

## 令和元年度 第2回 文京区認知症施策検討専門部会 要点記録

日 時：令和2年2月3日（月）午後1時15分から午後3時15分まで

場 所：文京シビックセンター24階 区議会第二委員会室

### <会議次第>

#### I 開会

#### II 議事

- 1 文京区認知症施策総合推進事業の報告 【資料1 1-4】
- 2 認知症支援診断後支援事業、認知症支援フォローアッププログラムについて

【資料2 1】

#### III 閉会

### <出席者> 名簿順（敬称略）

#### 文京区認知症施策検討専門部会委員

栗田 主一委員、中村 宏委員、古田 晶子委員、作田 和子委員、小倉 保志委員、阿部 智子委員、林田 俊弘委員、諸留 和夫委員、吉野 文江委員、鵜田 昭裕委員、井上 倫子委員、岩井 佳子氏（代理）、小川原 功委員、中谷 伸夫委員、新堀 季之委員

### <事務局> 高齢福祉課

坂田担当課長、吉田係長、幣原、川村、藤原

---

#### 1 開会

坂田認知症・地域包括ケア担当課長：令和元年度第2回目の文京区認知症施策検討専門部会を始める。本日は高齢者あんしん相談センター富坂の望月委員が欠席のため、岩井氏が代理で出席となる。これより部会の進行は栗田委員長にお願いする。

#### 2 議題

栗田委員長：司会進行を務める。文京区認知症施策総合推進事業の報告を。

坂田認知症・地域包括ケア担当課長：

●文京区の高齢者の現状について。

平成27年の高齢者人口は4万2,000人程で高齢化率は約20%。令和2年1月1日現在、高齢者は4万3,221人、高齢化率は19.1%である。2025年には団塊の世代の方が全て後期高齢者となり、2045年には、高齢者約6万4,000人高齢化率約25.8%となる予想。

続いて、高齢者の世帯状況について。独居世帯、高齢者のみの世帯が増加傾向となる。

次に、文京区の要介護・要支援認定者のうち、日常生活において困難を感じるとされる認知症日常生活自立度Ⅱ以上の方は今4,686名。認知機能障害のある方の有病者推計は、80~84歳の世代で多くなっている。

●認知症施策総合推進事業について

今年度、講演会の新しい試みとして、認知症のご本人、認知症のご家族を介護されているフリーアナウンサー、認知症専門医がそれぞれの立場からお話頂く講演会を実施し、非常に好評だった。認PAKU（毎年9月のアルツハイマー月間にあわせて、認知症や高齢者にかかわる機器展を実施）では、VR認知症体験会、認知症サポーター養成講座に加えて、会場内で脳を活性化させるエクササイズを実施した。参加者からは、「もっと認知症に役立つ機器を充実させてほしい」、「見て触れて体験できるものがあればいい」、「認知機能のチェックもできるとよい」等の感想があった。認知症サポーター養成講座は、今年度小学校3校、中学校1校で実施予定。認知症サポーターステップアップ講座は、講義の他に、認知症の本人役と声かけ役に別れて、ロールプレイを体験する講座を実施している。認知症の本人役と声かけ役の両方の役を体験する事で、認知症ご本人の不安や周囲の人が声をかけることの難しさを感じて頂いた。認知症施策の周知と広報では、啓発用のパンフレット配布の他に、区報8月25日号に認知症施策総合推進事業の一面掲載、SNS（フェイスブックやツイッターなど）での事業案内、文京区ケーブルテレビでの認知症施策に係る番組制作を実施した。

高齢者あんしん相談センターにおける認知症相談機能強化として、4カ所の高齢者あんしん相談センターに認知症支援コーディネーターを配置し、相談に応じている。相談件数は年々増加しているが、嘱託医による個別のもの忘れ医療相談は減少している。認知症支援コーディネーターによる事業評価での課題としては、もの忘れ医療相談事業の周知不足や高齢者あんしん相談センター職員間での事業理解度の差、初期の段階で相談につながりにくい現状があるのではないかという事が挙げられた。

認知症初期集中支援事業の状況は、生活課題を多く持つ方の増加や若年性認知症の方などを対象とするため、支援期間が長期にわたる傾向がある。支援課題としては、「自宅にいたいというご本人の希望とご本人に介護負担を感じている家族の希望をどのように擦り合わせていくのか」、「多剤併用による過鎮静の可能性と介護負担に伴う虐待の疑いにどう対応していくか」、「若年性認知症本人の職場復帰支援」、「本人の自尊心を尊重した運転を伴う就労支援」と多岐にわたる。

行方不明認知症高齢者ゼロ推進事業について。うちに帰ろう模擬訓練の参加者からは、「日常的な隣近所の交流の大切さ」、「幅広い年齢層において認知症を自分事として捉えるために正しい理解」、「1人暮らしの方の見守り体制を検討する必要がある」との意見があった。行方不明高齢者の現状として、区内4カ所の警察署への聞き取りをした。課題としては、「行方不明を繰り返す高齢者への対応」、要望としては、「身元判明に繋がるものを身に着けていると家族への連絡がスムーズとなり早期帰宅が可能。」との意見があった。

●認知症ご本人の「声」について。講演会や研修、相談場面でのご本人の声を掲載した。ニーズとしては、「行きたい場所に行くための移動支援サービスがほしい」、「本人のスケジュール管理をしてほしい」、「券売機やATM利用のサポートをしてほしいというニーズ」があった。

●今後の取組みについて。①未定ではあるが各講座等修了者から移動支援のボランティア養成ができないかと考えている。②関係機関と連携し認知症の本人や家族のための多機能な居場所づくりについて検討を開始している。③地域団体による勉強会の開催と見守りネットワークの体制整備として、区内地域で自主的な勉強会を開催し地域でどのような“見守り”ができるかを検討している。

以上。

**栗田委員長：**委員より質疑を。

**鶴田委員：**認知症支援コーディネーターの役割を教えてください。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長：**職種は看護師、区内4カ所の高齢者あんしん相談センターに配置され、認知症に関する相談に対応し関係機関連絡等も含め、認知症に係る支援を主体的に行っている。

**林田委員：**文京区の高齢者の人口推移や、世帯状況、認知症高齢者の状況は理解したが、区民自体の人口の増減はどう推移するのか。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長：**区民全体の将来人口の推移は、今現在が、22万6,000千

人（2020年1月1日現在）。これが、2039年の推計では26万3,000人程となり、これ以降、緩やかな人口減少に転じると予想されている。

**諸留委員：**検査等で認知症の判断ができればよいが、初期症状はわかりにくい。本人が自覚することは難しいのではないか。高齢になると覚えも悪くなり、もの忘れもある。検査技術が進んで、認知症の初期に発見できるようになればよいと思うが、認知症の初期は発見が難しい。それがこの病気の特徴だろう。それから苦言を一言。施設の標記の仕方について資料の中で「高齢者あんしん相談センター」と記載や、「地域包括支援センター」と記載がある。これは表現を統一してほしい。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長：**非常に大切なご指摘。今後は最大の注意を払う。

**吉野委員：**名称の件について。“高齢者あんしん相談センター”というのと、「高齢者以外は相談できないのか」という意見がある。認知症の本人も若年性認知症の本人も障がいのある方も相談に行かれる。高齢者だけではない。今すぐにではないが、様々な状況にある方が相談に行かれるとすれば、「地域包括支援センター」か「地域あんしん相談センター」という名称が、望ましいのではないかと考えた。

**鶴田委員：**資料について。「ザリト」「ダスク」これらの単語は専門職の方々のご存じかもしれないが、私には難しい。介護負担感尺度とはどういうものなのか。どのように測定されるのか。それからダスク。21項目の設問内容をどのように本人に質問していくのか。これらはイメージがつかめない。例えば「設問7：電気やガスやと水道が止まってしまったときにどう対応するか」これは具体的にどういう場面を想定しているのか。普通にガスや電気が止まってしまった時なのか、それとも災害時なのか。災害となると別の対応力も求められる。どういう行動が正しいとされるのか、判断に迷う。

**粟田委員長：**ご指摘の通りである。ザリト、ダスクと書いても、ここでまず議論ができない。正式には「ザリド」。確かに説明資料を示した方がよい。ダスクについても同様。これは記載された文言のとおり質問せよとは書いていない。研修を受講し設問の意味を理解した専門職が、配慮しながら適切な方法で質問を行い、イエス・ノーではなく、「できる」「全くできない」「ややできる」「ほとんどできない」というように4件法で回答してもらい総合的に判断するもの。

**小倉委員：**移動支援ボランティア養成の実現性について。移動支援のボランティアは、望ましいサービスであり、自分自身が将来認知症になった時もこのようなボランティアの人がいてくれたらと思うが、もし移動の途中で事故が発生した場合、賠償問題にも発展しかね

ず、この場合の責任所在はどうか。例えば区が保険加入する等、賠償問題までカバーした体制を整えないと、ボランティアのなり手はいないのではないか。施設利用者であれば、施設側で保険に加入し、かつ移動時に知識を持った職員が注意して支援してくれる。しかし、一般ボランティアの方はそこまでの訓練は受けておらず、高齢者を移動支援するにも不慣れな場合もあるのではないか。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長：**移動支援ボランティアの実現性について。認知症サポーターステップアップ講座受講修了者の中でボランティア活動にお誘いしても、実際は毎年1000人以上の方を養成している中でも、1名（0.1%）程である。まずはこれが非常に大きな課題である。ご指摘のあった事故発生時に対応するための保険制度加入の問題もある。通常のボランティアとは違い、対象者は要配慮者となる。ボランティア保険だけでカバーできるかという点も大きな課題となる。個人情報の課題もあるため十分に検討を重ねていく必要がある。

**林田委員：**今回の認知症事業ボランティア協力された1名の方は、ボランティア保険に加入されたのか。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長：**この1名の方は、移動支援ボランティアに御協力頂いたのではなく、認知症の関連事業にご参加・ご協力を頂いた方となる。具体的には「うちに帰ろう模擬訓練」という事業で、認知症本人役をお願いした。移動支援ボランティア養成については、現在は検討段階であり準備はまだ整っていない。

**事務局：**移動支援ボランティアについて、補足する。

移動支援ボランティアは、様々な認知症の事業を展開していく中で把握したご本人のニーズである。認知症サポーター養成講座や認知症サポーターステップアップ講座等参加者アンケートで、認知症に係る事業についてボランティア等への協力意向を確認しているが、毎回各講座必ず20名弱の方は、協力意向を示してくださる。しかし、ご指摘の通り、ボランティアの方及び認知症のご本人を保護するための保険の問題、個人情報をどう共有していくかという壁が常にある。そんな中でも何とか協力したいと意向を示してくださる区民の方もおられるので、事業化に向けて関係機関と連携し、何とか仕組みを構築したい。

**栗田委員長：**重要な問題意識である。安易にボランティア活動で、マッチング可能とするのではなく公的責任においてどう事業化するかは課題である。

高齢者あんしん相談センター長にも今年度の事業等についてご意見を伺いたい。

**新堀委員：**総合相談窓口について。ワンストップの相談窓口として地域包括支援センターが

本来の設置意図に立ち戻り機能していくことが重要ではないか。移動支援ボランティアについて。障がい者総合支援法では、双方の安全性を確保し、行動支援や同行支援等、余暇活動や社会活動等で移動支援が利用できる。認知症の方も、そうした方のサポートさえあれば、社会活動も可能となる。認知症は純然たる病気ではあるが、何が困るかという点、社会的な関係が薄れ、社会との関係を築きにくくなるという事。病気そのものは治らなくても、社会関係さえ良好に保っていればよいとしたら、そのサポートはどのようにできるか。我々としては何ができるか、皆さんのご意見を伺いながら、施策化や、日々の相談業務に活かしていけたらと思う。

**中谷委員：**認知症初期集中支援事業における若年性認知症支援について。長期間に渡り、チームで支援していた。一般的な高齢の認知症の方だと主な社会資源は介護保険となるが、若年性認知症の方だと、退職後にすぐに介護保険サービスに移行できない現状がある。そのような中、我々はどうしても何か制度はないかと探しがちである。しかし今回は、本人の日常生活を見たり、日常的に行く場所や、本人の楽しみを把握しながら、行きつけの店舗と連携したり、本人の趣味を尊重し外出の動機づけを促したり、非常に広い視野で支援を行うことができた。この認知症初期集中支援チームでは、多職種で様々な事を検討するが、その機能を有効に活用できた。他のチームともこの学びを共有したい。

**小川原委員：**若年性認知症支援について。大きな課題は「行く場所がない」こと。若年性の認知症の方を対象にしたデイサービスもあるが、非常に数が少ない。では増やせばいいかというと、ニーズも多くないため運営自体が難しい課題となる。移動支援ボランティアについて。実は認知症だけではなく、高齢者全般に移動の課題とニーズがある。介護保険の移動支援では、生活支援の中に限定されてしまうため、余暇活動や、本人の希望で行きたい場所への支援がない。区のサービスでこうした制度ができればという意見はある。地域ケア会議内でもこの意見に対する賛同者が多い。個人的には、区でお金を出してもらいたいと思っていたが、利用する側としては「近くの知り合いで行ってくれる人がいないと、そういう勇気は出ない（知らない人には頼みにくい）」というような意外な意見もあった。責任の所在や個人情報保護の問題等、ある程度区の関与が必要な問題もあるが、利用する側の立場からみると地域の力をすごく重要視しているという事がわかった。

**栗田委員長：**確かに、生活支援はかなり私的な領域なので、見知らぬ人と簡単にマッチングできるという性質のものではない。大変参考になった。

**岩井委員：**移動支援のボランティア養成の取り組みは、ぜひ実現できたらよいと思う。当セ

ンターでは、認知症サポーター講座修了者向けに、交流会を開催したり、認知症カフェ運営のお手伝いをして頂く等の取り組みをしている。参加者は「どこかで活躍したい」という場を求めている。しかし、移動支援のように1対1となると、難しい面もあるか。認知症の方は、突然手を離れて行方不明に手になられることも予測されるため、保検という保証に加えて、GPSを利用するような工夫も必要ではないか。

区でも「ただいま！支援SOSメール事業」や、「GPS探索サービス」等の資源があるが、最近はずごく元気な力のある認知症の方が多く、遠方に繰り返し移動される方が目立つので、この社会資源だけでは早期発見が難しい事を実感。GPS探索サービスに関しては、利用できるツールの選択肢が増えるような検討をお願いしたい。

**栗田委員長：**続いて、認知症診断後支援モデル事業、認知症支援フォローアッププログラムについて、事務局より説明を。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長：**

●認知症診断支援モデル事業「認知症とともにパートナー事業～認知症とともに☆みんなとともに～」について。医療機関で認知症の診断を受けた方、あるいは疑いの段階にある方も対象とし、早い段階で医療や福祉のサービスが受けられるよう、区内の訪問看護ステーションの看護師による寄り添い型のサポートを行う事業である。

事業対象者は、区内在住者、要支援・要介護認定を受けていない方で、医療機関で認知症の診断または疑いがあると判断された方となる。

認知症のご本人、ご家族の方の認知症の疾患受容や、今後の生活への不安等について、医療職の看護師が丁寧に対応する。また、必要に応じて、専門性のある大学病院等への受診にも同行する。介護保険や様々な福祉サービス、介護予防事業への同行など、必要な手続き支援も行う。また今回の事業については、対象者への事業の案内が非常に重要であるため、こちらは区内の医療機関にご協力をお願いする。

●「認知症とともにフォローアッププログラム～認知症とともに☆みんなとともに～」について。タブレット端末を使った、脳の状態のスコア化や、体力測定、シナプソロジーという脳の認知機能を活性化させるエクササイズ、医師・健康運動指導士・管理栄養士などによるミニ講話を行う。生活習慣病の管理や生活全体をトータルで見直すプログラムである。

**栗田委員長：**今説明のあった次年度からの新規事業2件についてご意見を。

**林田委員：**「認知症とともにパートナー事業」のサポートする人が、訪問看護ステーションの看護師と書いてあるが、これは、いつ、どこで、どのようにして決まったのか。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長**：訪問看護ステーションの事務局と定例会を開催し協議を重ね、区内に25カ所の訪問看護ステーションに受託意向を確認し募集を募った。

**林田委員**：それは、訪問看護ステーションの持っている機能が、この事業にマッチしているという判断か。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長**：はい。これまで、高齢者あんしん相談センターでは福祉的な面でアプローチはしてきたが、医療機関から訪問看護ステーションへということで、同じ医療職として、情報共有と意思疎通ができ、疾患受容支援等、看護師の専門性を発揮し、認知症のご本人やご家族に寄り添った形で事業が展開できると考え、訪問看護ステーションに依頼した。

**林田委員**：医療職が必要だとは思いますが今回は医療職が看護職のみである。認知症の症状というのは、生活の構造が壊れていくという背景があるので、医療的なアプローチで初期の対応や、次の関係機関に橋渡しする事も記載されていたが、医療職だけに限定してしまうと、“すき間”ができてしまい効果としては弱いのではないか。本当にこの事業を行うのであれば、医療や福祉や保健分野の専門職が集まる認知症初期集中支援チームを活用して、事業を展開するほうが効率的なのではないのかなと考えるが。

**鶴田委員**：この事業の目的はわかる。ただ、看護師の資格を持っているからと言って、訪問看護ステーション看護師にお願いできるものなのか。社会性や人間関係を再構築し、その地域で生活していく事を目指しているのであれば、林田委員の言うようにソーシャルワークの有資格者と、専門的知識を持った看護師・社会福祉士・精神保健福祉士など、文京区で独自の基準を設け、厳選した人に対応してもらう方が安心なのではないか。それから家族支援の具体的な支援内容を教えていただきたい。

**事務局**：認知症診断後支援事業の仕組みを事業化した理由は、心配な物忘れを自覚後、最初の相談先は、ほとんどの方が高齢者あんしん相談センターや区役所ではなく、医療機関ではないかと考える。医療機関を受診し診断を受けた時に、医師からこれからの相談先の紹介があれば、そのままスムーズに地域の相談機関に繋がるのが可能となるが、実際の若年性認知症ご本人のお話では、相談先の紹介もない場合が多く地域の情報は自分で探すよう言われてしまう事が多いと聞く。そこで、診断をした医師から直接この診断後支援事業の紹介を受け、概ね1週間以内に訪問看護ステーションから連絡が入り支援が受けられるという伴走型支援の仕組みを考えた。職種を看護師とした理由は、医師との連携が行いやすい事と、ご本人やご家族の想いや状況を直接医師に伝達して頂ける期待もあった。



確かに看護師は、地域の社会資源の情報に精通していない。しかし、そこは訪問看護ステーションとの連絡会を毎月開催し、社会資源情報の共有や勉強会の実施によりカバーしていく。支援対象者の状況に応じて必要な方には、認知症初期集中支援チームとも連携し支援していくことも考えている。支援期間は最長6カ月間としているが、6カ月間でここに書かれている支援内容の全てを行うのは難しい事も理解している。これは予算上の都合もあって、最長6カ月間という区切りを設けた。

具体的な家族支援内容については、その方それぞれに、様々な状況があるかと思うので、その方々のご意見に寄り添った形で、看護師には支援をお願いしたいと考えている。

**鶴田委員**：具体的にどのようなことをしてくれるのか。

**事務局**：支援方法は、家庭訪問・電話相談・関係機関との連絡調整・必要な方には同意を得た上で同行受診し家族やご本人のことをきちんとお話いただくような支援内容となっている。

**阿部委員**：訪問看護ステーションの事務局として検討を重ねた結果として報告する。

先ほどからの議論にあるように、認知症の診断を受けてもその先の支援には繋がりにくい。そのために私たち訪問看護ステーション担当者は、まずは顔つなぎから始める。当然、簡単に結果が出るものではない事は理解している。通常は、関係を築くことが難しいようなら1、2度訪問して中断となる事もあるが、事業として関わり、かつ、6カ月間の期間があれば関係を構築していくことができるのではないか。また、看護師だからと言って誰でも対応可能とは考えていない。そこは危惧している点であるため、定期的な会議の中で他のステーションの取り組みを参考とし、事業の効果等についても検討していく。関係機関と適切に連携し、少しでもよい結果を出せるように頑張っていきたい。

**林田委員**：予算規模はどのくらいか。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長**：「認知症ともにパートナー事業」は700万円程。「認知症フォローアッププログラム」は740万円程である。

**阿部委員**：訪問看護ステーション事務局の業務は連絡調整が主となる。この事業自体の契約は、それぞれの訪問看護ステーションと契約をして実施していくことになる。受託訪問看護ステーションは約20カ所の登録があるが、1事業所あたりでは4~5名を対応していくことになるか。

**事務局**：モデル事業として想定している人数は、100名程度。訪問看護ステーション事務局には毎月受託訪問看護ステーションの受け入れ可能人数を把握してもらい、そのリストに基

づいて担当する訪問看護ステーションのマッチングを実施。受託訪問看護ステーションの単価設定は介護報酬を参考にした。

**栗田委員長**：恐らくこの切り口で、区市町村が訪問看護ステーションに委託して事業を実施するというのは初めてのケースではいか。非常に興味深いが、考えながら行う必要もある。

**作田委員**：受託する側として、簡単には受け入れられるとは思っていない。普段の仕事をしながらのケース対応となるので、訪問するスタッフも限られる。やってみないとわからない。事務局とよく相談しながら取り組みたい。

**栗田委員長**：認知症の診断直後のサポートというのは、非常に希薄である。診断後、地域包括支援センターへの相談を促したり、介護保険サービスに繋いでいるが、そこに空白の時間があり、何も支援が得られない、支援が途切れてしまう事はある。この空白を埋めるためには、確かに訪問型（アウトリーチ型）の支援を考えなければいけないとも思う。この事業について、中村先生・古田先生からのご意見も伺いたい。

**中村委員**：診療場面で認知機能低下がある患者さんはいても、いきなり相談窓口を紹介する、または、自分がその都度往診するという訳にはいかない。認知症初期集中支援チームに関わるとしても、支援を拒否される方もいるので、それを看護師に訪問してもらうというのは新しいパターンだと思う。どこか専門病院に紹介するにしても、単身者・高齢者等は、なかなか同行できない方が多いので、認知症の初期の大事な介入のきっかけになるのではないか。こういうサポートがないと、特に独居の方などは専門病院に自ら受診する事も難しいだろう。そういう意味で、寄り添ってくれる支援者を紹介できたら、これは一番早く支援に繋がることのできるのではないか。

**古田委員**：栗田先生が言われたように、診断後、私たちは、地域包括センターを紹介するが大体の方が「いや、うちはまだ早い」、「自分は認知症じゃない」と話され、行ってくださらない。先日、文京区若年性認知症の会「シエルブルー」にも参加したが、そうした会への参加を促しても、なかなか行ってくださらない。ご家族も「私が見ます」という方も結構多い。そういう状況の中で、こうしたアウトリーチ型事業の試みはやる価値があるのではないか。やってみた結果、課題も出てくるだろうが、事例を集めて、医療機関連携が強化できればと期待している。

**栗田委員長**：英国のリンクワーカーの、「リンク」とは、つなぐ、社会やコミュニティと繋がるということ。本人も家族も孤立してしまう事が非常に重大だと捉えている。地域包括支援センターや社会福祉協議会等と、協働する体制が必要ではないか。

**井上委員：**「認知症とともにフォローアッププログラム」について。これは区内にある製薬会社との協働事業となる。この製薬会社は既に本社の空きスペースで、シナプソロジー（脳トレのエクササイズ体験会）を月に1回開催している。最初は10名程の参加者が、今では20名以上の参加者があり地域に根付いた活動となっている。社会福祉協議会では、今年度から多機能な居場所づくりとして、「こまじいのうち」等、空き家空き店舗を活用した地域の居場所づくりを行っている。最終的には、区内に9カ所を設置予定。この「認知症支援フォローアッププログラム」も、社会参加や人との繋がり的重要性を大切に、地域にある多機能な居場所として受け皿の一つとなれたらと思う。

**栗田委員長：**「認知症支援フォローアッププログラム」。これは認知症の方にも参加してもらい、運動や社会活動等を促すプログラム。認知症予防としてのエクササイズや脳トレーニング等は様々あるが、認知症になっても健康的に暮らすためのヘルスプロモーションを行うという発想も新しく、重要なプログラムではないかと思う。

**坂田認知症・地域包括ケア担当課長：**本日も、非常にたくさんのご意見を頂き感謝申し上げます。今後も、この部会での皆様の意見を大切にしていきたい。引き続き、文京区の認知症施策にご協力をお願いしたい。

### 3 閉会