

平成27年度

第3回

福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議

日 時：平成27年8月18日(火)午後7時00分～午後9時32分

場 所：都庁第一本庁舎北塔42階 特別会議室A

1 開会

2 議事

(1) 認知症の人と家族を支える地域づくりについて

- ・講演（繁田雅弘委員）
- ・意見交換

(2) 介護予防と健康寿命の延伸について

- ・講演（新開省二委員）
- ・意見交換

(3) 企業等多様な主体の活用について

- ・講演（前田展弘様）
- ・意見交換

3 閉会

<資 料>

- 資料 1 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議設置要綱
- 資料 2 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議委員名簿
- 資料 3 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議について
- 資料 4 繁田雅弘委員 講演資料
- 資料 5 新開省二委員 講演資料
- 資料 6 前田展弘様 講演資料
- 資料 7 関連資料①
- 資料 8 関連資料② 東京都の関連施策について
～東京都高齢者保健福祉計画《平成 27 年度～平成 29 年度》（平
成 27 年 3 月）より～

<委員提出資料>

- 大熊委員 提出資料

<参考資料>

- 参考資料 1 東京都高齢者保健福祉計画《平成 27 年度～平成 29 年度》（平成
27 年 3 月）
- 参考資料 2 東京都長期ビジョン（平成 26 年 12 月）【抜粋】

<出席委員>

高橋 紘 士	一般財団法人 高齢者住宅財団 理事長
平川 博 之	公益社団法人 東京都医師会 理事
園田 真理子	明治大学理工学部 教授
内田 千恵子	公益社団法人 東京都介護福祉士会 副会長
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野 教授
馬袋 秀 男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会 特別理事
和気 康 太	明治学院大学社会学部 教授
秋山 正 子	株式会社ケアーズ 代表取締役 白十字訪問看護ステーション 統括所長
河原 和 夫	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 教授
繁田 雅 弘	首都大学東京健康福祉学部 教授
瀧脇 憲	特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会 常務理事
新開 省 二	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長
川名 佐貴子	株式会社環境新聞社 シルバー新報・月刊ケアマネジメント 編集長
荒井 康 弘	多摩市健康福祉部長
田中文子	世田谷区高齢福祉部長

<東京都>

梶原 洋	福祉保健局長
黒田 祥之	福祉保健局理事（少子高齢化対策担当）

<オブザーバー>

榎本 健太郎	厚生労働省老健局介護保険計画課長
溝部 和 裕	八王子市福祉部高齢者福祉課長

○西村部長 定刻となりましたので、ただいまから第3回福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議を開催いたします。

私は本会議の事務局を務めております福祉保健局高齢社会対策部長の西村と申します。よろしくお願いいたします。

初めに、配付資料の確認をさせていただきます。

クリップどめでとめてある資料は資料1から資料8になります。資料1から3は、本会議の設置要綱、委員名簿、概要となっております。資料4から6は、本日予定されております講演の資料となります。資料7は、本日の講演の理解に資すると思われるデータを事務局で用意させていただきました。また、資料8でございますが、前回の会議同様、今回の講演に関連する東京都の取組を、第6期東京都高齢者保健福祉計画の中から抜粋しております。それから、大熊委員からの提出資料を配付させていただいております。このほかに、別に参考資料が冊子で置いてあります。ご確認をお願いいたします。

次に、委員の出欠状況でございますが、現在、山田委員がまだお見えになっておりませんが、ご出席の予定でございます。欠席の委員は、お手元の資料2の名簿順で、佐藤委員、松田委員、水村委員となっております。それから、今回も福祉保健局長の梶原及び福祉保健局少子高齢化対策担当理事の黒田が出席いたしております。

それでは、以降の議事進行につきましては高橋委員長をお願いいたします。

○高橋委員長 昨日は大雨で、びしょ濡れになった方もいらっしゃるかと。いつも車の人も多いかもしれませんが。私は、きょうの朝、大津から帰ってきたところなんですが、あちらも同じようでした。相変わらず湿気の大変多い夏でございますが、ご参集いただきましてありがとうございます。

議事に入ります前にお諮りをしなければいけません。これは前回と同様でございます。本日の議事の公開についてということで、本会議は、設置要綱第8条において報道機関に公開するとしておりますが、出席委員の過半数で議決したときは一般公開とすることができます。今回も一般公開をさせていただくということでご了解いただきたく思います。よろしゅうございますか。

(異議なし)

○高橋委員長 それから、きょうは新開省二委員に会議に初めてご出席いただきました。後ほどプレゼンテーションをお願いしておりますが、ひとつよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

前回は在宅医療、看取り、それから、介護ロボット等、非常に先端的な、ソフトとハードと両方にわたる議題でございました。秋山委員を初め、先生方に非常に有意義なプレゼンテーションをいただきました。

今回は介護予防と生活支援に関して、これも今、非常にホットな話題でございますし、この問題は介護保険でいえば総合事業の話で、どういうふうにそれぞれの自治体が本気で取り組むか。先送りをしているときは本気ではないのではないかと僕は疑っております。これは早くやったほうが勝ちだと思っているのですが。模様眺めをしておりますと、ノウハウが開発されませんまま行ってしまうということがあるのですが、それはさておき、きょうはむしろそういう制度論ではなくて、それぞれの介護予防、生活支援につきまして、単身世帯の増加の中で軽度の高齢者、この軽度という言い方も、実はこれから随分パラダイムが変わると思っておりますので、内包している意味というのを実は吟味し直さなければいけない。ある種の境界領域的とでも言ったほうがいいのかと思いますが、そういう高齢者が増加する中で、やはり、地域居住、住みなれた地域でいつまでも、健やかではなくなるかもしれないけれども、周りの支援で健やかになるという、そういうダイナミクスがあるはずで、これが地域支援事業でいう生活支援のダイナミズムなんです。何となくプロとアマを切り分けたり、支える人と支えられる人を切り分ける議論、それをやると割と数量的な要素がやりやすいものですから、結構やりたがるのですが、実は、そこら辺の境界が非常にある意味で曖昧というか、曖昧になっていること自身が生活の真実だと思っているのですが、そういうことを含めて。しかし、明らかに単身世帯は増加するわけでございますし、その中で、地域で安心して暮らすためにどういうことが必要か。これが地域包括ケアシステムの中で非常に重要でございます。これは前回の秋山委員のプレゼンテーションとも深くかかわりますけれども、やっぱり、地域で支えたり支えられたりすることが、実は、支えること、役割を持つこと、これは多分新開委員からもデータがございますが、これが要介護になることの予防、予防という言葉も余り僕は好きではないのです。医学モデルですので、予防医学から始まっていますから。もうちょっとそこら辺はルースに使わないといけないと思っております。それはそれとして、今までのディシプリンが鍛え上げてきたそれぞれの手法と方法がありますから、それは尊重したいと思っておりますので、その中でどうするか。

それから、定年退職後、地域に戻ってくる。これも変な言葉ですね。退職しないと地域に戻れないのかというよりは、日本はワーク・ライフ・バランスがめちゃくちゃな国

なので。役所もちょっとそういうところがある、——ちょっとではなく、とんでもなくそういうところがあります。夜中までアンバランスでワーク・ライフ・バランスの政策を立てているという変なことが起こっていますが、それはそれとして、地域で生活する元気な高齢者、そういう人たちを、NPO、ボランティア、民間企業、これもなかなか難しい概念でありまして、僕は最近、企業といっても2通り以上あると思っていますが、それを企業と言ってしまうと何のことかわからなくなると思います。それは後ほどプレゼンをいただけるようでございます。

東京の特性を踏まえてどのように介護予防推進、生活支援サービスを充実させていくか。これはまさに我々——私はまさに団塊の世代よりちょっと上の世代でございますが、幸いにして何とかそれなりの役割を遂行させていただいているのですが、危ないのは、元気でお金を持っていて役割がなくなった人たち。お金がなくても大変ですが、あっても大変ということです。小人閑居して不善をなすという昔からのいい言葉がございますが、小人というのはちょっと失礼かもしれません。大変社会で働いて貢献をされてきた方たちばかりでございますから。そういう人たちがどうやって地域の中で役割を果たしていくか。これは大変重要なテーマでございます、そこに知恵の出どころがございます。

きょうは3名の方にご講演をお願いしておりまして、それぞれ事務局にあらかじめ設定していただいたテーマでプレゼンテーションをいただいて、その上で時間をとって皆様と議論するという方式で進めさせていただければと思っています。委員の皆様のコメント、意見、反論、同感の意見も含めましていろいろお出しいただけると、これからまとめるに当たって、いろいろな素材を皆様からいただかなければ、事務局はこのまとめができませんので、そういうことを含めてよろしく願いいたします。

まず、認知症の人と家族を支える地域づくりについてということで、前回の医療介護のテーマとも関連しますが、地域の中での支援、これが非常に重要なポイントだと思います。地域の中での支援と一言で言うのだけでも、それをどういうふうに我々は現場に即して考えることができるか。それを政策とどう結びつけるかということも思案のしどころですが、そんなことで重要なテーマでございます。

首都大学東京健康福祉学部で教鞭をとられ、今は学長でいらっしゃいましたか、学部長でしたか。

○繁田委員 平の教授でございます。

○高橋委員長 失礼しました。老年精神医学会の会長で。

○繁田委員 いいえ、理事でございます。

○高橋委員長 この間お目にかかったときまでは会長だったような気が。

○繁田委員 ことしは解職で。

○高橋委員長 解職されましたということで、精神医学のご専門でございます、お医者様ですから、もちろん、臨床の現場でもご活躍で、教育、いわば学会活動と、何足かのわらじをはきながら貢献されていらっしゃると思いますが、認知症についてプレゼンをひとつよろしく願いいたします。いろんなことを申し上げましたが、先生、ひとつよろしくお願いいたします。

○繁田委員 ご紹介ありがとうございました。首都大学の繁田と申します。

私は認知症の人と家族を支える地域づくりについてということでしたけれども、そのタイトル自体はこの会議体そのもののテーマになってしまいますので、今までの私の大学病院でありますとか精神科の病院でありますとか、診療所、クリニック、それから、高齢者施設等での臨床経験に基づきまして、これから医療の中ではこういう点に重きを置いていかないといけないのではないか、重きを置くようになるのではないかとということをお話ししたいと思います。資料のほうのタイトルはそんな形でタイトルをつけさせていただきましたので、幾つかの課題とさせていただきました。もちろん、課題はほかにもたくさんありますけども、きょうは五つ。一人一人の認知症の人、あるいは、ご家族に向き合う中で、これからこういうことに着目すべきだろうという視点でお話をさせていただきたいと思います。

資料を1枚おめくりください。言わずもがなかかもしれませんが、今日までの経緯でございます。

認知症の人が医療にかかわるといのは、1960年代、70年代は、特に、なかなか家で暮らせなくなった方を穏やかにさせるような役割を精神科が主に担っていました。ほかの診療科にかかると、来なくていいと言われた時代であります。基本的な生活介護ぐらいでありました。

それから、少し時間がたちますと、それぞれの認知症の種類によって望ましい治療が違ってくるといような考え方も浸透してきまして、介護に関してもその人に合わせたという考えが芽生える時代に。

さらに、現在はこのあたりかなと思うのですけれども、行動心理症状、そういう症状

を本人の視点に立って支援しましょう、対応しましょうということでもあります。

一つだけちょっと触れておきたいのは、行動心理症状というものがなかなか適切に理解されておりませんで、本来は気分であるとか感情であるとか、あるいは、意思であるとか衝動であるとか、あらゆる領域の症状が含まれているんですね。それこそ能力の低下以外の全ての症状が。ですけれども、この言葉を使うと、何か周りに影響が出てしまうような、怒りであるとか興奮であるとか、そういったものが重視されている点が気になります。

こんな例を挙げるとおわかりいただけるかなと思うのですが、例えば、がんの患者さんが自分の生命予後の話を聞いてショックを受けて、治療を拒否する。そういうとき、それを誰しも行動心理症状とは言わないわけで、どうしてそういうことになったのかということを理解しようとするわけですね。認知症の場合も同様だと思います。ご本人に関して了解できたり共感できたりする部分がふえてくれば、結果的にBPSDとか行動心理症状とかの用語を使う部分は狭くなっていくはずなので、今後はそうになっていったらいいなというふうに思います。

1枚おめくりください。これはこれからお話しすることの取っかかりですが、平成22年度の推定です。もう皆さんはよくご存じかと思います。

特に着目してほしいのは、2番目の緑のところ、生活自立度Iとか、要介護認定を受けていない人というのがありますけども、今後は黄色の人よりも恐らく緑の領域の方が多く、医療、あるいは、介護保険サービスを利用されるようになるだろうと思います。そのニーズが高まるだろうと。

さらにその下、MC Iというふうに書いてありますけれども、MC Iというのは、認知症かもしれないけど、そうではないかもしれない。認知症だとしても、どの認知症かは今のところよくわからない。もしかしたらうつかもしれないし、体の病気のためかもしれないしというような、非常にいろんな種類の人がここに含まれていて、一応ハイリスク群というのが一般的な名称ですけども、そういう方が実際に医療を受診される、利用されようとする。そのときに、あなたはこういう認知症かもしれない、そうですよということなかなか言えませんので、非常に宙ぶらりんな状態でご本人を支援しないとイケない、そういうニーズが出てくるだろうと思います。

特に最近、特別区23区では、ご本人お一人で医療機関を受診される方がふえてきています。お薬をお一人でお持ちになって、通っておられます。多摩地区であるとかほか

の都道府県ですと、まだまだ余りいらっしゃらないですけども、都心部ではふえています。そういう方がこれから特に支援が必要です。今まで私たちが余り触れられなかった人だろうと思います。そういう方の訴えを次のページに示しました。

もっとたくさんあるのですけれども、代表的なものを幾つか挙げてあります。上の三つは従来の症候学であります。一番上は例えば近接記憶の障害とか、2番目は失認だ、誤認だみたいな話になります。これから多分大事になるのは、その下の例えば赤い星のついた二つ、自覚症状の部分です。ご本人の苦痛はここにあるわけですので、こういうところへ支援が、あるいは、対応が、何かサポートができたらいいなと思いますし、さらには、軽度の段階で、もしそこに診断がついたとすれば、一番下の二つのような心配をお持ちになるとと思いますので、そういうところでのニーズも出てくるだろうというのが、軽症、軽度の方、先ほどのMC Iとか、まだ診断がついていない方への支援になるだろうと思います。

資料をおめくりください。認知症の原因がたくさんある中で代表的なものを四つ挙げますと、特に、軽度の段階でどこがポイントになってくるのかを、軽症のまだ間もない方の診療の経験で申し上げますと、一番上の空白の期間というのは、日本認知症ワーキンググループで余りにも有名になった言葉でありますけれども、診断がついてから介護保険を利用するまでに私たちを助けてくれるサポートがない、そういう意味の空白であります。これがまず一つあります。

それから、二つ目、レビー小体型認知症という種類ですけども、もちろん、いろんな症状がありますが、抑うつというのが一番初期の段階で出ます。恐らく、最もご本人にとって苦痛であって苦しい症状は、私はこの症状だろうというふうに思います。私は精神科ですけども、統合失調症の患者さんでも、幻覚、妄想よりはやっぱりうつが苦しいというのは、皆さんが声をそろえておっしゃるところです。

それから、一つ飛ばしちゃいます。4番目、前頭側頭型認知症、ピック病ですけども、ふだんの生活をしていく中で、ピック病の方が一番といたしますか、心配されることの一つに、お店に入って、気がつかないうちにお店のものを持って出てしまう、それで、万引きとされるという不安があって、誰かそばについてくれる人がいる場合にはついてもらって、自分がそれをしそうになったらとめてくれというようなことをとても心配されています。恐らくこれからはそういう支援が。それが医療なのか、介護保険なのか、あるいは、それ以外の支援なのか、私は今答えることができませんけれども、その支援は

その人が暮らしていく中ではとても意味があるだろうというふうに思います。

それから、その下のMC Iに関しては後ほど触れます。

次は、ちょっとややこしい話で恐縮なんですけど、カラーの図をごらんください。これは、アメリカで行われたADNIという非常に大きな試験でありまして、物量を投入しまして、軽症の段階からあらゆる検査をやって追跡していくという研究であります。これは、アルツハイマー病と実際に診断がついた方の脳の病理の結果であります。実際に解剖して脳を調べています。そうしますと、実際にはアルツハイマー病以外のいろいろな変化が起こっているということが報告されました。アルツハイマー病以外の脳の変化が起こっている場合、レビー小体型認知症の変化が起こっている場合、あるいは、上のTDP43というのは、前頭側頭型認知症とか側索硬化症とかいう病気で変化があった、そういう変化さえも。ですので、そんなに診断は単純ではないとすると、これはかなり医療側の問題ではあるのですが、ある医療機関に行って、あなたはアルツハイマー病ですよというふうに言われて治療を始めて、引っ越しなり、自分が子どもに引き取られて別のところへ住むようになって、医療機関へ行ったら、あなたはアルツハイマーではなくてレビー小体型認知症ですよみたいなことが多分これから起こる。そうすると、自分は誤診をされたみたいなことになるのですが、そういうこともあるかもしれませんが、脳の中で起こってくる変化でどれが一番優位に症状を出してくるかというのは経過の中でも変わってきますので、そういうことをどれだけ啓発として一般に発信していくのか、あるいは、混乱させるからほどほどにしないといけないのか、そういうことも僕は医療の課題だろうと思います。

それから、その次のスライドはややこしくて申しわけないですけども、結論だけ申し上げますと、家族性アルツハイマー病というのがあります。これは、病気を起こす遺伝子がはっきりと同定されていますので、恐らく診断としては一番確実な病気のはず、認知症のはずなんですけど、その方の脳を亡くなられた後に調べてみたら、およそ半数にレビー小体型認知症と同じ変化も起こっていたということですので、やはり、病気というのは、認知症のどの種類なんだ、これであればあれではないみたいなことはそう簡単に言えるものではないというのは、医療の中でこれをどう扱って、どう患者さんに、あるいは、ご家族に説明させていただくかというのは、大きな問題だなというふうに思っています。

それから、その次のスライドはMC Iであります。こんなややこしい病名をごらん

なったことはないかもしれません。神経原繊維変化型認知症とか嗜銀顆粒性認知症と書いてあって、何のことかわからないかもしれませんが、実はこれは認知症の種類です。アルツハイマー病に関して少し説明をさせていただくと、アルツハイマー病というのは、代表的な脳の変化というのは、二つの異なったタンパク質がたまって、脳の細胞を傷害する病気です。それは、一つはアミロイドという物質で、もう一つはタウという物質なんです。それぞれ一つでは余り毒性は高くないのですけれども、両方が脳の中にたまってしまうと非常に毒性が強くなるのです。その結果、アルツハイマー病で起こるような脳の委縮であるとか症状が出るわけです。片方しかたまらない病気が幾つか知られています。そのうちの代表的なものがこの二つです。ですので、症状はいずれも極めて軽度で、余り進みません。今、アルツハイマー病の治療薬として使われているものはほとんど無効ですけれども、逆に進みませんので、余り問題にならないというか、むしろ薬物治療の必要性は低いと言っていいと思います。これが、最近の東京都健康長寿医療センターのブレインバンクの先生のお話ですと、要支援の中には半分ぐらいこの方がおられるのではないかというデータも出ています。

だとすると、MC I として受診をされた方が、今はこういう診断は認知症の中では広く一般に使われていませんので、例えば、認知症である、あるいはアルツハイマー病の可能性があるという診断を受けて、非常に強いショックを受けて生活が投げやりになってしまったりすることはぜひとも避けたいですし、逆に、非常に症状が軽いのでMC I かもしれないと放っておいたら、実はアルツハイマーが進んでいたということになっていけませんので、この病気をどう医療の中で扱うのか、どう支援していくのか、診断精度を上げることができるのかということも、研究レベルを含めて大きな課題だろうというふうに思います。

それから、結果的に診断がついて、その次のスライドであります。認知症の可能性が、あるいは、治療をお受けになったほうがいい、あるいは、サービスをお使いになったほうがいいというお話に対して、しばしばご本人は、それを望まない、嫌だとおっしゃる方がいる。そうすると、病識がないのではないかと、そういうふうな言われをしてしまうこともしばしばあるのですけれども、決してそういう人ばかりではない。むしろ、ご本人は何らかの形で変化には気づいていらっしゃると思いますので、ここのごらんいただいているような理由で治療を拒否される方がおられます。そういう方にどういった支援が可能なのか。今は診断がついて、医療保険を使つての治療であるとか、あるいは、

介護保険の意見書が出てのサービスですけども、そうではない何か別の支援が必要なのかもしれない。診断がついていなければ、包括支援センターであるとか、そういうセンターの支援になるのかもしれませんが、情報提供とか決断の支援と私はよく言うのですけれども、そういうものがあつたらいいなというふうに思います。これが軽症ないしは認知症の疑いといいますか、診断前から診断直後の再起動まで、新しい生活を始めるまでの支援の大切さということで、第1のポイントであります。

それから、二つ目のポイントは目標の共有ということです。次の資料をごらんください。やはり、認知症の方を支援する、あるいは、一緒に暮らしていくためには、多職種の連携であるとか医療福祉の連携が必須でありますけれども、いかに目標を共有するかというのは古くて新しい課題で、なかなか難しい。ここでごらんいただいているのは、医療の私たちがよく掲げる目標です。医療職はこれを見ると非常にわかりやすいだろうと思います。ただ、しばしば、ここまで具体的にこういう目標を書いたとしても、医療と福祉で戦略が一致するわけではありません。哲学も違いますし、言語も違いますし、方針も違います。

次のページをごらんください。では、本当の意味で何を目標にして支援していくのかというところでの共有があつて、そこからブレークダウンして、先ほどごらんいただいたような医療の目標であつたり、あるいはケアの目標であつたりというふうにしなないといけないのですけれども、なかなかそのところは目標を共有できていないというところが医療の課題でもあります。

実際に私がふだん認知症の人に会っていて、例えば、何のために自分が治療しているのだろうか、アドバイスするのだろうかということを考えますと、次の資料をごらんください、こんな言葉が挙がってきます。もしかしたら福祉の方がごらんになったら違うのかもしれない。キーワードとしては、役割であるとか生きがいであるとか、必要とされることであるとか、興味とか関心とか、こんなことであります。ここから議論をしていく必要があるのですが、ケアカンファレンスにしても、なかなか時間を共有してちゃんと議論をすることができないところは非常に歯がゆいところですし、自分たちの及んでいないところだなというふうに思います。

では、そこでちょっと立ちどまって、本人のニーズとは何かというスライドをつくってみました。それは次のスライドであります。今のは医療や福祉の専門職が考えるニーズであります。これは本人のニーズ、実際に本人が言葉にしてくれたニーズで、このほ

かにもたくさんあるかもしれませんし、データはできていませんけれども、幾つか拾うことのできた声を挙げると、例えばこうです。家族に迷惑をかけたくないというのは非常に大きな、割と普遍的に皆さんが口にする言葉です。それから、その下の二つは、本音としては、これもやっぱりかなり普遍的のように思います。認知症の人として扱われたくない。それから、変わった姿を昔を知る人に見られたくない。昔の交友関係を全て絶ってしまわれる方もおられます。これを、医療のニーズと、これからお話する家族のニーズとどうすり合わせていくのかというのが、私は課題だと思います。

次の紙をごらんください。これは、家族のニーズを考えるときによく使わせていただくスライドなんですけれども、ヨーロッパ緩和ケア学会が出しておりますガイドラインといますか白書なんですけど、その中にこういう表現が出てきます。赤のところをごらんください。慢性・持続性のグリーフと書いてあるのですが、仮に認知症が軽度の段階だとしても、認知症が進んでいくときに、家族は慢性的・持続的な悲しみに苦しむという、そのニーズがあるという表現なんですけれども。医療とかの現場でグリーフという言葉が使われるのは、ご存じのように、グリーフワークとか、グリーフケアということで、がんなどで亡くなられた患者さんのご家族の別れの悲しみをどうサポートするかというところであります。それが、実際には、欧米の緩和ケアの概念の中では、認知症の人が進行していくときに使われています。どういうことかといいますと、徐々に認知症が進行していくことでご本人が変わっていく。それは家族とのある意味ある種の別れであって、家族は別れの悲しみを持つ。それに対するニーズがあるんだということがあります。

それが一部といいますか、引き起こすのは、次の紙をごらんください。ご家族から聞く声で、多くのご家族はこういう矛盾した思いを抱いていらっしゃいます。特に、認知症の方の息子、娘、直系の子どもというのは、なかなか変わっていく親の姿を受け入れることができなくて、しっかりしろ、さっきも言っただろうみたいにどうしてもなってしまう。逆に、それがかなわないことがわかると、本人の姿を見失ってしまうという。それが、家族の中で別々の思いがあったり、あるいは、一人の中でも矛盾する思いがあったりするとところが以前からずっとひっかかっていた。これに対してなかなか支援ができておりませんが、私の中では大きな課題になっています。

次のスライドをごらんください。今のことに関連してですけれども、介護負担を教科書的には経済的、身体的、精神的に分けるのですが、精神的負担の中にある思いとして、

今申し上げたような、いつまでも家族の一人であると思ったのに、それが失われていく部分に対するサポートであるとか、それを失ってもなお介護しなければならないといえますか、せざるを得ない状況、そういう苦しさのニーズがあるかと思います。

次のスライドをごらんください。全体を整理したのがこれであります。いろいろ思いはあるかもしれませんが、やはり、家族の思いとしては私の中では大きく二つに絞ることができて、一つは、いつまでも少しでも本人らしくあってほしいというのと、苦しめないでほしいというのが二つです。

次のスライドに対比して出しました。ここまで単純化していいのかどうかは難しいところなんですけれども、私の中での整理は、本人のニーズの中での本人らしさと、家族のニーズの中での本人らしさというのはちょっと違って、本人は、やっぱり迷惑をかけたくない、家族の中では家族の一員であるといつまでも思っていたい、そういう本人らしさ、そういう違いはありますけれども、キーワードにするとこうなるのかなど。本人の中ではもう1点。やっぱり、「偏見」を生きることへの支援が必要でしょうし、家族のニーズとしては、苦しめないように、穏やかであるようにということになるのかなと思います。

次のスライドをごらんください。これは次の課題ですけれども、認知症に対してどう社会が受けとめているかということがご本人にどう影響するかということなんです、アルツハイマー病の方に何か症状があると、それはアルツハイマー病の症状だろうと。そうなんですけれども、実際には、脳の中で起こっている避けることのできない変化が起こしている症状と、体の病気が悪くしている部分と、それから、精神的な症状であるとかストレスであるとか、そういったものが悪くしている部分であるとか、それから、いわゆる使わないことで低下していく部分であるとか。いわゆる認知症の予防というのは、右の二つに関してであります。精神症状の軽減、合併症のコントロール、廃用性低下の防止です。廃用性低下のところなんですけれども、一つは孤立という問題があります。随分前のスウェーデンの研究で、ソーシャルネットワークが薄い場合には発症率が上がるというデータがありました。おっしゃるとおりです。私はむしろ、それよりも、もう一つ、本人が諦めてしまって、それによって廃用性低下をしていくということがとても気になります。それは本人の責任かというところ、決してそうではなくて、むしろ社会が、認知症になると何もできなくなるのではないかと、あるいは、周りが、認知症になってしまおうと限定的になるのではないかと、そういうところがそれを引き起こしているところを何と

かできないかということで、次のスライドをごらんください。

認知症に対する私が触れることができた先入観、偏見ではなく、ちょっとやわらかい言葉で先入観と書きましたけども、例えば、一般の人が持つ先入観、何もわからなくなる。あるいは、ほかの病気の人が認知症に持つ先入観。麻痺の人は、自分たちが脳をやられなくてよかった。失語症の人は、私たちを認知症の人と一緒にしないでほしい。私たちはそんなことはないということを発信したりするのですが、私自身にやっぱり先入観があって、例えば、このテストだとひとり暮らしは難しいのではないかなんていうことを言ったのですが、そんなことはなくて、ケアの人たちが協力して、その人は朝晩のヘルパーさんと週3回のデイサービスでひとり暮らしを続けていらっしゃいます。今でも何年間かです。そういうことでご本人を諦めさせてしまう、これを何とかしなければいけないというところでもあります。

こういう偏見を解消しないといけないというのはもちろんあるのですが、解消するにはやっぱり時間が必要で、今、認知症になっている方は、その時間が恐らくない。今は団塊の世代の方が高齢者になりましたけども、あと10年で後期高齢者です。そこで多くの方が認知症になられると思いますけども、そのときでもやっぱり時間的には難しいだろうと。ですので、私が今よく申し上げるのは、偏見を生きる覚悟を支援することが必要なんだということを改めて強調しておきたいと思います。それが四つ目です。

五つ目は患者さんの例なので、スライドが入っていないのですが、読み上げさせていただきます。高度に進行しても穏やかに暮らしておられる方はいますけども、なかなかそうならない方もいらっしゃいます。例えば、血管性認知症の方ですけども、前頭葉を、血管障害のためにほとんど機能を失っている方がおられます。食事とか食べ物を見ると、それにつかみかかってしまわれて、お食べになる。食べ始めるととまらない。歩くこともとめることができなくて、ずっと歩いては転び続けてしまって、ご自宅から飛び出してしまって、道路を歩いてしまわれる。車のほうはよけてくれるのですが、決して見ていられるような状況ではない。例えばそういう方です。あるいは、アルツハイマー病の方で80代の女性の方、お一人で近所の親しい方とか民生委員の方の支援でずっと暮らしてこられたのですが、急激に被害妄想が出てしまわれて、お世話になっていた方にも暴力を振るわれるようになってしまいました。警察に頻繁に怒鳴り込んでいくようになってしまって、どんな支援が必要なのか、どういう支援が可能なのかというところで頭を悩ませている方がおられます。あるいは、レビー小体型認知症の方、

この方は幻視が特徴なんですけれども、物忘れだけではなく幻視があつて、ご本人も知っていらっしゃる。ただ、幻視が余りにも強いと、恐怖感が強くなって不穏になってしまう。症状の変動が非常に激しいのがレビーの特徴で、もうろうとしたり、あるいはうずくまったり、あるいは元気になって歩いたりなんですけれども、混乱が強くなってしまふときには、便を手を持って扱われたり食べてしまったりするようになられたので、抗精神病薬を飲んでいただいたのですが、眠気が出るのでそれも中止して、非常に激しい変動が相変わらず続いているという方がおられます。

高度の認知症の方の支援というのをどう考えるのかというのはすごく難しく、ある意味、日本ではこういった方を病院とか施設とかでかなり許容して、海外からすると、かなり濃厚な医療とかを提供しています。日本からすると、海外のそういう方は割と短命で、ある意味自然に短い間で最期をみとってもらっている。私はスウェーデンに留学しておりましたけれども、余り長く病院では生きない。国民の理解の中で、そうなったら無理をして生きなくていい、そんなことで生きたくないという理解がある程度浸透しているので、それが許容されます。ですけど、日本はなかなかそういうわけではなくて、とにかく一日でも長くみたいにお考えになる家族もいて、その辺は医療をどう整理するか、すごく難しいところだというふうに思います。

最後のスライドは整理したところで、ニーズだけではなく、ご本人の要望に応える医療だったらいいなという願いを込めたスライドであります。

以上です。

○高橋委員長 ありがとうございます。

ちょっと時間が押しておりますが、ディスカッションの時間をとりたいと思います。

大熊委員から資料が出ておりますので、このことの趣旨と、少しコメントもお願いできたらと思います。

○大熊委員 たまたま医学書院の公衆衛生という雑誌で認知症ケアの特集がありまして、私は頼まれて書きましたので、それを資料としてつけさせていただきました。

タイトルは認知症をめぐる5つの誤解というふうにしてございますけれども、頭を使っていればいけないというのはかなり広く信じられていますが、レーガン大統領だとかサッチャーさんとか、頭を使った人がなっておりますので、これは誤解であるということがかなりわかってきています。

それから、ほかの病気では早期治療というのが大切だけれども、早期治療にとらわれ

た結果、かえって不幸な結果になっていると。

それから、認知症にはいわゆるBPSDというのがつきものであるということも誤解で、東京都健康長寿医療センターの松下正明先生という理事長さん、前の東大の名誉教授ですけれども、いわゆるBPSDは心の叫びである、周りのケアや環境のまずさに対する心の叫びであるというふうに言うておられますし、これは世界的にもそうだというふうに思います。

受け皿がないということで精神病院に入れる、これも日本独特のことです。

たまたま、東京都の支援で2013年1月に国際会議が行われました。そこにイギリス、フランス、デンマーク、オーストラリア、オランダというような国々の方たちが来ました。そこで共通していたのは、認知症を精神病院でという考え方は過去のものになっていると。住みなれた地域でケアというのはできるんだということ。それから、抗精神病薬の使い方。最近ではアリセプトとか、そういうものでの被害も出てきていますけれども、薬の使い方のまずさがかえって症状をひどくしているので、早期治療というのはよいことだというのは、認知症については普遍性を持っていないということでありませぬ。

これから話しますのは、その会議のときに私が求められて話したことなんですけれども、たまたまNHKのクローズアップ現代で、日本精神科病院協会の山崎学会長の病院の映像が流されました。それは、磁石つきの強力な身体拘束の道具とか、殺風景なうなだれた人々の様子。これに大変海外の方たちはショックを受けていました。日本ではこういうことがあるのかと。しかも、それが精神病院協会の会長さんのところなのだというものでありました。ここには映像が載っておりませぬけれども。

でも一方で、日本ではよその国以上にすばらしい認知症ケアが行われている。今の667というところの右上をごらんになりますと、先日ナイチンゲール記章を受けられた惣万佳代子さんたちのやっている「このゆびと一まれ」というところの風景ですけれども、右側のおばあちゃまは、がんの末期かつ認知症という人。それが、子どもたちと一緒にだとかんなに穏やかに送っていくということです。

その後は、さっき申し上げたことの繰り返しになりますけれども、ほかの病気のような切れ味のよい治療法とか薬はないので、治療よりもなれ親しんだ暮らしを続けることが大事だというのが、世界の常識になっています。

その右側の紙には、私ではなく日本薬剤師会の会長さんがつくられた、いかに薬がか

えって症状を悪くしているかということをお示しいたしました。

次のページを開けていただきますと、二つの写真が載っております。スウェーデンでも改革が行われまして、かつては精神病院で認知症の人を見ているという時代があったのですが、今ではそういうことがなくなった結果、これは私どもの大学の藤原瑠美さんという方の博士論文の中からとったものですが、彼女が認知症の人のケアを勉強しようと思ってスウェーデンに行ったら、日本で思うような人がさっぱりなくて、この写真の中の誰が認知症なのかがわからなかったのだけれども、この男性を取り囲んでいる4人の女性が認知症であったということに驚き、一体それはなぜだろうかということ調べていったところ、スウェーデンで改革が行われて、医療ではなくて生活で診ると。その見方も、やたらに世話を焼くのではなくて、見守るというケアに変化したからだということがわかりました。

じゃあ、昔はどうだったのかということで、彼女がいろいろ調べた結果、右側が1970年代までのルンドの精神病院。認知症の人が右端と左端に縛られている、ちょうど今の日本の精神病院協会の会長さんの病院のような風景が、1970年代のスウェーデンの様子であったということです。

幸い3年前ですか、厚生労働省が180度の政策転換をいたしまして、きょうも「認知症の人」という言葉が使われていますけれども、これは、厚生労働省の政策転換で、「認知症患者」という言葉ではなくて「認知症の人」、そして、精神病院から地域へとという政策転換がきょうのタイトルにも使われているというわけです。

右側のグラフは人口1,000人当たりの精神病床の変化です。福祉の人はみんな知っているノーマライゼーションという言葉があります。概念がありますけれども、1959年にデンマークで始まりまして、どんなに障害が重くても、人はまちの中で普通の暮らしをする権利があり、社会はそれを実現する責任があるという。そのころと、それから、クロルプロマジンとか、そういうものが出てきて、日本以外のほかの国々では、スタッフたちが患者さんと一緒に地域に出ていったために、どんどん病床数は減っていきました。ところが、日本はそのような世界の情勢を知らなかったということと、私立の精神病院は、患者さんが出ていくと経営上で困るということで、日本だけが非常に異常な、赤い線ですけれども、こういう状況になりました。この結果、今は日本の人口は世界の2%であるのに、世界の20%の精神病床が日本にあるという異常な状況で、国際的にもどうしたことかというふうに言われています。

だんだん患者さん、統合失調症の方が死んでしまったり、新しい人が入ってこないの
で、このベッドを維持するために、日本精神科病院協会では、ここに認知症の人を入れ
ましょうということをつたひび会長名で提案したりというようなことが行われている。
東京都ではぜひともこのような流れと違うことをすることが、福祉先進都市・東京では
ないかと思ひますし、地域包括ケアというのはまさにノーマライゼーションというのと
同じですから、人里離れたところに認知症の人を連れていっちゃうというのは、全然包
括ケアとは逆のことになります。

先ほどスウェーデンの話をしてしまひたけれども、最後のページに載っていますのは、日
本での「おたがいさん」という藤沢にある小規模多機能のところですが、いわゆるB P
S Dで、奥さんを殴つて青あざにしちやつたような元学校の先生が、ここのケアでこん
なふうにも子どもと戯れていたたり、左の女性は、ごみ屋敷の中から一歩も出なかつた女性
です。つまり、環境とケアによつて、B P S Dと言われているようなものは出さないで
済むということ、東京都の施策の中心に置いていただきたいと思ひています。

三つの丸がありますのは、誰でもそうですけれども、居場所があると。そして、そこ
に味方がいる、誇りが持てる、尊厳という。先ほど繁田先生がおつしやつたこととも重
なるわけですけれども、病院に入れてしまうということは、リロケーションダメージと
いう言葉があるように、居場所から離れてしまう、そしてそこには味方がいない、そし
て誇りも持てない、そういう状況を東京都で認知症になつた人には味わせないように
するというのが、福祉先進都市・東京がこれから目指していく方向ではないかというふ
うに思ひまして、話させていただきました。

○高橋委員長 ありがとうございます。

認知症というのはなかなか難しい概念です。症候群ですから、これを認知症と一くく
りにしていいのかといつも僕は思ひますが、そういう認知症の人に対してのアプロ
ーチというのは多様なアプローチがあつて、そして、それについてきちんと目配りをしな
がら議論していくことが非常に重要なのと、もう一つはB P S Dの問題です。私の個人
的な見解で言うと、やっぱり、恍惚の人の功罪は非常にあつて、あれがB P S Dだとい
う相当な刷り込みをやつてしまつたのです。だから、現実には非常に違つているにもか
かわらず、相変わらずあれが刷り込まれて、それを認知症サポーターなんかのいろん
な議論であれしている。B P S Dへの対処の成功モデルというんですか。きょう、たまた
ま写真の中に、これは多分瀧脇委員も相当現場で経験されているのではないかと思ひ

すが、それをケアスタッフも含め、市民・都民の皆さんも含めて、徹底して共有する努力をしないと、やっぱり刷り込みというのは恐ろしいし、B P S Dは、ある意味ではケアの失敗という側面がありますよね、さまざまな。

○繁田委員 ケアの失敗というと家族を責めることになっちゃうので、僕はできるだけそれは言わないようにしているのですが、ただ、早期の段階から、認知症が本当に軽い段階からいろんな支援があつて、認知症がありながら暮らしを始めることができれば、結果的にはB P S Dが出ないで済んだという。

○高橋委員長 そういうストーリーというんでしょうか、そこをきちんと共有化してもらうような、そういう知識を都民の中で共有する工夫というんでしょうか、そこら辺も非常に重要かと思ったのですが。

これは大事なテーマでございますので、ちょっと時間を頂戴することをご許可いただいて、もう少し委員の皆様からご発言をいただけたらというふうに思いますが、いかがでしょうか。とりわけ現場で認知症にかかわりをお持ちの秋山委員、瀧脇委員あたりからちょっと補足的なコメントを。すみません、前回プレゼンしていただいたにもかかわらずですが。

○秋山委員 家族機能が本当に低下というのはおかしいのですけれども、特に23区では、先ほど繁田先生が、一人で診察を受けに来る認知症の方が多い、多摩地区とは様子が違うんだと言われましたが、私もど真ん中で仕事をしていますので、周りが家族機能を代行できるかという、なかなかそれは難しく、だけれども、公的なというか、サービスに乗るまでの間のその人の支えというのが、切れつつある支援をどうやってつなぎ合わせて、家族機能まではいかないけれどもサポート体制をとるかというのは、都市部ではとても工夫が要る中身だというふうに日々実感しています。

特に、ことしの夏はすごく暑いので、せん妄状態というのか、熱中症の手前の状態で、急に様子が変わった方たちをどうしたらいいかがわからないというふうに、町会の方たちがどうしたらいいかと言ってやってきたりしました。周りが余りわさわさしないで、しっかりよく話を聞きながら、何に困っているのか、本人の目線で支えることで大分落ちついていくという研究を今たくさんしているところで、夏の終わりにどんなふうにかこれがなっていくのか、ことしは特に多い感じがして、ちょっと心配しているところなんですけど、全く現場の意見です。

○瀧脇委員 今のお話、繁田先生のプレゼンテーションを、私たちの現場で起きているこ

とに置きかえながら聞いておりました。我々の場合はほとんど単身者の方を支援しております、家族がいる方も多少はいるのですけども、メインは単身者の方です。その中でも、近年は単身の認知症の人の看取りという課題を抱えています。先生のお話では、役割とか目標の共有とか、私たちにとっても非常に重要なキーワードが出されておりました。目標といっても、生活の中では結構ささいなことで、看取りに近い方がそうめんを食べたいとか夏祭りに行きたいとか、ささやかな話かもしれませんが、そういう生活の中で小さな、でも本人にとって大切な目標みたいなものが出てきたときに、いろんな役割関係というのを周りの人を巻き込んでつくっていく。これは平たく言えば互助づくりということだと思っておりますけども、それを私たちは生活支援の大切な目標だと思っています。そういう目標共有や役割関係というのを周りの人を含めてやっていくということ、そういうことが生活の場面で起きていることを医療関係の方に発信していくことも大事だと思いましたが、また、私たちの生活の中でもこういった医療的な理解が大事だということがよくわかりました。

最近では一人で診察にお見えになるという話がありましたけども、互助づくりの中で、お医者さんたちと仲間ぐるみでかかわっていくというか。カンファレンスというほどでなくても、お医者さんの意見を仲間と本人と一緒に聞くとか、この夏をどうやって過ごすかということなんかを、周りの人を含めて、お医者さんとか訪問看護の方とかケアマネさんたちを含めてみんなでかかわる。そういう場を作って、お医者さんたちにも来てもらう。そのようなことを今、模索しているところであります。

その一方で、専門職の先入観という話がありましたが、先入観の問題だけではなくて、トラブルというものが生活障害となり、頻繁になっていくと、借家の人が追い出されてしまったりする現実もあります。認知症の人が住みつづけられる地域づくりを住まいから支えていくという観点で、きょうのお話から一層大事であるということが、受けとめるべきポイントだったかなというふうに思いました。

以上です。

○高橋委員長 ありがとうございます。

どうぞ。

○内田委員 私も介護の現場におりますので、繁田先生から伺ったお話で一言申し上げたいと思ったのですが、本当に先生のおっしゃるとおり、役割というのはすごく大事で、私が思っておりますのは、とにかく何かご自分ですることがある、役割があるというこ

とで、生活人としての自信を取り戻していくというようなことがすごく大事なのではないかとこのように思っております。

これは私の運営しておりますデイサービスのことで、ちょっとどうかと思うのですが、私どものデイサービスは日常対応型のデイサービスなのですが、食事をつくるとか、そういうことを全部ご自分たちでやっていただくのです。やっぱり、周りの方は、包丁を持ったら危ないのではないかとか、そういうことばかりを心配されるのですが、そんなことは全然ないのです。別にごく普通に包丁で切ることもできますし、お家にいるときよりもずっと生き生きと動いていらっしゃるのです。が、これが今度は、先ほど繁田先生がおっしゃった効果、認知症をおくらせることにどれほど、あるいは、どのように効果があるのかというのは、なかなか介護の現場で証明したりとか、そういうことができないので、そういうところがちょっと辛いなというふうに現場では思っていたりします。

それともう一つは、先ほど薬のお話が出ましたが、この薬は絶対に合わないのではないかと思うことがあるのです。この薬を全部切ってしまったら、もしかしたらもうちょっと状態がよくなるのではないかと思うことがあるのですが、医療職でもない者がそういうことを言うのはなかなか難しく、お伝えする手だてというか、そういうものが見つけられないというようなこともあって、そういうあたりをどんなふうに連携なのか何なのか、そこが現場にいる者としてはとても困難を感じたりするところだと思います。

○高橋委員長 今の多剤投与の問題、これは大問題になりつつありますよね。それから、薬剤師の権限の中で意見を言えるようになっていきますし、そういうことも含めて、これは政策的にもきちんと意識されて取り組んだほうがいいテーマです。

処方される医師の専門性ということも含めて、非常に多様なドクターが処方されて、それがいろんな問題を起す。世の中にはさまざまなお医者さんがいらっしゃいますから。近くであくせくするお医者さんの議論、問題もある。その辺は看護、薬剤師、パラメディカル、コ・メディカル、そこのチームの中でその問題をどう解くか。逆に言うと、介護だからこれはいかなものかというような、もう少しいろんな迂回路を通じながらサポートする、その議論はぜひしたいなと思います。

そういう意味で、時間もございませんので、新開先生、大分お待たせして大変申しわけございませんが、少し私なりに議論を整理させていただくと、やっぱり、認知症の人

の最大の問題は生活の連続性、リロケーションダメージ、これはなかなかいろんな難しい問題があるのですが、実は、物理的にいることが継続するかどうかというのはなかなか難しいので、それにかわる環境として、小規模多機能とか、さまざまな地域密着のサービスがいろいろ出てきた。グループホームはさまざまな問題があって、質が余りにも多様化し過ぎて、ボトムからレベルの高いものまで対応する。

しかし、認知症の人たちは、在宅生活の継続に当たってどういうサポートのモデルが必要か。これは改めて、専門職モデルというよりは、プロ・アマ混合モデルを考えないといけない。要するに、地域の生活を支えて日常にかかわりを持つ人から、いわば高度な医療的な鑑別診断のレベルまで、ある種のスペクトラムで並んでいるし、それが相互にかかわり合いながら、薬剤師の役割が非常にこれから大きいと思っているのですが、そういうことも含めて、支援、サポート、ケア、それから、寄り添いといっているのでしょうか。実は、認知症の場合はかかわりの障害だというふうに仮に捉えると、いろんな意味で寄り添うというか、生活をともにする、そういうケアが、多分、瀧脇さんのところでも、単身の人たちの問題というのは、まさにそういうものをつくり出すことによっていろんな変化があらわれると。認知症ケアというのは、まだ実は確立したようで確立していない。それから、非常に個別性がある。それを何とかメソッドに当てはめると、水を飲ませたりすると、いろんなことが起こっているのですが、そういうことを含めて多様なアプローチがあるということ認識しながら、成功モデルというんでしょうか、これも個別性がありますので普遍化はできないのだけれども、こうやるとこうなるという実践の中でいろいろな蓄積、内田委員がご指摘したのは、まさに役割の問題。

そうすると、厄介なのは男どもでありますね。一番厄介なのは、大学教師と役人がばけたら大変だと。要するに、生活技術を持っていないと。これは小規模多機能の創始者の川原君がつくづく言っておりました。女性の場合はそれぞれの生活技術を機能として持っているからいいけど、男は管理の機能しか持ってない、人を指図することしかできないから、それが混乱を起こすのだということを言っていますが、そういうことを含めて、非常にきめの細かなサポートモデルをどうつくっていくか。それがやっぱり現場で共有できる。これは都民一般、認知症サポーターが非常に大きな貢献をしてきましたけれども、それも含めて、認知症の支援にかかわる人材をどういうふうに確保するかというのは、実は、括弧つきで認知症ということでは多分ないのだろうと思います。専門分化するということは人数的に非常に手薄になるということと裏で言えますから、やっ

ぱり認知症に関するリテラシーレベルを高めると。恐らく、医療の世界で一番困っているのは、合併症を受け入れたそれぞれの専門病院の専門科ですよね。これは、ご承知のように、ユマニチュードという手法の中で、いろんな意味でドラマチックに臨床コミュニケーションの方法をメソッドにしたものが、NHKスペシャル等でも報道され、これはあらゆる認知症対応ではなくて、あらゆる場でそういうリテラシーがきちんと共有できているか、これが非常に重要なポイントです。

先ほど偏見というふうに繁田先生がおっしゃいましたが、認知症を正確に理解する。大変おもしろいデータがありまして、敦賀温泉病院の玉井顕先生が、地域の中で認知症レベルの理解度の調査を。あそこは非常にサポーターが丁寧で、一番わかっていなかったのはお医者さんだったという結果が出ました、これは大分前の話ですが。専門職はしばしば既存の知識だけで動きますので、むしろ最新の知識をきちんと啓蒙することは、やっぱり大変重要なことです。啓発というふうに一言で言うと、そこら辺のことでどう戦略を立てるか。

そして、何よりも医療介護従事者が、先ほど申し上げたように、最先端の認知症のサポートケアの成功モデルに学べるような、そういうことをどうやって考えていくか。どうも、ルーチン化してまいりますと、認知症はこういうものだと、ステレオタイプで動くようになるんですね、ケアのスタッフや医療のスタッフ、看護のスタッフも。そこら辺を常にリフレッシュして、刺激を与えるような研修モデルをどうつくっていくか。この辺も大きな課題だろうというふうに思っております。

認知症の問題はサポート論、ケア論のアルファでありオメガであるというか、入り口でもあり出口でもある、そういうところがありますので、ぜひ再論する必要がある。とりわけ国際動向を。せっかく東京都の傘下の医学総合研究所で大規模な研究をやっておりますし、初期集中支援チームについては栗田先生が我が国のリーダーのお一人で、東京都はそういう人材がたくさんいらっしゃいますので、そういうことも含めてまた議論をする機会があったらいいなと思っておりますが、時間の制約は事務局とご相談しながらと思っております。大体そんなことでまとめさせていただきます。

実は、認知症予防と介護予防は兄弟というか、一体不可欠みたいな感じもいたしますが、新開先生のほうからプレゼンテーションをお願いしたいと思います。健康長寿医療センターの研究所で、介護予防の第一線の研究を地域とかかわりながらされております。簡単に自己紹介を、初めてでございますのでちょっとお願いした上で、時間が押し押し

でございますが、どこかでそのことは頭に置いていただいて。注文をつけて恐縮でございますが、よろしく願いいたします。

○新開委員　今回が初めて出席で、ちょっと全体像が見えないところがありますが、今日は介護予防と健康寿命の延伸ということで、ふだん仕事でやっているところから、私なりの意見を述べさせていただきたいと思います。

資料がかなり多いので、かなりはしょって説明させていただきます。

最初の図は健康寿命の延伸とありますが、どういうふうに健康寿命を延伸するのかということで、私どもの領域は、要介護にならない自立した生活ができる期間をいかに伸ばすかというようなことと理解しております。私どもの研究所の前身は東京都老人総合研究所でして、ここが5年前に老人医療センターと一緒になりまして、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターという組織になったところでございます。都の老人総合研究所が設立されて以来、当初から高齢者の追跡調査というのをやっております、その中では、ただ単に寿命の延伸ではなくて、健康的に暮らせる期間を延伸するという研究が必要だろうということで、主に疫学的なデータを集めながら、健康余命というものがどういうものによって決まっているのかという研究データを集めてきております。

5ページを見ていただきますと、これは1990年代に集められたデータで、こういう高齢者の方が健康で長生きしているという要因をまとめたものです。健康で長生きする要因というのは非常に複雑ですけれども、それをあえてまとめますとこういう表になります。1990年ごろに主に着目していたのはパーソナルファクターということで、高齢者のいろいろな特徴を踏まえて、パーソナルファクターのどういうものが健康で長生きに関連しているのだろうかということを求めていたという時代でございます。その後、2000年、あるいは2010年は、また新しいステージに入っております、社会環境的な要因とか、それから、社会システムですね。私が専門とするのは公衆衛生で、特に、高齢者の健康づくりとか健康管理システムなんですね。こういうものを操作することによって、健康長寿がある程度サポートできるのではないかと、こういう介護研究もここ10年ぐらいやってきております。

6ページですが、こうした健康長寿の疫学研究をやっておりますと、健康長寿に最も直近で影響するのは私たちの心身機能であることがわかります。心身機能というのは、認知機能とか口腔機能とか身体機能とか心理機能とか栄養機能といったものです。これが低下してくるという状態、最近フレイルというような概念で評されていますけれど

も、これに影響するものを大きく大ざっぱにまとめますと、中年期以降の生活習慣病が、高齢期になって疾病負荷が表出して、それが心身機能を奪うというストーリーと、それから、誰でも避けられないエイジングです。これは個人差があります。比較的エイジングが遅い方は心身機能の低下が少ない。エイジングが促進されている方はかなり早く心身機能が低下するというようなことがあります。これが、特に後期高齢期になってきますと、かなり老化要因が原因に出てくるのがわかってきております。そういう意味では、保健というか健康管理も、生活習慣病の予防というものに、もう一つ、高齢期のエイジングを加味したような、そういう考え方のあるシステムが必要だろうというふうに最近では議論してきております。

8 ページ目を見ていただきますと、こうした私どもの研究だけではなくて、全国的に高齢者の疫学研究のデータが積み重なってきておまして、それをもとに、厚労省の健康日本21（第二次）では、高齢者の健康づくりの方向性というのが、左側は個人のパーソナルファクターですね。個人の行動変容。一次予防的には、これは誰でも共通するのですが、良好な食・栄養がキーポイントであって、2番目に身体活動・体力の増進。よく、栄養状態がよくて体力が維持されている方は長生きなんです。そういう方は、基本的には社会とのつながりが密接な方が多くて、社会参加とか知人、友人が多いというような意味で、社会的な紐帯が豊富なんです。そういうふうなイメージで生活されている人が基本的に長生きであるというような特徴がございます。認知症の一次予防を考える上でも、最近、ロコモというような移動能力障害なんかの老年症候群がありますけど、これを考える上でも、あるいは、閉じこもりとか低栄養といった、高齢期に多い、生活の不具合をもたらすような症候群の予防においても、これらの食、体力、社会参加というものが重要であるということがわかってきております。

健康日本21で、もう一つ、健康格差が非常に広がってきているということが指摘されて、これは高齢期においてもしかりということです。これは政策的にかなり難しい問題をはらんでおりますので、できることを考えようということで、健康日本21の委員会では、社会参加の機会の増加と公平性の確保とか、地域のきずなに寄与した健康づくりの場の構築といったような、右側の良好な社会環境の実現をまず図っていかうというふうなことで、右側のパスウェイが用意されたということがございます。

9 ページ、10 ページは、最近、全国高齢者20年の追跡調査からわかってきたデータでございます。私どもの研究所が事務局になって、1987年から5,000人余

りの全国の代表サンプルの追跡調査というデータが出てきております。高齢期は一様に生活機能が低下するものではなくて、前期高齢期に比較的短期間に機能的なものが落ちて生活機能が低下するという、ここではearly onset disabilityと書いておりますが、これと、それから70の後半、後期高齢期になって徐々に、10年ぐらいかけて身体機能が落ちて、生活機能が落ちてくるというようなlate onset disability、これに大きく分けられるというようなことがわかってきております。今後、超高齢社会の中においては、この後期高齢期の生活機能障害をいかに先送りできるかというのが、予防医学、あるいは、保健の領域では最大のターゲットになっております。

late onset disabilityに影響するものが、一つは認知症、もう一つは、ロコモを初めとした移動能力障害でございます。そういう意味では、late onset disabilityを高齢期の健康づくりのターゲットとみなしますと、中年期の健康づくりと高齢期の健康づくりはおのずと違っているということで整理しておく必要がございます。高齢期の健康づくりは、心身機能の維持・増進といった、ネガティブな意味で言いますと、虚弱（フレイル）を予防、あるいは先送りするような、そういう健康増進のあり方、あるいは、それをサポートするような保健システムのあり方というようなものをつくっていく必要があるだろうというふうに思います。

13ページ以降は、そうした後期高齢期のフレイルの予防を地域保健システムに入れて、果たして、現在の保健システムで高齢者のこうしたlate onset disabilityが先送りされて、健康余命が伸びるかどうかというのを実証研究したという、そのサンプル、モデルでございます。私どもがやりましたのは、群馬県草津町というところで約十数年、いろいろな高齢者の健康づくりの活動を、自治体サイドの専門職の方、保健師、栄養士さんと一緒に進めてまいりました。これは特殊なことをやったということではなくて、健診を中心にしまして、健診はフレイルの予防のための健診という中身を変えたと。これはちょっと新規なところですが。そして、健診の結果を住民サイドの方に、機能的な健康度を維持・向上するような、そういう方向で健康教育をするというか、そういう情報を流して、個別の疾患の予防よりも、後期高齢期は私たちの持っている心身機能を維持・増進すると。それにサポートするような食、身体活動、あるいは社会参加、こういうものに焦点を絞って健康づくりをやっていくというようなことをずっとやってきたわけです。

これがずっと続いてきておりまして、省略させていただきますが、24ページ以降で

す。既存のヘルスシステムを活用した結果、草津では高齢者の機能的健康度がアップして、健康余命が延伸されて、介護保険の認定率がかなり減少して、介護保険が黒字化したということを観察しております。そのデータがずっと続いてきておりまして、例えば、28ページを見ていただきますと、当地における介護保険の継続認定者の推移と新規認定者の推移でございます。高齢化を考慮しましても、新規認定率は10年間で半減してきております。

29ページは、それが後期高齢者の認定率の低下によってもたらされたというようなことが書かれております。

30ページは、65歳以上の全体の要介護度認定率の推移ですが、草津町は群馬県にありますので、群馬県全体、あるいは、全国の推移とはかなり違った形で認定率が推移してきているということです。

こうした10年間の介護予防の共同事業を踏まえて、私が早急に地域保健システムで改善が必要なことと考えますのは、高齢期の健康づくりは、個別疾患の予防とか管理に着目するよりは、機能的健康度を維持・向上する取組に焦点を当てるべきではないかと考えております。そして、現在の後期高齢者の健診は、メタボ健診から、そうした機能評価健診にシフトする必要があると、それを、今日的に言いますと、フレイル健診にかえていく必要があるのではないかと。

以上の草津での取組というのは、どちらかという、保健サービスを提供するサイドが、こういうものが必要だろうということで、行政事業として住民に提供するという形ですけれども、今の高齢化というのは、それで追いつかないスピードで進んできております。やはり、地域をベースに、地域全体の健康づくりというふうな視点でやらないと、これからはうまくいかないのではないかとというふうに思っております。75歳、80歳以上のポピュレーションが非常にふえてくる中で、ある特定の場所に通ってサービスを受けるとするのはなかなか難しくなってきております。私どもは、身近な生活の場でもう少し健康づくりができるような、そういう場を地域にふやしていくということが必要ですし、それを行政サービスとして提供するのはいよいよ無理な時代が来ておりますし、やはり、地域のことは地域の住民で頭を寄せ合って考えると。その際には、産学官民連携で、そういう時代を迎えているということで、みんなで取り組んでいくと。そうした健康づくりが一つのスタートになって、そのことが福祉とか、先ほどのような認知症に対する理解とか、あるいは、地域の方のサポートなんかも考えるということになるだろうか

と思いますので、今後、地域で地域包括ケアシステムを考える際は、そうしたいろいろな関係者の共同で知恵を出し合って進めていく必要があるかと思います。

その後のデータですが、そこで、草津の経験、それから、地域の力を高める、そういう視点で新しく健康づくりの二つのモデルをつくらうということで、中山間モデル、都市近郊型モデルという二つ、兵庫県の養父市と埼玉県の鳩山町に出かけまして、それぞれの地域で新しい健康づくりのシステムをつくっていかうということで、これは、アクションリサーチという視点で、現在、いろいろなシステムをつくっているところです。

このシステムの特徴は、公衆衛生というのは、一次予防、二次予防、三次予防をバランスよく地域に展開するという大原則があります。ヘルシーな人からディセーブルな人まで含めて広く、今の健康をさらにQOLを含めてアップさせるというような取組なんです。そのために、一次予防は官民連携のコミュニティ会議というのを作りまして、そこで地域の健康づくりのあり方とか進め方を協議して、各団体でできることをそれぞれがやっていくというような、そういう一次予防の会議を設立して、あと、二次予防とか三次予防というのは、フレイル予防に着目した健診を提供するとか、あるいは、フレイルの改善につながるようなマルチコンポーネントのプログラムを提供すると。

このプログラムを、養父市ではシルバー人材センターが有償ボランティアとしてその運営を担うというような仕組みをつくったり、それから、埼玉県鳩山町は、東京のベッドタウンなんですけれども、一つニュータウンを抱えている町なんです。そのニュータウンの中でフレイルを予防するような地域システムをつくらうということで、ここでは、運動を通じたサークル活動とか、そういう参加の場というものがかなり面的に広がってきております。一方で、食を通じたそういう場が少ないということで、食コミ会議というのを産学官連携で作りまして、地域で食を通じた社会参加の場づくりというのを進めております。同様に、二次予防とか三次予防の仕組みを地域で考えて一緒につくるというようなことをやっています。

こうした経験を通じて考えますと、かなり自治体のサイズが違いますが、大都市東京にある程度応用できるというのは、地縁型コミュニティが残っているところは、その力がある程度使えると。ところが、それがどんどん弱くなっている東京では、機能的なコミュニティというのがタケノコのようにあるわけなんです。こうした機能的コミュニティと連携して、小地域単位でコミュニティの特性が随分違いますので、小地域単位でそうしたフレイル予防の仕組みづくりを、一次・二次・三次予防というものをつくっ

ていけばいいのではないかと考えておりますが、その際に、何分とキーパーソンとなる方が、いろいろな方がおられると思うのですが、私は、ユニバーサルの行政専門職の現場力をアップして、そうした小地域単位の健康づくりのシステムを住民、あるいは、ステークホルダーと一緒に考えて実行する、そういう現場力が最近はちょっと弱くなっているのではないかと。もう一度そうしたヘルスプロフェッショナルの力をアップするということが必要ではないかというふうに考えております。

以上です。

○高橋委員長 ありがとうございます。

これも非常に戦略的には、政策のプライオリティー等が非常に高い仕事だというふうに考えております。ある意味で言えば増田レポートが強迫しているのですが、要介護というのは、今の出現率をそのまま延伸しているのですが、草津のデータを見ていただくと、それから、私は、埼玉県の有名な和光市の長寿あんしんプランの策定の委員会をずっとお世話していて、あそこで出てくるデータというのはやっぱりはるかに草津よりも。今、認定率は9%ですから。16ぐらいから始まって9%に下げていったのは、ご承知のような強力な介護予防と、それから、生活支援アンケートが返ってこないところまで、先生がやった疫学的アプローチのことを行政的にやろうと思えばやれる。問題は、世田谷でできるか多摩でできるかという問題は、先ほど一番最後に先生がお触れになったテーマと非常に関係があるわけですが、だけれども、少なくとも、エビデンスとしてはもうできるんだということ。要するに、認定率は下げられる。しかも、長期継続的にやっていると、実はこれも草津でデータが出ていますが、明らかに後期高齢層の認定率も下げられる。ということはほぼ共通の知識になって、しかも重要なのは、先ほど申しましたソーシャルキャピタルというか、人を孤立させないでかかわり合うような仕掛けをどうつくっていくかとなると、僕は、生活習慣病という言葉が出てきたときに思ったのですが、ついに医療も、生活ということに真剣に向き合わざるを得なくなって、これが実は、介護予防になるともつとそうだと。それは、社会生活、人と人のかかわりまで含めたところまで戦線が拡大して、これは多分、次回お願いする住まい方の話とも実はものすごく関連しています。

実は、日本の都市構造というのは、孤立化を促進するようにならずとまちをつくってきましたから、それに対するチャレンジも含めた議論まで、実は多分、介護予防の話はそういうところまで私たちを連れ出しているのだらうと思います。そうなりますと、そこ

でプロの仕事の再定義、これが重要ですね。多分、行政の力という場合にも、従来型の縦割りの思想では全く機能しないからみんな困っているわけで、そこら辺も含めたイノベーションをしないと未来都市にはなれなさそうだと、そういうところまで話が来ているのかなというふうにお話を伺いながら思いまして、ぜひコメントを、皆様、とりわけ行政からお出ましの田中委員、荒井委員あたりから、この問題はいろいろご苦労されて取り組まれているのを承知しておりますので、とりわけ多摩は、これから活発な団塊の世代が集住して、これから急激に高齢化が進むという意味では、これは非常にシリアスな課題かなと思います。何かお二方からコメントをいただけたら大変ありがたいのですが。

○荒井委員 今、高橋委員長のほうからもお話がありましたが、多摩市の場合、高齢者数が毎年1,000人弱ずつぐらいい増え、高齢化率が上がっていきますので、きょうは、新開先生のお話を聞いて、やっぱり私どもは、どちらかというと多摩ニュータウンは、地縁というよりは新たな知識の縁で、いろいろなNPO法人とか、住民の活動が非常に多くあります。そういうところをいかに活用して、地域でのプログラムを今後開発していくことがすごく大事なのかなと考えています。

今、私ども行政のほうも、そのことを踏まえて、一番最後にありますが、専門職の職員の力量アップで、現場力アップというところの中で、できるだけ地域へ出て行って、そこでの状況というものを把握した上で、狭いまちですが、住区ごとにコミュニティ力とか市民の方の考え方というのは違っていますので、そういうものを踏まえて、多摩市における多摩市の進め方をできるだけ早くにつくっていきたくと考えています。ですので、またほかの先生方にもいろいろと教えていただくこともたくさんありますので、ご支援をいただければと考えています。

以上です。

○田中委員 世田谷区は認定率がちょっと高いところで、20%ぐらいですね。サービスを使っている方ばかりではない、特に、支援のほうは、使っていない方でも認定を受けているような方もいらっしゃるというような特徴もあるので、そこをどうするかというのは非常に大きな課題で、人口も多いので、1%変わると2,000人近く動きますので、そこは大きな課題だなというふうには思っています。

今、多摩のほうからご発言がありましたけど、世田谷も、地縁と言っているところはかなり高齢化が著しくなっていて、そこに頼るのはなかなか難しいかなというところが

ありますから、さっき認知症のほうで秋山委員がおっしゃった、公的サービスに来るまでのサポートをどうするかというのは、やっぱり介護予防の点でも非常に大きいところだと思っています。世田谷の場合は、地域行政で細かい単位まで一応行政組織があるので、社会福祉協議会とか、そういうところにもちょっと頑張ってもらって、例えば、地域での役割づくりもそうですし、まだ、今は前期高齢者が非常に多いですから、そういう人たちにどういう役割を果たしてもらいながら、そばにいる後期高齢の本当に支援が必要な方をどう助けていただくかということも立派な介護予防になると思うので、そういうところも少しやっていきたいと思っております。

○高橋委員長 ありがとうございます。

強力な地域活動とかNPOや市民活動、区民の活動があることを承知しておりますので、そことどう連携するかというのは、これは非常に重要なテーマかなというふうに、伺いながら思いました。

ほかに何か。どうぞ。

○大熊委員 世田谷の住民なものですから。おっしゃるように6,000ぐらいそういうグループがあったりするので。既に3回ほど、とことんフォーラムとあって、まるごとケア、厚生労働省のだと老人だけなので、子どもから全部、障害まで含めたものをしようということで、今、割と区民が盛り上がっているという状況でございます。

○高橋委員長 新開先生、地域の人たちの参加意欲というものが相当、自発的にこういう介護予防も含めた活動にコミットしていただく。従来型の指導というのはそこら辺があまり、一次予防、二次予防の手法というのはあまりお上手ではないのではないかという気が。ワンクール終わっちゃったらもう来ないみたいな話でとまっちゃっていて、市民の自発的な活動というのは、継続性みたいなものをどう引き出すかということが重要だというふうに、そこら辺が介護予防の一つのポイントかと思うのです。その中で、例えば、リハビリテーションワーカーとか看護師さんとか、そういう専門職が介護予防を、保健師はずっと今まで地域包括でそういう役割を担って、相当いい仕事をして、コミュニティワーカー型保健師とあって、変な話ですが、今は検査指導型保健師が東京は結構多いのではないかと想像して、むしろ現場ではそういう類型ができて、その人たちが実は政策にかかわり出しているという、鹿児島なんかはそうなんです、そういうことを含めて、プロの専門職、とりわけリハビリテーションワーカーのこれからの役割というのはどう考えたらいいか、ちょっと補足をお願いできないでしょうか。ちょっと難しい

質問で恐縮ですが。

○新開委員 私どもが関係するのは、リハビリよりも保健師、栄養士という、健康増進の方が多いんですね。私は自治体に行って、大体、パソコンの前で座って事務的な処理をしている場面が多いいんですね。最近、こういうふうになんでも文書を残さないといけないとか、評価が求められるというようなことで、そこら辺の文書処理の時間が非常に多くなって、地域が抱えている課題を踏まえて、それを解決しようというような、何かそういう発想の仕事は、必ずしも今の若い方はなれていないのではないかと思います。その辺の危機感から、現場力をアップさせないと。やはりキーパーソンだと思うんですね。リハビリ専門職もやはりそうだと思います。どういうところに所属してコミットするかということもありますが、一つのシステムの中のところにそういう専門職が入って、上手に効果的にプログラムを遂行するとか、そのプログラムだけではなくて、全体のシステムとか地域の全体のことに目配りしながら、その事業の運営を担えるという意味では、リハビリ専門職には多く期待はしております。

それと、先ほど大熊委員が言われたことは非常に重要なことで、高齢期の健康は65歳に入った時点でかなり決まっているという部分がございます。ですので、WHOはライフコースアプローチということで、出産前から、それから成長期、それから就学期、職業の時期です。これを通じて健康がある程度増進されて、それをもって高齢期がまたいくというようなことがかなりあるんですね。とはいえ、今のシステムをもう少しリフォームして、後期高齢期の方の健康というのは、個別疾患の健康管理では解消できないんですね。機能的な健康度ということに着目した健康管理、健康づくりのあり方というふうにしフトしていかないと、これはいつまでたっても、メタボとか糖尿病とか個別疾患、血糖とか中性脂肪とかコレステロールを指標にした健康づくりでしかないです。これは大きな間違いなんですね。高齢者の健康を何に焦点を当てて、しかし、それも、高齢期でも遅くないというような実例がいろいろ出てきていますので、そこら辺は、やっぱり急いでそういう仕組みをつくっていく必要があるかなと思います。

○高橋委員長 ありがとうございます。

どうぞ。

○園田副委員長 ありがとうございます。大変勉強になったのですが、非常に気になったことがあります。

先ほど大熊委員から提出された資料の、ページで言うと670というところに書いて

あるのですが、精神病院のあり方に関して、「不必要になった病棟を有効活用するためという経営者の視点で、人里離れた病院の敷地に名目上の退院をさせる病床転換が政策的に盛り込まれようとされています」というフレーズと、今ほど新開先生がご説明になった24ページのところで、草津市の例で見ると、健康寿命の延伸ということを目指して予防をすると、新規の介護保険の認定率が半減し、保険財政が黒字化するというふうにかかれていたわけですね。そうすると、同じ空間で、実は真逆の方向を思考している人たちが同時的に存在していると思ってしまったのです。

今回、福祉先進都市ということで、ある意味、東京の超高齢化に対する戦略、ストラテジーを議論していると思うので、あえて今の段階でこの違いをどうするのかというのは、かなり大きな論点になるのではないかと思ったことと、もう一つ、大熊委員の同じページのところに、「国家戦略は超党派で定められ、政権交代しても揺らぎませんでした」というふうにかかれてあるので、これは、AかBかではなくて、みんなの合意形成で決断をしていくべきことではないかと思いました。きょうご説明になった草津の成り行きと、もう一つ、大熊先生ご指摘の現実動いているというところで、ちょっと気になったので、あえてコメントしたいと思いました。

○馬袋委員 意見を述べさせていただきます。先ほど新開先生が最後の42ページでおっしゃった行政専門職の現場力のアップの必要性についてです。私が1997年、介護保険が始まる前に、杉並の河北総合病院で在宅を中心に仕事をしていました。そのときに、今で言う定期巡回・随時対応型訪問介護看護を先取りした24時間の体制で定期巡回と随時対応の訪問介護と河北総合病院の在宅担当医師と訪問看護ステーションと当時と言う区から病院が受託していた地域支援センターが一体となって、杉並区のケースワーカーと保健師と組んで、杉並区の東福祉事務所管轄の地域から20人の在宅療養の利用者をピックアップして、そこに関係者が全部かかわりケースのアセスメントから調整（判定）会議、ケア実施、モニタリングまでをやっていました。そのときの中心であった区のケースワーカーの皆さんは非常に勉強もしていたし、いろんなことを探して、関係者と調整して、ネットワークづくりに非常に熱心だったことを覚えています。

今、約18年たって、ケアマネジャーとか地域包括ケアセンターが、昔、行政のケースワーカーや保健師がもっていた地域を連携していく力が、何か新しい機能によって分断されているような気がします。多分、そこの行政の専門職というところが大切であると思っています。今、民間もそうなんです、サービス提供組織に属して働いているケ

アマネジャーというのは、本人のケアマネジメントとしての業務についてが、組織に帰属している自分との関係、地域との関係という両方の関係の中にいながら仕事をしています。実は、地域で関係者と調整したり、または引っ張ってくれる力がないと、なかなか地域で力が出せないというのが現実です。昔であれば、それがケースワーカーであったし、保健師であったし、多分、そういった意味の行政の専門職というものについて、いま一度、地域連携を推進する人材を、また、それをマネジメントする人材力を再構築する部分というんでしょうか。人材を単に増やすというのではなくて、そういう方々の連携をマネジメントする力、現場力を行政の専門職として増やす必要があるのではないかと思います。意見として述べさせていただきました。

○高橋委員長 ありがとうございます。

ちょっと時間も。9時というのをもうちょっと延長させていただきます。事務局と今、調整をいたしましたので、お約束の時間を少し延びまして、遅くなっておなかもすいている方もいらっしゃるかと思います。お許しをいただきます。

今のお話、それぞれのディスカッション、ご発言の中で大事な論点をいただいたような気がします。とりわけ、やはり一応言うのは、住民参加で介護予防をできるだけ参加していただくような、そういう状況をどうつくっていくか。それを演出する側の技量が物すごく大事で、そこら辺は誰がやるのか。これは、専門職の力、行政の現場力、それからもう一つは、地域のさまざまなリソース、専門職が多様な形にいる。そうすると、そこをつなぐ力みたいなものが、いい組織というのは、ハナレザルがいるかどうかなんですよ。

ところが、非常にスクエアな組織がそれを許しませんから。そういう無駄なことをするなという。それから、あるいは、僕も、きのう滋賀県へ行って、公務員から名刺をもらったのですが、裏に、その人の所属しているNPOが10ぐらい書いてあるわけです。要するに、それをやると職務専念義務違反だとおっしゃる偉い行政のトップのミドルマネジメントの方が結構スクエアな組織では。区役所ではそういうところがないかなとか、都庁ではそういうことがないかなというふうに思うことがしばしばあるのですが。そういう非常に横でつなぐような人材が、地域や行政と、それから、行政と地域、それから、専門職を支える事業所と、あるいは、企業の話はこれからしていただくわけですが、企業人でもなかなかそこら辺は難しい話があるんだと思うのですが、住民主体の地域づくりで介護予防ということに対して、新しい発想でもう一回この問題を考える必要が。エ

ビデンスは、新開先生がきょう相当お話ししていたように、蓄積されて、こういうふうにしたらいいのではないかと、プロポーザルに近いものが相当出始めているわけです。ところが、肝心の政策側が頭がまだかたい。だけど、きちんとやると、介護保険のことも含めれば、シンボルとしては認定率です。これは、言い返しますと、皆さんから負担していただいた社会保障、介護保険もそうですけど、税金もそうですが、そのお金を大事に使えるようになるということだと思います。本当に必要なところに使えるようになるということですから、そういうことも含めた努力。それは、単に行政のそういう政策を実現するだけではなくて、地域づくりと確実につながっているらしい。

それから、マンションのごみ屋敷の問題が実は話題になったことがあるのですが、そうではなくて、いろんな人たちと、ひとりになっても、家族、親族が遠くに行っても、近くで生活が継続できるような条件、これも、実は健康づくりという意味で非常に重要なポイントというようなことを含めた戦略を少し考えたい。そのためには、プロと都民というか、あるいは、実はもしかしたら高齢者は大変なプロなんですよ、人生のプロですから。そういうものをどうやって引き出すかとか、そんなことを含めた、要するに、教科書どおりの議論から一步抜け出たプロポーザルにこれからなっていくのが、知事からの負託に応えることなのではないかというふうに思ったりして、このセッションは閉じさせていただきます。

どうぞ。

○平川副委員長 先ほど園田先生から質問があって、二極分化しているということについてお答えさせていただきます。私は東京都医師会の立場で出席していますが、人里離れた精神科病院の経営者でもあります。認知症の方ももちろん入院されております。ただ、先ほど何度か出ているような、経営のために認知症の方を入れているとは、私は思っていない。

この間の議論を聞いていますと、精神科医療に対する批判的な意見が多く、出席するたびに立場が悪くなるようで、いづらくなってきました。言われるように、そんなに自分が罪人だったのかなと思いながら話を伺っておりました。今日は、午前中も午後も外来診療日として、たくさんの認知症者を診察してきたところです。今の議論は、わかりやすいですよ、精神科病院は悪者で、不要なものだということになっています。ただ、私の病院の中で働いているスタッフ達を見ていると、一人一人が、患者さんに対して、生活歴の聴取からはじまり、クリニカルパスを検討し、どうすれば退院できるのかとい

う検討を丁寧にやっているという事実もぜひ理解いただきたいと思います。病院側が退院させないようにしているとすると、わかりやすいし、簡単に片づくと思うのですが、すみませんが、実はそうではなくて、退院先にもさまざまな事情があって、一概には、言い切れないということも、ぜひご理解いただきたいと思います。そうでないと、先ほどの園田先生が言われたように、何でこんなとんでもないものが、同時に存在するのかという理解になってしまうので、それでは、ちょっと極論過ぎるのかなという気がして、危険だなと思いましたので、一言言わせていただきました。

現場では努力しながら、中には、今やっていることが、必ずしもいいとは思っていないところもあるかもしれませんが、しかし、漫然と何年も前と同じことを繰り返しているわけではないということは、ぜひご理解いただきたい。病院で死ぬことはとんでもないことだとか、あるいは、精神科病院がなぜ存在しているのかという議論にまでなってしまうと、それはちょっと行き過ぎかなと思います。お考えのことは、わかりませんが、あまりに一方向に流れてしまうのは、ちょっと危険かなと思ったものですから、一言意見を言わせてもらいました。

以上です。

- 河原委員 すみません。新開先生に質問なんですけど、その前に私も感想なんですけど、日本の精神病院は、明治以来現在に至るまで、罪の部分はあったかもわかりませんが、功の部分も大きかったと思います。これについて議論すると時間がないので、私の感想とさせていただきますが、新開先生に質問なんですけど、24ページのところの草津の共同研究事業の成果を上げられていますけど、介護保険の安定的運営とか、あるいは、健康余命の延伸とかとありますけど、これは、このモデル事業を始めてからどれぐらい、すぐに出たのか、あるいは何年後に出たのか、そういうことはわかりますか。
- 新開委員 3年たった時点から明らかに改善というか、そういう方向です。5年ぐらいまでは急激に下がってきましたが、あとは横ばいということです。これは、かなり人口構成が、高齢者の中でもかなり年齢が上にシフトしてくるので、そこら辺はなかなかいたし方ないところがあるかと思っています。
- 河原委員 ちょっと時間が押していますが、もう1点です。要介護認定率ですが、これは要介護1から5までありますが、どのランクが減ったとか、重いのが減ったとか、そういうのはありますか。全体のまとめたデータというのは。
- 新開委員 意外とここは要支援も多いのです。4割ぐらいが要支援。全国的にも余り変

わらないかもしれませんが。それで、どの層も減ったというような感じです。

○高橋委員長 ありがとうございます。

病院施設のありかた論というのは非常にこれから重要な論点で、私は、高度な機能をきちんと使うということは、機能だというふうに考えたほうが良いと思っています。それを実態的に捉えるといろんな議論が起こってくるかなというふうに思っています、それでは何が高度な機能かという、そういう議論をぜひご提示いただくと大変ありがたいというふうに思っています。それがさまざまな戦略の中で病院を相対化しようという動きと深くかかわっているわけで、呉秀三の議論を持ち出すと、あのときは、まさに近代的病院制度というのは、実は家族監置にかわる、そういうものだということで、彼は近代的病院というものに非常に期待をかけたというふうに思っていますので、それがその後どういうふうになったかというのはさまざまな議論があるところかなという。やっぱり、そういう意味で、ぜひ生き残れる病院を経営していただくということが非常に重要かなというふうに思っております。これは余談でございます。また議論をする必要があるかと思えます。

それから、時間もございません。9時半には終えなきゃいけない。大変申しわけない、最後までお待たせして。ゲストの先生、大変恐縮でございますが、よろしく願いいたします。ニッセイ基礎研の前田展弘さんにお越しいただいております。高齢者市場開拓というテーマでお話をいただいております。大変多彩なご活動をしていらっしゃいます。プロフィールのご紹介も資料の中にございますが、ひとつよろしく願いいたします。

○前田氏 お招きいただきましてありがとうございます。9時半と言われましたけども、できるだけ手短かに説明させていただきたいと思えます。

高齢者市場の関係ということでリクエストいただきましたが、正直、このような内容でリクエストに応えられているかどうか不安がありますけれども、少しおつき合いいただければと思います。

私と企業との関係ということでは、東京大学の高齢社会総合研究機構が主導する産学連携組織の活動を通じまして、延べ98社の企業の方々とおつき合いしてきたということがございます。そうした生の声と、さまざまなメディアで取り上げられております高齢化に対応した企業の動向の情報を用いまして、今回、この資料を構成させていただいております。

では、最後のコーナーになりますが、私からお話しさせていただきたいのは、こちら

の4点になります。

3ページにございます前提認識の部分ですが、いきなり「商助」という言葉がございます。ほとんど知られている概念ではございません。今回の地域包括の研究会でも注目されていらっしゃるように、これからの高齢化の課題解決、また未来社会をつくっていく上では、民間の企業の力をいかに取り入れていくかというのは非常に重要なテーマだと思います。これはもともと元滋賀県知事の国松先生が提唱されている言葉になりますけれども、商助という概念をこれから社会の中に広めていきたいと考えています。

4ページになります。高齢者市場については基本的には経済成長の文脈から語られることが多いですけれども、高齢者市場の規模だけで見ましたら、2012年に100兆円に達し、さらに毎年1兆円という規模で増加していく見通しにあります。

5ページ目になりますが、さらに世界に目を転じますと、日本の高齢者は3,400万人ほどですが、世界の高齢者は既に6億人です。それから、2030年にもなりまして10億人になっていきます。人口＝市場と捉えたときには、これだけ大きな市場があるということが言えます。

6ページでは、国内の状況に戻りますけれども、高齢者のストック、ポテンシャルに関しましては、家計資産の約6割が高齢者に偏っているというような話もあり、その額は1000兆円に及ぶと。さらに、タンス預金、これは高齢者に限りませんが36兆円もあると。高齢者市場開拓にはこれだけの規模のポテンシャルがあると期待されるわけです。

こうした中で、7ページになりますけれども、企業もこうした高齢者市場に何とか対応していかないといけないという中で、産学連携の活動であったり、企業間連携の取り組みが進んでいます。私がかかわっておりますのが、2009年からスタートしたジェロントロジー・コンソーシアム、今はジェロントロジー・ネットワークという名称になっておりますけれども、こちらで高齢化の課題解決を通じたイノベーションをいかに実現していくか、そうした活動を進めております。以降、私が知っているだけでも、三菱総研さんのプラチナ社会の一連の活動ですとか、日経新聞、東北大学等、さまざまなコンソーシアムが立ち上がっている、そのような状況でございます。

8ページになりますが、これからの日本は社会保障の維持と経済成長を同時に進めていかないといけないときに、課題解決を通じた高齢者市場を開拓することは、まさに一石二鳥ではないですけれども、本当に重要な政策テーマだと思います。課題が多ければ多い

ほど、飛躍のチャンスということもございますし、先ほどの海外の高齢者市場の規模も考えますと、本当に大きな起爆剤になる政策と考えるところでございます。

ここから、高齢者市場の動向をご紹介させていただきます。

10ページ目のところですが、高齢者市場がどういう市場なのか。高齢者自体が非常に多様なわけで、基本的に高齢者を一括りに捉えることがNGななかでは、「多様なマイクロ市場の集合体」と捉えるのがより正しいと考えます。ですが多様と言ってしまうと何だかわからないということで、大きく捉えますと、「1：8：1」の市場に分けられると考えます。両端の1割の市場は、裕福なシニアの層と、サポートが必要なシニアの層と。真ん中の8割の、いわゆる普通のシニアに対して、これまでなかなか開拓されなってきたのが実態と思います。

では、この8割の市場をどういうふうに関拓すべきかということでは、11-12ページをご覧ください。高齢者に対してやみくもにお金を使うようなアプローチはよろしくないわけでありまして、やはり、個人の人生・生活と、企業の活動をよりウイン・ウインの関係にしていく視点が重要です。それは、長寿をより安心して豊かにしていくことに貢献していく市場開拓が望まれるということです。自立度のグラフに重ねておりますが、高齢期は大きく三つのステージがあると捉えられます。より元気で自立度が高い時期、緩やかに自立度が下がる期間、そして、最終的にケアが必要になる期間です。これらをステージⅠ、Ⅱ、Ⅲと分けたときに、それぞれのステージに、こちらの吹き出しで挙げておりますような高齢者のニーズが確認されます。こうしたニーズに応える市場の開拓が望まれているということでもあります。

以降は、具体的にどういう商品サービスが市場の中に投入されてきたか、主だったものを簡単にご紹介させていただきます。

健康のまま長生きしたいというニーズに対しては、かなり市場も充実してきていますが、これからのポイントは、虚弱化予防、認知症予防に関することと思います。フィットネス業界は介護予防事業を積極的に展開しています。セサミン、アミノエール、このあたりも代表的な高齢者向け商品として有名です。虚弱化予防ということでは、タニタさんから筋質点数が出るヘルスマーターが最近発売されました。非常に画期的だなと思って、私も購入してみました。こうしたことも虚弱化予防に対する一つのイノベーションと言えることではないかと思えます。この中では右下に小さく載せておりますけれども、公文さんの「脳の健康教室」、こちらを調べましたら、200を超す自治体で導入

されていて、全国1,600カ所の施設で認知症予防の教室をされていると。さらに、認知症の重症度の軽減ができたことが認められると自治体から成功報酬が支払われるような仕組みも取り入れられているとのこと。

14ページになりますけれども、「楽しい」ということはどのステージにも共通する重要なキーワードだと思うのですが、楽しみながら健康になることは、生活者のニーズとしても理想的なこと。健康カラオケですとか「健康マージャン」などあります。旅行もJR東日本さんの「大人の休日クラブ」、こちら180万人ですか、会員が増えています。また、九州の「ななつ星」、これはどちらかというと富裕層向けの旅行になりますが、申し込みだけで10倍、20倍の激戦とかなりの人気になっています。

こういうふうにはいろいろ外に出て楽しむことをベースとしながら健康につなげていく、こうした活動を民間企業が積極的に進めていくことが望まれるところです。

15ページに移りまして、ステージⅡとⅢの領域を意識しておりますけれども、やはり、いつまでも自立した生活をしたい、そうしたニーズは極めて強い。自立生活支援の市場の中の「移動」の領域につきましては、まず安全運転支援のシステム、これも高齢者をかなり意識した技術開発と言えます。また、いずれ免許を返納せざるを得なくなるときが来るわけですが、その後の移動をサポートするというだけでは、こちらにありませんPersonal Mobility 1、2、3、こちらがまさにこれから高齢者の足になっていきます。自動車業界の方は、特にPersonal Mobility 3の超小型EVの開発に注力してきている傾向がうかがえます。

16ページ、「食」の関係につきましては、配食サービス、こちらは、それこそワタミさんでは本業であった居酒屋事業よりも今では配食サービスが中核的な事業になっています。あと、要介護者向けのユニバーサルデザインフードも充実してきています。また、コミュニティ食堂というコンセプトで、これから急増していく75歳以上の高齢者の方の食を支えつつ、地域における多世代の交流を促進する、こうした食堂の開発も進められてきているところであります。

17ページは、生活支援・見守りのサービスになります。こちらは、地域包括とも関連がしてくるところだと思います。本当にいろいろなトピックがあるわけですが、最近では佐川さんとかの配送関係の事業者も参入されてきているように生活支援・家事支援のサービスは充実してきております。

見守りサービスは、かつての象印のポットが有名でしたが、それに始まって今ではセ

コムさんとか、ALSOKさんなど、緊急時に駆けつけるようなサービスも展開されています。

サービス付高齢者向け住宅、こちらはご承知のことですが、開発が進んできています。パナソニックさんをはじめいろいろな多業態の企業が参入してきていることは特徴的なことです。

18ページのほうに移りまして、ステージⅡ・Ⅲにおける楽しみということでは、グランドゴルフ、パークゴルフなど。かつてはゲートボールが高齢者のスポーツとしてイメージされがちでしたが、こうしたものもはやってきています。あと、ペット市場というのも、おひとりさまが増えていく中で、市場は拡大の一途にあります。ペットを飼うことの効果といいますか、健康の面、生きがいの面など、ペットの重要性は増してきていると思います。またサポートが必要になっても行ける介護旅行も拡充されてきています。

19ページに移りまして、在宅ケアの関連ではロボットやIoTの関係だけご紹介します。有名なリハビリ支援のHALですとか、排泄処理ロボット、また移動・後付可能なポータブルのトイレもありますし、認知症サポートのコミットロボですとか。最近は、コミュニケーション・ロボットとして、ソフトバンクのpepper、テレビでも流れておりますけれども、さまざまなロボットが導入されてきている状況にあります。

その他いろいろな動きがありますが、生活産業の代表格でありますコンビニや百貨店は非常にアクティブだと思います。イオンさん、こちらは経営戦略の一つとしてシニアシフトを掲げて、朝の开店時間を7時にするですとか、店舗づくり、品ぞろえなどシニアシフトを進めていらっしゃる。大森にありますダイシン百貨店も非常に有名です。高齢者の方を意識したさまざまなサービスが充実しています。年金の日は特売日としているようです。あと、6月ぐらいでしたか、ローソンさんは介護拠点を併設したケアローソンの1号店を出店されました。ドラッグストアも高齢者を意識したコンビニと合体させた店舗を増やしている状況が確認されます。

モノに関しては、スマホ、要介護者向けの肌着、おむつ、尿もれパッド、かつらといったことから、最近、「小さく・軽く・贅沢に」といったコンセプトの白物家電系の新商品が発売されるなど、高齢者を意識したシニアシフトの取り組みが確認されます。

以上、ざっと動向を見て参りましたが、定性的な主観的な評価で恐縮ですが、五、六年前から比べますと、いわゆるシニアシフトは相応に進んできたと思います。ただ、依然としてまだまだ開拓余地が大きいのも事実です。

それぞれのニーズ、市場に対して一言だけコメントさせていただきますと、健康長寿市場に関しては、繰り返しになりますが、これから拡充が期待されるのは虚弱化予防、認知症予防のところではないかと思います。活動支援の市場もあると思うのですが、セカンドキャリアをいかに充実させていけるか、人材派遣、研修事業とかありますけれども、正直市場としては未開拓、未成熟な状況と言えます。こちらは、私の研究関心も強いところですが、生涯現役社会をつくるという社会システム改革を伴って市場が形成されていく話と思っています。

あと、ステージⅠの中では、老親介護の問題、一方でのパラサイトチルドレンの問題もあるかと。こうした生活課題、不安を抱えている60代、70代のシニアの方も多いわけで、その方々にどういう市場のアプローチができるか、課題としてあると思います。

あと、自立生活支援につきましては、さまざまなことが——すみません。手短かに言いながら、つい長くなってしまいました。失礼しました。

あとはもう2点だけ。市場はそれなりに充実してきた一方で、そもそも高齢者に消費する余力があるのかどうか、気になるところです。29ページを見ていただきまして、可処分所得と家計支出額を比べているのですが、結論的には、65歳以上計で41%、約4割の高齢者世帯は消費力のポテンシャルがあるのではないかという結果です。このことについて余裕があると解釈することは適当ではなく、実際は余分のものは買わない、使わない、ことが普段の消費行動において徹底されている結果と見ています。

申し訳ございません、長くなってしまいました。最後に、こうした高齢者市場を開拓するためにどういう取組視点が必要かということを考えますと、大きなポイントとしては三つあると思っています。一番は、やはり所得フローを増やすための高齢者の雇用就業問題の解決、「生涯現役社会」の創造、これが最も重要の大前提のことと思います。

2点目は、こちらはちょっとした工夫ということかもしれませんが、高齢者まで情報が行き届いていない可能性があるのではないかと、情報の非対称性の問題があるのではないかと思っています。そして、本日何よりも強調したかったのはこの3番目の、イノベーションがとにかく足りないということです。企業に積極的にチャレンジしてもらうことが重要で、そのためには、そのことを推進する政策が必要だと考えています。時間のコントロールができず申し訳ございませんでした、ありがとうございました。

○高橋委員長 すみません、ゲストスピーカーに時間を制約して恐縮ですけど、物理的に9時半には絶対終えなきゃいけないということでございます。

いかがでしょうか。時間がございませんが、どうぞご質問を。

○和気委員 大変に興味深い報告をどうもありがとうございました。本当はいろいろとお聞きしたいことがあるのですが、もう時間がないので少しだけコメントをさせていただきます。

ステージⅠ、Ⅱ、Ⅲで分けて、それぞれに対策を考えていくというのは非常に興味深いお話なのですが、やはり地域包括ケアの研究会なので、22ページのところに、公民が連携して地域包括ケアシステムを早期に確立することが必要である。その中で民間の役割が明確になる。こういうコメントがここに書かれていて、実は本当はそのところをもう少し詳しく、どういうパースペクティブを持たれているのかというようなことをお聞きしたかったのがひとつです。

それから、全体の比率を1・8・1というように仮定しているのですが、やはり今の経済状況と、それから最近のいろいろな論調は、どうも1・8・1ではなくて、貧困・低所得の高齢者がかなり数多く、大量に出現してくるのではないかとされています。これは10年、20年後のことです。ということであれば、貧困・低所得の高齢者の比率は「1」では済まないのではないだろうかと思います。

そうすると、そういう層のところに企業が参入をして、イノベーションをして、さまざまなサービスを提供していく。そういうことが果たして可能なかどうか。あるいは、本当にするのかどうか。それをもしするならば、どういう参入促進の政策をとらなければいけないのかということについて、もう少し考えてみる必要があるのではないのでしょうか。社会福祉の研究者としては、社会全体もそうなのですが、こういう「1」のところにいる高齢者の人たちのところにどういうサービスが提供できて、なおかつその中で企業がどういう役割を果たしていくのか。また、ほかのセクターとの関係の中でどういう役割を果たしていくのかについて考えてみる必要があると思っています。私個人は、そういうことが地域包括ケアの研究の方向性としての議論としては必要なのではないかと考えています。時間が非常に短かったのですけれども、いま申し上げたところをもう少し聞ければよかったかなと思っています。以上です。

○前田氏 リクエストに合っていないかなと思ったのですけれど、失礼いたしました。

○高橋委員長 すみません、そろそろ終わらないといけないと言って事務局がにらんでいますので、ちょっと私のほうで整理をさせていただきます。

これがすぐに需要に導かれて、要するに、需要にヒットするような商品を開発するの

は当たり前の話なんですけど、どうも、企業論といっても、それこそ地域のなりわいに近いものからビッグビジネスまで多様にあって、多分、セブンイレブンなんかを見ていると、地域のなりわいを再編成してチェーンストア化して標準化するという、そういうシステムなんだろうと思うのですが、そういうものが通用するものとしらないものもあるし、それから、最終的な企業のノウハウといっても、それは何だろうかということをもうちよっと掘り下げないといけないですね。

最後のイノベーション不足というのは、これは僕は決定的だと思うのです。大体、障害者も入れないで障害者の機器を開発する大企業の話は、私はよく眺めて、本当にマーケティングと何が必要かを掘り下げたりサーチが、意外と大企業ではできていない。最近、実はトースターをあるところから買ったのです。今、話題のトースターなんですけど、何で今まで大企業がただ焼くだけのものを出して、バルミューダというベンチャービジネスが開発したトースターなんだけど、実は、シルバービジネスもちょっとそういうところがあって、大企業がやるのは余力できがよくないという印象があって、イノベティブなベンチャーがどうやって作り出すかということがあるなと思っていて、そこら辺は本当にニーズをきちんと把握できているのかということについていつも思っていて、そうしたら、80歳の高齢者を雇いなさいということをお願いしたいのです。要するに、いろんな人たちを雇って開発時に入れる時代が来ないと、なかなか本当に必要なものが開発できないなと思ったりしていますが。やっぱり、民間企業は我々にとって非常に重要な資源でございますので、どういう形でかかわっていただくか。これは、世の動向としては、高齢者がふえて、お金を持っている高齢者がふえれば、それにあわせて適切なものを提供するというのは流れでございますが、その場合に、魅力的なものをたくさんつくってほしいと。そのことがパブリックセクターやコミュニティとの関係でどうなのかという、そこら辺が非常に重要な論点かと思えます。

ということで、もう時間がございません。大変豊富な資料でお話をいただいて大変ありがたく思いますが、そんなことではしよらせていただきます。

時間はあと2分でございますので、次回のことも含めて事務局にお返しをいたします。前田先生、本当にありがとうございました。きょうのお二人の先生にも感謝を申し上げます。

○西村部長 改めてご連絡申し上げますけども、次回は9月15日（火曜日）、午後6時から開催いたします。

机の上に配付してございます冊子につきましてはそのまま置いておいてください。その他の資料につきましては、お持ち帰りいただいても結構ですし、封筒に入れていただければ、私どものほうで郵送させていただきます。

お車の駐車券が必要な方は受付のほうにお申し付けください。

以上でございます。

○高橋委員長 それでは、どうもありがとうございました。