

○武見厚生労働大臣 定刻となりましたので、ただいまより、第1回認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議を開会いたします。

本日、議事進行を務めます厚生労働大臣の武見です。どうぞよろしく願いいたします。

構成員の皆様におかれましては、お忙しいところ御参加をいただきまして、誠にありがとうございます。

それでは、時間も限られておりますので、早速議事を進めたいと思います。

まず、構成員の皆様より御発表をしていただきます。時間の都合上、大変恐縮ですが、お一人につき3分を目途に発表をお願いしたいと思います。

それでは、認知症の方御本人でもいらっしゃいます藤田構成員から発表をお願いします。

○藤田構成員 皆さん、こんにちは。日本認知症本人ワーキンググループ代表理事の藤田和子です。私が45歳のとき、アルツハイマー病と診断されてから16年がたちました。この間、私たち本人は認知症になってからも希望と尊厳を持って暮らすことのできる社会を創り出すことを目的に、賛同する人たちとともに活動してきました。本人の発信や活動は広がり、全国で60名を超える認知症希望大使も誕生し、共に活動する人も増えています。社会環境を変えることで、認知症の人がどこで暮らしていても、どのような状態でも幸せに暮らせ、社会全体の活力が高まることを実感してきました。

一方で、認知症になると、基本的人権が守られず、つらい日々と人生を送るという理不尽で厳しい現状もまだまだあります。認知症は誰もがなる可能性があります。今年6月に成立した共生社会の実現を推進するための認知症基本法は、認知症とともに生きている私たち本人と、全ての国民の今と未来にとってとても重要な法律です。基本法成立を機に、国及び自治体、専門職、企業、そして、私たち本人を含む全ての国民が共生社会の実現という同じ目的に向かって新たにスタートするときです。

そこで、認知症の本人の声を集めた基本法施行への期待と提案をお伝えします。

1つ目、基本法が国民に知られ、認知症とともに前向きに生きる希望や勇気を持てる人が1人でも多く増えることを期待します。

2つ目、基本的人権を持つ個人として、自分自身を保ち、自分らしく暮らし続けられる本人が1人でも多く増えることを期待します。

3つ目、本人が本音を表せ、意思表示や自己決定しながら、自分らしく暮らし続けられるよう、その歩みに継続的に関わり、後押ししてくれる人材が、どの地域でも着実に増えることを期待します。

4つ目、認知症があってもなくても、今暮らしている自治体で、希望を持って自分らしく暮らし続けていけると思える人たちが着実に増えることを期待します。

期待に関する提案をここで全ては紹介できませんが、4つ目への付帯の提案として、自

治体が縦割りを超え、着実に共生が進むよう、本人とともに毎年確認・評価することも進めていただきたいです。ほかの提案もぜひ御覧ください。

今後、全ての施策が本人参画で進められ、次に続く人たちにも、真に役立つ取組に発展していくことを私たちは願っています。ありがとうございました。

○武見厚生労働大臣 藤田構成員、ありがとうございました。

次に、家族の会の鎌田構成員、お願いいたします。

○鎌田構成員 公益社団法人認知症の人と家族の会の代表理事の鎌田松代です。どうぞよろしくお願いいたします。

家族の会は1980年1月に結成しました。その当時は、認知症の家族を抱えてどうしていいかわからずに大変困っておりました。医療も介護福祉も認知症のことにはあまり関わりを持っておりませんでした。全国から90名の家族が集まり結成した当事者の会です。現在、団体の会員は9,700名です。全国の47都道府県に全て支部があります。当時の名称は会の家族の介護の実態を名前に表した「呆け老人を抱える家族の会」です。

活動の内容はピアサポート活動です。本人や家族が仲間同士で励まし、助け合いながら認知症と前向きに生きるためにつどいとか、それから、会報の発行、電話相談というものをやっております。それとともに、認知症の啓発活動、この9月は世界アルツハイマーデー一月間で、世界レベルでやっております。それから、当事者の声を社会に届け、暮らしをよくする活動も行っております。

最後の写真を見ていただけますでしょうか。私は佐賀県の出身なのですが、認知症となった父を認知症の母が車椅子を押している姿です。母は弱った父を車から降ろしましたら、すぐにこうやって車椅子を押しています。家族が弱った家族を介護しております。このように老老です。それから認認の介護でした。私は京都から通っての遠距離介護で、ワーキングケアラーでした。介護を支えてくださる方々というのが、本当に介護の事業所の方やケアマネさん、それから、地域の方々、それから、制度です。介護の社会化ということをもっともっと進めていただいて、この老老介護、仕事と介護、それから、認認介護をしながらも、自分らしく生きられる社会をつくっていくために、認知症基本法がよりよいものとなるように願っております。

以上です。

○武見厚生労働大臣 鎌田構成員、ありがとうございました。

次に、栗田構成員、お願いいたします。

○栗田構成員 東京都健康長寿医療センター認知症未来社会創造センター及び認知症介護研究・研修東京センターのセンター長を務めております栗田でございます。

それでは、資料の2ページからお話をさせていただきます。共生社会の実現を推進するための認知症基本法は、我が国の認知症施策の目的が共生社会の実現にあることを明示した点で、大変大きな意義があると思います。今後は都道府県及び基礎的自治体が認知症とともに生きる当事者の視点を重視し、権利保有者と責務履行者の関係を認識し、共生社会

という共通のビジョンの実現に向けて、それぞれの地域の特性に応じた認知症施策推進基本計画を分野横断的に、体系的、戦略的、創造的に立案・遂行できるように、認知症施策推進基本計画を立案・遂行する必要があるかと思えます。

例えば基礎的自治体において実施されている地域支援事業は、今日ではそれぞれの事業が相互に連携することなくばらばらに実施される傾向がありますが、今後は共生社会という共通ビジョンの実現に向けて、統合的に稼働できるようにしていく必要があります。

21世紀の前半に認知症高齢者は右肩上がりに増加し続けますが、増加するのは85歳以上の認知症高齢者であり、特に独居の認知症高齢者の増加が顕著であることに注目する必要があります。一般に認知機能の低下は、社会的孤立、精神的健康度低下、低栄養、口腔機能低下、身体機能低下と双方向性の関係を持ちますが、独居である場合には、社会的孤立のリスクも高まり、早期の段階で必要な支援につながりにくいということもあって、健康問題や生活課題が複雑化する傾向があり、在宅継続率も顕著に低下します。

したがって、認知機能の低下があっても、独居であっても社会的支援につながりやすい地域づくりを進めることが重要ですが、そのためには医療機関レベルでは、診断直後からの診断後支援が重要であり、地域レベルでは当事者とともに必要とされる生活支援を明らかにしながら、社会的支援へのアクセシビリティを高める環境づくりが必要です。また、全ての関係者が意思決定支援の意味と重要性を認識できる社会環境を創り出すことが重要です。

若年性認知症については、我が国では認知症疾患医療センターで最も多くの当事者が診断されています。認知症疾患医療センターにおける質の高い診断と診断後支援の体制整備が必要であり、地域社会の中では、当事者ととともに若年性認知症のニーズに合ったサービスの開発と普及を進める必要があります。

最後のページですが、医療介護については、地域の特性に応じた統合的なサービス提供体制の整備を進める必要があります。例えば認知症疾患医療センターについては、都道府県指定都市がそれぞれの地域の特性に応じたセンターの役割を再検討し、センターを設置できない離島・山間地域の支援体制づくりや疾患修飾薬の社会実装も視野に入れて、新たな認知症医療提供体制の整備計画を立案・遂行する必要があります。

また、全国に3か所設置されている認知症介護研究・研修センターは、共生社会の実現を推進する認知症ケアの研究拠点と位置づけ、その成果を世界に向けて発信できるように、機能を強化する必要があります。

以上でございます。

○武見厚生労働大臣 栗田構成員、ありがとうございました

次に、岩坪構成員、お願いします。

○岩坪構成員 東京大学の岩坪でございます。私は認知症の治療薬を開発する研究をやっておりますが、こういう立場から現状、将来について御紹介いたしたく思います。

2ページにある年表風の図でございますけれども、治療薬開発の歴史と、その基盤とな

った研究を書き出したものでございます。1枚目の一番右上、ドネペジル（アリセプト）という有名なお薬がでございます。これ脳の中では足りなくなった物質を補充する対症療法ですが、これが初めて使われるようになったが90年代の末のこととございました。

3枚目を見ていただきますと、ここは21世紀に入っております。残る3種類の対症療法薬が日本で出そろったのは2011年でしたけれども、ついにアルツハイマー病のメカニズムに働きかける抗アミロイドβ抗体などの疾患修飾薬というものとして初めて米国で、そして、一昨日、日本でもレカネマブが承認されたところになります。

4枚目は少し複雑な絵でございますが、アルツハイマー病で、一番下の段にあります脳にアミロイドがたまり始めましてから神経の細胞に変化が起こる。これは中段でございます。そして、症状が出てまいりまして、これが軽度認知障害という、物忘れ程度の症状から、赤で示した認知症を発症するまで20年近い長期間を経ることを示しております。

このような中で、レカネマブなどの疾患修飾薬が適用になりますのは右上の青の囲み、軽度認知障害から認知症の軽症期まで、早期アルツハイマーという比較的早い時期になってまいります。こういった新薬の効果を的確に評価するためには、画像ですとか、バイオマーカーというのを駆使して早期の変化を精密に測定することが必須になりました。

一番下でございますように、アメリカ、そして、日本でもアルツハイマー病ニューロイメージングイニシアチブという大規模な研究が行われまして、そして、ようやくレカネマブなどが成功に至ったわけでございます。

5枚目が、レカネマブが臨床の知見で示した効能のデータそのものでございます。左下でございますように、1年半の治療でアミロイドが60%程度低下をしております。このとき効果がどうであったかですが、左上のグラフにありますように、臨床的には症状の増悪が1年半の時点で27%抑えられたというのが得られた主な効果でございます。症状の増悪を遅らせることができる時間を期間で評価しますと、その右にグラフがございますけれども、おおむね半年前後の期間をセーブすることができたということになります。このように一定の臨床的に非常に有意義な効果が得られたところとございます。

右下には独特の副作用を示しております。これはアリアと読みますけれども、脳の部分的な浮腫、むくみ、あるいは小さな出血が12%前後の患者様に見られたのですけれども、本邦でもMRIの画像診断ですとか、詳細な臨床観察で安全を十分に保障しながら、臨床使用が開始されると見込んでおります。

最後の6枚目を御覧ください。このように早期アルツハイマー病という段階では30%前後という、今までにない進行遅延効果が達成されたのでありますけれども、裏を返しますと、70%の速度では進むということも言えるわけでございます。これをさらに効果的に抑えていくためには何が可能か、2つの方向性が考えられます。

左側を御覧いただきますと、もっと速い症状のない時期を対象に、超早期の治療を行うということとございます。しかしながら、ここでは症状がない、でも、アミロイドなど変化が発生している超早期の方を見つけるということがハードルになります。現在、これは

J-TRCと呼んでおりますけれども、コホートづくりの国の研究などで、こういったプレクリニカル時期の治験が始まろうとしておるところでございます。

一方、右の2を御覧いただきますと、より重い認知症をお持ちの方や、あるいはアルツハイマー病以外の認知症の方に対する治療の開発も急務でございます。アミロイド以外の標的、あるいは症状改善薬のさらなる開発ですとか、新しい治療薬の開発、また、さらに研究を行ってお薬の種を開発する、こういったことも積極に行う必要がございます。

右にまとめますと、リスクの低減、医療、ケアから研究開発まで、認知症に関わる全ての活動を共生社会という標語の下で実現することが、ようやく可能になってまいりました。こういった動きが今後極めて重要になると考えております。

以上でございます。

○武見厚生労働大臣 岩坪構成員、ありがとうございました。

次に、黒澤構成員、お願いいたします。

○黒澤構成員 OAGライフサポートの黒澤と申します。私は二十数年前、介護保険と後見制度が同時期にできた直後から、家族に頼れない人が病気になったり、認知症になったり、それから、亡くなった後のことを支援する業務に携わってきています。いわゆる身寄りなし問題、おひとりさま問題と言われるところです。

実はこの20年、ずっと身寄りなし問題自体、それ自体に身寄りがないと揶揄されて、どの省庁からも権限を持って見守ってもらえないというところだったのですが、ここ最近で岸田総理が様々な場面で、身寄りのない方も含めてと言及してくださって、これまで見過ごされてきた方々に光を当ててくださって、それによって世間での認知度もかなり上がってまいりました。この点について、本当に心より感謝するところです。

では、この身寄りなし、おひとりさま問題というのは何が問題かというところなのですが、亡くなった後も含めて、自分自身で意思決定が完結できなくなるときが必ず訪れますので、そのときの意思決定支援の権限の所在がないというところに問題があります。どうしても今ある介護保険や後見制度の狭間になってしまうところも多くあります。

5 ページ目、岸田総理をはじめ、いろいろな報道で身寄りのない方と言われたときに、もしかしたら、この言葉自体で当事者意識を持たない方、自分は身寄りがいないわけではないと思う方も多いかもしれないですけれども、しかし、5 ページ目の左下にあるように、皆様御承知のとおり、家族の形というのがかなり多様化してきている中で、身寄りなし問題、身寄りなし高齢者というのは決して他人ごとではなくて、誰でもいつでも当事者になり得る。これが非常に重要な論点になってくるかなと思います。

6 ページ目、では、この観点では、これからどんなことをしていくべきかというところなのですが、身寄りがなくても、頼れる家族がいなくても、そこで差別・区別されることなく、認知症基本法にうたわれているように、御本人の尊厳保持、それから、希望の実現ができるように、必ずしも家族が全面的に支援しなければいけない、それを前提としない仕組みを構築していく必要があるのではないかとということです。

ちなみに今、横浜市において築50年のすすき野団地という分譲団地をフィールドとした実証実験を始めるところでございます。

最後に、1枚飛んで8ページ目なのですがすけれども、共生社会の実現を推進するための認知症基本法というすばらしい法律ができて、それと、身寄りなし問題の関わりということで、ここについては言葉でまとめさせていただいておりますので、このページをぜひ皆さんに御覧いただければと思います。

私のほうからは以上です。

○武見厚生労働大臣 黒澤構成員、ありがとうございました。

次に、柴田構成員、お願いいたします。

○柴田構成員 川崎市で小規模多機能型居宅介護という介護保険サービスを提供しております柴田と申します。よろしくお願いいたします。

2ページ目を見ていただけますでしょうか。小規模多機能型居宅介護とは、平成18年の介護保険法改正に伴って、1つの事業所に通って泊まって、そして、自宅にも来てくれて相談にも乗ってくれるオールインワンの介護保険サービスとして創設されたものです。

令和5年8月現在、全国で5,522か所あり、利用者は全国で約11万人です。そのうちの5割以上が独居や老夫婦などの高齢者のみの世帯で9割の方が認知症です。認知症高齢者の在宅での暮らしを丸々支援できる介護保険サービスです。

3ページ目をお開きください。「認知症の親を持つ家族は夜ゆっくり眠ることはできないのですか」と介護家族から実は問われまして、最適な介護を目指すために、平成18年に川崎駅から徒歩5分のところに小規模多機能型居宅介護「ひつじ雲」を開設いたしました。概要はこちらのとおりです。実際の利用者さんの事例ですが、87歳の女性で娘さんと2人暮らしの方です。週3日事業所に通い、1日30分の訪問を多いときで1日5回自宅を訪問し、娘さんも介護離職することもなく自宅での生活を継続できております。

4ページ目、事業所の外観や室内の様子です。イメージとしては広いリビングのある一軒家のような規模の事業所ですが、介護施設として入浴用のリフトや入り口のスロープがあります。

5ページ目、自宅で暮らし続けられるように、利用者さんの暮らし方にサービスを合わせる努力をしています。日頃の様子は御覧いただいている写真のとおりです。ひつじ雲は開設当初から地域の町内会、民生委員、老人会の協力を得て、地域活動も展開して地域の協力体制も整えております。資料の中に銭湯の前の写真があります。これは事業所の浴室での入浴を嫌がる利用者さんに通いなれた銭湯にお連れしたときの1枚です。誰も知らない場所で知らない人に囲まれながらの入浴は心地いいものではありません。入浴が嫌なのではないのです。認知症の本人の暮らしを守る地域とつながる意味はここにあると思います。特別なことをするのではなく、認知症になっても、いつもと変わらず銭湯のお客さんとして対応することが認知症の理解にもつながると思います。

6ページ目、今後の認知症高齢者独居世帯の増加を踏まえすと、特に人口が密集する

都市部においては、24時間365日の切れ目のないサービスをパッケージで提供し、家族支援や地域の御近所との関わり支援も行う小規模多機能型居宅介護の活動・活用が認知症の方を支える上で切り札となるのではないかと考えております。

課題と提案です。1つ目に、名前を含めて一般になかなかあまり知られておりません。啓発、PRを含めて進めていただけるとありがたいです。

2つ目に、自治体が土地を用意するなどして、小規模多機能型居宅介護の事業所を公募で選び、計画的に設置する方策を特に都市部では推進してほしいと考えております。

以上となります。ありがとうございました。

○武見厚生労働大臣 柴田構成員、ありがとうございました。

次に、鳥羽構成員、お願いいたします。

○鳥羽構成員 東京都健康長寿医療センターの鳥羽でございます。30年以上、医療と研究をしてきた立場から一言意見を述べさせていただきます。

1 ページ目は、オレンジプラン、新オレンジプラン、大綱の図ですけれども、予防と共生の大きな枠組みは維持したまま、政府、自治体、国民の責務を明記して実効性を高め、長崎の国際学会でも諸外国から高い評価を得たと考えております。

今回、強化すべき疾患統計の整備とIT活用の2点についてのみお話しいたします。

認知症予防には比較的最新のリスクと防御因子ですが、このようなリスクの減少と防御力の強化が、これは一次予防だけではなく進展予防、また、病気の悪化にも役立つということが知られておりますので重要と思います。

厚労省中心のデータですが、生活習慣、生活習慣病で認知症のリスクは近年糖尿病以外で改善が認められ、特に女性で顕著であります。リスクの減少は、本来認知症の発症率減少につながるはずです。

先進国では認知症の発症率が減少していますが、本邦は例外であります。有病率は、本邦は介護保険で暮らしの援助の要る認知症の方の数で報道されて、現在報道されている数の3分の2というのが世界での報道の数になっております。実際のところは、介護保険で暮らしの援助の要る認知症の方の数は、図の右側ですけれども、94歳以下で年齢調整で減ってきております。本邦の経年的認知症発症率、罹患率、年齢調整増減の把握ができていのか、対策本部で実態把握するのに必須であります。また、対策の効果の判定にも必須と思います。人口比に配慮した定点観測体制の整備を提言いたします。

これは米国ですが、同じように10年間で深刻な認知症機能障害は大幅に低下し、低下率は男性13%に対して、特に女性は23%と大きかったことが明らかになりました。明るいニュースだと思います。本邦でも定点観測のデータが必要と思います。

岩坪委員からありましたレカネマブのことですが、微小出血や浮腫について、放射線科医が正確に診断することが求められておりますが、放射線科医が不足しております。これに対するAI画像診断が有用と思いますので、このような技術開発をぜひ進めていただきたいと思います。

認知症基本法では、共生の実効性を高めるために、特に介護者の認知症ケアを充実するため、介護者不足という実際は背反する状況に鑑み、IT活用やAI支援強化といった介護者そのものにはならないですけれども、助けてあげるような技術開発が重要と思います。

認知症の方で同じものを買って期限切れとなることがあるのです。5年前に在庫管理型冷蔵庫を提案してきましたが、ようやくスマホで管理できるような機能ができました。しかし、まだ在庫管理までには至っておりません。これらは技術開発によって、より楽になるのではないかと考えております。

老老介護やひとり暮らしなど、話し相手もない高齢者が増え、訪問型の人材を増やすことが一番ですが、人手不足で毎日の話し相手、予防や心の安らぎのため、昔話や当事者のふるさとの情報を入れ、雑談にAIを活用したチャットボットを我々は現在開発し、現場での検証に進んでいますが、社会実装にはより多くの研究資金や協力が必要で、これらが介護者不足の一助になると考えております。

そのほか、多くの省庁にまたがる支援機器、ITやAI活用の分野は5年間で相当実用化しておりますが、これらについて多くの社会参画、企業参画、また、政府、省庁の集中的な支援が必要と考えております。

最後のページを御覧ください。これは少し頭の痛いことですが、OECDでも一番患者の多い日本で最低の公的研究費で未来を切り開くのは相当困難であります。米国に比べて200分の1という研究費の中で、大幅な増額を求めるのはかなり困難かと思いますが、先ほど言った省庁横断的に関連予算を計上して、プロジェクトを開始いただければ大変ありがたいと思います。

以上です。

○武見厚生労働大臣 鳥羽構成員、ありがとうございました。

次に、町構成員、お願いいたします。

○町構成員 よろしく申し上げます。フリーアナウンサーだった元ヤングケアラーの当事者として活動しております町亞聖と申します。私の資料の10～11ページを参考に見ただければと思っております。限られた時間ですので、要望・課題についてコメントさせていただきたいと思っております。

まず、認知症とともに生きる社会をつくるために尽力してきた人たちがこれまでたくさんいたということを改めて皆さんに知っていただければと思っております。認知症をテーマにしたラジオ番組をやっているのですけれども、丸10年たちました。これまで様々な当事者家族、支援者の声に耳を傾けてきましたので、本来でしたら、ここで発言していただきたい人たちの代弁というと僭越なのですけれども、御紹介させていただきたいと思っております。

認知症ケアの原点を私に教えてくれたのは埼玉県で介護保険が始まる前の1990年、もう今から30年以上前に古民家を使ってグループホームを開いていた女性でした。その人は私に認知症ケアは、その人を知ることから始まるのだよと教えてくれました。認知症になっ

でも、それまで歩んできた人生があって、その人であることに変わりがないこと、あとはできないことが増えても心は生きているということは全ての人に知っていただきたいですし、特に家族は目の前で変わっていく、できなくなっていく様子を見ることで混乱したり、戸惑ったりします。どうしても比べてしまうのですけれども、認知症に対する理解が必要だと思っています。

同じ女性が教えてくれたことなのですからけれども、同じ方向を向いていたら家族という、この同じ方向を向いていたらというのは介護職のことを指します。黒澤さんから家族に頼れない高齢者のお話がありましたけれども、介護保険制度ができて20年以上たつのに、悲惨な介護殺人はなくなりません。なぜなのかというと、家族が介護をやるものという根強い固定観念がまだあるというところだと思います。家族だけで介護を抱えずに、あとは家族がいなくても、第三者の手を借りれば暮らせるのだという意識改革と社会の形成をしていかなければと思っています。

あと、今日は藤田さんが当事者としてメンバーに参加されていますけれども、日本で初めて実名で講演をした若年性認知症当事者の方がいらっしゃいます。越智俊二さんという方になります。今から20年以上前ですからけれども、越智さんには私はお会いできていないのですけれども、奥様からお話を伺ったことがありました。越智さんはこのように話していました。病気が治ったらもう一度働きたい、どんな仕事でもいい、今度は私が働いて奥さんを楽にしてあげたいと話していました。それから、長いときを経て、同じく認知症当社の丹野智文さん、藤田さんと一緒に希望大使もやられていますけれども、その思いを実現させています。

本人から可能性や希望を奪ってしまうのは、周りの思い込みや決めつけだと思います。認知症になったら何もできなくなるわけではないということが、藤田さんをはじめ、当事者の方たちが証明してくれていますので、この働きたいという思いをかなえる企業だったり、社会の環境づくりが必要だと思っています。

あと、私自身も介護と仕事を両立させて、アナウンサーという仕事をしながら介護をしていました。今日の資料の中にも介護離職の資料が入っていますが、10万人、介護離職の数が減っておりません。その多く、8割が女性だという現実が続いているということも皆さんには知っていただきたいと思っています。

鎌田さんからも発言がありましたけれども、介護しながら家族も自分の人生が大切にできるという支援体制が急務かなと思っています。介護には必ず終わりが来ますので、介護の後をイメージして、どうやってライフプランを立てられるかという、仕事と介護の両立は地域包括支援センターだけの支援では足りませんので、ぜひ企業の努力、支援体制も構築をお願いしたいと思います。

先ほどアルツハイマー型のお薬のお話がありましたけれども、認知症の治療法の開発を進めるためには、家族と患者本人の協力も必要だと思っています。治る薬が開発されることを願っているのですけれども、老いを避けることは誰もできませんので、認知症になっ

たらどうしようではなくて、認知症になっても大丈夫と思える社会をみんなで創りたいと思っています。

最後になりますけれども、共生社会の実現ということが認知症基本法にもうたわれておりますけれども、私は実はこの言葉は違和感でしかありません。なぜなら、私の母が障害者になったのは今から30年以上前なのでありますけれども、私たちが住むこの社会は既に共生をしています。実現しなくても既に共生していますので、そのことに気づいていない人たちは1日も早く気づいてほしいなと思っています。

ヤングケアラーとして高校生のおきに介護に直面したのですけれども、介護保険制度もバリアフリーもない時代にできないことではなくて、できることを数えながら一生懸命生きておりました。共生は当たり前のことですので、どんな状態でもよりよく生きられる社会と一緒に、この会議でも少ない時間ですけれども、私がこれまで経験したことがお役に立てたらなと思っています。

以上です。

○武見厚生労働大臣 町構成員、ありがとうございます。

改めまして、構成員の皆様、ありがとうございます。

それでは、ただいまの御発表を踏まえた意見交換に入らせていただきたいと思います。御意見のある方は挙手をお願いいたします。いかがでございますか。

藤田構成員、どうぞ。

○藤田構成員 皆さんの取組を聞かせていただいて、今日、この場に参加しまして、先ほど共生社会は実現できていると言われていたのですけれども、実は共生社会の一員になっていないなと感じるのが本人としての感覚です。だからこそ、この法律の名称が、すごく私たち本人にとっては重要と考えております。

私はこの会に参加してみて、とてもバリアを感じております。スピードも速いし全く頭に残りません。自分の言うことで精一杯です。これからいろいろところで会議とかがあって、本人が出席すると思うのですけれども、そのときに、本人が出席するという形だけで終わらないように、本人とともに取り組むのであれば、意見を出しやすいよう、企画の段階から本人と一緒に考えていくということを大切にしてほしいと思います。

皆さんは認知症になっておられないので、あまり実感されないかもしれませんが、薬だけでは自分らしい暮らしというのは実現できないということを私たち本人は痛感しております。提出した資料7ページにある希望宣言の5番目にありますように、自分の思いや希望を伝え続け、暮らしやすいまちを一緒に創っていきますと宣言しておりますが、ぜひ岸田首相も私たち本人同士が前向きに話している場にいらしてほしいなと思います。お待ちしております。

そして、これから基本法ができて新しいチャレンジも始まると思うのですけれども、それぞれの市町村で、まず、地域の本人たちと話すことから始めてほしいですし、共に進めてほしいと思います。市町村で暮らす本人さんたちと一緒にやらないと、基本法が絵に描

いた餅になってしまうので、国はそうしたことを後押ししてほしいと思います。よろしく
お願いします。

○武見厚生労働大臣 ありがとうございます。

新米の司会者なので行き届かないところがあったかと思います。大変申し訳ございません。しっかりと寄り添いながら話を伺うように努めたいと思います。

鎌田構成員、どうぞ。

○鎌田構成員 今回、こういう場を持っていただいて、直接にお話を聞いていただけるというのは大変ありがたいと思っています。その中で一つ、認知症基本法の中に、私も先ほど申し上げましたけれども、働きながら介護をしている人たちが、私たちの会の調査の中でも大変増えてきております。そのことが基本法の中の条項の中にはないのです。そこを意識しながら、共生社会の実現に向けて一緒に考えていただければなと思いますし、先ほど藤田さんがおっしゃったように薬の開発とか、それから、鳥羽先生がおっしゃったようなICTの活用というのもとても大事です。それも当事者、藤田さんがスピードが速いとおっしゃったけれども、私も前期高齢者ですのでスピードが速くてついていけないなと思っていますので、お時間がない中でしょうけれども、お願いしたいと思います。

そういうような医療が発達し、それから、科学が発達していくけれども、もう一つは共生社会の実現の中にあるような、人々が認知症のことを自分ごととして考えていただける、そこをもっともっと進めていただけるようなことを自治体の中でやっていけたらなと思っていますので、そこもお願いいたします。

以上です。

○武見厚生労働大臣 ありがとうございます。

非常にペースが速くて申し訳ございませんが、限られた時間の中で、ぜひ多くの皆様の御意見を伺いたいということで、このような形になってしまったことを御了解いただければと思います。

そろそろお時間がまいりました。皆様の御協力に心から感謝を申し上げたいと思います。

ここでプレスが入ってまいりますのでしばらくお待ちいただけたらと思います。

(プレス入室)

○武見厚生労働大臣 それでは、総理から本日の締めくくりの御発言をいただきたいと思
います。

○岸田内閣総理大臣 本日は、認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議の初めての会合を
開かせていただきました。認知症の方御本人及びその御家族など、様々な関係者の皆様方
に御参加をいただきました。そして、幅広い立場で構成員の皆様方から貴重な御意見を
いただきましたこと、心から感謝を申し上げます。

皆様方の御意見は、今後十分に政策等に反映させていただきたいと思っておりますが、
本日は、ひとまず3点申し上げさせていただきたいと思
います。

第1に、一昨日、レカネマブが薬事承認されました。これは画期的な新薬であり、認知

症の治療は新たな時代を迎えました。しかし、治療対象の患者が限られているなど、課題もあります。まずはこの新薬へのアクセスや投与後のモニタリング等が適切に確保されるように必要な検査体制、また、医療提供体制の整備について厚生労働大臣に検討を進めてもらいたいと思います。

第2に、治療薬の開発は引き続き推進する必要があります。国際競争が激化する中、我が国のリードを広げるべく「認知症・脳神経疾患研究開発イニシアティブ」について、健康・医療戦略担当大臣において具体的な検討を進めていただきたいと思います。併せて、高額医療費について、国民皆保険の持続性とイノベーションの推進の両立の観点から、薬価制度の改革を含めた対応を厚生労働大臣を中心に検討してもらいたいと思います。

3点目は、岸田政権では安心して歳を重ねることができる幸齢社会づくりを進めてまいります。身寄りのない方を含め、認知症になったとしても安心できるためには、身元保証等の課題を解決していかなければなりません。厚生労働大臣において実態把握、そして、課題の整理を進めていただきたいと思います。そして、それとともに官房長官を中心として課題解決に向けた省庁横断の体制を構築させていただきたいと思っています。

そして、今日はこれ以外にも様々な貴重な御意見や御指摘をいただきました。今申し上げた3点に限らず、緊急的に対応すべきものについては、来月をめどに経済対策を取りまとめることにしておりますが、その中にも反映させたいと考えております。

引き続き構成員の皆様から御意見を伺い、年末に向けて議論を深めていただき、この認知症基本法の施行に先立って意見の取りまとめを行いたいと考えておりますので、今後とも構成員の皆様方及び関係大臣におかれましては、御協力をお願いしたいと思います。

改めて今日御協力いただきましたことに感謝を申し上げます。ありがとうございました。
○武見厚生労働大臣 ありがとうございました。

それでは、プレスの方は御退室をお願いいたします。

(プレス退室)

○武見厚生労働大臣 これをもちまして、第1回認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議を終了いたします。

本日の議事録については、内閣官房健康・医療戦略室において作成の上、公開することといたします。

次回の会議も、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日は、どうもありがとうございました。