

日本における高齢者の認知症施策と介護

江 新 興

はじめに

高齢化にともなう認知症¹・高齢者問題は、今や世界的な課題となり、日本でも、2023年7月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(認知症基本法)が成立した。単一の疾患のため基本法を作ることは珍しく、国を挙げて国家戦略として認知症施策を推進し、多くの注目を集めた。日本の認知症高齢者施策は、高齢者扶養・介護に関わる社会保障、社会福祉の体系構築のもと、認知症という病に対する認識の深まりと認知症の人の生活と介護への対応の変化とともに変化を遂げてきている。高齢者認知症施策の推進は、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させることにつながる。本稿では認知症高齢者の現状、認知症施策の変遷、認知症高齢者の介護状況、権利擁護と虐待防止を分析し、認知症高齢者問題を総合的な視点からとらえてみることを目的とする。

一、高齢化と認知症高齢者の現状

日本では、高齢化が進み、65歳以上の高齢者(以下「高齢者」)人口は3623万人で、総人口に占める割合は29.1%と過去最高である(2023年9月15日現在)。今後は総人口の減少傾向とは逆に高齢化率が2030年には30.8%、2040年には34.8%と、上昇し続けることが予測されている。²

高齢者の増加とともに認知症者数が比例して増えている。2012年は認知症者数が462万人、高齢者人口の15%を占めており(高齢者の約7人に1人)、2025年には約700万人、20%(約5人に1人)が認知症になると予測されている。³ 認知症の要因は加齢にあることから、高齢ほど認知症にかかるリスクが高い。日本の高齢者は75-79歳層では男性の9.55%、女性の11.95%は認知症と推定されるが、85歳以上の年齢層では男性の47.09%、女性の58.88%と認知症の有病率が高い。⁴ 現在、75歳以上人口は総人口に占める割合が16.1%、80歳以上人口は10.1%と、10人に1人が80歳以上となっている。⁵ 2025年以降は「団塊世代」が75歳の高齢期に入り、人生100年時代と言われる中、日本の認知症高齢者問題は深刻である。

認知症高齢者は要介護と認定された場合、在宅や入所して施設で介護サービスを受けて生活していくことになる。介護が必要になった主な原因は、「認知症」が18.7%と最も多く、女性は「認知症」が20.5%と特に高くなっている。⁶ 現在、認知症の人の67.6%が在宅生活をしており、19.9%が介護老人福祉施設などの施設に入所している。⁷ 要介護認定レベル別の認知症推定患者数は2012年には要介護2-3の者が76万人にあったが、2025年には103万人と推定され、要介護4-5が63万人から92万人まで増大すると、介護保険利用者における認知症高齢者の割合が高くな

¹ 日本では「痴呆(症)」→「認知症」へ呼称変更が行われたのは2004年である。以後、医学文献、法律法規、行政文書では「認知症」に統一されている。原文の引用以外、本稿では「認知症」とする。

² 総務省統計局：統計からみた我が国の高齢者。2023年12月5日閲覧。<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics138.pdf>。

³ 厚生労働省：平成29年版高齢社会白書。2023年10月4日閲覧。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf。

⁴ 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。2015.2023年12月6日閲覧。<https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/141031/201405037A/201405037A0001.pdf>。

⁵ 総務省統計局：統計からみた我が国の高齢者。2023年12月5日閲覧。<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics138.pdf>。

⁶ 厚生労働省：令和元年版高齢社会白書。2023年10月4日閲覧。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s2s_02_01.pdf。

⁷ 公益社団法人認知症の人と家族の会実態調査。2024年1月12日閲覧。<https://alzheim.or.jp/wp-content/uploads/2020/04/rouken2019.pdf>。

るだろうことが推測されている。⁸

一方で、介護施設では多くの認知症高齢者が暮らしており、2016年に介護老人福祉施設利用者の96.7%、介護老人保健施設の95.6%、介護療養型医療施設の96.8%が認知症を有している状況であった。⁹近年介護老人福祉施設等の定員数が増加傾向にある。また、認知症グループホームは2006年の時点で11万9825人であったが、2021年は21万2900人で定員がずっと伸びている。¹⁰症状が深刻化したらあえて在宅介護を継続せず、施設利用を選ぶ傾向が増えている。

二、高齢者の認知症施策の変遷

日本における高齢者の認知症施策はその流れの特徴を歴史的に捉えてみると、認知症高齢者施策の萌芽期(1960年代～1980年代初)、展開期(1980年代～1999年代末)、発展期(2000年～2010年)、国家戦略推進期(2012年～現在)に分けることができる。¹¹高齢者の認知症政策は措置制度から介護保険制度へと、さらに国家戦略として確立されている。

(一) 認知症高齢者施策の萌芽期(1960年代～1980年代初)

日本において「認知症を自らの問題、あるいは社会の問題として認識するきっかけ」¹²となったのは、1972年刊行の小説『恍惚の人』であった。丁度日本は高齢化社会に入り、老人問題が顕在化した時期と重なる。当時認識上、認知症は精神疾患で治療・医療の対象であり、「老人福祉法」(1963)における老人福祉施設や老人居宅生活支援事業が、生活の場、あるいは行政決定(措置)によって利用する規定が

あり、すべて利用できたわけではなかった。

1970年代、日本において核家族化や高齢者のみの世帯が増加し、女性の社会進出が増え、伝統的男女役割意識が衰退し、家族の介護機能が弱体化した。高度経済成長を背景に「福祉国家」を目指す日本では、「寝たきり老人、重度の心身障害者(児)」の「全員入所できる体制」¹³の確立を目指し施設介護志向が広まった。しかし、オイルショックで経済が低成長に転じ、「福祉元年」の老人医療無料化と「施設介護」への志向を見直され、自助努力や家族を「福祉の含み資産」¹⁴として重視する「日本型福祉社会」構想を提唱、家族介護の重要性が力説された。このように社会福祉政策が激変する中で、デイサービス・ショートステイ・ホームヘルプの在宅サービス3本柱が制度化され、施設中心の高齢者福祉に在宅サービスが追加された。こうした「寝たきり老人」を中心に取られた「措置」は、認知症高齢者に大きな恩恵をもたらさなかった。その介護は主に医療機関や家族介護に頼った形で展開され、「行政の『痴呆性老人対策』は皆無、社会的関心も低く、認知症に対する偏見や差別が強く残っている」¹⁵状況が続いた。しかし、認知症が老人問題としての寝たきり問題などとともに社会問題化されたことが重要である。

(二) 認知症高齢者施策の展開期(1980年代～1990年代末)

1980年代から日本では痴呆症施策に取り組み始めた。¹⁶高齢化社会、長寿社会の到来について多く報道されると同時に、認知症高齢者数の増大が顕著になり、1980年に東京都調査では、65歳以上人口の4.6%、85歳以上では23.4%となっている。¹⁷また、

⁸ 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 2015。2023年12月6日閲覧。<https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/141031/201405037A/201405037A0001.pdf>。

⁹ 厚生労働省：平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況。2024年1月10日閲覧。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_05.pdf。

¹⁰ 厚生労働省：令和5年版高齢社会白書。2023年10月4日閲覧。https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s2s_02-2.pdf。

¹¹ 先行研究である藤林慶子：認知症施策の変遷。保険の科学(12)。2020を参考にした。

¹² 宮崎和加子：認知症の人の歴史を学びませんか。中央法規出版、p24, 2011。

¹³ 経済社会基本計画—活力ある福祉社会のために(1973)。2023年11月21日閲覧。<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakaifukushi/67.pdf>。

¹⁴ 布施晶子：日本における高齢者介護施策と家族・親族。森岡清美：家族社会学の展開。培風館、p244, 1993。

¹⁵ 公益社団法人認知症の人と家族の会。2023年8月7日閲覧。https://www.alzheimer.or.jp/?page_id=198。

¹⁶ 高橋幸裕・林和秀：高齢者に対する認知症関連政策と認知症ケアが抱える課題。尚美学園大学総合政策論集(35), 2022。

¹⁷ 鎌田光明：痴呆性老人対策推進本部の設置について。ファルマシア(8), 1987。

1980年に「呆け老人を抱える家族の会」が発足し、認知症高齢者対策の推進を後押しした。「老人保健法」の施行に向けて、1980年に老人精神病棟、1982年に老人精神保健対策に対する意見など公表され、1984年前後、認知症の人が特養への入所ができるようになり、「痴呆性老人処遇技術研修」が制度化された。1986年8月に厚生省内に「痴呆性老人対策推進本部」が設置され、翌年8月に公表された報告書では、調査研究の推進、発生予防対策、在宅介護支援、施設整備、その他の基盤整備などの必要性を指摘し、¹⁸ 認知症高齢者対策の総合的推進が謳われ、認知症老人に対する専門的医療と介護方法の確立を行い、施策の充実を図るとした。¹⁹

1990年代、1980年代後半から要介護高齢者の急激な増大と在宅支援なしに、家族介護が成立しないことを受け、日本は在宅サービスと介護施設の整備を車の両輪とする「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン、1989年）、途中で目標値を高く修正した「新ゴールドプラン」（1995年）を策定した。1990年に老人福祉法などの「福祉8法」を改正し、従来家族機能である高齢者介護の社会化を推進し、地域に根ざした居宅ケア支援体制を構築するとした。認知症やその介護に関する認識の深まりとともに、老人性痴呆疾患専門治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の整備（1988年）、老人性痴呆疾患療養病棟、老人保健施設痴呆専門棟の整備（1991）、認知症高齢者等に対する在宅サービスの充実を目的とするデイサービスセンター（E型）の整備（1992）、痴呆対応型グループホームの整備（1997）などが行われた。認知症高齢者の介護家族の負担軽減と介護サービスへの追求が施策目標に反映され、施設の整備と在宅介護支援の両面から介護基盤整備がなされ、治療中心から介護重視への変化が見られた。しかし、これらの施策は、既存制度の枠組みの中で別個に行われ、それぞれ十分な連携がないのが大きな特徴だった。²⁰

（三）介護保険制度下の発展期（2000年～2010年）

2000年に施行された介護保険制度は、措置から契

約、社会的介護を導入した画期的なものとなった。その背景には、高齢社会を背景とした高齢福祉予算の拡大を抑制するため、社会的入院などによって医療現場に追いやられている高齢者福祉サービスを福祉領域に、さらには施設から在宅へと振り分けようという行政の目論見と、老々介護に限界を感じる女性たちの介護現場からの声との見解の一致があった。介護保険制度では、自立支援、利用者本位のサービス、社会保険方式という3本柱を掲げて、高齢者の自立を支援する理念が強調された。認知症高齢者にも、ヘルパーなど訪問サービスを始め、重度な人は介護施設への入所、宅老所、認知症に特化したグループホームの法定など、認知症の人の生活を支えるうえで大きな役割を果たす施策があった。その後、介護保険サービス利用者の激増に伴う要介護となった原因の第1位は認知症であった。認知症高齢者の介護は家族中心と措置制度によるものから、介護保険制度における居宅と施設による介護へと転換した。介護サービスの充実とともに、認知症高齢者の権利を擁護し、「成年後見制度」と高齢者虐待防止法が施行された。認知症高齢者対策も新たな局面を迎えることになる。

しかし、認知症に対する誤解や偏見が依然強く、その解消等を図るため、2004年に今まで「痴呆」という用語を「認知症」と改めた。日本主催のADI総会の後、認知症の人と家族との関係は被介護者と介護者でなく、パートナーシップとして協働する観念が広まった。²¹ これらのことを受け、2005年度を「認知症を知る1年」とし、認知症が正しく理解され、また認知症の人の生活に目を向けたまちづくりが提唱された。2006年に介護保険法の大規模な改正が行われ、予防重視型システムへの転換、地域包括センターの設置、地域密着型サービスの創設、権利擁護と虐待防止などがキーワードとなる。その背景には、財政負担から、公助を共助に移していこうという行政の目論見があり、一方では、来るべき高齢社会を地域で支える枠組作りがあった。2008年には、今後の施策をより効果的に推進するため、「認知症の医療と

¹⁸ 認知症老人対策推進本部報告 1987年8月。2023年12月7日閲覧。https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/322.pdf。

¹⁹ 藤林慶子：認知症施策の変遷。保険の科学（12），2020。

²⁰ 鎌田光明：痴呆性老人対策推進本部の設置について。ファルマシア（8），1987。

²¹ 中島紀恵子：認知症ケアの新しい動きと家族支援の在り方。公衆衛生（9），2006。

生活の質を高める緊急プロジェクト」が設置され、その報告書では、認知症施策の基本方針として「早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進」が掲げられ、適切なケアの普及及び本人・家族支援などの5項目を挙げ、「安心して生活できる社会を早期に構築する」認知症対策を推進するとした。²² この10年の施策は認知症高齢者の介護サービスの充実を図るとともに、認知症に対する普及啓発を始め、地域で安心して生活できる環境整備に取り組み始めた。

(四) 認知症国家戦略推進期 (2012年～現在)

1、認知症施策の基本的な考え方の転換と取組

認知症施策の基本的な考え方の転換がみられたのは、上記報告書を受け、2012年4月に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」がまとめた報告書「今後の認知症施策の方向性について」である。それまで「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」の実現を目指す、と一歩踏み込んで認知症の人の生活環境を重視する理念を強調された。これと歩調を合わせ、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを基本目標とした。²³

この報告書をベースとし策定されたのが「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)である。具体的な目標値を示し、早期診断・早期対応に向けた取り組みとして「認知症初期集中支援チーム」の設

置、認知症疾患医療センターの整備を推進し、市町村において、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を配置し、「認知症カフェ」²⁴の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進する。「オレンジプラン」では、標準的な認知症ケアパスの構築とそれに沿う形で認知症に対する医療や介護の在り方、認知症の人やその家族等に対する支援にウエイトが置かれていることがわかる。

2、認知症国家戦略の策定

認知症施策については、2010年代に世界的にも関心が高まり、日本でも、「G8認知症サミット」の後継イベントが、2014年11月に政府主催で開催された。後継イベントで、当時の安倍首相が認知症施策を「国家戦略として格上げする」と宣言したのを受け、2015年1月に国家戦略としての「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)が策定された。その背景となるのは先進諸国の取り組みの刺激だけでなく、認知症者数の増加から生まれた緊迫感もある。そして、認知症の社会的コスト(医療費、介護保険費、家族ケアコスト)は2014年度の推計が14.5兆円となり、認知症者数の増大でコストのさらなる増加が見込まれる。²⁵ さらに、日本は高齢社会の課題先進国として、認知症対策で世界をリードすべき自負を背負っている。²⁶

新オレンジプランは、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の実現を目指し、7つの柱として施策を推進している。²⁷ 特に、これまで認知症の人を支える側の視点への偏りを正

²² 厚生労働省：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年7月10日。2023年12月7日閲覧。<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/dl/h0710-1a.pdf>。

²³ 今後の認知症施策の方向性について(2012)。2023年11月22日閲覧。<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fv2e-att/2r9852000002fv5j.pdf>。

²⁴ 認知症カフェとは認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である。設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センター、NPO法人が多く、公共空間、住宅、空き家、店舗、デイケアセンターの利用が多い。政府は一定の資金援助をする。

²⁵ 佐渡充洋：わが国における認知症の経済的影響に関する研究。2024年1月21日閲覧。<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/24159>。

²⁶ 首相官邸：「認知症国家戦略策定について」。2023年8月8日閲覧。<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryousanyokaigou/dai9/sanyo2.pdf>。

²⁷ 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要。2023年11月22日閲覧。<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>。

し、認知症の人やその家族の視点を重視する施策となっている。²⁸ この新オレンジプランの基本的な考え方は、2017年の改正介護保険法にも盛り込まれ、認知症への理解を深めるための普及啓発、心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進、認知症の人及びその家族の意向の尊重など、介護保険における認知症施策の徹底が図られていく。

このように、認知症施策は国家戦略として厚生労働省にとどまらず、内閣総理が先頭に立ち、政府の各行政機関や民間団体、認知症の人とその家族が連携して国を挙げた体制で取り組まれている。「オレンジプラン」では認知症に対する医療や介護の在り方が、「新オレンジプラン」では地域づくりや介護者に対する支援など「共生」を重視した施策が示された。入院治療中心だった時代から「認知症の人の意思の尊重」「自分らしく暮らし続ける」ための支援へ、病院や施設という専門職中心の閉じられた空間ではなく、地域という生活の場での支援へと、認知症支援施策の在り方も変化した。²⁹

3、「認知症施策推進大綱」と「認知症基本法」

新オレンジプランを基盤とし認知症対応は改善されて来ている。2018年に政府一体で総合的な施策を推進するため、「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、2019年に新オレンジプランをさらに発展させた「認知症施策推進大綱」がまとめられた。

大綱は新オレンジプランの補充ではなく、その基本的考え方は、認知症になっても住みやすい社会を形成し、認知症の発症や進行を遅らせるという『共生』と『予防』を車の両輪とし施策を推進するとする。「共生」は、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症と共に生きる、また認知症であってもなくても同じ社会で共に生きるという意味で、「予防」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穏やかにする」という意味である。具体的な施策としては、(1) 認知症の普及啓発・本人発信支援、(2) 認

知症予防に資する活動の推進、(3) 早期発見・早期対応のための医療体制の整備、(4) バリアフリーのまちづくりの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、(5) 認知症の予防法やケアに関する「研究開発・産業促進・国際展開」などを柱として掲げる。

新オレンジプランの「共生」に重点を置く政策は、認知症の支援は地域に委ねられ、重度の要介護者に偏重するとの認識をもたらしかねない部分がある。認知症の人はすべて重度ではなく、社会環境や生活状況、人との関わり方によって、症状が変化するので予防が重要である。大綱では「共生」とともに「予防」を推進するとした。

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（認知症基本法）」が成立した。共生社会の実現の推進に向け、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。基本法の本質からして認知症施策の基本理念、国や地方公共団体の責務、基本計画策定の義務、認知症施策の基本事項などを定めている。

共生社会の実現を推進するため、認知症基本法では「予防」は「共生」と並ぶ車の両輪として位置づけをせず、治療やリハビリ、社会参加などと並ぶ施策の一つとする。偏見の助長や自己責任論などに結びつきかねない過度の予防への強調を緩和した。皆で支え合う社会をこの基本法に沿って作っていき、認知症の「高齢者が安心して暮らすことのできる社会の形成」が、「国民一人一人が生涯にわたって真に幸福を享受できる高齢社会を築き上げていく」ことになり、³⁰「高齢社会対策基本法」との統合性もある。

認知症について、有効な治療法や根本的な予防策がないなかで、誰でもなり得うるし、現に認知症者数が高齢化の進展に伴い増加傾向にある。認知症の人を含めた国民が共生社会を作っていくため、「医療以外の様々な社会制度を含めた、社会全体の改革が必要である。」³¹ その意味で認知症基本法は認知症

²⁸ 宮腰奏子：認知症施策の推進。理学療法学 (3), 2017。

²⁹ 松崎吉之助：独居認知症高齢者支援における専門職と近隣住民の関わりについての研究—トラブルのある事例に対する地域包括支援センター専門職の取り組み。仙台白百合女子大学紀要 (20), 2016。

³⁰ 内閣府：高齢社会対策基本法。2023年11月24日閲覧。https://www8.cao.go.jp/kourei/measure/a_4.html。

³¹ 日本学術会議認知障害に関する包括的検討委員会：認知症に対する学術的役割 — 「共生」と「予防」に向けて。学術の動向 (1), 2021。

施策推進大綱の根拠法として認知症施策の新たな国家戦略とも言える。

三、認知症高齢者の介護

(一) 家族の介護と病院の治療

日本では、1980年代後半までの長い間、認知症高齢者への対応は家族による扶養・介護か、病院の治療かのどちらを選ぶしかなかった。家族の対応次第、「のびのびと暮らしている人もいたが、部屋に閉じ込められたり、虐待を受けている人もいた。」³²「座敷牢」や納屋、家畜小屋などが認知症の人の隔離に使われることもあったという。認知症は差別視され、家族の縁談などに対して悪影響があるとされ、「家の恥」と思われていた。³³ 家で対応できなくなった場合、行き先は精神病院か老人病院しか行き場がなく、「社会的入院」という面も少なくなかった。その精神病院も劣悪な環境であった。³⁴ 手足を縛られることなどの行動抑制・拘束が多く、医療・治療の対象として「薬漬け」の状態にされたり、仕切りのない20人部屋に押し込まれたり、介護、生活支援は何もなかった。認知症は精神疾患だから、医療の対象であり、福祉施設である特別養護老人ホームなどへの入所はほとんど不可能であった。少なくとも1980年代後半まで日本ではそんな認識が一般的であった。³⁵

1980年代後半から、国の認知症施策に治療中心から介護重視への変化が見られ、精神病院と老人病院とは別に、措置制度として、老人性痴呆疾患治療・療養専門病棟及び老人保健施設痴呆専門棟も創設され、同時期に「老人性痴呆疾患センター」及び「E型デイサービス」も創設され、認知症高齢者の在宅での生活を支援するようになり、家族介護と病院治療以外に選択肢が増えた。

(二) 介護保険制度における認知症高齢者の介護

日本の介護保険制度は家族介護（居宅介護）を主眼とし、それを支援することが基本方針となってい

る。他方で、後期高齢者の増大とともに重度の要介護者が増大しており、施設介護サービスも必要である。そのため、認知症高齢者が使えるサービスも加え、次のような体系ができていく。① 自宅で受けるサービス：訪問介護、訪問入浴など。② 通って受けるサービス：デイサービス（通所介護）、デイケア（通所リハビリテーション）、ショートステイ、認知症対応型通所介護（認知症デイサービス）。③ 入所して受けるサービス：特養、老健、介護療養型医療施設（2024年4月までに廃止。替わりの介護医療院が2018年4月に創設）、介護医療院などである。

1、居宅介護サービスと家族介護者支援

日本の認知症の人のおよそ7割は在宅で生活しているといわれ、基本的に家族によって介護されている。一般の高齢者の介護について、主な家族介護者と要介護者との関係を見ると、配偶者（22.9%）が最も多く、次いで子（16.2%）が続く。この中でも主な介護者と要介護者の77.1%は「60歳以上同士」であり、「65歳以上同士」は63.5%、「75歳以上同士」は35.7%となり、在宅ケアは老々介護が標準的である。³⁶ 介護が必要になった原因は「認知症」が最も多いことから、認知症高齢者の介護の負担が大きくなり、一般より認定された要介護度が高くなる傾向にある。また、家族介護者にとって、認知症の人とのコミュニケーションの問題、目が離せないことなどの精神的、身体的、経済的負担などいろいろある。介護する家族は疲れ果ててしまい、うつ状態になったりすることもある。家族介護者をどう支えていけるかが大きな課題となる。

家族介護者が現実的に大きな役割を担うとしても、介護サービスとの関わりが多くなっている。現在最も利用が多いのが「デイサービス」「ショートステイ」などである。³⁷ 在宅で利用する介護サービスにはいくつかの特徴がある。すなわち、居宅サービス内容の多様化と供給主体の多元化、地域に根差したサービスの提供、サービスの専門性である。居宅

³² 宮崎和加子：認知症の人の歴史を学びませんか。中央法規出版，p29，2011。

³³ 宮崎和加子：認知症の人の歴史を学びませんか。中央法規出版，pp30-31，2011。

³⁴ 大熊一夫：ルポ・精神病棟。朝日新聞社，1973。

³⁵ 宮崎和加子：認知症の人の歴史を学びませんか。中央法規出版，p36，2011。

³⁶ 厚生労働省：2022年国民生活基礎調査の概況。2024年1月11日閲覧。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf。

³⁷ 加藤伸司：認知症ケア 家族介護の視点から。2024年1月11日閲覧。https://www.tyoju.or.jp/kankoubutsu/gyoseki/ninchisho-yobo-care/h30-5-10.html。

介護サービスの目的は要介護者が介護サービスを受けながら在宅で生活を続けるための支援を行うことであり、食事や排泄、入浴などの生活のあらゆる面にわたり、訪問、通い、宿泊などの多様な方式で、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供される。また、ケアマネージャなどの業務を通じてサービスの対象を正確に把握し、個別のニーズや要望に合わせたサービス、地域密着型サービスの提供を重視する。さらに、「介護福祉士」や「社会福祉士」という有資格者によるサービスの質と量の向上、研修制度による介護の知識や技術の更新で専門性を保持し、認知症高齢者の在宅生活を支え、ネットワークケアの構築を体系的に確立させていく基礎となる。在宅で生活が継続可能な要因は家族自身の頑張りのほかに介護サービスとして特に通所施設（通いの場）の利用がある。³⁸ 居宅サービスが重要な役割を果たしていることが分かる。

家族介護者に対する支援は負担軽減にとどまらず、心理的サポートや認知症に関する知識や介護方法の助言・指導、介護を続けていく上での心構えの指導などがある。介護支援専門員の認知症の人との接し方、具体的な介護方法などの助言、家族の理解や友人、ボランティアなどとの交流、認知症に関する講座や教室、認知症カフェへの参加などが家族介護者の心理的ストレスを緩和させ、支援として有効とされる。

2、介護施設に関するもの

認知症高齢者に対するケアシステムの中で、介護医療院は主として身体面に対する医療、老健は家庭復帰のための療養、特養およびその他の老人福祉施設は主として日常生活に対する介護を行う所と考えられている。現在、日本では認知症の病状と環境の変化との関連についての認識が深まり、グループホームなどでのケア・支援の取り組みは、大型施設へも影響をもたらしている。特養や老健施設、有料老人ホームなどでも、入居者を少人数単位でケアを行う「ユニットケア」が標準化されている。³⁹ 認知症の介護に介護施設を利用することについての抵抗感が薄らぎつつあり、近年利用者が増加傾向にある背景になっている。

施設介護サービスは、残存機能の開発、レクリエーション活動や行事が豊富に計画・実行、専門的なケアサービスを安定的に提供するなどの取り組みが行っている。利用者の「生活歴」と関連する役割や、得意分野の発掘などを通して利用者に寄り添ったり気遣ったりするような生活支援を行う。レクリエーション活動などで、他者との相互作用の機会を増やし、グループの文化を生む出す可能性がある。施設ではハード面の整備とともに、シフトの面も充実のために、保健・医療・福祉・利用者間の連携で、在宅では実現できないケア環境が整っており、ケアプランによって介護サービスの有効的な連携が図られている。

(三) 地域包括ケアシステムの構築

日本は団塊世代が75歳以上となる2025年を見据え、認知症高齢者が「住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」に向けた取り組みとして「地域包括ケアシステム」の実現という構想がある。認知症の人を単に支えられる側としてではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができる環境整備が必要だという考え方を出発点とし、「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、地域において連携しながら在宅の生活を支え、包括的かつ総合的な支援・サービス提供体制の構築を目指す。市町村や都道府県が地域の特性に応じて作り上げていき、行政、民間、地域住民など様々な主体がそれぞれの役割を果たしていく。単に在宅や施設だけの枠にとらわれず、地域をも含め認知症介護の支援を推進している。

このシステムを機能させる役割を担う地域包括支援センター（以下、「包括センター」）は、社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員など資格職が配置され、2008年には認知症施策の企画調整等を行うための認知症地域支援推進員が、また、認知症の初期段階で本人や家族に個別に適切な支援を行うための認知症初期集中支援チームが配置された。包括センターでは、制度横断的な連携ネットワークを構築し、認知症の人や家族を支援する。

³⁸ 公益社団法人認知症の人と家族の会報告書 2023。2023年12月6日閲覧。 <https://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2023/03/202303rouken-houkokusyo.pdf>。

³⁹ 宮崎和加子：認知症の人の歴史を学びませんか。中央法規出版，p115，2011。

地域包括ケアシステムは具体的には地域で生活の継続性の実現を主軸として、困りごとへの適時適切な対応、生活支援、就労・社会参加支援、安全確保など互助による地域資源を積極的に活用した支援を行う。「予防」は健康づくりや栄養改善を始め、認知症の人や介護者同士の地域拠点づくりを目的とした認知症カフェの設置、家族向け介護教室等の地域展開を支援し、認知症の人や家族の意思決定支援の普及・啓発を推進し、これらを担うボランティアの育成等、地域における実践活動も支援する。それから、認知症の人や家族が気軽に相談できる体制の構築、認知症の理解を促進し、認知症サポーターの養成と活動を支援する。認知症初期集中支援チームや地域支援推進員の活動を支援し、早期に対応することにより状態の改善や重度化を予防する。また、地域における医療と介護の連携の枠組みを構築し、適時適切に切れ目なくサービスを提供する。こうして、従来の医療施設中心のケアシステムから、長年住み慣れた地域において、保健・医療・福祉が提供されるシステムへの転換を図られ、概ね30分程度の日常生活圏域の範囲で、医療・介護・介護予防・住まい・自立した日常生活支援が一体的に提供される。地域包括ケアの態勢を制度化した意義が極めて大きい。

四、認知症高齢者の権利擁護と虐待防止

かつての家制度下では高齢者の扶養・介護について家族が全責任を負っていた。その後の核家族化、社会規範の変化、高齢世帯の増加などで、それらの機能の低下を社会的支援によって補う必要がある。

(一) 成年後見制度と地域福祉権利擁護事業

2000年に介護保険制度がスタートし、利用者本位のサービスが提供されることになった。従来は、本人意思のいかんにかかわらず、行政が一方的にサービスを提供する仕組み（措置）であり、家族や扶養義務者が高齢者の意思を代理したりすることはまれではなかった。しかし、新制度では契約を結ぶ方式へと変更されたため利用者の自己決定権を尊重する必要がある。一方で、ノーマライゼーションの理念の浸透とともに、高齢者の医療や、認知症の施設介

護など、基本的人権の制限を伴う福祉サービスの決定には何らかの法的枠組みが必要であると考えられる。さらに、家族の有無に左右される高齢者の医療・介護サービスの質の確保、家族と高齢者の利益が相反する場合の処置など、高齢者の人権擁護のみならず、医療・サービス提供者の意思決定にも影響すると考えられる。⁴⁰ 介護保険制度の開始と同時に施行された成年後見制度と地域福祉権利擁護事業は、こうした社会の変化から必然的に生まれた。

1、成年後見制度

成年後見制度は、2000年に成立し、判断能力の不十分な成年人（認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など）を保護し、また支援していくために契約の締結を代行したり、あるいは本人が誤った判断に基づいた契約を取り消したりすることができるなどの権限を、支援者である成年後見人等に対して付与することである。従来の殆ど財産保護だけを目的にしていた制度を改め、身上監護にも配慮した。

成年後見制度が法定後見制度と任意後見制度に分けられ、前者は申し立てにより家庭裁判所に選任され、「成年後見」「保佐」「補助」という3つの類型がある。後者は、本人が十分な判断能力を有するうちに、あらかじめ任意後見人となる人に代理権を与える任意後見契約を公正証書で結んでおき、本人の判断能力が不十分になった後に、契約の効力を生じさせるものである。⁴¹

後見等の開始の申し立てを行う申立人は、基本的に本人、配偶者、四親等内の親族で、これらの親族がいなかったり、あるいはいても音信不通の状況にあるなどの場合、市町村長は必要があると認める場合には、法定後見の開始の審判を申し立てができる。

後見人には親族後見人と第三者後見人とがある。第三者後見人とは専門職・法人・市民などが後見人を担うものである。これまで圧倒的に親族によって担われてきた成年後見の担い手が、親族から第三者へとシフトしてきており、2000年に親族後見人は90.9%で、第三者後見人は9.1%であったが、2017年にはそれぞれ19.8%と80.2%へと変化が見られた。⁴² このことは「成年後見の社会化」を意味し、これまで

⁴⁰ 齊藤正彦：痴呆症の医療・介護と介護保険。日本老年医学会雑誌（41），2004。

⁴¹ 法務省：成年後見制度。2023年10月27日閲覧。<http://www.moj.go.jp/MINJI/minji17.html>。

⁴² 最高裁判所事務総局家庭局：成年後見関係事件の概況。2023年10月30日閲覧。<https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2021/20220316koukengaikyou-r3.pdf>。

ほとんど親族が担ってきた後見人役割を、社会全体で担っていくことになる。2012年のオレンジプランで市民後見人の積極的な育成と、家裁の適性による後見人の選任はこうした方向性を後押ししている。

認知症高齢者は財産の管理や身上監護で成年後見制度を利用すると考えられる法律行為を具体的にあげてみる。財産の管理や身上監護（介護、施設への入退所などの生活についての事項）についての契約（医療契約を含む）、遺産分割等の法律行為、悪質な商法の被害の回避などである。

2、地域福祉権利擁護事業

成年後見制度のほかに、福祉サービスの利用上、能力が不十分な高齢者等の権利を代行しようとしたのが、1999年10月に社会福祉協議会を実施主体に全国でスタートした地域福祉権利擁護事業である。

この事業の対象者は、痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者等であるが、この事業の契約内容を理解できる程度の判断能力があることが条件である。この事業は2007年に「日常生活自立支援事業」の名称で国庫補助事業となった。成年後見制度が、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為を援助するのに対し、地域福祉権利擁護事業は、福祉サービスの利用援助とそれに付随する日常的な金銭管理及び預かりサービスの援助を行うものである。⁴³ また、対象者の適応は初めから限定的であるため、地域福祉権利擁護事業を独立した制度とせず、成年後見制度の身上監護機能を実効あるものにするための補完的制度と位置付ければ、同意能力の障害の程度に応じた運用が可能になる。⁴⁴

(二) 認知症高齢者の虐待防止

介護を受けている認知症高齢者に対する虐待が頻繁に発生している。日本では現在、虐待を受ける高齢者の約8割に認知症が存在している。⁴⁵ 認知症高齢者の虐待問題には複雑な原因があると言われる。高齢者が認知症による身体的自立度の低さや言動の混乱等により、自らの要望をうまく伝達できないこと

が、介護者の負担やストレスの一因となることがあり、⁴⁶ 結果として虐待の要因となることがある。一方で、虐待者が介護疲れのほかに、介護に関する知識不足や排泄介助の困難、人格や性格の問題などの原因で、虐待を起こす。養介護施設従事者等における高齢者虐待の主な発生要因が「教育・知識・介護技術等に関する問題」となっている。⁴⁷ より深層的な社会背景として、高齢化の進行が加速し、老々介護、単身介護の増加、近隣関係の希薄化や社会からの孤立、家族構造の変化による介護機能の低下及び女性の社会進出の増加、世代間対立の激化などは、老人虐待問題の深刻化をもたらした。⁴⁸

高齢者を虐待から守る法律として、2006年4月に「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」（以下、高齢者虐待防止法）は施行された。その中で、高齢者虐待とは、65歳以上の高齢者に対する養護者（高齢者を現に養護するもの）及び「介護施設従事者等」による身体的虐待、介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待を指すとする。

虐待の未然防止、早期発見・早期対応などの発生予防から、虐待を受けた高齢者が安定した生活を送れるようになるまでの各段階において、適切な切れ目ない支援体制が重要である。そのためには、高齢者虐待防止法では、市町村が責任主体となり、包括センターを窓口する。「通報」は義務化とされており、通報を受けた市町村は、高齢者の安全の確認、通報・届出に係る事実の確認、「高齢者虐待対応協力者」と対応の協議を行い、「緊急事態」の高齢者一時保護措置をとるなど、「やむを得ない措置」や「成年後見開始の申し立て」、立入調査などを行う。また、高齢者本人とともに養護者を支援することを規定している。養護者への相談、指導及び助言などで、養護者の障害や疾患、介護負担や生活上の課題に対する支援は、虐待の未然防止や虐待解消へつながる対応である。

⁴³ 水野裕等：高齢社会と成年後見制度。日本老年医学会雑誌（38）5，2001。

⁴⁴ 齊藤正彦：高齢者の心の病気にかかわる介護・家族・社会・人権。日本老年医学会雑誌（37），2000。

⁴⁵ 2021年厚生労働省調査。2024年1月20日閲覧。https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/001029242.pdf。

⁴⁶ 東京都福祉局：高齢者虐待の背景。2024年1月20日閲覧。https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/understand/haikei/index.html。

⁴⁷ 厚生労働省：高齢者虐待防止の基本。2024年1月20日閲覧。https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/1.pdf。

⁴⁸ 師艶栄：日本老人受虐待問題分析。社会工作（1），2012。

高齢者虐待の問題では、虐待の未然防止が最も重要な課題である。そのためには、家族の認知症等に対する正しい理解や介護知識の周知などのほか、権利意識の啓発、介護保険制度等の利用促進などによる養護者の負担軽減策などが推進されている。⁴⁹ また、認知症カフェや認知症サポート講座、認知症ケア教室などは孤立解消、情報共有、近隣との理解の増進などに繋がる。施設においては、高齢者虐待防止や認知症ケアに対する理解を高める研修の実施を促すなど、管理者と職員が一体となった取組を推進していく。⁵⁰

五、認知症高齢者支援ネットワーク事例

(一) グループホーム—ジョイア・ミュキ

日本における認知症グループホームは、北欧諸国による実践の影響を受けて、1990年代初頭に開設された。1998年には「痴呆性老人グループホーム施設整備費補助事業」を開始した。2000年に始まった介護保険制度では、認知症グループホームを居宅サービスの一つとして制度さられた。

認知症グループホームは、「小規模」、「地域社会とのつながり」、「利用者中心の生活」などの特徴があるとされる。従来の「大規模・画一的・効率重視」のケアから「ひとりひとりのその人らしさを重視する」ケアへ、認知症ケアのパラダイム転換である。グループホームは介護保険スタート直前の2000年3月末時点では266か所であったが、介護保険制度が実施してから、爆発的にその数を増やしていくことになる。⁵¹

グループホームジョイア・ミュキはこうした中、2005年8月に豊橋市で事業を開始した。利用者は設置基準で2ユニット定員計18名である。これと別に1-2名のデイサービスの利用者を受け入れることもある。ここを利用できるのは「要支援2以上で軽度—中度程度の認知症状にあると医師に診断された」高齢者である。「地域に支えられ、少人数の人たちが家庭的な雰囲気なかで、自由にのんびりと、共に

助けあい、安心安全に、その人らしく生活できるケアを目指す」ことを基本理念としている。⁵²

ユニットで家庭的な雰囲気が保たれるように、居室はすべて個室で、今までの暮らしで使っていたなじみの家具などを持ち込むことができる。そのほか、ゆっくりくつろいだり趣味活動を楽しむリビング、浴室やトイレなどがある。必要に応じて散歩や買い物の外出ができるし、利用者の家族や友人らは、気兼ねなく訪問できる。施設ではレクリエーション活動としての年間行事と月間行事が豊富に用意されている。例えば月間行事として生け花、お誕生日会など、年間行事として4月のお花見や7月の七夕会などがある。

ジョイア・ミュキにおける認知症高齢者ケアの特徴については以下のようにいくつか挙げられる。まずは、ジョイア・ミュキでは個人の尊厳を重視している。住み慣れた自宅ではないが、家庭的な環境で、専門のスタッフに見守られながら、一人一人状態や状況に適し、その人らしい生活を再構築していくとしている。入居者個人のペースに合わせた過ごし方、自己決定・自由が保障された「個」の尊重、家族・友人・知人との人間関係や地域における生活の継続への支援、などのほかに、家族と介護施設をつなぎ、施設での生活を知らせるコミュニケーションのアプリを導入している。スマホLINEアプリで簡単に介護記録やイベントなど施設にいる家族の日々の生活の様子がわかるし、オンライン面会は直接会えなくても顔を見られる。

次には、安定的にサービスを提供するため、ジョイア・ミュキではスタッフの養成にも力を入れている。新規採用職員（中途入職者）に対する教育では、新人教育計画として1年目の月単位で目標と指導内容を設定し、2年目から6年目までの計画を立ててスタッフの養成に取り組んでいる。例えば、新人1年目では施設の流れを知ることからチームの一員としての責任が自覚でき、協力して業務が行えるまで新人から一人前スタッフへの脱皮を図るところに重点

⁴⁹ 厚生労働省：高齢者虐待の防止に向けた基本的視点。2024年1月20日閲覧。 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/08/dl/s0801-3k02.pdf>。

⁵⁰ 厚生労働省：高齢者虐待防止の基本。2023年7月12日閲覧。 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/dl/02.pdf>。

⁵¹ 永田久美子など：痴呆性高齢者のグループホームにおける外部評価の目指すものと課題。日本痴呆ケア学会誌（2）。2003。

⁵² グループホームジョイア・ミュキのホームページ。2023年11月13日閲覧。 <http://miyu432.sakura.ne.jp>。

が置かれる。そして、二年目は中心職員として勤務ができ、3～4年目は後輩育成への参加、5～6年目は中堅職員としての役割を理解し実施できる、ステップを踏んでプロへと成長することを図る。その過程にあわせて評価シートに基づく評価をする。この中で臨機応変に「適材適所」の人事、女性スタッフの育児などにも配慮している。スタッフは向上心を持ち、人としての成長を喜ぶ環境づくりを通して、人手を確保し事業の社会的責任を認識し、健全な運営による事業の継続につながる。

(二) 認知症カフェアンキカフェ

認知症カフェは、2012年「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」で、日本で初めて紹介され、その後新オレンジプランで引き継がれ、認知症施策推進大綱においては全市町村設置が掲げられている。2021年47都道府県1,543市町村（88.6%）で、7,904カフェが運営されている。⁵³ 認知症カフェの急速な伸展は、政策的な後押しのみならず、認知症高齢者、家族、地域住民、そして専門職が身近な場所で、効果的な情報交換や共有を図り、認知症の人と家族も含めた共生社会の実現のための地域づくりの役割が期待されているからである。

NPO法人ぽかぽかの森が運営するアンキカフェは愛知県豊橋市にあり、2021年に設立された。認知症になっても住み慣れた地域での生活が継続でき、地域の人に普及啓発の活動を行い、正しく認知症を理解してもらうことを目的とする。その活動には以下のいくつかの特徴がある。

① アンキカフェは認知症の人や家族介護者同士の地域拠点づくりに資する場であり、できる限り社会福祉士、介護福祉士などの有資格者のボランティア従業員を採用し、認知症の人やその家族、地域住民の相談や対応にあたる。② 認知症高齢者を始め、参加者が自ら参加し楽しめるレクリエーションのほかに、ワークショップ、セミナー、講座など沢山のイベントが開催されている。季節ごとに「あんき祭り」も開催され、地域との交流を重視する取り組みを展開している。③ 認知症の理解促進・偏見払拭につながる情報を共有するため、認知症サポート養成講座や豊橋市まちづくり出前講座をみんなで学習

会を行ったりする。また、週末や夏休みなど休暇期間には、子供たちが店長役となって高齢者とふれあい、認知症への予防効果が期待される。一方、子供のうちから認知症は身近なことだと、思いやりの心を育み、あらゆる世代で支え合う地域づくりを目指す。④ アンキカフェの敷地内にはバスの来ないバス停が設置され、有名になった。ドイツの介護施設でバスの来ないバス停を設置したことで、徘徊してしまうお年寄りがそこに座るようになり、失踪したり暴れたりすることが劇的に減ったという話からヒントを得たという。この取り組みは地域の他の一部の認知症高齢者施設にも賛同され設置の広がりを見せている。

認知症カフェは共生社会の実現に向け、住民同士で認知症高齢者とその家族を支える資源が着実に増えていることの現れであり、また、地域包括ケアの樹立あるいは地域づくりを行っていく上で大切な地域資源である。⁵⁴

終わりに

認知症への対応は今や世界共通の課題であり、超高齢化社会日本の抱える問題のなかでも、差し迫って重要性が高い。日本は認知症施策を高齢社会対策の一環として位置づけ、認知症の症状に対する理解が深まるにつれ、治療中心から介護重視へと、さらに生活支援、共生社会の建設へと認知症に対する対応が変わってきた。この変化と歩調を合わせて介護保険制度や社会保障・福祉制度など様々な社会制度を含めた、社会全体の変革で認知症施策を推進してきており、認知症高齢者の介護状況や権利擁護なども大きく改善されている。しかし、認知症について有効な治療法や根本的な予防策がなく、認知症者数はずっと増加の一途を辿れば、共生社会の行く末を問う必要がある。さらに、認知症高齢者介護の方向性として、地域で生活の継続性の実現であり、重度の認知症高齢者の場合、通常家族介護者と在宅サービスの両方が必要である。介護の社会化が進み家族介護者の負担軽減と介護人材の確保が課題となる。持続可能な介護のための課題が山積しているといえる。これからも高齢者認知症施策と介護の問題

⁵³ 「認知症カフェ」。2023年10月25日閲覧。<https://www.mhlw.go.jp/content/001156190.pdf>。

⁵⁴ 武地一：認知症カフェの経済的基盤について。日本老年医学会雑誌（1），2018。

は継続的に推進されることが望まれる。

謝辞

本研究を進めるにあたり、愛知大学榎村愛子教授よりご指導とご支援を賜りました。また、論文の修正や日本語の校閲をお願いしました。ここに衷心より感謝の意を表します。また、訪問を快く承諾していただいたジョイア・ミュキとアンキカフェにお礼を申し上げます。なお本研究は、愛知大学国際交流中国交換研究員プロジェクトの助成を受けて行ったものです。

参考文献

- 白澤政和：認知症とともに生きる人のケアマネジメントを普及するために老年精神医。学雑誌(28)3, 2017
- 長谷川和夫：やさしく学ぶ認知症のケア。永井書店, 2008
- 大谷明弘等：我が国における認知症高齢者の介護支援の現状と課題。静岡産業大学情報学部研究紀要(22), 2020
- 彦聖美：認知症家族への支援—介護者支援のユニバーサルデザインを目指して。山梨大学看護学会誌(21), 2022
- 新井誠：認知症患者の権利保護—成年後見制度の役割。日本内科学会雑誌(100)8, 2011
- 梶原弘平等：認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向の要因に関する研究。日本認知症ケア学会誌(6)1, 2007
- 熊野奈津美等：認知症高齢者へ家族介護者が抱くイメージの軌跡に関する文献研究。KYORIN UNIVERSITY JOURNAL(39), 2022
- 長沼建一郎：認知症高齢者への保険対応。保健学雑誌(630), 2015
- 相馬尚美：認知症高齢者の支援について。別府大学短期大学部紀要(36), 2017
- 竹田千春：認知症高齢者の在宅生活継続の可能性に関する研究。北翔大学生涯スポーツ学部研究紀要(12), 2021
- 井口高志：認知症ケアにおける地域の意義—認知症の人の一貫性の維持と緩和に注目して。保健医療社会学論集(29)2, 2019
- 箕岡真子：「認知症ケアの理論」の創造と発展—なぜ「新しい認知症ケアの理論」の体系化が必要だったのか。認知症ケア研究誌(2), 2018
- 鏡論：2018年介護保険制度改正と地域包括ケア—地域包括システムの深化を考察する。地方自治福岡(66), 2018
- 渡辺容子：介護施設の多様化とその問題点。危機と管理(47), 2016
- 税所真也：親族後見人から第三者後見人へ—高齢者ケアにおける「管理・調整」主体の変化。家族関係学(33), 2014
- 佐藤英晶等：権利擁護と成年後見制度における課題—社会福祉協議会における法人後見を中心に。帯広大谷短期大学地域連携推進センター紀要(5), 2018
- 奥永盛太等：認知症カフェに参加する家族介護者の思いの分析。認知症ケア研究誌(7), 2023
- 鶴沢淳子等：認知症高齢者グループホームにおける介護職と訪問看護師との関わり。日健医誌(25)4, 2016
- 黒沢直子：認知症高齢者の施設入所を決定する要因。北翔大学生涯スポーツ学部研究紀要(7), 2016
- 和田忠志：認知症高齢者の虐待問題とその支援。(27)2, 2015
- 太田秀隆：「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」から共生と予防を中心とした「認知症施策推進大綱」へ。医療経済研究(32)1, 2020
- 有吉佐和子：恍惚の人。新潮社, 1972