

第5回東京都認知症対策推進会議

平成21年2月4日

【坂本幹事】 定刻になりましたので、ただいまより第5回東京都認知症対策推進会議を開催いたします。本日は大変お忙しい中、当会議にお集まりいただきましてまことにありがとうございます。私は当会議の事務局を担当しております東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の坂本でございます。本年もどうぞよろしく願いいたします。

それでは、ここから先の進行につきましては、着席し、進行させていただきたいと思えます。

初めにお知らせでございますが、当会議につきましては公開となっておりますので、傍聴されている方々がいらっしゃいますこととお知らせします。また、ご発言に当たりましては、約お二人に1本の割合でマイクを置かせていただいておりますので、必ずお手近にございますマイクをご使用いただきますようお願いいたします。

次に、新任委員の紹介をさせていただきます。昨年10月に若年性認知症支援部会を設置いたしました。当部会長でいらっしゃる医療法人社団翠会和光病院院長の斎藤正彦氏に新たに委員に加わっていただいております。斎藤委員、よろしく願いいたします。

【斎藤委員】 よろしく願いします。

【坂本幹事】 次に、本日の委員の出欠状況についてご紹介いたします。鈴木隆雄委員、神子武己委員、木住野正治委員の各委員の皆様方は、本日所用により欠席されております。

次に、委員代理の紹介をさせていただきますが、本日和田行男委員は、所用により欠席でございますが、代理としまして、東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会の副代表の林田様にご参加いただく予定になっておりますが、所用によりおくれでいらっしゃいます。

次に、新任幹事の紹介をさせていただきます。昨年人事異動がございました関係で、警視庁生活安全総務課生活安全対策管理官の諏訪彰弘氏にかわりまして、新たに同対策管理官中島政彦氏が幹事として就任していただいておりますが、中島幹事につきましては、本日所用によりご欠席でございます。

次に、欠席幹事の紹介をさせていただきます。狩野信夫福祉保健局高齢社会対策部長、

当会議の幹事長でございますが、所用により本日欠席をしております。また、小室幹事と中村幹事につきましては、おくれて来ると連絡を受けております。

事務局からの報告は以上でございます。

それでは、長嶋議長、ここから先の進行をよろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 それでは、早速議事に入りたいと思います。まず、配付資料の確認をお願いしたいと思います。

【坂本幹事】 はい。お手元にお配りさせていただいております配付資料の確認をさせていただきます。本日の次第をおめくりいただきますと、委員名簿、要綱に続きまして、資料1といたしまして、第4回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめがございます。

1枚おめくりいただきまして、資料2といたしまして、仕組み部会における検討状況の資料でございます。おめくりいただきまして、資料3、医療支援部会における検討状況、2枚でございます。資料4といたしまして、若年性認知症支援部会における検討状況でございます。参考資料1の(1)といたしまして、多摩市における徘徊SOSネットワークへの取り組みが2枚ございます。参考資料1の(2)といたしまして、認知症支援拠点モデル事業の取り組み状況が3枚ございます。参考資料2といたしまして、高度から終末期の段階で必要とされる医療のまとめでございます。参考資料3といたしまして、若年性認知症を取り巻く現状の資料でございます。それから、委員、幹事の皆様方への席上配付といたしまして、多摩市と練馬区でそれぞれ作成しております地域資源マップを置かせていただいております。

以上、配付資料の確認でございますが、漏れ等はございませんでしょうか。もし漏れ等がございましたら、挙手にてお知らせ願いたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは、議長、よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 本日の第5回推進会議を進めるに当たりまして、まず、8月20日に開催しました第4回推進会議の議論について振り返ってみたいと思います。

それでは、事務局からご説明をお願いします。

【坂本幹事】 はい。資料1、第4回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめをごらんいただきたいと思います。前回の推進会議の中では、仕組み部会における検討状況、それから医療支援部会における検討状況のご報告がそれぞれ各部長からございました。そして、若年性認知症の支援策の検討ということで、若年性認知症支援部会の設置につきまして事務局から提案させていただいております。その中身につきまして簡単にご説明させ

ていただきます。

2のところでございますが、仕組み部会における検討状況につきましては、林部会長からご説明がございまして、地域資源ネットワークモデル事業について、練馬区と多摩市の試作版の紹介をさせていただいております。それから、地域資源マップのコンセプトと検討過程等についてのご報告に続きまして、コンセプトにあわせまして対象者、使用方法等についてご説明もございました。

それから、認知症支援拠点モデル事業につきまして、各モデル事業者（5事業者）の19年度の実績として実施規模ですとか、実施していく中で気づいたこと等についてご報告がございました。あわせて、20年度の主な取り組み状況、予定についてのご報告がございました。

こういった報告に対しまして、委員の皆様方からいただいた主な意見を紹介させていただきますと、まず、地域資源ネットワークモデルにつきましては、保険者単位や行政区域を1つの地域として考えることが非常に多い。ただ、住民の生活圏はそれらの枠を超えており、生活圏の中にどのような地域資源があるかが非常に重要であるといったご意見をいただいております。

また、徘徊SOSですとか、行方不明者を捜すネットワークにつきましては、さまざまな連絡先がマップに書いてあるというだけでは役に立たない。実際にどの機関が責任を持って動くのかについても確立されている必要があるだろうといったご意見もございました。この点につきましては、多摩市のほうでこのSOSのネットワークにつきまして、試行等をしておりまして、その中で、機関のそれぞれの責任といったことについても検討されております。

また、地域の見守りネットワークにつきましては、多くの方がネットワークに関係することによりまして、情報の共有という意味では非常に意味があるわけですが、逆に犯罪等に結びつく危険性が高まることについても考慮する必要があるだろうというご意見もございました。

また、地域資源マップにつきましては、地域ごとの違いがございまして、その地域の多様な事業者や職種、住民の方がどのように認知症の人を協働して見守っていくのかといった理念が書いてあるとよいとの意見がございました。

本日お配りさせていただいております練馬区の地域資源マップの暫定版でございますが、表紙をおめくりいただきますと、裏側のところに道案内としてのお役立ち情報集の記載が

あり、2段目のところのセンテンスの1行目のところの「認知症の困りごとを解決するのは」という以下、理念等を新たに書き加えております。

次に、医療支援部会におけます検討状況でございますが、繁田部会長からご報告がございました。まずは19年度の検討成果の報告でございまして、軽度の段階における考え方の整理ですとか、認知症の専門医療実態調査の調査結果等の報告がございました。あわせて、20年度の検討状況についてのご報告がありまして、20年度につきましては中等度の段階について検討を開始し、その際には、緊急時と緊急時以外に分けて検討していくというご説明がございました。

委員の皆様方からいただきました主な意見といたしましては、医療側の認知症に対するとらえ方につきまして、例えば何をもちて中等度と言っているのかと。一般の人はなかなか中等度というような定義はわかりづらいし、安易な言葉の使用につきましては、認知症の人はとか、中等度の人はというような形で、ひとくりにしてしまう形になり、個人が見えなくなってしまう可能性がある。もっと個人を尊重した考え方も必要ではないのかといったご意見もございました。

また、現状の医師のスキルに差があり、医師のほうでも適切な医療を提供できているのか検証をしていく必要があるのではないのかといったご意見もございました。また、特別養護老人ホームなどの施設等に入所いたしますと、今まで受けていた医療を受けることができなくなってしまうことがあります。認知症のケアにつきましてはなじみの関係が重要だと言いつつも、従来の医療を継続できないというようなことは矛盾しているのではないのか、これは医療支援だけの問題ではなく、制度の問題であるけれども、改善を求めていくことが必要ではないのかといったご意見もいただいております。

また、かかりつけ医に対しまして、専門医療機関への紹介を頼んだが断られた。症状が少し落ち着いてきたので、その旨の説明をしたんだけど、薬の処方量は減らなかった。判断の根拠ですとか、対応方法につきましては、かかりつけ医から納得できる説明をしてほしいというご意見も出されました。また、介護をしている家族も認知症について勉強したいと思っているけれども、何を使用して勉強すればよいかわからない。医師から資料がいただければありがたいといったご意見等もございました。

4番目といたしまして、若年性認知症の支援策の検討につきまして、事務局のほうから提案をさせていただいております。若年性認知症の有病率ですとか、本人、家族を取り巻く現状で、なかなか制度の対象となっていないため支援が受けられない制度と現状のミス

マッチといったことについてご説明させていただきました。こういったミスマッチを今後検討していくということで、若年性認知症支援部会の設置案（委員及び検討項目等）につきましてご説明させていただいております。

これにつきまして、委員からは、都民は同じ地域で生活している当事者でありまして、問題を共有するという観点からも、都民が何らかの形で支援部会の中にかかわるべきだと考えるといったご意見等をいただいております。

事務局からは、他の専門部会におきましても、都民委員の方の参加はしていないという状況があり、こういった推進会議の中で各部会のほうから報告させていただいており、推進会議の中でご意見等をいただくことが可能でありますという説明をさせていただきました。あわせて、検討課題等の必要に応じまして、例えばオブザーバーですとか、ゲストスピーカー等という形で参加し、ご発言いただくといったことも可能ですという説明をさせていただいております。

資料1の説明につきましては、以上でございます。よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ここまでの議論のまとめについて、もしご質問があったらお受けしたと思いますが、いかがでしょうか。

もしよろしければ、次に進ませていただいてもよろしいでしょうか。そうしましたら、次は議題の2に移りまして、仕組み部会における検討状況のほうに入りたいと思います。

仕組み部会では、部会長でいらっしゃる林委員を中心にしまして、地域における生活支援の仕組みづくりに向けまして、認知症生活支援モデル事業の進行管理、検証を通じたさまざまな検討をさせていただいております。

それでは、仕組み部会における検討状況につきまして、部会長の林委員からご説明いただきたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

【林委員】 仕組み部会の林です。仕組み部会に関しましては、先ほど配付資料のご紹介がありましたが、本日たくさんございまして、資料2、それから参考資料が何ページかにわたっております。さらに席上配付ということで、練馬区と多摩市の地域資源マップもございます。これらをごらんいただきながら聞いていただけたらと思います。

まず、資料2であります。ここで仕組み部会における検討状況について書いてあります。この間第6回の仕組み部会を昨年11月18日に開催しております。具体的な検討状況であります。報告事項としまして、この間認知症生活支援モデル事業を行ってきているわけですが、その概要、取り組み状況についてご報告したいと思います。

大きく2つ、3つありまして、1つは、区市町村、具体的には練馬区とそれから多摩市をモデルとして行っている認知症地域資源ネットワークモデル事業であります。これは席上配付されていますように、地域資源マップに関しまして進展がありました。前ははまだ試作版ということだったんですが、今回は練馬区に関しては暫定版、それから多摩市に関しては完成版ということで皆様のお手元にあるかと思えます。練馬区に関しましては、現在暫定版ですが、近々完成版にしようということで、3月に配付の開始を予定しているということでもあります。多摩市のほうは、またコンセプトの違った作り方をしておりますので、どんどん中身を入れかえていくような形ではありますが、初版としては既に完成して、昨年10月から配付を開始しているということでもあります。これはかなり充実した内容になっていると思いますが、何回か部会でも報告を受けましたけれども、そのたびにかなり改定されておりまして、どんどんどんどん進化するような形ででき上がってきたというふうに感じております。

次に、徘徊SOSネットワークの構築についてとあります。練馬区においては、ネットワーク構築に向けた検証を行うため、2月に模擬訓練を実施予定ということでもあります。多摩市に関しましては、既に模擬訓練等を実施済みでありまして、これは後ほどまたご紹介させていただきたいと思えます。

次に、報告内容であります。練馬区における地域資源マップにおきましては、介護サービス事業者、高齢者、その家族等に対するアンケートの実施結果なども通じまして、完成に向けて作業をしているわけですが、単にアウトプットとして地域資源マップができたというだけではなくて、これを作成する過程でいろいろな関係者のつながりというか、ネットワークが構築されていくといったあたりも非常に重要であろうということを部会の中でも議論しながら進めているところであります。

多摩市においては、参考資料を見ていただいたほうが良いと思えますので、少し後ろのほうをめくっていただきますと、参考資料1の(1)という多摩市における徘徊SOSネットワークへの取り組みという資料がございます。参考資料1の(1)が2ページにわたってございます。まず、1ページ目でありまして、多摩市における認知症による徘徊の現状ということで、これは多摩中央警察署における統計の把握でありまして、数字がありますように、平成19年から平成20年にかけて保護件数が増加している。平成20年は9月10日までの件数でありますので、10月以降の数を考慮すると、傾向としては保護件数が増加しているということがわかります。

また、次に(2)にありますような事例の検討を行って、これで初動時の対応力の向上の必要性といった課題が出てまいりました。

それから右のほうにありますのは、徘徊SOSネットワークをどういったイメージで構築していくかということであり、地域住民による対応力というのが必要であるということ、これを受けて、次のページにありますような模擬訓練をされたわけです。2ページに行きたいと思います。模擬訓練についてとあります。10月に2回模擬訓練をされています。1回目は地域住民の徘徊への気づきと対応力向上訓練ということでありまして、10月4日に諏訪商店街の広場というところで、短時間ではありますが実施されています。実施内容は諏訪地区の住民を対象としたサポーター養成講座の終了後に開催しているということで、徘徊している人を発見した際の対応例の寸劇を上演して、そこで徘徊している人への声かけのポイントを解説した。それから、警察署の職員によりまして、110番通報の方法の説明を行ったということで、参加者80名ということであり、アンケートの結果によりますと、今後の気づきということでは気づけると思うという方が9割近くいたとか、それから、声かけできるかということに関しても9割近くの方が多分声かけができるという成果が得られたということであり、

右のほうにありますのは、徘徊SOS情報伝達訓練でありまして、10月30日に永山駅周辺で行っております。これは実際に徘徊が発生したということを想定して、家族が110番通報する。そして警察から無線で関係各所に連絡されるというフローを実際にやってみたということであり、それを通じて、下のほうにありますように、ネットワーク参加団体のファクスの情報受信時間であるとか、そういったデータもとっているようであり、得られた成果としては、警察署と消防署の情報の連携の訓練が実施できたといったようなことがあるようであり、

また資料2に戻させていただきます。徘徊SOSネットワークにおける個人情報の取り扱いについてということですが、個人情報の取り扱いについては、同じページの右下のほうにありますように、以前から検討してきております。ちょっと飛びまして、資料2の右下のほうに関しまして、部会の中で弁護士の委員にも参加していただいておりますので、どういう意見が出たかということの紹介ですが、関係機関への情報提供に関する家族の同意については、個人情報保護法上の意義はない。特に家族の同意をとらなくても必要であれば情報の収集ということではできるとのこと。それから次に、行方不明になった段階で危険は現実化しているため、個人情報保護法23条が適用される。この個人

情報保護法の23条というのは、個人情報の第三者提供に関する条項で、こういった場合には第三者提供ができるというようなことが書かれているんですが、実際に行方不明になっているという場合は緊急事態でありますので、そういった場合、第三者提供の制限というのが外れましてというようなことであります。ということで、なかなか個人情報の取り扱いについては難しい面もあるんですが、そういったことを検討してきております。

それから次に、5つの事業者を対象として認知症支援拠点モデル事業というのを実施してきております。これについては参考資料1の(2)というのが後ろのほうにございますので、それを見ていただきたいと思います。たくさんありますので、逐一説明することはちょっと難しいんですが、事業者としては世田谷区のグループホームかたらい。これは幾つか事業を行っておりますが、安心生活マップということで、商店街と連携してマップの作成やその配付をしようということで、必ずしも順調に行っているわけではないんですが、一步一步進んでいるようであります。それから、2番目の事業者として杉並区のグループホームなごみ方南さん。保育園の園児さんなども加わった手づくりプランターの設置ということでも実績を上げているようであります。

それから、ページをめくっていただきますと、立川市の至誠キートスホームさんであります。認知症支援ボランティア講座ですとか、介護者教室等々盛んに取り組んでいらっしゃいます。また、4つ目が青梅市の地域ケアサポート福わ家さんであります。認知症の緊急時対応サービスということで、24時間対応の認知症相談窓口を設置しております。実績としましては、1月末の段階で相談件数が131件、訪問件数47件。これは20年度の累計であります。そういった形で24時間対応の相談窓口がかなり使われるようになってきている。特に市の広報紙に掲載されたということもあって、その後相談件数が増えているようであります。

それから、事業者の5番目は、最後のページになりますが、グループホームきずなさんであります。こちらもいろいろやっていますが、一番下のところにありますように、認知症高齢者の実験的就労デイというユニークな取り組みもされているようでして、これは洗車とか清掃とか日曜大工とか和菓子づくりとか、そういった仕事を実際にやってみようということなんです。1月末現在で利用者が11名いらっしゃるというようなことであります。

大体そういったところで、あとは説明の時間もかかりますので、説明は割愛させていただいて、もしご質問等ありましたら、伺いたいと思います。

以上です。

【長嶋議長】 どうもありがとうございました。では、ただいまのご報告につきまして、ご質問、ご意見などがございましたら、お願いしたいと思います。いかがでしょうか。

大変内容が多岐にわたって、いろいろな試みを5つの施設がモデル事業として展開していただいていたようですけれども、いかがでしょうか。

【坂口委員】 ちょっとよろしいですか。

【長嶋議長】 どうぞ。

【坂口委員】 坂口でございます。

【長嶋議長】 お願いいたします。

【坂口委員】 このグループホームきずなでの実験的な就労でございます。これはどれぐらいお給料といいますかになるのでございますでしょうか。

【林委員】 それはちょっと私はわからないので、もし事務局のほうでわかりましたら教えていただきたいんですが。

【坂本幹事】 実際の金銭給付はしておりませんで、例えば嗜好品ですとか、そういったものをお渡しするという形にかえております。

【長嶋議長】 よろしいでしょうか。

【坂口委員】 書いてありました。こっちに食事と。

【長嶋議長】 何か一部メディアでも取り上げていたのではないかと思うんですけども。

ほかにご意見、その他ございませんでしょうか。

【鈴木（博）委員】 よろしいですか。

【長嶋議長】 どうぞ。鈴木委員、お願いします。

【鈴木（博）委員】 参考資料1の(1)のSOSネットワークは非常に興味があるんですけども、もう少し詳しく具体的な仕組みのようなものをお教えいただければというふうに思いますけれども。

【林委員】 私の理解では、1つはフォーマルな、職におけるネットワークとありますけれども、警察でありますとか、消防署でありますとか、あるいは行政でありますとか、その連絡網をしっかりとつくりたいということで、それに関しては1ページ目の図でありますとか、それから、訓練としましては2ページ目の右のほうにあります10月30日に行った訓練などで、そういうフォーマルなネットワークがちゃんと機能するかどうかという

ことを確認しつつあるということだと思います。

もう1つは、こういうフォーマルな連絡網があっても、それが有効に使われるためには、それを市民が認識していて、ただ声をかけていいのかなとか、認知症かどうかとわからないこともありますし、わかったとしてもどう声をかけたらいいのかというのが、やはり市民にとって一番難しいところだと思いますので、それについては対応力向上訓練というのをやって、声のかけ方とか、あるいは、警察に110番電話していいんですよとか、そういった認識を深めるというんですか、そういう取り組みをしているということだと思います。

【長嶋議長】 よろしいでしょうか。

【鈴木(博)委員】 そうすると、この図で行きますと、徘徊を発見したときに110番をして、そこから多摩市の高齢支援課に連絡が行って、そこから関係機関に連絡が行くような流れですか。実は、私も地域包括支援センターというところで仕事をしておりますので、時にこういう連絡が来ることがあるんです。そうすると、AさんならAさんが、日常的にどういう生活をしていて、例えばどういうところのサービスを利用しているというのが私どもはわかりますので、そういうところに連絡したりしながら網を広げていくような。時には私どものほうから警察に連絡をしたりということがあるわけですが、今回のこの流れで行くと、多摩市の高齢支援課というのは、かなりご本人の個人情報というものをある程度把握しておいて、そこから関係機関に連絡していくような流れになっているということなのではないでしょうか。

【長嶋議長】 わかる範囲で。

【林委員】 そうですね。ちょっとあまりわからないところもあるんですが、行政はお休みというか、24時間あいていないということもあって、それで警察の110番というのが、まず入り口になっているということだと思います。

【鈴木(博)委員】 わかりました。

【大村委員】 ちょっとよろしいですか。大村です。

【長嶋議長】 大村委員、よろしくどうぞお願いします。

【大村委員】 今のことに関連するんですが、ちょうど2週間前に私どもの施設で勉強会をしまして、川崎のNPO法人楽の柴田範子先生に来ていただいて講演をしていただいた折に、昨年の例でしょうけれども、川崎市にあるわけですが、楽で利用者のご家族が行方不明になって、それがわかったのが土曜日の早朝でしょうか。そして連絡したん

けれども、役所はSOSのネットワークがあったんだけど、実際に担当者がいなくて全く作動なくて、たまたま南部線で立川の駅にそのお年寄りはずり着いて、地元の人が発見して市内の特養ホームに預けられて、そして月曜日にそのSOSネットワークが通じて連絡をしたら、月曜日の夜にわかって引き取られたというタイムラグがあったようですが、これは今おっしゃったように24時間もやっていくという理解でいいわけですね。

【林委員】 警察に関してはそうでした、行政がやはりお休みの時間があるので、そこをどうするかというのがあってと思います。

【長嶋議長】 大変難しいというか、実際にSOSネットワークができて、それが作動した場合、どこかでとまってしまったり、あるいは情報が、場合によっては間違ってしまうとか、いろいろなことがあろうかと思うんです。それに関してここですべてのことを議論することはできませんけれども、都民の立場で、都民代表の委員の方から何かSOSネットワークで、こうあってほしいというようなご意見がもしありましたらいただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。どなたでも結構です。内田委員、お願いします。

【内田委員】 はい。一度私の母も徘徊をしたことがあるんですけれども、家族としては、一番、まずどこにそのことを伝えたらいいのか、助けを求めたらいいのかということが頭が真っ白になってしまってわからないというスタートから始まりました、実際問題。それで、私の頭の範囲内で、いつもお世話になっているケアマネジャーさんに連絡すると、あとは近くの交番に連絡するというのを思いついたんですけれども、そういったときにいろいろな、さっとどこに連絡したらいいのかという資料がありながら、かついろいろな方々が、やはり連携を、できたら24時間体制で素早く対応を、網の目を張っていただいて、時々に合わせてこちらのほうに状況を返していただけたら、一番安心できると思っております。

やはり24時間体制という、人間がいなくなって真っ青になっている状態なので、物ではありませんので、やはりできましたら早い対応をとということと、あと、どのような流れでいなくなったらどうすればいいかというノウハウが事前にわかればとても助かると思っております。

【長嶋議長】 はい、ありがとうございました。それではひとつお願いいたします。

【土岐委員】 公募委員の土岐と申します。

【長嶋議長】 お願いします。

【土岐委員】 私は狛江にいますけれども、最近確かに、市として児童も含めて、

虐待も含めていろいろなことで、24時間対応という目標を少しずつ進めています。けれども実際問題として、昼間は確かに役所はあいているので問題ありませんが、夜間休日においては、確かにだれか役所にいて受付はあるので、と言うんですが、はっきり言って、その人がそこですぐ対応してくれればいいわけです。ワンストップ対応でやってくれればいいけれども、どこどこに電話してくださいとか、そういうのではだめですよ、お願いしています。電話回すのはいいんですけれども、実際に対策がはっきり立てられわかる人に即、回してくれればいいんですけれども、そこまでまだ完全ではないという形で私も市民としても、その辺が一番問題です。どうしても100%それに対応できる人というのは非常に限られているとは思いますが、ただたらい回しにしたのでは何もならない。その辺がこれからの大きな問題だと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。大変貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございます。どういたしましょうか。林委員のほうから、ここで即答でこうします、ああしますではなくて、今お二方から緊急時にほんとうに困ったという経験を踏まえてのご意見だったと思うんです。また、ご意見と同時に感想も含めて。それに対して今後のことも踏まえて何か一言いただければと思いますが。

【林委員】 部会の中で出てきた意見ですけれども、この訓練のように110番しているんだということが市民にとってわかるということが大事なと。それで行動が起こせますので。ただ、その後、例えば、病院に保護されていたけれども、そのことが警察に伝わっていなかったので、病院に何日間か、置き去りではないんですが、連絡がつかないという。ですからそういった意味で、こういう連絡網ができるということは関係機関の間での情報共有というのが大事だと思いますので、それはポイントの1つだと思います。

あともう1つ部会の中で、今後の課題なんです、ネットワークの範囲です。徘徊される方の行動半径というのがかなり広いこともあるということで、電車に乗って遠くに行ってしまうということもあるし、あるいは、場合によっては車を運転される方もいらっしゃるということなので。ですからどういう範囲で徘徊SOSネットワークを設定するかということが今後の課題だろうというふうに思います。

以上であります。

【長嶋議長】 ありがとうございます。いずれにしましてもこういったネットワークというのは、1回つくってすぐにそれが100%完璧に作動するというものではないと思うんです。大変悲観的なことを言ってしまったら申しわけないんですけれども、やはり多

摩市での具体的な訓練といったものを何度か繰り返し、不都合な部分を、情報その他が通りやすいように、あるいは受けた情報をどういうふうに次にどこへ飛ばすかということも含めて、やはり何回か予行演習をやる必要があるかなと、素人判断で大変恐縮なんですけれども、そのことも含めてこれからの使いやすさの工夫をぜひ続けていただければと存じます。よろしくお願いたします。

ほかにございませんでしょうか。はい、どうぞ。永田委員、お願いします。

【永田委員】 今の参考資料1の(1)の冒頭のところで、警察署における統計が出ているというのは必要重要なことだと思います。ネットワークづくりとかの出発点にもなる部分だと思うんですが、ちょっとお教えいただきたいんですが、多摩市民という数、例えば、20年の保護件数が66名とありますけれども、表記のところで認知症高齢者の保護件数とありますが、多摩市民の中で認知症の高齢者だったという数としてよろしいんでしょうか。保護した中で、認知症の方が66名おられたということですね。

以前私もある自治体と一緒に、認知症の徘徊で保護された方の調査をしたことがあるんですけども、保護された方のうちの約3割強が、繰り返し、2回以上の保護の方だという結果を得ていて、多分この66名の中にももしかしたら複数の方がおられたり、あるいは、66名の方が二度と徘徊が起こらないように、このデータをどう生かすかのところが非常に重要なのではないかと思います。ネットワークを広くたくさんの方に生かしてもらうのは第一義だとは思いますが、一度行方不明になった人とご家族にこのネットワークの存在をきちんと伝えながら、危険率の高い方が確実にこのネットワークにつながるような焦点的な伝え方、例えばケアマネさん等とも連携しながらネットワークの効率化を図っていくことが大事ではないかなと思います。

そのとき多分警察署で数は教えてくれても、このケースがどの方かということまでの情報がなかなか捉えにくい面があると思うんですけども、その点については、保護したときに家族さんに、公の機関に今後の防止を含めて情報を流していいかとか、そういう確認の手続を一段階踏んでおくと、ご家族の約5分の4は快諾されるというデータもありますので、ぜひこのでき始めた仕組みをより具体的に展開、こういうデータとか、今のつながりを生かすと行方不明を防げる率が高まっていくのではないかなと思いました。

あと、よく多摩がこのデータを捉えられたと思うんですが、ほかのところでは、自治体が要請しても警察がなかなか数が出てこないところもありますので、多摩の例を先例にして、都内の全自治体で警察署から管内のデータが必ず入手できたり、生かしていけるみた

いな提案を、これをきっかけにできたらとても大きな1歩になるのではないかと思います。

先生、済みません。最後まで1点なんですけれども、言葉全体として、これは斎藤先生にもぜひ教えていただきたいんですけれども、徘徊というのと、徘徊行方不明なり、徘徊してSOSのケースということが、徘徊とイコールになってしまっていて、これを成果物として市民の方や、広く都民の方に見ていただくと、徘徊している即声をかけなければみたくない、外に出て、あるいは歩いていらっしゃる方と、SOSのケースとしての違いはちょっとどこかで触れておく必要があるのではないかというふうに思います。そこが声かけでも一番難しいところになってくると思いますので。

以上です。

【長嶋議長】 大変判断が難しいと思いますけれども、ご質問として斎藤委員からの答えいいですか、ここで。

【永田委員】 先生、もし何かご助言があれば。

【長嶋議長】 急な。時間も押しているんですけれども、では、簡単に先生、ひとつお願いいたします。

【斎藤委員】 申しわけありません。よくわかりませんが、それから、そもそも徘徊という言葉そのものを慎重に使うべきだと私は思うんです。と申し上げるのは、認知症の患者さんがどこか歩いていたらみんな徘徊かと。そうではないんです、ただ散歩している人もいるわけですから。だから、行方不明になりそうな者を保護するんだということが伝わるような文言を。徘徊を定義するというよりは、どういう人を捜そうとしているのかということをはっきりさせるということが重要なのではないかなと思います。

【長嶋議長】 ほんとうにおそらく専門家の方がごらんになれば、歩いている方が徘徊らしいとか、いや、散歩らしいという判断がある程度まではつくかもしれませんが、そうでない一般市民が見て、そう簡単に判断できない部分がもしかしたらあると思うんです。その辺に関しても、おそらく声をかけ過ぎている問題を起こしてしまうという危険性も全くないわけでもないんですけれども、ただ、ここで一応これを使いますけれども、徘徊SOSネットを、この地区では、この地域ではやっているんだということを、まず大きく広報して多くの市民の方からの協力を得られやすいような素地をつくっておけば、もし間違っても声をかけてもそう大事にならなくて済むかなんていう感じも持つんですけれども、そのことも含めまして、この辺で打ち切りたいと思います。

先生、どうもありがとうございました。

それでは次に、医療支援部会のほうに移りたいと思います。認知症と身体症状の双方の症状に応じた切れ目のない医療支援体制をテーマにしまして、検討を進めていただいております。

それでは、部会長の繁田委員から検討の状況についてご説明いただきたいと存じます。よろしく願いいたします。

【繁田副議長】 それでは、ご説明させていただきます。資料3をごらんください。2枚にわたっております。基本的にこれに沿ってご説明いたしますけれども、既に検討を始めております認知症が進行した方の場合の医療の支援について、参考資料2に関しても後ほど触れたいと思います。

従来行ってまいりました方法はそれぞれの関連の機関、医療機関も含め、あるいはご家族、ご本人といった視点からも問題点をできるだけたくさん挙げていただいて、それを整理するところから始めたということでございまして、この中等度に関しても同様でございます。中等度と申しますのは、前回もご説明いたしましたけれども、基本的な生活動作、ADLに部分介護が必要な段階ということでご理解いただきたいと思います。

どんな問題があるのかというところを、まずは整理いたしますと、体の病気を抱えてしまった場合、それから、認知症に伴うさまざまな精神面での症状、行動面での症状を伴った場合、それから、ご家族、介護者等が何か事情があって介護の継続が困難な場合の3つに分けました。それぞれに関しまして、緊急時と緊急時以外、ふだんからこういったことを気をつけようという緊急時以外とに分けて整理したのが今回のやり方でございます。

資料はそれぞれ、体の病気、身体合併症、それから周辺症状、介護者の限界を超えた場合ということで、まずは医療としてどこを目標に設定するのかということ。それから、基本的な方針、前後しますけれども、現在起こっているさまざまな問題。そして、その下にそれに対してどんな対策が考えられるのかということで、基本的な考え方にとどまっている部分もありますけれども整理いたしました。順番に説明させていただきます。

まず、体の病気が急に起こった場合ということですが、ふだんから患者さん、あるいは認知症を持っていらっしゃる方は、自分の体の状況というのをうまく理解し、説明できませんし、それが起こった場合でも必要な治療をみずから求めることが困難ですので、ふだんから認知症に関して配慮しつつ身体疾患、体の病気の治療を行っておくというのがまずは目標でございます。

基本的な方針としましては、やはり連携を強めていくということが一番効果的だろうということで、かかりつけの医療機関を中心にいたしまして、急性期の身体疾患の病院、療養病床、それから認知症の専門医療機関が必要に応じて、いつもすべてがかかわるということではありませんが、必要に応じて連携することを方針といたしました。

現状、挙がってきました問題として、身体合併症といいましても、非常に重篤で直ちに命の危険があるというよりは、比較的軽症でかかりつけの医療機関でも対応できるような場合が多いにもかかわらず、認知症だということで遠方の病院での受診を勧められたり、そちらに行かざるを得なかったりということが1つあります。それから、先ほど申し上げましたけれども、今までどんな経過だったのか、今どんな症状があるのかということうまくご本人が説明できないという問題があります。そのために、たまたまそこに居合わせた人、あるいは生活をサポートしている方々が受診に付き添って状況の説明をしなければならぬ事態がしばしば生じること。それから、実際に受診をした場合でも、一般の病院で認知症があるということがわかりますと、認知症というものに対する対応に自信がないということもあるのかもしれませんが、受け入れをちゅうちょする、あるいは入院した場合、対応によって解決が可能な場合であったとしても身体的な抑制がそこで行われてしまうような場合がある。こんな現状があります。

そういった状況に対して、黒い丸で示してございますけれども、以下のような対策を考えました。まずは、かかりつけの医療機関の先生が、認知症とはいっても、その症状の変化があったとしてもその背景には体の病気、身体合併症があることも多いので、そのことをいつも念頭に置いていただいて、それが悪くなっていないのか、それが問題になっていないのか、原因になっていないのかということを考え、緊急性あるいは重症度を判断していただいて、医療機関を紹介していただく。

そのために、現在、東京都医師会が中心になりまして、認知症サポート医の研修を継続したり、追加研修を行うとか、教材でありますとか、講習会の準備をしておりますので、それを通してかかりつけ医の先生方にも対応能力を上げていただくということが必要だろう。

それから、一般の病院におきましても、認知症に関してあまり難しい診断でありますとか、治療技術ということではなくて、一般の対応の仕方くらいはぜひ知っておいていただいて、認知症の方が来ても、慌てることなく必要な身体疾患の治療が行えるような体制を整えていただきたい。例えば、そのための研修でありますとか、バックアップをする必要

があるだろうということ。

それから、かかりつけ医のバックアップとして、サポート医だけではなくて、専門医療機関もさまざまな対応の仕方でありますとか、あるいは、治療に関しての情報提供でありますとか、アドバイスといったものできないか。そのためには、ふだんから研修会といひますか、症例検討会といったものを定期的を開いて顔なじみになっておく、連携を持っておくということが必要だろうというふうに整理いたしました。

続きまして、真ん中が周辺症状、BPSDとも言いますけれども、いわゆる精神症状でありますとか、行動面での変化・症状に関して、それが急激に悪くなって対応が必要となった場合ですけれども、通常医療といひますと、患者さんあるいは障害を持った方の症状をもとに戻すというのがどうしても一番念頭に来るわけです。けれども、これは認知症、しかも認知症の方が持っていらっしゃる周辺症状の場合には、もとの生活に戻るということをまず前提にして、それに必要な分だけの治療が優先される。それで、必ずしもすべての症状に対して治療が必要とは限らない。むしろ濃厚な治療を行うことで、障害とか症状に関しては現在の医療技術からみて最大限のことができたけれども、生活に支障が出るということであれば、それは適切ではないだろうと考えました。目標でございます。

基本的な方針としましては、精神面での症状といひますと、やはり認知症に対する専門の病院、精神科の病院等を前提にすることになるわけですが、入院というのを前提にするわけではなくて、やはりご本人の治療後の生活を踏まえた上で、このまま生活の場所を変えずに対応するほうがいいのか、あるいは入院がやむを得ないのかということ、その人の生活環境であるとか状況において判断すべきだろうというのが基本的な方針です。

現在抱えております問題としては、実際に精神面での症状、あるいは行動面での変化が起こる場合というのは、さまざまな要因が重なって起こっている場合が多い。1つの要因ではなくて、例えば体の病気を少し悪くしてしまった、あるいは介護者のほうも疲れがたまってきて余裕がなくなっている、あるいは予期せぬ環境の変化が起こってしまった等々、複数の要因が重なって起こっているという場合が非常に多いということ。それから、その行動あるいは精神症状の対応に関しては、症状の内容がどういう内容か、例えば先ほど徘徊という言葉が出ましたけれども、あるいは興奮、妄想、いわゆる症状の種別よりも、むしろどうしてそういった要因が起こっているのかということを考えるほうが、その要因に対するアプローチも可能にしますし、その効果もより大きいことから、生活環境の情報をどうやって集めるのが大切です。ご本人からの情報では限りがありますので、そこが

難しいところだろうという課題。

それから、治療をするときに、先ほど、悪い症状を全て治療の対象とするのが目標ではないということを説明いたしましたけれども、この治療によってどの程度効果を期待するのか、あるいはどのくらいまで症状が改善すれば、家族としては今までの生活を継続できるといった医療者とご家族とのやりとりあるいは理解というのが必ずしも共通理解でなかったり、共有されていなかったりという状況があります。

それに対する対策としましては、その下の黒い丸のところですけれども、ふだんからかかりつけ医療機関と専門医療機関とが連携しながら、必要に応じて、例えば状態がよくなったとしても専門医療機関には何カ月にも一度は顔を出すようにして、何か変化が起こったときにすぐに家族からも相談しやすい、あるいはかかりつけの医療機関も紹介しやすいような状況をつくっておく、そういったふだんからの連携。それから、現在は使用頻度は決して高くありませんけれども、必要に応じて精神科夜間休日救急診療事業というのがございますので、それを利用するのも1つ。それから、繰り返しになりますが、かかりつけ医の対応力の向上、サポート医の対応力の向上といったものもやはり絶対に必要だろうということでございます。

その次、介護者の一時的な不在とか限界を超えてしまった場合ということですが、これはまさに皆さんにご賛同いただけるところだと思いますけれども、ご家族には一たん休んでいただくことが何よりも効果的だということでは意見が一致しております。休んでもらうことで特別な知識であるとか、技術とかといったものがなくても、ご家族がとてもいい判断をされるというのが皆さん、福祉医療にかかわる方々にご存じだと思います。家族の休養というのは基本的な方針でございます。

現状の理解としましては、介護者の疲れというのは、やはり直接に認知症の方ご本人の状態に影響し、ぐあいを悪くしてしまう。介護者が不適切な対応をすればかたがとといった問題を超えて、やはり余裕のない状況では気づけるところに気づけないということが多々あると思いますので、介護者の疲労、疲れ、余裕のなさというのは、やはりご本人の精神面での不安定さというのに直結するということ。

それから、自宅での対応が困難になった場合に、制度としてショートステイでありますとか、緊急ショートというのが、地域によってかなり差があるんですけれども、そういう制度があるので、こういったものをどの程度利用できるのか、これからこういった形で整備していくのかという問題です。ここは医療だけで議論していてもなかなか先に進みませ

んで、おそらく認知症に関係するさまざまな方々がいかにしてご家族の精神的な負担を軽減する、あるいは身体的な負担をいかに軽減するかということがご本人の安定にもつながりますし、結果的には、既に説明した精神面での症状の安定にもつながるといってございます。このような形で3つ整理させていただきました。

1枚おめくりください。こういった議論をする中で、やはり体の病気が入院しなければいけないような状況になってしまったということであれば、やはり入院せざるを得ないわけです。あるいは、精神面での不安定さ、さまざまな症状が起こって、薬によって、精神安定剤等で治療しなければならない状況、しかもその治療薬というのはかなりの量を必要とするような状況ということになりますと、やはり入院も考慮しなければいけない。そうなりますと、時間的な余裕もなくなりますし、ご家族の負担も非常に大きなものになるということから、やはりいつも行き着くところですが、何とかそういう状態を避けることが何といても一番だろうということをございます。どんな対応するかというところは今説明し、体制を整えるべきだということをお願いしたけれども、何よりもそれを避けることから始めるべきだし、それをいつも考えておかなければいけないということで、先ほど説明させていただいたこととほぼ同様のことが重複して書かれております。緊急時を避けるということの重要さというものが委員会の中では幾度となく指摘されました。

医療支援部会での中等度に関する議論の説明は以上でございます。

2枚目の一番下に認知症サポート医フォローアップ研修について書いてございます。かかりつけの医師をサポートするのがサポート医ですけれども、そのサポート医の研修内容について、教材等を含めて、東京都医師会と福祉保健局の協力で随時進んでいるということですので、こういったことも認知症に対する医療の、現在は積極的でない先生にも参加していただく底上げになるだろうというふうに思います。

それでは、高度についても検討を始めておりますので、少し説明させていただきます。参考資料2ということで、後ろから数えていただくと早い。一番後ろから2番目の資料でございます。高度から終末期の段階で必要とされる医療ということをございます。

高度というのは、基本的な生活動作に全面的な介護が必要になった段階というふうにご理解ください。食事、排泄、入浴等々でございます。その段階での全面介護が必要な状態ということ。終末期のほうはどのように理解するかといえますと、意見が大体まとまってきたておりますのは、認知症の方でも一般の体の病気の場合と似た状態でございまして、お亡くなりになる1週間、あるいは2週間ぐらい前になりますと、食欲が低下してくる、あ

るいは脱水を起こす、反応性が低下してくるということで、徐々に最期を迎える段階に入っていくわけです。それを今回は終末期といたしました。終末期の定義というのは、それぞれの領域によってかなり違うようではありますが、ここでは身体疾患でターミナル、終末期を迎える方とほぼ同様の理解をさせていただきます。

さまざまな問題を大きく3つに整理いたしました。真ん中の四角でございます。ご本人、ご家族の状態に関する問題、それから、在宅に関する問題、家で最期を迎えるということに関する問題。それからその下は、施設で最期を迎えようとするときに起こる問題というふうに整理いたしました。逐一読み上げることはいたしませんけれども、これに関しても、もしお感じになられるところなどございましたら、ご意見をいただければということでございます。

それでは、マイクをお返しします。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ただいまのご報告につきまして、ご質問あるいはご意見ございましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。まず、鈴木委員。

【鈴木（博）委員】 実は私は介護保険の認定審査会の委員をしております、東村山なんですけれども、1回に30件ぐらい審査をするんです。このところ、ほぼ半数以上は認知症の自立度が3とかという方が非常に多いんです。ところが、医師の意見書を見ると、例えば精神科の受診がないとか、要するに専門医療機関につながっていないというふうに思われる方がほとんどなんです。今回、こういう形で医療支援部会でチャートのようなものを出していただきましたけれども、かかりつけ医の先生がまず最初において、それから認知症が始まっていった、そこから先ですよ。私の利用者なんかを見ていると、ちょっと認知症が始まったな、ではそのレセプト出しておこうかみたいな、そういう先生が結構いらっしゃるんです。

ですから、そういう意味でかかりつけ医の先生から専門医療機関とか専門の先生につながっていく部分というのを少しきちんとしていかないと、つながりがあって初めて連携というのが出てくると思うので、そのあたり何か医療支援部会の中で議論されている部分があれば、お教えいただければと思います。

【繁田副議長】 ご意見ありがとうございます。かかりつけ医の先生方、専門でない先生でもぜひ診てくださいというのは、医師会でもそうですけれども、私たちもそういう活動をしていまして、確かにかかりつけ医の先生方も認知症の対応力には大きな差があるというのは、おっしゃるとおりです。しかし、自信ない先生は診ないでくださいというの

は、やはり今は言えない、現状は言えないです。

では、専門医療機関との関係で、どんな紹介の仕方が、連携のとり方があるのかというのを考えましたときに、何らかのフォーマットがあって、それは難しいことではなくて、家族が例えばこういう心配をしている、それに対してどんなアドバイスがいいのかというようなものでもいい。簡単なもので、ふだんから簡便に頻繁に利用できるようなフォーマットをつくらうということで医師会でも考えてくださいました。やはり医師会がつくるものということで、診断名であるとか、認知症の症状であるとかというものをきちんと記載すべきという意見もあったんですけども、思い切ってほんとうに簡単にして、例えば、ご本人、ご家族にどんな説明をしているかどうか、すべきかどうか、あるいは、今家族が生活の中で困っているのは何かということを中心にした共通フォーマットを考えてみました。今後のこともありますけれども、予定どおりに行きますと、医師会のほうで自由に医師がダウンロードできるフォーマットとして、インターネット等に掲載されますし、もちろん紙ベースでも配付されるということになります。

あとは、やはりかかりつけ医が紹介する、敷居を下げるというのは、やはり紹介してくださいというのを、対応能力向上研修でありますとか、フォローアップ研修等で声を上げて言っていく以外にないのかなというふうに思います。

私も老人医療センターにおりますけれども、いらっしゃる方の中には、かかりつけ医の先生にかかっているけれども、なかなか疑問があって、十分説明がないことも時によってある、もちろん私どもが補足することも多々ありますけれども、そういうときに、実はケアマネジャーの方から進められて来たんですという方もいらっしゃるんです。ですので、我々もしなければいけないと思いますし、医療を利用されている方々も、だったら専門医にかかるのはどうかと相談してもいいですし、あるいは、行ってみたらということで、行かれるのも私はいいと思いますが、その部分はお力をいただけたらと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

【鈴木（博）委員】 はい。

【長嶋議長】 それでは、林田さんですか、お願いします。

【林田代理】 和田さんのかわりに出ています林田と申します。よろしくお願いします。

サポート医の研修の件と、あと、看取りの件と2つご質問をと思っているんですが、日常サポート医の効果というか、成果というんですか、一時期かなり出ていたんです。私は立场上事業所を幾つか持っていますし、いろいろな方と話をするんですが、私も最近、興

味を持って研修に行っているんだよということを先生が直接言われることがあって、大分世の中変わったなみたいな雰囲気を感じられるんですが、そのフォローアップがかなり重要ではないかなと。ここ最近また皆さん、かかりつけのお医者さんとかはクリニックの方とかが非常に多くて、大変お忙しいんです。ほんとうに自分の体のほうが心配になってしまうくらい働かれていますので、研修等でなかなか出られない方もいらっしゃると思いますが、やはりモチベーションが落ちられているなど感じるように思います。

私どもからすると認知症状態にある方、私たちは専門職がついていきますが、ご自宅で生活されている方になるとご家族だと思えます。そうすると、なかなか先生が診てくれないとご家族が追い込まれる可能性が非常に高くなると思いますので、研修を受けたいくなるようなモチベーション等も視野に入れながらご検討いただいて、先生方に適切な研修を受けていただけるようにご検討いただけたらなというふうに強く思います。かなり世の中変わった気がします。先生たちが変わるとうれしいですね。にこにこしちゃいます。

もう1つは、看取りのほうの話なんですが、今回の報酬改定のグループホームを対象に看取り加算みたいな言葉が出てきていて、結構看取り看取りという言葉が出るんですが、加算などがつくると特にそうなんですけれども、看取られる側の意思というんですかを確認するタイミングというのが非常に大切ではないかなと。このフォーマットというか、流れ、参考資料2を見せていただいても、看取られるの、看取られたいのというところが抜けているような気はします。看取りという言葉自体が、看取る側の意思を表明した言葉だと考えるんですが、亡くなるのは看取る側ではなくて、看取られる側が亡くなるわけです。そのときに、看取られるという意思をどの時点でどう本人にまず確認するか。認知症の人だから確認しても意味がないんじゃないということをよく言われるんですが、うちの会社、法人では、ご入居時等に確認するんですが、明確な言葉にまではならなくてもかなり意思表示のできる方が多いですので、ここはグループホームだけが対象ではないと思いますが、非常に難しいなとは思いますが、視点として、意思の確認というのをどのように医療の中でも取り入れていくのか。特に認知症状態にある方の意思の確認等、非常に難しい問題ではあるんですけれども、ぜひこれもご検討いただけたらなというふうに思って聞いていました。

ありがとうございます。

【繁田副議長】 ご意見ありがとうございました。研修へのモチベーションというのは極めて重要な問題でして、今のところ、長時間研修に参加しても修了証が出るぐらいなの

です。一生懸命やっている先生にばかり負担がかかってしまって苦勞をさせているようなところがあるのです。何か医師会の先生からコメントがありましたらお願いします。

【玉木委員】 社会がそうであるように医師もまだ多くのことを学ばなければいけないし、そのことは徐々に進んでいるとは思いますが。先ほど、専門医に対する期待も高かったようですけれども、専門医自体が圧倒的に多くいるわけではございませんし、一体認知症の専門医というのはいるのだろうかということも、それは鈴木さん、よくわかりだと思えます。地域ケアという中で、認知症の人を全人的に見ていく上で、医療は必要なツールだけれどもすべてではありませんので、すべて医師に相談すれば何事もできるということは全くないということはおわかりだと思えます。

ですから、私たちは何をすべきかということは、今繁田先生がおっしゃったように、いろいろ議論をしながら検討しています。

先ほどの医療支援部会の成果は既にここにちょうど今でき上がったところですが、スライドになって百数十ページですか、テキストになって来週ある治験域でサポートに対して試行して、来年度早々から取り組んでいきたいと思っていますが、現時点でかかりつけ医が一時的な研修を受けたのが、都内で約1,919名です。サポート医は141名ございます。これは本年度も現在進行中ですし、来年度も都のご支援をいただいて続けていく取り組みとしてやっていきますので、そういう中でその人の暮らしを継続しながら、リロケーションダメージを避けながら、いかにサポートしていくかという視点でかかりつけ医、あるいは専門医の先生がそれなりの機能の上において使命が果たせるようにということをアナウンスしていきたいと思えますが、専門医の先生たちは、あくまで生活を見る圏域におられるわけではないので、やはり圧倒的にふだんを支えるのはかかりつけ医だと思っていますので、エキスパートも必要ですけれども、やはり底上げが第一主義であるというふうに考えて取り組んでいっていますので、少しずつ進んできているという実感をお持ちいただけるならば幸いです。

それから、リビングウイルに関してですが、これはつい先日高齢者福祉計画の策定委員会で和田さんにお答えしたばかりでございますが、いかに早期診断をしていくかということの中で、ご本人やご家族がそれぞれ話し合いながら自分の予後や将来を自己決定できるかという機会をできるだけ増やすというのが医師の使命だろうし、そのもっと前に、認知症にかかわらず、すべての在宅や暮らしの中、あるいは高齢者になられて命を終えられていくプロセスに入られる前にやはりリビングウイルをきちんと表明される人々が増えるよ

うにという社会的な取り組みも必要だと思います。

リビングウイルというのは、当然死に向かっていく状況の中で、そのときどきによって当然修正されるべきだし、ご本人の意思を聞くべきことだし、1つ1つの判断を医療者や介護をする方々、さまざまな職がその方のお考えにできるだけ添えるような対応をしていくということが大切だと思いますので、決して認知症の方だから既にご本人の判断はできないんだというような考え方に基づく医療はしていくつもりはありませんし、そのことも今回の研修ではきちんと伝わるようなテキストを一応つくり込んでいますし、現実、今現状の中で一生懸命現場で闘っている医療者たちはそういうふうには考えていないと思いますので、もう少し時間的なご猶予をいただければ、もう少し何とかなるのではないかなと、今のところはそんなところでございます。

【繁田副議長】 以前の医療支援部会でも議論がありました。やはり最期は家で迎えたいという思いがあるということは、我々の勝手な思い込みなのかもしれない。家族には迷惑かけずにといい人も多いかもしれないとも考えてみました。このことに関しては、この前の委員会で、最後に判断を下すのはだれかというよりは、家族の思いとご本人がそうであろうという思いと、医療職のほうの判断が自然と一致して、そうしましょうというふうになるのが一番いいだろうと。そのためには、やはり相互のコミュニケーションがとれていないと、何かの判断をしたときに家族のほうになすべきことをなさなかったのではないかという悔いを背負ってずっと生きていかなければいけないとか、逆に、あんなことまでしてもらわなくてもよかったのに、余計なことをしてしまったのではないかという後悔が生じてしまう恐れがある。そのところが結局コミュニケーションではないか。それはやはり最大にして、一番難しい問題であるというところで、前回の委員会が終わったところでございます。議論は継続させていただきます。

ご意見ありがとうございました。

【長嶋議長】 ありがとうございました。玉木委員も含めて、最後にまとめていただきましたけれども、大変希望的に明るい光が見出だされていると私も受けとめさせていただきました。林田さんの感想なんかほんとうに、私自身も狭い体験なんですけれども、やはりケアマネジャーの方々とかかりつけ医の方々が、どう言ったらいいんでしょう、同じフロアの上で話ができる機会がすごく増えてきたように思うんです。どっちが努力しているのかということもあろうと思いますけれども、今玉木委員のほうからお話がありましたような研修などを通して、ますますそういういい協働ができる、一緒になって協力できる

ような体制が、多分医療だけではなくて、生活全体に、認知症の方々、あるいはそのご家族の生活全体に明るい光を差すようになるんだらうと思います。

時間の関係もありまして、この辺で次に移りたいと存じます。よろしいでしょうか。

それでは最後に、若年性認知症に特有の課題を検討することを目的としまして、前回の推進会議で新たに設置を決めていただきました3つ目の専門部会、若年性認知症支援部会の検討状況につきまして、部会長でいらっしゃいます齋藤委員からご説明をいただきたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

【齋藤委員】 ありがとうございます。齋藤でございます。

まだ2回しか委員会を開いておりませんので、これまでの部会のような方針が出ているわけではございません。これまでのところ、若年性の認知症に特有の課題があるとすれば、それを把握して整理すること。それから、それを踏まえて支援策の検討、関係諸団体への提言を行うということを活動の骨子として、2回の委員会を終了しております。

これまでは、資料4の左側の検討事項のところをごらんいただきますが、まず、委員に対して東京都で行われました東京都若年性認知症生活実態調査というもののご報告をいただきました。これは若年性認知症の患者さんの特性をこのサンプルから導き出すことが可能だというようなきちんとしたサンプリングをされた調査ではございませんので、そういう限界を持って見ていかなければいけないのですが、実は若年認知症の患者さんが何人いるかとかどこにいるかとか、そういう疫学調査というのは、全国レベルで見てもあまりないのです。ですから、そういう実態の中では、後で簡単に触れますが、東京都が行われた調査を参考にすることに意味があるであろうということで説明をいただきました。

それから、現状で若年認知症の患者さんが利用できる公的サービス、支援制度などについて東京都からご報告いただいて、介護保険サービス、障害者福祉就労支援、それから経済的支援、医療その他の分野の公的サービスや支援制度をご説明いただいた。その上で各委員から若年認知症に関する、分科会発足時点のコメントといたしますが、印象をお話しいただきました。それが右側の主な意見のところに出ております。

それから、これらの議論を経て、これからこの分科会で何をしていくかということですが、委員の方々のご意見をまとめて、医療、家族支援、介護・公的支援、経済支援、職場を含む社会的支援という5つの分野に分類して、現在そこで活動していらっしゃる方々をゲストスピーカーとして第2回以降招いて、現状の問題を整理していこうという方針を初回に確認いたしました。

第2回目には、私が若年型認知症というものの医療上の特性についてお話をし、それから、の家族支援の分野で、若年認知症の家族の会の役員をしていらっしゃる干場さんと、それから松崎陽子というのは、私の患者さんの奥さんでいらっしゃいますけれども、年齢は私と同じ50代の前半でご主人が前頭側頭型の認知症を発症されて、今は介護施設にいらっしゃるのですが、その方にご自分の経験についてお話しいただきました。ちなみに松崎さんのスピーチは、ご主人が倒れて仕事ができなくなってから大学のポストにアプライして准教授になられたという方なんですけど、もともと非常に知的な方で、よく問題を整理してくださっていて、このスピーチをもとにして、近々私が編集委員長をしている老年精神医学雑誌という雑誌にご家族が出会ったさまざまな困難について論文を書いていただくことになっておりますので、できればこの次の会にはそれが提出できるだろうと思います。

最後の参考資料3のほうに飛んでいただきたいのですが、最後の資料を使って、私どもの分科会が問題をどのようにとらえているかということをご説明申し上げようと思っております。

若年認知症に特有の状態像というところでは、まず、若年認知症というのは、そういう名前の病気があるわけではない。64歳未満で発病したアルツハイマー病というだけあります。最初のグラフはすべて私が診察した患者さんなんですけど、私が2001年から5年までの間の5年間に初診をした認知症の患者がおおよそ500人いらっしゃいますが、その500人のうち12.5%、63人が発症時64歳未満でした。その患者さんたちを診てみると、男性の場合は60%ぐらいがアルツハイマー病、女性の場合はほとんどすべてがアルツハイマーと言っていいぐらいです。男性のほうで前頭側頭型の認知症が多いという特徴がありました。それを下のグラフの65歳以上の発症例の原因疾患を比べていただくと、68歳以上だと血管性認知症というのが増えてきていて、それから、前頭側頭型認知症が65歳を過ぎて発症する例はそれほど多くないという特徴がわかります。ところが、一般に言われている疫学調査では、若い認知症の患者さんの原因疾患として最も多いのは血管性の認知症だというふうに言われております。

こういうところがなかなか若年認知症の特性を見つけるために難しいところなんですけど、64歳未満で発症する血管性の若年認知症の患者さんというのは、年をとってから起こるような小さい脳梗塞が重なって認知症の症状が出てくるのではなくて、大きい脳梗塞や脳出血がぱーんと起こって、認知症とは関係ない病院に入院をなさって、リハビリテーションをなさって、何年かして、あれ、認知症じゃないのということに気づくということです。

私どものような市中のメンタルクリニックにしる、大学のメモリー外来にしる、そういうところに来にくいということがあるのだろうと私は思っております。

したがって、どこに若年認知症の患者さんがいるのかということ判断するとき、サンプリングの方法を考えないと、諸外国のデータでは最も多いとされている血管性認知症の人が落ちこちてしまうという可能性があろうと思います。

私が診た患者さんから言える特性というのは、女性患者より男性が多かったということでありまして、ほんとうに男性のほうが発症率が高いかどうかということとは別ですが、高かった。それから、アルツハイマー病の患者さんの数について、65歳以上の発症の例を見ると、女性のほうが圧倒的に多い。これは一般的に言われていることで、アルツハイマー病のリスクは女性のほうが男性よりはるかに高いというのは、世界的な通説ですけれども、若い人について言うとそうでもないかもしれないということが言えます。

それから、高齢の発症の認知症に比べて、前頭側頭型認知症のような、いわゆるみんなが思っている認知症のイメージとは少し違う病気の患者さんがいる。ここには数が出ていませんけれども、進行性核上麻痺とか、その他非常に例は少ないけれども、症例数は少ない特殊な認知症の患者さんというのが若い人に多い。こういうところから、若年認知症というのは十把一からげにして若年認知症についてはこういうケアをしましょうというやり方は必ず失敗するというふうに思います。

それから、2番目が東京都がなされた調査でありますけれども、これはもともと医療機関にかかっている人の中からサンプリングしておりますので、最初の診断・治療をしてもらうまでに困ったことはないかという質問に対して、特に困ったことはないという人が52.2%を占めております。それから、介護している中でご家族が不安になることの中に、介護生活がこれからどれだけ続くのか、それから、介護者の精神的なストレスや不安、あるいはご自分の健康、認知症の進行が早くなってきているのではないかと不安になってきた等々、案外このサンプルでは順番が低かったのは、介護にかかる費用が大きく家計が苦しくなってきたというのが37%の人ですので、63%の人はそういう問題はないというふうに思っていらっしゃるのかもしれませんが、これもやはりサンプルバイアスの問題とか、あるいは平均値にしてしまうと見えなくなってしまう問題というのがあるのだろうと思います。高齢の認知症というのはサンプル数が多いですから、平均値にしてもそこそこいろいろな問題が出てきますが、私の症例数で言うと、老人の患者さんの9分の1ぐらいの頻度でしか起こらない患者さんだと、1つ1つの差異というのが統計的にも大きくなる

はずだ。さらに、先ほど申し上げたように疾患がさまざまであるということから、必要とされるサービスを十把一からげに若年認知症と言ってしまうと、大事なものを見落とす可能性があるということが言えるだろうと思います。

経済的な支援に関する点では、発症まで仕事をしていたという人が41人中の31人。調査時点で仕事をしていた人というのは、勤め人として働いている人が3人、自営業で、おうちで手伝ったりしている人が1人ということで、発病によってほとんどの人が仕事を失うというふうなデータが出ております。

私どもの分科会は今後若年の認知症の患者さんのケアの場が限られているという指摘が多いので、では、実際に福祉の機関でどういう問題が起こっているのか。普通の福祉の普通のデイケア、デイサービス、普通の老人ホームで若年認知症の患者さんが来たときにどういう問題が起こるのかということのヒアリング、それから、若年認知症の患者さんは必ず年をとっていくわけで、いずれはみんな高齢になってしまうわけですけれども、そういう意味では、ある程度長い時間若年認知症の患者さんのためのケアをしている施設で何が起こっているかということについては、滋賀県に藤本先生という方がいらして、その方が10年ぐらい前にもの忘れカフェという若年で軽い認知症の方だけのデイケアをおつくりになったんですが、10年たつと患者さんが年をとって、みんな65を過ぎてしまうわけですけれども、それから認知症もかなり重くなってくるというふうなことで、最近本を出していらっしゃるんですが、そういうご経験をお話しいただくというふうなことで、次年度の前半に問題を整理して、後半でそれに対する対応を考えるというスケジュールで話が行進しております。

以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。資料を見ながら、今説明していただいたんですけれども、ただいまのご報告につきまして、ご質問あるいはご意見がございましたら、お願いしたいと思います。お願いします。土岐さんですね。

【土岐委員】 公募の土岐でございます。先般、認知症の生活実態調査というのをいただきまして、見たんですけれども、これが全地域を指しているのかどうかはともかくとして、その中で一番驚いたのは、地域包括支援センターのことを全く知らないというのが36.2%とありました。このことは今後も地域の一番中心になるべき地域包括支援センターというのがまだまだ知られていないという事がちょっとびっくりしたんです。認知症がだんだん進んでいって、場合により虐待にも絡んでくるし、次に必要な成年後見制度等にも、

地域包括支援センターが当然かかわってくるので、この辺はもっと広く周知する必要があるなどほんとうに感じました。

それからもう1つは、さっき多摩地区でもちょっと出ていたんですけども、認知症サポーター養成講座、全国で100万人という目標を挙げてやっているんですけども、これは特に若い人、一般の人に広めるという意味では、もっともっと広めていいのではないかと。私もたまたまNPOに関係してまして、平成19年度に私のかかわるNPOでこの講習はやったんですけども、その時アンケートをとっても、もっともっとこれはやってほしいという意見・要望が出ていました。

施設では認知症を抱えている家族を中心に講習会というのはやるんですけども、前も会議で言ったことがあります、一般の人はもっとその辺の情報・知識が欲しいと思っています。認知症サポーター養成講座というのは1時間か1時間半のほんのさわりだけですけども、一般の人が知るということは非常に必要なことではないかなと思っています。この辺はもっと進めてほしいなと思います。

以上です。

【長嶋議長】 ありがとうございます。中身の分析は事務局でわかりますか。地域包括支援センターの知名度というか。結果として36%、わりと低かったという土岐委員からのご意見なんですけれども、何かコメントございましたらお願いします。

【坂本幹事】 地域包括支援センターの運営は、区市町村の直営と、社会福祉法人等への委託という形で設置されております。地域包括支援センターの中でも、例えば、いろいろなケアプランの作成業務で忙殺されて、その他の、例えば相談業務等になかなか手が回らないような状況があるということで、地域包括支援センター自体の機能もかなりセンターによってはばらつきがあるという状況もございます。

実際に今回、区市町村と地域包括支援センターの全部に対しまして調査をしております。そういった中で、区市町村も地域包括支援センター自身も認知症の高齢者に対する理解が足りないといった回答が寄せられています。あわせて、区市町村及び地域包括支援センターのほうからもなかなか地域の窓口である地域包括支援センターの宣伝といえますか、地域のほうへ行って何か活動するといった意識がやはり弱いといった調査の結果も出ております。

これからは地域包括支援センターそのものの機能の強化とともに、地域包括支援センターが地域での窓口として機能していくべきものであるといったことを、広く地域の方、都

民の方に広めていく必要は当然出てきていると思います。

また、それ以外の部分で地域包括支援センターの足りない部分もあろうかと思います。その点については、実態調査等を踏まえまして、これから検討していくべきことについては、しっかりと検討していきたいと考えております。

それから、先ほどございましたサポーター養成講座の関係でございますが、それもあわせてよろしいですか。

【長嶋議長】 お願いします。

【坂本幹事】 東京都の中ではキャラバンメイトの養成講座につきまして、2回ほど実施しておりまして、サポーター養成講座の講師の方の育成をさせていただいております。これにつきましても、引き続き力を入れてやってまいりたいと思います。年2回の中で、限られた方しかキャラバンメイトとして養成できないかもしれませんが、そういった方々がサポーター養成講座の講師としていろいろなところで活躍していただければ、サポーターとしての育成が広く広まっていくというふうに考えておりますので、引き続き東京都としてキャラバンメイト養成講座に力を入れてまいりたいと考えております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。では、続けて山田委員、お願いします。

【山田委員】 山田でございます。ただいまのご説明の参考資料3の中の真ん中の下の3番ですが、介護・公的支援ということで、この下の表の中に民生委員の相談がゼロになっているわけです。ただいまお話がございましたけれども、我々はそういうご相談を受けても、介護支援センターにご紹介する。そして、常日ごろ相手方の困っていらっしゃる愚痴を聞いてさしあげるくらいしかできないんです。ですから、そういうサポーター養成のようなものがございましたら、勉強の機会を持たせていただけたらいいかなと。そういう方たちが多くできたら、その1人を講師として呼びつけて勉強させていただきたいなと思っております。

【長嶋議長】 ぜひ進めていただければと思います。結構温度差がありまして、自治体によって大分受け入れが違っているように私自身は受けとめておりますけれども、やはり100万人の目標年度が近づいておりますのでということです。

1つ私のほうから質問させていただいてよろしいでしょうか。今、お話しいただきました中で、斎藤委員のお立場で、ほんとうに初歩的なことなんですけれども、若年性の認知症、いわゆる65歳未満の方と65歳を過ぎた方で、認知症か認知症でないかという判断する場合に、やはり相当違いがございますかということです。診断基準というところ

専門的過ぎるんですけれども、一般に一番先に、この人ちょっと最近おかしいなということに気づくのは、大体ご家族とか職場とかだと思っんですけれども、そういう意味合いで、65歳を過ぎた方と65歳未満の方、極端に言えば40代ぐらいの方を想定しているんですけれども、いかがでしょうか。

【斎藤委員】 診断基準という点では変わらないだろうと思います。十分な資料がございませんが、私が診た63人の若年認知症の患者さんの大部分は、ご自分で非常に明確な病識を持っていらっしゃる。それから、高齢の方でもよく伺えば、問題を感じていらっしゃるんだけど、若い人ほど問題が起こったときに医療機関に行かなくてはと思う。そういうモチベーションがあるだろうと思います。

それは、先ほど高齢の方では女性が多いのに、若い人ではなぜ男性が多いかということ、生物学的な発症率のことはよくわかりませんが、僕は、高齢の男性は破綻しないけれども、若い男性は破綻するのではないかと思うんです。高齢で奥様の世話を受けていて、ご飯食べて、風呂入って寝たら、翌日きれいな洋服があって、それを着て散歩に行けばいいみたいな生活をしていると、かなり進行するまで認知症ということがわからないけれども、女性の場合は家庭をマネジメントしなければならないので、早くわかる。それに対して若い人は、男性でもやはり職場で破綻してしまうので、もの忘れなんかが顕在化する前に仕事の能率が極端に落ちたということで、よくうつ病と間違えられますが、仕事ができない、判断ができないということで、ご自分で医療機関にかかる。

だから、顕在化する症例が多いという点では少しニュアンスが違うかもしれません。

【長嶋議長】 ありがとうございます。もう1つ私のほうから指名させていただきたいんですけれども、家族の会からこちらに委員としてお出になっている原さん、こういった若年性認知症のことでのご相談とか、そういったものに関していかがでしょうか。これも65歳以上の方と65歳未満を無理やり切らずに、今のお話のように比較的若い方からのご相談、うちでこういうことで困っているというようなご相談について、何かご経験がありましたら、ぜひお願いしたいんですが。

【原委員】 私たちのところにも若年の方のご相談が増えております。若年認知症という診断が下るようになったからかなと思いつつも、65歳より若い方が大変多くなっております。やはり職場で何か変だと言われたということが原因の方が多いです。私どもは自宅で介護するためのサポートをしているわけですから、そんなに老人と違いはないんですけれども、でも、やはり若ければ、家計を担っていらっしゃる方が多い

わけですから、そういう対応が困ることと、お若いから力があり余っていらっしゃるとい
うことでの問題は多いです。

【長嶋議長】 ありがとうございます。先ほど齋藤委員のほうからまとめていただき
ました資料4、大きく5つほどございますけれども、どれをとっても、今のお話にもあり
ましたように、特に経済的な支援ということに対しては、この部会だけでは、この推進会
議だけではどうしようもないかもしれませんけれども、やはり何か対策を若年性部会のほ
うから出していただいて、大きく成果として、あるいは勧告として出せばいいかななん
てふと思っているんですけれども、勝手にしゃべって申しわけないんですけれども、いか
がでしょうか。もう一度原さんのほうから、そういった経済的な問題に関するご相談とい
うのも結構あるんですか。

【原委員】 私どもに来るところで経済が困るということを直接おっしゃる方はあまり
いないんですけれども、でも、やはり当然それは根っこにあるわけです。奥様からのご相
談が多いわけですから、どうしよう、結局、とりあえず私が外へ働きに出るという方
が多いです。なるべくいろいろな方法を講じて少しでも会社に長くいられるような方法と
いうのも、あの手この手もあると思いますので、そういうことのご相談をいたしますし、
でも、やはり退職した場合に、何かしたいということは皆さん大変思っていると思います
ので、やはり今後そういうことに関係した支援ができればいいなと思っております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ほんとうに子育て中ということもあるでしょ
うし、今のお話なんか身につまされるお話です。では、齋藤委員、どうぞ。

【齋藤委員】 今の経済的な問題に関しては、大変なのは若い人だけではないわけです。
ただ、若い人が困るのはローンがあるというふうなことで、とりあえずは部会として視野
に入れているのは、住宅ローンの最中に発症したときに、見えて歩いてしゃべれると障害
認定をしてもらえない。両目が見えなくなればローンは免償されるのに、ピック病であち
こち走り回って奥さんが追っかけているケースについてはだめだと。実際、私どもで発表
していただいた方も行政に経済的な話を相談にいったら、行政の窓口で自己破産の仕方を
教えてくれたと。家売って破産して、そうすればローンがなくなるでしょうという対応
した行政の窓口がある。

だけれども、実際問題として、そういうことになりかねないわけです。その人は単に冷
たいだけではなくて、リアリストだったのかもしれないけれども。松崎さんの場合はそれ
をクリアして、何年かかってその障害を認めさせたんですけれども、次回の委員会に保険

会社の方に来ていただいて、認知症の障害の認定の仕方についてももう少し、もっと上の人も含めて、検討していただくということを考えています。

【長嶋議長】 ありがとうございます。そろそろ時間が来ましたけれども、何か。玉木員、お願いします。

【玉木委員】 先ほどの私の発言で認知症の専門医はいるのだろうかという、言葉が足らなかったで、ちょっと補足させていただきますけれども、もちろんいらっしゃるわけで、繁田先生や斎藤先生のような先生はおられるけれども、非常に数が相対的に少ない。それから、多くは教育機関の中におられたり、非常に高度な医療を担う病院におられたりして、他の多くの精神疾患の方々も同時に診ながら認知症の方々に対応してくださっているので、すべての認知症の方に当然専門医の診断を受けて治療を受けていただくのが一番いいんですけれども、それはキャパシティーからしてとても無理だということは事実です。

ですから、その1つ手前でかかりつけ医がどういう機能を担って、ほんとうに必要な方、ほんとうに必要なときに専門医のサジェスションや忠告を受けられて、それが認知症の人のケアに反映されるかということが、まず私たちの責務だと思いますし、もう1つは、やはりそういった先生方がほんとうにその方々の生活に肉薄したケアまでかかわれるわけはありませんので、やはりその役割も私どもにあるんだと思います。

ですから、先ほど繁田委員が言われたように、そこにおいて連絡のツールや情報の内容というものが非常に重要になってきます。今度それを生かしていくには、先ほどの徘徊のネットワークではないですけれども、ないよりはあったほうがましであって、それを何度も何度も繰り返して動かしていくうちにだんだん練度が上がりながら、足りないものがわかって、それを補って行って、やがてそれは24時間という形に広がっていけばいいと思いますし、利用においてもまさにそういう状況にあることは確かですし、それがかかりつけ医と専門医の連携という、最終的に行き着く形にできるように今努力をしていきたいというのが私どもの考えでございます。

ありがとうございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。大変心強いお言葉でした。では、時間ですので、第5回の推進会議を終わりたいと存じます。

それでは、この後は事務局にマイクをお返しします。本日の議事進行にかかわりまして、委員の皆様方のご協力に対しまして感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

【坂本幹事】 委員の皆様、長時間にわたりまして、活発なご意見ありがとうございました。

す。ここからは事務的な連絡をさせていただきたいと思います。次回の会議の日程でございますが、今のところ7月下旬の開催を予定しております。先日送付させていただきました開催通知に日程調整用紙を同封させていただいております。本日受付時に提出されていない方につきましては、できればお帰りの際に事務局のほうまでご提出していただきますか、後ほどファクスで事務局のほうまでお送りいただければというふうに考えております。

また、日程につきましては、各部会におけます検討状況等もございますので、その辺を十分勘案した上で、改めてご連絡させていただきますので、次回もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日はこれで散会いたします。どうもありがとうございました。

了