

第1回認知症施策推進のための有識者会議 議事録

1. 日時 平成31年1月30日（水）10時00分～11時00分
2. 場所 中央合同庁舎第4号館12階1214特別会議室
3. 出席者

<構成員等>

座長	鳥羽 研二	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	理事長
構成員	新浪 剛史	サントリーホールディングス株式会社	代表取締役社長
	山口 晴保	認知症介護研究・研修東京センター	センター長
参考人	齋藤 正彦	東京都立松沢病院	院長

<幹事会構成員>

議長	和泉 洋人	内閣総理大臣補佐官
議長代理	鈴木 康裕	厚生労働省医務技監
	平井 裕秀	内閣官房日本経済再生総合事務局次長
	大坪 寛子	内閣官房健康・医療戦略室長次長
	小川 壮	内閣官房健康・医療戦略室長次長
	小野田 壮	内閣府政策統括官（共生社会政策担当）
	白川 靖浩	警察庁生活安全局長
	栗田 照久	金融庁監督局長
	高島 竜祐	消費者庁審議官
	佐々木 浩	総務省地域力創造審議官
	大橋 哲	法務省大臣官房 官房審議官
	清水 明	文部科学省総合教育政策局長
	大島 一博	厚生労働省老健局長
	倉重 泰彦	農林水産省大臣官房審議官（兼食料産業局）

藤木 俊光 経済産業省商務・サービス審議官

栗田 卓也 国土交通省総合政策局長

4. 議題

- (1) 認知症施策推進のための有識者会議について
- (2) 認知症施策の今後の方向性について

5. 資料一覧

- 資料1 認知症施策推進関係閣僚会議の推進体制等について
- 資料2 認知症施策推進のための有識者会議の開催について
- 資料3 「認知症施策推進のための有識者会議」及び「認知症施策推進のための専門委員会」の設置について
- 資料4 認知症施策の今後の方向性について
- 資料5 齋藤参考人ご提出資料
- 資料6 櫻田委員ご提出資料
- 資料7 秋山委員ご提出資料
- 資料8 鳥羽委員ご提出資料
- 資料9 新浪委員ご提出資料
- 資料10 山口委員ご提出資料

6. 議事

○大坪健康・医療戦略室次長

それでは、第1回「認知症施策推進のための有識者会議」を開催させていただきます。後ほど議事の中でも御説明をいたしますけれども、本会議は政府全体で認知症施策をさらに強力に推進していくため、新たに設置をされました認知症施策推進関係閣僚会議のもと、有識者の皆様の御知見をいただく場として会議を設定させていただいております。

では、まず初めに幹事会の座長であります和泉補佐官より御挨拶をいただきたいと思っております。

○和泉健康・医療戦略室長

おはようございます。忙しい中ありがとうございます。よろしく申し上げます。

もう言うまでもなく、高齢化社会の中で我が国が持続的であるためには健康長寿が大事なのですけれども、認知症の克服というのは最重要課題だと思っています。今までもオレンジプランというものがあまして、それに従って各省やっていたのですが、事務的な会議でいま一つ推進力に欠けるということがございまして、菅官房長官を議長とします認知症施策推進関係閣僚会議を昨年末に発足しまして、その場で総理からしっかりと取り組むようにという御指示をいただきました。

この会議でいろいろな御意見を賜って、やれることは全てやる。前のオレンジプラン、各省のホチキスなものですから、やれることしか出てこない。今回は何でもおっしゃっていただいて、やれることは全てやるというスタンスでいきたいと思っています。

体制は後ほど事務局から御説明しますけれども、官民協議会を設置して関連ステークホルダーを全部巻き込んで、総力を挙げてモメンタムを持ってやっていきたいと思っています。

加えて言うと、研究開発とか医療、介護の分野だけではなくて、いろいろ報道でもあらわれていますが、先駆的な地域ぐるみの取り組み等もございまして、狭義の分野だけではなくて、全てのステークホルダーを巻き込んだ対策を国を挙げてやっていきたいと思っています。

ぜひ忌憚のない、高目の球を投げてくださいをお願いして冒頭の挨拶といたします。よろしく申し上げます。

○大坪健康・医療戦略室次長

ありがとうございました。

続きまして、厚生労働省鈴木医務技監から御挨拶をお願いします。

○鈴木厚生労働省医務技監

おはようございます。議長代理を仰せつかっております厚生労働省の医務技監の鈴木です。

今、和泉補佐官がおっしゃったことに加えて、認知症の施策、世界で既に60カ国程度が戦略を策定しているか、策定中ということでございまして、我が国の対策もギアアップする必要があるということだと思います。

まさに補佐官おっしゃったように、バイオメディカルな対応と社会的な対応、これは車の両輪として進める必要がありますので、有識者の方々の御意見を伺いながら、民間の方々と省庁と一緒にオールジャパンでやりたいと思います。よろしく申し上げます。

○大坪健康・医療戦略室次長

ありがとうございます。

本日は第1回目となりますので、委員の皆様を御紹介させていただきます。

鳥羽委員、新浪委員、山口委員。そして本日、秋山委員が体調不良ということで御欠席

と伺っております。また、本日、あらかじめ御欠席の連絡をいただいております櫻田委員に有識者のメンバーをお引き受けいただいております。

また、本日第1回目、先ほど補佐官からお話ありましたが、参考人といたしまして東京都立松沢病院の齋藤院長に御参加をいただいております。どうぞよろしく願いいたします。

また、本有識者の座長でございますけれども、閣僚会議議長の御指名によりまして鳥羽先生にお願いをすることといたしておりますので、一言、御挨拶をいただければと思います。

○鳥羽座長

国立研究開発法人の理事長をしております鳥羽でございます。ここ数年来、私は大阪刑務所で刑務官に対して認知症の講習をさせていただきました。警察庁の運転免許のこと、交通のこと等、本当にここ数年、厚労省以外にも多くの省庁で認知症対策あるいは理解が広がっているとはいえ、今後どうしたらいいかということで、今日は有識者の先生とともに提言をさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○大坪健康・医療戦略室次長

ありがとうございます。

それでは、以下の進行は座長の鳥羽先生からお願いしたいと思っております。

○鳥羽座長

それでは、順番に、まず議事に入ります。

事務局である健康・医療戦略室の大坪次長より、資料1～3に基づき当会議の設置趣旨、運営などについて御説明を頂戴したいと思います。

○大坪健康・医療戦略室次長

かしこまりました。ありがとうございます。

では、資料1をお手元に御用意くださいませ。お開きいただきまして1ページ目に推進体制が示されておりますが、先ほど補佐官からお話がありましたように4ページのところ、認知症施策の推進総合戦略、新オレンジプランの概要を示しております。後ほど大島局長から今後のたてつけにつきましても、資料4で御報告があるかと思っておりますけれども、こういった形でこれまで各省、12省庁の取り組みについて毎年、厚生労働省が事務局となりまして進捗の確認を行ってきたところでございます。

一方で、我が国の高齢化はさらに進展しておりまして、これを背景といたしまして経済財政諮問会議や未来投資戦略、また、公明党の先生方からもさらに強力的に推進していくべきではないか。特に予防といったところに力を入れていってはどうか。そういった御指摘をいただけてきたところでございます。

一方、各国の状況は、これは閣僚会議で戦略室からお示した資料でございますが、この資料の2ページと3ページに各国の認知症施策を一部抜粋しております。どこの国におきましても重要な社会課題となっている中で、ナショナルプランを掲げて取り組みを進め

られているところが多ございます。そうした中で政府全体として強力に推進していこうということで、1 ページ目の推進体制を今、敷いているところでございます。

一番上の関係閣僚会議は、昨年12月25日に既に第1回を開催させていただきまして、官房長官、議長のもとで関係省庁、12省庁の大臣に御出席をいただいて、こういったことを進めていくという意識を共有したところでございます。その下に、和泉総理補佐官を座長とする幹事会を設けておりまして、これも昨年12月26日に第1回を開催いたしまして、閣僚会議において総理からいただいた指示をもとに、関係省庁の今後の取り組みについて御指示があったところでございます。

また、幹事会に対して御意見をいただく有識者会議として本日、第1回目を設けておりまして、議長の指名で有識者の先生方から御意見をいただく場を設けることとしております。

今後のスケジュールでございますが、一番最後の5 ページ目に飛びます。本日、認知症施策の方向性に関しまして、有識者の皆様から高目の球を投げさせていただきまして、御意見を頂戴したいと思っております。これを参考にいたしまして、各省において施策の検討を進めてまいりたいと考えております。

最終的なゴールとしましては、5月、6月ぐらいに幹事会として大綱の案を閣僚会議に提出することを予定しております。

続きまして、資料2と資料3を簡単に御説明申し上げますと、閣僚会議の議長決定ということで、有識者会議の設置要綱を資料2におつけしております。別紙に座長及び構成員の先生方のお名前を記しております。

資料3につきましては、認知症施策推進関係閣僚会議決定といたしまして、有識者会議、専門委員会の設置につきまして規程を御参考まで置いてございますので、またお時間のあるときに御覧いただければと思います。

事務局からは以上でございます。

○鳥羽座長

どうもありがとうございました。

続きまして、厚生労働省大島老健局長より資料4について御説明を頂戴したいと思います。

○大島厚生労働省老健局長

資料4を御用意願います。新オレンジプランの概要をご説明します。G8認知症サミットが2013年にロンドンでありまして、その後継イベントが日本で2014年11月に行われました。そこで安倍総理から厚生労働大臣に新戦略の策定の指示がありまして、2015年1月に現在の新オレンジプランができております。それから4年たっております。

進捗状況は2 ページのとおりです。3 ページは、今後の認知症施策の方向性、課題について、事務局でたたき台としてつくったものでございます。こうした点につきまして御議論と御意見を頂戴したいと思います。事前に御意見もいただいておりますが、今日の紙で

は案のままにさせていただいております。次回に向けて、今日の御議論も踏まえて修正していきたいと考えます。

課題としまして、認知症の人にとって暮らしやすい生活環境、金融、交通、買い物等が十分には整っていない。運動や適切な食事、人との交流によって発症を遅らせることが示されている。それから、骨太の方針での記述は先ほどの大坪次長の話のとおりでございます。

こうしたことを踏まえ、今後の方向性としてしまして予防や生活環境、研究、産業化など、多くの省庁に関連する分野の課題を解決するため、政府全体として総合的な施策を一層強力に進めていくこと、予防法、治療法などに関するエビデンスの蓄積を進めつつ、団塊の世代が75歳以上になる2025年に向けて、発症前を含めた予防の取り組みを強化することかと考えます。

それから、認知症当事者の視点に立った生活環境の整備、認知症バリアフリーについて、例えば移動手段の確保、消費者被害の防止、金融機関や小売へのアクセスなどの分野においてKPIの設定を含め取り組みを強化する。認知症に関連する研究開発を強化し、官民連携を促進するプラットフォームを構築し、マッチング、情報共有、情報発信を促進するといったことを掲げております。

コンセプトとしまして次のページであります。共生と予防の二本立てということを書いております。

その次のページに、新規の事項あるいは拡充の事項の項目として、どのようなことがあるのか列挙しております。これもたたき台でございます。例えば啓発、教育ですと相談先や受診先、案外こういったことが知られていないので周知をする。予防に関しましては、上から3つ目のポツですけれども、高齢者が身近に通える場をたくさんつくりまして、例えば週1回、1時間程度、体を動かす機会を増していくことを掲げています。ケア、医療に関しましては、かかりつけ医や地域の相談拠点と専門の医療機関の連携、つながりをどうつくっていくのか。それから、家族教育をどうしていくのか。若年性認知症の関連ですと、社会貢献活動や就労の促進、さらには支援コーディネーターについて書いております。

一番項目として事項が多いのは、「認知症共生型の生活環境づくり」のところ。バリアフリーの関係であります。認知症サポーターが近隣相互互助の仕組みの中で活躍していただけないか。公共交通機関における配慮、新たな移動手段の確保、利用しやすい公共施設の整備、小売やサービス産業における自立支援に資する商品やサービスの開発、認知症の方の損害賠償責任、鉄道事故等ございました、それに関する検討、安心して出歩けるよう行方不明になった場合の見守りの普及、認知症の取り組みにすぐれている企業の認証制度や表彰の検討、保有資産活用のための準備、商品開発など、種々掲げております。これらはその前の表にありました官民協議会でも、進めていくことになろうかと考えます。

研究開発、産業促進、国際協力につきましては、プラットフォームをつくったり、国際標準の作成といったことを掲げております。

最後は認知症の人やその家族の視点の重視、意思決定支援・権利擁護、介護者への支援ということで、本人同士の活動、ピア活動の支援ですとか本人の意思決定の支援、介護離職防止の観点から家族の仕事と介護の両立相談といったことを新たな項目案として掲げているところでございます。

以上でございます。

○鳥羽座長

ありがとうございました。

今までの御説明について、何か総括的な御質問などございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、まず認知症を取り巻く現状や環境から見た御意見について、都立松沢病院の齋藤病院長より御意見を頂戴したいと思います。

○齋藤参考人

都立松沢病院の齋藤でございます。よろしくお願いたします。

私どもは認知症の臨床をやっておりますので、現場でどういう問題が起こっており、どういうヘルプがあればうまくやれるかということについて、私見を述べさせていただきます。

朝田先生の認知症の患者さんは四百何十万ということが衝撃的なニュースになりましたけれども、実際はどういうことが起こっているかというと、こちらのほうの90歳以上の認知症の患者さんが100万人、80歳以上が235万人、合わせて三百数十万ですので、こちらが増えているということでもあります。50代以下の3万人弱という推計は、以前に出された統計と全く変わっていません。この3万人のうちのおよそ30%ぐらいがアルツハイマー病なのですけれども、そのアルツハイマー病の発症率についても変わっていません。

ここで申し上げたいことは、これは明らかに病気だ。この半分ぐらいまでは。しかし、こちらは病気かどうかをよく考えてみたほうがよいということでもあります。

どうしてこういうことが起こっているかというと、これは人口10万対の死亡率ですけれども、ここが90歳から94歳です。1980年代には90歳以上の高齢者10万人のうち、2万3000人は1年以内に亡くなっていましたけれども、今は1万4000人しか亡くならないということです。9割近くは次の95歳から100歳のところに入っていくということでもあります。この差は歳が若返るほど小さくなる。若い人は余り死なないからということでもありますけれども、本来はこの辺で寿命が尽きていた我々が、こちらまで生き延びるようになってしまった。だから90歳代の認知症の人が100万人ということが起こってきているんだという現状認識がまず必要だろうと思います。

結局、我が国の国民皆保険制度と医学の進歩が、中高年の新御三家だったがん、心疾患、脳血管障害の死亡率を劇的に低下させたために、超高齢期の高齢者が増加をいたしました。

御案内のとおり、日本の皆保険制度は西欧諸国やアメリカと比べても、ソーシャルクラスによる平均余命の長さは余り差のないものにした。そうなるとお金がなくても長生きす

る。誰でも長生きできるというのが私たちの社会の強みであると同時に、考慮すべきことにもなっているということです。

現在、私たちの患者さんが亡くなる時の死因を検討すれば、それは臓器の耐用年数が切れたのだとしか思えないような死に方だということでもあります。そういう意味では80代、90代の認知症というのは脳の耐用年数が切れたんだということにすぎない。近年、誤嚥性肺炎が増加していますが、誤嚥性肺炎が病気かどうかというのは、最後には感染を起こして亡くなりますが、要は飲み物と空気を喉が識別できなくなった。要するに喉の全体から呼吸器の耐用年数が切れたからああいう病気になるわけです。実際に厚生労働省の死因統計で、95歳以降の死因ではその他というのが60%を超える。特定の病気で亡くなるのではなくて、何だかよくわからないけれども、臓器がうまくいかなくなって亡くなる。まさに我々の体を構成する器官の耐用年数が切れたからそういうことが起こるんだというふうに考えられます。

これらがとても大事で、これらをそもそも病気と呼ぶべきか。老化現象の一部として捉えたほうが対策上もいいのではないかと思います。

もう一度この図を見ていただきますが、そういうふうに考えれば50歳代の3万人、60歳代の40万人は明らかに病気であります。正常と大きく離れているから。青いボールがだんだん下へ下がっていくのは、青いボールの高さは各年代でIQ100、その年代の標準的な知能と評価されるために必要な検査の素点を示しています。例えば50歳代でIQ100と言われるためには100点とらなければならなかったのだけれども、90歳代だと50点から60点でIQ100になります。つまり90歳のIQ100というのはそもそも50代のIQ60台ぐらい。軽度精神発達遅滞と同じだということになります。そうなれば、こちらの病気は医学的に対応しなければいけない。一方で70代の後半、80代、90代については、むしろ医療化しないというか、これを医療の問題と思わないほうが対策が進めやすいと思います。これまでひっくるめて認知症予防といういろいろな問題が出てまいります。

アルツハイマー病の薬が研究されて、それがあしたできる、あしたできると言いながら、なかなかできてこない理由は、これは2015年の岩田先生の論文から拝借したのですが、アルツハイマー病の原因はここに書いてある赤い老人班が一番最初で、その後、青い神経原繊維変化が起こると言われていました。そのアルツハイマー病の引き金を引くのは赤い老人班をつくるアミロイドβなのだから、この発生を抑えればアルツハイマー病は克服できるというのはアミロイド仮説というものですが、御存知のとおりそれがずっとうまくいきません。そういう薬は開発されているのにうまくできあがらないということでもあります。

その間にDLB（レビー小体型認知症）とかパーキンソンに伴う認知症の患者さんの脳を解剖してみると、アルツハイマー病と同じような病理があるんだというふうなことがわかってまいりました。結局のところ、アルツハイマー病の特効薬が効くとすれば、ほかのレビー小体や神経原繊維変化の影響の小さいところの一部に薬が効くかもしれないということでもあります。

ここへさらに認知症に対する予防が進むにつれて、認知症を防ぐためにはメタボリックシンドロームを防がなければいけない。脳の血管の老化を防がなければいけないということになって、アルツハイマー病の発症の機序にも脳の老化が関与しているということになりました。そうすると、こういう状況で脳血管障害もアミロイドも神経原繊維変化もレビー小体病も全部治療する薬ができるかという、できっこない。できるとすれば若い人たちのもっとピュアなアルツハイマー病の患者さんについては、特効薬ができる可能性がある。一部については大変いい成績がある。だけれども、今のようにアルツハイマー病全部に網をかけてしまったら、何度やってもうまくいくはずがない。

これは私の母の日記の中で、認知症に関する記載を1年に幾つ書いているかという記載になるのですけれども、私の母は2011年に86歳で亡くなりました。これは91年の日記から示しておりますが、91年から98年までは全く普通の社会生活をしておりました。日記の中に物を忘れて失敗したとか、どこか間違えたという記載もほとんどない。ところが、75歳の年から少しふえて、1年間に20回を超える失敗の話が出てまいります。そのとき母に起こっていたのは、物忘れの自覚と同時に、集団に入って話をするができない。それはワーキングメモリーの障害ということが起こってくるのですが、短歌の雑誌の編集をしていたのですけれども、編集会議で何をやっているのかわからない。ついついとんちんかんなことを言ってしまうと、齋藤さんどうしたのと言われる。だからグループにいきにくいという記載が見えてまいります。それでも2003年まで、79歳までは何とかそこで踏みとどまります。

ところが、2004年、80歳になったときに、物を忘れたという苦痛の記載が1年間に50と倍増いたします。この時期になると実行機能の障害が起こってきて、お料理ができないとか、ワープロがちゃんと使えないとか、そういう愚痴が増えてまいります。同時に、このころになると1人でいることが心配になって、しきりに外へ出ます。オレンジ色が外出の回数で、この回数は私の外出より多い。プライベートな時間としては私よりずっと多いのですけれども、出ていく。1人で家にいると、私はここにいていいのかしら、何か忘れていないのかしらということが心配になって出かけていくということでありました。

2006年、82歳のときに1年間に115件の苦痛というか物忘れの話が出てまいりまして、これはほとんど毎日のように物を忘れたとか、これからどうなるのだろうかとか、ぼけたのではないかしらという不安を訴えます。その次の年からぐっと減ってまいりますのは、日記がちゃんと書けなくなるからであります。

しかし、これを眺めてみますと、私の母は多分75歳あたりで認知機能の低下が起こり、いわゆるMCIという状況になったのだと思います。80歳のころ、詳しく見ればアルツハイマー病という診断ができたかもしれない。しかし、母がアルツハイマー病という診断を受けますのは2007年ですので、それよりずっと後になります。その間、無事に母が暮らせたのは、上に書いてございますように家族による支援があったから。日中は1人でしたけれども、夜は働いている妹が帰ってまいりましたし、長年お世話をしてくださっているお手伝

いさんがいらっしゃって、母の生活が破綻しなかったからです。結局、2007年にアルツハイマー病の診断を受け、2008年には昼間、1人でいることが無理になって介護保険を使用するようになり、有料老人ホームに入って2011年に死亡いたしました。

しかし、もし母が単身だったらどうなったかという、在宅生活をしている限り、トラブルを起こさなければ周囲の人は関心を払いません。初期集中支援チームというものがありますけれども、初期集中支援チームは認知症の始まりをサポートするのではない。周囲がこの人の存在に気がつくのは、迷惑行為を起こし始めてからです。ボヤを起こすとか、ごみ出しを間違えるとか、自分に迷惑が及べばこの人を何とかしろと行政に働きかけることがあり、初期集中支援チームが介入をいたします。初期集中支援チームが介入する例のかなりの部分が、もはやひとり暮らしは無理ですので、そうなると一番早く入れて一番安いのが精神科病院ですから、精神科の病院に入院することになります。

精神科に入院すれば、初期集中支援チームのソーシャルワーカーの仕事は終わります。行政的には終結と言います。このケースは終結した。しかし、患者さんの生活は終結しないので、精神科病院は長く入院させておけば診療報酬が下がりますから、必死で退院させようとする。病院のソーシャルワーカー、PSWがやっていることは、この患者さんの収入で、この患者さんの認知機能で引き取ってくれる施設を早く探すということに尽きるのです。多くの場合、お金のない人は介護施設の中でもすぐ入れるのは有料老人ホームぐらいですので、そこに入るということになる。しかし、入居契約ができないので、その直前に第三者後継人が決められるということになります。第三者後継人は、入居契約、経済管理はいたしますけれども、その後の患者さんのソーシャルワークをしてくれるわけではない。施設に入れば一件落着であります。

ここにもし母に提供されていたような、家族にかわるような一貫したソーシャルワークと心理的な支援が提供できればどうなるかといえ、母のようにぎりぎりまで持ちこたえることはできないかもしれないけれども、今よりはずっと長く在宅生活が送れるようになり、介護施設に入らなければならない時期というのは遅くなります。では、その家族にかわる一貫したソーシャルワーカーの金をどこから持ってくるんだという話ですけれども、そういうことができれば初期集中支援チームにかかっているお金や病院のPSWの仕事に対して支払われている医療報酬は削減できるはず。無駄なことはすごくいっぱいある。このやり方のメリットは患者さんがなるべく長く地域に生活できるように、本当の初期から見ている人がいるということと、一貫して見てくれる人がいる。ここまでは病院のPSW、あしたから第三者後見人というふうに、一人の人の人生がずたずたにされることのないということでもあります。

地域生活を維持するために、家族による支援にかわるサービスというのは、第一に公的ソーシャルワークだと私は思います。それは認知症に限定してはいけません。障害者は認知症だけではない。認知症施策、認知症施策と今どんどん充実して行って我々が困るのは、これは認知症ではないでしょうという話になることです。同じ90歳でもこの人はずっと統

合失調症だったではないですか。精神のほうの制度を使ってください、認知症ではないでしょう。そういうことが起こるので、認知症というふうにサービスを限定しないで、若くても、お年寄りでも、障害のある人を支える公的ソーシャルワークが必要だということになります。

それから、社会の構造としてIADL（手段的日常生活動作）を支援することが非常に重要で、家事については要支援状態から家事援助が必要だろうと思います。私の母の日記なんかで困っているのは銀行、役所の手続、スーパーマーケットの買い物。デパートは1対1でゆっくりやってくれるから困らないです。スーパーマーケットでまごまごすると、後ろでイライラする若い人がいて、買い物にそこには行かないということになる。それから、IT化された諸手続は、ことごとく認知機能の下がったお年寄りにとっては関門になる。障害者用の銀行窓口とか、ぐずでも怒られないレジとか、ワンストップで済む役所等々は、特に役所の対応はあしたからでもできる。あっちに行ってください、こっちに行ってください、それについては別の建物のあそこに行ってくださいなんてことをなくすことが大事です。

心理的支援については、認知機能の低下を一番先に自覚するのは患者さんなのですから、そういうことに寄り添えるようにならなければいけない。それから、集団についていけなくなる。最後に1人であることが不安になる。あるいはそれと並行して自分が認知症になったのではないかという恐怖がある。これらを支えていくことが必要であります。

高齢者に対しては認知症に限らず、必要なのはface to faceの対応だと私は思います。

最後に、実情に即した高齢者社会支援政策を納税者としては求めたい。1つは資産のない人については、住む場所の確保と安心な生活の実現であります。今日、松沢病院を退院する人で生活保護ないし生活保護以上だけでも自立未満な経済状態の人は、貧困ビジネスに委ねるしかない。福祉のワーカーに頼んでも、連れてくるのは有料老人ホームの担当者だけあります。その有料老人ホームがどこにあるのか誰も知らない。どういうサービスを受けているのかも知らない。そういう人たちに預けなければならなくなる。

一方で、資産のある人たちは自分の資産を自分のために使えない。成年後見制度はあくまでも推定相続人の財産を守る制度ですので、もともとのたてつけがそうなのだから、それを使ってやれというのは無理。成年後見制度だけでこういうことをやるのは無理で、自分のものは自分で使い切って死ぬというふうにすれば経済負担ができる。死んだ後、払ってもらってもいいわけですから、もう少しそういうふうに社会全体のかじをとる必要があるだろうと思います。

結局、家がない、家族がない、金がない高齢者がこれから標準世帯になってまいります。2025年は非常に重大な危機でありますけれども、それよりもっと恐ろしいのは、団塊ジュニアが高齢者になるときです。団塊ジュニアが高齢期に入ったら人口ピラミッドが逆台形に下がっていくのだから、そこでは家がない、家族がない、金がない。

その際、医療の役割は極めて限定的だと私は思います。専門医療が認知症患者数を減ら

すという期待はむなしだと思います。後期高齢者については専門治療よりも総合的な介護が重要。何にも増して公的なソーシャルワークがなければいけないということでもあります。

○鳥羽座長

どうもありがとうございました。

それでは、本日欠席の委員の御意見を事務局から御紹介させていただきます。資料6、資料7を御覧ください。

○大坪健康・医療戦略室次長

ありがとうございます。資料6の櫻田委員、資料7の秋山委員の資料を御用意いただければと思います。

基本的にはお読みいただければと思いますので、読み上げることはいたしません。櫻田委員の資料6につきましては、厚生労働省の資料4で提案をしております例えばコンセプト、柱立て、個別の施策、こういったことに分けて御意見を頂戴しております。基本的にはこの柱立てなどでよいのではないかという中で、特に予防の部分で早期発見という単語を入れていただきたい。これは予防という中には1次予防と2次予防があるわけですので、そういったところを明確にしたほうがコンセプトが伝わるのではないかという意味だと思っております。

また、普及啓発のところでも正しい情報提供を示すこと。負のイメージを出さないということ。それから、共生の部分でも誰もが教育を受ける、介護ケアができるような国民運動。これは厚生労働省と経済産業省で協議会を設けていただく予定でいますので、またそこでも議論いただければと思います。また、エビデンスの部分の重要性といったことは、方向性を支持したいという御意見を頂戴しております。

項目立てについては、繰り返しになりますが、早期発見という単語を入れていただくこと。それから、個別の施策、次おめぐりいただいた③ですが、そういったところでも総花的にならないよう、選択と集中でたくさん何が課題かを書くだけではなく、注力する分野を明確化してはどうかといった御意見を頂戴しております。

一番最後の四角、クオリティーデータが日本にはさまざまある。そういった中でデータの集約と活用に向けて具体的な施策、ロードマップといったことなどについても言及いただいております。

④のKPIにつきましては、全ての項目について今、新オレンジプランでKPIを立てているわけではございませんが、規制緩和を含む制度設計や財政措置を具体的に定めるといったKPIがよろしいのではないかという御意見を頂戴しております。

資料7、秋山先生のところにつきましては、前段の全体のパラのところ、そもそも人生50年時代で設計している現在において、100年世代というところで見直しをしなくてはならないのではないかということが総論で示された上で、個別具体的に10点の御指摘をいただいております。

1つ目のところで施策について、先ほどの櫻田委員と同じですが、Whatは明確ですが、

How toの強化がもう少し必要ではないかということ。それから、誰もがこういった認知症が当たり前の社会という視点で教育ですとかインフラですとか、単身世代が急増していることが当たり前とした上で施策を考えてほしいということを記載いただいております。

6ポツのところは少し視点が違いますが、認知症サポーターの大半が実際にはサポーターの講座を受けていただきましても認知症の人と接する機会がない。むしろ先ほど来、齋藤先生からお話がありましたスーパーですとか普通の社会、金融、小売、交通機関といったところで、一般の企業の方がまずは強力な担い手ではないかといった御指摘を頂戴していると理解しておりますので、またお読みいただければと思います。

以上でございます。

○鳥羽座長

どうもありがとうございました。

引き続きまして、各出席の先生からの御意見を頂戴していきたいと思っております。

まず新浪委員より御説明を頂戴いたします。

○新浪委員

ありがとうございます。

当然のことなのですが、認知症は社会や経済に与える影響が極めて大きく、患者数が今後も増加していくなかで、今回、認知症対策に政府として本腰を入れていただくことになったことは、大変心強いことであると感じております。

私が提出致しました資料9に基づきまして、お話をさせていただきます。

総論といたしまして、認知症は発症した本人が自らの健康寿命を縮めることになるだけでなく、結果として周りの方々に大きな負担を生じさせます。私はビジネスマンですので少し経済的な観点からお話をさせていただきたいのですが、マクロで見ても2025年には700万人になるという試算もございます。日本は何と言っても人手不足でして、こういう人手不足で悩んでいる日本の経済の今後ということを考えるとなおさら、先ほど来お話を伺っても、どういうふうに支援するための財源をどう確保するかということも考えていかなければならず、国民の負担はどうなるんだということを考えますと、頭の痛い問題であると思っております。

認知症がもたらす社会的コストとして、2014年には14.5兆円、2025年には約20兆円になると言われています。大変な額ですが、この問題について真摯に捉まえていかなければならない。私は20兆円よりももっと多大なコストがかかるのではないかと考えておりますが、現実の介護を含む社会保険料負担の現役世代に対する影響もしっかりと考えていかなければいけない。現役世代は、社会保障が持続可能なのかということで消費もままならないという状況にもなっている。こういう観点も含めて、国民一人一人の幸せのためにも認知症対策は社会全体でやっていかななくてはならない問題であると考えています。

そこで御提言申し上げたいのは3つあります。

1番目に、予防に係るデータ蓄積の観点。2番目が早期発見、重症化予防の観点。3番

目が普及啓発の観点でございます。

認知症は脳の生活習慣病という側面もあると考えていますが、生活習慣と予防の相関は示されているのではないかと。引き続き、予防に関するエビデンスの収集をしっかりとやるべきではないか。データの蓄積に当たりましては、その厳格な管理が非常に重要だと思っておりますが、これを前提に全国各地で行われている取組の成果を一元的に集約して、そして共通の指標、分類で分析できる形に整理して、今後の対策に活かせるデータ整備の仕組みが必要なのではないかと思っております。

また、その中で高齢者の労働参加と認知症予防の関係について明らかにすべきだと思います。日本経済の抱える最重要課題の一つに人手不足があります。労働参加が予防に関係するということであれば、高齢者に働いてもらうことは、本人の健康寿命の延伸、ひいては国民一人一人の幸せにつながるのではないかと。直感的には、長い間働いている人は認知症になりにくいのではないかと考えていますが、こうしたところをきちんとデータで示すべきだと思います。その上で、高齢者に働いてもらえる場を例えばNGO、NPOが提供するなど、体制を整備していく必要があるのではないかと。思っております。

2番目に早期発見でございますが、認知症を発生させないとか、あるいは発生を遅らせるという狭義の予防の観点も大変重要ですが、既に何百万人という発症者がいるということが事実ですので、今後認知症患者が増加していくことは不可避であるということ踏まえながら、発症後の早期発見、そして重症化予防についてもしっかりと取り組んでいくべきではないかと思っております。

この観点から1点申し上げますと、周囲の負担軽減という観点からも認知症を契機とした徘徊、暴力行為といった行動心理症状、いわゆるBPSDの予防が重要だと思います。そのためにはサイコセラピーや心理支援といった非薬物療法が効果的であるにもかかわらず、日本ではなかなかその環境整備が遅れているのではないかと。思っております。公認心理師を中心とした非薬物療法の提供体制も整備するべきではないかと思っております。

3番目は、政府と民間による認知症予防のための効果的な普及啓発でございます。認知症の危険因子につきましても、一定程度分かっているのではないかと。思っておりますが、例えば糖尿病とその予備軍は認知症発生リスクが高いということがわかってきている。糖尿病対策は、そのまま認知症対策にもつながるのではないかと。いう仮説を持っております。例えば、弊社もいろいろな形で応援をさせていただいておりますが、30年以上、認知症患者の追跡調査を実施している福岡県の久山町での研究では、65歳超の方について糖尿病発症者は認知症になる確率が1.5倍と大変高い確率になっています。他方、一般の国民の方々は、自分は認知症になりたくない、親族や近しい人たちが認知症になってほしくないと思いつつも、認知症予防のために具体的にどのようなことをすればいいのかわかっていないというのが実情なのではないかと思っております。

認知症患者の増加を一刻も早く食い止めるためにも、一定のエビデンスをしっかりと集め、これをベースに認知症の危険因子や個人ができる対策について、政府を挙げて普及

啓発を行うべきではないかと思えます。

さらに国民の生活習慣の改善には、子どもを初め民間の力も活用していくことが必要なのではないかと思えます。一定のエビデンスの中で特定の栄養素だとか食品とか、また、運動だとかこういうことが糖尿病を始めとする生活習慣病予防に、またその結果として認知症予防に有用であると認められる場合は、そういうことを明確にしたうえで、民間のコミュニケーション投資もうまく活用して国民に訴求することが大変有効ではないかと思えます。

○鳥羽座長

ありがとうございました。

それでは、山口委員よりお願いいたします。

○山口委員

資料10を御覧ください。コンセプトとして、誰にもやさしい地域共生社会をつくっていくことが大切。また、認知症の人の尊厳が守られ、社会の一員として生きがいを感じながら必要とされて暮らし続けることが大切と考え提案します。

1番は、「予防すれば認知症にならず、問題が解決できる」という誤った考え方で対処するのではなく、まずライフスタイルに介入する予防法は認知症の先送りだという限界をわきまえて、予防により寿命がさらに延伸することで超高齢者数が想定以上にさらに増加することで派生する諸問題に対処する必要があります。延伸する健康寿命を何に使うのかが重要です。これを仕事や社会貢献等に使って高齢者の生きがいや幸福度を高めると同時に、誰もが安心して暮らせる地域共生社会をつくる。このような斬新かつ包括的な政策が求められます。

医療については、相談先や受診先の周知や診療体制の強化が大切です。専門医療機関の受診時には鑑別診断だけではなく、診断直後の本人支援や家族教育等も一体とするパッケージ化が重要です。このような早期対応でBPSDを予防し、介護負担軽減や介護離職防止につなげます。

また、認知症初期集中支援チームが診断直後に本人、家族支援を行う早期対応も大切です。アルツハイマー病の発症を防ぐワクチンについては、期待薄で研究者は少ないのですが、例えばβたんぱくを組み入れた大豆を食べるとアルツハイマー病を発症しないようなワクチンが完成すれば、低価格で効果が確実です。

認知症の疾患修飾薬が完成すれば、治療対象者が100万人単位になるので、日本で開発し、費用が安いことが望まれます。抗体薬とか高価なものでは医療費に甚大な影響が出ると思えます。産学連携で重点的に研究することが大切だと思えます。

認知症の人の身体合併症による急性期治療については、認知症を理由に入院を断られたり、身体拘束を受けたり、強制退院となることがあります。対応策としては、急性期病院の精神科にリエゾンチームの配置があります。認知症疾患医療センターは、単科精神科病院が主体ではなく、急性期治療に対応した病院もなることが望まれます。

また、認知症の人が入院しないでも必要な医療を受けられる外来診療、訪問診療、介護施設内診療を開発、推進することが求められます。医療機関に入院すると身体拘束が多い現状があり、改善が必要です。特に転倒リスクを減らすための身体拘束をなくすことが大切です。また、せん妄や病識低下があっても身体拘束なしに必要な医療を受けられるよう、病院のスキルアップが望まれます。

認知症による精神科病院の長期入院を減らすことも大切です。後に認知症での精神科病院入院平均在院日数542日、死亡退院18%といった資料をつけております。

認知症ケアにつきましては、BPSDという困りごとが生じてからの対応ではなく、BPSDを予防することが極めて重要です。BPSD予防の研究開発と普及に力を入れていくことが大切です。それによって穏やかな在宅生活を延長できます。

離職の原因の1位は「職場の人間関係が悪いこと」です。逆に介護職についての理由の1位は「やりがい」です。離職を防ぐにはケアの現場を楽しくすること。介護職が専門性を発揮しながら生きがいを感じる環境整備と同時に、管理者が現場の意見を尊重し、現場スタッフがやりがいを感じる職場づくりが大切です。

そして、ケアの効果を見える化してやりがいを感じたり、よりよいケアを行うには、ケアの場合、客観的評価指標を導入することが大切です。クラウドに集めた認知症介護のビッグデータをAIが分析することで、ケアの標準化やケアの省力化などが可能になると思っています。認知症ケアの先端技術研究は重点的に進めるべきです。IoT、クラウド、ビッグデータ、AIを活用した家族介護者、介護職支援のシステムの開発と普及により省力化、離職防止、介護離職防止等が進むでしょう。

日本の文化に基づく考え方が認知症の尊厳を損ねるケアにつながります。例えば介護施設で健常者が「この薬要らないよ」と言ったら無理やり飲ませることはしないでしょ。しかし、認知症の人が拒否するとヨーグルトにまぜようかなどして一生懸命内服させます。これは人権侵害では？といった議論が必要です。

デンマークの介護施設では、本人が自分の意思で立ち上がって転倒したら自己責任で、介護側の責任ではありません。しかし、残念ながら日本では損害賠償を求められる判決が出ます。このような価値観の転換が日本でできれば、身体拘束は減ると同時に廃用症候群を減らせます。皆が安心して入所できます。国民全体の意識改革が必要です。

今インフルエンザがとても流行っています。独居の認知症高齢者がインフルエンザで熱が出たら、ヘルパーさんは来てくれません。デイサービスも断られます。入院させようとする断られます。というのが今の風潮です。施設、病院はインフルエンザの人が出たらスタッフ、利用者全員がタミフルの予防投与をしています。

生活支援では、買い過ぎや高額決済を防止する認知症の人が決済しやすい方法が大切です。地域づくりは共生がテーマです。認知症があっても子供や障害者を含めて誰にもやさしい地域づくりを住民主体で地域のケア関係者と協働して進めることが大切です。そのためには地域まるごとがキーワードだと思います。それと通える場づくりはとても重要で、

認知症限定ではなくて子育てサロンとか、ごちゃまぜの住民主導の集いの場が主体だと思っています。そこでエクササイズというのが目に見える効果を示しますし、行動変容に重要だと考えています。ぜひ群馬県の介護予防サポーターを参考にさせていただきたいと思います。

官民連携を促進するプラットフォームづくりもとても重要だと思っています。また、認知症初期集中支援チームや地域支援推進員が配置した実績づくりで終わらないように、うまく稼働しボトムアップするよう支援・指導して、地域共生社会をつくっていただきたいと思っています。

以上です。

○鳥羽座長

どうもありがとうございました。

それでは、資料8をおめくりください。認知症社会の到来。2040年にこうなるんだよということをわかりやすく示せば、より国民の一致した協力が得られるのではないかと。

次のページ、認知症が必要という概念。お読みください。基本法ができる1つの理由になったと思います。

次のページを御覧ください。先ほど多くの委員の方から認知症というのは時間軸の病気、最初の軽いとき、そして、MCIに進んだ認知症、生活支援が必要なもの、このような時間軸に沿ってさまざまな研究や説明が必要だ。一番上には先ほど糖尿病のことがありましたけれども、そのほかさまざまわかっているリスクがこれだけある。先ほど言った社会交流の中でSolitude、孤立といったものはリスクとしてわかっております。

その次のページです。医療現場は相当深刻なことになっているということで、単に認知症にかかわる専門医だけではなくて、平均年齢が既にそのころにはもうすぐ入院患者さんが80歳になります。したがって、小児科以外の全ての診療科で認知症の対応が必要になってくるということでございます。

その下に対策を書いておりますが、これは一応、見ておいてください。

その次のページは、やはり認知症の方の偏見というのはまだ全国で十分払拭されていない。当事者の視点、家族の大変さを皆さんでより分かり合えるような社会であっていただきたい。共生社会の課題は、迷惑の時代から啓発の時代、現代だと思っています。それが共生の時代に行くにはこのようなことですが、これがもう少し全ての事案で、全ての省庁や多くの有識者の方が、共生の時代の下に全部ずらっと書き込んでいただければと思います。

次のページは放置できない喫緊の課題ですが、このとおりでございます。

その次のページが重要ですが、共生に関する人的資源の有効活用。今まで厚生労働省では、本当に多くの視点でさまざま専門職種といったものを作成してきましたが、これらが有機的に協力してやっているかといいますと、必ずしもそうではない。私の知る限りでも、このグループとこのグループは余り仲がよくないよといったことも聞こえてくるわけですし、それではいけない。やはり地域の中でこの人たちがこんなにあるのですから、力を合

わせればできることは山ほどあるのに、していないことがあるのではないかということ、ではどうやって仕組みをつくるかということを考える。

モデルで次のページはうちのところでこういうふうと一緒に仲良くやりましょうねと。その下に集まってもらった業種を書いています。医療介護団体、新聞社、生保、コンビニ、タクシー、全ての者が集まっていたいで去年やりまして、今年も来月、今度はこの人たちが自分は何をするよという決意表明をしてもらってやっていこうと思っています。

次のページは、認知症は単なる暗いものではなくて、さまざまなニーズやIADL支援も含めたニーズがあるので、これらは作業進行に役に立つということで、どんどん私はロボットのことの協議会をやっておりますけれども、ロボットだけではなくて本当に多くのニーズがあるので、これはどんどん日本の企業が参入してほしい。そこで雇用も生まれる。

最後に大きな課題ですけれども、研究費のことです。米国と日本がほぼ認知症が同じで、ドイツ、イギリスの3倍以上いるにもかかわらず、日本の公的研究費はアメリカの100分の1で、イギリスやフランスよりも少ないというのが大きな課題です。

その次のページは、認知症研究者は疾病コスト14兆ですけれども、それらに対して一番たくさんの効率よく研究している。日本はそのために世界で最も研究者がふえない。アメリカは今2万人から3万人いると言っています。その下には社会的コストと研究費のギャップを挙げてありますが、お読みください。恐らく認知症の臨床研究費、しっかりと100億円なりつけて、これでやっていかなければいけない。

一番大事なことは、先ほど委員がおっしゃられましたように、KPIを予防でもしっかりとつくる。恐らくそれにはしっかりとした予防が検証可能な研究フィールドをつくるということですが、最後に言いたいことは、米国でも、その他の先進国で多くのところで認知症が10歳から15歳先送りされているという論文が多く出ております。日本ではまだ出ておりませんが、私はごく最近研究した認知症疾患医療センターの初診時の年齢を比べますと、国立長寿では9年間で2歳、杏林大学では19年間で6歳、認知症の平均初診年齢が先送りされています。MMSEとか認知機能は同じですから、十分今後20年の間に認知症の初発発症年齢を10歳遅らせるといったKPIは、私は可能だと思いますので、よく御検討の上、そのような希望の持てるKPIをつくってやって、そのためには実証可能な研究費をつけたフィールドも整備していただきたいというのがあります。済みません、しゃべり過ぎました。

今までのところで質疑は余り時間がないのですが、御参集の方から御質疑ございますでしょうか。

○新浪委員

先ほど鳥羽先生がおっしゃった発症年齢を遅らせる研究は大変いいのではないかと。それに向けて研究や開発ができることはすごくいいことだと思いますので、そういうことも掲げていく体制にすればいいのではないかと思います。KPIをどのぐらいの年数にするかというあたりも科学的に設定しなければいけないと思いますが、ぜひともやっていただきたいと思います。

○鳥羽座長

それでは、まとめを大坪次長から、よろしくをお願いします。

○大坪健康・医療戦略室次長

ありがとうございます。

今日、細かいところまで貴重な御意見をいただいたとっております。関係省庁の皆様におかれましては、事務局から年末から宿題を投げていて恐縮なのですが、また今日の御意見を踏まえて次の幹事会を開催するまでに、それぞれの役所においてどういったことがソリューションとして考えられるのかといったことを御議論させていただきたいとっておりますので、今日いただいた御意見のところで確認をされておきたいことがございましたら、関係省庁の皆様から御意見いただきたいとっておりますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、いただいた御意見を踏まえまして、また事務局としていろいろと調整をさせていただきたいとっております。

最後に補佐官から御挨拶をお願いします。

○和泉健康・医療戦略室長

短時間に濃密な御議論ありがとうございました。また、齋藤先生もありがとうございました。

次回の幹事会では各省に決意表明していただきまして、充実したプランをつくっていただきたいと思っておりますので、引き続き御指導、各省の協力をお願いして、御挨拶といたします。よろしくお願いたします。

○大坪健康・医療戦略室次長

本日はどうもありがとうございました。散会させていただきます。