

第 4 2 回

東京都認知症施策推進会議

会 議 録

令和 6 年 7 月 2 6 日

東京都福祉局

(午後 7時00分 開会)

○小澤課長 定刻となりましたので、ただいまから、第42回東京都認知症施策推進会議を開催いたします。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本会議の事務局を務めます、福祉局高齢者施策推進部認知症施策推進担当課長の小澤でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

初めに、いくつか事務連絡がございます。まず画面が映らない、音声が聞こえないなどの問題が発生した場合は、一旦会議からご退出いただきまして再入室を試みていただければと思います。再入室をしていただきましても改善されない場合は、事前にお送りしたメールに記載しております在宅支援課の電話番号へご連絡をいただければと存じます。

次に、オンラインでご参加の方は、ご所属、氏名を表示いただきますようお願いいたします。所属名は略称で構いません。また、適宜事務局側で変更させていただく可能性がございますことをご了承ください。また、委員の方はビデオオンでご参加ください。委員の方以外は、基本的にビデオオフでご参加くださいますようお願い申し上げます。

次に、オンラインでご参加の方は、ご発言の際、メニュー内の「リアクション」にあります、「手を挙げる」をクリックしてください。議長が指名しましたら、マイクをオンにして、ご所属、氏名を述べた上でご発言をしていただき、終わりましたらマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

なお、会議中のハウリング防止のため、発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

次に、会場にお集まりいただいた皆様は、ご発言の際には挙手をお願いします。事務局がマイクをお持ちしますので、議長が指名しましたらご発言をお願いします。その際、オンライン参加の方にも聞こえるよう大きな声でご発言いただきますようお願いいたします。発言につきましては、当事者の方にとっても誰にとっても分かりやすいよう、要点を絞って端的にお話くださいますようお願いいたします。

次に、本日傍聴されている方への注意事項を申し上げます。ムービーカメラ等の使用による録画・録音はお控えいただきますようお願いいたします。また、マイクとカメラにつきましては、必ずミュートやオフにさせていただきますようお願いいたします。

なお、本会議は原則公開となっており、配付資料及び議事録は後日ホームページでも公開させていただきます。あらかじめご承知おきください。円滑な会議運営に向けまして、ご協力をお願いいたします。

続きまして、本日の配付資料でございますが、次第の下段に一覧がございます。

資料1から資料8まで、また、その他資料といたしまして、参考資料が1-1から参

考資料 7－3 までございます。議事進行に合わせて画面共有にて資料を表示いたします。

次に、委員・幹事の紹介につきましては、前回の会議から変更ございませんので、お手元の資料 2、東京都認知症施策推進会議委員・幹事名簿の配付をもって紹介に代させていただきます。

次に、委員の出欠状況についてご報告いたします。本日は、井藤佳恵委員、森純一委員が所用により欠席されております。また、渡邊委員から遅れるという連絡をいただいております。現時点で平川淳一委員がまだお入りいただいていない状況でございます。

次に、ゲストスピーカーといたしまして公益財団法人東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター、センター長の西田淳志様にご参加いただいております。後ほど、「日本版 B P S D ケアプログラムについて」という演題でご発表いただきますのでどうぞよろしくお願いいたします。

本会議には、認知症の当事者の委員にご参加いただいております。途中、休憩時間を挟ませていただくとともに、ご負担を避けるためにも会議の終了時刻は厳守とさせていただきます。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

先ほど申し上げたとおり、発言は当事者の委員も理解しやすいようできるだけ端的にお願いいたします。

発言し切れなかった場合には、会議後にメールで事務局まで送付いただきましたら、皆様に共有するとともに、次回会議時に紹介させていただきます。

議事に入ります前に、前回開催いたしました第 4 1 回東京都認知症施策推進会議において、様々なご意見・ご質問をいただいたところですので参考資料 6 にてご説明させていただきます。色を塗ったセルのところをご紹介します。

4 番目、都内の認知症カフェ・家族会、介護者の会の設置状況を把握しているかという質問について、認知症カフェの総数は 6 5 0 でございました。家族会、介護者の会の設置状況は現時点では把握しておりません。

次に、1 2 番目、当事者の意見を取り入れるための官民協議会のようなものを設置する可能性というご質問でございます。今後も継続的に認知症当事者との意見交換を実施できるように検討していきたいと考えております。

1 3 番目、高齢者の比率が高まり、認知症の人が増えている場所として都営住宅やシルバーピア、UR などが挙げられるが、こういった場所でマンション管理組合における取組がなされているかというご質問でございます。都営住宅（シルバーピアを含む）、公営住宅においては同様の取組はしておりません。都営住宅では、だれもが集いつながる「東京みんなでサロン」事業の中で、講座等を実施しております。その中で認知症がテーマとして取り上げられることもあるということでございます。なお、UR に関しては国土交通省の所管になるということでございます。

続いて16番目、「マンション社会的機能向上支援事業」について、大体どれぐらいの期間、どれぐらいの頻度で支援するイメージかというご質問でございました。一つの管理組合について、認知症対応と防災力向上のそれぞれ1回ずつ無料派遣を申し込むことができ、1回当たりおよそ2時間程度ということでございます。

17番目、都営交通におけるバリアフリー化について、多機能トイレが真っ白に見えてしまう。認知症の人へのヒアリングの中で検討してもらえるといいというご意見がございました。こちらについては、認知症の方へのヒアリングの中でバリアフリーについてもご意見を伺っていく予定でございます。なお、都営交通ではガイドライン・マニュアル等に基づき設備を整備していくということでございます。

21番目、バリアフリー化について東京都が音頭を取って各鉄道事業者のサービスに一貫性を持たせることが必要で、特定の事業所だけできてもよくないというご意見でございました。ご意見として承り、今後の誰もが使いやすい駅作りの施策展開の参考といたします。

35番目、行動障害は最も虐待の被害者になりやすい特性である、虐待通報等で虐待防止の取組との連携はどうなっているかというご質問でございます。こちら、東京都福祉保健財団の東京都高齢者・障害者権利擁護支援センターにおいて、各区市町村・地域包括支援センターを対象とした専門職による相談支援等を実施しています。また、東京都では日本版BPSDケアプログラムを介護事業所等に広く普及することで、認知症ケアの向上と行動・心理症状の軽減を図っております。こちら、後ほどご発表もいたします。

36番目、地域福祉権利擁護事業から成年後見制度へのつなぎにつきまして、こちら、森委員から詳しいご説明をいただいております。後ほどご紹介します。

43番目、ヤングケアラーなどに関する実態調査を行う可能性についての質問でございます。ヤングケアラーの支援について、福祉・教育等関係局から成る推進チームを立ち上げており、今年度、ヤングケアラーの支援の法制化を踏まえた調査を行う予定でございます。また、法改正の施行通知においては、ヤングケアラーの実態を把握するような調査は市区町村の役割とされているということでございます。

先程の36番目の御意見に関する森委員の提供資料についてかいつまんでご説明します。

権利擁護事業から成年後見制度への移行に関する課題についてのアンケート結果を提供いただきました。判断能力の低下の見極めが難しいとか、移行のタイミングがつかめない、利用者自身の意思決定に時間がかかる、こういったところが課題として挙がっているということでございます。成年後見制度の移行を検討するきっかけの一つとして、契約そのものの継続が難しい、思いのほか判断能力が短期間で低下していく場合があるということですか、見極めが難しかったりタイミングをつかみにくい、こういった課題があるということでございます。別のきっかけとして、悪質な訪問販売

ですとか、周囲からの経済的な搾取、また、入院や入所をきっかけとした環境の変化といったようなこともあり、こうした場合、ご本人を交えて関係者と権利擁護支援の必要性を検討する必要があるということでございます。また、新規の法定後見の申立てのうち、市民後見人が受任しているケースについては、地域福祉権利擁護事業から移行したケースではその割合高いといったようなことがございます。また、信頼関係が構築できているケースには、環境を変えずに移行を進める視点も大切といったようなことを記載いただいております。

事務局からは以上でございます。

それでは、ここから内藤議長に進行をお願いいたします。

○内藤議長 改めまして、皆様お集まりいただきありがとうございます。先ほど量が多いというご意見もございましたが、本日もなるべく整理して進めていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

前回、皆様からいただいた意見のまとめとコメント、質問に対してはお答えということです。ご意見として承って、計画策定の参考にいたしますと書かれているものつきましては、今後説明があると思いますけれども、計画策定の過程で、ご意見についてどのように扱っていくのかという議論がなされるというふうに思っております。

一点、17番目のさとう委員からいただいた都営交通におけるバリアフリー化の中で、トイレのことについてご指摘いただきましたが、これにつきましては大変重要な問題で、トイレのことだけではないということもございますし、またその次のご質問にありますように、都営交通だけの問題ではないということもあります。福祉のまちづくりが進められていると思いますので、今後、その中で認知症のバリアフリーということに関して、もう少し全体像をご検討いただきたいというふうに思っております。ぜひ事務局内でご検討いただいて、今回の計画の中に盛り込んでいただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日の議事に沿いまして進めさせていただきたいと思います。

まず1点目は、認知症基本法の施行に伴う区市町村への現況把握調査結果についてということで、前回ご報告をいただきましたけれども、地域別の状態がどうなのかというようなご質問をいただきましたので、少し細かく分析していただいております。

事務局からご説明いただきまして、皆さんで意見交換したいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。では、ご説明をお願いいたします。

○小澤課長 それでは、資料3によりご説明をさせていただきたいと思います。

まず、認知症の人本人からの意見の聴取については、「聴取している」という割合が45.4%ということでございます。具体的な聴取方法について、窓口での相談対応、認知症の人や家族を含む会議体での聴取、それから、本人ミーティングでの聴取、認知症カフェでの聴取、こういったご回答をいただいたところでございます。

それから、圏域別の状況でございます。「聴取している」が青色でございまして、1

00%となっているのが、区西部・区南部・区西南部・南多摩というところでした。

続いて、認知症の人の家族への意見聴取でございます。こちらは、51.6%が「聴取している」ということでございます。具体的には、窓口での相談対応、家族を含む会議体、認知症カフェですとか、介護者の会議で把握しているといったご回答をいただいております。

圏域別の状況は、「聴取している」が青で、「認知症基本法の施行を踏まえ、聴取予定」というのがオレンジでございますけれども、区西部・区西北部・区南部・区西南部では、「聴取している」が100%でございました。

続いて、社会参加の機会の確保についてでございますが、「実施している」が45.2%、「認知症基本法の施行を踏まえ、実施予定」が8.1%でございます。

具体的な取組としては、本人ミーティングや認知症カフェ等に関する回答ということでは、豊島区で認知症初期の本人からの希望があり本人ミーティングを開催している、それから、多摩市では当事者家族会と共催して講座を開設しているといったお答えをいただきました。

圏域別の状況は、青が「実施している」、オレンジが「認知症基本法の施行を踏まえ、実施予定」でございますけれども、こちらは南多摩で「実施している」が100%でございました。

続いて、認知症の人の意思決定支援、権利利益の保護についてでございます。こちらは「実施している」が24.2%、具体的には、国分寺市でACPに関する研修の開催ですとか、府中市では住民に対しては未来ノートの普及啓発をしているといったお答えがございました。

圏域別の状況でございますけど、青色の「実施している」、あまり100%のところはなく、多いところでは区東部で66.7%、南多摩で60%、区西北部で50%といったような状況でございます。

続いて、相談体制の整備については、具体的な回答を棒グラフにしておりますけれども、特に支援に課題がある対象者として挙げられたものとして、独居高齢者のケース、身寄りのない高齢者のケース、認知症だけでなく複合的な課題を抱えている。それから若年性認知症のケースが挙げられました。

認知症の予防については、「実施している」、「認知症基本法の施行を踏まえ、実施予定」と回答したところの具体的な取組といたしまして、普及啓発では、世田谷区でセルフマネジメントの介護予防の取組を普及すること、小金井市では介護支援ボランティアポイント事業の実施についてご回答をいただきました。予防については、「実施している」が多いところでございますけれども、100%のところは区西北部・区南部・区西南部でございました。

ご説明は以上でございます。

○内藤議長 ご説明ありがとうございます。

では、今説明ありましたこの資料3の区市町村への現状把握調査、少し細かく分析していただいたわけですが、委員の皆様からのご意見、ご質問等ありましたら、お願いしたいと思うんですが、いかがでしょうか。

大野委員、お願いいたします。

○大野委員 ご本人や家族から意見を聴取しているということですが、どのような場所で、どのような場面で、何人ぐらいの方に聴取なさったのかなというのがちょっと分かりません。例えば、私の住んでいる南多摩の八王子ですが、聴取しているという話はあまり私の耳には入ってきておらず、その辺を教えてください。例えば、地域包括支援センターで聴取しているとか、アンケートとかを取られたのかなというのがちょっと分かりませんでした。

○内藤議長 ご質問ありがとうございます。

○小澤課長 参考資料5に具体的な調査票がありまして、これの第2で本人等の意見を聴取しているか聞いております。聴取している場合、具体的な聴取方法について当てはまるのを書いていただいております。この選択肢でどれかに当てはまるかというところを選んでいただいたという形で、その中で窓口で聞いていますとか、調査票でやっているとか回答いただいております。本人からの意見聴取はこの形でやっております。

あと、資料3の2ページ目、こちらは要約したものになりますが、この中で本人からの意見聴取ですと、窓口でというのが63.3%となっております。また、4ページ目が家族への意見聴取ですが、窓口の相談対応等、日頃の中で把握しているのが56.3%ということになります。

今回、東京都も計画策定に向けてヒアリングを行いますけれども、今後各自治体においても工夫しながらやっていくということになります。

説明としては以上でございます。

○内藤議長 いかがでしょうか。

○大野委員 ありがとうございます。

やっぱりできるだけたくさんの方の意見をすくい上げていただきたいなと思ったものですから、発言させていただきました。

ありがとうございます。

○内藤議長 とても大事なことをどうもありがとうございます。

このアンケートの結果を見ましても、先ほど説明していただいた資料3の2ページで見ても、窓口の相談対応、日頃の業務の中で把握しているというのが、ご本人もそうですし、家族のほうも、56.3%であるということです。それで十分なのかということについては、今回の計画といいますか、基本法の基本的な精神として、ご本人やご家族の意見を十分に聴取して計画をつくっていくということですから、ぜひ今後の

検討課題にしたいというふうに思います。どうもご意見ありがとうございます。

では、井上委員、お願いいたします。

○井上委員 ありがとうございます。

それぞれの項目について「実施している」、そして「認知症基本法の施行を踏まえ、実施予定」、それから「未定」と「無回答」というような中で、認知症基本法の理念をこれから実現していくということから考えますと、「未定」という表現をなかなかしにくいんじゃないかなというふうに思ったところで、回答項目として非常に優しく提示しているんじゃないかなと思うところです。その中でも、4番の意思決定支援及び権利利益の保護についてが、「未定」が74%というのは非常に高い数値であり、問題ではないかなと考えており、この辺りは東京都としてどのように捉え、またどのような対策をしていこうとお考えなのか、もし現段階でありましたらお聞かせ願えますか。

○小澤課長 井上委員、ありがとうございます。おっしゃるとおり、意思決定支援については、権利利益の保護も含めて、基本法の中で自治体に取り組が求められていると認識しております。今後この会議でのご意見も参考にしながら、考えていきたいと思えます。

○内藤議長 どうもご意見、ありがとうございます。

本当に実施しているというところが少ないということがあって、なかなか内容的にも市町村の中でいろんな研修を進めていくのは難しいところでもあり、都が支援してこれを普及していくということが大事だと思いますので、ぜひ事務局でもご検討いただければと思います。どうもありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。

では、渡邊委員、お願いします。

○渡邊委員 武蔵野大学の渡邊と申します。少し遅れての参加ということで、最後のほうしかお聞きできなかったんですけども。相談体制の整備等で、認知症だけでなく複合的な課題を抱えているケースというのが85.5%で最も多かったというところなんですけども、この結果に対してどういうふうに相談支援体制の整備等をしていけばいいのかなというところです。例えば、一応経済的な課題、8050問題の世代間にまたがる課題などというふうにまとめて書いてありますが、この具体的な中身はどういう形になっているというようなことを、東京都や実施された皆さんはどう解釈されているのかというのを、お伺いできたらと思います。

○小澤課長 本日の議題の中で後程相談体制というところがございます。都の取組についてはそこでご紹介したいと思います。

○渡邊委員 ありがとうございます。

○内藤議長 どうもご意見ありがとうございます。

後ほど、議事の2番の中で相談体制の整備があると思いますので、そのところで不足があれば、ぜひご質問・ご意見いただければと思います。ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。

平川淳一委員、お願いします。

○平川（淳）委員

先ほどアドボケイトといいますか、意思決定支援のところのお話があったんですが、このアドボケイトが非常に難しく、成年後見について、経済的な問題についてはそれでいいのかなと思いますが、ガイドラインができて医療的な部分、例えば今問題になっている、がんなんかでどういう治療するかというのは、認知症があってもなくてもものすごく悩むところで、そんなに簡単なことではないと思います。意思決定支援のところがなかなか進まないというのは当然のことかなと私は思うので、地域できちんとみんなで考えていくような体制をつくっていくということが大事です。役所の窓口で相談するような話とはちょっと質が違ってくると思いますが、その辺は体制として何か今後考えていくようなことをお考えなんでしょうか。そこが質問です。

○小澤課長 平川委員、ありがとうございます。

先ほど申し上げたとおり、意思決定支援については、東京都としても課題意識を持ってございます。その難しさについて、今、ご意見いただきましたので、それを踏まえて検討してまいりたいというふうに思います。

以上でございます。

○内藤議長 よろしいですか。

これは検討課題ということで聞いておりますので。技術的に、あるいは、現実的に難しいという問題が多々あると思います。では、区市町村で、あるいは東京都に何ができるかということとはぜひ事務局にご検討いただいて、議論したいというふうに思います。よろしくお願いします。

どうもありがとうございます。

では、中村委員、お願いいたします。

○中村委員 ありがとうございます。

全般的な意見となりますが、やったか・やらないかと言われると、1件でも市区町村でやったものについてはやったという回答になるんでしょうけれども、質的なものというか、実際に本人からの意見聴取については、計画策定に向けた意見聴取の具体的な取組を実施している市区町村は限定的であると考えられると結ばれている。それについて、どのようにすれば本人の意見聴取ができるのかという、質的なもの、あとは、先ほどのいろいろな社会参加の機会であるとか、意思決定支援に関しても、質的にどうなのかということについて、どのように取り扱っていくのかということ、市区町村に、より詳細を聞いていくことになるのか、それについてどのように対応していくのかということについて、ご意見などをいただければと思いますが。

○内藤議長 ありがとうございます。

その点につきましては、恐らく今回東京都が策定する計画にある程度従って、市区町

村でもつくることになろうかと思います。区市町村によって、つくるところ・つくらないところあると思いますけども、検討していくことになると思います。都の計画をどのように示すかということが非常に関係するので、計画の議論の中で非常に重要な点だということは意見として承りましたので、これから起草委員会もございますので、ぜひそこでどんなふうに盛り込んだら市区町村でやっていただけるのかということをご議論いただければというふうに思うんですが、いかがでしょうか。それでよろしいですか。どうもありがとうございます。

先ほど申し上げましたが、大変重要なポイントだと思います。今回、ご本人様やあるいは家族の意見を取り入れていくということが非常に重要な課題になっていますので、それが確実に行われるように、アリバイのような形ではなく取り入れていくということが大事だと思いますので、ぜひその点は計画に盛り込んでいきたいと思います。

ほかにもまだご意見あるかと思うんですが、次に進めないと全部終わらなくなってしまいますので、またこの資料3につきましては皆さんのご意見がありましたらメール等でお寄せいただければ、先ほどの参考資料6のように今後の検討課題に盛り込みたいというふうに思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。どうもありがとうございます。

それでは、議事の2番になります。

今度は東京都における認知症施策についてということで、前回会議でも前半をご説明いただきましたが、後半について、まず資料4-1から4-5までを使いまして事務局のほうからご説明いただいて、皆さんからご意見いただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○小澤課長 資料4-1をご説明させていただきます。

前回、1から4番目の柱についてご説明いたしました。今回は、⑤から⑧までについて、ご説明をさせていただきます。

まず、施策の⑤-1は保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制のお話でございます。まず、適切な医療を受けることができるというところについては、認知症サポート医地域連携促進事業の中で、「とうきょうオレンジドクター」の取組を進めております。

それから、適時かつ切れ目なく提供するというところでは、認知症ケアプログラム推進事業を取り上げさせていただきました。「日本版BPSDケアプログラム」を普及してまいります。

⑤-2でございます。認知症抗体医薬対応支援事業を今年度から始めております。認知症抗体医薬に関する治療について、専門職の相談窓口の設置ですとか、研修等を実施してまいります。

⑥の相談体制の整備について、先ほどご質問がありました、認知症の人の家族等からの相談への対応でございます。単身高齢者等の総合支援事業、今年度から新規事業と

ということで、単身高齢者等が元気なうちから将来の準備ができるという事業を開始しているのと、若年性認知症総合支援センターの運営について記載をしています。こちらは、若年性認知症の人のワンストップ相談の窓口でございます。ご質問にあった複合的な課題を抱えたケースへの対応については、重層的支援体制整備事業で、区市町村において社会福祉法に基づいた総合支援、参加支援、地域づくりに向けた支援に一体的に取り組む事業を実施してございます。

それから、孤立することのないように、というところでございますけれども、認知症高齢者早期発見等支援ネットワーク事業において、GPS等を活用した見守り支援、ネットワークの構築等を実施してございます。

⑦の研究等の推進でございますけれども、本日ご発表がございますAI等を活用した認知症研究事業、それから保健医療局の認知症発症メカニズム解明と新規治療法等の研究の推進を実施しております。

東京都健康長寿医療センターにおけるIRIDEの取組、東京都医学総合研究所における発症メカニズムの解明、新規治療法予防法の開発の研究、それから、認知症との共生社会の実現に向けた研究の推進ということで、健康長寿医療センターのIRIDEに「共生社会」チームを設置したということでございます。

続いて⑧の認知症の予防等、予防の取組では、認知症サポート検診事業で認知症検診を推進するとともに、認知症地域支援推進事業で初期段階からの地域づくりということを進めてございます。

最後に、早期診断・早期対応の推進の取組、こちらも「とうきょうオレンジドクター」の取組を紹介させていただいております。

続いて、資料の4-2をご覧くださいと思います。

認知症サポート医地域連携促進事業ということで、地域包括支援センターと合意した認知症サポート医を「とうきょうオレンジドクター」として認定する取組を今年度から開始しております。次のページ、認定要件でございますけれども、ポイントとしては地域包括支援センターとの合意書、具体的には下の注にあるような内容を双方合意の上で約束した書面を交わしていただくということで認定をしていくという取組を開始いたします。

続いて、資料の4-3、「日本版BPSDケアプログラム」を平成30年度から開始しております、こちらは行動・心理症状を周囲に自身のニーズを伝えるメッセージとして捉え、介護従事者等が隠れたニーズを発見して適切に対応するという取組でございます。こちらのシステムは、アドミニストレーターと呼ばれる事業所の方が観察・評価、背景要因の分析、ケア計画をオンラインシステムを活用して行うことで、見える化をしてケアの質の向上を図るという取組でございます。

令和5年度末時点では、45区市町村でアドミニストレーターがいらっしゃって、703か所の事業所、1,211人のアドミニストレーターが取り組んでおります。こ

ういった取組を進めてございます。

続いて、資料の４－４でございます。 認証抗体医薬対応支援事業、今年度の新規事業でございまして、普及啓発、相談窓口の設置、研修の実施ということを健康長寿医療センターの知見も生かしながら実施をしてございます。

それから、最後に資料の４－５をご覧くださいと思います。

認知症サポート検診事業は今年度リニューアルをいたしまして、原則として５０歳以上の都民を対象ということで拡大をいたしました。

検診事業では、まず、区市町村において地域の実情に合わせた普及啓発をしていただきます。

それから、医療機関やイベント会場等で問診・認知機能検査を実施し、最後に、検診後の支援として、関係機関と情報共有して対象者に対して地域の実情に応じた支援を実施いたします。早い段階からの気づきの促進、それから医療へのアクセシビリティの向上、リテラシーの向上を目的として実施をして参ります。

以上でございます。

○内藤議長 ご説明ありがとうございます。

ちょっと押しぎみなので少し時間を圧縮しながら進めていきたいと思いますが、皆様からご意見をいただければと思います。また同じように挙手マークをいただければと思うのですが、会場の委員の方ももしあれば挙手をお願いいたします。

今回は保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制、相談体制、研究、予防ということがテーマになっておりますが、どこでも結構でございますので、ご質問でも結構ですし、これに関するご意見でも結構でございます。

では、お願いします。

○上村委員 公募委員の上村と申します。

さっきのところで質問しようかなと思って迷ったのですが、この段階で質問させていただきますと思います。

資料４－５の認知症サポート検診事業についてということで、下のほうにある早い段階から気づきの促進、これはすごく大事だと私は認識しています。私も区のほうの認知症の関係の委員もやってまして、今日の午前中、実は審議会があつて、その後、ここに来ている次第なんですけど、私が言うまでもないんですが、レカネマブというか、ある程度進行を抑える薬ができていますので、早く気づくということは必須だと思います。早く気づいてレカネマブなり、次から次に薬が出てくるので、それを投与していけば、医者じゃないのでちょっとそこまで私は言えないんですが、一生涯の中で介助なく過ごすことができるんじゃないかなということです。

その中で、この資料４－５の早い段階から気づきという促進ですが、区が取組としては医者に行つて、イエス・ノー形式のものがあるんですけども、そんなに効果ないんじゃないかなと思っています。

それともう一つ、区でやっている事業として、直接、地域連携型認知症疾患医療センターと事務委託契約して、保健師さんとか介護関係の専門のスタッフが訪問するというのがございます。これは、発掘という言い方はおかしいですが、状態を把握する一助になるんじゃないかなと、私はそう思っているのです。これは市区町村の役割なんです、そこら辺は広域行政の都としての連携、協働というスタンスの中で一歩二歩進めていただきたいなと。要望と意見ということです。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

ご質問というよりは、ご意見・ご要望として計画の中に反映するということでご検討いただくようにしたいと思います。どうもありがとうございます。

では、さとう委員から手が挙がっていると思うんですが、よろしく願いいたします。

○さとう委員 ありがとうございます。

資料４－５のことで、少し今のことと被ってしまうかもしれませんが、東京都は「早期の気づき」という大切な言葉を使っていることがすごくいいなと思っています。私自身も早期の気づきで早期受診に至った一人でもあります。やはり、周りから言われると本人さんってなかなか受診を嫌だって思ってしまう方も多いので、自ら気づくことの大切さということは本当に自らも感じております。

その中でも、やはり４０代の中から異変を感じていたり、診断・受診に至るケースの方々も働き盛り・子育て世代の方でもいらっしゃるので、５０歳からの検診という言葉、変更になったというお話でしたが、せめて４０歳代の希望者についても検診の重要性を感じます。早期に気づくということに対して今後少し検討していただけたらうれしく感じました。

以上です。

○内藤議長 ご意見ありがとうございます。ぜひ検討材料にさせていただければと思います。

ほかにいかがでしょうか。

では、佐野委員、お願いします。

○佐野委員 今話に出た、早期からの気づきということに関連して、「相談体制の整備」の観点から申し上げます。私はより早期からの認知症への気づきと対応が重要だと思います。そのためには、より早期の時期から対応できる相談体制の整備も重要です。これまでの議論でも、空白の期間に対応することが肝要ということは共通認識ですが、より早期というのは、診断直後ではなくて、診断の前からの対応ということです。その対応に必要なのは相談の機能だと思います。

具体的には、前回お話しました地域包括支援センターなどで行なわれているアウトリーチによる相談対応です。実際に家庭を訪問して困っている方、気になる方をすくい上げて支援につないでいくことです。その後の相談の担い手も、地域包括支援センターになると思います。その上位の組織として区市町村に基幹の相談窓口を設け、そこ

が核となって各地域包括の相談窓口と連携しながらより早期の段階から相談を受けて、医療、介護、福祉、それから居場所などの社会資源につないでいくという体制があればよいと思います。より早期から家族および本人の相談に乗って、その後の対応につなげていく仕組みが整備されることを望みます。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

相談体制と、早期の気づきということについてご意見を承りましたので、ぜひ検討のリストに加えさせていただきたいというふうに思います。

では、平川淳一委員、お願いします。

○平川（淳）委員 認知症疾患医療センターでレカネマブについてのいろんな勉強会をやっていますが、その件で、このレカネマブはアルツハイマーの病理としてアミロイドβの検出が必要になってくるんですね。そうすると、それに漏れてしまう、それが無いという結果に至った人で認知症があるというような人が早期に見つかってくると、これは治療がなくて認知症の発症をその段階で指摘されてしまうということになってしまうので、診断後支援というか、アルツハイマー以外の人たちの支援も非常に重要になってくるのが一つあります。

それから、レカネマブの治療については先ほど未来永劫進行しないというようなお話もありましたけど、そういうことはございません。進行が数か月延びるというところで、この中でどのような体制を地域で敷いていくかという部分で、夢の薬ではないことについては十分な普及啓発が必要だと私は思っています。

○内藤議長 どうもありがとうございます。大変重要なポイントだと思います。

アルツハイマー型の認知症以外の方への対応、これは前回もご意見あったと思いますけれども。全体的にそこをもう少し考えていく必要があるだろうということ。

それともう一つは、レカネマブの限界について、もう少しはっきりと示していくということを前提に、気づきへの対応ということが必要というご意見だと思います。どうもありがとうございます。

では、井上委員、お願いしたいんですがよろしいでしょうか。

○井上委員 すみません、時間のないところで一つ。

認知症の人を地域で支えようとしたときに、地域包括支援センターであつたり地域支援推進員、また初期集中支援チームというような、専門職の名前が上がることはよくあります。ただ、その地域においてこういった役割を持つ人たちの数がまず少ないということと、その役割のある方たちのパーソナリティによってもかなり活動の幅が違ってくると思います。私も地域密着型サービスには、認知症対応型サービスが3サービスございます。認知症デイサービスであつたり、グループホームだったり、また小規模多機能も認知症の方を支えるために力を発揮することができると思います。そういった事業者もうまく活用することができるようにすることと、また、明記をしていただくということも大事ではないかなというふうに考えております。

以上です。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

相談先といいますか、担い手を増やすのは大変重要ですし、以前からご意見をいただいたと思いますけれども、地域密着型の事業所をはじめとした介護事業所でも相談が受けられるような体制ということで、ぜひご意見のリストに加えて、ご検討いただければと思います。どうもありがとうございます。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 ありがとうございます。

研究のことを一つだけ。共生社会のことを言っていて、ありがとうございます。

それからもう一つだけ、これから東京都が恐らく先進的にやるといいんじゃないかなと思っているのは、先ほどの自治体対象の調査で、今、非常に課題となっているケースについて、独居のことで、複合的課題がある人のことで、身寄りがいない人のことが出ていましたけども、まずその実態調査をやるということが大事であって、独居の認知症高齢者がどういうふうな状況にあるのか。あるいは、複合的課題のある人がどういう状況にあるかということをやちゃんと実態調査をした上で、それに基づいて課題解決に向けた施策を考えていくということがとても大事なので、今後の課題となるかもしれないんですけど、ぜひそういうことを考慮して調査研究していただけるといいかなと思います。こういうことをやっている都道府県はほとんどないので、ぜひ東京都が率先してやっていただけるといいかなと思いました。

以上でございます。

○内藤議長 ありがとうございます。大変重要なご意見だと思います。

質と量を十分調査した上で施策を立てるとというのが計画の基本ですので、ぜひ分かっていないところについては、調査を進め、今回の計画では調査を進めるという形もあり得ると思いますので、ぜひそこは明確にして施策を進めていただければというふうに思います。どうもありがとうございます。

では、今、中村委員と北村委員から挙手いただいているので、これをお伺いして大変恐縮ですが、休憩に入りたいと思いますのでよろしくお願いします。

では、中村委員からお願いしたいのですが、よろしくお願いします。

○中村委員 ありがとうございます。時間のないところ恐縮です。

一言だけなんですけれども、認知症に関する相談体制について、早期に認知症の気づきを得た人が、その後専門職の支援だけということではなく、ピアサポートという当事者同士のつながりをつくって、当事者から当事者にどういうふうに工夫しているのかというところに接触できる・アクセスできる、そういう情報が必要であるというふうに思っております。専門職だけでどうしようということではないピアサポートの場の重要性みたいなところも取り上げていただければと思います。

以上です。

○内藤議長 どうもありがとうございます。ご意見として承りたいと思います。

では、北村委員、お願いいたします。

○北村委員 非常に軽度の早期の段階での相談が大事だという話が出ていたかと思いますが、実際相談をするとすぐにサービスの導入とか、診断がどうのとかという、動き出すほうの提案ばかりされてしまって、そこまで気持ちが固まってなくて、結局その後の支援につながらないというような意見があると思います。軽度の段階が重要であれば、その軽度のときに何を支援したらうまくいくのかということのメニューが今のところちょっとあんまりないように思いますので、そこは先ほどの研究事業などを絡めながらメニューをつくっていったらいいんじゃないかなというふうに思います。

以上です。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

軽度の段階での支援、大きな課題になっていますけども、必ずしもメニューとか、支援がまだまだ確立されていないというところがあると思いますので、ご意見として承りましてぜひ検討材料にさせていただければというふうに思います。

どうもありがとうございます。

では、皆さん、大変申し訳ありません。こちらの不手際もあり、少し進行が遅れたこともございまして、ちょっと遅れぎみで進めておりますが。中間の休憩を取りたいというふうに思っております。刻んで申し訳ございませんが、20時3分まで5分間休憩ということでお願いします。どうもありがとうございました。

(午後 7時58分～午後 8時03分 休憩)

○内藤議長 皆さんよろしいでしょうか。まず前半、活発なご議論ありがとうございました。時間が少し押してしまって大変申し訳ございません。後半は資料5から始まります。「認知症未来社会創造センター（IRIDE）について」、栗田委員からご発表いただきまして、その後に皆さんからご意見をいただきたいと思っております。

では、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、センター長の栗田先生です。どうぞよろしくお願いいたします。

○栗田委員 まず、この認知症未来社会創造センターということでお話をさせていただきますが、1枚目のスライドに大目標を掲げております。

(p.2) もともと、東京都のAI等を活用した認知症研究事業ということで、2020年から5か年計画でスタートしている事業ですが、ここに書いてあることを簡単に言うと、まずTOKYO健康長寿データベースということで、私どもの病院と研究所で収集蓄積している様々な認知症に関連するデータ等や生体試料を一元管理してビッグデータをつくって、これを活用して、次にバイオマーカーとありますけども、様々な認知症の診断に関わるバイオマーカー、特に低コスト低侵襲でできるバイオマーカーを開発するとともに、次に、AI認知症診断システムとありますが、AIを活用して診断支援ができるようにしていこうとしております。さらに、AIチャットボット

ということで、A I を使って、例えば、一人暮らしの認知症の方もサポートできるようなものをつくっていかうとしております。さらに、地域コホート研究といって、後で詳しくお話ししますが、私のところでは地域の高齢者を縦断的に何年にも渡って追跡し、そのデータも蓄積しておりますので、それを使って認知症に関連する様々な要因を検討していこうということでございます。

(p. 3) こういう研究するために組織をつくらなくてはいけないということで、1・2・3・4は今言った四つの研究ですけど、これをやるためには認知症疾患医療センターと認知症支援推進センターの協力が必要なので、これらも認知症未来社会創造センターに入れさせてもらって、そして先ほど東京都のほうからご説明いただきましたけど、2022年から認知症共生社会というチームをここに加えました。

(p. 4) さらに、今年度からは、認知症疾患医療センター、認知症支援推進センター、共生担当を全部、共生部門、共生に関する研究チームとして立ち上げたところでございます。

(p. 5) ここから一つ一つのチームの活動を簡単に説明します。まずこのバイオロジー研究部門で、さっき説明しましたように、医療情報や生体試料のビッグデータを収集管理する仕組みをつくり、バイオマーカー研究部門で、例えば、血液のバイオマーカーとか、広く使えるものを作っていこうということでございます。

(p. 6) ポンチ絵が複雑で申し訳ございませんが、真ん中にあるメディカルバイオバンクというのが生体試料を一元管理しているところで、健康長寿データベースというのが様々な臨床データとか、行動のデータを一元管理しているところでございます。これらが右側にある色々な企業や外部研究機関と連携して様々なものを作り出していこうということです。

(p. 7) バイオマーカーでは、レカネマブの問題が注目されていますので、ここからそのことを話そうと思いますが、レカネマブは先ほど平川先生がおっしゃったように、認知症の進行を止めるのではなくて、アルツハイマー病で、18か月使うと6か月程度進行を遅延できそうだという薬でございます。

(p. 8) この治療をするためには、アミロイド β を測定しなければいけませんが、アミロイド β というのは発症する20年くらい前から蓄積し始めます。これを早い段階で測定するというのがこの治療の条件で、今は髄液検査とアミロイドPETどちらかしかないんですが、両方とも侵襲性があるということ、それから費用がかかるということで広く活用はできません。

(p. 9) ということで、血液で測定できるようにしようということで、富士レビオとシスメックスというところと協力して血液の測定ができるものを作っております。ちなみに、もう薬事承認は下りております。ほかにも様々なバイオマーカーをほかの会社と一緒に作っているところでございます。

(p. 10) A I 部門とコホート部門ということで、A I は先ほど申し上げたとおり、A I を使って診断支援できるようにしていこうということです。

(p. 11) これは、MR I と P E T という神経画像の診断を A I で診断できるようにしていこうというものです。上はMR I ですが、右の写真で黒くポコポコと穴が空いているところは、微小出血なんですね。この微小出血を熟練した神経画像の専門家はもちろん診断できますけども、どこでも誰でもある程度診断できるようにしようということで、A I で判定できるシステムを作っております。

それから、アミロイドですが、アミロイドも実はそう簡単に読影できるものではないこと、また定量、つまり量を測れるようにしようということで、アミロイドの定量や読影を支援する A I のシステムを作っております。下がさっき説明したチャットボットです。

(p. 12) これがコホートというもので、私どもは八つの地域で縦断的に高齢者を追跡しており、全部合わせると8, 0 0 0人になります。ちなみに、2 0 1 9年、2 0年、2 1年はコロナのために少し休んでおりますが、2 2年以降は再開しております。

(p. 13) 認知機能の低下と、社会的孤立とか、精神的健康度低下、低栄養、身体機能の低下、口腔機能の低下、全て双方向性の関係があるということが分かってきております。ということで、認知機能検査をしなくてもこの周りのものを大体見れば将来の認知機能低下のリスクがある程度分かるのではないかとということで、これを A I で測定できるようにしていこうというリスクチャートも今作られているところです。

(p. 14) それから共生部門で、今言ったように認知症疾患医療センター担当と認知症支援推進センター担当、共生担当、これらを全部まとめてお話しします。

(p. 15) 認知症疾患医療センターが、東京都では島嶼部と檜原村を除いて全ての区市町村にあります。

(p. 16) 東京都の認知症疾患医療センターの特徴について、一番右が全国で真ん中が東京都で一番左が東京都県長寿医療センターですが、この中でMC I と診断されてい

る人が全国に比べて多いんですね。ちなみに、私は全国のデータを集計管理する担当なので、データを持っているのですが、一番左の東京都健康長寿医療センターで、2021年の段階で3人に1人がMCIなんですが、実はレカネマブによって急速にMCIの方が今増えてきております。

さっき平川先生おっしゃいましたけど、MCIと診断される方がどんどん増えてくるということは色々な問題があります。確かにアルツハイマー病を早期に診断できますけど、そうでない人もたくさん診断されることになるので、その後どうするかという大問題があるわけであります。

(p.17) 島嶼部には、認知症疾患医療センターがないんですが、認知症支援推進センターが長年フォーカス・グループ・ディスカッションを各島で行っていて、どうすればその島に合った認知症の医療提供体制をつくっていけるのか、支援体制をつくっていくのかということをやっと研究しているんですね。一つ一つつくり上げているというところでございます。

(p.18) 85歳以上の一人暮らしの方がたいへんな勢いで増えていますよというデータでございます。

(p.19) これは高島平というところで調査したのですが、2016年以降ずっとコホートをつくって調査しており、左側の調査段階ですでに認知症疾患の診断がされていたかという率を見ると、全体で3割であって、一人暮らしになると2割に下がるということでございます。したがって、先ほどレカネマブを使うために早期診断しましょうと言いましたが、一人暮らしの人は到底たどり着けないという状況であります。実際、右側に訪問看護師がメモをしています、実に厳しい状況で、認知症とともに一人で暮らしているということが如実に分かります。こういうことを東京都できちんと調査していくということが大事だろうというのが先ほどの話です。

(p.20) ではどうしようかということで、高島平において、認知症になってもそれなりに暮らしていけるまちづくりをしようということで、地域づくりの手引きをすでに東京都のほうで作って出しております。

(p.21) 地域の居場所ということで、高島平ココからステーションというものをつくって、四つの機能を設けて、ここが起点になって様々な生活支援のネットワークができて、そして地域づくりが進むということを証明していこうということで研究を始めました。四つの機能は後でゆっくり読んでいただければいいと思いますが、一つ目は居場所の機能、誰でも居心地よく過ごせるようにということです。二つ目は、それな

りに相談できるようにしよう。ここに専門職が常駐しているわけじゃないですが、時々専門家が来てくれるというところです。ただ、隣に地域包括支援センターがあるので、いつでもそこと連携できるようになっております。

(p. 22) 三つ目が、とても大事ですが、認知症の有無にかかわらず、障害の有無にかかわらず、みんなで学んで、みんなで活動して、みんなで楽しもうということで色々なことをやっています。そうすると、差別や偏見が解消されて社会参加が促進されていきます。

(p. 23) 四つ目が、本人ミーティングというのをやっております。こういうことをずっとやっていると、さっき言った生活支援のネットワークとか、地域づくりが進むということで、今日はご紹介しませんが、それに関する論文をたくさん出させていただいています。

(p. 24) 今はこの高島平のココからステーションが拠点になって、地域の人たちと一緒に色々なイベントを始めています。これは、ついこの間行った「ジャガイモ収穫祭」で、畑づくりも一緒にやっております。こういうことができるようになっていくと、自然に住民が参加して、生活支援のネットワークができて地域づくりが進むということでございます。

以上でございます。

○内藤議長 栗田先生、ご説明ありがとうございます。大変に多岐にわたる取組、まさに医学的な研究から社会学に近いような研究までされて実践までということですね。大変貴重なお話を伺うことができました。

委員の皆様からご質問またはご意見等ありましたら、ぜひよろしくお願いいたします。

平川淳一委員、お願いします。

○平川（淳）委員 ありがとうございます。

栗田先生の取組、大変興味深くお話を伺いました。ただ、認知症疾患医療センター、私のところもやっているんですけども、今の体制では東京都健康長寿医療センターはいわゆる基幹型になっておりません。組織的に全部地域拠点型という形で均等な仕組みを今東京都は取ってしまっているんで、こういう形で全体を統括されるのであれば、組織としても基幹型になれるようなことは考えられないのでしょうか。

○栗田委員 平川先生、ありがとうございます。

認知症疾患医療センターを立ち上げるときに、基幹型をどうするかという話がありましたが、東京都は大学病院が多くあって大変だということになりました。実は認知症支援推進センターというものが、全国の基幹型より遥かに強い力とお金を持って、東京都全域の医療提供体制のクオリティインプルーブメント、クオリティコントロール

に寄与できるような仕事が行える仕組みになっております。

○平川（淳）委員 いいですか。

結局、この東京都の会議も医療の外でいろいろやっているといえますか、厚労省も老健局が認知症の担当で、医療ではないところであるわけですね。今回、レカネマブ等で疾病としての認知症というのが視点として出てきて、医療的な部分の統括というのはやっぱり必要だと私は思うので、ぜひ栗田先生に中心になってほしいと私は思っています。

○栗田委員 東京都健康長寿医療センターがぜひそういう役割を果たせるようにしていければと考えております。

○内藤議長 ご議論いただいて、ありがとうございます。平川先生、どうもありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。 佐野委員、お願いいたします。

○佐野委員 今のご発表と、その前のテーマの医療提供体制に関連して、早期の気づきにつながるところという意味で、医療提供体制の中心を担うのは、認知症疾患医療センターかと思います。ただ、現在の認知症疾患医療センターは、診断と薬の処方の部分を中心となっているような印象です。同センターにおいて、もう少し気づきとか、その後の支援につながるメニューとして私が望むのは、繁田先生が取り組まれている認知症の精神療法です。これは本人はもちろん家族も対象として、対話を重視した医療で、繁田先生の著書を読ませていただきとても感銘を受けました。一般の認知症医療にこれを組み込むというのは難しいかと思いますが、認知症疾患医療センターにこの精神療法が取り入れられれば、よりその気づきや、空白の期間の短縮にもつながっていくのではないかと思います。

それで、繁田先生にコメントをいただければと思います。

○内藤議長 ぜひ、繁田先生、よろしくをお願いいたします。

○繁田委員 ありがとうございます。

気づきの話もそうですが、いつも話を聞いていて思うのは、誰が気づいているのかという話と、それから本人は大体気づいてはいるんですけど、誰がその相談が必要だと思っているのかとか、誰が治療が必要だと思っているのかというところが、結構乖離があって、今行われているレカネマブも、多分かなり家族中心というか、家族が誘導していることが多いかなと思います。あるいは、ぜひ実績をつくりたいという医療側ですかね。担当の先生がレカネマブをするというのは、家族会なんかでよく出てくることなので、やっぱり佐野さんがおっしゃっていただいたことに関係して、精神療法なんていう大げさなものじゃなくても、本人も相談を受ける準備ができていいのか、あるいは治療を受けたいのかどうか、受けてもいいのかどうかというところが結構おろそかになっている中で、どうやって連れて行くんだ、どうやって治療に導入するんだというところがもう昔から全く変わっていない。その意味では認知症医療は本人の

意思決定という面ではあまり変わっていない。僕が発信しているのはいつもそのところですかね

だから、今日出た全てのことに関係することですけど、本人はその準備ができているか、準備をするための支援がいわゆる空白の期間で一番大事かなと思います。本人は相談ということをどう思っているのかみたいなことも聞かないといけないということを感じながら聞いてました。

発言させていただいてありがとうございます。

○内藤議長 繁田先生、ありがとうございます。

佐野委員、いかがですか。よろしいですか。

○佐野委員 ありがとうございます。

○内藤議長 大変重要なポイントだというふうに思います。

先ほど北村委員からも、最初の受け止めが相談支援の中で非常に大事だというご意見がありました。その辺りは今回の計画の中で非常に重要なポイントだと思いますのでぜひご検討いただければというふうに思います。

さとう委員、何かご感想等あればぜひお聞かせいただきたいんですが、いかがでしょうか。急に振ってすみません。

○さとう委員 ありがとうございます。

ちょっと話がずれてしまうかもしれませんが、やはり認知症疾患医療センターがある総合病院、大学病院の中でも科が違ってくれば、せっかくこのような会議の場にいる先生方のように志高い、ご本人・ご家族に寄り添ってくださっている先生方がいらっしゃっても、まだまだほかの科で医療での心配があります。私は1年前に入院をしたときに、認知症患者としてしか見てもらえなかったという経緯がありました。そのときに、私は色々な思いを伝えることができましたが、コミュニケーションがなかなか難しくなってきた当事者の仲間たちや先輩方がどのような思いをされているのか、入院をすると色々なことで機能低下が見られるということが、こういうことなのかというのを身をもって感じた経験でもありました。

なので、精神科や神経内科の認知症に携わってくださっている先生方だけではなくて、もっと様々な医療に携わってくださる医療従事者の皆さんにも、私たち認知症の人のひとりの人としての尊厳、思いをもっと知っていただきたいと皆様のお話を聞きながら感じておりました。

以上です。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

大変重要な観点だと思うんですね。ぜひその考え方で具体的なところまでたどり着くということが大事だと思いますので、ご検討いただければと思います。

○栗田委員 ちょっとコメントさせていただいていいですか。

○内藤議長 お願いします。

○栗田委員 さとうさんの今の話はとても重要なんですね。実は今、国の基本計画の中でも、いわゆる身体疾患とか、精神疾患、合併症を持っている認知症の人の医療がやっぱりきちんとされていないんじゃないかという議論がありまして、こういうことをちゃんとできるようにしていこう。特に、意思決定支援ですよね。そういうことをちゃんとやっていこうということが話し合われております。だから、東京都のこの認知症施策推進計画の中にも、そういう観点が入ってくるといいかなというふうに思います。

それから、佐野さんの話もちょうとだけコメントをしたいんですが、実は認知症疾患医療センターは診断や治療だけでなく、地域連携を推進することと診断後支援をきちんとやることという、この三本柱が必須事業になっております。職員研修もやっていることはやっているんですが、色々な認知症疾患医療センターがあって、やれているところもあるし、まだまだやれていないところもあるというのが事実なので、認知症疾患医療センターの質を上げていくということも残された課題であるというふうに思っております。

ありがとうございます。

○内藤議長 コメントありがとうございます。大変重要なポイントだと思います。

ほかにいかがでしょうか。

では、進藤委員、お願いします。

○進藤委員 ありがとうございます。

栗田先生の資料の中で、認知症関連疾患の診断名別割合というグラフをご用意いただいているかと思います。私、真ん中の東京都内の52センターの計が2021年度で1万2,855人だったという、この数字にちょっと実は驚いておりまして、実際にやっぱり認知症と診断される方の数というのは、これよりももっともっと多いわけで、結局疾患医療センターだけでなく、一般病院というんでしょうか、そういったところで認知症の診断を受けられている方というのも大勢いらっしゃると思うんですね。そういう意味では認知症疾患医療センターが、もちろん診断後支援などしっかり行っていくのも重要ですが、同時に一般病院においてもそういった支援というものがきちんに行えるような、そういった体制というのをつくっていくのが重要かなと思いました。

以上、意見です。ありがとうございます。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

医療の中で診断がしっかりできてくるということについて、今までもサポート医の養成等色々な取組をしていると思いますので、ぜひその辺は先ほどの身体等の合併症の方の医療も含めて、ぜひ、どこまで計画の中に書けるかということはあると思いますけれどもご検討いただければというふうに思います。よろしくお願いします。

○平川（博）委員 東京都医師会の平川でございます。

本当にいいご意見をいただきまして、医療面についての話だと思いますが、認知症疾患医療センターだけではなくて、あらゆるものがプレーヤーとして参加しなきゃならないということだと思いますし、東京ならできると思うんですね。地方では本当に基幹型の認知症疾患医療センターが中心ですけど、質のいいプレーヤーとどう結びつけるかということが大事だと思いますし、色々と厳しい意見ばかり出ていますけども振り返ってみれば、10年、20年前と比べれば段違いに今はよくなっています。こんなことは僕は想像できなかったぐらいに、今、この認知症に対する支援とか物の見方も変わってきていますし、きっとできると思うので、ぜひ皆さんそれぞれ自分事として進めていくことが大事かなと思っています。今回、東京都と東京都医師会で行う認知症のオレンジドクターについても、まさにその辺りラベルを貼って埋めるような形で、診断する優秀な先生がたくさんいますけども、その後のフォローとか、その前の段階で説得や相談するときに、腐っても鯛じゃないけども、医者意見なら聞く人もいるかもしれないので、そういった使い方でもできるということで、ぜひ皆さん方でお互いに利用し合うということが続けていければなと思っています。東京都医師会では、先ほどの、一般科の病院でも診断された後のフォローをとというのは、今そういった取組をしていますので、もう少々お待ちください。必ず上がってくると思いますので。

○内藤議長 大変力強いお言葉をいただき、ありがとうございます。そういう御意見もございましたので、この計画の中でぜひ重要ポイントとしてご検討いただければと思います。ありがとうございます。

では、最後に井上委員から既に挙手いただいていますので、ご意見をいただき、次に進みたいというふうに思います。

では、井上委員、お願いします。

○井上委員 ありがとうございます。

共生部門という部門をお持ちだということを、ただいま理解をいたしました。共生社会の実現ということですが、我々事業者もこの共生社会の実現に向けてかなり頑張っているかならないというふうに理解をしております。1点質問なのは、事業者と栗田先生たちのチームがどのような連携を図っているのか。また、事業者の存在といますか、共生社会の実現という意味においては、臨床の場面といますか、事業者は認知症の当事者の方と関わる時間も非常に長く、様々な事例を持っているのではないかなというふうに思っているわけです。事業者との関わり、一緒に共生社会の実現に向けた取組を行うところはいかがでしょうか。ちょっと質問させていただきます。

○内藤議長 栗田先生、もしお答えできればよろしく願いいたします。

○栗田委員 ありがとうございます。

共生部門に認知症疾患医療センター・認知症支援推進センター、そして共生担当をつ

くったんですが、共生担当というのは、基本的には医療ではないです。例えば、医療・介護・地域といったら、一番近いのは地域ですけども、地域の様々な関係者と一緒に認知症になっても暮らせる社会環境をつくろうということで、板橋区という限定された地域でいろんなことをやっているという段階です。そこで得られたものを発信しているということなんですが、ここにちょっと書いていますけど、当事者、家族、地域住民、多様な公的・非公的機関が参画してやっております。当然、介護保険の事業者たちも一緒にやっております。板橋区は、官民連携協議会をつくっていて、そこに事業者もいるし、様々な企業もいるし、色々な方たちが入ってこういうことをやっていこうとして方向性が出来上がっております。ちなみにURも協力してくれております。

以上でございます。

○内藤議長 ありがとうございます。

どうですか、井上委員。コメントいただけるとうれしいですが。

○井上委員 ありがとうございます。

今、申し上げたように事業者が24時間関わっていく中で、臨床の場面でどのような情報やデータを蓄積していくべきなのかということも含めて、ぜひ認知症対応型の事業者との連携を今後も進めていただければというふうに考えています。ありがとうございます。

○内藤議長 ありがとうございます。

○平川（博）委員 大変貴重な意見だと私は思います。ただ、最近の取組としては、メディカルケアステーション（MCS）のようないわゆるITのネットワークを使って連携しています。前から、医者の方が多いとか、看護師と医師はうまく連携がについて情報交換できるのに、介護関係とはなかなかつながりにくいというのが、ずっと言われてきました。最近では、区市町村によってはかなりそういうネットワーク系統が進んでいて、個人の情報を介護の方々もどんどん情報としてアップしてくれるので、もちろん今言ったように、医者なんか5分しか診ないわけで、23時間55分は介護の方が見ているわけですから、そのときの貴重な情報というのは僕らにとっても非常に大事なものです。今後は積極的にそういったツールを使いながら情報共有することによって、普段の様子が見られて我々も助かるわけですから、もっと連携が深くなっていくと僕は思います。そういったものをぜひ考慮願いたいと思います。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

医療介護連携も進められているところもありますし、先ほど井上委員からのご提案があったように、地域密着型事業者の相談という役割ということも含めて、ぜひご検討いただければと思います。よろしくお願いいたします。

皆さん、どうもありがとうございます。先に進みたいというふうに思います。

では、もう一つ、資料6「日本版BPSDケアプログラム」につきまして、今回はご

説明いただくということになっております。公益財団法人東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター、センター長の西田淳志様からご発表をお願いしたいというふうに思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○西田委員 よろしく願いいたします。東京都医学総合研究所の西田と申します。本日は、この間、東京都と医学研が連携して進めてまいりました日本版BPSDケアプログラムの開発と効果検証、そして普及の状況につきまして、報告をさせていただきます。

(p.2) まず、私どもがこのケアプログラムを開発しようとした経緯につきまして、冒頭少しお話をさせていただきます。10年ほど前になりますけれども、私どもの研究所が認知症の国家戦略に関する国際会議というものを主催する機会がございまして、各国の認知症政策の担当者を集めて、今後、特に重要となる政策的なポイントを議論したことがございました。その際、認知症の在宅ケア・地域ケアをより強化していくために、行動・心理症状に対して有効なケアプログラムを開発し、それを広く普及していくことの重要性が共有されていまして。それを踏まえまして、これからご紹介するBPSDケアプログラムの開発と普及に取り組んできたという経緯がございます。

(p.3) さて、ご存じのように行動・心理症状は一部の特別な認知症の人に現れるものではなくて、多くの方がご経験するものです。

一方で、行動・心理症状が出現し、増悪していきますと、ご本人はもちろんのこと周囲で介護をされている方々のご苦労も大きくなり、それが在宅生活を断念するきっかけとなることも少なくありません。認知症の人は、居場所が変わるとストレスを強く感じて、身体機能や認知機能が低下することが知られています。英語では *relocation damage* と呼ばれますけれども、これをできるだけ避けるためには住み慣れた場所において、行動・心理症状をしっかりと改善していくためのアプローチが必要となります。

一方で、薬、特に抗精神病薬による対応によって、認知症の人の突然死のリスクが顕著に高まるということが以前から明らかになっておりますので、行動・心理症状に対しては、まず心理社会的なケアを第一選択とするという原則が、国際的にも広く共有されていることだと思います。

(p.4) さて、行動・心理症状を理解する際に、よくこうした氷山の絵が、たとえて用いられます。水面に浮かんでいて我々に見える小さい部分、これが行動・心理症状に当たるわけですが、その水面の下には一見見えにくいわけですが、その人の満たされていないニーズ、叶えられていない思いとか、そういったものも含まれると思いますけれども、いわゆるアンメットニーズというものがあります。このアンメットニーズを見つけ出して、それに対するケアを提供することで、冰山そのものを溶かして行動・心理症状を軽減・消失させていくことが重要というふうに思って

います。

(p.5) 我々は、この認知症の人のアンメットニーズを見つけ出して、それを満たすケアを提供するためのケアプログラムを開発して、その効果の科学的検証を経た上で普及、そして社会実装を進めてまいりました。

開発に際して、参考になる国際的な先行例というものを現地調査も含めてたくさん集めたわけですが、仮に効果があっても普及しにくいものというものが非常に多くて、効果と普及性の両方を兼ね備えた先行事例が世界的にかなり限定されていたということが当時の状況としてあります。

(p.6) そのような中で、この二つの条件をクリアしているものとして、スウェーデンのB P S Dケアプログラムというものに注目をいたしました。このケアプログラムは2010年にルンド大学で開発されて、その後数年間のうちに全国的に広がって、2022年までには95%以上の基礎自治体に導入されています。

10年ほど前に、フランスがリードしたヨーロッパの認知症の会議、アルコーブという大きな会議もありましたけれども、そちらでも優良なモデルとして紹介されていたことが思い出されますが、最近ではスウェーデンのみならず、デンマークやオランダ、中国、そして日本、東京にも導入されているというような状況がございます。

(p.7) 我々は、まず2015年から2016年にかけてスウェーデンのルンド大学の支援・協力を得ながら、日本版B P S Dのケアプログラムの開発に取り組んでまいりました。その過程では、日本の介護現場の状況を踏まえた修正が若干必要となりましたので、日本の介護・医療の専門家の皆様の協力も得て、日本版のケアプログラムを完成させていったという経緯がございます。

(p.8) このケアプログラムを実践していくためには、当初ですけれども、2日間の対面研修を受講していただき、その後、介護現場に戻ってオンラインシステムを使用しながら構造化された実践を続けていきます。重要なポイントは、この二つの要件を満たせば、介護職であろうが、医療職であろうが、そしてそれまでの研修歴にかかわらず成果を出せるということでもあります。

(p.9) このオンラインシステムには、アンメットニーズを探り当てるために、様々な情報を入力していきます。その一部、その過程で行動・心理症状を数値化して、見える化することで、今実践しているケアの効果や手応えをチームで共有しながら進めていくということが可能になります。

(p.10) 今日、与えていただいた10分間で、ケアプログラムの様々なポイントを紹介することはちょっと難しいんですけれども、少なくともここにある三つのポイントがこのケアプログラムによって促されて、それが結果として行動・心理症状の軽減につながっていくということになります。

一つ目のポイントは、行動・心理症状を不可解な問題行動と見ずに、アンメットニーズの表明、もしくは私たちに投げかけられているS O Sのサインとして受け取るとい

う点です。

二つ目のポイントは、ケアに関わる人たちがバラバラな視点でバラバラな対応をするのではなく、統一した視点、すなわちアンメットニーズに関する統一した仮説を持ってチームで統一したケアを徹底すること。

そして、三つ目は、チームでの試行錯誤のプロセス、すなわちP D C Aサイクルを構造化して、ケアのやりっ放しを避けるということであります。

(p. 11) P D C Aサイクルは、ここにある四つのステップをチームで回していくということで実現されていきます。一つ一つのステップにいろいろな工夫やコツがありますが、今日はそれをご紹介します時間がないので、割愛させていただきます。

(p. 12) まず、東京都の事業といたしまして、この日本版B P S Dケアプログラムの効果、特に在宅サービスでの効果をC l u s t e r R a n d o m i z e d C o n t r o l l e d T r i a lによって検証いたしました。都内の三つの自治体の45の事業所の協力を得て実施いたしました。

(p. 13・14) その結果、通常のケアを提供されたグループに比べて、ケアプログラムを提供されたグループでは認知症の人の行動・心理症状が有意に軽減し、十分な効果が見込められました。この成果は、2018年に国際学術誌にて発表をいたしまして、国際的にも高い評価をいただいております。

(p. 15) さらに、厚生労働省の老健事業の枠組みで、令和元年度に在宅のみならず施設サービスでの追加検証を行いました。この検証は東京都内ではなく、近隣の3県において実施をいたしました。

(p. 16) その結果、在宅サービスではもちろんのこと、施設サービスにおいてもしっかりと効果が認められました。特養やグループホームでは0.61と、在宅サービスよりもさらに高い効果量が認められています。

(p. 17) 以上の成果を含めまして、このケアプログラムについてのエビデンスを具体的に発信し続けてまいりました。

(p. 18) 近年発表された認知症緩和ケア、在宅での介入法に関する国際的なシステマティックレビューにおいては、世界で八つ、有望なケアプログラムが特定されていますが、その中の一つとして我々のケアプログラムも位置づけられています。

(p. 19) 開発と効果検証を経て、2018年以降は都内全域に普及する取組を進めてきました。この間、コロナがありましたので、研修の仕組みを完全にオンライン化することも進めました。研修方法の変更に伴って、効果が落ちないように試行錯誤しながら、現在の研修システムを完成させています。

重要なのは、eラーニングを4時間ほどまづ行っていただくわけですが、それで終わってしまうと、効果がかなり限定的になってしまうということで、Z o o mで2回ほどフォローアップを行うことで効果は非常によく出てくるということを確認してきました。

(p. 20) 昨年度までに都内の45の自治体に導入され、1,211名の実践者が養成されています。また、このケアプログラムの研修をリードするインストラクターも50名養成されています。

(p. 21) これまでに様々なメディアでも取り上げていただいて、クローズアップ現代などで現場の実践状況などをご紹介いただいたこともございました。

(p. 22) この4月から、このケアプログラムは介護報酬の加算、具体的には認知症チームケア推進加算の対象となっており、さらに広域に普及が進んでいくということが期待されています。ただ、現状では加算の対象は、施設サービスが中心となっています。

(p. 23) 最後に、さらなる普及に向けての留意点を幾つか共有させていただきます。国の介護報酬の加算は現在施設系サービスに限定されておりますため、在宅サービスの導入を加速推進していくための対策が必要だと思われます。また、介護報酬化に伴い、多くの事業所での実践が始まっていくと予想されますが、効果のある形で普及・定着させていくことが重要です。そのためには、先ほどご説明したフォローアップ研修の開催や、インストラクターのさらなる養成、現場に赴いた導入指導などを強化するとともに、効果を継続的にモニタリングしていくことが重要だと思われます。

以上でございます。

○内藤議長 どうもありがとうございます。大変すばらしい取組だと思います。

委員の皆様から、ご質問・ご意見等ありましたら、あまり時間がございませんけども、いかがでしょうか。

では、さとう委員、お願いします。

○さとう委員 ありがとうございます。

BPSDの言葉が、私はちょっと苦手なんですけど、様々な変化をこの5年間で感じてきている一人でもあります。このような取組、今お話にあったようなケアをやりっ放しにしないということはすごく大切なことだと思います。私自身も診断を受けてから、デイサービスでスタッフとして勤務させていただけた経験から、それぞれ一人一人本当に症状や困り事、BPSDの出方というものも異なってきておりますし、本当にその人を一人の人として様々な角度から見て感じていただきたいなと思っています。先ほど氷山の一角でという言葉でありましたけれども、本当に私自身もうまく言葉にして表現ができないとき、どうしてもイライラしてしまうんですけども、根本的には本人がそういうことの原因になってしまうということでもあるということも、今お話を伺いながらいろいろな思いで聞かせていただきました。でもそんな自分自身に一番もどかしさ、いらいらしていることにもあるのです。ありがとうございました。

○内藤議長 ご意見どうもありがとうございます。

○西田委員 コメントしてもよろしいでしょうか。

○内藤議長 はい、ありがとうございます。

○西田委員　ありがとうございます。

今、お話しいただきましたように、私どものこのケアプログラム、もちろんご本人様がこういうことが苦しいとか、こういうことがアンメットであるということをおっしゃるといいますか、そういう話をきちんと伺う姿勢がまず第一でありますけれども、大事なことは言葉にできないことが症状として出るということと、ときに言葉が本当のニーズを表していないということがあるということですかね。遠慮されたり、周囲のご家族の状況を見て、少なく見積もったニーズをおっしゃったりとかということがありますので、そういう意味で、言葉でまずきちんとお伺いするということが第一ですけれども、症状から、症状という言い方もよくないですが、環境との反応として出ているものからご本人さんのニーズということを、より深く多面的に考えていくということはすごく大事だと思っております。ありがとうございました。

○内藤議長　どうもコメントありがとうございます。

佐野委員から手が挙がっていますが、佐野委員、よろしいでしょうか。お願いします。

○佐野委員　西田先生のご報告の課題の中にあるとおり、認知症の介護はより人数の多い在宅よりも施設が中心となっています。私が初回のときに申し上げたとおり、認知症に特化した介護サービスの開発や充実ということが、家族や本人も支える大きな要素だと思っていまして、その意味でこのB P S Dのケアプログラムの実践の場としては今後、在宅向けの介護サービスに応用普及されることを望みます。在宅での具体的な場としては、井上委員が先ほど何回か発言されているとおり、地域密着型サービスになります。地域密着型サービスという名称が少し分かりにくいですが、介護保険サービスの本体ではなくて、脇に追いやられたサービスの中に、認知症の介護としてとても重要な役割を担っています。この地域密着型サービスの中の、小規模多機能居宅介護、認知症対応型のデイサービス、グループホームなどの認知症向けのサービスの充実と強化を、制度的な報酬面も含めて、認知症施策の重要課題として取り上げていただきたいと思います。その一環として、このB P S Dプログラムもとても有効な手段になると思いました。

○内藤議長　ご意見ありがとうございます。

別に脇に追いやられているわけではございませんが、地域でのケアを地域で計画してつくっていくという大変重要な役割を担っていらっしゃいますので。そこをもっと質と量を高めていくというのは大きな課題だと思いますので、ご意見として承ります。ありがとうございます。

すみません、時間がなくて、あと北村委員お願いして、これでこの話題を終了したいと思います。よろしくお願いします。

○北村委員　ありがとうございます。

在宅での実践をさらにこれからというふうに伺いましたけれども、在宅だとどうしても複数の事業者、複数の人が入ってくるので、そこで統一して方針を共有するという

ことがすごく難しいんじゃないかなというふうに思って聞いたんですけど、そこでの工夫などは何かされているんでしょうか。

○内藤議長 西田先生、いかがでしょうか。

○西田委員 ありがとうございます。恐らく、ちょっとこれは私の邪推ですけども、そういう地域の異なる事業所をつないだ取組ってすごく大事なんですが、そしてこれまで我々が検証してきましたけれども、事業所をまたいだ連携というのはすごく効果があるということが分かっていますが、制度設計は恐らく少し難しいだろうなというふうに思っております。今回の介護報酬改定に乗らなかったのはちょっと行政のほうで制度設計が詰め切れなかったのかもしれないなというふうに思っていますけれども。ただ、先生がおっしゃるように、施設、例えば特養でやると、やっぱり観察する濃度も高いし、チームも一緒に動けるので、施設での効果の出方というのは非常に高く、重度な人ほどよく効くというぐらい非常に効果が出ていますが、一方で、在宅で効果がないのかということそんなことは全くなくて、在宅でなかなか連携が難しい中でも、できる中で連携をしながらやっていくと、それなりにしっかりと効果が出るということが明らかになっています。ですから、やらないよりもやるほうがすごくよくて、いろんな困難は設計上あるかもしれませんが、ぜひその制度設計の工夫の中で事業所をまたぐ連携ということができるといいと思います。世田谷区などは大分増えてきていまして、このケアプログラムを実施する別の事業所同士が連携しながらやっていただいたりしているところも、よく伺います。そういうふうになっていくといいかなというふうに思っております。ありがとうございました。

○内藤議長 コメントありがとうございます。

在宅サービスの中にどう普及していくのかは重要なところだと思います。在宅サービスの中の事業所の連携は介護保険制度全体の大きな課題でもあるわけですが、このBPSDケアプログラムみたいな取組、そういうものを通じて連携を図っていくということもあると思いますので、ぜひ検討材料にいただければというふうに思います。どうもありがとうございました。

では、大変恐縮ですが、あまり時間の残りがありませんが、先に進めさせていただいて、最後の話題に行きたいというふうに思っております。

最後の議事が起草ワーキンググループの設置及び認知症の人・家族からの意見聴取についてということでございまして、事務局のほうから、資料7と8についてご説明をお願いいたします。

○小澤課長 認知症の人と家族からの意見聴取について、ご説明をさせていただきます。

まず、この計画の策定の中で、今後、本人・ご家族との意見交換を2回ほど進めてそれぞれ起草ワーキングにご報告していくということを考えてございます。

まず、8月から9月頃にかけてとうきょう認知症希望大使の皆様、認知症の人と家族の会、彩星の会の皆様と意見交換を実施する予定でございます。いただいたご意見を

ワーキングに報告をいたしまして、素案へ反映してまいりたいと思います。特に、認知症の人ご本人との意見交換については、当事者のご意向も踏まえまして、チームオレンジの活動拠点、それから都庁周辺での実施ということをやってまいりたいと思います。必要に応じてオンラインも活用していきたいというふうに思っております。

それから、資料8、起草ワーキンググループについてでございます。起草ワーキングにつきましては、9名の委員にお願いしたいと考えておりまして、栗田委員、小山委員、北村委員、渡辺委員、井上委員、平川委員、大野委員、さとう委員、中村委員、ご多忙中のところ大変恐縮ですけれども、お力をお借りしたいというふうに考えてございます。

事務局の説明は以上でございます。

○内藤議長 ご説明ありがとうございます。

起草ワーキンググループ、専門部会については要綱の規定がございまして、メンバーは議長が指名することになっておりますが、別に私が勝手に決めたわけじゃありません。事務局とご相談して、なるべく広い範囲の方に入っていただく。ただ、皆さん参加していただきたいんですが、大勢になってしまうと今度はなかなか議論がまとまらないということがありまして、このメンバーを選定させていただきましたので、どうぞご理解いただければというふうに思います。

起草ワーキングに入っていないメンバーの方は、起草ワーキングでもんだ案を改めて皆さんにご提示してご意見いただく機会がございますので、ご安心ください。

今、ご本人とご家族から意見をお伺いするということがございましたので、ぜひ意見をお伺いするに当たって、こんなふうにしてほしいとか、こんなことを留意してほしいということがございましたら、ご意見いただきたいと思いますので、さとう委員、急にご指名して恐縮ですけども、何かこういうふうにしてほしいということがありましたら、ぜひご意見いただければと思うんですが、いかがでしょうか。

○さとう委員 ありがとうございます。

今日、朝、メールでもちょっとやり取りさせていただきましたが、1回の会議がやはり前々日ぐらいに莫大な量が届くというのは、ちょっと目を通す時間がないこと。限られた時間というのは重々承知しておりますが、なかなか議論が難しいケースもあるので、ギュッとまとめすぎずに回数を重ねてでも一つ一つ丁寧にできればいいなと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

○内藤議長 ありがとうございます。

さとう委員にもワーキングに加わっていただくということですので、事務局のほうにも会議の場だけではなくて、少し例えば個別にお話を伺う機会をつくるとか、ぜひ、さとう委員がご意見を言いやすいように、ご意見をいただくというのは非常に大事だと思います。こういうふうにしてほしいということをどうぞ事務局のほうにお申立ていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

ご家族のほうからも意見を伺うということになっているので、大野委員、どうでしょう。何かこういうところ気をつけてほしいとか、こういうふうにしてほしいということがありましたら、ご意見をいただけるといいんですが。

○大野委員 こういうことを気をつけてというよりも、このたび、私も含めて世話人仲間がこういった場面でいろいろな自分の意見を述べることができるという、本当にいい機会を与えてくださって、とてもうれしく思っています。本当にそれぞれみんな活動しながらいろいろな思いを持っていますので、ぜひともみんなの意見、一人一人の意見をヒアリングの場面で出してもらいたいなというふうに、思っていますので、よろしく願いいたします。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

佐野委員も、ぜひこんなところがというのがあれば、ご意見をいただければと思うんですが、いかがでしょう。

○佐野委員 彩星の会の世話人会のほうで共有しておりまして、すごく貴重な機会をいただいて心から感謝を申し上げたいと思っています。

要望としては、できるだけ多くの世話人なり会員なり出てもらえなと思っておりまして、そういう意味では時間帯とか場所、場所も前回ちょっと相談のときに言ったんですけど、都庁の会議室とオンライン併用みたいな格好で、なるべく出やすいタイミングのところで開催させていただければ有り難いと思っています。

以上です。

○内藤議長 どうもご意見ありがとうございます。事務局のほうも、ぜひ丁寧に、なるべく多くの意見をお聞きいただいて、起草ワーキングのほうに反映させていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

皆様、ご議論ありがとうございます。今日も、皆様から活発なご意見・ご質問等いただきまして、ちょっと時間が過ぎておりますけれども、ここで一応、今日の議題に関しては終了させていただきます。繰り返しになりますが、発言し切れなかったご意見は会議後に事務局までお送りいただければ、先ほどの参考資料6のようなリストの中に加えさせていただきますので、どうぞご遠慮なくお知らせくださいませ。

では、委員の皆様には会議の円滑な進行にご協力いただきまして、非常に感謝いたしております。こちらの不手際で少し時間が延びておりますが、どうぞご容赦ください。

では最後に、事務局のほうからご連絡をしていただければというふうに思います。よろしく願います。

○小澤課長 議長、それから委員の皆様、本当にありがとうございました。

最後に、事務局のほうからご連絡をさせていただきます。

次回、本年度第4回の委員会は、令和6年12月頃を予定してございます。次回もオンラインでの開催を予定しておりまして、配付資料等に関しましては、改めて事務局から連絡させていただきます。資料の発送のほうも遅くなりまして大変申し訳ござい

ませんでした。以降、改善してまいりたいと思います。連絡事項は以上でございます。
それでは、本日は散会といたします。ご多忙の中、遅い時間までご出席いただきまして、本当にありがとうございました。

○内藤議長 どうも皆さんお疲れさまでした。どうもありがとうございました。また次回もよろしくお願いします。また、起草ワーキングの方、大変だと思いますが、ぜひよろしくお願いします。

(午後 9時01分 閉会)