

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会（第7回）

平成21年12月9日（水）

【松山幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただいまより東京都認知症対策推進会議第7回若年性認知症支援部会を開催いたします。

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

続いて、本日の委員の出席状況についてお知らせいたします。本日、所用により欠席のご連絡をいただいているのは、浅川委員、末延委員、鈴木委員でございます。また、中村幹事が所用によりまして途中で退席をさせていただきます。

事務局からは以上でございます。それでは、斎藤部会長、よろしく願いいたします。

【斎藤部会長】 各委員には事前に報告書の素案をご確認いただき、いろいろご意見をいただきまして、ありがとうございました。これから席上配付の資料の確認をお願いして、さらに、この間お寄せいただいた意見に基づく議論を深めていきたいと思っております。

では、お願いします。

【松山幹事】 まず、資料の確認をさせていただきます。お手元には、本日の次第、それから資料1といたしまして、親会議であります「第7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「若年性認知症支援部会報告書骨子案」、参考資料1といたしまして「仕組み部会における検討状況」、参考資料2といたしまして、東京都地方精神保健福祉審議会（中間のまとめ）の概要でございます。

また、席上配布資料1として「素案」、これは10月30日付で各委員にお送りしたものと一緒でございます。席上配布資料2といたしまして、素案に対して各委員から出された事項の一覧、席上配布3といたしまして、「要検討」のままの項目の取り扱いについてのまとめ、4として「若年性認知症における「就労」」、5といたしまして、前回小野寺委員からご紹介がありました国分寺市の「生活機能評価」受診票。これにつきましては、後ほど席上配布資料3のところに出てくるところでございます。

お手元に、12月20日に東京都が開催する地域ケアシンポジウム「がんばらない介護」のチラシがございます。ご関心がある方がいらっしゃいましたら、ぜひともご参加いただければと思います。

以上でございます。

【斎藤部会長】 それでは、議論に入ってまいります。きょうは18時50分までの時間をかけて、今お配りしている「若年性認知症の人と家族に必要な支援策について」という議論を進めてまいります。

最初に、事務局のほうからお配りしている資料の概略をご説明いただいて、その間に委員の先生方には資料に目を通していただき、その後に議論に入ってまいりたいと思います。よろしく願いいたします。

【松山幹事】 まず、資料1から説明させていただきます。資料1は「第7回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめ」でございます。

ここで、推進会議の委員から出た、この部会に対する主な意見をご紹介します。

まず1点目といたしまして、ケアマネジャーや介護職員の中にも、若年性認知症についてより深く学びたいという方が多いので、シンポジウムや講演会の機会がもう少しあるといいというご意見です。

次に、若年性認知症に特有の課題として、やはり経済的支援の問題が最も切実な問題と考えるということで、この問題の解決が若年性認知症の本人・家族を取り巻く状況の改善につながるのではないかとこのところではあります。

推進会議には、斎藤部会長にご出席いただいておりますので、ローンの問題につきましては、ローンが免責される高度障害として若年性認知症が認定されることは極めて難しい状況であると。一方で、保険会社が高度障害認定基準を変更し、若年性認知症を高度障害として認定することになると給付範囲が拡大するため、必然的に保険料にも反映されることになる。ただ、部会として、認定基準変更の必要性を社会に向けて提言することは必要だと考えているというご発言をいただいたところでございます。

次に、他の委員から、就労は困難であるが、家族や地域のサポートで、地域で生活を継続している若年性認知症の方がいらっしゃるが、福祉サービスの利用に至らず、次第に社会の片隅に追いやられているという印象を受けるとのご意見をいただきました。

また、年金などのさまざまな支援制度の情報が本人・ご家族に十分に行き渡っていないと考えられるので、相談窓口や医療機関で情報を提供し、利用可能な支援制度を利用するだけでも状況が改善するのではないかとこのところではあります。ここでも情報格差の解消が必要であるということ部会長からお答えいただいたところでございます。

資料1については以上でございます。

続きまして、参考資料1についてご説明をさせていただきます。現在、親会議の下に若年性認知症支援部会と仕組み部会、この2つの部会を設置し、それぞれ検討項目に沿って検討を進めておりますが、この資料は仕組み部会での検討状況ということでございます。

現在、仕組み部会では、認知症の人と家族に対する「面的」仕組みづくりの具体化ということで手引書の作成を進めているところでございます。下のほうに「手引書」の概要とありますが、その第2部の中で、「地域で安心して暮らせるまちづくりの進め方」の各論の第6章のところ「家族会の育成支援」という項目が出てまいります。

主な内容といたしましては、家族会の意義、効果、立ち上げ支援・運営のポイント、地域資源として期待する役割等の内容で述べられるということになっておりまして、その中でも、家族会の立ち上げ支援・運営の具体的方法について、ボランティアの方、行政、専門職の方、それぞれのかかわり方のポイントについて今回手引書の形でまとめようということをやっているところでございます。また、「家族会の育成支援」に関しましては、東京都の高齢包括補助制度があり、これは区市町村を通じた補助ですけれども、そのような形で補助をできる仕組みもありますので、そのことについてもご紹介をしたいと考えております。

続きまして、参考資料2につきまして、中村課長から説明をさせていただきます。

【中村幹事】 それでは、参考資料2ということで、知事の附属機関でございます東京都地方精神保健福祉審議会から11月6日に「中間のまとめ」ということで意見をいただいているところでございまして、これはプレスにつけた概要版でございますが、それに沿ってポイントだけご説明をさせていただきます。

「はじめに」というところに入れておりますが、今回、特に精神保健等については入院から地域へということで、精神障害者を地域で支えるためにはどのような形で医療提供体制等を整備していったらいいかという趣旨で審議会を6月に立ち上げております。

1のところの最初にありますが、新たに委員を選任しまして、精神科地域医療部会のほうは、地域における医療提供体制のあり方について審議する場、精神科救急医療部会については、精神科救急医療についてと今後のあるべき姿についてというような中身で検討をしているところでございます。

2番で「背景」、3番で「精神科医療の現状」という形で入れておりますが、ポイントだけ言いますと、2ページをご覧いただきたいんですけども、特に関係するかなという

ところは、4番の「精神科救急・身体合併症医療の状況」に精神科救急の現状を入れております。1点目に入っておりますが、夜間休日に精神科救急医療情報センターで救急の要望等を受けた中で、そこで精神科医等がトリアージによって救急につなげているという形でございます。

2点目に入れておりますのは、初期救急については毎日3医療機関が担当、二次救急は休日夜間2医療機関が3床を確保してやっているところでございますが、ここに入っておりますが、なかなか初期救急では時間外で医療につなげなかったケースとか、二次救急については3床確保していますけれども、病床を上回るようなケースがあったという課題があります。

1つ飛ばしまして、合併症の関係でございますが、精神科病院入院中の患者さんが身体疾患に罹患して専門的な治療を必要とする場合等に対応するために、身体合併症医療も実施しているところでございます。

その下に入っているのは、実はこれは東京消防庁からの話ですけれども、消防庁の救急出動で約5,600件、総件数の大体8.5%ぐらいがいわゆる精神科系の疾患と考えられるということで、消防庁の救急を経由してですと、受け入れ病院を選ぶまでにかなり時間がかかる現状があるというところでございます。

ここで現状を整理した後、課題という形でまた整理をさせていただいております。飛ばして申し訳ございませんが、若干関係があるところでは、3ページの3番目の「相談体制及び医療提供体制」というところに入っております。その3つ目の「 」ですが、精神科の医療機関というのはかなり診療所等もあって増えてきているんですけれども、それぞれの医療機関がどういう疾病を対象にどういう診療内容に対応できるか等々について、都民にわかりやすく提供されているとは言えない現状があるという形で課題を整理させていただいております。

その後、今度は救急医療等の課題というところで、先ほど言いましたように、必ずしも医療機関に適切につながっていないということがございます。それを受けまして、4ページの6番でございますが、「課題解決に向けた取組の方向性」という形で、実はこの審議会も21年度から23年度まで3カ年にわたって審議を予定しておりますが、この副題にございますように、「早期に取り組むべき施策」ということで3点の意見をいただいているという形になっております。

これは、4ページの2番に「早期に取り組むべき施策」とありますが、1点は、受診し

やすい精神科医療提供体制、医療中断を防ぐための仕組みづくりに向け、モデル地域を選定しまして、その地域での精神科医療ネットワークを構築するべきというご意見が1点でございます。

2点目は、5ページのほうに入りますが、医療中断や未治療などによる困難事例へのタイムリーな介入や、地域で対応する人材育成の強化に向けまして、訪問型支援 よくアウトリーチと言っておりますが、アウトリーチ支援を精神保健福祉センターで実施すべきだというのが2点目の提言でございます。

3点目は、精神科救急医療情報センターについての機能強化を図っていくべきであるというご意見でございます。

この3点について中間のまとめが出されましたので、私どもも、早期に取り組むべき3点について今後具体的にどういう形でやっていったらいいかということを検討しているところでございます。

なお、3番の「今後議論を深めるべき事項」というところに入れておりますが、例えば3点目ですが、精神科救急医療情報センター等で具体的にどういう形でやっていけばいいのか。また、その下にございますが、精神科の初期救急、二次救急、緊急措置、身体合併症救急医療等のあり方についても、今後引き続き検討していくところでございます。

あと、「その他」というところに例示で入れておりますが、発症の早期発見と医療にかなげるための介入とか、最近では、うつ、発達障害等も非常に話題になっているので、そういう対応とか、一般救急で取り扱われる精神科系の疾患に対応した総合的な救急医療体制等について、今後きちっと議論を深めていただきたいというような中間のまとめでございます。

雑駁ですが、以上でございます。

【斎藤部会長】 では、引き続き本日の議論に使います資料について松山課長から説明をお願いします。

【松山幹事】 それでは、席上配布1と席上配布2の資料を使ってご説明させていただきます。

席上配布2の資料を主に見ていただければと思います。席上配布2は、席上配布1を各委員に事前にお送りしたところ寄せられた意見でございますので、席上配布2の順番に従いましてご説明させていただきます。

まず、全体に対してのご意見ですけれども、「報告書の読み手が誰か、ということ念

頭に置いて取りまとめをすることが必要であり、目的や内容が具体的かつわかりやすく伝わる文章であることが必要」というご意見をいただいております。これに対しましては、誰のための報告書かという視点から、若年性認知症支援部会の取りまとめの方向性を再構築いたしまして、修正案にございますように、「社会全体で、高齢者とは異なる若年性認知症に特有の課題の本質について正しく理解を共有し、各分野において取り組むべき課題を明らかにすることにより、若年性認知症の本人・家族支援を充実する。」という修正案を考えているところでございます。

次に、の「医療支援」の部分、ページは5ページでございます。「重症時・緊急時に利用可能な既存の制度」の4つ目の「」でございますが、身体拘束が行われているかどうか、事実関係について精査が必要であるということで、削除してほしいというご意見が寄せられました。これにつきましては、趣旨を踏まえて修正いたしまして、「身体合併症の治療を行う医療機関やその後搬送された医療機関におけるケアについて、認知症患者の人権に対する配慮に不安を訴える声があり、精査が必要である。」と修正したいと考えております。

次に、同じページの「」の5と6のところでございますが、これについてもやはり事実関係について調査することが必要であるが、現状ではそのような調査を行っていないということで、修正のご意見をいただいております。5と6については、6を削除いたしまして、5の部分につきましては、「東京都は国内の他地域と比較して例外的に医療機関が豊富に存在している。しかし、若年性認知症の本人・家族や福祉関係者の間では、専門医療や救急医療を必要としている時に速やかに医療の提供を受けられないと感じられている。このような実態と認識の不一致について検証する必要がある。」と修正をさせていただきたいと思っております。

次に、7ページの「診断後の日常生活の支援」については、地域包括支援センターに配置する「認知症連携担当者」の積極的活用を入れてほしいというご意見がございました。その趣旨を生かしまして、「区市町村が地域包括支援センターに配置する「認知症連携担当者」が積極的役割を果たすことが期待される。」を追記いたします。

次に、同じくの部分で2つ目の「」ですけれども、「連携することについての合意形成」を「連携することについての合意形成への支援」へ、また、「多職種関係者の交流」を「多職種関係者の経験交流」への修正意見をいただいておりますので、これはご意見どおりに修正をさせていただきたいと考えます。

次に、8ページ目の「重症時・緊急時の対応」の1つ目の「 」について、具体策の部分の「老人性認知症専門医療事業の活用」を削除してほしいというご意見をいただきました。その理由といたしましては、若年性認知症の場合は特に入院を拒否されるケースが多いので、当事業の活用は現実的ではないというご意見です。これについては、1つ目の「 」と4つ目の「 」を結合させていただきまして、「重症化した時や救急対応が必要な場合に、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既存の制度が十分に機能しているかを検証し、改善のための対策を講じることが求められる。」と修正させていただければと思います。

次に、同じく の3つ目の「 」について、対応力向上を図る対象者の部分から「東京都精神科救急医療情報センター相談員・通報連絡員」を削除してほしいと。この理由は、「通報連絡員」は老人性認知症専門医療事業や精神科救急には関与していないということで、そういうご要望がございました。その趣旨を踏まえまして、「保健師等や精神科夜間休日救急診療事業の窓口になる精神科救急医療情報センター相談員の対応力向上を図ることが必要である。」と修正をさせていただければと思います。

次に、IVの「介護・公的支援」につきまして、9ページ目の「現状・特有の課題」の部分で、「相談」の1つ目の「 」ですけれども、これは前回ご議論いただきましたように、現状では区市町村に若年性認知症の総合相談窓口が設置されていないこと。行政組織は縦割りになりがちであるため、所管外の制度については精通していないケースが多いということを踏まえ、根本的問題として現行窓口では若年性認知症への対応が困難であるということを明記したほうがよいというご意見をいただきました。この趣旨を踏まえまして、「行政組織は法に規定する制度ごとに相談窓口が設置されるため、現状では「(若年性)認知症の総合相談窓口」は設置されていないし、また、所管外の制度については精通していない。このため、現行窓口では若年性認知症への対応が困難である。」という形に修正をさせていただきたいと思います。

次に、「支援策」の「相談」の部分ですけれども、これも、窓口の職員やケアマネジャー等、各々が有する機能を充実させるために具体的な対策をとることが必要というご意見をいただきました。それを踏まえまして、記述を追加させていただいております。「本人・家族の多様な個別ニーズに柔軟に応えられる相談体制を整備することが必要である。」、「そこで、認知症の一般相談窓口の対応力を高めて若年性認知症の相談にも対応することを基本とする。」、「また、各々の有する機能の充実を図るため、さらに具体的な対策を講

じることが必要である。」という形で修正案を作成しております。

次に、同じ11ページの「支援策」につきまして、対応力向上を図る対象として「地域包括支援センター」を明記してほしいというところでございますが、「区市町村の相談窓口」には地域包括支援センターも含まれておりますので、ここは原案どおりとさせていただきます。

次に、11ページの「支援策」の部分で、「相談」の「具体策」及び3番の「その他検討の必要な事項」につきましては、コーディネーターを育成して、コーディネーターが各支援機関の連携を図って、行く行くは地域包括の主任ケアマネジャーもコーディネーターの役割を担えるようになることが望ましい。また、若年性認知症コールセンターを東京都に設置し、上記専門研修の実施や主幹コーディネーターの役割を担うべきではないかというご意見をいただいております。これについては、認知症連携担当者との関連も含めまして、本日部会のほうで検討していただければと思います。

また、12ページの「支援策」の「ケアの現場」の部分は、病状に応じた対応ですとか、若年性と高齢者のアセスメントの相違を踏まえた対応ができること、個別性を重視した対応ができることを追加してほしいというご意見が寄せられております。この部分についても本日ご議論いただければと思います。

次に、Vの「家族支援」は、14ページと15ページの2つにまたがる「情報提供」の部分について、ポスターの作成、窓口や施設への配布、テレビCM等インパクトのある手法での周知という修正を寄せられております。ただ、それにつきましては、こちらの修正案として、「パンフレットの作成・配布のみでは広報効果は限定的であることから、その他の継続的な広報手法も併せて講じることが必要」という文言に修正させていただければと思います。

14ページの「情報提供」の具体的な情報の種類の部分で、情報を追加してほしいということで、若年性認知症の受け入れが可能な介護保険施設・グループホームの情報、若年性認知症の人が利用可能な介護保険サービス以外のサービスを提供している施設・事業所の情報というご意見をいただきました。これについては現在、「WAM-NET」や「とうきょう福祉ナビゲーション」で若年性認知症の受け入れが可能な介護保険施設の検索は可能ですけれども、若年性認知症の受け入れが可能な施設だけを検索するということが現状ではできないものですから、そういうことができればよいというご意見でございます。これについても本日ご検討願えればと思いますが、1番の若年性認知症の受け入れ可能な

施設につきましては、既存制度の周知を図り、活用を図るべきだというふうには考えているところでございます。

次に、15ページの「家族の心身の負担」の部分についても、追記ということで、区市町村による家族会の育成支援ということでございます。これについては先ほど仕組み部会でご紹介もさせていただきましたので、修正案といたしましては、「区市町村が家族会の育成を支援することが必要」というところで、仕組み部会の家族会の育成支援について触れるという形でまとめさせていただければと思います。

次に、章立ての「職場を含む社会的支援」については、就労のあり方について、以下、20、21、22ページにご意見をいただいているところでございます。言葉の定義の問題がいろいろ出てまいりますので、席上配布資料4をご覧くださいたいんですけども、事務局で若年性認知症における「就労」を定義させていただければと思って、案を作成させていただきました。

まず、1番といたしまして「就労継続支援」という形でございます。この定義といたしまして、「認知症の発症による認知機能の低下は認められるけれども、周囲の理解や配慮があれば就労継続が可能な人に対し、現在勤めている企業等での就労を本人の就労意欲及び能力に応じて可能な限度まで継続するために必要な支援」という形で考えているものでございます。

内容といたしましては、職場環境の調整ですとか業務の見直し、人事労務管理制度の活用、また、精神障害者保健福祉手帳の取得による法定雇用への算定という内容が考えられます。「生活基盤の確保」という観点からは、就労継続でございますので、賃金等が支給されるため生活維持が可能であるということと、この部分では、就労継続だけでなく、その後、退職後のソフトランディングまで視野に入れた支援が必要と考えているところでございます。あと、ここで「本人の居場所」というところが出てきますが、これは企業等において雇用される間は居場所が確保されているところでございます。

2といたしまして、「就労移行支援」という類型を考えています。これについては、「認知症の進行に伴い、現在勤めている企業等での就労継続が困難となった人に、本人の就労意欲・社会参加に応えるため、本人がこれまで養ってきた経験や能力に応じた新たな就労の場の提供を行う」という形の支援でございます。この支援内容といたしましては、ご意見でも出ておりますジョブコーチの活用が考えられるかと思えます。

ただ、これについては、対象者が認知症であっても症状の進行が極めて緩やかな方に限

定されるのではないか。また、対象者については高次脳機能障害の就労支援の枠組みが活用できるかと思われます。ただ、この場でもご議論いただいておりますけれども、営利企業に対し居場所の確保を求めることは適切ではないということになるかと思います。

3番目が「就労型支援」という類型でございます。これは「認知症の進行に伴う認知機能等の著しい低下に起因して就労が困難となった人に対し、本人の就労意欲・社会参加意欲に応えるために、社会参加活動の機会の提供等を行う」という類型でございます。支援内容といたしまして、障害者自立支援法による就労継続支援事業とか、地域生活支援事業がございますので、その部分であるとか、介護保険法のデイサービスに該当することになるかと思えます。これは生活基盤の確保という点ではなかなか難しいものになります。ただ、介護保険サービス等において提供されますので、本人の居場所ということではある程度は確保できるというものでございます。

いろいろご意見をいただいているところでございますけれども、事務局としてはこのような形で整理をさせていただければと考えております。ですので、についていただいた意見につきましては今のものを参考に、特に用語の問題ですとか、ジョブコーチの活用の部分については部会で検討していただければと思えます。

また、「現在の社会構造の変換の必要性を、政策的に提言」ですが、これは少しスケールの大きな話になりますので、もし盛り込むとすればどういう形かをご検討いただければと思えます。

「居場所」につきましては、今ご説明した部分を求めまして、21ページの2の「居場所」については追記という形で、「退職後の居場所へのソフトランディングが可能な仕組みを構築することが必要」ということを追記させていただければと思えます。

また、次の部分につきましても、「障害福祉サービスによる福祉的就労や介護保険サービスでの生産活動・経済的支援制度等、既存制度の積極的活用による段階的移行を図ることが必要。なお、その際には、本人が有する意欲・能力を最大限に引き出せるよう配慮することが不可欠」という形で修正をさせていただければと思えます。

就労の類型については今ご説明したとおりでございます。その他「就労」の定義ですとか、若年性における「一般就労」という考え方をどのように捉えるかとか、家族の協力、サポーター（ボランティア）を募集し、本人の趣味を生かした能力の活性化を図るという部分については、あわせて本日ご議論いただければというところでございます。

これが素案についていただいたご意見を取りまとめた資料でございますので、次に、席上

配布資料3についてです。これは、席上配布資料1の素案の中での「要検討」箇所について、提案がなかったものについて事務局で考えたものでございます。

まず、「医療支援」の部分ですけれども、6ページ目の「早期診断」、「啓発の内容」の部分についての対応といたしましては、若年性認知症に関する基本知識、本人・家族が直面する課題、本人・家族が利用可能な介護・福祉・経済支援・就労支援等に関する制度とその相談窓口を啓発の内容とさせていただければということでございます。

次に、「情報提供」の部分で情報の種類ですけれども、現在、中部総合精神保健福祉センターのホームページで公表中のものですが、老人性認知症専門病棟別の入院待ちの状況を追加させていただければと思います。

「情報提供手法」の部分についても、「区市町村等相談窓口職員やケアマネジャーに対し「とうきょう認知症ナビ」等の情報源やその活用方法を周知し、本人・家族へ情報が提供されるようにすることも必要」という形の記述をさせていただければと思います。

同じく7ページの「かかりつけ医・認知症サポート医の活用」の部分で「対応力」については、若年性認知症に関する基本的な知識を有すること。若年性認知症の可能性に気づき、診断・治療の可能な医療機関を紹介できること。若年性認知症の本人・家族からの相談に応じ、診断後の生活に必要な情報の提供や地域の福祉サービスの紹介・連携など、日常生活を支援できることという形にさせていただければと思います。

8ページの「その他検討が必要な事項」の「老人性認知症専門医療事業の機能検証」の部分については、当部会では機能検証を行わず、事業の利用者数・利用者数に占める若年性認知症の人の割合・入退院までに要した日数等の調査など、運用実態の検証が必要であることを提言したいと考えております。

次に、11ページですけれども、IVの「介護・公的支援」の「支援策」の「相談」の部分の「対応力」については、「若年性認知症本人・家族の生活の維持向上に資する多くの情報を有しており、自ら相談相手のニーズを引き出し、それに応じた適切な提案・説明ができること」にしたいと思います。

次に、「対応力向上を図るための具体的方策」につきましては、「とうきょう認知症ナビ」のコンテンツを充実するとともに周知を図り、活用を促す。ケアマネジャー・地域包括支援センター職員等を対象とした既存の研修カリキュラムへの追加。内容といたしましては、到達目標（対応力の向上）ですとか、基本的知識、利用可能な制度・窓口等を追加したいと考えております。

次に、12ページの「ケアの現場」での「対応力」という部分については、病状に応じた対応ができること。若年者と高齢者のアセスメントの相違を踏まえた対応ができること。個別性を重視した対応ができること。これは、先ほどご紹介しました、委員から事前にいただいた意見から取らせていただいたものでございます。

次に、この部分の「対応力向上を図るための具体的方策」といたしまして、現に若年性認知症の人を受け入れている施設・事業所によるノウハウの提供・指導。都の若年性認知症支援モデル事業の成果の発信・普及。介護事業所・施設の職員を対象とした既存の研修カリキュラムへの追加として、若年性認知症ケアのコツ、ポイント等を追記したいと考えております。

また、「既存制度の周知を図る方策」といたしましては、既存研修やシンポジウム等の機会を活用して周知していくという形にさせていただければと思います。

「その他検討が必要な事項」で「各支援制度間の円滑な連携」についても、いただいた意見からとりまして、専門研修の実施により「コーディネーター」を育成し、「コーディネーター」が連携の推進役となるというふうにさせていただければと思います。

Vの「家族支援」のところでは、「情報提供」で望ましい情報の種類、これは14ページになりますけれども、先ほどから申しておりますように、認知症ナビに「WAM - NET」や「とうきょう福祉ナビゲーション」へのリンクを貼って、そこをご利用いただければと思います。

また、「相談体制」の「対応力」ですけれども、「若年性認知症本人・家族の生活の維持向上に資する多くの情報を有しており、自ら相談相手のニーズを引き出し、それに応じた適切な提案・説明をできること」とさせていただければと思います。

その「対応力向上を図るための具体的方策」としては、ケアマネジャー・地域包括支援センター職員等を対象とした既存の研修カリキュラムへの項目の追加、都の若年性認知症支援モデル事業の成果の発信・普及、「とうきょう認知症ナビ」のコンテンツの充実を図り、周知・活用を促すという形にさせていただければと思います。

「その他」の部分、また「家族の心身の負担」の「具体策」の「その他」の部分ですけれども、これも特にご意見がなかったもので、事務局としましても特に触れるところはございませんでした。

席上配布3の2ページ目に進みまして、「家族支援」の15ページですけれども、3の「パンフレットの発行」については、パンフレットの発行は東京都で行い、内容としては、

若年性認知症の基本的知識や利用可能な支援制度、相談窓口の案内等の内容にしたいと思  
います。家族支援のカウンセリング体制についてはこちらでも案がないので、部会におい  
て検討をしていただければと思います。

次に、VIの「経済的支援」でございますが、「利用可能な経済的制度の周知方法」とし  
ては、ここも繰り返しになりますけれども、ケアマネジャー・地域包括支援センター職員  
等が対象の既存研修のカリキュラムへの追加。これらに都民を加えたシンポジウム等での  
周知、「とうきょう認知症ナビ」のコンテンツに追加して周知をしていくというところで  
ございます。

「その他検討が必要な事項」は特にご意見がなかったので、なしにしたいと思  
います。

次に、の「職場を含む社会的支援」ですけれども、「退職後の居場所」につきまして  
は、「退職後の居場所」という記述を「空白期間の居場所」に変更させていただければと  
思います。退職後、介護保険サービスの利用を開始するまでの期間が「空白期間」という  
ことになりますので、この現状につきまして、若年性専門のデイサービスや社会参加の場  
を提供している事業所の存在ですとか、都の若年性認知症支援モデル事業について等を記  
載させていただければと思います。

次に、(4)の「社会全体における支援」の部分については、「認知症を含めた精神障害  
全般に対する社会の認識不足や偏見があり、本人・家族が必要としている支援を受けられ  
ないことがある。」「特に若年性認知症については患者数や有病率が低いこともあり、その  
傾向が強い。」「一方で若年性認知症の本人・家族の中には、精神障害者として位置付けら  
れることに抵抗感を覚える人がいるとの指摘もある」という形の記述にさせていただけれ  
ばと思います。

20ページの2の「支援策」の「職場における対応」ですけれども、これについてはそ  
の他の部分で特にご意見がなかったので、なしにしたいと思  
います。

21ページの「認知症チェックシート」のところですが、ここは席上配布5の国分寺市  
の例を参考に、本日もご検討いただければと思います。

次の「対応力向上」の「対応力」の部分ですけれども、産業医については、若年性認知  
症の初期症状を見逃さず、若年性認知症の可能性に気づけること。専門医療機関を紹介し、  
診断後も継続して連携し、支援できること。若年性認知症の人が利用可能な経済支援、就  
労支援体制等に関する知識を有しており、企業からの相談に対し、適切な指導・助言がで  
きることとしたいと思  
います。また、企業の担当者につきましては、若年性認知症の人が

利用可能な経済支援・就労支援制度等に関する知識を有しており、必要に応じて産業医と連携の上、制度を活用して本人を支援できることとしたいと思います。

次の「連携体制の構築」の部分で、「連携を促すための方策」につきましては、企業・産業医に対し、若年性認知症の診断・治療が可能な専門医療機関や地域のかかりつけ医・認知症サポート医の情報を提供することが必要。情報提供の手法として、「とうきょう認知症ナビ」のコンテンツにこういった情報の追加を今検討しているところでございますので、それについて実現した暁に周知していくということになるかと思えます。

21ページの「その他の支援策」の部分ですけれども、これもご意見がなかったので、部会について検討いただければと思います。

21ページの「退職後の居場所」の「基本的な考え方」の部分については、先ほど席上配布2でご紹介した、委員からのご提案部分を取りまして、「退職後の居場所へのソフトランディングを目指すことを基本とする。そのためには、就労継続中から、既存の医療・介護・福祉・労務・経済等の支援制度の最大限の活用を図ることが必要」という記載をさせていただければと思います。その具体策につきましても、いただいた意見から、「障害福祉サービスによる福祉的就労や介護保険サービスでの社会参加活動等の「就労型支援」の積極的な活用による段階的な移行を図ることが必要。その際には、本人が有する意欲・能力を最大限に引き出せるよう配慮することが不可欠」である。「先駆的な事例のノウハウが得られる場を作り出すことが必要である」という記述にしたいと思えます。

21ページの「社会全体における支援」の「その他」の部分でございますけれども、ここは本日ご検討いただき、ご意見をいただければと思います。

22ページの「その他検討を要する事項」、「就労」の用語の定義については、先ほどご説明した席上配布4に基づいて図式化しておりますので、このような形で示させていただければと思います。

次の「退職後の居場所」の部分は、先ほどのご意見も踏まえまして、障害福祉サービス事業所や介護保険サービス事業所等、社会参加活動を行う場とさせていただければと思います。

以上でございます。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。これを1時間でやるというのも絶望的に大変な気分ですけれども、ポイントについて委員の方々のご意見を確認しておいて、あとは、最後の段階でどういうふうにとまとめるかは改めてご相談申し上げたいと思えます。

「医療支援」の問題、「介護・公的支援」の問題につきましては、前回にも少しご議論をいただいております、それに対して席上配布2のような修正が出ているところですが、席上配布2の「医療支援」に関する修正についてご意見があれば、承ります。

1つ、私が意見を言って修正していただいたところで、「重症時・緊急時に利用可能な既存の制度」で、修正意見の最後のほうに「このような実態と認識の不一致について検証する必要がある。」となっていますが、私が申し上げたいのは、「実態と認識の不一致」というと、足りないと言っているほうの認識が誤っていると決めつけているみたいに聞こえるのですが、もしかしたら数はあるのにやっていないということがあるのかもしれないですよ。それから、医療機関のアンケートでは「やっている」と答えるけれども、そこに患者さんが行くと、必ずしも望んでいるサービスが得られていないという可能性があるのです、要は、サービスの供給側とサービスを受ける側の認識の不一致。供給側（病院）としては「やっています」と言うし、数を数えてもたくさんあるのに、サービスを受けているほうは「足りない」と思っているということに少し変更していただきたいと思います。

あとは、浅川委員、小野寺委員、末延委員、都から中村幹事のご指摘で一部変更しております。残念ながら、末延委員が本日欠席でいらっしゃるのですが、小野寺委員の修正意見はそれでいいですか。

【小野寺副部長】 はい。

【斎藤部長】 そうでしたら、席上配布3に移っていただいて、その「医療支援」のところ、6ページ、7ページ、8ページをチェックしていただいて、ご意見があれば…  
…。

司会者ばかりしゃべってあれですが、「情報提供」の「提供することが望ましい情報の種類（追加）」のところ、「都立中部総合精神保健福祉センターのホームページで公表中」の老人性認知症専門病棟の入院待ち状況というのは、個々の病院について出ているんですか。松沢病院が何日、何とか病院が何日というふうに出ているわけですか。

【松山幹事】 はい。

【斎藤部長】 わかりました。

どなたか、委員の方から「医療支援」のところでご意見があれば。

【小野寺副部長】 7ページの「診断後の日常生活の支援」のところ、高いハードルを設けるといいのかと思うんですが、のドクターについて、「日常生活を支援できること」とありますが、文章的にはこうなるかと思うんですけれども、これはど

の辺まで具体的なイメージを入れ込むか。意見として、現状のお医者さんの仕事の範囲や、業務の忙しさとか状況を考えると難しいのかなという気もします。

【斎藤部会長】 他の委員の方は今の箇所についていかがですか。かかりつけ医、認知症サポート医というのは、原則として個人開業をしていらっしゃる先生方の中で認知症についての研修を受けて、一定の見識を持っていらっしゃる先生ということになっております。その方たちに、若年性認知症の患者さんや家族からの相談に応じて、診断後の生活に必要な情報の提供や地域の福祉サービスの紹介・連携など日常生活を支援できることを要求するというのは、難しいのではないかというご意見だろうと思います。

【田谷委員】 個人開業医というのは、例えばドクター以外に、ケースワーカーであったり、そういう他のスタッフというのはいないことが多いんですか。

【斎藤部会長】 いるところもありますし、いないところもあります。精神科のクリニックの場合は、統合失調症のマネジメント等々のために精神保健福祉士（PSW）を置いているところもたくさんあるんですね。ただ、認知症について相談に応じられる人がいるかどうかというと、それは非常に疑問だろうと思います。

【田谷委員】 そういう意味では、今忙しくてドクターは対応できないけれどもということですけども、医療機関としては、例えばクリニック側としては、そういう専門職がいれば、その人が対応することは可能かなという気がしたんですけども。

【小野寺副部会長】 知っている範囲で言いますと、杉並区の場合、医師会がかかりつけ医等のサポートを中心にやっていますけれども、研修を修了した医師の診療科を見ていくと内科と一般科が多いです。そうすると医師が1人で、看護師さんが1人いて、もしくは受付がいてというような本当にスモールサイズなので、余分な人員というのはあまりいらっしゃらないだろうと思います。それでもかかりつけ医ということで地域貢献をしているので、どこまでの役割を担ってもらうか。

ハードルとして高いのはよろしいかと思うんですが、現状として高過ぎると今度協力する方が減る。1番目、2番目については、情報物を提供して学んでいただければできると思うんですけども、生活支援とか連携となると、お医者さんの立場でこうやるんですよというのを具体的に示さないと、負担だけ感じてしまい、これは自発的なものですから、「じゃ、やらなくていいかな」みたいなことが出る可能性が高いかと思います。やっていただく方向に持っていくのが一番大事かと思います。

【斎藤部会長】 僕は医者だから言うのを遠慮していましたが、実は僕もこのところ

はひっかかっている、せめてどこに行けば相談できるかを指示するぐらいにしないと、認知症の専門医といいますが、そもそも認知症専門のクリニックはあり得ないんですよ。つぶれてしまう。統合失調症と違って、1人当たりの診療時間が長くて診療報酬が低いから、認知症専門でやっている医療機関というのは、精神科でも個人開業の先生ではあり得ないです。まして、この制度はむしろ一般の体を診ていらっしゃる先生に認知症についての認識を持っていただくという趣旨なので、制度について勉強していただいて、「あそこに行けばいいですよ」という程度のことはできるかもしれないけれども、生活の支援を求めるのは厳しいかなと思います。

全体として、報告書に思いついたことを何でも書いて盛りだくさんにするか、できないことは初めから書かないかということは先生方のお考えによるだろうと思いますが、私は、この手の報告書をまじめに読んでもらうのは非常に難しく、特にごちゃごちゃ長く書いてあったら何も読まないの、書いてあることは完全に実行してほしいというぐらい、まじめに要求できることだけにしておいたほうがインパクトがあるのではないかと考えておりますが、ご意見はいかがでしょう。

【小野寺副部長】 今までの議論を受けて、 を完全になくすともったいないので、「若年性認知症の本人・家族からの相談に対応する地域の福祉サービスの紹介ができること」としたほうが現実的なのかなと。これぐらいはしてもらわないと、お医者さんにかかるほうも困るんですよ。「医療はわかるけど、その範疇は知らん」と言われたら困るので、「医療はおれが診るけど、福祉サービスはここに行ってくれば相談に乗るよ」という情報提供ぐらいはしてもらわないと困るので、上の2番目は医療機関ですから、3番目に福祉サービスと相談機関を紹介できるとすればいい。

【田谷委員】 医療の場合と福祉の場合と、 と を並列するんですね。

【小野寺副部長】 はい。そのほうがいいのかと思います。

【干場委員】 今の意見の中で、私はいつも言っているんですが、コールセンターがその役割を担える唯一の場所になれると思うんです。地域でそういう人たちを配置するということは、その前段としてそこでやっぱり勉強してもらって、本来は医療機関にそういうソーシャルワーカーとか臨床心理士の方がきちっと対応できる体制ができればいいけれども、なかなか難しいと思います。

そのために、私は、今回の部会でいろんな具体策とかを調べていって、そういう相談業務の中で、最終的にはある程度コントロールできる人材と、相談を受けながら案件を勉強

しながら、そこでまた人材を養成していく。そういう方法ができないと、それこそ細かく書かなくちゃならない。大ざっぱに書く場合には、基本のほうは大事な役割を果たすのではないかなと思います。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。席上配布3の「医療支援」の7ページの「診断後の日常生活の支援」の「対応策」の については、今ご意見があったような方向で必要な情報 はい、どうぞ。

【林田委員】 ごめんなさい。まとまりかけたところで申し訳ないんですけども、のところで「福祉サービスの紹介」だけでなく、「連携」までは入れていただきたいかなと。要介護認定等にもドクターは非常に関わっていただきますし、日ごろいろんな方と出会っていく中で、お医者さんとのつながりとか、お医者さんを中心というか、お医者さんを含めたネットワークというのはやはり重要ですので、紹介だけだとやっぱり足りないと思いますので。

【斎藤部会長】 情報源に対する紹介と、それから福祉サービスとの連携 連携はどこか別のところに出ているんですけど……。出ていないか。とにかくこのところでもその点を確認して進めさせていただこうと思います。

それから、医療のところは前回の部会でも話をしてありますので、ご意見がなければ先へ進ませていただきますが、1点、席上配布資料の3の8ページ、「その他検討が必要な事項」のところ、「具体的な対応」の「 」で、「入退院までに要した日数等の調査など、運用実態の検証が必要であることを提言する。」というのは、調査が必要なのではなくて、調査の情報を常に公開することが必要なんです。民間の病院であれ、都立の病院であれ、税金で運用されている特殊な病棟がどのように運用されているかがすぐわからないということが問題なので、それが都民の目に常に触れて、院長が代わった途端に機能しなくなるということのないようにする。

それから、こういう病棟の中には、本来の決まりの例外として入院している患者さんがたくさんいるんですよ。退院させようと思うと、どこから置いておいてくれという話が出たりするところがある。原則を破って原則外で運用しているベッドがどれだけあるとか、そういうことを含めて一般の都民が検証できるような情報を常に公開することが大事です。調査することそのものが重要なのではなく、その調査結果を常に公開し、患者さんの側、都民の側で検証できる調査を行うということが重要であろうと思います。

では、「医療」のところは、原案ができたところでまた皆さんにお配りして検討をお願い

いしますので、先を急がせていただきます。

「介護・公的支援」のところで、席上配布2の9ページ、11ページ。1枚目の資料につきましては、高橋委員、私、末延委員からのご意見に対して修正意見が示されております。特にご意見がなければ、その先のところに参りますが、よろしいでしょうか。

それでは、席上配布資料2の2枚目に移っていただいて、11ページ、「支援策」、「相談」の具体策、その他等々について、これは干場委員からご意見があったところですね。簡単に説明をしていただけますか。

【干場委員】 先ほどちょっと話しかけたんですけれども、「支援策」、「相談」の中で、修正内容と修正理由の対応のところに書き添えてあるんですけれども、多分そこに行き着くのかなと思うので、ぜひこのところは皆さんで検討していただきたいと思います。内容については、時間があれないので、これを見ていただいて……。

【斎藤部会長】 コーディネーターをつくろうということと、若年性認知症のコールセンターを東京都に設置しようということが骨子になるのでしょうか。コーディネーターというのはどこに配置されることになるんですか。

【干場委員】 私の中では、最終的には国が言っている地域連携というのは地域包括支援センターに行くべきだと思うんですけれども、そこへ行くまでに、そういう人を養成とか、勉強してもらう場所が必要だと思うんですよ。今までですと、例えば講演とか研修会という場があるんですけれども、私は、現場でやるのが一番早道でないかなと。例えばコールセンターができたときに、東京都の各区市町村から地域包括の方が一緒に参加していただいて、そこで相談業務が終わった後に事例検討をやったりしていければいいのかなと考えております。ちょっと説明が上手にできないんですけど……。

【小野寺副部会長】 検討ということで、席上配布3に事務局からそれを受けて幾つか出されていますので、この中に書いてあるとおり、干場委員の意見を受けて、対応力というのは案として示されているので、これでいいのかなと。それと、具体的方策も、新しいものというよりはなるべく既存のものを活用していくということを考えると、コンテンツの充実、それから既存の研修に入れ込んでいくという基本方針はいいのかなと感じます。

1点、今、干場委員から出たとおりに、研修の内容ということになっていくのだろうと思うんですが、やっぱり座学中心とか聴講中心の研修では、干場委員が指摘したように、対応力を上げる具体的な方策としては不十分だろうと。実地的な研修とか現場を通した研修が望まれるんだろうなということで、表現はこれでいいと思うんですが、より具体的な

内容を考えていくときに、追加するカリキュラムの内容は、今ご意見いただいたようなものを考慮していただけるといいのかなと感じます。

【斎藤部会長】 このコーディネーターというもののイメージは、この間の調査で、介護保険についてはわかるけれども、年金については説明しませんということにならないように、それらの縦割りで行われているサービスを誰か1人がまとめて連携するようなことをするということになるんですか。

【干場委員】 そうですね。私どもが今実際相談を受けていて、例えば行政の窓口へ行って振られてくるわけです。そういうときに、この人にとって今何が必要なんだろう、医療的にどういう場所が必要なんだろうという判断能力が多分ないと思うんです。それと同時に、社会的支援についても、この人にとって今何が大きかを判断し、適切な場所を紹介することができる。既存の社会資本ですとソーシャルワーカーとか、そういう方たちのお話をきちっとそこではっきりいただける。相談相手に対して間違いのない場所にコーディネートできる、それが私は総合的なコーディネーター役だと思うんです。

実際、今自分自身が相談を受けていて、格差があって、家族は自分が一番大変なんですね。それに対して安心できる答えをしてあげられる。今はまだ、今行っている医療機関で他を紹介してもらいたいと言われても、それをきちっと言える力を備えていただきたい。それでないと医療機関が混乱しちゃいますので、そういう面でのいろんな相談の中で適切な相談相手にアドバイスできる。ただ振るだけでなく、この方にとってはこの機関が大事だなということのある程度できる人を育てていきたい。その中心の最初になる方は、多分私は各病院のソーシャルワーカー、一番窓口でいるんな対応をしている方たちが将来広がっていく中の最初の先生役になれるのかなというふうに感じております。

【斎藤部会長】 干場委員が書いていらっしゃるように、各地域の主任ケアマネジャーが行く行くはそういう役割を担えるようにということですよ。そのぐらいの頻度でないと困るということですね。だから、それを直接主任ケアマネの資質として、干場委員が対応力として指摘されているような事柄を、主任ケアマネを集めて教育するというのではいけないんですか。あえて新たな過渡的的制度をつくったほうがいいという根拠は何ですか。

【干場委員】 今まで、私どもはサポートセンターで専門職研修なんかでも実際やっているんですけども、直接の現場の案件に対して、より早くそういうものが身につけていくのがそういう場所じゃないかなと感じるんですね。

【斎藤部会長】 そういう場所とおっしゃると？

【干場委員】 例えばコールセンターが直接相談業務を受けて、その案件を勉強することによって、早くそれに対する対応力がついていくのかなと。実際、専門職研修でもある程度のレベルは可能なんですけれども、それプラス、家族から見て、直接一番最初に答えが出る場所ですから。例えば専門職研修の方たちも、その経過の中では、若年の場合ですと私どもの家族会にもう一度聞きに来たり、行政の方もいろいろとそういう場所に連絡が来るという状態ですから、ちょっと物足りないのかな。

ついこの間、新宿と板橋で社会福祉士の方と少しお話をさせていただいたんですけども、その中でもまだまだそういうことが知られていないと感ずることが多いので、遠回りだけど、そういう現場研修の上から、さらに専門の先生とか、いろんな方たちが関わりながらやることによって、早くそういう窓口が充実していくのかなというふうに感ずます。

【斎藤部会長】 若年性認知症コールセンターとセットの話なんですね。そういうモデル相談事業を行うような場を置いて、そこでコーディネーターをしようという話ですか。

【干場委員】 そうです。

【斎藤部会長】 わかりました。この話はなかなか議論が大変だと思いますので、ちょっとこれは後で残った時間を充てることにして、ほかのことは割と文言で解決できるような問題なので、もう一度最後にここに帰ることにさせていただいて、その他の点については、席上配布3の「介護・公的支援」のところはよろしいでしょうか。利用者を代表して来ていただいている干場委員の提言に沿って大体まとめられておりますが、よろしいでしょうか。

そうしましたら、Vの「家族支援」のところに参加します。席上配布2の「家族支援」をご覧いただきたいと思ひます。議論が残されているのは、14ページの「支援策」の「情報提供」というところで、これも干場委員からのご提言です。若年性認知症の受け入れ可能な介護保険施設・グループホーム、若年認知症の人が利用可能な介護保険サービス以外のサービスを提供している施設・事業所等の情報を入れよというお話ですが、の「介護保険サービス以外のサービスを提供している施設・事業所」というのは、具体的にはどういふことをイメージしていらっしゃるんですか。

【干場委員】 これについては多分これからになると思ひますけれども、今、我々がやっているジョイントみたいな場所は、介護保険を使う前段の場所だと私は思っています。そして今、東京では、他にも介護保険を使ってサービスを提供しているところがありますよね。これがその次の受け皿だと。それで、ジョイントの前に、既存のカルチャーセンタ

ーとかももう少し利用できるんじゃないか。そのときに、後に出てくる介助ヘルパーとか、いろんな難しいところがあると思うんですけども、その辺まで広げていかないと家族の次の受け皿が整っていないのかなと。

ただ、この事業所を紹介するという部分においては、果たしてそれを公表していいかどうかというのはものすごく問題があると思うんです。そこに集中してしまう場合も起きるので、これを報告書の中で出していいのかなとちょっと危惧しているところはありますね。

【斎藤部会長】 その情報の出し方は、「WAM - NET」や「とうきょう福祉ナビゲーション」……。林田さんはいかがですか。若年認知症の人を受け入れ可能な介護保険の施設・グループホームのリストというのは。

【林田委員】 多分考えられているお話だと思うんですけども、もともと受け入れるのが前提の話なので、そのリストアップということ自体が、東京都の修正意見に対する案なんですか。「部会において要検討(ただし、 については既存制度の周知を図り、活用促進を図るべき。)」で、「活用」は何を活用するということですか。

【松山幹事】 これについては、前回の調査でお示したとおり、受け入れを拒むところはほとんどなかったわけなので、今の既存の情報を活用してもらうということです。

【林田委員】 そうですね。だから、干場委員のだめというところがどうしてあるんだという気持ちはすごくよくわかるんですが、違う角度から、本来、若年性認知症であろうが、高齢者の認知症の方であろうが、利用できるのが当たり前だという働きかけをするような提言があるべきで、そういう解決策のほうが今の状況と合致していくのではないかなと思います。

【斎藤部会長】 この点についても、多分医療機関の場合と同じで、施設にアンケートをとれば「やります」と言うけれど、利用しているほうは、あそこで断られた、ここで断られたということになるんですよね。だから、そのギャップをどうするかということですが、これは情報提供の場所というよりは、むしろ、例えば干場委員の団体のようなところが他の人も納得できるような評価をして、その評価を公表するとかいうことではないでしょうか。いかがでしょうか。

【小野寺副部会長】 議論の内容からいくと、これは「情報提供」よりは前の「支援策」の「対応力向上を図るための具体的方策」のほうに入るかと思うんですね。ギャップがあるなら、それを修正していくためにサービス提供者を教育するなり、第三者の評価によってそれがどうであるかを確認するほうに行くのかなと思います。ここの「情報提供」

云々ではないだろうと思うんです。

番についても同じように、実際にあるのかというと少ないですので、干場委員の意見を聞くと、増やしていかなければいけないとなると、社会支援のほうの具体策に入っていくのかなと。そこで、介護保険サービスでもない、医療サービスでもない第三の社会サービス・社会資源として、地域にある様々な資源を利用できるように、それを若年性の方も受け入れていけるように誘導していくという話になると、社会支援の中の具体的方策となるのかなと、聞いていて思いました。

【斎藤部会長】 今の林田委員や干場委員のご意見を総合すると、福祉の施設についても、サービスの受け手とサービス提供者の認識の違いについて定期的に調査をして、その情報を公開すると。やはり情報の公開に当たっては、どこかを告発するみたいになってしまうと 告発すべきところもあるかもしれないけれども、それではただのけんかになってしまうので、例えば干場委員の団体や、あるいは、それこそコールセンターのような機能ができれば、こういうことで断られたという情報があったら、そこに調査に行って、相手の意見を聞く。どういうサポートがあればできたのかとか、患者さんのご家族の側の認識と断った側の認識が違うということはしばしば起こるので、そういうことについてみんなが納得できるような評価をする仕組みがどこかでできればよいのかなと思いますね。

では、干場委員のご提案については、「情報提供」のところから少し外すということでもよろしいでしょうか。それから、若年性認知症の介護保険サービス以外のサービスについては、知らせたいことをやっているところは、「WAM - NET」や「とうきょう福祉ナビゲーション」にリンクを貼ってもらうとか、手を挙げてくれたところは入れてあげて、密かにやりたいところは密かにやらしてもらえばいい。そのために介護保険の制度を使わないという方々もいらっしゃるわけですから。

それでは、先に進ませていただきます。次は「職場を含む社会的支援」のところでも、まず席上配布2からご覧いただきたいのですが、その前に、席上配布4の「就労」の分類についてのご意見はいかがでしょう。

【田谷委員】 非常にわかりやすい表をつくってもらえたと思います。私が聞いたときは「就労型支援」というのを自分なりに誤解してしまっていて、こういう定義をしてもらって非常にわかりやすくなったので、いいと思いました。

【斎藤部会長】 逆に私は、 と の間のギャップというのは決定的で、就労支援の中に をくっつけておくと、結局 は、専らどこからかお金をもらってやるということなんです。

よね。

【田谷委員】 いわゆる移行を考えた場合、一応このつなぎという形でもって……。

【斎藤部会長】 そうですね。田谷委員がおっしゃっているソフトランディングの一類型としては、就労型支援がここに入ることに異存はないのですが、これを若年認知症における就労と本人や家族が言うときに、デイサービスでの社会参加活動を就労と考えていらっしゃるのか、あるいはジョイントのようなところでも、あれは世の中一般で言う「就労」とは明らかに違いますよね。

【田谷委員】 いわゆるサポータード・エンプロイメント (Supported Employment) という言葉とちょっと違うんですね。

【斎藤部会長】 ……とも微妙に違う。

【田谷委員】 福祉的就労まで行かない。

【斎藤部会長】 違いますよね。

【干場委員】 そうですね。ジョイントは、就労型社会参加支援事業という名前からいくと、あれからできてくるものをもう少し前面に世間にやっぱり、本人たちの作品が出てくる、販売というか、そういう能力が今の団体ではちょっと足りないのかなと。そうすると、少しだけ就労まで行かない場所になるのかなと考えています。

【田谷委員】 そういう意味では、あそこは従来の授産施設的な感じですよ。

【斎藤部会長】 私は一、二度しかジョイントを見せていただいたことはありませんが、私の印象は、セラピストがいて、若年認知症の方の障害を補うためのいろんなプログラムをしている。ただ、普通のデイサービスと違うところは、まだ比較的能力の高い方がいらっしゃる。少なくとも身体能力の高い方がいらっしゃるって、しかも、いわゆる若年認知症の認知障害が非常に進んでいる方ではないので、コーディネーターがいればいろいろな作業が主体的にできるというところで、それが就労かという、僕はかなり違うと思う。その辺は、患者さんや家族の立場からすればかなり決定的だと思いますが、いかがですか。

【小野寺副部会長】 配布資料を中心に申し上げますと、この会は最初から「就労」の定義というのをくどく言ってきまして、それに対して一つの提案をしていただいた。議論の推移からすると、 番目をどのように解釈するかというのは、いろいろ今出たように議論があるかと思うんですけれども、「就労」というものの捉え方として、漠然と言われているものをある程度焦点化していく形でこの3つに分けていただいたのはとてもいいことなのかなと。逆に、分けたから、この 番目の議論というのが明確に出てきているかと思

うんですね。

それまでは、実は国が言っているような「就労」は、そこも含めてみんなごちゃごちゃに「就労」と言っているようなイメージがあって、幅が大き過ぎるんですね。ですから、デイサービス等での社会参加活動も含めて「就労」だというようなイメージがどこかについてきたりしていましたので、そういった意味では、この表のように分類することによって、斎藤先生をはじめとして、これを「就労」と表現していいのかという今のような議論が出てきたところに意義があるのかなと思っています。

【田谷委員】　　そういう意味では、一番厳密に言えば、雇用の就労というのがいわゆる「就労」なんですけれども、「福祉的就労」とかになると、それは雇用型ではない就労になりますので。

【斎藤部会長】　　私は、この分類の意義を認めないわけではない。 、 のような就労を本当の就労、ないしシェルタード就労みたいなものがある、その次にこういうものがある、ということの意義は認めないわけではない。ただ、私の気持ちとしては、 を「就労」と表現するのは、患者に対して失礼ではないかと思います。

それよりも、仕事ができなくなってしまったというその気持ちを真摯に受け止めるべきだと思う。福祉でも医療の領域でもどちらでもいいんですけれども、これは「就労」ではないということ認識すべきだし、実際に患者さんも認識しているんですよ。ジョイントで働いている患者さんたちは、ここに仕事をしに来ているとは皆さん思っていられないですし、それが自分の仕事だとも思っていない。それを周りから就労型、就労型と言うのは失礼じゃないかと思いますし、僕だったら傷つく。

【田谷委員】　　逆に、そういうことだからこそ、経済的な支援が必要になるというところになるわけですよ。

【斎藤部会長】　　この表を使うのであれば、僕は 、 、 ではなくて、 、 、 それから、間に波線か何かがあって、「就労型支援」というのは……。

【小野寺副部会長】　　先生がおっしゃったような、注釈をつけるのは大事かと思うんですね。 番目について就労型と言っているけど……

【干場委員】　　ちょっとすみません。確かにある患者は、我々から見たらまだまだ企業で就労継続ができると。家族もそう思ったし、私たちも思っていました。田谷さんのところで一応検査をやったときに、「ちょっと無理だろう」ということを聞いて、その後、「若年」は本当に難しいのかなと。一番最初、厚労省の研究班の中に「就労支援」という言葉

が出てきたんですけれども、そのときの第1回の勉強会の中で、朝田先生から「若年性認知症に就労支援があるのか」という言葉が出たんです。

ただ、私の中で、その当時の「就労」という言葉の意味が、例えばサラリーマンが毎日働いていて、けれどもそれができなくなったときにデイサービスに行くということはすごく厳しいだろうと。だから、本当に就労継続が少しでもできる段階に　今、大分早期に診断できるようになったので、実際はこれからまだ出てくると思います。ただ、次の進行状態で、デイサービスへ行っても、「就労」という言葉を、男性・女性でも「働く」という言葉を冠としてつけてあげたいなど。ただ、その部分は、今この場に出てきてちょっと間違った表現に、解釈になってきているのかなとは感じております。

ただ、現実には、例えば今、北海道に移住した方を見ていると、単純作業に関してはきちっとできます。この中でちょっと書かせていただいたんですけれども、今の勤めの中でやるのではなくて、就労支援の中で、そういう単純作業ができる場所、働く場をつくっていく必要はあるのかなと今はちょっと思っております。

そういう中で、ある企業が今北海道に工場を作り、その栽培の部門をやらせてもらって、この間、夕張に町の専門職の方と一緒に説明をお伺いに行きました。その中で、多分単純作業だったらその人たちが関われる部門があるのかなというふうに、今はまだ実際やっていないのでわからないんですけれども、そういう面ではゼロではない部分を少し残しておきたいというのが今の自分の気持ちです。

【田谷委員】　働くというのはいろんな働き方があるんですけれども、就労とか、就業とか、雇用ということになってきた場合には、例えば雇った場合には最低賃金法を守らなければならないとか、そういうのがあります。雇用とか、そういう意味ではやはりそれは明確なんですよね。ただ、ジョイントでやっているような働き方、いわゆる生産活動に従事しているという意味では、支援者も「あなたは働いていますよ」ということをかなり意識づけたいと思うんでしょうけれども、働いているんだったら、最低賃金を時給幾ら払っていますかという払っていないわけだから、働いていることにはならないんだけれどもということですよ。

【小野寺副部会長】　皆さん「就労型支援」の意義は認めていて、この意義ということになるので、方法論的に変えるのであれば、例えば「就労型支援」という名称を、定義の中にある「社会参加」とか「社会活動型支援」、「地域活動支援」と変えていく。もしくは、斎藤先生がご指摘したように、は、「就労」という言葉を使っていくなら、使ってはいい

るけど、上の2つとは違うんだという注釈をつけるという修正はしていただいてもいいかなと感じました。

【斎藤部会長】 この話もまた議論は尽きないと思いますので、ちょっとこれもペンディングということにさせていただきます。

それで、「職場を含む社会支援」のところではジョブコーチの話ですかね。ジョブコーチのみでは不十分なので、Jobサポーターのようなものを導入しようということですが。

【田谷委員】 これは、前に認知症の家族会にヒアリングしたときに、ジョブコーチという制度で実際に会社の中に入っているような支援をすると、まだ早いうちといいですか、ある程度能力がまだ残っているうちだと、今の仕事はできなくてもその人ができる仕事をつくれる支援はできるんだけれどもという話をしたときに、事業所としては、よその者を拒むというか、入れないという事業所もあるので、ジョブコーチという制度があっても、利用してもらえないと。だから、会社の中にそういう人がいればいいということではあったんですけども、それは、ここで言う2号ジョブコーチがそれに当たるんですが、会社が自前で持っているジョブコーチを使えば、その問題は解決できるだろうと思いました。

Jobサポーターというのは何でしたっけ。Jobサポーターというのはどこで出てきたんですか。ちょっと補足してもらえますか。

【事務局】 ご提案いただいたのは、若年性認知症だと進行性であったりして見守り体制の必要性が非常に高いので、ジョブコーチをサポートするようなJobサポーターという人を養成して、その人も一緒に見守れるようにしたらどうかという趣旨でご提案をいただいています。

【田谷委員】 もう1つは、ジョブコーチの場合、多分期限付きでフェードアウトするというか、要するに、いずれ数カ月後にはいなくなるわけです。そういう意味では、若年性認知症の場合には時間がたつほど支援がどんどん必要になる人なので、今のジョブコーチとは逆に合いませんよね。そういう意味では、もっとずっと支援し続けられるサポーターというのは干場委員の提案でしたか。何かそういうことで、言葉としてはそこから出てきました。

【斎藤部会長】 これは、もちろんあるにこしたことはないかもしれませんが、実現可能な制度なんですかね。

【田谷委員】 実現性という意味では理想論です。

【斎藤部会長】 2号ジョブコーチまでは活用が可能なんですね。

【田谷委員】 はい。それは実際に制度がありますから。

【斎藤部会長】 少なくとも2号ジョブコーチの制度というものを知らない、知られていないわけですが、2号ジョブコーチについては企業に対して経済的な支援か何かがあるんですか。

【田谷委員】 助成金制度をとってまして、ジョブコーチを使うときに助成金が出ます。

【斎藤部会長】 多くの企業はそのようなことを知らないだろうと思います。だから、そういうことを活用しようというところまではあるだろうと思います。Jobサポーターについては、全部並べるかどうかはまた最終的に皆さんのご意見を伺って、できてもできなくてもやってもらいたいものは全部並べるんだということなら、入れればよろしいかなと思います。

それから、小野寺先生の営利企業に対して云々かんぬんは。

【小野寺副部会長】 今の田谷先生のご意見に重なり、こういうことができればいいなと現状で理想論を掲げても、やっぱり社会構造上難しいところがあるとすると、現実化したほうがいい理想的な考えがあるのであれば、それは制度的な施策も含めて提言していかないと多分難しいだろう。すると、載せても絵にかいた餅になっちゃうのかなというところでの抽象的な意見です。具体的にどうこうというのはございません。

【斎藤部会長】 そうすると、例えば前文で少し触れるとかいう感じですかね。

【小野寺副部会長】 社会全体云々であれば、そこを変えていくのは東京都が試みでやるか、国に提言するか。

【斎藤部会長】 東京都の仕事、行政の仕事というのはみんなの考えに沿って仕事を進めていくわけですから、どのような社会をつくりたいかというところまでこの部会が高らかに理想をうたい上げることは、ちょっと逸脱してしまうと思いますが、触れるとすれば前文のところ少し触れるということになるかと思います。

それでは、席上配布3の2枚目をご覧ください、残っている問題が、カウンセリング体制の話と早期発見の話ですかね。カウンセリング体制というのは……。

【小野寺副部会長】 カウンセリング体制は、たしか最初の資料から出ていたかと思うんですけども、この辺は家族支援には入っているんですが、どういうイメージを事務局として持たれているのかというのをいただいてからのほうが、議論しやすいのかなと思うんですけども。

【事務局】 こちらのほうで意見をつけていない理由は、カウンセリング体制というの

がご提案で出ていたんですけれども、「カウンセリング」という制度が何かあるわけではないですし、一般的に使われている言葉としても非常に幅の広いものですので、何ををもってカウンセリングと言うのがよくわからないところがあるからです。何か具体的に求めるものがあるようであれば、そこからご議論いただければと思っています。

【斎藤部会長】 家族のカウンセリング体制というのは干場委員のご意見でしたか。

【干場委員】 はい、前に一度に。先生のところは臨床心理士の方がきちっと対応できているんですけれども、ほかは臨床心理士の地位が、お金も出なかったり、いろいろ環境がよくない。でも、今の通院にしても何にしても、やはりそういう部門は大きいのかなと感じます。例えば外国では、精神科のうつの人でも何でも、ソーシャルワーカーとか、そういう方たちが対応してきちっとやっていく。そういう体制はこれからますます必要になるのではないかと私はすごく思います。その辺はお金の問題もあるので、それを表現の中に入れていくことはなかなか難しいかもしれませんが、将来的には、若年性認知症が増えた場合に、同じようなそういう立場の人たちの力が必要になるだろうと感じます。

【斎藤部会長】 わかりました。そうしましたら、この問題は「医療支援」のところの医療機関のソーシャルワーカーが家族の相談に乗ったときに、経済的な裏付けがない。医療機関のMSWの仕事は、ベッドを早く空けることと患者さんを退院させることで、とにかく退院調整に多くの時間がとられてしまって、患者さんのご家族のお話をゆっくり伺っても診療報酬で評価されているわけではないという制度なんですね。ですから、そのあたりを含めて、医療機関や福祉への機関における家族相談に経済的な裏付けをつけることを考えるべきだという内容の一文を載せるということにさせていただいてよろしいでしょうか。

それから、早期発見のチェックシートというのは……。僕はこの手のものに著しい偏見を持っておりませんが、提案した方に説明していただきます。

【小野寺副部会長】 言い出しっぺで、地域で発見していく早期発見という話題が出たときに、企業なり、地域なりで認知症のチェックもやっていってはどうかというところで、以前、講義で呼ばれた国分寺市がやっているのを事務局で当たっていただいて、この資料を取り寄せていただきました。具体的に見るのは私も初めてですが、左側の基本チェックリストは介護予防のチェックリストをそのままですか。

【事務局】 1番から20番まではそのまま、国分寺市で付け加えているのが26から32までの7項目です。もともとついている18、19、20と付け加えた7項目の計

10項目を使って、早期発見に役立てておられるというのが国分寺市の制度になっています。

【小野寺副部長】 斎藤先生が指摘したように、これがどれだけ有効なのかというのは、エビデンスはまた別にしまして、啓発的なものとして展開していく上では、これを使うかどうかは別ですけれども、簡便なものとして何か発信をしていってもいいのかなというところで提案しています。ですから、具体的にそういうシートにするかどうかというところもあるんですが、何か早期発見の啓発を込めた定期的なチェックというのは、イベントなり、健康診断なりで出していってもいいのかなとは思っております。

【斎藤部長】 部長ばかり申し上げて申し訳ないけれども、私がこの手のものに抵抗を感じるのは、心配な人が密かに自分の部屋でやってみる分にはいい。ただし、病気になって傷ついている人、認知症かどうかかなと思って悩んでいる人に、「はい、やってみなさい」と言ってもそれは何にもならない。「これで何点だったから病院に行きましょう」と言うよりも、「私はあなたが心配だから、病院に行ってちょうだい」と言うほうがよっぽどいいと思います。それから、集団に対しての使用、例えば、本日お集まりいただいたお年寄りの皆さんにこれをやっていただいて、はい、何点以下の方はちょっと相談しましょうというやり方は、一種の優生思想だろうと思ってしまいます。

【田谷委員】 私は、職場で早期発見するのは非常に大事だと思っているんですね。その場合、実際に今働いているけれども、ちょっと最近働き方がおかしいな、何となく周りも気づいたりしているんだけれども、やっぱりなかなかそういうのは言いにくいから、本人も何か変だと思わずにずるずるとしている間に進んでしまう。

そういう意味で言うと、職場で早く発見する場合、例えば健康診断なんかにこういう項目があるのはいいと前にも提案したんですけれども、その辺はいかがでしょうか。

【斎藤部長】 だから、使い方をよほど気をつけないといけない。これは医療情報ですから、健康診断のために使うようにして、産業医は見るけれども、会社の人は決して見ないようにしないとけない。認知症なのに、この人は素行不良だと思われて解雇されるという事態は防がなければいけないけれど、軽いアルツハイマーかもしれないけれども、まだ十分に仕事ができているときに、「アルツハイマーでございます」という札を出せというようなことは、考え方が極端かもしれないけれども、守秘義務もない。なくはないのかもしれないが、やっぱり企業というのは、この人は認知症かもしれないとなれば、次は課長に昇進する予定だったけどやめようかということになるわけですよ。だから、本

人の不利益に直接つながるようなものを会社とか一般の社会でみだりに、使うなどは言わないけれども、使うことを推奨するような文章を僕はあえて書きたくない。そういうようなことをあえてしたくないということです。

【林田委員】 いろんな場面でいろんな方と出会っていくんですけども、私は、今までいろんな方とこういう話をしたときに、この手のチェックシートというのは、最初に、一般の人たちが認知症というのは一体何だろうとよくわからない中で、本当にファーストステップの啓蒙活動のときに使うような要素なのかなと。それで意識が向き出すときに使うべきもので、特定の個人を特定するために使うようなものではないんじゃないかなというのが、今のところ私はいつも考えていますね。チェックシートというのはもっと厳密にやるべきものですし、知識のない人たちのために啓蒙活動として楽しめるという言い方に語弊がありますけれども、そういうツールなのかなと思うことのほうが多いです。

【斎藤部会長】 時間が来てしまいました。これは非常に重要な問題なので、一応次回までに原案をまとめることになるんですが、原案をまとめる段階で入れないほうがいいと思っているのが私一人だとすれば、私も納得できるような形で入れるとか、何か方策を考えます。ただし、繰り返して申し上げますが、そもそも介護予防という発想は一種の優生思想ではないかと思えます。そういうことを行政がやっていることにすごく問題がある。それのお先棒担ぎのようなことを僕は死んでもやりたくないということだけは申し上げておきます。

【林田委員】 すごく賛成します。

【斎藤部会長】 このような方針で原案をつくらせていただきたいと思います。

それでは、本日の議論はここまでということにいたします。今後は、事務局と相談して原案を整理させていただき、また事前にご検討いただいて、最終回で検討させていただきたいと思います。

別に多数決というわけではありませんが、総花的に行ったほうがいいとお思いになるか、それとも、絶対これだけはやれよというところに絞ったほうがいいとお考えか。

【田谷委員】 やれよのほうがいいんじゃないですか。

【干場委員】 私もそう思います。

【高橋委員】 そう思います。

【斎藤部会長】 では、やれることに絞って報告書をつくるという方針で検討させていただきます。長時間ありがとうございました。

それでは、事務局に返します。

【松山幹事】 それでは、確認ですけれども、本日お配りした資料については、席上配布のものを除き、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同様、皆様に事前にご確認いただいた上で公開とさせていただきたいと存じます。

次回の部会が最終回になりますが、2月中旬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、後ほどファクスにてお送りいただければと思います。なるべく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、次回もよろしくお願ひしたいと思います。

【斎藤部会長】 長時間どうもありがとうございました。

それでは、これで終了とさせていただきます。

了