

日本における認知症政策の変遷

－厚生白書・厚生労働白書を題材として－

高尾真紀子*
makiko.takao.46@hosei.ac.jp

<目次>

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| 1. はじめに | 3. 認知症政策の進展と停滞の要因 |
| 2. 厚生白書・厚生労働白書に見る認知症政策の歴史 | 4. おわりに |

主題語: 認知症(dementia)、厚生白書・厚生労働白書(Annual Health and Welfare Report、Annual Health, Labor and Welfare Report)、認知症施策推進総合戦略(Comprehensive Strategy to Accelerate Dementia Measures)

1. はじめに

1.1 背景と問題意識

国際アルツハイマー病協会(ADI)によれば、世界的な長寿化の進行により、世界の認知症人口は2015年に4,680万人、2030年には7,470万人、2050年には1億3150万人へと拡大すると推計されている。また認知症に関わるコストは家族介護などのインフォーマルコストも含めて2015年に8,180億ドル、2018年に1兆ドル、2030年には2兆ドルまで拡大すると推計している(ADI:2015)。

日本においては高齢者の約4人に1人が認知症の人ないしその予備群と推定され、認知症患者数は2012年に462万人、2025年には約700万人になると推計されている(厚生労働省：

* 法政大学大学院政策創造研究科教授

1) 認知症とは、一度正常に達した認知機能が脳の後天的な障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態をいう。2004年12月『『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書』により、それまで使われていた「痴呆」という言葉は「認知症」に変更された。英語ではどちらもdementiaである。本論文では「認知症」を使用するが、引用や歴史的な名称の場合には「痴呆」を使用する。

2015)。政府は、2012年に策定した「認知症対策推進5か年計画(以下オレンジプラン)」に続き、2015年には「認知症施策推進総合戦略(以下新オレンジプラン)」を発表し、認知症に関する政策は国全体の課題として認識されつつある。

認知症対策は先進国共通の課題であり、世界保健機関(WHO)は認知症を公衆衛生対策上の優先課題としている(WHO&ADI:2012)。オーストラリアは世界で最も早く1992年から認知症ケア国家行動計画が始まり、2006年には認知症対策国家戦略が発表されている。フランスは2001年に最初の認知症国家計画を打ち出し、2008年にはサルコジ大統領の下「アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画2008-2012」を発表し、大規模な予算とともにトップダウンで医療と福祉の連携を推進した。イギリスは2009年に「認知症とともに良き生活(人生)を送る：認知症国家戦略」を発表、認知症対策を国家として位置付けている(Department of health:2009, Banerjee:2010)。アメリカでは国家アルツハイマープロジェクト法(NAPA)が2011年に成立し、2012年に第一次国家プランが発表された(東京都医学総合研究所：2014)。日本は省庁を超えた認知症の国家戦略ではやや遅れをとっているが、認知症サポーターの養成など一部の政策では他国に先駆けている面もある²⁾。

一方、日本における過去の認知症に関する政策を見ると、90年代初めに数多く建設された施設における回廊式廊下³⁾の設置補助など現在の視点では疑問のある施策や、2000年の介護保険開始後のグループホームの整備促進とその後の市町村による総量規制⁴⁾の強化など事業者はその時々政策に翻弄されている。グループホームは当初は軽度から中度の認知症を対象とするとされていたが、最近では看取りまで行うことを求められている。こうした政策の変化はなぜ生じたのだろうか。

認知症に関する政策は医療、介護、権利擁護、まちづくり、交通など多岐にわたる。日本において認知症に関する政策がどのように変化してきたのかを明らかにすることは、今後高齢化の進むアジア諸国にとっても参考になるものと思われる。

1.2 目的と研究方法

本論文においては、認知症政策⁵⁾を「認知症に関する政府の施策・事業全般」とし、認知症

2) 英国はDementia-friendly community という考え方を日本から学んだと、英国保健相ジェレミー・ハント氏が語っている(日本経済新聞朝刊2018年5月4日)

3) 現在では徘徊対策としての回廊式廊下は適切でないと言われている

4) 市町村は、市町村介護保険事業計画の達成の観点から、指定権限を有する施設・居住系サービスについて、指定等の拒否を行う権限を有している。

政策がどのように変化してきたのか及び変化の要因を明らかにすることを目的とする。研究方法は、主として担当官庁である厚生労働省の白書⁶⁾(昭和31年から平成12年まで厚生白書、平成13年以降27年まで厚生労働白書：以下白書)の内容を抽出し、変遷をたどる。さらに、政策の変化がなぜ生じたのかについて、医療政策や国際動向や国会議事録、審議会議事録や新聞記事等によって探る。

白書を資料として利用する意味について、岩田(2016：pp.13-14)は、従来の社会福祉・社会保障が法律を主軸に把握されてきたことに対し、「実際の社会福祉は、その「法律」の区分に従って実施されているわけではなく、行政レベルでは、いくつかの法律の境界上の問題を、連携して、あるいは対立しながら、取り扱うことがしばしばある。また、法律の制定は、必ずしもその目的にあるような内容を伴って実施されているわけでもない。したがって、法律から見るよりは、そのときどきの『行政年次報告書筆者』で示される「事業(活動)」を扱うことが妥当」としている。他方、白書の限界はあくまで国家が「公認した」福祉に限定されることであり、税制度や企業福利制度は除外され、地方政府や市民活動も、中央政府がこれを追認したり、事例として取り上げる場合にしか示されないという限界があることを指摘している。

また岩田(2016：p.97)は、白書が年次行政報告書であり、既に法律となっている事業もあればそうでないものもあり、今後の計画という「予告」や、その「説得」も混在しているため、政策の「形成過程」や「評価」を分析する研究の場合には主たる分析対象にはならないとしている。

本研究の対象は認知症政策という限られた分野であり、現時点では基本法はなく、個別の事業や施策として実施されているため、白書を分析することによって、認知症に関する問題が行政課題としていつどのように認識され、どのような政策領域の中に位置づけられ、どのような選択肢が用意されたのかを見ることとする。

5) 認知症に関する政策は、老人福祉、公衆衛生、医学、医療供給体制、ケア技術、介護供給体制、教育等の様々な分野を含むが、白書の分析においては総論の他、老人福祉、精神衛生、老人医療の分野における記述を抽出した。

6) 白書は年度版と年版が年によって異なるが全て年で表示した。また括弧内の西暦は発行年ではなく、白書の年次に合わせている。

2. 厚生白書・厚生労働白書にみる認知症政策の歴史

まず、過去の白書の中から認知症に関する記述を抽出し、担当官庁である厚生労働省が認知症に対してどのような問題意識を持ち、それに対してどのような対策や施策を実施してきたのかを明らかにする。なお、厚生白書・厚生労働白書の構成は各年で必ずしも同じ編成になっていないが、大きな問題意識や課題認識を表していると考えられる「総説」「総論」「特集」と、個別事業の展開を述べている「各論」「制度の概要及び基礎統計」「厚生(労働)行政の動き」があり(岩田2016:pp.99-103)、主に「総説」「総論」及び「各論」から認知症に関わる問題意識・課題認識を抽出し、「各論」「制度の概要」「厚生(労働)行政の動き」の「高齢者福祉」や「精神衛生」に関する記述から、認知症に関わる施策・事業を抽出した。現在、認知症に関する施策は厚生労働省において、介護・高齢者福祉の分野に位置付けられているが、精神衛生の分野における政策も強く関連しているためである。

2.1 1960年代—高齢者福祉対策の始まり

1960年まで高齢者福祉は所得保障の問題であった。昭和31年版白書(1956)では「老令者福祉の中核をなすものは、何といたっても所得の保障である(第1章第4節)」としている。所得保障については1959年に国民年金制度が創設されたことで一定の解決をみた。昭和36年版白書(1961)では、「老人ブーム時代」と述べ、老人福祉対策としては、老人に、(1)健康な生活を送らせること、(2)所得を保障すること、(3)精神生活を安定することの三つを挙げている。老人病の治療と老化予防に言及し、自治体による老人家庭奉仕事業(後のホームヘルプ・サービス)についても取り上げられている(各論第3章)。昭和37年版(1962)では「老衰が著しくしかも家庭で適当な介護が受けられない老人たちのためには、身のまわりのめんどうをみて共同生活を送らせる施設が必要である(第2章)」とあり、初めて「介護」という言葉が現れ、ナーシングホームの設置を提案している。これを受け、翌1963年には老人福祉法が制定され、特別養護老人ホーム(以下特養)が制度化される。昭和40年版(1965)では、特養についての記述の後に「脳卒中の後遺症のため常時臥床している老人は、全国に14万人にのぼると推計されており(第8章第2節)」と記述され、いわゆる寝たきり老人について言及されている。昭和44年版(1969)になると「ねたきり老人対策事業(第11章第2節)」が始まり、脳卒中の後遺症によるねたきりの老人の介護負担がその後も繰り返し指摘されるようになる。この

ように1960年代までは「ねたきり老人」の介護問題の記述はあるが、認知症についての記述は見られない。

2.2 1970年代—老人医療費無料化とねたきり老人対策

昭和45年版白書(1970)は、総論が「高齢者問題をとらえつつ」と題され、高齢者問題に多くのページが割かれている。「全国の70歳以上のねたきり老人数は約20万人であり、その当該人口に占める割合は男女ともに5%となっている。ねたきりにさせている原因の大部分は脳卒中等の循環器の疾患と運動器の疾患あるいは老衰である(総論第2章)」とねたきり老人について記述されるのみならず、「高齢者の精神病の中で最大の課題は痴呆性疾患である(総論第2章)」と初めて認知症の問題が取り上げられた。「高齢者の精神病、とくに老人性痴呆等については、おこるべき原因が重なっておこっている場合が多いという。(中略)その結果が本人はもちろん家族、社会に大きな負担となつてはね返ってくることを考えれば、正しい知識と十分な注意、観察そして適正な対応のための能力と体制が用意されなければならない(総論第2章)」と認知症対策の必要性を指摘している。

しかしこれ以降80年代半ばまで、認知症の問題や対策について白書で言及されることはない。高齢者医療における1973年の老人医療費無料化とそれによる受療率の上昇の問題が繰り返し記述され、精神衛生に関する政策では精神病院における老人専門病床等の整備の必要性が述べられるのみである。

在宅介護に関する政策としては、脳卒中のリハビリテーションである在宅老人機能回復訓練事業、ねたきり老人対策として老人家庭奉仕員の派遣、日常生活用具(特殊寝台)の貸与等の簡潔な記述が毎年続き、70年代の終わりになって「ねたきり老人短期保護事業(ショートステイ)(1978)」、「デイ・サービス事業(1979)」が追加されるが、認知症について言及はない。

なお、昭和53年白書(1978)の総論「健康な老後を考える」では、「高齢者介護の担い手」と題し、「この『寝たきり老人』等を收容して介護をする施設の整備を促進する一方、可能な限り老人が在宅のまま生活できるようにし、『寝たきり老人』等やその家族の生活を支えるためホームヘルプ事業や施設機能の地域開放等在宅福祉サービスを充実していく必要がある」と在宅福祉の拡充について述べ、所得水準の向上とサービスの一般化、市場メカニズムやボランティアの活用などが述べられ、その後の介護保険につながる考え方が明確に記されている。

2.3 1980年代—痴呆老人対策の始まり施設・病院での対策

昭和58年白書(1983)では、「痴呆老人の問題にしても、『ボケ』という言葉に象徴されるような受け止め方から精神障害という認識に変化してきている(第3章第1節)」と1970年以来13年ぶりに認知症に関する記述があり、さらに東京都の調査を引き、全国で約51万人程度の在宅の痴呆老人がいる(第3章第2節)ことを述べている。また、老人精神保健対策として前年11月の公衆衛生審議会答申より、今後の老人精神保健対策の進め方として「都道府県や市町村を中心に、老人の痴呆疾患の予防及び普及啓発活動を進めること(第3章第3節)」が記述されている。さらに第6章では在宅福祉対策の中で「この問題は保健と福祉の両面にまたがり、その処遇が非常に難しい例が多いが、当面は現行の諸施策のなかで、いろいろ工夫し、積極的に対応していくことが必要である。(中略)また、家族でどうしても介護できない場合は、特別養護老人ホームにおいて世話することとしており、そのため各施設ごとに精神科医の雇い上げの予算措置を講じた(本編第6章第2節)」と認知症対策が記載されている。昭和59年(1984)には、特別養護老人ホームにおいて痴呆老人の処遇技術研修が始まり、在宅福祉対策の中に「痴呆性老人対策費」が初めて白書に記載されている(指標編第1部Ⅲ)。

昭和60年白書(1985)では「痴呆性老人対策として、1)痴呆予防対策、2)痴呆となった老人や家族に対する介護援助、3)老年性痴呆の発現機序、その治療法等々の研究(第1編第2章第2節)」が挙げられた。

翌年の昭和61年白書(1986)には「痴呆性老人対策について」と項を設け「痴呆性老人とは、脳の器質的障害により痴呆(いったん獲得された知能が持続的に低下すること)を示している老人を意味する。痴呆をその原因面からみると、脳出血による脳の血管障害の結果生ずる脳血管性痴呆、及びアルツハイマー病など原因不明の脳の変性により脳に萎縮が認められる老年痴呆等があるが、未だ解明されていない事項も甚だ多い」とし、厚生省内に痴呆性老人対策本部が設置され、全省的に対策に取り組むことが記されている(第1編第2章第1節)。

昭和62年白書(1987)では、痴呆性老人対策本部が1987年8月に報告書を取りまとめ、今後重点的に推進すべき痴呆性老人対策として1) 調査研究の推進と発生子防体制の整備 2) 介護家族に対する支援方策の確立3) 施設対策の推進4) 痴呆性老人対策の総合的推進を挙げたことを記載している(第1編第2章第1節)。昭和63年白書(1988)では前年の報告書に基づき、「痴呆性老人対策の総合的推進」として、デイ・サービスへの痴呆性老人加算の新設、痴呆性老人専門治療病棟の整備への補助、診療報酬の改正による専門病棟における老人性痴呆の

治療やデイ・ケアに対する評価、研究の推進、特養における痴呆性老人加算、臨床医や介護従事者に対する研修の実施が記載されている(第1編第3章第2節)。

さらに1989年には全国59か所の精神科を有する総合病院等を「老人性痴呆疾患センター」として位置づけている。このように1980年代半ばに対策本部が設置されてから、相次いで認知症に関する具体的な施策・事業が実施されていることがわかる。

一方、平成元年白書(1989)では、その後の高齢者政策の基本となる「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)がテーマとなっている(第1編第2章第1節)。しかし在宅福祉・施設福祉の量的確保を目標としたプランの中に「痴呆性老人対策」の言葉はなく、「寝たきり老人ゼロ作戦の展開」が大きな柱となった。

2.4 1990年代ー ゴールドプランから介護保険へ脳卒中モデルが中心に

平成2年白書(1990)では、「老人福祉法」をはじめとする福祉関係八法の改正を行い、高齢者福祉を市町村の権限とすることが述べられている(第1編第1部第2章)。1990年代には高齢者介護の財源問題が厚生省内で大きな課題として認識され、平成5年白書(1993)では「既存制度の枠内での個別的な対応には限界があることから、高齢者介護に着目した横断的・総合的な社会保障制度の再編成が求められている」とし介護保険制度の検討が始まったことを述べている(第1編第2部第1章第1節)。

一方、痴呆性老人対策については、平成3年白書(1991)では「寝たきり・痴呆性老人対策」と項が統合され、「我が国では老年痴呆(アルツハイマー型痴呆)に比べて脳血管性痴呆が多く、脳血管性痴呆については、発生予防が期待できることから、老人保健法による保健事業の一環として脳卒中等成人病予防のための健康教育や健康診査が全国各地の市町村で実施されている(第2編第1部I)」とあり、脳卒中予防が中心となっている。さらに「深刻化する痴呆性老人問題に対処するため、在宅介護家族への支援強化、発生予防・治療に関する研究の推進、専門診断体制及び緊急時医療対策の整備、専門病棟等の施設対策の充実を図ることとしている(第2編第1部I)」と述べられ、同様の記述が平成5年白書(1993)まで繰り返されている。

平成7年白書(1995)では、ゴールドプランの見直し(新ゴールドプラン)について言及され、「痴呆性老人対策の総合的实施」(第1編第2部第3章)が加わっている。

7) 痴呆性老人専門治療病棟においては、病室のほかには、身体合併症の治療のための機器を備えた観察室、生活機能回復訓練室、スロープ付き浴室、回廊などの設備が設けられた。

90年代後半は介護保険や社会保障構造改革に関する記述が多くを占めるようになる。平成8年版白書(1996)では新たな介護制度の創設に向けて、1963年の老人福祉法以降の高齢者介護政策の歴史を概観し「1972(昭和47)年に発表された有吉佐和子の「恍惚の人」は、痴呆性高齢者の問題が日常生活において誰にでも起こり得る、しかも一旦起こると極めて深刻な問題であることを人々に改めて認識させた(第1編第1部第3章第1節)」と振り返っている。

介護保険法が成立(1997)すると、その実施に向けた準備が白書の中でも多くを占めるようになる。その中では寝たきり老人への介護(身体ケア)をモデルとした検討が中心となり、認知症に特化した記述は少ない。介護保険サービスの中で認知症に特化したサービスであるグループホームについては、平成8年白書(1996)の世界各国の社会保障制度の中でスウェーデンのグループホームが紹介され、平成11年白書(1999)では介護保険制度の導入を見据えた施策の展開として「痴呆性老人グループホーム」を取り上げ「1997(平成9)年度から運営費に補助を行うとともに、1998(平成10)年度第3次補正予算において社会福祉法人等が行う施設整備への補助を創設した。また、既に痴呆性老人グループホームは、介護保険法において保険給付の対象サービスの一つとされたところであり、その積極的な普及を図っていく必要がある(第1編第2部第2章第2節)」としている。

その他、平成9年(1997)白書では、成年後見制度について検討が始まったこと(第1編第1部第4章第2節)が述べられ、高齢社会を支える市民参加の事例として「社団法人呆け老人をかかえる家族の会」の取組みが紹介されている(第1編第1部第4章第3節)ことが、認知症に関連する記述である。

2.5 2000年代－グループホームの拡大、痴呆から認知症へ

1999年12月に発表された「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向(ゴールドプラン21)」では、今後取り組むべき具体的施策の2番目に「痴呆性高齢者の支援対策の推進」が掲げられた。その中では、痴呆性老人グループホームの整備、痴呆介護の質的向上、権利擁護体制の充実が挙げられている。平成12年(2000)白書では「痴呆性高齢者支援対策」の項で「痴呆に関する医学的な研究を進める一方で、痴呆性高齢者が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送ることができ、家族も安心して生活を営むことができるようにすることが求められている」と痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)の積極的な普及を図ることが記述されている(第1編第2部第1章第2節)。さらに、全国3か所の高齢者痴呆介護研究センターを中心とし

て、認知症の介護に関する研究・研修のための全国体制の整備を進めるとしている。90年代には寝たきり老人をモデルとした身体介護が中心だったが、ここで認知症の専門的な介護に対する施策が明確に打ち出されている。2004年には介護保険法が改正されるが、その年の白書では「これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、痴呆性高齢者に対応したケアを標準として位置づけていく必要がある(第2部第5章第2節)」と明確に述べている。

さらに平成17年白書(2005)では、「今後、我が国の高齢者介護における中心的な課題は認知症対策である」と明言し、2004年6月に「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」を開催し、「痴呆」の名称を変更し「認知症」と呼ぶこととしたことを契機に、2005年度から10年間を「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」とし、認知症に対する誤解・偏見をなくし、認知症について理解してもらうためのPR事業を集中的に実施することとしていることが記されている(第2部第2章第3節)。

平成18年白書(2006)では、1970年代からの認知症対策の歴史を振り返った上で「認知症を理解し、支援する人(認知症サポーター)が地域に数多く存在し、すべての町が認知症になっても安心して暮らせる地域になっていることを2014年度の目標としている(第1部第2章第2款4)」とし、地域社会での対応の必要性を強調している。

2.6 2010年代－オレンジプラン-新オレンジプランの策定

2000年代後半から、介護人材の不足と介護保険財政の持続可能性が課題となり、地域包括ケアシステムの推進、介護人材の確保とサービスの質の向上が高齢者介護における中心課題となる。2011年に介護保険法改正、2012年に介護報酬、診療報酬の同時改定が行われた平成24年白書(2012)では、認知症対策の推進として市町村における認知症地域支援推進員の配置と、推進員を中心とした介護と医療の連携強化、2011年度の市民後見事業の創設に加え、省内の関係部局長から構成されるプロジェクトチームを設置し「今後の認知症施策の方向性について」をとりまとめたことを記載している(第2部第4章第3節5)。

このとりまとめを踏まえ、2012年9月に策定されたのが「認知症施策推進5ヵ年計画(オレンジプラン)」である。オレンジプランでは、「これまでの認知症の人に徘徊などの行動・心理症状等による「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼であったケアから、今後目指すべきケアとして「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」を基本的な考え方とし、7つの視点(①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を

支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成)に立った施策を推進する。」としている。

さらに2015年1月27日に「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)」を発表している。新オレンジプランは基本的にはオレンジプランを引き継いだものであるが、厚生労働省だけでなく関係省庁が共同して策定し、医療や介護だけでなく認知症の人の日常生活全般に及んでいる。平成27年白書(2015)では「策定に当たっては、認知症の人やその家族をはじめとした様々な関係者から幅広く意見を聴いたところである(第2部第7章第5節)」とし、認知症当事者の意見を取り入れていることが注目される。新オレンジプランでは「2025年を目指し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、7つの柱 ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進 ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供 ③若年性認知症施策の強化 ④認知症の人の介護者への支援 ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進 ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進 ⑦認知症の人やその家族の視点の重視に沿って、認知症施策を総合的に推進していく」とし、2017年度末を当面の目標年度として、施策ごとの具体的な数値目標などを定めている。

<表1>は白書における認知症政策に関連する主な記述をまとめたものである。

<表1> 厚生白書・厚生労働白書における高齢者介護、認知症に関する記述

年次		厚生(労働)白書における主な記述
昭和31年	1956	所得保障、貧困対策に重点
昭和34年	59	国民年金制度の創設
昭和36年	61	「老人ブーム時代」高齢者問題に関心
昭和37年	62	「介護」に初めて言及
昭和38年	63	老人福祉法制定
昭和44年	69	「ねたきり老人」、介護家族の負担について初めて言及
昭和45年	70	寝たきり老人が焦点の一つに。「老人性痴呆」について初めて言及
昭和46年	71	精神衛生対策として老人精神障害等のための精神病棟の不足、施設整備に言及

昭和47年	72	老人医療費の無料化
昭和48年	73	老人対策本部の設置、特養の整備
昭和53年	78	在宅福祉の充実、サービスの多様化、人材の確保など介護保険につながる論点を打ち出す一方、「同居という福祉の含み資産」に言及
昭和54年	79	低成長に伴う福祉の見直しに言及
昭和55年	80	社会保障批判論を否定 在宅福祉の強調、地域包括ケアの理念の萌芽
昭和57年	82	老人保健制度の創設(老人医療費の一部負担導入)
昭和58年	83	1970年以来初めて 老人性痴呆 に言及
昭和59年	84	「痴呆老人の処遇技術研修」初めて 痴呆性老人対策費 の記載
昭和61年度	86	デイサービス、ショートステイの国庫補助引き上げ、デイケアの拡充 老人保健施設の創設 痴呆性老人対策推進本部の設置
昭和62年	87	痴呆性対策推進本部報告書とりまとめ
昭和63年	88	痴呆性老人専門病棟の整備 施設整備の補助、診療報酬における評価、措置費の加算、研修など具体的な施策・対策の進展
平成元年	89	ゴールドプランの策定 寝たきり老人ゼロ作成の展開 老人性痴呆疾患センターの指定
平成3年	91	老人保健法改正 ゴールドプラン推進と寝たきり老人ゼロ作戦の展開
平成4年	92	我が国では老年痴呆(アルツハイマー型痴呆)に比べて脳血管性痴呆が多いことを記述
平成5年	93	介護保険制度の検討開始
平成7年	95	新ゴールドプランの策定(1994)
平成8年	96	老人福祉の歴史の振り返り－救貧施策から一般施策への転換－ スウェーデンのグループホーム紹介
平成9年	97	痴呆性老人グループホームの運営補助 成年後見制度の検討 「呆け老人を抱える家族の会」紹介
平成10年	98	介護保険制度の狙いを解説
平成11年	99	介護休業の義務化 痴呆性老人グループホームの積極的普及

平成12年	2000	ゴールドプラン21：痴呆性高齢者の支援対策の推進
平成15年	2003	痴呆性高齢者グループホームが介護保険制度施行後10倍に増加 集団処遇から個別ケアへ
平成16年	2004	介護保険法の見直し 痴呆性高齢者に対応したケアを標準として位置付け
平成17年	2005	『『痴呆』に替わる用語に関する検討会』痴呆から認知症へ 『認知症を知り地域をつくる10か年』
平成18年	2006	介護保険制度改正の概要 認知症サポーターの養成
平成20年	2008	介護保険法及び老人福祉法の一部を改正
平成21年	2009	『安心と希望の介護ビジョン』(2008年11月)
平成22年	2010	介護保険10年の振り返り
平成23年	2011	地域包括ケアシステムの推進 介護人材の確保とサービスの質の向上
平成24年	2012	市町村に認知症地域支援推進員を配置 2011年度に市民後見事業を創設 『今後の認知症施策の方向性について』をとりまとめ
平成25年	2013	『認知症施策推進 5か年計画(オレンジプラン)』を策定(2012年9月)
平成26年	2014	地域包括ケアシステムの実現と介護保険制度の持続可能性の確保
平成27年	2015	認知症サミット日本後継イベント(2014年11月) 『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)』を関係省庁と共同して策定(2015年1月)。

資料：厚生白書・厚生労働白書より作成

以上のような白書の記述を基に認知症に関する政策の変遷を年代別に見たのが表2である。1970年代から80年代半ばまで在宅のねたきり老人対策と精神病院における対応であったものが、80年代半ばから認知症に特化した対策が始まり、90年代からの福祉(介護)による対応、そして2000年代半ばから地域社会における対応が加わり、2010年代には医療、福祉、地域社会等の総合的な認知症対策へと変化してきたことがわかる。

<表2> 認知症に関する政策の変遷

	政策の特徴	医療に関する政策	福祉に関する政策	その他の政策
1970年代	精神病院での対応	老人医療費無料化(1973)	ねたきり老人対策	
		精神病院の整備・処遇改善		
1980年代	認知症対策の開始	老人保健法制定(1982)		
		老人保健施設制度化(1985)	痴呆性老人対策本部の設置(1984)	
		老人性痴呆疾患センターの創設(1989)	「高齢者保健福祉推進10か年計画(ゴールドプラン)」(1989)	
1990年代	福祉による対応		福祉8法の改正(1990)	
			介護保険法成立(1997)	
			グループホーム制度化(1997)	成年後見制度の創設(1999)
2000年代	地域社会の対応		介護保険開始(2000)	
		厚生労働省の「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」(2004)「痴呆」から「認知症」へ		
		「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」構想(2005)		
2010年代	総合的な認知症対策	「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(2012) 厚労省省内		
		「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」(2015) 省庁を超えた連携		

3. 認知症政策の進展と停滞の要因

このように白書から認知症政策の変遷を見てくると、いくつかの疑問が生じる。第1に、1970年に早くも認知症の問題をかなり正確に認識しているにもかかわらず、80年代半ばに至るまで特段の対策や問題の記述が見られない点である。第2に、80年代半ばから痴呆老人対策が始まるが、90年代の介護保険の設計においては身体ケアモデルが中心で認知症対策があまり論じられない点である。第3に、2000年代半ばから急速に認知症に特化した対策が医療、介護の両方で見られることである。これらの点について、白書のみでは解明

できないため、医療における精神衛生の政策や国際動向の視点を加えて考察を試みる。

もちろん白書に記述がないからといって行政による施策や事業が実施されていないというわけではないが、ここでは新たに行政課題として設定されるか、何らかの施策や事業が実施されることを政策の進展とし、新たな施策が講じられないことを停滞と表現している。

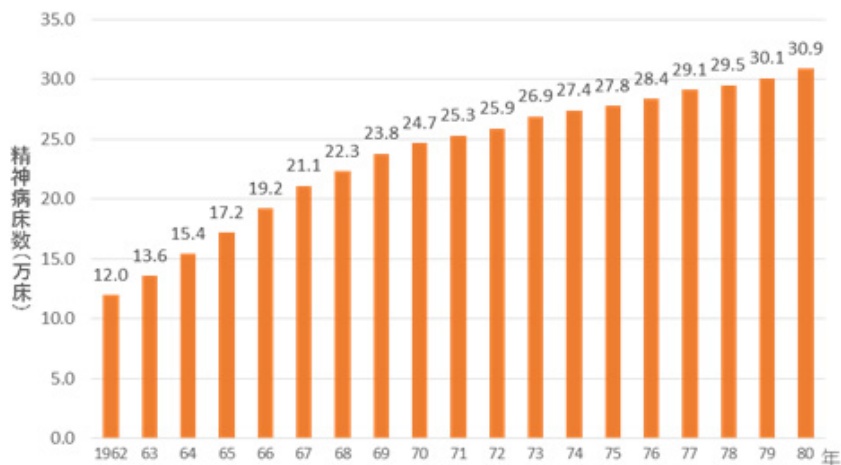
3.1 なぜ80年代半ばまで認知症政策が進展していないのか

1972年には有吉佐和子の小説「恍惚の人」が発表され、ベストセラーとなり、認知症の人を介護する家族の大変さが広く社会問題として認識された。厚生省は1970年の白書で認知症の問題を指摘しているのにもかかわらず70年代には特段の対策を発表していない。

その理由として1つ考えられるのは、1973年の老人医療費の無料化のインパクトである。無料化によって高齢者の社会的入院や老人医療費の急増に悩まされることになったため、認知症対策を政策課題とする余裕がなかった可能性がある。1982年には老人医療費の一部負担を導入した老人保健法が制定され、1970年代前半から悩まされた老人医療費問題の解決に一定のメドをつけた。このような背景から、1984年には痴呆性の処遇技術研修を指定、1986年に厚生省内に痴呆性老人対策本部を設置するなど認知症対策に取り組み始めることができたのではないかと考えられる。

もう1つの理由は精神医療行政である。他の先進国で精神病床が減少に転じていた1970年代以降も日本の精神病床は増え続けていた<図1>。在宅や施設で処遇困難な行動心理症状(BPSD)のある認知症高齢者においては、精神病院への入院が選択肢だった。1977年に国立療養所菊池病院に認知症高齢者専門病棟が新設されるなど、認知症対策は主に精神病院において進められてきた。すなわち、70年代の白書において精神病院における老人専門病床の整備や質の向上の必要性⁸⁾が記述されるのは、それが認知症対策でもあったのであり、70年白書に呼応していたとも考えうる。

8) 1970年に朝日新聞に連載された「ルボ精神病棟」では認知症患者を含む入院患者が精神病院で劣悪な処遇を受けていることが明らかになり社会に衝撃を与えた。



資料・厚生労働白書各年版より作成

<図1> 日本における精神病床数の推移(1962年~1980年)

1980年には公衆衛生審議会「老人精神病棟に関する意見」が具申されている。精神医療の分野では80年代に入って精神病院における人権侵害が表面化し⁹⁾、1987年には入院中心から通院治療、社会復帰へと転換する精神衛生法の改正が実施された。その際に入院患者の減少によって減少が予想される精神科病床について、増加が予想される痴呆老人専用の病床に転換する旨が示唆されたという(衛藤：1995、p.91)。

一方、福祉の分野では1970年代後半、経済成長の低下から「日本型福祉社会論」が提唱され、家族介護の伝統が強調されたことは、高齢者福祉政策を進める上で足枷となっていた。昭和53年(1978)の厚生白書では「同居という、我が国のいわば『福祉における含み資産』とも言うべき制度を生かす(総論むすび)」との記述があり、介護を家族、特に女性に押し付けるものとして市民団体からの反発を招いた(大熊：2010)。このように福祉による対応が遅れる中で、民間では1980年に京都で「呆け老人をかかえる家族の会(現認知症の人と家族の会：以下家族の会)」が発足し、急速に全国にその動きが広がっていった。福祉による対応が不十分な中で、認知症の介護を担う家族や一部の医療機関などで認知症への対応が模索され、それが80年代半ば以降の政策につながったものと考えられる。

9) 1983年私立宇都宮病院で患者2名が職員のリンチによって死亡した事件が翌1984年に発覚し、国連人権委員会から日本の精神医療行政に勧告が実施され、1987年の精神衛生法改正(精神保健法)につながったと言われる。ただし衛藤(1995)は70年代末からの医療費抑制の流れから改正の方向性は決まっており、事件はきっかけにすぎないとしている。

3.2 なぜ90年代の介護保険制度の設計段階で認知症ケアモデルが不十分だったのか

高齢者福祉政策において90年代は介護保険創設に向けて急速な進展が見られた時期である。1990年に老人福祉法八法が改正され、高齢者福祉行政の多くが市町村の権限となった。認知症の問題は制度の検討段階では早くから認識されており(介護保険制度史研究会：2016、p.69)、白書には記載がないものの、1993年には「痴呆性老人対策に関する検討会」が設置され、翌年の「痴呆性老人対策に関する検討会報告書」(1994年6月)で推進すべき施策として、①痴呆についての理解を促進するための意識啓発と情報の提供を充実する。②痴呆性症状をできるだけ早期に発見し、早期に対応する体制を確立する。③痴呆性老人及び家族が必要なときに必要なサービスを利用できる体制を整備する。④痴呆についての調査研究を推進する。⑤痴呆性老人の権利を擁護する対策を講じることが挙げられている。全て2000年代以降の施策につながるものである。その意味で90年代に認知症対策そのものが停滞していたわけではない。

しかし介護保険における介護認定の判定等では、身体ケアモデルが中心となり認知症ケアモデルは必ずしも十分でなかった。この理由としては、「保険あってサービスなし」が危惧される中で介護サービスの量的確保が優先していたこと、望ましい認知症ケアが確立していなかったこと(介護保険制度史研究会：2016、p.586)が挙げられる。また、白書で繰り返し記述されているように、当時の日本では脳血管性の認知症が多く身体ケアを伴う場合が多かったことから寝たきり老人対策は認知症対策を含んでいたこと、認知症ケアの方法論がまだ普及していなかったことが考えられる。

3.3 なぜ2000年代に認知症政策が急速に進展したのか

90年代には認知症ケアは「寝たきり老人対策」として身体ケアに含まれる問題として扱われていたが、2000年代に入って一変する。2003年に厚生労働省老健局長の私的研究会として開催され、後の地域包括ケアや介護予防などの施策を方向づけた「高齢者介護研究会」の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」では、新しいケアモデルの確立として痴呆性高齢者ケアが課題となっている。介護保険が始まりサービスの量的充足から質の確保に重点が移ったとも考えられる。

介護保険が始まって増え続ける認知症高齢者を介護する家族の負担は大きかった。介護・看護の現場では1990年代終わりごろから、Tom Kitwoodのパーソン・センタード・ケアが日本に紹介されていた(本間：2016)。90年代に一部の先進的な医療機関や福祉施設で試行されていたケアの方法が、2000年代に入ると認知症の専門的なケアとして認められ、その後全国に普及していった。認知症介護研究・研修東京センターが開発した「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式(センター方式)」は本人本位の視点からの情報を共有するツールとして専門職の間で広がった。

認知症政策が進んだ背景には、医学の進歩も関係していると考えられる。アルツハイマー型認知症の進行を遅らせる医薬品が1999年に認可され、早期診断が推奨されるようになった。脳画像診断等の技術の進展も早期診断を後押しした。高齢者を診ることの多い診療所の医師が診断に積極的になったことは政策の変化に大きくかかわったものと考えられる。

また2001年にADI総会で認知症当事者が講演したことに大きな影響を受け、「家族の会」を中心に2004年に京都で開催されたADI国際会議では非公開の本人会議が開催され、2006年には日本で最初の「本人会議」が開催される等、当事者の意見を聞くことがその後の政策につながっていった(中島：2013)。

一方、精神保健医療政策では「精神保健医療福祉の改革ビジョン(2004年9月)において「入院医療中心から地域生活中心へ」が基本方針となり、「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会(2008年4月~2009年9月)」では精神病床数の削減が議論された。さらにその報告書への対応が議論された「新たな地域精神保健医療体制を構築するための検討チーム(2010年5月~2012年6月)」の第2ラウンドでは「認知症と精神科医療」が中心課題となり、それを受けて2011年11月に厚生労働省内に「認知症施策検討プロジェクトチーム」設置され、2012年6月「今後の認知症施策の方向性について」が公表された。その中では精神科病院や施設偏重の考え方を改めることが示され、これがオレンジプランの「ケアの流れを変える」という基本方針につながっている。

2010年以降、認知症政策は医療や介護の枠を超え、社会参加や就労、地域づくりなどにも拡大した。オレンジプラン、新オレンジプランが相次いで策定されたが、これには国際動向や政治が関わっていると考えられる。前述のように、オーストラリア(2006年)、フランス(2008年)、イギリス(2009年)と認知症国家戦略が発表され、アメリカでは国家アルツハイマープロジェクト法(NAPA)が2011年に成立し、2013年12月には英国でG8による認知症サミットが開催された。イギリスで認知症政策は超党派で取り組む重要な政治テーマとなっ

ていた(西田：2015)。日本においては民主党政権下で2012年9月に、それまでの認知症ケアの考え方を転換するオレンジプランが発表されたが、その後政権交代があり、政策が十分に推進されていなかった可能性がある。オレンジプランの5年間の終了を待たずに新たなプランが作成されたのは政権交代の影響があるだろう¹⁰⁾。2014年11月には認知症サミットの日本後継イベントが開催され、安倍首相が参加し、自ら新オレンジプランの作成を厚生労働大臣に指示した。こうして首相のリーダーシップの下に短期間で新オレンジプランが策定された(松下：2016)のである。

以上のような認知症に関する社会の動向と政策の変遷をまとめたのが<表3>である。

10) 佐藤(2014)は、官僚の意識調査データを用いて、厚生省の政策領域では自社両党の政策の隔たりや接触頻度の違いが少ないことを示している(佐藤2014、pp.61-70)。別途補足的に行った元厚生省幹部のインタビューにおいても厚生省の政策において与党野党の隔たりは小さく、長期的な政策課題について与野党に関わらず話し合いがもたれていたと述べており、政権交代が主たる要因であったとかどうかについてはさらに検証が必要である。

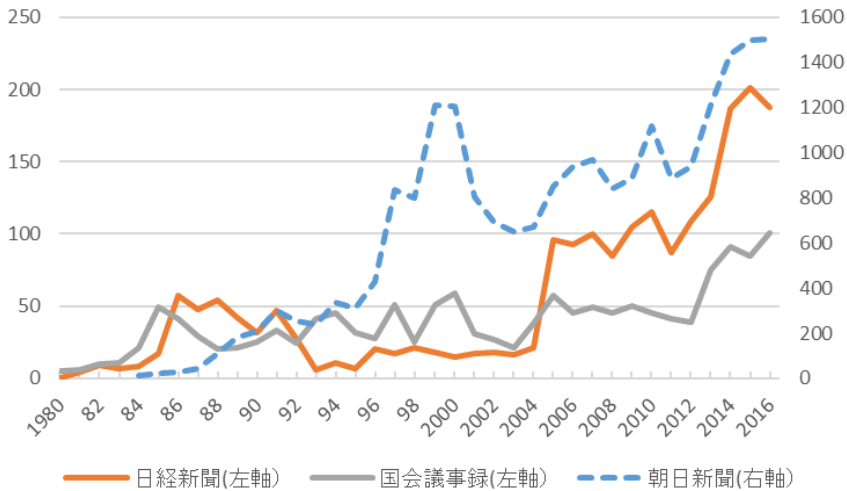
<表3> 認知症に関する社会動向と政策・制度の変遷

年代	認知症に関する政策	政策背景/医学	社会意識/民間の動向	国際社会の動向
~1960年代		1950年 精神衛生法制定 1955年 精神衛生法一部改正		
1970年代		1973年 老人保健法制定 1974年 長谷川式簡易知能評価スケール考案 (HDS) 1977年 国立療養所高齢者施設に認知症高齢者専用棟新設 1980年 東京都が在宅の高齢高齢者の実態について調査 (第2回 高齢者調査)	1970年 月報「認知症予防」刊行 (ルポ「精神病院」) 1972年 有志者から「認知症の人」 精神病棟の増加 日本認知症協会設立 1980年 認知症「認知症」が「痴呆」から「認知症」に改題 1984年 日本認知症協会創立 (前身は「痴呆予防会」) 1985年 老人保健法改正により老人保健施設創設	1971年 第40回国連総会「高齢者のための国際原則」高 齢者の「自立」(参加)「ケア」(自己実現)「尊厳」 1982年 OECF第3回社会保健大臣会議 (Aging in Place) 提唱 1989年 オランダでアルツハイマーケアモデル「ケア・ホーム」 アメリカにも広がる
1980年代	1984年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護) 1986年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護) 1988年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護) 1989年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護)	1989年 老人保健法改正 1990年 痴呆法改正 1991年 老人保健法改正 1992年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 1993年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 1994年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 1995年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設)	1981年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1982年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1983年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1984年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1985年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1986年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1987年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1988年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1989年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設)	1981年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1982年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1983年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1984年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1985年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1986年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1987年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1988年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1989年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設)
1990年代	1992年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護) 1993年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護) 1994年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護) 1995年 痴呆性老人介護施設指定 (痴呆性老人介護)	1990年 痴呆法改正 1991年 老人保健法改正 1992年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 1993年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 1994年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 1995年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設)	1991年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1992年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1993年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1994年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1995年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設)	1991年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1992年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 1993年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1994年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 1995年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設)
2000年代	2003年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護) 2004年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護) 2005年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護) 2006年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護)	2000年 痴呆法改正 2001年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 2002年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 2003年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 2004年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 2005年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設) 2006年 痴呆法改正 (痴呆性老人介護施設)	2000年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 2001年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 2002年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2003年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2004年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2005年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2006年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設)	2000年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 2001年 「痴呆性老人介護施設」の創設 (痴呆性老人介護施設) 2002年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2003年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2004年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2005年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設) 2006年 痴呆性老人介護施設 (痴呆性老人介護施設)

3.4 認知症政策の変遷に関する世論と政治の影響

以下では、これまで見てきたような認知症政策の変遷と転換点を世論と政治の面から量的に裏付けるために、新聞記事と国会議事録の検索による分析を行った。<図2>は、「痴呆」または「認知症」に関する新聞記事及び国会議事録の件数の推移を1980年代から見たものである。新聞記事は世論を形成し、世間の関心を反映していると考えられ、国会議事録は政治面での議題設定に関連していると考えられる。

日本経済新聞では1980年代半ばまでは年に一桁だった記事が1986年に57件と跳ね上がり、91年までは30~50件台で推移するが、92年以降減少し2004年に至るまで10~20件前後で停滞している。2005年に96件と急増し、2012年まで100件前後で推移するが、2014年以降は200件前後まで増加している。すなわち1980年代半ばにいったん関心が高まったものの、その後は低迷し2005年頃に再び高まったことが伺われ、白書の記述と呼応している。



※日経テレコン21データベースより 日本経済新聞朝刊の見出し、本文に「痴呆」または「認知症」がある記事の件数(1980年~2016年)

朝日新聞記事検索サービスより朝日新聞、「痴呆」または「認知症」がある記事の件数(1984年~2016年)

国会議事録検索より「痴呆」または「認知症」の語がある議事録(衆議院、参議院、委員会を含む)の件数

<図2> 「痴呆」または「認知症」に関する新聞記事及び国会議事録の件数の推移

一方、朝日新聞の記事はこれとは異なる動きをしている。90年代後半から記事が急増し、介護保険開始前後には1200件を超え、2000年代にいったん落ちつき、2012年から再び増加する。記事の内容を見ると、日本経済新聞が行政やビジネスに関わる記事が多いのに対し、朝日新聞は地方版での認知症に関するイベントの告知などが多く、大きな社会問題というよりも身近な関心を反映していると考えられる。

国会議事録において波はあるものの2013年以降顕著に増加している。特に2015年2月12日の衆議院本会議における安部首相の施政方針演説において「認知症対策の推進」に言及する等、国会でも認知症対策が頻繁に取り上げられるようになっている。

4. おわりに

本論文では日本における1970年代からの認知症政策の変遷を主に白書における記述から辿り、政策の変化の要因を審議会資料、先行研究、新聞記事等から探った。

白書では1970年代初めに認知症の問題は認識されていたが、80年代半ばまで認知症に特化した政策の記述はなく、脳卒中の予防、寝たきり老人対策に包含される老人家庭奉仕員の派遣、精神病院における老人専門病床の整備しかなかった。最初の転換点である80年代半ばに、認知症対策が政策課題として認識され、厚生省内に「痴呆性老人対策本部」が設置され、各種の対策が講じられた。これには高齢化に伴う介護問題の深刻化に加え、精神医療行政の変化が影響していた。しかし89年のゴールドプランの中では「寝たきり老人ゼロ作戦」が大きな柱となり、介護保険の創設に至る介護サービスの供給体制の整備に向けて、認知症対策は焦点化されず、身体ケアを中心とした対策に包含されていた。第二の転換点として2000年以降に認知症対策が焦点化されるが、これには社会問題としての認知症の介護負担に加え、医薬品や診断など医療技術やケア技術の進展が影響していたと考えられる。さらに第三の転換点である2010年以降の総合的な認知症対策の展開にあたっては国際的な動向や政権交代が影響したことが示唆される。すなわち、政策の変化の要因としては、人口動向に加え、医療やケアの技術の進展、医療・福祉サービスの供給体制、国際動向、政権交代等がそれぞれ影響していた。

政策の大きな流れとしては、医療中心モデルから福祉モデルへ、地域包括ケアに代表される地域社会の対応、そして省庁を超えた総合的政策へという変化があり、医療や福祉

のサービス提供者の視点から、家族、そして当事者視点の重視へという変化があった。今後の認知症政策においては、当事者視点の重視とともに、自治体やコミュニティレベルの地域づくりの視点での認知症施策の位置付けが重要になると考えられる。

認知症に関しては医学的にも未解明の部分が多く、現時点では根本的な治療薬もない。個別の施策や事業においては、現時点での認識が将来的にも正しいとは限らない。しかし、総合的かつ継続的な政策を推進するためには、省庁や政党の壁を越えることが必要であり、そのためには認知症基本法¹¹⁾の制定が望ましいだろう。認知症の問題が白書で指摘された1970年からは約50年、介護保険法の成立から20年が経過している。先進国共通の課題である認知症について、認知症当事者の視点に立った総合的、継続的な政策が求められる。

【参考文献】

- 岩田正美(2016)『社会福祉のトポス—社会福祉の新たな解釈を求めて』有斐閣
 衛藤幹子(1995)「八〇年代以降の保健医療政策の変化をめぐる考察」年報行政研究、pp.84-106
 大熊由紀子(2010)『物語介護保険 いのちの尊厳のための70のドラマ(上)(下)』岩波書店
 介護保険制度史研究会編著(2016)『介護保険制度史—基本構想から法施行まで—』社会保険研究所
 厚生白書(昭和31年~平成12年版)
 厚生労働白書(平成13年版~平成28年版)
 厚生労働省「第45回社会保障審議会介護保険部会資料 資料5認知症施策関係」
 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033t43.html> 2018年8月25日アクセス)
 厚生労働省痴呆性老人対策推進本部(1987)「痴呆性老人対策推進本部報告」
 (<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakai/fukushi/322.pdf> 2018年9月6日アクセス)
 痴呆性老人対策に関する検討会(1994)「痴呆性老人対策に関する検討会報告書」
 「痴呆」に替わる用語に関する検討会(2004)『『痴呆』に替わる用語に関する検討会報告書』
 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html> 2018年9月6日アクセス)
 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(2010)「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 第2R：認知症と精神科医療とりまとめ」
 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xah3-att/2r9852000001xal3.pdf> 2018年9月10日アクセス)
 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト(2008)「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェ

11) 公明党認知症対策推進本部は2018年5月18日「認知症施策推進基本法案」の骨子案をまとめ公表している。骨子案では、基本理念として「認知症の人が尊厳を保持しつつ地域社会を構成する一員として尊重される社会の構築」や、認知症の人の「意思を尊重した支援」などを明示。また、支援の対象として、家族やその他の関係者も含めた。<https://www.komei.or.jp/komeinews/p2991/>(2018年12月19日アクセス)

クト報告書
(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079272.pdf> 2018年9月10日アクセス)

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(2012)「今後の認知症施策の方向性について」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079273.pdf> 2018年9月2日アクセス)

厚生労働省(2012)「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079271.pdf> 2018年9月2日アクセス)

_____ (2015)「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html> 2018年9月2日アクセス)

近藤伸介(2015)「フランスの認知症国家計画」海外社会保障研究No.190、pp.14-23

_____ (2013)「フランスの認知症国家戦略」老年精神医学雑誌 24、pp.984-989

佐藤嵩(2014)『厚生労働省の政策過程分析』慈学社出版

公益財団法人東京都医学総合研究所(2014)「認知症国家戦略の国際動向と我が国の制度によるサービスモデルの国際比較研究報告書」(平成25年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)

西岡晋(2003)「医療供給制度改革の政策レジーム分析-供給抑制型政策への転換をめぐって」公共政策研究第3号、pp.148-158

中島紀恵子(2011)「老年看護の過去・現在・未来」老年看護学16(1)、pp.5-12

_____ (2013)「なぜ、認知症の当事者研究なのか 認知症ケアの歩みと未来」看護研究vol.46No.3、pp.242-253

中西三春・中島民恵子(2015)「オーストラリアの認知症対策」海外社会保障研究No.190、pp.24-38

西田淳志(2015)「英国の認知症国家戦略」『海外社会保障研究』No.190、pp6-13

本間昭(2016)「わが国の認知症施策の歴史を振り返る」老年精神医学雑誌第27巻第3号pp.333-337

増田雅暲(2001)「介護保険制度の政策形成過程の特徴と課題－官僚組織における政策形成過程の事例－」『季刊社会保障研究』Vo.37 No.1、pp.44-58

松下正樹(2016)「わが国の認知症施策における課題とその未来」『老年精神医学雑誌』第27巻第2号、pp.223-229

Alzheimer's Diseases International(2015), World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia,
<http://www.alzheimers.org.nz/getmedia/44a0f356-49e3-422f-9879-f36be159c1b0/WorldAlzheimerReport2015pdf>2017年8月25日アクセス

Banerjee,S.(2010), Living well with dementia-development of the national dementia strategy for England, International Journal of Geriatric Psychiatry, 25, pp.917-922

논문투고일 : 2019년 01월 02일
심사개시일 : 2019년 01월 17일
1차 수정일 : 2019년 02월 07일
2차 수정일 : 2019년 02월 12일
게재확정일 : 2019년 02월 15일

 <要旨>

日本における認知症政策の変遷

- 厚生白書・厚生労働白書を題材として -

高尾真紀子

本論文においては、日本における認知症政策の変遷を明らかにするため、過去の厚生白書の中から認知症に関係する記述を抽出し、分析を行った。その結果、①1970年に認知症の問題を認識しているにもかかわらず、80年代半ばに至るまで特段の対策がなされていない、②80年代半ばから痴呆老人対策が始まるが、90年代の介護保険の設計においては認知症対策があまり論じられない、③2000年代半ばから急速に認知症に特化した対策がとられるといった疑問点を見出した。これらの点について、医療や国際動向の観点を踏まえて考察した結果、①については老人医療費の無料化と精神病院への入院が対策となっていたこと、②介護サービスの量的確保が優先で認知症の望ましいケアが確立していなかったこと、③医療や介護のケア技術の進展や国際動向が政策の代替案を広げたことが要因と考えられた。

Transition of dementia policy in Japan

- Based on the analysis of Annual Health and Welfare Report -

Takao, Makiko

In this paper, in order to clarify the transition of dementia policy in Japan, the description related to dementia was extracted and analyzed from past Annual Health and Welfare Report. As a result, I found the following question. ①Despite recognizing the problem of dementia in 1970, no special measures have been taken until the mid-1980s, ②measures for elderly with dementia began in the mid-1980s, but countermeasures against dementia are not discussed much in the design of long-term care insurance system in the 1990s, ③measures dedicated to dementia have been taken rapidly from the mid 2000's.

Based on the perspective of medical policy and international trends, I examined these points as a result of ① the fact that medical expenses for the elderly were free of charge and hospitalization for psychiatry hospitals was taken as measures, ②The supply of care services is a priority issue and the desired care of dementia has not been established, ③ The development of medical care and nursing care technology and international trends expanded alternative policies.