第 16 回

東京都認知症対策推進会議

議事録

平成24年12月18日

東京都福祉保健局 高齢社会対策部

第16回東京都認知症対策推進会議

東京都庁第一本庁舎42階北 特別会議室A

平成24年12月18日（火曜日）午後7時00分から

1. 開 会

2. 報 告

- (1) 認知症医療部会の報告について
- (2) 平成25年度主要事項予算見積概要について

3. 議 事

- (1) 若年性認知症の人の「居場所」について
- (2) その他

4. 閉 会

[配布資料]

- (資料1) 認知症対策推進事業実施要綱
- (資料2) 認知症対策会議委員名簿・同幹事名簿
- (資料3) 若年性認知症の人の「居場所」に関するこれまでの検討と今後の論点
- (資料4) 若年性認知症専門デイサービス等実施事業所の現在の状況について
- (資料5) 平成24年度東京都認知症対策推進会議における主なご意見
- (資料6) 平成24年度東京都認知症対策推進会議関連スケジュール（案）
- (参考資料1) 東京都認知症対策推進会議（認知症医療部会）委員名簿
- (参考資料2) 「東京都保健医療計画（第五次改定）」（案）（認知症に係る部分）
- (参考資料3) 「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」
(平成24年9月6日厚生労働省発表資料)
- (参考資料4) 東京都保健医療計画の改定について
- (参考資料5) 平成25年度主要事項予算見積概要（認知症関連施策抜粋）

午後7時01分 開会

○新田幹事 それでは、定刻になりましたので、ただいまより第16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、ご出席いただきましてまことにありがとうございます。

初めに、お願いがございます。ご発言に当たりましては、お手元に置いてありますマイクをご使用ください。

それでは、本日、所用によりご欠席の委員をご紹介します。認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長、永田委員です。

本日、所用により出席が遅れるとのご連絡を、林田委員のほうからいただいております。

続きまして、本日、所用により欠席の幹事をご紹介します。警視庁生活安全総務課生活安全対策担当管理官の高橋幹事。

大滝幹事につきましても、遅れるとのご連絡をいただいております。

事務局からは以上でございます。

それでは、長嶋議長、よろしくお願いたします。

○長嶋議長 皆さん、こんばんは。大変遅い時間から始まりましてご迷惑かと思いますが、どうぞご協力のほどお願い申し上げます。

それでは、まず本日の配布資料の確認を事務局のほうからお願いします。

○新田幹事 それでは、本日の資料の確認をいたします。お手元に、次第のほうがございますので、それともあわせて確認しながらごらんください。

資料1、認知症対策推進事業実施要綱。資料2、認知症対策会議委員名簿・同幹事名簿。

資料3、若年性認知症の人の「居場所」に関するこれまでの検討と今後の論点。

資料4、若年性認知症専門デイサービス等実施事業所の現在の状況について。

資料5、平成24年度東京都認知症対策推進会議における主なご意見。

資料6、平成24年度東京都認知症対策推進会議関連スケジュール（案）。

続きまして、参考資料に移ります。

参考資料1、東京都認知症対策推進会議（認知症医療部会）委員名簿。

参考資料2、「東京都保健医療計画（第五次改定）」（案）（認知症に係る部分）。

参考資料3、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」。

参考資料4、東京都保健医療計画の改定について。

参考資料 5、平成25年度主要事項予算見積概要（認知症関連施策抜粋）。

お手元に資料の漏れがある場合は、事務局がお持ちいたしますので挙手をお願いいたします。
以上でございます。

○長嶋議長 資料のほうは大丈夫でしょうか。

それでは、これから始めたいと思います。

本日の報告事項（1）認知症医療部会について、事務局からご報告をお願いします。

報告事項

（1）認知症医療部会の報告について

○新田幹事 参考資料 1 から 4 を使いまして、認知症医療部会の報告について、ご報告をさせていただきます。

まず、参考資料 1 が、9月から開催しております認知症医療部会の委員名簿となっております。繁田先生に部会長をお願いしております。

続きまして、参考資料 2 です。これは、後ほどご説明いたしますけれども、今回の保健医療計画（第五次改定）素案が示されておきまして、認知症部分につきましてもこの中にございます。

参考資料 3 といたしまして、オレンジプランです。これは国が 9月に発表したものでして、参考までにごらんいただければと思います。

参考資料 4 が、医療部会の改定の東京都の全体的なスケジュールになっておきまして、下のところに計画改定のスケジュールをお示ししております。

では、参考資料の 2 を使って、東京都保健医療計画の第五次改定の素案についてご説明したいと思っております。

11ページをおあげください。

今回の医療計画から、従前の 4 疾病 5 事業に精神疾患が新たに加わりまして、5 疾病 5 事業となりました。お配りの参考資料 2 につきましては、精神疾患全体について記載したものですけれども、今日は11ページの認知症のところについてご説明いたします。この内容につきましては、認知症医療部会の中でご議論いただいたものをもとにして作成してございます。今回は、報告事項ということでご説明させていただきます。

まず、11ページですが、認知症対策の強化というところで、認知症を取り巻く現状というこ

とで4点ほど挙げております。

要介護認定を受けている高齢者のうち、何らかの認知症の症状を有する人は、平成23年1月時点で約32万人に上り、平成37年には約52万人に増加すると推計されております。また、若年性認知症の人につきましては、平成19年の国の調査から算定すると、約4,000人と推計されております。何らかの認知症の症状がある人のうち、約7割は在宅での生活を希望しておりまして、独居や夫婦のみの世帯の高齢者の増加が推測されます。

また、都では認知症サポーターの養成やかかりつけ医の認知症の対応力の向上にこれまで取り組んできました。また、平成24年4月からは、東京都認知症疾患医療センターを、この11月現在ですけれども、10カ所指定いたしまして、専門医療相談や鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応等、対策を実施しております。

こうした現状を踏まえまして、現在の課題については3点、大きく掲げております。

一つ目は、早期発見・早期診断と、診断に基づいて早期から適切な医療・福祉・介護の支援を受けること。二つ目は、急増する認知症の人を支えていくために、医療提供施設同士がその機能や特性を生かした形で十分に連携することはもちろんとして、医療・介護従事者がそれぞれ対応力の向上を図って、医療と介護の連携を推進していくこと。三つ目は、認知症の人が身体合併症を患ったとき、または行動・心理症状が悪化したときには、入院先を探すのに困難を来す場合がありますけれども、早期に適切な対応のできる病院等へ受け入れるための体制・仕組みづくりをしていく、こういったことが課題として挙げられています。

こういうことを踏まえまして、12ページ以下に主な具体的な取り組みと施策の目標を4点挙げております。

目標1は、地域連携の推進と専門医療の提供を図るということで、具体的な取り組みの一つ目としては、認知症疾患医療センターの整備です。今現在10カ所ありますが、このセンターが実施しています専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成の取り組みをこれまで以上に進めていきます。二つ目としましては、認知症の診断を担う医療機関の確保、地域の医療機関の役割分担、各関係機関の連携のあり方について検討した上で、認知症疾患医療センターの整備を進めていきますということです。この部分につきましては、引き続き医療部会のほうで具体的に検討していきたいと考えております。

二つ目の大きな柱としては、地域連携の推進ということで認知症疾患医療センターが開催します認知症医療・介護連携協議会等を活用しまして、医療機関同士はもちろんのこと、医療と介護の連携を進めていきます。また、認知症ケアパスや退院支援・地域連携のクリティカルパ

スの導入検討も進めていきます。

三つ目の大きな柱としては、専門医療の提供ということで、認知症疾患医療センターと地域の医療機関とで役割分担を図った上で、今後、認知症にさらに対応できるような体制を地域で整えていきます。

地域連携のイメージということで、13ページの真ん中に図を示しております。一番下のところに認知症疾患医療センターがありまして、ここで後方支援を行って、地域における連携をそれぞれの地域資源の連携のもとに行っていくというような姿を描いております。

目標2は、早期診断・早期対応を可能とする取り組みを推進するというところで、国のオレンジプランの中にも書かれている部分ですけれども、認知症の疑いのある高齢者を早期に受診に結びつけて、診断後、状態に応じて認知症の人と家族が医療・介護の連携のもとで適切な支援を受けることができる体制を整えていきます。それに当たっては、区市町村、地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、介護事業者、もちろん認知症疾患医療センターもあわせて、協働して検証し、推進をしていきます。あわせて、都民に対する普及啓発も進めていきたいと考えております。

次に、目標3は、専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成するということです。具体的な取り組みといたしましては、認知症疾患医療センターを研修の拠点と一つ位置づけまして、地域向けの研修を支援する体制を整えていきます。そして、都内全体のレベルアップを図っていきたいと考えております。

ページをめくっていただきまして、14ページに移ります。

一つ目の丸ですけれども、多職種が一堂に会する研修を実施しまして、認知症サポート医、かかりつけ医、一般病院の医療従事者、薬剤師、介護事業者等の認知症にかかわる医療・介護従事者の認知症対応力を向上して、顔の見える関係づくりを進めていきます。次の取り組みとしましては、区市町村や地区医師会が実施する認知症対応力向上研修について、認知症疾患医療センターが講師を派遣するなどして、支援をしていきます。

次に、目標4です。ここは、大きな部分なんですけれども、地域での生活・家族の支援を強化するというところで、一つ目の大きな取り組みとしては、区市町村と協働した地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組みの推進ということで、一つ目として認知症高齢者グループホームや特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の整備を進めるとともに、そうしたところで提供されるサービスの質の確保を図っていきます。また、医療機関の専門職と連携した介護者支援の会の取り組みを広めていきます。また、区市町村や地域包括支援センターが開催

する地域ケア会議の取り組みを支援していきます。加えて、高齢者の虐待防止等の権利擁護の取組も推進していきます。

大きく二つ目の柱としては、若年性認知症対策の推進ということで、24年5月に若年性認知症総合支援センターを開設して、ワンストップ窓口を設けました。こういう取り組みを進めていくとともに、産業医に対する普及啓発などを行って、若年性認知症の人に対する支援策を進めていきます。

三つ目の大きな柱としては、認知症の予防と治療についての取組の推進ということで、東京都健康長寿医療センターや東京都医学総合研究所における予防等の取り組みを進めていきます。

最後、15ページですが、評価指標ということで、保健医療計画共通に指標を各項目ごとに定める形になっておりまして、認知症の部分につきましては、一番上にあります認知症疾患医療センターの整備以下4項目について、現状と目標を定めております。認知症疾患医療センターの整備につきましては、現状10カ所を今後ふやしていく。認知症の退院患者の平均在院日数につきましては、20年度現在で333日のものを短くしていく。新規認知症治療病棟入院患者の2カ月以内退院率につきましては、22年度、23.7%のものを上げていく。最後の多職種協働研修については、目標としては各疾患医療センターで実施していくという形になっております。これが、保健医療計画の中身になっております。

今後、パブリックコメントという形で都民の意見をいただいた上で、第4四半期に最終的に決定するというような段取りになっております。

保健医療計画の説明は以上です。

○長嶋議長 ありがとうございます。

ただいま事務局からのご報告がありましたけれども、認知症医療部会の部会長をお務めいただいております繁田副議長のほうから、何かありましたら補足していただきたいと思います。よろしく申し上げます。

○繁田副議長 繁田でございます。

今ほどの保健医療計画に関しましては、十分説明していただきましたのでつけ足すことはございませんけれども、非常に活発な議論をしていただいておりますので、一つ、二つ、キーワードという程度の説明ですけれども、ご紹介をさせていただきたいと思います。

今年6月に、国の厚生労働省から、例えば認知症疾患医療センターに関しましても身近型という新しい言葉が出てきたり、あるいは初期集中支援チームとか、具体的ものがまだはっきりと示されておられませんので、それを東京都としてどういうふう to 活用すべきかという具体の議

論はしておりませんが、それも含めて、あるいはそれを踏まえて、全体的な医療でどういう課題を乗り越えていかなければならないのか、あるいはどういう課題を控えているのかということに関しても、非常に多面的といいますか、多彩といいますか、いろいろなご意見が出ています。適切な医療を受けるためには、まず生活をある程度きちっと支えてあげないと、医療の問題ではないだろうというところから、例えば生活支援と家族支援というような議論も出てまいりまして、先ほどの入院日数の短縮ですか、退院促進みたいなものとも関係するんですけども、受け皿として地域でどういうふうにするのか、そこからの議論でもあったと思うんですけども、そういう生活を支えるという視点、あるいはすぐに解決ということは非常に難しい問題ですけれども、独居の方、経済的に困窮されている方、そういった普通の医療もなかなか受けられないような方がますますふえてくるだろう。そういう人も、どんなふうに対応したらいいのか、あるいはそういう人に対して何らかの対策を考えなければいけないような意見をいただきました。

医療に関しては、もっと具体のご意見もいただきましたけれども、生活支援、独居、経済的に困窮されている方に関しましては、この推進会議の委員の皆様にも共有していただけたらと思ひまして発言させていただきました。

以上でございます。

意見交換

○長嶋議長 ありがとうございます。

かつて、この委員会に6月18日のプロジェクトチームの資料をお配りいただきました。今の繁田副議長からのお話の中身は、前回か前々回か配られたプロジェクトチームのアドバルーンといいますか、6月18日付の記入内容に大分詳しく書かれていたと思いますけれども、そこまでのことや繁田副議長からのコメント、新田課長からの報告、全部まとめまして、皆様からこの場で少しご質問、ご意見いただけたらと思いますけれども、いかがでしょうか。

大変要領よくご報告いただきましたので、もしご意見いただけましたら幸いだと思ひますけれども、いかがでしょうか。

○飯塚委員 15ページに、「評価指標」と書いてあるんですけども、目標と書いてあって、ただ単純に「増やす」、「短くする」、「上げる」と、具体的な数値目標が書いていなくて、普通の会社ですと、例えば今10カ所なんですけれども、何年までに20カ所にしますとか、それ

に基づいて翌年は何カ所ぐらいふやすとか、その次の年は何カ所ぐらいふやすと。最終、例えば5年後には何十カ所というのが普通のやり方ではないかと思うんですけども、こういう目標を具体的に示すというのは難しいんでしょうか。

○長嶋議長 今のご質問は、公募委員の飯塚委員のほうからご質問ですけども、これはいかがですか。課長のほうから、よろしいですか。

では、お願いします。

○新田幹事 例えば、認知症疾患医療センターの整備の目標の「増やす」というところなんですけれども、具体的に何カ所にしていくかというところにつきましては、先日のオレンジプランに、高齢者人口6万人に1カ所程度という国の目安は出ていますけれども、では、東京都の場合には具体的にどれぐらいが必要なのかと。東京都の場合は、地方と比べて医療機関が非常に多いというところで、認知症疾患医療センターとそうした医療機関との役割分担も踏まえてどうしていくのかというところを、認知症医療部会でさらに検討し、具体的にどれぐらいの数が必要なのかというところを検討していきたいと思いますので、現時点ではまだ「増やす」という形で考えております。

○長嶋議長 いかがでしょうか。

○飯塚委員 私が質問したのは、例えば認知症疾患医療センターの整備は、現状は10カ所で、目標は「増やす」というふうになっているんですけども、ほかにもみんな具体的な数値目標がないので、ちょっと違和感を抱いております。

○新田幹事 具体的に、例えば平均在院日数ですとか、2カ月以内の退院率をどれだけにしていくのかといった現状も含めて調査しなければいけない部分がありまして、なかなか現時点で何日ですとか何%というところは言えないというようなことがありまして、目標としては「短くする」ですとか「上げる」という表現にしております。

○長嶋議長 恐らく、今のお答えの中にも含まれていたと思いますけれども、完全に数量化できないわけですね。今の段階で、一つの見通し程度のお話として伺ってよろしいですか。

○新田幹事 国も、具体的にここをどうしていくというところまでは示していないというところもありまして。

○長嶋議長 まだはっきりしていないようですね。

飯塚委員、いかがでしょうか。

○飯塚委員 わかりました。

○長嶋議長 ほかにご意見いただけますか。いかがでしょうか。

どうぞ、お願いします。

○大野委員 家族の会の会の大野でございます。

認知症疾患センターですけれども、今、10カ所ありますよね。私ども、電話相談をお受けして、またこの10カ所のそれぞれがどういうことをやっていたらいいのか、どういうところが共通しているのかとか、独自性がそれぞれあるのかとか、全然そのイメージがわからないものですから、お顔出ししているところぐらいはちょっとイメージがわくんですけれども、例えば直接、一般の人が「お願いします」と相談に行ける場所もあれば、どこかの医療機関を通らないと行けないというところもあつたりというので、現段階でわかりやすいような表みたいな簡単な目安というか、そういうものが出てくるとありがたいなと思ったんですけれども、今、まだそれぞれの病院が検討中、走り始めたばかりということなんでしょうか。

○長嶋議長 では、お願いします。

○繁田副議長 各センターごとに広報したり、あるいは活動内容を紹介はしていると思うんですけれども、どこかでまとめてということではないので、ちょっとアクセスはしにくいかもしれません。もう一つの側面として、認知症疾患医療センターは、地域でかかりつけ医の先生がご本人とご家族を支える、あるいはそれをサポート医がわきから支える。それを、ある意味、バックアップをして支えるという意味から、「どうぞ皆さんおいでください。こんな活動をしています」というふうにはなかなかなくて、むしろ、かかりつけ医の先生に前面に出たいて、地域で顔の見える関係で支えていただいているところがあるのも、ちょっと見えにくい部分なのかもしれないんですけれども。ただ、センターとして機能してきていますので、紹介は広報といいますか、例えば東京都がどんな形で活動を紹介していくのかというのは、また検討すべきだとは思いますが。

○長嶋議長 いかがでしょうか。

いずれにしても、長い間、待ちに待ったセンターだと思うんですよね。ですから、認知症状を持っていて身体疾患があった場合に、なかなか快く受け入れてもらえないようなケースが大変多かったということが過去にあったと我々は聞いていますよね。ですから、そういうことを少しでも解消して、たとえ認知症状があったにしても、最終的には身体疾患がきちっと最先端の現代医療が受けられなければならないと思いますので、そういう意味でこれを始めたわけですよね。そういう意味ではこれからも、治療を受ける側も、治療を考えるセンターの方々も、一緒になっていい方向に進めていくべきではないかなと、今、考えておりますので、折に触れていろいろご意見をいただければと存じます。

ほかによろしいでしょうか。

○平川委員 認知症疾患センターのことが出ましたので。

私も、南多摩圏域の認知症疾患医療センターをやらせていただいていますけれども、スタートしたばかりでご期待の大きいことは十分承知しています。今、私どもとしては、地域の認知症にかかわる保健・医療・福祉のサービスの情報を収集しておりまして、それを取りまとめて、だれからもアクセスできるような形をつくらうと思っております。連携会議を開催するというルールになっておりますので、既に南多摩医療圏のすべての関連のところの人をお招きして、100人弱でしたけれども、連携会議を開いておりますし、八王子市においても、別個に連携会議を開いて、認知症の家族の方、患者を支える方も参加してもらっております。少しずつですが活動を開始しているところだと思いますけれども、いかんせん、南多摩でいいますと、八王子市、多摩市、日野市、稲城市、町田市といったように非常に広大な面積がありますし、対応する市民の数も120万人ということですので、なかなか姿は見えてこないかもしれませんが、徐々に活動していることはご報告しておきます。

○長嶋議長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

(発言する者なし)

○長嶋議長 それでは、審議事項もありますので、先へ進ませていただいでよろしいでしょうか。

それでは、次の報告事項(2)平成25年度主要事項予算見積概要について、これも事務局よりご報告をお願いいたします。

報告事項

(2)平成25年度主要事項予算見積概要について

○新田幹事 参考資料5に基づきまして、平成25年度の認知症関連の予算の見積概要についてご説明いたします。

まず、大きく認知症高齢者の支援ということで、一つ目ですが、認知症対策推進事業については、この認知症対策推進会議を運営する経費や、都民への普及啓発に係る経費として、25年度は500万円を見積もっております。

二つ目が、医療従事者等の認知症対応力向上支援事業で、先ほどの保健医療計画の中でも若

干ご説明いたしましたけれども、認知症疾患医療センターが行う地域の医療従事者等への研修を体系的に実施するために研修拠点を整備いたしましたして、共通のテキストや研修の実施方法について検討し、各地域の認知症疾患医療センターが行う研修を支援していきます。これは新規事業で、1,200万円を計上しております。

三つ目が、認知症疾患医療センターの運営事業で、都内、現在10カ所ありますけれども、それに係る運営経費について、25年度も引き続き1億3,000万円を計上しております。

最後、四つ目は、若年性認知症総合支援センターの設置事業で、今年5月に開設いたしました若年性認知症総合支援センターの運営事業に係る経費といたしまして、来年度は2,300万円を計上しております。

二つ目の大きな柱ですけれども、高齢者社会対策区市町村包括補助事業といたしまして、予算総額では37億8,000万円あります。この中に新規事業として認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護支援事業ということで、認知症疾患医療センター等の医療機関の周辺に認知症の介護者の支援の拠点を設けまして、医療機関の専門職と連携した介護者支援のための講座や交流会を開催していくことによって、介護者の孤立化の防止を図るための事業を、新たに設けております。

説明は以上です。

意見交換

○長嶋議長 ありがとうございます。

ただいまのご報告につきまして、委員の皆様からご質問がございましたらお願いします。いかがでしょうか。

お願いします、西本さん。

○西本委員 1点、質問なんですけど、最後の認知症の人の家族を支えるという新規事業で、「認知症介護者支援の拠点」と書いてありますが、具体的にはどんな拠点をイメージすればよろしいのでしょうか。

○新田幹事 ここに書いてあるのは、医療機関と連携した支援の拠点ということで、疾患医療センター等の医療機関の周辺にそういう拠点を設けるような事業を区市町村が実施する場合に、東京都が区市町村に対して補助をするというスキームを考えております。

○西本委員 ありがとうございます。

○長嶋議長 ほかにいかがでしょうか。

お願いします。

○渡邊委員 武蔵野市の渡邊でございます。

今の確認なんですけれども、この最後の介護者支援の拠点は、区市町村があくまでも設置なんでしょうか。民間事業者が設置する場合に、いわゆる区市町村が一部かかわるといいますか、一部助成みたいな形になるのか、直接、区市町村が整備するというのが条件なのか、ちょっとそここのところを。

○新田幹事 区市町村が実施する事業ということで、今後、具体的な要綱等は詰めていきますけれども、区市町村がNPO等に委託するような場合も想定されると思います。

○長嶋議長 ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(発言する者なし)

○長嶋議長 それでは、先に進ませていただきたいと存じます。

次は、審議事項に入ります。

審議事項(1)若年性認知症の人の「居場所」について、これも事務局から説明をお願いします。

議 事

(1) 若年性認知症の人の「居場所」について

○新田幹事 資料3と、資料4と、資料5を使いまして説明させていただきます。

若年性認知症の「居場所」に関しましては、これまでも資料5にございますように、6月5日に開催されました第14回会議、7月25日の第15回会議でも、それぞれ議論されております。

資料3でご説明いたしますと、「居場所」に関しましては、若年性認知症支援部会で2年間検討しました。その中で、幾つか支援があるんですけれども、その中で社会的支援や介護支援という整理がされております。社会的支援における特有な課題として、働き盛りで退職を余儀なくされ、収入と社会的な「居場所」を同時に失う。退職後、介護保険サービスを利用開始するまでの間の空白期間が長く、社会から孤立しがち。精神障害に対する社会的偏見があり、本人、家族が支援を受けられないことがあると、社会的支援について課題が整理されております。

もう一つ、介護支援における特有の課題といたしまして、原因疾患が多く症状も多様であるため、若年性認知症を一くくりにした施策の構築は困難である一方、発症例が少ないため原因

疾患ごとに個別の対策を講じても実効性がないという整理がされております。

こうした部会での意見を踏まえながら、若年性認知症の支援モデル事業として、平成21年度から23年度にかけて、先ほどの部会の主に社会的支援の部分について、プログラムを研究するような事業を行っております。そうした中で得られた考察として、モデル事業の一番下に3点あるんですけども、一つ目は、モデル事業開始当初は軽度の方への就労型支援活動の展開を想定していたけれども、実際は中等度から高度に進行している方の利用が大多数であった。

二つ目として、利用者の状態によっては、併設している介護保険のデイサービスを併用することを前提としたサービスの展開を行う。利用者のその日の状況に応じて、プログラムをすぐに変更できる体制が必要であったという考察がされております。

こうした部会やモデル事業の動向というのはあるんですけども、右のほうに移っていただいて、現状で若年性認知症のデイサービスを実施している事業者がございます。これは、資料4のほうに事業所名を、実名を出さずに「あ」、「い」、「う」、「え」、「お」、「か」という形で書いております。細かい中身は、ここをご参照いただきたいと思います。資料3のイメージ図についてご説明いたします。

ここでは、支援の中身を、部会で整理された社会参加活動、いわゆるボランティアなどと、介護支援、機能訓練や身体介護等に分けております。それを、指定介護事業者と指定介護事業者以外ということでNPO等が実施しております。指定介護事業者が介護保険を使って実施している部分については、網掛けがある部分、指定介護事業者以外がやっている部分については、網掛けがない部分となっております。先ほど資料4のほうに6事業者があるという説明をしたんですけども、主な類型としましてA、B、C、Dという四つの類型をつかって、イメージ図の中に入れております。

それぞれの類型について簡単にご説明いたしますと、A事業所は初期・軽度の方の就労型支援を中心に行っている。利用者の中には、認知症の進行が進み、身体介護が必要になっている方もいるので、介護支援のほうにはみ出しているところがあります。B事業所は、中等度・高度の方が多く、アクティビティー中心のプログラムになっているので、どちらかという介護支援の部分が多くなっている。右のほうのNPO等に移りまして、C事業所は初期・軽度の方の就労型支援を中心に行っている。利用者の中には、認知症の進行が進んで身体介護が必要になった方もいるということで、一部、介護支援のところに出ている。D事業所は、初期・軽度の方の就労型を中心に行っているということで、完全に社会参加活動の中にあるというような状況になっています。

これをまとめたのが、下の現状のところになっております。都が、実態を把握した6カ所の若年性認知症専門デイサービス事業所では、このイメージ図に示したように、さまざまなサービスや支援が提供されている。指定事業者では、介護保険事業として介護支援及び社会参加活動のサービスが提供されている。いわゆる網掛けの部分です。指定介護事業者以外では、自主事業として社会参加活動のみを行っている事業所と、一部、介護支援もあわせて行っている事業所がある。イメージ図でいうと、白い部分です。事業者の中には、社会参加活動に重点を置いている事業所と介護支援に重点を置いている事業所があるということで、先ほどのイメージ図ですと、ちょうど点線で囲われたところで、それぞれの境目で、それぞれ事業を行っているところとあります。

一方で、社会参加活動に重点を置いている事業所の中には、利用者の認知症の進行により、介護支援中心の支援に切りかえざるを得ない事業者もあるということです。6事業者を示していましたが、これ以外に都内には約800カ所の指定介護事業所で若年性認知症利用者の受け入れ加算を取得しており、約800カ所で何らかの形で若年性の方を、主に介護支援だと思われそうですが、受け入れている状況です。

こうした現状を踏まえて、右側の論点、ここをご議論いただきたいと思っておりますけれども、モデル事業及び現状を踏まえて、若年性認知症の人の「居場所」の考え方を改めて整理する必要があるのではないかと考えております。

次に、若年性認知症の人の「居場所」は、介護保険サービスでの提供を主体として考えるべきか。若年性認知症の人の「居場所」に対する介護保険以外の公的支援は必要なのか、利用者の認知症の進行によって、事業者間での移行や高齢者のデイサービス事業所への移行などの仕組みを整える必要があるのではないかと考えております。現行の介護保険制度・介護報酬の見直しが必要ではないかと考えております。現行、加算という形なんですけれども、これより手厚くする必要があるのかどうか、制度として位置づける必要があるのかどうかというところを論点として挙げております。

本日は、ゲストスピーカーを2名お招きしております、お2人から若年性認知症の実際の取り組みについてお話もいただければと思っております。

事務局からは以上になります。

○長嶋議長 ありがとうございます。

それでは、報告にありましたように、本日はお2人のゲストスピーカーをお招きしております。順次、ご報告いただきますけれども、まず最初のお1人の方は、特定非営利活動法人若年性認知症サポートセンタージョイントの所長でいらっしゃる比留間さんです。

それでは、比留間さん、どうぞよろしくお願ひいたします。

お手元に、資料が配られております。このパワーポイントと同じものだと思いますので、ご活用ください。

○比留間所長 若年認知症社会参加支援センター ジョイントをやっております比留間と申します。よろしくお願ひいたします。

この資料3で言いますと、白いところのD作業所、資料5では「お」に当たります。介護保険それから自立支援の制度ではなく、利用者の状況に合わせて支援が行えるメリットでの形態を続けております。

まず、私は作業療法士で、大学病院に30年ほど勤めさせていただきまして、多様なリハビリテーションを必要とする患者様に会うことができ、身体障害の作業療法と精神科作業療法の両面、それから高次機能障害モデル事業の発足へのデータ等の研究事業に参加させていただきました。その観点から、若年性認知症の状況も、「障害」という考え方で生活支援ができないか、また、介護負担の軽減ではなく本人支援という観点で行ってまいりました。

若年認知症の方の対応は、高齢者とは違い大きなエネルギーがあるということ、それからソフトランディングへの経過を支えて、地域生活に移行していくその流れが必要だと思っております。身体機能の健全さ、活動能力、実践できる活動は非常に多いので、何らかの役割をこなしたいという欲求が強くあり、それを実行するなかで意見を述べ、社会的な交流を軸に活動が続いており、支援される側ではなく、相互に支援に加わる側だという理念と目的でやってきました。

発足の経緯は、何の相談相手もなかった平成13年、若年認知症家族会 彩星の会を発足させ、2か月に1回の交流を重ねるなかで、本人達が「働きたい」と話したり、散歩のついでに空き缶を掃除をしたりと活動が始まり、月に1回のスタープラスという本人のつどいを続けていました。介護保険制度ができましたが、若年認知症は全く別枠で対応は進みませんでした。彩星の会設立に関与した専門職で平成19年にNPO法人若年認知症サポートセンターを立ち上げ、本人の活動の場設置の要望を続け同年に厚生労働省補助金で試行的事業を1年間行い、その後は自主事業として5年間継続してきました。

スライドで活動を紹介します。作業場面ですが、作品を商品化するにはきちんとした仕事で責任をもたないといけない。新宿御苑の売店に納入したり、その作品を社会福祉協議会や区役所の方々に紹介し、活動を報告して情報を共有化していただけるようにしてきました。

次は地域活動です。地域の広場のフェスタで子供たちの体験コーナーを設営したり、高齢者

支援のボランティア交流会への参加、コミュニティーの清掃や季節ごとの展示替え、公園清掃を行っています。

ご本人達は口数が少なくなりますが、自分の気持ちのなかにあることは話せます。研修会などで、「発症した頃、頭のなかで、音がするような感じで割れた」感覚があったことや、「普通気付き合ってくれるような援助が欲しい」と答えたり、イベントの相談コーナーで体験を話して対応してくれています。

さて、ジョイントの支援手法は、遂行機能障害や言語操作が下手になり、記憶障害があるけれども、「本人の思い」や「これからどうしたいか」に最も大きく焦点を当てるべきだろうと考えます。そして新たな人生に向かっていくという姿勢を持つことです。

ジョイントの活動概要です。まず、ジョイントは新宿御苑の近くにあり、地域貢献活動を行い、新宿区の障害者福祉課、高齢福祉課、みどり公園課、就労支援センター、各事業所とつながりを持てるようにしています。週2回の開催で、活動方式は就労型で、タイムレコーダーで始まって、名刺や名札をもち、昼食は自分で選んで自分で払う。仕事が終わったら活動日誌を記入して、そのコピーを持って帰っています。スタッフは、私・OTと、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、OA操作の専門職の4名で、サポーターが加わります。。メンバーの現状では、登録12名で、継続中は7名、うち2名が休んでいます。年齢は、55歳から61歳。新規の方は退職して半年という方から、早期退職して10年経過しているなど様々。都内近県から自力通所が4名。障害者手帳の所持、介護認定あるいは包括支援センターへの相談をしていただいています。

活動で重要なのは、高齢者の場合と違い、目的をはっきりさせないと嫌になる。「ここは社会参加をして、頭をさびさせないための場所」という目的と、「自分だけで頑張らなくていい」と約束をして、混乱が出た時にはこのルールに戻ることにはしています。

活動のなかでは困りごとや動作の混乱がありますが、障害の枠組みから考えれば高次脳機能障害と重複していることが多く、また対人的な問題はアスペルガーや自閉症などと類似しています。揺らぎや不安が出てきてしまうところは統合失調症と、また動作能力については知的障害と似ており、これらに類似した対応ができると考えています。

若年認知症は個別性が高いと言われていますが、個別性の要因をみると、その方の生き方や職業歴、アルツハイマー型や前頭側頭型などの疾患の特性、認知障害の状況が影響し、もうひとつ重要なのは発症してからの会社や家庭、親せきなど支援の程度で、支援があった時にはその後の対人対応もうまくいくようです。ところが発症時に支援がないと、いわゆる問題行動や

周辺症状が強くなっていくのです。

事例はアルツハイマーを50歳ごろ発症、非常な努力家でまじめな方だった。様子がおかしいとは思われていたが、会社は地方の事業所に出向させ、「やっぱりできないじゃないか」と証拠を突き付けて退職を迫った。つまり、それまでも非常に冷遇されたことが続いたようで、ジョイントに来てからも、来訪者があると怯えて、あわてて妻に電話するということが続きました。受容姿勢で接し、「私も大丈夫です」と安定された。しかし家庭では、「家に帰る」とか「あんたがお金を取った」と妻をなじり揺らぎが起こるといふ。本人の思いとしての、実家の長男としての責任感と、その挫折感などが複雑に影響しており、その方の人生の歴史全体と発症後の対応を把握しないといけないと思います。

疾患別の特徴についてです。アルツハイマー型は、記憶があってもそれをすぐに取り出したり言葉そのものを言い出せなかったり、今の状況が途切れるということが起こっています。だから、いろいろと話しかけて、自分が思い当たる状況に近づけていく対応をします。仕事への熱意、他者への心遣いは非常に強い。仕事では最初はできても徐々にずれていき、ある方は切花を見て球根から葉が出ている絵を描き、物語のような話の進み方がある。絵や空間処理ができなくなると構成型アートなど次の能力が出てきますが、徐々に、「お帰りモード」になります。しかし、このような状況でも、帰るときには必ず自分の机の上を片付けて帰る。「自分で片をつけたい。自分で処理したいんだ」という意思が明らかなので、私たちはここを崩したりはしません。

前頭側頭型の方達は、非常に問題行動が多い、あるいは、わがままで、マイウェイ、人の話も聞かないと言われますが、「真っすぐで努力」、「入った刺激と出てくる反応が直線的である」と言えます。言葉の意味が失われるという症状のために、「茶碗」と読めても、実物と一致させることはできない。こういった状況なので、言葉で理解されたり誘導しようとしても無理なことです。広い公園を掃除していても、柳の葉っぱを1枚ずつ拾っていくというような「生真面目さ」が問題行動となることが多々生じています。ある方は、暑い夏でも、ワイシャツ3枚重ねで汗びっしょりですが、仕事に行くときにはワイシャツを着るのが礼儀だという考えなのです。また、トイレに行く時間が決まっていて、たまたま他の人が使っていると、本人はもう体が反応しているので我慢するのが大変だったということがあり、失禁はこういう状況で生じることもあるようです。時刻表的な生活は、本人の時計時間による生活組立が習慣化しており、時計図テストで書く時間は全く別もので、「3時45分」の針は4と5の間に、「9時15分」の針は1と2の間、つまり「1.5」と考えて処理しています。「20010年」と書かれたカレン

ダーですが、2009年の9を10に直した結果です。こういう対処をしながら、この方は「絵を描くことを通して自分が伝える」ことが生きがいとして残っています。

脳血管障害型では、自己イメージの保存によってもとの能力があると自分では感じているので、中途半端でも一生懸命にやり、その中で欠損を自覚していくようになります。。写真は、クリーナーの準備をしているところですが、延長コードは完結してしまっています。

脳の機能分担の図です。こういった支援をするのかについては、能力のそれぞれへの対応もあるのですが、図の真ん中に示した「自我感情」や「快・不快」についてのケアがなければ安定しない。今まで見てきたように、「見ればわかる」という状況ではなく、実は自分でそれに気づいている。しかし、誤認や操作が速やかにできないことでパニックになり、非常にいらついて、自覚と感情がアンバランスになっているのです。

発症後の孤独な戦いで心が揺れているなかでも、自分への自覚や気づきが明確であること、しかし、率直な言語化は少ないので、ますます籠もってしまう。、あるいは爆発してしまう。家族への遠慮、引け目もあり、何とか取り戻そうとして、行動化が悪い面になるということも大きく影響しています。

支援のエッセンスとしましては、やはり本人を信頼して引き出すということとか、チャレンジの機会を設定しないといけないと思います。——時間ですね、わかりました。

資料を読んでいただきたいと思います。課題をいくつか分割してやれる場を設定する、というふうにしております。できることによって落ち着き、家族と向き合えるというところに持っていきたいんですが、こういった家族に補償の使える制度を掘り起こさないとゆとりが出ないということ、そのための専門職の関与が必要だということ、それから地域とのつながりをつくるということです。

「居場所」が、今回テーマなんですが、本当に「居場所」というのは介護に至るまでの居るその「場所」なのか、そこにいることでその人の所属を決めてあげることができるのか、何らかの果たしたい役割だとか活動があるのかどうか。これがないと、そこに置いただけでは非常に問題が起こってしまうこと、その活動や役割の中には何らかの報償が必要だろうと思うんです。金銭が発生すれば一番いいんですが、そうではなくて、賞賛であったり、ここにいることでいいんだという結果が出るのが大切だと思います。そして、これが介護保険でできるかが課題でしょうか。

事例が出ております。既にHDS-Rでゼロ点で、今日行く場所もわからないが、呼び出せば決まった場所で自分のお仕事をしているという状況があり、テストで重度だから介護される

という形になるということ自体が、若年性認知症にはそぐわないということがあります。それから、新たな生き方を見つけるためにどういう段階を踏めばいいのかということですね。

家族への支援で最も何が必要なのかということですが、本人がそれなりに生き生きしていることという実態があるときは、家族は非常に安心なわけです。それから自分の時間がもてること。例えば「美容院に行けました」とか、「思いっきり家事ができるんです」や、「子供と話せました」などそういったことです。それで本人が活動し、何かを持つことでお互いを認めて向き合えるという、この関係性なんだと思います。奥様への誕生日のカードを作り、「渡したよ」とにっこりされる。本人自身が「私は若年認知症なんです」と言って活動できる自立性を持って、呼びかける力を持っている。終末期の医療を自分で考えることも含めて本人自身の本当の声を聞いたり、社会で働きたいという願いを体現する機会が「居場所」なのではないかと思えます。

課題は、これから皆様と検討していただくんですが、アセスメント自体を社会資源というか、連携というだけではなくて、具体的にどういうポイントをつくるのかということにしないと、試行もモデルもできないのではないかなと思います。

以上です。ありがとうございました。

○長嶋議長 どうもありがとうございました。時間が少なくて大変申しわけなかったんですけども、大変内容の深いお話だったと思います。

ただいまの比留間さんのお話について、何かご質問がありましたらお願いします。いかがでしょうか。後に、ディスカッションの時間を設けてありますので、そちらにまとめてよろしいでしょうか。

では、続きまして、お2人目の方をご紹介します。社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団デイ・ホーム太子堂の管理者でいらっしゃいます笠原さんです。

では、笠原さん、よろしくお願いします。

○笠原所長 皆様、こんばんは。今、ご紹介にあずかりました、世田谷区社会福祉事業団デイ・ホーム太子堂で所長をしています笠原と申します。私の事業所は、資料4ですとB事業所に当たるところになります。また、資料5ですと「う」の事業所になりますので、ご参考にしていただければと思います。

私たちは、世田谷区内で唯一、若年認知症の方を専門にサービスを行っている事業所になっています。始めたきっかけとしましては、ジョイントですとかほかの事業所に行ったときに、世田谷区にはこういった施設がないということで非常に困っているんだというような声をいた

だきまして、それであれば事業団として先駆的な事業をするということも使命の一つであろうということで始めさせていただきます。

実際に始めてみて、65歳で認知症と言われたらというようなところを考え、明日認知症になって仕事ができないですとか、以前からの計画どおりに家族を養えないということがわかったときのことを想像し、自分であればこういうところがあればいいな、というようなところを、職員やご利用者さんの方と一緒に話しながら運営をしております。

デイ・ホーム太子堂は、平成22年4月から、毎週土曜日に開設いたしました。対象者は、40歳以上65歳未満の介護保険第2号被保険者で特定疾病の初老期における認知症疾患の方です。実施対象を世田谷区内在住者としまして、区内全域、必要に応じて送迎を行っております。今日現在、8名の方の登録があり、ご利用者の方をメンバーと呼んでいます。

コースの目的は、次の4点になります。

1、若年認知症者が、その人らしさを失うことなく、安心して過ごせる場を提供することで、1人1人がその状態に応じた適切な支援を受けられることを目指します。

2、継続的に家族を支援するために家族会等を組織するとともに、社会参加の機会を提供します。

3、地域への啓発活動を行うことで、社会的認知度の向上を図ります。

4、個別対応の方法を導入することで、サービスの質の向上につなげます。

では、次にメンバーの状況についてご説明をさせていただきます。

メンバーは、現在、男性4人、女性4人となっています。年齢は、47歳から66歳まで、平均年齢は60歳です。原因疾患は、見ていただきますとおりアルツハイマー型認知症の方が圧倒的多数を占めております。そのほかの方は、レビー小体型認知症、高次脳機能障害による失認症の方になっています。要介護度4、5の方もいらっしゃいますが、ALSを併発していたりですとか、レビー小体型認知症によるパーキンソン症状等、身体的な症状がある方は介護度が高くなっているという現状があります。

では、次に特徴的な五つの取り組みをご紹介します。

1、利用者のニーズや状態に応じた個別的なプログラムとして、例えばスポーツや登山、散歩及び近隣商店街での買い物、そのほか趣味活動や作業的な活動を行っております。

2、朝の会は、ご利用者と職員が情報を持ち寄り、何をしたいか、どこに行こうか話し合いながら決めます。予定表に当日の行動を記入してもらい、わからなくなったときに確認してもらいます。

3、振り返り。振り返りは2種類あります。まず、その日を振り返る振り返りシートと、今までの活動を振り返るノート、この二つを使っています。毎回、プログラムを写真や文字等で記録しています。写真をテレビに映して当日の行動を振り返る。また、写真を印刷し、ノートに張ることで、ご家族にもどう過ごしたかを伝えることができます。

4、主治医と、ご本人にとってどう対応していくのが一番よいか、医学的見地からアドバイスをいただいています。また、介護保険の申請や障害手帳の申請など、主治医との関係は非常に重要です。

5、家族会の開催や、家族が自ら健康や生活問題の発生予防・早期発見・早期解決を導くために、家族生活力量アセスメントシートを使い、現状を把握しています。また、当事者同士が交流できるように支援をしています。

こちらは、個別的なプログラムを提供していくために、人生史というものを活用しています。先ほどの1番でも述べましたように、生活歴や興味があったこと、趣味などを知ることで、行動分析や性格が想像できます。また、過去を振り返ることで、輝いていた時代を思い出し、自信を取り戻してもらうなどの効果もありました。

若年認知症者の欲求ということで、若年認知症者は生理的及び安全の欲求は満たされている場合が多く、帰属の欲求及び自我の欲求を求めているということが言えると思います。特に、認知症の診断初期は、社会、会社、家族などグループへ帰属したいという欲求が強くなります。働きたい、認められたいといった欲求をどう支援していくかが必要となります。介護という視点ではなく、支援という視点が特に必要であると強く感じています。

このことから、本人支援では次の3点を大切にしています。

1、実行機能及び記憶障害の改善。2、自主性の尊重。3、社会とのつながり。

この3点を踏まえた上で、次にプログラムのご紹介をさせていただきます。

ここに書いてあるプログラムを見ると、当たり前なことだと思われるかもしれませんが、このプログラムには三つ、ポイントを入れてあります。

一つ目は、朝の会です。自己紹介をすることで、自分がここに居ていいんだと確認することができます。これは、始まる時にやるのが一番効果的だと考えて行っています。また、自分たちで当日の行動を決めることで、物事を順序立てて行うなどの訓練につなげています。このような形で、朝の会を行っています。

二つ目は、活動性です。体操は、やりたい動きを言ってもらい、取り入れています。決まった体操をするよりも効果的です。頭に血流を促せば認知症が改善すると思っていられる方

がいて、逆立ちをしたりですとか、何とか頭の皮膚を動かすような顔のヨガですとか、そういったようなことをしたいということで、実際に取り入れて行っています。

また、買い物に行くことで地域社会とつながることができます。お金を払い、おつりをもらっているか、ふだんの生活の中で当たり前に行っていること、これができるかどうかということを確認しています。

昼食を挟んで、午後は小学校の校庭開放に行っています。そこでは、子供にまじってバスケットやバドミントン、テニスなどをし、汗をかいています。職員のほうが先にバテるぐらい、皆さん、体力があります。この写真を見ていただければ、飛び上がって打っているのが一目瞭然、わかると思います。

そして、三つ目のポイントとしては振り返りがあります。先ほどもお話ししたように、1日の行動を覚えていることはやはり難しいので、シートに書いて、その当日の動き、行動というものを記憶にとどめる手伝いをさせていただいています。また、写真を印刷することで、目で見てわかるといったことを取り入れて行っています。

すべての活動が、計画、実行、振り返りという一連の認知機能を用いて構成されており、実行機能、注意及び記憶障害の改善を目的としています。

自主性の尊重というところで、当日の行動予定の作成だけではなく、コース名を決めるときも、皆さんで名前を出し合ってくださいました。メンバーたちがこの場を認識する、自分たちがここにいる動機づけになる、メンバー同士の仲間意識が強くなるということをお願いとし、自分たちで名前を考えるということを行いました。

メンバーと、話し合いの中から出てきた言葉を何点か紹介させていただきます。「共有」、「気持ちを分かち合う」、「つながり」、「共感」、「together」、この言葉は初回に通所したときの思いや活動を通して感じてきた皆さんの感想、声です。「ここに来て、みんなと病気の話をして気持ちを共有することで心が軽くなった。私ひとりで何かをするには自信がないけれど、みんなのできないことを助け合って新しいことにチャレンジしたい」。この五つの言葉の意味と、友達の「友」という意味も含めて、平仮名で「ともに」という名前をつけてもらいました。

また、社会とのつながりの中で、外に出ていくだけではなく、自ら発信する場として朗読会を行いました。朗読会のことを、「ともに会」と名づけています。活動中に、メンバーから「何かしたい」と発言があり、地域の子供たちとのつながりを持つことを考えました。メンバーと、「子供が喜ぶことは何だろうか」と意見を出し合い、紙芝居や絵本の朗読会を行いました。

た。それに当たって、図書館に出かけ、子供たちが喜びそうな作品をそれぞれが選び、「ともに会」の案内、ここに出ているチラシをメンバーの方と小学校に実際に配りに行って勧誘をしています。

これが、実際に朗読会の際の雰囲気なんですけれども、絵のほうに何人かの子供たちが来て、朗読をパワーポイントでスクリーンに映しながら行っています。

これを行った効果として、目標を持って活動を行うことで達成感を味わい、さらなる意欲が生まれ、忘年会の開催など、自主的に企画が進むことにつながりました。この写真を見ていただきますと、実際、どちらがメンバーでどちらが職員か、わかりにくい写真もあるとは思いますが、これは去年の12月に行った忘年会の写真です。みんなで食事をつくって1年の労をねぎらい合っています。

こうした活動をする中で、メンバーの思いをまとめましたのでご紹介いたします。

どうしたらいいのかわからない戸惑いですとか、知られることへの不安、治したいといった希望、この三つに分けることができると。また、メンバーの変化として、「友達ができた」、「ふだん行けないところに行けるので楽しい」、「充実している」という、活動してきて自分の居場所や仲間ができたことで変化が生じてきました。また、ご家族からは、「土曜日は自分から起きて着がえなど出かける準備をするようになった」というような声もいただいています。このことから、「ともに」という「居場所」が重要であるということが言えます。

次に、ご家族の状況について説明をします。

配偶者が主介護者になっているのが6家族と最も多くなっています。次いで、兄弟、もしくは子が主介護者となっている家庭が1家族ずつあります。また、家族が就業中の家庭が半分の4家庭ありまして、この4家庭は、就業中は独居となることが多く、日中の本人の生活状況について把握が難しいといった課題があります。また、1人で過ごすことが困難な場合には、高齢者対応型のデイサービスの利用希望が出ており、実際にご利用をいただいています。

ご家族からの要望として、突然家族に何かあったときの受け入れ先や緊急避難先の体制をつくってほしい、家族への支援を制度化してほしいというような声が、家族会を通して上がってきています。

ご本人の支援をするために、ご家族の力はなくてはならないものになりますので、ご家族の方には家族生活アセスメントスケールといったものを使って、生活の状況に着目をさせていただいています。この場合、Eの家族運営力というところを見ていただきたいんですけれども、この表からは、現在、ご家族は家事について一番困っているということがわかりましたので、

ヘルパーさんの導入ですとか家事への支援ということ、ケアマネジャーさんを通して、一緒になって協力しながら支援をしていったというようなことがあります。

次に、ご家族の思いなんですけれども、「認知症を隠したい」といった気遣いですとか、「私のことがわからなくなったらどうしよう」、「行動の変化についていけない」などの症状の心配、「住宅ローンや生活費が心配」、「趣味の時間を持つことでリフレッシュしたい」と、病気、経済面、介護負担の三つに分けることができました。

「ともに」を利用し、家族の思いに変化があらわれてきました。「本人の変化が少なくなったため、このままなら楽しく暮らせるかなと思う」。また、「他人と話をすることで気分が楽になった」、「本人を残して外出できるようになった」、「不安が減った」という声がありました。これらのことから、家族会など家族を組織的に支援するための仕組みが必要であるということもわかりました。

次に、職員に求められるスキルということで、若年認知症を正しく理解すること、疾患ごとの特徴や欲求、活動量の違いなどを理解した上で、対人援助の仕事として当然のことですが、ここに挙げた2点が特に重要だと感じています。

信頼関係、心のつながりにつきまちは、若年認知症の方への支援には信頼関係、このことが特に重要となってきます。顔見知りの関係及び信頼できる職員が近くにいるということで安心でき、行動をともにすることができる。自分がいていいんだという安心感を満たすためにも、このことが非常に重要なことになっています。

2番目のその時々に応じた支援は、認知症の人それぞれに進行状態も異なれば、ADLも違い、個々に合わせた支援方法が異なります。本人のその日、そのときの体調や精神状況により、できることとできないこと、またはやりたいこと、やりたくないことが変化します。支援する際には、本人の今の気持ちを受けとめ、状態に応じた支援を行わなければ、BPSDの出現を招くこととなり、結果としてその後のかかわりが難しくなってきます。残存能力の把握、及び理解と発揮方法の支援、その方に合った支援方法の提供、達成感などの成功体験の積み重ね、意欲の創出、動機づけといったことが、職員には必要なスキルとして求められてきます。

最後に、今後、課題と感じていることは、このスライドのとおりであります。特に、病状の変化に合わせたプログラムの提供を行っていくことが重要であると考えています。そのため、必要に応じて受診に同行し、主治医に活動時の様子を伝えていきます。主治医からは、医学的見地に基づいたアドバイスをいただくことで、よりご本人に合ったサービスを提供できるようになっています。また、家族支援については、家族交流会を開催し、ご家族の思いを共有してい

ます。家族が主体となり、組織化することの難しさを感じています。家族交流会ではご家族から、専門コースをふやしてほしいといった要望が多く出ています。サービスを提供する上でも、週に1回の関わりでは変化が早く、ご本人の状況確認を行うことが難しく、6に記載してあるとおり、通所日をふやすことが重要であると感じています。

ただ、必要性は感じていても、収益性が望めないとサービスを展開しにくいという現状があります。高齢者にまざっても、活動性の違いや高齢者から奇異の目で見られることに、本人が苦痛を感じる場合があります。また、新規の相談や通所希望があっても、送迎ができないなどの理由でご利用いただけないといった現実があります。加算のあり方や移動支援についても対応を検討していただき、多くの方がご利用できるような体制、制度づくりにしていければいいなと感じております。

ご清聴ありがとうございました。

○長嶋議長 笠原さん、どうもありがとうございました。

ただいまの笠原さんのお話について、何かご質問ありましたらお願いします。

○繁田副議長 専門コースというのが、今、書いてございましたよね。それを説明していただけますか。

○笠原所長 専門コースというのは、若年認知症の方だけを専門的にその日ご利用いただきまして、高齢の方とは別にサービスの展開をしています。月曜日から金曜日は、ご高齢の方を対象としたデイサービスをしていまして、その中に希望のある若年認知症の方もご利用いただいているんですけれども、土曜日に関しては、今、誕生日が来て66歳になった、65歳を超えた方もいらっしゃいますけれども、発症とご利用が若年認知症である65歳未満の方だけを対象としたコースということで、専門コースと名づけさせていただいています。

○長嶋議長 ほかにいかがでしょうか。

お願いします。

○斎藤委員 松沢病院の斎藤です。

聞き逃したかもしれないけれども、登録していらっしゃる方が8人で、毎週の参加者が大体七、八人いらっしゃるのか。ほとんど全部いらっしゃるのか。

○笠原所長 毎週6人の方が定期的にご利用いただいております、お2人、今、入院をされていらっしゃいます。

○斎藤委員 職員は何人ですか。

○笠原所長 職員は、今、5人から6人配置しています。マンツーマンの体制をとっています。

○斎藤委員 マンツーマン。そうすると、介護保険でやっていらっしゃるんですよね。

○笠原所長 はい。

○斎藤委員 そうすると、月、火、水、木、金の収益で土曜日の分を賄うということになるわけですか。あけすけに言ってしまえば、そういうことになる。

○笠原所長 考え方は、そういう考え方で行っています。

○斎藤委員 ありがとうございます。

○笠原所長 現状としては、やはり月曜日から金曜日だけでは賄い切れないところがありますので、法人の中から、ほかの事業所から補填をしていただいているという現実があります。

○長嶋議長 ほかにいかがでしょうか。

(発言する者なし)

○長嶋議長 それでは、一応、ここで笠原さんのお役割をこれでおりにいただきます。どうもありがとうございました。

意見交換

○長嶋議長 それでは、ここで先ほどの事務局からのお話も含めまして、先ほどの資料3、4を中心に事務局からお話いただきました。それから、ただいま貴重なお2人からのお話がございましたので、それを含めて委員の皆様から若年認知症の「居場所」について、これからどういうふうに考えていったらいいかということについて、少しご意見をいただきたいと思えます。

それでは、まず最初にご質問なり、あるいはご意見がありましたらお願いしたいと思うんですけども、ご質問はよろしいですか。ご意見からいただいてしまってよろしいでしょうか。どうぞ忌憚のないご意見をお寄せいただければ幸いです。

一応、事務局のほうから幾つかテーマを絞っていただいているんですけども、最初はそれを出さずにご自由にご意見を述べていただいたほうがいいかなと思いますので、まずそこから入りたいと思います。どうぞ、お手を挙げていただきまして。

どうぞ。

○繁田副議長 意見というより、質問になってしまうんですけども、比留間さんと笠原さんにお聞きしたいんですけども、いらっしゃっている方は、我々の感覚からすると、カルチャースクールみたいなところに来ているような感覚でおいでになっているんですかね。どういう

お気持ちでいらっしゃっているのかなというのがちょっとわからなかったもので、人によっては、例えばカルチャースクールなんかでしたら、「お金を払っているんだからちゃんと授業をやってよ」というような感覚も出てくるでしょうし、そうではなくて、「心ある人がお世話をしてくれて、そこで自分たちの「居場所」をつくってくれているんだ」というふうに思えば、ちょっと謙虚かもしれないけれども、気持ちが小さくなってしまふところもあるでしょうし、その辺、ちょっとイメージがつかめないのも、もしどういふ気持ちでおいでになられて過ごしておられるのか、想像でも結構なんですけれども、ご本人の心持ちみたいなものを教えていただけたらと思うんですけれども。

○長嶋議長 よろしいでしょうか。

では、比留間さん、先をお願いします。

○比留間所長 比留間です。

カルチャースクールのようなゆとりはないですね。必死なんですよ、自分の行き場所がなくて。「ああ、ここに来られた」というところから始まって、「1日どう過ごせばいいんだろう」というふうに。動きはよさそうに見えていて、元気に活動しているんです、みんながいれば。だけど、ご本人たちはここに来て、「そうだ、ここ、自分の場所なんだ」と思える、そこにたどり着くまでの経過もありますし、来てからも「今日、どういふふうに過ごそうか」という必死さなんです。だから、すごく自分からルンルンで楽しめるといふ感じではないんです。だから、「今日、何したらいいですかね」という必死に話し合いがあったり、「今日の予定、何か来月の予定はあるかね」という先への心配がある。それが半月、二、三ヶ月でなじんでくると、「ああ、ここにいてもいいんだな」といふ、ようやく自分が生きている、ここに来るといふことには足をつけられるといふ感じなんです。そのために、活動で気持ちを補充しているといふことです。

大抵、ジョイントに来る前に、高齢者の多いところに行って、「何でおれがそんなところに行かなきゃいけないんだ」といふ、怒りはふんぷんで、「ひょっとしてそういうところにまた送られるんじゃないか」といふびくびくした感覚はいつもあります。

○笠原所長 うちの場合はデイサービスなんですけれども、やはりご本人の不安がまずはずごく強いので、「どこに連れて行かれるんだろう」といふところから始まっています。実際に何回か通所をして落ちついてくると、「ああ、友達がいるところにいける」といふ仲間を求めている安心感といふものに変わってきていますので、比留間さんがおっしゃったように、楽しみで行くといふよりは、やはり必死さですとか、あと、進行に対する何とかしたいといふ思いと

いったものを持って来ていただくような場所になっています。

○長嶋議長 ありがとうございます。

ほかに何かありませんか。

どうぞ。

○斎藤委員 今のお2人のお話で思ったんだけど、僕は比留間さんのところを何年か前に見せていただきましたよね。比留間さんのところの雰囲気、必死というか、一種の緊張に満ちているというのは、僕も物すごく感じたんです。でも、笠原さんのほうは、むしろ何というか、それは最初はいろいろ緊張があるかもしれないけれども、何か別の場所という感じがするんです。

実は、こういうお仕事を作業療法の専門家がやるのか、福祉の専門家がやるのか、看護がやるのか、介護がやるのかという話があるけれども、僕は、ジョイントはやはり作業療法的な視点というのが非常によくも悪くも確立していて、だから、のんびり過ごしましょうという雰囲気よりは、何か主体的に戦うというか、戦っていこうという姿勢が、よくもあしくも満ちていて、笠原さんのところはむしろ、なれたらここでのんびりしていいんだ、ここでみんなとのんびりしていいんだと。それは、アプローチの違いなんだろうけれども、やはり主催していらっしゃる方の専門性によって、どっちがいいとか悪いとかという話ではなくて、少し傾向が出てくるのかなと思いついて伺っていたんですけれども、そんなことはないですか。

○比留間所長 ぴりぴりはしていないんですけれども、企業でのいじめられ感があり、まだまだ自分が認知症だというのを受け入れられないというときに、やはり言葉ではなかなか不安がぬぐえないということや、休職で1年半とか2年とか、要するに、何の所属も身分もない。休職中は、ハローワークや介護保険の申請はしないですから、余計、宙ぶらりんになっている状況です。だから、「こういう枠組みで活動しませんか」という提供をするほうが、本人たちが割とすぼっと受け入れられる。資料の17ページにも、重度になっている人たちも結構多い。しかし、仕事の枠組みの中で「自分はこういうふうにできるんだ」と張り切れる部分を作り、そして、その安心したところから、「自分は認知症なんだ。だから、地元の地域でも活動するようなことができるといいな」というふうに移行する、そのきっかけを最初につくるには、「頼むからあなたができるからやってよ」みたいな、そういうところから始めると、非常にご本人が乗りやすいということがありますよ。

○笠原所長 うちの場合は、ジョイントから地域に移行してきたような事業所を想像していただければと思います。専門性の違いというところもあるんですけど、いらしているメンバ

一の方の違いというところもあると思うんですね。うちに最初、来た方たちは、もう仕事をしたいというよりは、どこか行く場所が欲しい、安心できる場所が欲しいという方たちで、まずその方たちのニーズとして、体を動かしたいんだというところから始まったので、それですはスポーツであったり、レクリエーション的な活動というところから始めています。あとは、会社からすぐやめて、何か働かなくてはいけないというような方たちが、今のところ、うちにはまだ来ていないというようなこともあって、ちょっとゆっくりとリラックスして、仲間がいて、自分たちの認知症であるということを隠さないでオープンにできる場所というものを、今、つくろうということで行っています。これがまた今後、メンバーの方たちが入れかわっていったときには、形が変わっていくという可能性はあります。

○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。

(発言する者なし)

○長嶋議長 時間も限られていますので、それでは一応、拙速にまとめるつもりは全くありませんけれども、手がかりとして、四つに、分けてご意見をいただこうかと思えますけれども、よろしいでしょうか。

まず一つは、若年性認知症の人の「居場所」としては、先ほどから問題になっていますように、社会参加活動を中心としながらも、事業所の判断で介護支援も共有していてもいいのではないかという考え方があるようですけれども、これに関していかがでしょうか。

先ほどの事務局の説明の中にも、「居場所」の現状の論点としまして、社会参加型でいいんだけれども、やはり進行する疾病があるものですから、どうしてもそれだけでは済まされないということがあって、介護支援も提供せざるを得ない場合、提供してもいいかどうかということも、「居場所」の中に含めて考えていくべきではないかという考えもあるようにうかがえますけれども、いかがでしょうか。

個別になってしまうんですけれども、比留間さんのところでは、全く介護の必要はない人がほとんどですか。

○比留間所長 三、四年ぐらいたって、トイレが危ういというようなことは何度もあるんですよ。ところが、ジョイントに来ているときには粗相がなくて、おうちの中ではかなり混乱があったり、毎日洗濯物が山のような状況の方もいらっしゃるんです。だから、介護が必要ないのではなくて、必ずデイサービスやショートステイを併用していただいて、ご本人たちが抵抗ないように、移行する練習をご本人の意思が明確なうちからやっただいていてということが

あります。ご本人たちが、社会参加の場と介護の場を使い分けて、ショートステイではラジカセを持って行ってゆっくり聞いていますという方もいらっしゃいますよ。だから、どこで対応を区切るかということだったり、その事業所の機能分担がどれくらいあるかということになると思います。

○長嶋議長 そうすると、結論的なことを急いで申しわけないんですけども、もし必要があれば、おいでになった方に、本人の自尊心を傷つけない程度に介護の手を差し伸べても全く問題ないというお考えでよろしいですか。

○比留間所長 はい。

○長嶋議長 ありがとうございます。

どうぞ、お願いします。

○西本委員 西本です。

介護支援専門員の立場からなんですが、何か今の議論は、介護の手を差し伸べてもいいかどうかという議論で、ちょっと私のほうで理解がきつとできていないんだと思うんですけども、それは個人それぞれであるべきで、その方にとって必要がなければ、別に介護保険のサービスの提供をしなくてもいいと思いますし、ジョイントのみを使われている方は、社会参加型に参加していけばいいと思いますし、もっと高齢、女性でいろいろなアクティビティーが好きな方は、別に介護保険のものを使っていてもいいと思います。何となく、両方主体に使うべきだという言い方は、ちょっと私としてはどうなのかなと思ってしまいます。

○長嶋議長 ありがとうございます。

そうしましたら、次にこういうふうなこともまたお聞きしたかったことの一つなんです。どうということかといいますと、若年性認知症の人の「居場所」の提供について、いわゆる今お話がありました介護保険事業のメリット・デメリット、あるいは自主事業のメリット・デメリットということを考えた場合に、この辺はどういうふうを受けとめたらいいんでしょうか、あるいは判断したらいいんでしょうかということですね。

私は、今日は意見を言わない立場で頑張りたいと思いますので、いろいろ教えていただいて、たくさん経験はさせていただいているんですけども、本当にいろいろな形があっただけだとは思いますが、やはり介護保険を使わない手はないのではないかと。あるいは、介護保険を使うとこういうメリットがあり、こういうデメリットがあると。あるいは、自主事業としてやった場合に、やはりメリットもあるし、デメリットもあると、いろいろ分かれてくるように思うんです。その辺はいかがでしょうか。無理やり分ける必要はないんでしょうか。

私のほうから指名して申しわけないんですけども、笠原さんはその辺、どんなふうに関、お仕事しながらお考えになっていらっしゃると思いますか。

○笠原所長 個人的には、無理やり分ける必要はないのかなというふうに思います。ジョイントのように社会参加型の事業所もあれば、「ともに」のように介護保険を主体とした事業所もあって、その方に応じて選べるような形であるということが望ましいのかなと。もしくは、併用していただくということでもいいと思います。

例えば、1人のメンバーの人であったとしても、ジョイントのように社会参加をしたいときもあれば、ちょっと心を休めて仲間と楽しくリラックスした時間を過ごしたいというようなことというのは、例えば僕であったとしても、普通にその日ですとか、そのときの状況によってあると思いますので、それは両方併用できるようになっているということが望ましいのかなというふうには感じています。

○長嶋議長 そうしますと、この若年性認知症の方々の「居場所」としては、一つに絞らなくて、いろいろな形があってしかるべきで、むしろそのほうがいいんだというお考えと受けとめてよろしいですか、笠原さんの場合ですけれども。

○笠原所長 はい、それでいいと思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。

どうぞ。

○西本委員 誤解があると困るんですけども、いろいろな選択肢があっていいというのはもちろんそのとおりだと思うんですが、ただ、その前提にきちんとした情報提供がなされていて、その方の選択肢を専門的な視点でアナウンスできる方がいるのであれば、いいのかなとは思いますが。

○長嶋議長 ありがとうございます。

斎藤委員、いかがでしょうか、お聞きになっていて。無理やり、ここで結論を出す必要はないと思いますけれども。

○斎藤委員 私は、比留間さんの施設を何年前に見せていただきました。そのとき、私が評価委員か何かだったんですよね。最初に助成金をもらってやっていたら、それで「助成金がなくなったらどうするんですか」と質問したら、「経営のめどは立っていません」とおっしゃったんですけども、その後、助成金がなくなってもいろいろな形で続けていらっしゃるわけですよね。それから、笠原さんの施設にしたって、では、その土曜日の若年認知症のデイケアだけで介護保険でやれるかといったら、できないわけですよね。それから、ワンストップ相談を

やっただきさっている方も、もともとはNPOであったりしたわけです。だから、マンツーマンに近い人手をかけなければならない施設を介護保険でやれるかといったら、どこからお金を持ってくるかということになるので、僕は比留間さんのところや笠原さんのようなところがふえていって、それにある程度、助成をするというぐらいしか援助のしようがないと思うんです。

そうだとしたら、それはそれぞれにやり方を任せるといえるか、ただ、クオリティーを公的にコントロールして、それなりの評価ができるところに助成をするし、評価ができないところは、これはむしろ危ないというアナウンスをしなければいけないし、そういうことで少し今までの介護保険のサービスのように、金太郎あめみたいに「どこに行ってもこれがあります」というふうなサービスをこれから新たにつくってマンツーマンでやるというのは、僕は無理ではないかなと思うのです。

○長嶋議長 ありがとうございます。

大変難しい話なんですけれども、実は、前後してしまうんですけれども、それでは公的な支援としてはどのような支援が考えられるかということですね。介護保険を最大限に活用して、若年性の「居場所」を、本当にだれが見ても、だれが聞いても「ああ、いいな」というような共感を得られるような、そういったサービスが組めるのかどうかということに関していかがでしょうか。ちょっと先走ってしまっているかもしれませんが。

実は、今、斎藤委員のお話の中に、公的な支援、何か補助金云々とありましたけれども、恐らくよく皆さん、ご存じだと思いますけれども、やはり例えば認知症の人とその家族の会なんかには、国からも、あるいはいろいろなファンド、生保とか損保とかから、いろいろな金銭的支援が行っているんですよ。これは、公的とは言わないのかもしれませんが、準公的なものに近いのではないかと考えられるわけですね。そういったことをやっていると、同じ財団法人でも、いわゆる公益法人として大変高い評価を得られるというようなことで、結構いろいろな保険会社なんかも社会貢献でやってきていますけれども、多分、それだけでは絶対値は足りないかもしれませんが、どうなのでしょう。これから先、純然たる公的、国なり自治体からの支援のほかに、そういった民間の——民間といっても大どころだと思いますけれども、そういった支援なんかを積極的に求める体制なんかはあるのでしょうか。

これもまたお2人におたずねすることになるのですけれども、比留間さん、そのことに対してどうお考えか、ちょっと一言。

○比留間所長 制度をどういうふうにさせていただくかは、いろいろなご専門家が多いと思います。先ほどのスライドにありましたように、若年の方たちは人数が少ないから、今の介護保

険制度は若年性の本人が生き生きとできる仕組みになっていないし、スタッフがそれだけの配慮ができないとなると、拠点的などころである程度外部と交流ができるような仕組み、相互利用が可能な場所の設定、例えばNPOであったり、「ともに」に委託できる方式が必要だと考えます。また、市町村単位だけではなくて広域的な利用ができること。それから、都内800カ所の若年認知症の利用者受け入れ加算というのが現実にあるが若年性認知症専門の研修を受けた人たちがプログラムやアドバイスをするというシステムで加算するという方式も考えられる。数の上では若年認知症だけというわけにはなかなかいかないと思いますが、「居場所」に関する限り、若年認知症の人たちの困っている問題を解決して何とか生活を維持する、それから社会的にも介護の負担が大きくなるようにするには、既存の制度を上手に併用をしなければいけないのではないかなと思います。3局合同通知で出ました就労支援や企業への援助、またせっきやく認知症の支援センターができるわけですから、医療的な関与から社会的な支援・介護までの連携で、長期的なアセスメントができる方式が考えられるといいと思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。

同じことなんですけれども、笠原さんはいかがでしょう。

○笠原所長 今、比留間さんが言われたことが、もうほとんどだと思います。やはり高齢者の方と若年の方と、ご本人の抱えている活動性であるとか問題点というところが、やはり違いが大きいんです。なので、まずはそういったところを専門的に勉強していただいて、加算対象の施設になっていくですとか、あとは、実際に受け入れているから加算ということだけではなくて、おっしゃっていたように中身であったりですとか、あとは例えば人数割合、そうしたところで加算の数値も段階的に変えるなどといったようなことがなされていくと、またこういった事業に行っていくやすいのかなというふうには考えています。

○長嶋議長 ありがとうございます。

最後に、もうこれは比留間さんのほうから答えが出ていることだったんですけれども、実はこういうことも、議論していただきたかったんです。というのはどういうことかといいますと、先ほどから問題になっていますように、若年性認知症の利用者の方が、認知症状がだんだん進行した場合に、いわゆる社会参加型、社会参加活動がだんだんできにくくなってくる。その場合に、どういうふうにして介護支援へうまく移行できるかということですね。幾つか皆さん、経験がおありだと思いますけれども、またまたお2人に集中してしまうんですけれども、いかがでしょうか、これは比留間さんだけから伺いたいと思います。どんなふうにしてうまく——本人が決めればいい、家族が決めればいいということだけではなかったと思うんですね。や

はり、比留間さんのこれまでの活動の中で、いろいろな助言とか、何かヒントを提供なさっていたように私は感じているんですけどもね、いろいろいただいた書類を見ていると。

いかがでしょうか。一言で結構です。

○比留間所長 介護事業所でも、若年性の方たちに役割やお仕事をしてすごすような形で大きく努力されて、そういう受け入れ方が広がってきています。ただ、まだうまくいかず、どうしても、「介護施設だからお世話しよう」というふうになってしまい、それを察知される。ご本人の自尊心というのは、行動的に介護されたとしても、自分は何らかの役割をとれるんだと思っている。ご本人を信頼して、「ここはお願い」とその人に向かっていく対応にならないと、なかなかご本人がなじんでいかない。ご本人たちは長年、30年、40年、自分の仕事をやってきた方たちなので、介護のお客さんという対応が出てしまうと、拒否されて転々とされるということがある。ぜひとも若年者の対応の技をもっと身につけていただくと、努力されている介護事業所がもっと生きるのではないかなというふうに思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。

実は、事務局から、最後に「居場所」について議長が論点をまとめるようにというよう宿題をもらっているんですけども、とてもとてもできそうもございませんので、ご勘弁いただきたいと思います。

ただ、最後に今、お話がありましたように、やはり若年性認知症の人は特に、自尊心その他、お持ちになっている部分が非常に目につきやすいし、また本人もそれを生きがいにしている部分もあるかと思うんです。そういう意味で、先ほど笠原さんがお出しになった若年性認知症の欲求のピラミッドの話がありましたけれども、これなんかも非常に、これからこういったことを考える上で大事にしていきたいと存じます。

司会がうまくなくて大変申しわけなかったんですけども、これで議事（1）は終わらせていただきます。

その他は、何かございますでしょうか。事務局から、何かございますか。

議 事

（2）その他

○新田幹事 資料6のほうに、今後のスケジュールがございます。一番上の項目の、この東京都認知症対策推進会議ですが、次回は今年度の第4回目ということで、2月下旬を予定してお

ります。委員の皆様方につきましては、大変お忙しいところ申しわけないんですけれども、別途、事務局のほうから日程調整させていただきますのでよろしく願いいたします。

事務局からは以上です。

○長嶋議長 次回の予定に関して説明いただきましたけれども、何かご質問はありますでしょうか。

これは、ファクスで送ればいいわけですね。

○新田幹事 そうです。また別途、お願いいたします。

○長嶋議長 本日の議論は、以上で終わりにしたいと思います。

最後に、全体を通して、全員から必ずしもご発言いただけませんでしたけれども、ご意見、ご質問ありましたらご発言いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○大村委員 短く3点、気がついたことで申し上げたいと思うんです。至誠ホームの大村と申します。

一つは、介護保険と認知症のレベルの問題ですけれども、やはり公助がしっかりして、地域の中の共助が成り立つと思うのですが、そういう意味では公的な介護保険、これはしっかり進めていただかなければいけないと思うんですけれども、私は今、立川市の市民活動センターたちかわの運営委員もしていますが、そこでは100近い地域の広場(サロン)活動があって、広場活動があって、そのうちの2割ぐらいが高齢者の広場なんですね。つまり、介護保険の対象にならない方々は、そういうところにたまり場がありますので、お茶代ぐらいの補助を出しているんですが、民間の援助団体なんかも補助を出していただきながら、公的な介護保険のレベルと、それからそれ以前のレベルがもうちょっといろいろ多様に出てくるといいなというふうに、今回ちょっと思いました。

それから二つ目は、私は介護施設で仕事をしていますので、介護施設にデイサービス等ではしゃった、あるいは認知症のグループホームにおられる、そういう方々を見ていると、先ほど社会参加かケアかという話題がありましたけれども、施設からいえば、まずケアがあって、そして社会参加や文化活動に発展していく、そういう場面はたくさん見えています。例えば、お年寄りがリハビリの一つで楽しくぞうきんをつくりながら、それを地域の保育園にプレゼントに行ったりとか、あるいは配食サービスにボランティアやヘルパーと一緒にいって行ってお弁当を配るとか、そういうことで介護保険の対象のお年寄りが参加しているわけです。介護施設があって、社会参加や文化活動ができるという点。

それから三つ目、最後ですけれども、二つのケースで家族会の話題の中で、先ほど長嶋先生もちょっとおっしゃっていましたが、最終的に行く場所についての話題、例えば、小規模多機能施設のことや、あるいはショートステイ等緊急避難で受け入れる施設等のリサーチとか、あるいはそういう立場の人たちをメンバーに入れていくとか、そういうことを一方で考えながら運営していくということが大事かなと。

ちょっと三つ、申し上げました。

○長嶋議長 ありがとうございます。

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。

会の進行に関しまして、皆様のご協力に対し感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

○新田課長 委員の皆様、ありがとうございました。

本日お配りした資料につきまして、郵送をご希望される方には、残しておいていただければ事務局のほうから郵送させていただきます。

また、お車でいらっしゃった方は、駐車券をお渡しいたしますので事務局のほうにお申し出ください。

それでは、本日は散会といたします。

ありがとうございました。

午後9時02分 開会