

# 認知症と社会をめぐる歴史的変遷

●執筆  
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長  
栗田 主一

認知症と社会をめぐる歴史は、認知症を生きる人々へのまなごしを通してさまざまに変遷してきた。本稿では、そのような社会のまなごしと社会政策の変遷を概観しながら、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(以下、認知症基本法)が制定された今日までの歴史をたどる(図1)。

養老院は救護施設の一つとして法文化され、政府から必要な財政的支援が受けられるようになった。また、戦後の1946年には救護法が廃止、旧生活保護法が制定され、養老院は保護施設となり公費で運営される公的事業となった。さらに、1950年には新生活保護法が制定され、養老院は「養老施設」として「老衰のため独立して日常生活を営むことのできない要保護者を収容して、生活扶助を行うことを目的とする施設」として法文上も明記された。一方、その頃より入所者の長命化、入所期間の長期化によって、医学的管理を要する入所者の増加が問題となり、1961年に“病弱老人”のみを収容保護する養老施設「十字の園」が創設された。また、1956年に長野県の13市町村で家庭養護婦派遣事業が始まり、1958年に大阪市で老人家庭奉仕員制




は実質的にはこの制度から排除された。しかし、現実には、所得に関係なく虚弱な高齢者は増加し、1968年の国民生活審議会では「深刻化するこれからの老人問題」として、年金、福祉、保健、就労、住宅政策が課題とされ、1972年には有吉佐和子氏の小説『恍惚の人』<sup>3)</sup>によって家族の窮状がクローズアップされた。こうした状況を背景に1973年に「老人医療費の無料化」が導入されたが、それによって老人医療費は増大し、国民健康保険の運営も厳しくなり、さらに病院のサロン化・社会的入院といった問題も生じるようになった。一方、1976年に発せられた厚生省社会局長通知「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」によって、寝たきり老人対策事業(老人家庭奉仕事業、日常生活用具給付・貸与)、ひとり暮らし老人対策事業(老人電話相談センター設置、介護

施策がスタートした。すなわち、1984年以降、痴呆性老人処遇技術研修事業、痴呆性老人対策推進本部、老人保健施設、老人性痴呆疾患治療病棟、痴呆性老人デイ・ケア施設、老人性痴呆疾患センターなどが整備されていった。1986年に設置された「痴呆性老人対策推進本部」の専門員を務め、「痴呆性老人処遇技術研修事業」や「国立療養所における老人性痴呆に対する医療のモデル事業」を通じ、国立療養所菊池病院で認知症の医療に取り組んでいた室伏君士氏は、当時有効な薬もない認知症医療の領域に「ケア」という言葉を初めて導入し、「理にかなったメンタルケア」<sup>4)</sup>の普及に努めた。同氏は、ケアという言葉が介護とは区別して用い、それは「障害された状態像に対し治療的に、人間的な生活機能を回復・維持・向上するリハビリテーションの考えや方法による指導を主とする

## 古代から近代まで

古代から近世まで、認知症は老いによる自然の摂理あるいは老耄とみなされ、その異常性が顕著であったとしても社会から疎外されることはなかったという。しかし、近代になって西洋医学が普及すると、老耄者は精神病患者として医学や警察の管理下におかれ、家

図1 認知症に関連する社会政策の変遷と主な出来事

<p>1909 吳秀三「精神病ノ名義ニ就キテ」(神経学雑誌)</p>  <p>吳秀三氏</p>	<p>1982 老人保健法の制定：老人精神保健対策としての認知症施策が始まる</p>  <p>老人保健法案を司決した衆院社会労働委員会 ©毎日新聞社</p>	<p>1994 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)</p>
<p>1929 救護法の制定</p> <p>1946 旧生活保護法の制定</p> <p>1950 新生活保護法の制定</p> <p>1956 長野県で家庭養護婦派遣事業が始まる</p> <p>1958 国民健康保険法の制定</p> <p>1961 養老施設「十字の園」の創設</p> <p>1962 老人家庭奉仕員事業の国庫補助化</p>	<p>1984 痴呆性老人処遇技術研修事業</p> <p>1986 痴呆性老人対策推進本部の設置、老人保健施設の創設</p> <p>1987 社会福祉士及び介護福祉士法の制定、国立療養所における老人性痴呆に対する医療のモデル事業、特別養護老人ホームにおける痴呆性老人介護加算の創設</p> <p>1988 老人性痴呆疾患治療病棟、痴呆性老人デイ・ケア施設の創設</p>	<p>1995 高齢社会対策基本法の制定</p> <p>1997 介護保険法の制定</p> <p>痴呆対応型老人共同生活援助事業(痴呆対応型グループホーム)</p>
<p>1963 老人福祉法の制定</p> <p>1968 国民生活審議会報告書「深刻化するこれからの老人問題」</p> <p>1972 有吉佐和子氏が『恍惚の人』を出版</p>  <p>『恍惚の人』書影(新潮文庫版)</p> <p>1973 老人福祉法改正：老人医療費無料化の導入</p> <p>1976 厚生省社会局長通知「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」</p> <p>1980 呆け老人をかかえる家族の会(現・認知症の人と家族の会)発足</p>	<p>1989 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)</p> <p>老人性痴呆疾患センター事業</p> <p>1990 在宅介護支援センターの創設</p> <p>1991 老人訪問看護制度(訪問看護ステーション設置)、老人性痴呆疾患療養病棟、老人保健施設痴呆専門棟の創設</p> <p>1992 E型(痴呆対応型)デイサービスの創設</p>	<p>2000 介護保険法の施行</p> <p>2001 高齢者痴呆介護研究・研修センターを設置、国際認知症権利擁護・支援ネットワーク(DASNI)発足、Christine Bryden氏が国際アルツハイマー病協会国際会議で当事者として講演</p> <p>2004 「痴呆」から「認知症」へ呼称変更、認知症サポーター等養成事業</p> <p>2005 認知症サポート医養成研修事業</p> <p>2006 地域包括支援センターや地域密着型サービスの創設、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業</p> <p>2008 認知症疾患医療センター運営事業</p>
		<p>2012 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)</p> <p>厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」、WHO報告書「認知症——公衆衛生上の優先課題」</p>

族による保護が強制され、手のつけられない状態になれば私宅監置、癲狂院への入院も視野に入れられるようになった<sup>1)</sup>。当時、西洋医学のさまざまな用語が日本語に翻訳されたが、Dementiaについては、「痴狂」「癲癲」「痴呆」などと翻訳されていた。しかし、明治末期に吳秀三氏が「精神病ノ名義ニ就キテ」<sup>2)</sup>と題する論文の中で、「癲」「狂」の文字を避ける観点から「痴呆」という用語を提唱した。

度、1959年に布施市(現東大阪市)で独居老人家庭巡回奉仕員制度がつくられた。これらは、生活に困窮した老人が老衰や病気で日常生活に支障を来したときに、洗濯、清掃、炊事、看病等を行う事業として、1962年に老人家庭奉仕員事業として国庫補助化された。これらが特別養護老人ホームや訪問介護のモデルとなった。

人派遣事業)、生きがい対策事業(老人就労斡旋事業、老人クラブ助成事業、老人社会奉仕団活動助成事業、老人スポーツ普及事業)、在宅老人デイサービス事業などが創設された。このようにして、1960~70年代に在宅介護・施設介護が法制化・体系化されていったが、認知症のケアという視点はなく、在宅介護や施設介護が困難になれば精神病院に入院するしか手立てがなかった。こうした状況の下、1980年に「呆け老人をかかえる家族の会(現・認知症の人と家族の会)」が発足した。

もので、その基盤には人間科学の理が流れている」とし、認知症高齢者の行動を「痴呆というハンディキャップを持ちながらも、その中で彼らなりに、何とかして一生懸命生きようと努力している姿、あるいはそれができなくて困惑している姿」ととらえる立場を強調した。

## 救貧対策としての高齢者福祉

すでに明治期より、身寄りのない困窮した老衰者を収容・保護するための養老院がキリスト教系や仏教系の団体によって設立されはじめていたが、1929年に制定された救護法によって

## 在宅介護・施設介護の法制化と体系化

1963年の老人福祉法によって、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、訪問介護、健康診査が法制化され、今日の介護サービスの原型がつくられた。当時の老人福祉は、救貧対策の流れを受けて措置制度によって運用されていたため、中高所得者

## 老人精神保健対策としての認知症の医療とケア

1982年の老人保健法によって老人医療費の一定額負担が導入されると共に、老人精神保健対策としての認知症

## 介護保険制度の導入と「痴呆」の呼称変更

高齢者人口の増加と共に、医療費と社会的入院は増え続けた。1989年に消費税が導入され、同年の高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)によって介護資源整備が本格的に進められるようになった。しかし、高齢者人口の増加は予想をはるかに上回るものであり、税による財源確保は限界と

され、2000年に介護保険制度が導入された。その一方、制度が導入されて間もなく、「痴呆に対する偏見と無理解が適切なケアを阻んでいる」といった意見が聞かれるようになった。これを受けて、2004年に「痴呆」という呼称が「認知症」に改称され、認知症サポーター養成講座がはじまり、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修が始まった。また、2006年に地域包括支援センターや地域密着型サービス、2008年に認知症疾患医療センターが創設された。さらに、2001年に、高齢者痴呆介護研究・研修センター(現・認知症介護研究・研修センター)が東京、仙台、大府に設置され、初代の東京センター長に就任した長谷川和夫氏の指揮のもと認知症介護の研究と指導者の育成がなされるようになった。

## 地域包括ケアシステムとオレンジプラン

2010年代に入ると、急速な少子高齢化、要介護要支援高齢者の増加、単独・高齢者のみ世帯の増加、認知症高齢者の増加によって、現行のサービス提供体制では医療ニーズの高い高齢者、重度の要介護高齢者、特に単身・高齢者のみ世帯を地域で支えることが

の設置が求められた。

## 認知症当事者の人権と権利ベースのアプローチ

21世紀に入ってから、世界の先進諸国において認知症国家戦略を策定する動きが活発化した。また、2012年には世界保健機関(WHO)が、認知症を公衆衛生上の優先課題とすることを求める報告書を刊行した。さらに、2015年にジュネーブで開催された「認知症に対する世界的アクションに関する第1回WHO大臣級会合」では、世界規模で急増する認知症の社会的コストの問題について「認知症は世界の脅威である」というメッセージが発信された。これは多くの先進諸国の政策担当者の共通認識でもあり、認知症予防を公衆衛生対策上の優先課題とする動きを加速させた。

一方、その会議の中で、国連で「高齢者による人権享受に関する独立専門家」に任命されたRosa Kornfeld-Matte氏が、「これまでの国際会議や国内会議において、認知症当事者のニーズや人権は優先度の低い議題であり続けた。しかし、認知症と共に生きる人々は、疾病の進行とともに、孤立、排除、虐待、暴力に晒されやすくなる」「認知症は公衆衛生の問題であるが、同時

者は認知症の当事者であり、責務履行者は国家・地方公共団体・その他のステークホルダーということになる。

2017年にWHOは「認知症に対する公衆衛生上の対応に関するグローバルアクションプラン」を発表したが、そこには「認知症が予防され、認知症の本人とケアラーがよく生き、尊厳・尊重・自立・平等をもって生きる彼らの力を充足するのに必要とされるケアや支援を受ける世界」というビジョンと、「認知症とともに生きる人々の人権」という領域横断的理念が掲げられている。また、2019年にWHOが発表した認知症予防に関するガイドラインも、そのタイトルは「認知機能低下および認知症のリスク低減」とされ、「予防」という言葉の取り扱いに注意している。こうした動きは、「共生と予防を車の両輪とする」とした2019年の認知症施策推進大綱にも影響を与えているように思われる。

## 当事者の声の発信と認知症フレンドリー社会

上記のような動きと並行して、21世紀の初頭より認知症である当事者の声が次第に高まりを見せるようになった。Christine Bryden氏は、1998年に自らの体験をつづった書籍<sup>5)</sup>を刊

である藤田和子氏が「認知症になってからも、希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会」の創出をめざして活動すると宣言した。こうした動きは政府に大きなインパクトを与え、2015年にはオレンジプランにかかわって認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が発表された。このプランの最も重要な特徴は、認知症当事者の視点の重視が施策の柱に明記された点にある。このプランの下で、認知症当事者の参画を促進する「本人ミーティング」が提案され、2019年に策定された認知症施策推進大綱では本人発信支援が政策化され、「希望大使」が創設された。

2015年以降に国際アルツハイマー病協会は、世界各国の認知症フレンドリー社会の取り組みを紹介する報告書を複数刊行している。そこでは、認知症フレンドリー社会とは、「認知症である本人と介護者が、力づけられ、支援され、社会に包摂され、その人々の権利が人々に理解され、その人々がもつ力が人々に認識されている場であり、文化である」と定義されている。また、その目標を達成するための4原則(図3)が示されている。2015年以降のわが国の歩みを振り返ると、確かにこの4原則に沿った活動が次第に広がりを見せているのがわかる。

## 共生社会の実現をめざす時代

2023年に制定された認知症基本法(詳細は8面を参照)は、そのような活動の一つの帰結と言えよう。この法律の特徴を一言で表現するならば、「共生社会」というビジョンを実現するために、権利ベースのアプローチを通して、認知症フレンドリー社会を創り出すことをめざした法律である。すなわち、法の第1条に「共生社会」というビジョンを掲げ、それを実現するために「認知症施策を総合的かつ計画的に推進する」ことが法の目的であると記されている。

ところで、「地域共生社会」という用語は近年のわが国の社会保障制度改革全体のキーワードでもある。この用語の誕生の背景には、進展する超少子高齢化とそれによる「社会保障制度の持続可能性の危機」という現実問題があり、認知症基本法でうたわれている「共生社会」とはやや趣が異なる。しかし、認知症や障害の有無にかかわらず、全ての国民が基本的人権を享有する個人として尊重され、相互に支え合いながら暮らせる社会を、国・地方公共団体・各種関係機関・国民の分野横断的な協働によって創り出そうとしている点は共通する。「共生社会」とは、具体的にはどのような社会なのか。どのような条件が満たされれば「共生社会」と言えるのか。私たちは、現実世界の中でそれが何であるかを探求しながら、そのような世界をめざす大航海時代を生きているのであろう。

### 参考文献

- 1) 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.
- 2) 吳秀三, 精神病ノ名義ニ就キテ, 神経学雑誌, 1909; 7: 549-53.
- 3) 有吉佐和子, 恍惚の人, 新潮社; 1972.
- 4) 室伏君士, 痴呆老人への対応と介護, 金剛出版; 1998.
- 5) クリスティーン・ボーデン(著), 垣田陽子(訳), 私は誰になっていくの?——アルツハイマー病者からみた世界, クリエイツかもがわ; 2003.

図2 認知症に対する医療・介護サービスの統合的な提供システム

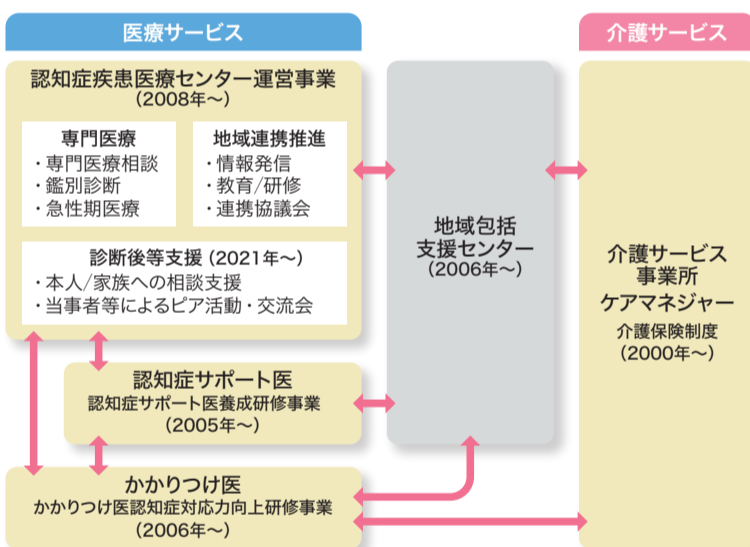


図3 認知症フレンドリー社会を実現するための4つの基本原則



困難となった。日常生活支援や権利擁護等の介護保険制度外サービスを含む地域づくりや、高齢者に配慮された住宅整備の必要性が強調され、地域包括ケアシステムの構築が国および地方公共団体の責務とされた。2012年に策定された認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)は、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムを構築するための基本計画に相当する。このプランで提案された認知症ケアパスとは、認知症の「気づき」の段階からエンドオブライフケアの段階に至るまで安定した地域生活が送れるように、それぞれのステージに応じて医療・介護・その他のサービスが統合的に利用できるようにするための手引きを意味している。また、その入り口には早期診断・早期対応の仕組みとしての医療・介護連携体制(図2)とそれを強化する認知症初期集中支援チーム

に人権の問題である」と訴えた。同年にWHOは、世界の認知症施策に権利ベースのアプローチを取り入れることを提起している。

権利ベースのアプローチとは、国連の開発援助の領域で使用されてきた考え方である。その特徴は、ニーズが充足されていないことに注目するばかりではなく、ニーズが充足されていないことを権利が実現されない状況ととらえ、その構造を徹底的に分析し、権利保有者と責務履行者の関係にフォーカスを当て、権利保有者が権利を行使できるように、責務履行者が責務を履行する能力を発揮できるように、包括的な戦略を練り、開発援助の計画を進める点にある。認知症の場合、権利保有

行。2001年に国際認知症権利擁護・支援ネットワーク(DASNI)を発足させ、同年に世界で初めて認知症の当事者として国際アルツハイマー病協会の国際会議で講演した。James McKillop氏は、2002年に認知症の当事者組織である「スコットランド認知症ワーキンググループ」を発足させ、当事者の視点に立った診断後支援を政府に求めた。Kate Swaffer氏は、2014年に国際認知症同盟(DAI)を発足させ、世界に向けて認知症と共に生きる人々の人権確保を訴えた。

わが国においても、2014年10月に日本初の認知症当事者組織である「日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)」が発足し、共同代表の一人