

より良い認知症高齢者ケアの実現のために

S. S.

目次

はじめに

1. 認知症高齢者を取り巻く環境
 1. 1 日本における高齢化の歴史と現状
 1. 1 認知症とは
 1. 2. 1 認知症とその歴史
 1. 2. 2 認知症の症状と原因疾患
 1. 3 認知症高齢者の現在の環境と必要なケア
2. 認知症高齢者ケア政策
 2. 1 日本の認知症高齢者ケア政策の歴史
 2. 2 日本の現在の認知症高齢者ケア政策
 2. 3 スウェーデンでの認知症高齢者ケア政策の歴史と現在
3. 認知症高齢者ケアの実践と課題
 3. 1 日本における実践とその例
 3. 2 スウェーデンにおける実践とその例
4. 今後の認知症ケア政策の在り方
 4. 1 現在の認知症高齢者ケアの課題
 4. 2 より良い認知症高齢者ケアを実現するために

おわりに

参考・引用文献

はじめに

私は、両親の仕事の影響で幼い頃から高齢者が身近な存在であった。その中で、認知症高齢者と関わる機会もあり、認知症というものに対する関心は以前より持っていた。また、大学に入学してからいくつかの講義でこれからの日本の少子化及び高齢化の問題について学ぶ機会があった。それらの講義を通して、少子高齢化についての問題の中でも、高齢化に伴い認知症高齢者数が増加し、ケアのあり方も今までより良いものへ変わっていくことへの必要性を知り、認知症高齢者ケアの現状や問題点、課題点、また認知症当事者にとってより良いケアというものはどういったものであるのかについて興味を持ったことが今回のテーマ設定につながった。

本論文の目的は2つある。まず、認知症高齢者ケアを取り巻く現在の状況から、それらに存在する課題点や問題点を明確にするである。そして次に、認知症高齢者がよりよく生きていくために必要なケア、認知症高齢者及びそこに関わる人にとって望ましい社会環境を実現するために、必要な制度・政策や取り組みを提示することである。そのため、まず第1章では、認知症高齢者ケアについてみる前に、日本における高齢化の歴史と現状、認知症の具体的な症状について見た上で、認知症高齢者にとって望ましいとされるケアのあり方について確認する。続く第2章では、現在日本が行なっている認知症高齢者のための政策をその歴史と共に整理し、また政策の比較のためにスウェーデンでの認知症高齢者ケア政策の歴史と現在についてもまとめる。そして第3章では、認知症高齢者ケアの現場で一般的に行われている手段について整理した後で、近年行われている日本国内での先進的な取り組み例及びスウェーデンの取り組み例を挙げ、ケアの実践をみていく。最後の第4章では、これまでの内容を受けて、より良い認知症高齢者ケアを実現するために必要な制度政策、取り組みについて述べていく。

また論文執筆にあたって、日本における認知症高齢者ケアの歴史や、日本及び海外の認知症高齢者ケアの実践と背景等に関する根拠については、参考文献やインターネットの情報を利用する。

1. 認知症高齢者を取り巻く環境・社会

本章では、現在の認知症高齢者を取り巻く環境と社会について整理する。そのためにまず1節で、現在急速に進んでいる日本の高齢化について、その歴史と現状について述べ、次に2節で認知症とは具体的にどういった症状であるのかをまとめる。そして以上のことを受け、最後に3節で現在日本の認知症高齢者を取り巻く環境がどのようなものであるか、また認知症高齢者に必要なケアとはどのようなものであるかを述べていく。

1. 1 日本における高齢化の歴史と現状

日本では戦後平均寿命が急激に伸び、現在高齢化が急速に進んでいる。戦後間もない頃は先進国中最低であった平均寿命は、食生活の改善や健康保険制度、国民の健康への関心の高さなども相まって、高度経済成長期には先進国に追いつき、1980年頃には先進国を抜いた。

(光多 2012:5-7)厚生労働省によると、日本人の平均寿命は、女性が87.32歳で世界2位、

男性が 81.25 歳で世界 3 位となっている。¹日本では、このように平均寿命が長寿化していることに加え、2018 年の厚生労働省の調査によると、一人の女性が生涯に産む子供の数である合計特殊出生率が 1.43 となり、少子化も進んでいる。²

そして日本の高齢化についてである。総人口に占める 65 歳以上の人口比率が 7%、14% を超えた社会をそれぞれ高齢化社会、高齢社会と人口学では定義しているが、日本が高齢化社会に突入したのは 1970 年であり、国際的には、アメリカの 1942 年やフランスの 1864 年、また福祉国家として知られるスウェーデンの 1887 年など、日本が高齢化社会に突入したのは比較的最近のことであると考えられる。しかし、そこから高齢社会に突入するのが 1994 年であり、高齢化社会から高齢社会に至るまでの所要年数はわずか 24 年である。これはアメリカの 71 年やフランスの 115 年、スウェーデンの 85 年それぞれ要しているのを考えると、日本の高齢化が急速に進んだことを示している。(永和ほか編 2009:5)そして、そのまま急速に高齢化を進めた日本は、2007 年頃に 65 歳人口が総人口に占める割合が 21% を超える超高齢社会の時代に突入した。(光多 2012:7)そして、内閣府の高齢社会白書によると、2018 年の日本の高齢化率は 27.7% であり、総人口に占める 75 歳以上の割合は 13.8% であった。³今後もさらに高齢化は進み、内閣府の高齢社会白書によると、2065 年には人口が 9000 万人を割り込む中で、2042 年には 65 歳以上人口も減少に転じるが、その後も高齢化率は上昇の一途をたどり、2065 年には高齢化率が 38.4% となり、国民の約 2.6 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となると推計されている。⁴

このように日本では、長寿化及び少子化が進んでいることを背景に、世界的に見ても急速なペースで高齢化が進んできている。そして、今後も高齢化率はより高まっていくことが予想されており、認知症高齢者においても、内閣府の高齢社会白書によると、2012 年は認知症高齢者数が 462 万人で 65 歳以上の高齢者の約 7 人に 1 人であったが、2025 年には認知症高齢者数が 700 万人前後で約 5 人に 1 人になり、2060 年には認知症高齢者数は 850 万から 1,150 万人の間になり、実に 4 人から 3 人に 1 人が認知症高齢者となるとの推計もある。⁵

1. 2 認知症とは

前節では、日本の高齢化について述べてきた。そして高齢化に伴い人口に占める高齢者の割合が大きくなるだけでなく、認知症の症状を持つ高齢者の人口も増えてきており、今後も増加していくことが予想されている。そこで今節では、高齢化が進行する中で患者数が増えていると考えられる認知症について、これまで認知症が辿ってきた来歴、具体的な症状や認知症を発症するに至る原因疾患について述べていく。

1. 2. 1 認知症とその歴史

¹厚生労働省『簡易生命表』

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life18/index.html> (2019.10.15)

²厚生労働省『人口動態統計』

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/09_h5.pdf
(2019.10.15)

³内閣府『平成 30 年版高齢社会白書(全体版)』

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_1.html
(2019.10.15)

⁴注 3 に同じ

⁵内閣府『成 29 年度版高齢社会白書』

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html
(2019.10.15)

まず、認知症がどのような概念であるのかを明確にするために、その定義をあげておく。認知症の定義については、日本神経学会(2017)によれば、世界保健機関の定めた国際疾病分類第10版(ICD-10)や米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル改訂第3版(DSM-III-R)及び第4版テキスト改訂版(DSM-IV-TR)などが代表的なものとされている。またその他にも厚生労働省や介護保険法などその定義は様々に定められている。しかし、それらに大きな差はなく、「獲得した知的機能が後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態で、それが意識障害のない時にみられる」というものが中心となっている。(小澤 2005:2-3)

伊里(伊里ほか編 2015:46-48)によれば、現在の認知症に当てはまる状態は昔から存在していたが、社会が長寿化したことで段々と注目されるようになってきた。古くは713年、郡司の退職に関する制で、老齢になり「神職迷乱」及び、重病に沈んで起居が不自由になり、狂言を発する状態になったならば、郡司は退職せよという記述が『続日本紀』にあり、これは心身の障害について述べているが、注目すべきはこれらが高齢者の認知症症状と考えられるということである。また、『今昔物語集』巻27第22では、認知症高齢者を鬼と記した例もあるが、江戸時代にはこういった人々は中高と祖霊信仰の考えにより大切に扱われていた。江戸末期から明治の初頭にかけては、西洋医学の言葉が日本語に訳され、現在の認知症に相当するDementiaは1872年の『医語類聚』では「狂ノ一種」と訳されていた。その後明治末期に呉秀三が「痴呆」という用語を提唱し、それが一般化していった。1960年代から1970年代には、痴呆性高齢者は、高齢者一般の問題と捉えられていたものの、日常生活に支障をきたす思い症状の場合には老齢期の精神病の一種と位置付けられ、治療不可能な病気として福祉政策の対象には含まれていなかった。そして、痴呆に対してケアの理念や方法論が確立されていなかったため、暴力行為や徘徊などの行動障害に対しては身体拘束や薬物投与による抑制や封じ込めが標準的であった。(伊里ほか編 2015:46-48)

これについては宮崎(2011:24-33)も、1970年代の資料の中では、痴呆性の人が母屋ではなく納屋の中に寝かされて鍵をかけられていたという記述があり、こういった人々が差別視され、家族の縁談などに悪影響を及ぼす家の恥と考えられていたようだ述べている。

1980年代には、政策の対象として痴呆性高齢者がみられるようになり、1986年には厚生省に「痴呆性老人対策推進本部」が設置され、その部会や会議においても痴呆の定義や介護問題、調査研究の推進などの対策を示す報告書が出されるようになった。1980年代から1990年代にかけては、特定の原因疾患を中心的対象としてケアの必要性が説かれるようになった。2004年には、「自立支援」と「尊厳保持」を基本とした介護保険制度が施行され、ここから身体介護の枠組みでは対応することができない症状への介護が課題としてあげられるようになった。(伊里ほか編 2015:46-50)そして2004年に、日本ではこれまで痴呆という名称で従来呼ばれてきたものに認知症という名称がつくこととなった。痴呆という用語は「あほう・ばか」と通ずるものであり侮辱感を感じさせ、高齢者の感情を傷つける表現であることや、国内外の当事者により、「痴呆になると何もわからなくなってしまう」というイメージが誤りであることが明らかになったが、痴呆という言葉により誤ったイメージが広く存在している原因の一つであるとともに、痴呆という言葉が実態を正確に表していないこと、そして、痴呆という言葉が早期発見・早期診断等の取り組みの支障になることを理由に、厚生労働省がそれまでの痴呆という名称を改め、認知症という用語へと変更したのである。⁶

1. 2. 2 認知症の症状と原因疾患

前項で見たように、認知症とは獲得した知的機能が後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態である。(小澤 2005:2-3)ま

⁶ 厚生労働省『「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書』

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html> (2019. 10. 15)

た飯島(2014:44)によれば、認知症とは、記憶や認知機能が低下して、日常生活に支障をきたした状態であり、頭痛、腹痛、腰痛と同様な症状名であるため、認知症の背景には原因となる疾患がある。そこで、日常生活や社会生活が営めなくなるに至る具体的な認知症の症状と、認知症の背景にある原因疾患についてまとめておく。

まず、認知症には様々な症状がみられ、それらの症状は中核症状と周辺症状に分けることができ、その中で中核症状は、記憶障害、見当識障害、失語・失認・失行の大きく3つに分けられる。(小澤 2005:27-36) 小澤(2005:27)は、記憶障害を認知症の中核症状の中でも中心に据えられるべき障害であると述べている。

では認知症の中核症状にみられる記憶障害とはどのようなものか。ここでは、数分から数日の間の記憶である近時記憶の障害と1、2分程度の間の記憶である即時記憶の障害が主である。これらは比較的初期に見られ、例えば直前にご飯を食べた記憶がすっぱり抜け落ちてしまったり、同じことを何度も言ったりといった症状が見られる。(東田 2014:112)これらの記憶障害の症状に加え、近時記憶とされるより前の記憶のことである長期記憶については、認知症発生以前の記憶は比較的保たれることが多いが、認知症発症以後の記憶には障害が起きている。(小澤 2005:30)次に見当識障害は、認知症の中期に見られる症状で、現在の日付や時間がいっであるか、今いる場所はどこであるか、目の前にいる人は誰であるかといったことに関して、この順で認知に障害が起きる。具体的には夏なのに厚着をしたり、通っているデイケアで「温泉は飽きたので今日は帰ろう。」と言ったりのような症状がみられ、またさらに症状が進むと、家族や配偶者と相対してもそれが誰であるかわからなくなるなどの症状もみられるようになる。(小澤 2005:35)主な中核症状の3番目は失語・失認・失行である。認知症の中核症状にみられる失語とは、単に言葉が失われるということではない。まず名詞が出てこなくなり、その後重度になると語彙が減り、何を言っているのかわからないコミュニケーションに役立たない言葉になってしまうことがある。また、文字を読むことや書き写すことができても、意味はわかっていないということもある。失認とは、目や耳といった感覚器官自体には異常がないが、それらを通じて周りの状況を把握する機能が低下することを言う。⁷最後に失行とは、麻痺などの運動障害は見られない中で、動作を組み合わせる行為ができなくなることである。(小澤 2005:36-37)日常的に目立つ例としては着衣失行が挙げられ、ボタンの掛け違いやシャツをズボンのように履こうとするなどといった症状が見られる。また、小澤(2005:38)によれば、認知症の中核症状で、注意しなければならぬのは、認知症には記憶障害があるが、記憶障害があるからといって認知症というわけではなく、失語などのその他中核症状と認知症の関係も同様である。

次に認知症の症状で中核症状とともにみられる周辺症状について述べていく。周辺症状には精神症状とそれに付随する行動面での症状があり、これらは一括して BPSD「認知症に伴う精神症状と行動障害」と呼ばれている。(播本ほか編 2005:30)具体的には、精神面では、物を取られたと感じる幻覚や妄想、情緒不安定、せん妄と呼ばれる幻視、意欲の減退や不安感、うつ状態、睡眠障害などがあり、行動面では、興奮や攻撃、多動や徘徊、情動行動、失禁などがある。これらの周辺症状は認知症初期や中期を中心に現れやすいが、すべての認知症に現れるわけではなく、一部の症状のみがでたり、日によって出る症状が変わったり、また進行状況によって症状の内容が変わったりすることがある。(播本ほか編 2005:30)そのため、認知症の中核症状は脳の病変による機能の低下であり現状での改善は難しいのに対し、周辺症状については、認知症本来の症状ではなく中核症状に様々な要因が加わることで引き起こされる症状であるため、ケアによる改善を見込むことができる。(永和ほか編 2009:115-116)また、伊里(伊里ほか編 2015:55)も、認知症高齢者にみられる症状の多くは周囲の不適切な関わりや対応によってもたらされる不安や失望、怒りなどを発端とするも

⁷ イーローゴ・ネット『脳の変化と失認』

http://www.e-65.net/medicine/category02_6.html (2019.10.15)

のが多く、作られた障害と考えられると述べている。

次に、認知症の原因疾患についても触れておくこととする。認知症の原因となる基礎疾患は数多くあるが、アルツハイマー病などの変性疾患と脳の血管が詰まったり破れたりした結果として生じる血管性認知症が主なものとして挙げられる。(小澤 2005:18)

変性疾患の中でも代表的なのはアルツハイマー病である。アルツハイマー病は、脳の神経細胞が変性して死滅・脱落することによって脳全体がスカスカになる病気である。(飯島 2014:113-114)その他にも、同じ言葉や言動を繰り返すピック病、筋強剛や表情の乏しさ、小刻み・突進歩行などの症状があるパーキンソン病などがある。また、パーキンソン病に加えて抑うつや生々しい幻覚症状が見られるレビー小体型の認知症があり、これは全認知症者の約2割を占めるという見方もある。(飯島 2014:150)近年よく耳にする前頭側頭型認知症は、アルツハイマー病やレビー小体型認知症とは少し異なり、物忘れなどの記憶障害は比較的目立たないが、人格が変わったように反社会的行動をとること、同じ行動を繰り返す常同行動をすることが目立つようになる。(飯島 2014:165)そしてその前頭側頭型認知症に至る代表的な疾患はピック病であるともされている。(小澤 2005:18)

血管性認知症の多くは脳卒中が原因であり、これまでは脳血管性認知症と呼ばれていたが近年では、心臓などに起因する血管障害によっても発症することがわかっており、血管性認知症と呼ぶようになってきている。(飯島 2014:175)そのためここでも血管性認知症として述べることとする。血管性の認知症の多くは、脳の小さな血管に梗塞が数多く発生しすることによる多発性梗塞が多い。また、大きな梗塞により後遺症として認知症を発症することもある。前者の発症時期は明確ではなく徐々に認知症となるのに対し、後者は発症時期が明確であるが、意識障害などのその他の後遺症が治るのを待ってから認知症であるかを診断する必要がある。また、血管性認知症は、もともとは血管の病と考えられるため、これらの予防や治療を論じる際は、アルツハイマー病などの変性疾患とは全く異なるものとして考えなければならない。(小澤 2005:19)

以上のように認知症と言っても、様々な症状があり、その発症の程度や頻度、内容は人それぞれであり、認知症に至った原因の疾患にも様々ある。その事を理解すると、「認知症ケア」を単に一つのものとして考えることはできないだろう。

1. 3 認知症高齢者の現在の環境と必要なケア

ここまでの節で、認知症とはどういったものなのかについて、これまで認知症が辿ってきた道程や具体的な症状といった面から見てきた。そこで、本節では現在認知症の人が置かれている環境と、症状などから認知症の人に必要とされているケアについて述べていく。

認知症の人の置かれている環境を述べる上で、行政による政策について避けて通ることはできないがそれについては二章で詳しく述べることとし、ここではそういった制度によって認知症の人々がどういった環境に置かれているのかを述べる。

宮崎(2011:146)によれば、2000年以降は認知症の人を普通一人の人間として、主体的に生きられるようにするという見方が広まった。これにより、前節で述べたような隔離されることや家の恥と考えられるようなことは減って、現在では、認知症の人々が暮らす環境も様々な選択肢がある。現在認知症の人が療養・生活する場所には主に大きく分けて7つある。(宮崎 2011:16)在宅、精神病院を含む病院、特別養護老人ホーム、老人保険施設、宅老所・小規模多機能施設、認知症グループホーム、高齢者賃貸住宅・有料老人ホームなどである。それぞれを簡単に説明すると、在宅はもともとほとんどの認知症の人の居場所であり、昔から多くの認知症の人は自宅で家族からの介護を受けて暮らしてきた。在宅介護の質は昔と今では変わっているものの、現在でも認知症の人の約半数が在宅である。認知症が軽度の人から重度の人まで、在宅で訪問介護やデイサービスなどの通所サービスやショートステイなどの短期入所を利用しながら暮らしている。宮崎精神病院含む病院は1980年代までの家にいることのできなくなった認知症の人の主な行き場だった。特にそれまで精神病の

一種という扱いを受けていた認知症の人は、福祉や介護の対象ではなく、医療・治療の対象として病院に入院させられていた。特別養護老人ホームは1963年にでき、それまで身体障害で介護を要する高齢者が対象だったのが1980年に認知症の人も入所できるようになったことを機に認知症の人の居場所として現在も機能している。老人保健施設は、比較的新しく1988年にでき、医療と福祉、病院と在宅の中間的な存在として、医療保険適用施設として誕生した後、介護保険スタート以降は介護保険適用施設として一定期間利用する在宅復帰施設と位置付けられている。宅老所・小規模多機能施設は1990年代以降に作られた既存の病院や福祉施設とは異なる小規模で多機能な居場所で、地域密着で自立支援型であることが共通の特徴である。認知症グループホームは、2000年の介護保険スタートと同時に始まり、認知症介護の切り札として登場し小規模で共同生活をする場所で、現在全国に約1万カ所設置されている。最後に、高齢者賃貸住宅・有料老人ホームなどは、介護付高齢者住宅のような場所で、2000年以降の新たな動きとして多数出現しているものである。(宮崎2011:16-21)

次に認知症の人に必要なケアについて述べていく。まず、伊里(伊里ほか編2015:54)によれば、認知症のケアの定義は「健康で安全かつ心理的に安定を保ちつつ、個性や能力を發揮した継続的な生活を送ることができるよう援助すること」であり、彼らの尊厳を支えるために彼らの視点にたった生活の継続性をいかにして確保できるかが基本的理念である。そして、伊里(伊里ほか編2015:54)はそのための7つの視点として、健康状態が良好かどうか、安全が守られているか、その人の力が發揮できるか、安全や健康の視点で問題がないか、安心してかつ心地よく生活できているか、その人らしく振舞っているか、十分な支援体制が整っているかを挙げている。また、認知症の捉え方として、現在は、「医学モデル」から「生活モデル」の段階へ移行している。医学モデルは認知症が病気として扱われ、より正確な診断が求められる段階であり、認知症ケアの指針を医療とし、本人の立場からのケアは考えられていない段階である。それに対し、次の段階である生活モデルでは、医療と福祉が一体化したケアという制度領域が出現し、認知症の人が何に苦しみ、どんな不安を抱え、何を求めているのかを考え、それに対応していくという、認知症の人も同じ人として認め合い普通の暮らしを送るという考え方に変化し、認知症ケアが理論的に体系化されるようになった。(伊里2015:55)

そして、認知症の症状は、その人の身体や精神、社会やアイデンティティなどを含めた統合的なものから成り立っている以上、全てに対してアプローチするケアが必要であると考えられる。(竹内2005:128)そこで具体的には、身体にアプローチするケアとしてその人の体力や身体的活動性を向上させるもの、精神にアプローチするケアとしてその人の精神状態を理解し、混乱や不安のない心理状態を作り出すもの、社会関係へアプローチするケアとして孤独な状態から普通の生活の中にある役割や社会関係を回復させるもの、アイデンティティへアプローチするケアとして上記3つを通しつつ、その人らしさをもう一度取り戻すものが必要であると考えられる。(竹内2005:128-129)そして竹内(2005:148-175)によれば、このような認知症ケアを実現させるためには4つの原則がある。第一の原則は「共にある」で、これは認知症の人に対する基本的な姿勢であり、人間的な接し方をするということだ。認知症の人は理解しがたい状況の中で多面的な孤立状態に置かれており、その中で認知に障害を抱えているため、社会などとの接点を持つ手掛かりとして唯一作用するのは人との関係である。そのため共にあることは、認知症のケアにとって不可欠な心構えであり条件であると考えられる。第二の原則は「安定した関係」で、環境変化を小さくし馴染みある環境・関係の中で暮らすということだ。しかし安定した関係とはそれだけではなく、相互に人と人との関係が何らかのかたちで存在することを前提とし、その上でそれが安定していることが求められる。第三の原則は「行動の理解」である。ここで理解とは、相手の人生史を知るなどにより認知症特有の行動を自分に置き換えて納得し、受け入れるということであり、相手のことがわかることである理解とは異なるものである。このことは第一の原則である共にあることを補強するだけでなく、第四の原則への橋渡しとなるものでもある。第四の

原則は、「タイプ別ケア」である。これは、認知症のケアを、本人の状態を変え、次に状況との関係を変え、最後に状況・環境を変えるという3つの段階に分けられると考え、認知症の人にその段階を経るためのケアを提供するために、認知症の人のタイプを知的衰退型、身体不調型、環境不適合型、葛藤型、遊離型、回帰型の大きく6つに分け、それぞれに必要なケアがあるとするものだ。

以上より、認知症ケアには、共にある・安定した関係・行動の了解・タイプ別ケアの4つを原則とし、精神・身体・社会・アイデンティティへのアプローチが必要ということである。(竹内 2005:128-175)

2. 認知症高齢者ケア政策

前章では、日本の高齢化の現状をみた上で、認知症高齢者について、その歩んできた道程や症状を整理し、最後にケアのあり方をまとめた。本章では、認知症高齢者ケア政策について、まず1節で日本における高齢者政策の歴史をたどり、認知症高齢者ケア政策の変遷を見た上で、2節において現在行われている認知症高齢者ケア政策について述べる。そして3節では政策面における海外との比較のためスウェーデンにおける認知症高齢者ケア政策についてその歴史と現在について述べる。

2. 1 日本の認知症高齢者ケア政策の歴史

日本の高齢者福祉は他の多くの国がたどると同じような経過を経て発展してきた。中世から近世にかけての貧民に対する慈善事業、近年になっての困窮者への社会事業、低所得者層の国民に対する政府が行う無料の社会サービスという段階を経て、今日の国民の権利としての福祉サービスに至ったのである。(片多 2000:141)

永和(2009:47-76)によると、日本で最初に社会政策としての高齢者介護が始まったのは1963年老人福祉法である。老人福祉法の施行以前は、生活保護施設に身寄りのない高齢者を収容保護するのが唯一の高齢者福祉施策であった。老人福祉法では、訪問介護と特別養護老人ホームが法制化され、居宅介護と施設介護がなされるようになった。この法制化には2つの要因があったとされている。1947年の民法改正や高度経済成長による社会形態により高齢者に対する家族扶養機能が弱体化したという要因と、寝たきり老人と呼ばれる高齢者の増加に伴い家庭での介護に困窮する高齢者の家族が増加したという要因である。そして、1970年代初頭には、70歳以上の高齢者に対する医療費無料化や、厚生年金法と国民年金法の改正により老齢年金を2.5倍に引き上げ、特別養護老人ホームの入居者数を5万2300人に増加させるための社会福祉施設緊急整備5カ年計画など、高齢者への社会保障が進展した。しかし、1973年の石油危機によって日本の高度経済成長が終わり、公費支出削減のため福祉見直しが強く主張されるようになった。そのため、ショートステイやデイサービス、入浴サービスなどの在宅福祉に力が入られるように方針転換された。1979年には新7カ年計画が閣議決定され、「日本型ともいべき新しい福祉社会の実現を目指す」として、社会福祉とりわけ高齢者福祉への公費は抑制されるようになった。その後、在宅福祉対策の緊急整備、施設の緊急整備、寝たきり老人ゼロ作戦の推進を目標とし総額6兆円が投入された高齢者保健福祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン)が1989年に策定され、1990年から2000年までの10年間実施された。1995年には利用者本位・自立支援、普遍主義、総合的サービスの実施、地域主義の4つを基本理念とし、2000年までの間に総額9兆円を投入することが予定された新・高齢者保健福祉推進10カ年戦略(新ゴールドプラン)に改められた。ゴールドプランと新ゴールドプランには、高い整備目標を掲げ、在宅・施設サービスの整備を行ったことや、単なる数値目標ではなくしっかりと財源を確保し10年間に15兆円を投入し

たこと、これらプランを推進するために社会福祉関係八法を一括改正したこと、新ゴールドプランに現れているこれまでの日本にはなかった福祉理念やノーマライゼーションに基づいた施策を追求するなどの意義が見られる。そして、家族介護に依存していた日本型福祉を介護の社会化の推進へと方向転換したことは、最も重要な意義として考えられる。また、在宅介護支援センターの創設やホームヘルパーの研修制度、老人訪問看護制度の創設などの施策も行われた。そして、2000年4月から、高齢者介護は、介護保険法により介護保険制度の中で行われることになった。これにより高齢者介護制度は大きく変わる事となった。老人福祉法下では、高齢者介護は市町村による福祉の措置として行われてきたが、介護保険制度では、市町村によって要介護状態にあると認定された高齢者が、自身でサービス内容や事業者を決めサービスを利用することとなった。また、老人保険法では利用料を除くと全額公費負担だったが、介護保険制度では高齢者介護に要した費用の9割が利用者負担で残りの9割を介護保険料と公費で半額ずつ負担する仕組みに変わった。また、高齢者介護の利用者負担は従来所得に応じて費用を負担する応能負担方式であったが、利用したサービスの内容に応じて利用料を負担する応益負担方式となった。そして、社会福祉事業は極めて公共性が高いことから、従来は国や地方公共団体、民間では社会福祉法人を中心とした非営利法人のみ営むことが許可されていたが、社会福祉事業の規制緩和と競争原理の導入から、介護保険市場を競争化することでサービスの質の向上が図れるとして、一部の規制はあるものの営利企業を含む法人格を有する全ての団体の参入が認められた。(永和 2009:47-73)

日本での高齢者福祉制度がこのように発展してきた中で、認知症高齢者へのケア政策は1980年代後半から始まった。ここからは独立行政法人福祉医療機構のホームページを参考に認知症高齢者ケアの政策の歴史を見ていく。⁸認知症について行政が本格的に策を講じたのは、1986年のことである。厚生省が痴呆性老人対策本部を設置し、これを端緒に1989年に老人性痴呆疾患センターの創設、1997年に認知症対応型共同生活介護の制度化、2001年に認知症介護研究・研修センターの開設が行われた。2003年には当時厚生労働省老健局長の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、その中で「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述べられた。その後2004年に「認知症を知り地域を作る10カ年」が構想され、2006年には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が確立された。そして2008年には、今後の認知症対策をいっそう効果的に推進し、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」が組まれた。ここで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の研究・開発、早期診断推進と適切な医療の提供、適切なケアの普及および本人・家族の支援、若年性認知症対策が掲げられた。その後、近年になっても国民全体の認知症に関する理解が十分ではなく、認知症の人への支援が適切に行われておらず、行動・心理症状などが発症し、家族などの対応も困難となり、精神科病院への入院に至るケースが後を絶たなかった。そこで、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」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、厚生労働省が「認知症施策検討プロジェクトチーム」を設置した。このチームが、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、

⁸ 独立行政法人福祉医療機構 WELFARE AND MEDICAL SERVICE NETWORK SYSTEM 『認知症施策推進総合戦略(真オレンジプラン)制定までの経緯と概要について』

https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_orangeplan_exp1ain.html (2019. 10. 25)

2012年に、今後の認知症施策の方向性についてとりまとめ、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、標準的な認知症ケアパス、早期診断・早期対応、地域での生活を支える医療サービスの構築、地域での生活を支える介護サービスの構築、地域での日常生活・家族の支援の強化、若年性認知症施策の強化、医療・介護サービスを担う人材の育成という7つの視点からの取り組みを掲げた。そしてこれに基づき、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オレンジプランと呼ばれる認知症施策推進5か年計画を策定し、2012年に公表した。⁹そして、2015年にはこの認知症施策推進5か年計画を改める形で新オレンジプランと呼ばれる「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～」が発表された。厚生労働省によると、この認知症施策推進総合戦略でも7つの柱が定められ、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、若年性認知症施策の強化、認知症の人の介護者への支援、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、認知症の予防法・診断法・治療法・リハビリテーションモデル・介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、認知症の人やその家族の視点の重視が挙げられ、それぞれに具体的な政策が定められた。¹⁰

2. 2 日本の現在の認知症高齢者ケア政策

前節では認知症高齢者ケア政策がどのように歩んできたかその歴史を見てきた。では、現在認知症高齢者ケア政策はどのように進められているのか、本節で述べていく。

現在認知症高齢者施策の中心となっているのは、2019年6月に発表された「認知症施策推進大綱」である。厚生労働省は発表に際して、「認知症施策推進関係閣僚会議において、『認知症施策推進大綱』を令和元年6月18日にとりまとめました。認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる『共生』を目指し、『認知症バリアフリー』の取組を進めていくとともに、『共生』の基盤の下、通いの場の拡大など『予防』の取組を政府一丸となって進めていきます。」と述べている。¹¹

認知症施策推進大綱は、認知症が多くの人身近なものになっていることを受け、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、「共生」と「予防」を両輪として、団塊の世代が75歳以上となる2025年間までの施策として定められている。

また、この大綱は、普及啓発・本人発信支援、予防、医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、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、研究開発・産業促進・国際展開、の5つを柱としており、これらはすべ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している。そこで、柱を1つずつ見ていくこととする。

第1に、普及啓発・本人発信支援について述べる。まず基本的な考え方を、「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

⁹ 注1に同じ

¹⁰ 厚生労働省『認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)』

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> (2019.10.25)

¹¹ 厚生労働省『認知症施策推進大綱について』

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html (2019.10.25)

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。」としている。¹²そしてまず、認知症の人と地域や職域で関わる人が多いことが予想される人々や、人格形成時期である子供や学生に対しての養成講座の拡大や、世界アルツハイマーデー及び月間において認知症に関する普及・啓発イベントの実施、地域の図書館を認知症に関する情報発信の場としてするなど、認知症に関する理解促進のための具体的な方策として定めている。次に相談先の周知のための方策として、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の総合的整備や、認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じて、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れを示したものである認知症ケアパスを活用し、認知症の基礎的な情報や具体的な相談先や受診先の利用方法などが伝わるようにすることなどを定めている。そして、認知症の人本人からの発信支援のための具体的な方策として、世界アルツハイマーデーや月間のイベント等で認知症当事者からの発信の機会を拡充することや、認知症当事者同士が自身の希望や必要なことを語り合う「本人ミーティング」活動を一層普及させるなど、自治体はこのような場を通して当事者の意見を把握し、その視点から認知症施策の企画立案や評価に反映するよう努めることなどが定められている。

第2の予防では、「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」ことを目的としている。認知症予防に資する可能性が示唆されている運動不足の改善や生活習慣病予防等のため、地域において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活動等の促進や、認知症の発症遅延や発症リスク低減、早期発見・早期対応のため、かかりつけ医や保健師などの専門職による健康相談活動の促進、認知症予防に関して飛び交う多くの情報についてエビデンスの収集・分析を行い、予防に資する活動の展開を図ることなどを具体的な方策としてあげている。

第3の医療・ケア・介護サービス・介護者への支援では、認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を個性・想い・人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できることやできる可能性のあることに目を向けて、地域社会の中で馴染みの暮らしや関係を継続できるように支援することが重要であるとしている。そこで本人主体の医療・介護の原則として、その提供者が認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の累計や進行段階を十分理解し、容体の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを徹底すること、また、一人暮らし高齢者の増加に伴う一人暮らし認知症高齢者ケアのため、その実態の把握・課題の整理・先進的な取り組み事例の収集をすること、軽度認知障害を含む認知機能低下のある人や認知症の人に対して早期発見・早期対応ができるようにかかりつけ医や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質の向上及び連携を強化することなどを具体的な方策としてあげている。

第4の認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援では、認知症の人も含め、様々な生きづらさを抱えていても一人ひとりが尊重され、その本人に合った形での社会参加が可能となる「地域共生社会」に向けた取り組みが重要であるとしている。具体的には、認知症の人の多くが認知症になることで、様々な場面で外出や交流の機会を減らしている実態から、認知症になってからもできる限り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」の取り組みの推進や、認知症バリアフリーな商品やサービスの開発促進が挙げられる。

第5の研究開発・産業促進・国際展開では、発症や進行の仕組みが未だ十分に解明されておらず根本的治療薬や予防法が確立されていない認知症について、仕組みの解明や予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデルの研究開発などを様々な病態やステージ

¹²厚生労働省『認知症施策推進大綱』

<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2019. 10. 25)

を対象に進めることが挙げられている。また、認知症が経過の長い疾患であり、その研究には長期的な計画が必要であることから安定的に研究を継続する仕組みを構築することや、研究開発の成果の産業化、介護サービス等の国際展開を推進することも挙げている。

2. 3 スウェーデンでの認知症高齢者ケア政策の歴史と現在

スウェーデンの高齢化率は、1950年代の初め日本の高齢化率がまだ4%にも満たなかった時、すでに10%を超えており、世界一早く高齢化を遂げたため、高齢者政策においても長い歴史と豊かな経験を持っている。(上野ほか編 2008:32)そこで、福祉国家として名高く、高齢者及び認知症高齢者ケアにおいても優れた政策を行っている国として、ここでは、スウェーデンの例を挙げる。

スウェーデンは高齢者福祉に限らず福祉制度全般において、大きな政府で高負担・高福祉である。(奥村 2010:22)その他にもスウェーデンの福祉の特徴をいくつか述べておく。所得上の平等や男女平等などの意識が強く、連帯意識も強い。そのため、福祉面においては、連帯・平等・構成について社会サービス法第1章第1条に明確に示されており、医療や福祉の財源が税金であることは連帯の表現であるとされている。また、スウェーデンでは、強い地方自治の伝統があるため、国の枠組みの元で自治体に任されているものが多く、自治体間の格差が生まれることから平等や公平という観点から議論がなされている。例えば、高齢者ケア費用は、国の最低保証額及び最高保証額の中で地方自治体によって自由に改定される。(奥村 2010:23)そして、実際のサービスの策定と提供は自治体の判断によって行われており、国家として政府主導の大規模な財政出動は難しく、政府は国家ガイドラインの作成と評価制度の整備、人材育成を軸とした政策を打ち出している。(高野 2013:55)

現在のスウェーデンの認知症高齢者ケア政策について触れる前に、その成立までの歴史的過程を大まかに述べることにする。高島(2007:164-168)によると、スウェーデンでは、中世から高齢者の世話をするのは家族の役割と考えられ、1300年代には親に対する子供の義務についての法令ができ、1500年代中頃にはそれまで教会が行ってきた高齢者を含む集団的救済を目的としたホスピタルの運営を行政に移管させ、同時に家族の介護を受けられない高齢者のための介護小屋の設置を国が教区に義務付けた。1763年に初めての救貧法制定により、村民の納税義務などが規定され、その後も改正を繰り返し1918年の改正では高齢者のための老人ホーム設置等が義務付けられた。1913年には極めて低い水準ではあるものの全国民を対象とする世界で初めての年金制度である年金保険法が成立した。また、1896年に国内初の老人ホームが設置されて以来、1910年代には老人ホームが一般的に使用される言葉となり1918年の救貧法改正では、老人ホームが公式に認知され、日本の市町村に相当するコミューンに設置義務が課されることとなった。しかし、当時の老人ホームは居住水準の低さやプライバシーの欠落等の理由から必要なケアが受けられるにもかかわらず老人ホームを避ける高齢者が少なくなかった。そこで、1930年代になると年金生活者の住宅問題解決のために年金生活者住宅が建設され始め、それらの住宅の中には作業療法のための部屋が設けられたものもあり、これは現在の高齢者デイセンターの端緒ともいえる。(高島 2007:164-168)その後、作家のイーバル・ローヨハンソンが老人ホームという隔離された施設を「姥捨て山」に例えて告発した。老人ホーム批判は第1に社会から隔離された施設であること、第2に老人ホームの権威性、第3に老人ホームに知的障害者、精神病患者、長期療養者が一緒に入所させられていることが挙げられた。これをきっかけに1950年代前以降老人ホーム批判が高まり、1950年の選挙で初めて、高齢者問題が政策的となった。(奥村 2010:47)1950年代はその他にも住宅スタンダード向上のための補助金支給、老人ホーム建設のための国庫補助の導入、高齢者のための住宅手当の支給が始まった。1957年には、社会福祉委員会において、初めてノーマライゼーションが強調され、在宅で独立した生活を送ることを援助するという在宅主義が掲げられるようになった。1960年代から1980年代にか

けては年金制度の充実、高齢者ケアの充実が進んだ。年金制度については、1960年から収入に比例した付加年金制度が実施され、1969年には付加年金のない高齢者のための年金補助が始まった。そして1974年には年金支給年齢が65歳まで下げられたことで高齢者の経済的基盤が向上し、大多数の高齢者が救貧政策の対象ではなくなった。高齢者ケアについては、1963年から翌年にかけて行われた社会政策委員会で、高齢者住宅の改善、ナーシングホームの建設、ホームヘルプの充実を構想し、その結果1964年からホームヘルプに対する国庫補助やナーシングホーム建設のための融資が始まることとなった。その後1990年代初期までに、1960年代後半から起こっていた前近代的な社会福祉関係法への批判に対し、政府は見直しのための委員会を設置し1982年には高齢者の自立した生活と在宅主義を強調する新しい社会サービス法が施行された。(奥村 2010:48-51)

このような過程を経たスウェーデンの高齢者ケア政策はその後将来の高齢者数及び医療費の増加に備え、高齢者に対するサービスや介護制度の見直しを図るため、高齢者や医療福祉に関する法律を1992年に施行した。この一連の改革をエーデル改革といい、その改革の内容は大きく4つに分類できる。保健医療と福祉の統合、コミュニケーションに対する社会的入院日支払い責任、コミュニケーションの財源保障、日本の都道府県に相当するランスティングからコミュニケーションへの5万人以上の高齢者医療スタッフの移動である。(高島 2007:171-174) これは、ヘルスケアを地域のケアの中に組み込むことが意図されている側面があり、ランスティングとコミュニケーションの医療と介護についての責任の明確化や高齢者住居におけるヘルスケアの提供など統合的なケアの提供体制を目指すものであった。(高野 2013:55)

そして奥村(2010:97-106)によると、近年のスウェーデンの高齢者ケア施策は、大きく3つに分けて述べることができる。まず1つ目が高齢者国家行動計画である。これは、1998年の法案であり、1999年からの3年間で行うべき政策が挙げられたものである。ここでは社会サービス法の一部改正や、ナーシングホームなど的高齢者のための特別な住居への金銭的補助、高齢者ケア研究への金銭的補助、高齢者ケアにおける管理者等を対象としたセミナーの開催、行政庁と社会庁等の監査機能の強化、移民者を含む十分な年金をもらうことができている高齢者のための高齢者生計援助法による社会保険給付などが盛り込まれた。次に2つ目は2006年に政府が提出した高齢者ケア十カ年戦略である。ここでは、良質の介護と看護、住居、社会的ケア、全国的平等と地方での発展、予防的業務、職員の6つの分野において分野ごとに改善の必要性を詳細に述べられた。2006年の経済政策法案では10年間で100億クローナの予算が発表され、また法案の決定に伴い保健医療法や社会サービス法、地方自治法なども改正された。その後スウェーデン国内での政権交代により、高齢者ケア十カ年戦略は消滅したが、実質上は保守政権がこの内容を引き継ぐ形となった。(奥村 2010:97-107)

高齢者ケア政策が世界的に見ても比較的早い段階から重要視され、発展してきたスウェーデンでは、認知症高齢者ケアについても世界の多くの国にとって参考となる政策を行っている。ここからは、スウェーデンの認知症高齢者ケア政策の現状について述べる。

スウェーデンでは、認知症をもつ人が2025年には18万人、2050年には24万人になると予想されているが、地方財政は逼迫した状況にある。そこで政府として早期の診断体制や認知症医療やケアの構造化、評価制度などの整備、スタッフの教育の充実といった取組に加えて、ヘルスケア部門の資源の効率的な使用、自治体におけるヘルスケアプログラムの立案や活動の指針、そして地理的差異があっても科学と臨床実験に基づいた活動がなされるように支援することを目的とした国家ガイドラインの整備を進め、2010年に発表された。(高野 2013:56) スウェーデンの認知症国家戦略では基本理念はとして、病院中心から地域中心へ、医療から脱医療へ、そして可能な限り住み慣れた自分の家で暮らすことができるような社会を目指し、person-centered care が掲げられている。このガイドラインは、良いケアに必要な不可欠な点、診断の進め方、薬物療法について、看護介入について、心理社会的活動、家族及び親族に対する心理社会的支援の6分野157項目からなるアクションリストを提示しており、各項目は医学・保健・医療経済など、国内・国外のエビデンス、日常のケアで

推奨されない介入、質と効果の適切な指標や期待される効果などが含まれ、それぞれ施行するにあたって優先順位によって10段階のランク付けがなされている。(高野:2013:56)例えば、良いケアに必要な不可欠な点は、他職種の専門家のチームワーク、実践的な訓練とスーパービジョンを組み合わせたヘルスケアに関わるスタッフの教育について、高い優先順位をつけている。診断の進め方については、初期の診断及びCTやMRIなどの画像診断、その他専門的検査について触れている。薬物療法については、抗認知症薬について優先順位を高く設定している一方で、行動及び精神症状に対する薬物療法は低く設定し、心理社会的活動では、身体活動を含む個人の要望に沿った活動や認知症の人の要望に即したデイケア、レスパイトケアや教育、各個人に合わせた心理社会的支援などに高い優先順位をつけている。また、現場スタッフに対する教育も推進されており、ガイドラインでも高い優先順位がつけられ、各自治体や施設に対して積極的な取り組みを促している。また、ガイドラインでは現場の介護スタッフの教育にも高い優先順位がつけられており、高野(2013:58-59)によると、ストックホルムではプライマリケアスタッフや老年科の医師だけではなく、市の職員に対しても高齢者ケアの教育が行われている。その他看護師等に対しても手厚い教育が用意されており、Webによる研修やその後の認知症ケアのための講義が行われている。修了者には証明書が発行され、彼らは各地の認知症ケアにおいて指導的な立場として活躍している。一般向けの教育プログラムとしては、認知症センターによるWEB学習プログラムが無料で公開されており、試験の合格者には終了証明書が発行され、2010年段階で5万人以上が受講している。そして、スウェーデンでは、これまで臨床情報やケアの実態についての情報が十分に集取できていなかったという課題から、政府や自治体が協力してその普及を進めているレジスター制度と呼ばれる臨床情報などの登録制度が整備されている。また、ガイドラインの目的達成のため、レジスター制度によってその達成度を評価し、年間で10億クローナ(日本円で約100億円)に及ぶ予算を、目的を達成した自治体に補助金として分配する制度を活用している。例えば、認知症に対する抗精神病薬の使用について着目した取り組みとして、それまでナーシングホームでの抗精神病薬の使用率が16~17%であったのを、10%まで減少させることを目標として補助金を設定した。すると、以前は2つのランスタイングでのみ達成されているに留まっていたが、目標の設定から1年経たずに全てのランスタイングで達成することができたという成果を残している。(高野:2013:56-60)

3. 認知症高齢者ケアの実践と課題

前章では、認知症高齢者ケアにおける政策について日本の高齢者政策の歴史をたどった後、現在の認知症高齢者政策を述べ、比較のためにスウェーデンにおける政策についてその歴史度現在を述べた。

本章では、認知症高齢者ケアの実践についてまず1節で日本における事例について日本の認知症高齢者ケアの現状について知り、そして2節でスウェーデンの実例をあげ認知症高齢者ケア先進国の現在について述べる。

3. 1 日本における実践とその例

平成22年に厚生労働省は、日本における日常生活自立度が2以上の認知症高齢者280万人の居場所別内訳において、140万人が居宅で生活しており、グループホームが14万人、介護老人福祉施設、介護老人保険施設等、医療機関でそれぞれ41万人、36万人、38万人が

生活していると発表している。¹³ケアを必要とする認知症高齢者の約半数は居宅で生活していることから、家族等によるケアや在宅ケア、デイサービス等のケアを受けていることが考えられる。

認知症高齢者ケアの種類は大きく分けてもいくつかあるが、ここでは日本で一般的な認知症高齢者ケアについて在宅・訪問介護、デイサービスなどの通所介護、施設等で生活する特別養護老人ホームやグループホームなどの3種類についてそのケアのあり方を述べていく。

まず在宅・訪問介護とは、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、ホームヘルパーが利用者の自宅を訪問し生活の支援をするものである。その他自宅に訪問する形で行われるケアには訪問看護、訪問入浴、夜間対応型訪問介護などがある。また、ケアマネジャーが利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡調整を行う居宅介護支援もある。¹⁴

次にデイサービスなどの通所介護とは、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的としているものである。利用者が通所介護の施設に通い、施設では食事や入浴などの日常生活上の支援や生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日狩りで提供し、生活機能向上グループ活動など的高齢者同士の交流もあり、施設は自宅から施設までの送迎も行う。¹⁵通所介護の中には認知症ケアに重点を置いた認知症対応型通所介護も存在している。ここでは通所介護の施設で行われるケアに加え、認知症の利用者を対象とした専門的なケアを提供している。¹⁶

最後に特別養護老人ホームやグループホームなど施設で生活するケアについて述べる。特別養護老人ホームでは入所者が可能な限り在宅復帰できることを念頭に、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話など提供し、入所者の意思や人格を尊重し入所者の立場に立ってサービスを提供するものである。¹⁷そして、認知症対応型共同生活介護であるグループホームでは、認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供している。認知症の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よう、グループホームに入所し、家庭的な環境と地域住民との交流の元で、食事や入浴などの日常生活上の支援や機能訓練などのサービスを受けることができる。ここでは、1つの共同生活住居に5から9人の少人数の利用者が介護スタッフとともに共同生活を送っている。¹⁸その他、施設で生活するケアには、介護老人保健施設や介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護、新城密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護などがあり、これらはすべて可能な限り自立した日常生活

¹³ 厚生労働省『認知症高齢者の現状(平成22年)』

https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryuu/2013/d1/130607-01.pdf (2019. 10. 30)

¹⁴ 厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索 公表されている介護サービスについて』
<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/> (2019. 10. 30)

¹⁵ 厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-通所介護』(
<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group7.html> 2019. 10. 30)

¹⁶ 厚生労働省『介護事業所生活関連情報検索-認知症対応型通所介護』
<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group10.html> (2019. 10. 30)

¹⁷ 厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-介護老人福祉施設』
<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group14.html> (2019. 10. 30)

¹⁸ 厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-認知症対応型共同生活介護』
<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group18.html> (2019. 10. 30)

を送ることができるように入所してケアを受けることができる施設である。

以上3種類が日本で多く利用されている認知症高齢者ケアであるが、これらの中には、デイサービスや通所介護や特別養護老人ホームなど要支援度によって、利用可能範囲に差異があるものや利用自体ができないものがある。また、費用もケアの種類によって異なり、利用者が必要なケアや経済的状况によって選択することができる。

このように在宅、グループホーム、デイサービスなど様々な形態による認知症高齢者ケアが存在する中で、日本における認知症高齢者ケアの前線をいく例として、デイサービスにおける先進例と、認知症高齢者ケアをより大きな範囲で見たときに重要となる地域連携の先進例の2つをそれぞれ取り上げる。

まず、日本におけるデイサービスの例として、京都府健康福祉部が行っている京都式えらべるデイサービスについて述べる。京都式えらべるデイサービスとは、簡単に表現すると、運動、ものづくり、音楽など数種類の活動を用意し、高齢者たちの希望を聞きながら小グループに編成し、一度きりではなく一定期間にわたり計画的に取り組む、組織的に運営されるレクリエーション活動である。(佐藤 2011:33) 2009年の段階で40以上の施設が始めている京都式えらべるデイサービスの目的は、京都府によると、「高齢者が楽しみ・やりがいを感じながら、意欲を持って自主的・継続的な活動に取り組めるよう個別ケアを実施することにより、生活機能を向上させ、介護予防となることを目的としたデイサービスを提供する。」とある。¹⁹佐藤(2011)によれば、ここには楽しみとやりがいに続く、キーワードが示されているという。それは、やらされるのではなく意欲を持って自主的継続的に進んでやることであり、受動的な活動から能動的な活動を目指すということである。現場での実践例として、デイサービスの他にも、特別養護老人ホーム、ショートステイ、地域包括支援センターや居宅介護支援事業を展開している本能という事業所について述べる。ここでは、4つの班に分かれレクリエーション活動を行っているが、各班にリーダーがおり、希望者を募ってメンバーを調整し決定する、また会議でレクリエーションの内容を話し合うなど、可能な限り自主運営のスタイルに近づけようとしている。(佐藤 2011:40) また、スタッフの積極的で効果的な働きかけや語りかけにも特徴がある。ネガティブな言葉や否定的な言葉が決してないということと、過去の記憶につながる問いかけや話題の提供を実践しているということである。これらは認知症高齢者介護の場では意識されるべきものとされているが、スタッフがこれらを高いレベルで実践している。これにより、グループ活動の人数が多くなることで認知症の重度の利用者が目立ってしまうといった問題を解消している。(佐藤 2011:41-43) 佐藤(2011:43-50)によると、京都式えらべるデイサービスの実施マニュアルからそのスタイルを利用することで、それぞれの施設がより良いケアのあり方ややり方を模索するなど、京都式えらべるデイサービスは一定の成果をもたらしており、今後の展開に期待できる事業である。

次に、日本における地域連携の例として、医療の充実と先進性が全国に知られている広島県が県をあげて進めている認知症高齢者の総合的なケアのための地域づくりの取り組みを、具体的に廿日市市の例をあげる。廿日市市は広島県西部にあり、人口約12万で高齢化率は約20%と高齢化の進んだ自治体である。²⁰廿日市市では、1997年にそれまでの認知症高齢者を中心とした集いであるシルバークラブの運営難から、認知症高齢者ミニデイサービスと、民生委員やボランティアが支える高齢者の集いを中心として再出発した。初年度は週1回、廿日市高齢者ケアセンターで、1日に5人ほどの認知症高齢者、4名ほどのボランティアスタッフ、専任スタッフを配置する形でミニデイサービスを行った。その際に、認知症を専門

¹⁹ 京都府『京都式えらべるデイサービス推進事業-新たなサービスのあり方を求めて』
<https://www.pref.kyoto.jp/kaigo/1184899027033.html> (2019. 10. 30)

²⁰ 廿日市市『国勢調査』
<https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/soshiki/10/10962.html> (2019. 10. 30)

とする医師がケース検討会に講師として参加するなど専門医との連携も図り、翌年からは利用者家族の声を参考にボランティアスタッフが実際に家を訪れる訪問活動を開始した。2007年からは、社会福祉協議会が中心となって、廿日市市高齢福祉課、警察署、消防署、民生委員、家屋の会を構成メンバーとする徘徊高齢者家族支援サービス事業に取り組む体制を作った。この事業では徘徊などによって行方不明になった高齢者の捜索協力について、家族から関係機関への情報伝達や市内の無線での呼びかけまでの流れをスムーズにし、迅速に幅広い地域を見てもらうことを可能にした。また、認知症高齢者のいる各家庭に位置情報を検索することができる徘徊探索機の貸し出しも行った。(佐藤 2011:92-105)このような活動を通して認知症高齢者ケアを地域として根付かせる活動を行ってきた廿日市市では2003年から認知症専門ボランティア養成講座で培ったノウハウを活かし、やすらぎ支援員養成基礎講座として専門ボランティアの基礎を講座として行い、2011年は106名が基礎講座を受講した。受講者には軽度の認知症の人が集まるサロンの運営や訪問活動を行っている。市民の人たちが独自に活動するサロンの数は社会福祉協議会が把握しているだけでも100か所ほどあり、自宅や集会所、公民館を利用しやすらぎ支援員が中心となって活動している。(佐藤 2011:106-107)このように廿日市市では認知症高齢者に対する取り組みが早い時期から進んでおり、様々なスタイルが模索されてきた。佐藤(2011:92)は、認知症高齢者ケアに対して連携できる地域づくりの為には、認知症に対する住民の意識啓発とともに、それぞれの取り組みをどう結んでいくかが重要であるとしている。その点で、早くから認知症高齢者ケアに対する地域連携活動を行ってきた廿日市市は様々な取り組みを通して得たノウハウなどがあり、現在でも先進性のある自治体なのではないだろうかと考える。

3. 2 スウェーデンにおける実践とその例

前章に引き続き、日本との比較においては認知症高齢者ケア先進国であるスウェーデンの取り組みについてあげる。スウェーデンでは高齢者の約93%と大多数が自分の家に住み続けており、その高齢者のほとんどが単独あるいは配偶者と生活していて、高齢者がその子供と同居するケースは約3%と非常に少ない。(高島 2007:176)これは前章で述べたように高齢者が在宅で暮らすことができる社会を構築しようとしてきた成果である。このように、スウェーデンの認知症高齢者の多くが自宅で暮らしているが、その中には一般の住居と特別な住居という区別がある。そこで、まず一般の住居で暮らしている認知症高齢者の在宅ケアについて述べていく。

スウェーデンでも一般に認知症が軽度の場合は、在宅にてデイケアおよびホームヘルプを受けながら暮らし続けるのが良いと言われている。そして必要に応じてショートステイが行われる。ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイなどの申請は本人や家族によってコミューンの福祉事務所に対して行われる。市は、申請を受けて介護ニーズ認定者が本人の元へ訪問し、必要性の調査決定を行い、その後実際にケアが行われることとなる。(奥村 2010:189)一般の住居で暮らしている認知症高齢者の中で最も利用者の多いホームヘルプサービスについて述べる。ホームヘルプサービスは日本と同じように高齢者に対して、自宅で身の回りの介護、家事援助、看護などによって自立生活を援助するものである。また、ホームヘルプサービスと併せて配食サービスや入浴サービスがあるだけでなく、過疎地帯や地理的に孤立して生活している者に対してコミューンと郵便局の協定によって郵便配達員によるサービスも存在している。また、介護ニーズは一日中ある中で、ホームヘルプサービスが行われる日中以外の時間に対応するため、ホームヘルパーや看護師が介護者の自宅を車で巡回、緊急呼び出し電話への対応をするナイトパトロールサービスがある。(高島 2007:176-178)次に、デイサービスはスウェーデン国内に約1500か所あるデイセンターで行われ、誰でも参加できるオープンな部分と、ニーズがあると認定された人だけに提供される部分とに分けられる。後者では個別的なニーズに基づく機能訓練や、認知症の症状の程度によって一般的に8人程度の高齢者に対し3人程度の職員で構成されるデイケアが行われ

る。(高島 2007:179-181)また、認知症高齢者のためのデイケアは週日の昼間しか行われていないのが一般的であるが、夜間及び週末のデイケアの必要性も指摘され、一部の市ではすでに年間 365 日機能しているデイサービスセンターも出てきている。(奥村 2010:190)高島(2007:181)は、このようなきめ細やかなデイケアと 24 時間体制のホームヘルプサービスの実現によって、認知症をもつ一人暮らしの高齢やでも施設に入居せずに自宅での生活を続けることが可能になったのであるとしている。

次に、スウェーデンの認知症高齢者の約半数が暮らしているとされている特別な住居での在宅認知症高齢者ケアについて述べる。藤原(2009:76-77)は、そこに暮らしている人を、デイケア等を受け一般の住居に住む人とは区別して表現しているが、どちらに住んでいても自宅で暮らしていることに変わりはないとし、このスウェーデンの状況を「施設はもはや存在しない」とも表現している。一つの例として、藤原(2009:76-108)が取材し述べているスウェーデン南部のエスロブ市に 7 つある特別な住居の内の一つ、トロールホゴーデンの例をあげる。ここには、70 戸のアパートがあり、6 つのユニットに分けられ、内 4 つが高齢者住宅、内 2 つが認知症ケアユニットとされている。1 つのユニットに 14 人の居住者がおり、3 人のスタッフがケアにあたっている。自立度は様々で、14 人の居住者のうち約半数は自分で起床し身支度もしている。それぞれの居住者が自分の好みの食事を食べる。また、自室で食べる人や食堂で食べる人など個別性を重視したサービスが提供されているため、スタッフが一人一人の細かな好みを聞いて回ることも欠かせない。また、スウェーデンは移民や難民を受け入れており、エスロブ市でも移民や難民の割合が 17~18%とされている。21 世紀に入り、移民や難民だった人が認知症になり、スウェーデン語を忘れ母国語しか話せなくなるという問題が起きている。しかし、移民や難民の人がスウェーデン語を学習し、ケアの資格を取り、特別な住居でもスウェーデン人スタッフと共に働くことで問題は解決されている。スウェーデンの医師バルプロ・ベック・フリス氏が、認知症の人々を病院で介護するのは間違っており、家庭的な雰囲気の中で暮らすことで残存能力を維持できるとし、1985 年に認知症ケアユニットの原型を作ってから、スウェーデンでは認知症の人々に必要なのは家庭的な雰囲気であると言われるようになった。当時はエーデル改革前であったもののスウェーデン中に波及し、その取り組みは日本にも広がっていった。しかし、日本の認知症の人々が暮らすグループホームが一軒家で共同生活をするというイメージがあるのに対し、トロールホゴーデンは一人一人がアパートに住んでいると表現するのが適切である(藤原 2009:90-91)。本人の意思を尊重するケアを表すエピソードとして藤原(2009:93-94)が述べているものを紹介する。脳卒中の発作にあい、喫煙の習慣を除いてほとんどの記憶を失ったあるお年寄りが、喫煙をしている、というものである。スウェーデンでは喫煙の習慣が悪習と考えられているが、タバコは健康に悪いや、火事が起こると困るなどと言ってたばこを取り上げることではなく、スタッフは、本人の自由意志を尊重し、バルコニーのベンチにそのお年寄りをこまめに連れ出し、喫煙を許可していた。また他にも、認知症ケアユニットでの夕食が終わり、共有の居間でくつろいでいたお年寄りたちは午後 7 時前から徐々に自分のアパートに戻っていくが、午後 8 時半をすぎても共有の居間から動かないお年寄りがおり、2 人のスタッフが入れ替わりで部屋に戻ることを勧めたが、そのお年寄りは動かなかった。午後 9 時になったがスタッフはそのお年寄りを無理やりアパートで連れて行くことはせず、深夜勤務のスタッフに引き継いで帰宅した。(藤原 2009:93-94)このようなエピソードが示すようにスウェーデンの認知症ケアでは、本人の意思の尊重ということが徹底的になされている。

4. 今後の認知症高齢者ケアの在り方

ここまで、認知症高齢者のケアについて日本とスウェーデンの歴史や政策、実践の現状を

述べてきた。最終章である本章では、第3章までの内容を踏まえ、これからの日本の認知症高齢者ケアの在り方を提示し、実現のために必要な制度や自治体、事業所、労働者のあり方について述べていく。

4. 1 現在の認知症高齢者ケアの課題

第1章で述べたように認知症高齢者ケアの定義は「健康で安全かつ心理的に安定を保ちつつ、個性や能力を発揮した継続的な生活を送ることができるように援助すること」であり、彼らの尊厳を支えるために彼らの視点に立った生活の継続性をいかにして確保できるかが基本理念である。(伊里ほか編 2015:54) また、認知症ケアには、共にある・安定した関係・行動の理解・タイプ別ケアの4つを原則とし、精神・身体・社会・アイデンティティへのアプローチが必要である。(竹内 2005:128-175) この考え方をもとに、認知症高齢者ケアについて第2章及び第3章の内容から現在の日本における課題点を3つ挙げていく。

まず1つ目に、日本に暮らす認知症高齢者の自宅で生活する割合が低いことが挙げられる。スウェーデンに暮らす高齢者の93%が自分の家に住み続けていることと比較すると日本の在宅割合は低いことがわかる。日本でも認知症の捉え方が医学モデルから生活モデルに移行した現在、認知症高齢者が「普通の暮らし」を実現し、よりよく生きていくためには施設や病院で暮らしている認知症高齢者の割合を下げる必要があるのではないかと考える。また、認知症ケアの原則として竹内(2005:128-175)が共にある・安定した関係をあげていた。認知症の高齢者がそれまでと同じように暮らしていくために住み慣れた地域や家で暮らしていくことが重要であると考えられる。そして、認知症高齢者の在宅割合が低い日本であるが、スウェーデンの認知症高齢者がその子供と同居している割合が3%であることを考えると、日本では家族の介護負担が比較的高いことも考えられる。認知症施策推進大綱にも介護者への支援についての言及はあり対策は講じられているが、家族と同居することに対する文化的差異も存在する中で、より家族の介護負担を減らし認知症高齢者が自立して暮らしていけるようにするためには現在の政策では不十分ではないかと考える。

2つ目に、認知症施策推進大綱の実現可能性という点が挙げられる。認知症施策推進大綱がまとめられる以前に認知症高齢者施策の中心となっていた認知症施策推進5か年計画や認知症施策推進総合戦略においては、記載されていながら実現できていないものが多くある。そういった中で定められた認知症施策推進大綱にはどれだけの実現可能性があるのか疑問を持つ。これまでに設定された目標が達成されてこなかった原因は、認知症高齢者ケアにおいて、実際にケアが行われている現場の声が届きにくいことではないかと考える。国家として認知症高齢者ケアに対する施策を講じるのは重要であるが、実際の認知症高齢者ケア現場と認知症施策推進大綱をまとめた国とではその見え方に違いがあるだけでなく、現場の声も届きづらいのではないかと考える。それによって達成できない目標や、現場のニーズとはずれたケア目標の方向性などが生まれていることも実現可能性の低さにつながっているのではないかと考える。

3つ目には、社会への認知症高齢者及び認知症高齢者ケアに対する知識の普及、認知症高齢者ケアスタッフへの教育という点が挙げられる。日本では認知症というものの社会に対する普及活動が未だ発展途上であり、認知症高齢者が地域で暮らしていくためのハードルとなっているのではないかと考える。また、認知症高齢者ケアを行うスタッフに対しての知識情報提供や教育が、スウェーデンと比較して十分ではない。竹内(2005:128-175)によると、認知症ケアには4つの原則があり、タイプ別ケアについても大きく分けて6つあるが、これらが現場で実現されるためには、現在の認知症高齢者ケアスタッフ教育は不十分であると考えられる。

4. 2 より良い認知症高齢者ケアを実現するために

最後に本節では、前節で述べた課題点を解決し、より良い認知症高齢者ケアを実現するための方法を考察する。そこで、スウェーデンとの比較を通してより良い認知症高齢者ケアを実現するための方法を提案していくが、ここまでの章でみたように日本とスウェーデンでは認知症高齢者ケアについてたどってきた歴史や文化的背景が異なることから、スウェーデンの方策をそのまま日本でも実施し実現するのは難しい点もだろう。しかし、認知症高齢者ケア先進国のスウェーデンを参考にすることで、より良い認知症高齢者ケアを日本でも実現する近道になるのではないかと考える。

まず 1 つ目の課題を解決するために、日本における特別養護老人ホームやグループホームといった多くの認知症高齢者が生活の拠点としている施設の変革が求められるのではないだろうか。スウェーデンにおける特別な住居は、日本でいうと高齢者賃貸住宅や有料老人ホームに近いものではあるが、日本には存在していないものである。現在の日本では家族介護なしでは自宅で生活することが困難な認知症の症状を持った人でも、あくまでも施設ではなく自宅で自立して暮らすということを実現しているスウェーデンの特別な住居は、1 つ目の課題を解決する為の一番の方法であると考え。また、夜間や 365 日行われているデイサービスセンターが日本でも現在より普及することで認知症高齢者が住み慣れた自宅で生活することへのハードルが下げられるだろう。

次に 2 つ目の課題を解決するためには、福祉分野の地方分権化が求められるのではないだろうか。スウェーデンにおいては、国家としての方針もあるものの福祉分野においては地方に多くを委ねており、日本の都道府県にあたるランスタングや市町村にあたるコミューンが福祉に関して多くの権利を持っている。このことによりスウェーデンでは、それぞれの地域の実態に即した福祉の方針決定や制度の制定が実現できている。より現場と近い単位二権利が移譲されることで現場の声が届きやすく、適切な目標設定やその達成のための手段を定めることができるのではないだろうか。日本でも認知症高齢者ケアに関して、地域に即した独自の取り組みをしている例はあるが、地方自治体に福祉分野の分権化が進めばさらにその動きは大きくなり、様々な形の認知症高齢者ケアが実現できると考える。また、スウェーデンにおけるレジスター制度及びその達成に共な補助金の分配制度の活用は日本においても効果が高いと考える。政府や自治体がケアの実態を共有し適切な目標を定め、その達成によって補助金が分配される制度は、実際にスウェーデンで大きな効果を上げているだけでなく、日本の認知症高齢者ケア政策においても一定の効果が見込める制度であると考え。

そして 3 つ目の課題を解決するためには、スウェーデンのような充実した教育制度の整備が必要であると考え。スウェーデンの教育制度の成果として、前章でみたような認知症高齢者本人の意思の徹底的な尊重が実現されているのではないだろうか。認知症高齢者がよりよく暮らしていくためには、認知症高齢者ケアスタッフによる認知症高齢者本人の意思の尊重が重要であり、それによって竹内(2005:128-129)の述べている精神に対するアプローチや社会関係に対するアプローチを実践することが出来るのではないかと考える。また、竹内(2005:128-175)の述べる 4 つの原則と 6 つタイプ別ケアを実現するためにも認知症高齢者ケアスタッフのさらなる教育は不可欠である。また、認知症高齢者が地域の中で社会関係を構築しながらより良く生きていくためには、一般の人々に対する教育も必要であろう。そのためには、一般の人々に対して現在日本では認知症普及活動を行っているが、その段階を終え、認知症ケアについて教育をなせる段階にならねばならない。

おわりに

本論文は、現在の認知症高齢者ケアの課題を明らかにし、今後より良い認知症高齢者ケアを実現するための方法を提示することを目的としていた。そこで、日本における認知症高齢

者ケアの歴史や政策、実践とスウェーデンでの例をもとにして、3つの課題とその課題を解決してより良い認知症高齢者ケアを実現するための方法を提示した。しかしながら、日本の認知症高齢者ケアについては、少子高齢化による認知症高齢者ケアの担い手不足や、ケアスタッフへの低賃金問題、認知症高齢者ケアへの財源の確保など課題はまだ多く残されている。スウェーデンが高負担高福祉の特徴を持つ国であるためスウェーデンではこれらの問題が比較的少ないが、こういった面で日本が同じ条件を満たすのは難しいだろう。また、今回はスウェーデンとの比較を通して日本の課題を考察したが、その他諸外国の政策について理解を深め、比較することで新たな問題や解決策が多く見つかるのではないかと考える。これらについては、残された課題として今後も考えていきたい。

参考・引用参考文献

イーローゴ・ネット『脳の変化と失認』

http://www.e-65.net/medicine/category02_6.html (2019. 10. 15)

一宮洋介, 2005『高齢者のからだと病気シリーズ認知症(痴呆)』日本医学館

上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田善也, 2008,『ケアその思想と実践5 ケアを支える仕組み』岩波書店

永和良之助・坂本勉・福富昌城, 2009,『高齢者福祉論』ミネルヴァ書房

奥村芳孝, 2010,『スウェーデンの高齢者ケア戦略』筒井書房

小澤勲, 2003,『痴呆を生きるということ』岩波新書

小澤勲, 2005,『認知症とは何か』岩波新書

乙部由子・山口佐和子・伊里タミ子, 2015,『社会福祉とジェンダー杉本貴代栄先生退職記念論集』ミネルヴァ書房

京都府『京都式えらべるデイサービス推進事業-新たなサービスのあり方を求めて』

<https://www.pref.kyoto.jp/kaigo/1184899027033.html> (2019. 10. 30)

公益財団法人東京と医学総合研究所, 2013『認知症国家戦力の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/topics/dl/130705-2/2-38-2.pdf (2019. 10. 25)

厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-公表されている介護サービスについて』

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/> (2019. 10. 30)

厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-通所介護』

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group7.html> (2019. 10. 30)

厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-認知症対応型通所介護』

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group10.html> (2019. 10. 30)

厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-介護老人福祉施設』

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group14.html> (2019. 10. 30)

厚生労働省『介護事業所・生活関連情報検索-認知症対応型共同生活介護』

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/publish/group18.html> (2019. 10. 30)

厚生労働省『簡易生命表』

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life18/index.html> (2019. 10. 15)

厚生労働省『人口動態統計』

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/09_h5.pdf

(2019. 10. 15)

厚生労働省『「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書』

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html> (2019. 10. 15)
厚生労働省『認知症高齢者の現状(平成 22 年)』
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryuu/2013/d1/130607-01.pdf(2019. 10. 30)
厚生労働省『認知症施策推進 5 か年計画 (オレンジプラン)』
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079271.pdf>
(2019. 10. 28)
厚生労働省「認知症施策推進大綱」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2019. 10. 28)
小宮英美, 1999, 『痴呆性高齢者ケア』中公新書
佐藤幹夫, 2011, 『ルポ認知症ケア最前線』岩波新書
高島昌二, 2007, 『スウェーデン社会福祉入門 ー スウェーデンの福祉と社会を理解するために』晃洋書房
竹内孝仁, 2005. 『認知症のケア 認知症を治す理論と実際』年友企画
独立行政法人福祉医療機構 WELFARE AND MEDICAL SERVICE NETWORK SYSTEM 『認知症施策推進総合戦略(真オレンジプラン)制定までの経緯と概要について』
https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_orangeplan_explain.html (2019. 10. 25)
内閣府『平成 30 年版高齢社会白書(全体版)』
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_1.html
(2019. 10. 15)
内閣府『成 29 年度版高齢社会白書』 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html (2019. 10. 15)
中山慎吾, 2011, 『認知症高齢者と介護者支援』法律文化社
認知症疾患診療ガイドライン作成委員会, 2017, 『認知症疾患診療ガイドライン 2017』医学書院
廿日市市『国勢調査』
<https://www.city.hatsukaichi.hiroshima.jp/soshiki/10/10962.html> (2019. 10. 30)
播本高志・出野平恵, 2005, 『認知症ケアにおける基礎疾患と薬チームアプローチが創る QOL』中央法規出版
東田勉, 2014, 『認知症の「真実」』講談社現代新書
藤原瑠美, 2009, 『ニルスの国の高齢者ケアーエーデル改革から 15 年後のスウェーデン』ドメス出版
光多長温, 2012, 『超高齢社会』中央経済社
宮崎和加子, 2011, 『認知症の人の歴史を学びませんか』中央法規出版
読売新聞認知症取材班, 2014, 『認知症明日へのヒント』中央公論新社

