

文 教 福 祉 常 任 委 員 会 記 録

令和6年1月24日（水）午後2時06分～午後4時26分（9階909会議室）

○出席委員（9名）

委 員 長	川又 康彦
副委員長	高木 直人
委 員	佐藤 勢
委 員	遠藤 幸一
委 員	佐々木 優
委 員	石原洋三郎
委 員	大平 洋人
委 員	穴戸 一照
委 員	半沢 正典

○欠席委員（なし）

○市長等部局出席者（なし）

○案 件

所管事務調査「認知症対策と家族支援に関する調査」

1 参考人招致

東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科 教授 加藤 伸司 氏

2 参考人招致に対する意見開陳

3 今後の調査の進め方について

4 その他

午後2時06分 開 議

（川又康彦委員長）ただいまから文教福祉常任委員会を開会いたします。

本日の議題は、委員会次第のとおりになります。

初めに、参考人招致を議題といたします。

本日は、参考人として東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科、教授の加藤伸司氏にご出席いただ

き、話を伺います。

まず、参考人招致に関して注意事項を申し上げます。前回同様ですが、参考人はあらかじめ依頼した事項、事前質問について意見を準備して出席いたします。そのため、事前質問以外の事項について意見を求めた場合、委員長は委員の発言を制止することができますので、ご了承願います。ただし、参考人の了承を得られるならば意見を求めることができます。

2点目ですが、参考人招致は証人と異なり、百条調査のような強制力がなく、委員から依頼して出席を求めるものですので、参考人に対して礼節を尽くし、追及するような質問はしないでください。

3点目ですが、本日のスケジュールは次第及び参考人招致実施要領の5、当日の進め方のとおりです。説明が45分、質疑応答45分とさせていただきます。また、終了後に意見開陳を行います。

それでは、参考人をご案内してまいりますので、暫時休憩します。

午後2時07分 休 憩

午後2時13分 再 開

(川又康彦委員長) 委員会を再開します。

本日は、認知症の家族介護者への支援と自治体に求められる役割の話を伺い、調査の参考とさせていただくため、東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科、教授の加藤伸司氏にご出席をいただいております。加藤氏は、社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センターにおいてセンター長として勤められており、長年認知症高齢者の介護に資する研究を行っておられます。

この際、参考人に一言ご挨拶を申し上げます。本日はお忙しい中、文教福祉常任委員会のためにご出席いただき、誠にありがとうございます。文教福祉常任委員会を代表して心から御礼申し上げますとともに、忌憚のないご意見をお述べくださるようお願いいたします。

早速ですが、議事の順序等について申し上げます。初めに参考人からご意見をお述べいただきまして、その後委員の質疑にお答えいただくようお願いいたします。

それでは、参考人からお願いします。着席のままでお話結構でございます。

(加藤伸司参考人) ありがとうございます。ただいま紹介いただきました加藤と申します。それでは、早速認知症の家族介護者への支援と自治体に求められる役割ということでお話を進めていきたいと思っています。

ご存じの方々もいらっしゃると思うのですが、認知症が非常に大きな問題になって、今非常に人数が増えてきているということが挙げられると思います。国の調査というわけで、もともと国が発表していた人数というのは270万人ぐらいというふうに言っていた時代に、大規模疫学調査とか、そういういろいろなデータを基に2012年に新しい推計を出しました。その中で、270万人と言われていたのが実は462万人というふうな数を出しまして、それまで7.6%ぐらいだというふうに言っていたのが実は15%だということを言うようになりました。この中の内訳は、やっぱり一番多いのがアルツハイ

マー型認知症、これが約7割弱、それから血管性認知症が19.5%、レビー小体型認知症が4.3%、前頭側頭型認知症が1%というふうな、きっちりとは分らないのですけれども、一応こういうふうな目安を出しました。この4つがいわゆる4大認知症というふうに言われる一般的な認知症になります。それから、後でお話ししますが、MCI、軽度認知障害も約400万人いるということをこのときに報告しています。

将来推計なのですけれども、前は462万人という2012年に出したものを、高齢化率とか、いろいろ考えていったときにどれぐらい増えていくかというふうな数値になります。2025年、間もなくですけれども、こういう数になる、675万人というふうな数。ここの赤の730万人って書いてある数字は何かといいますと、いわゆるこの2つの色分けしてある中で実際には730万人ぐらいではないかって、これはなぜかといいますと、ここで問題にしているのは生活習慣病、特にこのデータだと糖尿病の人を抑制できない状態として今のままいくと730万人。なぜ糖尿病かといいますと、生活習慣病というのは認知症の発症リスクなのです。特にその中でも高血圧の発症リスクというのは大体2倍というふうに言われていますし、糖尿病の発症確率は約3倍というふうに言われています。なので、このまま生活習慣病を抑制できないと、実際にはもっと増えていく、700万人を超えるということが予想されています。それから、出現率も、先ほどは15%だったのが、高齢者人口が増えていますから、2025年ぐらいだと16.7%ぐらいになる。ただ、この中で、年齢が高くなると増えていく病気なので、85歳を超えると出現率は約40%になる。それから、90歳を超えると60%、95歳を超えると約80%というふうに言われています。ですから、健康長寿というふうに言われますが、長寿の人は認知症の人も多いということになると思います。センテナリアンというか、100歳以上の人って今かなり多いのですけれども、ほとんどが女性なのです。ですから、高齢女性に非常に多くなってくることが予想されています。なので、平均寿命まで生きると2人に1人が認知症というふうな計算になります。

高齢者の現状なのですけれども、これからお話しする概要は、65歳以上の人のいる世帯は全世帯の半分、それからそのうち6割以上が夫婦2人か単独世帯になります。高齢者、65歳以上の人がいる世帯の半分がひとり暮らしで、4割、44.7%が夫婦2人になるということです。それから、年齢が高くなるに従って男性高齢者が、いわゆる同居の場合だと子供夫婦との同居の割合が高くなっているのですけれども、女性高齢者の場合は単独世帯、ひとり暮らしと子供との同居というふうな割合が高くなっていくということになります。

ご存じのように、世帯数というのは増えていっています。世帯数は増えているのですけれども、世帯に住む人数がどんどん減っているというのが現状です。ですから、世帯は多いのです。ただ、そこに住む人数が少なくなっている。前は、少ない世帯にたくさん住んでいたから、同居ということが多かったのですけれども、夫婦2人暮らし、あるいはひとり暮らしで1つの世帯になっていきますから、世帯人数は減っているということになります。65歳以上のいる世帯というのは大体50.6%、全国というと、ただ、伺ったところ、福島市は42.6%。ですから、福島市は全国平均よりは同居が多いという

ことになろうかと思えます。

6割以上は夫婦2人か単独世帯になっているということなのですが、同居世帯、いわゆるかつてあった3世代世帯というのは今7.1%です。それから、親と未婚の子の世帯が20.1%なので、同居しているのは27.2%になります。それから、夫婦のみが32.1%で、単独世帯が31.8%ということになっています。ただ、先ほどお話ししたように、福島は同居が47.3%、夫婦2人が27.3%で、ひとり暮らしが25%というのが福島の状況だと思います。

それから、高齢者のみ世帯の半分がひとり暮らしで、44.7%が夫婦のみの世帯なのです。こちらが夫婦のみの世帯が44.7%、それから男性のひとり暮らしが18.5%で、女性のひとり暮らしが33%なので、女性のひとり暮らしのほうが多い。夫婦のみの世帯が44.7%というふうになっています。

それから、年齢が高くなるに従って男性高齢者は子供夫婦との同居の割合が高くなっていくのですが、女性高齢者は単独世帯と子供夫婦との同居の割合が増えていく。男性高齢者の17.2%がひとり暮らし、女性高齢者の25.3%がひとり暮らしで、子供夫婦と同居の男性高齢者が30.5%で、女性で38.2%、特に高齢な女性ほど単独世帯が多いというふうなことになります。ここまでが全体の高齢者の現状だと思います。

ここからちょっと介護問題について考えていきたいのですが、介護が必要になる理由って、かつては脳血管疾患が一番多かったのです。脳卒中とか心臓疾患とかが結構上に来ていたのですが、今総数でいうと、介護が必要になる理由のトップが認知症になる。次が脳血管疾患、それから骨折、転倒というものが多く、介護が必要になるのは大体認知症か脳卒中か転倒、骨折、これが大きい3つの要因だと思います。それから、要介護度別に見ても、大体全体でいうと認知症が多くて、要介護1から3までが認知症がトップ、血管疾患が要介護4とか5では認知症を抜くのですが、でも大体この順位というのは入れ替わるだけで、ほぼ認知症が上に来るか、血管疾患が上に来るかということの違いになっていると思います。

それから、こちらが同居している家族なのですが、同居の場合、一番は配偶者介護、いわゆる老老介護が一番多くなる。それから、子供による介護が16.2%、子の配偶者の介護が5.4%。かつては、介護は嫁の仕事というふうに言われたのですが、お嫁さんほとんど介護しません。しませんというのは変なのですが、同居していないのです。同居していないので、お嫁さんの介護って極端に減って行って、基本が老老介護になっているということ。それから、こちら側がいわゆる同居以外の場合なのですが、介護をしている者は事業者とか、次が別居の家族、いわゆる遠距離介護を含む、そういった問題になっているということになります。

それから、同居、別居とも、介護者は誰かという、圧倒的に多いのが女性による介護者。ですから、老老介護でいうと、ご主人を介護する人が多いということなのです。それから、ただ同居している介護者は年齢が高い人が多いのですが、ちょっと気をつけたいのが、男性介護者が奥さんを介護する場合は、男性介護者はかなり高齢になっているということなのです。ですから、両方高齢

者同士で、特に例えば年上の方と結婚するということが多かったので、やっぱり介護している人もかなり高齢になっているというのが現状だと思います。

そして、かつて、配偶者介護が増えていって、子供による介護が減っているということなのですが、これは3年前の結果です。国民生活基礎調査は、ご存じのように3年に1度大規模調査をやりまして、2022年がその年になって、2023年に発表されているわけなのです。前回の大規模調査に比べると、配偶者である男性介護者が14.9%から15.7%に増えている。それから、子による介護が11.8%から8.1%に減っているということになります。それから、配偶者である女性介護者が40.9%だったのが3年後には45.7%になって、子による介護が19.8%から18.5%、少し減ってきているということなのです。家族介護ってよく言うのですが、例えば家族介護者とか介護家族という、例えば認知症の家族とか、よく言うのですけれども、家族っていうんなパターンがあって、誰が誰を介護するかによって問題というのは非常に違ってくるということなのです。

これを誰が介護するかによってちょっといろいろ分けて考えてみたいと思うのですけれども、まず一番標準的な夫婦による介護なのですけれども、夫婦間介護は、やっぱりどうしても周囲との関係が希薄になりやすい。近所付き合いが減っていくとか、出かけることが減るとかによって、どうしても閉塞しがちになる。それから、これは実際にいろいろ家族相談なんかやってみると分かるのですけれども、意外と多いのは子供に頼りたくないという親がいて、子供に頼らずに、夫婦だけで介護問題を解決しようとする場合も多いのです。ですから、今日ご参加の方もそうかもしれない、例えば自分の親の世代が、自分たちのことは自分でやるから、あなたたちはあなたの生活を考えなさいというふうに言う人がいるのですが、これを言ってしまうと、SOSが非常に出しにくくなる。困ったときに助けてということがなかなか言えなくなるということなのです。特に介護している人が認知症だった場合には、意外と丸抱えしてしまうことが多い。そして、ほかには頼らないということで、閉塞した中で閉じ籠もっていった介護の中でいろいろな問題が起こってくるということがあるわけなのです。

それから、夫婦間介護でも、どちらが見るかによっても違ってきます。例えば奥さんがご主人を介護する場合を考えると、やっぱり身体的、精神的負担が非常に大きい。例えば3番目に書きました体力の問題っていいですか、ご主人のほうが体格よかったりする場合が多いので、それを高齢の女性が介護するという上での負担の大きさというものがある。それから、自分も高齢なので、いつまでやれるのかという、いわゆる介護不安というか、将来的な不安が多い。それから、ご主人とのもとの関係性というものが介護に影響してきます。例えば円満な夫婦だったのか、それともいろいろあった夫婦なのかによって変わってくる。私も前に仕事で家族カウンセリングなんかやっているときにやっぱりよく言うのは、認知症って大変な病気だから、優しくしてあげてくださいねというふうに言ったりするのですけれども、先生はそう言うけれども、今までが今まででしたからねというふうに言われたりする人がいる。これは結構危ない、そこから先がということがあるのです。それから、男性のプライドが介護への抵抗という形を取るときがある。それぐらいできるとか、そんなこと言われなくて

も分かる。でも、分からないのですけれども、そういったことが非常に精神的な負担を大きくしていく。それから、亭主関白だった男性だった場合なんかですと、やっぱり精神的負担が大きくなる。なぜかという、できないにもかかわらず、指図したりするようになる。こうしなければ駄目だとか、そういうことが奥さんにとって非常に負担になっていくという問題が起こったりします。

それから、逆にご主人が奥さんを介護する場合、これは同様に老老介護なので、将来的な不安というのは非常に大きくなっていきますし、それから奥さんに頼っていた部分を自分で担うことになる。特に問題なのは家事能力なのです。家事能力がどれくらいあるかというのは非常に大きな問題になっていく。家事能力が低いと、ご主人の負担は非常に大きくなっていきます。今までやったことがないことをやらなくてはいけないということで。それから、意外とあるのは、奥さんに対して非常に厳しい態度で接することが多くなる。それくらいできるだろうとか、なぜやれないのみたいに、そういうことが起こったりする。それから、男性の場合、意外とサービスをあんまり利用しようとしません。それは家の問題だからということで丸抱えしてしまう。それから、自分が年上であることも多いので、やっぱり介護の限界が来たときには非常に破綻しやすいのです。これも非常に仲がよかった夫婦の場合も、そうではない場合も、それぞれ問題が起こってくるのです。例えば奥さんとの関係性があんまりよくないというのはおかしいのですけれども、高齢者虐待で、虐待する人で一番多いのが息子による虐待なのです。2番目に多いのがご主人の虐待なのです。これが半分以上なのです。そうすると、やっぱり虐待のリスクというのはどうしても大きくなってくる。それから、非常に奥さんのことを心配しているご主人って、自分の健康不安が起こったときに、1人では置いておけないというふうになって、非常に悲惨な結果、例えば無理心中とか介護殺人とか、そういったことにつながることもある。ですから、今介護者の中で、息子さんも含めて男性介護者をどう支援していくかというのは非常に大きな課題になっています。

それから、子供による介護は、娘と息子がいますので、娘さんによる介護を見ると、やっぱりこれまでの家族関係、親子関係というものは非常に介護に影響を与えてきますし、親子であることへの遠慮のなさというものがある。これが負担になる。特に娘さんに対する遠慮のなさというのが目立っていて、例えば実際に娘さんの立場の人と話しすると、自分の子供とか娘だから、気兼ねなしに言えるって言うけれども、少しは遠慮してほしいと思うときがある、そういうふうな負担がある。それから、やっぱり介護が必要になったときの親の姿への戸惑い、あんなに何でもできた父親が変わっていく姿とか、そういったものをなかなか受け入れにくくなる。それから、親子の役割の逆転と負担感と罪悪感、これ私が随分昔にやった調査なのですけれども、家族関係で見たときに、罪悪感が出てくるのは娘さんだけだったのです。これ非常に娘さんって複雑なのだと思います。だから、こうなったのは自分にも責任があるのではないかというふうな思いがあったり、なかなか娘さんというのは非常に難しいなと思いました。それから、異性である父親の介護に対する心理的な抵抗感とか、それから認知症の場合には不安も大きいし、それから家庭生活とか仕事との両立の問題、これが非常に大きくなって

きます。それと、家族と仕事との、特に介護離職した場合に経済的な収入がなくなるので、親の財産に依存するようになる。そうすると、介護を提供して、そのお金を提供してもらうという共依存が起こってくると、なかなか抜けられなくなります。ここは非常に大きな問題だと思います。

それから、息子さんによる介護なのですけれども、これは娘さんと共通しているのは、これまでの関係とか、遠慮のなさとか、親の変化に対する戸惑いとか、母親に対する介護の抵抗感とか、不安とか、特に家庭生活とか仕事との両立の問題。特に男性介護者が離職して介護に専念する場合に、この共依存というのはすごく危険な状況になってきます。ですから、私が息子さんの介護者によく言うのは、とにかく仕事を辞めない方法がないか、例えば時短とか勤務形態変更とか、どうしても辞めなければいけないとしても、パートに出るとか、アルバイトでもいいから、収入を得るというふうにしたほうがいい。そうしないと、距離が近いのです。親との距離が非常に近いので、怒りの感情とか、すごく強い悲しみとか、いろんな複雑な感情が起こってくる。虐待が多いのもその理由だと思うのですが、特に仕事をすることによって介護から離れられるというよさがあるのです。だから、週に1回でもいいから、とにかく距離を置くということがすごく重要なのではないかと思います。

それから、お嫁さんの介護は、とにかく一番目立つのは圧倒的な負担感です。なぜ私がというふうな思いがあります。それから、家庭生活の維持と介護の役割葛藤とか、特に子育てとかぶった場合が非常に大変なことになっていきますし、やっぱり嫁しゅうとめの問題とか、関係性が非常に大きくなると、一番肝腎なのが実の息子さんが理解を示さないと破綻しやすいです。これが親側につくと、非常にお嫁さんというのは立場がなくなっていくます。それから、まれにあるのは、義理のお父さんを介護するときにお母さんが嫉妬するときがあるのです。こういう非常に難しい問題がある。それから、以前やった調査で分かったのは、意外とお嫁さんってうまくやっているケースも多いのです。これ何かというと、関係性が遠いからなのです。やっぱり適度な距離感を持って見ることができるしよせんは他人みたいなところがあったりとか、そういうふうなうまい介護をするのもお嫁さんだったりします。

それから、認知症介護特有の問題点なのですけれども、これは一概に言えないのです。認知症だからということはないのですけれども、例えばこれ今までの調査で分かっているのは、これは大分昔、1988年の外国の論文なのですけれども、介護者の半数以上が鬱状態になっているというような報告があったりとか、それからWHOの報告だと、認知症の人のお世話をする家族が鬱状態とか不安症状、そういった精神症状を持つ傾向があるということが分かっている。やっぱり不健康を強いられているというような状況があったりします。

介護負担は様々なのですけれども、やっぱり認知症ということがよく分からないことに対する不安とか、それからこの先どれぐらい続くのかとか、あるいは本人に伝えたいことがなかなか伝わらないとか、それから本人が話す内容が分からないとか、それから自由になる時間がなかなか取れない。例えば寝たきりの介護は、よく言われるのは、寝ていてくれるのだということです。だから、その介護が

終われば自分の時間というのは持てる。ただ、認知症の人って、手は出さなくて済む部分でも目が離せない、それが日中だけではない、夜とか夜中にも起こる、こういうふうな精神的な負担というのが非常に大きい。

これは、認知症ケア学会の初代の理事長の本間昭先生という先生が論文で書いている2つの問題があるって言っているのです。これは、認知症の人に認知機能障害があるということ、これは当然なのですけれども、言っても覚えていてくれないという問題なのです。だから、ここにいてねって言っても、すぐいなくなってしまうとか、そういうふうなこととか、何回も同じことを繰り返さなければいけないというふうな問題とか、それからもう一つ大きいのは、やっぱりねぎらいが少ないということなのです。介護の大変さを周りから理解されにくい。見た目で分からなかったりするので、近所の人とは普通に挨拶を交わしたりするので、何でもないではないの、大したことないではないのというふうに思われがちなのだけれども、夜になると家に帰りますと言ったりとか、そういった周りからなかなか理解されにくいだけではなくて、本人から感謝の言葉を期待できない。だから、あなた取ったでしょうというふうに言われることはあっても、ありがとうというふうに言われることがない、そういうふうな問題があるということなのです。

それから、認知症って今までは結構重度とか中等度の人の問題を大きく取り上げてきているのですけれども、やっぱり初期支援というものが今まであんまり足りなかったように思うのです。

認知症の空白の期間とか、空白の時間というふうに言われるものがあります。認知症に誰が先に気がつくかという、これは専門医の先生方もよく言うのは、一番先に気がつくのは本人なのです。本人は、自分は認知症だと思わなくても、何か今までと違うとか、今までどおりにいかない、それから周りからいろんなことを言われるようになる、そういった違和感を覚えるのです。違和感を覚えてから受診するまでに空白の期間がある。この期間、家族も何かおかしいって気がついて、病院に行くまでに結構な時間がある。この時間、期間は非常に不安とか葛藤がある。

それから、早期診断というものが推奨されています。国でも推奨していますが、早期診断して見つかったところで、利用できるサービスがないというのが現状なのです。そうした場合には、やっぱり地域社会から孤立して行って、場合によっては進行を待つだけになってしまうというふうな非常に大きな課題があるということなのです。

私たちがやった調査は、違和感を覚えてから医療機関を受診するまでに大体1年2か月かかっているということ。それから、医療機関を受診して告知されてからサービスにつながるまでに1年5か月かかる。ということは2年半なのです。違和感からサービスにつながるまで2年半というのが何も支援されない期間がある、今まではということなのです。

原因が分からない違和感というものが非常に不安にさせますし、最初、初めてのことで、どこに相談すればいいのかが分からないとか、なかなか専門の医療機関につながりにくいという問題があります。ですから、そういったところでやっぱり情報提供というのはちゃんときっちりと伝えていかな

ればいけないし、何より、私もそうなのですけれども、何かおかしいと思っても、なかなか病院に行きたくないのです。だから、様子を見ようとか、そういうことが多いので、受診にためらうということが多い。だから、そういったものをやっぱり後押しするような支援というものがが必要です。

それから、よく言われるのが、本人が行きたがらない場合、これよくやる手が、だまして連れていくというやり方なのです。健康診断とか、私も行くから、一緒に行つてとか言ってしまうのですけれども、だまして連れていくと、大体ひどいことになっていきます。家族がああときうそをついた。そういうことって覚えていますので、やっぱりよく納得して受診してもらうということが大事です。家族の人にどう言うかという、本気で説得してくださいって言うのです。変にごまかすのではなくて、本気で説得してみてください、そうすると渋々でも行ってくれると思うということなのです。だから、受診から検査、告知に至るまでもやっぱり不安なわけなのです。

告知の問題は、例えばかつてがんなんかは本人に告知しない時代があったのですけれども、認知症はどうかというと、認知症も告知しなければいけないのだと思うのです。病名が分からない不安というものもあるし、病名が分かった後の不安もあるのです。ただ、本人に告知がされない何が起るかということ、自分は何でもないのだと思いながら進行していくというふうなことに繋がっていくのです。ですから、そこをちゃんとつないであげるとのことと、一番いけないのは、診断をして、告知した後にとこともつながらないというのが一番いけないのです。だから、取りあえず、私が言うのは地域包括支援センターとつないでみてください。そうすると、地域包括支援センターに行くと、いろいろ情報がある。例えば福島市にも22か所の地域包括支援センターがある。ですから、中学校圏域に1つあるので、とにかくあなたの住んでいる地域包括支援センターに電話でいいからしてごらん下さい。そうすると、いろんな情報があるからということなのです。それをつながらないから、分からないまま、不安を抱えたまま、閉じ籠もっていくということが起こると。

それから、これは若年認知症の人のご夫婦とお話しているときに聞いたことなのですけれども、やっぱり本人としては、告知した後、この病気はどんな病気で、自分がどうなっていくのかというのは不安があるし、それからネットなんかで調べても、5年で寝たきりになって、10年で死ぬとか、そういうふうな暗い話題が多い。そうすると、もう絶望的になる。もう人生の終わりなのか、これは誰にも分かってもらえないというふうな思いになる。それから、ご家族はご家族で、この病気はどんな病気で、私たちがどうなっていくのか、私たちだけでどう支えていくのか、どこに相談すればいいのかというふうなことで悩むということをしている。

それから、初期支援では、やっぱりいろんな情報が今たくさんあるのですけれども、適切な情報というものをちゃんと伝えていかなければいけないのと、初期の時期は、まだケアが要らないのです。だから、そのときにサポートしてくれる人を見つけるということとか、ケアの問題の前にある段階、いろんな不安に対する対処とか、そういったことを心がけなければいけない。それから、家族に対しては、やっぱり今の不安の解消と、今何が困っているのかとか、どうやって負担を軽減していく、そ

のための手だてはどういうものがあるのかとか、それから将来的にどうしていくかということを考えなければいけない。ただ、10年でとかって、そういうことを言わないで、当面2年後とか来年はとか、それぐらいの目標で考えていったほうがいいと思います。ですから、空白の期間というものをなるべく満たされた期間にしていきたいのです。そうすると、やっぱり情報提供とかサポートというものが非常に重要になっていくのです。

初期支援が足りない中で、私たちがいろいろやってきたことなのですが、認知症カフェの普及とかもやってきました。認知症カフェ、今、日本に7,000か所以上あります。コロナ禍で大分休んだのですが、ほぼ復活しています。福島にもたくさんあります。

それから、一体的支援プログラムというもの、これは家族と当事者を両方とも支援するというふうなプログラムです。もともとオランダで始まったものなのですが、家族関係の修復とか、そういったものを目的にしています。いろんな支援があるのですが、例えばここというのはほとんどがインフォーマルな支援です。本人ミーティング、本人だけ集まるものもあれば、家族の会というものもあるし、認知症カフェ、これは地域の住民も一緒に参加するものもあるし、一体的支援プログラムというのがある。これは、本人と家族に参加してもらうプログラムです。

プログラムの3つの柱は、1つは本人支援と、2つ目が家族支援と、それを一体的な支援というふうなことを考えています。これデイサービスなんかと何が違うかというと、プログラムをつくらないということなのです。本人と家族が集まって、今日は何をしますかということから始める。例えばボウリングに行きたい。では、行ってみましょうか。家族も一緒に行ってみるとか。そうすると、この人ってこんなことまだできるのだとか、そういったことの家族から見ると新しい発見があったりするし、今まで抑鬱的だった本人も、まだまだやりたいことがやれるのだということに気がつくことができます。ですから、まず活動を決めるということと、実際に活動するということが、決めた活動を行う。今日何したいというときは、なるべくその日のうちに、今日やってみましょうということをする。いいのです、買物でも、何もしないという選択もあるのです。だから、これは場所があればできるということなのです。特にデイサービスみたいに道具は必要がないし、ですから買物に行こうとか、今日ちょっと農作業をやってみようとか、草取り、公園に行ってみようとか、何でもいいのです。本人が決めるということ。そして、最後に今日どうだったかということの振り返りがあって、次は何をしようかねということを知ったり。この中に専門職が入っていくというやり方なのです。ですから、参加して、全体での話し合いがあって、話し合いに基づく活動がある。その間に本人だけで集まる時間帯とか、家族だけで集まる時間帯を決める。そして、ここでは本人同士のディスカッションとか、それから家族同士のピアサポートとか、そういったものが行われていくということなのです。ですから、このプログラム例としては1日、10時から2時半ぐらいまでのプログラムもできますし、お手元の資料にあるように。それから、半日単位のプログラムでも可能であるということです。今どれぐらいやっているかということ、それほど多くありません。

ただ、コンセプトはすごく簡単で、とにかく小さく始めて大きく育てる。1家族から始めるところもあります。加藤さん夫婦でやってみようかというところで、例えば疾患医療センターが中心になってやるとか、あるいは地域包括で始めてみるとか、そういうやり方があります。福島県でいいますと、いわき市がかなり先駆的です。行政と一緒にやっているの、ぜひいわき市の例とかをご参考になさるといいと思います。それから、これは物ではなくて、人ありきなので、建物とか道具ではなくて、とにかくみんな、ここでやれることをやってみよう。それから、地域に合ったプログラムが使えるということと、ネットワーク型、どこか単独でやろうというよりも、むしろ行政と包括が一緒にやるとか、あるいは疾患医療センターと包括が共同してやるということもできます。私どもの法人が今かなり手を入れているのが、大学の附属病院が、疾患医療センターなのですけれども、その疾患医療センターと、その地域の包括3か所で一緒にやってみようということで、今具体的に始めようとしています。

いろんな効果は分かっています。QOLの向上とか、いろいろ分かっていますけれども、あくまでもこれが最高というわけではありません。今までなかった初期支援というものに力を入れるのであれば、こういうやり方がある。いわゆる介護保険につながる前にできる支援というものはこういうものがあるということなのです。

ここからちょっと認知症の話。皆さんの中でいろいろこういうことが議論しているということの中で、やっぱり認知症のどの段階で相談に行ったらいいのかとかということがあったので、認知症と一般の物忘れのどこが違うのかということなのです。生理的老化というふうに言われるものは、誰にでも起こる正常加齢です。例えば脳は誰でも萎縮していきますし、もう85歳になると一般の高齢者でも15%萎縮するので、これが正常加齢なのです。ところが、アルツハイマーってそれが非常に強く起こっている。一般の物忘れ、体験の一部分の物忘れなのです。昨日の晩御飯を覚えていないということはある。でも、昨日は家で食べたということは覚えている。ところが、認知症の人は朝食食べたという体験自体を忘れる。だから、御飯を食べていないというふうになる。それから、自覚は乏しいけれども、違和感はあるし、だんだん進行していくし、時間とか場所の見当がつかなくなっていくとか、後で言うBPSDというものが起こってくる。でも、決定的なものは、生理的老化と認知症の違いは、日常生活に支障が出るということなのです。いわゆる生活障害が起こってくるということ。1人で生活することが非常に難しくなる。ひとり暮らしの認知症の人も多いのですけれども、何とか支援によってできている人たちもいます。

それから、MC Iの問題もあったのですけれども、MC Iって一つの疾患単位ではなくて、ちょっとくせ者なのですけれども、正常と認知症の間というふうに言われますけれども、このMC Iというふうに言われた人は、1年間で大体10%から15%が認知症に移行します。それから、4年で半分の人が認知症になります。ただ、20%から30%は回復する人たちがいます。なぜかという、MC Iの中には非常にごく初期の認知症の人が含まれるのです。それから、廃用症候群みたいに、退職後、何も

することがなくなって、物忘れが目立っていくような人たちです。この人たちは、回復の可能性があるのです。ですから、これは生活習慣の改善とか、出かけるとか、運動するとか、そういった生活習慣の改善で2割から3割は回復しますし、不思議なのですけども、ここに移行しない一群もいるのです。この状態のまゐる人。ただ、いずれ移行しやすい。それから、回復した人たちであっても、これは認知症のハイリスク群って呼ばれるのです。この人たちは、やっぱり認知症になる確率が高いということ。だから、今一般的に言われるのは、MCIを予防すれば何とかなるって思われがちですけども、何とかなる人たちもいる。ただ、MCI全てがそれで解決するわけではないということなのです。ここがよく誤解されているところです。

それから、認知症の症状は、中核症状と周りの行動、心理症状という症状から成っているのですけれども、中核症状は治らないところです。物忘れはよくなりません。ただ、行動、心理症状、これは例えば徘徊とか妄想とか、ここはやり方によって随分変わっていきます。この2つを合わせた形で認知症の症状が現れる。

それから、中核症状、特にアルツハイマーなんかだと記憶障害、ここが非常に強いので、この対応の仕方一つでも随分症状はよくなる。例えば私たちはよく物忘れを責める。さっき言ったでしょうとか、だからとか言ってしまうのだけれども、それが非常にいけないやり方である。私もあるのですけれども、言ったよね、聞いていないよということがあると思います。私たちでもあります。ただ、両方とも正しいと思っています。言ったよねということを頻繁に言われると、言われているほうはだんだん腹が立ってくるのです。みんなで寄ってたかって俺のことをばかにするとか。だから、こういういろんな症状に対して適切なケアを提供していくことによって、随分本人は安定していきます。だから、こういうことを家族に覚えてもらわなければいけないということなのです。

それから、昔は問題行動というふうに言っていたのですけれども、今は行動、心理症状といいます。問題行動は私たちの問題なのだとということで、本人の問題ではないというふうに考えるようになったのです。だから、認知機能障害による思考とか行動の混乱があっても、行動自体は本人の目的に沿っている場合。例えば私多分2035年ぐらいにアルツハイマーになると思っていますのです。そうしたときに、金曜日って大学の授業日なので、金曜日って聞くと歩き出すと思うのです。授業に行かなければいけない。これ20年以上金曜日の2時間目が学部の授業なので。だから、行動自体に問題はないのです。金曜日に授業に行く。ただ、退職したことを覚えていないということが問題なのです。それをちゃんと理解しなければいけない。

それから、このBPSDは本人のせいだけではありません。これは、本人の症状とか心理的要因とか身体的要因はありますけれども、その環境の問題とか周りのやり方の問題によって、こういったものが複合的に作用して行動、心理症状が起こってきます。これを私たちはみんな認知症の人のせいにしていたのです。でも、私たちの足元が違っていたということがなかなか分らなかった。なので、私たちのケアとか、健康管理とか適切な環境とか心理的なサポートとか適切なケアをやっていくと、

周りの症状はかなりよくなってきます。そうすると、認知症の全体像はよくなってきます。症状が改善します。でも、認知症はよくなりません。点数も悪くなります。でも、安定していくし、適応していくということなのです。これは、私たちのやり方なのということなのです。

それから、つくられるBPSDってあるのです。これ在宅でよくあるのですけれども、認知症の人はいろんな思いがあってBPSDが起こってくる。BPSDというのは、介護負担を非常に強くするのです。なので、ストレスになってくると、どうしても不適切ケアが起こってくる。不適切ケアは、認知症の人をますます混乱させて、BPSDを悪化させる。悪化したBPSDは、さらなる不適切ケアを生むということになってくる。なので、在宅の認知症のケアを考えるときには、認知症の人のケアと家族の両方をケアしなくてはいけないということなのです。この両方をケアしないと、虐待なんかがなくならないということなのです。

これは、今言ったことを文字で書いたことなのですけれども、家族の望む支援ということを考えたときに、さっき言った虐待、これちょっと去年のデータなのです。でも、比率は変わりません。息子が一番虐待者で多いし、ご主人の虐待が多い。奥さんは意外と虐待しないということも分かっている。嫁の虐待は非常に少ない、こういうことが分かっている。そうすると、男性をどうするかというのは非常に大きな問題です。

虐待の発生要因で多いのは、介護疲れとか介護ストレスとか、認知症の症状があるということも非常に虐待の原因になるということと、やっぱり家族関係とか、いろんな要因、多要因で虐待が起こりやすくなるということ。

それから、これは私たちが334家族にやった調査なのですけれども、虐待したことがありますかという調査はできないのです。虐待してしまいそうになったことはありますか聞いてみると、これは出現頻度順なのですけれども、一番多いのが暴言を吐かれることなのです。一生懸命介護している本人からどなられるとき、これがかつとなる。それから、言うことを聞いてくれないとか、ねぎらいとかがない、感謝されないとか、意思疎通が難しいとか、いろいろな要因、ちょっとしたことが虐待の引き金になりやすいということなのです。

それから、逆に私たちから言われてうれしかったことって何ですか聞いてみると、やっぱり家族への気遣いなのです。家族への気遣いとか、ねぎらいとか、助言とか、褒めてあげるとか、やっぱり家族をねぎらう一言というのが非常に重要なのです。よくあるのは、デイサービスのスタッフなんかにもよく言うのは、本人しか聞かないのです。昨日眠れていましたかとか、御飯は食べていますかと。そのときに一言家族に、あなたは眠れていますか聞いてあげるだけで随分家族は救われるということです。私のことも気遣ってくれるのだとか、困ったら言ってくださいよとか、一緒に考えましょうって、家族に対する一言というのは非常に重要になってくるということなのです。

それから、支援する体制。公的な支援で私やっぱり一番重要なのは地域包括だと思っています。地域包括がつかないでいく、いろいろなところにつないでいくということが非常に重要なのだと思います。

疾患医療センターとか初期集中につないでいくとか、そういったことが非常に重要になってくる。だから、介護保険でやれるところはいっぱいあります。ただ、こっちのほうが、介護保険外のところが意外と多いのは、例えば家族の会とか、当事者の会とか、ネットの相談サイトなんかもあります。e-65というやつがあったりとか、今言った認知症カフェとか、サポーターとか、いろいろな団体による支援はあります。だから、介護保険が使えないときというのはこっち側なのですけれども、さっき言った一体的支援は、今介護保険の対象に、地域支援事業に位置づけられているので、各自治体の予算でできます。だから、予算どうしているかというのは非常に大きな問題で、自前でやっているところも結構多いです、自治体が補助を出しているところもあります。

それから、偏見のところなのですけれども、サポーター養成研修、これが国民に対して一番国がやっていることです。2004年に痴呆から認知症って名前が変わったときに、10年間で100万人にしようというふうな運動が、サポーター養成研修、起こりました。結構行政の人たちも受けてくれています。議会の先生方がみんなで受けたとか、結構あります。それから、うちの大学は学生も受けます。学生が受ける前に教職員が全部受けましたけれども。令和5年9月現在で1,482万人のサポーターがいます。国民の10人に1人がサポーターという時代になっています。ですから、かなりここは、多いのは20歳未満の子供と70歳以上の人で半分を占めています。ですから、働き盛りの人たちがもう少し受けてくれるといいと思っています。

それから、サポーターは一般市民の偏見をなくすことに一役買っているとは思いますが。ただ、地域で生活する一般市民って、認知症の問題を身近な問題として捉えていない人が、やっぱり人ごとだったりする。地域で支えるということをよく言うのですけれども、地域の人たちの圧力があるときがあるのです。本人も家族も家でずっと見たいけれども、周りの人が、早く施設を探しなさいとか、ひとり暮らしの認知症の人が隣にいたら危ないから、早くどこかの施設に入れなさいということがあったりとか、だからそういった総論的には賛成なのだけれども、近所では困るみたいなのところがあったりする。ここを改革していかなければいけないのです。

ただ、偏見は一般市民の中だけではありません。家族にも本人にもある。これは、例えば認知症を受け入れられないで、認知症の人に対して過剰な要求をする。できるだろうとか、何でこんなことができないのだとか、そういったことを言う家族もいるし、それから逆に守り過ぎる家族、何でもやってあげる家族も認知症の人の力を奪っていきます。できることまでやってしまうということで、何もできなくさせていくということ。それから、本人の自信も失わせていくということがある。

それから、これは本人から聞いたのは、私の中にも偏見があったということです。これは、社会的偏見というものをすごく恐れていた自分がいたというのと、それからそれを自分の中で受け入れてしまった自分がいた。例えば認知症になると何にもできなくなるのだとか、それからもう人生の終わりなのだというふうな思いがあったりするというようなことが本人から言われたことです。

それから、自治体としてどうやっていく、これは私が言うことでもないのですが、私なりの考えと

というのが時々入ると思うのですけれども、以前実施した、私が随分若いときの研究なのですけれども、在宅介護が長続した人と長続きしなかった人はどこが違ったかということをやったことがあるのです。これは、同じアルツハイマーの人で、病気の重さも同じ家族で比べてみたのですけれども、一番大事なのは家族が健康でいること、ここが一番大事です。そうしないと、やっぱり共倒れになるということなのです。介護者が健康であるということと、やっぱり手伝ってくれる人を探すということ。だから、認知症の介護は、1人では無理なのだと思うのです。だから、誰かに手伝ってもらおう。それは、家族でもいいし、近所の人でもいいし、そういう人がいなければ、ヘルパーさんでもいいし、サービスを使っていけばいいし、とにかく1人ではできない。でも、こういう認知症の介護は、家族にはなかなか頼みたくないという人もいるのですけれども、孫だってできることってあるのです。例えば2時間置きのトイレ誘導って、孫だってできたりするのです。孫の言うことを聞いたりするので、そんなことを家族がちょっとずつできることをやっていくということが大事です。

それから、サービスをうまく使っている人。だから、例えばレスパイトとかデイサービスをうまく使ったりとか、ショートステイをうまく使って自分の息抜きにするとか、例えばその目的は自分が旅行に行きたいというだけでもいいのです。それも息抜きになる。こういう使い方していいのですかという人いるのですけれども、それであなたがリフレッシュできるのであれば、これは本人の支援と同じなのだと思います。

それから、相談する人とか場所があるということは、どこに相談していいか分からないということを使うので、よく当事者、地域住民の人に言うのは、いざという時のために、冷蔵庫に地域包括の番号を貼っておくといいですよって言うのです。水道屋さんのマグネットをみんな外して、そこところに地域包括に電話すれば何とかなるから。何とかなる、電話相談に乗ってくれるし、来てもくれるし、無料だから相談だけでもいいのだと。これは、包括は市の機関なのだからと言うのです。役所と同じなのだからということを使うのです。できれば愚痴を聞いてあげる人がいるといいです。だから、この4つの支援というのはすごく重要なのではないかなと思うのです。ですから、認知症の人の生活の質も大事だけれども、やっぱり家族の生活の質ということも考えなければいけないと思います。

それから、産学官連携にしても、これは何を目的に連携するかということが一番大事なので、取りあえず連携しようではなくて、何をするのかということが大事です。仙台市と福祉大学が連携、認知症協定やっています。これは、でもどっちかというトップ同士の話合いから決まっています。連携しよう。では、集まって何をしようかということで定期的にやっている。ここは、サポーター養成研修のお手伝いとか、仙台市の認知症のイベントに対する学生が支援したりとか、仙台市が行うサポーター養成研修を学校で受ける。いろんなやり取りを今しています。それから、意見交換、学生の意見を聞いてみるとか、こういったことが多いですが、何を目的にこれをするかというところが大事でしょうと。

それから、条例なんかもありますけれども、調べてみると、条例をつくっているのが大体今21自治

体です。一番早かったのは愛知県の大府市。私たちの認知症介護研究・研修仙台センターがあるのですが、仙台センター、東京センター、大府センターって3つあるのですけれども、この大府市は踏切事故があったと思うのです。損害賠償されたときにどうするか。認知症の人を外に出さないほうがいいと逆行しそうになったときに、では大府市としてちゃんとやっていこうということで2017年につくられています。いろいろ見てみると、条例はやっぱり理念的なものが多いです。理念をつくることによって、住民と一緒にすることによって意識を高めるという点では非常に大きいと思います。ただ、その中に当事者と家族も入れたほうがいいと思うのです。それから、具体的な支援が書いてあるのは神戸市が書いてあります。これは、ネットで調べられるので、ぜひご覧になっていただければと思います。

ちょっと時間が過ぎたのですけれども、予防対策とMC Iのところなのですけれども、最後に危険因子と予防因子というものがあります。危険因子は、確実な危険因子というのは1つです。認知症の危険因子は、確実なのだけれども、防ぎようがないと言われるものは年を取ること、これが一番危ない。それから、女性であること、これはアルツハイマーのリスクなので、でもほかの認知症は男性が多いです。どっちもどっちです。だから、避けられない危険因子はある。それから、予防因子っていっぱい言われていますけれども、エビデンスはかなり低いです。WHOで挙げているのも運動はいいというふうに言っています。それから、人と交流するのはいいって言っているけれども、ほぼあんまり、これをやれば確実というものはありません。ただ、大事なのはやっぱり生活習慣病の予防とか、交流の促進とか、運動習慣、いわゆる高齢者の健康づくりというものがある。集まってやるということが一番の予防なのではないかと。それから、MC Iにはいろんなものが入っているので、これを全て何かで予防しようと思っても難しいということ。それから、MC I 予防体操とか、いろいろつくことも多いのですけれども、新しいことを覚えるよりも、できることをやったほうがいいです。だから、一番よかったのはラジオ体操です。誰でもできる。それを例えば何とか予防体操とかやっても、覚えられないのです。だから、できることを継続してやるということが重要なのではないかなと思います。

すみません。ちょっと4分過ぎてしまいましたけれども、以上で私の話を終わります。ありがとうございました。

(川又康彦委員長) どうもありがとうございます。

それでは、ご質疑のある方。

(宍戸一照委員) ありがとうございます。私は、介護度1で認知症の母を抱えていまして、今先生がおっしゃった要因として嫁が見ているということで、思い起こしますとまさに先生が今いろいろご提示をいただいた様々な事象というか、要因とかが当てはまる。しかし、その認知症にもいろんな症状というか、現象というか、その方にとって特徴的な事柄が、事象というか、症状があるのかなというように考えるので、ある程度、例えばケアマネジャーとか先生なんかに相談しても、一般的な話で、

ある程度距離感を持ってやるといいのですよとか、いろいろとご指導はいただくのですけれども、本人の特徴とか、そういう部分で個性があるのかなと、発症の症状、それは個性があるのかなというように考えますと、なかなかこのような対応がいいのかなというようにないのかなと、家族の状況というか、家族のケアというのも大切なかなとつくづく思うのですけれども、家族の気持ちの持ちようというか、家族の対応の仕方というか、そうした場合、家族として、これから家族介護をどんどん進めていく場合、家族が取り得る最良の方法というのはどういうふうな方法が一番いいのでしょうか。

（加藤伸司参考人）病気にもよるのだと思います。例えばアルツハイマーというのは、必ず物忘れが起こります。例えばレビー小体というのは物忘れがほとんどないし、前頭側頭とか、ほかの認知症は初期の段階ではほとんど物忘れがないので、まず何の認知症なのかということをちゃんと聞いていくことが大事だと思います。一番多いのがアルツハイマーなので、先ほど言った中核症状というのは必ず出ます。物忘れは起こるし、見当識もやられてきますし、実行機能障害とか、だから基本的な症状は共通しているので、そのところをまずどうするのかということをちゃんと覚えていくということが大事なのだと思います。だから、これを、例えば前頭側頭型認知症の人に物忘れはないけれども、反社会的な行動を取り始めるので、そうすると例えば万引きしたりとか、例えば信号機のないところで道路を渡ったりとか、だから病気の本質が分かると、最低限やらなければいけないケアというのはそこで分かるのです。だから、そこをちゃんと専門家は覚えておいて、家族の人にそれを教えてあげるということが大事だろうと思います。

それから、先ほどおっしゃったように、症状は、人によってやっぱり違います。周りのBPSDとか、みんなが徘徊するわけではないし、みんなが物取られ妄想を起こすわけではないのです。今まで例えば物取られ妄想が起こったら一緒に探すとかというやり方をプロの人たちはやってきたけれども、それは間違ったやり方なのだという事最近分かっている。だから、物取られ妄想が起こったときに一番気をつけなければいけないのは、本人の不安をいかに解消するかということが大事なケアなのだという事最近分かってきました。なので、その本人の個性に合ったいろんな症状が出てきたとき、何が原因でそういうことが起こるのだろうかということ。それは、もともとのその人の性格とか、それから人間関係とか、いろいろなものがあると思うので、そこを何が原因でこういうことが起こるのかということ、介護の専門職であれば本当は考えます。ただ、家族がそこまでできるかという、それは難しいと思います。

それから、専門家であっても、自分の家族となるとうまくいきません。これは結構多いです。自分の家族はできない。だから、ヘルパーさんやっている人は、自分はヘルパーの仕事をして、ほかのヘルパーさんに来てもらうというやり方するときもあります。だから、そこはあんまりべったりとした介護で疲れ果てないように、適度な距離で、人に任せられるところは任せるというふうにしていったほうがいいのかな、そのほうが長く見られるのかなという気はします。

(穴戸一照委員) 例えば私の場合は同じことを、物忘れが激しいと同じことを何回も、つい5分前と同じことを聞かれる。そういうことがあると、やっぱり家族とすれば、先ほども言った、言葉を強くして、さっきも言ったよねというような言葉が出がちになると思うのです。それが1日、朝のうちに5回も6回も、今日は何曜日とか、何日とかという繰り返しになると、どうしても家族とすれば耐え難い部分が出てきて、先ほど先生がおっしゃったように、暴言にもつながる。これはもう日常のあれなのですけれども、そういう場合は、家族とすれば一步下がるというのは、先生がおっしゃる一步下がるというのはどういうことを先生としてはご指導いただけますか。

(加藤伸司参考人) すごく大事なものは、やっぱり家族介護者に対する支援で大事なものが1つは休息、いわゆる介護の負担を減らすということ。もう一つは教育なのです。この2つがないと駄目だと思うのです。教育としては、例えば物忘れがあると何が起るか。例えば今日お昼何って聞いてくる。例えば、これよく家族にも言うのは、うどんって言ったりする。5分すると、ねえ、今日お昼何って聞く。だから、うどんって言ってしまう。5分すると、ねえ、今日お昼は。さっきも言ったでしょう、うどんっていったらうどんなの、何で覚えられないの。家族がすごくいらいらしてくるのです。ただ、思うのは、本人からすると、お昼何って初めて聞いたときに、何で覚えられないのって家族からいきなり怒られる感覚になるのです。アルツハイマー型認知症の特徴は、忘れるのではなくて、覚えられないのです。だから、入っていないのです。だから、入っていないものを思い出させて言われても、出てこないのです。そうすると、みんなで寄ってたかって理不尽なことを言うというような、感情を害するのです。物忘れを責めるというのは、家族もいらいら、本人もいらいらするやり方なのです。だから、そこで教育が必要なのは、覚えられない病気なのだから、そこを責めても何もいいことがないのだと。関係が悪くなるだけだし、あなたも疲れるだけなのだとすることをまず覚えてもらう。そのときに、ではどうしますかって言われたときに、うどんの例を言うのですけれども、お昼何って聞かれたときに、うどんって最初に言ったでしょう。2回目に聞いたとき、だからうどんって言ったでしょう。3回目は、さっきから何回も言っているでしょうって言ってしまおうでしょう。でも、そのときに、2回でも3回でも5回でも、にっこり笑ってうどんって言えば3文字で済むのです、3文字で済むのですよということを言うのです。ああ、来た来た。これはその人が悪いのではなくて、この病気がそうさせるので、でもその人まで憎んでしまうのです。だから、そのときに、これはしょうがないのだというふうに家族が諦めることができれば、家族も楽になっていくのです。だから、ここが最初の段階の教育なのだと思うのです。このようなことは、段階を踏んで家族にちゃんと教育していくような支援をしていく必要があるのかなというふうに思います。

(穴戸一照委員) ありがとうございます。家族に対する教育という部分は、先生の考えとしては、やっぱり一番大きいというふうに理解をすればよろしいですね。

(加藤伸司参考人) 一番大事なものは、やっぱり負担の軽減だと思います。負担の軽減と並行して、次に多いのがやっぱり家族教育だと思います。心理教育というふうに言ったりもします。あとは、同時

に家族の精神的な負担も減らしていく。そこがすごく重要なと思います。

（石原洋三郎委員） ありがとうございます。初めて認識するようなことばかりでして、非常にすばらしいご教授いただきましてありがとうございます。

それで、家族に対しまして適切なケアを推進していくということが大切なと思ったのですが、そういう理解とか、本人も家族も適切に理解していくにあたって、行政が行うべきような政策の在り方をまずお聞きしたいということが1つと、あと2つお聞きしたいのですが、地域社会において偏見があるということを64ページでおっしゃっていたのですが、偏見の事例としてどういったことが事例としてあるのかということをお教えいただきたいということと、あと最後にもう一点が、認知症条例のところで、72ページなのですが、理念をつくることによって住民の意識を高めることは重要だが、具体的な取組にまで言及することが大切というふうにあります、具体的な取組というのは例えばどういったことに言及していくべきなのかということと、当事者や家族、一般市民も参加して作成することが望ましいということなのですが、これはどういう手法でもって市民参加型にしていくのか、そのことをちょっと教えていただきたいのですが。

（加藤伸司参考人） まず、地域社会の偏見の問題の偏見の事例ですが、例えば私たち認知症カフェとかやったり、実際にうちでもやるのですが、多いのは、認知症になりたくないと言って来る人たちが多いのです。認知症になりたくないから、ここに来て、いろいろ勉強したいと思ったとか、私は絶対認知症にならない、これ自体が偏見なのです。あなたもなりますよ、って言うのです。2人に1人だから、あなたがなるか、あなたが介護者になるかのどちらかなのですよということ言うのです。だから、すごく身近な問題としてまず捉えていない。それから、認知症カフェは、当事者も来るし、その中で認知症になりたくないというふうに大きく言われてしまうと、当事者の立場がなくなるのです。だから、そういうときは席を替えてあげたりする。そうしないと当事者を傷つけていくので。

それから、例えば実際にあったのは、認知症の人が近所の灯油缶を持ってきてしまった人がいて、事例検討で扱いました。灯油缶を持ってきてしまったというときに大騒ぎになって、パトカーまで呼んで、そのときに、何でもかき棒をうちの町の中に置いておくのだから近所の人たちから言われて、家で見るができなくなって、老健施設に入れたと。本人は、行った日から帰りたい、帰りたいって言って、3か月後に亡くなっているのです。家で生活したらもっと長生きできたのではないかとみんなで思ったケースでした。そういうことがある。恐れているから、排除したがるのだと思うので、自分から遠ざけたいのだと思うのです。だから、そういった偏見が非常に困る。

それから、例えば私が宮城県にいますけれども、宮城県で実際に、皆さんも経験した震災のときに、特に津波があったところで、地域の人たち、認知症の人のことを、うちはばあちゃん認知症だからって言っていた人たちは助かったのです。ただ、隠していた人は助けに行けなかったという事例があったのです。それは、家族が恥ずかしい病気だと思っているから。だから、これは家族自身の持

つ偏見なのだと思うのです。だから、そういったことをもうちょっとオープンにできるように。だから、私がさっき言ったように、2035年にアルツハイマーになると。アルツハイマーになっても、私はアルツハイマーなのです、初期だからとか、そういうふうに普通に言える社会にしていけないといけないのではないかなと思います。しかし、偏見を減らしていくというのはすごく難しいです。

それから、条例の具体的な取組に関しては、だからこの条例をつくったことによって市として何をするか、何ができるかとか、今あるところのどこを強化していくかみたいなのところをちゃんとやっていくといいのです。例えば本人会議に支援しますとか、家族の会と一緒に活動していきますとか、例えば一体的支援を進めていきます、認知症カフェを普及させていきますとか、具体的な数値目標が出るようなものとか、そういったものも考えてみる。KPIとか、そういったものをちゃんと目標として挙げてみるとか、そうするとどれぐらい達成できたかという、そういったものが目に見えるようになる。どうしても理念だけだと何が変わったのかということになるので、今やっている活動に対する支援とかってすごく重要だと思うのです。何かを新たに始めようというよりも、どちらかというとインフォーマルの人たちって新たな形でいろんなことをもう始めているので、そこを市として支援していくとか、そういったことを挙げていくといいのかなというふうな気はします。

それから、3つ目の当事者と家族にどう入ってもらおうかという、例えば私たち高齢者虐待の研究をしています。厚生労働省がやっている虐待の調査、市町村からの調査、都道府県に上げて、厚生労働省に行く調査の、調査の結果の分析作業というのを私たちが厚生労働省から委託を受けてやっている仕事です。そのときに委員会を開くのです。今はちょっと入っていないのですけれども、それ以外にもいろんな委員会をつくる時に、当事者と家族に入ってもらいます。入ってもらうやり方は、まず家族の会に声をかけます。誰かこの委員会で参加してくれる人いないかということをお願いします。それから、家族に誰か当事者の人でやってくれる人いないかということをお願いしたりします。あるいは、最近は本人ミーティングとか、結構いろんなところで当事者の集まりの団体があるので、その団体に依頼して、誰か委員を派遣してくれないかと、そういったことを言うと、大体派遣してくれますので、委員会で自由に発言してもらいます。全く関係のない発言があっても、それはそれとして受け止めて、ちゃんとそれについて話し合っていくということをやっているのです、やっぱり当事者から言われるのは、私たちのことを私たち以外で決めてほしくないということをよく言うのです。どうして私たちを入れてくれないということと言う人が結構いるので、ぜひそういった人たちに参加してもらいたいかなという気はします。

（半沢正典委員） 本当に大変参考になることをいろいろとありがとうございました。例えはいいかどうか分かりませんが、NHKの7時半からやっているクローズアップ現代を目の当たりにしているような感じがしまして、大変私たちにも分かりやすい説明をいただいたことを本当に感謝申し上げます。

それで、認知症の初期段階の支援が非常に重要だというお話があって、空白の期間が非常に今2年

4か月ぐらいあるということで、やっぱり早く見つけて、空白の期間を短くするというのが大切で、そのためには先ほどいろいろあった偏見をなくしたりとか、社会でこの認知症に対する理解を深めたりというのが大切だと思うのですが、事本市におきましては、専門医が1つのクリニックしかなくて、仮に持ち込んでも数か月後だというようなお話をちょっと聞いておりまして、これからどんどん、先ほど言ったように認知症患者が増えていくというのが高齢化とともに明白になってきている中で、これに対する国の動向とか、専門医を育てるための行政の先進的な取組とか、その辺り、先生のほうでもしお分かりになったら教えていただければと思います。

（加藤伸司参考人） 国はどう考えているのかはよく分からないのですが、1つは国の施策としては、この間も、これまでずっとゴールドプランとか、オレンジプランとか、新オレンジプランとか、いろいろ5か年計画を立ててきて、直近のやつが認知症施策推進大綱だったわけです。その中で、共生と予防ということをどんと出してきて、最初、予防と共生にしようと思ったら、物すごい批判があって、予防って何なのだとか、予防できるのかとか。そこで、苦肉の策として、予防はならないという意味ではなくてという書きぶりをしましたよね。発症を遅らせるとか、そういったことぐらいしかやっぱりできない、予防についてはできないと思うのです。今年になって施行されたのは、認知症基本法がもう施行されたわけなのですが、そこで言っているのがやっぱり共生社会をどんと出しているということ。だから、まずこの社会を変えていかなければいけないということを言っている。その中にいろんな予防法とか、専門的な研究とか、いろんなものを入れてきているということ。ただ、理念としては共生社会、認知症の人との共生社会ということを言っているわけなので、やっぱり地域づくりということをすごく考えているのだと思います。

それから、先ほど言った専門医が少ないのはやっぱりどこも同じだと思います。本当に専門医が結構いるというのは都市部の恵まれたところであって、例えば県内のいろんなところに行くと、やっぱり今おっしゃったみたいに3か月待ちって言われたとか。ただ、専門医の診断に3か月待つ間にいろいろできることはあるので、診断ありきということではなくて、やっぱりその前にできることはたくさんある。例えば診断されたから何ができるかということもあって、それはいろんな制度に乗ることはできるし、例えば手帳をもらったりとか、申請できたりとか、介護保険の申請、若年認知症でも受けられたりとか、そういった意味ではあると思いますけれども、むしろ結局そういったことをやるというものはフォーマルなサービスに乗せるためだと私は思っているのです。ただ、若年の方なんかだと、2号被保険者なわけなので、やっぱり特定疾病ではないと介護保険を受けられないわけですし、若年の人、今いろいろクローズアップされていますけれども、若年の人的人数は非常に少ないです。発言はすごく多いのですが、認知症全体の1%未満ですから、若年の人って、それほど多くはないです。全国で3.5万人ぐらいというふうな推計なので。ただ、あの人たちの発言力は非常に大きいので、いろんな法律を動かしたりしていると思います。国としても専門医を増やそうとか、市としても多分サポート医の研修とか、いろんなものに力を入れていると思うのですが、なかなかやっ

ぱり医療の現場も人手不足っていいですか、お医者さん自体も少ない中で、そういった人たちがどれぐらい手を挙げてくれるかという問題もあるのではないかと思います。だから、どこも一緒なのだと思います。医療だけではなくて、介護の現場にしても、今どこも人手不足なので、そこでどうやって専門医を増やすかというのは悩ましいところなのではないかなと、これはちょっと私の考えです。すみません。あんまりいい答えになっていませんけれども。

（佐々木優委員）ありがとうございます。本当にうなづくことばかりで、本当にそうだなと思うことたくさんあったのですが、この中で専門職の重要性ということ、何回か出てくるので、その専門職が、地域包括支援センターなんかにはいらっしゃる方も専門職の皆さんではあるのですが、今地域包括支援センターも、例えば人数が足りない、大変だという話も聞いたりしているので、その体制がどういうふうなものになっているかという、例えば研究の中でお考えがあったら教えていただければと思うのですが。

（加藤伸司参考人）例えば専門職って言って、私に分かるのは認知症に関する専門職なのですが、認知症の専門職、認知症のことが分かる人たちを増やそうという活動は自治体自体がやっています。認知症介護実践者研修とか、認知症介護実践リーダー研修という研修を福島県がやっています。これは、どこの都道府県でも同じ内容でやっています。これが2001年から始めた研修なので、認知症介護実践研修、この受講者数は何万人になったのでしょうか。その人たちを福島県で教える人たちを養成する研修が私たちのセンターの研修なのです。ですから、仙台だと、北海道と東北6県と中国、四国の県の代表で推薦された人、1人が9週間の研修を仙台で受けて、県に戻って、自分の地域の実践者研修、リーダー研修というものを広めて、認知症のことが分かる専門職を増やそうというふうにしています。それから、もう一つ、懸念だったのは、資格のない介護士さん、この人たちに対する基礎研修という研修をつくって、今eラーニングで受講できるようにして、今年度までで経過措置期間が終わります。だから、全ての介護保険事業所に全く認知症を知らない人がいないというふうな状況を今つくっています。そのeラーニング、うちの仙台でやっているものなので、かなり駆け込みで今増えています。だから、基本的には認知症を知らないという人はいないというふうな状況まで持ってきています。ただ、実践者とかリーダー研修って結構期間が長いので、人手不足の事業所から研修に出せないという問題がたくさんあります。だから、その研修の受講のしやすさを考えてくれないかということを厚生労働省から言われていて、金曜日にちょっとそのカリキュラム改定の打合せをします。ただ、なかなか質を担保して受けやすいというものをつくるということは難しいと思いますし、あとは民間資格でも認知症ケア専門士という学会がつくる認定資格とか、そういったものもあったりして、それを勉強しようとする人たちは結構います。ただ、問題なのは、その勉強する余裕がないっていいですか、どこも人手がない、時間がないということで、そういったところが悩みかなというふうな気はしますが、だからいいという問題でもなくて、やっぱり教育、いわゆる専門職教育というのはいろんなところでやっていくべきなのだろうなというふうには思います。すみません。あんまりい

い答えはありません。

(川又康彦委員) 幾つかお伺いしたいのですけれども、非常に参考になるお話が多かったのですけれども、うちにも認知症の家族がいて、父は認知症病院で亡くなりまして、母は今要介護4になったのですけれども、認知症になった家族が支援を求めるフェーズとして、初期の段階、病院にまずかかるという段階と、あとは要介護がおおむね3から4ぐらいになる際に、家族の在宅での介護という形では抱え切れなくなってくる、この段階でこういった部分が考えられるのかという情報共有みたいなところが今の段階では非常に手薄なのではないかと個人的には考えていまして、先ほど地域包括支援センターに相談という形で加藤先生がおっしゃっていましたが、現実的には要介護になった段階から、地域包括からそれぞれのケアマネジャーが担当するようになる。地域包括はもう完全に離れてしまうというような立てつけになっているかと思うのですが、実際にケアマネジャーという形になると、施設抱えのケアマネジャーという形がやはり多くて、どうしてもケアマネジャーの個々の資質とか施設の考え方によってサービスの提供とか家族への接し方という部分も非常に大きく差異が生まれているというのは、知り合いでケアマネジャーを活用している方に聞いても、人によっては、何でそんなことを言われなければならないのみたいな話もよく耳にする機会がありまして、こういった部分の、私としてはそのフェーズが変わってきた段階で、家族に対する支援というのがどういったことができるのかというのが非常に興味を持って聞かせていただいていたのですけれども、そのお話の中では少しその部分がまだ聞けないところがあったので、加藤先生のお話の中で、初期の段階だと、最後にどうなるかというところはあえて言わないほうがいいですよというお話ありましたが、ある程度進んでくると、これから一体どうなるのだろうという話も含めて、そういう部分は誰に聞いていけばいいのかという部分等を含めて、加藤先生がお分りの範囲で教えていただければと思います。

(加藤伸司参考人) まず、支援のフェーズをどう考えるかというとき、私が一番思うのは、疑いの段階のうちに、総合相談で1回地域包括に相談してみるというのが一番いいと思います。それと、まだ診断もついていないし、まだ早い段階なのだけれども、家族の会に連絡してみる、家族の会の中に参加してみるとか、これがかなり有効です。家族の会は、当事者たちの家族なので、いろんな情報を持っています。ケアマネさんよりも詳しくったりするし、本当のことを言ってくれたりします。あそこのケアマネジャーはとか、そういうふうなことを言ってくれたりしますし、あの病院はねとか、本当に言えないことを言える場所なので、インフォーマルな場所なので、そうすると家族同士のピアサポートというのが結構有力です。まだ早い段階なのだけれども、そろそろこういうことを考えたほうがいいよとか、そういったことを言ってくれたりします。どうしても包括なんかだと行政、行政機関なので、やっぱりやれることって限られています。でも、その中でもやっぱりいろいろ工夫してやられる人たちもいると思うのですけれども、例えば私が家族の方なんかによく言うのは、家で見るのが最善ではない場合もありますよということを言うのです。お互いに家で長く見て不幸になる、お互い

が不幸になることもあるので、だから施設に入れることに対する罪悪感って持たないほうがいいというふうに思う。だから、そのほうが本人にとっても、私たちにとっても、いい結果を生むということはある。だから、いい関係のままでいたいのだったら、施設を選ぶという方法もありますよとか、そういうことを言ったりします。

それと、家族には、在宅の限界って家族によって違うので、介護力がどれぐらいあるかによって違うので、家はここまで来たらもう家で見るのは無理だねということをもう家族で話し合って決めておくことなのだと思います。そうしたときに大分進んで、そろそろ施設を考えるかよりは、もっと先に手を打つことができる可能性があると思うのです。だから、そういったことを本当はいろいろ相談できるところがあるといい。ただ、どうしてもやっぱりさっき言った包括にも限界があるし、ケアマネさんも例えば自分の施設に誘導する人も確かにいるかもしれません。あるいは、自分のケアプランって家族でつくっていいものなので、自分でつくってみるとか、そういうことをやってみるというのも手なのかもしれません。あるいは、これ私先々に考えているのは、意思決定支援とか、今いろいろ言われていますよね。本人が施設に行きたいという人は、ほとんどいないと思うのです。そのときに本人の意思ってどれぐらい尊重されているか。意思決定支援というけれども、本人の意思決定支援に反する入所になっていることが多いので、ただ、今からは多分違うと思います。自分から施設に行くという人も結構増えてきていますので。

それから、ACPといいますか、人生会議というか、自分の最後をどうしたいかということを自分でもうあらかじめ決めておいて、言っておくとか、そういったことも必要なのだと思います。だから、一般市民の啓発が大事だというのは、いつかあなたも認知症になることがあるかもしれない。そのときに自分はどうしたいのかとか、自分はどういうふうに生きて、どういうふうに死んでいきたいのかということを自分であらかじめ決めておいて、言っておいたほうがいいということを使うのです。そうしないと、私の親もそうでしたけれども、本当にこれでよかったのだろうかって後で家族が悔やむことがある。だから、本人が決めてくれれば、その決断でいこうって言えるのだけれども、もう本人に意思確認できない状態でどうするかといったときの家族の大変さというのがあると思うのです。なので、もうこれからって多分今の高齢者は間に合わないかもしれないのですが、これから高齢者になる人たちって、そこを自分のことなので、考えておいてあげないと、家族が負担になっていくと思うのです。ただ、なるべく本人の意思、過去はどうだったかとか。ただ、どうしても家で最期を迎えたいといっても無理なときはあると思うのです。そこはちゃんと家族で話し合って、納得して決めていくということが大事な。ケアマネさんが言ったからというのではなくて、うちはもう少し見ますとか、そういった意思表示ってちゃんと家族側がしていくのが私介護保険だと思っているので。あんまりいい答え、なかったのですけれども、失礼しました。

（佐藤 勢委員） 大変貴重なお話をありがとうございました。私も実は理学療法士として20年間ずっと介護のほうに関わってきて、当事者の方にはいろいろと勉強させていただいたりとか、関わり方と

いうのは分かっていたつもりではいました。ただ、やっぱり家族やその周辺、地域など、そういった方への支援というのはどのようにしたらいいのかというところをすごく悩んでいたときがありまして、今回先生のほうからも具体的な認知症のサポーターだったりとか、家族会への支援だとか、認知症カフェとか、そういったところを積極的に進めていったほうがいいのではないかと、目的にしていったほうがいいのではないかとのお話、非常にいいなというふうに思ったのですけれども、その中でも一番これを支援していったほうがいいというか、家族支援に対して何か具体的なもの、サポート、何かいい事例というか、考えがあれば、ちょっと教えていただきたいなと思ったのですけれども。

（加藤伸司参考人） コメディカルの立場としては、やっぱり当事者ということがどうしても目が向くと思うのです。私も臨床心理士で公認心理師なので、私どちらかというと家族支援のほうだったりするのです。家族カウンセリングとかずっとやってきたので、当事者支援もするのですけれども。そういったときに、やっぱりちょっと自分たちの世界でなののですけれども、ちゃんと相談に乗れる心理職というのが必要なのではないかなと思うのです。例えばカウンセリングができる人とか、家族に対してカウンセリングができる人、これは実際に、非常勤ですけれども、横須賀市辺りでやっていたと思います。非常勤で週何時間とかですけれども、そういったところは今までやっていないところなのです。ただ、せっかく国の資格であるので、そういった人たちもいるので、そういったもうちょっとメンタルな面でのサポートができる人もチームに入れていくということが必要なのかなというふうに思いました。

それから、家族サポートをするときに、とにかく家族が集まる場所というのが、家族会とか、そういうところがどうしてもメインになってしまうので、その家族会から何か広げていく。例えば一体的支援プログラム、今日言いましたけれども、今、仙台市の家族の会でもやってくれています。そういった家族の人がもうちょっと外に出ていく。今までは家族の人たちを外から支援するだったのですけれども、家族の人たちをもうちょっと外に出してあげる。それから、いろんなイベントに家族の会の人に参加してもらう。家族の会も、最初の頃はやっぱり愚痴を言って涙を流すようなつらい集まりだったところが、今は大分力をつけてきていますので、家族の会と、例えば認知症カフェにしても、専門家だけではなくて、どちらかというと私たちが考えているのはオランダ型のカフェなので、地域住民主体なのです。地域住民主体で、そこに専門職が行って、それから当事者も家族も来られて、そこで当事者の人の話を聞くと、仙台は、カフェ巡りする人も多いので、あそこのカフェは駄目だとか、いろいろ言う人もいて、今カフェの評価事業を当事者にお願いして、カフェを回ってもらって評価してもらっているのです。そういうふうな事業をやったりしていますけれども、一般市民と認知症の人と家族をうまくつなぐ仕組みというものを何かつくっていかないと、当事者だけ、家族だけってなると、やっぱり市民から見ると、私たちとは違うというふうになっていく。

それから、子供さんを巻き込んでいくということがすごくいい気がするのです。例えばサポーター研修においても、子供の反応がすごくいいのです。小学生に感想を聞いたら、すごいことを言ったの

が、感想文に書いてあって、サポーター養成研修を受けた小学生の男の子が家に帰って、お父さんに、お父さん、僕はサポーター養成研修を受けたから、お父さんが認知症になっても僕が見るって書いてあったのです。頼もしいと思う。だから、そういうふう to 子供を巻き込んでいくと、すごく素直に入っていくので、子供も、子供の団体とか、子供会とか、そういったところ、いろんなものを巻き込んでやっていくということが重要ですし、あと私サポーター養成研修、ぜひ進めていっていただきたいのは町内会でやるといいと思うのです。町内会がやる場所は非常に少ないです。だから、意外と、どちらかというと団体、職業、いわゆるタクシー会社さんとかスーパーとか銀行はやるのですけれども、町内会、特に高齢化していると思うのです、いろんなところが。その人たちがサポーター養成研修を受けるということがすごく大事ではないかなと。だから、例えば町内会でサポーターを増やそうというふうな運動をやるとか、だからそういうことが一般の人たちが認知症のことを少し知るきっかけになるかなという気はします。すみません。質問の答えというよりも、余計な付け足しでした。

（高木直人委員） 本日はご説明ありがとうございました。

1つちょっと確認したい点があったのが、例えばいわゆる不動産とか預貯金とか、財産管理の部分で、ご本人がこれまで、例えばひとり暮らしの方なんかは特に、ひとり暮らしの方とかご夫婦だけの世帯なんかはそうだと思うのですけれども、これまでご自宅の不動産であったりとか、預貯金とかの管理というのはご自身がされておったと思うのですけれども、それが例えば認知症が進行することによって管理がなかなかできなくなったり、また特に離れて暮らしている家族がいる、息子さんとかいらっしゃる場合ですと、やはり今後いわゆる親がそういう認知症が進んで、その管理ができなくなった場合、どのタイミングで、では自分がそれを引き継ぐべきなのか、例えば悪いタイミングで入っていった場合に、やはり取った、取られたとか、先ほどちょっとお話があったと思うのですけれども、例えばそういう部分にもなりかねない危険というのはあるかと思うのですけれども、その辺り、これまでの先生が関わってこられたケースの中でどういった、例えば初期の段階がいいのか、それともある程度ちょっと出始めてから家族は関わっていくべきなのか、その辺りのちょっとお話を伺えればと思います。お願いします。

（加藤伸司参考人） 高齢でもひとり暮らしできる2つのポイントって聞いたことがあるのですけれども、薬とお金の管理ができればひとり暮らしはできるというのはよく聞くのです。お金の管理って非常に難しく、基本的には後見人ではないですかね。後見人をつけておくということ。ただ、後見人制度も何とも言えない。例えば包括的代理権を持ってしまうので、だから包括的代理権を後見人が持つということは、重大な人権違反ではないかというふうなことを国連から言われているのです。やっぱりそれをほかの人が持つということ自体が権利の侵害なのだとこのことを言ったりしているけれども、でも今の制度はそうなっているので、だから家族が難しいのであれば、遠くの人だったら後見人、法定後見を考えるか、その前の段階で任意後見つけておくとか、やっぱり後見人かなという気はします。

それから、やっぱりお金のことで認知症になるとトラブル、早い段階から起こりやすく、特に遊びによく顔を出す家族が一番近いから犯人にされることが多いです。だから家族もやりきれないのですよね。こんなに一生懸命やっているのに泥棒扱いされるということがすごく家族にとっては重い負担になっていくということなのです。だから、そういったことがなるべくないようにしなければいけないのですが、これはしょうがないのです。だから、一番あなたが面倒見ていると思うしかないねというふうに言うてしまうのですけれども、ただなるべく整理整頓してあげるのと、お金は危ないから、みんな取り上げないことと、必ず使えるお金は渡しておかないと、取ったということになるので、それから通帳なんかもちょうとしまって、なくしてしまうわけではないですか。自分でしまったことを忘れて、しまった場所も忘れるということで、取られたということが起こるので、そういったことがないように周りで気をつけていかなければいけないなと思うのです。私の身近な人でも、やっぱり孫が取るというふうに訴えたので、ばあちゃん子だったのですけれども、その中学生のお孫さんがかわいそうで。私がそのお母さんに言ったのは、ばあちゃんの病気のことをちゃんと孫に言って、こういうことも起こる、でも一番あなたが身近だから、こういうふうになるのだからねとちゃんと子供に説明しなければいけない。距離を取るところは取らなければいけないし、だからそういった意味での教育というものも大事なかなって思います。だから、そういうふうな、こういう困ったときに何か適切にアドバイスしてくれるところってあるといいですね。私は、包括に期待しているのですけれども、福島市には22しかないのです。でも、22もあるって考えてもいいかもしれません。ありがとうございます。

(川又康彦委員長) そのほかいかがですか。

【「なし」と呼ぶ者あり】

(川又康彦委員長) それでは、以上で質疑を終了いたします。

この際、参考人の加藤伸司様には委員会を代表して一言お礼を申し上げます。本日はお忙しい中、文教福祉常任委員会のためご出席くださり、また貴重なご意見を述べていただきまして、心から感謝申し上げます。本日は誠にありがとうございました。

それでは、ここで暫時休憩いたします。

午後3時53分 休 憩

午後3時59分 再 開

(川又康彦委員長) では、委員会を再開いたします。

参考人招致の意見開陳を行います。

本日の参考人招致に関してご意見をお伺いしたいと思います。

(宍戸一照委員) 専門的な加藤先生のいろいろと系統立てたお話を伺いまして、お話の中身を聞くと、家族支援という観点からすれば、私としては当事者としてもやっぱりなるほどと思う言葉やら、対応

やら、いろいろと伺いましたけれども、ただこの委員会のあれとして、家族支援という、前にも申し上げたとおり、気づき、家族がいかに自分の親を認知症と気づくかというふうな部分ではなかなか、あの先生もおっしゃったように、生理的な老化とアルツハイマー型老化があると。そうすると、初期の段階では、なかなか本人もだし、我々家族も分からないと。そうしたときに、あの先生がおっしゃったように、MC I ですか、回復するときもあれば、老化がそのままいくときもあるというふうな現象の説明もあって、やはりなかなかその初期の段階での気づきというのは、先生がおっしゃるとおり、難しいのかなと。それがある程度進行した段階で家族も本人も、本人は分からないうちにアルツハイマーというふうな、認知症というふうなのは認めてはならないと、老化したのだというような気持ちも非常に多いのかなと。そうした中で家族の立場というか、家族の役割というか、これが非常に大きな、先生もおっしゃっているとおり、対応が大きいということでおっしゃっていて、そうした中で家族の役割ですか、家族の在宅介護に対する支援という部分で考えると、先ほど先生も4つおっしゃって、その後で私の質問に対しても、やはり家族の負担軽減をいかにしてあげるか、さらには家族に対する教育というものをいかにしてあげるかと、それが大きな要因になると。そうした中で大きな役割を持っているのが介護保険外での様々な家族会とか認知症カフェとか、そういうものの持つ役割が非常に大きいですよということをあの先生は、それが家族に対する教育というか、啓蒙に対して役に立つのだよということはおっしゃっていただいた、その部分が行政としては足りない部分だというふうな認識でおっしゃっていただいているので、やはり家族に対する教育、いかに親との、自分の介護者との距離を保つかという、その教育というものが重要なのだよということもおっしゃっていると、今、行政として家族支援という部分を考えて、その部分が足りないのかなと。それは、やっぱり先ほどおっしゃっている家族の会だったり、認知症カフェだったり、そういうふうな保険適用外での役割というのが大きいのではないのですかと、それがやっぱり今の本市においても家族支援、家族の教育に対する、家族の啓蒙に対する役割としては大きいのではないのということをおっしゃっていただいた部分があるので、やはりいかに家族に対して、親との向き合い方、介護者との向き合い方というのが大切ですよということをおっしゃっていただいたというか、ある面においては僕もしっかりと学ばせていただいたというか、そういうところは先生のお話から感じました。なかなか間合いの取り方、親と、介護者との相対関係というのが、その状況によって難しいということ、今日は学ばせていただいたということです。

（石原洋三郎委員）今日教えてもらったこととしては、いっぱい情報がある中で、本人も家族も適切な情報を受け取ることで負担が軽減されると。そういうことがあって、適切な対処の仕方を知らない悪循環に陥っていく。ただ、適切な情報を入手して、適切なケアをすれば、負担が軽減されていくということでもあったので、こういう今日のような先生の講習会とか研修会を実際に地域単位でやっていると思うのですけれども、そういう機会、講習会を増やしていくということが大切ななんて思いました。例えば吉井田のほうですと、地域包括支援センターの主催で、そういう介護とかに関する

講習会を先生呼んでやったりもしているので、自治振のメンバーなのですけれども、そういう形で22ある地域包括支援センターで、各地域でそういう勉強会を地域の皆さんとやっていくということが大切なかなと思いました。

あと、家族の会というものがやはりあって、そこに参加をしていくことで家族の方も負担が軽減されていくというようなお話もあったので、そういう家族の会との結びつきをしやすいような環境を行政が整えていくということが大切なかなと思った次第であります。実際認知症条例というまではいか、いかないかは分からないのですけれども、具体的な数値目標というのが大切だというふうに言っていたので、裾野が広がるような数値目標といえますか、例えば認知症サポーターの養成に関しても、1か所だけで例えばやっているのではなくて、各地域で裾野が広がっていくような、そういう具体的な数値目標というのも大切なのではないかなと思った次第です。

（遠藤幸一委員） 今回の件で知らない言葉が多くて、非常に勉強になったというのが第一の感想でございました。その中で、認知症に対します理解促進が地域の中でも足りていないのではないかと、福島市においては足りていないのではないかなというふうに感じているところもありまして、セミナーの開催でしたり、町内会でのセミナーの開催も必要だということは先生のほうもおっしゃっていましたけれども、そういったところも広く取り組んでいかなければいけないのではないかなというところと、やはり学校教育の中で、最後のほうに、お子さんの話題も出ましたけれども、そういったところで学校、小さいうちからそういった教育を、理解促進を図っていくというのも大事なのではないかなというふうに感じたところでございます。

あと、男性介護者をどう支援していくのかというところ、やはり無理心中のお話でしたり、虐待の話もありましたけれども、そういったところ、男性の介護者の方がそういうふうになりやすいというところもお話ありましたので、来週行く視察の中でそういう話もあるかもしれませんけれども、そういったところの視点も大事にしながら、ちょっと今後私も個人的にも勉強しながら取り組んでいきたいというふうに思ったところでございます。

（佐々木優委員） 認知症の現状がこうで、そして将来の推計はこういうふうになっているということを、なかなか多くの市民の皆さんも今現状を知らない状況にあると思うので、この現状をみんなで把握するというのと、その上で何が必要になっていくかということ、将来一定の年齢になれば2人に1人は認知症になる可能性があるよねということを自分事というふうに考えることが大事だと思うので、やっぱり偏見をなくしていくための学習をするということがとても大事ななというふうに思いました。

それから、例えば市民と、あと家族、認知症の家族の皆さん、そして認知症の方本人も、つなぐ仕組みづくりというふうに加藤先生がおっしゃっていたので、これも本当に認知症カフェだったりとか、ここの支援を強化していく必要があるのではないかなということと、それから町内会でのサポーター、認知症サポーターの講習会をやってみようとか、そういう提案をするとか、それから専門家ですよ、

やっぱり。専門職をどうやって支援して、地域に入ってもらえるようにするかというと、やっぱり包括支援センターの支援がどうしても必要になるのではないかなというふうに思いました。なので、最終的にはやっぱり地域で頑張る包括支援センターをどういうふうに支援して、強化していくかというところに力を入れていくのがベストなのだろうなというふうに今日は感じました。

（大平洋人委員） 大体出てしまったのではないかなというふうに思いますが、認知症の人と家族の一体的支援プログラムの中の先生のお話をちょっと伺っていて、この間の話でもないのですけれども、根本的にはやっぱり人手が足らなくなっているというのと、あと高齢化が進んできて、かつ今回は本当に目からうろこではないですけれども、先ほど出てきましたけれども、高齢化すればするほど、2人に1人が認知症になるという。だから、ならないとかというふうに思う、なりたくないという方の意見がちまたでは多いのですが、うちの母もそうだけれども、80歳になるのだけれども、そういうことではなくて、我々も含めて、そういったところも受け入れた中でどう取り組んでいくかということも、議会としても取り組んでいかなければいけないと思いますし、あとはやっぱり国に対してのこの部分についての働きかけというのは、より重要なのではないのかなという感じをちょっと印象として受けました。解決策は出なかったけれども、聞いて、そのような面も問題があるなというのを理解した、そんな参考人招致でございました。

（半沢正典委員） 遠藤委員、それから佐々木委員、そして大平委員も言ったように、どうしても偏見があるのは、考えると、ああなりたくないというような思いが偏見に変えているところがあるのだろうというふうに聞いていて思っていて、佐々木委員が言ったように、2人に1人が認知症になって、2分の1の確率で介護するか、介護されるかの形になるということを知ると非常に気持ちが楽になって、誰でもそこはもう通過しなければいけないのだというようなことがあれば、先ほど言ったように、ああなりたくないだけではなくて、なるのだよというような前提に立てば、そして、なれば、非常に認知症に対する理解も深まるし、そういうのを、遠藤委員おっしゃったように、町内会とか、学校教育とかいうふうに取り入れていく、社会全体で、介護に対する負担感が少し肩の荷が軽減されるのではないかなという形になると、おのずと家族も楽になるし、先ほど言ったように、頑張れる、ここまで頑張れば、あとは施設にやるとか、そういうような手だては今もメニューとしてはあるわけですから、そういうふうにうまくつなげるようにというような形をこれから福島市が先進的に目指していけばいいかなというふうに感じた次第でありまして、だから、先ほど言ったように、初期の段階の重要性と、そして認知症に対する偏見をなくす、要するに理解を深めると。理解を深める方法は、繰り返しになりますが、なるか、面倒を見るか、もうどちらかだから、もう避けて通れないよと。そうしたら、もう受容して、自分の心を整理して、ちゃんと社会でみんな助け合って、理解し合ってくださいねというような意識が醸成されれば、何となく乗り切れるのかなんていうふうに私は今日の参考人招致で感じました。

（佐藤 勢委員） 私が印象に残った言葉としては、家族サポートに大切なのは教育と、あと休息だと。

休んでもらえるという、その安心感だということかなというふうに思いました。教育は、もう皆さんずっと出ているので、あれなのですけれども、休息というのも大事だよなんていうところ。休めるよという、休んでいいのだよという言葉、サポートできるよというところの窓口が大事なのだよなというふうに思うところがありました。窓口というと、やっぱり地域包括支援センター、包括さんの役割って非常に大事でというところの話になってくると思うのですけれども、前回の包括さんの話では非常に多忙だということもあるので、やっぱり包括さんのこういったところが大変で、こういったところをサポートできるのか、そういうふうなところを考えていくというのも1つ大切なところなのかなというふうに感じていたところです。

（高木直人委員） 今日加藤先生のお話を伺いまして、改めて認知症の初期の段階、いわゆるご本人があれっ、これは自分どうなってしまったのだ、あと家族がどうなったのかな、いつもと違うなというふうに違和感を覚え始めて、不安と葛藤が生まれた段階での支援というか、まずはどこに相談したらいいかわからないという不安に対して、まずはここに相談してみてもいいかがですかというような、まず適切ないわゆる情報提供といいますか、まずそこが非常に重要だなというのを改めて認識させていただきました。その上で、例えば初期の場合ですと様々な介護保険サービスとかの対象となっていないわけですので、そこで利用できる例えばサービスの、今はまだ限られているかもしれませんが、そこで少しでも不安払拭につながるような何かサービスというか、それとかも充実させる必要もあると思いますし、あとは実際に認知症が進行したときの本人や家族への支援体制の充実、そういったところもやっぱりどれだけこれからつくっていくのかなというのが非常にこれから福島市にとっては重要になってくると思いますので、これからも真剣に考えていきたいなというふうに思います。

（川又康彦委員長） では、私のほうからは3つほど。1つ目は、加藤先生のほうで認知症の家族の一体的支援事業というような部分で、介護保険適用外の部分で自治体として支援をする、実際の施策として何か可能性あるのではないかというお話がいただきました。こちらについては、来週視察に行く伴走型支援拠点と多少重なっている部分もあるかと思っておりますので、その辺をまた含めて視察でも聞いていきたいなと思いました。

もう一つは、認知症についての条例についての有効性についても触れていただきましたので、これもまた来週の視察で改めてきちんと聞いたほうがいいかなというふうに感じました。

もう一つは、認知症の家族支援については、公的な支援もそうですけれども、インフォーマルな認知症カフェですとか、認知症の人と家族の会、これらが持つ情報というのが実際、生の情報で非常に有効な部分があるというふうなお話がありましたので、その部分をやはり行政としてこういったことができるのか、一体的支援事業と絡めて何かできるのかもしれないということを改めて感じました。意見開陳の内容としては、私としては以上です。

では、今まで皆さんから意見のほうを開陳していただきましたけれども、それぞれの皆さんの意見に対して、ここのところはどうでしょうかとか、皆さん何かご意見等ありましたらお話しただけ

ばと思うのですけれども、その辺は特にはないですか。

【「なし」と呼ぶ者あり】

(川又康彦委員長)では、本日いただいた意見については、正副委員長手元で内容を整理させていただきまして、調査のまとめの際に改めてお示しさせていただきたいと思います。

では、意見開陳は以上といたします。

では続いて、前回の参考人招致の意見開陳の振り返りとして、お手元の資料にまとめさせていただきましたので、DDのR6の1月15日振り返り資料をお開きいただければと思います。こちらは何ページかにわたっているので、二、三分時間を取らせていただきたいと思いますので、お読み取りください。

【資料黙読】

(川又康彦委員長)特に自分の意見開陳の内容について、大丈夫ですか。

(穴戸一照委員)はい、多少の違いはあってもね。

(川又康彦委員長)補足等もよろしいですか。

(穴戸一照委員)はい。

(川又康彦委員長)では、こちらにつきましては、前回お示しした当局説明の振り返り資料と併せながら行政視察の調査の参考にさせていただきたいと思います。

次に、今後の調査の進め方についてを議題といたします。

前回の委員会で4月に意見交換会を実施する場合、もしくは4月に参考人招致を実施する場合についてを協議しました。

正副委員長手元で協議した結果について申し上げます。今回認知症の家族介護者と意見交換会を実施し、認知症対策や家族支援の在り方について実際に家族の声を聴取し、それを受けて提言につなげていくことは、今回の調査の中心である認知症家族介護者への支援を考えたときに欠かせないことであると考えました。こちらについては、今日の参考人の話の中でも家族の会の重要性などについても言及していただきましたので、やはりこの辺は重要なのかなと改めて感じたところです。そのため、正副委員長としては、4月に意見交換会を実施し、9月の定例会議での報告を目指すというスケジュールで進めたいと思います。4月の委員会においては意見交換会を優先して、3回目の参考人招致については実施しないという考えであります。提言に向けては、当局説明と2回の参考人招致で、これまでの、皆さんの意見開陳で出た意見と、行政視察で得られた知見とその意見開陳に加えて、意見交換会で実際に聴取した意見も踏まえて委員長報告をまとめていくという方針で今考えております。このことにつきましてご意見のある方はお願いいたします。

ちなみに、もし3回目の参考人招致を、実施する場合は、同時期に2回続けてというのは難しいものですから、その場合9月の定例会議での報告はやはり難しいだろうということで事務局のほうとも話をしまして、その場合12月の定例会議での報告とならざるを得ないということもあります。その際、

最初に所管事務調査の内容を決定させていただいた際にも、文教福祉という性質上、もう一個、いろいろな案が出ましたが、次やる場合はまた改めて皆さんからご意見いただくことになりますが、もう一度所管事務調査をするとなった場合に、12月定例会議での報告になってしまうと、半年ちょっとぐらいの期間しかないということで、充実した調査ができないのではないかなということもありましたので、このような方法を取らせていただいたということを付け加えてご説明させていただきました。このことにつきましてご意見のある方はお願いいたします。

(**穴戸一照委員**) 今日加藤先生からも、公的な支援のほかに、そのような家族の会とか、そういうものの重要性というものをおっしゃっていただいたと。それが福島の場合どういうふうなレベルなのかということは分かりませんので、ただその辺については委員長と事務局の調査ということに期待はしたいと思いますけれども、加藤先生のお話からすれば、家族の会は、本当の真実を語ってくれるというふうなこともありましたから、聞いてみるのも、加藤先生のお話で大体意見、参考人招致としてのあれは出たのかなと。医学的な、メディカルな面での対応方法も話していただいたので、それも1つというふうに私は思います。

(**石原洋三郎委員**) 正副委員長のご判断に最終的にはお任せするのですが、可能であればやっぱり9月目標で、参考人招致も、もちろん意見交換会もやっていただいて、できれば参考人招致もやっていただきたいなという思いはあります。ただ、どうしても難しいときには12月というのももちろん報告というのも選択肢の一つであろうと思いますし、やはりそれでも難しいときには9月で家族の会のみというふうにはなるのかなと思うのですが、9月でやっていただいて、次の調査というのも重要なことかなと思うところであります。ただ、あと参考人の方のあずま通りクリニックさんのような、そういう医療的な分野というところもあったので、そこが実際に弱いというのは、手薄になっているというのは今までの話でも確かにはあるので、やはり報告の中においてはそこの部分も強調していただきたいなというふうには思います。

(**大平洋人委員**) 委員長案でいいと思います。9月がいいと思います。

(**川又康彦委員長**) ほかがございませんか。

【「なし」と呼ぶ者あり】

(**川又康彦委員長**) では、ないようですので、そういった形で進めさせていただきたいと思います。

最後に、その他に移ります。

委員の皆様から何かございますか。

【「なし」と呼ぶ者あり】

(**川又康彦委員長**) それでは、以上で本日の文教福祉常任委員会を終了いたします。

午後4時26分 散 会

文教福祉常任委員長

川 又 康 彦