

第 1 5 回

東京都認知症対策推進会議

認知症医療部会

会 議 録

平成 3 0 年 2 月 1 4 日
東京都福祉保健局

(午後 7時02分 開会)

○上野課長 皆様、大変お待たせをいたしました。また、入庁管理の手續に不備がございまして大変申しわけありません。定刻を過ぎましたので、ただいまより第15回東京都認知症対策医療部会を開催させていただきます。

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

私は、本日事務局を務めます、東京都福祉保健局高齢社会対策部認知症対策担当課長の上野でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。以後、着座にてご説明させていただきます。

本医療部会についてでございますが、平成24年度に設置をし、認知症疾患医療センターの整備を中心とした認知症医療体制についてご検討いただいていたところでございます。認知症疾患医療センターの整備につきましては概ね終了しましたことから、本年度をもちまして、本部会については閉じさせていただくことを予定しております。

本日、本部会の取りまとめとして、東京都認知症疾患医療センターのあり方について委員の皆様からご意見を賜りたいと考えておりますので、よろしくお願ひいたします。

まず、委員の出欠状況についてご報告をさせていただきます。本日は西多摩保健所長の渡部委員が所用により欠席をさせていただいております。また、西東京市健康福祉部高齢者支援課長の横山委員が所用によりご欠席となっております。代理として、西東京市健康福祉部高齢者支援課副主幹の八矢様にご出席をいただいております。

事務局からは以上でございます。今後の進行につきましては繁田部会長にお願いをしたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○繁田部会長 お忙しいところ、委員の皆様、お集まりいただきまして、ありがとうございます。本日は、報告事項が1件と、議事が1件でございます。今ほど事務局から説明がありましたけれども、医療部会は今回が最終回ということで、活発な議論を本日もいただけたらと思ひます。

それでは、まず、本日の配付資料の確認を事務局からお願ひいたします。

○上野課長 配付資料の確認をさせていただきます。資料は1から11まででございます。次第に記載をさせていただいております。また、参考資料として1から8まででございます。また、資料の別添で、認知症とともに暮らせる社会に向けたケアモデル事業報告会のチラシをおつけしております。お手元の資料に漏れがある場合は事務局がお持ちいたしますので、挙手等でお知らせいただければと思ひます。

○繁田部会長 それではまず、本日の報告事項である、都の認知症施策について、事務局よりご報告をお願ひいたします。

○上野課長 それでは、ご報告をさせていただきます。資料は3から9まででございます。まず、資料の3でございますけれども、前回の医療部会の主なご意見を記載させていただいております。認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業について、

それから認知症疾患医療センターに期待をされる機能について、また、認知症のアウトリーチチームについてご意見を賜りました。こちらについては後ほどご確認いただければと思います。

資料4についてでございます。平成30年度における東京都の認知症施策（案）ということで、来年度の都の主な取り組みについて記載をさせていただいております。この中で新規の事業、また拡充事業について、かいつまんでご説明させていただきたいと思っております。

まず、都における施策の方向性ですけれども、都内における認知症高齢者の方の数は、平成37年には約56万人に達すると見込まれております。そのため新オレンジプランの考え方等も踏まえまして、認知症の方とご家族が地域で安心して生活できるよう、認知症の容態に応じて適切な医療・介護・生活支援等を受けられる体制の整備を進めてまいります。

平成30年度における認知症施策でございますけれども、認知症高齢者グループホームの整備とあわせまして、平成30年度予算額34億円を計上しております。

左側の下、認知症の容態に応じた適時・適切な支援の提供ということで、認知症疾患医療センターの運営でございますけれども、こちらは53カ所分、6億4,500万円を計上しております。

基本的な機能等については変更の予定はございませんが、平成30年4月から、全ての区市町村で認知症初期集中支援チームが配置されるということから、認知症初期集中支援チームの活動支援等を実施してまいりたいと考えております。

また、その下、島しょ地域の認知症医療従事者に対する相談支援体制の整備でございますけれども、資料5をごらんいただけますでしょうか。

次の、認知症の人と家族を支える人材の育成、認知症支援推進センターの運営とも関連する事項でございますけれども、東京都健康長寿医療センターに設置をしております認知症支援推進センターにつきましては、平成27年度から事業を実施しておりますけれども、認知症ケアに携わる医療専門職の認知症対応力向上の支援拠点としまして、平成30年度からは、新たな取組として、認知症地域対応力向上研修ということで、認知症初期集中支援チーム員や、認知症支援コーディネーター等のスキルアップの研修を実施してまいります。

また、区市町村における認知症多職種協働研修の講師の養成ということで、これまで地域拠点型認知症疾患医療センターでも多職種協働研修を実施してまいりましたけれども、区市町村のほうでも、この多職種協働研修の実施が進むように、講師役を養成していく予定としております。

また、認知症疾患医療センターの整備がなかなか難しい島しょ地域におきましては、島しょ地域の医療従事者に対しまして、島しょ地域認知症医療サポート事業ということで、右側の図にございますとおり、認知症支援推進センターに配置されます認知症専門

医が島しょ地域の認知症初期集中支援チーム員の医師等に対しまして、web会議等の仕組みを使って専門的助言を実施してまいります。

具体的には、このBのパターンが対象になる自治体が多いと思えますけれども、サポート医が不在の場合、認知症支援推進センターの専門医が認知症サポート医としてチームに参加し、必要な助言等を行っていくという事業を予定しております。

続きまして、資料4に戻っていただきまして、右側、認知症の人とともに暮らす地域あんしん事業ということで新規事業を予定しております。

東京都健康長寿医療センター、東京都医学総合研究所と協働しまして、認知症とともに暮らす地域づくりや「日本版BPSDケアプログラム」の普及に取り組んでいくということでございますけれども、資料6と参考資料7をごらんいただけますでしょうか。

まず、参考資料7でございますけれども、平成28年度から2カ年、東京都の研究機関であります東京都健康長寿医療センター研究所、また東京都医学総合研究所に委託をいたしまして、認知症になっても地域で暮らせるモデルづくりやBPSD（行動・心理症状）の軽減に向けた支援手法の開発を行ってまいりました。

左側の、認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業につきましては、前回の医療部会でも栗田委員からご報告をいただきましたとおり、板橋区高島平1～5丁目におきまして、生活実態調査と診断後支援を行い、その効果を検証するというもので、この結果、医療や介護につながっていない認知症高齢者が相当数存在することや、支援拠点が認知症の早期把握や進行の予防、支援のネットワークづくりに有効であるという知見が得られたところでございます。

また、右側の、認知症の人の地域生活継続を支援するケアプログラム推進事業でございますけれども、こちらは東京都医学総合研究所に委託をしまして、スウェーデンで普及をしている、介護事業所施設向けのBPSDケアプログラムの日本版を開発し、その効果を検証していくというものでございました。このケアプログラムのモデル実施によりまして、BPSDの症状が改善する事例が多く見られたことから、これらの取組を第7期の高齢者保健福祉計画に位置づけて、今後、広く普及・促進をしていくということとさせていただきます。

事業の実施の内容でございますけれども、資料6に記載をしておりますとおり、これらの二つのモデル事業を踏まえて、それぞれ「ア認知症地域支援推進事業」、「イ認知症ケアプログラム推進事業」に取り組む区市町村に対しまして、都が経費の一部を補助し、また上記の事業を実施する区市町村に対しましては、研究機関による技術的サポートを実施していくという事業を予定しております。

資料4に戻っていただきまして、次、若年性認知症の有病率及び生活実態調査についてでございます。

資料7をごらんください。こちらは後ほど栗田委員にも補足のご説明をいただきたいと存じますけれども、若年性認知症の有病率の調査につきましては、平成20年度に国

が実施したものが最後でございまして、その有病率をもとに都の若年性認知症の数を推計しますと、都内では約4,000人とされております。しかしながら、平成28年度に都が実施をしました認知症高齢者数等の分布調査によりますと、その推計を超える方がいらっしゃるのではないかとということがわかりました。国においても、この全国調査を実施するというので、今回都内の特定地域におきまして、質問紙による調査、また生活実態調査、それから訪問調査を、東京都健康長寿医療センターに委託をして実施することを予定しております。

単年度の調査で、平成30年度は都内の状況について把握をし、平成31年度には日本医療研究開発機構（AMED）との連携において、全国データとの分析、比較等を実施する予定でございます。

資料7については以上でございます。

続きまして、資料8をごらんください。こちらにつきましては、平成30年度以降の看護師認知症対応力向上研修の（案）ということでお示しさせていただきました。

前回の医療部会でも申し上げましたけれども、今年度、東京都看護師認知症対応力向上研修のあり方検討会を設置いたしまして、検討してまいりました。この検討に当たりましては、桑田委員のほうにも多大なご協力をいただきまして、感謝申し上げます。

改めて申し上げますと、平成28年度から国が新オレンジプランに計18時間の看護師の研修を新たに位置づけたところがございますけれども、都におきましては従前より各地域拠点型認知症疾患医療センターにおきまして看護師向けの研修を実施しておりましたことから、Ⅰ型からⅢ型までに分割して実施しておりました。そのカリキュラムの見直し、整合性を図るということで検討させていただき、来年度からⅠ型研修については4.5時間、Ⅱ型研修については6.5時間、Ⅲ型研修については7時間実施することとし、Ⅰ型研修からステップアップをして受講をしていただくということで、検討会においてとりまとめましたので、ご報告をさせていただきます。後ほど桑田委員から一言いただければ幸いです。

以上のご説明を踏まえまして、資料9が、来年度予定をしております平成30年度における東京都の認知症医療従事者向けの研修の一覧となりまして、11番、13番、14番が新たな研修ということになってまいります。これまでもさまざまな形で研修を実施してまいりましたけれども、来年度以降はさらに区市町村におけます認知症対応力の向上が図れるようなバックアップという形で研修を実施してまいりたいと考えております。

少し長くなりましたが、参考資料2と3につきましては、この度発表させていただきました実行プランのブラッシュアップということで、参考資料2は、「3つのシティ」の実現に向けた政策の強化ということで、ただいまご説明をしました日本版BPSDケアプログラムの普及について、こちらの計画に記載をされたということと、参考資料3につきましては、東京都保健医療計画の策定の中にも今申し上げた認知症対策の平成3

0年度以降の取組について記載をさせていただいておりますのと、参考資料の4で、ただいまパブリックコメント等をさせていただいております東京都高齢者保健福祉計画の中にも、認知症対策については重点施策の一つとして記載をさせていただいておりますので、あわせて情報提供させていただきます。

長くなりましたが、私からは以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。平成30年度の都の施策について、ご報告をいただきました。

認知症支援推進センターの運営と、それから前回、栗田委員からご報告をいただきました研究事業の成果を活用して、認知症とともに暮らす地域あんしん事業、それから若年性認知症の有病率及び生活実態に関する調査、こちらは東京都健康長寿医療センターで委託するということでした。もしよろしければ、栗田委員のほうから、これらの点に関しまして少し補足等をいただけたらと思いますが。

○栗田委員 それでは、資料6の認知症とともに暮らす地域あんしん事業の中の、私どもが委託を受けて行うアの認知症地域支援推進事業というものでございますが、これに書いてあることの中身は、なかなかわかりにくい中身になっているのですが、簡単に申しますと、今、都内には大規模団地がたくさんございますが、恐らく共通の課題であろうということで、単身世帯の方が非常にたくさん暮らしているということ、高齢化が非常に進んでいるということと、その結果、当然認知症の方もたくさん暮らしているということではあるのですが、なかなかこの大規模団地というのは、何と申しましようか、狭いところにたくさん認知症の方が暮らしてはるんですけども、それに見合う十分な社会支援のサービスとか、地域づくりとか、そういうのがほとんど行われていないということがございます。ご家族が遠方であったり、あるいはそもそも家族がいらっしゃらないという方もたくさんいらっしゃるということで、高島平の調査の結果、必要な情報とかサービスになかなかアクセスできないという方がたくさんいらっしゃる。同時に、それとともに体の健康状態でありますとか、あるいは精神的な、さまざまな健康問題でありますとか、経済問題でありますとか、さまざまな複合的な課題を抱えた方がたくさんいらっしゃるということで、こういう方たちが必要なサービスにつながって、ちゃんと地域生活が送れるようにということで、地域の中に拠点というものをつくりまして、そこに気軽に、そもそもそこに住んでいらっしゃる方が立ち寄れるような環境をつくって、ここには地域に暮らしている方も来られるのですが、専門職の方もいらっしゃるという環境なので、そういう専門職の方と自由に相談をさせていただいたり、必要なアドバイスをしてあげたり、地域包括支援センター等と連携しながら必要なサービスを調整していくなでこともできるようにしていこうということで、いわば支援のコーディネーションですね、地域生活を保っていくための社会支援のネットワークづくりの拠点としての居場所をつくって、そこで支援を展開していこうとか、そういうモデルでございます。

ということで、大規模団地、ほかのところでも、こういうことをやってみたいということがあれば、ノウハウをいろいろお伝えしようということでございます。

それから、もう一つは、若年性認知症の有病率及び生活実態に関する調査なんですけれども、現在もいろいろ若年性認知症に対する施策はつくられているんですけれども、そのもとになっているデータは平成20年度に全国規模で行われた若年性認知症の有病率調査に基づくものなのですが、そのときに、人口10万当たり47.6人という数値が使われていて、これに基づいて、それぞれの地域で若年性認知症の方はこのぐらいいるんじゃないかということで社会サービスがつけられているわけなんですけれども、まず、この調査は10年前ということで、この10年の間に若年性認知症に対する国民の意識も非常に変化してきているということと、それから、診断できる医療機関がこの10年間に増えてきているというようなこともございます。それから、生活実態も、実はきめ細かい調査が行われていないということもございましたので、全国規模でもう一度、若年性認知症の有病率、生活実態調査をやろうということになりました。

ということで、私どもの東京都健康長寿医療センターが、全国調査の責任、研究機関ということもございまして、東京都でも区と連動して実態調査をやろうということです。ただ、東京都は人口規模が非常に大きいので、全域だととてもできないので、私どもの研究所があります区西北部という、豊島区、北区、板橋区、練馬区の4区で、まずは調査をさせていただこうと考えているところでございます。この結果に基づいて、今日の若年性認知症の方々の、ご本人あるいはご家族もそうなのですが、どのような社会支援が必要とされているのかというのを調査いたしまして、必要な社会政策について提言させていただこうという、そういうものでございます。

簡単ですが、そんなところでございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。この件に関しまして、また、ご質問を後ほどいただきますけれども、その前に、医療従事者向けの研修に関しまして、看護師認知症対応力向上研修については、もう一度、内容を吟味、整理をしてカリキュラムを変更するというところでございました。

それで、この研修のあり方検討会の委員として参加して下さっておりますのは、この会の委員でもあります桑田委員でございます。桑田委員のほうから、もしよろしければ、看護師認知症対応力向上研修に関しまして、少し補足をいただけたらと思いますが、よろしく願いいたします。

○桑田委員 桑田です。これまで、先ほどの説明がありましたけれども、研修Ⅰ型のほうは基礎編ということ、そして、Ⅱ型は対応力向上研修で、指導的な役割を担う看護師を対象とするということ、Ⅲ型に関しては管理監督的立場の看護師を対象にするということで行ってきました。

そしてⅠ型は、地域拠点型認知症疾患医療センターで行ってくれていまして、Ⅱ型に関しては、去年は都内全域で3回開催をしています。

Ⅲ型に関しては、2月10日に終わったばかりでして、110名のナースが受講をしております。

そして、ファシリテーター等に関しては、認知症疾患医療センターの看護職が来てくれまして、講師、ファシリテーターを務めてくれています。ですから、認知症疾患医療センターの看護師の情報の共有の場にもなっていると思っています。また、講義内容、演習内容を通して、認知症疾患医療センターで行っている研修の底上げになっていると思っています。

そして、そのことをもとにテキストも修正をしまして、今月27日にワーキンググループの開催がありますので、そのときに、その内容の周知、確認、そして来年度の研修についても情報の共有をしたいと思っています。

実際に、各認知症疾患医療センターでの研修内容の相違等に関しても共通理解をしながら、統一できたらいいと思っています。

2月10日の研修を通して思ったのは、一気に変わるというわけではないですけども、でも看護職の意識は変わってきていると思っているのと、それと地域にも目が向くようになってきていると感じています。すごく真面目で、そして活発な意見交換もあり、なおかつ認知症の方たちにどう対応してたらいいのかということを考えてくれている姿勢、私はすごく今回は、ああ、変わったな、少しずつ効果が出てきているのかなと実感ができた研修会でした。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。最後におっしゃったのは、Ⅲ型でしたっけ、管理監督的立場の看護師の方という。

○桑田委員 はい、そうです。

○繁田部会長 ありがとうございます。大切なところのご説明をいただきました。

それでは、ただいま栗田委員、桑田委員のご説明をいただいたところも含めまして、全体、今までの平成30年度の施策、事務局からのご説明のところも含めまして、ご質問、ご意見、ご指摘等いただけたらと思います。いかがでございましょうか。どんなところでも結構でございます。ご要望でも。

山田委員、お願いします。

○山田委員 すみません。お先にありがとうございます。

山田ですけれども、認知症とともに暮らす地域あんしん事業のことでお聞きしたい点があって手を挙げたのですけれども、大規模団地等においてということで、大規模団地ということ、どれぐらいの規模でということもそうなのですけれども、結構、拠点をまず置くということは、すごく大事なことだなということを思っております。団地の中の地域に相談が集まってくる仕組みというのをつくるということは重要だと思っているのですけれども、同時に今、多分地域の中で抱えている問題というのは、周りの方が気になっているんだけど、なかなかご本人が、先ほど先生がおっしゃったように、家族

がなかなか来られない環境の中で、周りは気にしてるんだけど、なかなか医療につなげられない人に、誰が鈴をつけるかみたいなことが、結構一番の問題になっていて、その中で、ここの事業の機能として、アウトリーチ的なものであったりだとか、また、ある程度先生が研究でやっていらしたような、情報が行政からやってきて、ある程度、何年に一度でもいいんですけど、ローラー的に皆さんの状況を把握できるとか、そういった仕組みということは、何かあるのでしょうか。

○栗田委員 まず、東京都の事業としてやる事業の中では、いわゆるローラー的な調査とか、そういうのはないですね。ただ、我々の中で調査をしたので、しっかり調査はやっているのですけれども、今回の調査で、やはり意味があるなと思ったのは、自由に来られる居場所を、地域の中につくり出しておくことはとても大事だろうと。

地域包括支援センターというのがあるのですけれども、地域包括支援センターは、どうしても窓口的な機能になってしまうので、用があったら来るけれども、あまり用がないと来ないところがあるんですが、しばしば認知症の初期段階の方とか、一人で暮らしている方というのは、用があって窓口に行くということはないのだけれど、何か不安だから人がいるところに来てみたとか、そういう方たちがたくさんいらっしゃって、隣近所と誘い合ってきたりとか、そういうふうなことができるような場所であると、そんなところから少しずつ、こういう生活課題があって困っているんだとか、少しずつ出てくると。それで、必要な支援というのは医療だけではないのですけれども、さまざまな、その人その人に応じた、生活しやすいようにするためにはどうすればいいのかということ、そういうゆったりした場所で、ゆっくり話し合うみたいな、サロンの、カフェテリア的というか、ちょっといい感じのテーブルとかソファとかが置いてあって、そこでゆっくり話しながらやっていくという感じでありまして。だから、問題を捉えて、すぐそこに対して何かするというのではなくて、ゆっくり考えながら、そこでやっていくと。そういうふうにすると、すぐ何かをしなくても、何となくそういうところで、人のつながりとか、輪とか、あるいは知り合いとかができ上がってきて、だんだんにみんなで状況がわかってきて、何とかかんとか暮らせる方法があるものでみつろって、つくり出していくみたいなことができるので、そういうことができるスペースというか、場所をつくるということが、意味があるのかなと。

ただ、そこには、一応我々の事業では、それなりのプロフェッショナルが、一応出入りしているということが、「いる」ということが大事かなと。そういう方がいると、それなりにいろいろな配慮をしながら、認知機能が障害されて困っているという状態に対して、いろいろ配慮をしながら考えていくことができるので、そういうような、名前を何て言っているかよくわからないので、我々は「ここからステーション」と、ここから始めましょう、「ここからステーション」という名前をつけたのですけれども、そんなようなスペースというか、空間とか、そういうことをやっていこうということでございます。

○繁田部会長 もうちょっと言いたそうだけど。

○山田委員 いいですか、ごめんなさい。その中で、やはり住民の方であったり、まず、ご本人さんが何かしらの意識を持ってというのは、本当に素晴らしいと思っているのですけれども、同時に周りの方が「あっ、おかしい、何か変だ」というふうに思って、そこをどうつなぐかというときに、やはり専門職の存在というのはとても大事で、先日もちょっと私、うちのクリニックではあるのですけれども、それに地域の人をつなげていくのに、やはり説得するのに結構時間がかかるんですね。そういう意味では地域包括も、かなりそういったところでの、住民からの相談を受けて一緒に相談には乗るのですけれども、申しわけないけれどやっぱり地域包括は忙しくて、ずっと継続的にというのが難しいんですね。そうしたときに、やはりご本人に、受診しようかなという気持ちになっていただくまでのかかわりというのは、それなりに時間を要するので、そういったところで地域包括とうまく拠点が連携しながら、お互いに関わりあいながらつなげていけるといいのかなと思います。

○栗田委員 ありがとうございます。まさにそのとおりであって、実は、我々のこの拠点は地域包括支援センターの隣につくってあるんですね。

それから、あと訪問看護ステーションと医師会の在宅療養支援センターが隣にあるのですけれども、そういうような環境に、そういう場所があるというのが、とても効果的かなという感じがします。そうすると、両方向性で相談に来るのですよね。地域包括からもこっちに相談が来るし、こっちからも地域包括にいて、どうしようかと一緒に考えたりということが臨機応変にできるということで、自然に多職種、多機関のチームができ上がって一緒に考えていくことができるので、今ある制度的なサービスが、ただ並んでいるというだけじゃなくて、何か今の制度にはないのですけれども、自由な空間で、人々が自由に来られて、しかも専門職がいてみたい、そういう場所がもう一つ必要なかなという、地域包括支援センターがそうなってれば、別に問題はないような気もするのですけれども、そんな感じでございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

一つ質問なのですが、開催日とか、時間とかというのがあるような、つまり、いわゆる認知症のカフェ的な感じになるのですか。

○栗田委員 確かに先生がおっしゃるように、24時間365日ってやっぱり、人的パワーからそれは無理であって、今のところ、週3、5日が限界であります。できたら週5日とか、そんな感じでやれると、もうちょっといいんじゃないかなと思うのですけれども、恐らくこういうことを一緒にやっという人たちが増えてくればいけるんじゃないかなと思ったんですけど、実は我々がこういう仕事を始めたら、元保健師だった方とか、精神保健福祉士だった方とか、理学療法士だった方で、リタイアした方たちがたくさんいらっしゃるんですね。そういう方たちも自由にここに来ていただいて、「手伝うよ」みたいな感じでやってくれたりしておりますので、実は一部雇用しましたけれ

ども、そういう方々は本当にスキルが抜群にあるので、結構こういう事業というのは持続できるのかなという感じです。まだ始めなので、これからどうなるのか、ちょっとあれですけども。

○繁田部会長 週3. 5日は、一応例えば、午前9時から午後5時的な感じで、ボランティアの人も含めて何らかの専門職が常駐している感じなのですか。

○栗田委員 はい、そうです。常駐もしています。時々いろいろなイベントもやっております。

○繁田部会長 それはすごいですね。ありがとうございます。

○西田委員 今の質問とちょっと似たことだったので、それで今お話に出たように、週に1回とか、月1回の認知症カフェはあちこちにたくさんあるのですが、たまにしかないと、高齢者の方の居場所にならないですよ。ですから、毎日空いている、あそこに行けばいつでも仲間に会えるみたいなのところがあるとすごくいいなと思っているんですが、それは地域でやろうと思うと、そうボランティアばかりに頼れないので、人件費の問題とか、あと家賃の問題等ございますので、そういうところで公的な支援を受けられるというのは、非常にありがたいなと思いました。

それと、私の質問は、ケアプログラム推進事業のことなのですが、これは、BPSDレジストリという形でやられるのか。ちょっとこれの具体的な内容を教えていただきたい。

○上野課長 ご質問ありがとうございます。参考資料7に、本当に簡単に記載をさせていただいているんですけども、スウェーデンではBPSDのレジストリということで、事例を登録して自治体が持つような仕組みをしていたのですが、このプログラムの本格実施に当たっては、事例につきましては、データを持つんですけども、個別の事例としては持たない予定でございます。あくまでも匿名化したデータということで、システムの改善のためには活用することが考えられるんですけども、個別のAさん、Bさんがわからないような形での、医学研で管理をして、参加する自治体ではデータが見れるような形で今検討中ではございますけれども、全くスウェーデンのレジストリと同じような形では考えておりません。

○繁田部会長 対応の知見とか、実績を積み重ねていってということですかね、先生。ありがとうございます。

○新田委員 今のお話に関連するのですが、まず、レジストリシステムをやろうとしたときに、固過ぎるんですね、事業が。そこに登録しないと全てできないという部分で。本当は、区市町村で重要なことはきちんと把握することですよ。だけど、把握してやることなただけど、研究にするとということの一つ大きな倫理的課題があるので、倫理的課題を超えないものに対しては区市町村はできないんですよ。

私は、これはとてもいいことだと思っていて申請したんですが、こういう研究テーマを出さない限りは参加ができないということで断られたのですね。私は勝手に、イギリ

スのフレイルを持ってきて、やろうとしたのですけれども、それはそれで自由にできるから、別に区市町村にとって何が重要かということで、私はやればいいかなと最初は思っていました。今回、匿名と両方でということで、一つ進歩だなと。区市町村にとってはきちんと把握すること。そして、研究としては匿名でやると、これは両方ですから、私は進歩したなというふうに、まず一つ思っています。

もう一つ、最初の地域支援事業ですが、これは今さらこんなことをやっていて間に合うのかという話が正直な話であります、はっきり言って。区市町村の議論であれば、今までの議論は私は許せる議論なんだけど、東京都が今ごろこんなことをやり始めて、間に合わないですよ。団地の問題とか、そういうのではなくて、今の感じでは、町であふれるほど認知症の人が出ていって、その人たちが暮らしに困っていて、どうするんだということで、それぞれ各市においては、私のところもサロンが今10カ所ぐらいありますが、サロンをやっていますね。というように、各区市町村はかなり努力をして、サロンをつくったり何かしている。もっと言うと、もし栗田先生が研究をやるとしたら、大規模団地も結構だけど、東京都の全地域のサロンを全てリストアップして、認知症とどうかかわっているか、そして、それをどう支援しているかということも含めて、やっぱりやっていただきたいなという話でございます。

- 栗田委員 新田先生おっしゃるとおりで、焼け石に水みたいな話ですよ、正直言って。高島平だけでも、とてつもない人口があって、そこに1カ所そういう居場所をつくっても、ちなみに本当は高島平二丁目の人のためみたいな感じになってますが。

ただ、重要なことは、こういうことをやると、こういうことがあるんだということが、ちゃんと可視化されたということ、私は個人的には、2006年に全国につくった地域包括支援センターというのは、そういうようなことができる場所をイメージしていたかどうかわからないのですけれども、イメージしていなければいけなかったのではないかなという。確かに今は本当に焼け石に水的なことなんですけれども、こういったことが、区市町村レベルで普通にやれるという枠組みを今後考えていく必要がある。例えば、小さい自治体では地域包括支援センターがやっていますよね。地域包括支援センターの隣に常設型のカフェなんかもつくっているし、専門職の人も来ているし、時々医者なんかもお茶を飲みに来たりしているということはやられているので、ただ、大都市ということになると、本当に新田先生のおっしゃるとおりで、どうなることやらとは思いますが、ただ、世の中の動きというのはどうなるかわからないので、突然、爆弾的にばーっと広がる可能性というのを、どこかで起こることを期待しながらやっているということです。先生おっしゃるとおりです。

- 新田委員 ありがとうございます。私、これはとてもいい事業だと思っているんですね。だから、私の言いたいことは、東京都に全域に、早急にこういった事業が欲しいなと、そういう話でございます。

- 繁田部会長 山本委員、お願いします。

○山本委員 新田委員がおっしゃること、全く賛成で、ただ都内の団地は本当に今高齢化が進んでいて、私も先週金曜日に、高齢化率が60%近い団地で、民生委員の方と自治会の役員の方と、あと分譲もあるので、管理組合の役員の方と、あと地域包括と、あと社協の地域福祉コーディネーター、あとJ K Kの職員と、五、六者の懇談会を開いて、今後どうしていこうかという話し合い、今、そういう試みを各団地で始めているのですが、新田委員がおっしゃるように、平場も含めて、住民同士の互助をどう関係団体が仕組んでいくかということがとても重要だと思うのですが、これは3カ年の事業で、3カ年の後、どう都全体で普及していくかということが最も重要で、予算がつくのであれば、本当に都内全域で、もう全ての団地でやっていただきたいという、そういう気持ちというか、必要性があると感じます。

東京都にお願いしたいのは、今、URも福祉拠点化の話が出ています。J K Kも今頑張っていると思うのですが、さらにURなり、J K Kに、地域包括支援センターなり地域福祉コーディネーターなりと組んで、そういうお互いのサポート体制、あと社会福祉法人なんかも今、地域貢献が課題になっていますので、ぜひ広く話し合う機会を持っていくこと、協力していくことを呼びかけていただきたいなと思っているのですが。

○栗田委員 まず一つ、互助のことなんですけれども、互助を意識的につくるというのは、私もよくわからんのですね。どうやったらその互助というのがつくられるのかよくわからないのですけれども、あるいは何を、互助というのも、よくわからないところもあるので、そういう研究、たくさんあるのですが、私はよくわからない。

ただ、今回やってみてわかったことは、やはり物理的空間というのは大事なので、そういう場所をつくと人々はそこに集まってきて、何やらお互いに助け合うものだなという事はわかりました。多分これは古くから日本にはあった文化なんじゃないかなという、井戸端会議的な、そういう文化なのかなという感じがするんですけど、互助についてはそんな感じで。

それからもう一つは、今、民間のいろいろなステークホルダーのことがありましたけど、今回の大規模団地の研究をきっかけに、URは全面的にこれを一緒にやろうということで、高島平だけじゃなくて、ほかの大規模団地でも、いろいろと協力してやっていきたいということです。実際今回も、場所の家賃の問題というのが非常に重要な問題なのですが、これはURの協力のもとで、それなりの予算でやれるような協力をしてもらったり。

そんなことで、民間セクターも、恐らくこういう事業というのは、特に住宅関係の領域では意味があるようなことなんだと。

それから、最近もう一つ、この動きをきっかけにして動き出したのは、分譲マンションなんかも同じような問題があるということで、分譲マンションに関しましては、管理業協会というのがあるのですが、管理業協会というのは分譲マンションの管理会社

の協会ですが、この管理業協会がまさに、単独世帯の認知症の方の生活支援の担い手をせざるを得ないということで、お金の管理をしている管理人もいるということを知って私はびっくりしましたがけれども、そんな状況になっていて、このままではいかんということで、管理業組合のほうも、こういったことをちゃんと考えていかなきゃいけないということで、研究会をつくったりして、この高島平のモデルなんかを見ていただきながら、検討を始めたということでございます。

だから、恐らく、いまやもう全国的にこの問題というのは、あらゆるセクターが関心を持ち始めているのではないかなという気がいたします。

○新田委員 もう一点だけよろしいですか。たびたびすみませんです。私は互助は政策的につくるべきだと思っております。

例えば、今、各区市町村で、生活支援体制整備の協議会というのがあって、各地域で生活支援をどうするかという、総合事業の一つであるはずですね。これは要支援1の方に対する生活支援等々をつくると。

ただ、そういう事業というのはシンプルで縦割りなんですね。

例えば我々のところも、今、モデル事業で生活支援員というのを国立の小さな町で4人を指名して、そしてある団地の、四丁目団地の一人とか、そういうようなことで、全ての団地の人たちの生活支援をするということですが、そこにさらに認知症の人が入るとか、というように、行政のさまざまな事業をコミットするようなことを誰がやるのかというのは、どこでも問われていて、縦割りの事業の中で、認知症政策1本とか、そういうのではなくて、いわばその串刺しを誰がやるかというのは、とても重要だなと思うのです。これは誰だといえ、行政能力かなと私は思っているのですが、でも、そういうことで、地域がつくられるということで、さらに互助をそこでつくっていくと。つくっていく間も、協議会で、やっぱり住民同士が危機意識を持つのですね。それは自分たちのことだということでございまして、そういう実際のことをやりながらつくっていくんだらうなと思っています、東京というのは。

○齋藤委員 おっしゃるとおりだろうと思うんです。新田先生のような地域と、それから高島平団地とではバックグラウンドが違いますから、高島平団地をモデルにして全都に広げるということではなくて、やはり各地域でできてきたものをバックアップしていくということだと思えます。そういう活動は、多分互助のパワーを強めるというか、住民の意識を高めるでしょうし、力を生み出すだろうと思うから、それはそれで一つ進めていかなければならないけれど、先ほど山本委員がちょっとおっしゃった、アウトリーチの話やなんかになると、互助というのは、嫌われている人はだめですよ。地域から孤立している人をボランティアベースで助けてあげましょうというのはだめなんです。だけど、一番ケアを必要としている人たちは、そういう人たちなんです。そういう人たちに対するケアがない。僕は、行政が一番やるべきことはそういうことだと思えます。ボランティアベースでその地域の力を高めていくということはやるべきだけど、一方で、

いろいろな事情があって周りの人に助けてもらえない、自分でも助けてくれと言えない、ごみの山になるまで周りが黙ってて、ごみの山になった途端にあれを何とかしろと言われて、成年後見人がついて、どこかに入れられておしまい、みたいなことにならないようなシステムこそ行政がやるべきです。何も無いところからソーシャルワークをやるのは大変で、東京では伸び悩んでいますけれど、地域福祉権利擁護事業はずっと継続するシステムですね。アウトリーチって、アウトリーチしてケアして病院に入れたら終結なんです。その後、人生はずっと続いていて、病院に入れられたら病院のソーシャルワーカー、どこかへ行ったら別のソーシャルワーカー、それでいて最後にはその人らしい人生をとられたって、そんな病院なんて3カ月しかいられないのに、その人らしい人生も、なにもないわけですよ。そういう社会的支援のない人に継続的にサポートができるようなソーシャルワークのシステムをつくるべきで、僕は、本来はそれは行政の中にあるべきだと思うけど、今これからできないんだったら、地域福祉権利擁護事業のようなものを伸ばすことが望めます。

成年後見と言いますけれど、成年後見というのは、代理権を全部奪うわけですよ。あれで、ともに支援もへったくれもないので。その点、地域福祉権利擁護事業は非常に不能率だけど、でも、一人の人は、うちにいても施設にいても寄り添うことができるわけだから、行政の役割としては、互助・共助からこぼれる人、それは決して例外ではないので、結構たくさんいます。ボランティアベースでいい場所と公的な機関が担うべき場所というのは、僕は、きちんと分けないと、何となくみんな気持ちよくなって、ああいうのがあるといいよねということになってしまうと、一番大変な人が切り捨てられて、あの人は違うよねということになってしまうと、僕は危惧します。

○繁田部会長 ありがとうございます。まだ意見がおりますか。手短かにお願いします。

○山田委員 今のご意見をお聞きして、本当にそうだなと思いましたが、あと同時に、今なかなか社会との接点がない方について、どうやってSOSが出せない状況を発見するかというところで言いますと、東京都の中では、多分インフラを担っている事業所であったり、あとJ K KとかU Rなんていうのは、家賃が滞納されれば、そこで発見できる仕組みというものもあるので、そういった、多少、個人情報、プライバシーの問題というのは必ずあるので、そう簡単にはいかないんですけども、ある程度そういったところを、先ほどの行政の串刺しで、協定等を結びながらやっていかないと、実際には埋もれている人たちの発見する仕組みすらもないというのがあるので、本当に齋藤先生がおっしゃるように、地域福祉権利擁護事業でつなげるまでのところも、もう一つ必要なんじゃないかなと思いました。

○繁田部会長 ありがとうございます。まだまだご意見があるかと思っておりますけれども、もう一つの、今日いろいろご意見をいただかなければいけない論点がございますので、本当に申しわけございませんが先に進めさせていただきまして、もしこれだけは言いたかったのにとということがありましたら、東京都にファクスでも送っていただければ、優

秀な行政官がちゃんと目を通してくれると思います。

それでは、議事に入りたいと思います。本日の議事は、東京都認知症疾患医療センターのあり方についてでございます。まずは事務局から資料のご説明をお願いいたします。

○上野課長 それでは、ご説明をいたします。資料の11を先にごらんいただけますでしょうか。地域連携型認知症疾患医療センターの指定更新についてでございますけれども、前回の医療部会でもお話をさせていただきましたとおり、今回、平成30年3月末日をもって、記載の35医療機関が指定期間の満了を迎えます。

裏面でございますとおり、審査会で審査をさせていただきまして、35センターともに指定基準、それから、運営状況に問題はないということで、指定の更新手続を進めさせていただくこととさせていただきました。12月までに申請書を出していただきまして、こちらでも申請内容等の審査をさせていただき、また活動状況につきまして、ヒアリングが必要なところにつきましては、こちらでヒアリングをさせていただきまして、各センターとも、適切に役割を果たしていると認められましたので、今後、国のほうに指定更新に係る協議を行いまして、3月上旬までには指定更新の手続を行いたいと思います。

資料11については以上でございます。

本日の医療部会の議事の中で、資料10の最終的な報告書を出していただくということで、東京都認知症疾患医療センターのあり方について（案）をご説明したいと思っております。

委員の皆様方におかれましては、事前に資料を送付させていただいておりますので、かいつまんでご説明させていただきたいと思っております。

まず1枚目おめくりいただきまして、認知症の人と家族を取り巻く状況ということで、こちらは現在の認知症高齢者の状況ですとか、将来の推計についてでございますので、詳細な説明については省略をさせていただきます。

また、資料の3ページでございますけれども、これまで認知症疾患医療センターの整備につきましては、まず、あり方検討部会を設置いたしまして、認知症疾患医療センターの求められる機能等について検討していただいたところでございます。

資料の5ページをごらんいただきますと、整備状況ということで、この部会での検討を踏まえて、平成27年1月に認知症疾患医療センターの整備方針を決定しました。まず、12か所認知症疾患医療センターに加えまして、島しょを除く全ての区市町村に1カ所ずつ整備をするということと、すでに指定している12か所の認知症疾患医療センターについては地域拠点型に移行し、地域拠点型が所在しない区市町村には新たに地域連携型センターを設置するという、そして、地域拠点型センターは地域連携型センターの機能を兼ねるといふふうにさせていただいたところでございます。

6ページになりますけれども、現在の状況ということで、地域拠点型センターを12か所、地域連携型センターを40か所、計52か所のセンターの指定をさせていただ

たところでございます。

残り1か所の檜原村においては、医療資源が少なく、現時点では認知症疾患医療センターの設置が難しい状況にあります。

また、島しょ地域につきましては、認知症の専門医療を提供できる医療機関や人材の確保は厳しい状況にあると記載をさせていただきました。

9ページをごらんいただけますでしょうか。9ページに、認知症疾患医療センターの機能ということで、三つ、専門医療機関、地域連携の推進機関、それから、人材育成機関ということで、これまでご議論いただきました基本的な機能について記載をさせていただいております。

11ページをごらんいただけますでしょうか。「4東京都認知症疾患医療センターの今後のあり方」ということで、これまで整備を進めてきました認知症疾患医療センターにつきまして、今後どのような機能の充実を図っていくべきか、また、島しょ地域等の認知症疾患医療センターのない地域における医療体制のあり方について記載をさせていただいております。

まず、4の(1)東京都認知症疾患医療センターの機能の充実でございますけれども、これまで整備をしました各認知症疾患医療センターについては、総合病院、それから大学病院、精神科病院、クリニックと、さまざまな特性を持つ認知症疾患医療センターがございます。ただ、そういった中でも、これから述べます下記の機能につきましては充実をさせていくことが必要であろうということで、まず三つ、大きく記載させていただいております。

1点目が、ア認知症の人と家族介護者等への支援ということで、今のあんしん事業のご議論の中にもありましたとおり、診断を受けたその後について、現在の介護サービスの対象とならない方も多くいらっしゃいます。そういった中でも、ご本人の尊厳を大切にし、できることを生かしながら、地域でなじみの関係や生活が継続できるような、ご本人に寄り添った支援を提供していくことが必要であろうというふうに記載をさせていただいております。

また、ご本人の支援は当然のことながら、上から三つ目の○のところでございますけれども、家族介護者等の精神的負担・身体的負担の軽減や、認知症の方がよりよい環境で生活できるようにするために、家族介護者等への支援をする取り組みも期待されることであると記載をさせていただいております。

12ページには、イのアウトリーチチームの機能ということで、平成30年4月には全ての区市町村において認知症初期集中支援チームが設置をされることとなっておりますが、この認知症初期集中支援チームは、各区市町村が地域の実情に応じて設置をしているため、チームの設置数やチーム員の構成等、活動内容についてはさまざまなものとなっております。

一方で、これまで地域拠点型センターで取り組んできました認知症アウトリーチチー

ムにつきましては、今後も、専門医の判断等が必要なケースや認知症初期集中支援チームだけでは対応が難しいものについてバックアップをしていくことが求められるというふうに記載をさせていただいております。

また、今後、これまで培ってきた訪問支援のノウハウを生かしまして、二次保健医療圏域内において、認知症初期集中支援チームの活動に関する情報交換や事例検討、それからスキルアップの研修など、地域の実情に応じた支援をしていくことが望ましいというふうに記載をさせていただきました。

13ページの上のほうには、その図を書かせていただいております。

3点目といたしまして、地域連携機能ということで13ページ、ウに記載をさせていただいております。

認知症疾患医療センターの機能の一つに、身体合併症の対応というのがございますけれども、まず、認知症の方の行動・心理症状については、適切なケアや診察により、悪化を予防したり改善させることが可能であり、認知症疾患医療センターは専門医療機関として、やはりその代用について普及啓発をしていくことが重要であろうというふうに記載させていただいております。

また、医療介護の連携の推進役として、認知症サポート医やかかりつけ医と、区市町村や地域包括支援センター等の関係機関と連携をし、多職種協働をバックアップしていくことが求められております。

認知症の人の身体合併症や行動・心理症状に対して、適切な医療提供体制を確保するために、二次保健医療圏域全体でのネットワークづくりと、裏面、14ページにいきまして、二次保健医療圏域内だけではなく、圏域外の認知症疾患医療センターとも連携をして対応していくべきであろうと記載をさせていただいております。

こちらは後ほどごらんいただきたいのですが、参考資料8にありますとおり、精神科の病床数ですとか、医療機関の数、専門医、サポート医というのが、圏域ごとにかなり違いがございますので、圏域内だけでの対応が難しい場合は、圏域を超えた対応をしていくことが必要であるということを記載させていただいております。

14ページの(2)東京都における今後の認知症医療体制の充実に向けてというところですが、まず、アについては、都や区市町村の役割について記載をさせていただいております。認知症疾患医療センターがきちんと活動できるようにするためには、都としても、認知症疾患医療センターの専門職のスキルアップや活動について支援をしていくことが必要であるというふうに書かせていただいております。認知症疾患医療センターの職員のスキルアップのための研修や職員の情報交換会の開催など、都内の認知症疾患医療センターの全体の活動を支援する取組を継続していくべきであると記載しております。

また、区市町村におかれましては、認知症疾患医療センターと連携をして、多職種協働研修の開催ですとか、認知症カフェの実施など、その地域の実情に応じた認知症の人

と家族への支援体制を構築していくことが必要であるというふうに記載をさせていただきました。

また、イでは、認知症疾患医療センターの今後の整備ということで、医療資源の少ない檜原村や島しょ地域において、どのような医療提供体制が必要かということで、檜原村に対しては、地域拠点型センターにおける支援や村の設置する認知症初期集中支援チームの活動状況を踏まえまして、村の意向も踏まえて、認知症疾患医療センターの設置の有無にかかわらず、今後、都として支援策を検討していく必要があると記載しております。

島しょ地域につきましては、先ほどもご説明をいたしましたけれども、認知症支援推進センターの認知症専門医等が、島における認知症初期集中支援チームの設置や活動の支援を行うとともに、これまでも実施をしてまいりましたけれども、認知症に係る医療従事者等向けの相談体制を確保することによりまして、認知症支援体制の構築を支援していく必要があると記載させていただいております。

今後、認知症疾患医療センターは概ね都内全域で整備をされましたことから、認知症初期集中支援チームの活動を支援することを役割として、引き続き、その機能を充実させていくということで結びとさせていただいております。

この報告書の素案につきまして、ぜひ委員の皆様方から活発なご意見をいただきたいと思っております。

説明は以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

医療部会で議論をしてきた内容は、本当に認知症の人の支援に、非常に多面的にと言いますか、さまざまな面に関して議論をしてまいりました。

その中で、あえて認知症疾患医療センターのあり方についてということでまとめさせていただきましたのは、やっぱり認知症医療部会の中で認知症疾患医療センターの整備と進化というか、充実というのは一番大きな課題でもありましたし、その一方で、いずれも認知症の人の支援に関しましても、やっぱり認知症疾患医療センターが何らかの形でかわることになるという視点からだろうというふうに思います。

そんな経緯もありまして、というか、今私が勝手にちょっと考えたんですけど、その経緯で、このあり方についてを、この部会の最終的なまとめの一つにさせていただきますので、ぜひご意見をいただいて、追加等、修正等を行って、この会議を終えたいというふうに思います。

それでは、ご意見をいただきたいと思っておりますけれども、前半の、現状に関しましてですとか実際の政治状況に関しましては、事実と言いますか、背景と言いますかという部分でございますので、特にご意見をいただきたいと思っておりますのは、4の今後のあり方です。それをこの部会で残して、次の施策の充実につなげたいというふうに思います。このところを上野課長が丁寧に説明してくれましたので、そこに関してご意見をいただ

けたらと思います。いかがでしょう。

大きく分けると、機能の充実と東京都の支援体制の充実に向けてという、まず前半の、センターの機能の充実のところに関しましてはいかがでございましょうか。ご本人と家族、介護者等への支援、それからアウトリーチ、地域連携に関して記載をしていただいておりますけれども。

○新田委員 一つよろしいでしょうか。

13ページのアウトリーチチーム機能のイメージ図でございしますが、区市町村において、認知症初期集中支援チームとアウトリーチチームがどうもよくわからないですね。正直言って。

で、この絵柄、なるほどなと一見思うわけですが、ちょっと教えてほしいのは、認知症初期集中支援チームとこのアウトリーチチームが、うまいこと機能しているというのは、東京都でどれくらいあるのかどうかですね、一つ。その上で、こういった構図は明確にするということが一つですね。

それは、アウトリーチチームってやっぱり中核病院で、なかなか外へ出ていく人材も含めて大変だろうなというふうに思っていて、逆にその役割を果たすのは初期集中支援チームだろうなというふうに思うわけで、それでも大変な場合に、アウトリーチチームというのかどうなのかという、アウトリーチチームという言い方がいいのかどうかも含めて、ちょっと整理する必要があるのかなというふうに思います。

もう一つは、今まで縦割りの中で、お金の出どころが確かに違ってたわけですが、認知症初期集中支援チームに対してはお金は出ませんでした。アウトリーチチームについては、何かよくわからないけれど、お金が出る。だから、初期集中支援チームから医師が行った場合はボランティアなんですね、今までの活動は。今年から出るというふうに聞いておりますが。アウトリーチチームはお金の出どころがありました。そのあたりの整理も含めて、活動しやすくしていただければというのが私の願いでございます。

○繁田部会長 ご意見ありがとうございました。

事務局からの説明の前に、私から少し申し上げますと、まず区部と西のほうでは全く需要が違って、例えば認知症初期集中支援チームさえ、なかなか編成できないような地域もあります。そのところは、いわゆる12か所の「地域拠点型では」といっているところもあります。

徐々に、それこそ今年度、国のかけ声で認知症初期集中支援チームは全区市町村でという、ちょっと大変なことだと思わなければならないけれども、整備をしなければいけないです。それが動き始めている地域は、徐々に活動が高まって行って、アウトリーチの需要がいい意味で少しずつ減って行って、むしろバックアップで相談に乗ったり、医学的な、あるいは福祉的な情報提供をするという形に変わってきているような状況です。

そうすると、恐らく今までできなかった、それこそ本当に初期の方の支援に地域拠点

型センターが回れる可能性があります。それこそ当事者の人が空白の期間と言っていたところが、まだ手がつけられていないので、そこにアウトリーチの手が回っていったらいいというのは、そこはすごく個人的なことですが、状況としては、認知症初期集中支援チームが充実するに従って、地域拠点型センターが全部やっていたのを少しずつ後ろに回ってきている。ただ、その分アウトリーチに回ってくるのは、本当に大変な、サポート側も大変だし、ご本人も、本当に過酷な状況の方が回ってきているということをご自身の事例ですけれども、現場の方からは伺っています。

少し追加していただけますか。

○上野課長 ご意見ありがとうございます。

認知症初期集中支援チームを全区市町村が設置をするということで、平成28年度末までに設置ができたところが、まだ都内で、区部、市部あわせて19か所でした。ですので、今お話があったように、平成29年度中から、実質は少しずつ動き出したというところで、まだすみ分けというところはなかなかうまくできていない自治体が多いのではないかとこのように考えております。

認知症支援コーディネーターがいる自治体については、アウトリーチに依頼するもの、認知症初期集中支援チームに依頼するものというふうに振り分けているところが大多数だと思います。例えば新井先生の順天堂大学病院など、アウトリーチチームと区市町村で意見交換をしてスキルアップを図っていただいているほか、役割分担についても議論をしていただいている圏域もありますし、まだまだ立ち上げの会議に出ているだけの地域もあり、さまざまな状況です。

今お話があったように、それぞれの自治体がどちらをどういった場合に使えたらいいのかということ、新たな平成30年度からの取組で、地域拠点型センターにおいて圏域内の活動の情報交換などを通じて、形をつくっていきたいというふうに考えております。

○新田委員 私は今、この構図って機能の構図だと思っていて、指導の構図ではなくてね、会議をやって云々という話ではなくて、きちっと機能させるために、この構図があるべきだというふうに思ってるんですね。

それで、ある意味で認知症初期集中支援チームは初期対応をして、そして、それでもというときにアウトリーチチームにお願いするという機能構造をここできちっと明確化するというような、今どうあるべきかは別にして、今後のイメージも含めてでございますが、そうなればアウトリーチ、どっちも生きるんだらうなというふうに思っていますので、よろしく願いいたします。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○新井副部会長 ちょっと文京区のお話をすると、我々も、この会議でも、ずっとこのアウトリーチチームと初期集中支援チームの、東京都ならではのシステムなので、これをぜひ有効に、将来に向かって確立しなくちゃいけないという思いはみんな思っていると

思うんです。先生のご指摘、今後の発展のためにとっても有用なご意見だなと思いました。

我々は地域拠点型として文京区にあって、かつ、地域連携型としても活動しているわけですけど、結構うまくいっているなと思うんでご紹介するんですけど、地域包括支援センターに嘱託医としてサポート医的な先生が、文京区の在宅をやっている先生がおられまして、そこが自然と認知症初期集中支援チームで発展して、ただ、認知症初期集中支援チームは、なかなか先生は一緒に現場までは行かない中で、地域包括のところいろいろ相談業務をやっていて、今年から文京区が提案してきて、認知症初期集中支援チームの相談、事例について、我々のアウトリーチをもって、地域拠点型センターで、会議というか事例検討会をやってくれないかということで、月に2回ぐらいですかね、大学に、初期集中支援チームにかかわるコメディカルの人たちに集まってもらって事例検討みたいなのを実際にやっていて、そうすると、かなり機能的にアウトリーチチームと認知症初期集中支援チームがうまく連携できるかなということは、我々が言い出したわけじゃなくて文京区から依頼があってやり始めたんですけど、結果的にはそれがうまく発展すると、すみ分けがうまくいくかなという気はしています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 相談班って、まだありますか。

○上野課長 あります。

○齋藤委員 あるでしょ。相談班があって、アウトリーチチームがあって、認知症初期集中支援チームがあるわけですよ。もう、無駄ですよ。

僕は、認知症初期集中支援チームについていくお医者さんにお金を出しても、そっちに予算をつけるべきだと思います。参考資料6の実績を見たって、2人、2人、2人、3人、3人。それで区東北部と北多摩西部は、10人18件、7人13件ですけど、あとの認知症疾患医療センターはせいぜい多くて3人ですよ。年にそのぐらいの数だったら、工夫をすれば、何とかチームなんてやらなくたってできるはずで、むしろ先端でやっている認知症初期集中支援チームのお医者さんに、医師だけでなくそっちに予算措置をして、相談班とかアウトリーチチームはもう認知症疾患医療センターの機能の中に含めてしまえばいいと思います。いちいち説明しなければならないような、三つがどう違うかを毎度説明していただかないとわからないようなものは、もう、すべからず無駄だと僕は思います。

○繁田部会長 栗田委員、お願いします。

○栗田委員 今の齋藤先生のご指摘のとおりなんですけど、実は認知症疾患医療センターというのは、相談事業の中で訪問もできるんですね。面接による相談と電話による相談と訪問による相談というのがカウントできるようになっていて、実は、私どものところはアウトリーチ以外の訪問も結構やっているという。ただ、このアウトリーチをやって

いる理由の一つは、お金とるために、人件費を確保するためにやっているということですが、ただ、実際のところは、東京都の方もご存じのとおり、アウトリーチは結構面倒くさいんですね。様式が結構面倒くさいということがあって、非常に使い勝手が悪いということで、実際のところは、臨機応変に地域包括支援センター等々から、実はこういう事例があって相談に乗りたいんだけどもというとき、じゃあ行きますかって気軽に出ることは一応できるところがあるので、これは認知症疾患医療センターによって状況がまちまちであって、現実には、ほとんど出れない認知症疾患医療センター、これは病院のシステム上の問題なんですけど、だけど、このアウトリーチチーム事業というのができたから一応出れるみたいな、そんなところもあって、非常にややこしい。

本来は、齋藤先生がおっしゃるように、認知症疾患医療センターの相談室の通常業務の中に位置づけて、地域包括支援センター等々を支援すればいいだろうと。それから、あと、ついでに言っちゃいますと、認知症初期集中支援チームというのも本来は多分、地域包括支援センターの本来業務だったので、本当は要らないんだけど、実はこちらも人件費を確保するために、地域包括支援センターの今の賃金じゃとてとてもできないので、区市町村事業としてお金とれるようにしてつくったという、特に医療機関と連携するためにはお金がかかるんで、そのための、お金をとるためにつくった事業であるという実態はあるだろうなと思うんです。だけど、その背景にあるのはそういうことだろうと思う。

それから、ついでに島しょ地域のことを言いますと、実は、島しょ地域というのはそもそも認知症初期集中支援チームに相当する多職種チームというのが自然発生的にできているところが多くて、これしかもうないという、つまり医療機関が1個しかなくて、医者が一人しかなくて、ケアマネ一人しかなくて、保健師も一人いるかないかというところで、やるときにはみんなが集まって、しかも診療所に集まって、一人一人の支援も調整しなきゃ、これ、認知症に限らずみんなそうしなきゃいけないというところがあって。ただ、問題は、そこに専門職が絡む仕組みがほとんどなくて、半年に1回、精神科医が来るということじゃ、これ、どうにもならんというようなことがあって。それで、我々が行くときにはちゃんと相談したい事例もたっぷり用意されているということがあって。

ということで、今回、来年度から東京都健康長寿医療センターがICTとかを使って、いろんな形でサポートしていこうということになったんですけれども、これも、ある意味では認知症初期集中支援チーム等を支援するんですけど、普通の島しょ部の、今やっている多職種協働の医療をサポートするという、そういう位置づけだと考えたほうがいい。ただ、お金をとるために、こういう名前が必要なんだというようなことなんだと考えざるを得ないのかなという気がしております。

○繁田部会長　じゃあ、お金を減らしてやめるという。

齋藤先生、どうでしょうね。

○齋藤委員 区東北部とか北多摩西部とか、そういうところは今、まだ地域にできていないから実需があるんだと思います。これは年に18回も行くんだったら経済的な支援は絶対に必要だとは思いますが。

そのほかのことについては、ここが一番先端にお金がついていたほうが良いと思います。地元で走り回る人を支援できて、ちょっとお金の配分ということになると、僕らは、ご存じのとおり税金で運営していますからあまり大きいことは言えないけど、でも、相談班があって、アウトリーチチームがあって、認知症初期集中支援チームがあって、その三つの役割を、何というか、交通整理しないと、我々専門家でもどこが何やっているのかわからないというのは、無駄です。

○繁田部会長 議論の流れに行っちゃっていいですか。

○齋藤委員 いや別に、制度を変えろと言ってるわけではないです。

○繁田部会長 東京都はお金を減らせるんですね。税金ですからね。

じゃあ、西本委員、お願いします。

○西本委員 すみません。今のお話は本当にそのとおりで思っていて、今、地域包括支援センターに求められることは、この認知症認知症初期集中支援チームと、あと、現在、在宅医療コーディネーター、在宅療養支援窓口の機能も今年の4月から持つようにというふうに言われて、地域包括のスタッフはもう、てんてこ舞いの状態で、実は、自分たちは一体何を担えばいいのかというところがあるのが現状なんだというふうに私は思っていて、もう少し整理していただいて、地域には、この認知症アウトリーチチーム以外にアウトリーチチームというものができてきていたりとか、何か、いろんなものがぼつぼつ発生していて、それがトータル的に、仕組みとしてできていないような、それこそ先ほどの「串刺しして」というようなことの必要性ってすごくあるような気がしているので、ぜひ、東京都としてそういう仕組み的なところの基盤みたいなものをきちんと整理していただけるとありがたいかなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほかいかがですか。山本委員、お願いします。

○山本委員 先ほど、栗田委員のご発言が、とても重要な視点が幾つも含まれていて、私もアウトリーチチームの書類とか、認知症初期集中支援チームの書類関係が、これは区市町村によって違うんですけど、かなり煩雑化してしまっていて、本末転倒なんです。

本来は人をサポートするためのチームであるにも関わらず、書類づくりに支援者が追われているんですね。今度、集中的に研修とかをおやりになるかもしれませんが、東京都の方針もあると思うんですけども、書類は本当に軽減していただきたいし、簡素化してもらいたいし、目的を、何のためのチームなのかということ、特に、この認知症初期集中支援チームは書類づくりのためのチームじゃないので、人をサポートするためのチームですので、支援者が書類作成に追われるような仕組みにだけはしてほしくない。今、現状そういうことは起きつつありますので、ぜひそれは強調しておきたいと思いま

すし、アウトリーチして人をサポートするための仕組みですので、おっしゃったように、認知症初期集中支援チームは、厚労省の縦割りの中で別の予算とかがいろいろついてきた関係で、本来は地域包括支援センターの人員強化のための仕組みだったと思うんですけど、今、本末転倒で、認知症の地域支援推進員は専任でなければいけないのとか、わけわからない仕組みになって、全く地域包括の業務と別個になっていたりとかということになっていて、これもまた、先ほどの新田委員の話で、横串ではなく、また縦割りが生まれちゃったみたいな話になっているので、これも兼務をぜひ認めていただいて、本来的な人と地域の支援ができる仕組みにしていく必要があると思います。

あとは、実践では、まずは地域包括支援センターが初期支援をやっている、できることはやっていますけど、必要であれば医師も訪問するというような仕組みをつくっていかないと実際的ではありませんので、そういう仕組みを明確にしていくべきじゃないかということです。あと、認知症疾患医療センターのアウトリーチについては、先ほどご指摘のとおりなんですけど、私どもは北多摩西部圏域で立川病院に、本当に今、熱心にやっていただいて、特にソーシャルワーカーの方とか、認定看護師の方たちの動きがととてもすばらしいんですね。一緒に行ってくださいますし。だから、そういう道は残しておくべきだと思います。あと、特に今、認知症疾患医療センターの若手の医師の方も本当に熱心にやっていただいて、一緒に行ってくれたりもしていますので、仕組みの中に、この訪問をできる、一緒に地域包括支援センターなんかと協働して動いてくれるという仕組みは認知症疾患医療センターにも残しておく。それは必要だと思います。それがどういう名称かはわかりませんが、お金がどうのこうのじゃないんですけども、認知症初期集中支援チームがまだ十分機能していないところもあるので、これ、齋藤委員のご指摘のとおりなんですけど、何かしら一緒に動ける仕組みは残しておくべきだと思います。

○新井副部長　そこで、認知症初期集中支援チームと違って、アウトリーチチームは医師が必ず行くとか、それだけ運営資金が出てるとすれば医師は必ず行く。

文京区の場合は、認知症初期集中支援チームの一員としてなかなか医師が現地には出向けないので、相談業務になって、うちのアウトリーチの場合は原則医師が行くようにしています。そこで、ちょっとすみ分けはしているんですけど、その、PSWだけじゃなくて、もしアウトリーチとして地域拠点型に設置するんだったら医師も必ず行くとか、何かそういう事例を必ずやっていく。何かそういうことがいいのかもしれない。今お聞きして。

○繁田部長　ご意見ありがとうございました。

時間のこともあるので、ちょっと整理をしたいんですけど、ちょっと報告書のことばかり言うてはいけませんけど、報告書をちょっと考えたんですけど、今の「認知症アウトリーチチームの機能」というところに、四つ項目があるんですね。初めの前半の二つは、今まで認知症疾患医療センターではこういうことをやってきましたということが

書いてあるんです。後半の二つがこれからというところなんですけど、三つ目は、いわゆる認知症疾患医療センターでは認知症初期集中支援チームのバックアップをしますということが書いてあるんです。四つ目は、認知症初期集中支援チームの情報交換、事例検討、スキルアップを実施みたいなことが書いてあるんです。

なので、一応、施策で、予算も関係することなので、ここでやりましょうって、なかなかやっぱりちょっと言えないので、この「認知症アウトリーチチームの機能」という、ちょっとタイトルはまた事務局で調整いただくことにして、この記載をそのままにして、チームをなくしたとするのは不可能ではないので、そこら辺、ちょっと調整をして、文言を修正して、東京都にご検討いただくということではいかがでしょうか。8時半も過ぎてまいりましたので。いいでしょうか。ここで決めるぞというのは、ちょっとあれなので。ということで、お許しください。

○新田委員 いや、いいんですけど、今、現状の、それぞれの活動をやっぱり、まず、さっきのあれじゃないですけど、人を支援する体制ってあるわけで、それぞれ違って。それを制限しないことですよ。例えば、アウトリーチチームはこうだ、認知症初期集中支援チームはこうだという、制限しないような緩やかなものをつくり上げないと、私はやっぱりだめだと。それぞれ地域によって違いますから、そこを重要視していただいたような文章にしていきたいですね。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、もう時間はないんですけども、後半の認知症医療体制の充実に向けてというところを含めて、これだけというご意見がありましたらいただいて、今日来ていただいている委員の方も、ちょっと言いたいことがあったということなどのご発言をいただいて終わりにしたいと思いますけども、いかがでございますか。

牧野さん、お願いします。じゃあ牧野委員、次に高瀬委員という。高瀬委員は話が長くなりますか。

○牧野委員 最後ということなので、すみません、家族支援、介護者支援の立場から、この「区市町村は」という最後のパラグラフのところなんですけれども、全般的にあって、家族の支援体制に対しての、家族支援についての中身が非常に薄いという印象を受けています。この文章を見ますと、国の認知症カフェ、介護者支援の柱が認知症カフェ、イコールになっているので仕方がないかもしれませんが、認知症カフェをやっていると家族支援をやっているよみたいな構図が既にできておまして、認知症カフェ、とにかく今、区市町村は、数をいっぱいつくろうということで躍起になっていらっしゃるけれども、とにかく自由にやっていいのという形になっていまして、ご本人の方中心のところもあれば、家族と相談をじっくりやっているところもあれば、本当に細々だと思うんですね。

私の立場でやってほしいのは、こういう認知症カフェの取り組みの中から、効果的な家族の支援方法を、区市町村あるいは認知症疾患医療センターがやっていただくのか、

少し編み出していくということをやっていたらいいなと、その文章を加えていただきたいというふうに思うわけです。この文章を読みますと、どうしても専門職が認知症に関する相談をすれば家族支援だというふうに、それにしか聞こえないんですね。

でも、皆さんご存じだと思いますが、家族自身がいろいろな病気を持っていたり、精神だったり、生活困難に陥っていたり、本当に、当事者ですよ、もう。当事者の人がたくさんあるので、今、国もケアラーのアセスメントというのは少し考え始めているんですが、今リソースがないので、アセスメントしてもどこへつなぐのという問題はあるんですが、だったら区市町村としては、効果的な家族の支援サービスをもう一度見直すとか、今、任意事業でも、とにかく既存のものを繰り返しているだけなので、もう少しきちっとした、支援につながるような任意事業、地域支援事業は何かとか、資料4の上のほうにも「休養を支援する場の拡充」って書いてありますけど、具体的には何なのかという、ちょっとそこのところをもう少し食い込んで、研究したりとか、編み出したりとか、やっぱりフォーカスして、何が必要なのかということを考えるというような余地を残していただきたいなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

高瀬委員、お願いします。

○高瀬委員 手短にやります。牧野さんの言われていることと非常に重なる部分も多いんですが、まだまだ力不足であるんですが、在宅医療機関をうまく使っていただきたいなって、いろんなところでお役に立つのではないかなと思ってお聞きしておりました。まだまだ力不足のところもあるんですけども。

それから、今の牧野委員のお話と重なるんですけども、実際、やっぱり私どもの地区もまだまだ力不足なんですけど、問題になってくるのは、認知症者プラス、年金にパラサイトしている次の世代の生活困窮者というのが、大体決まってパターンであるか、あるいは認知症と同居の方ということなので、ある程度、その方に対する支援なんかも、割ともうちょっと具体的にしていくようなところも、まだまだ認知症疾患医療センターも進んでいるところ、遅れているところ、あるやもしれませんが、そういうところに対してアドバイスをできるような体制を、せめてあと四、五年の間に、四、五年じゃ遅いのかもしれませんが、二、三年の間ぐらいにつくれるような、何か、余地を残して文章をつくっていただければと。牧野委員のところと大分重なると思うんですけど、そんなところをお願いしたいところです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

はい、西田委員。

○西田委員 このアウトリーチのイメージ図、機能イメージ図もそうなんですけども、東京都の場合、やはり地域連携型が診療所型なんて言われていたんですけど、結果的に病院が主体になって、病院でも診療所でもいいんですけども、実際、我々、今、往診でトラブルケースに行ってくれて地域包括に頼まれて、すっ飛んで行くようなところがや

はりあるんですよ。

栗田先生とも、この間ちょっとお話しさせてもらったんですけども、本来、患者さんが拒否しているところに往診をするという、おかしなことをやっていたりするわけですよ。ですけれども、やはりスピード的に、何とか事業ってなるとすごく手続が煩雑になったりするんだけど、我々、フットワークがいいからすぐアプローチできるんで、そういうよさもすごくあるんですね。だから、この枠の中というのは、ほとんどこれ、病院機能だけの話になっちゃっているんで、次、そこら辺も考慮していただきたい。かかりつけ医の地域における認知症治療対応の役割みたいなことも、ぜひぜひ、もう少し盛り込んでいただけるとありがたいなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほかいかがでございますか。お願いします。

○田邊委員 齋藤先生が、アウトリーチに関して大変衝撃的なお話をされた後で恐縮ですが、私の練馬区の場合は、やはり高齢者相談班も当てにしているところがあって、ケアパスの中には、一番状態の軽い人は認知症初期集中支援チーム、その次が、なぜか練馬区は協定を結んでいないためか、アウトリーチが入っておらず、精神科病院が次に来ていて、一番最後に高齢者相談班というのが書いてあり、状態の重い方はやはり高齢者相談班のような流れをつくっているようですので、このアウトリーチに関しても、今日、これで部会は終わってしまいますが、別の機会に、引き続き議論できる場があると、本当はよろしいのではないかなと思いました。

以上です。

○繁田部会長 どうぞ、ご意見を。思い残すことは。

どうぞ、どうぞ。おっしゃってください。

○山田委員 牧野委員が先ほどおっしゃった、認知症カフェだとか、認知症疾患医療センターがやっぱり地域住民の方々とつながるといことは、それは必要だと思うので、認知症カフェの実施だとかって必要だとは思っているんですけども、牧野さんがおっしゃったように、やっぱり認知症カフェを実施することが目的になってしまっているところもあるかなというところが感じられて、やっぱり主役は認知症になられている本人であり、それを支えている家族だと思うんですけども、その声を吸い上げる仕組みというか、認知症疾患医療センターというよりはもう少し、町場のケアラーの方とか、認知症カフェだとか、地域包括なのかもしれないんですけども、もう少し声を拾って、それを施策に提言していくというような仕組みというのは、やはりどちらかという地域包括支援センターとか認知症カフェを実施している民間団体がもう少し担えるような、そういった形の、その人たちの声を聞くような場というの、やっぱり行政の責任じゃないかなということも思って、特に、この「区市町村は」というあたりに、そういったことも少し挙げていただけたらいいなというふうに思ったところです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

その他いかがでございますか。お願いします。

○桑田委員 アウトリーチチームの件なんですけれども、この西多摩なんですけど、すごい広いんですね。この前、NHKで「ダーウィンが来た！奥多摩」というのをやってまして、熊が出るようなところなんです。23区を対象にだけ考えられてもちょっと困るかなと思ってまして、私の病院から青梅成木台病院に行くまでもとても時間がかかるわけです、実は。

だから、東京って本当に特殊な地域で、密集しているところもあれば、島もあって、そういった土地柄のことも含めて、もしかしたら考えていただかないといけない。私、青梅ですので、ちょっとそのことだけは最後に言わないと、後で青梅成木台病院の方に申しわけないと思ったので、八王子、この西多摩、南多摩は、地域的に物理的に遠いというのも、その活動するのになかなか難しいというのがあると思いました。あと、地域の文化とか、そういったようなものも、都心部とは違うというようなことがあるということも、ちょっと考慮していただきたいなと思いました。

以上です。

○繁田部会長 意識ですね。病気であるとか、認知症である、老化に対する意識が違うということですよ。

○桑田委員 はい、全然違うと思います。

○繁田部会長 次回、またこういった部会を開くときには、都心部会と地方部会に分けていただいて。

そのほか、よろしゅうございますか。時間も夜も更けてまいりましたので。

じゃあ、まだまだご意見があるかとは思いますが、時間も過ぎておりますのでこのくらいにさせていただきます。本当に活発なご意見をありがとうございました。

皆様にいただいたご意見をできる限り反映して、この報告書にまとめたいと思います。それに関しましては、僭越ですけれども、事務局と座長の私にお任せいただけたらというふうに思います。ありがとうございます。

それでは、マイクを事務局にお返ししたいと思います。よろしく申し上げます。

○上野課長 繁田部会長並びに委員の皆様、どうも活発なご議論、ご意見ありがとうございました。

お帰りになってから、まだ言い足りないことがあったという場合もございますので、追加のご意見がある場合は恐縮でございますが、この後、事務局より簡単な様式を送付させていただきますので、今月中、2月28日までにご連絡をいただければ大変助かります。

皆様のご意見を踏まえまして、部会長とご相談の上、報告書の案を確定いたしまして、3月に開催を予定しております、親会議の東京都認知症対策推進会議にて部会長からご報告をいただき、その後、公表をする予定としております。

最後に、当部会の閉会に当たりまして、粉川高齢社会対策部長から皆様へ一言ご挨拶

を差し上げたいと思います。

○粉川高齢社会対策部長 高齢社会対策部長の粉川でございます。認知症医療部会の閉会に当たりまして一言ご挨拶をさせていただきます。

本部会は、平成24年度に設置をしてから5年、15回にわたり、認知症疾患医療センターの整備をはじめ、認知症の方と家族を支える医療提供体制の構築について検討してまいりました。委員の皆様には大変お忙しい中、貴重なご意見をたくさん頂戴いたしました。誠にありがとうございました。

おかげさまで、ご報告しましたとおり、52の認知症疾患医療センターの指定に至りました。今後は、これまで皆様方からいただいたご意見、ご議論を生かしまして、認知症疾患医療センターの機能を充実させることにより、認知症の方とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進していきたいと考えております。あわせまして、ご紹介をいたしました、現在策定中の東京都高齢者保健福祉計画及び東京都保健医療計画におきましても、認知症対策を重点施策の一つとして、さらに強化をしてまいります。

また、部会長からもありましたとおり、皆様方には今後とも、東京都の認知症施策の充実につきまして、ご意見、ご助言を賜りますようお願い申し上げます。私の挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

○上野課長 最後に、事務連絡がございます。

資料につきましては、机にお残しいただければ、後ほど郵送させていただきます。また、まだ駐車券をお受け取りでない方は、担当にお申し出いただければと思います。

最後に、入庁の際、大変お手数をおかけして申しわけありませんでした。退庁の際も、入庁証をタッチしていただいて、通行いただくこととなります。通行後は、警備員に入庁証のご返却をお願いいたします。また、お車の方はセキュリティゲートで入庁証をタッチして通行していただいた後に、駐車場行きのエレベーター前にいる福祉保健局の職員に、入庁証をご返却いただければと思います。

それでは、本日はこれにて散会いたします。ありがとうございました。

(午後 8時45分 散会)