

日本の認知症施策への提言

—認知症の人が自分らしく生きられる社会へ—

西村 達也

目次

はじめに

1. 認知症が抱える生きづらさ

1. 1 認知症の中核症状と周辺症状

1. 1. 1 認知症の中核症状

1. 1. 2 認知症の周辺症状

1. 2 認知症の人の生きづらさ

1. 3 認知症介護者の生きづらさ

2. 日本の認知症施策

2. 1 認知症施策推進大綱

2. 2 具体的な認知症施策

2. 2. 1 普及啓発・本人発信支援

2. 2. 2 予防

2. 2. 3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

2. 3 地方自治体等における取組

2. 3. 1 町田市における取組

2. 3. 2 松戸市における取組

2. 4 日本の認知症施策の課題

3. 諸外国の認知症施策

3. 1 イギリスの認知症施策

3. 1. 1 認知症国家戦略

3. 1. 2 具体的な取組

3. 2 オランダの認知症施策

3. 2. 1 医療・介護・福祉制度

3. 2. 2 認知症国家戦略

3. 3 日本の課題への検討

4. 認知症の人が自分らしく生きることができる社会に向けて

4. 1 現状の認知症施策への提言

4. 2 求められる社会の姿

おわりに

参考・引用参考文献

はじめに

私は、認知症であった祖父を認知症が原因の事故で亡くした経験から、認知症ケアのあり方や認知症当事者と社会との関わり方について問題意識を持ち、三年次には、「認知症にみる地域ケアの在り方」をテーマに自由研究を行い、認知症ケアに対する理解を深めた。

そのようななかで、認知症には他にはない特有の症状と、その症状による認知症当事者特有の生きづらさがあり、それによって認知症が深刻な状態になっても十分な支援に行き届かないことに対して問題意識を持った。日本における認知症施策は、認知症の人ができる限り地域のよい環境のなか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、当事者のニーズに寄り添った、当事者主体の支援を推進していくとしているが、認知症特有の症状と、それによる生きづらさなどが要因となって、認知症の当事者が必要とする支援が実際には十分に行き届いていないという現状となっている。認知症の人や介護者が生きづらさを感じているなかでも、どうしたらいいかわからず、必要な支援が行き届かないことで、生きづらさを抱え続けなくてはならない現状に疑問を持ったことで、日本の認知症施策への提言を本論文のテーマとすることに決めた。

本論文では、日本における認知症施策の課題を明らかにするとともに、諸外国の先進的な認知症施策をもとに日本の課題への検討を行い、認知症の人が自分らしく生きられる社会のあり方について検討する。

第1章では、認知症特有の症状と認知症が抱える生きづらさについて述べる。第2章では、日本の認知症施策とその課題について取り上げる。第3章では、諸外国の認知症施策をもとに日本の認知症施策の課題に対しての検討を行い、第4章では、それらを踏まえた日本の認知症施策への提言と、認知症の人が自分らしく生きることができる社会のあり方を考察し、本論文の統括とする。

1. 認知症が抱える生きづらさ

日本の総人口は令和3年10月1日時点で、1億2,550万人となっている。65歳以上の人口は3,261万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）は、28.9%となった。現在、日本の総人口は、長期の人口減少過程に入っており、総人口が減少する中でも65歳以上の人口は今後も増加していくことにより、日本の高齢化率は今後も上昇を続けるとみられている。令和18年には、高齢化率が33.3%となり、国民の3人に1人が65歳以上の者となるとされている。¹

そのようななか、65歳以上の認知症高齢者数と有病率の将来推計についてみると、平成24年は認知症高齢者数が462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人が認知症であったが、

¹ 内閣府 令和4年版高齢社会白書 第1章第1節1 高齢化の現状と将来像（2022.11.30）

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf

令和 7 年には 65 歳以上高齢者の約 5 人に 1 人が認知症という状態になると推計されている。²

急激に高齢化が進む日本において、認知症が非常に身近な存在になりつつあるとわかる。これは日本だけの問題ではなく、認知症は、高齢化を背景として国際的にも大きなトピックとなっている。認知症対策のパイオニアであるイギリスは、自国において認知症にかかる社会的費用の調査・算出を行い、その社会的費用が増加していくことに伴い、どのように対応していくのかを検討する必要があるとして、イギリスが中心となって平成 25 年に G8 認知症サミットを開催し、G8 各国代表の間で認知症問題に共に取り組むための努力事項を定めた共同宣言を行なった。³

これらのことから分かるように、認知症は決して他人事ではなく、高齢化が急激に進む現代社会においては、非常に身近な存在となっており、社会全体として認知症という存在と向き合っていくことが求められている。

本章では、認知症がどのようなものであるのか、認知症が持つ中核症状と周辺症状について述べたのちに、認知症の人々が抱える生きづらさ、認知症介護者が抱える生きづらさについて言及する。

1. 1 認知症の中核症状と周辺症状

認知症は、そのものが単一の疾患であるわけではなく、様々な原因疾患や病態によって引き起こされるものであり、一度獲得された認知機能が、後天的な脳の機能障害によって全般的に低下し、社会生活や日常生活に支障をきたすようになった状態が認知症であるとされている。(平岩 2022:21)

認知症をきたす疾患は数多く、代表的なものにアルツハイマー病やルビー小体病、血管性疾患などがある。その診断基準には、世界保健機関や米国精神医学会などが定めたものがあり、前述した原因疾患により、様々な認知領域（記憶、遂行機能、言語、知覚、運動等）において、以前の行為水準から有意な認知の低下が認められる場合に認知症と判断される。⁴

認知症の症状として、記憶や言語、視空間認知などの認知機能の障害（中核症状）と、それに伴う認知症の行動・心理症状（B P S D・周辺症状）があり⁵、本節では、その中核症状

² 内閣府 平成 29 年版高齢社会白書 第 1 章第 2 節 3 高齢者の健康・福祉 (2022. 11. 30)

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf

³ 厚生労働省 G8 認知症サミットで宣言及び共同声明に同意 (2022. 11. 30)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000033640.html>

⁴ 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン 2017 第 1 章認知症全般：疫学、定義、用語 (2022. 11. 30)

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/degl_2017_01.pdf

⁵ 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン 2017 第 2 章症候、評価尺度、検査、診断 (2022. 11. 30)

https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/degl_2017_02.pdf

と周辺症状がどのようなものであるのかについて述べる。

1. 1. 1 認知症の中核症状

認知症の症状と聞くと、多くの人がもの忘れなどの記憶障害を想像するのではないだろうか。そのもの忘れのような記憶障害こそ、認知症の代表的な中核症状であり、その名の通り、認知症の症状の中核をなすもの、一般的に認知症の人であれば誰にでも現れる症状のことである。

もの忘れは多くの場合、加齢によって引き起こされるものもあるが、認知症の記憶障害とは区別できるとされている。⁶ 認知症の記憶障害と加齢によるもの忘れの判別の際には、もの忘れが日常生活に支障をきたすか否かが一般的な基準とされている。加齢によって引き起こされるもの忘れには、日常生活で重要とはならない一部の記憶が思い出せなくなる（タレントの名前や昔読んだ本の名前、朝食のメニュー等）ような場合が多く、努力すれば思い出すことができるようなものとされている。一方で、認知症の中核症状としての記憶障害によるもの忘れの場合、加齢によるものとは対照的に、自らが経験した出来事や大事な約束などを忘れてしまうようなものであり、朝食のメニューだけでなく、朝食を食べたこと自体を忘れてしまうようなものが、認知症における記憶障害において顕著である。

記憶障害の他に、認知症の主な中核症状には、全般性注意障害（必要な作業に注意を向け、適宜適切な選択ができない等）や遂行機能障害（計画を立てて物事を実行することができない、段取りよく進めることができない）、失語等の言語障害、視空間認知障害（よく知る場所で道に迷う等）、社会的認知障害（周囲の状況を認知し、それに適した行動がとれない）などがある。⁷

1. 1. 2 認知症の周辺症状

認知症の周辺症状は、中核症状である認知機能障害を基盤として、そこに環境的要因や心理的要因等の様々な外敵要因の影響を受けることで出現する症状である。⁸ 周辺症状にも様々なものがあるが、代表的なものとしては、不安や焦燥感による易刺激性や易怒性（いらいらしやすくなる、怒りやすくなる等）、徘徊、攻撃的行動などがある。

前項において、認知症における中核症状を一般的に認知症の人であれば誰にでも現れる症状であると述べたが、周辺症状は誰にでも現れる症状であるわけではない。山口（2018:13）は、周辺症状の多くは対人関係において発生し、人的な生活環境が大きく影響するとしている。その点について具体的に述べられたものを引用する。

「記憶障害や見当識障害で過去と現在のつながりが失われ、遂行機能障害によりできな

⁶ 厚生労働省 みんなのメンタルヘルス総合サイト こころの病を知る 認知症
(2022. 11. 30) https://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_recog.html

⁷ 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン2017 第2章症候、評価尺度、検査、診断 (2022. 11. 30)
https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg1/deg1_2017_02.pdf

⁸ 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン2017 第2章症候、評価尺度、検査、診断 (2022. 11. 30) https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg1/deg1_2017_02.pdf

いことが増えることなどから、自分の存在が失われていく漠然とした不安感や喪失感が生まれ、BPSD の背景となる。「こんなこともできないの」「もっとしっかりしてよ」などの周囲からの指摘が、さらに不安・喪失感や抑うつを悪化させ、いらいらを募らせる。」(山口 2018:14)

これらのことから、周辺症状が二次的なものであるということを理解しておきたい。認知症における記憶障害などの中核症状を基盤として、それを認知症の人が自覚することで影響する心理的要因や、認知症の人が起こしてしまった失敗を、主に介護者などの周囲の人間が指摘することや、非難する態度を示すなどの対人関係等の環境的要因が作用し、周辺症状を二次的に誘引、あるいは悪化させてしまう。

鈴木ら(2010:136)は、周辺症状について次のように述べている。

「認知症では、軽症から中等症に進行すると BPSD が多く出現し、在宅介護が困難になり、介護者と患者の QOL が低下し、介護者のストレスが増大するなど様々な問題が生じてくる。」

周辺症状は、中核症状に様々な要因が作用することで生まれるが故に“周辺”症状であるのだが、その症状のなかには認知症の人が周囲に向ける攻撃的行動などもあり、介護者のストレスも増大するため、そのストレスが結果として認知症の人に向けられることで、周辺症状の更なる悪化につながる悪循環も考えられる。しかし、そのように周辺症状が中核症状を基盤とする二次的な症状であるならば、認知症の人やその症状との向き合い方を検討することが、周辺症状の発症や悪化を防ぐことにつながると考えられるのではないだろうか。

本節において、認知症における中核症状と周辺症状について確認した上で、次節では、これらの症状や症状との向き合い方によって生み出される、認知症の人と介護者のそれぞれが抱える生きづらさについて述べていく。

1. 2 認知症の人の生きづらさ

本論文の目指すところは、副題にもあるように「認知症の人が自分らしく生きることができる社会」のあり方に迫ることである。そのためには、認知症の人がどのような支援を必要としており、認知症の人がどのような社会の姿を望んでいるのかを確認する必要がある。

本節では、認知症の人が、認知症特有の症状や周囲との関係性など、認知症であることによって抱えている生きづらさについて述べ、本論文の目指すところへとつなげることとする。

鳥居ら(2011)は、ある一定の条件⁹をクリアした認知症の人々に対してインタビューを行い、日々の生活において困難はないか、その困難の内容を家族介護者は理解してくれているか、家族介護者との関係のなかで感じるつらさや悩みは何か等の質問を行い、その結果の分析を行なった。その結果について、一部を引用する。

「患者本人は、認知症が原因で引き起こされる「忘れる」という体験を“どんなに考えて

⁹ (1)認知症の病状により生活上の困難を抱え在宅で生活している、(2)定期的に専門家のサポートを受け、インタビューに応じて心理的負担が過大でないと判断できる、(3)自由な意思で会話ができて、質問の内容を理解し応えることができる(判断基準をもとにして)。(鳥居ほか編 2011:58)

も浮かんでこない” “いくら教えてもらっても思い出せない（落胆の表情で）”などと語るように、それまでは当たり前のように自分にあった能力が自分の意思に関係なく失われていくことに不安や諦めを伴い〈忘れるばかり〉と自覚していた。（中略）さらに、これまで当たり前のようにあった能力の衰退は、〈忘れるばかり〉と自覚している患者本人と家族との関係性にも異変を生じさせていた。〈忘れるばかり〉のため“しゃべっていると、わからなくなり疲れてしまう” “話が合わなくなってしまうでしょ”などと語るように意思疎通がうまくいかず〈通じ合えない〉と自覚していた。これは、家族という関係だからこそ、言葉にしなくても分かっているだろうという思いや、苦勞をかけているからこそ家族介護者に本音が言えない〈解放しにくい心〉の状態が、〈通じ合えない〉状況を強めていた。」（鳥居ほか編 2011:60）

ごく一部の研究による結果であり、様々な病態がある認知症において、未だ語りの信頼性が担保された認知症の人々のみを対象とした結果ではあるが、この結果を踏まえ、認知症の人は、自らが「忘れる」という経験を重ねることで、「忘れるばかり」である状態について自覚し、それに対して精神的なダメージを受けていることが明らかになった。認知症における周辺症状について、その基盤となる中核症状を自覚することなどによる不安や焦燥感から、易刺激性や易怒性につながる場合があることは、前述のものである。

また、そうした自らの状態によって、多くの場合に、家族介護者などとのコミュニケーションにおいて「通じ合えない」というように感じており、それに対しても精神的に困難さを感じているという結果が得られた。

このように、認知症の人は、認知症の症状による自らの「忘れる」等の経験を経た自覚から、生活上の困難さを少なからず感じていることがわかる。

また、宮村（2016:204-206）は、認知症の人に生活上の困難さについて聞き取り調査を行うだけでなく、同居する家族介護者に対しても認知症の人の生活上の困難さについての聞き取り調査を行い、認知症の人が認識している生活上の困難さと、家族介護者が認識している認知症の人の生活上の困難さに、多くの場合ずれが生じていることを指摘し、家族介護者の視点に基づき行われる対応のみでは、認知症の人の生活上の困難さが改善できない可能性を示唆した。

認知症の人々は、認知症における中核症状であるもの忘れなどの症状を自覚し、それまでの自分自身であれば当然にできていたことができなくなってしまったことを自覚することによる喪失感、そこから生まれる不安や焦燥感が、多くの場合に認知症の人が感じている認知症における生きづらさであることが推測できる。また、認知症の人は、自らのもの忘れなどの症状によって家族と通じ合えないことや、関係性におけるすれ違いを少なからず感じており、それについても困難さを感じていた。

さらに宮村（2016:206）は、家族介護者に対する聞き取りの際には、家族から見て認知症の人が困難に感じていること、支援が必要と思うことを聞いているが、家族介護者が介護を行う上で障害になっている問題が回答になっていることが多いと予想している。

こうした家族の視点や認識のずれからくる対応は、認知症介護においては、認知症の人の

行動を抑制することにつながってしまう¹⁰など、認知症の人にさらなる困難さ、生きづらさを与えることにつながる。

認知症における周辺症状は、中核症状を基盤として、心理的要因や対人関係等の環境的要因などにより二次的に起こるものであることを前節において確認したが、そうした家族とのすれ違いは、認知症の人にさらなる不安や喪失感を与えてしまう可能性があり、宮村が指摘したような困難さの認識のずれからくる介護者の誤った対応は、認知症の人の周辺症状の発生や悪化を引き起こしかねず、認知症の人が抱える生きづらさをさらに大きなものにし得るのではないだろうか。

このようなことから、認知症の人が抱える生きづらさを正確に把握し、認知症の人それぞれのケースに応じた的確な支援の提供が、生きづらさの改善へとつながり、認知症の人が自分らしく生きることができる社会への第一歩になると考えられる。

1. 3 認知症介護者の生きづらさ

前項において、認知症の人が抱える生活上の困難さや生きづらさについて、多くの場合に家族介護者との認識のずれがあり、それに伴う誤った対応から、認知症の人の周辺症状の発現・悪化につながる危険性について指摘した。

また、認知症における特有の症状が、認知症介護者に対して大きな負担を強いる可能性についても、前述のとおりである。認知症介護者が認知症の人と向き合う上で抱える負担や生きづらさを理解し、その改善に努めることは、認知症の人に対する適切なケア・支援へとつながり、本論文で目指すところである認知症の人が自分らしく生きることができる社会へとつながると考える。

本項においては、認知症介護者が抱える生きづらさについて述べる。

池添ら(2009:20-21)は、「高齢者の介護はそれ自体で介護者の負担になるが、認知症に伴う問題行動がある場合には負担はさらに増強し、介護者に負担感と生活の質の低下をもたらしており、心身共に疲れ果てる」ということを指摘している。

また、寺岡ら(2021:40)は、在宅介護を行う家族介護者の体験をメタ統合によって分析し、日本の認知症家族介護者の状況について、家族に尽くすことが美德とされる儒教文化による敬老精神や家制度の名残があり、家族介護者が被介護者の意向でサービス利用を諦め、介護を抱え込みやすくなっていることを指摘した上で、分析の結果を次のように述べている。

「認知症によって被介護者の性格特性や言動が変容し、介護をめぐる家族関係の乱れをもたらすこともあった。近隣に対して、家族が認知症であることを隠秘することや、サポートにつながらず、サービス利用の難しさを感じることもある状況で、介護を継続するため被介護者の安全を守るための管理として行動を制限する場合もあった。介護を振り返り、後悔や、介護による将来的な支障へ不安を抱くこともあった。」(寺岡ほか編 2021:42-43)

「介護をめぐる家族関係の乱れ」は、主に認知症による言動の変化によって、被介護者を

¹⁰ 被介護者の安全を守るための管理として、家族介護者が周辺症状による徘徊防止策のために玄関を閉めるといった行動制限を行うことなど(寺岡ほか編 2021:45)

喪失する感覚や被介護者との力関係が逆転することの苦悩が挙げられ、多くの介護者がこれまでの家族の形が少なからず乱れる体験をしていた。(寺岡ほか編 2021:43)

「家族が認知症であることの隠秘」については、周囲から被介護者の気になる言動についてとやかく聞かれるなどと言った外圧への対処等の苦悩や、根本的に家族が認知症であること、上記のような介護による家族関係の乱れを知られたくないといった苦悩があるとしている。(寺岡ほか編 2021:43)

それまでの生活と介護の両立により、高齢者介護がそれ自体で介護者に対し負担を強いなかで、認知症は、その特有の症状から負担を増強させ、介護者の QOL も大きく低下させてしまう。被介護者の言動の変容は、家族介護者に喪失感ややりきれない思いを強く与える。これについては、認知症を患う祖父がいた経験から私自身も味わったものであり、被介護者との続柄や発症以前の距離感が近ければ近いほど、その喪失感は大きなものとなる。

受け入れ難い家族の言動の変容は、周囲への隠秘、そして「家族介護者の介護の抱え込み」(辻村ほか編 2016:33)という苦悩にもつながってしまう。

このように、認知症介護者は、認知症特有の症状である問題行動による直接的なストレスや、言動の変容や家族関係の乱れから生まれる喪失感、周囲への隠秘による介護の抱え込みなど、他の介護には見られにくい特有の苦悩や生きづらさを抱えている。

前節において、認知症の人が家族介護者との認識のずれやすれ違いを感じることに、介護者からの行動制限によって生きづらさを抱えていることについて触れ、本節では、家族介護者が認知症介護特有の生きづらさを抱えていることについて触れた。認知症の人が自分らしく生きることができる社会の実現には、認知症の人が抱える生きづらさを改善するための支援を検討するだけでなく、その背景にある介護者の生きづらさを改善するための支援も検討する必要がある。

2 章では、実際に現在の日本で推進されている認知症施策や、それらを基盤として地方自治体等で独自に推進されている取組について取り上げ、日本における認知症施策の課題について述べる。

2. 日本の認知症施策

1 章冒頭で述べたように、国際社会においても認知症対策は喫緊の課題となり、平成 25 年にイギリスで G8 認知症サミットが開催されるなど、国際社会における認知症政策は大きく進展した。国際社会におけるそのような流れに伴い、日本でも認知症対策のための戦略が策定されることとなった。

認知症サミットの翌年には、認知症サミット日本後継イベントが開催され、当時の安倍内閣総理大臣より、日本における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なされた。¹¹ 平成 27 年には、厚生労働省と関係省庁が共同して「認知症施策推進総合戦

¹¹ 厚生労働省 認知症サミット日本後継イベントについて (2022.12.1)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000058871.html>

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）」を策定¹²（平成29年改定）。平成30年には、認知症に係る課題に対し、政府が一体となって対策を推進するための「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され¹³、令和元年の関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。¹⁴ この認知症施策推進大綱こそが、日本における認知症施策の中核をなすものであり、現在の日本で推進されている様々な認知症施策は、この認知症施策推進大綱に基づいたものである。

2章では、日本の認知症施策「認知症施策推進大綱」がどのようなものであるのかを確認し、それを基盤とした地方自治体等における独自の取組について述べる。それらを踏まえ、1章において確認した、認知症の人や認知症介護者が抱える生きづらさの改善につながるのか等の観点から、それら日本の認知症施策が抱える課題について言及する。

なお2章では、厚生労働省の「認知症施策推進大綱【本文】」¹⁵を参照することとし、必要があれば引用している。

2. 1 認知症施策推進大綱

国際社会において認知症政策が大きく進展するなか、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いて、「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」、認知症施策推進関係閣僚会議における議論を経て、認知症施策推進大綱がとりまとめられた。

この大綱の「基本的な考え方」として、認知症が誰でもなり得るものであり、家族や身近な人が認知症になる可能性など、多くの人にとって認知症が身近な存在になっていることを踏まえ、「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」を車の車輪として施策を推進していく」ということを掲げている。大綱における「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」という意味とされており、「予防」については、「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」という意味とされている。

このような基本的な考え方のもと、「①普及啓発・本人発信支援」「②予防」「③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」「④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人へ

¹² 厚生労働省 「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）」について（2022.12.1）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>

¹³ 首相官邸 認知症施策推進関係閣僚会議の開催について（2022.12.1）

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/pdf/member.pdf

¹⁴ 厚生労働省 認知症施策推進大綱について（2022.12.1）

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

¹⁵ 厚生労働省 認知症施策推進大綱【本文】（2022.12.1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>

の支援・社会参加支援」「⑤研究開発・産業促進・国際展開」の五つの柱に沿って施策の推進を行い、これらの施策は全て認知症の人やその家族介護者の意見を踏まえた上で、認知症の人の視点に立って推進することを基本としている。

現在、日本では、認知症施策推進大綱におけるこれら五つの柱に沿って様々な施策が推進されているが、そのなかでも日本における認知症施策に代表されるような取組について、次節で述べていく。

2. 2 具体的な認知症施策

2. 2. 1 普及啓発・本人発信支援

認知症施策推進大綱においては、「認知症は誰もがなり得ることから、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のに創っていくことが必要である」として、「普及啓発・本人発信支援」を施策推進五つの柱の一つとしている。

普及啓発・本人発信支援において推進される代表的な取組として、「認知症サポーターの養成」が挙げられる。認知症サポーターとは、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を行う存在である。¹⁶ 認知症サポーターには、認知症サポーター養成講座（約1時間から1時間半）を修了することとなることができ、養成講座は都道府県・市町村等の自治体や職域団体・企業等とキャラバン・メイト¹⁷の協働で開催されるものである。キャラバン・メイトは、約6時間の研修を経て養成され、認知症サポーター養成講座を実施する講師となる。

大綱においては、生活環境において認知症の人と関わる機会が比較的に多い存在として想定される、小売業や金融機関、公共交通機関等の従業員の認知症に対しての理解が重要視されており、それらを対象とする養成講座の開催機会拡大や、幅広い世代に対する認知症への理解促進のための子供や学生向け養成講座の開催についても積極的に推進していくものとされている。

令和元年にとりまとめられた大綱において、認知症サポーター養成数の目標値は、2020年度までに1200万人と定められているが、2019年12月末時点で認知症サポーター数は1234万人であり、目標は達成されている。¹⁸ なお、最新の状況として、令和4年9月30日時点で、認知症サポーター数は1405万人となっている。¹⁹

¹⁶ 厚生労働省 認知症サポーター（2022.12.1）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089508.html>

¹⁷ 全国キャラバン・メイト連絡協議会HP（2022.12.1）

<https://www.caravanmate.com/aboutus/>

¹⁸ 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室 認知症施策の動向について（2022.12.1）

<https://www.scj.go.jp/ja/event/pdf2/200214-5.pdf>

¹⁹ 全国キャラバン・メイト連絡協議会HP サポーターの養成状況（2022.12.1）

<https://www.caravanmate.com/result/>

大綱では、認知症への社会の理解促進のための普及啓発だけでなく、「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ある」として、本人発信支援についても推進していくものとしている。

本人発信支援における代表的な取組としては、「認知症本人大使（希望大使）」の創設が挙げられる。認知症の人本人からの発信機会が増えるよう、希望大使を任命することが大綱に明記されたこと受け、令和2年1月に5人の希望大使が任命され、国が行う認知症普及啓発活動への参加・協力や国際的な会合への参加を行なっている。²⁰

本人発信支援には他にも、認知症の人本人が、自身の希望や必要としていること等を本人同士で語り合う「本人ミーティング」の普及や、先に認知症の診断を受け、その不安を乗り越え前向きに明るく生きてきて思いを共有できるピアサポーターによる相談活動の支援等についても、推進していくとすることが大綱に明記されている。

2. 2. 2 予防

本節冒頭でも述べたように、認知症施策推進大綱における「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」という意味であり、大綱ではこの「予防」についても、五つの柱の一つとしている。

大綱における「予防」の意味である「認知症になるのを遅らせる」は、認知症の発症遅延や発症リスク低減等の一次予防というものにあたる。なお、本論文は、「認知症の人が自分らしく生きることができる社会」のあり方を検討するものであるため、大綱にあるような「認知症になるのを遅らせる」という観点については取り扱わないこととし、早期発見・早期対応（二次予防）、重症化や行動・心理症状の予防・対応（三次予防）についてのみ扱っていくものとする。

大綱においては、認知症の一次予防に資する可能性が示唆されるものとして、「社会参加による社会的孤立の解消」があり、地域において高齢者等が身近に「通える場」等を介護保険の保険者機能強化推進交付金²¹を活用することで拡充するとしている。このような段階においては、一次予防のための取組に留まるが、「通いの場」等における、かかりつけ医や保健師等の専門職による健康相談等の活動についても推進していくことが大綱に明記されており、このような健康相談等が積極的に行われることで、早期発見・早期対応、重症化予防につながる可能性がある。

また、認知症予防に関するエビデンスは未だ不十分な状態であるため、国内外の認知症予防に関する論文等を収集し、認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きを作成するほか、国が保有する介護保険総合データベースの活動促進による三次予防等の予防効果向上や、高齢者の状態、ケアの内容等のデータを収集する新たなデータベースの構築に

²⁰ 厚生労働省 認知症本人大使「希望大使」（2022.12.1）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/kibou.html

²¹ 高齢者の自律支援や重症化防止等に関する取組の達成状況に関する評価基準をあらかじめ国が設定した上で、それに応じて国が交付するもの

についても推進していくとしている。

2. 2. 3 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

大綱における五つの柱の一つ「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」には、本人主体の医療・介護の原則が定められており、「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、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要」であるとしている。

主な内容としては、「早期発見・対応、医療体制の整備」「介護者負担軽減の推進」が挙げられている。

早期発見・対応、医療体制の整備については、かかりつけ医や地域包括支援センター²²、認知症地域支援推進員²³、認知症初期集中支援チーム²⁴、認知症疾患医療センター²⁵等の質の向上を図るとともに、これらの機関間における連携の強化を行うことで、「認知症の疑いがある人に早期に気づき、本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等に対する支援につなげるよう努める」としている。なお、このような認知症の早期発見・対応を行うための医療・介護サービス提供については、認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の容態に応じたサービス提供の流れをまとめた「認知症ケアパス」が市町村ごとに作成されるものとしている。²⁶

医療体制の整備だけでなく、認知症介護者に対する支援、介護者の負担軽減の推進についても大綱では定められており、「介護者の負担軽減のため、通所介護や訪問看護、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活用を引き続き進めるとともに、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場である認知症カフェを活用した取組を推進する」とされている。認知症カフェの活動内容は様々で、特別なプログラムは用意せず、利用者が主体的に活動するものとされており、その効果として、認知症の人にとっては自ら活動し、楽しめる場所であり、家族介護者にとっては分かり合える人と出会う場所になるとされている。また、地域住民も参加できるようになっており、住民同士の交流の場や、認知症に対する理解を深める場として期待されている。大綱で定められた認知症カフェに関する目標値は、2020 年度末までに認知症カフェを全市町村に普及

²² 地域の高齢者等の保険医療・介護等に関する相談窓口であり、入口相談機能を担う。

²³ 市町村に配置され、地域の支援機関間の連携づくりや、認知症ケアパス・認知症カフェなどの支援体制づくり、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行う。

²⁴ 複数の専門家が、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、観察・評価を行なった上で、家族支援等の初期の支援を行うチーム。

²⁵ 地域の医療提供体制の中核として認知症の速やかな鑑別診断、診断後のフォロー、BPSDや身体合併症に対する急性期医療・ケアを行う。

²⁶ 厚生労働省 認知症ケアパス（2022. 12. 1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000686391.pdf>

するものとされているが、2020 年度実績調査²⁷では、普及率は 47 都道府県 1518 市町村（87.2%）にとどまっている。

2. 3 地方自治体等における取組

ここまで 2 章では、認知症施策推進大綱の概要と、そこに示される推進していくべき具体的な施策について述べてきた。

大綱においては、様々な施策を推進していくとともに、大綱に示された施策を基盤として行われている地方自治体等における独自の取組など、特色のあるものを積極的に公表し、他の取組のさらなる質の向上に努めるものとしている。

本節では、そのような独自の取組などを行っている地方自治体について取り上げ、認知症の人が自分らしく生きることができる社会のあり方の手がかりを探すものとする。

2. 3. 1 町田市における取組

国が推進する認知症施策をもとにした取組、あるいはそれを発展させた独自の取組を積極的に推進している市町村の代表例として、東京都町田市とその取組について述べる。

町田市では、住民や地元企業による自発的な働きかけにより、2015 年から、認知症フレンドリーなまちづくりに向けた活動をスタートしている。そのなかでも独自の取組として、「まちだアイ・ステートメント」というビジョンをかかげ、それをもとに認知症フレンドリーなまちづくりに向けた様々な活動を行なっているものがある。²⁸ この「まちだアイ・ステートメント」は、町田市において認知症に関心を持つ人々が集まり、認知症である「私」や、これから認知症になるかもしれない「私」にとって、町田市がどのような地域であってほしいのか、町田市が目指すべき地域の在り方を 16 の文章にまとめたものである。

この「まちだアイ・ステートメント」において注目しておきたい点が、当事者主体性である。「まちだアイ・ステートメント」は、行政や医療福祉関係者のみで作成されたものではなく、認知症の人本人や家族介護者、民間企業、NPO、研究者、行政、医療福祉関係者等の認知症本人をはじめとする様々な属性の人々が実際に集まり、話し合いの上で作成されたものである。認知症の人にとってどのような地域であってほしいのか、現在は認知症でなくても、今後なりうる人にとってどのような地域であってほしいのかを定めたものが「まちだアイ・ステートメント」であり、その証拠に 16 の文章は全て、「私は、」という文言で始められている。以下、「まちだアイ・ステートメント」の文章を引用する。²⁹

1. 私は、早期に診断を受け、その後の治療や暮らしについて、主体的に考えられる。

²⁷ 厚生労働省 認知症カフェ実施（概要）（2022. 12. 1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000935275.pdf>

²⁸ まちだ D マップ まちだアイ・ステートメントとは（2022. 12. 1）

<https://www.dementia-friendly-machida.org/町田市の取り組み/まちだアイ-ステートメント/>

²⁹ 同上

2. 私は、必要な支援の選択肢を幅広く持ち、自分にあった支援を選べる。
3. 私は、望まない形で、病院・介護施設などに入れられることはない。望む場所で、尊厳と敬意をもって安らかな死を迎えることができる。
4. 私は、私の言葉に耳を傾け、ともに考えてくれる医師がいる。
5. 私は、家族に自分の気持ちを伝えることができ、家族に受け入れられている。
6. 私の介護者は、その役割が尊重され、介護者のための適切な支援を受けている。
7. 私は、素でいられる居場所と仲間を持っており、一緒に時間を楽しんだり、自分が困っていることを話せる。
8. 私は、趣味や長年の習慣を続けている。
9. 私は、仕事や地域の活動を通じて、やりたいことにチャレンジし、地域や社会に貢献している。
10. 私は、認知症について、地域の中で自然に学ぶ機会をもっている。
11. 私は、経済的な支援に関する情報を持っており、経済面で生活の見通しが立っている。
12. 私は、地域や自治体に対して、自分の体験を語ったり、地域への提言をする機会がある。
13. 私は、認知症であることを理由に差別や特別扱いをされない。
14. 私は、行きたい場所に行くことができ、気兼ねなく、買い物や食事を楽しむことができる。
15. 私は、支援が必要な時に、地域の人からさりげなく助けてもらうことができる。
16. 私たちも、認知症の人にやさしいまちづくりの一員です。

こうした活動ビジョンのもと、町田市では様々な取組を行っており、認知症の人や介護者をはじめとする地元住民や有志団体、企業や行政が参加し、「まちだアイ・ステートメント」をもとにしたそれまでの活動を振り返り、さらに認知症フレンドリーな地域にしていくための話し合いを行う「D ワークショップ」³⁰、地元の図書館や書店等で認知症に関する本や「認知症本人エッセイ」の特設コーナーを設け、認知症についての理解促進を図る「D ブックス」³¹などの取組も行なっている。

また、認知症施策推進大綱において推進することが示されていた認知症カフェについても町田市は独自の取組を行っている。町田市は、2019 年にスターバックスコーヒージャパン株式会社と「認知症の人にやさしい地域づくりに関する包括的連携協定」を締結しており、町田市が主催する認知症カフェの運営に関して、協力関係をとっている。³² 多くの人に広

³⁰ まちだ D マップ D ワークショップ (2022. 12. 1) <https://www.dementia-friendly-machida.org/町田市の取り組み/d ワークショップ/>

³¹ まちだ D マップ D ブックス (2022. 12. 1) <https://www.dementia-friendly-machida.org/町田市の取り組み/d ブックス/>

³² 町田市 認知症についての情報 スターバックスコーヒージャパン株式会社と「認知症の人にやさしい地域づくりに関する包括的連携協定」を締結しました (2022. 12. 1) https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/old/shiminnokatae/ninchishojoho/2019_0501_STB.html

く認識されている有名カフェチェーンと連携して認知症カフェを運営していくことは、認知症の人や介護者のみならず、そのほかの地域住民など、より多くの人への認知症に対する理解促進へとつながるとされ、この取組は大きく期待されている。

ここまで述べてきたように、町田市では、当事者主体の活動ビジョンである「まちだアイ・ステートメント」をはじめとした独自の施策を推進することで、認知症フレンドリーな地域づくりの実現に向けて活動を行なっているという、認知症施策推進において特色ある地方自治体の代表例であるといえる。

2. 3. 2 松戸市における取組

千葉県松戸市が行なっている取組も、他の自治体とは少々異なる取組であり、特色ある施策を推進しているため取り上げる。

松戸市では、「認知症になっても安心して暮らせる街まつど」を目指し、高齢者を地域全体で見守る仕組みとして、平成 22 年度から「松戸市あんしん一声運動」を実施している。³³これは、日頃の生活の中において、手助けが必要な高齢者を見かけた際に「何かお困りですか?」「お手伝いしましょうか?」といったように声をかけ、高齢者を地域全体であたたかく見守っていくことを目指した運動であり、松戸市あんしん一声運動は、「オレンジ声かけ隊」というチームが行なっている。オレンジ声かけ隊は、前述した認知症サポーター養成講座を受講し、市に登録した認知症サポーターによって構成されており、日頃の生活の中で手助けが必要な高齢者を見かけた際に、積極的に声をかけることが役割となっている。また、オレンジ声かけ隊とは別に、「オレンジ協力員」という存在もあり、認知症に関する専門職と連携して活動を行う認知症サポーターであり、認知症の人や家族の支援を行う存在である。

それぞれの登録人数の状況については、2020 年 3 月末時点で、松戸市内の認知症サポーター数が 28101 人に対し、オレンジ協力員は 819 人、オレンジ声かけ隊は個人が 3667 人、登録団体は 227 団体となっている。³⁴

また、松戸市では、平成 29 年より「オレンジパトウォーク」という取組も行なっている、オレンジパトウォークとは、オレンジ協力員と地域包括支援センター等が連携して地域を見守るパトロールであり、市内全 15 の地域において行われているものである。³⁵ オレンジパトウォークの基本的な活動内容としては、周知啓発と戸別訪問があり、地域包括支援センターの案内チラシなどを配布することや、一人暮らしの高齢者宅や気になる住宅に伺っ

³³ 松戸市 松戸市高齢者の元気応援・介護情報サイト まつど DE いきいき高齢者 松戸市あんしん一声運動～オレンジ声かけ隊、オレンジ協力員になりませんか?～
(2022. 12. 1)

https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/ninchisho/ansin_hitokoe.html

³⁴ 松戸市 松戸市あんしん一声運動 (2022. 12. 1)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000735105.pdf>

³⁵ 同上

て声かけをして回るといったものである。このパトロールには、オレンジ協力員や専門職のスタッフだけでなく、認知症の人と一緒に参加することができ、本人にとってもリフレッシュになることや、決まった曜日の決まった時間に活動することで生活の不活発化を防ぎ、生活リズムの安定にもつながっているという。

このように松戸市では、認知症施策推進大綱において推進するものとして挙げられている認知症サポーター養成などの取組を、さらに発展させ、より具体的かつ特徴的な取組として推進がなされている。

2. 4 日本の認知症施策の課題

2章では、日本における認知症施策である認知症施策推進大綱の概要と、それに基づき推進されている具体的な施策や地方自治体等の取組について述べてきた。

本論文の目的は、副題にもあるように「認知症の人が自分らしく生きることができる社会」のあり方に迫ることにあり、それには、1章で示したような認知症の人や認知症介護者が抱えている生きづらさの改善を図ることが必要である。

認知症施策推進大綱における「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す」「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」という考え方は、本論文の目指すところと一致するものであり、そのような考え方のもと具体的に推進されている取組について、ここまで述べてきたが、当事者主体の施策や取組としながらも、実際には認知症の人や認知症介護者の生きづらさの改善に至るものとしては不十分であると考えられる。

日本の認知症施策に対して指摘できる課題として、認知症の人本人や認知症介護者のニーズに寄り添った当事者主体の支援を目指すとしながらも、認知症の人や介護者が抱える生きづらさへの検討が足りていないことにより、推進する支援や取組が、支援を必要とする当事者に行き届いていないことが挙げられる。

認知症サポーターの養成の施策を例として述べる。認知症サポーターの養成は、認知症施策推進大綱における五つの柱の一つである「普及啓発・本人支援」のための施策であり、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を行う存在である認知症サポーターが社会に増えることは、認知症の普及啓発だけでなく、認知症の人が住み慣れた地域のなかで生活を続けていく上で助けになると考えられる。しかし、一方で次のような調査結果もある。

宮野ら(2018:70)によれば、ある都道府県内の認知症サポーター活動について35市町村に対して実態調査を実施したところ、サポーター活動の活発さについて「大変活発である」0%、「やや活発である」0%であったとし、一方で、「どちらともいえない」25.7%、「あまり活発ではない」17.1%、「殆ど活発ではない」37.1%であり、活発な活動がされていない現状が伺えたとしている。また、この結果に対する課題として「地域での自主的な活動につながらない」51.4%、「誰がサポーターか住民に知られていない」48.6%、「活動に参加できるサポーターが限定・固定化している」13.9%などが挙げられたとしている。さらに、地域包括支援センターに依頼し実施した、認知症の人が活用しているインフォーマルサポートについては、「家族」93.3%、「近隣住民」20.1%の順で活用されていたが、「認知症サポーター」の活

用は、たったの 0.1%と非常に少なかったとしている。(宮野ほか 2018:70-71)

認知症施策推進大綱には、認知症サポーター養成数の数値目標も掲げられ、その数値目標を達成できていることも前述したが、実際に活動を行なっているサポーターは限られていることがわかり、認知症当事者からは殆ど活用がなされていない現状が浮き彫りになってしまっているといえる。「地域での自主的な活動につながらない」という調査結果も得られているが、どこでどのように活動すべきなのかわからない認知症サポーターが多いのではないだろうか。他にも、「誰がサポーターか住民に知られていない」という結果より、認知症サポーターが地域住民に浸透していないという指摘もでき、認知症サポーターという支援の用意はできていても、それを活用する仕組みづくりの不十分さが露呈していると考えられる。

また、このような認知症のための支援の用意がありながら、実際には支援が行き届かないという問題の要因として、1章で述べた、認知症特有の症状とそれによる生きづらさがあると考えられる。

その点については、細川ら(2017:79)も指摘しているところであり、「わが国の場合、高齢者介護は伝統的に家族が行うものであり、また自分の家族に認知症高齢者がいることを恥ずかしく思うため、「認知症カフェ」に積極的に参加できないという声もある。」としている。

1章の認知症の人や認知症介護者が抱えている生きづらさにおいて、自らや家族が認知症になってしまったという事実を受け入れられないことや、細川らも指摘したような認知症であることに感じる恥ずかしさ、認知症であることに対する周囲からの対応に対して良く思わないことなどからの「認知症であることの周囲への隠蔽」を挙げた。そうした認知症特有の事情が、認知症当事者が支援を積極的に活用できない要因になっていると考えられる。

認知症サポーターに限ることなく、日本の認知症施策には、認知症の人だけでなく認知症介護者への支援も意識した「認知症カフェ」や、認知症予防の観点や認知症に関する健康相談等を行うことができる場所として期待される「通いの場」などがあり、これらについても、同様の理由で実際には十分な活用がなされていないのではないかと考えられる。

認知症においては、「怪我をしたから病院に行く」といったように、「認知症の疑いがあるから病院に行く」という単純な流れが当然のように行われるわけではないため、当事者が利用しやすい支援の仕組みづくりを行うという意味でも、当事者のニーズに寄り添った支援が必要であると考えられる。

3章では、このように考えられる日本の認知症施策の課題を踏まえ、諸外国における先進的な認知症施策を取り上げることで、日本の認知症施策の課題への検討を行う。

3. 諸外国の認知症施策

2章では、日本における認知症施策である認知症施策推進大綱の概要と、それに基づき推進されている具体的な施策や地方自治体等の取組について述べてきた。さらに、1章で述べた、認知症の人や認知症介護者が抱える生きづらさの改善につながるのかという観点をもとにして、日本が現在推進している認知症施策の数々に対して、課題の指摘を行ってきた。

それは、前述したとおり、本論文が「認知症の人が自分らしく生きることができる社会」のあり方について迫ることを目的としているためである。そのためには認知症の人や認知症介護者が抱える生きづらさの改善を図ることが必要であり、推進される認知症施策は、それらを目的とするものでなくてはならないと考える。

3章では、認知症政策のパイオニアとして国際社会の認知症政策の進展に寄与してきたイギリスにおける認知症国家戦略と、「コーディネートされたケア」や「住民参加型の福祉」の特徴を持ち、当事者主体の認知症ケアを推進しているオランダの認知症国家戦略について取り上げ、それらをもとに、2章で指摘を行なった日本の認知症施策の課題に対しての検討を行なっていく。

3. 1 イギリスの認知症施策

本節では、国際社会における認知症政策のパイオニアとして知られる、イギリスの認知症施策について取り上げる。

まず、これまで発展を遂げてきたイギリスにおける認知症国家戦略の概要や当事者主体の基本理念について述べたのち、認知症国家戦略のなかで機能している具体的な認知症施策や、そのなかでも特徴的なイギリスの認知症施策ならではの取組について取り上げ、日本の認知症施策の課題に対して検討を行う手がかりとする。

3. 1. 1 認知症国家戦略

イギリスでは、1990年に「国民保険サービスおよびコミュニティ・ケア法」が制定され、介護システムにおいて大きな変革が行われた。このコミュニティ・ケア法に基づき、施設に入所するのではなく、可能な限り住み慣れた場所での在宅生活を送ることができるよう、地方自治体は在宅介護の包括的な責任を持つこととなった。（白石 2017:54）

2005年には、認知症当事者の意思を尊重し、権利を守るためのケアの枠組みが定められた「メンタルキャパシティ法」が施行され、ケアや医療の現場における認知症当事者の自己決定権を尊重し、自己決定のプロセスを透明化・厳格化することに影響を与えている。（白石 2017:54）

イギリスにおける認知症国家戦略として2009年に発表された「認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略」がある。

1章において、イギリスが中心となってG8認知症サミットを開催した経緯について述べたが、この認知症国家戦略の策定においても同じような経緯がある。2007年に英アルツハイマー病協会の委託を受け研究機関が刊行した報告書により、イギリスにおける認知症の人の数、及び介護者の介護負担などのコストも含む、認知症における年間コストの推計値が公表され、認知症が社会保障や国家経済に多大な影響を与える重要事項であるという認識がイギリス政府内で高まることとなり、2009年2月に国家戦略が策定されることとなった。（西田 2015:7）

国家戦略の策定にあたっては、英国議会において与野党の垣根を越えた、超党派で積極的な議論が重ねられ、さらには保健省プログラム委員会の後援によって作業部会が組織されることとなった。この作業部会では、認知症の人や家族介護者、関係団体などのニーズをボ

トムアップ型で聴取するため、イギリス国内の 50 以上の関係団体、4000 人以上の関係者との意見交換を重ね、さらにはイギリス全土 53 箇所で聴講会を開催するなどの過程を経ることで、国家戦略を生み出した。（白石 2017:55）

このような膨大な意見交換を重ねることで、戦略のタイトルにもあるような、「認知症と“ともに”良き生活（人生）を送る」というビジョンの実現に向けて、当事者の視点を最も重要視した戦略を策定するに至った。

認知症国家戦略では、「認知症とともに良き生活（人生）を送る」ことの実現に向け、以下のような 3 つの基本理念のもと、17 項目の政策目標を定めた。なお、以下の基本理念と政策目標については、西田（2015:8）がまとめているものを引用する。

○医療・介護に携わる専門家、ならびに一般市民を含む非専門家、双方への認知症に関する正しい理解の普及

○適切な診断を早期に受けられ、その後、質の高い包括的な支援・治療が受けられるようなサービスモデルの整備

○当事者並びにケアラーのニーズに基づいた幅広いサービスの実現

- 目標 1 : 一般市民および専門家の認知症の気づきと理解を改善する
- 目標 2 : 全ての認知症の人々に良質な早期の診断・支援の機会を提供する
- 目標 3 : 認知症の診断を受けた人とそのケアラーに良質な情報を提供する
- 目標 4 : 新団子のケア・支援・助言へのアクセスを容易にする
- 目標 5 : 認知症の人とその家族を地域で直接的に支援するピアサポートの仕組みとネットワークを構築する
- 目標 6 : 個別的ニーズに柔軟且つ適切に対応できるよう在宅サービスを改善する
- 目標 7 : ケアラー支援戦略を実施する
- 目標 8 : 総合病院における認知症ケアの質を改善する
- 目標 9 : 認知症の人のための中間ケアサービスを改善する
- 目標 10 : 認知症の人とケアラーを支援するための住居支援、居宅関連サービス、テレケア（遠隔医療）の可能性を検討する
- 目標 11 : ケアホームにおいて認知症とともに良い生活が送れるようにする
- 目標 12 : 認知症の人の終末期のケアを改善する
- 目標 13 : 認知症の人に関わる可能性のある従業員に基礎的な研修や継続的な教育の機会を提供する
- 目標 14 : 認知症のための協同コミッショニング戦略を行う
- 目標 15 : 医療・介護サービス、およびそれらの連携が機能しているかについての評価と制御を改善する
- 目標 16 : 研究によるエビデンスとそのニーズを明らかにする
- 目標 17 : 国及び地方において国家戦略の実施のための効果的な支援を行う

このように、イギリスの認知症国家戦略における基本理念と政策目標は、数多くの関係者との意見交換を重ねて策定されたことが納得できるような、当事者の視点に立った内容で

あることが分かる。さらには、社会に存在している認知症に対する偏見や無知をなくし、早期かつ適切な診断・治療、診断後の適切な治療、初期から終末期までの認知症当事者に対する質の高いケア提供の必要性といった包括的な内容となっている。

また、こうしたイギリスにおける当事者主体の支援には、「パーソン・センタード・ケア」という考え方の影響が大きくある。パーソン・センタード・ケアは、従来の医学的モデルや介護者の論理に基づいた認知症の捉え方を見直し、認知症当事者の個性や人生をとらえ、尊厳を保ちつつ「その人を中心とした最善のケア」を目指した、イギリスの認知症政策の根幹をなす考え方である。(白石 2017:56-57)

さらに、認知症国家戦略における政策目標においては、しばしば「ケアラー」という言葉が登場し、当事者だけでなく、介護者についても支援を行うとする考え方が見てとれる。これには、イギリスにおける「ケアラー法」という法律が関係している。

イギリスでは、1995 年にケアラー法が制定されており、これにより、認知症の人を家族にもつ介護者も、この法律に基づき様々な支援を受ける「権利」を保持している。一方で、これは介護者の権利のみならず、ケアラー法は、地方自治体によるケアラーに対しての必要な情報や支援を的確に提供することなどの「義務」に関しても影響を及ぼしている。(西田 2015:11)

つまり、イギリスにおける、介護者に対しても支援を行うという考え方は、関係者との数多くの意見交換によって得られたニーズであるだけでなく、法律によって定められた、守らるべき権利ということになる。

次いで 2010 年には、政権交代に伴い、「認知症のための質的アウトカム：認知症国家戦略の事業に基づいて」が発表された。この「認知症のための質的アウトカム」では認知症国家戦略における政策目標の中でも特に重要な次の 5 つが選択され、国家戦略に基づき認知症施策に取り組む集中改革期間とされた 2009 年から 2014 年にかけて、最重要課題として取り組みが進められた。

- ①早期の診断・支援のための体制整備
- ②総合病院における認知症ケアの改善
- ③介護施設における認知症ケアの改善
- ④ケアラー支援の強化
- ⑤抗精神病薬使用の低減（策定後に政策目標に追加）

その後も、イギリス首相のリーダーシップのもと「認知症に関する首相の挑戦」が発表され、市民啓発と地域づくり、ケアの更なる質的向上、研究の強力な推進の 3 つの課題が掲げられ、政策推進体制の強化が図られてきた。(白石 2017:56)

ここまで述べてきたように、イギリスでは、国内における認知症にかかる社会的費用の調査等による認知症政策に進展に向けた早期の対応やパーソン・センタード・ケアという考え方、コミュニティ・ケア法やケアラー法など、認知症の人や介護者に対する当事者主体の支援を行うことができる基盤の存在や、それぞれの時代の首相のリーダーシップによって更に進展がなされてきた経緯などによって、国際社会において、いち早く認知症政策が進展してきたことがわかる。

3. 1. 2 具体的な取組

前項では、イギリスにおける認知症国家戦略の概要と、その基盤となる当事者主体の考え方や、そのもとにある制度や法律について述べてきた。本項では、そうしたイギリスにおける認知症国家戦略のもとで機能してきた、イギリスの具体的な認知症施策のなかでも特徴的な取組について取り上げる。それらのイギリスにおける特徴的な取組について確認することで、日本の認知症施策の課題を検討する手がかりとする。

イギリスにおける認知症国家戦略をもとにした具体的な取組として、「メモリーサービス」や「アドミナル・ナース」、ケアラー支援の強化、「DAA」などがある。これより、これらの取組について、順にその内容を説明していく。

メモリーサービスとは、早期の診断・支援のための体制整備の取組のひとつとして設けられたものであり、その普及と質の向上が、認知症の早期診断・支援につながり、認知症の症状の悪化を防ぐことにつながるとされている。メモリーサービスは、認知症の早期診断と支援の地域拠点として政策上位置付けられているものであり、高齢者人口約 4 万人に 1 箇所程度で設置されている。(西田 2015:9)

多くの認知症当事者とケアラーが、様々な要因から適切な時期に適切な支援を受ける機会を逸してしまうことで、認知症における問題や症状が悪化し、認知症の人が今まで通りの生活を送ることが困難になってしまうことなどから、早期の診断・支援の体制整備は、5つの最重要課題のなかでも特に重要視されるものであった。また、早期診断・早期支援には地域間格差もあることが報告されていたこともあり、そうした状況を地域単位で改善すべく、メモリーサービスが設置されることとなった。(西田 2015:9)

メモリーサービスには、多職種（上級・臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士、アドミナル・ナース等）によるチームが置かれ、2 名一組で自宅を訪問しアセスメント指標を用いた調査の実施や、週に一度医師を交えて行われる診断会議、それをもとに十分に時間をかけて行う当事者や家族へのフィードバックなど、一定期間の継続支援を行うことにより認知症の人や家族の生活を軌道に乗せ、その後かかりつけ医へと引き継ぐという流れで、支援が展開されている。早期支援の内容としては診断後の心理ケアや良質な情報の提供、民間セクターとの連携を伴って認知症カフェの参加などの家族支援、本人の判断能力を尊重したケアプランの作成など多岐にわたる。

また、メモリーサービスの質を高め、その均等化を推進する取組も存在しており、メモリーサービスにおけるサービスの質を評価・認定するための機関である、「メモリーサービス全国認知症プログラム」により、サービスについての聞き取り調査や、それらの情報をもとにした評価が行われる。(西田 2015:10)

こうした取組は、メモリーサービスがイギリスの認知症国家戦略の重点施策であることの表れのように捉えることができ、全てはその先で支援を必要としている認知症の人や介護者の存在が意識されたものであるように考えられる。

アドミナル・ナースとは、イギリスにおいて誕生した認知症専門の看護師であり、メモリーサービスなどに所属し、認知症当事者やその家族に対して個別支援を行う存在である。(白石 2017:58)

アドミナル・ナースによる支援の流れは、まず、認知症の人や家族介護者が認知症についての理解を深めることを助け、具体的な医療や介護サービスの説明を行い、介護技術向上の

ための具体的かつ実践的な助言を行うというものである。また、家族介護者への身体的・心理的なケアも行い、認知症の人とコミュニケーションを行う上での留意点を伝えるなどのサポートも行う。

アドミナル・ナースは8段階の資格に分かれており、精神医療看護師の資格も取る必要がある。ある程度簡単な講座を受講すればなることができるものとは異なり、このような資格を持つアドミナル・ナースの助言が行われることで、介護者は必要且つ的確な情報を取捨選択することができるのである。(白石 2017:59)

次いで、ケアラー支援の強化について述べる。前項でも述べたように、イギリスでは1995年にケアラー法が制定されている。さらに、1999年には「介護者のための全国戦略」(白石 2017:61)が制定され、これらに基づき、イギリスでは認知症の人を介護する家族介護者も支援を受ける「権利」を有することとなった。ケアラー法において、地方自治体には、介護者に対する情報提供や支援活動、介護者の困難のアセスメントが義務として課せられており、ケアラー法で規定されている内容は「ケアラーが一人の人間として尊厳を保てること、身体的・精神的・心理的に健全であり続けられること、ケアラーの仕事や教育、趣味や社会活動も重視された上で、認知症当事者に在宅ケアや施設ケアのケアプランと支援が提供される」(白石 2017:62)ことである。具体的な内容についてみれば、ケアラー法とそれが制定されているイギリスでは、認知症に関する支援において、認知症の人と同様に、介護者に対しても尊厳が保たれ、支援がなされることが重要であるとされていることがわかる。これも全て、介護者が支援を受けることで介護者の尊厳が保たれ、身体的・心理的に安定していることが、認知症の人にとって適切な支援につながり、認知症の人が自分らしく、認知症とともに生活することにつながると考えられているからである。

最後に、DAAに代表される、官民連携による施策推進というイギリスの特色について取り上げる。

認知症国家戦略の促進を図るには、企業や民間組織と官公庁との連携が不可欠であるとして、国家戦略策定の翌2010年に、官民連携のプラットフォームとなるDementia Action Alliance(以降DAA)が設立された。³⁶ 官民連携ということは、前述した「認知症に関する首相の挑戦」においても示されているものであり、官公庁のみならず医療サービス提供者や研究機関、非営利団体、民間事業者が参画する形で政策推進を目指すこととされている。

認知症の家族介護者によって創設されたAlzheimer's Societyも民間主導の非営利団体でありながら中央、地方行政とも連携をとり、イギリスにおける認知症対策において大きな役割を担ってきた。

Alzheimer's Societyは、異業種連携を通じた様々な取組によって認知症フレンドリーな地域社会の構築を促進しているが、そのなかでも重要な役割の例として挙げられるのが、各業界にとって実用的な認知症ガイドラインの作成を支援してきたというものである。「認知症に関する首相の挑戦」の一環として、イギリス首相が各業界の認知症対策に前向きな企業の役員をChampionとして任命するものがあるが、その際にAlzheimer's Societyが首

³⁶ Deloitte. 英国における認知症対策 (2022.12.2)

<https://www2.deloitte.com/jp/ja/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/hc/uk-dementia.html>

相に Champion を推薦する。Champion は、認知症にやさしい企業となることの利益や重要性を内外に啓蒙し、組織内・業界内の関係者に認知症に関する教育プログラムを実施するだけでなく、必要に応じて業界のニーズに沿ったガイドラインの作成³⁷をリードする。このような民間事業者主導での認知症ガイドライン策定の推進を行うことで、より実態に則したガイドラインの作成が可能となり、認知症の人や介護者が日常生活を安心して生き生きと送ることにつながっている。こういった取組は、認知症の人をはじめとする国民の生活の身近にある民間事業者主導であるからこそ可能になるものであるといえる。前述してきた認知症国家戦略に基づく様々な取組だけでなく、民間主導で官民連携が図られたボトムアップ型の取組というものも、先進的なイギリスの認知症施策を支えてきた存在である。

ここまで認知症国家戦略に基づき推進されている、具体的な取組について述べてきたが、こうした様々な取組にも、当事者主体の国家戦略あるいは国家としての考え方が根付いていると考えることができる。そして、当事者主体という基本的な考え方が単なるお飾りのようなものではなく、当事者に合わせコーディネートされる専門性の高い医療・介護システムの確立や、基盤となる法整備、当事者主体の支援をより実践的に行うための官民連携の取組など、基本理念のもとで実践的な取組が行われていることがわかる。

3. 2 オランダの認知症施策

本節では、前節のイギリスにおける認知症施策につづき、「コーディネートされたケア」「住民参加型の福祉」などの特徴を持つことで知られるオランダの認知症施策について取り上げ、イギリスの認知症施策と合わせ、日本の認知症施策の課題への検討を行う手がかりとする。

まず、オランダの医療・福祉制度の基盤として存在するコミュニティケアの考え方や、特徴的な介護保険制度について述べる。その上で、それらを基盤として推進されているオランダの認知症国家戦略について取り上げ、オランダの特徴的なコミュニティケアや医療・福祉制度が認知症施策としてどのように機能しているのかを確認する。

3. 2. 1 医療・介護・福祉制度

オランダは「自由と寛容の国」と称され、個の尊重と自立を保障し、誰もが医療・福祉を享受できる制度が整備されている。(齊藤ほか編 2022:15)

それら医療・福祉のサービスの実施は地方自治体を中心に行われ、地域コミュニティの人々が参加する「住民参加型の福祉」が実現しているという特徴がある。

オランダ社会では、政治的信条や宗教との関わりが深く、人々は宗教別のブロック社会を基盤とした何らかに属して生活を送りながら、異なるイデオロギーを有しても互いを尊重し共存してきたという社会的背景が影響している。(齊藤ほか編 2022:15)

また、オランダの住民は「必ず家庭医（かかりつけ医）を持つ」とも言われており、コミ

³⁷ 例えば、認知症の人が生活する上で困難なことの一つに金融機関や保険会社との手続きがあり、金融サービス業界の Champion として任命された銀行が主導し、認知症フレンドリー無金融サービスガイドラインを作成するなど

ユニティを基盤とした家族・近隣住民によるマントルゾルフ³⁸、医療・介護の専門家による統合ケアサービスを提供するビュートゾルフ³⁹などにより、生まれてから死ぬまで、その人らしい生活を自律的な選択のもとで保証・享受できるような仕組みにより支えられている。（齊藤ほか編 2022:16）

以下においても引き続き認知症国家戦略推進の背景にある、オランダの医療・介護・福祉制度の特徴について述べるにあたり、ここで、高齢者福祉・医療の特徴点についてまとめられた、齊藤ら（2022）の文章を引用する。

「オランダにおける高齢者福祉・医療・介護の特徴点は以下のように整理できる。第1は、家庭医登録がほぼ100%で、家庭医を中心に疾病によりそれぞれの専門医へと連携強化されている。第2は、マントルゾルフや地域のボランティアが「インフォーマルケア」の担い手となり、当事者に対して地域との関わりを保ち孤独・孤立化させないサポートを行なっている。第3は、ビュートゾルフなど専門教育を受けた看護師、介護士、リハビリ職による独立したチームによる専門サービスが「フォーマルケア」を行い、「インフォーマルケア」とともに重層的なケアシステムが確立していることである。第4は、こうした重層的なケアシステムによって、個別ケアを原則に、介護を必要とする人が住み慣れた環境（施設、在宅）の中で、自律した生活をより長く営んでいくための支援体制が形成され、利用者中心＝本人の思いや意向を確認し自己決定を重視するケアを実現させ、地域包括ケアの充実が図られている。また、そうした中でも難しい場合には、医療保険（ZVW）や新介護保険法（WLZ）になが支援の仕組みが整っているということである。」（齊藤ら 2022:18）

ZVWは、オランダにおける医療保険であり、被保険者は国内居住者及び給与税を納めている者で、保険者は民間保険会社である。被保険者には基本パッケージの購入（かかりつけ医による診療、1年未満の入院、18歳未満の歯科治療等）が義務付けられており、保険会社は加入希望者を全て受け入れることが義務付けられていることから、国民皆保険となっている。さらに保険者は、診療報酬の上限価格規制などの制約下で、医師や医療機関などとサービスの価格や質について交渉して契約できる立場に置かれ、かつ被保険者から年に一度選択される立場にあるため、その結果、全ての国民が保険に加入する権利を保障されるだけでなく、保険者が与えられた予算の中で被保険者から選んでもらえるよう、低価格で品質の良いサービスを医療機関から供給されるよう努力することで、被保険者に望ましい医療が提供される仕組みとなっている。（宮本 2018:61）

このように、オランダにおける医療・介護・福祉制度は地域コミュニティや地方自治体を中心とした「住民参加型の福祉」の中で、人々が自律した生活をより長く営んでいくための様々な支援システムが確立されており、その上で医療保険制度についても保険者である国民の権利を優先したものが整備されていることがわかる。

こうしたオランダの特徴的な医療・介護・福祉制度を基盤として策定されている、オラン

³⁸ オランダでは、身体的、心理的、精神的な病気や障害、支援を必要としている高齢者のために、その身近にいる人（パートナー、家族、友人、隣人等）がマントルゾルガーとして支援を提供している。（齊藤ほか編 2022:18）

³⁹ 十分な教育を受けた看護師や介護士、リハビリ職等の専門職によるチーム（齊藤ほか編 2022:17）

ダの認知症国家戦略について、次項で述べていく。

3. 2. 2 認知症国家戦略

オランダの認知症国家戦略は、前述したような医療・介護・福祉制度を基盤として策定され、認知症の人のニーズに基づく「コーディネートされたケア」、認知症の人や介護者に対する適切で十分なガイダンスと支援の提供を通じた、認知症の人や介護者の生活の質の改善を目的として、大きく分けて3段階の発展を遂げてきた。(堀田 2013:39)

第一段階は、認知症の人や介護者の視点に立った、認知症に関する地域レベルでの課題抽出とその改善に向けたプロジェクトの展開を行い、第二段階では統合ケアのガイドライン作成、第三段階はガイドラインの見直しと、それをもとにしたケア基準の策定である。

認知症国家戦略の発展における第一段階は、2004年に発表された「全国認知症プログラム」である。認知症に対して国家としてどのような対策を行うべきかを明らかにするため、地域レベルでの認知症の人とその介護者の視点に立った課題抽出、その改善に向けたプロジェクトの展開を通じた「良い認知症ケア」の在り方を、国として明確にすることが目的であった。具体的には、全国57地域においてワーキンググループを設け、当該地域における認知症ケアに関する課題抽出、緊急度の高い問題改善に向けた3つ〜4つのプロジェクトを実施した。特徴として、ここで設けられたワーキンググループには、ケア提供事業者だけでなく、必ず認知症の人やその介護者が含まれたことがあり、「良い認知症ケア」の在り方について、当事者の視点に立って検討が行われた。

緊急度が高いとされた問題の上位は、「①気分・行動上の問題に対する本人の恐怖・怒り・混乱、②介護者のストレス、不安、孤独感、③施設入所への抵抗感、④何かがおかしいが、原因や対処法がわからない、⑤専門職とのコミュニケーションの困難さ」(堀田 2013:40)であった。これに対して、地域レベルで行われるプロジェクト指針として、これらの問題に対応して推奨される活動がまとめられ、実際に取り組まれたプロジェクトが「①ケースマネジメント、②認知症及び認知症ケアに関する情報の充実、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育」(堀田 2013:40)となった。

全国認知症プログラムは、当初の目的であった当事者の視点に立った良い認知症ケアの在り方の明確化だけでなく、ケースマネジメントの開始・拡大に大きな成果を挙げたが、提供事業者間の組織的連携が未成熟であるという課題がみられた。

そこで第二段階となる「認知症統合ケアプログラム」が2008年より進められ、それまでの取組を踏まえた、認知症ケアパスの開発や、課題となっていた組織的連携に基づく統合ケアのガイドラインの作成を行い、認知症の人や介護者に対する体系的な支援を提供するケースマネジメントの発展をめざした。

2011年より、第三段階としてガイドライン作成などによってそれまでに明確化が図られてきたケアプロセスの内容改善のフェーズへと突入し、ケースマネジメントの定義明確化等が継続的に進められるなど、認知症ケア基準の策定が進められてきた。こうしたコーディネートされた認知症ケアの実現に向け行われる連続したプログラムは、2021年に定義された「認知症国家戦略2021-2030」においても継続的に強化されている。(齊藤ほか編 2022:17)

このように、オランダにおける認知症国家戦略では、前述したような医療・介護・福祉制度などが基盤として存在し、地方自治体や地域コミュニティを中心とした「住民参加型の福

祉」の中で、認知症の人や介護者が住み慣れた地域の中で自律した生活をより長く営むことができるよう、コーディネートされたケアの在り方が当初から目指されてきたといえる。

また、オランダの認知症に対する取組において、特徴的である「認知症の街」についても、オランダが目指す、当事者の視点に立った良い認知症ケアの在り方であると考えられる。

オランダで介護事業を行うヴィヴィウム・ケアグループが2009年に運営を開始したヴェースプ市内にある「ホグウェイ」は、1万2000平方メートルの敷地内に150人程度の認知症患者が暮らす小さな街となっている。⁴⁰ この街には、スーパーマーケットやカフェ、レストラン、美容院から劇場といった、日常生活に困らないような施設の数々が用意されており、まさに一つの街として機能している。しかし、完全に認知症患者のみで独立した街であるわけではなく、街の中にあるそれらの施設の従業員は、介護資格を持った職員が行っている。また、住民は様々な住居タイプにグループ分けされた中で生活をしており、それぞれのグループが社会的・外交的な「都会派」や芸術や文化に関心の高い「文化派」、ハイクラスな生活を送っていた「上流階級派」、信仰心の高い「クリスチャン派」といったように分けられている。認知症の人にもそれぞれ異なるライフスタイルや人生経験があり、それらを踏まえた仕組みである。⁴¹

このような「認知症の街」は、認知症の人が認知症でありながらも自分の意思や尊厳が尊重され、自分らしい自律した生活を送ることができるような取組であり、オランダの「コーディネートされたケア」や「住民参加型の福祉」といった特徴が反映された、認知症の人に向けた当事者主体の支援において、非常に優れたものであると考えられる。

ここまで述べてきたように、オランダにおいては、個人ケアの原則に基づく「コーディネートされたケア」、地域コミュニティや地方自治体によるフォーマルケアとインフォーマルケアの重層的なケアシステムにより確立された「住民参加型の福祉」によって、認知症の人が自分らしく自律した生活を長く営んでいくことができる支援を提供がなされているということがわかる。

3. 3 日本の課題への検討

本節では、3章でここまで述べてきたイギリスとオランダにおける認知症施策を踏まえ、2章で挙げた日本の認知症施策の課題への検討を行う。

3章でここまで述べてきたことを踏まえ、二つの国に共通してみられる認知症施策の特長に、高い専門性を備えた医療・介護システムが確立されていること、法律の整備あるいはそれまでの社会的背景を基盤として、医療・介護に前向きな社会的価値観が形成されていることの二つが挙げられると考える。

イギリスやオランダの認知症における医療・介護支援システムには、二つの国の間で細か

⁴⁰ 三菱地所リアルエステートサービス 高齢化が進む日本も参考にしたい 認知症患者が暮らしやすい街・オランダ「ホグウェイ」(2022.12.3)
<https://www.mecyes.co.jp/library/watch/17>

⁴¹ DIAMOND online 洒落たレストランから趣味の部屋まで まるでテーマパーク！オランダの「認知症の街」(2022.12.3) <https://diamond.jp/articles/-/62385?page=3>

い違いはあれど、認知症に対して早期の段階で医療・介護に介入し、重層的なケアシステムによる支援を提供する点で共通しているといえる。高い専門性を備えた多職種チームによって、認知症の人それぞれの容態やそれまでの生活歴、本人・家族介護者のニーズに沿ったケアを、認知症当事者の生活が軌道に乗るまで継続的に行い、必要に応じてその後の医療・介護支援につなげていくというものは、未だ日本では確立できていない仕組みである。

さらに、イギリスにおいては、コミュニティ・ケア法やメンタルキャパシティ法、ケアラ一法といった、認知症における当事者主体の支援のあり方を後押しするような法整備が行われているほか、オランダでは、異なるイデオロギーを有しても互いを尊重し共存してきたという社会的歴史背景の影響による密接な地域コミュニティ等の「住民参加型の福祉」や、手厚い介護保険制度の存在など、医療・介護支援を後押しする、国全体の理解があるように感じられる。

日本の認知症施策が推進する普及啓発は、確かに重要なものではあるものの、認知症特有の生きづらさについて考慮すれば、イギリスやオランダに共通して見られるような、重層的なケアシステムを確立し、早期発見・対応のために積極的に介入を行なっていくことが、当事者主体の支援を行う上で、より重要であると考えられる。

4. 認知症の人が自分らしく生きることができる社会に向けて

4. 1 現状の認知症施策への提言

現状の日本における認知症施策は、認知症の人が住み慣れた地域の中で自分らしく生活することができる社会の実現を目指すものであり、そのために認知症への理解促進や普及啓発、その他様々な取組を行っていることを、本論文においてこれまで確認してきた。しかし、日本の認知症施策において当事者主体の支援は用意されていても、実際には支援を必要としている人々に支援が行き届いていない現状についても指摘してきた。

認知症サポーター養成等による認知症への理解促進と普及啓発は、必要なことではあるが、前述したような、認知症特有の生きづらさの前においては、十分な効果が現れていないのが現状である。

そこで、3 章において課題への検討を行なったことを踏まえ、「認知症の人が自分らしく生きることができる社会」を目指し、認知症の人の医療・介護に対し積極的に介入し、早期の段階から、認知症の人や家族介護者それぞれのニーズに最大限に寄り添ったケアを、重層的に確立されたケアシステムにより行なっていくことが、今後の日本の認知症施策として推進されていくべきであると考え。これは、現状の日本において市町村ごとに作成されるケアパスのようなものではなく、諸外国の多職種チームを参考として、より専門性の高い、認知症の人一人ひとりに応じたケアのあり方を確立することを指している。

そして、そこには認知症サポーター等の普及啓発も重要であるが、諸外国の認知症施策に倣い、当事者主体の認知症ケアに影響力のある法律の整備や介護保険制度等の見直しを行うことで、社会全体の認知症ケアに対する新たな価値観の形成を行うなどの取組がより重要になると考える。

このような取組により、認知症の人や認知症介護者が抵抗を感じることなく、率先して利用したいと感じられるような、一人ひとりに応じたケアの実現を可能にするケアシステムの確立と、それを可能にする制度や社会的価値観の形成が、本論文が目指す「認知症の人が自分らしく生きることができる社会」を実現させるものであると考える。

4. 2 求められる社会の姿

認知症は、今後さらに高齢化が進むなかで、これからの社会を生きる私たちにとって、益々身近な存在になると考える。その証拠に、私は小学生の頃に祖父を認知症が原因の事故で亡くし、現在は残された祖母が認知症を患ったことで、親戚総出で介護をしている。

本論文において、認知症が抱える生きづらさについて述べてきたが、身近な人が自分を含めた様々なことを忘れ、行動に変化が現れたり、それまでのその人との違いを大きく感じるようになった時の喪失感などは、なかなか厳しいものがある。そうした現実が多くの人に訪れるとされているなかで、前述したような、新たな社会的価値観の形成などとは言わずとも、自分の身近な人のために、それまでより少しだけでも思いやる行動や気を配ってあげようという気持ちを、多くの人に持ってもらえるようになればと感じる。

2章3節において、日本の地方自治体において行われている具体的な取組の特徴的なものについて取り上げた。あのような取組は、日本の認知症施策である認知症施策推進大綱という抽象的な認知症支援のモデルに対して、それを地域それぞれの特色に合わせた解釈を行い、具体的に実践を行った比較的機能している好事例の取組であると言える。

こうした取組は、認知症の人を介護する存在がその家族だけでなく、地域の人々がその存在を知り、理解のもとで見守り共生していこうとする考え方のもとで成立するものである。

認知症がその特有の症状によって、認知症当事者に様々な生きづらさを与えることを確認してきたが、そうした認知症の人やその家族介護者の生きづらさを少しでも解消し、その人々が自分らしく生きられる社会を実現させるのは、家族以外の地域の人々など、周囲の理解や手助けであると感じる。

社会の構成員である私たち一人ひとりが、少しずつでも、自分の周りに気を配ってあげられることが、認知症の人が自分らしく生きることができる社会の実現、さらには多くの人にとって生きやすい社会へと、つながるのではないかと考える。

おわりに

本論文では、認知症の人が自分らしく生きることができる社会の実現に向けて、認知症当事者に対し、どのような支援が必要であり、どのような施策が推進されるべきであるのか検討を行なった。認知症には、認知症特有の症状があり、それにより認知症の人や認知症介護者が生きづらさを抱え、現状の日本において認知症施策が推進されているものの、そうした生きづらさを抱える当事者は、十分な支援を享受できていないことがわかった。そして、諸外国の認知症施策を参考に、認知症の人が自分らしく生きることができる社会の実現に向けて、認知症ケアにおける専門性の高い重層的なケアシステムを確立し、認知症の人一人ひ

りの希望に沿ってコーディネートされたケアを継続的に提供することが重要であるという結論に至った。そのためには、日本においても医療・介護制度に対しての社会的価値観の見直しを図ることが必要であると考えた。しかし、現実的には、社会全体の価値観を新たに形成することは非常に難しい。本論文においても、認知症の人や家族介護者による「認知症であることの隠秘」について、日本に古くからある家族介護観が背景にあるとしたが、それについての詳細の分析については行うことができなかった。

そのため、今後現状の日本の施策と諸外国の施策との違いの要因に、社会的背景を指摘する際には、より慎重に詳細な分析を行うよう努めるべきと考える。

一方で、認知症の人が自分らしく生きることができる社会の実現に向けて求められる社会の姿として、認知症がより身近な存在となる今後に向けて、社会の構成員である一人ひとりが、認知症に対して関心を持ち、今までの生活より少しだけでも「周囲の人の行動に気を配ってみよう」と考えてもらいたい、また「自分も身近な人のためにそうありたい」と、改めて考えられたことは良かった。

社会における様々な問題に対し、明確に自分自身の考えを持ち、自らの周りにいる大切な人たちとの人生に還元できるようにしたいと、このゼミを学びの場として選んだ私にとっては、意味のあるゼミ論文になったと感じている。

参考・引用参考文献

- 平岩和美, 2022, 「認知症の概要と支援」『理学療法の臨床と研究』 31. 21-29
- 山口晴保, 2018, 「B P S D の定義、その症状と発症要因」『認知症ケア研究誌』 2. 1-16
- 鳥居千恵、倉田貞美, 2011, 「認知症の患者本人が主たる家族介護者との新たな関係性を構築していくプロセス」『老年看護学』 16. 1. 57-65
- 宮村季浩, 2016, 「認知症の人の生活上の困難さについての認知症の人と家族介護者の認識の違い」『日本公衛誌』 63. 4. 202-208
- 寺岡貴子、深堀浩樹、野末聖香、福田紀子, 2021, 「日本の認知症高齢者を在宅介護する家族介護者の体験のメタ統合」『日本精神保健看護学会誌』 30. 2. 39-49
- 鈴木達也、野呂瀬準、須田(二見)章子、鈴木一成、関水憲一、大内基司、猪狩吉雅、渡邊健太郎、中野博司、大庭建三、2010, 「認知症の周辺症状 (B P S D) への対応」『日医大医学会誌』 6. 3. 135-139
- 池添志乃、野嶋佐由美, 「生活の再構築に取り組む家族の介護キャリアの形成困難における悪循環」『家族看護学研究』 14. 3. 20-29
- 辻村真由子、篠原裕子、藤田淳子、片倉直子、石垣和子、山本則子、小笹優美、磯部有紀子、園田芳美、黒河内仙奈, 2016, 「在宅療養者を支える家族介護者の他者へのケアの委譲」『千葉大学看護学部紀要』 32. 31-36
- 宮野公恵、成松玉委、藤井博英, 2018, 「認知症サポーター事業に関わる現状と課題」『東京情報大学研究論集』 21. 2. 67-75
- 細川淳嗣、西田征治、國定美香、三原博光、原田俊英, 2017, 「日本・ドイツ・中国の認知症高齢者の実態と施策の国際調査」『人間の科学 県立広島大学保健福祉学部誌』 17. 1. 73-

白石真澄, 2017, 「英国における認知症当事者のケアとインフォーマルサービス」『政策創造研究』 11. 53-75

西田淳志, 2015, 「英国の認知症国家戦略」『海外社会保障研究』 2019:6-13

齊藤順子、中村律子、飯村まきみ, 2022, 「オランダの高齢者福祉（認知症ケア）の現状について」『淑徳大学社会福祉研究所総合福祉研究』 26. 15-28

宮本恭子, 2018, 「オランダの地域包括ケアシステムと日本への示唆」『社会文化論集』14. 59-74

堀田聡子, 2013, 「オランダの認知症国家戦略の概要」『認知症国家戦略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』 36-45

