

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会（第4回）

平成21年4月30日（木）

【松山幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただ今より東京都認知症対策推進会議第4回若年性認知症支援部会を開催いたします。

事務局を務めます在宅支援課長の松山と申します。よろしくお願いいたします。

初めに、委員の皆様にごあいさつがございます。ご発言に当たりましては、お近くにありませんマイクをご使用いただくようお願いいたします。

次に、4月1日付人事異動による委員の交代予定がありますので、ご紹介をさせていただきます。区の障害福祉課長会からの推薦で出ていらっしゃいました豊島区保健福祉部中央保健福祉センター所長の山澤様でいらっしゃいますが、今回異動ということで、後任の方が区の障害福祉課長会からいまだ推薦がまとまっておりませんので、5月に決定して後任につく予定でございます。

次に、私ですけれども、前任の坂本が異動いたしました関係で、私が新幹事ということで務めさせていただきます。

次に、本日のゲストスピーカーを紹介させていただきます。本日、職場を含めた社会的支援を考えるに当たり、労務管理の側面から一般的な企業ではどのような対応をとり得るのかということについてお話しいただくために、東京産業保健推進センター相談員といたしまして、森崎美奈子さんにゲストスピーカーとしてお越しいただいております。

続きまして、本日の委員の出席状況でございます。副会長である小野寺委員につきましては、所用のため30分ほど遅れると連絡をいただいております。また、林田委員につきましても、遅れるとのことでございます。

事務局からは以上でございます。

それでは、斎藤部会長、よろしくお願いいたします。

【斎藤部会長】 斎藤でございます。

それでは、小野寺先生もただ今お着きになりましたので、議事に入らせていただきます。

では、配付資料の確認をお願いします。

【松山幹事】 それでは、配付資料についてご説明いたします。

お手元の今日の次第を1枚めくりまして、委員名簿、続いて資料1といたしましてこれ

までの検討状況、また、参考資料といたしまして国や東京都が実施している就労継続支援関係の事業、参考資料2といたしまして東京都若年性認知症生活実態調査からの本日にわかる部分の抜粋でございます。

次いで、座席表でございます。それから席上配付資料といたしまして、若年性認知症支援モデル事業の案ということで、各委員のほうから事前に寄せられたご意見をまとめたものでございます。

また、本日、産業医制度等についての講義をお願いしております浅川クリニックの浅川委員からのレジュメと、会員診療所のご案内、東京精神神経科診療所協会のもの、また、「若年性認知症の発症と予防」というものと、「浅川クリニックDCメニュー」でございます。

次に、森崎先生から資料としてご提出いただきました「産業保健ハンドブック」、「産業保健推進センターの業務」、「ちば産保」というパンフレットでございます。

資料の不足等はありませんでしょうか。

資料の確認は以上でございます。

【斎藤部会長】 よろしいでしょうか。そうしましたら、今日は職場を含む社会的支援について2人のスピーカーからお話をいただきますが、それに先立ちまして、参考資料に基づいて、既に行われている支援事業ですとか、あるいは、既に行われた調査について都から説明をしていただきます。

【中村幹事】 それでは私のほうから、参考資料1、「国や東京都が実施している就労継続支援関係事業」について簡単にご説明させていただきます。

まず、本人向け事業という形で3つ挙げさせていただいております。職場適応援助者による支援事業、障害者就業・生活支援センター事業、東京ジョブコーチ職場定着支援事業という3つを本人向け事業という形で紹介させていただきます。

まず、1点目の職場適応援助者による支援事業は平成14年度から開始ということで、実施主体は独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構で、田谷先生のほうが詳しいかと思いますが、簡単にご説明させていただきます。

概要というところに入れておりますが、対象者の円滑な就職とか職場適応を図るために事業所にジョブコーチを派遣しまして、障害者と事業主に対して直接的、専門的な援助を実施するものでございます。

対象者という形で入れておりますが、知的、精神、身体、その他職場適応について支援

が必要な障害者となっております。

援助する側でございますが、ここに書かれているとおりでございます。地域障害者職業センターに所属します配置型ジョブコーチが支援をしていくというような形になっております。

支援内容といたしまして、障害者に対する支援、事業主に対する支援、家族に対する支援ということでここにそれぞれ書かれておりますが、支援をいたします。都内に2カ所地域障害者職業センターがございますので、そちらのほうに申し込んでいただくような形になっております。

支援期間という形で入れておりますが、1～7カ月の間で個別に設定するという形になっておりまして、支援期間中は集中支援期、移行支援期の2段階で支援を実施という形になっております。また、期間経過後にフォローアップ体制というものがあるという形でございます。

次に、2点目でございますが、障害者就業・生活支援センター事業でございます。

これは、目的のところに入っておりますが、いわゆる対象者に対しまして、身近な地域において必要な指導・助言その他の支援を行うことにより、雇用の促進及び職業の安定を図るということを目的としております。

対象者という形で入っておりますが、職業生活における自立を図るために就業及びそれに伴う日常生活、社会生活上の支援を必要とする障害者に対して支援するという形になっております。

支援内容といたしましては、対象者に対する指導・助言、就職後の職場定着支援、事業主に対する雇用管理に関する助言というような形での支援の内容でございます。

現在、都内に5カ所センターがございますので、それぞれのセンターへ申し込みという形になっております。

資料の右側をごらんください。東京ジョブコーチ職場定着支援事業、これは昨年度から開始ということで、実施主体は財団法人東京しごと財団という東京都産業労働局の監理団体に属するところでございます。

概要というところに入っておりますが、ジョブコーチが不足しているという中で、都独自の「東京ジョブコーチ」を養成・登録して、それで障害者を雇用する企業等に出向いて、職場定着支援を実施という形でございます。

支援の対象者という形で4点入っておりますが、都内に在住・在職する障害者で、ジョ

ブコーチを実施する専門的かつ直接的な人的支援を必要とする方。なおかつ、就業中または就職が決定している方に対しての支援ということでございまして、援助者はここに書かれているとおり、「東京ジョブコーチ」という方が支援ということでございます。

支援内容については、(1)の仕事の切り出しから、作業適応支援、コミュニケーション支援等々の7点の支援という形になっております。

こちらに対しては、申し込み先ということで知的障害者育成会というところが受託してやっているという形になってございまして、支援期間は、原則として1人20日程度、最長で2カ月程度というような支援でございます。

次に、事業主向け事業という形で入れておりますが、これは、障害者雇用義務制度という制度の内容が上段に入っております。障害者の雇用を義務づける制度ということで、民間企業におきましては1.8%、あと、国、地方公共団体、特殊法人等については2.1%、都道府県等の教育委員会は2.0%になっております。

その下の障害者雇用納付金・障害者雇用調整金制度というのは、いわゆる雇用義務制度に対応した制度でございまして、ここの概要に入っておりますように、障害者の雇用に伴う事業主の経済的負担の調整を図る制度ということになっております。そういうことで、ここに徴収と支給額という形ではありますが、いわゆる納付金と調整金という形での2つになっております。

障害者雇用納付金というのは、ここに書かれているとおりでございますが、いわゆる雇用率が未達成の事業主に対して、不足1人分に対して月額5万円を徴収。一方、障害者雇用調整金でございますが、達成した事業主に対して、超過1人分に対して月額2万7,000円を支給という制度でございます。

簡単ですが、就労継続支援関係の事業は以上でございます。

【斎藤部会長】 今のところで何かご質問があればいかがですか。委員の先生方からも。

この制度は、もともと認知症のような慢性進行性の疾患を想定しているのでしょうか。

【中村幹事】 基本的にはいわゆる三障害といいますが、一般的な制度でございまして、例えば具体的に若年性認知症の方に対してどこまで支援できるかならば、これまた別問題かと思っております。

【斎藤部会長】 そうであろうと思いますし、実際そうですけど、こういう制度が既にあるのだとすれば、ジョブコーチに対して、こういう疾患に対して教育をするということは既に行われているのですか。それとも……。

【田谷委員】 私どもは、総合センターでジョブコーチの養成をやっています。研修内容の中には若年性認知症は入っていません。あと、地域センターを使っている利用者の中で、ジョブコーチの支援のパーセントで言いますと、知的障害者が50%、精神障害者が30%、身体障害者が10%、その他になります。という具合ですから、もともとは知的障害者用、あるいは精神障害者用とかに取り入れた制度です。若年性認知症はもともとの想定には入っていないものです。

【斎藤部会長】 わかりました。では、続けて、若年性認知症生活実態調査の中から本日の議論に関連のある部分を少しまとめていただきます。

【松山幹事】 これは、平成20年8月に出了した調査報告書の中から本日に関連する部分についてピックアップしたものでございます。

まず1点目としまして、「本人の仕事の有無」のところですが、現状といたしまして、働いていない方が87.2%。ただ、「認知症になる前の仕事」ということで、仕事をしていた方は75.6%という形でございます。

次に、「本人の外出頻度」というところでございますが、ほとんど毎日外出する方が60.9%いらっしゃるのですが、ただ、付き添いの頻度から申しますと、ほとんど付き添いが必要な方というのが63%ということで、1人で外出できる方は21.7%と非常に少なくなっているところでございます。主な外出先といたしましては、散歩、買い物といったところが多くなっております。

次に、「認知症であることの打ち明け先」でございすが、トップが「友人・知人」、次に「医療機関」という形になっております。本日のテーマであります職場の人というのは26.1%(12人)となっております。

最初に受診するきっかけとなったところですが、家族が気づいたというのがこの調査ではトップで、28人で60.9%。本人の勤め先から連絡があったというのが10.9%(5人)という形になります。

「最初に気づいた本人の変化や、これまでを振り返って認知症の初期の症状・できごとだったと思うこと」というところで、「伝票や書類の処理、計算ができなくなった」というところが6人いらっしゃいまして、13%。「打ち合わせができなくなった」というのが5人いらっしゃいまして、10.9%。先ほどともちょっと関連するんですが、勤務先から様子がおかしいと連絡があったというのが19.6%(9人)ということが調査では明らかになっております。

それで、「今後やりたいこと」というところで、報酬の有無は問わないという形で聞いたのですけれども、「仕事をする」という方は14.3%（5人）という形になっております。

この報告書の中で自由意見を求めたのですけれども、そこにおいては、やはり認知症と判明すると会社から退職を迫られてしまうという声ですとか、職場のほうでよかった事例としては、会社の人や産業医と連絡をとってくれて、初期の段階で家族が見て認知症であると思当たることを会社の人に連絡できたという事例の報告がございます。

あと、社会的支援の部分としては、先ほどもありましたように、ほとんど付き添いが必要であるという方が63%いらっしゃいます。特に若年性認知症の場合ですと、ご家族といいまして配偶者の方が支援に当たるケースが多いにも関わらず、トイレやお風呂など異性の者が入れない場所というものが非常に多いということが挙げられているところでございます。

以上でございます。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。

もう既に拝見している資料ですが、委員の中から何かコメントがあれば伺いますが。

この調査は、そもそもサンプルの数が少ない上に非常に程度がばらばらですので、これから一般的傾向を見るというのは非常に難しいと私は思う。これから何を読み取るかというのは、どう読んでも恣意的になってしまうだろうと思いますが、とを比較していただくと、の上のほうはほとんど仕事上のミスなんですね。しかも、「その他、勤務先から、様子がおかしいと連絡があった」というのが最初だという人が9人いるのですけれども、それがきっかけで医療機関に行った人というのは5人しかいないということなんです。

ここでの議論も、職場での理解がないという指摘があって、それはマスコミなどの論調でよく言われることなただけど、実は職場で気づいているけど家族が認めない、家族が病気だと思えないというのが受診を遅らせていて、私も、臨床的な勘というか、直感的にはそうだなと思います。前回、ご家族の立場からコメントをしてくださった方も、会社からおかしいのではないかという連絡が来たときに、家族の最初の反応は「何言っているんだ。そんなはずはない」ということで、それでもう1年ぐらいたって非常に重大なミスをしてから、初めて家族が病院に連れていくということになっています。

本日は、職業、仕事の問題ですので、そちらの方面からお話を進めてまいります。やはりこの問題については我々が先入観にとらわれずにきちんとデータを見ないと、それが

ら、一般的な傾向で割り切れるものではないということを頭に置いて、今日のお話を承りたいと思います。

それでは最初に、浅川委員から、産業医制度の概要と、それから、先生の経験を通してどういうケアをしていらっしゃるかということについて20分ほどお話をいただきます。

【浅川委員】 浅川と申します。この委員会の委員に推薦していただいた経緯は、私は東京都医師会の産業医の委員をやっておりまして、その関係で医師会からの推薦でこちらに参りました。

ということで、私、江東区の両国の近くの森下というところで心療内科を開業しておりまして、普通の診療活動は、主に職場のストレスから来る軽症うつ病の人が一番増えていまして、それと、一部の統合失調症とか、一部の思春期の問題、老人性の認知症も診ております。

家庭医というか、内科も含めていろんな病気を診ている関係で、外来でも今は若年性認知症の方がごく少数ですがおられまして、認知症の特別のデイケアをやっているわけではないのですが、職場復帰プログラムとして、うつ病の人と一緒に軽い認知症のデイケアも実際やっておりますので、その説明もさせていただきたいと思います。

今日は最初に、スライドを作ったのですが、紙の資料もあったほうが良いと思ひまして、その中でも必要なところは紙の資料になっておりますので、両方を見ながら説明させていただきます。

産業医というのはどういうのかということからまず申し上げます。産業医には種類があります。まず、選任産業医。これは従業員50人以上の事業所が置かなければいけないという規則が、平成10年から決まりました関係で、50人以上の事業所は必ず置くこととなっています。

次いで、50人未満、すなわち49人より少ない事業所。いろんな事業所、会社は圧倒的にそれが多いのですが、それは産業医を置きませんので、地域産業保健センターに何か問題があったら相談する。それから、産業保健推進センターへ相談する。そういうところにも産業医がいて、人数の少ない会社の従業員は、産業医を置けない関係から、東京であれば東京の地域産保センター、千葉なら千葉の地域産保センターに相談するというふうになっております。

今説明させていただいたように、平成10年までは特に法律がなかった関係で、会社も職員の健康についてそんなに配慮することはなかったのですが、平成10年から産業医を

きちんと置かなければいけなくなった関係でいろいろな問題が出てきます。

では、それを管轄するのはどこかというと、労働基準監督署が管轄します。今日配った資料の3枚目、労働基準監督署は東京には16カ所ありまして、1労働基準監督署の管内に産保推進センターを置くということで、これに対応して地域の産保センターがあります。しかし、地区医師会というのは、1労働基準監督署管内に1医師会があるわけではなく、例えば私が所属している江東区は、たまたま1江東区に1労働基準監督署なので、1産保推進センターがあります。ということで、広い地域の場合は医師会がいっぱい重なってしまうことになっております。

次のページを見ると、50人未満の従業員がいる職場はここに相談してくださいということです。

次に、産業医はどういう仕事をしなければいけないか。産業医には産業医の活動のためのガイドラインがありまして、これは時間の関係で割愛させていただきます。

産業医は会社との契約になります。大体月に1回事業所に行きまして、約1時間から2時間ぐらい会社を巡視したり、安全衛生委員会というのがあります。そこに参加したり、あるいは、案件が回ってきますので、ある社員の作業長が、ちょっと今A社員が具合が悪いから相談してくださいというと、産業医が面接をする。大きく分けると、今言ったように、職場巡視と、安全衛生委員会を月1回必ず行います。委員会参加と、職員の面接、この3つが大体仕事になっております。

さらに、産業医は月に1回、1時間か2時間しかその会社に行きません。それ以外の会社の産業保健を扱うスタッフには保健師等がいます。保健師と看護師はほぼ同じなのですが、常勤といたしまして、大きな会社だと健康管理室という部屋があります。そこで血圧を測ったり、健康診断のチェックをしたり、いろんなことをやっています。この人たちから産業医に連絡があるか、または事業場の上司から産業医に連絡があるか、個人情報関係で本人から面接したい関係があるか、大体この3つのルートで産業医は依頼を受けております。個人面談をする、あるいは、年1回の定期健康診断のメタボリックの指導とか、そういうのも含めてやっております。

別に、外部EAPというのがあります。1,000人以上の事業所とか大きな事業所はこういう特殊な機関と契約をしまして、新入社員のメンタルヘルスのスクリーニングテストをやって、この人はうつになりやすい性格だとか、この人は精神病になりやすい性格だとか、そういうスクリーニングテストをやったり、あるいは、後で見させていただきます

が、チェックリストがあります。それを定期的実施して、うつ病予防、痴呆の予防といった、これは医療機関とは別にかなり高額になりますが、契約をする1,000人以上の事業所もあります。ということで、大体組織図としてはこういう感じになっております。

安全衛生委員会を行わなければいけないという規則がありまして、この構成ですけれども、安全衛生委員会の長というのは、例えば事業所ならその事業所長、その下に安全衛生管理者という資格があって、これを取得しなければいけないので、勉強をしてもらって試験を受けて、だれかにやってもらう。そして産業医、それとそのメンバーという構成。これで安全衛生委員会を月に1回開いております。

あと、面接指導についてですけれども、面接指導というのは、労働者本人が自ら産業医と面談したいと申し出るよりもほとんどその上司から、A職員は仕事にミスが多くなったとか、少し休みが多くなったとか、そういう上司からの依頼で産業医が面接となるほうが圧倒的に多いです。

最近法律が変わりまして、去年の法律で、実は面接指導をしなければいけない、あるいは指導するように勧めるというふうになったことがあります。それは月に100時間の残業がある場合です。紙の資料にもあると思いますが、月80時間の残業が数カ月続いた場合は、産業医の面接を受けましょうと。義務ではないのですが、本人が拒否した場合はできないんですけれども、産業医との面接が必要ということになりました。

なぜかという、月の残業が100時間を超える場合はどういう病気になりやすいかという過重労働の問題が最近出てきました。過重労働になるとどういう病気が多いかということですが、一番多いのが血管の病気。脳血管、心臓疾患、すなわち脳梗塞とか、脳出血、クモ膜下を含めた脳血管疾患と、心臓疾患である心筋梗塞、狭心症です。次に多いのがうつ病に代表されるメンタル系の疾患。

この2つになりやすいということが今までの事例でわかってきた関係で、月100時間以上残業があった場合は産業医の面接、あるいは80時間残業が数カ月続いた場合は面接指導を受けなければいけないという指導が2年ぐらい前から決まりまして、実施されております。私も月に1回事業所に行って10人ぐらい面接していますけど、かなり時間を労する形になります。

ですから、そういう意味でも、月100時間以上の残業がある人は、こういう自己チェックリストというのがありまして、これをやってもらって、どのぐらいの疲労がたまっているかというのを点数化しております。

続いて、本題ですが、私が経験した症例について1例報告させていただきたいと思えます。私が産業医をやっている会社があるのですが、大学卒業後にこの会社に入社し、以来ずっとまじめにお勤めされてきた男性の方がいます。非常に性格もまじめで、部下の面倒見もよく、すごく期待されておりました。社内ではプロジェクトのリーダー的存在で、すごく会社のキーパーソンになっている人でした。

特に問題もなかったのですが、約1年前から、今まで温厚だったのが急に部下にちょっとしたことですごく叱る、怒るといのが頻繁に見られたそうでした。多分これは、今、景気も悪いというのもあります。すごく仕事のストレスでそうなっているのではないかという上司の話でした。さらに上の専務がとりなして何とかやっていました。

しかし、1カ月ぐらい前から会社を月3日ぐらい休むようになりました。しかし、出社しても前と違って100%の仕事をできずに、60%、70%と仕事の能率が落ち、部下や同僚とも口をきかない。そういうことで、その上司、役員の方から私のほうに依頼があって、面談となりました。

月に1回私は産業医としてこの会社に行っておりまして、そこで初めてお会いしました。50歳代の方です。仕事も忙しいということですし、ほとんどお話ししないで、表情も暗い感じで、初めて会ったので日ごろはどんな性格かわからないのですが、うつ状態だと判断しました。

それで、通常であれば、産業医は心療内科医ではなく内科医なので、診療所協会のこういうマップを配ります。これで会社の近くか自宅近くの診療所に連絡をして、そこに行くように勧めます。たまたまなのですが、私が産業医であり、心療内科医なものですから、自分のクリニックに来てもらうことにしました。

多分ストレスによるうつ病と思って、抗うつ剤と休養を決めました。抗うつ剤も2週間、1カ月と使っていくと多少効果が出てくる。抗うつ剤というのは、今よく使われるのはSSRIといって、パキシルとかボックスといったSSRIという薬は、効果が出るのに4週とか8週かかるんですね。でも、それに合わせて抗うつ剤以外に睡眠導入剤も使いますから、自宅で休ませて薬を出すと少しよくなるはずなのですが、全く薬に反応がなかったために、これはちょっとどうしたものかと思ひまして、初めて奥さんに来てもらいました。

そこで家での様子を聞きましたが、家では、やはり今まですごくまじめで、趣味もなくて仕事一途で、毎日日記をつけていたそうです。趣味といえば盆栽の手入れぐらいで、それも毎日やっていたそうです。しかし、それがやらなくなっちゃった。さらには、ちょっ

としたことで怒る。あるいは、「貯金がなくなった。だれかが盗んだ」、「会社の上の人が自分をクビにしようとしている」といった被害妄想があるということなんですね。

ちょっとこれは尋常じゃないなということで、もしかしてと思ひまして、長谷川式スケールというプリントを使用しました。30点満点で、20点以下だと認知症の疑いがあるのですが、これをやったところ15点。うつでもこれは低くなるのですが、もしかしたら認知症かなと。そこで、近くの系列の病院でCTをやりましたら、側頭葉と前頭葉の萎縮。これで明らかに若年性認知症と確定診断がついたわけです。

ということで、ここまで結構この人は早く診断がついて、まだ最近の症例なので、私のところの外来に通ってデイケアも参加してもらっていますが、これから勝負だと思えます。これからどういうプログラムをするかですね。

老人性の認知症というのは、わりと何人も僕は診ていますが、若年性認知症で非常に難しいのは、ご本人はプライドがあるわけですよ。今、言ったように50歳代という働き盛りの人が、ある日病院で「あなたは認知症だよ」と言われるということは、65、70歳で認知症と言われるのとは訳が違いまして、本人のプライドがあります。本人にとってすごい葛藤になるんです。そこが老人性認知症との違いです。先が長く、あと20年以上頑張らなきゃいけない、将来どうしたものかという不安があります。そして、仕事を失う、これからどうしたらいいだろうという対象喪失から自殺願望が老人性より強く出やすいんですね。この3つが問題です。

ということで、これからどのようにやっていったらいいか。この人の場合、まだはっきりしたメニューは決めていませんが、自分の病気と向き合う覚悟が必要ですし、リハビリをやっていく努力が家族も含めて必要ですし、これは本人だけの問題ではなく、本人と、奥さんも含めた家族と、そして大事なのが医療・福祉のスタッフの協力が必要だと思うんですね。

特に若年性認知症の方というのは年金診断書をもらっていない例が多いです。年金を申請すればもらえますので、あれを利用するべきだと思うのですが、利用している人はほぼ半分以下だと思います。介護保険は利用しますが、障害年金を利用しなきゃいけないし、医療・福祉スタッフを含めた活動が必要だというのが大事だと思います。そして、行政機関はどういった支援ができるかということをもうまく利用していくということが必要だと思います。

まとめますと、年齢が若いということから、これから20年間、30年間と長い時間頑

張らなきゃいけないという取組を、本人と、家族と、医療・福祉スタッフと行政の4つが考えていく必要があると思います。

最後に、私のところでやっているデイケアのメニューなんですが、ここに縦書きの資料がありますけど、現在、デイケアをこういうメニューでやっています。なるべく家庭的な雰囲気を出すために、火曜と金曜は調理実習の日と決めています。それから、体も老化しますから体も使わなきゃいけない。みどりコミュニティといって、近くにスポーツ会館があるので、水曜日は必ず運動をしてもらっております。

それから、私のところのデイケアの特徴というのは、若い人から老人まで、年齢は15歳から70何歳までの幅広い年齢層の人の参加がありますが、家庭的なムードを体験してもらって、社会復帰を目指しているようなデイケアですから、老人だけのデイケアではなくて、いろんな年代の人が利用するようなデイケアの取組が必要かなと思っております。一例として出させていただきました。

時間ですので、以上でございます。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。

今、ここで浅川先生にご質問があれば伺いますが、後でまたまとめて、森崎先生のお話の後でディスカッションをすればよろしいと思いますが、急いで質問ということはよろしいでしょうか。

では、続けて、森崎先生にゲストとしてお話をいただきます。森崎先生のご紹介は……。

【森崎氏】 簡単で結構ですから、時間がもったいないですから。

【松山幹事】 では、もう一度。東京産業保健推進センターの相談員でいらっしゃいます森崎美奈子先生でございます。

【斎藤部会長】 では、よろしく願いいたします。

【森崎氏】 本日は、職場でも今後課題になるテーマでございます会議にお呼びいただきましたことをありがたく思っております。

ただし、私がこれからお話しすることでおわかりいただけと思いますが、実は職場の中で若年性認知症が発症された従業員に対してどういふかわり方をするかというのは、正直、私も幾つかの企業にかかわっておりますし、それから、今日は産業保健推進センターからという形で出させていただいているのですが、東京と千葉と両方にかかわっておりますが、相談件数は、私に関して言うならば、ゼロです。

大変重要な課題ですし、トピックスにはなっているのですが、実際に企業がどう受けと

めて、あるいは対応に関していらっしゃった事例はありません。もしかしたら、もっとそれ以前の段階でお辞めいただいているという事実があるのかもしれませんが、そこら辺の実態はちょっとわかりかねるということでお話しさせていただきます。

私は、先ほど浅川先生が産業医等のお話をなさっていたので、それについては省かせていただきますが、この「産業保健」というハンドブックをお持ちいたしましたのは、実は企業の中で従業員の方々の安全と衛生を守るということに関しては、労働安全衛生法という法律がございます。その法律にのっとって、企業は従業員の安全及び健康を確保するために努めております。

特に健康面に関してですと、産業保健スタッフという形で産業医や産業看護職、産業保健師、衛生管理者、それから、企業によりましては臨床心理士や精神科の医師が関わっているのですが、従来、産業保健スタッフでかかわるケアとサポートの中に認知症の問題はまだ出てきておりませんでした。

むしろメンタルヘルスの問題と、それから、浅川先生の先程のお話のように、2006年に労働安全衛生法が改正になりまして、過重労働による脳血管障害によって倒れてしまう従業員の方と、あるいは業務によるストレスによって不調になられるメンタルヘルス不調の従業員に対してのかかわりには、かなり力を入れて厚生労働省も方針を出してやっております。

しかし、若年性という問題に関しましては、この3月に厚生労働省が一応ある一つの方性をお示しになってはいますが、具体的なものはまだないですよね。企業に対してこういうような対策云々というのが明確に示されていません。

そうしますと、現状は、多分私がかかわっている企業だけではなくて、他の企業も対策が進んでいないのが現状であろうと思われれます。そして、1つどうしても厳しいことを言わなければならない。これはメンタルヘルスの従業員の方に対してもその視点があるのですが、職場は仕事をするところであり、医療機関ではないという、これが大前提でございます。

ですから、サポートしないということではないのですが、医療機関とは違うという視点で考えていかないと、障害をお持ちの方々、病気を抱えて職場にうまく適応できない方々と、職場の受け入れ態勢との間に葛藤が起きてしまうということになります。職場はまず仕事をするところであり、医療機関ではないとの認識を持つことが必要です。

ただし、産業医その他健康管理を担当する部門がありますから、そこで疾病の管理はし

ております。しかし、原則的には専門医がいるわけではないし、社外の医療機関で疾病管理は実施していただいているというのが実態でございます。ですから、健康診断等によって問題が発見された従業員に対しては早期に対応いたしますが、産業医の範疇を超えた場合には社外にリファーするというのが実際であるとお考えいただきたいと思います。

そういう中で、では若年性認知症と診断された場合、その従業員をどこまで社内の健康管理室、つまり、産業医や、保健師や看護師、私のような臨床心理士や、そして定期的においでになる精神科の先生方が対応できるのかという問題があります。

それから、現状では、精神疾患もそうなんですが、基本的には他のご病気の方々は私傷病という形で対応するわけですから、他と一線を画して特別な扱いをするということは現在の状況では多分ないだろうと思われま。そうすると、その企業企業によって雇用契約が違いますし、社内の規程等も企業によって違うわけですが、その規程の制度の中で最大限できることは何かということに対応するのが今のところ現状かなと思われま。

しかし、問題は、いずれ休業せざるを得なくなるということが起きるわけ。そうすると、それはどこのタイミングで、いつ、どのようにというときに、社内の健康管理室がメインになりながら、職場や人事等々と連携をとりながらご本人をサポートしていくわけですが、この判断が難しかりょうと思われま。

それはなぜかということ、安全配慮義務ということが職場には課せられています。従業員の安全と健康を守らなければならない義務があるとき、どこまで就労させていいのか、どこからは就労という範疇を超えて自宅で療養していただいたらいいのか。そこら辺というのはとても難しい判断であり、専門医の先生方と非常に密接な連携をとりながらも、ここをどうしていくのか今後の課題ではないかなと思われま。

では、実際に発症された従業員がいらっしたとして、支援体制は現状どんなことができるかということ、先ほども浅川先生のお話で、これはメンタル不調者もそうなんですが、同じように悩まれて、ご本人の職場人生におけるというよりも、もっと人間としての人生計画の中で、非常にプライドというか、自己評価とかというあたりで悩まれます。ましてや、認知症の方の場合には、その先の問題を考えるとさまざま複雑で、非常な葛藤に陥れると思われま。

そういう心理面の支援は、多分健康管理スタッフであるところまではできると思われま。産業医や産業保健スタッフ、この保健スタッフという中に看護師さん、保健師さんが含まれているのですが、そういう人たちに対する適正な指導、知識、スキルを習得することに

よって、あるところまでは支援できるのでしょうかけれども、さて、どこまでかということがございます。そうすると、外部の主治医の先生と密接な連携をとりながら、企業の中でできることの限界というのを見きわめながら、それでも、多分健康管理スタッフは支援し続けることはできるであろうと思います。

それから、就労上の支援ということで考えますと、まずは業務。職場ですから、仕事をするということが大前提でございますから、業務を推進する際に、上司、同僚のバックアップがないと進むことができないだろうと思われるわけです。

少し話がずれますが、最近、職場の中で、広汎性発達障害の従業員の問題が大きく取りざたされるようになってきました。広汎性発達障害の従業員の方々は、指示に対してそのときはわかる。しかし、現実的に後になると違った動きをしてしまう。繰り返し繰り返し同じことを上司や先輩が伝えるということなのですが、そのうちに周りがへとへとになってしまうという現状があります。

同じように、認知症の従業員の方に対して、職場の非常にヒューマンな人たちであったにしても、さてどこまで支援していただけるのか。本人も辛いけれども、周りの人の負担もということを考えると、この問題もどこかである区切りをつけて休業に入らなければならないのですが、それはどこまで職場で受け止め、やっていくのだろうかというところが問題になるかと思えます。

それから、労務管理上の問題として就労条件等を、通常は1日7時間45分ぐらいがどこの企業もお仕事をすることになっているわけですが、その就労時間を特別枠にするというような条件に関しては、人事部門が配慮することはできると思いますが、他の病気との兼ね合いから、ここもまたルール、規定をどうやって改正するかということも出てくるかなと思います。

もう1点は、切実な問題になるはずの経済的な支援でございますが、これはお休みになれば、企業によって随分違うのですけれども、会社が疾病休業補償ということで、いいところだとお給料の8割ぐらい出すところもありますし、全額出すところもあります。その期間も何カ月とか、1年にわたるところもありますし、3カ月ぐらいで終わるところもありまして、これは全く企業によって差があるわけですが、病気休業であるならば一応会社から補償はある期間受けられます。

そして、それが終わった段階では、今度は健康保険組合からの傷病手当金の支給もあるわけです。この傷病手当金は、最初のうちにはほとんど、8割5分ぐらいいただけるんで

すけれども、6割ぐらいになって、最後、とてもいい企業で3年間ぐらいですね。1年半ぐらいで打ち切られるところもありますし、健康保険組合の運営状況と規約によってこれも差はあるわけですが、大企業と中小の企業は大分違うかなとは思いますが、いずれにしても、会社からの補償と、それから健康保険組合からの手当金で、ある一定の期間は生活に困窮することはないだろうと思います。

しかし、それから後、人生は非常に先が長いわけでございますから、さてどうするか。先ほどの年金とか、福祉手帳ですか、そういうものをもらえばいいのですが、精神不調の従業員でもなかなかもらってくれません。もらえば補償されるよ、雇用も確保されるよということがあっても、なかなかそれをご本人及び家族が認めたくないということで、もらってくださらないというのが現実です。

しかし、もらってくだされば、次に今度は障害者雇用率の中でカバーできるのですが、それもいかがか。もらったほうがいいよと言うわけにはまいりませんし、もらいなさいと会社で言うわけにもまいりませんので、そこら辺をどういうふうにご家族がご理解し、ご本人が覚悟を決めるかということもあるかと思えます。

そういう意味で、経済的な支援はしばらく数年は大丈夫だろうとは思いますが、その後に關しては、やはり公的な形での援助、行政等がバックアップする体制をつくっていかねばならないのではないかと今思っています。

さて、今後の課題としては、現在、それぞれの企業が決めている規程とか、雇用契約とか、社内ルールもろもろを従業員が若年性認知症を発症したという想定に基づき改正を検討するかですが、すごく難しいだろうと思われまます。

あとは、障害者の雇用率の中でこのことをカバーしようと思えばできなくはないのですが、1つ問題は、先ほどもジョブコーチのお話が出ていましたね。ここに書いた「ジョブ支援スタッフ等」というのはジョブコーチを想定していたんですが、そういう方がついていただいて就労するのであると職場は大変助かるわけですが、それも最長2カ月です。とすると、その先が本当に長いわけですよ。

では、だれがカバーするか。職場の同僚か、上司か、そのためのスタッフを雇用するか。あるいは、健康管理スタッフである保健師さんや看護師さんたちがバックアップするか。そういうマンパワーの問題になると、現在の企業では果たして賄い切れるかという問題が起きてくるかと思えます。

それと、今のような問題がカバーできたとして、乗り越えられたとして、では、通常の

職場とは別の形で安全な職場を準備できるかということなんですね。トイレその他を考えたときに、現状の職場を改築して、ご本人たちにとって不都合のないような場所確保ができるか。それはなぜならば、安全配慮というのが就業している従業員に対しての企業の絶対義務でございますから、就労を認めた以上は職場の安全性を確保しなければならないのが企業の義務です。そうすると、安全確保のためのそういう職場をどうやって作り出すか。環境的な、物理的な意味で申し上げているのですが、そのことも今後の課題になってくるかなと思われるわけです。

最後には、当然のことながら、企業の中、社会、すべての生活の場でノーマライゼーションという社会ができていけば、このような障害で苦勞されるご本人及び家族のバックアップはできるであろうというようなところで、今日の私の話は終えさせていただきます。

何かご質問があれば、私のわかる範囲でお答えさせていただきたいと思います。

【斎藤部会長】 ありがとうございました。

森崎先生は、帝京平成大学大学院健康科学科の教授でいらっしゃいまして、ご専門は臨床心理学ですか。

【森崎氏】 臨床心理学が専門です。ただ、あとは産業精神保健学で、働く人々のメンタルヘルスに関わっております。

【斎藤部会長】 という方でした。ご質問やコメントをいただけるでしょうか。

【干場委員】 干場でございます。よろしくお願いいたします。

今日、浅川先生と森崎先生にお話を伺って、今の現状で相談もゼロだと。

【森崎氏】 私が知る限りはです。

【干場委員】 そうですね。多分それは合っていると思います。それはなぜかというところ、今の家族会の人たちは、東京都のいろんな制度があることを知らない方が大部分です。こういう制度があるということさえ知らないし、現状、多分あったとしても、それを使えるという判断はできないと思いますね。

だから、このアンケートの中でも、のところで、今後やりたいことの中でも、家族にとって仕事ができるかなという情報、例えばどうやったらできるんだろうという制度が先に立っていない限りは、多分考えられないと思いますね。だから、このアンケートをもらったときに、即答えがそこに2つは行ったんだと思います。だから、今、先生からもご紹介ありましたように、これからはやはり制度としてそういう部分を先にある程度考えていく。その制度をつくるときに、現場のモデルをどこかで実行していくというほうが、より早く

できるのかなというのが私の感想でございます。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。

【田谷委員】 障害者職業総合センターの田谷と申します。

私、ちょうど就労支援を専門にしていますので、今の話は非常に興味深かったんですけども、今、森崎先生のお話ですと、障害を持っている方が仕事を続けていくのは、非常に事業所としては厳しいなという環境だということをかなり強調されているお話だと思うんですけども、実際そういうところはあるのかもしれませんが。

ただ、私どもが障害者支援をするにあたっては、組織のトップの理解があるかどうかということは、非常に重要なポイントになるんです。これについて、非常に取組が進んでいると思う企業があるのですが、その企業はトップが障害者雇用を進めるために、各支店全員、どこの店舗でも一つ残らず雇いなさいという社長命令で出すわけですよ。それはここで言う社内規程に対応するのでしょうかけれども、安全配慮義務とかいろいろ否定的に考えちゃうと、なかなか雇うのが難しいというのは事実でしょうけれども、最低限効率を達成しなきゃいけないとか、あるいは、うちの会社では少なくともそういう人を必ず雇うんだというような考え方になれば、何とか雇うという方向に行くと思うので、その辺は社内規程を先にしちゃうと、ここはクリアできない、クリアできないとみんな否定的になっちゃうと思うので、今ちゃんとやろうとしているところが実際にあるんですけども、その辺のご意見をいただければと。

【森崎氏】 ちょっと私のご説明が適切ではなかったかと思います。社内規程というのがあるからできないということではなくて、社内規程の中でどれだけバックアップできるかという視点でお話し申し上げました。

それから、おっしゃるように、むしろ非常に中小の企業のほうが、メンタルヘルスに関して言うならばトップダウンでいい仕事をしているところも多いです。ですから、申しわけありませんが、私は産業精神保健のほうが主で、情報もそちらからなんですけれども、通常企業の中では、ボトムアップと申しますけれども、メンタルヘルスの施策に関してはトップダウンでなければできないと思います。それは社内規程云々ではなくて、会社としての理念、会社としての方針ということでございます。ですから、そこら辺は誤解していただかないほうがいい。

私は否定的に申し上げたのではなくて、現状の中で若年性認知症と診断された従業員の方たちにどれだけバックアップできるか、どれだけ支援できるかということを考えたとき

に、こんな問題が現実企業の中にはあるということで、そこを変えていくためには、やはり一企業一企業ではなくて、企業に対する行政のもっと積極的な働きかけ、法律等のバックアップが必要であろうということをお話ししたかったというふうに理解していただくと幸いです。

【林田委員】 ミニケアホームきみさんちというグループホームを運営しています林田と申します。今日はありがとうございます。

ちょっと幾つか質問があるんですけど、1つは、ちょうど聞きたかったところに電話が入っちゃって外に行ってしまったので、お話をされていたら申しわけありません。私傷病と読むんですか、私の傷病。では、公のものがあるのかどうかというのが1つ。

【森崎氏】 公傷といいまして、業務に起因して病気になる方とか……。

【林田委員】 よくお相撲さんが、その取り組み中に公傷扱いになるかどうかというのがありますよね。

【森崎氏】 そうです。そういうものと別に、例えば風邪を引きました、虫垂炎で手術のために休みました、個人的な問題で悩み、うつ病になって会社を休みましたというようなものは、すべて会社の業務によって引き起こされたものでないわけですから、疾病として一くくりで、その病気を十分に治療するための手だてとして、会社は、一定の期間お休みをどうぞお取りください、その間は給料も保障しましょう、その期間を過ぎてしまったら、今度は健康保険組合で収入を保障しましょうという制度があるということで、その制度の中でバックアップされるのが現状でしょうというお話をしました。

【林田委員】 あと、障害者枠を検討するのか、行政の法的支援への期待は難しいのではないかと言われたと思ったんですが、その理由は。

【森崎氏】 企業が実はジョブコーチ制度もなかなか 実際にどのくらい定着しているのしょうか。

【林田委員】 今の質問は、ジョブコーチの定着率というか、実際やっているところの数ですよ。

【森崎氏】 それで、ジョブコーチ制度があるから、企業としては随分障害者を受け入れやすくなっていることは確かなんですね。それはなぜならば、一定の期間……

【林田委員】 ごめんなさい。質問しているのは、行政の法的支援への期待が難しいと言われたので。

【森崎氏】 違います。そうではなくて、企業が……

【林田委員】 企業が検討を行うということですね。

【森崎氏】 企業が雇用率の中に本当にカウントしていくだろうか。でも、カウントするためには、当事者及びご家族がその手帳を申請することにまだまだメンタルヘルスでは抵抗があるのだけれども、いかがでしょうかねというお話です。

【林田委員】 ご本人が、先ほど言われたみたいに、障害者枠に入り込むのに拒否感があるからということですよ。

【森崎氏】 そうです。

【林田委員】 そこをどうにかするという事を考えないと、ご本人たちもなかなかということですね。

【森崎氏】 守ってあげられないということですね。

【林田委員】 最後なんですけど、これは感想というか、意見に近いんですけど、もともと企業というのは利益を追求するために集まる集団ですので、本人の生活のために受け入れなさいといっても、一般的な企業はほぼ受け入れないんですね。なぜならば、生産性を問題にしますから。その観点で利益追求と合致しているよということを提案できるまでは、一般的に企業がそれをやろうと広くはいかないのかなと思いますね。

【森崎氏】 そうなんです。しかし、近年のというか、最近の企業は必ずしも利益追求のみでなくて、もっと社会的ミッションという形で障害者を受け入れ、共存していこうということがやはりあります。それから、利益追求のみが企業の姿勢ではないという企業も大分出てきております。そうじゃないところもちろんあるかと思いますが。

ですから、そういうことから言えば、先ほどの最後の話につながるのですが、経営者が、いかに障害をお持ちの人たちに企業の中で就労の機会を持っていただいて、その人の人生の中でいかに生き生きと自己表現、自己実現していくかということのバックアップをしようという企業理念があれば、それはできるはずだということで、一部の企業では確かに進んでおります。しかし、それどころではない。つまり、現状はそんなこと言っていられないという企業もあるのも事実なんです。

【林田委員】 というか、ほとんどそうですよね。

【森崎氏】 小規模、零細企業なんかを考えるとほとんどそういうことを社長さんはおっしゃいます。ただし、小さくてもそうじゃない社長さんもいらっしゃるんですよ。

【林田委員】 その意見集約とかをして社会に訴えていくところぐらいまでやらないと、なかなか広がらないですよ。一般化しないと意味がないと思うんですよ。ありが

とうございます。

【斎藤部会長】 よろしいでしょうか。

私の感想を申し上げれば、この問題について初めて現実的な意見を伺ったというか、森崎先生がおっしゃったことを前提にしなければ話にならないと思うんです。先ほどジョブコーチの話が出ましたが、ジョブコーチは、明らかに学習してその段階で離陸するということを前提にした制度で、あれがあるから若年認知症の人の就労支援ができるというのは、私はほとんどナンセンスだと思います。ジョブコーチのシステムそのものをドラスティックに変えない限りはしようがないので、こういう制度がありますというのはお役所のエクスキューズで、かなり本質的な考え方を変えない限りは全く役に立たないと私は思います。

それから、一方で、私企業の運営にどれだけ踏み込んでいけるかというのも大きい問題ですし、最初のときにも申し上げましたが、若年性認知症だけが病気じゃないわけですね。ほかにいろんな病気でハンディキャップを負う方があるときに、たまたまマスコミで取り上げられて最近話題が集まっている病気に何か制度を集中して、その援助制度をほかの病気にも敷衍していくんだという考え方はできるかもしれないけれど、しかし、そういうやり方は現実的には恐らくかなり問題があるというか、ひずみが起こってくるのだらうと思います。

森崎先生がおっしゃった現実を踏まえて、もしこの部会が就労支援ということを行うのであれば、今の現実、森崎先生が提示された問題に答えを出せるようなものでないと、絵に描いた餅というか、いつもの「あったらいいね。けど、ないから我慢しましょうね」ということに終わってしまうのだらうと思います。

遠大な話のようですが、先生が最後に述べられたように、障害を持った人を世の中全体で支えていくという発想の転換がないと、金持ちがもうかれればみんなにおぼれが行きまですというような発想で世の中を動かしている限りは、能率が上がらない人は社会からはじき出されるということなんだろうと私は思います。

あまり絶望的なことばかり言ってもしようがないので、これを含めて現実的な提言を私にはしなければならないと思います。どうもありがとうございました。

では、遅れておりますので、これまでの議論のディスカッションはどうしますか。お配りした資料の中に先生方から挙げられた議論をまとめていただいております。資料1、「これまでの検討状況」というところで、医療分野の問題、家族支援の問題、職場を含む社会的支援の問題 それについては今日ディスカッションがございました。それから、

介護・公的支援の問題、経済的支援の問題等々が挙げられておりますが、一つ一つ挙げて議論をしてもあまり意味がなさそうですので、一度ご検討いただいて、私は、これは委員の方々から出たご意見ということで了承いたしましたけれども、拝見していると明らかに事実と違うということがあります。そういう意見が確かにあったんですけれども、これを取り上げて部会の活動の指針とするには問題のあるコメントも少なからずございます。改めてまとめたものを次回までに委員の皆様方にご検討いただいて、議論をするということではよろしいでしょうか。

では、そのようにさせていただきます。

それでは次に、厚生労働省のモデル事業がございますが、そのモデル事業について委員の先生方からいろいろとご提案をいただきました。小野寺先生、田谷先生、浅川先生、末延先生、林田先生、干場先生、高橋先生、各委員の方々からご提案をいただきましたが、簡単にこちらからこういうふうに戻っていきましょかね。小野寺さん。

【小野寺副部長】 すみません。私は具体的な事業というのは出しておりませんが、今までのを踏まえながらこのように書かせていただいておりますが、とにかく実施が継続可能であるということですね。一定の予算を投入して、どうしてもあるときだけやってしまうということになりますと、これは支援にはならないので、制度的なものになるのかどうかはわかりませんが、継続性が高いものというところで提示しております。

それから、就労というのがどうしても私の中ではぴんと来ないものがありまして、ご本人だけに焦点を当てる就労が若年性認知症の方に第一に必要なのかどうかと考えると、生活支援のほうかなと思っておりますので、ご家族も含めて、今日の話にも出ましたけれども、病気になった後の長い生活をどう支えていくのかという視点で考えないと、就労支援したからどうかという、その目的が違ってしまいます。することが目的になってしまうのかなと思っております。

その他の意見というところで、就労というのに絡むんですが、「自立」とは何なのかとか、「就労支援」とは何なのかというのを考えないと、ちょっと違うものになるのかなというふうには感じております。補足としては以上です。

【斎藤部長】 ありがとうございます。

小野寺委員の提案に何かご質問やコメントはあるでしょうか。

【林田委員】 就労支援がぴんと来ないというのは、どんな感じでぴんと来ないんですか。

【小野寺副部長】 認知症で特に進行性ということを考えますと、若年の場合ですと、個人差もありますけれども、お仕事を本人が理解してできる期間というのはどれだけあるのかと考えたときに、ご本人が就労就労と言ったその期間は確かにご本人のニーズに応えてはいるわけですが、就労できなくなった後はどうするのかということで、就労支援というところだけにとどまったときに生活支援に行くのかということ、私は行かないと思っております。

そうすると、生活支援という上に立って、就労ができる時点で就労をできる方に支えますよというのはわかるんですけども、どうも現時点ですと、とにかくお仕事ができればいいという現状の目先のニーズにだけ対応しようというような発想が感じられるので、それでは意味がないんじゃないかということです。

【林田委員】 働くのも生活の一部ですものね、ということですよ。

【小野寺副部長】 そうですね。生活ありきですから、ご本人が仕事がしたいと言って、それを満たせるなら満たしていいと思うんですけども、それというのは、自分らしく生活を続けていって、その裏にあるのは、病気になってもご家族と今までのような生活を続けたいという思いもあるかと思うんですね。ただ、現実にはそれは難しくなっていくときに周りがすべきことは何なのかということを考えないと、目先のニーズだけに、ご本人のニーズだけに応えていって、それは最終的にご本人や家族のためになるのかという疑問が生じるということです。

【林田委員】 よく同じことを考えるんですけど、この仕事があなたに向いているだろうからどうぞとあてがってしまうと、大概失敗するだろうなと思うんですね。デイサービスでそれをして今までさんざん失敗していると思うんです。あてがうプログラムでやってしまうので、その幅はやっぱり必要ですよ。

【斎藤部長】 今回のディスカッションのずれが、まさに「就労支援」という用語をきちんと定義しないとだめだということで、小野寺委員の就労支援というのは、会社に就労して給料をもらうという仕事を強調して、それが患者さんの生活全体をどれだけ支援できるかというお話で、生活の中の仕事ということとは……。小野寺委員のコメントはそういうことですよ。

【小野寺副部長】 そうです。

【斎藤部長】 企業に就労して給料を得るということに力点を置いたサービスでは、現実的にやれることが小さいというふうなコメントだろうと思います。

それでは、田谷委員から。

【田谷委員】 私も、ちょうど今の話の引き継ぎになるんですけども、基本的に就労の視点から考えているモデル事業ですけども、今、ちょうど若年性認知症の家族会、干場委員の協力も得まして調査をして、ようやく結果が少し出ているところなんです。その中で、家族会の方のご本人の意見で、会社に自分の就労意欲を理解してもらえなかったとか、早い段階にこの病気に気がついていれば、もうちょっと対応があったんじゃないかみたいな意見とか、個別の意見ですけども、幾つか挙げられました。

そういうわけで、要は早期発見をすれば、若いうちですので、もうちょっと長くできる仕事をつくれるんじゃないか、対応できるんじゃないか。先ほど言ったジョブコーチの方法を使えば、あるいはそういう発見が早ければ、就労をしている期間が、仕事ができる期間がより長くできるんじゃないかということでもって、早期発見をいかにするかというのがこの事業です。

実際には定期健康診断みたいなところで、今は項目には入っていませんけれども、こういう若年性認知症が早く発見できるような項目を、先ほどの浅川先生の話とも関連するんですけども、そういうものをきちんと毎年やれば早目に発見できて、そうすれば早く対応して、少しでも長くその人のできる仕事を、当然進行しますからいずれはできなくなるんですけども、それが少しでも長くなるんじゃないか。そのための早期発見が一つのプログラムです。

2番目は、これは、先ほどの就労をどう定義するかということなんですけれども、要は、よく認知症の家族の方を見ていると、旦那さんが認知症の場合、奥さんが非常に介護に疲れてしまうという話があります。ずっとそばにいらなくても、本人に生活の場が、どこかに行く場所があれば、その間、支援者、介護者が 介護者という言葉がいいかどうかわかりませんが、パートナーが少し楽ができるというか。

ですから、例えばお金にならなくても、活動の場としてどこかできないかということを経験の視点に考えて、例えばここでは福祉施設を利用して、ややこしいんですけども、自分が福祉施設の入所者の立場でありながら、その中のプログラムに働く的なことが入っているようなプログラムを入れて、そこでは給料をどう考えるかというのは難しいんですけども、モチベーションという意味では若干の小遣い程度が出たほうがいいんでしょうけれども、基本的には給料をもらわなくてもいいから、ただ単に寝起きしているだけではなくて何か働く的なことを、作業所的な考えかもしれませんが、こういう施設に入

所しながらできるような施設の対応ができないのか、ということ考えたのが2番目です。

いろいろ議論があると思いますが、その辺をよろしく願います。以上です。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。何か質問がございますか。

それでは、浅川委員から。

【浅川委員】 先ほど説明のときに追加しようか、今言おうかと思ったんですが、1つは、今、田谷委員のおっしゃるように、早期発見のために定期的な講習会を実施して、医療分野の代表、福祉分野の代表、家族の代表が定期的に講演会をして、もう少しマスコミ活動で一般の方に早く発見の方法を知らせるとというのが1つあると思います。

それから、家族の介護的メンタル面のサポート及び経済面のサポートを考えて、若年性認知症の特別介護資格、特別介護員、名前はいいんですが、家族が介護資格を得るような研修、資格試験をつくって、ご家族が介護員として資格を得ることから給料をもらう。そういう新たな資格の創設を一つ提案させていただきたいと思います。以上です。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。家族に介護料を払うという問題は、介護保険のときにさんざん議論になっておりまして、今日も払えというふうなところもあるんですね。私は先日、ある与党の幹部と一緒に席になる機会があったのですが、その方が、選挙区に帰ると二言目には「サービスを使えないところは家族に金を出せ」という要求がある、というふうな話をしていらっしゃいました。ただ、それは非常にデリケートな問題で、出せという意見と同じくらい絶対やるなという意見もあるようです。なかなか厳しい問題があるかもしれませんが、一つご提案として承っておこうと思います。

それから、次は末延委員から。

【末延委員】 平成何年かですか、まだすごく昔昔なんですけど、精神障害者の就労開拓の一環として、障害者職業センターが行っていた職域開発広域援助事業だったかな、その生活支援パートナーとして職場と一緒に同行して、その経験をもとにちょっと考えたんですが、小さな職場でも大きいところでも、障害を持った方を雇ってくださいというときに、人手がかかるのをすごく嫌がるんですね。面倒を見れないよと。いや、私が一緒についていきますと。本人と一緒に仕事をして、本人が仕事をしやすいような環境も調整するし、事業主の相談にも乗りますとか言って随分定着を図ったんですが、全くそれとは違うんですけれども、実は私が考えたのは何でも屋なんですね。

例えばその方が勤めている職場で部署を変えて、ここのお仕事ならもうちょっといられるんじゃないかと言ってくれれば、その方と一緒に行って、この新しい部署でどうやった

らできるだろうと可能性がある限りは一緒にやるとかね。同じような方が介護保険のサービスを利用して、デイサービスに行きたい、ショートステイに行きたいなんていうことがあったときに、今年の介護報酬の改定で若年性認知症を受け入れるとかなり単価加算がつくという仕組みになっていますけど、それほど受け入れるかなと。100人規模のショートステイで若年性認知症の方が1人来たら、1人職員がとられるぐらい大変な手間がかかる中で、やはり受け入れを介護職側がちゅうちょするというのはあると思うんですね。

そういうときに、私は、支援パートナーと言っていいかわからないんですけども、とにかくサービス側が非常に個別性の高い若年性認知症の方をうちの施設で受け入れて、いい利用をしていただくためにどうしたらいいんだろうというところを、本人についていく形はとりながらも、施設の受け入れノウハウのスキルを上げていくというような取っかかりになれたらいいなと思って、この何でも屋みたいのを考えたんですけど、どう養成して、だれがやったらいいのかは全然わかりません。

ただ、こういう方がいたら、例えば介護の現場って、本当に今、介護職はいっぱいいっぱい、施設に行ってもなるべく利用者と目を合わさない。目を合わせたら話しかけられるから、いつも背中を向けて、「私に話しかけないで」というオーラを出して介護職が仕事をするというような現状がある中で、でも、本当にそうなんです。そういう中で、やはり初めての人を受け入れる、まだみんなが慣れていないときに、パートナーが行くから、一緒にその人と介護してみてもというような形で全般的な受け入れの土壌を耕すということをモデル事業でやれたらいいなというのが、今後のことも思っているんです。ですから、「既存サービスの利用時に事業所まで同行」というのは、送迎は全然期待していません。ずっと一緒に過ごすということを期待しています。

それと、検証方法としては「生活機能評価」と書いてありますが、そうではなくて生活維持。できていたことがどれぐらい今でもでき続けているんだろうという、維持しているかどうかを評価するというのを検討したほうがいいんじゃないかなと思いました。

それと、これはどなたかわかっていたら教えていただきたいんですが、今日のお話を聞いていて、やっぱり精神障害と障害の枠で結構検討して、就労支援ということにもつながっているんですが、基本的には障害は固定しないでどんどん進行していきますよね。そういう点で、若年性認知症の施策やいろんなことを考えるときに、難病という側面からの検討はかつてあったのかどうかというのを、もしどなたか知っていられる方がいたら教えていただけたらなというのを、話を聞いていて今日は思いました。以上です。

【田谷委員】 たしか難病には入っていないですね。

【末延委員】 ただ、なってからどんどん進行していく。終末も大体予測できますよね。そういう点では難病という側面も考えてもいいのかな。それで、そこで多少医療費だけでもとちょっと思っちゃったんですけど。

【斎藤部会長】 難病の制度を使うか、精神保健福祉手帳を使うかということであろうと思うんですね。ご家族のご意見の中にも精神障害でくられるのが嫌だというふうなご指摘がございまして、私は精神科医ですので、そういうコメントを聞くと心が痛むというか、それは精神障害者に対する差別であろうと思います。私の母はアルツハイマーですが、私の母はアルツハイマー病という精神科の病気だというふうに思っております。若年性認知症を理解すると、だけど、精神障害と一緒にたにするなという主張には、私は心情はよく理解しますが、やっぱりいくらでもお金があるわけじゃないので、今使える制度は使うということだろうと思います。

ジョブコーチの変形版で、ジョブコーチは本人をトレーニングしますが、行った先の施設にノウハウを植えつけていこうというふうなご提案であろうかと思います。

それでは、林田委員から。

【林田委員】 私は、ジョブコーチという制度自体は知らなかったんですけど、そのもう一個手前と言ったらいいでしょうか、もう一度、地元の企業とか、もしくはその方が働いている会社に行って、ご本人がやりたいと思える仕事がどのくらいあるのかというのを探し出して、耕すような人が地元にとらなと思うんですね。

なぜかという、今、自分の事業所で、お一人だけうちの会社の中で働いているのに近い状態をつくり出そうとしているんです。そうするとき、やはりかなりいろんなことを考えるんです。それを会社の人にやってくれというとはほぼ無理だろうなと思うんですね。うちみたいな会社だからそれをやろうというだけで、ご本人とか家族にそれをやってくださいといっても、労力的にはほぼ無理だろうと。そうしたら、その中間に立つ人が1人いてくれたら可能性が出てくるなと思うんですね。

それですぐ結果が出るとまでは思わないんですけど、そういう存在が世の中にあると、先ほど言われたみたいに、もしかしたら会社の社長さんがそれで気持ちが変わったりとか、考え方が広がってくれば、少しでも何かが出てくるかなと。ゆくゆくは、その人たちでやれることを仕事としてつくり出すとかというようなところまで広げられたなと思うんです。非常に難しい話をしているとは思いますが、コーディネーターみたいな人を1人育

成して、次のジョブコーチにつなぐとか、先ほどの末延さんの話に近いですね、その方につなぐとか、そういうふうなことになっていくもう一個手前の人がいたらなど考えました。

ただ、これも、その人をどうやって育成するというプログラムは本当にこれからじゃないと全くないだろうと思ったので、頭が痛いなど思ったのと、一般の企業に声をかけていくので、こっちのいいことをやっているからわかってくださいみたいな姿勢は絶対通用しないだろうなど。世の中のために一緒に考えていきませんかというスタンスをどう打ち出せるのかということがポイントだろうなど思っていました。以上です。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。よろしいですか。

それでは、続けて干場委員から。

【干場委員】 私は今回、厚労省のコールセンターのマニュアル委員会に出席しています、まず若年のコールセンターは全国に1つだと。これは、やっぱり人口が多い東京、関東圏を考えても、ぜひ東京でその事業をやるべきだと。

それで、このコールセンターはただ電話相談だけに終わらずに、そこからものすごく波及していくものがあると思うんです。例えば各区の地域ローカルの人たちとか、皆さんがそこに一緒に参加して、先輩の電話相談を勉強しながら、その積み重ねによって相談窓口が広がっていく。例えば東京23区なら23区でそこに1個ずつそういうものができていくような体制にならないと、本当の意味の電話相談にならないのではないかと。

そして、今、私も電話相談を受けて一番大事なのは、電話をかけてくれた人に、その人にとって今何が大事なんだろう、どういうことをアドバイスすることが一番いいんだろうというのは、人それぞれによって全部違うんです。だから、今、林田委員からもお話があったように、そのコーディネーター役をきちっとできる人がいて、今、まだ家族としては本当に一人一人がみんな大変です。ところが、受ける側から見ると、レベルの差は少しはあるんですけども、家族としては大変なので、そこを上手に、「今の段階ではここまで行くことはない。この辺の相談で大丈夫ですよ」とか、安心できるそういう相談窓口をつくっていただきたい。

そして、このことは2つ目のマネジメントとリンクするんですけど、その中で、先ほどからの就労支援にもつながっていく一つの方法なんですけど、私は、この就労支援ということについて、一昨年かな、旧の労働省と厚生省の、田谷さんも後から勉強のために話を聞かせていただいたことがあるんですけど、その中で、認知症の専門のお医者さんから認知症に就労支援はあるのかと問われたんですね。

でも、そのとき私は、私の考える就労支援は、まず最初に就労継続から。そのことは、やはりその方の病気の進行を進ませる最大のポイントになると思うんです。これは今まで何人かの経験から考えるんですけども、そうして、その後にもまた次の段階でやっていく。私たちが今やっている、例えば就労継続があって、そこからジョイントのようにやって、それで、今、高円寺でやっている「ゆうゆうスタークラブ」とか、そして初めて施設に入っていきような方法が私自身はいいのかなと考えております。

そういう中で、今、実は今年の4月からやろうと思っていたんですけども、練馬区のほうで、ある精神科の開業医の先生がその場所を提供してくれるということなので、そこで、私たちが今までやってきたこと、ジョイントでやってきたこともひっくるめて、小規模な形で生活支援、先ほどからおっしゃっているそこも含めた形をやっていきたいと考えております。

それともう1つ、例なんですけど、私は前にもお話ししたけど、一 가족が北海道に行っています。そして普段のサポート、それで、今年の3月から就労にかかわる時間を約2時間半ぐらい私がついてやっています。その中で、継続性のある単純作業ですとある程度、2時間から3時間はこなせる力は持っていると思います。今、北海道に行っているその家族を中心に考えると、もっともっと今の家族会の中にもそれに対応できる方が大勢いると思うんです。ただ、それに対して、最初のジョブコーチ制度にしても、ジョブコーチは離れていく。

私たちは、厚労省の勉強会でも「サポーター」という名前で、そして、そのサポーターの中にどうしても必要なのはボランティアなんです。これは、有償ボランティアを使うか、無償ボランティアを使うかによっても異なりますが、今、北海道でこのオレンジリングをもらった方たちは、一 가족のために23人のサポーターを養成して動いてもらっております。

その方は、ある人はスポーツをやる、ある人は陶芸が得意な方、ある人は釣りの得意な方、ある人はダンスの好きな方人がそれぞれにその本人をサポートしていくような形で、なるだけ施設じゃないもの、もちろん施設もデイサービスを使っているんですけども、そこにも養成したボランティアが普段何人か定期的に入って、そして職員のサポートをさせていただいている。

そのように、これは難しいんじゃないかなと思う前に、どうやったらできるかということを考えて就労支援も継続もすべて考えていけば、私はある程度できると思います。だから

ら、最初のコールセンターの検証とか、そういう部分においても、その中できちっとしたデータをとって、専門医の先生方とか、ソーシャルワーカーとか、臨床心理士の方とか、そういう方に集まってもらってリレー検討しながら、それをまた下のそういう参加した人に勉強して教わっていただく。そういうことによって、最初から大きなことはできないんですけど、その底辺が少しずつ、一つ一つ解決していけば積み重ねで、前から言うように研究事業と現場の事業をリンクしながら、そして、お互いの情報をいただいて勉強していけば、何か解決の糸口が見つかるのではないかと。

先ほど先生からもお話があった、プライドがあってなかなか行けない。今、その人に一人事務所に毎週月曜日に来て仕事を、パソコンを打ってもらっています。この方は病気を現在認めていない方です。でも、その中で仕事をしながら少しずつ、家では、家族に対しては「おれは病気じゃない。こうやってまだまだ勤められる」といっても、現場に来てやると、少しずつそれができないことが理解していただける。そのときに時間をかけて病気を認めてもらって、それで家族が介護保険なり、精神手帳をもらえるような体制に時間をかけてやっていこうと思っているんですが、そのようにして何か方法を考えれば、一つそこに答えが出てくるのかなと思います。どうぞよろしくお願いします。

【斎藤部会長】 ありがとうございました。

よろしいでしょうか。またまとめて最後にご意見を承りますので、では、最後に高橋委員から。

【高橋委員】 国立市高齢者支援課の高橋と申します。よろしく申し上げます。

今回、このモデル事業を何か考えてほしいという課題を与えられて、私なりに考えてみたんですけども、若年性認知症ということに関して言いますと、先ほどからのお話にありますように、一人一人の状態像がかなり違うということ。それから、その方を取り巻く環境が非常に違うということ。対象となる方が今はそれほど多くないということもあるので、一つの定型的なパターンの事業というのを考え出すのが非常に難しかったというのがあります。

そういうことから、私のところは、ある意味事業のスキームということまでは考えていない形で、思いついたままの羅列ということになってしまっているんですけども、考えれば考えるほど、私は介護保険のほうの担当ということで来ているのですが、やはりどちらかというと、これは、現状の福祉からいえば障害のほうに近いだろうなという気がいたしました。

もともこの部会自体が、認知症対策推進会議という高齢社会対策部さんの会議の部会ということで始まっていますから、高齢というところから最初出てきているとは思いません。例えば先ほど就労ということがありましたけれども、対象が少ないということから、例えば障害のほうの授産施設等を利用したサービスを何か展開していくほうがいいのではないかとということの一つここで考えたところです。

それから、どちらかという、私の調べた中では、例えば町田市の中で若年性認知症デイサービスというのを社会福祉法人がやられているみたいですが、そこでの問題点というのが、どちらかという男性中心のサービスになってしまっていて、発症された方が女性の場合にどういうサービスを提供するのかということが非常に課題であるというようなことも書かれてありました。実際にそれを見ますとまさしくそのとおりかなという気がいたします。就労ということが先ほどから話題になっていますけれども、やはりどちらかという男性中心のお話になってしまっているということで、女性もいらっしゃるということから、その辺の性別の部分をうまくクリアできるようなサービス展開というのでもできなければいけないだろうなという気がします。

あえて介護保険の世界で言いますと、今後、小規模多機能みたいな、いろいろな機能を持ったサービスが非常に適切なのかなという気がいたします。特にどちらかという、症状としては中・重度の方には向くのかなという気がします。また、軽度の方は軽度の方で別なサービス展開をしなければいけないという気がいたします。

それと、これは介護保険の根本の問題なんですけれども、40歳未満の方は今制度の対象から外れておりますから、その方々に対しては介護保険の世界ではいかんともしがたいというのが今の現状で、今後、国が被保険者の対象を見直すということも可能性としてありますので、そのときにはまた介護保険の中でということが何か考えられるのではないかとこのように思います。そんなところでございます。

【斎藤部会長】 ありがとうございました。

オブザーバーの方もいらっしゃるのでも申し上げておきますが、このモデル事業は、別に私どもの委員から提案されたプランを優先するということはございませんで、皆さんにどういった案がいいのでしょうかということ伺っているだけで、広く公募して、いろんな団体や福祉機関、あるいは医療機関でこういう仕事をしてみたいというものを公平に審査いたします。

ほとんど時間が残っておりませんが、この事業に関して何かコメントがあれば、ゲスト

の森崎先生でもよろしいんですが、何かお考えがあれば承りたいと思います。

【森崎氏】 私も、今回ゲストとして呼びいただきましたことをきっかけに大変考えさせていただきました。企業の中で障害をお持ちの人たちと一緒に、就労を支援していこうということです。ずっと仕事はしてきたのですが、若年性認知症の方に関しては多分非常に進行が早いであろうと思っております。とすると、どこまで支援できるのか。短期間であるがゆえに逆に密度濃く関わっていくことは可能なであろう。とすると、それに関わる人たちが本当にそのことに対して意義を見出すということが非常に重要な課題になるのだらうと思います。それを企業の中でどこまでやっていけるのか。大切なことだと思います。

しかし、それをできる人たちが現状いるのか。いるとすると、やはり現状の組織図の中でいくと、健康管理を担当しているスタッフであろう。そのスタッフたちに特化した育成も必要です。ただし、健康管理を担当するスタッフはあれもこれもと非常に過大なことを今担当しているんですね。そうすると、企業がそこに人をもっと特化しなければならない。とすると、もっと法的なところで行政が強そうの方針を出していかなければならない。

企業の中でずっと仕事をしておりますと分かるのですが、行政が義務と言ってくることはちゃんとやるんですよ。それは大変必要なことなんです。形ができてくれば、担当スタッフはやれるんですね。でも、形から担当スタッフが自分たちで作っていかないと、担当者たちは大変苦慮する、壁にぶつかる。とすると、形は行政が義務で出してくだされば、企業はよほどのことがない限り推進します。先ほど中小零細はなかなか厳しい状況だと申し上げました。それは本当だと思います。しかし、義務の部分で法を無視してまでというところはないかなというふうには思うのです。

そこら辺で、動きとしては、あらゆる角度でやはり啓発していただくことと世論を喚起すること。それで、一方で国の施策が明確にバックアップできるようなものがないと、形に命を吹き込むということが現場の担当者だけにかぶさってしまつては非常に辛い。ましてや、ご本人、家族もつらいことになるのではないかなと思います。そんなところをちょっと感想として、お話しさせていただきました。

ありがとうございました。

【斎藤部会長】 どうもありがとうございました。

この認知症支援のための部会も2年度目に入りまして、そろそろ話のフォーカスを絞っていかないときちんとした提言ができないので、これからもう少しピッチを上げて問題を

絞っていきたいと思います。例えば今日は就労の話が出ましたが、若年認知症の患者さんで男性の場合の就労支援というのは、私の頭の中では就労継続、要するにフロントラインにいつまでとどまれるかというつもりで話をしておりますが、フロントラインでいつまでとどまれるかという意味で使う人もいれば、それはしようがないから、この人でもできる次の仕事を探そう、報酬はともかくとして、セカンドラインで仕事をしてもらおうというところから、もっと保護的な保護作業所のような、施設とか、デイケアとかいうところで、その場合は男性も女性もないのだろうと思いますけれども、家庭の主婦としてやっていたスキルを残すとかというふうな形で使っているところもある。税金でやることですので、どこにどれだけのお金をかければ、家族にとっても患者さんにとっても一番いいかということはこの部会でも少し問題を今後絞っていかねばいけないのかなと思っております。

就労就労と言われますが、僕は、フロントラインのところはこんな部会でごちゃごちゃ言っても始まらないといいますが、なるべく早く診断をつけて、診断をした人が企業の産業医や企業の中の理解を得ながらやれるところまで頑張っていくという以外には、制度として何とかしろといってもなかなか難しい。結局のところは、セカンドラインがあるかないかわかりませんが、そういう保護的な環境での仕事を考えるとこういうふうなところになってしまうのかなと思います。

それから、モデル事業については、いつも十分な準備期間も何もなしにいきなりモデル事業を募集するものですから、いつも何となく助成金が終わったら事業が終わりみたいな話が多いので、選考に当たっては、小野寺委員からもお話があった継続実施が可能な事業を、要するに、1年補助すればその後離陸できるというふうな事業を選ぶという視点をぜひ入れていただきたいということ。

それから、何人もの委員から出ておりましたが、やはり早い時期に診断をつけるということについても何かモデルがあればよろしい。というのは、アンケートでは「診てくれる医者がない」という意見が非常に多いんですね。これは東京都のアンケートだけでなく、どんな調査をしても、それは認知症についてもそうですが、一方で医療機関のアンケートをとりますと、これは東京都の調査の結果で、今日皆さんにお配りしてありますが、東京都では二百五十幾つかの医療機関が「うちでは若年認知症も診る」と言っているんですね。

言っているにもかかわらず、患者さんやご家族では診てくれる医者がないと言ってい

らっしゃるので、そのミスマッチはどのようにして起こるのかということをご検証するといいた
ますが、干場委員からお話があったコールセンターのようなところでデータを集めるとす
れば、アンケートで診ますか、診ませんかではなくて、その医療機関を周囲の人がどうい
うふうに評価しているかということまで含めて、手を挙げてくれた医療機関については患
者さんのアンケートをとってくださいと。それを東京都で集めます。おたくの医療機関に
ついては患者の評価はDです、おたくについてはAですというぐらいのことをしてもいい
ですという病院だけを挙げないと、リストをつくって配っても、患者さんの家族が30も
40もある医療機関に片っ端から電話して行って、ようやく29番目にたどり着いたとか
いう事態になっておりますので、そういう現実的なサポートにつながるような事業をぜひ
選んでいただきたい。

もう1つは、最終的な、もう少し福祉的なサイドのケアについても、若年性認知症の人
の数を考えて現実的な提案をしていただく。そういうものに助成金を出して、先に続けて
いくという姿勢で選択していただきたいということを東京都に申し上げて、本日はこれで
お話を終わりにさせていただきます。

あと、資料の取り扱い等について事務局からお話がございます。

【松山幹事】 では、本日の資料及び議事録の取り扱いについてご説明させていただきます。

本日お配りした資料については、席上配付のもの以外はすべて公開とさせていただきます
。議事録につきましては、前回と同様、委員の皆様事前に事前にご確認をいただいた上で公
開とさせていただきますと存じます。

次に、次回日程の調整についてご説明をさせていただきます。次回の部会は7月中の開
催を予定しております。先日送付させていただい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、受付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、また、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、できるだけ多くの委員の方にご出席いただけるよう調整の上、改め
てご連絡させていただきますので、よろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

【斎藤部会長】 それでは、本日の部会を終わらせていただきます。

長時間にわたりまして、どうもありがとうございました。

了