

第4回 認知症の医療と生活の質を高める
緊急プロジェクト

－ 議 事 次 第 －

日 時：平成20年 6月 30日（月）9:30 ～ 11:30

場 所：全国社会福祉協議会会議室（5階）

議 題：1 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」
論点の取りまとめについて

2 その他

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」

論点の取りまとめについて (たたき台)

平成20年6月30日

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

はじめに

- 認知症がぼけや痴呆と言われた時代の歴史は古く、偏見から身を隠し、医療や介護の利用さえ行われず、厳しい在宅生活を余儀なくされた人がいたことも事実である。「痴呆」という用語については、病状を正しく表していない、周囲からの偏見を招くなどの理由から、有識者の議論を経て、平成16（2004）年に「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想の展開などにより、ここ数年、認知症についての理解は一定程度進んできた経緯がある。
- ただし、現在でも、的確な診断や治療が受けられない、認知症に応じた適切な介護サービスが不足している、医療と介護のサービスが途切れてしまうなどの指摘がある。
- 本プロジェクトは、認知症対策に係るこのような問題の早期解決を図るため、認知症に関する研究開発、医療、介護、本人・家族に対する支援等の対策について、厚生労働省内横断的な検討を進めるため、厚生労働大臣の指示の下に設置された。
- 本プロジェクトでは、専門的見地からの意見を反映するため、医療、介護等の有識者にも参画いただくとともに、検討の過程では、利用者や認知症対応型サービスの代表者からのヒアリングを行った。
以下、本プロジェクトにおける検討結果を報告する。

I これからの認知症対策の基本方針

- これまで我が国の認知症対策は、認知症に対する医療体制の不足（専門医療を提供する医師の不足、診断手法や治療法の未確立）もあり、認知機能の障害に伴って日常生活に支障を来した人に対する介護サービスの提供を中心とした対応が行われてきた。
- しかしながら、認知症の早期に確定診断が的確に行われなかったり、その後の医療と介護の連携が不十分であったために、適切な治療や介護の提供が行われなかったという事例もある。
- このため、今後の認知症対策は、診断や治療に係る研究開発の加速と併せ、早期の確定診断を出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人や家族の生活を支援する施策の流れを確立することが必要である。
さらに、若年性認知症対策についても、就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進することが必要である。
- したがって、認知症対策として重要なことは、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及、⑤若年性認知症対策、⑥本人・家族への支援の推進が必要であるとの認識のもと、積極的に総合的な施策を推進する。その実現のために、短期的に取るべき施策、中・長期的に検討及び実施していく施策について、必要な財源を確保し、必要な措置を講じていく必要がある。

Ⅱ 今後の認知症対策の具体的内容

1 実態の把握

(1)現状・課題

我が国全体の認知症の有病率は、少なくとも厚生労働省では、昭和60年以降把握されていない。

平成15（2003）年に厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会において、「専門医による医学的判定」とは異なるが「介護に必要な手間」という観点からの情報とされる「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を公表し、平成14（2002）年9月末の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は149万人と推計した。この推計データと「日本の将来推計人口」から将来推計を算出したところ、平成17（2005）年には当該高齢者が169万人、平成27（2015）年には250万人になると推計された。しかし、本推計は、医学的に認知症と診断された者を推計したのではなく、認定調査員によって「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上と判定された者を基に推計したものであり、要介護認定申請をしていない人は含まれていないことなどから、当該推計数が我が国における認知症の患者数を正確に反映しているとはいえない。

一方、入院又は通院している患者について行った患者調査によると、認知症疾患の患者数は、平成17（2005）年に32万人と推計している。この患者数は医学的に認知症と診断された者を推計しているが、主たる傷病名のみを集計したものであることから、主病名以外に認知症が含まれている場合には、認知症疾患の患者数として算定されていない。このため患者調査による認知症患者数も我が国における認知症の患者数を正確に反映したものとはいえない。

また、地域において認知症が疑われても、医師の診察や要介護認定を受けない人が少なくないと言われている。また、どのような状態の認知症患者が

どこに所在するかといった実態や、認知症に対応する医療・介護サービス資源の実態も十分には把握されていない。

認知症は認知機能の障害を来す器質疾患であることから、本プロジェクトとしては、認知症の医学的な診断を出来るだけ早期に行い、その診断に基づいて医療及び介護サービスの総合的な対策を早期から講じることを基本とすべきと考える。

こうした考え方に立って、今後、認知症患者の実態を正確に把握するため、医学的な診断基準に基づく有病率調査をできるだけ速やかに行うとともに、認知症に対応する医療・介護サービスについても実態調査を早急に行う必要があると考える。

また、現在、要介護認定に使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」は、本来、医師により認知症と診断された高齢者を対象とした基準であり、また、平成5（1993）年の作成から約15年が経過しており、最新の知見が反映されていない、判定基準がわかりにくいなどの指摘がある。このため、今後、要介護認定に用いるのによりふさわしく、かつ現在の医学の水準に合ったより科学的な判断基準を設定することが必要であると考え。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、①医学的に診断された認知症の有病率や医療・介護サービスの実態の調査、②要介護認定において使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直しを行う必要がある。

(3)具体的対策

- 認知症の有病率調査については、平成20年度中に調査に使用する認知症の診断基準、重症度スケールの決定及び予備調査を行った上で、平成21年度から大規模調査を行い、平成22年度を目途として全国推計を算出するものとする。

なお、若年性認知症の有病率については、現在調査が行われているとこ

ろであり、引き続き推進する。

- 認知症に係わる医療・介護サービスの現状に関する調査については、認知症患者の医療・介護サービス利用における症状別、医療機関・施設別の実態や、地域における認知症に対する医療・介護サービス資源の実態について、平成20年度中に一定の把握と予備的検討を行うとともに、平成21年度以降詳細な調査を行い、平成22年度を目途として、その全体像を取りまとめるものとする。

- 介護保険制度の要介護認定の際に用いられている「認知症高齢者の日常生活自立度」については、専門家の意見を十分に踏まえ、より客観的で科学的根拠に基づくものへ見直す必要があり、その検討を速やかに行うものとする。

2 研究・開発の促進

早期の確定診断を基盤とした認知症の総合的対策をより有効なものにするためには、認知症のステージに応じた研究・開発の促進が急眉の課題である。具体的には、①発症予防対策（予防因子の解明、発症閾値の上昇対応）、②実態の把握、③診断技術の向上、④治療方法の開発（ β アミロイド沈着阻止等）、⑤発症後の対応（適切なケアの提供）という5つの視点で促進することとし、以下、各事項ごとの方向性等を整理する。特に実態の把握、診断技術の向上と治療方法の開発を最重要課題として位置付け、資源を集約し、他省庁とも連携して、進展の加速を図る必要がある。

(1) 発症予防対策

ア 現状・課題

これまでの研究においては、運動、栄養、睡眠等の介入が認知症の発症を抑制したり、軽度認知障害の認知機能を改善させる可能性があることが示されている。

他方、認知症の予防方法は未だ十分に確立していない。

イ 今後の方向性・具体的対策

現在、アルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして、予防介入の効果を検討する地域住民を対象とした研究を開始したところであり、今後もこの研究を推進する。

具体的な目標は、今後5年以内にアルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして有効な予防方法を見いだすことである。

(2) 診断技術の向上

ア 現状・課題

現状では神経心理検査、MRI、CTといった形態画像検査、FDG-PETや脳血流シンチグラフィといった機能画像検査、髄液バイオマーカー等を用い

て診断が行われている。

ただし、実施できる施設が限られており、必ずしも疾患に特異的ではない上、髄液バイオマーカーの検査については、侵襲性が高いなどの課題がある。

認知症の有無や原因疾患をよりの確に診断する技術及びアルツハイマー病をより早期に診断する技術が必要である。

イ 今後の方向性・具体的対策

アルツハイマー病をより早期に、確実に、侵襲が少なく診断できるように、アミロイドイメージングや血液・尿等のバイオマーカーに関する研究が現在進められているが、これらの研究の更なる発展を加速する。

具体的には、今後5年以内にこれらの早期診断の技術の実用化を目標とした研究を推進することとする。

また、アルツハイマー病の発症を予知し、症状の進行を評価するための客観的指標の確立を目的とする大規模臨床研究、ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) が米国において始められ、日本においても J-ADNI (Japanese Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) として厚生労働省、NEDO、製薬産業コンソーシアム等の支援により行われている。これは、根本的治療薬の効果判定のために有効な研究であり、今後も引き続き関係省庁、関係機関とも連携しつつ支援を強化していくものとする。

他方、これまで認知症の研究の対象疾患はアルツハイマー病が主体であったが、認知症を来す他の疾患である血管性認知症等の診断、治療及びアルツハイマー病とうつ病等の精神疾患との鑑別診断に関する研究も推進するものとする。

(3) 治療方法の開発

ア 現状・課題

現在、アルツハイマー病に対し、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤が用いられているが、この薬は認知症の進行を遅らせる効果はあるが、進行

を止めることはできない。

また、アルツハイマー病の進行を止められる可能性のある根本的治療薬としては、アルツハイマー病の原因として考えられるアミロイドβの蓄積を減らす治療薬に対する期待がある。

具体的にはアミロイドβの産生を減らす、アミロイドβの分解を促進する、アミロイドβに対する抗体などを投与することによりアミロイドβを脳内から排出するなどの方法があり、既に米国を中心として臨床治験が行われているものもある。しかし、我が国においてのこれらの根本的治療薬の臨床治験の実施は遅れており、研究開発に関しても、十分な資源、研究体制が確保されているとは言い難い。

イ 今後の方向性・具体的対策

- 我が国においてもアルツハイマー病の根本的治療薬の早期開発に向け、現在研究を行っているところであり、基礎研究を推進している文部科学省とも連携しつつ、資源を集中し、効率的な研究体制のもと更なる取組みを加速する予定である。

具体的には、根本的治療薬の今後10年以内の実用化を目標とした研究を推進することとする。

- 認知症対策にとって、新たな医薬品等の早期開発は重要であることから、薬事法に基づく早期の承認に資するよう医薬品等に係る治験等が国内で円滑に実施されるための拠点整備を引き続き推進することとする。

(4)発症後の対応(適切なケアの対応)

ア 現状・課題

これまでの研究により、適切なケアや環境によって介護者や本人の負担の大きい認知症のBPSDを予防又は改善できること、中核症状に対する適切な支援により日常生活を維持することができることが知られている。

この点に関しては、平成18年4月より、介護老人保健施設において導

入された軽度認知症に対する短期集中認知機能リハビリテーションが、中核症状及びBPSDの改善に有効であることが示された。

また、これまでのケアは、個人の経験に依拠していたり、重症度別やサービス種類別に個別に行われていた傾向にあった。

イ 今後の方向性・具体的対策

現在、「どんな認知症の患者に対して、どんな状況でどんなケアが有効であったか」を解析する認知症ケア高度化推進事業が開始されたところであり、今後も継続して推進するものとする。

また、これまでの経験的、断片的なケアから、今後は科学的根拠に基づいた総合的、継続的なケアを目指し、研究を推進するものとする。具体的には、中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究等を推進するものとする。

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(1)現状・課題

○ 認知症の対応を適切に行うためには、早期発見がまず重要である。認知症の疑いがある場合には、専門医療に早期にアクセスすることにより、迅速な鑑別診断を行い、確定診断に基づき適切に医療や介護の方針を決定することが不可欠である。

○ 一方で、専門医療を提供する医師や医療機関の数や、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が十分でないという問題がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れ症状が進行してしまう事例や、認知症とうつ病や他の精神疾患等との誤診に起因して適切な治療の機会を逃してしまう事例が生じている。

また、介護負担の大きな妄想、徘徊等のBPSD (Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia : 認知症の行動・心理症状) の治療が適切に行われない事例や、認知症があるために重篤な身体疾患に対する治療が円滑に提供されない事例等も生じている。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、

- ① 早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを徹底すること、
- ② BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- ③ 身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進することといった対策を推進するものとする。

そのため、まず、専門医療を提供する医師の育成や専門医療機関の整備を推進するとともに、専門医療機関における介護との連携機能を強化する。

また、地域において、介護との連携を図りつつ、認知症高齢者に対して適切に医療が提供される体制を確保する。具体的には、かかりつけ医における認知症に対する正しい理解の推進、かかりつけ医と専門医療を提供する医師の密接な連携による生活習慣病等の基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援を推進する。

(3)短期的対策

認知症早期の診断やBPSD・身体合併症への対応を行う専門医療体制の強化が必要である。また、かかりつけ医や認知症サポート医、コメディカル等の認知症への対応能力を向上させること、日本中で標準的な認知症の診療を受けることができるように認知症ガイドラインの開発・普及のための支援を行うことが必要である。

ア 認知症診療ガイドラインの開発・普及のための支援

認知症診療技術の標準化・普及を図り、早期診断と適切な医療・介護サービスの提供に資するため、認知症関連学会が作成する認知症診療ガイドラインについて、国として、その開発・普及のための支援を行う。

イ 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化

○ 認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関として認知症疾患医療センターの整備を進める。当面、全国に150か所程度設置する。

○ 認知症疾患医療センターについては、介護サービス等との連携を強化するため、新たに連携担当者を配置する。

また、認知症疾患医療センターの従事者への研修の実施等を通じて、専門医療機関としての機能を強化する。

○ 自治体の積極的な関与の下、認知症疾患医療センターを中核とした地

域の認知症医療における連携体制を構築する。

- 認知症疾患医療センターを中核として、地域の鑑別診断やBPSDの急性期への対応機能を更に強化するため、認知症疾患医療センターの人員配置や施設基準の高度化について検討を進める。

ウ 認知症診療に係る研修の充実

認知症診療技術の向上、普及を図るため、認知症診断や治療について高い専門性を有する医師の育成、地域において認知症診療の中心的な役割を担う医師の育成、かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図るため、次のような研修体系を構築する。

(7) 認知症専門医療機能の充実に資する研修

国において、認知症疾患医療センターや専門外来等の地域の中核的な医療機関に従事する者を対象として、認知症の診断や治療に係る専門的な研修を実施する。

(イ) 地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修

- 地域における基本的な認知症対応力の向上を図るため、認知症疾患医療センターにおいて、認知症サポート医との連携を図りつつ、地域のかかりつけ医やコメディカル等を対象とする研修を実施する。
- 地域医療における認知症診療の水準の向上のため、認知症疾患医療センターにおける精神科外来を行う医師等への研修の実施に向けた検討を進める。

(4)中・長期的対策

診療の適切な評価を通じて、認知症の専門医療を提供する医師の育成を図るとともに、認知症治療のあり方を検討し、適切な対策を講じ、BPSDの

急性期や身体合併症をもつ認知症患者の受入体制を充実することが必要である。

具体的には以下の取組を行う。

- 前述の認知症に係る医療・介護サービスの現状に関する調査・研究の成果を踏まえ、今後の認知症医療・介護サービスの全体像を明らかにする。

- その際、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方について、総合的に検討する。
さらに、この検討を踏まえ、入院機能を含めた認知症に係る専門医療をはじめとする認知症診療等の評価のあり方について、引き続き検討する。

- かかりつけ医や介護保険サービス（地域包括支援センター、施設・在宅サービス）との密接な連携のもと、急性症状に対する入院治療後の患者の速やかな退院や円滑な在宅への移行等に資する対策を、総合的に検討する。

4 適切なケアの普及

(1)現状・課題

高齢者の「尊厳の保持」を基本として、身体ケアに並ぶ認知症ケアを推進してきたところであるが、個々人の症状の変化に合わせた介護を提供することで認知症のBPSDを予防又は改善できることなどが知られている。

このように認知症ケアの技術は進歩しているが、認知症ケアの質の施設・事業所間格差や介護と医療の連携が不十分であるために、例えば早期に確定診断されても適切な介護サービスの利用に結びつかなかったことなどにより認知症のBPSDが悪化するなどの問題が生じている。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、①認知症ケアの標準化・高度化、②認知症の早期発見など医療との連携を含めた地域ケア体制の強化等を実施することが必要である。

(3)短期的対策

ア 認知症ケアの標準化・高度化

- 認知症ケアの標準化を推進するため、認知症介護研究・研修センターにおいて、認知症ケア事例を集積し、その効果の分析評価に基づいた認知症ケア手法の標準化を推進する。
- 認知症ケアの現場へ標準化された認知症ケア手法を普及するため、①認知症対応型サービス事業の管理者、認知症介護指導者等に対する研修への支援、②認知症介護に係る社会福祉士、介護福祉士等有資格者の活用、③訪問指導、パンフレット及びインターネット等を通じた情報発信、標準化されたケア手法の介護現場への普及を行う。
- 国際的にも、我が国の認知症ケアの水準や内容の妥当性を把握し、認

知症ケアや医療の先進技術の導入・普及を図るとともに、我が国の技術を発信するため、認知症ケア先進国との交換留学を通じた比較研究等を推進する。

こうした海外における認知症ケアの先進技術の導入や、我が国の先駆的な認知症ケア事例の集積により認知症ケアの高度化を推進する。

イ 認知症の早期発見・医療との連携を含めた地域包括ケア体制の強化

- 地域における認知症ケアと医療との連携、認知症ケアや権利擁護業務に係る専門的対応の支援を促進するため、認知症疾患医療センターと連携する認知症連携担当者を新たに配置した地域包括支援センターを整備する。
- 認知症連携担当者は、①認知症との確定診断を受けた高齢者等の情報を把握し、②それを基に利用者の住所地の地域包括支援センターに対する利用者情報や専門医療情報の提供を行い、③要介護者に対する専門医療や権利擁護の専門家の紹介、④認知症ケアに関する専門的相談・助言等を行う。
- 認知症に対応できる地域ケアを強化するため、①地域包括支援センターの従業者、ケアマネジャー、介護サービス事業所の従業者、医師等の専門職同士による認知症やその医療・介護に関する事例研究を含む研修や、②行政機関、自治会、ボランティア団体等地域住民による協働対応のための研修を実施する。
- 認知症の人の徘徊による事故や消費者被害の防止などのほか、自分からは相談やサービス利用に繋がらないといった問題等に対応するため、定期的な訪問活動による相談支援等の実施、福祉サービスの利用を援助する事業を住民に身近な市町村レベルで提供するための体制整備等市町村等によるきめ細やかな支援の取組みを推進する。

(4)中・長期的対策

ア 認知症ケアの評価等の検討

- 介護の現場に対する専門的な認知症ケアの普及を促進するため、認知症介護指導者等認知症介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討する。

- 在宅におけるBPSD対応の支援、BPSDに対する適切なケアの提供を図るため、適切なBPSD対応等を行う介護老人福祉施設等における緊急ショートステイの評価のあり方について検討する。

イ 認知症介護研究・研修センター事業の推進

認知症介護研究・研修センターについては、認知症ケアの標準化、高度化、こうした認知症ケア手法の普及、高齢者虐待防止に係る研究・研修、認知症高齢者等に係る医療と介護との効果的な連携方策に係る研究・研修等に専門的に取り組む中核的機関として、その役割・機能の重点化や効率化を検討する。

5 若年性認知症対策

(1)現状・課題

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する認識が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となるケースや、本人やその家族、企業及び医療機関等が若年性認知症を知っていても、活用が可能な福祉や雇用の施策があまり知られていないことなどから、経済的な面も含めて本人とその家族の生活が困難な状況になりやすいことが指摘されている。

このため、若年性認知症に対する理解の促進や早期診断、医療、介護の充実はもとより、雇用継続や就労の支援、障害者手帳の早期取得や障害基礎年金の受給などに対する支援を充実し、これらの施策の中から若年性認知症者一人ひとりの状態に応じた支援を図る体制を構築することが喫緊の課題となっている。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は若年性認知症の特性や実態を速やかに明らかにするとともに、①若年性認知症に係る相談コールセンターの設置、②診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成、③若年性認知症就労支援ネットワークの構築、④若年性認知症ケアの研究・普及、⑤若年性認知症に関する国民への広報啓発等を総合的に実施することにより、若年性認知症対策を推進するものとする。

(3)短期的対策

ア 若年性認知症に係る相談コールセンターの設置

誰もが気軽に相談できて、早期に認知症疾患医療センター、認知症連携担当者を配置した地域包括支援センター、障害者就労の支援機関等へ適切に結びつけられるよう、若年性認知症に係る相談コールセンターを全国に一か所設置する。

イ 診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成

若年性認知症の人の支援に必要な施策を迅速かつ適切に結びつけ、活用するため、地域包括支援センターに配置する認知症連携担当者が中心となり、認知症疾患医療センター等の医療機関において若年性認知症との確定診断を受けた者を対象に、

- (ア) 就労中で雇用継続が可能な者については、ハローワーク及び地域障害者職業センター等と連携し、本人並びに企業に対する職場適応援助者（ジョブコーチ）支援や障害者手帳の取得による障害者法定雇用率への算定等の雇用継続に向けた施策について周知し、活用を図ることができるようにする。
 - (イ) 雇用継続が困難な者については、若年性認知症対応型デイサービス、障害者福祉施策の就労継続支援B型事業所や地域活動支援センターの利用など、日中活動の場の確保に向けて支援する。
 - (ウ) 自宅での生活が困難な者については、認知症グループホームなどの介護保険サービスや障害者グループホーム・ケアホームの利用など、住まいの確保に向けて支援する。
 - (エ) 若年性認知症の本人や家族の会を紹介するなど、身近に相談できる先が確保できるよう支援する
- 等若年性認知症者一人ひとりの状態やその変化に応じ、適切な支援施策が活用できるよう支援する。

ウ 若年性認知症就労支援ネットワークの構築

各都道府県に設けられている障害者就労支援ネットワーク（就労継続支援事業所等の障害者福祉施策、ハローワークや地域障害者職業センター等の労働施策、商工会議所等の経済団体、医療機関、自治体等で構成）を活用し、認知症連携担当者が調整役として参画することにより、医療・福祉と雇用・就労の関係者が連携した「若年性認知症就労支援ネットワーク」を新たに構築する。

当該ネットワークの構成員は、個別事例への対応を通じて若年性認知症

者に対する雇用継続・就労支援に係るノウハウを集積するとともに、当該ネットワークの構成員や加盟企業等に対し、若年性認知症に関する理解を深めるための研修を行う。

エ 若年性認知症ケアの研究・普及

若年性認知症ケアの開発・普及を促進するため、モデル事業の実施により、若年性認知症の人の身体機能やニーズにあったケアの研究・普及を行う。

オ 若年性認知症に関する国民への広報啓発

- 若年性認知症の早期発見や企業等を含めた早期対応を促進するため、若年性認知症に関する理解の普及、早期診断の重要性、雇用継続や就労の支援、障害者サービスの活用等発症後の支援策及び相談窓口の周知等について国民に広く広報啓発する。
- 認知症の確定診断直後からの支援を機能させるため、特に、医師に対する若年性認知症早期診断の重要性及び支援施策の周知を推進する。

(4)中・長期的対策

ア 若年性認知症対応の介護サービスの評価

若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入れのあり方等について検討する。

イ 若年性認知症発症者の就労継続に関する研究の実施

障害者職業総合センターにおいて、「若年性認知症発症者の就労継続に関する研究（H20～H21）」を実施し、就労継続や就労支援ニーズ、事業主におけるニーズを明らかにするとともに、障害特性に対応した課題を取りまとめ、雇用継続の支援への活用を推進する。

6 本人・家族への支援

(1)現状・課題

認知症の人やその家族が住み慣れた家庭や地域での生活を継続できるよう支援することが重要であるが、そのためには、認知症は誰でも発症する可能性のある病気であり、誰もが自らの問題として認識するとともに、家族や地域社会全体で認知症の人の生活を支える取組みへと発展させることが必要である。

また、認知症の人やその家族等が抱える不安や悩みを気軽に相談できる体制も十分ではない。

(2)今後の方向性

このため、認知症やその医療、介護、地域における支援施策等についての普及啓発を推進するとともに、誰もが気軽に相談できる体制の整備を推進するものとする。

(3)短期的対策

ア 都道府県・指定都市における相談支援体制の充実

認知症の人やその家族に対して支援するため、認知症介護の専門家、経験者等が対応するコールセンターを都道府県・指定都市ごとに1か所設置するとともに、認知症の当事者や介護経験のある家族との交流会などの支援を行う。

イ 「認知症を知り地域をつくる10カ年構想」の推進等

認知症に関する理解の普及を促進し、認知症の人やその家族等を支える地域づくりを一層推進するため、現在関係団体を中心として展開されている以下の取組みについて、引き続き推進する。

- ・認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議
- ・認知症サポーター100万人キャラバン

- ・「認知症でもだいじょうぶ町づくり」キャンペーン
- ・認知症の人「本人ネットワーク」支援
- ・認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進

(4)中・長期的対策

ア 認知症サポーターの増員

「認知症サポーター100万人キャラバン」については、自治体、企業等による自主的な取組みを促すなどにより、平成26（2014）年までには、15歳から64歳まで人口の5%（約400万人）を養成することを目標とする。

イ 小・中学校における認知症教育の推進

今後、我が国における認知症の人やその家族等に対する地域における支援を普及・定着させるため、関係省庁の連携の下、小・中学校からの認知症教育を推進する。

おわりに

- 本プロジェクトにおいては、今後の認知症対策について、その実現の可能性の濃淡にかかわらず、他省庁の施策を含めた論点に総合的に言及したところであり、その実施状況については、必要に応じフォローアップを行うものとする。

- また、認知症対策は、本プロジェクトにおいて完結するものではないことはいうまでもなく、本プロジェクト終了後においても、関係部局（大臣官房、医政局、健康局、医薬食品局、職業安定局、社会・援護局、障害保健福祉部、老健局、保険局等）や国立長寿医療センター、国立精神・神経センター、認知症介護研究・研修センター、関係省庁等との密接な連携のもとで、認知症対策を総合的に推進することが必要である。

第2回認知症の医療と生活の質を高める
緊急プロジェクト
議 事 録

厚 生 労 働 省

第2回認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト 議 事 次 第

日 時 平成20年5月19日(月) 9:30～11:30

場 所 厚生労働省(合同庁舎5号館)5階共用第7会議室

議 題

- 1 ヒアリング
 - ・ 社会法人 認知症の人と家族の会
 - ・ 特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会
- 2 介護対策、若年性認知症者の自立支援、本人・家族の支援について
- 3 その他

○阿曾沼局長 それでは、始めたいと思いますけれども、非常に関心が高いので公開してくれという要望がございまして、一応公開をすることにいたしました。

本日は、御多忙中にもかかわらずお集まりいただきましてありがとうございます。ただいまから、第2回の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を開催させていただきたいと思っております。

初めに、事務局から本日の出席状況、資料の確認、進行について説明させていただきます。

○井内室長 認知症・虐待防止対策推進室長の井内でございます。

初めに、本日の出欠の状況を御報告いたします。

西川副大臣、上田技術総括審議官は所用のため、本日御欠席でございます。

なお、上田技術総括審議官の代理として、矢島厚生科学課長に出席いただいております。

続きまして、本日の会議資料について御確認いただきたいと思います。お手元の資料でございますけれども、上から順に議事次第、委員名簿、ヒアリング説明者、座席図でございます。

それから、資料1としまして第1回プロジェクトチームにおける主な意見等について。

資料2から4ということとじてございますけれども、「認知症介護の充実について」、それから「若年性認知症の就労を含む自立の支援」、「本人・家族への支援」ということで資料2、3、4がとじてございます。

それから、本日ヒアリングをさせていただきます認知症の人と家族の会資料ということで、「提言・私たちが期待する介護保険」でございます。

それから、全国認知症グループホーム協会の資料ということで、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトへの提言」、協会の名前で出しているものでございます。

それから、後ろに「認知症」というタイトルの、認知症の人と家族の会のパンフレットでございます。

それから、本日お持ちいただいたということでお配りしておりますけれども、「グループホームが生活を支える」というタイトルのこういう写真入りの資料でございます。これは、全国認知症グループホーム協会さんの方から本日、追加の資料ということでお出しいただいております。

資料としては以上でございます。不足がありましたらお申付けいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、本日のプロジェクトチームの進め方でございますけれども、初めに関係団体からのヒアリングを行います。本日は社団法人認知症の人と家族の会から代表理事の高見様、特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会から代表理事の木川田様、副代表理事の岩尾様にお越しいただいております。その後、お手元の資料に沿って意見交換をしていただくこととしておりますので、よろしく願いいたします。

○阿曾沼局長 それでは、まず団体の方から御意見をいただきたいと思っております。

初めに、認知症の人と家族の会の方からお願いいたします。時間の関係で恐縮ですが、15分程度でお願いできればと思います。

○高見代表理事 認知症の人と家族の会の高見でございます。どうかよろしく願いいたします。

舛添大臣の指示によってこの研究プロジェクトがつけられたということについては、私たちは大変歓迎しておりますし、期待もしております。

実は、私的なこととなりますが、舛添大臣とは今年の1月のテレビ番組で同席をさせていただきまして、その収録の合間に親を介護した男同士として意気投合いたしました。実は今日も大臣にお目にかかれるかと思っただけで期待して参ったのですが、お会いできなくて残念です。是非、高見が来たということと、高見がこんなことを言って帰ったということについて大臣にもお伝えいただきたいと思います。

さて、認知症の人と家族を取り巻く状況についてですが、厚生労働省が認知症を知り、地域をつくる10か年戦略ということで大きな運動を展開していただきまして、私も付けておりますこういう認知症サポーターを100万人つくろうというふうな運動をしていただいております。それから、近年は認知症の方、本人が思いを語られるようになりまして、随分認知症に対する理解と関心が進んでまいりました。家族の会は結成して28年が経過したわけですけれども、これまでの歴史の中で今ほど行政の方が力を入れていただいて、社会的な関心も高まってきている時代はかつてなかったと思っております、私たちは今の時代に認知症新時代というふうに名前を付けて歓迎しているところであります。

しかし、一方、そういうふうな理解と関心が進んできているんですけれども、認知症の方、本人あるいは家族の生きていくこと、あるいは介護を続けていくこと、こういうことについての苦勞が社会の関心に比例して軽減してきたかという点、必ずしもそうではないと感じています。そんなふうに、本人の生きる困難や家族が介護をする困難が軽減しない原因として、私は4つあるのではないかと考えています。

1つは、認知症になった方、本人の不安、あるいはそういうふうな本人がいわばかき付きですが、壊れていく。そういうことを見ている家族の悲しみ、こういうことが1つあると思います。

ただ、この問題は人間の基本的な感情でありますから、幾ら社会の理解や社会的な対策が進んだとしても、個人の悲しみやつらさ、不安というのはなくならないと思います。こういうことについては、私たち家族の会のような組織がお互い本人同士で支え合う、あるいは家族同士で支え合う。こういうことで、解決していくべき私たちの仕事だと思っております。

それから、2つ目の問題は家族同士の間、親戚間、地域、あるいは勤務先で認知症が十分に理解されていないというつらさがあります。これについては、先ほど申し上げましたような10か年戦略、こういうものを推し進めて社会的な理解が進んでいけば解決に向かっていく。こういうことが2つ目の問題だと思っております。

それから3つ目の問題は、医療による改善、あるいは医療側からの支援が不十分であるというもどかしさだと思っております。

今、特に若年の認知症の方が大変大きな問題になっているわけですけれども、こういう人たちの一番の願いは、治りたいということです。治りたいということと、働き続けたいということが若年の方たちに共通する願いであります。そういう意味から言いますと、やはり認知症の進行を遅らせる、あるいは認知症そのものを防ぐような薬の早期開発というものが大変求められている

と思います。

薬の点で言いますと、今、私たちが知っている状況でも3つの薬が治験の最終段階に差し掛かっていると聞いています。やはり家族あるいは本人の立場からすると、薬はたくさんあって選べる方がよいと思いますので、もしこれらの今、進んでいる開発中の薬の認可が申請されましたら、ちょっとセクト的な言い方ですが、ほかの風邪薬や胃薬よりも先に認知症の薬の審査をしていただいて、早期の使用ができるように是非お願いしたいと思っています。

それから、医療の積極的関与の問題ですけれども、今、医療界ではサポート医あるいは専門医というものの養成に力を入れていただいております。これは大変ありがたいことでありますが、ただ、私はすべてのお医者さん、すべての医療関係者が認知症にもっと向き合ってほしいということでもあります。私は、お医者さんというのは命のことを勉強した命の専門家だと思っています。そういう命の専門家が、たとえ専門性で言えば認知症のことについては詳しくはないという場合であっても、やはり命の専門家として素人の家族に向き合っていていただいて、専門でないことは専門でないとおっしゃっていただいたらいいわけですし、問題はそういう人たちが家族と一緒に、私もよくわからないけれども、あなたと一緒に認知症に向かっていきましょうと医療関係者がおっしゃっていただいたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います。

それから、4つ目の介護の困難が軽減しない理由ですが、今のサービス体制が切れ切れになっているということと、やはり負担の増加が進んできているということかと思っています。

認知症の人というのは、発症から亡くなっていくまで、1人の人間として生き続けていくわけです。それに対してサービスの方は、切れ切れになっています。例えば初期の段階ですと、初期の対応はあるけれども、少し進行するとまた対応が異なる。こんなふうなことになっていまして、1人の人が生きていく、生き続けていくということで安心できる体制にはなっていないと思います。特に病院や老健施設などに入りますと、入ったときから3か月後の行く先を考えておいてくださいというふうに言われる中では、人の命が続いていくということについての対策では不足だと思います。そういう点で、是非緊急時の対応であるとか、あるいは病気を持っても働き続けていく。こんなふうな支援を是非お願いしたいと思っています。

それから、経済的な負担の問題ですが、家族の会の会員を調査しましたところ、その認知症の方のこれまでの貯蓄、蓄えと年金収入だけで生きていられる人は58%でした。つまり、42%の人はその人のこれまで生きてきた蓄えとか年金だけでは、その人自身が生きていけない。つまり、家族が経済的な負担をしているという結果が出ています。そういう意味では、私はその人が人として生きてきて人生の中で蓄えてきたものと年金とで安心して生き続けられる。是非こういうふうな仕組みをお願いしたいと思っています。

私たちはそんなふうな状況を理解しているわけですが、そういう中で先ほど御紹介もいただきました提言というものを昨年の11月の初めに舩添大臣に提出をさせていただきました。

今のような状況から、私たちはこの提言では基本的な考え方ということと、具体的な改善提案という2つの大きな項目で要望をしています。基本的な考え方というのは、私たちが介護保険は

もちろんですが、介護保険のみにかかわらず、日本の社会福祉、社会保障がこんなふうにあつてほしいというような願いを込めた考え方の5つの点であります。

1つ目は、自宅であろうと、施設であろうと、とにかく最後まで安心できる支援、制度が欲しい。

2つ目は、先ほど言いましたように切れ目のない支援体制が欲しい。

3つ目は、認知症があっても笑顔で生きられる体制が欲しい。

4つ目は、介護に従事する人たちの待遇改善を図ってほしい。

5つ目は、暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度をつくってほしい。

こんなふうなことを考え方として提案しています。

このプロジェクトは、来年度の予算についても是非何か具体的に改善していきたいということを考えていただいているとお聞きしました。そういう意味で言いますと、具体的な改善提案ということで12項目の提案をしています。時間の関係で一つひとつの説明はさせてもらえませんが、共通して改善提案と言われることは、認知症という病気の特有性といえますか、認知症という病気の特別性、あるいは認知症という人を介護する家族固有の困難性に基づいて提案をしているものです。

正直に言いますと、今の介護保険制度は認知症に対して正確に対応してくれているかという点、必ずしもそうではないと考えています。体が動かない寝たきり状態の方が介護保険の中では、より介護は大変だと考えられている、あるいは位置付けられているという感じがしています。そういう点で、この12項目の改善は介護保険においてもっと認知症問題が正確にといいいますか、正しく反映していただけるようにということで提案をさせていただいた内容でありますから、是非実現をしていただくようお願いしたいと思っています。

なお、先日の新聞報道で、財務省が要介護2以下は介護保険から外したらどうかというふうなお話を財政審議会にされたということを報道で知りました。私はこれに対しては、開いた口がふさがらないというのが率直な思いであります。どこからこんな発想が出るんだろうかと思えます。私たちが今、申し上げましたようなこれからの基本的な考え方であるとか、具体的にこういう点を改善していただきたいと申し上げているときに、まさにびっくり仰天のお話でありました。

この12項目の改善提案を実現していただくとしたら、やはり財政問題は避けて通れないと私たちも思っています。ただ、私たちが思っていますのは、今の介護保険という制度、その仕組みの中だけでこれだけの問題を解決しようとする、当然財源問題に行き当たります。そういう意味では、日本の全体の予算構成といえますか、日本全体の国のお金の使い方の中で本当にこれから重要になる高齢化問題、あるいは認知症問題にどう対応するのかということの視点が大切になるのではないかと思っています。

なお、付け加えますと、私たち家族の会ではできるだけ利用者あるいは家族負担を増やさないでくださいということを折につけ申しています。ただし、これはびた一文も出さない。舌を出すのも嫌だというふうな内容ではありません。費用の問題を考えると、例えば5,000円という金額を考えると、5,000円は高いか、安いかなどという議論をしたら、これは結論が出ません。

3,000円から考えれば5,000円は高いんです。7,000円から考えれば5,000円は安いんです。そういう問題ではなくて、5,000円という金額が本当に私たちが納得できる、あるいは本当にそれで安心できる内容であるかどうかということが、その金額を考えると時の問題だと思います。そういう意味では、私たちは本当に安心できるシステムをつくるということを考えていただくのが、このプロジェクトの仕事だろうと思います。そこで、このプロジェクトは当面は7月の予定のようですけれども、もう少し長いスパンで認知症の総合的な、基本的な法律でもつくろうかというふうなところまでの話も含めて、長期的に考えていただけたら大変ありがたいと思いますし、財務省は金を削るお役所だと思いますけれども、厚生労働省は認知症の人と家族を守るお役所だと思いますので、是非そういう立場での御検討をお願いしたいということで私の意見を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

○阿曾沼局長 ありがとうございます。続きまして、全国認知症グループホーム協会の木川田代表理事、お願いいたします。

○木川田代表理事 全国認知症グループホーム協会代表理事の木川田であります。また、隣におりますのは副代表理事の岩尾であります。

私たち認知症グループホーム協会は、24時間認知症ケアに特化した事業所の団体でありまして、その団体の大きな事業はケアをしている人たちの教育・研修事業、それから調査研究事業、それを主としております。

現在のところ、私どもの団体に加入している事業者で犯罪や事故を起こしたという事例はありません。その点については、誇りを持っております。

今日はヒアリング説明者として龍谷大学の教授であり、グループホームを運営しております岩尾副代表にお願いしたいと思います。以上です。

○岩尾副代表理事 全国認知症グループホーム協会副代表の岩尾でございます。今回、このような発言の機会を与えていただきましてありがとうございます。

緊急プロジェクトからの当協会に対するお尋ねは、認知症に対する適切なケアの普及、取り分け介護対策の充実に対してでありますので、現在、認知症グループホームがどのような考えの下、認知症に対してどのような取り組みをしているかについて中心にお話をしたいと思います。

まずグループホームでの認知症の理解であります。脳の病気を有する人たちであります、本人にとっては意味のある行動をする固有の人生の主体者としてとらえておりまして、行動上の理解は可能であるとの認識を持って日常のケアに当たっています。

その上で、グループホームが基本的に生活支援をする上でレジュメにお示ししましたとおり、これは前代表が示したものであります、このような視点で実践されているところであります。

そもそもグループホームというのは、御存じのとおり、認知症に特化したサービス形態として介護保険の中に位置付けられています。それは、関わりを中心とした日常生活の実践であります。生活支援としての関わりとは個別ケアのことを意味しまして、従来の顔の見えにくい集団処遇から、その人らしさ、安心、力の発揮、継続性の尊重というまさに2015年の高齢者介護にも言われています高齢者の自立支援と尊厳の保持を守るケア、つまりオールドカルチャーからの脱却であ

りました。その先端を担っているのがグループホームケアだと自負しております。フロントランナーとして事業所内のサービスにとどまらず、自治体の認知症地域支援体制の構築に向けた地域支援活動も活発に展開しているところでもあります。

私たちは、グループホームケアで何をする人たちかの問い掛けを絶えず続けております。それは、見守り、寄り添うこと、関わることを意味を問うことでもあります。私たちは科学が進歩し、認知症の人たちの治療や予防が確立することを心より願っています。

しかし、どのように科学が進歩しようが、高齢者にとっての関わりが不要になることはないと思っています。特に現在、目の前の認知症という病気にかかった高齢者や家族の方の生活問題を考えたとき、ケアからケアへ、ケアからサポートへという対象化から、共に暮らす人として一人の生活の継続の支援を中心にグループホームケアを進めているところでもあります。その中で、私たちが医療の重要性は十分認識しているところでもあります。特に精神症状や神経症状は介護の力ではどうにもなりません。

一方、行動上の問題や日常生活能力障害は介護の力が必要であります。その中で医療との連携で特にグループホームが医療に求めているのは、確実な診断と合併症への対応、ターミナル時の痛み、苦しみの除去等、誤解を恐れずに申しますと、どう死なせてあげるかの視点、緊急時への介入の保障、更に認知症の人の全身疾患対策、合併症病棟の促進等、グループホームとして求められているところでもあります。

グループホームは、地域の認知症ケアの諸点としての機能を目指す活動も行われています。それは、認知症の人たちが地域と関わることであります。認知症の人たちが地域に出かけながら、地域の理解を深める役割を持っているのです。そもそも介護予防、リハビリテーションは生活の中にあります。グループホームでは、本人のできてやりたくなることをどう支援するかを重視します。そのため、これまでの認知症ケアとしての実績を駆使するのですが、その気付きとなったのが外部評価であり、認知症ケアセンター方式の活用でした。

特に地域密着としてのグループホームの在り方を方向づけたのは、センター方式の存在でした。介護保険ではグループホームは地域密着型サービス体系に位置付けられましたが、外部評価センター方式、運営推進会議が相乗効果を持ちながら認知症ケアの特に重度化させないために地域の力を使うケアの確立を可能にしたと思っています。運営推進会議の実施により、一番変化したのが市町村の理解でした。連携の在り方についても方向づけたと言ってよいでしょう。

このことから、私たちは認知症の人とグループホームが地域をつくる。地域の中で認知症の人が認知症の理解を深める。更に、支援の仕方によって認知症の人が認知症の人を支えることが可能になったと思います。そのために何が必要かであります。それは、認知症の人が地域に出かければよいだけであります。暮らしを支援するということはお年寄りによっては至極大切なことであります。その支援をグループホームが実践するのです。ですから、グループホームの地域の資源としての存在意味も大きいのです。

さて、私たちがこれからの認知症ケアにどのような課題を持っているかについて簡単に触れておきます。

1つは、認知症の人が認知症の人を支えるというセルフヘルプグループへの取り組みです。認知症であってもできることはたくさんありますし、なじみの関係づくりは労働力だけを求める視点から高齢者の力を活用するという視点であります。更に、働ける認知症高齢者は多くいます。就労支援を進めることによってセルフヘルプでも言えることですが、役割や生きがい生まれます。私たちとの関係力の問い直しと言ってもよいでしょう。

更に、その力がコミュニティワークへと発展します。それは認知症ケアの開放化と言いますか、認知症ケアにさまざまな人の目を入れることであります。それは権利擁護システムの構築にもつながっていくものであります。時間がなくて詳しく述べることはできません。

若年性認知症対策であります。認知症介護の基本、特に認知症ケアの標準化・高度化の推進の中でも実感するところではありますが、私たちは理解のできない認知症行動はない。いわゆる了解可能な人たちということを経験的に学びました。それは、見守り、共生、協働、寄り添いの実践であり、関わりの問題でありました。関係の質を援助者本人の能力を活用し、十分時間をかけて付き合うという取り組みでした。若年性認知症の人たちにも同じ取り組みが求められます。注意することは、精神症状、神経症状を介護の力で何とかするという安易な考え方あります。

次に、グループホームにも課題はあります。全国の認知症グループホームがすべて良質なグループホームでないということは報道等でも言われておりますが、虐待や不正によって取り消しを受けたグループホームもあります。火災や殺人によって尊い命が奪われたということもありました。全国認知症グループホーム協会の非協会のところばかりで、協会としては手のうちようのない何とも歯がゆい状況でしたが、協会内部では二度と同じ過ちが発生しないように周知徹底しているところあります。

しかし、質の格差、自治体格差は大きくなるばかりです。そのことが認知症グループホームの否定にもつながりかねないことを危惧しております。

更に、介護不足は目を覆うばかりであります。グループホームにおける介護職の年収は、平均209万円あります。管理者でも300万円であり、経営実態としてグループホームは1.6%の赤字経営を余儀なくされています。過去1年間で離職の意向を持っている者が57.8%もあり、結婚できない、子どもがつかれないと退職する者も後を絶ちません。グループホームのケアの質を維持するためにも職員の確保、定着は緊急の課題でもあります。こうした状況を踏まえ、私どもはグループホームの質の担保策の確立を求め、提言したいと思えます。

まず外部評価の有効活用であります。グループホームは外部評価が育てたと言っても過言ではありません。今後の活用方法として、例えば評価項目を解説の際、マニフェストとして提出させ、市民も含めた委員会によって地域密着型サービスの認可を決めている市もあります。私は「かかし方式」と呼んでいますが、この方法だと心ある事業所でないと参入できない仕組みとなっています。その上、質を確保できるための職員確保、育成をどのように進めるか。利用者の重度化を防ぎ、生活の質を確保するためにどのようにケアの標準化を図るかを推進すべきであります。

それは、要介護度1、2、3をどう維持するかにかかっていると思われれます。もともと介護保険は逆インセンティブが働く側面があります。グループホームは最もやせ我慢をしながら、介護

による軽度化を図ってきました。少なくとも協会加入グループホームの実践はその方向を目指してきました。こうしたグループホームの有効性を踏まえ、私どもは地域包括ケア体制における認知症ケアの強化に向けたグループホームの地域拠点化の推進を求めたいと思います。このことは、地域密着型サービス体系の一層の充実を図ることであり、相対として利用者満足とコスト削減両立の近道だとも考えています。

更にグループホームでのキャラバンメイトの育成活用は地域の理解、支援の推進を図るものがあります。幾らサポーターを養成しても、認知症の人との関わりの経験のないところでは知識だけで終わってしまいます。サポーターの人たちがグループホームに出入りし、関わりの経験が地域での認知症の人たちを支えることができるのです。それは、システムの形骸化からの脱却でありますし、実践の集積とケアの一般化を図るものでもあります。そのため、グループホームは認知症高齢者の外出支援を行い、地域の人たちとの触れ合いを増やすことによって認知症の理解を進めていく所存であります。

更に、制度改正における運営推進会議はヒットでありました。運営推進会議の推進は、グループホームに外部の目を入れるだけでなく、市町村の理解を得るには本当に有効でした。この取り組みは自治体職員の理解の推進、自治体モデルの提示につながるものだと考えています。その上で地域の人、本人、家族の声と力との連動の強化を図るべきだと思っています。どうぞ、グループホームの有効性を御理解いただき、認知症ケアが決して困難でないことを国民にも知っていただきたいと思っています。

最後に、私どもグループホームの主張を是非舛添厚生大臣にもお伝えいただき、御支援いただきますようお願いいたします。

最後に、お示ししました写真の資料がありますが、これがごくごく日常生活の実態であります。是非御理解いただきたいと思います。以上でございます。

- 阿曾沼局長 ありがとうございます。それでは、せつかくの機会でございますので、ただいまの御意見を受けまして委員の先生方と意見交換をお願いしたいと思います。どなたからでも、御質問でも御意見でもどうぞ。
- 中島教授 グループホーム協会の方に伺いたいのですが、認知症の方の就労支援といった場合、具体的に言うとどういう内容で、どういうサポートが必要になるか。その辺りのお考えをお願いします。
- 岩尾副代表理事 実は、いろいろな活動が可能になる中に、働くということがあります。その働き方はさまざまあります。例えば、最も喜ばれるのが畑の仕事だとか、そういう土に関することだとか、それから保育所に行ってばたもちづくりを手伝うとか、そういう側面もありますが、実はもっと就労として可能な側面があります。

例えば、紙に関する仕事だとか、布に関する仕事というのは高齢者の方で能力を持っていらっしゃる方が結構いらっしゃるわけです。私は精神障害者の福祉工場をやっております。そこではクリーニングをやっているわけですが、そこにおけるタオルたたみは認知症の方たちでも十分可能であります。そういうところを横断的に、自立支援法は自立支援法としてなるのではなくて、

認知症ケアにもそういう場が活用できるのではないかということを常々思っていて、デイサービスはデイサービスでいいわけですが、やはり働きに行くという生きがいがあってもよくて、そこで働く以上はやはり賃金を得ることが当然であります。そういう支援が実は方法によっては可能だと思っておきまして、その取り組みをするために今、鋭意努力しているところであります。

ですから、働く場所は工夫すればいっぱいあるのではないかというのが実感でありまして、グループホーム協会を中心にしてそのような取り組みを是非推進していきたいと提言しているところであります。以上です。

○阿曾沼局長 よろしいですか。ほかにどなたからでもどうぞ。

○遠藤部長 高見さんにお聞きしたいんですけども、テキストの2番目に「切れ目ない支援体制」ということがございまして、実際はケアマネージャーがそういう連続したケアとか、今でもシステムとしてはあると思うんです。それがどこに問題があつて、どうしたらよくなるかというところをお聞きしたいと思います。具体的に切れ目のないために、例えば後期高齢者医療制度であれば今、主治医をきちんと決めようという話があります。こちらは医療の話ですけども、高見さんが言う介護サービスを含めて、どのような御提言があるかをお聞きしたいんです。

○高見代表理事 介護保険制度ができて、ケアマネージャーの方がその人の暮らしをプランしていただくということにはなったわけですが、問題はサービス提供側だと思うんです。

例えば、今おっしゃったグループホームでも、最近では終末期まで見ますというグループホームもあるのですが、そもそもグループホームは初期の方が対象というようなことでスタートしていますから、グループホームへせっかく入っても進行すると、もううちでは対応し切れませんから次へいってください。デイサービスでも、進むとこれはうちの対象から外れますというふうなことです。

そうすると、もちろんケアマネージャーさんが次のサービスを探してくれるんですけども、家族が家族自身で次のサービスを探さないとなつがつかない。こういうところがやはり問題だと思うんです。ですから、そういう意味ではサービス側が、例えばAというデイサービスはその体制上どうしても初期だけが対象であるのならば、そのAというデイサービスがもう少し進んだ方の次の対策と一緒に考えてくれるとか、探してくれるとか、そういうことをしてくれないと、極端に言えば家族任せ、あなたたちで勝手に探さないというふうなことになる。こういうことを切れ切れのサービスというふうに表現しています。

それから、せっかく言っていたので少し追加をしたいことがあります。具体的な改善提案の中で、12番で家族の会などへの支援というふうなことを言っています。これはどういうことかといいますと、もっと家族の会なり家族の自主的な組織を社会資源として評価するべきではないかという意味なんです。

例えば、今日の資料2から4の6ページを見ますと、いつも役所がつくられるネットワークの図はこうなるんですけども、つまりこのネットワークの中には家族がないんです。確かにどうしても見方として、家族というのは弱いもの、助けてやらなければいけないもの、こういうふう

うな発想ではないかと思うんです。確かに孤立して殺人とか心中とか、そういうふうな状態になっている家族というのは弱い立場です。

しかし、うちの家族の会だけでなく全国的にそういう家族会というものはあるんですけども、そういうところに家族や本人が集まると、お互い同士が励まし合ったり、家族同士が支え合ったりしているわけです。そのことが、やはり社会資源として一つの非常に大切な力は力だと思っただけです。それが、こういう一つの図をつくられるといつも家族は下の方におりましたり、あるいは図の真ん中に家族と本人がいて周りから集中砲火的に援助の手を差し延べられる弱い者だ。そういう見方がありますが、私は是非この輪の一つの中に家族の組織というものを加えていただく必要があるのではないかと。だから、家族の力というものをもっと評価をしていただきたいと思います。

○阿曾沼局長 今の御指摘は大変重要だと思いますけれども、「当事者組織の活動への支援」と書いていらっしゃるわけですが、具体的にどのようなことを期待されるのでしょうか。

○高見代表理事 端的に言うと、現在も厚生労働省から補助金をいただいております。こういう金銭的な支援もあるんですけども、それだけでなく今、言いましたように行政の中、地方自治体の中でも家族の会の組織をもっと活用しなさい。そういうふうなことを言っていただくとありがたいと思っています。

介護保険ができたころからは、とにかく何か施策をするときに家族の意見を必ず聞きなさいという通達が入りましたので、各都道府県などでもいろいろな委員会などに家族の会の私どもの支部の世話人を入れていただいているところが大変増えているんです。そこまではいいんですけども、その次の段階でもっと金の問題だけでなくそういう認識をまず強めていただきたいと思います。

○朝田教授 岩尾先生はレジュメの中で認知症ケアのこと、特に医療への提言として確実な恐らく早期の診断、それからターミナル、緊急、あるいは合併症というふうなキーワードをお示しになっておられます。

今日は高見代表はたまたま治験のことしかおっしゃらなかったわけですが、恐らく医療に関しては本当に1日で語り尽くせないくらい思いを持っていらっしゃることはよくわかっているのですが、いずれも言われてみると皆そのとおりという課題なわけですが、現実問題として一気にこういうものが全部かなうわけではないでしょうから、その優先順位といたしますか、その会員の方々とか、あるいはグループホームのスタッフの方々がどういうものをとにかく可及的にやってほしいと思っておられるのか、その辺をお示しいただければと思います。

○岩尾副代表理事 私は、医療の方たちより特に医師に求めたいんですが、とにかく認知症の人たちと関わる経験をもっと積んでいただきたいと思います。その経験がないから、例えば医療がどの部分でどういう役割を果たすかということが、自分たちが受けた医学教育だけの範囲からなかなか出ていかないというような側面がありまして、実際上は日常的にそんなに付き合い合ってくれと言っているのではなくて、例えば終末期のときに時々顔を出してもらえとか、ひどいときには亡くなった後の診断書すらなかなか書いてもらえなくて、警察の検死になりますよ

と警察から強く言ってこない限り、来ないようなことを現場は経験しているわけですね。

そうすると、先生方は一体、一人ひとりの例えば認知症の人たちとどういう関わり方をされようとするのか、逆に私たちの介護の現場からすると問いたくなるということは日常的にいっぱいあるわけです。ですから、そういうことをある程度取り除いていくためには、例えば運営推進会議の中に協力医がちょっと入ってくれるとか、そういうことだけでも随分違うと思っています。

それから、ある意味で生かすことには一生懸命なのですが、どう看取ってあげるかとか、どう最期にその人の納得するような状況をつくるかということについては、やはりもう少し医療の現場からのメッセージがあってもいいのではないかと。たくさんターミナルケアをやっている先生だとか看護ケアの先生方にもいろいろな話を聞きますが、もう少しスピリチュアルな側面に対して医療側がどういうメッセージを出すかというのをとても私どもとしては求めるところでありまして、必ず人というのは死ななければいけないわけですから、死ぬ段階になって重度化したからあっちに行け、こっちに行けというような話ではなくて、グループホームが持つ機能をいかにうまく医療側が逆に使うかという視点を是非私は持っていたきたい。そのことで、家族や御本人が望む最終的な看取りの在り方というのが確立してくるのではないかと。そんなことをちょっと考えたりしております。

○高見代表理事 今、岩尾さんがおっしゃったことは、私は全くそのとおりでと思います。

ただ、1つ言いますと、お医者さんであるとか、これは保健師さんとか看護師さんなどもそうなんですけれども、そういう専門職の人というのは自分が相手に対して何かできることがないと感じて自信がないんです。だから、認知症の薬が出てくるまではお医者さんはほとんど関わらなかったんですね。あの薬が出てきてから、わっと雨後のタケノコのように物忘れ外来というのが増えましたね。

だから、私はそういうふうになんか薬がないとか、手術の方法がないとか、治せる方法がないと言うと、専門職の人は二の足を踏む。そこを直してほしい。家族はそんなことは一切合切知らずに介護をしているわけですから、さっきも言いましたようにお医者さんというのは何であろうと命のことを勉強してきた人ですから、そういう人が家族に対してとにかく聞いてくれる。理解してくれる。そのことだけで家族というのはすごく力が与えられるんです。あとの細かい専門的なことは、それこそ専門医などに紹介していただければいいわけで、まず最近はかかりつけ医とかということが言われていますけれども、その段階でまず受け止める。薬がなくても、手術方法がなくても、検査で治らなくても、そんなことは構わない。岩尾さんがおっしゃったように、結局人間は最期は死ぬんです。その死へ向かって進んでいる人間に対して、どうして医者が具体的な手立てがないからと言って顔を背けるのかということをお願いしたいわけです。

○永田主幹 委員の立場で、今の岩尾さん、高見さんの発言に関連してお伝えさせていただくと、どうしても認知症の方というと特殊な人としてだけ見られる。確かに特殊な認知症の特徴を踏まえた専門医療ですとか、治療の開発等もちろん必要なわけなんですけれども、認知症であると同時に高齢者あるいは若年の方の普通の人としての健康面の部分が非常に大きいわけで、先ほどから言われているのは認知症の人の医療を特化した部分だけではなく、一般医療が確実に受けられる

ようにということで、認知症のために一般医療が受けられていない部分が非常に課題なのではないかと思います。

私ども、ケースを通して調査をしておりますと、よく言われる周辺症状、BPSDと言われる激しい症状の方の6、7割の方は便秘が原因であったり、糖尿病のコントロールが行われていないとか、一般医療がきちんとケアの職員との協働でなされれば、そうした症状が実は出ないで済んでいる方たちが放置されている状況があります。

先ほど来のことで言うと、一般医療の先生たちも余り恐れをなさずにというか、特殊扱いに押しやらないで、自分たちの日常診療、日常医療で今まで積み上げられた在宅医療あるいは外来医療をきちんと適用していこう。そして、それをつなぐために一番ネックになるのはコミュニケーションの通じにくさとか、アセスメントのしにくさとか、御本人からの状態像が把握できない部分の対象把握がしにくいというところでどうしても医療適用外になりがちなところをどうケア者と協働しながらのアセスメント等で協働していくか。従来から言われている医療とケアの協働というところを、より具体レベルで展開していくような誘導が必要なのではないかと思います。

○岩尾副代表理事 途方に暮れることは、内科とか外科のところに認知症の人を連れて行きますと、認知症の人は入れませんということで帰されてしまうわけです。そして、内科的、外科的な問題が発生して、そういう人たちを例えば精神科だとか、そういう医療のところに行くと、外科的なことは見られません、内科的なことは見られませんと言って帰されていくわけです。そういうことをグループホームの中で抱えながら、どう医療と折り合いをつけていくかというのはとても難しい。

ですから、私どもが特にお願いしたいのは、そういう合併症のちゃんと対応できる病棟、つまりそういう認知症対応のできる先生と、それから外科的、内科的な対応が総合的にできるような病棟を是非私はつくっていただいて、各地域に必ずそういうところがあるというようなことは是非やっていただきたいというのは、本当に現場としては望んでいるところであります。

○阿曾沼局長 役所の方からももし御質問があればどうぞ。よろしいですか。

では、先生方から御意見、御質問をどうぞ。

○遠藤部長 岩尾さんにお聞きしたいんですけども、全国グループホーム協会の先ほど言われた非会員のところの質をどう担保したらいいかというのをお聞きしたいということです。貴会に入っていないところは何%くらいあって、どうしていったらいいかということが1つです。

それからもう一つは、地域密着型サービスという名前はいいんですけども、やはりグループホームが代表だと思うんですが、実際に地域に開かれた施設にするためにはどうしたらいいか。例えば先ほどキャラバンメイトのことを提案されましたけれども、ほかに発信できるというか、地域の相談窓口としてグループホームがそういう機能を持てるかどうかということをお聞きしたいと思います。

○岩尾副代表理事 まず生活支援の在り方は、生活というのは実は地域とともにあるわけです。簡単なことです。認知症の人たちがスーパーに買い物に行けばいいだけのことなんです。そうすると、スーパーの職員とも触れ合えます。それから、いろいろとほかの買い物の方とも触れ合えま

す。移動の最中にいろいろと触れ合えます。そのことが、実は認知症の理解を広げていっているということでもあります。

子どもが非会員のところで非常に困るのは、相変わらず施設をしながらグループホームの運営をしているところがあるわけであります。これは、本当に強く行政指導をして、まずこのかぎを外すことから始めてもらわないと、地域のいわゆる拠点としてのグループホームにならないわけであります。

私の経験では、実は子どもたちがこのグループホームのお年寄りに歌を提供したいということでも3人の子どもが入ってきました。それは、学校の先生にも黙って来たんです。それで、そのことをクラスの全員でやりたいと言ったら、学校の先生から慌てて電話がかかってきて、来ていただく。

その子どもたちが、実は卒業しましたと言って出入りし始め、そして春休みですということでも出入りし始めて、その結果、子どもたちがもっと自由に出入りできるようにするためにということで、子ども110番の家ということでグループホームが位置付けられたわけであります。

そのことで、実は何があったかという簡単なことなんです。グループホームの玄関が絶えず開放されていたということです。つまり、そのことが子どもたちがこんなにちほというふうに入ってきてられる環境だったわけです。ですから、私は地域の拠点としていくためには、まず玄関を開放すること。そして、その人たちがどんどん出かけて行くということです。

必ずそのときに問題になるのが、セーフティネットの問題であります。ところが、それも地域と一緒にやっていると、地域の人自身がいろいろな支え方をしてくれるという経験を持っていますので、是非それは進めていただきたいということでもあります。

それから、非会員については本当にどうやって増やせばいいのか。認可の条件に協会加入というのはだめですかというのは随分言いました。だめなんだそうですけれども、少なくともそれを担保するためにマニフェスト方式というのはとても有効だと思っています。つまり、マニフェストというのは最低基準、これだけ基準が守られればグループホームとして運営してもいいですよということではなくて、更に私たちはこんなケアを提供します。どういうことをやりますということで、しかもそれを外部評価の項目に基づいて提案するわけです。

そうすると、マニフェストですから行政主導でそれをやったことではなくて、事業者がこれをやりますというふうに行政に約束するわけです。ですから、約束しないと、あなたたちは約束を守っていないということだから指定取消ししますと言われるわけです。これは結構有効でした。ですから、そういうところでどンドングループホームの玄関が開いていたり、かぎが外れていたりという地域も現実にあるわけで、是非そういうことをひとつしていただきたい。

それから、そのマニフェストの中に協会加入ですね。ただ、協会としては非常に恐ろしい提案であります。実は、そうなると思いと悪いところも入ってくるわけで、何か事件を起こしたときに協会としてどう対応するかというのは非常に悩ましいところですが、しかし、そういうふうに取り込んでいかないと全体的な質は上がっていかないと考えております。大体、加入率は25%をいったりきたりということでもあります。

○木川田代表理事 そのために、私どもはなるべく早い時期に公益法人化というものを目指して今、一丸となって取り組んでいるところであります。

それからまた、グループホームですが、私の経験からすれば10年以上前に開所したわけでありませけれども、スーパーに買い物に行くわけでありませますが、自由に買わせるようにしてあります。そして、一緒に買い物をしていても、欲しい物があればちゃんと自分で取ってくる。

ところが、スーパーの方々がそれをよく知っていて、ちゃんとお金を払うときに分けてくれるんです。そして、実際に買ったものは選別してくれる。ですから、そういうことでなじみができているということでありませ。

それからもう一つは、高見代表が言われましたが、グループホームは初期とか軽度の人だけという意味で言われたのではないと思ひませますが、誤解を招くかもしれませないので、我々は終末期まで、あるいは10年前に入っただ人がそのまま重症、重度化してもグループホームに住みついているということをお理解いただきたいと思ひませ。

○阿曾沼局長 それでは、時間の関係もござひませるので、ここで一応ヒアリングとしては閉じさせていただきたいと思ひませが……。

○中村部長 一つだけよろしいですか。今日は大分医療の話が出てきたんですけれども、やはり介護保険を含めて地域の包括ケアというものもよく議論になります。その場合、私は重装備と言っているのですが、一つの主体が全部を持っただこうというやり方と、それからネットを組もうというのとどちらかなんだと思ひませ。

その際に、ネットを組んでいる中に今日御指摘があっただ、こういう医療だったらいいなというようにことでもしやっただられるような医療機関があれば、あるいは医療機関が介護というか、ケアの方まで含めて手を延ばしていつている。認知症について寝たきり老人ではなくて、そちらにこういうやり方でよくやっただるという例があれば、少し教えていただければと思ひませ。

○高見代表理事 特定の病院が病院ごと総ぐるみでよい取り組みをいつているというのは少ないと思ひませ。やはり今の段階はお医者さんが個人的な認知症に対する関わり的重要性、必要性を感じられて地域に出て来られるということだ。

ただ、そういうお医者さんは家族の会の回りにも何人かいていただくんだけれども、そういうお医者さんがおっしゃるのは、最初は医療者として自分の知識や経験を家族に伝えよう。言っただみれば、教えようというつもりで来たけれども、やはり家族や本人の場へ来たときに、自分がすごく勉強になるということをお皆さんおっしゃっただ、そこから口はばっただい言い方だけれども、そのお医者さん自身も家族に触れ合う、あるいは地域に出てくることによっただすごく成長されるということがあひませ。

だから、今の病院全体で関わりとしまっただ、また診療報酬の問題であるとか、認知症は時間がかかり過ぎて診療報酬が少ないとか、そんな話も出てきますので、今のところはお医者さん個人の方が関心を持っただ関わりをいただひだ、それを病院全体などに広めていただひだような時期なのかなとは思ひませ。

○木川田代表理事 私どもの施設では、精神科の先生が興味を持っただおひませるので、週1回1時間

程度であります、来ていただいております。

それと、もう一つは運営推進会議というものがありますが、これがなかなか重厚でありまして、そこに開業医の先生などに本当にお願ひして出席していただひて、最初はお願ひ、お願ひなんです、そのうちに興味を持って進んで入ってくる。そういうふうになってきますので、これを何とか運営推進会議にお呼びしたらいいのではないかと思ひています。

○岩尾副代表理事 実は、ある意味で最も警戒する議論であります。私どもは急性期、例えば精神症状の非常に急性期の人たちは、医療にかけることによって割と短期に、割と穏やかに収めていただくということをずっと経験してきておりました。

しかし、その後はやはり介護の力の方が有効だとおっしゃる先生はたくさんいらっしゃいます。むしろ集中化することによって介護が医療に依存する危うさというのもありまして、例えば御飯を食べないからどうしましょうと言われたら、お医者さんは一体何ができるのでしょうかということになるわけです。そうすると、勢い点滴とか、そういうことになって、実は食べない理由があるというところになかなかいかないわけです。それから、風呂に入ってくれないからどうしましょうということ、やはり集中が起きると介護の現場は医者に依存するんです。風呂に入れられる医者なんてどこにいるかということでもあります。

ですから、そういうところはある程度医療が急性期の時期だとか、治療が確立していくということは望ましいことなんだけれども、恐れずに言いますと、ここからは介護がやりなさいというようなことの手渡しを是非私はしてもらった方がいい。

しかし、この部分は医療としての継続性が必要だから、この部分については私たちがきちんと見てあげますからという保障を与えてさえいただければ、むしろそういう形が認知症における包括的な在り方なのではないかと思ひている次第であります。

○阿曾沼局長 よろしいですか。それでは、一応ヒアリングはこれで終わらせていただきます。どうも今日はありがとうございました。御退席いただひて結構でございます。

(ヒアリング関係者退席)

○阿曾沼局長 それでは、続きまして次の議題に移らせていただきたいと思ひます。介護対策と若年認知症に対する支援あるいは本人・家族に対する対策ということで御議論いただきたいと思ひます。

一応事務局の方でたたき台といいますか、議論のための参考資料を用意いたしましたので、御説明をお願ひしたいと思います。

○井内室長 それでは、資料2から資料4の「認知症介護の充実について」という資料をごらんいただきたいと思ひます。

資料2の2ページでございますが、「介護対策の充実について」です。今お話がありましたように、委員の皆様方の意見を受けてこういったことを考えたらどうかということで事務局の方でまとめたものであります。

認知症介護については、職員の知識ですとかノウハウの不足があるというようなこと、施設や地域間の介護の水準に格差がある。また、関係者の連携が不足しているというようなこと、

サービスの使い勝手が悪いというようなことを御指摘いただいたりしたわけでありますけれども、こういった問題点を解消するために以下の取り組みを実施してはどうかということで挙げてございます。

「介護の水準の格差の解消(底上げ)」としては、以下のようなことが考えられるのではないかと。御意見もありましたけれども、ケアマネージャーに対して認知症に関する研修を充実させてはどうかという点。

また、2番目でありますけれども、施設とか事業所に対して認知症介護に関する研修を受講した職員を配置してはどうか。その配置に資する措置を考えてはどうかということでございます。

また、地域で認知症支援に関わる関係者について御意見をいただいたと思いますけれども、それに携わる方々、専門職といった方々について共同研究、共同研修を行ってみてはどうかというようなことを挙げさせていただいております。

また、「サービスの利便性の向上」という視点でございます。これも御意見がありましたけれども、緊急ショートステイの対応に資する措置を挙げております。なかなか使い勝手が悪いのではないかと御意見もいただいたところでございます。

それから、2番としましてショートステイやグループホームにおける若年性認知症対応に資する措置といったものも考えてはどうかということで挙げてございます。

それから、御意見がありましたけれども、「地域包括支援センター機能の強化」ということでございますが、地域包括支援センターに認知症介護等に関する専門的知識を有するコーディネーターのような方を配置して認知症疾患医療センターですとか、権利擁護の専門家等との連携による専門的支援を実施してはどうかということでございます。

3ページ目をおめくりいただきますと、別紙1ということで連携強化について案として考えられるものをこちらでお示してございますけれども、地域における認知症ケア体制、それから医療との連携体制の強化を図るために地域包括支援センターに申し上げたような認知症コーディネーターみたいなものを配置してはどうか。このコーディネーターは図にございますけれども、認知症疾患医療センター、全国でこれから150か所になっていくということでございますが、あとは権利擁護の専門家等とのネットワークを構築して相談連絡体制を確立していくとともに、それ以外に近接地域の地域包括支援センターに対して専門的見地から具体的な相談・援助をしてはどうかということでございます。

黄色い矢印でございますけれども、介護・地域支援と医療の有機的連携ということで、情報提供があり、また医療の必要な人への医療センターへのつなぎですとか、近隣地域の地域包括支援センターのつなぎをやってはどうか。それから、右の矢印でございますけれども、認知症コーディネーターが配置された地域包括支援センターがそうでないような地域包括支援センターに対して認知症の困難事例ですとか虐待困難事例といったようなことについて専門的見地から支援をしてはどうか。また、情報の共有化を図ってはどうかというようなことでございます。

認知症コーディネーターのイメージとしては、認知症介護指導者研修ですとか、地域ケアに関する研修というようなものを修了したような専門性のある方にしてはどうかというようなイメージ

ジでございます。

それから、4ページ目をごらんいただきたいと思います。資料3として「若年性認知症の就労を含む自立の支援」というものの提案でございます。若年性認知症の方も介護サービスに限らず、労働分野や障害者福祉分野における障害者向けのサービス等の活用によって支援を受けられることになっております。そういったことから、これらの現状施策の活用を促進していくことが必要ではないか。また、これらの事業の情報収集ですとか、一人ひとりに適切な事業の組み合わせを支援する取り組み、こういったものを実施するとともに、介護サービスについては若年性認知症に対応できるサービスを充実させていくことも考えられるのではないかとということで記述してございます。

「現状の主な施策」ということをごらんいただきますと、「雇用・就労」に関してのものでございますけれども、本人に対する支援としましては地域障害者職業センターですとか、障害者就業・生活支援センター、こういったところでの相談支援ですとか、職場適応援助者、ジョブコーチによる支援などがございます。

また、企業に対する支援としましては、若年性認知症の方が精神障害者保健福祉手帳を取得した場合に、その取得後に当然障害者法定雇用率へのカウントがなされるわけでございますし、障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用、そういったものによって職場環境の整備を図ることができるということでございます。

※印のところでございますけれども、障害者職業総合センターにおきまして平成20年から21年にかけて「若年性認知症発症者の就労継続に関する研究」を実施して、今後反映していくというようなことも既に始まってございます。

それから2でございますけれども、「障害者福祉」の施策でございます。在職中の支援としましては、必要に応じて医療支援ですとかホームヘルプ、グループホーム等の支援がございます。また、退職後の支援としましては、就労継続支援事業等の日中活動事業ですとか、医療支援、ホームヘルプといったようなサービスがございます。

「介護」につきましては、一般的に介護保険サービスは要介護認定を受ければ受けられるのでございますけれども、若年性認知症対応型のデイサービスということで、平成18年4月から通所介護、通所リハのサービスについて、若年性認知症ケアの加算の制度が設けられております。

また、4番でございますけれども、「医療」としましてはかかりつけ医と専門医療機関の連携による早期発見、確定診断、日常管理といったようなサービスがございます。

今後につきましては、先ほども申し上げましたけれども、ネットワークの構築ということで医療、介護、労働、障害者福祉等の関係機関が地域においてネットワークを構築して、情報収集ですとか本人へのアセスメントに基づくような事業活用プランを作成し、また各分野の事業のつなぎ、関係職種による事業のつなぎといったようなことが必要なのではないかとということでございます。

また、2番の「介護施策の充実」としては、先ほどちょっと出ましたものの再掲でございますが、ショートステイやグループホームにおける若年性認知症対応に資する措置、そういったよう

なことが必要と考えられるのではないかと考えています。

5ページをおめぐりいただきますと、今、申し上げた現状施策の図でございますけれども、左側の方に主に「雇用・就労の継続に関する支援」ということで、右側が主に「認知症介護に関する支援」で、時系列で申しますと、疑いがある、確定診断がある、いろいろとあつて退職があつたりして高齢化が進んでいくということでございます。雇用支援において先ほど申し上げたようなことがございます。対本人と対企業ということで記述してございます。

また、障害者福祉についても手帳の取得もでございますけれども、障害者福祉サービス、在職中のサービス、それから退職後のサービスということで、先ほど申し上げたようなことがございます。

介護について、若年性認知症の対応型のデイサービス、医療についてはそこに記述したこと等でございますけれども、早期発見、日常管理、それから専門医療機関へのつなぎ、連携ですとか確定診断、周辺症状への対応、身体症状への対応といったようなことでございます。

1ページおめぐりいただきますと、若年性認知症の支援のネットワークの関係でございます。この図にございますように、医療・介護分野のみならず、いろいろな関係、労働、障害者福祉に関連する分野で、例えば都道府県単位でこれらの事業、サービスを行っている主体のネットワークを構築して、若年性認知症の方、一人ひとりの適性に応じた支援体制を構築することが必要ではないかということです。

「適正」となっておりますが、間違いでございます。申し訳ございません。

その中で、やはり医療機関ですとか、地域障害者職業センター、地域包括支援センター、介護の関係でございますけれども、それから障害者就業・生活支援センター、それ以外にハローワークですとか自治体、それから障害者福祉サービスの提供主体、介護サービスの提供主体、権利擁護の専門職のチーム、それからもちろん医師でございまして、かかりつけ医の方ですとか認知症サポート医の方、そういったような方々が連携をしてはどうかということでございます。

これは図には書いてございませぬが、先ほどお話がありましたけれども、本人の方、家族の方が主役でございまして、こういう連携の中に入ってくるということでございますが、そういったことが考えられるのではないかと考えています。

1ページおめぐりいただきまして、大きな柱、資料4でございますが、「本人・家族への支援」ということで提案でございます。認知症の方、本人とか家族に対しましては認知症本人に対する調査、研究が少ないといったようなことから生じる不安の増大、または認知症の特性を理解していないことによる周囲の偏見ですとか、外出など、社会参加のための事業の不足などが指摘されているところでございます。前回の会合でも、委員から御指摘があったところでもございます。

これらの問題を解消するために以下の取り組みを実施してはどうかということで、まず認知症ボランティア育成ですとか、認知症の方本人の社会参加の促進という視点からでございますけれども、1番としまして認知症の方の移動支援を行うようなボランティアの育成を考えてはどうか。一部実施しているところもありますけれども、そういったことも考えられるのではないかと。

また、2番としまして、認知症の方本人の社会参加の促進、それから認知症の方自身が社会に

参加できるようなことを促していったらいいのではないかと。

3番としまして、医療支援等の活用可能な他の福祉政策との連携が図っていけるのではないかと、促進していくべきではないかということでございます。

それから、2番目でございますけれども、「認知症に対する理解の促進」ということで、前回御意見をいただきましたけれども、小中学校での認知症教育の推進というものが考えられるのではないかと。文部科学省への働きかけをしていってはどうかということでございます。

また、次でございますけれども、「本人・家族への直接的支援」ということで、1番として介護福祉士、社会福祉士の養成カリキュラム、これは21年4月からということでございますけれども、そういうカリキュラムにおいて認知症ケアを位置付けていってはどうか。

また、2番としまして認知症等の専門的知識・技術を有する専門的な介護福祉士の養成ですとか、生涯研修体制の見直しによる介護の質の向上を今後考えていってはどうかということでございます。

また、「本人・家族への相談機能の充実」でございますけれども、認知症の人と家族の会を通じたような支援もあるわけでございますが、相談機能の充実として、例えばコールセンターなどの設置というようなことも考えられるのではないかと。

また、2番としまして、自らの力のみでは相談につながらない方に対して積極的なアプローチが考えられるのではないかと。御自分ではなかなか相談ができないような方に対して、何らかのアプローチができないかというようなことで考えてございます。

最初に申し上げましたけれども、これはあくまでも御意見を踏まえた上で事務局の方で御議論の参考にしていただくということで書き出してみたものでございます。説明は以上でございます。

○阿曾沼局長 それでは、残された時間で、今日は特に介護と若年認知症、それから本人・家族の支援の3つのパートについて御意見をいただきたいと思っております。今、御説明いたしましたのは役所的な整理というか、議論の取っ掛かりみたいなものでございますので、御自由に御議論をいただければと思います。どうぞ。

○岩坪教授 3ページで御説明がありました認知症コーディネーターですね。これは、うまくファンクションしますと非常にいいと思うんですけれども、このコーディネーターという方の御身分とか立場というのは具体的にどのようなイメージになるのか。そこがございましたら少し伺いたいと思っております。これは支援センターの常勤の職員を想定するのか。あるいは、バックグラウンドとして例えば介護福祉士の方で特別な更に研修をなさっているような方が該当するのか。その辺りはいかがでしょうか。

○井内室長 お話をいただきました認知症のコーディネーターでございますけれども、地域包括支援センターには御案内のとおりであります。主任ケアマネジャー、それから保健師、社会福祉士が専門職として配置されているわけでございますが、こういった3職種、それから事務職ももちろんいらっしゃいますが、そういう3職種に加えて認知症に専門に対応できるような職種として配置を考えています。これは具体的に何か考えているわけではございませんけれども、例えば

今おっしゃいました常勤ということも考えられますし、非常勤嘱託の職員として配置するというようなことも考えられるかと思えますし、それが1つかと思えます。

また、後段の方でもおっしゃられましたけれども、現在おられる専門の3職種の方々に更に認知症介護についての専門の研修などを受けていただいて、そういった方々が認知症対応の機能として強化していくというようなことも考えられるかとは思いますが、その辺のところのお考えをいただきたくて出させていただいたものでございます。

- 遠藤部長 今の継続の追加の質問というか、意見なのですが、地域包括支援センターを強化するのは前回お話ししましたように大賛成で、これは非常にいいアイデアだと思いますが、実は19年から認知症の地域支援整備等構築事業というものが始まっていて、都道府県の主体の事業は厚生省が出しているわけですが、一部の特徴あるというか、代表的な地域に限られているので、コーディネーター養成もやっているし、それから地域支援マップづくりというのもやっていますので、この事業と19年から始まった事業をドッキングさせて来年度、再来年度発展させていただくと、よりいいのではないかと考えます。

その中にコーディネーターも、今のところコーディネーターはちょっと漠然としていたと思えますけれども、やはり認知症介護の指導者とか実践者とか、これまで国がやってきた事業がありますので、そういう人たちも参加できるような仕組みをつくっていただければと思います。

- 永田主幹 今のお話の延長ですが、今の地域支援体制の構築等が全国でモデル事業が始まっているんですが、その事業の横断的な調査を今やっているところです。

そこで今、見えてきているのは非常に大事な事業であり、これからの介護と同時に地域支援体制をつくるというビジョンはかなり明確な事業だとは思いますが、実際に実施されていく段階になると市町村自体がそうしたビジョンを持っているかですとか、そういうねらいですとかビジョンが非常に失われやすく、すぐ形骸化してしまう。では、コーディネーターを置いておしまいでいいののか的感覚ですので、是非こうした対策を展開していく上では常に何のための事業なのかということが見失われないように、特に介護という成果の見えにくいものに対してはきちんとビジョン、特に国のこうした展開、今回総合プロジェクトということもありますし、2008年段階で介護に向けてどんなビジョンが現実的にあるのかということ、きちんと今回のプロジェクトでも明示していく必要があるのではないかと思います。

こんな漠然としていることを言っているようですが、今これだけ数が増えて、資源が限られた中で有効に展開していくためには、ビジョンを失ってしまうとあっと言う間に目先になってしまい、事業が形骸化して、継続性が担保されませんので、是非その部分は明確に必要なのではないかと思います。

また、今のことと継続して申し上げますと、こうした対策、いろいろ充実の案が出ているのはどれ一つを取っても必要ですし、本当にいいことが書かれているとは思いますが、実際問題、これを実践する自治体なり事業者がこれ以上の過剰負担の中でどうしたらいいのかというせつかくのいい提案が、現場では機能停止になりがちになってしまうと思います。それを克服するためには、先ほどのビジョンと連動しながら現実的な計画づくりを進めていくことが必要な

ではないかと思えます。

グランドビジョンに基づいて何年までに何をどうするのかというようなことを国がガイドを示しながらも、各自治体が自分のところの対象数と事業者の力に合わせて自主的に組んでいかない限り、どんなにいいものを国が提案しても、逆に自治体レベル、事業者レベルをやらされ感の中で本当にただ、ただ負担が増えるだけというような悪循環の構図に今は陥っていると思えますので、是非先ほども遠藤先生が言われた支援体制の上でどう位置づけるのかとか、あるいはケアマネージャー等のことも出ておりますけれども、今の既にあるケアマネージャーの育成体系とか、そういうものとどう連動するのかとか、少しパーツというよりも全体図の中でこれらがどう位置づけるのか。特に事業者側にとってではなくて、利用する立場から見て初期からターミナルまで何がどんなふうにサービスとしてうちの町ではあるのかというような、先ほどマップという話もありましたけれども、是非利用者、事業者、行政が自分の町の全体像を見ながら計画的に進めていけるような誘導が今は必要なのではないかと思えます。

そんなふうに組み立てていくと、意外と今まで、特に介護保険が始まってからの7、8年の間で相当いろいろな資源、人材にしても先ほどのグループホーム等の拠点等、あるいはデイサービス等、非常に資源は育ってきている面があると思えますので、先ほどの高見さんの家族会も含めて地元資源をどれだけ把握して有効に機能させていけるかという仕組みづくりを是非短期目標、むしろ部分の提案というよりも来年度からの今回すぐできる短期の提案ということの中では、部分の提案というよりは中長期に向けた基盤づくりということを短期計画の中で明確に打ち出していく必要があるのではないかと思えます。

数字的に申しますと、今、全国の市町村の中で市町村として認知症ケアのビジョンを明確にしているところが19%、総合的な対策を展開する計画があるところが10%、対象者の地元の実態把握ができているところが12.9%、そして全体感を持てたり計画を持っていないためにいろいろな国施策が空回りしている現状があると思えますので、少し基盤をつくる短期計画が必要なのではないかと思えます。以上です。

○阿曾沼局長 ほかにどうぞ。

○中島教授 この資料については大変よくできていると感心しております。私が言うことではなくて永田さんが言う話かとも思うのですが、せっかく全国に3か所、認知症研究研修センターというものをつくっていますので、是非これの活用というか、専門介護福祉士なり、専門的なケアマネージャーの養成なり、それからまた外出支援等認知症ケアを支えるボランティアの養成の中核というか、そういうところで認知症介護研究研修センターの活用というものを何か入れていただけるといいのかなと感じました。

それから、日ごろ感じているのが、たしか老人福祉法というのは死んでいないと思うんですけども、かなり世の中的に老人福祉イコール介護保険ということで、老人福祉法の世界というのがほとんどないような感じで動いている気がしております。すべてを介護保険でやろうとすると、訪問介護員が散歩に連れて行くのはどうかということ、それは介護保険にはなじまないと当然なるわけですので、介護保険ですべて賄ってしまうということではなくて、やはり老人福祉法の世界

との切り分けというか、その辺りも、あの法律をやめてしまうというのなら別ですけども、介護保険とイコールではないというところで少し御検討いただければという気がしております。

それから、今日ヒアリングでいろいろお聞きしまして、確かにグループホーム等もいいなと思ったんですけども、やはり本人・家族、特に本人の介護の支援といった場合、どうしても昔からですが、在宅というのと施設というのはすぱっと切れてしまって、在宅は在宅、施設は施設というような感じでつながりがないような気がしております。

私の持論としては、グループホームや自宅というのは一軒家である。それで、施設というのはマンションであると思っています。ですから、マンションで集合生活をしているからと言って生活の場がマンション内だけで完結するというのは変な話で、やはり施設に住んでいる人も地域を生活の場にできるような施策というか、誘導というか、それをきっちりやっていただきたい。そういう意味で、本人・家族への支援といったときに、読み方によっては在宅の方の支援中心のような感じがしますので、施設の人のクオリティ・オブ・ライフの向上というのも是非明確に位置付けていただければと思っています。以上です。

○朝田教授 私は若年性に関して2点、申し上げます。これは意見というか、要望というか、そのようなことですが、6ページの絵がとてもわかりやすいので御参照いただきながら申し上げます。

これは是非早くやっていただきたいと思います。といいますのは、これは若年性の方が大体3万人いらっしゃると言われて、比較的少ないと言えば少ないです。また、経済的な問題と緊急性というものが非常に高い。更に、その医療と労働とが表裏一体をなすという意味でまさに厚労省の問題である。

それで、7ページにコールセンターの充実というものがあつたわけですけども、そういう希少性とか緊急性を考えたら、この輪で囲まれているものはコールセンターというコアがあつて、それでもっていわばワンストップ・ショッピング的に機能する。それであれば何も大がかりな仕掛けが要るわけでも何でもありませんし、恐らくニーズからいったら月に1回でも関係各位が集まって2、3時間ばつとミーティングをやってしまう。それまでに資料等を用意してあれば割と話が済んでしまうという意味で、フィージビリティが非常に高いのではないかと思いますので、是非これはそういうワンストップ・ショッピング的なところで実現していただければ非常に多くの方々の福音になると思います。

2点目は、就労の継続性あるいはソフトランディングの問題ということで申し上げますと、ちらっと小さい字で4ページに、障害者職業総合センターで厚労科研の研究が始まっている。20年から21年というふうなことが書いてございます。つまり、こうした主として変性性アルツハイマー等の変性性の認知症の方に対するリハビリの開発といいますか、職業訓練の開発ということだと思ふんですが、従来のこうした職業モデルが脳卒中で1回がんとやられてしまふけれども、そこから努力すればだんだん上がっていくという希望が持てる疾患であつたのに対して、アルツハイマーというのはどんどん下がっていく一方だ。そういう中で、こうした疾患に対するリハビリといいますか、どこまでリハビリになるのか、実際にそのまね事をやっているととても大変だというのはよくわかるんですけども、そのようなものを是非充実していただきたいと思います。

それに絡めて、さっき岩尾先生もちらっとおっしゃっていたのですが、何も若年でなくても少子高齢化といいますか、子どもさんへの注目とか、文科省との何とかという文言もあったと思うんですが、やはり子どもさんへの注目というのは極めて重要ではないかと思います。例えば、私が知っているあるアメリカの研究者がインタージェネレーションクラスというものをつくって、初期の比較のごく軽い認知症の方と、障害のあるというよりも家庭的に非常に貧しくて、あるいは親にスポイルされていて学校に行けない子どもさんたちを組み合わせ、そこで簡単に読み書きを教えたり、遊びの基本的なところを教えるというようなことをやっておられて、アメリカの一地域から全国的にも注目されているという話を伺っています。

また、東京でもそれをまねた予備的な試みも始まっている。ただし、どうも私もわかるんですが、日本の場合は非常に認知症の方と聞いただけで拒否反応があって、ではそこにうちの子どもを預けようかというふうにはなかなかならないとは思いますが、そうした就労の継続性とか、社会参加ということを考える上で、やはり子どもさんへの注目というのは大切ではないかと思っております。以上です。

- 阿曾沼局長 若年認知症のところで、障害者手帳をもらうと既存の施策にのるという部分がありあるわけですが、そういう部分というのは医療の現場ではどうなんでしょうか。かなり周知されているんでしょうか。
- 朝田教授 主治医が丁寧に教えてあげる、もしくは家族会の中でこういうことがあるよということが口コミで広まるというのが普通のパターンだと思います。
- 中村局長 役所の方から発言するのはちょっと変かもしれませんが、せっかく先生から就労支援のお話があったので申し上げます。

5 ページで、役所の側で資料についていろいろ言うのは変かもしれませんが、これは今の典型的には障害者の方の就労支援なり、あるいは介護保険で今、使えるサービスが書いてあるのです。現在我々は、障害者の就労支援を推進しています。

障害を持っても普通の暮らしができるように、就労できるようにということで一生懸命やっているわけですが、若年認知症の方のことを考えると全く逆のプロセスなのではないかと思います。一番大事なことは、障害者の方はまず障害者という手帳を持っておられていろいろやってきて、先天性の方も後天性の方もそこからリハビリをして就労にということですが、言うまでもなく若年認知症の人は逆プロセスで、しかも今、働いているというふうに考えると、こういうふうに障害者の人のツールを並べただけでうまくいくのかどうかというのが、私が考えているところです。

例えば、この図で見ると、疑いがあるって確定診断があって、大分離れて退職となっているけれども、身近な例で考えると、疑いで能力が落ちてきて退職してしまって、後で確定診断でというような話がある。それから、障害者手帳がもらえるくらいになったときは、もうクビになっている。こういうことなのではないかと思うので、本当にこういうふうに疑いがあるって確定診断があって、それからかなり間があって退職という実態であれば、このモデルで多少いくかもしれないけれども、今はそういうふうにもなっていないということを考えた場合には、そののところをどうするかというのが一番の問題ではないか。

それから、とにかく企業にできるだけ抱えてもらえるようなシステムをまず考える。そのときに、認知症であるかどうかわからないというのは一番問題だと思うんですが、そのところを考えていかないとうまく機能しないのではないかと。

手帳をもらえば法定雇用率にカウントというんだけど、そういうことをやっている暇がないのではないかともし、それから手帳の前に大体介護保険では40歳以上であれば認知症になったら介護保険の対象になるということを考えると、まず介護保険を使えるように認知症になった途端に法定雇用率にもカウントできるというふうなことをして、かなり企業で抱え続けるということを企業にもインセンティブを与えるようにしておかないと、なかなかうまくいかないのではないかと考えております。

障害者行政を担当している立場から言うのはちょっと心苦しいんですが、若年認知症の場合はとにかく若年認知症と判断されたらすぐ企業の側にも雇用を継続させればメリットが上がる。今、雇用担当の局長がこのメンバーになっていないので、私の方から雇用担当の局長にもお話をしておきますけれども、そのところを考えていかないと、こううまくはいかないのではないかとというのが若年認知症の支援のときの一番の問題ではないかと思えます。もっと機動的に、しかもまずは職を持っている人を辞めさせない、できるだけそこで何とか雇用継続してあげるということを考えないと、本人の問題もともかく、扶養されている家族の問題もあるから、そのところが一番のポイントかと思えます。

○遠藤部長 今の社会就労の話の継続で、大企業は多分それで受け入れてくれると思うんですけども、何人かの私の患者さんでは自営業だとすぐクビになってしまいます。それで、困ったときだけ私のところに来るんですけども、そういったときに試み程度で地域の福祉施設にお願いして少しお金が入るようなシステムをつくってもらおうとか、滋賀県の藤本先生がやられているような認知症サロンというようなもので、居場所をつくるということも一つ大事ではないかと思えました。

それで、先ほどの手帳をつくるということは大事だと思うんですけども、大分遅れているような印象があります。それは、やはり情報が足りないんだろうと思うので、病院だとケースワーカーとか社会福祉士の人たちを中心に、若年であれば即診断がついた途端にそれが動いていくようなシステムが欲しくて、先ほどのネットワークというのも確かにいいと思うんですが、やはりだれが責任を取るんだというコールセンター、先ほど朝田先生も言われましたけれども、窓口をはっきりさせて、若年性認知症でも大丈夫というようなメッセージを送ってほしいと思います。

その中で、先ほど3ページにありました認知症の特化した地域包括支援センターなどが若年性認知症対策をやりますと、それが都道府県に数か所あるというようなことがいいのではないかと。若年性なのでたくさんある必要はないんですけども、やはり欲しいと思います。

最後に、若年性認知症の定義というものがまだ問題で、先ほど言われた40歳以上はこれでカバーできるかもしれないんですけども、20歳代でアルツハイマーになる方もおられるので、その人たちはこれから漏れないようにしていただきたいという希望があります。介護保険も当然ですけども、それ以下の場合でも交通事故とか、ヘルペス脳炎で高次脳機能障害になる方がおられ

ますので、そういう方たちへの対策も是非お願いしたいと思います。以上です。

○永田主幹 今回の遠藤先生のごことに連動しますが、5ページの本人の経過に沿っての流れ図というのは非常に重要だと思うんですが、1つこの中で認知症の若年の方は特に介護医療にたどりつく前に情報がないとか居場所がないということで、就労のことにつきましてはどうやって会社の方に言うとクビにならないで済むのかとか、本当に早い段階でのセルフケアといいますか、自分なりの対処法を御本人様が自分でまだ判断できたりする時期ですので、御本人様のセルフケア力をいかに高めるかのところが重要な点だと思います。

そういう点で言いますと、介護医療という分類というよりも、今せっかく地域支援体制もついているわけですので地域支援という分類をおつくりいただいて、地域支援体制の中で今、遠藤先生が言われた本人さんの居場所づくり、今、認知症のキャンペーンの一環で今年は5年目になります、本人ネットワークの支援をしておりますけれども、若年の方が地域でここに集まれるという場ができますと、どうやって職場と交渉したらいいんだろうとか、どうやって自分なりの力で職場で働き続けられるのかとか、若年の同士がアドバイスをし合って、会社側とのうまい継続雇用の点ですとか、あるいは地元の医療のかかり方ですとか、非常にまだ足りない情報をプロにだけ依存するというよりは、当事者の方たちが一番情報を持っていらっしゃるんで、そういった当事者同士の力をうまく生かせる場づくりを地域支援という枠組みに入れていく必要があるかと思えます。

大事なのは、認知症の方の場合、若年もそうですけれども、本人さんに合った仕事が用意できるかという部分ですので、例えば今、私が支援している方は算数が教えられるという方です。会社勤めは無理ですけれども、算数が得意な方ということで、地域の登校拒否の子どもたちの算数教室の教師をやって就労している方がおられます。

企業で働き続けるというのは非常にストレスフルな面もありますので、確かに会社で雇用していただける方は会社雇用を続けつつ、大事なのは本人の有する力に合った働き場所を確保していただけるかというところですので、これからの人材不足の時代、地域の中でうまくアレンジすると、本人さんの力を生かせる先ほどのクリーニング屋さん、岩尾さんの話ではないですけども、そうした地域の中で本人の有する力を生かした仕事の支援ということも今後非常に重要なところだと思います。

それらはばらばらに改めてあるというよりも、まさに御本人さんの有する力をきちんと見極めてどう資源をつなぐかというアセスメントとケアマネジメントの一環だと思いますので、是非先ほど地域支援を欄として付け加えていただきたいとお伝えしましたが、もう一つ、何らかのまたがる形でケアマネジメントというのを認知症の方の場合は本当に早期から立ち上げて、本人さんの意向と力を見極めながら適切な資源を生かしての自立支援、あるいはサービスの利用ができるようにケアマネジメントをこうした若年性の方から体系化を図ることで、今はまだまだ高齢者の方のケアマネジメントがどうしても単発分断的になっているのを、先ほど来もケアマネージャーさんが変わるとか、事業者が変わると切れるという話がありましたけれども、介護保険のそもそものケアマネジメントは本当に継続的なケアのバトンタッチのためのケアマネジメントで

あると思いますので、そうした本来のケアマネジメントの在り方を再構築するためにも、若年性認知症の方の対策の中では初期段階からのアセスメントとケアプラン、ケアマネジメントの展開を確実に重度化されていきますので、就労対策でせつかくやられた本人さんの意向確認や、本人さんの力が介護保険を使うときにはまたゼロからのアセスメントになったり、そうした分断化が起きないように、特に周辺症状が激しく出られる方、若年の方の診断後、1、2年が非常に周辺症状が多く出ておられますけれども、すべてアセスメントとか、その初期の段階での関係者のチームアプローチの足りなさがむしろプロが関われば関わるほど周辺症状は増悪している状況が今は見えていますので、ケアマネジメントを強化することを最優先課題にしていく必要があるのではないかと思います。以上です。

○阿曾沼局長 5ページの表は中村さんもちよつと言いましたように、現状の障害者施策のモデルではあって、それでうまくいくのかどうかというのをむしろ御議論いただきたいわけで、私も個人的には確定診断のポイントがやはり大きな問題だと思うんです。だから、確定診断をできるだけ早くやるというのがあらゆる施策のスタート点になるだろうと思うんです。したがって、それは次回の議論になろうかと思うんですけれども、どうやって早く確定診断、あるいは正確な確定診断をするかというのが特に若年性認知症の場合の施策のスタートポイントだと思うので、その辺についてまた御意見をいただけたらいいと思います。

それから、こういうモデルが若年認知症の場合にうまくいかないとすれば、どういうふうに改善するといいますか、もう少し現実的なモデルに就労の問題と福祉と介護の問題と医療の問題とどうやるか。なかなか難しい一挙にはいかないテーマだと思うんですけれども、また次回医療のものも含めて御議論いただければと思います。

○中島教授 健康診断で今、私などが受けているのは知的な部分はないんです。例えば、肺がんを発見するとか、血糖値がどうだとかというのは余りメンタルな抵抗はないですけれども、これを測られるというのはちょっとどうかなというのは多分にあるんですが、最初に変だなと感じたときにそこをつかまえるといったときは、かなり家族が見ても職場の同僚が見てもおかしくならなるとなかなかつかまえられるのではないかという気もするので、何かそういう健康診断みたいなところで、なおかつきっちりプライバシーが守られるというようなものがあるといいのかなという気がします。

それから、健康診断ということについて、若年性の話ではないんですけれども、介護保険施設などでしょっちゅう目にするのが、耳がどれぐらい聞こえますかとか、この方は視力はどれぐらいですかと聞くと、職員も看護師さんも知らないというんです。この人は相当長く入っていますので、わかりませんと言われるんです。私たちであれば、目の見えが悪くなると相当生活上困るし、またいろいろな意欲も落ちてくるという状態なんですけれども、結構施設に入っておられる認知症の人というのは入ってしまったら視力なんか測らなくていいだろうという形で放置されている。そういう基本的なところで年に1回きっちり視力、聴力を測ってあげるとか、そういうことも必要なかという気がします。

○永田主幹 すごく施策とか提案はいろいろあるんですが、いつも介護のときに課題になるのは、

やったけれどもどうなったのかという成果のモニタリングと検証が非常に弱いと思います。

1つは、先ほど岩尾さんが言われたサービス評価と人材育成をして実践して、実際にどういう状況なのかというのを自己評価したり、外部評価をするというサービス評価の仕組みもありますけれども、是非こうしたものに介護をやってどうなのかということをきちんと評価する。それも、余りお金をかけずに自己評価とか、それをきちんと地域密着の評価の仕組み等を生かしながら地域包括単位や自治体できちんとそれを集約して住民さんに戻して、住民さんがきちんと今うちの地元でどういう状況なのかということを確認しながら、お金がない中でどこまではやれそうなのかとか、1年かけてどこまで来たのかということモニタリングできるような仕組みをつくっていくことが、やはり継続性を担保する大事な点ではないかと思います。

評価というのはいろいろ今まだ混乱している面もあると思いますが、確実に今の人材育成の仕組みが不足している中では評価項目自体がいい学びの材料にもなっていたり、行政の方たちへの指針にもなると思いますので、評価の仕組みというものを仕組みづくりの中にきちんと組み込んでいくことが大事ではないかと思います。

○阿曾沼局長 今おっしゃったように、健康診断のときにできるだけ簡便に、前回議論がありましたように血液検査のマーカーでスクリーニングできるようになればかなり早いと思うんですけども、そういう部分と、もう一つは一番近くにいる家族なり本人ができるだけ早く気が付くというのも一つの端緒だろうと思います。

そういう意味では、最後の資料4の家族・本人に対して、これはステージによると思うんですけども、最初のステージとかなりしんどくなってきたステージとによってそれぞれサポートの仕組みは違うんでしょうが、何か先生方の方で御意見があれば、気付きの次元の問題と、それからかなり重度化した場合に逆に本人・家族にどういうサポートが要るのか。

○朝田教授 アイデアはないのですが、はっきり言えますことは、サラリーマンは一つのグループ、主婦もしくは自営者を一つのグループにして考えないと、この問題はみそもくそもという話になると思います。サラリーマンは、家族が気付かない段階で周りが気付きます。

○阿曾沼局長 周りが、職場でということですか。

○朝田教授 はい。会議に2回来なかったらもうアウトです。

○阿曾沼教授 コールセンターのつくり方にもよると思うんです。どういう格好でコールセンターをつくるかというのは一つのアイデアかと思っているんですけども。

○永田主幹 認知症の相談窓口とか、余り特殊なものをつくると、最初の方は自分はどうなのか不安が大きいところで、確かにそういう機能が大事であって、できるだけ気持ちのバリアなくいけるところが大事だと思いますので、今はかなりまちづくり等が進んでいる中で、例えばスーパーですとか、銀行ですとか、町の中で普通の生活圏域の中で人が行き交うところに認知症のサポーターとかが増え始めていますので、むしろそうした町の機能と一体になりながら、特殊な場ではなくて普段の中でちょっと相談できるかなとか、まだそんなに心配ではないけれども備えて聞いておこうかなとか、非常に特殊な場づくりよりは生活や地域に溶け込んだ場づくりを地域資源等の力も借りて整備していくのが合理的ではないかと思います。

今まで地域包括とかで止まっていたのを、そういうところにむしろコーディネーターとか包括の人がアウトリーチで出て行くことの方が、よほど効率的に必要な人がつながれるチャンスが増えるのではないかと思います。

○中島教授 やはりまだ国民の皆さんで若年性のことをよく知らない方がおられると思うので、私たちは皆、知っているのが当たり前のように話していますが、やはりまずは若年性でないときから若年性認知症というのはこういうものなんだ。こういうものがあつたらちょっと早目に相談した方があなたのためですよというようなPRをきちんとやる必要があるんじゃないかと思うんです。

○阿曾沼局長 ほかに何かございますか。役所の方からはいかがですか。

○中村局長 そう言っていたので発言させていただきます。

ヒアリングで出たグループホームは大変数が増えて、先ほどお話にあつたように組織率が25%で、非会員の方々の質が心配だというふうに言っておられたので、何かいい方策があつたら取り組んでいくことが必要だと思います。要はグループホームの利用者の保護の見地もあるし、虐待の防止という見地もあるし、また小規模の事業者さんが多いので煮詰まってしまう、善意でスタートしたけれども、非常に破綻に瀕するというようなこともあるのではないかと思います。我々は事業者サイドの行政もしていますので、小規模の事業者さんたちの何か共同事業を協会が主体になって組むことによって少し入会することのインセンティブを高め、そういうことを通じて質が高まるような好循環を考えられないかと聞いていて思いましたので、うまくいくかどうかはわかりませんが、是非老健局にもお願いしたいと思います。

○中村部長 では、2つ申し上げます。

3ページと6ページにネットワークの絵がかいてあるんですけども、3ページの方は恐らくこれは市町村レベルかなという気もするんです。それで、6ページは県のレベルということなのですが、ネットワークはいろいろな障害の世界でもつくっていて、そこは重なっていたりするんですけど、多分法律上きっちり位置付けているのは児童虐待の世界だと思うんです。必要があつたらきっちり位置付けていくというのも一つのやり方でしょうし、それから県のレベルと市町村のレベルのネットワークをうまく重層的に補完できるような仕掛けを考えたらいいのかなと思いました。

それから、障害の関係のネットワークとの関係をどうするかとか、そういうネットワークの問題もあるのかもしれません。

それから、7ページに介護福祉士さんとか社会福祉士さんの認知症ケアについての研修のような話を書いてあるんですけども、例えば作業療法士さんとか、医療関係の職種の方々の認知症ケアについての取り組みというか、その部分は余り今まで議論になっていないような気もするんですけど、その辺はどういうふうにかえたらいいかと今ごろ思っているんですけども。

○阿曾沼局長 今の医療関係職種の研修について、もし御意見があればどうぞ。

○遠藤部長 作業療法士は、私は非薬物療法なり、リハビリテーションの身体モデルは理学療法士でよくて、極論かもしれませんが、作業療法士には認知症のことを勉強してほしいと思っ

ています。ですから、テキストの見直しなり研修の強化で、数年前に作業療法士学会が認知症の生活支援というテキストを出しているんですけども、現場ではまだまだ浸透してなくて、やはり脳卒中モデルでいっていますので、是非認知症に重点を置いた研修、教育というのが欲しい。それは当然、医者にも言えることなんですけれども、やはり全体でバックアップしていくということが欲しいと思います。

○阿曾沼局長 矢島さん、いかがですか。

○矢島厚生科学課長 先ほど診断のお話が出てきたと思うのですが、どのような形で早期診断の仕組みをつくることができるかというのはすごく関心が高いところだと思います。ちょっと私もイメージがわからないんですけども、スクリーニングみたいにやってどんどん疑わしきで拾い過ぎて皆の不安をあおっても困るし、でも見逃しても困るし、どういうふうな仕組みをうまくやると本当に家族の人達にとって、又認知症の人にとって適切なサービスか。

ですから、求められるサービスであるためには認知症の中でどういう機能が生活のしづらさなどで困っていて、その困っているものをサービスとの関係でどういうふうに早く診断的に見つけてあげて、こういうふうな機能だと将来の生活でこういうふうなことが困る可能性があるの、そういうものを早くに見つけていきましょうというようなことがうまくいくのかどうか、私もよくわからないのですが、是非その辺のところをもしありましたら教えていただければありがたいと思います。

○遠藤部長 今回の診断の話で常々思っていることが、記憶障害があつて見当識障害で生活に支障が出たときに認知症と言っていて、おおむね長谷川式 20 点以下とか、ミニメンタルテスト 23 点以下を認知症という基準があるんですけども、実は前回言っていたような脳血流シンチというようなものを使うとアルツハイマー病は、より早く見つけそうだ。そうすると、これまでと定義が違っているような気がしています。

アメリカで 20 年くらい前に認知症の診断基準で N I H が出しているんですけども、是非朝田先生にお願いですが、認知症の定義を変えたらどうかと思います。それでやはりおかしいと思ったときに、そういうことこそ専門医が必要だったりするので、是非厚生省版としての診断基準の見直しもひとつあってもいいかなと。ちょっと話が大きいんですけども、どこまでやるかということはありますが、是非どこかが取りまとめをしていただきたいと思います。

○阿曾沼局長 やるべきだと思っているんですけども、なかなか手がつかないところではあります。最新の研究成果をできるだけ反映する形での診断基準なりガイドラインなりをつくる方向でやっていった方がいいと思います。

それでは、時間もまいりましたので、とりあえず次回は今の御指摘もありました医療対策とか研究開発について 6 月 5 日木曜日夕方 4 時から 6 時までということをお願いしたいと思います。もちろん介護とか、今日の若年認知症とか、あるいは本人・家族の支援についてもオーバーラップして御意見をいただいて結構でございますけれども、メインとしては今度は医療対策と研究開発ということで御議論をいただきたいと思います。

今日はどうもありがとうございました。

第3回認知症の医療と生活の質を高める
緊急プロジェクト
議 事 録

厚 生 労 働 省

第3回 認知症の医療と生活の質を高める
緊急プロジェクト
議事次第

日 時：平成20年6月5日（木）16:00～18:00

場 所：厚生労働省（合同庁舎5号館）17階

専用第21会議室

1. 開 会

2. 議 題

（1）医療対策について

（2）研究開発について

（3）その他

3. 閉 会

(報道関係者退室)

○阿曾沼局長 それでは、朝田先生がちょっと遅れるということなので、始めさせていただきます。

本日は、御多忙にもかかわらず、お集まりいただきまして、ありがとうございます。今日で3回目ということでございますが「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を開催させていただきます。

まず、事務局から、本日の出欠状況と資料の確認等について御説明させていただきます。

○井内室長 事務局の老建局計画課認知症・虐待防止対策推進室の井内でございます。よろしくお願いたします。

初めに、出欠状況でございます。本日は外口医政局長が欠席のため、野村看護課長に代理出席をいただいております。それから、今、お話のありました朝田委員と社会・援護局長が若干遅れるということでございます。

続きまして、本日の会議資料について御確認をいただきたいと思っております。

お手元の資料でございますけれども、上から順に、議事次第、座席図、プロジェクトの委員名簿。

資料1として「認知症の医療について」。

資料2として「認知症の研究開発について」。

それから、遠藤委員御提供の資料。

以上でございます。不備はございませんでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、本日のプロジェクトチームの進め方でございますが、初めに資料1と資料2について、事務局からまとめて御説明いたします。

また、本日は遠藤委員から資料の提供をいただいておりますので、議論に先立ちまして、御説明をお願いしたいと思います。

その後、医療対策、研究開発の順に意見交換をお願いしたいと存じます。

○阿曾沼局長 それでは、まず精神・障害保健福祉部の精神・障害保健課長の福島さんから、資料1に基づきまして、医療対策について御説明をお願いします。

○福島課長 それでは、私から医療対策につきまして御説明します。

まず、お手元の資料の2ページ目でございます。

認知症の経過につきましては、時間経過とともに疾病が重症化していくわけでありまして、その中で医療は、精神科医療、一般医療の両方に関わるわけでございますが、特に精神科につきましては、鑑別の時点、急性期対応、BPSDと言われております精神・行動障害に対応すること。身体合併症を持つ方もいらっしゃいますから、これに対する対応。こういうものの関わりが非常に重要になってくるということでございます。

勿論、経過全体を通して医療は関わるわけでございますし、また介護も必要であるということでございます。

3ページ目は、認知症疾患総患者数の年次推移であります。患者として治療を受けている方の数でございますが、平成8年に11万人だったものが、平成17年には32万人と3倍になっておりまして、その中でも特にアルツハイマーの伸びが極めて著しいことがわかります。

4 ページ目は、外来の数でございます。外来も同じようにアルツハイマーが増えております。

5 ページ目は、精神病床における入院患者数でございます。これも伸びておりますが、平成8年は2万8,000人で、平成17年は5万2,000人。アルツハイマーの方は入院は少ないんですが、17年にかけて4倍以上伸びてございます。

6 ページでございます。認知症対策において、医療がどういう役割を果たすかということで、私どもで3点考えてまとめております。

まず1つ目が、迅速な鑑別診断とその診断に基づきまして、医療・介護における療養方針の決定に資する。

2つ目が、入院を含む適切な急性期対応。これはBPSD、身体合併症に対する対応でございます。

3つ目が、地域での療養体制の確保に医療がもっと関わるということです。

以下、1つずつ御説明いたします。

7 ページ目は「①迅速な鑑別診断と療養（医療・介護）方針の決定」です。この領域について医療が果たすべき役割として早期発見。早期発見によりまして、早期の専門医療へのアクセスができるようになる。そのことが的確な鑑別診断につながり、かつ診断された原因疾患、あるいは症状の重さに応じた適切な療養方針の決定ができるようになるということでございます。

8 ページ目は「認知症の原因疾患」であります。これは言わずもがなの整理であります。現時点では抜本的な治療がなかなか困難な疾患やアルツハイマー病を始めとする変性疾患。

あるいは基礎疾患のコントロールによりまして、進行が抑制できるような予防疾患。これは血管障害が中心です。

それから、治療が可能な疾患がありますけれども、こういうものがある。それぞれに応じて対応が違って来るわけでございます。

9 ページ目は、認知症に関連する症状、鑑別が必要なものとして、例えば薬剤性のせん妄があり、あるいはうつ病があるということでございますけれども、こういうものをきちんと鑑別していく。更にはアルツハイマー病による周辺症状のようなものについて、例えば介護サービスをどういうふうに使えば、それがうまくコントロールできるかということについても、かなりサジェスションができるということでございます。

10 ページ目は、保健所に老年精神相談ということで来た人について調べたものでございますけれども、若干古い時期のデータであります。相談に来た方の8割はかかりつけ医を持っている。しかしながら、その方について認知症あるいはその他の精神障害の診断歴がある人は2割にすぎないということでありまして、かかりつけ医における診断の能力向上が1つの課題であることがわかります。

11 ページは、現状と課題ということで、認知症症状への理解不足等により、かかりつけ医で認知症が見落とされているのではないかと。

そして、今年度から予算化いたしました認知症疾患医療センターでございますけれども、こういう医療センター等地域の認知症医療の中核となる医療機関が十分に確保・整備されていないという

こと。

結果として、鑑別診断、治療開始が遅延し、適切な療養方針が立てられていないのではないかと、
こういう現状認識を持っております。

12 ページは、今後の対応でございますが、今、認知症診療ガイドラインを関連学会でつくっていただいているわけでございますけれども、こういうものをまず確立させ、それを普及させていくことを検討してはどうか。

そして、かかりつけ医等における認知症診断等の能力の一層の向上を図る。現在、老建局で実施しておりますかかりつけ医認知症対応力向上研修がございますけれども、こういうものを更に充実させる。

認知症疾患医療センターを中核とした医療体制の充実ということで、まず認知症疾患センター等の専門医療機関を整備促進していく。

そういうセンターを中核とした地域の医療・介護との連携の推進によりまして、専門医療とかかかりつけ医・介護従事者との双方向のアクセスを向上させていく。

認知症医療に関する情報提供をして、全体のレベルアップを図る。

認知症疾患医療センターそのもののレベルアップを図るといいますか、中核となる医療機関のレベルアップを図るという面で、全国規模の研修会の実施等は考えられないかということでございます。

13 ページ目は、急性期対応及び入院を含むB P S D、身体合併症に対する適切な対応でございます。

まずB P S Dへの急性期対応ということで、これは入院だけではなく、精神科外来における対応も含めて考える必要があるのではないかと。

身体合併症については、精神疾患と身体疾患の両方に対応可能な体制をどう考えるかということでございます。そういう医療機関を確保するということでございます。

14 ページ目は、精神病床における認知症疾患について、認知症疾患治療病棟、今は認知症病棟と言っておりますが、診療報酬の区分であります。ここに入院した理由を尋ねました研究では58%がB P S D。ここには「問題行動」と書いてありますが、研究でこういうふうに表示しておりましたので、そのままの表現を使ってしまったのですが、B P S Dと言うべきですが、B P S Dが58%。家族の負担の大きさが22%。身体合併症が15%。この3つがほとんどを占めております。

15 ページは、認知症を主傷病名とする入院患者がどこに入っているか。全体の数も増えておりますが、6割は精神病床に入っています。勿論それ以外の病床にも入っております、それも増えておるわけですが、6割は精神病床が占めているという現状があります。

16 ページは、認知症疾患の入院期間です。入院期間が1年未満、1年以上5年未満、5年以上10年未満、10年以上の患者さんと分けたものでございます。

全体の数の伸びにつれて、次第に長期化する傾向が見られている。絶対数の伸びと同時に、長期化する傾向も見られております。

17 ページは、認知症疾患治療病棟の残存曲線です。入院した月に退院した人が何%で、それがだ

んだん減っていくということですが、精神病床全体で見ますと、11月目といたしますか、1年後には14%しか残っていない。86%は退院しているわけですが、認知症治療病棟については、41%が入院したままになっているということでもあります。

18 ページ目は、現状と課題ということで、認知症疾患医療センターを始めとして、BPSDや身体合併症などの急性期対応を十分に行うことができる専門医療機関の確保が十分ではない。そして、関係機関間の連携も不十分ということです。

急性期対応を含めまして、どういう医療機関、病棟がどういう機能を担うのか。どこがどういう患者さんの対応をするのかについても、まだまだ不明確である。

更には、精神病床等における認知症の入院患者数が非常に増えておるわけでありますが、入院期間も長期化しておりまして、これは急性期入院治療後の受け皿、つまり出口がないことによる状況が生まれているのではないかと考えているわけです。

19 ページは今後の対応として、先ほども申し上げましたが、認知症疾患医療センターを中核とした医療体制を充実していくということ。

認知症の専門医療機関の機能の明確化と急性期入院治療後の受け皿の確保をどうするか。特に精神病床や介護施設等、入院・入所機能をどういうふうに分機能分化させていくのか。かかりつけ医・介護保険サービスとの密接な連携によりまして、治療終了後の患者をいかに早く地域へ移していくのかということ。

20 ページは、医療の役割の3つ目でございます。地域での療養（医療・介護）体制の確保です。

1つには、基礎疾患、進行を遅くできるかといいますか、生活習慣病を基礎疾患とするようなものについては、それに対する適切な治療により対応ができますし、また身体合併症も年齢からいってもたくさん持っていらいっしょいますから、それに対応することが必要。

認知症に対する診療そのものも必要ですし、また家族や介護サービススタッフ等に対する医療面での支援も必要でございます。

21 ページ目は、現在こういう体制で行っていることをポンチ絵で書いたものでございます。説明は省略いたします。

22 ページ目は、地域での療養体制の確保について、先ほど御説明したような役割を果たすべきではありますけれども、実際には地域の療養体制において、それぞれの資源が果たすべき役割が必ずしも明らかでないのではないかと。

かかりつけ医の認知症への対応能力が十分でないのではないかと。

家族、介護保険スタッフ等への医療面からの指導が不足しているのではないかと。

このように考えております。

これに対しまして、今後、実際に認知症の患者さんが、どこにどういう方がいらっしやって、どういう医療や介護を受けていらっしやるのか。そういう実態調査をする必要があると考えております。

また、地域における認知症の診断だけではなく、対応能力の向上ということで、かかりつけ医のレベルアップもそうですけれども、中心的地域において中心的な役割を担うドクターのレベルアップ

プをしていくということ。

コメディカル向けの研修も実施する必要があると考えております。

特に身体合併症を扱う場合に、認知症が十分に理解されていないということで、その部分のレベルアップを図る必要がある。これは身体合併症を扱う医師の方も勿論そうです。

認知症疾患医療センターを中核とした医療体制の充実ということ。

診療ガイドラインの確立・普及方策の検討。

こういう体制をとっていくことによりまして、認知症への対応を医療・介護の両方のレベルアップを図っていただけるのではないかと考えております。

最後の2ページは、それをイメージでまとめたものでございます。全体として、認知症診療の質の向上と均てん化を図るということ。それから、地域における保健、医療、介護を含めた体制を確立していく。この2つを目指すべきと考えております。

以上でございます。

○鈴木課長 それでは、私から資料2について説明させていただきます。「認知症の研究開発について」ということで、特にアルツハイマー病を中心に御説明させていただきます。

2ページ目です。見にくい図で恐縮ですけれども、右に行くほど病気が進んでくる図です。ピンクの線が書いてございますが、これはアルツハイマー病を起こすと言われているβアミロイドかどのぐらい脳にたまっていくかというものです。青い線は、症状として認知症がどう出てくるかというものです。

御注目いただきたいのは、先にβアミロイドがたまった上で、MCIという軽度の認知障害になって、更にアルツハイマー病になるというステップだと、今、考えられております。したがって、特に研究開発では、5つの切り口が大事だと思っております。

①は、発症をどうやって予防していくのか。

②は、先ほど福島課長からございましたけれども、実態をどう把握していくのか。

③は、診断技術。これは、今、可能な技術、これから可能にしなければいけない技術があると思っておりますが、それはどうか。

④は、今、幾つか実際にも実施されているものがありますけれども、治療法はどうか。

⑤は、実際に発症してしまった方について、ケアをどう提供していくべきか。

その5つぐらいの切り口があろうかと思っております。それぞれについて、簡単に御説明させていただきます。

「①発症予防対策」ですけれども、これはかなり時間と人手がかかるものですが、現在までの研究では、2つの成果が挙がっております。

1つ目は、運動、栄養、睡眠をきちっと管理した群と管理していない群を比較しますと、管理していない群は4.3%発症しますが、管理している群は3.1%だったということで、言わば発症を抑制できたということだと思います。

2つ目は、MCIという軽度の認知障害の住民に対して、運動療法とサプリメントによる介入を行ってどうだったかということです。

「介入群」というのは、そういうものを使った群、「非介入群」というのは、そうでない群ということですが、記憶や言語で見たところ、非介入群は悪くなるということですが、介入した群は40%、4%でそれぞれよくなっているということですから、この規模を少し大きくして、しっかりしたデータにしていかなければいけないと思います。

4ページ目は「②実態の把握」ですが、これは先ほど福島課長が御説明されました。これは障害部とも協力してやりたいと思いますが、今、医療の方で手当をされている方と、介護の方で手当をされている方と、どこにもかかっておられない方の3つのグループの方がおられますので、どこにそういう方がおられて、どういう状態なのかということを引きちと把握しておかなければいけないということだと思います。

5ページは「③診断技術の向上」です。

1つは、原因疾患をきちと見分けるということ。これは鑑別でアルツハイマー病ではないものを見分けるということです。

2つ目は、早く見つけるということだと思います。

6ページをごらんいただきますと、先ほど福島課長からも話がありましたが、右の方は認知症のような症状を呈するものとしては1~7ぐらいありますけれども、本当の認知症は4ですので、それ以外のものをきちと見分けた上で、本当に手当が必要なもの、それ以外の手当が必要なものを鑑別、そうではないものと、そうであるものを分けることが必要だと思います。

左の2つは、黄色が現在可能なやり方。オレンジ色が、今、研究しているものということです。

7ページをごらんいただきますと、これも左の軸から右の軸に、正常な状態がβアミロイドがたまってきた、軽度の認知障害になって、最後はADというアルツハイマー病になるという順番ですが、今、可能な方法が4つ書いてあります。

神経心理検査というのは、目の前にその方がおられて、いろいろ質問したりしてお聞きするテストです。

MRI・CTというのは、頭を輪切りにしたりして、形態の変化を見るやり方です。

PETというのは、脳の中の糖の代謝を見るものです。

CTにしる、PETにしる、形態学的な変化や糖の取り込みが悪いというのはわかりますけれども、アルツハイマー病に特異的なものではない。そのほかの原因でも起こることがあります。

バイオマーカーというβアミロイドの分解産物を、髄液を椎骨の間から吸い上げるというやり方もありますが、これは非常に危ない、侵襲性が高いものになっております。

現在、研究中のものが2つございまして、1つ目はアミロイドがどのぐらい脳に溜まっているのかを見られたら、より早く見つかるだろう。それから、血液や尿から分解産物がわかれば、余り侵襲なく見つかるのではないかと。この2つが大きな点です。

その例が8ページに書いてありますが、これは先ほどと同じような図で、上の図をごらんいただくと、ピンクの線が脳内にアミロイドがどのぐらいたまっていくかというところで、点線が脳内でたまったものがどのぐらい線維の変化を起こすか。具体的に右に行くほど症状が出るということになります。

下に、脳を輪切りにした色が付いたグラフがあります。この読み方は、下の3つが糖の取り込みを見たものです。これですと健常、無症状なもの、アルツハイマー病患者を見ると、アルツハイマー病患者になって初めて右下の方がちょっと代謝が悪いということがわかります。

ところが、上のアミロイドイメージング、アミロイドのたまり方を見ると、既に症状がないうちから色が明らかに変わっているのがわかりますので、アミロイドイメージングで見れば、より早期にわかるのではないかと。

この場合に、アミロイドを何でイメージングするかというのが9ページです。3つぐらい候補物質があります。これはこれから更に安全性とか、どのぐらいきちっと描けるかということをやるといっていますが、日本で開発されたもの、アメリカで開発されたものがありますけれども、これからどれが本当に一番いいのかということを決めていくと思います。

こういうことを研究するのは、10ページです。アルツハイマーでは、世界的な研究のネットワーク、ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) がございます。米国や欧州、オーストラリア、日本が入っております。

日本でやっておるのは、11ページのJ-ADNI、ADNIの日本版です。600例の方を中心に、先ほどの心理学的テストや画像診断、バイオマーカーについて、今、研究をさせていただいております。

12ページは、それをオールジャパンの体制でやっているということでございます。

以上が早期診断についてです。

13ページは「④治療方法の開発」ですが、現在、日本で行われている治療は、後で御説明いたしますが、アセチルコリンという物質を分解するエステラーゼという酵素がありますけれども、その酵素を働かなくする阻害剤。ちょっと言い方は難しいんですが、これは平たく言うと、対処両方で根治療法ではない、本当に原因にアプローチしているものではないということだと思います。

現在研究中なのは、後で申し上げますが、下の黄色の3つです。アミロイドβの産生を減らす、分解を促進する、脳内から排出する、この3つのやり方で治そうということでございます。

14ページは、非常にわかりにくい解剖学的な図で恐縮なんですけれども、人間も含めて脳というのは神経細胞から成っておりまして、神経細胞の末端は、右の図がありますけれども、球根のようなものと受け皿のようなものがございます。この間には実は空間がありまして、ある物質を出すことによって、神経の興奮が伝わるというシステムになっております。アセチルコリンという物質がありますけれども、それを壊してしまうものがエステラーゼというもので、この物質がたくさん出ると、神経の興奮が伝わりにくいということになります。現在の薬は、壊してしまう物質を余り働かなくさせるという、言わば対処療法をしております。

しかしながら、今、我々も含めて研究をしようと思っておりますのは、15ページに書いてございます。

普通であれば、赤いところを真ん中で切りますので、こうなれば脳内にたまらないということですが、少し切り方を間違えて、赤の端っこで切ってしまうと、これがだんだんたまる方向に動いていってしまいますので、そこで産生を抑えるというメカニズムが1つ。

2つ目は、実際に両端のセクターゼが切られたときに、アミロイドβを分解して、脳内にたまらないようにするというメカニズム。

アミロイドβが重合とって重なり合っていくと、最後に脳に老人斑として蓄積するわけですが、それを脳から排出することによって治療をする。

この3つのシステムが主に考えられております。

16 ページは、NIHというアメリカの国立衛生研究所が公開している情報ですが、日本国内、国外で見まして、国の名前も書いてありますが、①、②、③が、今、申し上げた3つのメカニズムです。この3つのメカニズムについての治験、治療の臨床研究がアメリカではかなり進んでいますが、日本ではアメリカと同じ物質が第I相という、まだまだ初期の段階だということになります。こういう意味でも、治療法の研究は日本でもどんどん進めていかなければいけないということだと思います。

17 ページ目は、先ほど福島課長からもありましたけれども、認知症の中核症状、真ん中の症状というのは、認知機能の障害ですとか見当識の障害、それに伴う生活の障害ですが、適切なケアができないと、それに伴って周辺症状が出てきます。精神症状や問題行動が出てきます。

「せん妄」とか「抑うつ」と書いてありますが、これが介護をしていく上で一番大変な症状になってきます。それ以外の生活障害は、ある程度補ってあげることができますので、この右の症状をどう出さないかというのが大事だということです。

18 ページは、どのぐらい介護の負担が高いかというのが縦軸。横軸は、今、申し上げた抑うつとかの周辺症状です。やはり周辺症状が多くなると、介護の負担が重いということがわかると思います。

19 ページ目は、模式的に示したものですけれども、今まではどちらかというと左下にあった。つまり、あるステージ、ある病気ごとに個別にケアをしていた。

もう一つは、経験に基づくケアというのが多かったのではないかとありますが、これからはやはり右上に移っていかなければいけないのではないかと思います。科学的根拠に基づいたケア、最初のステージから最後まで継続的な統合的なケア、医療だけではなくて、ケアも含めて総合的にやらなければいけないのではないかとしたいと思います。

1つのケアの例として、認知症に対するリハビリテーションというのが20 ページ以降にございます。これは、今、介護保険の方でも実際にやっていただいているものですが、これをやった群とやらない群で比較をしたものがございます。大体300名ぐらいの方にやっております。

21 ページ目をごらんいただきたいと思います。

緑色系がやっていない群です。赤色系がやっている群です。これは先ほどの抑うつとかの問題行動の症状の出具合がどうかということですが、これは3か月間観察しています。やっていない群は、やはりそういう症状が多くなります。ところが、やっている群は、そういう症状の出具合が少なくなります。したがって、こういう意味でのリハビリテーションは有効だということになるかと思っています。

22 ページ目は、長谷川式という認知症をスクリーニングするようなスケールなんですけれども、

これで見ただけの場合、緑系のところのやっていない群については0.5点低くなります。ところが、やっている群では1点増加ということで高くなる。

こういうことで、両方とも有意な差があるということですから、これからも研究を進めていかなければいけませんけれども、かなり有望な結果が出ているということになると思います。

23ページは、今のことを踏まえ、特にどういうところでリハビリテーションの結果があったかというのをまとめたものです。

最後に24ページ、25ページがございしますが、24ページは見にくい図で恐縮ですけれども、三次元になっておりまして、言わば2階のところを新しくフロンティアを広げる。つまり、今、わかっていることをわかるようにする、できていないことをできるようにするというのが2階でございます。

1階が、言わば全国の津々浦々できないところを、全国津々浦々できるようにするということがございします。

上から御説明しますと、右の方が物の開発。民間であったり、経済産業省で、今、共同でやっておりますけれども、機械を開発したり、物質を開発したりということでございます。

左に行きますと、より臨床に近かったり、ソフトの開発になります。

奥と手前を見ますと、奥の方は文部科学省等があると思いますけれども、Seedsとして、例えば動物実験なり、その前の段階でどうかということがありますし、手前にきますと、より患者さんの方から立脚してどうかというニーズからの研究になろうかと思えます。

したがって、2階、1階、右左、上下、奥、手前をよく調整しながら、全体像で研究を進めていくということだと思えます。

25ページ目は、まとめでございますが、認知症にならないような予防。なってしまったら、早く見つけて治療法を提供して、発症後の対応もきちっとする。それには、実態の把握で的確な施策を打つことが大切だということになるかと思えます。

以上でございます。

○阿曾沼局長 それでは、遠藤委員から御提出いただいておりますので、遠藤先生、お願いいたします。

○遠藤委員 お手元の資料の2ページ目をごらんください。

私どもの長寿医療センターは、高齢者医療とアルツハイマーを中心とする認知症医療について積極的に関わっておりますが、今、鈴木課長の説明にありましたような治療薬の開発に取り組んでいる種がありますので、4つ提示させていただき、御紹介を簡単にさせていただきたいと思えます。

1つ目は、右上にありますワクチン療法。

左にいまして、アミロイドβ蛋白重合抑制。いわゆる抗種、アミロイドの種の小さい部分のときに治療を開始するというもの。

左下にあります脂質代謝。アミロイドは膜にくっ付いていますので、その脂質代謝を改良するかどうか、代謝を調整することによって治療ができるのではないかという考え方。

4つ目は、オリゴマー抗体という4つの研究部でこういったものに取り組んでいるということ

御紹介したいと思います。

3 ページ目を見ていただきまして、この4つの研究は動物実験段階、マウスとかサル、バイオ細胞でやっている研究なので、まだ人間には応用しておりませんが、ワクチン開発については、マウス中心に研究が進んでいまして、サルでも、今、副作用のチェックをしております。物としては、アデノウイルスを使ったもので、それを注入するというか、1回経口投与することによって、アルツハイマーの治療薬になるのではないかとということで開発しているものであります。

4 ページ目は、本当に新しい考え方に基づく治療薬で、アミロイドが重合するときに、アミロイドはもともとは生理的な物質なんですけれども、たまるときに悪い。アミロイドがたまる種というか、始まったときの抗体をつくって、それに対してまた薬をつくっていくという考え方です。

これについても、注射薬というやり方もあるんですけれども、今、経口薬で安全に投与できるものの試作段階までできているところで、今後人にも応用したいということで、かなり有力な薬であると考えているところです。

5 ページ目は本当に新しい考え方で、先ほど御紹介があった膜タンパクのAβというものが膜にありますけれども、その脂質代謝を改善するというか、影響を調整することによってお薬になるのではないかとということで、これも薬になるべく努力しているところで、有望な方法だと考えています。

ただ、こういった薬は、臨床試験に行くまでにいろいろバリアーがありますので、そう簡単ではないと思いますが、頑張っていきたいと考えているところです。

4 目も我々が期待しているところでありまして、アミロイドがたまるときにAβオリゴマーというものを形成するということなんですけれども、それに対する抗体をつくって、これは以前資料で出しました血中内での測定も可能なんです、それを診断に用いる。その考え方を応用して、Aβオリゴマーに対する抗体をつくるということで、これをお薬としてつくっていくということも、今、基礎実験が始まったところで、まだ論文もこれから用意するところなんですけれども、我々としては、これからもこれを頑張っていきたいと考えているところでもあります。

7 ページ目は、我々研究所に画像診断部門というところがありますけれども、そこで先ほど非特異的ではないということでしたが、FDG-PETというもので、より精度が高い、解像度が高い方法でアルツハイマーの診断を早期に行うといったものの研究のデータをこれまでも取り込んできたということで御紹介させていただきました。

我々長寿医療センターは、先ほど言いましたように、高齢者医療と認知症医療を最重要課題としていまして、これまでに3年間サポート医の養成をやってきました。これからもサポート医を中核として、認知症に関わる人材育成を進めていきたいと考えているところです。

今年度、たまたま組織要求というものがあまして、今、厚労省に対して、認知症情報室というのをつくりたいという希望を出しておりますので、是非御支援をいただきたいと思っています。ここでは、やはりこういった研究の情報発信とか、人材育成とか、やはり臨床研究を進めるのが我々の役目だと考えておりますので、そういった組織改革を通じて、いい仕事をしていきたいと思っています。

以上でございます。ありがとうございました。

○阿曾沼局長 ありがとうございます。

これから御議論いただきますけれども、西川副大臣は大変お忙しくて、所用のため退席されますので、何か御意見、御指示がございましたら、一言お願いいたします。

○西川副大臣 この前、WHOの総会に出席ということで欠席させていただきました、非常に出席率の悪く、大変恐縮でございます。

御承知のように、今、後期高齢者医療は、まさに日本中がこの話題だけで動いているような、とんでもない話になっておりますけれども、言わば厚生労働省の起死回生、これは認知症に対して支えるシステムから、治療薬のワクチンの完成から、本当に1つの方向性がきちっと出てきたら、私はやったという感じだと思うんです。

今この救急医療の問題と、もう一つ、認知症に対しての国民の興味というとおかしいですけども、関心度は物すごく高いと思うんです。それと現実に困っている方が物すごく多い。介護の現場で大変大きな問題になっています。

まさに先生方のお知恵を拝借して、そして、厚生労働省が一体となって、このシステムの構築に向けて動いていくと、本当に大きな国民の方々への私たちの仕事の理解がきちんとしたものに軌道修正してもらえと思うんです。別に厚労省のためにやるわけではございませんけれども、そういう意味も含めて、本当にしっかり頑張りたいという思いでおります。

今日は、お話を聞かせていただいて、大変希望的な思いを持たせていただきました。言わばアルツハイマーの外来だけで11倍ぐらいになっている。これは多分、診療の技術があれしたから、きちんわりわかってきたということの結果なんだと思います。現実がすべてきちん判明しないと対策はできないということで、今日は大変意を強くするお話をたくさんいただきまして、私も職員の皆さんともども、先生たちのお知恵をいただきながら、いい方向に頑張りたいという思いでおりますので、今後ともお知恵を拝借したいと思っております。今日はありがとうございました。

そういうことで、途中で抜けます。大変申し訳ありませんが、それまでここで聞かせさせていただいて、こっそり抜けますが、お許しください。よろしく申し上げます。

○阿曾沼局長 どうもありがとうございました。

それでは、今日は医療と研究開発という2つのテーマなんですが、相互に関連するところもございますので、最初に医療対策から主に御議論いただきたいと思っております。医療対策は、問題山積というか、現状でも必ずしもうまくいっている面とうまくいっていない面があると思っておりますので、率直な御意見をいただきたいと思っております。どなたからでもどうぞ。

中島委員、どうぞ。

○中島委員 医者ではないので、言葉の使い方が間違っていたらお許しいただきたいと思っております。

統合失調症の方をイメージすると、やはりわっと妄想が出て、それから治療によって落ち着いていく。そういう意味での急性期の対応と、慢性期というか、寛解期の対応があると思うんですけれども、先ほどの説明で、認知症の人への急性期対応というのでちょっと引っかかったんですけれども、統合失調症のような、いわゆる疾病としての症状がわっと出て落ち着いていくというのとはち

よって違って、認知症の人のBPSDというのは、病気としての症状というよりは、やはり適切でない環境とか、適切でない対応というものによって強く出る人もいるし、ほとんど出ない人もいます。

ですから、そこを病気の急性期対応のようなことだと、ちょっと世の中に違うイメージを与えるのかなということで、例えば初期対応とか、少し病気としての急性期とは違う言葉遣いの方がいいのかなと感じました。

以上です。

○阿曾沼局長 BPSDへの対応ですね。

○中島委員 はい。

○阿曾沼局長 どうですか。

○福島課長 おっしゃるとおりで、特にBPSDが出てくるのは、介護ケアの質がよければ、それがかなり抑制できるわけですが、ただ、中にはやはりどうしても医療的介入が必要な人もいらっしゃる。そのところをどうするかという問題もあります。そこで特に精神科医療の果たすべき役割は、かなりあるんだろうと我々は考えています。

そういう面で、多分イメージするものはそう違わないと思うんですけども、確かに表現としては、ちょっと誤解が生じやすいかもしれません。当初からそういう症状、BPSDが出てくるわけではありませぬので、かなり進んでからということですから、そこは我々も十分理解はしております。

○阿曾沼局長 どうぞ。

○中島委員 1つ質問なんですけれども、これは私の知識不足かもしれませんが、βアミロイドというものが注目されて、今、そこに治療の活路を見出していこうという状況は理解しているんですが、私の古い知識では、老人班とか脳萎縮があっても、必ずしもその程度に応じて認知症の程度が決まるわけではないというお話も聞いております。

そういう意味で、βアミロイドが原因だという形で、そこだけ攻めていくというのでいいのかなということをちょっと感じたんです。ですから、βアミロイドのところでは頑張っていく部分と、認知症のそもそもの発生機序として、βアミロイド説以外のものにも、やはり広く目を向けて研究していくという両側面があるのかなと思いました。済みません、医者ではないんですけども、そう感じました。

○阿曾沼局長 どうですか。

○岩坪委員 中島先生がおっしゃるとおりだと思います。βアミロイドの蓄積というのは、アルツハイマーの引き金を引いていることは、まず間違いなからうというのが、例えば遺伝性のアルツハイマー病の研究等からわかってきておりますので、まずは一番確実なアップストリームのものから対策を立てようということで行われているんだと思います。

勿論、それでその後すべての細胞が死んだり、症状が出たりするところを抑えられるかどうかはわかりませぬので、今、下流の各段階についても、研究開発が行われているんだと思います。非常に重要な点だと思います。

○阿曾沼局長 西川副大臣、どうぞ。

○西川副大臣 済みません、時間いっぱいと思ってね。今のお話は、本当に医学的な話と、対応をどうするんだという話の非常に微妙な境目ということが恐らく問題なんでしょうね。

1つ新聞記事で読んで、非常に印象的だったのが、母親と娘一人の親子でずっときた中で、母親との関係が非常に悪かった親子らしいんですが、それが認知症になってしまって、正直言って重荷でどうしようもない。その中で毎日関わっていた中で、あるとき気がついて相談したら、娘さんはピアノの音楽家になっているんですが、ピアノを教えてくれたのはお母さんなんでしょう。そのことに思いをはせて、お母さんにやはり感謝という思いで、そこの1点でいいからお母さんに感謝したらどうですかとアドバイスをもらって、お母さんにそういう思いで、ありがとうと言葉に出してお母さんに言い続けたら、1週間もしたら、劇的にお母さんの対応が変わってきたというんです。お母さんが正常なときよりも、いい親子関係がつくれて、本当に私は目が覚めたという思いの随筆が載っていたんです。

まさにこの認知症対策の全てを表しているような気がして、医学的に絶対に治せる部分と、対応する側の部分で症状が変わっていくというのがすごくあるんです。だから、その辺のところを整理して議論した方がいいような気がいたします。一緒くたにして皆さんがいろいろおっしゃっても、何かちょっとという気がします。

○阿曾沼局長 どうですか。永田委員、どうぞ。

○永田委員 医療のペーパーの6ページ目の「医療が果たす役割」ということで「迅速な鑑別診断と療養」とありますが、ここは従来の医療・介護等が別々ではなくて、統合した総合方針の決定というのも非常に重要なところだと思います。

同時に、実際問題、鑑別診断が早くなればなるほど、医療はさておき、介護についての断線が起きていて、特にこれまでの介護の考え方は、やはり生活支援部分がまだ弱いために、まだまだ介護が必要ではないという誤解が生まれてしまったり、介護という定義をより広く生活支援まで含むか、あるいは療養という言葉自体を生活支援等に置き換えないと、本人も家族も周囲も含めて、まだ療養は必要ではないという誤解が起こってしまっている。これも文言的な提案の中では、整理した方がいいのではないかと思います。

例えば若年の方が診断を受けて、そのドクターに早く療養できる病院を見つけておきなさいと言われた途端に、療養ということにつながられてしまったら、うつ状態に落ち込まれて、まだまだ生活できる、自力で町を歩けるレベルなのに、療養という提案をされた途端に、もう自分は暮らせないのか、病院に行かなければだめなのかということで、非常に落ち込まれた。その方に生活支援という提案とサポートをしたら、今でも1人で外に出ていられるという状況の方がかなりおられます。

早期診断のメリットを生かすためにも、もう少し大きく療養の概念や中身を整理していくことが、今後必要だと思います。

○阿曾沼局長 朝田委員、どうぞ。

○朝田委員 今の流れの中で思ったことなんですけれども、西川副大臣がおっしゃったことに関係するんですが、BPSDは、ややもすると介護の仕方次第でどうにでもなることが、ある意味強調

され過ぎていると思います。確かにそういうことはあるんだけど、これが自分の排泄物なのか、食べ物なのかわからなくなるほど進んでしまった状態で、介護の仕方が悪いからだというのは、ある意味でナンセンスだと思います。

ややもすると、介護系、看護系の方は、やはり対応の仕方次第と言いますし、我々はどうしても、側頭葉をやられるとこうなるとか、前頭葉だとこうだという、今、おっしゃった両極端に分かれてしまって、その辺を系統的にまずアセスメントして、どの程度ウェートを置いて対応しようかというところは、まだまだおっしゃるとおりだと思います。

それとは関係するんですけども、高齢者の虐待というのが大きな問題なわけですけども、実際に虐待のほとんどの表裏をなしているのはBPSDでして、何遍も同じことを聞くとか、やってはいけないというのにまたこれをやってしまったではないかということで、虐待につながるというのは、非常にわかりやすい事実であります。

今、副大臣がおっしゃったような美談とは反対に、この間、広島だったか、整形外科に入院させたら問題行動が激しくて、病院から追い出しをくってしまった。それで衝動的に娘さんが4階だか5階からお母さんを叩き落して、亡くなられた。ある意味でこれは医療の問題でもあって嫌だと思ふんですけども、実際にそういうBPSDゆえに入院お断りというのは、ざらにある話です。そういう虐待と表裏、また医療も拒否してしまう原因というのは、ここに大きなポイントがあると思います。

更に、精神科の畑から言いますと、精神科の中には、知事の権限で強制入院させる措置入院というものがあるんですけども、その措置入院の数年前の全国集計のものでですけども、びっくりしたのは、こういう認知症の人を含めた脳障害、いわゆる器質性障害とありますが、そういう方で捕り物になって、措置入院する方が数パーセントはいらっしゃるという事実もあって、横浜市などでは、単独の事業として、そういう高齢者、認知症、BPSD用にベッドを空けてあるという話もございまして、そういうことを思いました。

もう一つ、ついでに身体合併症の問題がクローズアップされているので申しますと、これも何も高血圧や糖尿病まで入れた身体合併症ではなくて、今すぐ早目にがんの手術をしなくてとはとか、急性心筋梗塞でアップアップしているけれども、どうかしてあげよう。認知症だからといって断られては困るという、そこだけに焦点を当てれば、およそ8割方済んでしまう問題だと思ふんです。

○阿曾沼局長 かなり重篤な方だけに絞ればという意味ですか。

○朝田委員 重篤かつエマージェンシーに絞れば、そんな大変な話ではないと思います。それを最後に嫌だと言われたら、立つ瀬がないということです。

○阿曾沼局長 なかなか面白いお話になってきましたね。

遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 何となく今の議論は、患者さんの目線というのがないような気がしていて、困ったときにどこに行ったらいいのかとか、今日入院させてほしいとか、ショートステイを使いたいというときに使えないという情報の問題と受け皿の問題があると思ふんです。

ですから、私は認知症疾患医療センターの構想というのはとても大好きで、是非やってほしいと

思っているんですけども、そのときに昔の老人性痴呆疾患センターのときの1個ベッドを空けておくというのはどうなのかとか、そこで入院できるのかとか、本当に困った人はどこへ行ったらいいのか。

例えば1つは認知症疾患医療センターが地域包括支援センターと連携しているとか、地域包括支援センターに情報がきちんと置いてあるとか、そういう情報がどこにいったらきちんとあるかということ、緊急ショートステイで今日入れたいけれども、どうしたらいいのかということを整備してもらおう。それを家族や患者さんの目線で対策を立てていただくとありがたいと思っています。

○阿曾沼局長 岩坪委員、どうぞ。

○岩坪委員 今、遠藤先生がおっしゃったこととつながるかと思うんですけども、私は基礎医学の立場から、臨床のお話を全般的に聞いておまして、今1つ問題なのは、専門知識を持った認知症の医師の量的、質的な絶対的不足というのが、厳然としてあるんだと思います。

お話に出ましたように、かかりつけ医の先生方の知識、実践対策が不足している。その背後には、やはり専門医の数がなかなかいない。その教育やクオリティーも、我々は十分にとれていないということがあると思います。

日本では、歴史的に恐らく認知症の患者さんは、老年者の精神症状を得意とされる精神科の先生が担われてきたという経緯があると思いますけれども、今、これだけアルツハイマーを中心とした認知症の方が増えてまいりますと、精神科だけでは勿論診きれない。精神科以外の老年科、神経内科など、幅広くさまざまな科の先生方が診るようになったわけですけれども、そういう中でもまだ十分ではないということがあると思います。

御承知のように、老年精神医学会は、いち早く専門医制度を取り入れて、教育に乗り出されまし、そちらで精神科の先生がカバーされる面があると思いますし、認知症学会の方でも、より広く内科系の先生方も含んだ専門医をつくって、今、まさに教育体制に乗り出したところであろうと思います。

今後こういったものを充実させていって、それと同時に、先ほどの認知症疾患医療センターを含めまして、やはり全体的に医療のインフラストラクチャーというものを充実させていくことが必要なのではないか。それが後の研究、あるいは新しい治療の開発というものの実用化にもかぎになるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 このプロジェクトの1つの大きな柱は、やはり認知症の入り口の確定診断を早くやって、早期発見して、できるだけ確な対策を打つというのが1つの大きな柱だと思うんです。

そのときに、6ページにあるような迅速な鑑別診断と療養は、今、御指摘がありましたけれども、療養という言葉がいいかどうかは別として、医療と介護あるいは生活支援を含めた全体の対処方針を決定する。そのための迅速な鑑別診断をだれがどこでどのようにやるかというのが、今、国民の皆さんも困っているところだろうと思うんです。

そのところをどうすればいいのか。早さも大事だし、質もよくなければいけないという2つがあると思うんですけども、例えばアルツハイマー病の場合は、本当に器質的な疾患であるとすれば、単なる症状があるというのではなくて、器質疾患があるという前提に立って対応するというこ

とだと思っんです。確実で迅速な診断というものは、どうしたら可能になるか。1つはシステムとしてどうするかということ。もう一つは、診断基準としてどうなのかという辺りについて、御意見を聞かせていただければありがたいです。

○朝田委員 サポート医とか、ある意味で全国津々浦々という方向で動いているのは、よくわかります。だから、まずは広くやっておいて、かつスペシャリストならスペシャリストとしての機能の使い分けということになると思うんですけれども、私が内科の医者であったとしたら、やはり認知症までは、ある意味でなかなかやる気にならないと思います。糖尿病、心疾患だけで十分に食べていけるし、これ以上勉強して何するのというのも事実でございます。

これは冗談ですけれども、逆に言うと、内科の先生方にアルツハイマー病が診られるようになってほしいとか、前頭側頭型認知症を診断してほしいというのを求めているはいけないと思います。

今、この資料を見ていて思ったんですけれども、9ページに「認知症と間違えやすい状態」という表がございまして、特にこの中でも、人数とお金の無駄から言ったら、薬剤性の専門というのは圧倒的に重要だと思うんです。うつ病も勿論数多い疾患だからあれなんですけれども、薬剤性の専門というのは、こうした認知症があったり、パーキンソンがあったり、あるいは脳血管の障害があったりする方に、さまざまな面で頭に対して働きかける薬を出すわけだけでも、効果が出ずに副作用だけはしっかり出るということはざらにあります。その状態をとらえて、ぼけてしまったと言われている例が実に多い。

アメリカなどでは、かなりそういうものが最近強調されていて、ビーズの分類などといって、このような薬は困るという一覧表があって、むしろ一般医が私の出している薬は引っかかっていないだろうかと思えるようなんです。

だから、まずは先生がお出しになっている薬は大丈夫ですかとか、器質性というよりは、うつ病的なものではなからうかというところを薄く広くやっていただいた上で、スペシャリストというか、今の認知症学会とか老年精神医学会とか、そういうところの専門医の方ががちり初期かつ希少ケースまで含めて診断するという2本立てが必要だと思いました。

○阿曾沼局長 中村部長、どうぞ。

○中村部長 今、朝田先生に指摘をしていただいた9ページの資料なんですけど、これは実は、先般、熊本大学の池田先生からお話を聞きまして、事務官の私が聞いても非常にわかりやすかったので、ちょっと整理して、議論に寄与してみたらどうだろうという意味で出させていただきました。

1つは、鑑別診断の場合に、先生から御指摘いただいたように、非常に薬剤性の問題も多くて、池田先生のところに来られる2割ぐらいはそうでないというか、認知症と間違いやすい患者さんがおられるという点。

それから、この表を見ていただくと、例えばデイサービスです。脳血管認知症などでデイサービスを活用して廃用症候群を予防したり、あるいはアルツハイマーの昼夜逆転についても、デイサービスを活用して生活リズムを整えるとか、鑑別診断をした上で介護の役割につなげていくということを丁寧にやっておられるようなので、前回、地域におけるネットワークみたいな話が議論になったんですが、是非、介護と医療をうまく組み合わせて、鑑別の診断の部分から、先ほど療養という

言葉がいいかどうかという話もありましたけれども、そういう仕組みをきっちりつくっていくような流れをつくっていったらどうかということで、これを出させていただきました。

○阿曾沼局長 永田委員、どうぞ。

○永田委員 今の局長の早期に気づいて診断ということで、1つ現場で感じるのは、認知症の方の事実確認の情報が、御本人、家族からドクターに非常に届きにくい。それはどういうことが起きているのかということの、今、起きていることの表現力とか説明力が、御本人、家族から先生にはどう表現したらいいかということが伝えられないために、どうしても大変なこととか、困ったこと、そういった介護面の情報はいくんだけれども、本人がどのぐらい物忘れの事実があるとか、情報提供量が少ないために、先生方も見極めのところで苦慮されている面があると思います。

また、本当に外来の時間が短い中で、変動が大きくて、かなり多様な面からの変化が起きている情報を的確に家族、本人から先生に伝えるかということも、短時間にコンパクトに事実、経過を伝えるというのは、相当工夫が必要なところで、その点については、今、御家族向けや本人向けにシートをお渡しする。困っていらっしゃることの事実を記録して外来に持ち込むと、非常に短時間で先生に事実が伝わって、先生方もそれをカルテに張って、経過を観察していけて、経過のモニタリングにもなるということで、医療側の努力も必要ですが、本人や家族の自分たちの説明力なり、自分たちの事実をきちんと先生たちに出す力、当事者の力を高めるという面でも、今後は力を入れていく必要があるのではないかと思います。

今、センター方式というプロが使っているシートを、御家族の方で猛烈に書いている方がいらっしやいます。外来診療の短い時間に何とかわかってほしいとか、外来の3分間の姿では決してわからない1日の変動を先生に知らせたいという方たち、全ての家族ではないですが、特に若年や若い家族層を中心にして、相当情報発信力は高まっていますので、そうしたものをうまく活用すると、短時間の本当に混んでいる外来での機能を高められるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 12ページですが、結局、迅速な鑑別診断と療養方針を決定するに当たって、今後の対応に関係するのは、かかりつけ医の話とサポート医の話と認知症疾患のセンターなんですけど、その前段として、まずガイドラインの確立・普及方策とあって、今、2学会でやられていると聞いているんですけども、それはどうなんでしょうか。かなり汎用性があるといえますか、非常にレベルのそろったようなものになるのでしょうか。

○岩坪委員 私、神経医学会の方の話は聞いておりますけれども、以前、当時広島大の中村教授を中心におつくりになったものが、現在、改定をされつつある。これは神経医学会、その他の専門家の関与も経て、かなり実用性、汎用性のあるものがつくられつつある。ただ、作業がこの春に始まったところだと思いますので、今しばらくの時間がかかるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 朝田委員、どうぞ。

○朝田委員 多少補足しますと、今、岩坪先生がおっしゃったように、前回出て5、6年経ちました。5、6年経っている中で、治療法なり新薬なりがどんどん出てきている。あるいはデイケア等がいろんな意味で、行動異常はもとより感情面や認知機能にまでデイケアは効果があるということも少しずつ浸透してきている。

ですから、簡単に言うと、薬物と非薬物についてそれぞれエビデンスが出てきていますので、そういう中で、一般的な先生がごらんになったときに、どういう順番でいったらいいかみたいなものについては、だんだん用意ができてつあるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 鑑別診断という観点からではどうですか。

○朝田委員 勿論ガイドラインの一番最初の方は、鑑別診断です。

○阿曾沼局長 かなり精度が高くなっているという言い方がいいのかどうかわかりませんが、汎用性があるというか、これでかなり区別ができるというか、先ほどの9ページにあったような薬剤性のせん妄だとかうつ病だとか、他の疾患と区分して、これはアルツハイマー・ディジーズだということができるようなものかどうかというのがあると思うんです。

○朝田委員 非常に重要な観点とは思いますが、はっきり言わせて、従来の鑑別診断のフローチャートの流れの中では、最後のところで、その他こういうこともありますというランクだったと思います。

もう一つは、前頭側頭型認知症とレビー小体型というのは、比較的最近わっと広まった概念なので、つい5、6年前までの臨床試験とか治験などで扱われたものは、実はアルツハイマーとレビーとちゃんぽんになっているとか、そういうことがざらにあるので、恐らくここ数年の新たなデータを入れていかなくてはいけないというタイミングなのではないでしょうか。

○阿曾沼局長 遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 研修に関してですけれども、かかりつけ医研修というのは、今、1万何千人がやったと思うんですけれども、パワーポイント共通のテキストで勉強していただいて、底辺というか、底上げということは成功しつつあるんですが、まだまだ実績率が少ないと思っています。

ところが、東京、名古屋においては、物忘れ相談員とって、かかりつけ医研修を終えた先生のリストを医師会がインターネットで公開していて、入り口へいらっしゃいということをやっている、そこにいくと専門医を紹介したり、内科系の病院を紹介したり、精神科を紹介したりというシステムが、東京、名古屋で始まっているので、こういったシステムを広げていくとか、今までの人材育成プラスネットワークという時代に、今きているのではないかと考えています。

サポート医も、実は600人資格を取られた修了者がいるんですけれども、まだまだ少ないということが1つと、ネットワーク機能というのがまだちょっと弱いので、できたら応用的な研修ができればいいなと個人的には思っています。

専門医に関しては、学会が進めています。もともと専門医はやりたいという人がやるわけで、なかなか機会がないということもあって、専門医になりたいという人たちを集めてやるような研修もあってもいいと思います。

私が一番強調したいのは、何度も言いますが、認知症疾患医療センターの概念はとても正しい概念で、安心して医療が受けられるということは大事なんですけれども、先ほど朝田先生が言われたような、認知症の方が肺炎を起こしたとか心筋梗塞を起こしたときに、一般病院でなかなか治療が受けられない。そうすると、一般病院で医者がどう対応するか、そういう病棟を持つとか、看護の研修をどうするのかというところを、実は今年度は認知症疾患医療センターの整備でいいん

ですけれども、次年度以降 6,000 とか 5,000 ある一般総合病院で認知症をどう診るんだという研修なり、教育なりというのは、次年度以降ほしいと思っているところです。

○阿曾沼局長 認知症疾患医療センターというのは、医療体制の中核になるんだと思うんですけれども、認知症疾患医療センターに期待されている機能の中でも、どういう機能が一番肝になるといいますか、一番核になるといって、肝心なものかというところの整理が要るのではないかと思うんですけれども、その辺りについて御意見があればいただきたいと思います。要するに、認知症疾患医療センターに何を期待するか。あるいは逆に言うと何ができるか。

○朝田委員 割とこれは簡単でトライアージだと思います。トライアージすることと、ベッド情報の一元的な管理です。

○阿曾沼局長 どのベッド情報ですか。

○朝田委員 県なら県、あるいはその医療圏の情報です。それは 24 時間やっているというところで、まさか疾患医療センターがフル装備する必要はないわけですから、ワン・サポート・ショッピングの拠点として、そういう情報を常にマネージしていくということです。

○阿曾沼局長 ほかに御意見ございませんか。

勿論、介護のサイドでは、地域包括とどうつなぐかというのは次のステップになるんですけれども、そもそも地域包括の中でつなぐにしても、やはり認知症疾患医療センターの方で核がないと、どうつなぐかということになってしまう。

先ほどあったような B P S D の問題もあるだろうし、朝田先生と遠藤先生がおっしゃった話でいうと、重篤かつ緊急みたいな合併症以外はいいのではないかと。仮に重篤かつ緊急なものに対応できれば、大体それでものはわかるのというのはなるほどと思ったんですけれども、そういうものの対応というのは、逆に言えばどこでやるかです。一般病院でやるということなんですか。あるいは認知症疾患医療センターで、ある程度コントロールしながらやるということですか。

○朝田委員 民間病院であっても、歴史的にやってこられた病院というのは、数は少ないですけれども、全国で幾つか存じ上げています。

もう一つ、国レベルでは、要は政策医療として、県全体の精神科の患者さんの重篤な身体合併症を 1 つの国立病院機構、医療センターで診るという試みが続けられてきている地域も幾つかあるように思います。

○阿曾沼局長 どうですか。

○福島課長 実際に認知症疾患医療センターで B P S D そのもの、あるいは合併症も診られれば一番いいとは思いますが、実際に総合病院における精神科が、今どちらかというと縮小傾向にある中で、ここをどうするか。これは統合失調症の人も含めてなんですけれども、両方の疾病を持っている人に対応できる機能をどう持つかというところは課題がありまして、地域によって考えざるを得ないのではないかとはいえます。ただ、理想的には、そこが持てれば一番いいとは思いますが。

○阿曾沼局長 あと、B P S D に対する対応について言えば、先ほどのようなお話になるんですか。お話いただいたようないろんなケースがあるんでしょうね。

○朝田委員 もう一つだけ申し上げますと、今おっしゃったことに関係するんですが、確かに恥ず

かしいんですけども、精神科というのは、一般身体医療に関してレベルが高くない。そういう意味で、いまだに十何パーセントの精神科の入院患者さんが認知症になられたという今日の時点であっても、多くの国民は、自分の親あるいは自分が精神科で処遇されるのは嫌だという根強い偏見といますか、感想を持たれる方はいまだに多いと思います。

そうはいつでも、実際にはかなりの人数の方々を処遇できるのは、精神科のベッドしかないというのも現実でございます。そういう中で、我々が身体医療に対してレベルアップしていかなくてはならないというのと、もう一つは、鉄格子の精神病院というイメージがずっとあるわけですから、特にあそこに行くと縛られたり、おりのある部屋に入れられたりするんだというイメージがあるので、既にそういうシステムはあるわけですけども、新たなものとして、例えば一切抑制をしないでBPSDを治してみせます、入院日数が短いほど、診療報酬は左肩上がりですというシステムがあっても、精神科の先生方にはかなりのモチベーションになるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 19ページにあります認知症の専門家、特に精神保健課の立場からすると、精神病床そのものを今後どう考えるか。かなり認知症も増えてきて、なかなか受け皿がないという問題は、今後大きな問題になるのではないかとということで、そのところをどういう形で介護サイドでも対応するかということも含めて、あるいは逆に精神病床のベッド機能をどう考えるかというのは、中長期的な中で大きな問題だと思うんですけども、その辺りについて、何か御意見があればどうぞ。

○遠藤委員 長期入院した場合に、家族関係が崩れることが多いんです。ですから、私自身、老健も問題なんですけれども、やはり3か月以内に勝負すべきだし、BPSDに対しても、できたら1か月、2か月で勝負できるようなシステムというか、ガイドラインをつくるべきだと思っています。

ですから、本来認知症の人をどこで診るかといったら、国の中での流れで言えば、在宅とは言いませんけれども地域だったり、介護施設がベースで、困ったときのBPSD、困ったときの精神科というのはとても大事だと思うので、トリアージと言われた、最初困ったときは精神疾患医療センター、精神科に行くんですけども、その後の流れをきちっとつくっていくというシステムは、私はどうしてもほしいと思っています。

○阿曾沼局長 そこがなかなか大きな課題ですね。流れをつくるということと、今の病床機能の転換も含めて考えるのか、それとも受け皿を別途きちっと介護サイドでうまくつくっていく。

○遠藤委員 介護サイドで、いまや介護施設もいっぱい、部屋付きのアパートなどに展開しようとしている中で、身体拘束をしないという方向できているわけなので、病院が命を救うための身体拘束はやむを得ない。それはあると思うんですけども、やはりそういったことをしない努力も一方で必要だと思います。ですから、多量はいけないと思いますけれども、BPSDをコントロールした後、地域在宅という流れは堅持すべきだと思っています。

○阿曾沼局長 永田委員、どうぞ。

○永田委員 今、流れ図のことについてのベッドとか、どこの場ということが中心でしたけれども、流れで一番重要なのは、情報が流れるかということだと思います。特に先ほどの重篤な方、BPSDの激しい方というのは、ほとんどの方がその前に介護保険サービスとか、何らかの専門的な人がいるところで、既にたくさんの御本人の医療情報、介護情報があるのに、入院の段階でかなり切れ

てしまっているために、先ほど遠藤先生がおっしゃったように、まさに私も入院はきちんとケアをすれば1か月でかなり状況の変化を起こしていけるのに、そこで時間をとってしまうのは、入院する前の情報が本当に切れてしまっているために、またゼロからのアセスメントですとか、ケアプランもまたゼロから立ち直さなければだめで、治療というよりも、しばらくはリロケーションダメージをつくっている期間とリロケーションダメージの回復をするところに時間とお金と人手がかかっている現状があるので、是非今のシステムの中で、場所とかネットワークということと同時に、そこに情報をきちんと流す仕組みが入ったらいいのではないかと思います。

よく個人情報の問題があるから、例えば在宅のケアマネから病院に渡せないというお話もありますが、きちんと御家族に趣旨を御説明すれば、ほぼ100%の方がリロケーションダメージを防いで、早期退院に結び付けるためと御説明すれば、逆に今まで渡っていなかったのかというぐらいの意見も多いわけですので、情報を流すという仕組みづくりが不可欠ではないかと思います。

逆に入院中から在宅に戻るときに、入院中というのは24時間貴重な情報があって、在宅ではそれが断片的なために、在宅のケアや在宅での維持が難しいというのが、部分でしか入れない体制の中での困難がある。入院中の機能というのは、入院だけのものではなく、24時間のアセスメントとプランがきちんとあるものを在宅にバトンタッチするという在宅支援の機能も大きいと思いますので、それら一連を伸ばす情報の流れも是非システム化していただければと思います。

○阿曾沼局長 遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 認証ガイドラインという話と、先ほどのBPSDの治療ということで、私たちがやっていることを紹介したんですけれども、何年前かに、長寿科学のお金で、実は痴呆症のクリティカルパスというものをやっていて、現在、私どもの病院でもBPSDのクリティカルパスの試作品をつくっていて、クリティカルパスなので、どこでも出せばいいわけですが、そういうようなものがあると、比較的ほかのところでも使っていただいて、早めにどういう薬を使って、さっと帰すとか、そういうスタンダード、それは当然逸脱もあるし、いろんな薬の変容もあると思いますけれども、そういうのを提示していくのもいいかなと思います。

○阿曾沼局長 クリティカルパスというのは、ある程度できるんですか。

○遠藤委員 試作品はうちにあります。ある程度はあると思います。

それから、診断基準のパスも以前につくったことがあるので、ガイドラインというのはいろいろ定義が入るわけですが、それ以外に実用的な認知症のパスというものをやってもいいと思います。

○阿曾沼局長 ほかに何かございますか。

地域での対応をどうするかという問題が残っていますけれども、かかりつけ医の対応だとか、家族、介護サービススタッフの関与が最後の20ページ辺りにあります。

朝田委員、どうぞ。

○朝田委員 特にBPSDを中心に考えますと、病院に来られてBPSDをいかんなく発揮する人はいないわけでごさいますて、やはりこの舞台は御自宅なわけです。

実際に私の友人で認知症の専門家でありながら、往診を専らしている者がおるんですけれども、

彼などの話を聞くと実にリアルといいますか、詳細がわかる。私たちが外来で診ていると漠然としか思いませんが、先ほど出たように、対応の仕方どこが悪いというのわかります。彼の話などを聞いていますと、往診というのは、BPSD対応の中で1つのキーワードになるのではないかと思います。

もう一つは、先ほど申しましたように、薬は諸刃の剣であるというわけで、半日とか1日とか非常に短い間の中でモニターして、変化、改善あるいは悪化を診ていかななくてはいかぬ。そういうものに対する診療報酬というのは、是非考えていただきたいと思います。

○阿曾沼局長 なるほど。BPSDのところ、やはり介護にとってかなり大きな負担になるというのは、先ほどのお話や後ろの研究開発のデータにもあったんですけども、認知症のケアの中でBPSD問題というのは、極めて大きいのでしょうか。

○遠藤委員 そうだと思います。極論を言えば、BPSDに対応できる医師というのは、専門医だと思っているぐらいで、私は内科医ですけども、それでも困った人を何とかしなければいけないというところでは家族指導もあるし、薬の使い方もある。私たちが手に負えないときには精神科にお願いしているんです。いい加減なデータですけども、恐らく5%か10%ぐらいの方は、精神科にお願いしなければいかぬと思います。

○阿曾沼局長 永田委員、どうぞ。

○永田委員 今まででやはり一番大きな問題は、BPSDが出てからの後追いつけのモデルが大きな課題なのではないかと思います。

先ほど朝田先生が言われたように、すべてがケアで解決できるわけではありませんけれども、むしろ認知症が発症してからのきちんとした生活支援やケアがあることで、先ほどの図のように、そもそもBPSDの発現を防げる群がかなりある。それでケアをしっかりとやっても防げないところを、きちんと専門医療で診ていくという、後追いつけではなく、どうやって出さないでも済むのかというところのアセスメントやケアマネジメント力をこれからケアチームで高めていくことが、効果があるのではないかと思います。

今、先駆的な在宅あるいはケア現場の中では、ケアチームがしっかりとすると、そもそもBPSDを出さないで療養されている。一部その中で出たところを専門医療できちんと服薬調整を得ながら対応していく。そういう形が少しずつ浸透しつつあると思いますけれども、問題を出してから、そこに過大な労力とコストと人手を投入するよりも、発症予防ではないですけども、BPSDのそうした面の発現予防ということにも、今後は力を入れていく必要があるのではないかと思います。

それは特別なことよりも、今、やられ始めている人材育成ですとか、アセスメント、ケアプランの強化みたいなところで、きちんとその部分が強化されれば、これは経年的にもそうした成果が確認できていくのではないかと思います。

○阿曾沼局長 ほかに医療の関係で何かございますか。

研究開発の方とも関連するので、研究開発も含めてお願いします。特に研究開発については、2ページ目にアルツハイマー病について言うと、発症予防と実態把握、診断技術の向上、治療方法の開発、発症後の適切なケアの提供と5つのステージで一応問題提起をしているんですけども、先

ほどの議論ともオーバーラップしていても全然構わないですけれども、順番に発症予防なり実態把握のところ、もし御意見があればお願いします。

むしろ、疫学的なアプローチなり、あるいは実態把握については、行政としても、また医療機関なりいろんな関係機関と協力してやらなければいけないと思いますけれども、まず発症予防なり実態把握のところ御意見があれば、お聞かせ願えればと思います。

○朝田委員 こうした疫学的な研究というのは、何千名あるいは場合によっては何万人の単位で参加して、最低5年間は追わないと、しっかりした結果は出てこないというのが常でございます。運動がいか、栄養、睡眠、いろんなものがあると言われるんですけれども、残念ながら、ある時点でたくさん運動していた者は余りばけなかったという話であって、積極的に運動をさせたら、積極的に栄養を採ったら本当に違うのかみたいなものは、ほとんどデータがございません。

もう一つの問題は、どれが効いてもいいんですけれども、岩坪先生が後からおっしゃると思うんですが、研究なり創薬が進んでいる以上、それによるというわけでもないんですけれども、やはりアミロイドというものを最重視して、本当に運動したらアミロイドはたまらないのか、オリゴマーが出てこないのかみたいなことはやっておかないと、従来の疫学というレベルにとどまっていたらいけない。極端にいうと、介入する人は、年に1回アミロイドイメージングをやりましょうぐらいのエビデンスのある介入が求められてきている。

今のところ、一番ある意味で格好いいのは、遺伝子とかそういうレベルですけれども、遺伝子は変えられるものではないんだから、変えられるというところでいいですと、今、申し上げたような、これと似たものに対しては、とことんアミロイドイメージングまでやってみるみたいなスタンスは必要だと思います。

○阿曾沼局長 研究の方法論についても、同じやり方でも、もう少し洗練していかなければいけないということなんですかね。

○岩坪委員 朝田先生は、非常に際立った形で言っていたと思うんですが、実際の研究レベルでは、動物実験で環境を抑止してあるエンバイロメンタル・エンリッチメントということで、実験動物のアミロイドの蓄積が抑制されたというデータも数年来出ておりますから、人で全部やるのは大変ではありますけれども、なるべく客観的、科学的な検証方法というのを併用しながらやっていくことが望ましいのではないかと思います。できると思います。

○遠藤委員 岩坪先生に聞きたいんですが、アミロイドイメージングができる場所は、今、5か所ぐらいですか。

○岩坪委員 昨日もADNI関係の会議がございまして、そこで伺ったところでは、既に8か所ぐらいで人の臨床が動いている。J-ADNIが動き出しますと、11か所ぐらいではできるようになるだろう。更に広がっていくのではないかと考えております。

○遠藤委員 当面は、J-ADNIが1本やりというか、そこでいくんですね。

○岩坪委員 それ以外にも、もう既に一般臨床でおやりになっているところがありますから、やはり柱になっていきますのは、こういう臨床研究の中でということになると思います。

○遠藤委員 そのときのお金はどうされるんですか。J-ADNIはお金が出るとして、施設ごと

にお金を取ってくるということですか。

○岩坪委員 これはまだ保険で認められたものでもございませんので、研究としてその施設で行われることになります。

○阿曾沼局長 今のJ-ADNIなんですけれども、一応オールジャパンで一生懸命やっていて、海外と伍してやろうということで何とかやっているわけなんですけれども、これは先行き、見通しがあるものなんでしょうか。

○岩坪委員 これは先ほど鈴木課長に見事におまとめいただいたとおりなんですけれども、結局、振り返ってみますと、基礎研究の成果がいろいろ出てきて、それが今、疾患の克服、メカニズムに根差した根本治療薬開発を何とか達成しなければいけない。そこまでいっている中で、治療薬の効果を客観的に評価する方法をつくらうということで、アメリカでも始まったものがございます。

日本でも朝田先生あるいは遠藤先生の施設などにも非常に協力をいただいて、今、全国35施設、大体こういった客観指標を厳密に適用できるような力を持った施設には全て関係していただいて、研究が始まる所です。恐らくほとんど下準備が整ってまいりましたので、今月中には、早い施設から被験者の方が正式に検査を始められるところまでできております。

○阿曾沼局長 その中身は、画像診断やバイオマーカーですか。

○岩坪委員 そうです。11ページにあるものが全てです。画像のみならず、カウンターパートである臨床評価も非常に重要でございまして、こちらもかなり分厚く、どういった検査を使っていけば本当に客観的にその症状が評価できるのか、それも試されています。ここについては、朝田先生も非常に御尽力になっております。

○阿曾沼局長 我々も非常に侵襲性が少なく、できるだけ早く確定診断ができるバイオマーカーが開発されたり、あるいは今の画像診断も非常に精度が上がれば、確定診断の技術も変わってくるでしょうし、それがまた医療界の中にも、かなり関心というか、先生方もかなり変わってくるのではないかと考えているので、できるだけ侵襲性のない、あるいは精度の高い診断技術を確立するのは、1つのブレイクスルーになるのではないかなと思っています。そういう意味では、もう少しこの拠点を増やしていくということですか。

○岩坪委員 拠点は増やしたいところでもございますし、今は厚労省あるいは経産省、NEDO、民間といったところからのコントリビューションで何とかぎりぎりいっぱい規模で始めているところですので、これはやはり厚労省に力強く後押しをしていただくべきmatterだと思いますので、是非ともそれを高めていただきたいと思います。

○阿曾沼局長 お金の問題ですか。ほかに何の問題がありますか。

○岩坪委員 お金の問題も勿論ございましょうし、先ほども言いましたようなインフラストラクチャーです。これは治験を行うことと同じことになるんですけれども、例えば米国でございまして、企業あるいは医師主導治験のコーディネーションのシステムとして、カリフォルニア大学のサンディエゴ校には、ADCS-ADL、アルツハイマー病共同研究/日常生活動作というものがございますけれども、こういったところは非常に経験を積んだコーディネーターあるいはデータセンターがあって、全ての治験が非常によくコントロールされて動くというのがあるわけなんですけれども、日本

は今後そういうシステムをつくっていかねばいけないし、医療の問題とも密接に絡むと思います。人的あるいはシステムのインフラというのをしっかりつくっていく。あるいは先ほど申した心理の評価法もございますし、あるいは脳イメージングの評価法もある。そういったものを日本で一気に確立をしていかないと、遅れをとるのではないかということです。

○阿曾沼局長 私どもはJ-ADNIにもっと力をわっと入れて進めていいのであれば、ここを1つの大きなキーとして、お金の問題、体制、インフラの問題、システムの問題、ネットワークの問題を含めてやるということだと思っておりますけれども、これはこれでこのままぐっといけということなんですか。やるべきだということですか。

○岩坪委員 やっている立場では、是非いけると思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。それから、治療に関して16ページにまさに具体的な治療薬とか治験薬を含めておまとめいただいているんですけれども、これが現状を表していると思ひます。

1つには、国外でアミロイドβに対するものが初期に多くなっていますけれども、セクレターゼ阻害剤というのと、一番多く出ているのは抗体療法、免疫療法です。これが既に効果を判定するための第Ⅱ相、第Ⅲ相試験が米国中心に相当動いています。

日本では、現在の公式には、ワイス、エラン社の第Ⅰ相試験AAB-001というものが行われているのみでございますけれども、これはもう公表されている情報ですが、本年度、LYというものは、多分イーライ・リリー社でございますけれども、このセクレターゼ、抗体、ワイス、エラン社のもの、あるいはPFというものはファイザーだと思ひますが、こういったものが一気に第Ⅱ相以降の臨床試験が日本で始まる。そういうトレンドになってきているわけです。ですから、米国に比べると、ざっというと3年ぐらい遅れているのが、一気に追いつかなければいけないという状況になっている。

ただ、日本ではキャパシティが不足しているということはあるんだと思ひます。施設の数あるいは診られる患者さんの数、リソースというものが不足している。それをJ-ADNIなどもやりながら、治験の方も徐々に始まる、そこをカバーしていかねばいけない。非常に押せ押せの状況でございますけれども、一気に待たなしの状況まで来てしまったというのが実感です。

○阿曾沼局長 この辺はつくってもらったんですけれども、全部アメリカばかりでどうなのか。寂しいと思つたんですが、今お話を聞いていると、第Ⅱ相がようやく日本でも始まるというのであれば、いわゆる治験が進まない。日本の場合いろんな問題があるわけですが、特にアルツハイマーの場合に、もう少し被験者の確保ができるような仕組みを考えていくことも大事なことだと思ひます。

○遠藤委員 治験ができる専門医は、多分日本で100か所にいかないと思ひます。いろんな薬があるし、みんな集中しているので後回しになったりして、1つの薬の治験が終わるのに3年程度かかっている、それから治験の審査に2、3年かかる。

一部の薬は重点項目にさせていただくと1年で審査していただけるというシステムなんですけれども、せめて重点の項目を増やしていただいて、審査が1年以内に終わるようなシステムがほしいということがあるし、それから、治験のシステムをやはりどこかで強化していただきたい。コーデ

イネートする人を常勤化するとか、治験のシステムは今どうしても必要だと思っています。

○阿曾沼局長 あらゆる薬全般に言えることなんですけれども、ただ、認知症は認知症で、例えば施設の社会的要請があれば、例えば長寿センターで全国の治験情報、あるいは被験者の情報を集めてやるとかしています。

○遠藤委員 先ほど認知症情報室をつくりたいと出しているんですけども、うちがまとめてすべての情報をいつも出せる。そういうシステムがあるといいと思っています。別にうちでなくてもいいんですけども、やはり中核となるものがないとなかなか難しいんだろうと思っています。

○朝田委員 今のことに関係するんですけども、岩坪先生に触れていただいたように、MRIとかPETとかあるいは生化学的なマーカー以外に、そうしたテストなどもたくさんあるわけです。

最近、私どもが聞きますところでは、アメリカを中心に欧米が精度として価値の高いものはもとよりテストに至るまで著作権を取って、これから日本で使うときにお金を出しなさいというシステムになって、先にこういうパテントを取ってしまった人が勝ちみたいな競争が非常に激化しています。そういう中で、科学立国あるいは日本発の情報を考えたら、先ほど遠藤先生がおっしゃったようなセンダイウイルスとか、アデノ随伴ウイルスベクターなどを使った、やはり日本独自のオリジナルのものでございますので、是非こういうものは力強く宣伝していただきたいと思うことが1つ。

もう一つは、うかうかしているとどんどん諸外国に貢ぐだけの結果になってしまう中で、そういうものの著作権といいますか、パテントというか、そのようなものをある程度厚労省の音頭取りで、どのようなものがあって、どういうものを先に手をつけておかなければいけないのか。最近、私も関与しているんですが、まるっきり素人で、本当に右も左もわからない状況です。なので、是非これは行政のレベルである程度道筋なりを明らかにしてもらおうと、今後ADNIを始めとしてさまざまな臨床研究、治験というものが推進する1つの起爆剤にはなると思います。

○遠藤委員 治験に関してもう一点ですけども、今、治験はやはりメーカー主導なので、もうかるとかもうからないなどで決められているところがあるんですが、国がこれは必要だと委員会をつくって判断して、日本発とか早急にやるべきだということを委員会で判断して、治験もそれに集中する。J-ADNIがせっかく動いているわけですけども、実は薬がなければJ-ADNIが動いても、全然意味がないんです。診断だけしてアルツハイマー病ですと言われて、薬はありませんというのはもう待ち切れません。患者は自殺する可能性があるわけです。ですから、やはり薬があるということが大前提なので、ワクチンにしる、こういうセクラーターゼ・インヒビターにしる、両輪がないといけないと思うので、今、治験が日本は遅れているという状況だと思っています。

○阿曾沼局長 薬の優先順位をどうつけるかというのは、なかなか難しい問題で、あらゆる薬が重要ではないかという話になってしまうんです。抗がん剤も心筋梗塞の予防剤もということになってしまうので、そこは難しいんですが、ただ、国として優先順位をつけるというのは率直に言って難しいんだと思いますけれども、ただ、インフラとして、要するにこの分野のリソースをできるだけ終結するといいますか、効率よく集めるといいますか、そういうことはやることのできるんだと思います。

それから、今おっしゃったパテントの問題は極めて重要だと思っていまして、日本はそういう意

味でのスペシャリストが少ないんです。そこは人材が少ないものですから、正直言って、省内でもパテントに詳しい者がいるかということ、恥ずかしながら余り多くないということで、やはりその辺も含めて考え直さないといけないと思います。

○遠藤委員 個人的には、国がやらなくても医薬品機構は独法化したわけなので、そういうところでアルツハイマー対策中心の治験、検討部門などでやっていただいて、そこに学識経験者が入って優先順位をつけられればいけるのではないかと勝手に思っています。

○阿曾沼局長 審査する側なものですから、どれを優先にするかというのは難しいので、逆にもう少し学会、J-ADNIみたいな形のところをオープンにして、どうするかということではないかという気がします。

○鈴木課長 質問よろしいでしょうか。岩坪先生にお伺いしたいんですけれども、16ページにいろんな物質について表があります。先ほど先生がおっしゃった治験の中でも、製薬会社、それもある程度以上の規模の製薬会社がつくろうとしているものについては、ファイナンスの問題は余りないわけです。その会社で治験が行われるということですが、日本でもようやく幾つか医師主導の治験というものが、今、始まってきていますけれども、ここにある、特に国外でⅠ相、Ⅱ相、Ⅲ相にいつているような薬の中、特にアセチルコリンエステラーゼ阻害剤ではなくて、もう少し根治的な治療のメカニズムの薬の中で、やはりバックに大きな製薬会社が付いているわけではなくて、例えばベンチャーとか研究者の方がまだやられていて、医師主導というシステムで少し支えてあげなければいけないようなものは、かなり数があるということでしょうか。それとも製薬会社がやっておられるのがかなり多いということでしょうか。そこだけお伺いしたいのです。

○岩坪委員 現実にこの表の中にあるものは、みんなかなり巨大なグローバルファーマが行っているものが多いかと思えます。

ただ、例えば一番先をいっています AAB-001 は、言わばベンチャーが大きくなったものです。エラン社、小さな製薬会社でアルツハイマーに特化したところでございますけれども、ここがこういう免疫療法というものを初めて 99 年につくった。これにワイス社、大きな制約会社が臨床開発をするために提携をして、それで世界治験を行うとなっておりますので、やはり種、芽のところは非常に小規模だけれども、先鋭的な研究グループによって種がつくられたというものはこの中に多いと思います。ただ、実行はグローバル企業の規模でないと、アルツハイマーの治験はなかなかできないと言われております。

○阿曾沼局長 上田さん、どうですか。何かありますか。

○上田技術総括審議官 私の方は、実は省内でこの資料をもらって査定をする側でもあり、かつこれを総合科学技術会議に持って行って査定を受けて予算を獲得するという立場なので、拝見いたしまして、最初の 2 ページの絵は随分よくできていると思っています。それから、全体の資料も非常に説得力がある資料だと思っています。

まず 1 つは、原局におかれて、これをもう少しうまくアレンジしてもらって、ただ、最後の 25 ページの資料だけ何か頼りないので、もう少ししっかりやっていただきたい。あとは非常に構成もよくできているので、関心も高いということで、私どもと一緒に財務当局なり総合科学技術

会議によく説明をして、予算の獲得に努力をしたいと思っています。

○阿曾沼局長 どうぞ。

○永田委員 今の 25 ページですけれども、先ほど来、先端科学のところの研究は非常にこれからの光になって重要なところだと思いますけれども、今回のプロジェクトの医療と生活の質ということになりますと、先ほど西川副大臣が言われたように、200 万人程度おられる待たなしの方たちに、いち早く既に開発されている医療面、介護面のある技術が当事者のところに届くかという仕組みづくりが本当に急務だと思います。

そうした面で、先ほど来、情報の流れなども何度もお伝えいたしましたけれども、25 ページ目の「発症後の対応」の科学的・客観的な技法の開発というのは、今、本当に急務のところですが、単発的な技法というよりも、当事者に併せて、どうそれらの技法がシステムとして流れるかというようなシステム開発のところ、具体的には認知症の方のアセスメント、ケアプランの強化のところだと思います。ケアマネジメントがどう予防段階からターミナルまできちんとシステムとして機能するかのところだと思います。

これは実際にもうあるようできて、実は国がやるべきこととしては、先端のものもあると思いますが、開発されているものがどう当事者に届くかの応用科学の部分、応用科学研究が今まで非常に弱いために、すごく先端のいいものはあるけれども、当事者のところに届いていない。どうしても応用段階になると、事業者や自治体にそのまま下ろされてしまい、それぞれの科学的エビデンスを持ったものを、当事者にシステムとしてどう適用できるかというところまでの取組みは非常に厳しいわけですので、先からターミナルまで、前のページにあった統合的、総合的なシステムづくりというのは、研究レベルでは是非取り組んでいく必要があるのではないかと。

そうすると、先ほどのリロケーションダメージの予防の医療面、介護面のコストがどう違うかとか、そうした体系的なデータも取れていくと思います。

○阿曾沼局長 どうぞ。

○遠藤委員 今の永田さんの追加なんですけれども、地域包括支援センターは 3,800 ぐらいあって、その中に家族の相談支援事業が入っているんですが、実際には余りやられていないところがあって、来年度以降、強化していただきたい分野で、実は名古屋市市の市役所が家族支援プログラムというものをやって、今年度 500 人ぐらい家族を集めて 6 回で教育したりするんです。すごく効果を上げています。

別にそれだけではないんですけれども、そういうものを全国の地域包括できちっとやられるような制度、家族を支える、人と人というか、顔が見える関係性をつくるというのは、地域包括の役割だと思っているので、3 人いるどなたでもいいんですけれども、是非そういうモデル的なシステムを全国に広げていただくといいと思っているところです。

○阿曾沼局長 あと 15 分ぐらいしかないんですけれども、今回このプロジェクトを立ち上げた 1 つの大きな理由は、他の省、文科省や経産省とのコンソーシアムもできるだけ強化したいという意思が契機にあるのと、もう一つは実態把握なんです。要は医療のサイド、特に精神病や精神疾患、精神病院などのサイドでの認知症のお話と、要介護認定をする中で認知症の自立度ということで認

知症と言われる人たちとは、それぞれ統計もばらばらだし、推計もばらばらだという実態があって、これは鑑別診断とも絡むんですけども、認知症という概念なり医学的な疾患概念が、本当にどこまで完結しているのかがはっきりしていないところもありまして、そこら辺ももう一回きちっとしたい。外部のサイドからすると、認知症障害機能を呈している人とか、認知症症状を呈しているような人まで入っている感じもするものですから、一度そこはある意味での実態把握というものを、同じスケールで、同じ物差しで実態がどうなっているかというのを医療から介護全般に至る調査なり何かをする必要があるのではないかと個人的には思っています。

ただ、それをやるに当たっては、かなり時間もかかるし、関係機関の協力なり、あるいは専門の先生方の協力が必要だと思っているんですけども、そういう実態把握をもう一回この時点で根底からやり直すということについては、どういうふうにお考えでしょうか。

○朝田委員 現在、幾つかこうした認知症の有病率、あるいは2050年ぐらいまでにかけての我が国における高齢化が進んでいく割合等、それに伴う認知症の予測される患者さんの総数などが出ているんですけども、ある意味で、確かに今おっしゃったことを聞いていまして、何を根拠にこういうものを出したんだろうかと思われるところが1つございます。

それと局長がおっしゃったように、認知症とは何なんだというとならえ方は、我々が思うこんなものまで入れてしまうのかという厳しいとならえ方と、本当にひどくなって、どうにもならないから手を挙げたような状態で認知症ととらえるものとは、恐らく1人の人間で言えば4年、5年のギャップがあると思います。75歳から4年、5年といたら、まさに一番患者さんが増えるところですので、高齢者社会が進みつつある今日の中、4、5年のギャップの中でどのようなことが起こっているのかというのは、物すごくダイナミックな現象なので、かなり精緻な網をかけて、ある意味で地域を選んで本当に悉皆調査をやるんだ。90%は絶対死守だくらいのをやらないと、今おっしゃったような意味での正確な数字を出すのは、なかなか難しいのではないかと思います。

○阿曾沼局長 永田さん、何か御意見どうですか。

○永田委員 まさに定義の問題で、鑑別診断がついた医学的に認知症ということが確定することの有病率の把握という問題と、現状ではなかなか鑑別診断に届かなかつたり、でも、現象的には認知症様状態のために、本人も家族も近隣等も含めて大問題になっている状態も実際問題としてあるので、それが、多分、今、先生がおっしゃった困難ケースまで、専門医から見ると認知症なのかというくくりに入っている困難だと思います。

1つは朝田先生が言われたように、本当の意味での有病率を把握する仕組みの確立があると思いますが、大塚先生が開発されたときのような認知症自立度のスケールが、1つは診断まではなかなか行き着かないけれども、今、現状待ったなしの状態にどう対応するのかを医療、福祉でとらえていくために、診断はついていないけれども、支援が必要な人たちはたくさんおられるわけで、支援対象者として数は常にモニターしていかないと、現状の地域包括やケアマネジャーさん等の対応量とのギャップが非常に出てしまうのではないかと思います。

わかりにくいとは思いますが、有病率まで正確ではないですけども、待ったなしの現状に適切に対応していくためには、認知症の自立度は非常にぶれはあるにしても、現状では1つの指標で

あり、残念ながら介護保険の認定調査のときのデータをうまく生かせば、自治体でかなりの数、自立度を生かしての把握とレベル別の分析など、どこにその人たちがいるかで随分自治体格差があるとか、統計的な分析や計画に向けての基本材料にはなっていくと思います。

今、約4分の1の自治体は、全く介護統計も出されていない状況だと思いますので、すぐできることとして、まず第一段階としては、そうした認知症様状態の自立度等をつくって、あらあら把握しながら、できるだけ早急に有病率を正確につかむような統計の在り方を考えていく2側面が必要ではないかと思います。

○阿曾沼局長 どうぞ。

○中島委員 実態把握のときに是非生活形態といいますか、一人暮らしとか夫婦のみとか、その辺りも絡めて調べていただきたいと思います。

私が最近接したケースで多いのは、一人暮らしで、ケアマネジャーにはできますと言うので、要支援1ぐらいしかもらえないんですけども、どう見ても、これは一人暮らしでは危ないという人が結構います。なおかつ、老人ホームや病院には絶対に行かないということで、グループホームをどうかと言っても、それも絶対に嫌だ。一人暮らしで自分の家に住み続けたいという、はたから見れば相当危ない方が結構おられます。そういう方はどうしたらいいのか。

先ほどのお話を伺っていて、BPSD問題で入院させる。それをいかに早く切り上げるかというわけですけども、その人たちをぱっと頭に思い浮かべたら、絶対に行かないと言うだろうと思って、そういう人を無理やり強引に連れて行くのがいいことなのかどうなのか。そのまま在宅に置いておくのは、火の不始末などが危ないということがありまして、実態把握といった場合、御家族がいる方もですけども、一人暮らしの方で、どれくらい危ない方がおられるのかということも正確に把握していただければありがたいと思います。

○阿曾沼局長 どうぞ。

○岩坪委員 まさにおっしゃるとおりで、ライフスタイル・サーベイを系統的に広範にやることは非常に重要だと思います。

私どもは先ほどのADNIの関係での知識になりますけれども、オーストラリアのADNIというのは、まさにオーストラリアが国を挙げてやりましたライフスタイルの研究の一部を画像等に特化したもので、実際には1,000例規模の非常に緻密なライフスタイルの現状把握が行われていて、そういったことが実態把握の上では非常に重要ではないかと思います。

それから、局長が言われたもう一つの点で、省庁間の連携についてもコメントをさせていただければありがたいです。24ページに図がありまして、厚労省、経産省、文科省、関連の各省庁がそれぞれのニーズのあるところを重点的に支援していただくことは、非常に重要だと思います。

2年前に金澤一郎先生と『Nature Medicine』という雑誌の求めに応じまして、日本の認知症、アルツハイマーの研究費がどのくらいどういうところへ出ているのかという調査をやったことがございます。アメリカと比較してびっくりしたんですが、アメリカは総額がおおよそ700億円。日本では全部合算しますと、十数億円。2%にしかないという数字になって、公表をためらったんですけども、現実にはやはり10倍以上の開きがあることは間違いのないと思います。

先ほどから私どもが話題にいたしますADNIのスタディー、J-ADNIのスタディーは非常に規模が大きいものですので、いろんな経緯がございまして、経済産業省のNEDOのトランスレーショナルリサーチというものに大きく依存しておるわけですが、現在、経産省も製薬産業の振興ということで、認知症の問題には非常に興味を持っていただいて採択をされたという現状がございまして。

ただ、先ほども申しましたように、やはり方向性や全体の主導というのは、厚労省のmatterであって、協力関係が非常に必要だということは経産省側も重視しているので、この3つの省庁に限らず、関係の省庁間での認知症に関する意見の交換を是非密にさせていただいて、場合によっては、縦割りではなく、この部分の担当ということは抜きにして、それぞれが力を合わせてプロジェクトをやっていただくということを、是非とも強力に推進していただきたいと思っています。

○阿曾沼局長 アメリカと比べて1けた、下手をすると2けたぐらい違うのではないかという規模だということはよくわかっているので、私どもとしても何とか関係省庁で協力して、共通のプラットフォームの下にもっと頑張りたいと思っています。

今のJ-ADNIの振興ということで、それを核にしてやるというのであれば、それを核にしてやっていくということではないかと思えます。そこは努力をしていきたいと思っています。

ほかに何かございますか。

今回は6月30日の朝9時半からやって、一応6月末になりますので、今までの御議論を整理しまして論点をとりまとめて、当面できることについては来年の概算要求に載せる、あるいは次回の診療報酬改定なり介護報酬改定も視野に入れて対応する。あるいは研究費なり、他省との関係がありますけれども、できるだけ国家プロジェクトに近い形に持ち上げることも視野に入れて、いろいろと努力をしたいと思えます。

あと1、2分ございますけれども、何か御意見ございますか。どうぞ。

○中村部長 先ほど永田委員が情報の流れという話をされたんですが、それに関連して、内閣府で個人情報問題を担当していた経験がありますので、ちょっとコメントさせていただきます。

やはり個人情報保護法が施行されて、過剰反応ということも言われておるんですが、個人情報保護法の仕組みは、各省庁でそれぞれガイドラインをつくって対応するという部分もあります。最近、内閣全体の基本方針というものも、個人情報保護法についてできるだけ情報の有用性に配慮した形で使うという改正もたしかされたはずなので、もう一度、福祉、医療分野の個人情報の取扱いについて、有用性の点にも着目して取り扱ったらいいのではないかと思います。

それから、前回も少しネットワークのお話、子どもの虐待の問題で法制化しているという話をしましたけれども、法制化の最大の理由は、虐待の問題については、家庭の中にどうしても入っていかざるを得ないので、関係者、守秘義務のかかっておられる方もおられますけれども、そうでない方も参加されるので、地域のネットワークの中で、どうしても個人情報を守るために参加者に守秘義務をかけるために法制化した面と、あとはネットワークをどうしても継続化させるためには、事務局をしっかりとさせる。2つの目的で実行したんですが、そういう意味で、ネットワークをつくる上でも個人情報等にしっかりと配慮することが大事だということがあります。

○阿曾沼局長 次回はとりあえずのところでもとめたいと思いますので、それまでにいろんな御意見がございましたら、寄せていただきたいと思いますし、すぐやるべきこと、中期的にこういうものをやるべきだ、あるいは長期的に考えるべきだという問題提起でも結構ですから、事務局に事前にお知らせいただければ、ある程度事務局で整理をいたしまして、次回の議論までに供したいと思います。

それでは、今日は大変お忙しいところ、どうもありがとうございました。次回6月30日の9時半からでございますので、よろしく願い申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。