

動 向

メキシコにおける認知症高齢者とその介護者に対する社会的支援

～家族介護者に対する姿勢のわが国との比較を中心に～

松岡 広子 山口 英彦

はじめに

アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などは現在のところ有効な治療法のない退行性の疾患である。認知症は多くの場合、原因疾患や病前のパーソナリティによる個人差が大きいものの、認知機能の低下以外に、ときにはそれよりも目立って、妄想、幻覚、興奮・攻撃性、抑うつ、不安、多幸、アパシー、脱抑制、易刺激性・動揺、異常行動、睡眠障害、食行動変化 (Cummings, et al. 1994; Cummings 1997) といった行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) を伴う。BPSDは患者本人を苦しめるだけでなく、直接患者の介護に携わる介護者や患者を家族の一員として抱える家族に大きな感情的負担をもたらす。とりわけ、全く容赦のない暴言や暴力、絶え間のない徘徊、介護者を波状攻撃する物盗られ妄想、相手を選ばない性的逸脱行為、弄便食糞などは、実際に関わった者には大変な苦悩を、周囲の者には誤解と猜疑心を生じさせる。患者と介護者、家族には専門的な社会的支援が必要である。

高齢者人口の急増に伴い、認知症患者の数も急増する。世界の患者数は2010年3,560万人、2030年6,570万人、2050年1億1,540万人というように、20年毎にほぼ倍増すると見積もられている。そのうち、低中所得国の住民の占める割合は2010

年57.7%、2030年63.4%、2050年70.5%と予測されている (WHO 2012)。メキシコも社会保障制度の拡充がままならないなか、人口の急速な高齢化に見舞われている国の一つである¹⁾。65歳以上 (60歳以上) の人口は2010年約640万人 (約940万人) から、2030年約1,430万人 (約2,070万人)、2050年約2,590万人 (約3,380万人) に増加すると予測されている (CONAPO 2006)。メキシコの認知症患者の正確な数は不明であるが、65歳以上の有病率を都市部で7.4%、農村部で7.3% (Llibre Rodriguez, et al. 2008)、60歳以上全体の有病率を6.1% (Mejia-Arango & Gutierrez 2011) とする調査結果がある²⁾。他の推測では全国の患者数は50万人から70万人であるとされている (Navarrete & Rodríguez-Leyva 2003)。

メキシコでも患者数は高齢者人口に比例して増加しつつあるが、認知症に関してどのような社会的支援が展開されているのだろうか。開発途上国の認知症に関する情報はほとんどなく、本稿はメキシコにおける社会的支援の概観を示す。また、社会的支援に従事する者 (支援者) の家族介護者 (家族のなかで患者の介護に主たる責任を有する者) に対する姿勢に着目して、わが国との比較を行い、わが国におけるこれまであまり議論されてこなかった問題点を指摘する。メキシコの現状はメキシコアルツハイマー連盟 (Federación Mexicana de Alzheimer: FEDMA) の関係者からの聞き取りをもとにしている。わが国の実情は、認

知症ケアに関する研究の動向および筆者が行った在宅介護経験者でとりわけBPSDの対応に苦労した20名に対するインタビューによるものである³⁾。

I メキシコにおける社会的支援の現状

現在、メキシコには政府の認知症対策プログラムというものがないが (SSA 2007; WHO 2012)、民間の支援組織が全国に点在する。その取りまとめをしているのがFEDMAである。同国における認知症に関する社会的支援は家族会とデイセンターが提供するサービスにほぼ集約されるといっても過言ではない。

1. 家族会

家族会 (grupo de apoyo) は認知症患者を介護している家族 (ときに友人) が参加する互助組織である。家族会の最大の利点は、家族介護者が語る事例にもとづく相互学習にある。家族を悩ませるBPSDは個別性及反復性が高く、介護者ではない単なる有識者が提唱する画一的な対応や完全解決を目指す姿勢は患者の反発を生み、介護者を追い込むことがあり、しばしば不適切である。家族会への参加を通じて、家族介護者が自らの在宅介護にそれぞれの工夫を加えることが目指されている。

また、家族会は家族介護者のストレスを軽減させる目的を有している。たとえ質の高い介護であっても、それは介護者側の多大なストレスの上に成り立っている。このことを本当に理解しているのは家族介護者や当事者意識が高い者だけである。家族会は患者との日々の関係、毎日直面する困難な課題について、批判されることなく率直に話せる場である。患者のBPSDに対する怒りや恥ずかしさといった感情と経験を他の参加者と共有することで、参加者同士の連帯感は強まる。家族介護者の社会的孤立を防ぐ狙いが家族会にはあ

る。

互助組織に過ぎないにもかかわらず、家族会の存在は州都や主要都市に限られている。メキシコでは未だに、身内の者が認知症に罹患した場合に家族がそのことを他人に隠して、家庭内に患者を閉じ込める傾向が根強い。認知症という病気の受け入れを拒否する家族も少なくない。認知症についての理解不足とそれにもとづく患者への偏見が解消されれば、家族会のネットワークはさらに拡充すると思われる。

2. デイセンター

デイセンターで提供されるデイケアの目的は次の二つである。患者の自立機能をできる限り長期間維持して、入院・入所といった事態を回避することと、患者を平日の日中預かることで家族介護者に自由時間を与えて、家族関係の崩壊や患者への虐待を防ぐことである。受け入れの対象は認知症の進行が中等度までの患者であり、人数は1か所あたり30名から40名である。基本的なデイケアの内容は健康管理、認知機能訓練、身体的リハビリテーション、作業療法、社会性維持、昼食、送迎である。

費用に関しては、参加者には支払い能力に応じた自己負担が求められるが、経済的に困窮した者も多く受け入れられている。デイセンターの人材は退職者を含むボランティアと大学で看護学、心理学、社会福祉学などを専攻する実習生に大きく依存している。文房具や清掃用品などの物資も寄付に少なからず頼っている。

デイセンターを運営しているのはアルツハイマー協会やアルツハイマー財団などの非営利の民間団体である。これらは患者家族や医師が中心となって設立されており、軽度の認知症高齢者を対象とした機能訓練コースや一般の高齢者を対象とした認知症予防コースの設置、介護者の研修や在宅介護の相談、啓発活動なども行っている。協会や

財団の運営は福祉財団や市民団体、個人、民間企業、行政機関、大学をはじめとする教育機関からの寄付金で成り立っている。資金と人材の不足により、デイセンターの数は家族会よりもさらに少ない。デイセンターの増設には公的支援が求められている。

II 家族介護者に対する姿勢

認知症のケアを家族だけに背負わせることは、BPSDに対処し続けなければならないというその特質から、家族関係の崩壊や患者への虐待に結びつきやすい。上記の家族会やデイケアは最低限必要な社会的支援であり、メキシコでは今後まずはその量的な拡大が望まれる。そして、同国における認知症高齢者とその介護者に対する社会的支援の特徴は、明らかに後者の主力である家族介護者に重点が置かれているということである。公的支援がほとんどない一方、民間支援組織の多くを主導するのは患者家族やかつてそうであった人々、実際に患者と家族に向き合っている医療関係者である。すべての社会的支援は患者と介護者の生活の質（quality of life: QOL）の向上を目的としているが、後者のQOL向上なくして前者のQOL向上はあり得ないという考えが支援者の間で徹底されている。

そのような姿勢は現在のわが国の認知症ケアにおいて失われつつある。介護保険が導入されて、痴呆が認知症に置き換わり、認知症患者が“認知症の人”と呼ばれるにしたがって、家族介護者へのケアは非常に軽視されるようになってきた。かつて家族介護者の大きな支えであった家族の会の多くは、専門職の監督下に置かれるようになり、もはや家族介護者が本音を語れる場ではない。BPSDへの対応に関して、当事者意識が低い専門職が覚えたての知識を振りかざして、家族介護者を公然と非難することもわが国の医療・介護現場

では稀ではない。患者本人のパーソナリティ（松岡・山口 2013）をブラックボックス化して、家族の対応（環境）が悪い（小西 2010）からBPSDが現れるのだという行動分析学にもとづく考え方がかなり普及して、家族を苦しめている。その結果、家族による介護が実際は可能であっても専門職にすべてまかせればよいという考えが強化されて、入所・入院の需要をさらに高めているという側面があることは否定できない。さらに皮肉なことに、患者が一度入所できても、結局専門職がBPSDに手を焼き、退所を命じられることも少なくない（五十嵐ほか 2011; 松岡 2012）。家族による介護はゴミ箱的扱いを受けているのである。メキシコでは家族による介護ができる限り守るべきケアのあり方であり、支援者がその認識のもと家族介護者への対応に細心の注意を払っている。このことを実践できているわが国のケア従事者が一体何割いるのか、多くの在宅介護経験者が潜在的に抱く専門職に対する不信感（小西 2010 表3）の大きさに接する度に、問い直さざるを得ない。

III 入所選択の特殊性と家族による介護の維持

本稿はメキシコと日本の相対的な傾向の違いを示すに過ぎないが、その違いの背景に公的社会保障の差があるのは確かである。メキシコの大多数の認知症高齢者とその介護者にとって、施設入所の選択は現実的ではなく、家族による在宅介護がほぼ唯一の選択肢である。高齢者入所施設の多くは身寄りがいないか、いても支援が得られない困窮者を対象とした保護施設である。費用はほとんどの場合無料であるが、公的施設は非常に数が限られており⁴⁾、慈善団体が運営する施設は多くの場合、財源や人員の不足から適切で十分なケアが提供されているとはいえず（Salinas-Martínez & Banda-Arévalo 1991; Banda-Arévalo & Salinas-Martínez 1992）、認知症高齢者に対応していない。

一部の民間施設は高額な入所費が掛かり、主に富裕層や米国人向けである。また、メキシコの高齢者とその家族の多くには、たとえ認知症という問題を抱えていても、入所には家族に見捨てられた、家族を見捨てたという解釈を伴う抵抗感が今でも強くある。わが国では、入所施設の量的拡大に伴ってそのような抵抗感もほぼ消失しつつある（松岡 2008）。

また、メキシコの保健医療システムはわが国のような高齢者を優遇したアクセスを有しておらず、複数の慢性疾患を抱えて、治療は長期化しやすく、しばしば再発するといった高齢者の医療需要に応えるものではない⁵⁾。そのために、平均余命の伸びや高齢者死亡率の減少が近年鈍化している（CONAPO 2006）。進行した認知症患者に対する積極的な医療行為はあり得ず⁶⁾、平均的な介護期間はわが国と比べてずっと短期であると推測されて、家族による在宅介護が全うされやすいと思われる。

メキシコの不十分な公的社会保障は、家族介護者の絶対的重要性を社会的支援の従事者（支援者）に強く認識させており、多くの場合、専門職の介入に依存せざるを得ない状況に至る前に家族による介護を完遂させているといえる。メキシコの認知症に関する社会的支援は、特に量的・物質的側面において、わが国よりかなり劣る部分がほとんどである。しかし、そこにはかつてのわが国の認知症ケアの姿—偏見に悩まされながらも強い当事者意識をもった支援者—を見出すことができる。

おわりに

メキシコにおける認知症高齢者とその介護者に対する支援に関する政策資料や統計は現在のところない。今後それらにもとづいた研究が必要なのはいうまでもない。本稿はメキシコとわが国の支援の現場における家族介護者に対する「温度差」

を論じた。患者やその家族にとっては大きな問題となる「温度差」は政策資料や統計で示されるとは限らない。

わが国の認知症ケア研究は、欧州先進国の一部の国における一部の施策や手法を横断的に切り取って理想化することに終始している。残念なことに、わが国に合った独自のケアのあり方を未だに提示できておらず、ましてやメキシコをはじめとする開発途上国に進むべき道標さえ与えていない。他方、財政上の制約から、認知症ケアの力点を病院・施設ではなく地域・家庭に置かざるを得ない状況に今後ますますなる。家族介護者の果たし得る役割を適切に再評価しなければならないが、認知症ケアに関わる専門職の家族介護者に対する姿勢がそれを妨げている可能性がある。本稿はメキシコとの比較を通じてわが国の現状を批判的にみて、職能集団内ではタブー視されている問題点を指摘した。

謝 辞

本稿の作成にあたり、2008年から2010年のFEDMA会長でモンテレイアルツハイマー協会（ヌエボレオン州）のFederico Ortiz-Moreno氏の協力がとりわけ欠かせなかった。同氏および筆者を信じて体験を語って下さった方々に対して、ここに感謝の意を表します。

投稿受理（平成24年10月）

採用決定（平成25年4月）

注

- 1) メキシコの医療制度については山口・松岡（2004）、高齢者支援の動きに関しては山口・松岡（2006）、山口・松岡（2008）を参照されたい。
- 2) これまで農村部や開発途上地域では有病率が低いと考えられてきたが、それは比較的軽度の認知症が見逃されてきたためである。日常的に高齢者を支えることによって認知機能の低下が気付かれなかったり、症状の申告がためらわれたり、症状を通常老化の一部であると理解されてしまったりすることなどが背景にある（Libre Rodriguez, et al. 2008; WHO 2012）。
- 3) インタビュー調査に関しては、対象者に研究の趣旨、個人情報の保護、参加の自由などについて説

- 明して、文書による同意を得た。なお、調査の結果の一部は第13回日本認知症ケア学会大会にて発表した(松岡2012)。
- 4) 低中所得国には、費用が掛かる施設ケアに依存しすぎることになってしまったという高所得国の誤りを繰り返さない機会が残されている(WHO 2012)。
 - 5) 2004年から健康人民保険(Seguro Popular de Salud)が導入されて(山口・松岡2004)、現在では社会保険未加入者の多くをカバーするに至っているが、財政上の制約から高齢期の疾患に対応できていない(Ham Chande 2011)。
 - 6) メキシコでは次の言葉が関係者からはっきりと述べられた。認知症患者に尊厳をもって人生を終える機会を与えることが家族の真の希望である。

参考文献

- Banda-Arévalo, J.P. y Salinas-Martínez, R. 1992. Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo. *Salud Pública de México*, 34 (5), 546-553.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población). 2006. *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. CONAPO.
- Cummings, J.L. 1997. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48 (Suppl.6), S10-S16.
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., et al. 1994. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Ham Chande, R. 2011. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México, en *La situación demográfica de México 2011*, editado por CONAPO. CONAPO.
- Llibre Rodríguez, J.J., Ferri, C.P., Acosta, D., et al. 2008. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: A population-based cross-sectional survey. *Lancet*, 372, 464-474.
- Mejia-Arango, S. and Gutierrez, L.M. 2011. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: Data from the Mexican Health and Aging Study. *Journal of Aging and Health*, 23 (7), 1050-1074.
- Navarrete, H. y Rodriguez-Leyva, I. 2003. La demencia: ¿Subdiagnosticada o ignorada? *Revista Mexicana de Neurociencia*, 4 (1), 11-12.
- Salinas-Martínez, R. y Banda-Arévalo, J.P. 1991. Asilos de ancianos en el estado de Nuevo León. *Salud Pública de México*, 33 (1), 56-69.
- SSA (Secretaría de Salud). 2007. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. SSA.
- WHO (World Health Organization). 2012. *Dementia: A public health priority*. WHO Press.
- 五十嵐裕・佐古泰司・飯島裕一ほか 2011 「認知症介護長野県内施設アンケートの結果から」『日本認知症ケア学会誌』第10巻第3号 pp. 379-384.
- 小西慶二 2010 「認知症ケアにおける医療福祉従事者と家族介護者の問題認識: 家族介護者に対する訪問看護師の支援を通じて」『北海道医学雑誌』第85巻第1号 pp. 67-78.
- 松岡広子 2008 「晩年同居の経験をもつ高齢女性の老親としての役割意識と施設生活の受け入れ」『老年看護学』第13巻第1号 pp. 65-72.
- 松岡広子 2012 「BPSDがある認知症患者を介護する家族の苦悩～家族が体験した専門職者による冷遇～」『日本認知症ケア学会誌』第11巻第1号 p. 234.
- 松岡広子・山口英彦 2013 「パーソナリティ障害と認知症」『臨床精神医学』第42巻第1号 pp. 129-135.
- 山口英彦・松岡広子 2004 「メキシコにおける分断された保健医療システム」『海外社会保障研究』第148号 pp. 68-77.
- 2006 「メキシコにおける高齢者政策の限界と可能性」『海外社会保障研究』第155号 pp. 58-74.
- 2008 「メキシコにおける高齢者金銭給付プログラムの展開」『海外社会保障研究』第163号 pp. 109-119.
- (まつおか・ひろこ 愛知県立大学准教授)
(やまぐち・ひでひこ 市民団体トランス
パシフィコ代表)