

認知症基本法と自治体における今後の認知症施策の在り方

東京都健康長寿医療センター・認知症未来社会創造センター センター長

認知症介護研究・研修東京センター センター長

栗田主一（あわた しゅいち）

1. はじめに

2024年1月1日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下、基本法）が施行された。政府は、同年1月26日に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置し、3月28日より認知症施策推進関係者会議での意見聴取、7月10日よりパブリックコメントの募集を開始し、本年秋に認知症施策推進基本計画（以下、基本計画）を策定する予定である。また、これを受けて、地方公共団体は都道府県認知症施策推進計画及び市町村認知症施策推進計画（以下、推進計画）を策定することが努力義務とされている。

2. 基本法の特徴

この法律の際立った特徴の一つは、第1条（目的）に「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）」というビジョンを掲げ、このビジョンを実現するために「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができるように認知症施策を総合的かつ計画的に推進する」とされたことである。また、第3条に7項目の基本理念を掲げ、その筆頭に「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」と記されたことも注目すべき点である。これらのことは、障害者基本法と同じように、ノーマライゼーションの視点に立った共生社会の実現が法の目的であることを示したものと見えよう。基本計画及び推進計画の策定にあたっては、このことをよく理解しておく必要がある。

3. 基本法が成立するまでの社会の動き

2006年に国際連合が採択した「障害者の権利に関する条約」（障害者権利条約）は、障害者の権利を実現するために各国が行うべきことを定めた条約であるが、その背景にはNothing About Us, Without Us（私たち抜きで私たちのことを決めないで）という障害者本人の声があった。2007年にわが国もこの条約に署名し、この条約の理念に沿って障害者基本法の改正をはじめとする一連の制度改革を行い、2014年に同条約を批准した。

一方、Nothing About Us, Without Usと言うスローガンは、2000年代の初め頃から認知症の当事者の間にも広まりはじめた。そのさきがけとなったのは、英国のスコットランドに

における認知症の当事者組織（スコットランド認知症ワーキンググループ）の活動である。わが国では 2014 年 10 月にわが国最初の認知症当事者組織として日本認知症ワーキンググループ（現在は一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ）が発足し、グループの代表が同年 11 月に開催された認知症サミット日本後継イベント（先進国の認知症施策担当者の国際会議）において、わが国の認知症の人がおかれている状況を「空白の期間」という言葉を用いて講演した。「空白の期間」とは、“たとえ認知症が早期に診断されたとしても、その後に本人自身の希望や意向に基づいた支援があるわけではなく、ただ認知症が進行して、要介護認定を受けて、既存の介護保険サービスを利用するのを待つだけである。その間に認知症の本人は絶望してしまう”という自らの体験を表現したものである。

この講演は政府に大きなインパクトを与え、2015 年 1 月に認知症の人の視点の重視を政策の基本柱に据えた認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を策定し、2019 年には共生と予防を車の両輪とする認知症施策推進大綱（以下、大綱）を策定した。これらの施策の下で、認知症の人の声は次第に高まり、認知症の当事者が政策づくり、地域づくりに参画する機運が生み出されていった。そして、このような動きと連動しながら、2021 年に超党派の国会議員による「共生社会の実現に向けた認知症施策推進議員連盟」が発足し、認知症の当事者も参画して勉強会が重ねられ、2023 年 6 月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法案」が全会一致で可決され、2024 年 1 月に施行されるに至った。

4. 「古い認知症観」と「新しい認知症観」

このようなプロセスの中で、認知症の当事者からは、「古い認知症観」を克服し、「新しい認知症観」に立つ必要性があることが繰り返し強調された。

「古い認知症観」とは、「認知症になると何もできなくなる、何もわからなくなる」という考え方である。このことが、認知症の人の意思が無視され、本人不在で本人のことが決められるという状況をつくりだし、それによって本人も希望を失い、「認知症になったら終わりだ」という言説が広まる要因となっている。実際、認知症の人の中にも、「診断される前にはそのように感じていた」「認知症に対する強い偏見があった」と語られる方は少なくない。虐待などの人権侵害もこのような「古い認知症観」と深く関係しているであろう。

一方、「新しい認知症観」とは、認知症になったとしても、認知機能障害を補うような適切な支援があれば、自らのおかれた状況をそれなりに理解し、自らの意思に基づいて日常生活や社会生活を営むことができ、希望と尊厳をもって生きることができる、という認知症観である。超高齢社会にあるわが国では、誰もが認知症になる可能性がある。認知症を自分事として捉え、「新しい認知症観」に立った社会を創り出していくことが、基本法で定義されている共生社会の大切な要件になっている。

5. 基本的施策と計画を策定する際の論点

基本法の第14条～第25条に12項目の基本的施策について記述されている。このうち、第14条～第21条の8項目は国及び地方公共団体が実施する施策、第22条～第25条の4項目は国が実施する施策である。計画を策定する際の重要な論点は、その計画が「共生社会の実現の推進」という目的に叶ったものとなっているか否かという点である。ここでは、第14条～第21条の8つの施策について私見を述べたい。

(1) 認知症の人に関する国民の理解の増進等（第14条）

この施策の目標は、共生社会の実現を推進するために、その基盤となる「新しい認知症観」を社会に広めることであろう。

基本法第14条には、国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識を普及し、認知症の人に関する正しい理解を深めることと記されているが、「認知症に関する正しい知識とは何か」「認知症の人に関する正しい理解とは何か」ということを深く議論しておく必要がある。ここには、認知症に関する医学的な知識も含まれるが、最も重要なことは先に述べた「新しい認知症観」をいかにして普及していくかということである。

すでに障害の領域においても繰り返し経験してきたことであるが、障害者に対する差別と偏見を克服する最も重要なアプローチは当事者との出会いである。このことは認知症の場合も同じである。認知症の人に関する国民の理解の増進については、認知症の本人参画が極めて重要な意味をもつことを強調しておく必要がある。

(2) 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進（第15条）

この施策の目標は、認知症の人の自立や社会参加等を阻む社会的障壁を除去することによって、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望をもって暮らせる社会環境を確保していくことにある。

ところで、基本法第15条には、認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域づくり（移動手手段の確保、交通の安全、見守るための体制整備等）という記述があるが、「安心・安全」については認知症の人の「自由」と対立する場合があることに留意する必要がある。たとえば、「見守るための体制整備」は、認知症の当事者からも、「本人視点ではない」「用語を変えてほしい」という要望がでている。

「見守り」は、地域包括ケアシステムの実現に向けた動きの中で、「今後、認知症高齢者や単身高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援（配食・見守り等）を必要とする」¹⁾ というように、「生活支援」という文脈の中で使用されるようになった用語である。一方、「生活支援」は、障害の領域では「尊

「厳ある自立生活の支援」という意味で古くから使用されてきた用語でもある。「見守り」という用語は、そのような意味での「生活支援（または日常生活支援）」の一要素として限定的に使用すべきであろう。また、この施策は、市町村においては、地域支援事業の他事業（介護予防・日常生活総合支援事業、生活支援体制整備事業等）と連動して、分野横断的に進めていく必要がある。

(3) 認知症の人の社会参加の機会の確保等（第 16 条）

この施策の目標は、認知症の人が孤立することなく、必要な社会的支援につながり、多様な社会活動に参加することによって、生きがいや希望をもって暮らすことができるようにすることであろう。

「社会参加とは何か」「何故、社会参加に係る施策が必要なのか」ということについての深い検討が必要である。社会参加と対極を為す用語は排除または孤立であろう。認知機能障害のある人は、その障害ゆえに、平時より必要な情報や社会的支援につながりにくく、さまざまな活動への参加、サービスの利用、自らの生活に関わる事柄の決定（ケアの決定、施策づくり、地域づくり等）への関与が阻まれやすい。それが結果的に本人の生きがいや希望の喪失につながる。また、孤立は、緊急時（例：災害時）にあっては生存の危機を高める重大な要因となる。社会参加とは、社会から排除されることなく、社会の中で孤立することなく、社会を構成する大切な一員として人々に認識され、意味のある社会的ネットワークが確保され、多様な活動に参加し、自らの生活に関わる事柄に関与することである。それは、すべての国民が共有する「市民としての権利」であり、そのような社会を実現することは国及び地方公共団体の責務である。

(4) 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護（第 17 条）

この施策の目標は、認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるように、認知症の人への意思決定の適切な支援と権利利益の保護を図ることであろう。

すでに「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」²⁾が策定されているが、保健医療福祉の現場ではそれが実践されるような教育はまだ十分になされていないとは言えない。また、支援される当事者にもわかりやすい形でそのことが伝わるような情報提供も必要である。

近年、認知症の人を標的とする特殊詐欺や強引な訪問販売等の不適切な取引被害の報道が相次いでいるが、その実態を調査し、消費者サイドと企業サイドの双方からの総合的な消費者被害防止対策を考案していく必要がある。

軽度の認知機能障害では、他の生活行為に支障がなくとも金銭管理の支障によって自立生活の継続が阻まれることが少なくないが、こうした人々にとって日常生活自立支援事業や成年後見制度は甚だ使い勝手が悪い。軽度の認知機能障害の特性を考慮した新たな権利擁護支援サービスの創出が求められる。

保健医療福祉サービスの現場における権利侵害（虐待、強制的な医療、本人不在の意思決定等）については、その背後にある構造的な要因分析を進め、その構造を変化させるための抜本的な対策を継続的に検討していかなければならない。

(5) 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等（第 18 条）

この施策の目標は、認知症の人が居住する地域に関わらず本人の意向を十分に尊重した質の高い保健医療及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく利用できるように、地域の実情に応じたサービス提供体制と連携体制を整備し、人材育成を進めることである。このことは、「新しい認知症観」に立ったサービス提供体制を確立することを意味している。

わが国では、すでに、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援及び介護保険サービス事業所等との連携による認知症の医療・介護連携体制が整備されているが、実際には、地域の人口規模や現存する社会資源の状況等によって、それぞれの地域の実情に応じたサービス提供体制を創り出していかなければならない状況にある。地方公共団体は、このことを踏まえて独自のサービス提供体制を地方公共団体の責務として考案し、国はそれを支援していく必要がある。

認知症の人は、さまざまな身体疾患や精神疾患を併存するケースが多いが、認知症であることを理由に適切な医療が提供されないことがしばしばある。併存する身体疾患や精神疾患に対して適切な医療が提供できるような連携体制の構築も課題である。

専門職の人材育成については、基本法の理解と「新しい認知症観」の普及をめざした研修の見直しが必要である。特に介護専門職や地域支援専門職（認知症地域支援員や若年性認知症コーディネーター等）の研修については、認知症介護研究・研修センターがその拠点となっていることから、同センターの機能強化が不可欠である。

(6) 相談体制の整備等（第 19 条）

この施策の目標は、認知症の人や家族等が必要な社会的支援につながれるように、相談体制を整備し、地域づくりを推進していくことであろう。

相談とは、信頼関係の形成を前提にして、個人の支援ニーズを把握し、現存する社会資源の中で必要な支援を調整し、それによってパーソナルな社会的ネットワークをつくりだしていくことである。一方、パーソナルな社会的ネットワークをつくるには、地域社会の中にそれを可能とする社会資源が現存していなければならない。地域づくりとは、そのよ

うな社会資源のネットワークをつくりだしていくことに他ならない。

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所はそのための機関であり、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の専門医療機関、介護保険サービス事業所はそれぞれの連携能力に応じた相談機能を有している。また、企業は労働安全衛生の一環で相談業務を実践している。これらの機能を政策的に強化していくことは重要である。

一方、本人ミーティング、ピアサポート、家族会、認知症カフェもインフォーマルな相談機能を有しており、それと連動しながら交流の場もつくりだしている。

認知症地域支援員は、このような相談・支援（コーディネーション）と地域づくり（ネットワーキング）の要に位置づけられる専門職である。その役割を明確化させ、機能強化を図ることは、この施策の中で実践されるべき重要な事業である。

(7) 研究等の推進（第 21 条）

この施策の目標は、共生社会の実現に資する認知症の研究を推進し、認知症の人をはじめとする国民がその成果を享受できるようにすることであろう。

共生社会の実現に資する認知症研究の領域は広範である。基本法の第 20 条には、認知症の本態解明、認知症及び軽度の認知機能障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備等に関する研究と、そのための基盤構築を進めることが記されている。

これに加えて、地方公共団体では、その地域の実情に応じて、地域が直面している課題の把握とその解決に向けた研究を実践する必要があるだろう。

(8) 認知症の予防等（第 22 条）

この施策の目標は、認知症の人を含むすべての国民が、その人の希望に応じて、科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにすること、また、認知機能障害がある人が、どこに暮らしていても早期に必要な対応につながることをできるようにすることであろう。

ところで、共生社会の実現に資する認知症の予防とは何か？ 認知症施策推進大綱では、「『予防』とは、『認知症にならない』という意味ではなく、『認知症になるのを遅らせる』『認知症になっても進行を緩やかにする』という意味である」という説明がなされた。その背景には、「古い認知症観」に基づく予防（認知症になったら終わりだから「認知症にならない」ようにする）キャンペーンが、認知症の人に対する偏見・差別を助長してきたという歴史があることに留意する必要がある。

WHO のガイドライン³⁾においても「認知症予防」という用語は使用せず、「認知症のリスク低減」という用語が使用されている。また、WHO の「認知症の公衆衛生対策に関する世界的アクションプラン」⁴⁾では、認知症の修正可能なリスクファクターは高齢者の非感染性疾患のそれと共通であるから、リスク低減の活動はプライマリ・ヘルス・ケアシステムの文脈で行うべきであるとされている。「新しい認知症観」に立った「認知症予防」は、認知症の有無に関わらずすべての人が参加できる健康づくり（リスク低減）として実践されるべきであり、そこでは「予防」という用語よりも、尊厳ある自立生活を促進するための「健康づくり」や「備え」という用語の方が適切かもしれない。

おわりに

基本計画では、さらに、これらの施策の進捗を評価するための指標（KPI）が設定される。本稿では紙数の都合で触れなかったが、KPI は、本稿で述べた基本的施策の各目標と紐づけながら、共生社会の実現の推進に特に深く関連するいくつかの重点目標を設定し、その目標の達成に関わる測定可能な指標として設定されることになるであろう。それは、地方公共団体においても測定可能な指標でなければならないであろう。

参考文献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム. 6.生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html
- 2) 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年6月
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- 3) World Health Organization: Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guideline.
2019年1月. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>
- 4) World Health Organization: Global action plan on the public health response to dementia. 2017年12月. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>