The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	大阪における認知症高齢者数の推計 : 2025 年の高齢社会像
Author(s)	上田, 博司
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2015, 41, p. 21-40
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/57241
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

大阪における認知症高齢者数の推計：
－2025 年の高齢社会像－

上　田　博　司

目　次

１．はじめに
２．2025 年問題
３．日本における高齢者人口の推移
４．認知症高齢者数、有病率と高齢者層の増加との関連
５．認知症高齢者数ならびに有病率の近年の報告
６．大阪における認知症高齢者数の推計手法
７．大阪における認知症高齢者数の推計値
８．認知症高齢者数推測に関する考察
９．認知症高齢者に関する様々な課題
10．まとめ

大阪における認知症高齢者数の推計：
－2025 年の高齢社会像－

上　田　博　司

1．はじめに

戦後数十年にわたる急激な人口変化に伴い、高齢者の絶対数の増大ならびに人口比率の上昇によって「人口の高齢化」が我が国にもたらされた。予想される寿命の延びとともに、高齢化はさらに進行し、2015 年には「ベビーブーム世代」が前期高齢者に到達、その 10 年後となる 2025 年には、高齢者人口が 3,500 万人近くに達すると推計されている。

現在の我々の社会では、高齢化にまつわる様々な課題を家族や地域、そして社会全体で抱えている。特に、認知症をもつ高齢者については、大きな社会問題の 1 つとなってきている。在宅における老老介護や高齢夫婦の介護ストレスによる鬱、自殺、殺人事件や無理心中もメディアを通じて数多く報告されている。これらの問題を踏まえ、認知症をもつ高齢者について人口学的推測を行い、起こりうる課題を再認識し、将来にむけての対策を講じる努力を怠らないことが大切である。

高齢者の認知症有病者数については過去にいくつかの報告がなされているが、一部の地域またはそれから推測した日本全体のものである。本稿では厚生労働省の推測値をもとに、大阪における現在の認知症をもつ高齢者数ならびに 2025 年の予想値について、人口学的視点から推測を行い、今後起こりうる認知症に関わる課題について論じてみる。

2．2025 年問題

我が国における人口の高齢化は、戦後急速に進んでいる。総人口に占める 65 歳以上の人口の割合（いわゆる高齢化率）は先進国の中でも比較的低く推移していたが、1970 年に「高齢化社会」と呼ばれる 7%に達してから、1994 年に「高齢社会」となる 14%、2007 年には「超高齢社会」である 21%を超え、2013 年 10 月現在では 65 歳以上の高齢者人口が 3,190 万人に達し、総人口の 25.1%を占めるに至っている（総務省 , 2013）。今後、高齢者人口ならびに高齢化率は上昇を続け、2025 年には 3,657 万人（30.3%）となり、2042 年には 3,878 万人のピークを迎えると予測されている（厚生労働省，2014a）。少子化の改善がみられない場合、高齢化率は増加を続けると予測される。

高齢化の将来像のなかで、2015 年には 1947 年から 1949 年に生まれた「ベビーブーム世代（いわゆる「団塊」の世代）」が前期高齢者（65 ～ 74 歳）に到達し、その 10 年後となる 2025 年には、この世代が後期高齢者（75 歳以上）に達する。これが介護・医療費など社会保障費の急増が懸念される、いわゆる「2025 年問題」として多くのメディアに取り上げられるようになってきている。

３．日本における高齢者人口の推移

日本の人口の高齢化は大きく２つの理由による。1 つは、死亡率の低下による寿命の延びにともなう高齢者人口そのもの、すなわち絶対数の増加である。そしてもう 1 つは、出産率の低下、すなわち少子化による高齢者率の増加である。高齢化が進む中で、高齢者のなかでも年齢が高い層の増加がみられる。日本における過去約 60 年間にわたる高齢者人口の変化の推移を表 1 に示している。1950 年に 411 万人みられた 65 歳以上の高齢者人口は、2013 年には 3,186 万人に増加している。75 歳以上の高齢者人口については、1950 年には 106 万人であったが、2013 年には 3,186 万人に増加している。この 75 歳以上の高齢者人口は、1950 年の時点では 65 歳以上人口の約 4 分の 1 を占めていたものが、2013 年には倍増し半分近くまで達している。

表 1. 1950 年から 2013 年にかけての高齢者人口ならびに 65 歳以上人口に占める比率の変遷

	各年齢層の人口（単位：万人）					65歳以上人口に占める比率 (%)			
年	65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上	85歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上	85歳以上
1950	411	234	106	37	10	57%	26%	9%	2%
1955	475	278	139	51	13	59%	29%	11%	3%
1960	535	319	163	67	19	60%	30%	13%	4%
1965	618	362	187	78	25	59%	30%	13%	4%
1970	733	435	221	95	30	59%	30%	13%	4%
1975	887	542	284	120	39	61%	32%	14%	4%
1980	1,065	669	366	162	53	63%	34%	15%	5%
1985	1,247	828	471	222	79	66%	38%	18%	6%
1990	1,493	981	599	296	112	66%	40%	20%	8%
1995	1,828	1,187	718	388	158	65%	39%	21%	9%
2000	2,204	1,492	901	486	224	68%	41%	22%	10%
2005	2,576	1,830	1,164	636	294	71%	45%	25%	11%
2010	2,948	2,121	1,419	820	383	72%	48%	28%	13%
2011	2,972	2,186	1,469	855	406	74%	49%	29%	14%
2012	3,074	2,256	1,517	893	430	73%	49%	29%	14%
2013	3,186	2,317	1,560	930	454	73%	49%	29%	14%

総務省のデータ(高齢者人口及び割合の推移(昭和25年～平成25年)を基に作表

高齢者数の増加もしかることながら、人口の増加率については、年齢層が上がるほど顕著にみられる。1950 年の高齢者の各年齢層の人口を 1 とした場合、65 歳以上、70 歳以上、75 歳以上、80 歳以上、85 歳以上の各々の年齢層が 1950 年以降の 60 年間の間に、7 倍、9 倍、13 倍、22 倍、38 倍にまで膨れ上がり、更に 2013 年においては、8 倍、10 倍、15 倍、25 倍、45 倍まで増加を続けている（図 1）。100 歳以上の高齢者数においては、最初にデータが得られた 1963 年の 153 人から、1990 年代からの急激な人口上昇を経て、

2013 年の 54,397 人まで爆発的な増加を見せている（厚生労働省 , 2013a）。その人口の増加率は過去 50 年の間に 356 倍になっている。このように、65 歳以上人口のなかでも、70 歳以上、75 歳以上、80 歳以上、85 歳以上等と年齢層が高くなるほどそれぞれの人口増加率が上昇していることがわかる。

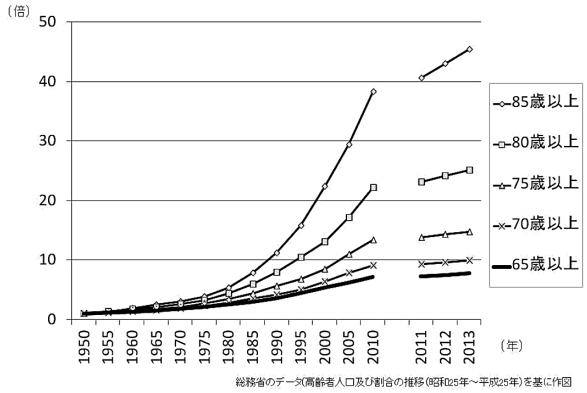

図 1．高齢者層の増加率の変化：1950-2013 年（1950 年の各人口を 1 とした場合）

4．認知症高齢者数、有病率と高齢者層の増加との関連

国際アルツハイマー病協会（Alzheimer's Disease International, ADI）の 2011 年の報告によると、60 歳以上の高齢者で認知症の有病者数は 2010 年に世界全体で 3,556 万人である。2010 年から 2030 年までの今後 20 年間に認知症患者数は 85% の増加、2010 年から 2050 年の 40 年間にかけては 225% の増加を予想している。また、アジア太平洋地域における先進国においては、60 歳以上の高齢者で認知症を発症しているのは 2010 年で 6.1%と報告している。更に 2010 年からの 20 年間に認知症患者数は 89% の増加、40 年間では 148% の増加を予想している。認知症者数は大きな地域全体で一括りの報告になっているが、地域内の人口構成、生物・遺伝学的背景、生活様式、認知症の診断機器、診断基準、医療制度、社会的通念、認知症診断後の生存率等さまざまな要因が関連しているため、有病率は地域や国によって差がみられる。現時点において、先進国における高齢者の認知症有病率は高く、途上国で低い傾向にある。

日本においては、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD）（2013）の推計によると、2009 年には 60 歳以上の高齢者の 6.1% が認知症であったと報告されている。高齢期の認知症の有病者数については、年齢とともに増加の傾向にある。日本における地域単位の数々の調査によって、高齢期において年齢層が上がるほど認知症の有病率が高くなることが報告されている（朝田 , 2013; Hatada et al., 1999; Honda et al., 2000; Kawano et al., 1990; 厚生労働省 , 2011a; 下方 , 2008; 鈴木ほか , 2003; Yamada et al., 2001）。このように、65 歳以上人口のなかでも、

70 歳以上、75 歳以上、80 歳以上、85 歳以上と年齢層が高くなるほど、それぞれの年齢層で人口の増加速度が上昇していき、認知症高齢者率も増加している。下方（2008）は、富山県における認知症の 2001 年実態調査の報告データを国立社会保障・人口問題研究所の日本の人口の将来予想値を使って推計し、日本全体のアルツハイマー病の有病者数は約 150 万人、2025 年には 240 万人になると予想している。これら過去の認知症者数と有病率に関する調査結果ならびに過去 60 年の高齢者人口の変遷を踏まえ、今後 65 歳以上人口の認知症患者の絶対数が増加することと 65 歳以上の高齢者人口のなかで認知症患者の占める割合が増加することが予想される。

５．認知症高齢者数ならびに有病率の近年の報告

現在、日本における認知症高齢者問題について盛んに行われている議論は、日本全体の認知症高齢者数を推測した２つの調査報告によるものが多い。これらの推測値を表 2 に簡単にまとめ、それぞれの調査についての概要を以下に述べる。

(1)　厚生労働省による全国レベルの認知症患者数算出

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室が 2012 年 8 月 24 日付で公表した認知症高齢者数である。データの算出に当たっては、2010 年 1 年間の要介護認定情報を基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の認知症高齢者の高齢者全体における割合を算出している。１年の対象期間のなかで、同一人物が複数回にわたって要介護認定を受けているケースがみられるので、性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合での調整を行っている。報告では、「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の 65 歳以上の高齢者数は 280 万人、65 歳以上の高齢者人口に対する比率は 9.5% であったとしている（厚生労働省 , 2013b)。注意すべき点は、この中に「認知症高齢者の日常生活自立度」I のカテゴリーである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とされる高齢者については含まれていない。また、この推計では介護認定申請を行わなかった認知症高齢者は含まれていないため、算出値は過小評価されたものとなっている。

更にこの報告では、国立社会保障・人口問題研究所が 2012 年に算出した中位の将来推計人口を基に、認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて 2025 年までの 5 年毎の推計がされている。2025 年においては、65 歳以上の認知症高齢者数は 470 万人、65 歳以上の高齢者人口に対する比率は 12.8% とされている。また、日本における認知症をもつ要介護ＩＩ以上の 65 歳以上の高齢者数は、2010 年では約 280 万人で高齢者の約 9.5% を占めるが、2015 年では約 345 万人で約 10.2%、2020 年には約 410 万人で約 11.3%、2025 年では約 470 万人で高齢者人口の約 12.8% を占めるとされている。

（２） 厚生労働省研究班による調査報告

筑波大学朝田隆教授が厚生労働科学研究費補助金を受け 2013 年 3 月に報告した、2011 年度から 2012 年度の「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」に関する総合研究報告で算出されたデータである。2010 年度の全国 10 か所の市町村においての疫学調査による 65 歳以上高齢者の認知症の有病率推定値の結果を踏まえ、都市部において認知症有病率の調査を行っている。調査対象となったのは、宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、大分県杵築市、茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市である。3 段階の調査方法を用い、第 1 段階は事前調査員の家庭訪問による家族への聞き取りと、自宅または会場での調査員による対象者本人への日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living : IADL）やミニメンタルステート検査（Mini Mental State Examination, MMSE）を含めた面接調査、第 2 段は Psychogeriatric Assessment Scales（PAS）、老年期うつ尺度、神経精神医学的評価を含む医師の面接調査、第 3 段階は MRI 撮像と血液検査等を行っている。

これらから得られた 2010 年度ならびに 2012 年度の総参加者数 6,131 名のデータの結果を統合し、認知症患者の推定値を算出している。その結果、認知症有病率全国の 65 歳以上の高齢者における認知症有病率は 15% と推定され、推定有病者数は 2010 年時点で約 439 万人、2012 年時点で 462 万人と算出された。加えて健常者と認知症患者の中間段階の症状である軽度認知機能障害（mild cognitive impairment, 以下 MCI）を有する 65 歳以上の高齢者は、2010 年で約 380 万人（有病者率は 13%）と推定されている（朝田 , 2013）。

表 2. 日本における推定高齢者認知症者数（単位：万人）

全国

厚生労働省推計(2012年報告)

	2010年	2015年	2020年	2025年
推定高齢者認知症者数	280	345	410	470

厚生労働班報告(2013年報告)（代表者・朝田隆筑波大教授）

推定高齢者認知症者数（中間値）	439
95%CI 低	350
高	497
MCI 中間値	380
95%CI 低	292
高	468

9

厚生労働省はこれらの結果をまとめ、認知症高齢者数について報告を行っている。2010年に日本における65歳以上の高齢者人口は2,874万人で、その内訳は、約380万人（約13%）が正常と認知症の間に区分されるMCIの高齢者、約280万人（約10%）が介護保険制度を利用している日常生活自立度ＩＩ以上の認知症高齢者、約160万人（約6%）が日常生活自立度Ｉまたは要介護認定を受けていないか申請を行っていない高齢者、そして残りの1,964万人（約71%）が健常者とされる（厚生労働省 , 2013b）。すなわち、厚生労働省研究班の報告の認知症高齢者推定者数の約439万人の中に厚生労働省が先に報告した認知症高齢者と要介護認定ＩＩ未満の認知症高齢者が含まれる構造になる（図2）。2025年を含めた将来の推計値においては、MCI等を含めた予測は行われていない。

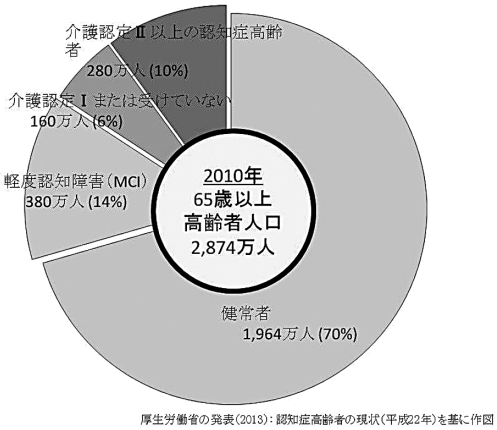

図2．認知症高齢者の現状：2010年

６．大阪における認知症高齢者数の推計手法

大阪における認知症高齢者の推計は、厚生労働省の要介護認定情報を基にした算出値ならびに厚生労働省研究班が全国１０カ所を調査して算出した推計値を基に、国立社会保障･人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」に記載されている男女・年齢（5歳）階級別の推計結果（都道府県、市区町村編、2013年3月推計）のデータを用いて算出を行った。まずは、大阪、京都、兵庫、滋賀、奈良、和歌山からなる関西2府4県、大阪府、大阪市の3つの地域における2010年から2025年までの高齢者の人口データの抽出を行い、次に2010年と2025年の高齢者人口率をこれら2種類の認知症データに当てはめて算出した。

関西圏の高齢者認知症有病者の推計値算出方法について

（算出方法１） 厚生労働省推計値を基にして算出：

厚生労働省が 2012 年 8 月 24 日に公表した「認知症高齢者数について」の 2010 年、2015 年、2020 年、2025 年における算出データをもとに、関西の 65 歳の人口の高齢者人口に比率を適用して計算した。

（算出方法２） 厚生労働省研究班の報告値を基にして算出：

厚生労働省研究班（代表者・朝田隆 筑波大教授）が 2013 年に報告した 2010 年の 65 歳以上の高齢者の認知症有病者推測値のデータを基に、厚生労働省が発表した認知症高齢者の 2015 年、2020 年、2025 年の増加率を適用して計算した。

参照人口推計データ

国立社会保障･人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）』3. 男女・年齢（5 歳）階級別の推計結果（都道府県、市区町村編）

７．大阪における認知症高齢者数の推計値

まず初めに、高齢者人口の推計データとして、国立社会保障・人口問題研究所による地域別将来推計人口を使って関西 2 府 4 県、大阪府、大阪市の全人口ならびに 65 歳以上の高齢者人口を 2010 年から 2025 年まで 5 年毎に抽出した。それらをまとめて表示したのが表 3 である。2010 年においては、人口 1 億 2,806 万人中、2,948 万人が 65 歳以上の高齢者で総人口の 23.0% を占めている。2025 年には日本の総人口は 1 億 2,066 万人と減少をみせるが、65 歳以上の高齢者数は 3,657 万人と増加が予想され、人口の 30.3% を占めることになる。

関西 2 府 4 県の人口については、2010 年に 2,090 万人中 479 万人が 65 歳以上の高齢者で人口の 22.9% を占めている。2025 年には人口は 1,972 万人と減少をみせる反面、65 歳以上の高齢者人口は 593.1 万人（30.1%）と増加が予想される。大阪府の人口は 2010 年では 886.5 万人で 65 歳以上の高齢者は 198.5 万人（22.4%）であった。2025 年には府全体の人口は 841.0 万人と減少をみせるが、65 歳以上の高齢者人口は 245.7 万人（29.2%）への増加が予想される。大阪市の人口は 2010 年では 266.5 万人で 65 歳以上の高齢者は 60.5 万人（22.7%）であった。2025 年には市全体の人口は 255.3 万人と減少するが、65 歳以上の高齢者人口は 72.6 万人（28.4%）と増加が予想される。関西圏においては、都市部の高齢者の人口比率が若干低くみられる。

表 3. 2010 年から 2025 年にかけての 5 年毎の人口変化予想（単位：万人）

	2010年	2015年	2020年	2025年
全国				
総数	12,805.7	12,659.7	12,410.0	12,065.9
65歳以上	**2,948.4**	**3,395.2**	**3,612.4**	**3,657.3**
関西2府4県(大阪、京都、兵庫、滋賀、奈良、和歌山)				
総数	2,090.3	2,070.7	2,029.9	1,972.5
65歳以上	**479.4**	**561.4**	**591.9**	**593.1**
大阪府				
総数	886.5	880.8	864.9	841.0
65歳以上	**198.5**	**234.5**	**246.7**	**245.7**
大阪市				
総数	266.5	266.4	261.9	255.3
65歳以上	**60.5**	**70.1**	**73.0**	**72.6**

国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）』
3. 男女・年齢(5歳)階級別の推計結果（都道府県、市区町村編）に基づいて計算

これらの基礎人口データを用い、厚生労働省推計値ならびに厚生労働省研究班の報告値を基にして将来の認知症高齢者数を算出した。厚生労働省研究班の報告値を 2025 年の人口予測に当てはめると、日本全体では、約 737 万人の高齢者が軽度認知障害者（MCI）を含む認知症を持つ人数と予測された。

関西 2 府 4 県においては、2010 年の MCI を含む認知症者数は約 71.4 万人（うち、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尐見られても、誰かが注意していれば自立できるとされる日常生活自立度ＩＩ以上の高齢者数は 45.5 万人）、2025 年には MCI を含む認知症者数は約 119.5 万人（うち、日常生活自立度ＩＩ以上は 76.2 万人）と予想された。同様に、大阪府においては、2010 年の認知症者数は約 29.6 万人（18.8 万人）、2025 年には約 49.5 万人（31.6 万人）と予想された。大阪市においては、2010 年の認知症者数は約 9.0 万人（5.7 万人）、2025 年には約 14.6 万人（9.3 万人）と予想された（表 4）。

表 4.　高齢者の認知症者数の推計値：2010 年と 2025 年（単位：万人）

	2010年		2025年	
	厚生労働省値	厚生労働研究班値	厚生労働省値	推計値(2)
全国	280.0*	439.0*	470.0*	736.9
	推計値(1)	推計値(2)	推計値(1)	推計値(2)
関西（2府4県）	45.5	71.4	76.2	119.5
大阪府	18.8	29.6	31.6	49.5
大阪市	5.7	9.0	9.3	14.6

（単位：万人）　＊公表値

注（1）厚生労働省の公表値を基に算出

（2）厚生労働研究班（代表者・朝田隆筑波大教授）の報告値を基に厚生労働省公表データを調整して算出

８．認知症高齢者数推測に関する考察

日本全体では、約 737 万人の高齢者が MCI を含む認知症を持つ人数と予測されたが、これは厚生労働省研究班が報告した 2010 年の 439 万人の認知症者数から 15 年間に約 1.7 倍に増加することになる。同時期の 65 歳以上の高齢者人口そのものの増加は 1.2 倍であるので、高年齢者層人口の増加による影響を受けていることがわかる。関西圏ならびに大阪府においては 2025 年の日常生活自立度ＩＩ以上の認知症高齢者数ならびに MCI を含む認知症高齢者数は 2010 年時のものと公表された厚生労働省ならびに厚生労働省研究班の値から約 1.7 倍増加している。また、大阪市においては約 1.6 倍の増加がみられる。

将来の認知症高齢者数については、厚生労働省による報告値ならびに厚生労働省による調査報告値の 2 種類を使い国立社会保障・人口問題研究所の将来予想値を基に推測を行ったが、正確性についていくつかの課題が残っている。本稿では関西圏をはじめ大阪における認知症高齢者数の推計を行ったが、その基となっているのはその地域に限定して得られた値によるものではなく、全国の推計値をそれぞれの地域に当てはめたものである。内閣府の平成 26 年版高齢社会白書（2014）によると、将来の高齢化率の伸びは都道府県によって違いが見られるので、将来の推定値については今後発表されていく人口統計の実際値を見ながら修正を行っていく必要がある。

将来の認知症高齢者数であるが、高度医療機器の開発等による認知症診断の改善、認知症に対する社会的認識の変化、医療保険制度そのものの改正等が実数や推定値に影響を与える可能性がある。認知症の診断については、ミニメンタルテスト（Mini Mental State Examination: MMSE）のような簡易心理検査やアルツハイマー病評価スケール（Alzheimer’s Disease Assessment Scale 日本語版：ADAS-J cog）、さらには CT、MRI、SPECT、PET など高度医療機器を使った検査が行われるが、今後の高度医療機器の発展等によって診断がより正確に行われたり、診断基準が改善されていく可能性があり、そうなると認知症患者の同定精度に変化をもたらすことになる。社会的イメージから過去にタブー視されがちであった認知症を報告するという意識が社会変化のなかで変容し、介護保険の申請を行うことを容易に感じる高齢者や家族が増えてくる可能性もある。逆に高齢者の医療費の削減に向けた国や自治体の介護保険適用が厳しくなることになると、介護認定そのもの申請者率が減少し、認知症高齢者を把握することが現在より困難になるかもしれない。これらの医療や社会的要因が将来、認知症者数を把握する場合に影響を与える可能性がある。

９．認知症高齢者に関する様々な課題

認知症問題は、現在ならびに将来へ高齢社会のなかで様々な課題を抱えている。これらいくつかの課題について述べる。

世帯の変化とインフォーマルケア

国民生活基礎調査によると、65 歳以上の高齢者のいる世帯は年々増え、2013 年には世帯全体の 44.7% を占めるようになった。その中でも 65 歳以上の者のみの世帯は 11,594 世帯あり、高齢者世帯の 51.7% を占めている。単独世帯については 5,730 世帯で、高齢者世帯の 49.3%（うち､女性の単独世帯が 7 割を超えている）を占めている（厚生労働省 , 2014b)。2013 年における要介護者のいる世帯の状況は、在宅における要介護者等のいる世帯を世帯構造別にみると､｢核家族世帯｣（35.4%）が最も多く､｢単独世帯｣（27.4%)､｢三世代世帯｣（18.4%）が続いている。しかしながら、年次推移をみると、｢三世代世帯｣の割合が低下して､｢単独世帯｣の割合が上昇してきているため､今後､高齢者の｢単独世帯｣が世帯のなかで最も高くなる可能性がある。このような状況のもと、要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合は、同居者が 61.6%（配偶者 26.2%、子 21.8%、子の配偶者 11.2%）で、60 歳以上の介護者は男女それぞれ 69.0%、68.5% となっており、老老介護の現状がうかがえる。また、単独世帯の増加は同居者によるインフォーマルな介護支援を受けることができない認知症高齢者が増加することを示唆する。

認知症をもつ高齢者の家族による介護は、重要な意味を持つ半面大きな負担の一つとなりうる。家族等によるインフォーマルケアは、被介護者を良く知る身近な者として適切なケアが期待される。メンタル面におけるサポート、食事、入浴、着替えなどの生活面におけるサポート､移動､食事の準備､買い物､家事などのサポート､金銭面のサポート､介護サービスを受けるための業者への連絡など、多くの介護支援が期待される。しかしながら、家族等の介護の現状では多くの悩みやストレスを抱えているケースが多くみられ、同居の主な介護者の 2013 年では 69.4%（男性では 62.7%、女性では 72.4%）が悩みやストレスがあると答えている（厚生労働省 , 2014b)。介護者が働いている場合、その勤務先の介護に対する理解と勤務の柔軟性への対応が柔軟でない場合は、離職せざるを得ない状況が出てくる可能性も考えられる。その数が増加すると、社会全体の労働力の低下が起きる。高齢者や介護する家族の負担を軽くするために、一時的に介護サービス施設が預かるデイケアやレスパイトケアの利用と地域における充実が望まれる。また、介護の身体的、精神的負担や認知症発症のリスクを下げることに繋がる可能性のある身体機能の低下から寝たきりにならないよう、リハビリテーションの支援としてセラピーロボットや生活支援ロボットの活用も、公的負担も考慮に入れながら積極的に検討していくべきであろう。

社会的入院

先進国 34 ヶ国が加盟する国際機関である経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD）によると、日本の病院における 1 人当たりの平均入院日数は、2000 年に 24.8 日で、2 位の韓国の 2 倍近くの日数であった。2011 年には平均入院日数は 17.9 日まで下がったものの、それでも OECD 加盟国の

平均 8.0 日の倍以上で、加盟国のなかで今なお最長となる平均入院日数である（OECD, 2013）。

日本の精神病院には、2011 年には入院患者が 30.7 万人おり、増加傾向にある認知症による入院患者数は 5.3 万人となっている（厚生労働省 , 2011b）。なかには、医学的治療を主たる目的とした入院の必要がなく在宅での療養が可能であるが、患者や家庭の事情等によって病院で生活をしている社会的入院が問題となっている。

国の改革ビジョンでは、精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取り組みとして「入院医療中心から地域生活中心へ」との指針が示され、退院の数値目標を設定し、社会復帰を支援する計画を作ることなどを盛り込んだ改革ビジョンを 2004 年に策定したが、地域医療・保健・福祉を中心とした国の社会保障制度の改革にむけた更なる取り組みが注目される。これは、精神病院に関わらず、認知症患者を受け入れている全ての病院施設等に該当する問題である。社会的入院は医療保険が適用されるため、患者や家族にとって経済的な負担は比較的小さくなる半面、公的負担による国全体の医療費増額に繋がる。また、社会的入院数の増加によって、都市部においては救急患者を受け入れられない事態の発生が増加する危険性が潜んでいる。

フォーマルサポート

厚生労働省は 2013 年から 2017 年にかけての認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）を策定し､7 つの項目に重点を置いている。これらは､(1) 状態に応じた適切なサービス提供の流れとなる標準的認知症ケアパスの作成・普及、(2) 認知症かかりつけ医、サポート医の増加、認知症集中支援チームの設置、医療機関の整備、多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及･定着、(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・家族の支援の強化として、認知症地域支援推進員ならびに認知症サポーターの増員、市民後見人の育成・支援組織の体制を全ての市町村で整備するための準備、認知症の人やその家族等に対する支援､(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として､「認知症ライフサポートモデル（認知症ケアモデル）」の策定、認知症介護実践リーダー研修の受講者、認知症介護指導者養成研修の受講者、一般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者の増加である（厚生労働省 , 2012）。これらのプランが国によって出されているが、都道府県や政令市の間で認知症サポート医の養成数の違いや地域住民へのサポート医の名簿公表について対応の違いがみられる（読売新聞 , 2012）。今後、各都道府県において支援体制の不均衡を改善していく必要がある。介護職員の確保や待遇なども課題に挙がってくるであろう。それらの改善によって、サポートを受ける高齢者やその家族にとって満足度が高いサービスを提供していくことが期待される。

虐待問題

介護によるストレス等が虐待につながることは、大きな社会問題になっている。2006年4月1日に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者[1)]に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）によると、（1）身体的虐待、（2）高齢者の著しい減食や長時間の放置や養護者以外の同居人による虐待行為の放置となるネグレクト、（3）心理的虐待、（4）性的虐待、（5）親族も含む養護者が不当に高齢者の財産を処分したり、財産上の利益を得ることによる経済的虐待、と大きく区分されている（総務省 , 2005）。高齢者虐待防止法制定後も、高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等の養護者、ならびに介護老人福祉施設など要介護施設又は居宅サービス事業など養介護事業の業務に従事する要介護施設従事者等による虐待は、相談・通報件数ならびに判断件数ともに2012年度の養護者による虐待報告数を除き概ね増加の傾向にある。2012年度においては、養護者による虐待相談・通報は23,843件、虐待判断は15,202件、要介護施設従事者等による虐待は虐待相談・通報は736件、虐待判断は155件と報告されている（厚生労働省 , 2013b）。市町村の担当部署への相談・報告件数以外に養護者による虐待が報告されていないケースを想定すると、実際の虐待数は過小評価されていると考えられる。高齢者虐待の種別・類型によっても養護者ならびに要介護施設従事者による虐待の多くが身体的虐待で、心理的虐待が次いで多くなっている。養護者による虐待は要介護施設従事者等による虐待に比べ、ネグレクトや経済的虐待が多く見られている（厚生労働省 , 2013b）。虐待によっては生命・身体・生活に関する重大な危険に繋がるものも報告されていることから、虐待の個々のケースや傾向を分析しながら、対処法を講じたり、虐待防止にむけて介護従事者への積極的な啓発や教育を行っていく必要がある。

徘徊、行方不明者

2014年4月24日、控訴審判決で名古屋高等裁判所は、家族が目を離したすきに自宅から出て徘徊していた認知症高齢者が電車に轢かれて死亡した事故の損害賠償の支払いを配偶者に命じた。この判決では、認知症患者の配偶者は監督義務者に原則該当するとされており、認知症患者に対する家族の監視責任が問われるケースとなった。家族が十分な介護を認知症患者に施していたにも関わらず、このようなケースに陥ることが今後考えられ、家族の介護ストレスにさらに拍車をかける可能性が高くなった。見守りをつうじて高齢者にやさしい社会の実現を目指し、ユニバーサルデザインの更なる普及や安全対策を講じていく必要がある。

警察庁の報告によると、2013年の認知症による行方不明者数は10,322人で行方不明者全体の12.3%を占めている（警察庁 , 2014a）。NHKが行った調査によると、認知症等の疑いがあり、徘徊などで行方不明になったとして警察に届けられたのは、2012年は9,607人で、そのなかで、死亡したり行方不明のままになっているのが、合わせて550人を超える実態が明るみになった。都道府県別で死者数が最も多かったのは大阪の26

人、行方不明者数は、愛媛の 19 人を筆頭に大阪は 5 番目となる 14 人であった（NHK, 2014）。このような事態を早期に改善するために、地域での見守り支援システムの確立、行政の各関連機関と地域サービス提供機関との連絡網の作成と密接な個人情報の適切な取扱いによる情報交換、地域の消費者への宅配等のサービス提供企業によるサービス拡張等が期待される。

交通事故

高齢者は他の成人と同様に、交通事故については加害者と被害者の 2 つの側面がある。警察白書によると、2013 年の高齢者の交通事故死者数は、2,303 人で、死亡者数全体に占める高齢者の割合は全体の半数以上である。また、それら高齢者の死亡者数のうちで多くみられるのが、歩行中（48.5%）、自動車乗用中（26.6%）、自転車乗用中（16.4%）であった（警察庁 , 2014b）。また、高速道路を車で逆走するというケースも多く報告されている。道路交通法では、運転者が認知症であることが判明した場合、公安委員会によって、運転免許の取り消しや免許の効力を停止することができると定めている。ドライバーとなる高齢者の認知症が進んでいる場合は、主治医や警察等と連携し対応する必要がある。軽度の認知機能障害が疑われる場合は、主治医や家族と話し合って、運転免許の自主返納制度を利用することを促すことも可能であろう。その場合、自動車に代わる移動手段として、公共交通機関、家族の自動車の運転、地域における移送・外出支援サービスの利用等が考えられる。また、自治体によって、公共交通機関の利用割引や、宿泊施設、レジャー施設等の割引優遇措置を受けることができる。

しかしながら、公共交通機関によるサービスが乏しい地域の場合、運転免許証の返還によって日常生活に支障をきたすことが考えられる。その際は、家族や地域の隣人や友人に移動の援助を依頼することが必要である。高齢者の移動のニーズについては、地方行政やサービス提供会社等も可能な限り定期的な調査を行い、必要に応じてバスなどの交通機関のルートやサービスの時間帯の変更や停留所の移動など、柔軟な対応をすることが望まれる。食材や生活用品の買い物支援サービスや宅配サービスの可能性についても、地域包括支援センターなど地域で相談窓口を拡張することになるかもしれない。基本的には、安全で安心な交通環境の整備や交通事故を防止するために警察機関が関係機関等と協力して、家庭や福祉施設等における広報啓発活動や交通安全教育を継続して実施していく必要がある。

家庭内事故

家庭内においても視聴覚機能や筋力等の身体機能の衰えによる事故が多発するなど、事故の割合が高くなっている。転倒や転落が 65 歳以上の高齢者よる家庭内事故の 6 割近くにみられる。また、打撲症・挫傷、刺傷・切傷、また治療に長期間を要する骨折、やけどが若年者層と比べて多いのが特徴である。健常高齢者の事故もあるが、洗剤や薬剤

の包装シートの誤飲や異食等、認知症によることが疑われる事故も多くみられる。家庭内における起こりがちな事故の特徴を踏まえて、リフォームや家具などの配置替え、物品の配色などによる事故防止策を講じる必要がある。

詐欺等の消費者被害

国民生活センターによると高齢者の消費者被害に関する相談が全国の消費生活センターに多く寄せられている。70 歳以上の高齢者が契約当事者として関わっている相談件数は、年々増加しており、2013 年度は約 21 万件に上り、相談全体の約 22%を占めている（国民生活センター , 2014）。高齢者が持つ 3 つの大きな不安である「お金」「健康」「孤独」を悪徳業者が煽り、財産が蝕まれるケースが後を絶たない。自宅にいる高齢者を狙った訪問販売や電話勧誘販売による被害が多いのも特徴である。これらの被害の中には認知機能の低下によるものも多く含まれているため、日ごろから高齢消費者トラブルの事例や手口などの情報を集め、適切な対策を講じることが有効であり、家族や地域の連携によって注意を払う必要がある。また、家族等や弁護士、司法書士、社会福祉士等の第三者による成年後見人制度の利用による適切な対策が求められている。

その他の認知症への対応、リスク軽減

将来、医療技術・機器の開発・発展による認知症の早期発見ならびに予防活動（運動、生涯教育等を通じた健康づくりを含む）が更に充実していくことが期待される。同時に、新薬などによる治療、認知症の発症や症状に合わせたテイラーメイド医療、訪問歯科を含む口腔保健サービス、認知症発症後の家族等のインフォーマルケア提供者の負担軽減、介護スタッフの確保を含めたサポート体制の充実とアクセスの簡便性、適切な介護支援の提供が求められてくる。また、認知症の発症だけでなく、高齢者の年齢や性別、生活特性（単身世帯、低所得、喫煙、身体的・知的活動、食生活等）、高血圧などの慢性疾患の存在、認知症の経過や高齢者の生活一般に悪影響をもたらす可能性がある要因に注意を払う必要がある。これらによって認知症の発症や悪化のリスクが増長されないよう注意し、対策を練っていく必要があろう。

高齢者、認知症に関する教育

認知症をもつ高齢者人口の増加が予測される中、認知症に対する人々の理解をより深めていく必要が今後出てくるであろう。認知症のケアに直接関わる家族、隣人などや医療従事者、介護専門員は勿論のこと、認知症をもつ高齢者が住み慣れた地域において、その人らしく最期まで過ごしていくためには、地域における人々の認知症に対する理解と協力が不可欠である。そのためには、地域の多くの住民が普段から高齢者や認知症を学ぶ機会を得ることが大切であろう。地域における学びの機会は高齢者や認知症高齢者と一緒に住む家族を対象にするだけでなく、子供たちの学校教育の現場においても、我

が国の人口の 4 分の 1 が 65 歳以上の高齢者であることを踏まえ、高齢社会を正しく理解する必要がある。今後、地域特性を踏まえながら、少しずつ認知症に関する知識を高めていく必要があろう。

10. まとめ

人口の高齢化が進み認知症をもつ患者が増加する傾向にある日本において、認知症ケアならびに地域の特性を理解した認知症高齢者への対応、ならびに地域において関連部署と密接に連携した適切な支援体制の構築と維持・調整は非常に大きな課題である。認知症の患者数が増加することに対する支援の効率化も求められてくると考えられるが、質を落とすことなく、認知症患者個々のニーズに合ったきめ細かい支援が効率よく行われることが期待される。そのためには、個人や地域のニーズに合わせた支援システムの構築が大切であり、国全体の認知症関連の支援にむけたビジョンや更なる法整備などによる方策も引き続き求められてくるであろう。その大きな枠組みのなかで、認知症高齢者へのケアサービスと支援体制の充実など、地域の状況に即した認知症高齢者に関する地域の理解と支援が求められる。

注

1)「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成十七年十一月九日法律第百二十四号）において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のものと定義している。

文献表

Alzheimer’s Disease International（2011）, World Alzheimer Report 2010 <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>（2014/9/10 アクセス）

朝田隆（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」厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業 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>（2014/9/10 アクセス）

Hatada, K., Okazaki, Y., Yoshitake, K., Takada, K., & Nakane, Y.（1999）, Further evidence of westernization of dementia prevalence in Nagasaki, Japan, and family recognition. *International Psychogeriatrics, 11*（2）: pp. 123-138.

Honda, M., Kusaka, Y., Morita, A., Nagasawa, S., Umino, K., & Isaki, K.（2000）, A cross-sectional population-based study on senile dementia in a rural city. *Environmental Health and Preventive Medicine, 5*（1）: pp. 31-36.

Kawano, H., Ueda, K., & Fujishima, M.（1990）, Prevalence of dementia in a Japanese community（Hisayama）: Morphological reappraisal of the type of dementia. *Japanese Journal of Medicine, 29*（3）, pp.261-265.

警察庁（2014a）,「平成 25 年中における行方不明者の状況」<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H25yukuehumeisha.pdf>（2014/9/10 アクセス）

警察庁（2014b）,「平成 26 年警察白書」<http://www.npa.go.jp/hakusyo/h26/youyakuban/youyakuban.pdf>（2014/9/10 アクセス）

国民生活センター（2014）,「高齢者の消費者被害」<http://www.kokusen.go.jp/soudan_now/koureisya.html>（2014/9/10 アクセス）

厚生労働省（2011a）,「知ることから始めよう - みんなのメンタルヘルス：認知症」<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html>（2014/9/10 アクセス）

厚生労働省（2011b）,「知ることから始めよう - みんなのメンタルヘルス:精神疾患のデータ」<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>（2014/9/10 アクセス）

厚生労働省（2012）,『「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」について』<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>（2014/9/10 アクセス）

厚生労働省（2013a）,「今年度中に百歳になられる高齢者（表彰対象者）は 28,169 人」（プレスリリース、平成 25 年 9 月 13 日）<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000022849.pdf>（2014/9/10 アクセス）

厚生労働省（2013b）,「認知症施策について」<www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf>（2014/9/10 アクセス）

厚生労働省（2014a）,「今後の高齢者人口の見通し」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html>（2014/9/10 アクセス）

厚生労働省（2014b）,「平成 25 年 国民生活基礎調査の概況」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html>（2014/9/10 アクセス）

内閣府（2014）,『平成 26 年版 高齢社会白書』<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26pdf_index.html>（2014/9/10 アクセス）

NHK（Japan Broadcasting Corporation）（2014）,「認知症 - 行方不明者 1 万人：明らかになった認知症の行方不明者 1 万人」（2014 年 4 月 16 日）<http://www3.nhk.or.jp/news/ninchisho/2014_0416.html>（2014/9/10 アクセス）

OECD（2013）, Health at a Glance 2013: OECD Indicators <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf >（2014/9/10 アクセス）

下方浩史（2008）,「我が国におけるアルツハイマー病の疫学研究」,『日本臨床』, 66：23 － 27 頁

総務省（2005）,「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）」<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/idxselect.cgi?IDX_OPT=5&H_NAME=&H_NAME_YOMI=%82%A0&H_NO_GENGO=H&H_NO_YEAR=&H_NO_TYPE=2&H_NO_NO=&H_FILE_NAME=H17HO124&H_RYAKU=1&H_CTG=1&H_YOMI_GUN=1&H_CTG_GUN=1>（2014/9/10 アクセス）

総務省（2013）,『統計からみた我が国の高齢者（65 歳以上）－「敬老の日」にちなんで－』<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm>（2014/9/10 アクセス）

鈴木道雄 , 福田孜 , 成瀬優知 , 數川悟 , 飯田恭子 , 石川宏（2003）,「富山県における老人性痴呆実態調査からみた痴呆有病率の推移」,『老年精神医学雑誌』14（12）: 1509-1518 頁

Yamada, T., Hattori, H, Miura A, Tanabe M, & Yamori Y.（2001）, Prevalence of Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies in a Japanese population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 55*（1）: pp. 21-25.

読売新聞（2012）,「認知症サポート医」活動に個人差や地域差（2012 年 2 月 6 日付）<http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=54074>（2014/9/10 アクセス）

Estimates of the Number of the Elderly with Dementia in Osaka
-A view of dementia care in 2025-

Hiroshi UEDA

The number of the elderly aged 65 and over already reached 25% of total Japanese population in 2013. Dementia issue is one of the major individual, family, and social concerns in Japan. It provides us a variety of challenges in our current and future societies. Japanese baby boomers reach age 75 and over who are eligible to the public medical insurance system especially for the elderly aged 75 or over in 2025. It is anticipated that both medical and care expenditures will increase sky-rocketing high since then.

In 2013, the Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) reported that there are approximately 2.8 million elderly dementia patients in 2010. It is also reported that around 4.7 million older adults will dementia be observed in 2025. In the same year, a study group of the MHLW, headed by Professor Asada, Tsukuba University, reported that approximately 4.4 million elderly were considered as dementia and additional 3.8 million elderly would be in the category of mild cognitive impairment (MCI) in 2010.

This study attempted to estimate the number of dementia in Osaka based on the previous reports by MHLW and the MHLW study group. The region-based data from the projected whole populations and elderly population by the National Institute of Population and Social Security Research were put together since 2010 up to the year of 2025 for Osaka Prefecture and Osaka City. Then, the two dementia data were applied to each area for estimation.

It is found that 188 thousand demented elderly and 296 thousand demented elderly including MCI in Osaka Prefecture and 57 thousand demented elderly and 90 thousand demented elderly including MCI in Osaka City in 2010. For the year 2025, it is estimated that 316 thousand demented elderly and 495 thousand demented elderly including MCI in Osaka Prefecture and 93 thousand demented elderly and 146 thousand demented elderly including MCI in Osaka City. These figures leave some estimation difficulties with recommendations for adjustments with future accurate population data and diagnosis of dementia.

The facing the lager number of elderly with dementia leaves us many challenges in our future society. Those include the issues of informal care, social hospitalization, formal care and supports, elderly abuse, wandering and disappearance, traffic and domestic accidents, consumer problems, advanced medical and dementia care technology developments, preventive measures, and education and health promotion in communities. Dementia care is critically important in Japan where population aging is already a demographic reality, and its importance will continue to increase along the elderly with dementia. It is expected that proper measures for dementia shall be taken based on the needs of each community in the future.