

委員提出資料 2

(第 5 回関係者会議提出分)

1. 鎌田委員提出資料 1 ページ
2. 春原委員提出資料 10 ページ
3. 戸上委員提出資料 11 ページ
4. 成本委員提出資料 14 ページ
5. 藤田委員提出資料 16 ページ
6. 堀田委員提出資料 24 ページ

「認知症施策推進基本計画」策定に向けた提案（第5回認知症施策推進関係者会議）

公益社団法人認知症の人と家族の会
代表理事 鎌田 松代

「認知症の人を介護する家族等への支援について」

（認知症の人を介護する家族等への支援についてかかわる提言作成のためのすすめ方より）

- 1 「認知症の人を介護する家族等への支援にかかわる提言」（以下、「家族支援提言」という）**目的**
 - (1) 認知症の人を介護する家族にとって、介護のある暮らしをより良くし、その人らしく生きるための道しるべとする。
 - (2) 認知症の人と生活する家族の姿、そして家族の思いや暮らしの全体像を社会に、とりわけ、ケアマネジャーをはじめとする介護従事者、医療従事者、行政福祉関係従事者等の理解を促進する。
 - (3) 認知症に関わる施策を、より認知症の人と家族の意向や状況に配慮したものにするための活用を促す。

2 「家族支援提言」の構成

認知症の人を介護する家族への支援とは

病気の特性は認知機能の低下です。そして多くは徐々に進行し、今までには見られなかった側面や、思いやり、配慮が少なくなったり、これまでできていたことができずに混乱する姿に家族は時に、切なく、むなしく、悔しく、かわいそうと思い、守らなくてはとの感情を抱きます。同時に、これからどうなっていくのだろうかとの不安が大きくよぎります。

さらに、病気の進行により家族は自分の時間が制限され、ゆとりもなくなり追い詰められてきます。認知症の人の意思の表出が難しい場合などには、本人に代わって家族が意思決定を迫られる場面も出てくる等、結果的に認知症の人、家族、それぞれが歩んできた人生を大きく変えなくてはならないことにもなります。

認知症の人、家族それぞれの生き方が尊重され、認知症と向きあい生きることができするための施策も含め支援体制が必要です。

【指針 1】 介護者に情報を提供し、相談の機会を設ける

1) 支援者や相談窓口につながるまでの二つの空白期間の問題

認知症の人もしくは家族が異変を感じてから受診に至るまでの期間について、2013 年「認知症の人と家族の会」の調査では平均 9.5 か月、2018 年認知症介護研究・研修仙台センターによる調査では平均 13 か月という結果があります。また、診断から福祉サービスにつながるまでの期間について、同センターの調査によれば平均 17 か月という結果でした。異変を感じてから受診するまでの第一の空白期間、その後、福祉サービスにつながるまでの第二の空白期間を通算すると、平均 2 年半（認知症介護研究・研修仙台センター）もの長期間であり、その後の認知症の人と家族の暮らしへ大きな影響を及ぼしています。

2) 介護家族のストレスを受け止める（介護放棄などの虐待防止）

「ゆとり」を持っていないなど、様々な原因で疲弊した介護家族による要介護者への虐待案件は無くなりません。2022 年度の厚労省の調査によると、在宅での虐待件数は、通報数、38,291 件内虐待認定数 16,669 件となっています。報告書には、虐待の発生要因として、被虐待者（要介護者）の「認知症の症状」が 9,430 件（56.6%）、虐待者（介護家族）の「介護疲れ・介護ストレス」が 9,038 件（54.2%）、「理解力の不足や低下」が 7,983 件（47.9%）、「知識や情報の不足」が 7,949 件（47.7%）とあります。

他方「認知症の人と家族の会」2021 年度調査では、認知症の人につらく当たってしまうという介護者が、「たまにある」を含めて 74%いました。また、つらく当たってしまうという人の中で、「やさしくできない自分に嫌悪感を抱く」という人が 94%いました。それぞれの調査結果を比較すると認知症＝虐待とは言い切れない介護家族の複雑な心模様が読み取れます

認知症の人と家族には、利用可能なサービスに関する分かり易い情報を早期に入手することが必要です。これは、行政並びにケアマネジャーをはじめとする介護、医療者等から提供されなければなりません。一人ひとりにあった情報を必要な時期に届け、情報は、絶えず更新されなければなりません。一連の情報は、全ての地域サービスに関して包括的に用意され、多様な伝達手段を用意して利用しやすいようにしなければなりません。

【指針 2】 介護者を尊重する。介護者の人権を保障する。

(1) 社会生活からの離脱

介護のある暮らしは、それまでの生活を一変させる事態です。介護者が自分の時間を持ちにくくなることは、生活リズムだけでなく、社会つまり他の人との関わりが希薄になります。また、趣味など文化的な活動を通じてその人らしい生き方を実現することも難しくなります。介護離職を選択した人にとっては、介護中はもちろ

ん介護を終えた後の将来設計への不安は計り知れません。介護家族の孤立や孤立感、認知症の人の安穩にも負の影響をもたらします。

(2) 介護状況の多様化

1) 老々介護

2019 年の国民生活調査（厚労省）によると、要介護者と介護者の組み合わせで「75 歳以上同士」が 33.1%です。一方、認知症要介護者と介護者の組み合わせでは「認知症の人と家族の会」の 2019 年度調査において「75 歳以上同士」が 17%と報告しています。

2) 複数介護・ダブルケア

認知症の人以外にも何らかの介護を必要とする人が他にもいる介護家族が、「2019 調査」によると 11%あります。また、育児と介護を担うダブルケアも増えています。

3) 介護者自身の疾患

「2019 調査」によると、介護家族で治療中の病気を持つ人は 72%で、1 疾患 42%、2 疾患 19%、3 疾患以上 11%となっています。「老々介護」の状況と重ね合わせると、その厳しさが伝わってきます。

4) 子ども・若者介護者

小・中・高の学齢の子どもたち、また「若者」とされる人たちが、自分の時間を費やして家族を介護する状況が顕在化してきました。2021 年度の厚労省調査（中高生対象）では、中学生 5.7%、全日高校生 4.1%、定時制高校生 8.5%、通信制高校生 11%でした。通信制高校生の学校選択理由には「家族の世話や介護」も挙げられています

(3) 認知症の人を介護する家族等を支援する社会的なサービスの遅れ

1) 心身への負担

家族自身が持つ場合もある認知症への偏見や知識不足からくる拒否感や先行き不安、介護行為による身体の疲労、親族を含めた周囲の無理解などから、介護家族の多くが、心の不調と身体の疲れで、ゆとりを持てない状況です。「家族の会」の 2019 年度調査（「2019 調査」）では、「生活への影響」で「気が休まらない」とした人が 52%でした。

2) 認知症の人を介護する家族自身の時間

誰にも邪魔されない介護者の時間と場所が確保できない事が、自分の人生を追求できない状況を作り出しています。「2019 年調査」では「生活への影響」の中で、「自分の時間が持てない」とした人が 39%でした。

認知症の人を介護する家族等は自らの権利を持つ個人として尊重され、支援されなければなりません。そのためには、家族等の言うことを偏見や予見なしに受け止め、個々のニーズを理解することを通して家族等が抱える困難をアセスメント（分析・評価）し、認知症の人のケアプランに連動する支援計画（介護者のケアプラン）に反映させていくことが重要です。

【指針 3】 介護者を支援援助する

1) 認知症の人を介護する家族の就労継続

現在の介護保険サービスだけでは、当たり前の勤労生活を送る事、これまで通りの自営業を営む事が困難な状況の家族がいます。退職や廃業まで至らなくとも経済的な負の影響は大きく、心身の負担にもつながります。「2019 年調査」では、65 歳未満の家族（53%）の内、就労者は 67%で、そのうち介護と仕事の両立に悩んだ人は 43%と報告しています。

2) 認知症の人の介護による経済的な諸問題

- ・ 介護離職、介護転職、介護休職などによる収入減の不安定な状況。
- ・ 介護サービス利用の費用にとどまらない、おむつ代等の金銭的負担増。「2019 調査」では、認知症の人のお金だけで賄えている家族は 46%でした。
- ・ 持病のある認知症の人が多い中での、通院同行などの諸経費。
- ・ 遠距離介護による交通費や他の諸経費負担。
- ・ 財産保護上の心身の負担（例えば成年後見制度利用など）

介護者にやさしい就労環境を通して介護者の経済状態の改善を図ると共に、これを通して介護者の職業生活の未来が介護役割の故に閉ざされることのないよう保証することが重要です。

【指針 4】 支援付き意思決定

認知症の人は認知機能の低下に伴い、次第に意思を伝える事が難しくなっていきます。言葉によるコミュニケーションを基本に意思を確認しながら介護してきた家族にとって、認知症の人の意思の確認に加え意思の尊重については、かなり大きな困難となる他、次第に意思を伝える事が難しくなり、時として揺らぐことのある中、どの時点の意思を真と捉えるかの難しい判断にも迷い悩みます。

更に家族は意思を確認できないまま、法的根拠が乏しいとされる同意代行や代諾を介護サービスにおけるプランや医療現場での治療選択に関して求められ、その判断に困惑し苦しむのです。

認知症の人の意思確認や意思決定には、関係する様々な人たちの支援が必要とな

ります。その中で一番身近な存在である家族の多くは、その支援方法の理解や情報に乏しい場合が少なくなく、医療、介護、福祉従事者による家族へ寄り添った丁寧な協力による支援付意思決定を実現するためにも、認知症の人の意思決定に関する支援とともに、その家族への適宜適切な支援が望まれます。

「男性介護者の支援について」

認知症の人が基本的人権を尊重され尊厳と希望を持ち暮らすことが明文化された「共生社会の実現を推進する認知症基本法」の理念が具体化することが期待される。国に続いてすべての地方自治体が計画を策定して基本的施策を着実に実行し、認知症について国民が自分事として理解でき、認知症の人と家族の人権が護られ自分らしく暮らすことができる社会の実現に近づくことを期待する。

法の基本的施策において、認知症の人の家族の視点による施策が家族介護者の「相談」だけに対応する内容ではなく、孤立予防や介護離職解消など他の施策においても以下の内容が必要と考えます。

1. 男性介護者の介護生活の支援策の拡充

男性介護者が働きながら介護ができるための支援策について、職場の理解を進める方策や給付金を伴う介護休暇制度の拡充などが必要である。

2. 男性介護者のつどう場への支援

男性介護者が、日頃の気持ちをわかちあい支えあう介護者のつどいや認知症カフェをよりきめ細かく多様な対象者ごとに開催できるよう支援する施策が必要である。

3. ソーシャルワーカーによる男性介護者の支援

ソーシャルワーカーによる伴走的な支援を認知症の人を身近で支える男性介護者に必ずつなぐような制度が必要である。

4. 認知症の人と関わる機会づくり

多くの国民（児童や企業の人々も含めて）が認知症の人と接する機会を持ち、雇用への理解も拡大する取り組みが必要である。

「若年性認知症の人への支援について」

1. 認知症基本法の基本理念、基本計画の中で、就労や社会参加を中心にした文言にのみ若年性認知症があるのではなく、基本法の基本理念、基本計画にあまねく、若年性認知症も含まれることがわかる文言にしてほしい。5年後の改定までの間、「認知症には若年性認知症を含む」と付け加えてもらいたい。また、若年性認知症のケアについては高齢発症の認知症当事者とは異なる面（活動的で、個人主義）があるので、その点を広く国民にも理解してもらいたい。さらに、若年性認知症に対する適切なケアや支援の提供、新しいケア方策の開発にも、国、都道府県、市町村をあげて取り組んでほしい。
2. 都道府県、市区町村が国の基本計画を進めていく上で、現時点での地域の現状を見ていくと、行政において温度差があるように思える。介護保険法と同様に、この温度差を縮めて生活地域によって不利益が受けないように、先進事例の速やかな情報公開等をしつつ進めて行ってほしい。
3. 若年性認知症者の就労支援を考えた場合、若年性認知症当事者が相談に来るタイミングが、認知症が進行してからの場合がある。その結果、本人の意思確認が不明瞭になり、家族の意向が前面に出てくることになる。しかし、本来は本人の意思を確認しつつ、支援していくことが求められる。若年性認知症支援の中核は若年性認知症支援コーディネーターであるが、都道府県で配置人数も違えば、対応スキルも異なる。個人としての活動が中心であり、地域包括支援センターのように組織で動くことがないため消耗することもある。若年性認知症支援コーディネーターの配置人数を増員する、もしくは認知症疾患センターなどの組織の一員にして活動させることも必要であろう（群馬県や新潟県で実施）。さらに日常生活面では生活支援コーディネーター、就労面では就労支援コーディネーターや両立支援コーディネーターなど関連する専門職と連携し、多視点で支援していく仕組みが望まれる。
4. 若年性認知症当事者の居場所を考えたとき、認知症カフェが広がっているが、居場所＝認知症カフェとなっている印象があり、他の居場所が無い。図書館、デパートやショッピングモールなどの商業施設、庁舎などの施設、公園など、もっと多様な形での居場所の受け皿と広がり求めたい。あわせて、その場所に行き、社会参加や社会活動（ボランティア含む）をするためには、当事者の移動支援が重要である。移動支援の要件の拡大について、国土交通省と厚生労働省間で検討してほしい。
5. 若年性認知症ケアにおいては、就労や社会参加などのためには障害福祉サービスの利用も必要であるが、現状は介護保険サービスを優先されている。介護保険にサービスがある場合でも、障害福祉サービスを利用できることを周知してほしい（同じサービスは、片方だけの利用で両者は利用できない）。
6. 障害者手帳は障害別の手帳になっているが、3種類の障害者手帳を共通化させ、より活用できる手帳にすることで、行政の縦割りを廃止し柔軟なサービス提供をしてほしい。来年度から始まるJRの精神障害者割引も1種、2種区別せず一律の制度適用にしてほしい。

7. 認知症ケア施策の支援に特化した行政の担当課を作ること、縦割り行政の弊害を解消し、ワンストップサービスをしてほしい。
8. 現在の若年性認知症施策は、自分から発信できる当事者などの意見を尊重してほしいが、併せて、発信できない当事者や認知症が進行して重度化した当事者もいることに配慮し、意思決定支援を含めて中期から終末期の支援内容についても検討してほしい。
9. 現行の成年後見制度は、利用にあたり毎月高額な費用が発生する。また、制度を使用する際に本人の証明写真が必要になるものの、認知症が重度化していくと写真を撮ることも大変になる。認知症の本人や家族が利用しやすいように、現行の制度設計を見直してほしい。
10. 若年性認知症を含めて認知症の診断後の初期対応が不十分である。診断を行う医療機関や治療・ケアを行う関連機関、当事者の勤務する企業等、そして地域の福祉資源がシームレスにつながるように、若年性認知症支援コーディネーターを中心とした継続的な支援体制の制度化をしてほしい。
11. 傷病手当を受給している場合、就労支援サービスの「就労継続支援 B 型」は利用可能であるも、「就労継続支援 A 型」の利用が出来ない現状にある。また、このことを十分に理解していない関係機関の担当者が多いため、利用自体に時間を要してしまう場合がある。現行の制度の周知と理解の促進とともに、制度自体の見直しが必要である。また、65 歳になると就労支援 B 型の利用が終了になる。サービスが切れてからでないと次のサービスを活用できないと、前のサービスを利用してから次のサービスを利用するまでの間に空白期間ができる。この空白ができないような制度設計をしてほしい。
12. 介護家族の介護現状に焦点を当てた施策も必要である。24 時間休みなく介護している家族の現状を、行政はどれだけ大変なことと捉えているのか、理解しているのか疑問である。もともとの介護保険の理念は、家族が介護の中心になるのではなく、社会で介護する、家族はその社会資源の一部として関与するということであったはずである。しかし制度の施行後年月を経ると、家族への負担が逆に増加する施策が提示されるなど、介護保険制度の理念を無視、逆行する流れになっている。今一度、認知症基本法を踏まえつつ、介護保険制度の制度設計を見直すべきである。
13. 居場所や本人の働きたい意欲を支える場はまだまだ足りない。そこには、提供する側の認知症の理解が不足しているという問題があろう。認知症の正しい理解、認知症当事者の正しい理解をさらに促進する必要がある。このような現状を見ると、実施から 10 数年になる認知症サポーター養成講座の効果には疑問がある。この講座の成果について評価も行いながら、新しい知識促進、理解促進のための戦略が必要だと思う。また、養成講座は求めるところだけに提供するのではなく、社会的に必要なと考えられるところ、具体的には医療や介護の関係者などの啓発に向かうべきである。医療介護関係者の中にも認知症の理解が不十分である現状があるが、最も理解がされるべき組織といえる。

「レビー小体型認知症の人への支援について」

すべての認知症の人と介護家族が頼れる地域社会と国の政策の中で、信頼と安心を持ち、生きることを楽しみながら暮らせる未来の実現に向けての基本計画となることを望みます。基本計画の策定では、レビー小体型認知症に関して以下の点を提起します。

- 1 **全体的な方針**：レビー小体型認知症の人と介護家族のニーズに焦点を当て、社会の一員として尊重され、支援される環境の整備。
- 2 **早期発見と介入**：「なかなか診断が難しい」と言われているレビー小体型認知症。地域・自治体などからも専門医の紹介を可能にし、早期発見、介入することで治療や病状の進行を遅らせる可能性があるため、啓発活動やスクリーニングの推進。
- 3 **専門職の育成**：専門医とサポートする専門職のレビー小体型認知症に関する知識向上。
- 4 **社会的認識**：レビー小体型認知症の病態への知識とその人への理解を深めるための教育を進め、その上で安心して生活できる環境の整備。
- 5 **サービスやサポート**：適切なタイミングで提供され、レビー小体型認知症の人と介護家族の生活の質の向上。

認知症施策推進基本計画の基本的施策の方向性(案)について(意見)

認知症本人大使「希望大使」 春 原 治 子

第5回資料を拝見し、認知症施策推進基本計画の策定にあたって、以下のとおり意見を申し上げます。

○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

如何なる場においても認知症の人本人の意思の尊重が当たり前

物忘れがはじまると、日々の生活の中で本人に聞くことをしないで、物事が進んでしまいがちです。私達は自信が無くなり、それを止めることが難しいです。

家族をはじめ医療、介護事業所だけでなく、地域の皆さんにも日常の生活の小さなことから本人がどうしたいかを聞いてもらえたら安心です。そして、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、最後まで本人に聞くという姿勢をもち続けて頂きたいと思います。

情報提供・啓発はわかりやすく

認知症になってから、いろいろな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様々な事案をもとにした予防施策を立案して頂きたいと思います。認知症の人だけでなく、すべての高齢者にとってわかりやすいものになるようお願いします。

○保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制について

早期発見、早期対応には地元との連携を

地元のサロン活動をおこなっていますが、そこでは、日常の会話で周囲が「認知症かな」と気づくことが多々あります。最近ではデマンド交通の予約日や行先を間違えたりして、担当者が気づくこともあります。受診をすすめたり、地域包括支援センターに様子を連絡したり、家族の悩みを聞いてあげたりしています。また、孤立しないように声をかけたり、見守りをしてきました。

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要であるとされています。

何か起きてからではなく、私どものような地元と日頃から連携して、実情を知ったうえで、一人ひとりに寄り添った活動が出来ますよう、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。

私は、「(認知症施策推進)基本計画が(認知症施策推進)大綱と変わらない」「(認知症施策推進)基本計画が抽象的でよくわからない」というものになり、各都道府県や市町村がどの様に認知症施策推進基本計画を実現していけば良いのか分からなくなるのではないかという心配をしている次第です。

それは既存のものに従来の機能を期待しているからではないでしょうか？

認知症施策推進大綱が出来てから本人発信の機会は増えましたが、認知症介護実践者・リーダー研修、各ケアマネ研修、認知症対応力向上研修、地域で開催される認知症の研修や学会等どれをとっても、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現状があります。

認知症当事者にどのような気持ちの変化があり、その方の望みがどのような形で叶っていったかの考察がそこにはありません。

そこに認知症当事者が不在なのです。

それではなぜ認知症当事者が不在になるのでしょうか？

本来専門職は「本人がどう思い」を確認し「何をしたいのか？」を実現するということを実践しなければなりません、そのケアに携わる専門職が、「したい事」の実現や「本人の希望」の叶え方をどの様に実現すればよいのか？分からないからであると私は推測します。

「どのような支援が行われているか」は手段であり、その手段にばかりに目が行って、本人置き去り状態になっている現状を変えるには、研修内容の抜本的見直しが必須であると私は考えます。

専門職が、本人の声をどの様にケアプランに位置付け、ケア現場でどのように活かすかを知らないが故に、ケア提供側の活躍のみの発表や、本人の気持ちを推し量る事のないスキル取得の研修になってしまっています。

従来のケアする側、ケアを受ける側からの脱却を図る研修に変えていく必要があるのではないのでしょうか？

また各地域で行わるそれぞれの研修内容に、(質の)差も生じていると参加者や受講者からよく耳にします。

専門職が大切な時間（認知症当事者を含む利用者と接する時間）を割いて参加している研修の内容が、良質なものであるかどうかを確認する仕組み（確認する人の評価軸の検討も踏まえて）も構築していかなくはないと思う次第です。

○基本的施策（素案）に関して

4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、ガイドラインに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事に賛成します。

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は、「もしもこの方が相手に思いを伝えられたら何と言うだろう？」という「限りなく確信に近い仮説」を立てられるようなものになっている事を望みます。

「藤田さんや春原さんや戸上さんは、軽度だから話せる」だから私たちの希望が達成されやすいという考えではなく、重度の「自らの思いを相手に伝えられない人」であっても同じように「この人がもしも相手に思いを伝えられたら、なんて言うだろう？」と考えることで、軽度の方、重度の方に関わらず、その人の希望が叶えられるようになる事でしよう。

6の「相談体制の整備等」に関して、私達認知症ピアサポーターはたくさんの（嘗ての私がそうだったように）家で引き籠っていた認知症の方や、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。

私戸上守も、今まで136人の認知症当事者の相談に乗ってきました。

当事者同士だから分かり合えるこの取り組みを、相談体制の中の一つに位置付けることで、今後もたくさんの認知症当事者の方の生活が前向きになっていく事と察します。

写真上は 2017 年 4 月の私

写真下は 2024 年 4 月の私



京都府 認知症の人の意思決定支援研修

一般社団法人日本意思決定支援推進機構

理事長 成本 迅

背景と目的

京都式オレンジプランの本人・家族評価において、認知症の人の思いの尊重や自己決定に対する評価が低いという結果になった。このため、認知症に人の生活に関わる全ての関係者が、幅広い場面で本人の能力に応じた説明ができることが必要である。そこで、関係者向けの研修を実施し、認知症の人の意思決定支援に関する社会環境の整備を目指す。

対象者

認知症の人の生活に関わる全ての関係者（医療・福祉・介護、法律、金融、地域の企業や小売店など）

実施主体

京都府主催であり、一般社団法人日本意思決定支援推進機構が京都府より委託を受け、企画やカリキュラム作成、会場手配、研修運営等を担当。

実施場所

京都府下（北部地域・南部地域、京都市内）、及びオンライン（Zoom）

実施回数

年4回（8月～翌年2月の間で約2ヵ月に1回間隔で実施）

研修実績（※2024年度は予定）

年度	対象	開催形式
2018	医療・福祉関係者	医療同意における意思決定能力評価の現状、本人への説明方法や工夫
	成年後見制度関係者	成年後見制度の現状と課題（高齢者の自律的な生活）、貢献業務における意思決定能力の評価
	金融機関関係者	認知症の理解と高齢化の現状、認知症顧客対応の法的理解と個人情報利用
	金融機関関係者	
2019	医療・福祉関係者	医療同意に伴う意思決定能力の確認と本人への説明方法
	成年後見制度関係者	成年後見制度利用場面での意思決定支援
	集合住宅関係者（管理組合、自治会、UR等）	集合住宅における認知症高齢者の対応方法と意思決定支援
	多職種（金融機関関係者、医療福祉関係者）	認知症の人に分かりやすい説明方法、意思決定支援方法

2020	医療福祉関係者	認知症高齢者の意思確認と家族支援
	成年後見制度関係者	認知症高齢者の意思確認と家族支援
	医療福祉関係者	医療同意場面における意思決定支援
	多職種	地域連携における法律的側面と連携先
2021	全職種	認知症の基礎知識、事例で考える不安への寄り添い方
		家族支援の基礎知識、支援者としての態度
		成年後見制度の基礎知識、事例で考える成年後見制度の活用と意思決定支援のタイミング
		消費契約の基礎知識、事例で考える消費活動と意思決定支援のタイミング
2022	全職種	認知機能と意思決定の関連、支援者としての態度
	医療・福祉関係者	意思決定支援の実践、様々な場面での対応方法
	医療・福祉関係者	意思決定支援と心理学、多職種のカンファレンスの重要性と意義
	全職種	意思決定支援と各種制度利用の関係、意思決定における困りごと
2023	全職種	意思決定支援概論、支援者の姿勢
		施設入所等の意思決定支援、医療行為における意思決定支援
		書類作成時（後見・遺言）の意思決定支援、気づきのポイント
		企業に期待する意思決定支援、コミュニケーションのポイント
2024 ※予定	全職種	意思決定支援の基礎、意思とは何か（心理学の視点）
		医療・福祉・介護における意思決定支援
		法律場面における意思決定支援
		消費活動における意思決定支援

以上

「認知症施策推進基本計画」策定にむけた提案

「Ⅲ 基本的施策」及び「Ⅳ 重点目標等」、「Ⅴ 推進体制等」について

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ

代表理事 藤田 和子

JDWG 等の本人たちや、これまで出会ったたくさんの自治体担当者・関係者・住民の声をもとに以下の提案をさせていただきます。

A. 特に提案したい点

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ほしい。

そのために肝心な点として、以下の☆1～☆4 を、国の推進基本計画に盛り込んでいただきたい。

基本法、そして国の推進基本計画への関心が高まりつつあります。認知症があってもなくても、ともに暮らしやすい社会をいっしょにつくっていきこうという動きが活発になっている地域もみられます。一方、やることが山積みで、やらされ感や負担感を抱いている行政担当者等が多くおられ、せつかく国が計画を示しても、目的や理念がカタチだけにされ、施策のメニューや指標をこなすことになってしまう自治体や関係者も多いのでは、という懸念の声が寄せられています。

☆1 行政担当者が、認知症の本人に出会い、声を聴いて話しあう体験を重ねながら、新しい認知症観の実感的理解を深め、自分事として考えながら施策を進めてほしいです。

1)「基本的施策 1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等」(基本的施策素案 p3)について、まずは都道府県・市町村の担当者がリアルな理解を深めることが肝心だと思います。

「行政担当者等が、地域で暮らす本人と出会い話しあう体験を重ねながら、新しい認知症観の実感的理解を深める」といった内容を加える必要があると思います。

*ここをしっかりとやることで、前向きに、着実に取り組んでおられる担当者が全国各地におられ、この内容を全国どの自治体でも大事にしてほしいと思います。

2)以上に関連して、「重点目標1 国民一人ひとりの認知症や認知症の人への理解が進んでいること」(基本計画素案 p12)の指標に、以下が入ると各自治体の施策が進むと思います。

■プロセス指標

・都道府県、市町村の行政担当者が、認知症の本人のいるところに出向いて、本人と出会い、話しあいをしている都道府県の数、市町村の数

■アウトプット指標

・行政担当者が新しい認知症観の実感的理解を深めている都道府県の数、市町村の数

■アウトカム指標

・行政担当者自身が、『自分が暮らすまちで自分が認知症になっても大丈夫だ』と思っている都道府県の数、市町村の数

☆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等とともに、その地域ならではの課題と計画を考えながら、改善を続けていくプロセスをたどっていくようにすることが大切だと思います。そのことを国として推進する内容を計画に盛り込むことが重要だと強く感じます。

1) 「基本的施策2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の増進」(基本的施策素案 p5)に、「都道府県・市町村の地域特性に応じたバリアフリー化の推進」を加えるといいのではと思います。

(内容としては、「都道府県・市町村において、地域で暮らす本人の声を聴きながら、本人が望む暮らしの実現を阻む優先度の高いバリアを本人や多様な関係者とともに明確にして、バリアフリーを地域にあるものを活かして進めることを推進する」など)

2) 同様に、「基本的施策3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等」(基本的施策素案 p8)に関しても、「都道府県・市町村の地域特性に応じたバリアフリー化の推進」を加えるとよいと思います。

(内容としては、「行政担当者や関係者が、地域で暮らす本人の声を聴きながら、本人が望む社会参加の機会や場を、地域にあるものを活かしながらともに拡充していくことを推進する」など)

3) 以上に関連して、「重点目標3 認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができること」(基本計画素案 p13)の指標に以下が入ると、各自治体での取組の喚起や、実質的な評価につながっていくと思います。

■プロセス指標

- ・地域で暮らす本人の声を聴きながら、本人が望む暮らしの実現を阻む優先度の高いバリアを本人や多様な関係者とともに明確にしている都道府県の数、市町村の数
- ・本人がどのような社会参加の機会や場を求めているか、地域で暮らす本人の声を聴きながら、具体的に明らかにしている都道府県・市町村の数

■アウトプット指標

- ・本人が望む暮らしの実現を阻む優先度の高いバリアを本人や多様な関係者とともに解消している(実際にバリアフリー解消を図っている)都道府県・市町村の数
- ・本人が望む社会参加の機会や場を、本人及び地域の多様な人たちとともに創りだしている都道府県の数、市町村の数

■アウトカム指標 ※本人・家族等とひとくくりにして評価しないほしい。

- ・市町村において、他の人と支え合いながら地域で安心して暮らすことができると実感できている本人の数(調査できた中での割合)、あるいは本人の声やエピソード
- ・市町村において、他の人と支え合いながら地域で安心して暮らすことができると実感できている家族等の数(調査できた中での割合)、あるいは家族等の声やエピソード

☆3 行政担当者は、必ずしも認知症施策に精通されているわけではなく、また、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多く出会います。一方で、認知症施策を着実に推進している自治体もあり、それらの地域では、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」があり、その活動を行政担当者が協働して取組を進めています。推進チームがあることで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。

自治体での「推進チーム」の設置を、国の推進計画に盛り込むと効果的だと思います。

1)「基本的施策5 保健医療サービス及び福祉サービス提供体制の整備等」の「(3)人材の確保、養成、資質向上」(基本的施策素案 p13)、あるいは「Ⅴ 推進体制等」(基本計画素案 p.15)の(都道府県・市町村における計画作成及び推進体制)の中に、「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」を盛り込んでおくと、各自治体の取組が加速すると思います。

2)この点と関連して、「重点目標3 認知症の人、家族等が他の人びとと支え合いながら地域で安心して暮らすことができること」(基本計画素案 p13)の指標として以下が入ると、自治体の取組の推進に効果的で、実質的な評価ができるのではと思います。

■プロセス指標

・都道府県、市町村において、共生の地域づくりを地域で暮らす本人等とともに持続発展的に推進していく推進チームを設置している都道府県数、市町村数

■アウトプット指標

・推進チームが行政と連携協働しながら、共生の地域づくりの推進を図っている都道府県数、市町村数

☆4 各自治体ならではの「地域共生」の実現を一步一步着実に進めるためには、各自治体がある特性を活かして、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だと思います。

また、各自治体が地域にあるものを活かしながら無理や無駄なく、施策を立案・推進していけるよう、各自治体の主体性や独自性、創意工夫や自由度を大切に、それを後押しするような国の基本施策や重点目標等が大切だと考えます。

1)「Ⅴ 推進体制等」(基本計画素案 p.15)の(都道府県・市町村における計画作成及び推進体制)の○の4点目、「…その取組に対する理念についても計画の策定に合わせて表明していくことが望ましい。」の箇所ですが、理念についてと同時に、その地域ならではの「地域共生」の討議がより重要だと思います。

「その取組を通じて実現をめざす地域共生の具体的な姿と理念を、地域の本人及び住民、多様な関係者が自分事として話し合い、計画の策定にあわせて表明することが望ましい。」としたら、よりよいのではと思います。

2)1)と関連して、「重点目標3 認知症の人、家族等が他の人びとと支え合いながら地域で安心して暮らすことができること」(基本計画素案 p13)の指標として以下が入るとよいのではと思います。

■プロセス指標

・市町村が、ともに目指す「地域共生」の具体的な姿を、地域で暮らす本人及び住民等で話し合
って描いている市町村の数

■アウトプット指標

・自分の市町村が目指している地域共生の具体的な姿を知っている本人の数、住民の数、専門
職の数、行政職員の数(いずれも割合)

3)「Ⅴ 推進体制等」(基本計画素案 p.15)の(国における推進体制)の○の2点目として、
「国は、都道府県・市町村が、認知症施策を地域の特性を活かして創意工夫しながら自主的かつ
自由度高く推進していけるよう、それを可能とするための環境整備を行う」などの一文を加えると、
自治体のやらされ感や負担感が緩和され、各自治体が着実に進めていきやすくなると思いました。

4)3)と関連して、「重点目標3 認知症の人、家族等が他の人びとと支え合いながら地域で安心して
暮らすことができること」(基本計画素案 p.13)の指標として、以下が入るといいのではと思います。

■プロセス指標

・地域共生を進めるための自地域にあった認知症施策を、地域の本人及びその家族や住民、
関係者とともに創意工夫しながら立案している都道府県数、市町村数

B. 「Ⅲ 基本的施策」の各柱の内容について

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(どこで暮らしていても実現されるべき)本質的に大事なことを、各施策の目標や項目名に明記し、細かな事業メニューは書かない方がいいのではと思います。

★なお、自治体や国民、専門職、企業等、すべての人たちが、何をする場合でも同じ方向に向けてともに取り組んでいけるための「基本方針」(行動の原則)を、シンプルに知り、共有できるように、国計画の中で明確に示すことを、第4回会議で提案

施策1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等

◆施策1のタイトル

「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」にぜひ変えてほしい。

・大綱では、「施策の 5 つの柱」の第一に、「普及啓発・本人発信支援」と明記されていたことが、本人発信とその支援を大きく後押ししました。

・今回の素案では、基本的施策1の(3)の中に「本人の発信」に関する記載が出てくるが、項目タイトルに「本人発信」が書かれていないと目につかない。国民全体へのアピールが弱まり、自治体の計画の柱・キーワードから抜け落ち、位置づけやひろがりの低下が心配されます。

◆施策の目標

・「～理解を深める」を、「～自分事として実感的理解を深める」にした方が、実質的な成果につなげていけると思います。

＊実感的理解：以前から教育等で重視されているキーワード。文科省の学習指導要領にも掲載。

◆施策の内容

・本提案の p2 に記載したように、まず「行政担当者等が実感的理解を深めること」が重要だと思います。

・「(1)学校教育」、「(2)社会教育」とともに、地域の認知症の本人と出会い、声を聴きながら、認知症を自分ごととして考え、新しい認知症観の実感的理解を深める」ことの明記を。これが偏見の解消のために重要であり、チームオレンジの拡充にもつながると思う。「認知症サポーターの養成」は一手段であり、その数だけを増やすことが目標となってしまうように。

・「(3)～運動の展開」という項目を「～運動の展開と本人発信(支援)の推進」にしてほしい。

◇この施策と関連して「重点目標1」のタイトルを以下のように変えると、よりよいのではと思います。

「国民一人ひとりにとって新しい認知症観があたりまえになり、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」

◇重点目標1の指標について

■アウトプット指標にある「大使等の本人発信を支援している地方公共団体の数」は、プロセス指標の方が妥当だと思います。

■アウトプット指標としては、

・地域で自ら発信する本人が前年度より増えている地方公共団体の数

■アウトカム指標としては、

・地方公共団体において、認知症を隠さずに、身近な地域で安心して話せると思える本人、家族等、住民、専門職、行政職の数(それぞれの割合が増える)

施策2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の増進

◆施策の内容

- ・本提案の p2 に記載したように、内容に、各自治体としてのバリアの明確化等を。
- ・「(3) 地域において見守るための体制」という表現は、基本法の理念に照らすと、この用語自体がバリアになる恐れがあり、見直すべき時期ではと思います。
 - ＊「見守る」だと、本人や家族は支援される一方であり、それが心理的負担・嫌で、つながろうとしない本人や家族も少なくありません。
- ・地域の人たちも「見守らなければ」という保護的目線・偏見、負担感を強めてしまっている問題も生じています。
- ・「(3) 地域において見守るための体制」を、「地域において認知症の人等が安心・安全・自由に外出を続けられるための体制の整備等」と項目名を本人主語にした方が、基本法の推進計画としてふさわしいのでは。元気な頃から備える体制づくりのためにも。
- ・(3) にたくさんの項目があげられていますが、どの地域でも本人にとって必要性かつ優先度が高いのは、「認知症の人等が、望む外出を安心・安全・スムーズにでき、住まいに帰ってこられるための環境や体制の整備を推進する」ことと思います。行方不明への対応が大きな課題になっていることから、計画にこれを明記しておくことが重要だと思います。

◇ 上述と関連して、「重点目標 3」の指標に以下を入れる必要があると思います。

■プロセス指標

- ・認知症の人等が、望む外出を安心・安全・スムーズにでき、住まいに帰ってこられるための環境や体制の整備を推進している地方公共団体の数

■アウトカム指標

- ・都道府県・市町村における年間の認知症の行方不明者数、死亡発見や行方不明のままの数（その数の増減）

施策3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等

◆施策の目標

「～認知症の人の就労に関する普及啓発」とされているが、普及啓発は、施策1でカバーされている目標だと思います。

施策3の目標としては、「～就労に関する取組の推進」とすべきではと思います。

◆施策の各項目

- ・「(2) 社会参加の機会の確保」は非常に重要。
今書かれている内容は、介護事業所と企業との取組でとても大事ですが、社会参加の機会の確保は、各自治体の特性を活かして、より多様な社会参加を進めていくことの方が優先度が高いと思います。
 - ・(2) の先に「地域特性に応じた、本人と地域の多様な人による社会参加の機会の創出」といった項目を追記することが必要だと思います。
 - ・(3) のタイトルが「～事業主に対する啓発・普及等」となっていますが、上記と同じ理由で、このタイトルは「～就労の実現に向けた事業主を含む多様な関係者の連携・協働の推進」等に変更した方がよりいいと思います。実際、(3) に記載されている内容は、啓発にとどまらずそうになっているため。

施策4. 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護

◆施策の目標

・きわめて重要な施策。他の施策の目標は、本人主語ですが、肝心なこの施策の目標の主語が支援者側になってしまっています。「やっています」止まりになってしまわずに、計画の実効性を高めるために、施策の目標の主語を、次のように「本人」にすることが重要だと思います。

「認知症の人が、その個性と能力を活かして意思決定を行うことができ、自らの利益を守れるよう、…」

◆施策の各項目

・(1)～(4)も必要ですが、これら以上に重要なのが、認知症の私たち自身が、「自分が意思決定してもいいんだ」「自分が意思決定をすることが、家族や支援者等の負担を減らし適切な判断やスムーズな支援に役立つのだ」という意識や理解を高めること、そして自分自身の状態に応じて意思決定するためのスキルを高めていくことです。そうした体験を重ねながら、認知症が進行しても意思決定を続けている本人が増えています。

・(1)～(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」を、今回の計画に入れておくことが、基本法全体の推進のためにも、とても重要だと思います。

・意思決定支援の指針や研修等は必要ですが、それらがあっても、なじみのない人に「意思決定支援をする」といわれても、本人が意思を表すことは難しいです。

・本人が意思を表せるためには、日常的につきあい、本人が個性と力に応じた意思決定を支えるパートナー(伴走者)が身近な地域にすることが非常に重要です。そうした存在が地域の中で増えてきている自治体も少なくありません。

・「本人が個性と力に応じた意思決定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」を施策にぜひ盛り込んでほしい。市民後見人等の確保にもつながると思います。

・権利利益の保護として、(3)消費被害の防止の啓発が示されているが、深刻な問題である虐待についての項目がありません。虐待に関しては施策5のサービス提供体制に入れてあるが、本人の権利利益の保護の観点から、この施策4の項目の方がふさわしいのではと思います。

施策5. 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

◆施策の目標

・この施策の冒頭に「認知症の人が、その意向を十分に尊重され」としっかりと入っていることが非常に重要だと思います。現状では、サービスの提供体制の整備が進んでいる一方で、本人が意向を尊重されないままサービスが提供され、結果として本人、家族、関係者それぞれの状況がよくならずに、負荷が強まってしまっていることもしばしば起きています。

・基本計画を機に、サービス体制が「認知症の人が、その意向を十分に尊重」されたものに着実になっていくことをけん引していくために、この施策の目標にある「～サービスが切れ目なく提供されるよう」という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」と変えた方が、今後の本人、家族、地域社会全体のメリットにつながると思います。

◆施策の各項目

・「(2)保健医療福祉の有機的な連携の確保」の矢印の3つ目に記載された認知症地域支援推進員は、本人が希望と尊厳を持って暮らし続ける地域共生を本人とともに創りだしていくとても大切な存在だと実感しています。

・一方で同じ県内でも推進員が活躍できていないところも少なくありません。

・推進員が事業をこなすことに追われずに、各自治体で必要な役割機能をしっかりと果たしていけるよう、ここでは「推進員が適切に配置され」に加えて、「個々の認知症人や家族等に応じた施策を推進員が自治体と協働しながら進めていくための環境を整備する」という点を入れておくことが大事だと思います。

・「(3)人材の確保、養成、資質向上について、人材が確保・養成されても、現状では地域の多様な人材をしっかりと束ねて、本人を起点に実質的な地域共生をともに創っていくことを主になって推進するチーム(推進チーム)が不在/不明確なため、地域の人材の総合力が発揮されず質の向上も図られにくいと思います。

・本提案の p3 に記載したように、「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」を盛り込むことが重要かつ効果的だと思います。

→評価目標・指標にも、「推進チームを設置している」を盛り込むといいのではと思います。

施策6. 相談体制の整備等

◆施策の各項目

・本人又は家族が、できるだけ早く相談の一步を踏み出すことが大切だが、相談先がわからなかったり、ハードルが高く、相談が遅れる人たちが多いことが大きな課題です。

・(1)の専門機関による総合的相談体制の前に、まずは「本人又は家族等が気軽に相談しやすい場の確保と十分な周知」を盛り込むことが重要だと思います。

・専門職がいる相談先のみではなく、地域で居場所づくりや必要な具体的支援を行っている地域に根差した民間の取組みが、気軽に相談できる大切な場になっている地域も多く、今後ますます重要になると思う。市町村が、本人、家族の視点にたって地域にある民間の取組みを大切に、民間の相談の場と専門の相談機関とが連携協働する体制の整備を進めていただきたいです。

・(2)のタイトルに「本人又は家族等が互いに支え合うために交流する活動」とあるが、相談体制という観点から、交流でとどめずに「交流・相談する場・活動」としていただきたいです。

・認知症の人が、できるだけ早期に先輩の本人にあって相談できるピアサポートは、本人がよりよい状態で前向きに暮らし続けるために、そして家族の不安や負担の軽減のためにも極めて重要だが(2)の内容の中に記載がありません。(2)の一項目として、「市町村や都道府県が、認知症本人によるピアサポート活動を推進する」を入れてほしいです。

・(2)の二つ目の「推進員が適切な配置や認知症カフェ、本人ミーティング～」の箇所は、「推進員を適切に配置し、推進員がピアサポートや本人ミーティング～の活動支援等を行うことを推進する」の方がいいのではと思います。

施策7. 研究等の推進等

◆施策の各項目

・(2)の「社会参加のあり方、共生のための社会環境整備」は重要だが、内容をみると、支援提供側の観点からの研究が主になっていると思います。

・人が認知症になってからどうよりよく生きていけるか、「当事者主体の当事者研究を推進する」ことを、内容の一つとしてぜひ加えていただきたいです。独居の人も含め、今後さらに増加する当事者や当事者家族、行政や社会全体にとって有益な研究成果が生み出されていくと思います。

以上

第4回発言の補足・関連資料

－権利侵害からの回復と意思決定支援に基づく地域社会への参加を確かなものに－

■ 社会参加とは・参加にかかわる施策はなぜ必要か

- 認知症のある方の「社会参加」を問い直す……………2
- 社会参加の効用と、その減少がもたらすもの……………15

■ 精神科病院への認知症のある方の入院をめぐって

- 精神科病院に入院している認知症のある方の数……………17
- 地域精神保健医療福祉資源分析データベース……………18
- （参考）障害者の権利に関する条約（第十四条・第十五条）
と国連障害者権利委員会から日本政府への総括所見……………19

堀田聡子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 shm@sfc.keio.ac.jp ）

本資料は、第36回国際アルツハイマー病協会（ADI）国際大会（2024年4月）における以下の口演資料（英語）を日本語訳・一部加筆したもの。
Satoko Hotta, Hiroshige Matsumoto, Shuji Tsuda, "PARTICIPATION, Participation, participation...: What is your focus when you talk about social participation of people with dementia?" 36th Global Conference of Alzheimer's Disease International, April 2024

認知症のある方の「社会参加」を問い直す

堀田聡子／慶應義塾大学大学院

松本博成／東京大学大学院医学系研究科

津田修治／東京都健康長寿医療センター

はじめに

■背景

- 社会参加は全般的な健康とウェルビーイング、とくに認知機能の健康、認知症のリスクに影響を及ぼす潜在的な要因として関心を集めてきた (Serrat et al. 2020, Livingston et al.2020)。
- 外出、社会活動への参加は、認知症の人の社会的健康(Sturge et al. 2020, Dröes et al. 2017)と生活の質(Martyr et al. 2018)に大いに貢献することが知られている。
- 「全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができるようにすること」は、共生社会の実現を推進するための認知症基本法の基本理念の一つ（第三条三）。
- しかし、社会参加の定義にはコンセンサスがない(Piškur et al 2014)。
- 認知機能が低下した人の社会参加の機会の確保・促進のためには、社会参加の定義を明確にするとともに、修正可能な要因について理解を深めることが重要となる。

■目的

1. 日本の在宅で暮らす認知機能が低下した人々の4種類の社会参加の実態を把握する。
2. 4種類の社会参加に関連する変更可能な要因を探索する。

方法

■研究デザイン

- ・日本の在宅で暮らす認知機能が低下した人の家族を対象とする横断調査
(インターネット調査会社A社のモニターを対象として2021年12月に実施された調査)の二次分析
 - ・慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会受理番号2021-21
「認知症のある人の地域における参加・交流の促進に関する家族アンケート」

資料：人とまちづくり研究所（2022）『（令和3年度老人保健健康増進等事業）認知症の人の地域における参加・交流の促進に関する調査研究事業報告書』

■分析対象者

回収数	1,600
分析対象数	1,322

- ・A社のモニターのうち一般パネルから80,039人・介護パネルから9,325人を対象としてアンケート協力依頼を配信、スクリーニング調査に基づき本調査に誘導（オンライン）
- ・以下の要件を全て満たした者を分析対象とした：
 1. <在宅で暮らす認知症もしくは認知症疑いにより配慮・支援を必要とする40歳以上の人（本人）>の「20歳以上の家族」
 2. <本人>が、認知・生活機能質問表(DASC-8*)において、カテゴリーⅠ（認知機能正常かつADL自立）もしくはカテゴリーⅡ（軽度認知障害～軽度認知症または手段的ADL低下、基本的ADL自立）
 3. <本人>に自宅生活の継続が困難なレベルのBPSDが出現していない
 4. 「家族」が本人と同居もしくはふだんの交通手段で30分以内

*Toyoshima K, Araki A, Tamura Y, et al. Use of Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System 8-items (DASC-8) for the screening of frailty and components of comprehensive geriatric assessment. Geriatr Gerontol Int. 2020; 20, 1157-63.

■目的変数：在宅で暮らす認知機能が低下した本人の4種類の社会参加

- Levasseur et al. 2010.** の定義とその分類に基づき、
自宅の外で、日常的に家族を伴わずに行っている・参加している自宅外での活動を3つに分類
 - 周囲に他者がいるが、交流を伴わない自宅外での活動（以下『個人外出』）
 - 他者と協働する自宅外での活動（以下『他者交流』）
 - 他者を助けたり地域に貢献する自宅外での活動（以下『市民・地域活動』）
- 以上の3種に加え、収入を伴う仕事についても検討

表1 Levasseurらによる社会参加の定義***・分類

レベル	レベルの説明	例
レベル1	他者とつながる準備段階として通常1人で行うすべての日常の活動	食事、着替え、料理、ラジオを聴く、テレビを観る
レベル2	直接接触はないが、他者が周囲にいる活動	近所の散歩、映画に行く、入出金、（有人レジを使わない）買物
レベル3	他者と対面もしくはインターネット上で社会的接触はあるが、特定の活動を一緒にするわけではない	買物のとき、欲しいものを見つけたり商品の支払いのために他者とやりとりする
レベル4	共通の目標のため、他者と協働して活動する	テニス等のほとんどのレクリエーション
レベル5	他者を助ける活動	介護・育児、ボランティア
レベル6	社会貢献	政党や政治組織への関与

 高齢者の社会参加(social participation)の定義を
 先行研究から一覧、内容分析に基づき、
 ひとまず社会参加は
 [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
 (a person's involvement in activities that provide
 interaction with others in society or the community.)]
 と定義しようとしたうえ、社会参加の概念化への
 さらなる議論の出発点とすることを提起。

**Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. Soc Sci Med. 2010, 71, 2141-9.

5

■ 説明変数

- **認知機能が低下した本人の属性：**
年齢、性、同居家族、認知・生活機能（DASC-8）、軽度のBPSDの出現、認知症や軽度認知障害の診断、要介護認定
- **本人の社会的行動：**
困ったことがあった場合に自分から周囲に助けを求める、認知症や軽度認知障害・認知症の疑いがあることを自分で他者に伝えているか、認知症のある友人、認知症のない友人、スマートフォンやタブレットの利用
- **家族（回答者）の属性：**年齢、性、収入を伴う仕事
- **家族が持っている広く一般に認知症に対するイメージ：**回答をもとに2グループに
 - ① - 認知症になっても、できないことを自ら工夫して補いながら、今まで暮らしてきた地域で、
今までどおり自立的に生活できる
 - 認知症になっても、医療・介護などのサポートを利用しながら、今まで暮らしてきた地域で生活していける
 - ② - 認知症になると、身の周りのことができなくなり、介護施設に入ってサポートを利用することが必要になる
 - 認知症になると、暴言、暴力など周りの人に迷惑をかけてしまうので、今まで暮らしてきた地域で
生活することが難しくなる
 - 認知症になると、症状が進行してゆき、何もできなくなってしまう

■ 統計分析 (IBM SPSS Statistics v.29)

- 記述統計
- ロジスティック回帰分析

結果

表2 認知機能が低下した本人と家族（回答者）の特徴

認知機能が低下した本人の特徴		n	%
年齢	40-54	154	11.6%
	65-74	213	16.1%
	75-84	514	38.9%
	85-	441	33.4%
性	女性	785	59.4%
同居家族	独居	177	13.4%
認知・生活機能（DASC-8）	認知機能正常・ADL自立	427	32.3%
	MCI～軽度認知症・手段的ADL低下	895	67.7%
認知症・MCIの診断	あり	658	49.8%
BPSD	なし	900	68.1%
	軽度	422	31.9%
要介護認定	あり	608	46.0%
自分から周囲に助けを求める	はい	673	50.9%
認知機能低下を周囲の人に伝えている	はい	233	17.6%
認知症のある友人	あり	114	8.6%
認知症のない友人	あり	434	32.8%
スマートフォンやタブレットの利用	あり	406	30.7%
家族（回答者）の特徴		n	%
年齢	20-39	206	15.6%
	40-49	309	23.4%
	50-59	435	32.9%
	60-69	243	18.4%
	70-	129	9.8%
性	女性	441	33.4%
収入を伴う仕事	あり	1,057	80.0%
（一般に）認知症に対するイメージ	今まで暮らしてきた地域で生活できる	794	60.1%

図1 日常的にひとりで行っている周囲に他者がいるが交流を伴わない自宅外での活動（個人外出）

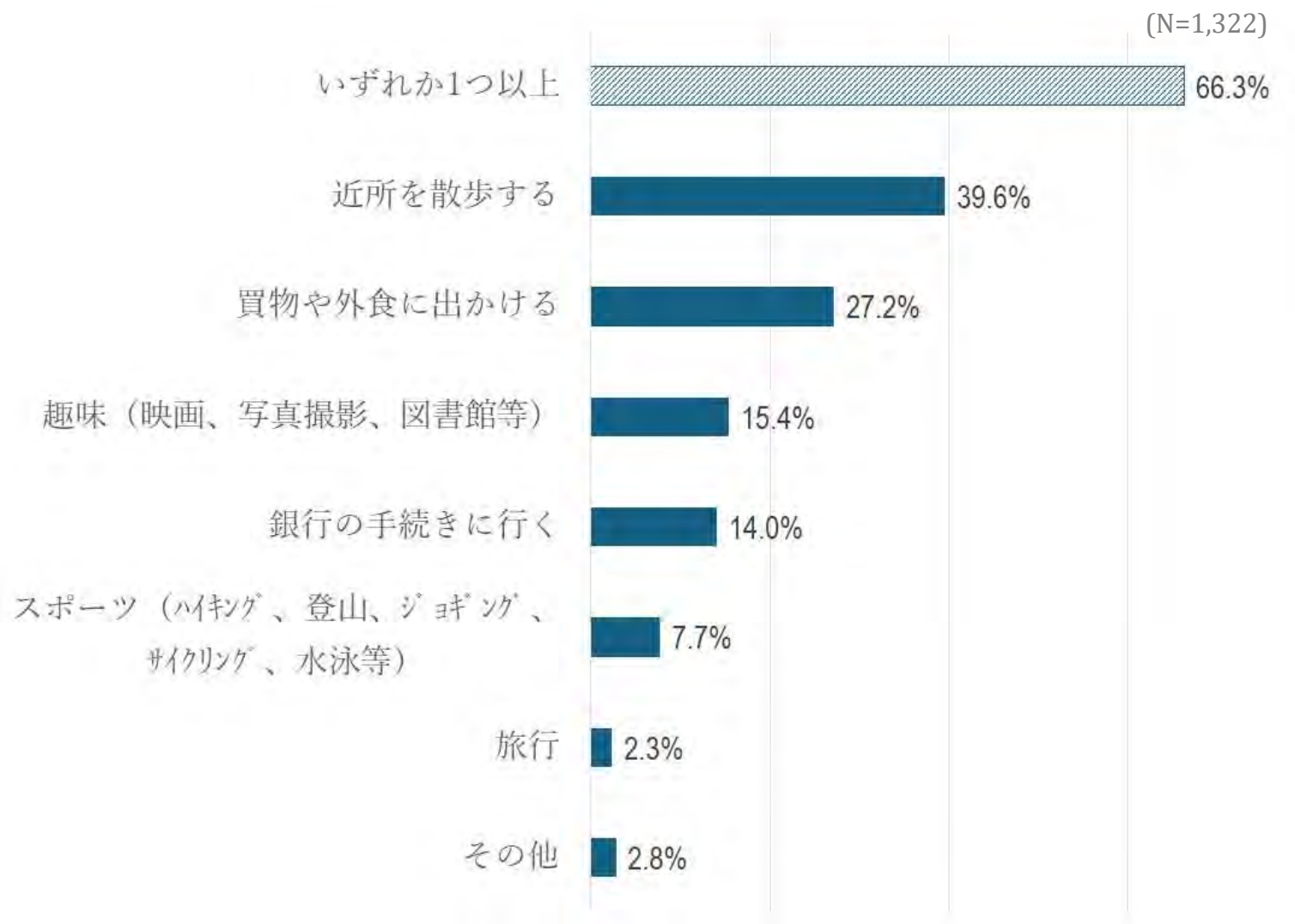


図2 日常的に家族を伴わずに行っている他者と協働する自宅外での活動（他者交流）

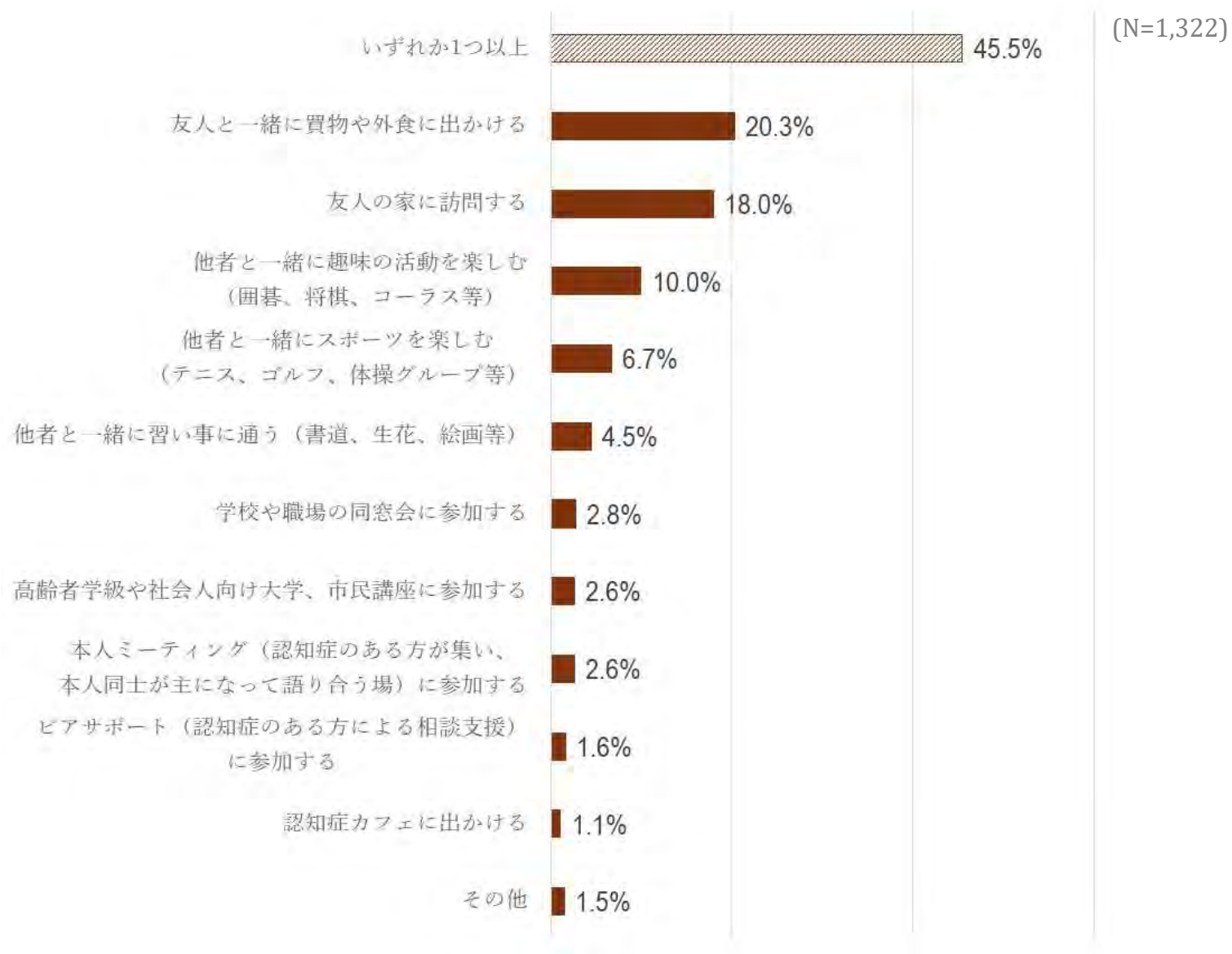


図3 日常的に家族を伴わずに参加している他者を助けたり地域に貢献する自宅外での活動（市民・地域活動）

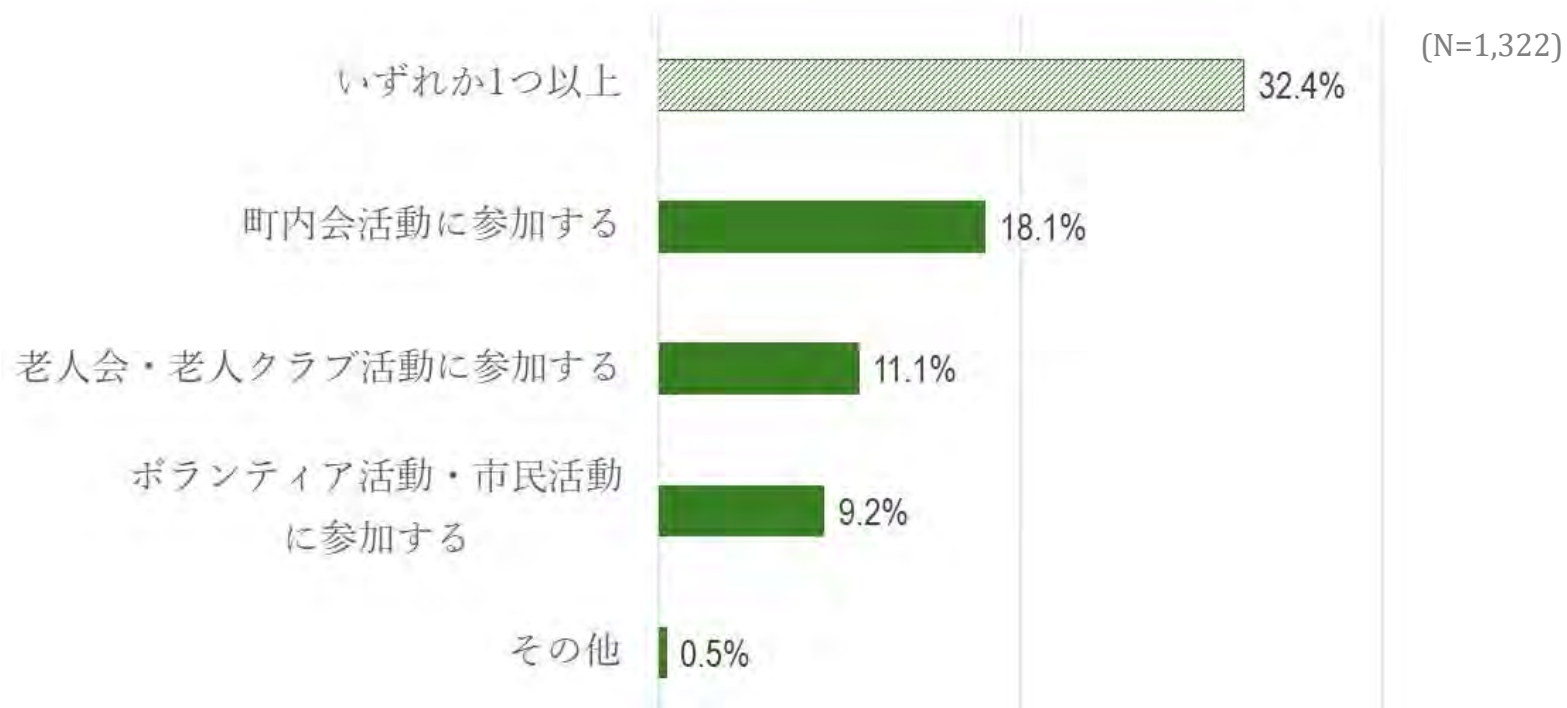


図4 収入を伴う仕事

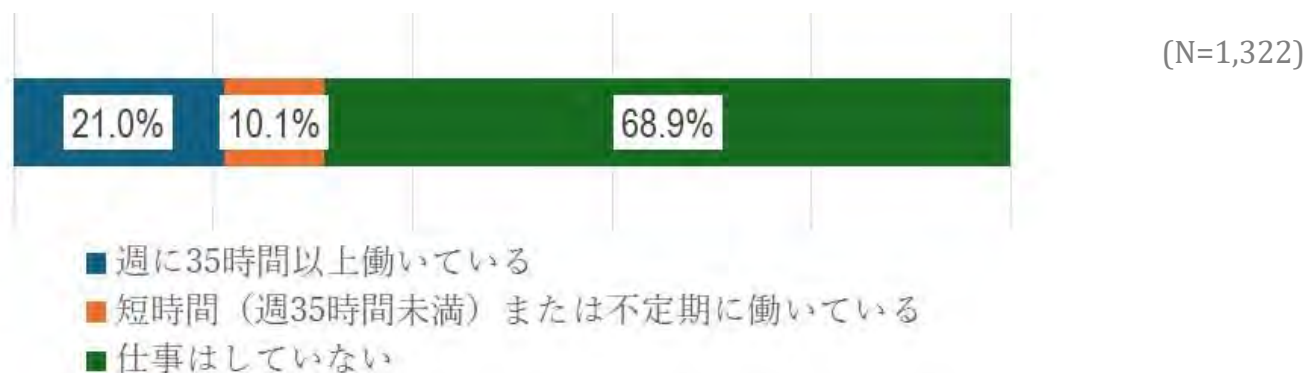


表3 オッズ比と95%信頼区間

	ひとりでやっている 個人外出				家族を伴わない 他者交流				家族を伴わない 市民・地域活動				収入を伴う仕事			
	オッズ比	95%信頼区間		P値	オッズ比	95%信頼区間		P値	オッズ比	95%信頼区間		P値	オッズ比	95%信頼区間		P値
		下限	上限			下限	上限			下限	上限			下限	上限	
認知機能が低下した本人																
年齢	0.99	0.98	1.00	0.067	0.98	0.96	0.99	<0.001	0.98	0.96	0.99	<0.001	0.94	0.93	0.95	<0.001
性（女性）	0.99	0.76	1.30	0.956	0.84	0.64	1.10	0.200	0.64	0.48	0.84	0.002	0.52	0.39	0.69	<0.001
同居家族（独居）	1.30	0.88	1.91	0.185	1.19	0.82	1.72	0.363	0.99	0.66	1.47	0.958	0.45	0.28	0.72	<0.001
認知・生活機能（MCI～軽度認知症）	1.39	1.05	1.83	0.021	0.82	0.62	1.09	0.173	0.74	0.54	1.00	0.047	0.72	0.53	0.98	0.037
認知症・MCIの診断（あり）	1.63	1.23	2.17	<0.001	1.12	0.85	1.48	0.411	1.19	0.89	1.60	0.247	0.84	0.62	1.14	0.268
BPSD（軽度あり）	1.35	1.01	1.80	0.044	1.25	0.94	1.65	0.118	1.32	0.99	1.77	0.060	0.86	0.63	1.17	0.346
要介護認定（あり）	0.59	0.44	0.79	<0.001	0.61	0.46	0.82	<0.001	0.88	0.65	1.20	0.425	0.97	0.71	1.32	0.832
自分から周囲に助けを求める（はい）	1.20	0.91	1.58	0.195	1.41	1.07	1.85	0.013	1.49	1.11	1.99	0.007	1.58	1.17	2.14	0.003
認知機能低下を周囲の人に伝えている（はい）	1.37	0.93	2.01	0.110	1.46	1.03	2.06	0.035	1.84	1.30	2.59	<0.001	1.49	1.04	2.15	0.030
認知症のある友人（あり）	5.08	2.38	10.88	<0.001	6.93	3.88	12.40	<0.001	4.33	2.67	7.03	<0.001	2.47	1.53	3.98	<0.001
認知症のない友人（あり）	2.06	1.52	2.79	<0.001	3.92	2.95	5.19	<0.001	2.16	1.62	2.90	<0.001	1.17	0.86	1.60	0.326
スマートフォンやタブレットの利用（あり）	1.56	1.16	2.10	0.003	1.28	0.97	1.69	0.082	0.95	0.71	1.27	0.723	1.05	0.78	1.41	0.762
家族（回答者）																
年齢	0.98	0.97	0.99	0.004	0.99	0.97	1.00	0.011	0.97	0.96	0.98	<0.001	0.98	0.97	0.99	0.003
性（女性）	0.95	0.72	1.26	0.743	1.02	0.77	1.35	0.902	0.69	0.51	0.93	0.016	1.09	0.80	1.48	0.571
収入を伴う仕事（あり）	0.60	0.43	0.83	0.002	0.61	0.43	0.86	0.005	0.63	0.42	0.94	0.023	0.13	0.08	0.23	<0.001
認知症に対するイメージ（地域で生活できる）	2.18	1.68	2.85	<0.001	2.01	1.53	2.62	<0.001	2.76	2.05	3.72	<0.001	1.13	0.84	1.51	0.437

考察

■ 本研究の限界

- ・ インターネット調査のモニターを対象とするオンラインアンケートのデータ（サンプルバイアスの可能性）
- ・ 横断研究は、変数間の関連は明らかにするものの、因果関係を証明するものではない。
- ・ 本研究で用いた4種類の社会参加は、社会的活動のすべての側面を網羅していないかもしれない。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響を受けている可能性

■ 本研究からわかったこと

1. 在宅で暮らす認知機能が低下した人が日常的に家族を伴わずに自宅外で行う多様な活動のなかで
 - ・ 行っている・参加している割合は、活動によってばらつき
 - ・ 本人同士の集い、ピアサポート、認知症カフェ等に参加している人はごく少数
2. 在宅で暮らす認知機能が低下した人の4種類の社会参加のなかで
周囲に他者がいるが交流を伴わない自宅外での活動（個人外出）>
他者と協働する自宅外での活動（他者交流）>
他者を助けたり地域に貢献する自宅外での活動（市民・地域活動）、収入を伴う仕事
3. 4種類の社会参加に関連する要因
 - ・ 相違点と類似点
4. 社会参加に関連する変更可能な要因に焦点をあてると
本人の社会的行動：認知症のある友人がいる（4種で+）、認知症のない友人がいる（3種）、必要な時に助けを求める（3種）、
認知機能の低下について周囲に伝える（3種）、スマートフォンやタブレットを使う（1種）
家族の認知症に対するイメージ：今まで暮らしてきた地域で生活できる（4種で+）

■示唆

1. 認知機能の低下／認知症診断後の社会参加の促進に向けた丁寧な議論の必要性

- 認知症のリスク軽減だけでなく、社会的包摂と社会的市民権（social citizenship）の観点からも社会参加に焦点を当てることが重要（Bartlett 2022）
- 「認知症の人々の自立性（autonomy）を高めることにより、認知症の人がより広範なコミュニティの活動に包含され、文化的・社会的・市民としての参加を促進すること」は、国際・地域・国レベルのパートナーに提案されているアクションのひとつ（WHO 2017, action area 2 Dementia awareness and friendliness）.
- 認知症のある高齢者は、認知症のない高齢者と比較して自宅外での活動や場所への参加が少ない。自宅外での参加の持続性と変化は、場所の種類によってさまざま（Gaber et al. 2022）

2. 認知症の進行段階に応じた認知症とともに生きる知恵を探索する

- 高齢期に交友関係を維持すること、認知症の人が仲間を持てるようにすることは重要だが、関連する施策は未だ十分普及していない（例：認知症の本人同士が集う機会、ピアサポート、認知症カフェの推進）。
- 日常的なテクノロジーの利用は、社会参加を助ける可能性がある（Mendoza-Holgado et al. 2024）。
- 認知症とのつきあい方・対処行動（coping strategies）についてのさらなる研究をすすめ、診断前後の支援（Matsumoto et al. 2023）に活かすことが求められる。

3. 認知症とともに生きることに對するスティグマを変える

- 一般市民における認知症に対するスティグマや誤った情報が広く報告されている（Nguyen et al. 2020）。スティグマの経験は、認知症の診断の開示に大きな影響を及ぼす可能性がある（Bhatt et al. 2023）。
- 認知機能が低下した人が一人で外出することに対する家族の不安は、実際に経験したことがあるか否かにかかわらず、行動上の問題に関する懸念と関連している（Tsuda et al. 2023）。
- 認知症に関する啓発教育の改善、スティグマや思い込みに対応し得る介入の特定に向けた今後の研究が推奨される（Szcześniak et al. 2021）。

引用文献

- Serrat R, Scharf T, Villar F, et al. Fifty-Five Years of Research Into Older People's Civic Participation : Recent Trends, Future Directions. *Gerontologist*, 2020, 60(1), e38-51.
- Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413-446.
- Sturge J, Klaassens M, Lager D, et al. Using the concept of activity space to understand the social health of older adults living with memory problems and dementia at home. *Social Science & Medicine*, 2020, 113208.
- Dröes RM, Chattat R, Diaz A, et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging and Mental Health*. 2017, 21(1), 4-17.
- Martyr A, Nelis SM, Quinn C, et al. Living well with dementia: a systematic review and correlational meta- analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychol Medicine*, 2018, 48(13), 2130-2139.
- Piškur B, Daniëls R, Jongmans M.J., et al. Participation and social participation: Are they distinct concepts? *Clin. Rehabil*, 2014, 28, 211–220.
- Bartlett R. Inclusive (social) citizenship and persons with dementia. *Disability & Societym*, 2022, 37(7), 1129–1145.
- WHO. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. 2017.
- Gaber SN, Thalén L, Malinowsky CW, et al. Social Citizenship Through Out-of-Home Participation Among Older Adults With and Without Dementia. *J Appl Gerontol*, 2022, 41(11), 2362–2373.
- Mendoza-Holgado C, García-González I, López-Espuela F. Digitalization of Activities of Daily Living and Its Influence on Social Participation for Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review. *Healthcare*, 2024, 12(5), 504.
- Matsumoto H, Tsuda S, Takehara S, et al. Association between Support after Dementia Diagnosis and Subsequent Decrease in Social Participation. *Ann Geriatr Med Res.*, 2023, 27(3), 274-276.
- Nguyen T, Li X. Understanding public-stigma and self-stigma in the context of dementia: A systematic review of the global literature. *Dementia*, 2020, 19(2), 148-181.
- Bhatt J, Kohl G, Scior K, et al. Comparing the stigma experiences and comfort with disclosure in Dutch and English populations of people living with dementia. *Dementia*, 2023, 22 (7), 1567-1585.
- Tsuda S, Matsumoto H, Takehara S, et al. Family caregiver's concerns and anxiety about unaccompanied out-of-home activities of persons with cognitive impairment. *BMC Geriatrics*, 2023, 23, 396.
- Szczęśniak D, Rymaszewska J, Saibene FL, et al. Meeting centres support programme highly appreciated by people with dementia and carers: a European cross-country evaluation. *Aging Ment Health*, 2021, 25(1),149-159.

社会参加の効用と、その減少がもたらすもの

- 社会参加することは、人とのつながりから幸福感や満足を得ることや、役割を果たして目的意識や自尊心を持つことで、人のウェルビーイングに寄与する (1, 2)。そこで得たつながりはソーシャルサポートの授受を可能にし、困ったときに助け合う資源にもなる (3)。
- この社会参加の効用は、認知症のある人たちにも当てはまるとされる (4)。
- しかし、認知症になって日常の活動に制限が始めると、その前後から社会参加にも深刻な影響がある (5)。例えば、認知症のない高齢者の87%が維持する日常的な社会的交流は、認知症の診断前後で55%から23%まで低下するという報告がある (6)。
- 社会参加の減少は、認知症があって、さらにひとり暮らしをする場合、特に大きな意味を持つ。独居認知症高齢者は、同居者がいる場合よりも、精神的ウェルビーイングが低く、他者からのサポートを得にくいためである。独居認知症高齢者は心理的なストレス、とりわけ孤独感を抱えやすいこと (7, 8, 9)、家事や食事、セルフケアなど生活に必須の活動に関する支援ニーズが満たされにくいことが知られる (10)。
- 独居の認知症の人は、深刻な孤独を経験する可能性が高く、深刻な孤独は、抑うつ症状と社会的孤立のリスクの増加の関連がみられるという (7)。また、独居の認知症の人の満たされないニーズの上位は日中活動、友だち・仲間であることが報告されている (11)。

出所：津田修治・堀田聡子（2023）「独居認知症高齢者等の社会参加促進に関する研究」厚生労働科学研究費補助金『独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・永続化するための研究』（研究代表者：栗田圭一先生）令和4年度分担研究報告書 及び 堀田聡子・大村綾香・津田修治・大森千尋（2022）「認知症とともに一人で暮らす高齢者本人の経験と在宅での生活継続が困難になる要因」老年精神医学雑誌33：224-229 における文献レビューを一部編集

- 1) Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society*. 2010;31(4):683-712.
- 2) Phinney A, Chaudhury H, O'Connor DL. Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia. *Aging Ment Health*. 2007;11(4):384-93.
- 3) Kawachi I, Berkman LF. Social capital, social cohesion, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social Epidemiology*. Second ed. New York: Oxford University Press; 2014.
- 4) Dröes RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K, et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging and Mental Health*. 2017;21(1):4-17.
- 5) Chaudhury H, Mahal T, Seetharaman K, Nygaard HB. Community participation in activities and places among older adults with and without dementia. *Dementia (London)*. 2021;20(4):1213-33.
- 6) Hackett RA, Steptoe A, Cadar D, Fancourt D. Social engagement before and after dementia diagnosis in the English Longitudinal Study of Ageing. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220195.
- 7) Victor CR, Rippon I, Nelis SM, Martyr A, Litherland R, Pickett J, et al. Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(8):851-8.
- 8) Clare L, Martyr A, Henderson C, Gamble L, Matthews FE, Quinn C, et al. Living Alone with Mild-To-Moderate Dementia: Findings from the IDEAL Cohort. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2020;78(3):1207-16.
- 9) Odzakovic E, Kullberg A, Hellström I, Clark A, Campbell S, Manji K, et al. Its our pleasure, we count cars here: An exploration of the neighbourhood-based connections for people living alone with dementia. *Ageing and Society*. 2021;41(3):645-70.
- 10) Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. People with dementia living alone: What are their needs and what kind of support are they receiving? *International Psychogeriatrics*. 2010;22(4):607-17.
- 11) Mendoza-Holgado C, García-González I, López-Espuela F. Digitalization of Activities of Daily Living and Its Influence on Social Participation for Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024 Feb 20;12(5):504.

精神科病院に入院している認知症のある方の数（全国・2022年6月末時点）

- ・ 症状性を含む器質性精神障害（F00 アルツハイマー病型認知症、F01 血管性認知症、F02 - F09 それ以外の症状性を含む器質性精神障害を含む）を主診断として精神病院に在院する患者は**約7.3万人**
- ・ 入院形態をみると、うち**非自発的な入院が約4.6万人** 在院期間をみると、**1年以上が約3.8万人**

2022年6月30日午前0時時点の全国の精神病床の在院患者の情報を集計したもの
ファイルのデータソースは令和4年度630調査の精神病床を有する医療機関入力票「精神病床票2」

主診断	総数	入院形態				
		措置入院*	医療保護入院	任意入院	その他の入院*	不明
F0 症状性を含む器質性精神障害	72,929	92	46,194	26,587	23	33
F00 アルツハイマー病型認知症	41,650	33	27,260	14,328	4	25
F01 血管性認知症	7,261	4	4,538	2,715	2	2
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	24,018	55	14,396	9,544	17	6

*「措置入院」には、緊急措置入院を含む。「その他の入院」には、応急入院、鑑定入院、医療観察法による入院を含む。

主診断	総数	在院期間								
		1ヶ月未満	1ヶ月以上 3ヶ月未満	3ヶ月以上 6ヶ月未満	6ヶ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	不明
F0 症状性を含む器質性精神障害	72,929	6,946	9,647	7,712	10,671	28,415	6,604	2,117	817	0
F00 アルツハイマー病型認知症	41,650	3,897	5,523	4,599	6,398	16,681	3,563	787	202	0
F01 血管性認知症	7,261	633	946	711	1,081	2,916	639	267	68	0
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	24,018	2,416	3,178	2,402	3,192	8,818	2,402	1,063	547	0

出所：令和4年度 630調査結果(厚生労働行政推進調査事業費補助金『良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究』研究班)<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html> 17

地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）



例えば主診断F0症状性を含む器質性精神障害で、東京都町田市に元住所のある患者が、どこの自治体の精神科病院に入院（1年以上）しているかを表示

ReMHRAD：2022年度 630調査 をもとに表示
(在院者数は2022年6月30日時点で精神科病棟に入院している患者の数を、
に退院した患者の数を示しています)

病院住所	入院者数(人)	入院者数(65歳未満/人)	入院者数(65歳以上/人)
合計 (0内は全国中央値)	194 (8)	13 (0)	181 (7)
人口10万人あたり (0内は全国中央値)	45.1 (24.7)	3.0 (0.0)	42.1 (22.9)
東京都 町田市	149	8	141
東京都 八王子市	12	2	10
神奈川県 相模原市南区	9	0	9
神奈川県 川崎市宮前区	5	0	5
神奈川県 厚木市	3	0	3
神奈川県 相模原市緑区	3	2	1
神奈川県 南足柄市	2	0	2
東京都 多摩市	2	0	2
山口県 周南市	1	0	1
広島県 尾道市	1	0	1
神奈川県 清川村	1	0	1
神奈川県 座間市	1	0	1
神奈川県 横浜市緑区	1	0	1
神奈川県 横浜市旭区	1	0	1
東京都 稲城市	1	0	1
東京都 青梅市	1	1	0
埼玉県 本庄市	1	0	1

日本の都道府県・二次医療圏・市区町村などの区分別の

- 精神保健福祉資料における指標の状況
- 精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）
- 訪問看護ステーション・障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡
- 各社会資源の位置情報

等について表示するデータベース

出所：ReMHRAD（在・退院者の状況）https://remhrad.jp/view_hospital_data

(参考) 障害者の権利に関する条約（第十四条・第十五条）と国連障害者権利委員会から日本政府への総括所見

障害者の権利に関する条約 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置等について定める条約（2006年国連総会採択・2008年発効。日本は2007年条約署名・2014年批准書寄託・発効）。

第十四条 身体的自由及び安全

1 締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。

(a) 身体的自由及び安全についての権利を享有すること。

(b) 不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと。

2 締約国は、障害者がいずれの手続を通じて自由を奪われた場合であっても、当該障害者が、他の者との平等を基礎として国際人権法による保障を受ける権利を有すること並びにこの条約の目的及び原則に従って取り扱われること（合理的配慮の提供によるものを含む。）を確保する。

第十五条 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由

1 いかなる者も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない。特に、いかなる者も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けない。

2 締約国は、障害者が、他の者との平等を基礎として、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けることがないようにするため、全ての効果的な立法上、行政上、司法上その他の措置をとる。

出所：外務省ウェブサイト https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html

日本の第1回政府報告に関する総括所見

国連・障害者の権利に関する委員会第27会期（2022年8月15日～9月6日）において採択

第十四条 身体的自由及び安全

31. 委員会は、以下を懸念する。

(a) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律により規定されている障害者の主観的又は客観的な障害又は危険性に基づく、障害者の精神科病院への非自発的入院及び非自発的治療を認める法令。

(b) 入院に関して、事情を知らされた上での同意の定義が不明瞭であることも含め、障害者の事情を知らされた上での同意の権利を保護するための保障の欠如。

32. 委員会は、本条約第14条に関する指針（2015年）及び障害者の権利に関する特別報告者によって発出された勧告（A/HRC/40/54/Add.1）を想起し、締約国に対して、以下のことを求める。

(a) 障害者の非自発的入院は、自由の剥奪に相当する、機能障害を理由とする差別であると認識し、主観的又は客観的な障害又は危険性に基づく障害者の非自発的入院による自由の剥奪を認める全ての法規定を廃止すること。

(b) 主観的又は客観的な障害に基づく非合意の精神科治療を認める全ての法規定を廃止し、障害者が強制的な治療を強いられず、他の者との平等を基礎とした同一の範囲、質及び水準の保健を利用する機会を有することを確保する監視の仕組みを設置すること。

(c) 障害の有無にかかわらず、全ての障害者が事情を知らされた上での自由な同意の権利を保護されるために、権利擁護、法的及びその他の必要な支援を含む保障を確保すること。

第十五条 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い 若しくは刑罰からの自由

33. 委員会は、以下を懸念をもって注目する。

(a) 精神科病院における障害者の隔離、身体的及び化学的拘束、強制投薬、強制認知療法及び電気けいれん療法を含む強制的な治療。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律を含む、これらの慣行を合法化する法律。

(b) 精神科病院における強制治療及び虐待を防止し報告することを確保するための、精神医療審査会の対象範囲及び独立性の欠如。

(c) 強制治療又は長期入院を受けた障害者の権利の侵害を調査するための独立した監視制度の欠如、また、精神科病院における苦情及び申立ての仕組みの欠如。

34. 委員会は、締約国に以下を勧告する。

(a) 精神障害者の強制治療を合法化し、虐待につながる全ての法規定を廃止するとともに、精神障害者に関して、あらゆる介入を人権規範及び本条約に基づく締約国の義務に基づくものにすることを確保すること。

(b) 障害者団体と協力の上、精神医学環境における障害者へのあらゆる形態の強制治療又は虐待の防止及び報告のための、効果的な独立した監視の仕組みを設置すること。

(c) 精神科病院における、残虐で非人道的また品位を傷つける取扱いを報告するために利用しやすい仕組み及び被害者への効果的な救済策を設け、加害者の起訴及び処罰を確保すること。