

認知症の人も家族も
安心して暮らせるための要望書（2019年版）

解説付き安心要望書

2019年7月

公益社団法人 認知症の人と家族の会

2019年3月28日

内閣官房長官	菅 義偉 様
財務大臣	麻生 太郎 様
総務大臣	石田 真敏 様
法務大臣	山下 貴司 様
文部科学大臣	柴山 昌彦 様
厚生労働大臣	根本 匠 様
国土交通大臣	石井 啓一 様
国家公安委員長	山本 順三 様
内閣府特命担当大臣（消費者及び食品安全）	宮腰 光寛 様

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 鈴木 森夫

認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書（2019年版）

認知症の人と家族の会は、9年前の2010年6月に発表した提言において、介護保険制度を今後もさらに充実発展させるべき制度と考え、その進むべき方向を次の通り示しました。

1. 必要なサービスを、誰でも、いつでも、どこでも利用できる制度
2. わかりやすい簡潔な制度
3. 財源を制度の充実のために有効に活用する制度
4. 必要な財源を、政府、自治体が公的な責任において確保する制度

そして、今もこの4つの方向に進むことを強く望んでいます。しかし、残念ながら介護保険制度を含む日本の社会保障の歩みは、私たちの願う方向に進んでいないと考えます。

昨年10月に会員を対象として実施した「介護保険の困りごとアンケート」からも、本人・介護者の困難な生活実態が浮き彫りになり、「家族の会」が目指す方向がさらに明らかになりました。介護保険制度は、『支援を必要としなくなる自立を目指す』のではなく『必要な支援をすることで自立した生活の実現』を約束した制度です。しかし、今や、この制度はこの約束を果たすものとは反対の方向に進みつつあります。

また、上記アンケートやそれに先立って実施した「認知症初期の暮らしと必要な支援」（2017年3月）についての調査結果から明らかになった早期支援の必要性などから、認知症施策が介護保険にとどまるものではないことも明確になっています。

こうした状況の変化を踏まえて新たな事項を追加するとともに、2016年に要望した事項の実現状況を検証し、「認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書（2019年版）」を、ここにあらためて提出するものです。

昨年12月25日、認知症にかかわるさまざまな課題について、関係省庁連携の下、政府一丸となって施策を推進するために、認知症施策推進関係閣僚会議が設置されました。また、「認知症基本法」の制定も検討されている今日、日本国憲法が示す社会保障の理念に立ち返り、とりわけ憲法第25条に明示された国の責務を果たすべく、この要望書について、関係各部署に周知徹底し、誠意を持って実現のために取り組んでいただくよう要望します。

本文	解説文
I 認知症の人本人への支援についての要望	
1 認知症の早期診断・早期支援について	
1) 軽度認知障害 (MC I) や認知症初期の人を、早期かつ的確に診断できる体制を整備すること	認知症の早期診断が、その後の治療や環境調整に大きく影響します。本人や家族、周囲の人々が、日常生活で違和感を持ったとき、専門医に受診でき、大きな経済負担なく、的確な診断が受けられる体制の整備が必要です。
2) 早期診断後、すみやかにその状態にふさわしい専門職や専門機関による支援につながるシステムを早急に構築すること	早期に診断されても、その後の治療や生活の不安について相談できる専門職や相談機関が少ないのが現状です。スコットランドのリンクワーカー制度のように、診断後の心身のケア・生活支援等の早期サポート体制を確立することや、初期の本人やその家族がつながり、交流できる場が身近にあることが必要です。
3) 認知症初期の人の支援という本来の役割を果たせるよう、困難事例対応の役割を外すなど、認知症初期集中支援チームの在り方の改善を図ること	認知症初期集中支援チームによる「困難ケース」への対応も重要ですが、本来の役割である診断後の空白期間にかかわることが少ないという現状を改善する必要があります。
4) 認知症地域支援推進員の業務として、直接本人・家族の支援に当たる支援コーディネーターの役割を加えること	スコットランドでは、認知症と診断された後、本人や家族に対し、精神的なサポートや生活上の困難な事例に対応する制度等を教えてくれる専任のリンクワーカーを派遣する制度があります。友人のような顔の見える関係で、認知症初期の不安等を緩和してくれるものとして効果を上げているようです。ここでの「支援コーディネーター」とは「日本版リンクワーカー」を想定しています。
5) 介護支援専門員の介護保険以外の社会的支援に結びつける支援、及びそのための相談支援に報酬を認めること	ケアマネジャーが要介護認定前や介護サービスに結びつくまでの相談支援に十分時間をかけてかわられる仕組み（報酬の裏付け）が必要です。

2 認知症高齢者の支援について

認知症高齢者の多くが在宅で暮らしており、在宅生活の維持は認知症の初期から中期がより困難で、介護家族の消耗も進行することから、在宅で暮らし続けるために以下の支援策を実現すること。

1) 見守り支援の強化

一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯へのきめ細かな見守りが出来る体制を強化するため、現在自治体ごとに取り組みられている見守り体制の効果を検証し、より地域性に配慮し実効性のある見守り体制作りの情報として提供すること

新オレンジプランでは「さりげない見守り」が「重要である」とされていますが、まだ十分とはいえません。まず効果検証のためには、地域性を考慮した評価基準を作成し検証する必要があります。その検証によって「さりげない見守り」の好事例を抽出でき、より実効性のある「見守り」が期待されます。

2) 早期受診、診断に繋がる支援体制

初診を含め受診継続が困難な認知症の人に対する訪問診療、往診での受診・診断体制を拡充すること

病院受診を拒むことは認知症の人の特徴的な症状です。「本人が嫌がるから」と放置すれば適切な受診時期を逃すこととなります。各自治体で認知症初期集中支援チームが設置されていますが実情はまだ満足できるものではありません。かかりつけ医やサポート医等、認知症診療に協力できる医師が訪問診療や往診をより簡便に行えるよう体制を拡充してほしいとの要望です。

3) 認知症相談機関の充実と周知

「認知症かな」と思ったら気軽に相談できる相談窓口の地域への浸透を図ること

各行政は、「相談窓口」や「地域包括支援センター」等を配置していますが、それをも知らないで悩んでいる人がいます。身近な生活場面で、例えば、相談窓口が掲載されたポスター・チラシ等を、スーパーや駅の掲示板、乗り物の吊り広告、役所の目立ったところに置く等、何かのついでにでも気軽に相談できる場の広報が望まれます。

4) 生活支援サービスの充実

生活実態に合った、わかりやすく使いやすい生活支援サービスを設定すること

高齢者二世帯で老老介護の場合、「介護者」が認定を受けていないと、生活支援が受けられないために、ぎりぎりの心身状態で共倒れの危険性があります。また、利用時間がだんだん短く制限されてきて、ちょっとした手仕事（繕い物、ボタン付けなど）や、きちんと掃除をしてもらえないこともあります。それぞれの生活スタイルが尊重され、人として最低限度の文化的生活の保障を求めます。

<p>5) 在宅療養体制の充実 在宅療養を可能にする往診医師、訪問看護師、ヘルパーなどの医療・介護職を確保すること</p>	<p>認知症になっても住み慣れた自宅で療養を継続したいと考えるのは当然のことであり、介護および医療保険も在宅療養のために活用でき、症状や病期に則した医療介護の対応が全国どこでも可能となるよう往診医師、訪問看護師、訪問ヘルパー等の確保を希望します。</p>
<p>3 若年性認知症の人の支援について</p>	
<p>1) 経済的支援</p>	
<p>(1) 生計を維持している人が認知症等になった家庭の子どもの就学及び進学を保障する給付型の奨学金制度を充実させること</p>	<p>若年性認知症の人の子どもは学齢期であることが多く、就学や進学を断念せざるを得ない場合も少なくありません。就学や進学の希望を叶えられ、卒業後に返済の負担を強いられることのない給付型の奨学金制度を簡易な手続きにより受けられることを望みます。</p>
	<p>参考 大学・短期大学・高等専門学校（4年・5年）・専門学校に進学を希望する高校生（高卒後2年以内の者を含む）に対しては、2020年4月から、独立行政法人日本学生支援機構による、「給付型奨学金」と「授業料等減免」がスタートします。生計維持者が精神疾患等で意思疎通が困難になった場合も対象となるとされ、成績のみによらず、レポートや面談等による学習意欲の確認が重視されている点は評価できます。高等学校・特別支援学校（高等部）・高等専門学校（1～3年）への進学または就学している学生に対しては、国（文部科学省）の補助を得て都道府県が実施する「高等学校等就学支援金」（授業料の支援）と「高校生等奨学給付金」（教科書費・教材費・修学旅行費用等）があり、いずれも給付型です。支給額は学校の種類や世帯の状況によって変わるので、詳しくは都道府県へお問い合わせください。これに先立ち2018年度から先行して始まった公的な給付型奨学金の制度は、住民税非課税世帯の1学年2万人が対象で、これは2016年度の貸与型利用者132万人（日本学生支援機構）に対してあまりにも少数です。また、給付額も「自宅外私立大」が最高額4万円で、学業と生活を支援する額としては少ないと思います。さらに、給付は入学後ですからそれまでに必要な諸費用を賄うことができない問題もあります。</p>

<p>(2) 認知症が高度障害に該当し、高度障害保険金が受給できる、あるいは、保険料の支払いを免除される場合があること、また住宅ローンの支払いも免除される場合があることを保険会社等が加入者に告知するよう義務付けること</p>	<p>被保険者が認知症になった場合、「高度障害」と認められ、死亡保険金と同額の高度障害保険金が受け取れるかどうかは、保険会社により異なるようです。若年期発症の場合、収入の途絶や著しい減少は、その後の生活に深刻な影響を与えます。被保険者の状況を理解し、認知症が「高度障害」に該当する場合があることを保険会社の方から、被保険者と家族にわかりやすく告知するシステムを求めるものです。</p>				
	<p>参考 高度障害保険金の受取対象となる高度障害の例</p> <p>両眼の視力を全く永久に失ったもの 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの 中枢神経系または精神に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの 2. 両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 3. 両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 4. 一上肢を手関節以上で失い、かつ一下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 5. 一上肢の用を全く永久に失い、かつ一下肢を足関節以上で失ったもの <p>また、多くの保険では、高度障害状態とは約款所定の状態をいい、身体障害者福祉法や国民年金法に定める状態、公的介護保険制度に定める要介護状態などとは異なるとされています。</p>				
<p>(3) 障害基礎年金における子どもの加算を18歳までに限定せず、大学などに進学した場合は、必要な期間加算を継続させること</p>	<p>障害基礎年金受給者に子どもがいる場合につく加算は、現在は18歳到達年度末までとなります。このことが、大学等への進学を断念する一因になっています。給付型奨学金制度の充実とともに、卒業まで加算を継続するなどの制度改正が望まれます。</p>				
	<p>参考 2019年度 子の加算の金額</p> <table border="0"> <tr> <td>1人目2人目の子</td> <td>1人につき 224,500円 (月額 18,708円)</td> </tr> <tr> <td>3人目以降の子</td> <td>1人につき 74,800円 (月額 6,233円)</td> </tr> </table>	1人目2人目の子	1人につき 224,500円 (月額 18,708円)	3人目以降の子	1人につき 74,800円 (月額 6,233円)
1人目2人目の子	1人につき 224,500円 (月額 18,708円)				
3人目以降の子	1人につき 74,800円 (月額 6,233円)				

<p>2) 若年性認知症の人と家族の実情を正確に把握する生活実態調査を定期的（5年ごと）に実施すること</p>	<p>厚生労働省が行った2009年の「実態調査」は5県2市の医療・福祉機関へのアンケート調査と「若年性認知症の家族会会員等」へのアンケート調査のみです。前後には東京都や奈良県等が行っていますが、全国調査はまだ行われていません、的確な政策作りには実態調査は欠かせません。</p>
<p>3) 就労に関する支援</p>	
<p>(1) 就労ができない休業補償受給中など、診断直後のまだ公的支援を必要としない“空白期間”においても、継続的に社会との関りを持てる様々な支援体制を整備すること</p>	<p>病気等で仕事を休み、給料がもらえない場合には、その間の生活を保障する「現金給付制度」として、健康保険に加入している本人に“傷病手当金”が最長1年半支給されます。診断直後の本人にとって、結果的に、突然行き場を失うこの時期こそ、社会とのかかわりが途切れないことが重要であり、次の就労につながるためにも“就労移行支援”等のすでにある制度を含め、柔軟な利用が可能となることが求められます（*休業補償中は「就労移行支援」「就労支援 A」などの恩恵は受けられない現状です）。</p>
<p>(2) 本人が希望すれば働き続けられるよう、認知症に精通する産業医の配置やジョブコーチなどの支援者を置く等の環境整備に補助金を支給すること</p>	<p>若年性認知症の多くの人々が認知症を疑う前に、“ストレス”や“うつ”等の思い込みから初期の対応に遅れる、といわれます。職場環境を理解している産業医が認知症に精通していれば、本人や家族の安心につながり、状況を理解した上でのジョブコーチの支えは、仕事の継続につながります。何より、人間関係が出来上がっている職場での就労の継続が、本人と家族にとって必要なことです。</p>
<p>4) 若年性認知症支援コーディネーターについて</p>	
<p>(1) 地域の実情に応じて「若年性認知症支援コーディネーター」の複数配置の促進を図るとともにその周知に努めること</p>	<p>把握している患者数に応じて対応できる人員を整備すべきです。</p>
<p>(2) 若年性認知症支援コーディネーターがその役割を十分に果たしている全国の好事例を紹介するなど、全国で役割の発揮にバラツキをなくすよう図ること</p>	<p>2018年7月現在、若年性認知症専門の電話相談窓口を設置しているのは29都府県に留まっています（全国若年性認知症支援センター調べ）。コーディネーターがその役割を発揮するためには、好事例の紹介と同時に、相談窓口の充実が必要です。</p>

<p>(3) 若年性認知症支援コーディネーターに対する財政的支援を都道府県任せにせず、その役割を十分果たせるよう国の責任において行うこと</p>	<p>コーディネーター数：患者数（推計値）や、訪問相談等のため移動に要する時間等に応じて配置の形態や、その配置人数についても再考すべきです。例えば埼玉県の場合、事業実施から（専従での配置）3年目にしようやく1人：2,000人から3人：2,000人に増員されました。しかし未だ他県では兼務での配置も多く、その体制では役割を十分に果たせません。</p>
<p>(4) 青森県、東京都、愛知県などで設置されている「若年性認知症総合支援センター」の設置・機能拡充を図り、十分な活動を保障するために、今後さらなる財源の確保に努めること</p>	<p>単独の財源があるわけでないことから、各県に設置できるよう、認知症施策の財源を増やし、そのなかで財源確保ができるようにすべきです。</p>
<p>5) 若年性認知症の本人・家族が交流できる場づくり 若年性認知症の本人・家族、特に若年の中でもより若い世代が、気軽に参加し交流でき、介護や病気の情報も得ることのできる場づくりを、認知症カフェ以外にもより一層進めること</p>	<p>国が進める「共生社会」とは、認知症とともに生きる社会・地域作りである、とするなら認知症カフェ以外に認知症になっても「働く場」や若年の当事者が定期的に集まれる「通いの場」等のさらなる拡充が求められます。そこで可能となる“ピアカウンセリング”の要素も大変重要といえます。</p>
<p>6) 専門職の研修強化</p>	
<p>(1) 若年性認知症の人や家族に対し適切なケアが提供されるよう、地域包括支援センター職員、介護支援専門員や介護スタッフ等に研修を義務付けること</p>	<p>若年性認知症の方は病気の問題とともに、経済的な問題も深刻です。また、高齢者とは生活スタイルや考え方の違いがあり、高齢者と同様のケア環境にはなじみにくいことが指摘されています。若年性認知症の方が受けられる公的・非公的な社会資源に関する知識や、医療・介護の知識を持つスタッフの育成が本人、家族の支援に不可欠であるという考えです。</p>
<p>(2) 企業に配置されている産業医が認知症に対する理解を深める機会を設けるとともに、必要な窓口と連携しその後の生活設計への相談等に応じられるよう情報提供すること</p>	<p>認知症になっても、直ちに何もできなくなるわけではないので、配置転換等の工夫により仕事を続けられるケースがあります。産業医が認知症に対する正しい理解を持ち、適切な医療につなげることにより、本人らしい生活を今よりも長く送ることにつなげたいという考えです。</p>

<p>7) 若年性認知症支援コーディネーターによる研修や講習を受講した者が一定数以上雇用されており、若年性認知症の人のケアを実践している施設には、助成金等の利用者負担を増大させない方法で財政的な優遇措置を講じること</p>	<p>若年性認知症の方のケアには、高齢者の介護サービスとは違う能力や考え方が求められます。また、そもそもの利用者数が少ないことから、専門的サービスが生まれにくい状況にあります。本人や家族が安心して利用できる事業所を増やすために財政的な優遇措置が必要です。</p>
<p>8) 若年性認知症の人の子どもへの支援 若年性認知症の人の子どもが小中高生の場合、若年性認知症支援コーディネーターやスクールカウンセラーを中心に、子どもの精神的な不安の軽減や進路相談に応ずるなどの支援体制を構築すること</p>	<p>小中高校でも認知症サポーター養成講座が盛んに行われています。講師は若年性認知症支援コーディネーターと連携して、存在や役割等を周知することが望まれます。特に教員への周知の徹底が、子どもへの支援につながる要となるでしょう。さらに、スクールカウンセラーとともに、スクールソーシャルワーカーが配置されている学校も増えています。文部科学省には、支援体制構築に向けた体制整備や周知・研修の実施を求めます。</p>
<p>4 認知症の人本人の権利擁護について</p>	
<p>1) 認知症の人の意思を尊重した意思決定支援体制を構築すること</p>	<p>「自分のことは自分で決める」。どのような病態の時期であっても認知症の人は意思表示をしています。そのことを理解し、その人らしい生き方ができることを支える人の体制を、個別につくることがを要望しています。その際には介護家族の思いも尊重される体制づくりとなることが重要です。</p>
<p>2) 本人の権利擁護に関わる人たち(司法関係者など)が認知症の理解を深める教育を進めること</p>	<p>介護家族が知らない間に外出し事故に遭ったことについて、その責任と損害賠償を求めた一審判決を出した JR 東海事故裁判や、認知症と知らず不安定な状態の母を制止し、死に至り介護家族が障害致死罪で3年間拘留された「佐保さん事件」でも明らかになったように、特に司法関係者の認知症の介護についての理解は他の業界よりかなり課題があります。お店、金融・交通機関など認知症の人が安全に安心して自分らしく生きていくため、社会生活で関係する機関が認知症を勉強してほしいことを要望しています。</p>
<p>3) 介護サービス利用中においても就労などの社会活動への参加を保障すること 認知症の人で介護支援を受けている人も、希望する人は働くことができ、労働の対価が適正に支払われる仕組みを整備すること</p>	<p>若年性認知症と診断された本人だけでなく、高齢の認知症の人でも「働きたい」と希望しています。そのことに対して国は2011年、2018年に通達を出していますが、事業所での取り組みが進んでいない現状を憂慮し、要望したものです。</p>

<p>4) 日常生活自立支援事業について 事業の周知を図り、社会福祉協議会がより充実した活動を行えるよう、国や自治体は財源を含め、より積極的に支援すること</p>	<p>判断能力が不十分な人が地域において自立した生活を送れるよう、利用者との契約に基づいて福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理を行うこの事業は、認知症の人が地域で暮らすために活用されるべきと考えますので、予算措置や人員の体制整備をはかり、制度についてももっと周知される必要があります。</p>
<p>5) 成年後見制度を本人にとってよりメリットのある制度とすること 財産を守るだけでなく、本人の生活の質の向上のために活用できるものとする</p>	<p>「成年後見制度利用促進に関する法律」と、これに基づき策定された「成年後見制度利用促進基本計画」による取り組みが地域で進みつつあります。「利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善」が重点項目としてあがっており「財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視」した取り組みがなされるとあります。この趣旨に沿った運用がなされる必要があります。</p>
<p>(1) その趣旨に沿った運用であれば、本人を介護している家族の意思も尊重される制度とすること</p>	<p>介護に携わり、本人の生活歴や現在の状態を把握している家族は、本人の意思に則した支援を行うための重要なキーパーソンであるという点について理解を求めていく必要があります。また家族が後見人に選任された場合は、適切な後見業務が行えるよう中核機関等による支援を行う仕組みがどの地域でも構築されることを要望しています。</p>
<p>(2) 上記の内容を具体化するために、司法を含めた地域連携ネットワークの構築がさらに進むようにすること</p>	<p>地域包括ケアシステム等の既存のシステムに、さらに司法も含んだ連携が進み、認知症の人が地域で安心して暮らせるための支援体制が必要です。成年後見制度利用促進法における「市町村計画」がすべての地域で策定され、「基本計画」における中核機関を中心とした権利擁護支援の地域連携ネットワークが構築され、全国どの地域においても必要な人に必要な支援が届く仕組みができることを求めています。</p>
<p>6) 認知症の人が消費者被害や犯罪に遭うこと等を防ぐために、本人・家族・介護に関わるすべての人に相談窓口（近くの消費生活センターまたは『消費者ホットライン・188番』、警視庁総合相談センター等）を周知徹底すること。また消費者安全確保地域協議会（見守りネットワーク）の設置を進めること</p>	<p>認知症の人が、判断能力の低下に付け込まれる形で消費者被害や犯罪にまき込まれることが増えています。相談窓口を周知するとともに、被害を未然に防ぐために消費者安全確保地域協議会（見守りネットワーク）が、どの地域においても設置されるなど、認知症の人が安心して地域で暮らせるための仕組みが構築されることを求めます。</p>

<p>7) 診療を受ける権利を保障すること</p> <p>認知症以外の病気で受診の際、認知症の人の意思が尊重され、適切に診療が受けられるよう医療関係者のすべてに認知症についての研修を義務付けること</p>	<p>認知症以外に病気を抱えている認知症の人は少なく、また、不慮の事故や急病で救急搬送される場合があります。認知症の人や家族は不安や混乱の中で受診することとなるため、医療関係者はこのような状況をよく理解し、配慮できるよう認知症の研修を義務付けることを要望しています。</p>
<p>8) 認知症であることや認知症の特有の症状を理由に診療やサービス利用を拒否されることがないよう、病院・施設・事業所への指導を徹底すること</p>	<p>認知症というだけで、医療機関での診療や介護サービス利用を拒否あるいは制限される場合が依然として見受けられます。また、認知症の疾患によっても対応困難という理由で施設利用を拒否されたり、十分なサービスを利用できなかつたりする場合があります。医療や介護従事者が認知症についての理解を深め、適切な対応が可能となるよう指導を徹底するよう要望しています。</p>
<p>II 介護家族支援についての要望</p>	
<p>1 介護家族の個人としての権利を保障すること</p>	
<p>1) 介護家族支援に関する法整備に努めること</p>	<p>わが国には、介護家族を支援する法律がありません。介護保険法は、あくまで要介護者本人のための制度であり、デイサービスやショートステイなど介護家族のレスパイトケア（休養ケア）の機能を持つサービスはあるものの、介護をする家族等が介護疲れを癒したり、休息を得る等、介護家族を直接支援するために作られたものではありません。イギリスにはケアラー法(carers Act、1995年制定、2014年改正)があり、介護家族等が独自の権利を持つ存在として認められています。日本でも同様の法整備を求めています。</p>
<p>2) 介護家族と認知症の人の双方が、等しく権利が尊重されること。そのために必要な支援が十分に得られるようにすること</p>	<p>介護家族は介護者であると同時にひとりの人として生き方も尊重されなければなりません。現行制度では、同居家族がいる場合、原則として生活援助サービスの利用ができません。国の施策として在宅療養がいつそう促進される中で、認知症の人と介護家族が在宅生活を継続するためには、双方への支援が不可欠です。親が介護者であることで子ども世代が犠牲になる現状もあり、介護者の年齢、日中独居、就労状況、経済状況等、介護者の犠牲を前提としない在宅生活の継続という視点でのサービス利用を可能にする必要があります。</p>
<p>3) その支援により、介護家族が介護による不利益を被ることなく、仕事・余暇・教育・社会参加の機会が保障された「生活の質（QOL）」を保てるようにすること</p>	
<p>4) 介護サービスの目的を本人の機能向上を目指すことに限定せず、レスパイトケアも目的として明確に位置付け、介護家族の介護負担、疲れを軽減するサービスの充実を図ること</p>	

<p>5) 介護休業・介護休暇制度の一層の充実を図るとともに、制度の周知や事業所への働きかけを積極的に行い、取得しやすい環境を作ること</p>	<p>介護休業・介護休暇制度を知らずに介護離職をし、その後の介護者の生活が困難になることがあります。事業所への周知とともに、制度を利用しやすい職場環境づくりの普及も必要です。また、例えば、地域包括支援センターへ認知症の相談があった時に、これらの制度を案内する等、介護が大変になってしまう前から介護者の生活も含め支援する体制をとることが必要です。</p>
<p>6) 介護家族として最も対応が困難である認知症初期から中期の人への対応の充実を図ること</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護家族が認知症について正しく理解ができるよう学習する機会を作り、介護家族の不安を少なくするよう、話を聴くこと。 ・「家族の会」等の電話相談、つどい、認知症カフェ等の相談場所を知らせ、参加できるよう誘うこと。（行動する） ・専門職（特にケアマネジャー）は社会資源を知り、地域で介護家族を孤立させない努力をすること。また、家族支援とは何かということを専門職自身が学習する機会を設けること。（介護家族に伝えるだけでなく、一緒に行動する） <p>以上のような一歩踏み込んだ対応を試みて、介護者の不安を取り除き、落ち着くことをはかる方策を考えることが必要です。</p>
<p>7) 必要な時には、施設入居が可能となる仕組みづくりをすること</p>	<p>以下のことを要望しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者は介護家族が置かれている立場の多様性を知り、病気で入院、治療等緊急性が高い時には優先的に受け入れる施設をつくること。例えば、地域性も加味しつつ中学校圏域に1か所は作るべき、という声も寄せられています。 ・専門職はあらゆる社会資源を知り（医療と介護の連携）、介護家族への支援をはかること。
<p>8) 介護負担軽減ができるショートステイは、より認知症の人の機能維持・向上が図られる支援ができるように充実し、訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護における認知症の人の受け入れと対応の拡充を図ること</p>	<p>ともすると、介護負担の軽減をもって目的を果たしているとされがちなショートステイにおいても、認知症の人の生活の質の向上、機能の維持・改善が図られるよう心がけていただくこと、また、それを可能にする人員配置の充実などを求めています。また、滞在型が削減されている訪問介護や、訪問の取り組みが手薄になりがちな小規模多機能型居宅介護による訪問介護において、認知症の人を積極的に受け入れ、かつ適切な介護が行うことが出来るような人員配置や報酬の設定を求めています。</p>

2 経済的支援について	
1) 要介護度だけではなく、環境や介護力を勘案し、支給限度額を超えるサービス利用にも介護給付を認めること	利用者本人の介護度は同じでも、環境や介護力により、介護のサービス利用の必要度は違ってきます。一人暮らしや遠距離介護、老老介護など介護に困難さが伴う場合には、支給限度額を超えた分についても全額自己負担することなく利用できるよう負担軽減の配慮を求めています。
2) 在宅介護を担っている介護家族等の苦労が、介護の社会的費用の軽減に少なからず貢献していることを踏まえ、必要なサービスが支給限度額を超えた分を「介護家族枠」として介護給付の対象とすること	介護家族の立場に立った視点から、支給限度額を超えた分を全額自己負担とせず、「介護家族枠」という名の給付対象とし、介護家族の苦労に報いる仕組みとして位置づけたところに特徴があります。
3) 在宅介護において、経済的理由で支給限度額内のサービスすら利用できない場合、財政的な支援策を講ずること	どんなに充実した制度があっても、利用料を負担する経済力がない人は利用できないのでは、制度は宝の持ち腐れになってしまいます。生活保護のように生活全般ではなく、サービス利用を目的に限定したなんらかの公的な補助制度の創設の検討を求めています。
4) 入居施設の料金体系の中に老齢基礎年金のみでも利用できる仕組みをつくること	2019年6月3日に公開された金融庁審議会の報告書が話題となりました。年金だけでは老後の生活が困難であるということが報道や国会での質疑で強調されています。しかし、年金だけで施設で生活できるようにすることが難しいのは、以前から実態や介護者・利用者の声から明らかで、いまさらな議論ともいえます。生活保護や在宅介護継続といった選択肢以外に、施設入居の場合、年金のみでも利用でき、安心した老後の暮らしと介護ができる仕組みの実現を求めています。
5) 介護保険サービスのすべての利用料を所得控除の対象にすること	介護保険制度の下で、介護サービス事業者から要介護者又は要支援者が提供を受ける居宅サービスや介護予防サービスの対価のうち、療養上の世話の対価に相当する部分の金額は、医療費控除として所得控除の対象となります。ですが、訪問介護（生活援助中心型）や認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与等については対象となりません。このため同じ制度の利用料についてすべてが控除対象となるように求めています。

<p>6) 認知症の人が関係する事故に対する保険・補償制度を、地方自治体や民間企業任せにせず、国の制度として実施すること</p>	<p>認知症が原因となった事故の損害賠償責任を補償する制度は、JR 列車事故で亡くなった男性の家族に多額の損害賠償が求められ裁判となったことがきっかけで広まりをみせています。しかし制度は一部の自治体や民間保険会社等での対応となり、すべての国民がカバーされるようにはなっていません。このため地域や保険加入の有無に関わらず国の制度として保証されることを要望しています。</p>
<p>7) 遠距離介護に要する交通費負担に対する軽減策が、すべての交通機関で実施されるよう、その一部を公費で負担するなどして積極的に働きかけること</p>	<p>離れたところで暮らす親等を介護する場合、交通費の負担は重くのしかかります。航空会社では介護割引制度が用意されているところもありますが、鉄道やバスには明確な制度がありません。また、航空会社からの制度の周知も十分されているとはいえません。すべての交通機関において公費での負担も含め、遠距離であっても介護者が介護しやすい環境整備の一環として制度の充実を要望しています。</p>
<p>8) 認知症と診断された人が受診の際使用するタクシー料金に割引制度を設けること</p>	<p>自家用車を使わず通院にタクシーを利用する場合の費用負担は大きいものです。「精神障害者保健福祉手帳」の受給者には、自治体やタクシー会社によっては割引が行われていますが、「手帳」の有無にかかわらず、全国一律の割引制度を求めるものです。</p>
<p>3 当事者組織の活動への支援について</p>	
<p>1) 「認知症の人と家族の会」等の当事者組織を不可欠の社会資源として位置付け、活動に対する財政的、実務的な支援を強化すること</p>	<p>2019年6月に制定された「認知症施策推進大綱」では、国や自治体に対して、本人や家族のピアサポート機能や認知症の啓発活動を推進するよう求めています。これらの活動は、まさに「家族の会」が40年前から、三本柱の活動（「つどい」「会報」「電話相談」）や啓発活動など、民間のボランティア団体として全国的に展開してきたことです。これらの活動を行政の責任として実施すれば、莫大な経費を必要とします。相応の財政的支援があつてしかるべきと考えます。</p>
<p>2) 新オレンジプランのガイドラインにある「早期診断後に地域の当事者組織の連絡先を紹介する」ために、医療・保健・福祉の窓口当事者組織の資料を常置し、公的な責任においてこのガイドラインの実現を図ること</p>	<p>認知症の人と介護家族にとって、診断後の生活をどのように作っていくかが大きな悩みになります。その悩みを同じように体験し、克服してきた当事者とのかかわりを持つことは、医療と同様に不可欠です。公的な責任において、医療・保健・福祉の関係者が、できるだけ早く情報を提示することで、当事者同士がつながり、本人や介護家族の不安を軽減させることを求めています。</p>

Ⅲ 介護保険制度をはじめとする制度・諸施策についての要望	
1 介護保険制度について	
1) 制度の基本設計に関すること	
(1) 回数を超えた「生活援助」を含むケアプランの届け出制を撤回すること	2018年10月より、決められた基準を超えた生活援助を含むケアプランの届け出制が実施されました。 <基準回数> 要介護1-27回、要介護2-34回、要介護3-43回、要介護4-38回、要介護5-31回。利用者の実態からかけ離れた基準が、事実上の利用制限となっている届け出制は撤回する必要があります。
(2) 要介護認定の抜本的改善について	
① 要介護認定の廃止を含め介護認定の抜本的な改善を図るための検討会議を発足させること。会議の構成員には、本人、家族、介護事業者などを含めること	今の介護認定のシステムには、認知症介護の手間を的確に捉えられない弱点があります。「認知症があつて大変なのに、歩けるといふ理由で介護度が低くなってしまふ」、「項目がほとんど当てはまるのに、その大変さが反映されないシステムになっている」、「認知症の人の状況が中心で、介護家族の状況や介護力が考慮されていない」、「レビー小体型認知症等制度発足時には明らかでなかつた認知症の病態に即した項目や介護力が考慮された項目が盛り込まれていない」等の切実な声があります。認定のシステムの改善だけでなく、より利用者の状態、生活状況に即したサービスが提供できる認定の在り方を検討すべきとの長年の要望です。
② 改善が実現するまでの経過的な措置として、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の場合は、一次判定において要介護1以上とすること	一次判定の元となる認定調査員が、認知症の自立度Ⅱ以上と評価した場合、コンピューターで自動的に要介護1以上と判定されるシステムに変更すべきとの要望です。
(3) 認知症初期から中期の人への対応の充実を図ること	認知症において、初期から中期における適切なケアが重度化の防止に欠かせないにもかかわらず、重度に特化した介護保険制度になりつつあります。初期から中期の重要性を改めて強調しました。
(4) 要介護度だけではなく、環境や介護力を勘案し、支給限度額を超えるサービス利用にも介護給付を認めること	在宅介護の場合は、介護者への配慮、介護費用の軽減にも貢献していることを評価し、限度額を超える利用にも介護給付を認めてほしいとの要望です。2割負担が導入され負担軽減の上からも切実な要望となりました。

<p>(5) 利用料2割及び3割負担を撤回し、利用料1割負担の原則を守る</p>	<p>2割負担の導入は、大きな負担増となりました。とりわけ、1割と2割の境界線上にある利用者にとって過重な負担となり、利用の抑制により重度化の進行を早める結果ともなっています。実施されてしまったことと諦めることなく粘り強く訴えてゆく必要があります。</p>
<p>(6) 高額介護サービス費の上限基準を2017年8月前に戻す</p>	<p>世帯に市区町村民税を課税されている方がいる場合の高額サービス費の上限が、2017年8月より従来の37,200円から44,400円に引き上げられました。2017年7月以前の基準に戻すべきとの単純明快な要望です。</p>
<p>(7) 介護従事者の待遇を改善し、人材を安定的に確保すること</p>	<p>介護人材の不足は危機的な状態にあります。人材不足の要因は賃金だけではないとの指摘もありますが、やはり目に見える給与の改善なくして、就業を継続してもらい、さらに新しい人材を呼び込むことはできません。</p>
<p>①介護従事者の待遇を全産業従事者並みに引き上げること その手始めとして、2019年10月より実施する介護福祉士10年月額8万円の改善策を着実に実現すること</p>	<p>税金1,000億円、介護保険料1,000億円を投じて、条件を満たした有資格者に、年収約440万円を保障する改善策の実施が決まりました。財源が曖昧に使われることなく、適正に実行され、確実に働く人の手に渡るよう注意深く見守る必要があります。</p>
<p>②恒久的には、報酬上の「処遇改善加算」ではなく、一般財源でより確実に実現すること</p>	<p>処遇改善のための負担を「家族の会」は容認してはいます。しかし、「処遇改善加算」という形は利用者にとって負担増であることに違いはなく、その上、確保できる財源には限りがあります。より実効性のある改善策を実施するためには、より多くの人が少しずつ負担し合うことでより大きな財源を作ることが必要です。税金により抜本的な改善を図る道に一刻も早く踏み出すべきです</p>
<p>(8) 施設における「夜間勤務」は、介護対象者の人数に関わらず複数配置を可能とする制度に改めること</p>	<p>「夜間勤務」が一人という体制がいかに過酷であるかは、認知症の介護を経験した人であればすぐにわかります。グループホームは定員9人ですが、夜間一人で全責任を負わなければいけないという緊張感・不安感・孤独感の大きさには想像をこえるものがあります。あらゆる病院、施設において夜間最低2人体制を実現すべきです。</p>

(9) 介護予防・日常生活支援総合事業について	
① 介護サービスを介護保険給付サービスとして一本化し、介護予防・日常生活支援総合事業への移行は行わないこと	介護保険サービスと「総合事業」に分かれていることは、制度の複雑さ、ケアの連続性に欠けることは利用者にとって大きなマイナスです。諦めることなく制度の一本化を求め続けます。
② 暫定的な措置として、利用サービスの決定を利用者の選択に委ねること	従来からサービスを利用している場合は、それまでの生活が大きく変わらないように、利用者の意思を尊重するのが当然のことです。また、初めて利用する場合は、特に丁寧に制度の仕組みや利用者の権利について説明して、利用サービスを自ら決定できるような情報提供を含めた支援が必要です。
③ サービス利用希望者に要介護認定を受ける権利を保障すること。基本チェックリストは本人の希望による場合のみとすること	地域包括支援センターや役所担当窓口で対応する場合、まず、介護認定の仕組みをきちんと説明し、介護認定を受ける権利があることを伝えることが大前提です。そのうえで、利用希望者が、自らの判断で、簡便な基本チェックリスト対応を選択するか、意思確認をする必要があります。
(10) 地域密着型サービスを市町村の枠を超えて利用できる弾力的な運用をさらに進めること	住んでいる市町村にサービスがなかったり、すぐ近くに良質なサービス事業所があっても、隣の市町村であるために利用できないことがあります。市町村まかせにしては、財源や手続きの煩雑さ等を理由に枠を超えた利用は進みません。国の施策として希望があれば利用できるシステムにすべきです。
2) 次期（2021年度）改定に向けて	介護保険制度の2021年度改定に向けた議論が、社会保障審議会介護保険部会で始まり、それに先立って開かれた財政制度等審議会では、これまでの「利用制限・負担増」は生ぬるい点があったので、不退転の決意でさらに推し進めるべき、との意見も出されています。そこには、困難な生活を強いられる利用者・家族の蔭すら見受けられません。若者への社会保障の重視が唱えられていますが、両親や祖父母に対する社会保障をないがしろにする社会に、若者が明るい未来を描けるはずがありません。

<p>(1) 利用料一律2割負担への引き上げを行わないこと</p>	<p>現状でも2割負担によりサービスの利用を減らすことになり、介護疲れが深化する中、介護家族の生活も立ち行かなくなる等の影響が出ています。これがより経済的には厳しいすべての利用者に適用されたらと考えただけでも恐ろしくなります。一律2割負担は絶対に認められません。</p>
<p>(2) 要介護2までの介護サービスを介護予防日常生活支援総合事業に移行しないこと</p>	<p>介護予防日常生活支援総合事業とは、「市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等が参画し、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを指すもの」です。介護保険制度でのサービスに比べて、専門性より住民の支え合い・思いやりに基づくサービスともいえます。まだまだ出来ることが多い初期の人が役割をもって生きていくことを支えるためには、認知症の人の出来る能力、サポートが必要な行為を専門的に見極めることが大変重要です。そこを住民主体の支え合いサービスでまかなうことはできません。「総合事業」の受け皿の整備が、思惑通りに進んでいないことは、国自身が認めています。認知症において特に大切な要介護2までの支援をそのような事業に委ねることはできません。</p>
<p>(3) 訪問介護の生活援助、福祉用具貸与、住宅改修を全額自己負担にしない事</p>	<p>政府は、介護保険制度を「持続可能な制度にする」という理由で、これまで使えたサービスを削減していこうとしています。認知症の人の症状は生活障害です。そこを支える際に大事なサービスがこの3つです。生活で支障のある部分を生活援助で支える、入浴や移動、外出支援（位置情報確認システム）、例えば、段差の認識が難しくなりつまずきやすくなった際の段差解消等の住宅改修、入浴動作支援の風呂場の手すりなど、進行予防に役立つサービスですが、それを削減しようと国はしています。</p> <p>生活援助が初期の認知症の人の支援に不可欠であることは、「家族の会」の調査でも明らかになっています。福祉用具貸与や住宅改修の軽視も認めることはできません。</p>

<p>(4) 居宅介護支援に自己負担を導入しないこと</p>	<p>介護保険制度は、その人、その家族に責任をもって、介護を中心とする生活を段取りしてくれる「ケアマネジャー」という職種を誕生させたことに大きな意味があります。その報酬には、自己負担はありません。それは既に制度として定着しています。また、制度はますます複雑になり、自己負担が発生したからといって、自分で手続きを行うことは無理なことです。すでにサービスを負担できる限度まで利用している人は、サービスを減らさざるを得ないこととなります。自己負担導入は行うべきではありません。</p>
<p>3) 個々の介護サービス等について</p>	
<p>(1) 訪問介護について</p>	
<p>① 要介護1、2の人の生活援助への原則自己負担の導入を行わないこと</p>	<p>認知症ケアにおける初期の大切さ、その中に占める生活援助の役割を無視するかのよう自己負担化は、絶対に認めることはできません。</p>
<p>② 生活援助中心の支援も、同居家族の有無や要介護度を問わず認めること</p>	<p>同居家族の有無を問うことは、「介護の社会化」を目指す介護保険制度の趣旨と全く矛盾するもので、認められません。</p>
<p>③ 従来からの滞在型の訪問を強化するために予算を投入し報酬を引き上げること</p>	<p>鳴り物入りで導入された24時間随時対応型介護は、あまり広がっていません。誰もが、必要な時、必要な分だけ使える従来からの滞在型の訪問介護を強化し、いろんな場合への対応力を高めてゆく必要性を訴えるものです。</p>
<p>④ 通院、入院時の付き添い等の対応に訪問介護等の利用を認めること</p>	<p>医療機関内では医療保険適用となり、介護保険を利用することができません。通院や入院の場合、病院内での支援は介護家族によるか、保険外サービスを利用することになります。しかし、多くの時間や体力、費用が必要であり、特に、就労しながらの介護や老老介護、複数介護、遠距離介護、独居等、すでに課題を抱えている人たちにとってはさらに大きな負担です。介護保険での訪問介護等のサービスを利用できることで、本人、介護者が安心して医療を受け、在宅生活を継続することができます。</p>
<p>(2) 通所介護について</p>	
<p>① 要介護1、2の人の通所介護サービスを、介護予防・日常生活支援総合事業に移行しないこと</p>	<p>制度を介護給付サービスに一本化すべきというのが、制度創設以来の「家族の会」の主張です。</p>

<p>② すべての通所介護事業所において認知症の利用者への対応力の向上を図ること</p>	<p>一般の通所介護を多くの認知症の人が利用されています。研修時に代替りの職員を補充するなど、全ての職員が認知症介護基礎研修を受講できるよう公的な支援が必要です。室内にこもらせてしまうのには、「室内にすることが基本」とする時代遅れの基準も要因の一つとなっており、改善を求めます。</p>
<p>(3) 認知症対応型デイサービスについて 幅広い認知症ケアのニーズに対応できるよう、職員配置の強化や対応力の向上を図り、小規模でも事業の継続ができるように、支給限度額を超えた分も介護給付の対象とすること</p>	<p>せっかく、充実した認知症ケアが受けられるよう設けられた認知症デイが、経済的な理由で選ばれず、運営に苦戦しているのは制度のひずみです。あまり差のない負担で同じ日数利用できるよう知恵を絞った結果の要望です。</p>
<p>(4) 小規模多機能型居宅介護について 利用者の利便性と安定的な運営のために、介護報酬の引き上げ、通い、泊り、訪問の弾力的な運用等、必要な措置を継続的に講ずること</p>	<p>家族からは、「小規模多機能型もこれまでのケアマネジャーで利用できるようにしてほしい」という声もあります。臨機応変に対応できるよう施設内ケアマネジャー制となっていますが、利用者を選択できる余地を設けるべきだと考えます。</p>
<p>(5) 居宅介護支援（介護支援専門員）について</p>	
<p>① 介護支援専門員がケアマネジメント能力を高め、公正中立に専門性が発揮できるよう単独の事業所の報酬を引き上げること</p>	<p>厚生労働省による 2017 年度(2016 年度決算)の「介護事業経営実態調査」によると、22 種類の介護保険サービス事業の中で「居宅介護支援事業所」だけが赤字です。そのためか、例えば東京都の足立区では、他のサービスを併設しない単独型の居宅介護支援事業所が全体の 8.4%に留まっています。ケアマネジャーに公正中立を求めるには、経済的に自立できる報酬体系が必要です。</p>
<p>② 利用者の事業所選択の妨げとなっている、特定事業所集中減算制度を廃止すること</p>	<p>大きな事業所が多くの利用者を集ませる、いわゆる「囲い込み」を抑えるための制度とされていますが、利用者が使いたい施設を使えない結果を招いています。「囲い込み」を抑える方策は利用者の選択を妨げない形で行うべきです。</p>

<p>③ 要支援・要介護間の担当介護支援専門員は、利用者の希望により選択できるシステムとすること</p>	<p>認定の更新で要支援から要介護になり、その結果、ケアマネジャーが変わり、本人だけでなく、高齢の主介護者も混乱したという声が聞かれます。サービスを介護保険給付に一本化すべき、というのが本来の主張ですが、その改善が図られるまでの措置として、利用者の選択を認めるべきであるとの要望です。</p>
<p>(6) グループホームについて</p>	
<p>① 介護保険施設と同等に補足給付の対象とすること</p>	<p>グループホーム（認知症対応型共同生活介護）は認知症ケアに特化し、家庭生活に近い暮らしの場として、多くの人が入居を希望しています。しかし、制度上「在宅サービス」と位置付けられ、特養等のような補足給付は認められておらず、利用料が高額なために諦める人も少なくありません。</p>
<p>② 入居者の福祉用具貸与・購入に介護保険での算定を認めること</p>	<p>「在宅」扱いとしながら福祉用具には介護保険適用がありません。入居者がだんだん重度化していくにつれ、個人に合った特殊なタイプの杖や歩行器、車椅子、寝具などの必要性が高まります。しかし、事業所が用意できる範囲には限界があり、個別性の高い福祉用具を実費で個人購入しなければならないケースが出てきます。レンタルができないため、状態の変化によっては一時的にしか使わないと見込まれる物でも購入しなければなりません。</p>
<p>(7) 特別養護老人ホームについて</p>	
<p>① 特別養護老人ホームの整備を公的責任において促進すること</p>	<p>様々な入居型の施設が整備されていますが、国民年金や10万円以下の低年金でも入れる施設は、特別養護老人ホームの多床室しかありません。待機者が減少しつつあるといわれる現在でも、多床室は待機者があいかかわらず多いといわれています。低額の費用負担で入居できる特別養護老人ホームの整備を公的責任において進めるべきです。</p>

<p>② 入居対象者を要介護 3 以上に限定しないこと</p>	<p>国は、介護費用の削減を目的に、入居を要介護 3 以上に限定しました。 しかし、入居の必要度は要介護度だけでなく他の要因によっても左右されます。それを考慮に入れない制限は、利用者の生活実態を無視するものです。また、要介護 2 までの人のサービスの削減が続けば、要介護 3 以上になることを早める結果となり、経費削減にはつながりません。 利用者、家族を苦しめるだけの入居制限は撤廃すべきです。</p>
<p>③ 施設入居者の食費・部屋代補助（補足給付）の要件を 2015 年 7 月以前に戻し、非課税年金（遺族年金・障害年金）を所得要件の課税年金収入額に含めないこと</p>	<p>2015 年 7 月まで、補足給付の対象の条件は、第 3 段階（市町村民税非課税世帯）までのみでした。これに、同年 8 月から加わった以下の二つの要件を撤廃すること等を求めています。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「世帯分離していても配偶者が非課税であること」（配偶者が住民税課税の場合は対象外）、および「預貯金額が一定以下」（単身で 1 千万円、夫婦で 2 千万円程度、通帳等の写しと共に申告） 2. 「不動産が一定額以下」（評価額で 2 千万円、公示価額で 3 千万円以上を想定）
<p>（8）福祉用具・住宅改修について 要介護 2 までの人の福祉用具の貸与、住宅改修の原則自己負担化は実施しないこと</p>	<p>厚生労働省の資料によると、介護保険で福祉用具貸与を利用している約 6 割が要介護 2 までの人です。住宅改修では約 8 割になります。「自立支援」に不可欠なこれらを全額自己負担にすることで利用抑制を来し、自立の妨げになり、結果として介護費用の抑制にはつながりません。</p>
<p>2 新オレンジプラン等に基づく諸施策について</p>	
<p>1) 地域包括支援センターの業務から介護保険給付実務をはずすこと</p>	<p>地域包括支援センターは以下のような仕事をしています。①から③はセンターの機能が活かされる重要な事業ですが、介護保険給付事業は居宅介護支援事業所でも実施可能な業務で、現状でも多忙なため居宅に委託する件数は多いです。たとえば自閉症の息子が認知症の母の国民年金を頼りに介護している、地域から孤立した「ごみ屋敷」に暮らす一人暮らしの認知症の人など支援困難な多重課題を抱える人達の場合も包括と居宅がケアマネジャー支援の機能を活かしながら、給付管理していけばいいわけですから、地域包括支援センターの業務の中に入らなくてよいのです。</p>

	<p>参考</p> <p>① 総合相談・支援事業：住民の多種多様な相談を幅広く受け付けて、包括が培ってきた地域ネットワークも駆使しながら（制度横断的）な支援を実施</p> <p>② 権利擁護事業：地域からの相談の中で人権の視点で検討し侵害や権利が守られていないと判断した場合や、行政や関係機関と連携しながら、成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応等を行う。</p> <p>③ 包括的・継続的ケアマネジメント事業：*担当圏域の地域での問題を把握し解決に向けて地域住民・関係団体や行政とともに解決に向けた取り組みを行う。「地域ケア会議」などを通じた自立支援型ケアマネジメントの支援 *ケアマネジャーへの日常的な個別指導や相談 *支援困難事例などへの指導や助言</p> <p>④ 介護予防ケアマネジメント事業：介護予防などのケアプランの作成等</p>
<p>2) 認知症地域支援推進員について具体的な訪問相談支援を主たる役割に加えること</p>	<p>認知症に関する専門的な知識があり、よく知っている認知症地域支援推進員が、地域での認知症の人や家族等の相談支援業務にかかわることは、私たちの思いや現状をよく理解し、支えてくれることとなります。しかし、現状は配置人数が大変に少なく、具体的な相談支援を行うことは出来ない現状があります。京都市の場合、認知症高齢者75,000人、MC I 64,000人（2020年予測）に推進員は2名配置です。認知症地域支援推進員が地域包括支援センターに配置されている場合は、具体的な相談支援業務を行っています。制度の拡充整備が必要です。</p>
<p>3) 予防の取り組みにおいては、認知症がその人の責めに帰する病気であるかの印象を与える情報提供を行わないこと</p>	<p>「認知症施策推進大綱」の制定をめぐって、「家族の会」などの当事者団体や専門医が、発症予防についての明確な科学的根拠が示されていない中で、認知症の人の割合を減らす数値目標が示されたことについて、「予防」重視の方針が強調されることによって、「認知症になった人は、努力しなかった人」という偏見を助長し、自己責任論に結びつきかねないと反対の声をあげ、数値目標を取り下げさせることができました。引き続き注視していく必要があります。</p>

<p>4) 新オレンジプランのガイドラインの「認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人と家族の参画」する取り組みを徹底すること</p>	<p>認知症の政策作りに、認知症の人と家族の意見を聴くことは広く行われるようになりましたが、『企画・立案や評価』に『参画』するまでには至っていません。新オレンジプランを見直した「認知症施策推進大綱」にはこの「参画」という言葉が消えてしまいました。引き続き、企画・立案への「参考意見」ではない、会議構成員として決定にも参加していくことを求めます。</p>
<p>5) 家族が心身とも健康で介護を継続することができるよう、新オレンジプランの家族支援策として位置付けられている「認知症カフェ」の普及だけにとどまらない、それぞれの介護の実態に即した家族支援策を法制化すること</p>	<p>認知症の人とともにいる介護家族が、自身の生活と心身の健康を保ちつつ、認知症の人との関係性を維持していくための介護家族支援を、私たちは発足当時から求め続けています。それは介護家族のレスパイトケア（休養ケア）として、ショートステイやデイサービス等ができたことでかなり前進しましたが、介護家族と認知症の人との関係性が多様となり、介護家族自体も様々な状況を抱える中で、介護家族支援の在り方は従来のサービスで十分とはいえ、むしろますますニーズが複雑になってきており、支援の多様化が望まれます。新オレンジプラン、そして「認知症施策推進大綱」でも、まるで「認知症カフェ」が介護家族の支援の重要な柱のように挙げられていますが、相談窓口があるだけでは支援とはいえません。また相談窓口は、行政主体も、事業所主体も、民間主体もどれも必要であり、多様であることが、複雑化した家族の支援としての間口を広げます。そのほか、総合的な介護家族の支援策を、サービスとしての充実（柔軟な通所、入所、短期、長期ケア）も、相談窓口としての充実（地域単位で様々な窓口をあけること）も、介護者教育の多様性（若年者、成人など介護者予備軍の教育を含め）も考えていく必要があります。</p>
<p>6) 認知症の研修を受けた医師について、認知症の人や家族が簡単に知ることができるようにすること</p>	<p>医学会認定の認知症専門医に加え、認知症サポート医やかかりつけ医認知症対応力向上研修を習得された医師については、行政や自治体が把握し、認知症の人や家族が受診する際に迷うことのないよう、冊子や電子媒体等複数の方法で周知する必要があります。</p>

IV まちづくり・環境整備などについての要望	
1 自動車運転免許のスムーズな自主返納のための相談・支援体制について	
1) 運転者本人が自分の意思で返納をすすめられるようにするための、本人と家族を含めた相談・支援体制を整備すること	認知症の診断を受けることが欠格理由となるのではなく、総合的な運転能力を評価することとし、年齢差別や認知症差別による権利侵害が生じないことを前提とした上で、安全な国民の交通環境を保持するために、心身の機能低下により運転能力に困難が生じ、重大な交通事故を起こすかもしれないと自覚した人が、自ら運転免許を返納し、自身の生命と生活を守りたいと思えるような環境整備が必要です。運転免許を取り上げることありきではなく、運転を継続することのメリット・デメリットを自ら整理し、返納の必要性を自覚できたとき、返納することによる不利益が最小限になるような社会の仕組みを作っていく必要があります。そのためには、地域の交通網を整備し返納しても困らない仕組みができるまで、自主返納という行為に応える意味で、タクシー利用などを補助していくこと、免許返納センターや行政などで返納の相談を気軽にできるようにする（気軽に相談するためには安易に取り上げに誘導するのではなく、一緒に考えてくれる認知症や高齢者の生活を熟知した専門職を配置した）窓口が必要です。
2) 免許返納後もそれまでの生活を継続できる移動支援体制を公的な責任において整備すること	公共交通網の整備は行政の責務です。永年税金を納め、地域に貢献してきた高齢者や認知症の人が、免許を返納した後も快適に生活が維持できる交通網の整備は、行政が行うべきであることを求めています。
3) 年齢による限定をやめ、認知機能検査だけでなく運転能力を適正に評価する免許交付の仕組みを早急に確立すること	免許更新時の「認知機能検査」で「認知症のおそれ」とされ、医師の診断を受けた人の内、免許の取り消し・停止処分を受けた人は約 11%(2017年度)です。自動車の運転は「認知、判断、動作」の総合的な能力を必要とするものですから、「年齢」「認知機能」を更新基準にするのではなく、運転能力試験の適正化こそが必要です。
4) 運転免許取得・更新時の講習に、すべての運転者が認知症について適切に理解するための内容を含めること	運転免許取得・更新という機会を活用して、すべての運転者に認知症の理解を深めてもらえば、認知症の人が暮らしやすい地域づくりにつながります。

2 災害時の認知症の人と家族への対応について	
1) 災害時など緊急時における認知症の人とその家族への対応を充実させること	
(1) 災害時の避難所は、内閣府の設置マニュアルにもある、被災者の尊厳を重視した国際基準(スフィア基準)をもとに設置すること	「スフィア基準」は、紛争地等での難民キャンプの在り方を定めたものです。具体的には「一人当たり最低 3.5 m ² 」「女性トイレの数は3倍に」など様々な基準を示していますが、基本は「人間らしい生活」をできるだけ実現する、ということです。この基本構想で避難所の環境を整備すれば、災害関連死や災害由来の様々な後遺症も少なくできると思います。
(2) 福祉避難所はもとより一般避難所においても認知症の人の特性に配慮した環境整備を図り、その趣旨を周知徹底すること	災害時、認知症の人と家族の多くが状態の悪化を恐れ、避難所での生活をあきらめて自家用車内などで避難生活を余儀なくされた例を聞きます。避難所スタッフはもとより避難者全体が認知症を理解した上で、居住環境への様々な配慮を計画段階で行うことが必要です。
3 外出時の環境整備について	
1) 要支援者が付ける「ヘルプマーク」を国は推奨し、その周知と普及を図ること	「ヘルプマーク」は外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせ、援助を得やすくなるよう東京都が作製したマークです。現在、多くの都道府県が導入し、2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けた案内用図記号にも採択されたので、一層の周知と普及を要望します。 (東京都のホームページ参照)
2) 外出時、介護中の行動であることを表示する「介護マーク」を、国は推奨するだけでなく、より一層の普及を図ること	2011年、2016年の要望書から継続している要望です。当会静岡県支部がかかわって、2011年2月に静岡県が制定し、同年12月厚生労働省から都道府県あてに情報提供され、普及に協力を依頼する事務連絡が出されました。認知症の人とともに外出する際に有効なため引き続き要望しています。

V 認知症の人と家族に対する社会的取り組みについての要望

<p>1 認知症の人が安心して外出できる施設設備及び道路交通網等の外出環境の整備を推進すること</p>	<p>認知症の人が道に迷うのは、認知機能の低下により仕方のないことですが、道に迷うことで、交通事故に巻き込まれることは避けなければなりません。認知症の人は道に迷い、事故にあうかもしれないからという理由で、認知症の人の行動を抑制し、外出を制限することは認知症の人の人権を脅かすことになってしまいます。認知症の人の気分がいいとき外出し、地域の気の合う仲間と交流し、気軽に楽しむことができる、認知症があってもそんなやさしい社会になるといいと私たちは願っています。そのためにも、迷いにくい環境、事故にあいにくい踏切や側溝の整備などは、認知症があってもなくても、子どもや高齢者にもやさしい環境となります。認知症の人が安心して外出できるまちは、誰もが安心して外出できるまちになります。</p>
<p>2 認知症の人と家族が安心・安全に旅行を楽しむために、主要な駅、観光地に「トラベルサポーター」のような支援システムの構築をすすめること</p>	<p>自宅出発時から支援者を必要とする場合、費用負担の大きさから旅行をあきらめる人もいます。目的地で、地理にも詳しい支援者に依頼できれば、費用負担の軽減だけでなく、旅行そのものを充実することが期待できます。</p>
<p>3 認知症に関わるすべての専門職研修に、MCIを含めた認知症初期の病態像やケア技術の項目を加えること</p>	<p>保健医療専門職はどの専門職も認知症に関わらない職種はありませんが、認知症の基本的な知識の教育には大きな差があります。特に MCI や認知症初期の対応は最近の知見が多いこと、パーソンセンタードケアなどのケア技術を修得すべきであることから、専門職の研修に取り入れて、専門職の認知症への対応が確実にできるよう要望しています。</p>

<p>4 外出や就労等へのサポートにおいて高齢者施策と障害者施策とを併用できることを関係機関、専門職に周知すること</p>	<p>障害福祉サービスと同等の介護保険サービスがある場合は、基本的に介護保険サービスの利用が優先されます。しかし、介護保険サービスに相当するものがない障害福祉サービス固有のもの（例：行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、障害者総合支援法によるサービスを受けることができます。若年性認知症の人は、高齢者が中心の介護保険サービスには居場所がなく、家に閉じこもってしまいがちです。たとえば、その閉塞を押し開くものとして移動支援事業があります。この事業では趣味活動や娯楽（例：映画鑑賞、居酒屋、パチンコ等）を含め広く社会参加への支援が認められています。運転免許を返納して外出の手段や機会に制限を受ける認知症の人には必須の支援といえるでしょう。こうした制度を活用するために、関係機関や専門職が運用を知ることが不可欠です。（※移動支援事業の対象者は市町村毎に定めているため、若年性認知症の人が活用できるとは限りません。市町村へは対象と認められるよう、強い働きかけが必要です）</p>
<p>5 現在、自治体ごとに取り組まれている認知症の行方不明者の「SOS ネットワーク」をより広域な連携に強化し、公共交通機関の協力も推進すること</p>	<p>現在各地で取り組まれている「SOSネットワーク」は、認知症の人が行方不明になったときに、警察だけでなく、地域の生活関連団体等が捜索に協力して、すみやかに行方不明者を発見保護するしくみです。国が率先してより広域な連携に取り組むよう要望します。</p>
<p>6 警察などに保護された認知症の行方不明者が、自宅など安全な環境に戻ることができるまでの間、安心して過ごすことのできるような体制を警察内に整えること</p>	<p>警察の保護は24時間以内という規定があります。その間の接し方と環境が認知症の人に大きな影響を与えます。保護した時点から認知症に精通した職員が落ち着ける部屋で応対し、福祉関係者等への連携をスムーズに行えるような体制が必要です。</p>

<p>7 「家族支援ガイド」は当会（認知症の人と家族の会）が中心となって、家族の心情や介護実態を反映した原案をもとに作成・普及することを国として支援すること</p>	<p>様々な自治体、団体や医師、専門職による「家族支援ガイド」が数多く発行されています。しかし、家族介護はその経験をしたものでなければ分からない要因がたくさんあります。その視点から見たとき、どこか違和感を感じるものが少なくないのが、様々な「家族支援ガイド」の現状です。長い歴史と多くの経験を有する「認知症の人と家族の会」は、その決定版を作成するにもっともふさわしいと考えます。決定版を作成することは経費削減の観点からも意味があると考えての要望です。</p>
<p>8 認知症の改善、根治に向けた有効な治療法の開発を、国が主導してよりいっそう進めること</p>	<p>認知症の人や家族も、一日も早く認知症の発症原因やメカニズムが究明され、根本的な治療法が確立されることを願っています。国家的な重要課題として、官民学が協力して推進することを求めています。</p>

以上