

第1回 認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議

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
認知症介護研究・研修東京センター
センター長 栗田圭一

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

(2023年成立)

ビジョン (1条)	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)
目的 (1条)	認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進する
定義 (2条)	アルツハイマー病等の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状況
基本理念 (3条)	「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」等、7項目
責務 (4条～8条)	国、地方公共団体、保健医療サービス・福祉サービス提供者、生活基盤のサービス提供者、国民
認知症の日・月 (9条)	認知症の日 = 9月21日、認知症月間 = 9月
法制上措置等 (10条)	法制上・財政上の措置・その他の措置を講じること
基本計画 (11条～13条)	認知症施策推進基本計画（義務）、都道府県認知症施策推進計画（努力義務）、市町村認知症施策推進計画（努力義務）
基本的政策 (14条～25条)	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の人に関する国民の理解の増進等 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進 認知症の人の社会参加の機会の確保等 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護 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 相談体制の整備等 研究等の推進等 認知症の予防等 認知症施策の策定に必要な調査の実施 多様な主体の連携 地方公共団体に対する支援 国際協力
認知症施策推進本部 (26条～37条)	設置、所掌事務、組織、認知症施策推進本部長、認知症施策推進本部員、資料の提出その他の協力、認知症施策推進関係者会議、事務主任の大臣、政令への委任

「共生社会」という共通ビジョンの実現に向けた自治体レベルでの認知症施策をつくりだせるようにするために

都道府県及び基礎的自治体が
認知症とともに生きる当事者の視点を重視し
権利保有者と責務履行者の関係を認識し
「共生社会」という共通ビジョンの実現に向けて
それぞれの地域の特性に応じた認知症施策推進計画を
分野横断的に (= 「縦割り」の壁を超え、官民が連携して)
体系的・戦略的・創造的に立案・遂行できるよう
認知症施策推進基本計画を立案・遂行する必要がある。

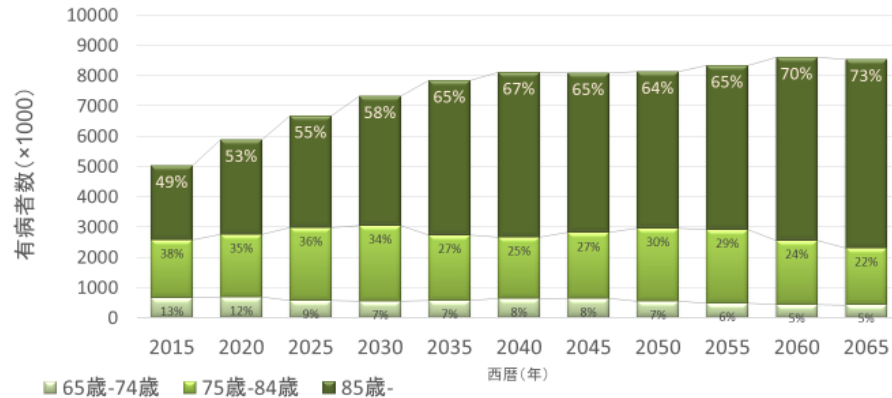
たとえば、基礎的自治体における地域支援事業全体を・・・

地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業 ○ 介護予防・生活支援サービス事業 訪問型サービス/通所型サービス/生活支援サービス 介護予防支援事業（ケアマネジメント） ○ 一般介護予防事業
	包括的支援事業 ○ 地域包括支援センターの運営 ○ 在宅医療・介護連携推進事業 ○ 認知症総合支援事業 ○ 生活支援体制整備事業
	任意事業 ○ 介護給付費適正化事業 ○ 家族介護支援事業 ○ その他の事業

地域支援事業全体を
「共生社会」という
共通ビジョン
の実現に向けて統合的
に稼働できるようにし
ていくことが必要

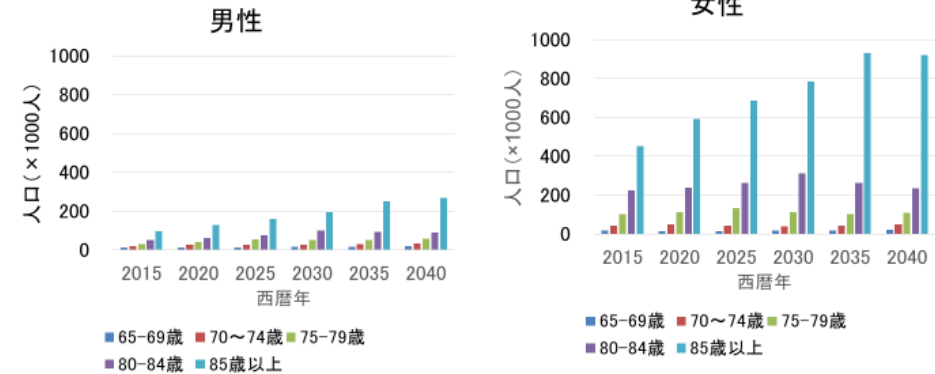
現在急増しているのは85歳以上の認知症高齢者、特に複合的ニーズをもつ独居認知症高齢者

認知症高齢者数の将来推計と年齢階級別構成比



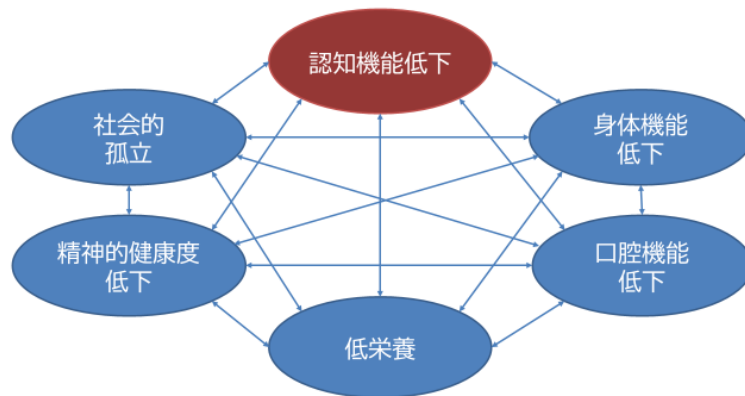
各年齢層の認知症有病率が一定と仮定し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)・出生中位(死亡中位)推計」を用いて算出した。栗田：超高齢期の認知症の疫学と社会状況。老年精神医学雑誌30: 238-244, 2019

性・年齢階級別単独世帯認知症高齢者数の将来推計



性・年齢階級別認知症有病率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」による性・年齢階級別単独世帯高齢者数(2015年～2040年)を掛け合わせて算出した。栗田主一：一人暮らし、認知症、社会的孤立。老年精神医学雑誌31: 451-459, 2020

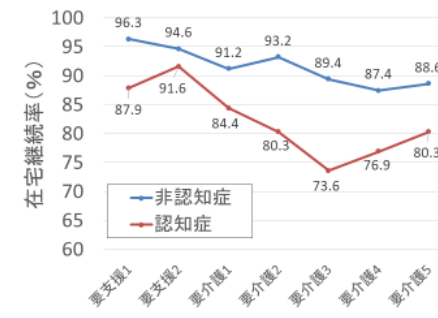
認知機能低下と身体的・精神的・社会的健康問題との関連



S. Awata

認知症であり、かつ、独居であると、在宅継続率は顕著に低下する

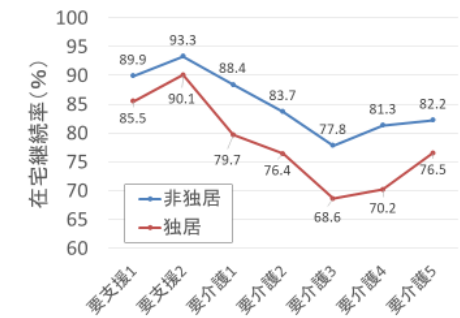
要介護度別に見た認知症高齢者と非認知症高齢者の2年後の在宅継続率 (A市で介護サービスを受給している地域在住高齢者N=12,067)



観察開始時点の要介護度(2017年9月)

川越雅弘：在宅認知症高齢者と非認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異。令和2年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」(研究代表者：栗田主一)

要介護度別に見た独居認知症高齢者と非独居認知症高齢者の2年後の在宅継続率 (A市で認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の地域在住高齢者N=15,502)

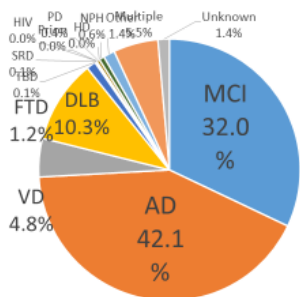


観察開始時点の要介護度(2017年9月)

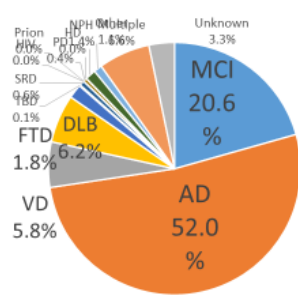
川越雅弘：独居/非独居認知症高齢者の在宅継続率及び移行先の差異。令和2年度厚生労働科学研究「独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」(研究代表者：栗田主一)

認知機能低下があっても、独居であっても、尊厳と希望をもって暮らせる社会環境をつくり出すために

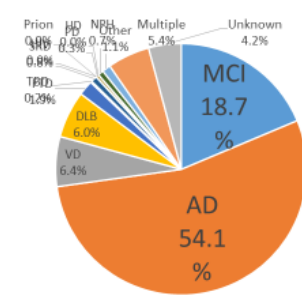
認知症関連疾患の診断名別割合



東京都健康長寿医療センター
(2021年度: N=777)



東京都内の53センターの計
(2021年度: N=12,855)



全国の488センターの計
(2021年度: N=100,058)

軽度の段階で診断される方が多くなっている！

診断直後からの診断後支援が重要

社会的支援へのアクセシビリティを高める環境づくり



都市における環境づくり

離島における環境づくり



生活支援の具体例(本人の視点から)

- ・ **見守り／安否確認に関する支援**: 定期的な自宅訪問・電話などで日常的な会話をしたり、安否を確認したり、必要に応じて困りごとの相談に応じたり、必要な情報を提供してくれる。
- ・ **金銭管理／書類管理／サービス利用に関する支援**: 財産・預貯金・年金の管理、請求書の支払い、買い物等の日常的な金銭管理、サービス利用の選択と契約手続き、書類の内容確認・本人への説明、重要書類の保管などを支援してくれる。
- ・ **受療に関する支援**: 病気に気づき、受診に同行し、医師の説明と一緒に聞き、本人にわかりやすく説明してくれる。入・退院の準備を手伝ってくれる。入院中に見舞いにくてくれる。
- ・ **服薬管理に関する支援**: 決まった時間に、必要な薬を、必要な量だけ服用できるように支援してくれる。
- ・ **家事行為／環境調整に関する支援**: 水分や栄養の確保、食事の準備、掃除、洗濯、整理整頓、ゴミ出し、電球の交換、庭の草取り、エアコン等による温熱環境の調整、壊れた物の修復などを支援してくれる。
- ・ **社会参加に関する支援**: 食事会、イベント、娯楽、文化活動、社会活動、講演会などに誘ってくれたり、一緒に参加してくれる。

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



(厚生労働省 2018年)

I. 意思決定支援とは何か
II. 意思決定支援の基本原則
1. 本人の意思を尊重すること
2. 本人の意思決定能力に配慮すること
3. チームによる継続的支援を行うこと
III. 意思決定支援のプロセス
1. 前提: 人的・物的環境を整備すること
①意思決定支援者の態度
②信頼関係の形成
③配慮のある環境
2. 適切なプロセスの確保
①意思形成支援
②意思表明支援
③意思実現支援
3. 家族への支援



本人ミーティング

栗田圭一「軽度認知障害を支える社会」臨床精神医学47:1409-1415, 2017

若年性認知症の診断と診断後支援の体制整備／ニーズに合ったサービスの開発・普及

若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システムの開発

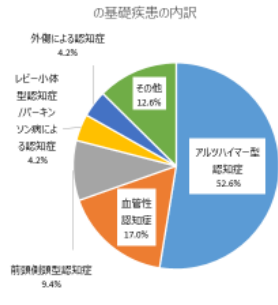
日本医療研究開発機構 (AMED) 2017年度-2019年度 (研究開発代表者: 粟田主一)

- 全国における若年性認知症者数は、**3.57万人と推計** (前回調査 (H21.3) 3.78万人) ※
- 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数 (有病率) は、**50.9人** (前回調査 (H21.3) 47.6人)

(表) 年齢階層別若年性認知症有病率 (推計)

年齢	人口10万人当たり 有病率 (人)		
	男	女	総数
18~29	4.8	1.9	3.4
30-34	5.7	1.5	3.7
35-39	7.3	3.7	5.5
40-44	10.9	5.7	8.3
45-49	17.4	17.3	17.4
50-54	51.3	35.0	43.2
55-59	123.9	97.0	110.3
60-64	325.3	226.3	274.9
18-64			50.9

若年性認知症 (調査時65歳未満)



主な調査結果

- 最初に気づいた症状は「もの忘れ」が最も多く (66.6%)、「職場や家事などのミス」 (38.8%)「怒りっぽくなった」 (23.2%) がこれに続いた。
- 若年性認知症の人の約6割が発症時点で就業していたが、そのうち、約7割が退職していた。
- 調査時65歳未満若年性認知症の人の約3割が介護保険を申請しておらず、主な理由は「必要を感じない」 (39.2%)「サービスについて知らない」 (19.4%)、「利用したいサービスがない」 (13.0%)「家族がいるから大丈夫」 (12.2%) であった。
- 調査時65歳未満若年性認知症の人の世帯では約6割が収入が減ったと感じており、主な収入源は、約4割が障害年金等、約1割が生活保護であった。

調査対象及び方法

全国12地域 (札幌市, 秋田県, 山形県, 福島県, 群馬県, 茨城県, 東京4区, 山梨県, 新潟県, 名古屋市, 大阪4市, 愛媛県) の医療機関・事業所・施設等を対象に、若年性認知症利用者の有無に関する質問紙調査を実施 (一次調査)。利用がある場合には、担当者・本人・家族を対象に質問紙調査を実施 (二次調査)。二次調査に回答した本人・家族のうち、同意が得られた者を対象に面接調査を実施 (三次調査)。

1事業所あたりの若年性認知症把握数

事業所類型	若年性認知症把握数			事業所数 度数	1事業所あたりの把握数		
	65歳未満	65歳以上	合計		65歳未満	65歳以上	合計
1 認知症疾患医療センター	713	556	1269	77	9.3	7.2	16.5
2 病院1(200床以上)	757	379	1136	357	2.1	1.1	3.2
3 病院2(200床未満)	268	205	473	617	0.4	0.3	0.8
4 診療所	355	368	723	3366	0.1	0.1	0.2
5 居宅介護支援事業所	641	716	1357	6173	0.1	0.1	0.2
6 居宅系介護保険事業所	200	185	385	3740	0.1	0.0	0.1
7 地域密着型介護保険事業所	298	395	693	4139	0.1	0.1	0.2
8 介護保険施設	272	391	663	2080	0.1	0.2	0.3
9 障害福祉 就労・訓練	115	46	161	2736	0.0	0.0	0.1
10 障害福祉 相談	38	15	53	658	0.1	0.0	0.1
11 障害福祉 日中活動	31	6	37	463	0.1	0.0	0.1
12 障害福祉 訪問	2	12	14	710	0.0	0.0	0.0
13 地域包括支援センター	222	115	337	902	0.2	0.1	0.4
14 保健所・保健センターほか相談機関	52	28	80	350	0.1	0.1	0.2
15 若年性認知症相談機関	28	31	59	5	5.6	6.2	11.8
16 高次脳機能障害支援機関	85	3	88	43	2.0	0.1	2.0
計	4077	3451	7528	26416	0.2	0.1	0.3

粟田主一: わが国の若年性認知症の有病率と生活実態, 精神医学 1429-1444, 2020

今後若年性認知症施策においてなすべきこと

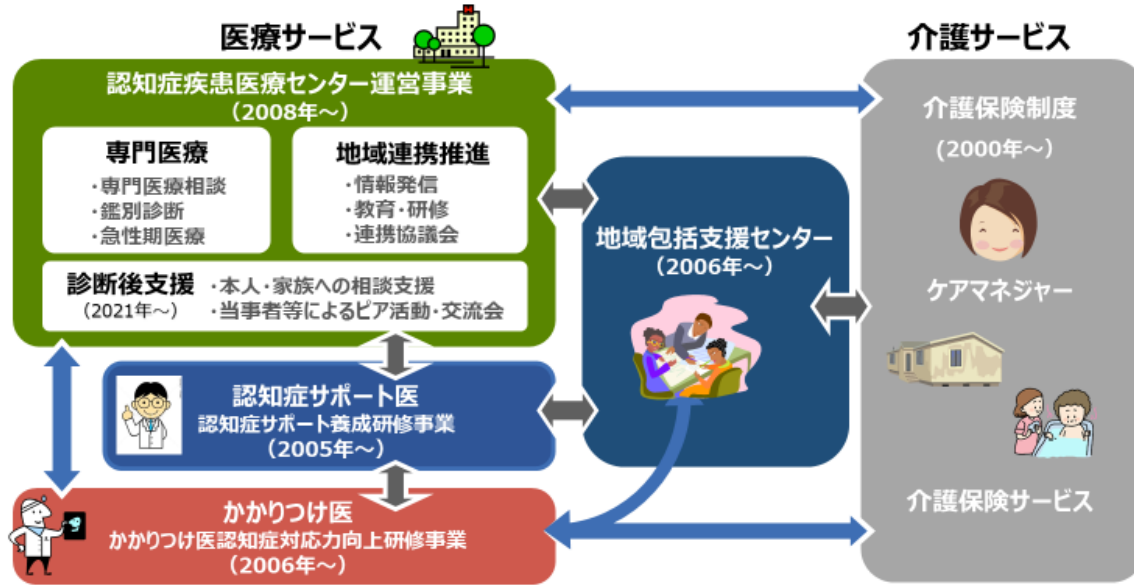
1. 診断へのアクセシビリティの確保
2. 認知症疾患医療センターにおける質の高い診断と診断後支援の確保
3. 職域と保健医療福祉分野との連携による就労継続支援の確保
4. 診断直後からの経済状況のアセスメントと社会保障制度の利用促進
5. 専門職の人材育成
6. ニーズに合ったサービスの開発と普及
7. 家族会等のインフォーマルサポートやピアサポートの普及



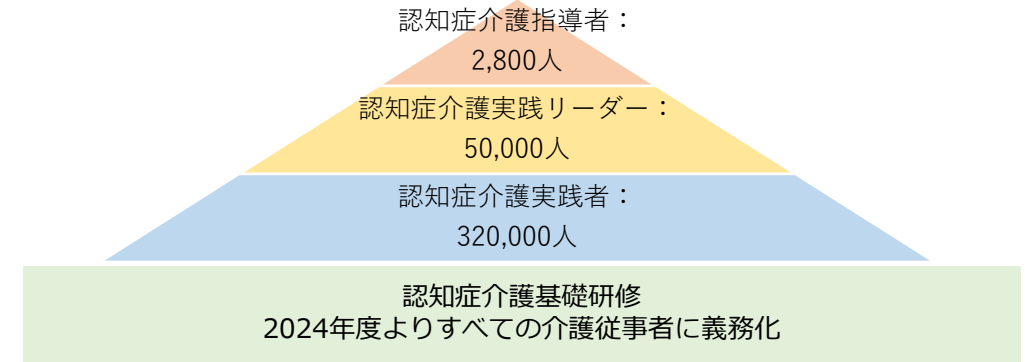
ニーズに合ったサービス開発・普及に向けて

粟田主一: 若年性認知症の有病率・生活実態調査の結果を踏まえた今後の施策づくりの方向性 公衆衛生86:215-222, 2000.

認知症の保健・医療・介護サービスの提供システム



- 認知症疾患医療センター：都道府県・指定都市がそれぞれの地域の特性に応じたセンターの役割を再検討し、「センターを設置できない離島・山間地域への支援体制づくり」や「疾患修飾薬の社会実装」も視野に入れた新たな認知症医療提供体制の整備計画を立案・遂行する必要がある。
- 認知症サポート医：共生社会の実現という観点から、都道府県・指定都市は、医師会等と連携し、基礎的自治体の認知症施策や地域包括支援センターとの連携等を含む認知症サポート医の役割を再検討し、その機能を可視化・活性化させる必要がある。
- かかりつけ医：「社会的処方」として、共生社会の実現に向けて取り組まれている地域レベルの活動に、MCIや認知症の人をつなげられるようにする仕組みづくりが必要である。



- 認知症介護研究・研修センターは、共生社会の実現を推進する認知症ケアの研究拠点と位置づけ、その成果を世界に向けて発信できるように機能を強化する必要がある。
- 認知症介護指導者、認知症介護実践リーダー、認知症介護実践者は、「介護」だけでなく、共生社会の実現を推進する認知症ケアの専門家と位置づけ、そのための人材育成プログラムを開発するとともに、「魅力ある」認知症介護専門職の姿を可視化させていく必要がある。
- 介護職の確保という観点からも、世界に開かれた専門職育成は必須である。また、ICT等の開発・普及による支援体制強化も不可欠である。