

東京都認知症対策推進会議（第6回）

平成21年7月30日（木）

【松山幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第6回東京都認知症対策推進会議を開催いたします。

事務局を務めさせていただきます在宅支援課長の松山と申します。よろしくお願いいたします。

まず初めをお願いでございますが、ご発言に当たっては、お手近にありますマイクをご使用いただくようお願いいたします。

次に、新任委員のご紹介をさせていただきます。

2年間の任期満了に伴う委員の変更がございました。本来は再任をお願いした委員も含めまして、改めて皆様にご紹介すべきところでございますが、時間の都合上、新任の委員のみご紹介をさせていただきます。また、委任状につきましても、皆様の席上に配付させていただいております。

それでは、新任委員でございますが、まず最初に、東京都医師会のほうから高瀬委員でございますが、高瀬委員は、本日欠席という形になっております。高瀬委員は玉木委員の後任という形になります。

続きまして、介護支援専門員研究協議会のほうから西本委員でございます。

【西本委員】 西本でございます。よろしくお願いいたします。

【松山幹事】 続きまして、公募委員の小川委員でございます。

【小川委員】 小川でございます。よろしくお願いいたします。

【松山幹事】 同じく公募委員の稲田委員でございます。

【稲田委員】 稲田です。よろしくお願いいたします。

【松山幹事】 次に、本日の委員の欠席の状況をお知らせいたします。

本日ご欠席の連絡をいただいておりますのは、斎藤委員、永田委員、林委員、あと先ほど申しました高瀬委員、神子委員でございます。

また、本日欠席をさせていただいている幹事なんですけど、私どもの部長の狩野高齢社会対策部長、あと粉川高齢社会対策部計画課長、あと警視庁の中島管理官が欠席という連絡をいただいております。

それでは、長嶋議長、よろしくお願いいたします。

【長嶋議長】 暑い中、ご参集いただきましてありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。

まず、配付資料の確認をお願いいたします。

【松山幹事】 お手元に、資料1といたしまして、第5回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめ、2といたしまして、東京都在宅高齢者実態調査の概要、3といたしまして、仕組み部会における検討状況、4といたしまして、「認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方」について、5といたしまして、若年性認知症支援部会における検討状況、こちらが資料でございます。あと参考資料1といたしまして、「地域でできる！認知症の人を支えるまちづくり」の実施報告、2といたしまして、認知症対策サイト「とうきょう認知症ナビ」のご案内、3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概要があるかと思います。

また、お手元にチラシといたしまして、今度9月に開催いたしますシンポジウム「認知症の人を支える 医療・ケアの最前線から」ということで、この会の副議長でいらっしゃいます繁田委員と、あと、今日欠席されているんですけども、永田委員から講演をしていただくというものでございますので、もし関心のある方等がいらっしゃいましたら、ぜひともご案内いただければと思います。

また、新任の委員の皆様には、これまで実施いたしました認知症専門医療機関、若年性認知症生活実態調査、在宅高齢者実態調査、こちら3冊の調査の報告と、あと昨年末に出されました医療支援部会の報告書の4冊を席上に配付してございます。

資料等がない方はいらっしゃいますでしょうか。

一応資料の確認は以上でございます。

【長嶋議長】 それでは、第6回推進会議を始めたいと思います。

まず、会議を進めるに当たりまして、2月4日に開催いたしました第5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、事務局からご説明のほどをよろしくお願いいたします。

【松山幹事】 それでは、資料1をごらんください。

第5回認知症対策推進会議でございますが、まず、仕組み部会における検討状況といたしまして、部会長のほうから、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さんのほうでやっていただいた事業でございます。あと、認知症支援拠点モデル事業、こ

れは5事業者でやっていただいた事業について説明されました。

そこで主な意見といたしまして、徘徊SOSネットワークについては、相談窓口について、休日とか夜間の問題があるので、夜間、土日の休務日の対応等の体制整備が今後の課題ですというお話と、行政機関が夜間、休日に連絡を受けた際に、対策の立てられる部署に速やかに転送するような体制になっていないと機能しない。

また、行方不明になったときに家族がどうすればいいかというノウハウ等が事前にわかればよいのではないかと。

また、徘徊で保護されている人の約3割が繰り返し行っている人であり、また、保護された人の家族の5分の4は本人のデータを公的機関で共有することに同意しているというデータがございまして、そういったデータを生かして、危険率の高い人に対してネットワークが対応できるように効率化していくということが重要ではないかというご意見が仕組み部会に対して出ているということでございます。

次に、医療支援部会の検討状況について部会長のほうから報告がございまして、ちょうど認知症の中等度の方における医療支援体制について議論しているところでございまして、そこにおいては、認知症の方のほとんどが日常生活自立度 以上であるが、主治医の意見等を見ると、精神科の受診歴がないなど専門医療機関につながっていないと思われるケースが多いので、かかりつけ医と専門医療機関の連携が不十分ではないかと。

また、外来診療時に認知症の診断、治療を断られてしまったり、適切な診療を受けられないなど、ご家族の方への心理的な負担が大きいという問題がございまして、地域で認知症医療に携わるかかりつけ医、サポート医への研修、フォローアップが重要ではないかというご意見が出ております。

また、みとりにについても、みとられる側の意思確認をどの時点で行うかということが非常に重要であり、認知症の方について、意思表示が困難だからといって、確認しても意味がないというようなことではなくて、明確に言葉にならないまでも意思表示ができる方については本人の意思を確認し、それを尊重した対応が求められるというご意見が出ているというところでございます。

次に、若年性認知症の支援策についての検討ということで、これは若年性認知症支援部会の現在の検討状況というところをご説明の上で、主に出てきた意見といたしましては、このときに若年性認知症生活実態調査を議論していたところなんですけれども、そこにおいて、地域包括支援センターの認知度が低いという問題がございまして、また、介護サー

ビスだけでなく、権利擁護など、総合的な支援を行う地域における支援の中心となる拠点であるので、広く周知していく必要がある。

また、認知症に関する知識を若い方も含めて一般的に広く啓発していくために、認知症サポーター養成講座の開催をもっと推し進めてほしい。また、家族会への若い人の相談が増えてきているということもあって、奥様からの相談が多かったり、少しでも長く会社にいられる方法等が必要ではないかというご意見が寄せられていたところでございます。

以上でございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。4番目の若年性認知症の支援対策に関しては、多分全国的にもこれからだと思いますし、東京都は非常に早い段階でこういった部会を設置していただきまして、鋭意検討していただいている、そういった状況だと思います。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして議題(2)の在宅高齢者実態調査(専門調査)の結果についてです。

これは、既に4月20日に公表されたものですが、当会議での議論の参考にもなると思っていますので、結果の概要について報告いただきたいと思います。事務局のほうからお願いいたします。

【松山幹事】 この調査につきましては、在宅高齢者及びその家族に対して訪問調査を実施し、認知機能の程度や心身の健康状況、その他の生活実態を把握することにより、都における認知症高齢者の支援に向けた施策の検討の基礎資料とするために行ったものでございます。

調査の方法といたしましては、島しょ圏域を除く12圏域それぞれから選んだ12区市町村から、住民基本台帳から無作為に在宅高齢者5,000人を抽出いたしまして、郵送による在宅高齢者実態調査及び専門調査のMMSEによる2段階のスクリーニングを実施いたしました。MMSEの結果、認知症の疑いのある程度に認知機能の低下が見られた250人とその家族を分析対象としたものでございます。

あくまでもこれは、資料2の1ページ目の右側にございますこの評価によるものでございますので、すべての方が認知症と確定診断されたというものではないんですけれども、代表的な認知症の評価スケールを使って行ったというものでございます。

それで、この250人の内訳につきましては、この資料2の1ページ目の右側のほうにあるんですけれども、男性が89名、女性が161名という形になっておりまして、年齢

的には75から84歳の方が115名、65から74歳の方が74名で、平均が78.8歳ということでございます。

1ページおめぐりいただきますと、ご本人の今のお住まいの状況で、お子様と同居しているという方が一番多かったんですけども、実は250名のうち、一緒に住んでいる家族はいない、要は独居の方が24.4%ということで、約4分の1いらしたというところでございます。

本人の今後の希望というところなんですが、現在の楽しみややりがいというところで、家でのんびり過ごすという方が37.6%ということで最も多く、次いで友人や仲間と会うという方が21.2%というものでございました。

次に、今の地域に住み続けたいかというところにつきましては、ぜひ住み続けたいという方が72.8%、それに次いで、できれば住み続けたいという方が16%ということで、約90%近くの方が今お住まいのところに住み続けたいという意向を持っていらっしゃるということでございます。

本人の外出頻度というところにつきましては、時々外出するという方が一番多くて38.7%だったんですけども、ほとんど外出しないという方が19.8%で2番目に多い形となっております。

3ページ目でございますが、本人に生じている状況というところで、これは家族の方からの調査なんですけれども、この中で特徴的な症状が見られないという方が43.2%と最も多かったんですが、次に多かったのが昼夜逆転という方が14.4%、あと幻視・幻聴という方が次に多くて13.5%という形になっております。

その中で、昼夜逆転や性的問題行動ということで中等度のような方に、その症状の診断や治療のための通院の有無を尋ねましたところ、通院したことがあると答えた方が半分、52.8%いたんですが、そういう症状になっても通院したことがないと答えた方が47.2%ということで、やはり半分近くいらしたというのがこの結果からわかったところでございます。

また、公的サービスの利用状況、3ページの右側になるんですけども、これについて、利用していないという方が60.8%と、まだ60%の方が利用していないという状況でございます。

また、社会資源の認知というところで、地域包括支援センターを知っていますかというところについて、全く知らないという方が41.4%ということで一番多かったというところ

ころでございます。

最後に、民生委員の方に対する質問なんですけれども、これは民生委員の協議会のほうでもご説明をさせていただいて、民生委員の方は認知症の方にお会いしたときにも、民生委員ということの名乗らずやっというらっしゃるといこともあるといことと、このよう結果になってしまったのかもしれないんですけれども、この調査では、民生委員の認知度を尋ねましたところ、聞いたことはあるが会ったことがないという方が45%いらしたとい結果が出たところでございます。

調査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。いかがでしょうか。ただいまのご報告につきまして、ご意見あるいはご質問がございましたらお願いしたいと思います。

【和田委員】 和田といいます。よろしく申し上げます。東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会から出させていたいただいています。

質問なんですけれども、認知機能の低下がスクリーニング調査によって認められる、でも、認知症ではない、確定していないといことと、それから、(3)の本人の楽しみややりがいで、家でのんびり過ごすのが37.6%と最も多いことと、(5)の昼夜逆転とい症状扱いをしていることについては、それはどんな分析をされているんですか。

【松山幹事】 これはクロス集計はしていないので、MMSEというのは、こちらの1ページ目の右のほうにありますように、医療的などところで認知症の評価スケールの1つといことと点数評価でやっております、点数がある一定程度以下の方については認知症の疑いがあるといことと、要は住民基本台帳で高齢者の方を抜き出してやったものでございますので、その方が認知症として医療機関で確定診断を受けていないといところと、そういうお話をしたところでございます。

その結果、要は昼夜逆転といような症状になっても、まだ医療機関に結びついていない。要するに認知の確定診断もとっていないので、そういう方が在宅にいらっしゃるとい事実が出てきたといところでございます。本人の希望のほうは、これはMMSEで点数がある一定程度以下の方について楽しみを聞いたところ、家でのんびり過ごすのが楽しみだとい答えが返ってきたといことです。

【和田委員】 そういうことではなくて、簡単に言えば、家でのんびり過ごしていたら夜眠れなくなっても不思議ではないでしょう。つまり、昼夜逆転といのは症状として扱っているわけで、その症状として扱っていることに対する不正確さがありはしないか。

だれでもそうですけれども、昼間、うとうとしていたら夜寝なかつたりすることがある。その生活の行動様式と、それから起こっている現象を症状として分解していくのか、それはそうだよねと分解していくのかでは全然とらえ方が違うから、その辺の解明はしているのか。

【松山幹事】 申しわけありません。そこまではまだ解明はできていない状況でございます。

【長嶋議長】 私もこれを眺めて、いろいろ考え方というか、意見があるんですけども、とりあえずは表面的な集計で、必要があればこれを少し深く解析、分析して、今和田委員からのご意見がありましたように、どこまで追求できるかはなかなか難しいとは思いますが、それでもやってみる価値はあろうかなとは思っておりますので、また事務局のほうとご相談させていただいてもいいかなと思っております。こんなことでよろしいでしょうか。

ほかにございませんでしょうか。

それでは続きまして、議題（３）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、部会長でおいでになります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た検討をさせていただいております。

本日は部会長の林委員が欠席ですので、これも事務局から、仕組み部会における検討状況についてご説明をお願いいたします。

【松山幹事】 それでは、仕組み部会についてなんですが、第５回のこちらの推進会議以降、資料３の上の四角にございますように、第７回と第８回が開かれました。また、拡大仕組み部会として「地域でできる！認知症の人を支えるまちづくり」ということで、こちらのほうを５月２９日に開催したところでございます。

そこで行ったことといたしましては、先ほど申しましたモデル事業、これは２区市と５事業者によって行われていた１９年度、２０年度のモデル事業につきまして、検証と結果の成果ということを取りまとめているところでございます。

まず最初に、推進体制の構築ということで、地域との関係づくりを行うコーディネーター役を配置することで関係構築が促進されるという検討の成果を得ております。

また、地域資源マップをつくるというところで、これは作成時と配付時の双方において、地域資源との関係を深化するツールとして非常に効果的であるという成果を得ております。

次の徘徊ＳＯＳネットワークの構築については、個人情報保護上見守りを目的とした個

個人情報の事前収集は困難ではあるが、現に行方不明となった方の個人情報を配信することは可能である。また、徘徊SOSネットワークの構築と並行して、地域住民の方が気軽に声をかけるという方法の周知が必要である。都の調整も加えながら、区市が主体となった警察、消防との連携体制の構築というところが必要であるという結果を得ております。

次に、介護保険事業者による地域活動、これは5事業者の方によるところから出てきたものですが、これについては、地域との連携に当たっては、作成するマップの原案など、事業がもたらす成果を具体的に提示できると地域の方の協力が得やすい。また、見守りなどの個人情報の収集管理が必要となる取り組みは、個人情報保護法とリスク管理の観点から、行政がある程度間に入ったほうが妥当であるという検討結果を得ております。

それに基づきまして、やったことといたしまして、まずノウハウの提供といたしまして、5月29日に拡大仕組み部会として、「地域でできる！認知症の人を支えるまちづくり」のシンポジウムを行っております。

これは、後ろにございます参考資料1をごらんいただきたいんですけども、内容といたしましては、実践報告といたしまして、ネットワークモデルをやっておりました2区市からの報告、また拠点モデル事業をやっておりました5事業者からの報告を行った後に、仕組み部会の副議長でいらっしゃる下垣先生をコーディネーターといたしまして、また、本日ご欠席なんですけれども、この部会の委員でもあります永田委員にパネリストで入っていただいてパネルディスカッションを行ったというものでございます。

当日参加の状況につきましては、非常に多くの方からのお申し込みがありまして、587名の方からお申し込みがあって、その内訳というのは、参考資料1の右側にありますように、行政職員と一般と専門職員がほぼ3分の1ずつというような形になっております。当日は、お申し込みいただいた方のうち461名の方にご参加いただいたというところでございます。

当日、アンケートを実施いたしまして、その結果といたしましては、今回「地域でできる！認知症の人を支えるまちづくり」ということで、そのことについて関心を持った、興味を持ったという方が、こちらの棒グラフにありますように、90%近くの方に興味を持っていただいて、また、シンポジウム後その関心が深まったということに関しまして、90%の方が深まったというご意見をいただいております。

自由回答といたしましては、モデル事業の実践報告について、多くのヒントを得て、ぜひ自分の組織でも参加したいという意見をいただきましたし、また、地域のあり方につい

では、今後超高齢社会が到来してくることを考えて、個人や地域でできることをもっと考えていかなければならない。また、地域力をアセスメントし、強めながら認知症になっても生活し続けられるまちづくりを進めるべきである。ただ、医療の視点が今回欠けているのではないかというご意見もいただいたところでございます。

また、行政に対する要望といたしましては、自治体の協力や助成がないと、介護事業者としては活動することがなかなか難しいというところと、介護保険の枠外において介護保険外サービスの重要性というものが今後高まってくるので、行政のほうはどうイニシアチブをとるのかというご意見をいただいたところでございます。

こちらが成果の1つでございます拡大仕組み部会でございまして、それ以外にも、財源措置といたしまして、21年度、私どものほうで認知症地域支援ネットワーク事業というものを立ち上げました。これは、モデル事業の成果を踏まえまして、21年度より実施しているところでございまして、区市町村に対する補助という形でございます。

重視しているのが、この絵の真ん中にありますネットワーク会議による事業検討・進行ということで、区市においてこういったネットワークをつくるための関係者、地域の医療機関とか介護事業者の方、また包括の方のネットワークを構築するということでまず会議をつくっていただいて、その上で先ほども成果として出ていました地域資源マップの作成というものを必須として、各区市町村で取り組んでいただきたいというところでございます。

その他にも、事業として出てまいりました徘徊SOSネットワークですとか、家族会の育成支援、あと介護事業者さんによる地域活動といったものも区市町村が取り組む場合は、これは都2分の1、区市町村2分の1という補助事業なんですけれども、都として補助していくというものを立ち上げたところでございます。

次に、情報発信といたしましては、こちらは参考資料2をごらんいただきたいんですけども、認知症対策サイト「とうきょう認知症ナビ」というものを立ち上げたところでございます。これを立ち上げた目的といたしましては、情報の一元化と、コンテンツの追加と、適切なカテゴリーという3つを特徴として立ち上げたところでございまして、今まで認知症の情報というのが福祉保健局のホームページに分散して出ていたということもございまして、認知症関連の情報を1つのサイトに集約することで容易に情報へのアクセスができる環境を整えたというところが今回の設立の目的でございます。

どのようなサイトが入っているかというのが左側の下にあるんですけども、認知症の

基礎知識として、老人研のほうで作成いたしました認知症チェックシートを掲載しているところがございますので、もし認知症が疑わしいかなと思った方については、これらをご活用いただければというところがございます。

また、相談窓口・リンク集ということで、認知症の方がどこに行っていかなかかわからないというお話もありますので、地域包括支援センター等の連絡先を載せますと同時に、東京都で実施しております「ひまわり」という医療機関情報のサイトがございますので、その使い方と、そちらのほうにリンクを張っておりますところがございます。

また、都で実施しております認知症サポート医、かかりつけ医についても、今、東京都医師会さんのほうと協議をしております、協議が調い次第、こちらのサイトのほうに掲載を予定しているところがございます。

あと東京都の取り組みとして、今日のような会議の開催状況ですとか、あとモデル事業の報告、あと先ほど説明したような認知症関連の調査についてもこのサイトにアップして、皆様方にご利用いただければというところを考えております。これにつきましては、認知症に関心がある方、また認知症でお困りの方にぜひともご紹介いただければというところがございます。

資料3に戻るんですけども、今後議論を要する検討課題といたしまして、今回仕組み部会のほうでは、SOSネットワークの中での広域対応というところが非常に大きな問題で、そこにおける東京都の役割の検討というところと、東京都にはいろいろ医療資源が多々ございますので、東京都ならではの利点についての検討ということをやっていかなければならないだろう。

また、個別な案件といたしましては、SOSネットワークのところに出てまいりました個人情報取り扱いの部分が非常に難しいところなんですけれども、これについてある一定の検討をしていかなければならないということございまして、それにつきましては、資料の右側でございますように、今後仕組み部会といたしましては、地域づくりの手引書を作成しようということになっております。

これは、先ほど都のほうで補助すると言った認知症地域支援ネットワーク事業をぜひとも進めたいということで、それを進めるための参考として活用していただけるようなものをつくらうということで、下に項目案がありますように、2区市、5事業者でやっていただいたモデル事業の成果をもとに、事業ごとの実施体制の標準モデルのようなものを示していこうと。また、先ほどの個人情報とかそういったものも含めて、どうい

形でやっていくかというところを一定程度示そうということで、今後地域づくりの手引書の作成に仕組み部会として着手を始めたというところでございます。

資料3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。大変中身がたくさんありますけれども、いかがでしょうか。ここまでのご報告につきまして、ご質問、ご意見がございましたらお願いしたいと存じます。

【小川委員】 小川でございます。よろしく申し上げます。

実は、私は5月29日の拡大仕組み部会に参加をさせていただいて、それが今回公募の一つの動機になっているんですが、大変すばらしい発表会といたしますか、シンポジウムだと思いました。いずれも大変興味深い取り組みで、この市と区、5事業者の発表、これをもうちょっと水平展開というのが重要だなと。特に内容的には、あまり具体的なことを言っても仕方がありませんけれども、就労デイケアというのは大変興味深く聞かせていただきました。

実は、私は清瀬市に住んでおりまして、清瀬市は福祉施設が大変多いということもあって、多摩地区では高齢化率が1番と聞いております。そういった中で、ああいったいい発表の内容を水平展開を早くしたいなと感じたわけですが、今のご説明の中で、区市町村に展開するためのネットワーク会議を進めていくということで、既に立ち上げたということですので、この内容ですとか、今後のタイムスケジュールといたしますか、ロードマップというか、そういったものをもしご説明いただければ、もう少し詳しくお聞きしたいと思ったんですが、よろしく申し上げます。

【松山幹事】 このネットワーク会議なんですけれども、これは区市町村でつくっていただかなければならないので、残念ながら、まだネットワーク会議をやっている区市が非常に少ない状況でございます。そこで何とかそれを各区市にやっていただけるように、仕組み部会としては手引書を作成して、今、各区市と大体四半期に1回ぐらいずつ連絡協議会というのをブロックごとに持ちまして、各区市での認知症の取り組み等を近隣の区ではこういうことをやっているというのをいろいろ広げているところがございます。何とか手引書を作成した暁には、各区市にネットワーク事業にぜひとも取り組んでいただきたい。

都のほうも、なかなか全額出せないものですので、どうしても2分の1となりますと、各区市のほうでも2分の1負担しなければならないという問題が出てきて、行政需要は高

齢の分野でもいろいろなものがございまして、取り組んでいただけないところもあるんですけども、認知症については、今後高齢者が増えていけば、今高齢者の12%ぐらいが認知症ではないかというデータも出ておりますので、今後超高齢社会になっていくと、それだけ数も増えてまいりますし、特にここでネットワーク会議で地域で見守りたいというのは、先ほどの実態調査にもありますように、ほとんどの方が認知症になっても地域に住み続けたいというご希望を持っていらっしゃると思いますので、行政当局としても、何とかそれに応えられるような地域支援体制を構築したいというところで始めているところがございますので、区市のほうにも都としても働きかけを今強めているところがございます。

【小川委員】 前回のレジュメがこれなんですけど、この中で、1事業に200万円ずつの補助をされています。その補助が終わってしまうと継続できないという内容がかなりあったと思うんです。大変もったいないお話で、せっかくここまでいいことをされているので、それを何とか先ほどお話ししたとおり、少なくとも継続をしたいし、ほかの市やほかの事業者に拡大していくという継続することが大切だと思うんです。これが終わった後、継続が不安だな、拡大が不安だなということで質問したのです。

【松山幹事】 その事業につきましては、モデル事業ということで、区のほうには負担がなかったんですけども、こういった福祉施策でございますと、どうしても実施主体は区市になってしまうというところがあって、それでも都のほうとしては2分の1は補助するという形で、いくつかはそのうちやっていただけたところも出ていたので、何とかその取り組みを各区市に広めたいということでございまして、都のほうも10分の10というのはなかなか難しいところがございますので、その辺、各区市と連携しながらやっていきたいというところがございます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

予算の話になると、私もなかなかよくわからない部分があるんですけども、必要なものという認識があると思いますので、まずは地域づくりの手引書をなるべく早い時期におつくりいただいた上で、これは以前から並行ですね。ぜひお進めいただきたいと存じます。

【坂口委員】 坂口と申します。

私は、大田区のほうでNPO法人でございまして、小さい会でございまして、ご利用者の92人のうちの22人が認知症というような現状でございまして、それから、独居が21人、それは両方重なっているところもございまして。私のところはケアマネジャーは3人でございまして、今年なんかは、ケアマネジメント学会で、認知症に

なっても大丈夫なまちづくりだとか、認知症の人と家族の安定した生活のために、などということを開催しているんです。

つまり、何を申し上げたいかといいますと、いろいろなところで同じようなことをやっ
ていながら、そのつながりがないんです。ですから、非常にもったいないと思ひまして、
私どもはデイもやっておりますけれども、おとといもデイで8時半にお迎えにいったら、
既にいらっしゃらなくなっちゃって、ずっと警察や何かで行ったら、次の日の朝に、大田
区でしたのに、相模原にいらしたんです。

でも、さっき何回も繰り返すというふうにして、ある程度そういう情報も得られている
というけれども、それは得られている方のほんのわずかであって、実際には、現場は毎日
どうなるだろうというような騒ぎということなので、個人情報には確かにあるのでございま
すけれども、何らかの意味で、いろいろな学会だとかいろいろなところが同じようなこと
をやっていることを東京都がつなぎ合わせていただけたらいいなと。そういう形のものに
市民も努力していきたい。

今出させていただきます地域づくり手引書みたいなもの、皆さんちょこちょこ出していら
っしゃるんです。ですから、それが何かもったいないなと。情報化時代ですから、インタ
ーネットとかああいうものも使ってできるようになったらいいんじゃないかと思っております。

【松山幹事】 その辺につきましては、先ほどの参考資料2でご紹介いたしました「認
知症ナビ」というもので、常時各団体とのリンクを張らせていただいておりますので、そ
の辺、もしよろしければ、サイトのほうからリンクという形でいろいろな認知症について
やっていらっしゃる団体のほうとも連携を今後考えていきたいと思ひます。

あとは、地域の中で、そういう事業者の方と地域包括、また、サポーターの方とかが連
携をしてやっていく体制をつくるのが一番の課題でございまして、そのために、先ほどち
ょっとご紹介しましたネットワーク会議というものを区市において、ともかく包括ごとに
やってくださいと。大田区さんですと20いくつ包括がございまして、それをまとまる
ような会議を区のほうで開催してくださいということで今働きかけているところでござい
ますので、東京都としてはそういう取り組みを区市がやる場合は支援してまいりますので、
今後はそういう方向に動かしていきたいと思ひます。

【長嶋議長】 ありがとうございます。個人的な感想なんですけれども、やはり情報
があっても、情報の活用という段階で、我々もそうなんですけれども、これまで苦労して

きた経過がございます。地域づくり手引書の作成、これからだと思いますので、その過程で、今の坂口委員からのご意見、今都で考えていらっしゃるネットワーク、そういったものを含めて、使いやすい、活用しやすいというところを第1番に絞ってぜひお願いできればと存じますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

【和田委員】 僕は中国地方の山間部のまちにずっと入って入って、行政もそう動かないし、包括支援センターも動かないし、医療法人さんと一緒に認知症のことをまちの人たちに伝えるようなことをやっているんですけども、東京と何が決定的に違うかというところ、山間部で30地区ぐらい入って、もう1,000人ぐらいの方とお会いしてきましたけれども、もともと人間関係が非常に残っているところに認知症のことを入れていくのと、ほとんど人間関係がないところに認知症のことを入れていくのでは全然意味が違う。

7年ぐらい前から、こつこつ医療法人さんとやっているんですけども、やっと認知症の人たちを隣の人たちが声をかけるとか、それから、この間もNHKに出させていただきましてけれども、認知症の人がまちに出てきて、前は困ったやつだと思っていたけれども、今は世間はそうではないとまちの人が言うようになったりとか、そういうふうになってくるんです。

この仕組み部会で、一番大事なことは、認知症の人と家族を面的に支える仕組みをつくるという面の具体化だと思うんです。仕組み部会の中で、いろいろ花火は打ち上げているんですけども、先ほどの方のお話ではないですけども、もったいない議論で言えば、東京は、町会活動とか地域社会の組織といいですか、たくさん残っていると思うんです。そういうものを徹底的に活用していくといいですか、そういうことの話し合いとか協議とか具体策とか方向とか、そういうようなことは仕組み部会の中では全く出ていないんですか。

【松山幹事】 その辺が、声かけの部分ですとか、事業者の方に実践していただいた中で、資料3の左側にあります、これは簡略にまとめてしまったからそこまで読み取れないのかもしれないんですけども、介護保険事業者による地域活動の1番のところとか2番のところ、こういった中でそういった議論はされております。

【和田委員】 大変申しわけないんですけども、これから40人に1人が認知症になっていこうかという数字が、先ほど12%という話が出ていましたけれども、それを介護保険事業者にゆだねるなんていうのはとんでもない話で、行政が本当に真剣に、認知症になっても本当にまちの中で暮らしていくためにはどうしたらいいんだというときに、僕が

行政マンだったら、坂口さんが言われているように、もったいない議論で言えば、そういう関係を生かしていく。生かすために、行政だけではなくて、社会福祉協議会みたいなところが先頭に立っていく。あるいは包括支援センターが先頭に立っていく。

そういう意味では、包括支援センターの管轄のところを5カ年計画ぐらいで全部つぶしていこうかみたいな、そういうような勢いを持ってやってもいいのではないかと前々から委員会ですっと言わせてもらっているんですけども、何かきれいごとのようなことをさらっと東京都の上滑りのところでやっていて、別にまちに帰ったらみんな関心もないし、一向に広まったような感じがしない。1,000人集まろうが2,000人集まろうが、東京の中で散らばっていったら、本当にいないような状態なので、もっと地道に、お金をかけなくて、今までの人間関係のある組織を生かしていくという方向を持つべきだと。

荒川区のある町会の会長さんとお話ししたときに、うちの町会にも認知症の人がいる、その人がいなくなることをつかんだら、僕は携帯電話で町会の役員5人ぐらいに電話して、みんなでネットワークして探すんだみたいなことを言っていたけれども、そういうようなことをもっともっと推進していくというか、応援していくというか、そういうことが仕組み部会だからこそ、そこが中心にならないと、SOSネットワークとか、それもいいんですけども、何かちょっとまどろっこしいなというか、それこそ本当にもったいないという感じがするんですけども、その辺はどうなんですか。

【松山幹事】 地域の一般的な認知症の方を見守るということも、先ほど申しましたネットワーク会議の中には当然自治会の方とかそういう方も入ってきて、東京都では、これは認知症に限らず、独居高齢者の方とか、そういう方を地域で見守るという形で、見守り事業というものも別途やっておりますので、その辺とこの事業をうまく連携させて、一部自治体では、そういう地域での見守りの方に認知症サポーターをぜひ受けていただくという取り組みも今出てきているところでございますので、そういったところと関連しながら、今おっしゃられていたような形で、直接東京都がやるというのは難しいものでございますので、区市町村のそういう取り組みを支援していくという形になります。それは、そういうご提案をしていただけるように今働きかけているところでございます。

【大村委員】 高齢者福祉施設から出ております大村と申します。

いろいろな点がたくさんつくられていって、やがて線になり面になり、やはり地道な努力がそれぞれ必要かなと思うんですが、一つの小さな事例を申し上げたいと思うんです。私は、今ケアハウスとグループホームの施設長をしています。実は、明日なんですけれど

も、認知症のサポーター養成講座が開かれるんですが、それは、ケアハウスと軽費老人ホームの入居者の方々がぜひ勉強したいということで実現することになったんです。

周りを見回すと、何となく疑わしい人、あるいはみずからも不安になっている人、そういう方々がケアハウス、軽費老人ホームには現実におられるので、そういう居住者がみずから勉強し合い、自分の予防ももちろん、そして、仲間のことも支えていきたい、そんなことが始まっていくことを大変興味深く見ているところで、このような点が施設の現場からもたくさん持ち上がり、地域包括が呼びかけるのを待つまでもなく、そういう施設からどんどん声を上げていくのも一つの点の発する大事なポイントかなと思っています。

【長嶋議長】 ありがとうございます。この推進会議の前に、認知症になっても安心して暮らせる町づくりという大きな会がありましたけれども、そこでも先ほど和田委員がおっしゃっていただいたようなこと、和田委員ご自身も強調されていたことを今思い起こすんですけれども、何も無いところからは何も起こらないということがあると思いますので、今日いただいた貴重なご意見を仕組み部会のほうにもお伝えしていただいて、早い時期に、いくら旗を降っても動かないということがあるかもしれませんけれども、とにかくやらなければ何も起こらないということで、貴重なご意見をぜひ仕組み部会のほうにお伝えさせていただきたいと存じます。ありがとうございます。

それでは次に、議題（４）に入りたいと思います。

医療支援部会では、認知症と身体症状の総合の症状に応じた切れ目のない医療支援体制ということテーマにして、２年間にわたり検討を進めてきていただきました。その検討結果を報告書「認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方」としてまとめて公表したところでございます。委員の皆様には報告書が既に郵送されているかと思っておりますけれども、当報告書を公示して以降初めての推進会議でございますので、その提言の骨子につきまして、部会長でいらっしゃいます繁田委員からご説明をいただきたいと存じます。

また、当報告書の提言を踏まえまして開始した事業もありますので、その状況についてもご説明いただければ幸いです。

それでは、繁田委員、よろしく願いいたします。

【繁田副議長】 繁田でございます。

先日、報告書がまとまりました。報告書の作成に当たり、委員の皆様にはいろいろのご意見をいただきましてありがとうございました。既にごらんになっている委員の方もおられると思いますけれども、概略をご紹介させていただきたいと思っております。

資料4をごらんください。大きく4つに章立てをしております。資料に沿って説明をさせていただきます。

まず第1章は、全体的な医療支援体制のあり方でございます。基本的な考え方としましては、医療のスタンダードである症状の軽減等を主眼とするのではなく、認知症の地域医療では生活の継続というのを中心にしたいという考え方でございます。

課題といたしましては、今後ますます医療需要が増えるだろうと見込まれていること、住みなれた自宅や施設等、地域において医療支援を継続的に受けられていないということ、それから、認知症の医療を提供する医療機関と身体医療を提供する医療機関とが分かれており、両方を並行して同時にというのがなかなか難しいこと等があげられます。

今のような課題に対して、認知症と身体症状、両方にどんなふうに医療を提供する方法があり得るのかということ、これを検討するにあたり、医療資源の状況の把握から始めまして、利用する人も含めた医療に関わる人たちに、どんな役割を担ってもらうのがよいのかというような視点も含めて、報告書を作成いたしました。

基本的には、かかりつけ医が中心と資料には書いてありますが、中心というより基点となって、かかりつけ医を通して行きつ戻りついろいろな物事が進んでいくようにという考え方で構築をいたしました。

第2章からが軽度、3章は中等度、4章が高度から終末期というふうに分けました。

軽度の段階では、何といたっても受診勧奨を含めての迅速な診断というものがテーマとして挙げられました。

課題は、早目に診断を得る必要があることを理解してもらえていないということや、あるいは認知症を疑ったとしてもどこに相談に行けばよいのかが浸透していない、仮に医療機関を見つけて受診をしたとしても、特に専門医療機関等の場合には遠方の通院を強いられるという状況がある。こういった課題がありました。

それに対しては、受診勧奨に関しましても、専門医と認知症のご本人との間に入っていないただく役割に関しましても、かかりつけ医に大きな役割を担っていただかなければいけないだろうと考えられました。

第3章でございますけれども、中等度の場合には、身体的な問題や精神的な症状、行動上の変化等、そういった問題がともに大きくなってまいりますので、事はかなり深刻でございます。先ほどご説明申し上げましたように、認知症にも対応し、なおかつ身体症状にも濃厚な治療ができるというような医療機関というのはなかなか存在しませんので、どう

したらよいかということです。

まず課題のところですけれども、例えば身体合併症、体の病気に関しても、病院でなかなか受け入れてもらえなかったり、あるいは認知症の問題が起こりますと退院を強いられる、治療が中断するといったような問題でありますとか、治療を継続するために、身体抑制や薬物の治療が過剰になるというような問題があります。

また、周辺症状 この周辺症状は、ご存じのように、精神的な症状でありますとか、行動上の変化ということでございます。これに対応できる医療機関というのは非常に限られるという現状があります。

それから、2つ目の丸ですけれども、認知症があるといえますと、身体症状に関する精査が十分でない。実際にそういった患者さんからの情報がうまく得られないということもありますけれども、身体症状の分析とか検索が非常にしにくい、後手に回るといような状況もございます。

4つ目の丸としましては、そういった緊急時に至ってしまうと問題は困難になります。そこで、少しでも避けることで緊急時に至る方を減らせないかということから、資料には「体制」と書いてありますけれども、ここでは医療に関わる職の意識の転換が必要だろうと思います。

3番の求められる機能と対策というところですが、やはりかかりつけ医が出てまいります。まずは初期対応に当たっていただいて、かかりつけ医でも十分対応できる身体的な問題であることも多いので、それを見きわめていただく。認知症だから、すぐあっちの病院、こっちの病院ということではないとしてもらえたらいいんじゃないか。対応できない、力を超えているということであれば、もちろん、身体合併症については一般急性期病院、あるいは周辺症状に関しましては、専門医療機関、精神科の病院等が対応せざるを得ないということはあります。

それから、療養病床に関しましては、これは全国的には縮小する方向にありますが、東京都としては、今まで非常に少なかったので、むしろそれを活用できないかということを考えております。ある程度医療の介入を要するが、一般急性期病院のような濃厚な治療を必要とするわけではない状態も多いことから、活用できるのではないかという意見もございました。

緊急時を避けるための視点としましては、ふだんからかかりつけ医が注意することはもちろんですけれども、ご家族にも、物忘ればかりしているというような視点だけではなく

て、体のほうも見てあげられるような、そういう知識の提供でありますとか、家族との協力といったものもあればいいだろうという意見もございました。

第4章、一番下でございますけれども、基本的な方向としましては中等度と同じでございます。やはり体の問題、それとともに、認知症が抱える症状の問題がありますけれども、高度に進行してまいりますと、あるいは終末期が近づきますと、身体的な問題が比重として大きくなります。これは何も高度ばかりに限るものではなく、軽度の段階から必要ですけれども、最後の看取りというのを視野に入れた対応であるべきだという考え方でございます。

課題としましては、現時点で、ご本人が望んだであろう場所で最期を迎えるというのは難しいのですが、最近はずいぶん、医療機関で最期を迎えるのではなくて自宅というようなことも発言できるようになってきました。それに応えるためにも、医療としても在宅での最期を迎えられるような力をつける必要がある。最終的にはマンパワーということになりますが、そういう意見がありました。

かかりつけ医ばかりがクローズアップされてしまいますが、参考資料3をごらんください。この医療支援部会でいろいろ議論された中で、1つは、かかりつけ医に力をつけていただくところが鍵となることから、認知症サポート医フォローアップ研修というのを先日実施しました。

以前から、かかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修という研修が行われているところですが、認知症を診ようというかかりつけ医を講師の役割を担いつつ支援するというような役割がサポート医でございます。厚生労働省の計画ですと、そのサポート医をフォローアップする研修というのが予定されておりませんので、かかりつけ医を支援するためにもサポート医の支援が必要だろうということで、東京都では都医師会協力して、このような研修を行いました。

研修の内容というのがそこに書いてございます。逐一説明はいたしませんけれども、どちらかというと、かかりつけ医認知症対応力向上研修や、サポート医を対象に一番初めに行われた研修では、認知症の発見、診断でありますとか初期治療といったものが中心でしたけれども、このフォローアップ研修では、地域でかかりつけ医が果たす役割とは何か、かかりつけ医がこういった役割を果たせば地域医療は格段に向上するのではないかと、そういった視点で研修内容がつけられました。

より具体的に、権利擁護でありますとか虐待の問題、あるいは患者さん、ご家族への説

明、対応などが盛り込まれているところが違うと思います。地域資源の活用でありますとか、さまざまな職種との連携でありますとか、そういったところにも力点を置いた研修でございます。

7月26日、先日第1回目の研修が行われまして、最終的には2次医療圏すべてで行おうという計画でございます。

第1回目で行った印象でございますけれども、サポート医でも、課題として感じておられる点がそれぞれ違う。これは多分地域によっても違うと思うんです。それから、認知症における医療技術の面でもかなり違うということから、一定のプログラムで講義を聞くだけではなく、参加したサポート医たちが、自分たちが地域で苦労していること、あるいは目指さなければいけないことを議論してもらう時間、その内容をできるだけ増やしたいという印象でございます。

簡単ですけれども、内容を説明させていただきました。あとはご質問をいただいております。

【長嶋議長】 ありがとうございます。繁田委員のほうからありましたように、ただいまのご報告につきまして、ご質問、ご意見がありましたらお願いいたします。いかがでしょうか。

【和田委員】 久しぶりにやってきてがんがんしゃべっちゃって申しわけないんですけども、医療支援の体制のあり方の中で、今すぐにといいことではないんですけども、中長期的に医療の側が目指すべき方向として、今の病院の機能というのは認知症にほとんど対応できていないと思うんです。それは、医療保険上の仕組みもそうですけれども、環境の問題なんか、認知症という状態にある人から見たら、かなり絶望的な環境状況にある。

つまり、従来の病院は認知症に対応できていないので、対応できるような環境や、あるいは保険医療点数の問題も含めたそういうような認知症対応型の病院をつくっていくといえますか、そういうのが必要ではないかみたいな議論というのはこの中では出ているのかどうかということが1つ。

それから、いろいろなところの研修会とかに行かせていただくんですが、必ずまちの中で聞かせていただくのが、ここで認知症のことで最後に困ったときの医療の最後のとりではあるのかと聞くんです。大体のまちはないんです。東京は23区以外に市区町村がいくつあるか僕はよくわからないんですけども、東京は、少なくとも行政区ごと、あるいは

何かの圏域ごとぐらいに、最後のとりでと言われる医療機関をつくっていかうというような、本当に困ったときには、医者も家族も僕ら専門職も、ここへ駆け込めば何とかしてくれる。何とかしてくれるというのは、認知症の人のダメージをできるだけ抑えて、かつ適切と言えるかどうかわからないですけれども、できるだけ薬物に依存しないで、きちっと症状と環境適応を見分けられるような医者といいますが、そういうような議論というのはどうなんでしょうか。

【繁田副議長】 認知症の人の様々な病気に対応する病院と、最後に駆け込む医療機関とは同じ話だと思うので、まとめてお答えしますけれども、当初、それは私が部会長でやる時にお話がありました。そのときに、例えば100床だとしても、300床だとしても、500床だとしても、1つ箱物をつくって東京都が認知症に対応しますというのは現実的ではないだろうと、私はむしろそれには反対しました。今ある病院の中で、時間はかかって大変かもしれないけれども、一般の病院でも認知症の人を診てもらえるように意識を変えていくとか、あるいはかかりつけ医の先生が、全然認知症の専門ではないけれども、少し診てもいいと 言い方は悪いかもしれない という気持ちになっていただこうと考えました。

当初、東京都としては、本当に必要であれば箱物をつくりますと。ただ、東京都にこれだけの人口、高齢者がいる中で、数百の病床や、様々な医師、認知症の専門医をかき集めても足りないかもしれない。かき集められたとしても、それが無意味とは言いませんが、それで認知症の医療に大きな助けになるとは考えられなかったので、その方向ではなく、みんなで工夫をしてやる方向がいいのではないですかということで私は部会長をお引き受けしました。

【和田委員】 僕の説明が悪かったと思うんですけども、今は病院という施設は、施設建築基準によってさまざまな規定が定められている。これは福祉施設、特養でもそうですけれども、その基準そのものが不適合状態をつくり出しているんじゃないかということで考えれば、僕は新しいものをつくるという話をしてはなくて、認知症に対応できる内科とか、認知症に対応できる整形外科とか、認知症対応型の医療機関を構築していくというか、そのためにはそういった基準も緩やかにして、例えば簡単に言えば、住宅風につくった医療機関とか病院とかで、これから改装していくんだったら、こういう新しい基準で認知症に対応できるような、目に入ってくる情報に違和感がないようなとか、今かなり解明されているようなことがそういうところに取り込んでいけるような、そういう

ような議論はなかったのかなと、そういうことだけなんです。

【繁田副議長】 それはありませんでした。

【長嶋議長】 議長はしゃべってはいけないんでしょうけれども、2つ3つ。

今の和田委員の懸念といいますか、ご指摘で、東京都では、私の承知している範囲では、認知症の緊急の場合の対応する施設がたしか8カ所ぐらいあるんですか。50床掛ける8カ所。一番新しいのは、江東区にある順天堂が受けたあそこです。実は、これは言っていないかわからないんですけれども、内科だけれども、認知症を受けられるかというお話ですよ。

必ずしも最初からそういった想定はしていなかったんですけれども、メンタルクリニック関係の病床をつくったときに、最初の予定を変更しまして、それこそグループホーム式のユニットケアを念頭に置いた病室管理を途中から始めたという経過は聞いております。たまたま私どもの卒業生も何人か行ってまして、非常に熱心に対応していただいているように私は受けとめております。もちろん、ほかの法人関係の病院でも、従来の精神科病棟とは違って、小単位でグループ分けして、期間が3カ月ということもありますけれども、いろいろ試行錯誤してやっけていただいているように思います。

これは、決して医療支援部会に対して云々ではなくて、現実にあります。先生はそういうのはご存じではないですか。

【中村幹事】 私は、今先生がおっしゃった事業のほうを担当しております精神保健・医療課長でございます。

東京都では、今議長からご説明があったとおり、東京都老人性認知症専門医療事業というものをやっております。実は顕著な精神症状だとか高度障害を随伴している老人性認知症の患者さんで、重度のケアだけではなくて積極的な医療を必要とするような方に対して適切な医療を確保しようということで、実は都内に9病院で530床の専門病床を用意しております。ここは認知症の専門病床ということで、精神科医だけではなくて内科医等も配置して、急性期の対応をしていこうという形でございます。

ただし、530床でございますので、そこにいつまでもというような形になかなかいきませんので、今お話があったとおり、基本は3カ月、なおかつ、万が一6カ月を超えるような場合には、きちっと審査をするという形で今病床を回している、そういう状況でございます。

【長嶋議長】 9病院ですね。ありがとうございました。現場ではもっと差し迫った状

況に置かれて、直接医療に携わっている専門家の方ばかりではなくて、恐らく福祉関係者からのいろいろなご意見や何かを取り込んで今のような状態になっているんだろうと思います。ただ、これでいいと言っているわけではなくて、多分和田委員の言葉を私なりにかみ砕いて解釈しますと、ごくごく一般の病院でも、これだけ認知症の方が大勢いるんだから、たとえ内科であれ整形外科であれ、認知症の症状を持った患者さんを受け入れる方法ぐらい考えたらどうだというのが趣旨だと思ったんですけれども、いかがでしょうか。

【和田委員】 ありがとうございます。

【山田委員】 山田でございます。

ただいまの9病院、530床ということは私は初めて伺いまして、もうちょっとそれをいろいろな場でそういうものが目に触れるようなところにあつたら、私は民生委員として参りましたけれども、ちょっとおかしいなという方が何人か見えます。そういう場合、ちょっと紹介をしたいと思っても、それが全然わからなかったものですから、一覧表なり何なり、そういうものが公開されたら大変ありがたいと思いますが、よろしくお願ひしたいと思ひます。

【中村幹事】 確かに周知が十分かという点、十分ではない部分がございますが、一応今言いました530床の病床等につきましては、世田谷区にある中部総合精神保健福祉センター、僕は略して中総というんですけれども、中部総合精神保健福祉センターのホームページに、受け入れとか、6カ月超えた場合の審査等をする審査機能をそこで持っておりますので、どんな状況かを公表しておりますので、ぜひごらんいただければと思ひます。

【山田委員】 申しわけないんですが、ホームページというのはコンピュータを操作できる方しかわかりませんで、よくホームページに出ていますと言われるんですけれども、チラシなり何なり、そういうものでいただかないと、私はそういうものをいたしておりませんので、よろしくお願ひしたい。そういう方も結構大勢いらっしゃると思ひます。

【長嶋議長】 実は、今のお話、今もあるんですけれども、松沢病院の一角を借りてやっているわけです。実はその立ち上げを私もお手伝いした経験があるんですけれども、8カ所までは知っていたんですけれども、9カ所目を知らなくて大変失礼しました。非常に親切にやってくれます。ですから、関連する看護師の方々の研修会も毎年たしか開いているはずで、最初の段階で私も随分お手伝いした経験がございまして、本当に頭が下がる思いを今でもよく覚えております。ぜひホームページを後でお調べいただければ……。一番簡単なのは、保健所に行きますと、そういうチラシが必ずあるはずで、

【西本委員】 西本でございます。よろしくお願いいたします。

私は繁田委員と一緒に医療支援部会のほうに出させていただきます。私はケアマネジャーですが、私の担当ではなかったんですが、うちの事業所が担当していた利用者さんが昨日入院が決まって行ったんだけど、あまりにも暴れて帰ってきたというような事例がございました。今9カ所あるというようなお話がありましたが、我々ケアマネジャー、場所はわかって保健所も知っていますけれども、なかなかそこまでアクセスして入院させるまでに至らないという状況が現実だと私は今認識しております。

本当に簡単な周辺症状だとか、ちょっとした不穏状態だとかというところは、保健所に相談しても、保健所の精神科の先生が来るのは来月のいつですと、今大変なんですという状況で、医療支援部会のほうでそういうお話が出ていて、やはりかかりつけ医の先生が早急に対応してくれるのが一番だよという結論だったんです。

この間のサポート医の研修に私も出てきましたが、先生方は熱心ですが、私の事業所は訪問看護もありますが、まだまだお医者さんが理解してくださらない。ケアマネジャーとしても、認定調査のときに主治医の意見書を書いてもらうんですが、ケアマネジャーが認識している認知症の症状よりかなり軽くとらえていらっしゃる先生方もいらっしゃるの、現場のお医者さんがやはり一番身近にいてわかってくださるということが一つなのかなというのがあって、そういう取り組みを今後東京都がやってくださるといことは私としては大変ありがたいと思いました。

それともう1点なんです、医療支援部会のところで出た、訪問看護ではなくて、病院の看護師の代表の方がいらっしゃっていましたが、病院の看護師さんたちもその辺の急性期の医療の看護というのは、認知症に対しての対応がまだまだなされていないことを実感されましたというご発言もしていましたので、今後、病院の中の看護師さん等々も認知症に対してもっと認知していただけたらいいかなと思っております、そういう意見も出たというところだけここで述べさせていただきますと思います。

【長嶋議長】 ありがとうございます。これまでお聞きのように、医療支援部会では皆さん大変熱心に検討されてきて、今お話しのように、サポート医の研修用のテキストをつくっていただいたりしております。大変期待も大きいんですけども、問題解決も難しいと存じますが、どうぞこれから先、最後の仕上げもごさいますけれども、これまでの医療支援部会のお仕事に対して大変ありがたく思い、感謝申し上げたいと存じます。

それでは、最後になりますが、議題（5）若年性認知症支援部会における検討状況につ

きまして、若年性認知症支援部会では、部会長でいらっしゃいます齋藤委員を中心にしまして、若年性認知症に特有の課題について検討していただいております。

本日、齋藤委員はご欠席でございますので、この部分を事務局からご説明をお願いしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

【松山幹事】 それでは、資料5をごらんいただければと思います。

若年性認知症支援部会は、こちらの5回目以降、開催といたしまして、右上のほうにございますように3回、2月と4月と7月ということで実施しております。

その実施状況といたしましては、現在若年性の方に特有な検討分野というものを5分野、左の2番目にありますように、医療支援、介護・公的支援等々5分野についてやっております、それらについて専門家のほうからヒアリング、またそういったものに整理した課題に応じた支援策を検討しているというところでございまして、この3回目は2番目の介護・公的支援、経済的支援、4回目に職場を含む社会的支援という形でヒアリングを実施したところでございます。

それによって、現在分野といたしまして、こちらの下表にありますように5分野に分けて検討しております、まず医療支援の部分につきましては、早期診断ということで、若年性認知症の診断・治療が可能な医療機関がなかなか不明確であるというような現状が出ておりますが、これにつきましては、認知症専門医療機関実態調査というものを実施しましたところ、都内で若年性認知症の対応が可能と答えた医療機関については245カ所あるという調査結果が出ているところでございます。

ですので、この早期診断等については、今後、先ほど出ましたサポート医のフォローアップ研修とか、あと地域におけるかかりつけ医と専門医療機関の連携促進というような形で、さらなるバックアップ体制というものを構築していくということと、本人とかご家族にとって具体的、実用的な医療機関名の公表をやっていこうという方向になっております。

また、診断後の支援ということで、若年性認知症につきましては、進行性というところから非常に大きな問題を持っておりますので、診断後に継続的にフォローする体制ということをお願いしております、その中では、確定診断後の相談支援がスムーズに受けられるような連携体制、また、重症化したときに速やかな入院治療が実現できるような体制ということで、既存の医療資源と福祉サービスをつなぐネットワークを構築するということと、先ほども出ました老人性認知症専門医療事業とか、また、精神科のほうでございま

す精神科夜間休日救急診療事業、こちらのほうで重症化したとき等の対応とか救急時の対応等を図っていくということで今まとまっているところでございます。

次に、公的な介護等公的支援の部分なんですけど、相談・支援体制については、窓口の際に利用可能な制度の知識というものがなかなか不十分であって、個々のニーズに対応できていないということが今課題としてあるところでございまして、各支援制度間の連携体制の構築というところが必要だということになっております。

現在、若年性認知症支援部会といたしまして、区市町村等の担当者に対する調査 若年性認知症に関しましては、障害者自立支援法の制度ですとか、介護保険法の制度ですとか、いろいろ使える制度が各法体系をまたがっておりますので、それについて各区市町村の担当に調査をかけているところでございます。今後、その調査結果を踏まえて、具体的施策について検討していくという形になっております。

また、介護現場につきましても、受け入れ、サービス利用を断られるという事例もありますし、また、その一方で、特別な対応がなくても受け入れられると言っている施設もございまして。これについては、それぞれの対応能力の向上を図り、提供されるサービスの質の向上を図っていくということが必要であるということで、これにつきましても、若年性の方はいろいろなところに行っていらっしゃるケースもありますので、その状況を把握するために、介護保険施設についても、先ほどの窓口と同様に実態調査のほうをしているところでございます。これも、実態調査を踏まえた上で、具体策について検討していこうということになっております。

次に、家族支援なんですけれども、情報提供という意味で、的確な情報収集というものが、ご家族の方、特に若年性の場合でございますと、だんなさんが発症した場合奥様が働いていたりするケースもございまして、インターネットなどを活用した24時間信頼性の高い情報が得られる仕組みづくりが必要だということで、これについては現在、先ほどご紹介いたしました「とうきょう認知症ナビ」のほうで情報提供しておりますし、今、リンク先を増やしているところでございます。

また、介護に当たっているご家族のケアという部分もございまして、ご家族のほうに認知症であるということを受け入れられずにサービス利用に結びついていないとか、仕事と介護の両立というのがこの場合大きな問題になってまいりますので、ご家族の方の健康管理とか心理的ケアが必要だということになってございまして、これについては現在具体策について部会のほうで検討しているところでございます。

次の経済的支援については、若年性ということで、働き手の方が若年性認知症になりますと、退職による家計の担い手の喪失ですとか、住宅ローン等がある場合に経済的に困窮してしまうという問題も出てまいりますので、ただ、経済的支援を行うためには恒久的な財源というものが必要になってまいります。これについては、若年性認知症の人と家族が直面する問題について広く知っていただくということと、現在方向性といましては、損保会社ですとかローン会社へ提言をまとめていこうと。特に生命保険会社について、認知症も含めた精神障害の実態を踏まえた高度障害認定基準の見直しとか、そういった形で提言を出せないかということで今検討しているところでございます。

次の職場を含めた社会的支援の分野なんですけど、進行性ということで就労支援の仕組みづくりというものがなかなか進んでいないという状況にあるんですけども、就労の維持、継続というところをどうやっていこうかという議論をしているところでございまして、これについても具体策を検討しているところでございます。

また、企業における対応の部分なんですけれども、多くの企業で、若年性認知症自体の認識というものが進んでいないこともございまして、まず企業に対してそういったことを啓発していこうと。そういった中で、産業医の役割というものが非常に大きいという部分で、早期に診断し、産業医の理解を得て連携しながら支援していくことが必要だろうということで、企業、団体等への普及啓発、また、産業医に対してどのような形で協力を依頼できるかということは今検討しているところでございます。

若年性認知症支援部会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。それでは、ただいまのご報告につきまして、ご質問、ご意見などがございましたらお願いしたいと存じます。いかがでしょうか。

この若年性認知症支援部会は、少しおくれて立ち上がったものですから、進捗状況が他の部会と比べましてまだ少しおくれております。しかし、大変熱心に回を重ねて進めていただいていることは、開催実績等でもおわかりいただけるかと存じます。

【和田委員】 意見というか提案というか、よくわからないですけども、会社法とか関係する法規がわからないんですけども、要介護状態になって要介護認定を受けて、その認定の範疇で1割負担をしながらデイサービスに通う。そのデイサービスに通っている間にデイサービスの職員たちが会社と同じような機能を持って、そこに通った人に職がつくように働く。そのデイサービスに来ている人たちが仕事をとってきてくれたことによって働くことによって、賃金を得るという仕組みというのはなぜできないんですか。

要するに、社会的コストは何にも変わらないわけではないですか。社会的コストは何にも変わらなくて、考え方を考えるだけで、少なくともそこに通ってきている金ぐらいは自分で稼げるとか、もっと言えば、障害者のところなんかもそうでしょうけれども、職をつくることを応援するのがデイサービスの社会的コストだとしたら、それは職を持たなくても要介護状態になったらデイサービスにコストがかかるんだから、その同じコストをかけるんだとしたら、そのコストをそういうふうに使ってもいいと判断すれば何でもできちゃうと思うんですけども、そういうことはどうなんですか。

【松山幹事】 そのこのところが若年性認知症の非常に難しいところで、お話にもありましたように、障害のほうであれば、それは就労支援の部分で今いろいろ施策が構築されておりまして、就労支援系の事業所、デイサービスみたいなものが障害の分野では確かにある。ただ、老人の分野だと、確かにおっしゃるとおり、今、それがいない部分で、その辺は若年性の方というのは両方使えるというところもあって、それも含めてその方たちがどちらの分野に行っているのかということも含めて今調査をしている。

おっしゃるように、この方というのは、障害のほうを利用することもできるんです。当然精神障害の部分で認められて、自立支援法の対象になれば、障害者のそういう就労支援のほうのデイを利用されている方もいらっしゃると思うので、それも含めて調査をかけています。ただ、おっしゃるように、今の介護保険の体系だと、そういう就労支援みたいなものがないので、そのこのところは、多分若年性認知症の特有な形になってくるのかなと思うんです。

実は、先ほど小川委員からあった5月29日の参考資料1になりますまちづくりの実施報告の中で、グループホームきずなが実験的就労デイというのをやられていたところで、そこは和田委員がおっしゃるように、賃金に結びつくような事業ではないんですけども、こういった事業を今後介護保険法の中でどう位置づけていくかというのはこちらの行政上の課題ではあるとは思っております。

【和田委員】 きずなの経営者の彼なんかともいろいろ話したりするんですけども、あれは就労支援と言わなくて、言ってみれば就労模擬支援ぐらいの話で、あれを就労支援と言ったら失礼な話だと思うんです。社会的コストは変わらないで考え方を考えればできることだったら、東京都得意の国を責めまくって、これをちゃんと認めてやれと、ここに来る人たちは働いているような形、就労にちゃんと結びつくようなデイサービスでいいじゃないか、ぐちゃぐちゃ言うならモデル事業で1年ぐらいやってみて結果を出してみたら

どうかと。若年性認知症の対策は国だって全然おくらせているわけですから、同じ社会的なコストを使うんだったら有効に使うという発想の切りかえみたいなこと、そういう話が出たのか出ていないのかという話を聞きたかっただけなんです。

【松山幹事】 若年性の考え方については、こちらの資料の職場を含む社会的支援の現在までの到達点の一番上に、認知症における就労支援という用語の定義づけが必要というところが出ていまして、これはどういう意味かといいますと、若年性認知の方というのは進行してしまうというところで、要は今まで働けていたのが、あるときを境にして今度はできなくなってしまうという問題があって、その中での就労支援というのはどういうものを言うのかというのは議論をしていたところです。

和田委員が言うように、ある程度就労支援によってお金を稼ごうという発想は出ていたんですけども、ただ、そうは言っても、ある日を境にできなくなってしまうという進行のところとそこをどうマッチングさせていくかというところで、意見がなかなかまとまらなかったというのが実情でございまして、それについては今検討中というのが実情でございまして。

【和田委員】 不規則な言い方ですみませんけれども、それは普通のデイに戻ったという話ではないですか。普通のデイに通うようになったぐらいの話ですよ。

【松山幹事】 できなくなってしまうえば、そういうことです。

【繁田副議長】 恐らく就労支援という言葉になじむような人は、高次脳機能障害と呼んでも大きな間違いではないような人たちだと思います。認知症の中ではごく一部の極めて良性、もしかしたら診断が違うかもしれないというような人は長く継続して仕事に近いようなことができるかもしれません。とすると、システムや体制を考えるのであれば、高次脳機能障害の就労支援と絡めて議論するほうが効率がいいかもしれません。

【長嶋議長】 また発言させていただきますけれども、実はきのうまで仙台にいて、若年性認知症に関する議論もちょっとやってきたんです。今和田委員のお話のように、切りかえをきちっとすれば、模擬というか、完全な就労支援にはならないかもしれませんが、そういう試みをやっている地域性もありまして、農業地帯のところなんかでは、デイサービスに通ってきて、例えば野菜をそろえて袋詰めするみたいな作業をやっていて、それは全部出来高払いで、預金通帳に施設のほうで振り込んであげているんです。そうすると、1年すると結構たまるんです。

それが即就労支援と言えるかどうかわかりません。わかりませんが、実は若年性

認知症の方々、少しでも家族のために働きたいという意欲はすごく高いようです。ですから、このことも若年性認知症支援部会のほうでどこまで到達できるかわかりませんが、ぜひ進めていただければ大変いいのではないかと存じます。以上でございます。

これで今日用意しました議題は以上のとおりなんですけれども、これまで発言いただいていた公募委員の稲田委員、いかがでしょうか。感想でも何でも結構ですので、一言いただければと存じます。

【稲田委員】 稲田です。

今日は初めてなので、一応今伺って、はっきり言いまして理解できないところとかがありまして、結局それでどうなのというのがあったんですけれども、まず、高齢者実態調査なんですけれども、認知症に症状を置いているのであれば、75歳以上でやったほうがよかったんじゃないかと思ったんです。というのは、認知症の症状が深刻になって出てくるのは75歳以上と聞いたんです。この65歳からというのは範囲がちょっと広がったのではないかと。65歳から高齢者になるのかしらと思ったんです。

それとあと、認知症は早期発見だろうと思うんですけれども、先ほどの医療部会のほうでの認知症早期スクリーニング、早期対応の取り組み支援がございました。これは、具体的には何かテストみたいなものをするということなんでしょうか。

【繁田副議長】 決してそうではございませんで、例えば早く診断といいますか、評価なり判断をするためには、一般の方が認知症の症状ではないかということに気づいていただけると寄り添いやすい。ですから、一般の方々への公開講座等の知識の提供の機会を設ける。その一方で、最前線の窓口として想定しているかかりつけ医には、ふだん高血圧やコレステロールでかかっている患者さんの中にも認知症の方は一定の割合いらっしゃるの、そういう人を躊躇せずにきちっと診断をし、ご自分で支援するなり専門医を紹介するなりしていただく。その2つの方向が主な方針でございます。

【稲田委員】 例えばメタボ検査ではないですけれども、ああいった形で仕組みとして入れるというのは、そういうのは不可能なんでしょうか。というのは、ほとんどは、本人は絶対に自分は認知症ではないと思っています。そういうのは無理なんでしょうか。例えばドライバースライセスの人たちはそういうものを義務づけられましたよね。

【繁田副議長】 運転手の方のテストは、そのテストで点数が下回った場合に、医療機関等を受診します。テストの点数だけで免許を取り上げるわけではなく、判断はあくまでも医療機関で行います。メタボ検査も同じですけれども、もしそういった検査のできるの

であれば、先ほどのMMSEの調査の点数できちっと数字が出るんです。でも、それまでの人生も違うし、知能の程度も教育も自由に受けられなかった人もいらっしゃる。仕事の種類によっても違うかもしれません。テストだけではそういったことは分かりません。

ですので、結局話を聞いて判断せざるを得ない。それを考えると、確かにある程度の基準で危なっかしい人を見つけることができますし、実際にそういったことをしている自治体もありますが、一律にそれを行うというのはどうなのでしょう。様々なコストを考えますと、医師会等で簡単なテストを活用しながら早期発見に取り組むというのは大変意義があると思います。ですから、早期発見の必要性というのはサポート医フォローアップ研修等でも強調していきたいと思います。

【長嶋議長】 補足になるかどうか分かりませんが、もう10数年前から、国公立病院とか大学病院なんかで、物忘れ外来が開設されてきたりしますので、そこでのいろいろな報告結果なんかも随分公表されていると思うんです。ただ、今のお話のように、自分はちょっと物忘れが云々ということで認知症を疑っている方は決して電話してこないということも報告書に載っておりまして、ただ一律に何歳になったからこの検査をやりますというわけにはいかないと思うんです。今繁田委員がおっしゃったように、周りから心配してかかりつけ医を通して、それが結局が一番多いんでしょう。そういう意味で、今回の医療支援部会でのお仕事が非常に大事だと私は感じまして、先ほどお礼を申し上げたつもりであります。

最後になりましたけれども、小川さん、何か一言ありますか。最初のほうにちょっといただきましたが、ご感想はいかがでしょう。

【小川委員】 感想ということではないんですけど、私は2年前に会社をやめまして、勤めているときの一つの苦勞としては、障害者の雇用をある率を守らなきゃいかんということで、あまり模範的な企業ではなかったかもしれませんが、苦勞しました。今若年性認知症の話があって、この方たちは障害者雇用のパーセンテージに含むことができるんですか。もしそうだとすると、いろいろ援助もありますし、一つの解決策ではないかなと思って聞いていたんです。

【中村幹事】 1つは、若年性認知症の方で、精神障害者というほうの障害に認定されれば、当然障害者の雇用率に算定できるということになりますので、診断上で精神障害者福祉手帳を取得する道はあろうかと思います。

【小川委員】 ご本人がそれを申請するのを嫌がるでしょうから、今の話ではないです

けれども、難しいということですか。会社というのは、ある意味では大変利己的な部分がありますから、若年認知症の方を一般の障害のある方と同様、障害者雇用率に算定できれば、企業としての取り組み姿勢に若干差が出るのではないかという気持ちで聞いておりました。

【長嶋議長】 ありがとうございます。

時間も押してきましたので、本日の会議はこれで閉じたいと思います。

それでは、事務局に進行をお返しします。

本日の円滑な進行につきまして、委員の皆様にご協力いただきまして大変感謝申し上げます。ありがとうございました。

【松山幹事】 それでは、事務局から連絡事項を申し上げます。

次回の会議は、今のところ11月上旬を予定しております。先日送付させていただいた開催通知に日程調整用紙を同封させていただいております。本日受け付け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います。

日程につきましては、各部会における検討状況なども勘案し、改めてご連絡をさせていただきますので、次回もよろしくお願いいいたします。

事務局からは以上でございます。本日はどうもありがとうございました。

了