービス利用に対する認識改善」に関しては，行政をはじめとして，多様な宣伝方法を利用し，訪問介護サービスの社会認知度を高めることにより，介護サービス利用に対する認識改善を図り，さらに介護サービスの利用者の増加につなげていくことが望まれている.

「認知症ケアに関する研修の開催」に関しては，現任スタッフの多くは認知症ケアの専門的知識を持っていないため，認知症ケアに関する研修に参加し，専門的な介護知識や技術を獲得することにより，スタッフの専門性の向上が求められている.

「介護補助金や政策面での支援」に関しては，認知症ケアの専門的知識を有するスタッフを配置して，運営するには，高いコストがかかるため，認知症高齢者を受け入れる事業所を対象に，認知症ケア専門手当をつけること(事業所1)や認知症高齢者の家族の負担を軽減するため，認知症高齢者を対象とした介護補助金の上乗せ支給をすること(事業所 5)が望まれている. 他には，介護事業を展開する上で，事業所に求められる要件や制限を定めている法律や政策を緩和し，運営をしやすくすること(事業所 5)が期待されている.

表 4－19　認知症高齢者を対象とした介護を行う上で行政に期待する支援

カテゴリー	コード
社会全体の介護サービス利用に対する認識改善(3)	・様々な宣伝手段を利用して、訪問介護サービスの認知度を高めながら、介護サービスに対する印象改善を図る(事業所1)
	・高齢者、家族および社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善に取り組んでほしい(事業所2)
	・介護サービスを理解していない人が多いため、サービスを提供するとき、よく理解されない。そのため、今後政府に介護サービスの専門性や介護サービス利用の利点などの普及を図ってもらいたい(事業所5)
認知症ケアに関する研修の開催(2)	・現任の介護スタッフを対象とする認知症ケア研修を開催してほしい(事業所3)
	・認知症ケアに関する専門研修を行い、介護スタッフの専門性を高める(事業所6)
介護補助金や政策面での支援(3)	・認知症ケアに必要なコスト(人力、専門知識技術など)が高いので、認知症ケア専門手当をつけてほしい(事業所1)
	・認知症ケアに必要な費用が高いので、多くの家庭には負担できないことを考えると、認知症高齢者を対象とする介護補助金があったら、いい(事業所3)
	・介護事業を展開するにはいろんな法律や政策の制限があるので、なかなか難しい、今後政策の面から支援があれば助かる(事業所5)
介護スタッフの賃上げ(1)	・介護スタッフの給与を改善してもらいたい(事業所2)
介護サービス利用契約の作成(1)	・事故時の責任を明らかにするために、統一かつ詳細な介護サービス利用契約の手引きを作成してほしい(事業所2)

「介護スタッフの賃上げ」に関しては，一般の介護スタッフを募集することが難しい状況にある中で，認知症ケアの専門的知識を有する介護スタッフを募集することはさらに難しいことから，介護スタッフの賃上げに対する行政の支援を期待することである（事業所 2）

「介護サービス利用契約の作成」に関しては，事故が起こると，すぐ訴訟につながることが多いので，自己責任をはっきりとするためには，統一かつ詳細な介護サービス利用契約の手引きを作成してほしいと考える事業所（事業所 2）もあった．

6. 考察

(1) 訪問介護事業所における認知症高齢者の受け入れの実態

インタビュー調査結果から調査対象の訪問介護事業所 6 事業所のうち，5 事業所が認知症高齢者を受け入れており，そのうち，現在認知症利用者がいると回答した事業所が 3 事業所，現在認知症利用者がいないと回答した事業所が 2 事業所であったことが把握できた．しかし，認知症高齢者を受け入れると言っても，認知症高齢者の利用人数が非常に少なかった．その理由を探ると，「訪問介護サービスの社会認知度が低いため，利用者の普及が進まない」とする意見があり，結果的に認知症高齢者だけでなく，一般の要介護高齢者の利用者も少ない現状にある．また，利用されているサービス内容を見ると，訪問清掃サービスやランチ宅配などに限られており，認知症ケアにかかわる介護などのサービスはほとんど利用されていなかった．現場の管理者の声として，「認知症ケア専門的知識を持っているスタッフがいないので，認知症高齢者との意思の疎通が難しく，その介護ニーズが把握できない」とする意見もあり，結果的に入浴，排せつ，食事などの身体介護が提供しにくい状況にある．一方，認知症高齢者を受け入れない事業所は 1 事業所あった．認知症高齢者を受け入れない理由として認知症ケアのリスクが高いことと介護スタッフが足りないことが挙げられた．これは認知症ケアの専門的知識を持っているスタッフがほとんどいないとともに，新たに募集することも難しいことによるものである．訪問介護サービスとは日常生活上ある程度介護が必要な要介護高齢者を対象に，訪問で入浴，排せつ，食事などの身体介護，及び調理，洗濯，掃除といった生活援助を提供する介護事業所である．しかし，調査対象の訪問介護事業所は調理，洗濯，掃除などの生活援助はできていたが，入浴，排せつ，食事などの身体介護はほとんど提供していなかったことがインタビュー調査結果から明らかとなった．したがって，今後介護スタッフの人数を確保するとともに，認知症ケアに関する専門的知識を有するスタッフを増やすことが必要と考えられる．また，在宅認知症高齢者のニーズを的確に把握し，本当に必要とする高齢者の需要を掘り起こすことで，サービス供給につなげていくことが望まれる．

(2) 訪問介護事業所において認知症ケアが提供できない要因

訪問介護事業所において認知症ケアが提供できない要因は事業者側，利用者側の多様な要因があるものと考えられる．インタビュー調査結果をもとにした質的分析の結果，介護スタッフの不足，認知症ケアの専門的知識の不足，高齢者や家族の介護サービス利用に対する認識不足の 3 点が把握できた．

まず，介護スタッフの不足については，介護職は重労働であるのに，平均賃金と社会的地位が

低いため，結果的に介護職の募集が難しい状況にある．こういう現状のもとで，介護事業所は経営を安定化にするために，清掃やランチ宅配などの簡単なサービスを少人数のスタッフで提供することにより，事業所の利益を確保していた．

次に，認知症ケアの専門的知識の不足については，認知症高齢者の場合，認知症のタイプや進行段階により，中核症状に伴い，様々な行動・心理症状（BPSD）がその人の置かれている環境や人間関係，性格などが絡み合って起き，人によってその表れ方が違うため，介護をする上で専門的な介護知識と技術が必要である．しかし，調査対象の訪問介護事業所のスタッフには，ほとんど認知症ケアの専門的知識を持っていない者であることが把握できた．認知症ケアの専門的知識の不足が専門的な介護知識と技術が必要な認知症ケアが提供できない大きな要因になっていると考えられる．

さらに高齢者や家族の介護サービス利用に対する認識不足については，訪問介護サービスが近年になってからようやく展開され始めたので，高齢者や家族のサービス利用に対する認知度が低い．また，儒教文化の影響のもとで，中国における家族扶養の意識が強く，介護サービス利用に対して，拒否的な態度を持っている者が多い．結果的に，訪問介護サービスの利用がなかなか進まなく，事業の経営が難しい状況にあり，介護スタッフの充実に力を入れられない現状となっていた．

(3) 訪問介護事業所において，認知症ケアを提供する上で求められる支援方策

訪問介護事業所における認知症ケアが提供できない要因と認知症高齢者を介護する上で行政に期待する支援を踏まえて，今後，訪問介護事業所として，認知症ケアを提供する上で 3 つの支援方策が求められることが把握できた．

1 つ目は介護スタッフの充実である．介護スタッフの充実には介護スタッフ人数の確保と認知症ケアの専門的知識の向上が含まれる．介護スタッフの人数を確保するには，介護職の労働状況や給与水準，社会的地位などの方面から改善する必要がある．また，認知症ケアの専門的知識の向上については，認知症ケア専門的知識を持っている介護スタッフを募集することまたは現任介護スタッフを対象に認知症ケアに関する専門教育を行うことが考えられる．認知症ケアの専門的知識を持っている介護スタッフを募集することは一番いい方法と思われるが，専門人材の給与水準が高いので，多くの事業所には負担できない現状にあることが把握できた．一方，現任教育について，中国における介護スタッフの短期養成研修のカリキュラムを確認したところ，生活介護技術，医療的介護技術，心理的ケアなどがあるが，認知症ケアに関する知識と内容が見られなかった．高齢化の進行に伴い，今後認知症高齢者の増加が予測されるので，短期養成研修のカリキュラムには認知症ケアに関する学習内容を追加することは必須の課題と考えられる．また，訪問介護事業所を運営する会社内において，定期的に認知症ケアに関する研修や勉強の機会を持つことも現任介護スタッフの専門知識の向上には有効であると考えられる．介護スタッフの人数と専門性を確保することは，認知症高齢者が安心かつ安全に介護サービスが利用できることに役立つだけでなく，訪問介護サービスのサービス内容の充実，利用者の増加，競争力の向上などにもつながる．したがって，行政には，認知症ケアの専門知識を有する介護スタッフの養成に取り組むとともに，施設へ

の就職と定着に力を入れることが求められる．認知症ケアの専門知識を有する介護スタッフの養成については，短期養成研修に認知症ケアに関する学習内容の追加や認知症ケアに関する専門研修の開催などが考えられる．一方，認知症ケアに関する専門知識を有する介護スタッフが施設に就職し，定着するためには，給料を含む報酬の向上が欠かせない．

2 つ目は行政による認知症高齢者を対象としたサービス提供事業所への支援である．現場管理者の声として，「認知症ケア専門的知識を持っているスタッフがいないので，認知症高齢者との意思の疎通が難しく，その介護ニーズが把握できない」，また「認知症高齢者と直接意思の疎通が図れないため，いつも家族のニーズを優先にし，なかなか対応しにくい」との意見があり，結果的に訪問介護事業所が認知症高齢者の利用に対して，積極的な態度を示さなく，認知症高齢者の利用者数が少数にとどまっていた．この実態を改善するには，まず行政から認知症高齢者を対象としたサービス提供事業所への支援が必要と考えられる．例えば，認知症高齢者を受け入れる事業所を対象に，認知症ケア手当や補助金の支援などを提供することにより，訪問介護事業所における認知症高齢者の受け入れを支援することが望まれる．

3 つ目は社会全体の介護サービス利用に対する認識の改善である．認知症高齢者を受け入れるためには，施設側と行政側が積極的に取り組むことだけでなく，高齢者や家族など社会全体が介護サービス利用に対する認識を改善することも必要である．高齢者や家族の介護サービス利用に対する認識を改善することにより，訪問介護サービスの利用者の増加，事業所の運営状況の改善が図られる．事業所の運営状況が改善されることにより，介護スタッフの人数と認知症ケア専門人材の確保につながり，専門的な認知症ケアが提供できることにつなげていくことを可能にすると考えられる．それを実現していく上では，行政，訪問介護事業所，マスコミなどによる対策が求められる．まず行政側として，高齢者福祉対策を検討する際，一般の要介護高齢者だけでなく，認知症高齢者への支援にも重点を置く必要がある．国や地方レベルの高齢者福祉対策において，認知症高齢者に重点を置くことにより，社会全体の認知症高齢者介護に対する関心が高まると考えられる．訪問介護事業所は在宅介護支援の 1 本柱として，行政から重視されているが，訪問介護サービスが近年になってようやく開設され，普及され始めた段階であることから，一般の人々にとって，まだなじみのない存在といえる．そこで，テレビや新聞などのマスコミを利用し，在宅生活を送る認知症高齢者やその家族にとって訪問介護サービスを利用することが有効であることを取りあげることにより，訪問介護サービスの社会認知度を高めることが必要と考えられる．さらに，訪問介護事業所側として，地域の人々を対象に，様々なイベントや活動を開催することを通じて，訪問介護サービスの良いところを認知してもらい，高齢者や家族の訪問介護サービスの利用に対する認識改善を図り，サービス利用につなげていくことが望まれる．

第 3 節　高齢者入所施設における認知症ケアの実態と課題

1. 調査概要

(1)研究の目的

本研究の目的は認知症高齢者の居場所の一つである高齢者入居施設に焦点を当て，認知症高齢者の受け入れ状況，提供する介護サービスの実態，医療機関との連携状況，行政に求める支援などを明らかにし，認知症高齢者を支えるために，高齢者入所施設が直面する課題や必要とする支援を検討する．

(2)調査対象施設の概況

表 4－20 は成都市の高齢者入居施設の種別施設数を示したものである．成都市では約 172 施設ある．そのうち，民間施設は 143 施設であるが，行政施設は 29 施設と少ない．行政施設は社会福利院と敬老院の 2 種類で，民間施設は養老院と老年公寓などである．

表 4－20　成都市における高齢者入居施設の種別施設数

運営主体	老年公寓	養老院	敬老院	社会福利院	計(%)
民間	11	132	0	0	143 (83.1%)
行政	0	0	20	9	29 (16.9%)
計 (%)	11 (6.4%)	132 (76.7%)	20 (11.6%)	9 (5.2%)	172 (100%)

図 4－2　調査対象施設の分布図　（　）内の数字は施設の数を示す

表 4－21 今回の調査対象施設の種別施設数である．行政施設は，社会福利院の 2 施設と敬老院の 4 施設だけであった．他の施設はすべて民間施設であり，そのうち，老年公寓が 4 施設，養老院が 43 施設であった．

表 4－22 は今回の調査対象施設である 4 種類の高齢者入所施設のサービス，対象者，利用費用などの概要を示したものである．

表 4－21　調査対象施設の種別施設数

運営主体	老年公寓	養老院	敬老院	社会福利院	計（%）
民間	4	43	0	0	47 (88.7%)
行政	0	0	4	2	6 (11.3%)
計（%）	4 (7.5%)	43 (81.1%)	4 (7.5%)	2 (3.9%)	53 (100%)

表 4－22　中国における高齢者入居施設の種別概要

施設の種別	サービス内容	対象者	費用	利用形態
老年公寓	食事提供、生活支援、文化娯楽、医療保健など	自立高齢者・要支援高齢者	自己負担	住宅型
養老院	食事提供、日常生活支援・介護、文化娯楽、医療保健など	自立高齢者・要介護高齢者	自己負担	施設型
敬老院	食事提供、日常生活介護、文化娯楽、医療保健など	農村部の五保老人*1	無料	施設型
社会福利院	食事提供、日常生活介護、文化娯楽、医療保健など	自立高齢者・要介護高齢者 都市部の三無老人*2を優先	三無老人無料 一般高齢者自己負担	施設型

*1：五保老人は法律上の扶養親族がいなく、労働能力がなく、収入がなく、障害などのある農村部の高齢者

*2：三無老人は法律上の扶養親族がいなく、労働能力がなく、収入がなく、障害などのある都市部の高齢者

(3) 調査方法

本研究では，成都市の全高齢者入所施設 172 施設から，施設種別ごとに約 3 分の 1 ずつ抽出した 60 施設について，施設管理者から許可が得られた 53 施設を訪問し，施設管理者を対象に，質問紙調査を行った．調査時期は 2018 年 4 月～5 月であった．

本調査では 172 施設中，53 施設から調査結果が得られ，全施設の 30.8%にあたることから成都市の高齢者入所施設の全体的な状況を示すものと考えられる．但し，施設の種別によってはサンプル数が少ないものや施設管理者から調査の許可が得られなかったものが 7 施設あることには，本調査に一定の限界があったものと考える．

(4)倫理的配慮

倫理的配慮として，調査対象者に研究の趣旨を十分に説明し，承諾を得たうえで行った．また，本研究は所属機関である日本福祉大学倫理審査委員会の承認（承認番号：17－014）を得て実施した．

2. 高齢者入所施設の基本状況

(1)調査対象施設の形態的特徴

表 4－23 は調査した 53 施設の概要を示したものである．施設種別では，養老院が 43 施設と最も多く，次いで敬老院と老年公寓がそれぞれ 4 施設，社会福利院が 2 施設であった．運営主体別では，民設民営が 36 施設と最も多く，次いで公設民営が 11 施設，公設公営が 6 施設であった．運営開始年別では，2013 年以降開設した施設が 32 施設と 2012 年以前の 21 施設より多かった．施設規模別では，100 床以上の大規模施設が 29 施設と最も多く，次いで 49 床以下の小規模施設が 14 施設，50～99 床の中規模施設が 10 施設であった．

表 4－23　調査対象施設の形態的特徴

施設種別	運営主体			開設年		施設規模			計	構成比（%）
	公設公営	民設民営	公設民営	～2012	2013～	49床以下	50～99床	100床以上		
養老院	0	32	11	16	27	11	9	23	43	81.1
社会福利院	2	0	0	2	0	0	0	2	2	3.8
敬老院	4	0	0	2	2	3	1	0	4	7.5
老年公寓	0	4	0	1	3	0	0	4	4	7.5
計	6	36	11	21	32	14	10	29	53	100.0
構成比（%）	11.3	67.9	20.8	39.6	60.4	26.4	18.9	54.7		

(2)調査対象施設の入居状況

入居率は 27.5%～100%の範囲で変動しており，平均入居率は 65.1%であった．53 施設の中で，入居率が 80.0%以上の施設は 18 施設で，全体の 34.0%を占めていた．

3. 高齢者入所施設における認知症高齢者の受け入れ状況

認知症高齢者の受け入れ状況を図 4－3 に示す．認知症高齢者を受け入れていると回答した施設は全施設の 83.0%を占めており，最も多かった．一方，軽度の認知症だけを受け入れている施設が 11.3%，受け入れていない施設が 5.7%，合わせて 17.0%の施設は認知症高齢者の受け入れに対して，消極的な態度を持っていたことが把握できた．認知症高齢者を受け入れない理由の記述内容をまとめると，主に以下の 3 点が最も多くあげられる．施設の生活空間上の問題（認知症高齢者専用の生活空間が整えていない，認知症高齢者が生活するうえでリスクが高い施設環境な

ど)，他の入居者と一緒に生活すると，認知症ではない入居者に迷惑をかける恐れがある，介護職員が不足のため，認知症高齢者に対応できないとの 3 点である．

認知症高齢者を受け入れる施設に焦点を当て，入居者における認知症高齢者の比率をみると，0.0%～100.0%まで幅広く変動するが，平均比率は 22.8%であった．

図 4－3　認知症高齢者の受け入れ状況

4. 高齢者入所施設における認知症ケアの実態

ここでは認知症高齢者を受けている 50 施設を対象に，調査結果をまとめた．

(1)認知症高齢者の居室状況

認知症高齢者の居室状況を図 4－4 に示す．一般高齢者と認知症高齢者を分けることなく，混住している施設は全施設の 70.0%を占めており，最も多かった．認知症高齢者だけを集めた居室を設けている施設が 16.0%，認知症高齢者だけのフロアを設けている施設が 14.0%，合わせて調査対象施設の 3 割は認知症高齢者専用の生活空間を確保できていた．

図 4－3　認知症高齢者の居室状況

(2)認知症ケアの専門知識を持つ介護職員の配置状況

認知症ケアの専門知識を持つ介護職員の配置状況を図 4－5 に示す．認知症ケアの専門知識

を有する職員が認知症高齢者を担当し介護すると回答した施設は 26.0%と少なかった．一方，認知症ケアの専門知識を有する職員はおらず，認知症高齢者を担当する職員は決めず，一般の高齢者と同じように対応していると回答した施設は全施設の 40.0%と最も多く，次いで認知症ケアの専門は有しないが，認知症高齢者を担当する職員は決めて配置しているのが 34.0%であった．合わせて，認知症ケアの専門知識を持っている職員が配置されなかった施設は 7 割以上もあった．

図 4－5　認知症ケアの専門知識を持つ介護職員の配置状況

(3)認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)への対応状況

認知症高齢者の BPSD への対応状況を図 4－6 に示す．職員が認知症高齢者を落ち着かせるように対応し，問題行動を起こした背景や理由にある要因を探り，同じような行動を繰り返さないように働きかけると積極的に対応する施設は全施設の 82%を占めていた．一方，BPSD を起こす認知症高齢者を隔離し，他の入居者に害を及ばないように対応する施設が 10.0%，家族を呼んで BPSD を起こしたことを説明し，他の施設に移ってもらうか，在宅介護にするかを相談すると対応する施設が 8.0%，合わせて，BPSD に対して，消極的な対応を行う施設は 18.0%あった．

図 4－6　認知症高齢者の BPSD への対応状況

(4) 認知症高齢者への対応課題

認知症高齢者への対応課題を図 4－7 に示す.「認知症ケアの知識を有する新たな職員を確保することが難しい」について，とても問題を感じていると回答した施設は 82.0%と最も多く，次いで「現状職員に認知症ケアの知識を有する者がいない」について，とても問題を感じている施設は 62.0%であった. この結果は認知症ケアに関する専門知識・技術を持つ介護職員を確保することは認知症高齢者への対応における最も大きな課題を示唆した. また,「BPSD への対応が難しい」と「認知機能の低下により，本人の意思確認を得て対応することが難しい」についても，認知症高齢者の対応課題として，問題を感じている施設も多くあげられた.

図 4－7　認知症高齢者への対応課題

(5) 医療機関との連携状況

医療機関との連携状況について，連携があると回答した施設は 47 施設(94.0%)，連携がないと回答した施設は 3 施設(6.0%)である.

① 医療機関との連携体制

医療機関との連携体制を図 4－8 に示す. 具体的な連携体制は主に 4 つあった. そのうち，施設に同一法人による病院を併設しているのが 34.0%と最も多く，次いで施設周辺の病院やクリニックとの連携が 31.9%，施設内に医療ステーションを設置し，医師を配置しているのが 17.0%であった. また，施設内に医療ステーションを設置すると同時に，周辺の医療機関との連携もしている施設が 17.0%あった.

図 4－8　医療機関との連携状況

② 医療機関との連携パターン

医療機関との具体的な連携パターンを図 4－9 に示す．定期的に医師が訪れて，診療や健康相談を行うと回答した施設は全施設の 80.9%を占めており，最も多かった．次いで定期的には来ないが，施設からお願いすれば往診してくれるのが 4.3%であった．その他では，入居者が必要な場合，優先的に受診できるパターンで，たとえば，急変の時や，日常の診察が必要なとき，事前の予約がいらないなどであった．

図 4－9　医療機関との連携パターン

③ 認知症高齢者の治療や投薬への対応

認知症高齢者を受け入れる 50 施設の中，全施設の 94.0%は医療機関との連携があった．全体的に施設と医療機関との連携度が高いといえる．しかし，連携する医療機関の中で，認知症高齢者の治療や投薬に対応できる医療機関は 34.0%と少なかった．多くの連携医療機関は一般高齢者に対応する診療しかできない現状であった．

図 4－10　認知症高齢者の治療や投薬への対応

(6)行政に求める支援

今後，認知症高齢者を受け入れて，対応していく上で，行政にどのような支援を求めたいのかの具体的な記述内容を表 4－24 にまとめた．表の中の(　)内の数字は，記載のあった件数である．

表 4－24　行政に求める支援内容

分類	内容
介護職員の昇給 (3)	・介護職員の給料を改善してほしい
	・介護職員の給料を上げてほしい
	・介護職員に認知症ケアの手当てをつけてほしい
施設運営補助金を提供する (7)	・入居者の生活を豊富するために、多機能ホールを建設するための補助金を出してほしい
	・施設居住環境を改善するための補助金を提供してほしい
	・入居者が利用できる娯楽器械や福祉用具をただで提供してほしい
	・政策面から運営に必要な一部の費用を免除してほしい
認知症ケアに関する研修を開催する (10)	・高齢者介護研修における認知症ケアに関する知識を増やしてほしい
	・行政が主導で認知症ケアに関する研修を行ってほしい
	・現任の介護職員を対象に無料の認知症ケアに関する研修機会を提供してほしい
その他 (5)	・現在の介護認定制度は認知症を十分に考慮していないため、改善してほしい
	・認知症高齢者を対象に、施設入所などの場合、優遇対策あるいはサービス利用補助金を提供してほしい
	・社会全体の認知症に対する認識改善に働きかけてほしい
	・介護に関連する法的支援や業界基準が不足のため、事故などがある場合、責任が不明確になりがちなので、改善してほしい
	・IT技術を利用し、介護現場に直面する諸課題を解決しほしい

自由記載では行政に求める支援として，認知症ケアに関する研修の開催に関する項目が最も多く挙げられた．次いで施設運営補助金と介護職員の昇進などであった．施設運営補助金の項目

としては，施設の居住環境や娯楽空間などを改善する内容や政策面からの支援内容などが挙げられた．また，その他では介護保険制度の問題や，社会の認知症に対する認識などの改善に関する記載がみられた．

5. 考察

(1) 高齢者入所施設における認知症高齢者の受け入れ現状

本調査から，成都市における高齢者入所施設のうち，認知症高齢者を受け入れている施設が 83.0%，また，入居者のうち，認知症高齢者の割合が平均で 22.8%であった．李(2016)は高齢者入所施設に関する全国調査で，認知症高齢者を受け入れている施設が 77.0%，また，入居者のうち，認知症高齢者の割合が 9.4%と報告した．成都市における高齢者入所施設では，認知症高齢者を受け入れる施設の割合と入居者のうち認知症高齢者の割合が全国調査の結果より高いことが把握できた．一方，日本では，2016 年介護保険施設を対象とした調査から，入居者のうち，認知症高齢者の割合が 9 割以上と高いことが分かった．高齢者入所施設における認知症高齢者の受け入れに関して，中国は日本を大きく下回っている．これらの結果から中国では多くの認知症高齢者は家族介護によって生活していることが明らかになった．その理由として，施設の居住環境の未整備，他の入居者と一緒に生活すると，認知症ではない入居者に迷惑をかける恐れがある，介護職員が不足のため，認知症高齢者に対応できないとの 3 点が自由記述より記されたが，連携する医療機関の中で，認知症高齢者の治療や投薬に対応できる医療機関が少ないことも理由の 1 つと考えられる．

(2) 高齢者入所施設における認知症ケアの課題と改善方法

認知症ケアの実態と認知症高齢者を受け入れない理由の自由記述から，認知症ケアに直面する課題が主に以下の 2 点にまとめられる．①介護職員の認知症ケアに関する知識の不足；②認知症高齢者が安全・安心に生活できる施設居住環境が整備されていない．まず介護職員の認知症ケアに関する知識の不足について，認知症ケアの知識を身に着けてもらうための現任者教育や研修を受けてもらうことが必要と考えられる．また，認知症ケアの専門知識を持っている介護職員を定着させるために，介護職員の待遇の改善が求められる．次に，認知症高齢者が安全・安心に生活できる施設居住環境の整備について，まずは施設を設計する時点で，認知症高齢者の心身状況を考えた上での空間配置やなじみの環境づくりが配慮すべきである．次に認知症高齢者と一般高齢者が混住することによって，一般高齢者に迷惑をかけることを心配している施設があるが，それを解決するには，認知症高齢者の専用空間を確保することである．そうすることによって，混住による迷惑を避けられるし，認知症高齢者にとっても，ユニットのような落ち着いた専用空間での生活も実現できる．これらの課題を改善するには，行政か施設かどちらの一方ではなく，行政と施設が協同で，対応していくことが求められる．行政に求める支援内容の自由記述よりも，今後認知症高齢者を受け入れ，対応していく上で，介護職員の待遇の改善や，施設の居住環境を整備するための運営補助金の提供，認知症ケアに関する研修の開催などの行政からの支援が求められることは明らかになった．

第 4 節　高齢者入所施設の居住環境の実態と課題

1. 調査の概要

(1)研究の目的

本研究では，成都市を事例にして，高齢者入所施設の居住環境の実態を解明し，その改善課題や今後の対策を検討することを目的としている.

(2)調査対象施設の概況

調査対象施設の成都市における分布状況を図 4－11 に示す.

表 4－25 は今回の調査対象施設の種別施設数である. 行政施設は，社会福利院の 2 施設と敬老院の 4 施設だけであった. 他の施設はすべて民間施設であり，そのうち，老年公寓が 4 施設，養老院が 41 施設であった.

図 4－11　調査対象施設の分布状況　（ ）内の数値は施設数を示す

表 4－25　調査対象施設の種別施設数

運営主体	老年公寓	養老院	敬老院	社会福利院	計(%)
民間	4	41	0	0	45 (88.2%)
行政	0	0	4	2	6 (11.8%)
計 (%)	4 (7.8%)	41 (80.4%)	4 (7.8%)	2 (3.9%)	51 (100%)

(3)調査方法

本研究では，成都市の全高齢者入所施設 172 施設から，施設種別ごとのリストから約 3 分の 1 ずつ抽出した. こうして抽出した 60 施設のうち，施設管理者から許可が得られた 51 施設を対象に調査を実施した。調査時期は 2018 年 4 月～5 月であった.

本調査では 172 施設中，51 施設から調査結果が得られ，全施設の 29.7%にあたることから成都市の高齢者入所施設の全体的な状況を示すものと考えられる．但し，施設の種別によってはサンプル数が少ないものや施設管理者から調査の許可が得られなかったものが 9 施設あることには，本調査に一定の限界があったものと考える．

(4)調査内容

高齢者入所施設の居住環境の実態を把握するためには，評価基準を設定する必要がある．本研究では，日本の「バリアフリー法」と「特別養護老人ホーム等高齢者福祉施設の整備の基準内容等」，「有料老人ホームの設置運営標準指導指針について」などで示されている施設整備基準を参考にして，高齢者入所施設の居住環境を評価する調査項目を設定した．具体的には，居室内設備（トイレ，洗面，シャワー，冷暖房設備など），共用設備（トイレ，浴室，食事室など），移動空間（廊下，エレベーター，階段）の整備状況について，各項目における段差の有無，手すり設置の有無など，合計 40 細目の調査内容を設定した．

(5)分析方法

調査結果の分析においては，調査対象施設全体の居住環境の問題点を示すとともに，施設の運営開始年，施設規模，新築・改築の別により，居住環境の問題点に差異があるかに着目して行う．施設の運営開始年については，2012 年以前と 2013 年以降に区分した．これは 2011 年に発表された「中国高齢事業発展十二五計画」と「社区養老サービス体系建設計画」に基づき，2013 年以降に高齢者入所施設の建設が進められたことによる．施設運営を開始する時には，新築する場合と既存の建物を改修し始める場合がある．ここで前者を新築，後者を改修に分類した．

2. 調査対象施設の基本状況

表 4－26 は調査した 51 施設の概要を示したものである．施設の運営開始年別では，2013 年以降運営を開始した施設が 64.7%で，2012 年以前の 2 倍近くであった．施設規模別では，100 床以上の大規模施設が 47.1%と最も多く，次いで 49 床以下の小規模施設が 33.3%，50～99 床の中規模施設が 19.6%であった．新築・改築別では，改築が 56.9%と新築の 43.1%より多かった．

表 4－26　調査対象施設の概要

施設種別	運営開始年		施設規模			新築・改修		計	構成比（%）
	～2012	2013～	49床以下	50～99床	100床以上	新築	改修		
養老院	13	28	14	9	18	16	25	41	80.4
社会福利院	2	0	0	0	2	2	0	2	3.9
敬老院	2	2	3	1	0	3	1	4	7.8
老年公寓	1	3	0	0	4	1	3	4	7.8
計	18	33	17	10	24	22	29	51	100.0
構成比（%）	35.3	64.7	33.3	19.6	47.1	43.1	56.9		

3. 居室の設備の実態

(1)居室の個室・多人数部屋の実態

居室のタイプとして，3 つのタイプに分けられる．51 施設のうち，個室だけの施設は 1(2.0%)施設，多人数部屋だけの施設は 35 施設(68.6%)，個室＋多人数部屋の施設は 15 施設(29.4%)であった．個室を持っている施設は合計 16 施設であった．多人数部屋のうち，2 人部屋を持っている施設が 42 施設(82.4%)と最も多く，次いで 3 人部屋が 18 施設(35.3%)，4 人部屋が 6 施設(11.8%)であった．

(2)居室の広さ・設備

表 4-27 は居室の広さを示したものである．個室の場合，その広さは最小が 11 ㎡，最大が 37 ㎡，平均が 21.8 ㎡であった．2 人部屋の場合，平均広さが 21.5 ㎡，1 人当たりが 10.8 ㎡であった．3 人部屋の場合，平均が 30.6 ㎡，1 人当たりが 10.2 ㎡であった．4 人部屋の場合，平均が 32.3 ㎡，1 人当たりが 8.1 ㎡であった．人数が多い部屋ほど，1 人当たりの居室面積が狭くなることが示された．日本における特別養護老人ホームの 1 人当たりの面積が 10.65 ㎡以上 [11]と定められており，今回の調査対象施設の 3 人部屋，4 人部屋の1人当たりの平均面積はそれを下回る．

表 4－27　居室の広さ(㎡)

居室の広さ	個室	2人部屋	3人部屋	4人部屋
最小	11	12	18	25
最大	37	32	50	50
平均	21.8	21.5	30.6	32.3
1人当たり	21.8	10.8	10.2	8.1

表 4－28 は居室内の設備の設置状況を示したものである．大型の照明スイッチの整備率が 96.1%と最も高く，次いで冷暖房設備の整備率が 90.2%であった．非常用照明が 27.5%と最も低かった．また，居室内にトイレがない施設は 23.5%と全施設の約 4 分の 1 を占めていた．

表 4－28　居室内の設備の設置状況　(n＝51)

設備項目	居室内有りの施設数	%	居室内無しの施設数	%
トイレ	39	76.5	12	23.5
シャワー	33	64.7	18	35.3
洗面台	38	74.5	13	25.5
冷暖房設備	46	90.2	5	9.8
可変式ベッド	36	70.6	15	29.4
ナースコール	37	72.5	14	27.5
非常用照明	14	27.5	37	72.5
大型の照明スイッチ	49	96.1	2	3.9

4. 共用空間の設備の実態

表 4－29 は共用空間の設備の設置状況を示したものである．共用空間において，整備率が最も高かったのは娯楽室の 96.1%，次いで中庭の 94.1%であった．娯楽空間では図書室と麻雀室が最も多く設置されており，その他に，運動室，コンピューター室，マッサージ室なども見られた．共用空間で整備率が最も低かったのは共用浴室で，66.7%であった．ただし，共用浴室のない 17 施設（33.3%）には居室にシャワーが設置されていた．共用浴室と居室シャワーの両方が整備されていたのは 16 施設（31.4%）であった．共用トイレを見ると，整備率が 90.2%で，共用トイレと居室トイレの両方が整備されていた施設が 34 施設（66.7%），共用トイレだけが 12 施設（23.5%），居室トイレだけが 5 施設（9.8%）であった．食事室については，整備率が 88.2%で，食事室が設置されていなかった 6 施設（11.8%）では，入居者は各自の居室で食事をすることになっていた．

表 4－29　共用空間の設置状況（n＝51）

設備項目	有り	%	無し	%
食事室	45	88.2	6	11.8
共用トイレ	46	90.2	5	9.8
共用浴室	34	66.7	17	33.3
娯楽室	49	96.1	2	3.9
中庭	48	94.1	3	5.9

5. 入居者の状態に応じた居住環境の問題

入居者の状態として，施設内を移動する上での課題が大きく異なる．「自立歩行入所者」と「車いす利用入居者」の 2 項に分類して，それぞれにとっての施設の居住環境の課題について検討する．

(1) 自立歩行する入居者にとっての居住環境の課題

表 4－30 は自立歩行入居者にとって居住環境評価に関連する項目について整備完了の割合を示したものである．居住環境に課題があると考えられる整備率の低い細目は，「D3 食事室の手すりの設置あり」が 20.0%と最も低く，次いで「F3 寝台用エレベーターの設置あり」が 26.3%，「C4 共用浴室の脱衣場の設置あり」が 38.2%であった．その他に，整備率が 7 割未満の細目の中には「B3 共用トイレの手すりの設置あり」，「E3 廊下の手すりの両側設置あり」，「G3 階段の手すりの両側設置あり」が含まれており，自立歩行入居者にとって手すりの未設置に課題が多いことが示された．段差解消については，居室内トイレ，浴室，食事室，廊下で，9 割前後の整備率があったが，共用トイレは 71.7%にとどまっており，3 割近い施設に共用トイレの段差解消の課題があることが示された．エレベーターを見ると，1 階の 13 施設を除き，38 施設中，10 施設（26.3%）にエレベーターの設置がなく，外出などを困難にしていた．

施設の運営開始年別に見ると，全体的に運営開始年が新しくなると，整備率が高い細目が多かった．細目ごとに比較すると，2013 年以降の施設において，2012 年以前の施設の整備率より低い細目はいくつか見受けられた．たとえば，「C4 共用浴室の脱衣場の設置あり」，G 階段の「G3 手す

表 4－30　自立歩行入居者にとっての居住環境の整備完了状況　n＝51

空間	記号	項目	記号	細目	運営開始年		施設規模			新築・改修		平均整備率
					～2012	2013～	49床以下	50～99床	100床以上	新築	改修	
居室空間	A	居室内トイレ	A1	居室内トイレの設置あり	77.8	75.8	58.8	60.0	95.8	95.5	62.1	76.5
			A2	段差解消あり	78.6	92.0	90.0	66.7	91.3	90.5	83.3	87.2
			A3	手すりの設置あり	78.6	96.0	90.0	66.7	95.7	90.5	88.9	89.7
			A4	洋式トイレの設置あり	100.0	92.0	90.0	100.0	95.7	95.2	94.4	94.9
共用空間	B	共用トイレ	B1	共用トイレの設置あり	72.2	100.0	94.1	90.0	87.5	81.8	96.6	90.2
			B2	段差の解消あり	69.2	72.7	62.5	77.8	76.2	72.2	71.4	71.7
			B3	手すりの設置あり	38.5	72.7	81.3	88.9	38.1	44.4	75.0	63.0
			B4	洋式トイレの設置あり	69.2	78.8	81.3	100.0	61.9	77.8	75.0	76.1
	C	共用浴室	C1	共用浴室の設置あり	44.4	78.8	82.4	80.0	50.0	50.0	79.3	66.7
			C2	段差の解消あり	75.0	84.6	85.7	75.0	83.3	81.8	82.6	82.4
			C3	手すりの設置あり	62.5	76.9	85.7	75.0	58.3	63.6	78.3	73.5
			C4	脱衣場の設置あり	37.5	30.8	35.7	37.5	25.0	54.5	30.4	38.2
	D	食事室	D1	食事室の設置あり	88.9	87.9	88.2	80.0	91.7	90.9	86.2	88.2
			D2	段差の解消あり	81.3	93.1	86.7	87.5	90.9	90.0	88.0	88.9
			D3	手すりの設置あり	12.5	24.1	26.7	25.0	13.6	15.0	24.0	20.0
移動空間	E	廊下	E1	段差の解消あり	94.4	97.0	88.2	100.0	100.0	100.0	93.1	96.1
			E2	手すりの設置あり	55.6	93.9	88.2	60.0	83.3	77.3	82.8	80.4
			E3	手すり両側設置あり	40.0	77.4	46.7	100.0	75.0	76.5	62.5	54.9
			E4	手すりの連続性あり	90.0	93.5	86.7	100.0	95.0	100.0	87.5	74.5
	F	エレベータ	F1	EVの設置あり	53.3	87.0	66.7	55.6	82.6	70.0	77.8	73.7
			F2	手すりの設置あり	100.0	100.0	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	73.7
			F3	寝台用EVの設置あり	37.5	33.3	0.0	0.0	52.6	57.1	13.3	26.3
	G	階段	G1	階段形状（折曲り階段）	100.0	95.7	83.3	100.0	100.0	95.0	100.0	97.4
			G2	手すりの設置あり	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
			G3	手すりの両側設置あり	66.7	52.2	33.3	66.7	60.9	55.0	61.1	57.9
			G4	手すりの連続性あり	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
			G5	幅員1400mm以上（BF誘導基準以上）	40.0	65.2	16.7	44.4	69.6	45.0	66.7	55.3
			G6	蹴上げ160mm以下（BF誘導基準以上）	93.3	82.6	50.0	100.0	91.3	80.0	94.4	86.8
			G7	踏面300mm以上（BF誘導基準以上）	66.7	58.3	16.7	66.7	73.9	65.0	61.1	63.2

注：表の中の数字は％を示す．また，％表記についてそれぞれの項目の全回答数に対する割合であることを示す．

りの両側設置あり」,「G6 蹴上げ 160mm以下」,「G7 踏面 300mm以上」などの 9 細目は 2013 年以降に運営開始の方が整備率は低かった. この 9 細目を除き, 他のすべての細目においては 2013 年以降に創立の方が整備率は高かった.

施設規模別にみると, 全体的に 49 床以下の小規模施設の平均整備率が 72.4%, 50～99 床の中規模施設が 73.7%, 100 床以上の大規模施設が 77.8%と規模が大きくなるほど整備率が高かい細目が多かった. 細目ごとに比較すると, 大規模の施設でも小・中規模より低い細目がみられた. それは共用空間の B1 共用トイレの設置, B3 手すりの設置, B4 洋式トイレの設置, C1 共用浴室の設置, C3 手すりの設置, C4 脱衣場の設置, D3 食事室の手すりの設置の 7 細目であった. 共用空間において, 大規模の施設でも多くの課題が残っていたことが示された.

新築・改築別にみると, 全体的に新築は改修より整備率が高い細目は少し多かった. 細目別に見ると, 新築の施設でも改修より大きく整備率が低い細目が見られた. 例えば,「B3 共用トイレの手すり設置あり」,「C1 共用浴室の設置あり」,「G5 階段の幅員 1400mm以上」などであった. 新築の施設においても課題が多いことが示された.

(2) 車いす利用入居者にとっての居住環境の課題

次に車いす利用入居者のみに特に影響する項目について解析する. 表 4－31 は車いす利用入居者の居住環境評価に関連する項目について整備完了の割合を示したものである.

まず, 全体的に整備率の低い細目では,「C5 機械浴の設置あり」が 3.9%と最も低く, 次いで「B5 共用トイレの車いす対応あり」が 37.3%,「A5 居室内トイレの車いす対応あり」が 38.5%,「E5 廊下の幅 1.8m以上」が 59.9%であった. また, 38 施設中, 10 施設で(26.3%)で, エレベーターの設置がなく, 車いす利用の入居者の移動を困難にしていた. これらの結果から, 車いすへの対応が不十分な施設が多いことが示された.

施設の運営開始年別にみると, 2013 年以降に運営を開始した施設は整備率の高い細目が多かった. しかし,「A5 居室内トイレの車いす対応あり」では, 2013 年以降の整備率が 21.2%で, 2012 年以前の 44.4%より低かった.

表 4－31　車いす利用の入居者にとっての居住環境の整備状況　n＝51

空間	記号	項目	記号	細目	運営開始年		施設規模			新築・改修		平均整備率
					～2012	2013～	49床以下	50～99床	100床以上	新築	改修	
居室空間	A	居室内トイレ	A5	車いす対応トイレの設置あり	44.4	21.2	11.8	40.0	37.5	50.0	13.8	38.5
共用空間	B	共用トイレ	B5	車いす対応トイレの設置あり	11.1	51.5	47.1	40.0	29.2	45.5	31.0	37.3
	C	共用浴室	C5	機械浴の設置あり	0.0	6.1	0.0	10.0	4.2	0.0	7.0	3.9
移動空間	E	廊下	E5	廊下の幅1.8m以上(車いすでのすれ違いか)	50.0	60.6	29.4	50.0	79.2	63.6	51.7	56.9
	F	エレベーター	F4	車いす対応ボタンの設置あり	62.5	85.7	80.0	60.0	84.2	85.7	73.3	82.1

注:表の中の数字は%を示す.また,%表記についてそれぞれの項目の全回答数に対する割合であることを示す.

施設規模別にみると，49 床以下の小規模施設では「C5 共用浴室の機械浴の設置あり」が 0.0%，「A5 居室内トイレの車いす対応あり」が 11.8%と整備率の低い細目が見られた．

新築・改築別にみると，新築の施設は改築の施設より整備率の高い細目が多かった．

6.考察

ここでは，これまで述べてきた調査の分析結果をもとに，中国の高齢者入所施設を，高齢者が安全で快適に暮らす上で満たすべき水準（日本の高齢者入所施設の整備基準を参考にした）に照らして，建物環境にどのような問題点や改善課題があるかについて，以下の 4 点に整理して、考察を行う．

(1) 居室や共用空間の設備の整備状況

居室内の設備に関しては，非常用照明の未整備率が 72.5%と低いこと，居室内トイレの未整備率が 23.5%であることが最も大きな課題であった．これらの施設では，室外の共用トイレを利用するには，移動距離が長くなり，不便であるとともに，夜間帯に非常用照明が整備されていない状況では転倒リスクが高まると予測される．浴室については，共用浴室と居室シャワーの両方が整備されていた施設は 16 施設（31.4%）にとどまっており，どちらか一方しか整備されていなかった施設が 6 割近くを占めていた．共用浴室だけ，居室シャワーだけでは利用時間の制限や空間の狭さにより，入浴に不便が生じると考えられる．食事室については，設置されていなかった施設が 6 施設（11.6%）あり，入居者が各自の居室で食事をしていたが，これらの 6 施設はいずれも個室と多人数部屋の両方を有する施設であった．日本の高齢者入所施設の整備基準においては，多人数部屋の居室がある場合には食事室を別途設けることとしていることから，改善すべき課題と考えられる．

(2) 自立歩行入居者にとっての施設居住環境の課題

共用空間における整備率の低い細目は主に段差の未解消と手すりの未設置に集中していた．共用トイレでは段差の未解消（28.3%），手すりの未設置（37.0%），洋式トイレの未設置（23.9%）などの課題がある．トイレは 1 日中何度も使われる空間であるため，段差の未解消，手すりの未設置では転倒のリスクがあり，洋式トイレの未設置では足腰の悪い入居者にとって不便である．共用浴室の課題として，段差の未解消（17.6%），手すりの未設置（26.5%）と脱衣所の未設置（59.0%）があげられる．浴室は滑りやすい空間であるため，段差の未解消と手すりの未設置では転倒リスクが高いと考えられる．また，脱衣所が未設置の施設が多くあり，プライバシーの保持に問題がある．食事室についても，同じく段差の未解消（11.1%）と手すりの未設置（80.0%）の課題を持っている．自立歩行入居者を支援する視点から見た施設整備の課題は，まず段差の解消と手すりの設置により安全性を確保することが必要である．さらに洋式トイレの設置や脱衣所の設置などの利便性の向上を図ることが求められる．

移動空間では，階段に手すりの両側設置がない，幅員，踏面がバリアフリー基準を満たしていないという施設が 4 割前後あり，高齢者が安全に移動するために，階段に課題がある施設が多い．また，本調査では，1階建ての 13 施設を除く 38 施設のうち，10 施設はエレベーターがなく，自立歩

行する入居者は階段を利用するしかない．階段での転落・転倒は，骨折などの重大な事故につながるため，階段の安全性を確保するとともに，エレベーターを設置することも今後の課題である．

(3) 車いす利用入居者にとっての施設居住環境の課題

車いす利用入居者にとっての施設居住環境の課題として，エレベーター，車いす対応トイレと機械浴の未整備などがあげられる．2 階以上の施設の中に，エレベーターの未設置が 26.3%，寝台用エレベーターの未設置が 64.3%と高い．エレベーターの未設置のため，車いす利用入居者の外出が制限されることが考えられる．寝台用エレベーターの未設置のため，緊急時の移動や救急搬送などに大きな不便をもたらす可能性がある．車いす利用入居者はトイレと入浴の際に介護が必要となる．車いす対応トイレと機械浴が未整備であることにより入居者の安全が確保できないとともに，介護職員に介護負担をかけることにもつながる．

(4) 施設属性別の整備状況から見た今後の居住環境整備の課題

施設属性別にみると，運営開始年が新しいほど，施設規模が大きいほど，居住環境の整備率が高いことが把握できた．言い換えると，運営開始年が古く，小規模の施設には，居住環境上の課題が多くあるといえる．しかし，運営開始年が新しく，規模の大きい施設でも，共用浴室の脱衣所の未設置，共用トイレの手すりの未設置などの課題を有する施設があることも明らかになった．今後，運営開始年が古く，小規模の施設の居住環境の改善に重点を置くとともに，それ以外の既存施設においても，それぞれが有する居住環境の課題の改善に取り組むことが求められる．また，新築と改修の違いに関しては，「車いす対応のトイレの設置あり」において，改修による施設は新築より整備率が低いことが確認できた．改修の場合，転用前の建物の状態や改修にかかる費用などにより「車いす対応トイレの設置」が行われにくいことが，課題として把握できた．

第 5 節　認知症高齢者を専門的に介護することができる人材養成の実態と課題

北京師範大学中国公益研究院が発表した「2017 年中国養老サービス人材育成報告」によると，2017 年の時点で，中国には認知症高齢者を含む要介護高齢者が約 4063 万人おり，要介護高齢者と介護スタッフの国際配置基準 3:1 で推算すると，少なくとも 1300 万人の介護スタッフが必要である．しかし，現在，登録している介護スタッフの人数が約 50 万人，そのうち，介護資格を持っているスタッフがわずか 2 万人しかないと報告されている．今後，高齢化の進行に伴い，介護スタッフの不足，特に認知症ケアができる専門的な介護知識と技術を持っている介護スタッフの不足問題がさらに深刻になると予測できる．

この節では，中国と日本の介護職短期養成と介護福祉士養成校における教育カリキュラムを比較しながら、中国における介護人材養成の現状と課題を明らかにする．その上で，認知症高齢者を専門的に介護できる人材養成の支援方策を検討する．

1．中国における介護職の実態

(1)介護教育を受けていない介護職の実態

中国における介護職の実態として，先行研究から教育レベルが低いこと(雷:2019，王ら:2018，胡:2015)，中年齢層の者が多いこと(王ら:2018)，介護専門教育を受けた者が少ないこと(雷:2019，胡:2015，王ら:2011)，介護研修に参加する意欲が低いこと(王ら:2018，薛:2019)などが挙げられる．

また，薛(2019)は現在の介護スタッフの大多数が農村からの出稼ぎ者や企業などにリストラされた者である．その多くは専門的な介護知識を身につけておらず，介護研修を受けたこともなく，高齢者の介護ニーズを満たすことが困難である．また，キャリアアップのことをあまり考えないため，介護研修への参加意欲も低い．今後，高齢者の介護ニーズに対応できる専門的な介護サービスが提供できるように，介護スタッフの就職研修や資格認定制度の基準化，報酬などの待遇面の改善が必要であると指摘している．

陳(2012)は大連市における12施設234人の介護職員を対象に、介護知識と技術に関する調査を実施した。その結果、生活介護の知識項目はおおむね高かったが，医療的介護，介護計　画・教育では各知識項目の平均値は低かった。自由記述では，コミュニケーションが難しい，重度の要介護高齢者の介助が難しい，認知症ケアが難しい，転倒予防が難しい，心理的介護と医療的介護の知識が不足していることなどが中心に書かれていた。これらの課題は介護職員が仕事を行うなかで感じる社会的介護のニーズと現実の対応能力のギャップから生じたものであると指摘している。

本研究の第 4 章の第 1 節と第 2 節，通所介護施設と訪問介護事業所を対象としたインタビュー調査では，現場の管理者の声として，「介護スタッフの募集が難しいため，募集する際に学歴などについては特に要求しない」，「失業や出稼ぎの 40～60 代の女性は学歴が低いため，他に適当な職業を見つけられないという消極的な理由で介護職に就いた人が多い」といった意見があった．結果的にこれらの介護スタッフは単純にお金を稼ぐために働いているため，キャリアアップのことをあまり考えず，介護専門知識を勉強する意欲が低いと考えられる．

また、本研究の第 4 章の第 1 節と第 2 節，通所介護施設と訪問介護事業所を対象とした調査においては，認知症高齢者を受け入れる上で，直面している最も大きな課題の 1 つは認知症ケア専門知識の不足であることを示した．また，第 3 章第 2 節在宅認知症高齢者の家族介護者の訪問介護サービスに対する要望をまとめた結果，「スタッフの認知症に関する知識の向上」が 61.1%と高かった．民政局は介護スタッフの専門知識の向上を図るためには，介護に従事しているスタッフを対象に，無料の初級介護員研修を開催しているが，参加率が低い．その理由として，現場の管理者から「介護施設での人手不足の問題があるため，現場の介護スタッフはなかなか研修に参加できない」，「現在の短期養成に参加しても，あまり勉強にならなく，時間の無駄だと考えている」，「資格制度があるが，資格がとれた人に対する待遇の改善がないので，スタッフの資格を取る積極性が低い」といった意見があり，結果的に無料でも初級介護員研修の参加が進まない状況にある．また，介護スタッフ短期養成研修の学習内容を確認すると，初級から技師までの研修内容には認知症ケアに関する知識と内容が見られない．陳（2014）は認知症の専門知識量と実際に提供しているケアについて、資格あり職員と資格なし職員の差はなかったことも示している。この資格（養老介護員）は国家職業基準として制定されたが、専門的内容は不十分である。資格の内容と仕組みについては再検討する必要がある、特に認知症に関する知識では重視すべきであると指摘した。介護スタッフの研修を受けても，認知症に関する専門知識と技術を習得できないことを示唆した．

(2)介護職の労働環境の実態

2018 年に発表された中国における高齢者福祉施設の介護スタッフの介護能力に関する調査報告（泰康保険:「我国典型地区养老服务机构从业人员服务能力调研报告」によると，73.9%の高齢者施設において，介護スタッフの不足の課題に直面しており，特に介護専門知識を持っている若い介護スタッフの不足問題が深刻であることを報告している．また，多くの高齢者施設では介護スタッフの募集が困難，離職率が高いなどの課題も抱えていることを指摘している．また，本研究の第 4 章の第 1 節と第 2 節，通所介護施設と訪問介護事業所を対象とした調査においては，認知症高齢を受け入れる上で，直面している最も大きな課題が介護スタッフの不足であることを示した．

介護現場の人手不足の理由を探ると，長時間勤務すること，待遇が低いこと，社会的地位が低いことなどが指摘されている（熊:2019，卜:2018）．長時間勤務については，全国の 27 都市を対象とした調査では，42.74%の介護スタッフが 1 日 12 時間以上，週に 7 日間勤務し，介護スタッフと利用者の介護比がスタッフ 1 人対利用者 6－10 人であることを示している．また，本研究の第 3 章第 3 節高齢者入所施設を対象とした調査から，民営施設と公営施設にかかわらず，コストを削減するために，介護職を住み込み方式で働くことを条件に雇用する施設が多いことが把握できた．介護職は 24 時間の長時間労働・過重労働，プライベート生活空間がない厳しい労働環境に置かれている．待遇が低いことについては，介護スタッフの中に，非常勤の介護スタッフが多く，基本給料以外には養老保険，医療保険や住宅手当などの社会保障が確保できない現状にある（泰康保険:2018）．「2016 年成都市人材資源状況報告」（成都市人社局:2017）によると，成都市の平均月給は 4,767 元である．しかし，本研究の第 4 章第 3 節高齢者入所施設を対象とした調査と第 1 節と第 2 節，通所介護施設と訪問介護事業所を対象とした調査から，介護職の平均月給が 2,000～3,000

元であることが分かった．介護職の収入が成都市の平均月給の 4,767 元より大きく下回っていることは明らかである．社会的地位が低いことについては，日本と同じく，中国でも介護職が 3K 業種と言われる．「体力的や精神的にきつい」，「汚物に触れる機会が多い」，「危険な病気に感染する恐れがある」という 3K 要素である．その他に，給料が他の業種より安く，昇級や賞与がない職場も多い「給料が安い」点を加えて，4K ともいえる．そのため，介護職の中には，社会的弱い立場の者が集まり，厳しい労働環境で働かされることにより，社会的に軽視されやすい立場に置かれ，社会的地位が低いことにつながっている．介護職の労働環境をまとめると，長時間勤務すること，重労働であること，待遇が低いこと，社会的地位が低いことといった特徴がみられる．

2. 介護資格の取得方法の現状と課題

(1) 中国における養老介護員資格の取得方法

①初級介護員資格の取得方法

「養老介護員国家職業基準」によると，初級介護員資格を取得するには，以下の 2 つの要件のどちらか 1 つを満たさなければならないとされる．

ア．初級介護員研修 180 時間の教育+初級介護員資格筆記試験と実技試験

イ．介護現場で継続して 2 年間以上勤務する

②中級介護員資格の取得方法

「養老介護員国家職業基準」によると，中級介護員資格を取得するには，以下の 3 つの要件のどちらか 1 つを満たさなければならないとされる．

ア．初級介護員資格を取得してから継続して 3 年以上の介護現場経験+中級介護員研修 150 時間の教育+中級介護員資格筆記試験と実技試験

イ．初級介護員資格を取得してから，継続して 5 年以上の介護現場経験

ウ．労働と社会保障部からの認定を受けた中級技能を育成目標とする中等職業高校から卒業+中級介護員資格筆記試験と実技試験

③高級介護員資格の取得方法

「養老介護員国家職業基準」によると，高級介護員資格を取得するには，以下の 3 つの要件のどちらか 1 つを満たさなければならないとされる．

ア．中級介護員資格を取得してから継続して 4 年以上の介護現場経験+高級介護員研修 120 時間の教育+高級介護員資格筆記試験と実技試験

イ．中級介護員資格を取得してから，継続して 6 年以上の介護現場経験

ウ．労働と社会保障部からの認定を受けた高級技能を育成目標とする高等職業学校から卒業+高級介護員資格筆記試験と実技試験

④技師介護員資格の取得方法

「養老介護員国家職業基準」によると，技師介護員資格を取得するには，以下の 3 つの要件のどちらか 1 つを満たさなければならないとされる．

ア．高級介護員資格を取得してから継続して 5 年以上の介護現場経験+技師介護員研修 90 時間の教育+技師介護員資格筆記試験と実技試験

イ. 高級介護員資格を取得してから，継続して 8 年以上の介護現場経験
ウ. 労働と社会保障部からの認定を受けた高級技能を育成目標とする高等職業学校から卒業
+高級介護員資格+継続して 2 年間以上の介護現場経験

(2) 日本における介護職資格の取得方法
①介護職員初任者研修
介護職員初任者研修は，はじめて介護の仕事をめざす方にむけて，介護の基礎から応用までを学ぶことができる講座である．介護職員として働くうえで必要な知識と技術，考え方のプロセスを身につけ，基本的な介護業務を行うことができるように研修することを目的としている．
初任者研修の資格を取得するには，初任者研修講座を開講しているスクールに通って，130 時間（10 項目）のカリキュラムを修了して修了試験（筆記）で合格する必要がある．期間はおおむね 1 か月から 4 か月程度，時間数は 130 時間分，形式は「通信＋通学」あるいは「通学」のいずれかである．ただし，カリキュラムの受講条件，受験資格はない．未資格・未経験の方でも資格取得を目指すことができる．
②介護福祉士実務者研修
介護福祉士実務者研修は介護職員初任者研修の上級資格として誕生し，既に廃止された「ホームヘルパー1 級」や「介護職員基礎研修」の実施内容も含んでいる後継資格として位置づけられている．また，介護福祉士試験の受験資格に，2017 年より「実務経験 3 年以上」に加え，「実務者研修の受講・修了」の義務付けがされた．それによって，介護福祉士実務者研修は介護福祉士資格を目指すうえで必要な資格となっている．
実務者研修の資格取得をするためには，決められたカリキュラム（450 時間）を修了しなければならない．また，義務付けはされていないが，スクールによっては修了試験もある．介護職員初任者研修よりも受講時間が長いため，資格取得までの難しさはある．ただし，受講前に初任者などの介護資格を持っていれば，受講時間が一部免除される．カリキュラムの時間数は決められているが，通信・通学講座によっても異なってくる．通学の場合だと 4 ヶ月～6 ヶ月，通信では 1 ヶ月程度が目安である．
実務者研修は，未資格・未経験の方でも受講可能である．介護の入門資格である初任者研修に比べて学ぶ範囲も広く，より専門的な内容となっている．また，受講時間も初任者研修が 130 時間に対して実務者研修は 450 時間＋医療的ケアの演習からなっている．「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則等の一部を改正する省令」の施行により，2016 年 4 月よりホームヘルパー2 級や初任者研修修了者の方など介護資格を持っている方に関しては 1 ヶ月以上で実務者研修を修了可能である．尚，介護資格を持っていない方は修了するまでに 6 ヶ月以上かかる．
③介護福祉士の国家資格
介護福祉士資格の取得方法について，未経験から介護福祉士になるには，「実務経験ルート」「養成施設ルート」「福祉系高校ルート」という 3 つのルートがある．
ア. 実務経験ルート

介護施設で働きながら国家試験を受験するルートは「実務経験ルート」と呼ばれる．実務経験ルートから介護福祉士になるためには，介護現場での実務経験 3 年以上（従事日数 540 日以上）と介護職員実務者研修資格を事前に取得するという 2 つのステップが必要である．その上に，介護福祉士国家試験を受験し，合格すれば，介護福祉士国家資格が取得できる．

イ．養成施設ルート

厚生労働大臣が指定する介護福祉士養成施設等において必要な知識及び技能を修得して資格を取得する方法である．介護福祉士養成カリキュラムに示される 1850 時間の学習内容と履修期間が 2 年以上と義務付けられる．養成施設を卒業すると同時に，介護福祉士国家試験の受験資格がもらえる．その上に，介護福祉士国家試験を受験し，合格すれば，介護福祉士国家資格が取得できる．3 つの資格取得ルートで最も早く取得ができるルートは「養成施設ルート」になる．ただ短期大学や専門学校に通う必要があるので，費用面と時間面の負担がある．

図 4－12　介護福祉士の資格取得ルート

ウ．福祉系高校ルート

福祉系高校を厚生労働大臣が定める教科目及び単位数を修めて卒業した後に，介護福祉士国家試験に合格して資格を取得する方法である．履修期間が 3 年以上，そのうち，1855 時間の学習時間が義務付けられる．福祉系高校の学生の場合，厚生労働大臣が定める教科目及び単位数を修めて卒業した後に，介護福祉士国家試験の筆記試験で合格すれば介護福祉士の資格取得が可能である．福祉系特例高等学校の場合，厚生労働大臣が定める教科目及び単位数を修めて卒業した後に，実務経験 9 か月以上を経過した上で介護福祉士国家試験の筆記試験と実技試験に合格すれば介護福祉士の資格取得が可能である．ただ「介護技術講習」を受講した方は，介護福祉士国家試験の実技試験が免除となる．

(3) 中国における養老介護員資格の取得方法の課題

日本では、介護職員初任者研修や実務者研修などには研修期間を明確にするだけでなく，研修における各科目の学習時間もはっきりと決められており、また、それを守ることが義務付けられている。そして、介護施設で働きながら国家試験を受験する実務経験ルートにおいて、介護現場での実務経験 3 年以上（従事日数 540 日以上）と介護職員実務者研修資格を事前に取得するという 2 つのステップが必要である．その上に，介護福祉士国家試験を受験し，合格すれば，介護福祉士国家資格が取得できる．

一方、中国では、2002 年に当時の国家機関「労働と社会保障部」（現：中国人力資源と社会保障部）が「養老介護員国家職業基準」を作成し，介護スタッフの国家職業資格がはじめて確立された．それに伴い，介護スタッフの短期養成研修も始まった．この基準では，介護スタッフの国家職業資格には，初級介護員，中級介護員，高級介護員と技師介護員の 4 つのレベルに分けられる．また，介護スタッフの短期養成時間，学習カリキュラム，資格テスト申請条件，資格検定方式などが具体的に規定された．例えば，初級介護員研修の場合，180 時間の学習が要求されるが，実際の研修のとき，5 日間から 1 週間の学習を終えて，基準時間に達していないにもかかわらず資格がもらえることがよくあると現場の管理者の声が挙げられた．また，陳（2012）は中国大連市の 12 施設の介護職員を対象とした研究では短期養成研修を受けた者の中の 8 割以上が「養老護理員国家職業標準」の基準を満たしておらず，3 日間～15 日間までの教育しか受けていなかったことを指摘した。介護に関する教育を受けた期間が，介護の知識・技術と最も強く関連することが報告される（陳：2012）ので，短期養成研修の研修期間を確保することは大きな課題である．また，現場経験のルートに関して，2 年以上の介護現場経験があると，筆記試験と技術試験を受けなくても，自動的に初級介護員資格が認定される．このような介護資格認定の不適切さにより，介護スタッフの介護知識・技術の専門性が確保できないと言える．

近年，高齢化の進行に伴い，高齢者事業が注目され始めているので，行政だけでなく，民間会社などによる介護研修や資格認定が盛んに行われるようになっている．また，一部の高級高齢者施設では，自分なりの介護研修カリキュラムを作り，自ら介護人材育成を行っている．しかし，これらの介護研修や資格認定などは研修時間が短いこと，統一の認定基準がないこと，研修教員の質が確保できないなどの問題があると指摘できる．

3.介護職短期養成研修の教育内容の現状と課題

(1) 中国における介護職短期養成の教育内容

表 4－32 は初級介護員，中級介護員，高級介護員，技師介護員研修において，それぞれの学習項目と求められる知識と技術を示す．

初級資格の場合，研修内容は主に基本的な介護技術と医療的介護技術からなっている．研修時間は 180 時間である．中級資格の場合，研修内容は初級の研修内容の上に，バイタル測定や経鼻経管栄養を利用している高齢者への介護などの介護技術，救急処置や高齢者がよくみられる病気への介護など医療的な介護，リハビリ介護と心理的ケアが加えられる．研修時間は初級修了者に対して，150 時間とされる．高級資格の場合，研修内容は中級の研修内容の上に，もっと高

表 4－32　レベル別に介護スタッフ短期養成研修の学習内容と時間

レベル	研修項目	学習内容	学習時間
初級	生活介護技術	①起床時と就寝前の整容ケア・口腔ケア ②爪切り介助 ③入浴介助 ④更衣介助、シーツ交換など ⑤褥瘡予防介助 ⑥睡眠ケア ⑦食事介助 ⑧排せつ介助 ⑨移動・移乗介助など	180時間
	医療的介護技術	①服薬介助 ②健康状態の観察確認 ③消毒処置 ④温罨法と冷罨法（クーリング） ⑤ターミナルケアなど	
	その他	介護記録の記載	
中級	生活介護技術	初級内容の上に以下の内容が加えられる ①バイタル測定 ②経鼻経管栄養高齢者の介護など	初級修了者の場合、150時間
	医療的介護技術	①救急処置 ②高齢者がよくみられる病気への介護	
	リハビリ	①理学療法士の指導の下でのリハビリ介護 ②レクリエーションの実施	
	心理的ケア	①高齢者とのコミュニケーション方法 ②円滑な高齢者人間関係の構築	
高級	医療的介護技術	中級内容の上に以下の内容が加えられる ①救命処置 ②重度要介護高齢者への介護 ③高齢者病気や生活習慣への健康教育など	中級修了者の場合、120時間
	心理的ケア	①心理保健知識を教える ②心理カウンセリング	
	研修指導	①初級介護員への基礎研修と技術指導を行う	
技師	環境設計	高級内容の上に以下の内容が加えられる ①高齢者介護環境の設計	高級修了者の場合、90時間
	介護計画	①高齢者介護計画書の作成	
	介護技術革新	①介護研究の実施や研究成果への普及など	
	介護研修	①介護職員研修計画の作成 ②介護課題への解決や指導	
	介護管理	①介護職員の管理など	

いレベルの医療的介護技術，心理的ケアと研修指導が加えられる．研修時間は中級修了者に対して，120 時間とされる．最後，技師資格の場合，研修内容は高級の研修内容の上に，介護環境設計，介護計画書の作成，介護研修･管理などの内容が加えられる．研修時間は高級修了者に対して 90 時間とされる．しかし，中国における短期養成研修のカリキュラムを確認したところ、どのレベルの研修でも認知症の項目が含まれていない．

養老介護員国家職業資格が認められてから 10 年目の 2011 年，中国人力資源と社会保障部は「養老介護員国家職業基準」改正会議を開き，旧基準が医療的介護技術の内容へ偏ること，リハ

ビリや心理的ケアなどの内容が足りないことを指摘したが，修正した後の内容は特に大きな改善が見られなかった．

(2) 日本における介護職短期養成研修の教育内容

日本の短期養成研修を見ると，主に介護職員初任者研修と実務者研修が挙げられる．2013 年 4 月より，介護の資格制度が新しくなった．それまでのホームヘルパー2 級が「介護職員初任者研修」，ホームヘルパー1 級と介護職員基礎研修が「介護職員実務者研修」に一本化された．この新制度により，ホームヘルパー3 級の資格は廃止となった．まず，初任者の受講科目と時間数については，9 科目，130 時間がある．130 時間で変更はないが，スクーリングの時間について，ホームヘルパー2 級では 51 時間だったのが，初任者研修では 90 時間と大幅に増えた．また，受講内容について，初任者研修では新たに「認知症の理解」(6 時間) が受講科目として追加された (表 4－33)．

表 4－33　介護職員初任者研修カリキュラム内容と時間数

科目名	時間数
職務の理解	6
介護における尊厳の保持・自立支援	9
介護の基本	6
介護・福祉サービスの理解と医療の連携	9
介護におけるコミュニケーション技術	6
老化の理解	6
認知症の理解	6
障害の理解	3
こころとからだのしくみと生活支援	75
講義の振り返り	4
合計	130

初任者研修における「認知症の理解」の学習内容をみると，1 認知症を取り巻く環境 (認知症ケアの理念) 0.25 時間 (通学)，2 医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理 (認知症の概念，認知症の原因疾患とその病態，原因疾患別ケアのポイント，健康管理) 2 時間 (通信)，3 認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活 (認知症の人の生活障害，心理・行動の特徴，認知症の利用者への対応) 2.5 時間 (通学)，4 家族への支援 (認知症の受容過程での援助，介護負担の軽減) 1.25 時間 (通学 0.25 時間，通信 1 時間) からなっている．以上の学習により，研修を受ける者に介護において認知症を理解することの必要性に気づき，認知症高齢者を介護するときの判断基準となる原則を理解することができるようになっている．

実務者研修については，受講科目と時間数は 20 科目，450 時間となっている．受講内容には，

初任者研修の内容の上に，新たに介護過程や医療的ケアの内容が加えられており，また，他の科目の学習内容もさらに充実された（表 4－34）．

表 4－34　実務者研修のカリキュラム内容と時間数

科目名	時間数
人間の尊厳と自立	5
社会の理解Ⅰ	5
社会の理解Ⅱ	30
介護の基本Ⅰ	10
介護の基本Ⅱ	20
コミュニケーション技術	20
生活支援技術Ⅰ	20
生活支援技術Ⅱ	30
発達と老化の理解Ⅰ	10
発達と老化の理解Ⅱ	20
認知症の理解Ⅰ	10
認知症の理解Ⅱ	20
障害の理解Ⅰ	10
障害の理解Ⅱ	20
こころとからだのしくみⅠ	20
こころとからだのしくみⅡ	60
介護課程Ⅰ	20
介護課程Ⅱ	25
介護課程Ⅲ	45
医療的ケア	50
合計	450

注：「医療的ケア」には 50 時間と別に演習を終了する必要がある．

実務者研修における「認知症の理解」に関しては，「認知症の理解Ⅰ」(10 時間)と「認知症の理解Ⅱ」(20 時間)に分かれている．合わせて学習時間数は 30 時間ある．その具体的な学習内容と達成目標は表 4－35 に示している．

表 4－35　実務者研修における認知症の理解の学習内容と達成目標

認知症の理解	学習内容	達成目標
認知症の理解Ⅰ（10時間）	①認知症ケアの理念と視点（認知症ケアの理念と視点について理解を深めていく）	・認知症ケアの取り組みの経過を踏まえて、今日的な認知症ケアの理念を理解している
	②認知症による生活障害、心理・行動の特徴（「人」と「生活」の理解、、認知症の中核症状・行動、心理症状、意識障害の理解を深めていく）	・認知症による生活上の障害、心理・行動の特徴を理解している
	③認知症の人との関わり、支援の基本（認知症の人と関わる上で、知っておくべきこと、確認しておくべきこと、関わり方の基本を学習する）	・認知症の人やその家族に対する関わり方の基本を理解している
認知症の理解Ⅱ（20時間）	①医学的側面からみた認知症の理解（認知症とは何なのか、脳の機能と認知症、老化と脳の変化、認知症の診断の課程、認知症の原因疾患とその病態、治療と予防について学ぶ項目である）	・代表的な認知症の原因疾患、症状、障害、認知症の進行による変化、検査や治療などについての医学的知識を理解している
	②認知症の人や家族への支援の実際（認知症ケアの進め方、初期・中期・後期の認知症への介護、認知症ケアにおけるチームでのアプローチや地域でのサポート体制（新オレンジプラン、認知症サポーターなど）について学習します。また、家族介護者の役割、家族へのレスパイトケアも重要なポイントである）	・認知症の人の生活歴、疾患、家族・社会関係、居住環境などについてアセスメントして、その状況に合わせた支援ができる ・地域におけるサポート体制を理解して、支援に活用できる

(3) 中国の介護職短期養成研修における認知症ケアに関する内容の課題

日本における介護職の短期養成研修の研修内容を確認すると、介護職員初任者研修でも実務者研修でも、認知症の学習項目を取り入れており、そして、明確な学習時間と内容を決めている。たとえば、初任者研修では、認知症を取り巻く環境、医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理、認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活、家族への支援との 4 つの項目で、合計 6 時間の学習で構成されている。また、実務者研修では、上述の「認知症の理解Ⅰ」(10 時間)と「認知症の理解Ⅱ」(20 時間)、合わせて 30 時間の学習時間が設定される．以上の学習により，研修を受ける者に介護において認知症を理解することの必要性に気づき，認知症高齢者を介護するときの判断基準となる原則を理解することができるようになっている．

その一方、中国における短期養成研修のカリキュラムを見ると，その学習内容と時間数は国の基準に基づいたものであるが、しかし，短期養成研修の学習内容の国家基準には認知症は含まれていない．また，具体的な学習内容とカリキュラムは国の基準をもとに，各養成機関が自主的に作成

しているが，カリキュラムの内容や時間数が統一されていない．各養成機関の初級から技師までの研修カリキュラムには生活介護，医療的介護，心理的ケア，介護マネジメントなどの学習項目があるが，認知症に関する項目が見当たらない．この点に関しては、陳（2014）の研究では認知症の専門知識量と実際に提供しているケアについて、資格あり職員と資格なし職員の差はなかったと指摘された。この資格（養老介護員）は国家職業基準として制定されたが、専門的内容は不十分である。資格の内容と仕組みについては再検討する必要がある、特に認知症に関する知識は重視すべきであると指摘している。このように，中国における短期養成研修は認知症ケアの知識・技術を身につける研修にはなっていないことが課題である．

4. 高等教育における介護学科の教育内容の現状と課題

(1) 中国の高等職業学校における「老年サービスと管理」学科の教育内容

1999 年に中国国家教育部が「老年サービスと管理」学科を新設し，高等職業学校で介護人材育成の教育が始まった．1999 年に中国で初めて介護人材育成の学科を設立した高等職業学校は大連職業技術学院と長沙民政職業技術学院の 2 校であった．その後，2007 年に北京社会管理職業学院にも「老年サービスと管理」を新設し，介護人材教育を始めた．現在に至っても，この 3 つの専門学校における「老年サービスと管理」学科の教育レベルが全国でも最も高いと評価されている．

2014 年に，教育部，民生部などの 9 部門は一緒に「介護サービス人材育成を促進する意見」[3)]を作成し，学歴教育と職業教育を重視する介護人材育成体系を立ち上げると発表した．2016 年の時点で，全国で 143 か所の高等職業学校が「老年サービスと管理」学科を開設しており，年間の学生募集数は 4023 人に達している．今後，その数がさらに増加すると予測されている [4)]．

2015 年に，教育部は「普通高等学校高等職業教育（専門学校）専攻目録（2015 年）」[5)]を修訂した．その中で，「老年サービスと管理」学科の専攻紹介，育成目標，就職方向，主な職業能力，教育内容，実習などについて，記述している．「老年サービスと管理」学科について，その教育内容には社会学概論，社会心理学，老年学概論，老年ソーシャルワーク，老年政策，老年福祉施設経営管理，老年病学，老年介護と保健，社会調査，科目演習，実習などがある．実習については，夏休み実習，冬休み実習，総合実習，卒業実習などに分かれている．また，卒業と同時に，養老介護員中級と高級の受験資格が授与される．育成目標は高齢者ソーシャルワーク，高齢者介護・保健，ケアマネジメントなどの専門的な知識と技術を持ち，高齢者にかかわる福祉制度を理解し，高齢者介護と管理ができる専門人材を育成することである．しかし，その中には具体的な介護人材教育カリキュラムが明示されていない．全国統一の教育基準がないため，各高等職業学校は 3 年間の教育制限でそれぞれ独自のカリキュラムで教育を行っており，その教育内容が多少違っている．

最初に設置した2校はその後の設置校の模範となった可能性が高い．また，北京社会管理職業学院は，民政部職業訓練センターと同一組織であり，本学科設置校の指導的立場とされている．さらに，本研究の調査対象都市にある四川省国際標榜職業学院を取り上げたい．以上の理由でここでは前述の4校をとりあげて分析する．具体的には学校が掲げている育成目標，教育カリキュラム，

取得可能な資格，就職状況など育成する人材像を見出す指標を取り上げ，分析する．

①大連職業技術学院

大連職業技術学院は1999年に中国で初めて介護職養成の学科を設立し，社会事業学部に所属している．社会事業学部には老年サービスと管理，社区管理とサービス，人力資源管理，秘書，法律事務，社区リハビリの6つの学科が設置されている．

育成目標は，「経済発展のために必要な徳・智・体を全面的に備え，職業道徳を修養し，高齢者の生活介護，心理的ケア，医療的介護，保健リハビリ，施設経営と管理の比較的高い能力を備えた人材の育成を目指しており，各高齢者施設に必要な介護士，心理相談員，リハビリ保健師，施設管理者を育成する」としている．

次に，表4－36は教育カリキュラムを示す．3年間の教育で2588時間数の授業を行なっている．2588時間数のうち必須基礎科目762時間，必須専門科目1522時間，職業能力開拓科目304時間とそれぞれ割り合ってあった．必須専門科目の1522時間のなか，校外実習300時間数，見習実習480時間が含まれる．実習の内訳は，2年生の前期に「推拿生活介護技能訓練」60時間，後期に「高齢者心理的ケアと医療的介護の技 能訓練」120時間の校外実習を行う．3年生の前期に養老護理員の資格養成・実習・試験を行うため，120時間の校外実習は校内の演習室で心肺蘇生の練習に変更している．最後に3年生の後期に480時間 の見習実習を行う[6)]．実習先には日本緑峰会（横浜市）の高齢者施設6ヶ所，日本東北福祉大学付属老人ホームが含まれる．日本との関係が強いことが大連職業技術学院の特徴の1つといえよう．ただし，表4－50に示されている通り，カリキュラムの中に認知症に関する科目が設置されていない．高齢者の生活介護や高齢者の心理的介護などいくつかの科目の中で認知症にふれるかもしれないが，具体的には学習時間数や学習内容などが明確に示されていない．

卒業時，取得可能な資格に関しては，養老介護員の資格取得は可能であるが，級に関して説明はない．

就職先として，養老院，社会福利院，老年マンション，居宅介護事業所，リハビリ型施設，高齢者商品及び産業販売企業，社区サービスと管理，中等高等職業学校などがある．具体的な仕事に関しては，介護職員，保健リハビリ職員，施設管理職，老年ソーシャルワーカー，高齢者商品及び産業の販売スタッフなどが挙げられる．1～2年間ぐらいの現場経験を経て，施設管理職に昇進する卒業生が多いと評価される．就職率は90％以上と高い．

表4－36　大連職業技術学院の教育カリキュラム

	科目名	単位	時間	授業形式
基礎必修科目	専門入門と軍事訓練	2	60	校内集中演習
	情報処理	4	60	校内理論と演習
	思想道徳修養	1.5	24	講義
	法律入門	1.5	24	講義
	毛沢東概論	4	64	講義
	大学生心理健康教育	1	16	講義
	職業生涯設計	1	16	講義
	政策と社会情勢	1	16	講義
	就職指導	1	16	講義
	体育と健康	4	108	校内理論と演習
	レポートの書き方	2	32	講義
	日本語講読（もしくは英語講読）	11	180	講義
	日本語会話（もしくは英語会話）	9	146	講義
	小計	43	762	
専攻必修科目	高齢者の生活介護	4.5	72	校内理論と演習
	高齢者の栄養学と管理	2	32	校内理論と演習
	家政学	2	32	校内理論と演習
	リハビリテーション	2	32	校内理論と演習
	中医保健	2	32	校内理論と演習
	推拿と按摩	3.5	56	校内理論と演習
	高齢者の生理衛生	4	64	校内理論と演習
	高齢者の生活習慣病及び介護	6	96	校内理論と演習
	高齢者心理学基礎	3.5	56	校内理論と演習
	高齢者の心理的介護	5	80	校内理論と演習
	高齢者介護社会倫理	2	30	校内理論と演習
	高齢者のレクリエーション	2	32	校内理論と演習
	高齢者の文芸（音楽系）	2	32	校内理論と演習
	高齢者のフィットネス（ダンス）	2	32	校内理論と演習
	高齢者施設の経営と管理	4	64	校内理論と演習
	高齢者生活習慣病の介護技能訓練	4	120	校外実習
	推拿・按摩の生活介護技能訓練	2	60	校外実習
	養老介護員の実習と職業資格研修講評	4	120	校外実習
	見習実習	16	480	卒業実習
	小計	72.5	1522	
職業能力開拓科目	高齢者施設労務管理	2	32	校内理論と演習
	老年学入門と法律	3	48	校内理論と演習
	社会福利政策と応用	2	32	校内理論と演習
	高齢者施設情報管理	2	32	校内理論と演習
	高齢者事業のマーケティング	2	32	校内理論と演習
	公共関係実務（組織や管理）	2	32	校内理論と演習
	コミュニケーションと人間関係論	2	32	校内理論と演習
	現代の交際礼儀	2	32	校内理論と演習
	公共選択科目	2	32	講義
	小計	19	304	
	合計	134.5	2588	

②長沙民政職業技術学院

長沙民政職業技術学院は大連職業技術学院と同じく，1999年に「老年サービスと管理」学科を設置し，医学学部に所属している．医学学部には老年サービスと管理，老年保健と管理，看護，リハビリ，臨床医学，言語と視覚リハビリの6つの学科がある．

育成目標は「高齢者サービス業において，高齢者施設の高級介護士・基層管理者と高齢者ソーシャルワーカー等，サービスと管理の第一線で働くことを目指し，徳・智・体・美の全面においてすぐれ，心理的に健康で，高齢者サービスと管理の仕事に従事するために必要な基礎理論・専門知識と，実際的な基本的技能・技術に熟練し，「愛衆親仁」の道徳精神と「博学篤行」の素質を備えた，技能・応用力が高く持続的に発展を続けることが出来る，高齢者サービスと管理の専門人材」としている．

次に，教育カリキュラムについて，学科必修科目は正常人体構造，正常人体機能，臨床医学概要，中医学基礎，伝統老年リハビリ保健，ソーシャルワーク概論，老年学概論，普通心理学，専攻限定選択科目は社会調査，老年ソーシャルワーク，介護薬学，介護コミュニケーション，栄養と飲食保健，高齢者健康管理，高齢者心理ケア，リハビリ評定とリハビリ治療技術，高齢者によく見られる疾病のリハビリ，実用高齢者施設管理，レクリエーション企画である．専攻任意選択科目は中医養生と理学療法技術である．医学学部の下にあるため医学系の科目が多いことが特徴である．長沙民政職業技術学院のカリキュラムのもう一つの特徴は，「注文式育成」である．これは介護系企業等の具体的ニーズに基づいてオーダーメイドの科目群を設置する方法である．ただし，カリキュラムの中に認知症に関する科目が設置されていない．老年学概論や介護コミュニケーションなどいくつかの科目の中で認知症に関する知識を教えているかもしれないが，具体的には学習時間数や学習内容などが明確に示されていない．

取得可能な資格に関しては，5つの資格のどれかを取得することが卒業の条件となっている．養老介護員中級以上，ソーシャルワーカー四級，リハビリ保健師中級以上，保健マッサージ師中級以上，もしくは心理カウンセラー三級の5つである．

就職先の傾向として，まず，業種では高齢者施設と高齢者関連企業・団体への就職がほとんどで，学んだ分野と就職業種の整合性は比較的高い．高齢者関連企業・団体の中には投資や保険会社なども含まれており，本学科卒業者の半分ほどしか実際には介護にあたらなく，実際に介護にあたる人の数は多くないと考えられる．

③北京社会管理職業学院

北京社会管理職業学院は2007 年に「老年サービスと管理」学科を設立し，老年福祉学部に所属している．老年福祉学部，ソーシャルワーク学部，子供教育と養成学部，リハビリ学部などの 6 つの学部と 20 学科以上で構成している．

育成目標は老年サービスと管理に必要な基礎理論と専門知識を有し，介護を行う基本能力と技能を備え，また創新と実践精神，良好な職業道徳と健康な心身を持っている質の高い技術技能人材を育てることである．

表 4－37 は「老年サービスと管理」学科の教育カリキュラムを示す．3 年間の教育で合計 2584 時

間の授業を行っている．2584 時間数のうち，公共必須科目 758 時間，専門必須科目 742 時間，職

表 4－37　北京社会管理職業学院の教育カリキュラム

科目	カリキュラム	単位	時間数	授業方式	受講期間					
					1	2	3	4	5	6
公共基礎科目	オリエンテーションと国防教育	2	60	*	✓					
	コンピューター入門	4	60	◎		✓				
	思想道徳修養	1.5	24	○		✓				
	法律入門	1.5	24	○	✓					
	思想政治理論	4	64	○			✓			
	大学生心理健康教育	1	16	○	✓					
	職業キャリア計画	1	16	○		✓				
	社会事情と政策	1	16	○			✓			
	就職指導	1	16	○				✓		
	体育	4	110	◎	✓	✓	✓	✓		
	レポートの書き方	1.5	24	○				✓		
	英語精読	11	180	○	✓	✓	✓			
	英語のヒヤリングと会話	9	148	○			✓	✓	✓	
	小計	42.5	758							
専門必修科目	高齢者の生活介護	4.5	72	◎		✓				
	高齢者の食事と栄養管理	2	32	◎					✓	
	家政学	2	32	◎					✓	
	リハビリテーション	2	32	◎				✓		
	中医保健	2	32	◎				✓		
	マッサージ	3.5	56	◎			✓			
	高齢者の生理衛生	4	64	◎	✓					
	高齢者の病気の予防と介護	6	96	◎				✓		
	老年ソーシャルワーク	3.5	56	◎		✓				
	高齢者の心理的ケア	5	80	◎			✓			
	介護倫理	2	30	◎	✓					
	高齢者活動の計画づくり	2	32	◎				✓		
	高齢者の文化活動	2	32	◎				✓		
	高齢者のフィットネス	2	32	◎					✓	
	高齢者施設の経営と管理	4	64	◎					✓	
	小計	46.5	742							
職業能力開拓科目	人力資源管理	2	32	◎		✓				
	老年学入門と政策法律	3	48	◎	✓					
	社会福祉政策と応用	2	32	◎				✓		
	高齢者施設管理ソフト応用	2	32	◎					✓	
	高齢者事業のマーケティング	2	32	◎			✓			
	組織管理	2	32	◎					✓	
	コミュニケーション	2	32	◎	✓					
	コミュニケーション礼儀	2	32	◎	✓					
	マッサージ生活介護技能訓練	2	60	△			✓			
	高齢者心理的ケアと医療的介護技術訓練	4	120	△				✓		
	養老介護員現場実習と職業資格受験研修	4	120	△					✓	
	卒業実習	16	480	▲						✓
	公共選択科目	2	32				✓	✓		
	小計	45	1084							
合計		134.5	2584							

出典：北京社会管理職業学院のホームページより筆者抜粋
注：授業方式について、*は校内集中演習、○は講義、◎は校内理論と演習、△は校外実践、▲は卒業実習を示す。

業能力開拓科目 1084 時間，公共選択科目 32 時間と分けている．職業能力開拓科目の 1084 時間の中，校外実践が 300 時間と卒業実習 48 時間が含まれる．校外実践の内訳は 2 年生の前期に「マッサージ生活介護技能訓練」60時間，2年生の後期に「高齢者心理的ケアと医療的介護技術訓練」120時間，3年生の前期に「養老介護員現場実習と職業資格受験研修」120時間である．卒業実習は3年生の後期に施設現場での実習480時間である．北京社会管理職業学院は長沙民政職業技術学院と同じく，「注文式育成」を行い始めている．ただし，表4－51からわかるように，カリキュラムの中に認知症に関する科目が設置されていない．高齢者心理と行為や高齢者の病気と介護などいくつかの科目の中で認知症に関する内容が入っているかもしれないが，具体的には学習時間数や学習内容などが明確に示されていない．

取得可能な資格に関しては，養老介護員（保健マッサージ師，公共栄養師，秘書，営業員）の中級・高級資格の取得が可能である．

就職先としては，高齢者サービスにかかわる施設や会社などであり，主に介護技術技能職と施設管理職が含まれる．介護技術技能職は高齢者施設や社区老年サービスと管理施設のなかで高齢者生活介護，老年基礎介護，リハビリ保健，心理介護などの仕事を担当する．一方，施設管理職は高齢者施設や社区老年サービスと管理施設の中で行政秘書，アシスタントなどの仕事を担当する．

④四川国際標榜職業学院

四川国際標榜職業学院は2015年に「看護と健康管理学部」を設置し，その中には，看護，健康管理，老年サービスと管理，社区管理とサービス，幼児発達と健康管理，社区康復の6つの学科がある．

育成目標は「徳・智・体・美の全面においてすぐれて，人文科学，医学，老年学，ソーシャルワーク，高齢産業サービスと管理の基礎理論，基礎知識と基礎技術を持ち，また，老年生理・心理と高齢者福祉施設経営・管理能力を備えた，社区と高齢者福祉施設で老齢産業のサービスと管理の仕事ができる高い素質を備える技能技術型人材を育成する」である．

表 4－38 は「老年サービスと管理」学科の教育カリキュラムを示す．3 年間の教育で合計 1848 時間数の授業を行っている．1848 時間数のうち，公共基礎科目 368 時間，人文素質科目 144 時間，専門必須科目 288 時間，専門選択科目 496 時間，任意選択科目 48 時間，専門集中実習 296 時間と分けている．専門選択科目の中には，「認知症介護」科目が設置されており，学習時間数が 32 時間で，そのうち理論学習 16 時間と実践学習 16 時間に分かれている．

取得可能な資格に関しては，養老介護員の初級・中級・高級資格の取得が可能である．

卒業生は高齢者福祉施設で生活介護やリハビリ保健などの技術サービスと指導などの仕事に従事することができる．または高齢者福祉施設の事務，健康管理などの仕事を担当することができる．さらに社区と高齢者福祉施設などで老年ソーシャルワーカーとしても活躍できる．

表4－38　四川国際標榜職業学院の教育カリキュラム

科目	カリキュラム	単位	時間数	理論学習時間数	実践学習時間数	各講義の受講期間と単位分配					
						1	2	3	4	5	6
公共基礎科目	思想道徳修養と法律基礎	3	48	32	16		3				
	毛沢東思想と中国特色社会主義理	4	64	48	16	4					
	形勢と政策	1	16	16	0	0.25	0.25	0.25	0.25		
	職業生涯計画	1.5	24	12	12	1.5					
	就職指導	0.5	8	4	4					0.5	
	大学英語	6	96	48	48	2	2	2			
	コンピューター応用技術と文献検索	3	48	24	24		3				
	体育	4	64	12	52	2	2				
	小計	23	368	196	172	9.75	10.25	2.25	0.25	0.5	
人文素質科目	高職応用中国語	3	48	24	24	3					
	礼儀と修養	2	32	8	24	2					
	中国文化概述	2	32	24	8				2		
	心理健康教育	2	32	16	16		2				
	小計	9	144	72	72	2	5		2		
専門必須科目	医学基礎	4	64	32	32	4					
	老年ソーシャルワーク概論	4	64	32	32	4					
	老年サービス倫理と法規	2	32	24	8	2					
	高齢者心理と行為	3	48	24	24	3					
	高齢者介護	4	64	24	40		4				
	社会調査と研究方法	4	64	32	32				4		
	高齢者健康と能力認定	4	64	32	32			4			
	高齢者施設の経営・管理	3	48	24	24					3	
	高齢者福祉環境と福祉用品	3	48	24	24					3	
	小計	31	496	248	248	13	4	4	4	6	
専門選択科目	栄養と飲食保健	2	32	12	20			2			
	老年運動保健	2	32	8	24				2		
	老年中医リハビリ保健	2	32	12	20			2			
	救急救命措置	1	16	2	14			1			
	高齢者の病気と介護	3	48	32	16		3				
	公益プロジェクトと資金管理	2	32	22	10			2			
	認知症介護	2	32	16	16				2		
	ターミナルケア	2	32	20	12				2		
	老年ソーシャルワークの方法と実務	4	64	32	32		4				
	高齢教育	2	32	16	16					2	
	高齢者マーケティングの営業	2	32	12	20					2	
	高齢者在宅介護	1	16	6	10			1			
	日本語	6	96	48	48		6				
	小計	31	496	238	258		13	8	6	4	
任意選択科目	自然因子療法	1	16	8	8		1				
	関愛と介護	1	16	8	8		1				
	生け花と茶道	1	16	8	8				1		
	スタイルトレーニング	1	16	8	8				1		
	音楽リラックス療法	1	16	8	8				1		
	小計	3	48	24	24		1		2		
専門集中実習	予備実習	0.5	8	0	8		0.5				
	見学実習（一）	2	32	0	32			2			
	見学実習（二）	2	32	0	32				2		
	卒業論文	2	32	0	32						2
	実践実習（一）	2	32	0	32					2	
	実践実習（二）	10	160	0	160						10
	小計	19	296	0	296						
合計		116	1848	778	1070						

⑤まとめ

中国では 1999 年に,「老年サービスと管理」学科が初めて大連職業技術学院と長沙民政職業技術学院に設置された. その後, 2002 年に国家資格として養老介護員資格が創設され, 2004 年に「普通高等学校高等職業教育(専門学校)専攻目録」に「老年サービスと管理」が挿入された. それ以降,「老年サービスと管理」学科の設置は全国的に本格的に展開されるようになった.「老年サービスと管理」学科では介護に関する知識と技能を身につけ, かつ経営管理の知識も備えた介護現場における中間管理職を養成することが教育の目標である. また,「注文クラス」などのような時代と地域のニーズに合わせた独自のカリキュラムもある. しかし, 全国統一の教育基準がないため, 各高等職業学校は 3 年間の教育制限でそれぞれ独自のカリキュラムで教育を行っており, その教育内容が多少違っている. 例えば, 前述の 4 校に共通する専門科目として, 高齢者の生活介護, リハビリ, 中医保健, 老年学, コミュニケーション, 高齢者の心理的ケア, 高齢者施設の経営と管理などが挙げられる. その他の科目については, 各高等職業学校に多少違っていることがわかった. 特に認知症に関して, 大連職業技術学院, 長沙民政職業技術学院と北京社会管理職業学院の 3 校の「老年サービスと管理」学科のカリキュラムには認知症の科目が設置されていないが, 四川国際標榜職業学院のカリキュラムには認知症の科目が設置されており, 学習時間数が決められていることが把握できた.

(2) 日本の介護福祉士養成校における介護福祉学科の教育内容

日本では, 介護福祉士が創設されてから 20 年以上経過し, 2007 年法改正がなされた. 内容は, 介護福祉士の資格取得方法一元化, 定義規定, 義務規定の見直しが行われた. 「義務規定」では,「個人の尊厳の保持」,「自立支援」,「認知症等の心身の状況に応じた介護」,「他のサービス関係者との連携」,「資格取得後の自己研鑽」の 5 項目を見直した. その上で厚生労働省は, 介護福祉士養成課程のカリキュラム改正に関する通達をし, 時間数を改定当初は 1500 時間, 2000 年度は 1650 時間, 2009 年度には 1800 時間, 2019 年度には 1850 時間と段階的に改定し, より質の高い専門性を主眼とした介護福祉士養成課程の教育体系が抜本的に改正された. これは, 介護の役割と機能ニーズを的確に把握し専門的支援を確立するために介護福祉教育への期待がカリキュラム改正に繋がったといえる. 今回の改正は, 介護福祉の専門職として, 介護職のグループの中で中核的な役割を果たし, 認知症高齢者や高齢単身世帯等の増加等に伴う介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応できる介護福祉士を養成する観点から, 介護福祉士養成課程の教育内容の見直しを行った. カリキュラム基準として,「介護 1260 時間」「こころとからだのしくみ 300 時間」「人間と社会 240 時間」「医療的ケア 50 時間」の 4 領域に分類した(表 4－39). また, 見直しの主な事項の 1 つとしては,「本人の思いや症状などの個別性に応じた支援や, 地域とのつながり及び家族への支援を含めた認知症ケアの実践力が求められていることから, 教育に含むべき事項に認知症の心理的側面の理解や認知症ケアの理解を追加する」ことが挙げられる. このことから認知症高齢者の増加に伴い, 認知症への対応が重要視されることが読み取れる.

現行の介護福祉士養成カリキュラムにおける認知症に関する学習内容を見ると,「認知症の理解」が 60 時間ある. 具体的な内容については,「認知症を取り巻く状況(認知症ケアの歴史, 認知

症ケアの理念 認知症高齢者の現状と今後，認知症に関する行政の方針と施策）」，「医学的側面から見た認知症の基礎（認知症による障害，認知症と間違えられやすい症状，認知症の原因となる主な病気の症状の特徴，若年性認知症，病院で行われる検査，治療の実際）」，「認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活（認知症の人の特徴的な心理・行動，認知症に伴う機能の変化と日常生活への影響）」，「連携と協働（地域におけるサポート体制，チームアプローチ）」，「家族への支援」の 5 つの内容が含まれる.

表 4－39　日本における介護福祉士養成校の教育カリキュラム

	科目	時間数
人間と社会	人間の尊厳と自立	30以上
	人間関係とコミュニケーション	60以上
	社会の理解	60以上
	人間と社会に関する選択科目	－
	小計	240
介護	介護の基本	180
	コミュニケーション技術	60
	生活支援技術	300
	介護過程	150
	介護総合演習	120
	介護実習	450
	小計	1260
こころとからだのしくみ	発達と老化の理解	60
	認知症の理解	60
	障害の理解	60
	こころとからだのしくみ	120
	小計	300
医療的ケア		50
総時間数		1850

出典：厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」について、2018年

(3) 中国の高等職業学校「老年サービスと管理」学科における認知症ケアに関する教育の課題

日本における介護福祉士養成校の教育カリキュラムには、「認知症の理解」という認知症の科目が設定されていることが確認できた。そして、その科目の中には、認知症を取り巻く状況、医学的側面から見た認知症の基礎、認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活、連携と協働、家族への支援といった 5 つの学習内容が決められている。これにより、介護福祉士養成校の卒業生は一般の介護知識・技術だけでなく、認知症高齢者にも対応できる介護知識・技術を身に着けている.

その一方、中国における「老年サービスと管理」学科の教育カリキュラムを確認すると， 前述の3校（大連職業技術学院、長沙民政職業技術学院、北京社会管理職業学院）とも認知症に関する科目が存在しないことが分かった.「認知症」という名称の科目が存在しなくても例えば「高齢者の

病気の予防・介護」,「高齢者の生活介護」などの科目名称で実施される教育の中に「認知症」に関する教育内容が若干含まれているものとは考えられるが，少ない時間配分の中で十分な教育内容をカバーしているとは考え難い．最近，中国では認知症についての話題が増えており，認知症についての注目度も増している．それと同時に，各高等職業学校の教育の中で，認知症に関する学習内容を取り入れる学校も出始めている．例えば，成都市の四川国際標榜職業学院の場合，「老年サービスと管理」学科のカリキュラムには「認知症介護」という科目が存在し，認知症に関する学習内容には理論学習16時間と実践学習16時間があり，合わせて32時間の学習時間が設けられている．しかし，現状では，多くの高等職業学校の「老年サービスと管理」学科には「認知症」という科目が設置されていない．このことからも認知症ケアがまだ重視されていないと言える．中国の高等職業学校において，認知症ケアに関する知識・技術などを身に着けるためのカリキュラムを標準的に設置することは今後の課題であろう．

5. 考察

(1)介護教育を受けていない介護職を対象とした認知症ケア専門人材の養成

①認知症ケアに関する研修受講の促進

高齢者介護サービスの社会化の進展により，高齢者介護サービスの専門化が求められており，高齢者介護職員の量と質において社会的な需要に対応すべきことが認識されてきた。介護サービスの質向上を目指すには、介護教育に重点を置かなければならない。特に介護教育を受けていない介護職の教育研修が重要となってくる。橋本(2011)の介護福祉士資格有無および経験年数による認知症ケア比較の論文で，介護福祉士の資格を持ち、かつ勤務年数 3 年以上の者が 3 年未満の者より支援項目の有意差が高かったと指摘している。また、王ら(2017)の研究では認知症の知識・理解については、介護福祉士、初任者、無資格者の順で、介護福祉士が最も高かった。また、認知症ケアで工夫している点について、初任者と無資格者は「声掛け」や「傾聴」を重視し、介護福祉士は認知症高齢者の発言や行動の背景にある要因や意図を理解するように努めていたことを報告している。さらに、鄭ら（2010）の中国の上海市と北京市におけるホームヘルプサービスの現状についての研究では、資格を持ち，専門知識と技術を有することにより，仕事に対する自己評価や満足度が高まると指摘している。

以上の先行研究は介護教育を受けることの重要性を示唆するものと考えられる。介護職の認知症ケアに関する知識と技術の向上は直接施設全体の認知症ケアの質向上につながるので、施設として、介護職員の認知症ケアに関する研修受講を積極的に促進すべきである。日本では、介護職員に必要な研修や教育を受けてもらうためには、施設によって、研修手当などが支給される。中国の施設としては、今後、介護職員が自ら積極的に認知症ケアに関する研修を受講するためには、日本の研修手当や資格手当などを参考にした手当制度を検討する必要がある.

②介護職の労働環境の改善による研修を受講した認知症ケア専門人材の定着化

介護施設にとって、介護職の募集と定着は大きな課題である。その理由には長時間勤務すること，重労働であること，待遇が低いこと，社会的地位が低いことといった介護職の労働環境が挙げられる。そこで、介護職、特に研修を受講した認知症ケア専門人材を確保するには、まずその労働

環境から改善することが重要と考えられる。日本の施設の取り組みを見ると、研修参加を積極的に促進するとともに、資格を持っている介護職員に資格手当が支給されるなど、介護職員の専門性を重視し、給料を上げることにより、介護職の社会的地位を高め、さらに人材の定着を図っている。今後、中国の介護施設も日本の取り組みを参考にして、介護研修や介護教育を重視するとともに、介護職の報酬を増やし、労働環境を改善することを通じて、介護人材、特に研修を受講した認知症ケア専門人材の定着化を図ることが重要と考えられる。

(2) 認知症ケア専門研修の開催による認知症ケア専門人材養成の促進

日本では、後期高齢者の増加に伴い，利用者の中の認知症の人の割合が増加する中，認知症への対応力を向上することが求められており，認知症ケアの専門人材を育成する仕組みの整備が進められている．現在、認知症介護実践者研修，実践リーダー研修，指導者養成研修といった段階的研修により，高度な認知症ケアスキルを有するスペシャリスト養成を目指す認知症ケア専門研修体系が構築された。研修ニーズに的確に対応できるよう，一定の質の担保を前提とした上で，都道府県等から関係団体への研修の委託等の取組を推奨している．また，介護現場で認知症の基礎知識を有していない介護スタッフが多いことを解消するために，6 時間で受講できる認知症介護基礎研修のプログラムが作成された．さらに，認知症介護指導者フォローアップ研修，認知症対応型サービス事業開設者研修，認知症対応型サービス事業管理者研修などが実施されている．

一方、中国では、近年，認知症高齢者の増加に伴い，認知症ケアが注目されるようになっており、民間会社などによる認知症ケアに関する研修や資格認定も行われるようになっている．また，一部の高級高齢者施設では，独自の認知症ケア研修カリキュラムを作り，自ら介護人材育成を行っている．しかし，これらの介護研修や資格認定などは研修時間が短いこと，統一の認定基準がないこと，研修教員の質が確保できないなどの問題があることが指摘できる．今後、中国では、日本における認知症ケア専門人材養成の取り組みを参考にし、認知症ケアスキルを有する専門人材養成を目指す段階的研修体制を作り，認知症介護専門人材のステップアップの研修体系を整えることが求められる．これらの研修を実施することによって質の高い認知症ケアを提供できる人材育成が期待できる．しかし，それを実現するには，国レベルの施策支援が必要である．その上に，各地方政府は研修ニーズに的確に対応できるよう，一定の質の担保を前提とした上で，関係団体への研修の委託等に取り組むことが考えられる．

(3)介護職員短期養成研修における認知症ケアに関する学習内容の充実

日本では，認知症高齢者の増加を考慮して，介護職員初任者研修で「認知症の理解」6 時間，実務者研修で「認知症の理解」30 時間の学習内容が設定されている．さらに，認知症介護実践者研修，実践リーダー研修，指導者養成研修といったステップアップの認知症ケアの専門研修も行われている．以上の研修により，認知症高齢者に対応できる介護職員を確保している．

近年，中国においても後期高齢者の増加により認知症高齢者が増加してきたので，認知症高齢者に対応できるように，認知症ケアに関する知識・技術の内容が重要となってきている．しかし，日本の短期養成研修を参考にしたら，中国の短期養成研修には 2 つの大きな課題があることが指摘

できる．1 つ目は現行の介護職員短期養成研修のカリキュラムには認知症ケアに関する学習内容がないことである．2 つ目は認知症に関する専門研修が行われていないことである．今後，一般の要介護高齢者だけでなく、認知症高齢者にも対応できる介護職員を養成するには，まず日本の介護職員初任者研修や実務者研修を参考にし，短期養成研修カリキュラムに認知症に関する学習内容を取り入れ，認知症の基礎知識を有していない介護職員を解消する．次に認知症ケアのステップアップの研修体制を作り，質の高い認知症ケア専門人材を養成することが求められる．この 2 つの研修体制を整備することにより，認知症高齢者に対応できる介護職員を確保し，さらに施設における認知症ケアの質向上を図ることが期待できると考えられる．

(4) 高等職業学校「老年サービスと管理」学科の教育カリキュラムにおける「認知症」科目の追加

日本では，介護福祉士養成教育カリキュラムを国が法令として定めているため，各大学，短期大学，専門学校などの養成校はその基準に基づき，それぞれの教育カリキュラムが作成されている．そして，教育カリキュラムの中には認知症に関する学習内容を 60 時間設定されている．認知症に関する学習時間が確保されることにより，卒業生は一般の高齢者介護だけでなく，認知症高齢者にも対応することが可能となり，認知症介護専門人材の育成が確保されている．

一方，中国における「老年サービスと管理」学科では，介護に関する知識と技能を身につけ，かつ経営管理の知識も備えた介護現場における中間管理職を養成することが教育の目標である．しかし，全国統一の教育基準がないため，各高等職業学校は 3 年間の教育制限でそれぞれ独自のカリキュラムで教育を行っており，その教育内容が多少違っている．例えば，認知症ケアに関して，大連職業技術学院，長沙民政職業技術学院と北京社会管理職業学院の 3 校の場合，「老年サービスと管理」学科のカリキュラムには認知症ケアの科目が設置されていない．他の科目の中で多少認知症の内容を取り入れているかもしれないが，その具体的な学習時間数と学習内容が明確に決められていない．一方，四川国際標榜職業学院のように，教育カリキュラムには認知症の科目が設置されており，学習時間数が決められている学校もある．

上述の通り，各校は認知症ケアの教育にかける時間数や教育内容はまちまちである．今後，認知症高齢者の増加に伴いそれに対する理解と対応は大きな課題となるであろう．その課題を解決するために，日本の介護福祉士養成教育カリキュラムを参考にして，中国の高等職業学校の「老年サービスと管理」学科のカリキュラムに認知症ケアの科目を取り入れる必要があると考えられる．また，中国では介護職養成教育の内容についての国による明確な基準が示されておらず，養成校毎にまちまちの教育内容で進められている．認知症ケアの科目の設定とともに，明確な国の基準の策定が急務である．

第 5 章　中国・内陸都市における認知症高齢者の支援方策－日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にして－

日本では高齢者の 4 人に 1 人が認知症またはその予備軍とされ，現在の認知症有病率は 85～89 歳で 40%， 90～94 歳で 60%，95 歳以上で 80%に及ぶと推計されている．また，この数は高齢化の進展に伴いさらに増加が見込まれている（厚生労働省：2013）．認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく，認知症の人に寄り添いながら，認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう，社会環境整備を行っていくことが求められている．認知症になっても，よりよい環境で自分らしく暮らし続けていくためには，早期診断・早期対応体制の強化，地域での生活を支える医療・介護サービスの構築，地域での日常生活支援や家族支援などが必要となる．

高齢化に伴う認知症の人の増加への対応は今世界共通の課題となっている中，世界で最も早いスピードで高齢化が進んできた日本が，全国的な公的介護保険制度の下，認知症となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう，医療，介護，介護予防，住まい，生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの実現を目指している． このため，いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目指し，認知症の人の意思が尊重され，できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現するために，「認知症施策推進 5 か年計画」（オレンジプラン）（厚生労働省：2012）を改め，新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）（厚生労働省：2015）を策定した．さらに，2019 年に厚生労働省は認知症の発症を遅らせ，認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し，認知症の人や家族の視点を重視しながら，「共生」と「予防」を車の両輪として認知症施策推進大綱施策を取りまとめた．

現在，高齢化に伴う認知症の人の増加への取組は世界共通の課題となっている．世界に おいても，国家認知症戦略（英国），国家アルツハイマー計画（米国）等，各国政府による 認知症に関する国家戦略の策定が進展しているところである．世界で最も速いスピードで 高齢化が進んできた日本における，社会をあげた取組のモデルを積極的に各国に発信するとともに，認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し，認知症施策推進大綱に沿った施策を着実に実施していくこととする．

本章では，第 2 章から第 4 章までの研究結果を踏まえて，日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にし，中国・内陸都市における認知症高齢者の今後の対応の在り方について検討する．具体的には，まず，日本における認知症高齢者対応の取り組みの現状と課題を整理する．次に，日本の認知症高齢者対応の取り組みを参考にした中国における認知症高齢者対応の取り組みの課題を明確にする．最後に，中国における認知症高齢者の今後の支援対策を検討する．

第1節　日本における認知症高齢者対応の取り組みの現状と課題

1.　国による認知症高齢者対策について

1986 年に，厚生省は，痴呆性老人対策本部を設置した．1989 年に，老人性痴呆疾患センターを創設した．1997 年に，認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の制度化，2001 年には，認

知症介護研究・研修センターの開設など，施策の充実を図ってきた．

2003 年，当時の厚生労働省老健局長の私的研究会であった高齢者介護研究会が，「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～」という報告書をまとめた．この中で，「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」として，痴呆性高齢者を取り巻く状況や，痴呆性高齢者の特性やケアの基本をふまえ，「痴呆性高齢者ケアの普遍化」や「地域での早期発見，支援の仕組み」の必要性が示された．

2004 年，厚生労働省の「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」の報告を受け，「痴呆」という用語が侮蔑的な意味合いを含んでいることや，症状を正確に表していないことなどをふまえて，「痴呆」から「認知症」へと呼称が変わった．これに続いた「認知症を知り地域をつくる 10 ヵ年」の構想の展開などにより，認知症についての理解は，一定程度進んだ．また，高齢者の介護を支える介護保険制度においても，2006 年に，認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護などを含む地域密着型サービスを創設し，介護サービスの整備や地域ケア体制の構築による支援も図ってきた．

2008 年に，今後の認知症対策を一層効果的に推進し，たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築することが必要との認識のもと，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」が作成された．このプロジェクトでは，厚生労働省内の横断的な検討が進められ，プロジェクトの報告書には，今後の認知症対策の具体的な内容として，「認知症の人の実態把握」「アルツハイマー病の予防方法や治療薬などの研究・開発」「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・家族の支援」「若年性認知症対策」が掲げられた．

(1)「今後の認知症施策の方向性について」と「オレンジプラン」

2010 年，厚生労働省の審議会「新たな地域精神保健医療体制を構築するための検討チーム（第 2 ラウンド）」で「認知症と精神科医療」について議論が交わされ，更に協議を重ねるために，厚生労働省は「認知症施策検討プロジェクトチーム」を設置した．このチームは，過去 10 年間の認知症施策を再検証した上で，今後目指すべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について検討し，2012 年 6 月に，「今後の認知症施策の方向性について」をとりまとめ，公表した．「今後の認知症施策の方向性について」では，「認知症の人は，精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考えを改め，「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，7つの視点からの取り組み（①標準的な認知症ケアパス，②早期診断・早期対応，③地域での生活を支える医療サービスの構築，④地域での生活を支える介護サービスの構築，⑤地域での日常生活・家族の支援の強化，⑥若年性認知症施策の強化，　⑦医療・介護サービスを担う人材の育成）を掲げた．

2012 年，「今後の認知症施策の方向性について」の 7 つの視点に基づき，厚生労働省は，7つの取り組みにかかる具体的な数値目標を定めた「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」（2013 年度から 2017 年度までの計画）を策定した．

(2)新オレンジプラン

2013 年より，オレンジプランによる取り組みが実施される中，2014 年 11 月，「認知症サミット日本後継イベント」が開催された．世界 10 か国以上から，300 人を超える専門家等の参加があり，「新しいケアと予防のモデル」をテーマに，活発な議論が交わされた．このイベントの開会式で，安倍内閣総理大臣が，「我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう，厚生労働大臣に指示いたします」「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します」と宣言した．その上で，内閣総理大臣より厚生労働大臣に対して，認知症施策を加速させるための戦略の策定について指示があった．その指示を受け，2015 年に，オレンジプランを修正してできたのが「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」である．

「新オレンジプラン」は，オレンジプランから引き継ぎ，変更した 7 つの柱で構成している．そして，オレンジプランの内容をベースに，新しい項目の追加や，目標値の引き上げなどを行った．また，オレンジプランは厚生労働省内で策定したのに対して，新オレンジプランは関係省庁が共同して策定し，認知症の人の生活全般に及んでいることが特徴である．まず，基本的な考え方として，「認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進していくため，認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で，自分らしく暮らし続けるために必要としていることに的確に応えていくことを旨としつつ，以下の7つの柱に沿って，施策を総合的に推進していく」としている．

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

(3)認知症施策推進大綱

2018 年 12 月，内閣官房長官を議長，健康・医療戦略担当大臣及び厚生労働大臣を副議長とし，その他 13 大臣を構成員とする「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置された．その後，計 3 回の「認知症施策推進のための有識者会議」における認知症に関する有識者からの意見聴取に加え，認知症の人や家族をはじめとした様々な関係者からの意見聴取，計 4 回の「認知症施策推進関係閣僚会議幹事会」での議論を経て，認知症に関する施策の指針となる認知症施策推進大綱を決定した．団塊の世帯が 75 歳以上となる 2025 年までを対象期間に，認知症になっても，地域で安心して暮らせる「共生」と認知症の発症や進行を遅らせる「予防」を車の両輪として位置付けた．

「共生」とは，認知症の人が，尊厳と希望を持って認知症とともに生きる，また，認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味である．引き続き，生活上の困難が生じた場合でも，重症化を予防しつつ，周囲や地域の理解と協力の下，本人が希望を持って前を向き，力を活かして

いくことで，住み慣れた地域の中で尊厳が守られ，自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す．また，「予防」とは，「認知症にならない」という意味ではなく，「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である． 運動不足の改善，糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防，社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が，認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ，予防に関するエビデンスの収集・普及とともに，通いの場における活動の推進など，正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への「備え」としての取組に重点を置く．結果として，70 歳代での発症を 10 年間で1歳遅らせる ことを目指す．また，認知症の発症や進行の仕組みの解明，予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める．

こうした基本的な考え方の下，以下の 5 つの柱に沿って施策を推進する．その際，これらの施策は全て認知症の人の視点に立って，認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とする．

① 普及啓発・本人発信支援

認知症は誰もがなりうることから，認知症の人やその家族が地域のよい環境で自分らし く暮らし続けるためには，認知症への社会の理解を深め，地域共生社会を目指す中で，認知症があってもなくても，同じ社会の一員として地域をともに創っていくことが必要であ る． そのため，認知症に関する正しい知識と理解を持って，地域や職域で認知症の人や家族 を手助けする認知症サポーターの養成を進めるとともに，生活環境の中で認知症の人と 関わる機会が多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等向けの 養成講座の開催の機会の拡大や，学校教育等における認知症の人などを含む高齢者への理 解の推進，地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターの周知の強化に取り組むことが求められる．

また， 認知症の人が生き生きと活動している姿は，認知症に関する社会の見方を変えるきっかけともなり，多くの認知症の人に希望を与えるものでもあると考えられる．認知症の人が，できないことを様々な工夫で補いつつ，できることを活かして希望や生きがいを 持って暮らしている姿は，認知症の診断を受けた後の生活への安心感を与え，早期に診断 を受けることを促す効果もあると考えられる．認知症に対する画一的で否定的なイメージ を払拭する観点からも，地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め，認知症の 人本人が自らの言葉で語り，認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していくことが望ましい．

② 予防

運動不足の改善，糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防，社会参加による社会的孤立 の解消や役割の保持等が，認知症予防に資する可能性が示唆されている．このため，地域において高齢者が身近に通える場を拡充するとともに，認知症の人のみならず一般住民や 高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し，認知症予 防に資する可能性のある活動を推進する．

また，かかりつけ医，保健師，管理栄養士等の専門職による健康相談等の活動についても，認知症の発症遅延や発症リスク低減，早期発見・早期対応につながる可能性があり，推進する． 認

知症予防に関しては，多様なメディアで多くの情報が飛び交う中で，エビデンスの収集・分析を進め，認知症予防のための活動の進め方に関する手引きを作成する．自治体における認知症の予防に資すると考えられる活動事例を収集し横展開を図る．

さらに，認知症予防に資すると考えられる民間の商品やサービスに関して，評価・認証の仕組みを検討する．

③　医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知機能低下のある人や，認知症の人に対して，早期発見・早期対応が行えるよう，かかりつけ医，地域包括支援センター，認知症地域支援推進員，認知症初期集中支援チーム，認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに，これらの間の連携を強化する．その際，本人のなじみの人や地域の関係者等との連携も考慮しながら取組を進める．医療・介護従事者の認知症対応力を向上するため研修を実施する．ICT 化，作成文書の見直し等による介護事業所における生産性の向上や「介護現場革新会議」の基本方針に基づく取組等により，介護現場の業務効率化や環境改善等を進め，介護人材の確保・定着を図る．BPSD の対応ガイドラインを作成し周知するなどにより，BPSD の予防や適切な対応を推進する．認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ，家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し，家族等の負担軽減を図る．

④　認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

認知症の人の多くが，認知症になることで，買い物や移動，趣味活動など地域の様々な場面で，外出や交流の機会を減らしている実態がある．このため，移動，消費，金融手続き，公共施設など，生活のあらゆる場面で，認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する．また，認知症に関する取組を実施している企業等に対する認証や表彰制度の創設を検討するとともに，認知症バリアフリーな商品・サービスの開発を促す．

このほか，交通安全，地域支援の強化，成年後見制度の利用促進，消費者被害防止，虐待防止等の施策を推進する．なお，この際，官民あげての取組として，経済団体，産業団体，地方団体，専門職団体，関係学会と当事者組織等との協働による取組を促進するとともに，各地域における地域の実情に応じた「地域共生社会」に向けた産学官民連携の先進的な取組事例についても支援するための方策について検討する．

若年性認知症支援コーディネーターの充実等により，若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに，企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を行う．介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により，認知症の人の社会参加活動を促進する．

⑤　研究開発・産業促進・国際展開

認知症は未だ発症や進行の仕組みの解明が不十分であり，根本的治療薬や予防法は十分には確立されていない．そのため，認知症発症や進行の仕組みの解明，予防法，診断法，治療法，リハビリテーション，介護モデル等の研究開発など，様々な病態やステージを対象に研究開発を進める．特に，認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証，評価指標の確立を図る．全国規模で認知症の実態を把握するための研究を実施するとともに，既存のコホートの役割

を明確にした上で，認知症の人等の研究・治験への登録の仕組みの構築等を進める．これらの成果を，認知症の早期発見・早期対応や診断法の確立，根本的治療薬や予防法の開発につなげていく．認知症は経過の長い疾患であり，これらの研究において成果を得るためには長期的な計画が必要であることを踏まえて，安定的に研究を継続する仕組みを構築する．研究開発の成果の産業化を進めるとともに，「アジア健康構想」の枠組みも活用して介護サービス等の国際展開を推進する．なお，認知症に係る研究開発及びその成果の普及の推進に当たっては，「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」に基づき取り組む．

2.　認知症高齢者の早期発見・支援対応の現状と課題

(1) 早期発見の相談窓口

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することを目的とし，2005 年介護保険改正では，地域密着型サービス，地域包括支援センターの創設による予防重視型システムへの転換が進められ，さらに 2012 年の介護保険改正では「地域包括ケアシステム」が構築された．

また，高齢化が進むにつれ増加が見込まれる認知症対策として，2015 年に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が公表された．その基本方針は，認知症の人が住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けるための，認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進，認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供，認知症の人の介護者への支援など 7 つの柱に沿ったものである．これら施策のうち集中支援チームとは，複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族への初期支援を包括的，集中的に行うサポートチームのことであり，支援センターのほか，認知症疾患医療センター，市町村の本庁，病院・診療所に配置されている．集中支援チームの「初期」という言葉には，①認知症の発症後のステージとしての初期病気の早期段階』の意味だけでなく，②認知症の人へのかかわりの初期（ファーストタッチ）という意味とされている（栗田：2015）．

このうち認知症発症後の初期段階での対応については，可逆性の大きい軽度認知障害（北野：2016）の段階で早期に発見され，かかりつけ医などによる適切な介入（野崎：2016）が開始されることが，在宅生活継続の鍵であるといえる．しかし，実際には高齢者自身や家族の側にも認知症に対する偏見や不安（小倉：2014）により認知症相談への抵抗を感じる高齢者も多く（野村：2012），行動・心理症状の出現など認知症が進行してから発見されることも少なくない．初期集中支援チームへの主な相談内容が認知症の行動・心理症状による介護拒否などであるとの報告（中西：2015）や，集中支援チームのモデル事業の多くが，認知症が中程度以上に進行した人が対象であったとの指摘（伊藤：2015）あり，早期に認知症高齢者を把握し，支援へと導くことが課題である．

次に，「かかわりの初期段階」という意味での初期対応については，「おおむね 6 か月を目安に本格的な介護チームや医療につなげること」（栗田：2015）とある．これについては，集中チームの実績として，集中支援チーム介入による介護保険の利用促進の効果や，支援後の転機も 75％が「在宅継続」との報告（延：2016）もあり，集中支援チームの設置により，それまで適切な支援が得られないでいた認知症高齢者を医療・介護につなげる効果があることが裏付けられている．

また，認知症早期発見の課題を解決するためには，2019 年に公表された「認知症施策推進大

綱」の中では，認知症早期発見の相談窓口を整備する対策を強化した．具体的には①地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し，ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する．その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し，認知症に関する基礎的な情報とともに，具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする．②福祉機関等を対象に，法テラスの法的支援の制度手続等について説明する機会を設けるなどして，更に周知する．

(2)認知症の容態に応じた適時・適切な医療などの提供

認知症の容態に応じた適時・適切な医療などの提供については，医療・介護等が有機的に連携し，認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで，認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする取り組みである．このため，早期診断・早期対応を軸とし，行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも，医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように，退院・退所後もそのときの容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みの構築が求められる．これを実現するために，日本では以下の 5 つの政策が実施されている．

①「かかりつけ医の認知症対応力向上研修・認知症サポート医の養成研修」

地域の中で認知症の人を支えていくには，何よりも身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め，必要に応じて適切な医療機関につなぐことが重要であり，かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修を実施し，また，初期集中支援チームのバックアップや，かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進めている（図 5－1）．2020 年までにかかりつけ医が 7.5 万人，認知症サポート医が 1.0 万人との目標値を設定し，養成研修を推進していく．

図 5－1　かかりつけ医の認知症対応力向上研修・認知症サポート医の養成研修

②「歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修」

歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門家が高齢者等と接する中で，認知症の疑いがある人に早期に気付き，かかりつけ医等と連携して対応するとともに，その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推

進している(図 5－2)．2020 年までに歯科医師が 22,000 人，薬剤師が 40,000 人との目標値を設置し，研修を進めていく．

平成28年度開始	歯科医師認知症対応力向上研修事業	薬剤師認知症対応力向上研修
実施主体	都道府県・指定都市(事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託することができる)	
研修対象者	各都道府県及び指定都市管内で勤務(開業を含む)する歯科医師	各都道府県及び指定都市管内で勤務(開業を含む)する薬剤師
標準カリキュラム	1)基礎知識(30分) 2)かかりつけ歯科医師の役割(90分) 3)連携・制度(90分) 計:210分	1)基礎知識(30分) 2)対応力(薬学的管理、連携)(90分) 3)制度等(90分) 計:210分
その他	・認知症歯科医療に精通した歯科医師等の協力の下行う。 ・研修受講者の募集に当たっては、各都道府県歯科医師会、関係団体等の協力を得て行う。	・認知症薬やその服薬管理に精通した薬剤師等の協力の下行う。 ・研修受講者の募集に当たっては、各都道府県薬剤師会、関係団体等の協力を得て行う。

図 5－2　歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修

③「認知症疾患医療センター」

認知症疾患医療センターは，認知症の速やかな鑑別診断や，行動・心理症状(BPSD)と身体合併症に対する急性期医療，専門医療相談，関係機関との連携，研修会の開催等の役割を担う(図 5－3)．2020 年までに認知症疾患医療センターを 500 か所の設置を目標としている．2019 年 1 月の時点で認知症疾患医療センターの数は 440 か所に達していた．

		基幹型	地域型	連携型
設置医療機関		病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所・病院
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は保健師等 (2名以上)	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は保健師等 (2名以上)	・専門医(1名以上) ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等 (1名以上)
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	・CT ・MRI ・SPECT(※)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
	医療相談室の設置	必須		－

図 5－3　認知症疾患医療センターの整備

④「認知症初期集中支援チーム」

認知症初期集中支援チームは，医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し，必要な医療や介護の導入・調整や，家族支援などの所為の支援を包括的，集中的に行い，自立生活のサポートを行うチームである(図 5－4)．

図 5－4　認知症初期集中支援チーム

⑤「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修・看護職員認知症対応力向上研修」

身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から，関係団体による研修も積極的に活用しながら，病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進め，また研修受講者が同じ医療機関等の看護職員に対して伝達することで，医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を進めている．2017 年年末の時点で，病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実績は 8.7 万人で，2020 年までの目標値は 22 万人である．

図 5－5　病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修・看護職員認知症対応力向上研修

⑥「BPSD ガイドライン」

行動・心理症状（BPSD）が見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則で有り，行動・心理症状（BPSD）に投薬をもって対応する場合においても，生活能力が低下しやすいことや服薬による副作用が生じやすいことなど高齢者の特性を考慮した対応がなされる必要があること等を「ガイドライン」化している．

しかし，小林ら（2012）が指摘したように，早期発見に取り組んでいる相談医が少なく，患者数，検査方法，関係しているスタッフが相談医によって大きく異なっており，診療状況に格差が認めら

れている．さらに，他医療機関から患者を紹介される相談医が多い一方，経過観察まで他医療機関に依頼する相談医も多いことから，相談医がその役割や機能を発揮するための方策を講ずる必要がある．地域の体制に関する課題として，入院医療機関，介護・福祉サービス，専門検査診断機関等の不足が多く指摘されているが，いずれも直ちに解決・改善することは困難である．当面は，行政や介護・福祉分野との連携により患者や家族を効果的に支援する必要があるが，実際にこうした機関と連携している相談医が少なく，相互の情報共有や事例の引継等を進めていく必要がある．認知症疾患医療センターは，専門的な診断・治療を行うとともに，助言等を通じて他機関と連携する機能も有しているが，実際に利用している相談医が少なく，センターに関する周知が課題であり，相互の連携を進めるため，地域ごとにセンターのスタッフと相談医が直接情報交換できる場を設ける等の対策が必要と言える．

(3) 地域包括ケアシステムにおける医療や福祉などの多職種連携支援

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に，要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けられる仕組みを構築することは，社会保障制度の最重要課題の一つである．その仕組みを日本の政策では「地域包括ケアシステム」と名付け，医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組みとして位置づけた．すなわち，住まいの確保を基本に，介護，リハビリ，医療サービス，保健サービス，福祉サービス，その他の生活を支援するための諸資源が，本人の状況に応じて適切に確保・調整されて総合的に提供されている状態である．

地域包括ケアシステムの実現に向けて，医療と介護などの多職種の連携が不可欠である．疾病を抱えても，自宅等の住み慣れた生活の場で療養し，自分らしい生活を続けられるためには，地域における医療・介護の関係機関が連携して，包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である．そのため，厚生労働省においては，関係機関が連携し，多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組を推進している．

地域包括ケアの推進の中身としては，医療との連携強化として，24 時間対応の在宅医療，訪問看護やリハビリテーションの充実強化をめざすこと，特養などの介護拠点を整備し，介護サービスの充実強化を行うこと，見守り，配食，買い物などの 24 時間対応の在宅サービスを強化すること，多様な生活支援サービスの確保や権利擁護を支援すること，さらに一人暮らし，高齢夫婦のみの世帯の増加をふまえ，様々な生活支援サービスを推進し，高齢になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備を行うことが柱となっている．

その上に，地域資源のマップを作成し，認知症のステージごとに時間軸にあわせて，多職種の医療介護連携を構築することが求められる．すなわち横軸は時間であり，縦軸には医療と介護の専門職と，行政，ボランティアの機能が明示されている認知症ケアパスである．認知症の早期発見，早期対応の重要性はいうまでもないが，当初認知症と認識されなかったり，受診を拒否したりするケースがある．そこで家族や民生委員，近所の人が認知症ではないかと疑った時に相談できるところが認知症初期集中支援チームとなる．チーム員は研修をうけた者であり，　相談を受けた場合にはアウトリーチを行う．すなわち訪問し，アセスメントを行う．その結果をもとに認知症サポート医を含むチーム員会議で検討し，適切なアドバイスを行う．診断治療が必要な場合には医療機関を紹

介し，介護サービスの利用が必要であれば要介護認定につなげ，介護支援専門員に繋げることとする．その後，医療や介護を利用し，もし BPSD が悪化すれば，再度地域の専門医や認知症疾患医療センターへの受診や入院をできるようにアクセスするシステムを構築する．可能なかぎり在宅で療養し，最期には介護施設の利用も検討する．そうした長期にわたって，地域で安心して暮らせる体制の指針づくりが認知症ケアパスである．すなわち認知症ケアパスとは，地域ごとに，発症予防から人生の最終段階まで，生活機能障害の進行状況に合わせ，いつ，どこで，どのような医療・介護サービスを受ければよいのか，これらの流れを予め標準的に示したものである．地域ごとに「認知症ケアパス」を確立し，認知症の人やその家族，医療・介護関係者等の間で共有され，サービスが切れ目なく提供されるようにその活用を推進している．ポイントは行政の指導のもとに医師会や介護福祉が連携して，顔がみえる関係を構築することである．

このように，2025 年問題への対応には地域包括ケアシステム構築の方法論を確立する必要があり，そのカギは，地域を単位とする分野横断的な連携や多職種連携の仕組み，それに基づく地域の現状，課題把握とシステム評価の仕組みを機能させることにある．

しかし，多職種連携のニーズは高まっているが，医療介護の業界は専門職から成る縦割りの強い世界であり，資格がなければ取り扱うことのできない業務も多い．例えば，医師における臓器別専門分化や看護師における認定・専門看護師など細分化も進んでいる．医師と薬剤師，看護師，管理栄養士など各職種の専門性が高まっていき，様々な職種間コンフリクトが発生する．また，医療と介護の間の壁は高い．医療職は高齢患者の「生活」を知らず，介護職は医療を知らないために，医療と介護の情報非対称性もあって，両者の協働・連携は難しい．この課題を解決するためには，主治医から急性期入院，在宅復帰と適切なリハビリ実施，介護サービスの提供などの流れが見える化されて，職種や部門，施設を超えての協働と連携が医療と介護の効果を最大化すると思われる．

3. 認知症高齢者が在宅で住み続けるための支援の現状と課題

(1) 認知症高齢者を地域で支える取り組み

誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり，また，誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど，認知症は皆にとって身近な病気であることを普及・啓発等を通じて社会全体として確認していくことが必要とされている．そのため，日本では認知症への理解を深めるための普及・啓発を推進するために，認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンや認知症サポーターの養成，学校教育における認知症の人を含む高齢者への理解の推進など社会全体で認知症の人を支える取り組みが積極的に実施されている．

① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

広告等を通じて，認知症への社会の理解を深めるための全国的なキャンペーンを展開する．その際，認知症の人が生き生きと活動している姿は，認知症に関する社会の見方を変えるきっかけともなり，また，多くの認知症の人に希望を与えるものでもあると考えられる． 特に，初期段階の認知症の人ができないことを様々な工夫で補いつつ，できることを活かして希望や生きがいを持って暮らしている姿は，認知症の診断を受けた後の生活への安心感を与え，早期に診断を受けることを

促す効果もあると考えられる．認知症に対する画一的で否定的なイメージを払拭する観点からも，認知症の人が自らの言葉でそのメッセージを語る姿等を積極的に発信していくことが必要と考えられる．そのため，軽度の認知症高齢者を中心に，全国範囲で講演などを通じて，認知症への社会の理解を深める活動が行われている．

② 認知症サポーターの養成と活動の支援

日本における「認知症にやさしい町づくり」は，2004 年に「痴呆」から「認知症」に用語が変更されたことをきっかけに，2005 年に厚生労働省が「認知症を知り，地域をつくる 10 カ年計画」構想を打ち立てた．この構想は，10 年後であった 2014 年の段階で，「認知症を理解し，支援する人（サポーター）が地域に数多く存在し，すべての町が認知症になっても安心して暮らせる地域になっている」ことを目標とし，これを達成するために，認知症サポーター100 万人キャラバン，『認知症でもだいじょうぶ町づくり』キャンペーン，認知症の人「本人ネットワーク支援」，認知症の人や家族の力を生かしたケアマネジメントの推進といった 4 つのキャンペーンが打ち立てられた．

認知症サポーター養成講座はこのキャンペーンの一環として 2005 年に始まり，2006 年には「認知症サポーター等養成事業」としてスタートした（2006 年 7 月 12 日，老計発第 0712001 号，厚生労働省老健局計画課長通知）．上記の 4 つの事業のうち，現在においても継続して実施されているのは「認知症サポーター・キャラバン」である．認知症サポーターとは認知症について正しく理解し，認知症の人や家族を温かく見守り，支援する応援者です．市町村や職場などで実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講した人が「認知症サポーター」となる．認知症サポーターの養成システムは，認知症への社会の理解を深める重要な普及・ 啓発の取組である．認知症サポーター養成講座の開催数，ならびに受講者数は毎年着実に増え続け，現在は各市町村において，「認知症施策等総合支援事業」における「認知症施策普及・相談・支援事業」の一環として実施されている．2019 年 3 月の時点で，認知症サポーターの人数が 1144 万人に達しており，2014 年の 545 万人の 1 倍であり，そのうち，キャラバン・メイト数が 158,809 人である．また，今後は，認知症サポーターを量的に養成するだけでなく，あくまでもできる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ，養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるようにすることに，これまで以上に重点を置く．具体的には，地域や職域などで行われている創意工夫を凝らした様々な先進的な取組事例を全国に紹介していくことで，新たな活動へと繋げていく．さらに，地方自治体等が認知症サポーター養成講座を修了した者を把握するとともに，認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け，座学だけでなくサポーター同士の発表・討議も含めたより上級な講座など，地域や職域の実情に応じた取組が推進されている．

③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

2015 年，厚生労働省老健局により，全国の教育機関を対象に，「学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進」の協力依頼を発表した（厚生労働省老健局:2015）．その中で，今後，認知症の高齢者の増加が見込まれる中，認知症は誰もが関わる可能性のある身近なものであることを社会全体として更に認識していくためには，できる限り早い段階から認知症を知り，理解を深めることが重要であると考えられる．そのため，学校教育を通じて，子どもや若者における意識

をさらに涵養する必要があると指摘された.

そのため，各教育機関において，児童生徒，学生たちが認知症の理解を一層深められるよう，以下のような取組の実施が期待される.

*小・中・高等学校における取組

ア 児童生徒と高齢者の積極的な交流

児童生徒が介護老人福祉施設等を訪問し，高齢者とのレクリエーションの実施や，介護の簡単な手伝いを通じて，高齢者と関わる機会を拡大する.

イ 認知症サポーター養成講座の開催

児童生徒が認知症サポーター養成講座を受講することにより，認知症の正しい 知識を習得し，認知症の高齢者や認知症への理解を深める.

*大学等における取組

ア 認知症サポーター養成講座の開催

学生が認知症サポーター養成講座を受講することにより，認知症の正しい知識を習得し，認知症の高齢者や認知症への理解を深める.

イ ボランティアとして，認知症カフェ等の運営に参加するための情報提供

学生がボランティアとして認知症カフェの運営に参加する等，学生が認知症高齢者等と関わる機会を持つことができるような情報を大学等が提供する.

これらの取組の実施に当たっては，各教育機関が自治体等関係機関と連携することで 一層効果的になるものと考えられる．各自治体におかれては，教育機関に対し，サポーター養成講座の開催のための講師の派遣の調整や認知症カフェの運営のためのボランティアの募集の案内等，地域の教育機関と関係機関の円滑な連携を支援いただくよう，積極的な協力することが期待されている.

④ 認知症カフェなどの取り組み

日本の認知症カフェは，新オレンジプラン（抜粋）「4 認知症の人の介護者への支援」の「認知症の人の介護者の負担を軽減するため，認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか，認知症の人やその家族が，地域の人や専門家と相互に情報を共有し，お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進する．」という国の示した方向性に基づき，地域支援推進員等が企画し各自治体で推進されている．同時に，実施運営の基準等は設けられていないために誰でもが必要に応じ開催することができることからも様々な実施主体が運営に携わっており，爆発的に拡大した．2015 年末時点で，約 2,253 か所であり今もなお増加を続けている.

「認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書」（2017）によると，認知症カフェの効果には，地域住民への効果（63.4%），家族への効果（61.4%），認知症の人への効果（58.6%），専門職等への効果（53.1%）がある．例えば，認知症の人への効果は地域とのかかわりの機会が増加し，情動に働きかけられ心理的な安定につながっている．家族介護者への効果は家族の地域での孤立や閉じこもり防止，介護負担感の軽減に関する効果がみられている．地域住民への効果は認知症の理解と偏見の解消，独居高齢者への支援の場としての効果がみられている．専門職への効果は学びの場，多職種連携，地域との協同の場としての効果がみられている.

一方，様々な課題にも直面している．例えば，運営上の課題として，認知症の人が集まらない，将来的な継続への不安，運営方法への不安が高いなどの課題が挙げられる．また，「認知症カフェ」という名称への偏見をあげる声もある．加えて，すでに閉鎖してしまっているカフェも散見されている． 自治体からの支援状況をみると，認知症カフェに対し 959 自治体中，476 自治体（52.4%）が何らかの支援を行っていた． 支援を行っている自治体での具体的な支援の内容は，金銭的補助では，スタート補助が 134 自治体(30.9%)，運営補助が 238 自治体（52.8%）であり，金銭的以外の補助として周知広報支援が 348 自治体（77.6%）で最も多い支援内容である．認知症カフェ設置促進の自治体の課題としてすでに認知症カフェを実施している自治体の多くは，どのような支援を行えばよいかという「支援方法」「増設」「参加者確保」「認知症カフェの理解」を課題としている．一方，まだ実施していない自治体は，「認知症カフェの理解不足」「人材確保」「運営方法」「実施主体選定」等の課題が多い．

それ以外に，認知症高齢者が生活しやすい社会環境整備として，認知症サポーターを中心とした近隣互助活動の仕組みの構築，公共交通機関における配慮や，新たな移動手段の確保，利用しやすい公共施設の整備等の認知症バリアフリーの推進 ，小売りやサービス産業における対応，認知症の人の自立生活に資する商品・サービスの開発 ，認知症の人の損害賠償責任保険加入に関する検討 ，安心して出かけよう，行方不明になった場合の見守りの好事例の普及，認知症への取組に優れている企業の認証制度や，表彰の検討，保有資産の活用のための準備，金融商品開発，全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できる地域体制の構築，厚生労働省における認知症施策推進体制の強化など様々な取り組みは日本各地域で行われている．

(2)認知症高齢者の在宅生活を支える在宅介護サービス

2006 年には，「2015 年の高齢化介護」報告書を受け，介護保険制度が大きく変更された．認知症ケアを標準とした新しいケアモデルに対応して，一人の人のライフステージに合わせて，身近な地域の中で連続的なケアが提供される形にサービス体系の見直しが行われ，新たに「地域密着型サービス」が創設された．地域密着型サービスは，「要介護者などの住み慣れた地域での生活を 24 時間体制で支えるという観点から，要介護者の日常生活圏域内にサービス提供の拠点が確保されるべきサービス」と定義づけられた．市町村が日常生活圏域を設定し，圏域ごとに必要なサービスの整備計画を立て，それに基づいて，サービスが整備される仕組みになっている．それに伴い，これまで都道府県が行っていた事業所の指定・指導監督を市町村が行うようになった．また，利用者も当該市町村の被保険者に限定された．

地域密着型サービスとして，認知症対応型通所介護といった認知症の人を支える既存のサービスに加えて，新たに「小規模多機能型居宅介護」，「夜間対応型訪問介護」といったサービスが創設された．小規模多機能型居宅介護は，宅老所がモデルとなった通いを中心に同じ場所での泊りや同じスタッフが訪問を行う多機能の在宅支援サービスである．ケアの継続性を重視したサービスで，認知症高齢者の地域での生活を支えるサービスとして期待されている．

さらに 2012 年に施行された改正法では，この地域密着型サービスに「複合型サービス」と「定期

巡回・随時対応型訪問介護看護」が新たなサービスとして追加された.「複合型サービス」は小規模多機能型居宅介護と訪問介護の複数のサービスを組み合わせたもので,「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護を一体的に定期的にまたは随時に提供するサービスである.

いずれのサービスも医療的ケアを充実させ, 認知症高齢者の在宅生活を支えるものである. 日本では, 各自治体は介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画に沿って, 介護サービス基盤の整備を進めており, 認知症高齢者の生活を支える介護施設・サービス体制が整えられつつある. そのおかげで, 認知症の人は, その環境に応じて, 居宅で家族等の介護を受け, 独居であっても地域の見守り等の支援を受けながら, 認知症対応型通所介護施設, 小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応サービスなどの訪問・通所系サービスを受けたり, と, 様々な形で介護サービスと関わりながら生活をしていくことが可能となった.

① 認知症対応型通所介護の現状と課題

認知症対応型通所介護とは, 認知症の方を専門としたデイサービスである. 可能な限りご自宅で自立した生活を送ることができるよう, 認知症の方に適した運動やレクリエーションを通して機能訓練, 口腔機能の向上サービスを行い心身機能の維持・回復を目指す. 一般の通所介護サービスと比べて, 認知症対応型通所介護は, 利用者定員が 12 名以下となっており, 定員が少人数で, 人員配置の割合が高い, 認知症に関する専門的ケアを提供できる, 地域密着型サービスなので, 新しい環境になじむことへの負担が大きいとされる認知症の方にとって, なじみの地域, なじみの人々とつながりを保ち続けるなどの良い面がある.

2017 年の時点で, 認知症対応型通所介護の事業所数は 4,199 か所であった. 受給者の推移状況をみると, 2013 年までは増加傾向であったものの, 以後横ばいとなり, 2016 年には減少している. また, 要介護 3 以上の利用者の割合が 51%と全体に占める割合として高くなっている(図 5－6).

図 5－6　認知症対応型通所介護の受給者数

(注:社保審－介護給付費分科会第 137 回(2017 年 4 月 26 日) 資料2より引用)

在宅生活を営む認知症の人は増加するが，認知症対応型通所介護の利用は低位となっている．その理由には地域住民や専門職も含め，認知症対応型通所介護についてあまり理解されておらず，本人や家族においては利用することに対し，抵抗を示す人がいることも浮き彫りになったと指摘された（厚生労働省：2018）．

「認知症対応型通所介護事業所の適正な整備及び専門的な認知症ケアに関する調査研究事業報告書」（2018）の調査結果によると，認知症対応型通所介護の特徴および役割について，以下の 5 点が挙げられた．ア，認知症対応型通所介護の利用者は，要介護度・認知症高齢者自立度ともに重度であり，原因疾患の診断を受けている利用者が多い．BPSD への対応が困難で転入してきた人が多く利用しており，利用開始時には BPSD があった人の数も多い．BPSD への対応の困難等を理由にサービス継続が難しいと判断された認知症の人の受け入れ先としての役割も果たしている．イ，認知症が軽度な段階から生活全般を捉えたアセスメント（サービス担当者会議の結果を生かした支援）を行い，役割や達成感をもった生活が組み立てられるように支援をしている．ウ，認知機能障害（中核症状）に配慮した個別的なアクティビティの提供による本人の居場所，役割の提供を行っている．エ，家族との情報共有や信頼関係を重視し，相談に応じやすい関係を構築している．オ，介護支援専門員に対し，専門的な観点から認知症の人の生活の様子に関する情報提供を行っており，介護支援専門員と共に認知症の人とその家族を地域で支えることをけん引していく役割があると考えられる

一方，認知症対応型通所介護が選ばれにくい理由として，3 点が挙げられた．まず，家族・本人が希望しなかったということが多くあり，具体的には，認知症という名称がつくことに対しての抵抗感によるもの，周囲の目を気にすること，認知症の人同士で過ごすことを望まない．このことから，認知症対応型通所介護の役割・機能が十分に知られていないことが，本来利用が必要な人に選択されないという阻害要因になっていると考えられる．また，介護支援専門員は，「家族の介護負担軽減」や「認知症の悪化予防」，「本人の生活意欲・QOL の向上」を目的に紹介したいと考えているが，認知症対応型通所介護を本人や家族に紹介する際に，「認知症」に対する本人や家族のマイナスなイメージや先入観が阻害要因となっている．さらに，単価が高く，支給限度額の範囲で 短期入所などの別のサービスを組み込むことについての家族からの要望もある中では更なる困難さが生じやすい．

上述の通り，認知症対応型通所介護では，サービス面に強みがあるにもかかわらず，認知症に対する偏見や，役割や機能がよく知られていないなどの課題にも直面している．

② 小規模多機能型居宅介護事業所

2006 年に厚生労働省による介護保険の制度改革に伴い，在宅介護の有力な方策として「小規模多機能型居宅介護事業」が創設された．本制度は，住み慣れた地域に居住する高齢者が，介護が必要になっても今までの人間関係や居住環境を継続できるよう，小規模で家庭的な環境のもと「通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせる」サービスを一体的，継続的に提供することに特徴がある．

NPO 法人福祉医療機構 WAMNET の資料によると，小規模多機能型居宅介護事業所は 2017

年 8 月時点で 5,162 か所が登録されている．小規模多機能型居宅介護事業所のサービスの対象圏域は，歩いて 30 分程度（具体的には小・中学校区）とされている．この施設は，地域包括ケアの中で中核施設として位置づけられ，市町村単位で量的施設数を確保しつつ，日常生活圏を基本にした適切な施設立地を誘導することが求められている．

2015 年の介護報酬改定により，単に小規模多機能型居宅介護が「通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせる」サービスから，地域での本人の暮らしを支えることを重視した支援（訪問体制強化加算）へと発展し，適切なサービス提供のあり方を住民とともに考え評価する仕組み（運営推進会議を活用したサービス評価）への移行，そして住民との協働による地域づくり（総合マネジメント体制強化加算）を推進することで，地域包括ケアシステムにおける中心的サービスとしての立場もより鮮明になったといえる．同時に地域支援事業（新しい総合事業）による新たな介護予防のあり方が示されたなかで，地域の安心拠点としての小規模多機能型居宅介護の支援の幅（元気なうちから看取りまで）や厚み（本人主体のケア）も日々の実践のなかで地域を支える拠点的機能が求められるようになってきている．

小規模多機能型居宅介護の制度創設当初の基本的な考え方は「通い」を中心として，利用者の様態や希望に応じて，随時「訪問」や「宿泊」を組み合わせてサービスを提供することで，中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するものであった．しかし，この10 年以上の実践の中で小規模多機能型居宅介護の姿は多様化している．住まい併設の事業所も増加したり，訪問を中心に地域を支えている事業所もある．地域の拠点として地域になくてはならない事業所へと発展している事業所もある．このようなことから小規模多機能型居宅介護のこれからの姿は，次のように言える．日常生活圏域内の，要援護者の様態や希望に応じて，「通い」「訪問」「宿泊」および多様なニーズに対応する機能を組み合わせてサービスを提供することで，住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援する．またあわせて，生活圏域内の多様な支援を要する方々を支援し，地域包括ケアの担い手となる（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会：2016）．

しかしながら，地域密着サービスという高い理念を掲げながらも，実際には一部の利用者には利用圏がかなり広域化している実態が報告されている（井村：2008，石井：2009，上和：2016）．また，制度の設立当初には，中・重度になっても在宅での継続居住を支援することを想定していたが，現状では要介護度の低い利用者が多いとの報告がある（高田：2009，王：2018）．さらに本制度の利用は，利用者本位を趣旨としていたにも関わらず，施設の選択や利用上の運用は，家族の意向が強く働いている実態も判明している（高田：2009，王：2018）．その他，人手不足を感じている事業所が約 4 割もある．医療との連携においては事業所には「ほとんどの職員が看取りの知識のない」と答える事業所が約 60％ある．看取りの体制はあるもの，介護職側に知識がなく，看取りにおいて事業所内のチームで支える体制ができていない事業所もあることが推測される（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会：2016）．

4. 認知症高齢者の生活を支える施設整備の現状と課題

大都市に暮らす認知症高齢者の縦断的な生活実態調査（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：2018）の結果により，①認知機能の低下は，生活機能の低下とともに，身体的・精神

的な健康状態の悪化，社会的孤立，経済的困窮と関連していること，②複合的な社会支援ニーズが存在するにも関わらず，認知症高齢者の多くが必要な社会支援にアクセスできていないことが明らかになった．大都市には，低所得で，家族による生活支援が得られにくい，一人暮らしの認知症高齢者が数多く暮らしている．しかし，認知機能の低下が，社会的交流を減少させ，情報やサービスへのアクセシビリティを低下させている． 認知症とともに生きる高齢者が，「必要な社会支援を活用して，尊厳ある自立生活を営む」という権利が実現されにくい状況と構造がある．

認知症とともに一人で暮らす高齢者の増加によって，生活支援付き住まいのニーズが高まっている．近年，特別養護老人ホームに加えて，グループホーム，有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅等の整備が急速に進められているが，低所得の認知症高齢者が入居できる居住施設は限られている（畠山：2017）．有料老人ホームの入居費用は施設によって大きく異なるが（公益社団法人全国有料老人ホーム協会：2015），当然ながら，施設の選択は所得に依存し，生活支援の質にも差が現れる． 認知症であり，かつ，低所得で，家族による生活支援が得られにくい高齢者は，厳しい状況に直面しているといえる．

(1) 特別養護老人ホームにおける認知症高齢者対応の現状と課題

2016 年の時点で，特別養護老人ホームの施設数が 9,576 施設，サービス受給者数が 563,302 人に達している．特別養護老人ホームには，「他の高齢者向け施設に比べて月々の費用が安い」，「入所期間の制限がない」，「地域の社会福祉法人が運営しているため安定感がある」などさまざまなメリットがあげられる．そのため，利用希望者の中に入所待ちの方が出るほどの人気を集めている．そうしたなか 2015 年 4 月に介護保険制度が改正されて入所のための要件などが変わった．2015 年 4 月より，原則，特養への新規入所者を要介護 3 以上の高齢者に限定し，在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化された．ただ要介護 1 又は要介護 2 の場合，次のいずれかの要件があれば，入所が認められる．①認知症である者であって，日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること．②知的障害・精神障害等を伴い，日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること．③家族等による深刻な虐待が疑われること等により，心身の安全・安心の確保が困難であること．④単身世帯である，同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず，かつ，地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること．

日本経済新聞（2013）によると，介護保険を利用する認知症高齢者のうち，約 15%が特別養護老人ホーム入所し，特別養護老人ホーム入所者の 8 割以上を占める．また，また，特別養護老人ホームに入れなくなる要介護 1～2 では，全体の 7 割弱が認知症である．厚生労働省（2016）の介護サービス施設・事業所調査の概況によると，特別養護老人ホームの在所者の認知症の状況をみると、認知症ありの利用者が全体の 96.7％を占めており，そのうち，「ランクⅢ」以上が 73.4％と高いことを報告している．

上述のデータから特別養護老人ホームが認知症高齢者の介護において，重要な役割を果たしていることが明らかとなっている．一方，特別養護老人ホームを運営する上で，様々な課題にも直面している．例えば，高齢化に伴う重介護度対応，認知症対応をはじめ，障害や精神疾患等を持つ入所者が増加しており，介護ニーズの多様化と複雑化は顕著である． 利用者が多いのに対し

て，スタッフが少なく，利用者のニーズに対応していくには，極めて厳しい状況にある．多様なニーズに対応するため，研修プログラムの充実によって専門性の向 上を図り，より多くのノウハウを身につけていく必要があるが，スタッフの不足から外部研修等への職員派遣は極めて困難である．

(2)認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の現状と課題

認知症グループホームは 2000 年の介護保険制度の創設に合わせて，制度化された．認知症グループホームは認知症の利用者を対象とした専門的なケアを提供するサービスとされている．「指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準」には，その特徴として①利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができること，②利用者が家庭的な環境と地域住民との交流の下でサービスを受けられること，③利用者の認知症の症状の進行を緩和し，心身の状況を踏まえ，日常生活を送るために適切なケアが提供できる専門性を持つこと，④利用者にとって家であり，施設ではないこととの 4 つに整理した．

認知症グループホームはこれらを実現できる環境を提供し，1 つの共同生活住居に 5～9 人の少人数の利用者が共同生活を送ることで，利用者各自の自己実現を支援するという特徴を持って誕生した．

認知症グループホームの事業所数推移をみると，制度創設時に 702 事業所(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)であったが，「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」の中で，認知症グループホームの利用者を 5 年間で約 1.5 倍(利用者 17 万人から 25 万人へ)とする目標が立てられるなど，認知症施策における認知症グループホームの役割が重視されたこともあり，2016 年には 13,114 事業所，利用者数が 240,700 人まで増加していた(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)．

2015 年に策定された「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」においては，認知症グループホームは認知症の人のみを対象としたサービスであり，地域における認知症ケアの拠点として，その機能を地域に展開し，共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェなどの事業を積極的に行っていくことが期待されている．また，認知症グループホームは小規模多機能型居宅介護などと並んで地域密着型サービスとして体系化されているが，それは入居者にとどまらず，認知症の人の地域での生活を支援する役割があることを示している．その具現化の 1 つとして，運営推進会議がある．運営推進介護は，地域住民や行政などとの連携を深め，地域の認知症の困りごとへの相談や地域住民の認知症理解を広めたり，地域交流の場であると同時に， 介護サービスの形態から外部の目が届くにくくなるとの指摘があることから，介護サービスの質の評価や安全確保を強化する取り組みを進めていく必要があり，そういう意味でも，運営推進会議は地域に開かれた事業運営を行う重要な場である．

地域の展開については，認知症カフェの実践例のみならず，認知症グループホームにおける「お祭り」の実施や地域住民への開放，訪問・見学の受け入れといった実践例が報告されている．また，サービスの質確保の観点では，制度で定められた第三者評価に加えて，認知症グループホーム相互のピアレビューの仕組みを導入する地域なども現れている．

認知症グループホームの地域での役割について，①入居者が地域の一員として，地域とつなが

って暮らせる場，②地域における認知症の相談・支援の拠点としての役割，③地域のボランティア・認知症サポーター育成，人材交流の拠点としての役割，④上記を通じた認知症の人が安心して生活できる地域づくりへの参加といった 4 点があると報告されている（三菱総合研究所：2017）．

認知症グループホームは地域で様々な役割を果たしている一方，様々な課題にも直面している．認知症グループホームにおける人材需給の状況についてみると，2009 年度に実施された調査では既に調査対象事業所の 48％が人材不足感を持っており（日本認知症グループホーム：2010），2013 年度の調査では職員募集について調査対象事業所の 93.2％が人材確保に苦労があると回答している（常に苦労している 55.0％，苦労したことがある 38.2％）（日本認知症グループホーム協会：2014）．認知症グループホームの多くでは，人手不足もしくは人手不足に近い，人員の余裕のない状況が常態化しており，新規採用においても困難な状況に直面していると言える．また，日本認知症グループホーム協会が全国のグループホームを対象に実施した調査によると，グループホームにおける利用者の重度化の傾向として，①老化に伴う心身の虚弱化，②認知症の中核および行動・心理状況の進行，③医療ニーズの高まりなどによって，重度化が進行し，最終的にはターミナルケアの対応が求められている（日本認知症グループホーム協会：2013）．このように，認知症グループホームにおける認知症ケアでは，いかに医療と介護の連携を推進するのかが問われている．しかし，現状では，その連携が十分とは言えない．

(3) 有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅における認知症高齢者対応の現状と課題

介護保険制度創設時に「特定施設入居者生活介護」が位置づけられて以来，同サービスの中核を担ってきた有料老人ホームは，10 年以上にかけて着実に増加し，同時に機能の多様化が進んでいる．また，「改正高齢者住まい法」によってサービス付き高齢者向け住宅が位置づけられたことにより，多様な事業者の参入が進み，これらの高齢者向け住まいは供給も増加傾向にある．2016 年 8 月の時点で有料老人ホームは 12,570 施設，利用者数は 482,792 人に達している．2019 年 5 月の時点でサービス付き高齢者向け住宅は 7,360 施設，利用者数が 244,917 人である．

認知症高齢者が増える中で，需要に対して特別養護老人ホームやグループホームなどの定員数が限られているので，対応しきれない．そういう現状において，有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向け住まいが認知症高齢者を受け入れる居場所の 1 つとして期待されている．

高齢者向け住まいにおける認知症ケアに関する調査によると（図 5－7），有料老人ホームでは認知症高齢者は全入居者の 66.4％を占めており，そのうち，認知症の程度Ⅱが最も多く 23.2％であった．サービス付き高齢者向け住宅では，認知症高齢者は全入居者の 52.3％を占めており，有料老人ホームに比べて少ない結果でした．また，有料老人ホームと同じく，認知症の程度Ⅱが 20.1％と最も多かった．

図 5－7　認知症の程度別入居者数

（注：野村総合研究所（2017），高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取り，医療ニーズ等の重度化対応へのあり方に関する調査研究報告書より引用）

認知症高齢者の増加に伴い，高齢者向け住まいにおける認知症入居者数が増加する一方である．その中で，認知症ケアに関する課題も多く挙げられた．認知症のケアで悩んでいるケースがある施設の割合は，有料老人ホームで 50.1%，サービス付き高齢者向け住宅で 46.5%であった．具体的に悩んでいることについては，まず，認知症ケアのあり方で最も悩んでいるケースに関する困っていることの情報共有は，有料老人ホームとサービス付く高齢者向け住宅によって大きな差異はなく，3 割弱の施設が「施設のスタッフほぼ全員で共有している」ことができていない．また，認知症ケアのあり方で最も悩んでいるケースに関するケアと業務のバランスについては，有料老人ホームもサービス付く高齢者向け住宅も，同じく 2 割強が「どちらかというと業務優先」としている．さらに，コミュニケーションにおいて意思伝達ができない，暴言，徘徊，介護拒否などの行動・心理症状による対応が難しいことなどがあげられる（野村総合研究所：2017）．

上述の研究結果から高齢者向け住まいが認知症高齢者を受け入れる施設として，期待される一方で、様々な課題を抱えていることは明らかになっている．

5. 認知症高齢者を支える専門人材養成の現状と課題

(1) 介護福祉士養成校における認知症介護専門職の養成

日本では，介護福祉士が創設されてから 20 年以上経過し，2007 年法改正がなされた．内容は，介護福祉士の資格取得方法一元化，定義規定，義務規定の見直しが行われた．「義務規定」では，「個人の尊厳の保持」，「自立支援」，「認知症等の心身の状況に応じた介護」，「他のサービス関係者との連携」，「資格取得後の自己研鑽」の 5 項目を見直した．その上で厚生労働省は，介護福祉士養成課程のカリキュラム改正に関する通達をし，時間数を改定当初は 1500 時間，2000 年

度は 1650 時間，2009 年度には 1800 時間，2019 年度には 1850 時間と段階的に改定し，より質の高い専門性を主眼とした介護福祉士養成課程の教育体系が抜本的に改正された．これは，介護の役割と機能ニーズを的確に把握し専門的支援を確立するために介護福祉教育への期待がカリキュラム改正に繋がったといえる．今回の改正は，介護福祉の専門職として，介護職のグループの中で中核的な役割を果たし，認知症高齢者や高齢単身世帯等の増加等に伴う介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応できる介護福祉士を養成する観点から，介護福祉士養成課程の教育内容の見直しを行った．カリキュラム基準として，「介護 1260 時間」「こころとからだのしくみ 300 時間」「人間と社会 240 時間」「医療的ケア 50 時間」の 4 領域に分類した（表 5－1）．また，見直しの主な事項の 1 つとしては，「本人の思いや症状などの個別性に応じた支援や，地域とのつながり及び家族への支援を含めた認知症ケアの実践力が求められていることから，教育に含むべき事項に認知症の心理的側面の理解や認知症ケアの理解を追加する」ことが挙げられる．このことから認知症高齢者の増加に伴い，認知症への対応が重要視されることが読み取れる．

表 5－1　日本における介護福祉士養成校の教育カリキュラム

	科目	時間数
人間と社会	人間の尊厳と自立	30以上
	人間関係とコミュニケーション	60以上
	社会の理解	60以上
	人間と社会に関する選択科目	－
	小計	240
介護	介護の基本	180
	コミュニケーション技術	60
	生活支援技術	300
	介護過程	150
	介護総合演習	120
	介護実習	450
	小計	1260
こころとからだのしくみ	発達と老化の理解	60
	認知症の理解	60
	障害の理解	60
	こころとからだのしくみ	120
	小計	300
医療的ケア		50
総時間数		1850

出典：厚生労働省「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」について、2018年

現行の介護福祉士養成カリキュラムにおける認知症に関する学習内容を見ると,「認知症の理解」が 60 時間ある. 具体的な内容については,「認知症を取り巻く状況(認知症ケアの歴史, 認知症ケアの理念 認知症高齢者の現状と今後, 認知症に関する行政の方針と施策)」,「医学的側面から見た認知症の基礎(認知症による障害, 認知症と間違えられやすい症状, 認知症の原因となる主な病気の症状の特徴, 若年性認知症, 病院で行われる検査, 治療の実際)」,「認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活(認知症の人の特徴的な心理・行動, 認知症に伴う機能の変化と日常生活への影響)」,「連携と協働(地域におけるサポート体制, チームアプローチ)」,「家族への支援」の 5 つの内容が含まれる.

厚生労働省の統計によりと, 2018 年 9 月の時点で, 介護福祉士の登録人数は 1,623,451 人である. 介護福祉士の資格は, 誕生から 30 年を迎える中, 名実ともに国家資格として堂々たる地位を確立してきている. それは各地での介護福祉士の増加, 活躍と実績によるものである.

その一方で, 介護福祉士養成校における認知症介護専門職の養成にはさまざまな課題も直面している.

① 介護福祉士養成校の入学者の減少と外国人留学生の増加

介護福祉士の資格取得ルートには実務経験ルート, 養成校ルート, 福祉系高校ルートの 3 つがある. 国は当初, 養成校で教育を受けることが基本で, 専門職という位置づけにしていた. ところが, 人材が足りないことから基本を崩して高校での教育も認めるようになり, また現場で 3 年経験して国家試験を受けるルートも認めた. これらは本来, 経過措置であったはずであるが, 人材不足のため現在にまで至っている(小林:2014).

日本介護福祉士養成施設協会(東京)の調査(2018)によると, 介護福祉士を養成する学校への今年度の入学者数が過去最低を更新する一方, 外国人留学生が倍増し, 全体の約6分の1を占めることがわかった. 協会が介護福祉士の養成課程がある全国の大学や専門学校など 365 校について調査, 集計した. 2018 年度の入学者数は 6,856 人と 5 年連続で減少し, 定員に対する割合(定員充足率)は 44.2%にとどまった. 一方, 外国人留学生は前年度の約 2 倍の 1142 人に急増し、入学者全体の 16.7%を占めた. 出身国も 20 か国からと多様化し, ベトナムが 542 人で最も多く, 中国(167 人), ネパール(95 人)が続いた(表 5－2). 留学生急増の背景には, 2017 年 9 月,「改正

表 5－2　介護福祉士養成校入学者数の推移

年度（平成）		26 年 度	27 年 度	28 年 度	29 年度	30 年度
養成施設数（課程）		406	379	401	396	386
入学定員数（人）		18,041	17,769	16,704	15,891	15,506
入学者数（人）		10,392	8,884	7,752	7,258	6,856
	うち離職者訓練受入数	1,911	1,626	1,435	1,307	867
	うち外国人留学者数（人・国数）	17（5）	94（9）	257（15）	591（16）	1,142(20)
定員充足率（%）〔全体〕		57.5	50.0	46.4	45.7	44.2

(出典:日本介護福祉士養成施設協会(2018)『介養協 News 速報(30No.2)』より引用, http://kaiyokyo.net/member/01_nyuugakusha_ryuugakusei.pdf)

出入国管理・難民認定法（入管法）」の在留資格に「介護」が追加されたことがあるとみられる．留学で来日した後，介護福祉士の資格を取得して就職が決まれば，最大 5 年の在留資格が得られ，繰り返し更新できるようになった．また，11 月には，外国人の技能実習制度の対象に「介護」が加わり，今後，実習生に外国語で指導も行える有資格者の需要が高まり，待遇向上が期待できることも留学意欲につながっているとみられる．海外で日本の介護市場への関心が高まる一方，介護職を目指す日本の若者の減少には歯止めがかかっていない．

介護福祉士養成校の入学者数が激減し，欠員状態を呈している理由については，前田ら（2017）は以下のように指摘した．介護福祉士養成校のカリキュラムは，2 年制通常開講 2000 時間中，1850 時間が介護福祉士の必修科目であり，つまり全科目に対する指定科目占有率が，90%を超えるという特異なカリキュラム編成がスタンダードとなっている現状がある．保育や社会福祉士等の他の科目が 50―60%の占有率であるのに比較してもその異常さは際立っている．これでは，学生のニーズにあった選択科目を設定できないのが現状である．また，3K（汚い，きつい，危険）といわれる職場環境のマスコミ報道は痛手である．人間福祉学科が創設された 2000 年は，介護保険制度の開始年でもあり，養成校やその学生数は現在の数倍の数字であった．その勢いは 5 年しか持たず一気に凋落していくことになる．若者の介護福祉士への人気は低いのは先述の社会情勢やマスコミによるネガティブ報道もあるが，カリキュラム編成の努力不足が遠因の 1 つと考えられる．

図 5－8　介護福祉士養成校における入学定員・入学者数の推移

（出典：日本介護福祉士養成施設協会（2018）『介養協 News 速報(30No.2)』より引用，http://kaiyokyo.net/member/02_teiin_juusoku_joukyou.pdf）

② 介護養成校の減少

養成定員が減少していることに伴い，養成校の数も減少していることが実態である（図 5－9）．2012 年から介護福祉養成校の数が横ばいの傾向を示していたが，2018 年度で，養成校数が 365 校まで減少した．

図 5－9　介護福祉士養成校数の推移

(出典:日本介護福祉士養成施設協会(2018)『介養協 News 速報(30No.2)』より引用,
http://kaiyokyo.net/member/02_teiin_juusoku_joukyou.pdf)

図 5－10 に示されたように，養成校卒業者の介護福祉士の割合が低下し続けたら，養成校そのものが壊滅して消えてしまうギリギリの段階にまできている．そうなると，介護全体のサービスの質が低下し国民の安全，安心を脅かし，国民福祉の低下，ひいては医療や介護に要する費用の増加につながる恐れがある．

2　累計登録者数（各年度末現在）の推移

年度（平成）	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度	17 年度	18 年度
国家試験合格者（人）	147,534	172,241	204,378	244,133	282,629	343,132
養成施設卒業者（人）	126,271	144,876	164,338	183,440	203,668	221,674
登録者計（人）	273,805	317,117	368,716	427,573	486,297	564,806
養成施設卒業者の割合(%)	46.1	45.7	44.6	42.9	41.9	39.2

年度（平成）	19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度
国家試験合格者（人）	416,092	488,837	556,902	633,630	708,335	795,428
養成施設卒業者（人）	239,704	254,094	264,925	276,608	290,162	300,778
登録者計（人）	655,796	742,931	821,827	910,238	998,497	1,096,206
養成施設卒業者の割合(%)	36.6	34.2	32.2	30.4	29.1	27.4

図 5－10　介護福祉士登録者における養成校の卒業者数

(2)認知症介護短期養成研修における認知症介護専門職の養成

後期高齢者の増加に伴い，利用者の中の認知症の人の割合が増加する中，認知症への対応力を向上することが求められており，これらの機能を発揮できるような介護人材の育成などの仕組みの整備が進められている．認知症の人への介護に当たっては，認知症のことをよく理解し，本人主体の介護を行うことで，できる限り認知症の進行を緩徐化させ，行動・心理症状（BPSD）を予防できるような形でサービスを提供することが求められている．このような良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保する必要があると考えられる．

そのため，認知症ケアの専門研修である認知症介護実践者研修，実践リーダー研修，指導者養成研修は，2001 年度から開始されており，その後 2006 年度に見直され，2014 年に再度見直しが行われてきた．特に 2014 年度の改訂案では，認知症介護実践者等養成研修を高度な認知症ケアスキルを有するスペシャリスト養成を目指す段階的研修として位置づけ，認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修に関しては，科目ごとのシラバス案と，カリキュラム案が作成され，それに合わせて認知症介護指導者養成研修のカリキュラム改訂案も作成された．具体的には，現場経験おおむね 2 年以上の者が認知症介護の理念，知識及び技術を修得するための認知症介護実践者研修，現場経験おおむね 5 年以上の者が事業所内のケアチームの指導者役となるための認知症介護実践リーダー研修，現場経験おおむね 10 年以上の者が研修の企画立案・講師役等となるための認知症介護指導者養成研修というステップアップの研修体系が作成された．研修ニーズに的確に対応できるよう，一定の質の担保を前提とした上で，都道府県等から関係団体への研修の委託等の取組を推奨する．また，これらの研修の修了者が介護現場だけでなく，地域の認知症施策の中で様々な役割を担うことができるように取り組んでいる．2017 年の年度末で，認知症介護実践者の受講者数が 26.5 万人，認知症介護実践リーダー研修の受講者数が 4.1 万人，認知症介護指導者養成研修の受講者数が 2,300 人であった．

図 5－11　認知症介護研修体系

また，介護現場で認知症の基礎知識を有していない介護スタッフが多いことを解消するために，6 時間で受講できる認知症介護基礎研修のプログラムが作成された．さらに，認知症介護指導者フォローアップ研修，認知症対応型サービス事業開設者研修，認知症対応型サービス事業管理者研修などが実施されている．

認知症介護短期養成研修における認知症介護専門職の養成の課題について，3 点があげられる．

① 新カリキュラムによる研修の運用上の課題

新カリキュラムは，従来のカリキュラムに比べて整理された枠組みの中で作られている． また，シラバスを作成したことによって，目指すべき方向性や到達目標などが明確にされた． 従来のカリキュラムに比べると自由度が減った感は否めない（認知症介護研究・研修仙台センター：2016）

② 認知症介護実践者研修・リーダー研修のフォローアップの必要性

認知症介護指導者養成研修では，フォローアップ研修があり，そして，その運営に補助金がある．しかしながら，実践者研修とリーダー研修では，フォローアップ研修制度は必ずしも確立されていない．いくつかの都道府県では，独自のフォローアップ研修制度を設けているところがあるが，全国統一のものがない現状である．介護現場のスタッフにとって，認知症に関する最新の情報収集や知識・技術の習得は欠かせないものであるため，1 つの研修を受けた後も，継続的に受講できるフォローアップの研修体制が必要である．

③ 在宅サービス事業所に勤務する職員の参加促進

認知症介護実践者などの研修は長期間にわたって，一定期間を経て継続的に行われている．週 1～10 日間隔で日程が決められるため，多くの非常勤職員によって支えられている介護現場や，特に職員数が少ない在宅介護事業所の職員の参加を難しくしている．それだけでなく，都道府県によっては，在宅介護事業者に対して，認知症介護実践者等の堅守の受講資格を与えていないところもあり，認知症介護における現任教育がサービス形態によって区別されていることが否めない．在宅介護事業者への研修受講を認める方法や受講しやすい環境整備が急がれる．

2012 年 3 月 5 日に行われた「認知症介護実践者等養成事業にかかる都道府県など行政担当者セミナー」では，上記のことを解消すべく，非常勤職員を対象とした講義中心の無料企画を行ったり，市が独自で認知症専門のヘルパーを養成し，その研修の一部に実践者研修を組み込む，研修を受けやすくするために，優先的に訪問系のサービス事業所の職員が受ける回を設けたりしているという報告がなされており，各都道府県で工夫していることも明らかになっている（汲田：2013）．

(3) 職能団体および民間事業者による認知症研修における認知症介護専門職の養成

①認定介護福祉士認証・認定機構による認定介護福祉士

認定介護福祉士とは，介護福祉士の上位資格として『一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構』が 2015 年 12 月から認証・認定を開始した民間資格である．介護福祉士よりも，更に多様な利用者や環境に対応できるための知識やスキルの習得，介護職員へサービスの質向上を指導するスキルと実践力を磨く．認定介護福祉士養成研修は，「認定介護福祉士養成研修Ⅰ類」と「認

定介護福祉士養成研修Ⅱ類」で構成される.「認定介護福祉士養成研修Ⅰ類」は認定介護福祉士養成研修導入 15 時間, 医療に関する領域 60 時間, リハビリテーションに関する領域 60 時間, 福祉用具と住環境に関する領域 30 時間, 認知症に関する領域 30 時間, 心理・社会的支援領域 60 時間, 生活支援・介護課程に関する領域 90 時間の計 345 時間で構成されている.「認定介護福祉士養成研修Ⅱ類」は医療に関する領域 30 時間, 心理・社会的支援の領域 30 時間, マネジメントに関する領域 105 時間, 自立に向けた介護実践の指導領域 90 時間の計 255 時間で構成されている. この研修の受講用件ついて,「認定介護福祉士養成研修Ⅰ類」は, ア, 介護福祉士としての実務経験 5 以上(ただし, 科目によっては実務経験を問わない場合がある), イ, 現任研修受講による内省や学習習慣の獲得, ウ, 介護職の小チーム(ユニット等, 5～10 名の介護職によるサービス提供チーム)のリーダー (ユニットリーダー, サービス提供責任者等)としての実務経験を有することが望ましい, エ, 居宅, 居住(施設)系サービス双方での生活支援の経験をもつことが望ましい.「認定介護福祉士養成研修Ⅱ類」はア, 認定介護福祉士養成研修Ⅰ類を修了, イ, 介護職の小チーム(ユニット等, 5～10 名の介護職によるサービス提供チーム)のリーダー (ユニットリーダー, サービス提供責任者等)としての実務経験を有すること, ウ, 居宅, 居住(施設)系サービス双方での生活支援の経験をもつことが望ましい. この研修で獲得できる総合的な力量として, 十分な介護実践力と介護職の小チーム(ユニット等, 5～10 名の介護職によるサービス提供チーム)のリーダーへの教育・指導, 介護サービスのマネジメントを行う力である. 介護実践力の中にはア, どのような利用者に対しても, 最善の個別ケアの提供ができる, イ, リハビリテーション等の知識を応用した介護を計画・提供でき, 利用者の生活機能を維持・向上させることができる, ウ, 認知症の BPSD を軽減させることができる, エ, 障害特性に応じた介護が提供できる, オ, 心理的ケア, 終末期ケアを実践できることである.

② 公益財団法人日本ケアフィット教育機構が創設した認知症介助士

認知症介助士は認知症高齢者が地域社会で受け入れられる体制を目指して, 公益財団法人日本ケアフィット教育機構が2014年に創設した資格である. 認知症介助士は受験資格が不要なので, 現場未経験の人や, 介護資格を持っていない人でも取得することができる. 資格取得方法については, 独学で進めて検定試験を受ける方法と, 通信講座やセミナーで学習を進めてから検定試験を受ける方法がある. 学習期間は標準 3 か月である. 受験方法も複数(オンライン試験と会場での試験)あるので, 自分のライフスタイルに合った受験方法を選べる. 認知症介助士の資格を取得することにより, 以下のことが期待できる. ア, 認知症の人の対応や手助けができる, イ, 介護, 医療の現場で活用できる, ウ, サービスの現場で活用できる, エ, 認知症の予防に活用できるといった 4 つの利点がある.

③ 日本認知症ケア学会が認定する認知症ケア専門士

認知症ケア専門士は認知症ケアに対する優れた学識と高度の技能, および倫理観を備えた専門技術士を養成し, 認知症ケア技術の向上ならびに保健・福祉に貢献することを目的に, 2005 年に認知症ケア学会により創設された学会認定の資格である. 本制度は, すべての者に対し試験および面接を行い認定するものである. また, 認定後も認知症ケア専門士には生涯学習に対する絶対的な義務を課している. 受験資格は認知症ケアに関する施設, 団体, 期間などにおいて, 試験

実施年の 3 月 31 日より過去 10 年間において 3 年以上の認知症ケアの実務経験を有するものと定められている．第 1 次認定試験は筆記で行われ，認知症の基礎，認知症ケアの実際Ⅰ：総論，認知症ケアの実際Ⅱ：各論，認知症ケアにおける社会資源の 4 分野からそれぞれ 50 問，合計 200 問が出題される．第 1 次認定試験に合格した者は，第 2 次認定試験に参加できる．第 2 次認定試験は論述試験（事例に対する論述）と面接試験（6 人 1 グループ）からなっている．第 2 次認定試験に合格した者は登録申請を行い，資格取得ができる．2017 年 9 月の時点で，認知症ケア専門士の登録人数は約 69,078 人であった．

2009 年に，日本認知症ケア学会は認知症ケアでのチームリーダーや地域におけるアドバイザーとして活躍することができる認知症ケア上級専門士を創設した．認知症ケア上級専門士の受験資格は，ア，認知症ケア専門士としての経験が 3 年以上ある者，イ，専門士の取得単位が 30 単位以上の者（認知症ケア学会が認定する学術集会への参加，あるいは生涯学習プログラム（研修，学習会など）への参加，気管支などへの論文発表を行うことにより単位修得できる），ウ，上級専門士研修回を終了した者，エ，上級専門士制度規則にある学術集会，地域部会研修会などでの演題発表ならびに事例報告（筆頭者のみ）もしくは上級専門士制度規則にある査読制度のある機関誌などへの論文，事例発表（筆頭者のみ）のいずれか 1 つ以上を満たすことである．認知症ケア上級専門士認定試験は認知症における倫理，認知症ケアのケアマネジメントと介護関係者のためのチームアプローチの 3 領域からの筆記試験によって行われる．

上述の職能団体や民間事業所による認知症ケア研修は認知症ケアの理解，疾患の理解に関する内容が多い．また，職能団体が実施している研修は介護経験者，有資格者であり，職能団体に所属しているものを対象としているため，無資格や無経験者への門戸が開かれていない．例えば，認知症ケア学会は様々な研修を行っているが，認知症ケア専門士の生涯学習制度による単位認定のための研修であることから，やはり学会認定資格を持たない者，そして学会に入会していないものの機会としては難しい．

第2節　中国・内陸都市における認知症高齢者対応の取り組み課題

第 2 節では，第 1 節日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にしながら，第 2 章から第 4 章までの考察を踏まえて，中国における認知症高齢者対応の取り組み課題として，以下の 5 点を挙げる．

1. 認知症に関する認識・理解の普及・啓発の取り組み課題

第2章第3節高齢者の認知症に対する認識と対応の調査結果に示したように，認知症を知っていると回答した人が7割近くであったが，具体的な認知症症状についての認識は1項目の除き，すべて5割以下で，その中の多くの項目が2割未満にとどまっていた．このように本研究では、認知症について正確に理解していない人がかなりの割合で存在することが把握できた．王ら（2018）の「高齢者の認知症に対する認識と対応に関する日中比較」では、本論文と同じ質問項目を用いた調査に基づき、日本と中国の高齢者の認知症に対する認識の現状を報告した。その結果によると，日本では，認知症症状のすべての項目について，5割以上の人が知っていると回答した．一方，中国

ではいずれの項目も「知っている」比率が5割以下であり，2割以下にとどまっている項目も半数あった．また，杉原（2005）や金（2011）が実施した日本国内の調査でも「認知症の記憶障害や見当識障害」について良く知られていたと報告しており，王ら（2018）の調査結果と一致した．

日本では，2000 年に介護保険制度が施行されてから，認知症の人を取り巻く環境が大きく変化した．厚生労働省は「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め，「認知症になっても本人の意志が尊重され，できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すとした．この実現のため，2005 年度より「認知症を知り地域をつくる 10 か年」，認知症サポーター養成事業，新オレンジプランなど様々な事業が行なわれてきた．また，認知症高齢者の増加に伴い，新聞やテレビなどのマスコミにおいて認知症を取り上げた記事や番組が数多く報道されている．さらに，民間団体や NPO 組織などによる認知症に関する地域活動の企画（例：認知症カフェの運営等），地域の公共機関，商店街，学校，職場等に対する普及啓発のための働きかけなど様々な取り組みが行われている．こうした状況の中で，認知症についての一般市民の認識・理解も高まってきたと考えられる．

一方，中国では，高齢者政策などを見ると，寝たきり高齢者や障害を持っている高齢者を対象とする手当や優遇措置などの対策は多くあるが，認知症高齢者を対象とする対策はほとんどない．このことから認知症に対して，まだ国レベルで対策をするという意識が低い現状にある．また，社会的な関心としても，認知症が重大な問題として取り上げられていない．したがって，一般市民がある程度認知症について知っているものの，まだ十分な認識・理解に至っていないことが示された．今後，地域において認知症高齢者の数が増えていく中で，認知症高齢者が住みやすい社会環境整備のために，いかに認知症に関する知識を普及させていくのかが中国にとって今後の課題となっている．その際に，日本における国レベルの認知症施策や，マスコミの力の活用，民間団体によるさまざまな認知症対応取り組みなどを参考にする必要がある．

2. 認知症の早期相談・支援体制における取り組み課題

第 2 章高齢者の認知症に対する認識と対応の調査結果により，認知症が心配な時の相談先について，8 割以上の者が病院と回答した．行政機関を相談先として選択した者が 3.4%と極めて少なかった．一方，日中の比較論文（王：2018）の結果をみると，認知症が心配な時の相談先について，日中両国とも病院が最も多く上げられ，回答者の 8 割以上が選択した。一方、日本では地域包括支援センターを含める行政機関を相談先として選択した者が 3 割以上であったが，それに対して，中国では 3.4%と極めて少なかった．

今回の対象地域である成都市では，大型総合病院には「記憶外来」という認知症対応部門があることはその理由の一つと考えられる．しかしながら，病院への相談は，症状が一定程度進行してからになることが想定されるため，現状のままでは認知症の初期症状の早期発見や受診のタイミングを見逃す可能性が高い．また，独居や夫婦のみ世帯が多いため，自分たちでなかなか大型総合病院へ行けない人が多くいる．成都市は高齢化率が高く，今後さらに高齢世帯が増加するため，認知症の初期対応への遅れがさらに深刻になることが予想される．

日本では，地域の認知症高齢者とその家族を支援するために，認知症コーディネーターや，認

知症初期集中支援チーム，地域包括支援センターなどが協働して，認知症の疑いのある人を把握・訪問し，状態に応じて適切な医療・介護サービスにつなげる等の取組を進めることにより，認知症の早期発見・診断・対応のシステムづくりを行っている．また，認知症の早期発見・早期対応を実現するために，かかりつけ医や歯科医師，薬剤師の認知症対応力向上研修，認知症サポート医の養成研修などが実施されている．その効果もあって，王ら（2018）の調査では，認知症が心配されるときの相談先として，地域包括支援センターを含める行政機関を選択した人が 34.4%と多くなったと考えられる．

一方，本研究の結果から中国では行政機関が相談先としてまだ認識されていないことが示されたことから，今後，認知症の早期相談・支援に対応するために，身近な行政機関や社区病院など公的機関が連携を取りながら，相談窓口の設置や専門職員の配置を検討することが課題である．早期相談・支援に取り組む上では，日本における認知症初期集中支援チームを参考に，身近な行政機関の窓口や病院などが連携して対応する仕組みを作っていくことが求められる．

3. 認知症高齢者の在宅生活を支える取り組み課題

(1) 認知症高齢者の在宅生活を支える介護サービスや社会資源の不足

第 3 章第 1 節在宅認知症高齢者の外出頻度を見ると，ほとんど外出しない者が 45.8%と全体の半数近くを占めていた．また，外出の場所について，団地内に限られている者が 93.1%と高かった．さらに，介護度が高くなるほど，家族以外の人との交流，外出頻度が減少する傾向がみられた．認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために，認知機能の低下があったとしても，普段から外出の機会を確保し，社会的交流を維持するようにしておくことが認知症の進行抑制として重要である．しかしながら，成都市の現状として，第 4 章第 1 節通所介護施設を対象とした調査結果により，28 施設のうち，22 施設が認知症高齢者を受け入れないと回答し，全体の 8 割近くを占めていたことが明らかとなった．また，第 4 章第 2 節訪問介護事業所が提供できるサービス内容を見ると，訪問清掃サービスやランチ宅配が全体の 8 割以上を占めており，認知症ケアとは言い難い．さらに，第 3 章第 2 節家族介護者の訪問介護サービスへの満足度を聞いた結果，「スタッフは認知症知識を持って介護している」に対する満足度が 3.7%と最も低く，次いで「必要な時にすぐ利用できる」7.4%であった．また，行政に対する期待として，「夜間などサービスの柔軟な利用の促進」が 44.4%，「利用できるサービスの充実」が 66.7%と高かった．上述の結果から，成都市における現行の在宅介護サービスについては，認知症高齢者を対象としないこと，提供できるサービス内容が限られていること，夜間・深夜・早朝帯の対応が十分でないことなどの課題があり，在宅生活を包括的に支える具体的な在宅サービスの構築が喫緊の課題である．

その一方，日本では，在宅認知症高齢者の生活を支えるために，認知症高齢者だけが利用できる認知症対応型通所介護施設が設置されている．その他，小規模多機能型介護事業所や一般の通所介護施設，通所リハビリ施設などほぼすべての在宅介護サービスに関しては，認知症高齢者は利用できる．介護サービスだけでなく，一人暮らし高齢者や夫婦二人のみ世帯が増加する中で，例えば，外出支援サービス，買い物，調理，掃除などの家事支援サービス，買物弱者への宅配サービスの提供等に取り組んでいる．また，外出機会の少ない認知症高齢者が，新たに仲間を

作り，地域の方と交流を図る場として，認知症カフェやサロン等が設置されている．認知症高齢者が生きがいを持って生活できるよう，地域活動への参加を積極的に促している．地域包括支援センターや地域の NPO，ボランティアなどにより，認知症の進行を遅らせる体操や音楽療法などの取り組みも行われている．さらに，高齢者が利用しやすい商品（例：認知症の人の服薬を支援するための商品，操作しやすいリモコン等）の開発を支援したり，高齢者が新しい介護食品（スマイルケア食）を手軽に活用できるよう環境整備を行っている．

今後，中国では，認知症高齢者の在宅生活を支え，生活行動を豊かにするためには，日本における在宅介護サービスの多様化や，気軽に交流し楽しめる認知症カフェやサロンの整備などを参考にしながら，取り組んでいくことが求められる．一方，日本には、在宅介護を支える介護サービスとして，通所介護施設，地域密着型通所介護施設，小規模多機能型居宅介護事業所などが用意されている．これらの多様な在宅介護施設は高齢者の様々な利用のニーズに答えるために整備されてきたが，利用の条件などが複雑で利用者にとって分かりにくい点が指摘できる．中国において認知症高齢者の在宅生活を支援する施設の整備を進める上では，日本の取り組みを参考にしつつ，利用者にとって分かりやすい施設の体系や利用条件にしていくことが求められる．

(2)認知症高齢者の在宅環境の課題

第 2 章第 5 節認知症になった時介護を受けたい場の意向を見ると，8 割以上の回答者は介護が必要になっても，自宅での生活を希望していた．一方，第 4 章第 1 節在宅認知症高齢者の住宅環境を調査した結果により，調査対象者の 4 割近くが和式トイレを利用しており，6 割以上がエレベーター未整備の現状であった．在宅での生活を希望する者が多いのに対して，在宅環境の整備が遅れている現状が伺えた．2016 年から中国人力資源と社会保障部により，長期介護保険施行都市の選定が行われ，成都市は全国 15 都市の 1 つに選定された．2017 年 7 月 1 日から「成都市長期介護保険制度試点法案」が施行し始まった．現行の長期介護保険制度には要介護高齢者の介護度により，毎月介護手当が支給される．しかし，住宅改修に関しては，何も言及されていない．

その一方，日本では 2000 年介護保険制度の実行に伴い，住宅のバリアフリー改修が始まった．要介護認定で，要支援 1 と 2，要介護 1～5 と認定された人が対象となり，要介護度にかかわらず，支給限度額を 20 万円として，住宅改修に要した費用の 9 割が，介護保険から支給される制度である．その他，認知症高齢者が利用できるサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど，多様な高齢者向け住まいの確保を支援するとともに，高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設を促進している．

そこで，介護を必要とする高齢者ができるだけ自宅に住み続けられるようにするために，在宅介護サービスをはじめとする在宅支援の施策の策定が必要である．その中で，認知症高齢者が在宅で生活し続けるためには，まず日本の介護保険制度を参考に，住宅改修と居住環境整備を支援していくことが求められる．次に，外出環境のバリアフリー化の推進や移動手段の確保が求められる．ただ介護保険制度は日本では 20 年近い経験を持ち，定着しているが，中国ではまだ一部の都市で試行段階である．しかし，今後，中国では高齢化の進展に伴い，要介護高齢者や認知症高齢者

の増加が予測される．その中で，まず日本の介護保険制度を参考にし，全国統一の介護保険の仕組みと基準を作成することが求められる．その際に，日本の介護保険制度の取り組みを参考できるところとして，2 点があげられる．1 つ目は要介護高齢者の心身の状況について，客観的な判定項目をもとに，必要な介護サービスの内容や頻度を決定し，その人の状態に応じてできる限り自立した生活ができるように支援する仕組みとすることである．2 つ目は所得に応じて，介護保険の保険料の徴収と利用者自己負担を調整するとともに，国の財政負担を含めて，健全な保険財政を運営することである．その他に，介護保険制度に住宅改修補助を取り入れて，在宅生活が継続できるように住宅のバリアフリー化を支援することなどもある．

一方，中国は国土が広く，地域ごとの経済格差も大きいこと，都市部と農村部で国による保障や社会保険関連制度などが異なることにより，引き起こされた格差は人々にとって所得の格差だけでなく，生活水準の格差，生命や人生にかかわるものすべてに大きな影響を及ぼしている．そのため，実際に介護保険制度を普及する上では，都市部と農村部を同じ条件で考えていくことが難しく，各地域の特性も考慮しながら整備していく必要があろう．

(3)認知症高齢者の家族介護者への支援不足

第 3 章第 2 節家族介護者のストレスについてみると，ストレスを感じていると回答した人は 54.2%で，全回答者の半数以上を占めていた．しかしながら，76.0%の家族介護者は今後認知症がひどくなった時も，自宅に住み続け，家族の介護あるいは居宅介護サービスを受けてほしい意向を示した．また，第 2 章第 5 節認知症になった時介護を受けたい場の意向を見ると，8 割以上の高齢者は介護が必要になっても，自宅での生活を希望していた．在宅介護のストレスが大きいにもかかわらず，高齢者本人も家族介護者も家で介護する希望が強いことが示された．

一方，介護サービスに対する要望については，「利用できるサービスの充実」が 66.7%と最も要望が高かった．また，現在利用している訪問サービスに対する満足度から見ると，「必要な時にすぐ利用できる」が 7.4%と低かった．このことから，現時点において，成都市における在宅介護サービスとして，利用できるサービス種類の不足，利用時間の不自由などの問題点が示唆された．また，行政に対する期待としては，「緊急時の相談・支援体制の充実」が 74.1%と最も高く，次いで「家族介護者が介護休暇できる制度の作成」が 63.0%であった．今回の調査対象である認知症高齢者の家族構成をみると，独居と夫婦世帯が 56.3%と全体の半数以上を占めていた．高齢化，子供が近くにいないなどの理由で，これらの高齢者は大きな不安を抱えていた．今後，核家族の進行および夫婦共働きの現状に伴い，家族の介護力が弱体化していることや介護をより困難と感じる高齢の家族介護者の増加などが家族介護による対応も限界に達しつつあると考えられる．いかに将来に向けて，家族介護者の介護ストレスを軽減し，持続可能な在宅介護を構築すべきかが問われている．

一方，日本では認知症高齢者の家族介護者の負担を軽減するため，認知症初期集中支援チーム等による早期発見・早期対応を行う他，認知症高齢者やその家族が，地域の人や専門家と相互に情報を共有し，お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進している．2013 年から認知症カフェの設置に関する財政支援が開始された．2018 年の時点で，ほぼすべての市町村に認知

症カフェが配置された．また，認知症高齢者の介護者負担を軽減する観点から，通所介護，短期入所生活介護，小規模多機能型居宅介護等のサービスの整備も進められている．さらに，家族向けの認知症介護教室等の取組について，好事例を収集して全国に紹介し，その普及を進めている．介護者の腰痛などの身体的負担を軽減するため，移乗介助時に用いる介護ロボットや，高齢者自身が介護者の介助なく動くための歩行支援機器の開発を支援している．

中国では，高齢者本人も家族介護者も在宅介護を希望する傾向が強い．しかし，本研究の結果から在宅認知症高齢者の家族介護者への支援が不足していることが伺えた．認知症高齢者の介護者である家族等への支援を行うことで，認知症の人の生活の質を改善することにもつながるので，今後，日本における認知症高齢者の家族介護者への支援取り組みを参考にして，認知症高齢者を支える在宅介護サービスの充実や，介護に関する情報提供などの家族介護者の介護負担を軽減できる取り組みが求められる．

4. 認知症高齢者を支える入所施設の課題

(1)認知症高齢者への受け入れ制限

第 4 章第 3 節高齢者入所施設を対象とした調査結果により，軽度の認知症高齢者だけを受け入れる施設が 11.3%，受け入れない施設が 5.7%，合わせて 2 割近くの施設は認知症高齢者の受け入れに対して，消極的な態度を持っていた．また，認知症高齢者を受け入れる入所施設における認知症高齢者の比率をみると，平均比率は 22.8%と低かった．

一方，日本における高齢者福祉施設における認知症高齢者の比率をみると，特別養護老人ホームと老人保健施設などの介護保険施設における認知症高齢者の割合は 95%以上であると報告されている（介護保険施設の利用者の状況：2017）．また，有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向け住まいをみると，有料老人ホームでは 66.4%，サービス付き高齢者向け住宅では 52.3%の入居者が認知症高齢者である（野村総合研究所：2017）．さらに，認知症高齢者だけを受け入れる認知症高齢者対応型共同生活介護施設をみると，2016 年の時点で事業所数が 13,114，利用者数が 240,700 人に達している（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）．在宅で生活できなくなる認知症高齢者は上述の様々な施設や住宅で生活し続けることができる．

今後，中国では，高齢化のさらなる進展に伴い，認知症高齢者が急速に増加していくことが予想されるため，認知症高齢者の要望や身体状況に応じる高齢者福祉施設やバリアフリー住宅の確保が大きな課題である．その際に，日本の取り組みを参考にし，認知症高齢者専用の施設を整備するだけでなく，他のサービスや施設も認知症高齢者に対応できるような体制づくりが必要である．

(2)高齢者施設における居住環境の課題

第 4 章第 3 節高齢者入所施設の居住環境を調査したことにより，居室内の非常用照明の未整備率が 72.5%，居室内トイレの未整備率が 23.5%，共用浴室の未整備率が 33.3%であることが把握できた．自立歩行する入居者の場合では，共用空間における段差の未解消と手すりの未設置は最も大きな課題である．車いす利用の入居者の場合では，車いす対応トイレと機械浴の未整備は最

も大きな課題である．特に創立年が古く，小規模の施設には住環境上の課題が多くあることが明らかになった．また，第 4 章第 1 節通所介護施設を対象とした調査から，通所介護施設において，認知症高齢者の受け入れを妨げている要因の1つは施設環境の問題であることが把握できた．28 通所介護施設のうち，26 施設はすべて行政が無料で提供している改修転用の建物を利用して，施設を運営していた．改修転用の施設なので，「段差がある」，「バリアフリートイレができていない」，「浴室がない」，「エレベーターが設置されていない」などの課題を抱えていた現状にある．上述の調査結果から，バリアフリー視点から見ると，現状の高齢者施設には多くの課題を抱えていたことが示唆された．

日本の場合，厚生労働省が高齢者介護施設の施設種別毎に居室の広さや備える設備の基準を定めて，義務付けている．また，2006 年に「高齢者，障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」（バリアフリー法）を制定し，高齢者施設におけるバリアフリー環境の整備基準を定めて義務付けている．さらに，認知症ケア学会での検討を通じて「PEAP 日本版 3」（児玉：2005）を開発し，認知症高齢者に対応した施設環境の整備指針が提示され，認知症高齢者を対象とした高齢者施設の整備においてこの指針が適用されている．

中国においては，2006 年の「中国高齢化事業“十一五”計画」において，初めてバリアフリーの施設整備の基準が定められた．その後，2014 年に国家基準として「老人建築設計規範」が策定された（中華人民共和国住房と城郷建設部）．さらに，2018 年には中華人民共和国住房と城郷建設部が「老年人照料施設建築設計標準」を定めている．これらの高齢者施設に関する整備基準，バリアフリー環境整備基準はいずれも義務付けられていない．また，これらの基準が示される以前に建設された高齢者施設が多いことから，施設には居住環境上の問題が多く残されている．

この問題を改善するためには，日本の取り組みを参考にし，国として統一的な高齢者施設の整備基準，バリアフリー環境整備基準を定めて義務付けることである．その際に，基準以前に建てられた施設においても基準に沿って改善するように求める必要がある．

日本においては，高齢者施設の種別によって広さや設備の整備基準を定めているが，中国においては高齢者施設の種別によらず，統一的な基準を定め義務付けることにより，利用者にとっても施設整備を行う事業者にとっても，分かりやすい仕組みとすることが求められる．

5. 認知症高齢者を支える専門人材養成の課題

第 4 章第 1 節と第 2 節では，通所介護施設と訪問介護事業所において，認知症高齢者の受け入れを妨げている最も大きな要因は介護スタッフの認知症ケア専門知識の不足であることが指摘された．第 3 節高齢者入所施設を対象とした調査では，認知症ケアの専門知識を有する介護スタッフの配置状況を見ると，わずか26.0%の施設は配置されていたことが分かった．また，第 4 章第 2 節家族介護者の訪問介護サービスへの満足度を聞いた結果，「スタッフは認知症知識を持って介護している」に対する満足度が 3.7%と最も低かった．行政に対する期待として，「スタッフの認知症に関する知識の向上」が 61.1%と高かった．さらに，先行研究によると，中国における介護職の特徴として，教育レベルが低いこと，中高年齢層の者が多いこと，介護専門教育を受けた者が少ないことが挙げられている．これらの介護職の特徴は介護サービスの質の向上にとって，阻害要因の 1

つと指摘されている．したがって，認知症ケアの質の向上を図るには，認知症高齢者を支える専門人材の育成が大きな課題となっている．

中国における介護職員短期養成研修の学習内容を見ると，初級から技師までの研修内容には認知症ケアに関する知識と内容が見られない．介護職員の研修を受けても，認知症に関する専門知識と技術を習得できないといえる．また，認知症に関する研修を見ると，各民間施設や研修機構が不定期に行っている短期研修以外に，国レベルの統一した認知症ケアの専門研修が見当たらない．さらに，高等職業学校の「老年サービスと管理」専攻における教育カリキュラムを確認すると，多くの高等職業学校は「認知症」という科目が設置されていない．他の科目の教育内容に若干認知症に関する学習内容が含まれているものとは考えられるが，少ない時間配分の中で十分な教育内容をカバーしているとは考え難い．介護職の研修や教育からも認知症ケアが重要視されていない現状にあることが把握できた．

日本における介護職の短期養成研修と介護福祉士養成校の教育において，認知症の科目が設置され，学習時間が明確に決められている．また，国による認知症介護実践者研修，実践リーダー研修，指導者養成研修といったステップアップの研修体系が作成されたことにより，認知症介護専門職の養成を行っている．その他には，職能団体および民間事業者による認知症研修なども盛んに行われている．上述の通り，短期養成研修カリキュラムに認知症ケアの内容を入れ，介護現場で認知症の基礎知識を有していない介護スタッフを解消する．また，ステップアップの認知症介護研修体系により，高度な認知症ケアスキルを有するスペシャリスト養成を目指している．さらに，職能団体および民間事業者による認知症介護研修を通じて，多様な学習ニーズに対応している．これらの研修を実施することにより，質の高い認知症ケアを提供できる人材育成を行っている．これらの日本における多様な取り組みを参考にし，中国における認知症ケア専門人材を育成する研修体系を整備することが求められる．

第3節　中国・内陸都市における認知症高齢者の支援方策

第 3 節では，第 2 節で提示された認知症高齢者を支援するために直面している課題を踏まえて，中国・内陸都市における認知症高齢者が地域で安心して生活し続けるための支援方策として，以下の 5 点をまとめる．

1. 認知症に対する認識・理解の啓発の支援方策

(1) 社区居民委員会や街道弁事処の力を活用する認知症情報発信

中国では，全国的に都市部の基層行政単位である街道・社区レベルでの行政区画の再編が行われており，その最も基礎的な単位は「社区」である．社区居民委員会のスタッフは，住民の状況を把握し，政府の各種政策の宣伝やキャンペーンの実施を担うだけでなく，住民の満足度を高めるため，多様な住民サービス（買い物，診療，娯楽，スポーツなど）を提供するように要求される．そのため，社区居民委員会と街道弁事処は定期的に住民を対象に，様々な活動やイベントを行っている．その活動やイベントに認知症に関する内容を入れることが認知症への理解を深めるための普及，啓発につながると考えられる．第 2 章認知症に関する情報の入手方法について，テレビと回答した人が 5 割以上で最も多かった．一方，認知症予防と認知症への理解を高めるには最も参加

したい活動として，認知症に関する講演などが 34.7%，認知症予防の体操教室が 20.8%，合わせて 5 割以上であった．この結果は認知症に関する情報の習得手段が限られており，また，認知症への理解を高めるにはテレビより，講演や体操教室などの自ら参加できる活動が好まれることを示唆した．この点から考えると，社区居民委員会と街道弁事処は社区住民の状況を最も把握している組織として，住民の希望に沿って，認知症専門医や認知症ケア専門職による医療，介護関係の講演を行ったり，社区の多機能活動センターを利用し，認知症予防体操を開催したりするなど，様々な活動が実施可能と考えられる．その他，日本で最もよく取り組んでいることを参考に，認知症に関する情報発信のための広報映像，チラシ，広報冊子，ポスター等の作成・配布，認知症に関する地域活動の企画（例：認知症カフェの運営等）などの取り組みを通じて，住民の認知症への理解を深めることが期待できる．

(2)認知症サポーターの養成

2012 年，中国中央テレビ局をはじめとして，「痴呆症」という名称に差別な意味があると考えられるので，「痴呆症」の名称変更に関する運動を行った．それ以来，中国各地で「痴呆症」の名称変更に関する運動を行ってきているが，いまだに統一されていない．現在に至っても，中国では，認知症に対する認識はまだ「痴呆症」にとどまっており，「痴呆症」に対する恐怖や偏見を抱えている人が多いのが現状である．そういう現状を改善するためには，中国の NPO 組織である記憶健康 360 工程は 2016 年 6 月，上海で認知症サポーター事業を立ち上げると発表した．認知症サポーター事業の展開により，認知症について正しく理解し，認知症の人や家族を温かく見守り，支援する応援者が多くなり，認知症に対する恐怖と偏見をなくすことが期待されている．それを目標に，認知症知識の普及に関する講演会やイベントなどが開催された．しかし，それらの活動が上海と北京に限られており，成都市などのような地方都市にはまだ始まっていない現状である．また，認知症サポーターの養成講座を受けるには，18 歳以上でなければならないと決められている．

一方，日本では，各市町村において，「認知症施策等総合支援事業」における「認知症施策普及・相談・支援事業」の一環として，認知症サポーターの養成を実施されている．具体的な養成講座はNPO 法人全国キャラバン・メイト連絡協議会が担当する．認知症に対する正しい知識と理解を持ち，地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする「認知症サポーター」を全国で養成し，認知症高齢者等にやさしい地域づくりに取り組んでいる．また，認知症サポーター養成講座は，地域住民，金融機関やスーパーマーケットの従業員，小，中，高等学校の生徒など様々な方に受講できる．さらに，認知症サポーターに期待されることとして，①認知症に対して正しく理解し，偏見をもたない；②認知症の人や家族に対して温かい目で見守る；③近隣の認知症の人や家族に対して，自分なりにできる簡単なことから実践する；④地域でできることを探し，相互扶助・協力・連携，ネットワークをつくる；⑤まちづくりを担う地域のリーダーとして活躍することである．

また，日本における「認知症サポーター国際的に展開するための調査研究事業報告」(2017)によると，認知症サポーター養成講座を通じて，年代や職業などを問わず，認知症への理解が深まり，自分自身や周囲への配慮，活動などに結びつくこと，そして，その活動は，社会的課題となっている高齢者の自動車運転などを含む，生活の幅広い範囲における支援につながる可能性が示唆さ

れた.

高齢化が急激に上がる中国においても，日本との制度や文化・風習などの違いを踏まえつつ，同じように早い段階から認知症サポーター養成講座のような「認知症を正しく理解する」機会を持つことが重要と考えられる. それに当たっては，中国においても，上海をはじめとして，認知症サポーター事業に取り組みはじめているが，今後，全国的に展開していくためには，日本における認知症サポーターの養成取り組みを参考になると考えられる. まず，NPO 法人だけで全国的に広げていくにはなかなか難しいと考えられるので，日本のように行政主導で NPO 法人が養成講座を担当する連携の形で取り組んでいくことにより，全国での展開につながりやすいと考えられる. 次に，養成講座の受講対象者に関して，18 歳以上の大人だけでなく，子供など若い世代への認知症の正しい知識の教育を充実させていくことも大切であろう.

(3)学校における認知症知識の普及

日本では，核家族化が進む中で，学校においても，高齢社会の現状や認知症の人を含む高齢者に対する理解を深めるような教育の推進が求められており，小中学校では，高齢者との交流活動などを中心に取り組んでいる. また，小中学校での認知症サポーター養成講座の開催等を利用した認知症に関する正しい理解の普及を進めている. さらに，大学等において，学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる機会を持つことができるよう，自主的な取組を推進している. 厚生労働省と文部科学省との連携により，各世代を対象とした認知症サポーター養成講座や交流活動などを開催し，若年層からの地域福祉への関心を高める努力に取り組んでいる. 若い世代への認知症サポーター養成講座の開催などは，今後彼らが社会に出たときに，その知識を活用しつつ，彼らの仕事を通じて認知症の人を支援していくことができると考えられる.

一方，中国では，後期高齢者の増加により，認知症高齢者の急激な増加が予測される. しかしながら，認知症に対する認識が低い現状では，いかに認知症高齢者が生活しやすい社会認識・環境整備ができるのかは大きな課題となっている. その課題を解決するには，まず幅広い年齢層の住民を対象に，認知症に関する知識の普及・啓発を図ることが必要と考えられる. その中で，住民が自ら認知症に関する知識を勉強したり，様々な認知症にかかわるイベントに参加したりすることが重要であるが，日本の取り組みのように，学校教育における認知症に関する知識の普及も不可欠と考えられる. それを実現するには，高齢者福祉を担当する民政部と教育を担当する教育部という 2 つの行政部門の連携が必要である. その連携により，学校教育において，認知症サポーター養成講座を開催したり，様々な活動を通じて，認知症高齢者とのかかわる機会を増すことが必要である.

2. 認知症の早期相談・支援体制づくりの支援方策

すでに述べていたように，日本では，地域包括支援センター，認知症初期集中支援チーム，認知症コーディネーター等が協働して，認知症の疑いのある人を把握し，状態に応じて適切な医療・介護サービスにつなげ，認知症の早期発見・診断・対応のシステムづくりを進めている.

しかし，本研究の結果から中国では行政機関が相談先としてまだ機能していないことが示された.

認知症高齢者とその家族は相談や，診断，治療などについては，大型総合病院に頼るしかなく，診断後の介護サービスの利用などについては，なかなか相談できる相手がいない現状である．この課題を解決するためには，今後，認知症の早期相談・早期発見に対応するために，身近な行政機関や社区病院など公的機関が連携を取りながら，相談窓口の設置や専門職員の配置を検討することが認知症高齢者を支援する方策の 1 つと考えられる．まず，住民にとって最も身近な組織である社区居民委員会と街道弁事処を認知症の早期相談・早期発見の窓口として位置づけ，高齢者とその家族に，身近な相談先として認識され，利用されるようにしていく必要があると考えられる．具体的には社区居民委員会と街道弁事処の高齢事業を担当する職員に認知症に関する研修を受けてもらい，認知症の知識や認知症高齢者が利用できる介護サービスなどを把握することにより，認知症の早期相談に対応し，必要に応じて介護サービスを紹介できるようにする．次に，高齢者がよく利用される身近な社区病院は認知症の早期相談と早期発見の役割を果たすことが期待できる．たとえば，日本におけるかかりつけ医の認知症対応力向上研修などを参考にし，何よりも身近な社区病院の医者が認知症に対する対応力を高め，早期発見につなげ，必要に応じて適切な医療機関や介護サービスにつなぐことが求められる．

しかし，これを有効に機能させるためには、一定の専門性を備えた専門職員の存在と地域社会における社会資源のネットワークの構築が重要になってくる。そのためにはネットワーク形成のための関係機関・組織による日常的な交流、ケースの発見や多様なサービスの提供の一翼を担うための地域住民相互による認知症高齢者サポートの仕組み作りが必要である。従って、社区居民委員会と街道弁事処は調整機能、組織化機能を持たなければならない。

3. 認知症高齢者の在宅生活を支える支援方策

(1) 認知症高齢者が利用できる在宅介護サービスの充実とその質の確保

認知症高齢者の在宅生活を支えるためには，日本の取り組みを参考にし，認知症高齢者専用の施設を整備するだけでなく，他のサービスや施設も認知症高齢者に対応できるような体制づくりが必要である．これを実現するため，日常生活圏域である社区または街道ごとにニーズ調査を実施し，地域の認知症高齢者が必要とするサービスを的確に把握・分析した上で，介護サービス提供計画を策定することが求められる．その際，認知症高齢者の見守り，配食などの多様な生活支援サービス，及び認知症高齢者に対応できる入浴介護，排せつ介護などの身体介護を提供できる訪問介護サービス，通所介護サービス，短期入所介護サービスなどの整備が不可欠である．特に日中・夜間を通じて定期巡回や随時対応を行う訪問サービスの創設を行うことが必要と考えられる．

しかし，在宅介護サービスを充実するには、介護スタッフの確保が必要である．第 4 章から介護スタッフの不足は施設タイプにかかわらず，共通の課題として挙げられた介護スタッフの不足については，2 つの原因があると考えられる．1 つ目は介護職が重労働であるのに，平均賃金と社会的地位が低いため，結果的に介護職の離職率が高く，募集が難しい状況にある．2 つ目は現状では，各施設と事業所は経営を安定化にするために，少人数の介護スタッフでサービスを提供することにより，利益を確保している．結局，介護スタッフは過酷な労働状況におかれていることにつながっ

ている．今後，多くの人が介護スタッフとして施設に就職し，さらに定着するためには，給料を含む待遇の向上，及び労働環境の改善を含む社会的地位の向上に向けて，行政による支援が求められる．

次に，認知症を有する人について，今後の高齢化のさらなる進展に伴い，急速にその数が増加していくことが予想されるため，サービス供給が大幅に増加し，今後も着実に増大していく中で，必要な介護サービスの確保と並び，介護サービスの質の向上の確保が大きな課題である．日本では，介護サービスの質を確保するため，苦情・事故事例活用研修事業やリスクマネジメント体制などを活用している．また，都道府県や市が独自に導入した制度で，在宅介護サービスなどを評価する第三者評価が行われている． 認知症グループホームは外部評価が義務づけられており，都道府県が評価機関を選定して実施している．すべての介護事業者に「情報開示の徹底」が義務づけられる．今後成都市でも，介護サービスの質の向上を図るには，まず，利用者からの苦情に対してその背景・要因を分析することにより，事業運営の適正化を促進し，サービスの質の向上に反映させていくことが求められる．成都市では現時点で，まだ評価制度や情報開示の徹底ができていない現状にあり，介護サービスの質も施設や事業所により，大きな差がある現状である．今後，全体の介護サービスの質を確保するためには，日本における評価体制を参考にしながら，行政または行政が指定する評価機関により，施設や事業所を対象とする評価基準の作成と実行が必要である．

(2)認知症高齢者の在宅環境整備の支援方策

今後，認知症高齢者をはじめ介護を必要とする高齢者の増加が見込まれており，高齢者の居住する住宅における安全な移動の確保や事故防止，高齢者を介助する者の負担の軽減などのために手すりの設置，屋内の段差解消等住宅のバリアフリー化の必要性が高い．しかし，本研究の結果からも認知症高齢者の居住する住宅には様々な課題を抱えており、住宅環境の改善の一層の促進が必要とされている．これにより，介護予防につながり，認知症で介護を必要とする状態になっても自立した日常生活をおくれるようになることが期待される．そのため，認知症高齢者の住環境のバリアフリー化を広く進めていくべきである．特に住宅改修を行いやすいよう，改修費用，担い手，技術情報の提供などの施策を総合的に進めるべきである．

2016 年から中国人力資源と社会保障部により，長期介護保険施行都市の選定が行われ，成都市は全国 15 都市の 1 つに選定された．2017 年 7 月 1 日から「成都市長期介護保険制度試点法案」が施行し始まった．現行の長期介護保険制度には要介護高齢者の介護度により，毎月介護手当が支給され，その手当で介護サービスを利用することができるが，ただその介護サービスの中に住宅改修が含まれていない．住宅改修に関しては，何も言及されていない．しかし，長期介護保険の施行に伴い，成都市の行政は最近，介護を必要とする高齢者ができるだけ自宅に住み続けられるようにするために，在宅介護サービスをはじめとする在宅支援の施策の策定を進めている．その中で，住宅改修に注目し始める動きがみられる．今後，長期介護保険を進めていく中で，日本の介護保険制度を参考に，住宅内の手すりの取り付け，段差の解消，滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更，洋式便器等への便器の取替えなどの住宅改修への補助金支給の支援方策が求められる．また，今回の調査結果をもとにすると，6 階以下の集合住宅へ

のエレベーター設置の支援も求められる.

(3)在宅認知症高齢者の家族介護者への支援方策

国際老年精神医学会は, 認知症高齢者とその家族介護者への支援について, 以下の条 件を組み合わせて行うことが有効であるとしている. ①認知症高齢者と家族介護者の両者 に焦点を当てる. ②教育と支援に加え, BPSD に対する具体的な対処スキルや認知症高齢 者の日常生活活動の介助能力等のコーピング能力を習得することに焦点を当てる. ③認知 症高齢者とその家族介護者のニーズに合わせて, 柔軟に多次元的に行う. ④適応可能な場 合には, 薬物療法を組み合わせる. ⑤介護サービスの利用方法等の情報提供を行う. ⑥中・ 長期的な効果に焦点を当てる. ⑦フォローアップを行う. を掲げている. つまり, 認知症高齢者の家族介護者支援では, これらの条件を複数組み合わせて実践することが効果であると考えられる.

認知症高齢者の家族介護者への支援については, 認知症高齢者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, 特に在宅においては認知症高齢者の最も身近な家族など, 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組が必要とされる.

認知症高齢者の家族介護者の介護負担を軽減するには, まず認知症高齢者が利用できる在宅介護サービスを充実し, 柔軟かつ専門的な認知症ケアが提供できるような支援体制を構築することが必要と考えられる. その際, 日本における在宅認知症高齢者を支える認知症対応型通所介護, 小規模多機能型居宅介護, 定期巡回・随時対応型訪問介護看護など多様な介護サービスを参考にしながら, いかに在宅介護サービスなどを活用し, 認知症在宅介護を支援するのかが大きな課題である. 第 3 章第 1 節通所介護施設を対象とする調査により, 成都市では通所介護施設に訪問介護事業所の拠点を設置し, 施設が所在する社区要介護高齢者を対象に, 通所と訪問介護サービスを提供している事業所が数か所確認できた. 今後さらに普及していくことが考えられることから, 日本における小規模多機能型居宅介護事業所を参考に, 社区の通所介護施設を活用し, 現状の通所と訪問介護サービスだけでなく, 宿泊も提供できる 24 時間対応施設にしていくことが求められる. それにより, 在宅認知症高齢者の生活を支え, 家族介護者の介護負担を軽減できる支援方策の 1 つとなりうる.

次に, 介護者に対する認知症に関する情報提供が必要である. 基本的には医学的情報は医療職から, 生活介護に関する情報は介護職や認知症介護経験者からの情報提供が有用と考えられる. 医療職と介護職の連携により, 介護者に対してアプローチすることが求められる. また, 認知症介護の経験者からのアドバイスや経験内容の共有により, 介護者が今後の介護について具体的に考えたり, 介護サービスを利用するきっかけとなったりすることも多い. 上記のような医療, 介護の専門職からの情報提供に加えて, 認知症介護の経験者からの情報提供も有効である. 認知症に関する情報提供ネットワークを構築するには, 医療職, 介護職と認知症介護経験者からのサポートが必要であり, 社区居民委員会がこの役割を果たすことが可能であると考えられる. 社区にある認知症高齢者の状況とニーズを的確に把握し, 社区及び周辺にある病院や介護事業所などの社会資源と結びつく形で, 情報提供を行うことが期待できる.

さらに，今後，高齢化および認知症高齢者の増加が予想されるが，一人っ子政策の影響で高齢者のみ世帯が増加しており，従来の家族介護は成り立たなくなりつつある．単身世帯や夫婦のみ世帯が増加する中で，また，一人っ子政策および夫婦共働きといった中国の実情を考えて，家族介護者が介護休暇できる制度を創設することが必要である．そういう現状に直面し，認知症高齢者在宅介護を支えるためには，早急に介護休暇できる制度や相談・支援体制の創設を可能とする公的制度や施策の整備が必要と考えられる．

4. 認知症高齢者を支える入所施設への支援方策

(1) 入所施設における認知症高齢者の受け入れの促進

第 4 章第 3 節高齢者入所施設を対象とした調査結果により，2 割近くの施設は認知症高齢者の受け入れに対して，消極的な態度を持っていた．また，認知症高齢者を受け入れる入所施設における認知症高齢者の比率をみると，平均比率は 22.8%と低かった．認知症高齢者の場合，認知症のタイプや進行段階により，中核症状だけでなく，様々な行動・心理症状も伴うため，24 時間の見守りと専門介護が必要である．そのため，介護スタッフの人数と認知症ケアの専門知識などの介護コストが上がり，施設にとって大きな負担となる．以上のことにより，多くの施設は認知症高齢者をサービス対象から除外した．今後，入所施設における認知症高齢者の受け入れを促進するためには，日本における認知症ケア加算などの対策を参考にし，認知症の高齢者を受け入れる施設を対象に，認知症ケア手当や補助金の支給といった政策的な支援が求められる．

また，第 4 章第 3 節認知症ケアの実態と認知症高齢者を受け入れない理由から，認知症ケアに直面する課題の 1 つは介護職員の認知症ケアに関する知識の不足である．介護職員の認知症ケアに関する知識の不足について，認知症ケアの知識を身に着けてもらうための現任者教育や研修の開催が求められる．それらを実施する上では，施設独自の努力に委ねるのではなく，行政と施設が協同で取り組む必要がある．さらに，認知症ケアの専門知識を持っている介護職員を定着させるために，介護職員の待遇の改善などの支援が求められる．

(2) 高齢者入所施設における居住環境の改善方策

認知症高齢者が安全・安心に生活できる施設居住環境の整備について，まずは施設を設計する時点で，認知症高齢者の心身状況を考えたうえでの空間配置やなじみの環境づくりを配慮すべきである．それを実現するためには，施設建築基準やバリアフリー基準を遵守するように指導・管理体制を構築し，バリアフリー環境整備を義務付ける必要がある．

認知症高齢者の心身状況に配慮した空間配置やなじみの環境を整備する上では，認知症高齢者専用の施設や専用空間を確保することが求められる．日本の認知症グループホームやユニット型施設を参考に，認知症高齢者が落ち着いた専用空間で生活できる施設の整備が求められる．

また，既存の高齢者施設の居住環境の改善も重要である．特に創立年が古く，小規模の施設に住環境上の問題が多くあることは第 4 章第 4 節の調査で明らかになっている．それ以外の既存施設においても，住環境上の問題があることから，行政による施設改修の支援が求められる．

5. 認知症高齢者を支える専門人材養成の支援方策

(1)短期養成研修における認知症ケアに関する内容の充実

近年，中国においても後期高齢者の増加により認知症高齢者が増加してきたので，認知症高齢者に対応できるように，認知症ケアに関する知識・技術の内容が重要となってきた．しかし，中国の現行の短期養成研修には認知症ケアに関する学習内容がなく，また，認知症に関する専門研修も行われていないことが大きな課題となっている．この現状を改善するため，まず日本の初任者研修や実務者研修を参考にし，短期養成研修カリキュラムに認知症ケアの内容を取り入れ，介護現場で認知症の基礎知識を有していない介護スタッフが多いことを解消する．次に，高度な認知症ケアスキルを有するスペシャリスト養成を目指す段階的研修体制を作り，認知症介護専門人材のステップアップの研修体系を整えることが求められる．これらの研修を実施することによって質の高い認知症ケアを提供できる人材育成が期待できる．それを実現するためには，まず国レベルの施策により，短期養成研修カリキュラムやステップアップ研修体系を整えることが求められる．次に，各地方政府は研修ニーズに的確に対応できるよう，関係団体の協力を得て，一定の質の担保した研修を実施することが求められる．

(2)高等職業学校の「老年サービスと管理」学科における認知症教育の強化

第 4 章第 5 節中国における認知症高齢者を専門的に介護できる人材の実態から把握できたように，多くの高等職業学校の「老年サービスと管理」学科では「認知症」という科目が設置されていない．その状況の下で，認知症の知識・技術の教育にかける時間数は各校まちまちで，統一の基準がない．その課題を解決するために，まず，日本の介護福祉士養成教育カリキュラムを参考にして，中国の高等職業学校の「老年サービスと管理」学科のカリキュラムにも認知症の科目を取り入れる必要があると考えられる．次に，中国では介護職養成教育の内容についての国による明確な基準が示されておらず，養成校毎にまちまちの教育内容で進められている．「認知症」の科目の設定と学習内容・時間数の統一化を進めるとともに，明確な国の介護職養成基準の策定が必要である．

(3)介護資格の法整備

職業教育の充実と行うと共に，介護職の資格の法整備を図らなければならない．日本の経験を見ると，2000 年介護保険制度の実施により，高齢者の介護には介護福祉士の資格がより重要視されてきた．以来，福祉，介護の人材の需要が見込まれ，数多くの福祉系大学，専門学校が急速に増えるようになった．また，介護職の短期養成も確実に推進されてきた。大量な介護人材の輩出により，今日に至って日本の介護事業の専門性は世界でもハイレベルに達している．

中国においても介護人材の育成に関しては短期育成から高等教育に至るまでの教育プログラムを取り入れなければならない．高齢者事業の人材育成システムの構築は介護サービス事業の充実とサービスの質的向上を図る際に欠かせない手段である．介護の専門性を高めることで，介護の仕事にやりがいを見出すことができる．有意義であると認識できれば，介護職への偏見も軽減され，介護人材資源が豊かになるに違いない．中国の介護サービス事業も飛躍的に発展することが期待できると考える．そのためには，資格認定の法整備が必要である．

注:

1）街道・街道弁事処

中国では、「省級」、「地級」、「県級」、「郷級」の 4 層の行政区分に分けられる。第四層の「郷級」行政単位には街道、郷、鎮、郷級行政区などが含まれており、日本でいう町や村に近い概念である。ただそのうち、「街道」とは市轄区の管轄下では区の出先機関である街道弁事所が管理する地区である。1954 年に『街道弁事処組織条例』が成立した。そこには、街道レベルにおいては、人民政府でなく、区人民政府の出先機関として街道弁事処（事務所）が設置されることになった。街道弁事処は、専業の事務職員は 3 から 7 名という小規模な組織となったため、その下部に、日本の自治会に相当する居民委員会と呼ばれる住民による自治組織が設置された。

本論文では、地域を指す時には街道を使い、組織を指すときには街道弁事処を使っている。

終 章 結論

終章では，まず本研究では明らかにしたことを整理する．次に本研究の目的と研究課題に照らして，得られた知見を踏まえて，今後認知症高齢者が地域で安心し生活し続ける上での課題と支援方策の総括を行う．最後に本研究の意義，及び本研究の限界と今後の課題を述べる．

第 1 節. 各章で明らかにしたこと

1. 第 1 章

第 1 章では中国人口高齢者の現状や，認知症高齢者の現状，中国政府の取り組みについて述べた．

2015 年の時点で中国では 950 万人の認知症高齢者を抱えており，これは世界の認知症高齢者数の 20%をしめ，2030 年には約 1,600 万人まで増加すると予測されている．また、成都市には 65 歳以上の高齢者のうち，約 12.1 万人の認知症高齢者がいると推測されている．そして，その数値には誤診あるいは未受診の数を含めない．今後，後期高齢者の増加により、認知症高齢者が速いスピードで増加することが見込まれる．

近年中国中央政府と地方政府は高齢化の進行に対応するために，さまざまな対策や措置を出している．その中には，介護の必要な高齢者や 80 歳以上の高齢者などを対象とした優遇措置や福祉政策が多くある．しかしながら，今までの政策や措置をよく見ると，認知症高齢者を対象とした福祉政策はないとは言えないが，とても少ない現状である．

認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活し続けることを可能にするには、まず認知症高齢者を取り巻く課題に着目しながら，認知症高齢者の居住生活全体の課題構造を明らかにし，それに対応する支援方策を検討することが重要であることが文献検討から把握できた。

2. 第 2 章

第 2 章では，成都市における訪問介護サービスを受けている高齢者とその家族を対象とした調査について述べた．

その結果，①認知症を知っていると回答した人が 7 割近くであるが，具体的な認知症の症状についての認識はいずれの項目も 5 割以下にとどまっており，正確に理解していない人が一定の割合を占めていることが把握できた．②7 割近くの回答者は認知症になっても自宅での生活を希望し，家族による介護を強く願っていた．③認知症を知っている群は知らない群より具体的な認知症症状についてよく認識しており，認知症への心配の度合いも高かった．④認知症が心配になったとき，大型総合病院を相談先として選ぶ傾向が強く，身近な行政機関である社区相談窓口は相談先として認識されていないことが示された．認知症が心配になったときに，身近な相談先が十分ではないことが把握できた．

3. 第 3 章

第 3 章では，成都市における在宅認知症高齢者の居住生活の実態と家族介護者の介護実態の

調査について述べた.

その結果, ①在宅認知症高齢者が生活をする上で, 認知症介護度が高いほど, 日常生活動作に必要な介護が多くなっており, 家族以外の人との交流, 外出頻度が減少したことが把握できた. ②自宅で生活することになった経緯をみると,「家族で介護したい」,「施設利用費用が高い」と「本人が施設を嫌がる」が最も多くあげられた. ③集合住宅にエレベーターが無いこと, 和式トイレであること, 浴室が狭く滑りやすく危険など, 住環境の要因に問題があるほど, 家族介護者は介護負担を感じていた. ④家族介護者のストレスについてみると, ストレスを感じていると回答した人は全回答者の半数以上を占めていた. ⑤在宅介護のストレスが大きいにもかかわらず, 76.0%の家族介護者は家で介護する希望が強いことが示された. ⑥支援サービスへの希望では,「利用できるサービスの充実」,「スタッフの認知症に関する知識の向上」といった介護サービスに対する要望と「緊急時の相談・支援体制の充実」といった行政に対する要望があることが明らかになった.

4. 第 4 章

第 4 章では、認知症高齢者の生活を支える通所施設、訪問介護サービス、入所施設における認知症ケア、認知症高齢者を専門的に介護できる人材養成の実態調査について述べた.

その結果、通所介護施設の 8 割近くは認知症高齢者を受け入れないと回答した. 訪問介護事業所 6 事業所のうち, 5 事業所が認知症高齢者を受け入れていた. しかし, 認知症高齢者を受け入れると言っても, 認知症高齢者の利用人数が非常に少なかった. その理由として, 介護スタッフの不足および認知症ケアの専門的知識の不足という介護スタッフの問題, 高齢者や家族が介護サービス利用に対する認識不足などが挙げられた.

入所施設については, ①成都市における高齢者入所施設のうち, 認知症高齢者を受け入れている施設が 83.0%, また入居者のうち, 認知症高齢者の割合は 22.8%であった. ②認知症高齢者に対応する上で,「認知症ケアの知識を有する新たな職員を確保することが難しい」と「現状の職員に認知症ケアの知識を有する者がいない」ことに最も問題を感じていた. ③高齢者入所施設の居住環境の課題として, 自立歩行する入居者にとっては, 食事室の手すり, 寝台用エレベーターと共用浴室の脱衣場の設置における改善課題が多い. 車いす利用の入居者にとっては, 車いす対応トイレとチェアー浴における改善課題が最も深刻である. 施設属性別にみると, 創立年が新しいほど, 施設規模が大きいほど, 住環境の整備率が高いことが把握できた.

認知症高齢者を専門的に介護できる人材養成については, 認知症高齢者を専門的に介護できる人材養成の課題として, 介護教育を受けていない介護職が多いこと, 介護職の短期養成研修及び高等職業学校「老年サービスと管理」学科における認知症ケアに関する教育内容の不足が挙げられた.

5. 第 5 章

第 5 章では, 第 2 章から第 4 章までの研究結果を踏まえて, 日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にしながら, 中国・内陸都市における認知症高齢者の課題と支援方策を検討した. その中で特に①認知症に対する認識・理解の啓発, ②認知症に関する早期相談・支援体制, ③

認知症高齢者の在宅生活を支える専門的なサービス，④認知症高齢者を受け入れる施設の整備，⑤認知症ケアの専門人材養成体制に焦点を当てて，まとめた．

第 2 節. 結論と今後の課題

1. 結論

ここでは本研究で得られた研究結果を踏まえ，研究目的と 4 つの研究課題に照らして，中国・内陸都市における認知症高齢者の実態と課題について，以下の 4 点に整理した．

(1) 中国・内陸都市において認知症高齢者の実態と課題

①認知症に対する認識・理解の不足

中国・内陸都市における調査を通じて，高齢者をはじめとする一般住民の認知症に対する認識・理解の不足と政策・施策の提供レベルにおける認識の不足があることが明らかになった．

まず，高齢者をはじめとする一般市民の認知症に対する認識・理解の不足については，認知症を知っていると回答した人が 7 割近くであったが、具体的な認知症の症状についての認識はいずれの項目も 5 割以下にとどまっており、正確に理解していない人が一定の割合を占めている実態にあることが把握できた．今後中国において認知症高齢者の数が増えていく中では、認知症高齢者が住みやすい社会環境整備のために，いかに認知症に関する知識を普及させていくのかが中国にとって今後の課題となっている．

次に，政策・施策の提供レベルにおける認識の不足については，今後高齢者の進展に伴い，認知症高齢者が増えることについては，国レベルで認識されているものの，それに対して，具体的な政策・施策の提供を実施するという認識には至っていない現状にあることが明らかになった．

②認知症になっても在宅で介護を受けたい意向

第 2 章では，高齢者は自分が認知症になっても，家族の介護あるいは在宅介護サービスを利用しながら在宅で生活し続けたいという意向を持つ者が約 8 割以上と多いことが明らかになった．また，高齢者の家族としても，家族で介護あるいは介護サービスを利用しながら自宅で住み続けてほしいという意向を持つ者が 8 割近くと多いことが明らかになった．その一方で，認知症高齢者の家族介護者に対する調査結果から半数以上の家族介護者は介護に対するストレスを感じていることが明らかになった．

これらのことから，認知症になっても在宅で介護を受けながら生活し続けることを可能にする上での支援体制についての検討が必要と考えられる．

③認知症高齢者が在宅で生活し続けることを困難にしている要因

認知症高齢者が在宅で生活し続けることを困難にしている要因として，在宅介護サービス利用の問題，居住環境上の問題，家族介護者の介護負担の問題があることが明らかになった．

まず，在宅介護サービス利用の問題については，通所介護施設と訪問介護事業所において，認知症高齢者を受け入れない理由として，介護スタッフの不足および認知症ケアの専門的知識の不足という介護スタッフの問題，高齢者や家族が介護サービス利用に対する認識不足の問題が最も

多く挙げられた．言い換えれば，在宅介護サービスの利用が進まない要因にはサービス提供側とサービス利用側の両方に問題があることを把握した．

居住環境上の問題については，在宅で生活する認知症高齢者の住宅の実態に関する調査結果から 4 割近くが和式のトイレを利用しており，6 割以上がエレベーター未整備の集合住宅に居住していることが把握できた．調査対象者である在宅で生活する認知症高齢者には，日常生活を送る上で，歩行，排泄，入浴といった基本的な動作に介助が必要な者が多くいたのに対して，居住環境に問題ある者が多くいる実態が明らかになった．

家族介護者の介護負担の問題については，半数以上の家族介護者が介護に対する身体・精神的なストレスを感じていることが明らかになった．また，和式トイレやエレベーター未整備といった居住環境に問題があることにより，家族介護者の介護負担を高めていることも明らかになった．

④認知症高齢者を支える施設・サービス・専門人材の不足

認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材の実態として，認知症ケアを提供する施設・サービスの不足，施設環境の問題，認知症ケアの知識・技術を有する専門人材の不足があることが明らかになった．

認知症ケアを提供する施設・サービスの不足については，入所施設において，17.0％の施設は認知症高齢者の受け入れに対して，消極的な態度を持っていることが把握できた．認知症高齢者を受け入れている施設においても，入所者に対する認知症高齢者の比率は平均で 22.8％と低いことが明らかになった．また，通所介護施設については，認知症高齢者を受け入れないと回答した施設が全体の 8 割近くと高かった．また，訪問介護事業所が提供できるサービス内容を見ると，清掃サービスやランチ宅配などに限られており，認知症高齢者に対応したサービスとは言い難い．これらの調査結果から認知症高齢者を受け入れ，認知症ケアが提供できる施設・サービスが不足している実態にあることが把握できた．

施設の居住環境の問題については，入所施設を見ると自立歩行入居者の場合では、共用空間における段差の未解消と手すりの未設置は最も大きな課題である．車いす利用入居者の場合では，車いす対応トイレと機械浴の未整備は最も大きな課題である．特に創立年が古く、小規模の施設には居住環境上の課題が多くあることが明らかになった．また，通所介護施設を見ると，介護が必要な認知症高齢者の受け入れを妨げている要因の 1 つは施設環境の問題であることが明らかになった．

認知症ケアの知識・技術を有する専門人材の不足については，成都市における通所介護施設、訪問介護事業所と入所施設では，認知症高齢者に対応する上で最も大きな課題は介護職員の認知症ケアに関する知識の不足であることが明らかになった．これは介護職員の養成における認知症ケアに関する内容が不足していることによることが把握できた．まず，介護職員を養成する高等職業学校の「老年サービスと管理」学科の教育カリキュラムに認知症ケアに関する科目が設置されていない．介護短期養成研修の教育内容にも認知症ケアに関する内容が含まれていない．また，認知症ケア専門研修においても，国や地域レベルの統一した認知症ケアの専門研修は実施されていない．これらのことから認知症ケアの知識・技

術を有する専門人材を養成し，確保することが急務と考えられる.

(2)認知症高齢者が地域で安心して生活し続ける上での支援方策

上述の 4 点の課題をもとに，中国・内陸都市において認知症高齢者が地域で安心して生活し続ける上での支援方策を以下の 5 点にまとめた.

①認知症に対する認識・理解の啓発の充実

中国・内陸都市において高齢者を含む一般市民の認知症に対する認識・理解が不十分な状態にあることが把握できたことから，この課題を改善する啓発方策が求められる.

日本における高齢者をはじめとする地域住民に対する認識・理解の啓発を参考にするとともに，中国・内陸都市の課題を踏まえると，社区居民委員会と街道弁事処を活用した認知症の認識・理解を啓発する情報発信や認知症予防の取り組みを行うこと，一般住民が介護サービス利用に対する認識の改善が考えられる.

情報発信については，まず社区居民委員会と街道弁事処が社区サービスに認知症の啓発活動を取り入れることが求められる. たとえば，認知症専門医や認知症ケア専門職による医療，介護関係の講演を行ってもらうことが考えられる. その他，認知症に関する情報発信のための広報映像，広報冊子，ポスター等の作成・配布，認知症に関する地域活動の企画などの取り組みを通じて，住民の認知症への理解を深めることが求められる. 次に，認知症に対する正しい知識と理解を持ち，地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする認知症サポーターを養成することが必要である. 全国的に展開するためには，日本のように行政主導により，NPO 法人などに委託し，養成講座を実施していくことが求められる. さらに，今後の急速な認知症高齢者の増加に対して，幅広い年齢層の認知症の認識・理解を深める必要があることから，学校教育における認知症に関する知識の普及が求められる. それを実現するためには，高齢者福祉を担当する民政部と教育を担当する教育部という 2 つの行政部門の連携が必要である. その連携により，学校教育において，認知症サポーター養成講座を開催するなど様々な活動を通じて，認知症高齢者とのかかわる機会を増すことが求められる.

認知症予防の取り組みとしては，社区の多機能活動センターを利用し，認知症予防体操を開催するなど，様々な予防活動が実施可能と考えられる. また，認知症に関心を持つ NPO 組織やボランティアなどと連携を取りながら，様々な認知症に関する知識啓発・普及活動や予防活動を取り組むことが必要と考えられる.

地域住民が介護サービス利用に対する認識を改善するには，行政や施設，マスコミなどによる対策が求められる. まず行政側として，高齢者福祉対策において，認知症高齢者を対象とする介護サービス利用補助金などを提供することにより，介護サービスを利用する経済的な負担を軽減することが求められる. 施設側として，地域の人々を対象に様々なイベントや活動を開催することにより，専門的な認知症ケアの良いところを認知してもらい、高齢者や家族の介護サービス利用に対する認識改善を図り，サービス利用につなげていくことが求められる. さらに，テレビや新聞などのマスコミを利用し，認知症ケアをはじめとする介護サービスの専門性や便利性を取り上げることにより，介護サービスの社会認知度を高め，利用を促すことが必要と考えられる.

②身近な地域における認知症に関する早期相談・支援体制の整備

中国・内陸都市において，認知症になっても 8 割以上の高齢者は在宅で生活を続けたい．また，家族としても，家族で介護あるいは介護サービスを利用しながら自宅で住み続けてほしいという意向を持つ者が 8 割近くと多いことが明らかになった．さらに，認知症が心配なときの相談先として病院は 8 割以上で最も多いことが把握できた．

日本における認知症の早期発見・相談・支援のシステムを参考にするとともに，中国・内陸都市の現状を踏まえると，社区居民委員会と街道弁事処の力を活用し，身近な地域における認知症に関する相談・支援体制の整備を行うことが考えられる．

認知症の相談・支援体制を実現するには，住民にとって最も身近な組織である社区居民委員会と街道弁事処を認知症の相談・支援の窓口として位置づけ，一定の専門性を備えた専門職員の配置と地域社会における社会資源のネットワークの構築が必要である．まず，社区居民委員会と街道弁事処の高齢者事業を担当する職員に認知症に関する研修を受けてもらい，認知症に関する知識や認知症高齢者の利用できる介護サービスなどを把握することにより，認知症の相談に対応し，必要に応じて介護サービスを紹介できるようにする．次に，高齢者がよく利用される身近な社区病院は認知症の早期相談と早期発見の役割を果たすことが期待できる．たとえば，日本におけるかかりつけ医の認知症対応力向上研修などを参考にし，何よりも身近な社区病院の医者が認知症に対する対応力を高め，早期発見につなげ，必要に応じて適切な医療機関や介護サービスにつなぐことが求められる．さらに，地域のネットワーク形成については，地域の関係機関・組織による日常的な交流，ケースの発見やケース会議などを行い，地域における認知症高齢者サポートの仕組み作りが必要である．したがって，社区居民委員会と街道弁事処は地域における認知症高齢者サポート体制の組織化機能や調整機能を担うことが求められる．

③認知症高齢者の在宅生活を支える専門的なサービス提供体制の整備

認知症高齢者が在宅で生活し続ける上で，多くの課題に直面しており，具体的には外出が困難であること，低所得のために利用できる在宅介護サービスが限られていること，介護職員の認知症ケア専門知識の不足，自宅の居住環境に問題があること，家族介護者の介護負担が大きいことなどの課題があることが明らかになった．

日本における認知症高齢者の在宅生活を支える取り組みを参考にしながら，中国・内陸都市の現状を踏まえると，認知症高齢者の在宅生活を支えるためには，地域の認知症高齢者に必要なサービス計画作成，サービス計画に基づくサービス提供体制の整備，住宅のバリアフリー改修，家族介護者の介護負担を軽減する支援対策を行い，専門かつ連続した支援が求められる．

地域の認知症高齢者に必要なサービス計画作成については，調査などを通じて，地域の認知症高齢者の実態，例えば，人数や介護度，必要とする介護サービスなどを的確に把握・分析した上で，介護サービス提供計画を策定することが求められる．

サービス計画に基づくサービス提供体制の整備については，まず現状の通所介護サービスと訪問介護サービスが認知症高齢者に対応できるように，介護職員の不足を解消するとともに，認知症ケアの専門的知識を有する介護職員の養成と確保を図ることが急務である．それとともに必要に応

じて新たに24時間体制で随時対応できる訪問型介護・看護サービスなどの創設が必要と考えられる．それらの改善対策により，認知症高齢者を支えるサービス提供体制を整備することが求められる．それと同時に，提供する介護サービスの質向上を図るためには，事業所の情報開示の義務付けや評価基準の作成と実行が必要である．

住宅のバリアフリー改修については，介護を必要とする高齢者ができるだけ自宅に住み続けられるようにするために，住宅内の手すりの取り付け，段差の解消，滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更，洋式便器等への便器の取替えなどの住宅改修への補助金支給の支援方策が求められる．

家族介護者への支援については，まず認知症高齢者が利用できる在宅介護サービスを充実し，柔軟かつ専門的な認知症ケアが提供できるような支援体制を構築することが必要と考えられる．次に，介護者に対する認知症に関する情報提供が必要である．基本的には医学的情報は医療職から，生活介護に関する情報は介護職や認知症介護経験者からの情報提供が有用と考えられる．認知症介護の経験者からのアドバイスや経験内容の共有により，介護者が今後の介護について具体的に考えたり，介護サービスを利用するきっかけとなったりすることも多い．医療職，介護職と認知症介護経験者などの連携により，家族介護者に対してアプローチすることが求められる．

④認知症高齢者の受け入れを可能にする人や環境を整えた入所施設の整備

入所施設において，認知症高齢者の受け入れに消極的な態度を持っていること，介護スタッフの認知症ケアに関する専門知識の不足，居住環境の問題などの課題があることは把握できた．

日本における入所施設の整備取組を参考にするとともに，中国・内陸都市の現状を踏まえて，認知症高齢者の受け入れ状況を改善するためには，専門的な認知症ケアの確保，施設の居住環境の改善など人や環境を整える取り組みが求められる．

専門的な認知症ケアの確保については，介護職員に認知症ケアの知識・技術を身に着けてもらうための現任者教育や研修の開催が求められる．それらを実施する上では，施設独自の努力に委ねるのではなく，行政と施設が協同で取り組む必要がある．また，認知症ケアの専門知識を持っている介護職員を定着させるために，介護職員の待遇の改善などの支援が求められる．

認知症高齢者が安全・安心に生活できる施設居住環境を確保するためには，まずは施設を設計する時点で，認知症高齢者の心身状況を考えた上での空間配置やなじみの環境づくりを配慮すべきである．それを実現するためには，施設建築基準やバリアフリー基準を遵守するように指導・管理体制を構築し，バリアフリー環境整備を義務付ける必要がある．その上で，認知症高齢者の心身状況に配慮した空間配置やなじみの環境を整備する上では，認知症高齢者専用の施設や専用空間を確保することが求められる．日本の認知症グループホームやユニット型施設を参考に，認知症高齢者が落ち着いた専用空間で生活できる施設の整備が求められる．

⑤認知症ケアの専門知識を有する人材養成体制の整備

認知症高齢者を支える専門人材の養成については，高等職業学校の「老年サービスと管理」学科の教育カリキュラムに認知症の科目が設置されていないこと，介護短期養成研修の教育内容に

認知症ケアに関する内容が含まれていないこと，国や地域レベルの統一した認知症ケア専門研修がないことなどの課題があることが明らかになった．

日本における認知症ケア人材養成の取り組みを参考にしながら，中国・内陸都市の現状を踏まえると，高等職業学校の「老年サービスと管理」学科における認知症教育の強化，介護職員短期養成研修の教育内容における認知症ケアの学習内容の取り入れ，認知症介護専門研修の策定と実施などの取り組みを行うことが求められる．

高等職業学校の「老年サービスと管理」学科における認知症教育の強化については，中国では介護職養成教育の内容についての国による明確な基準が示されておらず，養成校毎にまちまちの教育内容で進められていることを考えると，「認知症」の科目の設定と学習内容・時間数の統一化を進めるとともに，明確な国の介護職養成基準の策定が必要と考えられる．次に，介護職員短期養成研修の教育内容における認知症ケアの学習内容の取り入れについては，認知症ケアに関する学習内容を取り入れることにより，介護現場で認知症の基礎知識を有していない介護スタッフが多いことを解消することが求められる．さらに，高度な認知症ケアスキルを有するスペシャリスト養成を目指す段階的研修体制を作り，認知症介護専門人材のステップアップの研修体系を整えることが求められる．これらの研修を実施することによって質の高い認知症ケアを提供できる人材育成が期待できる．それを実現するためには，まず国レベルの施策により，短期養成研修カリキュラムやステップアップ研修体系を整えることが求められる．次に，各地方政府は研修ニーズに的確に対応できるよう，関係団体の協力を得て，一定の質の担保した研修を実施することが求められる．

職業教育の充実を行うと共に，介護職の資格の法整備を図ることが求められる．高齢者事業の人材育成システムの構築は介護サービス事業の充実とサービスの質的向上を図る際に欠かせない手段である．介護職の専門性を高めることで，介護の仕事にやりがいを見出すことができ，介護職への偏見も軽減され，介護人材資源が豊かになるに違いない．それにより，認知症ケアを含める介護サービス全体の質向上につながると考えられる．

以上で，認知症高齢者が地域で安心し生活し続ける上での支援方策を整理した．

図 6－1　論文の構造図

問題背景
認知症高齢者の増加
認知症に対する偏見
認知症高齢者を支える制度やサービスの不足
認知症高齢者が地域で安心して生活を送る上での居住環境やサービスを整えることが求められる
研究目的
認知症高齢者を取り巻く居住環境やサービスの実態と課題を明らかにし，その上で，日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考に，中国・内陸都市における認知症高齢者が地域で安心して生活し続けるための支援方策を検討する
認知症の予防や早期発見の視点
認知症高齢者の生活を支える視点
研究課題
研究課題1
高齢者が認知症に対してどの程度の認識・理解ができているのか
研究課題2
認知症高齢者はどこで誰に支えられ生活したいのか
研究課題3
認知症高齢者は在宅で生活をし続けることができるのか
研究課題4
認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材は整っているのか
研究内容
第2章　高齢者の認知症に対する認識と対応（第1調査：質問紙調査）
第3章　認知症高齢者が在宅で生活し続ける上での居住生活や家族介護の実態と課題（第2調査：質問紙調査と実地訪問調査）
第4章　認知症高齢者の生活を支える施設・サービス・人材の実態と課題（第3調査：質問紙調査と実地訪問調査：第4調査：質的調査）
研究結果
【結論1　中国・内陸都市における認知症高齢者の実態と課題】
認知症に対する理解不足
・高齢者の認知症の具体的な症状の認識・理解不足
在宅生活継続の意向
・高齢者が認知症になっても在宅で介護を受けたい
・家族介護者も同じ意向
在宅生活継続を困難にしている要因
・在宅介護職員の認知症ケア知識不足
・高齢者や家族のサービス利用の抵抗感
・家族介護者の介護負担が大きい
・居住環境の問題が介護負担を増大
施設・サービス・人材の不足
・認知症高齢者の受け入れに消極的
・認知症ケア専門人材の不足
・施設居住環境に問題がある
研究内容
第5章　中国・内陸都市における認知症高齢者の支援方策－日本における認知症高齢者対応の取り組みを参考にして－
【結論2　中国・内陸都市において認知症高齢者が地域で安心して生活し続ける上での支援方策】
認知症に対する認識・理解の啓発の充実
身近な地域における早期相談・支援体制の整備
認知症高齢者の在宅生活を支える専門的なサービス提供体制の整備
認知症高齢者を受け入れる入所施設の整備
認知症ケアの知識を有する専門人材養成体制の整備
研究結果

2. 本研究の意義

本研究の学術的な意義は 2 点，実践的な意義は 4 点、政策的な意義 2 点である.

まず，学術的な意義から説明する.

一つには、これまで十分に明らかになっていなかった中国・内陸都市の成都市における認知症高齢者についての実態と課題を明らかにしたことである. 先行研究において，沿岸部の都市である北京，上海等における高齢者介護の実態や課題について調査をもとに明らかにしたものは見られたが，内陸都市における実態や課題は十分に明らかになっていなかった. とくに，認知症高齢者を含む高齢者介護の実態については，施設に入所している高齢者を対象とした調査研究はみられたが，在宅生活を送る認知症高齢者の実態について調査により明らかにしたものはなかった. それに対して，本研究では，中国・内陸都市の成都市を対象として，在宅で生活する高齢者とその家族を対象とした調査等をもとに，その実態と課題を明らかにしたところに意義があると考える.

二つ目には，認知症高齢者の生活を支える上での「支援サービスの視点」と在宅や施設の「居住環境の視点」の両方の視点から調査研究を行った. その結果，在宅の居住環境と家族の介護負担が関係していること，施設における認知症高齢者の受け入れ拒否と施設の居住環境が関係していることについて明らかにしたところに，本研究の独自の学術的意義があると考える. 中国内陸都市において，今後の認知症高齢者対策の検討には，経済・社会・福祉・環境・医療など多くの要因が関係しており，それらを網羅する多様な分野からの学際的研究が必要と考えられる. 本研究において，福祉と環境の学際的研究を行い一定の成果を挙げることができたことは，今後さらに他分野の視点を取り入れた学際的研究の必要性を示唆することに繋がったといえる.

次に，実践的な意義について説明する。

第一に，高齢者の認知症に対する認識・理解が十分でないことを調査により明らかにし，認知症についての正確な認識・理解を啓発する具体的方策を示すことができたこと. 二つ目には，在宅認知症高齢者の居住環境に課題があることや家族介護者がストレスを抱えている実態を明らかにし，在宅で生活し続ける上での専門的支援を担う人や施設の整備が必要であることを示したこと. 三つ目には，通所介護施設，訪問介護事業所，入所施設における認知症ケアが十分行われていないことを明らかにし，今後，介護サービスの改善や高齢者施設の整備や社会支援制度の見直しを示すことができたことである. 四つ目には本研究を進めることで，これから高齢化が進行していく他の内陸都市への成果の活用が期待できることである.

さらに，政策的な意義について説明する.

第一に，中国と日本は多くの共通の課題を抱えている. 例えば，日本は世界で最も高齢化が進行した国であるが，中国でも高齢化は急速に進行している. また，日本でも中国でも高齢者の希望は介護が必要になっても家族のもとで過ごすことである. 国の財政負担を軽減する視点からも在宅介護を進める必要があると考えられる. 日本の現状において，特養や老健等の要介護高齢者の入所施設の入居者の 9 割以上が認知症高齢者であるが，それより多くの認知症高齢者は在宅で家族の介護を受けながら生活している. 日本においても，今後さらに認知症高齢者の増加が見込まれる中，それに対応した高齢者入所施設を整備することは困難であることから，在宅ケアを重視することを厚労省として示し，地域包括ケアシステムなどの施策を進めている. そういう意味で，認知

症高齢者が地域で住み続けることを可能にする方策について，本研究において日本の取り組みを参考に，中国内陸都市の成都市への適用について検討したことは，今後，共通の課題を抱える中国，日本の両国が文化や政治システムの異なる国の間で相互研究に取り組むことの意義を示すことができたと考える．

第二に，日本の介護保険制度をそのまま中国に適用するのは現実的ではないが，参考できるところがあると考えられる．例えば，今中国では一部の都市で介護保険制度を試行している．今後，要介護高齢者の増加に伴い，全国に普及することが求められる．その際，まず日本の介護保険制度を参考にし，ベースとなる全国統一の仕組みと基準を作成することが必要と考えられる．その上に，中国の各地域の実情を考慮し，地域の特性にふさわしい介護保険制度を仕上げることが求められる．

3．本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として，中国において，市民や事業者などを対象とした調査を実施することが難しいことを背景として，本研究で行った調査の地域が中国の一都市に限定されていたこと，対象者や調査サンプル数が限定されたことが挙げられる．しかし，成都市が抱える課題は中国国内の大都市，特に発展の著しい内陸都市が抱える共通の課題を反映しており，内陸都市における認知症高齢者に関する実態や課題について，一定の把握はできたと考える．今後はより多くの地域，対象に対する調査を実施することにより，今回得られた研究結果の妥当性について検証することが課題と考えられる．

また，本研究において，調査結果をもとに，中国・内陸都市における認知症高齢者の支援のあり方について，検討を行ったが，それらの方策の実効性や有効性について，具体的に検証していくことが今後の課題として挙げられる．例えば，社区居民委員会と街道弁事処を対象とした調査を実施することにより，認知症高齢者の相談・支援の窓口としての役割を担っていく可能性や課題について具体的に検討することが考えられる．

引用・参考文献

Alzheimer`s Disease International(2015)『World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia』. (https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015, 2017. 10.25)

安翠霞・于欣(2005)「痴呆患者经济负担及相关因素研究」『中国心理卫生杂志』19(9), 592-594.

安圻(2015)「基于失智症老人行为特征的养老机构环境设计研究」, 大连理工大学建筑设计及其理论研究科, 修士論文.

艾宪英(2018)「老年痴呆患者主要照护亲属的负担及生活质量相关调查研究」『精神医学杂志』31(1), 30－34.

浅川則子・髙﨑絹子・旭俊臣・ほか(1999)「在宅痴呆性老人の主介護者の介護負担感の関連要因-日常問題となる行動との関連を中心として-」『日本在宅ケア学会誌』2(1), 32-40.

北京師範大学中国公益研究院 (2017)『2017 年中国養老介護人材育成状況報告』, (http://www.sohu.com/a/158839704_759437 2019 年 4 月 24 日).

卜陶 (2018)「养老机构护理人员职业化路径初探」『经济研究导刊』28, 133－135.

成都市人民政府办公室(2018)『关于经济困难老年人的补助制度的相关意见』.

成都市人社局 (2017)『2016 年成都市人材資源状況報告』. (https://www.chinanews.com/sh/2017/12-14/8400295.shtml 2019 年 4 月 23 日)

常健・陈利群(2005)「阿尔茨海默病患者家庭照顾者心理健康状况的调查」『上海护理』5(1), 1-3.

陳引弟(2012)「中国大都市部における高齢者施設介護職員の知識と技術に関する研究」『立命館産業社会論集』48(2), 173-185.

陳引弟・許福子 (2013)「中国大都市における介護職養成の実習教育の実態と課題に関する研究」『立命館産業社会論集』49 (1), 107－126.

程娟・徐娜娜・马英霞・ほか(2014)「老年痴呆患者生活质量及其影响因素分析研究」『现代生物医学进展』14(11), 2147-2151.

蔡桂兰・陳芳元・周萍(2016)「老年痴呆照料者专业照料需求的调查分析」『临床护理杂志』15(2), 18-21.

窦影(2017)「老年长期照护服务体系完善与社会资本干预」『社会保障研究』4, 63－69.

董晓欣・郭春燕・赵凌波(2017)「我国失智老人照护服务现状及其优化策略」『衛生経済研究』1(357), 47－49.

延郁子(2016)「認知症初期集中支援チームの現状」『日本認知症ケア学会誌』15(2), 426-432.

付艺・岳鹏・柳秋实・ほか(2007)「痴呆患者配偶的心理负担及相关因素」『中国心理卫生杂志』21, 267-270.

高新区管委会オフェス(2016)『成都市高新区老年人护理服务补助金制度实施方案』.

郭祎・张明・郁东海・ほか(2015)「上海市浦东新区普通人群轻度认知障碍知识的知晓率现状调查」『实用预防医学』22(12), 1462-1464.

黄悦勤・程輝・劉肇瑞・ほか(2016)『老年期痴呆流行病学研究現状』, 中国障碍者事業発展研

究会
黄雷・邹文华・向健涛・ほか(2014)「长沙地区 55 岁及以上人群老年痴呆相关知识知晓率调查」『精神医学杂志』27(6), 446-448.
黄兰君・汪徐・钱安・ほか(2014)「失能失智老人养老体系困境及对策研究」『知识经济』12, 68－69.
何玉球・苏保育・廖凤芹・ほか(2013)「老年痴呆患者家庭照料者护理干预效果」『齐齐哈尔医学院学报』34(21), 3255-3256.
胡雅萍・朱玉芳・谷岩梅他(2015)「三院一体”养老服务对养老护理员职业培训的实证调查」『护理实践与研究』2, 92－94.
本田春彦・植木章三・岡田徹・ほか(2010)「地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と心理社会的健康及び生活機能との関係」『日本公衛誌』57(11), 968－976.
本間昭(2001)「地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査」『老年社会科学』23(3), 340－351.
早川己誉・小木曽加奈子・橋川健祐・他 (2013)「介護サービスの種別による認知症高齢者の受け入れ状況の現状」『社会福祉士』20, 64-72.
早川和男(1993)「第 3 部 高齢者の住宅問題」早川和男・岡村祥浩編『居住福祉の理論』東京大学出版会出版.
廣橋容子(2012)「高齢者施設職員の介護意識に関する調査研究」『名寄市立大学道北地域研究所年報』30, 1-5.
橋本美香(2011)「介護福祉士資格の有無及び経験年数による認知症ケア比較」『東北文教大学・東北文教大学短期大学部紀要』1, 105-112.
細川淳嗣・西田征治・国定美香・ほか(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』17(1), 73－82.
井上由起子・外山義・小滝一正他・ほか(1997)「個室と多床室における個人的領域形成の相違に関する考察:特別養護老人ホームの個室化に関する研究(その 3)」『日本建築学会学術講演梗概集 E-1、建築計画Ⅰ』, 123－124.
井村理恵・山田あすか・松本真澄・ほか(2008)「通いを基本とする小規模高齢者介護施設の現状, 利用者の滞在様態と空間構成に関する研究」『日本建築学会計画系論文集』632, 2091-2098.
伊藤米美(2015)「認知症の看護と介護をする立場から認知症初期集中支援チームに期待すること―看護の視点から―」『老年精神医学雑誌』26(10), 1114-1123.
石井敏・三浦研・山口健太郎(2009)「全国悉皆アンケート調査からみた建築的特徴に関する研究 -小規模多機能サービス拠点の建築計画に関する研究(1)」『日本建築学会計画系論文集』635, 17-24.
金紅梅(2017)「中国における都市部在宅高齢者の生活支援課題及び施策の方向性遼寧省瀋陽市を一例として」『日本福祉のまちづくり研究』19(2), 13－22.
厚生労働省(2016)『介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業』.
厚生労働省(2018)『介護福祉士養成課程における教育内容の見直し』について.

厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業(2013)『都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応、平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書』.
(http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf 2019.05.02)
厚生労働省(2012)『認知症施策推進 5 か年計画』.
厚生労働省(2015)『認知症施策推進総合戦略』.
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html 2019.05.03)
厚生労働省(2005)『認知症を知り地域をつくる 10 カ年計画』.
(http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html 2019.04.18)
厚生労働省(2016)『平成 28 年度介護サービス施設・事業所調査』.
厚生労働省老健局(2015)『認知症施策の普及・啓発に関する取組に係る協力依頼について』老発 0818 第 1 号.
(https://www.city.ichinomiya.aichi.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/012/246/160113tuti.pdf 2019. 05.02)
国道交通省(2006)『高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律』.
国道交通省(2018)『高齢者、障害者等の円滑な移動等に配慮した建築設計標準』.
国立研究開発法人・国立長寿医療研究センター(2017)『平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症サポーターを国際的に展開するための調査研究事業報告書」.
公益社団法人全国有料老人ホーム協会(2015)『有料老人ホームにおける前払金の実態に関する調査研究事業報告書』(http://www.yurokyo.or.jp/investigate/pdf/report_h26_01_03.pdf, 2019. 03. 06)
日本認知症グループホーム協会(2013)『認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書』 平成 24 年度老人保健健康増進等事業による報告書.
株式会社三菱総合研究所(2017)『地域の認知症ケアの拠点としての認知症グループホームのあり方に関する調査研究事業報告書』.
株式会社野村総合研究所(2017)『高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取り, 医療ニーズ等の重度化対応へのあり方に関する調査研究報告書』.
小林光俊(2014)「介護福祉士養成教育の直面する課題」, 第 2 回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会.
小林由利子・日詰正文・小林良清(2012)「長野県内の認知症相談医における診療状況とその課題」『信州公衆衛生雑誌』7, 34－35.
米山剛史・山口健太郎・絹川麻里・ほか(2002)「特別養護老人ホームにおける居室と共用空間のあり方が入居者と家族との日常的交流に及ぼす影響に関する研究:個室型と多床室型特別養護老人ホームの比較を通して」『日本建築学会近畿支部研究報告集』計画系(42), 13－16.
粟田主一(2015)『認知症初期集中支援チーム実践テキストブック』中央法規, 135-138, 東京.
小銭寿子(2014)「実証的視点から考察した認知症ケアの意義－高齢者福祉施設従事者の認知症ケアに関する調査結果から」『名寄市立大学社会福祉学科研究紀要』3, 77-91.

児玉桂子・足立啓・下垣光・ほか (2003)『痴呆性高齢者が安心できるケア環境づくり―実践に役立つ環境評価と整備手法』, 彰国社.

久木原博子・内山久美・坂本恵子・ほか(2011)「高齢者における「認知症」に関するイメージと知識」『看護学総合研究』13(1), 16－21.

清水由賀(2015)「中国における介護人材の育成に関する一考察―超高齢社会の到来に向けて―」『ソシオサイエンス』21.

金高闇・黒田研二(2012)「認知症の人に対する介護職員の態度とその関連要因」『社会問題研究』61, 101-112.

金高闇・黒田研二・下薗誠・他(2011)「認知症の人に対する地域住民の態度とその関連要因」『社会問題研究』60, 49-62.

刘竞・闫芳・马辛・ほか(2013)「北京市 55 周岁以上人群精神障碍防治知识知晓率」『中国健康心理学杂志』21(11), 1626-1628.

刘群・吴荣琴・孙复林(2009)「老年期痴呆患者照料者负担及其相关因素调查」『上海精神医学』21(4), 234-236.

刘小北・严军芳・周东升・ほか(2013)「老年人生活方式与老年痴呆关系对照研究」『中国预防医学杂志』14(3), 171－174.

刘寒(2017)「中国における老人性認知症の疫学及び介入のための施策」『医療ガバナンス学会』. (http://medg.jp/mt/?p=7473, 2019. 07.16)

雷发珍・梁显泉・葛美・ほか(2016)「贵阳社区老年人对老年痴呆症知晓现况调查及影响因素分析」『贵州医学杂志』40(5), 472-473.

雷婷・马亚娜(2010)「探讨老年痴呆疾病经济负担的评价方法」『现代预防医学』18, 3491-3492.

雷蕾 (2019)「医养结合型模式下养老护理员老年护理相关知识掌握现状分析」『World Latest Medicne Information (Electronic Version)』19 (17), 235－236.

吕红红(2010)「健康教育对老年痴呆患者家属心理健康及应付方式的影响」『护理与康复』9(4), 364-365.

罗艳・刘玉・刘华莉(2013)「老年痴呆照料者的家庭综合干预效果分析」『西部医学』25(6), 879-880.

罗韶华 (2015)「老年痴呆症养老院建筑设计初探-基于重庆市养老院现状的调查研究」, 重庆大学建筑学研究科, 修士論文.

李萍・熊美芳・肖安萍(2012)「老年痴呆照料者困扰现状调查与对策」『临床研究』10(4), 130-131.

李朝晖(2013)「社区护理干预对老年痴呆患者家庭照顾者的影响」『当代医药论丛』11, 209.

李佳婧(2016)「我国养老设施对失智老人的接受能力与人数比例」『建筑知识・医养环境设计』.

李甜・孔敬(2018)「西安市高齢者施設の分布状況と建築設計に関する研究」『中外建築』159－160.

連国民・周东升・朱文波・ほか(2011)「老年痴呆患者生活质量与社会支持关系的研究」『中国农村卫生事业管理』31(12), 1275－1277.

柳琳琳(2010)「武汉市老年痴呆患者的家庭照顾者生活质量状况及社区护理需要的研究」，湖北中医药大学大学院中西医结合临床研究科，修士論文.

横浜勇樹(2005)「中国北京市の高齢者施設の入居者に関する研究」『三重県中京大学短期大学部論叢』43, 1-13.

森下早苗(1995)「ホームヘルパーにみる介護福祉士資格の有無による業務内容の比較」『岡山県立大学短期大学部研究紀要』2, 112-122.

松岡千代・安達和美(2009)「地域住民の認知症に対する意識と相談ニーズに関する調査－「まちの保健室」の相談場所としての利用可能性－」『UH CNAS, RINCPC Bulletin』16, 69－83.

松井美帆・新田章子・田口幹奈子(2009)「高齢者に対する認知症の情報提供と初期症状への対処行動」『厚生の指標』56(8), 18－24.

前田崇博・山本永人・宮崎恭子(2017)「介護福祉士養成カリキュラムへの課題検証」『大阪城南女子短期大学研究紀要』51, 143-154.

日本国土交通省(2006)『高齢者・障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律』.

日本認知症グループホーム協会(2010)『認知症グループホームの実態調査事業報告書』平成 21 年度老健事業.

日本認知症グループホーム協会(2014)『平成 25 年度日本認知症グループホーム協会認知症グループホーム経営実態調査』.

野村総合研究所(2015)『認知症の人の介護に対する効果的な支援の実施に関する調査研究事業報告書』
(https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140341.pdf, 2019.05.06)

野村総合研究所(2017)『高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取り、医療ニーズ等の重度化対応へのあり方に関する調査研究』
(https://www.nri.com/jp/knowledge/report/lst/2017/cc/04104, 2019.10.31)

認知症介護研究・研修東京センター(2018)『認知症対応型通所介護事業所の適正な整備及び専門的な認知症ケアに関する調査研究事業報告書』，平成 29 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金・老人保健健康増進等事業，社会福祉法人浴風会.

壬生尚美(2011)「特別養護老人ホームのユニット型施設と従来型施設における入居者の生活意識」『人間福祉学研究』4(1), 77-90.

野崎京子(2016)「MCI(軽度認知障害)の概念と MCI におけるかかりつけ医の役割」,『日本臨床内科医会会誌』31(2), 214-219.

野村俊明・石井知香・ほか(2012)「認知症の早期発見システムを考える－街ぐるみ認知症相談センター利用者アンケートから」『日本認知症ケア学会誌』11(2), 544-550.

中西亜紀(2015)「認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割」『老年精神医学雑誌』26(10), 1106-1113.

大西丈二・梅垣宏行・鈴木雄介・ほか(2003)「痴呆の行動・心理症状(BPSD)および介護環境の介護負担に与える影響」『老年精神医学雑誌』14(4), 465－472.

小倉弥生・坪井桂子・ほか(2014)「「もの忘れ看護相談」の事例からみた認知症高齢者を地域で支えるしくみづくりの現状と課題」『神戸市看護大学紀要』18, 55-64.

O'Rourke・N,Eenaus・CA.Marital(1998)「aggrandizement as a mediator of burden among spouses of suspected dementia patients」『Canadian Journal on Aging』17(4), 384-400.

黄雷・邹文华・向健涛・ほか(2014)「长沙地区 55 岁及以上人群老年痴呆相关知识知晓率调查」『精神医学杂志』27(6), 446-448.

平松誠・近藤克則・梅原健一・ほか(2006)「家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究(第2報)マッチドペア法による介入可能な因子の探索」『厚生の指標』53(13), 8-13.

大久保幸積(2016)「認知症高齢者の環境要因統合による社会支援システム構築の実践的研究ー人材育成と組織強化を基本としたアプローチー」, 和歌山大学大学院システム工学研究科, 博士論文.

北野英基(2016)「MCI(軽度認知障害)の予防と治療」『日本臨床内科医会会誌』31(2), 189-202.

畠山啓(2017)「高齢者が利用できる社会保障制度社会資源」『精神科治療学』32(増刊号), 174-178.

全国老龄工作委员会办公室(2016)『成都 2015 年老年人口信息及老龄事业发展状况』.

饶顺曾・陈碧霞・周治荣(2002)「社区痴呆患者的家庭照料者心理状况研究」『四川精神卫生』15(3), 136-138.

社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター(2017)『認知症カフェの実態に関する調査研究事業報告書』.

社会福祉法人東北福祉会(2016)『認知症介護基礎研修, 実践研修等のあり方およびその育成に関する調査研究事業報告書』.

盛建华・宋振华・柴新生・ほか(2005)「痴呆病人照料者心理健康状况的调查」『四川精神卫生』18(2), 73-76.

孙晓岚(2016)「老年痴呆患者照料者健康教育需求调查与分析」『中国老年保健医学』14(3), 82-84

邵菁(2012)「社区护理干预对老年痴呆患者及其照料者的影响」『实用临床医药杂志』16(8), 35-38

杉原百合子・山田裕子・武地一(2005)「一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と 関連要因の検討」『日本認知症ケア学会』4(1), 9－16.

杉本京・中尾竜二・澤田陽一・ほか(2013)「地域住民を対象とした家族に認知症症状が見られた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連」『厚生の指標』 60(13), 22－29.

斎藤静(2010)「高齢者施設における認知症ケアの実態調査--高齢者施設職員への質問紙調査からの検討」『現代社会文化研究』49, 101-107.

佐藤千恵・小林聖恵・正保里恵子(2013)「認知症対応型共同生活介護職員の不安軽減に関する一考察」『帯広大谷短期大学紀要』50, 137-144.

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.
鈴木依子 (2012)「特別養護老人ホームの職員が理想とする施設生活―「家庭的雰囲気づくりを実現する」プロセス―」『京都女子大学生活福祉学科紀要』8, 1－8.
新開省二・藤田幸司・藤原佳典,・ほか(2005)「地域高齢者におけるタイプ別閉じこもり発生の予測因子:2 年間の追跡研究から」『日本公衛誌』52, 874－885.
鈴木達也・野呂瀬準・須田章子・ほか(2010)「認知症の周辺症状(BPSD)への対応」『日医大医会誌』6(3), 135―139.
汲田千賀子(2013)「日本における認知症介護のスーパービジョンシステムに関する研究－デンマークでの取り組みを踏まえて－」, 博士論文.
泰康保険(2018)『我国典型地区养老服务机构从业人员服务能力调研報告』(http://finance.ifeng.com/a/20180829/16476971_0.shtml 2019.04. 20).
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター(2018)『認知症とともに暮らせる社会に向けた地域 ケアモデル事業報告書』.
(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/index.html, 2019. 04.08)
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター(2016)『認知症の人の視点を重視した実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業』, 平成 27 年度老人保健健康増進等事業報告書.
高橋純平・鈴木孝氏(2011)「在宅介護における主介護者の介護負担感に影響を及ぼす要因」『東北文化学園大学リハビリテーション学科紀要』7(1), 31-36.
高田洋子・谷川明日香(2009)「小規模多機能型居宅介護事業の現状と課題-福井県を事例に-」『福井大学教育地域科学部紀要Ⅴ』48, 1-29.
武川正吾(2011)「第 1 章 居住福祉学の理論的基礎 1 居住福祉学とは何か」野口定久・外山義・武川正吾編『居住福祉学』有斐閣.
上城憲司・中村貴志・納戸美佐子・ほか(2009)「デイケアにおける認知症家族介護者の「家族支援プログラ ム」の効果」『日本認知症ケア学会誌』8(3), 394-402.
上田宣子(2006)「ユニットケアにおけるコンタクトパーソン導入の有効性-ケアの質の向上と人員削減の両立の可能性を探る-」『龍谷大学大学院研究紀要』13, 79-92.
上和田茂(2016)「小規模多機能型居宅介護施設の利用圏における広域化の全国的実態」『日本建築学会計画系論文集』725, 1483-1491.
王慧文・薛慧英・朱启文・ほか(2015)「老年痴呆病人照料者负担及相关因素分析」『中国卫生统计』32(4), 627-628.
王婧・王瑶・何国平(2014)「老年痴呆患者家庭照护者负担及其应对策略」『中国老年学杂志』34(8), 2295-2298.
王吉彤・名倉弘美・三上章允(2017)「認知症に対する地域住民の知識・理解の現状と課題」『中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要』18, 21-30.
王吉彤・名倉弘美・三上章允(2017)「介護資格の取得者と取得ルートによる認知症ケアの比較」

『厚生の指標』, 1－9.
王吉彤・鈴木博志(2018)「小規模多機能型居宅介護施設の利用意識と立地志向の地域別分析－愛知県, 岐阜県のアンケート調査－」『日本建築学会第 13 回住宅系研究報告論文集』, 47－56.
王吉彤・呉茵・名倉弘美・ほか(2019)「高齢者の認知症に対する認識と対応に関する日中比較」『日本認知症予防学会誌』, 3－9.
王吉彤・長屋栄一・宮崎幸恵・ほか(2019)「The Actual Situations and Issues of the Universal Design of Elderly Care Facilities in Regional Cities of China -The Case Study in Dalian and Chengdu-」『第 7 回国際ユニバーサルデザイン会議 2019 in バンコク』.
王吉彤(2019)「中国・成都市における認知症高齢者を抱える家族介護者の介護実態と支援課題」『福祉社会開発研究』, 35－42.
王吉彤・呉茵・児玉善郎(2019)「中国における在宅認知症高齢者の生活実態と課題－四川省成都市を事例として－」『人間福祉学会誌』, 91－98.
王春梅・罗海龙・古剑珂(2015)「不同生活方式对 106 例老年痴呆患者的影响评价」『齐齐哈尔医学院学报』36 (34) , 5199－5200.
王婧(2014)「痴呆症家庭照护者面临的挑战及对痴呆症照护服务的期望」，中南大学大学院护理学研究科，博士論文.
王凤・叶国英・徐萍・ほか(2018) 「宁波市养老机构养老护理员培训现状及需求」『中国老年学雑誌』9(38), 4555－4557.
王涌・阮列敏・史定妹 (2011) 「大型综合性医院护工规范化管理的实践与思考」『中国医院』15 (5), 70－72.
伍星・许秀峰・卢瑾・ほか(2015)「老年痴呆患者照料者负担及其相关因素」『中国老年学杂志』35, 4019-4021.
吴勤・周东升・徐银儿・ほか(2014)「城市社区老年人生活方式与老年痴呆关系研究」『中国农村卫生事业管理』34(6), 678－680.
Waldemar G, Phung KT, Burns a, et al(2007)「Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe」『 Int J Geriatr Psychiatry』 22, 47-54.
徐妹・张国芳・周卿・ほか(2013)「上海市徐汇区某社区老年人群及其照料者精神卫生知识知晓率调查」『中国初级卫生保健』27(4), 17-19.
许丽华・张敏・闻子叶(2016)「老年痴呆患者家庭照顾者负担与压力现状及影响因素」『中国老年学杂志』36(12), 3025-3027.
徐清芝(2017)「健康教育对居家老年痴呆症家庭照料者负担及焦虑抑郁情绪的作用」『精神医学杂志』30(3), 185-187.
許福子(2007)「中国・大連市における在宅介護サービスの現状と課題―主として中国の社区福祉サービスの展開に関連して」『東北福祉大学紀要』31, 83-100.
薛书敏 (2019) 「我国养老护理员队伍职业化的调研报告」『吉林広播电视大学学報』2 (206), 77－79.

熊华（2019）「医养结合模式下养老护理队伍现状和改进建议」『中国集体经济』6，167－168.
杨宁・颜瑜章・陈立鸣・ほか(2012)「老年人及其照料者对老年期常见精神障碍症状和预防知识知晓率」『中国心理卫生杂志』26(5)，327-331.
喻婉童・陈君语・孙小怡・ほか(2016)「北京市中老年人咯阿年痴呆相关知识知晓情况与宣教需求调查」『中国初级卫生保健』30(10)，48-50.
于华・金奕・崔君霞(2013)「老年期痴呆患者直系亲属的生活质量及影响因素调查研究」『中国全科医学』16(2)，171-175.
杨振(2013)「我国五省（市）老年痴呆患者照料现状和照料者负担及相关对策研究」，安徽医科大学大学院社会医学与卫生事业管理研究科，修士論文.
尹志剛(2008)「北京城市首批独生子女父母养老方式选择与养老战略思考」『南京人口管理幹部学院学報』24(2):32-36.
山口健太郎・外山義・三浦研(2002)「重度要介護高齢者の睡眠-覚醒リズムと居住環境のかかわりについて:個室ユニット型と多床室大規模型の比較から」『日本生理人類学会誌』7(2)，65－72.
中華人民共和国民政部(2017)『2016 年社会服务发展統計公報』.
(http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201708/20170800005382.shtml, 2017. 10.25)
中華人民共和国民政部(2013)『高齢者能力認定基準』.
中華人民共和国民政部（2017）『民政部对“关于加强我国养老护理服务专业队伍建设的建议”的答复』.
中華人民共和国国家統計局(2017)『中国統計年鑑 2017』，中国統計出版社.
中華人民共和国老齢委員会（2017）『成都 2016 年老年人口信息和老齢事業発展状況報告』.
(http://info.bjxwx.com/a/OlderWorld/OlderIndustry/IndustryNews/2017/0517/38470.html , 2017. 10.26)
中華人民共和国老齢委員会(2006)『中国人口高齢化進行趨勢予測研究報告』.
(http://www.china.com.cn/chinese/news/1134589.htm, 2017. 10.25)
中華人民共和国老齢委員会(2006)『中国高齢化事業“十一五”計画』.
中国老齢科学研究中心(2014)『2014 中国老齢産業発展報告』.
(https://wenku. baidu. com/view/93275b06ddccda38376baf6e 2017. 8. 8)
中国人力資源と社会保障部(2016)『試行長期介護保険制度に関する指導意見』.
中国衛生部・民生部・公安部・中国残聯(2002)『中国精神衛生工作計画 2002－2010』.
(http://www. chinacdc. cn/ztxm/jkzg2020/gnzl/200807/t20080730_53748. html 2017. 8. 9)
中華人民共和国老齢委員会・民政部・財政部(2016)『第 4 回中国高齢者人口生活状況の調査結果』，(http://world.people.com.cn/n1/2016/1010/c57506-28764803.html 2018 年 6 月 6 日).
中華人民共和国住宅と城郷建設部(2014)『老人施設建築設計規範』，中国建築工業出版社.
中華人民共和国住宅と城郷建設部(2016)『高齢者居住建築設計規範』，中国建築工業出版社.
中華人民共和国住宅と城郷建設部(2018)『高齢者介護施設建築設計基準』，中国建築工業出版社.
中華人民共和国住宅と城郷建設部(2014)『中華人民共和国高齢者施設建築設計規範』.

中華人民共和国住居と城郷建設部(2018)『老年人照料施設建築設計標準』.
中国旧労働と社会保障部 (2002)『養老介護員国家職業基準』.
中華人民共和国教育部・民政部・国家発展改革委員会などの 9 部門 (2014)『关于加快推進養老服务业人才培养的意见』.
中華人民共和国教育部 (2015)『普通高等学校高等職業教育 (専門学校) 専攻目録 (2015)』.
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 (2016)『地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書』, 平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.
Zhang ZX, Zahner GE, Roman GC, et al(2006) 「Socio-demographic variation of dementia subtypes in China: methodology and results of a prevalence study in Beijing, Chengdu, Shanghai, and Xian」『Neuroepidemiology』27, 177-87.
Z Zhang ZX, Zahner GE, Roman GC, et al(2005)「Dementia subtypes in China: prevalence in Beijing, Xian,Shanghai, and Chengdu」『Arch Neurol』62, 447-453.
邹展平・周琍(2011)「老年痴呆照料者心理健康教育干预的对照研究」『浙江预防医学』23(2), 79-81.
赵玉梅・杨春杰・任芳(2012)「社区老年痴呆患者家属照料者的心理干预」『现代中西医结合杂志』21(9), 1005-1006.
赵益(2015)「痴呆症老人居住环境设计研究-以成都养老机构为例」, 西南交通大学建筑设计及其理论研究科, 修士論文.
张文兰・赵龙娇(2014)「社区护理干预对老年痴呆病人及照顾者的影响」『临床医药文献电子杂志』(12), 2254.
张振馨・陳霞・劉協和・ほか(2004)「北京,西安,上海,成都四地区痴呆患者卫生保健现状调查」『中国医学科学院学报』26(20), 116-121.
张雲(2010)「上海市失智老人社会支持体系研究」, 复旦大学大学院社会医学与卫生事业管理研究科, 修士論文.
张秀敏(2010)「中国の社区における要介護高齢者の生活実態に関する研究-長春市十委社区を事例として」『日本建築学会計画系論文集』75(656), 2277－2286.
钟碧橙・邹淑珍・杨凤姣(2010)「老年痴呆病人社区护理现状调查分析」『护理研究』24(6), 1526-1527.
周芳・胡惠惠・杜长明・ほか(2012)「居家老年痴呆患者家庭看护者精神健康状况及生活质量调查分析」『齐鲁护理杂志』18(33), 3－4.
周孝利(2018)「心理ニーズに基づく高齢者施設の設計方法」『智能都市』31－32.
鄭小華・黒田研二(2011)「中国上海市と北京市におけるホームヘルプサービスの現状」『海外社会保障研究』174, 64－76.

謝 辞

本論文をまとめることができたのは，多くの方々のご指導・ご支援・ご協力のおかげです．この場を借りて，感謝の気持ちを記したいと思います．

指導教官である児玉善郎先生には，お忙しい中，本当にたくさんのお時間を頂戴いたしました．論文指導だけでなく，口頭発表や査読論文の投稿，効率的な研究活動の遂行へのご助言など，一貫して丁寧なご指導を賜りました．また，先生の研究に対する熱心なお姿からも多くのことを学ばせていただきました．本当にありがとうございました．

副指導教官の末盛慶先生には博士論文執筆時からご指導をいただき，量的研究と質的研究の研究方法などについて，いろいろと教えていただきました．副指導教官の山田千枝子先生には，本論文の内容について貴重な助言をいただきました．お二人の先生には，博士論文を丁寧にお読みいただき，貴重なご指摘とご助言を数多くいただきましたことに，心から感謝しております．

中国西南交通大学建築と設計学院の呉茵先生には，研究調査の実施に当たり，調査対象者や施設などを紹介していただき，たくさんのご協力をいただきました．心よりお礼を申し上げます．

お忙しい中，調査にご協力していただいた皆様に，心から感謝を申し上げます．

日本での6年間の留学生活において，良い師と仲間に出会えたこと，充実した貴重な学びの機会が得られたことに感謝しております．

最後に，いつも応援してくれた家族や友達に感謝の気持ちをお伝えたいと思います．

皆様のおかげで，最後まで博士論文をやり遂げることができました．本当にありがとうございました．