

論文 | Article

高齢者に対する認知症関連政策と認知症ケアが抱える課題

Dementia-Related Policies for the Elderly and Challenges Facing Dementia Care

高橋 幸裕

TAKAHASHI, Yukihiro

尚美学園大学

総合政策学部准教授

Shobi University

林 和秀

HAYASHI, Kazuhide

武蔵丘短期大学

健康生活学科非常勤講師

2022年12月

Dec.2022

高齢者に対する認知症関連政策と認知症ケア が抱える課題

高橋 幸裕、林 和秀

Dementia-Related Policies for the Elderly and Challenges Facing Dementia Care

TAKAHASHI, Yukihiro and HAYASHI, Kazuhide

[要旨]

超高齢社会となったわが国では、認知症高齢者の増加も社会的に対応しなければならない課題である。振り返ると、高齢者の介護は家庭で担うことが一般的であり、認知症（痴呆症）¹であっても例外ではなかった。

その後、高齢者に関する制度や社会保障制度の整備が進んだこともあって、医療機関や地域における施設がその受け皿となっていく。受け皿が整備されていったことにより、認知症（痴呆症）高齢者への対応は脱家族化していくことになる。

2000年4月以降、介護保険制度が開始されたが、これを転換点として認知症（痴呆症）高齢者は家庭へ回帰することになっていく。しかしながら、これまでの間、認知症（痴呆症）高齢者へのケアは医療機関や地域における施設が対応してきたことから、在宅における介護サービスでのノウハウは十分なものであるとは言えない。

そして、介護保険制度では地域包括ケアシステムの推進が進められており、そこでは「住み慣れた地域での生活」を実現するため、「地域」を概念的に包括したキーワードとして掲げていることから、特に在宅における認知症ケアのあり方やノウハウの構築を進めていかなければならない。

キーワード

認知症ケア（痴呆症ケア） 認知症（痴呆症） 地域福祉 認知症関連政策 専門職

[Abstract]

In Japan, which has become a super-aging society, the increase in the number of elderly with dementia is also an issue that must be dealt with socially. Looking back, it was common for elderly people to be cared for at home, and dementia was no exception.

¹「認知症」という呼称は、厚生労働省の2004年に行われた「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」により決定し2005年より使用されている。ここでは、それ以前の「痴呆」という言葉が使われた時期はそのままの名称とし、2005年以降は「認知症」を用いる。

After that, as the system for the elderly and the social security system progressed, medical institutions and facilities in the community became the recipients. As the reception has been improved, the support for the elderly with dementia will shift away from the family.

Since April 2000, the long-term care insurance system has been started, but with this as a turning point, the elderly with dementia will return to their homes. However, until now, care for the elderly with dementia has been handled by medical institutions and facilities in the community, so it cannot be said that the know-how of nursing care services at home is sufficient.

In addition, the long-term care insurance system is promoting a comprehensive community care system. In particular, we must promote the construction of dementia care methods and know-how at home.

Keywords:

Dementia Care, Dementia, Community welfare, Dementia related policies, Professional

はじめに

超高齢社会となった日本では、介護サービスのニーズが日々高まり続けている。介護保険制度も介護サービスを必要とする高齢者の増加により見直しが繰り返されている。もちろん、高齢化の進展に伴い、社会保障制度の持続可能性についても語られているのが昨今の状況である。他方、高齢者の増加により認知症となる者が比例して増えている。認知症は結果的に要介護状態となりやすく、専門職²による支援が必要とされることが多い。

しかしながら、老化に起因とした要介護状態と認知症を起因とした要介護状態では介護サービスを利用する前提が異なっている³。すなわち、老化は歳を重ねることにより生じる要介護状態であり、他方、認知症は肉体的な衰えではなく、認知機能の低下により日常生活が困難になる疾病であり、行動範囲や生活パターンの影響が大きく表れ、結果的に老化も相まって要介護状態へと至ってしまう違いがある。

本稿では、認知症を起因とした要介護状態となった者へのケアは、老化に起因とした要介護状態となった者へのケアとともにその対応に取り組まなければならないと考えている。そこで、措置制度時代から現代までの認知症関連施策や地域における活動、そして文学作品などを概観しながら、認知症ケアに関する今日的課題を検討していくこととする。

第1章 問いと仮説

わが国の高齢者福祉政策において掲げられていることは、高齢者の自立した生活の維持、

² ここで示す専門職とは、特に断りがない限り、介護職、看護師、福祉職（介護支援専門員）である。尚、介護職はホームヘルパー、介護福祉士といった、在宅、施設を問わず、介護サービスを提供する職員を総称して述べることにする。

³ もちろん、本稿ではがんをはじめとして、高齢者が何らかの疾病により要介護状態となることも想定している。認知症は高齢者の認知機能が低下していくものであり、かつ医師による診断が下った時点にもよるが、例えば、自立して歩くことができる、食事、入浴、排せつといったことは自らできることもあり、後追いつ的に身体の老化が進んでいくことから、「認知症ケア」への課題を検討するため他の疾病とは区別することとした。

健康問題、終活、介護、医療といった最期のその瞬間までの生き方である。ここでは高齢者本人の尊厳や自立を担保するため、認知症ケアに関連する政策や動向を中心に検討する。以下、本研究における問いと仮説を提示する。

問い：高齢社会となった今日、わが国では高齢者が増加する中で認知症と診断される者も比例して増加している。地域包括ケアシステムが掲げるように、住み慣れた地域で最期まで暮らすには認知症高齢者の増加にも対応しなければならない。しかし、歴史的にみると、認知症（痴呆症）高齢者に対する政策は医療機関や地域福祉に頼った形で展開されており、介護保険制度が始まるまでは在宅での対応が十分になされてこなかったのではないか。そのような状況の中で在宅生活を支える専門職が抱える課題とは何か。

仮説：わが国における高齢者福祉政策は、家族が高齢者を支えることを前提とし、必要に応じて医療機関が引き受ける形をとっていた。同時に、家族が高齢者を支えられなくなったことにより地域福祉が展開されたことで、在宅におけるケアサービスが空白となった。これにより専門職による認知症ケアは他の介護サービスとは異なる位置づけとなった。

第2章 先行研究

認知症に関する研究は医学や看護学だけでなく、社会科学の領域においても比較的蓄積されている。2022年10月31日（月）時点で、Cinii 及び J-Stage において、「認知症ケア」「在宅」の2つを用いてキーワード検索を行った。

Cinii では、論文等で184件ヒットした。ここで登録がされているもの⁴で、タイトルに「認知症ケア」「在宅」が含まれているものは、本多智子「特集 認知症の人と家屋をどうサポートするのか 在宅認知症ケアにおける診療所看護師の役割—対応困難な行動障害を有する認知症高齢者への往診と家族支援」『訪問看護と介護』10(6),pp.452-458,2005年である。これがキーワード検索を行った際に掲載された最も古いものであった。また、Cinii に登録されている論文等のタイトルを見ると、この「認知症ケア」「在宅」を含むものが少なくなかった。そして、同日に「痴呆症ケア」「在宅」を検索したところ、6件ヒットし、いずれも2001年に特集として組まれたものであった。

他方、J-Stage においては同年同日に検索したところ、674件がヒットした。ここで両方のキーワードが入っているものは、諏訪さゆり、湯本品代、上野まり、山辺 智子、佐藤美穂子「在宅認知症者の服薬支援について高度認知症ケア実践者が認識する課題と取り組み」『臨床倫理』6巻, p.7-17, 2018年であった。かつ、キーワードのいずれかが入っているものは2005年のものが最も古く、掲載されているジャーナルの特徴であるのか、医療機関、介護老人保健施設などを対象に分析したものが多い傾向にあった。また、これも Cinii と同様に「痴呆症ケア」「在宅」で検索を行ったところ、3件ヒットし、内訳は学会抄録（2000年）、グループホームに関するもの（2003年）、外来通院中に伴う介護負担間の考察に関するもの（2006年）であった。

⁴ 論文のタイトル以外に、学会名でヒットするものも含まれている場合もある。

その上で、在宅での認知症ケアに関する研究の動向を見ると、事例検討や支援・介入方法について検討されていた。例えば、宮原伸二、山下幸恵、塚原貴子「認知症高齢者の長期在宅療養を可能にする条件」『日本農村医学会雑誌』第60巻第4号、2011年では6か月以上の在宅療養を行った事例に対してアンケートを実施したものを分析している。ここでは、結果として「対象者には、重度認知症が多く、周辺症状が3つ以上みられる人が73%見られたが、これらが長期在宅療養の弊害にはなっていなかった。⁵⁾」と述べている。その理由として、専従に近い介護者がいること、介護知識・技術が高いこと、介護保険のサービスの利用が多いことなどを指摘していた⁶⁾。

相馬尚美は「『認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）』（2015年1月に策定）に基づき、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で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現に向けた取り組みが推進されているが、その内容は認知症の人の支えとなれるものだろうか。⁷⁾」と提起している。

また、相馬は、認知症高齢者が「自分らしく暮らし続けられることができる環境や支援方法について考察⁸⁾」しており、事例を通じて、当事者である本人や家族の葛藤、介護保険制度を利用することによる抵抗感を描いていた。このように事例を通じて認知症高齢者が「自分らしく暮らし続けられる」ように支援するためには時間をかけること、必要な情報を提供することの重要性を指摘していた。

このように在宅における認知症高齢者のケアは、2005年を嚆矢として学問的蓄積が始まったばかりである。

本研究は歴史的視点と政策的視点を持ち、認知症高齢者に対する認知症ケアが抱える課題について検討する。

第3章 認知症とは何か

認知症は一つの疾患単位ではなく、さまざまな原因疾患に起因する状態とされる。一般に、「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障を来すようになった状態⁹⁾」を指し、それが意識障害のない時に見られる。2021年4月に改訂された介護保険法第5条の2によると、認知症とは「国及び地方公共団体は、認知症（アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態をいう。以下同じ。）に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない。」と定義されている。

⁵⁾ 宮原伸二、山下幸恵、塚原貴子「認知症高齢者の長期在宅療養を可能にする条件」『日本農村医学会雑誌』第60巻第4号、p.507,2011年

⁶⁾ 宮原伸二、山下幸恵、塚原貴子「認知症高齢者の長期在宅療養を可能にする条件」『日本農村医学会雑誌』第60巻第4号、p.507,2011年

⁷⁾ 相馬尚美「認知症高齢者の支援について－在宅生活の継続を望む事例からの考察」『別府大学短期大学部紀要』第36号、p.85,2017年

⁸⁾ 相馬尚美「認知症高齢者の支援について－在宅生活の継続を望む事例からの考察」『別府大学短期大学部紀要』第36号、p.86,2017年

⁹⁾ 中島健二、下濱俊、富本秀和、三村将、新井哲明『認知症ハンドブック 第2版』医学書院、p4, 2020年より引用

また、症状について言及すると、認知症はアルツハイマー型認知症¹⁰、レビー小体型認知症¹¹、ピック病（前頭側頭型認知症）¹²などといったように複数の種類があり、生じる症状にも違いがある。しばしば、認知症を理解する事柄のうち、中核症状、周辺症状に基づいたキーワード（症状の違い）によって語られている。

すなわち、前者は「認知症になると必ず起きる症状という意味で一何回も同じことを聞いたり言ったりする記憶障害、時間や場所の間隔が不確かになる見当識障害、周囲の状況がわからなくなる判断力の障害、言いたい言葉がでてこない、相手の言うことを理解できないなどの言葉の障害、計画や段取りをつけることがうまくできていないなどの実行機能障害（遂行機能障害ともいわれます）など¹³」がある。

後者は「周辺症状ともいわれる症状です。－これらは中核症状から二次的に起きてくる症状です。例えば、自分がどこにいるかが不確かになる（場所の見当識障害）と家のちかくでも出掛けたまま帰ることができなくなったりして、結果として徘徊という周辺症状としてみられること¹⁴」があるとされている。

第4章 認知症（痴呆症）ケアをめぐる実践と動向

第1節 痴呆症ケアの黎明期－文学作品から語られた痴呆症

日本において認知症に関わるケアの議論は、1972年の有吉佐和子『恍惚の人¹⁵』に象徴されるように、「呆け老人」に対する介護の担い手と場所をどうするかが社会問題として浮かび上がってきたことに始まる。

他方、これより以前の1963年に制定された福祉六法の一つである老人福祉法では、痴呆症に対する言及が十分ではなかった¹⁶。老人福祉法第二条には理念として「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。¹⁷」と明

¹⁰ 本間昭、六角僚子「認知症介護 介護困難症状別ベストケア 50」p.17によるとアルツハイマー型認知症は「脳の神経細胞の内外に異常なたんぱく質が蓄積して神経細胞の働きが失われ、神経細胞の数が異常に減ってしまうために起きて」と説明している。

¹¹ 本間昭、六角僚子は同著 p.18 にてレビー小体型認知症について「アルツハイマー型認知症と血管性認知症について多い病気です（認知症の約2割）。この病気は物忘れもあり、一見アルツハイマー病に似ていますが、特徴は①とても生々しい幻視がみえることです。②日によっては症状に変動があり、正常に思えるときと様子がおかしいときが繰り返されます。③歩みにくい、動作が遅い、手が不器用になるなど、パーキンソン症状がみられることがあります。」

¹² 本間昭、六角僚子は同著 p.18 にてピック病（前頭側頭型認知症）を「若年性の認知症で、アルツハイマー型認知症、血管性認知症に次いで多い原因」と指摘している。また「初期は記憶の障害ではなく、信号無視、痴漢、万引きなどの社会的に逸脱した行動で始まることが多く、発症年齢によっては、認知症ではなく、精神障害と誤診されることもまれではありません。この病気も含めた若年性認知症の場合は年齢が若いだけに活動量も多く、介護者の負担はきわめて大変になり、在宅での介護には限界があることも少なく」と指摘している。

¹³ 本間昭、六角僚子『認知症介護 介護困難症状別ベストケア 50』pp.15-16より引用。

¹⁴ 本間昭、六角僚子『認知症介護 介護困難症状別ベストケア 50』p.16より引用。

¹⁵ 有吉佐和子『恍惚の人』新潮社、1972年、これは認知症の養父とそれを介護する嫁の視点から描かれる物語の中で、徘徊や弄便など介護に追われる嫁と、それに伴い変化していく家族の姿と周囲の無理解が描かれる作品である。

¹⁶ 老人福祉法が整備された当時は高度経済成長期にあり、これまで家族が担っていた高齢者の世話が人口移動をはじめとしたさまざまな理由により困難となった。これにより、高齢者問題に対応するために整備された法律が老人福祉法である。所得制限をつけた形での高齢者のための社会福祉制度と言ってもよい。

¹⁷ 老人福祉法「・老人福祉法（昭和38年07月11日法律第133号）－厚生労働省」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82111000&dataType=0&pageNo=1（2022年10月25日閲覧）

らかにされている。具体的な制度として、例えば、措置や老人福祉施設（特別養護老人ホームなど）や老人家庭奉仕員派遣事業が制度化されている。すなわち、痴呆症に対応した仕組みは十分なものではなかった。

(表 1) 痴呆症・認知症を取り扱った主な文学作品・映像作品・刊行物

1959年	安岡章太郎『海辺の光景』講談社	2003年	クリスティーン・ボーデン、馬籠久美子ほか訳『私は誰になっていくの?』クリエイツかもがわ 和田行男『大逆転の痴呆ケア』中央法規出版 三好春樹『痴呆論』雲母書房
1972年	有吉佐和子『恍惚の人』新潮社	2004年	日本認知症ケア学会『認知症ケア標準テキスト』ワールドプランニング 堤幸彦『映画 明日の記憶』
1973年	大熊一夫『ルポ・精神病棟』朝日新聞社	2005年	トムキトウッド、高橋誠一訳『認知症のパーソン・センタード・ケア』クリエイツかもがわ
1981年	真野さよ『黄昏記』ミネルヴァ書房	2006年	認知症介護研究・研修東京センター『認知症介護実践研修テキスト』ワールドプランニング 永田久美子『認知症の人の地域包括ケア—多職種で取り組むステージ・アプローチ』日本看護協会出版会
1983年	中島紀恵子、石川民雄『ぼけ—理解と看護』時事通信社 三宅貴夫『ぼけ老人と家族をささえる』保健同人社	2008年	水野裕『実践パーソン・センタード・ケア』ワールドプランニング 大井玄『「痴呆老人」は何を見ているか』新潮社
1986年	室伏君士『痴呆老人の心理とケア』世界保健通信社	2009年	小阪憲司『知っていますか? レビ—小体型認知症』メディカ出版
1988年	杉山孝博『ぼけなんかこわくないぼけの法則』リヨン社	2011年	宮崎和歌子『認知症の人の歴史をまなびませんか』中央法規出版
1989年	長谷川和夫ほか『痴ほうの百科—痴ほうの対応をどうするか』平凡社	2012年	クリスティーン・フライデン、馬籠久美子ほか訳『私は私になっていく 認知症とダンスを』クリエイツかもがわ 岡野雄一『ペコロスの母に会いに行く』西日本新聞社
1990年	外山義『クリッパンの老人たち』ドメス出版	2013年	認知症介護研究研修東京センター『認知症ケアの視点が変わるひもときシート活用 ガイドブック』中央法規出版 中島 健二ほか『認知症ハンドブック』医学書院
1991年	山井和則『体験ルポ・世界の高齢者福祉』岩波書店	2014年	イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ、辻谷 真一郎訳『Humanitude(ユマニテュード)「老いと介護の画期的な書」』トライアリスト東京
1993年	バルブロー・ベック・フリス『スウェーデンのグループホーム物語』ふたば書房出版局	2015年	井庭崇ほか『旅のこぼれ—認知症とともによりよく生きるためのヒント』丸善出版
1994年	今村千弥子ほか『グループホームケアのすすめ』朝日カルチャーセンター	2017年	トムキトウッド、高橋誠一訳『認知症のパーソン・センタード・ケア新しいケアの文化へ』クリエイツかもがわ 丹野智文『丹野智文 笑顔で生きる—認知症とともに』文藝春秋
1996年	林崎光弘ほか『グループホームケアの理念と技術』バオパブ社	2018年	恩蔵絢子『脳科学者の母が認知症になる』河出書房新社
1998年	小澤勲『痴呆老人から見た世界』岩崎学術出版社 NHK「ぼけなんか怖くない」制作	2019年	長谷川和夫『僕はやっと認知症のことが分かった』KADOKAWA
1999年	小宮英美『痴呆性高齢者ケア—グループホームで立ち直る人々』中央公論新社	2021年	寛祐介『認知症世界の歩き方』ライツ社 川畑智ほか『マンガでわかる! 認知症の人が見ている世界』文響社
2001年	ナオミ・フェイル『バリデーション—痴呆症の人との超コミュニケーション法』筒井書房	2022年	若井克子『東大教授、若年性アルツハイマーになる』講談社 村瀬孝雄『シンクロと自由』医学書院

(出典) 筆者(林和秀)作成。

1973年に大熊一夫『ルポ・精神病棟¹⁸』により、精神病院に入院している痴呆症高齢者の劣悪な環境での生活実態が明らかにされている。また、宮崎和歌子は、1978年ごろに訪問看護師として働いていた中で出会った、座敷牢に閉じ込められていた痴呆症高齢者のエピソードを記している¹⁹。

これらのエピソードから分かるように1970年代の痴呆症高齢者の居場所は、自宅で特定の家族に負担を押し付ける形で成り立つか、家族が面倒を見ることができず、かといって入院することもなく座敷牢へと隠されるか、老人病院や精神病院へ入院させ隔離するという限られた選択である場合が多かった。このような措置が講じられた理由の一つに、痴呆症の特徴として、認知機能の低下に伴って対家族への関係性が大きく変化してしまうことも要因である²⁰。

このように痴呆症高齢者へのケアの担い手と場所は、家族によるもの以外の選択肢が医療機関に限られている現状があった。痴呆症高齢者へのケアはあくまでも医療（治療）の対象としてみなされていた。

第2節 地域における痴呆症ケアの芽生え

後述するように旧厚生省（現厚生労働省）の方針を象徴として設備や制度といった「形」だけが先行し、人の生活から離れていくケアの現場から、それに異を唱えるようにして「逆に、施設を高齢者のユートピアにしようという理想に向けて²¹」、竹内孝仁らによる「おむつはずし」運動が始まっていく。同時に、痴呆症高齢者の居場所がない地域社会の現状も含めて、ケアのあり方を変えようとした者たちが、私財を投げ打って地域で自発的に理想のケアの実践が始まるのも1980年代であった。

1980年に当事者である家族の会による「託老所（京都）」を除くと、痴呆症高齢者への地域での実践の始まりは1983年開設の「デイサービスセンターみさと（群馬）」であるとされる。居住する場としては1986年開設の「紬の家（青森）」が始まりとされ、同年、痴呆症高齢者に限らず地域の共生の場として幅広くサービスを提供する「元気な亀さん（埼玉）」も誕生する。「託老所わすれな草（高知）」が1987年に開設し、そして同年、通所から泊まり・居住する場を提供する、現在の小規模多機能型居宅介護の原型とも呼べる「ことぶき園（島根）」の取り組みが始まった。

このように1980年代は法制度の不備を埋めるかのように、全国各地でそれぞれの地域における痴呆症への取り組みがなされ始めた時期でもあり、地域福祉においても新しい動きとなった。

¹⁸ 大熊一夫『ルポ・精神病院』朝日新聞,1973年によれば、精神病棟への潜入取材の中で、焦点を当てられているわけではないが痴呆症の高齢者が、同じ病院内の精神病患者が介護を担っている場面が描かれ、当時の呆けた老人がどのように過ごしていたのかという一端を見ることができる。

¹⁹ 宮崎和歌子、田邊順一『認知症の人の歴史を学びませんか』p.44 参照。中央法規,2011年

²⁰ 鮫島輝美、竹内みちる『『身体の溶け合い』を通じた『共育』としての新たな認知症介護支援—家族介護者・支援者の『語り』の分析から—』『集団力学』第31巻, p.105, 2014年

²¹ 加藤仁『介護の「質」に挑む人々—新しい扉を開いた二十八人—』pp.15-16, 中央法規,2007年

第3節 地域主導の痴呆症ケアに影響を与えた欧米・北欧諸国

海外の事例について目を移すと、スウェーデンでは1985年にバルツァゴーデン・プロジェクトによりグループホームという場において認知症ケアの実践が始まる。加藤はことぶき園の槻谷和夫とのインタビューで「スウェーデンに最初にできたそれは1985年と聞いておりますが、1987年開設の“ことぶき園”はまったくその存在すら知らずに始めました²²」という発言を紹介している。

1990年代に入ると、このような自発的な実践は活発に続き1991年には欧米で「多くの医師やスタッフから話を聴き、グループホームケアの有効性の確信を強めて²³」、「函館あいの里（北海道）」が開設される。

一方で、この年、九州ではことぶき園をモデルにした「宅老所よりあい（福岡）」が始まり、そこを高口光子は『泊まりたい人は泊まっていいよ』とショートで預かり、何日も泊まるというかたちでグループホーム化²⁴する場と評している。

1990年には、外山義がスウェーデンにおける研究をまとめた『クリッパンの老人たち—スウェーデンの高齢者ケア²⁵』が、翌年の1991年には当時松下政経塾の연구원として福祉問題について研究していた山井和則により『体験ルポ・世界の高齢者福祉²⁶』がそれぞれ発刊され、学術面においても日本でスウェーデンの痴呆症ケア施設の取り組みが徐々に広まり始めた。

1992年に痴呆性老人デイサービスE型が制度化され、1993年8月に山井がコーディネーターとなり、朝日カルチャーセンター主催のフォーラム「痴呆性ケアの最前線—日本でもグループホームは可能か」が開催された²⁷。1995年にグループホームモデル事業が開始され、先に挙げた「ことぶき園」や「宅老所よりあい」、そして「函館あいの里」などがモデル指定を受けている。その後グループホームに関する研究事業²⁸の報告がなされ、1997年には「痴呆対応型老人共同生活援助事業」として老人福祉法の改正とともに在宅サービスに位置付けられ制度化することとなった。

このように地域における実践から学術面への展開だけでなく、グループホーム事業が展開されることになり、かつ福祉関係八法改正もなされたことから、痴呆症に対する社会のあり方が大きく変化していくことになった。

²² 加藤仁『介護を創る人々—地域を変えた宅老所・グループホームの実践—』p.44, 中央法規, 2001年

²³ 林崎光弘、末安民生、永田久美子編著『痴呆性老人グループホームケアの理念と技術—その人らしく最後まで』p.6, バオパブ社, 1996年

²⁴ 高口光子『ユニットケアという幻想—介護の中身こそ問われている—』p.150, 雲母書房, 2004年

²⁵ 外山義『クリッパンの老人たち—スウェーデンの高齢者ケア』ドメス出版, 1990年

1982年から1989年の7年間のスウェーデン留学時の研究内容をまとめたもの。著者は「施設」から「住まい」への転換のために活動し、グループホームの制度化へと寄与するものとなる。

²⁶ 山井和則『体験ルポ・世界の高齢者福祉』岩波新書, 1991年。普通の暮らしを実践する、欧米各国の取り組みのルポから、「寝たきり問題」を抱える日本の現状の福祉制度の貧しさを批判している。特にスウェーデンのグループホームに対しては「痴呆症のお年寄りの“楽園”」と名付けるほど感銘を受けている様子がうかがえる。

²⁷ 今村千弥子、真田順子、外山義ほか『グループホームケアのすすめ:いま痴呆性老人は何を求めているか』朝日カルチャーセンター, pp. 3-5, 1994年

²⁸ 北海道高齢者問題研究協会『グループホームケアを考える:痴呆性老人への新たなケア方法に関する調査研究報告書』1996年、全国社会福祉協議会『痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究事業報告書』1996年、宮城県痴呆性高齢者グループホームケアシステムモデル調査委員会『痴呆性高齢者グループホームに関する調査研究』1996年などがある。

第4節 痴呆症（認知症）ケアの転換

1999年には東京都第1号のグループホームとなる「グループホームこもれび」が誕生した。ここでの実践は和田行男『大逆転の痴呆ケア』において綴られており、そこでは共同で暮らす居住空間において食事作りや掃除、買い物などを生活の当たり前の行為として、他者と共に痴呆症の当事者自らが主体的に行えるように支援をするケアが描かれている。

例えば、食事作りのみならず、献立決めを何故主体的に行えるように支援するかについて、『『どうせ聞いても言えない』『みんな一緒の方が安心する』などともっともらしい理由で、人と人が響き合わせをおかしむのを奪い取り、生きている実感を感じる『何を食べるか』の思考を奪い取ってしまっていていいはずもない²⁹』とし、そのような支援のあり方を『『痴呆老人への痴呆介護という痴呆思想』から、『痴呆という状態にある人への生きること支援という人間思想』への転換³⁰』としている。

そこには言い争いも自ら行動することもなく、穏やかにリビングで座ってじっと何かを待っている姿は、本来の人間の姿ではないのではないかという疑問から、「待ちの姿勢で受け身で生きるのではなく³¹」、「～したい」という積極的な姿を引き出す。そうすることで時には入居している人同士が言い争いになったり、けんかのように見えたりすることもあるが、それを痴呆症にともなう「興奮」や「暴言」などの周辺症状や問題としてのみ捉えるのではなく、「普通に生きていくとき当然あり得ることです。それも積極的に生きている姿ともいえます。³²』として捉える視点がある。

すなわち、それは個別ケアや集団処遇とも違う「共同生活支援」であり、食事づくりやなじみの関係によって周辺症状を緩和するための療法として捉えることをしない、『『認知症のケア』ではなく、『生きること支援』³³』という新しいケアのあり方であった。

こうした痴呆症ケアの実践とともに、当事者自らによる発信がなされていくようになる。2003年、痴呆症当事者であるクリスティーン・ブライデンが『私は誰になっていくの?』を日本で発刊した年であり、日本での講演会やテレビ番組が放送されるなど、痴呆症当事者が表に立ち、自らが発信する姿が日本でも紹介され始めていた。

2004年に京都で行われた国際アルツハイマー病協会（Alzheimer's Disease International: ADI）の国際会議において、日本から若年性認知症の当事者である越智俊二が登壇し自身の想いを自分の言葉で語った。12月には「痴呆（症）」から「認知症」へと呼称変更がなされるなど、認知症ケアのあり方は大きく変化していくことになる。

2004年は、英国のトム・キトウッドにより提唱された「パーソンセンタードケア」が日本で紹介された年でもある。この理念は、認知症介護研究・東京研修センターの作成した「認知症介護実践研修テキスト」にも取り入れられ、介護施設においてもパーソンセンタードケアを目指した取り組みも行われるようになっていった。

パーソンセンタードケアの認定トレーナーとして活躍している水野裕はパーソンセンタードケアを「その人を中心としたケア」と訳しその理念の根幹をなす“Personhood”という概

²⁹ 和田行男『大逆転の痴呆ケア』p.17, 中央法規, 2003年

³⁰ 和田行男『大逆転の痴呆ケア』p.242 中央法規, 2003年

³¹ 宮崎和加子、日沼文江「生き返る痴呆老人—グループホーム『福さん家』での暮らしと実践」p.254, 筑摩書房, 2003年

³² 宮崎和加子、日沼文江「生き返る痴呆老人—グループホーム『福さん家』での暮らしと実践」p.255, 筑摩書房, 2003年

³³ 宮崎和歌子、田邊順一『認知症の人の歴史を学びませんか』pp.156-157 中央法規, 2011年

念を「その人らしさ」と訳した³⁴。すなわち、認知症当事者と接するとき「認知症」に注目するのではなく、目の前にいるその「人」を大切にするとともにその人の意思を尊重しようとする考え方である。これにより、認知症当事者の発信や認知症に対する社会的な関心が高まりも追い風となり、新しい認知症ケアとして拡がっていくようになった。

これは2006年の介護保険法改正にも影響を与えたと考えられ、高齢者介護の目的を「高齢者の尊厳を支えるケア」と具現化したものだと言える。これにより、高齢者の尊厳を支えるケアとは「高齢者がたとえ要介護状態になったとしても、“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³⁵」であると定義された。

第5章 代表的な認知症ケアの技法

翻って、第4章で述べたような営みを通じて、日本ではパーソンセンタードケアの理念がケアの実践でも普及していくことで、医療・介護者中心のケアから、その人中心のケアへの転換がなされていった。以下では、これを基本としつつ、認知症ケアの実践で取り入れられている代表的なケアメソッドを整理する。

(表2) バリデーション、パーソンセンタードケア、ユマニチュードの特徴

	バリデーション	パーソンセンタードケア	ユマニチュード
理念	認知症者の世界の尊重	その人らしさの尊重	人間らしさの尊重
技法	あり：15のテクニック	なし	あり：150以上の具体的技法
評価法	あり：効果の客観的評価	あり：認知症ケアマッピング(DCM)	なし
養成・認定	あり：アメリカオハイオ州バリデーショントレーニング協会本部が養成・認定している。日本での認定が可能	なし：広く普及＝だれでもDCMに関しては、各国DCM研修を受け、段階に応じて養成・認定をしている。	あり：フランスユマニチュード協会がインストラクター養成・認定している。日本だけでなく、フランス協会もしくは、イブ・ジネストによる研修も受けなければ認定されない。

(出典) 山口晴保、佐土根朗、松沼記代、山上徹也『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第3版』2016. 協同医書出版.p70, 中谷こずえ、臼井キミカ、安藤純子、兼田美代、神谷智子『認知症のケアメソッド「バリデーション」「パーソンセンタードケア」「ユマニチュード」の文献検討によるメソッド比較』2016. 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要第17号 pp.73-79より筆者(林和秀)作成。

第1節 パーソンセンタードケアと認知症ケアマッピング (Dementia Care Mapping : DCM)

パーソンセンタードケアを評価する方法として、トム・キトウッドが開発したツールをいう。認知症患者とその介護者の行動を、DCM使用のための研修を受けたマッパーと呼ばれる観察者が6時間の間、5分おきに記録し、表(マップ)を作成する。

³⁴ 水野裕『実践パーソン・センタード・ケア 認知症をもつ人たちの支援のために』, ワールドプランニング, 2008年において、2007年には「パーソンフード」という概念を『その人らしさ』だけでは、表現できない深い意味があることがだんだん分かってきた」p.3、「パーソンフード(一人の人間として、周囲に受け入れられ、尊重されること)」p.143と述べている。

³⁵ 厚生労働省『高齢者介護研究会 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～』2003年、「12015年の高齢社会」より引用。 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html> (2022年10月15日閲覧)

記録する行動は「本人がどのような行動にたずさわっているのか」「本人がよい状態であるか、よくない状態であるのか」「本人と介護スタッフとの関わりについて」であり、作成された「マップをみれば、その人がどのようなケアを受けていて、どのような状態にあるのかの概観をつかむことができる」とされている³⁶。

また、単なる評価で終わるのではなく、結果を介護現場のスタッフにフィードバックし、それをもとに、スタッフと一緒に、ケアのあり方について考え計画の作成につなげ、実践を行うという、介護現場の質の向上につながる一連のサイクルを含んでいることが特徴である。これは2004年頃から取り組みがなされており、マッパーの資格は研修と試験などによる資格制となっている。

第2節 ユマニチュード (Humanitude)

フランスの元体育教師イヴ・ジネストとロゼット・マレスコッチェの二人が1979年頃から医療・介護の分野の仕事を始め、実践と考察を勧める中でかけて生み出した「知覚・感情・言語に基づいた包括的ケア技法³⁷」がある。2014年に日本でも紹介され、以降普及している。イヴ・ジネストらは体育学の専門家として「生きている者は動く。動くものは生きる」という文化と思想をもって、「人間は死ぬまで立って生きることができる」ことを提唱した。

また、それは「さまざまな機能が低下して他者に依存しなければならない状況になったとしても、最期の日まで尊厳をもって暮らし、その生涯を通じて“人間らしい”存在であり続けることを支えるために、ケアを行う人々がケアの対象者に「あなたのことを、私は大切に思っています」というメッセージを常に発信する—つまりその人の“人間らしさ”を尊重し続ける状況こそがユマニチュードの状態である³⁸」と定義されている。

このユマニチュードの基本となる4つの柱は、①見つめること、②話しかけること、③触れること、④立つことであり、「150以上に及ぶ実践的なケア技法を体系化³⁹」している。

第3節 バリデーション

バリデーションとは、認知症高齢者とコミュニケーションを行うための技法の一つである。アメリカのソーシャルワーカーであるナオミ・ファイルが、老人ホームで働くなかで従来の認知症ケアに満足できなくなり、高齢者が尊厳を回復し、引きこもりに陥らないように援助する方法として構築した。共感や傾聴という技法を通して、介護者自身が変わり、介護を受ける側の世界を理解し、再び心を通わせることを目指している。

日本では2003年にアジアで初めてバリデーショントレーニング協会 (Validation Training Institute 本部:アメリカ) が正式に認可するトレーニング課程である「バリデーショ

³⁶ パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング (DCM) 「DCMについて | パーソンセンタードケアと認知症ケアマッピング (DCM) - 認知症介護研究・研修大府センター」 <http://www.dcm-obu.jp/about.html> (2022年10月26日閲覧)

³⁷ イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッチェ「Humanitude(ユマニチュード)『老いと介護の画期的な書』」p4, 舵社, 2014年

³⁸ 本田美和子、イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッチェ『ユマニチュード入門』pp.4-5, 医学書院, 2014年

³⁹ 山口晴保、佐土根朗、松沼記代、山上徹也『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第3版』P.70, 協同医学出版社, 2016年

ン・ワーカーコース」が、ビッキー・デクラーク・ルビンを講師として開講⁴⁰され、認知症ケアの現場でも取り入れられている。

第6章 認知症（痴呆症）に関する制度・政策

第1節 国による痴呆症施策の整備（1）

（表3）認知症に関わる国の施策、厚生労働省関係
（1963年～1999年）

1963年	老人福祉法制定（特別養護老人ホーム、老人家庭奉仕員制度創設）
1978年	寝たきり老人短期保護（ショートステイ）事業創設
1979年	デイサービス事業創設
1982年	老人保健法制定
1984年	痴呆性老人処遇技術研修事業開始
1986年	厚生省「痴呆性老人対策推進本部」設置
1988年	老人性痴呆疾患専門治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の創設
1989年	老人性痴呆疾患センター創設
1991年	老人性痴呆疾患療養病棟の創設、老人保健施設痴呆専門棟の創設
1992年	E型デイサービスの創設
1997年	介護保険法制定、痴呆対応型老人共同生活援助事業（痴呆対応型グループホーム）の創設

（出典）筆者（林和秀）作成。

既に述べたところもあるが、わが国が痴呆症施策に取り組み始めたのは1980年代からである。「行政の『痴呆性老人対策』は皆無、社会的関心も低く、認知症に対する偏見や差別が残っている⁴¹」状況の中で、1980年に「呆け老人をかかえる家族の会」が京都で誕生する。

そこから、1980年代前半から痴呆症が全国的な社会問題になってきたことを受け、1986年には厚生省が「痴呆性老人対策推進本部」を発足し、老人性痴呆疾患専門治療病棟や老人保健施設の整備の促進などを進める方針を出している⁴²。当時、痴呆症当事者が

入所できる可能性がある生活の場は特別養護老人ホームが主であったが、そこでの生活は本人にとっては多くの場合、なじみのない場所であり、住み慣れた自宅とは異なる「生活の場」であった。

ケアに関しては、入浴は機械浴や特浴と呼ばれる浴槽や大浴場での流れ作業による「芋洗い」や、今では身体拘束と見做されている勝手におむつを脱げないようにした「つなぎ服」、男女問わず髪型を介護に適した長さに揃える「特養カット」などの言葉からも分かるように、「普通の人としての生活」からはほど遠い生活がほとんどであった。そのような状況の中で、1988年には重度痴呆患者収容治療料の新設し、痴呆性老人専門治療病棟を制度化した際に回廊式廊下の設置を義務付けられることとなった。

しかし、当時の議論に関わった「きのこエスポワール病院」の医師である佐々木健は、1984年から先駆的に回廊式廊下を導入していたが、「なぜ徘徊するのかということまで考えない対処療法的なものだった」「問題行動、異常行動を主目的にした短期解決と経済効果を求めており、理念がない」として、自ら反省し、数年後には廃止している⁴³。

1992年に、痴呆症当事者のためのデイサービスとしてE型通所サービスが制度化される。

⁴⁰ 一般社団法人公認日本バリデーション協会 <https://validation.chu.jp>（2022年10月26日閲覧）

⁴¹ 公益社団法人認知症の人と家族の会ホームページ「組織概要 組織 公益社団法人認知症の人と家族の会」http://www.alzheimer.or.jp/?page_id=198（2022年10月26日閲覧）

⁴² 厚生省・痴呆性老人対策推進本部『痴呆性老人対策推進本部報告』1986年8月26日 <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/322.pdf>（2022年10月26日閲覧）

⁴³ 佐々木健『『きのこエスポワール病院』の老人性痴呆疾患治療病棟』『現代のエスプリ』（345）pp.80-90,1996年

そして先述の通り、1997年にグループホームが制度化され、同年、介護保険法が成立した。

第2節 国による痴呆症（認知症）施策の整備（2）

（表4）認知症に関わる国の施策、厚生労働省関係（2000年～現在）

2000年	介護保険制度施行、ゴールドプラン21、成年後見制度開始
2001年	認知症介護研究研修3センター設置、認知症介護、指導者養成研修
2002年	全室個室小規模生活単位型〔新型〕特養制度化 ユニットケア
2003年	「2015年の高齢者介護」高齢者介護研究会 報告書
2004年	国際アルツハイマー病協会・京都国際会議開催 「痴呆（症）」→「認知症」へ呼称変更
2005年	「認知症を知り地域をつくる10ヶ年構想」
2006年	介護保険改正（地域密着型サービスの創設・「小規模多機能型居宅介護」の制度化）・高齢者虐待防止法施行
2007年	—
2008年	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書
2009年	—
2010年	「2025年の地域包括ケアシステムの姿」地域包括ケア研究会報告書
2011年	—
2012年	介護保険改正（「看護小規模多機能型居宅介護」の制度化）・「今後の認知症施策の方向性について」厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム・「認知症施策推進五ヵ年計画」（オレンジプラン）策定
2013年	イギリスで「G8認知症サミット」開催
2014年	「認知症サミット日本後継イベント」開催
2015年	「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）策定
2016年	成年後見制度の利用の促進に関する法律施行
2017年	—
2018年	認知症施策推進関係閣僚会議開催・「オレンジポスト～知ろう認知症～」厚生労働省認知症施策推進室
2019年	「認知症施策推進大綱」取りまとめ、認知症基本法案の国会提出
2020年	
2021年	—
2022年	

（出典）筆者（林和秀）作成。

れた年でもある。若年性認知症当事者の自らの言葉による発信もなされるなかで、認知症当事者に対する、国の取り組みも尊厳を守るために必要な在宅ケアや認知症に対応したサービスの充実へと転換したものと考えられる。

2006年の介護保険法改正に際しては、地域包括支援センターの設置や地域密着型サービ

2000年に介護保険制度が施行され、「介護の社会化」が目指される中で痴呆症高齢者向けのケアの場も少しずつ整備されていくこととなった。具体的には、2001年に認知症介護研究研修3センター設置、認知症介護指導者養成研修、認知症介護実務者研修等の研修制度が体系化されていく⁴⁴。

2003年に、厚生労働省保健局長の私的研究会として設置された高齢者介護研究会がまとめた「2015年の高齢者介護」の中で、痴呆症高齢者の施設入所に対して「痴呆性高齢者の中には、このような環境の下では症状が悪化する可能性があるという問題点も指摘されている。⁴⁵」とし、住み慣れた地域での生活を支える在宅サービスを拡充することや、さまざまな住まいの提供、施設環境の見直しが提案されている。

上述の通り、2004年は「痴呆（症）」から「認知症」への呼称の変更が行われ、パーソンセンタードケアの考え方が紹介さ

⁴⁴ WAM NET 独立行政法人福祉医療機構「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）制定までの経緯と概要について」参照。 https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnet_orangeplan_explain.html（2022年10月20日閲覧）

⁴⁵ 高齢者介護研究会『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～』2003年、Ⅲ-2より引用。

スという新しい枠組み、小規模多機能型居宅介護といった住み慣れた地域での生活を支えるための仕組みが導入されることとなった。

2008年には、今後の施策をより効果的に推進するため「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が厚生労働大臣の下に設置され、報告書がとりまとめられた。認知症施策の基本方針として「早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進」が掲げられ、具体的な対応項目を①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策とした。

上記の報告書を受け、これまでの認知症施策の再検証と今後の基盤となる提言を目指して、2012年に「今後の認知症施策の方向性について」がまとめられた。それまでの施設入所や入院を仕方のないものとして捉える方向性から、「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」の実現のために「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切なケアの流れを変え、むしろ逆の流れとする標準的な「認知症ケアパス」（認知症の発症予防から人生の最終段階まで、状態に応じたケアの流れを示したもの）を構築することを基本目標とした。また、そうした施策の推進に向けた調査研究の充実を図ることも明記された。

他にも「今後の認知症施策の方向性について」をベースとしたのが、「認知症施策推進五カ年計画（オレンジプラン）」である。このオレンジプランは、以下の7本柱で構成された。①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、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であった。

2013年12月にイギリスで初めて「G8認知症サミット」が開催された。G8各国、欧州委員会、WHO、OECDの代表が出席したほか、日本からも厚生労働副大臣が出席し、日本の高齢化と認知症の現状や、オレンジプランについて説明した。同会議では、認知症研究について、新しい国際的なアプローチ（研究資金の確保やビッグデータの共有など）を行い、各国共通の目的として研究を加速することなどが合意された。

その後、「G8認知症サミット」を受け、「新しいケアと予防のモデル」をテーマとし、2014年11月に東京にて「認知症サミット日本後継イベント」が開催された。この場において、「①早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること、②認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること、③認知症の方ご本人やそのご家族の視点に立った施策を推進すること⁴⁶」の3つを柱とした新たな戦略の策定が発表された。

「認知症サミット日本後継イベント」での発表を受け、2015年1月に「新オレンジプラン」が発表された。新オレンジプランは上記の3つの柱を基本として、認知症当事者やその家族をはじめとした様々な関係者から幅広く意見を聞き、その視点に立って立案されたところが特徴的である。

⁴⁶「社保審—介護給付費分科会 第115回（H26.11.19）参考資料1 認知症施策の現状について」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000065658.html>（2022年10月26日閲覧）より引用。

すなわちオレンジプラン同様、7本柱であり、①認知症の理解を深めるための普及・啓発の促進、②認知症の容態に応じた適宜・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤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、⑥認知症の人やその家族の視点の重視、⑦認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進であった。

2018年12月、認知症施策推進関係閣僚会議が開かれ、経済財政諮問会議などにより「認知症について予防の観点を含めた施策を抜本的に強化する必要性が指摘⁴⁷」されたことを受けて、「やさしい地域づくり」という共生だけでなく予防を新たな柱とすることが議論された。

2019年6月18日、「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、新オレンジプランを基盤に、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」を車の両輪とした施策が推進されることとなった。具体的には、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つの柱からなっている。

第7章 認知症ケアが抱える課題

第1節 歴史的な位置づけ

認知症高齢者へのケアは様々な点で展開されてきていることが明らかになった。すなわち、介護保険制度が始まるまで、措置制度下においては家族が痴呆症となると、全てを支える手段が家庭内以外での手段が乏しかった。特にそのしわ寄せを受けていたのが、女性（妻、娘、息子の嫁など）であった。1963年には老人福祉法が整備されたが、ここでは老人福祉の原理や理念が示されたものとなっており、痴呆症高齢者への言及はなされていなかった。

他方、高度経済成長期に突入した時期となったわが国は、社会保障制度や医療機関の整備が進んできたこと、都市への人口集中も進んだこともあり、家庭における世帯人員の減少が進み、結果として高齢者の介護を担うことは難しくなってくることになる。こうした動向もあいまって、医療機関での対応や地域における各種取り組みが展開していくことになる。

結果的には、この時期以降措置制度下における痴呆症ケアは脱家族化が進んだ時期であったと言ってもよい。それは家庭内の女性がすべてではないにしろ認知症ケアから解放されることを意味し、同時に、専門職、特にホームヘルパーが在宅における支援を提供できる機会が減少したことを意味する。

その後、介護保険制度が施行された2000年4月以降は、自らが必要な介護サービスを選択できるようにすること、1989年より進められてきた「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」をはじめとした各種福祉施設の整備もあり、在宅で生活をする選択肢が拡充されることとなった。このようなことから、専門職として在宅における痴呆症ケアは徐々に展開されていくようになったと言えよう。

⁴⁷ 首相官邸ホームページ「認知症施策推進関係閣僚会議第一回議事録」

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/dai1/gjijiroku.pdf（2022年10月26日閲覧）より引用。

第2節 医療機関・地域における痴呆症（認知症）ケアの視点

痴呆症（認知症）は要介護状態となるプロセスは疾病であることから、非認知症の場合に要介護状態となる肉体の老化を起因としたプロセスとは異なるものである。例えば、認知症の進展は鮫島・竹内（2014）によると、健忘期（初期）、混乱期（中期）、寝たきり期（後期）⁴⁸に区分できるように、医学的な診断に基づいて行われている。そのため、痴呆症（認知症）高齢者は、ある種持病を抱えた高齢者と同様に患者という側面を有した存在である。

そのため、患者という立場で痴呆症（認知症）高齢者は医学モデル⁴⁹としてみなされてきており、診断、治療、回復というプロセスが前提となってきた。これは第4章第1節でも触れてきたように医療政策として捉えられてきたからだと言える。これに対して第4章第2節～第4節、第5章でも述べたように、地域主導や非医療的方法論にて、いわゆる生活モデルに特化したケアのあり方が模索されるようになってきた。

痴呆症（認知症）ケアにおいては医学的モデルの側面があることを踏まえつつ、生活モデルの視点を強調していくことが課題となっている。介護保険制度開始以降、在宅での生活を続けられる施策が採られている中で、如何にして両モデルを併存させた形で介護サービスを提供していくのが課題となる。

第3節 認知症ケアに対する在宅と地域における課題

介護保険制度が幾度か見直しがなされていく中で、地域包括ケアシステムが導入された。これは住み慣れた地域で最期まで暮らし続けられるように、医療、介護、介護予防、生活支援、住まいを生活圏域内で整備しようというものである。これはその地域に住まう全ての者が対象となっている。

特に課題となるのが、繰り返し述べているように、認知症高齢者に対するケアのあり方である。歴史的に見ても措置制度下では痴呆症高齢者は脱家族化したことにより、医療機関や地域における施設で対応されたことでそれぞれの領域で方法論が形成されてきたが、在宅における専門職によるケアの蓄積が十分なものではない。もちろん、介護保険制度においては、多職種連携が一般的なものとなり、かつ地域包括ケアシステムの推進もあいまって認知症高齢者に対する支援方法の確立はより積極的なものとなってきている。

その上で、2025年問題、2040年問題を控える中で今後在宅での生活継続、地域において求められることは、利用者の個別的なニーズを踏まえつつも在宅における認知症ケア、さらに言えば、地域福祉の充実をしながらも地域住民をも巻き込んだ形での理論化を進めていくことである。

まとめ

認知症は疾病であることから診断日が明確であるため、通常の老化とは異なり、治療をしながらの対応になる。これは持病を抱えた場合の高齢者と似てはいるが、通常の老化による

⁴⁸ 鮫島輝美、竹内みちる『『身体の溶け合い』を通じた『共育』としての新たな認知症介護支援—家族介護者・支援者の『語り』の分析から—』『集団力学』第31巻,2014年,p.106参照。

⁴⁹ 厚生労働省「(資料4-1)資料14 医学モデルから統合モデルへ」https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1217-12a_0011.pdf (2022年10月15日閲覧)

ものとは異なる。認知症はどのタイプのものが発症するかにより症状が異なる特徴がある。もちろん、認知機能が低下することになるので、家族との人間関係の変化が生じやすくなるほか、専門職はコミュニケーション重視の対応をとりつつも介護サービスを提供していくことになる。

このような特徴を持ちながら、本稿では、認知症（痴呆症）に関する政策や取り組みについて検討を行ってきた。振り返ると、措置制度下では家庭内での対応が基本であったものが、医療機関への移行、地域における施設での受け入れを展開してきたことで、痴呆症高齢者は脱家族化していくことになる。これは後々、介護保険制度が施行した2000年以降、在宅での生活へと回帰するようになる。

しかしながら、専門職による認知症ケアは医療機関や地域における施設に比べると、そのノウハウや知見に差があると見做さざるを得ない。同時に、地域の結びつきが弱まり、それを再構築する動きもあることから、認知症ケアは単に在宅だけの枠にとどまらず、地域も含めた形での支援方法を模索する必要性がある。

そして、認知症ケアは医療をベースとした対応が求められるが、コミュニケーションも意識しながらの生活モデルをどう構築していくのかが課題である。すなわち、第5章で示したような認知症ケアの方法論を活用しながらも、認知症高齢者や家族がより穏やかに毎日を過ごすために必要な条件も専門職がその営みの中で見出していく必要がある。

参考文献・資料

有吉佐和子『恍惚の人』新潮社,1972年

一般社団法人公認日本バリデーション協会 <https://validation.chu.jp> (2022年10月16日閲覧)

イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ「Humanitude(ユマニチュード)『老いと介護の画期的な書』舵社,2014年

大熊一夫『ルポ・精神病院』朝日新聞,1973年

クリスティーン・ボーデン「私は誰になっていくの？ーアルツハイマー病者からみた世界」クリエイツかもがわ,2003年

加藤仁「介護の『質』に挑む人々ー新しい扉を開いた二十八人ー」中央法規,2007年

加藤仁『介護を創る人々ー地域を変えた宅老所・グループホームの実践ー』中央法規,2001年
公益社団法人認知症の人と家族の会「若年期認知症の人への支援制度」

https://www.alzheimer.or.jp/?page_id=5329 (2022年10月16日閲覧)

公益社団法人認知症の人と家族の会千葉の会「認知症を支える社会保障制度」

<https://chiba.alzheimersibu.com/information/syakaihosyo/> (2022年10月16日閲覧)

厚生労働省『高齢者介護研究会 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～』2003年 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html> (2022年10月15日閲覧)

厚生労働省『『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書 平成16年12月24日 『痴呆』に替わる用語に関する検討会』 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html> (2022年10月15日閲覧)

厚生労働省『社保審—介護給付費分科会 第115回 (H26.11.19) 参考資料1 認知症施策の現状について』<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000065658.html> (2022年10月25日閲覧)

厚生労働省「・老人福祉法(昭和38年07月11日法律第133号) —厚生労働省」https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82111000&dataType=0&pageNo=1 (2022年10月25日閲覧)

厚生労働省「(資料4-1) 資料14 医学モデルから統合モデルへ」https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1217-12a_0011.pdf (2022年10月15日閲覧)

佐々木健「『きのこエスポワール病院』の老人性痴呆症疾患治療病棟『現代のエスプリ』(345), pp80-90, 1996年

阪田弘一、鈴木健二「軽度認知症を有する要介護高齢者の住まい方と其の変更実態に関する事例的考察」『日本建築学会計画系論文集』第85巻, pp.2505-2515, 2020年

鮫島輝美、竹内みちる「『身体の溶け合い』を通じた『共育』としての新たな認知症介護支援—家族介護者・支援者の『語り』の分析から—」『集団力学』第31巻, pp.98-123, 2014年

社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修 大府センター「生活を支える制度や支援」<https://y-ninchisyotel.net/support/> (2022年10月16日閲覧)

首相官邸ホームページ「認知症施策推進関係閣僚会議第一回議事録」https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/dai1/gijiroku.pdf (2022年10月26日閲覧)

諏訪さゆり、湯本品代、上野まり、山辺 智子、佐藤美穂子「在宅認知症者の服薬支援について高度認知症ケア実践者が認識する課題と取り組み」『臨床倫理』2018年6巻、p.7-17、2018年

相馬尚美「認知症高齢者の支援について—在宅生活の継続を望む事例からの考察」『別府大学短期大学部紀要』第36号, pp.85-90, 2017年

武田章敬「第1章 わが国における認知症の現状 2. わが国の認知症施策」【編集】古田勝経『月刊薬事 9月臨時増刊号 認知症の治療・ケアガイド 患者に向き合うための知識と実践』Vol.54 No.10, じほう, pp.30-34, 2012年

外山義『クリッパンの老人たち—スウェーデンの高齢者ケア』ドメス出版, 1990年

中島健二、下濱俊、富本秀和、三村将、新井哲明『認知症ハンドブック第2版』医学書院, 2020年

中谷こずえ、白井キミカ、安藤純子、兼田美代、神谷智子「認知症のケアメソッド『バリデーション』『パーソンセンタードケア』『ユマニチュード』の文献検討によるメソッド比較」『中部学院大学・中部学院大学短期大学部 研究紀要』第17号, pp73-79, 2016年

なかまある「認知症になったら使える制度 介護保険や成年後見人などの制度を解説」<https://nakamaaru.asahi.com/article/12123188> (2022年10月16日閲覧)

認知症サポート SOMPO 笑顔倶楽部「認知症の介護サービスとは？介護サービスの種類や対象者、費用について詳しく解説」<https://www.sompo-egaoclub.com/articles/topic/1027> (2022年10月16日閲覧)

認知症介護研究・研修大府センター パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング (DCM) 「DCM について | パーソンセンタードケアと認知症ケアマッピング (DCM) - 認知症介護研究・研修大府センター」<http://www.dcm-obu.jp/about.html> (2022年10月26日閲覧)

本多智子「特集 認知症の人と家屋をどうサポートするのか 在宅認知症ケアにおける診療所看護師の役割—対応困難な行動障害を有する認知症高齢者への往診と家族支援」『訪問看護と介護』10(6), 2005年

水野裕『実践パーソン・センタード・ケア 認知症をもつ人たちの支援のために』pp3-20, ワールドプランニング, 2011年

本間昭、六角僚子『認知症介護 介護困難症状別ベストケア 50』小学館, 2007年

宮崎和歌子、田邊順一『認知症の人の歴史を学びませんか』中央法規, 2011年

宮原伸二、山下幸恵、塚原貴子「認知症高齢者の長期在宅療養を可能にする条件」『日本農村医学会雑誌』第60巻第4号, pp.507-515, 2011年

山口晴保、佐土根朗、松沼記代、山上徹也『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第3版』協同医書出版社, 2016年

和田行男『大逆転の痴呆ケア』中央法規, 2003年

WAM NET 独立行政法人福祉医療機構「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）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 (2022年10月20日閲覧)