

東京都認知症対策推進会議（第7回）

平成21年11月4日（水）

【松山幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第7回東京都認知症対策推進会議を開催いたします。

私、事務局を務めさせていただきます在宅支援課長の松山でございます。よろしくお願いいたします。

まず初めにお願いがございます。発言に当たっては、お手近にありますマイクをご使用いただければと思います。

本日の委員の出欠状況をお知らせいたします。本日欠席のご連絡をいただいておりますのは、永田委員、和田委員、山田委員でございます。また、現在連絡はいただいけません。高瀬委員がおくれていらっしゃるということでございます。また、幹事のほうでは、中村精神保健・医療課長が1時間ほどおくれるという連絡を受けているところでございます。

では、議長、よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 それでは、議事に入りますが、その前に配付資料の確認をお願いしたいと思います。

【松山幹事】 お手元に、まず式次第がございまして、その後に、資料1といたしまして、前回7月30日の第6回認知症対策推進会議の議論のまとめ、資料2といたしまして、認知症シンポジウムの実施報告、資料3といたしまして、仕組み部会における検討状況、資料4といたしまして、若年性認知症支援部会における検討状況、参考資料といたしまして、若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査の概要、参考資料2といたしまして、若年性認知症に関する介護保険事業所調査の概要がございます。

また、委員の皆様には、今ご説明いたしました参考資料1、2の報告書のほうを机上に置かせていただいているところでございます。

もしないものがございましたら……。

【長嶋議長】 ありがとうございます。それでは、ただいまから第7回の推進会議を始めたいと存じます。

会議を進めるに当たりまして、まず、7月30日に開催いたしました第6回の推進会議

の議論について振り返ってみたいと思います。

それでは、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

【松山幹事】 それでは、資料1に基づきましてご説明をさせていただきます。

前回は、まず第5回推進会議の議論のまとめを行いまして、その後、在宅高齢者実態調査のご報告をさせていただきました。その後、各部会の報告になりますが、3番の仕組み部会における検討状況ということで、モデル事業の実施・検証と検討の成果についての報告ということで、5月に行いました拡大仕組み部会の実施報告をさせていただきました。

また、そのところで、現在、仕組み部会のほうでは地域づくり手引書の作成を行っているという報告をさせていただいたところでございます。そこでいただいた意見といたしましては、認知症生活支援モデル事業を全都的に水平展開させることが重要ではないかというご意見をいただいております。

また、東京という近隣とのつき合いが希薄という地域特性があるからこそ、町会などの既存の地域組織の活用についても検討すべきではないか。社会福祉協議会や地域包括支援センターが先頭に立って既存の人間関係を生かしていくべきではないかというご意見をいただいております。

また、利用者の要望で、介護保険施設が認知症サポーター養成講座を開催している例等を出されまして、地域包括支援センターの呼びかけを待つのではなく、施設や事業者が自主的に活動を行うべきではないかというご意見もいただいたところでございます。

次に、医療支援部会の報告。医療支援部会のほうは、平成20年度に報告書をもって終了しておりますので、その報告書について説明をさせていただきました。その中でいただいた意見といたしましては、内科や整形外科などの一般病院でも認知症の症状を持った患者を受け入れる方法を考えていくことが今後の課題ではないかというご意見もいただいたところでございます。

また、医療支援部会において、一般病院の看護師に対してもサポート医研修と同様な研修を開催すべきではないかというようなご意見をいただいたところでございます。

5番目に認知症支援部会の検討状況、これは、現在、医療分野、介護・公的支援分野、家族支援、経済支援、職場を含む社会的支援という5分野について検討しておりますので、その報告をさせていただいたところでございます。

そこでいただいた主な意見といたしましては、介護保険ではデイサービスの利用者について仕事を行った上で対価を得るという仕組みは構築されていないが、デイサービスにお

いてもそういう取り組みをすれば社会的なコストは変えないで、利用者が多少なりとも収入を得るようなことができるのではないかというご意見をいただいたところでございます。

また、いわゆる障害者の就労支援という考え方になじみ、長期就労の可能性があるのは、若年性認知症の方でもごく一部の方ではないだろうか。こうした方を対象にした就労支援の仕組みを検討するのであれば、高次脳機能障害の就労支援と関連づけて議論することも1つの方策ではないかというご意見をいただいたところでございます。

また、就労支援に該当するか否かにかかわらず、若年性認知症の方は家族のために働きたいという意欲が高いので、そういうことを踏まえた上で検討を進めてほしいという意見をいただいたところでございます。

資料1は以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ご質問ありますでしょうか。なければ、議題の(2)認知症シンポジウムの実施報告になります。これは毎年、ご存じのように世界アルツハイマーデーに関連しまして、9月に都民向けに普及啓発を目的として行われているものです。これも事務局のほうからご報告をお願いします。

【松山幹事】 今回は9月16日に実施させていただきまして、最初に基調講演の1といたしまして、副議長でいらっしゃる繁田先生に「認知症医療の最前線」ということで講演をいただきました。

2部といたしまして、大起エンゼルヘルプの小規模多機能ホーム方南から、「小規模多機能型ホームにおけるケア」ということで、ビデオの紹介と説明をいただいたところでございます。

3部に基調講演2といたしまして、本日欠席されていますが、当部会の委員でございます永田委員に「認知症ケアの最前線」ということで講演をいただいたところでございます。

今回は非常に多くの方の参加のお申し込みがございまして、9月2日までを募集期間としてたところ、970名のご応募をいただきました。その後もご応募があったもので、結果としては1,000名近い方からご応募がございました。970名の応募の内訳といたしましては、専門職の介護福祉士、ケアマネジャー、看護師といった方が約60%、一般の都民の方が33%、行政職員の方が7%という形になりました。今回は抽せんをさせていただきまして、600名強に対象を絞りまして、当日は551名のご参加をいただいたところでございます。それで、アンケートのほうをその方々をお願いしまして、回収できましたのが372票というところでございます。

シンポジウムに参加した動機というところにつきましては、「認知症に関わりのある仕事・ボランティアをしている」というところが64.5%ということで一番高かったと。また、「講演テーマについて関心があったから」というのが、続きまして45.7%というところでございます。

テーマの設定については、「よかった」というご回答が80%を超えているところがございます。自由意見のほうでご意見をいただいたところにつきましては、4大認知症の区分というものは知っていたけれども、今回の講義を聞いて、内容ある説明で納得できたというものでございますとか、医療面の学習の機会が介護現場では不足しているので、今後こういう点を強化してほしいという意見をいただいたところです。

次に、ケアに関する意見といたしましては、声なき声を聞くというお話は、傾聴ボランティアとして活動しているため、実感が伴って非常によかったというご意見をいただいたところがございます。

また、今後知りたいことといたしましては、日常生活で取り入れていける具体的な内容についてもっと詳しく聞きたいというご意見もいただきました。

その他といたしまして、家族が地域で気軽に参加できる小規模なシンポジウムも開催されるとよいという意見もいただいたところがございます。

おおむね今回のシンポジウムにつきましては、好評を博したというところがございます。以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。ここまでのご報告につきまして、ご質問あるいはご意見がございましたらお願いしたいと思います。

資料1も含めてよろしいかと思いますが、いかがでしょうか。今のご報告のように、このシンポジウムは大変盛況でして、いろんなご意見もいただいて、これから先、対応をどういうふうにするかということも含めて、ご意見その他ありましたらお願いと思いますが、いかがでしょうか。

急ぐつもりはございませんが、もしなければ先へ進ませていただいて、後でまた戻って、気がついたことがございましたら、どうぞご質問なりご意見なりとしてお願いしたいと思います。

それでは、議題の(3)です。仕組み部会における検討状況というところに進みたいと思います。

仕組み部会では、部会長でいらっしゃいます林委員を中心にしまして、地域における生

活支援の仕組みづくりに向けた検討を引き続きしていただいております。

それでは、部会長の林委員から、仕組み部会における検討状況についてご説明をお願いします。

よろしくお願いします。

【林委員】 仕組み部会の林です。よろしくお願いします。

資料3をごらんいただきながら聞いていただきたいのですが、仕組み部会では2つのモデル事業を終わらせて、2つのモデル事業というのは、練馬区さんと多摩市さんを対象に認知症地域支援ネットワーク事業というモデル事業をやっておりました。それから、5つの事業者さんを対象に認知症支援拠点モデル事業というのをやっておりました。これらが終了しまして、その成果を踏まえて全都展開するという動きが進んでおりますが、仕組み部会としては、その全都展開をする場合、区市町村さん、それから地域包括支援センターさん等々の参考になりますように、この間の検討結果を、今回は報告書というよりか、むしろ手引書というような形で、「地域づくり手引書」というような形で成果物をつくりまして、それを配布できるような形にしようという検討を進めております。

資料3にありますように、前回7月のこの推進会議のときには、これからそういう成果物をつくりますよということをお話ししましたが、それ以降、手分けをして原稿を執筆いたしましたして、第9回仕組み部会、10月23日に行いましたが、そこで原稿を取りまとめまして、まだ完成品ではありませんが、一応その第1稿といいますか、そこまでまとめることができました。この先、さらに加筆ですとか、修正・改善を加えまして、来年の3月の頭には完成させたいというふうに思っています。ですから、次回の推進会議のときには、その完成品についてご報告できると思います。

今、そういう作業を進めております成果物の概要ですが、名称については、仮ではありますが、「認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書」というタイトルをつけております。

コンセプトですが、都内のさまざまな地域が「認知症地域支援ネットワーク事業」のような仕組みに取り組むことを目指し、その取り組みの参考となるものにしたいということでもあります。

それから内容・構成であります。モデル事業、先ほど申し上げました区市、それから事業者さんの取り組みがあったわけですが、その取り組みの列挙ということではなくて、区市町村等が事業に応用できる実施体制の標準的モデルを事業ごとに掲載したいというこ

とであります。ここでいう標準的モデルというのは、こうでなければいけないということではなくて、そうした事業を実施しようと、ぜひそれを実施していただきたいと思っておりますが、その場合の留意点を整理してスムーズに実施していただけるような、そういう意味の標準的モデルを文章にして掲載したいというふうに思っております。

それから、次の内容構成の2点目ですが、東京都における課題、それから強み、仕組み部会での議論を踏まえまして、各事業についての「考察」を掲載したいと思っております。ここの考察はかぎ括弧をつけておりますが、後ほど若干触れたいというふうに思っております。

それから、以降、構成も書いてありますが、第2部、第1章、第2章を総論としまして、それから第3章以降を各論として事業ごとに章立てしたいと。各論の部分ですが、一応そのフォーマットを決めております。としてサマリーで0.5ページぐらい。ここではそこを読めば、その事業の概要がわかるというサマリーの部分。

それから2番目に事業のメリット。これも0.5ページぐらい使いまして、なぜそういう事業をやったらいいのかということが区市町村等にすぐにわかっていただけるという、そういう事業のメリットも書きたい。

それから、としまして標準的モデル。これは1ページが目安であります。どういう事業なのか。その事業に取り組む場合の留意点、ポイント、気をつけなければいけないこと、そういった点をわかりやすく示したいということであります。

それから の考察を、これは三、四ページであります。これはさらにその留意点というか、実際にそういうモデルを練馬区さんや多摩市さん、それから5つの事業者さんで取り組んで、実際にいろいろ試行錯誤もあったわけですし、悩みながら達成できた点、あるいは非常に壁にぶつかった点等々あります。そういう中でできるだけリアルな、実際に区市町村さん等が実施する場合に役に立つような、こういった点に気をつけたいという、そういう意味での考察というのをできるだけ丁寧に書いてお示ししたいというふうに思っております。

次に、具体的な構成に沿ってどういう手引書にしたいと考えているかをご説明したいと思います。

次のところ、大きな表になっておりますが、左のほうに第1部、第2部、それから各章の項がありまして、それぞれ構成というか、その章のタイトルですね。それと主な内容、強調したい点、それから前回の仕組み部会で出てきました加筆・修正を要する検討課題に

ついて表の形にしてお示しさせていただきます。

第1部は都内の認知症高齢者を取り巻く状況ということで、第1章では都内の認知症高齢者の現状。それから第2章では都の施策展開について説明いたします。ここは、この第1部をここに置かないとやはり据わりが悪いということですが、あくまでもメインの部分は第2部ということになります。第1部ではできるだけ簡潔に現状について、それから都が何をしようとしているのかがすぐにわかるような形で書きたいというふうに思っております。

それから、まさに本論にわたります第2部であります。ここは「認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくりの進め方」と題しまして、総論、各論合わせて7つの章で構成を考えております。総論に当たりますところは第1章と第2章ですが、第1章では、認知症の人と家族が安心して暮らせる地域とはということで、これは第3章以降が事業ごとに書いてありますが、それぞれの事業というのはやはり密接に、その地域においては連携しているものですし、協働しなければならないものですから、やはり地域に視点を置いた場合にどういった点が重要なのかということはこの第1章では明確にしたいというふうに思っております。

第1章において特に強調したい点は、安心して暮らせる地域の3条件といったことあります。1点目として、地域における認知症の理解、これをもっと進めたいと。それから2番目に、住みなれた地域であることは生かされていること、そういう地域づくりをしたい。それから3番目として、地域資源の開発・活用をもっと進めたいと。これによって認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを進めたいというふうに考えております。

それから、第2章は関係する諸法規についてであります。諸法規といってもいろいろあると思うんですが、大きく2つの点に焦点を当てております。1つは、認知症の人の権利保護についてであります。もう1点は、個人情報の収集及び第三者提供についてであります。それぞれどういった点に気をつけなければいけないのか。これもできるだけ簡潔にわかりやすい形でお示ししたいというふうに思っております。強調したい点は、自己決定が困難な人に対する権利保護についての考え方。これはいろいろと原則というのが、権利保護についても個人情報についてもあると思いますが、その原則の中で解決できる場合と、それから例外規定といったような場合とありまして、なかなか悩ましい面があるんですが、そのあたりをできるだけわかりやすく整理してお示ししたいというふうに考えております。

それから、各論に入ります。第3章では推進体制、第4章では地域資源マップ、第5章では徘徊SOSネットワーク、第6章では家族会、それから第7章では介護保険事業者による地域活動という、こういった形で各論的にそれぞれ異なる事業、もちろんそれぞれの事業は密接に絡み合っているわけなんです、それぞれの事業ごとにいろいろな留意点がありますので、それを整理してこの各論でお示ししたいというふうに考えております。

第3章の推進体制の組み方ですが、これは練馬区さん、それから多摩市さんでモデル事業としてはそれぞれ推進体制を組んでいただきまして、モデル事業を実際に取り組んでいただきました。それぞれの区市の特徴があるわけですが、ここでは両者ともネットワーク会議というのがキーポイントになるであろうと。ネットワーク会議というのは、注1というのが、下のほうの欄にちょっと字の小さいところがございますが、ネットワーク会議というのは、この部会においては、「事業の検討・進行管理を行うために、住民代表・介護事業者・行政職員・医師等、各方面からの参画を得て構成する会議」という定義をしております。このネットワーク会議が非常にポイントになるというふうに考えて、それが推進体制を組んでいく場合、どういう効果を持つのか。具体的にそういうネットワーク会議を設置する場合、どういう流れになるのかといったあたりが主な内容であります。

強調したい点は、地域特性に応じてネットワーク会議の設置・運営のポイントがやはり異なってくるのではないかと。これは実際に練馬区さんと多摩市さんと同じではありませんで、それぞれの特性に応じた設置の仕方、運営のされ方があったということを部会でも確認しておりまして、そういった点が他の区市町村さんが実際に推進体制を組まれる場合に参考になる点ではないかと思っておりますので、そのあたりをご紹介したいというふうに思っております。

第4章は地域資源マップであります。この地域資源マップの作成という章では、それを作成することの意義、効果をわかりやすくお示ししたいと思いますし、実際にモデル事業を通じて作成されたマップがあります。これはそれぞれ個性的なものなんです、そのマップがどういうマップかということ、その実物も少し、縮小版にはなると思いますが、こういうマップだという実物も具体的なイメージを持ってわかっていただけるように示したいと思っておりますし、このマップの作成の意義、効果についてもわかりやすく書きたいというふうに思っております。

強調したい点であります、地域支援マップの作成でどういう効果があるかということ、やはり2種類の効果があるということが部会の中で出てまいりました。それは、作成

過程で得られる効果と配布・活用により得られる効果があるということです。簡単に考えますと、マップというアウトプットを作成してそれを配布・活用すること、それによっていろいろな効果があると。見守りのネットワークに役立つかもしれないし、あるいは、当たり前前に認知症のある方が地域の中でその方と家族が普通に暮らせるためにどういう地域資源があるのかということを知ることができるだろうと。それは配布・活用により得られる効果ということになるわけですが、実はでき上がったものだけに効果があるのではなくて、それをつくっていく過程で、いろいろなその地域の、例えば商店街とのコミュニケーションがありまして、その中でどういうニーズがお互いにあるのかということがわかったりする、そういう作成過程で得られる効果というのも大きいと、そういう発見がございました。各市町村でマップができるといいと思いますが、それはアウトプットを競うということではなくて、それを作成していく過程も地域づくりの非常に重要な内容になってくるということを強調したいというふうに思っております。

それから、マップの作成の仕方は行政主導があったり、あるいは事業者が創意工夫を生かしてやる場合とあると思うんですが、民間主体で取り組む場合に、やはり行政からの支援というのが重要であろうというふうに考えておりまして、予算ですとか、さまざまなコーディネーションの面で行政がどうかかわれるかということについても強調したいというふうに思っております。

第5章は徘徊SOSネットワークの構築であります。徘徊SOSネットワークにつきましては、これはネットワーク事業を行った練馬区さんと多摩市さんと、それぞれこの事業に取り組みまして、シミュレーションというか、訓練といいますか、その段階まではモデル事業の中で実施しました。ですから、実際に徘徊SOSネットワークが構築されて、それが機能しているという段階までは行ってはいませんが、そのシミュレーション、あるいは訓練の段階でもいろいろなポイントがわかってまいりましたので、それについてこの手引書ではご紹介して、他の区市町村さんの参考になるようにしたいというふうに思っております。

強調したい点であります。徘徊SOSネットワークの構築や模擬訓練を通じた認知症の正しい理解促進と声をかけやすい地域づくりといったようなことが強調したい点としてございます。

それから第6章ですが、家族会の育成支援であります。家族会というのが認知症の人と家族が安心して地域で暮らすために大きな役割を果たすと思うわけですが、その意義です

とか効果についてわかりやすくご紹介したいというふうに思っております。

それから、この手引書の主たる読者が、先ほど申し上げましたように各区市町村、地域包括支援センター等になりますので、その区市町村の側からどのように家族会を支援したらいいのかと。家族会の立ち上げの支援、それからずっとその家族会に付き添うのか、あるいはできるだけ自立できるようにしたらいいのか、そのあたりの立ち上げ支援と運営のポイント等もご紹介したいというふうに思っております。今申し上げた点とちょっとダブりますが、強調したい点は、家族会の立ち上げ支援、運営支援の具体的方法についてボランティア、行政、専門職のそれぞれのかかわり方のポイントを示したいということであります。

第7章は介護保険事業者による地域活動という章でありまして、ここでは認知症支援拠点モデル事業、これは5つの事業者に拠点モデル事業を行っていただいたわけですが、それがどういう意味を持ったか、どういう成果があり、どういう課題が残ったかといったことの検証・分析の結果をお示ししたいと思っております。それから、地域の協力を得るためのポイントなどもお示ししたいというふうに思っております。

強調したい点ですが、介護事業者の専門職の力を活用することにより、新たな支援拠点を創出することが可能ではないかと。それから、これも強調したい点なんですが、介護事業者に対する行政の支援が不可欠というふうに考えております。

加筆・修正を要する検討課題の中に書きましたが、介護事業者だからこそそのよさというのがあるだろうと。これは行政よりむしろ事業者だからこそ機動的に取り組めるとか、柔軟に取り組めるとか、創意工夫が生かせるとか、あるいは地域とのつながりが地域と近いとかそういうよさ、あるいは専門職がいる、そういうよさをさらに強調すべきではないかということが1点目としてあります。

それから、地域コーディネーターを置くことの意義、具体的な役割についてもできるだけはっきり強調して書きたいというふうに考えております。ここでいう地域コーディネーターは、注2のところにございますが、その少し下ですが、認知症ケアの拠点づくりを行うにあたり、近隣との連携や交流の窓口等の中心的役割を担うために介護事業者が指定する職員のことです。こうした職員の方は、モデル事業においてはモデル事業からの助成金によって一定の支援をすることができたわけですが、そういう補助金ですとか助成金がないと、これは介護保険の報酬の中では、こうした地域コーディネーターさんの仕事を支えることができませんので、そのあたり、それにもかかわらず、こうした地域コーデ

ィネーターというキーパーソンがやはりいないと、この地域づくりというのはうまく回っていかないんじゃないかということが仕組み部会における明らかになったことというか、結論でもあります。ですから、何とかこの地域コーディネーターを明確に位置づけて、その人たちの仕事が継続できるような、そういう仕組みをぜひ考えていきたいと。その面でも、行政の支援がどういう形でできるかといったことがこの仕組み部会における検討課題としてまだ残っております。

あと、この手引書では参考資料、付録等をつけます。

最後に、この部会の中で出た意見であります、最後の2行であります、ちょっと現在の原稿全体を見ますと、字が多いという感じがしましたので、図表・チャートを適宜挿入して、手にとりやすく、わかりやすくする工夫が必要というふうに考えております。そういう意見が出ました。

それから、「ネットワーク」という言葉が使いやすいものですので、かなり原稿の中で多用いたしておりますが、ネットワークといってもいろいろなネットワークがあるので、ちょっとわかりづらい面もあると。定義づけを行って、文章の整理をしたほうがいいというふうに部会の中で意見も出まして、改善の作業を進めているところであります。

以上、ちょっと長くなりましたが、仕組み部会における検討状況について報告させていただきました。

【長嶋議長】 どうもありがとうございました。では、ここまでのご報告につきまして、ご質問、あるいはご意見などがありましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

小川委員お願いします。

【小川委員】 小川でございます。よろしくお願いします。

先ほどスケジュールについて、手引書の完成は3月を目指しているというお話をお聞きしたんですけれども、もっと全体の大きなスケジュールについてお尋ねしたいんですね。1つの目標としては、ネットワーク会議の構築といいますか、地域の特性がありますので、時間のかかるところ、ある程度できているようなところということで差があるかもしれませんけれども、大体いつごろまでにどのくらいのパーセンテージ、会議を構築したいとか、その後資源マップですとか、SOSのネットワークをつくらうというスケジュールを大体、大きな、目標という形でも結構なんですけれども、どのくらいのスケジュールを考えていらっしゃるのか。実はこの件については前回の会議でも質問させていただいて、いや、なかなか自治体がつくってくれなくてという話があったんですけれども、早くそういったも

のを立ち上げたいという希望もありまして、質問させていただきたい。

それに関して、資源マップですとか、SOSネットワークは各地域の特性がございますでしょうけれども、ネットワーク会議については、この手引書を配布するだけでなくして、ある意味では指導といいますか、支援といいますか、各自治体に対して都としての支援体制、指導体制というものが必要じゃないかなというふうに思うんですけども、その点について、スケジュールと都としての支援体制といいますか、2点教えていただきたいと思うんですけども、よろしくをお願いします。

【長嶋議長】 では、林委員をお願いします。

【林委員】 ありがとうございます。前回の推進会議、実は私は欠席いたしまして、そういう質問があったことをちょっとはつきり確認しておりませんで、申しわけありませんでした。スケジュールについてなんですが、実はこれは、仕組み部会としては、各区市町村からどういうふうに進めていくかというスケジュールについては議論はしておらないんです。ですから、これは、東京都の施策展開ということに関しては、松山課長さんからご説明をしていただけたらというふうに思います。

それからネットワーク会議やマップやSOSネットワーク等の都としての支援ということではありますが、これはそれぞれの区市町村でかなり特性が違いますので、多摩市と練馬区でもかなり違っておまして、それぞれの市民の意識ですとか、それから医師会さんですとか、いろんな専門職さんの取り組み姿勢ですとか意識とかそれはかなりさまざまなので、あまり統一的なことはできないと思うんですけども、そのあたりできるだけ、部会としては、この手引書の中にわかる限りのことは書き込んで、参考になるようにしたいというふうに思っております。これについても、都としてどういう具体的な支援が考えられているかについては、課長さんからのご説明にお任せしたいと思います。

以上です。

【長嶋議長】 ありがとうございます。では、課長、よろしくをお願いします。

【松山幹事】 都としては、これは今年度21年度からですが、昨年の練馬と多摩の仕組みを受けまして、今、部会長のほうから説明があった事業については、包括補助事業という形で、区市町村が取り組む場合にはその2分の1の経費を補助しますということで、各区市町村に呼びかけをしたんですけども、残念ながら、今年度20年度についてはあまり手が挙がらなかったということを前回お話をしたところかと思えます。そういうのを受けて今回部会のほうで、その取り組んだ内容について、要するに強調したい点とか、ど

うやればできるというところをもうちよっとかみ砕いて、こういう手引書のようなものをつくっていただいて、それをまた区市町村に配布して、配布と同時に説明も行ないます。それをやることでさらに実施を喚起したいというふうに考えております。なかなか各市区町村について、どうしてもこれは都のほうで義務づけるというわけにはいかないものがございますので、やはり実施主体である区市町村が取り組んでいただかないことにはなかなか難しい事業ですけれども、取り組みが多くなってくれば、やっていないのはこちらだけというような形もできると思いますので、とりあえず今、この手引書をもとに取り組んでいただける区市町村を何とか増やしたいというふうに考えております。

【長嶋議長】 小川委員、よろしいですか。

【小川委員】 最初にお尋ねしたスケジュール、この3月完成は理解できましたけども、例えばこのネットワーク会議を少なくとも来年度じゅうに50%までは目標にしたいとか、そういったある程度具体的な目標数字があるとありがたいんですが。

【松山幹事】 具体的には今まだそこまでの目標数字はないですが、先ほど申しました包括補助事業について取り組みの進んでいる事例とか、各市区町村にすべて実施してほしい事例等については事例発表会みたいなことをやっておりますので、その場で、前回の拡大仕組み部会のおきも実は、そういうことも兼ねて区市町村の方にはかなりご参加いただきました。しかし、なかなか向こうも予算の問題があって取り組んでいただけない部分もあります。そういった事例発表会とか、特別区であれば課長会とか、市であってもそういう機会がございますので、そういうところでこういう取り組みがあるのでやっていただきたいということを働きかけをしていきたいと思います。ある程度の数がある程度そろってくれば、今おっしゃったように、例えば80%実施しているから残り20%というのはできるかと思いますが、まだちょっとそこまでは行っていないものがございますので、今後そういうことが言えるような形にしていきたいというふうには思っております。

【長嶋議長】 よろしいでしょうか。

【小川委員】 はい。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ほかにもございますか。では、大村委員、お願いします。

【大村委員】 大村でございます。この手引書の第7章のところには地域コーディネーターがありますけど、実際に、支援拠点のモデル事業をつくっていくのに側面的に応援した立場から、この地域コーディネーターは大変大事なキーパーソンだというふうにも実感をし

ています。現実には、これからこのような立場の人を安定し、そして継続的に置くためには、事業所の持ち出しの費用ではとても継続できないだろうと思います。先ほど林委員のご説明の中では、継続できる仕組み、例えば共生によるというふうなことをおっしゃっていました。何かこの中に盛り込める具体的なアイデアがありましたら、ちょっとお教えいただきたいんですが。

【長嶋議長】 林委員、よろしいでしょうか。

【林委員】 具体的なアイデアですね。本当にまだ思いつき程度のものでしかないんですが、何とか、これはちょっと話が大きくなってしまいうんですが、こうした職種への報酬というのが、1つは介護保険の中でできないかなというのがあります。介護保険制度の中でできないのであれば、やはり各自治体の高齢者支援事業の中で確保していただくとか、さらに東京都がそういう予算を組んでいただければ一番いいと思うんですが、いずれにしても、大村委員がおっしゃるように、財政的な裏づけというのは不可欠で、行政の支援という中にはそういう項目をぜひ入れていただきたいというのが部会の委員としての希望があります。

【長嶋議長】 大村委員、よろしいですか。

【大村委員】 そうですね。おっしゃるように、介護保険の中でそういう体制ができれば理想だと思うんですが、恐らくそれは難しいだろうと想像できるんですけど、都のほうのお考えをぜひ伺いたいんですが。

【長嶋議長】 では、松山課長、お願いします。

【松山幹事】 この部分は、この地域コーディネーターの部分を、これはたまたま介護保険事業者さんによる取り組み、5事業者のときにも出てきた話なんですけれども、それとともに、練馬とか多摩がやった中でも、このコーディネーターの役割というのが出てきた部分かと思います。それを受けて、事業者のほうに置いたほうが進むのか、それとも、例えば地域包括みたいところに置いたほうが進むのか、いろいろ考え方はあろうかと思えますので、その辺、先ほど申しました包括補助事業というのがございますので、各区市の実情に合わせて、この必要性について各区のほうから上がってきた場合には包括補助の中で考えていきたいというふうに考えております。特にコーディネーターといった形の役割、いろんなところで今こういったコーディネーター、特に地域を結びつける上でのコーディネーターというものもありますし、また医療との連携という部分でのコーディネーターという形もございますので、こういった形に置くのがいいのかというのはいろいろ区市

町村でもご意見があるかと思imasるので、なるべく私どもの包括補助事業については、区市町村がやりやすい形でというふうに考えておりますので、これも事業者のほうに置いたほうが良いという区市町村から話が出てまいりましたら、その辺は包括補助の中で考えていきたいと思っております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。大村委員よろしいでしょうか。

【大村委員】 今のご意見で、実際に林委員は先ほど地域に近い、あるいは専門職がいるということで、このコーディネーターの意義、価値をおっしゃっていましたので、その事業者、あるいは地域包括から、どちらにおいても柔軟にそれに対応できるようにお考えを用意していただきたいと思imas。

以上です。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。稲田委員、お願いします。

【稲田委員】 公募委員の稲田です。よろしくお願いします。

認知症サポーターを地域資源マップの中に入れるとかという話は今までにあっただんじょうか。

【林委員】 サポーターの個人のことでしょうか。それぞれの個人の皆さんのことでしょうか。

【稲田委員】 実は、認知症サポーターという方を養成しましてたくさんいらっしゃると思imasんですけど、そういう方が駅とかスーパーマーケットとかそういうところにいるというのを明らかにしていただくと、家族としては安心できるなと思imasんですね。ところが今は、認知症サポーターというのがどこにいるのか全くわからなくて、教育とか啓蒙の一端でしか何かやっていないみたいで大変もったいないなと思imasいたので、この資源マップとかつくるときに、そういう人を載せましょうみたいな話が今までの中であったのかなと思imasんですが、そういうのは出なかったんじょうか。

【長嶋議長】 いかがでしょうか。

【林委員】 ありがとうございます。ちょっと私、もしかしたらどこかで出ていたのかもしれないんですが、今の私の記憶の中にはないものですから、やはりいろいろな団体ですとか、機関ですとかを中心に地域資源というのを考えておりました。もしかしたらどこかでやっていたのかもしれないんですが、すみません。

【長嶋議長】 松山課長、お願いします。

【松山幹事】 多摩市のマップを作成するときには、多摩市のほうがサポーターの方にも声をかけて、個人ごとにそういう情報を明らかにするというのは難しいですが、サポーターの方もネットワーク会議の中に入っていただいて、活用とかそういうことについてご意見をいただいたという事例はございます。また、なかなか認知症サポーターにつきましては講義が90分ということで、理解をいただくということに今力点を置いているものがございますので、その後どう自治体の中で活用をしていくのかというところは、各自治体に今いろいろ働きかけているところでございますが、自治体だけではなく、今、業界の中でも、例えばマンションの管理組合のほうで積極的に管理人さんにこういうサポーターを取っていただくというような動きも実際ございます。また、各交通事業者のほうとか、学校を中心にそういうサポーター養成講座をやっていただくということもやっておりますので、今まだ、全国では100万人を突破したという話があって、なるべく認知症の理解をしていただくということに今力点を置いているところがございますので、ご意見のように、今後どうそれを活用していくのかというのが課題ではございますので、その辺は各自治体にネットワーク会議のときに、例えばサポーターの中心のような方に、NPOさんとかそういうところに入っていただいて、どう活用していくのかというところを示せばというふうには思っております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ちょっと発言させてもらってよろしいですか。

今の松山課長のお話のように、確かに業界では大変一生懸命養成していますよね。ただし、具体的にその方々が地域の中でというと、まだこれからではないかと思うんですね。ですから、活用の仕方、まさにコーディネーターがいて、その人たちをどうその地域の中で育てるといふか、さらにレベルアップするか。ある東京都内の市では、既にもう昨年あたりからフォローアップ研修ですかね。取った方に対してさらにやや高度の研修会を計画してやっているところもありまして、私自身もちょっとお手伝いした経験がありまして、大変熱心ですね。ただ、その方々がどう地域の中にかかわっていくかという、コーディネートしてくれる人たちが必ずしも今までいなかった。そういう意味では、今回のこの手引書がもし出れば、大変参考にしていただけるかなという期待感を私自身は持っております。ほかにございませんでしょうか。どういうものができ上がるか大体見当がつくかと思いません。

それでは、高瀬委員、どうぞ。まだ時間ありますので。

【高瀬委員】 すみません、おくれて。初めての会議で、ちょっと見させていただいて、

対象者というものが、どうしても認知症というのは個人情報保護で、あぶり出しというのは難しいところがあると思うんですね。想定とすればどういうものかということが1つと、行政にいくつかメニューがあるんだろうと思うんですね。ただ、これは、全体を見ると、まとめれば確かに地域で資源をとというのは非常によくわかるんですけども、同時進行はあり得ないと思うんですね。自治体においてですね。1つ何かこれだけは柱としてというものがちょっと見えてこないような気がするんですが、というのは、マップにしても、いろいろなマップは自治体でつくられていることもありますし、SOSも自治体にはありますし、家族の地域での町内会挙げて、そういうのも地域ではやられていることだと思いますし、地域では既に包括支援センターが相談の窓口になっている事実もありますので、どこを認知症の対象にしてあぶり出しをして、それに対する対策を、総体ではなくて、どちらかモデル的にしていただきたいということがちょっと透けて見えてこないから、各自治体がしり込みしているのではないかというのが私の意見なんですけれども。

【長嶋議長】 大変具体的なお指摘で、もしできましたら、林委員から一言いかがでしょうか。

【林委員】 ありがとうございます。認知症の方といってもその置かれた状況や状態がさまざまだろうと思います。ですから、それに対して、まずはここから優先的にというような絞り込みというのは今回しておりませんで、それは地域特性というか、それぞれの自治体、あるいはそれぞれの事業者さんのところでどういう方のニーズが高いのかというのを、それぞれ違うと思いますので、まずそれを把握してやっていただきたいというニーズ把握というのから問題の対処が始まるんだろうという考えであります。

それから、それは既に、マップにしてもSOSネットワーク会議それぞれあるんじゃないかということは確かにそうできて、ただ、全体としてどうなっているのかというのが把握できていないというのがあります。ですから、これは手引書の課題ではないんですが、この仕組み部会の課題の中では、全体としてさまざまな情報をどうやったら共有できるかということについては仕組み部会の課題としてありまして、それが確かにちょっと作業として考えていなかったなというのは今のご発言で気づきました。

【高瀬委員】 ただ、皆さん専門家でいらっしゃるから、認知症の難しさというのはよくご存じだと思うんですけども、なぜ難しいかということ、認知症の人は地域でそのまま生活ができてしまうというのが難しいところなんですね。生活ができていいる以上、本人が困らなければ対策にもならない可能性があるんで、あぶり出しが難しければ、出てき

ていただける工夫が一番重要かと思えます。

それともう1つ、いわゆる家族力ということがよく言われていることなので、在宅にしたり、居宅にしたり、高齢者が独居になるとSOSが出てはくるんですけども、逆に家族が困ったことにふたをしてしまう可能性があるので、そこら辺の工夫がない限りは、やはり前に出てこないのかなというのを1つ思っております。

そういう意味では家族会、先ほどのサポーターというのは非常に意義深いものがあると思いますよね。教育効果というのがありますが、ただ、教育というのは教育するだけでは成果がありませんので、それを多分前面に出るような何かが、マップというのはちょっと難しいかもしれないですけど、何かがあればという一工夫あれば、これは十分に役に立つようなことだと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。林委員よろしいですか。

【林委員】 ありがとうございます。家族がふたをするというのは確かにあるわけですし、あまり今回強調しませんでした。第2章の関係する諸法規についてのところで、今後の検討課題として、法から見た本人を中心とした支援の考え方、やはり家族がワンクッションあることによって、支援すべき認知症の方本人というのが見えなくなってしまうということも、この関係する諸法規のところでは触れる予定であります。全体を通して、今のご指摘のような視点はもう一度持って進めたいなと思いました。

【長嶋議長】 どうもありがとうございました。よろしく願いいたします。

この辺で、次へ進みましてよろしいでしょうか。

それでは、議題の(4)のほうに入りたいと存じます。議題(4)は、若年性認知症支援部会での検討状況につきましてでございます。

若年性認知症支援部会では、部会長の斎藤委員を中心にいたしまして、若年性認知症に特有の課題を検討していただいております。

当部会で実施した2つの調査の結果の概要について、まず事務局のほうからご説明をいただいた後で、引き続いて、斎藤委員からその検討状況についてご説明をいただき、その後で、まとめて質疑、議論に入りたいと思います。

では、まず事務局のほうからお願いしたいと思います。

【松山幹事】 それでは、後ろについております参考資料1についてまずご説明をさせていただきます。

これは、区市町村の相談窓口調査という形で、若年性認知症の本人、または家族が相談

に訪れることが予想される窓口に対しまして、どういう対応等、サービスができるかということで調査をしたものでございます。相談に訪れる窓口といたしまして、(2)のア、イ、ウ、エにございますように、高齢主管課、あと地域包括支援センター、障害主管課、障害者自立支援法に基づく指定相談支援事業者という、この4つにつきまして都内に671カ所ございますので、そこから無作為抽出で303カ所を選びまして調査をかけたところでございます。

それで、調査結果といたしましては、273カ所回収がございまして、回収率といたしましては90.1%の回収になっております。窓口の総体として見ますと、273カ所のうち、包括の数が多いでございますので、147カ所ということで53.8%を占めていると。次に多いのが指定相談支援事業者ということで27.1%となっております。

まず、調査結果の抜粋に基づいてご説明いたしますと、若年性認知症についての相談があったかというところで、全体としては47.3%相談があったという答えを得ております。

次に、若年性認知症の相談の中で、受診可能な医療機関を紹介できるかというところについては、全体としては76.6%。特に地域包括支援センターについては、90.5%が医療機関を紹介できるという返答があったところでございます。

次に、制度の説明のについてですが、まず介護保険サービスにつきましては、全体の65.6%が「十分説明できる」という答えをいただいております、これは包括支援センターが当然93.2%ということで非常に高いというところでございます。

次いでBのところ、障害福祉サービス、これは自立支援法のサービスについて説明できるかというところでございますが、これは数が多い包括支援センターのところでは、「尋ねられたら説明できる」というのが一番多くて、62.6%となっております。そのため、全体としては、「十分説明できる」が28.6%、「尋ねられたら説明できる」というのが49.1%となっております。

次に、国民年金の障害基礎年金の部分ですが、これについては、「尋ねられたら説明できる」というのが50.2%と一番多くなっておりまして、ただ、その中で包括支援センターについては、「尋ねられたら」というのが46.9%で、説明できないという、この制度をよく知らないというのが46.9%と同数となったというところでございます。また、上の高齢主管課のほうは「よく知らない」というのが56%となっているというところでございます。

次に、自立支援医療（精神通院医療）の部分の説明でございますが、これについても、一番多かったのは「尋ねられたら」というところでございますが、これに関しましては、高齢主管課と包括支援センターがこの制度をよく知らないということが52%、45.6%と一番多くなってしまっているという現状でございます。

次に、精神障害者保健福祉手帳のことについてですが、これは全体として見ると「尋ねられたら」というところが多いんですが、包括で見ますと、包括のほうも「尋ねられたら」が51%とトップなんですけれども、「この制度をよく知らない」というのが40.8%いると。また、高齢主管課も44%ということで、この部分がやはり多くなってしまっているということです。

次に、成年後見制度についてですが、これは「尋ねられたら」というのが全体で見ると53.1%なんです。これについては包括についても57.8%が「十分説明できる」。高齢主管課のほうも48%が「十分説明できる」という形で、おおむねこれについては説明ができるというようなところになっております。

次に、参考資料2のほうのご説明をさせていただきたいと思います。これは、若年性認知症に関する介護保険事業所の調査でございます。若年性認知症の方の利用の有無について、介護保険事業所について調査をしたというところでございます。

調査対象になりますのが、老健施設、特養施設、グループホーム、一般デイ、認知デイ、小規模多機能というところでございます。都内2,885カ所のうち無作為抽出いたしました483カ所について調査をかけたところでございます。回収率が75.6%ということで、回答をいただいたのが367カ所ということになりました。367カ所については、数が多いということで、一般デイが196カ所ということで、全体の53.4%を占めるという形になっております。小規模多機能については、数も少ないということもございまして、6カ所という形になっております。

調査結果のほうでございますけれども、実際、若年性認知症の利用者を受け入れた経験があるかということにつきましては、150カ所が受け入れた経験があると。ないと答えたところが217カ所ということで、59.1%となっております。それで、受け入れた経験があるほうについてでございますけれども、受け入れ人数ということでございますが、今、一人いっしょというところが最多で71カ所ということでございます。あと、今はいないというところが42カ所で、28%あったということでございます。

若年性認知症の利用者を受け入れるために、特別な対応をしたかということについてで

すが、この調査に関しましては、特別な対応をとっていないというのが57.3%、86カ所ということで、これがトップという形になりました。続いては、似たようなパーセントにはなっているんですが、研修をしたりとか、若年性認知症の人へのケア経験者の採用など、スタッフのスキル向上というのが27カ所の18%。あと同数ですが、レイアウトですとか、施設の物理環境を変えたというのとその他、この 、 が25カ所ずつという形になっております。

若年性認知症の方を実際に受け入れていて、そのことによる困難の有無ということなんですけれども、これについては、一番多かった回答が、「若年性認知症に起因する困難は、特になかった」というところが32.7%、49カ所でございます。次に多かったのが、「若年性認知症に適したプログラムがなかった」というところが48カ所、32%となっております。また、「それまでに受け入れた経験がなく、対応上のノウハウが蓄積されていなかった」というところが45カ所の30%という結果が出ております。

次に、受け入れた経験がないというお答えをいただいた217カ所についての調査なんですけれども、今まで利用の申し込みがあったかなかったかということで、これは「なかった」というところが82.5%と非常に多くなっております。「あった」と答えたのは13カ所だけでございます。その13カ所につきまして、何で利用に至らなかったのかというところを伺いましたところ、「その他」というのが実は一番多くなっておりますが、対応が困難だから受けなかったというのが、実は受けなかった理由としては1カ所のみという形になっておりまして、あとは、「他のサービスの利用が決まった」とか、利用とかそういうものの折り合いがつかなかったというのが多くなっております。また、「本人・家族に利用についての抵抗感があった」というのが2カ所あったというところでございます。

では、受け入れたことはないけれども、若年性認知症の方を受け入れるに当たって困難と考えられる理由は何かというところにつきましては、これについては、パーセントは違うんですけれども、先ほどの受け入れたところと同じような形で3つ大きな理由がございまして、やはりトップが、ちょっと先ほどとは違いますが、2番の「受け入れた経験がなく対応上のノウハウがない」というところが88カ所で40.6%と、これが一番多くなっております。次いで、「若年性に適したプログラムがない」というのが61カ所で28.1%。「特にない」というのが53カ所で、24.4%ということで、このトップスリーは、率は違うんですけれども、先ほどの受け入れたところと同じような回答が示された

というところでございます。

雑駁ではございますが、以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。それでは、引き続きまして、斎藤委員のほうからお願いしたいと思います。

【斎藤委員】 和光病院の斎藤でございます。若年性認知症支援部会におけるこれまでの検討の状況についてご報告を申し上げます。

部会では、支援の内容を医療支援、介護・公的支援、家族支援、経済支援、職場を含む社会的支援というふうに分類をして、問題点とそれから支援策について協議をしております。

最初に申し上げておくと、今の若年性認知症の施設のアンケートでもそうでしたけれども、医療機関に関するアンケートでも、医療機関に聞くと診断ができるという数がものすごく多い。それから、介護保険事業者に聞けば、断っていないというところはたくさんある。だけど、ご家族のアンケートをとると、適切な施設がない、あるいは適当な病院がないというご意見が多くて、言ってみれば、サービスを提供する側とサービスを望む側のミスマッチのようなことが起こっているのだろうということが想定されます。第1にそういうことが想定されると思います。

医療支援に関しては、早期診断の問題、診断後の日常生活支援の医療的な支援の問題、それから重症時・緊急時の対応、これには合併症を含めておりますが、3つの課題について検討いたしました。

早期の診断について、診断ができる医療機関というのはやっぱり東京は非常にたくさんありますので、医療機関が足りないということは基本的にはないのだろうと私は思います。アンケートの結果もそうですが、しかし、それが早期診断に結びつかないのは、若年で発症する認知症が必ずしも物忘れで発症しない、さまざまな疾患を含んでいるために、メモリークリニックとか精神科とかを受診しない患者さんがたくさんいらっしゃる。そうになると、専門医以外の医師や医療機関に、さまざまなバラエティーがある若年性認知症に関する認識が不足しているので患者さんが適切な診療科に回らないと考えられます。

それから一方で、ご家族や企業の中に若年性認知症に対する認識不足があって、会社でご家族に対して、このごろご主人の様子がおかしい。認知症の診断を受けるといふようなオファーが来ても、ご家族がそれはパワハラだと。僕らの病院にもありますけれども、上司がいじめるからとか配置転換があったからとか、そういうことでなかなか認知症だとい

う認識を、家庭にいない分だけ家族が持ちにくいということがある。あるいは企業のほうも、先ほど申し上げたように、必ずしも物忘れで発症しないために、起こっている問題が認知症によるというふうに認識できないというふうなところが早期診断に結びつかない原因だろう。そのためには、専門的な医療機関とそれからそういう患者さんに一時的に出会うさまざまな診療科の先生やかかりつけの先生や相談窓口の職員、あるいは産業医が若年性認知症という病気について正しい認識を持っていただくという啓発活動が必要だろうと思います。

一方で、専門医療機関を迅速にアクセスするための実用的な情報の提供。病院があると、それから病院のほうで診断すると言っているのに、患者さんや包括支援センター等々が紹介先がないということが多いため、そういう情報を整理するということが重要であろうというふうに思われます。

ここに書いてございませんが、確かに国公立病院とか大学病院等々でどの診療科が認知症を診ているかというのはなかなかわからない。特に大学病院は、教授が変わるたびに行き先を変えなきゃいけないようなことがあるので、そういうことについては生な情報を出す必要があるでしょうし、それから予約の状況とか、予約待ちが6カ月とかいうふうな病院は病院と呼ぶに値しないと私は思いますが、そういう病院も実際にありますので、そういうことがちゃんとわかるような情報提供をする。

それから2番目の診断後の日常生活の支援ということについて、ご家族の希望と医療機関の認識のずれの最たるものは、1つは、医療・福祉との連携がないということなのですが、それ以上にその医療機関に対する不満の中に、専門医療機関を受診したのに本人や家族にとって診断後の生活に必要な情報・助言を、そういう専門医療機関、大学病院とかいう病院の医者が提供してくれないというご不満が多いようです。

一方で、専門医やMSW等が組織的に家族に対応するというようなことについては、今日の診療報酬上は全く保障されていませんので、病院にボランティアでやってもらうしかないというふうなことが問題になります。それに対する支援としては、何から何まで専門医療機関にということではなくて、認知症サポート医、かかりつけ医と地域のお医者さんの中で認知症に強い関心を持って一定の研修を受けていらっしゃる先生が診療科にかかわらずいらっしゃるわけですから、そういう人の名前が明らかになるようなシステムでもつくれないものかと。さらに、認知症サポート医・かかりつけ医の現在のスキルをさらにアップさせるための研修というふうなことも東京都で既に行われているようですので、そう

いう情報を開示する。

それから、行政が中心になって、医療・福祉等の地域の多職種の関係者の交流ネットワークをつくって、少なくともどこかに相談に行けばしかるべき病院が紹介されるようなネットワークをつくっていくと。

それから、重症時・緊急時の対応ということで、合併症の問題と精神症状が激しくなった場合の入院先探しの問題がある。地域の先生に診ていただいても、何かのときにどこかで受けとれないと困るというわけですが、専門医療機関への入院、東京都は認知症の精神科、専門医療事業というのをやっけていくつもベッドを持っているのですが、部会のソーシャルワーカーの委員の中から、それらの病院の予約待ちがすごく長くて実用にならないというご指摘がありまして、それに対する東京都の返答は、平均1週間で入れるはずだということではありますが、私も地域で仕事をしていて思うのは、1週間で入れる病院もあるけど、絶対入れない病院もあるので、そういう点については、東京都はせっきく老人性認知症専門医療事業とか、精神科夜間休日緊急診療事業というふうな先駆的な仕事を続けてきているので、それを既存制度の活用を図る。そのためには、現在、平均1週間でも病院ごとにどれだけの差があるかとかいうふうなことを、今ある制度がきちんと機能しているかどうかを検証して、その情報を開示するということが必要だろうと思います。

それから、合併症の医療については、合併症の急性期を過ぎた患者を受け入れられる後方医療機関のことを考えないとうまくいかない。例えば、手術をするのはいいけれど、手術した後、一般の総合病院の回復室で大暴れして隣の患者さんの点滴を抜いちゃったということがあるから手術する病院がヘジタイトするので、手術だけしたら後は診ますという医療機関が、そちらこそ整備されれば診療ははるかにしやすくなります。ちなみに私どもの病院は、関連病院に患者さんを出すときには、前日までその病院が指定する検査をして、前処置をして手術に出して、手術から一日、二日たったら、土曜だろうと日曜だろうと引き取るというふうにしていて、紹介先に困ることは一度もないんですけど、外来の患者さんを紹介するとなるとそれは非常に難しい。全部相手の病院に投げなければならないので、同じ医療機関でも引き受けてもらえませんので、慢性期といいますか、亜急性期といいますか、急性期治療直後の治療に対してしかるべき金を払う。それは医療保険の問題ですので、何かそういうことがないとやっていけないというふうな問題点を明らかにする程度であらうというふうに思います。

それから、介護・公的支援の問題については、今ご説明申し上げましたように、思われ

ているほど、デイサービスでもその他の福祉機関でも若年性認知症の患者さんを拒否しているわけではないのです。一方で、どういうケアをすればいいかわからないというふうな困惑をしている施設もございますので、そういうところに対するサポートは必要ですが、一方で、これだけ来たら受け入れるとっている施設はたくさんあるのですから、市区町村の職員やケアマネジャー等が適切な施設を紹介できるような対応能力の向上を図ること、それから情報を開示していくということが重要だろうと思います。

それから、ご家族の支援については、情報の提供、相談の体制、それから家族の心身のケアというふうなところで問題が明らかになっております。その支援策につきましては、先ほど林先生がおっしゃったような支援がほとんど、若年性認知症の患者さんのご家族に対してもできるのだらうと思います。ただし、今の区市町村の相談窓口の調査で明らかのように、その情報が十分患者さんの家族に提供されないということがあるので、若年性認知症の患者さんが利用可能な制度に関する知識を市区町村やケアマネジャーと相談し、業務に携わる人に提供して対応力の向上を図ることが重要であろうと。具体的にまだどうするかということまでは言っておりません。調査の中に、聞かれれば答えられるという回答がたくさんありますが、それは相談に来る家族が制度のことを知っているということとを前提としているので、説明しないのと全く同じでありまして、やっぱり1つの窓口を訪ねたときに、相談を受けた人がこの家族に必要なサービスは、うちで提供できるサービスはこれですということじゃなくて、こういうサービスが必要であろうという、多角的に提供するということが重要だろうと思います。ちなみに、私どもの病院でも、ケアマネジャーがついているのに、障害年金のこととか精神障害者保健福祉手帳のこととか、それはもうこっちが忘れたころになって患者さんの家族から聞かれることがあるのですが、それは何で病院で言わないのかと言われると病院の手ばかりですが、やっぱり一日も早く、例えば障害手帳をもらえれば高い薬が安くなるとか、税金が安くなるということがあるのに、あるいは障害年金がもらえるのに、それをみすみすチャンスを逃しているという人がいますので、そういうことが必要であろうと思われまます。

それから経済支援の問題が最も難解で、特有の課題の一番下にございます既存の支援策の周知、例えば傷病手当金ですとか、自立支援の問題とか、そういう利用可能なことを企業の担当者や市区町村の相談窓口によく周知してもらえ、せめて今の制度を十分使い切るということが重要であろうというふうに思われまます。一方で、ローンの問題等々で身体の障害に対して精神の障害の認定が非常に厳しくて、歩いて電車に乗れる若年性認知症の

患者さんがローンを免責されるということはまずない。私どもの部会で損害保険の会社の方に意見を伺いましたけれども、やっぱり会社としては、もしその基準を変えるのであれば保険料を上げるということに当然なるわけで、この問題については部会としてはこういう問題があるのだということを経済界にアピールして、そういう人を支えていこうというふうに世の中全体が思って、そのために保険料が高くなっていいというふうに社会全体が思わないと、損害保険会社だけにあなたが悪いと言っても、それは営利企業ですので、意味がないということでもあります。

それから、最後の就労の問題につきましても、やっぱり営利企業にどれだけ要求できるかということが非常にネックになります。就労支援につきましても、今ついている職になるべく長くついていること、それから、適切な就労場所に移行すること、あるいは、就労型の支援というふうなことは、一緒に就労支援、就労支援というふうに語られますが、これはもう全く別の問題でありまして、就労型支援の問題は、福祉、ケアの問題でありますので、介護保険のサービスの中で、あるいは医療保険の、場合によっては重度認知症デイケアをもう一度組み立て直して、特殊なニーズのある患者さんに少人数で対応できるというふうなことが必要かもしれませんが、いずれにしても、それは福祉・医療の問題であります。

それから、適切な就労場所に移行するというのは、そういう患者さんがいるかもしれませんが、それは制度として云々するような問題ではなくて、前回の推進会議のときに、高次脳機能障害の枠組みを利用できないかというご指摘があったようですが、脳血管性の認知症の患者さんで若年性で症状が固定したような方についてはそういう枠組みで、まさに高次脳機能障害ですから、高次脳機能障害の枠組みでということは可能であると思いますが、それは極めてまれで、現実的に若年性認知症の就労支援といえば、今の就労をどれだけ維持するかということに尽きると思います。それは職場に対する依頼ということですが、これについても民間企業の保健衛生を担当している方においでいただいてご意見を伺いましたが、やっぱり営利企業で、仕事ができなくなった人に給料を払い続けるというのはかなり大変なことです。そういう要求をされても困るというのが会社の意見でしたが、私もまさにそのとおりだろうなというふうに思います。だから、せめてこれは、企業の側に若年性認知症に対する理解がないために、早く対応すればもうしばらく仕事できたのに、トラブルが大きくなって早々とやめなければならなかったというふうな事態を避けるために、可能な限りは職場にとどまれるような方策ができないかということで、企業

におけるメンタルヘルス対策において中心的な役割をなしていると思われる人事とか労務担当者及び産業医に対して、これらの疾患に対する対応力向上のための啓発活動ということが重要であろうということでもあります。

なかなか具体的な方策に結びつかなくて、だれかを啓発するというふうな話と既存の制度を検証するというふうな話に尽きてしまうのですが、やっぱり若年性認知症の患者さんというのは数が非常に少ないので、特別なデイケアを各区につくるといったら、遠方から通ってこななきゃならないことになりますので、やっぱり今ある制度の中に位置づけていくことが重要ですし、それから何よりそうすることが、現在お年寄り、高齢者で十把一からげにしている人たちへのサービスに幅ができるというか、一人一人の能力に応じたケアをしなきゃいけないのは、90になったって100になったって同じわけですから、100になったらみんなで風船バレーをやっていけばいいという問題じゃないので、それは若い人から高齢者まで対応できるようなサービスの幅をつくっていくということが経済的には現実的なことであろうというふうな方向でまとまるであろうと思われます。まだ部会が残っておりますので、精査が不十分で、後半は私の独断であります。

以上です。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ここまでのところでいかがでしょうか。ご質問ご意見ありましたらお願いします。

今の若年性認知症の部会はちょっと遅くなって立ち上がった部会です。調査その他をやっていただけでも解析はなかなか難しいですね。と同時に、今の斎藤委員のご報告にもありましたように、従来、今あるその制度をどう活用するかということも含めまして、委員の皆様方いろいろご意見があるうかと思えますけども、いかがでしょうか。

はい、どうぞ、お願いします。

【坂口委員】 坂口でございます。NPO法人で、小さいデイをやっておりますが、毎回お一人の若年性認知症の方がいらっしゃいます。それを私もちょっとこちら側から拝見していますけれども、最初の方は非常に進みが早いので、すぐに施設入所されました。今いらっしゃる方も、ほかに視力が悪いだとかいろんな問題を抱えていらっしゃいますので、とても就労にはいたりません。まだ60歳にならないという方です。お一人一人違うんですね。ただ、私どものデイで少しずつ慣れたならば、今度は言語療法に行かれるとか、そういうようなことを私どものケアマネジャーが医者と連携しながらやっているんですけども、そこら辺のところはもうちょっと私たちのような介護事業者でも医療との連携が一

一つ一つできて、その後フォローしていける形みたいなのができるとういのですが、まだほど遠いと思います。私ども小さいデイホームにそういう方がいらっしゃるといことは、やっぱり受け入れるところが、私どものお仲間とも話し合っても、少ない状況があるからかと思ひます。やはり行政を通して、若年性認知症の方のケアのために、事業者、医師が連携できるシステムが必要だと思ひます。こちらも不勉強な部分が多いので、このあいだ都で主催した認知症のシンポジウムがございましたけれども、私どものケアマネジャーもみんなやはり聞きたいというので3人応募して全員はずれたそうです。非常に応募者が多かったというようなことでございますから、そういった専門の職業を持っている人たちが、もうちょっとこういうことが勉強できるようなものがあるといいなというふうに思っております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。それでは、高瀬委員、お願いします。

【高瀬委員】 大変よく分析されており問題をすべて網羅されているのかなというのが非常に印象的なんですけれども、若年性で抱えている問題で、経済支援が一番大きいんじゃないかと。高齢者も同じような対策で今整備がされているんですけれども、若年の場合は経済支援のローン部分が生活に大分占めているのかなというのが、これは読ませていただいて印象が非常に強いんですが、そこだけでも何か対策ができれば、がらっと大きく変わるんじゃないでしょうか。ご意見伺えれば。

【長嶋議長】 斎藤委員、よろしいですか。大変難しい問題ですが。

【斎藤委員】 ですから、ローンを何とかするには、損害保険会社の損害認定の基準を変えなければならぬわけですね。ところが損保会社の、あるいは生命保険の会社の障害認定の基準というのは、先生は身体のことによって評価なさることがあるだろうと思ひますが、それを基準にして経済的な効果を計算されているので、認知症のことも考慮してくれという、それこそ保険料から変えなければならぬのです。ただし、おっしゃるとおりなので、それについては部会として伺ひますか、この会議としてそういうことを社会にアピールするということは非常に重要なことであろうというふうに考えております。ご指摘のとおりと思ひます。

【長嶋議長】 いかがでしょうか。大変この問題は奥が深くて、うまく表現できないのですが、全く考え方を変えないと保険会社も多分乗ってこないと思ひんです。今までのところで、高瀬先生のご経験を踏まえて何かございますでしょうか。

【高瀬委員】 経験と言われるとちょっと困るんですけども、私は開業医ですが。実際はいるんですね、就労がちょっと難しい人で、60前で独身で、そういう人は数人いることも確かなんですけども、近所で家族とか親戚のサポートのもとに何とか自立する人というのは、長い目で見ると実際いるんですね。それが認知症のデイケアとかそっちのほうまで行かない。ただ、社会的にはだんだん片隅のほうに行ってしまうような事実はあります。医療的に何かできるかというところがちょっと難しいので、もう一人は30前の人もしらっしゃいますけど、やはり精神科に通ってみたりとか、現実にはいるんですけども、どの時点で手を携えたらいいのかというのが非常に難しい問題です。例えば、両親が亡くなった場合がその時点なのか、先ほどのローンの問題もそうですし、就職ができなくなったらその時点なのか、やはりサポートは必要で、制度があれば、医療者側も診断をつけてそちらの制度に乗せることも可能なんですけれども、ちょっと現状では難しいのかなと。

【長嶋議長】 私も狭い体験で、かつて、これは障害者に多分認定されるんだと思いますけども、いわゆる知的障害ですよ。発達障害の延長線上で考えるんですけども、この方々がこういう組み合わせで、例えば母親は健常者、相当高齢ですけどもね。ただ、子供さんが60代、あるいは65近くまでなっている場合に、組み合わせで二人で特養を利用して生活するというをよくやっていたんですよ。これは固定した障害者だからいいんだと思いますけども、認知症というのは、もう先生方よくご存じのように、進行性というふうに考えますよね。ですから難しいんでしょう。障害者として認定されにくいわけですよ。この辺の考え方はこれから先変えられる可能性はあるんでしょうか。大変独断的で申しわけないんですけども。

【斎藤委員】 障害認定そのものはできるんだと思います。ただ、ローンの免責になるような障害の認定が非常に厳しいということであろうと思いますね。今、くしくも精神障害とか知的障害のお話がありましたけれど、こういう問題については、若年性認知症という非常にサンプルの小さいものについてこの人たちをどうしようかということになると、同じようなことで困っている方はたくさんいらっしゃるわけなので、むしろもっと大きい枠組み、特殊な疾患の患者さんを救う制度というよりは、もう少し広く身体の障害以外の理由でどうしても就労できない人の、その定義の問題は難しいかもしれませんが、そういうものを救えるようなシステムというのが 気が長いですけど、1年や2年の部会でどうなることじゃないですけど 必要なんじゃないかと。

【長嶋議長】 司会の立場でこれ以上発言するのは控えたほうがいいのかもありません

けども、常々いろんな施設とか何かに入出入りする機会が多いものですからすごく気になるんですが、やはり今のローンに関連しているかどうかよくわからない面もあるんですけども、若年性認知症は確かに罹患率は小さいかもしれませんが、やはり全国的には相当潜在しているという話も聞いています。保険その他に関しても新しい制度や何かを構築するという事は、大変無理なことでしょうか。あるいはとんでもないことなのか。その辺は、今現在の斎藤先生のお立場でどうお考えになりますか。

【斎藤委員】 難しいと思いますのは、若年性認知症の絶対数が全認知症に比べて少ないということが1つと、それから若年性認知症については、高齢者の認知症に比べて、例えば、前頭側頭型認知症が多いとか、その他の神経疾患が絡んだような認知症が多いとかバラエティーが多過ぎて、それを何か医療福祉上の1つの制度でくくるということは難しいと。先ほど坂口さんがおっしゃったSTに回すというのは、多分前頭側頭型の認知症の特に側頭葉の障害がある方でしょうが、そういう方のケアと同じ年に発症したアルツハイマーの患者さんのケアというか、必要とするシステムはやっぱり違うだろうと思うし、だから、どうなのでしょう。それは先生のほうがよっぽど詳しくいらっしやると。

【繁田副議長】 先ほど斎藤委員もおっしゃいましたが、年金等の様々な支援制度の情報が十分に行き渡っていないですね。若年性認知症に限りませんが、対象となる方がそういう情報を十分に得て、使えるものを使うだけでも、今よりも随分違うのではないかと思います。制度の変更や新設には時間がかかりますが、今すでにある制度なので、その情報について、これだけのものがあります、その中でどれが使えますか、もっと使えませんかというように相談窓口や医療機関などで提供するだけでも随分違うと思います。それがまずは明日からできることなのかなということが1つです。

そのことと関連して、資料の「家族支援」のところに情報提供とありますが、恐らくご家族にとって一番必要な情報は、今の支援体制ですとか、年金、法の問題だと思うんです。「24時間一括して得られる情報提供手法」とありますが、ほかにどのような情報を家族は必要としているのでしょうか。病気については、説明を一渡り受ければ自分でお調べになることも可能でしょう。例えば、前頭側頭型認知症というもので、こういう症状なんだということがわかります。制度等もある程度理解できます。すると、別に新しい治療法が毎年毎年出るわけでもありませんし、他にどのような情報が求められているのでしょうか。

【斎藤委員】 この話が出てきた経緯は、若年性認知症の患者さんの家族が若い。ある

いは夫が働けなくなれば奥さんが就労すると。就労しながら、休みをとって役所に行って相談するというのは非常に難しい。だから自分の時間に、暇な人なら昼間役所に行けば済む問題を夜の間とか休みの時間に提供してもらえるようなインターネット上の情報とか、あるいはインターネットが使えない人に対しては紙ベースの情報とか、そういうものを提供すべきだというご意見が出ていたんですね。先生が最初におっしゃった情報の話は、患者さんを診ていて情報格差というのはものすごいんだと僕は思うんですね。我々提供する側の問題もあるけれども、情報を受ける人というのは、僕らが思うほど気楽にアクセスしてくれないんです。役所に行けばわかりますよと言ったって、役所に行くのが一苦勞という人もいるし、役所の中であっちへ行ってください、こっちへ行ってくださいと言われれば、もう二度と行くのが嫌になるという人もいるわけで、その点、割と、それでも高齢の認知症に比べれば、家族が若い分、エネルギーに役所の中を歩き回るといふことがあるかもしれないけれど、やっぱり情報に貪欲に手を伸ばす人と頭を抱える人との、あるいはインターネットが使える人と使えない人の インターネットの情報が正しいかどうかというのはまた別問題として、そういう情報のツールを使いこなす人とそうでない人の情報格差が非常に大きいということが1つの問題で、だから、これは若年性認知症に限った問題ではないですけれども、先ほど林先生のおっしゃったお話の中にもありましたが、家族会とかいろんな方法を使って情報の格差をなくしていく。特に一端社会的に追い詰められた人たちが、余裕のある人、もともと能力があり、財力がある人、あるいは社会的な立場がある人と情報の格差でまた差がつくということがないようにする必要あるだろうと思います。

それから、今ある制度については、僕は部会でも何度かむかっとしたんですけど、こういう制度があります、ああいう制度がありますと説明されて、じゃあ、若年性認知症の患者さんが使っていますかと言うと、使っていませんと言われて、使っていない制度を説明してもらってもしようがないので、今ある制度が果たしてきちんと機能しているのかということをやっぴり定期的にレビューをして、その情報を、特に公立の医療機関とか行政のサービスについては、毎年どれだけ使われていて、それに一般の人がどういう評価をしているか。あるいは、例えば、都立病院を使っている患者さんがどういう評価をしているかというふうなことを第三者機関か何かが評価をして、医療機関を紹介するときには、ついでにカスタマーズ・サティスファクションのグラフが何かをつけて紹介するぐらいの方法で、役所はそういうことはやりにくいでしょうから、今ある制度をレビューしていくとい

うのは、金のない時代に新しいものをつくってもどうせろくなことはないので、せめて今あるものをフル活用できるようなレビューとその改善を進める必要があるだろうと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。

恐らくこの問題は大変、先ほどもちょっと発言させていただきましたように、奥深いというか、対応の糸口すらもなかなかつかみにくいというような感じがいたします。ただ、この推進会議で仕組み、医療支援、若年性認知症の3つの部会がございますよね。先ほど林先生がこれから計画している手引書の中に、もしできましたら、医療部会での今まで報告があったもの、それから今回も詳しく斎藤先生からもあったもの、そういったものを少し入れていただいて、推進会議全体として1つのものとして、最初でも最後でも何かこう展開していただけるといいかなというような感触を持ちました。突然振ってしまって申しわけないんですけども、お願いできたらと思っているんですが、いかがでしょうか。それに関連して、ちょうど繁田先生も、それから斎藤先生もおいでになるので、その辺ちょっと連絡をとって見たら、また違った手引書、もうひとついい色のついたものができるかなと思って、これは思いつきみたいで申しわけないんですけども、いかがでしょうか。

【林委員】 とてもいい案じゃないかと思うんですが、ちょっと事務局とも、これまで全然出ていなかった案なので相談させていただきたいと思いますし、それぞれの部会のご協力が得られて、1ページぐらいでそのエッセンスが書かれているような、もしそういう原稿がいただけるのであれば、多分そんなに技術的にも難しくなく対応できるのではないかと思います。

【長嶋議長】 一番最後の、付録というか資料にまとめていけたらそこでもいいのかなと思うんですけどもね。どこか触れられたらいいかなと思ったものですから、進行役がいろいろ意見を申し上げまして大変失礼しました。

いかがでしょうか。

それでは、本日の会議、4つの議題について進んでまいりましたけども、これで事務局のほうに進行をお返ししたいと思います。

進行に関しまして大変ご協力いただきましたことを深く感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

【松山幹事】 では、事務局のほうから、次回の日程調整につきましてご連絡をさせていただきます。

次回の会議は、今のところ3月中旬を予定しております。先日送付させていただきました開催通知に日程調整用紙を同封させていただいておりますので、本日受け付け時に提出されていない方は、お帰りの際に事務局にお渡しいただくか、後ほど事務局あてにファクス等でお送りいただければと思います。

日程につきましては、各部会における検討状況なども勘案いたしまして、改めてご連絡をさせていただきますので、次回もよろしくお願いいたします。

それでは、本日はこれにて終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

了