

## 大綱の新規・拡充事項（案）へのコメント 山口晴保委員より

新オレンジプランで掲げられた「認知症の人たち等にやさしい地域づくりと認知症の人が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」は極めて重要で、この基本路線は踏襲する。下線「等」にあるように、認知症に限定した施策ではなく、「誰にもやさしい共生社会」が大切。また、下線「自分らしく」とは「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」暮らし続けることと考える。そのためには、以下の項目が特に重要と考え提案する。

## 1. イノベーション

「予防すれば認知症にならず、問題が解決できる」という考え方で対処するのではなく、①ライフスタイルに介入する予防法は認知症の先送りという限界をわきまえ、②予防により寿命がさらに延伸すること（超高齢者数の増加）の諸問題に対処しつつ、③延伸する健康寿命を仕事や社会貢献等に使って高齢者の well-being を高め、④認知症の人に限定せず誰もが安心して暮らせる地域をつくるような、斬新な施策が求められる。

## 2. 医療

- \* **相談先や受診先の周知の強化**：若年性か超高齢者かといった年齢に配慮した受診先や医療内容の検討が必要（例：若年性では正確な診断と若年性特有の諸問題への対処を；超高齢者では病変が重複するので QOL の高い医療を）。また、専門医療機関の受診時には、鑑別診断だけでなく、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」（多職種連携）が必要。このような早期対応で、BPSD を予防することが極めて重要で、かかりつけ医や認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームと連動して診断直後に早期対応する。
  - \* **ワクチン**：ワクチンで発症を押さえる予防法は開発が必要。例： $\beta$  タンパク遺伝子を組み入れた大豆を食べるとアルツハイマー型認知症を発症しない→成功すれば低価格で効果が確実。
  - \* **疾患修飾薬（根本的治療薬）**：治療対象者が 100 万人単位になる疾患では、日本で開発し、費用が安いことが望まれる（高価な抗体薬をアルツハイマー病無症状期の全員が使えば、医療制度が破綻する危惧）。疾患修飾薬の開発・治験加速のため、産官学連携による支援システムが望まれる。
  - \* **身体合併症の急性期治療**：①急性期医療が必要なときに、認知症を理由に入院を断られたり・強制退院とならずに必要な医療を受けられる体制整備。その一つが、急性期病院への精神科リエゾンチーム等の配置。そのような体制の病院が認知症疾患医療センターとなることが望まれる（身体合併症に対応できるセンターが少ない現状）。②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。
  - \* **身体拘束**：医療機関（介護施設）に入院（入所）したときの身体拘束を減らす。とくに転倒等のリスクを減らすための身体拘束をなくす（廃用防止）。また、せん妄や病識低下があっても身体拘束無しに必要な医療を受けられるよう、せん妄予防技術や身体拘束なしの医療実施技術といった病院のスキルアップが望まれる。
- 参考**：全日病の調査（2016.3 報告）では、一般病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟のいずれでも、何らかの身体拘束が 90% 以上の病棟で行われていた（介護老人保健施設では 46.6%、特養では 33.3%）。
- \* **長期入院**：認知症による精神科病院への長期入院を減らす（短期入院で在宅・施設復帰を強化）。

## 3. ケア

- \* **BPSD 予防**：認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防（三次予防）が重要。BPSD 予防の研究・ケア・家族教育等に力を入れる。これによって、在宅生活を延長できる。

- \* **生活障害へのリハ・ケア**：認知症は生活障害であり、この生活障害を極力低減する自立支援のリハ・ケアの研究・普及啓発が重要。これによって、在宅生活を延長できる。
- \* **離職**：ケアの現場を楽しくする。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（利用者が笑顔になるケアを提供できる喜び）や管理者の研修（現場の意見を尊重するなど）で、介護職のモチベーションを高め、離職を減らす。
- \* **客観的評価**：ケアの現場へ客観的評価指標（BPSD や QOL の評価指標）を導入することで、ケアの効果を「見える化」でき、①スキルアップ（ケアの質の向上）、②やりがいアップ、③社会からの高い評価、が可能となる。
- \* **介護の国際標準**：クラウドに集めたビッグデータを AI で分析することで可能なる。ただし、AI を使わなくても、笑顔であればよい状態とわかる。笑顔は万国共通だから。介護に必要なのは「尊厳・自立・自律（自己決定）・愛」といった理念であり、これが世界標準であろう。求められる介護技術は、国ごとの文化によって異なることに注意が必要。
- 例**：食事を拒否したとき、欧米ではそのまま下げるが（本人の意思を尊重する傾向）、日本ではなんとか食べさせようとする（健康のために無理強いする傾向）、などの文化の違い。
- \* **先進技術研究**：IoT（センサーやみまもりロボット）・クラウド・ビッグデータ・AI を活用した家族介護者・介護職支援システムの開発と普及（省力化・離職防止・介護離職防止等）。センサー・カメラ等による監視と個人の行動の自由・プライバシーといった倫理的問題の検討を始める（どもまでが見守りで、どこから過剰な監視なのか）。
- \* **意識改革**：「QOL」対「実施に身体拘束が必要な医療」、「尊厳」対「転倒防止」、「自由な外出」対「事故の責任」といった倫理のジレンマ「自己決定・尊厳」対「善行・安全原則」について、国民を巻き込んで議論し、認知症の人の自立・自律に向けた意識改革を図る。
- 例**：薬の内服拒否 認知症の人が拒否すると、ヨーグルトに混ぜるなどで内服させる。これは人権侵害がといった議論。デンマークの介護施設では無理に内服させることは法令違反で、人命に関わる場合は外部委員会の許可が必要。
- 例**：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、事故として介護職が責任を追及されない。このような価値観の転換（文化を変える）が日本でもできれば、身体拘束は減ると同時に、廃用症候群を減らせる（筋肉は強化できる）。そして、安心して入院・入居できる。

#### 4. 生活支援

- \* **決済**：買い過ぎや高額決済を防止しつつ、日常の買い物がしやすい決済方法の開発（IC カード等）。遠隔地の家族が買い物状況・金銭の使用状況を Web 経由でリアルタイムに把握できる。

#### 5. 地域づくり

- \* **共生**：認知症があってもなくても、子供や障がい者も含めて、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等と協働して進める。認知症（や障がい等）への偏見をなくし、ポジティブにとらえる社会。ノーマライゼーションに向けて。
- \* **地域まるごと**：「見守り」に必要な取り組みは「多世代の見守り合い」。見守られる対象を「認知症」に限定するのではなく、地域の全員を全員が見守る。認知症の人も見守る側として、（子育てなどに）社会貢献する（若年性認知症では「見守られる」ことに抵抗感もある）。そして、それが地域づくりになる。
- \* **通える場づくり**：地方では「自分で通える」ということが最大の課題。身近な小さな地域に空き家等を活用。認知症だけを切り取らず、フレキシブルに子育てサロンなど全て「ごちゃ混ぜ」の住民主体の集いの場が必要。

\* **エクササイズ**：通える場でのエクササイズは、介護予防と認知症予防と高齢者の well-being という点からも極めて重要。エクササイズは効果が目に見えるので、習慣化しやすい。なかまづくり、ほめ合って楽しく行い、行動変容（運動の習慣化）にまで持って行くことが大切。

**参考**：前橋市（人口 34 万人）では、328 名の上級介護予防サポーターが担い手となる「ピンシャシ体操クラブ」を市内 60 か所で自主運営（2018.1）。

\* **官民連携を促進するプラットフォームを作り、マッチング・情報共有・情報発信の促進**：若年のみ就労と切り分けず、認知症の人の社会参加や生産活動への参加の機会を積極に見いだす。そのために、地域の困りごとや課題（休耕田問題・文化伝承人材不足・公共施設の草むしりや管理なども含め）なども総合的に集約しつつ、それらの情報をデイサービスなどに発信し、動ける元気高齢者に働いてもらうなど、地域毎のニーズをマッチングするコーディネータ役を配置。

**参考**：イングランドでは認知症アクション連盟（Dementia Action Alliance）が作られ、地元の企業・組織・団体などが参画し、自分達にできる範囲で、認知症の人が暮らしやすくなる社会作りをしている。認知症の人が買い物しやすい日を設けたスーパー、ヘルプカード、詐欺被害対策など。

\* **展開**：新オレンジプランで誕生した認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が、「配置した」実績づくりで終わらないよう、うまく稼働しボトムアップするよう支援・指導するのが次のステップ。認知症地域支援推進員等は兼務が多い現状を改善する。

## 6. 社会問題

\* **予防・治療派生問題**：予防や医療の進展により、高齢者数・認知症者数が想定以上に増えることに派生する社会問題（社会保障費増・貧困化）の予測研究と、この問題への対処の検討。

## 7. 数値目標

\* 既に十分な数を達成したものについては、各市区町村の状況に応じた推進に転換（数値不要）。

\* 施策が実際にどの程度「住み慣れた地域の中で尊厳が守られて幸せに暮らしている」というアウトカムに役立っているかを、当事者・家族視点で検討することが重要。

<注：疾患修飾薬（根本的治療薬）や発症をおさえるワクチンが開発されると、大綱の変更が必要になる>

### コンセプトへの加筆修正意見（下線部分）

○認知症は、加齢によって誰もがかかりうる脳の病気に伴い、認知機能が低下して日常生活や社会生活に支障を来している状態~~認知症は老化によって誰もが関わりうる病気である。~~有病率は 85～89 歳で 40%、90～94 歳で 60%、95 歳以上で 80%にのぼる。生活上の困難が生じる場合が多いが、周囲や地域の力で極力それを減らし、本人・家族ともに、住み慣れた地域の中で、尊厳が守られて幸せに暮らし続けられるようにすることが重要である。

○認知症の病態解明や予防因子・危険因子の解明はさらに進めるべきである~~まだできていない。~~予防・治療に関連する基礎・実践研究を強化すると共に、~~予防に関するエビデンスの収集を進める。~~

○~~他方~~運動や適切な食事、人との交流等によって発症を後に遅らせることができる可能性が示唆されている。こういう意味で予防ができる。こうした取組を認知症の症状が出る前から国民全体で行っていく必要がある。

○共生（認知症という病気との共生・認知症の人とそうでない人との共生）と予防（発症・進行遅延）を車の両輪として認知症施策対策を進める。

○期間は団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年までとする。

以下、提示案へのコメント

#### 【啓発、教育】

##### ・相談先や受診先の周知の強化

- \* 早期の相談・受診のために本項は大切。
- \* 相談：地域密着型サービス施設などを地域の相談拠点として活用する。
- \* 啓発：専門職だけでなく、むしろ国民に対する教育がとても重要。例えば、認知症に限らず、人間はいつかは老いること、介護保険法第一章第4条の国民の努力及び義務など、しっかりと啓発する必要がある。
- \* 啓発：受診すれば問題解決ではなく、受診は問題解決プロセスの一つである事を、国民が理解する必要がある。
- \* 連携：医療は認知症問題解決の一つの柱であっても中心ではないので、地域包括支援センター（認知症地域支援推進員を置く）がハブとして働き、認知症初期集中支援チームや認知症疾患医療センターなど各機関との連携を進め、本人の社会参加につなげる。

##### ・当事者の声を起点とした前向きなメッセージの発信

- \* 発信：極めて重要。認知症のネガティブなイメージをポジティブに変えていくことが、早期対応や dementia-friendly community につながる。参考：JDWG の声明（最終ページに掲載）も、すべて前向きである。

##### ・認知症サポーターの養成（継続）

- \* 原則：認知症の正しい理解を推進することで、認知症を特別な病気、認知症の人を特別扱いするという差別が生じない配慮が必要。とくに小学生への教育では、認知症を特別扱いすることが差別を生むのではないかと危惧を抱く人たちもいる。小学生には認知症限定ではなく「困っている人」を手助けしようという、ノーマライゼーションのアプローチがよい。
- \* テキスト：これまでの認知症を「病気」として説明する医学モデルに偏った講座テキストを、「社会モデル」も取り入れたものとするといふ。
- \* 受講者：受講対象を、今後は一般住民中心からサービス業従事者（企業や商店街等）中心へ替えることで、認知症の人が安心して買い物できる、移動できる、暮らせる社会となる。
- \* 数値目標：数値目標の設定は100万を目指して始まったときには必要だったが、1100万人を超えた今、増え続ける数値目標を達成するために、地域包括支援センターが疲弊している。市町村ごとに、その地域に必要なサポーターを増やせば良いので、数値目標は不要。
- \* 目的：「認知症」を特別視せず、「脳の病気やケガになると、こういうことで困っているひとが自分たちの身の回りに沢山居るんだよ」という視点の人が国民の中で少しでも増えれば良い。

#### 【予防】

##### ・予防・治療に関連する基礎研究を強化すると共に、予防に関するエビデンスの収集の推進

- \* エビデンス：ライフスタイルに介入する予防のエビデンスは、エクササイズが最も優れている。既に明らかになったものを、生活習慣に取り入れるノウハウの研究が必要。
- \* BPSD 予防：認知症の行動・心理症状（BPSD）の発症予防が重要で、この観点に立った研究を推進すべき。従来の施策はBPSDが発症してからでの対処で、BPSD 予防の視点がなかった。
- \* 予防：発症予防だけでなく、発症後の進行予防、BPSD で周囲との関係性が崩壊することの予防、地域参加の制約が生じることの予防など、様々な予防研究が必要。また、発症後の進行遅延に関する考え方や方策、及びその重要性を提示していくことが必要。

##### ・＜追加＞ 治療に関連する基礎・実践研究を強化



- \* 対症療法：対症療法（症状改善薬）では、認知機能低下を遅らせることをアウトカム指標とした従来の臨床研究から、生活改善や QOL 向上、well-being（安寧）もアウトカムとする研究へのパラダイムシフトを。認知症があっても well-being をめざす。
- \* 誤解：現在のアルツハイマー型認知症治療薬の使われ方について、現場の誤解（終末期に近く寝たきりの状態は重度なのでドネペジル 10mg が必要など）や無駄をなくす研究が必要（例：その薬は何歳まで有効なのか）。
- \* 多剤：ポリファーマシーの弊害についても実践的研究が必要。残薬の問題への対処も必要。
- \* 特養：特別養護老人ホーム等の介護施設では、現場の介護スタッフが不必要と判断した薬剤でも、「医師に伝えると立腹するので恐くて言えない」という声をしばしば耳にする。医療介護連携を進めるには、医師と介護職両者に対する「多職種連携」教育が必要。
- \* 特養：特別養護老人ホームでは、入所前からの引き続きで不必要な薬剤が延々と処方されるケースがあり、実態調査を行った上での改善が必要（寝たきりになっても抗精神病薬の投与など）。
- \* 抗精神病薬：BPSD に対する抗精神病薬の適切な治療法の研究が必要（薬価が安く特許が切れた薬剤は、公的な資金による研究が必要）（例：脱抑制・暴力に対するクロルプロマジン微量投与）

#### ・認知症の症状が出る前の早期からの取組の実施

- \* 予防：これは重要であるが、そのために MCI の住民を選別して取り組ませるようなハイリスクアプローチは妥当ではないと考える。ポピュレーションアプローチが望まれる。
- \* 予防できなかった人にはとても肩身がせまい。当事者が辛い思いをしないような進め方が良い。
- \* 予防： $\beta$  アミロイドが脳に沈着し始める 40 代以降、国民全員がエクササイズをする。  
例えば、エスカレーターを撤廃し階段を使うよう、国民の意識を変えるような健康戦略（イノベーション）が有効（代わりにエレベーターは増設する）。

#### ・通える場を作り、例えば週に 1 回以上 1 時間程度の体を動かす機会を提供

- \* とても重要と考える。ただし、40～50 歳を過ぎたらもの忘れがあってもなくても、全員が取り組む。
  - \* エクササイズ：通える場でのエクササイズは、介護予防と認知症予防と高齢者の well-being という点からも極めて重要。エクササイズは効果が目に見えるので、習慣化しやすい。なかまづくり、ほめ合って楽しく行い、行動変容（運動の習慣化）にまで持って行くことが大切。
- 参考：前橋市（人口 34 万人）では、328 名の上級介護予防サポーターが担い手となる「ピンシャン体操クラブ」を市内 60 か所で自主運営（2018.1）。群馬県全体では上級サポーター 3,392 名（2018.3）。
- \* 活用：生活支援コーディネータや認知症地域支援推進員の活用
  - \* 身近でごちゃ混ぜ：地方では「自分で通える」ということが最大の課題。身近な小さな地域に空き家等を活用。認知症だけを切り取らず、フレキシブルに子育てサロンなど全て「ごちゃ混ぜ」の住民主体の集いの場が必要。

#### ・民間の商品やサービスを評価し、認証等する仕組みの創設

- \* 認証：十分な配慮の元に仕組みを作り、さらに施行期間を経て確立する必要がある。
- \* 商品：認知症の人にとって使いやすい（自立をサポートする）商品・サービスや、認知症による生活障害に対応する商品・サービスの開発を、当事者の意見を取り入れて推進する。認知症だけに特化した商品開発ではなく、認知症の人に配慮したデザインであれば、子どもや障がい者も便利になる（ユニバーサルデザインの推奨）。「テクノエイド協会」（厚労省）や「共用品推進機構」（経産省）などと連携。

#### ・早期からの難聴補正の研究などの難聴対策の推進

- \* 難聴：難聴は認知症リスクを高めることが示されており、安くて有効な補聴器が求められる。認知症者に限らず、高齢者全体への対策として推進すべき。
- \* 認知症予防：視力を保つ対策や歯数を保ってしっかり噛む機能の対策も同様に必要

## 【ケア、医療】

### ・かかりつけ医や地域の相談拠点と専門医療機関の連携の強化、診断直後の家族教育

- \* 連携：認知症に関連する学会専門医とかかりつけ医の連携を強化する。
- \* 連携：認知症地域支援推進員の活躍が期待されるが、地域包括支援センター業務との兼務が多く疲弊している。専任を増やせる対策を。
- \* 家族教育：認知症疾患医療センターでは鑑別診断だけでなく、家族教育（介護のコツ、相談窓口、レスパイトケア、介護サービスなど）まで含めた「パッケージ化」した対応が必要。
- \* 家族教育：認知症初期集中支援チームが医療や介護に「つなげる」ことだけでなく、診断直後から関わり介護者教育にも携わる仕組みを地区医師会や地域包括支援センターと連携して行う。
- \* ケア：認知症介護指導者の再教育により、up to date の認知症ケアを全国に展開する。

### ・介護に関わる人材の確保対策の総合的な推進

- \* 現場：ケアの現場を楽しくする、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。
- \* 現場：管理者研修を見直し、現場の意見を尊重するなど、やりがいのある職場づくりを推進。
- \* 音声入力：省力化のために介護記録等を音声入力で作成する技術開発。外国語の日本語への変換を含めて。省力化のための IoT 技術（各種センサー）の開発と、廉価な提供。みまもりロボットの活用など、見守り業務の省力化。センサー・カメラ等による監視と個人の行動の自由・プライバシーといった倫理的問題の検討を始める（どもまでき見守りで、どこから過剰な監視なのか）。
- \* ケア標準化：認知症介護の標準化による省力化研究（例：ビッグデータと AI を活用したチャットシステムで介護支援）。
- \* 処遇：ケア職の待遇改善促進。病院で働く介護スタッフについても処遇改善要望あり。
- \* ストレス：転倒訴訟問題など、理想と現実のギャップが多い職場でもあり、ストレスも多い職場なので、介護者の人権も尊重され、やりがいのある職場にするために、介護現場で生じている問題点を現場から吸い上げて、改善していくための PDCA サイクルが必要。
- \* 法的保護：転倒訴訟の問題を事前に防ぐための法的手段を弁護士がコンサルし、全国の施設で入所時の誓約書に活用するなど、介護職が守られるように。
- \* 暴力：利用者から暴言や暴力を受けた介護職への対応や保障制度のあり方を検討（暴言・暴力が生じた理由の検証とともに）。
- \* 拠点：各市区町村が、地域作り（相談拠点を含めて）や認知症対応力向上の推進拠点となる介護事業所（地域密着型サービス事業所など）を指定するしくみを検討。  
例：群馬県では研修を受けた地域密着型サービス事業所を地域の相談拠点として県が指定。

### ・＜追加＞医療機関での身体拘束を減らす

参考：全日病の調査（2016.3 報告）では、一般病棟・地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟のいずれでも、何らかの身体拘束が 90%以上の病棟で行われていた（介護老人保健施設では 46.6%、特養では 33.3%）。

- \* 医療：医療機関において医療行為のために必須な身体拘束を除く身体拘束をなくす。とくに転倒等のリスクを減らすための身体拘束をなくす（下記参考）。

参考：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、事故として介護職が責任を追及されない。このような価値観の転換（文化を変える）が日本でもできれば、身体拘束は減ると同時に、廃用症候群を減らせる。

- \*医療：点滴などの医療行為を身体拘束無しで行う技術を開発する。（前記調査では、点滴・チューブ類を抜去しようとする、70.8%の病棟で何らかの身体拘束を行っている）
- \*訪問医療：医療施設で身体拘束を受ける現状では、介護施設の施設内診療と、訪問診療・外来診療を強化して、認知症の人の急性期疾患による入院を極力減らす対策。
- \*介護：一部の介護施設で行われている身体拘束をなくす。
- \*急性期病院への精神科リエゾンチーム等の設置：認知症があっても、急性期医療を、せん妄予防や身体拘束なしで受けられるよう、急性期病院へ精神科リエゾンチーム等を配置して、認知症疾患医療センター化し、身体合併症を診療できることが望まれる。

#### ・＜追加＞精神科病院の長期入院を減らす

- \*長期入院：認知症の人の精神科病院への入院は、基本的には急性期治療に絞るべきであろう。短期入院治療の強化と並行して行う。

参考：認知症により精神科病院に入院した人の平均在院日数は 542 日で、死亡退院が 18%と報告されている（1996～2014 年の全国 678 精神科病院の認知症退院患者 13,823 名の調査結果；Nakanishi M et al: Journal of Alzheimer's Disease 56 (2017) 817-824）。

### 【若年性認知症、就労・社会参加支援】

#### ・企業の認知症に関する理解促進、企業内の支援コーディネータの設置

- \*専門家：企業内の支援コーディネータはいれば良いが、人口が減り財源確保が難しい中では難しさを感じる。認知症は基本的には進行性なので、疾患特異的な症状の進行と作業遂行能力に応じて、作業活動や作業環境をコーディネートする専門家が必要。
- \*地域でのコラボ：若年性では進行が非常に早い方も多いため、特定の企業で働き続けることが良いこととは限らない。農業や文化伝承など人手不足や地域の困りごととコラボするなどが良い場合もある。
- \*相乗り：若年に限らず、全般的に障害就労への相乗りを認める。障害就労にはすでにノウハウがあり、相乗りすることで指導するスタッフのマンパワーが削減可能。

#### ・デイサービス等を利用しながらの社会貢献活動や就労活動の促進

- \*ぜひ促進すべき
- \*社会貢献：現状では、介護サービス利用が、地域社会との断絶になる可能性あり。介護サービスの利用をしながらも、地域社会とのつながりが継続し、社会貢献や就労を通じて新たなつながりも生まれることを促進していくべき。
- \*現状では、施設外の社会貢献活動を認めない自治体もある。

### 【認知症共生型の生活環境づくり】

#### ・ステップアップ講座を受講した認知症サポーターを中心とした近隣互助活動の仕組みの構築

- \*既存ボランティア活用：傾聴ボランティアやみまもりボランティア、介護予防ボランティア、民生委員、生活支援コーディネータなど既に活動をしている人を対象に認サポ講座やステップアップ講座を行い、活動を広げるのが現実的。
- \*認知症に限定しない：近隣互助（共生型の生活環境作り）は認知症があってもなくても必要。
- \*地域包括の負担に配慮：近隣互助は、当事者も含む地元の多資源への啓発・協働、適時適切な医療・介護・福祉サービスのつなぎ、倫理的配慮等、簡単なようで最も総合的な力が必要であり、地域包括支援センターの負担とならない仕組み作りを検討すべき。



## ・公共交通機関における配慮や、新たな移動手段の確保、利用しやすい公共施設の整備等の認知症バリアフリーの推進

- \* とても重要
- \* 免許：認知症の医学的診断に基づく運転禁止ではなく、実技に基づく禁止とすべき。近隣の買い物等に限定した免許も望まれる。自動運転が実用化されたときの運転について検討を開始する。
- \* 新たな移動手段：認知症の人の外出する権利を保障するため、公共交通機関や福祉タクシーの割引利用（もしくは無償）を推進する。
- \* 免許：田舎では必要な、農業・漁業などで使いやすい軽トラックの AI 自動運転を後押しする。
- \* 免許：車に代わる移動手段として、大手町の社会実験で走っているスマートミニカーのような、スピードは出ないが短距離ならば移動できる安全な移動手段を過疎地でもモデル事業とする。

## ・小売りやサービス産業における対応、認知症の人の自立生活に資する商品・サービスの開発

- \* とても重要 ユニバーサルデザインとなり、認知症でない障がいをも有する人にも有用
- \* 自立支援：買い過ぎや高額決済を防止しつつ、日常の買い物がしやすい決済方法の開発（IC カード等）

## ・認知症の人の損害賠償責任保険加入に関する検討

- \* 保険：現状では家族の負う責任を保証するということか？ 認知症の本人が責任を負うというスタンスであれば、本人の尊厳・自己決定権の保持に役立つ。
- \* 保険：「認知症の人が絡んだ事故」と損害賠償のあり方及び国や自治体の役割に関する研究及び社会的合意形成が必要。損害賠償は、超高齢社会の当然のリスクとして、関係する交通機関、企業等が基金制度等を創出して賄うべきという考え方もある。

## ・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好事例の普及

- \* 居場所：まずは居場所づくりから。
- \* 再発防止：行方不明者を早期発見するだけでなく、再発防止策を講じる。見守りネットワークと認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームとの連携強化。
- \* 地域まるごと：「見守り」に必要な取り組みは「多世代の見守り合い」。見守られる対象を「認知症」に限定するのではなく、地域の全員を全員が見守る。認知症の人も見守る側として、（子育てなどに）社会貢献する（若年性認知症は「見守られる」ことに抵抗感もある）。そして、それが地域づくりになる。
- \* バリアフリー：軽度認知症者でも使いやすい公共交通機関の整備または、オンデマンド交通の推進も必要では（国交省と）。
- \* 好事例：安心して出かけられる好事例を IoT 活用なども含めて共有できるというポジティブな仕組みであればよい。
- \* ヘルプカード：本人が迷っていたらヘルプカードで意思表示をする。

## ・認知症への取組に優れている企業の認証制度や、表彰の創設

- \* 民間：認知症に特化しない。公的な認証・表彰制度よりも、民間団体が実施することが望ましい。
- \* 企業モラル：社員への介護休暇徹底や介護に関する教育機会の確保など、認知症に限定せずに実施することが必要で、企業モラルとして推進してほしい。

## ・保有資産の活用のための準備、金融商品開発

- \* 活用：これは極めて重要。とくに空き家対策。サ高住などの介護施設がどんどん新設され、高齢者が住んでいた家が空き家となり放置されたり、相続関係が不明となって手を付けられなくなること防ぐよう、認知症に限らず喫緊の課題と考える。



- \*活用：リバースモーゲージの普及が必要。うまく活用して、生活保護となる事例や生活保護を使わず苦しんでいる事例を減らせればよい。
- \*活用：リバースモーゲージで入手した資産を活用した地域づくりを検討する。
- \*準備：早めの準備が必要ということの普及啓発とセットで。

#### ・全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できる、地域体制の構築

- \*成年後見：成年後見制度で本人の権利を取り上げるのではなく、意思決定支援を。日常生活自立支援事業をうまく使って自立・自律支援ができることが望ましい。
- \*法人後見：公共性が高い社会福祉協議会の法人後見を促進した方が良い。
- \*日常生活自立支援事業：有効だが、人材不足でニーズに対応できていない。

#### ・＜追加＞認知症にやさしい地域のつくりかた

- \*住民主体の協働：認知症にやさしい地域づくりを住民主体で地域のケア関係者等と協働して進める。例えば認知症ケアパスを、地域包括支援センターエリアで住民と地域包括・認知症地域支援推進員・地域の介護施設等が協働で作り上げる。このような活動を通して、地域共生社会をつくる。認知症に特化した体制づくりよりも、すべての世代の住民にやさしい地域づくりが望まれる。
- \*情報交換：都道府県・市区町村の行政担当者が、地域づくりの効果的なあり方を学んだり情報交換をする機会を増やす。自治体の情報やノウハウを蓄積・発信する仕組み作りも必要。
- \*地域共生社会：従来の自治体担当者などへの研修プログラムは、認知症ケアや多職種連携などを意識したプログラムが中心だったが、今後は、マルチセクターを巻き込んだイノベーション（地域課題とリソースのマッチング）で地域共生社会を生み出していく役割が求められる。

#### ・厚生労働省における認知症施策推進体制の強化

- \*課：認知症施策推進“課”を立ち上げて、体制を強化してほしい。
- \*推進チーム：課内に医療、介護、疫学、社会学、経済学等の専門官を含めた対策チームを置き推進してほしい。

#### 【研究開発、産業促進、国際協力】

#### ・予防・治療に関連する基礎研究を強化すると共に、予防に関するエビデンスの収集の推進（再掲）

#### ・予防に関する機器・サービスの評価指標の確立に向けた実証の実施

- \*対策：不安を煽るような商法が蔓延しないように、また、健常者や認知症の人が効果不明の高額商品をたくさん買い込まないように対策は必要と思う。

#### ・官民連携を促進するプラットフォームを作り、マッチング・情報共有・情報発信の促進

- \*マッチング：若年のみ就労と切り分けず、認知症の人の社会参加や生産活動への参加の機会を積極に見いだす。そのために、地域の困りごとや課題（休耕田問題・文化伝承人材不足・公共施設の草むしりや管理なども含め）なども総合的に集約しつつ、それらの情報をデイサービスなどに発信し、動ける元気高齢者に働いてもらうなど、地域毎のニーズをマッチングするコーディネート役を配置する。
- \*プラットフォーム：国のレベルだけでなく、市町村レベルでの官民連携プラットフォームづくり（英国の認知症アクション連盟を参考に）

参考：イングランドでは認知症アクション連盟（Dementia Action Alliance）が作られ、地元の企業・組織・団体などが参画し、自分達にできる範囲で、認知症の人が暮らしやすくなる社会作

りをしている。認知症の人が買い物しやすい日を設けたスーパー、ヘルプカード、詐欺被害対策など。

#### ・「アジア健康構想の基本方針」に盛り込む等、海外への展開

- \* パラダイムシフト：日本は、健康診断や予防に力を入れてきた結果、長寿化が進み様々な社会問題が発生している。長寿を追い求めることに派生する問題を日本がリーダーとなって世界に発信する。長寿を追い求めることよりも高齢者の well-being をアウトカムとした政策への転換ができれば、世界の範となる。
- \* 発信：「予防すれば問題が解決する」といった短絡的な考え方が浸透しないように発信する。人口減少社会の中では、根本的治療法のない疾患（認知症）をライフスタイルに介入して予防したり、進行を遅延する薬剤や非薬物療法を行うほど（おそらく）患者数が増加し、社会保障費は増大し、高齢者数が増加することに伴う貧困化リスクを明示すべき。この打開策として、「高齢者の社会参加と社会的役割」を検証し発信していくことが大切。

#### ・介護の国際標準の策定に資する科学的介護の推進

- \* AI：クラウドに集めたビッグデータを AI で分析することで可能なる。ただし、科学的に研究しても結果はこれまでに明らかにされているケアの理念や基本的な方法に一致すると予測される。例えば、AI を使わなくても、笑顔であればよい状態とわかる。「笑顔の状態になるケア」が国際標準であるなら、既にあるとも言える。笑顔は万国共通。
- \* 理念：介護に必要なのは「尊厳・自立・自律（自己決定）・愛」といった理念であり、これが世界標準であろう。しかし、ケア技術は国ごとの文化によって異なるので、ケア技術の国際標準には注意が必要。
- \* 費用：研究や医療・介護・地域支援に関する費用対効果の研究・検証を。

#### ・＜追加＞医療やケアの改善に伴う認知症患者数の増加への対応策

- \* 予防と治療の社会問題：アルツハイマー型認知症は死因となる疾患なので、ワクチンや根本的治療薬が開発されて、アルツハイマー型認知症を発症しなくなると、高齢者がさらに長寿となり、年金や医療費はさらに増える。ワクチンや根本的治療薬が開発されるのはよいことだが、同時に生じる社会的問題を研究して、これに取り組む施策が必要。
- \* 社会問題：進行を遅延する薬剤や適切なケアで進行が遅れることは、認知症である期間が延びることを意味している。例えば認知症と診断されてからの生命予後がほぼ 10 年と言われた時代から、15 年になれば、それだけで患者数は 1.5 倍にまで増加する（実際は他の病気で死亡するので 1.5 倍にはならないが）。BPSD の進行予防や、廃用を防ぐケア、認知症の人が活躍するような環境は、認知症である期間が延長することにより、さらに認知症者の増加をもたらすというような、良い施策に派生する社会問題への対処を同時に考える必要があり、このような研究を推進することが望まれる。

#### 【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】

##### ・認知症本人同士によるピア活動や本人ミーティングの取組の拡充

- \* 是非とも推進すべき
- \* 自立・自律：認知症の早期診断の目的の一つは「本人が自ら活動するため」。

##### ・認知症の人の意思決定支援の普及の推進

- \* 是非とも推進すべき
- \* ジレンマ：ステージごとの意思決定支援を検討する。自己決定（尊厳保持）と安全や財産の保全とどちらが大切かという国民全体の議論が必要。（デンマークの転倒を参照）

#### ・家族の仕事と介護の両立に関する相談体制

- \* 是非とも推進すべき。企業・雇用主側の理解も必要。
- \* 家族教育：発症早期からの家族教育で、ステージに応じた生活支援や BPSD 予防についての教育が重要。診断と家族教育支援の一体化。
- \* 拠点整備：地域包括だけでなく、認知症カフェや地域の介護施設を活用した相談拠点など、拠点整備とその周知を図る。

#### ・エンディングノートなどの将来に向けて自らの意思を表明する取組の推進

- \* とても重要。
- \* 初期：認知症初期のうちに事前指示書を作ることが重要。介護施設利用開始時に必須に。
- \* 意思決定：意思決定支援の充実を。家族が代諾するのが当然という国民の常識を、本人が決めるべきと変える。
- \* 医療の判断：認知症では進行と共に判断力が低下するので、医療に関する意思決定だけでなく、初期段階で資産活用や生活支援なども含めてどうしていきたいか、本人が意思表示することの重要性を示す。

#### ・＜追加＞ 認知症者やその家族の視点にたったアウトカムの検討

- \* 指標：初期集中支援チームの設置数や地域推進員の配置数、チームが訪問した数、認知症サポーター養成数などがアウトカムなのではなく、それらが実際にどの程度、当事者や家族に役だったのか（どの程度、地域の中で安寧に暮らしているか）というアウトカムを、当事者・家族視点で検討することが重要。

#### 参考資料 日本認知症本人ワーキンググループ JDWG の宣言 (<http://www.jdwg.org/>より)

認知症の当事者たちが集まって設立された一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ (JDWG) は、2018 年 11 月に「認知症とともに生きる希望宣言 一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ」を発表しました。

『私たちは、認知症とともに暮らしています。日々いろんなことが起き、不安や心配はつきませんが、いろいろな可能性があることも見えてきました。一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、希望を持って自分らしく暮らし続けたい。次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、いい人生を送ってほしい。私たちは、自分たちの体験と意志をもとに「認知症とともに生きる希望宣言」をします。この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、そしてより良い社会を一緒につくっていこうという人の輪が広がることを願っています。』

#### 5 項目の宣言：

1. 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
2. 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
3. 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
4. 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
5. 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを、一緒につくっていきます。