

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会（第6回）

平成21年10月8日（木）

【松山幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただいまより東京都認知症対策推進会議第6回若年性認知症支援部会を開催いたします。

まず、発言に当たってのお願いでございますが、ご発言に当たってはお手近に置いてありますマイクをご使用ください。

次に、本日の委員の出席状況について説明をさせていただきます。本日、所用により欠席のご連絡を受けているのは、田谷委員と鈴木委員でございます。また、林田委員につきましては、若干遅れるとのご連絡をいただいております。あと、幹事で本日欠席の連絡を受けているのが中村精神保健・医療課長でございます。

事務局からは以上でございます。

【斎藤部会長】 それでは、議事に入らせていただきます。

配付資料の確認をお願いします。

【松山幹事】 お手元の配付資料につきましては、まず本日の次第、資料1といたしまして「第6回東京都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「若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査報告書」、資料3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報告書」です。

また、参考資料1といたしまして、「医療と福祉の連携に係る東京都の現行の施策」、席上配付資料といたしまして「これまでの議論のまとめ」、それから、「老年精神医学雑誌」の8月号を、これには斎藤先生がこちらで紹介いただいた論文ですとか、ゲストスピーカーでお招きした松崎さんの論文が載っております。また、私どもの医療支援部会の報告書をまとめました「認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方の概略」という小冊子を、委員限りですけれども置かせていただいております。

資料の不足はございませんでしょうか。

【斎藤部会長】 よろしいでしょうか。若年性認知症に関する調査をいたしましたが、その報告を事務局からお願いいたします。

【松山幹事】 それでは、資料2の説明をさせていただきます。

まず、区市町村相談窓口調査でございますが、これにつきましては、1ページ目にござ

いますように、本人・家族が相談に訪れることが予想される区市町村窓口・事業所を対象に、都における若年性認知症支援に向けた施策の検討の基礎資料とするものとして調査をしたものでございます。

調査対象といたしまして、下にア、イ、ウ、エとあります都内の高齢関係のセクション、また障害関係のセクション計671カ所から無作為抽出いたしました303カ所につきまして、調査をさせていただきました。回収数は273カ所ということで、回収率は90.1%となっております。

内容に入りますけれども、2ページ目をごらんいただきますと、相談窓口の属性ということで、回答のあった相談窓口につきましては、「地域包括支援センター」が147カ所で53.8%、次いで「指定相談支援事業者」、これは障害のほうですけれども、74カ所で27.1%となっております。

次に、3ページ目の若年性認知症についての相談の有無でございますが、若年性認知症の相談で「ある」と答えたところが129カ所(47.3%)となっております。窓口種別で見ますと、下にございますように、高齢福祉主管課及び地域包括支援センターが最も多くなっておりまして、それぞれ約60%となっております。

次に、4ページ目をごらんいただきますと、相談・受診可能な近隣医療機関の紹介の可否ということでございますが、これにつきましては、「できる」と答えたところがトータルで209カ所の76.6%となっております。その内訳を見ますと、高齢主管課、地域包括支援センター及び指定相談支援事業者については「できる」と答えたところが一番多くなっておりまして、高齢主管課が84.0%、地域包括が90.5%、指定相談支援事業者が60.8%となっております。

次に、利用可能な支援制度の説明でございますが、まず介護保険サービスに関しましては、「十分説明できる」というところが65.6%で179カ所、「尋ねられればできる」というところが77カ所(28.2%)となっております。

窓口種別で見ますと、高齢主管課及び地域包括支援センターは高齢の所管でございますので、そこにつきましては、「十分説明ができる又はしている」というところは高齢主管課が80.0%、地域包括が93.2%という結果になっております。障害主管課及び指定相談支援事業者につきましては「尋ねられたら説明できる又はしている」が最も多く、74.1%及び58.1%でございます。

次に、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスについての説明ですけれども、これ

については「尋ねられたら説明できる」という答えが143カ所の49.1%と、最も多くなっております。これについては、高齢主管課では「この制度をよく知らない」という答えが48.0%、また、地域包括支援センターでは「尋ねられたら説明できる」という回答が62.6%と最も高くなっております。

次に、同じく障害者自立支援法に基づく地域生活支援事業については、「尋ねられたら説明できる又はしている」というところが41.0%（112カ所）で、次には「この制度をよく知らない」というところが32.6%（89カ所）という結果になっております。これを窓口別に見ますと、高齢主管課では52.0%、地域包括では49.7%が、この制度をよく知らないという回答があったところでございます。

次に、8ページを見ていただきますと、障害者雇用促進法の職業リハビリテーションについて、「この制度をよく知らない」という答えが59.3%（162カ所）と、一番多くなっております。種別で見ますと、高齢主管課では60.0%、また、地域包括では83.7%が「よく知らない」という回答で、これが一番高くなっているというところでございます。

次に、国民年金法の障害基礎年金につきましては、「尋ねられたら説明できる」というところが50.2%（137カ所）と、最も多くなっております。窓口種別で見ますと、高齢主管課は「この制度をよく知らない」というのが56.0%ということで、一番多くなっております。また、地域包括支援センターについては「尋ねられたら説明できる」、「この制度をよく知らない」というところがともに46.9%という形で、一番多くなっているところでございます。

次に、厚生年金法に基づく障害厚生年金につきましては、「尋ねられたら説明できる」が48.4%（132カ所）で一番多くなっております。窓口種別で見ますと、高齢主管課と地域包括については、「この制度をよく知らない」という回答が60.0%、49.7%と最も多い回答となっております。

次いで、障害者自立支援法に基づく精神通院医療につきましては、「尋ねられたら説明できる」というところが43.2%（118カ所）と、最も高い割合になっております。窓口種別で見たときに、高齢主管課は「この制度をよく知らない」というのが52.0%、また、地域包括は「尋ねられたら説明できる」が46.9%で、一番高いというところでございます。

次に、12ページに進みまして、精神保健福祉法の精神障害者保健福祉手帳の説明でご

ざいますが、これにつきましては、「尋ねられたら説明できる又はしている」というところが47.6%で、最多となっております。窓口種別で見たときに、高齢主管課は「この制度をよく知らない」が44.0%、地域包括及び障害福祉主管課、指定相談支援事業者については「尋ねられたら説明できる」という答えが最も多く、それぞれが51.0%、48.1%、44.6%となっているところでございます。

次に、民法及び任意後見契約に関する法律に基づく成年後見制度についてですけれども、これについては「尋ねられたら説明できる」というところが53.1%で最も多くなっております。種別で見ますと、高齢主管課及び地域包括は「十分説明ができる又はしている」が48.0%、57.8%と高くなっているところでございます。

次に14ページ、社会福祉法に基づく日常生活自立支援事業については、「尋ねられたら説明できる」としているところが44.0%と、最も多くなっております。いずれの窓口につきましても、「尋ねられたら説明できる」というのが一番高い割合を示しているところでございます。

次に、生活保護法に基づく生活保護制度につきましては、「尋ねられたら説明できる」というのが58.6%(160カ所)と、一番高くなっております。これも、いずれの窓口も「尋ねられたら説明できる」が一番高いという形になっております。

区市町村相談窓口調査に関する説明は以上でございます。

次に、資料3に基づきまして、介護保険事業所に対する調査報告書につきましてご説明をさせていただきます。

1ページ目をごらんいただきたいのですが、(4)調査項目といたしまして、若年性認知症の利用者の有無、受入れに当たって困難だったことの有無及びその内容、受入れに当たって事業所がとった対応等を調査したものでございます。

調査対象といたしましては、ア、イ、ウ、エ、オ、カとあります介護保険事業所2,885カ所から無作為抽出した483カ所について調査をいたしました。回収状況といたしましては、367票の回答がありまして、回収率としては76.0%となっております。

1ページの右側にありますように、回収票の事業所種別の割合といたしましては、一般デイが196カ所の53.4%と、一番多くなっております。

2ページ目は「報告書の見方」ということで、以下、2ページにありますように略称で説明をさせていただきます。

まず、調査結果といたしまして、若年性認知症の利用者の受け入れ経験の有無でござい

ますが、これにつきましては、「あり」という返答を得たところが40.9%（150カ所）、「なし」が59.1%（217カ所）となっております。「あり」と答えた施設は、老健と小規模多機能が非常に高い割合となっておりますが、サンプル数に偏りがありますので、事業所種別ごとの内訳は、あくまでも参考ということで下に載せているところでございます。

次に、受入れ人数につきましては、先ほどの「受け入れたことがある」という事業所150カ所につきまして、回答日現在の利用者数を尋ねたところ、「1人」というお答えをいただいた事業所が47.3%ということで、一番多くなっております。また、「今はいない」というところが28.0%でございます。

次に、若年性認知症に起因する困難の有無でございますが、これも「受け入れたことがある」という150カ所について尋ねました。「若年性認知症に起因して対応が困難だったこと」では、「起因する困難は特になかった」というのが32.7%と最も多く、次いで「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32.0%、また、「それまで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30.0%となっております。

「その他」といたしまして、10%ご意見がありました。それに関しましては、5ページにありますように、まず「年齢に関すること」といたしまして、「高齢者の中では、やはり若過ぎるだけに目立ってしまう」とか、「他の利用者が高齢者であるため、本人に戸惑いがあった」というご意見が寄せられております。

次いで、6ページのほうで、ケア・過ごし方に関することでは、「目を離れた隙になくなってしまう」ですとか、「暴力行為への対応」、「帰宅願望、所在不明にならないための対応」等が挙げられてきたところでございます。

4番目といたしまして、受け入れるための特別な対応というところで、受け入れをした施設に聞いたところ、「特に特別な対応をとっていない」というのが57.3%と、最も多くなったところでございます。また、「その他」として16.7%ありまして、それにつきましては、主にまたケア・過ごし方に関することなんですけれども、「食器配膳等役割を持たせた」というようなものが見られたこと。また、職員配置に関することについては、やはり「利用者が安心できるスタッフをマン・ツー・マンで配置した」。また、「BPSD悪化時には同性職員のほうが穏やかな傾向になった」ということが挙げられております。

次に、8ページ目の情報共有・アセスメントに関することといたしましては、薬の調整

が難しいので、「主治医・家族と連携を図り生活を支援している」とか、「その都度カンファレンスを実施し、対応策を練っている」。また、「家族との情報交換、チーム内のケアの周知・統一」等が挙げられているところでございます。

次に、9ページ目ですが、「受け入れたことがない」と答えた217事業所に対し、若年性認知症の利用者からの利用申込みの有無といたしまして、「利用の申し込みがあったか」と尋ねましたところ、「なかった」というところが82.5%ということで、最も多くなりました。

「受け入れたことがない」という事業所で「申し込みがあった」と回答したところが13カ所ございまして、そこについて利用に至らなかった理由を尋ねましたところ、「その他」という答えが一番多くなりました。これについては、10ページの中ほどにありますように、理由といたしまして、特養の入所申込があったけれども、優先度が低かったためというところ、また、送迎範囲外であるとか、見学に来ていただいたけれども、落ち着きがなく、他の利用者への影響が大きいため利用に至らなかったというところが挙げられているところです。

次に、11ページ、若年性認知症に起因する困難と考えられることということで、受け入れたことがない事業者に対し尋ねたところ、「これまで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40.6%と最も多く、次いで「若年性認知症に適したプログラムがない」が28.1%、「特にない」というところが24.4%となっております。

次に、「その他」が6%ございまして、それについては、やはり年齢に関することといたしまして、周囲の利用者との年齢差、また、共同生活をする上で若年者ご本人のストレスがたまるのではないかとといった心配が寄せられています。

また、ケア・過ごし方に関することとしては、他の利用者と異なるプログラムが必要な場合があるのではないかと。また、力が強く、拒否反応等については女性スタッフでは対応が困難というような意見が寄せられたところでございます。

介護保険事業所調査報告書に関する説明は以上でございます。

【斎藤部会長】 ただいまのご報告にコメントやご質問があれば、よろしいですか。

【林田委員】 すみません、ちょっと遅れて参りまして。林田です。

コメントというか、さっきも干場さんと目が合ってふうむとなったんですけど、簡単に言うと、前例がないとか、経験がないとか、ノウハウがない。怖い、恐怖心というのがあ

るのは否定しませんが、じゃ、いつになったら受け入れ始められるんだというのが全然見えてこなかったというのがよくわかりましたね。よくわからないからとりあえずはお断りしておこうかみたいな気配が感じられますよね。私は、その事業者側の立場ですからあえて言うんですけど、実践者が実践しないで実践できないというのは、自分たちの存在価値をどう捉えているのかなとちょっと思ったりはします。感想ですけどね。以上です。

【干場委員】 今の報告を聞いて、現在の事業所の実態がある程度このデータの中でわかったと同時に、これから行政が我々にどう対応していただけるのか、これから先に対して私はすごく期待をしながら、この結果を見せていただきました。

【斎藤部会長】 資料3の9ページにあるように、若年性認知症の利用者からの申し込みがないからやっていないというところが一番多いのは、結局受けたことがない。受けて、断るのか。先ほどの林田委員のコメントは、都の方に伺うんですが、あれは……。

【松山幹事】 申し込みを受けただけでも利用に至らなかった13事業所のうち、事業所として若年性認知症の人への対応が困難だったといったところは、実は1カ所しかなくて、「利用日の折り合いがつかなかった」というところが3カ所、また、「他のサービスの利用が決まってしまった」というのが2カ所、あと、「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、「その他」が5カ所という形になっておりまして、実際利用されなかったところについては、217カ所のうち、申し込みがないというのが179カ所と一番多いということでございます。

【斎藤部会長】 だから、これは、そういうケースを受け入れたことはないけれど、そういう人に申し込まれたら、こういう理由で困るだろうなという施設の答えがたくさん入っているということですね。ノウハウがないということを書いてあるところがありますが。

【松山幹事】 そうですね。11ページは、今まで受け入れていない事業所が、どういことが困るかなという想像で答えたというところでございます。

【斎藤部会長】 林田委員が運営しているような施設ばかりだったらだれも困らないです。ただ、一方で、僕はちょっと救われた気分になったのは、申し込みさえあれば、多くの事業所がやろうとってくれているんですよね、ということかなと思います。

資料2の若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査についてもいかがですか。コメントがあれば。

【未延委員】 相談活動についてなんですけれども、これも多分評価の分かれ目だと思うんですが、「十分説明ができています又はしている」というところと、「尋ねられたら説明

できる又はしている」というところを合わせるといかにもいいように聞こえるんですけど、実は相談に行く人が知っていて、「このことについて聞きたい」なんていうことはまずあり得ないわけですから、現実、この「尋ねられたら説明できる又はしている」というのは差し引いて評価したほうがいいのではないかなという点で言うと、多分非常にいい相談活動ができていないように、私はご報告を聞きながら受けました。

それと、全く関連領域ではないところが相談窓口をしているわけではないにしても、ちょっと分野が違くと全く制度とか政策の認知度が低いというのが思ったよりもあったので、びっくりしたところですね。その辺は今後の課題で、ぜひお願いしたいなと思います。

【高橋委員】 国立市の高橋です。今おっしゃられたように、私も、資料2を見ていて、高齢の担当と障害の担当、さらには生保のほうの担当、うちの中でも組織として分かれていますし、それぞれそちらの分野のことってほとんど知らないに等しいので、逆に言うと、こういう方々が相談するのに最初にどこへ行けばいいのかなという相談すべきところが非常に見えないという状況があるかなと感じました。ですから、今後、相談がしやすい体制をつくっていく必要があるのではないかなという気がいたしました。

【干場委員】 今のご意見の中で、やっぱり相談窓口がはっきりしていない。そのことについては第1回のときにも申し上げたんですけど、この10月1日に大府で若年性認知症コールセンターが1カ所始まりましたけど、電話をしてもまず通じない。これは各家族会もそうだし、いろんなところで、あれが全国に1カ所に対応できているほうが大体おかしい。最初にコールセンターのマニュアル製作委員会でも言ったんですけど、本当に厳しいと思います。

今度、実は9月20日に京都でシンポジウムがありまして、最低やっぱり5～6カ所、九・四国、関東とか、近畿とか、そこに配置されなければおかしいと。東京都についても、前にもちょっと提言させていただいたんですけど、例えば東京都がまず最初に手を挙げて、関東ブロック7県で次年度からある程度の費用の分担をしていけば、十分ここでも対応できるのではないのかなというふうに考えております。それこそ家族は相談したくても通じない。それと同時に、しても、実際自分が求める答えがなかなか返りにくいという状況であることが今の現状だと思います。

【斎藤部長】 ありがとうございます。末延委員のご指摘は大変重要なことで、「尋ねられたら答えられる」というのは、相手が知っているということを前提としているわけですから、やっぱり相談窓口のほうから「こういう制度があります」ということを説



明しなければ意味をなさない。

それから、確かに若年認知症と高齢期で発症する認知症は共通点が多いけど、サービスの窓口が多岐にわたるといのはやはり若年認知症の1つの特徴であろうと思うので、解決策を考えるときには、それについてはあっちへ行ってください、それについては別のビルディングのあそこへ行ってくださいではない窓口を考えていくということになるんじゃないかな。ありがとうございました。またここへ戻ってくる機会があると思いますので、先に進ませていただきます。

【末延委員】 よろしいですか。

【斎藤部会長】 どうぞ。

【末延委員】 サービスの事業所調査の中での5ページなんですけれども、下のほうで「年齢に関すること」ということで、介護保険の事業での高齢施策、介護保険サービスの中で、若年認知症の方が来ると高齢者の中で年が離れていてというのが書いてあるんですけど、実はこれはすごく重要で、今、介護保険は、自治体によって多少差があるのかもしれませんが、ここ3カ月ぐらいで当事業所で受けている新規のケアプランが、大体88歳から90歳代なんです。初めて介護保険を使う年齢が前は80代前半ぐらいだったのが、今はずっと皆さん健康で相当頑張ってから介護保険になるので、ものすごい高齢なんですね。

ですから、デイなんか70代の人が行っても、「あなた、青年部ね」と言われるぐらいなので、若年の方が高齢者のところへ行ったら、青年部どころか異文化の中にいるみたいに、もう50代ぐらいに離れた人がいるところに行くわけですよ。そういう点では、高齢者が非常に元気で長生きになってきている中で、さらに年齢の問題というのは今後かなり重要になるのかなというふうに感じています。

【斎藤部会長】 ありがとうございました。

それでは、続けて「若年性認知症の人と家族に必要な支援策について」ということで、事務局のほうから資料についてまたご説明をいただきます。

【松山幹事】 まず、参考資料1のほうから説明をさせていただきます。

「医療と福祉の連携に係る東京都の現行の施策」ということで、これまでの議論を図にしたものでございますが、医療と福祉の連携の必要性ということで、医療、また福祉ということで図にして、認知症の本人及びご家族への支援という形になっているんですが、なかなか医療と福祉の連携が進んでおらず、家族や本人の生活を支えるには不十分という課

題があります。連携が進まない理由としては、連携の必要性の認識不足、各関係者の役割分担が不明確、等が挙げられております。

では、連携するためにはシステムの確立が必要ということで、具体的方策といたしましては、医療機関、福祉サービス双方からの了承。また、連携を担う認知症サポート医の機能強化、かかりつけ医・認知症サポート医の氏名公表による、地域の医療資源に関する状況を明らかにすること等などがあるかと思われまます。

今現在、東京都でやっている施策が右側にあるんですけども、1番として、認知症サポート医フォローアップ研修。これは今年度からやっております、認知症サポート医の機能強化と、地域における医療支援体制の向上ということで、医学的知識の付与による認知症対応力の向上と、地域資源の状況をもとに連携モデルを検討するグループワークという形で、現在研修を行っているところでございます。

2番目といたしまして、地域支援ネットワーク事業ということで、これは区市町村が実施した場合に東京都が補助をさせていただく高齢社会対策区市町村包括補助事業としてやっていますところですが、さまざまな地域資源が参画したネットワークを構築していこうということで、下の図にありますように、ネットワーク会議というものをまず設置・運営していただく。これが必須ということで、ここに例えば医療機関及び介護事業者、また家族の方、あと認知症サポーターの方等々も参加して会議を開催していただく。その上で、地域資源マップの作成ということで、認知症の方と家族の生活に役立つさまざまな地域資源の情報を収集・整理し、マップを作成するというこの2事業を必須という形でやっていますところでございます。

そのほかにも、この事業といたしましては、家族会の育成支援、徘徊SOSネットワークへの支援、また、各介護サービス事業者による地域活動への支援ということを区市町村を通じて行うというものでございます。

3番目といたしまして、サポート医、かかりつけ医の情報提供ということで、研修修了者の氏名・医療機関・所在地等を記載したリストを、今現在は地域包括支援センターに配布して、そこで本人や家族が医療機関を探す際の利便性の向上を図っているところです。これについては今後東京都医師会と調整を進め、東京都で5月から実施しておりますポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」等で公表を予定しているところでございます。

次に、資料1の説明をさせていただきます。第6回の東京都認知症対策推進会議が行われまして、そこで推進会議の委員から、若年性認知症支援部会におけるこれまでの状況報

告について出てきた意見をご紹介します。

まず1点目といたしましては、これまでの介護保険制度では、デイサービス利用者が仕事を行った場合、それに対する対価を得るといった仕組みが構築されていないと。デイサービスにおいて例えば簡易的な仕事をしたとき、それに対する対価を支払うような仕組みをつくれれば、利用者が多少なりとも収入を得ることができるので、そういった方向の議論があってもよいのではないかといったご意見。

次に、障害者の「就労支援」という考え方に馴染み、長期就労継続の可能性のあるのは、認知症の方の中ではごく一部の極めて経過の緩やかな方だけになってしまうのではないかと。こうした方を対象と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一つの方策ではないかというご意見が寄せられております。

また、「就労支援」に該当するかどうかにかかわらず、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、部会としてはそういったことも踏まえて検討を進めてほしいという意見が寄せられたところでございます。

最後に、これまでの議論のまとめについてご報告をさせていただきます。これは前回A3のペーパーで示されたものを報告書形式という形でまとめさせていただいたものでございます。

まず1番目に、「取りまとめの方向性」といたしまして、若年性認知症の本人・家族に対する支援というものは、国が行うことが適当な施策、また、地方自治体が行うことが適当な施策等、さまざまなものが含まれております。

新たな制度体系の構築や地域格差の是正といったものは、地方自治体レベルで実現することは難しいものでございます。こうした課題について東京都でモデルや基本的な考え方を構築し、それを国に発信することで全国に広く展開されることが理想的ですという意見があります。

ただ、そうはいつでも、若年性認知症の一つ一つの症状への対策を講じるということではなくて、若年性認知症の方の生活全般を支援するという視点で検討されるべきであるということでございます。

若年性認知症は病状がさまざまであり、一般についての施策の構築はなかなか困難であります。このため、既存のサービスが幅広いニーズに応えられるようにすべきであるという方向性をいただいているところでございます。

「議論の進め方」といたしましては、「東京都若年性認知症生活実態調査」の結果を踏まえまして、下にあります5つの視点、医療支援、介護・公的支援、家族支援、経済的支援、職場を含む社会的支援という5つの分野に分類して、分野ごとの検討を進めることとしたものでございます。それぞれの分野について、専門家・関係者をゲストスピーカーとして招き、ヒアリングを行ったところでございます。

2ページ目からは、分野ごとの対策という形になるんですが、まず「医療支援」の部分ですけれども、若年性認知症に特有の課題といたしまして、1番目の早期診断というところで、早期診断の必要性が出ているところでございます。

これについては、医療機関の状況として、「東京都認知症専門医療機関実態調査」によりますと、若年性認知症への対応ができる医療機関は、都内で245カ所となっているということが報告されているところでございます。

ただ、早期診断の妨げといたしまして、現状では、確定診断までにかかり時間がかかっている、その理由といたしましては、やはり若年性認知症の原因疾患が多様であり、発症初期の症状もさまざまであるため、専門医以外のさまざまな診療科が最初の窓口となっているということが挙げられております。専門医以外の医師は若年性認知症への認識が不足していて、なかなか専門医療機関への紹介が円滑に行われていないということが問題としてあります。

さらに、医療機関にかかる際の情報不足といたしまして、若年性認知症の診断・治療が可能な医療機関に関する情報が少なく、本人・家族が自ら探することが困難であるという状況があることが妨げになっているところでございます。

また、診断後の日常生活の支援に関しましては、専門医療機関における対応として、本人・家族は、専門医療機関での受診時に、診断後の生活に必要な情報・助言が得られることを期待しているところなんですけれども、なかなかそのニーズに専門医療機関のほうで気づかず、診断と薬の処方にとどまっているケースがあるというところがあります。

ただ、専門医に生活に必要な情報の提供や助言をすべて求めることは適当ではない。このニーズに組織的に対応するために医療ソーシャルワーカーの活用が考えられるんですが、専門医療機関における医療ソーシャルワーカーのマンパワー不足ということがありまして、懇切丁寧に対応することが難しいというところでございます。

医療と福祉の連携という観点からは、日常的ケアというのが福祉サービス中心に提供されるものですが、医療と福祉の連携の具体的な仕組みが構築されていないため、円滑な連

携がなかなか進んでいないという状況でございます。

3点目の重症時・緊急時の対応といたしましては、若年性認知症の特徴として、高齢者のアルツハイマー病と若年発症のアルツハイマー病では、周辺症状の種類や頻度に本質的な差はなく、若年性認知症の人すべてが対応困難ということではないということでございます。ただ、若年性認知症の方は、高齢者の認知症の方と比較すると症状の進行が早く、短期間で急激に重症化する事例などがあります。また、同一周辺症状でも、周囲に及ぼす影響が高齢者に比べ大きいという点がございます。

次に、重症時・緊急時に利用可能な既存制度といたしましては、老人性認知症専門医療事業を東京都で実施しております、これが利用できることとなっております。また、夜間や休日に救急医療が必要な患者に対しては、精神科夜間休日救急診療事業を実施しております。ただ、専門医療や救急医療を必要としている方が速やかに医療の提供を受けられないなどの事態が生じているという実態もございます。

その支援策といたしまして、上記の現状を踏まえまして、3点に対応して、既存の医療機関を、「診断する医療機関（専門医療機関）」として求められる役割としては早期診断、また、「診断後の日常生活を支援する医療機関」としては、これはかかりつけ医や認知症サポート医になってくるんですけども、そこにおいて生活に必要な情報提供、福祉との連携等継続的な支援を行っていくことが求められています。また、「重症時や緊急時に対応する医療機関」としては、老人性認知症専門病棟を有する医療機関や精神科救急医療機関ですけれども、そこにはやはり重症時・緊急時における適切な医療の提供ということが求められておりますので、それぞれの医療機関を中心として支援策について検討していくことが妥当であるという形の議論をしていただいております。

具体策といたしまして、まず早期診断の部分ですけれども、これについては専門医療機関との連携促進ということで、多様な患者を抱えている総合病院の様々な診療科の医師に若年性認知症に関する認識を深めていただいて、認知症の疑いのある場合は専門医療機関に紹介していただくことが必要である。東京都の場合は専門医療機関が豊富にございますので、専門医療機関以外の医療機関や相談窓口職員に情報について把握していただいて、有効活用していくことも必要であるという議論になっております。

情報提供といたしましては、専門医療機関に迅速なアクセスができるための情報提供ということで、若年性認知症の診断の可否、またCT・MRIを用いた画像検査の可否、臨床心理士による心理検査の可否といった情報を提供していくということが具体策として考

えられております。

診断後の日常生活の支援といたしましては、かかりつけ医・認知症サポート医の対応能力の向上ということになります。ただ、対応力とはどのようなことかというところは今後検討していくことになります。

医療と福祉をつなぐシステムの構築については、連携のためには医療機関、福祉サービス事業者双方からの了承が必要でありますし、また、地域の関係機関の連携促進の役割を担うサポート医の機能強化が必要となります。この辺は、先ほどの参考資料1で説明をしたものでございます。また、サポート医・かかりつけ医の氏名を公表し、地域の医療資源の状況を明らかにするということで、この辺はまさに今東京都が進めている施策の中に盛り込まれていますけれども、その他に書き込むことがあれば、ご議論いただければというところでございます。

次に、重症時・緊急時の対応としては、既存制度でございます老人性認知症専門医療事業や精神科夜間休日救急診療事業等の既存制度を活用していくという形になります。また、それとともに、こういった事業が有効に機能するために、窓口になる保健師や、救急患者のトリアージ等を行う東京都精神科救急医療情報センターの相談員・通報連絡員の対応力向上ということが必要でございます。

また、既存制度が本来の目的に合致して十分機能しているかどうかを検証して、必要に応じて運用方法の見直しを図ることが今後必要ではないかという意見もいただいているところでございます。

あと、医療機関に関しまして検討が必要な事項としては、ここで出てまいりました老人性認知症専門医療機関事業の機能検証も今後必要ではないかという部分ですとか、現在、精神科夜間休日救急診療事業については、東京都地方精神保健福祉審議会（地精審）という会議において、精神科医療全般のあり方の中で見直しを今進めているところでございますので、もし当部会から地精審に向けての意見等を申し出るということであれば、そういったことも議論していただければというところでございます。

次に、「介護・公的支援」の部分ですけれども、課題といたしまして、相談窓口のところは、先ほどの報告にございましたようになかなか自発的に説明せず、尋ねられて初めて説明に応じるという傾向が出ておりますので、先ほどいただいたような意見を今後課題として取り組んでいかなければいけないのかなと。

また、これも意見として先ほど出されたのですけれども、本人・家族が求めている利用

可能な制度の有無及びサービス内容について、どこに相談していいのかという問題、特に制度間の連携が課題ではないかというところでございます。

特に若年性認知症の方が利用可能な制度は、医療・介護・障害福祉・就労・経済支援と多岐にわたっているので、介護保険の切り口から対応するケアマネジャーだけでは対応が難しいというところかと思えます。

また、ケアの現場についても、先ほどの調査でも出ているのですけれども、疾患が多様であり症状の違いも大きいため、一くりにした施策の構築は難しい。ただ、個々の疾患の発症例が少ないため、個々の疾患ごとに対策を講じても、実効性に期待できないというところがございます。

また、アルツハイマーについては本質的な差がないので、すべての人の対応が困難というわけではないんですけれども、年齢の問題ですとか、周辺症状の発生時に周囲に及ぼす影響等が大きいというご意見も出ているところがございます。

次に、介護保険事業所及び施設の部分ですけれども、これも先ほどの調査からわかりますように、特別な配慮を行わなくても若年性認知症の人の受入れは可能という事業所が非常に多かったというところがございます。今回の調査をもとにこの辺もご議論いただければと思うんですけれども、そういった利用の受入れ可否については、今、「WAM - NET」ですとか、「とうきょう福祉ナビゲーション」で検索することが可能な状況になっております。

支援策ですけれども、基本としては、本人・家族の多様なニーズに応えられる相談体制の整備ということになるんですけれども、具体策として、先ほどの窓口の問題等がありますので、対応力の向上を図るための具体策というのは、きょう調査結果が出ましたので、ご議論いただければというところがございます。

次に、ケアの現場のほうですけれども、これにつきましても、具体策としては施設の対応力向上の必要性があるんですが、その対応力とは何なのかというところをご検討願えればと思います。また、既存制度の周知・活用ですけれども、周知を図る方法としては、現在、「とうきょう認知症ナビ」を立ち上げているところですが、これは前回小野寺副部長から御意見をいただいたように、それを窓口で活用するというのもあるかと思うんですけれども、そういったことも踏まえてご意見をいただければというところがございます。

次に、「家族支援」ですけれども、これについては、情報提供といたしまして、やはり

情報量が少ないというご意見があります。また、個々の情報の信頼度が不明確であるというご意見もいただいているところでございます。現在、これにつきましては、先ほども紹介しましたように、5月より「とうきょう認知症ナビ」を構築して、情報提供を行っているところでございます。ただ、その存在や利用方法について、こちらも広報に努めているところですが、十分に浸透しているとは言えない状況です。

相談体制といたしましては、特に若年性認知症の場合は配偶者が介護と生計維持の両方を担っているケースが多いので、相談窓口の受付時間内に手続等を行うことがなかなか困難というご意見があります。また、行政による相談窓口のほかにも、家族会においてもそういった悩みなどの相談に応じられているという今の状況でございます。

また、家族の心身の負担の部分ですけれども、予後の認識が不十分であると先の見通しを立てることができず、突然対応に迫られるということで、ご家族の方の不安、負担が増大してしまっているというところでございます。下にありますように、家族の方が逆に介護でうつ病になってしまったりとか、人格変化に起因する暴力等で精神的苦痛を受けたりとか、経済的問題に起因して学校や仕事を辞めたりという問題も出てきています。

支援策といたしまして、情報提供としては、10ページにありますように、信頼性の高い情報を24時間、一括して得られるような情報提供手法が必要ということで、それについてはやはり既存の情報サイトの有効活用ということです。コンテンツの更新や拡充を行い、情報の充実を図るということで、これは先ほどありましたような認知症専門医の名簿の公表ですとか、ちょっとこれは可能かどうかというところがあるんですけども、臨床心理士の名簿の公表もあるかと思います。

また、ホームページの周知については、区市町村や関係団体のホームページへのリンクを推進して、認知度の向上、アクセスの利便性向上を今後とも図っていくということがございます。

相談体制といたしまして、やはり利用手続に関する利用者の利便性の向上というところでございまして、これも先ほどのものの再現になるんですけども、利用可能な制度に関して、所管外の窓口に対する知識の付与ですとか、ケアマネジャーの対応力向上が具体策として考えられます。

また、インターネットを活用して、利用手続に関する書式の入手ということも可能なかと。ただ、書式等は区市町村によって異なりますので、どのようなリンクを貼るかということも今後の検討課題です。あと、どういったものが使いやすいかというご意見もいただ



ければというところでございます。

家族の心身の負担の部分ですけれども、家族の心身負担の軽減を図るというところと健康管理の支援ですが、これについての具体策としては、お子様も含めた家族全体の心理的ケアのカウンセリング体制の構築、また、区市町村は高齢者を対象とした健診をやっているんですけれども、それを介護家族にも拡大するといったようなことが挙げられているところでございます。また、その他のものがあれば出していただければというところでございます。

次に、経済的支援ですけれども、これはやはり若年性ということで、家計を支える働き手を喪失してしまうということで、非常に大きな問題になります。また、就学しているお子さんとか介護の必要な親御さんがいるときに、さらに大きな問題になります。

2番目としてローンについて。これは主に住宅ローン等についてですけれども、多くの場合、ローンに付随する団体信用生命保険の約款規定の高度障害状態に該当すると認められないため、認知症であるというだけではローンが免責されないというところでございます。そのため、ローン返済の目途が立たず、自己破産や所有不動産の売却を余儀なくされるケースもあるという現状でございます。

ここで出てまいりました高度障害認定基準ですけれども、現在は、原則として身体障害の程度に準じて定められているところでございます。ただ、就業構造の変化に伴い、就業不能となる障害の種類や程度も変化しているところでございますけれども、高度障害認定基準の運用が硬直的でありまして、なかなか就業形態の多様化に対応できていないという問題がございます。

就業不能保険という分野のものについて。就業不能要因は身体疾患から精神疾患まで多岐にわたっており、給付対象範囲が非常に広いものですので、結果的に保険料に反映されることにつながってしまうという問題もございます。

既存の支援策として、就業に関しては、一定期間は健保組合から傷病手当金が支給されるので、企業に在籍していれば、一定期間は収入を確保することが可能であります。また、病気休職中であっても一定期間は給与を支給する企業もございます。ただ、多くの場合は、発症してしまいますと、仕事に支障を来して即時退職になるケースが多いというところが現状でございます。

公的制度といたしましては、精神障害者保健福祉手帳や自立支援医療費制度が利用可能でございます。税制上の優遇措置ですとか、公共交通機関の利用割引、通院医療費の助成

も受けられる形になっております。また、医療機関での初診日が厚生年金の加入期間であれば、障害厚生年金の受給も現状でも可能であります。ただ、そういった支援制度の活用ということが、本人・家族だけではなくて企業の担当者や区市町村の相談窓口職員にもなかなか知られていないというのが、先ほどの調査でも明らかになったところではないかというところがございます。

それに対する支援策といたしましては、直接給付による支援ということが考えられますけれども、それについては恒久的な財源が不可欠でありまして、当部会だけで議論しても解決できる問題ではないというものでございます。当部会においては、経済的支援については、ローンの免責や保険金支払いに関する配慮、既存の支援制度の活用に論点を絞って検討を進めていくということが基本的考え方となっております。

具体策として、その部分については、障害認定における身体障害と認知症も含めた精神障害の取り扱いの格差、また、若年性認知症の本人・家族が直面している現状・課題も踏まえた上で、団体信用生命保険の高度障害認定基準見直しが必要であることを提言していくということになるかと思えます。ただ、その提言の内容について検討を今後していただくという形になります。

また、企業における就労継続という部分については次の章に譲りたいと思えます。

また、本人・家族への周知という部分は、先ほどの結果等も踏まえまして、どういう形で周知していくかというところもご意見をいただければというところがございます。

最後に、職場を含む社会的支援です。現状といたしまして、高次脳機能障害については就労支援制度が整いつつあるのですが、進行性の認知症については就労支援の仕組みが進んでいないところがございます。また、勤務先を退職後、直ちに介護保険サービスの利用を開始する人は少なく、多くの若年性認知症の人にとっては、サービス利用開始までの居場所がないという課題が指摘されているところがございます。

また、職場における対応としては、若年性認知症に関する正しい理解や支援に向けた取り組みが課題として認識されていない。そのため、若年性認知症の人が若年性認知症だということに気づかず、職務を怠っている等と判断されてしまうということがございます。

また、気づいたとしても、職場内で支援していくことにはやはり限界がございます。若年性認知症の人の安全確保という点で企業にノウハウがない、対応方法が分からない。企業には従業員の安全確保義務があるんですけれども、物理的な環境の整備ですとか、専門的知識を有する人材の配置が困難であるというところがございます。

また、職場で若年性認知症の可能性に気づいても、本人・家族が受容できず、早期の医療機関への受診や支援制度の利用に結びついていないということも指摘されています。

支援策につきましては、就労継続支援、就労移行支援、就労型支援ということで、就労支援にはこの3類型があると考えられますけれども、これについては、就労継続支援を中心に検討を進めていくことが重要となっております。

また、退職後の居場所ということも含めた就労支援、これは就労型支援ということになるかと思うんですけれども、それも必要になります。

職場における対応としては、早期発見や産業医との連携、また、既存制度を活用しての支援。もしもその他のものがあれば、ご意見をいただければと思います。

具体策として、早期発見といたしまして、健康診断に認知症の項目を入れるというご意見がございますけれども、これについても具体的なものが出てきておりませんので、ご意見をいただければというところです。

あと、対応力向上ということで、今、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担うことが期待されている産業医及び産業医と窓口になる企業の人事・労務担当者、理解促進及び対応力向上ということを付与していく。その「対応力」とは何かという点で、またご意見をいただければと思います。

連携体制の構築についても、産業医や専門医療機関との連携ということで、連携を促すための方策についてもご意見をいただければと思います。

退職後の居場所についてもまだ議論をしていないので、今後の検討という形になっております。

社会全体における支援としては、認知症も含めた精神疾患全般について広く普及啓発ということになりますが、これについてもどういう形でということのご意見をいただければと思います。

特に、今までの部会の中でもあったんですけれども、若年性認知症の方における「就労支援」という用語、これは先ほども就労支援という3つの形で示したんですけれども、こういったものでよいのか、用語の定義というものをしっかりしていければと。また、退職後の居場所についてもぜひ検討をしていただければというところでございます。

説明は以上でございます。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。最後の「これまでの議論のまとめ」は少し膨大ですので、後でまとめるとして、参考資料1の「医療と福祉の連携に関する東京都の

現行の政策」、それから、「第6回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめ」の「推進会議委員からの主な意見」という2つの資料について、何かご意見やコメントがあればと思います。

【小野寺副部長】 確認も含めてなんですが、参考資料1の右側の 番のところで「地域資源マップの作成(必須)」ということになっているんですけども、この辺は、ネットワーク会議をやりと手を挙げたところに対して、具体的にこういう意図でつくるとか、何かつくる場合の目的なり位置づけというのは提示されているんですか。

【松山幹事】 これについては仕組み部会のほうで、19年度、20年度とモデル事業を多摩市と練馬区、あと民間の5事業者にご協力いただいてやっておりまして、その成果を踏まえた上で、認知症の方が地域で暮らしたいというご希望が多ございましたので、それを支えるために地域でどうやっていくかということを目的に、この関係者のネットワーク会議、及びそれを支えるための地域資源マップという形で現在取り組んでいるところでございます。現在、仕組み部会では、そういったものを作成するための手引書というか、マニュアル的なものを報告する形で、今、最終的なまとめに取り組んでいるところでございます。

【小野寺副部長】 ありがとうございます。というのは、自分のほうも、多摩とか練馬で、前の職場の永田さんが中心でかかわっている話ですが、それと並行して杉並で地域資源マップのトライアルを実際にやってきて、一番大事なのは、つくっちゃっておしまいになってしまうと意味がないんですね。プロセスがやはり大事なので、マップをつくるだけでしたら、1カ月ぐらいで一部の人間でぱっとつくれちゃうんですよ。それは何も意味がないので、大事なのは、やはり地域とどうかかわるかとか、マップづくりに人をどれだけかかわらせるか。つくった後にどのようにマップを活用するのかというビジョンを、ちゃんとネットワーク会議で持ってもらおうということがきちんと示唆されていないと、本当に半月、1カ月で簡単につくれちゃいます。つくってどうするのということになるので、必須であるということであれば、これはあくまで道具であって、ネットワーク会議を運用していて、ネットワークを地域の中につくっていくんだよというのをきちっと明示する。

マニュアルをつくるのはいいんですけども、その場合には目的を明示しなさいぐらいの指針のほうが多分いいと思うんですね。変に細かくやっちゃうとそれにつくれちゃうので、そうするとつくった時点ではっきり言ってごみになってしまう。実際にトライアルを積み重ねていて、ただつくるのを目的にすると本当に失敗するんですね。ですから、つく

るプロセスを大事にして、つくった後の活用を大事にするというようなことをやっていかないと失敗するだろうと思うので、多分その辺は押さえてやっていられるだろうとは思いますが、念のためにです。活動の考えを縛っちゃうというのはどうなのかなというのがあるので、地域特性を生かすのが一番大事なので、そこが気になったものですから。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。この辺のことについて、ほかにはコメントはないですか。

【浅川委員】 委員の浅川でございます。参考資料1の右下の、「認知症サポート医・かかりつけ医の情報提供（平成17年度～）」とございまして、さっきのお話で本年度中にマップができてくるということで、「研修修了者の医療機関のリストを地域包括支援センターに配布し」とあるんですが、これをもう少し幅広く配布することが重要なと思うんですが、ほかに配布先とかはございますか。

【松山幹事】 17年度から研修を受けている方については、地域包括にそのリストを配布しているだけでした。今年度からは東京都医師会と協議をしまして、名簿の公表に同意をされた医師について、サポート医は同意を前提にして研修を受けていただいているんですが、かかりつけ医はそうになっていないので、名簿の公表を同意した方について、先ほども出ました「とうきょう認知症ナビ」で公表していくという形をとりたいと考えております。

【浅川委員】 よく若年性認知症は、家族が発見するより初期は職場で発見されることが多いので、企業向けにもこれは配布したほうがいいように思います。

【松山幹事】 それにつきましては、現在「認知症ナビ」で公表することを考えております。新たなリストの作成となると、更新等の問題も出てきますので、そこはまたご意見をいただきながら考えたいと思います。

【斎藤部会長】 今、浅川先生ご指摘の問題は、医療機関のところとか、今後の議論のまとめの中でもまた検討しなければいけないことだろうと思います。

推進会議からの申し入れについては、申し訳ございません、私が出なきゃいけないのですが、ちょっと都合がつかなくて私が急に欠席をいたしまして、いないところから出てきたご意見で、3つ目のうちの第1は、デイサービスの中で仕事のようなことをして、それに対して報酬を払うことができないかというふうなご議論であろうと思いますが、ここは若年に限ったことではないので、そういうことは可能かもしれません。

ただ、今のデイサービスを使う要介護1とか2とかいう段階になって、報酬を払う仕事

ができるかどうか。現実問題としてこれはかなり厳しいというか、そもそもデイサービスの運営がとんとんというか、非常に厳しいところが多いときに、その中で作業をしてお金を稼ぐというプログラムがどういうことをイメージしていらっしゃるのか僕はよくわからないし、この点について何か具体的な施策をこの委員会を出すというのはちょっと厳しいかなと僕は思います。私のコメントですが。

それから、就労支援ということについて、長期の就労可能性があるのは認知症の中でもごく一部であろうというのはここでも再々議論されていることで、こうした人を対象とするんだったら、高次脳機能障害の就労支援と関連づけてというのはごもっともであろうと思います。就労できるような安定した能力の欠陥のある若年認知症は高次脳機能障害と診断してもいいわけですから、これはごもっともなことであろうと思います。これまでの私どもの議論にも十分含まれていることであろうと思います。

3点目については、私どもの議論の中でも出ていることですので、それはまた後に議論をしていこうと思います。

ほかにコメントがなければ、「若年性認知症支援部会におけるこれまでの議論のまとめ」をもとにして、この部会の整理を年度末までにいたしますので、あと30分ぐらいの時間で議論をしなければいけないんですが、この部会も今日を含めてあと3回です。テーマが大きいので、今日は、「医療支援」についてはとりあえず議論を済ませて、できれば「介護・公的支援」のところに入りたい。その次のときに、後半の「家族支援」、「経済的支援」、「職場を含む社会的支援」ということを、今日資料が配付されておりますので、委員の皆さんに次回の委員会までに少しご検討いただいて、その後半をまとめて済ませて、最後のときに最終的な提言について議論するというところにさせていただきたいと思います。

最初のところで「医療支援」に限って、ただいまの説明でお気づきの点とかコメントがあれば。

2ページ目の「早期診断の妨げ」のところは、ここでは医療機関の問題だけを挙げていらっしゃるのかもしれませんが、ご家族が認知症と思わないということとか、あるいは、企業のほうが、特に前頭側頭型認知症のような病気が起こったときに、それを認知症と思わないというふうなことがあるので、一般社会の啓発というか、思いたくないという気持ちもあるのでしょうかから、大きな理由としては、 のほかに、家族や企業の認識の不足ということが挙げられるのだらうと思います。

【小野寺副部会長】 先ほどの浅川先生の情報の提供を企業へというところに絡んでく

るかと思うんですけども、ナビに載せていっていいと思うんですね。でも、ナビにどう企業の担当者にアクセスしていただくかということ、白黒のA4一枚の紙ペラでもいいんですけども、そういったものを企業にダイレクトメールのような形で、こういった問題についての詳しいのはここに載っていますから見てくださいますかみたいなことを定期的に行っていくことによって、詳しい情報は入れば見られるので、情報の入り口なりを教えるということは多分やっていかないと、開いてもらえないと思うんですね。

ですから、開いてもらって、ここにあなたたちが見るべきものとか、職員にこういう人が出て変だな、これどうしようという情報はここにありますよということを企業に年に1回でも2回でも定期的に発信していくことによって、会社で勤めている方に発症した場合には関係の担当者の方がアクセスできるような、気づくような手段というのは、やはり紙ベースでとらないと難しいのかなとは感じています。早期診断の妨げをどうしていくかというところでは。

お医者さんは来ていただかないと診断できませんから、まず周りの人ということで、企業でいえば担当者の方にどう情報提供するのかというところでは、アクセスをしてもらうようにして、ここにいろんな情報がありますというのがわかってもらうというのがいいのかなと感じております。

【斎藤部会長】 主として、「特有の課題」という2ページ、3ページのあたりでほかにコメントやご意見があれば。

【干場委員】 「早期診断の妨げ」というところで、「若年性認知症の本人・家族が自ら探すことは困難」という中身なんですけど、このところを見て、先ほどから言っているように、地元のかかりつけ医と専門医の関係、そういう部分でかかりつけ医がどこまでかわれるのか。それと専門医との関係がきちっと連携がとりにくい。

実は、ついこの間、練馬の専門医の先生とちょっと話したんですけど、この中で患者をどちらがちゃんと診ていけるのか。患者はかかりつけ医じゃなくて、どうしても専門医のほうに顔が向いちゃうんじゃないか。そういうときに、私は、その本人の情報をお互いが共有するような形で連携をとれば、意外と診断でも本人を診る関係ができるのではないかなとちょっと先生にお話をしたんですけど、要するに、かかりつけ医が研修が終わっても、ただそれで終わっちゃうというケースがすごく多いような感じをちょっと受けたんです。何かかかりつけ医と専門医の間に溝があるのかなという感じをちらっと受けたので、その辺ももう少し地域で連携がとれるような形をされるといいのではないかなと思います。

【小野寺副部会長】 前日も言ったかと思うんですが、健診をどう使うかというところで、たしか国分寺市は、65歳以上の高齢者の健診の中に自己問診制が何かで都老健か何かが出している認知症のチェックリストを配っていて、必ずそれをやるということをやっているらしいというお話を聞いたんですが、企業健診の中に自己問診なりというのを数問でも入れていって、それでひっかかるかどうかというのは何とも怪しいんですけども、自己問診制の意識を持ってもらうというようなことを東京版なりでやっていくということは可能なかどうかなのか。

メタボチェックなんかも測ったりとかをやりますし、あと、介護予防でいくと、特定高齢者云々というのを、自己診断ではないですけどチェックしていって、うつがあるか、認知症があるかというのをやっていきますよね。あれらの自己チェック版みたいなものを1枚でも入れていくというところがないと、多分働いている人を拾い上げるというのは難しいのかなと思いますし、定期的にあまり経費をかけないで毎年毎年やっていくという制度に入れていかないと、多分難しいのかなと思うんですね。イベントだけでは難しいので、毎年定期的にやられるものに組み込んでいくということが必要なのかなと思います。

【斎藤部会長】 今のご指摘は、医療に限らずほかの問題でも、情報をどうやって発信し続けるかという問題があると思います。

【林田委員】 医療に関してですと、やはり産業医の方々に研修というところちょっと大きさですけど、啓発活動みたいなものをして、今、どのくらい産業医の方々が機能しているかというのは私は詳しく知らないんですけど、そういうような仕掛けをしていってもいいんじゃないかなというふうには思います。

【浅川委員】 産業医は今、2つ重要なテーマがあって、1つはメンタルヘルスです。最近、うつによる自殺が増えているので、メンタルヘルスと、もう1つ出ているのは過剰労働です。月の残業100時間超に対しての面接指導が去年から義務化になったので、この2つに力を入れていきますけれども、今後は若年性認知症についてもメンタルヘルスの一環として研修に含めてみてはどうかということをご提案してみたいと思います。

【末延委員】 2ページの「診断後の日常生活の支援」という中で、ページとしては3ページの上のほうなんですが、「専門医療機関における医療ソーシャルワーカーの不足」ということなんですが、ここは「親切丁寧に応じることは困難である」と言い切っているんですけども、そこをどうしようかというふうにやっぱり考えていかないと家族も本人も救われないのであって、それと、在宅で支える私たちからすると、医療機関でどれだけ



親切丁寧な説明と今後のアドバイスを得られるかどうか、いい在宅生活に上手にシフトしていく一番いいきっかけになるんですね。だから、そこでやっぱり親切丁寧に時間をかけてほしいなと。いい希望、展望を持って在宅をというふうにしていただきたいので、ほかの部分でもいいんですけど、ここを何とかできる何か手はないのか。ここを考えていくということをもう少し話し合っしてほしいなというのはちょっと思いますね。

【斎藤部会長】 私もこのところは気になっていたのですが、医療ソーシャルワーカーがやっている病院もあれば、私どもの病院なんかはPSWをやっていますから、より相談については専門的なのですが、一般に診断をするような総合病院とか大学病院の相談室というのは、そもそもゆっくり相談をするための相談室じゃないんですよ。3カ月以内にいかに患者さんをさばけるかというので電話に張りついていますので、患者さんのご家族がこれからどうやって生活しましょうかとかいう話は役所へ行って聞いてくれということになってしまう。どんなに親切にやろうと思っても、医療機関、特に総合病院の医療ソーシャルワーカーには多分そんな余裕はないし、経済的裏づけがないんですよ。だから、やっぱりそれは診療報酬が何かで評価するか、あるいは認知症疾患医療センターや、幾つかの都立なり、公的な認知症の専門病棟を持つ病院でもいいですけど、少なくとも東京都の幾つかの医療機関にそういう医療にかかわって、かつ相談に乗れるPSWなり何なりを配置するということがないとだめだろうと思いますね。ちなみに、私の病院は、家族の相談はPSWと臨床心理士がやるということになっているので、2人でセットでやっていますけれども、PSWは必置ですので包括的な診療報酬の中に入っていますが、クリニカル・サイコロジストについてはゼロですから、総合病院はどこも今経営が厳しくてなかなか難しいかなと思います。

それでは、その先の「支援策」のところですね。報告書の4ページ、5ページあたりではいかがでしょうか。

先に、私が気づいているところで1つ言わせていただくと、情報提供の中に専門医療機関が迅速にアクセスできるための実用的な情報の中に専門医がいるかどうかというのを入れておいたらいいと思います。神経内科のお医者さんでも、老人科でも、精神科でも、やはり決してメジャーな分野ではないんですね。社会的には大きな評判ですけれども、決して精神科医がいれば誰でもいいという問題でもないので、認知症専門医と老年精神医学会の専門医ぐらいは既に名簿を公表していますので、そういう者がいるかどうかということを書いておく必要があるだろうと思います。

それともう1つ、そういう具体的な情報伝達で大事なものは、専門医療機関とか、かかりつけ医とか、サポート医とかいう役割の評価で、よく老年精神医学会の専門医のホームページを理事会として管理しているんですけども、そこに名前を載せて、診療時間を載せているにもかかわらず、診療していない医者というのがいるんですよ。患者さんがそれを見て、だめだったじゃないかという苦情が学会に来て、そういうときには本人に釈明を求めるか、削除するかをしていますけれども、サポート医やかかりつけ医の中にもやっぱり温度差があって、患者さんが見えたときのために能力はつけておきたいけど、公表してそういう患者さんに集まれるのは困ると思っていらっしゃる先生と、積極的にかかわろうと思っていらっしゃる先生と、いろいろだろうと思うのです。

それは医師会との関係とか、学会との関係があるでしょうが、医療機関に限らずこの次の福祉機関もそうですけれども、時々モニターをして、家族会か何かやってもいいですよ、星3つとか、2つ半とか、何か評価がないとね。よくお役所でもらうケアマネのリストみたいにずらっと書いてあって、これをどうやって選べばいいのさということになってしまうので、役所がやりにくければ、それこそNPOみたいなところがやればいいわけで、やはり情報を生きたものにしないと、ご家族は「ああ、助かった」という感じがしないんじゃないかなと思うんですけどね。

【小野寺副部会長】 5ページ目の「医療と福祉を繋ぐシステムの構築」はネットワークということですよ。「ネットワーク」というのが出てきているんですけども、具体的には人材交流だと思うんですね。人と人がつながっていくというときに、場所、時間を設定して、具体的に集まってください、こういうテーマで話し合おうということをやっていくというのが具体的な内容だと思うんですが、ただ、現状はみんな忙しいので、それができるかどうか。やれというクレームがいっぱい出るかとは思いますが、ただ、やらないとネットワークはできないと思うんですね。

そういった意味では、具体的に立ち上げとかには行政が音頭をとりあえずは取って行って、ゆくゆくはサポートに回って当事者で動いてもらってもいいかと思うんですが、そういう具体的な立ち上げ事業で、あとは義務的な形である程度縛ってやらないと、多分ネットワークとか連携というのは無理だと思うんですね。

忙しいとかなんとか、メリットがないとか、いろいろ理由をつける。構築をすれば、音頭を取ってやっていくから参加しなさいみたいな、将来的には自主活動でもいいからやったださいよみたいな目星をつけて展開をするようなものをばんと出していかない

と、多分ネットワークはいつまでたってもできないだろうと思いますので、どこまで踏み込んだものを書くのか。できればやっていただきたいとは思いますが。

【斎藤部会長】 今、うまくネットワークが機能している市区町村を見ると、結局1人、2人非常に熱心な医師なり、あるいは行政の人がいて、その人が引っ張るんですね。やはりそういう人がいないとネットワークはできないので、今のご提案は結構大事なところかというか、各区でやってくれればいいわけですから、うちにはもうありますというところはいいけれど、そもそも医師会で地元で仕事をしていらっしゃる先生と、そういう地域の中核になっている大きい病院の医師と、医者同士だから交流が深いだろうと言われれば、そういうわけでもないんですね。

ましてや、その周りの福祉の機関とかということになると、お互いに面倒くさいのがあって、時にこれは病院の問題だ、いや、これは福祉の問題だと言い合うのがせいぜいみたいな関係しかないところだってあるわけだから、提言をする場合には、市区町村が何かそういうイニシアチブをとってモデルを示して、こういう機関に声をかけて、連携の手伝いをしろというぐらい踏み込まないとだめですかね。

【干場委員】 今の連携については、前のこの会でも最初に話したと思うんですけど、北海道の砂川の市立病院のケースがすばらしいモデルになると思うんです。さっき話した練馬区でも、今言ったように、ものすごく忙しくて大変だとみんな言う。でも、誰かが手を挙げてやらないとこういうシステムはできないので、ぜひやってほしいと。そういう部分では都のほうリーダーシップをとって、各区の中で専門医のリーダーシップをまず1人見つけて、その中でサポートをする、こういう連携をとるようなシステムをつくってもらえば、決してできないことではないと思います。

【事務局】 1点ご意見を聞いてみたいと思うところなんですけれども、参考資料1の「認知症地域支援ネットワーク事業」というのが、区市町村にネットワーク会議を立ち上げてもらう仕掛けの1つとして、東京都はそれをもくろんでつくったものになっています。メンバーは任意で選定できるので、もしかしたら区市町村によっては福祉だけでやっているネットワークをつくるかもしれないんですけども、モデル区市の地域においては、多摩市が専門医、かかりつけ医も入れたネットワークというのをつくりました。

あと、小野寺先生から地域資源マップの趣旨をよく確認しないといけないという話がありました。この点について補足ですが、モデル区市として実施した練馬区、多摩市の両方で、地域資源マップは、マップそのものを役立ててもらおうという趣旨ももちろんあるんで

すけれども、そのマップに自分が地域資源として載るんだという自覚をしてもらい、地域資源としての役割を果たしてもらおうという、ネットワークをつくるという趣旨もあってやっているものです。両区市のマップには医療機関が載っています。

こういったものではまだ足りないというか、これではうまくいかないんじゃないか、これとは何か別のイメージがあってしかるべきんじゃないかというところなのか。その辺についてもうちょっとご意見をいただきたいと思います。

【斎藤部会長】 似たようなものを幾つもつくってもしょうがないので、ごめんなさい、僕もこれが頭から滑り落ちていました。僕の頭の中では、こういうものをつくれればよい、それに医療機関をやっぱり少し積極的に引き出さないとだめですよ。

【小野寺副部会長】 マップの関係でいくと、マップって一つつくっておしまいじゃないんですよ、実は。医療機関関係等でやっちゃうと、それでつくられるんですね。ただ、その地域のネットワーク会議で議論がされていったときに、求めるニーズとか資源というのはまた違ってくるということになるんです。そうすると、医療が入っているマップにまた違うのを入れるとごちゃごちゃになって使いづらいとか、情報が整理されないとすると、切り分けて2枚目、3枚目のマップというのは、マップを展開しているいろいろ出てくるんですね。

そうすると、あまりネットワーク会議を生かすときにマップにこだわらないほうがいいと思う。ですから、ネットワーク会議のところで医療と福祉をつなげるとか、医療がまず第1に認知症のためにはどういうネットワークをつくっていったら、その地域では効果的になるのかということを考えてもらう。ですから、マップにこだわり過ぎてそれを全部ぶち込むと、結局わからないものになっちゃうんです。一番いいのはやっぱり絞り込む。

例えば全国のこういうのを見ていくと、高齢者の外出支援ということでトイレに絞っているマップとかがあるんですね。杉並のほうでつくってもらったのは、ひとり暮らし高齢者の方々が使える宅配をしてくれるお店だけに絞ってやった。やはり情報が絞られたほうがわかりいいんです。そうすると、ネットワーク会議でいろんな事業を検討していくわけですから、焦点を絞って、第一優先というのは地域によって違うでしょうけれども、どんどんとそれで検討していただいて、それがマップにつながればマップに落としていてもいいと思うんですけれども、医療・福祉の連携、ネットワークというのは、それ1つで地域に有効なものを考えてもらったほうがいいのかなというふうには思います。

【林田委員】 今、小野寺委員が言われたみたいに、マップとごっちゃにしてしまうと

というのは本当にそうだと思って、例えばネットワーク会議のほうで、どういうネットワークができたかということの実践の報告会ぐらいからスタートしていただくだけでも動き出せると思うんですよね。

例えば私の身の回りからいくと、グループホームとか、在宅とかで認知症状態の方がどうやって生活を続けていって、どういうふうな亡くなり方をしていくのかというのは、地元のドクターたちと訪問看護の方たちが一緒にそれこそネットワークをつくってなし遂げていくということになるので、そういう題材で集まって議論をしていく場と、それを大きな意味でのネットワーク事業の中の1個に入れていくというふうに分けて、それぞれを高めるといいますかね。

全部をごっちゃにしてしまうと、マップが今言われたように全部が入っていて、結局何に焦点が絞られているかわからないようなマップになっていくので、マップはマップとして、ここでの会議の内容とかをもう少し具体化していったりすると、実効性の高いものになるのではないかなと思って話を聞いていましたけど。具体例は、例えば看取りとか、そういうふうな重度疾患が発症した場合の対応とかというふう到一个一個テーマを絞っていったって、従か主かというふうにやっていたら、この事業の厚みがより出るんじゃないかなというふうにはちょっと思いました。

【斎藤部会長】 このネットワーク事業は、必ずしもマップをつくることだけが目的なんじゃなくて、ネットワーク事業の中にマップの作成があるということですし、そのマップを作成するために医療や福祉の連携が図られなければならないというのは当然のことですので、「医療と福祉を繋ぐシステムの構築」という我々の議論の推移の5ページにあることは、参考資料の1の認知症地域支援ネットワーク事業の中に落とし込んでいくというか、もし若年認知症について特別のことがあれば、それを落とし込んでいくように要望するというところでよろしいのかなと思います。

あとは、この辺についてはいかがでしょうか。精神科夜間休日救急診療事業の見直しをしていらっしゃるのだとすれば、やはり後方支援病院の中に認知症対応のできる病院を加えるということが大事だろうと思いますね。現状では、身体疾患の急性期を脱した患者は幾つかの後方支援病院に自動的に送るのですが、都立病院で受けたケースを翌日送る。そうしないと保護室があかないので、1晩に3人、4人緊急入院させるけれども、翌朝は別の病院に送っているんです。

そのときに、認知症の患者さんとか、あるいは若年認知症の患者さんをそれなりの病院

に送らないと、精神科の病院にただ送ればよいということになると、特に救急から送られてくる患者さんの処遇というのは大抵急性病棟ということになりますので、統合失調症の患者さんの中に認知症の患者さんがぽかんと入ることになると、これは若年認知症だけでなく、老年期の認知症でも非常に大きな問題が起こるので、もし意見を述べるとすればそういうことでしょうか、むしろ親部会で言ってもらったほうがよいのかもしれないと思います。

介護のほうまで少し入りたいと思いましたが、時間が厳しくなっていましたので、それでは、医療のところについては本日の議論を少しまたまとめて整理をさせていただきたいと思います。あとは、各委員の先生方には、次回少し頑張って IV の「介護・公的支援」のところから VII の「職場を含む社会的支援」まで検討ができるように、少し本日の資料に目を通してお考えをまとめていただいて、場合によっては事務局のほうに事前にお寄せいただいて、それをまた各委員の先生方に回して考えていただくという方針で、最終的な報告書をまとめたいと思います。

それでは、あと 10 分ほどになりましたので、事務局のほうで事務連絡を。

【松山幹事】 確認ですけれども、本日お配りした資料につきましては、席上配付のもの除いてすべて公開とさせていただきます。また、議事録につきましては、前回同様、委員の皆様にも事前にご確認いただいた上で公開とさせていただきます。

次に、次回の日程についてですけれども、次回の部会は 12 月上旬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、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、改めてご連絡をさせていただきますので、次回もよろしくお願ひしたいと思います。事務局からは以上です。

【斎藤部会長】 どうもありがとうございました。

それでは、本日の会議をこれで終了させていただきます。ご苦労さまでした。

了