

基礎研 レポート

認知症大綱で何が変わるのか

予防重視の弊害、共生社会の実現に向けた課題を考える

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～認知症大綱で何が変わるのか～

政府は今年6月、「認知症施策推進大綱」（以下、認知症大綱）を取りまとめた。これは認知症関係施策を強化するのが目的であり、認知症になっても住みやすい社会を形成する「共生」と、発症や進行を遅らせる「予防」を車の両輪に位置付けつつ、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開——の5つを柱に掲げた。さらに、高齢者が地域で気軽に体操や趣味を楽しむ「通い」の場の拡充など具体的な施策を数多く盛り込んでおり、それに関する数値目標（KPI、Key Performance Indicator）を定めた。

本レポートでは、認知症大綱の内容を5つの柱ごとに考察し、通称「オレンジプラン」と呼ばれた過去の「認知症施策推進総合戦略」との対比を試みることで、(1) 予防を重視した施策の内容、(2) 首相官邸主導による策定プロセス——といった特色を明らかにする。さらに、予防重視の方針が認知症に対する偏見を助長する危険性について批判的に考察する。

その一方、一定規模以上の公共交通事業者に対し、認知症の人に対する接遇・研修計画の作成を義務付けた点を前向きに評価する。その上で、「共生」社会の実現に向けて、障害者¹のニーズに沿って対応する「合理的配慮」の考え方が認知症分野でも適用できる可能性を指摘する。

2—「認知症大綱」の基本的な考え方～「共生」「予防」を車の両輪として5本の柱～

まず、認知症大綱の内容を確認しよう。A4版55ページに及ぶ大綱は様々な施策を列挙しており、冒頭の「基本的な考え方」として、「認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている」とした上で、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会」を目指して、「共生」「予防」を車の両輪として施策を推進する考えを示した。

さらに、「共生」「予防」を以下のように定義している。後に述べる通り、予防重視のスタンスが批

¹ 近年、「害」の字が不快にさせる可能性があるとして、「障がい」「しょうがい」と表記するケースも見られるが、本レポートは法令上の表記に沿って「障害」と記述する。

判を浴びた経緯があるため、少し長くなるが、全文を掲載する。

- ・「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味である。
- ・「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

このうち、予防については「認知症にならないようにする」のではなく、認知症の発症や進行を遅らせる意味であることを明確にしている。この点は後述する通り、予防重視の方針が当事者団体、与党から反発を招いたため、加えられた部分である。

その上で、「共生」に関する方向性として、「引き続き生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す」としている。一方、「予防」の部分では下記のように書いている（下線は筆者）。

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスの収集・普及とともに、通いの場における活動の推進など、正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への「備え」としての取組に重点を置く。結果として、70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明、予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

ここでのポイントは「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」という目標を掲げた点であり、後に述べる通りに大綱の大きな特色を表している。その上で、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開——の5つを柱に掲げており、人口のボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年をターゲットにしつつ、具体的な施策と数値目標が盛り込まれた。

しかし、認知症大綱には数多くの施策と数値目標が盛り込まれており、全てを網羅するのは難しい。そこで、以下は新規施策や拡充された施策、具体的な数字が明記されている数値目標に絞り込んで考えることとし、その他は末尾の参考をご覧頂きたい。

さらに、数値目標については、認知症大綱には現状と比較できるデータがほとんど示されていないため、それが現実的な目標なのか、それとも野心的な目標なのか判断しにくい面がある。このため、以下では可能な限り補足しつつ、5つの柱に沿って施策の内容と数値目標を見て行くこととする。

2——5本の柱に整理された「認知症大綱」の内容

1 | 普及啓発・本人発信支援～1つ目の柱～

ここでは認知症の正しい理解に向けた普及啓発と、認知症の人による情報発信に力点を置いており、

認知症についての基本的な知識を身に付ける「認知症サポーター」養成講座の受講者数を民間企業などで増やす考えを示した。具体的には、認知症サポーターの受講者数は2019年6月現在で1,164万3,724人²であり、これを2017年7月に目標を再設定した際、2020年度までに1,200万人に引き上げるとしていたが、認知症大綱でも目標を維持した。

さらに、認知症サポーターを増やす方策として、表1で掲げた通り、認知症の人と接点が多い民間企業や公共交通機関、警察職員、子供・学生で増やすとし、企業・職域型の認知症サポーターを400万人を養成するという目標を盛り込んだ。

このほか、認知症サポーターの先進例を全国で紹介するとともに、認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、実際の活動に繋げるための「ステップアップ講座」の開催機会を拡大する方針もうたった。

表1：認知症サポーター養成の対象者と関係省庁

主な対象者	関係省庁	
小売業従業員	厚生労働省	
金融機関従業員		農林水産省、経済産業省
公共交通機関従業員		金融庁
公民館職員、図書館職員		国土交通省
消費生活相談員等		文部科学省
刑務官		消費者庁
警察職員		法務省
子供・学生		警察庁
		文部科学省

出典：認知症施策推進大綱を基に作成

医療・介護従事者など専門職向

け認知症対応力向上研修や、認知症サポーターのステップアップ講座などを通じて、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」³も周知させるとしている。その際の数値目標として、医療・介護従事者を対象とした研修におけるプログラムの導入率を100%とする考えを示したほか、自治体レベルで事前に本人の意思表示を確認する取り組みの実施率を50%にすると定めた。

相談窓口の充実策も盛り込んだ。地域包括支援センター⁴や認知症疾患医療センター⁵などを地域住民に周知するとしたほか、認知症に関する診断・相談・対応などの流れを整理した「認知症ケアパス」を普及させるとし、数値目標として「広報紙やホームページを通じて認知症の相談窓口を周知している市町村を100%」「認知症の相談窓口について、関係者の認知度2割増加、住民の認知度1割増加」「市町村における認知症ケアパスの作成率を100%」などを定めた。

認知症に対する社会の正しい理解を促すため、認知症の人による情報発信にも言及しており、認知症の人で構成する日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）による「認知症とともに生きる希望宣言」⁶をベースにした「認知症本人大使（希望宣言大使、仮称）」を創設したり、認知症の人が認知症サポーター養成講座を応援する「キャラバン・メイト大使（仮称）」を全都道府県で設置したりする方針を規定した。

このほか、世界アルツハイマーデーなどのイベントを通じて本人の情報発信に言及しており、認知

² 地域ケア政策ネットワークのウェブサイトを参照。

<http://www.caravanmate.com/result/>

³ 2018年6月に策定された。認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援について、基本原則やプロセスを定めている。

⁴ 中学校区を一つの単位として設置されている高齢者の総合相談窓口。

⁵ 認知症疾患医療センターとは、認知症における診断や専門医療の相談、医療機関などの紹介、医療・介護関係者に対する研修・連携、情報発信などを担う専門医療機関。

⁶ JDWGが2018年11月1日に公表した「認知症とともに生きる希望宣言」を参照。

http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2018/11/release_1101.pdf

症の人の不安を解消するための方法として、▽認知症の人による相談活動支援、▽診断直後の支えとなるよう、認知症の人の暮らし方やアドバイスなどをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド（本人ガイド）」、本人が伝えたいことや自身の体験を話し合った「本人座談会（DVD）」の普及、▽認知症の人が自身の希望などを語り合う「本人ミーティング」の拡大——などを定め、市町村が認知症関係施策の企画・立案、評価を行う際、本人ミーティングの場を通じて、認知症の人の視点を反映する必要性にも言及した。

2 | 予防～2つ目の柱～

2番目の柱は焦点となった予防である。ここでは運動不足の改善、糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持などが認知症の発症を遅らせる効果があるというエビデンスに触れつつ、地域において高齢者が体操などで気軽に外出できる「通い」の場の拡充を掲げた⁷。

「通い」の場は2021年度介護保険制度改革の柱の一つとして位置付けられており、認知症大綱では市町村向け財政インセンティブ制度である保険者機能強化推進交付金も活用しつつ、「通い」の場の拡充に向けて、医師や保健師、管理栄養士などの専門職が健康相談に応じる重要性が言及された。さらに数値目標として、介護予防に繋がる「通い」の場への参加率（2017年度現在で4.9%⁸）を8%程度に引き上げる考えを示した。成人の週1回以上のスポーツ実施率（2018年度現在で55.1%⁹）を65%程度にアップさせる「第2期スポーツ基本計画」（2017年4月策定）の目標も認知症大綱に取り込んだ。

3 | 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援～3つ目の柱～

3番目の柱では認知症の人に対する支援の充実を図ろうとしており、介護保険制度改革の枠内で実施または検討されている施策の再掲を含めて、内容が多岐に渡っている。

詳細は末尾の参考をご覧ください。ただととして、「初期集中支援チーム¹⁰における訪問実人数全国で年40,000件、医療・介護サービスに繋がった者の割

表2：医療・介護専門職の対応力向上に関する数値目標の変遷

項目	2017年3月末の進捗	新オレンジプランに規定された目標(2015年1月策定)	2020年度の目標(2017年7月設定)	大綱に盛り込まれた2025年の目標(2019年6月)
かかりつけ医認知症対応力向上研修	5万3,000人	6万人(2018年3月)	7万5,000人	9万人
認知症サポート医養成研修	6,000人	5,000人(2018年3月)	1万人	1万6,000人
歯科医師認知症対応力向上研修	4,000人	2016年度から研修開始	2万2,000人	4万人
薬剤師認知症対応力向上研修	8,000人	2016年度から研修開始	4万人	6万人
一般病院勤務の医療従事者認知症対応力向上研修	9万3,000人	8万7,000人(2018年3月)	22万人	30万人
看護職員認知症対応力向上研修	4,000人	2016年度から研修開始	2万2,000人	4万人(病院勤務)診療所などは今後検討
認知症介護指導者養成研修	2万2,000人	2万2,000人(2018年3月)	2万8,000人	——
認知症介護実践リーダー研修	3万8,000人	4万人(2018年3月)	5万人	——
認知症介護実践者研修	24万4,000人	24万人(2018年3月)	30万人	——

出典：厚生労働省資料を基に作成

⁷ 介護保険制度改革の動向に加えて、その柱として位置付けられている「通い」の場の動向や論点については、拙稿2019年7月5日、同月16日「介護保険制度が直面する『2つの不足』」(上)(下)を参照。

⁸ 2019年5月27日第1回一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会資料を参照。

⁹ 2019年2月28日スポーツ庁資料「スポーツの実施状況等に関する世論調査について」を参照。

¹⁰ 初期集中支援チームは旧オレンジプランの柱の一つ。専門医1人、専門職2人以上で構成し、専門医療機関と連携しつつ、①訪問対象者の把握、②情報収集、③初回訪問時の支援、④観察・評価、⑤専門医を含めたチーム員会議開催、⑥初期集中支援の実施、⑦引き継ぎ後のモニタリング——などに当たることを想定している。

合を65%に」「市町村における認知症に関する相談窓口の掲載を100%」という数値目標が示された。

認知症ケアに関する専門職のスキルを向上させる「認知症対応力向上研修」を受講する医療専門職の数値目標も改定された。具体的には表2の通りであり、一例を挙げると、かかりつけ医の受講者数に関する数値目標については、2017年7月改定の目標が7万5,000人だったのに対し、認知症大綱では9万人に引き上げられた。

認知症に関する専門知識を有する認知症サポート医¹¹についても、2017年7月の時点で1万人に引き上げる計画だったが、認知症大綱では1万6,000人と改定された。ただ、介護職については、表2に掲げた数値目標を継承したほか、「介護に関わる全ての者が認知症介護基礎研修¹²を受講」という従来の方針を継続した。

さらに、「現在2017年3月現在で375カ所の認知症疾患医療センターの設置数を2020年度末までに全国で500カ所に拡大」「介護人材を245万人確保」「認知症カフェを全市町村に普及(2020年度末)」など既に示している数値目標も盛り込んだ。

4 | 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援～4つ目の柱～

4番目の柱では、移動や消費、金融、小売など様々な生活環境を改善することで、認知症の人が暮らしやすい社会を形成する「認知症バリアフリー」の考え方が示されており、2006年制定のバリアフリー新法(高齢者障害者移動等円滑化促進法¹³)など既存の法律に基づく取り組みと数値目標に言及したほか、中山間地域における人流・物流を確保するために自動運転移動サービスの実証・社会実装を進めるとした。

さらに、▽誰もが安心して通行できる幅の広い歩道等の整備、▽踏切道に取り残された認知症高齢者の歩行者を救済するため、検知能力の高い障害物検知装置や非常押しボタンの設置、▽高速道路の逆走事故を防ぐため、分岐部の対策、料金所開口部の締切——なども掲げた。

ソフト面では、バス運転手など現場の職員が認知症の人に対応できるような接遇ガイドラインを作成・周知するとともに、事業者による研修充実・適切な接遇の実施を推進するとした。さらに、一定の規模以上の公共交通事業者に対し、認知症の人を含む高齢者などへの対応について、接遇・研修の在り方を含む計画の作成、取り組み状況の報告・公表を義務付けるとしている。交通安全の確保でも、安全運転支援機能を有する自動車を前提として高齢者が運転できる免許制度の創設に向け、2019年度内の方向性を得るとした。

認知症の人が住みやすい社会を形成するため、地域の見守り体制整備や住宅確保の必要性にも触れており、2016年3月改定の住生活基本計画で定めた「高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合4%」など既存施策の数値目標を反映させた。さらに、認知症サポーターなどで構成する支援チームが認知症の人やその家族を支援できるようにする仕組み(チームオレンジ)の構築などに言及しており、チームオレンジを全市町村で整備するという目標を掲げた。

¹¹ 認知症サポート医とは、研修の受講などを通じて認知症への対応に習熟した医師を指し、初期集中支援チームで中核的な役割を果たすことが期待されている。

¹² 2016年度に創設され、認知症介護に最低限必要な知識・技能をeラーニングで修得できる研修制度。

¹³ 元々、建築物を対象とした法律と、交通事業者に対する法律が別々だったが、2006年に統合された。

民間企業の取り組みを後押しする観点に立ち、民間企業を認証・表彰する仕組みの創設も盛り込んだ。具体的には、認知症に関する取り組みを実施している民間企業が「認知症バリアフリー宣言」(仮称)を公表し、宣言した企業を認証する仕組みを検討するとしたほか、▽認知症の人の意見を踏まえて開発された商品・サービスの登録システムや開発支援や事例収集、▽食品購入・飲食に不自由しない生活環境の整備に向けた官民連携の取り組み支援と事例の拡大、▽買い物しやすい決済システムの検討、▽成年後見制度で支援を受ける人の財産のうち、日常的な支払いに必要な金銭とは別に通常使わない金銭を特別な預金として預託する「後見制度支援預金」の導入推進、▽高齢者が保有している不動産を担保として生活資金を融資する「リバース・モーゲージ」の普及——などに言及した。

さらに、成年後見人制度の促進も掲げており、2019年5月に策定された「成年後見制度利用促進基本計画に係るKPI」を継承し、2021年度末時点の計画を盛り込んだ。

このほか、認知症に関する様々な民間保険の推進策として、認知症の発症に備える保険の普及に加え、認知症の人が鉄道事故などを起こした場合に備えるため、認知症の人や監督義務者(家族等)を被保険者とする民間の損害賠償責任保険の普及に向けて、各保険会社の取り組みを後押しすると定めた。この関係では、神戸市が認知症の人が起こした事故の費用を補填する民間保険への加入を支援するなど独自の施策を2019年度から本格化させており、こうした事例の収集や政策効果の分析に取り組むとしている。

若年性認知症の人に対する支援としては、相談窓口の設置に加えて、相談支援などを行う若年性認知症支援コーディネーターの配置・強化が規定されたほか、若年性認知症の人の有病率や実態把握、対応策に関する調査研究に取り組む旨も盛り込まれた。

社会参加支援の関係では、認知症の人が支えられる側だけでなく、支える側として役割と生き甲斐を持って生活できる環境づくりが必要とし、地域活動などの重要性にも言及した。

5 | 研究開発・産業促進・国際展開～5つ目の柱～

認知症の発生プロセスなど明らかになっていないことが多いため、研究開発の重要性を強調したほか、関連産業の振興に努める方針にも触れている。具体的には、日本医療研究開発機構(AMED)による支援を通じて、予防法や診断法、治療法、認知症の診断や治療効果の評価に役立つ「バイオマーカー」の開発、リハビリテーションモデル、介護モデル、BPSD(行動・心理症状)の予防法などの研究開発を推進する旨が盛り込まれた。

さらに、生活の質を反映したアウトカム評価を含めて、定期的に認知症の人や家族の実態を把握するための調査、家族負担軽減に焦点を当てた研究、ADL(日常生活動作)などの維持向上を図るための研究開発なども規定している。

このほか、AMEDを中心とした研究の推進を通じて、認知症の発症と進行の経緯、危険因子、予防因子を明らかにするほか、認知症の人を登録する仕組みを構築することで、認知症発症前の人、軽度認知障害の人、認知症の人が研究や治験に参加する際に容易に登録できる仕組みを構築するとしている。産業界の認知症に関する取り組みの機運を高め、官民連携やイノベーションの創出・社会実装を推進する方針も盛り込んだ。数値目標ではバイオマーカーの実証実験を3件以上で取得すると定めた。

では、認知症大綱は過去の施策と比べて、何が違うのだろうか。以下、(1) 予防を重視した施策の

内容、(2) 首相官邸主導による策定プロセス——の2点に関して特色を考察する。

4——認知症大綱の特色～(1) 予防を重視した施策の内容～

1 | 新オレンジプランとの対比で浮き彫りになる予防重視のスタンス

過去にも認知症関係施策については、オレンジプランと呼ばれる「認知症施策推進総合戦略」が2012年9月と2015年1月に渡って2回策定され、(1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、(2) 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、(3) 若年性認知症施策の強化、(4) 認知症の人の介護者への支援、(5) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、(6) 認知症の予防、診断、治療、リハビリテーション、介護などモデルの研究開発、成果普及、(7) 認知症の人やその家族の視点の重視——という7つの政策が進んでいた。

これと対比させると、大綱の特色が浮き彫りになる。具体的には「共生」とともに「予防」を重視した点であり、大綱の作成論議が始まった時点で浮き彫りになっていた。例えば、2018年12月に「認知症施策推進関係閣僚会議」（以下、関係閣僚会議）が設置された際、会議の締め括りに際して、安倍晋三首相は「認知症の予防に関する研究とその成果を実用化するための取組」「認知症を発症しても、住み慣れた地域で安心して暮らすための『認知症バリアフリー』の取組」を進めると述べた¹⁴。ここでの注目は「予防」「共生」の順番で施策を進めるとしていた点であり、認知症大綱の策定プロセスが予防重視でスタートしたことを窺わせる。

こうした形で予防を重視した背景には、増大する社会保障費に対する危機感があった。2018年10月の経済財政諮問会議（議長：安倍首相）では、民間議員から認知症予防の必要性を訴える資料が示されたほか、「かかってからの治療が難しい認知症や生活習慣病を中心とした病気への予防と健康寿命の延伸が何よりも重要」との発言があった¹⁵。

予防の強化を通じて、関連ビジネスの振興を重視する考え方もあったとみられる¹⁶。例えば、第1回関係閣僚会議で安倍首相は「介護産業の発展や世界全体の健康増進に貢献していくことも重要」と述べていた¹⁷。この点については、新オレンジプランで見られなかった「研究開発・産業促進・国際展開」という柱が認知症大綱で立てられていることに表れている。

以上のような経緯を踏まえて、5月16日の会合で公表された素案¹⁸では、「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」という数値目標を盛り込むとともに、注釈の形で「有病率におきかえると10年間で相対的に約1割の低下となるので6年間で相対的に6%の低下」「70～74歳における2018年有病率3.6%を3.4%に、75～79歳における有病率10.4%を9.8%に2024年までに低下させる」という数字を示した。さらに、根本匠厚生労働相も記者会見で、「通い」の場の充実などを通じて、「十分実現可能性のある目標」と述べていた¹⁹。

¹⁴ 2018年12月25日第1回認知症施策推進関係閣僚会議議事録を参照。

¹⁵ 2018年10月5日経済財政諮問会議資料、議事要旨を参照。

¹⁶ 2019年6月19日『毎日新聞』参照。

¹⁷ 2018年12月25日第1回認知症施策推進関係閣僚会議議事録を参照。

¹⁸ 2019年5月16日第3回認知症施策推進のための有識者会議「今後の認知症に関する政府の取組み（案）」を参照。

¹⁹ 2019年5月17日根本大臣会見概要

2 | 当事者団体と与党の反発による修正

しかし、大綱の議論が進むにつれて、予防重視の方針、中でも数値目標に対する反発が強まった。認知症の効果的な予防法は確立されておらず、当事者団体から「偏見を助長し、自己責任論に結びつきかねない」といった反発が出たのである²⁰。与党内でも批判が強まり、自民党では「エビデンスがないのに、どうやって予防の目標を立てるのか」といった疑問が示された²¹ほか、公明党も菅義偉官房長官に提出した提言で、予防の必要性に言及しつつも、「認知症の人が予防を怠っているという誤った受け止めをされることのないよう、十分な配慮を行う」必要性を主張した²²。

こうした声を受けて、数値目標に関する注釈の部分は撤回された。さらに、「予防」の定義について、『認知症にならない』という意味ではなく、『認知症になるのを遅らせる』『認知症になっても進行を緩やかにする』という意味」という形で明確にした。根本厚労相も「(筆者注: KPI を) 目標とするのではなくて、予防の取り組みを行った、その結果としてそうなることを目指す旨、表現ぶりを修正することにしました」「認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら『共生』と『予防』を車の両輪として推進していきたい」と説明した²³。

しかし、それでも「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す」という方針自体は維持されているほか、これまで触れた通り、「共生」と並んで「予防」が車の両輪に位置付けられており、予防が重視されている点に変わりはない。

では、お膝元の与党から批判を浴びる状況がなぜ生まれたのだろうか。この点を把握する上では、首相官邸主導による策定プロセスという2つ目の特色を見る必要がある。

5——認知症大綱の特色(2)～首相官邸主導による策定プロセス～

1 | 整合性が取れなかった予防重視の方針

認知症大綱の策定プロセスを巡る特徴は首相官邸主導だった点である。具体的には、2013年9月に発足していた「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議」を改組する形で、官房長官をトップとする関係閣僚会議が2018年12月に発足した。さらに、関係閣僚会議の下に首相補佐官を座長、厚生労働省医務技監を座長代理、関係省庁の局長・審議官クラスで構成する「幹事会」を設置したほか、具体的な議論を進める場として有識者会議や専門委員会を置いた。

つまり、従来の2つのオレンジプランでは厚生労働省が主体的な役割を担ったのに対し、今回の大綱は首相官邸主導による政治プロセスが採用された。首相官邸主導による政策形成プロセスは1990年代後半から志向されてきた改革の結果であり、省庁ごとの縦割りに陥りがちな政策の統合性を高めたり、意思決定のスピードを早めたりするメリットがある反面、既存施策との整合性が取れないなどのマイナス面を伴う時がある。

実際、予防重視の方針は既存の施策と整合しておらず、先に触れた通り、当事者団体や与党の批判を招くことになった。予防の数値目標についても、厚生労働省が十分な裏付けとなるデータを持って

²⁰ 2019年6月1日『社会保険旬報』No. 2749、2019年6月1日認知症の人と家族の会による総会アピールを参照。

http://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2019/05/20190601soukai_appeal.pdf

²¹ 2019年6月4日『共同通信』配信記事を参照。

²² 2019年5月29日公明党「認知症施策トータルビジョン」。

²³ 2019年6月4日根本大臣会見概要。

いなかったことが明らかになっている²⁴。

以上のような経緯を総合すると、数値目標の設定も含めて予防重視の方針が打ち出されたのは、首相官邸主導で議論が進んだ結果と言える。さらに、大綱の策定プロセスに関する各種報道²⁵を見ると、当事者団体や与党の反発は政府にとって「想定外」であり、既存施策との整合性を取らずに議論が進みがちな首相官邸主導のマイナス面が現われたと判断できる。

2 | 通常とは異なる流れになった基本法との関係

もう1つ、首相官邸主導によるプロセスを考える視座として、認知症基本法との関係を見てみよう²⁶。実は、認知症に関する基本法を制定する動きが議員の間で以前から始まっており、公明党の議論が先行していた。具体的には、公明党は2018年9月、「認知症施策推進基本法」の要綱を公表し、(1) 目的、基本理念、(2) 認知症の日(9月21日)、月間(9月)の制定、(3) 国、自治体、国民など関係者の責務、(4) 国、自治体による基本計画策定、(5) 基本的な施策、(6) 国、自治体の推進体制——といった内容を定めていた²⁷。

この時点で想定されていたのは、超党派による議員立法であろう。がん対策基本法など多くの議員立法による基本法は与野党の合意を経ることが多く、実際に公明党の山口那津男代表は「国会に出すからには幅広い合意をつくり出し、自民党をはじめ理解を頂ける政党に働き掛けることを検討したい」との期待感を示していた²⁸。

しかし、最終的に基本法案は与党だけで提出されたほか、基本法も大綱の根拠法として制定される見通しである。この結果、通常の「超党派の基本法制定→国の計画策定」という段取りではなく、「国の大綱策定→与党の基本法案提出」という流れを辿った。与党は野党にも協議を呼び掛けるとしている²⁹ため、最終的には超党派による立法になる可能性があるが、少なくとも現時点では過去の基本法とは異なる動きを見せている。

では、以上のような内容と策定プロセスの特色を持った認知症大綱をどのように評価したらいいのだろうか。最初に懸念材料を指摘することとし、新オレンジプランとの比較を通じて、①当事者中心主義の減退、②予防が偏見を生み出す危険性——の2点を考察する。

6——「認知症大綱」の懸念材料

1 | 当事者中心主義の減退

認知症大綱を見ると、随所に当事者中心主義の発想が見受けられる。例えば、「認知症の人ができる限り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」「認知症があってもなくても、同じ社

²⁴ 認知症大綱が策定された直後の6月20日に開催された社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)介護保険部会で、厚生労働省は年齢別の認知症有病率のデータを把握しているが、発症年齢のデータを持っていないことを明らかにしたという。2019年6月28日『シルバー新報』を参照。

²⁵ 2019年6月19日『朝日新聞』『毎日新聞』『読売新聞』。

²⁶ 認知症基本法については、拙稿レポート「[議員立法で進む認知症基本法を考える](#)」を参照。

²⁷ 公明党ウェブサイト2018年9月30日「『認知症』法案で骨子案」。

<https://www.komei.or.jp/komeinews/12033/>

²⁸ 同上。

²⁹ 2019年7月1日『社会保険旬報』No. 2752を参照。野党では2019年7月の参院選に際して、国民民主党が認知症基本法の制定を公約に掲げた。

会の一員として地域をともに創っていくことが必要」といった文言が盛り込まれており、認知症に対する社会の正しい理解を促すため、認知症当事者による情報発信に関する施策も掲げられている。

しかし、新オレンジプランでは7つの施策の1つに「認知症の人やその家族の視点の重視」が示されていたことを考えると、大綱に盛り込まれた5つの柱から「当事者の視点」が消えたのは事実である。これは当事者中心主義の減退と受け止められかねず、今後は当事者参加の取り組みを国、自治体で強化する必要がある。

2 | 予防が偏見を生み出す危険性

さらに共生と並んで予防を重視した点も懸念材料である。先に触れた通り、認知症大綱は予防の意味について、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことを指す点も強調した。

しかし、大綱は「70歳代での発症を10年間で1歳遅らせる」という予防の目標を維持しており、依然として「認知症にならないための予防」と受け止められる施策が盛り込まれている。例えば、この一文は「認知症にならない」という意味で「予防」の文字を使っているようにも映る。

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、地域において高齢者が身近に通える場等を拡充する。

ここで言う運動不足などの項目については、イギリスの医学誌『Lancet』に掲載された研究³⁰に沿って見られる。それによると、図1の

図1：ライフコースで見た認知症になるリスク要因



出典：Gill Livingston et.al (2017) “Dementia Prevention, intervention, and care” *The Lancet Vol.390*を基に作成

通りに65%は「潜在的に変更できないリスク」、35%は「潜在的に変更できるリスク」に位置付けられており、引用した大綱の部分は35%の「潜在的に変更できるリスク」、つまり「認知症にならないリスク」を減らすことを期待しているように読める。この点については、WHO（世界保健機関）が2019年5月に示

³⁰ Gill Livingston et.al (2017) “Dementia Prevention, intervention, and care” *The Lancet Vol.390*を参照。

したガイドラインで、運動習慣や健康的な食事、禁煙、高血圧の抑制、糖尿病の防止などを強く推奨したことと符合する³¹。

しかし、そもそもの前提として、老化に伴う認知機能の低下は避けられない。35%で挙がっているリスク要因を見ても、これまでに進められてきた健康づくりとほとんど変わらない。この状況で「認知症」だけを取り出して予防強化を論じる意味を感じられない。もちろん、それでも「35%のリスクを軽減できる」という議論は可能であるし、筆者自身も「できれば認知症は避けたい」という思いを持っているのは事実である。さらに、認知症の治療に向けた研究開発は重要な国策になり得るし、民間企業が予防を売りにした商品を販売したり、市民団体が予防を掲げたイベントを開催したりする意義も否定しない。

しかし、国民に対して強制力を行使できる政府が予防を進めることは国民を何らかの形で巻き込むことになり、認知症になった人が「予防に失敗した落伍者」と見なされるリスクは大きくなる。さらに、予防重視の方針が認知症当事者の「スティグマ」(stigma)を増してしまう懸念がある。一般的に「烙印」と訳されるスティグマは元々、ギリシア語で「肉体上の徴(しるし)」を表し、それを付けている人の異常な部分を他の人に告知するために考案されたという。これを発展させ、社会学の研究ではスティグマを固定的な個性と考えず、スティグマを負う側とスティグマを負わせる側の相互作用で生まれると考える。つまり、個人的な属性を持った人達に対し、それ以外の人達が徴(しるし)を付ける関係性に注目する³²。

この概念を認知症に当てはめると以下のように論じることができる。元々、社会では依然として「認知症

の人=何も分からなくなる人」「認知症=恐ろしい病気」という偏見が根強く、当事者の実際の生活とは表3のようなギャップがあり、そのギャップがスティグマを増幅している。実際、当事者団体の日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)の藤田和子代表は自著で、「私は、アルツハイマー病であってもこれまでと変わらない一人の人として存在しているのに、世間で認識されている「認知症」のレッテルを貼られていくことに悲しさを感じました」と述べている³³。

以上のように社会の偏見が根強い中、政府が予防を重視すれば、認知症になった人が「予防の努力が足りなかった人」と見なされやすくなり、認知症の人が感じるスティグマを増幅させることになり

表3：認知症ケアを巡るイメージと実際のギャップ

イメージ	実際
認知症かどうかは1か0か、境界は明確	認知症かどうか連続的
認知症になると何も分からなくなる	変化を自覚しているのは本人
認知症の人には単一の行動パターンがある	行動は多様
多くが介護施設に暮らしている	多くが在宅生活、まちで過ごしている
医師などの専門家が答えを知っている	課題を独力で解決できる専門家はいない

出典：徳田雅人(2018)『認知症フレンドリー社会』岩波書店p39を基に作成

³¹ World Health Organization (2019) “Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia” を参照。

³² スティグマの説明については、Erving Goffman (1963) “Stigma” [石黒毅訳 (2009) 『スティグマの社会学 改訂版』せりか書房] を参照。

³³ 藤田和子 (2017) 『認知症になってもだいじょうぶ!』徳間書店 p134。

かねない。

こうした状況が車の両輪の一つと位置付ける「共生」の考えと両立しないのは言うまでもない。むしろ、重視すべきは「認知症の人＝何も分からなくなる人」「認知症＝恐ろしい病気」という社会の偏見を払拭するとともに、早期発見・早期対応のシステムを整備しつつ、認知症になった人が地域社会で自分らしい生活を継続できるようにする「共生」社会に向けた環境づくりである。

ただ、認知症大綱で定められた「共生」を実現する上で、政府ができることは限られている。むしろ、住民の生活に密着している民間企業や自治体の取り組みが重要であり、厚生労働省も 2019 年 3 月に『認知症バリアフリー』に関する懇談会を設置し、共生に関する民間企業の取り組みの情報共有を図っているほか、官民の情報共有などを目的にした「日本認知症官民協議会」も同年 4 月に設立された。

今後の展開を考えると、こうした観点に立って認知症大綱のプラス面に目を向けることも重要であろう。以下、民間企業に関する部分を中心に、認知症大綱の内容を考察する³⁴。

7— 認知症大綱で社会が変わる可能性の考察～バリアフリー法との対比～

認知症大綱では民間企業の取り組みを後押しする施策として、▽企業・職域型の認知症サポーター 400 万人を養成、▽認知症に関する取り組みを実施している民間企業が「認知症バリアフリー宣言」(仮称)を公表し、宣言した企業を認証する仕組みの創設——などに言及している。中でも、筆者は下記の部分に注目している。

- ・ **認知症の人対応のための交通事業者向け接遇ガイドラインを作成・周知し、事業者による研修の充実及び適切な接遇の実施を推進する。**
- ・ **一定の規模以上の公共交通事業者に対し、従来のハード対策に加えて、認知症の人を含む高齢者等に対する対応などの接遇・研修のあり方を含む計画の作成、取組状況の報告及び公表等の義務づけを実施する。**

つまり、認知症の人が外出しやすい環境を整備するため、交通事業者の接遇ガイドラインを作成するとともに、認知症の人を含めた高齢者などへの接遇・研修の在り方について、交通事業者に計画作成を義務付けるとしている。

では、これが共生社会の実現に向けて、どんな影響を与えるだろうか。この点を考える上で、一つの参考となるのがバリアフリー新法との対比である。この法律では高齢者や障害者の移動を円滑にするため、一定規模以上の交通施設や建築物を対象に、エレベーターの設置などのバリアフリー化を義務付けており、鉄道や駅などのバリアフリー化が進んだ。図 2 は車両などにおけるバリアフリー化の推移を示したが、かなり進展した様子を理解できる。

³⁴ 今回は詳しく論じないが、先進的な取り組みが一部自治体で進んでいる。例えば、先に少し言及した通り、神戸市は 2019 年度、①65 歳以上の全市民を対象に専門診断を受けてもらう制度の創設、②認知症関係の相談を受け付ける窓口設置、③認知症の人が鉄道事故などを起こした際の費用を補償する保険制度の創設、④③とは別に賠償責任の有無にかかわらず、最大 3,000 万円の見舞金を支給する制度の創設、⑤①～④の財源として、市民税を 400 円引き上げ、⑥そのために条例を制定し、引き上げた市民税の用途を限定——といった施策を本格始動させている。

もちろん、視覚障害者が駅ホームに転落する事故が起きるなど不便な施設が依然として残されているのは事実である。しかも図2はハード整備に限定した数字であり、接遇などソフト面との対応とは単純に比較できない面がある。

しかし、それでもバリアフリー化が進んだ結果、障害者が移動できる範囲は増えたことは間違いなく、ソフト面でも駅員など現場のスタッフの対応や意識が変わった。さらに、街の中や電車、バスなどで障害者を目にする機会が増えた結果、障害者以外の人、つまり健常者の意識も変容しつつあるのではないだろうか。

この点を踏まえると、認知症の人についても、交通事業者の接遇が変わることで、認知症の人が外出しやすい環境づくりに繋がり、「認知症の人＝何も分からなくなる人」「認知症＝恐ろしい病気」と考えがちな社会の偏見を払拭できる可能性がある。そうした偏見の払拭が認知症の人にとってのステイグマ解消にも貢献するだろう。

しかし、認知症の人の症状は個人差が大きく、同じ人でも状況によって異なる。いくらハードを整備したり、接遇のマニュアルを作ったりしたとしても、対応には限界がある。こうした問題を解消する際に重要となるのが、2016年4月に施行された障害者差別解消法に盛り込まれた「合理的配慮」(reasonable accommodation)の発想である。この点を次に述べることとする。

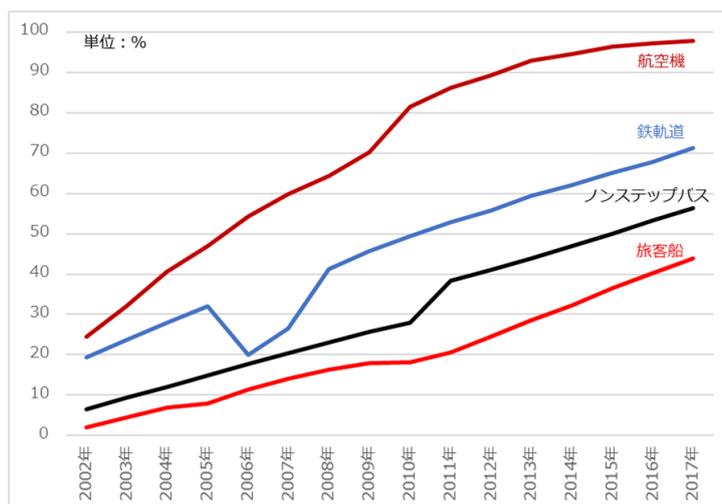
8— 認知症大綱後の課題～障害者差別解消法との比較～

障害者差別解消法や合理的配慮は別のレポートで詳しく述べたので、基本的な考え方などについては、拙稿をご参照頂きたい³⁵が、同法は障害者の個別事情に配慮しつつ、支援を提供する行政機関などに対し、障害者のニーズに応じて柔軟に調整することを義務付けている(民間は努力義務)。具体的には、行政機関などは支援の可否や内容、水準などを一律に判断するのではなく、当事者同士の「対話→調整→合意プロセス」を通じて相互理解を図りつつ、個別性に応じた支援を柔軟に提供しなければならない。

つまり、合理的配慮は個別性を重視する点に一つの特色があり、こうした考え方は認知症ケアでも役立つのではないだろうか。認知症の人の個別性や事情に配慮しつつ、認知症の人の社会参加機会を確保するよう、行政機関や民間企業などが柔軟に支援を提供する重要性である。

実際、与党が提出している認知症基本法案では、「日常生活及び社会生活を営む基盤となるサービスを提供する事業者」の責務として、「サービスを提供するに当たっては、その事業の遂行に支障のない

図2：車両などにおけるバリアフリー化の推移



出典：国土交通省資料を基に作成

注：2006年の鉄軌道は基準変更に伴う減少。

³⁵ 障害者差別解消法と合理的配慮については、2018年3月23日の拙稿レポート「『合理的配慮』はどこまで浸透したか」を参照。

範囲内において、認知症の人に対し必要かつ合理的な配慮をするよう努めなければならない」とする条文が盛り込まれている。

依然として障害者差別解消法の考え方が定着したとは言えない中で、認知症の人を対象とした合理的配慮の提供の義務化がどこまで可能か、現時点では議論の余地があるかもしれないが、少なくとも合理的配慮の考え方は認知症の人の社会参加機会を拡大させる上で重要となるだろう。

9—おわりに

以上、認知症大綱の内容や課題を論じてきたが、「共生」と「予防」を同時に図るのは「右向け左」と言っているのに近い矛盾をはらむ。特に、「認知症の人＝何も分からなくなる人」「認知症＝恐ろしい病気」という社会の偏見が根強い中で、この二律背反の度合いは大きくなる。予防の意義自体を全て否定しないが、認知症は誰にもなり得る以上、共生に向けた社会の偏見是正を最優先に掲げるべきである。

しかし、そのために国が取り組める施策は余り多いとは言えない。むしろ、民間企業や自治体の取り組みが重要であり、当事者団体や市民組織などと連携しつつ、現場での取り組みを地道に積み上げることが求められる。

【参考:認知症大綱に盛り込まれた施策と KPI】

本文では触れなかった部分を含めて、認知症大綱に盛り込まれた施策と KPI を以下で挙げる。

1. 普及啓発・本人発信支援

- ▽ 企業・職域型の認知症サポーター養成数 400 万人（認知症サポーター養成数 1,200 万人、2020 年度）
- ▽ 学び（社会教育施設での講座の受講等）を通じた地域社会への参画モデルの提示
- ▽ 毎年、継続して表彰された小・中・高校生認知症サポーターの創作作品等を周知
- ▽ 医療・介護従事者向けの認知症に関する各種研修における意思決定支援に関するプログラムの導入率 100%
- ▽ 自治体における、事前に本人の意思表示を確認する取組の実施率 50%
- ▽ 世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等の開催
- ▽ 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室の SNS を活用し、普及・啓発にかかる情報を発信
- ▽ 広報紙やホームページ等により、認知症に関する相談窓口の周知を行っている市町村 100%
- ▽ 厚生労働省ホームページに全市町村の認知症に関する相談窓口へのリンクを掲載
- ▽ 認知症の相談窓口について、関係者の認知度 2 割増加、住民の認知度 1 割増加
- ▽ 市町村における「認知症ケアパス」作成率 100%
- ▽ 各市町村で構築される権利擁護支援の地域ネットワークにおける、法テラスの法的支援制度の円滑利用
- ▽ 認知症本人大使（希望宣言大使、仮称）の創設
- ▽ 全都道府県においてキャラバン・メイト大使（仮称）の設置

- ▽ 毎年、世界アルツハイマーデー及び月間における総合的かつ集中的な普及・啓発イベント等を開催
- ▽ 全都道府県においてピアサポーターによる本人支援を実施
- ▽ 全市町村において本人の意見を重視した施策の展開

2. 予防

- ▽ 介護予防に資する通いの場への参加率を 8%程度に高める
- ▽ 成人の週 1 回以上のスポーツ実施率を 65%程度に高める
- ▽ 学び（社会教育施設での講座の受講等）を通じた地域社会への参画モデルの提示
- ▽ 認知症予防に関する取組の事例集作成
- ▽ 認知症予防に関する取組の実践に向けたガイドラインの作成
- ▽ 認知症予防に関するエビデンスを整理した活動の手引きの作成
- ▽ 介護保険総合データベースや CHASE によりデータを収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示
- ▽ 認知機能低下の抑制に関する機器・サービスの評価指標・手法の策定

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ▽ 認知症地域支援推進員の先進的な活動の横展開
- ▽ 全認知症地域支援推進員が新任者・現任者研修を受講
- ▽ 「患者のための薬局ビジョン」において示す、かかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数 70%
- ▽ 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成
- ▽ 初期集中支援チームにおける訪問実人数全国で年間 40,000 件、医療・介護サービスにつながった者の割合 65%
- ▽ 認知症疾患医療センター設置数を全国で 500 カ所、2 次医療圏ごとに 1 カ所以上（2020 年度末）
- ▽ 市町村における認知症に関する相談窓口の掲載 100%
- ▽ 市町村における「認知症ケアパス」作成率 100%
- ▽ 医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数
 - ・ かかりつけ医 9 万人
 - ・ 認知症サポート医 1.6 万人
 - ・ 歯科医師 4 万人
 - ・ 薬剤師 6 万人
 - ・ 一般病院勤務の医療従事者 30 万人
 - ・ 看護師等（病院勤務）4 万人
 - ・ 看護師等（診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等）実態把握を踏まえて検討
- ▽ 介護人材確保の目標値（2025 年度末に 245 万人確保）
- ▽ 介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（2020 年度末）

- ・ 認知症介護指導者養成研修 2.8 千人
 - ・ 認知症介護実践リーダー研修 5 万人
 - ・ 認知症介護実践者研修 30 万人
 - ・ 認知症介護基礎研修介護に関わる全ての者が受講
- ▽ BPSD 予防に関するガイドラインや治療指針の作成・周知
 - ▽ 認知症対応プログラムの開発
 - ▽ 患者・入所者の状態に応じた認知症リハビリテーションの開発・体系化
 - ▽ 認知症リハビリテーションの事例収集及び効果検証
 - ▽ 医療・介護従事者向けの認知症に関する各種研修における、意思決定支援に関するプログラムの導入率 100%
 - ▽ 仕事と介護を両立しやすい環境整備に取り組む事業主を支援し、介護休業等を取得しやすくすることにより、介護離職の防止を推進
 - ▽ 認知症カフェを全市町村に普及（2020 年度末）
 - ▽ BPSD 予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ▽ バリアフリー法に基づく基本方針における整備目標の達成（2020 年度末）
- ▽ 地域公共交通活性化再生法に基づく、地域公共交通網形成計画の策定件数 500 件
- ▽ 全国各地での自動運転移動サービスの実現
- ▽ 高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合 4%
- ▽ 住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録戸数 17.5 万戸（2020 年度末）
- ▽ 全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）を整備
- ▽ 居住支援協議会に参画する市区町村及び自ら設立する市区町村の合計が全体の 80%（2020 年度末）
- ▽ 市町村の圏域を越えても対応できる見守りネットワークを構築
- ▽ 全都道府県でヘルプカード等のツールを活用
- ▽ 認知症バリアフリー宣言件数・認証制度応募件数・認証件数（認知症バリアフリー宣言、認証制度の仕組みの検討結果を踏まえて検討）
- ▽ 消費者志向経営優良事例表彰の実施状況
- ▽ 本人の意見を踏まえた商品・サービスの登録件数（本人の意見を踏まえ開発された商品・サービスの登録制度に関する検討結果を踏まえて設定）
- ▽ 地域の実情に応じた食料品アクセス環境の改善（対策を必要とする地域における取組の実施割合）
- ▽ 買い物しやすい環境整備（買い物しやすい環境整備に関する検討結果を踏まえ、必要に応じて設定）
- ▽ 全預金取扱金融機関の個人預金残高に占める後見制度支援預金又は後見制度支援信託を導入済

とする金融機関の個人預金残高の割合 50%以上 (2021 年度末)

▽ 成年後見制度の利用促進について(2021 年度末)

- ・ 中核機関を整備した市区町村数＝全 1,741 市区町村
- ・ 中核機関においてパンフレット等による成年後見制度や相談窓口の周知を行っている市区町村数＝全 1,741 市区町村
- ・ 中核機関において後見人候補者を推薦する取組を行っている市区町村数＝800 市区町村
- ・ 中核機関において後見人支援の取組(専門職の雇い上げ等により相談や手続支援を実施)を行っている市区町村数＝200 市区町村
- ・ 協議会等の合議体を設置した市区町村数＝全 1,741 市区町村
- ・ 市町村計画を策定した市区町村数＝全 1,741 市区町村
- ・ 国研修を受講した中核機関職員や市区町村職員等の数＝3,500 人
- ・ 後見人等向けの意思決定支援研修が実施される都道府県の数＝全 47 都道府県

▽ 人口 5 万人以上の全ての市町において、消費者安全確保地域協議会の設置

▽ 消費者被害に関する注意喚起の継続的な実施

▽ 認知症の発症に備える民間の認知症保険を販売している保険会社の数

▽ 認知症の人及びその監督義務者等を被保険者とする民間の損害賠償責任保険を販売している保険会社の数

▽ 全若年性認知症支援コーディネーターが初任者研修・フォローアップ研修を受講

▽ 全国若年性認知症支援センターがコーディネーターから受ける相談件数の増加

▽ 若年性認知症の有病率・実態把握

▽ 学び(社会教育施設での講座の受講等)を通じた地域社会への参画モデルの提示

▽ 認知症地域支援推進員の活動状況を全国に横展開

5. 研究開発・産業促進・国際展開

▽ 認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC 取得 3 件以上)

▽ 認知機能低下抑制のための技術・サービス・機器等の評価指標の確立

▽ 日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始

▽ 認知症の予防・治療法開発に資するデータベースの構築と実用化

▽ 薬剤治験に即刻対応できるコホートを構築