

第4回東京都認知症対策推進会議

平成20年8月20日

【坂本幹事】 それでは定刻となりましたので、ただいまより第4回東京都認知症対策推進会議を開催いたします。私、本年度4月1日付で村田前課長の後任といたしまして東京都高齢社会対策部在宅支援課長となりました坂本と申します。村田同様よろしくお願いいたします。

それでは、ここから先は座って進行させていただきたいと思います。

初めをお願いでございますが、ご発言の際には、お手近にございますマイクをご使用いただきたいと思います。

次に、人事異動等によりまして、委員、幹事の方が交代しておりますので、ご紹介をさせていただきます。武蔵村山市の健康福祉部高齢福祉課長比留間委員の後任といたしまして、同市健康福祉部高齢福祉課長の神子武己委員でございます。

【神子委員】 神子と申します。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 瑞穂町の高齢者福祉課長中根厚夫委員の後任といたしまして、日の出町いきいき健康課長の木住野正治委員でございます。

【木住野委員】 木住野と申します。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 中野区保健福祉部健康高齢担当参事尾崎委員の後任といたしまして、葛飾区福祉部高齢者支援課長の酒井委員でございます。

【酒井委員】 酒井です。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 次に、本日、所用により欠席をされている委員のご紹介をいたします。

認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹の永田久美子委員は、きょう、ご欠席ということで、連絡をいただいております。

次に、おくれて来られるということで連絡を受けている委員の紹介をさせていただきます。内田委員につきましては、若干おくれるということで連絡が入っております。

続きまして、委員代理の紹介でございます。山田委員につきましては、所用により本日欠席でございますが、代理といたしまして東京都民生児童委員連合会事務局の角田綾子様にご出席をいただいております。

【山田委員代理（角田）】 よろしくお願いいいたします。

【坂本幹事】 次に、幹事でございますが、欠席幹事の紹介でございます。本日所用により諏訪幹事が欠席ということで連絡を受けております。

次に、幹事代理の紹介でございます。中村幹事につきましては、所用により欠席でございますが、代理といたしまして福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課の白旗陽司計画担当係長が出席しております。

【中村幹事代理（白旗）】 よろしく申し上げます。

【坂本幹事】 次に、おぐれてくる幹事等の紹介でございますが、高齢社会対策部長、幹事長の狩野につきましては、会議等が重なっておりまして、おぐれてまいります。同じく計画課長の小室幹事につきましても、同じ会議に出ておりますのでおぐれてまいります。さらに、櫻井幹事につきましてもおぐれてくるということで、連絡を受けております。

幹事等の紹介につきましては以上でございます。よろしくお願ひいたします。

【長嶋議長】 それでは、これから議事に入りたいと存じます。どうぞよろしくお願ひします。

まず配付資料の確認についてお願ひいたします。

【坂本幹事】 机の上にございます資料の確認をさせていただきます。まず、第4回東京都認知症対策推進会議の次第でございます。名簿、要綱がございまして、右側に資料番号がございます。資料1といたしまして、「第3回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめ」でございます。おめぐりいただきまして、資料2、「仕組み部会における検討状況」でございます。資料3といたしまして、「医療支援部会における検討状況」、資料4「若年性認知症の支援策の検討について」でございます。A4で9月17日に行われますシンポジウムのチラシがございます。

それから次に、参考資料1としまして、『『地域資源マップ』について』が2枚ございます。参考資料2といたしまして、「認知症支援拠点モデル事業の取組状況」、これも2枚にわたっております。参考資料2(1)といたしまして、「5事業者の事業概要」でございます。参考資料3「中等度の段階で必要とされる医療のまとめ」、参考資料3(1)「東京都認知症専門医療機関実態調査(抜粋)」、参考資料3(2)「認知症の経過と医療依存度」でございます。

資料の漏れ等、ございませんでしょうか。

それから、机の上に多摩市と練馬区のそれぞれ、「地域資源マップ」の素案が置いてございます。ごらんいただければと思います。

では長嶋議長、よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 ありがとうございました。

それでは、本日の第4回推進委員会をこれから進めるに当たりまして、まず3月7日に開催しました第3回推進会議の議論について振り返ってみたいと思います。

それでは、これも事務局からご説明をお願いいたします。よろしく、どうぞお願いします。

【坂本幹事】 資料1の第3回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめをごらんいただきたいと思います。まず、冒頭、第2回認知症対策推進会議の議論のまとめにつきまして、事務局から議論の要旨の説明をさせていただいております。主な意見は特にございませんでした。

仕組み部会における検討状況につきまして、林部会長及び事務局から説明をさせていただいております。

この中では、地域資源ネットワークモデル事業について、練馬区と多摩市の認知症コーディネート委員会ですとか、事務局体制などのモデル事業の推進体制や事業・施策の位置づけの変化等について報告がございました。

認知症生活支援拠点モデル事業につきまして、各モデル事業者と地域資源の連携状況について報告がございました。

また、個人情報の取り扱いにつきまして、地域の高齢者の見守りマップと個人情報についての検討状況の報告がございました。こういった説明に対しまして、主な意見として3つほど挙げさせていただいております。

まず見守りのためのマップについてでございますが、認知症高齢者の方が地域で徘徊しているのを発見したときに、発見した方が認知症高齢者をどこに案内したらよいのかわかるようなマップだと非常に役立つといったご意見をいただきました。また、認知症の方の発見や、そういった認知症の方かどうかの判断のポイント、そういったことも盛り込まれていると非常にいいのではないかとといった意見もいただいております。

2番目の認知症生活拠点モデル事業の地域の民間業者との連携につきまして、商店街や一般企業の民間業者との連携を促進するためには、互いに共通の利益を発見するところから始めるのがよいのではないかと。そのためには、例えば、相手側にキーパーソンになるような人がいれば、そのような人を探していくということ。それと、互いに地域住民として豊かな生活をしていくためには、相互理解にとどまらず、もう一歩ぐらい先をイメージ

したらどうなのかといったご意見をいただいております。

また、個人情報の取り扱いにつきましても、認知症の人の支援に必要なマップは地域に限定されることが多い。限定されている中であれば、ネットワークを構築し、必要度を検討の上、個人情報を共有してもよいのではないのかといったご意見等をいただいております。

次に、東京都認知症専門医療機関実態調査について報告をさせていただいております。これにつきましては、事務局から実態調査概要版及び報告書をもとに、調査結果の概要について説明をさせていただいております。ここでいただいた主な意見を幾つか紹介させていただきますと、家族会のほうから認知症の診断や治療にどこの医療機関にかかったらよいのかという相談の電話を非常に日常的に多く受けているという、その経験からいたしますと、医療機関での対応、治療される方の割合が高いという調査の結果につきましては意外に感じるといったご意見等をいただきました。

また、回答してもらった病院と診療所、これは合わせて764ということで回答いただいておりますが、病院等が7割、診療所が3割ということで、調査に偏りがかかっているのではないのか、バイアスがかかっているのではないのかといったご意見もいただいております。

実際に、この調査結果から見ますと、診断治療ができると回答しているものの患者の方が非常に少ない医療機関があることから、こういった医療機関が患者や関係者に知られていないということが、一つ原因としてあるのかなと。また、一部の有名病院に患者が集まっているような傾向もあるのかもしれない。そういった意見等に対しまして、事務局からお答えしているところでございます。

4番目といたしまして、医療支援部会における検討状況でございます。繁田部会長及び事務局のほうから説明させていただきました。部会長からは、MCIから軽度について、「考え方（要旨）」、これは受診まで、それと診断・治療、及び関係者、関係機関の役割分担といったものの考え方の要旨につきましてご報告をいただくとともに、中等度についての検討状況についても報告をいただいております。

主な意見といたしましては、かかりつけ医が専門医療機関への受診を薦める場合でも、受診先を紹介してもらえないことがよくある。このような場合に、家族等が受診可能な医療機関について家族会に問い合わせ・相談してくる例が多いといった意見をいただいております。

また、こういったことに対しまして、認知症に関して診断・治療できる医療機関の状況

については、東京都認知症専門医療機関実態調査で明らかになったと考えますが、生じている症状に応じてどの医療機関に受診したらいいのかという点については、今後、検討が必要であるといったお答えをいただいております。

また、受診・診断時に、認知症の本人の前で予後の見通しまで話してしまうのは問題ではというご意見もありました。

また、中等度以降の段階になりますと、施設等に入所する人も増えると考えられますが、施設に入所してしまいますと、かえって医療との関係が遠のく印象を受けることがあるといったご意見もいただいております。

最後に、20年度における取組みにつきまして、事務局からご説明しました。まず、認知症対策推進会議、それと仕組み部会、医療支援部会の専門部会についての説明、それと新たに若年性認知症の人を対象とした専門部会の話も出ております。

また、関連事業といたしまして、認知症生活支援モデル事業等のスケジュール等についてご説明をさせていただきました。

これに対しまして、主な意見は特にはございませんでした。

第3回推進会議の議論のまとめについては以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。では、ざっとご説明いただきましたが、ここまでのご報告に対しまして、特にご意見、あるいはご質問ありましたら、お受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしゅうございましょうか。

そうしましたら、次の議題に移りたいと思います。議題の(2)です。「仕組み部会における検討状況」に入りたいと思います。

仕組み部会では部会長でいらっしゃる林委員を中心にしまして、地域における生活支援の仕組みづくりに向けまして、認知症生活支援モデル事業の進行管理の検証を通じたさまざまな検討をしていただいております。それでは、「仕組み部会における検討状況」について部会長の林委員からご説明をいただければと存じます。よろしく、どうぞお願いいたします。

【林委員】 仕組み部会の林です。

今ご紹介がありましたように、仕組み部会では認知症の人と家族に対する「面的」仕組みづくりの具体化ということで進めております。大きく分けて2つ。1つは練馬区と多摩市という区市町村が主体となった認知症地域資源ネットワークモデル事業、もう一つは、

5つの事業者が主体となって行っております認知症支援拠点モデル事業であります。

この間の仕組み部会の開催実績ですが、第5回の仕組み部会を6月30日に開催しております。資料2にありますように、具体的な検討状況ですとか、参考資料等につきまして、これは事務局の坂本課長からご説明をいただきたいと思っております。

【坂本幹事】 そうしましたら、具体的な検討状況の左側の報告事項のところをごらんください。認知症生活支援モデル事業の概要と取り組み状況でございますが、まず、認知症地域資源ネットワークモデル事業、これは練馬区と多摩市をモデル地区として指定をいたしまして、さまざまな社会資源が連携した認知症支援を進めるモデル的エリアをそれぞれの区市の中でさらに選定していただき、都がその取り組みを支援して当該地区の認知症対策を推進していくというものでございまして、19、20年度の2カ年の事業でございます。

具体的には練馬区・多摩市、両方とも認知症コーディネート委員会を設置いたしまして、地域資源マップの作成、徘徊SOSネットワークの構築等に取り組むといったところでございます。

取り組み状況といたしまして、両区市とも今日お手元にお配りしている地域資源マップの素案が完成しているところでございます。

マップ作成のコンセプトですとか対象者、使用方法等、それと今後の展開についての考え方ですとか、マップの検討過程、それと作成過程で明らかになったこと、得られたもの、こういったことにつきましては、参考資料1をごらんいただければと思います。

参考資料1、「『地域資源マップ』について」ということで、練馬区、多摩市それぞれコンセプト、特徴・PRポイント等が書いてございます。練馬区につきましては、困ったときに役立つマップという情報集という形、多摩市につきましては、「地域資源ガイド」(情報保存ボックス)という形がコンセプトになっております。

特徴・PRといたしましては、練馬区のほうではこのように本冊と簡易版を組み合わせているという形になります。

多摩市につきましては、本体につきましては状差型ということで、市内共通の地域包括・医療機関などを掲載する。地区の情報につきましては、短冊型の個票を入れるボックス形式という形になっております。

また、1枚おめくりをいただきまして、それぞれ同区市の検討組織(回数) 検討過程、作成方法のPRポイント等について列挙しております。この部分については、個々にご説

明はいたしません、後ほどお目通しをいただければと思います。また、作成過程で明らかになったこと・得られたものについては、練馬区のほうでは、マップを作成していく中で、地域の関係づくりのツールとして非常に効果があったということ、直接支援を行う地域資源のほかに、「仲介資源」や「代替機能」を探りたいという考えが新たに出てきて、有志により引き続きそういった研究を進めることになったといったことでございます。

また多摩市のほうでは、認知症という言葉に対して、当初、さまざまな受け取り方があったということで、委員間の考え方の違いがあったというふうに聞いております。また、実際にいろいろな検討をしていく中で、認知症の理解促進と、こういったツールの活用を併せて行うということで、自治会長や民生委員などの地域委員が、自治会・学校と連携した活動を始めているということが、マップ作成の過程で得られたこととして報告を受けております。

次に、認知症支援拠点モデル事業、これは先ほど、林部会長からもお話がありましたとおり、地域において認知症高齢者に対して支援を行っている介護サービス事業者の自主的な取り組みにつきまして、モデル的に実施することで、認知症の人とその家族が安心して暮らし続けられるまちづくりを推進するというもので、19、20年度の2カ年の事業として行っております。これにつきましても、参考資料のほうをごらんいただければと思います。

参考資料2につきまして、認知症支援拠点モデル事業の取り組み状況を整理しております。それぞれ19年度実績、20年度の実施予定ということで書かせていただいておりますが、紙面の都合もございますので、各事業者につき1つの事業をピックアップをさせていただきます。

検討状況については以上でございます。よろしくお願いいたします。

【林委員】 ありがとうございます。資料の今見ていただいている、少し戻りまして資料2の左側の報告事項、後ろのほうについております参考資料に基づいて事務局の坂本課長からご報告いただいたわけです。

資料2では右のほうに主な意見というのが付されておまして、仕組み部会でこうしたいろいろな取り組みについて検討しましたところ、幾つかのいろいろな意見が出ましたので、その中から主なものをここに挙げております。一番上にあります認知症生活支援モデル事業について幾つか若干書いてありますが、これはきょうご報告のあった事業というよりか、以前に、前回のこの会議でもご報告させていただいた個人情報の取り扱いですとか、そう

いったあたりに関する話です。高齢者の見守りマップというのに取り組んでいる事業者があったわけですが、そこではいろいろと個人情報の取り扱いについては慎重にすべき面もあるということになったわけです。ただ、個人情報だけに、法的な取り扱いだけに焦点を当てるというよりか、そもそも何のための見守りマップだったのかということにまず立ち返って、もう一度取り組み直してみましようというようなことになりまして、そういったことに関連した意見であります。

主な意見の次の固まりで、練馬区と多摩市が取り組んでます認知症地域資源ネットワークモデル事業であります。このマップについて幾つかの意見が出ております。このマップは皆さんのお手元に行っていると思いますが、初めてごらんになる方も多いと思います。非常に対照的といいますか、そういうものができ上がっておりまして、練馬区さんのほうは非常に大部なものでありまして、かなりページ数のあるものと、それだけですとちょっと使いづらいということで、後ろのほうについてあると思いますが、簡易版というものの2つを組み合わせつつっております。これも行政に加わるような形で市民の方が勉強会をしながら、こういった情報も入れるべきだというようなことで、何度も何度も勉強会をしながらつくり上げてきたものでありまして、今8月半ばの時点で一応暫定版ができおりまして、これを実際に配布しながら、年度末ぐらいまでには確定版というのをつくろうということでもあります。

ただ、練馬区は大変大きな市ですので、たしか生活圏域は4つあって、包括支援センターの支所が19あるんです。そういったことで、皆さんのお手元にあるものは、地域包括支援センターの豊玉支所というところのエリアのものでありまして、そういうエリアを越えて地域資源というのを当然活用する場合もあるわけですし、そういう場合についての検討も必要であろうというようなことが意見として出ております。

これはどういうふうに配るかということなんですが、練馬区では対象世帯に全戸をポスティングするということだそうです。ただ、ここでポスティングということで誤解してほしくないということを練馬区の担当者の方からも言われてたんですが、単にポストに投げ入れていくということではなくて、いろいろなセミナーですとか、あるいは直接にいろいろと認知症についての理解を深めるような説明ですとか、そういったいろいろな、単に渡すのではなくて、こういうツールを通じて認知症への理解を深めるという活動を通じて、地域資源マップを普及していこうという考えだということでもあります。

こういうものができるだけではなくて、政策の過程と今後の活用ということが重要だろ

うということでした、この過程でもかなり自主的なグループができながら、情報収集したということであるわけなんです、そういう勉強会というか、そういった活動がさらに広がって、そういう意味でのネットワーク化が進んだほうが望ましいのではないかという意見も出ております。

次の最後の固まりですが、5つの事業者が行ってます認知症支援拠点モデル事業であります。これは一つ一つの事業についてご紹介することはいたしません、いずれも貴重な取り組みだということで、ただ、必ずしも計画どおりに、あるいは最初のもくろみどおりに展開しているというわけではなくて、やはりいろいろな試行錯誤の過程だということも見えてまいりました。

これを単に仕組み部会とか、あるいはこちらのような会議ですとか、そういう会議の中だけにとどめておくのではなくて、ぜひ、こういう事業者が自主的に、いろいろ貴重な経験を積み重ねているんだということを都民の皆さんに知っていただくことが大事ではないかということでした、主な意見の下から4行目、3行目あたりに書いてありますが、「都には、関係者や都民に、直接この事業について知ってもらう機会を設けてほしい」ということで、どういう形ができるのかわかりませんが、事業者の取り組みの方法について、ぜひご検討をいただければという意見が出ました。

私からは大体以上であります。

【長嶋議長】 ありがとうございます。大変たくさんの資料がございまして、なかなかぱっと見てもわかりにくいかもしれませんが、ただいままでのご報告に対して、ご質問、ご意見ございましたらお願いいたします。いかがでしょうか。

はい、どうぞ、和田委員。

【和田委員】 和田といいます。よろしくお願いします。

質問なんですけれども、地域資源ネットワークって考えたときに、多くの場合は保険者単位であったりとか行政単位を1つの地域というくりにするんですけれども、でも実際の住民の生活圏というのは保険者とか行政の枠を超えていると思うんです。例えば、A区に住んでいる人なんですけれども、実はB区のほうが生活の拠点であって、たまたま住んでいるのがA区ぐらいの話でみたいなことになると、地域資源というふうに考えたときには、その人の生活圏域の中にどんなものがあるかみたいなことってすごい重要だと思うんですけれども、多くの場合は行政単位だけで考えていかれるから、あまりそのところが絡んでこないということがあると思うんですが、その辺はどんな議論になったのか

など。

その典型的なあらわれが今の地域密着型サービスなんですが、例えば、中野区と杉並区が隣接しているところで、中野区にほぼ近いところに住んでいる人が、中野区の小規模多機能には行けないけれども、杉並区の遠いところに行かなければいかんとか、グループホームなんかでも行政が、国の基準でいえば相互乗り入れができるにもかかわらず、頑として自分のところは自分のところでみたいなことで、やっぱり今までの地域社会生活を継続できるような応援をしていくみたいなことが、とても画一的なやり方といいますか、教条的なやり方といいますか、そういうところで違う方向に行っているような実態があるように僕ら事業者は感じているんですけども、そんなようなお話があったのかなかったのか。つまり地域資源ネットワークですから、地域資源ですから、それは行政や保険者の線引きとはちょっと違うんだということです。

もう一つは、見守りシステムと犯罪の問題が出なかったのかなと。実は、僕もサポーター養成講座とかかなり行かせていただいているんですけども、サポーター養成講座の、都会と地方みたいな、山間部の両方行っているんですが、山間部のほうというのは、今までの地域社会の人と人の関係が残っているところに認知症の知識を入れてくるんです。ですから非常に友好的なんですけれども、都会のサポーター養成講座みたいなことというのは非常に散漫なんです。何の人の関係もないところに認知症の知識だけで入れていくから、ほとんど効果がないみたいな、僕の感触としてはそんな感じなんです。

あるとき、北区だったと思うんですが、ある受講生の方が、交差点で「おや」と思う人がいたから声をかけたんだと。その人はとても素敵な人だと思ったんですが、着物のすそが乱れているというので「おや」と思ったと言うんですけども、おばちゃんに聞いたら家がわからなくなったという。ずっとその人とたどって1時間、ここのサポーター養成講座に来る前につき合ったんだよと。何とかその人の家らしきところに着いたと。それはなぜ判断したかいうたら、標識とその人が言っている名前が合ったからだと、こう言うんです。

僕はその人に言ったんですが、あなたが良心的な人でよかったと。もしあなたが良心的な人でなかったら、ここの家にこういうぼけたばあさんがいるということをオープンにしたのと同じだと。

実は、サポーター養成講座でみんなで声をかけ合っていこうという向こう側に、やっぱり犯罪のにおいがぶんぶんしてくるわけですけども、そういう見守りネットワークとか

犯罪みたいなことというのは、どうなのかなと。そういう意味では、さっきの多摩なんかのやつを見ますと、そういう方を見かけたら、必ずここへ電話してくださいという公的なところが書かれている。僕は地元の荒川区でいえば、サポーター養成講座をすると必ずここへ連絡してくださいという、公的なところが書かれたカードを渡すようにしているんですけれども、そういう犯罪との関係というのはどうなのかなと、片方で危惧したんですが。

【長嶋議長】 ありがとうございます。林委員、よろしいですか。大きなご質問が2つあったかと思いますが、よろしくお願いします。

【林委員】 大変貴重な指摘だと思います。今のご意見はどちらもそのとおりだなというふうに思って受けとめました。

1点目の、行政の管轄というかエリアを超えた地域資源の広がりがあるだろうと。それは本人、あるいは家族の立場から見れば全くそのとおりだと思います。今回の事業は練馬区、多摩市、あるいは5つの事業者が主体になってますので、どうしても管轄というか、その範囲の中で動いておりますが、先ほども若干触れましたが、練馬区もこの地域資源マップをある支所、豊玉支所というところにつくってみると。これ、つくだけでも大変だったと思うんですが、つくってみると、これを使おうとすると、やはり、この支所には何かのサービスがないから、これは隣に行かなければとかというのが当然出てくるので、それにはもう既に気がついていますが、ただ、全体的にそういうエリアを超えた地域資源の広がりということについての具体的な検討は、どうしたらいいのかということについてはまだしておりません。

見守りシステムと犯罪の関係ですが、これもそういう危惧が出てきております。行政が主体となって見守りシステムという場合は、先ほどもあったように公的なところに連絡するということ。個人情報の収集についても、公的機関がそういう権限があるというか、問題が少ないわけなんです。ただ、介護関係の事業者がそういう見守りシステムというんですか、見守りマップについて取り組もうとしておったんですが、そこではやはりそういう問題が出てきまして、法的な面で個人情報の保護という法的な検討はいたしましたが、ただ法的にいけるからということだけでは済まないだろうということで、実際、事業者側の動きは見守りマップについてはストップしているような感じであります。ですから、ご指摘は非常に重要な点なんです。まだ「こうだ」ということは、私たちの部会でやっているわけではございません。

【長嶋議長】 ありがとうございます。今、和田委員から事業者の立場としてと、お

断りがあった上でのご質問だったと思いますけれども、今の林委員からの回答というとおかしいですけれども——について、いかがですか、和田委員。

【和田委員】 いいえ、ほんとう、質問だけなので。

【長嶋議長】 よろしいですか。ありがとうございます。

今のことに関連しまして、特に地域資源マップについて、ほかの委員の方々、もし自分だったらどのような地域資源マップが欲しいとかいうようなこと、もしございましたら、ご意見としてお願いできると部会の進行にプラスになるのではないかと思います。いかがでしょうか。

きょう、初めてだったかと思いますが、神子委員、いかがでしょうか。突然で申しわけないんですけれども。もう、ざっくばらんにどうぞ。気がついたことがあったら、お話しいただければと思います。

【神子委員】 多摩市と練馬区のマップのことでよろしいですか。

特にはないんですが、先ほど会長が言われたとおり、つくりが多摩市と練馬区が異常に違うというか、それがちょっと気になった点ぐらいですかね。特にこうしたいとかあしたいというのは、今の段階では特にございません。

【長嶋議長】 ありがとうございます。おそらく地域資源マップから拠点モデルについて、どういうふうな成果を還元される、あるいはそれを活用して、より実際の対応に関して、いろいろご経験があるかと思いますが、この辺に関して家族の会からいかがでしょうか。ご意見、もしありましたら。よろしいですか。あるいは公募委員の中からどなたか意見ございますか。データがたくさんあるのでぱっと、この場で意見をまとめていただくのが難しいかもしれませんが。

どうぞ、坂口委員。

【坂口委員】 坂口でございます。マップそのものではございませんけれども、先日私も事業者がかかわっておりましたケアプランを立てていた方なんですけれども、認知症高齢者の日常生活自立度 度の方が亡くなったんです。なぜかという、ひとり暮らしで家に帰ってこれないというのはすぐわかったわけですから、その方、生活保護を受けておられるのですぐに行政に注意しましたのに、行政が何も動かない。私どもは警察、110番すべてに搜索願を出しまして、それで多摩川べりとか、その方の行きそうないろいろなところに手紙を配るとか、写真配ったりとか、そういう全部したんです。

行政のほうにも、私どもは生活保護の方の履歴とかいうものは来てないわけです。どこ

に住んでいらっしゃるかも全然わからない。それがケースワーカーの人が1週間だけ休暇をとっているからって言ったんですけれども、ほかの人は全然動かなかった。私どもはできるだけ動いたんですけれども、やっぱり交通事故で夜中に亡くなって、それが私どもが出していた搜索願でわかったんです。

ですから、私はマップをつくるに当たりまして、警察は私どもが出したことについても、随分関心を持ってくださったんですけれども、行政との連絡ができていない。生活保護の方に対して、どこら辺までケアするのか、だれがするのか。いつも一番心配なのは、最後にだれかがするだろうというのが一番いけないと思うんです。そこら辺のところ、マップでここに連絡してくださいとかっていうふうにはあるんですけれども、実際のところが欠けていて、ほんとうにつらい思いをしましたので、さっき和田さんがマップが1つのエリアを越えるというふうにおっしゃいましたけれども、私どもも一応全国手配みたいにしたわけなんですけれども、お住まいの区内で亡くなっていたんですけれども、そういうことも含めて、マップづくりの難しさというのは一概には言えないかなと思っております。

【長嶋議長】 貴重なご意見ありがとうございました。マップのつくり方もさることながら、実際に活用する場面でさらに今、幾つかご意見いただきましたけれども、検討するというか、何を準備し、どういうふうなネットワークにするかということは大変難しいと思うんです。

また、突然でご迷惑でしょうけれども、玉木委員のほうから、医療に関して、今の急病とか治療を要するということに関連しまして、マップ、地域資源と拠点モデルに関連して何かご意見いただければと思いますが、いかがでしょうか。

【玉木委員】 マップに関しては、かつて隔離と抑制と拘束、そういったケアが行われていて、それがその人の生活を継続していくことと、人とのかかわりを保つこと、生活支援をきちんと入れていくというケアに転換してきているわけで、その人らしい暮らしができるようにということなんでしょうけど、そのものの理念を書いているところがないので、全体を読めばそうなんだと思いますけれども、その温度差というのはかなり地域でも違いがあるし、地域資源そのものにそれがあらわれているんだと思うから、地域資源がないから書きようがないというようなところも現実としてはあると思うんですけれども、その辺の最初のどういうふうな多様な事業者や多様な職種、あるいは普通の住民の方々はどういうふうな認知症の方々を協働して見守っていくかということが、そういうことが書いてあってもいいかもしれないなと思ったこと。

医療機関に関しては、多摩市のほうでは書いてありますよね。これ、認知症の対応力向上研修を受けた医療機関を明示してあって、ある程度基本的な対応ができるということが書いてあります。早期診断が必要である。医療と生活支援が一元的に提供される方策を自身やご家族がお持ちになること、それにはかかりつけ医を持つとか、そういうことですよね。認知症の医療支援部会でいろいろやっておりますけれども、やはり認知症そのものに対する医療、認知症そのものの非常に混乱した状態に陥ったときの救急と、認知症を悪くしない、あるいは認知症の人がほかのご病気になったときの医療というのは別に考えていかなければいけないので、その辺のことも少し地域資源の中を整理していく上で、整理して情報を提供してあげられればなというふうに今思いました。いきなりはいろいろ大変だと思いますので、こういったものを、いかに地道に情報を更新して、皆様に訴えかけ続けていくかということが一番重要なのではないかと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。これはあくまでも暫定版ということで、まだ進行中でございます。そういう意味で、貴重な意見幾つかいただきましたけれども、林委員、いかがでしょうか。また振って申しわけないんですけれども、どなたがこれをやっても隅々まで使い勝手のいい、「これ、助かった」とか、そういった事例が出てくるとまた次に進みやすいのかと思いますけれども、いかがでしょうか。

【林委員】 いずれの意見もそのとおりと思って聞いておりました。この2つ、多摩市と練馬区でかなり違ったタイプのものができておりますが、これはモデル事業としてはよかったんじゃないのかなと思ひまして、これ、ほんとうにかなり両極端だと思うんです。ですから、これから各地域でこういう資源マップについて取り組むときの、1つだけではなくていろいろなやり方があるということであると思います。

それから、今、玉木委員からご指摘のあった、そもそも何のための資源マップかということ、こちらの坂口委員からもご意見がありましたように、マップをつくってこれを配布するということは、一方で責任というんですか、それを伴うわけだし、この中に情報として載っている資源、これは事業者だったり医療者だったりするわけなんです、単に名前が載っているというだけではよくなくて、やはりここに、地域資源マップにリストアップされているということの意味をすべての地域資源が認識していくということが大事だろうと思ひまして、単にこれはマップだけでは済まない、これを支える理念とか組織も重要であるなというふうに思ひました。

以上です。

【長嶋議長】 どうもありがとうございました。私個人としては意見を言わないほうがいいんでしょうけれども、やはり和田委員が先ほどおっしゃいました個人情報と、せっかくいいものをやろうとしていて、それが悪用されるみたいなことになると大変困るなど、今指摘されてドキンとしたんですけれども、これについてもまたご検討いただければと思います。どうもありがとうございました。

それでは、もう一つの専門部会でございます医療資源部会では、認知症と身体症状の双方の症状に応じた切れ目のない医療支援体制ということをテーマにしまして検討を進めていただいております。それでは、部会長の繁田委員から検討状況についてご説明をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【繁田副議長】 それでは繁田のほうから説明をさせていただきます。資料3、右肩に資料3と書いてございます大きな紙、これを中心にご説明をいたしますけれども、参考資料がございまして、ずっと後半のほうになりますけれども、参考資料3というものがございまして、「中等度の段階で必要とされる医療のまとめ」ということで、当初どんな問題が中等度の認知症の方が抱えていらっしゃるかということが中心に書かれてあります。続きまして、参考資料3(1)というところが、前回にもご紹介いたしましたけれども、実態調査、その中から中等度の医療を考えるに当たって、関連がありそうなところを抜き出したものでございます。もう1枚、参考資料3(2)、認知症の初期の段階から最後、終末期といわれる段階まで、どういう経過でどんな問題が起こりやすいのかということが書いてあります。

それでは資料3に戻っていただいて、説明をしたいと思います。「検討項目及び開催実績」と書いてございますように、今ほど議長のほうからご説明がございました。認知症の症状と身体症状、それぞれに応じた体制とは。どんなふうに理想的な形に近づけていこうかという議論でございます。開催実績はごらんのとおり、2回の会議に関しましてご報告をさせていただきます。

まずは去年、復習をさせていただきたいと思います。左側に19年度の成果というところがございます。ご存じの委員の方も多いかと思いますが、この点に関しまして、坂本課長のほうからご説明をいただきたいと思います。まずお願いいたします。

【坂本幹事】 はい。左側のところの19年度の成果のところをごらんいただきたいと思います。19年度に部会を立ち上げましたので、まず部会における議論の進め方について決定をしております。先ほど、繁田委員から参考資料3(2)という形でお示しがござ

いましたが、認知症、身体症状の双方について時系列に検討していくということで、１９年度につきましては、ＭＣＩから軽度というところまで、２０年度につきましては中等度以降、終末期までという形で、時系列に検討していくということが、まず方針として決定しております。

そして、それぞれ、１９年度ですのでＭＣＩ～軽度における、各段階で必要とされる医療についての基本的な考え方を整理しております。まず、受診までのどのような一次的な相談体制や受診を促す方法といったことを、まず基本的な考え方を整理をし、実際に診断治療に至った段階ではより迅速に、的確な診断へアクセスするための方法ですとか、本人、それと家族の負担感の軽減等、医療資源の有効活用の双方を実現するにはといった考え方について整理しております。

また、実際に医療をだれがどのように担うのかということで、役割分担の確認ということで、そこに書いてございます本人・家族、相談機関等関係者、かかりつけ医、認知症専門医・専門医療機関、一般病院、行政という、それぞれがどのような形で受診まで、診断治療、それぞれの段階でどのような形で役割分担を担えるのか、そういった確認をしているところでございます。

そして、実際に軽度の段階における考え方の整理につきましては、第３回推進会議の中で報告をさせていただいているところでございます。

あわせて東京都認知症専門医療機関実態調査を実施しましたので、これも参考資料３（１）に抜粋をさせていただいておりますが、調査結果についてのご説明をさせていただいております。

なお、あわせて１９年度の成果といたしまして、認知症サポート医フォローアップ研修の事業化に向けた議論をしております。認知症サポート医研修につきましては、平成１７年から１９年まで実施、１００余名ほどの方が受講されました。医療支援部会での議論を踏まえて、この方々のさらなるフォローをということで、今年度につきましては、研修カリキュラム等について検討をしているところでございます。そして、来年度から研修受講者の方々を対象に研修を実施する予定でございます。

１９年度の成果については以上でございます。繁田委員、よろしくお願いします。

【繁田副議長】 ありがとうございました。それでは２０年度の検討状況をご説明いたします。整理事項というところをごらんください。ここに関しまして、次に説明する前に少し昔の話を出したいと思うんですけども、参考資料３をちょっとごらんいただけます

か。

実は中等度と申しますのは、皆さん方よくご存じかと思いますが、近くの周囲の人がだれでも気がつくように、はっきりと認知症の症状が出て、さまざまな問題が起こってくる状況であります。ご本人もかなり余裕がなくなりますし、混乱も強くなりますので、精神面での症状も、あるいは行動面での変化も強くなるという状況です。そこで指摘されました問題が、縦に3つ、大きな四角で細かく書いてあるマルが真ん中、やや右寄りです。

例えば一番上の四角にマルが幾つかありますけれども、例えば2つ目、周辺症状が激しい時期は——すなわち幻覚であるとか妄想である——そういった精神面での症状が激しい時期は、医療とか介護の必要が高まるけれども、なかなか受け入れ先がないという問題。あるいは3つ目のマルですと、そういった症状に対応できる医療機関も限られてしまうと感じています。3番目のマル、また、仮に対応してもらったとしても、対応には非常に違いがある、差があるということ、これは認知症の理解についてというふうに理解していただくとうろしいと思います。差があるということです。

2つ目の四角でマルが4つありますけれども、2つ目。実際に精神面での症状とはいっても、さまざまな体の不調からくることが多い。ですけれども、医療機関のほうでは、そういった身体の病気の治療ならいいけれども、そういう症状があるとうちの病院は難しいというような形で断られてしまったり、あるいは介護サービスのほうからは、体の病気があるのであればサービスは遠慮してほしいということになる。そういったご意見。3番目のマル、実際に体の不調が関係していることが多いので、広く、一般のかかりつけ医の先生方も精神症状だからということで、そこで見切りをつけてしまわないで、もしかしたら何か体の病気があるのではないかという視点で見てくれないかという意見。

3つ目の四角では、例えば上から3つ目のマル。認知症であるがために、病院での体の病気の治療を断られることがある。1つ飛ばして5つ目でしょうか。実際に、高度な治療、あるいは医療検査機器が必要かという決してそういう状況ではなくて、ごくごく特殊な治療ではない、比較的短期間の、しかもそんな複雑な治療ではない対応で済むような体の病気が原因となっていることが多い——例えば脱水。ですから、広く一般の医療機関でかかりつけの医療機関も含めて対応してできるものが多いのではないかという意見。一般の医療機関で、実際に治療を受ける場合でも、認知症を見ていない、ふだん認知症を専門としていない医療機関ではなかなかそれに対しての理解が得られなくて困ることが多い。認知症に対応している医療機関とそうでない医療機関の違いが非常に大きいということ。そ

の次のマル、実際に入院させてもらったとしても、ほかの入院している患者さん、あるいはご家族からクレームが出てしまう。非常に居づらい。肩身の狭い思いをするということ、そういったことが背景にあります。

何度もすいません。資料の3にお戻りください。こういった状況をどういうふうに検討しようかというところで、まずは、いろいろな問題が起こるときに体の問題、精神面での認知症の症状の問題があるんですけれども、緊急の場合と緊急でない場合に分けてみようということで、検討することにしました。緊急時ではまずどういう場合があるかというふうにありますと、2つに分けることができました。

1つは、以前から医療なり介護なりをもう活用している、利用している。だけれども、だんだんに——だんだんではないにしても——認知症の症状が強くなってしまって、緊急に対応しなければならない状況に至ったという場合。もう一つは、それまで医療も介護も利用していなくて、突然にほんとうに問題が起こってしまうケース。2つに分けられる。

今ほど2つに分けました、その2つ目に関しては、そもそも医療、あるいは介護であれ、ふだんからのサービスにつなげる仕組みの必要があるだろう。そちらのほうは一たん置いておきまして、医療支援部会では、既に医療機関を利用している、あるいは介護サービスを利用しているけれども問題が起こってしまったという場合について検討すべきだろうというふうになりまして、その下に二重の四角でどんなふうに分類できるかというのが整理してあります。

緊急時というものを(A)と(B)に分けまして、今ほどの(A)に関して、日ごろから利用しているけれども、問題が起こってしまった場合について取り上げることにしました。3つに分けることができます。1つは、もちろん体の病気と認知症の症状、周辺症状両方が絡み合うことが多いんですけれども、主に体の病気のほうの緊急度が高い、あるいはそちらに対して早急に対応しなければいけない場合が。周辺症状、精神症状に関する問題が大きい場合が。、それまで介護、ご家族、あるいは介護の方が頑張ってきてきたけれども、ついに限度を超えてしまって、ご家族がそれ以上対応できなくなってしまう場合ということで、3つに分けました。

一番右側の点線の四角をごらんください。この3つに関して考えるということが医療支援部会の差し当たって重要な役割だろうということで、今ほどご説明しました中等度の緊急時にはこういう3通りがある。

2つ目の丸でございます。支援に当たってどういうふうを考えるかということで、まず

の場合。実際に体の病気が起こった場合、仮に精神症状があって、その治療のためにほかの病院では入院できないのであれば精神科だろう、精神科の病院しかないのではないかというふうに考えられる場合も結構あるのかもしれませんが。ただ、やはり精神科では身体疾患の検査機器にしる、治療薬にしる、スタッフの知識にしる、やはり不十分であろうと。精神科での治療というのはやはり困難だろう。そうしますと、やはり一般の身体疾患を診てくれる病院のほうで受け入れてもらわざるを得ない。そのためには、今、病院に行っても、認知症があるんだったらご遠慮願いたいということではなくて、少しでも認知症に関する理解をもっていて、受け入れていただくことが必要なのではないかという考え方に至りました。

周辺症状が悪化した場合ですけれども、これに関しては実際に非常に激しい症状が出てしまう。そうしましたら、入院をせざるを得ないのかもしれませんが、多くの場合には体の病気と違って逆に周辺症状というのは周囲から見えることが多い。それが専門的に幻覚であるとか妄想であるとか、どういう症状名がつくのかは別にして、変化には一番早く家族が気づくはずであります。ですので、これに関してはできるだけ早目に相談をする習慣なり、相談をするくせをつけていただくのがいいのではないかと。相談をされれば、かかりつけ医にしる、専門医にかかっている場合には専門医にしる、早目に対応し、その先の対応なりルートを考えておくということが必要なのではないかということになりました。

実際に入院せざるを得ない場合にはもちろん入院になるだろうと思いますが、どういう入院がいいのか、どこに入院するのかということよりは、早目に対応する、そういう姿勢なりスタンスなりを医療機関も、あるいは認知症を診ていただいているご家族にもそういった気持ちを持っていただこう。それが必要なのではないかという考え方になりました。

3番目でありますけれども、ここに書いてあるのは言わずもがなのことですけれども、実際、介護者の方が疲弊をしてきますと、余裕もなくしますので対応の質は落ちます。症状は当然悪くなります。そうしますと、さらにご家族の疲弊も強まるということで、介護の限度を超えた場合にはまずは休んでもらわざるを得ないだろうということで、1つありますのは、地域はごく限られますけれども、緊急で利用できるショートステイ等があるのではないかと。そのほかにも家族が何らかの形で少しでも休息をとるような方法がないかという考え方。

こんな3つの考え方に至ったところが現在の検討状況でございます。具体的にどういう形で、例えば一般病院のスタッフの方に勉強していただくのか。あるいは、そのほかの具体的な方策については、現在検討中でございまして、できれば次回のこの会議でご報告をさせていただきたいというふうに思います。

一番下の現在の検討状況というところでございますけれども、一番下のところに、さらに現在、中等度の具体的な対策を検討しておりますけれども、その先、年末から年度末にかけてまして、高度に至った方に対しての医療のあり方、終末期の方に対してのあり方というのも検討したいと思います。もしよろしければ、きょう、この席でそういった状況に対しての要望でありますとかご意見などもいただければというふうに思います。どうかよろしくお願い致します。

【長嶋議長】 ありがとうございます。繁田委員のほうから今言っていただきましたけれども、ただいまのご報告に対しまして、何かご質問その他ありましたら、ぜひお願いしたいと思います。

どうぞ。

【和田委員】 たくさんご質問したいこととか言いたいことがあるんですが、かいつまんでちょっとだけにしときたいと思うんですけれども、医療支援部会の中の議論で、そもそも医療の側の認知症に対するとらえ方がこのままでいいのかという議論があったのかどうかということが、僕はとても気になるんです。

例えば、わかりやすく言うと、中等度というのが当たり前のように使われるんですが、何をもって中等度かというのは非常にあいまいになっているんです。これは例えば医者の世界でいえば、例えば、長谷川式スケールが4点だとか6点だとか10点だとかという話はさておいて、中等度や軽度や高度やという言葉だけが市民の中にどんどん流れていくと。そうしたら、市民はこのことをもって、あの人は中等度の認知症の人だというふうに言い出すと。それは非常にエビデンスとしては非常にあいまいなままに、そこには言ってみたら人に対するランクづけをすると。それは非常に差別的な思考につながるのではないかみたいなことをものすごく危惧しているんです。

つまり、医療の側にもっと人権意識みたいなのがしっかり根づいて、その上で認知症についてのとらえ方をきちっとしていくということが大事なんじゃないかという、つまり今までの到達点といいますか、今の部会の到達点のままでこのことを語っているとしたら、それはどうなのかなというふうには、これは僕は問題提起としてさせていただきたいのが

1つ。

議論の中でぜひやっていただきたいと思うのは、医者が医者にもものを言うことだと思うんです。医者が医者になかなかものを言えないんです。適切な医療を提供できているかどうかという検証がものすごくできないというのがあって、例えば、僕のところのグループホームの方が東京都の老人医療センターに行ってたんですが、やっぱり遠くて、近くの病院に変えたんです。そうしたら、かなり状態が悪化してきたということで、僕は統括的な仕事をしていますので、報告がありまして、元の主治医、東京都の老人医療センターに戻したんですが、東京都の老人医療センターの医者に怒られまくったんです。「こんな薬を高齢者に使わすな」というふうに怒られたんですけれども、医者に僕らが怒られる筋合いはなくて、それは医者の中で解決してくださいよと僕は言ったんです。

適切な医療が提供されていない中で、実は重度にされている人がいっぱいいてということとを、ちゃんと医者の中で検証することがすごい大事なことだというふうに僕は思うんですが、それは一般市民ではできないし、僕ら介護職みたいな者でもできないし。それは医療の倫理といいますか、何と言っていいのかわかりませんが、やっぱりそこは議論されていいんじゃないかなと。

東京の医療機関というのは、やっぱり、適切な医療を提供できるような仕組みがきちっとあるといえますか、そのことにどうつなげていくかというのはものすごい大きな課題だというふうに思うんです。

もう1点は、これは制度の枠を超えていくんですが、市民感覚で言えば、今まで自宅にいて、玉木先生に往診を受けていて、訪問看護ステーションは鈴木さんのところから来てもらっていたと。ところが、僕が玉木医師や鈴木さんから医療を受けていたのに、特養に入っちゃうとズボッと切れちゃうと。僕の市民感覚だったら今までどおり玉木先生が来てくれると言うんだから、玉木医師にして、特養に移ろうがグループホームに入ろうが診てもらったらいいじゃないかというのが、僕の普通の市民感覚なんです、そういう仕組みになっていない。なっていないにもかかわらず、この国は認知症にとってはなじみの関係が大事だとか、なれた関係が大事だとかいう、非常に矛盾したことを言うんです。

そういうことを東京の中でしっかりと考えていくといえますか、今までどおりなれた先生にかかれるんだとか、訪問看護が受けられるんだよというような仕組み、システムのほうを、方向をきちっと検証していくということも、1つは、とても大事なんじゃないかなというふうに思います。

気づいたことはその3つだけです。よろしくお願いします。

【長嶋議長】 ありがとうございます。よろしいですか。

【繁田副議長】 差別しているように聞こえてしまうのは言い方も悪いのかもしれませんが、いけれども、いわゆる軽度、中等度、高度というのはきちっと発信をしていかないといけないんですけれども、基本的にはA D Lで分けております。ですから中等度というのは基本的なA D Lに障害が起こってしまって、部分介助が必要になった段階というのが定義でございます。こういった形で分類するのはあくまでも便宜のためで、それぞれに必要な治療であるとか、中心として使われる薬の種類も含めて、あるいは必要な医療機関というのが違いますので、おそらく全部をまとめて一遍に議論することは事実上できなかったという事情があります。

一番初めに、先ほど、医療は医師以外の人にも評価してもらわないといけないって、まさにこの医療支援部会は医師も三、四名ぐらい入っていますが、それ以外にも包括支援センターでありますとかユーザーの立場から、あるいはグループホーム、さまざまな立場から意見をいただいて、そういう方が積極的に要望なり希望なりを言っている部会だというふうに私は認識しておりますし、私自身もそれを一番に意識して運営をしているつもりです。

そこで出たさまざまな意見があまりにも数多くて、それは多分今までこういうことが議論されたことが日本でなかったんじゃないかと。積みもり積もった皆様のいろいろな思いが一遍に出てきて、それをどういうふうに整理をしていくかというときに、1つの方法として、まず軽い軽症の段階ですから、この段階では早目に受診してもらうこと。放っておかないこと。ご家族に、そのときに気をつけてもらうことというのを知っていただく、そういうところを中心に、ここでは議論していこう。

少し進んできてしまった場合には、精神面での症状も出てくるし、体の病気も、ご本人は十分にコントロールできない。そういうふうになりますと、割と議論がしやすいので、それですということ。中くらいだ、重症だとかということで、一般の方々にそういうふうに言われた方が悪い印象を持ってしまうということであれば、今後とも表現には気をつけていかなければいけないというふうに思います。

医療の評価ですけれども、先ほども少し触れましたけれども、今後とも、取り巻く医師以外の方たちの意見であるとか、要望というものも真摯に受けとめて、今後の体制を考えていきたいというふうに思っております。

あと、もう1点、制度の問題でしたっけ。すいません。ごめんなさい、もう1回お願いできますか。申しわけございません。

【和田委員】 制度の問題なんで、制度に踏み込んでいかないといけないと思うんですが、今、先ほども言いましたように、自宅でいらっしゃるときに、A先生の往診を受けていた、Bの訪問看護ステーションを受けていた。それが特養に入ったりするとぱたっと切れてしまうわけです。だから、関係を継続していくことが大事だとか、なじみが大事だとかいろいろなことを言うんですが、システムがそれに追いついていないと言いますか、ぱたっと切っちゃうと言いますか、だれがどこでそんなところに抵抗しているのか、僕にはわかりませんけれども、やっぱり利用者にとって、都民にとって考えたときには、それが継続できる道があるということがとても大事だと思うんですが、道そのものがないということについて、医療支援部会のほうでも、これはおかしいんじゃないかみたいな議論があるのか、ないのかということだけでいいんですけれども。

【繁田副議長】 要望はありました。それに対して、継続的な医療を受けることができないことに対してのつらい思いというののご発言はありました。実際に、そういう施設から通ってこられる方は受診可能だと思いますけれども、さっき、医療センターというのが出たので、医療センターで叱ったのは私じゃないといいなと思いながら意見は聞いてたんですけれども、通ってこられるときに、ご家族が何とか施設のほうでお薬をもらうふうにできませんかねという要望を受けて、施設の嘱託医にお願いすることもありますし、きょうも午前中やったんです。きょうも施設からちゃんとご家族が連れてこられて来る方もいらっしゃると思います。ですから、訪問の場合には、やはり、実際にそれは玉木先生、事情はご存じですか。

【和田委員】 というか、結局、往診を今まで受けていた、そのお医者さんが、施設に入ると継続して入ってこれないんですよ。

【繁田副議長】 施設に入ること、施設がやっぱり抵抗があるんですかね。

【和田委員】 そういうシステムになってないんですよ。

【繁田副議長】 なってないです、なってないですね。

【和田委員】 そういうことの課題とかは出なかったのかなというふうに。

【繁田副議長】 お願いします。

【玉木委員】 和田さんの問題提起に全体像として答えたいと思うんですけど、今あった提案や課題はすべて踏まえた上で議論していますので、そういった落ち度はありません。

参考資料 3 (2)、一番最後の資料を見ていただきたいんですけども、先ほど、外来の初診なりで診断があったときに、ご家族の前等で本人に予後まで説明していいのかという疑問があると言われました。あれが私の考えではすべてを物語っているのであって、予後の結果まで説明をきちっとできない医療者と、それを受け入れることがまだなかなかできないご家族や本人と、両方に問題があるわけですね。

あくまで、認知症という病気になって、認知症の人が自分自身を理解し、今後何が起きていくのか、どういうふうに生きていったらいいのかということを主体的に理解して生活し、そして人生の終末を迎えていくという療養者が主体なわけだから、医療者はそれに対してできるだけ専門的な努力をもって対応していく。あるいは、生活支援をする方々、さまざまな方々との連携を果たしていく中で、医療をどう提供していったらいいかという課題を考えていかなきゃいけない。

この表は、今一番私どもが使っている表なんですけど、これは起きることが医学的な用語で書いてありますけれども、ほとんどのイベントはこれで網羅されていると思います。極端なことを言えば、これは医師の側や医療者がこういう経過をきちっと理解すること。言葉は同じでなくてもいいですから、療養をこれからしていくご本人やご家族、あるいはその方を医療以外の面でケアされていく方々も、こうした同じ絵をきちっと見ていただくようにしていくことをしないと、一元的な医療と生活支援、あるいは人生の終末の支援というものはなかなかできないので、これが最初の早期に認知症を診断した段階、された段階で、この絵をいかに、少しずつご理解をいただいて、これからどういうことが起きるのかをご自身でイメージしながら、自分自身の最後の人生の意思決定をしていただく。

レーガン大統領のことは、よく、僕、何回も言いましたけれども、自分がどうなっていくのかというおそれの中で、自己決定をできるだけして、そして、好むと好まざるとにかかわらず、認知症という診断を受けて、それが正しければ、認知症の種別にもよりますけれども、10年前後でこういう経過をたどることは明らかですね。最後は終末期を迎えると。そのときには、ご自身の判断等はなかなか難しくなる。ここに、さっき、和田さんが最後に言った課題が出てくると思うんです。生活環境を継続していく、人とのかわり合いを継続していくという中で、10何年かの人生設計を、ぜひ療養者とご家族自身にしていきたいんですけども、今は、ある箱に人を分類して、そこで受けているケアや医療の内容が違おうと。病院に入ってしまうと、なかなか身体拘束のないケア自体ができない。グループホームと老健と特養で医療の内容が違おうし、診る医者もスタッフもみんな

違うということ自体は非常に矛盾だと思っています。

ですから、高専賃のように、どういう状況の人が入っても、そこにその人が必要な医療と介護や生活支援がきちっと行くというのが理想だと思いますし、いわゆる認知症の先進国というのは、そういう、日本でいう認知症の在宅医療に当たるんだと思いますけど、そういう基盤がしっかりしているというのが、まだまだ日本との違いというか、私たちの国の違いなんです、それについては、これはがんの緩和ケアであろうが、認知症じゃない方々の終末であろうが、同じ課題を今抱えてしまっているんです。ですから、在宅に対する、あるいは暮らしの場に対する適切な医療の提供というのは非常に課題だと思います。

これはまだまだ医師の側や医療者の側にも、全員が同じ絵を見て、同じ理念でやられているわけじゃないんですけれども、そこについては、今回問題をきちっと医療部会で整理した上で、課題としてはきちり挙げていって、それを実現していく方向に持っていきたいと思っています。

今、サポート医は104人と言いました。ことし50人増やします。これは各地区でリーダーとなる医師です。さらに3年計画で、今3年目に当たりますけれども、かかりつけ医対応グループ向上研修、先ほどの多摩市の研修を受けた医師の表が出ておりましたけれども、これは今、約1,800名。ことし最終年に当たって、何とか2,500から3,000近くまでは一定の研修を受けた者を各地区におられるようにしたいと。

先ほど言っているように、急性期の医療を担う人たちが、ほんの数日の救命救急の時点でも認知症の対応ができないということでは困りますので、その方々にも認識を持っていたきたい。ほんとうの救命救急というのは、これは別に認知症があろうがなかろうが、意識がなくて来ているとか、心筋梗塞があるとか、そういうものについては隔たりなく対応しているはずですので、私どもについては、それ以外のものについて、できるだけ普遍的な医療が受けられるような状況をつくっていききたいというふうに思っています。以上です。

【長嶋議長】 ありがとうございました。今の玉木委員からのご説明で、大変私自身も先行き、この議論を詰めていただいて、ほんとうに安心してとれますか、東京都の中で認知症であらうがなかろうが、医療部会でそういった議論までしているというのは大変心強く感じました。どうもありがとうございました。

この辺でよろしいでしょうか。

そうしましたら、次の議題に移りたいと思います。議題の4です。「若年性認知症の支援

策の検討について」に入ってもらいたいと思います。議題の４に入る前に、今、都の認知症対策の推進状況について簡単に振り返ってみたいと思います。

東京都では、総合的な認知症対策の推進に取り組むことを目的といたしまして、昨年７月に東京都認知症対策推進会議を立ち上げたところでございます。第１回の推進会議におきましては、まず１番として普及啓発の継続、２としまして「面的」支援仕組みづくり、３としまして切れ目のない医療支援体制の構築、この３つを当面取り組むべき課題として整理いたしました。仕組み部会、医療支援部会の設置を決めたわけです。

また検討の資料とするために、生活実態や医療機関の状況の調査についても順次行いたいという報告もございました。そして、部会を設置した時点、すなわち仕組みづくりから医療支援につきましては、本日、報告や議論をいただきましたように、部会では検討や支援対策の具体化を目指しまして２年目に入ったところでございます。

議題の４に関しましては、これに加えて、新たに若年性認知症の人に対する支援策の検討をしていこうということでございます。新たに検討していく趣旨、検討の進め方、またはその方向につきまして事務局からご説明をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 資料４の「若年性認知症の支援策の検討について」をざらんにいただければと思います。

まず若年性認知症とはということで、一番上のところに整理をさせていただいております。若年性認知症につきましては、さまざまな言い方があるかと思いますが、ここでは６５歳未満で発症する認知症ということで、最大公約数的にこのような形で整理をさせていただいております。ただ、定義やいろいろな考え方があるということは踏まえて整理をさせていただいております。

といたしまして、若年性認知症の特徴ということでございますが、非常に有病率が低いということでございます。右側の参考、東京都における認知症の人の推計値をざらんにいただければと思います。まず、若年性認知症、冒頭、６５歳未満で発症するということで、一応定義をさせていただいておりますので、東京都におきます６５歳未満の人口ということで、１,２４３万３,０００人でございます。これにつきましては、左側のところの３、住民基本台帳による東京都の世帯と人口、平成２０年１月現在、東京都総務局の調査から数字を引っ張ってきております。

そして、若年性認知症につきましては、有病率でございますが、０．０２４５％から０．０

33.5%で、この数字でございますが、左側でございます 1でございます。平成19年度厚生労働科学研究における茨城県と群馬県の悉皆調査による推計値ということで、発病時及び調査時ともに65歳未満であった者の集計ということで、この数字を都に当て込んだという形になっております。そこで申し上げますと、若年性認知症の人の人数ということでございますが、人口10万人当たり24.5人から33.5人というふうに言われておりますので、この数字を1,243万3,000人に割合を掛けますと、これはあくまでも推計でございますが、約3,050人から4,170名ぐらいはいるのかなという推計でございます。

これを高齢発症の認知症の方と比較をいたしますと、人口のところ、65歳以上の人口でございますが、241万人、そして、有病率でございますが、6.7%。これ、また左側の米印のところをごらんいただきたいと思います。2のところでございますが、高齢者介護研究「2015年の高齢者介護」により、平成17年の推計値ということで、要介護、要支援認定者における認知症高齢者の数からの推計という形で、6.7%という数字を引っ張っております。これは65歳以上の人口10万人当たり、約6,700人ということで、これを東京都の241万人に当て込みますと、約16万1,500人という形になります。それで、右側のところの構成比をごらんいただきますと、若年性認知症の方の数を多くとって、約4,170というふうにとらえたとしても、都内の全認知症に占める割合で申し上げますと、2.5%、低くとらえますと、1.9%ということで、非常に若年性の認知症と言われる方々の発症している方が少ないという現状がございます。

こういった現状を踏まえまして、実際に患者の方、また本人・家族を取り巻く現状というのを医療、介護、家族、経済的にということで、3つの側面から整理をさせていただいております。

まず、医療・介護等ではということでございますが、やはり診断や要介護認定等に時間がかかるということ。これは若くして発症する方につきましては、例えば、日常生活動作等が下がってこないというようなこともあろうかと思えます。そういったことで、なかなか診断や要介護認定等に時間がかかるということ。その間に認知症が進行してしまう。非常に進行が早い人がいるという現状があります。そして、上のところでごらんいただいていますように、非常に少ない発症ということで、なかなかノウハウの蓄積がない等により、なかなか適切な診療や介護サービス等を受けることが難しいという現状があるのではないかと。

そして、家族の面から整理をさせていただきますと、やはり繰り返しになりますが、若年性認知症についての情報が少ないということで、利用できる制度等についてを知ることがなかなか難しいという状況がございますから介護期間が長期にわたり、家族の負担が非常に大きい。また、介護保険サービスには、やはりサービスを提供する時間的な制約がございます。そうしますと、在宅で介護している家族の方にとりましては、介護そのものも負担でありますし、就労等も非常に困難になってくるといった現状がございます。

また、経済的にもというところでございます。上のところと重なる部分もございますが、発症や介護により、家計を支える働き手を失ってしまう。また、養育の必要な子供や介護を要する親がいた場合、経済的な負担がさらに大きいという現状があるかと思えます。

右側の矢印のところの2つ箱がございますが、制度的にはどのような形になっているのかということで、そもそも支援制度の対象になっていないために、支援が受けられない。これは例えば、介護保険ですと、40歳未満の場合、そういったサービスが受けられないというようなことで、支援の対象にならないことがあるといったこと。

下のところでございますが、対象にはなっているけれども、今の制度では十分な支援が受けられない。これは40歳以上で、要介護認定を受けていても、なかなか受け入れ可能なデイサービスが見つからない場合があるとか、こういった制度的な現状、制度と現状のミスマッチが今起きているのではないのかと。

ミスマッチの解消をするためには、やはり、高齢発症の認知症とは異なる若年性認知症の特有の課題に配慮、着目した支援策の検討が必要なのではないのかというふうに考えております。実際に、検討の進め方ということでございますが、東京都認知症対策推進会議の下に、新たに若年性認知症支援部会というものを設置いたしまして、そこで検討し、検討した中身につきましては、こちらの推進会議のほうに報告をし、随時助言をいただきたいと考えております。

検討項目といたしましては、若年性認知症の人・家族が現状では十分な支援が受けられない原因の把握ですとか整理、これをまずしっかり整理したいというふうに考えております。

また、この原因を踏まえまして、必要な支援策は何なのか。既存の制度の改善、新たな制度の構築なのか。そういったことの検討。その検討の結果、関係諸団体への提言ですとかが必要であれば、そういったことをしていきたいというふうに考えております。

検討期間でございますが、今年度から来年度の2カ年で検討していきたいというふうに

考えております。

委員構成といたしましては、学識経験者・医療関係者・介護事業者・家族会・行政関係者等で１０名程度という形で部会を運営していきたいと考えております。

また、左側にございます若年性認知症生活実態調査といったものを、今、集計しております。こういった調査結果等も部会の中に反映させて、検討を進めていきたいと考えております。

最後に、下のところのスケジュールでございます。本日、認知症対策推進会議第４回が開催されております。本会議の中で、部会の設置についてご承認をいただければ、１０月を目途に第１回若年性認知症支援部会を開催をしたいというふうに考えております。その中で先ほど申し上げました若年性認知症生活実態調査の調査結果について、ご報告をし、いろいろなご意見等を伺うと。そして、１２月ごろに第２回目を行いましてその内容につきましては、次回の東京都認知症対策推進会議を１月ぐらいに開催を予定しておりますので、ご報告いたしまして、助言、意見等をいただければと考えております。

私からは、若年性認知症支援部会の設置についてのご説明は以上です。よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 ただいま、事務局から専門部会として若年性認知症支援部会を設置することとしたいということのご説明をいただきました。まず、部会の設置について、委員の皆さんに諮った後で、さまざまなご意見をいただきたいと思います。若年性認知症支援部会について、設置するというところでよろしいでしょうか。もしよろしければ、拍手でいただきたいと思いますが。

（拍手）

【長嶋議長】 どうもありがとうございます。

次に、今度は部会の構成につきましては、要綱第４の７（３）及び（５）に基づきまして、委員及び専門委員は議長が指名することになっております。委員の案については、ただいま、資料を配付していただいております。それでは、委員案について、事務局からご説明をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 わかりました。今、お手元に委員名簿案をお配りさせていただいております。委員名簿につきまして、考え方につきまして、事務局の考えを説明させていただきます。

まず、先ほども申し上げましたとおり、委員構成としましては、学識経験者、医療関係

者、介護事業者、家族、行政関係ということで、ご報告をさせていただいております。

まず、学識経験者でございますが、認知症介護研究・研修東京センター研究企画主幹の小野寺敦志さんでございます。この方は認知症の介護実践研修テキスト等、多くの著書を執筆しておりまして、またPSWとして臨床経験も豊富といったこともございます。また、心理学等を専門に研究されているということで、この方をまず学識経験者の1人としてご推薦させていただきたいと思っております。

2番目の、斎藤正彦・和光病院の院長でございます。この方は、認知症の専門医として参画をしていただきたいというふうに思っております。また、この方は、先ほど申し上げました若年性認知症の方の課題といたしました生活支援といった側面にも造詣が深いといった点がございます。

そして、3番目といたしましては、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構、障害者職業総合センター主任研究員の田谷勝夫氏を推薦をしたいというふうに思っております。この方は、本年度から、障害者職業総合センターで、若年性認知症の方の就労支援ですとか、ニーズの実態を調査しているといったことがございます。ですので、そういった就労支援の面からもこの方をご推薦させていただきたいというふうに思っております。

医療関係機関でございますが、若年性認知症の方につきましては、発症時が若いということで、働いていることが多いということがございます。そうしますと、職場における早期発見など、産業医の方が果たす役割が大きいというふうに考えられますので、今現在の東京都医師会のほうに、産業医の方から推薦を依頼しているところでございます。

介護事業者から2名を委員として出したいというふうに思っております。まず、末延法子氏でございます。この方は主任ケアマネージャとして、また東京都介護支援専門研究協議会理事として活躍をされておりまして、介護事業者としての立場からご参画をしていただきたいというふうに考えております。

同じく、林田俊弘氏。この方、東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会副代表の方でございます。都内でグループホーム事業を展開し、認知症の人の地域生活を幅広く支援していらっしゃるということで、また、先ほど申し上げました連絡協議会の副代表ということで、事業者間の連携にも尽力をしていただけるということで、ご推薦をさせていただきたいと思っております。

家族代表でございますが、干場功氏でございます。この方は、若年性認知症家族会の代表として参画をしていただくということで、奥様の介護体験を持っていらっしゃるというこ

とで、家族の立場から若年性認知症という、現実にかかるさまざまな課題につきまして問題提起をしていただけるということで、ご推薦させていただきたいと思っております。

行政関係者でございますが、今、区の障害福祉課長会のほうに障害施策との連携といった側面から、委員のご推薦を、今、依頼をしているところでございます。

もう1人、国立市の福祉部の介護保険課長の高橋一成氏、これは介護保険による支援を行う行政の立場から、市の介護保険担当課長会のご推薦を受けて、この方をご推薦をさせていただいているというふうになっております。

事務局からの委員名簿の提案につきましては以上でございます。よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 各団体からのご推薦をお願いしている委員につきましては、この段階では議長あずかりということでご承認いただきたいと思います。と存じます。

それでは、もしご異議なければ、こういう委員の方でよろしければ、拍手でご承認いただきたいと思います。と存じます。

【土岐委員】 確認したいんですけど。

【長嶋議長】 はい。何でしょう。

【土岐委員】 確認で、幾つか。質問と確認。

【長嶋議長】 確認でどうぞ。

【土岐委員】 いいですか。

今、委員の名簿をいただきまして、この名簿の方は、今、我々がいる、ここの委員の方は入っていないわけですね。

【坂本幹事】 はい、入ってません。

【土岐委員】 ということは、ほかの今までの医療部会もいろいろな部会もそうなんですけれども、都民代表というのは入っていないわけですね。

【坂本幹事】 専門部会につきましては、例えば、今回の場合ですと家族代表ですとか、そういった実際に検討テーマにかかわりがある方、そういった方に参加いただいております。ですので、ほかの部会もいわゆる都民代表というような形でのご参加はいただいております。今回も同じ考え方で委員の推薦をさせていただいております。

【土岐委員】 ちょっと私が感じたことは、私は公募委員の土岐ですけれども、都民というのは確かに専門家ではないです。専門家ではないけれど、地域生活の中で生活する当事者であり、そういう意味で問題を共有するという意味からも、何か携わってしかるべき

かなと。そういう感じを持ったものですから。

【坂本幹事】 部会の運営につきましては、全て都民の方に公開し、実際に傍聴に来ていただいております。

また、必要に応じ、これは部会長の権限で、部会のほうに参加をしていただく、例えば、ゲストスピーカーというような形でご発言をいただくといったことも、もちろん可能ではございます。

【土岐委員】 確認しただけです。はい。

【長嶋議長】 どうもありがとうございました。よろしいでしょうか。

今のご確認も含めて、この委員の方々にお願いしてよろしいでしょうか。よろしいですね。

(拍手)

【長嶋議長】 ありがとうございます。

それでは、ただいま、部会の設置及び委員が決まりました。

この後は、部会を立ち上げて具体的な検討に入ることになりますけれども、各委員の方から、この部会に対するご希望ですとか、ご意見がありましたら、改めて、この場でお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。よろしくお願いします。新しい部会に対するご意見、この委員会からの委員の立場での希望、あるいはご意見です。今もいただきましたけれども、都民代表の方が入ったほうがいいのではないかと、これは次の部会長にお伝えしておきたいと存じます。坂本課長のほうからゲストスピーカーという言葉が出ましたけれども、必要に応じて、都民の方から改めてこういう方にお出でいただいて、建設的な意見、あるいは非常に具体的な意見を伺うのも部会を進めていく上で大変大切かと思しますので、どうぞよろしくお願いいたします。

よろしいでしょうか。

そうしましたら、本日最後の議題になりますけれども、普及、啓発活動の一環として実施しております、認知症シンポジウムの開催についてでございます。事務局のほうから、これはご説明いただければと存じます。よろしくお願いします。

【坂本幹事】 お手元にお配りしております、シンポジウム「認知症と向き合う」をごらんいただければと思います。東京都では認知症に対する正しい理解の促進といった面から、「世界アルツハイマーデー」を記念しまして、昨年度から９月にシンポジウムを開催しております。今年度につきましては、認知症のご家族の方ですとか、医師、介護事業者、

弁護士、そういった方々にご参加をいただきまして、認知症の告知を中心としたさまざまなお話をお聞きし、また、語り合っていただきたいというふうに考えております。開催日時でございますが、9月17日、水曜日、午後2時から午後5時ということで、東京都庁第一本庁舎5階の大会議場で開催をいたします。

冒頭、基調講演といたしまして、繁田委員に「認知症とその告知：知りたい気持・知らせたくない気持」ということで基調講演をしていただきます。そして、その後、「認知症と向き合う～「認知症の告知」を中心に」をテーマに、コーディネーターの繁田委員とそれぞれの立場からのパネリストの方にご参加をいただきまして、いろいろなお話、ご意見をいただく予定です。

認知症の方のご家族の方もご参加いただきますので、実際に介護をしている立場からのお話を聞かせていただきたいと思っております。

このシンポジウムにつきましては、8月29日までに、ファクス等で応募をしていただければと思っております。どなたでもご参加いただけますので、ぜひともご参加をよろしくお願いしたいと思います。私から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。これに関しては何かご質問ないですね。私からも委員の皆様、大変お忙しい時期かと思いますが、ぜひご参加をお願いしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議は以上でございます。5つの議題で進めてまいりましたが、何か、最後にどうしても言っておきたいということがございましたら、お願いします。いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

【内田委員】 ありがとうございます。内田と申します。よろしくお願いします。

先ほど、玉木先生のお話を聞いていて、私も認知症になったら、ぜひ玉木先生のような立派な先生に診ていただきたいとすごい思ったんです。

その中で、早期発見というお話が出てきたんですけれども、実は、先日、私の近所に住んでいる80近い女性の方が、かかりつけの先生に認知症の心配があるので診てください、調べてくださいということで、MRIをとっていただいた結果、大丈夫ですということで、東京都老人医療センター専門のほうに紹介状をお願いしたんですけれども、断られたということで、私は先生でも何でもなし一般の人間なんですけど、道を歩いていたら、たまたま母が認知症ということを知っておりまして、どうしたらいいかしらということで、私のところに泣きついてこられたんです。

その辺やはり、かかりつけ医の先生も、できましたら納得のいく説明をしていただくなり、情報を、80近い高齢の女性でもわかるような知識を与えていただけるととても助かります。それがまず1点です。

あと、もう一つ、薬に関してなんですけれども、実は、東京都老人医療センターのほうに私の母も診ていただいてお世話になっておるんですけれども、私は薬の知識、全くなくて素人で、玉木先生から言わせると勉強が必要だというふうに怒られそうなんですけれども、一時期妄想が激しい時期に、アリセプト以外にリスパダールという薬が出ました。もちろん受診のたびに、母の妄想的症状を、「落ち着いてきました」、「ちょっと出ました」ということで、ある程度もう落ち着きましたという家族からの意見から約1年ぐらいたっても、リスパダールのお薬の量が全く減らず、一時期多いときは1日3回処方されておりまして、これはいけないことかなと思ったんですけれども、私は勝手に、症状が治まっているので、数カ月後には勝手に薬をどんどん減らしてしまいました。ただ、ある家族会の方のアドバイスで、勝手に素人が減らすのは怖いよということで、先生に相談をしましたら、じゃあ、様子を見ながらやはり減らしましょうということで、結局約1年後にはお薬なくなりました。

その辺に関して、どのようなところで勉強したらいいか。お薬に関して資料がどこにあるのかという部分。勝手に素人が薬のことを勉強するといっても、なかなか難しい部分がありますので、例えば、病院の先生から簡単な資料がいただければ、その時点で、「ああ、勝手に減らしちゃいけないんだ」とか、「もう時期を見て、症状が治まっている」というふうに先生に伝えていても、先生から減らしましょう、なくしましょうという指示がない。じゃあ、この辺はおかしくないのかというようなところの判断までわかるようなものがないただければ、一般の介護者としてはとてもありがたいなというふうに思いました。

以上です。ありがとうございます。

【長嶋議長】 この場でお答えしてもらっていいかどうか迷うところですが、先生、手短かにお願いできますか。玉木先生。

【玉木委員】 それはもう、担当した医師が悪いんで、きちっと説明しなかったということに尽きちゃうと思うんです。専門的なことまで、何かいろいろお調べになって対応していただくのも、それは大変なことですから、それは医療者の側なりが要点はきちっと説明すべきだと思います。

特に、リスパダールとか、やはり急に切るのは危険なこともございますし、使い方とい

うのは、個別の状況によってさじかげん等もございますので、ここで、それがいい、悪いってことは論じられませんが、基本的な、そのお薬を使っている間どのようなことを見守っていただきたいか、どのようなことが副作用などのサインであるかどうか、いつまで継続するのか、それをどういう指標で決めるのかということは、医師の側は持っているわけですが、それをちゃんと伝えてないというようなところがあるんだと思いますので、それは反省しておりますので、そういうことがまたないようにできるだけ医師に伝えていきたいと思っています。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

【繁田副議長】 30秒だけ。

勉強されたいということなんですけれども、リスパダールという薬が認知症のそういう興奮とかに使うのは、保険診療上認められていないんです。つまり正しくない使い方をしているんです。

ただ我々は、ご家族に我慢して聞いてあげてください、見守ってあげてくださいでは、家族がもたないと思うので、あえて適用でないお薬を使っている。ですから、正式にはそういう情報というのは、おそらく出ていない。厚労省に対して、この適用症を認めてくださいと、ヨーロッパのある国では認められていますと、認知症の興奮でご家族がどれだけ困っているのかという、ただそれでもいつものごとく、厚労省が「まあまあ」ということでずるずると。製薬メーカーも、既に我々はもう使ってきているので、お金もうけにならないので、あえてそのための開発はするつもりもないんです。ですから、そういうひずみの中で起こっている問題の一面もあるというのもご理解いただければというふうに思います。

【長嶋議長】 大変生々しいお話になりましたけれども、最後に、医療部会でもサポート医の研修その他に、ぜひ玉木先生も含めて、こういったことを再教育というんですか、現役の方にぜひお伝えして、患者を抱えるご家族の立場といったものをよく聞いていただいた上で、薬の説明とか、そういったものもぜひテキストの中、あるいは研修の中にお含みいただければいいなというふうに感じましたので、どうぞ、大変無理な願いかもしれませんが、よろしく願いいたします。

それでは、これで……。

【大村委員】 大村と申します。若干時間が……。

今までの議論の中で1つ、2つ、つけ加えさせていただきたいんですけれども、若年性

の認知症の支援ということで、委員の中に就労関係の方もおられますが、ぜひその年齢からもワークライフバランスの、ワークモライフのうちだと私は思うんですが、広く社会参加をどうしていくかという切り口からも、大いに検討していただきたいと思っています。

医療支援部会のほうで和田さんが、例えば、特養に入られたときに、医療の支援がすばっと切れるという問題で、私は施設を運営している立場から大変実感しております。それは地元のお医者さんが訪問する診療がとれないということ、初診料がとれないということで、地元の医者は施設に往診できないんです。これも仕組みの問題だと思うので、そういうところをぜひいろいろ検討していただきたい。

最後に、繁田委員のほうで、緊急時の介護者の疲弊ということなんですけれども、これに大変有効なのが、例えば、特養ホームなんかで緊急ショートベッドをあけておけばいいと思うんですけれども、今、現実介護報酬100%に近くベッドを動かしてないと運営できませんから、とても緊急用にあけておくことはできないんです。行政等で考えていただいて、例えば、当番の施設を決めて、この週はどこの施設が1つあけてあるというふうにすれば、経費は行政が持っていただいて、あけとくと緊急に対応できるんじゃないかな。それも仕組みの1つでご検討いただけたらと思います。

【長嶋議長】 どうも、最後に貴重なご意見をありがとうございました。それでは時間も押していますので、これで事務局のほうに進行をお返しいたします。

きょうは大変、いろいろなご意見をいただきまして、今度は3つの部会が並行して進むわけなんですけれども、今後ともどうぞよろしくお願いします。皆様のご協力に対して感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

【坂本幹事】 最後に事務局のほうから次回の会議の日程調整についてお知らせします。次回の会議につきましては、1月の下旬を予定しております。先日送付させていただきました開催通知の中に、日程調整用紙を同封してあったかと思います。本日、受付時に提出されていない方につきましては、お帰りの際に事務局にお渡しをいただくか、後ほど事務局あてにファクス等でお送りいただければと思っております。日程につきましては、できるだけ多くの委員の方にご出席いただけるよう、調整の上、改めてご連絡させていただきますので、次回もよろしくお願いいたします。

それでは、本日はこれにて散会といたします。ありがとうございました。

— 了 —