

認知症と共生する社会に向けて

認知症施策に関する懇談会 報告書

2

認知症施策の理念と
ビジョン・視点

認知症とともに生きる
地域・社会・環境

当事者の施策への参画

認知症施策の
実施体制

尊厳を守る施策・
倫理的な視点

伴走者・支援者の
育成

認知症研究の
推進

認知症施策の評価

2018年12月



はじめに

認知症施策に関する懇談会の第1ラウンドでは2014年7月28日の準備会を含め11回の議論を行ない、その内容を冊子にまとめた。そして今回の第2ラウンドでは、第1ラウンドで十分に議論できなかった論点と、新たな論点を加え、計7回の議論を行った。懇談会のメンバーは、いずれも日本の認知症医療と福祉に大きな影響力をもつ人たちである。医療の実践に加え、専門職の育成や養成、生涯学習、そして国や自治体の施策や、基礎および臨床研究に深くかかわってきた人たちである。そしていずれの論点においても議論は長時間にわたって途絶えることなく続き、その結果、この報告書にみるような多くの観点や考え方が提示された。

今回の新たな論点は、論点1:エイジズム、論点2:病気への理解(軽度認知症(MCI)、行動心理症状、若年性認知症、マスメディア)、論点4:医療の役割、論点5:認知症と就労、論点6:認知症の介護の5つであった。また、以前からの議論を継続したのは、論点3:デメンシア・フレンドリー・コミュニティ、論点7:尊厳を守る施策・倫理的視点、論点8:認知症施策の実施体制、論点9:認知症施策の評価、論点11:認知症研究の推進、論点12:伴走者・支援者の育成であった。

今回のメンバーも全員医師であったが、議論され提示された論点は、医学・医療にとどまらずケアや社会的支援の視点を多く含んだものとなった。この報告書は、できるかぎりさまざまな機会に公開・配布していきたい。冊子を目にした人々から多くの意見をいただきつつ、上記の論点の議論が、学会など様々の場で行われることを期待したい。

なお、本報告書の作成にあたっては、生存科学研究所の助成をいただいた。ここに記して深謝する。

繁田 雅弘



目次

論点 1	エイジズムー3A現象に立ち向かう使命ー	1
論点 2	認知症への理解	6
2-1.	軽度認知障害（MCI）	6
2-2.	BPSD（Behavioral and psychological symptoms of dementia）	9
2-3.	若年性認知症	13
2-4.	マスメディア	15
論点 3	認知症にやさしいまちづくり（デメンシア・フレンドリー・コミュニティ）	17
論点 4	医療の役割	29
論点 5	認知症と就労	32
論点 6	認知症の介護	36
論点 7	尊厳を守る施策	43
論点 8	認知症施策の実施体制	50
論点 9	認知症施策の評価	54
論点 10	認知症研究の推進	57
論点 11	伴走者・支援者の育成	63
	「認知症施策に関する懇談会」（第2ラウンド）について〈趣旨・経過・開催概要〉	69
	第2ラウンド報告書：論点の一覧及び執筆の担当	70
	認知症施策に関する懇談会 メンバー（五十音順，敬称略）	71



論点 1

エイジズム－3A現象に立ち向かう使命－

現代社会における高齢者一般の置かれた立場を考える際、最も問題となるのは、社会のいたるところに蔓延っているエイジズム (Ageism) という現象であろう。なかでも、認知症の高齢者に対するエイジズムは広汎に存在し、その現象への対処が、認知症医療・介護にとって、最も緊要な課題となっている¹⁾。

したがって、筆者は、高齢者認知症の施策は、エイジズムへの対処抜きにしては論じることができないと考えている。

1-1. エイジズムと3A現象

エイジズムは、周知のように、1969年、米国の精神科医であり、また老年科医でもあったバトラー (Butler RN) によって提唱された概念で、本邦では、かつては老人差別、現在は高齢者差別と訳されているが、このエイジズムに関連した現象は、次のような層構造をとっていると思われる。

すなわち、まず、社会全体にみられる高齢者観が基盤にある。高齢者は、惚けて、役立たずで、昔話・自慢話ばかりして、おしゃべりで、愚痴っぽく、厄介者で、頑固で、周りから嫌われておりといったネガティブの高齢者観で、それを高齢者ステレオタイプ、あるいは高齢者神話と称している。

このようなステレオタイプを基にして、高齢者へのエイジズム (Ageism) という偏見・差別が生まれ、それが強くなっていくと、偏見・差別による高齢者虐待 (Abuse) が出現してくることになる。そして、高齢者虐待が高じると、ついには、高齢者を社会から排除するという現象がみられるようになり、ひいては高齢者の抹殺 (Annihilation)、殺害に至ることになる。つまり、ステレオタイプ→エイジズム→虐待→抹殺という層構造である。そして層構造の中核となるのがエイジズムであると考えられる。

このような層構造をとっている現象を、筆者は、英語の頭文字をとって、社会にみられる

3A、あるいは3A現象と称している¹⁾。この3Aの存在が、さまざまな弊害をもたらしているが、とりわけ認知症医療や介護における弊害は著しく、これからの認知症医療や介護のあり方について、高齢者一般、とくに認知症高齢者に対する3A現象の根絶なしには考えられないというのが筆者の主張である。したがって、3Aを根絶させるために、われわれ認知症医療の専門家は何をなすべきか、さらには、国の認知

症施策において、現実に即した 3A への闘いにおける戦術、戦略を考え、実行していくことが問われることになる。

とくに、3A現象を根絶させるための第一歩としては（それはステレオタイプを社会から一掃することにも通じることであるが）、まずは層構造の中核に位置するエイジズムに対する戦術と戦略を練ることが重要であると筆者は考えている。

1-2. エイジズムとは

欧米の先進諸国をみても、各国社会におけるエイジズムへの対策が、緊要事とされている。

たとえば、バトラーが晩年所長として勤めた「国際長寿センター」が刊行した「抗エイジズム活動」の報告書によれば²⁾、当時の米国での社会でのエイジズムは、1) 高齢者虐待（たとえば、高齢者虐待の頻度は2~10%で、65歳以上の高齢者100~150万人が虐待をうけている等）、2) 医療における差別（65歳以上の高齢者で6割は予防サービスを受けていない等）、3) ナーシングホームにおける差別（全国に1万7千のホームがあるが、その内9割では職員が充足されていない等）、4) 非常事態対応における差別（2005年8月の米国南東部を襲ったハリケーン「カトリーナ」で、犠牲者の6割が高齢者であった。また、2001年9月11日のテロ事件で、高齢者や障害者がアパートの中で見捨てられ、医療救急隊が来るまでに7日間放置されていた等）5) 職場での差別（1977年と2002年を比較すると、労働者全体で年齢差別を受けていた人が6.0%から8.4%に増加していた等）、6) メディアにおける差別（ゴールデンアワールのテレビ番組での役で、65歳以上の高齢者は2%以下であった等）、7) マーケティングにおける差別（広告において、老化現象をマイナスのもの、好ましくないものと見なす傾向等）という報告がされている。

本邦においても、エイジズムの調査報告は多数なされているが、以上の米国での現象にみるように、高齢者虐待、医療、職場、メディア、マーケティングを含め、法律、政治、経済、行政、教育、雇用、情報、IT、交通、食事、日常生活など社会のあらゆる領域、分野において、エイジズムが見られていることが知られている。のみならず、そのような現象が年々増加していることが指摘されており、認知症医療に関わるわれわれにとって憂慮すべき事態となっている。

1-3 3 A現象の背後にあるもの ～「生きるに値しない生命」観の普及

では、現代社会における3A現象はなぜ存在し、また、年々、その現象が広がりつつあるのは何故だろうか。その根源となるものの認識とその根絶こそが実は最も大事なことと思われるが、一体それは何なのかという疑念は以前から気になることであった。

平成28(2016)年7月26日未明、神奈川県相模原市の知的障害者福祉施設「やまゆり園」が、元男性職員(26歳)に襲撃され、19人が刺殺され、26人が重軽傷を負ったという殺傷事件が発生した。元職員は、かねてより、生きていく価値がないとして知的障害者安楽死の考えを公然と唱えており、そのための犯行計画書を衆議院議長公舎に送付したりしていた。事件の刺殺自体も重度の知的障害者を選んでの犯行であったということも判明し、そのようなことから、元職員の犯行の背景には、「生きるに値しない生命」の抹殺という考えが存在していたことは確かであった。その後の、元職員の精神鑑定の結果、パーソナリティ障害と診断されたとのことであり、いわゆる正常で健全な若者の仕業であったことがあきらかにされている。

筆者は、この事件を26日朝早くに知り、事態の深刻さに愕然とするとともに、かつての「生きるに値しない生命」抹殺という思想が、日本の社会にも、とりわけ若者の社会の中に、隠然として存在していたことに驚いたものである。

本レポートでは触れないが¹⁾³⁾、高齢者認知症の人が家庭や施設内で虐待を受け、さらには殺害される事件が頻発しているという状況に鑑みれば、これまでの隠然として存在していた「生きるに値しない生命」の抹殺思想は、単に知的障害者を対象としているだけでなく、今後は、認知症高齢者を対象として、一層顕然化してくるだろうという予測を抱かざるを得なくなった。この数十年、若者によるホームレスの高齢者の殺傷、若者同士での差別による殺傷などの悲惨な事件が多発しており、その背後には、「生きるに値しない生命」観が日本の社会のなかにも存在しているのかもしれないという以前から危惧していた筆者の考えが、この相模原事件や施設内における認知症高齢者への虐待によって立証されたかのような印象を持ったのである。

いや、相模原の知的障害者施設における殺傷事件をきっかけに、筆者は、社会に蔓延している3A現象の根源にあるのは、歴史的には、ナチス第三帝国の崩壊とともに、消滅したと思われてきた「生きるに値しない生命」という思想の再現ではないかと思うようになってきたのである。

1-4 「生きるに値しない生命」 抹殺

すでによく知られた歴史的事実であり、あえて触れるまでもないが、実際に、抗3 Aの闘い、3 A現象を社会から根絶するためには、どうしても、「生きるに値しない生命」という思想を繰り返し再考しておく必要がある。

詳細は、本稿では触れないが4)、1920年、ビンディングとホッヘは著書「生きるに値しない生命の抹殺解除」5)を刊行した。その主旨は、生きるに値しない生命として、1)重篤な疾病で、治療不能で助かる見込みがなく、自分の状況を理解したうえで死を望む者、2)治療不可能な知的障害者で、生存意思も希死意識もない者、3)瀕死の重傷か意識を失った者の3群が安楽死の対象となるとした。その根拠としては、ビンディングは、生存意思や希死意識を重視し、ホッヘは、「精神的な死」という概念を持ち出している。

彼らが、このような安楽死論を唱えた最大の理由は、1920年当時、第一次世界大戦で敗北したドイツはワイマール体制になっていたが、戦後の莫大な賠償金の支払いなどで、国家財政は危機的状況に陥っており、そこでは、財政上の支出の削減が至上命令であったという事情があったことにあと筆者は考えている。「生きるに値しない生命」抹殺論で頻りに論じられているのは、「生きるに値しない生命」の存在のために費やされる費用は膨大なものがあり、その費用は国家にとっては浪費に過ぎず、そのためにも安楽死を導入すべきであるという論拠であった。

「生きるに値しない生命」抹殺の論拠を、現代風に言い換えれば、国家財政が危機的状況になれば、知的、精神的障害者などいわゆる社会的弱者を支えるための社会保障を削減すべきであるという、いわゆる弱者切り捨て論に求めるというのが、ビンディングとホッヘの論理であった。

ビンディングとホッヘの「生きるに値しない生命」抹殺論は、その後、1933年、ヒトラーがドイツにおける政権を奪取し、ナチス第三帝国を築き、その中で、知的障害者、精神障害者、認知症者などの弱者に対して、断種、さらには安楽死という施策を行い、何十万人という弱者を殺害していく、理論的根拠となったことについては、ここではもはや触れる余裕はない。ナチスによる安楽死(殺害)に関する著書や論考は汗牛充棟であるが、なかでも代表的なクレーの著書とそれを監訳した筆者の解説6)を参照していただければ幸いである。

1-5 おわりに

高齢者、認知症の人には、常に、3 Aという障壁が立ちふさがっている。したがって、高齢者や認知症の人が偏見や差別のない、安全で安心な社会で、幸せな生活を送れるようにするために、社会全体で、3 A現象の根絶のために、努力していかねばならない。つまり、社会のあらゆる領域や分野における3 Aを取り除くことは、換言すれば、高齢者や認知症の人の人権や尊厳を守ることと同意義であるという認識が必要である。

さらには、3 A現象の背景にある、「生きるに値しない生命」という思想、あるいはその生命の抹殺という思想には、社会全体が、積極的に、敢然として、立ち向かっていかねばならない。

そして、国の認知症医療や介護の施策においても、3 Aと「生きるに値しない生命」論への反対の姿勢を示すことが極めて重要であることを指摘したい。

【文献】

- 1) 松下正明:エイジズムから尊厳に満ちた地域社会へーButler RNの業績と3 A (Ageism, Abuse, Annihilation) 現象ー. 老年精神医学雑誌 28 : 447-457, 2017
- 2) Anti-Ageism Taskforce at the International Longevity Center: Ageism in America, International Longevity Center, 2006,
http://aging.columbia.edu/sites/default/files/Ageism_in_America.pdf
- 3) 松下正明:超高齢社会における司法精神医学の役割と倫理. 司法精神医学 14 卷, 2018
(印刷中)
- 4) 松下正明:アウシュビッツの後でWell-beingを論じるのは野蛮である. 生存科学 23:11-36, 2012
- 5) Binding K, Hoche A : Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Feliz Meier, Leipzig, 1920
- 6) Klee, E : “Euthanasie” in ST-Staat. Die “Vernichtung lebensunwerten Lebens” . S Fischer, Frankfurt am Main, 1983 (エルンスト・クレー著, 松下正明監訳: 第三帝国と安楽死. 生きるに値しない生命の抹殺. 批評社, 東京, 1999)

論点 2 認知症への理解

2-1. 軽度認知障害（MCI）

2-1-1. MCI の定義と MCI に関わる諸問題

軽度認知障害（mild cognitive impairment: MCI）は、「認知機能が正常でもなく、認知症でもない」と定義される概念である。

最近使われている National Institute on Aging-Alzheimer's Association (NIA-AA) (Albert, et al. 2011) の MCI や、DSM-5 の mild neurocognitive disorder (=MCI) の診断基準 (American Psychiatric Association 2013) は、1 つ以上の認知領域における低下が実証されること、日常生活が基本的に自立していること、認知症ではないこと、せん妄やその他の精神疾患では説明されないことを骨子としている。

認知症との違いは、日常生活が基本的に自立しているか支障があるかであり、その判断は当事者のおかれている地域・環境にも左右される。

International Working Group (IWG)-2 のアルツハイマー病 (AD) の基準 (Dubois, et al. Lancet Neurol 2014) では、AD による MCI と認知症とを区別していない。

MCI は、認知機能が正常な状態から認知症へ進展する前段階として注目されているが、MCI から認知症へ進展するケース (conversion)、MCI から認知機能正常に戻るケース (reversion)、長期間 MCI のままで留まるケースなどが含まれており、それは MCI という状態の背景にある原因の多様性による。

2-1-2. 地域における MCI に関する調査研究の必要性

地域における MCI の実態解明、原因ごとの MCI の診断法の確立、原因診断に基づく MCI から認知症への進展の予測や適切な治療・ケア等の支援方法の確立、MCI の正しい理解のための啓発が必要である。認知症疾患に対する根本的な治療においては早期診断・早期治療開始が重要であり、MCI 段階は主要な治療ターゲットである。

大規模な地域コホートの前向き縦断研究により、地域における MCI や認知症の有症率や発症率の変化、それらの危険因子や防御因子を解明していく必要がある。

その中で、地域において、簡便かつ精度よく MCI を検出する方法、MCI の原因を推定する方法、MCI から認知症への進展等を予測する方法、認知症への進展予防法等を確立していく。

2-1-3. バイオマーカー等による MCI の原因診断に基づいた治療・ケア， 予後予測の必要性

従来から健忘を示す MCI（健忘型 MCI）の原因は，AD であることが多いことが知られてきた．近年の研究により，健忘型 MCI で臨床的には AD による MCI（MCI due to AD）が疑われる患者群に，10 ～20%台の頻度でアミロイドマーカーが陰性で非 AD の病態生理を有することが疑われる例（suspected non-AD pathophysiology: SNAP）が含まれることが明らかになった．

それらの研究によると，神経変性マーカー（N）（MRI，FDG-PET，脳脊髄液タウの異常）は陽性であるがアミロイドマーカー（A）（アミロイド PET，脳脊髄液 A \cdot 1-42）が陰性（A-N+）の SNAP-MCI 群は，A+N+の高い診断確実度の AD-MCI 群と較べて認知症への進展（conversion）率が低いこと，一方，A-N-群は認知症への進展は稀で認知機能正常に戻る（reversion）率が他の群より高いことが報告されている[総説（山田 Brain & Nerve 2018）参照]．

すなわち，バイオマーカー等により MCI の原因を推定できれば，その後の進行を予測でき，最適な治療やケア計画を提供しうる．最近では，血液マーカーがアミロイド，タウ，神経変性のバイオマーカーとなりうる可能性も報告されている．MCI の原因診断促進のためのバイオマーカーの研究開発を一層推進する必要がある．

AD 疑い例における SNAP 群については，非 AD 型の神経変性疾患[特に神経原線維変化型老年期認知症（PART 病理）や嗜銀顆粒性認知症]や血管障害など多様な背景疾患が含まれ，複合病理を有する例が多い．

また，前頭側頭型認知症（ピック病など）やレビー小体型認知症（DLB）については，MCI 状態の明確な定義に基づく病像は明らかになっていない．非 AD 型神経変性疾患の MCI 段階における臨床診断法開発は重要な課題である．

2-1-4. MCI， さらにプレクリニカルステージを対象とする疾患修飾薬開発の必要性

AD を代表とする認知症疾患に対する疾患修飾療法においては，早期診断に基づく早期治療開始の必要性が明らかになっており，MCI は主要な治療ターゲットである．

現在，MCI ステージを中心とする早期 AD を主な対象とする AD に対する疾患修飾薬の治験が多数進行しており，さらにはプレクリニカルステージの AD を対象とする介入研究が行われている．MCI やプレクリニカルステージをターゲットにして，AD のみならず，MCI の原因疾患ごとの疾患修飾薬の開発が加速される必要がある．

疾患修飾薬の臨床開発における大きな問題は，AD の MCI ステージやプレクリニカル

ステージにある適格な被験者のリクルートである。インターネット等を介して疾患に関する啓発活動を行い、治験参加候補者のレジストリーや治験対応コホート (trial ready cohort: TRC) の構築を進めることが必要である。これらにより、有用なバイオマーカーの確立と治療薬の臨床試験を推進する。

さらに、認知症地域コホートの縦断的観察研究において、MCI あるいはプレクリニカルステージにあると判断される地域住民に対し、上記の治験薬や生活習慣因子等による介入法開発を行うことにより、介入法の AD/認知症抑制効果を地域において検証する。

これらの臨床試験によって確立されたバイオマーカーや疾患修飾療法により、MCI に関しては発症早期における原因疾患治療、プレクリニカルステージに関しては健康診断等におけるバイオマーカー測定に基づく先制治療（発症予防）が可能になる。

2-1-5. MCI に関する啓発活動やサポート体制の必要性

一般市民はもとより、医療関係者も、MCI は、正常ともいえないし認知症ともいえないグレーゾーンを幅広く示す用語であり、その背景や経過は多様であることを正しく理解していない場合が多い。そのため、「MCI はすべて認知症に進展していく」、「MCI はすべて認知症の前段階である」、あるいは「MCI は (〇〇をすれば) 正常へ回復する」といった誤った理解が生じている。

MCI の原因は多様であるので、その後の自然経過や介入等に対する反応が異なるのは当然である。MCI の正しい理解に基づく用語の使用を広く啓発する必要がある。

また MCI と判定された人に対するサポート体制を整備する必要がある。MCI と判定された人やその家族にとって、病院に情報・支援拠点がおくことが最も便利と思われる。

【文献】

- Albert MS, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 7:270-279, 2011.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. (DSM-5) 2013 (日本精神神経学会. 監修. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 東京, 医学書院 2014.)
- Dubois, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *Lancet Neurol* 13:614-629, 2014.
- 山田正仁: アルツハイマー病診断における SNAP とその背景疾患. *BRAIN and NERVE* 70:39-71, 2018.

2-2. B P S D (Behavioral and psychological symptoms of dementia)

2-2-1. はじめに

2016年3月に発表した報告書（「認知症と共生する社会に向けて」認知症施策に関する懇談会報告書）において、認知症の行動・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) はほとんど議論されていない。

わずかに論点4「当事者の施策への参画」の4.「新たな当事者ニーズ」において
{ 従来、認知症の医療と福祉の役割は、家族の介護負担の軽減に重点が置かれてきた。それは今後とも医療と介護に求められる重要な役割であることに変わりはない。しかし近年、新たなニーズと要望が当事者から生じている。それは、より多くの認知症初期や軽症の人が医療機関を受診するようになったことと関係がある。それらの人々の多くは、いわゆる BPSD はなく、抗精神病薬を含む向精神薬等を服用する必要もなく、アルツハイマー病の治療薬の精神的・身体的副作用もなく安定して治療を受けているように見える。 }

との記載があるのみである。

その通りではあるが、ほとんどの認知症は進行性であるため、経過の中で当事者のリスクや介護者の負担になる症状は BPSD であることには変わらない。

2-2-2. B P S D に対する介入

(B P S D のインパクトと介入の必要性)

認知症の症状は、いわゆる中核症状と言われている認知障害と、精神症状・行動異常あるいは周辺症状と呼ばれてきた BPSD、神経症状の3つに大別できる。

BPSD のインパクトとして盛んに強調されているのが、認知症の当事者だけではなく介護者の QOL まで下げてしまう、認知障害が同程度であれば BPSD のある人の方が入院入所が早まり介護や医療のコストが高くなる、そして、最も重要な点は、BPSD の対処法を誤ると認知障害の悪化のスピードを速めるということである。

現時点で、認知障害に適応のある既存の抗認知症薬の効果は限定的で、疾患修飾薬の開発も途上である中で、医療や介護の現場で、主に介入の対象となっているのは BPSD である。

（介入に対してエビデンスが少ない理由）

しかし、BPSD に対する薬物療法、非薬物療法とも、実際には認知障害に対する介入に比べてはるかにエビデンスが少なく「認知症疾患診療ガイドライン 2017」でも、BPSD の項目は多数含まれてはいるものの、エビデンスが 2 C 以下であり、研究成果に乏しい。

薬物療法のエビデンスが少ない理由の一つは、2005 年のアメリカ食品医薬品局 (FDA) からの勧告が、抗精神病薬の使用がプラセボ群に比べて認知症高齢者の死亡率を 1.6 ～1.7 倍増加させることを明らかにし、BPSD に対する抗精神病薬の効果を検討する治験が中止されたため、医療現場では抗精神病薬が使いにくい状況となったからである。その一方で、激しいせん妄や BPSD には抗精神病薬を使用せざるを得ない場合もあり、結局 2011（平成 23）年 9 月、厚生労働省保健局医療課長の通達により、「器質性疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性」に対してクエチアピン、ハロペリドール、ペロスピロン、リスペリドンの保険適応外使用が認められたため、抗精神病薬の BPSD に対する効果や安全性をしっかりと検証しようとする動きがかえって少なくなってしまった。そして、現在もこの中途半端な状況が続いている。

また、BPSD の評価尺度が非常に乏しいこともエビデンスの少ない一因となっている。一般的に使われている尺度は NPI (Neuropsychiatric Inventory) と BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer' s Disease) であるが、これらはアルツハイマー病の治験を念頭に作られたものであり、アルツハイマー病と血管性認知症の BPSD 評価にはなんとか対応できても、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症では、主要な症状が組み込まれておらず、用いることが難しい。介入方法を工夫すると同時に評価尺度も作っていかないと、BPSD に対して有効な介入方法の開発には結びつかないと思われる。

（BPSD の多様性に関する医師への啓発）

BPSD への対応は難しく、しばしば大量かつ多剤の抗精神病薬が使用される。その理由の一つは、ごく初期の認知症を除けば、大抵複数の BPSD を伴っているからである。

軽い方はうつ症状だけとかアパシーだけを呈する場合もあるが、少し進行すると幻覚がある方は、妄想も興奮もそれに基づく異常行動もあり、それを漫然と治療しようとするから、安易な抗精神病薬の使用につながる。

例えば、精神科病院に設置されている地域型の認知症疾患医療センターの専門外来初診 100 連続例を対象に、MCI や老年期うつ病を除いた認知症 84 例の方の BPSD を見たところ、90 パーセント以上に BPSD が出現しているが、各々の精神症状を全部足すと 300 パーセントから 400 パーセントに及ぶ。従って、標的症状として介入すべき

BPSD を慎重に選択する必要がある。一方で、非常に激しい BPSD に対して、非定型抗精神病薬の治療を見送られたために、家族が疲弊して緊急入院になったり事故に繋がるケースもあり、リスクも含めて BPSD を評価し、多面的な検討から総合的に介入方法を選択することが重要であり、医師に対する啓発が必要である。

BPSD への対応の困難さは、原因疾患によって出現する BPSD のプロフィールが異なることにもある。介護の現場で最も大きな負担の一つとなっている食行動の異常を例に挙げると、前頭側頭型認知症では臨床診断基準の主要症状になっているほど過食や異食が問題になることが多いが、アルツハイマー病やレビー小体型認知症ではむしろ食欲の低下の方が問題であり、原因疾患によって食行動異常の内容も違われ、従ってケアのポイントも異なる。

さらに、原因疾患によって BPSD のプロフィールが違うだけではなく、同じ疾患でも進行に伴って BPSD のプロフィールが変化していく。例えば、レビー小体型認知症の症状がどの順番で出現してくるかを検討した多数例の研究では、記憶障害を起点としてみると抑うつやレム睡眠行動異常症は記憶障害の 4～5 年前から出てくるし、幻視などは記憶障害よりやや後で出てくるといった具合に病気の重症度によって出現する BPSD の内容が変わる。

(心理・社会的要因への着目、家族介護者支援の必要性)

BPSD は認知障害や神経症状と比べて、生物学的な要因のみならず、心理・社会的な要因の影響が大きいことも特徴である。従って、ステレオタイプの対応が奏功しないことがある一方で、介護者との関係性や居住環境の整備などによっても、症状を大きく緩和できる可能性がある。例えば、初期のアルツハイマー病に高頻度に出現する BPSD として、「物盗られ妄想」が知られている。アルツハイマー病では経過の中で約 50 パーセントに何らかの妄想が出現することが知られているが、他の妄想との重複も含めると、そのうち 75 パーセントは物盗られ妄想である。最近では独居高齢者の急増により、妄想の対象が家族だけでなくヘルパーに向くこともしばしばある。

近時記憶障害のみを呈しているような軽度の方が診察に来られる機会が増えている中で、診断や治療方法、予後を説明する際、近い将来主たる介護者に対して物盗られ妄想が出現する可能性があること、病気の症状の一つであること、主に介護をしている人に攻撃が向くこと、などを介護者教育の中で説明しておくことが非常に有効である。

介護者はパニックやうつになることなく、冷静に対応できるようになり、3～4 割のケースはそれだけで解決する。介護者の冷静な対応だけでは難しい激しい妄想の場合は、デイケア・デイサービスをフルに導入して家族介護者との接触時間を半分以下

にすることで、さらに3~4割は乗り切ることができる。そして、どうしても対応が難しい激しい攻撃性や興奮を伴う場合にのみ、少量の非定型抗精神病薬による治療を実施することによって、ほとんどの物盗られ妄想には対応できる。

(エビデンス構築の新たな手法)

BPSD への介入に関するエビデンスの構築には、「集合知」という考え方もある。AMED 研究の『認知症 ちえのわネット』では、スマートフォンやパソコンで登録したプロの介護者や医療職が、例えば徘徊するアルツハイマー病の方を受け持った時に、こういうケアやってみたらうまくいきました、という経験を掲載し、同様の症状への対応で悩んでいた他の登録者が同じ対応を取ったところ上手くいった、あるいは上手くいかなかったという結果を追記する、あるいは別の上手くいった対応方法を掲載するという経験を積み上げてエビデンスを構築する方法である。どうしたらその人らしい生活ができるかという視点から考えると、心理・社会的要因などコントロールが難しい個別的な要因の影響を受けやすい BPSD に対しては、「集合知」という考え方は薬物療法における RCT よりもエビデンスの構築方法として現実的かもしれない。

レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症の場合は、BPSD は治療面だけでなく早期診断の手がかりとしても重要である。例えば、レビー小体型認知症において幻視とほぼ同程度に出現する錯視の誘発を利用したパレイドリア検査やレム睡眠行動異常症を念頭に置いた寝言検査などは、すでに日常臨床でもスクリーニング検査として使用され始めている。BPSD をネガティブな意味でだけとらえるのではなく、積極的に診断に活用するということも考えられる。

【文献】

- ・ 日本神経学会監修. 認知症疾患診療ガイドライン 2017. 医学書院, 東京, 2017
- ・ 池田 学. 中公新書 認知症. 中央公論新社, 東京, 2010
- ・ 認知症ちえのわ net. <http://chienowa-net.com>

2-3. 若年性認知症

2-3-1. はじめに

若年性認知症とは64歳以下で発症した認知症の総称で、元々は行政用語だったが、現在は日常臨床や一般社会にも普及した。若年性認知症施策の強化は、新オレンジプランの7つの柱の一つで国としても非常に重視している。

一般の高齢発症認知症とは異なる多くの特徴を有していて、従って異なる支援が必要になる。例えば、男性の割合が相対的に多く、男女の比率はほぼ同じか男性の方が多いと考えられている。

厚生労働省の有病率調査（2009年）では、全国の若年性認知症患者数は、約3.7万人と推定されているが、現在新たな全国有病率調査が始まっている。

2-3-2. 診断の難しさ、遅れ

若年性認知症の診断の難しさは、家族、職場、医療関係者の知識の乏しさに一因がある。本人が不調を訴えたり職場でのミスが顕在化したりしても、40代、50代で周囲も認知症とはゆめにも思わず、相談や受診のタイミングが遅れがちである。また、初期の段階では、産業医やかかりつけ医はうつ病を疑うことはあっても、認知症を疑うことは少ない。さらに、専門医を受診できたとしても、希少疾患などの診断困難例が多く、必ずしも正確な診断がなされているわけではない。従って、若年性認知症は家族が気付いてから最終診断がつくまでの時間が高齢発症認知症に比べてはるかに長くなり、正確な診断を求めて複数の専門医療機関を受診する例も多い。

若年性認知症は原因疾患が多様であり、正確な診断後の症状の特徴、予後、家族発症の可能性、指定難病制度、介護保険制度などを介護者に説明できる専門医が必要である。若年性認知症に関しては、特に正確な診断と疾病教育が医師の役割として重要である。

2-3-3. B P S D (Behavioral and psychological symptoms of dementia)

アルツハイマー病に関しては、高齢発症例と比べても、BPSDの頻度が高いわけではない。しかし、前頭側頭型認知症や外傷性認知症の場合は、激しいBPSDを伴うことが多い。一旦、BPSDが出現すると、男性が多く年齢も若いいため、介護負担が非常に大きくなることが知られている。万引きなどの社会的トラブルや自動車運転の問題など、専門職が早期に予防的介入を試みる意義は大きい。

2-3-4. 生活支援, 経済的支援, 就労支援

就労支援については、配置転換、休職、退職のタイミングをめぐる職場対応が非常に重要で、きめ細かな対応が必要となる。医療職から職場の関係者への症状や支援のポイントの説明が極めて重要である。また、傷病手当金、精神障害者保健福祉手帳、障害年金、失業保険、自立支援医療制度、難病申請など、精神科医療では当たり前のことが認知症では使われずにきているので、認知症専門医と精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）との協働が非常に大切である。また、行政の相談窓口を確立、担当者のスキルアップは喫緊の課題である。

2-3-5. 居場所の確保

初期に診断がついたとしても、デイケア、デイサービスを利用するくらい進行するまでの間の居場所の確保が非常に難しい。ケアの技術的な要因だけでなく、利用者数の関係で、若年性認知症に特化した施設運営が非常に難しい。また、当事者が通常のサービス利用を強く拒否することもしばしばある。

しかし、経済的側面からも居場所の確保は重要である。例えば配偶者がケアに専念しようとしても、大黒柱が働けなくなっているため、配偶者としては何としても就労を継続ないし新たに開始しなければならない場合もある。昼間の居場所だけでなく、ナイトケアなども若年性認知症の場合は重要である。在宅、施設にかかわらず、生活支援や疾患別のケアの面では作業療法士の積極的な対応がぜひ必要である。

2-3-6. おわりに

若年性認知症にこそ専門医ならびに各専門職の積極的な支援が必要である。診断、治療、ケア、社会的支援に非常に高度な専門性が求められる。職場との直接的な交渉や様々な権利擁護などに、専門医、多職種の専門家の関わりが必要である。患者数を考えれば、日本老年精神医学会と日本認知症学会の専門医に積極的な関与を求めることも可能であろう。生活支援の面では就労支援や社会資源の利用に関してはソーシャルワーカー（精神保健福祉士）、生活支援の面では作業療法士の専門的な対応がぜひ必要である。

特に、就労中の初期から進行期まで、社会支援制度や地域のサービスに精通し、一貫してケアできるソーシャルワーカーが必要である。日々変化して難しい時期に支援者が変わる不利益は大きく、持続性を担保するようなソーシャルワークの制度を作る必要がある。

2-4. マスメディア

2-4-1. 認知症におけるマスメディアの役割

今後の超高齢社会における主要課題の一つである認知症の問題に適切に対処するためには、認知症に関わる医学・医療面および社会面の現状と将来についての正しい情報が、市民へ伝達され、市民が正しい認識をもつことが重要である。

逆に、市民の側からみた、認知症に関わるさまざまな問題点を拾い上げ、問題を提起し、認知症に関わる立場の者（医学・医療及び行政など）へ発信していく必要がある。こうした両方の方向において、マスメディアは専門家・医療関係者と市民の間に位置し、重要な役割を果たす。

2-4-2. 認知症に関するマスメディアの問題点

問題点として、(1) 認知症についての誤った、あるいは科学的根拠のない情報がマスメディアから発信され、それを見た市民がそれを信じ、誤った認識をもってしまうといった、マスメディアから認知症の正しい知識や情報が適切に情報提供されていない問題、一方で(2) 地域住民の超高齢化・認知症の増加に伴い地域で生じているさまざまな問題についてのマスメディアからの発信が不十分であるといった問題がある。

その原因には、認知症や認知症関連の社会状況に関するマスメディアの理解不足、マスメディアの視聴率偏重等があるものと思われる。

2-4-3. マスメディアの認知症理解向上のために

マスメディアによる適切な情報発信の前提として、マスメディアの中で認知症に関する情報を発信する立場にある人は、認知症に関わる基本的知識について日頃から理解しておくことが非常に重要である。

マスメディアの人が認知症に関する正しい知識を身に着けるためには、どのような方法があるであろうか？ これまで、多くの場合、メディア関係者が個別に認知症に関する書籍で学んだり、認知症関連の学会などで情報収集をしてきたりしたものと思われる。一方で、今後は、認知症医療・医学等の関係者が、認知症についての基本的

な知識や介護保険などの認知症関連の社会資源等についてメディア関係者に対して積極的に発信することが大切と考えられる。

たとえば、認知症関連学会等による、メディア関係者を対象とした認知症の基本的な知識を提供する講演会（プレスセミナー）などが考えられる。また、メディア関係者が、時間や場所の制約なく、認知症に関する正しい知識を勉強できるようにためには、ウェブ上で e-learning 講義を提供するなどの方法も考えられる。

一例として、文部科学省の高度医療人材事業として行なわれている北陸認知症プロフェッショナル医養成プラン（認プロ）では、平成 28 年度より認知症に関わるさまざまな職種（メディア関係者を含む）の研修のために「メディカルスタッフ e-ラーニング講座」（40 コマ）を開講しているが、平成 29 年 12 月現在、全国から千二百数十名の受講者がある

認プロホームページ <https://ninpro.com> 参照

論点3 認知症にやさしいまちづくり (DFC:デメンシア・フレンドリー・コミュニティ)

3-1. はじめに

2016年に刊行された認知症施策に関する懇談会報告書「認知症と共生する社会に向けて」では、論点2「認知症とともに生きる地域・社会・環境」の中で、地域包括ケアシステムにおける「地域」の意味を示し、「ソーシャルキャピタル」「住まい」「生活支援」「家族支援」「認知症とは何かという認識の普及」について論じた。すなわち、地域包括ケアシステムにおける地域とは、本来、「地域の特性に応じて、地域に暮らす人々が参加して、地域発のケアシステムをつくる」という意味での「地域」であること、「認知症とともに暮らせる社会」では、ソーシャルキャピタル（個人と集団がソーシャルネットワークを通して入手できる資源—地域の力）の充実を前提にして、認知症とともに暮らせる「住まい」、認知症の本人が尊厳ある生活を営むために必要とされる「生活支援」、生活支援の主たる提供者となっている「家族の支援」が必要であること、「認知症とともに生きるとはどのようなことか」を理解することが国民一人ひとりの責任であることを指摘した。

本稿では、前回の報告書では触れられなかった「デメンシア・フレンドリー・コミュニティ」と「権利ベースのアプローチ」という観点から、認知症と共生する社会について論じることとする。

3-2. DFC と権利ベースのアプローチ

デメンシア・フレンドリー・コミュニティ（Dementia Friendly Communities, DFC）とは、認知症に対する偏見や差別のない社会、認知症とともに生きる人々が包摂される社会をあらわす言葉として、21世紀初頭頃から西欧諸国の間で使用されるようになった用語である⁵⁾。わが国では、「認知症にやさしい社会」と表現されるのが一般的であるが、その最も重要な側面は、「権利ベースのアプローチ（Rights-Based Approach, RBA）あるいは「人権ベースのアプローチ」（Human Rights-Based Approach, HRBA）に立脚している点にある。

RBAとは、国際開発援助の領域で使用されてきた用語であり、人権に関する国際的な法体系の「基準」や「原則」を開発援助の計画や過程に取り入れようとする考え方である。ここで言う「基準」とは、国連が作成した人権に関する条約やそれぞれの国

の憲法や国内法で定められる具体的な諸権利を意味しており、「原則」とはそれらの背景にあって、個々人の尊厳の確保と正義のために社会が守るべきこと（倫理的な原動力）を意味している。その特徴は、①ニーズが充足されていないという事実だけではなく、権利が実現されないという状況にフォーカスをあて、②権利が実現されない状況と構造を徹底的に分析し、③権利保有者が権利を行使できるように、責務履行者がその責務を果たせるように、状況及び構造を変化させることにある⁶⁾。

3-3. わが国の認知症疫学研究が示すこと

わが国の高齢者における認知症有病率は、65～74歳の前期高齢者では3～4%、75～84歳の後期高齢者では10～20%、85歳以上の超高齢者では40～80%に及ぶことが明らかにされている³⁾。また、性別・年齢階級別有病率が一定であると仮定して認知症高齢者数の将来推計値を計算すると、その数は2025年には670万人（国民の18人に1人）、2060年には860万人（国民の11人に1人）となり、認知症高齢者の年齢階級別構成比を見ると、2025年の段階では55%、2060年の段階では70%が85歳以上で占められるものと推計されている⁷⁾。超高齢期を生きる高齢者の大半が認知症を生きる高齢者であり、認知症を生きる高齢者の大半が、超高齢期を生きる高齢者であることに注目する必要がある。

3-4. 高齢者を取りまく今日の状況

世界に先駆けて超高齢社会を経験しているわが国では、高齢者のいる世帯の構造も大きく変化している。1980年代までは、高齢者の標準的な世帯類型は3世代同居であったが、今日では一人暮らし、夫婦のみ、未婚の子と親という世帯類型が全体の8割を占めている¹²⁾。特に大都市における単独世帯の増加は顕著であり、「認知症とともに一人で暮らすこと」はもはや特別なことではない²²⁾。

一人で自立生活を営むには、金銭管理、書類の保管、契約手続き、買い物、食事の準備、洗濯、病気の気づき、医療機関への受診、服薬管理、対人関係の形成、援助希求、社会参加、余暇を楽しむなどの日常生活能力が求められる。このような生活能力の障害は生活障害と呼ばれ、それを支援することは生活支援または日常生活支援と呼ばれる。多くの場合、生活支援の担い手は家族であるが、家族による支援が得られない場合には、家族に代わる生活支援の担い手が求められる⁴⁾。

そのようなニーズに対して、制度的には日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）を利用することができる。しかし、この事業は、福祉サービスの利用援助を主

たる目的に日常的な金銭管理や書類等の預かりサービスを行うものであり、認知症とともに一人で暮らす高齢者の日常生活支援ニーズを柔軟かつトータルにカバーすることはできない。

高齢者の経済状況を概観すると、年金受給高齢者の半数以上が年収のすべてを年金に依存しており¹²⁾、半数以上は1年間の年金収入額が100万円未満である¹³⁾。単独世帯の場合にはそれが世帯収入となるので、貯金の切り崩しがなければ生計維持は困難かと思われるが、超高齢期には、多くの場合、貯金も枯渇している。実際、高齢単独世帯の被保護世帯数は増加の一途を辿っている¹⁷⁾。

認知症とともに一人で暮らす高齢者の増加によって、生活支援付き住まいのニーズが高まっている。近年、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の整備が急速に進められているが^{16,18)}、低所得の認知症高齢者が入居できる居住施設は限られている^{注1, 10)}。有料老人ホームの入居費用は施設によって大きく異なるが^{10,11)}、当然ながら、施設の選択は所得に依存し^{注2)}、生活支援の質にも差が現れる。養介護施設従事者等による虐待の件数は右肩上がりに増加しているが¹⁴⁾、統計に示される数値は氷山の一角に過ぎない。

認知症であり、かつ、低所得で、家族による生活支援が得られにくい高齢者は、人権侵害の危機に晒されやすい。

3-5. 大都市に暮らす認知症高齢者の生活実態

人口規模の大きな大都市では、このような状況に直面する高齢者が急速に増加する可能性がある。筆者らは、2016年度より、大都市に暮らす認知症高齢者の縦断的な生活実態調査を開始した²¹⁾。対象地域は東京都板橋区内の大規模住宅地であり、2016年7月1日現在の人口は32,674人、高齢化率は33.2%である。

初年度は、70歳以上高齢者7,614名を対象に、一次調査（自記式アンケート調査）、二次調査（会場または訪問による認知機能検査と健康診断）、三次調査（MMSE23点以下の高齢者を対象とする医師を含む専門職による医学的評価と社会支援ニーズの調査）を実施した。

その結果、二次調査でMMSEを含む認知機能検査を完了した高齢者2,020名のうち335名（16.6%）に認知機能低下（MMSE23点以下）が認められ、認知機能低下の有無に関わらず4割が一人暮らしであり、性・年齢・教育年数を統制しても、認知機能が低下している高齢者は、認知機能が低下していない高齢者に比較して有意に手段的・基本的ADLが低く、主観的健康感が低く、運動機能が不良であり、糖尿病の有病率が高く、血液データ上ヘマトクリット値が低く、抑うつ症状を認める者／うつ病の治療歴

がある者の割合が高く、社会活動にまったく参加していない者の割合が高く、年収が100万円未満の者の割合が高かった。

MMSE23点以下の198人に対する医学的評価の結果、約4割（78人）がDSM-5の認知症に該当する状態であり、認知症状態にある78人に限定しても、約4割（男性の3割、女性の5割）が一人暮らしであり、調査時点で認知症疾患の診断を受けていた人は3割、要介護認定を受けていた人は4割であった。また、多職種による社会支援ニーズの評価では、51%に認知症疾患等の医学的診断、50%に介護保険サービスの利用支援、41%に日常生活支援、39%に家族支援、15%に継続医療の確保に向けた支援、15%に権利擁護に関する支援、13%に身体的健康状態の医学的評価に向けた支援、10%に居住支援、10%に経済支援が必要と判定された。

以上の結果から、①認知機能の低下は、生活機能の低下とともに、身体的・精神的な健康状態の悪化、社会的孤立、経済的困窮と関連していること（しかも、そのような身体的・精神的・社会的な生活課題の重層化は認知症の初期段階に起こっていること）、②複合的な社会支援ニーズが存在するにも関わらず、認知症高齢者の多くが必要な社会支援にアクセスできていないことが明らかになった。大都市には、低所得で、家族による生活支援が得られにくい、一人暮らしの認知症高齢者が数多く暮らしている。しかし、認知機能の低下が、社会的交流を減少させ、情報やサービスへのアクセシビリティを低下させている。

認知症とともに生きる高齢者が、「必要な社会支援を活用して、尊厳ある自立生活を営む」という権利が実現されにくい状況と構造がある。

3-6. 社会支援の調整について—コーディネーション

多職種（多機関）協働で異なる領域の社会支援を“統合的に”利用できるように調整することをコーディネーションと呼ぶ。地域包括支援センターにおける総合相談支援や居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントはコーディネーションであり、認知症初期集中支援チームはコーディネーションを行うための多職種協働チームである。しかし、今日の認知症ケアマネジメントは、「本人の意向が反映されているのか」、「（必要に応じて）介護保険外サービスも調整されているのか」といった基本的問題がある。また、認知症初期集中支援チームについては、そのスキルが発展途上であり、目下のところ支援内容は、“現存する社会資源につなぐのみ”といった表層的ニュアンスが否めない。

本人の視点に立ったコーディネーションを行うには、少なくとも次の5つのプロセスの重層的・反復的実践が必要であろう。

- 1) 信頼関係の形成：本人の視点に立って社会支援の調整を行うには、本人との間に信頼関係が形成されていなければならない。信頼関係は短い時間で形成されるものではなく、日々の語り合いや体験の共有など、「生き生きとした関わり合い」の中で形成される。
- 2) 総合アセスメント：生活状況全般を把握し、何が課題であり、どのような社会支援ニーズがあるかを評価しなければならない。そのためには、認知症の一般的特性や認知症疾患の特性、認知症の際に見られる生活課題の重層化・複雑化に精通している必要がある。
- 3) 情報共有：本人の認知機能に配慮し、質の高い情報を、わかりやすく、正確に伝えなければならない。また、必要な支援を統合的に調整するために、多職種間で情報を共有しなければならない。
- 4) 課題解決に向けた多職種協働会議：多職種で、本人の主体性を尊重して、可能性のある課題解決に向けた検討を行わなければならない。このようなアプローチによって、重層的な生活課題に直面している本人も、孤立と不安を解消し、その人なりの課題解決に向けて歩み出すことが可能になる。
- 5) 共有意思決定と社会支援の調整：情報共有を前提にして、本人・家族との話し合いの中で、本人同意のもとで、利用するサービスを決定し調整しなければならない。

3-7. 生活支援について

上記のようなコーディネーションを通して繰り返し実感されることは、認知症とともに一人で暮らす高齢者の生活支援ニーズをカバーすることができる社会資源は著しく不足しているという現実である。ここで言う生活支援とは「尊厳ある自立生活を営むための支援」であり、支援内容は定型化できるか否か、利用者からの報酬（対価）になじむか否か、専門性を要するか否かを問わず（柔軟性の原則）、公的制度からの給付では対応できない日常生活上のニーズを補う（補足性の原則）という特徴を有するものである²⁰。そのような支援には以下のようなものが含まれる。

- 1) 見守り／安否確認に関する支援：定期的な自宅訪問・電話などで日常的な会話をしたり、安否を確認したり、必要に応じて困りごとの相談に応じたり、必要な情報を提供したりする。
- 2) 社会参加に関する支援：食事会、イベント、娯楽、文化活動、社会活動、講演会などに誘ったり、一緒に参加したりする。
- 3) 金銭管理／書類管理／サービス利用に関する支援：財産・預貯金・年金の管理、請求書の支払い、買い物等の日常的な金銭管理、サービス利用の選択と契約手続き、書類の内容確認・

本人への説明，重要書類の保管などを支援する。

- 4) 受療に関する支援：病気に気づき，受診に同行し，医師の説明を一緒に聞き，本人にわかりやすく説明する。入・退院の準備や入院中の見舞いなどを行う。
- 5) 服薬管理に関する支援：決まった時間に必要な薬を，必要な量だけ服用できるように支援する。
- 6) 家事行為／環境調整に関する支援：水分や栄養の確保，食事の準備，掃除，洗濯，整理整頓，電球の交換，庭の草取り，エアコン等による温熱環境の調整などを支援する。

3-8. 地域づくりについてーネットワーク

社会支援を相互に提供していくことを可能にする地域社会の構造をソーシャルネットワークと呼ぶ。「地域づくり」の主要な目標はソーシャルネットワークを創り出すこと（ネットワーク）にある。これを促進するために，コーディネーションの機能とともに，以下の5つの機能をもつ地域の拠点を人口規模に応じて設置する方法がある（現存する社会資源では，地域包括支援センターがその候補であるが，すでに多くの業務を抱えているために，こうした機能を十分に発揮することができないという問題がある）。

1) 居場所としての機能

「認知症とともに暮らせる社会」の創出を開設理念として，認知症の有無に関わらず，障害の有無に関わらず，誰でもが居心地よく，自由に過ごすことができる。

2) 相談に応需できる機能

認知症を含め，多様な生活課題をもって暮らす人々に対して，専門的な観点からも相談に応需することができ，必要な社会資源につなぐことができる。

3) 差別や偏見の解消を促進する機能

認知症についての知識の普及とともに，認知症の有無に関わらず，障害の有無に関わらず，誰でも参加し活動できる機会をつくることによって，差別や偏見の解消を促進する。

4) 人材を育成する機能

認知症の支援に関わる人々を対象に，「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた勉強会（ワークショップ）を開催し，認知症や障害をもって生きる人々に対する「合理的配慮」のある地域環境を育成する。

5) 連携を推進する機能

多様な組織（町内会，民生委員，家族会，当事者の会，NPO，教育・金融・交通・通信・医

療・介護・住宅・法曹・文化・芸術等の関係諸機関)と連携して、生活支援に係る社会資源を創出し、生活支援ネットワークの構築を推進する。

3-9. アウトカムに方向づけられた認知症施策

2001年にスコットランド・アルツハイマー病協会が作成した小冊子 *Creating dementia-friendly communities, A Guide*¹⁾ の第1章の冒頭には、「dementia friendly な社会を創ろう。何故か。認知症の人々は今なお社会から排除されていると感じており、本人もケアラーも今なお孤立していると感じているからである」と記されている。続く第2章には認知症の本人の体験が記されている。その著者の一人であるジェームズ・マキロップ氏は、2002年に認知症の当事者組織であるスコットランド認知症ワーキンググループを発足させ、政府に対して、5つの柱(①病気の理解、症状との付き合い方、②仲間同士の支え、③地域社会とのつながり、④将来のケアの計画、⑤将来の意思決定の計画)で構成される診断後支援を要望した。スコットランド政府は2010年の第1次認知症国家戦略でパイロット研究を行い、2013年の第2次認知症国家戦略でこれを正式に採用し、リンクワーカーによる診断後支援を制度化した。

このような動きの背景には、2009年に超党派国会議員グループによって策定された「認知症の本人とケアラーのための権利憲章」⁸⁾がある。ここには、国連障害者権利条約に準拠した PANEL と呼ばれる13の原則が掲げられている。PANEL とは、Participation (参加)、Accountability (責任)、Non-discrimination and Equality (非差別と平等)、Empowerment (エンパワメント)、Legality (法の遵守)の頭文字である⁵⁾。2010年にスコットランドでは、この原則に従った認知症ケア基準(表1)¹⁹⁾を策定し、これを達成するための人材育成プログラムを作成した。そこでは、認知症ケア基準に準拠した具体的なQOLアウトカム指標と、認知症支援に関わる人がそれを達成するために学ぶべき知識と技能を定めている。それはPANELの12番目の原則「認知症の本人は、質の高いサービスを確保できるように、認知症と人権について適切な教育を受けた専門職やスタッフによって提供される保健・社会サービスを利用する権利を有する」に合致するものである⁵⁾。

3-10. わが国のこれからの課題—DFCに向けて

わが国においても、2014年10月に認知症の当事者が日本認知症ワーキンググループ（JDWG）^{注3)}を発足させ、「認知症になってからも、希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創り出していくこと」を目標に活動すると宣言した。同年11月には、東京で開催された認知症サミット日本後継イベントでは、共同代表の一人である藤田和子氏が、認知症の診断を受けても本人が必要としている支援を受けることができない状況を「空白の期間」と呼び、この間に絶望してしまう人が数多くいる現実を訴えた。2015年1月、政府は、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」（新オレンジプラン）を発表し、「認知症の人やその家族の視点の重視」を、政策全体を貫く理念であると説明した¹⁵⁾。同年よりJDWGは、本人の視点を認知症施策に反映するための方法論の研究²²⁾や、本人のためのガイドブックの開発²³⁾に参画している。

JDWGの活動は日本の各地に影響を与えている。今日、さまざまな地域で、認知症の当事者が政策の立案や地域づくりに参画する動きが現れはじめているが、そのような動きの背景には、認知症の当事者同士の出会いと交流がある^{注4)}。こうした動きはDFCを指向する世界の動きとも一致する。ベルギーの都市ブルージュのNPO法人フォトンの代表であるBart Deltour氏が、DFCについて以下のように述べている。

DFCは、認知症と共に生きる人々の安全や幸福を求めるだけでなく、コミュニティに暮らすすべての人々が、認知症の本人がもつ力をよく理解し、私たちが暮らす市、町、村、国の価値のある大切な一員であるとみなすことができるようにしなければならない。地域を *dementia friendly* にするためには2つのアプローチがある。第一は、認知症の人のニーズに対応するための教育を受け、地域に配置された、保健医療福祉の専門職や公的機関の職員によるネットワークであり、最終的にはトップダウンで稼働するものである。第二は、認知症の本人の社会参加によって生み出されるボトムアップのネットワークである。DFCを計画し、構築し、開発する際には、この2つの層を認識する必要がある。DFC開発プログラムの多くは、認知症の本人から発せられるべきでものであるが、数多くのイニシアチブが柔軟性をもって、相互に重なりあいながら進められるものである。その営みは流線的で、相互に流入しあいながら、すべての活動が認知症の人々のよりよい生活と偏見の解消というゴールを目指さなければならない。

DFCにおいて最も重要なことは、その基本理念が、RBAを指向している点にある。そ

れは、認知症の本人、家族、コミュニティに暮らすすべての人々の基本的人権を認識することであり、それを主張することであり、人として“あたりまえ”に生きること、差別されないこと、“意味のある”社会参加を実現することである。そのような視点から、人々の意識、教育、情報、サービス提供体制を変革すること、アクセシビリティを確保すること、診断前支援（Pre-diagnostic Support）や診断後支援（Post-diagnostic Support）の質を高めるとともに、その倫理的側面をよく考えること、認知症と共に暮らせる地域づくりや物理的な環境づくりを進めること、社会資源を整備すること、法制度を整備すること、それらによって新たな保健・医療・福祉・政治・経済・社会・文化を創出すること、それらすべてが DFC を構成する重要な要素かと思われる。

国家が行うべきことは、権利が実現されない状況および構造を徹底的に分析し、それを変化させることである。Rights とは、人々が生まれながらにして持つ、希望と尊厳をもって生きるための諸条件に他ならない。認知症とともに生きる本人・家族・国民すべてが参加して、今日の認知症施策全般を点検し、「希望と尊厳をもって暮らせる社会」というアウトカムに方向づけられた政策を立案し、実施し、評価することが、これからのわが国の認知症施策の課題かと考える。

注1) 施設等にかかる費用のうち食費・居住費は全額自己負担が原則であるが、2014 年度介護保険法改正によって、市町村民税非課税世帯については、申請に基づき、補足給付の支給によって利用者の負担を軽減することができるようになった。その後の低所得者の利用実態について調査を行う必要がある。

注2) 2015 年度に実施された高齢者住宅財団の調査（平成 27 年度老人保健健康増進等事業「医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業」）によれば、急性期病院から自宅以外への退院先について、経済的余裕がある場合には介護付き有料老人ホーム、経済的余裕がない場合には住宅型有料老人ホームになる傾向があると報告している。

注3) 日本認知症ワーキンググループは、2017 年に日本認知症本人ワーキンググループに改称し、一般財団法人日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）を設立した。Available at: <http://www.jdwg.org/>

注4) 例えば、宮城県仙台市では当事者参画による認知症ケアパスの策定、当事者によるピアサポート「オレンジドア」、東京都町田市では働く場のある通所サービス、移動型認知症カフェが創出され、静岡県富士市では就労の場の確保、スポーツ大会、京都府宇治市では茶摘みなどが行われ、宮城県日向市では「認知症にやさしい図書館」などの社会資源が創出されている。

【文献】

- 1) Alzheimer Scotland - Action on Dementia: Creating dementia-friendly communities: A Guide. 2001.
- 2) Alzheimer's Society. Dementia Statements and rights. 2018. Available at: <https://www.alzheimers.org.uk/about-us/policy-and-influencing/what-we-think/dementia-statements-and-rights>
- 3) 朝田隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応，厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書，2013.
- 4) 栗田主一：認知症の人の暮らしを支える生活支援とは何か．老年精神医学雑誌 26: 487-492, 2015.
- 5) 栗田主一：Dementia Friendly Community の理念と世界の動き．老年精神医学雑誌 28: 458-465, 2017.
- 6) 栗田主一：国連障害者権利条約と権利ベースのアプローチ．特集にあたって．精神医学 59: 709-712, 2017.
- 7) 栗田主一：認知症の疫学研究とこれからの課題，特集にあたって．老年精神医学雑誌，29: 343-349, 2018.
- 8) Cross-party Group in the Scottish Parliament on Alzheimer's. Charter of Rights of people with dementia and their carers in Scotland. Edinburgh: Alzheimer Scotland, 2009.
- 9) Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ: Vital Involvement in Old Age. New York, W. W. Neron & Company, 1994. (朝長正徳，朝長梨枝子訳：老年期，生き生きとした関わり合い．みすず書房，東京，1997)
- 10) 畠山啓：高齢者が利用できる社会保障制度，社会資源．精神科治療学 32 (増刊号)：174-178, 2017.
- 11) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会：有料老人ホームにおける前払金の実態に関する調査研究事業報告書（平成 27 年 3 月）． Available at: http://www.yurokyo.or.jp/investigate/pdf/report_h26_01_03.pdf
- 12) 厚生労働省：平成 28 年度国民生活基礎調査
Available at: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/02.pdf>
- 13) 厚生労働省：平成 28 年度後期医療制度被保険者実態調査． Available at: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryuhoken/database/seido/kouki_jittai.html
- 14) 厚生労働省：平成 28 年度高齢者虐待の防止，高齢の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果。
Available at: <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989.html>

- 15) 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）。 Available at:
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf
- 16) 厚生労働省：社会福祉施設等調査。 Available at: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/23-22.html>
- 17) 国立社会保障・人口問題研究所：生活保護に関する公的統計データ一覧。 Available at:
<http://www.ipss.go.jp/s-info/j/seiho/seiho.asp>
- 18) サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム：サービス付き高齢者向け住宅の登録状況（H30.6末現在）。 Available at:
https://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_registration_01.pdf
- 19) Scottish Government: Standards of Care for Dementia in Scotland. June 06, 2011. Available at: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/350188/0117212.pdf>
- 20) 白川泰之：空き家と生活支援でつくり「地域善隣事業」。住まいと連動した地域包括ケア。中央法規，東京，2014，p164-p165.
- 21) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業報告書 Available at:
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/jigyou/caremodel/index.html
- 22) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症の人の視点を重視した実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業。平成 27 年度老人保健健康増進等事業報告書（平成 28 年 3 月）。
- 23) Available at: <http://www.tmghig.jp/research/info/archives/003654/>
- 24) 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター：認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業。平成 29 年度老人保健健康増進等事業報告書（平成 30 年 3 月）。 Available at:
<http://www.tmghig.jp/research/info/archives/012474/>
- 25) World Health Organization: Ensuring a human rights-based approach for people living with dementia. WHO 2015. Available at:
http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_human_rights.pdf

表 1. スコットランド認知症ケア基準

1. 私には、診断を受ける権利がある。
2. 私には、かけがえのない個人として、尊厳と敬意ある処遇を受ける権利がある。
3. 私には、治療やケアやサポートにアクセスする権利がある。
4. 私には、可能な限り自立して、地域社会の一員として暮らす権利がある。
5. 私には、十分な支援を受け、認知症について教育を受けているケアラーをもつ権利がある。
6. 私には、私の願いに配慮したエンド・オブ・ライフ・ケアを受ける権利がある。

論点 4 医療の役割

4-1. はじめに

認知症医療は一般医療と違って医療・介護・看護と区別できない重なり合う領域であり、多職種の協働が重要となる。ここでは、それらをふまえて医療の役割とその限界について論じるが、まずは医療関係者自身が医療の本質とそれに伴う限界を認識しておくことがもっとも重要であり、さらにそれらが当事者（認知症の人と家族）だけでなく、一般にも広く共通認識として認識されていることが望まれる。

4-2. 医療の本質：他分野との連携

医療の本質とは、疾病の治療（疾病の治癒もしくは軽快、さらにはその発症や再発の予防など）により当事者（認知症の人と家族）の生活の質を確保することであろう。

認知症に対する医療も同じであるが、地域における認知症に関する諸問題では、医療制度や連携システムが確立すれば解決するものも数多くありその推進が待たれる一方で、それらの一部は医療だけでは解決できない課題も少なからずある。

例えば、最近議論を呼んでいる改正道路交通法における高齢者の運転免許更新の適否が認知症の有無が中心となり審議されるが、医学的に「認知機能」イコール「運転技能」とは断言できないことからこの制度は医療が担える領域を超えている。また、医療のあり方を論ずる際には必ず財政的問題が関与してくるが、その理念をどう実行するかは行政を含めた総合的判断による。

このように、認知症に対する地域包括ケアシステムの中で遭遇する諸問題には、医療の本来のあり方と限界をふまえて、他の多くの分野との協力なくして解決できない領域がある。

4-3. 医師-患者関係：医療者の役割

認知症医療のように包括的支援が必要となってくると、治療法の選択だけでなく、生活に関連して人生の選択とも呼べるさまざまな場面に遭遇するので、医療者はどの選択肢が望ましいか相談を受けることが多い。ここで医療者としてのあり方についていくつかの重要な点が指摘できる。

(1) 医師主導で治療方針等を決定するパターンリズム（父権主義）ではなく、適切なインフォ

ームドコンセントに基づく当事者の自己決定権が優先されることが重要である。

(2) 医師はエビデンスに基づく医療(Evidence-Based Medicine : EBM)や専門家としての経験による医療を基に、当事者の身体的・精神的安定を図ることが重要であり、その結果として当事者は冷静な判断に基づき適切な選択が可能となるといえる。

(3) 住居、就労、相続、婚姻など、人生の岐路ともいえる様々な問題についても、担当医は時間の許す限り耳を傾け相談に応じる、いわゆる精神療法的アプローチが必要である。

4-4. エビデンスに基づく医療 (EBM) の限界

EBM が最重要であることは言うまでもないが、EBM で得られた有効性や有害事象のデータは、あくまでも集団の集計値に基づくものである。

さらに、EBM は、現時点で収集できる文献データの解析であり、臨床上の課題として clinical question (CQ) を設定して解析するものであることから、実際の診療で遭遇する様々な問題・課題に対して指針を示しているわけではない。

治療上の個々の課題における選択では、臨床経験に基づいた認知症や高齢者医療の専門医師としての判断が要求され、個々のケースに合わせたオーダーメイド医療が重要となる。

4-5. チーム医療， 多職種協働

連携医療・チーム医療では、医師がリーダーとは限らない。そこでは、チームで同じ仕事しながらそれぞれの視点があり、どこかが欠けたらカバーし合う体制が必要である。

さらに、互いの仕事を理解した上で役割分担が強くなりすぎて縦割りの作業にならないことも重要で、解決に向けてやらなければならない事をそこにいる人間が力を合わせて行う体制が必要である。

4-6. かかりつけ医の重要性

地域医療の中で、当事者にとってももっとも重要な存在はかかりつけ医であり、かかりつけ医の役目はゲートキーパーでありゴールキーパーでもあるといえる。

初診から病診・病病連携を経て日頃の診療を行い、認知症だけでなく全身管理を行い、さらには最期まで診療を担うことが要求されるからである。

従って、単なる病気の管理・説明に終始するのではなく、当事者に対して精神的支

えになるような非薬物的アプローチを基に生活の質を考慮に入れた対応が望まれる。

4-7. 行動・心理症状（BPSD）への対応

とくに BPSD の出現に際しては、非薬物療法的アプローチの視点が重要である。BPSD に対しては出現した症状への薬物的対症療法をすぐに考えるのではなく、何故出たかを考える必要がある。

BPSD は、いふなれば認知機能低下を有する一人の高齢者が苦悩しながらも何らかの解決を求めて行うコーピング（対処行動）であると理解できる。

そして、精神症状が出現したから精神科、ということではなく、BPSD に限らず認知症症状を誘発するような増悪因子については多職種で様々な観点から検討し、医療的に可能なアプローチと共に、医療の限界として介護・福祉との協働による包括的ケアが重要となる。

この際には、家族・介護者の対応や環境調整も重要な要素になってくるので、当事者の理解と協力が不可欠である。

4-8. 非薬物的アプローチの重要性

いわゆる非薬物療法は通常の外来では対応が難しいことがあるが、さらにその日薬物療法を通常から実施している医療機関の数は極めて限られているので、それらが可能な施設を社会的に広報することが重要である。その中には、医療機関でなくとも、多くの介護関係施設でも積極的に実施しているところが多いので、それらも広報する必要がある。

また、通常の外来・入院診療でも可能な非薬物的アプローチを具体的に記すと、受け持ち医が患者さんのことを良く知っていることが前提であり、その上で当事者が適切な人生上の選択や判断が可能となるような精神療法的対応を習得することである。

同時に、認知症以外の身体疾患疾病についても理解しておく必要がある。そして、当事者の置かれた状況も含め、広く情報をチームで共有した上で対応することであり、画像検査や認知機能検査の結果だけで、診断・治療方針が決定されることは避けるべきである。

論点5 認知症と就労

就労の問題が特にクローズアップされるのは若年性認知症の場合である。若年性認知症者の多くは男性であり、家計を支える担い手としての役割が期待されている年代に発症することから、その就労支援が喫緊の課題である。

若年性認知症に対する就労支援は、現在の就労をいかに継続していくかという場合と、新たな雇用先をどのように見つけるかという再就職支援の場合とに大別される。

5-1. 若年性認知症者の就労状況と就労継続の支援

Sakata ら (2017) によると、2013 年 4 月から 2015 年 6 月の間に新たに認知症と診断された 40 歳～59 歳の 143 人の勤労者に関して、診断から 1 年以内に 14% の人が離職しており、その割合は、認知症を有しない対照群と比較して約 2 倍であった。

また、独立行政法人高齢・障害・求職者支援機構による「若年性認知症者の就労継続に関する研究Ⅱ」(2012) でも、全国の公共機関がとりまとめた若年性認知症の就労状況で退職者が、実に 80～90% を占め、残りの半分が休職を継続しており、実際に就労を継続していた人は数%程度にとどまっていた。

若年性認知症を発症すると、就労継続が非常に困難となるのは明らかである。若年性認知症の中には比較的急速な症状の進行により就労能力が低下し、離職せざるを得ない場合がある。しかし一方で、職場における就業内容の変更や見守り、あるいは配置転換などの環境調整により就労を継続できる場合もある。

若年性認知症に関する正しい知識を啓発し、可能な限りの職場環境調整により就労を継続していけるサポートが重要である。

5-2 政府や自治体の施策と課題

5-2-1. 勤労者の就労継続に対する支援

まず、2009 年度には、厚生労働省の「若年性認知症対策総合推進事業」として、若年性認知症について相談できる若年性認知症コールセンターが設置された。これは全国で 1 か所であり、全国の認知症疾患医療センターや地域包括支援センター、障害者の就労の支援機関等へのつなぎ役として、相談者の支援や役立つ資料集などの情報提供、利用促進のための普及・啓発を実施している。

2015年1月には、政府により策定された「新オレンジプラン」において、7つの施策の一つとして「若年性認知症施策の強化」が謳われ、(1) 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布、(2) 都道府県の相談窓口支援関係者のネットワークの「調整役」を配置、(3) 若年性認知症の人の居場所作り、就労・社会参加等の支援が掲げられている。

この(2)の「調整役」について、2016年度には新たに以下の点が定められた。都道府県ごとに本人や家族からの相談に対応する窓口を設置し、そこに若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役(若年性認知症支援コーディネーター)を配置することで、都道府県レベルの若年性認知症の人の視点に立った支援の拡充を図るとともに、身近な地域である市町村レベルでの支援の充実を進めるというものである。

若年性認知症支援コーディネーターは、認知症者本人や家族に対してワンストップの支援を提供し、必要に応じて職場に働きかけて就労の継続を促すことが期待されている。

「新オレンジプラン」では、2017年度末までに47都道府県すべてでの窓口およびコーディネーターの設置を目指している。2018年2月現在において、44都府県に設置されているという報告もある。今後さらに若年性認知症支援コーディネーターの役割が拡大していくことが望ましい。あわせて、事業主や企業の産業医も若年性認知症に関する国の支援に関して周知度が低く、こうした制度の企業における認知や活用が十分でないことから、今後も啓発していくことが必要である。

若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック(2016年度)では、職場で認知症に対する誤解や偏見がある恐れがある場合は、若年性認知症の人が「認知症である」との診断内容を伝えていない場合を挙げている。また、会社の規模、経営状態、若年性認知症の人の希望する職務内容によっては、配置転換を含めても雇用の継続が難しいケースもあるとしている。さらに、本人の病識が乏しい場合や、支援してくれる家族がいない場合は、医療機関の受診や診断自体が遅れる結果、サービスや制度の利用も遅れることも課題となっている。

5-2-2. 勤労者の退職後の再就職のための支援

まず、若年性認知症を含めて、「障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）」においては、障害者雇用率制度や障害者雇用納付金制度などが整備されている。今後は若年性認知症の雇用率を高めることや、そのための事業主側のインセンティブを高めることが施策に盛り込まれることが望まれる。

厚生労働省は、事業主が利用できる取り組みとして、「若年性認知症を発症した社員を雇用する、または雇用しようとしている事業主の皆さまへ」というリーフレットを作成し、事業主に支援サービスを紹介している。若年性認知症の就労に関しては、地域の若年性認知症支援コーディネーターと事業所との連携が鍵を握っている。

公共職業安定所（ハローワーク）や障害者就業・生活支援センターは、関係機関との連携を調整しつつ、職場定着までの一貫した支援を行っている。また、地域障害者職業センターは、障害者や事業主に対して専門的な職業リハビリテーションサービスを提供している。職場適応援助者（ジョブコーチ）は職場にも出向き、障害者本人や職場に対してきめ細かな支援を行うことを目指している。若年性認知症は一般に個性が高いため、ジョブコーチには個々のケースの特殊性に関する十分な情報を持つことが必要である。

勤務先を退職した後に、一般企業などへの再就職が困難である場合、新たな就労先として現実的なのは福祉的な「就労継続支援事業所」（A型・B型）である。

しかし、認知症介護研究・研修大阪センターが2016年に行った調査では、全国の事業所で若年性認知症者を「受け入れている」あるいは「受け入れの経験がある」事業所は5.7%にすぎず、90%以上で受け入れの経験がないことが示されている。

その理由としては、「利用の申し出がなかった」との回答がかなりの数をしめていることがわかっている。また、事業所の職員が「若年性認知症に関する知識や対応技術などのノウハウを持っていない」ことも指摘されている。

したがって、今後は事業所側に若年性認知症に関する知識の啓発を進めるとともに、若年性認知症の当事者、家族にもこうした事業所が存在することを周知していく必要がある。

5-3. 海外の取り組み

5-3-1. オーストラリアの YODKWP

オーストラリア政府は若年性認知症者への支援プログラムである Younger Onset Dementia Key Worker Program (YODKWP)を策定している。

この YODKWP は政府の Department of Social Services において実施され、Alzheimer's Australia がこのプログラムの実質的な提供者となっている。その連絡先は、若年性認知症者、その家族や介護者にとっての主要な窓口となっている。このうちキーワーカーは、情報やサポート、カウンセリング、アドバイスを提供するとともに、利用者一人ひとりの必要性に応じた適切なサービスを効果的に受けられるように支援する。

サービスを利用できるのは、軽度認知障害を含めて、診断が確定している人あるいは診断はまだ確定していないが症状が出ている人である。Alzheimer's Australia の年次報告によれば、2015 年度には 4,126 人の若年性認知症者が YODKWP の支援を受けていた。

日本でもこのような若年性認知症に特化したサービス提供を行えば、就労支援にもつながる可能性が高い。

5-3-2. スコットランドのリンクワーカー制度

スコットランド自治政府における認知症への取り組みとして、リンクワーカー制度が挙げられる。リンクワーカーは 2010 年にスコットランド自治政府により制定された National Dementia Strategy により作られたもので、認知症の初期段階にある人や家族に対して、当事者交流会や勉強会を紹介したり、年金支給や税控除などの優遇策を利用する手伝いをしたりする。

そしてこういった支援は 1 年間無料で提供される。リンクワーカーは訓練を受けた臨床心理士や看護師などが担当している。このように早期に支援を受けることで就労を継続できる可能性が高まるとすれば、リンクワーカー制度の利用は有益であると考えられる。

日本では 2016 年に京都府が同様の制度を作り、50 人程度の認知症リンクワーカーを養成する計画としている。今後、同様なリンクワーカー制度を国家レベルで展開していくことも一考の価値があろう。

論点 6 認知症の介護

本稿では、まず、認知症介護の理念を確認したのち、わが国の認知症介護の現状を概観し、課題を整理し、その解決に向けた提言を行いたい。わが国の介護保険制度も議論の対象になるかもしれないが、介護保険には身体介護が含まれており、その部分が大半を占めるが、認知症向けの介護保険サービスについて議論することとする。

以下の項目について話を進めたい。

1. 認知症介護の理念
2. 認知症介護の量および質の担保
3. 認知症向け介護保険サービス
4. 本人の尊厳を尊重する介護

6-1. 認知症介護の理念

認知症介護については1980年代に、Tom Kitwoodが“person-centered care”の理念から、その人らしさを重視するケア、個人の尊厳を支えるケアが重要であると提唱した¹⁾。

国の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の底流をなす考え方にも、「本人の視点」、「本人主体」、「本人の意思の尊重」という言葉が繰り返し用いられている。

具体的には、認知症の人への介護では、

- (1) 認知症をよく理解し、
- (2) 本人主体の介護を行い、
- (3) 認知症の進行を緩徐化させ、
- (4) 行動・心理症状（BPSD）を予防する ことが求められているといえることができる。

6-2. 認知症介護の量および質の担保

2015（平成27）年1月に公表された国の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）²⁾は、最新の国の認知症施策を理解する手がかりとなる。そこに記されている認知症介護に関する内容を検証してみる。

新オレンジプランには7つの柱が立てられている。7つ目は「認知症の人やご家族の視点の重視」であり、他の6つの柱の横串のように位置付けられていることから、

6つの柱に共通する理念という意味かと思われる。2つ目の柱、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」と4つ目の柱である「認知症の人の介護者への支援」が介護について言及している柱である。そのなかで介護人材の確保という点をとりあげる。

厚労省の発表によれば2016年度の介護サービスを利用した人は613万人で過去最多であった。ただ全体の伸び率は鈍化しており、要支援の人向けのサービスが市町村事業に移行したためと考えられている。良質な介護を担う人材の確保のため、「認知症介護基礎研修」⇒「認知症介護実践者研修」⇒「認知症介護実践リーダー研修」⇒「認知症介護指導者養成研修」というステップアップの研修体系があるが、医療・介護連携に資するよう、研修内容の見直しを行い、研修を受講しやすい仕組みの導入を図り、受講者数の増加を目指す必要がある。

また、これらの研修の修了者が介護現場だけでなく、地域の認知症施策の中で様々な役割を担うことができる制度的な整備が必要である。

他の産業分野の雇用環境や経済環境の改善等から、近年、介護従事者の確保難や人手不足が顕在化してきた。人材確保のためには賃金引上げ等の対応が効果的であるが、制度実施以来、介護報酬のマイナス改定が続いたことから、介護事業所の経営状況は悪化しており、職員の給与の引上げ等の処遇改善にも限界がある。

全労働者の離職率に比して、介護職員の離職率は高率となっている。平均賃金も25万円前後となっている。平均年収も全産業の約500万円（平成26年）に対し、介護従事者のそれは300万円強と報じられている。離職理由で多いのは「賃金が低い」、「収入が不安定」、「精神的にきつい」などとなっている。介護職員が集まらないために施設開所が遅れたり、開所規模を縮小したりする等の事態が生じている。高齢者介護にやりがいを見出し、使命感を持って介護現場に入職するものは少なくないが、経験を積んでも昇給はわずかで、結婚や家庭を持つことは困難だと転職していく。厚労省所管の「介護労働安定センター」の2016年10月の調査では、介護職員の離職率は16.7%で、全産業平均の15%を上回っており、介護職員の不足は、やや不足以上が62.6%で年々増えている。不足の理由は「採用が困難」が73.1%であったという。職員の平均賃金（月額）の調査も行われているが、22万5千円弱であった。職員は「今の仕事を続けたい」と答えたのは53.7%で、前年の調査より10ポイント以上下がっている。

2017（平成29）年4月介護保険法が改正され、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）がはじまった。この総合事業は市区町村事業に移行したが、全国の自治体の45%が運営に苦勞している（順調との答えたのは27.4%）と報じられており、「担い

手の確保が難しい」というのが最多の理由であった(共同通信, 2017年6~8月調査)。

介護福祉士養成校においても, 10年以上にわたって定員割れの状態が続いており, 2015年度ではついに定員の50%を割る, 大幅な定員割れに見舞われており, 将来の人材確保という面でも危うい状況になりつつある(毎日新聞, 2017年4月15日朝刊)。

この問題を解決するためには介護従事者の処遇改善が重要となってくる。国は介護事業所に対し, 従業員の処遇改善加算制度を設けている。処遇改善を維持するためには財源が必要となるが, 介護給付費は年々膨らんでおり, 国家財政を圧迫している。根本的な解決策は今のところ見いだされてはいない。

6-3. 認知症向け介護保険サービス

認知症は介護による生活の支援がないと医療での対応だけではその支援が成り立たないという特徴がある。医療・介護連携がうまく機能していないということは, 以前から指摘されてきたことであり, 認知症介護を考えると避けて通れない課題である。

新オレンジプランの中でも, いろいろな取り組みが取り上げられているが, ここでは介護保険における認知症向けサービスに関していくつかの課題を取り上げて検証する。

(認知症高齢者グループホーム)

介護保険法では, 認知症の人へのサービスとして認知症対応型通所介護, 認知症対応型共同生活介護等を規定している。

認知症対応型通所介護は, 居宅要介護者であって認知症であるものについて所定の施設に通わせ, 当該施設において入浴, 食事等の介護や機能訓練を行うサービスであり, 認知症対応型共同生活介護は, 要介護者であって認知症であるものについてその共同生活を営むべき住居(認知症高齢者グループホーム)において, 入浴, 食事等の介護や機能訓練を行うサービスである。

これらのサービスは, いずれも2005(平成17)年度の介護保険法改正で地域密着型サービスとして創設され(2006(平成18)年4月施行), 毎年その利用者は増加していて, 平成28年では認知症高齢者グループホームの利用者(短期利用以外)は240,700人, 認知症対応型通所介護の利用者は85,100人となっており, 2006(平成18)年の実績(認知症高齢者グループホーム122,000人, 認知症対応型通所介護41,000人)に対してそれぞれ増加している³⁾。

認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)は, 自宅に近いでの環境で生活することとなり, 認知症介護の切り札とされてきた。認知症ケアの拠点

として、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等を行っていくと期待されている。

(認知症ケアパス)

地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確保するためには、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ（「認知症ケアパス」）を確立することが必要である。認知症ケアパスは、地域ごとの医療・介護等の資源を列挙するだけに留まらず、認知症の一人一人ひとりのケアパスに沿った支援の目標を設定し、これが認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されなければならない。

認知症ケアパスについては、現在ほとんど活用されていないと言える。その理由として以下のような意見がある。広く衆知されていない、現場で利用する必要性を感じられていない、ケアパスを誰が管理するのかはっきりしていないなどである。なぜ活用されないのかを検証する必要がある。

(情報連携ツールの活用推進)

早期診断・早期対応や行動・心理症状（BPSD）、身体合併症等への対応においては、かかりつけ医・認知症サポート医・認知症専門医、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、急性期病院・リハビリテーション病院・精神科病院、歯科医療機関、薬局、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業者など多くの組織・機関が関わることから、情報共有が重要である。

介護関係者が医療関係者の診断を理解し、それを生活の支援に活かしていく一方で、医療関係者が介護関係者からフィード・バックを得ることが、適切な診断や投薬に繋がっていく。医療・介護関係者が連携を図っていくことが重要である。

このため、認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で情報連携ツールを作成する必要がある。その際、情報連携ツールそのものも重要であるが、地域ごとに医療・介護関係者が集まり、使いやすい情報連携ツールについて議論を交わすプロセス自体も、医療・介護連携に資するものと考えられる。

連携ツールについても認知症ケアパス同様で活用されているとは言い難い。なぜか？お薬手帳は皆が持っている。お薬手帳と一緒にするというのも選択肢のひとつであろう。

(認知症地域支援推進員の配置と活用)

医療機関や地域の支援機関の間の連携の支援や、認知症の人やその家族等への相

談支援を行うために認知症地域支援推進員が配置されている。認知症の容態に応じ、全経過を通して医療・介護が有機的に連携したネットワークを形成することが重要であるが、このため、地域包括支援センター、市町村、認知症疾患医療センター等に認知症地域支援推進員を配置し、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図り、認知症の人と家族を支援する相談業務等を行うこととなっている。

この認知症地域支援推進員は2015（平成27）年度では48.2%の自治体に配置されているが、2018（平成30）年度には全自治体に配置されることになっている。配置されていても機能していないという批判がある。認知症地域支援推進員のほぼ半数は委託の地域包括支援センターに配置されており、85%が兼務という報告がある。

兼務のため多忙で推進員としての活動に十分な時間が取れないという悩みを持っているという（認知症ケアセミナー 永田久美子，2016（平成28）年9月5日）。

（多職種協働研修の推進）

先にも述べたように、認知症については、医学的な管理と生活を支える介護の双方が重要である。医療と介護の有機的な連携を推進する目的で考えられたのが「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）である。この目的のために作成されたのが「認知症ライフサポート研修（認知症ケアに携わる多職種協働研修）テキスト」であり、地域支援推進員は積極的に活用すべきであろう。医師を含めた多職種が協働で研修することで他職種の業務を理解することとなる。

2018（平成30）年度に全自治体で開始される「認知症初期集中支援推進事業」は多職種が連携して認知症高齢者を支援することが売りとなっている。この事業が認知症サポート医をはじめとする多職種連携が進むきっかけになる予感がある。

6-3-1. 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの連携

認知症の人に対するサービスを効率的・効果的に提供するためには、司令塔が必要である。地域包括支援センターは介護における、認知症疾患医療センターは医療における司令塔であり、両者が有機的に連携することが不可欠である。地域包括支援センターの医療との連携機能の強化や、地域包括支援センターの機能を併せ持つ認知症疾患医療センターなど、地域における司令塔機能を構築することも考えられる。

地域包括支援センターと認知症医療機関との連携については、認知症疾患医療センターのみにかかわらず、上手くいっているとはいいがたい。医療・介護連携が進まない象徴的な事柄ともいえる。

疾患医療センターが機能しているか否かについては、他の場所で検討されるかも

しれないが、疾患医療センターが地域包括支援センターと密接な関係を持って支援している例は極めて少ないと思われる。これは疾患医療センターの課題である。

6-4. 本人の尊厳を尊重する介護

6-4-1. 行動制限，虐待

行動・心理症状（BPSD）に対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健福祉法の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続き等が定められている。また、介護保険施設や入居系のサービスについては、介護保険法の体系の中で、身体的拘束等の原則禁止と緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の適正な手続き等が定められている。引き続き、これらの仕組みに基づき、行動の制限が必要な場合にあってもそれが適切に行われるようにするとともに、これら以外の医療・介護等の現場においてもこのような趣旨が徹底されるようにするための方策について、検討を進める必要がある。

2017（平成29）年8月、ある高齢者施設で多数の高齢入所者の死亡が報じられた。厚生労働省は、高齢者虐待の対応状況の調査を毎年実施している。養介護施設従事者によるものが、件数及び相談件数いずれもが30～40%増加しており、養介護者によるものの増加は1～数%である。被虐待高齢者の75.4%は認知症生活自立度II以上となっている。中等度認知症でBPSDを伴っている場合（自立度IV/M）に虐待は起きやすいとされている⁴⁾。

（人生の最終段階を支える医療・介護等の提供）

人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供される必要がある。特に認知症の人には意思能力の問題があり、延命処置など、将来選択を行わなければならないことが来ることを念頭に、あらかじめ本人の意思決定の支援を行っておく等の取組が必要である。

（在宅死，施設での看取り）

最終段階の問題としては「看取り」がある。自宅で家族に見守られて死を迎えたい、あるいは介護施設で最期を迎えたいと希望する高齢者が少なくない。そのため

には在宅死を担保する訪問診療医の確保が必要である。また医療資源の乏しい介護施設での死の受け入れには、介護施設における、医師、看護師の確保が必要となってくる。

認知症介護についても、国は、新オレンジプランにまとめたように、様々な試みを行っている。その中には当初のもくろみ通りに効果を上げているものもあるし、効果を確認できないものもある。こういった施策の効果検証がなされ、不断に改善される必要がある。施策の効果検証は極めて重要であるが、わが国の行政は、一般的に施策・事業の実施には熱心であるが、事後の効果検証、その結果による改善、いわゆる PDCA サイクルが回っていないことが多い。認知症介護に関する施策・事業の効果検証が必要である。

【文献】

- 1) Tom Kitwood: Dementia reconsidered-the person comes first, Open University Press, Buckingham. 1997
- 2) 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)
厚生労働省HP：<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>
- 3) 平成 28 年度介護給付実態調査の概況,
厚生労働省HP：www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/16/dl/11.pdf
- 4) 平成 27 年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果、厚生労働省 HP：www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000155598.html

論点 7 尊厳を守る施策

7-1 2016年版の整理

2016年3月に発表した報告書（「認知症と共生する社会に向けて」認知症施策に関する懇談会報告書）の論点5において、同じ問題について論じた。新しい報告書の執筆に先立ち、2016年版の論点を改めて整理する。

- ① **高齢社会における権利擁護の考え方**：認知症等の障害を持っても、高齢者が住み慣れた地域社会に暮らし続けるためには、住居の確保、住居内における生活の確保、犯罪や火災等からの安全の確保が最低限の条件である。日本国憲法25条の精神に照らして、この三要件こそ基本的人権、人間の尊厳を守る施策の骨格でなければならない。
- ② **住居の状況**：1996年から2008年の間に、有料老人ホームは2万7千床から17万7千床と、6.6倍に急増している。介護付き有料老人ホームの11.3%、住宅型有料老人ホームの49%、サービス付き高齢者住宅の32.1%が生活保護者を受け入れており、その中には身寄りのない認知症高齢者が含まれている。こうした施設に収容されている貧困な認知症高齢者の生活実態はほとんど明らかにされていない。
- ③ **成年後見制度**：家庭裁判所は鑑定、本人面接を省略し、簡単な書類審査のみで大部分の審査を申請どおり認めている。身寄りもなく、資産もない高齢者に対して、市区町村長の申請で成年後見人をつけ、後見人の代理権を行使して、被後見人の同意なく施設入所などの契約を結ぶ例が多い。後見人による財産の横領も後を絶たず、その全容はほとんど明らかになっていないと言ってよい。
- ④ **あるべき権利擁護制度**：成年後見制度は家庭裁判所による審査、監督の制度を高めたうえで、大きな資産を守り、活用する制度に限定すべきである。身上監護義務を振りかざした代理権行使で、認知症高齢者の処遇を決めるのではなく、地道なソーシャルワークが機能する制度を作る必要がある。

7-2. 社会福祉施策の対象

我が国の高齢者世帯の平均等価可処分所得は211.6万円であり、その他の世帯の307.7万円より96.1万円低い。一方、高齢者世帯（2人以上の世帯のみ）の貯蓄残高の中央値は全世帯の1.5倍で、4000万円を超える貯蓄を持つ世帯は18.2%のほり、全世帯の12.1%を上回っている。60歳以上の高齢者の64.6%、80歳以上の71.5%は経済的な暮らし向きにまったく心配はない、あるいはそれほど心配はない、と考えている。

経済格差の指標の一つとされる「ジニ係数」をみると、再配分後の高齢者世帯のジニ係数は0.33で2010年以降徐々に低下傾向にある。すなわち、平均値で見ると、日本の高齢者の所得再配分は比較的うまく機能しており、経済的に自立可能な世帯が多いと言える（内閣府平成29年版高齢者白書）。

一方、高齢者の生活保護受給率は2.86%で全人口に占める割合（1.67%）を上回っている。さらに、生活保護を必要とする人のうち、どれだけの人が実際に保護を受けているかを示す捕捉率について、日本では15~30%と言われるのに対して、ドイツは64.6%、フランスは91.6%であるという（藤田孝典2015）。

日本社会全体の相対的貧困率（等価可処分所得の中央値の50%を貧困線として、それを下回る人口の割合）は1985年以降徐々に上昇している。2012年の相対的貧困率16.1%は、OECD諸国のなかでも高い方に属する。加えて、1997年に149万円/年であった貧困線が、2012年には122万円にまで低下している。すなわち、日本社会全体の所得が低下しており、その中でも中間値の半分以下の人の割合が増えているということである。

高齢者の相対的貧困率はさらに高く、2008年OECDのレポートによると、高齢者全体が20.5%（OECD平均10.6%）、一人暮らしの高齢者については58.7%（同30.8%）に上っている。

わが国の高齢者においては、2000年代に入って、再配分後の所得平均は徐々に低下しており、その低下した値の半分の収入もない高齢者が増えているということになる。

2010年以降に見られる再配分後の所得に関するジニ係数の低下傾向も、全体の世帯所得の低下を背景とした現象であることを忘れてはならない。

すなわち、日本社会全体でも収入格差は拡大しており、特に高齢者においては、収入格差に資産の格差が重なって経済格差が拡大し、生活保護水準以下の貧困世帯

が増大しつつある。ことに、単身世帯、高齢者と未婚の子供世帯などで貧困リスクが高い。

貧困な高齢者にとって最も深刻なのは住居の確保である。高齢者が入居できる公営住宅が不足しており、東京近郊では30倍から時に800倍の競争率に達する(藤田孝典 2015)。公営住宅に入ることができない貧困な高齢者は民間の賃貸住宅に入居せざるを得ない。

世帯規模が小さく所得の少ない高齢者に認知症が起これば、在宅生活はたちどころに破綻する。生活支援や介護を受けながら生活する施設として、非営利組織が運営する特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、設置主体に制限がなく営利企業の参入が多い有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、認知症グループホーム等があるが、前者の整備は高齢人口の増加に追い付かず、後者、特に有料老人ホームとサ高住の増加が著しい(厚生労働省老健局高齢者支援課 2015)。

こうした施設の中に、生活保護レベルの認知症高齢者を入居させている施設があるが、ケアの質についての担保は全くない。貧困な高齢者を食い物にする貧困ビジネスの跋扈を許すような高齢者住宅施策はあってはならない。

7-3. 成年後見制度の限界

2000(平成12)年度に9,007件だった成年後見等申立件数は、2016(平成28)年度には34,249件に増加しているが、2012(平成24)年度以降、申立件数はほぼ横ばいになっている。この間審理は短期化され、当初は43%だった3か月以内の結審が、2016年には89%に増大している。一方、裁判規則によって原則として行うべき鑑定の実施率は2007年の37%から2016年度の9.7%に減少し、裁判所調査官による本人面接も同様に省略されている。2016年の認容率は95.5%、審理によって却下された申請は0.4%に過ぎない。すなわち、成年後見申立の審理は、短期間に、申請書類のみによって行われ、大部分の事例で申請どおり認められているということである。ちなみに、2001年度1,533人だった家庭裁判所調査官は、2016年度でも1,596人に過ぎず、単純に計算すれば調査官一人当たりの取扱件数は4倍以上になっている。

この間、2000年度は0.5%に過ぎなかった市区町村長による申請が18.8%に増加した。これと並行して、2000年度に9.1%だった第三者後見人が、2016年には71.9%と大幅に増加した。被後見人の年齢では、女性の場合、70歳以上が65.4%

から 82.1%，80 歳以上が 40.4%から 63.8%に増加し，男性の場合，70 歳以上が 31.6%から 58.6%に，80 歳以上が 15.7%から 34.5%に増加している。

以上をまとめると，身寄りがない，またはあってもその人を信頼できない認知症高齢者について行政が主導し，第三者が後見を行う事例が増えていることになる。

成年後見人による被後見人の資産横領は，2012 年の後見信託制度の浸透に連れて減少しているとは言えるものの，2015 年でなお 521 件，総額 297 億円の横領が発覚している。

横領の 90%は家族後見人によるものではあるが，専門職後見人による横領事件も 2015 年には 37 件，1 億 1 千万円に上った。これらの横領事件は，家庭裁判所に提出した報告書の不備などをきっかけに露見するもので，積極的な監査が行われた結果発覚しているわけでない。家庭裁判所調査官の定員の変化を見ても，家庭裁判所に十分な監査能力があるとは思えない。従って，専門職後見人の事案を含め，明らかになっている横領事件は氷山の一角である可能性が高い。さらに，後見信託制度は，資産の横領を防止することには役立つが，被後見人の資産を被後見人の生活の質向上に活用する上で面倒なハードルとなっていることも忘れてはならない。

家族がなく，資産もない認知症高齢者に，行政が主導して後見人をつける方法にも大きな問題がある。こうした資産のない認知症高齢者に後見人をつける目的は，後見人の代理権によって被後見人の介護契約等を円滑に進めることにある。第三者後見人の代理権を用いて，被後見人が望まない施設入所契約が結ばれている事案は珍しくない。こうした方法で地域から施設に入れられた被後見人については，後見人が，訴訟代理権をもっているので，被後見人自らが法的な手段で不服を申し立てることは極めて困難である。

まとめると，成年後見制度は基本的人権の制限と引き換えに財産を守る制度である，という認識が必要である。後見人はしばしば被後見人と利害が相反する。すなわち，親族後見人はほとんど常に推定被相続人であるから，被後見人の資産を使わなければ使わないほど自身の相続資産が増える。横領すれば罪に問われるが，資産に応じた十分な介護をしなかったということで法的責任を問われることはない。

一方，職業後見人は被後見人から報酬を受け取っている。被後見人が生存してさえいればその収入が保障され，生活の質，生命の質を問われることはない。

現行の成年後見制度は，家の資産，扶養権者の保護，推定相続人の相続期待権の保護等を目的とした禁治産・準禁治産制度の構造を基本的に変更していない。2000

年の法改正で、自己決定権の尊重、ノーマライゼーションの推進を理念として掲げたが、それを実効的なものにするための制度変更は全くない。

7-4. 高齢者虐待

虐待通報、虐待事例としての認定が増加を続けている。2016年度、養護施設における虐待通報は1723件そのうち認定452件（認定率26.2%）、家族による虐待通報27,940件、認定16,384件（認定率%）である。養護施設における通報件数、認定件数は、2014年度以降、急速に増加しており、2006年度に比較して、2016年度の認定件数は8.3倍に上る。家族による虐待の認定件数増加は、同じ期間に1.3倍であった。

養護施設における虐待通報者では、本人2%、家族親族18%、職員25%、元職員9%、当該施設管理者13%、ケアマネ6%、医師等3%、地域包括3%、その他14%、不明・匿名7%、家族による虐待通報者では、介護支援専門員29.5%、警察21.1%、家族・親族9.1%であった。

厚生労働省の報告書は、虐待を受けやすい高齢者の特徴として、女性、高齢、高い介護度、低い自立度といった要件を挙げている。しかしながら、自ら抗議することが難しい認知症高齢者に対する虐待は、施設においても、家庭においても、通報者がなければほとんど事例化しない。養護施設における虐待通報者のおよそ半分が当該施設関係者、元関係者であることをみれば、介護施設内で起こった虐待事案は、施設職員が内部通報しない限り事例化しにくいと考えるべきである。そうであるなら、認知症高齢者が虐待にあうリスクを高める要件は、本人に抗議する能力がないこと、家族・親族がいないこと、第三者の目に触れにくい施設、社会から孤立した世帯であることなどである。こうした条件が重なるのは、家族のない、低所得の認知症高齢者である。

7-5. 継続的なソーシャルワーク

認知症高齢者の中に、資産がない、収入がない、頼れる家族がいないという人が存在し、そうした人たちにこそ、福祉資源を集中すべきであるということを論じた。さらに、すべての代理権を奪ってしまう成年後見制度は、こうした高齢者の尊厳のある生活を支援するツールとしては機能し得ないことを主張した。

現在、日本政府は「働き方改革」の名のもとに、労働の流動化を促す政策を推し進めている。必要なときに、必要な労働力を、比較的低賃金で手に入れ、不要にな

れば切り捨てることができるこうした方法は、企業の経営上はメリットが大きい。しかしながら、一部の高度な技術と能力を持つ労働者を除いて、非正規雇用者の拡大は、社会保険料徴収率の低下をきたし、その結果として引退後の年金水準の低下、医療保険非加入者の増加をもたらす。貧困な高齢者は医療機関受診をためらうために健康格差が拡大し、結果として要介護者を増加させる。身分、収入が不安定な非正規労働者の増加は、現在すでに進行している生涯未婚率の上昇をさらに進め、家族支援の期待できない貧困な高齢者を拡大再生産することになる。現在、我が国の高齢者における経済格差は、相続する資産の有無、多寡によって大きな影響を受けており、資産課税、相続課税の抜本的な見直しをしない限り、高齢者の経済格差は今後も拡大し続ける。

さて、経済力がない、家がない、家族がない高齢者が、認知症になっても可能な限り社会生活を続け、それが困難になった後も、人間らしい生活を維持するために必要なものを考えてみる。

貧困な世帯ほど、年金収入に依存する割合が高いことが知られており、非正規労働者として生涯を暮らしても、最低限の生活ができるような公的年金システムが必要であろう。低所得の認知症高齢者のための住居、施設についても、公的なセクターで賄う必要がある。家族がなく、資産がない認知症高齢者の施設を、営利企業に任せることは、いわゆる貧困ビジネスの跋扈を許すことになる。

もう一つ重要なことは、認知症高齢者の意思決定を支援する手段である。ソーシャルワークは、高い専門性を必要とする作業である。臨床の現場で、弁護士、司法書士などの専門職後見人が、ケースワークに主体的に関与することはほとんどない。そもそも、成年後見制度には、後見する人、される人の間に、利益相反が存在し、資産を持った高齢者でも、認知機能に障害が起これば、自分の資産を自分のために活用することは簡単なことではない。

ここでも、公的なソーシャルワークが必要になる。認知症高齢者のソーシャルワークには、ソーシャルワーカーと本人の間に利益相反がないこと、一人の人生に寄り添える継続性があることが、まずもって重要である。成年後見制度に伴う、広範な代理権は丁寧なソーシャルワークを阻害する。

最低収入の保障、公的住居・施設の保障とは異なり、継続性のあるソーシャルワークは、資産のある高齢者にとっても重要なものであり、こうした人たちには応分の負担を求めることができる。

現在の成年後見制度は、自分の資産を、自分の介護のために、推定相続人の意思

に反して活用することを阻害する。有料老人ホームで十分な介護を受けることができるだけの資産を持ちながら、家庭で悲惨な独居を強いられている高齢者は少なくない。

1999年に発足した地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の再評価、てこ入れ強化は、こうした目的を持つソーシャルワークの制度として検討に値する。

社会の格差拡大をこれ以上進行させない経済政策、必要な人に最低限必要なサービスを提供するメリハリのある福祉政策（年金、住居、施設、介護）、すべての高齢者のためのソーシャルワーク制度の創設が急務である。社会権を保障するための公の責任で提供すべきサービスと、民間セクターの競争原理に任せて良いサービスとを混同してはならない。

論点 8

認知症施策の実施体制

8-1. 基本法の必要性

認知症に関係する国の制度や政策の理念を基本法に定める必要がある。それによって、認知症に関係する他の法律や行政を指導・誘導することができる。ただ基本法のあり方としては、対処すべき問題を、法律の名前とする「認知症対策基本法」と、「人」に焦点を当て、その人を支援するという「認知症の人基本法」というあり方の2通りがある。

「認知症対策基本法」であれば、認知症研究の推進、認知症の予防、診断、治療の技術向上、認知症医療の普及、本人の意向を尊重した認知症医療などの内容が中心になるのではないかと考えられる。施策としては、治療法開発の推進、医療従事者の育成、医療機関・施設の整備、認知症患者の生活の確保、認知症医療に関する情報の収集体制の整備などと考えられる。

一方、「認知症の人基本法」であれば、地域社会における共生、社会参加、生活の選択の機会確保、意思疎通の確保、差別の禁止などの内容が中心になるのではないかと考えられる。施策としては、医療・介護・年金、教育・療養、就労相談、住宅確保、経済的負担の軽減、情報のバリアフリー化などと考えられる。

二者択一のように考えてしまうと難しい。「認知症の人基本法」に含まれるような偏見を取り除き、差別を禁止する部分は基本法に必要不可欠であるが、「認知症対策基本法」に含まれる認知症医療の質の向上や介入研究および治療法の開発推進も含めるべきである。その場合の基本法の名称は「認知症基本法」という考え方になるであろう。

しかし「認知症基本法」では、高齢者に関する部分が抜け落ちる可能性がある。

「認知症」に伴って起こる問題（暮らし辛さや生活上の困難）は、加齢変化と連続性がある境界を定めることが困難である。基本法には「認知症」と分ち難く結びついて必ずしも分けて考えることのできない「加齢」の問題を含めなければならないが、疾病の対策基本法とすると、そこに違和感が生じる可能性がある。

8-2. 基本法に含めるべきいくつかの論点

(人権問題の視点)

基本法では、介護施設や一般身体化の病院において認知症の人にどう対応すべきかという人権問題の視点をきちんと示さなければならない。有料老人ホーム等における「高齢者虐待」という人権問題も含めなければならない。精神障害の場合、例えば閉鎖病棟に入院する場合は、精神保健指定医資格を持った医師が判定するが、認知症高齢者などが施設や一般病院への入院の場合、何の法的手続もなく「行動制限」が行われている。

「高齢者虐待」は日本中に広く蔓延している。また身体拘束のような極端な例ばかりを虐待だと考える人は少なくないが、例えば、エレベータや玄関で特定のボタンや番号を押さなければ他の階に移動したり外出ができないようにする行動制限も虐待である。そうしたことが違和感なく行われている現場は少なくない。こうした意識変革も基本法によって推進していくことができるのではないか。

医師、看護師、介護福祉士など、医療・福祉専門職の育成において、「人権尊重」、「権利擁護」や「倫理感の醸成」などのプログラムが少ない。未だに十分に教えられていない点が問題である。この部分の教育を充実させなければならない。

高齢者だけでなく、成年後見人になった弁護士や司法書士による搾取が高頻度に行っている。親法となる基本法に本人の保護をきちんと謳うことで、後見監督のあり方や法的な罰則をきちんと定められるようになるのではないか。

(人材育成の視点)

多職種連携に関わる「人材育成」は、がんの場合は対策基本法が制定されてから本格的に力を入れて行われるようになるまでに、かなりの時間がかかった。認知症疾患は医療と福祉の連携まで含む、より多くの職種が多様な場面で連携することが求められる。基本法には、多職種連携を重要事項として含める必要があるのではないか。

介護保険で利用するサービスを決めているのは、実際のところほとんど「家族」であるが、本来は「本人」である。そこに違和感を持たなくてはならない。そうした意識改革も基本法によって推進することができるのではないか。

8-3. 介護保険の理念に立ち返って

(介護保険制度に認知症の視点を)

介護保険法の第 1 条に定められているように、介護保険は能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものである。

新オレンジプランでもあるべき姿が掲げているものの、実際には、要支援 1・2 が介護保険ではサポートされないとか、独居ではなければヘルパーの生活援助が提供できないなど、本来行われるべき日常生活支援が行われなくなっている。

実際の理念として掲げられている部分と実際の制度が徐々に乖離してきている。自助・共助で補えばよいのではないかという意見があるかもしれないが、家事や服薬管理を隣人が行うことはできない。専門職による支援が必要である。

介護保険ができた 2000 年には認知症のことは、あまり考慮されていなかったが、現在は IADL (Instrumental ADL, 手続き的 ADL) の障害のサポートは認知症ケアの中核をなし、IADL の障害のサポートはまさに生活支援である。

(介護保険制度に地域の自主性を)

介護保険事業で、自治体は半分の費用負担を強いられる上、大きな業務負担があるにも関わらず、国の指示に振り回されて自治体の自主性を発揮することができていない。自治体で事情が異なるにも関わらず、一律に国の方針に従っている。

そこで、あえて自治体にまかせてみてはどうか。各自治体が権限を認めてもらい覚悟を決めて自主的に創意工夫するほうが、地域に暮らす認知症の人と家族にとってより好ましい支援を提供できるはずである。そのためには、自治体職員とともに住民も自らの責任を意識し、自分や家族にとって必要とする支援はどのようなものかということに関心をもつ必要があるのではないだろうか。

(介護保険制度の質の向上で、認知症の人にふさわしいサービスを)

認知症の人と家族にとってより望ましい支援や介護サービスの利用には、的確な「要介護認定」とともに、「本人にふさわしいケアプラン」が必須である。そのための人材育成が必要不可欠である。例えば、「認知症高齢者の日常生活自立度」の主治医意見書の判定と、認定調査員の判定とは一致しない場合が多い。これはかかりつけ医が生活障害を診ていないためと考えられる。かかりつけ医が認知症疾患の診断や治療とともに、日常生活での生活障害を診ることができるような研修が必要であろう。

また、要介護認定に従事する認定調査員や介護認定審査会の委員の研修内容に関する議論は聞いたことがない。研修プログラムの実施や更新はどのように見直

しが行われているのだろうか。またコンピュータが出した判定と合議体で直した判定との間の変更率が、自治体によって大きく異なっている。ケアマネジャーについても、自分が所属する事業所のサービスに縛られず、ケアプランを作成することができるような研修も重要である（もともと自分が事業者に所属し、事業所から圧力をかけられる限りは、認知症の人や家族を第一に考えてケアプランを作成することは難しい）。ケアマネジャーがソーシャルワーカーとしての視点を持って機能することができれば、現在よりもっと多くの認知症の人が自分にふさわしいサービスに出会えるに違いない。

（専門職からの積極的な発信を）

行政は使うことのできる予算をどのように生かすかという視点で考えてばかりいる。しかし本来は、認知症の人と家族を支援するために必要な予算を定め、それを目標に予算を確保する姿勢が本来の姿であろう。健康的な生活を守るという目標を掲げ、そのためにかかるお金をどうやって調達するかという順序で考えないと、施策に関する議論が節約や予算削減ばかりになってしまう。消費税増税の使途や、今後の介護保険財政のあり方も含め、認知症に関わる専門職が、認知症の人と家族に必要な支援というものをきちんと発信していかななくてはならない。

論点 9

認知症施策の評価

9-1. プロセス評価とアウトカム評価の必要性

認知症施策の評価には、医療の質の評価に用いられる「ドナベディアンモデル (Donabedian's model)」を使うことができる。

このモデルでの医療の質の評価は「①ストラクチャー(どのような場で医療やケアが提供されたのか)」と「②プロセス(認知症医療とケアがどのような形で提供されたのか)」と「③アウトカム(認知症の人や家族や介護者の生活の質を改善できたか、心身の苦痛を軽減できたか)」の3つの側面について行うこととしている。

一方、本邦の認知症施策については、今のところストラクチャーの量的な評価しかなされておらず、ストラクチャーの質的評価やプロセス評価、さらにアウトカム評価がなされなければならない。

サポート医を例にとって評価を考えてみる。まず①ストラクチャーの評価については、何名のサポート医が養成されたか(サポート医講習を受けたか)といった人数のみが取り沙汰されるが、どういったプログラムで養成されたのか、診断・治療・ケア・社会制度・地域連携などの時間配分は実地に即したものであったのか、そのプログラムは対象者の特性に合っていたか、認知症診療の向上に役立ったか、参加者の疑問や不安は解消されたのか、プログラムの量や提供時間に無理はなかったかなど養成プログラムの質を評価する必要もあるだろう。

受講者を増やすだけでなく、地域での偏りについても評価しておかなくてはならない。もちろん、その状況を評価しておくことも必要であろう。

「物的資源の評価」も必要である。医療機関と介護施設と住まいという3つの視点から行わなければならないが、住まいに関してはほとんど評価も検討もなされていないことにわれわれは気付くのである。

養成された人材がどのように医療やケアを提供したのか、整備された医療機関や福祉施設がどのように機能したのかを評価するのが、②プロセス評価である。認知症対応力向上研修を受けた「かかりつけ医」、養成研修を受けた「認知症サポート医」、養成された「認知症地域支援推進員」、講座を受講した「認知症サポーター」などがどのように活動しているかの評価がなされなければならない。

認知症サポート医や認知症サポーターの活動には、地域によって大きな差がある。それらが機能していない地域では、プロセス評価をすることで、地域で生かせることを研修に盛り込めるかもしれない。また、医療では“適宜・適切な診断”

が行えているのか、診断の精度は許容範囲か、また、ケアにおいては、当事者の自律性・自立性・自主性などは尊重されているのか、認知症の人のそれぞれの状況（独居，老々介護家庭，認認介護家庭）で生活支援は的確に提供されているのか、といったことが評価の例である。

施策の最終評価である③アウトカム評価についての例を挙げる。

- 認知症の人と家族の健康状態（身体）；合併症，入院期間
- 認知症の人と家族の健康状態（精神）；BPSD の内容，治療期間，抗精神病薬の使用，
- 認知症の人と家族の生活；在宅率，施設入所者数，入院率，
- 認知症の人と家族の QOL，
- 医療とケアの満足度，
- 当事者の人権や尊厳を棄損する現象，事件，エピソード，

施策の 3 つの評価の視点に加え，医療とケアによって起こる家庭，地域，環境，ソーシャルキャピタルの変化について評価することが必要ではないか。③アウトカム評価の先にあるといえる。

これはより長期の視点から施策がもたらす効果を評価しようとするものである。医療のケアが効果のもたらし，影響を及ぼすのは，認知症の人と家族だけでなく，ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）にも変化が生じるはずである（ソーシャルキャピタルと当事者への医療とケアの相互作用が起こるはずである）。いわゆる人的資源の評価でもなく，物的資源の評価でもなく，いわゆる地域の質の評価ということになるであろう。それを，前記の構造，過程，結果の 3 段階モデルを使って行うことが最終的には必要ではないであろうか。

地域社会の認知症に対する許容度や理解を，意識調査などを実施することによって行う必要があるのではないか。ソーシャルキャピタルに含まれるものであるが，地域は認知症をどのように受け止め，どのように付き合おうとしているのか，あるいは排除しようとしているのか，そうした意識を測ることに大きな意義があると考えられる。

9-2. 評価方法について

どういった組織で、誰が評価するかという問題がある。施策を立案・実施している組織が評価するわけにはいかない。やはり第三者機関ということになるであろう。

評価指標はユニークなものではなく、オーソドックスで行政等で以前から用いられているものが望ましい。今までとの比較も容易だからだ。新たな指標を開発すると、まずベースラインの評価を行うところからはじめなくてはならないが、従来から用いられているものであれば、すぐに施策の評価に用いることができ、定点観測にも適している。

新たな指標を加えるよりも、ヒアリングやインタビューなどの質的データを収集することが必要ではないか。

それは結果の解釈や施策の修正に有効と考えられる。特徴的な事例や象徴的な事例を取り上げて評価結果の理解を補うことができる。

ここまで、認知症施策の①ストラクチャー、②プロセス、③アウトカム評価について論じたが、それぞれの評価の良し悪しは、社会構造や経済状態、医療技術の進歩、ライフスタイル、国によって大きく異なるであろう。とりわけ①ストラクチャーと②プロセスについては高い評価を得ても、時代や国が異なれば高く機能するとは限らない。したがって、評価に際しても、その国のその時代の目指すべき施策の目的や目標が明らかにされていなければならない。目的や目標なくして評価することはできないからである。

もちろん目的や目標は、施策の理念からおのずと明らかになるものである。

あらためて定められた理念や、ビジョンを共有することの大切さを強調しておきたい。

論点 10 認知症研究の推進

「認知症研究の推進」では、「認知症疾患の解明と治療薬剤の研究」、「認知症における科学的介入」、「国の認知症政策の科学的根拠と現状」、「認知症研究体制」の4つの論点で議論してみたい。

10-1. 認知症研究の概論

認知症は老化と同じく、避けがたい生理現象の1つとして捉える立場がある。この考えは家族、医療者あるいは社会が、認知症を自然体で受け容れることを意味しており、我々自身の姿勢と覚悟に関連した重要な意義を持つことは強調するに値する。当事者、家族に耳を傾けたり、声を聴くという新オレンジプラン理念は認知症のある人、ない人の垣根を取り払った一体感の重要性を謳ったものとして日本が世界に誇る高度の施策理念といえる。

一方、あくまで認知症は治療対象の疾患であり、予防対象となるべき疾患であるとの立場からは、治療薬開発と予防法解明を推進することとなる。本項では主として、認知症を病的と捉えることを出発点として提言をまとめたい。ただこの視点について、治療薬、対処法が十分ではない現状から目を背けることはできない。あるがままの認知症をとりまく諸問題を認めることは言うに及ばず、国民である患者・家族、医療と介護の現場放棄、逃避、無視せず国家対策・制度として見守ることが重要であることは言を待たない。

10-1-1. 認知症研究の現状

これまで多くの治験が難渋している。その原因は病因に基づかない薬剤の治療、不正確なアルツハイマー病診断による対象者の選択あるいは治療効果の出にくい発症後の病態ステージの対象者の選択があげられる。特に後者の病状ステージについては、現在の治験対象者はMCIの状態であるが、今後は発症前である prodromal さらには preclinical ステージの超早期対象者に対しての治験へとシフトしてくるものと考えられる。アルツハイマー病診断に関しては実際にはアルツハイマー病に該当しない患者がそのような診断を受けており、それが原因で病態をとらえきれていなかったということが考えられる。したがって、正しい診断に基づく治験が必要になってくる。

今後は治験を担当する米国 FDA や国内 PMDA の指導が期待されるが、日米の公的機関は似ていて微妙に異なる部分が存在する。少なくとも国内事情については、PMDA がプロトコルなど治験体制への承認は可能であるが、民間企業治験に対する積極的な「指導」には限界がある。今後、制度上の課題として検討されるかもしれない。同時にアカデミックの力を借りて、安価で効率よい創薬が行える仕組み作りが求められつつある。

10-1-2. Disease-oriented 基礎研究の推進

病態解明の基礎研究、臨床研究、トランスレーショナル研究が象徴の垣根を越えてバランス良く推進される必要がある。全体を総括する俯瞰的推進組織のリーダーシップも必要になる。

とりわけ近年、基礎医学的研究への投資が少ないことが危惧される。医学領域においても我が国の強みでもある基礎研究の充実（実際には復活）が望まれる。このことにより、我が国の認知症研究体制の基盤が充実し、最大の国家財産である人材の育成につながる。現状では、1つの新薬の成否が大きく医療界全体に影響しているが、継続的な治療薬の国内アカデミズムによる創薬開発は、医学医療の発展と国内医療レベルの向上に欠かせない。現在の認知症研究の90%は、アルツハイマー病に特化している。これは、その患者数、社会的インパクト、問題の深刻さなどからも理にかなっているが、同時に、認知症には類縁疾患が多く、アルツハイマー病を極める戦略の上からも、基礎病態学的な類縁疾患への視野も欠かせない。さらに国家戦略上の観点からも、製薬業界の貿易収支、その人的活力への関心の高さは特筆するに値する。我が国の製薬業界もグローバル競争に勝ち乗るためにも基礎研究領域への思い切った投資が必要である。

この基礎領域への研究投資こそ日本独自の研究の発展には大きく寄与することが期待される。基礎医学の研究予算縮小について、現在は実用性の高いものばかりが目され、新たな研究対象を発見するような研究は規模が小さくなっている。継続的にそのような基礎的な研究に投資していかなければ、後追いばかりの研究になってしまい、基礎研究が衰退してしまい、ひいては臨床研究能力の弱体化に連動すると考えられる。

10-1-3. 臨床研究の推進

米国におけるアルツハイマー病を中心とした認知症領域での臨床研究の歴史は長い。日本国内では企業治験が中心として展開してきており、アカデミズムでは半官半民資金で実施された J-ANDI 研究がある。それにもかかわらず本格的な認知症臨床研究がアカデミズムに浸透定着しているとは言い難い。国内の臨床サイトの施設設備、医師技術者、スタッフの技量とポテンシーは欧米に比して見劣ることはなく、むしろ精微であるといえることから、臨床研究責任者の力量が不足していることが主原因と言える。歴史的に日も浅い国内臨床研究を育成、熟成する為には、それなりの投資と時間が必要であるが、可能な限り成功、失敗の財産を次世代にプラスに継承することが期待される。

米国に追いつき、並び、追い越せるためにも、米国での支援体制に学ぶべき制度、組織がある。その代表がカルフォルニア大学の ADCS あるいは南カルフォルニア大学の ATRI 組織であろう。これらは、臨床研究、場合によっては NIH 主導の企業治験の支援推進を担っている。具体的には、新規研究企画、臨床データの質向上、臨床検査実施の支援などである。これらは主として、臨床研究のコアとも言うべき臨床データの取り扱いが中心となっているが、全米での脳画像などの支援体制も Mayo Clinic や Harvard に集中することにより、すべての認知症研究を支援する効率の良い仕組みとなっている。これらの支援体制である組織の存在は、個別の臨床研究、治験を越えて、継続的な統一基準としての研究面での質の担保につながると同時に、研究の継承にも大きく寄与することが期待される。さらに、後に議論するように、国際的視野に基づく体制作りを念頭に置いたものでなければ、今後のグローバル研究、治験に対応する上でガラパゴス状態となり、我が国の新薬課題でもある drug-delay 解消にも必要である事を付記しておきたい。

10-2. 総合的認知症研究の推進

上記概論で論じたように、治療という立場にある医学研究と同時に、介護や認知症施策など、社会学的な研究も含めた研究の重要性にも言及しておきたい。

実臨床で目の前にいる認知症の人および家族に対する取り組みは、当事者に丸投げすることなく、社会として受けとめる研究が求められている。これは、とくに認知症疾患が、誰でも等しく罹患する、多くの高齢者が罹患する可能性があることを考えると一部の人のだけの問題ではなく、広く国民、社会の問題そのものであることから、介護や認知症施策も含めた社会学的な研究も焦点を当てられるべきである。

ここで議論する総合的認知症研究は、医学研究と同じ方法論と戦略、評価である部分と、異なった部分があっても良い。両者を単純に並列比較するには、我々の知識と経験はあまりにも乏しいことを認識しておくべきであろう。それにもかかわらず、今後介護、施策の進歩には、エビデンスと検証という2つの視点の重要性を意識することが必要になる。

10-2-1. 介護、施策でのエビデンス

医療におけるエビデンスの重要性はこれまで多くの議論がある。認知症当事者、家族の尊厳と支援をする中心的役割を担うケアの重要性はますます重要になっている。そこで介護におけるエビデンスはどうかについて、同列に議論することが必要か、妥当かについては、その時期にあるのかどうかにも関連する課題であると考える。

介護におけるエビデンスは、諸施設での実践が中心となっており、介護を客観的に評価するためには、年月と分析数が十分とは言えない。現時点で、better care 方法論開発研究として実施できる客観的に成熟されて居ることが確認されなければならない。一般的な概論として、より強固なエビデンスを得るためには、多施設共同研究の実施、研究企画のデザイン、統計学的な視点、共通実践のプロトコル作成、評価法の開発、評価者の均質化などが求められる。現在、介護福祉士の国家資格が推進している現状で、専門職としての介護福祉士の役割が大きく充実しているところであり、近い将来、これらの better care 方法論研究が成し遂げられることが可能となるであろう。

現時点としては、研究推進の為に基礎データの蓄積と基盤整備が必要ではないか。まず個別の方法論、ケア実践研究を多施設での先行研究として推進することなどが、老健事業などによって推進することが望ましいのではないか。表面的な研究事業成果である統計的解析などを求めるよりも、基盤整備としての来るべき本格的な研究事業のために、問題点を洗い出すこと、評価基準の選定などスクリーニング的性格からのスタートとして、蓄積できる内容となることを求めたい。

介護の評価は、個別の意見を集約するがもっとも現実的な方略の1つであるが、個別のケア技術、声かけなどの利用者の評価をAI活用による研究成果をまとめることによって、個人情報を超えた新しい方向性が浮かび上がるかもしれない。

一方で施策の検証は難しい側面がある。これは担当者の人事異動による研究全体への関与の困難さと、後任による検証という2つの課題が克服されなければならない。しかしながら、すべての施行は完成されたものではないという意識で、是々非々の検証をすることで、より良い、より効率的な施策が実現されるはずである。問題を

クリアにすることで、進歩につながるという視点で施策検証をはかられたい。施策担当者の検証ではなく、施策検証である。担当者は、検証できる材料を提示したことが評価されなければならない。

10-2-2. 介護福祉士の活動研究

ケアラーに対する正しい客観的評価は、介護制度を安定かつ継続的運用をはかるためにも重要であり、ロボット活用、衛生具改良など多くの社会的課題と密接に関連した部分も多く、超高齢社会にある日本の果たすべき役割のひとつと言える。1つの方法として、ケアマッパーによる動作時間、種類の記述による評価がある。介護をより客観的にとらえることで、正しい評価を受けることが可能となり、改善すべきポイントも浮かび上がるはずである。

10-3. 認知症研究の今後の課題

今後改善すべきポイントは、①実施価値のある認知症研究であること、②エントリー対象者の掘り起こし、あるいは介護関係でいえば対象者の体系的分類化ができていること、このためのプラットフォームづくりが課題となってくる。

すでに欧州を中心としてEPAD (European Prevention of Alzheimer's Dementia Consortium) や米国を中心としたGAP (Global Alzheimer's platform) でのエントリー活動が動き始めているが、これらは治験企業の集合体であり、いわば純粋民間組織であるが、米国 NIH は GAP に与する TRC-PAD (Trial-Ready Cohort for Preclinical/Prodromal Alzheimer's Disease) に対して大きな研究費を補助することで、新しい一歩が動き始めている。最大の克服すべき課題である利益相反の視点を遵守することは言うまでもないが、市民目線と透明性の確保に留意した進展が望まれている。

この点については、米国では企業治験とは別に認知症臨床研究、治験が推進されているが、これらの公的な臨床研究の推進にも、製薬企業からの支援があり官民一体となった新薬開発の基盤整備と、病態評価法の開発が推進中である。これらは、public-private partnership (PPP) とともに、博愛主義精神 philanthropism を加味した PPPP とも称せられている仕組みであり、すみやかな民間資金を活用できる体制が必要である。このアカデミズムと製薬企業など民間活力と行政の三位一体活動は米国での1つの知恵であり、日本でも今後早急に参考にすべき検討課題といえよう。

最後に、治験対象がより早期にシフトする中で、症状評価をするための検査法が精密で高価になりつつある。そのために、小さなコホート、サンプル数を解決し、治験費用を減少させ、より迅速に多種類の治験を推進させる目的で、認知症研究データの共有化が議論されている。これは、国税の還元という日本国内だけの課題に留まらず、ロンドンサミット宣言でも特記されているように国際的共有化を意識したシステム作りをしなければならない。

もちろん、データ共有のためには、基盤となるデータ取得のレベルでの統一化が必要であり、この意味でも、国内の研究体制基盤整備が必要である。もちろん、国際性はすべての研究に必要なではないが、研究のガラパゴス化を避けるため、最少化するためあるいはより有効な研究成果の活用のためにも視野に入れておくべきである。

論点 11 伴走者・支援者の育成

新オレンジプランの実現はもとより，地域で認知症の人たちを支える，あるいは認知症の早期発見のために，認知症に関わる人材の育成は欠かせない。

11-1. 介護人材の現状

(第4回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 2015(平成27)年2月23日)

- ・介護職員 171 万人のうち，72%が施設等，残りが訪問介護員
- ・正規職員の割合はそれぞれ 56.5%，17.5%
- ・介護職員の保有資格別賃金は以下の通りであり，介護職員の平均賃金の水準は産業計(平均 34 万 2 千円)と比較して低い傾向にある。

1 か月の平均実賃金 (月給の者)

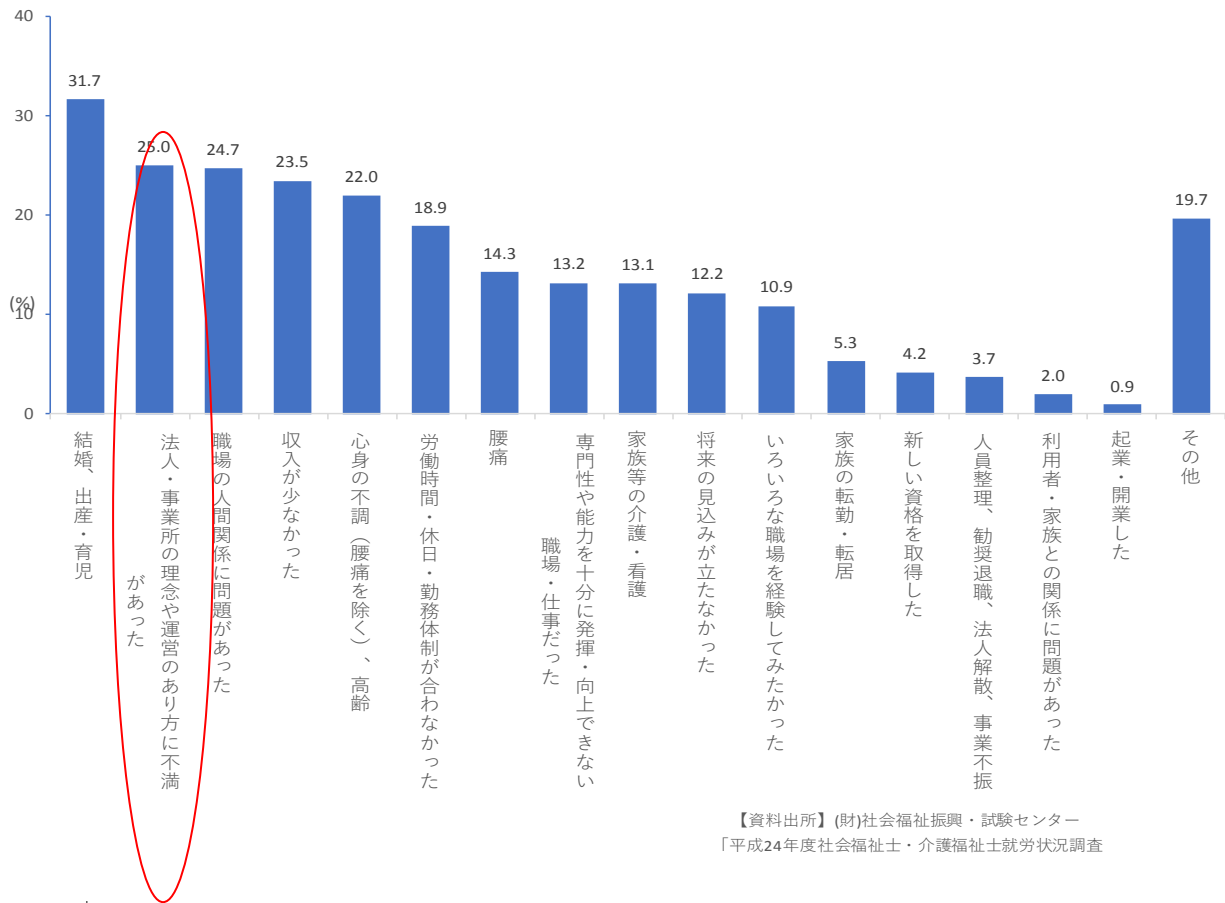
保有資格	平均実賃金	平均勤続年数
看護師・准看護師	286,138円	5.2年
介護支援専門員	274,471円	7.6年
介護福祉士	236,596円	6.0年
介護職員初任者研修	212,120円	4.1年
無資格	196,432円	2.9年

注1)実賃金とは、1ヶ月分として実際に支給した税込み賃金額。(残業、休日出勤手当等を含む。)

注2)平均勤続年数については、月給の者、日給の者及び時給の者を含む有資格者全体の勤続年数の平均である。

【出典】平成25年度介護労働実態調査((財)介護労働安定センター)

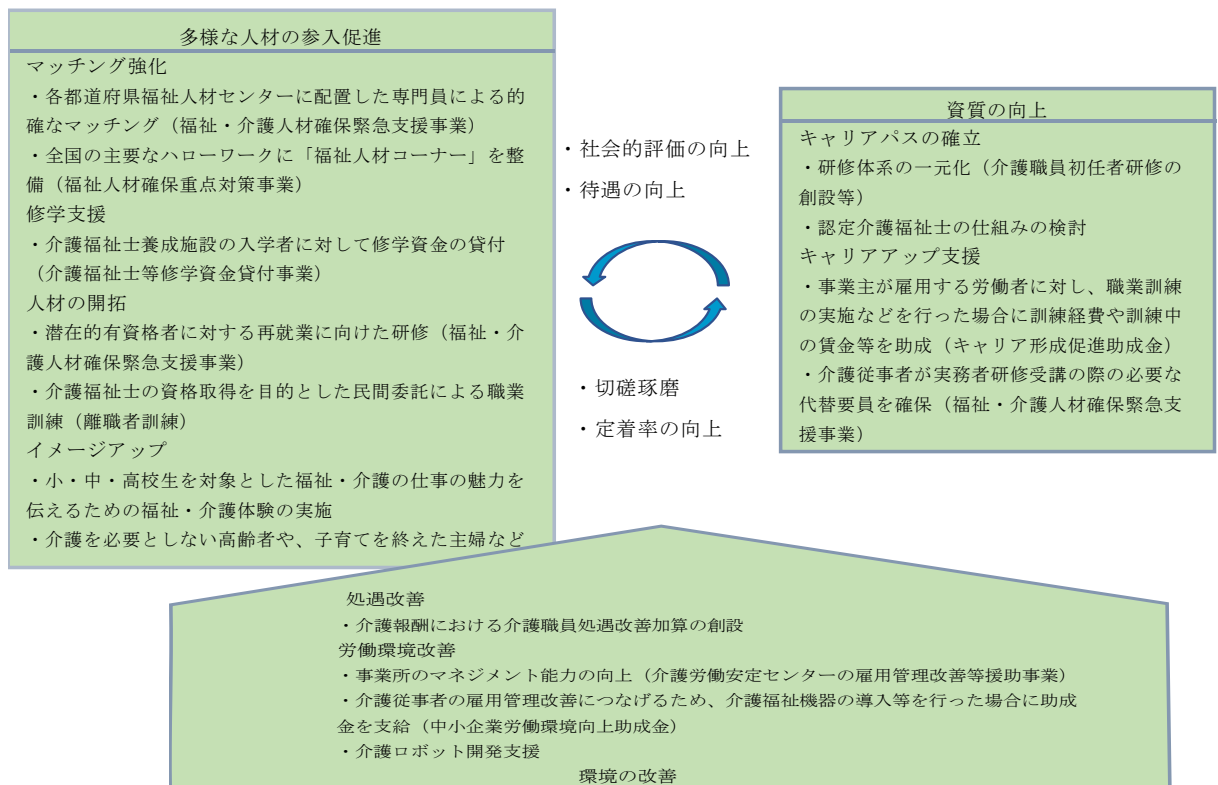
過去に働いていた職場を辞めた理由(介護福祉士：複数回答)では，結婚，出産・子育てが最も多く 31.7%であり，次いで，職場の方針や人間関係などの雇用管理のあり方が 25.0%と 2 番目に多い。((財) 社会福祉振興・試験センター「2012(平成 24)年度社会福祉士・介護福祉士就労状況調査」)



11-2. 人材の確保と育成の課題

(第4回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会 2015(平成27)年2月23日)

介護人材確保に向けた好循環のための施策



前記の施策評価については確認できていないが、ほぼすべてのカリキュラムを通して認知症に関する時間数が十分でなく、実践的な倫理教育に時間数が割かれるべきである。

- ・事業所の管理者を対象とした倫理，ケアの理念を含む認知症ケアに関する研修
- ・施設系と居宅系など働く場所による研修を受講する機会の不公平
- ・介護支援専門員の雇用者（事業所）との利益相反に関する課題およびさらなる認知症に関する研修

介護老人福祉施設あるいは介護老人保健施設の利用者を対象とした実態調査は行われているが、現在急増中の有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅の利用者を対象とした実態調査は行われていない。まず、そこで働いている職員および利用者，管理者を対象とした全国規模の実態調査が、介護の課題を明らかにするために必要であろう。そして、明らかにされた課題を踏まえた管理者と職員に対する研修が必要である。

下記の表は 2015(平成 27)年度高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果から都道府県によって要介護施設従事者等による虐待の事実が認められた 408 例を事業所の種別で見たものである。特別養護老人ホームが最も多く、次いで有料老人ホームとなっている。このなかで、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上のものが 75.4%を占めている。

	ホ ト 別 ル ム 養 護 老 人	施 介 設 護 老 人 保 健	施 介 設 護 療 養 型 医 療	共 認 同 知 生 活 対 応 型 介 護	有 料 老 人 ホ ー ム	(内訳)		居 小 宅 規 模 多 機 能 型 介 護 等
						住 宅 型	介 護 付 き	
件数	125	37	6	65	85	39	46	7
	軽 費 老 人 ホ ー ム	養 護 老 人 ホ ー ム	短 期 入 所 施 設	訪 問 介 護 等	通 所 介 護 等	居 宅 介 護 支 援 等	そ の 他	合 計
件数	3	5	19	25	24	2	5	408
割合 (%)	0.7	1.2	4.7	6.1	5.9	0.5	1.2	100

虐待の発生要因を以下に示す。内訳をみると、教育、知識、介護技術等に関する問題が多く 65.6%を占めている。

内容	件数	割合 (%)
教育・知識・介護技術等に関する問題	246	65.6
職員のストレスや感情コントロールの問題	101	26.9
虐待を行った職員の性格や資質の問題	38	10.1
倫理感や理念の欠如	29	7.7
人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	29	7.7
虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ	22	5.9
その他	8	2.1

養護者による虐待では、事実確認の結果、市町村が虐待を受けた又は受けたと思われたと判断した事例の件数は、15,976 件であった。養護者による虐待の発生要因で、最も回答が多い要因は「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」の 25.0%、「虐待者の障害・疾病」の 23.1%、「被虐待者の認知症の症状」の 16.1%、「家庭における経済的困窮（経済的問題）」の 14.4%、「被虐待者と虐待者の虐待発生までの人間関係」の 12.6%、「虐待者の性格や人格（に基づく言動）」の 10.4%、の順であった。

介護職員は約 170 万人といわれるが、認知症に関して唯一の体系的研修である、基礎研修、実践者研修、リーダー研修および指導者養成研修修了者は約 15 万人に留まり、1 割にも達していない。要支援・要介護認定者のおよそ半数が認知症であるが、今後さらに研修修了者を増やすことは喫緊の課題の 1 つである。

11-3. 医師・医療専門職教育

医師や医療専門職の教育では、以下の項目について検討が必要である。

- ・ 卒前・卒後教育における認知症に関する地域医療実習・介護実習
- ・ 入学後早期の高齢者および認知症に関わるアーリー・エクスポージャー
- ・ 公衆衛生学的観点での介護保険制度，ソーシャルキャピタル，地域づくりの理解
- ・ 認知症の人の生活という視点からの QoL の理解
- ・ 多職種連携 など

11-4. 専門医とかかりつけ医

2017(平成 29)年の改正道路交通法の施行に伴い、専門医数の不足が改めて指摘されているが、今後さらに増加に努める必要がある。

かかりつけ医の認知症対応力向上研修受講者数は増加し、認知症に対する意識や気づきは向上しているが、診断及び地域連携については必ずしも十分な内容ではない。

今後、ライフサポート研修などの内容を取り込み、多職種との連携をはかるためことを目的とした研修にする必要がある。そのため、研修時間の増加が必要となる。そのため、E-ラーニングなどの活用も検討するべきである。

(認知機能検査のネットワーク構築, ICTの活用)

軽度の認知症では詳細な認知機能検査が必要になることがあるが、認知症疾患医療センター以外でそれらを実施できる医療機関が少なく、画像検査とその読影を含めた地域のネットワークが地域によっては整っていない。サポート医によるこのようなネットワーク構築が求められる。今後、一部の認知機能検査については、遠隔診療という形をとることができるかどうかの可能性について検討が必要になるのではないかと。

(医療機関の周知)

依然として、認知症かもしれないと思ったときにどこを受診すればいいのかわからない人が多い。さらに周知が必要である。

11-5. 今後必要とされる人材

受けるサービスによって担当する介護支援専門が変わる現状があるが、担当の初めから最後まで同一の介護支援専門員が担当できる場合があってもいいのではないかと。

身体疾患のために急性期病院で検査や治療を受ける認知症高齢者が急速に増えているが、受け入れる側の対応力は必ずしも万全とはいえず、行動・心理症状の増悪や身体拘束の実施などの悪循環が起きている。

国は2014(平成 26)年度から「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修に関する調査研究事業を開始し、2015(平成 27)年度より「歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業」を始めている。さらに、2016(平成 28)年度より認知症ケア加算を診療報酬に設け、

そのための研修が始められている。加算 1 を取得した医療機関が増えることが望ましいが、チームを構成する看護師の要件は認知症看護認定看護師 (DCN) であるにもかかわらず、医師の要件は明確には示されていない。今後の課題である。参加者数を増やし、多職種が同じ研修を受けることができる枠組みが必要である。

11-6. その他の課題

認知症ケアは日常生活支援が大きな割合を占める。日常生活支援は介護保険制度では十分に対応されていない。

今後、独居あるいは高齢の核家族がさらに増加することを考えれば、認知症ケアとしての日常生活支援について行政、認知症サポーターあるいは高齢者ボランティアが担うことができる役割分担を慎重に検討することが求められる。

「認知症施策に関する懇談会」について

<趣旨と経過>

認知症施策に関する懇談会は、長年にわたり認知症医療・ケアの提供、人材育成、研究に関わってきた専門家が、日本の認知症施策のあり方について議論をしたものであり、第1ラウンドは2014（平成26）年7月から計11回にわたり開催され、2016（平成28）年3月に報告書（「認知症と共生する社会に向けて」）を発行した。

第2ラウンドは、新たに12名のメンバーが、第1ラウンドで十分に議論できなかった論点と新たな論点を加え、以下のように7回の議論を行った。

なお、第1ラウンド報告書は、公益社団法人日本老年精神医学会 ホームページより閲覧・ダウンロードが可能である。 <http://www.rounen.org/>

<懇談会（第2ラウンド）開催概要>

第1回	2016年9月29日（月祝）	振り返り、新しい論点の設定
第2回	2016年12月25日（日）	論点1，論点2，論点4
第3回	2017年3月4日（日）	論点2，論点6，論点7
第4回	2017年6月4日（日）	論点3，論点5，論点11
第5回	2017年8月27日（日）	論点2，論点8
第6回	2017年10月29日（日）	論点2，論点8（再検討），論点9
第7回	2018年4月8日（日）	全体のまとめ

※いずれも、13:00～15:30、場所は順天堂大学

第2ラウンド報告書：論点の一覧及び執筆の担当

論点	概要	担当 (敬称略)
1 エイジズム	社会における老人差別, エイジングと認知症について	松下正明
2 病気への理解	2-1 軽度認知症 (MCI) 2-2 BPSD 2-3 若年性認知症 2-4 マスメディア 病気に対する理解と, その報道等のあり方を通して, 認知症を正しく理解し偏見をなくしていく	2-1, 4 山田正仁 2-2, 3 池田 学
3 デメンシア・フレンドリー・コミュニティ	認知症にやさしいまちづくりについて (参考: 第1ラウンド論点2)	栗田主一
4 医療の役割	医療がコミットできる役割とその限界	新井平伊
5 認知症と就労	現在の就労支援制度をどう活用するか	三村 将
6 認知症の介護	認知症の介護についての問題 介護施設の現状, 介護に関わる人材について	前田 潔
7 尊厳を守る施策	本人の意思決定をサポートし運用する制度, 社会政策 (参考: 第1ラウンド論点5)	斎藤正彦
8 認知症施策の実施体制	実施体制のアイデア, 地域包括ケアシステム, 中央と地域との連携 (例運転免許問題) (参考: 第1ラウンド論点3)	繁田雅弘
9 認知症施策の評価	プロセス評価, アウトカム評価 (参考: 第1ラウンド論点6)	繁田雅弘
10 認知症研究の推進	治療薬の開発にどういう意味があるか, どう向きあうか (参考: 第1ラウンド論点7)	森 啓
11 伴走者・支援者の育成	サポート医・専門医はどうあるべきか, 伴奏者・支援者としてのNPO・ボランティア (第1ラウンド論点8)	本間 昭

協力 株式会社生活構造研究所

認知症施策に関する懇談会 メンバー（五十音順，敬称略）

新井 平伊（順天堂大大学院教授）

1984年順天堂大学大学院医学研究科修了，東京都精神医学総合研究所主任研究員，順天堂大学大学院講師を経て，1997年より現職。日本老年精神医学会理事長，日本神経精神医学会理事長，日本認知症学会理事など歴任。

粟田 圭一（東京都健康長寿医療センター研究所研究部長）

1984年山形大学医学部卒業，2001年東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野助教授，2005年仙台市立病院神経科精神科部長・認知症疾患医療センター科長を経て，2009年より現職。日本老年精神医学会理事，日本認知症学会理事など歴任。

池田 学（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室教授）

1989年大阪大学医学部卒業，兵庫県立高齢者脳機能研究センター医長，愛媛大学医学部助教授，熊本大学神経精神医学分野教授を経て，2016年より現職。日本老年精神医学会理事長，日本認知症学会理事，日本神経心理学会理事，国際老年精神医学会（IPA）理事など。

齋藤 正彦（東京都立松沢病院院長）

1980年東京大学医学部卒業，1991年東京大学医学部精神医学教室講師，医療法人社団慶成会青梅慶友病院副院長，よみうりランド慶友病院副院長，翠会和光病院院長を経て，2012年より現職。日本老年精神医学会理事，日本司法精神医学会理事。

繁田 雅弘（東京慈恵会医科大学教授，首都大学東京名誉教授）

1983年東京慈恵会医科大学卒業，1995年同精神医学講座講師，2003年東京都立保健科学大学教授，2005年首都大学東京健康福祉学部長，同人間健康科学研究科長，同副学長を経て現職。日本認知症ケア学会理事長。日本老年精神医学会理事。

武田 雅俊（仁明会精神衛生研究所所長）

1983年大阪大学大学院卒業。1996年大阪大学精神医学教室教授，大阪大学名誉教授，藍野大学学長を経て，2018年から現職。日本精神神経学会理事長，World Federation of Biological Psychiatry (WFSBP) のPresident，World Psychiatric Association (WPA) のSecretary for Scientific Meetingsなど歴任。

本間 昭（お多福もの忘れクリニック/NPO法人認知症ケア研究所）

1978年聖マリアンナ医大大学院。同神経精神科講師，東京都老人総合研究所精神医学研究部長，認知症介護研究・研修東京センター長を経て2009年より現職。専門は老年精神医学。日本老年精神医学会理事，日本認知症学会理事，日本認知症ケア学会理事長などを務めた。

前田 潔（神戸学院大学特命教授，神戸大学名誉教授）

1976年神戸大学大学院医学研究科修了，1998年神戸大学大学院教授（医学研究科），同附属病院副院長，2010年神戸学院大学教授，2017年同特命教授，日本神経精神医学会理事長，日本精神神経学会理事，日本老年精神医学会理事など。

松下 正明（東京大学名誉教授）

1962年東京大学医学部医学科卒。1987年横浜市立大学医学部教授，1990年東京大学医学部教授，1998年東京都精神医学総合研究所長，2001年都立松沢病院長，2009年東京都健康長寿医療センター理事長，2015年より都立松沢病院・大和病院非常勤医。元日本老年精神医学会理事長。

三村 将（慶応義塾大学教授）

1984年慶應義塾大学医学部卒業。1992年ボストン大学医学部行動神経学部門研究員，2000年昭和大学助教授等を経て，2011年より現職。日本高次脳機能障害学会理事長，日本うつ病学会理事長，日本老年精神医学会副理事長，日本認知症学会理事。

森 啓（大阪市立大学特任教授）

1974年大阪大学理学部卒業，1979年東京大学大学院理学研究科卒業（最終学歴），福井県立短期大学助教授，都老人総合研究所研究員，ハーバード大学研究員，東京大学医学部助教授，都精神医学総合研究所室長，大阪市立大学医学部教授を経て，田宮病院顧問。

山田 正仁（金沢大学大学院教授）

1984年東京医科歯科大学大学院修了。1988年カリフォルニア大学サンディエゴ校医学部博士研究員，1999年東京医科歯科大学大学院助教授，2000年金沢大学教授を経て，2001年より現職。専門は神経内科学。日本神経学会理事・認知症セクション・チーフ，日本認知症学会理事など。

● 認知症や認知症施策について，ご意見等お寄せください。

認知症と共生する社会に向けて

—認知症施策に関する懇談会 報告書 ②—

2018年12月

〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-8

東京慈恵会医科大学精神医学講座 繁田雅弘

masa@jikei.ac.jp



