

東京都認知症対策推進会議（第13回）

平成24年2月21日（火曜日）

【室井幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただ今より第13回東京都認知症対策推進会議を開会いたします。

本日は、委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

はじめにお願いでございますが、御発言に当たりましては、お手近にマイクを御用意していますので、そちらを御利用いただきたいと思います。

続きまして、本日所用により欠席されている委員でございますが、永田久美子委員と新宿区の吉田委員です。吉田委員の代理ということで、新宿区高齢者サービス課高齢者相談係の高藤光子さんに御出席をいただいているところでございます。

次に、所用によりまして出席が遅れていると御連絡をいただいている委員でございますが、渡邊委員でございます。

また、本日欠席の幹事でございますが、櫻井幹事と高橋幹事でございます。

なお、本日は少し遅れて参りますが、杉村福祉保健局長が出席させていただく予定でございますので、どうぞよろしく願いいたします。

事務局からは以上でございます。

それでは、長嶋議長、よろしく願いいたします。

【長嶋議長】 皆様、こんばんは。大変遅い時間にお集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、まず本日の配布資料につきまして、事務局から御確認をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いします。

【室井幹事】 それでは、お手元の資料をめくっていただきますと、名簿の次に、資料1としてA3の「認知症ケアパス部会報告書（案）について」という資料がございます。1枚めくっていただきますと、資料2「認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて 認知症ケアパス部会報告書（案）」が全38ページございます。次に、A3版3枚をホチキスどめをした資料3がございます。これは「若年性認知症支援モデル事業報告書（案）の概要」でございます。さらに、資料4といたしまして「東京都若年性認知症支援モデル事業報告書（案）」がございます。これは140ページほどある分厚いものでございます。その次は参

考資料1といたしまして、東京都高齢者保健福祉計画の抜粋版がございます。それから、参考資料2として、若年性認知症支援モデル事業報告会の開催の御案内がございます。最後に資料3として、認知症の人と家族への支援に係る平成24年度東京都当初予算案概要についての資料を御用意しているところでございます。

その他、委員の皆様のみ配布している資料がございます。「8000日の夜と朝」という本でございます。この本は、若年性認知症の御主人を20年間介護された御家族の闘病記録でございまして、認知症対策に関わる方々にお読みいただきたいということで、本日斎藤委員から御提供いただいたものでございます。

また、皆様のお机の上に「地域連携に関する既存の取組例 資料集」というものを御用意しております。こちらの青いファイルでございますが、議事1の認知症ケアパス部会報告書（案）の議論を進めていく中で参考にさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いたします。

資料の説明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、議事に入りたいと存じます。議事の1番です。認知症ケアパス部会報告書（案）についてです。

まず、認知症のケアパス部会の部会長でいらっしゃいます繁田副議長のほうから、御説明をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

【繁田副議長】 こんにちは。繁田でございます。どうぞよろしくお願いたします。

前回の認知症対策推進会議でも申し上げたかもしれませんが、ケアパス部会というのはあくまで会議の名前でございまして、ケアパスの様式を作る会議ではございません。どのような情報をどういった人々で共有しなければいけないのか、誰から誰にどのような種類の情報が提供されなければいけないのか、そういうことを議論したわけでございます。

前回の推進会議では、御質問をいただいて、うまく答えることができませんでしたので、今日はこの後、事務局のほうから整理をして御説明をいただくのですけれども、その前に、一番議論として長く時間を費やしたところについて、私のほうから紹介をさせていただきます。情報共有のやり方、方式は代表的なものを2つ挙げることでございまして、一つは、いわゆる医療機関で行う紹介状のようなもので、医療機関から医療機関や介護機関、介護サービス事業所、あるいは福祉、行政等、そういう関係機関同士で手紙のやりとりをするという方式が一つです。それからもう一つは、健康手帳やお薬手帳のような形で、患者さんや御家族にそれを持ってい

ただいて、そこに常時情報が追加されていくという、手帳のような方式です。どちらがいのだろう、どちらを東京都として推奨すべきなのだろうという議論も一時期ありましたけれども、実際に現場で医療に携わっている委員から、両方必要だろうと、どうして両方ではいけないのですかという意見もありました。それであれば、ぜひ両方やっていただきたい。ただ、全ての地域で両方を一遍に取り組むということはなかなか難しいですし、どちらかの方式での取組が既に始まっている地域もありますので、まずはできるほうから取り組んでいただく。あるいは、既に行っている取組を充実させていただいて、最終的にはお手紙方式とファイル方式両方に取り組んでいただくということを最終目標にして、充実させていただきたいというようなことがまとまっています。その部分が一番長く議論をした部分ですので、私から紹介をさせていただきました。

それでは、事務局から、資料に沿って御説明いただければと思います。

【室井幹事】 それでは、基本的には資料1に沿いまして、適宜、資料2を御覧いただきながら、お聞きいただきたいと思います。

資料1の「部会の開催状況」の部分を御覧ください。

認知症ケアパス部会につきましては、昨年の7月21日に開催いたしました第11回認知症対策推進会議におきまして、地域における医療や介護等の関係者の情報共有の仕組みづくりについて検討をするということで、その設置を了解されたところでございます。その後、部会といたしましては6回にわたる議論を行いまして、一度、12月22日開催の第13回認知症対策推進会議では、中間の報告をさせていただいたところでございます。部会における議論は既に終了しておりまして、2月16日に開催された最終回の部会においても、御議論、御意見いただきましたので、それを踏まえて修正をし、部会長一任という形になってございます。本日も報告書について御意見をいただけるかと思っておりますので、それを踏まえまして、年度内には報告書を取りまとめ、プレス発表をしていきたいと思っております。

次に、「報告書の位置づけ」の部分を御覧ください。これは、資料2の第1章の部分に該当するところでございます。

簡単に申し上げますと、今後、高齢者人口の増加に伴いまして、認知症高齢者も一層増加することが見込まれます。そういった中で、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせる社会をつくっていくということが喫緊の課題です。そうした社会をつくっていくためには、医療や介護、福祉、行政等の関係者による連携・協働が重要だということを書いております。

東京都といたしましては、これまで認知症対策推進会議のもとに、認知症の人と家族を支え

る地域づくり、あるいは医療支援体制の在り方について検討を重ねて、施策化してきたところでございます。しかしながら、認知症に係る医療と介護の連携というのはまだまだ十分ではないということでございます。

一方、最近、国のほうで、社会保障と税の一体改革や、医療と介護の連携という議論が非常に盛んに行われるようになってまいりました。そういった中で、認知症につきましても色々な取組を行うべきだというお話が出ております。資料2の3ページから7ページの間に詳しく説明してございます。様々な取組を行っていくべきということで、介護報酬や診療報酬の改定等がなされたり、保健医療計画の中に認知症医療についても盛り込むべきだという方向で、現在議論が進んでいるところでございます。

そういった中で、東京都では昨年度、認知症疾患医療センターのあり方検討部会という会議を開催しまして、現在は認知症疾患医療センターの指定に係る手続を進めているところでございます。センター設置を契機に、各地域で医療と介護等の関係者が連携を進めていくようにしていこうとしているところでございます。そのセンター設置を契機とした各地域での取組を促進するため、各地域で検討を進める際の手引として、本部会の報告書をまとめることとしたということでございます。

次に、資料1の右側「報告書の内容」でございますが、「情報共有における現状と課題」という部分を御覧ください。こちらは資料2の15ページから18ページのあたりに書いてあります。これは、認知症の専門医療機関やサポート医、あるいは地域包括支援センター、ケアマネジャーといった関係機関にアンケートを送付いたしまして、その結果から、現状と課題について抽出したということです。それを部会の中での議論や御意見を踏まえて整理をしたものが、ここに挙がっている5点でございます。

1つ目は、やはり連携に必要な情報が、関係者間で十分に共有されていないことが多いということです。

また、2つ目として、家族は、非常に重要な役割を担っているはずなのですが、十分な情報が伝えられていないことが多いということがございます。

3つ目といたしまして、色々な関係者が支援をしているわけですが、それぞれが抱えている課題をお互いに理解していないということがありまして、その相互理解をもう少し深めていかなければいけないということがございました。

それから、4つ目として、特に医療関係者でございますが、非常に多忙であるということによりまして、情報共有をしようと思っても、なかなかその時間がないということが出てまいり

ました。

5つ目として、既存の情報ツールもありますけれども、十分に活用されていないものも多いということでございました。

次に、資料1の「情報共有の仕組みづくりに向けた基本的考え方」の部分を御覧ください。部会として基本的な考え方を整理していこうということで、以下の5点をまとめております。

1つ目は、認知症疾患医療センターが設置されるということ、あるいは地域包括ケアということで、区市町村が認知症ケアを含めて高齢者福祉の中心的な役割を担っていくということでございますが、そういったところだけではなくて、他の様々な医療や介護その他の関係者の積極的な取組、あるいは参画が不可欠であるということがございます。

それから、異なる役割を持つ関係者が情報を共有して、同じ方向を向いて支援していくということが非常に重要であって、その目的を達成するために情報共有ツールを作成していくこと、それを活用していくということが大事だということが2つ目でございます。

3つ目が、認知症の人の状態はどんどん変わっていき、その状態に応じて関わる人も共有すべき情報も変わってくるということで、状態の変化に応じた仕組みを検討するべきでしょうということです。

それから4つ目が、各地域で情報共有の仕組みは考えてくださいということが基本なのですが、本報告書で示したものを一定のベースとしていただくことによりまして、他の地域でもおおむね書き方が理解できるというものを作っていくべきということでございます。

それから、5つ目でございます。単に情報共有ツールをつくるというだけではなく、やはり家族や地域住民の認知症に対する理解促進など、その情報共有ツールによる連携を支える基盤となるような総合的な取り組みが必要だということです。

以上5点が基本的な考え方でございます。

そこで、情報共有ツールを作るということがとても重要だという話になりましたので、具体的に機能する情報共有ツールを作成するために、特に気をつけなくてはいけない5つの視点とを整理していただいたところでございます。

資料1の「機能する情報共有ツールを作成するための5つの視点」の囲みの中を御覧ください。

まず1つ目が、専門的情報と生活を支える情報の共有化ということです。いわゆる専門的情報、専門職で交わす専門的情報と、それから在宅生活支援者で交わす生活上の情報とがありまして、その両方を共有していくことが大事だということです。先ほど、繁田副議長からのお話

があったところとも重なるところでございます。前者につきましてはお手紙方式、後者につきましてはファイル方式という形態があり、最終的には両方必要だけれども、導入の進め方につきましては地域の実情を踏まえた検討が必要ということで、いずれを先に導入するかということは、それぞれの地域でお考えいただきたいということでございます。

お手紙方式とファイル方式とのイメージが少しわきにくいかと思いますので、机上配布しております「地域連携に関する既存の取組例 資料集」のファイルを御覧いただきたいと思っております。

これは、ファイル方式の代表例といたしまして、⑦のところをごらんいただきますと、「生き生きノート」というものがございます。これは、北多摩西部二次保健医療圏で、もともとは脳卒中の地域連携を促進するために作成したものでございますが、脳卒中だけではなく、高齢者がかかりやすい他の疾病にも対応できるようにということで作成されたものでございます。

中身について少し説明をさせていただきますと、表紙がありまして、1枚めくっていただきますと、左側にお名前や連絡先、かかりつけ医、担当のケアマネジャー等々の基礎情報を書き込む欄がございます。さらに2枚めくっていただきますと、地域で暮らし続けるための地域支援ネットワークということで、特に御家族の方々に理解していただけるように、どのような支援を受けることができるのかということを示した図が載っております。さらに1枚めくりまして、右側に、生き生きノートイベント表というものがああります。こちらは、いつでもどこに受診あるいは相談をして、その結果どうだったのかということを示した図が載っております。さらに1枚おめくりいただきますと、自由記載・連絡表というものがございまして、これは誰でも自由に記載できるということです。他の人に伝えたいこと、注意してほしいこと、聞きたいことなどを記載してもらい、あるいは、ここに回答を書いてもらうというものでございます。さらに5枚ほどめくっていただきますと、支援シートというものが出てきます。これはケアマネジャーが記載をするものでございますが、どのようなサービスを導入しているのか、あるいは、ケアマネさんの視点から、どのような注意点があるのかということを示した図が載っております。さらに2枚めくっていただきますと、診療シートというものがございまして、こちらは医師や看護師が診察結果や家族介護者へのアドバイス等を記載するというものでございます。さらに3枚めくっていただきますと、薬シートというものがああります。それから、その先には検査結果シートというものがあって、両方とも白紙の紙なのですが、ここにはお薬の説明書や検査結果を張りつけられるように、シートを設けているということでございます。さらにおめくりいただきますと、今度は生活シートというものが出てきます。

日常生活の状況等につきまして、御本人や御家族、ヘルパーなどが記載をしていく。どのようなことができたのか、できないのかということがここに書かれてくるということです。さらに、こちらでは摂食・嚥下の問題、食事の問題を大変重視しておりますので、その後に、食事シートというものも入れ込んでいるということでございます。

この生き生きノートは、ノートといいましても、ばらばらの紙になっておりまして、一枚一枚ばらばらのものを、適宜ファイルの中にとじ込んでいくという形態でございまして、追加が可能ということでございます。このファイル自体を御本人もしくは御家族が所持していて、必要があるときに、様々な関係者がその中身を読んで必要な情報を得ていく、また、必要な事項を追記していくという方式でございます。

続きまして、お手紙方式の代表例ということで、「地域連携に関する既存の取組例 資料集」の⑤「もの忘れ相談シート」というものを御覧いただきたいと思っております。これは、武蔵野市・三鷹市、それから両市の医師会、地域の基幹病院等々が共同でつくったシステムでございまして。認知症の診断や進行状況等につきまして、本人・御家族、地域包括支援センターなどの相談機関、かかりつけ医やもの忘れ相談医、それと認知症専門医療機関の4者をつないでいくために作成したシートでございます。

こちら、3枚めくっていただきますと、「シート1 相談事前チェックシート」というものがありまして、こちらは本人・御家族、相談機関が記載をしていくものでございます。御本人の基礎的な情報と、いつからどのような症状があるのかといったことを記載をしていくものでございます。これらの情報を書いていただいて、次のページに「シート2『相談機関→医療機関』連絡シート」というものがあります。これは、相談機関が御家族等から色々な情報を収集いたしまして必要なことを書き込んでいくものでございまして、それを医療機関に情報提供していくというものでございます。基本的には、この「シート1 相談事前チェックシート」と「シート2『相談機関→医療機関』連絡シート」が医療機関に届けられ、御本人・御家族がも診断を受けるというイメージでございます。さらに1枚めくっていただきますと、「シート3『医療機関→相談機関』連絡シート」というものがございます。こちらは医療機関から相談機関へ、自院でフォローするのか専門医療機関に紹介するのかということも含めた診断結果や、御本人や御家族への説明内容、あるいはその他相談機関への伝達事項などを伝えるものです。これを、家族の了解を得て、相談機関に郵送等により渡すということでございます。その他、医療機関、専門医療機関等との連絡票等々があります。

こちらの方式は、個々の様式、シートを活用いたしまして、関係者同士で必要な情報を伝え

合う、あるいは、診断等の依頼をして、その結果の情報提供を受けるというシステムでございまして、1対1の関係にあるというものでございます。

こんなような2つの方式があるということで、イメージを持っていただければと思います。

続きまして、資料1の「機能する情報共有ツールを作成するための5つの視点」に戻ります。

2つ目でございますが、本人や家族介護者の参画ということでございまして、本人の情報は基本的には本人のものであって、情報共有は本人のために行うものであるという考え方のもとに、できる限り本人や家族介護者が参画できるような運用をしていくべきだということです。ただ一定、本人の心情等への配慮をしていく必要はあるということでございます。

3つ目でございますが、関係者間の相互理解を踏まえた検討の実施ということで、関係者それぞれが、お互いどのような課題を抱えているのかということ率直に意見交換して、相互理解を深めてもらうということです。まずそれが先で、その上で検討を進めてくださいということが書いてございます。

それから、4つ目、記載しやすく利便性にすぐれた仕組みの構築ということでございます。初めて使用する人でも記載しやすく、記載に時間を要しない、手間がかからないものを作っていくべきだということです。

それから5つ目、安定性・継続性の確保ということで、普及しなければ意味がありませんので、ツール作成に関わった色々な人たちが周知をしていくことが大事だということです。また、随時改良し、使いやすさを追求していくことが大事ということを書いてございます。

資料2のほうを見ていただきますと、かなりきめ細かに記載しております。本日は時間がございませんので御紹介しませんが、なかなかイメージがわからないと思いますので、具体的な情報共有ツールの事例紹介を参考資料として、報告書に添付をしていきたいと思っております。

それから、資料1の「情報共有ツールによる連携を支える仕組みを総合的に推進」ということを御覧ください。こちらは資料2の33ページから34ページに該当する部分でございます。ツールを作っただけではなくて、それ以外の取り組みも重要ということを書いてございます。家族・地域住民の認知症に対する理解促進の取組を進めることや、それから、専門職も全て認知症に詳しいわけではございませんので、その関係機関・関係者の認知症対応力の向上を図ること、関係者間の顔の見える関係づくりや協議会、研修会、症例検討会等をしっかり行うこと。地域連携体制構築に向けて、区市町村における認知症の連携を進めていくコーディネーターを配置したり、現在、区市町村で在宅療養の推進のための協議会を設置し始めていまして、東京都はそれをバックアップしている状況でございまして、こういったものとも連携しながら進め

ていくべきだということが書いてございます。

最後はまとめてございまして、資料1の一番下の囲みの「地域での取り組みの推進」という部分を御覧ください。資料2の35ページから37ページまでに該当する部分でございます。今後、認知症疾患医療センターや区市町村、在宅療養推進協議会等の会議体において具体的に検討を進めてくださいということでございます。東京都は、その区市町村や認知症疾患医療センターとの連絡会などを行いまして、情報共有を促進し、状況の把握とともに必要な支援を行うということでございます。

さらに、今後の展開でございますが、地域包括ケアという流れもある中で、専門職同士の連携にとどまらず、地域住民などさまざまな主体とも連携・協働していくような認知症支援の地域づくりを、区市町村が中心になって進めていくことが必要だということを書いているところでございます。

長くなりましたが、以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。大変たくさんの資料を見ながら御説明いただきました。

ただ今の御説明につきまして、委員の皆様から御意見、御質問をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。忌憚のない御意見をいただいて、部会そのものは終わっているようですので、本日委員の皆様からいただいた御意見を反映させて、最終的な報告書を部会長である繁田副議長と事務局とでこれからつくるわけです。

よろしいでしょうか。飯塚委員、お願いします。

【飯塚委員】 この資料2の29ページの一番下のほうに、「報酬を考慮」と書いてございまして、システムを安定化するためには、ある程度の報酬を考えないと長続きしないのではないかと思いますので、この報酬というのは、どの程度考えて、どなたが受け取るようになるのでしょうか。

【室井幹事】 診療報酬は、医師、基本的には医療機関が受け取ります。介護報酬は、ケアマネジャーや訪問看護の方ですとか、あるいは、こちらも医療機関が受け取ることになります。

【飯塚委員】 では、この情報共有ツールを作ることに對する報酬というものは特別ないうことでしょうか。

【室井幹事】 そうです、このツールを作ること自体にはありません。報酬には、こういったものを記載しなければならないという要件がありまして、それを満たすようにこのツールを作りますと、個々の患者さんへの対応に関して診療報酬や介護報酬を受けられるということでご

ざいます。

【長嶋議長】 今のお答えでよろしいでしょうか。

【飯塚委員】 特に明確に、このツールを作ったからといって幾らという報酬はないということでしょうか。

【繁田副議長】 作ること自体にはないんですけれども、作ったものを使うたびに、幾らか報酬がつくということ。そのときに、報酬はつくようにツールの様式を作らなければいけません。もちろん、作っただけではツールがあるだけです。ある認知症の人がそのツールを受け取って、どこか別の医療機関に行った、あるいはサービスを利用したというときに報酬がつくようになります。

【飯塚委員】 それが全部無料となってしまうと、何か長続きしないのではないかと思います。質問させていただきました。

【繁田副議長】 全部に報酬がつくわけではないので、つかない情報交換もあると思いますけれども、それは必要に応じてです。報酬がつくつかないだけではなくて、情報共有ツールがあることでメリットがあるような情報のやりとりの仕組みを議論して、ツールについて考えたというところがございます。

【長嶋議長】 この資料を作ることには、報酬はどこからも出ないわけでしょうか。

【室井幹事】 情報共有ツールの作成経費につきましては、認知症疾患医療センターの運営に係る委託料がございまして、その中で事務経費がございまして、そちらのほうを活用していただくことは可能でございます。

【長嶋議長】 そういうことだそうですね、よろしいでしょうか。

この情報共有ツールがきちんとできることによって、どこでどういう診療が、あるいはどこでどういう介護サービスが提供されているのかということが、はっきりと残るわけです。この情報共有ツールを通して、医療側あるいは介護側で情報交換ができるところにメリットがあるわけです。

よろしいですか。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

それでは、お願いします。名前をおっしゃってから御発言をお願いします。

【藤崎委員】 藤崎と申します。

【長嶋議長】 お願いします。

【藤崎委員】 私は今、成年後見人をやっております、7名の方の支援をしております。

特に医療同意のことで、いつも困ってまいります。認知症の方を診察に連れていきまして、

造影剤を入れて検査という同意書が必要です。後見人には同意ができませんと言いますと、では検査をしませんというお話になってしまいます。認知症の方で、家族の方がいらっしゃればいいのですけれども、御家族のいない方は、その場合に、やはり初期の発見ができないという部分がありますので、認知症の疾患医療センターの機能の中で、同意書がなくても検査していただけるかどうか、そういったものを少しお聞きしたいと思います。

あともう一つは、情報共有ツールなですけれども、後見人になっても、あまり御本人のことが分からないのです。ですから、早いうちからこのような情報共有ツールがあると、後見人になったときに、それを見るということはとても助かりますので、こうしたことは認知症になる前から実はやっていただけるといいと思っております。

【繁田副議長】 私から一言申し上げますと、今の規則や法律で、例えば手術であるとか、そういった検査の同意を誰かかわりにすればいいかということが定められていなくて、結果的に、厳密に言ったらできないわけです。ただ、医療の現場では、その場の様子であるとか、御家族が複数いて皆さんが同意、賛成しておられてという場合には、医療機関や医師の裁量でやってしまうことはあるのですが、それは決して法的には正しい方法ではないのです。ですから、その辺が非常に難しい。私の個人的な意見としては、やはりそれまでの本人の生活であるとか、例えば考え方であるとか、本人をよく知っておられる人が、多分この検査に対しては、本人がもし今判断できたら、きっと本人同意するだろうというところを踏まえて、代わりに同意してあげるしかないだろうと思えます。ですから、それを成年後見人の人に判断できるようにすべきだという意見も法律家の中にはもちろんあります。ただ、まだそこまではいっていないということです。

【長嶋議長】 今のことに関しまして、成年後見制度とそれから認知症医療に大変御造詣の深い斎藤委員のほうから、差し支えない範囲で、開陳していただけますでしょうか。

【斎藤委員】 今御説明があったように、成年に達した人の医療同意をする権限を持った人というのは、法的にはだれもいない。家族のサインも無効ですし、成年後見人のサインも無効です。

ただし、成年後見人が同意のサインをしたからといって、成年後見人が処罰されることは決していない。後で家族が訴えたりしたときに問題になるのは、同意権のない人のサインで手術をしたのではないかと責められる医者の方です。同意権がないのにサインしたと言われるのであれば、僕が母のためにサインをしたのも同意権がないのにサインしたということですので、法的には全く穴になっております。

それから、成年後見人に医療同意権を持たせるという意見は、特に福祉系の後見人の方、それから弁護士会からも最近は多くなっております。ただ、私の個人的見解は、それは絶対にやってはいけないというふうに思っております。なぜかという、成年後見人というのは、ある個人の財産を全て管理するわけです。その人が場合によっては延命措置をするかしないかということについても権限を持ってしまうというのは、非常に危険なことです。

例えば具体的な例を申し上げますと、私の母はアルツハイマーでしたが、白血病になりまして、私は何もしないと決めたんです。母は2週間で死にました。そのことによって、例えば僕の母の兄弟は皆95まで生きておりますので、母があと10年生きたらば、僕は相続人として、その10年間で母の有料老人ホーム代も、家1軒買えるようなお金を払うことになった。ところが、僕がやらないと決めたために、僕は相続人として、その分の財産を保全できたということになります。

それから、弁護士が成年後見人をしている場合には、生きている限りは後見報酬というのはもらえるわけです。例えば、胃ろうをあけるという決断をして、認知症の患者さんに胃ろうをあけると、中間値15か月ぐらいというデータがあるんですけども、そうすると、10万円の成年後見報酬をもらっている人は、胃ろうをあければ150万円の報酬をもらえる。胃ろうをあけないという決断をすれば、そこで成年後見報酬が切れるということです。

ですから、成年後見人と被後見人の間には、その命に関する問題については家族がやろうと弁護士がやろうと常に利益相反がある。ですから、全部福祉の人がやればいいのかというと、それも問題で、僕はそもそも代諾というのは無理なのだと思います。

ですから、よく知っていらっしゃる方が医師に意見を言って。実は僕もサインするよう言われたこともあります。統合失調症の患者さんを救急病棟に連れていったら、家族がいないなら先生がサインをしてくださいと言われてサインしました。権限はありませんけれども、よく知っていればサインすればいい。知らないのであれば、やめればいい。そのほうが、法律的に誰かに権限を与えてしまう、生殺与奪の権限を与えるよりはずっと合理的だと私は思っておりますが、それは私の個人的見解です。

【長嶋議長】 どうもありがとうございました。

恐らく福祉の現場では、今の、斎藤委員のお話にありましたように、非常に悩んでいらっしゃいます。立派なケアプランは立てても、病気になったときに、その手術云々となりますと、もう誰も手を挙げないのです。今のお話で割とすっきりしたのではないかと思います。

特に御意見はございませんか。では、飯塚委員お願いします。

【飯塚委員】 飯塚です。私も成年後見人をやっております、医療機関に行くと、たまに同意を求められるんですけども、私どもの場合は、そういうお話をお医者様から聞きましたと、それで成年後見人ということで、医療行為そのものを同意するというわけではなくて、そういうお医者様の話を聞きましたということでサインすると、大体の医療機関はそれで納得していただいております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

他に、この認知症ケアパス部会の報告書（案）につきまして、何か御意見はございますか。

【大村委員】 少し違う観点ですが、よろしいでしょうか。

【長嶋議長】 では、大村委員、お願いします。

【大村委員】 至誠ホームの大村です。

総合的な取組の中で、地域住民の人たちが具体的にどのように関わるのか、まだイメージがつかめておりません。例えば認知症の方々は、地域のデイサービスやショートステイ、地域の施設を活用している方々もかなりおられると思います。インフォーマルなグループ、例えば見守りネットワークの人々、ボランティア、あるいは民生委員等、そういう方々のインフォーマルな力をどのように取り込められるのか、少しその辺の御説明をお願いしたいと思います。

【長嶋議長】 では、事務局からお願いします。

【室井幹事】 まず後段のお話、インフォーマルな取組ということにつきましては、資料2報告書案の33ページあるいは35ページあたりに書いてございます。認知症の方を地域で見ている地域住民が、少しおかしいのではないかと気付いて、早期発見をしていただけるということとはとても重要だということですか、あるいは認知症サポーターの活動の場を増やしていくことが重要だということが書いてございます。また、35ページでございますが、これは一人暮らし高齢者の増加という流れで、今お話のありました地域住民が主体となった高齢者見守りネットワークの構築が進んできていることを記載しています。また、シルバー交番設置事業というのですが、公的に専門職を置いて、高齢者の見守りの取組をしているところもあります。こういった取組により、認知症の方、特に一人暮らしの方の認知症早期発見を進めていくべきだろうと考えております。

次に、前段のお話でございますが、その地域のデイサービスや介護サービスを行っている方々のお力も大変重要と思っております、これにつきましては、平成19年度から21年度にかけて仕組部会という会議において検討がなされました。この仕組部会の報告書の中で、介

護事業者の方々の力を活用し、地域づくりに生かしていただきたい、還元していただきたいということを書いておまして、今後、そういったことが大きな課題になってくるかと考えております。

【大村委員】 ありがとうございます。

【長嶋議長】 よろしいでしょうか。それでは、他にはございますか。斎藤委員、お願いします。

【斎藤委員】 和光病院の斎藤でございます。

ぜひ報告書に入れていただきたいことがございます。35ページに一人暮らしについてのお話がありましたけれども、一人暮らしはもう例外ではないです。一人暮らしと、老老生活と言いますか、老人2人の世帯が、認知症の診療をしていると標準だと考えてもいいぐらいになっています。このケアパスを作ったときに、では、それを誰が管理するのかだとか、そういう視点がないといけないと思います。こういうパスというのは、能力がかなり高い家族と志の高い医師とケアマネジャーがいればできるということになりがちですけれども、高齢者だけの世帯でこういう情報共有ツールを一体誰がどうやって管理するのかということを少し念頭に置いて検討していただけるとありがたいと思います。それから、先ほどから話に出ている成年後見の話や、地域福祉権利擁護事業のようなものが、この中に記載されていてもいいと思います。

ただ、これらの制度については、例えばある区では全く成年後見制度を使わないというか、全部地域福祉権利擁護事業で対応しようとするし、成年後見にお金を出している区は、地域福祉権利擁護事業の対象であっても、とにかく後見と代理権というふうな扱いをします。区がどこにお金をつけているかによって法律や制度の本来の使い方とは異なり、非常に偏った首をかしげざるを得ないような使い方をされているのです。でもやはり、そういう制度を使わないと、一人暮らしや、私どもの病院でも3組ほど、御夫婦で入院していらっしゃるという方がいますけれども、そういう人たちをケアし切れなと思います。ですから、そういう人たちのために使えるということを入れておいていただくと役に立つと思います。

【長嶋議長】 大変貴重な御意見だと思いますけれども、直接答えなくてもよろしいでしょうか。

【斎藤委員】 はい、結構です。

【長嶋議長】 承っておくということですね。他に、御意見ございますでしょうか。

報告書ができるのは3月半ばぐらいですか。今年度中に完成ということでしょうか。

【室井幹事】 そうです。まだ時期は明確には申し上げられませんが、年度内には発表したい

と思っております。

【長嶋議長】 もし許されるのならば、いきなりこれだけの資料を見て、すぐに意見が出ないと思いますので、もし気がついたことがあれば、事務局のほうに御意見として、後日御連絡をするという形でもよろしいでしょうか。その意見をどう取り上げるかどうかはもう部会長と事務局にお任せするとして、まだ十分にここで御意見を述べられなかった委員も、中にはいらっしやると思いますので、そうさせていただきますのもよろしいでしょうか。

これだけたくさん資料があると、どこを指摘したらよいか分からないと思います。今お許し得ましたので、もし御意見がございましたら、事務局に寄せていただければ、それを参考させていただいて、最終的な報告書をお作りいただくということでよろしいでしょうか。

ありがとうございました。

続きまして、議事2のほうに進ませていただいてもよろしいでしょうか。

それでは、議事2です。若年性認知症支援モデル事業報告書（案）についてです。これも事務局から御指摘をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料3をベースにして、適宜資料4も使いながら御説明をさせていただきますと思います。

若年性認知症支援につきましては、平成20年8月に実態調査を行った上で、平成20年から21年度の2か年にわたりまして、斎藤委員に部会長になっていただき、若年性認知症支援部会を開催し、基本的な考え方をまとめたところでございます。それを踏まえて、若年性認知症支援モデル事業を平成21年度から3か年で実施してまいりました。今年度は3か年の最終年度でして、モデル事業は今年度末で終了でございます。東京都として、その成果を報告書の形にまとめておきたいということで、本日、報告書案を作成いたしまして、皆様の御意見をいただきながら、年度内にまとめていきたいと思っております。よろしく申し上げます。

若年性認知症支援部会でまとめた都の基本的な考え方でございますが、若年性認知症の方は、現役世代の方が認知症になってしまうということで、非常に多くの課題を抱え込んでしまうことが多いということでございます。相談・家族支援、医療支援、介護支援、職場を含む社会的支援、経済的支援など、生活全般を支援することが重要だということでございます。

特にモデル事業に関連する相談体制ですとか、介護支援に対する考え方につきましては、この部会の報告書の中では、相談体制につきましては、多様なニーズに柔軟にこたえられる体制整備が必要だとしております。そういうことから、行政の相談窓口職員やケアマネジャー等の相互連携、対応力の向上が必要だということが述べられております。それから、介護支援でご

ざいますが、残念ながら認知症になってしまひまして退職せざるを得なくなった場合、退職後から介護保険サービスの利用を開始するまでの期間、これが空白期間でして、非常に孤立してしまう時間になってしまうということです。この期間の居場所を確保すべき、介護保険サービス等により社会参加活動を行う場が提供されるべきとしております。また、やはりケアのノウハウ等が必要でございますので、取組事例のノウハウの蓄積・共有・普及が必要であろうという考え方が整理されたところでございます。

そういった中で、モデル事業をやっていただきまして、その報告でございますが、資料3の2枚目と3枚目にそれぞれの事業者からの報告の概要がございます。

資料3の2枚目を御覧ください。まず一つが、若年性認知症の支援マネジメントに関するモデル事業ということで、相談支援をどのようにやっていったらいいのかということでモデル事業に取り組んでいただきました。実施主体はNPO法人いきいき福祉ネットワークセンターでございます。

こちらでは、主として若年性認知症の方の御家族等から御相談を受け付けまして、最初はアセスメントをしていくということです。医療や福祉、色々な分野のサポートがございます。聞き取り等を行ひまして、どのようなサポートが受けられているのか、あるいは、介護者の負担が様々ありますが、その原因はどこから生じているのかということをお個々のケースについて評価していただきました。

その上で具体的に、御本人に関わっている人、一番にあがってくるのは認知症という診断をした医師等ですが、こういった方から情報収集をいたしまして、それを踏まえて、この人がどのような状況にあつて、どのような支援をしていくべきなのかという支援方針などを整理します。それを連携シートという形でまとめて、関係機関に配布をしながら連携、つなぎをしていったということでございます。

こちら、実際に相談をし、対応を行ひました対象者が25事例ということでございます。男性13人、女性12人、年代は40代、50代、60代でございます。配偶者の方からの御相談が多かつたということでございます。主訴、どのような御相談だつたかということですが、資料の右側のグラフのとおりでございます。活動の場の希望ですとか、閉じこもり解消ということで、やはり居場所づくりを求める御相談が非常に多かつたということが見えてまいりました。

グラフの下に記載してあります、支援結果でございます。まず就労、仕事をしたいという方もいらっしゃいます。こういった方々につきましては、現実問題としては、なかなかお金を得ら

れるような仕事は難しいという現状もございまして、職業評価を実施した上で、若年性認知症専用デイサービス・サロン等へつなげまして、仕事の活動を導入していったということです。こうした中で、報酬を得るという意味での仕事をしたいというニーズは消えていったということがありました。

それから、社会保障制度ということで、介護認定や精神保健福祉手帳等、色々な社会保障制度があるのですが、そういった制度につながっていない方が非常に多かったということがございます。これにつきましては、相談者全員、25名が介護認定を受けまして、介護サービス等、色々なサービスにつながったという結果になりました。

相談件数は、本人・介護者等に対しては610件、その他連携先との相談が413件ということです。合計1,000件以上にのぼるということで、1対象者当たり約40回の相談を行ったということございました。

事業者としてのまとめでございます。1つ目は、若年性認知症の支援に関する現状はどうかということでは、診断直後に相談支援が開始されていないということです。これは、医療機関で認知症であるという診断がなされた後、相談機関や福祉、介護関係機関につながっていないという現状があるということございました。

2つ目でございます。先ほどの居場所ということと重なりますが、若年性認知症の方が利用できる社会参加場所が非常に少ないということがございます。

それから3つ目に、地域包括支援センター等地域の相談機関が役割を十分に果たせていないのではないかというような御指摘がありました。さらに、一定の支援を導入した後も、やはり症状の進行などによりまして状態が変わってきて、どうなるのかということがございまして、家族が漠然とした不安をずっと抱えているということがあるということで、心理的なサポートが重要だということが整理されております。

そういった中で、若年性認知症のマネジメント支援の望ましいやり方についての御提案が、資料右下の「若年性認知症のマネジメント支援の望ましい在り方」というところに記載されています。

1つは、アセスメントをしっかり行うということでございます。御本人はもとより、介護者の心理的な状況の評価や、社会資源をどのように活用しているのかということについて十分把握をして、アセスメントを行っていくということが重要だということでございます。

2つ目、支援方法についてでございますが、支援には2つの側面があるということです。1つは、物理的な支援という言い方をしておりますが、具体的なサービスにつなげていくという

意味での支援ということでございます。一人一人にとって必要な社会支援を選択して、手続を支援していくということです。それから、2つ目は心理的支援ということで、面談をしっかりとやりまた速やかにサービスにつなげていくこと、あるいは相談を継続すること、相談者の状況をフォローすることによりまして、心理的なサポートをしっかりとやっていくということです。この物理的支援と心理的支援の両方を行う必要があるということでございます。

3つ目は、関係機関との連携をしっかりと行うということでございます。このためには、やはりツールが必要になってくるということで、ここでは連携シート等を活用して、どのような支援方針でやっていくのかということを確認にした上で、それぞれの役割を把握していただいて、関係機関との連携を円滑に進めたということです。このように取り組むといいのではないかと御提案でございました。

資料3の3枚目に移ります。次はモデル事業の2番目でございます。若年性認知症専用デイサービスの設置に関するモデル事業でございます。こちらは、特別養護老人ホームをやっており、他にもデイサービス等の機能もある社会福祉法人の東京栄和会で、若年性認知症専門のデイサービスを実施してみようということでモデル事業を実施していただきました。

特別養護老人ホームの6階のスペースを活用して、月曜日から金曜日まで毎日実施したということです。利用者は曜日によって変わっていくということです。実施時間は日中、1日ということで、利用定員は1日当たり最大8名です。サービス提供地域は東京都全域ということではございましたが、こちらは江戸川区にある特別養護老人ホームでありまして、結果的には江戸川区周辺が中心になり、送迎も実施いたしました。利用料金は実費のみとでございました。

提供サービス内容でございますが、大きく2つに分けております。

就労型支援活動として想定しておりましたのは、特別養護老人ホームやデイサービス等、併設施設から軽作業を受注して、仕事をしていただくということでございます。ラベル作成や清掃、ゴム印押し等、資料の左下書いてあるような活動でございます。

それから、生きがい支援活動として、軽作業がなかなか難しくなってきた場合には、レクリエーション活動をやっていただくということで、運動や農作業、手芸等、そういった趣味活動のようなものも含めてやっていただくということでもございました。

その他といたしまして、家族支援、家族会を開催したり、普及啓発ということで住民向けのセミナーを開催したりという活動をやっていただいたところでございます。

資料の右上の表に記載していますが、2月1日現在の対象者として、10の方が御利用されておりました。ただ、その利用者の方の要介護度は要支援1から要介護4まで、認知症自立度

でもIからIVまで、原因疾患も非常に多様であったということでした。

資料の支援内容というところに移ります。様々な病気の方々がいる中で、認知症の状態別に利用者をグループに分けて利用日を決めていき、日々の利用者の状況を見ながらグループを編成し直して、落ちついて1日を過ごせるサービスを提供していくということで、ある意味、試行錯誤の連続が続いて現在に至るという状況でございます。当初は就労をイメージした支援を予定しておりましたが、利用者の状態に合わなかったということで、生きがい支援活動を中心に変更したという経緯がありました。

まとめということでございます。当初は、やはり就労型支援を中心というイメージをしておりましたが、なかなか想定どおりにはいかなかったということでございます。

若年性専用プログラムの開発という面ですと、レクリエーション中心となったということ。また、その実施方法をどのようにしたらいいのだろうかという試行錯誤の中で、悩みながら時間を費やしてしまったという部分もあったということでございます。

それから、特別養護老人ホームの機能の活用として、お仕事をそちらからいただきながら就労型の活動をしていくということでしたが、なかなか難しかったということでした。

まとめの1つ目といたしまして、利用者の実態に合わせた適切な就労型支援活動・生きがい支援活動などのプログラムの提供が有効であるということです。これは、就労型支援にこだわり過ぎずに、その方の状況に合った活動プログラムを提供していかなければいけないということでございます。

それから、2つ目として、認知症がさらに進行した場合は、併設にデイサービスや特養等がございますので、そちらへの移行ができるということ。そういった意味では、余り動かなくても、あるいは同じ職員がいるところで、居場所が確保できるということがあるのではないかと、ということが2つ目でございます。

3つ目に、行動・心理症状、BPSDが増悪した際の対応においては、やはり一定の職員の配置、職員の柔軟な配置の検討ということが必要になるだろうという御意見をいただいたところでございます。

資料3の1枚目に戻ります。資料真ん中の第3章の部分を御覧ください。

後段のデイサービスのモデル事業につきましては、この東京栄和会さんだけではなくて、独自に事業を実施している事業者もいらっしゃいます。また、東京栄和会さんも非常に悩みながら進めていたということもありまして、少し他の事業者の方の意見もいただこうということで、

意見交換会を昨年12月に行ったところでございます。その際、コーディネーターとして長嶋議長に参加していただいたところでございます。

5事業者の方々から意見をいただきました。申し上げますと、都内で活動している若年性認知症専用デイサービスの状況といたしましては、社会参加活動を主体に実施しているところと、その辺が余り明確になっていないところがあるということでございます。社会参加活動を主体に実施しているところは、重度となったら高齢者向けのサービスへ移行していく、卒業していくというイメージで事業を展開しているということでございます。一方で、重度となったときの支援が決まっていないところは、色々な方々を抱えて対応に苦慮しているところが多いというお話がありました。

それから、若年性認知症の人の家族介護者の状況でございますけれども、介護者は、診断結果自体は受け入れているのですけれども、やはり、もう少し何かできるはずと、症状の改善を期待している人も多いということでございます。それから、特にお子様が小さい場合も多いんですが、お子様は親の認知症を受け入れられないことが多いということもございます。

また、デイサービス活動における本人にとっての効果について御意見をいただきました。本人の状態に合わせた役割を果たすことで社会的な居場所となっているという、前向きな御意見がほとんどでした。それから、同年代の同じ病気の人と過ごせることで、自らの状態を受けとめやすくなるという意見がありました。

さらに、本人・家族から期待されているサービスということで、本人は安心して過ごせる場の提供を望んでおり、家族も本人が生き生きできるような場を求めているというお話。就労的活動を求める声、本人・御家族からの御意見もあるのですが、本当に求めているのは、何らかの社会的な役割を有していること、人のためになっているとか、社会のためになっているというように、役割を有していることなのではないかという御意見がありました。

病状ステージに合わせた支援の必要性ということで、その人のADL、また、今どのような社会活動に属しているのか、あるいは、その人の生き方・生きざま、こういった3点からどのような支援が必要かを考えていくべきということです。それから、病状の進行などに合わせたプログラムの提供が必要であるということ。また、ADLと認知障害の程度によって、介護に重きを置くのかどうかを判断していく必要があるという御意見をいただきました。

最後に、若年性認知症専用デイサービスの意義と課題ということでございます。マンツーマンの対応が必要となると、事業の採算性から課題があるというお話。それから、これは若年性に限らないと思うんですけれども、デイサービスが、家族支援や関係機関への助言、サポート

等の支援の拠点となるということにとっても意味があるのではないかというお話がありました。

こういったことを踏まえまして、モデル事業の成果が何であるのかを記載しているのが第4章でございます。資料の一番下の第4章の部分を御覧ください。

まず、高齢者と異なる若年性認知症の支援ということで、3点挙げております。病気としては同じ病気ですが、やはり、どういう年齢で認知症になってしまったかによりまして、ケアや対応の方法は違って来るであろうということを書いております。

まず1つは、認知症高齢者は現役から引退をした世代であるということです。一方で若年性の方は、今まさに社会で活動すべき役割を担っている現役世代であるということで、家族や、家計等色々なものを背負っている方達だということでございます。

2つ目が、この病気になられなかった方は、社会人として、家庭人として、御活躍されているわけでございますけれども、若年性認知症の方は、そうした役割を突然に失うということで失意が大きく、心理的なダメージが非常に大きいので、心理的なケアが大事だろうということでございます。

3つ目でございます。これは、ケアの現場では現実問題としてやはりこういうことはあるということでございますけれども、若年性認知症の方は体力がやはりあるということございまして、高齢者の場合は体力は低下しています。そういう意味では、若年性の方で行動・心理症状が出現した場合には、体力任せに行動してしまって、非常に対応が難しくなるということでございます。

次に、モデル事業から見えてきたことということです。若年性認知症の人への支援の現状について、これは先ほどの事業者からの報告とも重なってきますが、1つは、地域包括支援センターは介護保険制度以外の支援制度についてはあまりよく理解をしていないという実態があるということ。あるいは、認知症の診断をした医療機関から地域包括支援センターを初めとした地域の相談窓口などに紹介が行くということが少ないということ。それから、若年性認知症の方が実際に介護保険サービスや障害福祉サービスを利用する場合に、色々とトラブルになってしまうことが多いこと、あるいは、そのケアのノウハウがないこともあると思うのですが、事業者からサービスの利用を断られる場合があるということが出てまいりました。

支援の方法についてということでございます。相談体制につきましては、連携シート等の活用によりまして円滑にサービスにつなげられたということございまして、一定の成果があったと整理ができるかと思えます。デイサービスにつきましては、居場所を確保するという意味から、本人・家族の期待に応えるものであり、これはやはり必要だろうということが改めて確

認できたということかと思えます。ただし、あらかじめ認知症が進行した場合の対応方法を決めておかないと、適切なサービスの提供が困難になってくるという面もありました。

こういったことを踏まえて、これからの若年性認知症支援、特に相談支援、介護支援の在り方につきまして、7つのポイントを挙げております、こちらにつきましては、資料4の報告書案を御覧いただきたいと思えます。

資料4の128ページでございます。新たな若年性認知症支援策についてというところがございませう。ここで、モデル事業を通じて、これからの支援策のポイントを整理しまして、相談支援体制については3つ、デイサービスにつきましては4つのポイントを挙げております。

まず1つ目でございます。若年性認知症支援のための総合的な相談窓口の設置が必要だということでございます。やはり支援策が多岐の分野にわたってしまうこと、また地域における対応事例が極めてまれであるということを考えますと、これまでの取組実績や対応力がしっかりとある事業者において、広域で対応できる窓口を設置することが有効ということでございます。また、地域の相談機関である地域包括支援センターやそれ以外の関係機関等は、そういった広域で対応する相談窓口と連携をし、その助言等を得ながら、積極的に対応していくことが必要というポイントを挙げております。

2つ目でございます。本人や家族の状況に対する適切なアセスメントと制度の分野を超えた総合的なマネジメントの実施ということでございます。こちらは、先ほど事業者からの報告の御説明にもありましたように、若年性の方の場合は多岐の分野の支援が必要になってくるということでございますし、色々な課題を背負ってしまうということでございます。ですので、相談窓口におきましては、本人・家族の生活状況について適切にアセスメントを行うということ、それをもとに、様々な制度に係る支援を総合的にマネジメントできるということが必要だということを述べてございます。

3つ目でございますが、家族介護者の心理的負担軽減に向けた支援の実施ということでございます。介護者も現役世代でございまして、また介護以外に、仕事、家事、育児、親の介護等、色々なものを抱えているということでございます。そういった中で、相談者がいないことも多く、負担を抱え込んでうつ状態になる方も非常に多いという報告になっております。このため、単に課題が解決すればいいということではなく、相談者の話を時間をかけて聞いて、心理的にサポートしていくことが大事だと述べております。

続きまして、若年性認知症専門のデイサービスのほうに移ります、ポイントの1つ目でございます。若年性認知症の人の空白期間を埋める専用デイサービスの制度化ということござい

ます。診断を受けてから介護保険サービスの利用まで相当の期間があるということでございます。この期間はサービスを利用していないことから、専門職の支援がない、支援の空白期間であり、社会から孤立することが非常に多いということでございます。ですので、この期間における居場所を確保していくこと、またこれを増やしていくことが必要であって、そういう意味では介護保険サービスにきちんと位置づけていくことが求められるということでございます。若年性認知症の方の人数は非常に少ないので、地域密着ではなくて、広域的なサービスとして考えていくべきということです。

2つ目でございます。対象とする利用者像の明示と地域のデイサービス等への移行でございます。若年性認知症専門のデイサービスの意義は、従来のデイサービスで一般高齢者をイメージしたデイサービスでは、うまく生活支援がマッチしない人が利用するとういうイメージになるかと思えます。そういった意味では、本人の就労意欲や社会参加意欲に応える社会参加活動の機会の提供が主な目的となってくるということでございます。そういった若年性の専門のデイサービスの利用者像をしっかりと対外的に明示して、提供しているプログラムにふさわしい方の利用を促す必要があるということです。認知症の進行により社会参加活動等が困難になった場合には、地域の高齢者のデイサービス、あるいは他の地域のサービスに円滑に移行できるようにすることが必要だろうということでございます。

なお、やはり症状の進行しますので、若年性認知症専門デイサービスにおきましても、病状の各ステージを考慮して、一人ひとりが現在有する能力に応じたプログラム提供を考えていく必要はあるということです。

それから、次のページでございます。認知症が進行して、本人が仕事をしたいという気持ちがあったとしても、なかなかそれができないという実態が出てきてしまった場合には、本人が現在できることに見合った活動をプログラムに取り込んでいき、達成感を感じてもらおうということです。その中で地域に役割を見いだしていくといった体験を積み重ねていくことにより、地域のサービスへの移行の動機づけをしていくことも有効と書いてございます。

3つ目でございますが、若年性認知症ケアのノウハウ蓄積とその普及でございます。先ほど申し上げましたとおり、若年性認知症の方は高齢者と異なり、心理的なダメージがあったり体力が保持されているということがあります。ですので、若年性の方々の対応への特性を踏まえて、その支援ノウハウを蓄積していく必要があるということでございます。若年性認知症専用デイサービスが今後制度化されるのであれば、そういったところでそういうノウハウの蓄積を進めていくべきということが書いてございます。蓄積されたノウハウを地域のケアマネジャー

や介護保険事業者に広く普及していくことにより、地域の受け入れ能力を向上させてき、円滑に地域移行ができるようにしていくべきだと書いてございます。

4つ目でございますが。若年性認知症の特性に応じた職員の配置とボランティアの活用ということです。体力があるということで、屋内の活動だけではなかなか難しく、活動的なプログラムを提供しなければならないのですが、そうすると、なかなか従来の認知症対応型の通所介護の職員配置では十分ではないということが見てとれるところでございます。これがどのくらいなのかは分かりませんが、今後、このデイサービスを介護保険制度において位置づけて、若年性認知症の人や提供するサービスの特性を踏まえた人員基準を設定してサービスを提供していく必要があるということでございます。また、ボランティアの活用も大変有効だということも付記してございます。

最後のまとめの言葉でございます。若年性認知症の方への支援は、これまで若年性の方には明確ではなかった相談窓口を明確に設置していき、本人や御家族の負担を軽減する継続的な相談支援を行うということが1点です。また、社会とのつながりを維持するために、何らかの役割を担える居場所を提供することが2点目。この2点が非常に重要だということでございます。

東京都では、そのモデル事業終了後も、これまでの成果を踏まえて、情報収集を行いながら必要な取組を推進していくということと、制度改正に向けた国への提案要求も行ってまいりますということで、まとめております。説明は以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。盛りだくさんの内容であったと思います。

ただ今の御説明に関しまして、御質問あるいは御意見ございましたら、お願いしたいと思います。大野委員、お願いします。

【大野委員】 認知症の人と家族の会の会の大野でございます。この報告書を拝見いたしまして、私は、認知症の人と家族の会ですから、もちろん若年の方もいらっしゃいますし、電話相談でも、本当に色々な悩みを訴えられています。この報告書案を見ると、本当に私たちが望んでいるものが全て書いてあると思うのですが、実際にこれがどのような形で、どのようなお金を得られて、いつごろ実現するのかということがやはり知りたいところです。例えば私どもの会のは全国組織ですが、もうずっと前から若年性認知症の支援について訴えてきていますが、なかなか実現となると進まない状況です。もう随分前から言っているのですが、東京都でも随分前から若年性認知症に係る色々な施策に取り組んでいらっしゃいますが、いつまでもたっても実現していないということがあります。少なくとも家族の立場としては、どのぐらいの見通しで実際に実現できるのだろうかということを知りたいのです。

【室井幹事】 資料3の中で、説明し忘れた部分がありました。資料3の1枚目の右下の部分でございます。

来年度の予算におきまして、先ほどの相談支援に関するものにつきましては、予算案として東京都若年性認知症総合支援センターを設置していこうということで予算計上しております。活動内容としましては、今のいきいき福祉ネットワークさんの事業内容とほぼ同じものを想定しており、予算化しているということが1点でございます。

また、後段のデイサービスにつきましては、先ほど報告書の御説明をさせていただいたように、介護保険サービスとして位置づけていくべきだろうという基本的な考え方を持っているのですが、やはりどのようなサービスを提供していくべきなのか、そのための人員はどのくらい配置したらいいのかという、もう一步踏み込んだ研究や検討が必要かと思っております。介護報酬が3年ごとの改定でございますので、次回改定に向けて、より具体的な提案ができていけばと思っております。

【長嶋議長】 林田委員、お願いします。

【林田委員】 少し追加させてもらうんですけども、前回の推進会議でも、モデル事業については報告していただきました。そのときから、マンツーマン対応になると採算がとれないという話は報告していただいたのですが、内訳は結局出たはこなかったのです。その採算をとれないという内訳や、来年度以降人員配置について考えていくのであればコストをどう考えていくのかとかということは、今回は報告としては出ないのでしょうか。

【室井幹事】 残念ながらそこまでは至らなかったということです。

ここでモデル事業をやられた事業者さんは、非常に多様な方、軽度な方から割と進んだ方までを抱えてしまったということがあります。そこで、マンツーマンの対応が必要だという現場の意見が出てきたわけですが、そういう在り方がいいのかどうかということもあろうかと思えます。

こちらで整理をしておりますのは、やはり相当程度進んでしまった方については、一般のサービスに移行していただくということを考えるべきではないかというスタンスに立っております。それによりまして、その人員の配置の仕方や、そこで提供すべきサービスの内容は変わってきますので、ここを確定させた上で、今のようなお話になっていくのかと考えております。

【長嶋議長】 よろしいでしょうか。

【林田委員】 確定する基準のようなものを探すがすごく難しくはなります。そこは、では次回と言いますか、今後引き続き検討するということと理解すればよろしいでしょうか。今

後ということでしょうか。

【室井幹事】 はい。

【長嶋議長】 ありがとうございます。他に御意見はございませんでしょうか。

【林田委員】 もう1点よろしいですか。

【長嶋議長】 どうぞ。

【林田委員】 今の点とあわせて気になっていたんですけれども、並列するようにボランティアの活用と書いてあります。報告書の中のボランティアの活用というと、色々なことを手伝ってもらっている様子自体には、私は違和感はないのですけれども、この並列の書き方でいくと、ボランティアを労働力として把握する可能性があるかと思います。それはボランティアという言葉を使うべきではないのではないか。労働力、きちんとした専門職としてやるべきラインと、そうではないラインは明確でないと、安易にボランティアに頼めばいいというのではありません。報告書の中ではそういう意味で書いていないのはよく分かるのですが、よく読まないで、人手不足をボランティアで解消するように感じます。その点は非常に危惧をしていますので、よろしくをお願いします。

【長嶋議長】 では、斎藤委員、お願いします。

【斎藤委員】 私は若年性認知症支援部会の部会長を務めていましたので、その点のことについて、委員会の意見ではなくて私見ですけれども、申し上げます。

デイサービスのモデル事業は、やはり林田委員がおっしゃったように、例えばお金が足りないというのだったら、どれだけ足りないのか、今の介護報酬が何点になればいいのかということをしきんと示してくれないと、このボランティアの部分の書き方はマンツーマンが必要で、点数が足りないからボランティアを連れてくるというような話で、よろしくないと思います。デイサービスについては、やはりもう一度きちんと御破算にして考えるべきだと私は思っています。

特に就労については、多くの場合、御家族の希望です。御本人は、就労というプレッシャーから逃れたいのです。それを、お仕事ごっこのようなことをさせられるというのは侮辱ですし、御本人の救いには全くならないと私は思っています。ですから、健康な人の目で、あるいは御家族の目で何をさせたいかということをし、あたかも本人の希望であるかのごとくサービスのモデルの中に持ってきたということからしてかなり問題だと思います。ですから、我々はそういうことを、この2つ目のモデル事業からは反省すればいいと思います。

それから、先ほど、事務局から、相談事業を予算化するというお話がありましたが、これは

非常に大事なことです。

本日委員のみにお配りいただいた冊子は、私も昨日の朝いただいて読んだのですが、38ページに、7、8行目あたりを御覧ください。この方は51歳で発症しているのです。サラリーマンで、厚生年金のときに発症して仕事を失って、国民年金になってから障害年金を申請して月に70万もらっていた。ところが途中で、サラリーマンである間に診断がついているのだったら、厚生年金の障害年金をもらえるはずだということに気がついて、70万円だった年金が190万円になったという話なのです。この他にも、生命保険のお金をずっと払い続けていくのかと思っていたら、ああそうだ、重度障害になったらお金をもらえるのだということに気づいた。それまで月々お金を払い続けているのです。

そういうことには皆気が回らないので、この相談事業の中では、ぜひそういうことについて支援をしていただきたい。そもそも国民年金の障害年金を請求に来たところで、あなたは厚生年金でいけますよと教えてあげればいいのに、それができないのです。そういう意味で、この事業が始まるということだけで、まず第一歩です。

特に、この相談事業のモデル事業をやっていらっしゃるところは、電車で通える程度の人のデイサービスのようなことをしていらっしゃるのだけれども、そういうものを持ったところがこういう相談機能を持って取り組んでいくことは、大きな一歩だと思います。そこから先の、介護保険のみになったら、むしろ今の高齢者のデイサービスをもう一度見直して、色々な世代の方を取り入れられるようにしていくというほうが経済的にも問題が少ないし、そもそも体力のある人を10人集めたら大変です。それは、90歳の人と50歳の人がいれば50歳の人に対応できるけれども、50歳の人が8人並んで、全部言語的な疎通が取れなくなってしまったら、そんなデイサービスはできるわけがないので、そういう発想が間違っています。ですから、そういう問題点は2つ目のモデル事業から色々と学ぶところがありますので、そこから新しい方略を考え出していけばいいと私は思います。

【長嶋議長】 貴重な御意見、ありがとうございます。確かに、斎藤委員御指摘のように、就労意欲ということ考えた場合に、よくよく確かめないといけませんね。介護保険の基本理念は、やはり御本人の考えを大事にするということですが、これは若年性に限らず、ついつい家族の考え方に振り回されてケアプランを立てているところが多々あるように私は思っているのです。ですから、今の斎藤委員の御意見を大事に受けとめていかないと、若年性認知症支援に関して、もしかしたら違った方向に歩いてしまうかもしれませんので、大変大事なことを今指摘していただいたと存じます。

他にいかがでしょうか。大野委員、お願いします。

【大野委員】 はい、大野です。

今の、斎藤先生のお話に関連してですけれども、128ページの相談窓口ですが、本当に御相談の中で、行政に言っても、その自治体によって対応がばらばらで、それこそ障害年金のことを窓口の方が御存知なくて、家族の会の冊子にこういうことが書いてあるけれどどうなのだということで、やっとその方が調べられて、制度の利用に結びついたということがあります。どこの窓口の方も配置で変わりますけれども、どなたが窓口になっても公平に認知症の人に対する色々な制度を紹介できるような、マニュアルといいますか、そういう役所の中の教育というのでしょうか、おこがましいですけれども、そのようなものをやはりしっかりと根づかせていただきたいと思っております。

【長嶋議長】 いかがでしょうか。

【室井幹事】 御指摘のとおりかと思えます。

この後で少し御紹介しますが、やはり区市町村職員ですとか地域包括支援センターに対して、このモデル事業の成果をきちんと伝えておく必要があるということで、来月、モデル事業の報告会の開催を予定しております。

また、斎藤先生にも御協力をいただきまして、平成22年12月には、職場向けではあるのですが、若年性認知症ハンドブックという冊子を作成いたしまして、そこで若年性認知症の方が活用できる支援制度を基本的に網羅して紹介しております。これを各区市町村、地域包括支援センター等に配布しています。ですから、それをうまく活用していただくような意識づけや働きかけをしていくことは重要だと思っております。

【長嶋議長】 はい、ありがとうございます。他には御意見はございますか。西本委員、お願いします。

【西本委員】 今回のハンドブックのお話は、とても大事だと思っております。斎藤先生がおっしゃっていたように、若年性認知症の方とはいえ、やはり我々と同じ人間ですし、デイサービスを使いたい方もいれば、使いたくない方で生活が回る方もやはりいらっしゃるだろうと思っております。若年性認知症は、家庭の大黒柱である御主人や奥様が倒れることによって、周りの方がかなり混乱してしまって、色々なサービスにつなぐことができない空白期間が問題というお話をされていまして、まさにそのとおりなんだろうと思っております。それを何とか多くの人たちで支えていったり、情報提供していったりということが今後必要となっていこうと思っております。その際に、地域包括支援センターや総合センターの設置はもちろんすごく大事な

ことだと思いますが、やはり既存の家族会やケアマネジャーの組織というところにも、なるべく広くアナウンスしていただきたいと思えます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

私も、全体的なハンドブックといいますか、その手引書と、個々の手引書と、2段階、3段階にしないと、うまく回らないような気がするのです。ぜひこの点も含めて御検討いただければと思います。他にはございませんでしょうか。

大村委員、今の御意見を伺って、いかがでしょうか。何か一言、お願いします。

【大村委員】 林田委員、斎藤委員の御意見の流れの中で考えていたんですけども、資料3の2枚目の右側のグラフを見ると、居場所を求めている方が、仕事をしたいという方を含めると、ほぼ50%です。社会参加するときに家族はレスパイトで、休めているけど、その表裏の関係があるかと思うのです。ですから、そういう意味で、外出する、社会参加するということは家族にとっても、支援者にとっても、大変大きなことなんですけれども、その社会参加の状態のことをみんなで少し深く研究できればと思います。

居場所というのは、物理的には場所の問題があります。また、その時間を有効に使うためには、活動内容、お仕事も含めて、何か手段があるわけですけども、結局、目的はどのような状態であるかということがすごく大事かと思えます。そうすると、やはりサポートする人が必要で、結局、1人ではできないので、ほぼマンツーマンか、あるいはグループワークなどの技術を現場のスタッフが多少心得ていれば、可能な人を2人、3人というふうに、グループをつくって居場所を支えていくということになります。そのいることを実現するためには、ボランティアも含めて、サポートする人間がかなり必要だと強く思いました。

【長嶋議長】 ありがとうございます。他に、いかがでしょうか。

この資料4報告書(案)の、99ページ以降に、先ほど御紹介ありましたように、若年性認知症デイサービス事業者による意見交換の内容が載っております。本日お帰りになりましたら、ぜひこの内容をお読みいただいて、先ほどのケアパス報告書案と同じように、本会議で話し合われたことが正しいかどうかということも含めて、また後ほど御意見をお寄せいただければいいか思えます。

私もこの意見交換会のコーディネーターを仰せつかりまして、想像していたよりも症状の進み具合により全然違うということ現場の方はおっしゃっていました。ですから、斎藤委員の御指摘にもありましたけれども、本当に仕事をするのがつらいということ、やりたい部分もなはないんでしょうけれども、実際には体がついてこない、気持ちだけ先行しているようなと

ころがあります。やはり義務感が大変強いと、子育て真っ最中でもあるでしょう。

そういったことが載っていますので、何か感じられることが多いと思います。そのことも含めて、どうぞ事務局のほうに御意見をお寄せいただけると、報告書のまとめが大変しっかりできると思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

他にございませんでしょうか。

それでは、最後の議事であります3その他に移ってよろしいでしょうか。

事務局から御説明をお願いします。よろしくをお願いします。

【室井幹事】 それでは、若年性認知症の報告書の後に、参考資料1、2、3とございます。こちらを御説明させていただきたいと思います。

まず、参考資料1でございますが、これは、東京都高齢者保健福祉計画の目次と認知症に関連する部分を抜粋したものでございます。

12月に開催した前回の推進会議では、この計画につきまして、認知症サポーターの方などの活躍の場を提供していくとか、個々の施策を総合したトータルな地域づくりが重要だという御意見をいただいたところでございます。こういった御意見も反映しまして、昨日開催された、東京都高齢者保健福祉計画作成委員会という会議で、最終案として御了解いただいたものでございます。今後は、年度末にこの計画をプレス発表していくということになります。

お時間の関係もございまして、計画の説明は省かせていただきますが、こういった方向で取組を進めていきたいということでございます。よろしくお願いたします。

それから、ページをめくっていただきまして、ホチキスどめのところを終えますと、参考資料2がでございます。先ほど少しお話をしましたが、若年性認知症支援モデル事業の報告会の御案内でございます。

モデル事業の報告書をまとめますので、3月17日土曜日に、都庁におきまして報告会を開催したいと考えております。こちらには、若年性アルツハイマー病専門外来を開設されている順天堂大学の新井先生をお招きして、基調講演をいただきたいと思っております。その後、それぞれの事業者からモデル事業の報告をしていくという内容でございます。

地域包括支援センターや区市町村にもしっかり声をかけていきたいと思っております。御興味のある方は、ぜひおいでいただきたいと思います。

続きまして、おめくりいただき、参考資料3でございます。認知症支援関連の来年度の予算案がもう出ておりまして、その概要について御説明をさせていただきたいと思います。

まず、認知症対策推進事業はこの認知症対策推進会議の運営や毎年開催しています認知症の

シンポジウムに係る経費でして、来年度も確保してございます。

それから、高齢者権利擁護推進事業ということで、認知症イコール虐待ということではありませんが、虐待との関連性が非常に強いということで、ここへ載せております。現在、東京都福祉保健財団に権利擁護支援センターを設置しまして、虐待への対応の相談や区市町村等からの相談、区市町村や地域包括支援センターから相談、研修等を行っています。それを引き続き実施していただくとともに、虐待の事例分析やケーススタディのようなものをまとめていただきたいということで、少し予算を増やしているところでございます。

また、認知症疾患医療センター運営事業ということで、年度末までに何とか指定ができるかという状況に至っておりますが、来年度もしっかり予算額として積んでいるところでございます。こちらにつきましては、通常の認知症疾患医療センターに対する補助金に加えまして、病院に入院される、身体合併症等で入院される場合に対応する看護師さんの、ケアのノウハウや、知識があるかどうかということが非常に重要になってまいります。そこで、病院の看護師向けのテキストを作成していきたいと思っております。また、認知症疾患医療センターはそういった方を受け入れる可能性が非常に多いところですから、その方々に対する研修を実施していこうと考えているところでございます。

それから最後、4番目でございます。これは先ほど御指摘したとおりでございますが、若年性認知症総合支援センターの設置事業ということで、今のいきいきネットワークさんでやっていただいているような相談支援事業を、本格的な事業といたしまして実施をしていきたいと考え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。

今までのことやその他のことも含めて、全体としての御意見や御質問などがございましたら、御発言をしていただきたいと思います。よろしく申し上げます。いかがでしょうか。

では、少し私もほうから、いいでしょうか。何か事例集を出すというのは、2番目の高齢者権利擁護推進事業でしょうか、

【室井幹事】 はい。事例分析をして、何らかの形でまとめていきたいと思っております。

【長嶋議長】 この事業には、法律家ももちろん入ると思いますが、どういう方々かということ、差し支えない範囲で教えていただけますか。

と言いますのは、実はこれは国でもやっているわけです。国でも、もう5年位やっているのですが、今年私が委員長をやっているしまして、そちらもたまたま報告書を出します。けれども、これは例の高齢者虐待防止法が議員立法だったものですから、改正の審議を迫られているので

す。ところが、今は御存じのような状況で、国会に持ち込めない状態にいるのです。もう5年近くたってしまったものですから、補助金をいただいてずっとやってきて、最終報告書を出すように言われていまして出すのですが、そこでもこれまで幾つか事例を出しています。

そのときに、やはりこちらの方面に詳しい法律家の方はなかなかお招きできなかったという失敗事例を私のほうで持っているものですから、どのようにお考えかなのか、お考えを開陳していただければと思います。いかがでしょうか。

【室井幹事】 一応、東京都福祉保健財団には、高齢者福祉に詳しい弁護士の方に非常勤でいていただいております。それから、社会福祉士の職員もいるという状況でございますので、そこで、色々なケースで非常に対応に戸惑う場合には、弁護士さんの御相談が受けられるような体制になっております。

【長嶋議長】 やはり権利擁護の中で、自分で決められない認知症の場合、自己決定がなかなか難しいという場合に、これは本当に私見なのですがけれども、斎藤委員のような認知症に詳しい医療関係者の方々の御登場は必要ないのかと思っているものですから。私たちは、それで失敗したのです。やはり細かい事例になりますと、本当に押し問答になってしまいまして、グレーゾーンがどんどんどんどん増える一方で、なかなか事例としてうまく解説ができないものがあったものですから、少し余計なことだったのですけれども、今お尋ねしました。

【室井幹事】 今の関連で、事例集を作るに当たりましては、恐らく色々な専門家の方々にお集まりいただいて、その中には、認知症に詳しい医師にも入っていただくような形になるだろうと考えているところでございます。

【長嶋議長】 他に、全体として何か御意見はございますでしょうか。

【繁田副議長】 質問ではないのですがけれども、先ほど議長から、情報共有の仕組みの報告書に関して、御意見があればぜひ出してくださいと言っていたので、ここに若年性認知症支援モデル事業の御意見シートがありますので、このような形で情報共有の仕組み部会に関しても御意見をいただけたらと思います。冒頭のところに「情報共有の仕組み」と書いていただき、ファクス等で事務局に送っていただければ、最終的にそれを反映させていただきます。どうぞよろしくお願いをいたします。どのような意見でも結構でございます。よろしくお願います。

【室井幹事】 認知症ケアパス部会の御意見シートにつきましては、後日電子ベースでシートの様式を作って委員の皆様にお送りさせていただきたいと思っております。ぜひ御意見を頂戴したいと思います。

【長嶋議長】 他に、よろしいでしょうか。何かございますか。本田委員、お願いします。

【本田委員】 本田です。先ほど議長がおっしゃったとおり、専門の方ももちろん、こういった予算を組んだ事業ですので、高齢者の方をよく御存じのスタッフ、それと、できるだけ現場を知っているスタッフの方をぜひ入れていただきたいと切に思います。生の声が聞けるということが一番ありがたいです。

私も、認知症サポーターの講義を受けさせていただいて、西東京市は都内でも一、二を争う、今、認知症サポーター養成講座を組んで、日々、人数をふやしている状況です。その中で一番ありがたかった言葉が、勤めていらっしゃる市庁の方の約80%の方は、もうサポーターのオレンジリングをお持ちになっているということです。実際に都庁では何%なのかは存じ上げないんですが、ぜひ専門的な言葉以外でも、実際に足を運んで、こういったところでリングをいただいて、ぜひ皆さんも持ち歩いていただければありがたいというのが実感です。

私は勉強させていただいている身なので、本当にありがたく色々なお話を聞けて、今、養成されている認知症のサポーターにしても、お話をされたNPO法人や色々なデイサービスにしても、本当にスタッフはとても心が熱い方たちばかりで、講座に来た時点で、この話をもう1人、2人、家の中でもどこかでも、1か所でもしていただけない場合はお帰りいただいて結構です、という言葉をいただいて、参加者も引き締まった思いで講義を受けることができました。そういった一言で、実際に、自分たちが動こうという気持ちにまで発展できるので、そういった仕組みをどんどん広げていただきたと思います。ありがとうございます。

【室井幹事】 1点、よろしいでしょうか。

【長嶋議長】 どうぞ。

【室井幹事】 先ほどの予算の説明をしまして、当部の事業として高齢社会対策部で予算化しているものではなかったのを忘れてしまったんですが、やはり福祉保健局の職員も認知症に対してしっかり勉強し理解していく必要があるということで、局の研修といたしまして、認知症サポーター養成講座を来年度から始めていこうということになりました。ぜひ多くの職員に受けてもらえるように、私どもも頑張っていきたいと思っております。ありがとうございました。

【長嶋議長】 ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。

それでは、ここで事務局に進行をお返ししたいと思います。本日も円滑な進行できましたこと、委員の皆様にご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、本日も大変御熱心な御議論いただきまして、本当にありがとうございました。

いました。

認知症ケアパス部会の報告書、若年性認知症支援モデル事業の報告書につきましてはぜひ御意見を頂戴したいと思っております。ケアパス部会につきましては繁田先生と、若年性認知症モデル事業につきましては長嶋先生と斎藤先生と、御相談をさせていただきながら最終的なものをまとめていきたいと考えております。

来年度の認知症対策推進会議の開催でございますが、ケアパス部会の御指摘の中でも申し上げましたとおり、認知症対策の重要性は非常に増してきているということから、年4回程度開催していきたいと思っております。よろしくお願ひしたいと思ひます。日程調整につきましては、また来年度、事務局から御依頼をさせていただきます。ろしくお願ひいたします。

最後でございますが、閉会に当たりまして、杉村福祉保健局長から委員の皆様へ一言御挨拶を差し上げたいと思ひます。

【杉村局長】 それでは、一言御礼の御挨拶を申し上げます。

今日は所用がございまして、遅れて参加をさせていただきました。誠に申しわけございませんでした。

長嶋議長を初め委員の皆様には、今日の会議でも様々な御意見、御議論はもとより、平素から、東京都福祉保健局の様々な事業に対しまして、御理解と御支援をいただいております。この場をお借りしまして熱く御礼を申し上げます。

今日、大きな議題が2つございましたけれども、1つは、繁田部会長と委員の皆様には、短期間で6回の部会の中で、こういった情報共有の仕組みづくりという点での報告書をまとめていただきました。誠にありがとうございました。

今までの議論の中にもあったと思ひますけれども、この認知症の問題というのは、私が言うまでもございませぬけれども、一つは医療という中での大きな問題になっているわけでありまして、もう一つは介護の面からも非常に大きな課題になっております。そういう面からいきますと、この認知症の課題につきましては、医療と介護だけにかかわらず、住宅の問題でもございませぬし、あるいは若年性認知症も含めて精神障害の問題もあるという中で、極めて多くの問題を含んでおりまして、そういう意味では、高齢者施策という点ではなくて様々な面で、医療、保健医療、福祉という、その全分野を貫く大きな課題であるというふうにお思ひしております。

そういう意味では、先ほど委員から、東京都はいつ実現をできるのかという厳しい御指摘もございましたけれども、全くそのとおりでございまして、ただ、一言ここで、弁解ではござい

ませんが、今言ったように、医療という点だけを考えても、病診連携を初め、病病連携も必要ですし、あるいは在宅医療も必要ですし、様々な面で仕組みづくりが重要だというふうに思っております。在宅医療という点をとっても、認知症だけということはなかなか実効性がないので、様々な疾病について、その仕組みづくりをあわせて行っていかななくてはならないという問題もありまして、今、残念ながら、これをいつまでに実現したいということをきちんと申し上げられない点については、それは事実でございます。

ただ、委員の皆様本当に熱心な御議論をいただいて、それも、非常に専門的な部分、あるいは現場を抱えている中から、非常に切実な御指摘をさまざまな面でいただいていると思いますので、この報告書をいただいたからには、これを推進してくというのは行政の責任としてきちんと受けとめさせていただきたいと思っておりますし、今申し上げました、本当に幅広い課題はございますけれども、我々として、1つでも2つでもこの施策が進むように、今後頑張ってまいりたいというふうに思っております。

先ほどの回答にはなっていないところが多々ございますが、そういう行政としてここで決意を申し上げまして、私からの御挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

【室井幹事】 それでは、これにて本日は散会とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

了