

東京都認知症対策推進会議（第11回）

平成23年7月21日（木曜日）

【室井幹事】 それでは、定刻になりましたので、ただいまより第11回東京都認知症対策推進会議を開会したいと思います。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、また朝早くからご出席をいただきましてまことにありがとうございます。

私、事務局を務めさせていただきます福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の室井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めにお願いがございます。

ご発言に当たりましては、お手近にマイクを置いておりますので、これをご使用ください。

続きまして、委員の委嘱でございます。

本会議の委員任期は、2年間となっております。先般任期が満了いたしましたので、新たに委員の委嘱をさせていただきたいと思います。各委員の机の上に委嘱状を置かせていただいております。本来であれば、お一人お一人にお渡しすべきところでございますが、時間の関係上、簡略化させていただきたいと思います。どうぞご了承いただきたいと思います。

続きまして、委員及び幹事のご紹介をさせていただきます。

お手元の資料で次第から1枚おめくりいただきたいと思います。東京都認知症対策推進会議委員・幹事名簿でございます。名簿の順に従いましてお名前をお呼びいたしますので、大変恐縮でございますが、自席で会釈をしていただければと存じます。よろしくお願いいたします。

それでは、委員のご紹介をさせていただきます。

斎藤正彦委員でございます。

繁田雅弘委員でございます。

長嶋紀一委員でございます。

永田久美子委員ですが、本日は欠席との連絡をいただいております。

林大樹委員でございます。

大村洋永委員でございます。

新任の林田俊弘委員でございます。

同じく新任の平川博之委員でございます。

西本裕子委員でございます。

公募委員で新任の飯塚修一委員でございます。

新任の大野教子委員でございます。

新任の藤崎由美子委員でございます。

公募委員で新任の本田久美子委員でございます。

三橋道子委員でございます。

新任の吉田淳子委員でございます。

同じく新任の渡邊昭浩委員でございます。

続きまして、幹事でございますが、今の委員の名簿の裏側に名簿がございます。こちらの名簿をもちまして紹介にかえさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、杉村福祉保健局長から委員の皆様へ一言ごあいさつを申し上げます。

【杉村局長】 福祉保健局長の杉村でございます。

委員の皆様には、日頃から東京都福祉保健局の各事業に対しましてご支援とご協力を賜りましてまことにありがとうございます。

また、今回は、委員の任期満了に伴いましてまた改めて委員のご就任をお願いしたところでございますが、大変お忙しい中、委員にご就任をいただきましてまことにありがとうございます。改めまして御礼を申し上げます。

3月11日の東日本大震災が発生してもう随分月日がたちましたが、現地ではまだまだ復旧復興がなかなか進んでいないということがございまして、東京都におきましては、発災直後から東京DMA Tですとか、あるいは医療救護班ですとか、心のケアチームですとか、保健師班ですとか、さまざまな人的・物的な支援をこれまでしてまいったところでございます。

その中では、やはり非常に今回の災害においては、障害を持つ方でありますとか、高齢者でありますとか、そういった災害弱者と申しますか、そういった対応が非常にクローズアップされているところでもございまして、今後、この会議の中でもそういった認知症の患者さんに対する災害対応というようなことも十分検討していかなければいけないかなというふうに感じております。

委員の皆様も、現に独自にさまざまな被災地の支援をされているというふうにとっておりますけれども、今後ともぜひよろしくお願いをしたいというふうに思っております。

改めて言うまでもございませんが、東京都内における認知症の患者さんにつきましては、65歳以上の人口の、何らかの症状を有するというふうなことでいきますと12%を超えているとい

う状況がございます。今後の高齢者人口の増加に伴いまして、明らかに急激にふえてくるだろうということが予想されておりますので、そういう意味でもこれからの東京都の認知症高齢者に対する施策というのは極めてますます重要になってくるだろうというふうに考えております。

東京都では、平成19年度には既に本推進会議を立ち上げておりまして、それぞれ医療支援部会でございますとか、仕組み部会ですとか、あるいは若年性認知症支援部会、認知症疾患医療センターのあり方検討部会といった部会を立ち上げて、それぞれその部会で大変活発なご議論をいただきまして、非常に具体的な支援策について提案をいただいているところでございます。

昨年度までにいただきましたご提言につきましては、既に東京都の具体的な施策としてかなりの部分で事業として実を結んでいるというふうに考えております。

本日は、この部会の中でも大変さまざまなご検討をいただいております認知症疾患医療センターの設置を契機といたしまして、これから医療と介護の連携によってどういうふうにしたら一層推進することができるかというふうなことをご検討いただく部会を新たに設置をしたいというようなことも本日提案をさせていただくことになっておりますので、どうかよろしくご審議を賜りたいというふうに思っております。

東京都では、現在、平成24年度から3か年計画でございます高齢者保健福祉計画という計画策定に向けて検討を進めているところでございます。

この高齢者保健福祉計画と申しますのは、高齢者のまさに保健福祉の施策をどう進めていくかという大変基本的な重要な計画でございます。新たに委員会を設置して現在作業しているところでございますけれども、この保健福祉計画の検討委員会の皆様からも、認知症に対する施策というものをきちんと位置づけるべきだという多くのご意見を頂戴しているところでございます。

今日のこの認知症対策推進会議でご検討いただいた内容については、我々としても、この高齢者保健福祉計画の中にもしっかりと反映をさせていただきたいというふうに思っておりますので、どうか委員の皆様にはさまざまなお立場から多くのご意見、ご提言を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

本当に本日はお忙しいところありがとうございます。よろしくお願い申し上げます。

【室井幹事】 それでは、本日は委員改選後の初めての会議でございますので、議長及び副議長の選任をさせていただきたいと思います。

名簿の次に本推進会議の設置要綱が書かれております。その第4の5に、議長は委員の互選により定めるとされております。

本日は、事務局から提案をさせていただきまして、委員の皆様のご了承をいただくというような方法で進めさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、そのようにさせていただきます。

事務局からのご提案でございますが、前回の任期におきましても議長として当会議の運営に大変なご尽力をいただきました長嶋紀一委員に引き続き議長をお願いしたいというふうに考えますが、いかがでしょうか。異議がなければ拍手をいただきたいと思います。

(拍手)

【室井幹事】 どうもありがとうございます。

それでは、議長は長嶋紀一委員をお願いしたいと思いますので、恐れ入りますが、長嶋委員は議長席のほうにお移りいただきますようお願いいたします。

(長嶋委員、議長席に移動)

【室井幹事】 それでは、早速ではございますが、長嶋議長から一言ごあいさつをいただきたいと思います。よろしくお願いします。

【長嶋議長】 おはようございます。長嶋でございます。

ご案内のように、また今期も議長を仰せつかりましたけれども、皆様方協力しまして、先ほど局長からお話ありましたようないろいろな認知症にかかわる施策に関して、どうぞ皆様の知恵を絞って、あるいはまたいろいろなところにお声かけをしていただきながら実現に向かって進みたいと思います。どうぞご協力のほどお願い申し上げます。

【室井幹事】 どうもありがとうございました。

続きまして、副議長の選任に移りたいと思います。

要綱におきましては、議長に事故があるときは、あらかじめ議長が指定する者がその職務を代理するとなっておりますので、議長に副議長を推薦していただきたいと思います。長嶋議長、お願いいたします。

【長嶋議長】 前回までと同じように繁田委員にお願いできたら私としては助かるんですけども、いかがでしょうか。

(拍手)

【室井幹事】 どうもありがとうございます。

それでは、恐れ入りますが、繁田委員におかれましては副議長席にお移りいただきますようお願いいたします。

(繁田委員、副議長席に移動)

【室井幹事】 それでは、こちらも早速でございますが、繁田副議長から一言ごあいさつをいただきたいと思います。

【繁田副議長】 特段申し上げることはございませんけれども、今回も大船に乗ったつもりで安心して横に座らせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 どうもありがとうございました。

それでは、長嶋議長に今後の進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 それでは、表紙のところに第11回東京都認知症対策推進会議の次第がございます。報告と議事がございますが、まず報告のほうからまいりたいと思います。

報告に入る前に、まずお手元に配付されている資料の確認を事務局のほうからお願いしたいと思います。お願いします。

【室井幹事】 お手元、クリップどめの資料と、それからこちらの別刷りの資料があると思います。クリップどめのほうはクリップを外していただけるとわかりやすいかと思います。

資料でございますが、先ほどの要綱の次でございますけれども、資料1といたしまして、「認知症ケアパス部会」（仮称）の設置についてというA3のペーパー1枚がございます。

それから次に、東京都の若年性認知症対策というものが資料2—1ということでございます。

さらに、資料2 - 2といたしまして、これはモデル事業を実施していただいております東京栄和会さんのほうで作成していただきました若年性認知症支援モデル事業の経過報告の資料がございます。

それから、ホチキスどめの次のところでございますが、資料2 - 3でございます。こちらもモデル事業を実施していただいておりますいきいき福祉ネットワークセンターで作成していただきましたモデル事業の経過報告でございます。

さらに、ホチキスどめの次、資料3という、こういうペーパーがございます。平成23年度の認知症対策の主な取組についてというものでございます。

あとは、参考資料になりまして、参考資料1といたしまして、東京都認知症疾患医療センターについてというA3の資料でございます。

さらに、参考資料2といたしまして、区市町村における認知症施策事業一覧というものがA3 1枚でございます。

さらに、参考資料3といたしまして、東京都高齢者保健福祉計画の改定についてという資料が参考資料3としてございます。

さらに、委員の皆様の机上には、先般行いました国に対する東京都の提案要求、特に認知症

施策に関するものの抜粋版をご用意してございます。

それから資料とは別に、平成23年度の区市町村の認知症施策一覧というものもお配りしておりますので、ご確認をいただきたいと思います。

資料の確認は以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

それでは、これから報告のほうに入りたいと思います。

まず、報告事項１、東京都認知症疾患医療センターについて、これも事務局から報告のほうをお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【室井幹事】 それでは、こちらの資料でございますが、後ろのほうの参考資料１というのをご覧いただきたいと思います。東京都認知症疾患医療センターについて（概要）というＡ３のペーパーでございます。

この認知症疾患医療センターにつきましては、昨年度、繁田委員に委員長になっていただきまして、東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会というものを設置いたしました。これはこの認知症対策推進会議のもとに設置した専門部会ということでやったところでございます。これにつきましては、西本委員にもご参画をいただいております。

この中で、大都市東京において求められる認知症疾患医療センターの機能、役割とは一体何なんだろうか、本当に機能する認知症疾患資料センターというのはどういうものなんだろうかというものをご議論していただき、まとめていただいたところでございます。

この報告書が１月に出まして、これを踏まえて、東京都におきましては２月に公募をいたしまして、３月に選考委員会を実施していると。現在、この認知症疾患医療センターの指定につきましては国との協議が必要ということでございまして、国との協議中ということでございます。

それでは、ちょっとこのペーパーのご説明をいたしますが、目的が最初にございます。

認知症の鑑別診断であるとか、身体合併症と周辺症状への対応、専門医療相談といった認知症専門医療機関としての機能を発揮していただくということは一つ当然のことということでございます。

さらに、これに加えて、地域の保健医療、介護関係者等との連携の推進役、さらには認知症に係る人材の育成等を行っていただき、都内各地域において認知症の方々に対する医療的な支援をしっかりとっていくようなシステムをつくっていきこうと、そういう趣旨で設置するというものでございます。

取組の概要、事業概要とございます。これはあり方検討部会の中でご議論していただいた内容をまとめたものでございますが、基本的な機能といたしましては2点ございまして、まず認知症の方を支える基本的な関係者というのは、地域の医療機関あるいは地域の介護事業所という地域の方々であろうというふうに考えておりまして、その方々へのバックアップをするような役割をしてほしいということでございました。

さらに、医療と介護の連携というのがまだまだ十分とは言えないというような状況がございますので、医療と介護の連携を推進していくような役割も持っていただきたいというようなことで整理がなされておりまして、このような形でお願いをしているところでございます。

3つの役割ということで具体的なお話を整理していただきました。

一つは、専門医療機関としての役割ということで、専門医療相談の実施ということで、医療相談室というものを設置していただきたい。そこで、地域包括支援センターとか、いろいろな関係機関があるかと思えますけれども、そういったところからの相談に応じていただきたいということが一つございます。

それから、鑑別診断・初期対応時の取組というところでございまして、これは単なる医学的な診断をやっていただくということだけではなくて、それが今後の生活においてどういうことが生じ得るのかという生活面での評価、身体的・社会的側面も含めた総合的な評価をしていただきたい、それをケアチームに伝えていただきたいというようなことも掲げております。

さらに、身体合併症・周辺症状への特に入院対応というところでございまして、センターご自身が認知症の方の身体合併症、身体症状あるいは周辺症状への入院受入をしていただくということと、ただ、センターだけでは非常にたくさんの認知症の方の受入は難しいということで、地域での病院のネットワークをつくりまして受入体制の整備をしていただきたいというふうにしてございます。

それから、2番目でございますが、地域連携の推進機関としての役割ということで、各地域、地域における連携協議会ですとか研修会等、地域連携体制の構築をしていただきたいということとでございます。

人材育成機関としての役割ということで、専門医療に係る人材ということもありますし、それから、地域住民も含めたいわゆる認知症に理解のある方々の育成ということにも携わっていただきたいというような形で整理をしてございます。

この部会の中でも特に重点的な取組が必要だという整理をなされたものが身体合併症、周辺症状への対応及び地域連携の推進ということでございました。

これを踏まえまして、右側のほうでございますが、東京都の今年度予算で12か所、都内で島しょを除きますと12医療圏、保健医療圏がございます。その保健医療圏ごとに1か所を指定していくという考え方で予算を組んでいるところでございます。現在手続中といいますか、国への協議中というところでございます。

指定期間は3年ということで、3年経った段階で評価をして、特に問題がなければよろしいかと思うんですが、十分なパフォーマンスが発揮されていないというような場合は、場合によってはほかのところへということもあり得るというような仕組みにしております。予算額は1億2,900万円というような事業でございます。

なお、こちらのクリップどめと別に国への提案要求の資料をご用意しているかと思います。

こちらで認知症疾患医療センターに関しましても国への提案要求をしてございますので、簡単にご説明をしたいと思います。

1枚おめくりいただきまして、認知症対策の総合的な推進というところでございます。

これの(2)でございまして、認知症疾患医療センター運営事業に必要な財源措置を講じるとともに補助金の充実を図ることという提案要求をしているところでございます。

その他、あわせてご説明をいたしますが、市町村認知症施策総合推進事業ということで、認知症コーディネーターのようなものを配置していくような国庫補助事業があるんですが、まだまだ予算規模が少ないということがありまして、これの拡大を要求してございます。

さらには、この後でお話がございます若年性認知症を専門としたデイサービスが実施できるような介護報酬を設定してくださいというような提案要求も出しているところでございます。

以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

ここで本当はご質問、ご意見をいただきたいんですけども、報告事項があと2つありますので、これが済んでからまとめてご質問、ご意見をちょうだいしたいと存じます。

それでは、報告事項2の区市町村認知症施策事業一覧についてです。

区市町村認知症施策一覧については、このことも事務局からご報告をお願いしたいと思います。

【室井幹事】 それでは、今の参考資料1の次の参考資料2をご覧くださいと思います。

こちら、作成した趣旨でございますが、認知症対策あるいは認知症の方へのご支援の主役というのは、やはり地域に身近な区市町村だというふうに考えております。東京都はこれを財政的に、あるいは情報交換の場を設定するというような形でのバックアップというようなことが

なというふうに考えております。

これまでの推進会議では、どちらかというと、こういうふうにやったほうがいいのではないかなというような先導的な役割を果たしていこうとか、あるいは東京都としての基盤整備はどうかというところを中心的に議論をしまいいりましたけれども、この会議が設置されてから5年目になるのですが、この間、区市町村においてもかなり取組が進んできておりますので、改めて都内区市町村の取組の状況を把握しておく必要があるということで作ったものでございます。

わかりやすく5つのカテゴリーに分けております。

真ん中から説明しますが、地域づくりでございます。

認知症サポーターの養成を当然やっているわけですが、その活用に取り組んでいる区市町村がたくさんあるということでございます。

さらに認知症サポーター養成の講師となるようなキャラバンメイトの養成、あるいは認知症の方や家族が気軽に立ち寄ってある意味リフレッシュをしていただくような居場所づくりであるとか、認知症の徘徊のSOSネットワークというようなことも含めました徘徊高齢者対策、あるいは地域住民などによる見守りを中心といたしました地域ネットワークの構築、このようなことに多くの区市町村が取り組んでいるところでございます。

それから、左上の家族支援のほうにいきたいと思います。

家族会の立ち上げですとか、その運営支援、あるいは家族同士の交流会の開催といったような取組をしている区市町村も相当あるということでございます。

さらには、地域資源の活用ということで、緊急ショートステイ事業なども非常に多くの区市町村で行われております。

その下、人材育成でございますけれども、認知症ケアに精通した介護職を増やそうというところでの区市町村独自の研修であるとか、認知症予防のファシリテーター、地域、地域で認知症予防のサークルのリーダーのようなものになっていただく方を養成しようというような取組も行われているところでございます。

右上のほうにいきたいと思います。医療でございます。

これは認知症に強い医療機関のご案内ですとか、物忘れ相談などの実施が行われているところでございます。

さらに、その他といたしまして、医療機関の紹介、物忘れチェックシートの作成などが行われております。

それから、普及啓発等ということになりますが、パンフレットの配付ですとかシンポジウム、それから認知症の予防、こういったことがこれだけの区市で行われているということでございます。

これにつきましては以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

報告事項の3番目がございます。これは第5期東京都高齢者保健福祉計画についてです。これにつきましても事務局からご報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【室井幹事】 続いて、参考資料3になります。高齢者保健福祉計画の改定についてという資料でございます。

この計画でございますが、法律上、老人福祉計画と介護保険事業支援計画というのを都道府県が作成することになっておりますが、それを東京都におきましては一体的に作成しております。

そういう意味で、先ほど局長からお話ありましたけれども、高齢者施策の総合的・基本的な計画として3年に一度、3年ごとに作成をするという形でこれをつくっております、今年度作成の年ということでございます。前回は平成21年3月に、20年度末に作成しております。

左側がこれまでの取組というのを示しております、第4期の取組が、前回、3年前に作成したこの計画の概要を記載してございます。

さらにその下、東京の地域包括ケアということで、東京都の地域ケアを推進する会議というものを堀田力先生を委員長といたしまして開催をしたところでございます。そこで、理念や基本方針という基本的なところを議論いただきまして、「みんなで作り出す365日24時間の安心」ということを基本理念に据えるべきだというお話をいただいております。

また、報告書の特徴というところでございますが、生きがいや楽しみ、ふれあいといった精神的な要素を重視すべきだと。あるいは、介護が不要な高齢者も対象とした活動が要介護状態となっても継続することを目指すべきだ、あるいは、高齢者自身が主体となってみずからの望む生活をつくり上げていくべきだというようなご提言もいただいております。

さらに、高齢者の急速な増加というのが特に都市部においてはこれから発生してくるということでございます。その方々の住まいをいかに確保していくのか、特に一人暮らしの方もどんどん増えていく中でどうしていくのかということが今、東京都のみならず国全体の課題にもなっております。

そういった中で、東京都では、高齢者の居住安定確保プランというのを昨年9月に策定をい

たしました。今まで住宅施策と福祉施策というのが、どうしても部局が別ということではばらばらに作ってありましたけれども、これを一体的に作って高齢者の住まいをきちんと確保していかうというようなことでつくったものでございます。

このような取組を今までしてまいりまして、これを踏まえて第5期の東京都高齢者保健福祉計画を今作成しようということで、この5月に委員会を立ち上げたところでございます。

委員会には、本委員会の永田委員ですとか林田委員にもご参加をいただいているところでございます。

策定趣旨でございますが、介護、予防、医療、生活支援、住まいといった地域包括ケアを実現していくということが主要命題というふうに考えてございます。

また、この計画は、介護報酬の改定に合わせまして全国で策定するものですから、国が新たな視点を示してございます。その一つが日常生活圏域のニーズ調査に基づくニーズをきちんと把握をして、それに対応したサービスを提供していきましようというようなことが1点でございます。

もう一点が、重点記載事項というのを国が今回初めて出してきました、ここに書いてありますとおり、認知症支援策の充実というのが4つある中の一番最初に挙がっているところでございます。

そういう意味からも、本会議の委員の皆様方からぜひ様々なご意見を頂戴いたしまして計画に反映できればと考えてございます。

計画の作成スケジュールでございますけれども、現在、第2回目の会議、7月5日の会議が終わったところでございます。今後、起草委員会等も含めましてどんどん進めてまいりますが、来年1月には中間のまとめができて、それをパブリックコメントして、来年3月には計画を作成していきたいというふうに考えております。

なお、第2回の会議では、認知症施策の充実という観点からご議論いただきまして、主なご意見を紹介いたしますと、やはり区市町村における取組にばらつきがあるのではないかなというご意見ですとか、認知症のコーディネーターを東京都としても積極的に広げていくべきではないか、さらには、地域づくりというのも大変重要だが、本丸であるところの小規模多機能などの整備を進めていくことが必要なのではないかなというご意見をいただいたところでございます。

以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

一応これで報告が済みしましたので、3つございましたが、ここでまとめてご質問、ご意見をいただきたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

できたら挙手をしていただけると大変ありがたいんですけども、いかがでしょうか。急いで報告していただきましたものですから、ちょっと時間がかかるかと思いますが、いかがでしょうか。

飯塚さん、お願いします。

【飯塚委員】 先ほど緊急の場合のショートステイをやっているというふうにご説明があったんですけども、私、品川に住んでおりまして、私の母が認知症だったので、いろいろとショートステイを定期的にご利用させていただいたんですけども、たまに私自身が緊急にちょっと頼めるところがあるといいなというふうに日頃感じていて、そういう緊急にショートステイができるような施設がいろいろ各地区で充実すると、非常に介護するほうの立場としてはいいなと思っておりまして、今実際どんな地区がどの程度そういう制度を活用しているのかというのがわかればちょっと教えていただきたいと思います。

【長嶋議長】 いかがでしょうか、事務局のほうから。

【室井幹事】 その数というところにおきましては、資料にお示しをしてありますとおり、18区23市1町ということでございます。それぞれちょっと運用の仕方につきましてはいろいろあるかと思いますので、その辺についてはちょっと今手元に資料はございませんけれども、品川区は、私どもの調査によりますと、まだ実施していないという結果になってございます。

【長嶋議長】 よろしいでしょうか。これをご覧になると多分わかりいただけたと思いますけれども……

【室井幹事】 品川区は27ページです。そちらをご覧いただきますと、品川区の様々な認知症施策は記載されているので、これをご参考になさっていただきたいと思います。

【長嶋議長】 ご質問の趣旨は、緊急のショートステイがどうなっているかということですが、どなたかおわかりの方がいらっしゃったら情報提供いただければ大変よろしいんじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

【西本委員】 東京都介護支援専門員研究協議会の西本と申します。

ケアマネジャーの立場からなのですが、緊急ショートは飯塚委員がおっしゃったように、いろいろな区市町村であることはあるんですけども、ベッド数自体は余り多いわけではなく、現状としてはなかなか使い勝手がいいと言えない施策というように認識しています。

ただ、あるところはやはりあって、すごく助かったというところもあるので、これは整備と

いうものは大変重要だなというふうには思っているんですが、ただ、ショートステイ自体が実は大変とりづらい制度でして、とりづらいというか、人気のある制度と申しましょうか、大体の区市町村そうだと思うんですけども、2カ月前に申し込んでやっと2カ月後の予定を押さえていくというようなものなので、やはりショートステイという制度の充実をまず図り、その後に緊急のショートというところを充実させるべきなのかなというふうに、現在の状況はそういう状況です。

今、そういう状況でございますので、もう一つ、はやっているといいですか、デイサービスでお泊りデイというものが今現在東京都では、いろいろと介護保険外でお泊りするような施設も出てきておりまして、これに関しては玉石混交と申しますか、とてもよくやったださるお泊りのデイサービスもございますし、本当に雑魚寝で劣悪な状況でお年寄りを預かるということもあるので、これは本当に認知症のみならずショートステイというか介護保険の制度の今一番の問題かというふうに思っております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

ほかにかがでしょうか。今の緊急ショートに関してもし何かご存知の方いらっしゃいましたら、どうぞ。すみません、お名前をおっしゃってからお願いします。

【吉田委員】 新宿区の高齢者サービス課長です。

介護保険のほうは担当しておりませんが、福祉部という中で話を聞いておりまして、新宿区としてもやはりショートステイの施設をどのようにふやしていくかということが課題です。23区においてはやはり土地の確保ですとか、そういったところが最大の課題であるということです。

以上です。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

【渡邊委員】 武蔵野市の高齢者支援課長、渡邊でございます。

武蔵野市ですが、以前から緊急ショートステイとして、施設で一定のベッドを確保していましたが、使いづらいものがあったものですから、昨年度、22年度からは関連の社会福祉法人とも相談しまして、毎日2ベッドですが、365日確保するような形にしています。ですから2ベッドはお入りいただける。ただ、認知症だけというわけではなく、虐待とかもいろいろありますけれども、福祉全般を含めた形で2ベッドは確保しております。。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

いかがでしょうか、飯塚さん、まだ各区市町村全部が充実しているとは言えないようすけ

れども、これを機会に充実に向かって工夫、ご努力をいただければと思います。そんなことでよろしいですか。ありがとうございました。

【飯塚委員】 ありがとうございました。

【長嶋議長】 ほかにご質問、ご意見。

【林田委員】 林田と申します。よろしくお願いいたします。

すみません、ちょっと初歩的な質問で、今回新任ですので簡単に教えていただければありがたいのですが、東京都認知症疾患医療センターの名前の中にある「疾患」は、認知症のいわゆる原因疾患の疾患なんですかね。そうですか。

【繁田副議長】 そうでございます。認知症の原因となつてございます病気ということで、アルツハイマー型認知症とか、血管性の認知症とか、そういうものをすべて含めたそういう意味です。

【林田委員】 わかりました。

【長嶋議長】 ほかにいかがでしょうか。

まだたくさんもしかしたらご意見あるかと思えますけれども、時間の関係もございまして、急いで進ませていただきますので、大変恐縮ですが、次に移りたいと思います。

それでは、議事のほうに移りまして、議事事項の1番、認知症ケアパス部会の設置についてです。これも事務局のほうからご説明をお願いしたいと思います。

【室井幹事】 それでは、前のほうに移りまして、資料1の認知症ケアパス部会の設置についてというのをご覧いただきたいと思います。

昨年度、認知症疾患医療センターのあり方検討部会で様々なご意見をいただいたところでございますが、それを踏まえて認知症疾患医療センターが指定されると。そういった中で、さらにその内容を深めていくためにこの部会を設置したいということでご意見を伺いたく、ご説明をさせていただきます。

部会の概要とございますが、委員構成10名程度、学識、医療、介護関係者のみならずご家族のご意見なども反映させていきたいというふうに思っております。

検討事項でございますけれども、医療、介護関係者間の情報共有化ということが基本でございまして、単なる情報共有化のツールをお示しするということではなくて、考え方などもあわせてお示しができればというふうに考えております。

開催回数5回程度ということで、開催しましたならば本会議にもご説明をさせていただきたいというふうに考えております。

設置理由でございますけれども、ただいま申し上げましたとおりですが、認知症疾患医療センターのあり方検討部会の報告書におきまして、東京都は、東京都における標準的な地域連携パスを作成するなど、各地域の連携体制構築に向けた積極的な支援を行うことが求められるというような記載がなされております。

その基本的な考え方といたしましては、認知症疾患医療センターだけができて、そこが頑張っただけではとてもたくさんの認知症の方の医療サポート体制を地域、地域でつくっていくというのは、これは無理だと。ですので、関係者、それから行政機関の協力が不可欠なのだというような中でこういうお話になってございます。

進め方でございますけれども、8月下旬に立ち上げたいというふうに考えてございます。

具体的には、情報共有が必要な場面、幾つかあるかと思います。そういったときにどういうアクターが情報共有をしなくちゃいけないのかというようなことを整理をしていきたい。また、その留意点等々も分析をし、整理をした上で情報共有化のための仕組み、それから具体的な情報共有ツールの雛型の作成をしていきたいというように考えております。

これは単なる雛型でございます、具体には、やはり各地域、地域、東京都内でもやはり地域特性というのがかなり色濃くございますので、その各地域で具体的な地域連携のやり方、あるいは地域連携ツールというのをぜひ開発していただきたい、その参考にさせていただきたいということでございます。

そのために、連携の実態を把握するための調査、医療関係者と介護福祉関係者への調査なども実施していきたいと思っておりますし、また、認知症疾患医療センターの指定ができましたならば、早速会議等を開きましてそこでのご意見も聞きながら、部会の議論にフィードバックをして、より機能するものにしていきたいというふうに思っております。

来年2月ぐらいにまとめていきたいということでございまして、この報告書ができましたならば、その内容につきまして、認知症疾患医療センターはもちろんのこと、その他関係各機関に周知をいたしまして、地域における具体的な連携体制づくりの参考にさせていただきたいということでございます。

この右側のほうには、情報共有が必要な場面と主な関係者の想定というふうに書いてございます。これはあくまでも事務局側の想定でございまして、また部会の中の議論でより精査をしていきたいというふうに思っております。認知症かどうか判明する疑いから受診までの間、それから、認知症であるということがわかって、ただ日常生活を医療、介護のサポートを受けながら安定的に暮らしている場面、それからあとはご病気になられた、あるいは周辺症状が大

変厳しくなったということで入院医療等が必要な場合、そんな場面が想定されるというふうに考えておりますが、この辺につきましても本日ご意見を頂戴できればと思いますし、また部会の中でも精査をしていきたいというふうに考えております。

以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

これからの問題として、今ご説明いただきましたけれども、ここで認知症ケアパス部会、仮称となっておりますけれども、設置についてご質問、ご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

これは東京都独自の施策でございますか。

【室井幹事】 そうですね。認知症のいわゆるクリニカルパス、医療連携というような取組は大分幾つかのところでチャレンジされているかと思うんですが、今回私どもが中心に据えたいのは、ケアパス部会、名前のとおりでございますが、やはりそのケアをどうしていくのか、介護の部分、ケアの部分を中心に議論を進めていきたいというところでございます。そういう意味では東京都独自のものというふうに考えていただいて結構かと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

お分かりいただきましたでしょうか。非常に斬新な計画だと思いますので、ぜひ成功していただきたいと存じますが、これに関しましてご意見ございましたら、ぜひここでお願いしたいと存じますが。

それでは、こちらから、ちょっと思いつきなんですけれども、先ほどご意見いただきました西本さん、何かこれに関してお考えがありましたら、まず一言お願いしたいと存じますが、いかがでしょうか。

【西本委員】 今、事務局からのご説明のあった、クリニカルパスではなくてケアパスという概念がとてもすばらしいなというふうに思っております、特に認知症に関しては、私も基礎職、看護職ですけれども、病気というよりも、その人を中心としたイメージが一番重要なんじゃないかなと思っているので、ケアの部分でこの人はこういうもので安定するんだとかいう、在宅というか、福祉部門から発信できるというのがすごく期待できるというふうに思っております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

今までも恐らく医療と福祉の一体化ということでいろいろ工夫がなされてきたと思うんです

ね。これを伺って感じるのは、やはり一歩、もちろん治療も大事ですけども、生活に対する支援といいますか、この中には当然認知症の方を抱えておいでになるご家族の方、親族の方々へのいろいろな支援もあろうかと思えますけれども、ちょっと細かくなって申しわけないんですけども、その辺のところは都としては今の段階でどんなふうにお考えなんでしょうか。突然で申しわけないんですけども。

【室井幹事】 まさにそのところが極めて重要でございまして、繁田先生にお話ししていただいたほうがいいかもしれませんが、今のところ認知症に対する特効薬というのはないという状況かと思えます。

そういった中で、また認知症の方がほかの方と同様に医療が受けられるかどうかというところはなかなか厳しい状況もあろうかと思えますので、そういう意味で、医療支援ということではなくて、生活全般への支援、あるいは認知症の徘徊等周辺症状に大変困られているご家族への支援というような要素を十分に盛り込みたいというふうに考えております。

【長嶋議長】 ついでですから、繁田副議長のほうから。

【繁田副議長】 医療支援部会で議論したことと関係するんですけども、一人の人でも時期によって医療が必要なときと、医療としてはお薬を続けていただければいい、ただ生活のほうを何とかしないという場合と、それぞれ人によってもまた時期によっても変わってくるので、初めから決めておいてというわけにはいきません。

そのときそのときに必要な情報を交換して、医療と福祉とで連携していかなければいけないというのを改めて医療支援部会で感じたんですけども、それはすでに昔から言われていることですが、相変わらずなかなか難しいということで。そこは何が原因かという、やはり支援の哲学も違えば、言葉も違えば、信念も違うというような状況なので、そこをつなぐようなパスであつたらいいなと思えます。

ですので、個人的には余りいろいろ難しいことを書き並べるということではなく、医療と福祉とがコミュニケーションをとりやすくするような、両者をつなぐような、これを通じてコミュニケーションをとれるようなものだったらいいなというのが個人的な思いでございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

これはまた私のほうからお願いしていいかどうか迷うんですけども、実はお隣にお座りの斎藤委員が医療の立場からだけではなくて、いわゆる成年後見制度の問題とか、認知症の方々の人権の問題とか、いろいろな立場でご発言がこれまであったと思えますけれども、やはり先ほどこの中でコーディネーターという言葉が出ましたか、そのことも含めて、だれがケアパ

スをきちんとできるかどうかということのかなめの人間として、多分コーディネーターさんがやるかどうかわかりませんが、その辺のことも踏まえて、大変突然で申しわけないんですけれども、斎藤先生、ぜひご意見あったらお願いします。

【斎藤委員】 そんなすごい意見があるわけではないんですが、私は臨床医ですので、毎日、毎日、そういう患者さんやご家族や福祉の方と接していると思うのは、コーディネートしている人はケースごとに違う、今はね。少なくともケースごとに違う。この人についてはとても優秀な家庭医がついていて、その先生が上手にコーディネートしている、この人についてはケアマネジャーが非常に優秀でやってくれている、ある人については私どもの病院の相談員がかなめになっているというふうな状況なんだろうと思います。

そういうフレキシビリティは残しておかないと、ケアマネの仕事です、看護師の仕事です、医者の仕事ですといっても能力がばらばらなので、能力のない人がポジションだけでコーディネーターですと言われると非常に困る、資格だけで。

地域包括を見ているとつくづく感じるんですけれども、政策上、ケアマネをつくるときにどんな資格でもいいと言ってしまった反動で、地域包括をつくるときにやたらいろいろな資格を並べ立てた。そうしたら、資格はあるけれども、認知症の介護経験のない地域包括の職員というのはずらっと出てきている。それがなれるのに本当に何年もかかった。

だから、このコーディネーターについては、やはりその辺のフレキシビリティを単にこれこれの資格というんじゃなくて、どんな職業の人でもいいから、一方で最初のときのケアマネみたいにこの指とまれで、とにかく数をそろえるというのではなくて、やっていただけたら有効な制度になるんじゃないかなと思います。

それからもう一つ、私は、さっきの飯塚さんの緊急のときのショートステイの話でも思った、それから身体疾患のことでもそうなんですけれども、救急の場合のベッドやなんかをうまく回すためには、その後がないとだめなんですよね。2つのベッドで毎日やれるわけじゃない。きのう2つ緊急のショートが入ったら、その次にはあけてくれなければそこがあかないわけですよね。それから、急性期の医療にしても、これこれの総合病院がやりますといっても、その総合病院がヘジタイトする一番の理由は、3日目からどうするのという話なんです。

例えば私どもの病院は、預けた患者さんについては、手術が済んだらすぐとります、こっちで抜糸しますといえどどんな患者さんでもとってくれるんです。だけれども、そうじゃないと、総合病院は四肢拘束して眠らせてやらなければならないから困っちゃうわけですよね。だから、こういう制度をつくるには、その後をどうするか。それがなくなるとうまく機能しないんじゃない

かなというふうに思いました。

【長嶋議長】 どうもありがとうございました。

大変参考になるご意見をいただけたと思いますけれども、どうぞ参考になさって、この認知症ケアパス部会が立派に成功することを願いたいと存じます。

ほかにございますでしょうか。

どうぞ。

【渡邊委員】 たびたびすみません、武蔵野市の渡邊でございます。

資料に区市町村のファイルがありますが、75ページに私ども武蔵野市の取組を記載していただいています。その中の医療支援に「三鷹・武蔵野認知症医療連携」がありまして、今、実は、「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」をやっております。これは行政でいうと三鷹市と私ども武蔵野市、それと両市の医師会、専門医療機関、これは杏林大学病院と武蔵野赤十字病院などですが、「もの忘れ相談シート」の試行を1年半ぐらいやっています。

資料1の右側にあります の認知症の疑いから受診までの図のところを、連携シートが1から6までありますから、ちょうど矢印の流れでやりとりをしていて、本人、家族から相談機関、私どもですと地域包括、在宅介護支援センターで受けて、かかりつけ医、もの忘れ相談医へという形でやっています。また専門の医療機関の受診では、専門枠ということで、通常3カ月ほど予約までかかるところを少し早く見ていただく。それをまたかかりつけ医、もしくは私ども相談機関のほうにお返しいただいて、その後の在宅につながるという形のものをやっているところ です。

【長嶋議長】 ありがとうございました。大変参考にさせていただけるかと存じます。

そうしますと、この認知症ケアパス部会の設置についてはご了承いただけますでしょうか。

(拍手)

【長嶋議長】 ありがとう存じます。

それでは、認知症ケアの部会をお認めいただいたということで、設置することにさせていただきますたいと存じます。

それでは、議事事項の2のほうに進ませていただきます。

若年性認知症支援モデル事業の実施状況についてです。

初めに、事務局から若年性認知症モデル事業の概要についてご説明をいただきまして、その後の公募によって選定され事業を実施している2つの事業所のほうから進捗状況についてご報告をお願いしたいと存じます。

まず事務局のほうからお願いします。

【室井幹事】 それでは、今の資料1の次の資料2 - 1でございます。A4横のペーパーでございます。これでご説明をさせていただきます。

東京都若年性認知症対策ということでございますが、東京都の認知症対策といたしましては、この対策会議の中でもご議論いただきましたが、地域づくり、それから先ほどのような医療支援、それからグループホームなど、あるいは人材育成などの基盤整備、さらには、それとまた別に若年性認知症対策というのを一つの大きなテーマとして今まで議論を進めてきたところでございます。

なぜかということを改めて申し上げますと、若年性認知症、数は都内4,000人程度ということで多くはないんですが、一家の大黒柱が認知症というような状況になってしまう。お子さんも小さいし、経済的な基盤も失われることが多いということで、いわゆる高齢者の認知症における介護ということだけではなくて、経済的な問題ですとか、家族関係の問題ですとか、あるいはまだ体的にはお元気でございますので、居場所の問題であるとか、そういったさまざまなある意味深刻な問題をそのご家族、ご本人が背負い込むというような状況になりますので、それに対する支援をやっていきたいというようなことで取り組んでいるところでございます。

今までの経緯でございますが、資料に沿ってご説明いたしますと、平成20年に若年性認知症の生活実態調査というのを行いまして、こんなような状況にあるというようなものを把握してございます。

それを踏まえまして、こちらの本日ご出席の斎藤委員に座長になっていただきまして、若年性認知症支援部会を設置し対策をご議論いただいたところでございます。公的支援、医療支援、介護支援、職場を含む社会的支援、経済的支援、さまざまな面においてどういうサポートが必要なのかというのを整理していただいたところでございます。

それを踏まえて、東京都として今これまで取り組みましたところでございますけれども、一つは若年性認知症ハンドブックの作成ということでございまして、現役の方が認知症になってしまうということでございますので、企業における若年性認知症の理解が非常に重要だということで、若年性認知症はこういうものであって、こんな制度がありますよ、うまく気づいてうまくつないでくださいねというようなハンドブックを昨年12月に作成をし、産業医さんですとか、それから区市町村、地域包括支援センター、それから都内の企業にも配付をしているところでございます。

さらにもう一つは、その上でございますが、若年性認知症支援モデル事業、本日その進捗状

況をご説明いただきますけれども、これを実施しているところでございます。これは平成21年度から23年度までの3か年のモデル事業ということでございます。

これをおめくりいただきますと、裏面にそのモデル事業の概要が書いてございます。2つございまして、一つがなぎさ和楽苑、社会福祉法人東京栄和会さんにやっただいてるものでございます。若年性認知症の方に合ったデイサービスというのがなかなかないですよ。高齢者の認知症のデイではなかなかないというようなところで、若年性認知症の方に合ったデイサービスのあり方を検討していただきたいということでお願いしているものでございます。

具体的な取組といたしましては、こちらのなぎさ和楽苑さんは特別養護老人ホームをやっておりますので、特別養護老人ホームに併設するような形で若年性認知症専門デイサービスを展開していただいて、それで、特養も有している、機能も十分活用していただきながら若年性認知症の方を支援していくというようなものでございます。

モデル事業の内容ということでございますが、あるいは特徴と言いかえてもいいかもしれませんが、利用者の特性を考慮したプログラムを開発していく、あるいは、将来的には、今は高齢者の認知症のデイサービスしかございませんけれども、介護保険事業の枠内でサービス提供ができるように何らかの情報発信を国に対してしていければというふうに思っております。これは先ほど国提案でも東京都としてもしているところでございます。

それから、下のほうでございますが、NPO法人いきいき福祉ネットワークセンターさんには、若年性認知症の方が医療や介護や福祉や年金や、さまざまな制度に本来結びつかないといけないところが、実態としてはなかなか、大黒柱が倒れたということだけでも大変なわけで、具体的なサービスにきちんとつながっていないことが非常に多いという問題認識から、そういった本人、ご家族をご支援してきちんとサービスにつなげていくというような事業をお願いしているところでございます。

具体的には、支援コーディネーターというのを設置していただきまして、多岐にわたる支援制度の総合相談窓口として機能していただく、さらには、いろいろな関係機関がございまして、そこへの手続をするのもなかなか大変でございますので、これに対する支援をしていただくというようなことでやっただいております。

その事業の特徴でございますけれども、そういうさまざまな制度を活用できない理由というのは何なのか、あるいは若年性認知症特有のこの制度につなげるためのマネジメント方法のモデルをつくって、あるいはマネジメント支援のモデルの普及啓発、なかなか地域、地域、

地域包括支援センター等ではまだまだ十分できていないというような状況もありますので、そういったところの普及啓発を行っていこうというようなところが特徴となっております。

さらに具体的には、きめ細かに開始時、中間、１年後にご本人、ご家族等の状況を把握しながら支援をしていくというようなことですか、連携シートというようなものを開発していただきまして円滑な情報共有、円滑な支援などを行っているというようなことでございます。

詳細はまたご説明があると思いますので、その中でお願いしたいと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、事業者の方からご報告をお願いしたいと存じます。

まず初めに、社会福祉法人東京栄和会の並河さんのほうからご報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【並河氏】 今ご紹介いただきました社会福祉法人東京栄和会なぎさ楽苑のこのモデル事業のほうを担当しております並河と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

資料２－２というところから当苑で行っておりますモデル事業の経過報告ということで資料のほう掲載させていただいておりますけれども、こちらに沿って、今現在どのような状況で行っているのかということをご説明したいと思います。

まず、時間が少ないというようなこともありまして、この資料の内容を全部ご説明する時間がないので、要点をご説明していきたいと思っておりますけれども、まずこのモデル事業を実施する前の現状とか課題とか、そういったような概要につきましては今事務局のほうからご説明していただいたとおりでございます。事業実施及び実施した結果、今後の方向性、こういったことを中心にお話ししていきたいと思っております。

資料２－１のモデル事業における課題提起というところでございますが、若年性認知症の現状と若年性認知症専門デイサービスの設置ということで、このモデル事業を実施するに当たりまして、併設している一般及び認知症通所介護を利用されているという若年性利用者においては次のことが見受けられたということがございます。

今までのデイサービスで展開してきた高齢者のプログラムになじまない方が多かった。退職を余儀なくされたり、女性であれば主婦としての役割から外されるなど、役割を喪失している方が非常に多かったということです。

これらのことから、いわゆる若年性の方に関しましては役割を提供すること、またサポート側としての役割を提供する就労型プログラム、こういったものを提供することが重要であると考え、専用のプログラムと各専門職のサポート体制を構築した若年性認知症専門デイサービス、

こういったものを設置して、今後の支援のあり方の研究を進めることといたしました。

なお、その資源の一つとして、当苑のサービス事業であります特別養護老人ホームの機能を駆使して、また活用できる可能性、こういったものは高いと考え、特養を利用した事業展開ということはどのようなことができるのか、それを今回研究して明らかにしていきたいというふうに思っております。

資料のほう、次にいきまして、ページをめくりまして2のほうにいきます。このモデル事業実施における具体的な事業の概要というところになりますが、ここに(1)(2)(3)と、まず若年性認知症専門デイサービスフリーサロンあしたばと名づけましたけれども、こういったものを展開する。(2)のほうが家族支援、そして(3)のほうが普及啓発ということになります。このモデル事業としての専門デイサービス、このあしたばの展開を今回中心にご説明します。

内容としましては、特別養護老人ホームが入所施設として有する環境と、専門職種による介護機能を駆使し、若年性認知症に特化した専用デイサービスを実施したい。

目標としましては、利用者の特性を考慮したプログラムを開発、将来的に介護保険事業枠内での実施を前提としたサービスの提供のプロセス及び介護給付や人員配置などのシミュレーション。

具体的な方法としましては、利用定員8名の専用デイサービスを専有エリアにて展開、若年性認知症に適した利用者の状況のアセスメント手法及び当人の有する能力に応じたマネジメント手法を立案してサービスを実施する。サービス提供に必要な人員の定義、資格者の要件、送迎サービス、環境整備、必要な経費等についてサービス実施実績を評価し、現状の制度内での実施について検証するというようなことでございます。

また、ページをおめくりいただきまして、次にいきまして、3番のフリーサロンあしたばの取組ということになります。

サービスの提供概要につきましては、ここから書かれております実施日ですとか目的到達点、こういったことに関しましては資料をご覧いただければと思います。

このフリーサロンあしたばの大きな特徴としましては、デイサービスの中で就労型の支援活動と、そして生きがい支援活動というふうに、大ざっぱにですけれども2つに分けたプログラム展開を行おうということにしております。

その具体的内容につきましては、表1というところで代表的なものとして、ラベル作成だったりとかというような細かなことが書かれておりますけれども、こういったものを実施してお

ります。

また、資料のほう、先に進みまして、4番、モデル事業の課題に対する考察というようなところをご説明したいんですけれども、フリーサロンあしたばを実施したことによる考察といたしまして、アンケート結果からの考察というところに関しましては、別途資料でアンケート結果をお出ししておりますので、詳細につきましてはそちらのほうをご覧くださいだと思います。

からのプログラムの評価というところで、実際にプログラムを実施いたしましたというところでのことをご報告したいと思います。

フリーサロンあしたばをスタートさせていただきまして、私たちもいわゆる軽度の方、本当に認知症になられて仕事をやめられて、かなりの能力をまだ有した状態でというような方の就労型支援活動の展開をイメージさせていただいたんですけれども、実際に地域の若年性認知症の方を集めたといえますか、情報収集させていただいた結果、一般のデイサービスを利用していたりとか、もう既に何年もたっていてなかなか一般のデイサービスで老人となじめないとか、プログラムになじめない、そういったような方々が非常に大多数でありました。

社会一般にいう対価を得る就労というところからは全く違った展開が必要になりました、そのカリキュラムが大きく軌道修正せざるを得ない状況であったと。軽度の方についても、その進行の早さから安定した就労を続けることが難しく、ご本人に社会参加の意欲を持ってもらいながら、なおかつサービス利用を継続していただくには、就労型支援の展開と、そして、生きがい活動といえますか、一般的なレクリエーションというふうに認識していただいてもいいと思うんですけれども、これを同時進行できるシステムが必要であり、それが現在のあしたばの形ということになっております。

ここで、軽度、中度、重度という言葉が出てきますけれども、前のほうに定義をしてありますが、いわゆる介護度だとか認知症高齢者の日常生活自立度だとかMMSEのスコアだとか、そういったことを総合的に勘案させていただきまして、軽度の方は作業が何とか自分で行える、中度の方は一部支援が必要、重度の方は全面的に支援が必要というふうな感覚的な部分での分けをちょっとさせていただいておりますので、それでちょっと表記が出てまいります。

軽度の方であっても、いわゆる通所や作業の拒否及び帰宅願望が見られました。中度から重度の方についてはスタッフ1名では対応が困難なほどのBPSDが出現することもありました。日中支援のみならず、各ご家庭での状況を考えると、こういったフリーサロンあしたばの展開のほかに、ショートステイの利用や入院対応等も視野に入れて調整しなければならない場面に

何度も遭遇する結果となりました。

これらのことを踏まえまして、若年性認知症専門のデイサービスとしての利用継続、こういったものの評価も必要になってくるであろうと。65歳という一つの基準があるものの、実際のラインとしましては、BPSDの出現により開放されたフロアでの対応が困難な時点になって、そこで利用の継続について検討する機会を設ける必要があるのではなかろうかと。一時的には、フリーサロンあしたばというところで活動の継続が困難になった場合には、環境が整っている介護保険の認知デイとか併設されておりますので、ご家族のレスパイトケアを目的としたショートステイサービス、こういったものを利用するようなことが一時的にはできるんですけれども、長期的な支援としましては、やはり主治医の先生と連携することによって専門病院の入院治療など、こういった医療によりつなげるための調整を行っていくことが同時に必要であるということがわかりました。

その点では、特別養護老人ホームは専門職を数多く有して、プロジェクトメンバー、知恵の輪メンバーというようなところでこのモデル事業をサポートしている苑内の専門職の集団、こういったものを中心に当事者の今後の支援について、それぞれの分野から支援の方向性をカンファレンスすることが併設されていることの利点としてありました。

その下、専門職との連携というところですが、若年性認知症については専門医の診断を受けていないというようなケースも非常に多く見受けられました。疾病に対する情報や利用できる制度、サービスに対する情報提供がうまく行われずに、結果として何のサービスにもつながっていない、また本人の状態に合うサービスが見つからないといったケースも見受けられました。

あしたばでは、専門医をアドバイザーとして定期的にご本人、ご家族の状況を調査しておりますが、現在利用している利用者の状況を見る限り、状態の変化に迅速に対応していくためには専門医による診断を受け、各サービスが若年性認知症の特性を理解し、そのときの能力に応じたサービスを各職種が連携して展開していくことが大切であると考えられました。

若年性認知症に関しましては進行が早いということ、対応が困難なほどのBPSDが時として出現する場合があります。そして、急なサービス展開も必要であるという状況から、利用者の主治医とどのように連携をとっていくかということが必要であると感じました。

サービス提供状況報告書、こういったものを医療機関に送付してこちらから情報発信をするとともに、主治医の先生側からもご本人の診療情報やモデル事業実施についての医療的見解を定期的にいただくようなこういったシステムを確立することと同時に、協力医療機関、地域包

括支援センター、担当ケアマネジャー、その他キーパーソン、こういった方々を軸として、お体、身体的な急変時や暴言、暴行、徘徊等、いわゆるBPSDが出現したときの当事者、ご家族における若年性認知症受け入れ可能な医療機関、介護保険サービス事業所の把握、時として警察、行政への連絡についての手順の確認と、こういった緊急対応のルート設定も検討を重ねておく必要があるのではなかろうかというようなことでございます。

そして、サービス提供シミュレーションというところ、その下になりますけれども、プログラムのところでは、あしたばの活動の中では、特別養護老人ホーム内から受注する軽作業及び一般的なレクリエーションプログラム、これを就労型支援活動、生きがい支援活動として並行して実施いたしました。

中でも、軽運動、軽いウォーキングとかキャッチボール、こういったもの、家事活動及び外出しての社会化体験みたいなもの、こういったもの、日常生活に直結する事項は利用者の方の興味も高く、積極的に取り組む姿勢が目立ちました。

軽作業等就労型支援、こういったものに関しましては、特別養護老人ホーム内のいろいろな部署から先ほど表に書かれておりましたような細かい事務作業等、掃除とかそういったものを受注するわけですが、意欲は当然あるということです。ただ、集中力が持続せず、疲れの訴えがあったり、作業を完了したという達成感よりも作業に対するプレッシャーを感じるような場面も見受けられたのは事実であります。当事者の方がイメージしている就労、そして当事者の有力する能力にて行える作業のギャップというものが当然存在し、その部分をスタッフが支援させていただきながら作業を進めていくんですけれども、時としてそのスタッフが支援させていただく場面が本人のプライドを傷つけて、作業の継続が困難になるケースというのもありました。

したがって、作業の進行に私たちは気を配り、就労に対して当事者の意欲や熱意、こういったものを純粋な思いを尊重し、作業完了時の達成感やいわゆる報酬、これに関しては依頼部署からの感謝の言葉とかそういったようなこと、こういったことを得ることをゴールとして次の活力を担うといった展開がいわゆるこのデイサービスの目的として掲げております社会参加及び居場所づくりにつながっていくのではないかとこのように考えられました。

また、同世代が集う環境というようにところも大事に展開をしましたが、それだけ相性の違いが浮き彫りになるケースもありまして、気が合わないと作業内容も滞在環境も調整しなくてはならず、プログラムの展開そのものに大きな影響を及ぼすこともありました。

このようなことから、プログラムは就労的な要素と生きがいの要素を組み合わせ、ご本人

のペースと環境を考えながら、一日をフリープランとしてトータルコーディネートすることが重要であるということを認識いたしました。

資料のほう、また先に進ませていただきまして……

【長嶋議長】 時間がいっぱいいっぱいなんですけれども、どうでしょうか。

【並河氏】 わかりました。

それでは、もう少し、次のページのウとエの施設面、送迎面というようなところだけ簡単にご説明して終了したいと思います。

アンケート等を実施いたしました結果としまして、同世代や少人数を大切にし、作業を行うのに必要な滞在環境、具体的には専用サービスを行う箱、こういったハードの部分についてご本人のプライバシー確保や不安時の他者に与える影響等を考慮すると別空間が必要であることは理想というふうに考えましたけれども、デイや特養のフロアでベッド、簡易的な仕切りを設けて対応することも可能であるというふうに考えております。

中度から重度の方を対応と想定する場合も、状態の変化を想定し、引き続きすぐ行き来のできる別フロアや別室を確保することにより、問題行動出現時もサービスの継続ができるような幅を広げることが可能となるというふうに考えました。

また、このサービスにつきましては、送迎が非常に高いニーズを有しておりまして、一般の方のデイサービスもそうでありますけれども、地域によって自宅までの送迎が困難なケースが複数見受けられました。ご家族の協力のもと、電車やバスターミナルでの拠点送迎で対応したケース、身体状況が維持されている方はこのような対応も可能であり、公共交通機関などを利用することで社会性の維持や適度な緊張感も得られ、就労に出かけているイメージにもつながっているのではないかと考えられました。

ただ、ご家族の負担を考えると、ヘルパーを利用するなど、別の方法も検討していく必要もあるのではなかろうかと。通所介護における送迎方法については、おのあの状況に応じて柔軟に対応できることが望ましいというふうに考えました。

そして、資料のほう、一番最後のほうになります。5、今後の方向性についてというところで、実施してきたことを箇条書きとして述べさせていただいております。時間の関係上、割愛させていただきますが、デイサービスを実施していく上での今後の展開についてこのように考えております。それを進めて、またモデル事業のほうを実施していきたいというふうに思っております。

超過して申しわけございません。以上です。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

大変生々しい魅惑的なご報告をいただきました。時間が短くて大変申しわけございませんでした。

引き続きまして、特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンターの駒井さん、それから国府さんからご報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【駒井氏】 いきいき福祉ネットワークセンターの駒井と申します。よろしくお願いいたします。

30ページの資料2 - 3からご覧ください。

当事業者が担当しました内容は、マネジメントモデルによる支援から課題を整理し、若年性認知症に対する相談支援の充実を図るものであります。

方法は、支援コーディネーターを配置しまして、医療、介護、福祉、就労など、多岐にわたる制度のワンストップ機能を担う総合相談窓口としての役割を担っております。

若年性認知症連携シートというものを活用しておりますが、これらにつきましては40ページから43ページを後ほどご参照いただければと思います。

次の31ページをご覧ください。

これまでの事業結果を報告いたします。

参加対象者23名についてですが、介護度につきましては1、2が9割以上で、5番目、ADL、IADL、自発的の行動が減少しているというようなことが四角の中に書いてございます。

の就労状況につきましてですが、9割が既に退職しておりまして、QOLについては、家族評価では9割がQOL低下が見られておりました。

32ページをご覧ください。

介護者についてですが、介護者は配偶者でございまして、表のところ、介護以外の生活上の役割については、家事、仕事だけではなく、自身の抑うつのために通院をしているケースもありました。

副介護者ですが、これはほとんどが子どもになっております。

の介護者の参加状況、副介護者参加状況、7割以上は協力が得られておらず、介護者の介護負担については非常に高く、抑うつについて、介護者の抑うつ、8割弱が神経症、うつ状態ではないかという結果でありました。

33ページをご覧ください。

支援の結果としまして、表 主な相談窓口として、48%が主治医以外の相談担当者が不在でありました。地域包括支援センターに相談できていたのは1割に満たない状態。 、四角内ですが、相談の経緯は、介護者がインターネットで探したケースが最も多く、今回、医療機関に協力を依頼したところが幾つかございましたが、その医療機関のみで紹介は数名でありました。

相談までの期間は診断から平均約2年が経過、長い人で3年以上がありました。

主訴についてですが、社会資源を利用したいという人が半数を占めておりました。

表の 、 、介護保険や障害福祉サービス利用の知識というのは介護者に全くなく、表 、支援内容としましては、介護保険や障害手帳の取得を行い、 の介護保険、障害福祉のサービスにつなげるという働きかけを行いました。

表の のところでは、最初に利用できた社会資源として最も多かったものが、2段目、若年性認知症専門デイサービス、それから下から3段目の若年性認知症のサロン、ミニデイ、これが14名でありまして、上から3段目、通所リハビリテーション、これは運動を行うものの導入がありました。これは一般の高齢者の多いデイサービスを利用することを拒否された結果、若年性対象のサービスを利用していただきました。

一般高齢者デイサービスを最初から利用できた方は、要介護度の重い方、パーキンソンなど身体障害のある方でありましたが、実際は支援コーディネーターがサービス導入時に何度も同行し、不適応な行動発生時にケアマネジャーやデイサービス職員への助言を行うなど、時間をかけることによって高齢者対象のサービスへの適応ができるようになりました。

しかし、表 の矢印をご覧ください。

これにあるように、初めから若年性専門のサービスを利用した方でありまして、ある一定の期間を経ると一般の高齢者の多いデイサービスやショートステイを利用することができました。

34ページをご覧ください。

表 、 にあるように、支援内容は、このような制度利用、サービス導入とフォローアップ、当事者、介護者の状態確認、当事者対応への助言など、右の真ん中の四角内にございますが、相談延べ件数は1.5年で968件であり、1日当たり平均約40回の相談対応を行いました。

表 、支援の最終は主担当者の移行でありましたが、ケアマネジャーに移行した例が最も多く、次に包括支援センター、医療機関のソーシャルワーカーになっております。

35ページをご覧ください。

介護者相談会を開催いたしました。同じ介護者の経験談を聞いて解決法ができた、自分だけではないという前向きな気持ちを持てたという意見が聞かれました。

次に、まとめにまいります。36ページをご覧ください。

以上、結果から、さきの目標に対する現時点での報告をいたします。

まず、相談及び社会資源の利用ができない理由についてですが、相談開始時には、診断から期間が経過しており、医療機関から地域の相談窓口を紹介されている例は少ない結果でありました。診断直後に医療機関から地域の相談支援窓口への連絡を行い、進行が軽度なうちから経済的な問題、本人のQOLに対して早急に対応していく必要があると考えています。そのためには、文書量、地域への連絡時の情報提供に関する報酬等の課題解決が必要と考えといます。

次に、若年性認知症特有のマネジメントについてですが、まず(1)社会資源についてです。

相談開始時の主訴は、通所などの社会資源の利用であり、マネジメント支援の最も重要なことは、若年性認知症と既存の社会資源をいかにうまくマッチングできるかであると考えました。

まず介護保険については、介護サービスが利用できるという知識がなかったものの、全員が認定手続を行いました。この導入方法ですが、自宅近隣の訪問通所サービス、既存のサービスを探し見学をしていただきます。その場合、短時間利用が可能、身体機能訓練を行う通所リハなども選択肢に加えます。

、それでも近隣のサービス利用を拒否する場合には、若年性認知症専用のサービスを紹介するという段階を踏みながら支援を行いました。

しかし、多くは開始時からこの既存の高齢者が多いサービスを拒否されました。そこで、若年性認知症専門デイサービス等々を利用することとなり、6割の対象者はスムーズに日常の居場所を確保できました。

44ページ、診断から在宅サービスの流れをご覧ください。

当法人では、若年性認知症専門のデイサービス、いきいきがくだいというものを運営しておりますが、ここでは一般の介護保険の利用を拒否される軽度の対象者を導入的に受け入れております。ですが、地域への通所サービスへ徐々に移行していくということをマネジメントしており、中間施設的な役割を持って運営しておりますが、今回その方法を活用いたしました。近隣の高齢者の多いサービスへの移行をできた例が数名ございました。

もとのページにお戻りください。

このことから考えますと、各地域に若年性認知症専門のサービスがある必要はありませんが、幾つかの市町村を含む広域地域を対象とした専用サービスがあれば、診断直後から導入として

通所開始ができるのではないかと考えております。

37ページをご覧ください。

高齢者と異なる支援として、2点目、就労支援、経済保障について説明いたします。

今回の場合、診断直後は就業中であり、就労継続に介入が必要であったと考えた対象者が4割おられました。就労支援を希望した2名につきましては、障害者職業センターの職業能力評価によって就労が困難であるという結果を提示することで、新たな役割保持として若年性認知症専門サービスでの仕事の活動へ移行ができました。

また、第二の人生の転換には、経済的保障による心理的安定も必要であり、障害年金、自立支援医療の手続を行いました。

障害年金受給には期間を要しますので、診断直後から就労継続の支援が開始されることが必要と考えています。

高齢者と異なる支援、3点目ですが、家族の疲労についてです。

今回の主介護者につきましても、神経症、抑うつ状態、7割を超えておりました。原因は、仕事など幾つかの役割を抱えているということ、それから副介護者は年齢的にも精神的にも介護者を支えていなかった、それから主介護者の負担が大きいということが理解されたことでありました。また、認知症と診断されても、ケアマネジャーなど身近な支援者の存在が当初はなく、今回は不慣れで複雑な制度の手続をともに行ってまいりました。主治医との相談を補う相談者として、相談時間を長く持つというようなことを行い、心理的負担軽減を行いました。

このように、身近な相談者がいないことが負担を増やし、抑うつ状態を悪化させる要因であるとも考えられています。したがって、明確な相談窓口の設置が望まれます。

38ページ、若年性認知症相談窓口についてですが、今回の支援では、単純に数字で見ると1人当たり7.5カ月、40回の支援を要しております。

この理由としましては、各制度利用の手続が多岐にわたっている、社会資源が少なくフォーマルな社会資源の詳細を知るインフォーマルな資源を探す手間がある、社会資源導入後も安定した通所継続に時間がかかる、抑うつ状態の介護者への状態確認を頻繁に行う、各制度手続のさらに同行支援を行うなどが挙げられました。また、必ず地域包括支援センターへの連絡を行い、介護保険の手続、ケアマネさんの選定などを依頼しました。

しかし、障害年金、就労に関する支援、社会資源の対策等につきましては、地域包括支援センターが介入を行うということは難しく、結局支援コーディネーターが同行、付き添いによる支援を行いました。

この結果から考えますと、地域の相談窓口だけではなく、医療機関との役割分担が必要と考えております。

次のページ、課題のまとめですが、まず診断直後に医療から地域へつなぐということで、地域専用相談窓口をつくる、そういうシステムが必要と考えております。それから、若年性認知症が利用できる社会資源を増やすということで、広域的なものが現実的であると思われます。送迎については家族の負担が生じるため、検討課題と考えます。

相談については、医療機関の相談室と地域の専用相談窓口が連携を行って相談対応する。医療機関につきましては、自立支援医療、手帳、介護保険手続など諸制度を整えて地域へ送る、それから職場とのやりとりをしながら就労継続を長くするという支援が必要と思われます。

地域の窓口につきましては、医療からの連絡によって開始する、地域の社会資源利用の開始への支援、就労から福祉へのソフトランディングに関する支援、介護者の心理負担の軽減に関する支援が必要と思われます。

今後の事業についてはご参照ください。

以上でございます。ありがとうございました。

【長嶋議長】　ありがとうございました。

短い時間で本当に報告が難しかったと思いますけれども、どうもありがとうございました。

それでは、今、2つのご報告をいただきました。このことにつきまして少し皆様からご感想も含めて議論をしていただきたいと思います。いかがでしょうか。

大変報告書がきちんとできているんですけれども、全部短時間で目を通すのは大変だったと思いますけれども、ただいまのご報告を受けて、ご意見なり、あるいはその前にご質問なりありましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

どうぞ、西本さん。

【西本委員】　協議会の西本と申します。

1点、今の認知症の支援モデルの事業報告のいきいき福祉ネットワークの駒井さんのほうにお聞きしたいんですけれども、実は私自身も今ケアマネジャーをやっています、うちの事業所は今200名の利用者さんを抱えていて、3分の1ぐらいが認知症を患っておられて、最近、やはり若年性認知症の方からご相談があって、いきいき福祉の方もお話しのとおり、高齢者のデイサービスとかにつなげづらく、結局うちのケアマネジャーが3、4カ月かかって若年性のものにつなげたんですけれども、結局は我々の報酬にはつながらず、その後追いも一体だれがやるのかという問題もやはり発生してきているんですね。

いきいき福祉の今の方たちの報告で、私たちケアマネジャー自身は地域包括支援センターにお戻りして、地域包括支援センターの方がその追っかけをやっていただきたいというふうなイメージを持っていたんですが、今の報告では、地域包括支援センターでは担いづらいいみたいなご報告があったんですけれども、これは一体どうしてなのかちょっと教えていただけますでしょうか。

【駒井氏】 1点目は、やはり非常に若年性認知症の場合、経済的な部分が大きくありまして、就労に関する支援機関、それから障害福祉に関する支援、または年金等々に関する支援ということになりますと、所管の窓口については地域包括で教えていただけと思うんですが、その後、なかなか家族がそこに行くというまでに非常に時間がかかる、手続も複雑であるということから、まず介護保険の窓口である地域包括では、そこら辺が弱いところなのかなということを一つ感じました。

それからもう一つは、なかなかその場所から出ることが難しい、非常に仕事量も多いかと思いますが、付き添っていく、それから社会資源を探していくというような部分につきましては、地域包括の担当の方よりもケアマネジャーのほうがむしろフットワークがある方かなという印象がございました。

【長嶋議長】 よろしいでしょうか。

どうぞ。

【西本委員】 やはりその辺が私はとても課題だと思っていて、ケアマネジャーに関しても報酬がつかないで本当に善意でボランティアで動かしていただいているんですが、やはり若年性認知症の方の場合は地域包括の方がやはり年金だとかいろいろなことに関してのご相談に乗って、細やかにやっていただきたいという、今度むしろ施策の充実というか、課題として挙げていただきたいなというふうに私自身は考えております。

【長嶋議長】 ご指名をしようかと思っていたんですけれども、いわゆる若年性認知症部会のほうの座長として仕切っていただきました斎藤先生のほうからお願いします。

【斎藤委員】 今のお話は、我々の部会でもさんざん議論になった点で、だからこそいきいき福祉ネットワークにワンストップで相談ができる場所がつかれないかということでモデル事業をお願いしました。

今日の結果を伺っていて、将来性のあるモデル事業になったというか、こういうところにお金を回せてよかったというふうに私自身は思っております。

私どもの部会で調査をしましたときに、いろいろな施設で、例えば地域包括の職員は成年後

見のことは知っているし、指導はできる。だけれども、障害年金については知っているけれども、聞かれなければやらない。お役所の窓口というのは大抵全部知っているけれども、自分の担当以外は言わない。

今の地域包括に全部やれと言っても無理だと思います。知識もないし、能力もない。だけれども、方針としてはやはり僕は地域包括を展開してきたんだから、地域包括のレベルを上げて、その能力を積み上げていくということが現実的だろうと思います。

デイサービスのあり方なんかについても、今のいきいきの、進行したら一般のデイサービスに戻していくという方法が最も現実的だし、経済的にも非常に現実的だし、私の患者さんを見ていてもそのように思います。

私どもの入院病棟は60床のうちの15人から10人ぐらいは若年型の認知症ですけれども、その方たちが何か特別な医療を必要としているわけではない。こちらにしっかりしたポリシーがあれば、お年寄りでも若い人でもそれなりの医療ができていくので、その点でも、一般の認知症デイサービスのほうの能力が高まれば、若年性認知症にも対応できるようになる。そうしないと経済的に無理ですから。だけれども、その入り口として駒井さんのようなご提案は大変現実的だと思います。

もう一つ、駒井さんのお話の中にあったスポーツ、介護予防のようなプログラムに入るとするのは私も実はよくやるんです。デイサービスは嫌だという人にそういった運動をしてくださいというスムーズに入っていきます。だから、サービスを紹介する地域包括やなんかがそれこそそういう特性をよく理解して、自分の持っているサービスの中から若い人でも参加しやすいやり方に導入していくというスキルアップをしていく必要があるんだろうなと思いました。

それから、もう一点だけ、時間がない、申しわけない、言わせていただくと、私どもの部会でもさんざん生きがいづくりとか役割だとかいうことは議論になりましたが、私自身はそれにはすごく抵抗を感じています。

それは、生きがいとか役割とかいうものを医療保険や介護保険でつくってもらうか、そのこと自体が侮辱じゃないかというふうに私は思います。もちろんここに行くのが楽しいと思っていただけるようなサービスをつくるということは大事だし、そこが結果としてその人のレゾナデートルになるなら、それはそれでいいけれども、何か若い人だから仕事をしてもらって役割をやってもらって、どこから回ってきたお金を報酬ですよといって渡すというやり方は、もし私がやられたら侮辱されているような気分になる。それから、この問題は非常にデリケートだと思う。制度としてこうやればいいということではないと私は思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

大変核心に迫るお話が出てきたかと思えますけれども、たまたま、私がこれを言っているのかどうか迷いながらなんですけれども、国がつくってくれた認知症介護研究研修センターというのが3カ所日本にありまして、そのうちの1カ所が仙台にございまして、初代のセンター長を6年間務めました。その修了生たちが、全国で、全国でというのは東北地方、それから中国・四国地方、北海道も含めて、そこでいろいろなこういった若年性のことを展開しているんですけれども、きょうの2つのご報告、大変共通する部分があるんですね。

やはり一番大事なことは、今、斎藤先生がおっしゃっていただきましたように、自分が認知症だという自覚を持てる段階からかわった人と大分進んでしまった人の場合で大分違うように思うんですね。ですから、やはり早期発見ということがいかに大事かということですね。

それから、レクリエーションも大事なんでしょうけれども、共通して、私が関係しているところの通所の方がおっしゃるのは、だれかの役に立ちたいと思っている方が結構多いんですね、これは札幌の例ですけれども。ですから、そういうところを対価報酬だけではなくて何かうまくつくればいいかなというふうに思いながら伺っていました。すみません、意見を言わせていただきまして。

そのほかに何かお気づきのことがありましたらお願いしたいんですけれども。

大村さん、いかがですか。

【大村委員】 並河さんに伺いたいんですが、地域にあって、専門のデイサービスを今後広げていきたい、あるいは医療からまた戻って受け入れたい、いろいろ流動的に通過していただく場所として、先ほどの報告の中で、個別的な違いがたくさんある、それから時間の経緯によっても変化があるということは当然なんですけれども、もう一つ教えていただきたいのは、男女の違いで生きがいとか就労の要素、何か違いがあるのか、そういうことを伺いながら参考にしていきたいと思うんですけれども。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

どうぞ、お願いします。

【並河氏】 まさにその利用者の方は、若年層の年齢の差はありますけれども、男性と女性の違いとか、そういったものは顕著にあらわれることがありました。

当苑のあしたばの場合は、今現在ですと男性が4割、女性が6割ということになりまして、比較的女性だから家事活動というわけではないんですけれども、就労的なそのものの意欲よりは、日頃行っていることの延長線上ということで、私これやるわよ、あれやるわよというよう

なことでの役割分担というようなことで、女性には家事を担っていただくというようなことが非常に多かったというふうに認識をしています。

男女間の違い、世代間の違いというのも若干ありまして、40代後半、50代前半から65歳近くの方もいらっしゃいますし、やはり感じたのは、人それぞれ、一人一人がどういう経緯でどういう状態でというようなところはやはり千差万別でありまして、ご本人の望むもの、有する能力、そしてご家族の希望というものがそれぞれかなり多岐にわたってありましたものですから、バリエーションも、この人なら就労、この人なら生きがいというふうに完全に分けられるものでもなく、いろいろな就労の作業の中でもご本人様が好むようなもの、私たちの感覚の中でこれをしていただいたほうがいいんじゃないかなろうかというようなものというような大きな違いもありましたし、スポーツとか軽運動、そういったようなものに関しましても、ご本人様が運動をやっていた方は運動をやりたがる方もいらっしゃいましたし、運動していなかった方は、苦手な方はやはりやりませんので、そういう個々の違いというのはかなり感じました。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

さらにいろいろお伺いしたいんですけれども、時間がいっぱいいっぱいになってしまいました。大変恐縮ですが、2つの事業者の方からのご報告、それから皆様からいただきましたご意見を踏まえまして、東京都として、本モデル事業の取組の成果を今後の施策にどうぞ生かしていただきたいと存じます。

本日の会議は以上です。

最後になりますけれども、ご発言いただけなかった委員の方、たくさんいらっしゃいますけれども、何かございますでしょうか。最後に一言、これだけはということがありましたら。よろしいでしょうか。

それでは、ここでマイクを事務局のほうにお返ししたいと存じます。

本日の円滑な進行につきまして、委員の皆様方のご協力に対して心から感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

【室井幹事】 それでは、事務局のほうからお知らせをしたいと思います。

資料3というのがあると思います。こちらで今後の予定について簡単にご説明をいたします。

認知症対策推進会議におきましては、次回、本資料、こちらの資料にありますとおり、12月ころに開催をしたいというふうに思っております。具体的な日程につきましては、後日、委員の皆様にご調整をさせていただきたいと思っております。ここで高齢者保健福祉計画の骨格もそろそろできてくるころでございますので、ぜひご意見を賜りたいと思っております。

あと、もう一つ、一番下でございますが、これは毎年やっているものでございますけれども、9月にアルツハイマーデーというのがありまして、その周辺に都民向けの認知症シンポジウムというのをやっております。今年は9月15日に開催したいと思っております。また具体的な内容が決まりましたならば皆様にご周知をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

何かご質問がございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日は熱心なご議論をいただきまして、本当にありがとうございました。

本日はこれにて散会とさせていただきます。どうもありがとうございました。

————— 了 —————