

認知症と向き合う「幸齢社会」実現会議（第2回）議事録

■日時・場所：令和5年10月12日（木）10:45～11:56 総理官邸4階大会議室

■出席者：岸田内閣総理大臣（議長）、

松野内閣官房長官（副議長）、高市内閣府特命担当大臣（副議長）、
武見厚生労働大臣（副議長）、加藤内閣府特命担当大臣、上野総理大臣補佐官、
森屋内閣官房副長官、栗生内閣官房副長官、藤井内閣官房副長官補

粟田構成員、岩坪構成員、鎌田構成員、黒澤構成員、柴田構成員、鳥羽構成員、
藤田構成員、町構成員

石田参考人（東京都稲城市副市長）、田中参考人（奈良県生駒市特命監）、
秋山参考人（横浜市立脳卒中・神経脊髄センター臨床研究部長）、
影山参考人（理化学研究所脳神経科学研究センター長）、
村松参考人（国立精神・神経医療研究センター神経研究所神経薬理研究部長）

○高市内閣府特命担当大臣

ただいまより、第2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健康医療戦略担当大臣の高市早苗と申します。どうぞよろしく
お願い申し上げます。

構成員、有識者の皆様におかれましては、御多用の中、御出席を賜り、誠にありがとうございます。
ございます。

構成員の皆様より前回いただいた貴重な御意見につきましては、事務局において参考資料
に主な意見としてまとめておりますので適宜御参照くださいませ。

また、皆様の御意見を踏まえ、共生社会の実現に向けた取組の強化など、緊急に対応す
べき事項につきましては、資料1にまとめております。

それでは、議事を進めます。

まず、有識者の皆様より発表をいただきます。お一人につき5分をめどにゆっくりと御
発表をお願いいたします。

それでは、石田様から発表をお願い申し上げます。

○石田参考人

おはようございます。東京の稲城市からまいりました石田と申します。このような機会
をいただきましたこと、誠に感謝申し上げます。

早速、認知症と向き合う幸齢社会の実現に向けた稲城市の取組について御説明をさせて

いただきます。

稲城市は東京都内多摩地区にあります人口9万4000人程度の町でございまして、4キロ四方のコンパクトな自治体であります。私からは認知症施策を含めた地域づくりの観点から、住民を主体とした稲城市の取組事例を御紹介させていただきます。

2ページ目、稲城市では地域包括ケアシステムの展開を右の下にあります3つのキーポイントで進めております。まずは何といたっても地域を見える化するということが大事であります。そして、その中から課題を発見します。そして、多職種・関係者でその問題を共有しますと、施策の立案が可能になってきます。これを繰り返していくといったサイクルで稲城市の施策、特に高齢福祉・認知症を含めた施策については実施をしてきているところであります。稲城市の独自の工夫を加えながら、稲城市の特性を踏まえた稲城らしい地域包括ケアシステムの深化・推進を進めているところでございます。

続いて、3ページ目では、稲城市の高齢者を中心としたボランティア活動についての事例を御紹介いたします。下の段にございます稲城市が直面していた課題であります。団地を中心に地域のコミュニティー力を高める必要が生じました。そして、社会参加を望む高齢者が増えてきましたが、何をすればよいかという高齢者が増えて、高齢者の社会参加活動について課題がありました。当時、介護保険料が高騰するといった3つの課題がございました。これについて、市では課題の抽出をしたところ、高齢者自身の介護予防につながる社会参加活動、自助を支援する、2つ目に、元気な高齢者による介護者などへの支援ボランティア、互助を奨励する、その結果、地域支援事業費、介護給付費等を直接・間接的に抑えられ、こういった施策を検討し、稲城市として高齢者の社会参加を促進するといった住民を巻き込んだ介護支援ボランティア制度を提案し、実施したところであります。

4ページ目の右上にその方法を記載してございますが、高齢者が地域でボランティアを活動してスタンプを集めます。そのスタンプをポイントに換えて、そして、申請に基づいて最大5,000円のポイント換金が受けられるといった仕組みを実施いたしました。これによって実質的な介護保険料の軽減につながるという施策を行ったわけでありまして。

設計のポイントでありますけれども、制度は手段、目的は地域の問題解決、しっかりと明確に行うといったことであります。そして、当事者の意識を尊重する。要するに高齢者が何を望んでいるかということでもあります。そして、関係者の意見を尊重し、制度は分かりやすく、事務量は少なく、そして、これまで地域にある仕組みを再認識し、活用するといったことが、無駄なく、上手く進むということでもあります。

現在では、介護支援ボランティアさんは、高齢人口の3.6%、非常に多くの方が地域で様々な活動し、それを受け入れてくれる事業者も増えてきているところであります。

この施策は平成17年に特区の提案をし、平成19年から本格的に実施し、現在では、こういった高齢者ボランティアポイント制度が全国に広がっているという状況でございます。

続いて、5ページ目、稲城市では認知症予防事業として従来から料理や旅行の計画、有酸素運動を行うなど、自主的な活動・取組を行ってまいりましたが、当事者の継続性に課

題がありました。このため、近年、新たに高齢者への絵本の読み聞かせボランティアによる認知症予防事業を開始いたしました。本年で4年目となりますが、現時点では、まだ高齢者ボランティア養成の段階ではありますが、生きがいを持って主体的に当事者が取り組んでいるといった地域への面での効果が期待されるところであります。

6 ページ目、本人ミーティング型の認知症カフェの運営であります。この取組は本人ミーティング型の認知症カフェで、市内に2か所設置をいたしました。家族の声を聞くことに加え、認知症本人の日頃の様々な気になること、困りごと、趣味、御自身の変化など、その方の話題を市が派遣するファシリテーターが引き出して、御自身の希望や考えを語り合う場を提供してございます。これも当事者参加、課題の見える化、関係者の参加などを通じて、地域での面での効果が期待されているところであります。下の段には、その様子を写真として御紹介させていただいております。

最後に7 ページ目、稲城市の日常生活圏域は4 圏域ございますが、その圏域ごとに小規模多機能型介護施設、認知症グループホーム、看護小規模多機能居宅介護など、認知症のケアの拠点を計画的に整備してございます。現在、整備の1 巡目が終わり、2 巡目に入っているところであります。

稲城市は、主体は住民参加であると思っているところであり、こういった参加住民を巻き込んだ施策が効果を上げていると考えているところでございます。

以上、稲城市からの報告とさせていただきます。御清聴ありがとうございました。

○高市内閣府特命担当大臣

石田様、ありがとうございました。次に、田中様、お願いいたします。

○田中参考人

田中です。よろしくをお願いいたします。このような機会を得たことに大変感謝を申し上げます。ありがとうございます。

資料の2～3 ページ目に生駒市の特徴であるとか、現状を記載しておりますが、ここについては時間の都合上、割愛をさせていただきたいと思っております。

4 ページ以降に生駒市の主な認知症の方々に向けた取組を掲載しておりますので、主な事業を御紹介させていただきたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

まず、4 ページ目、認知症の普及啓発ということで幅広い啓発、認知症サポーター養成講座を展開してきております。特に私どもが力を入れてまいりましたのは、一番左上の写真にございます市職員全員に対して認知症サポーター養成講座を管理職も含めて受講いただいているということです。それによって保険証の紛失、再発行等で何度も市役所を訪れられる方に対して、またお出でになったと感じるか、よくここまで来てくださったとお迎えできるかということで大変異なっておりまして、どんな方にも優しい窓口を職員ができるような形でということで、障がいのあいサポーター養成講座と抱き合わせをし

て行っております。

ほか、市内の関係機関・企業等も含めて、認知症の方や生きづらさを抱えておられる方たちがお出かけする際に偶然お会いになられる方たち向けにも認知症サポーター養成講座等を展開しているのと、昨今では学校の講座のほうも充実してまいりまして、子供さんたちのアンケート結果がとても心を打つものばかりでして、学校から帰ってからご両親に講座で感じたことを素直にお話をしてくださる子供さんたちが増えてきていることがとても喜ばしく思っております。

5 ページ目、認知症の早期発見や早期対応、認知機能の低下やフレイル予防というところで早期発見ができるように、75歳以上の高齢者で介護保険の認定を持っておられない方々に対して、年に一度、毎年介護予防把握事業ということで元気度チェックというものを郵送しております。9割の方たちが返送してくださってまいりまして、そこで、フレイルの方、プレフレイルの方、そして、もの忘れ等が進んでおられる方ということを早期発見する仕組みがあります。

また、1割の返信がない方たちこそが、郵便が来ても開いてその中身を確認することができないという方たちが含まれますので、1割の方たちに関しては、未返送者の実態把握事業ということでアウトリーチ、家庭訪問等をさせていただき、認知症御夫婦とか、そういった方たちを早期に発見して、必要に応じて初期集中支援事業（オレンジチーム）につなぎましたり、あとは軽い方でありましたら認知症の予防教室、コグニサイズ教室や脳の若返り教室などにお誘いするなどしています。

昨今では、薬局等で認知症のお薬を飲んでおられる方々にも、こういった教室のチラシとか地域包括支援センターを案内してくださるようになっていきますので、かかりつけ医とともに早期対応というところに力を入れているのも生駒市の特徴かと思っております。

6 ページは医療と介護の連携ということで、当初から認知症の施策を大きな柱の一つとして医療・介護連携も進めてまいりました。特に認知症の方の意思決定支援というところを関係機関・関係者にしっかりと御理解いただくことをとても大事に思っておりましたので、そういったワークショップ等も重ねて実施をまいっております。あと、様々な御意見をいただき、ケアパスのみならず初期対応マニュアルや症状別マニュアルなど、独自のマニュアルも作ってまいりました。

7 ページは地域づくりの促進ということで、お一人お一人の思いを大切にすることを展開してきております。地域ケア会議という一人一人の困りごとに向き合う会議体というものを大切にまいりまして、こちらのスライドの左下の写真を御覧いただくと、畑をかつてしていた高齢者の認知症の方の支援をめぐって、畑を再開したいと思われるのですが、1人では難しいということで、地域で対話を重ねて、その方の思いから畑活サロンという子供からお年寄りまで含めたサロン活動が生まれました。

あるいは短期集中予防サービスといって、総合事業のメニューですが、3か月から半年ぐらい御利用する教室に介護の給付のほうのサービスがどうしても合わない、行きたくな

いとおっしゃる方たちに御利用いただいています。そこにはセラピストとか看護師などがいますので、主治医とも連携しその方の様子をしっかりとアセスメントをすることによって、その方がやりたいことを見出していきます。この中央のパワーアップPLUS教室の写真の下にギンガムチェックのシャツを着た女性、86歳です。この方も認知症の方ですが、1、2、3、4、5、6、7、8と数を数えて一生懸命、ボランティア活動を本当に優しく素敵に展開をしてくださっています。こういった方たちがこういう教室のサポーターになっているのも特徴の一つでございます。

また、こういうことを重ねていく中で、もっとももっとこういった希望をかなえる人たちをつくってきたいという声が上がって、次は認知症支え隊養成講座という中央上段の講座が生まれました。ここで当事者の方にお出でいただいて、お話を聞かせていただくことが一番皆さんの心に届くということで、そういった方々の白い杖ではございませんが、杖になりたいという方たちが生まれまして、カフェができたり、あるいは移動支援を活用しながら買い物したいということかなえるサポーターが生まれたりしております。

最後に、地域づくりの促進ということで、誰もが当たり前の日常を過ごせるように、行方不明高齢者の声かけ訓練ということもさせていただいています。これを自治会単位ですることによって皆さんの意識が高まってきております。あと、認知症に優しい図書館ということで図書館司書の方たちが立ち上がりまして、御本人や御家族、専門職の方たちが読みやすい本のコーナーを設けてくださることで、かなり啓発が進んでまいりました。ほかは認知症月間とかでのイベントの様子を示したものになります。

また、来年、私ども生駒市は地域共生社会推進全国サミットinいこまを生駒で開催することになっておりまして、まさしく誰もが暮らしやすい地域づくりというものを目指しております。どうもありがとうございました。

○高市内閣府特命担当大臣

田中様、ありがとうございました。次に、秋山様、お願いいたします。

○秋山参考人

よろしくお願いたします。現在、日本医療研究開発機構（AMED）の認知症研究開発事業プログラムスーパーバイザーと疾患領域コーディネーターを務めています。その関係で、本日は、研究開発をどのように進めるのがよいか、その研究開発がどのように共生社会の実現に貢献できるかという視点でお話しさせていただきます。

資料の2ページ目、心不全や認知症というのは状態を表す言葉です。下の点線で囲っているのが、その原因となる疾患です。根本治療を目指す研究は個々の疾患を標的として進められます。資料の下の方に書きましたように、医学研究には大きく分けて臨床研究と基礎研究の2つのアプローチがあります。この2つを結ぶのが病理学研究になります。

3ページ目、臨床研究では症状や経過を調べます。しかし、それらは個人差が大きい

で、大勢の人に協力していただけるコホート研究という方法を使います。今後、疾患修飾薬が使われるようになると、投与を受けた人たちを対象とするコホート研究なども必要になると思います。

臨床研究において重要なことは、右側に紫色で書きましたように国際連携です。グローバルでのデータ共有が進歩を加速させます。もう一つ重要なことは、どのコホート研究にも共通して必要な技術を提供する研究組織をつくることです。資料の下のほうの緑色の部分です。このような研究組織が国際連携に必要な世界標準のデータ品質を確保してくれれば、研究者はそれぞれの研究目的やアイデアに集中でき、研究の加速と効率化が進みます。

4 ページ目、認知症を引き起こす疾患では脳に異常なタンパクが蓄積します。左側が疾患名、次がそれぞれの脳病変、右側が病変を構成するタンパクです。アミロイドβ以外にも幾つかのタンパクが見出されています。右側に紫色で書きましたが、これらのタンパクの異常には様々な共通点があります。例えばどのタンパクも異常な固まりをつくって脳に蓄積することが知られています。

5 ページ目、上段の黄色の部分にはアルツハイマー病における老人斑の多発の発見からレカネマブの開発に至る111年間の経過を書いています。このように、研究開発においては、まず疾患の脳で何が起きているかを明らかにすることが大切です。それによって初めて病変のモデルをつくったり、新たな検査方法を考えたりすることが可能になります。そして、これらのモデルやアイデアを臨床研究によって検証し、その結果を基礎研究にフィードバックします。このサイクルを繰り返す中で、新しい治療薬の開発や早期診断の技術開発に至ることができます。一つ一つの疾患のメカニズムを解明し、治療を実現することによって、当事者の方々の活動が広がり、共生の中身をさらに豊かにすることができると思っています。

以上で私の発表を終わらせていただきます。どうもありがとうございます。

○高市内閣府特命担当大臣

秋山様、ありがとうございました。次に、影山様、お願いいたします。

○影山参考人

理化学研究所脳神経科学研究センターの影山です。よろしくお願いたします。

私たちの役割は、認知症に対する新たな診断方法や治療方法を開発するために、基礎的な研究成果を出すということが大きな任務だと認識しております。

2 ページ目は、アルツハイマー病という認知症の中でも最もたくさんあります病気における課題と基礎研究の重要性について挙げております。先ほど秋山先生からも御説明がありましたように、アルツハイマー病ではまずアミロイドという異常タンパク質がしみのように沈着して、それがどんどん広がっていきます。それが発症の引き金となりまして、続いてタウ病理、これはタウというまた別の異常タンパク質がしみのように沈着し、これが

脳の中をどんどん広がっていきます。その結果、脳が萎縮し、認知症が発症するわけです。

今回承認されました治療薬のレカネマブはアミロイド病理に対して作用して、アルツハイマー病の進行を遅らせる医薬品でございます。今回のような革新的な医薬品が開発された背景には、人の正常な脳機能やアルツハイマー病の原因・発症プロセスを解き明かす基礎研究の積み重ねが非常に重要でございました。ただ、現状、病気の進行を止める、あるいは認知機能を回復させるといった医薬品は残念ながら存在しません。

このような医薬品開発には超早期の患者さんを検出する方法や、ほかの経路を標的とした治療法の開発が必要となります。これらの課題を解決するためには、脳科学の基礎研究が非常に重要だと思います。

3 ページ目は、アルツハイマー病理におけるアミロイドカスケード仮説を簡単に記したものでございます。左側のグラフの一番下、横軸で0（年）とあるのがアルツハイマー病が発症するときを示していますが、それよりも遥か20～30年前から、実はこのアミロイド病理が始まっています。脳のしみがどんどん広がっています。これが引き金になって続いてタウ病理が発生します。これが起こりますと神経細胞が変性、脱落し、脳が萎縮し、そのために、まず、軽度認知障害（MCI）という症状が起こります。これが起こると、4～5年ぐらいたちますと、アルツハイマー病に至るといった経過がございます。

今回のレカネマブはこういったアミロイド病理に働きまして、認知機能の低下をある程度遅らせることはできるのですが、止めることはできませんし、ましてや回復することができないということで、そういった課題を解決するには基礎研究が非常に大事だろうと考えております。

4 ページ目、アルツハイマー病の基礎研究に欠かせないのが動物モデルです。先ほども少し出てきましたが、マウスを使った研究が現在世界的に活発に行われています。理研で開発したアルツハイマー病マウスモデルも世界中で活用されています。ただ、これはアミロイド病理を再現できますがタウ病理は再現できないという限界点もございます。そういったことを克服するために、最近、理研と実中研では新世界ザルのマーマセットを使った世界初の非ヒト霊長類アルツハイマー病モデルを作成しました。これは人によく類似した生物学的特徴があって人と同じ検査が適用可能です。より侵襲的な検査とか治療法の開発にも使うことができるということで、マウスだけでなく新たにマーマセットを使った研究も今後非常に重要になってくるだろうと考えております。

5 ページ目、日本においてはアルツハイマー病に関して非常に多くの世界をリードする研究がなされております。そのごく一部をここに列挙させていただきました。例えば左上の緑色に塗っている四角はアミロイド病理に作用する新たな治療標的を見つけたというもので、今回のレカネマブ以外の方法も可能ではないかということが示唆されます。

一方、左下のブルーの四角はタウ病理を可視化できる新たな診断技術を開発したというもので、今後早期の患者さんを見つける上で非常に重要な技術だと考えております。

また、右の3つのブルーの四角は、いずれもタウ病理を標的とする新たな治療方法開発

に向けた重要な研究成果を挙げております。

真ん中の赤色にラベルしたものは、認知機能障害を回復するための新たな技術が開発されてきたということで、これも今後アルツハイマー病の治療に向けた重要な基礎的な研究成果と考えております。

最後にまとめですが、レカネマブの承認は非常に画期的ですが、一方で、超早期の検出方法や、より安価な治療薬、病気の進行度に応じたほかの治療法等が必要でありまして、そのためには基礎研究がやはり重要だと考えております。最近開始されましたアルツハイマー病マーマセットは世界初の霊長類モデルであり、マウスでは達成できなかった病態研究や新しい検査方法の探索、治療法開発が可能になるとということが期待されます。認知症の研究は日本がリードしている分野も非常に多いです。脳研究をさらに推進することで認知症治療開発や健康長寿の達成に貢献し、より幸福な社会確立を目指すことが重要だと考えております。

私からの発表は以上です。御清聴、どうもありがとうございました。

○高市内閣府特命担当大臣

影山様、ありがとうございました。次に、村松様、お願い申し上げます。

○村松参考人

よろしくお願いたします。国立精神・神経医療研究センターの村松と申します。認知症の御本人やケアに御尽力される方のためにも、脳の機能を回復させる薬の開発が非常に重要であると考えております。これまでの基礎研究の結果から、脳の機能を回復させる創薬の道筋が見えてまいりました。私からは、脳の機能の回復に重要な神経回路の再生と修復に関する取組を御紹介いたします。

再生と申し上げますと、iPS細胞等の移植を想像されるかと思いますが、実はそれだけではございません。私たちの脳には自ら再生する力が備わっております。2ページ目をご覧ください。こちらの図は脳の機能を担う神経回路を模式的に示しております。一番左側が正常状態、そして、病気になると、中央に示すように神経回路が傷害されます。これまでの薬は、この傷つく過程を防ぐ働きがございました。一方、今後、脳機能を回復させるためには、中央から右に向かうような神経回路を再生させることが必要になります。しかし、現時点で、神経回路の再生・修復薬というものは存在しません。

3ページ目、左の図は神経回路の修復の流れを示しております。神経回路は、まず神経突起が伸びて、その後にミエリンという構造物が形成されることによって修復が完成します。このミエリンは脳の約6割を占める白質と呼ばれる部分に豊富に存在する構造物です。そして、ミエリンの機能は神経の情報を早く伝えることであり、病気によりミエリンが脱落すると脳機能が低下します。そのため、ミエリンを修復させるということが機能的な神経回路の再建に必要であると考えられております。

4 ページ目にはミエリンの修復の流れをお示ししております。ミエリンはオリゴデンドロサイトと呼ばれる細胞から形成される構造物です。そして、その前駆細胞、基となる細胞が、年をとっても脳の中に豊富に存在するということが知られています。このオリゴデンドロサイト前駆細胞という細胞が増殖し、分化し、そして、神経突起に巻きつくということでミエリンは修復します。かつて、ミエリンは神経回路の再生を阻む働きがあると知られておりましたが、その機序は解明されつつあり、制御もできるようになってきました。このことから、ミエリンをターゲットとするということが非常に有望な治療戦略であると考えられます。

5 ページ目をご覧ください。神経回路の再生・修復を促す薬を開発していくために、3つの取組が必要であると考えております。まずはメカニズムの解明。なぜ、どのように神経回路が修復するかを理解する必要があるがございます。そして、それを鋭敏に検出する技術の開発も必要になります。さらに創薬への実行力を高めるために、創薬基盤技術の開発も重要です。いずれにおきましても基礎医学の分野にとどまらず、臨床医学や工学、薬学など、多分野の有機的な連携が革新的な医薬品の開発に貢献すると考えております。

最後のページに私が考えますミエリン修復物質探索例、ファストトラック案を御紹介しております。ここでは機能的なミエリン修復に必要な「まきつき」を対象としております。私たちはこのまきつきを評価する、培養細胞を使った新しい実験系を作成いたしました。そして、このまきつきを促進させる物質の探索を行い、現在、疾患モデル動物やヒト細胞を用いた評価を行っております。このように狙った現象に対して精度の高い基礎研究を実施するという事は、その後の薬剤の開発を加速させる点でも重要です。このような取組を通しまして、今後も、神経回路の再生・修復を促す薬の開発を目指していきたいと考えております。

以上になります。ありがとうございました。

○高市内閣府特命担当大臣

村松様、ありがとうございました。本日発表いただきました5名の有識者の皆様に感謝を申し上げます。それでは、構成員の皆様からの御意見を賜りたく、私から指名をさせていただきます。まず、藤田構成員、お願い申し上げます。

○藤田構成員

有識者の皆様、発表を聞かせてくださり、ありがとうございました。

一人一人の方に質問していたら時間がないので、前回の会議とかも踏まえながら、私が今回感じていること、皆様に伝えたいこととかをお話したいと思っております。

市の取組のほうでは、高齢者の方に向けた取組が多かったかなと思いますけれども、認知症の方は高齢者のみでなく、若い方とかもいらっしゃるの、認知症の始まりの部分、若い方も対象にして、そこから施策が始まり、幸せに年を取っていくという取組を展開し

ていただきたいなと思いました。

研究のほうも認知症になってからも暮らしやすい社会に向けての研究と感じましたので、推進していただけると、認知症になっても大丈夫と思えることに近づくのかなと思います。

ここにいらっしゃる皆さん、それから、国民の皆さんにもまず最初にお伝えしたいのは基本法で明確に挙げられたように、共生社会の実現の推進ということが、あらゆる分野を超えた共通目的であるということ。これを明確にしていくことが大事だと思います。その方向性がまだまだ浸透していないと感じられることもよくあります。共生社会というのは、認知症になっても暮らしやすい、大丈夫だと思える社会をつくり出す。そこに焦点を当てていただきたいと思います。

そして、2つ目として、その社会をつくり出すためには、本人と共につくるという新しいスタンダードの確立が必要です。自治体で本人を施策の対象者として位置づけて、自治体が事業を提供するというスタイルではなく、本人が企画の段階から参画して事業をより効果的に展開するスタイルも広がってきていますので、より推進していただきたいです。そういう本人が参画する動きを新しい標準として国が推進・加速させることが重要で、ぜひ施策に反映させていただきたいと思います。

3つ目が、それらの施策、様々な取組を本人による確認・評価を進める。そこも大切です。様々な取組が行われていますが、暮らしの中でどのような効果があるのか、暮らしやすいと感じられるようになってきているのか、自分が本人であるということを感じやすくなっているのか、そういう本人による確認・評価が重要だと思います。

研究の分野でも医学研究のみではなく、暮らしに関わる分野の研究も進めていき、それらを本人と共に確認・評価をしっかりと織り込んで推進していただきたいと思います。

総理に伝えたいこととして、前回の会議も踏まえて未来志向で考える、介護現場のみではなくて、全国の自治体で広がっている本人ミーティングやピアサポートの場で本人たちが主体的に活動している場にも、ぜひお出でいただいて、新しい認知症観を持って施策に関することを未来志向で進めていただけると大変嬉しいです。

以上です。ありがとうございました。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。鎌田構成員、お願いいたします。

○鎌田構成員

認知症の人と家族の会の鎌田です。御発表いただいた皆様、本当にありがとうございました。

2つの地域での先進的な地域づくりの紹介というところでは、本当に認知症というものをキーワードにしながら、そこに暮らす方々が認知症を自分ごととして取り組めるような形に行政の方々が持って行っていらっしゃるなど、とても思いましたし、全国に広がって

いくことを期待しました。

具体的には、実施の内容ということはとてもよく分かりましたけれども、それによって地域の方々がどのように、例えば認知症の方々への声かけであったりとか、認知症の人たちと一緒にどんな企画をつくったりとか、行動をしたりとか、地域がどう変わったかというのをもう少しお聞きしたいなと思いました。

それから、病気の解明とか研究に関しては、そこまでいっているのかと、例えば私は神経は回復しないものだと思っていましたけれども、回復していくのだとか、それから、一つ一つの病気、主な認知症の疾患に関しても、その原因物質が何であるかということが解明されているということを私は今日学ばせていただきました。111年というような年月のお話もありましたけれども、長い期間、諦めずにやっていたらっしゃるということにエールを送らせていただきたいと思います。

ただ、幾つかの発表の中ではありましたけれども、この解明をしたりとか、研究をしたりとか、開発をしたりという先に、認知症の人の人生にとってどんなメリットがあるからこの開発をしているのか、研究が研究で終わるわけではなくて、それが認知症の人や家族にどんな幸せな人生をもたらしていくのか、反対に言えば、不幸せな人生になる可能性もあるわけです。その辺のところを常に見極めというか、この先に何があるのだということを思いながらやっていかれているということが今日のお話にもありましたし、それを見失わないようにしていただけることを期待したいと思っています。

これからの研究開発、それから、地域づくりがもっともっと広がることを期待したいと思いました。

以上です。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。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と認知症介護研究・研修東京センターのセンター長を務めております栗田と申します。

私は東京都稲城市の石田参考人と奈良県生駒市の田中参考人の発言に関しまして、コメントをさせていただきたいと思います。

前回の私の発言でございますが、基礎的自治体において実施されている介護保険事業、特に地域支援事業は、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る、あるいは事業を行うこと自体が目的化してしまう傾向があるので、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させていく必要があるという趣旨の発言をさせていただきました。

稲城市の取組や生駒市の取組は、共生社会という言葉は明示的には使われておりません

けれども、地域包括ケアシステムの深化・推進という観点から、持続可能な地域共生社会という共通ビジョンの実現に向けて、認知症総合支援事業だけではなくて介護保険事業、そして、地域支援事業を構成する全ての事業を連動させて、それぞれの地域の特性に応じた地域づくりをプロデュースしようとしている点に特徴があると考えます。

特に稲城市は、まず制度ありきではなくて、資料2-1の4ページの制度設計のポイントの①に制度は手段、目的は地域課題の解決と記されておりますように、直面している課題をまず把握して、その上で課題解決に向けて制度を活用する、利用するという方向で政策づくりを進めている点が重要であるかと考えています。

それから、生駒市は認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業、介護予防・日常生活支援総合事業などを連動させながら、かつ郵便局、銀行、コンビニ、学校、ショッピングセンター、図書館など、地域にある既存の資源を総動員して、認知症と共に暮らせる地域環境をつくり出そうとしている点がとても重要だろうと思います。

ただ、今後は、ぜひ共生社会という共通ビジョンの実現を明示していただいて、その上で、それぞれの地域の特性に応じた認知症施策推進計画を分野横断的に体系的、戦略的、創造的に立案していただければと考えております。ぜひ政府としては、それが可能となるような認知症施策推進基本計画を立案していただければと考えているところでございます。以上でございます。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。それでは、岩坪構成員、お願いいたします。

○岩坪構成員

東京大学と国立精神・神経医療研究センターの岩坪でございます。認知症学会などに属して研究を行っている立場から2点、簡潔に申し述べたいと思います。

まず、研究についてでございます。本日3人の著名な先生方から研究の現状・将来についてお話をいただきました。影山先生は脳に関する先端的な科学研究を發展させて、認知症を発症する原因を探る研究へとつなげる、最も基礎的な部分の研究についてお話しくいただきました。また、秋山先生は研究成果として生み出された新しい診断法、また、有効な治療薬を認知症に悩まれる方々にいち早く最もよい形で使っていただけるように提供する、そのための臨床への応用研究についてお話しくいただきました。村松先生は若手の研究リーダーのお一人ですが、こういった基礎研究を臨床に橋渡しする研究のお取組について明快に御説明くださいました。

感じましたことは、いずれの段階の研究にも共通する重要なこととして、認知症の研究は、鎌田様にも御指摘いただきましたように、認知症に悩まれる方々が幸せになっていただく、そのために役に立つ研究でなくてはならないという点に尽きるだろうと実感したところでございます。

我が国では認知症に関する高いレベルの研究実績がありまして、これが21世紀に入って治療薬の実用化研究にまで発展して、本年になってレカネマブなどにも結実したところでございます。今後も我々研究者は一丸となって診断法や治療法の研究開発を進め、認知症に悩まれる皆様に、よりよい形でその成果をお届けしたいと改めて心に誓ったところでございます。

昨今の施策の充実によって、本邦の研究体制を急速に充実させていただいていることを実感しております。日本の研究開発力の成果をさらに最大化し、認知症の皆様に役立つ形でお届けするためにも、国、また、社会から研究に対するさらなる御支援と後押しをお願いしたいと考えているところでございます。

第二点目として、本日、自治体の専門家の皆様からも、地域での認知症に対するお取組について貴重なお話を伺いまして、一研究者の立場からも、何が必要なのかということを考えながら傾聴させていただきました。

その中で、一つ喫緊の課題として考えますことは、認知症に関する専門医の充実ということでございます。認知症の専門医といいますと、昨今、新薬の投与による治療を担う点が注目されますが、それにとどまらず、例えば地域の医師の先生方と専門医が連携して、認知症の方や御家族に寄り添い、必要な支援に的確につなぐといった、地域における共生の実現にも重要な役割を果たしているところでございます。

認知症に関連する専門医としましては、現在、脳神経内科、精神科、老年科をはじめとして、多彩な専門性を持った医師が従事しておりますが、専門医としての総数は全体でも3,000名前後、周辺領域の専門医の先生方を加えても5,000名前後ではないかと推定されます。これは認知症700万人時代という状況を考えますと、充足しているとはなかなか言えないのが現状かと思えます。

認知症の専門医は、国民から見ましても最もニーズの高い領域の一つでございまして、先ほど申しました、構成する各診療科での認知症診療のレベルも、また、相互の協力関係も今、非常に充実してきております。こういったことを勘案して、ぜひ国の主導で認知症専門医の充実を加速いただきたいと考えているところであります。

以上でございます。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。では、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。私は長年にわたり、家族に頼れない方、身寄りのない方々が病気や認知症になったり、その後、亡くなったときの支援をするいわゆる身元保証と高齢者サポートの業務というものに携わってきています。

まずは本日、脳神経等の御専門の先生方のお話については、認知症の効果的な診断とか治療とか、今後ますます進んでいくことを期待するばかりです。

それから、稲城市様、生駒市様から先進的な取組を聞かせていただきました。

私からは身寄りのない方々というところの観点から、少しお話をさせていただければと思います。

今、ちょうど弊社で横浜市と協定関係がありまして、民間主導で共創の取組として横浜市青葉区の築50年のすすき野団地というところで、身寄りのない方々が認知症になっても病気になっても住み慣れた団地で安心して暮らせるような、そのための実証実験というものを始めたところです。今日御用意いただいた資料1の独居高齢者を含めた高齢者等の生活上の課題への対応の②というところに近いものなのかなと拝見しました。

その中で、まさにこの共生社会の実現を推進する認知症基本法の理念というのを取り入れていきたいと思っているのですけれども、そのキーワードとしてご本人の尊厳の保持と希望の実現というところがあると思うのです。身寄りのない方、家族に頼れない方の中で、ここがすごく私が難しいと思っているところが、認知症が進んでしまってから関わりだと、認知症の方ご本人の尊厳というのと、そのときにおっしゃるご本人の希望が乖離してくるところの調整が難しい。ご家族であれば、ご本人が元々持ってらっしゃる尊厳がどこにあるのかということがよく分かるのですけれども、それが後からの関わりだとなかなか分からない。その難しさをすごく感じているところです。

今日、稲城市さんの例えば介護支援ボランティアとか、それから、生駒市さんの認知症支え隊とか、恐らくそういうところに関わっていらっしゃるシニアの方だって、これから認知症になってくるといふ循環が起こってくるときに、早めに地域にそうやって認知症を発症する前から関わっていれば、ご本人の尊厳がどこにあったのかというのが見つけられると思ったのです。

そういった長い循環を考えていくときにも、こういった取組というのがすごく重要で、今後、まさに身寄りのない方を支えるしっかりした意思決定支援の制度というのができてくるといふのも大前提で、そこにそういった早くからのボランティアとか、支え隊としての活動というのが加わってくると、身寄りのない方が認知症になっても、より共生していける、そういったものができてくるのではないかなと思いました。

私からは以上です。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。それでは、柴田構成員、お願いいたします。

○柴田構成員

稲城市さんと生駒市さんの取組は非常に相通じるものがあると思いました。私自身、川崎市の駅前、19年になりますが、認知症の人がこの地域にずっと住み続けられる地域をつくっていかうということと共に、人生の最後まで私たちが関わっていききたい、地域の人にも関わり続けていききたいということを目指して取り組んできました。本当に相通じるも

のがあるなと思いながらお話を伺っていました。

2つの市に共通しているものは住民主体ではないかなと思ったのです。認知症の本人、当然中心であることは変わりありませんが、地域の住民の一人一人が主体性を持ちながら、認知症の人に限らないで困難性を抱える方々もたくさんいらっしゃるはず。その方々どなたもが幸せに年を重ねて生きることができる社会を望んで、そして、行動する姿というのが政策の中から伺えたような気がしました。ありがとうございます。

そして、研究者の方々からのご報告で、ここまで進んできたのかということをしごく思いました。原因疾患、あるいは脳神経の改善、根治、そして、その回復を目指す研究まで取り組まれていて、将来的には私もその候補者なので、その頃には使えるのかなと思いつながり期待しているところです。介護の実践の立場からの意見になりますが、発表いただいた疾患などへのアプローチと併せまして、社会的処方のような、2つの自治体から御発表いただいたような地域の取組とつなげる機会や場がとても大事なのではないかなと思っております。

また、稲城市の御紹介の資料の最後のページにあります、私自身も取り組んでおります小規模多機能型居宅介護を多くの地域のモデルになるような取組をなさっているかと思うのです。例えば稲城市さん、石川県の加賀市さんもそうですし、計画的に整理をして認知症の方々が幸せに暮らせるような地域になるような、そんな想像ができる話に私には聞かされたかなと思うのです。きめ細かに地域展開する取組が接着剤の役割を果たすように感じました。ますます、こういう地域が増えるようなことを願いたいなと思っております。

ありがとうございました。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。鳥羽構成員、お願いいたします。

○鳥羽構成員

石田さんと田中さんの取組、ありがとうございました。お二人ともリーダーシップを持って、既存の社会資源を上手に利用してやっておられるのは共通点だと拝見いたしました。私も国立長寿にいた頃に、大府市でオレンジタウンという形で委員になっていたのですが、首長さんのリーダーシップが非常に重要だということが実感です。

もう一つは、先ほどフレイルと認知症のことを共通でやっておられる、すなわち2つの施策で多くの行政のコストをかけられないわけです。ところが、厚生労働省においてフレイル、介護予防と認知症は全く別の課がやっていますし、それらは東京都においても別なところがやっています。でも、市に行った場合は、それがばらばらでやるような予算もないわけです。したがって、内閣府でやる以上は、各々のこのようなものを統合して資源を共通に使えるフレイルと認知症のもの、例えばリスクは7割一緒ですので、同じように見ていくようなコストを削減したような取組が、ここでそのモデルを生かした私は教訓だと

思っております。

2点目に、基礎研究をありがとうございました。認知症の多様なアプローチが大切、非常に重要だということがよく分かりました。

一つは早期発見のときには、あるいはアミロイドやタウがたまる途中には、先ほど言ったそのメカニズムと同時にリスク因子、糖尿病とか、様々な危険因子があるのですが、その全身的な危険因子とのインタラクション、相互作用やメカニズムの追及といったところもぜひ忘れないで、それが予防と脳科学とをつなぐところなので、そこもぜひやらないと、予防のところにはつながらない。

もう一つ、今日は神経再生のお話を伺いまして、大変ありがとうございました。今までの開発の薬では進んだ認知症についてはケアしかないというのが我々の認識でしたので、神経再生について、あるいは細胞治療について、多分今日以外の様々な取組を全国でやられていると思いますので、神経再生は一つのプロジェクトとして、ぜひ進めていただければと思います。

以上です。

○高市内閣府特命担当大臣

どうもありがとうございました。町構成員、お願い申し上げます。

○町構成員

今日はあまり時間がないようなので手短かにと思います。

まず、地域の取組に関して、ちょっと厳しめの意見になりますけれども、認知症のサポーター養成だったり、初期集中チームだったり、地域ケア会議というのは、既に全国的にちゃんと行われてなければならない取組です。ただ、稲城市さんのほうのボランティア制度で、当事者にポイントとしてお金が戻るという形は画期的なものだと思いますけれども、藤田さんから、未来を見た一歩先の取組をとということなので、ぜひこの会議では、もう一歩先の先進的な取組の紹介をしていただきたいと思います。

こちら側に座っている側からすると、恐らく地域でやっていることに関しては既に把握していることなので、まだ支援が足りない部分もありますので、それは後押しするようなことを皆さんにはやっていただきたいと思います。

ちなみに先進的な取組を挙げると、1回目でも認知症の方が働ける環境を整えてほしいということをおっしゃいましたが、もう実は2011年に始まっている仕事ができるデイサービスというのがあります。DAYS BLGという前田隆行さんという方が八王子と町田でやっているのですが、10年以上たっているのに、この取組がテレビや新聞で取り上げられているというのが現状なのです。働きたいと思っている人の希望がかなえられていないのが現状です。

稲城市さんと生駒市さんからもボランティアという言葉が出てきました。ボランティア

で社会に参加できて役に立っていると感じる機会ももちろん大事なのですが、若年性の方をはじめ、謝礼という形ではなくて、きちんと対価として報酬がもらえるようなサポート体制が私はすごく重要だと思います。それは地域と企業の支援が必要だと思っています。

あとは認知症700万人時代とありましたが、ひょっとすると1000万人に迫るかもしれません。そうしますと、認知症や高齢者をケアしてくれる人たちへの支援も必要です。地域包括支援センターとケアマネジャーの体制が果たしてこのままで持つのかどうかというのは、現場の話を知ると、センターと言っている割には、ここに50人スタッフがいるわけではありません。各地、少ない人数でセンターを回しているのが現状ですので、この辺りのこともしっかり考えることが、ひいては当事者にもつながっていくと思っています。

若年性認知症の支援コーディネーターというのが2015年に取り入れられて、実は8年ぐらいたちます。各都道府県に1人ずつ配置するということなのですが、残念ながらあまりこの存在も知られておりません。もう8年もたっていますので、就労支援の要となりますので、この辺りも地域でぜひ普及させてほしいなと思っています。

言いたいことはたくさんあるのですが、研究に関しては、今日、しかるべき機関の方たちから発表がありました。ばらばらではなくて、皆さんがやっている研究成果を、どこが中核的な存在になってまとめていくのかといったら私はAMEDだと思っています。コロナ禍でワクチン開発も含めてあまり力を発揮できなかったと私は感じておりますので、認知症の治療だったり研究開発に関しては、日本がリードしている分野も多いと影山先生からありましたけれども、多いではなくて日本がリードしていく、そのためには何が必要なのかというところを現場からも発信して、支援が必要だということが資料に書かれておりますので、そのバックアップを国としてはやってほしいなと思っています。

最後に、1回目で御紹介できなかったのですが、今年3月に亡くなったレビー小体型を発見した小阪憲司先生が、このレビー小体型を発見したのは患者さんの協力があったから、実はレビー小体というのが脳にできる、亡くなった後に脳を解剖させてもらうという患者さんの協力があったから実はレビー小体型が発見されています。ですので、患者さんの協力が必要であるということは、家族と一般の人の理解も必要です。私は発信する立場にもいますので、治療研究の協力を一般の人にも理解を求めるような発信は私自身もしていきたいと思っています。

この会議はあと残り2回ですが、本当に国を挙げてどのように向き合っていくかということを実際に考えていければと思います。

以上です。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。構成員の皆様からの御意見に対してコメントをされたい方もお出でになるかと思いますが、お許しく下さいませ。

ここでプレスが入室いたします。しばらくお待ちください。

(プレス入室)

○高市内閣府特命担当大臣

それでは、総理から、本日の締めくくり発言をお願いいたします。

○岸田内閣総理大臣

本日は会議への御協力、誠にありがとうございました。

高齢者の5人に1人の方が認知症の方となる時代を迎えつつあります。支えられる側としての見守る、支援する対象としての認知症の方々、といった考え方にとらわれることなく、若年性認知症の方も含め認知症の方が生きがいと役割、尊厳と希望を持って暮らす社会を構築していかねばなりません。支える、支えられるという関係を超え、支え合う関係として人と人、人と地域がつながる姿を、お話を伺った先進的な自治体の取組が示しています。まずは、共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行準備に向けた都道府県・市町村の取組を支援してまいります。認知症の方御本人と一緒にあって、地域づくりを進めてまいります。

研究開発の最前線のお話もお伺いしましたが、レカネマブの薬事承認によって認知症治療は画期的な進歩を遂げたとはいえ、まだ一里塚に過ぎません。早期発見・早期介入の実証プロジェクトを推進し、早期発見・早期介入、検査・医療サービスが円滑に提供される体制の整備を目指すとともに、更なる治療薬の研究開発を推進してまいります。

このため、認知症・脳神経疾患研究開発イニシアティブに早期に着手し、その際、本日もお話があった神経回路の再生・修復等による治療法などムーンショット型の研究開発に挑戦してまいります。

独居高齢者の更なる増加が見込まれる中、高齢者の生活上の課題への取組が重要です。このため、内閣官房に省庁横断型の調整チームを立ち上げ、厚生労働省が始めた実態把握調査でも、関係府省の参画を得た検討会を近く設置いたします。こうした体制とともに、身寄りのない方々を含め、高齢者等への住まいの確保、入院時や入居時等の身元保証の課題、さらには消費者被害の防止に取り組んでまいります。

前回の会議で私が示した、認知症施策の推進や『幸齢社会』の実現のために緊急的に取り組むべき施策について、今申し上げたとおり進めることとし、今般の経済対策に盛り込み、速やかに実行してまいります。

認知症の方御本人・御家族等の関係者の方を交え、本日も貴重な御意見を伺うことができました。一つ一つの意見を大切に積み重ねながら、年末に取りまとめを行うべく、今後とも構成員の皆様方には忌憚（きたん）なく御意見をお聞かせいただければと思っております。どうぞ御協力をお願い申し上げます。

○高市内閣府特命担当大臣

総理ありがとうございました。プレスの方は御退室をお願いいたします。

(プレス退室)

○高市内閣府特命担当大臣

これをもちまして第2回会議を終了いたします。

本日の議事録につきましては、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。次回の会議もどうかよろしくお願い申し上げます。

○町構成員

すみません、これの施策についての説明というか、今回ではなくて構わないのですけれども、この中身に関して、次回でも構いませんので何か説明いただけると、仮でも案でもなくて、これが施策だと出てきておりますので、この中身に関して知りたいと思いました。

○高市内閣府特命担当大臣

ありがとうございました。次回の会議での対応につき、また御相談を申し上げます。

本日は誠にありがとうございました。