

認知症施策推進関係者会議（第2回）議事録

■日時：令和6年5月8日（水）12:58～15:08

■場所：中央合同庁舎4号館共用1214特別会議室

■委員出席者：

栗田主一、伊集院幼、井上 隆、岩坪 威、江澤和彦、及川ゆりこ、沖田裕子、鎌田松代、佐保昌一、繁田雅弘、柴口里則、春原治子、戸上 守、成本 迅、藤田和子、堀田聰子、前田隆行、松本憲治（オンライン出席：江澤、及川、沖田、鎌田、柴口、堀田）

■ヒアリング対象者：

日本歯科医師会 常務理事 野村圭介

日本薬剤師会 理事 有澤賢二

日本看護協会 常任理事 田母神裕美

日本認知症グループホーム協会 会長 河崎茂子

民間介護事業推進委員会 代表委員 二神雅一

西部ガス佐世保株式会社 お客様さま保安部 部長 河野雄彦

リンナイ株式会社 開発本部 第二商品開発部 課長 加藤定基

八王子市立緑が丘小学校 校長 坪内 聡

東京都健康長寿医療センター センター長 秋下雅弘

九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野 教授 二宮利治

○栗田会長

それでは、ただいまより第2回「認知症施策推進関係者会議」を開会いたします。委員の皆様におかれましては、御多用のところ、御参加いただきましてありがとうございます。本日は、オンラインで出席の江澤委員、及川委員、沖田委員、鎌田委員、柴口委員、堀田委員を含め、現在18名の委員に出席いただいております。本会議の定足数を満たしていることを報告させていただきます。なお、新田委員、宮島委員は、代理の方がオンラインで御出席されております。

議事に入る前に、まず前回御欠席の委員を御紹介いたします。伊集院委員です。

○伊集院委員

皆さん、こんにちは。奄美大島から参りました、大和村の伊集院と申します。どうぞよろしく願いいたします。

○栗田会長

ありがとうございます。続いて、繁田委員、お願いいたします。

○繁田委員

繁田と申します。3月まで大学のほうにありましたけれども、6月から一般に開業して診療に当たろうと思っております。よろしくお願いいたします。

○栗田会長

それでは、本日の資料の確認、オンライン会議併用に係る注意事項について、事務局より説明をお願いいたします。

○日野参事官

本日の資料でございますが、全体版の送付が直前になってしまったことをまずおわび申し上げます。資料1から9までがヒアリングの資料でございます。また、委員の提出資料が参考資料1から3まで、あと、各団体からの意見書が参考4と整理させていただいております。不足等がございましたら、事務局までお知らせください。

あと、オンライン会議併用の注意事項を申し上げます。御発言を希望される場合、会場参加の委員の皆様は挙手を、オンライン参加の委員は挙手ボタンを押してください。御発言の際には、初めにお名前をおっしゃってくださるようお願いいたします。以上です。

○栗田会長

頭撮りはここまでとさせていただきます。

(カメラ退室)

○栗田会長

それでは、医療、保健、福祉関係者からのヒアリングに入ります。時間の都合上、恐縮ですが、お一人5分をめどに発表いただければと思います。それでは、日本歯科医師会の野村様、よろしくお願いいたします。

○野村参考人

日本歯科医師会の野村圭介と申します。よろしくお願い申し上げます。私からは、右上の資料ナンバー1をお願いいたします。認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らす上で重要と考える取組の方向性ということで、歯科の立場から意見を述べさせていただきます。

1枚めくっていただいて、歯科における認知症の方への対応は、共生と予防に基づく早期発見、軽度認知症の人を必要な相談や治療につなげることで、また、口腔機能の維持・向

上や食支援等を通じて、認知症の方の生活の支援にも寄与できると考えております。

具体的な対応といたしましては、認知症の方は歯科治療に対して特に「何をされるのだろう？」という不安感が問題になりますので、歯科治療への不安に対応した環境整備、治療内容の理解を促進するための説明、歯科治療中の不安を予測した治療上の配慮、治療中の観察とストレスの軽減を図る対応などを引き続き推進し、認知症の人及びその家族がいつでも安心して歯科受診できるよう取組を進めていきたいと思っております。

そのための方策としては、次ページに進んでいただいて、認知症対応力向上研修の推進、そして、多職種連携の推進、認知症ケアパスの実効化の3点でございます。

認知症対応力向上研修の推進では、口腔機能の管理による認知症の疑いがある方への早期発見・早期対応、認知症の方やその御家族への理解、地域での多職種による顔の見える関係の構築を目指し、研修を推進しております。

令和4年度に研修教材も改訂されており、本人の視点を重視したアプローチ、そして、意思決定支援、多職種連携などを追加し、令和5年度では認知症基本法や認知症に関する最新の医学情報の追加とともに、認知症の方の理解を深めるために、最初と最後に御本人の声を動画で入れるようにいたしました。

ただ、課題としては、下にありますようにベーシックコースとアドバンストコースの設置、また、歯科衛生士などのスタッフへの対象拡大などがまだ解決されておらず、人材育成のための研修の拡充が望まれるところでございます。

そして、多職種連携につきましては、認知症の方を取り巻く専門職を含めた関係多職種の協力なくして認知症の方の生活も口腔健康管理もなし得ないということは言うまでもございません。地域において認知症のある方やその御家族を支援し、認知症予防や対策を進めていく上では、かかりつけ医をはじめ、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員など、行政を含めた関係職種による地域連携体制の構築が求められます。

しかしながら、認知症の疑いがある、あるいは認知症の方を医療介護サービスに円滑につなぐ仕組みがまだ構築されていない状況が続いていると考えられます。多職種連携をさらに推進し、歯科を交えた早期の連携体制の構築を望みます。

また、認知症ケアパスの実効化ということで、認知症対策を進める上ではやはり市町村との連携が必須であることは論をまちません。早期発見等に寄与する歯科の位置づけが認知症ケアパスに記載されていない地域が多いということを踏まえ、点検・作成及び認知症情報連携シートの活用推進の際には、歯科との連携が盛り込まれることが望まれます。

次ページが具体的な対応となっております、やはり通所、認知症・在宅でもリハビリテーション・口腔・栄養の連携、そして、三者の一体的な推進がこれからますます重要になってくるのではないかと思います。具体的な内容は御高覧いただければと存じます。

私のほうからは以上でございます。

○栗田会長

ありがとうございました。

続きまして、日本薬剤師会の有澤様、お願いいたします。

○有澤参考人

日本薬剤師会の有澤でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

資料2の1ページをめくっていただきますと、認知症の方と薬局・薬剤師の関わりということで、薬局・薬剤師は生活の場にある地域において、早期発見あるいは地域の医療や相談・支援機関のつなぎなど、地域の保健・医療・介護・福祉の関係者と連携して、認知症の方を支える地域の一員としての役割を担うとともに、さらに、薬の専門家として、認知症の方が安全・適正に薬物治療が受けられるよう適切なアセスメントを行って、認知症の方あるいは家族を支えているということでありまして、このように、認知症との関わりの中で、単に医療の部分ではなくて、本人・家族を中心とした中で医療、障害福祉サービスあるいは地域の支えであったり、あるいは様々な行政との連携、こういった中で取り巻く方々が有機的に連携する必要があると考えております。

2ページ目になります。薬局は、地域住民が日常的に利用する場所として、気づきであったり、つなぎであったり、見守りといった機能を担うことが可能な場所であって、住民、地域の多職種と日常的なコミュニケーションを取れるという場所でありまして、5ページにイメージとして、例えば薬局・薬剤師が地域で実践している気づき・つなぎの例として、制度の説明、事業であったり、あるいは相談窓口への紹介であったり、つなぎであったりということで、こういうイメージで実際に薬局がこのようなことをつないでいるという現状であります。

そして、薬局・薬剤師が地域の住民とかかりつけの関係を持つことで、ふだんから薬剤師が状況を把握できて、状態変化にいち早く気づき、適切なつなぎを行うことで、早期発見や家族の方の支援につなぐことができると思っております。

そして、高齢化が進展する中、薬剤師・薬局としてもこれまで以上に認知症の方とその家族の支援に取り組んでいく必要があります、そのためには、当然自分たちで完結するわけではありませんので、地域における多職種の連携が大変重要になってくると考えております。

かかりつけ薬剤師あるいは健康サポート薬局（機能）を活用していただくことで、服薬状況の薬学的管理、服薬管理・指導のみならず、一般医薬品であったりサプリメント使用のアドバイス、医師をはじめとした多職種に必要な応じた患者情報を提供して、より質の高い生活を支える医療を提供していく。これは、本人だけではなくて家族のサポートも行っているということでもあります。

さらに、予防に係る取組としては、薬局は地域に開かれた専門職の常駐するリソースであります。受療、いわゆる保険証を持って病院に行く前からの身近な相談場所として、地域の健康意識の醸成に必要な情報発信にも取り組んでおります。

7 ページにありますように、認知症予防については、一次予防、二次予防、そして、三次予防といった形のライフステージを通じた中で、これは全ての病気にも当てはまるのですが、薬剤師が薬局においてこのような終末期に至るまでの服用薬の一元的管理、あるいは継続的管理・全人的管理とともに健康サポート機能を提供するといったものであります。

そして、地域の専門職の活用あるいは機能の発揮という点では、薬局において、家族や患者さんの情報、他職種からの情報を基にして、患者の薬物治療がより個別に最適化されるように、飲み忘れや誤りがないか、紛失、受診忘れがないかの確認を行った上で、医薬品の剤形であったり、服用方法、服用回数の最適化、調剤上の工夫、管理方法の工夫、服薬支援や服薬期間中を通じたフォローアップを行って、さらに地域包括支援センター、ケアマネジャーをはじめとした多職種あるいは他施設との連携で行い、切れ目のない医療の提供を行っています。

そして、必要な取組として、最後、認知症対応力の向上研修であります。こちらのほうは、薬剤師が認知症の基本的知識、あるいは多職種との連携の重要性を習得した上で、現在、都道府県あるいは指定都市において対応力の向上研修が実施されています。

実際に受けた者たちの話も伺った上でいきますと、薬剤師の活動をより充実させるためには、やはりこの研修のフォローアップ研修、あるいは逆に他職種との合同研修、事例検討会を継続的に発展させていくとともに、認知症に関する様々な観点からの知見の習得に努めて、さらに薬剤師・薬局としての責務をより一層果たしていく必要があると考えています。これらの活動を充実させるためには、情報提供であったり、継続的なつながりの構築などが考えられ、さらに、引き続き人材の育成、フォローアップ研修等の施策が重要と考えます。

薬局・薬剤師に求められる認知症対応力と実践、予防から医療・介護までの幅広い視点との対応力と地域社会、多職種とのつながりが大きい武器となっております。基本法の制定に伴って、恐らくこういった施策が今後つくられると思いますが、ぜひ薬局・薬剤師をしっかりと明記していただきたいと考えます。以上です。

○粟田会長

ありがとうございました。続きまして日本看護協会の田母神様、よろしくお願いします。

○田母神参考人

日本看護協会常任理事の田母神でございます。本日は貴重な機会をいただきまして、誠にありがとうございます。画面共有をさせていただきますので、少しだけお待ちくださいませ。認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らす上で重要と考える取組の方向性について、申し述べたいと思います。

2 ページでございますが、共生社会の実現を推進するための認知症基本法で述べられております理念、認知症である人の参加と意向の尊重、本人と御家族への切れ目ない支援を

はじめとした認知症施策の基本的理念を極めて重要なものとして共有し、各施策に位置づけていく必要があると考えております。

法律第18条の保健医療、福祉サービスに関して、これらの理念の基盤の下に、お一人お一人の心身の状態に応じた良質なケアの提供に向けて、利用者、御家族との信頼関係の構築と、選択を支えるための対話に基づく十分な説明、そして、継続的な支援など、具体化を図る必要があると考えております。本人・家族を中心とした関係者の有機的な連携の確保、そして、関係職種の資質の向上の視点について、後ほどのスライドで申し述べたいと考えております。

本会では2015年に看護の将来ビジョンを公表しておりますが、その中で、どのような健康状態でもその人らしく暮らしていける社会の実現に向けて取組をお示ししております。暮らしの場における看護機能の強化、2点目に生活と保健・医療・福祉をつなぐ看護、そして、専門性の高い看護職の育成といった方向性をお示ししているところでございます。

次のスライドでございます。3ページでございますが、具体的な取組としまして、表題に記載しておりますが「暮らしの場における看護機能の強化」、目指す姿としまして、認知症と身体疾患を併せ持つ場合にも適切な支援を受け、住み慣れた場所での生活を継続できるための取組が重要であると考えております。

具体的には、暮らしの場における看護サービスの提供の拠点といたしまして、看護小規模多機能型居宅介護、こちらは「看多機」と申しておりますが、自宅への訪問介護、訪問看護のほかに通いや泊まりを一体的に柔軟に提供する介護サービスでございますが、必要などきの一時的な利用を含めまして、柔軟にケアを提供していくことで御本人や御家族を支えること、そして、介護と医療のニーズを併せ持つ場合にも、身近な場所が地域に開かれており、さらに相談機能も持っているということが重要であると考えております。

2点目は、介護施設や認知症グループホームにおける医療ニーズにどのように対応するかということでございまして、体調の変化や予防的な支援が必要な場合にも、必要などきに訪問看護等との連携によって医療ニーズに対応する体制整備が必要であると考えております。

4ページでございます。生活と保健・医療・福祉をつなぐ質の高い看護を目指す取組でございます。組織を超えた連携・協働により地域の関係機関、関係職種の連携を深めることが重要であると考えております。1点目が、持病などで病院や診療所の外来に通っていらっしゃる場合も多くあると思いますので、外来機能のうちの相談機能や、つないでいく機能の強化、そして、入院なさる場合でも、入院から退院まで環境の変化による影響の最小化を図るために、必要な情報を共有していく必要があること。これは退院時の連携だけではなく、入院なさる際の十分な連携も、今後、より強化する必要があるのではないかと考えております。2点目が、認知症に関する専門性の高い看護師の養成・活用ということで、本会は認知症看護認定看護師等の養成に取り組んでおりますけれども、看護師としての経験が5年以上あり、認知症看護につきまして700時間程度の研修を受けた看護師でござ

ざいます。こうした人材が、地域のケア力の向上のために組織の垣根を越えて取り組んでいくことも重要であると考えております。3点目が、御本人を中心とした関係者の情報連携の基盤構築の仕組みづくりを着実に進めていく必要があると考えております。以上でございます。

○栗田会長

ありがとうございます。続きまして、日本認知症グループホーム協会の河崎様、お願いいたします。

○河崎参考人

公益社団法人日本認知症グループホーム協会会長の河崎でございます。本日はこのような機会をいただきまして、ありがとうございます。認知症基本法が示すところは、まさに当協会が発足以来歩んできた道と相似形を成すものです。すなわち、認知症グループホームは認知症の人のみを対象としたサービスで、当協会は、認知症の人が最期まで人間の尊厳を持って暮らし続ける社会を目指すというスローガンで26年やってまいりました。今後も全国のグループホームと力を合わせ、共生社会の実現を推進するため、一層の努力をしてまいります。それでは、資料に沿って説明させていただきます。

認知症グループホームですが、現在、全国に約1万4000事業所、21万5000人の認知症の方が入居されております。大綱におきましては、地域における認知症ケアの拠点として位置づけられておりまして、入居者へのケアとともに、共用デイ、緊急ショート、認知症カフェ、相談事業などにも取り組んでおります。認知症施策推進基本計画におきましても、認知症グループホームを有効に活用していただけますと幸いです。

それでは、まず普及啓発・本人発信支援でございます。グループホームにおきましても、長年、小学校、中学校認知症サポーター養成事業を行っているところもあります。講座とグループホームの訪問をセットで行うことにより、その後も交流が続いているといった事例もございます。子供の頃から認知症の人と実際に触れ合う体験が大切だと思いますので、グループホームなどの既存の介護事業所・施設を有効に活用していただきたいと思います。また、その際、文科省、地区の教育委員会の理解や協力、学校の教職員の人材育成が重要だと思いますので、計画作成の際にはぜひ御配慮いただけますと幸いです。

次に、地域ぐるみで支え合う体制でございます。まずは歩いていける、毎日通える居場所づくりを積極的に進めることが肝要だと思います。グループホームでも、皆さん気楽に気軽にリビングに集まって世間話をしたりしておりますが、地域の中でも世代や障害のあるなしにかかわらず、気楽に集まれる場所が大切と考えております。

次の2ページ目でございます。チームオレンジの整備、有効活用、いわゆる認知症サポーターを有効に活用していただきたいです。認知症サポーターは令和6年3月末現在、約1530万人いらっしゃいます。外出支援、出前支援など、認知症の人の日常的な支援や見守

りに欠かせない存在になると思われます。その際、本人発信やピアサポートの観点からも、認知症の人もメンバーに参加していただけたら幸いです。今後は、ステップアップ講座の開催機会の拡大や、実習の場、認サポ交流拠点として既存の介護事業所・施設も有効に活用していただきたいと考えております。

次に、通所介護等で進められている社会参加や就労支援の取組は非常にすばらしく、積極的に進めていただきたいと思っております。グループホームでも農作業、公園清掃、防犯パトロールなどを実施しておりますが、社会参加の機会拡大のため、居住系サービスにも通所介護の有償ボランティアの取組などを広めていただければ幸いです。

最後に、地域における認知症ケアの拠点づくりを積極的に進めることが肝要だと考えます。グループホームは、運営推進会議を当初から実施するなど、地域に開かれた事業所として、地域住民との垣根も大変低いです。専門職へのアクセスの敷居を低くするために、認知症ケアのノウハウを有する既存の地域密着型サービスを有効に活用していただきたいと考えております。以上、協会としての意見を述べさせていただきました。貴重なお時間をありがとうございます。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、民間介護事業推進委員会の二神様、よろしくお願いいたします。

○二神参考人

どうぞよろしくお願いいたします。私どものほうからは、意見が大きく2つございます。

まず1点目、認知症の方を地域で支える地域力、社会受容力を高めるということでございます。ここは4項目ございます。

1つ目、学校教育現場における教員・小中高校生への啓発活動。課外学習や職場体験学習などを利用し、学校教育の中から地域で認知症の方を支える風土の醸成を図っていく。地域力の向上には、やはり教育の力が大変重要でございます。このような活動に地域の医療、介護施設などが積極的に関与、協働するべきと考えます。

2つ目、地域の担い手の養成と活動の推進です。地域住民への理解を促進し、ボランティア・認知症サポーターなどの担い手の養成を図り、地域で支える重要性の理解を促進するとともに、地域や福祉施設で担い手の受入れを積極的に行っていく。加えまして、公共機関・生活関連施設等における認知症の方へのサポート体制を強化したり、あるいは地場産業や企業、団体などへの啓発や取組支援を進めることも有効と考えます。その先に、認知症の方の社会参加を促進する資源の開発にもつながるように思います。

次の3つ目は地域コミュニティの積極的活動でございます。医療・介護施設と地域住民の垣根をなくし、顔の見える関係を構築すること。地域と一体となって支えていくという意思を持ち、施設側から積極的に活動していくことが大切でございます。住民主体の支

え合い活動に対して、医療・福祉機関から支援を行うべきと考えます。身近な地域の通いの場を充実させ、認知症の方の居場所、役割づくりを促進する。地域サロンやボランティアとの連携を図り、認知症カフェの設置を進めることと、こうした活動への場の提供が大変重要となります。場ができれば、認知症の方の居場所と役割ができると考えます。また、ボランティアなどとのマッチング事業、あるいは地元企業・地場産業とのコラボレーションも有効と考えます。

4つ目、地域における福祉意識の醸成には欠かせないものとなりましたが、防犯・防災意識を醸成すること。防犯・防災に努めるとともに、特に災害時における認知症の方の支援体制の強化は重要でございます。

続きまして2点目、認知症ケアの充実を図り、在宅限界値を高めること。こちらは3項目でございます。

1つ目、介護施設などで提供されるサービスメニューの充実、早期のリハビリテーションの実施、特に五感刺激による認知機能の賦活、向上メニューの提供。運動・栄養面へのマネジメント的なアプローチ。活動・参加の実行状況を高めるためのサービスメニューの開発。農業・園芸などの積極的活用。ピアグループ／ピアサポートの積極的な活用。

2つ目、介護が必要となった場合の支援体制の整備です。地域に開かれた訪問・通い・泊まりのワンストップ型の事業所をさらに充実させる。緊急時にも対応できる支援体制を整備する。介護者同士の交流／相談が図れる場を整備する。

3つ目、防犯・防災への対応力の向上です。地域住民との顔の見える関係や協働できる関係を構築し、発生時の体制や対処方法などについて日常的に確認するとともに、定期的に訓練を行うなど、意識の醸成を図りながら実効性を高めておく。私どものほうからは以上となります。ありがとうございました。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、意見交換といたしますが、参考資料の意見書等につきましても、御意見がありましたら併せて御発言ください。また、御発言はゆっくりでお願い申し上げます。では、最初に、参考資料も出してくれているのですが、認知症当事者の春原さんから自由にまず御意見をいただければと思います。

○春原委員

住み慣れた地域で暮らす上での課題ということで私が考えていることです。薬の開発や支援のための制度、様々な環境が整いつつあっても、認知症に対する固定観念や偏見に基づく不安やおそれがあると、なかなか地域では暮らしづらいのです。早期診断後に閉じこもり、地域社会から疎遠になり、自分らしい暮らしから遠のいてしまうわけですが、これまでのマイナスイメージを変えるには、認知症になる前から希望を持って暮らす当事者たちの意見を聞きながら、ともに考え、学び合うことが必要だと思います。そうすることで、

認知症になったときの不安が小さくなり、前向きな人生が送れると思います。

私の地域では「『安心』の地域づくりセミナー」というのがあって、みんな認知症になる前から6回の講座を受けて、安心の地域づくりを進めてきております。認知症になっても地域とのつながりを大切にして、私も認知症になったからお願いね、と地域の皆さんにオープンにして、いろいろ困ったことを相談したり、助けていただけるような地域づくりをしております。今のところ、特に相談に乗ってもらうような事例は持っていませんけれども、今後、私が迷子になったり何か困ることがあったら、認知症になって今困っているよ、ということを地域の皆さんに発信して、助けてもらえるように、今からそういう体制をつくっておりますので、この先心配なことは今のところないと思っています。

とにかく私本人だけではなくて、私を理解してくれる周りの地域ですかね。その皆さんに認知症ということを伝えてあります。困ったらすぐ助けてね、というようなことをお願いしてありますので、今のところ、気持ち的には安心して暮らしております。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、いかがでしょうか。会場の委員の方は挙手で、ウェブの方は挙手のボタンを押して御発言いただければと思います。御意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。伊集院委員、よろしくお願いいたします。

○伊集院委員

申し遅れましたけれども、私は全国町村会の代表ということで、この会議に参加させていただいております。大和村は奄美大島の中にあります小さな自治体でございます。先程、専門的な視点からいろいろ認知症についてお話をいただき、私も大変参考になった御意見がございました。

地域密着型や小規模多機能など、いろいろな制度がある中で、最終的に認知症の方が行き場を失っているのではないかと、というのが私が身近に感じている率直な意見でございます。サービスはどこででもできるのですけれども、ただサービスを受ければ、その方が本当に今のままで元気でいられるのかというのが、今、私が疑問に思っているところです。行き場づくりをしっかりと行政としてサポートすれば、その方々がこれ以上悪くならない、予防につながる取組の可能性があるのではないかと、ということで、今、我々の村の保健師等にも話をさせていただいているところでございます。

そのような中では、社会福祉法人の社協デイサービスも一つのやり方でありまして、我々の村では特養施設を持っておりますので、診療所と特養と社協と行政が一体的に目の届く、目の見える中でサポートできるのではないかと、今いろいろと話しているところでございます。国の制度としては、ありがたい制度がたくさんございます。しかしながら、自治体の裁量により弾力的に地域に合ったやり方ができれば、我々は大変ありがたいと思っています。

具体的には何かと申し上げるのは、私も勉強不足の点がありますけれども、特に自治体には財政力がありません。それをサービスでみんな受けられるかと言ったら、介護認定を受けていない要支援・要介護者以外の方々が要望していくために、社協のデイサービスに行きたいけれども行けない、という声も聞く中で、行き場をどう作っていくか。我が村では施設入所者のうち軽度な方々に地域に戻っていただき、地域で高齢者が高齢者を見守っていく取組がいいのではないかとということで、我々は実証的に集落長屋という取組をしようとしているところでもございます。

そのような中では、自治体も避けて通れない福祉の分野でございますので、我々としてはそれぞれの施設と一緒にあって、住民が何を求めているのかということを寄り添いながら聞いていかないとはいけません。デイサービスに行きなさいと強制するのは、やはり人それぞれでありますので、家を出たくない方、外でおしゃべりしたい方など、いろいろな選択があると最近感じております。それぞれで身近に行ける場所があったら、家からも外出するのではないかなというのが、今、私たちが思っているところでもございます。

そういう中では、認知症の解消に繋がるかどうか分かりませんが、やはり自分が行きたい場所を見つけだしていければ、おのずとして、その方々が少しは元気になって、予防の対策になっていくのではないかと思うところでございます。

少し長くなりましたけれども、願わくば、国の制度の中でもう少し地域に合った対応策ができれば、我々としてはまだ柔軟に住民に寄り添った対応ができるのではないかと思います。その点について、私からの意見として申し上げます。よろしくお願いします。

○栗田会長

ありがとうございます。大変貴重な御意見だと思います。ほかにいかがでしょうか。何か御意見はございますでしょうか。佐保委員、どうぞ。お願いいたします。

○佐保委員

ありがとうございます。日本認知症グループホーム協会の資料と民間介護事業推進委員会の資料の中にある、認知症サポーターについてです。お二人に簡潔に御意見をお伺いしたいのですけれども、認知症サポーターは、先ほど河崎会長のお話だと研修を終えられた方が約1530万人いらっしゃるということでした。しかし、サポーター研修を一回受けただけでは不十分ではないかと思っております。認知症サポーターの研修、育成や養成について、これは二神さんの資料にも記載されていましたが、お二人がどのような意見をお持ちなのかお伺いしたいと思います。お願いします。

○栗田会長

では、河崎様からよろしくお願いします。

○河崎参考人

ありがとうございます。今おっしゃいましたように、認知症サポーターは令和6年3月末で約1530万人と目標数は達成ということでございます。実際には認知症サポーターの方々が十二分に活用されていないというジレンマがございまして、伊集院委員がおっしゃいましたように、地域の中に、家から通える身近に集まれる場所、垣根の低い集会所みたいなところを多くつくり、そこに認知症サポーターの方が何らかの形でかかわり、そういったところで認知症サポーターの方々を有効に活用できる社会というものにこれから力を入れていただきたい、そうした取組みを国にも先導していただきたいと思っております。

グループホームの場合は市町村が保険者でございます。国が計画しても、市町村の協力がないとグループホームでの取組みも進んでいかないというところもございます。国が先導して、そして、また市町村にも協力していただいて、グループホームなどを拠点に、認知症サポーターの方々もかかわって、認知症になっても、何か自分の生きがいを、お仕事をなくても、例えば、農協でいろいろできたものの袋詰めだとか、実際にできる範囲の生きがいを、これから具体的に、現場の声を聞き取っていただきながら進めていただくということが肝要ではないかなと思います。現場はいろいろな意見がございしますが、それをしっかりと捉えていただくような場というものはそうございませんので、こういう機会に委員の皆様にご意見を申し上げて、ぜひそれをもって国の施策として活用していただきたいと考えております。以上でございます。

○粟田会長

では、続いて二神様、お願いします。

○二神参考人

私も場の提供が非常に重要だと思っております。そのためには、例えば介護の施設などでも、意外と今、国で基準が決められている人員とかございますけれども、そこに、こういった形でそれが可能かどうか分かりませんが、例えばボランティアだとか、ケアのサポートに入るだとか、そういう機会というのは工夫次第で幾らでもつくれると思うのです。

一方、介護施設でも、認知症の症状が悪化した方が増えてきますと、日常の介護業務が滞ったりする場合も多くございます。そういったところでシェアしながら、介護職はより専門性の高い介護をしながら、日常的な交流などはサポーターの方をお願いするだとか、そういったことが考えられるのではないかなと思います。

もう一点は、いわゆる施設と住民との間にやはり垣根があるように思うのです。そうではなくて、地域の中で一体的に支えていくという意味を持って活動していく。そういった方々も、橋渡し役ではないですけれども、そういう役割を持っていただくということで、地域の中でともに支えていくという意識が随分と醸成されるのではないかなと考えます。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、オンラインの及川委員、お願いいたします。

○及川委員

ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。よろしくお願いいたします。私のほうからは、今回の基本法の2番の基本理念の2、それから、基本的施策の1に書かれております国民の理解の増進というところにすごく力を入れるべきではないかと考えているところでございます。そして、計画の中にしっかりと落とし込んでいただきたいものの中にもう一つ、計画の中にはやはり国民目線でしっかりと分かりやすく具体的にその内容が落とし込まれるべきだと考えます。

そこで、お三方に質問というか、教えていただきたいのです。例えば歯科医師会の方々ですが、お話の中に歯のトラブルや口腔の痛みなどがある中で、多職種との連携はお話にあったので分かったのですが、こういうことが認知症の方だとなかなか発信できない、自分の状況をしっかりと御説明することが難しいときがございまして、そういうところをどのように考えていらっしゃるのか。そして、そのことについてどのような啓発をされているのか教えていただきたい。

それから、2番目に発表がございました薬剤師会の方にですけれども、私もヘルパーでずっと介護をしておりました。薬物の間違いや飲まなかったり、過剰摂取というようなことで、安全な薬物の使用ということは本当になかなか難しい問題になっているな、と思います。もちろん私どものような介護の人たちが関わっていく中で、いろいろな課題を解決するのですが、やはりそういうことについても国民目線で分かりやすく啓発するのがよいのではないかなと思うのです。薬剤師会のほうでなされている啓発事例がありましたら教えていただきたい。

それから、看護協会さんのほうですが、看多機のお話がありました。これについても、とてもすばらしくてよいサービスであると思っております。その啓発について国民目線でどのような工夫があるのか、教えていただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

○栗田会長

それでは、野村様からお願いいたします。

○野村参考人

まず、口のトラブルというのは、一般の方でもなかなか表に出しにくいところもでございます。特に、認知症の方のお口の中の状況について、どの程度悪いところがあるのかということに関しては、各歯科医師会に地域支援の連携室のようなものがございまして、何かあればそのトラブルに対応できるよう訪問するという対応をしております。

また、今回の介護報酬改定によって、うまくスクリーニングできる仕組みが導入されました。お口のトラブルを介護職の方、それから、一般の方が見ても、誰でも十分にチェックできるようなものになっておりますので、ぜひ活用いただければと思っております。

また、啓発に関しましては、研修の推進と並行して進めております。それにはやはりマスコミの方々によって地域の一般の方々も含めて、認知症自体がどういうものかということと、歯科医自身もしっかりと認識するということと、認知症の方の口の中は特異的なものもございますので、そういうものに対していかに対応するのか。口の機能を向上していくとか、口腔の衛生、やはり日頃からリコールといって通ってきていただいて、口腔内をチェックしていく。そして、クリーニングしていく。定期的に来られる方は、認知症になっても、次第に重度化しても、続けて来院されています。そういうことを意識していただければありがたいなと思っております。よろしいでしょうか。

○栗田会長

ありがとうございます。では、有澤様、お願いいたします。

○有澤参考人

ありがとうございます。まず、薬が適切に服用されているかどうか、ということですが、処方箋の受付ごとに個々の患者さんの薬剤服用歴という記録をつけています。その間隔、例えば受診間隔は残薬があるのにな、あるいはとっくの昔に残薬が切れて、これは空いているでしょう。そういったところからまず気づきというものが生まれてきます。

特に、認知症がだんだん進んでいく方にとっては、他科受診として、いろいろな診療科にも行っていますので、ケアマネジャーさんであったり、地域包括支援センターであったり、そういったところに情報提供した上で、できる限り、その方が一番コミュニケーションを取りやすい薬局に一元化してもらおうということに努めています。

服薬指導の際には実際に現地に赴いて、どんな薬が残っているか。飲んだふりをしてごみ箱に捨ててあったり、あるいは余分に2つ以上も飲んでしまったり、そういうことがすごく多いです。ただ、薬剤師一人でそれを四六時中見て管理するということは無理ですので、当然、そこに介護、医療、訪看さん、皆さん入っていますので、担当者会議の中でしっかりと情報共有を行って、例えば曜日ごとに入る人がちゃんと常にチェックする。そして、薬の案件で何か異変に気づけば、担当の薬局につなぐ。

そういったことをふだんから連携するような研修を含めたもの、先ほども説明しましたがけれども、多職種の事例検討で、同じパターンのものはほとんどないです。その人その人によって全て癖が違うことが多いので、一律に対応ということではありません。服薬していただくための服薬管理指導というのは、それぞれ個々の条件に合わせた個別最適化を行うことですので、そういうことも念頭に置いた上で、多職種との連携をしっかりと呼びかけているところであります。以上です。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、続いて田母神様、お願いいたします。

○田母神参考人

及川委員から看多機について御指摘いただきまして、ありがとうございます。

看多機が創設されてきて大体10年少しになりますけれども、まだまだ知られていないというのは御指摘のとおりかと思います。訪問看護につきましては、創設から大体30年たちまして、多くの国民の皆様を知っていただいているところです。市町村別で言いますと、まだ大体2割前後のところにはしか看多機がないということもございまして、これからさらに設置も含めて普及を図っていきます。多くの方に知っていただくという意味では、介護サービスでありますので、介護関係者の方には比較的知っていただいております、御利用いただいている場合もあるのですが、医療関係の職種の皆様に十分周知がされていないというところもございます。そのため、都道府県看護協会を含めて、都道府県レベルあるいは市町村レベルでの周知を図っていきたいと思っておりますし、本会でも参加者を限定しない形で、定期的に普及セミナーを開催するなど、様々な方法で情報提供を図っているところです。今後、こうした情報提供も推進していきたいと思っております。御指摘いただきましてありがとうございます。

○栗田会長

ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。御意見はございますでしょうか。特に今の話は、これから独り暮らしの方が非常に多くなるということで、服薬管理の問題とかですね。では、春原さんから御意見をお願いいたします。

○春原委員

歯科医師会の皆さんがいらっしゃいますので、ちょっとお願いがあるのですが、私の入れ歯をごみ箱へ落としてしまったみたいなのです。でも、それが見つからなくて困っているのですが、落とした歯のほうに何か分かるような、見つかるような仕掛けみたいなものがあればいいなと思っているのですが、どうしたらいいのでしょうか。音が出るとか、そういうことは、難しいですが、何かいい方法はありますか。

○野村参考人

いろいろと、最初は名前を入れるとか対応しております。グループホームでよく入れ歯をなくされる方が、入れ歯を置いておくのにティッシュにくるまれているのですが、どうしてもそれはごみだなと思って一緒に捨ててしまうことが多いようです。きちんとした入れ歯のケースがございますので、その中で保管していただく。保管場所を決めてやっていただければと思います。

ただ、医療保険上の縛りがございまして、一度入れ歯を作ってしまうと、半年間医療保険ではつくれないような状況になっております。ただ、その場合においても、認知症がある方ということであれば、特例的にもう一度作り直すことはできますので、そういうときはまた言っていただければと思っております。できれば入れ歯にICチップでもつけて探せるような仕組みができれば、これからいいかなとは思いますが、けれども。

○春原委員

そうですね。何とか皆さん知恵を絞って開発していただければありがたいなと思います。ありがとうございました。

○野村参考人

分かりました。

○栗田会長

では、よろしくお願いいたします。ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。何か御意見はございますでしょうか。オンラインの鎌田委員、どうぞ。

○鎌田委員

認知症の人と家族の会の鎌田です。先ほどからいろいろな団体のところで連携協働というお話が出てきていて、これがもっともっと進めばと私も思っております。

その中で、例えば、私はずっと遠距離で介護をしてきたのですけれども、母が郵便局によく行って何回も通帳をなくしたとかと言ったり、薬局でお薬の説明を聞いてもなかなか理解が得られない。この方はどうも認知症だなと薬剤師さんが思われたときに、この前も薬剤師さんとお話をしたときに、この方はどうもといったときに、それをどこにつなげればいいのかと。もしそれを例えば地域包括とかといったときに、個人情報というのはどうなるのかと聞かれて、そうだよなど。個人情報の観点と、それから、例えば私みたいに遠距離であったときに、家に帰ったときには分からないけれども、そうやって金融機関とか薬局とかお店とかでちょっと認知機能が低下したという、これから認知症の理解が深まれば深まるほど気づきがあるのだけれども、連携となってきたときに、それを個人情報という形でどうつないでいくのかというところの課題に対して、薬局とかほかの団体様のほうではどういうふうな形でそこをクリアされているのか、お伺いできればと思います。

○栗田会長

鎌田委員、それは誰に聞きたいですか。

○鎌田委員

まずは薬剤師会さんに聞きたいです。

○粟田会長

分かりました。では、有澤様、お願いします。

○有澤参考人

ありがとうございます。基本的には、本人の了解なしにほかのところに個人情報を出すということはまずしません。ただ、処方箋を受け付ける際、初診の際には、患者さんの住所であったり、連絡先であったり、そういうのは聞いています。特に認知症が進んでいる方に関しては、必要に応じて、要介護度とかを持っている方であれば、ケアマネさんと連携した上で、家族の連絡先等を必ず聞きます。当然費用も発生するし、お金も自分で払えない方もいますので、そういったところから、必ず基本的には家族の方、あるいは成年後見人の方、こういうことを突き止めていて、その上でその方に御報告を差し上げて対応するという形になると思っています。

○粟田会長

ありがとうございました。前半では多職種連携ということが非常に大きなテーマになっていて、実際に個人情報保護の問題も含めて、地域レベルで多職種連携のプラットフォームをどうやってつくっていくのかということは大変大きな課題であります。これはある意味では研究課題になるのではないかなと考えているところでございます。ありがとうございました。それでは、前半の部はこれで終了とさせていただきます、14時10分まで休憩とさせていただきますと思います。どうも参考人の皆様、ありがとうございました。

(休 憩)

○栗田会長

それでは、時間でもありますので、後半に入りたいと思います。後半では企業、研究者の方からのヒアリングになります。時間の都合上、恐縮ですが、各5分をめどに発表いただければと思います。それでは、西部ガスの河野様、リンナイの加藤様、よろしくお願いいたします。

○河野参考人

私は福岡市を中心とする九州北部にある都市ガス会社、西部ガスの河野でございます。本日は「ガスコンロに『認知症進行予防』の願いを込めて」とのテーマにて御説明いたします。

まず、なぜガスコンロを選んだかについてです。きっかけは、認知症の方のセミナーにて、当事者の方から「私はガスでないと料理をしたくない」との言葉をいただいたことです。それを受けて、何としてでも当事者の方でも使用可能なコンロを世に送り出したいと考えるようになりました。その後、福岡市様と共同で当事者の方やその御家族、医療関係者等を交えた料理体験を実施いたしました。帰宅後、当事者の方が御家族に、今日何をしたかは思い出せないのだけれども、とても楽しかったとおっしゃったことを伺って、絶対にガスコンロは必要であるとそのとき確信いたしました。下の写真は当日の様子でして、5人でグループをつくって料理を行い、その後、会食も行っております。

続いて、本日のテーマ「ガスコンロに『認知症進行予防』の願いを込めて」です。まず、ガスコンロが当事者の方やその御家族にもたらす効果についてです。ガスコンロは単なる料理の手段ではなく、家族の対話、団らんを生み出す魔法のツールに化けることができると感じました。その魔法のツールを用いた料理を通して、家族の対話が増え、また、楽しかったという感情記憶も生まれることで、脳が活性化し、認知症の進行を抑えることができるのではないかと考えるようになりました。

続いては、当事者の方が住み慣れた家や地域で暮らし続けるために、ガスコンロを用いた料理で何ができるかについてです。住み慣れた家で家族と一緒に、また、住み慣れた町の施設で、昔からの仲間たちと一緒に会話をしながら料理を作ることができるといった環境があると、楽しみながら進行を予防でき、当事者の方々も安心できる住み慣れた町で継続して暮らしていくことができるのではないのでしょうか。

このように、当事者の皆さんが望むことを実現し、継続していくためにも、ガスコンロを中心とした環境を日本や世界のあちこちの街に誕生させたいと思っております。そして、昔からガスの炎を用いて料理を行ってこられた世代の方々は、その当時の記憶が残っていると思われることから、ガスコンロとの親和性が高いと言えるのではないかと私は確信しております。以上で説明を終わります。

○栗田会長

ありがとうございます。続きまして、リンナイの加藤様、よろしくお願いいたします。

○加藤参考人

では、リンナイの加藤から報告させていただきます。先ほどの西部ガス様からの思いを受けまして、リンナイとして、誰もが分かりやすく安心安全に使っていただけるコンロの開発を進めてまいりました。企画の狙いとしましては、今まで使い慣れたガスコンロを昔よりも安全・安心に使い続けてもらうこと、そして、それをしてもらうことで健康に暮らせるという健康寿命の延伸という社会課題の解決、この2つに寄与したいと考えまして、商品開発を進めることといたしました。

実際の開発におきましては、西部ガス様、そして、福岡市様に御協力もいただく中、計4回認知症当事者のモニタリングを実施しました。そういった中で商品を作り上げてまいりました。最後の2回に関しましては、こちらにありますように、実際に試作機を使って認知症当事者の方に料理をしてもらい、使いやすさの検証といったことも行ってまいりました。

そこで出来上がったのが、こちらにありますSAFULL+という商品になります。この商品には、当事者のモニタリングで出てきました課題を解決するための特徴として、3つの大きな特徴がございます。詳細はまた資料を御確認いただければと思いますが、1つ目が間違い防止のカラーリングということで、各コンロを色でグルーピングすることでどこを操作すればよいのかというのを分かりやすくしております。2つ目が、安心して鍋が置ける大型五徳になります。そして、3つ目が聞き取りやすい音声案内ということで、口語表現にするとか、音声の間に間を空けるとか、従来よりもより聞き取りやすい音声ということで、音声にも配慮した商品になっております。以上の3つが今回の商品の主な特徴となっております。

最後になりますけれども、今回モニタリングを通して非常に多くの認知症ということに関しての知見を得ることができましたので、今後、弊社が取り扱っているほかの商品にも今回の知見を展開していければと考えております。私からは以上となります。ありがとうございました。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、八王子市立緑が丘小学校の坪内様、よろしくお願いいたします。

○坪内参考人

八王子市立緑が丘小学校校長の坪内聡と申します。よろしくお願いいたします。本校では、高齢者を理解する認知症サポーターキッズ教育というテーマの下、本校で行われてい

る高齢者及び認知症への理解の取組について紹介させていただきます。

次のページを御覧ください。まず本校の概要です。本校は八王子市の南西部に位置し、静かな住宅街の中にあります。全校児童は243名の中規模小学校です。年々児童数は減少傾向にあります。全体の8割、9割ぐらいが核家族であり、高齢者と一緒に暮らしている家庭は多くありません。この中で、平成28年(2016年)から総合的な学習の一環として福祉、高齢を考える取組を始めました。まず、認知症の方との触れ合いを含めた認知症サポーターキッズ養成講座からスタートさせました。

次のページを御覧ください。本活動に至った経緯なのですが、小学生対象の認知症サポーター講座を開催したいと高齢者あんしん相談センター館の職員と、恒例行事となっていた老人ホーム訪問が開催できず、新しい活動を探していた本校職員が出会い、お互いの悩みを相談し合うことで意見が合致し、こういう取組が始まりました。

次のページを御覧ください。令和5年度の活動を紹介いたします。まず、4年生の活動内容についてです。高齢者の疑似体験や認知症について正しく理解し、接し方を学びます。ここまではよく実践されている内容だと思います。認知症サポーター養成講座は基本座学だと聞いております。次の5年生からが本校の売りに当たります。5年生では、実際に認知症当事者の方に来校いただき、触れ合いました。高齢者の視点を考えて、グループごとに校舎内の案内をします。ここで必要になってくるのは、当事者の方々への心配りです。

次のページを御覧ください。最後は6年生です。認知症当事者の方とまた交流をします。お互いを知ることと、お互いの個性を尊重しつつ、支え合いながら共生していくことの大切さに気づく活動です。

1回目は、当事者の方と一緒に駄菓子屋体験を行います。当事者の方とグループを組みます。グループ内で助け合って、お店の準備やレジ役、または役割を交代してお客になり、買い物をしたりします。計算が苦手な当事者を優しくサポートしたり、お菓子選びに迷っていたらじっと待ってあげたりと上手にレコメンドしたりしていました。

2回目です。当事者の方々と一緒に学区内を散歩します。子供たちが地域のことを紹介します。最初は何を話したらいいのか戸惑ってはいましたが、お互いの趣味や好きな食べ物を通して話が弾み、地域の自慢の場所を紹介していました。その様子がその下の写真2枚に当たります。

次のページを御覧ください。この活動を通して、子供たちの心や気持ちに変化が見られました。今まで遠巻きに見ていた認知症の方という感覚から、〇〇さんという一人の人として親近感を持って接することができていました。自分と共通的な部分などもあるという人と人が関わる上で大切なことを学び、考えるようになりました。

次のページを御覧ください。大人の意識も変わっていきました。教員です。教員は、子供たちが当事者と接する姿を通して、他者とともに生きる社会について改めて考えていきました。当事者の方についてです。当事者の方は、子供たちとの関わりを通して気持ちが元気になる、自身が認知症であることを忘れるひとときがあったそうです。センターの職

員の方です。センターの職員は、子供たちの感覚を地域住民に広げ、共生のまちづくりにつなげたいという希望が湧いたそうです。

今後も少子高齢化における共生社会のために、思いやりが育つ教育環境づくりに尽力してまいりたいと思います。御清聴ありがとうございました。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、東京都健康長寿医療センターの秋下様、お願いいたします。

○秋下参考人

よろしくお願いします。資料8になります。「フレイルと認知症について」ということで、主にフレイルのことをお話しします。

めくっていただいて2ページ目になりますが、フレイルというのは、英語の「Frailty」という言葉を片仮名4文字の「フレイル」とするということを、2014年、日本老年医学会から提案したものでございます。左側を見ていただくと分かりますように、非常に元気な状態といわゆる要介護の状態の中間的な状態であるということなのです。したがって、要介護の前段階であり、そこから戻ることもできるかもしれない。右側が、フレイルには大きく分けて3つの要素があり、身体的、精神・心理的、そして、社会的な側面から成る。そういう多要素から成るということです。その中で、精神・心理的なところに認知機能低下ということも入りますので、フレイルと認知症というのはオーバーラップする部分があるということも御承知いただきたいと思います。

フレイルの判定方法には幾つもの方法があるのですが、よく用いられているのが3ページ、厚生労働省で作りました基本チェックリストという25項目から成るもので、これは質問だけで成り立ちますし、認知機能などに関する項目も含まれています。該当する項目数でフレイルかどうかを判定する方法も研究で明らかにされています。

めくっていただいて4ページ目です。これが学術領域で最もよく用いられている判定方法、CHS基準という国際的なフレイル基準の日本版です。体重減少、疲れやすい、活動量が低下している。筋力が低下している。歩く速度が遅くなってきている状態をそれぞれ質問か測定によって何項目該当するかで判定するもので、3項目以上該当すればフレイル、それより少なければ、その前段階であるプレフレイルと呼びます。これを見ていただくと分かりますように、認知機能に関する項目はこの中にはなくて、基本的には身体的なフレイルを見ているものです。見つけるにはこういうほうが分かりやすいという点からも、この基準はフレイルの表現系モデルと言われています。

次の5ページでございすけれども、フレイルの重要性というのをこのグラフから見ていただきたいのですが、秋山弘子先生という老年社会学者で東京大学の高齢社会総合研究機構をつくられた方のデータでございす。全国の20か所ぐらいの地域で調査をしますと、

横軸が年齢、縦軸が自立度でございますが、男性では大きく3パターンに、女性ではこの緑のラインのような死ぬ間際まで自立度を保つグループというのはいなかったとか、グループを形成するほどはいなかったという結果なのですが、この赤い線のところが結局70過ぎから徐々に落ちていくパターンであり、やや自立度が落ちかけたところ、これが先ほど言いましたようにフレイルということになります。男性の7割、女性の9割近くがフレイルの経過をたどるということなので、ここでしっかりとつかまえて対処するのが大切ということになります。

次の6ページ目なのですが、先ほどの概念図を少し複雑にしておりますが、フレイルの考え方をよく示しております。飯島勝矢先生から頂いた資料なのですが、まず左下です。先ほど直線的な低下で示しましたがけれども、実際には健康からフレイル、そして、要介護に進むにしたがって勾配がきつくなるのです。恐らく認知症、認知機能の低下についても同じような傾向がある。要するに後戻りがなかなかできにくくなるので、なるべく早くと。それと、上のほうの歯車の絵ですけれども、このように、歯車が1つ回るとほかも一緒に回る。悪循環を形成するということがポイントでございます。体が弱ると認知機能も低下しやすい。逆に言うと、認知症の方は最終的には歩き回ることもできなくなり、足腰が弱ってまいりますけれども、認知症の進行に伴って体も弱り、最後はそれらが相乗的に作用し、そこに社会的な問題が絡まって、右下のような負のスパイラルを形成するということです。

フレイルと認知症の関係について、7ページを見ていただきたいのですが、もう一つ忘れてはいけないのが、皆さん御存じのように、平均寿命は長いのに女性のほうが要介護になりやすい。認知症にもなりやすいということでございますし、フレイルにもなりやすいということです。要介護の原因疾患についてよく示されていますが、男女別々に示すべきだというのが私の意見で、この赤点線で囲んだところです。男性では青点線のような脳卒中後の要介護などが多いのですが、女性では認知症、それから、関節や骨折、高齢による衰弱、筋肉の衰えなど、こういった病気が多く、フレイルも認知症も実は女性のほうが多いということです。

フレイルの対策は、ということで、次の8ページ目になりますけれども、運動と栄養、要するに有効なお薬というのはいません。運動と栄養が大切と。ですから、しっかりと栄養を取りましょうと。メタボというようなことはあまり気にしてはいけないということになりますし、運動とか栄養が提供される機会という意味では、社会性というものもこれに関わってまいります。実はこれらは認知症対策でも重要、同じなのです。ですから、フレイル対策と認知症対策というのは、基本的には根っこは同じであるということです。

最後に9ページと10ページを説明したいと思いますが、私は厚生労働省の科学研究費を頂きまして、3年間で認知症の併存疾患管理ガイドブックというものを作りました。9ページ目でございますが、目次だけ示しております。ここに挙げたように高血圧など様々な疾患を認知症の方はお持ちです。その併存疾患にどう対応するのかと。認知症の方は難し

い問題がありますが、それをまとめたものでございます。その中で、青い字の17番、感覚器障害というところを見ていただきたいと思います。聴覚や視覚、嗅覚の低下というのは、様々な老年期の問題に関わってまいります。

次が10ページでございますけれども、Q & Aをこういうふうにもまとめていますが、聴覚、つまり難聴などは認知症と関連するということでございますし、そういった場合に、例えば難聴に対しての集音器ですとか補聴器、こういうもので認知機能がよくなる。あるいは低下を止められる可能性があって、エビデンスはまだ十分ではないですが、難聴など感覚器障害の早めの発見や介入も今後検討していく必要があるのではないかという提案でございます。

ということで、11ページ目は今お話ししたことをまとめたものです。フレイルには認知症の要素は含まれますけれども、大きく認知症とフレイルということで分けて考えると、双方向性に関係があるというのが最初の2つでございます。そして、どちらも女性に多い問題なので、今、ジェンダーということが取り上げられますが、そういう点からも非常に重要。そして、その対策としては運動・栄養、難聴等の感覚器障害の対策、この辺が重要だろうということをお話ししました。以上でございます。ありがとうございました。

○粟田会長

ありがとうございました。それでは、九州大学の二宮様、お願いいたします。

○二宮参考人

九州大学の二宮と申します。私は令和5年度老人保健事業で行いました、認知症及び軽度認知機能障害（MCI）の有病率調査並びに将来推計に関する研究の成果をお話したいと思っております。

スライド2枚目です。研究目的ですが、我が国の4地域と書いてありますが、65歳以上の住民を対象に認知症及び軽度認知障害（MCI）の有病率の地域の悉皆調査を行いまして、我が国の認知症の実態を明らかにするということを目的としています。

スライド3枚目です。今回の事業の調査地域です。これは、私どもは今、JPSC-AD研究というのを8地域、日本全国でやっておりますが、2017年から開始しています。2017年の際に地域の悉皆調査、これは会場調査プラス自宅や施設までをちゃんと訪問して調査して認知症の有病率調査を行うという形で、調査率80%以上を目標にした調査ですが、それをやった4地域で、2017年から2022年の5年間でどう変化したかを見るという目的でこの4地域を選んでおります。さらに、2023年から、東北地方の実態が分からないということと、都市部の実態が分からないということから、岩手県の矢巾町と大阪府の吹田市にも調査に御協力をいただきました。

スライド4枚目です。実際の認知症の診断プロセスですが、この研究のやり方はデータベースをベースにしたものではなくて、一人一人対面で調査するというのを基本にしており

ます。基本的なやり方としては、まず一次スクリーニングとしてMMSEとかそういった神経心理学調査を用いて、認知機能障害、認知機能低下が疑われるかどうかを評価いたします。この疑われた方々に関しては、今度は精神科及び神経内科医などの専門医によって病院で行うようなきちんとした調査を行いまして、認知症ないしはMCI、正常を評価していくという方法を取っております。これは原則対面で全部行っております。

スライド5枚目になりますが、各地域の認知症の調査状況になります。一番見ていただきたいのは下の調査率のところなのですが、2022年から始めまして2017年もやったことがある地域は、やはり自治体側の協力体制も十分できておりますし、2年間を使って行ったということもありまして、調査率が大体85%以上、大体9割以上の調査を行えています。ただ一方で、2023年から始めた岩手県の矢巾町では60%、あと、都市部は悉皆調査がなかなか難しいので無作為抽出になっておりますが3割程度、やはり都市部はかなり調査が難しいという状況がございます。

スライド6枚目になりますが、実際に認知症の有病率を出しております。これは各自治体の年齢別の有病率を2022年の日本人の人口分布に合わせて調整しています。いわゆる人口分布が地域によって違います。高齢化率が若干違いますので、日本人の人口分布に合わせた形で有病率を出しております。この結果、上記の4地域に関しては調査率93.4%で、統合した有病率は12.3%、各地域の有病率の差はほとんどないという状況で、きれいなデータが得られています。一方、岩手県の矢巾町、吹田市は有病率9.5%、5.5%と、ほかの4地域より非常に低い傾向が見られます。

ただ、これはスライド7枚目を見ていただきたいのですが、やはり調査率がかなり影響を受けます。実際に調査率の低下に伴いまして明らかに有病率が下がってきておりまして、調査率が80%以上の地域と60%では有病率に3%ほどの違いがありますし、さらに調査率が下がれば有病率もさらに下がるという形で、明らかに数値の違いというのは調査率が影響します。I² residualという数値がありますが、これは調査率がもし同じだったと仮定したときに各地域に差があるかということを示すものですが、ほとんど見られないということで、今回の調査では地域差というのはなかなか見られないというような状況でした。

スライド8枚目になりますが、このデータを基に2020年、2023年における認知症の年齢階級別有病率を示していますが、やはり男性よりも女性のほうが有病率が高く、年齢階級の上昇に伴いまして有病率が上がることが分かります。

ただ、参考までに参考資料1、めくっていただきましてスライド15枚目になります。これが2012年に厚労省で朝田班によって行われた認知症の有病率の調査になりますが、明らかに2012年よりも各年齢階級別の有病率は下がっております。

さらに参考資料2、スライド16枚目ですが、これが2017年に私どものJPSC-AD研究のほうで行わせていただいた調査のデータになります。このときは2012年から2017年の間、若干下がっていますが、大きな変化はなかったのですが、やはりここに比べても下がっているということが見てとれるかと思えます。

続きまして、スライド9枚目に戻っていただきますと、これがMCIの有病率の調査になります。MCIは診断の難しさもあって、各地域の有病率の分布に若干違いがございますが、地域差は統合すると大体15.5%でございました。

スライド10枚目になりますが、各年齢階級別の有病率を示しています。MCIに関しては、男性と女性で比べると、恐らく男性のほうが有病率が高いのですが、85以上から90歳ではむしろ認知症のほうに移行してしまうということもあると思いますが、そこで上昇は頭打ちになるという傾向が見られました。

最後に、スライド11枚目になりますが、この年齢階級別の有病率のデータを基に、認知症及びMCIの患者数及び有病率の将来推計というのを行わせていただきました。2022年から2060年、この人口分布というのは国立社会保障・人口問題研究所の人口分布を基に算出しておりますが、2050年で見ますと、認知症の患者さんが約587万人、MCIの方が631万人ほどということになります。当初、2050年というのは、2012年に比べて約1.7倍から2倍ほどに増加するかもしれないという形で推計しておりましたけれども、最終的には1.3倍ぐらいということです。海外でも報告されているLancetの論文では、世界では認知症の患者数が2050年には3倍に増えると言われておりますけれども、日本は1.3倍ぐらいだろうと言われておりますが、やはり1.3倍ぐらいになるかもしれないという推計値になりました。

スライド12枚目に結果をまとめております。これは時間の関係で割愛します。スライド13枚目、最後のページになりますけれども、2012年の厚生労働省の報告に比べて2022年の認知症の有病率が低値であった理由について考察しております。2020年調査におけるMCIあるいは認知症の有病率を合わせると大体28%ぐらい、2012年の厚生労働省の報告も28%ということで、認知機能低下と定義すると大きな変化は認めておりません。ということから、むしろMCIから認知症へ進展した人の割合が低下したのではないかと考えております。

その一番の理由として、参考情報を書いております。まとめますと、喫煙率が全体的に低下していたり、中年期から更年期の高血圧、糖尿病、脂質異常など生活習慣病の管理が改善されたり、健康に関する情報や教育の普及によって健康意識が変化するということが、認知機能低下の進行が抑制される。恐らくこれは、脳の変性に加えて血管病変というのが認知機能低下を促進させると思われますので、そういう血管合併症の予防というのが進んで、認知機能の有病率が低下したのではないかと考えております。以上です。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、ここから意見交換といたしますが、最初に認知症の当事者の戸上委員から御発言いただければと思います。

○戸上委員

皆さん、こんにちは。大分の田舎のほうから来ました。認知症の方が集うデイサービス、なでしこガーデンから来ました。いつも30人も40人も認知症の方が集っているところです。

そこでやっている活動を報告しますと、ウォーキングで1時間ほど歩いたり、ソフトボールの練習をします。ソフトボールの練習は本物のバットとボールとグローブです。それでやります。それで、うれしいことに大分大学の医学部の看護学科の生徒さんと先生が私たちのいろいろなことに付き合ってくれるので、大変楽しいです。1年に2回定期試合をしてくれますので、それを楽しみにみんなで練習をしております。

あと、いろいろな中学生の授業とかに私は呼ばれるのですが、そのときに体育館で生徒さん100人ぐらいの前で認知症についての話をします。自分が当事者であるということを話しますので、ええとかと言う学生もいますけれども、大丈夫みたいで、家に帰っておじいちゃんおばあちゃん、お父さんお母さんに元気な認知症の人がいるのだということを報告するように子供たちをお願いしております。

それとか、高校生の方、県立高校の生徒さんもソフトボールの試合を、先生の理解があるから、教育委員会の理解があるからやってくれるのだと思いますが、高校生の方がやってくれます。2年、3年たちますので、とても楽しいです。いろいろ地域のほうが応援してくれたり、子供たちと一緒にできることが大変あって、毎日が楽しいです。

あと、デイサービスで農作業をします。野菜作りをするのですが、それもみんなで20人、30人で、広い田んぼと畑を借りてくれているので、そこで作ります。そして、いろいろな野菜の種類がありますから、分からないところがあったら、地域の農家の人たちが私たちを助けに来てくれますので、一緒に植えております。これも大変楽しいです。自分たちが作った野菜を、昼間、御飯として、食材として食べられるので、大変おいしいです。そういうこともやっております。

そして、私の住んでいる地域でいろいろなことがあるのですが、小さな行政区単位ですから、40戸ぐらいですね。そこで、お前は認知症だけれども、こんな行事に出ても大丈夫かと言われて、そこに出ます。そして、できるだけお祭りの練習とか、草取りとかの作業に出るようにしております。地域の人にも、俺が必要だからあまりできないと思っているだろうけれども、できるだけ参加してやるということでみんなにお願いしています。あと、小さな町で、それから、市全体にも呼んで講演会をしてくれということで言われたので、講演会もしていますので、私が一人歩きして迷ったときでも、まだまだそれはただの散歩だと分かってくれるのです。そういう感じで周囲が見守ってくれることはできますので、そういう場を私もこれからも広くつくっていきたいと思っております。

○粟田会長

ありがとうございます。それでは、皆さんいかがでしょうか。岩坪委員、どうぞ。

○岩坪委員

岩坪でございます。二宮先生から今日御紹介のありました認知症の有病率の御調査の結果、大変感銘を持って伺いましたので、少し感じたことをコメントさせていただきます。

まずは、前回の大規模の調査は2012年で行いましたけれども、12年後に、今、非常に信頼性の高い重要なデータを出していただいたこと、敬服いたしております。まずは、言うまでもないことですけれども有病率、それから、将来推計というデータがないと、今後我々が認知症に対してどう考えていけばいいのか、また、国にどういう施策を取っていただいたらいいのかが定まりませんので、その基になる非常に重要なデータを今日お示しいただいたものと考えております。

幾つか非常に重要な点を御指摘いただきましたが、一つは認知症の方の数、総数は多くとも有病率は確実に減ってきているという御指摘でございました。これは西欧諸国でも最近になって低下傾向があるということに符合する大変説得力のあるものですし、それから、2012年と現在では調査の方法などの細部も少しは違ったかもしれませんが、二宮先生がお手がけになった2017年調査との間でも非常にはっきりした差がある点からも、説得力をもって伺ったところでございます。

これに対して、軽度認知障害（MCI）の方々の数が増えている。これもなぜ増えてきたのかという理由についてはさらに詳細な分析が行われていくと思いますけれども、総数といたしまして、こういう認知機能障害を持っていらっしゃる方々の数というのは全く減っていない。今後も漸増していく可能性があるという御指摘は非常に重く受け止めるべきだなと感じました。今後も国としましても、しっかりした施策を今までと変わりなく打っていただきたいと強く感じた次第です。

最後に1つ、これは今日の御発表にはない点ではございますけれども、認知症あるいはMCIというのがそれぞれ単一の集団であるかのような誤解というのは、世の中にまだ少し残っておるかと思います。それぞれ原因疾患は多様でございますし、原因疾患ごとに対応も異なってくるのは御案内のとおりでございますけれども、これを意識した上で、それぞれについて、例えばアルツハイマー病を原因とするMCIには新しい治療薬も出てきておりますし、リスク低減ということも全般について重要でありますけれども、それらを実施してゆくべきであると考えます。我々医師や研究者としましても、正確な診断、識別が可能となるように、臨床、研究を進めていくべきことを改めて感じました。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、オンラインの堀田委員、お願いいたします。

○堀田委員

ありがとうございます。2つの点からコメントと質問をしたいと思います。

まず1つ目は、地域の中で備え、学び、暮らすということについてです。後半に緑が丘小学校の取組を御紹介いただきまして、これも当事者の方々から学ぶ。それも一方向ではなくて、ともに時間を過ごししながら、当たり前とは何だろうということを学び合うということ、とても興味深く伺いました。これは地域包括支援センターと介護事業所と学校の連携の下で実現しているものと思います。先ほどは戸上委員からも様々な年代の方々とともに楽しみながらとか、あと、前半に春原委員も資料の中で身近な当事者との交流ということを挙げられましたし、河崎さんや二神さんからも地元の当事者との交流というところを挙げていただいたと思います。改めて日常の中で本人と普通に触れて、その中からの学びはとても大事だなと思いました。

その上で、これは前田委員に質問したいのですけれども、八王子の緑が丘小学校は八王子のBLGとの連携もあるかなと思うのですが、地域の中で暮らし続けている御本人たちが質の高い出会いの下で学び、備えていくという上での鍵になることは何だろうということを質問したいと思います。

2つ目は、後半の最初に2つの企業さんが取組を御紹介くださったと思います。インクルーシブデザインはとてもすばらしいなと思って伺ったのですが、このインクルーシブデザイン、当事者主導、あるいは当事者にとってもハッピーで、企業にとってもハッピーなこのウィン・ウィンな取組はどんどん広がっていただけるといいなと思っているのですが、その上でどういった環境整備が必要かということは、経産省のほうでもいろいろ進めておられると思うのですけれども、まだまだ検討の余地が大きいなと思っています。ということで、企業さんたちにそれぞれ質問です。

西部ガスさんには、この取組を企業さんとしてどう評価されているかということです。社会貢献ということだけではなくやっていらっしゃると思うので、どういう観点から、あるいはタイムラインとしてどれぐらいの、短期的にはこうなのだけれども、長期的にはこういう期待感で、とかを教えてくださいたいです。

それから、リンナイさんには、これは両方とも福岡オレンジパートナーズの枠組みがあって実現しているところが大きいかなと思うのですけれども、認知症に関する知見がたまったということでしたので、認知症の方とともにより商品開発、サービスの向上ということ考えたときに、環境整備として鍵になることは何だと思われますでしょうか、をお聞きできればと思います。ということで、3人に対して質問です。以上です。

○粟田会長

では、前田委員からお願いいたします。

○前田委員

出会い方というところでは、よい出会い方、悪い出会い方というような区別をつけることはできないかなとは思いますが、ただ、きっと皆さんも自分自身が認知症と診断されたときに、認知症の人だからというような偏見を持った目で見られる、呼ばれるというようなことは嫌だなと思うわけです。それよりも、例えば認知症のある前田さんではなくて、ただの普通にその地域で暮らしている前田さんと呼んでもらいたいののであれば、そのようにしていくような必要性があるとは思っています。ただ、ここで立ちはだかるのが、前半からも引き続き出ている個人情報の取扱いについてだと思っています。この個人情報の取扱いに関しましては、恐らく本人にとって利益のあるものに関しては適用されない、不利益を被るものであれば適用されるというようなところ、もちろんこれは本人に一つ一つ確認をしながら、名前と呼んでもいいかとか、名前を隠してもいいか、顔を出してもいいかと同意を取りながらだとは思っていますけれども、そういったところを確認しながら進めていくことが必要とされる。

一方では、例えば、前半に出てきた認知症サポーター養成講座を修了したサポーターさんがどこに住んでいるのか分からない。ミスマッチングが起きているのです。そして、どこに住んでいるか自治体に聞いても、個人情報保護ということで教えてくれない。本人は外に出たい。けれども、個人情報の保護と言われて、どこにサポーターさんがいるのか分からないというような、本人がいないところで周りが本人のことを守ろう、守ろうとしているというのが今ある現状ではないかなと思います。

よい出会いというのは、本当に名前呼び合えるような、駄菓子屋のおじいちゃん、駄菓子屋のおばあちゃんでもいいと思うのです。または何丁目の前田さんでもいいと思うのです。自然と当たり前な関係、当たり前の地域、地域でともに住む者としてその辺りをデザインしていかなければいけないのではないかなと思います。

また、もう一つ、これは出会いとは関係のないことなのかもしれませんが、本当に企業さん、ガスコンロのデザインを本人とともに進められてきたインクルーシブなところ、この辺りも非常に大事なことだとは思っています。ただ、その一方で、IHコンロに変えてしまっているということ、やはりこれももし火の不始末があったらどうしようなどというような周りの方の心配が先行してしまっている。人との出会い、物との出会い、様々な出会いがあるかとは思っています。けれども、大事なものは、本当にその人にとって何が必要なのか、どういったことが大切なのか、一つ一つ確認しながら暮らしていく。暮らし続けていけるようにするためにどうすればいいのか話し合いながら、きっと100点満点を目指すものではないと思うのですけれども、80点、90点であっても程々でいいかと思っています。暮らし続けていくというのには様々な課題があるかと思うので、程々でいいと思うのですけれども、大切なのは本人にどうしたいか聞いていく。そこから始まるのではないかなと思います。

○栗田会長

ありがとうございます。時間が限られてしまったので、河野様と加藤様は手短にお答えいただければと思います。では、河野様からよろしくお願いいたします。

○河野参考人

河野でございます。ありがとうございます。まず、今後の当社としての販売に関する取組です。まだ始まったばかりなので何とも言いようがないのですが、個人的には、例えば、当事者の方だけではなくて、高齢者であったり障害をお持ちの方に対して同じようにこの機材は有効に使えるので、そういった意味で潜在需要は非常に大きいかなと思っております。

それと、もう一点は、福岡市さんとの料理体験のときに感じたことが、チームスポーツとかゲームと一緒にしているような感じでした。そこから思ったのが、おいしい料理を作るのがゴールではなくて、そのプロセスを大事にする。そう考えると、これからの発展としては、コンロだけではなくてその周りのキッチンも含めて人々が集う場、例えば昔料理を作っていて、今は御家族の反対で料理を止められたおばあさんとお孫さんが一緒に料理を作るとか、そういう人々が集える空間にキッチンを変えられることができれば、より家庭の中で当事者の方もしっかりとした居場所があって、御家族と触れ合えるし、地域全体が変わっていけるのではないかなと。それが個人的な願いです。すみません。長くなりましたが、以上です。

○栗田会長

ありがとうございます。加藤様、お願いいたします。

○加藤参考人

では、もう一つの質問をリンナイの加藤のほうから報告させていただきます。

質問いただいた内容としましては、商品開発をする上での環境整備ということですが、今回まさに福岡のオレンジパートナーズに参画したことで、そこがあったので進められたと思っている点が大きく2つあります。一つは、やはり実際の当事者、認知症の方に実際に考えているものに触ってもらえること、実際に触ってもらうことを見て検証ができることと、やはり認知症の方が扱いやすい商品と思っても、どこで実際に体験してもらえればいいのかというのが、企業としてはなかなか見つからないという部分がありますので、必要なときに必要なだけご協力いただいて、実際に体験してもらって、それを見ることができたというのはひとつ大きなところかなと思っております。

もう一つは、とはいえ、それを見るのは、私たちみたいな認知症というところに関して言うと素人の人だけではなかなか気づけない部分が、今回であればオレンジパートナーズに参画されたメディヴァさんが一緒にモニタリングに参加いただくことで、その中で私た

ちが気づかない知見、この方たちはこんなふうに反応してしまっていて、こんなふうに考えているのですよ、というようなことを、同じような目線で見えて意見をいただける。知見のある方たちの意見というところと、実際の当事者に触っていただくという2つが環境としては非常に必要かなと感じております。以上になります。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、時間が迫ってまいりましたので、最後に藤田委員から御意見をお願いいたします。

○藤田委員

日本認知症本人ワーキンググループの藤田です。最後、短くまとめたけれども、たくさん言いたいことがあるのですが、今日たくさんの方たちの発表を聞いている中で、いろいろな思いが出てきました。

今回、認知症施策推進基本計画についてということで、これは認知症対応策とかそういうのではなくて、共生社会の実現を推進するためのどんな基本計画が立てられるのかなというようなことについて参考になるような意見が求められてきたのではないかと思います。

古い認知症観、認知症になったらもうおしまいだというレッテルを貼られてしまうような認知症観のもと、いくらどうしたらいい、私たちはこうしてきたということを大事にし続けても、新しい認知症観をもって考えていかないと、今回せっかくできた法律を生かした基本計画は立てられないと私は感じました。

認知症の人たちは認知機能の障害があって、様々な状態があります。本当に認知症の方たちは、年齢や症状とかは様々なのですよね。そういうものにかかわらず、どういう状態であってもその人一人の暮らしが継続できるのだということ、認知症とともに自分らしく生きることができるという新しい認知症観に基づいた基本計画を立てていく。

今回、本当は共生社会をつくるというのはともにつくることで、認知症の人たちに何かしてあげるとか、支えてあげるといふだけの視点で取組を考えようとしていては、今までと何ら変わらないものになってしまうというおそれを感じました。

よく分からない、多分分からないと思うのですよ。皆さんがどうしたらいいのだろう、これでいいのだろうか、今までやってきたことは間違いでは絶対ないと思うのです。皆さんのやってきたこととか、もちろん私たちの発信してきていることも間違いではないと信じてやっているのですけれども、それを結局、今後、これから認知症になる人たちのためにどうしていったらいいか。今、認知症とともに生きている人々が自分らしく生きるためにはどうしたらいいのかというところにシフトしていったら、「本人と一緒に考えてみたいですよ」というような言葉が出てくる。そういうふうになっていけば、本当に共生社会の実現を推進するための認知症基本法ができてよかったなという意味づけというか、そこにつながっていくと思うのです。

だから、やはり私には認知症があるんだ、家族に認知症のある者がいるんだとかということをおそれなく安心して言える。認知症である私たちはこうしたいのだということもいえる。そして、私たち本人はいろいろなことができています。春原さんや戸上さんがいろいろ自分の暮らしのことを話してくださったように、そういうことができていますという本人さんたちがどんどん生まれてくる。

軽度認知障害の状態ですむ可能性も見えてきているような発表も少しあったように思うのですけれども、各地の本人さんたちが自分らしく生きていけるようにするために、取組をどう展開していったらいいのか、何をしていたらいいのかというのは、本人の声から始まったガスコンロの話がすごくヒントになるなと思いました。私も認知症があると分かってガスからIHに変えたのですけれども、17年前はそういうガスコンロでいいものはなかったもので、絶対危険だと自分から望んでIHのほうに切り換えましたけれども、これから認知症になる人たちは、ガスコンロというものもやはり火力が違うので、お料理の好きな人はやはりガスを使いたいのですよね。それが選択できるという時代になっていっているということはすごいと思うのですよね。

この取組を、というよりは、こういう考え方、本人からこうしたいんだという声を聞いて、無理だよとシャットアウトではなくて、どうしたらできるかなということを考える人々が増えていく。医療、介護、福祉系とかにかかわらず、全ての国民がというのが基本法の中に書いてあるように、それぞれの能力を生かして、活性化、活躍できる。総活躍できるというための法律なので、視点をやはり新しい認知症観に変えていってほしいし、学校取組とかも私はどんな話をされるのかなとすごく期待したのですけれども、やはり少し古い認知症観にまだ引きずられていると思ったのは、高齢者の方にシフトしている感じがしました。小学生の子供たちの親が認知症になる。その場合に子供としてどう親を支えていこうか、それと、どこにつながっていったら自分と親が家庭を守れるのかとか、子供たちにとって学校の生活がうまくできるのか。おじいちゃんおばあちゃんの世界ではなくて、自分の親になる。そのときに自分はどうするんだ、どういうところに相談していったらいいのかとか、諦めないこととか。認知症だから施設に行かないといけない、お父さんお母さんと別れないといけないみたいな感覚を持たせるのではなく、暮らしを一緒につくっていかうね、と学校の先生、地域の人たち、本人も家族も思ってくれるというような地域社会をつくっていくというふうにシフトしていくというのが共生社会の実現ということになっていくと思うのですよね。

だから、これから計画を立てるところで、今までの方たちが参考でいろいろたくさん言ってくださったことを土台にしながら、さらに何を今後つくっていかないといけないかというところは、本人がどうしたいと思っているかを聴くことが大事です。本人とともにつくっていかないと共生社会はできないと思いながら、計画立てをしていってほしいと思いました。以上です。

○栗田会長

ありがとうございます。時間となりましたので、本日はこれまでとしたいと思います。
参考人の皆さん、ありがとうございました。それから、委員の皆さん、活発な御意見を
ありがとうございました。事務局より、次回会合についての御案内をお願いいたします。

○日野参事官

次回の日程につきましては、調整の上、追ってお知らせをいたしたいと思います。以上
でございます。

○栗田会長

これをもちまして、第2回「認知症施策推進関係者会議」を終了いたします。
本日は皆さん、どうもありがとうございました。