

認知症ケアにおける地域包括ケアシステムの 有用性の検討

—認知症当事者がその人らしく暮らせる社会を目指して—

天道千乃

目次

はじめに

1. 認知症とは

- 1. 1 認知症の原因疾患
- 1. 2 認知症の症状
 - 1. 2. 1 中核症状
 - 1. 2. 2 周辺症状
- 1. 3 認知症当事者の世界

2. 認知症ケア・施策の変遷と現状

- 2. 1 認知症ケア・施策の変遷
- 2. 2 認知症ケア・施策の現状

3. 地域包括ケアシステムの概要

- 3. 1 地域包括ケアシステムとは
- 3. 2 事例紹介
- 3. 3 地域包括ケアシステムの有用性

4. 地域包括ケアシステムの問題点

- 4. 1 システム運用上の課題
 - 4. 1. 1 マンパワーの不足
 - 4. 1. 2 地域格差
- 4. 2 医療費の削減
- 4. 3 「自助・互助・共助・公助」の果たすべき役割

5. 認知症ケアのあるべき姿

- 5. 1 「その人らしさ」を大切にするケア
 - 5. 1. 1 認知症における「その人らしさ」とは
 - 5. 1. 2 「その人らしさ」を大切にするケアのあり方
- 5. 2 個別ニーズに最大限寄り添うために

6. 認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会を目指して

おわりに

参考・引用参考文献

はじめに

我が国の総人口は、令和4年10月1日現在、1億2495万人となっており、65歳以上人口は3624万人となっている。65歳以上が総人口に占める割合（高齢化率）も29.0%となった。昭和5年の高齢化率は5%、昭和45年には7%、平成6年には14%を超え、その後も上昇し続けてきたことを踏まえると、今後も高齢化率は上昇していくと予想される。¹

先に述べたような高齢化の進行に伴い、認知症当事者の数も年々増加している。65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計についてみると、2012年は認知症患者数が462万人と、65歳以上の高齢者の7人に1人（有病率15.0%）であったが、2025年には約700万人、5人に1人になると見込まれている。²

高齢化の進行や認知症当事者の増加が進む中で、認知症は「誰もがなりうる状態」であるという認識を人々が持ちながら、老いという普遍的な事象を受け入れていく必要があるといえる。

本論文では、認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会の実現を目指して、地域包括ケアシステムの有用性と問題点を検討し、認知症ケアのあるべき姿を明らかにする。

第1章では、認知症とはどのような症状を示す疾患であるのか整理するほか、認知症当事者の手記を検討することで、認知症当事者の心境や視点を理解する手がかりとする。第2章では、認知症ケアの変遷と現状について整理し、認知症当事者がどのようなケアをされ、どのような扱われ方をしてきたのか、批判的に検討する。第3章では、地域包括ケアシステムの概要について整理する。ここで、地域包括ケアシステムの有用性について検討する。第4章では、地域包括ケアシステムの運用上の課題と、システム自体の問題点について整理する。第5章では、前章で明らかにした課題や問題点を踏まえ、「その人らしさ」をキーワードに認知症ケアのあるべき姿を検討する。第6章では、認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会の実現に向けて、個人単位で認知症や「老い」に対してどのような意識の転換・改革ができるか整理し、認知症や「老い」そのものに対して、我々がどのように向き合っていくべきか提言を行う。

1. 認知症とは

本章では、認知症とはどのような疾患から生まれ、どのような症状を持っている状態であるのかを明らかにする。そして、認知症当事者はどのような視線で変わっていく自分自

¹ 内閣府 令和5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（2023.10.9）
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf

² 内閣府 平成28年版高齢社会白書（概要版） 第1章第2節3 高齢者の健康福祉
（2023.10.10）https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html

身や周囲を見つめているのかについて、認知症当事者の手記を通じて言及する。

1. 1 認知症の原因疾患

認知症は症状レベルの概念である。認知症という疾患があるのではなく、認知症当事者が同じ症状を示していたとしても、その症状の裏には異なる疾患があり、また同じ病名が、原因が異なる場合がある（小澤, 2005:17）。ここでは、代表的ないくつかの疾患について述べ、認知症という状態の解像度を高める。

一つ目は、アルツハイマー病をはじめとする変性疾患である。変性疾患とは、原因はまだよくわかっていないが、脳の神経細胞が死滅、脱落して、その結果、脳が萎縮し、認知症を招く疾患群である（小澤, 2005:18）。代表的な変性疾患に、アルツハイマー病、パーキンソン病、レビー小体病などが挙げられる。

二つ目は、脳血管性認知症である。脳の血管が詰まったり（梗塞）、破れたり（出血）した結果、その血管で酸素や栄養を供給されている脳の部位が損傷を受け、認知症に至る疾患である（小澤, 2005:19）。先に述べた変性疾患とは、認知症に至る経緯が全く異なるため、治療法や予防法は大きく異なってくるといえる。代表的な脳血管性認知症に、脳梗塞や脳出血、ビンスワンガー症などが挙げられる。

その他の原因として、アルコール脳症、有機溶剤などによる薬物中毒、脳炎、髄膜炎やクロイツフェルト・ヤコブ病（感染症）が（飯島, 2014:50）ある。

また、認知症の診断を下す際に留意するべきであるのが、高齢者が「認知症と間違えられやすい状態にある」ことがしばしばあるということである。高齢者の精神疾患は、認知症だと間違えられることが多く、それは適切な治療・ケアを施せなくなる、あるいは適切な治療・ケアの提供が遅れることにつながる。そのため、目の前的高齢者が認知症であるのか、精神疾患であるのか正確に鑑別することは非常に大切だといえる。

認知症に間違えられやすい状態の代表的な例として、うつ病が挙げられる。高齢者のうつ病は、ゆううつ、寂しい、というような抑うつ気分を訴えず、意欲の低下が主な症状になる場合があり、その結果、認知症に間違えられることがある（小澤, 2005:4）。その他の代表的な例としては、せん妄が挙げられる。典型的には、せん妄の症状は変動し、認知症の症状は比較的安定している。記憶障害が数ヶ月以上も変化しない状態で持続することは、せん妄より認知症を示唆する。³また、高齢期に初発する特有の病態である、幻覚妄想状態も認知症と間違えられやすい。この場合、知的機能は正常に保たれているため、認知症とは治療・ケアの方法が大きく異なってくる。そのほかにも、統合失調症の患者が高齢化した結果、認知症と間違えられやすくなる例や人格障害が認知症と間違えられた例も存在する。

認知症と、うつ病をはじめとするその他の疾患では、治療やケアの方法が大きく異なることは当然のことであるが、認知症とされる患者の中でも、原因疾患が何であるかによっ

³ 日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン2010 第1章認知症の定義、概要、経過、疫学 (2023.10.12) https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/sinkei_degl_2010_02.pdf

て辿る過程は異なり、求められる治療・ケアも原因疾患によって異なる。

1. 2 認知症の症状

認知症の症状は中核症状と周辺症状に大別される。中核症状とは、認知症当事者の誰にでも現れる症状である。一方周辺症状とは、「認知症に伴う行動障害と精神症状（B P S D）」とも言われ、すべての患者に見られるものではない。

本節では、中核症状と周辺症状の具体的な症状を取り上げ、どのような症状に対してどのような治療・ケアを行うことが望ましいのかについて述べる。

1. 2. 1 中核症状

認知症の中核症状の中でもやはり代表的であるのが、記憶障害である。認知症における記憶障害を述べる時に重要であるのが、良性健忘と悪性健忘を区別することである。人間は誰しも、加齢によってもの忘れが増えるが、その全てが認知症における記憶障害と同義ではない。非認知症当事者にも見られるもの忘れが良性健忘、認知症当事者にのみ見られるもの忘れが悪性健忘とされている。前者と後者の違いは、前者は名前、場所、日付のような、あまり重要でないできごとや体験の一部を忘れてしまう（小澤, 2005:34）ことであり、後者は体験の一部を忘れてしまうだけでなく、体験自体を忘れてしまうことである点にある。

中核症状の二つ目が、見当識障害である。時間や場所、人物の識別ができなくなり、今自分が、いつ、どこで、誰と、何をしているか正しく認識できなくなる。そのため、季節に合わない服装で外に出る、食事の時間を繰り返し尋ねる、家族など身近な人の存在を忘れる、などといった症状が現れる。

三つ目は失語・失認・失行といった、従来できていた行動ができなくなってしまう症状である。

認知症の失語（言語障害）の例として、名詞が出てこなくなることが挙げられる。慣れ親しんだ道具や身近な人の名前など、日常で繰り返しその名前を発していたはずの名詞が出てこなくなり、「あれ」や「それ」といった代名詞を頻用するようになる。

失認とは、感覚の障害があるわけではないのに、フォーク、ナイフのように熟知しているはずの対象を認知できなくなる（小澤, 2005:36）症状である。

失行とは、麻痺などの運動障害はなく、ある行為を構成する個々の運動は障害されていないのに、動作を組み合わせる行為を遂行することができなくなる（小澤, 2005:37）症状である。よく見られる例では、着衣失行が挙げられる。ボタンのかけ違いから、認知症が進行していくと、表裏逆にきってしまったたり、シャツをズボンのように履こうとしてしまったりする。

そのほかの中核症状として、理解・判断力に関する障害や、実行機能障害といったものがある。

1. 2. 2 周辺症状

周辺症状は認知機能障害を基盤に、身体的要因、環境的要因、心理的要因などの影響を受けて出現し、さまざまな症状を呈する。⁴つまり、周辺症状は、その人の性格や人柄、生活歴、人生経験、周囲との人間関係といったパーソナルな要素が影響し、中核症状の二次的に生成される症状であるといえ、認知症を病み、中核症状がもたらす不自由をかかえて、生活の中で困惑し、行きつ戻りつしながらたどり着いた結果であると考えられる（小澤, 2005:24）。

人によって現れ方が違うとはいえ、周辺症状の中でも、よく見られる代表的な例がいくつか存在する。幻覚・妄想や夜間行動異常である。具体的なものでは、財布などをはじめとした「もの盗られ妄想」などの被害妄想などが挙げられる。夜間行動異常とは、深夜の徘徊などが挙げられる。

中核症状がもたらす不自由に対して、認知症当事者がどれだけ不安感や喪失感を抱えるのか、そしてその不安感や喪失感をどのように対処しようとするのかは、その人の生きてきた道筋や、その人の性格・人柄によって大きく異なるのは当然のことであろう。また、周囲からどのような声かけや支援をもらえるかによっても、周辺症状の現れ方は全く異なるため、当事者がどのような環境に身を置いているかも、周辺症状に対するケアを考える上では非常に重要である。

つまり、認知症ケアは、中核症状がもたらす不自由をなるべく軽減し、周辺症状へとつながる不快感や喪失感を生み出さないようにすることと、周辺症状が表れた場合には、認知症当事者の生き方や人生経験、現在の暮らしぶりや周囲との人間関係を踏まえて行うことが重要であるといえる。中核症状と周辺症状どちらのケアも適切に行うことで、認知症当事者も、家族をはじめとした認知症当事者をケアする側も、どちらも負担や不快感を減らすことができる。

1. 3 認知症当事者の世界

3節では、認知症当事者が、中核症状及び周辺症状によって変わっていく自分自身をどのように見つめ、どのように感じているのかを認知症当事者であるクリスティーン・ブライデン氏の手記『私は私になっていく 認知症とダンスを』から読み解く。認知症当事者の視点に立って諸症状や周囲の人間との関係について検討することは、これ以降、認知症当事者の「その人らしさ」について考え、適切なケアについて提言するために非常に重要である。

著者のブライデン氏は46歳の時にアルツハイマー病と診断され、その2年後には前頭側頭型認知症と診断された、いわゆる若年性認知症当事者である。

「『認知症ですよ。治りません』と医師が言った言葉は、まるで呪いのように感じられた」（ブライデン, 2012:119）アルツハイマー病を診断されたとき、医師が彼女に言った言葉が彼女に多大なショックを与え、また、その後の人生に大きな影響を与えたことがわか

⁴ 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, 診断, 検査 (2023.10.13) https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/degl_2017_02.pdf

る。認知症は、根本的な治療法や回復のための手立てが未だないため、認知症当事者が抱えている生活の不自由やその不自由に伴う不安感をケアによって軽減することはできても、認知症発症以前の不自由がない状態に戻すことはできない。そして認知症の進行を遅らせる薬を使っても、その進行を止めることもできない。ブライデン氏は認知症である自身の状態のことを「認知症の治療を受けている領域と、治療が施されていない領域の間を行き来しながら、そのパラレルワールドをふわふわと漂っている」（ブライデン, 2012:124）「まるで頭の中に綿が詰まっていて、思考と感情に霧がかかっているような感じがする。霧がかかっているというのはつまり、焦点を定め、注意を払い、自分のまわりで起きていることについて行くのが難しい」（ブライデン, 2012:135）と表現している。これは認知症の中核症状である見当識障害の影響が考えられるが、視覚や平衡感覚、時間処理や方向感覚に問題が生じ、自分自身と、他者や周辺世界との結びつきを認識できなくなってしまう状態を「パラレルワールド」「霧」「綿」といった言葉で表現していると考えられる。

今まで述べてきたような困難を抱えながら、ブライデン氏が我々非認知症当事者に訴えているのは、認知症当事者を尊重し、認めるということである。

私たちは、自分がどうしたいのかはっきりと口では言えなくても、あなたと同じ選択肢を与えられなければならない。単に施設に都合のいい考え、あるいはあなたがこうすべきだと思うあなただけの考えに沿って、私たちの行動パターンが強制されるべきではない。わたしたちをケアされる人としてだけでなく、ひとりの人間として考えてほしい（ブライデン, 2012:169）。

ブライデン氏によれば、一般的には問題行動とされているような行動も、自分のケア環境に適応しようとする「適応行動」であり、「ケア環境がケアされる人とその人のニーズを中心に考えられていれば、いわゆる『問題行動』は起こる必要はないはずだ」（ブライデン, 2012:170）と述べている。認知症当事者のニーズを汲み取り、「認知症の人も、その家族も、周りで支援する人びとも、みな対等なパートナーとして、共に力を出し合う」（ブライデン, 2012:230）ことが認知症当事者の不自由を少しでも取り除き、認知症という「呪い」を解く鍵になる。

認知症の症状の特性上、自分自身の状況やその時々のある出来事について継続的に記録することは簡単なことではなく、認知症当事者の手記として流通しているものはあまり多くない。そのため、認知症当事者の求めているケアの形や本音が当事者の口から語られることは少なく、非認知症当事者が認知症当事者の思いを、具体性を持って把握することは難しい。そのため、ブライデン氏の手記は、認知症当事者の視点を示し、認知症当事者の世界を具体的に示している点において、認知症当事者の近いに大いに役立つ。認知症当事者の「その人らしさ」を見つけ出し、寄り添うケアを行う重要性を主張しているブライデン氏の手記は、認知症当事者が自分の考えや思いを理解されることの難しさを我々に訴えかけると同時に、認知症当事者の世界を理解し、その世界に入り込むことの必要性を我々に説いている。

2. 認知症ケア・施策の現状と課題

第2章では、認知症当事者を取り巻く環境について、認知症ケアの観点から、現状と課題について検討する。

ケアとは、個別的で、個人に向けられた行為であり、社会活動に視点を置いた「援助」や「支援」とは異なる（今井, 2011:273）。つまり、認知症ケアは、画一的に行われていくものではなく、認知症当事者一人ひとりの中核症状・周辺症状の現れ方やその人の持つ個性、周囲の環境や人間関係など、個別具体的な要素を踏まえて行われるべきであり、認知症当事者のこれまでの意志・意向が尊重されたものであるべきである。

現在、日本政府は、

認知症医療・介護等に携わる者に対して、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、伴奏者として支援していくことが重要である。⁵

このような立場を示しており、国家として、認知症当事者の「その人らしさ」に寄り添ったケアを可能にする社会の形成に取り組んでいくことが大切だという認識が広まっているといえる。

2. 1 認知症ケア・施策の変遷

本節では、わが国の認知症ケアの変遷についてまとめ、認知症という症状がどのように捉えられ、認知症当事者がどのような存在として扱われてきたか明らかにする。

認知症が広く世に知れ渡ったきっかけとして、1972年に新潮社から出版された有吉佐和子の『恍惚の人』が挙げられる。当時は、「認知症」という名称ではなく、「痴呆」という用語が使われ、「痴呆性老人」「老人性痴呆」といった名称で認知症当事者や認知症そのものが認識されていた。

旧来の認知症高齢者に対する大方の認識は、医師の疎通が困難であり本人に病識はなく、問題行動が目立つ、いわば「対応に苦慮する困った高齢者」であったといえる（杉原, 2016:22）。そのため、治療やケア、生活支援というよりも、問題行動への対応の仕方やどのように扱うかなど、認知症当事者の視点ではなく対処する側・介護側の視点のみで研究が行われ、認知症当事者の処遇について取り決めがなされていた。

堀内（2022）は、1970年代を「ケアなきケアの時代」（堀内, 2022:71）と表現し、認知症の行動・症状に対応できず、①身体拘束、②過剰な薬剤投与、③不適切な言葉かけとい

⁵ 厚生労働省 認知症施策推進大綱【本文】（2023.10.15）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>

う、“魔の3ロック”という実践が行われている（堀内, 2022:71）時代であったと述べている。

1980年代に入ると、ケアの方法を模索し始めるようになった。国も、1984年「痴呆性老人処遇技術研修事業」、1989年の「痴呆性老人対策本部」設置、 年の「老人性痴呆疾患センター」創設等（杉原, 2016:22）の施策を行うようになり、認知症当事者の症状に対してその場その場で対処していくような対症的なケアではあったが、認知症ケアが確立されていった時代である。

1990年代初めにはグループホームが先駆的事業者によって取り込まれるようになった。その後全国的に拡大し、97年度には「痴呆対応型老人共同生活援助事業」として制度化され、2000年4月から施行された介護保険制度においては在宅サービスのメニューの一つに位置付けられた。⁶

2000年代には介護保険制度や、成年後見制度が確立され、認知症の学術的研究が進むと同時に、2004年には日本老年看護学会が認定看護師制度の認定看護分野として「認知症看護」を申請し、認定されたことで、医療現場、ケア現場の充実に向けた取り組みがなされた。

2003年には、厚生労働省から「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～」が出された。「高齢者が、尊厳をもって暮らすこと」を確保することが最も重要であるという認識を示し、介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指すことを基本に据えた⁷ものであり、その後の認知症施策や認知症ケアのあり方を大きく変化させたものであると考える。文書内では、尊厳を支えるケアの確立への方策として、在宅、高齢者向け優良賃貸住宅、施設など多様なケア現場の整備や、地域包括ケアシステムといった様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み⁸の構築などが示されている。

2004年には、これまで使われていた「痴呆」という用語に替わって、「認知症」という用語が使われることとなった。改名の理由としては、高齢化の進展に伴い、痴呆性高齢者は増えていくと予想され、誰もがなりうる、関わりうるようになる身近なものになると考えられる一方で「痴呆」という用語が侮蔑感を感じさせる表現であるであるということや、痴呆の実態を正確に表していないこと、早期発見・早期診断等の取り組みの支障となること⁹が挙げられる。

2012年、厚生労働省が「今後の認知症施策の方向性について」を取りまとめた。これ

⁶ 厚生労働省 図5 グループホームの役割～期待される成果（2023.10.16）

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/04/dl/s0422-3b2.pdf>

⁷ 厚生労働省 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～（2023.10.16）<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html#2-2>

⁸ 厚生労働省 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～（2023.10.16）<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html#2-2>

⁹ 厚生労働省 「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書（2023.10.16）

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html>

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」の実現を目指すものである（杉原, 2016:22）。医療・介護・地域・施策などの様々な観点から現状の問題点や課題を指摘し、具体的な対応方針と具体的な対応方策を示しており、これを受けて同年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が策定された。

オレンジプランは主に7つの柱から成っている。①地域ケアパスの作成、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成¹⁰、の7つである。オレンジプランの理念は地域包括ケアに基づき、地域行政の役割の明確化、医療と介護の連携、市民、医療関係者の教育研修を目的としている（遠藤, 2015:127）。

ここまで認知症ケアの変遷について見てきたが、認知症の症状や認知症当事者の行動を抑制するような処置しか行われず、身体拘束など認知症当事者の尊厳を失わせるような扱いを受けていた1970年代から、徐々に当事者中心のケアの確立や、当事者の尊厳を守る施策の整備が進みだした。そして2010年代に入ると、認知症当事者の意思を尊重し、暮らしやすい・生活しやすい地域づくり・社会づくりを行うといったマクロな視点を持った認知症ケアが目指されてきたといえる。

この認知症ケアの流れを踏まえて、現在どのような認知症ケアが目指されているのか、次節で確認する。

2. 2 認知症ケア・施策の現状

2015年に、厚生労働省とその関係省庁は、「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～」を策定した。これは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し¹¹て作られたものであり、認知症について社会を挙げた取組のモデルを示していくものである。新オレンジプランでは、プラン全体の理念として、認知症の人やその家族の視点を重視することを掲げており、当事者の視点でケアや施策を考えていくことや、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携¹²を取ることを重要視している。

¹⁰ 厚生労働省 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（平成25年度から29年度までの計画）（2023.10.20）<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>

¹¹ 厚生労働省 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（概要）（2023.10.23）https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf

¹² 厚生労働省 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（概要）（2023.10.23）<https://www.mhlw.go.jp/file/06->

また、2019年には、認知症施策推進関係閣僚会議により、「認知症施策推進大綱」が出された。この大綱の基本的な考え方として、認知症はだれもがなりうるものであり、多くの人にとって身近なものと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すことを掲げている。この基本的な考え方を踏まえ、この大綱では、①普及啓発・本人発進支援、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の支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、の5つの柱が立てられており、この柱に沿って、施策を推進するとし、その際、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とする¹³としている。

以上で挙げた認知症関連施策が掲げている目標からわかる通り、現在の認知症ケアにおいては、認知症当事者が住み慣れた地域で、意思が尊重され、「その人らしく」生活を送ることができる環境を作ることが非常に重視され、同時にそのような環境づくりが目指されている。

また、そのような環境、そのような社会を作るためには、認知症の容体に応じて、医療機関や、介護施設、ケアワーカーや、地域の認知症サポーターなどをはじめとした様々なアクターが領域横断的かつシームレスにつながり合い、認知症当事者の生活支援が包括的に確保される連携システムの構築が必要である。また、そのような連携のシステムを下から支える財源やマンパワーが求められる。

3. 地域包括ケアシステムの概要

3. 1 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制のことであり、地域単位としては、おおむね30分以内に必要サービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を想定している。¹⁴

地域包括ケアシステムの概念の始まりは、広島県公立みつぎ総合病院の院長を務めた山口昇医師が、昭和50年代以来御調町（現在は尾道市と合併している）で展開した、医療と福祉の領域横断的なケアである。当初このケアの対象は、生命を取りとめた脳卒中等の患者であり、患者のその後の生命維持や術後生存率の向上のみを目指すのではなく、生命をとりとめた後の生活の質を維持し、向上させていくことを目指し、医療だけでなく福祉

Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf

¹³ 厚生労働省 認知症施策推進大綱【本文】(2023.10.25)

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

¹⁴ 厚生労働省 地域包括ケアシステムの構築について (2023.10.31)

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai3/siryou3.pdf>

の視点から生活支援やケアを包括的に行うことが重要であるという認識に立って展開された。

また、当時、高齢者の増大はすでに社会問題となっており、かつ長寿化に伴う高齢者の療養期間の長期化は医療費を圧迫する要因として考えられており、急性期医療などの一般医療と高齢者の医療をどのように切り分けるかは大きな政策課題となった（高橋, 2012:3）。急性期医療を前提としていた当時の医療システムでは、高齢者をはじめとした長期的な治療とケアを必要とする人々の生活支援まで行うことは難しかった。本来はそのようなケアや生活支援は福祉が行うべきであると考えられるが、当時の福祉サービスは低所得者を対象とした選別的なサービスの域を出ないものであったため、増え続ける高齢者の生活支援やケアの需要に対して、応えることができない未熟な状態であった。そのため、老人福祉では対応できない層の医療依存を高めることとなり、在宅サービスの整備の不足と適切な居住の場の確保という総合化が十分に行われないうまま、高齢者介護の問題がまさに社会問題化していった（高橋, 2012:4）。そうした流れの中で、地域包括システムの対象は、脳卒中等の患者から、高齢者をはじめとした医療・福祉・保健などさまざまな領域を横断した包括的な生活支援を求める人々へのものへと広がった。

そのような状態に加えて、①少子高齢化、②要介護（支援）認定者の増加、③単独および高齢者夫婦世帯の増加、④認知症高齢者数の増加、⑤家族機能の低下、⑥地域の相互扶助の弱体化、⑦ニーズの多様化、⑧ニーズの変化などの社会的な背景もあり、地域包括ケアを求める声が高まった。¹⁵こうした状況に対応することが、地域包括ケアには期待されているのである。

地域包括ケアシステムは、ケアを受ける本人の選択と本人・家族の心構えを尊重するという根本の考えの上に、本人に合わせた住まいや医療、介護、福祉などが形成されていくケアのあり方を理想としており、住み慣れた地域で「自分らしい」暮らしを人生の最後まで続けることを目標としている。そのために、保険者である市町村や都道府県が主体となって地域、そして地域住民の特性に合わせた地域包括ケアシステムを作り上げて行くことが必要となる。

地域包括ケアシステム構築のプロセスは、市町村において、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を行い、地域の自主性や主体性に基づき地域包括ケアシステムを構築していくといったものである。まずは日常生活圏域におけるニーズ調査や地域ケア会議を実施し、地域の実態や課題を把握することから始まり、把握された実態や課題を踏まえて地域の関係者による対応策の検討が行われる。その際に都道府県との連携の方法や住民の参画のための施策などが検討される。そして対応策の決定・実行が行われ、実際に介護サービスや医療・介護の連携、住まいの提供・整備、生活支援や、人材育成、高齢者見守り活動などのシステムが実際に機能する。そして対応策の実行を経て見つかった課題や社会資源を把握し直し、より充実した地域包括ケアシステムにして行くためにPDCAサイクルを回していくという流れで運用されていく。¹⁶そして、地域包括ケアを実現するために、中心

¹⁵ 長寿社会開発センター 地域包括支援センター業務マニュアル(2023.11.16)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000026b0a-att/2r98520000026b5k.pdf>

¹⁶ 厚生労働省 地域包括ケアシステムの構築について（2023.10.31）

的な役割を果たすのが地域包括支援センターである。地域包括ケアシステムを構築し、かつ有効に機能させるために、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民と共に知己のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートも行う地域の中核機関として設置されている。¹⁷

3. 2 事例紹介

ここでは、地域包括ケアシステムの事例として、京都における「京都市 地域包括ケアシステム」を紹介する。京都府では、2005年に京都府健康福祉部リハビリテーション支援センターを京都府立医大附属病院内に開設し、京都府全医療圏域に地域リハ支援センターを開設し、地域リハビリテーションを推進してきた。2010年には「京都市地域包括ケア推進プラン」の一翼に「総合リハビリテーション推進プラン」が位置づけられ、2011年6月から「オール京都体制」で「京都市地域包括ケア推進機構」を立ち上げ「京都市地域包括ケア」の推進に取り組んでいる（小幡, 2016:3）。

京都市地域包括ケアシステムの特色は大きく分けて4つある。¹⁸

一つ目は医療・介護・福祉・大学等のあらゆる団体が結集した「オール京都体制」で京都市地域包括ケア推進機構を設立したことである。機構は、高齢者が安心して暮らせる環境の整備に向けて5つのプロジェクトを推進している。①認知症総合対策推進プロジェクト（新・京都市オレンジプラン）、②看取り対策プロジェクト、③地域におけるリハビリ支援プロジェクト、④介護予防・重度化防止プロジェクト、⑤他職種による在宅療養支援プロジェクトの5つである。どのプロジェクトについても、住み慣れた地域で介護予防、適切な医療・リハビリ・介護、そして看取りまで、長期的な視点で、地域で暮らす高齢者の生活支援を行う仕組みづくりが図られている。

二つ目は、「地域包括ケア総合給付金」である。京都府が、地域の実情に応じて市町村を経済的に支援するため、地域密着型小規模介護施設などの建設費の助成や、高齢者の住宅改修費の助成、高齢者向け地域優良住宅の整備助成を行なっている。

三つ目は、「ドクターズネット」によるかかりつけ医の複数体制や、「地域包括ケア支援病院」の指定など、高齢者の在宅療養のための医療ネットワークの構築である。

四つ目は、軽費老人ホームに準じ施設の地容赦負担を軽減し、低所得の高齢者でも安心して暮らせる「すまい」として「安心サポートハウス」を提供している点である。

以上のように京都府全体として地域包括ケアシステムの構築・運用に向けて積極的に取り組んでいる一方で、課題も存在する。京都市地域包括ケアシステムの前身である地域リハビリテーションは、京都府が主体となって広域で実施していたのに対して、3章1節で

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai3/siryou3.pdf>

¹⁷ 長寿社会開発センター 地域包括支援センター業務マニュアル（2023.11.16）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000026b0a-att/2r98520000026b5k.pdf>

¹⁸ 京都府 京都市地域包括ケアシステムの推進について（2023.11.7）

<https://www.pref.kyoto.jp/seisakuteian/documents/1308037705795.pdf>

記述した通り、地域包括ケアシステムは保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づいて地域の特性に応じて作り上げて行くことが重要だとされているため、地域包括ケアシステムを稼働させて行くためには、従来京都府が行っていた取り組みを地域ごとの特色に合わせたものに適用させ、地域が主体となって取り組んでいけるように変化させた上で継承していく必要がある。そのための人材確保や会議の実施などの準備が各地域にとって大きな負担となっている。

また、京都府内では、地域包括支援センターを民間委託で運営している地域と、市町村が直接運営している地域の2パターン存在するが、特に民間委託をおこなっている地域において、京都府や市町村からの委託料だけでは人件費等が賄いきれず、単年度赤字となるなど厳しい経営状況にあるセンターも見受けられる。その結果職員は不足しているのに、財政的に厳しく、追加の職員を配置することができなかつたり、専門職を雇う際に相応の給与面での待遇をすることが難しかったりするため、十分な財政的支援を求める声が上がっている。

そして、オール京都体制で取り組むことで、様々なアクターを巻き込むことができることはメリットも大きいですが、各団体が領域を横断した連携を取ることが難しくなり、情報共有が難しくなつたり、各々が類似した事業を展開してしまつたりなどの懸念点も生まれる。オール京都体制で取り組んでいく以上、今後のさらなる連携強化、漏れのない情報共有が求められる。

今後地域包括ケアシステムを活用し、認知症当事者の主体性や意思に基づいたケアを確立するためには、オール京都体制のような、従来はそれぞれ独立していた団体や領域を結集させた、認知症ケアのための独自の体制を確立することが必要となる。そうした、新たな認知症ケアの体制づくりの先駆けとして、京都式地域包括ケアやオール京都体制は、他の都道府県や市町村で参考にしていくべき事例であると考えられる。

3. 3 地域包括ケアシステムの有用性

ここまで地域包括ケアシステムとはどのようなシステムであるのか記述してきたが、実際に地域包括ケアシステムを導入・運用することによって、この論文で焦点を当てている認知症当事者にどのようなメリットが生まれるのか明らかにし、地域包括ケアシステムそのものの有用性について検討する。

地域包括ケアシステムの有用性の一つ目として挙げられるのは、医療資源の不足を補うことができる点である。認知症のための医療資源の不足は、今や、農山村地域の問題ではなく、大都市ならびにその近郊地域の問題となっている（栗田, 2012:126）。そうした医療資源の絶対的な不足に対して、地域包括ケアシステムでは「地域住民」「地域包括支援センター」の役割を強化することでその不足を補う存在とすることができる。

地域包括ケアシステムは、3章1節で述べたように、地域住民の参画を前提とした施策を展開するため、地域住民に求められる役割と機能の強化が求められる。従来過疎地域においては、若い世代の家族構成員が不足することによる、認知症の早期発見や受療支援の遅れが課題となっていた。それが今や、単身高齢者や高齢者2人世帯が急増し、過疎地域だけでなく都市部においても、認知症当事者に対する早期発見や受療支援がなされにくい

状況になっている。若い世代の家族構成員が不足している今、家族以外の地域住民が認知症当事者の早期発見や、受療支援の役割を担う必要性が高まっているのである。そのような現状を踏まえて、今日さまざまな地域で展開されている高齢者見守り活動、サロン、健康づくり活動、ネットワークづくり、家族会活動、NPO 法人による単身・生活困窮高齢者への支援活動など、多様な住民組織の活動が、地域の中で認知症に「気づき」、認知症の人を面的に支える地域づくりに貢献している（栗田, 2012:127）。こうした多様な住民組織を地域包括ケアシステムの構成要素として取り込み、地域包括支援センターなどが組織の活動を積極的に推進して行くことで、認知症の早期発見や受療支援の輪を広げて行くことができる。

また、地域包括支援センターが、「相談／アセスメント」「受療支援」「サービスの総合的提供」などの役割を果たす（栗田, 2012:127）ことで、医療資源の不足を補うことができる。地域包括支援センターは、医療に関する相談だけでなく、介護や生活支援、住まいなどについての相談も受け付けているため、地域に住む高齢者や認知症当事者がどのような課題を抱えていて、どんなニーズがあるのか、包括的に把握することができる。そのため、地域包括支援センターを中心として、情報を関係機関と共有し、連携していくことで、サービスの統合的な提供が可能となる。

地域包括ケアシステムの有用性の2つ目は、子ども・学生などの若い世代をはじめとした地域住民の認知症に関する理解が促進される点である。地域包括ケアシステムの一環として子ども・学生の認知症サポーターの養成を教育機関と連携して行うことや、認知症に関する学校教育を受けること、大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取り組みを推進すること¹⁹で、認知症そのものや認知症当事者に対する若い世代の理解を深めることができる。このことは、現状認知症について悩んでいる人たちを救うだけではなく、将来的に現在の若い世代の地域住民が認知症の介護者になったり、認知症当事者になったりした時に、認知症を正しく理解し、適切な治療や支援を受けることができる知識をつけることにもつながる。また、認知症サポーターとしての活動や認知症に関する学校教育を経験し、認知症でも生きやすい社会を地域全体で作り上げて行こうという取り組みを経た子どもたちや学生などは、「老いること」「認知症になること」への不安感や現実味のなさが取り除かれ、自分ごととして認知症を捉えることにもつながると考えられる。

地域包括ケアシステムの有用性の3つ目は、介護者の負担を軽減させることができる点である。前述したような地域で展開されるさまざまな高齢者見守り活動や、認知症初期集中支援チーム等による早期発見・受療支援によって介護者の負担が軽減することは明らかである。また、家族向けの認知症介護教室を行うほか、地域の人や専門家と相互に情報を共有できる場の設置を地域が主体となって推進して行くことで、介護者の不安や悩みを気軽に相談することができる。実際に「認知症カフェ」と題して、認知症の専門的な知識のある医療従事者やケアマネージャーに認知症当事者やその介護者が相談できる集まりを定期的に開催している自治体もあり、日常の不安感を解消できるほか、いざという時に頼れる人々のネットワークを築く機会にもなっている。また、高齢者2人世帯に起こりがちで

¹⁹ 厚生労働省 地域包括ケアシステムと認知症施策（2023.11.12）

<https://www.ncgg.go.jp/hospital/kenshu/kenshu/documents/2015-2-caresystem.2.pdf>

ある「老老介護」の問題についても、地域に住む認知症サポーターによる家事支援や買い物支援などの生活支援をおこなったり、高齢者住まいの提供やバリアフリー化を進めていったりと、ソフト面ハード面双方からの支援を行うことで、介護の負担を減らすことが可能となる。

地域包括ケアシステムの有用性の4つ目は、何よりも認知症当事者の負担を軽減させることができるという点である。前述したように早期発見・早期受療・早期対応のための体制が整備されることや地域で暮らし続けるための生活支援がなされることが、認知症当事者が抱える不便や不安を軽くすることにつながるということは明らかである。地域包括ケアシステムの体制整備によって、かかりつけ医と認知症サポート医が確保され、連携が取れるようになれば、かかりつけ医による早期段階での気づきや専門医療機関への受診誘導を速やかに行うことができる。認知症サポート医による助言があれば、かかりつけ医の認知症に対する理解や知識も深まり、正しい知識が普及されれば、地域全体として認知症に対する理解の推進や健康意識の増進にもつながる。また、家事支援や配食、買物弱者への宅配の提供や、高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう公共交通を充実させるといった生活支援や安全確保も、当事者の生きやすさをサポートすることに寄与する。就労支援や地域活動、ボランティア活動などの社会参加や就労の支援によって、認知症当事者の孤立を防ぐことができる。もし、妄想・うつ・徘徊等の周辺症状や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されるのではなく、本人が望む、最もふさわしい場所で適切なサービスを提供することができるのである。²⁰

そしてここまで上げてきた4点の有用性は、それぞれ関連し合っている。一つ目で医療資源の不足を補う存在として挙げた「地域住民」が、地域包括ケアシステムを通じて認知症サポーターの活動や認知症に関わる取り組みに参画することで、二つ目で挙げたように認知症そのものや認知症当事者への理解を深めることができる。そして地域住民の認知症への理解が深まる地域になると、ソフト面ハード面双方からの生活支援を地域全体で推進していけるようになり、3つ目、4つ目で挙げた認知症介護者の負担も、認知症当事者の負担も軽くすることができる。地域に住む様々な人々が、高齢者、そして認知症当事者を中心として繋がりあい、生活を支え合っていこうという仕組みが作られることこそが、地域包括ケアシステムの有用性なのである。

4. 地域包括ケアシステムの問題点

前章で地域包括ケアシステムの有用性について明らかにしてきたが、一方で課題や問題点も存在する。また、それはシステムの運用にあたっての課題と、システムそのものの問題点に大きく分けられる。これらの課題や問題点などを批判的に検討することは、よりよい認知症ケアのあり方を構想していく手立てとなる。

²⁰ 厚生労働省 地域包括ケアシステムと認知症施策（2023.11.12）

<https://www.ncgg.go.jp/hospital/kenshu/kenshu/documents/2015-2-caresystem.2.pdf>

4. 1 システム運用上の課題

ここでは、地域包括ケアシステムを導入し、運用するにあたっての課題を2点提示する。地域包括ケアシステムの運用にあたっては、保険者である市町村や都道府県が主体となって地域、そして地域住民の特性に合わせた地域包括ケアシステムを作り上げて行くことが求められるため、どうしても地域や地域住民の抱える問題の深刻さの度合いや、市町村・都道府県が財源・人材をどれだけ確保できるかによって、その地域のシステムの運用がうまくいくか、そうでないか、左右されてしまう。

4. 1. 1 マンパワーの不足

課題の一点目は、マンパワーの不足である。

まずは専門職の不足である。地域包括ケアシステムは、地域の中の様々な社会資源を活用して、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保され、高齢者が住み慣れた地域で暮らせることが求められる。そのための基盤形成として在宅療養の推進は必要不可欠であり、地域における体制の構築無くして、その実現は難しい（横内, 下松, 2019:88）。在宅療養のためには、在宅医療と在宅介護、それぞれの領域の幅広い専門職（医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、介護福祉士など）が複数人で連携を取り、在宅医療と在宅介護を一体的に提供できる体制を整えることが求められる。しかし、高齢者一人ひとりの住まいに向き、個別的にケアを行うための領域横断的かつ一体的な体制を実現するためには、専門的な知識を持った複数のアクターを必要とする。しかし、介護業界をはじめ各専門職の人手不足は深刻であり、結果として、医療と介護の連携をうまくとることができていなかったり、ケア従事者への過重な負担がかかっていたりするといった現状がある。特に深夜～早朝帯、緊急時など高齢者や認知症当事者、その家族にとって最も支援を必要とするタイミングでの人手の確保や連携の強化が課題である。

次に、地域包括支援センターの職員不足である。地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムを運用する上で、様々なアクターや取り組みの中心となりそれぞれをつなぐ重要な役割を担っている。また、介護予防の支援やケアマネジメント・ケアプランの作成など、事務書類や報告資料などを作成し、ケアシステム全体のバックアップを図る役目もある。しかし、センターの実情としては、高齢者人口の増加に伴う業務量の増加に対し、センター職員が定着しないことや人材不足が現場から聞こえる状態である。²¹また、高齢者からの総合相談など窓口対応などに追われ、従来必要な事務手続きに時間を割くことが難しいといった声もある。地域包括支援センターには包括的支援授業等を適切に実施するため、原則として保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種を置くこととされている。²²しかし、高齢者の増加に伴う多様な課題に対応するにはその3職種以外の専門職を

²¹ 全国地域包括センター協議会 地域包括支援センターの運営課題に対する取り組みポイント―地域包括ケアを推進する運営を目指して―（2023.11.14）

<http://www.zaikaiyo.gr.jp/pdf/r30507.pdf>

²² 長寿社会開発センター 地域包括支援センター業務マニュアル（2023,11,16）

配置し、職員体制を手厚くすることが必要である。こうした、センター内での職員不足を解消するために業務の効率化や業務量の削減と、職員の追加配置や養成の両方が求められている。

そして最後に、認知症サポーターの不足とその質である。認知症サポーターとは、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者であり、市町村や職場などが実施する「認知症サポーター養成講座」を受講した人が認知症サポーターになれる。地域包括ケアシステムの運用にあたって、地域に認知症サポーターが多くいることは、地域の相互扶助・連携・コミュニティのネットワークを構築することに役立つ、認知症当事者やその家族の孤立を防いだり、外出時のストレスを減らしたりすることができる。令和5年9月30日における認知症サポーター数は1400万人を超えており²³、様々な施策や計画において示されてきた目標人数は達成されてきた。しかし、量的な養成だけでは、認知症の理解の促進はできてもその活動はあくまでも個人にとどまり、「できる範囲で手助けをする」といったサポーター一人一人の任意性に左右されてしまう。2015年に発表された新オレンジプランでは、認知症サポーターの位置付けについて、「あくまでもできる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるようにすることに、これまで以上に重点を置く」²⁴としており、認知症サポーターの数をより増やしていきつつ、現状個人の活動に留まっていた認知症サポーターの活動と、その他の地域における様々な見守り活動や高齢者サロンの活動を組み合わせ、サポーター同士が集い、認知症当事者や家族を支援できる場を設けたり、定期的に講義の内容を復習する場を作ったりするなど、認知症サポーター同士の連携、コミュニティを作っていく必要がある。

4. 1. 2 地域格差

課題の2点目は、地域格差である。繰り返しになるが、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が主体となって地域、そして地域住民の特性に合わせた地域包括ケアシステムを作り上げて行くことが必要となる。つまり、地域包括ケアシステムをどのように運用し、どのような取り組みを行なっていくかは市町村や都道府県の積極性によって左右される。また、地域によって高齢化の深さや若い世代の数、公共交通の充実度などは異なるため、認知症当事者や家族にとって不便な問題が多ければ多いほど、市町村や都道府県が取り組むべき課題や問題が増え、地域包括ケアシステムに求められる施策や対策は増える。そうした要求に十分に答えられるかどうかは、市町村や都道府県の財源

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000026b0a-att/2r98520000026b5k.pdf>

²³ 認知症サポーターキャラバン サポーターの養成状況 (2023.11.16)

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

²⁴ 厚生労働省 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(概要)(2023.11.16) https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf

や人材のような社会資源にどれだけの余裕があり、どれだけ確保できるかによって決まる。

畠山, 中村, 宮澤 (2018) が行なった調査によると、人口の少ない小規模自治体では、単一の日常生活圏域で単独の地域包括支援センターが拠点となって運営する単層かつ単一の地域ケア会議を中心とした仕組みでケアシステムが構築されている一方、人口規模が大きいほど、日常生活圏域単位に地域包括支援センターや地域ケア会議を配置しており、自治体全域と日常生活圏域の両方による重層的なケアシステムが構築されているということがわかった。これらの結果は、地域の特性や需要に合わせた地域包括ケアシステムが構築されているということもできるが、逆に、人口が少なく社会資源も少ない小規模自治体では、単独の地域包括支援センターのみしか十分に運用することができず、住民の多様なニーズに応えることが難しかったり、センター職員の業務量が大きくなってしまったりするともいえる。

人口が少なく、社会資源が少ない地域こそ高齢化や過疎化が進み、若い世代が都市へ出ていってしまったり、高齢者の孤立が進んだりしている現状がある。また、地域の経済システムを回す現役世代が少なくなることにより、公共交通が未発達であったり、高齢者が日用品や食料を手に入れられるスーパーなどが身近になかったりと、高齢者に対する生活支援が行き届いていない現状がある。そういった地域こそ、地域包括ケアシステムによる包括的な生活支援や医療・介護のサービスのシームレスな提供ができる体制の整備が早急に求められるのである。

限界集落とも言われるような過疎地域においても、持続可能な地域包括ケアシステムを構築できるようにしなければならない。そうした仕組みづくりを行うためには、地域の主体性に期待するだけでなく、社会資源が少ない地域に対して国や県が、地域の抱えている課題を把握し、適切な支援を行うことが求められる。

4. 2 医療費の削減

ここからは、地域包括ケアシステムそのものの問題点について検討していく。

地域包括ケアシステムは高齢化の進行に伴い、そのシステムの必要性が主張されてきた。2013年に出された「社会保障制度改革国民会議 報告書」²⁵の「Ⅲ 医療・介護分野の改革」では、「主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした『病院完結型』の医療であった」が、高齢化の進行によって「患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える『地域完結型』の医療」に変化しなければならないと述べられている。「地域完結型」の医療では、「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ」を確立することが求められる。そうした「地域完結型」の医療を確立し、治療後、退院後も見守りを続けられる受け入れ体制を整備していくためには、現状の医療の見直しと介護の見直しを一体となって行なっていく必要がある

²⁵ 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」(2023.11.19) https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052615_1.pdf

と、「報告書」は主張している。こうした主張のもとに、地域包括ケアシステムの構築が、国策として進められてきたのである。

しかしこれは、「社会保障と税の一体改革」の一面であることに注意しなければならないと佐藤（2014）は指摘する。2014年に行われた「社会保障と税の一体改革」では、

「病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等」に8,800億円、「在宅介護の充実等」に2,800億円、「マンパワーの増強」に2,500億円が掲げられている一方で「平均在院日数の減少等」でマイナス4,400億円、「外来受診の適正化」でマイナス1,300億円、「介護予防・重度化予防・介護施設の重点化（在宅への移行）」でマイナス1,800億円を見込んでいる（佐藤, 2014:719）。

このように、地域包括ケアシステムの構築の推進と、医療費削減計画は一体である。医療と介護の連携・連結や、病院・施設から地域・在宅介護へとといった流れは、従来医療が提供していたケアを地域・在宅介護に分散させることと表裏一体であり、医療体制の効率化を狙ったものであるといえる。

確かに、高齢化の進行による医療費の増加、財政・病床の圧迫は深刻である。本来の医療は人間の健康の維持・回復を目的として行われるものであるが、老いに伴う様々な症状の中には、認知症をはじめとして完治しないものも多く、それらを医療でどこまでケアすべきか判断することは難しい。また、「効率的な医療提供体制の改革」²⁶によって、医療の営みの何が「無駄で」、何が「無駄でないか」の判断の基準が何であり、誰が判断するかという点（佐藤, 2014:719）に医療の難しさがある。

「効率的な医療体制への改革」に際して、コストばかりが重視されるようになり、医療を受ける人々が享受するはずの利益が軽視されてしまう事態は避けなければならない。また、従来医療が担っていたケアを地域や介護領域に分散させ、負担させようという動きは、国として高齢者・認知症当事者を含めた国民に提供すべき社会保障を、国民に肩代わりさせることにもつながるといえる。

高齢化の進行に合わせて、医療体制のあり方や、介護領域との連携体制に変化が必要なことは確かだが、本来の医療が提供していたケアを他領域に負担させ、効率化を狙うのではなく、現状に合わせて、医療体制を充実させていくための人的・物的資源を確保・投入できるような財政政策の転換が求められている。

4. 3 「自助・互助・共助・公助」の果たすべき役割

地域包括ケアシステムそのものの問題点の二つ目は、地域包括ケアシステムで示されるケアの基本的考え方である、「自助・互助・共助・公助」の果たすべき役割の分配の曖昧さである。

²⁶ 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」（2023.11.20）https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052615_1.pdf

「公助」は税による負担、「共助」は「リスクを共有する仲間（被保険者）」の負担、「自助」は「自費で一般的な市場サービスを購入すること」、「互助」は「費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの」というように切り分けられる（佐藤, 2014:720）。

こうした公私様々な要素を適切に組み合わせながら、認知症当事者をはじめとした高齢者が地域で暮らし続けられるようなケアシステムを構築していこうと進められているが、ここで留意しなければならないのが、4章の2節で触れたように、国策としての地域包括ケアシステムの推進は「医療費削減計画」と一体であるという点である。今後地域包括ケアシステムをさらに拡大していくためには、「自助・互助・共助・公助」4つの区分それぞれの負担をより強化していく必要があるが、高齢化の進行に伴う財政状況により、ケアに対して国が支援を行うことに消極的であるため、今後「自助」と「互助」の役割の強化が求められることが予想される。実際に厚生労働省の公表している地域包括ケアシステムについての資料においても、「少子高齢化や財政状況から『共助』『公助』の大幅な拡充を期待することは難しく、『自助』『互助』の果たす役割が大きくなることを意識した取り組みが必要」といった立場が示されている。²⁷

しかし、国で拡充ができない社会保障やケアを地域や地域住民に分配・負担させることを期待することは果たして国の姿勢として適切なのだろうか。税で支えられる「公助」無くして「共助」を取り込んだ社会保険としての医療保険や介護保険は成り立たず、人々の自発的連帯にもとづく「共助」と「互助」において初めて自由と自律という意味での「自助」が実現する（佐藤, 2014:720）。そして「公助」「共助」が人々の生活を保障し、守る機能を果たしてこそ、自発的かつ制度的な裏付けのない連帯が生まれるのだ。つまり、「自助・互助・共助・公助」はそれぞれ有機的つながりの中にあり、それぞれが機能しなくなればそのつながりも絶たれる。そのため、それぞれの役割がどのようなもので、どれだけのコストがかかり、「誰が・どのように・どのくらい負担するのか」は明らかにされていなければならないし、「公助・共助・互助・自助」それぞれの持つ機能を他に譲ろうとしたり、負担させようとしたらすれば、その責任の所在は不明確になってしまう。

今後、地域包括ケアシステムの更なる活用と強化に向けて、「自助」「互助」の機能の強化が求められていくなれば、同時に「共助」「公助」への更なる財源確保、資源を投入し、地域に暮らす住民同士が互いに助け合い自由に生活していくための土壌を形成していく必要がある。

5. 認知症ケアのあるべき姿

5章では、ここまで検討してきた地域包括ケアシステムの有用性と問題点を踏まえて、より良い認知症ケアの姿はどのようなものであるか考える。地域包括ケアシステムの有用

²⁷ 厚生労働省 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」
(2023.11.21)

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf

性として、認知症当事者の意思を尊重し、当事者が生活するのに一番望ましい環境を整え、必要な生活支援を行うことができるという点が挙げられる。当事者が生活するのに一番望ましい環境や、必要な生活支援は、その人の認知症の進行の度合いだけでなく、その人が住んでいる環境や周囲の人々、その人の性格などによって一人ひとり異なる。地域包括ケアシステムの有用性をより伸ばし、多くの地域で活用できるようにすると同時に、システムが抱える問題点や課題を克服することでそうした個人個人で異なるニーズに応えられる可能性があると考えられる。

5. 1 「その人らしさ」を大切にするケア

2章2節でも触れたように、現在、認知症ケアは、認知症当事者の「尊厳の保持」「本人主体」を基本として、様々な施策や政策を展開している。この基本的考え方が生まれた背景として、イギリスの社会心理学者である、トム・キッドウッドが提唱した「Person Centered Care」という概念がある。これは、「認知症の人を1人の人として尊重し、その人の視点や立場に立ってケアを行おうとする認知症ケア」であり、「スケジュール中心・業務中心のケアではなく、その人の個性やどんな人生を歩んできたかに焦点をあてたケア」²⁸である。そしてそのケアのあり方のキーワードとして「Personhood=その人らしさの維持・向上」を掲げている。そうした認知症当事者のその人らしさを尊重し、型にはまった一律的なケアではなく、認知症になってもその人らしい生活・人生を続けられるようなケアが現在目指されており、「その人らしさ」を大切に考える考え方は、前述した「認知症施策推進大綱」や「新オレンジプラン」などの地域包括ケアシステムの構築に関連する様々な施策・大綱にも大きく反映されている。

しかし、記憶障害や見当識障害をはじめとした様々な認知症の症状の特性上、認知症発症前の当事者の生活や周囲との関係の維持を難しくし、性格や言動などが変わってしまう場合があり、認知症発症前の「その人らしさ」とは異なる姿になってしまうこともある。

そのような場合における認知症当事者にとっての「その人らしさ」とはどのようなものなのであろうか。また、ケア現場において認知症当事者の「その人らしさ」をどうやって尊重し、「その人らしさの維持・向上」をしていくためにケア従事者やその家族がどのような対応をとっていくべきなのか検討する。

5. 1. 1 認知症における「その人らしさ」とは

認知症当事者における「その人らしさ」を考える前に、どうして認知症の症状（周辺症状）はその人が住んでいる環境や周囲の人々、その人の性格などによって一人ひとり異なる様相を見せるのかについて考えたい。

小澤（2005）は認知症の諸症状や行動を、認知症当事者のコーピングの結果であると述べている。コーピングとは、臨床心理学者のラザルスらによって提唱された理論でありス

²⁸ 厚生労働省 認知症参考資料（2023.11.27）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001088515.pdf>

トレスに対処するための行動や方法を指すが、小澤はこれを認知症当事者の諸症状や行動の原理としたのである。人は人生の過程で様々な出来事に遭遇する。その出来事の中には、その人の行動に何の変化ももたらさない瑣末なものもあるが、時には、忘れることができず、しばらく自分の中に残り続けるような出来事もある。そうした、その人自身にとって大きなショックを受けた出来事に対して、どのように受け止め、対処するかは、一人ひとりの人生経験や周囲の環境、人間関係、人柄、性格などによって変わる（小澤, 2005:154）。認知症当事者にとって、「認知症になること」「認知症が進行すること」は人生において大きな揺らぎである。今までできたことができなくなったり、人やもの、場所がわからなくなったりする中で、程度の差はあっても、認知症当事者は皆、戸惑いや不安といったストレスを感じる。そうしたストレスに対して、認知症当事者は対処しようとするが、対応力、認知力が低下しているため、発症前までのように柔軟に対応することが難しくなっている。そして結果として、彼らの対処行動はかえって混乱を生み、問題行動とされてしまうような行動に出てしまう。周辺症状の多くは、このような結果生み出されるのだと小澤は述べる。

認知症の周辺症状の多くが、こういったコーピングの結果であるならば、認知症当事者の人生経験や周囲の環境、人間関係、人柄、性格によって周辺症状の表れ方や程度が異なっており、当然である。つまり、認知症において、一人一人異なる症状は認知症発症前の当事者の生き方や経験、環境、人間関係、なじみの場所、性格、人柄に強く結びついているといえる。

そうした、生活を取り囲む様々な要素や性格を反映した、個性あふれる様々な症状こそが認知症における「その人らしさ」として考える。そして、認知症当事者が感じる不安やストレスをその人なりに対処しようとする行動が、問題行動につながるため、ケアによってそうした不安やストレスを取り除きながら、認知症の症状に現れる「その人らしさ」を大切にすることが重要である。

5. 1. 2 「その人らしさ」を大切にするケアのあり方

前項で述べた、認知症当事者における「その人らしさ」を大切にするためのケアとはどのようなものであるべきなのか、具体的に検討する。

「その人らしさ」を大切にするケアを実現するには、第一に、認知症当事者の背景をケアする側が把握しておく必要がある。発症前は、どのような仕事に就いており、家族構成や家族との関係はどのようなものであったか、地域や近所との付き合いはあったか、趣味や好きなものはあったか、どんな人柄・性格であったかなど、当事者を構成する様々な要素を主観的・客観的視点双方から把握し、認知症当事者の人となりを知ることが重要である。そのためには、当事者にいろいろな声かけをし、本人からの自己表現を求めたり言動を、家族や周囲の親しい人々からヒアリングをおこなったりなど、ケアをする側が認知症当事者のことを知ろうとする積極的な姿勢と労力が必要である。また、認知症当事者をよく観察することで、「一見理解困難な本人の言動から、本人なりの意味や世界を知り・支える方法を模索し、やがて掴み出すこと（田道, 鳥田, 正木:2011）」ができたり、内面を引き出ししたりすることができる。これは、認知症当事者の背景を知ることが可能になるのに

加えて、当事者との信頼関係の構築にもつながる。

第二に、「個々の生活機能や生活リズムに合わせる（中川, 藤田, 西沢：2019）」ことが求められる。認知症当事者はそれぞれ持っている生活機能や生活リズムが異なっているため、ケアする側はそれらに配慮したケアプランを考え、実行する必要がある。こうした生活機能や生活リズムは、当事者の生活歴を反映したものである場合も多く、なるべく認知症発症前の生活スタイル・生活歴を維持しながらそれらを現在の生活に生かしていくことが、当事者の不安・ストレスの解消につながる。そうしたケアの実現には、一人一人異なる生活リズムで生活するために見守りを24時間体制にすることや食事や外出のタイミング・内容の配慮を行うことなど、より生活に密着した支援体制を構築する必要がある。

第三に、その時々認知症当事者の意思や思いを尊重することが求められる。1章で述べたように、もの盗られ妄想などをはじめとして、周辺症状の中にはよく見られる認知症当事者特有のものがある。しかし複数の認知症当事者の周辺症状・問題行動自体が共通していたとしても、その行動に至るまでの、認知症当事者の思考の過程や本人なりの解釈は異なるものである。それは、非認知症当事者である我々と同じように、認知症当事者も自分なりの世界・ストーリーを持っており、その中で生きているからである。そのためケアする側は、当事者がどうしてこのような行動を取ったのか、何を求めている、何がしたいのか、認知症当事者一人ひとりにそうした意思や思いがあることを理解しなければならず、そうした意思や思いを尊重することが求められる。

以上で述べてきたケアのあり方からわかるように、「その人らしさ」を大切にするケアを実現するためには、時間をかけて認知症当事者の背景を理解することや、日常的によく観察し、当事者の興味関心やできることを引き出すこと、当事者の持つ独自の世界を理解し、その思いを尊重することなど、当事者に対して長い時間と労力をかけ、様々な方向からアプローチすることが求められる。

5. 2 個別ニーズに最大限寄り添うために

認知症になっても自分の意思や思いが汲み取られ、尊重される認知症ケアを実現するにあたって、3章で取り扱った地域包括ケアシステムの構築は今後も推進されていくべきである。地域包括ケアシステムによって、認知症の進行に沿って適切なケアを、住み慣れた地域・住まいで受けることができるようになる。また、医療・看護・福祉・リハビリ・地域などの領域を横断して認知症当事者の情報を共有できるため、ケアする側が認知症当事者本人の背景や性格、嗜好、世界を理解して接しやすくなり、当事者が抱える固有のニーズを発見・寄り添いやすくなると考えられる。

一方で、4章で取り扱ったような地域包括ケアシステムが抱える課題や問題を克服しない限りは、地域包括ケアシステムの運用に限界がきてしまうか、もしくは、一部の認知症当事者のみが享受できる特権的なケアになってしまいかねない。地域包括ケアシステムの現状の有用性を活かした上で、課題・問題点を克服したケアシステムへ変わっていく必要がある。そうした変化・改革があつてこそ、全ての認知症当事者の個別ニーズに最大限寄り添い、「その人らしさ」を尊重したケアを実現することができる。

個別ニーズに最大限寄り添うために求められることの1点目は、認知症ケア労働従事者

の雇用環境の整備と人材育成が求められる。地域包括ケアシステムは、本人に合わせた住まいや医療、介護、福祉などが形成されていくケアのあり方を理想としており、住み慣れた地域で「自分らしい」暮らしを人生の最後まで続けることを目標としているが故、当事者への個別的な対応が求められ、型にはまったケアを行うよりも、より多くのマンパワーが必要となる。そうしたマンパワーを確保するためにはケアワーカーの雇用環境を整備し、働きやすい、労働を継続しやすい環境へと変えていくことと、十分な人材の確保と、現場で活躍が望める人材の育成の推進をしていくべきである。

労働環境については、ケアの展開中に認知症当事者からなされるハラスメントや暴力など、認知症当事者の症状によって、ケア労働従事者の「安心・安全で働きやすい労働環境」(吉田, 2009:105) が脅かされているという現状がある。認知症当事者の権利の尊重・その時々での当事者の意思の尊重が重視される近年の傾向によって、そうしたケア論どう従事者の抱える労働上のストレスやハラスメント被害などが表面化しづらくなっている。そうした現状を踏まえて、ケア労働従事者のメンタルヘルス対策を講じていく必要がある。これまでのケア労働者のストレス対策については、「事態が起こってかたの事後対応型であったが、ケアハラスメントについては、被害者も加害者も発生させない対策として、事前対応型とした技術をケア技術と位置づけケアハラスメント対策を講じていくべきと考える」(吉田, 2009:105)。そうした対策は、介護を実際に行う施設や、在宅介護サービスの事業所など、現場の努力に任せるばかりではなく、国が、認知症ケアの従事者が安心・安全に働ける労働環境の整備に積極的に取り組んでいくべきである。労働上のストレスやハラスメント被害の事前防止を国全体で積極的に推進していくことで、ケア労働従事者の確保・定着につながり、認知症当事者の個別ニーズに寄り添える認知症ケアを実現させることが可能になる。

また、ケア労働従事者の人材育成については、単に認知症当事者の症状や言動に対して対処できるスキルを持った人材を育成するだけでなく、5章1節で述べてきたような「その人らしさ」を大切にケアの重要性を深く理解し、そうした考え方を現場で活躍できるような人材を増やしていくことが求められる。地域包括ケアシステムにおいては、認知症サポーターなど認知症に理解のある人々の育成には積極的に取り組んでおり、数字的には順調にサポーターの数を増やしているが、システムの主体となってケアを行なっていく専門職の不足は課題である。そうした専門職が現場において、認知症当事者やその家族の権利やニーズを汲み取り、表明していく必要があり、そうしたスキルを持った人材がいなければ、個別ニーズに寄り添ったケアを実現することはできない。職場内での研修・教育(OJT)を推進・拡大し、個別ニーズに対応できるスキルを広めていく他、国策として人材育成のための研修事業を展開していくことが求められる。実際に「認知症介護実践者研修」や「認知症介護基礎研修」といった国や都道府県が主体となった研修・資格が開発されているが、そういった認知症ケアに携わる人材のための研修などを今後さらに拡充していくことが求められている。特に、地域で認知症ケアを展開し、認知症になっても地域で暮らし続けられる環境づくりを推進するにあたって、歯科医師や薬剤師などをはじめとした様々な職種で、認知症への理解や対応力の向上が求められるようになるため、様々な形で認知症当事者と関わるいろいろな職種に対して、研修を実施できるよう、対象を拡

大していく必要がある。²⁹

ケア労働従事者の労働環境の整備や人材育成を推進し、働きやすい環境を作っていくことと、認知症当事者の個別ニーズに対応できるケア体制を実現は表裏一体の関係にあるのである。こうした取り組みを推し進めていくことで、地域包括ケアシステムにおける課題の一つであるマンパワーの不足を解消の方向へと持っていくことが理想であると考えられる。

個別ニーズに寄り添うために求められることの2つ目は、地域包括ケアシステムに関連する各領域の連携と統合の強化である。成木（2016）は、地域包括ケアシステムを「連携・つながり（linkage）」「調整・協調（coordination）」「完全な統合（full integration）」の三つのレベルに分けてそのシステムの連携や統合について論じている。

「連携・つながり（linkage）」は、3つの統合のレベルで一番低い状態であり、「複数の組織感で作られていくが、責任は各々のグループが負う状態である」（成木, 2016:51）。つまり、一人一人のつながりに頼る部分が大きく、「自助」「互助」の機能に重きをおいた統合のあり方であるといえる。統合のレベルの2番目である「調整・協調（coordination）」は、「より構造化された形態の統合であり、多機関や多組織とつながる能力がある程度ある状態とされている」（成木, 2016:51）。このレベルになると、医療・看護・介護などの専門領域が横断的に連携し、認知症当事者に対する情報の管理・共有がなされるようになる。しかし、それぞれの組織や機関は別々の構造によって活動していくため、それぞれの活動領域に被りが生じて、効率的ではないケアシステムが展開されていく恐れがある。そして統合のレベルの最後とされる「完全な統合（full integration）」は、「多様なシステム（保健・医療・介護・住まいの仕組み）から、様々な要素（関係機関や関係者）が一つの場所に集まり、新たなプログラムや体系を作り出すことを目指す（成木, 2016:51）」ものであり、ケアの体系が一本化されるため、ケアの分断が解消し包括的なサービスの提供体制の整備が可能となる。地域包括ケアシステムの統合がこのレベルに達すると、緊急時に対応できる柔軟さや、家族などの周囲からの介護の協力が得られない認知症当事者に対しても、領域横断的にケアを行うことができる。

現在日本で運用されている地域包括ケアシステムは、多機関や多組織の領域横断的な連携が目指されているものの、情報管理のプログラムや体系は別々の構造で構築されており、また、「自助」「互助」の機能の強化が期待されている現状を踏まえると、まだまだ統合のレベルは低いものであるといえる。今後、超高齢化社会に向けて地域包括ケアシステムを基盤とし、個別ニーズに寄り添うことができる認知症ケアを全ての地域で展開していくためには、「完全な統合（full integration）」を目指し、各領域の連携と統合を強化していくべきである。しかし、既存の制度や組織ごとの体系を一度解体し、ケアに関連する各領域に共通するプログラム・体系に再編成し直す必要がある（成木, 2016:51）ため、個人や地域、自治体レベルではなく、国策として大胆にケア体制を改革し、一本化を目指していくことが求められる。

「完全な統合（full integration）」が実現すれば、国による一本化されたケア体制の

²⁹ 厚生労働省 認知症ケアに携わる人材育成のための研修事業の見直し等について（2023.12.8）<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000115494.pdf>

基盤が作られ、その基盤の上に各自治体・地域の特性に合わせた施策や活動を行うことができる。このことにより、「自助」「互助」の機能への依存を克服し、「公助」「共助」の役割を明確にすることができるほか、社会資源の少ない過疎地域や限界集落に対しても国が働きかけることでケアの基盤を整えることができる。つまり、4章で取り扱った地域格差問題と、「自助・互助・共助・公助」の問題を解消できる。

地域包括ケアシステムを活用し、全ての認知症当事者が抱える個別ニーズに寄り添い、「その人らしさ」を大切にされたケアを実現するためには、ケア労働従事者の労働環境の整備や人材育成にしても、各領域の連携の強化にしても、従来の体系を解体し、全てのケア労働従事者、全ての地域に共通したケアの基盤を整えることを、国が先導して行なっていかなければならない。そうした取り組みの先に、認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会の実現があると考えられる。

6. 認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会を目指して

ここまで、地域包括ケアシステムを活用し、認知症当事者が住み慣れた地域で「その人らしく」暮らし続けられる社会のあり方について検討してきた。現状の認知症ケアやケアシステムの課題・問題点については4章と5章において、国や自治体が主導してケアの体系や制度を改革することで解決していくことを求める提言をおこなってきたが、実際に様々な地域で暮らしている我々個人単位でも、認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会を目指して、認知症に対する意識を変えていかなければ、そうした社会の実現は不可能となる。

認知症は、その特有の症状から、「以前とは行動・性格が変わり、違う人間になってしまった」「もう元の姿に戻ることはない」とされてしまうことが多いが、繰り返し述べてきたように、その行動や言動をよく観察すると、当事者には当事者の世界があり、当事者の行動・言葉は無作為に発せられるものではなく、当事者の世界の中ではその行動・言動に至った道筋があり、思考の過程があり、意志がある。「老い」は全ての人にとって普遍的な事象であり、自分の知人、自分の家族、そして自分自身が認知症になる可能性を誰もが持っている。この先、高齢化が進行し、人々の生活圏内や、生活そのものに、認知症が直接関連してくる可能性も高まる。誰もが認知症になりうる社会だからこそ、我々は認知症当事者の視点を持ち、認知症当事者の世界があることを認識し、理解を示していかなければならない。そうした中で、認知症当事者の世界を理解し、その世界に寄り添ったケア・声かけができる人が増えることは、認知症当事者の生きづらさが解消されるだけでなく、認知症に対するマイナスイメージ、ひいては「老い」に対するマイナスイメージの払拭にもつながる。また、認知症になっても、「その人らしさ」が尊重されたケアが全ての人々に提供されることが当たり前になれば、認知症に対するマイナスイメージや偏見も解消されていく。

「老い」が全ての人々にとって普遍的なものである以上、認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会は、非認知症当事者にとっても生きやすい社会なのである。

おわりに

本稿では、認知症当事者の「その人らしさ」に着目し、認知症当事者が「その人らしく」暮らせる社会の実現に向けて認知症ケアのあるべき姿を検討したほか、地域包括ケアシステムの有用性と問題点、課題を明らかにし、今後の認知症ケア・ケアシステムをどのように改革していくべきか提言をおこなった。

残された課題としては、今後の認知症ケア・ケアシステムの改革について、地域格差の是正やケア労働従事者の労働環境の整備、ケア体制の解体と再編成などの課題解決を国が先導して行うべきだという方向性を示したが、そのための財源の確保や、どのような策を講じていくかなど具体的な検討ができていないことが挙げられる。

6章では、認知症や「老い」に対する人々の意識の転換が、認知症当事者だけでなく全ての人々の生きやすさの実現に寄与すると結論づけた。

最後に、家族や知人、そして私自身が、今後認知症になりうる可能性がある存在として「老い」とともに生きていく中で、どのように向き合い、寄り添っていくか、引き続き模索していきたい。

参考・引用参考文献

- クリスティーン・ブライデン,2012,『私は私になっていく：認知症とダンスを』馬籠久美子,桧垣陽子訳,クリエイツかもがわ
- 粟田主一,2012,「地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進」保健医療科学,61(2),125-129
- 飯島祐一,2014,『認知症を知る』講談社
- 今井幸充,2011,「認知症ケアの課題と展望」老年歯科医学,26(3),273-278
- 遠藤英俊,2015,「認知症ケアパスについて」日本老年医学会雑誌,52(2),127-131
- 小澤勲,2005,『認知症とはなにか』岩波新書
- 小幡彰一.2016,「京都における地域包括ケアの現状」京都リハビリテーション研究会誌/京都在宅リハビリテーション研究会事務局編,10,3-6
- 佐藤卓利,2014,「地域包括ケアシステムの検討」立命館経済学,62(5),718-731
- 杉原百合子,2016,「認知症の人と家族に対する意思決定支援と看護職の役割」日本福祉学研究,9(1),21-34
- 田道智治,鳥田美紀代,正木治恵,2011,「認知症患者のその人らしさを支える看護実践の構造：医療場面に焦点を当てて」老年看護学,15(2),44-50
- 高橋紘士(編),2012,『地域包括ケアシステム』オーム社
- 中川孝子,藤田あけみ,西沢義子,2019,「認知症高齢者グループホームにおける『その人らしさ』を尊重したケアの実態と影響要因」弘前医学,69,57-65
- 成木弘子,2016,「地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策」保健医療科学,65(1),47-55

畠山輝雄,中村努,宮澤仁,2018,「地域包括ケアシステムの圏域構造とローカルガバナンス」
E-journal GEO,13(2),486-510

堀内ふき,2022,「認知症高齢者の意思のとらえ方」日本看護倫理学会第14年次大会,71-72

横内瑛,下松未季,2019,「共生社会を見据えた地域包括ケアシステムの現状・課題と事業機会」知的資産創造,86-101

吉田輝美,2009,「介護労働者の労働環境支援についての一考察：施設ケアハラスメントの現状を踏まえて」仙台白百合女子大学紀要,13,91-106

