

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	認知症—状況・施策・課題—
他言語論題 Title in other language	Dementia: Situation, Policies and Issues
著者 / 所属 Author(s)	小寺 正一 (Kotera, Shoichi) / 国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員 社会労働調査室主任
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	826
刊行日 Issue Date	2019-11-20
ページ Pages	29-58
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	認知症の世界及び日本における近年の状況、国際機関、各国・地域及び日本の認知症に関連する施策を紹介し、認知症への施策をめぐる諸課題について整理して述べる。

* 掲載論文等は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 意見にわたる部分は、筆者の個人的見解であることをお断りしておきます。

認知症

—状況・施策・課題—

国立国会図書館 調査及び立法考査局
専門調査員 社会労働調査室主任 小寺 正一

目 次

はじめに

I 認知症をめぐる現状

- 1 認知症とは
- 2 認知症有病率と将来予測
- 3 認知症の社会的費用

II 認知症に関する国際機関、各国及び日本の施策

- 1 WHO 行動計画
- 2 各国・地域の施策
- 3 日本の施策

III 認知症への施策に係る諸課題

- 1 認知症者の人権、虐待、身体拘束
- 2 成年後見制度の状況と医療同意、意思決定支援
- 3 終末期・緩和ケア
- 4 認知症根本治療の可能性と予防

おわりに

キーワード：認知症、認知症国家戦略、高齢者医療、高齢者福祉、高齢者虐待、成年後見制度、
医療同意、意思決定支援、緩和ケア

要 旨

- ① 近年、高齢化の進展に伴い、世界的に認知症の人が増加しているとされ、2050年には1億3千万人を超えるとの予測もある。我が国においても、65歳以上の認知症有病率は増大を続け、既に15%に達し、85歳以上に限るとおよそ半数が罹患していると言われる。
- ② 多くの認知症には根本的な治療法がなく、確実な予防法も存在していない。認知症を有する本人への影響はもとより深刻であるが、その家族や介護者の生活にも大きな変化をもたらし、膨大な社会的費用も発生する。
- ③ 世界保健機関（WHO）は、認知症を公衆衛生上の優先課題と位置付け、2017年には世界的な行動計画も採択、認知症を包摂する社会等7つの行動分野を示し、加盟各国には認知症に関する国家戦略・計画等を策定・更新するよう求めた。2019年初頭時点で、世界30か国近くが国家戦略・計画等を有しているが、根本的な治療の見通しが困難な中、認知症の人とその家族・介護者の生活の質向上を目指し、人権擁護など多様な内容が盛り込まれている。中でも、認知症を包摂する社会（認知症フレンドリー社会）の概念は、社会と環境のあらゆる側面を認知症の人と介護者の需要に見合う形に変えていこうとするものであり、多くの国の国家戦略・計画等に含まれるようになった。
- ④ 我が国で認知症への施策が本格化したのは1980年代後半以降であるが、2012年に国家戦略・計画等に相当するオレンジプラン、2015年には新オレンジプランが策定され、2019年には「共生」と「予防」を両輪とする認知症施策推進大綱が取りまとめられた。認知症への偏見是正、啓発・理解の促進、早期診断・支援体制の整備等、なお継続する課題も多い。認知症の人は、意思表示が困難な場合もあることなどから権利侵害を受けやすく、虐待や身体拘束などの課題もある。医療同意を始め、自律的な意思決定を支援する仕組みの充実が求められている。成年後見制度についても旧来の財産管理中心の組立てから、身上監護の観点が重視されつつある。
- ⑤ 世界の国家戦略・計画等には、認知症の人への終末期・緩和ケアを重視している例もあり、我が国においても課題であると考えられる。なお、これまで多くの努力が払われてきたものの、根本的な治療法や予防法がなお見出されていないアルツハイマー病等については、従来主流であったアプローチ方法を見直すなどの試みも行われつつある。

はじめに

高齢化の進展に伴い、世界的に認知症の人が増加している。我が国においても、介護が必要になった理由の筆頭に認知症が位置付けられるようになった⁽¹⁾。認知症はその本人に深刻な影響を与えるだけでなく、その家族・介護者の生活にも大きな変化をもたらし、ひいては各国の社会経済に膨大な費用が生じる。また、認知症の人は権利侵害を受けやすく、消費者被害や虐待が問題ともなっている。本稿では、認知症をめぐる状況、これまでの各国や我が国における施策、そして課題について考察する。

I 認知症をめぐる現状

1 認知症とは

(1) 概念

認知症 (dementia⁽²⁾) の概念は歴史的な変遷も見られるが、世界保健機関 (World Health Organization: WHO) による国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) では、「脳疾患による症候群であり、通常は慢性又は進行性であり、複合した高次皮質機能障害があり、それには記憶、思考、見当識⁽³⁾、理解力、計算、学習能力、言語や判断の障害が含まれている。意識混濁はない。通常は認知機能障害を伴い、時には、感情の制御、社会的行動や意欲の衰退がこれに先行して見られることもある。」としている⁽⁴⁾。また、米国精神医学会によるマニュアル (DSM-5) においては、6つの認知領域 (複雑性注意、実行機能、学習及び記憶、言語、知覚—運動、社会的認知) のうち 1 つ以上、以前の行為水準から有意な認知の低下があり、それが自立を阻害する (日常生活動作に援助を必要とする) 場合に、認知症とみなしており⁽⁵⁾、記憶障害が必須とされていないことに注意を要する。認知症は症状 (群) レベルの概念であり、その原因疾患は多様とされ⁽⁶⁾、代表的なものとし

* 本稿におけるインターネット情報は、2019 年 9 月 30 日現在である。また、人物の肩書は参考文献刊行時点のものである。なお、本稿は医学上の学術論文ではなく、医学分野の専門的知見の詳細については、提示した文献等を適宜参照されたい。

(1) 『令和元年版高齢社会白書』2019, pp.31-32. 内閣府ホームページ <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s2s_02_01.pdf>

(2) ラテン語の “*de mens*” に由来し、放心 (absence of mind) を意味するという。(Alexander F. Kurz and Nicola T. Lautenschlager, “The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace?” *International Psychogeriatrics*, 22(1), 2010.2, p.38.)

(3) 見当識 (orientation) とは、現在の日時や場所、周囲の状況や人物など自分の立場を正しく認識することをいう。(森山泰「第 4 章 認知症の治療と管理 5 非薬物療法 B 現実見当識訓練法」中島健二ほか編集『認知症ハンドブック』医学書院, 2013, p.263.)

(4) 「2. 基本分類表及び内容例示表 イ. ICD-10 (2013 年版) 準拠 内容例示表 第 5 章 精神及び行動の障害 (F00-F99)」『疾病、傷害及び死因の統計分類』pp.1-2. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/sipppei/dl/naiyou05.pdf>> なお、WHO は 2019 年 5 月、国際疾病分類第 11 版 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision) を採択した。(「第 72 回世界保健総会」日本 WHO 協会ホームページ <https://www.japan-who.or.jp/event/2019/AUTO_UPDATE/1905-16.html>)

(5) 米国精神医学会, 日本精神神経学会日本語版用語監修, 高橋三郎・大野裕監訳, 染矢俊幸ほか訳「Ⅱ 診断基準とコード 17 神経認知障害群」『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院, 2014, p.594. (原書名: American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, 2013.)

(6) 認知症や認知症様症状をきたす疾患・病態として、60 種以上が挙げられている。(日本神経学会監修, 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集『認知症疾患診療ガイドライン 2017』医学書院, 2017, p.7.)

では、アルツハイマー病、血管性疾患、レビー小体病、前頭側頭葉変性症がある（表1。本稿では、各々に対応する認知症を、「アルツハイマー型認知症」、「血管性認知症」、「レビー小体型認知症」、「前頭側頭型認知症⁽⁷⁾」と称する。）⁽⁸⁾。

近年では、認知機能の水準が、認知症と健常の中間にあり、低下はしているものの日常生活は自立して行えている軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment: MCI）の概念も定着している。MCI のケースでは、健常高齢者に比較すると、高い確率で認知症に移行する一方、正常の機能に回復する場合もあるとされる⁽⁹⁾。

表1 代表的な認知症

名 称	内 容 ^(注1)
アルツハイマー型認知症	脳萎縮等の発生。緩徐進行性の近時記憶障害と時間や場所等の見当識障害が主症状。後期には行動・心理症状（人格・行動変化、精神症状）が現れる。加齢とともに有病者の割合が増加する。
血管性認知症	脳血管障害の結果として起こる認知症の総称。認知機能低下に加え、構音障害 ^(注2) 、片麻痺、病的反射等が出現する。意欲の低下（アパシー）が見られる。
レビー小体型認知症	病的構造物（レビー小体）が大脳皮質等に蓄積。認知機能障害に加え、幻視や妄想、抑うつ気分といった精神症状を呈する。症状に大きな波がある。記憶障害が軽い。
前頭側頭（葉）型認知症	前頭葉が主に侵される。常同行動、脱抑制、病識欠如、外的刺激に反射的に反応する被影響性亢進等の症状が現れる。65歳以前に発症することが多い。

（注1） 各々の認知症における症状は、必ずしも対象者全てに出現・該当するわけではない。

（注2） 発声器官や神経障害のために、言葉がうまく発声できない状態。

（出典） 落合慈之監修、秋山剛・音羽健司編集『精神神経疾患ビジュアルブック』学研メディカル秀潤社、2015、pp.105-121；池田学『認知症—専門医が語る診断・治療・ケア—』中央公論新社、2010を基に筆者作成。

（2）来歴と名称

高齢期における認知機能の障害は、古代ギリシア・ローマの時代より知られていたが、当時は医療上の事案というよりむしろ、契約や遺言等に係る社会的・法的問題としてみなされていたという⁽¹⁰⁾。我が国では、今日の認知症に重なるとも考えられる「老耄（ろうもう。痴呆）」は、近世において自然の摂理（老化に伴う生理的プロセス）として不可避なものと認識されていたが、幕末の翻訳書を通じ、精神病の枠組みにおいて論じられる土壌が形成され、明治政府が採用した西洋医学では、病の文脈の中で医学的管理の下におかれ、癲狂院（てんきょういん。現在の精神科病院）への入院も視野に入れられるようになったといわれる⁽¹¹⁾。

一方、“dementia”の訳語は「痴狂」、「瘋癲（ふうてん）」、「痴呆」等、一定していなかったところ、明治末期、精神医学者の呉秀三氏が、「狂」などの文字を避ける観点から「痴呆」を提唱し⁽¹²⁾、その後広く使われていた。しかし、①侮蔑感を感じさせる表現であり、②実態を正確に表しておらず、③早期発見・早期診断等の取組の支障となることから、平成16（2004）年、厚生労働省の『『痴呆』

（7） 前頭側頭葉変性症は、前頭側頭型認知症のほか、意味性認知症、進行性非流暢性失語に分かれる。（池田学『認知症—専門医が語る診断・治療・ケア—』中央公論新社、2010、pp.129-131.）

（8） 一方、このようなサブタイプが個別に存在するという概念への疑問も見られる。アルツハイマー病と血管性認知症、アルツハイマー病とレビー小体型認知症においては、混合型の病理の方が「純粋な」病理より多いとの指摘がある。（WHO、日本公衆衛生協会訳「チャプター2 認知症の疫学」『認知症—公衆衛生対策上の優先課題—』日本公衆衛生協会、2015、pp.30-32.（原書名：WHO, *Dementia: a public health priority*, 2012.）WHO HP <https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/>）

（9） 数井裕光・武田雅俊「I. 神経認知障害群 軽度認知障害（DSM-5）」神庭重信総編集『DSM-5を読み解く 5』中山書店、2014、pp.35-40；下濱俊ほか「第6章 軽度認知障害」中島ほか編集 前掲注(3)、pp.457-487.

（10） Kurz and Lautenschlager, *op.cit.*(2), pp.37-42.

（11） 新村拓『痴呆老人の歴史—揺れる老いのかたち—』法政大学出版局、2002、pp.17-18, 57-69, 100-120.

に替わる用語に関する検討会」によって、「認知症」が最も適当であるとされた⁽¹³⁾。この変更を受け、今日では一般、行政、学術の各領域にこの用語が浸透し、認知症の啓発、国レベルでの認知症施策の促進につながったともされる⁽¹⁴⁾。しかし、偏見や理解不足の解消にはなお課題があろう。

(3) 症状

認知症の症状は、脳病変そのものから生じてくる中核症状（認知機能障害）と、それに伴う行動・心理症状（周辺症状。Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）からなる⁽¹⁵⁾。中核症状では DSM-5 でいう、学習と記憶や、実行機能（段取り・問題解決）等の認知機能に障害が生じ、疾患の進行とともに増悪する。BPSD には、徘徊、焦燥性興奮、攻撃的行動、幻覚・妄想、不安・うつ、無関心（アパシー）、等が挙げられる。原因疾患ごとに、特徴的な中核症状と BPSD を呈する（表 1）。BPSD は、身体的要因・環境的要因・心理的要因が相互に作用することによって生じ、介護の局面で困難やストレスをもたらす（代表的なものに「物盗られ妄想」⁽¹⁶⁾がある。）が、認知症を有する当事者（以下「認知症者」という。）にとっては、何らかの理由や原因があるとも考えられ、一概に「問題行動」とみなすことは避けなければならないとされる。

(4) 治療・ケア

認知症は、原因疾患に照らし、①根本的な治療ができる可能性のあるもの（甲状腺機能低下症、慢性硬膜下血腫等）、②発症や進行予防が可能なもの（血管性認知症）、③根本的な治療が困難なもの（神経変性疾患による、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等）に分類される⁽¹⁷⁾。治療可能な認知症は、10～30%ともされる⁽¹⁸⁾。

認知症の治療は、従来ケアやリハビリテーションが中心となり、薬物療法は補助的なものとして位置付けられてきている⁽¹⁹⁾。現在我が国において承認されている抗認知症薬は 4 種ある

(12) 「痴呆」に替わる用語に関する検討会『「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書』2004.12.24. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html>> なお、呉氏は原著において、“Dementia senilis” に対する訳語として、「老耄性痴呆」（ろうもうせいちほう）という語を用いている。（呉秀三「精神病ノ名義ニ就キテ」『神経学雑誌』7 巻 10 号, 1909.1, pp.549-553.）

(13) 「痴呆」に替わる用語に関する検討会 同上 本稿においても、原則として「認知症」を使用するが、原資料等に「痴呆」という用語が使用されている場合は、言い換えず、当時の表記をそのまま使用している。

(14) 栗田主一「病名変更が何をもちたかー痴呆から認知症へー」『精神医学』60 巻 11 号, 2018.11, pp.1191-1198. なお、OECD もこの名称変更がもちた受容の向上を評価している。（OECD, *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, 2018, p.96. <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en>>）

(15) 以下本項の記述に際しては、次の文献を適宜参考にした。池田 前掲注(7), pp.35-63; 中島ほか編集 前掲注(3), pp.26-97; 日本神経学会監修, 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集 前掲注(6), pp.19-24; 山田正仁編著『認知症診療実践ハンドブック』中外医学社, 2017, pp.44-52, 215-248; 落合慈之監修, 秋山剛・音羽健司編集『精神神経疾患ビジュアルブック』学研メディカル秀潤社, 2015, pp.100-125.

(16) 「自己の所有物で金銭に関連したお金や財布などが盗まれた」などと主張する妄想。介護者が対象となる場合が多く、猜疑心が強く、対象者を執拗に攻撃するため、介護負担は大きい。（仲秋秀太郎・佐藤順子「第 2 章 認知症の症候 2 周辺症状（BPSD）B 誤認妄想」中島ほか編集 前掲注(3), pp.65-76.）なお、精神科医の小澤勲氏は、この妄想について、「単なる痴呆の症状ではない。追いつめられた彼らの必死の表現であり、生き方の選択である。」とし、受容に至る過程に同道するケアの在り方を論じている。（小澤勲『痴呆を生きるということ』岩波書店, 2003, pp.196-218.）

(17) 池田 前掲注(7), pp.18-34. 神経変性疾患とは、脳の神経細胞がゆっくりと壊れていくもの。

(18) 丹羽篤「第 3 章 認知症の診断 4 診察 A 神経学的診察」中島ほか編集 前掲注(3), pp.127-133. ただし丹羽氏は、治療可能な認知症（treatable dementia）として、可逆的なものと、病前に戻すことはできないが、進展の抑制や症状の軽減が可能なものの区別を示している。

(19) 橋本衛「認知症診療の基本」『精神科治療学』33 巻 10 号, 2018.10, pp.1153-1159.

が⁽²⁰⁾、いずれも一時的な症候改善薬であり、脳内の病理変化の進行を止めることはできない(すなわち疾患修飾薬(根本的治療薬)ではない。)⁽²¹⁾。BPSD に対しては、デイサービス等の介護保険サービスの利用も検討し、非薬物療法によって減少の努力を十分払った後にのみ薬物療法(抗精神病薬を含む向精神薬の投与)が行われるべきであるとされる。認知症の非薬物療法としては、認知機能訓練、認知刺激、運動療法、回想法、日常生活動作(Activities of Daily Living: ADL)訓練、認知リハビリテーション等、様々なものがあり、症状改善効果のエビデンスが乏しい例もあるが、生活の質(Quality of Life: QOL)や生きがいの維持も含めて考えるべきともいわれる⁽²²⁾。加えて、介護者へのケアも重要である。

なお、近年では、パーソンフッド(personhood. その人らしさ)を中心的概念に据え、現れ方が千差万別である認知症のケアに際しては、その人の能力、好み、関心、価値観を理解し、その人らしさを維持し高めることが必要であるとする、パーソンセンタードケアの考え方⁽²³⁾が広がりを見せている⁽²⁴⁾。これに即すると、認知症に伴う各種の行動障害は、ニーズと結び付いたコミュニケーションの試みとして見るべきであり、満たされていないニーズに介護者が関わることが重要になるとされる。

2 認知症有病率と将来予測

(1) 世界の状況

国際アルツハイマー病協会(Alzheimer's Disease International: ADI)の調査⁽²⁵⁾によると、世界の認知症(有病)者数(60歳以上)は、2015年時点で4680万人と見積もられ、このうち58%が低中所得国⁽²⁶⁾(途上国)に属する。人口の高齢化を背景に、これは20年ごとにおよそ倍増していくと予測され、2030年時点で7470万人、2050年時点で1億3150万人とされる。特に低中所得国での増加が大きく、2050年時点では全体の68%を占め、地域的には南米やアフリカの予測伸び率が高い。60歳以上の2015年時点有病率は、サブサハラアフリカ西部の3.1%から、ラテンアメリカ南部の7.6%の間に分布し、世界全体では5.2%となる⁽²⁷⁾。また、新規の罹患者数(年間当たり)は990万人を超え、内訳は、アジア(49%)、ヨーロッパ(25%)、南北アメリカ(18%)、アフリカ(8%)となっている。世界の認知症罹患(発生)率(千人当たり・年間)⁽²⁸⁾は、60歳以上

(20) 一般名は、ドネペジル塩酸塩、ガランタミン臭化水素酸塩、リバスチグミン、メマンチン塩酸塩(医薬品医療機器総合機構の医療用医薬品情報検索システム <<https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch/>> による)。なお、これらの適応は基本的にアルツハイマー型認知症に対するものであるが、ドネペジル塩酸塩は、レビー小体型認知症に対しても認められている。

(21) 池内健「認知症治療薬」『医薬ジャーナル』Vol.55 S-1, 2019, pp.445-452; 武田雅俊「抗認知症薬開発の歴史と展望」『老年精神医学雑誌』30巻6号, 2019.6, pp.597-609. 疾患修飾薬とは、疾患の根本(原因)に介入し、その進行を止めたり遅らせたりする治療薬のこと。

(22) 日本神経学会監修,「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集 前掲注(6), pp.54-70.

(23) トム・キットウッド, 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, 2017. (原書名: Tom Kitwood, *Dementia Reconsidered: the person comes first*, 1997.)

(24) WHOの行動計画においても取り上げられている。WHO, *Global action plan on the public health response to dementia: 2017-2025*, 2017. <https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/>

(25) Alzheimer's Disease International, *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost & trends*, 2015. <<https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>>

(26) ここでは、世界銀行による一人当たり国民総所得(GNI)に基づく国別分類のうち、上位中所得国、下位中所得国、低所得国の3つのグループをまとめて指している。

(27) 21の地域別に有病率が示されており、日本が属するアジア太平洋高所得グループの有病率は7.0%とされる。

(28) 罹患率は、新たに診断された患者数を対象期間(通常1年単位)の人口値で除した値。10万人当たり、千人当たり、といった数値で示されることが多い。有病率は、ある時点の患者数全体を人口値で除した値。

全体では 17.3 人であるが、年齢に伴い指数関数的に増加し、60～64 歳の区分では 3.9 人のものが、70～74 歳では 10.6 人、80～84 歳では 31.7 人、90 歳以上では 104.8 人に達する。罹患率及び新規罹患患者数は、予防戦略の取組と関連性が高い指標である⁽²⁹⁾。

原因疾患別に見ると、世界的にはアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の順に多いとされる⁽³⁰⁾。

なお、このように近年、認知症の将来にわたる量的増大が強調されがちであるが、ADI 自身も各種の研究に一貫性が見られず、根底にある傾向について確固たる結論を得るのは困難、としている⁽³¹⁾ように、例えば英国では有病率・罹患率双方の減少を示す研究があり⁽³²⁾、アメリカにおいても有病率の減少を報告したものがある⁽³³⁾。後者の例においては、全体的な寄与要因は不明としつつも、教育水準との関連が指摘されている。

(2) 日本の状況

我が国における認知症の疫学調査は、1950 年代に始まるといわれるが、1970 年代の有病率は 4% 前後であり、その後は増加の一途を辿りつつ、2000 年以降では 8% を超えるとする報告が見られる⁽³⁴⁾。2010 年における 65 歳以上人口を対象にした調査⁽³⁵⁾では、全国の有病率は更に増大し 15%、認知症有病者数は 440 万人と推定された。同じ調査で、MCI の割合は 13%、MCI 有病者数は 380 万人とされ、合わせると高齢者の 28% が軽度以上の認知障害を有していることになる。前項 ADI のデータ等に基づく OECD の分析⁽³⁶⁾によれば、我が国の有病率は OECD 加盟国中最上位に位置し、平均の約 1.6 倍である。

有病率増大の要因としては、急速な高齢化もさることながら、過去においては主に中等度から高度の認知症者が診断されていたところ、認知症薬の登場以降、診断機会が増加したことや高齢夫婦（のみ）世帯が増加し、日常生活における障害が問題化する例が増え、軽症の認知症者が増大したことなどが挙げられている⁽³⁷⁾。

(29) WHO, 日本公衆衛生協会訳 前掲注(8), p.35. 我が国には正確な認知症罹患率 (incidence) のデータがないとの指摘が見られる。(「第 3 回認知症施策推進のための有識者会議 議事録」2019.5.16, p.7. 首相官邸ホームページ <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/ninchisho_kaigi/yusikisha_dai3/gijiroku.pdf>)

(30) WHO, 日本公衆衛生協会訳 同上, pp.30-32.

(31) Alzheimer's Disease International, *op.cit.*(25), pp.36-45.

(32) Fiona E. Matthews et al., “A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II,” *Lancet*, 382, October 2013, pp.1405-1412; F. E. Matthews et al., “A two decade dementia incidence comparison from the Cognitive Function and Ageing Studies I and II,” *Nature Communications*, 7:11398, April 2016, pp.1-8.

(33) Kenneth M. Langa et al., “A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012,” *JAMA Internal Medicine*, 177(1), 2017, pp.51-58.

(34) 和田健二ほか「認知症 /AD/MCI の疫学—現在と将来予測—」『Progress in Medicine』30 巻 8 号, 2010.8, pp.2081-2086. 調査は、比較的人口が多い都市における抽出調査と、人口が少ない地域における悉皆調査に大別され、人口構成や調査方法などの相違による誤差はあるとされる。

(35) 朝田隆ほか『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—平成 24 年度総括・分担研究報告書—』(厚生労働省科学研究費補助金認知症対策総合研究事業) 2013.3, p.5. <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201218011A#selectHokoku>> この調査のベースとなる都市部としては、茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市等 8 地域が選定されているが、東京・大阪・名古屋といった大都市は含まれていない。なお、この調査は認知機能検査の結果からの算定であり、実際の認知症患者数の予想は、介護保険受給者データから求めるのが正確ではないかとの指摘もある。(中村祐「医療経済的観点から考える抗認知症薬の費用対効果について」『老年精神医学雑誌』30 巻 6 号, 2019.6, pp.619-620.)

(36) OECD, “11.9 Dementia prevalence,” *Health at a Glance 2017*, 2017. <<http://dx.doi.org/10.1787/888933605806>>

(37) 和田健二「第 1 章 認知症診療の基本 1 認知症とは? 4 疫学」中島ほか編集 前掲注(3), pp.8-15.

原因疾患別には、世界的傾向と同様に、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症の順に多いとされる⁽³⁸⁾。1980年代以降、血管性認知症の有病率がほぼ横ばいである一方、アルツハイマー型認知症が相当増大しており⁽³⁹⁾、認知症発症後の予後（5年生存率）も改善傾向にあることと併せ、我が国における認知症急増の背景とする指摘もある⁽⁴⁰⁾。

我が国における認知症有病者数（65歳以上）の将来予測としては、厚生労働科学特別研究事業によるもの⁽⁴¹⁾があり、各年齢層の有病率⁽⁴²⁾が2012年以降一定との仮定の下では、2025年675万人（全体有病率18.5%）、2040年に802万人（同20.7%）などと推計されている。病型別に見ると、やはりアルツハイマー病の顕著な増加が予測⁽⁴³⁾されており、寝たきりのような高度ADL障害⁽⁴⁴⁾を来した、重度の介護を要する認知症者の増大が示唆されている。その一方、この推計には要介護認定レベルで「非該当／申請なし」のものも含まれており、患者数に占める割合が、2025年で46%、2040年で44%となることにも注意が必要である⁽⁴⁵⁾。なお、糖尿病の頻度と認知症有病率には有意な関連があるとの観点から、糖尿病頻度が増加する（有病率上昇）との仮定の下では、認知症者数も相当増大するとの推計も併せて示されている。

3 認知症の社会的費用

ADIは、世界全体での認知症の社会的費用を、大きく医療、社会的（施設等公的）ケア、インフォーマルケア（家族・友人等による介護）の3つに分けて推計しており、2010年と2015年のデータを比較できる⁽⁴⁶⁾。2015年における総費用は、2010年より35%高い8180億米ドル（対世界GDP比1.1%）とされ、内訳は医療が最も低い割合で19.5%、社会的ケア40.1%、インフォーマルケアが40.4%となっている。低中所得国ではインフォーマルケアが中心的対応になること等から⁽⁴⁷⁾、費用は高所得国に集中しており（87.4%）、一人当たりで見ると、高所得国では36,669米ドル、低所得国では1,019米ドルとなり、36倍もの格差が生じている。また、2030年の世界全体の費用の予測値は、約2兆米ドルとされる。なお、認知症の社会的費用については、ほかにも

(38) 日本神経学会監修、「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集 前掲注(6), pp.12-13.

(39) 和田ほか 前掲注(34), pp.2081-2082; Tomoyuki Ohara et al., “Trends in dementia prevalence, incidence, and survival rate in a Japanese community,” *Neurology*, 88(20), May 16, 2017, pp.1925-1932.

(40) 小原知之・二宮利治「地域高齢住民における認知症の有病率・発症率・予後の時代的变化：久山町研究」『老年期認知症研究会誌』22巻7号, 2018.7, pp.38-39.

(41) 二宮利治ほか『日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究—平成26年度総括・分担研究報告書—』（厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業）2015.3, pp.2-19. <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>> この調査のベースとなったのは福岡県久山町である。また、前記都市部調査のデータ（朝田ほか 前掲注(35)）を用いて補正が加えられている。

(42) 2012年における有病率は、65～69歳で男性1.94%、女性2.42%、75～79歳で男性9.55%、女性11.95%、85歳以上では男性47.09%、女性58.88%に達するなど算出されている。（二宮ほか 同上, p.11.）

(43) 85歳以上の超高齢期の女性において、アルツハイマー病を有する割合が高く、この年代の女性が今後急速に増加すると推計されている。（同上, p.5.）

(44) ADLのレベルは、日常生活動作における高齢者などの機能的評価を数値化したバーセル指数により、正常～軽度（95-100点）、中等度（25-90点）、高度（0-20点）に分けられている。（同上, p.4.）

(45) 同上, p.15に基づき試算。なお、ADLレベルで、正常から軽度のものを見ると、2025年に40.5%、2040年に37.3%となり、高度のものはそれぞれ19.1%、19.7%となる。（同, p.14に基づき試算。）

(46) Anders Wimo et al., “The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010,” *Alzheimer’s & Dementia*, 13, 2017, pp.1-7; Alzheimer’s Disease International, *op.cit.*(25), pp.56-67; WHO, 日本公衆衛生協会訳 前掲注(8), pp.36-39. なお、諸条件により費用は変動する（感度分析）が、例えば介護の水準においては、中位の推計値をここでは紹介している。見守りなども含めた上位推計の場合、費用はさらに30%程度増大する。

(47) 有償介護や介護施設利用ではなく、無償のインフォーマルケアを賃金換算した場合、比較的低賃金の低中所得国の費用は少なくなる。

国・地域ごとなど様々な研究がある⁽⁴⁸⁾が、米国保健福祉省（U.S. Department of Health and Human Services）では、一人当たり 75,000 米ドルから 83,000 米ドルという費用（2010 年）を示している⁽⁴⁹⁾。

我が国を対象とした類似の研究⁽⁵⁰⁾の結果では、2014 年における認知症の社会的費用は 14 兆 5140 億円と推計され（対 GDP 比：2.97%、内訳：医療費 13%、介護費 44%、インフォーマルケア費 42%）、医療費の割合が若干低くなっているが、世界全体の傾向と重なっている⁽⁵¹⁾。また、認知症患者一人当たりのインフォーマルケア時間は、週当たり 24.97 時間、インフォーマルケアコストは、平均で年間 382.1 万円と算出された。認知症社会的費用の将来推計では、2025 年に対 GDP 比 4.14% に達するとされている。

Ⅱ 認知症に関する国際機関、各国及び日本の施策

認知症に関する施策は、中長期的には根本的な治療と予防法の創出を求めていくことになるが、その見通しが困難な状況にある中、当面は認知症者とその家族等の生活の質を向上させることに主眼を置いた施策が展開される必要がある。そのためには、医療・介護の分野はもとより、広範な社会資源の開発・利活用を進めなくてはならないだろう。ここでは、その観点から国際機関や各国の施策の展開状況・重点領域を確認し、また、我が国における認知症施策の歴史的な経緯を振り返りたい。

1 WHO 行動計画

2017 年 5 月、WHO は、「認知症に関する世界的な行動計画（Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia, 2017-2025）⁽⁵²⁾」（以下「WHO 行動計画」という。）を採択した。これは認知症者、その介護者、家族の生活を向上させ、コミュニティや国レベルでも認知症による影響を軽減することを目的としたものであり、分野横断的な 7 つの原則と 7 つの行動領域から構成される（表 2）。2 番目の行動領域において示されている、認知症フレンドリー社会とは、認知症者とその介護者・家族の生活の質と尊厳を確保することを目的とし、そのイニシアチブには、認知症者の人権の保障、偏見の是正、認知症者の社会関与の促進、家族や介護者へのサポートなどが含まれ、アメニティ、製品、サービスの提供を含め、社会と環境のあらゆる側面を認知症者と介護者の需要に見合う形に変えていくものである⁽⁵³⁾。この概念は、近年広く使われるようになっている⁽⁵⁴⁾。

(48) OECD, *Addressing Dementia: The OECD Response*, 2015, pp.22-24. <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>>

(49) U.S. Department of Health and Human Services, *National Plan to Address Alzheimer's Disease: 2018 Update*, 2018, p.4. <<https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/259581/NatPlan2018.pdf>>

(50) 佐渡充洋ほか『わが国における認知症の経済的影響に関する研究—平成 26 年度総括・分担研究報告書—』（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業））2015.3. <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201418007A>>

(51) 世界の高所得国に限定した構成比を見ると（2015 年）、医療 19%、社会的ケア 43.1%、インフォーマルケア 37.9% となっている。（Wimo et al., *op.cit.*(46), p.4.）

(52) WHO, *op.cit.*(24)

(53) *ibid.*, pp.14-15.

(54) 徳田雄人『認知症フレンドリー社会』岩波書店, 2018. 徳田氏は、認知症者を一方から支える対象として捉える従来の福祉観との相違を強調し、膨大な認知症者の存在を前提として法・制度・企業活動等をアップデートする必要性を説いている。また、社会生活上の障害は、社会側の要因に帰するという「障害の社会モデル」の考え方から、認知症者についても「つくられた障害」があり、その BPSD は周囲の環境調整・合理的配慮の提供によって最小化可能であるとする論も見られる。（上野秀樹「認知症の人に対する精神科アウトリーチサービスの検討」松下正明・齋藤正彦編著『認知症医療・ケアのフロンティア』日本評論社, 2018, pp.61-85.）

表2 WHO 行動計画（原則と行動領域）

	内 容	
7つの原則	(1) 認知症者の人権配慮（国連障害者権利条約等との整合） (2) 政策・計画・法制等における認知症者とその介護者への権限付与・関与 (3) 認知症のリスク減少とケアのための証拠に基づく実践（パーソンセンタードを含む） (4) 認知症への公衆衛生対応における、多セクター間の協働 (5) 認知症へのユニバーサルな医療・社会的ケア保障 (6) 衡平性（ジェンダー、障害者、高齢者、移民等） (7) 認知症予防・治療・ケア（に係る知識）への適切な考慮	
7つの行動領域	各領域	目 標（2025年まで）
	(1) 公衆衛生上の優先課題としての認知症	75%の国 ^(注) が、認知症国家戦略・計画等を策定又は更新
	(2) 認知症啓発とフレンドリー（認知症を包摂する社会の促進）	100%の国が、少なくとも1つの認知症啓発キャンペーンを実施
		50%の国が、少なくとも1つの認知症フレンドリーイニシアチブを持つ
	(3) 認知症リスクの減少	非感染症に係る各種の目標達成（糖尿病・肥満、血圧、喫煙、飲酒等）
	(4) 認知症の診断・治療・ケア・サポート	少なくとも50%の国において、認知症の診断率が最低50%となる
	(5) 認知症介護者のサポート	75%の国が、介護者と家族のためのサポート及び研修計画を提供する
	(6) 認知症のための情報システム	50%の国が、自らの情報システムから、認知症の統計指標を2年ごとに収集する
	(7) 認知症研究とイノベーション	世界の研究成果（論文数）を2倍にする

（注）表中の「国」は、WHO加盟国（2019年4月現在、194か国・地域）を指す。

（出典）WHO, *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia, 2017-2025*, 2017. <https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/> を基に筆者作成。

2 各国・地域の施策

WHO 行動計画の目標（表2）として、2025年までに75%の国が、認知症国家戦略・計画等（以下「戦略等」という。）を策定・更新することが掲げられている（7つの行動領域における（1））⁽⁵⁵⁾。ADIによれば、2019年初頭時点で、我が国を含め30か国近く（うちWHO加盟国は26）が戦略等を採択しているが、WHO 行動計画に先行して策定した国が大部分であり、必ずしも目標に沿って進捗しているとはいえない（30か国程度が作業中とされる。）⁽⁵⁶⁾。

ここでは、各国・地域の戦略等の特徴を見ていく。

（1）ヨーロッパ

スウェーデンでは、1992年、認知症であってもコミュニティの全ての市民と同じ通常の生活を送るべきであるとする、「ノーマライゼーションプロセス」を提唱する社会的政策が策定された⁽⁵⁷⁾。これは戦略等にあてはまらないが、後につながる重要な理念を示したものと評価できる。

ヨーロッパで策定されている戦略等は、23に上る⁽⁵⁸⁾。表3は、各戦略等の特徴的内容を整

⁽⁵⁵⁾ 各国の認知症計画策定に向けたガイドも作成されている。（WHO, *Towards a dementia plan: a WHO guide*, 2018. <https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/policy_guidance/en/>）

⁽⁵⁶⁾ Alzheimer's Disease International, *From Plan to Impact II*, 2019.5. <<https://www.alz.co.uk/adi/pdf/from-plan-to-impact-2019.pdf>> 特に今後認知症者の増大が予測されるサブサハラアフリカ地域では策定事例がない。

⁽⁵⁷⁾ WHO, 日本公衆衛生協会訳 前掲注(8), p.45.

⁽⁵⁸⁾ 2018年時点。これには、イギリスの4つのカントリ（イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド）、イスラエル、認知症もその1つである神経変性疾患に関する国家戦略を有するフランス・スペインを含む。前出のADIとは集計方法が異なる。（Alzheimer Europe, *Dementia in Europe Yearbook 2018: Comparison of national dementia strategies in Europe*. <<https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>>）

表3 ヨーロッパ各国・地域における認知症関連戦略・計画等の特徴的内容（例示）

主な対象事項	特徴的内容
人権	・ 認知症者の尊厳、自律性、自己決定等に焦点を当てる（各国 ^(注1) ） ・ 国際条約（ヨーロッパ人権条約、国連障害者権利条約等）への参照（各国）
行為能力、代理意思決定	・ 認知症初期段階で財産、法的問題、健康、福祉に関する重要な意思決定をする際の心理的サポート（マルタ）／代理意思決定等の規定に対する啓発の重要性（各国）
診断、診断後のサポート	・ 効果的な治療、認知症者・家族の将来計画、生活の質向上等のため、適時の診断（各国） ・ 診断者数の増加に関する具体的な目標（デンマーク、ウェールズ） ・ 認知症診断後（最低）1年間のリンクワーカー ^(注2) によるサポート保証（スコットランド）
コミュニティベースのサポート、在宅ケア、施設・長期ケア	・ 可能な限り自宅における生活をサポート（スコットランド、オランダ） ・ 地域における、認知症の全ステージにおける多分野専門家チームによるサポート（各国） ／医療と社会ケア等組織構造横断的な調整（ノルウェー、ウェールズ） ・ 認知症者に適した新しい施設、既存施設の現代化（ノルウェー）
薬物介入	・ 薬物（抗精神病薬）の適切な使用、減量（各国）／抗精神病薬消費減少に向けた数値目標（デンマーク）
終末期・緩和ケア	・ 事前決定及び同意された緩和ケアパスの重要性（ウェールズ）／終末期におけるケアの品質を保証するガイドライン（ギリシア）／高品質の緩和・終末期ケアへの時機を得たアクセス（スコットランド）／国レベルの既存の枠組みに即したサービス提供（各国）
トレーニング・研修	・ 医療、社会的ケアの領域横断的な研修に焦点（各国） ・ 脳の健康促進、早期兆候発見、終末期・緩和ケア等の教育機関での研修（フィンランド）
インフォーマルな介護者	・ ケアとともに生活できると感じられるよう、レスパイト ^(注3) 、教育訓練、感情・心理学的サポートなどを介護者が受けられる機会の提供（イングランド） ・ 介護者の健康状態や生活の質のモニタリング（イタリア）
予防 ^(注4) と啓発	・ 社会的接触を保つことによるアクティヴエイジング・健康に焦点をおくキャンペーン（ルクセンブルク）／脳の健康プロモーション、ティーンエイジャー向けキャンペーン（フィンランド）／個人向けリスク評価ツールへのアクセス（イングランド）
認知症フレンドリー	・ 認知症フレンドリーコミュニティに向けた取組（各国）／全ての自治体を認知症フレンドリーとする目標、住宅のフレンドリーレベル向上・ラベリングシステム（デンマーク） ・ 認知症フレンドリーの基準を正式化するため、標準化団体と連携（イングランド） ・ 急性期・一般病院環境の認知症への適応化（スイス、スペイン）
研究	・ 施策の基盤となる日常のデータ収集／有病率・罹患率の評価・モニタリング（各国） ・ 認知症者と介護者の研究への参加促進（ウェールズ、マルタ、イングランド）

（注1）一定の数の国・地域において取り上げている類例が見られる場合、「各国」と表記する。また、特定の国名を挙げている場合も、他の国・地域で類似の取組が存在することがある。

（注2）地域社会との連携を保ちつつ生活できるように、初期段階における精神的・日常生活上の支援を行うもの。

（注3）介護者の休息や冠婚葬祭等何らかの事情のため、一時的に対象者の入院・施設入所等を行うこと。

（注4）予防には、健康影響が生じる前の1次予防、早期段階で疾病を特定する2次予防、診断後に疾病の進行を遅延・停止させる3次予防があるが、戦略・計画等ではおおむね1次予防に焦点が当てられている。

（出典）Alzheimer Europe, *Dementia in Europe Yearbook 2018: Comparison of national dementia strategies in Europe*. <<https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>>; Alzheimer's Disease International, *National Dementia Action Plans: Examples for Inspiration*, 2017. <<https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/national-plans-examples-2017.pdf>>; ヨーロッパ各国・地域の認知症関連戦略・計画等を基に筆者作成。

理・例示したものであるが、多様な事項が含まれる中、前提として認知症者の人権を扱っている例が見られる。認知症者は、基本的な権利や自由を制約されることが多く、BPSDによる行動等によって、身体拘束や薬剤の使用が正当化されるケースも生じる⁽⁵⁹⁾。そして、認知症者は言語でのコミュニケーションが困難になり、「何もできない（わからない）人」とみなされてしまうこともあるが、これは誤解、偏見であるとされる⁽⁶⁰⁾。認知症者の権利と能力を認識し、その尊厳、自律性、自己決定を重視する姿勢が、ヨーロッパ各国の戦略等において現れている。なお、WHO 行動計画でも示されている認知症フレンドリー社会の概念は、最も進んでいるといわれるイギリス⁽⁶¹⁾を始め、様々な国の戦略等に反映されている。

(59) WHO, 日本公衆衛生協会訳 前掲注(8), pp.55-56.

(60) 里村佳子「第2章 認知症の人との関わり方」『尊厳ある介護』岩波書店, 2019, pp.37-71.

(61) 徳田 前掲注(54), pp.75-106.

(2) 米国

米国では、2011年に国家アルツハイマー計画法（National Alzheimer's Project Act, P.L.111-375）が成立し、同法の下、2012年にアルツハイマー病⁽⁶²⁾に関する国家計画が策定された。以降、この計画は毎年改訂されているが、次の5つの目標を持つ。①2025年までにアルツハイマー病・認知症の予防と効果的な治療を実現する、②ケアの質と効率性を高める、③アルツハイマー病・認知症の人々とその家族のためのサポートを拡大する、④国民の理解と関与を深める、⑤進捗を追跡し、更なる向上を図る⁽⁶³⁾。そして各目標を達成するための、多数の戦略と行動を列挙する、という構造になっている。この国家計画の特徴の1つとして、知的・発達障害やダウン症候群⁽⁶⁴⁾を有する人々及び少数人種・民族⁽⁶⁵⁾における認知症の課題を扱っていることが挙げられる。

(3) 韓国

韓国では、2008年に第1次の国家計画が出され、2011年に認知症管理法⁽⁶⁶⁾が制定された後は同法の下、2012年に第2次、2015年には第3次計画（2016-2020）が策定されている⁽⁶⁷⁾。第3次計画では、認知症者とその家族が快適かつ安全に暮らせる社会の構築をビジョンとし、そのための4つの目標として、①コミュニティベースの予防と管理、②便利で安全な診断・治療・ケア、③家族介護者の負担軽減、④研究・統計・技術を通じたサポート、を掲げた。特徴としては、コミュニティを基盤とした予防・早期発見、医療とケアの連携重視、診断・治療・ケアの統合という柱の新設、研究・データベース管理・技術開発を単独の柱としていること等が挙げられる⁽⁶⁸⁾。なお、認知症管理法は、2018年に認知症国家責任制の推進のため改正された。認知症国家責任制とは、認知症に伴う苦痛や負担を、認知症患者やその家族に背負わせないように、国による体系的な支援体制を構築することを目的とするものである。この改正には、認知症安心病院の指定や認知症安心センターの設置規定が含まれた⁽⁶⁹⁾。

(4) オーストラリア

オーストラリアでは比較的早期の段階で、コミュニティと在宅高齢者ケアに焦点を当てた、「認知症ケアのための国家行動計画（National Action Plan for Dementia Care 1992-97）」を策定し⁽⁷⁰⁾、

(62) アルツハイマー病に加え、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、血管性認知症（原文では、vascular contributions to cognitive impairment and dementia: VCID）、混合型も対象としている。

(63) U.S. Department of Health and Human Services, *op.cit.*(49), p.6.

(64) ダウン症候群においては、認知症を発症するリスクが高いことが知られる。（川又純「第7章 アルツハイマー型認知症 A 臨床で必要となる基本事項」中島ほか編集 前掲注(3), p.500.）

(65) アメリカ・インディアンとアラスカ先住民を対象としたプログラムなどが挙げられている。（U.S. Department of Health and Human Services, *op.cit.*(49), pp.12-13.）

(66) 「[1810144] 치매예방관리법안 (유재중의원등 11인)」의안정보시스템ホームページ <http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_G1M0N1E2I0J6D1E5K0N6O5F3H8Q4Q5>

(67) Ministry of Health and Welfare, *The 3rd National Dementia Plan: Living well with dementia in the community*, 2015, pp.5-6, 13. <https://www.nid.or.kr/info/dataroom_view.aspx?bid=144>

(68) 李玲珠『韓国認知症政策のセオリー評価』晃洋書房, 2019, pp.45-49.

(69) 藤原夏人「『韓国』認知症管理法の改正—認知症国家責任制に係る法整備—」『外国の立法』No.277-2, 2018.11, pp.18-19. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11179149_po_02770209.pdf?contentNo=1>

(70) Australian Health Ministers' Conference (AHMC), *National Framework for Action on Dementia: 2006-2010*, 2006, p.8. 認知症介護情報ネットワークホームページ <https://www.dcnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/au09_02NationalFramework.pdf>

その後 2006 年⁽⁷¹⁾、次いで 2015 年⁽⁷²⁾に国家戦略を公表している。2015 年の国家戦略では、7つの優先行動領域⁽⁷³⁾を置き、各々に対してアウトカムと行動を設定する構成となっている。特徴的な点としては、多様なニーズを持ったグループの重視である。ここには、先住民であるアボリジニとトレス海峡諸島民、若年性認知症⁽⁷⁴⁾、文化・言語的に多様な背景をもつ人々⁽⁷⁵⁾、障害者、経済的・社会的に不利な立場におかれた人々、ホームレス、独居者、LGBTI⁽⁷⁶⁾等が挙げられているが、必要なケア資源にアクセスすることができない、へき地・遠隔地の問題も取り上げられている点に注意が必要である。なお、認知症は時間とともに認知能力が損なわれていく、予後が限られた (life-limiting) 状態であるという理解⁽⁷⁷⁾を増進するとし、認知症者のニーズと選好に合わせた適切な終末期・緩和ケアサービスが求められ、診断後、早い段階におけるアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: ACP)⁽⁷⁸⁾を促進する、とされている。また、オーストラリア国民の健康的・活動的なライフスタイルをサポートするための健康戦略を促進し、認知症のリスク要因・リスク減少戦略に関する正確な、証拠に基づいた (evidence-based) 情報を提供、個々人がそれに沿った行動を容易に採れるようにする、すなわち、一種の予防戦略を明記している点も重要である。

3 日本の施策

(1) オレンジプラン (2012 年) 以前

老人福祉法 (昭和 38 年法律第 133 号)⁽⁷⁹⁾制定以来の、我が国における認知症に関連した施策の流れを表 4 にまとめた。長寿化が進む中、1960 年代において高齢者の課題とされたのは、むしろ寝たきりの老人であった⁽⁸⁰⁾。精神疾患とされる認知症は医療の対象であり、自宅での対応が困難になった場合、福祉施設である特別養護老人ホームではなく、精神科病院又は老人病院が主たる選択肢となる、という認識が 1980 年代半ばまで一般的であったとされる⁽⁸¹⁾。1972 (昭和

(71) *ibid.*

(72) Australian Health Ministers Advisory Council (AHMAC), *National Framework for Action on Dementia 2015-2019*, 2015. <https://agedcare.health.gov.au/sites/default/files/documents/09_2015/national-framework-for-action-on-dementia-2015-2019.pdf>

(73) ①啓発促進と (認知症) リスクの減少、②時機を得た診断の必要性、③診断後のケアとサポートへのアクセス、④進行中のケアとサポートへのアクセス、⑤病院における、またその後のケアとサポート、⑥終末期・緩和ケアへのアクセス、⑦研究促進支援

(74) ここでは、65 歳未満 (アボリジニとトレス海峡諸島民にあっては 50 歳未満) で発症する認知症を指す。

(75) 認知症への偏見・タブー視により、ケアやコミュニティサービス等を受け入れない場合もあるとされる。(Australian Health Ministers Advisory Council (AHMAC), *op.cit.*(72), p.6.)

(76) Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex の頭字。

(77) オーストラリアでは、認知症は死因の 3 番目とされる (2011 年)。(Australian Health Ministers Advisory Council (AHMAC), *op.cit.*(72), p.1.)

(78) アドバンス・ケア・プランニングとは、対象者が意思決定やコミュニケーションをできなくなる場合に備え、その信条・価値観・選好を知り、将来の医療・ケアの計画 (個々人の選択が尊重される) を立てるプロセス。(*ibid.*, p.30.)

(79) この際新設された特別養護老人ホームの対象については、「精神上の障害」として、認知症の人も一応含めていたという。(宮崎和加子、田邊順一写真・文「[対談]認知症にまつわる制度はどうつくられてきたか」『認知症の人の歴史を学びませんか』中央法規出版、2011、pp.163-174。厚生労働省社会・援護局長 (当時) 中村秀一氏へのインタビュー)

(80) 「老人クラブや看護ホーム新設 厚生省、福祉法案を準備」『読売新聞』1963.1.14; 「長寿国日本」の陰に 寝たきり、二万余人 都内の老人の実態」『読売新聞』1968.7.13.

(81) 宮崎、田邊写真・文 前掲注(79), pp.31-33, 36-47, 74-90. 特別養護老人ホームへの認知症者の入所が一般的になったのは、痴呆性老人処遇技術研修事業の開始 (1984 (昭和 59) 年) 以降とされる。

表 4 認知症に関連する日本の主な施策（経緯）

年	事項
1962（昭和 37）	訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設
1963（昭和 38）	老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）制定【特別養護老人ホームの創設、訪問介護制度化等】
1978（昭和 53）	短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設
1979（昭和 54）	日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1982（昭和 57）	老人保健法（現・高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号））制定【疾病予防や健康作り】
1984（昭和 59）	痴呆性老人処遇技術研修事業開始【認知症ケアに関する研修】
1986（昭和 61）	厚生省痴呆性老人対策推進本部及び痴呆性老人対策専門委員会設置
1988（昭和 63）	老人保健施設整備の本格的実施；老人性痴呆疾患専門治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設導入
1989（平成元）	老人性痴呆疾患センター事業開始【保健医療・福祉機関等と連携】
1991（平成 3）	老人保健法改正【老人訪問看護制度創設】
1992（平成 4）	E 型デイサービス開始【認知症対応（小規模）・毎日通所型】
1997（平成 9）	痴呆対応型老人共同生活援助事業開始【認知症対応型グループホームの開始】
1999（平成 11）	地域福祉権利擁護事業（現・日常生活自立支援事業）開始
2000（平成 12）	介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）及び成年後見制度施行
2001（平成 13）	「身体拘束ゼロへの手引き」公表
2003（平成 15）	「高齢者介護研究会」報告書発表【地域包括ケアシステム、新しいケアモデル（痴呆性高齢者ケアの普遍化、地域での早期発見・支援の仕組み等）等】
2004（平成 16）	「痴呆」から「認知症」へ用語の変更
2005（平成 17）	介護保険法改正【地域包括ケア体制の整備（地域包括支援センターの設置）、地域密着型サービス創設（認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護を含む）等】 「認知症を知り地域をつくる 10 カ年」の構想【普及啓発キャンペーン（認知症サポーター 100 万人キャラバン等）】
2006（平成 18）	かかりつけ医認知症対応力向上研修事業開始
2008（平成 20）	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公表 認知症疾患医療センター運営事業開始【地域連携の強化等】
2011（平成 23）	老人福祉法改正【市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護推進】
2012（平成 24）	認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）策定
2014（平成 26）	地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法（平成 26 年法律第 83 号））制定【医療・介護の連携強化等】
2015（平成 27）	認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）策定
2016（平成 28）	成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成 28 年法律第 29 号）制定
2017（平成 29）	介護保険法改正【介護医療院の創設（長期療養のための医療と日常生活上の世話（介護）を一体的に提供）等】
2018（平成 30）	「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」公表
2019（令和元）	認知症施策推進大綱策定

（注）認知症に特化した施策のみに限定せず、認知症に係る高齢者関連施策についても掲げている。ゴシック表示は、認知症国家戦略・計画等に相当すると考えられるものを示す。

（出典）「認知症施策関係」（第 45 回社会保障審議会介護保険部会 資料 5）2013.6.6. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033t43-att/2r98520000033t9f_1.pdf>; 各年政府白書及び各種行政文書等を基に筆者作成。

47) 年に刊行された有吉佐和子氏の小説『恍惚の人』⁽⁸²⁾を 1 つの契機として、認知症とその介護が社会的にも大きな課題となっていき⁽⁸³⁾、1980（昭和 55）年には、「呆け老人をかかえる家族の会（現・公益社団法人認知症の人と家族の会）」が京都で結成される⁽⁸⁴⁾。同会は 1982（昭和 57）年、

⁽⁸²⁾ 有吉佐和子『恍惚の人』新潮社、1972.

⁽⁸³⁾ 宮崎、田邊写真・文 前掲注(79), pp.24-25; 新村 前掲注(11), pp.8-10.

⁽⁸⁴⁾ 「組織概要」認知症の人と家族の会ホームページ <http://www.alzheimer.or.jp/?page_id=198> 同会は、認知症者とその家族の相互支援、国・地方自治体に対し、政策の充実を求める要望活動等を通じて大きな役割を果たしてきた。（高見国生・天田城介「インタビュー 認知症の時代の家族の会」『現代思想』43 巻 6 号、2015.3, pp.74-95.）

対策強化を求め、初めて認知症に関する要望書を厚生省に提出した⁽⁸⁵⁾。1986（昭和 61）年には、厚生省に痴呆性老人対策推進本部が置かれ、翌（1987）年、その報告書⁽⁸⁶⁾がまとめられたが、これ以降、認知症への施策が強化されていく。1988（昭和 63）年には、医療と福祉の中間的な、老人保健施設という認知症者にとっての新たな場ができ、また、医療の観点から、老人性痴呆疾患専門治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の導入がなされた。1997（平成 9）年には、それまでの大規模施設における集団管理の弊害是正の観点から、グループホーム⁽⁸⁷⁾が事業化される。

2000（平成 12）年、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）が施行された。当時は認知症者を対象として考えられた制度ではなかったとも指摘される⁽⁸⁸⁾が、サービスの仕組みは大きく変わることになり、グループホーム（現・認知症対応型共同生活介護）もこの中で制度化された。また、同年には、成年後見制度⁽⁸⁹⁾も開始される。2003（平成 15）年にまとめられた高齢者介護研究会報告書では、痴呆性高齢者ケアの確立を求める⁽⁹⁰⁾とともに、介護施設、居住系サービス、高齢者住宅、自宅をも含めた地域における多様な住まいに居住する高齢者に対し、療養場所を問わず、多職種の協働により必要な医療・介護・生活支援サービスを継続的・包括的に提供するシステム（地域包括ケアシステム）の確立を初めて打ち出した⁽⁹¹⁾。これを受け、2005（平成 17）年には介護保険法が改正され、地域包括ケア体制の整備、それを支える中核機関である地域包括支援センターの市町村への設置等が進められていく。

認知症への用語変更（2004（平成 16）年）の後、厚生労働省は、「「認知症を知り地域をつくる 10 年」の構想」を掲げ、認知症への理解促進に向けたキャンペーンを開始する。この取組の 1 つである「認知症サポーター」⁽⁹²⁾の養成は、英国の「認知症フレンズ」⁽⁹³⁾とともに、国際的にも評価されている⁽⁹⁴⁾。2008（平成 20）年には、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ための、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」による報告書が公表されたが、その中で、若年性認知症⁽⁹⁵⁾対策についても、就労対策を含めた包括的な

(85) 「ひと「呆け老人をかかえる家族の会」世話役 三宅貴夫」『朝日新聞』1982.9.1.

(86) 「第 1 章 痴呆性老人対策推進本部報告（昭和 62 年 8 月 26 日）」痴呆性老人対策推進本部事務局編『これからの痴呆性老人対策』中央法規出版、1988、pp.1-14.

(87) 小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活の在り方を支援していくもの。（高齢者介護研究会『2015 年の高齢者介護』2003.6.26. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>>）

(88) 本間昭「介護保険制度の基本的な考え方と介護サービス」『精神科治療学』33 巻 10 号、2018.10、pp.1205-1210.

(89) 認知症、知的障害、精神障害などによって物事を判断する能力が十分でない場合、本人の権利を守る援助者（成年後見人等）を選ぶことで、本人を法的に支援する制度。任意後見制度と法定後見制度があり、後者は、精神上の障害による判断能力の程度によって、補助・保佐・後見に分かれる（補助が最も軽度）。

(90) 高齢者介護研究会 前掲注(87) さらに、痴呆性高齢者ケアに求められる、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを追求することは、全ての高齢者のケアに通じるとして、「痴呆性高齢者ケアの普遍化」を提示している。

(91) 川越雅弘「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』162 号、Spring 2008、p.7.

(92) 認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けするもの。2019（令和元）年 6 月末現在、養成講座の受講を通じ、約 1164 万人が認知症サポーターとなっている。（「認知症サポーターの養成状況」認知症サポーターキャラバンホームページ <<http://www.caravanmate.com/result/>>）

(93) 英国アルツハイマー協会が、日本のサポーター制度を参考に発足させたとされる。（「認知症サポーター 11 カ国に 日本発の取り組み 12 年「理解」広がる」『朝日新聞』2017.4.27.）

(94) 同上；OECD、*op.cit.*(14)、p.30.

(95) 65 歳未満で認知症を発症したもの。発症年齢は平均 51.3 歳、約 3 割は 50 歳未満で発症しているという。（認知症介護研究・研修大府センター編『若年性認知症ハンドブック 改訂版』厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/handbook.pdf>>）

自立支援施策を推進することが必要とされた⁽⁹⁶⁾。

(2) オレンジプラン（2012 年）以後

2012（平成 24）年、厚生労働省のプロジェクトチームは、それまでの認知症施策を再検証するとして、「今後の認知症施策の方向性について」を取りまとめた⁽⁹⁷⁾。その特徴は、環境変化に脆弱であるという認知症者の特性を踏まえ、住み慣れた地域の良い環境の下、安心して生活を継続できるようにすることの重要性を強調し、自宅から施設・病院へ向かうケアの流れの逆転を図る認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の構築を目標としたところにあった。この観点で、認知症者の精神科病院への長期入院の解消を掲げている。そして早期診断・早期対応の遅れ、BPSD への不適切な対応等を課題とし、「かかりつけ医⁽⁹⁸⁾の認知症対応力の向上」、「認知症初期集中支援チーム⁽⁹⁹⁾」の設置、「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定、「精神科病院に入院が必要な状態像の明確化」等の方策を挙げた。これを受け、公表されたものが、「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」（平成 25 年度から 29 年度までの計画）である⁽¹⁰⁰⁾。

2014（平成 26）年、認知症サミット⁽¹⁰¹⁾日本後継イベントが開催され、安倍晋三内閣総理大臣による挨拶中、我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略の策定について、厚生労働大臣に指示がなされた⁽¹⁰²⁾。これを受け、2015（平成 27）年、オレンジプランを改めたものが、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」である⁽¹⁰³⁾。策定に際し、厚生労働省単独ではなく、関係省庁⁽¹⁰⁴⁾との連携の下になされた点が特徴である。大筋ではオレンジプランを踏まえ、更に詳細な施策が展開されており、認知症者やその家族の視点を重視する姿勢を見せている。なお、精神科病院の位置付けについては、オレンジプランから微妙な変化があり、標準化された高度な専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場とされた。介護事業所等との連携についても触れられたが、入院が必要な状態を一律に明確化することは困難、としている。また、早期発見については、かかりつけ医に加え、歯科医による口腔機能の管理、薬局における服薬指導のほか、地域、職域等の様々な場における、町内会、企業や商店、ボランティアや NPO、警察等による様々なネットワークの中での体制構築をうたっている。

さらに、2018（平成 30）年、内閣官房長官を議長とし、関係閣僚を構成員とする「認知症施策

(96) 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト「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」2008.7. 同上 <<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf>>

(97) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」2012.6.18. <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf>>

(98) 健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと。（「かかりつけ医を持ちましょう」日本医師会ホームページ <<https://www.med.or.jp/people/kakari/>>）

(99) 地域包括支援センター等に配置され、認知症の人や家族に関わり、自立生活のサポートを行う看護職員、作業療法士等からなる専門家チームのこと。

(100) 「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」2012. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079271.pdf>>

(101) 2013 年にロンドンで開催され、G8 各国、OECD、WHO 等から代表が参加、宣言とコミュニケが発表された。（「G8 認知症サミットが開催されました」英国政府ホームページ <<https://www.gov.uk/government/news/212474-ja>>）

(102) 「認知症サミット日本後継イベントについて」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000058871.html>>

(103) 「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—」2015.1.27, 2017.7.5 改訂. 同上 <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079009.pdf>>

(104) 内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省及び国土交通省。

推進関係閣僚会議」が設置され、2019（令和元）年には、「共生」と「予防」⁽¹⁰⁵⁾を両輪とする「認知症施策推進大綱」（以下「大綱」という。）が取りまとめられた⁽¹⁰⁶⁾。大綱（対象期間は2025（令和7）年まで）の主な内容と、オレンジプラン、新オレンジプランに比して新しい取組について、表5に記載した。早期発見・対応、コミュニティベースのケアへの流れ、多職種協働体制の構

表5 認知症施策推進大綱の主な内容

柱	事項・目標等	新規性の強い取組 ^(注1)
普及啓発・本人発信支援		
○認知症に関する理解促進	認知症サポーター養成推進／子供・学生の理解促進等	
○相談先の周知	厚生労働省・市町村のホームページ等の活用	
○認知症の本人からの発信支援	「認知症本人大使」創設等により「認知症とともに生きる希望宣言」 ^(注2) の展開等	○
予防		
○認知症予防に資する可能性のある活動推進	地域において高齢者が身近に通える場の拡充（運動不足の改善・社会的孤立の解消等）等	
○予防に関するエビデンス収集推進	介護保険総合データベースやリアルワールドデータ等を収集するCHASE ^(注3) により効果が裏付けられたサービスの提示等	○
○民間の商品やサービスの評価・認証の仕組み検討	認知機能低下の抑制に関する機器・サービスの評価指標・手法の策定	○
医療・ケア・介護サービス・介護者への支援		
○早期発見・早期対応、医療体制の整備	地域包括支援センター、認知症地域支援推進員 ^(注4) 、かかりつけ医、歯科医、薬剤師、看護師、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の対応／市町村による相談窓口の掲載率及び認知症のケアパス作成率100%等	
○医療従事者・介護従事者等の認知症対応力向上促進	認知症対応力向上研修受講者増（身体合併症対応力向上等）	
○介護サービス基盤整備、介護人材確保	業務仕分け、元気高齢者の活躍、ロボット・センサー・ICTの活用による介護現場の業務改善や介護業界のイメージ改善について、先進的な取組を全国に普及・展開等	○
○医療・介護の手法の普及・開発	医療・介護従事者向けの認知症に関する各種研修における意思決定支援に関するプログラムの導入率100%／BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成周知等	○
○介護者の負担軽減推進	介護離職防止推進／認知症カフェ ^(注5) を全市町村へ普及／BPSD予防のため家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発等	
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		
○認知症バリアフリーの推進	バリアフリーのまちづくり／移動手段確保／交通安全確保／住宅確保／地域支援体制強化／企業等の認証制度や表彰／商品・サービス開発／金融商品開発／成年後見制度利用促進／消費者被害防止／虐待防止／民間保険推進／違法行為者への福祉的支援等	○
○若年性認知症の人への支援	若年性認知症支援コーディネーター ^(注6) 配置推進／実態把握	
○社会参加支援	学び（社会教育施設等）を通じた地域社会への参画モデルの提示等	
研究開発・産業促進・国際展開		
○認知症の予防・診断・治療・ケア等の研究	認知症バイオマーカーの開発・確立／日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始等	

（注1）オレンジプラン、新オレンジプランに比し、特に新機軸の見られる事項等がある場合、参考のため印を付与。

（注2）認知症とともに暮らす本人一人ひとりが自らの体験と意思を言葉にしたもの。日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）が表明。

（注3）介護分野におけるエビデンスの蓄積活用に必要な、サービス・状態等を収集するデータベースの通称。

（注4）市町村に配置され、地域支援体制作りや、認知症者・家族を支援する相談業務等を担う。

（注5）認知症者・家族が地域の人や専門家と情報を共有し、理解し合う場。

（注6）若年性認知症者のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整役、ワンストップで支援を行う。

（出典）認知症施策推進関係閣僚会議「認知症施策推進大綱」2019.6.18. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>>; 「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」2015.1.27, 2017.7.5 改訂. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079009.pdf>>; 「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」2012. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079271.pdf>>を基に筆者作成。

策等、認知症への基本的な施策の枠組みにおいては、オレンジプラン以来、先に見た各国の戦略等と大きく異なるものではない⁽¹⁰⁷⁾。一方、人権⁽¹⁰⁸⁾、多様性の尊重、医療やケア体制の地域格差⁽¹⁰⁹⁾、終末期・緩和ケア、といった点においては、その有無も含め、ニュアンスに相違も見られる。さらに大綱では、MCI⁽¹¹⁰⁾や独居認知症高齢者についても言及はあるが、一層具体的な施策の展開が望まれよう。なお、近年各国で取り上げられている「認知症フレンドリー」な施策については、大綱ではフレンドリーという用語は使用されていないが、「認知症バリアフリーの推進」という形で各種の施策を展開する構成になっている。

また、認知症基本法案が、第198回国会において議員立法として提出され（第198回国会衆法第30号）、閉会中（継続）審査の扱いとなった（令和元年6月25日衆議院厚生労働委員会付託）。

Ⅲ 認知症への施策に係る諸課題

これまで見てきたように、各国の戦略等では様々な施策が図られてきているが、なお課題も多い。ここではその一部について、我が国にも関連した課題を中心に確認しておきたい。

1 認知症者の人権、虐待、身体拘束

(1) 虐待

認知症高齢者は、自らに起こっている事態を理解し、それを周囲に伝えるという点で困難を抱えていることなどから、虐待を受けやすい傾向にあり⁽¹¹¹⁾、また、通報者がいなければ事例化することも少ない⁽¹¹²⁾。高齢者虐待防止法（「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」平成17年法律第124号）に基づく対応状況に関する調査によれば、養介護施設従業者等⁽¹¹³⁾による虐待⁽¹¹⁴⁾、養護者⁽¹¹⁵⁾による虐待ともに増加傾向にあり、虐待判断件数⁽¹¹⁶⁾で見る

⁽¹⁰⁵⁾ 大綱における「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「なるのを遅らせる」、「なっても進行を緩やかにする」という意味で使用されている。

⁽¹⁰⁶⁾ 認知症施策推進関係閣僚会議「認知症施策推進大綱」2019.6.18. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>>

⁽¹⁰⁷⁾ しかし、実際の進捗について見れば、例えば早期診断について、介護保険サービスが受けられる段階までの「（社会的支援の）空白の期間」の存在がなお指摘され、早期診断のメリットを生かし、診断後も希望が持てる社会が求められている。（神戸泰紀「認知症の超早期診断の不確実性に伴うリスクと可能性」『老年精神医学雑誌』29巻5号、2018.5、pp.500-504.）

⁽¹⁰⁸⁾ 大綱では、権利・利益が本人の意向に沿って実現されるという観点より、むしろ、BPSD対応時の行動制限や虐待防止といった権利侵害の文脈において認知症者の人権について触れられている。

⁽¹⁰⁹⁾ 例えば地域包括支援センターを直営又は委託する市町村自体、地方においてはコミュニティの存続が危ぶまれる状況もある中、より広域での対策強化の必要性も指摘される。（高橋脩一「第7章 高齢者と虐待・犯罪」樋口範雄・関ふ佐子編『高齢者法』東京大学出版会、2019、pp.220-221.）

⁽¹¹⁰⁾ MCIの場合、標準的な環境では自立が保持されていたとしても、複雑な手続や作業を要する社会環境等の下ではやはり自立が阻害されるリスクがあり、支援が必要といわれる。（栗田主一「軽度認知障害を支える社会」『臨床精神医学』47巻12号、2018.12、pp.1409-1415.）

⁽¹¹¹⁾ WHOは、認知機能障害が危険因子となる場合、虐待の生じやすさのオッズ比が3（複数研究中の中央値）であることを示している。（“Violence Studies: 3767 studies. Risk factors for elder abuse.” WHO HP <<https://apps.who.int/violence-info/studies?area=elder-abuse&aspect=risk-factors&risk-factor-level=Individual&risk-factor-sub-levels=Victim>>）

⁽¹¹²⁾ 齋藤正彦「7 尊厳を守る施策」『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—』2018.12、p.47. 日本老年精神医学会ホームページ <<http://184.73.219.23/rounen/news/20181227kondankai.htm>>

⁽¹¹³⁾ 介護老人福祉施設など養介護施設又は居宅サービス事業など養介護事業の業務に従事する者。

と、2006（平成 18）年度に比し、2017（平成 29）年度はそれぞれ 9.4 倍（510 件）、1.4 倍（17,078 件）となっている⁽¹¹⁷⁾。表 6 は、この調査結果から、特に認知症者の虐待状況について整理したものである。

表 6 認知症高齢者に対する虐待状況（施設系・家族系の別）

	養介護施設従業者等によるもの（施設系）	養護者によるもの（家族系）
認知症者割合 ^(注1)	75.8%（82.2%）	47.9%（59.3%）
虐待種別	認知症の程度が重くなると、身体的虐待の割合が特に高い	重度の認知症がある場合、介護等放棄の割合が高く、心理的虐待は逆の傾向
虐待深刻度 ^(注2)	認知症の程度が重くなると、深刻度 3 以上の割合が高まる	「介護保険未申請・申請中・自立」の場合に、深刻度 5 の割合が相対的に高い
虐待者の状況 ^(注3)	介護職が 79.7% を占め、介護保険 3 施設等に比し、その他入所系 ^(注4) で深刻度 4 以上の割合が高い	87.1% の被虐待高齢者が虐待者と同居し、多い順に（続柄）、息子（40.3%）、夫（21.1%）、娘（17.4%）、妻（6.4%）となる

（注 1）被虐待高齢者のうち、認知症日常生活自立度（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴの各ランク。Ⅴの自立度が最も低い）がⅡ以上及び不明の者の合計割合。（ ）内はⅠ（ほぼ自立）も含めた割合。

（注 2）深刻度は 1 から 5 まであり、例えば 3 は「生命・身体・生活に著しい影響」、最も深刻な 5 は「生命・身体・生活に関する重大な危険」を指す。

（注 3）ここでの被虐待者は認知症者に限定されない。

（注 4）介護保険 3 施設は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設を指し、その他入所系は、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、老人短期入所施設を指す。

（出典）厚生労働省「平成 29 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」2019.3. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00001.html> を基に筆者作成。

施設系サービスにおいてはそもそも認知症者が多いが、家族系も含め、被虐待者のうち、認知症者は相当の割合を占め、また、その程度によって虐待の内容・深刻度も異なる状況が見て取れる。また、虐待発生要因（養護者）を見ると、「虐待者の介護疲れ・ストレス」が 1 番目（24.2%）に挙げられているが、「被虐待者の認知症の症状」も 4 番目（13.7%）に位置付けられ、少なくとも一部について直接的な関係が示されている。

介護者がストレスを抱えることが不適切なケアにつながり、これが認知症者の BPSD の発生・悪化等をもたらし、そのことが更なる介護者のストレスを高める、という悪循環が指摘される⁽¹¹⁸⁾。介護専門職にあっても、BPSD に対する適切な知識や技術が不足している場合、その困難・ストレスは大きい⁽¹¹⁹⁾。虐待の未然防止のためには、家族に対しては地域における適切なケアマネジメント・支援が求められ、施設においては、組織として認知症ケアの在り方を点検し、その質を担保していく取組が重要である⁽¹²⁰⁾。なお、家族（養護者）のサポートのため、市町村において様々な体制整備が進められているが、地域包括支援センター等関係機関による「高齢者虐待防止ネットワーク」の構築等、なお未実施の事項を抱えた市町村も多い⁽¹²¹⁾。また、家

⁽¹¹⁴⁾ 身体的虐待、介護等放棄、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待の 5 類型がある。「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束は身体的虐待に当たり、養介護施設従業者等による被虐待高齢者の 32.3% に当該身体拘束があった。

⁽¹¹⁵⁾ 高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等。

⁽¹¹⁶⁾ 調査対象年度に市町村等が虐待と判断した件数。市町村等が相談・通報を受理した件数は更に大きい。

⁽¹¹⁷⁾ 厚生労働省「平成 29 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（資料 1、資料 2）」2019.3. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00001.html>

⁽¹¹⁸⁾ 吉川 悠貴「第 9 章 認知症の人と身体拘束・虐待」日本認知症ケア学会編『認知症ケアの実際Ⅰ：総論 改訂 4 版』ワールドプランニング、2016、pp.180-183。

⁽¹¹⁹⁾ 中島民恵子「社会福祉学の立場から」『精神科』34 巻 4 号、2019.4、pp.376-381。

⁽¹²⁰⁾ 吉川 前掲注⁽¹¹⁸⁾、pp.176-194。

⁽¹²¹⁾ 厚生労働省 前掲注⁽¹¹⁷⁾

族のない、低所得の認知症高齢者の虐待リスクは複合的に高まるとの指摘⁽¹²²⁾があり、今後単身高齢者世帯⁽¹²³⁾の増加を迎える我が国にとって、重要な課題となろう。

(2) 身体拘束（行動制限）

我が国における身体拘束の定義・規定は施設ごとに異なる（表7）。例えば精神科病院では、行動制限に係る規定中、身体（的）拘束と隔離を分けて捉えているが、介護施設では、身体拘束を広義に捉えて、隔離はそのカテゴリーに含まれる⁽¹²⁴⁾。身体拘束は、人権擁護の観点にとどまらず、身体的弊害（拘縮、褥瘡（じょくそう）等）や精神的弊害（症状の悪化等）、社会的弊害（ケアスタッフの士気低下等）につながり⁽¹²⁵⁾、更に死亡リスクを増大させるという指摘⁽¹²⁶⁾もある。認知機能障害は、身体拘束を受けるリスクを高めるともいわれ⁽¹²⁷⁾、認知症に伴うBPSDの管理を目的として行われる抗精神病薬の投与や物理的な拘束の削減は、世界各国においても課題とされている⁽¹²⁸⁾。なお、本来生命保護と事故予防を目的とする身体拘束や隔離に関連した医療事故が存在する一方で、行動制限を施行しなかった、あるいは解除のタイミングが時期尚早であったこと等による医療事故の存在も指摘されており⁽¹²⁹⁾、問題の複雑さを窺わせる。

表7 身体拘束についての法規・内容（施設別）

施設	規定する法規	内 容
精神科病院	精神保健福祉法第36条第1項・第3項及び第37条 昭和63年厚生省告示第129号 及び第130号	・身体的拘束：衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限 ・患者の隔離：内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る ・入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、行うことができる ・精神保健指定医^(注1)が必要性を判断
一般病院	明文規定なし	— ^(注2)
介護施設	介護保険法の下での各施設に 対する基準 ^(注3)	・当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合（切迫性、非代替性、一時性の3要件充足^(注4)）を除き、禁止 ・身体的拘束その他入所者の行動を制限する11行為を列挙^(注5)

（注1）患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者として、厚生労働大臣が指定する。

（注2）『身体拘束ゼロへの手引き』（法規ではないが、指針として参照される。）の対象が介護施設に限定される旨の記載がなく、一般医療においても手引きで示される考え方が広がっている。

（注3）「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第39号）等。

（注4）3要件は、『身体拘束ゼロへの手引き』で示されている。該当しない場合は、高齢者虐待防止法という虐待（身体的虐待）に該当する。

（注5）『身体拘束ゼロへの手引き』で示される、ひも等で縛る、ベッドを柵で囲む、ミトン型の手袋をつけ機能を制限する、つなぎ服を着せる、向精神薬の過剰服用、隔離等の行為。

（出典）精神保健福祉研究会監修『精神保健福祉法詳解 4訂』中央法規出版、2016、pp.400-415；厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」『身体拘束ゼロへの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に—』2001；山之内芳雄「行動制限と指定医と法制度」『日本精神科病院協会雑誌』37巻12号、2018.12、pp.17-20；関連法規・行政文書を基に筆者作成。

⁽¹²²⁾ 齋藤 前掲注⁽¹²⁾

⁽¹²³⁾ 必ずしも単身世帯に限定されないが、認知症とも関連するセルフ・ネグレクト（自己放任）について、介入への法的根拠を与えるため虐待の定義に含めるべき、との指摘がある。しかし、自己選択（決定）との相違をどう考えるか、困難な課題もある。（高橋 前掲注⁽¹⁰⁹⁾、p.214.）

⁽¹²⁴⁾ また、精神科病院では規定上、薬剤による拘束やベッドを柵で囲む行為は身体拘束に含まれない。

⁽¹²⁵⁾ 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」『身体拘束ゼロへの手引き—高齢者ケアに関わるすべての人に—』2001。

⁽¹²⁶⁾ 中西三春「一般急性期病院における認知症ケア—日本全国の横断調査—」『老年看護学』23巻2号、2019.1、p.44。

⁽¹²⁷⁾ Hedi Hofmann and Sabine Hahn, “Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review,” *Journal of Clinical Nursing*, Vol.23 Issue 21-22, November 2014, pp.3012-3024.

⁽¹²⁸⁾ OECD, *op.cit.*(14), pp.139-142.

厚生労働省では2001（平成13）年、『身体拘束ゼロへの手引き』を作成した。この中で11種の身体拘束（身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為）とともに、身体拘束がやむなく認められる3要件（切迫性・非代替性・一時性）を示し、削減に向けた取組を行ってきている。しかし近年、全日本病院協会による施設別の身体拘束状況調査⁽¹³⁰⁾が明らかにしたところでは、医療保険適用病床⁽¹³¹⁾では、ほとんど（91.8%から98.6%）の病棟で何らかの身体拘束が行われていた。身体拘束が原則禁止される介護保険適用施設である介護療養型医療施設では、割合がやや低下し（85%）、介護施設等⁽¹³²⁾では比較的小さかった（24.7%から46.6%）。また、認知症高齢者に関しては、日常生活自立度が低いほど、身体拘束の被実施率が高かった。身体拘束の低減については、医療機関に特有の困難がある一方、介護施設等に比較すると組織的な取組の実施率がなお相当に低く、改善余地があることも示されている。なお、患者に対する身体拘束実施率については、国立がん研究センターと東京都医学総合研究所による、全国の一般急性期病院に入院している認知症（疑いを含む。）患者を対象とした調査があり、44.5%の患者が身体拘束を受けていることが示された⁽¹³³⁾。

一方、精神科病院における身体拘束等行動制限は、精神保健福祉法（「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」昭和25年法律第123号）の下で行われている。表8は、2018（平成30）年6月30日における、主診断別隔離・拘束の状況を示したものである。2003（平成15）年の統計数値と比較⁽¹³⁴⁾すると、在院患者数は2018（平成30）年までの15年間で、329,096人から280,815人に約15%減少しているが、同期間に隔離数は、7,741人から12,364人へと約1.6倍に、拘束数は5,109人から11,362人へと約2.2倍に増大している。また、表8から認知症の患者は、他の障害と比して拘束を受ける割合が高いことが見てとれる。しかし、これらの背景については、示された数値以上の情報が明らかになっていないため、把握することができない⁽¹³⁵⁾。拘束期間（連続実施日数）については、平均96.2日（認知症の場合平均64.1日）という民間調査⁽¹³⁶⁾がある一方、これを諸外国（短い傾向があるとされる）と比較する際は、拘束開始規制と解除規制についての精査が必要との指摘⁽¹³⁷⁾もある。なお、表9は、認知症患者について、入院形態別の状況

(129) 岩下覚「行動制限に関連した医療事故一日精協に寄せられた事故報告書に基づく検討」『日本精神科病院協会雑誌』37巻12号、2018.12、pp.21-32。身体拘束に関連した事故類型としては、突然死31.4%（肺血栓塞栓症事例を含むが、死因未特定が多い。）、不慮の致傷・致死19.9%（窒息、転倒を含む。）等が挙げられている。

(130) 全日本病院協会『身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書』2016。<https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/160408_2.pdf> 調査対象とされる身体拘束は、『身体拘束ゼロへの手引き』が示す11種である。

(131) 調査対象は、「一般病棟 7:1/10:1」、「一般病棟 13:1/15:1」、「地域包括ケア病棟等」、「回復期リハビリテーション病棟」、「障害者施設等」、「医療療養病棟」。

(132) 調査対象は、「介護老人保健施設」、「介護老人福祉施設」、「特定施設（有料老人ホーム）」、「サービス付高齢者向け住宅」。

(133) 中西 前掲注(126)、pp.44-48。調査対象は、全国の急性期及び回復期機能の病床を有し、病床数100以上である病院であり、身体拘束の定義は、『身体拘束ゼロへの手引き』に従っている。

(134) 国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料」<<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>> の2003（平成15）年度と2018（平成30）年度の調査結果を比較した。ただし、「精神保健福祉資料」は平成29（2017）年度に調査方法が変更されているため、単純な比較はできない可能性があるが、ここでは大きな傾向を把握する目的で、数値をそのまま掲載している。

(135) この点に触れている文献として、長谷川利夫「精神科医療における隔離・身体拘束実態調査」『病院・地域精神医学』59巻1号、2016.9、pp.18-21。

(136) 同上

(137) 木ノ元直樹「行動制限と訴訟」『日本精神科病院協会雑誌』37巻12号、2018.12、pp.37-38。

表 8 精神科病院（全国）における隔離拘束指示（在院患者）の状況（主診断別、平成 30 年 6 月 30 日現在）
（単位：人）

主診断 ^(注1)	隔離有	拘束有	隔離かつ拘束 ^(注2)	診断別総数
アルツハイマー病型認知症	756 (2.0%) ^(注3)	2,600 (6.7%)	128 (0.3%)	38,661
血管性認知症	92 (1.2%)	487 (6.1%)	14 (0.2%)	7,949
上記 2 項以外の症状性を含む器質性精神障害 ^(注4)	723 (3.0%)	1,545 (6.4%)	151 (0.6%)	24,322
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7,995 (5.3%)	4,795 (3.2%)	814 (0.5%)	149,972
気分（感情）障害	990 (3.7%)	727 (2.7%)	159 (0.6%)	26,756
在院患者数	12,364 (4.4%)	11,362 (4.0%)	1,466 (0.5%)	280,815

（注 1）「隔離有」、「拘束有」の数が多いものを例示しているため、各項の合計数と在院患者数は一致しない。

（注 2）「隔離かつ拘束」の数は、隔離有・拘束有の内数である。

（注 3）割合（％）は、各診断別総数に対するもの。

（注 4）その他の疾患の認知症及び詳細不明の認知症を含むが、認知症ではない障害も含んでいる。

（出典）国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（平成 30 年 6 月 30 日午前 0 時時点）」（在院患者に関するクロス集計）〈<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>〉を基に筆者作成。

表 9 精神科病院（全国）における入院形態（認知症在院患者）の状況（平成 30 年 6 月 30 日現在）

（単位：人）

主診断	措置入院	医療保護入院	任意入院	診断別総数 ^(注1)
アルツハイマー病型認知症	14 (0.9%) ^(注2)	24,727 (19.0%)	13,900 (9.4%)	38,661
血管性認知症	4 (0.3%)	4,576 (3.5%)	3,367 (2.3%)	7,949
上記 2 項以外の症状性を含む器質性精神障害 ^(注3)	62 (4.1%)	14,001 (10.8%)	10,243 (6.9%)	24,322
症状性を含む器質性精神障害の合計	80 (5.2%)	43,304 (33.3%)	27,510 (18.7%)	70,932
在院患者数	1,530	130,066	147,436	280,815

（注 1）「その他の入院」、「不明」を省略しているため、各項の合計数と診断別総数は一致しない。

（注 2）割合（％）は、入院形態別在院患者数に対するもの。

（注 3）その他の疾患の認知症及び詳細不明の認知症を含むが、認知症ではない障害も含んでいる。

（出典）国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（平成 30 年 6 月 30 日午前 0 時時点）」（在院患者に関するクロス集計）〈<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>〉を基に筆者作成。

を示したものであり、強制入院の位置付けとなる⁽¹³⁸⁾措置入院・医療保護入院⁽¹³⁹⁾が一定割合で見られ、特に医療保護入院は多い。強制入院や隔離・拘束等の処遇について、不服申立て（退院・処遇改善請求）を審査する制度として精神医療審査会⁽¹⁴⁰⁾が設けられているが、認知症者の場合、これを活用することが困難であり、そもそも行動に制約を加えない制度設計が求められるとの指摘⁽¹⁴¹⁾がある。近年、精神科病院においても身体拘束の最小化に向けた様々な取組を行い、実績を上げた例が見られるようになりつつある⁽¹⁴²⁾。

⁽¹³⁸⁾ 川本哲郎「精神障害者の人権と法—行動制限（身体拘束と隔離）を中心に—」『同志社法学』70 巻 6 号、2019.3, pp.1-15.

⁽¹³⁹⁾ 措置入院は、「医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある」場合に行われ（精神保健福祉法第 29 条）、医療保護入院は、医療及び保護のため、家族等の同意と指定医の診察を要件として、本人の同意を得ることなく入院させるもの（同第 33 条）である。

⁽¹⁴⁰⁾ 精神保健福祉法第 12 条に規定。

⁽¹⁴¹⁾ 厚東知成『【民事】身体拘束をしないこと』2018.12.17. 新日本法規ホームページ 〈<https://www.sn-hoki.co.jp/articles/article087729/>〉

⁽¹⁴²⁾ 例えば、東京都立松沢病院について、齋藤正彦「松沢病院の身体拘束最小化の取り組み」『日本精神科病院協会雑誌』37 巻 12 号、2018.12, pp.53-60. 金沢大学附属病院について、中村ゆきえほか「縛らない医療、ひらかれた看護 尊厳あるケアのために」『週刊医学界新聞』3274 号、2018.5.28. 〈<https://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/pdf/3274.pdf>〉

全体的な課題としては、認知症者の場合、これまで見てきたように、様々な施設や診療科における対象となっているにもかかわらず、制度が不均一であり、それぞれで異なる扱いを受けることがある⁽¹⁴³⁾。特に身体疾患がある認知症者の場合等、今後一般病院においても増大が見込まれる⁽¹⁴⁴⁾が、一般病院については行動制限に関する明文規定がなく、混乱を避ける観点からも検討を要しよう。また、諸外国における身体拘束削減に向けた取組として、経済的なインセンティブを用いる例があり⁽¹⁴⁵⁾、我が国においても診療報酬上、2016（平成28）年度に認知症ケア加算が設けられ、施設基準として身体拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書の作成を求め、身体拘束を実施した日は、点数の減額措置が定められた⁽¹⁴⁶⁾。ただし、先に紹介した調査⁽¹⁴⁷⁾では、認知症ケア加算算定病棟での身体拘束実施率は低減されているものの、その効果は限定的としている。

(3) 認知症と障害者権利条約

認知症が障害に該当するかどうか議論はある⁽¹⁴⁸⁾が、「障害者の権利に関する条約」（平成26年条約第1号。以下「権利条約」という。）は、その前文において障害の概念を発展的なものとして固定せず、また、第1条においても障害者には、「長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む。」としており、疾病と障害の厳格な二分法には立っていないとされる⁽¹⁴⁹⁾。各国の認知症戦略等における、権利条約の観点での取組はこれまで必ずしも明示的ではない⁽¹⁵⁰⁾が、近年、国際的な認知症団体では、認知症者の権利擁護に向け、権利条約の活用を進めている⁽¹⁵¹⁾。また、WHO 行動計画においても、その7つの原則の先頭に認知症者の人権を掲げるとともに、権利条約との整合を求めている（表2）。長い歴史を有する障害権利分野の実績を認知症に応用すること⁽¹⁵²⁾は有益と考えられ、さらに意思決定支援の観点でも重要であり（次項参照）、我が国においても検討を深める必要があろう⁽¹⁵³⁾。

(143) 川本氏は、障害者福祉施設の場合（「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成23年法律第79号）によって規制）も例示する。（川本 前掲注(138), pp.13-15.）

(144) 小川朝生「認知症対応の現状」『月刊薬事』61巻3号, 2019.2, pp.27-32.

(145) OECD, *op.cit.*(14), pp.141-142. OECDはこのほか、BPSDに関し、拘束代替措置についてのスタッフトレーニングや明確なガイドラインの重要性を述べ、スウェーデンにおけるBPSDレジストリの取組を紹介している。

(146) 「平成28年度診療報酬改定について」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>>

(147) 中西 前掲注(126), pp.44-48; 中村ほか 前掲注(142) 全体での身体拘束率が44.5%、認知症ケア加算算定の場合においても42%であり、大きな減少はない。

(148) 林真由美「認知症とともに生きる人々のための権利と権利ベースのアプローチ」『精神医学』59巻8号, 2017.8, pp.742-743.

(149) 池原毅和「障害のある人の権利とわが国の精神保健・医療・福祉」『精神医学』59巻8号, 2017.8, pp.714-715.

(150) Alzheimer's Disease International, *National Dementia Action Plans: Examples for Inspiration*, 2017, p.9. <<https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/national-plans-examples-2017.pdf>>

(151) Dementia Alliance International, *The Human Rights of People Living with Dementia: from Rhetoric to Reality*, 2016. <<https://www.dementiaallianceinternational.org/wp-content/uploads/2016/04/The-Human-Rights-of-People-Living-with-Dementia-from-Rhetoric-to-Reality.pdf>>; “Human rights.” Alzheimer's Disease International HP <<https://www.alz.co.uk/human-rights>>

(152) 林 前掲注(148), pp.741-743.

(153) 精神保健福祉法においては、その第5条で精神障害者を定義（「精神疾患を有する者」）するが、精神疾患の範疇に入る個々の疾患名は国際疾病分類に則り、認知症もその1つであると解され（ICD-10）、第45条に基づき精神障害者保健福祉手帳の交付申請が可能である。（精神保健福祉研究会監修『精神保健福祉法詳解 4訂』中央法規出版, 2016, pp.66-77, 496-544.）

なお、認知症者とその権利をめぐることは、2009年に「認知症の人とその介護者の権利憲章」⁽¹⁵⁴⁾を策定したスコットランドの取組が先駆的なものである。

2 成年後見制度の状況と医療同意、意思決定支援

(1) 状況と課題

判断能力が低下し、生活上の様々な困難・障害を有する認知症者を支援する仕組みの1つが成年後見制度であり、その役割は、①財産管理（預貯金等の管理）、②身上監護（医療・介護等に関する契約等事務⁽¹⁵⁵⁾）に大別される。成年後見制度発足当初は9,007件（2000（平成12）年度）であった申立件数は、2018（平成30）年には36,549件に達し、制度が社会に浸透しつつある状況が窺えるものの、認知症者やMCIの者の全体数（1章2（2）参照）に比べると、利用は依然ごく少数にとどまるともいえ（開始原因別では、認知症が全体の63.4%）⁽¹⁵⁶⁾、政府は2017（平成29）年3月、成年後見制度利用促進基本計画（以下「促進計画」という。）を閣議決定している⁽¹⁵⁷⁾。成年後見人等（成年後見人、保佐人及び補助人）としては、親族が23.2%（2000（平成12）年度は約91%）であり、親族以外では司法書士、弁護士、社会福祉士、市民後見人⁽¹⁵⁸⁾の順に多い。

現在の我が国における成年後見制度に対する1つの懸念として、権利条約（第12条第4項⁽¹⁵⁹⁾等）に抵触している旨の指摘がある。これは、我が国の制度では、①法定の範囲で自動的にかつ一律に行為能力が制限されること（補助を除く。）、②代理権や取消権の他人による行使、③効力期間の限定のない行為能力の制限⁽¹⁶⁰⁾、④障害者の「意思及び選好」ではなく、「最善の利益」を優先していること、等によるとされる⁽¹⁶¹⁾。実際、本人意思に基づく契約によることから権利

⁽¹⁵⁴⁾ Scottish Parliament's Cross-Party Group on Alzheimer's, *Charter of Rights for People with Dementia and their Carers in Scotland*, 2009. Alzheimer Scotland HP <https://www.alzscot.org/assets/0000/2678/Charter_of_Rights.pdf> 権利条約等を背景に、人権に影響を及ぼす決定への（当事者）参加等のアプローチを示し、その後のスコットランドにおける認知症施策に影響を与えている。

⁽¹⁵⁵⁾ 契約等の法律行為に限定され、現実の介護行為のような事実行為は含まれない。（小林昭彦ほか編著『新成年後見制度の解説 改訂版』金融財政事情研究会，2017，pp.149-154.）

⁽¹⁵⁶⁾ データについては、最高裁判所事務総局家庭局「成年後見関係事件の概況」裁判所ホームページ <<http://www.courts.go.jp/about/siryo/kouken/index.html>> を参照。申立件数は、後見開始、保佐開始、補助開始及び任意後見監督人選任事件の合計数。同事件関係データで断りのない場合は、2018（平成30）年のものである。

⁽¹⁵⁷⁾ 「成年後見制度利用促進」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202622.html>>

⁽¹⁵⁸⁾ 一般の市民による後見人のこと。本人と親族・交友関係がなく、主に社会貢献のため希望して行う。

⁽¹⁵⁹⁾ 「締約国は、法的能力の行使に関連する全ての措置において、濫用を防止するための適当かつ効果的な保障を国際人権法に従って定めることを確保する。当該保障は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反を生じさせず、及び不当な影響を及ぼさないこと、障害者の状況に応じ、かつ、適合すること、可能な限り短い期間に適用されること並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査の対象となることを確保するものとする。当該保障は、当該措置が障害者の権利及び利益に及ぼす影響の程度に応じたものとする。」（外務省訳「障害者の権利に関する条約」2014.1.30. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000899.html>）下線は筆者。

⁽¹⁶⁰⁾ 民法第10条では後見開始の審判の取消しについて定め、民法第7条に規定する原因が消滅したとき本人等の申立てにより取り消されけるとする。原因の消滅とは、本人の判断能力が後見制度による保護を要しない状態に回復した場合である。（小林ほか編著 前掲注⁽¹⁵⁵⁾，pp.107-108.）

⁽¹⁶¹⁾ ①②③については、次の文献による。田山輝明「障害者権利条約批准と成年後見制度」『老年精神医学雑誌』30巻1号，2019.1，pp.27-33. ただし、権利条約は法定代理制度を一般的に禁止しているわけではなく、意思を表明することができない場合に限って、最小限度認めるのが田山氏の趣旨である。④については、児玉洋子「成年後見制度と障害者権利条約との抵触可能性に関する一考察」『自由と正義』69巻3号，2018.3，pp.76-85. 成年被後見人の意思の尊重及び身上の配慮を定めた民法第858条との抵触（可能性）を指摘している。

条約に適合していると考えられる任意後見について、その認容件数は全体の 1.9% (647 件) にすぎず、保佐と補助の割合も低位にとどまり、広範な法定代理権が付与される後見の割合が 77.2% (26,641 件) に達する実態がある。この点、権利条約との関係を措いたとしても、後見の必要性が生ずるに先立つ、認知症の初期段階における制度利用の開始は、認知症者が自らの意思を支援者に伝達できる可能性が高まるメリット⁽¹⁶²⁾があり、改善が求められよう⁽¹⁶³⁾。なお、国連障害者権利委員会 (UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities) が採択した一般的意見第 1 号では、代理人による意思決定制度 (substitute decision-making) を支援付き意思決定 (supported decision-making) に置き換えるとしている⁽¹⁶⁴⁾。

成年後見制度は、従来の禁治産制度同様、民法における財産管理を中心に組み立てられたものであるが、近年、財産管理と身上監護を一体的に捉え、本人の生活の質向上を目的に財産管理を行う身上監護アプローチの考え方が重視されつつある。この観点では、ケアマネジメントの手法を転用した成年後見人等による支援手法も提案されている⁽¹⁶⁵⁾。促進計画では、各地域において、従来の保健・医療・福祉の連携だけでなく、司法も含めた連携の仕組み (権利擁護支援の地域連携ネットワーク) を構築し、本人を後見人とともに支える「チーム」による対応が提示された。しかし、その中核となる機関 (市町村直営又は委託等による中核機関) の設置を行っている自治体の割合は 4.5% (2018 (平成 30) 年 10 月時点) にすぎず⁽¹⁶⁶⁾、取組は進んでいない。

なお、後見開始又は保佐開始の審判をするには、本人の精神の状況について、明らかにその必要がないと認める場合を除いて、鑑定⁽¹⁶⁷⁾をしなければならないとされる (「家事事件手続法」(平成 23 年法律第 52 号) 第 119 条第 1 項、第 133 条)。しかし、鑑定の実施率は、2007 (平成 19) 年度の約 37% から低下を見せ、2018 (平成 30) 年には、8.3% に至っている。このことを人権上の問題とする精神科医の見解がある⁽¹⁶⁸⁾。また、認知症者等への鑑定結果には、現実の生活等ニーズに応える配慮が働いており、後見・保佐・補助に対応する 3 分類の能力によって必ずしも運用されていないとも指摘される⁽¹⁶⁹⁾点には注意が必要であろう。

(162) みずほ情報総研『認知症の人の成年後見制度の利用における保佐・補助の活用及び成年後見人の確保に関する調査研究事業報告書』(平成 30 年度老人保健健康増進等事業) 2019.3, p.7. <https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_kaigo2019_07.pdf>

(163) 促進計画においても、目標として「保佐・補助及び任意後見の利用促進」が挙げられている。

(164) UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *General comment No. 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law*, 19 May 2014, paras.3, 28. <https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en> なお、権利条約第 12 条第 3 項では、「締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。」とする。(外務省訳 前掲注(59))

(165) ここでケアマネジメントとは、要支援者の福祉、保健、医療等の幅広い必要性と、様々なサービスを適切に結び付けて調整を図り、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保していく援助方法をいう。(渡部朗子「第 3 章 5 身上監護アプローチとはどのようなものか」小賀野晶一ほか編『認知症と民法』(公私で支える高齢者の地域生活 第 1 巻) 勁草書房, 2018, pp.104-115.)

(166) 「成年後見制度の現状」2019.7, p.38. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/000532207.pdf>>

(167) 家事事件手続法には鑑定者の資格等について制限はないが、専門的知見を有する者 (精神科医等) と解される。(小林ほか編著 前掲注(55), p.306.)

(168) 齋藤正彦「高齢者の意思能力」松下・齋藤編著 前掲注(54), pp.159-173; 高丸勇司「成年後見制度は権利擁護に寄与しているといえるか」『老年精神医学雑誌』30 巻 1 号, 2019.1, pp.58-63.

(169) 齋藤 同上, pp.172-173. 心理検査上は高い能力を保っていたとしても、現実的な生活機能・環境の観点 (例えば 独居等で家族の保護が期待できない等) からは、後見や保佐相当とせざるを得ない例が挙げられている。

(2) 医療同意と意思決定支援

侵襲を伴う医療行為（手術等）について、違法性が阻却されるためには、①患者の同意、②医学的正当性の双方の存在が必要とされる⁽¹⁷⁰⁾。判断能力が低下した認知症者の場合、医師の説明を受け、同意を与えることができないとするなら、医師が積極的な治療を回避するなど、適切な医療を受ける権利が侵害されるおそれがある⁽¹⁷¹⁾。そこでこの同意について、第三者でも可能かどうか議論になる。患者の家族による同意については、医療慣行上あるいは判例において認められている⁽¹⁷²⁾（よって実務上は、身寄りのない認知症者の場合が大きな問題になる⁽¹⁷³⁾）。一方、成年後見人が、患者である被後見人に対する医療同意権を有するかどうか、見解は分かっている⁽¹⁷⁴⁾が、これまでの通説では「ない」とされている⁽¹⁷⁵⁾（ただし現実の局面では、ほかに親族がいる場合ですら医療関係者から同意を求められる成年後見人は多いという⁽¹⁷⁶⁾）。「成年後見制度の利用の促進に関する法律」（平成28年法律第29号）第11条第3号では、「成年被後見人等であって医療、介護等を受けるに当たり意思を決定することが困難なものが円滑に必要な医療、介護等を受けられるようにするための支援の在り方について、成年後見人等の事務の範囲を含め検討を加え、必要な措置を講ずること。」とされ⁽¹⁷⁷⁾、近年、認知症者の意思決定支援に向けた検討が進められている。

しかし、我が国における意思決定支援は、医療や介護現場で「おまかせ主義」、「パターンリズム」が色濃く残っているという⁽¹⁷⁸⁾。重要な点は、本人の同意（残存）能力をあるかないかの

⁽¹⁷⁰⁾ 米村滋人『医事法講義』日本評論社、2016、pp.20、169-172。

⁽¹⁷¹⁾ 実例について、齋藤正彦「第1編第6章 日本における医療側から見た成年被後見人の医療同意」田山輝明編著『成年後見人の医療代諾権と法定代理権』三省堂、2015、pp.130-131；日本弁護士連合会「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」2011.12.15、p.6。<https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf>

⁽¹⁷²⁾ 小賀野晶一ほか「認知症を持つ人の「医療同意」を取り巻く課題」『看護管理』27巻6号、2017.6、pp.450-451。

⁽¹⁷³⁾ 山縣然太郎ほか『「身元保証」がない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン（案）』（平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業））厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000489348.pdf>>

⁽¹⁷⁴⁾ 平沼直人「成年後見制度と意思決定サポートシステム（6）高齢社会と医療の確保—成年後見人の医療同意を中心に—」『判例時報』2399号、2019.5.11、pp.106-113；丸山英二「成年後見人の医療同意権に関する若干の考察」『実践 成年後見』54号、2015.1、pp.5-14。法解釈論の一方、医師の観点から、医療同意は本人以外にできず成年後見人に代理を任せることは危険であって、現実的には医療上の意思決定は医療機関に任せ、その決定に対する第三者審査機関を設けるという見解もある。（齋藤 前掲注⁽¹⁷¹⁾、pp.137-139。）

⁽¹⁷⁵⁾ 立法担当者によると、ドイツでは医的侵襲に関する決定・同意の権限を世話人に与え、その中の重要な決定・同意について後見裁判所の許可を得ることが義務付けられており、我が国において同様の制度を設ける適否について議論があったものの、この問題は医療行為について本人の判断能力に問題がある場合における第三者の決定・同意全般に関する問題として、医療の倫理等に関する専門家等の十分な議論を経た上で、慎重に立法の要否・適否を判断すべき事柄であって、当面は社会通念のほか、緊急避難・緊急事務管理等の一般法理に委ねることとせざるを得ないなどとされたという。（小林ほか編著 前掲注⁽¹⁷⁵⁾、pp.152-153。）

⁽¹⁷⁶⁾ 成年後見センター・リーガルサポート「医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言」2014.5.15、p.5。<https://www.legal-support.or.jp/akamon_regal_support/static/page/main/pdf/act/index_pdf10_02.pdf>

⁽¹⁷⁷⁾ さらに附則第2条において、「認知症である高齢者、知的障害者その他医療、介護等を受けるに当たり意思を決定することが困難な者が円滑に必要な医療、介護等を受けられるようにするための支援の在り方については、第11条第3号の規定による検討との整合性に十分に留意しつつ、今後検討が加えられ、その結果に基づき所要の措置が講ぜられるものとする。」とされた。

⁽¹⁷⁸⁾ 鳥羽研二「はじめに」HAM人・社会研究所『認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業報告書』2017.3。厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/91_HAM.pdf>

悉無律ではなく（認知症者の場合は過小評価される可能性が高い。）、また、固定的に捉えず、正確に評価し、低下していれば本人の理解を助ける工夫をすること、多職種（家族を含む。）で意思決定を行うプロセスを医療・介護福祉等関係者が共有することであろう⁽¹⁷⁹⁾。成年後見人等も、このプロセスの中で意思決定支援に貢献可能と考えられる。なお、最近では医療や介護に限定されず、一般のサービス・売買契約の局面にまで拡張した意思決定サポートシステムの構想も現れている⁽¹⁸⁰⁾。厚生労働省は2018（平成30）年、多職種に向けた「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を公表したが、ここでは本人の意思や好みを理解・尊重するチームによる早期からの継続的支援が提示されている⁽¹⁸¹⁾。ただ、このガイドラインは、意思決定を支援してもなお生ずる問題、つまり意思決定能力を喪失したと判断せざるを得ない場合の代理代行決定のルールを示すには至っておらず、その点は引き続き課題として残る。

3 終末期・緩和ケア

日本を含め多くの国において緩和ケア⁽¹⁸²⁾は、従来がん患者を主たる対象として考えられてきたが、近年、認知症者に対してもその必要性が訴えられるようになりつつある⁽¹⁸³⁾。特に我が国においては、認知症は生命を脅かす病との認識⁽¹⁸⁴⁾が乏しく、終末期には緩和ケアよりむしろ延命治療が重視されてきたとの指摘もある⁽¹⁸⁵⁾。認知症の重度から末期に至る苦痛にはがんとは異なる特徴があり、摂食嚥下障害、肺炎に伴う呼吸困難、長期臥床に伴う褥瘡等の頻度が高いこと等が挙げられている⁽¹⁸⁶⁾。重度の場合、認知症者は苦痛のレベルを適切に伝えることが困難なことからBPSDを発し、抗精神病薬の使用にもつながり得る。緩和ケアの専門家でも終末期の認知症の症候・ケアの知識に乏しいことが多く、OECDは、認知症に特有の緩和ケアガイドラインの策定を求めている⁽¹⁸⁷⁾。

このように意思決定やコミュニケーションに困難を有する認知症者の場合、治療方針をどのように決定していけばよいか課題となる。これについて、オーストラリアの国家戦略にも示された、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）が近年重要視されつつある。ACPには事前指

(179) 成本迅「認知症の人の医療選択と意思決定支援」『看護管理』27巻6号、2017.6、pp.438-442。

(180) 小賀野ほか編 前掲注(66)、pp.275-281。

(181) 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」2018.6. <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>> 本人意思の実現にあたっては、「他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り、形成・表明された意思が、他からみて合理的かどうかを問うものではない。」（同、p.8.）とされた点（下線筆者）は重要である。

(182) WHOによれば、「痛みや、他の物理的・社会心理的・精神的な問題を早期に特定し、適切な評価・対処を行うことで、苦痛を予防し、また和らげ、生命を脅かす病気に伴う問題に直面している患者とその家族の生活の質を向上させるアプローチ」とされる。（WHO, *Palliative care for older people: better practices*, 2011, p.6. <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf>）必ずしも終末期に限定されない。

(183) OECD, *op.cit.*(14), pp.149-153.

(184) 我が国において、「血管性等の認知症」は死因全体の10番目（1.5%）、女性に限れば「血管性等の認知症」は9番目（1.9%）、「アルツハイマー病」が10番目（1.7%）になる。（厚生労働省「第6表 性別にみた死因順位（第10位まで）別 死亡数・死亡率（人口10万対）・構成割合」『平成29年（2017）人口動態統計（確定数）の概況』2018.9.7. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/10_h6.pdf>）

(185) 宮本礼子「認知症の終末期医療—我が国と欧米豪の比較—」『認知症ケア研究誌』3巻、2019、pp.13-23。

(186) 平原佐斗司「第5章 A. 進行期、あるいは終末期認知症の人の苦痛とは？」平原佐斗司・桑田美代子編『認知症の緩和ケア』南山堂、2019、pp.88-93。

(187) OECD, *op.cit.*(14), pp.149-153.

示⁽¹⁸⁸⁾が含まれ、OECD の加盟国調査によると、20 数か国が法的拘束力のある事前指示の仕組みを備えている⁽¹⁸⁹⁾。事前指示は有力な手段である一方、認知症の場合には、症状が進行する前の意思が尊重されるのか、現在の意思が尊重されるのか、という両論⁽¹⁹⁰⁾があり、理性的な判断力をもって熟慮されたときの決定を重視する前者の立場と、進行後に生じ得る価値観の変容を受け入れる後者の立場の単純な二分法では解消できない。厚生労働省の終末期に関するガイドラインは、認知症のみを対象としたものではないが、ACP の概念も取り込み、「本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要」とした⁽¹⁹¹⁾。このような取組を具体的に進め、医師と家族のみで決定される傾向にある認知症のケースにおいて、本人の医療同意能力を十分評価し、介護職も含め多職種が連携して支援することで⁽¹⁹²⁾、意思決定の質向上を図ることが課題である。

4 認知症根本治療の可能性と予防

(1) 根本治療の可能性

神経変性疾患による認知症について、根本的な治療法はこれまで見いだされていない。中でも最も頻度の高いアルツハイマー型認知症の病理学的特徴は、老人斑（主体は不溶化・凝集したアミロイドベータ蛋白：A β ）、神経原繊維変化（過剰にリン酸化したタウ蛋白）、脳萎縮（神経細胞の減少等）とされ、その発症機序については、様々な仮説がある⁽¹⁹³⁾。中でも最も有力とされてきたのが、アミロイドカスケード仮説⁽¹⁹⁴⁾であり、その登場以来 25 年以上にわたって研究が進められているが、これに基づく疾患修飾薬について、その治験の数多い失敗⁽¹⁹⁵⁾により、仮説そのものへの疑問も生じている⁽¹⁹⁶⁾。なお、臨床症状が出現する相当以前（十年単位）から A β

⁽¹⁸⁸⁾ 患者が意思表示能力を有する間に、予め治療に関する事柄をまとめておくこと。大別すると、代理人を指名するものと事前指示書によるものの 2 種がある。我が国には事前指示の法的効力を定めた法令はない。

⁽¹⁸⁹⁾ OECD, *op.cit.*(14), pp.151-152. しかし、事前指示書（リビング・ウィル）の法的効果が認められている米国においても、実際の作成率は低く、また指示内容が曖昧でうまく適用されない等十分機能しておらず、患者の自己決定に基づく終末期医療は、このような制度だけで実現されるわけではないとの指摘がある。（樋口範雄「第 3 章 VI 自己決定権がうまく機能しない現状」『アメリカ高齢者法』弘文堂、2019, pp.61-67.）

⁽¹⁹⁰⁾ 松田純「第 4 章 最終段階の医療とは—誰が治療中止を決めるのか—」『安楽死・尊厳死の現在—最終段階の医療と自己決定—』中央公論新社、2018, pp.113-148. また、精神科医である井藤佳恵氏は、「近時記憶の障害が進行し、いまこのときだけを生きるその人にとって、いまの自分以外に「本当の自分」がいるのであろうか。いま、その人が表示する意思に、たとえ客観的な合理性が見つけれなかったとして、それを退けてよい根拠はあるのだろうか。」という。（井藤佳恵「認知症終末期の医療方針の決定をめぐる」『認知症ケア事例ジャーナル』11 巻 1 号、2018.6, p.29.）

⁽¹⁹¹⁾ 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」2018.3 改訂, p.1. <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>>

⁽¹⁹²⁾ 成本迅「認知症の人の医療選択と意思決定支援—同意能力評価と支援プロセスについて—」『認知症ケア事例ジャーナル』11 巻 1 号、2018.6, pp.24-28.

⁽¹⁹³⁾ 川又 前掲注(64), pp.492-512.

⁽¹⁹⁴⁾ A β がアミロイド前駆体蛋白から切り出され、異常凝集し、その結果、神経細胞内の神経原繊維変化、神経細胞死、そして認知症につながるもの。（小野賢二郎「I ① 3 認知症診療に必要な神経科学の基礎知識」山田編著 前掲注(15), pp.26-35; John A. Hardy and Gerald A. Higgins, “Alzheimer’s Disease: The Amyloid Cascade Hypothesis,” *Science*, Vol.256 Iss. 5054, 10 April 1992, pp.184-185.）

⁽¹⁹⁵⁾ 2000 年以降に独バイエルや米リリー、メルク、英グラクソ・スミスクラインなど 33 社が、アルツハイマー病治療薬の開発に 6 千億ドル以上投じてきたが、そのほとんどが失敗に終わったといわれる。（「アルツハイマーの新薬開発 原因タンパク質「タウ」に力」『日本経済新聞』2019.6.7.）

⁽¹⁹⁶⁾ Simon Makin, “The Amyloid Hypothesis on trial,” *Nature*, Vol.559, 26 July 2018, pp.S4-S7.

の蓄積は始まり、出現時には既に多量に存在していることから、薬剤投与のタイミングとして症状出現前に設定した治験も行われるようになってきている⁽¹⁹⁷⁾。また、A β 対象の治験が難航していることから、タウ蛋白を標的としたアルツハイマー型認知症の治療についても注目されている⁽¹⁹⁸⁾。ターゲットの対象を広げていくことが1つの課題であろう。

アルツハイマー型認知症以外の、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症等の治療薬開発についても重要であるが、やはり進行中の段階にある⁽¹⁹⁹⁾。

(2) 予防

根本治療法がなお得られない中、認知症予防の重要性が増大し、各国の戦略等にも取り入れられるようになってきている。認知症の予防可能性については、明確なエビデンスは得られていない⁽²⁰⁰⁾ものの、危険因子としては、加齢、遺伝的危険因子、血管性危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症）、生活習慣関連因子（喫煙等）、関連する疾患（メタボリック症候群、睡眠時無呼吸症候群、うつ病と双極性障害）等が挙げられている⁽²⁰¹⁾。WHO 行動計画では、行動領域の1つに認知症リスクの減少を掲げており（表2）、2019年、リスク減少のためのガイドラインを公表した⁽²⁰²⁾。その推奨内容を表10にまとめているが、「認知機能低下」と「認知症」が区別されていること、エビデンスのレベルが必ずしも高くないこと⁽²⁰³⁾、地域の文脈に合わせた実施が求められていることには留意が必要である。なお、内容的にも注意が必要な点があり、例えば、血圧に関しては年齢によって影響が異なる可能性、肥満に関しては老年期において逆の報告もあることを挙げておく⁽²⁰⁴⁾。また、WHOが今回対象とした領域以外にも、「教育歴」が影響するとの報告がある⁽²⁰⁵⁾。今後は、エビデンスの確認を更に進めていくとともに、予防策の普及啓発、またそれに向けた体制作りが急務の課題である。同時に、確実な予防策が存在しない状況において、偏見の助長につながることもない進め方が求められよう⁽²⁰⁶⁾。

なお、脳にアルツハイマー病変が見られた場合でも認知症を示さない高齢者が存在しており、アルツハイマー型認知症は正常な老化と連続したものであるという見解⁽²⁰⁷⁾が少なからずある。これはWHO等の認知症疾病モデルとは整合しない面があるが、「老化」の本質への考察が問題解決に必要であるということを示唆している。

(197) *ibid.* また、武田 前掲注(21), pp.607-608 も参考にした。

(198) 栗原正典・岩田淳「タウを標的としたアルツハイマー病治療薬開発の現状」『老年精神医学雑誌』30巻6号, 2019.6, pp.663-668; 『日本経済新聞』前掲注(95)

(199) 田中稔久「アルツハイマー病以外の認知症疾患に対する治療薬開発」『老年精神医学雑誌』30巻6号, 2019.6, pp.624-632.

(200) 富本秀和「第4章 認知症の治療と管理 認知症は予防できるのか」中島ほか編集 前掲注(3), pp.176-177.

(201) 日本神経学会監修,「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集 前掲注(6), pp.118-144.

(202) WHO, *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines*, 2019. <https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/>

(203) *ibid.* WHOが示すエビデンスのレベルには、「低い (low)」、「非常に低い (very low)」も見られる。

(204) 次の文献を参考にした、筆者の判断による記述である。三菱総合研究所「海外の認知症予防等ガイドラインの整理に関する調査研究事業報告書」2019.3.31. <https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou000000qwp6-att/H30_158_2_report.pdf>; 日本神経学会監修,「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編集 前掲注(6), pp.121-123, 129-130.

(205) May A. Beydoun et al., “Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis,” *BMC Public Health*, 14:643, 2014, pp.1-33.

(206) 認知症施策推進大綱策定時、政府は当初、予防に関する数値目標の導入を図ったが、当事者等の反対を受けて取り下げた経緯がある。（「認知症「共生と予防」両輪 予防の数値目標 撤回」『朝日新聞』2019.6.19.）

表 10 認知機能低下と認知症のリスク減少に関する WHO の推奨内容

領域	推奨内容	推奨グレード
身体活動	認知機能低下リスクを減少させるため、通常認知機能者に対して	強
	認知機能低下リスクを減少させるため、MCI 者に対して	条件付き
禁煙	他の健康上の利点に加え、認知機能低下・認知症のリスクを減少させる可能性があることから、喫煙者に対して	強
栄養	地中海式食事 ^(注1) ：認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、通常認知機能者・MCI 者に対して	条件付き
	健康的でバランスのとれた食事（WHO 推奨有）：全ての成人に対して	条件付き
	ビタミン B、ビタミン E、多価不飽和脂肪酸、マルチサプリメントは認知機能低下・認知症のリスク減少に対して推奨されない	強
アルコール使用障害	他の健康上の利点に加え、認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、通常認知機能者・MCI 者に対して危険・有害な飲酒を抑えるか、断つ	条件付き
認知機能訓練 ^(注2)	認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、通常認知機能高齢者・MCI 高齢者に対して	条件付き
社会活動	社会活動と認知機能低下・認知症のリスクに対して十分なエビデンスはない。社会参加と社会のサポートは健康・幸福に強く関連し、生涯を通じ、社会的関与が必要	—
体重管理	認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、中年期における過体重、肥満への介入	条件付き
高血圧管理	既存の WHO ガイドラインに即した高血圧者に対する管理	強
	認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、高血圧者に対する管理	条件付き
糖尿病管理	既存の WHO ガイドラインに即し、糖尿病患者に対する薬剤・ライフスタイル介入の形での糖尿病管理	強
	認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、糖尿病患者に対する管理	条件付き
脂質異常症管理	認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、中年期における管理	条件付き
うつ病管理	認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、抗うつ薬の使用を推奨する十分なエビデンスは現在ない。	—
聴力損失管理	認知機能低下・認知症のリスクを減少させるため、補聴器の使用を推奨する十分なエビデンスはない。	—

(注 1) シリアル・フルーツ・魚・豆類・野菜の高摂取、肉類・乳製品の低摂取を指す。

(注 2) 特定の認知機能を強化するためにデザインされた、標準化タスク群の実践（ガイド付き）を指す。

(出典) WHO, *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO Guidelines*, 2019. <https://www.who.int/mental-health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/> を基に筆者作成。

おわりに

認知症者は医療や介護の局面において、ケアを受け、保護されるべき客体として長く位置付けられてきた。近年は認知症との共生がうたわれるが、なおそのニュアンスは残る。しかし、長寿化の進行により、軽度認知障害まで含めるなら、我々のはもはや例外なく発症し、その当事者となる可能性がある。言い換えるなら、誰しもが人生のいずれかの時点で障害を有する者となり得る社会を迎えつつある。そのような社会で幸福を求めるのであれば、弱い存在が当然の如く生活できるよう、社会システムそれ自体があらゆる局面で変化する必要があるだろう。それは能力や健康への価値観を問い直すことでもあり、認知症者が増大する社会は、逆説的な形ながら、希望をもたらし社会であるようにも考えられるのである。

(こてら しょういち)

⁽²⁰⁷⁾ 例えば、松下正明（回答）「アルツハイマー型認知症は“病気”なのか？—病気ではなく老化過程の“異常”—」『日本医事新報』4830号、2016.11.19, pp.66-68; マーガレット・ロック（坂川雅子訳）『アルツハイマー病の謎—認知症と老化の絡まり合い—』名古屋大学出版会、2018, pp.349-357.（原書名: Margaret Lock, *The Alzheimer Conundrum*, 2013.）マーガレット・ロック氏は、医療人類学者。