

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もわかります。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、極めて大きいんでしょうか。

○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はいけない。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ますと、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が、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のでしょうか。

○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います。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います。

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というのはファイザーだと思っておりますが、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、ざっと言うと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います。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なければいけない。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。寂しいと思ったんですが、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います。

○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います。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いて、1つの薬の治験が終わるのに3年程度かかっていて、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れども、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れども、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れども、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れども、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れども、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ない。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 제약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ますところなんです。

○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%にしかなら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もので、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もので、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。