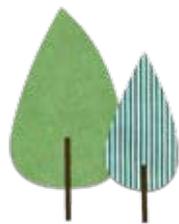


認知症と共生する社会に向けて

認知症施策に関する懇談会 報告書



2016年3月



はじめに

国は、認知症国家戦略のひとつとして、2012年6月に「認知症施策の方向性について」、同年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定し、その方向に沿って、認知症施策を進め始めた。「オレンジプラン」は、客観的にみて、1980年代以降の認知症施策のなかでもかなり充実した施策で、それなりに評価がなされたが、しかし、一方ではかなり多くの問題点を抱えていることも指摘されてきた。

そんな矢先のことである。2014年の春だったか、東京都健康長寿医療センターのもの忘れ外来で一緒に診療を行っていた繁田雅弘さんから、「オレンジプラン」には、いろいろ問題があるが、その理由のひとつに、認知症医療に関わっている専門家の意見があまり反映されていないように思われる、私たち認知症医療の専門家が主体となってこれからの認知症国家戦略についての勉強会を開き、もし何か結論でも得られたら、私たちの意見を公表して、国の認知症施策の資としたいといった問いかけがあった。私もまったく同感であり、早速、勉強会の発足に向けての準備を開始した。それが、本懇談会の発端であった。

メンバーとしては、長い間一緒になって認知症医療の実際に関わってきた仲間や認知症関連の3学会（日本老年精神医学会、日本認知症学会、日本認知症ケア学会）の理事長・幹部たちにお声をかけ、7人の方の同意を得て、2014年7月28日、最初の準備会を開催することにした。その際、医療サイドのみならず、介護・ケアの専門家の参加も必要ではという意見があったが、まずは、認知症医療者だけで議論をしたいこと、メンバーが多すぎると議論が深まらないなどの事情で、当初の計画通りの人員で進めることになった。また、私たち仲間の自発的な勉強会であり、旅費、会食費などすべて自弁で、会場は当分の間、私が在職していた東京都健康長寿医療センターの理事長室で行うことにした。

以後、2、3か月に1回の割合で、懇談会を進め、最終の2016年2月11日まで、準備会を含め、合計11回の会を開くことになった。その概略は、本文末に記録しているが、後半は、休祭日に合わせて、順天堂大学の会議室をお借りして会合をもった。また、第6回会議以降は、全国的にみて認知症医療に関係の深い方々で、旅費等の自己負担でお誘いを遠慮していた3名の方にもご参加していただくことができるようになった。最終的には、10人のメンバーとなった次第である。

会の内容の経緯を簡単に紹介すると、最初に、私が現在の国の認知症国家戦略、あるいは

は認知症施策についての概略と問題点をレビューし、それを基に、この会で議論する論点を整理・設定し、ついで、その設定した各論点について、議論を集中して行うことにした。この間、「新オレンジプラン」が提起され、それに応じて、新しい論点を加え、これまでの論点を整理するなどの調整を行った。また、議論の在り方としては、国の施策を批判することよりも、むしろ私たちの考え方を積極的に提示することに重きをおくことに主眼をおいた。

そして、ある程度議論が煮詰まった段階で、各論点をそれぞれの委員の方に割り当てて、議論の内容を文章化する作業をしていただき、持ち寄った文章についてさらに討議を加え、ひとまず、報告書にみるような形となったのである。なお、懇談会全体の意見ということ を明らかにするために、各論点の原案を書かれた委員の名は明示しないことにした。

しかし、私たちは、この報告書に満足はしていない。各論点の議論の深さ、論点に伴った関心の広がりにおいて、まだまだ不十分であることの認識は各メンバーの共有するところである。むしろ、この報告書は、現在の時点での、認知症を長期間にわたって専門としてきた私たちによる、認知症施策に関する問題提起の一部とみなしてもらった方がいいのかもしれない。

今後は、できることならメンバーを増やし、認知症医療のみならず認知症介護の人たちも一緒になって、この懇談会をさらに発展させていきたいという思いがある。乞うご期待である。

なお、この会は、最初に提案された繁田さんに、事務局長的な役割をとっていただいた。ご多忙の折のことで、申し訳ない気持ちでいっぱいである。

なお、本報告書の作成に関しては、生存科学研究所の助成をいただいた。ここに記して、深謝いたしたい。

2016年3月吉日

松下正明

Contents

はじめに	1
論点 1 認知症施策の理念とビジョン・視点	4
論点 2 認知症とともに生きる地域・社会・環境	7
論点 3 認知症施策の実施体制	12
論点 4 当事者の施策への参画	16
論点 5 尊厳を守る施策・倫理的な視点	19
論点 6 認知症施策の評価	25
論点 7 認知症研究の推進	29
論点 8 伴走者・支援者の育成	33
おわりに	36
開催経過	37
認知症施策に関する懇談会メンバー	38

認知症施策の 理念とビジョン・視点

現代の超高齢社会における認知症や認知症の人に対する理解が必ずしも十分でない状況に鑑みれば、これからの認知症施策において、その理念やビジョン（視点）を明確にして、認知症や認知症の人の理解を深めておく必要がある。個々の具体的な認知症施策が一体どのような理念やビジョン（視点）のもとに取り上げられ、仕組みづくりをなされてきたのか、そのことを明らかにすることによって、それぞれの認知症施策の意義が把握され、その成果の是非が論じられるはずだからである。

理念から個々の具体的な施策に至るまでの構図を考えると、まず、理念があり、それに基づいて、種々のより具体的なビジョン（視点）が描かれ、さらに、そのビジョンのもとに、基本目標を立てられ、そのもとに、より細かな、実際の施策の目標と実施計画が具体的に立てられることになる。

この構図はまた、実際に計画・実施された個々の施策が、どのような目標のもとで立案され、さらに、その目標がどのようなビジョン（視点）のもとで掲げられ、それらのビジョンがいかなる理念の下で抱かれるようになったのかという、理念→施策とは逆の流れで理解することもできる。このような、理念⇔ビジョン（視点）⇔基本目標⇔個々の実施目標⇔実際の施策という流れは、一方向というよりは、双方向性のものとして捉え、評価する姿勢が必要である。

1-1. 認知症施策の理念

本懇談会では、以上のような基本的な立場から、これからの認知症施策の理念とビジョン（視点）について、ひとつの考えを提示することにした。その後の流れとしての個々の目標設定とそれに基づく実際の施策に関しては、今後さらに議論していきたいが、まずは総論として、認知症施策の大枠を明示することを本懇談会の当初の使命とする。

理念として、以下の8つの理念を挙げ、それぞれの理念のもとにおけるビジョン（視点）を提示する。

- 理念1 認知症は、病因不明の、特殊な病気のみでなく、通常の脳や精神・身体に加齢に伴ってくる老化現象と連続性がある状態を含んでいる。認知症は誰もが加齢とともに経験するかもしれない状態であるという認識が必要である。
- 理念2 認知症の人とは、自らの認知症状態を受け入れ、認知症とともにその後の人生を歩んでいく人である。
- 理念3 認知症の人の人格と意思、さらにはこれまでの長い人生が尊重される、尊厳ある社会を創造することが、認知症施策の前提となる。
- 理念4 認知症の人の人格や意思が尊重される地域において、自らが住みたいと願う環境で暮らすことができるためには、認知症の人が住む地域の豊かなソーシャルキャピタルの整備・充実が必須である。
- 理念5 認知症の人のみでなく、認知症を受容する家族、ケアラー、友人、サポーター、地域住民などすべての人たちのQOLの向上と人権の尊重がなされなければならない。
- 理念6 認知症施策は、科学的な根拠に基づいてなされ、科学的に評価されねばならない。
- 理念7 認知症施策は、医療・福祉・社会・政治などを包含した、ひとつのシステムとして機能しなければならない。
- 理念8 認知症施策の理念から具体的な個々の施策までの客観的な評価、アウトカムの設定は、認知症の人や家族の評価を入れながらなされ、それをもって今後の認知症施策の進展が図らなければならない。

1-2. 認知症施策のビジョン（視点）

上記の理念に基づいたビジョン（視点）としては、本報告書の各論点に詳述される。以下、ビジョン（視点）を論じる際に、考慮しなければならない観点のいくつかを指摘する。

理念1におけるビジョン（視点）

- ・誰もが認知症になりうるという視点からいえば、認知症問題は高齢者問題、あるいは高齢社会の問題でもあるという認識が必要である。
- ・認知症医療は、新しい社会像を形成し、そのための社会政策が必須であるという視点が必要である。

理念2におけるビジョン（視点）

- ・Living well with dementia という思想は、認知症の人と暮らすという意味とともに、自らの認知症状態を受け入れて、幸せに人生を送るという側面が強調されなければならない。
- ・認知症と共生する社会とは、まさに超高齢社会の根幹に属するという視点が重要である。

理念3におけるビジョン（視点）

- ・認知症の人、ひいては高齢者の尊厳や人権を守るという思想は言うは易しいが、実

際に、そのための具体的な医療・介護施策・対策、あるいは社会施策・対策を実施するのは非常に困難であるが、ただ一般論的にその重要性を唱えるだけでなく、尊厳や人権に関わる施策・対策を具体的に示す姿勢が重要である。

理念4におけるビジョン（視点）

- ・ 認知症の人が住みたいと思う環境と住み慣れた環境とは、必ずしも一致しないという思想が重要である。これまでの長い人生がすべて幸せであったとは限らない。あるいは、家族内でも常に平安であったとも限らない。そのような人生や現状を振り返ってみると、家族とともに暮らすことがすべて善であるというわけにはいかない。
- ・ 「住みたい」と思う環境が家庭ではなく、施設の方がよいという高齢者もいる。施策には、そのような視点も必要である。
- ・ 豊かなソーシャルキャピタルの整備と充実は、認知症問題に限らず、地域全体の再生、創生の問題でもある。新たな社会づくりという視点が必要である。
- ・ 最近、言われだしている、「高齢者を地方に」という発想には、認知症の人にとってのソーシャルキャピタルは何かという視点が欠かせない。

理念5におけるビジョン（視点）

- ・ 認知症の人や家族・ケアラーなど認知症の施策に関わるすべての人に関わる QOL の向上や人権の尊重である。

理念6におけるビジョン（視点）

- ・ 認知症における研究は、認知症疾患、認知症医療のみならず、それに関連した介護・看護、さらに広く、生活、福祉、社会を対象とした研究も含む。さらに、認知症施策そのものについての科学的根拠を得るための研究も必要である。
- ・ 認知症における研究は、統合的、総合的に行われる必要があり、そのための組織づくりが求められる。
- ・ 認知症における研究は、すべて、客観的に、評価されなければならない。

理念7におけるビジョン（視点）

- ・ 認知症施策は、国から市町村まで、また医療・福祉・行政など種々のレベルの取り組みが行われるが、国全体において、あるいはそれぞれのレベルにおいて、施策が滞りなく行われるための実施体制の明確化と整備が必要である。
- ・ 国の認知症施策体制として、総理大臣、あるいはそれに準ずる人の直轄としての組織が望まれるが、それが直ちに実現困難としても、厚生労働省の中に「認知症局」をつくる必要がある。

理念8におけるビジョン（視点）

- ・ 認知症施策の理念・ビジョン（視点）・基本目標・個別の目標・ここの具体的施策実施の評価体制を確立させ、それに基づき、施策評価やアウトカム設定の基準や体制が必要である。
- ・ 評価やアウトカムには、認知症の人や家族の視点が必須である。

認知症とともに生きる 地域・社会・環境

「認知症施策の方向性について」や新・旧の「オレンジプラン」の基本目標として、「住み慣れた地域のよい環境で暮らす」ことが前面に取り上げられている。認知症の人や家族が生活する地域や環境の整備が重要な認知症施策のひとつであることについてはまったく異論はないが、しかし、よく考えてみると、いったい、「住み慣れた地域のよい環境」とは何かという疑問が湧く。本懇談会では、この疑問に対して、認知症とともに生きるもっともふさわしい地域・社会・環境の特性や諸条件を探索しながら、それを実現するための具体策を案出し、実践し、評価していくプロセスの積み重ねが必要であることが指摘された。

2-1. 「住み慣れた地域」と「住みたい地域」

政府が発表した認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、その副題に「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」という記述があり、その基本的考え方は「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現をめざす」とされている。

しかし、上記の基本的考え方には異論も多い。

住み慣れた地域とは、認知症の人にとって本当に住みやすい地域なのか。あるいは住みたい地域なのか。つまり、住み慣れた地域と住みやすい地域、住みたい地域とは、必ずしも一致しないのではないかという素朴な疑問が生じる。このような観点からいえば、住み慣れた地域がア priori に認知症の人にとってふさわしいという考えはやめ、認知症の人が住みたいと思う地域論を中心とした方がよい。

この住みたい地域論は、在宅という形態が常に最善なのかという問題を提起する。そうであれば、地域論としては、地域イコール在宅ではなく「施設」も含めて地域とみなす必要がある。また、「施設」と言っても、これからはより多様な形態の施設が創り出される可能性がある。施設の多様性を一方で模索しながら、住みたい地域論を展開していく必要がある。

重要なことは、「住み慣れているか、住み慣れていないか」、「在宅か施設か」というこ

とではなく、そこに、認知症とともに生きる人も、他の人たちと区別・差別なく、その一員として社会生活を送れる地域・社会・環境があるか、あるとすればそれはどのような場所であるのかということである。

認知症施策の中心となる地域包括ケアシステムにおける「地域」とは、本来、「地域の特性に応じて、地域に暮らす人々が参加して、地域発の支援体制を創る」という意味での「地域」である。地域包括ケアシステムとは、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、共に生きていくことができる社会を創ろうという理念の下で、地域に暮らす人々が、相互に信頼し、尊重し、助け合う関係性を基礎にして、住まい、生活支援、家族支援、保健、医療、介護等の支援を、必要に応じて統合的に提供できる体制を、地域の特性に応じて創りだしていこうというものである。

2-2. ソーシャルキャピタル

「新オレンジプラン」等に謳われた、住み慣れた「よい環境」についても議論しておかねばならない。「よい環境」とはいったい何か。「よい環境」の根幹にある基本的概念のひとつはソーシャルキャピタルであろう。

ソーシャルキャピタル（社会関係資本と訳される）は、もともとは社会学、経済学、政治学の領域で議論されてきた概念であり、「人々の協調活動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることができる、『信頼』『規範』『ネットワーク』といった社会組織の特性」であり、「個人と集団がソーシャル・ネットワークを通して入手できる資源」とされている。一言で言えば「地域の力」と呼び得るものであろう。

ソーシャルキャピタルが身体的健康や精神的健康に及ぼす影響については既に数多くの研究があるが、認知症の人の生活、サービス提供状況、認知症の経過や予後に及ぼす影響については、今のところ研究報告は見あたらない。今後は、このような研究が深化されることによって、認知症の人にとっての「よい環境」が明確化され、その成果が認知症施策に反映されることが期待される。ソーシャルキャピタルを如何に充実させ、豊かにさせるかという問題は、単に医療や介護の領域にとどまるものではなく、社会・経済・政治、さらには、社会政策にまで広く及んでいくものであるという認識が必要である。

2-3. 認知症の人の住まい

生活を実現するための基盤は「住まい」である。「住みたい地域」での「住まい」論は、認知症の有無にかかわらず、高齢者一般における問題を踏まえた論議が必要であるが、し

かし、認知症とともに生きる人の生活を可能にする「住まい」の確保は差し迫った状況にある。この問題は特に大都市において深刻である。

現在、東京都内に暮らす認知症高齢者（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の人）の約4割が施設入所者であり、その半数は介護保険外施設に入所している。介護保険外施設への依存の背景には、地価の高さと介護保険財政の逼迫がある。

全国的には、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅も急増しているが、これらの施設には認知症の人に必要とされる生活支援が担保されているとは限らない。経済的に困窮している認知症高齢者は、経済的な理由から、介護老人保健施設や認知症対応型グループホームに入所することができず、低廉な有料老人ホームに入所する頻度が高くなっている。繰り返される介護保険外施設従事者による虐待関連報道が、こうしたことと深く関連しているのは明らかである。

東京都区部の自治体には、地価の安い都外に土地を購入して、ここに区民が入所できる介護施設を建設しようという動きがある。また、大都市の「高齢化対策」と「地方創生」という2つの視点から、東京圏をはじめとする大都市に暮らす高齢者が、「希望に応じて地方に移住し、アクティブな生活を送り、必要に応じて医療・介護を受けることができるような地域づくり」（日本版C C R C構想有識者会議）を推進する計画がある。しかし、そこには、認知症の人の「住みたい地域」「住みやすい地域」という視点や、認知症の人に必要とされる生活支援があるのかという観点は欠落している。

認知症の人の「住まい」に関しては、早急な対策が必要な事態であることを認識した上で、しかし、認知症とともに生きる人をその一員として包摂する地域・社会・環境という観点から、「住まい」対策がどのような意味をもつものであるか、慎重な論議が必要であろう。

なお、住まいの確保が困難な低所得・単独世帯の認知症高齢者や障害者が、住み慣れた町に住み続けられるように、空き家等を借り上げて生活支援付きの住まいを確保しようとする活動や、それと同時に、地域の中にサロンやカフェなどの交流の場を設け、地域社会とのつながりの中で孤立することなく暮らしていくことができるようにしようとする活動が展開されはじめている。このような動きに関しては、認知症の人の「住まい」の観点やソーシャルキャピタルの充実という意味もこめて、われわれも強く賛同し、支持していきたい。

2-4. 認知症の人の生活支援

認知症の人の生活障害には、そのステージによってさまざまなレベルがある。初期の段

階では、仕事をする、旅行に行く、知人と交流する、諸手続きをする、交通機関を利用するなど社会生活に関連する機能に支障が現れ、社会の中で孤立しやすくなる。

軽度の段階では、服薬管理、金銭管理、家事や食事の準備などの手段的日常生活動作 (IADL) に支障が現れ、中等度の段階では着替え、入浴、排泄などの基本的日常生活動作 (基本的 ADL) に支障が現れ、重度では、食事、移動、清潔保持を含めほぼすべての基本的 ADL に介護を要する状態になる。

介護保険給付サービスは、要介護度に応じて、基本的 ADL の障害や家事援助に関する IADL の障害に対する生活支援を提供する。しかし、社会的な生活機能の障害や金銭管理・服薬管理などの IADL の障害に対応できる生活支援は存在しない。すなわち、認知症で、社会的な生活機能が障害され、IADL の障害が現れる段階、つまり比較的初期の段階の認知症では、たとえ認知症が早期に診断されたとしても、その生活障害を支援できる制度的サービスは存在しないことになる。

認知症の初期の段階で、生活障害を支援できる制度的サービスが受けられない期間のことを「空白の期間」と称されているが、認知症の人が、社会の中で孤立することなく、人々とのつながりの中で、希望をもって、安全に暮らすことができるようにするためには、今日の介護保険給付サービスではカバーされていない空白の期間を解消し、社会生活支援や IADL 支援を、認知症の人の視点に立って提供できるような仕組みが必要である。

わが国の単独世帯高齢者の数は、2015 年で約 600 万人、2025 年で約 700 万人に達する。高齢者の 5 人に 1 人が一人暮らしになる。一般に、IADL は、一人暮らしを維持するための生活機能であるため、一人暮らしの認知症の人は、軽度の段階で在宅生活の維持が困難になり、施設入所を選択せざるをえない状況に直面することが多い。家族のいない、一人暮らしの認知症の人の多様なライフスタイルを可能にし、一人暮らしの認知症の人の在宅生活を支えるには、「生活支援」の担い手の確保が不可欠であり、そのための具体的な施策が必要となることも指摘しておかねばならない。

2-5. 認知症の人の家族支援

家族は、認知症の人の「生活支援」のキーパーソンである。「生活支援」のキーパーソンが不在の場合には、認知症の人の在宅生活の継続そのものが困難になる場合が多い。

しかし、「生活支援」の担い手である家族には、さまざまな負担がある。

家族は、日々の生活支援の連続の中で、時間的制約、精神的緊張、身体的負担を体験する。また、家族であるが故に、強い喪失感を体験する。さらに、介護離職を余儀なくされ

る家族も増えており、自分の将来への不安も大きくなる。医療・介護サービスの利用が家族の経済を圧迫することも少なくない。

こうした家族介護者の体験が周囲には理解されず、介護者自身が社会的に孤立することも多い。このことが、家族介護者の精神的・身体的健康を害し、虐待、自殺、殺人などのリスクを高める要因になっている。

認知症とともに生きる地域・社会・環境には、家族介護者の視点に立って、家族介護者を支援することができる社会資源が欠かせない。家族の状況を評価し、困りごとや心配事の相談に応じ（情緒的サポート）、必要な情報を提供し（情報的サポート）、課題解決に向けて共に歩むことができる支援者が必要である。

家族会によるピアサポート、認知症カフェ、職場における両立支援事業、介護支援専門員や介護保険サービス事業所における家族支援などが早急に求められるであろう。

2-6. 認知症とは何かという認識の普及

認知症とともに生きる人を受け入れる地域・社会・環境を創る上で、認知症の正しい知識を普及することは重要である。その際には、認知症とともに生きるとはどのようなことであるかを理解することが重要である。それは国民一人ひとりに課せられた責任と言ってもよい。年をとれば認知機能は落ちていくものである、誰でもがその準備をすることができるということを深く理解する必要がある。

認知症の普及啓発では、自分の認知機能が低下しているという自覚と同時に、それでも社会の中で生きていくことができるという自覚が得られるようなメッセージが必須である。

認知症の状態になったときに、認知症の人や家族にそれを説明するに際しては、「認知症」という病気に罹患したと伝えるよりも、認知症の人も家族も医療者も介護者もすべて「相互にわかりあう老化というプロセス」にあり、それぞれ、年齢に応じて異なった老化のステージにあるにすぎないと説明すべきであろう。そのことが、「認知症とともに生きる地域・社会・環境」における認知症施策の根幹にあると言っても過言ではない。

認知症施策の実施体制

効果的な認知症施策が立案され効率よく実施されるための体制が望まれる。その体制は、国としての実施体制や自治体としての実施体制というように、それぞれのレベルでのイニシアチブが必要となる。ここでは国家としての体制と自治体としての体制に分けて述べることとする。とりわけ、自動車運転免許取り消しとその後の生活支援の課題や、高齢者施設・住居における安全性の確保にかかわる課題など、国家レベルで関係する省庁がルールや制度を見直す必要があるが、その一方で自治体など地域のレベルでの支援体制も整備しなければならない。それぞれのレベルで有効に機能する司令塔機能が求められる。

3-1. 国における施策実施体制

2014年11月に開催された認知症サミット日本後継イベントにおいて、安倍総理大臣は「私は本日ここで、我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします。我が国では、2012年に認知症施策推進5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします」と挨拶し、2015年1月に新オレンジプランが発表された。「本戦略は、厚生労働省が、内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省及び国土交通省と共同して策定したものであり、今後、関係府省庁が連携して認知症高齢者等の日常生活全体を支えるよう取り組んでいく」としている。例えば、詐欺などの経済被害の防止、自動車運転免許の更新と停止の判断や手続きのあり方、行方不明者の捜索、火災や自然災害時の搬送や支援方法、急性疾患の救急対応のあり方、成年後見制度や医療におけるインフォームド・コンセントやインフォームド・アセント、診断・治療・介護モデルの開発研究や初等教育から高等教育における認知症理解の促進と知識の普及啓発、認知症が関係する多種多様な課題はいずれも単独の省庁で完結するものではない。対応には全省庁が連携して取り組む必要がある。

現在の認知症施策は、認知症施策推進室が推進・調整役となっているが、安倍総理大臣の挨拶と新オレンジプランにあるように司令塔役を担う省庁横断的な体制が組織される必要がある。総理大臣のトップダウンの体制のもと、認知症に関連した施策を統括する姿勢を打ち出すことが重要であり、「認知症の人基本法」の制定にかかわる議論などもそこで検討する必要がある。

また、立案され実施された施策がつねに効果的・効率的とは限らない。国家施策や自治体施策、ともに不断の見直しは必要であり、そのために施策の成果を評価する視点が必要である。どういったシステムで、いかなる指標を用いて評価するかの議論が継続されなければならない。あらかじめ指標を公開して評価・検証を第三者が行うといった客観的評価の視点が求められる。

3-2. 自治体における施策実施体制

3-2-1. 地域の強みを活かした体制

地域の実施体制についてはさまざまな実施体制があり得る。地域の強みを活かした体制が望まれる。新オレンジプランでは、「認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携の推進による司令塔機能の構築」、「精神科や老年科等の専門科による医療の専門性を活かした介護サービス事業者等への後方支援と司令塔機能が重要」としている。地域の司令塔は、その地域のさまざまなリソースを把握し、ニーズを踏まえて計画を作成、実行し、モニタリングする役割をもつ必要がある。これは本来行政が担うべき機能である。認知症疾患医療センターだけでも、地域包括支援センターだけでも果たせるものではない。自治体における施策実施は、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携に行政(地域包括支援センターが市区町村の直営でない場合はとくに)が加わって司令塔としてイニシアチブをとることがひとつのあり方であろう。ただ、そうした体制の中で、医師会や認知症サポート医の役割や、認知症疾患医療センターと包括支援センターと行政の連携によるイニシアチブをとりかたは、地域によって望ましい形は異なるはずである。

認知症疾患医療センターは2017年度末の目標が500カ所にとどまっている。都道府県および市区町村のレベルで、地域包括支援センターや行政と連携してイニシアチブをとるためには、診療所型認知症疾患医療センターも含め、大幅に数を増やす必要がある。また認知症疾患医療センターとして指定されている医療機関の種別もさまざまである。認知症支援における精神症状をもつ人や身体合併症をもつ人への適切な医療サービスの提供はそれぞれ最重要課題である。精神症状や身体合併症の治療・支援のニーズに応えるためには、精神科病院の認知症疾患医療センターは、身体合併症の治療を行う地域の医療機関と、また、精神科ベッドを有さない急性期医療機関の認知症疾患老センターは、近隣の精神科病院等と今以上に連携を深めなければ適切な対応を行うことはできない。

介護保険制度の改正によって、地域包括支援センターに地域介護予防推進員や生活支援コーディネーターが新たに配置され、従来、地域包括支援センターが担ってきた介護予防に関する業務の軽減が図られつつある。その結果、独居高齢者の実態把握、セルフネグレクトなどの虐待事例への対応、そして認知症疾患医療センターとの定期的な情報交換や事

例検討など、認知症支援の喫緊の課題により多くの時間を割けるようになるものと期待される。現在すでに認知症に罹患し療養している人と家族のニーズにも、地域包括支援センターは適切に応える機関でなければならない。

3-2-2. 施策実施に関わる人材

地域の施策の実施には医療・福祉連携や医療連携の推進が不可欠であり、そこで認知症サポート医は一定の役割を果たせる可能性がある。地域によっては認知症サポート医が医療連携・医療福祉連携を推進しているところもある。ただ、現時点での認知症サポート医の研修内容や研修量では、地域連携を担うことは困難である。認知症サポート医を廃止して新たな連携を担う医師のための研修制度を設けるか、現在の認知症サポート医の研修内容を大幅に見直す必要がある。

認知症地域支援推進員も、施策実施体制の一翼を担うべきである。現状では、認知症地域支援推進員の半数以上が兼務であり、さらに委託の地域包括支援センターに配置されている状況では、役割を十分に果たすことができないという懸念もある。しかし、地域包括支援センターが認知症疾患医療センターや行政と施策実施をする連携体制が強化されれば、認知症地域支援推進員の機能を発揮できる機会も増え、役割が増すはずである。認知症地域支援推進員研修を修了した者の資格を見ると看護師に続いて保健師が多い。保健師は、一般病院や企業、施設、居宅を含めて医療・介護を踏まえた俯瞰的な視点を持つことができる職種である。公衆衛生的な視点もつ職種であることから施策実施を担う職種として期待できる。

施策の実施体制の一翼は行政が担うべきであるとすでに論じたが、行政職員の異動による継続性の課題をつねに考えておかななくてはならない。施策実施はいかなる人材が司令塔役を担うかによっても左右されるが、それ以上に中・長期的な実効性のある計画を策定することがより重要といえる。明確な目標とそれを達成する道筋をあらかじめ示し、異動による継続性の課題を最小限にしなければならない。そして、それらの目標は地域において関係者と住民との間で共有されなければならない。

多職種研修であるライフサポート研修の参加者をみると、地域のかかりつけ医の参加者数は現時点ではまだまだ少ない。認知症医療であっても、認知症ケアであっても、最終的な目標は同じである。認知症の人への対応は多職種が必要であり、医療関係者と介護関係者が互いに顔の見える関係を作り上げるために目標を共有することが必要である。地域の医師会員に一定期間の要介護認定審査会委員の役を果たしてもらうことや、介護支援専門員と主治医との面接を義務付けることなどもひとつの方法である。

現時点では介護支援専門員の多くが社会福祉法人に所属しているため、ケアプラン作成における中立性の維持が難しい。予防給付から介護給付へ移行、あるいは居宅から小規模多機能サービスの利用、あるいは施設サービスの利用などによって介護支援専門員が継続的に関わるのが難しい場合もある。認知症のケアマネジメントを考える場合、同一の介護支援専門員が関わるのが望ましく、今後の大きな課題といえる。同一の介護支援専門員が関わる事ができれば、一部の施設でいまだに行われている行動制限についても議論を深めることができるはずである。

当事者の施策への参画

2001年以降、認知症を持つ人が声を上げる機会が増え、国際アルツハイマー病協会 Alzheimer's Disease International, ADI の総会をはじめとして、当事者の講演会や本人会議、インターネット（3つの会@WEBなど）、手記の出版など、当事者の声が積極的に発信されるようになった。認知症の人と家族のニーズは、汲み取るだけでなく、聴くべきものになったといえる。とりわけ本人の想いを積極的に聴く姿勢の重要性が認識されるようになった。

意見の聴き方にも様々な手法があり得る。それらは併用されなければならない。例えば『認知症の人と家族の会』や『彩星の会』などの家族会や『日本認知症ワーキンググループ』などの当事者の会から要望書を提出してもらうこともひとつの方法である。あるいは、家族や当事者に個別にヒアリングを行うことも有効である。調査の手法も、ヒアリングという語りを引き出す方法だけでなく、アンケートなどを用いてより多くの当事者の意見を集めることも必要である。とくに当事者の意見を聴き始めたばかりの段階では、さまざまな手法を試みる必要がある。

また、意見聴取の方法も、当事者の意見を参考にして行うことが可能である。すなわち、委員会や担当者が単に意見を聴くだけでなく、当事者のより積極的な参画の仕方として、どのようなテーマについてどのような形で意見を提出してもらうかなど、意見の聴き方の設定から当事者がかかわるといいうことも考えてよい。

そして、本人の意見と家族の意見を調整し折り合いをつけることは、意見の聴取後に行うべきであり、聴く段階で行うべきではない。意見を聴く段階では、調整したり取捨選択をすることはせず、本人と家族の意見そのままを関係者が共有することが重要である。

4-1. 施策への本人の意見の反映

認知症の人は、支援を受ける対象として客体になりがちであるが、自らが生きる主体と考え、本人の病気に対する姿勢を理解し、それに沿った支援をすることが必要である。したがって本人の意見をふまえて国や自治体の施策を立案し実施しなければならない。そのために国や自治体は、認知症の人の意見を継続的に聴く仕組みをもつ必要がある。

しかし意見を述べる場を提供するだけでは有意な意見や真の想いを引き出すことはできない。とりわけ認知症をもつ人にとって、自分自身の意見を整理して述べることは容易なことではない。まずは当事者が議論の場に意見を持ち込むための自分自身の意見整理が必要であり、そのための支援も必要である。例えば伴走者による意見整理の手伝いなどが、当事者にとっては大きな助けになるに違いない。

出される意見は本人の状態や状況によっても異なる。認知症といってもさまざまな原因疾患があり、さまざまな進行段階における、さまざまな症候プロフィールがある。年齢や性別によっても、居住する地域やライフスタイルによっても、その声は異なるはずである。そうした様々な立場からの意見を取捨選択をしたり軽重をつけたりすることなく聴くことが出発点である。

われわれ医療や福祉の専門職は、支援する認知症の人の声を現場においてもていねいに聴かなくてはならない。それは施策に反映させるためだけではなく、むしろ認知症の人の支援に関わる全ての人が、いままでよりも丁寧に、真摯に、誠実に耳を傾けることが求められている。認知症は将来だれもがなり得る病気である。われわれ医療・福祉専門職も、自分の事として認知症の人から学ぶという姿勢が求められている。現場においても聴く経験を積み重ねていくことが必須であることを強調したい。

4-2. 施策への家族・介護者の意見の反映

家族と本人とそれぞれに意見を聴くことが必要である。家族は本人の代弁者でもあるが、家族には家族としてのニーズと要望があるはずである。家族が本人の想いに配慮しつつ、また本人の気持ちをふまえつつ、意見を調整して提示することは容易ではない。それを家族に課すことには無理がある。家族は本人に気を遣うものである。本人に余計な心配をさせたくないとの家族の心情から、本人に伏せておきたいこともある。本人には言えないこともある。そうした家族の想いを大切にするためにも家族からは家族としての意見を聴く姿勢が必要である。

4-3. 認知症をもつ人の意見聴取の難しさ

当事者、とりわけ認知症をもつ人の意見を聴くことは必ずしも容易ではない。原因疾患による症状のために適切に表現することに支障が生じている可能性がある。本人から出された発言の表現だけにとらわれると、本人の想いを的確に汲み取ることができない。また意見の合理性や妥当性、実現可能性などを本人に求めても、本人の想いを聞きそこなってしまう。真摯に耳を傾け、本人の視点に立って想いをくみ取り、了解し共感することによ

てしか受け止めることができない部分があることを忘れてはならない。必要に応じて本人の意思表示に力を貸すことも必要であるが、本意を損なわないよう十二分な配慮が必要である。整然としておらず時として矛盾する本人の言説から、いかにニーズや要望を引き出すかが重要である。それは周囲の一方的な解釈であってはならず、想いを汲み取る配慮や技術を高めていく必要がある。

認知症になった後、どのような医療・福祉サービスを受けたいかということに関して、終末期の事前指示などとともに意思表示できるシステムを普及させることも必要である。しかし、病前に考えていたことが認知症疾患を発症した後も同じとは限らない。軽症の段階で考えていたことが高度に進行した段階でも変わらないという保証はない。認知症の高度化や精神・身体疾患の重症化から意思表示ができなくなった人への支援を考える際、病前あるいは軽度の段階の意思表示がその人の支援を考える上で大いに参考になることを十分に承知した上で、本人の意思は変わり得るものであることに留意しなくてはならない。

4-4. 新たな当事者のニーズ

従来、認知症の医療と福祉の役割は、家族の介護負担の軽減に重点が置かれてきた。それは今後とも医療と介護に求められる重要な役割であることに変わりはない。しかし近年、新たなニーズと要望が当事者から生じている。それは、より多くの認知症初期や軽症の人が医療機関を受診するようになったことと関係がある。それらの人々の多くは、いわゆる行動心理症状 Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD はなく、抗精神病薬を含む向精神薬等を服用する必要もなく、アルツハイマー病の治療薬の精神的・身体的副作用もなく安定して治療を受けているように見える。日常生活自立度 I 相当の人や、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment, Petersen, Mild Neurocognitive Disorder, DSM-5) の受診者も増えている。そうした人の家族は、できる限り長期にわたって本人らしく、また家族と一緒に暮らしてほしいと願っている。そのような家族のニーズに応える医療が今後さらに求められる。こうした人々については、今以上に当事者の声を聴く必要がある。

4-5. 施策の評価としての当事者の意見

施策実施に際して、効果の評価が必須であることは別の論点でも述べたが、施策評価に際しては当事者の意見を参考にすることができる。認知症を持つ人の療養や生活がどのように変わったのか、それとも変わらなかったのか、また家族や介護者の介護や生活がどのように変わったのか、それとも変わらなかったのか、評価の指標とすることができる。

尊厳を守る 施策・倫理的な視点

認知症の人や家族の人権を尊重し、人間としての尊厳を守ることは、認知症施策の基本であるといっても過言ではない。絶対に、人権を無視し、人間としての尊厳をないがしろにするような施策であってはならない。

認知症の人や家族が社会の中で生を営むに際して、かれらの人権が尊重され、人間としての尊厳が維持されるにあたって、一体何が基本的に重要かということに関しては、種々の立場から、さまざまな指摘がなされてしかるべきであるが、本懇談会では、その基本のひとつである権利擁護、とくに、権利擁護の核心といってもよい住まいの確保、そこでの生活の安全と安心について、認知症施策の方向性について論じることにする。

5-1. 高齢社会における『権利擁護』の考え方

現在、わが国の高齢者の過半数は単身、高齢夫婦、あるいは高齢者と未婚の子どもという小さな単位で生活している。2010年の国勢調査によれば、1990年以降の20年間、世帯規模の縮小が続いており、人口減にもかかわらず、世帯数は約4千万から5千2百万に増加している。さらに、高齢者の世帯状況を見ると、2000年から2013年までの13年間に、単独世帯が約1.9倍、夫婦のみ世帯1.7倍、未婚の子との同居世帯が2.0倍に増加している。

若い世代に依存できない高齢者は、自分の責任で住居を確保し、そこでの生活における安全と安心をはからなければならない。しかし、これらの機能を遂行することは、健康な高齢者にとってさえ非常な困難を伴う。ましてや認知症の人においてをやである。若い世代の同居家族がいる場合でも、その在り様は社会情勢の変化とともに変化している。高齢の親に依存している若年家族がいる場合、親の認知症発症は、そのまま、子の生活破綻を意味する。

認知症の高齢者や、その高齢の配偶者、あるいは家族に、「住み慣れた地域のよい環境」に住み続けることを要求するなら、住まいの確保、そこでの生活における安全と安心の保証こそが、権利擁護の核心であると言っても言い過ぎではない。

かつては家族が担っていた高齢者の社会生活支援を、今後は、社会政策として行うという視点から、認知症施策の在り方を論じねばならない。

5-2. 認知症の人の住まい

最初に注意を要するのは高齢者の経済状態である。内閣府の「平成26年度版高齢者白書」によれば、わが国の高齢者の87.6%は、介護が必要になっても、自分と家族の経済力で何とかできると考えている。このうち、子どもの援助を計算に入れている人は9.9%で残る77.7%は、自分の年金、貯蓄、不動産の売却等で充当できると考えている。2人以上の70歳以上高齢者世帯の場合、平均貯蓄額は一般世帯の1.3倍に当たる2,209万円である。持ち家率は90%超、平均年収は450万円ですべても一般世帯を上回っている。すなわち、高齢者世帯が一般に困窮していると考えする必要はなく、現在のところ比較的恵まれた経済状態にあるものが多いといっても良い。

一方、高齢世帯の経済格差が大きいのも事実である。65歳以上の生活保護受給率は、一般世帯の1.6倍で、75歳以上の世帯ではジニ係数が高い。年収が150万円に届かない高齢者世帯は25%を占めている。認知症にならなくともぎりぎりの生活を強いられている困窮世帯が少なくない。

しかし、認知症になった後の生活資金という視点で見れば、上記のように現在の収入や資産で十分と回答している世帯であっても、年金等の現金収入が十分にある場合を除き、認知症の発症後、自分の資産が自分の為に使えるという保証はない。認知症によって資産の運用管理ができなくなった後、推定相続人が成年後見人になれば、後見人にとって、親の資産売却は自分の相続財産の減少と同義だからである。

以上のような現況を把握した上で、認知症の人を含めた高齢者施策における住環境の整備はどうあるべきであろうか。我々としては、拡大する高齢人口全体に資源を薄く広く拡散するのではなく、援助を必要とする困窮者に住まい（介護を受ける場所を含む）を提供することに集中し、資産のある層に対しては認知症になっても自分の資産が自分のために使えるような法システムの整備等を行うことによって公的資源の有効利用を図るべきであることを強く訴えたい。

住居の確保に次いで、扶養する同居家族が認知症の高齢者に提供すると想定される保護は、日々の生活の安全である。生活の安全の中には、日常的な社会サービス、医療サービスの利用による生活の維持、詐欺などの犯罪からの保護、自分の資産の保護、活用、管理が含まれる。

認知症の人の生活の安全と安心を保持するための施策としては、まずは、安全と安心を保証する法制度の整備が必要である。加えて、こうした機能を担う制度には、誤った判断がなされた場合、速やかにそれを見出して改善するセーフガード機能が求められる。

認知症の人の住まいや生活の場を考えると、認知症の人の精神科入院と施設入所のことを論じておかねばならない。

2012年6月、厚生労働省が提出した「今後の認知症施策の方向性について」の中で、1996年から2008年までの間に認知症のために精神科病床に入院している患者数が、2万8千人から5万2千人と大幅に増加したことが指摘されている。しかしながら、同じ時期に、75歳以上の高齢者数は1.9倍に増加しており認知症の人の数も同じように増加している。この間、特別養護老人ホームの収容人数も1.9倍になっており、この間の精神科病院入院患者の増大比率、特別養護老人ホーム入居者の増大比率は、後期高齢者人口の増大比率とほぼ同じである。認知症の人の2%強が精神科病床に入院しているという状況はそれほど変化しているわけではない。

この間の変化で注目すべきは、精神科病院や特別養護老人ホーム入居者の数ではなく、有料老人ホームが2万8千床から17万7千床と8.8倍に増加している点である。周知のように、これら有料老人ホームの中に、生活保護受給者など低所得者を対象としたものが少なくない。全国有料老人ホーム協会の調査によれば、介護つき有料老人ホームの11.3%、住宅型有料老人ホームの49%、サービス付き高齢者住宅の32.1%が生活保護受給者を受け入れている。

しかし、低所得者を対象とした介護つき有料老人ホームでの認知症ケアの実態は全く明らかにされていない。さらに、有料老人ホーム協会のような団体も把握していない、無認可の収容施設も増大しており、精神科病院を退院した低所得の認知症患者の受け皿となっている問題は、その実態がつかめないという点でより深刻である。

以上のことから、認知症を発症した高齢者の地域生活を推進するのであれば、要介護状態の高齢者に適切なケアを提供できる住環境の整備が不可欠である。適切なケアを提供する住環境の整備こそが、認知症施策の中心に位置づけられる必要がある。それが達成されれば、現在では、精神科病床を終の棲家とせざるを得ない認知症の高齢者が、安心して退院できる場が確保され、精神科病床にいる認知症高齢者の数も減少するはずである。

認知症の人は、自分の権利を自分で守ることができず、たとえ閉ざされた施設内で虐待があっても、自らその非を訴えることができない。入居者が死に至るようなスキャンダルがあって初めて問題が露見するような体制を放置してはならない。

5-3. 成年後見制度

認知症の人の人権を尊重し、尊厳を守るにあたって、成年後見制度の果たす役割は大きい。介護保険制度と同じ年に発足した成年後見制度は、身上監護義務の強調によって、こうした課題に応えることを期待されていた。

しかしながら、現実に実施されている成年後見制度には、数多くの問題が明らかになりつつある。たとえば、2014年の成年後見申請のうち、16.4%（子の32.1%について2番目に多い）は市区町村長による申請で、多くは、身寄りがなく、資産も多くない高齢者に対する福祉の一環として利用されている。制度申請の理由の中でも、介護保険契約の代行等、資産管理以外の理由が増加している。本人が意思能力を欠き、介護などの介入を拒んでいるが、介入なくして生活が成り立たないような場合、行政措置による介護サービスの導入の道も形式上は残されているが、現在では多くの自治体が、成年後見制度の代理権を利用してサービスを導入している。

こうした方法による介護契約は、形式上、本人の代理権を持つ後見人とサービス提供者の契約になるから、行政が主導したとしても、その結果について行政が負うべき責任はない。本人の代理人による契約であれば、特別養護老人ホームや、介護つき老人ホームで外出を制限された高齢者には、行政不服審査法による提訴の権限はない。それどころか、入所契約を行った後見人が訴訟代理権も自動的に持っているのだから、高齢者が法的に異議申し立てをするすべは極めて限られたものとなる。

もちろん、こうした弊害は、市区町村長申請に基づく、社会貢献型後見人による代理権行使にのみあるのではない。成年後見制度の身上監護義務は義務であって権限ではないはずであるが、実際には、さまざまな局面で、本人が同意しない介護を強制する権限として機能している。現行の制度には、代理権行使によって個人の権限を制限するような契約がなされた場合に、その妥当性を検証するための制度的保証がなく、本人による異議申し立ての方法もない。

資産の保護制度としての成年後見制度にも限界が明らかになっている。2011年9月、最高裁判所は、それ以前の16ヶ月に、後見人による被後見人からの財産横領事件が314件確認され、横領総額は36億円に及んだという調査結果を公表した。314件のうち306件は家族後見人による横領であったが、その後、相次いで弁護士、司法書士と言った職業後見人による横領事件の報道も後を絶たない。

横領がないとしても、家族後見人は多くの場合、被後見人の推定相続人であるから、被後見人の介護のために資産が減ることは、後見人の相続資産が減ることを意味している。一方、第三者後見人は、被後見人の資産から報酬を受けており、被後見人の命が長く維持されるほど報酬が多くなるし、報酬にあてる資産がなくなれば後見業務から解放される。すなわち、現在の成年後見制度そのものに、被後見人の資産を活用して生活の質を高めるというインセンティブを働かせるような仕組みはない。

成年後見制度の運用上のもうひとつの問題は、家庭裁判所の管理能力の問題である。2014年に行われた後見申請の90%以上は申請どおり受理されており、死亡、あるいは取

り下げを除き、裁判所の審理によって却下された案件はわずかに0.1%である。裁判規則によって原則実施が決められている後見、保佐類件に関する精神鑑定、裁判所による本人審査の実施率は年々低下しており、2014年には鑑定実施率が10.7%になっている。一方で、家庭裁判所の審査さえ、普通に行われていれば防ぐことができた後見人による横領事件は後を絶たない。たとえば、選任に際し家裁の職員に内妻の通帳を見せて十分な資産があるように偽装し、専任後、被後見人の資産を横領した事件（2004年さいたま地裁）、横領の前科により後見人不適格とされていた男が、住所を隣県に移して成年後見となり、再度、横領を働いた事件（2007年福岡地裁）、家庭裁判所が十分な審査をしないで、知的障害のある姪を成年後見人に選任したために財産を横領された事件（2010年広島家裁）などがある。

以上述べたように、現実の成年後見制度は、身上監護義務を前面に立てた生活上の権利擁護という面でも、代理権、同意権・取消権による資産管理、活用という面でも十分に機能していない。そもそも、成年後見制度は、現在のような核家族・高齢社会における権利擁護を想定して作られたものではなく、明治民法における家族の資産管理・保護を目的とした制度を、現代風にアレンジしたものに過ぎず、今日既に、認知症を発症した高齢者の権利を擁護する制度としては十分に機能していないという認識に立って今後の方略を考えなければならない。

5-4. あるべき権利擁護制度

資産が大きい高齢者の資産管理については、成年後見制度の充実で対応することができる。家庭裁判所の調査能力を向上して、後見人選任の際の精度を高めること、現在すでに行われているように、一定の大きさを超える資産については信託制度を併用することなどが考えられる。相続人对被相続人という関係にある家族後見人と被後見人との利益相反を牽制する制度も考慮される必要がある。

一方、資産の少ない高齢者に対するサービス提供については、現在盛んに行われている後見人の代理権を用いた方法には再考を要する。

認知症によって生活の安全が確保できない高齢者は、特別養護老人ホーム入居によって、本人は安全な住環境と生活を保障されるが、同時に、居所を指定され自由に外出する権利を著しく制限される。他方、自宅で生活を続けたいという本人の自由を尊重すれば、隣人がボヤの危険などのリスクを負うことになる。認知症を含む精神、身体機能の加齢に伴う衰退によって、意思能力が十全ではない高齢者の意思決定の支援あるいは代行には、個々の事例に即した細かい配慮と同時に、本人からの異議申し立ての可能性が担保されなければならない。

そうであるならば、一人の社会貢献型後見人による代理権の行使による契約ではなく、本人の利益を代表するソーシャルワーカーが、親族、隣人を含む関係者と協議して、合議による意思決定を図る制度の方が合理的である。

さらに、極めて重要なことは、本人の総合的な利益を代表するソーシャルワーカーの機能は、公的なものであることが要求される。ソーシャルワーカーは、公務員、ないしそれに準じる身分が必要であろう。そのうえで、本人からの異議申し立てを実効のあるものとするためには、こうした協議による決定を、自治体による行政措置によって実施し、異議の聴取を含め、その後の生活を追跡できるシステムが必要である。

認知症施策の評価

いかなる施策においても同様だが、認知症施策でも、実施後の短期的、長期的評価（以下、まとめて「評価」と記す）を抜きにしては、今後の施策の展開を語るができない。

よかれと思って企画された施策が失敗とは言わぬまでも期待ほどの成果が得られなかったという施策の数々は枚挙に遑がない。

6-1. 認知症施策の評価

認知症施策・対策の評価がなぜ必須なのかについては敢えて論ずるまでもない。

論点1「認知症施策の理念とビジョン（視点）」において指摘したように、認知症施策は、「理念 ⇄ ビジョン（視点）⇄ 目標 ⇄ 実際の施策」という流れで理解するとき、施策の評価によって、流れのなかで、理念そのものに問題があったのか、あるいはビジョン（視点）、目標（これにも、より大きな目標とそのもとに位置づけられるより具体的な目標に2分される）に誤りがあったのかを明らかにすることができるという一点をとっても、評価の必要性が理解できる。

したがって、これからの認知症施策を企画する場合、当初より、施策の評価やアウトカムの設定を必須のものとしなければならない。

まず、評価にあたって、対象とされる評価の項目をどのように決めるのかが問題となる。おそらく、種々の観点から、さまざまな項目が検討されることになり、本懇談会で、その項目を設定するまでには踏み込まないが、項目設定に関しては、認知症施策の先進国である英国・フランス・オランダ等の試みが参考になるかと思われる。

認知症施策の評価には、質の評価と量の評価がある。なかでも、より重要なのは質の評価である。

量的評価は、たとえば、今後3年間で、サポーター医を何人に増やす、在宅療養支援診療所を何か所つくる、これこれの人員増や施設の建設・整備のために、何百億円の予算をつけるといった類の量的指標であり、その3年間に予定通りの施策・対策が実行されなかったならば、施策の評価を低いとする。

質的评价は、たとえば、サポート医を増やし、在宅支援診療所が増やし、何百億円の予

算をつぎ込んだことが、ほんとうに、認知症の人や家族・ケアラーのQOLの向上に役に立ったのか、彼らの人権の尊重や尊厳を守ることにプラスになったのかどうか、という認知症施策の理念の最も根幹にある側面からの評価である。

また、評価に関して、誰が評価するのかという問題がある。認知症施策を行う行政が評価するのか、認知症医療や介護に関わっている現場の人が評価するのか、有識者・現場・当事者・行政の代表者から構成される特別の評価委員会をつくり、その委員会が評価を担当するのかなど種々の形態が考えられるが、基本は、認知症の人や家族・ケアラーなど、いわゆる施策のユーザーの人たちの評価が含まれている必要がある。

6-2. 認知症施策のプロセス評価

評価に関しては、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカムの3つの指標がある。

ストラクチャー評価は、まさに前述したような量的評価である。

プロセス評価は、ストラクチャーされない一つひとつの事業がうまくいっているかどうかの質的な評価で、その評価基準は、最初に掲げられた目標やビジョン（視点）、さらには理念に立ち戻って設定されることになる。

たとえば、スコットランドでの、プロセス評価システムとして、「HEAT Targets」という概念がある。HEATとは、Health（健康）、Efficiency（経済効率）、Access to Services（サービスへのアクセス）、Treatment Appropriate to Individuals（その人に合った適切な治療）の略であるが、その4項目が達成できているかどうかの評価である。

ひとつの考え方として、日本の施策のプロセス評価の参考になる。

6-3. 認知症施策のアウトカム

アウトカムの設定（言葉を換えれば、施策の目標達成を知るための基準の設定）は、施策の実施前に、種々の質的な目標を定め、施策の終了後に、その目標が達せられたのかどうかを判定し、それによって、施策を評価する方法である。

認知症施策におけるアウトカムの設定の典型は、英国における事例である。

英国では、認知症の人にとっての9つのアウトカムをつくり、2014年までに、認知症の人が以下のことを言えなければならないとした。

- 1 私は、早期に認知症の診断を受けた。
- 2 私は、認知症について理解し、将来についての意思決定の機会を得た。
- 3 私は、最善の治療と支援を受けている。
- 4 私は、周囲の人たちやケアをしてくれる人たちから十分なサポートを得た。
- 5 私は、尊厳と敬意をもって治療されている。
- 6 私は、私自身を助ける技術と周囲の誰がどのような支援を行ってくれているのかを

知っている。

7 私は、生活（人生）を楽しんでいる。

8 私は、地域の一員であると感じ、何か地域にお返しをしたいと思っている。

9 私は、自らの人生の終わりに関する願いが尊重されることを確信し、それが叶えられることを期待している。

なお、詳細は不明だが、以上のアウトカムは、2014年の調査で、その達成度は極めて低かったと報告されているようである。

しかし、英国の事例のように、たとえアウトカム評価の成果が乏しかったとしても、だからアウトカムの設定を怖れるのではなく、それをもとに施策の改善や新たな取り組みを行うという積極的な姿勢が必要である。

以下、想定しうるプロセス評価、アウトカム評価に関連する具体的な項目を挙げておきたい。つまり、以下に記す項目が、認知症施策の導入によって、どのように変化してくるのかを調べることになる。そして、その導入による諸項目の変化が、認知症医療や介護、認知症の人や家族にとって、本当に良い効果をもたらしたのかどうかということが問われることになる。

ただ、プロセス評価とアウトカム評価の区別は必ずしも判然としないので、ここでは、両者を混在させ、思いつくままに、記すことにする。

- ・ 認知症の人の受診行動の変化
- ・ 地域包括センターの役割の変化
- ・ 役所・役場の相談業務との関係の変化
- ・ ケアマネの役割と対応の変化
- ・ 認知症の人や家族が最初に相談する場所の変化
- ・ 認知症の診断や検査の人や場の変化
- ・ 認知症の気づきから診断までの期間
- ・ 認知症の治療を続けていく機関（診療所、病院等）
- ・ 治療中に治療機関の変更がある場合の変更理由
- ・ かかりつけ医への評価の変化
- ・ 専門医とのかかわりの変化
- ・ 認知症疾患構造の変化
- ・ 認知症の人の精神科病院、あるいは精神科病棟への入院数
- ・ 発症（あるいは診断）から施設に入所するまでの期間
- ・ 在宅認知症の人と施設認知症の人との割合
- ・ 認知症の重症度と在宅率との関係
- ・ 認知症の人の緊急入所・入院数

- ・緊急ショートステイ利用率，利用数
- ・レスパイトケアの利用率と利用数
- ・精神保健福祉法 23 条通報の件数
- ・治療に関わる経費と日常生活のなかでケアに関わる経費
- ・家庭全体のなかでの治療・ケア費用の割合
- ・QOL の変化（rating scale による）
- ・認知症の人の生活満足度
- ・介護保険制度における介護サービス（通所，入所）の利用度
- ・介護保険制度における要介護度の変化
- ・在宅診療の受診比率
- ・抗精神病薬の使用率と使用量
- ・認知症の人の身体合併症の発症率
- ・認知症の人の生活破綻率
- ・認知症の人の虐待届け出数
- ・認知症の人と家族・ケアラーの QOL の変化（QOL の判定法の開発が必要）
- ・認知症の人と家族・ケアラーに対する面接による評価（構造化面接，質問項目の検討，医療やケアに対する満足，不満足，批判など含む）

プロセス評価やアウトカム設定にどのような指標を用いれば，認知症の人や家族・ケアラーの QOL 向上の指標となりうるのか，現時点では，具体的に挙げるのは極めて困難であり，国も施策・対策のなかに，それらの質的評価システムを導入するのに躊躇しているむきがあるが，しかし，当初はたとえ不十分なものであっても，そのシステムを早急に提案していかねばならない。

本懇談会においても，認知症施策の評価とアウトカムについてはより詳細に検討していくつもりである。

認知症研究の推進

EUのALCOVEを含め、欧米の先進諸国での認知症施策国家戦略において、その理念の重要な柱のひとつに、必ずと言っていいほど、認知症研究の推進が謳われる。

ここでは、認知症施策のひとつとして、認知症研究の推進を特記して強調したい。その理由として、次のようなことを考えるからである。

認知症研究の推進という理念の背景には、1) 認知症性疾患の病因、病態を解明することは、それらの認知症性疾患の治療、薬剤の開発や予防を実現可能なものとさせ、将来的には、認知症を治癒しうる疾患とさせ、また認知症の発生を防ぐことができる、2) 認知症の医療や介護、あるいは認知症の予防において、経験的に数多くの方法や手段が行われているが、これらの方法や手段が本当に認知症の治療や介護、予防に有効性であるのかどうか、科学的根拠・エビデンスを明らかにする必要がある、3) 国家の認知症施策の有効性における科学的根拠・エビデンスを明らかにする必要がある、という3つの主要な考えがあると思われる。さらに、そのような考えのもとに行われる認知症研究が、4) 国内の研究体制の中で系統的に行われているのかどうか、また、これらの認知症研究が認知症施策の発展に本当に寄与しているのかどうか、5) 認知症研究の客観的な評価、あるいは評価システムの確立のもとで行われているのかどうか、さらにロンドンおよび東京サミットで共同声明されたように、6) 国際的なデータシェアリングを踏まえた国際共同研究に基づくグローバル対策と効率的取り組みが必然的に生じてくる。

7-1. 認知症疾患の解明と治療薬剤の研究

認知症疾患の病因・病態的研究の重要性についてはいまさらここで強調するまでもない。また、これまでの認知症研究によって、明らかにされてきた膨大な知見、さらには、未解決のまま現在の研究の対象であり続けている多数の事項について、ここで詳細に紹介する余裕もない。

ただ、世界中の数多くの優秀な研究者たちが、日夜を問わず、認知症の研究に熱心に取り組んでおり、その成果として、多くのブレイクスルーがみられ、認知症の全貌がかすかながらも見えてきたという事実だけは指摘しておかねばならない。つまり、さまざまな研究方法のアイデア、有能な研究者としての人材、莫大な研究費の投入があっただけで現在のようなかなり本質に迫るような知識の獲得につながったことは強調しておく必要がある。

その事實は、今後、認知症疾患の解明のために残されているいまなお広大な未知の領域

を開発していくためには、これまで同様に、種々の研究アイデア、優秀な人材、多額な研究費がより一層必要になってくるということを示している。

とりわけ、広大な未知の領域で重要な位置を占めるのが認知症性疾患の治療薬剤の開発である。認知症の治療薬剤は認知症疾患の病因や病態を基に開発されるわけであり、両者の研究は表裏の関係にある。社会的に最も強く要請される治療薬の開発に対しては、認知症研究の根幹にあるという認識が必要である。

以上のように、認知症研究の充実と成功のためには、アイデアと人と研究費の思い切った投資が必須であるという基本的理解と方針を、改めて確認しておきたい。

上記のことは、認知症疾患の病因・病態解明のためのいわゆる基礎的研究のことについて触れたが、言うまでもなく、認知症研究は、基礎研究のみではなく、臨床研究、疫学研究、予後研究が中核的位置づけにあるが、さらには、心理学、社会学、法学、人類学、経済学など、学際的な他分野における多彩で多様な研究をも包含するものである。その例としてソーシャルキャピタルの研究の必要性を挙げることができるであろう。本報告書で、論点のひとつとして、認知症とともに生きる地域・社会・環境におけるソーシャルキャピタルの充実のことを述べたが、認知症の人の生活におけるソーシャルキャピタルの重要性については、未だ、十分には科学的に実証されていないからである。

上記したように、臨床研究から社会学、経済学にいたるまでの多領域における研究の推進においても、基礎研究と同様に、アイデアと人と研究費が必須であるという認識は必要である。

7-2. 認知症の医療・介護、予防における科学的根拠

現在、認知症の医療は、アルツハイマー型認知症を対象としたアセチルコリン分解酵素阻害薬3種類とNMDA受容体拮抗薬1種類の4薬剤体制、またレビー小体型認知症を対象としたアセチルコリン分解酵素阻害薬ドネペジル1薬剤体制を主とした抗認知症薬治療が行われ、さらに加えて、エストロゲンや脳循環改善薬、種々の漢方薬、あるいは一般に宣伝されている様々なサプリメントが用いられている。

実際に導入されているこれらの抗認知症薬、あるいは抗認知症作用があるといわれている薬剤について、いったいどのような効果が、また、どれほどの期間の効果がみられるのか、科学的なエビデンスを求める研究が必要である。

また、認知症に対する非薬物療法といわれている回想法、音楽療法、芸術療法、ペット療法等についても科学的なエビデンスが必要である。巷間言われているように、これらの非薬物療法が認知症に対してどのような効果があるのか、科学的な実証が必要である。

さらに、認知症の予防として、運動訓練や種々の身体的活動、さらには知的活動が勧め

られているが、それらの訓練や活動の効果についても、科学的な根拠を示す必要がある。

また、認知症の人に対する介護のやり方や介護方法、介護器具、あるいは家族支援のための種々の働きかけなどには、経験的に有効と見なされて実施されているものが多い。しかし、これらの介護のやり方等が本当に有効なのかどうかについての科学的エビデンスは必ずしも多くはない。したがって、介護や家族支援のための研究を、認知症研究の一環として取り組んでいくことも必要である。

他にも、現在、実地で行われている認知症の人を対象とした医療や介護、予防には、経験的に使われているものが少なくない。認知症に関連して経験的に有効とされている種々の医療・介護・予防法の科学的根拠を明らかにする研究もこれからの認知症研究のひとつとして位置づける必要がある。

7-3. 国の認知症施策の科学的根拠と検証

国の認知症施策として、ゴールドプラン期、新ゴールドプラン期、ゴールドプラン21期、そして、オレンジプラン期から新オレンジプラン期の現在に至るまで、認知症施策として、さまざまな取り組みが行われてきた。介護保険制度、認知症疾患医療センター、グループホーム、認知症サポート医、認知症ケアパス、認知症地域支援推進員、認知症サポーターとサポーターキャラバン、認知症初期集中支援チームなど、枚挙に遑ないが、これら既存の諸制度・活動の無批判の継続によるマンネリ化と成果検証の伴わない形骸化の指摘を恐れてはならない。独立した権限と指導性を賦与された第三者委員による外部評価を実施する“検証制度”の設置こそ、日々刻々と変化する社会のために求められなければならない。このことによって限られた社会資源の中で真に社会に必要な事業がより精査推進されることが可能となる。

本報告書の論点6の「認知症施策の評価」で論じたことと重複するが、上記の種々の認知症施策の有効性について、認知症の人や家族による評価とは別に、科学的なエビデンスが必要である。これもまた、認知症研究のひとつと位置づけておきたい。

7-4. 認知症研究体制

これまで述べてきたように、認知症研究は、基礎科学から臨床医学、あるいは介護や予防、さらには社会学、政治・経済学にまでに及ぶ広い範囲を包含するものである。

さらに、それらの研究が、それぞれの領域で、別個、独自に、行われるのではなく、認知症研究という全体の中で、それぞれをどう位置づけて統合していくのかが重要である。

つまり、広域に及ぶ認知症研究の統合体制をつくり、研究の重点化や人材や研究費の配分など、総合的に計画していくシステムが必要であり、公的研究活動の広義での成果を民間組織が活用することなど、アカデミズムと民間活力の協力が欠かせない。

伴走者・支援者の育成

国家であれいかなる組織であれ、またどのような企画であれ、その発展を左右するのはそこに関わる人材であり、その育成は重要課題である。認知症医療・介護を考える上で、また国家戦略を考える上で、そして豊かな地域づくりを目指す観点から人材育成は必須の課題である。

人材育成には、早急に多角的に推進する必要があるものと、長期的観点から進めていくべきものがある。早急に推進する必要があるものとして、認知症施策や制度に関わる職種の役割の見直しと技術の向上、また新たな役割の検討を挙げることができる。長期的観点から進めるべきものは、一般市民や子どもへの普及啓発や教育、あるいはボランティア活動を通しての認知症理解の促進を挙げることができる。

このような人材育成を通して住み慣れた地域で高齢者が安心して過ごすことができれば、今後の少子化社会にも好ましい影響を与えることができる。次代を担う若い世代の将来に対する不安を軽減し、我が国に対する信頼感と安心が芽生え、それによって子どもを産み育むことを後押しすることにもつながる。

8-1. 人材の確保と育成における課題

介護サービスは市場の競争原理によって質が向上するとの考えもあるが、そこに投入されるのは公的な資金である。公的資金の投入にふさわしいサービス提供のための教育や研修が実施されているか第三者によって定期的に評価されなければならない。

人材育成における現時点の喫緊の課題は倫理教育と倫理研修の充実である。それは、機関や施設におけるスタッフに限ったことではない。スタッフがケアの質の向上に取り組んでも管理者の理解がないと現場のケアには反映されない。倫理教育や倫理研修の充実は管理者に対してこそ十二分になされなければならない。

認知症ケアに関わる人材確保と育成には次の視点が必要である。

■介護福祉士などの介護職

- ・教育や研修の質を向上させることで、介護の質を上げ、やりがいを得て、介護ストレスを軽減する
- ・指導者や実践者レベルというキャリアアップを設定し管理能力の強化を図る

- ・ 賃金を含む待遇の改善とキャリアパスの提示
- ・ 精神保健・精神衛生に対するサポート

■ 介護サービスへの他業種からの参入者

- ・ 管理者もスタッフもともに高齢者や認知症の人の尊厳やケアの理念についての十分な時間をかけた倫理教育と研修がなされなければならない

■ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の管理者およびスタッフ

- ・ 高齢者や認知症の人の尊厳やケアの理念についての十分な時間をかけた倫理教育と研修。職員・スタッフのみならず管理者に対する倫理教育の充実は必須である

■ 介護支援専門員

- ・ 事業所（雇用者）との利益相反の関わる研修

■ 行政職員

- ・ 認知症関連に取り組むための認知症と認知症医療，認知症ケアに関する基本的な知識

■ 伴走者・支援者としての高齢者ボランティア

8-2. 医師・医療専門職教育

医師・医療職の養成教育において，精神医学や神経内科学，老年医学などにおいて認知症に関する内容は一定程度含まれるものの体系化されてはいない。医学・医療者教育の中に，次の視点を取り入れて体系的に組み込む必要がある。

- ・ 卒前・卒後教育における認知症に関する地域医療実習および介護実習
- ・ 入学後早期の高齢者および認知症に関わるアーリー・エクスポージャー
- ・ 公衆衛生学的観点からの，介護保険制度，ソーシャルキャピタル，地域づくりの理解
- ・ 認知症の人は生活者であるという視点からの QOL の理解
- ・ 多職種連携：医師，看護師，歯科医師，歯科衛生士，作業療法士，理学療法士，言語聴覚士，薬剤師，管理栄養士など

8-3. 専門医とかかりつけ医

認知症医療にかかわる専門医（日本老年精神医学会専門医・日本認知症学会専門医など）の数を現在の倍以上に確保する必要がある。

かかりつけ医の認知症診療の相談に応じ，アドバイスを行うことのできるサポート医は必ずしも認知症の専門医ではないが，精神科，神経内科，老年（病）科の医師も多く含まれる。これらの医師は，積極的に地域の認知症医療の連携構築に関わることが必要である。地域医師会，認知症疾患医療センター，地域包括支援センターに協力しながら地域連携構築への協力が不可欠である。そのために保険診療上の認知症医療のインセンティブも必要

である。また認知症の専門医(老年精神医学会専門医・認知症学会専門医など)でなくても、認知症の人のための医療連携に取り組む医師もいる。そうした医師を増やすために、サポート医の中から希望する者の研修制度を整備することも考えるべきであり、そうした役割を担うためには少なくとも1週間程度の研修は必要である。研修は地域の特性の理解を促すとともに、地域の医療状況や福祉との連携状況を学ぶ内容でなければならない。

サポート医によって、かかりつけ医の認知症対応力向上研修が全国で行われ、多くのかかりつけ医が認知症医療に関心を持つようになった。今後ともかかりつけ医の代表として認知症対応力向上研修などの実施に積極的に関わることが望ましい。

8-4. 今後必要とされる人材

早期診断の重要性から初期集中支援チームが稼働しているが、従来アウトリーチを行ってきた精神科の医療機関もある。そうした成果をすでに上げている既存の医療機関の経験を活かすことのできる地域ごとの初期集中支援チームの在り方を検討すべきである。そして関わる人材の育成が重要である。看護師、保健師、精神科ソーシャルワーカーなどの人材が高い機能を発揮するものと考えられる。

認知症の生活支援に関して長期間パートナーシップを取ってくれるような人材は当事者にとって大きな価値がある。ここで参考となるのが、スコットランドの認知症リンクワーカーである。認知症の診断がついた人に1年間診断後支援を行うもので、2002年にスコットランドのアルツハイマー病協会の認知症ワーキンググループの意見を反映してできた。用意されたプログラムにより研修を受け、認知症について詳細な知識を有する専門職である。この制度が示すように、医療や介護サービスの利用といった公的支援や制度活用だけでなく、日常生活上の相談などを含めた、地域と当事者とを結びつける人が必要とされる。それは、介護支援専門員や保健師、社会福祉士、精神保健福祉士などが果たしている役割に近いと考えられる。

8-5. その他の課題

人材の教育を重視し認知症医療・ケアをより充実させるために次の施策が必要である。

- ・より多くの介護人材の確保。そのための待遇の見直し
- ・義務教育段階からの認知症や認知症ケアに関わる教育
- ・高齢者のボランティア活動による認知症支援への参画
- ・介護ロボットや見守りロボットの意義とあり方

おわりに

2014年7月28日の準備会を含めると、計11回、約22時間半の議論が行われた。

懇談会のメンバーは、いずれも日本の認知症医療と福祉に大きな影響力をもつ人たちである。医療の実践に加え、専門職の育成や養成、生涯学習、そして国や自治体の施策や、基礎および臨床研究に深くかかわってきた人たちである。いずれの論点においても議論は長時間にわたって続き、途絶えることはなかった。多くの観点や考え方が提示され、予定の時間を超えても結論が得られず、いずれの論点も今後とも議論が必要と感じた。それぞれの論客が実践経験や信念に基づいて発言し、最終的に意見の一致をみなかった論点も少なくない。参加者の一人としては意見が分かれたテーマほど議論の醍醐味を感じて興味深かったが、意見の一致をみなかった部分は本冊子での記載を控え、今後の議論に負うこととした。

なお、本懇談会では、当初からの申し合わせで交通費や軽食は参加者の負担とした。とりわけ遠方の先生には交通費の少なからぬ負担を強いたことは大いに恐縮している。メンバーはいずれも多忙を極める面々であり会議日時の調整は毎回難航した。この顔ぶれの先生方が集まれる日時が見つかることはほとんど奇跡のようにも感じられた。各回とも高い出席率であったことに先生方の厚いご配慮を感じた。懇談会の開始に際して松下先生による論点提示がなされ、その後の進行は繁田が担当したが、十分に役目を果たせずメンバーの先生方に助けてもらいながら最終回に辿り着いた。

10回の懇談会を終えてあらためて感じたことを一点述べておきたい。「はじめに」で松下先生が記したように、懇談会のメンバーを医師だけでなく多職種を含める案もあった。結果として今回のメンバーは全員医師であったが、議論され提示された論点は、医学・医療にとどまらずケアや社会的支援の視点を多く含んだものとなった。それは意図したわけではなく、自由な議論の中で整理されていった論点であったことをあらためて申し上げておきたい。新オレンジプランにおける医学・医療的視点や社会的視点のバランスよりも、本懇談会の議論は結果として社会的視点をよりひろく包含したものとなった。

議事の録音データのテープ起こし及び議事録作成は首都大学東京（繁田雅弘）の研究費をもって充て、生活構造研究所（担当：半田幸子）に依頼した。本冊子の装丁や本文レイアウト及び印刷は、2015年度生存科学研究所の助成事業「日本の認知症施策への提言を目指す研究」（代表者：繁田雅弘）によった。

この報告書は、できるかぎりさまざまな機会に公開・配布していきたい。懇談会は10回で終わりではなく、冊子を目にした人々から多くの意見をいただきつつ、今後も議論を継続していきたい。日本老年精神医学会や日本精神神経学会、日本認知症学会などの学術会議においてシンポジウム等を企画提案して内容を紹介し、一人でも多くの方々のご意見をいただき更新していきたい。

繁田雅弘

開催経過

	日時・場所	主な話し合い
準備会	日時:2014年7月28日(月) 18:00～19:30 場所:東京都健康長寿医療センター理事長室	・これからの話し合いについて(総論)
第1回	日時:2014年9月22日(月) 18:20～20:00 場所:東京都健康長寿医療センター理事長室	・松下先生からのプレゼンテーション ・論点の設定
第2回	日時:2014年12月12日(金) 18:00～20:00 場所:東京都健康長寿医療センター理事長室	・新オレンジプランに向けた厚生労働省のヒアリング結果について ・論点に対する意見交換
第3回	日時:2015年2月6日(金) 18:15～20:00 場所:東京都健康長寿医療センター理事長室	・論点に対する意見交換
第4回	日時:2015年3月20日(金) 18:20～20:00 場所:東京都健康長寿医療センター理事長室	・論点に対する意見交換
第5回	日時:2015年4月20日(月) 18:50～20:50 場所:松沢病院 院長応接室	・新オレンジプランに照らした論点の追加 ・補足について
第6回	日時:2015年6月12日(金) 10:00～13:00 場所:パシフィコ横浜会議センター 513	・論点に対する意見交換
第7回	日時:2015年7月20日(月祝) 15:00～17:00 場所:順天堂大学 10号館	・論点に対する意見交換 ・まとめ
第8回	日時:2015年9月27日(日) 15:00～17:00 場所:順天堂大学 10号館	・まとめ
第9回	日時:2015年11月2日(月祝) 17:00～19:00 場所:順天堂大学 9号館	・まとめ
第10回	日時:2016年2月11日(木祝) 14:00～17:00 場所:順天堂大学 9号館	・報告書について

〈第10回オブザーバーとしてご参加〉

厚生労働省 老建局 総務課 認知症施策推進室長 水谷 忠由氏

認知症施策に関する懇談会メンバー（五十音順）



新井平伊（順天堂大大学院教授）

1984年順天堂大学大学院医学研究科修了，東京都精神医学総合研究所主任研究員，順天堂大学大学院講師を経て，1997年現職。日本老年精神医学会理事，日本神経精神医学会理事，日本認知症学会理事。



栗田圭一

（東京都健康長寿医療センター研究所研究部長）

1984年山形大学医学部卒業，2001年東北大学大学院医学系研究科神経学分野助教授，2005年仙台市立病院神経科精神科部長・認知症疾患医療センター科長を経て，2009年より現職。日本老年精神医学会理事，日本認知症学会理事など。



池田 学

（熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野教授）

1989年大阪大学医学卒業，1994年兵庫県立高齢者脳機能研究センター医長，2002年愛媛大学医学部助教授，2007年より現職。日本老年精神医学会理事，日本認知症学会理事，日本神経心理学会理事，International Psychogeriatric Association 理事など。



齋藤正彦（東京都立松沢病院院長）

1980年東京大学医学部卒業，1991年東京大学医学部精神医学教室講師，医療法人社団慶成会青梅慶友病院副院長，よみうりランド慶友病院副院長，翠会和光病院院長を経て，2012年より現職。日本老年精神医学会理事，日本司法精神医学会理事。



繁田雅弘（首都大学東京教授）

1983年東京慈恵会医科大学卒業，1995年同精神医学講座講師，2003年東京都立保健科学大学教授，2005年首都大学東京健康福祉学部長，同人間健康科学研究科長，同副学長を経て現職。日本老年精神医学会理事，日本認知症ケア学会理事。



武田雅俊（藍野大学学長）

1983年大阪大学大学院卒業，1991年大阪大学精神医学教室講師を経て，1996年大阪大学精神医学教室教授。2015年から現職。日本精神神経学会理事，World Federation of Biological Psychiatry(WFSBP)のPresident，World Psychiatric Association(WPA)のSecretary for Scientific Meetings。



本間 昭（認知症介護研究・研修東京センター長）
1978年聖マリアンナ医科大学大学院（最終学歴）。1982年同神経精神科講師，2000年東京都老人総合研究所精神医学研究部長などを経て2009年より現職。専門は老年精神医学。日本老年精神医学会理事，日本認知症ケア学会理事長など。



前田 潔（神戸学院大学教授，神戸大学名誉教授）
1976年神戸大学大学院医学研究科修了，兵庫県立高齢者脳機能研究センター副院長，1998年神戸大学大学院医学研究科教授，2010年現職。日本精神神経学会理事，日本神経精神医学会理事長，日本老年精神医学会理事など。



松下正明（東京大学名誉教授）
1962年東京大学医学部卒業，1990年東京大学医学部教授。東京都精神医学総合研究所所長，東京都立松沢病院院長，東京都健康長寿医療センター理事長を経て現職，前日本老年精神医学会理事長。



森 啓（大阪市立大学特任教授）
1974年大阪大学理学部卒業，1979年東京大学大学院理学研究科卒業（最終学歴），福井県立短期大学助教授，都老人総合研究所研究員，ハーバード大学研究員，東京大学医学部助教授，都精神医学総合研究所室長，大阪市立大学医学部教授を経て田宮病院顧問，日本認知症学会理事長など。



●認知症や認知症施策について、ご意見等お寄せください。

認知症と共生する社会に向けて
— 認知症施策に関する懇談会 報告書 —

2016年3月

〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10
首都大学東京 荒川キャンパス 繁田雅弘
sigeta@tmu.ac.jp

