

パール宣言

健康長寿はすべての人々の願いであり、医療や衛生、栄養の改善に国を挙げて取り組んできた結果、わが国は世界有数の長寿国となった。しかし、一方では認知症やがんなど、長く生きることによって避けて通れない新たな疾病の増加に直面している。認知症は近い将来、高齢者の5人に1人が罹患する、誰もがかかる可能性のある病気である。認知症者を一人の“人”として尊重し、その人や家族の視点に立って、医療・介護、生活支援サービスを整備するとともに、認知症の人と共に暮らす共生社会の実現が今求められている。

認知症はインフォーマルケアに要するコストを含めるとがん、循環器疾患などの他疾患よりはるかに多くの医療社会資源を必要とする。その有病率は中・低所得国を中心に世界的に増加しつつあり、医療・福祉システムに対する脅威となっている。少子高齢化社会において認知症患者数は必然的に増加するため、人手不足を補完する意味でも情報通信技術（ICT）やものづくり先端技術を医療介護の現場に導入することが望ましいが、そのための人材育成、仕組みづくりや法的整備が喫緊の課題となっている。

今後、高齢化の最先端にあるわが国の経験と知の集積を、人材交流や相互協力体体制の構築を通して、認知症の増加が懸念されているアジア諸国と共有することが望まれる。

1. 認知症の国際連携

認知症の患者数は世界的に増加しており、全世界で現在 4700 万人の患者数が 2050 年には3倍に増加することが予測されている。これら認知症患者の6割は中・低所得地域で居住しており、高齢化にともなってアジア・アフリカ諸国での著しい増加が見込まれている。

高齢化の最前線にあるわが国においても、認知症患者数が約 500 万人に達しており、認知症施策はわが国のヘルスケアに関する最大の脅威となっている。

このため、2015 年から認知症施策に関する新オレンジプランが発表され、介護保険制度の改革、市町村単位での認知症初期集中支援チームの設置、認知症疾患医療センターや地域包括支援センターなどの整備を通して認知症の地域包括ケアシステム構築が図られている。

また、認知症に優しい地域社会の構築のために認知症サポーターの育成などの認知症に関する経験と知の集積の活用が図られている。

認知症はわが国のみならず、今後 20 年間で認知症患者の爆発的増加が予測されているアジア諸国を含めたグローバルヘルスに対する脅威となっている。先進国を中心として認知症の病態理解のための研究や、新規治療薬の開発のための大規模レジストリーの構築が推進されている。こういった先端研究に加え、アジア諸国との認知症の医療介護に関する学術交流、人材育成を支援する研修事業の推進を通して、各国の認知症施策との情報交換を行い、相互理解の推進と協力体制の構築を図ることが望ましい。

2. 認知症のひとへの地域支援

独居や老々高齢世帯が増加している中で、認知症の人と家族の視点に立った相談窓口や生活支援が必要となっている。認知症に関して気軽に相談ができる認知症コールセンターの設置・普及を促進する。要介護者に対する介護保険制度による生活支援には一定の限界があり、地域住民などによるインフォーマルな買い物支援、通院支援などの需要の増加が見込まれる。

また、認知症者の運転が禁止されている中で、地方では自動車が買い物、通院などの際の生活基盤になっている状況を勘案し、これに代わる代替手段を提供することが課題となっている。一部の地域ではポイント制や有償ボランティアなどの形で買い物、通院支援が提供されているが、認知症サポーターの登録による支援体制の確立、オンデマンドバスや行政が関与する形でのライドシェアや配食サービスの普及が望ましい。

認知症の人の行方不明が問題となっているが、地域社会での見守りと家族への支援が基本である。認知症の人が道に迷った場合に、進んで声かけをするような地域社会の在り方が必要である。

このためには、企業、学校、行政、自治会などで認知症に対する理解を進めるための認知症サ

ポーター養成講座を定期開催し、認知症への理解を深めるための普及・啓発を図る。また、スーパーやコンビニ、宅配業者、金融機関など道に迷った人を発見する機会の多い企業と行政が見守り協定を締結し、発見した際の対応方法を共有する。認知症に優しい地域社会は健常高齢者にとっても優しい社会であることを理解する。

一方、若年で認知症に罹患した場合、高齢発症認知症の場合と異なる側面がある。勤務の継続が困難となって家庭生活の維持にも支障が生じるとともに、まだ子弟の教育費のかかる年代でもあり経済的な破綻を生じやすい。また、同居家族も勤務を持っていることが多く介護離職につながりやすいため、若年性認知症者のための作業所や認知症カフェを地域で展開するなどの支援が重要である。

3. 認知症の医療・産業連携

わが国は ICT やものづくり技術において世界的にみても最先端の位置づけにある。一方で、少子高齢化による若年世代の労働力不足は今後さらに深刻化していくことが予測され、認知症の人の生活支援や介護施設のスタッフ確保が困難となることが懸念される。

このような状況の中で ICT やものづくり先端技術が問題解決の一助になることが期待されており、医療特区や地域イノベーション推進機構などを中心として積極的な展開が図られている。具体的には、認知症の人の徘徊予防や早期発見のための GPS の活用、買い物・通院支援のための ICT を活用した情報共有システム、要介護高齢者や軽度認知障害者に対する運転支援システム、施設入所者や介護スタッフに対する介護ロボットの導入、要介護者や認知症者に対するロボット技術を用いたケアなどが今後普及することが期待される。

一方、これらの革新的技術を医療介護現場に導入する場合には、予測しない問題が生じやすいことから、十分な医工連携体制の確立が求められる。具体的には、先端技術が患者の尊厳や権利、個人情報保護を侵すことのないような配慮が必要であり、事故やトラブルを回避・予防するための教育体制の整備や人材育成、事故発生時の賠償保険などのための法的整備が望まれる。

4. 認知症の医療システム

認知症医療においてはかかりつけ医がその中核に位置づけられるが、それを支援する認知症専門医には数に限りがあり、認知症サポート医の役割が求められている。認知症疾患医療センターには認知症診療の十分な経験を有する医師が配置され、認知症の専門診療ならびに研修教育事業を推進する。認知症疾患医療センターは3次医療圏を想定する基幹型、2次医療圏を想定する地域型があるが、今後、よりきめ細かい展開が可能となる診療所型認知症疾患医療センターの普及が望まれる。

認知症の早期診断、早期介入はいわゆる“治る認知症”の発見のほか、認知症の行動・心理症状の予防や認知症の長期予後の改善につながるために重要である。ICT を用いた認知症の早期診断システム、認知症連携バス、初期集中支援チームの活用による早期診断・治療体制の確立が望まれる。

認知症診療は急性期医療と維持期医療を円滑に行き来することのできる循環型診療が必要であり、身体疾患合併の救急医療を担保する上でも、医療と介護のシームレスな連携を構築する。このため、認知症を合併した障害高齢者の専門診療を充実し、退院に際して介護老人保健施設を活用する。介護施設では介護力の不足が問題になっているが、元気高齢者の活用による介護助手などの方策も検討するべきである。

認知症の人の増加に伴い他疾病の治療を入院して行う機会が増加しており、一般病院看護師や勤務医への認知症教育や認知症サポートチームの必要性が増えている。このため、中核となる認知症専門ナースなどの認知症ケア専門職の育成を推進することが望まれる。

認知症の薬物療法には現状では一定の限界があり、非薬物療法の果たす役割が大きいため、その援用を推進する。根本治療薬の開発は今後の課題であり、抗アミロイドワクチン、抗タウワクチン、 β セクレターゼ阻害剤などの開発が急がれている。認知症未発症者を対象とする治験や大規模レジストリーを基盤とする創薬の推進によって、早期介入による根本治療薬開発の可能性が期待されている。

5. 認知症の介護システム

認知症の人がその病期や病状に応じた最適な医療と介護をうけることのできるケアパスの確立が望まれる。そのためには、地域包括支援センターを中心にかかりつけ医、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、介護士などの認知症に関わる全ての職種が相互に密接な連携をもつ必要があり、地域ケア会議を適宜開催して患者情報や地域の医療社会資源に関する多職種による情報交換を行う。

認知症の人は病識が乏しく受診動機に乏しいことから、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の役割は重要である。認知症の診療では、現行の薬物療法には限界があることから、介護予防や非薬物療法の役割が相対的に大きい。認知症短期集中リハビリテーションやデイケアの活用による作業療法、運動療法、音楽療法などを多職種協働で行う。

認知症者の自動車運転は法律的に禁止されており、運転の中止指導を行い、必要に応じ任意届け出制度の利用も検討するが、並行して必要な生活支援に対して十分な配慮を行う。

認知症者への詐欺や虐待が社会問題化している状況に鑑みて、成年後見制度の援用を検討する。