

認知症施策推進関係者会議（第5回）議事録

■日時：令和6年7月8日（月）10時00分～12時12分

■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、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、宮島壽男（オンライン出席：井上、江澤、及川、沖田、鎌田、繁田、柴口、成本、前田）

○栗田会長

ただいまより、第5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した。本日は、オンラインで出席の井上委員、江澤委員、及川委員、沖田委員、鎌田委員、繁田委員、柴口委員、成本委員、前田委員を含め、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。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

事務局でございます。本日の資料ですが、本体は資料1と2、参考資料は1～3まででございます。不足等がございましたら事務局へお知らせください。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。さらに御発言の際には、初めにお名前をおっしゃってください。

また、事務局に交代がありましたので御紹介いたします。厚生労働省老健局長に黒田が着任いたしました。老健局認知症施策・地域介護推進課長に吉田が着任いたしました。老健局認知症総合戦略企画官に遠坂が着任いたしました。なお、遠坂の前任の尾崎は政策統括室の政策企画官に異動しましたが、当面は老健局併任として本会議に携わることであります。それでは、カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

（報道関係者退室）

○栗田会長

それでは議事に入ります。基本的施策の素案につきましては、前回１～３まで御議論いただきましたので、本日は主に４以降について議論いただければと思います。まずは事務局より説明をお願いいたします。

○尾崎企画官

厚生労働省老健局の尾崎でございます。私から資料２について説明させていただきます。資料１と資料２は前回と同じものでございます。前回も御説明しましたが、この資料２というのは便宜上、別冊としておりますが、最終的には資料１の９ページに溶け込む形となるものでございます。今回は、このオレンジの資料（資料２）の４番からということで、10ページをお開きいただければと思います。

４番、認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護になります。こちらは全体的を通じてですが、黒い枠囲み部分が法律の条文となっております。そして、オレンジの枠囲み部分が、原則として法律の中で各施策について具体的な目標を定めるとされていることを踏まえて目標を書いているものでございます。

ほかにも構成は同じですので、以降の説明においては、この黒い箱とオレンジの箱についての説明は省略させていただきまして、その下の（１）以降のところについて、かいつまんで説明させていただきます。

まず、10ページの意思決定支援、それから、権利利益の保護について（１）の施策としましては、認知症の人の意思決定支援に関する指針を策定するというところで、2018年にガイドラインを策定しております。それについて基本法の基本理念等を踏まえたものとして改めて策定するとともに、医療・介護現場での活用促進を図る、としております。

２つ目の施策として、（２）認知症の方に対する分かりやすい形での意思決定支援に関する情報提供の促進ということで、認知症の方や家族等に対してガイドラインについて、認知症カフェ等の場における普及を図る、としております。（３）消費生活における被害を防止するための啓発ということで、地域における消費者安全確保の協議会の設置、促進を図るとともに、関係機関が連携して注意喚起を実施する、としております。

続きまして、11ページは保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備となっております。これについて欄外の（１）のところに、専門的、または良質かつ適切な医療提供体制の整備ということで、住み慣れた地域で希望に添った生活ができるよう、医療・介護の提供を推進する。それから、認知症に併存しやすい疾患について、かかりつけ医などが必要な医療機関につなぐことができるような取組を推進する、としております。それから、その下の矢羽根ですけれども、認知症疾患医療センターについて、本人・家族に対する診断後支援までの一貫した支援を実施するため、認知症疾患医療センターの機能の在り方を検討し、必要な対応を行う、としております。

12ページも引き続き保健医療福祉です。一番上の矢羽根に、尊厳あるケアと適切な医療

を提供することを目指し、BPSD（Behavioral and psychological symptoms of dementia：認知症の行動・心理症状）に関する研修を推進する、としております。そのほか、3つ目の矢羽根には難聴の早期発見・早期対応、4つ目の矢羽根には虐待の対策も記載しております。続いて、（2）保健医療福祉の有機的な連携の確保に関するものでございます。1つ目ですが、独居など、認知症の人を取り巻く課題を踏まえて、関係機関の連携の強化を図る。特に2つ目の矢羽根ですけれども、認知症初期集中支援チームについては機能等の見直しを進め、より実効的な認知症医療・福祉の一環としての再編を図る、としております。それから、3つ目の矢羽根でございますが、認知症施策の地域での要となる認知症地域支援推進員が適切に配置されるようにする。4つ目につきましては、若年性認知症の方と家族に対する支援に向けた認知症コーディネーターを中心とした連携体制を構築するなどとしております。

13ページで（3）人材の確保、養成、資質向上としています。保健医療福祉の専門職に対して基本法の理解を促進するための研修を実施し、意思決定支援に関する専門職向けのリーフレットを作成し、普及啓発を推進する、としております。2つ目、認知症に関する介護研修の在り方の見直しを進め、認知症介護・研究研修センターの機能を強化するなどとしております。

14ページ、6番の相談体制の整備等について、でございます。（1）のところに、個々の認知症の方の状況、または家族の状況にそれぞれ配慮しながら総合的に相談に応じるための体制整備とありまして、地域包括支援センターなどの相談体制の整備に加えて、企業における相談体制の整備を行うとしております。（2）認知症の方、または家族等が互いに支え合うために交流する活動の支援、関係機関の紹介、必要な情報提供等について、でございます。1つ目の矢羽根に、企業・労働者双方に育児介護休業法に基づく介護休業等の制度の周知を行う。そして、それらに取り組む中小企業に対する職場環境の整備の支援を実施する、としております。

14ページの一番下の矢羽根です。認知症の人または家族等が支え合い、交流する活動を支援するために、地域支援推進員の適切な配置、それから、認知症の人または家族等に必要情報が提供されるような認知症ケアパスの作成、更新、周知を促進することとしております。

15ページ、7番目が研究等の推進という柱になっております。（1）予防・診断・治療、リハビリテーション・介護方法等の研究の推進・成果の普及です。1つ目の矢羽根には、基礎研究・臨床研究間の連携。2つ目の矢羽根については、産官学の連携や学会間の連携、それから、研究への患者・市民の参画等を進めること。3つ目の矢羽根については、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症、病態が未解明であるそのほかの認知症の研究を進める。研究成果については、認知症の方や家族など、国民が広く享受できる環境を整備することとしております。

16ページの一覧上、認知症に至るまでの最も早い段階であるプレクリニカル期から重度

認知症までの全ステージに関する幅広い研究を推進するとしております。（２）が社会参加の在り方等に関する研究について、でございます。１つ目の矢羽根が、若年性認知症の人の社会参加や就労促進を支援する体制に関する研究を推進する。診断後支援策に関する認知症の人や家族の希望についての実態調査を推進して、その成果を地域の関係機関も活用できるようにする。そのほか、２つ目の矢羽根には介護ロボットやICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）等の開発・普及に向けた支援を実施することとしております。（３）には、本人・家族等の研究への参加促進などが書かれております。

１つ目の矢羽根については、認知症の人やその家族等が希望する研究・治験に積極的に参加できるような環境を整備する。２つ目の矢羽根については、レジストリやコホートの整備を継続的に推進し、民間企業等の官民連携を推進すること、としております。

17ページ、８番目の柱として、認知症の予防等が法律に書かれております。（１）予防に関する啓発・知識の普及等について、でございます。１つ目の矢羽根に、認知症・MCIの進行予防に関する科学的知見を蓄積し、介護予防に資する取組などの活用をさらに促進するとしております。一番下の矢羽根にも、希望する方が科学的知見に基づく適切な予防に取り組むことができるようにするという書いております。

18ページで、（２）地域包括支援センターなど関係機関の連携協力体制の整備についてまとめております。１つ目の矢羽根には、認知症・MCIのスクリーニング検査の有効性の検証を通して、早期発見・早期対応、診断後支援までを一貫して行う支援モデルを確立することとしております。

19ページからは残る４本の柱を挙げておりますが、その前に記載してきたものを再掲しているものが多いので割愛させていただきます。最後の部分だけご紹介致します。20ページ、12番の国際協力でございますが、こちらについて、外国政府それから国際機関等と連携して、様々な場を活用しながら、我が国の認知症施策の経験等について世界に向けて情報発信すること、としております。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、意見交換に入りたいと思いますが、前回会議の議論を踏まえまして、まずは本人委員の皆さんに御意見がおりますので、先に御発言いただきたいと思っております。まずは藤田委員から、よろしくお願いいたします。

○藤田委員

日本認知症本人ワーキンググループの藤田和子です。この会議の参加にあたっては、いつも本人委員への御配慮をいただいております。ワーキンググループの本人たちや、これまで出会った自治体担当者・関係者・住民の声を基に、前回会議のときにはまとめきれなかったことも踏まえて、限られた時間でポイントを絞ってお伝えしたいと思っております。詳細については提出資料を御覧ください。

まず、認知症施策推進基本計画に向けて特に提案したい点は、どこで暮らしていても自治体の取組が共生社会の実現に向けて着実に進んでいってほしいということです。そのために、提出資料の星１～４を国の推進基本計画に盛り込んでいただきたいと思います。それぞれ重点目標の指標に加えていただきたいと思いますので御検討ください。

星１、認知症の人に関する国民の理解を進めていくためには、まずは都道府県・市町村の担当者が地域で暮らす本人と出会い、リアルな理解を深めることが肝心だと思います。

星２、都道府県・市町村が国の計画をなぞって自治体の計画づくりや取組を進めるのではなく、各自治体がそこで暮らす本人らとともにその地域ならではの課題を見出して、改善を続けていくプロセスをたどることが大切だと思います。国としてこれを推進する内容を計画に盛り込むことが重要だと思います。そのために、基本的施策２と３に都道府県・市町村の地域特性に応じたという内容を盛り込むとよいと思います。

星３、行政担当者は認知症施策に必ずしも精通しているわけではなく、数年で異動される場合も多く、施策立案や推進に苦慮している方たちに出会います。一方で、認知症施策を着実に推進している自治体では、本人とともに継続的に活動している多様な立場の人たちが参画した推進チームというものがあり、行政担当者が交代しても施策が持続・発展的に進み、行政担当者の負荷も減り、前向きに動きやすくなっているようです。

そのため、基本的施策の５、推進基本計画の「Ⅴ、推進体制」などに、各自治体において地域共生を行政担当者とともに主となって継続的に推進していく推進チームの設置を盛り込むと、各自治体の取組が加速すると思います。

星４、各自治体ならではの地域共生の実現を一步一步進めていくためには、各自治体がその特性を生かして実行可能な計画を本人参画で立案・実施・評価していくことが重要です。そのため、推進基本計画の「Ⅴ、推進体制」に理念だけではなく、地域共生の具体的な姿を地域の本人及び住民、多様な関係者が自分ごととして話し合い、計画の策定に合わせて表明することが望ましいと書いてもらえたらよいと思います。また、各自治体が無理や無駄なく施策を立案・推進していけるよう、各自治体の主体性、独自性、創意工夫を大切にして、それを後押しするような国の基本施策や重点目標が大切だと考えます。

続きまして、基本的施策の各柱です。自治体や関係者が各事業や指標をこなすことに流されてしまわないことが大事だと思います。基本的理念を踏まえて取り組むべき本質的に大事なことを各施策の目標や項目名に明記し、細かな事業名・事業メニューは書かないほうがよいのではと思います。各施策についての提案ポイントをお伝えします。

施策１は、本人発信に関することが盛り込まれていないので、ここのタイトルを認知症の人に関する国民の理解の増進及び本人発信の拡充に変えてほしいです。重点目標１のタイトルは認知症や認知症の人への理解だけでは具体的にならないので、国民一人一人にとって新しい認知症観が当たり前になり、認知症になったときに、身近な人たちに自分が認知症であることを安心して話せることになるとうよいと思います。

施策２は、基本法の理念に照らして標語自体がバリアになる恐れがある記載がありまし

た。（３）地域において見守るための体制は、主語が支援者なので変える必要があると思います。なお、この項目については提出資料に書いてあるのを検討しまして、本人を主語にして、地域において本人などが安心・安全・自由に暮らし続けられる体制の整備とすると、基本法の推進計画としてふさわしいと考えました。

施策３では、就労に関することについては、啓発普及ではなく、取組の推進などを提案しています。なお、職場では互いの様子から認知症ではないかと気づくこともあり、そのことで早期受診につながる可能性などもあると思います。就労に関しては職場で様々な取組がなされることを期待しています。

施策４はとても重要な施策ですが、この施策の目標の主語が支援者側になっています。やっています止まりにならないよう、計画の実効性を高めるために、ここも施策の目標の主語を本人に変えて書き直すのがよいのではと思います。

施策５は、施策の目標に「認知症の人が意向を十分に尊重される」としっかりと入っていることが重要だと思います。ですから、その施策の目標にある文章を本人主語に変え、サービスを適時に切れ目なく利用できるように変えたほうが、今後のメリットにつながると思います。

施策６ですが、相談体制の整備という項目で、交流と相談を一くくりにしないでほしいと思います。相談によって安易なサービス利用など、本人の意向に沿わないものに流れないように、施策６にその一つの柱として「本人によるピアサポート活動」を明確に立ててほしいです。

最後に、今日は計画づくりの会議ですが、これまでの会議でも話しました見直しが図られてほしいことをお伝えします。運転と障害者手帳の２点です。

基本的施策７、研究などの推進の（２）社会参加の在り方、共生のための社会環境整備のところに小項目を立てていただき、今後、本人参画の調査研究を通じて、運転と障害者手帳の在り方の見直し改善を進めてほしいと思います。省庁横断が必要な案件についても今後ぜひ取り組んでいきたいです。

○栗田会長

ありがとうございました。続きまして、春原委員、お願いいたします。

○春原委員

私は当事者の春原治子と申します。資料をご覧ください。これまで本人の声を聞いてほしいということを述べさせていただきました。認知症が進んで施設入所となっても、また、言葉が出にくくなっても、最後まで本人の気持ちを引き出し、分かろうとする工夫と姿勢を持ち続けていただきたいと思います。また、本人の発信は言葉だけではないということも理解していただきたいと思います。

先日こんなことがありました。コロナ禍で特養入所中の認知症のお二人が地元の公民館

に職員に付き添われて来てくださり、久々にお会いすることができました。重度になって大分やせて見えましたが、お二人は公民館や地域の皆さんのことが分かりました。涙を浮かべてうれしそうでした。皆が次々に手を握り、肩をなでて、お互いに再会の喜びを分かち合うことができました。もう言葉は必要ではありませんでした。言葉がなくても存在を認め合える喜びを体験しました。私もいずれそうなるのだなと思いました。重度になって言葉を失っても、その人の存在自体が発信していることを御理解いただきたいと思います。また、地域とつながっていたからこそ、皆が、本人の理解を深めることができているのだと思います。

次に、情報提供・啓発は分かりやすくしていただきたいと思います。認知症になってから、私も勧誘や訪問などの脅威にさらされています。被害防止には注意喚起や家族の協力、地域の見守りなどのほか、消費者保護の観点から、本人たちが実際に遭遇している具体的な事案を基にした予防施策を立案していただきたいと思います。認知症の人だけでなく、全ての高齢者にとって分かりやすいものになっていくとよいと思います。

次に、今回、認知症の早期発見・早期対応について、認知症地域支援推進員さんの活動が必要であるとされています。これにはぜひ地元と連携していただきたいと思います。何かが起きているからではなく、私どものような地元と日頃から連携して実情を知った上で一人一人に寄り添った活動ができますよう、認知症地域支援推進員さんの適切な配置をお願いします。

最後に、私どもの地域では、県のシニア活動推進コーディネーターの方が地域づくりのサポートや地域間相互の情報共有などに長年携わってくれています。安心して暮らせるために、チームのメンバーに加えていただきたいと思います。

○栗田会長

ありがとうございました。続きまして、戸上委員、よろしくお願いいたします。

○戸上委員

こんにちは、お世話になります。参考資料2の11ページですが、簡条書きみたいにさせてもらっておりますので御覧ください。認知症施策の推進の基本計画、抽象的でよく分かりにくくなるのが普通ですけれども、分からなくならないようにしてほしいです。具体的なことをところどころ入れていただければいいのではないかと考えております。

先の認知症推進大綱以来、本人発信の機会が増えました。4～5年前から本人発信する場をいろいろと行政の方がつくってくれていますので、そこで私も発信しております。

そして、認知症の介護実践者研修やケアマネの各研修、認知症対応力向上研修など、そのほとんどがケアの施し方や、ケアを施す側の活躍ばかり取りざたされているように言及があると思います。そこで認知症当事者がどのような気持ちであるか、認知症の人が不在になっているので、そこで少しでも意見を、かっこいいことを言えることは少ないと思い

ますけれども、当事者の意見を発信できる場をつくっていただきたいと思います。

基本的施策の素案に関して、です。4番の認知症の人と意思決定の支援及び権利の擁護について、新しくできるガイドラインには、自分の思いを相手に伝えられない人に対して、もしも、その方を相手に思いを伝えられるのなら、と、限りなく核心に近い仮説を立てられるものになっていることを望みます。違うことを言っているけれども、本当はこの人が思っていることは違うのだ、というのを読んでほしいということです。私たち認知症ワーキンググループの3人が、こういう場に参加させていただいておりますが、私たちだけが希望が達成されやすいというか、思いを伝えやすいという考えではなくて、重度認知症で自らの思いを相手に伝えられない人も同じように、この人がもしも相手に思いを伝えられていたら何て言うのだろうか、私たちはいつも思っております。その人の希望がかなえられるように、些細なことでも希望がかなえられたらいいのではないかと私は思います。

6番の相談体制の整備等に関して、です。私たち認知症ピアサポーターは、たくさんのひきこもっている認知症の人や、認知症の診断を受けて落ち込んでいる人たちの相談に乗り、その方々の生活を明るく主体性のあるものにしてきました。個人的なことです、私も136人の認知症当事者の人の相談に乗ってきました。認知症当事者だから分かり合えるものがありますし、相談体制の中の一つの位置づけに入れていただければと思います。今後、たくさんの認知症当事者の人の生活が前向きになっていくことを目指します。私にできるのだから、こういう施策に入れていただいてもできる方はいっぱい、今、潜在的に隠れているだけですから、それを掘り起こしていただきたいと思います。

恥ずかしながら、私個人の写真も載せていただきました。2017年の写真は、認知症の診断を受けたときに落ち込んで自宅にひきこもっているところであります。酒やたばこにおぼれていました。そういう時期もありました。しかし、現在の2024年、今年の春には立ち直ってデイサービスで認知症の仲間30人と本人ミーティングをみんなでやっております。本人ミーティングは毎月1回、第3金曜日に行われております、7年経過しまして77回を迎えております。この会議には行政の方、大分市役所や大分県庁の担当者が来ています。いつも同席いただいておりますので大変心強いです。以上、恥ずかしながら私の写真で報告をさせていただきました。雑駁な報告になりますが、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、ここから基本的施策の素案について、まず、基本的施策4～6まで意見交換をしていきたいと思います。前文やKPIなども含めまして、前回御発言できなかったものがございましたら御発言いただいて構いません。ただ意見を述べるというだけではなく、できたら他の方の御意見なども踏まえまして意見交換、あるいは議論できるようにしていただければと思います。御発言はゆっくりお願いできればと思います。早速、挙手されている方から御指名していきたいと思います。まず、オンラインの成本委員から御発言ください。

○成本委員

発言の機会をいただき、ありがとうございます。京都府立医科大学の成本と申します。私からは4番の認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護に関して、参考資料も画面に出していただいていますけれども、意見を述べさせていただきたいと思います。

私どもは京都府で認知症の人の意思決定支援研修を実施してまいりまして、そこでの経験から発言させていただきたいと思います。前回も認知症の施策のところで、意思決定支援の研修に関して医療・介護従事者向けということで少し限定されていたのですが、民間企業の方や一般市民の方にも範囲を広げていただきたいと考えております。

4番の(1)には、ガイドラインについて医療・介護の現場での活用促進を図るとなっているのですが、ここを民間企業、それから、一般市民の方々への普及啓発を図るという記載にできないかなと思います。(2)で認知症カフェ等における普及を図ると書いていただいておりますので、ここに御本人・御家族、それから、一般市民も含まれているのかもしれませんが、対象を分かりやすく書いていただければと思います。

それから(3)消費生活における被害を防止するための啓発です。これも民間企業の方が非常に重要な役割を果たされると思うのですが、見守るだけではなくて、認知症になってもいろいろなサービスを使ったり、商品を購入したりしないと生活していけませんので、サービス提供や商品を販売されている民間企業の方々に意思決定支援を学んでいただき、認知症の方と適正に契約できるような普及啓発が重要ではないか、と考えております。

○栗田会長

ありがとうございました。確かに意思決定支援ガイドラインにも意思決定支援者というのは認知症の人の支援に関わるあらゆる人が含まれると記載されておりますので大変重要な提言かと思います。続きまして、繁田委員、よろしくお願いいたします。

○繁田委員

私の発言は5番に関係することです。資料にも良質かつ適切な医療の提供という記載がございますが、先に申し上げますと、できる限り強制的な治療を減らすという文言は入れていただいたほうがいいかなと思います。医療機関によっては認知症の人へ配慮する余裕がなかなかありません。身体拘束も含めて御本人の意思とは関係なく治療が行われている現状があって、すぐにそれをなくすというのなかなか難しい。医療とケアの質を上げていかないといけないので、人材育成も含めて時間がかかると思うのですが、でも、全く違和感がなく行われているという医療機関も決して少なくありませんので、せめて医療機関の人間に違和感を持ってもらうところから始められたらというところで、そういう文言を入れていただけたらと思います。

実際に世界保健機関(WHO)でも人権に基づくアプローチという中では、先進国の多くは

強制的治療とか非自発的な医療が行われていて、それはいけないことだというのは以前から言われておりますので、世界的な考え方の流れでもあるかと思います。

実際に基本計画に入れていただくと国民の目にも触れます。認知症になったら病院に入って縛られてしまって薬を投与されるというのはやむを得ないのだと思っていらっしゃる一般の国民の方々も多いと思うのです。国民の人にも違和感を持ってもらえると、違和感を減らす努力ができるのではないかなと、私自身も関わっている人間でもありますので他人事ではないのですけれども、国民の意識が変わることで、我々医療機関の人間も変わっていくかなと思います。

さらに可能であれば代替の意思決定、今、成本委員から意思決定のお話がありましたけれども、代替の意思決定が行われているのです。代替というのは本人の代わりに意思決定をすることなのですが、実際には本人の代わりではなくて、家族の意向でとか、あるいは医療職が医療として、医学として意思決定してしまうということが多いのです。できれば代替意思決定を行う場合には適切に行われるみたいなことも入れていただくといいのですが、時期的にどのくらいのタイミングなのか、まだ早いのか、あるいはもう入れていただいたほうがいいのかという議論もしていただけたらと思います。

○栗田会長

強制的医療と本人不在の意思決定の問題を御指摘いただきました。ありがとうございます。尾崎様、新田委員の代理でご発言をどうぞ。

○尾崎氏（新田委員の代理出席）

長崎県福祉保健部次長の尾崎でございます。本日は、本会議の委員でございます新田が所用のため、私が代理で出席させていただいております。私からは資料2の11ページの5番、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について意見を申し上げます。

現在、自治体では認知症施策推進大綱に基づき、様々な認知症施策を推進しておりますが、認知症基本法に規定する基本的施策につきましても、自治体が国の考え方を十分理解した上で、今後策定される国の基本計画を踏まえ、地域の実情に応じた多様な認知症施策を推進することが重要であると考えています。

素案では、現在行われている政策を見直す項目として、11ページの（1）の2つ目、認知症疾患医療センターの機能の在り方を検討し、必要な対応を行うと示されています。認知症疾患医療センターにつきましては、おおむね二次医療圏ごとに設置されている中で、本人や家族に対する一貫した支援を進めるためには、本人や家族に伴走できる市町の関係機関等へのつなぎの部分も含めた支援が大変重要と考えておりますが、現在は限られた人材の中で、その連携が不足していると考えています。見直しに当たりましては、認知症疾患医療センターの取組がより充実するよう、専門職配置に関する国の支援が必要ではないかと考えています。

続きまして、12ページの（２）の２つ目、認知症初期集中支援チームにつきましても「認知症初期集中支援チームの名称や配置を含めて見直しを進め、より実効的な認知症医療・福祉の一環としての再編を図る」ことが示されています。

認知症初期集中支援チームに関しましては、多くが地域包括支援センターに設置されており、早期発見して集中的な支援により医療や介護サービスに早期につないでいくという本来の機能よりも、いわゆる対応困難事案に追われているといった実態も伺っています。見直しに当たりましては、地域包括支援センターの本来業務とのすみ分けや、認知症の方の支援を行うほかの関係機関との役割分担をより明確にしていきたいと思っています。

施策の目標達成に向け、これまでの施策を見直すことは大変重要であり、県レベルにおいても保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備に取り組んでまいりますが、これらの施策は市町村をはじめ、地域の医療福祉関係者の協力を得ながら進めています。見直しの内容によっては、新たな人材の確保や自治体の財政負担などに影響が及びます。国におきましては、地方の人口減少が進み、自治体の人材や財源が限られている現状なども十分御理解いただきまして、人材の育成や財政の支援について御検討をお願いしたいと考えております。（代理出席による発言のため、会長の許可を得て議事録に掲載）

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、藤田委員、どうぞ。

○藤田委員

今、皆さんのおっしゃったこと、意思決定に関することとか、適切な医療体制のところで、本人の意思を無視した強制的な治療が行われていることは、切実に本当に何とかしていただきたい。皆さん自身も本人となったときにそういう、理不尽な恐ろしいことが起きている現実も残されてしまっているのです。

それで、提案書には書きましたけれども、施策４のところに、まずは（１）から（４）の前に、認知症の人自身が意思決定する意識とスキルを高める機会の確保というのを入れていただくことが大事だと思います。そして、そのためにも本人が個性と能力に応じた意思決定をすることを支えるパートナー・伴走者を、身近な地域で増やしていくこと自体も施策にきちんと盛り込んでいただきたいと思います。そうすることでいろいろなところで本人たちがそういう取組の下、適切な医療サービスなどにも結びつくと思うので、そこは必ず入れ込むように、皆さんの意見も踏まえてそうだなと思ったので強調したくて発言しました。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、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。まず、5の(3)の人材確保・養成、質の向上です。疾患の理解について、新しい認知症観を踏まえた認知症対応力向上のための研修を専門職に対して実施すると記載されています。例えば、レビー小体型認知症のサポートネットワークの方からお聞きしますと、レビー小体型認知症の初期の症状に対して御存じない方がとても多くて、自律神経の失調症的として見逃されてしまい、症状が進んでから診断されることがあるそうです。研究のところにも書かれていましたが、専門職への疾患の理解のための研修をお願いしたいです。

先ほど藤田委員も言われていましたが、意思決定支援に関してです。ここでも書かれていますが、医療の方や介護の方、私たち家族もそうだったのですが、本人が意思をなかなか表出できずに見逃してしまう。本人には意思があるのだ、どんなに症状が進んでも本人には意思があるのだ、という観点から、本人が発している意思をどうやって見つけていくのかという研修を進めていただきたいので、そこを書いていただければと思います。

それから、14ページ、6の相談体制の整備の(1)には、本人や家族に配慮して総合的に相談できるように、と記載されています。この中に一番入れていただきたいのは、認知症かと思ったときの相談の場所がある、ということです。家族の会と企業と一緒に診断までの経過についての調査をしたら、2013年よりも期間が延びているのです。受診してから診断までの期間はとても短くなっていて、それは医療体制が整備されたとか、医療機関の診断技術などの医療面が進んだからと思うのですが、気づいてから受診するまでの期間が延びているということは、躊躇してしまうということ。私も自分の母親のときにそうだったのですが、躊躇してしまうときに、どこが相談できる場があれば、もっと受診促進になると思うので、そこを記載していただければと思います。

それから、7番の研究等の推進では(1)の3つ目の矢羽根にレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症、未解明である認知症の病態解明などが書かれています。研究の促進となっていますが、医療体制の充実という視点で、そういうものを見てくださいる疾患センターとかに、そういう先生が配置されているというようなことをもっと進めていただきたい。どこに受診すればいいのか。もしかしたら、レビーかもしれないと相談で言われたときに、どこにその専門の先生がいらっしゃるのかということも分かるような形で、ここに少し記載をしていただければと思っています。

○栗田会長

鎌田委員、ありがとうございます。江澤委員、どうぞ。

○江澤委員

資料に沿って幾つか意見を述べさせていただきます。まず、10ページでございます。(1)につきまして、医療・介護の現場では、診療報酬や介護報酬等において、人生の最終段階

における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインは、かなり普及が工夫されていますので、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援に関するガイドラインについても、同様に普及の工夫が求められる必要があると思います。

(2) につきまして、特に初期段階での家族との関係性とか意思決定支援というのは極めて重要だと思いますので、例えば一般の住民に公開されている認知症ケアパスなどにもこういったものを盛り込んで、御家族との話し合いに有効に活用できるようにすることも方策ではないかと思います。

続きまして、11ページ、これは一つ質問でございます。5番の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がございます。これは介護保険サービスも含めるべきだと思うのですけれども、含まれているかどうか、これは事務局に質問でございます。

その上で、まず(1)につきましては、よく検討課題になるのが認知症の方の身体合併症の対応でございますので、これは各地域によって様々な状況があろうかと思えますけれども、実態を把握するなどして、課題があれば早急に検討していただき、認知症であっても不具合なく必要な医療を受療できることが極めて重要ではないかと思えますので、また今後、検討していただければと思います。

続きまして、12ページの最初の矢羽根でございます。このたびの介護報酬改定において認知症チームケア推進加算が新設されたところです。適切な認知症ケアを行うとBPSDを防止できたり、あるいはBPSDが発生しても早期に対応できたりします。適切なケアをどのように普及推進するかというところから、この新しい加算ができましたので、今後の状況等を十分把握していただきたいと思います。また、従前からある認知症専門ケア加算の取組との関係性についても、検討していく必要があろうかと思えます。

2つ目の矢羽根、服薬管理は大変重要ですし、口腔機能も重要ですが、このたびのいろいろな医療や介護の報酬改定の中で、リハビリテーション、栄養、口腔機能を一体的に取り組むことが非常に効果的であるという背景の下に、いろいろな仕組みが設けられました。認知症の方の栄養状態も非常に重要ですから、リハと栄養と口腔の三位一体の取組を認知症の方においても推進していくべきだと思っているところでございます。

(2)の1つ目の矢羽根ですが、既に認知症サポート医も1万3000人以上存在しますので、ここに認知症サポート医の役割も記載をしていくべきではないかなと思っています。実際にサポート医を取られた医師からは、サポート医は取得したものの活躍する場がないという声も多々聞いているところでございますので、ぜひサポート医も含めていただければと思います。併せまして、冒頭の質問にも関係しますが、居宅介護支援事業所とか介護支援専門員、すなわちケアマネジャーという記載がこの連携のところにありませんので、その辺りも十分連携していく必要がある。特に介護サービスと認知症の方というのは切っても切り離せない関係ですので、十分な連携を図っていく必要があろうかと思えます。

(2)の1と2の矢羽根に関係いたしますが、認知症初期集中支援チームについて、私の地元でも年々介入件数が減ってきているのが実情です。特に、これはサポート医が活躍

する代表的な場でもあります。そういった中で、矢羽根 1 と 2 の中で、複数の社会資源、連携機関が出ております。地域の実情によると思いますが、重複している役割は今一度整理していただきたい。先ほどの意見にもございましたが、現在ファーストタッチという名の下に、認知症の対応困難事例についても対応しています。つまり、認知症以外の精神疾患や地域での対応が難しい問題についても対応しているのが実態でございますので、そういったところも含めて、認知症のみならず幅広い地域の課題に対応しているのが現在の認知症初期集中支援チームでございますから、地域のそれぞれの自治体も含めて、どこでどのように対応するのか、あるいは重複している役割については今一度整理をして、実行性がうまくかみ合い、無駄のない取組も必要ではないかなと思います。

12ページの一番下の矢羽根です。IADL（Instrumental Activities of Daily Living：手段的日常生活動作）に着目した認知症リハビリテーションは重要ですので、これをお願いしたいと思います。その上で、IADLを高める目的は社会参加にもつながりますので、社会参加という、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）の概念にのっとった言葉が必要ではないかなと思いました。

13ページの（3）ですが、研修はどんどん充実していくべきだと思います。その上で、現場に参加している医療・介護従事者は、職場であまり権限のない一般職員も多く、要はこれらの研修を受けて持ち帰った後に実行性が担保できるような研修内容も今後含めていくべきではないかと思っております。研修内容自体はとてもいいものが提供されているわけですが、それが実行できるか、ということが極めて重要だと思います。

最後に、14ページの（1）について申し上げます。この矢羽根にも、相談の窓口については一番身近なかかりつけ医に気軽に相談できることが重要ではないかと思っております。窓口としては身近なかかりつけ医に相談して、かかりつけ医が認知症疾患医療センター等に連携するのが一般的だと思いますので、かかりつけ医、あるいは先ほど申し上げた認知症サポート医もここに位置づけていくべきだと考えております。長くなりましたが以上です。

○栗田会長

冒頭の質問につきまして、事務局から回答をお願いいたします。

○尾崎企画官

老健局の尾崎です。御質問の関係で11ページの黒い枠囲みを御覧ください。黒い枠囲みは法律の18条をそのまま引用してしまして、1つ目の段落が1項、2つ目の段落が2項、3つ目の段落3項、その1項2項3項とパラレルで（1）（2）（3）の立てつけとして記載しております。そして、この法律の中で、介護の提供体制の整備をどこで読むのか、を確認したところ、それは2項でした。要は下でいうと（2）で読むということになっていきます。今後、基本計画をどのように記載するのかという課題がありますが、法律上においては2項に介護の提供体制整備が含まれていることになっております。

○栗田会長

ありがとうございました。

○江澤委員

ありがとうございます。それであれば、居宅介護支援事業所とか介護支援専門員なども、こういった連携の中の基盤に含めていくべきではないかと思います。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、及川委員、どうぞ。

○及川委員

日本介護福祉士会の及川です。私から3点意見を申し上げたいと思います。まず1つ目、4番の認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護の（1）では、認知症の人の意思決定支援に関するガイドラインのリバイス、そして、リバイスした上での医療・介護の現場での活用促進を図るとあります。従前版のガイドラインについて、活用促進として研修教材の開発や映像教材の開発等の取組をされていることは承知しておりますが、さらなる活用促進策を打ち出していきたいと考えます。私ども介護福祉士会のほうでも取組を進めていきたいと考えているところでございます。

続きまして、5番、保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備のところでは、

（3）で、保健医療・福祉の専門職に対し、認知症対応力の向上のための研修の実施とリーフレットの作成、普及啓発の推進とあります。このうち認知症対応力の向上のための学びについては、認知症実践者研修のほか、介護現場での指導・育成、私たち介護福祉士などでも向き合ってきております。先ほど戸上委員からの発言内容等も踏まえながら、質の高い介護サービスや対応力の向上のための推進のためには、一定の学びのある者の施設・事業所への配置を位置づけるなどの対応が必要ではないかと考えます。

最後に、8番目の認知症予防等についてです。（2）において、早期発見・早期介入について示されていますが、日常生活の支援を行っている介護福祉士等の介護従事者との連携も重要であると考えております。2つ目の記述にその旨を追記いただきたいと思います。

○栗田会長

ありがとうございます。柴口委員、どうぞ。

○柴口委員

日本介護支援専門員協会の柴口と申します。私から意見を3点述べさせていただきます。まず1点目、6番の相談体制の整備等の（1）に以前からお話しさせていただいた居宅介

護支援事業所という文言を入れていただきまして、ありがとうございました。

これに関連して2点目です。先ほど江澤委員がおっしゃった12ページの(2)の保健医療福祉の有機的な連携の確保で、独居など認知症の人を取り巻く環境・課題があります。私どもが実践する中で、要介護1・2の方は独居の方が結構多くいらっしゃいます。私たちはしっかりサポートしておりますので、ここに居宅介護支援事業所という文言を入れていただけると、もっと早急な連携が図れるのではないかと思います。

最後に3点目ですが、参考資料1で、認知症に対する介護支援専門員の意見を挙げさせていただきましたので、後ほど見ていただけたらと思います。よろしくお願いします。御意見とお礼ということで述べさせていただきました。

○栗田会長

ありがとうございます。そろそろ前半の時間が終わりますが、最後に1人だけ、沖田委員で前半を終わらせていただきたいと思います。沖田委員、どうぞ。

○沖田委員

認知症の人とみんなのサポートセンターの沖田です。2点あります。4の認知症の人の意思決定支援及び権利利益の保護というところです。先ほど藤田委員から意思決定を支援するためのパートナーが必要という意見が出ました。現場では、ガイドラインはどのように御本人の意思決定支援をしていくかということは書かれているのですが、認知症の御本人や家族の両方が相反する意見が出たときのことはあまり書かれていないのです。

私は、家族とケアマネジャーさんやヘルパーさんたちがリスクを共有することで本人の意思を尊重できるような場面に遭遇したことがあります。みんながリスクを共有することでなし得る本人の意思決定支援があると思うのです。危険だからその選択はできないと現場で判断し、本人が在宅を希望しても在宅生活がなかなかできないという状況があると思います。パートナーや御本人の声は、相談支援をする事業所や家族よりもどうしても弱くなってきますので、チームがリスクを共有しながら、御本人の意思を尊重していくためのパートナーが必要ではないかと思います。ガイドラインについても、リスク等をどのように共有していくかという課題があります。ここはガイドラインについて詳しく話すところではないと思うのですが、リスクをどう共有していくかが大事なのではないかと思います。

2番目ですが、7の研究等の推進等について、先ほど鎌田委員から(1)予防・診断・治療、リハビリテーション、介護方法の研究の推進、の矢羽根3について、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症の投薬だけではなくて、医療体制の整備とご発言がありました。介護方法についても整備というか、社会実装に向けた研究も必要ではないかなと思います。レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症の方には、特別なケアのサポートが必要だと私は思っています。そういうケアを積み重ねていって現状に合ったものにしていくという社会実装に沿った研究も入れていただくとよい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した。それでは、ここで10分ほど休憩にしたいと思います。11時25分をめどに再開したいと思います。後半では、会場の委員に積極的に挙手をしていただき、御発言いただければと思います。よろしくお願いいたします。

(休 憩)

○栗田会長

それでは再開したいと思います。後半は、基本的施策7～12までの意見交換としますが、前半で言い残したこと、言い忘れたことがあれば、全体を振り返って御意見をいただければと思います。では、伊集院委員からお願いいたします。

○伊集院委員

皆さん、こんにちは。鹿児島県大和村の伊集院です。奄美大島からせっかく参りましたので、意見と大和村の取組を紹介させていただければと思います。このような会議に委員として参加でき、大変ありがたく思っております。大和村は離島の小さな自治体で、高齢者に関する取組はこれまでの課題でもありますが、認知症の予防に関する取組も重要ではないかと近年思っているところです。

認知症地域支援推進員の方々や地域包括支援センターがしっかり機能しないと対応できないのではないかと考えております。我々のような小さな自治体では認知症に対する支援員の方はなかなか配置できませんが、民生委員の方をお願いして、地域の困りごとを行政に声を届けていただく取組をしているところです。

全国の自治体でも職員が限られた中で、それぞれで対応するのは難しいところもあるかと思います。業務を兼務しながら、地域住民が安心して住める地域づくりに取り組まなければならないということで、このように社会情勢が変化する中で我々も苦慮しながら対応しているところです。相談窓口と申しますか、推進員の配置などにおける国からの財政支援があれば大変助かると思います。

私は第2回の本会議に出席させていただき、行き場づくりのお話をいたしました。相談窓口も含めて予防につながることも、高齢者が集まる場所ができれば、行き場づくりと申しますか、サロンのような場所が地域にできるのではないかと思います。私たちの村では、13年前から国の地域支え合い体制づくり事業を活用しながら、各集落で高齢者が高齢者を見守り、楽しめる場所として活動させていただいております。10年も経過していますが、空き家をサロンに改修するなど、いろいろな取組をしているところもございまして、行政として直接の活動はできなくとも地域の皆さんにお手伝いいただきながら、高齢者が集まる場所ができることによって、自分の住んでいる場所でこうして楽しく生きていけるのではないかとこの取組をしています。

また、離島の大和村では、住んでいる子どもさんが本土に出ていってしまい、独居の方が増えております。面倒を見る人がいなくなり、村直営の特別養護老人ホームに特別枠として入所させていただいております。その方々を集落に戻しながら、集落にいる高齢者と交流が図れる場所ができればと考え、現在、集落長屋構想という計画を村として進めています。現在、スタッフを募集しているところもございますが、それぞれの地域でできることをしていかなければならないと思っております。財政的に脆弱な自治体においては国の支援が必要なので、国の制度をうまく活用していくことも大事ではないかと思っております。

高齢者のサロンを始めて13年たった場所が、現在もボランティアの皆さんを中心に、地域の高齢者を集めたお茶飲み場所となっています。昨年、老健局の高齢者生きがい活動促進事業を活用させていただき、空き家のトイレを改修したりクーラーを設置したりして、熱中症対策も図れております。地域からのいろいろな発想の下で、高齢者がより集まる場所も整備できております。

我々も民間任せにせず、民間と行政が一体的になり、地域の方々をいかに巻き込みながら、地域でそれぞれが見守っていける体制づくりに取り組んでいるところです。参考になるか分かりませんが、どの自治体も今の制度に合ったやり方を苦慮しながら進めています。職員が一緒になって地域の見守りと申しますか、体制づくりをしていくことも大事ではないかと思っております。それによって、高齢者が集まり認知症にならずに楽しめる場所ができ、結果として認知症の予防にもつながっていくのではないかと考えています。

社会福祉協議会におけるデイサービスについても、いろいろな高齢者が楽しむ場所をつくりながら、カラオケしたり運動したり、いろいろな活動をしています。その方々に合ったサービスを提供することも大事だと考えているところです。今回の認知症施策推進基本計画に沿って、私たちも行政としてうまく活用させていただきながら、地域の高齢者が楽しく安心して暮らせる地域づくりに取り組んでいきたいと思っております。

今後とも厚労省の皆さんの御指導を賜りながら、また、各委員の皆さんのアドバイスをいただきながら取組の参考にさせていただければと思います。

○栗田会長

ありがとうございました。続きまして、藤田委員、どうぞ。

○藤田委員

今、伊集院委員のおっしゃったことに関して、です。多分、伊集院委員の地域というのは共生社会を目指していることに間違いはないと思います。ただ、ここにいらっしゃる皆さんの共通の認識として考えていただきたいのですが、予防の考え方をならない予防だけを先行すると共生社会を阻むかもしれないという恐れを感じております。

私は共生社会の実現を推進するための認知症基本法というのは、結局認知症にならないようにするではなくて、なっても大丈夫と思える日本をつくっていく。国民がそう思って

くれる、思っていけるということを目指すのが大事なのです。1次予防での認知症にならないということで、健康管理とか運動とか、いろいろなことで若いうちから予防という考えがありますが、結局は気がつかずに放置し、2次予防の早く発見するというのが、みんな抜けてしまっています。私は早期で発見できて2次予防をしていると思うのです。そして、その次の3次予防がすごく大切で、進行を緩やかにするために、内服治療も大切ですが、それ以上に大切なのが社会の中に出て、いろいろな工夫をしながら、様々な人とコミュニケーションを取っていくことが大切です。私も、このような会議の場に17年間ずっと出てきています。そういう経験、このような自分の目標に向かって経験を重ねていくことが3次予防につながっているのだと確信しております。

なので、予防という言葉を使ったときに、それら全てのことを網羅する予防のことだと分かるように使うことが必要です。しかも認知症になる原因疾患についてはすべて解明できていない現状で、ならないことに重点を置くようなことはどうかと思います。本人の生きる姿、自分らしく生きている姿、それを地域の中に出していける、それを国民がよしとするということを当たり前と認め合う、そして、苦しいところはみんなで支え合っていこう、というものをつくっていくのが今回の認知症基本法に基づいた基本計画なので、予防に関することは大切だと思いますけれども、気をつけて打ち出してほしいと思います。

先ほど6番の相談体制の整備のところ、柱の1つ、(3)として本人によるピアサポート活動を明確に立ててほしいと発言しました。もしかしたら柱の(1)が、ピアサポート活動になるとよいかもしれません。(2)の互いに支え合う交流の場の部分に、本人ミーティングとかピアサポートがあるのですが、私たちは本人ミーティング、ピアサポートは独立して(1)に入るのではないかなと思います。

皆さんの意見を聞いて、どう組み変えてくださるか分からないのですが、交流するだけではなくて、どう暮らしていったらいいかは、早く本人に会ってよかったという意見も多く聞いています。戸上さんのように元気になっていく本人さんたちもいっぱいおられますし、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターなどの体制の中でピアサポート活動を行ったり、本人ミーティングの活動も行ったりしていますので(1)のところに位置づけるのがよいかなと思います。位置づけがちょっと違うなというのと、できたら、柱としてピアサポート活動を明確にする、ということを申し上げました。

○栗田会長

ありがとうございます。では、春原委員どうぞ。

○春原委員

12の国際協力について意見を申し上げたいと思います。7年前からJICAの関係で認知症当事者としてタイとブラジルの大学、病院、行政の関係者、ヘルパーさんと交流してきました。本人の声をもとに認知症ケアを進めることで閉じこもっていた人が地域の友達のと

ころに出かけられるようになった事例もあります。今後、JICAとも基本法の理念に基づいて連携をしていくべきだと思っております。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、堀田委員、どうぞ。

○堀田委員

基本的施策の4と5、それから、さかのぼって3についてお話しした上で、総論的にコメントします。

まず、4の認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護のところですが、多くの委員が御指摘のように、基本法の基本理念第3条1項の根幹をなしているものだと思います。様々な御意見がありましたが、とりわけ藤田委員が御指摘くださった、御本人自身がこの意思決定に関わる意識とかスキルを高めるということも極めて重要だと思いますので、書き込んでいただけるとよいのではないかと思います。

次に5、保健医療福祉サービスのところです。この施策の目標には、前回、多くの議論があった「新しい認知症観」に立った上で、4の本人の意思決定に即した形で適切なサービスを、と明記する必要があると思います。前回、新しい認知症観、基本的人権の享有を今うたわねばならないのは、これまで人権が阻害されている側面があるからではないかということを書き込んでおくべきではないかとも申し上げました。とりわけ5の目標の中にも、現状がどうなのかを問いながら、先ほどの藤田委員の御指摘にも関連して、ぜひ御検討いただきたいです。

具体的な施策の中では、令和4年に精神保健福祉法が改正されて、医療保護入院した方についても地域援助事業者の紹介が義務化されています。退院支援委員会などを活用して、地域包括支援センターの職員であるとかケアマネジャーさんが本人の意思を確認するとか、今年度からは市町村の同意で、医療保護入院者で希望する方に入院者の訪問支援事業というものが法定化されていますので、これについても認知症版として検討することも考えていただくとよいのではないかなと思います。

前回も申し上げましたが、現状の認知症ケアパスでは入院あるいは入所するとその先が見えていないものも多いと思いますので、入院入所後の支援を組み込むことも検討いただきたいです。身体拘束についても既にコメントがございましたが、介護報酬・診療報酬の改定の中でも、身体拘束に関して、認知症の方に限らず廃止・防止に向けた取組みの強化がなされているところでもありますので、これはしっかりと結びつけておいたほうがよいと思います。

人材育成が3番にございます。専門職の人材育成の中で、新しい認知症観をどのように反映するのか、冒頭の戸上委員の御提出の資料の中でも、いまだ専門職の研修ではケアする側の理論がうたわれているとありましたが、とても重要な指摘だと思います。

ここで参考資料2の24ページ以降、権利侵害からの回復と意思決定支援に基づく地域社会の参加を確かなものにということで、沢山の資料を提出しておりまして、まず基本的施策4と5に関連することを幾つか拾っておきます。40ページを御確認ください。これは全国で行われた630調査であり、40～41ページはその調査結果に基づいています。いずれも公表されているものです。まず40ページ、2022年6月末時点で、認知症等があり精神病院に入院している方は7.3万人で、入院形態を見ると非自発的な入院が4.6万人ぐらい、在院期間を見ると1年以上の方が3.8万人にのぼります。41ページを見ていただきますと、前回、前田委員も関連する御発言をしてくださいましたので、町田市を例として選択していますが、御覧いただいているような形で、基礎自治体レベルで、もともと住所がその自治体の方で、認知症等をお持ちの方で、精神科病院に入っている方がどれくらいいらっしゃるのか、そのうち1年以上の方がどれくらいということは公表されています。いかに非自発的な入院や長期入院を減らしていくかという観点からも、こういった指標をKPIに加えて取組を促進していただきたいです。

世界的な動向についても先ほど繁田委員から御指摘がございました。42～43ページで、障害者の権利に関する条約、国連の障害者権利委員会から、非自発的な入院あるいは強制治療、虐待等に関して、日本政府に総括的な所見が出されています。日本のみならず国際的にもまだまだ課題が大きく、今必要だという背景としても認識しておくべきだと思います。

併せて、今回の会議で、関連する資料はまだ出てきていないと思いますが、認知症のある方の人権は、精神保健福祉法や障害者基本法の中でも守られているはずのものです。精神保健福祉法も法改正があり、関連する会議も再び開催されていると思います。関連する法についても平仄を合わせていくことも重要です。

前回、基本的施策3の認知症の人の社会参加の機会の確保に関連して資料を提出させていただくと申し上げておりました。こちらは第1回、第4回の会議で関連する発言をさせていただきましたが、改めて社会参加とはどういうことかということと、なぜ施策として社会参加に関わるものを推進していく必要があるのかということとを、基本理念第3条3、基本的施策第16条になりますが、基本計画の前文の中にも書き込んでいただきつつ、この基本的施策に織り込むことを、ぜひ御検討いただきたいです。

関連する提出資料について、全部追っていくことはいたしません、社会参加を促進する施策の必要性について、まず26ページ、社会参加は、広く認知症の方に限らず、ウェルビーイング、特に認知機能の健康とか、認知症のリスクにも関連すると言われています。

38ページ、この社会参加はウェルビーイングに寄与するだけではなくて、そこで得たつながりがソーシャルサポートを受けることを可能にし、困ったときに助け合う資源にもなるとされています。

しかし、現状では認知症になると、その前後から社会参加に深刻な影響があることが知られています。とりわけ、ひとり暮らしの場合には心理的なストレスとか孤独感、そして、

深刻な孤独を経験する可能性が高いことは抑うつや社会的孤立のリスクの増加にも関連があると言われています。

36ページで触れているように、社会的包摂とか社会的市民権といった観点からも社会参加に焦点を当てるべきです。文化的・社会的・市民としての参加の促進は、国際的にも提案されているアクションの一つでもありますので、どのような背景で、何を目的として社会参加を促進するかについて加筆頂くと、関係者の理解が深まると思っています。

他方で、世界的に、社会参加については現状では定義やコンセンサスがないともいわれています。資料の28ページ、引用文献で高齢者の社会参加に関わる先行研究における定義を内容分析した結果、「社会またはコミュニティにおける他者との交流をもたらす活動への関与・参加」と定義しうるとしています。社会参加とは何かについて、例えばこれを出発点に、これがいいか、十分かなど、ここまでの様々な議論を踏まえて検討いただいてもよいと思います。

28ページの右側、表の1にレベル1～5として社会参加が分類されています。これもこのままがいいと申し上げているわけではないのですが、今日も春原委員の御意見で、小さなことから本人に聞くということを強調してくださいました。社会の構成員として、自分の生活に関わること、レベル1の、お家にいるときから自分の生活に関わることに自分が関与する。レベル2や3、ほかの方との接点を持つ、お買い物とか散歩とか接点を持ちながら暮らす。そして、レベル4、スポーツ等を含め、ともに楽しむ活動をする。さらにレベル5や6、他者を助ける、社会貢献する。この会議でも、自らの生活に関わる地域や社会、まちづくりに関して、あるいは施策に関して認知症の御本人が経験を伝え、発言して、ともに取組む。仕事をする。こういったことを介護が必要になってからも、という議論はたくさん出ていましたが、基本的施策でも、レベル5とか6のほうばかり書かれているところもあるかなと思います。身の周りの小さなことから連続していること。そして、御本人と一緒に、参加の場や機会を見つけ、どういう機会をつくっていけるのか。提出資料の研究では、認知症のある友人の存在が社会参加に関連することも分かっており、そういった場を確保しつつ、そこにまだ行けていない、閉じこもってしまっている方々が出ていけるきっかけについても、エビデンスに従った検討や施策への反映が必要ではないかと思っています。

最後、全体を通じてということでございます。今、基本的施策の各柱にたくさんのことが並んでいますが、藤田委員の提出資料の20ページ、本質的に大事なことを各施策の目標に明記とおっしゃっていて、これはとても賛成です。施策の例は挙げておくのですが、自由にそれぞれの地域で、みんなで考え、取組むことができる。なぜそれぞれの施策が必要なのか。御発言もあった本人を主語に、何のためにという目標は共有して進めるという観点で見直す余地もあるのではないかと思います。

それから、前回の議論でありました重点目標と関連指標等については、本来、目標に向かっていくための基本的施策があって、その進捗を見る意味でKPIが存在しているわけです。

ので、指標と基本的施策の柱と重点目標の結びつきも整理していただいたほうがよいのではないかと思います。

今、委員の皆様の声に基づいてKPIを並べると、とても多くの指標が並んでしまうことになりそうです。最終的にKPIを設定するときに、考え方・規範として重要なことと、エビデンスベースで確認されていること、それから、測定可能なのかといった観点から整理するということも検討いただきたいと思います。

○栗田会長

ありがとうございました。では、岩坪委員、お願いいたします。

○岩坪委員

15ページの研究等につきまして2点申し上げたく思います。第1点は、研究における認知症の方御本人の関わりというところでございます。今回、この基本的施策の中でも認知症の御本人を中心に置いた研究推進の考え方が十分に取り入れられて記載されていると思われ、これは今後あるべき新しい認知症観にも即した研究の姿を明示している望ましいものと考えました。

関連して、(1)の矢羽根の2つ目に、研究への患者・市民への参画等を進めるとあります。このみ「患者」という文言が用いられておりますが、これは恐らくPatient and public involvementを訳して、その文字が入ったものと思います。最終的な文言の調整等は全体を見て定めていただければ良いのではないかと個人的に考えます。

第2点は、認知症とその背景にある原因疾患の関係についてです。これは御承知のとおりで、認知症というのは症状、あるいは状態像から見た定義でございまして、個々の認知症の方には原因疾患がそれぞれに存在します。ところが、関係者以外の方と議論させていただきますと、認知症というのは単一の疾患であるというように誤解される場合があります。これは実は軽度認知障害の場合にも同様によく起こる誤解で、しばしば議論や理解の混乱につながるような感じしております。

(1)の矢羽根3で、レビー小体型認知症のほか、特殊な性質を帯びた認知症に関しても研究を推進すべき、と書いていただくことは大変重要で有意義だと思います。鎌田委員、沖田委員がおっしゃったように、これらの疾患による認知症では、ケア等に関しても特別な配慮を要することが多く、的確な診断・病態理解のための研究が必要だということでもあります。こういったことを考えていて、ふと気づきましたのは、認知症の中で恐らく一番頻度が高いのはアルツハイマー病ですが、アルツハイマー病という文言が全体で1回も出てきていないように思われます。例えば矢羽根3で、アルツハイマー病自体も、レビー小体型認知症などと同様に、全てが病態・病因は未解明であるといっても過言でない病気でございますので、認知症と原因疾患の関係をどこかで分かりやすい形で書いていただくことができればと思いました。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、井上委員、よろしくお願いします。

○井上委員

今後、この施策を進めていく上で、かなり大きな課題となるのは人材確保だと思います。5ポツの提供体制にもありますが、認知症の方々に支援サービスを提供する人材をどうやって確保していくか、につきましては、例えば元気な高齢者の社会参画を促すとか、外国人の方の力を借りるとか、具体的な検討が必要になってくるのではないかなと思いました。

それに関連しますが、7ポツの研究等の推進で、介護ロボットあるいはテクノロジーの活用とあります。この点、人材確保が困難な部分をはじめ可能な限りテクノロジーを活用していくということでございまして、この開発には当事者や介護従事者の生の声が必要ですので、現場と開発の切れ目のない意思疎通が必要だと思います。また、ここに書かれていますけども、創薬も今後期待される重要な点だと思います。産学官の連携、官民連携、多様な主体の連携が必要でありますし、さらに基礎研究とか、創薬そのものに対して国の力強い御支援が不可欠になってくると考えております。

○栗田会長

ありがとうございました。宮島委員、どうぞ。

○宮島委員

愛知県知多市長の宮島でございます。資料を読ませていただき、現場を預かる人間として感じたことを述べさせていただきます。4番、5番、6番の前半部分と後半の11番です。

まず、基本的施策の4.認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護についてです。(2)認知症の人に対する情報提供の方法として、ここには記載ありませんが、認知症ケアパスが活用できるのではないかと私も思います。認知症の本人や家族が今後の見通しを確認しながら意思を決定するために、ケアパスは有効なものだと考えております。

次に、5の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についてですが、(1)の5つ目の矢羽根に難聴の早期発見・早期対応の取組を促進するとあります。このこと自体は大変重要なことと考えていますが、年齢にかかわらず健康診断の項目に認知機能の検査があると、早期に本人の気づきを得ることができるのではないかなと思いました。

(3)人材の確保、養成、資質向上についてですが、地方の人材不足は深刻なものがございまして、計画に載せただけということにならないよう、しっかりと取り組んでいかななくてはならないと思っており、もう少し具体的な記述があるとありがたいなと思いました。

6番の相談体制の整備等についてですが、地域によっては人材やサービスが不足することが考えられます。私どもにおきましても、認知症地域支援推進員は他の業務と兼務の配

置になっているのが現状です。その役割を十分に果たすためには課題がたくさん残っているところでは。

11番の地方公共団体に対する支援ですが、認知症の人の意思を尊重することに伴い、社会生活における事故リスクについて、あらかじめ想定する必要があります。最近では、かなりの地方公共団体で認知症の人の事故を補償する民間保険への加入支援などの取組がございすけれども、不幸にも事故が生じた場合、本人や御家族に大きな負担が生じることのないよう、国としても積極的に支援していただければと考えております。

施策を推進するために、国・地方公共団体、関係者が連携して共生社会の実現を確実に進めていく必要がありますが、人員や予算の不足が課題となっている中で、計画の策定や施策の推進における国の御支援は大変重要なものだと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

知多市では地域包括支援センターと協力して、市内6か所、明後日にもう1か所、7か所目がオープンしますが、認知症カフェも開設しております。御家族や介護者の参加をいただいているのですが、御本人の参加がなかなかないのが現状でございます。本人の意向を踏まえた施策展開を図るためには、認知症の本人が安心して参加し、発言できる雰囲気づくりが必要と考えます。認知症の人が尊厳を保ちつつ、生きがいや希望を持って暮らすことができる社会を目指し、施策の展開を私どもは図ってまいりたいと存じます。

○栗田会長

ありがとうございます。12時になりましたけれども、松本委員、どうぞ。

○松本委員

日本商工会議所の松本でございます。手短に1点だけ申し上げます。14ページの相談体制の整備の（２）でございますが、中小企業に対する職場環境の整備支援で、具体的に中小企業という文言を明記いただき、大変ありがたいと思っております。ご案内のとおり、日本全体の雇用の7割は中小企業が占めておりますので、中小企業の職域における支援体制の整備は非常に重要だと存じます。

また、先ほど別の委員の方からのご指摘もありましたが、若年性認知症の雇用継続を促進など社会参画の具体的な実現のためには、雇用する事業主の視点に立った施策の充実と、その普及が必要となるかと思っておりますので、ご高配よろしくお願いいたします。

○栗田会長

ありがとうございます。それでは、オンラインで、鎌田委員と前田委員と江澤委員が手を挙げております。手短に御発言いただければと思います。鎌田委員からどうぞ。

○鎌田委員

先ほど藤田委員も言われましたが、認知症の予防のところです。法律の中では認知症の予防等になっていますが、一つは施策の目標に予防の概念、大綱の中に書かれているような概念、それから、藤田さんがおっしゃった、なっても大丈夫と思っていける、希望を持って暮らしている認知症の人たちのことを書いていただく。それから、WHOではリスクの低減と書いていますので、そういう文言も入れていただきたいです。

3次予防の進行予防では、診断を受けてから5年、10年、藤田委員もそうですけれども、十数年自立した生活を送られている方々もいらっしゃいます。そういう方々がどうしてそのようなになっておられたかという研究も進めていただければと思っております。

6番の相談体制の整備ですが、(2)の矢羽根の2つ目、認知症の人、または家族等が互いに支え合うために、で家族のことが書かれています。本人と家族は互いに支え合いながら、の関係ですので、ここにはもう一つ矢羽根をつけていただいて、家族支援という項目を入れていただきたいです。参考資料2の1ページから、当会が家族支援について書いた文章もつけておりますので参考にさせていただき、入れていただくことを希望いたします。

○栗田会長

前田委員、どうぞ。

○前田委員

私からは3点、手短にお伝えいたします。まず、6の相談体制の整備等におきまして、先ほど藤田委員がおっしゃいました(1)と(2)の順番については、認知症のある方は24時間全てにおいて支援が必要ということではなく、スポットで支援が必要な場合があるということを前提とするならば、(6)の本人ミーティング、ピアサポート、ないしは認知症カフェといった部分、これを(1)に移すほうがよいかなと思いました。(1)がこの資料のままであると、既に認知症と診断された方は何かしらのサポートが必要な方というような見方をされてしまうであろうといった危機感を覚えたからです。

もう一つ、先ほど堀田委員の医療保護入院に関して、これは本人の意思決定を尊重、人権という部分においても退院支援まで考えての医療保護入院というような前提をつくるべきだと思います。実際に、具体的にはBLGのメンバーなどは、特に自傷・他傷の危険性がないにもかかわらず身体拘束が行われ、投薬され、本人の意思とは裏腹に胃ろうという、強制的に食事を胃に直接流し込むというような措置がされました。その結果、どうなったかというと、歩いていた方であったのですけれども、寝たきりというような状態がつけられてしまったというようなことがあります。

数字が先ほど堀田委員からも出されましたけれども、少なからず、町田市だけではなく、ほかの市区町村、全国で同様なことが起きているということがいえるかと思います。ですので、医療保護入院に関しては退院支援まで明記する必要があるのではないかと思います。

最後、鎌田委員からの御家族のところでは、画面に共有いただいておりますが、16のまちだアイ・ステートメントを前回の会議で触れさせていただきました。本人とともに、家族とともに、または支援者、まちの人、市民の全ての人たちが参加して、このステートメントをつくったというのが議事録にも記載されています。

ここの6番、介護者はその役割が尊重され、介護者のための適切な支援を受けている、本人から見た家族、本人から見た介護者という、家族のことも含めたアイ・ステートメントということになっています。あくまでも主語は「私」ではあるのですが、家族も含めて、私はこういったものを持っているということが、こちらに記載されています。前回の会議でも触れさせていただきましたが、KPIを策定する際には、このような視点も入れていただくとうれしいと思います。

○栗田会長

ありがとうございました。江澤委員、どうぞ。

○江澤委員

1点だけ申し上げます。資料17ページの8番の（1）の最初の矢羽根につきまして、従前から通いの場や認知症カフェに専門職が関与して質を向上することが推奨されています。最近では医療機関や介護事業所において、認知症カフェなどの通いの場を開催することも徐々に増えてきておりますので、これらを推進することも有用ではないかと考えます。

○栗田会長

ありがとうございます。皆様、活発な御意見をありがとうございました。事務局におかれましては、前回と今回の委員からの意見を踏まえて、素案を基本計画案としてまとめていただき、次回お示しください。事務局より、次回会合等について御案内ください。

○日野参事官

次回の日程につきましては調整の上、お知らせいたします。本会議後、この会議に提出した案でパブリックコメントをかけさせていただきます。これまでのこの会議における皆様方の御議論と、パブリックコメントにおける御意見等を踏まえて、次回の会議に計画案としてお示ししたいと思います。以上でございます。

○栗田会長

ありがとうございました。それでは、これをもちまして第5回「認知症施策推進関係者会議」を終了いたします。本日はありがとうございました。