

東京都認知症対策推進会議 （第9回）

平成22年9月2日（木）

【室井幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第9回東京都認知症対策推進会議を開催させていただきたいと思います。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、また連日の猛暑の中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

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

初めをお願いでございますが、ご発言に当たりましては、お手近にマイクを置いてございます。そちらをご使用いただきますようお願いいたします。

まず最初に、人事異動に伴う委員の変更がございましたので、新任の委員のご紹介をさせていただきます。

高村弘晃委員でございます。

【高村委員】 墨田区高齢者福祉課長の高村でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 堀江幸雄委員でございます。

【堀江委員】 府中市の福祉保健部高齢者支援課副主幹の堀江と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、人事異動に伴います新幹事のご紹介をさせていただきます。

高橋孝人幹事でございます。

【高橋幹事】 警視庁の高橋でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 櫻井幸枝幹事でございます。

【櫻井幹事】 精神保健・医療課長、櫻井でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

【室井幹事】 続きまして、本日所用によりまして欠席されていらっしゃる委員をご紹介します。長嶋紀一委員、山田須賀委員、林大樹委員、このお三方がご欠席とのご連絡をいただいております。

それから、本日所用によりまして馬神祥子幹事が欠席をしてございます。

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

申し上げたいと思います。

【杉村局長】 福祉保健局長の杉村でございます。委員の皆様には、日ごろから東京都の福祉保健医療行政に対しましてご支援とご協力を賜りまして、まことにありがとうございます。改めまして御礼を申し上げたいと思います。

また、きょうは、司会からもございましたけれども、大変暑い中、会議にご参加いただきまして、まことにありがとうございます。あわせまして御礼を申し上げます。

東京都におきましては、平成19年度に、総合的かつ具体的な認知症対策を推進いたしますために、東京都認知症対策推進会議を立ち上げまして、そのもとに医療支援部会、仕組み部会、それから若年性認知症支援部会の3つの専門部会を設置いたしまして、さまざまなご検討をいただいたところでございます。そして、推進会議の提言につきましては、東京都といたしまして、その具体化に向けて施策や事業を展開いたして、その実現に努めているところでございます。今年度は、これまでの取り組みに加えまして、認知症における専門医療の提供、医療と介護との連携という点で中核になります認知症疾患医療センターのあり方につきまして、新たに検討部会を設置し、ご検討をお願いしているところでございます。

改めて申し上げるまでもございませんが、今後、急速に高齢者が増加する中で、認知症対策につきましてはますます重要になってまいります。委員の皆様には、引き続きさまざまなお立場から東京都の認知症対策につきましてご議論いただきまして、ご意見、ご提言を賜りますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、私からのごあいさつとさせていただきます。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

【室井幹事】 続きまして、本日、長嶋議長がご欠席のため、繁田副議長に議事進行をお願いしたいと思います。繁田副議長、よろしくお願いいたします。

【繁田副議長】 慣れないところがありますが、よろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。

まず、配付資料の確認を事務局をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、お手元にこのようなクリップどめの資料がございます。資料の確認でございますが、ページをめくっていただきますと、名簿がございます。さらに本会議の実施要綱がございます。それを2枚めくっていただきますと、資料1、前回の「認知症対策推進会議の議論のまとめ」という資料がございます。続きまして、資料2－

1、それからA4の名簿がございまして、資料2-2、こちらが認知症疾患医療センターのあり方検討部会、現在行っておりますものの資料でございます。さらに、資料3-1、3-2、3-3、3-4とございますけれども、こちらにつきましては若年性認知症支援モデル事業を現在実施しております。こちらの関係資料でございます。ちなみに、こちらはパワーポイントの印刷資料でございまして、個人情報に係るスライドはこの印刷資料から除いております。さらにめくりますと、A4でございしますが、資料4「若年性認知症支援ハンドブック」（仮称）の作成について」というのがございます。さらに、資料5「重点普及推進シンポジウムについて」、以上でございます。

資料はよろしいでしょうか。

あと、席上配付で、委員のみに配付をしておりますモデル事業参加者の状況という資料、お手元のA3の資料でございます。委員の皆様にはお配りしております。個人情報の関係もございますので、取り扱いにはご注意をいただきたいと思います。席上配付資料は2つございますので、よろしくお願いいたします。

【繁田副議長】 ありがとうございます。

それでは、早速、議題の（1）番に入らせていただきます。第8回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめとなっております。本日の第9回の会議を進めるに先立ちまして、まず3月24日に開催いたしました第8回の議論を振り返っておきたいと思いますので、事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、先ほどのA3の資料1というのをごらんいただきたいと思います。前回の会議におきましてどんな議論がなされたのかというのをまとめたものでございます。1番は除きまして、2番目、認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書、これは本会議のもとで仕組み部会と、その後少しお話をいたします若年性認知症支援部会、こちらの報告書が作成されましたので、その報告を部会長からしていただきました。主な意見としましては、こちらに書いてありますが、高齢者やその家族にとりまして、認知症になった場合にどのような資源・サービスが地域にあるのかというのが大変重要であって、地域資源マップのようなものが作成されるのは大変有効である。あるいは、介護事業者という社会資源が地域に多く存在しておりますが、事業者だけではネットワーク化して地域住民を支えていくというような機能は発揮できない。行政が町会や事業者を誘導して地域づくりのネットワークを形成していくべきだというようなご意見。さらには、介護サービス事業者が家族の会の運営や相談窓口としての活動をより積極的に展開できるように、行

政も支援を強化すべきだ。それから、地域づくりは区市町村が主体となって進めていくべきものではありませんが、徘徊行方不明高齢者の捜索などにつきましては、区市町村レベルにはとどまらない面がありますので、都の広域的な活動による支援も推進してほしいというご意見。さらには、認知症の方を火災や犯罪被害等からどのように守るのが今後大事でありまして、認知症の高齢者が犯罪の被害者やターゲットにならないように、予防・配慮していくことも必要であるというご意見をいただいたところでございます。

さらに、若年性認知症支援部会の報告書につきましても部会長からご報告をいただいたところでございます。主な意見としましては、区報やテレビ等の媒体を利用しまして、若年性認知症の基本的知識を広く都民に普及啓発して理解を深めてもらうことが大事だ。また、若年性認知症に対応できる医療機関や介護施設の情報を提供して、認知症の人や家族が利用しやすいようにすべきだというようなお話。それから、認知症の相談に行く窓口というのは役所が多い。窓口で地域包括支援センターですとか、「とうきょう認知症ナビ」というような情報が得られる場所を周知していくことが大事だ。そういったところには専門職がいるわけですが、その専門職につなげていくためにも、相談窓口、専門職がいる窓口をどれだけ周知・普及していくのが鍵であろうというお話でございました。さらに、どういう地域包括あるいはお医者さんが熱心にやってくれるのかというところにつきましては、ローカルなものであるといいですか、なかなか文字になりにくいような情報であるが、大変重要な情報であると。そういう情報につきましては、情報格差が出てきてしまうことがありますので、地域ごとのそういう情報を情報提供者同士が共通の認識をつくる。お互いの情報を共通に持ち合うことが大事だというお話がありました。さらに、若年性認知症を含めまして認知症の医療相談につきましては、まずかかりつけ医に相談してもらうことが大事である。そのかかりつけ医が耳鼻科でも眼科でも、要は認知症を専門に診るようなところでもなくても、どこでも一定の対応ができることがスタートラインではないかというお話がありました。さらに、若年性認知症の方を対象にしているという看板を掲げているような介護事業者はいまだ少ない。そういった中で、若年性認知症にスポットを当てて行政としても制度的な支援策を講じていくことが必要ではないかというようなご意見をいただいたところでございます。

以上です。

【繁田副議長】 ありがとうございました。

これに関してはよろしゅうございますでしょうか。前回の議論の整理ということでござ

いますので、特にご質問等はお受けせずに次に進めていきたいと思います。

それでは、議題の（２）番、東京都における認知症疾患医療センターあり方検討部会における検討状況ということで、資料２－１、２－２を含めて事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料２－１、それから２－２でもって、現在開催をしております東京都における認知症疾患医療センターあり方検討部会の検討状況等につきましてご説明をしたいと思います。

本部会でございますが、本来的には認知症対策推進会議のご議論を経て部会を設置することでございますが、時間がございましたので、長嶋議長にご承認をいただくような形で設置をさせていただきました。現在までに２回部会を開催しておりまして、その検討状況について説明をさせていただきたいと思います。

まず、資料２－１の左側、国の状況を説明した資料でございます。平成２０年に国で「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書が出まして、早期診断の推進と適切な医療の提供が大事だというような話が出てまいりました。それを踏まえて国が認知症疾患医療センター運営事業をスタートさせたところでございます。センターの基本的な機能、制度的には専門医療の提供であるとか、地域の医療と福祉の連携、それから情報センターという役割を担うということでございます。そこで専門的医療を提供しつつ、地域の医療機関、それから福祉機関と連携をして、地域の認知症の対応力を向上させていこうという趣旨かと思います。整備状況でございますが、今年８月現在、全国で２７道府県７市。これは政令市が設置できるということでございますので、７市になっております。８２カ所でございます。おおむね約７割が精神科病院、約３割が総合病院という形になっております。総合病院の整備がおくれているところがございまして、身体合併症への対応力が弱いというような認識が国のほうにもございます。

そういった中で、今年度から基幹型の認知症疾患医療センターという制度が国のほうでできました。従来のセンターは地域型という位置づけになりまして、基幹型につきまして身体合併症への救急・急性期医療、これは緊急の場合の空床確保を含むものでございます。こういったものを各道府県、政令市に１カ所整備しろというようなお話でございました。

そうした中、東京都の状況でございますが、右上でございます。認知症の人の急速な増加がこれから想定されるということで、何らかの認知症の症状がある高齢者は、平成２０

年の調査でいきますと約29万人と推計されたところでございますが、これが今後高齢化が進むとさらに後期高齢者の方が増えるということで、平成37年には約52万人になると予測されるところでございます。それから、東京が特にそういう面が強いのだと思うんですが、医療連携のための仕組みが不十分であるという面がございます。これは平成19年に東京都が調査した結果でございますが、認知症の専門医療機関に対してアンケートをしたところ、全く地域のかかりつけ医との連携を行っていないところが37.7%もあったということでございます。また、地域のかかりつけ医に定期的な薬の処方や経過観察を依頼しているのは15.9%しかなかったというようなことでございました。3番目、医療と福祉の連携の仕組みがやはり不十分であるという面もございます。先般、都内の全地域包括支援センターを対象にアンケートをしたのですが、医療機関との認知症に関する連携につきまして困ったこと、望むこととしてご意見をいただいた地域包括の割合ですけれども、医療機関との情報の共有というところで困った、あるいはいろいろ望むことがあるというところが41%、それから退院に向けた調整で円滑にいけないとか、もう少しこういうふうにしてほしいとか、そういったご意見が34%あったということでございます。

そういった中で認知症の人への医療支援体制のあり方としましては、既に医療支援部会でご議論をいただいたところではあるのですが、地域での生活継続のために、早期発見、迅速な診断、適切な医療・介護支援を受けることが大事だということと、認知症本体の医療と身体症状の医療の両方に対する切れ目のない医療提供が必要であるというような整理がなされているところでございます。

こういった中で、認知症の人が東京において安心して生活を継続できるようにするためには、医療という観点からはかかりつけ医と専門医の連携、さらには医療と福祉の連携体制を具体的に構築していくことが必要であろうという認識でこの部会を立ち上げようということになったところでございます。8月上旬に立ち上げをいたしまして、テーマといたしましては、東京の実情・課題を踏まえて、東京において効果的に機能する認知症疾患医療センターのあり方について検討しているということでございます。年内を目途に検討結果をまとめたいというふうに考えております。

1枚めくっていただきますと委員の名簿がございますので、これはごらんいただきたいと思えます。

それから、資料2-2でございますが、この2回の議論の中で、一定の方向性についておおよそまとまりつつあるというところで、今までの議論のご紹介をしたいと思います。

まず、東京における認知症疾患医療センターの基本的機能でございますが、東京都は、これまでサポート医ですとか認知症に対応できるかかりつけ医の養成ということで、地域の医療体制の整備につきましては行ってきたところでございます。今後、認知症高齢者も一層増加する中で、かかりつけ医と専門医療機関、さらには医療と介護の緊密な連携を図ることが必要であるということで、東京都における認知症疾患医療センターにおきましては、実際に地域で認知症の方を診ていらっしゃる医療機関、介護機関等のサポート機能、支援機能と、それから地域の医療機関に係る医療・介護連携の中核としての機能、こうしたものが求められるのではないかとのお話でございます。

そうした基本的機能を踏まえまして、今までのところ3つの役割があるのではないかと整理をしております。1つが専門医療機関としての役割ということで、認知症の人に対するさまざまな医療を適切に提供できる体制を構築する役割、それから地域連携の中心的機関としての役割、さらには人材育成機関としての役割ということでございます。それぞれについてはこの下に書いてございます。専門医療機関としての役割でございますが、東京の課題といたしましては、高度な医療支援というのは相当数ございますが、認知症の鑑別診断の一部医療機関への集中ですとか、入院医療の受け入れ体制等が十分ではないというような課題がございます。そういった中で、認知症疾患医療センターのあり方といたしましては、認知症の早期発見、迅速な診断に基づく適切な医療・介護、これは現場で行われるわけでございますが、そういった地域の医療・介護の支援を行っていくということ。それから、認知症本体の医療と身体症状に対する医療の双方に対する切れ目のない医療支援体制、医療のサポートをしていくということでございます。具体的に申し上げますと、認知症の人に日常的に対応している地域の医療機関、介護機関の支援を行う。それから、地域の医療機関同士、あるいは医療と介護の連携を促進していく。さらには、鑑別診断、入院医療等の医療提供体制の強化、センターみずから強化をしていく、こういったことでございます。

さらに個別に申し上げますと、専門医療相談ということで医療相談室を設置して、多様な相談に応じられる体制をつくっていくですとか、みずから受診ができない、困難な人に対するサポートをしていく。さらには、鑑別診断・初期対応ということで、患者の日常生活等を踏まえた的確な診断・評価、それからさまざまな関係者との情報の共有化をしまして、その後の地域における医療や介護につなげていく。それから、身体合併症・周辺症状への急性期医療ということで、院内の診療科間の連携等によります受け入れ体制の整備、

それから地域の医療機関等との緊密な連携によりまして、自分の病院だけでなく、地域全体で認知症の方のさまざまな医療が提供できるようにしていく役割があるのではないかと、いう整理をしています。

続きまして、「地域連携の中心的機関としての役割」というところでございます。右側に移りまして、認知症の方が地域で安心して生活を継続していくためには、さまざまな関係者が緊密に連携していくことが大事だと。医療機関同士、それから医療と介護と行政の連携が大事であって、中でも地域包括支援センターとの連携体制が重要だけれども、いまだ十分とは言えないという課題があるというところでございました。対応といたしましては、認知症疾患医療センターに各地域における地域連携の中心的役割を果たしていただきまして、地域包括支援センター、それから認知症サポート医等、さまざまな関係者に対する日常的な協力・支援を積み重ねることで具体的な連携体制の構築を図っていただきたいということで、さまざまなここに書いてあるような取り組みを整理しているということでございます。

さらに、人材育成機関としての役割ということで、今後、認知症高齢者が一層増加する中で、認知症の専門医療に精通した人材の育成が必要であるということでございます。対応といたしましては、人材育成においてセンターが中心的な役割を担うということで、センターの中における医師、看護師の育成と、それから地域における医師、看護師、その他認知症にかかわる方々への研修機能を有するべきではないかというような整理をしているところでございます。

あと、設置数でございます。左側の下にございますが、二次保健医療圏に1カ所程度を基本にスタートいたしまして、今後、運営状況等を踏まえまして、必要に応じて見直していくべきではないかというような方向で議論が進んでいるところでございます。

第2回までの議論を踏まえまして、今後の中間とりまとめにつきましては部会長の繁田先生に一任されているところでございます。

長くなりましたが、以上でございます。

【繁田副議長】 ありがとうございます。

ここまでの説明に関しまして、ご意見、ご質問等いただけたらと思います。いかがでございましょうか。

【和田委員】 よくわかっていないところもあるので、とんちんかんな質問になってしまいかもしれないんですが、専門医療相談で受診が困難な人への支援とあるんですけど

も、できますか。

【室井幹事】 これは、いわゆる認知症疾患医療センターだけでやるというよりも、受診が困難という趣旨は、病識がないとか、そういうことでみずから医療機関に行こうとしない方への対応でございます。基本的には現在も地域包括支援センター等が対応していただいたりとか、あるいは在宅診療などを行っている医療機関等のご協力を得ているところはございますが、こういったことの中に認知症疾患医療センターも協力をしていただきたいという趣旨でございます。

【坂口委員】 この間、この医療センターの会合のことを私もちょうと読ませていただいて見たんですけれども、これも含めまして、まだこういうことができたほかには、東京ではないところにはもうセンターは随分ある、東京はおくれているということがそのときにわかりました。それから、介護と医療という連携ですね。前から必要だと思いますけれども、私たち現場におりますと、これが全然できていないということなので、これは、ただこういうふうにしたいということを書かれてあるのかなと思いました。都でやっておりますこの会合は、お医者さんのほうにウエートが随分置かれていて、実際にはそういうふうになられた方をサポートしているのは介護者のセンター、そういうことでございますので、そちらのところをもうちょっと重点を置いていただけたらなど、これを読みながらも感じました。

【繁田副議長】 ありがとうございます。

その意見もやはり出まして、連携が常に問題になると。それを解決する意見は実際この中でもなかなか出ないんですね。そうすると、例えば本日の会議でも、こんなふうにしたら今よりは半歩でも前進するんじゃないかという意見があればぜひ参考にさせていただいて盛り込みたいと思います。その前の和田委員の意見もそうですけれども、それぞれの委員からいろいろこういう機能を担っていただきたいというのをたくさんいただいて、それをまずは表に落としているような部分もあります。委員の中では、こんなにたくさん無理ではないか、もうちょっと削ったほうがいいんじゃないか、これは引き受けてもらえるところがないんじゃないかというような意見もあって、それをこれから少しそぎ落としていくのか、あるいはまとめていくのかという議論もしなければというところでもあります。これはちょっと難しいから無理だろうということではじめからやめることはしないで、これができたらいい、ぜひこれをしてもらいたいということが入っている部分もありますので、まだ議論は半ばというところではあります。

【大村委員】 ただいまの坂口委員のご意見につけた形ですけど、私は今、老人福祉施設の運営にかかわっているわけです。現在、特養とはちょっと離れていますが、東京都が今4万人程度の特養入所者があられると思います。その90数%が認知症の方というふうになっております。そういう施設の側から見ますと、認知症の方の進みぐあいに応じて専門医との連携というのは大変困難を感じています。そのようなルートからのアプローチができるセンターをぜひご検討いただきたいと思います。

【斎藤委員】 埼玉県にあります和光病院という病院の院長をしております斎藤でございます。今の前のお話を伺っていて思いましたのは、地域連携の中心的な役割を担うということと、それから人材育成機関としての機能を持つということは、別のことではなくて、3を通じて2をやればよいのだろうというふうに思います。私どもの病院は埼玉県にございますけれども、毎月1回、1年で全部で10回、和光病院セミナーというのをやっております。そこには毎年、定員が75人ですが、その倍ぐらいの地域の福祉機関で働いている方のお申し込みがあって、半分お断りしていますけれども、そういう機会を毎年毎年繰り返している。そこで何をやっているかという1年間私が講義をするのですが、福祉の施設の方がたくさんおいでになって、ここで言えば3番の人材育成ということで認知症に関するレクチャーをするのですが、そのためにお互いの顔がわかるというか、地域包括とか特養の方は私どもの病院スタッフの顔を覚えるし、私どもも相手のことがわかる。だから、1、2、3を切り離すと大変だけれども、それを有機的に結びつければ、私は、十分やれる、そんなに大ぶろしきではないというふうに思います。そうすると、どういう場所に置いていくかというのが大事な問題で、やっぱりキャッチメントエリアを考えることがこのセンターを成功させるかどうかということのキーの一つであろうと思います。

それからもう1点、東京都の医療機関、センターの指定がおくれているというご発言がありましたが、埼玉県から見ると東京都は天国のようです。埼玉県なんて本当に大変。千葉県もそうですが、医療機関の偏在というのはものすごく、極端なことを言えば、東京都なんて、センターを指定しなくたって、それなりの病院はたくさんあるんですよね。それを有機的に結びつけていく。東京都が持っている、ほかの道府県から見たらよだれが出るような医療機関をもう少しその能力が十分発揮されるようにオーガナイズするという点でもこういう事業は大事だろう。たくさんある中からあえて指定して一定の機能を持ってもらうということは大事だろうというふうに思います。

【高瀬委員】 東京都医師会の高瀬と申します。認知症疾患センターというイメージが

東京においてどういうものをとらえるかというのは確かに見えにくいところです。従来でも地域において専門に対応しているところはもちろん、他県に比べればサポート医もかなりの数がありますので、それはある程度自負できるところでございます。ただ、認知症患者センターのイメージと名前が皆様にファミリーなように認識がされればうれしい限りかな。ただ、この名前だけが先行するようだと、名前をいただいたところは逆にお困りになるのかなということも恐らく事実だと思います。それに対してどれだけの協力ができるかに、この事業が成功するかどうか、かかっているのかなと思います。数の問題というよりも、医療というのは積み重ねですので、対応を一つ一つ間違わないで積み重ねていけば、あしたからは無理かもしれないですけども、近い将来できるのかなとは思っています。そういうことはぜひ必要かなと思っています。

【西本委員】 今、介護支援専門員のほうで地域包括支援センターの主任が大分動き始めて、地域で会合を持ったりというような状況が出てきましたので、ぜひそういうところにも医療的な疾患センターのところでアピールしていただいたりというようなこともしていただけるともっとアピール性が出るのかなと思うので、その辺もよろしく願いいたします。

【繁田副議長】 ありがとうございます。そのほかいかがでございましょうか。

【和田委員】 どうしてもそこにこだわってしまうのですが、結局、何をつくっても、そこに結びつかないと何の意味もないわけで、実は認知症の方に受診してもらうとか、あるいは認知症の方にデイサービスに来てもらうとか、その入り口のところはスムーズにすすすすっとはいかないわけですね。実は現場というのはそこにすごいコストをかけているわけです。それというのは、言ってみたら、介護保険でも医療保険でもコストの部分というのはだれも負担していない。要するに、言うてみたら市民的善意でやっているような話で、例えばAさんという方がいらっしゃって、これは実話ですけども、なかなかどういう方かわからない、医者にも行こうとしない。だから、昔ですけども、在宅介護支援センターの職員に行ってもらって、友達になってもらって、その在宅介護支援センターの医療法人さんの精神科の医者に友達のふりをして連れていってもらって、その医者がそこへ行っているいろいろと世間話をして、じゃ、内科ぐらいの話で、そのお医者さんも言うてみたらボランティアみたいな。要するに、入り口のところはすごく大切だと思うんですよ。やっぱり受診、早期発見もそうですけども、題目はあれとしても、入り口のところにどれだけ手間暇をかけられるかみたいなことは、上に何をつくっても、そこに結びつかないと

意味がないわけですね。だとすると、地域包括支援センターも、今の状況を見ているとそんな余裕があるようには見えないし、かかりつけ医もたくさんいても、家まで行ってくれるような人がそんなにいるわけじゃないし、あるいは介護の現場を見ても、じっくりとその人にかかわって医者連れていくところまでの人手があるわけじゃないしみたいなことを考えると、お母ちゃんももう年だしとか考えると、主治医のところ結びついてサポート医に行つて、疾患センターみたいな図式としてはきれいですが、なかなかそれが難しいというか、入り口のところを整備していくという考え方を持つというか。

例えば別の話をしますと、僕が市民だったら、認知症かもしれないということを聞いたときに、どこに受診に行つていいか、まずわからないんですよ。例えば医者に行ったら内科とか標榜しているんですけど、認知症相談医とも書いてないし、物忘れ外来とも書いてないし、だから、どこへ行つていいかわからない。入り口のところがものすごく整備がされているような気がするんです。だから、上のところも大事ですけども、そこにつながっていくための入り口をいろいろ知恵を凝らしたほうがいいのかなと僕は思つて、ちょっとこだわっているんですけど。

【永田委員】 認知症介護研究・研修東京センターの永田と申します。

全国でいろいろな動き始めた疾患センターの連携担当者や疾患センターとペアで取り組んでいる包括支援センターの連携担当者によく話す機会があるんです。今のこの紙にある右側の真ん中の地域連携という言葉の、地域連携はとても大事だというのはもちろんで、この機能は大切なんだけど、果たして疾患医療センターが地域連携の中心的機関というフォーメーションがこれでいいんだろうかというのが今どの地域でも出ています。まさに先ほど斎藤先生がおっしゃられたり、今、和田さんが言われたように、地域連携というのはご本人が地域の中で早く医療や適切な支援に届くための地域連携をつくっていくべきで、地域連携の中心的機関というのは、それぞれの地域にできて中心的機関と言われるべきで、むしろ各地域に利用者がきちんと生活圏域の中で医療やケアや地域支援の共同的な支援を受けられるための中枢にあるものが中心的機関であつて、疾患医療センターというのは、各地域の仕組みができるものの推進機関といいますか、疾患医療センターがこの連携の中心機関になってしまったら当然すぐパンクするだろうし、疾患センターが中心になつても患者さんからはほど遠く、現実としての流れはいつまでたつてできないで、結局はその連携担当者とか疾患センター側のお医者さんがすぐ疲弊してしまうというのがどの地域でも既に出ているわけなので、ぜひポジショニングといいますか、何のための疾患セン

ターか。機能としてはこれでもう十分書かれていると思うんですけども、地域連携ということが大事ならば、地域連携がどこに本当に育つべきで、疾患センターはそのためにどう役割を果たすかということ。また、そうなっていくと、先ほど和田さんも言われたような地域の中での医療連携体制の部分からの積み上げでどこに疾患センターが位置づくのかという、本当に入り口や地域レベルでの認知症の医療が今育ちつつあるところと疾患センターがどう結びつくのか。まだ時間がかかることにしても、青写真をかくことで合意も図りやすかったりとか、疾患センターもパンクするのを防いでいけるのではないかなと思います。

先ほど坂口委員が言われたように、せっかくこの疾患センターは、疾患センターだけで成り立っている仕組みではなくて、連携担当者とかフォーメーションがあつての疾患センターだと思うので、前例の地域ではみんな連携担当者があまりにも準備が不足していたりとか、連携担当者の位置づけがあいまいで機能していない、機能し切れないですぐ交代してしまうという問題がもう出ていますので、ぜひ、これから順次その検討が深まると思いますけれども、連携担当者の位置づけや機能とか、その連携担当者が機能するための包括との連携とか、そういう流れ図をつくっていただけたらいいと思います。

【高瀬委員】 きょうは大分有意義な話といえますか、それぞれの立場で、入り口の人と、病院を頂点とするような立場でいろいろな考え方があるんだと思います。専門医療機関の中身が、身体合併症があつて両方診られるというのが一つ新しい考え方で、従来体制であつても、実際、認知症の人たちが病院に入って手術等判断を迷うことがあったんだろうと思います。それをある程度オープンにするということと、圏域ごとというか、良質な医療サービスをエリアごとに提供させるということも一つの義務だと思います。右のほうの地域連携、これは非常に大切ですけども、おっしゃるとおり、病院一つで片づくものでもございませんし、今でも連携に関してはいろいろなアプローチをしながら積み上げていますけれども、いつまでたっても連携ができないというのがどこへ行ってもある話です。それに向けて連携しているわけですけども、幾つかのクリアしなければならない問題があるところでございますが、病院側にすれば、やはり積極的に身体合併とか看板を上げていただくということが、ここでは認知症ですけども、70、80、90歳の高齢者というのは認知症だけではなくていろいろな問題を抱えています。療養病床でもどんどん認知症が増えている、精神病棟でも増えているということを考え合わせれば、総括的にコントロールできる施設がそろそろテーブルに着いてもいい時期かなということは現実的な選択

だと思います。

【繁田副議長】 ありがとうございました。

少し追加をさせていただきますと、今ほど永田委員から地域連携の話が出ましたけれども、あるいは斎藤委員から既存の施設をというようなこともありましたし、少なくとも現在既にある連携や、医療機関同士の関係とか、そういうものを無駄にするようなことは一切考えていませんで、おそらく既存のネットワークに重ねて、そのネットワークをセンターが推進——それこそ先ほど推進といういい言葉を言ってくださいましたけれども——していくだろうということを委員の中で共有しています。ですので、中心的と言うと、何か真ん中があって、放射状に統轄するようなイメージになってしまうというのであれば、言葉は適切ではないと思います。中心的というよりは、今あるネットワークを強化したり広げたりする形で支援していくというふうに、表現の仕方も変えなければいけないなと感じた次第です。

それから、受診の困難なというのは引き続き、これは困難な問題ですけれども、ここから落とさずに今しばらく議論をさせていただいて、何かセンターができることがないか探っていきたいと思います。

いろいろご意見をありがとうございました。まだまだ議題もありますので、先に進めさせていただきますと思います。

(3) 番、若年性認知症支援モデル事業の進捗状況、事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料3でございます。私からは資料3-1で若年性認知症支援モデル事業の概要についてまず最初にご説明をさせていただきまして、それから資料3-2、資料3-3によりまして、そのモデル事業をやっている事業者さんから現在の取り組み状況につきましてお話をしていただきたいと思います。思っております。

それでは、資料3-1でございますが、このモデル事業をやっている目的でございます。都内には現在、若年性認知症の方というのは4,000人いると言われております。認知症の方につきましては29万人ということでございますので、数としては少ない。少ないからこそという面があると思うんですが、若年性認知症に対しては多岐にわたる支援制度が必要になってくるわけでございますが、なかなかそれが総合的に対応できるような相談体制の仕組みというのがない。あるいは、ケアの現場におきましても、やはり高齢層の認知症対応のケアというのはあるわけでございますけれども、なかなか若年性認知症対応のノ

ウハウは蓄積されていないというようなことがあります。そういった若年性認知症の特有の課題に対してモデル事業を実施することによりまして、今後の方向性、あるいはサービスのあり方、相談・支援のあり方というものを検討し、その成果を普及していきたいというような趣旨でございます。

事業概要でございますが、実施期間3カ年、21年度から取り組みを始めまして今年が2年目でございます。2つのモデル事業をやっていただいております。選定に当たりましては、応募をしていただきまして、内容の審査を行った上で現在の事業者さんをお願いをしているところでございます。

そのモデル事業の内容でございますが、1つはいきいき福祉ネットワークセンターさんをお願いをしております内容でございます。詳細はまたご報告があると思いますので、私からは簡単にご説明をしたいと思います。若年性認知症に対する相談支援の体制というのはなかなか総合的なものがないという状況の中で、ワンストップで受けられるような相談窓口ができないかということでモデル事業をやっていただいております。支援コーディネーターを置いていただきまして、医療・介護・福祉・就労・行政等多岐にわたる支援制度の総合相談を受けていただくワンストップ窓口ということで対応をしていただく。さらには、医療機関・ケアマネ・行政窓口等々の連絡調整、情報提供を行ったりとか、場合によっては必要な手続の代行あるいはご本人、ご家族と同行して手続をするような支援を行うということでございます。それから、家族支援であるとか普及啓発ということで、相談支援事例につきまして分析・評価・検証を行いまして、支援マニュアルを作成していただくことになっております。その成果というのは、地域包括支援センターを対象に講習会を開催するなどしまして普及をしていきたいというものでございます。

それから、もう1つが右側のなぎさ和楽苑さんにやっていただいているものでございます。こちらはケアのあり方、高齢の認知症の方に比べまして体力とか意欲の面では非常にあるという方、現役世代の方が認知症になってしまう場合でございますので、ケアのあり方も違ってくるということで、若年性認知症に対応したケアというのはどういうものだろうかということでやっていただいているものでございます。その内容でございますが、就労型支援ということで、その方の社会参加意欲にこたえるような形で、その日の過ごし方をご本人とスタッフとが相談して決めて、さまざまな軽作業であるとか、施設内の喫茶店運営等を実施するというようなものでございます。それから、家族支援であるとか地域連携、普及活動というようなことをやっていただきたいと思っております。

簡単ではございますが、概要説明は以上で終わります。

続きまして、いきいき福祉ネットワークセンターさんから、1番目のモデル事業につきましてご説明をしていただきます。

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

今回は、若年性認知症支援モデル事業のマネジメント支援ということで、お手元の配付資料、パワーポイントの資料もごらんいただきながらお聞きいただければと思います。

まず、私どもの施設のご紹介から簡単にいたしたいと思います。東京都目黒区の学芸大学駅から歩いて5分のところにある本当に小さな施設でございます。お手元に小さなパンフレットがあると思いますが、私どもNPO法人でございまして、1つは、大きな事業としましては、目黒区から委託を受けております高次脳機能障害の相談窓口を持っております。もう1つは、いきいき学芸大学センターという若年性認知症と高次脳機能障害のための通所介護を運営しております。この通所介護は2006年から開始しております。1日10人、40歳から65歳の方、いわゆる2号被保険者の方を6時間から8時間お預かりして支援を行っております。職員につきましては、精神保健福祉士、社会福祉士、リハビリの作業療法士、看護師の専門職を配置しまして、利用者様対職員が2対1の配置、要するに10人に対して5人のスタッフを必ず置いております。これまでの登録者数でございます。2006年から2009年まで、15名から始まりまして、今年度も約15～16名の方が登録されております。私どものリハビリテーションケアプログラムでございますが、利用される方の主体性、それから社会とのつながり、機能低下予防という3本柱にこだわりながらプログラムを進めております。プログラムは必ず計画→実行→振り返りという過程を踏みながら進めていく。利用される方の意思をまず出していただきながら進めていく形になっております。また、認知機能検査を3カ月に1回行いながら計画を立てて支援を行っております。

活動の幾つかを、写真だけですが、清掃ボランティア活動を地域の社会貢献活動として行っていたり、社会とのつながりということで積極的に外へ出ていきながら、ごく当たり前の生活をしていただく。こういったデイキャンプで利用される方がご自分で火を起こしていただくようなことをやっていただいたり、それから先ほどの計画→実行→振り返りということですが、調理を行う。その前につくり方を確認して、ここにジャガイモがありますが、ジャガイモで何をつくろうか。だれが何を担当しようかというようなことを話し合

ってから活動はすべて開始してまいります。

そのデイサービスの中で私どもも相談支援をあわせて行ってまいりました。まず、相談開始時には、介護保険のサービスでございますので、介護保険サービスの導入としまして地域包括支援センターの紹介、認定の手続などを行っています。そこから私どもの通所が開始しますと、そこで並行しながら障害福祉、精神保健福祉の制度の導入、それから自立支援、医療の手続などを並行して支援してまいります。また、主治医の受診に同行しまして、利用される方のご状態なども確認していたり、またはご家族がうまく先生と話せないような場合にこちらのご状況を説明したりすることはあります。私どもの施設は、見ていただいたように小さな施設でございますので、利用される方が重度になってきた場合になかなか通えなくなってしまう。それから、このような施設が東京の中にも全国的にも少ないということで、いろいろな地域の方が通ってこられます。そうしますと、ずっと通い続けるわけにいかないということで、若年性認知症専用の通所介護を並行しながら、できるだけ今度は地域の高齢者対象の通所介護に通っていただくような移行のマネジメントを行っていくこととなります。それからまた並行して介護者の病気の受容、心理的負担の軽減などにも配慮しながら行ってまいります。要するに、中間施設的な役割を負っているのではないかと現在考えております。

私どもに通所されている方のアンケートでは、「よく相談ができています」、「まあまあ相談ができています」と言われている方がおよそ8割弱ぐらいでございます。

介護者の様子としては、若年性の方は非常にせっぱ詰まった様子で最初ご相談に来られるんです。また、デイサービス開始当初の Zarit 介護負担尺度 45 点以上の方が半数以上というような結果もございます。そのような方たち、ご家族が堰を切ったように話す様子が減ったり、気軽に相談ができるようになる。それから、ほかの利用者家族との交流場面が見られるような様子がありました。

ここからモデル事業取り組みの必要性をなぜ感じたかということをお話ししてまいります。当施設での相談実績という結果、2009年を見てまいりますと、相談者47人のうち当施設を利用できた方9人、ほかの相談窓口または地域の高齢者対象の通所サービスを利用できた方は7人ということで、社会資源、受け皿的なサービスにつながった方というのは非常に少ないという結果がありました。相談を受けたケースが当施設やほかの社会資源を利用したケースが少なく、要するに地域の資源につながっていないということが見えてまいりまして、介護保険の認定もなかなか受けられない方がおられたり、受けても遠

くて当施設へ通う手段がなかったりということで、通所者に対するマネジメント支援の流れに乗れていない方がおられます。

先ほどの図に戻りますと、相談を開始しますが、通所ができない、自宅に閉じこもったままである。私どもの専門の通所施設へ通ったとしても、地域の社会資源に戻れない。そこまで利用できないという方がおられたり、介護者の中でも病気をなかなか受け入れられずに抑うつ状態になっておられる、そういう状態がずっと続いているような方がおられる。こういった、私どもの小さいながらもマネジメントの流れに乗れないという方がおられることがわかってまいりました。

そうしますと、通所介護による本人さん支援による家族はレスパイトができると思うんですが、そのことだけでは家族の負担を軽減するには不十分ではないかと考えていきました。若年性認知症へのマネジメント支援はもっと広くて深く必要なのではないかと考えています。要するに、若年性認知症の方の特徴としましては、高齢の方と違いまして、若年というか、若いのに認知症を発症したのはショックであるということ、経済的な負担が必然的に生じてしまう、それにもかかわらず利用できる保障・福祉・介護制度を知らない方が多かったという結果、これは東京都の2008年度調査の結果ですが、介護保険のサービスを利用していない方が4割、また自立支援のサービスを利用していない方が9割もいたという結果がございます。その理由としましては、知らない、使い方がわからないということでした。また、一つ一つの制度を総合的に支援する相談窓口がないというような結果もあり、主介護者の介護負担度が大きく、若年性認知症介護者の6割が抑うつ状態であるということも、さきの厚労省の調査の中でわかっております。そうしますと、総合的な相談に継続して対応できるマネジメント者の存在が必要ではないかと考えてまいりました。

そこで、モデル事業に応募いたしまして、今回マネジメント支援を行っておりますが、その概要でございます。若年性認知症の介護者に対してワンストップ方式の総合相談、要するにコーディネートを行ってまいります。方法としましては、まず1番目、面談、そして医療機関等の意見をちょうだいしてまいります。本人、介護者の現状について、その中からアセスメントを行います。そして2番目には、連携シートというものを私ども独自で作成しましたが、それを用いながら情報の共有と支援の分担を行います。その結果、支援モデルケースの分析を通して若年性認知症者に対するマネジメント支援のあり方を検討してまいります。並行しまして、介護者相談会を開催しまして、ここには認知症の専門医、

保健師、家族会の方などによる相談会を実施して、家族の相互交流による心身の負担軽減を図ってまいることも行っています。

まず、マネジメント支援の①の説明をいたします。アセスメントですが、多岐にわたる支援制度利用に関する評価を行います。例えば医療、介護、障害福祉、就労、年金、権利擁護などの情報を知っていて、実際利用されているかというようなことをまず評価してまいります。もう1つは、面談を行いながら、ご本人のADL、QOL、介護負担度、そして抑うつ状態、介護肯定感などを総合的に評価して、また医療機関の主治医の情報を集めましてアセスメントを行ってまいります。

マネジメント支援の②ですが、連携を行うということです。これは若年性認知症支援コーディネーターが医療機関、ケアマネジャー、介護保険事業所、行政窓口等との連絡調整・情報提供を行うとともに、必要なサービスの導入、継続を図ってまいります。先ほどのさまざまな担当者、関係者から意見シートという情報を集約します。そして、それをもとに担当者会議を開きます。そこで方針の決定をいたしまして、連携シートというものに情報をすべて落とし込んでいく形になります。この連携シートは、本人、家族の状況、医療、経済状況、就労等々の情報と支援経過、方針が記載された個人情報記録であります。定期的なアセスメントにて更新を6カ月目安で行うということです。これは全員が共有しながら、だれがどの役割をしていくのかということを明記しながら、それぞれが連携シートをもとに支援を行うというものになります。

それから、モデル事業の第1段階には、開始時、中間時、1年という3回の区切りをつけまして、事例を分析し、必要な支援をまとめてまいります。第2段階としまして、およそ今年度終わりぐらいから来年までになってくると思いますが、マニュアルを作成してまいります。第3段階につきましては、このマネジメント支援について、マニュアルをもとに各地域包括支援センターを対象に研修会を開催していくことになっていきます。

現在の進捗状況ですが、席上配付の中のモデル事業参加者の状況もご参照になりながらお聞きください。パワーポイントのほうはまとめた資料でございます。ご本人につきましては、要介護1、2または未認定の方が参加しておられます。参加者は現在14名、うち2名が中断しております。全体的に中間時のアセスメントの時期に入っていくところでございます。本人さんですが、排泄、食事などのADLは自立している方が多い。それから、介護者につきましては、Zarit 介護負担尺度平均37点、SDSという抑うつの尺度ですが、平均46点、これはうつの疑いのある方は53点以上、神経症の疑いのある方は39

点以上ということでございます。また、介護者は仕事と介護の両立をされている方が9人です。それから、親、子どもなどの世話を必要とする家族がたくさんいる。半数は、また副介護者、お子さんなどの存在があるということです。初回相談の時期ですが、診断後6カ月から、一番長い方で4年経過している方がおられました。診断から1年以上経過している方は14人中13人です。相談ルートは、医療機関が3人です。地域包括支援センターが1人、それ以外の方は私どものホームページまたはテレビ番組を見たというような方です。主訴につきましては、ほとんどの方が閉じこもりの解消をしたい、人と交流してほしいということでした。また、介護負担、非常に疲れる、大変なので軽減したいというような方もおられました。支援の内容としましては、各制度の手続、それから医療機関の紹介、専門医のご紹介をした場合があります。それから、受診同行をして、主治医の説明について補足させていただく場合、前頭側頭型認知症など特殊な病気、症状への対応方法の助言などもさせていただきました。

実際の事例をお一人紹介させていただきたいと思います。この方は50代の前頭側頭型認知症で、ご家族は妻とお子様が3人、企業の技術職として働いていましたが、結局、仕事に支障が生まれて退職をされました。その後、雇用保険受給ということでハローワークに行きましたところ、就労支援センターを紹介され、障害者職業センターで職業評価を受けておられます。就労が困難との評価結果がありましたが、障害者雇用の集団面接を受けられて、結局は書類審査で不採用となりました。私どもの相談の開始時の主訴は、ご本人は就職をしたい、妻は毎日通える場所に通って何か活動をしてほしいということです。介護者の介護負担は88点中28点、抑うつ尺度SDSは31点、正常範囲ということでした。面談の内容は、決まったことを行っていれば落ちついていますが、コミュニケーションに時間がとられるので疲れる。お子様が小さく、子どもに手がかかるので、こちらから働きかけるのにも夫から何かを言われるのにも面倒に感じてしまう。主治医からは治療法がないと言われている。対応方法が特殊なので、今後どうなっていくのか非常に不安であるということでした。

マネジメント支援の内容です。まず、介護保険の認定を受けていただきました。この後、介護保険のサービスは実際使わずに、ミニデイサービス、地域の法外事業を紹介しまして、週4日の通所を開始されています。支援の2としましては、ミニデイサービス開始前に担当者会議を開催しました。各就労支援センター担当、ミニデイの担当者、支援コーディネーター間でカンファレンスを行い、だれが何をするという役割分担をすること、それから

情報共有をすること、目標設定をすることといたしました。

支援の3つとしては、医療、福祉と連携、そして生活、社会保障にかかわる支援ということで、まず受診同行しまして、病気の特徴と対応方法を主治医の先生から説明していただきました。そして、それをかみ砕いて私どものコーディネーターから介護方法、対応方法の助言を説明させていただいています。それから、社会保障に関する手続、健康保険、自立支援医療、国民年金支払い免除、障害年金などの手続をしております。その後の経過ですが、ミニデイサービスに行きたくないというようなことを本人が訴えていると、やっぱり就労以外に関心がないということを介護者への定期的な連絡からお聞きしています。そこで、昔の作業所ですが、地域の精神障害者対象の就労継続支援を紹介しました。また、就労支援センターにかかわってもらいながら、なかなか一般就労は難しいのではないかとということもご説明しましたが、介護者としては何とか就職をさせたいということでしたので、就労支援センターに支援の中心を移行しまして、一般就労支援を依頼しております。私どもコーディネーターのほうはその活動を見守るという形になっています。

このA氏を支援する上では、就労、それから障害、今後必要になってくるであろう介護、さまざまな制度を併用しながらマネジメントを行っていくことが必要と考えています。

このようなマネジメント支援から、現在、中間的に見えてきたことをご説明いたします。まず、診断から相談までに時間が経過している場合が多いということです。相談に至る場合も、経緯は人それぞれであって、診断から相談のルートが明確でないということが考えられます。それから、精神保健福祉、自立支援制度の利用、就労支援など、高齢者のマネジメントと異なる部分もあるということです。ご本人ですが、自宅に閉じこもっているケースがほとんどであります。社会的に交流を求めて相談に来られますので、マネジメント実施により社会的な活動に参加できるケースが非常に多いということはありません。本人の自立度が今回相談されてきた方は比較的高いのですが、介護負担度もあわせて高かったということがありました。主治医に対して適切に相談がなかなかできていないというふうな方も中に見られています。そう考えますと、主治医からの意見書と受診同行が必要と思われます。前頭側頭型認知症という、アルツハイマーと異なる疾患の方は特にご本人への対応に家族全体が困っておられるということです。また、今回、事例1の中にはなかったですが、ほかの事例では介護者相談会を経てマネジメント支援に参加できたという方もおられて、電話相談だけではなくて、介護者同士が顔を合わせる、また専門的なスタッフからの助言をもらうというような相談会を組み合わせた支援の活用がやはり家族の心理的側面

に対する支援として長期的に必要ではないかと考えています。また、これも今回の事例1にはなかったんですが、実際、副介護者を活用して支援を行っていった場合があります。2009年度の厚生労働省の調査の結果では、抑うつの方が6割でございましたが、その中で副介護者という方がおられない場合はやはり抑うつ度が高くなるような結果がありました。私どもがマネジメント支援を行っていても、副介護者がおられる場合には積極的に副介護者を活用していくことが主介護者の疲労を軽減するのではないかと考えています。

まとめといいますか、課題です。診断から相談の流れ、総合的な相談窓口というのはどういうルートになるんだろうかということです。先ほど認知症疾患医療センターの話がございましたが、地域包括支援センターがこの後、相談窓口の機能を受けていくのがいいのかどうか。医療と各所管との連携をどこが行っていったらいいのかということが今後の課題となってくるのではないかと考えられます。

それから、相談から社会資源の流れ、相談を受けましても、社会資源が若年性認知症の場合にはない。通所、社会的な交流をできない。そのために閉じこもってしまうということがありまして、相談を受けた場合にはそこをつなげられる社会資源というものもその後の流れとして必要なのではないかと考えています。

以上でマネジメント支援の報告を終わります。ご清聴ありがとうございました。

【室井幹事】 続きまして、東京栄和会さんに2つ目のモデル事業の説明をしていただきます。

【並河氏】 それでは、東京栄和会なぎさ和楽苑の並河と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

当苑がモデル事業として実施しております軽作業サロン・フリーサロンあしたばというものの事業概要等を含めてご説明を申し上げさせていただきたいと思います。

まず、お手元の資料3-3のパワーポイントに沿ってご説明してまいります。ちょっと字が小さかったり、写真が見えづらかったりというようなところはご容赦いただければと思います。

就労型支援フリーサロンあしたばの名前の由来になりますが、こちらは読んで字のごとし、自由な場所・空間、そしてアシタバという植物は非常に生命力の強い植物だと言われております。このモデル事業が確定したときに携わるスタッフが、これぐらい生命力の強い方々が集う居場所づくりができればいいというような願いを込めて命名させていただき

ました。

内容にいきますけれども、まず基本的な大きな3つの柱をもとにご説明させていただきます。まず最初が就労型支援です。目的に関しましては、若年性認知症本人の社会参加意欲にこたえるということです。これに就労型支援活動を通じて他者とのコミュニケーション、地域との交流を行いながらご本人の居場所づくりをする。そして、生きがいを感じて生活できる場所を提供することが目的になります。

事業内容といたしましては、特別養護老人ホームの中のスペースを活用した就労型のデイサービス、そして介護保険サービスの利用になじまない方が対象と書いておりますけれども、基本的に介護保険のサービス、65歳以上の方々の中では少し世代が合わないというようなことで、利用されながらもちょっと違和感を感じていらっしゃるような方も大勢いらっしゃる。その中のなじまない方というような言い方です。そして、当日通所してからその日の過ごし方をスタッフと相談して決めるフリースタイルが基本的なコンセプト。利用者が個々の状態に応じた軽作業を実施することで若年性認知症本人の社会参加意欲にこたえる退職後の居場所づくりに取り組むということになりますが、こういった活動の一つ一つが何の意味を持って、どういう効果があるのかというようなことも客観的に分析しなければならない。精神医学、臨床心理士、作業療法等、各専門家と連携し、若年性認知症に適したプログラムは何なのか、こういったものを見ていこうというふうに考えております。

基本的なものは、若年性認知症であろうが介護保険事業であろうが人として当たり前のことではありますが、その人が有する能力を駆使してその人らしい一日を過ごせる環境の提供、あと個々の選択により一日の過ごし方を組み立てて実践、実施しながら軌道修正が随時行えるよう、常時寄り添い支援、事務的補助等の就労型プログラムとスポーツ・レクリエーション等の生きがい活動、こういったものを核とした各種プログラムの企画・実践になります。

実際の就労型支援デイサービスの提供状況ですけれども、実施日に関してはウイークデー、月曜日から金曜日、実施時間に関しては9時から17時、定休日に関しましては土曜・日曜・祝日・年末年始、利用定員に関しましては1日最大4名までという設定にさせていただきました。提供地域に関しましては東京都全域。そして、ご送迎のニーズもあったものですから、送迎の設定に関しましては江戸川区の葛西地域ということにさせていただきました。利用料金に関しましては、昼食・活動にかかわる費用は実費ですが、あとは

原則無料になっております。

そして、利用者の受け入れ状況になりますけれども、こちらは先ほどの個人情報か机のほうに配付されております資料と同じような形になります。まず、ウィークデー、ほぼ4名の定員がすべて埋まっているような状況を見てとっていただければと思います。お一方、現在入院されているEの方、そして9番のIの方が8月から新規利用開始となっております。

事業の実施状況につきましてですが、就労型支援活動ということで、これはいわゆる事務関係作業になります。主に特別養護老人ホームを併設しておりますので、そちらの部署、従業員も200名近くおりますし、その各部署で出てくるような作業の補助的なもの、こちらに書かれているラベル作成だとか、書類の仕分けだとか、そういったようなものをメニュー化して用意してございます。これが事務関係作業です。この書かれている限りではないんですけれども、大まかな感じです。

そして、衛生関係作業といたしましては、お掃除関係だったり、ペットボトルの処理だったり、洗い物、網戸の掃除とか牛乳パック処理、蛍光灯とか、そういったようなものを基本メニューとして用意させていただいております。下の写真に関しまして、男性利用者の方ですけれども、活動時にそういったことに取り組んでいただいている形になります。

もう1つの就労型、生活関係作業といたしましては、簡易的な家具の組み立てだったり、お食事づくり、これはあしたば食堂と命名させていただいておりますけれども、この食堂に関しましては、利用者の方で元調理師さんの方がいらっしやいまして、メニューを考えたり食材を調理したりするのが非常に得意な方がいらっしやいまして、そういった方々がメニューを考えて、みんなで買ってきて、調理をして、それを召し上がっていただく。これは対価を得る活動になりますけれども、主に世間一般広くお客が集うということではなく、あしたばの活動の中で当苑のスタッフ限定で、こういったお食事をつくったので一緒に食べませんかということでお誘いをして、希望のある職員に対して皆さんと同じような昼食メニューを召し上がっていただいて、それなりにかかった材料費を職員から徴収してというような形になります。規模がちよっと大きくなりますので、私たちがモデル事業をやっていることを知らない職員もいる中で、こういった食堂でお昼ご飯を一緒に食べようというような試みをずっと続けていくことにより、苑内の啓発活動にもなるかなということでさせていただいています。買い物代行、農園の管理、ウェルカムボードの記入、こう

いったものも生活関係作業として実施させていただいております。

事業の実施状況としまして、もう1つが生きがい支援活動になります。お仕事とか事務作業とかも常時絶えずいっぱいあるわけではございませんし、若年性認知症の方々の程度がいろいろございますが、締め切りを設定できるようなものとか、仕上がりに関して世間一般のようになかなかいかない状況の中で、少し遊びのような、ほかのいろいろなところのデイサービスでもやっているようなことにはなりますが、こういった軽運動だったり、手芸活動だったり、園芸活動だったりというようなことも織りまぜてフリープランをつくらせていかないとなかなか続かないであろうということで、双方並行して動くような感じで考えております。

その下の2行目ぐらいに、地域専門学校生とのプログラム交流とございます。これは、地域に福祉専門学校がございまして、こちらの教員とコラボレーションを実施するということで、これは施設全体で取り組んでいて、授業のカリキュラムで学生が来て、自分たちの考えた活動を実践する。それに対して、職員は寄り添って、見守ってというような活動が苑内全体であるのですが、フリーサロンあしたばにも学生を2名ほど派遣していただいて交流を行ったり、学生が考えてくるようなものを一緒に、何か物をつくったりとか、そういったようなこともございます。ボランティアの協力による小物づくり・調理の実践というようなところでは、ボランティアが年間延べ6,000人以上施設に携わっているという恵まれた環境がございますので、そちらのボランティアさんがフリーサロンあしたばにもご協力いただいて、何かお手伝いに来るということではなく、利用者の方と一緒に食事をつくったり、一緒に出かけて買い物に行ったり、もしくはボランティアさんが施設の中で喫茶店を経営していたりというようなことがございます。その喫茶店のウェイトレスだったり、そういったようなもののお手伝いもボランティア主導でかかわっていただくような体制で考えております。

実際の活動の様子、写真が6枚ほどございまして、小さくて見えづらくて申しわけございません。体操をしている写真とか、上の真ん中は自動改札を通っていらっしやいますけれども、久しく外出がご自身一人ではなかなかできないという方が近隣の駅から駅まで電車に乗っていただいたりとか。移動も、施設ですと施設の車を使って行き先までドア・ツー・ドアで行くことも簡単ですが、ご自身の力、購買能力だとか、そういったものを使って少し外出していただくというコンセプトのもとで生きがい活動は実践しています。上段の右側になりますが、これは高尾山の山頂での写真です。高尾山に行きたいというふうに

申した方が2名ほどいらっしゃいまして、職員と行こうじゃないかということで、利用者の方に大まかな計画を立てていただいて、電車の時間とか細かいことは職員が後ろでちょっとお手伝いをさせていただいて、実際に高尾山に登ってきたということになります。下のほうは買い物の風景だったり調理の風景だったり、そしてボランティアさんと一緒に手芸を楽しんでいる様子でございます。

ここまでがいわゆるミニデイサービス、フリーサロンあしたばの簡単なご説明になります。

ここからは家族支援になります。ご家族の方がやはりいろいろご苦労されているということは当然のことなので、家族支援のことにしましては、専門職を交えての勉強会を開催して、介護方法の指導・助言を行ったり、家族会を開催し、悩み相談や情報交換を行う。家族交流会の実施から始まり、家族会の発足へ向けて働きかけていく。家族会参加にしましては、フリーサロンあしたばの利用者という狭い範囲ではなく、利用待機でご利用できなかったりとか、地域にお住まいの方で利用につながないような方々を対象に広く啓発していきたいと考えております。

今までは実際に3回ほど実施させていただいております。第1回目が3月23日、和楽苑内の会議室で、平日の昼間の時間帯ですけれども、まずは顔合わせということで、当時ご利用されている利用者のご家族の方が4名参加されておりまして、実際に携わる職員との交流だったり、今後どういうモデル事業を展開していったらいいのかというような意見交換をさせていただいています。2回目につきましては、ご家族で当然就労されている方もいらっしゃいますので、土曜日のお昼どきに屋上でバーベキューをやりながら交流をしようというようなことで実施させていただきました。そして、3回目が先日になりますが、今度は金曜の夜に、少しお酒も入りながらですけれども、暑気払いも兼ねて活動報告と意見交換を実施させていただいております。

もう1つの柱が地域連携ということになります。言葉で言うのは簡単ですが、かなり難しいテーマだと思っております。もともと特別養護老人ホームが地域の核になって、いろいろなボランティアとのつながりがあったり、学校とのつながりがあったりというようなところで、少し地域に向けてということはおうちの理事長の方針で施設が運営されております。その母体を利用しながら、行政とか医師会だとか地域包括支援センター、介護保険事業所等、地域の関係機関によるネットワーク会議、こういったものを開催して連携体制を構築していこうと考えています。

実際の活動状況ですけれども、まずはボランティアさんということで、当苑のボランティア運営委員会にモデル事業の説明及び今後の活動協力依頼を3月に行っております。そして、第1回目のあしたばネットワーク活動としまして、6月になりますけれども、講師に順天堂大学の柴田先生をお呼びして、「地域で支え合う若年性認知症」ということで簡単な講義と、このモデル事業のミニ報告会ということで、苑内の職員及び近隣事業所の職員ということで、一般市民向けではないんですが、まずはこのモデル事業を地域に知ってもらおうということで実施しております。そして、第3回目に関しましては、11月23日の祝日ですが、江戸川区の総合文化センターのかなり広いお部屋をお借りして地域に向けたセミナーを、これは一般の方々も対象にということで、具体的内容はまだ決まっておりますが、実施するという考えております。

これら3本の柱の事業をどう評価していくかということになりますが、内部での定期的な作業部会及びプロジェクトメンバーの会議にオブザーバーの先生をお呼びしたりして、事業展開について随時評価していくとともに、ご本人と家族、そして精神科医師のアドバイザーによる、利用者の方々、ご家族の方々の定期的な面接、MMSEをとったりとかSF-36をとったりとかというようなことで、ご家族に対しての調査、この活動を通じてご本人、ご家族の心境がどう変わっていくのかということは専門機関に依頼して分析・調査、これが4カ月に一遍くらいを予定しております。

そして、普及活動に関しましては、あしたば通信という広報紙の発行や講座・報告会の実施により、専門職や広く一般の方々に向けての情報を発信することを考えております。モデル事業を通じて行う若年性認知症に関する普及活動全般をあしたばネットワーク活動と総称し、地域連携の枠組みとして実施していくということになります。

現在のモデル事業が若年性認知症ケアにおいて効果的である点というようなところで少し述べさせていただきたいと思います。少人数で展開している4名定員ですので個別化が可能ですが、個々のニーズに応じた希望の実現も展開できる。各種作業を行う際も自分の役割としての認識を持って取り組んでいただくことができる。

対価を得るまでの作業を実施することは難しいといいますが、このモデル事業の参加利用者の方が本当にごくごく軽度の方ならば、就労にもたえ得るというような方もいらっしゃいますけれども、特養でのつながりの中で地域包括支援センターから利用者の方を最初に紹介していただいて、いらっしゃいます。ですから、要介護がもうついた方、地域デイに受け皿がないために通っていて、すごく個別化していた方とか、利用者と一緒に活動す

るというよりは、職員のお手伝い的な部分でデイサービスで何とかやっていた方、こういった方が多くお越しになっております。職員の補助的作業を担うことによって事業推進の手助けをしてもらう。その実績を本人たちにスタッフが伝えていくことにより、さらにモチベーションが向上し、本人の居場所づくり、役割、達成感が満たされることにつながるのではなかろうか。こういった作業を依頼する際にスタッフがわざわざその作業をつくるような手間をするのではなく、必然的にスタッフが担っている事務的作業の中で、ご本人さんたちのレベルに応じてやっていただければいいものを自然に選択して提供できるような環境を目指しています。

就労型支援活動と生きがい活動は並行して実施できるので、軽度の方から中度、重度の方までの対応が可能であり、本人のその日の状況に応じたプログラム展開ができるという感じです。

体力を使うこういった体操とかジョギング、ウォーキングで機能の維持、向上とストレス発散につなげることができるんじゃないかなということなんです。

ここからは課題になります。4名の体制で、ほぼ3名ぐらいの職員を毎日つけております。多いときは4名、必然的にマン・ツー・マン対応が必要となり、人件費がかかってしまう。

就労型支援活動にて一般社会同様の対価を得ることが事実上不可能なケースも多く、利用者の方が目指す就労活動が、いわゆるご本人の家庭だとかご本人自身の生計を支えるレベルである場合、そのニーズにはこたえることができない。

中度、重度の利用者の方の場合、BPSDが出現してしまうと活動は成り立たなくなってしまう。個別活動なので、その方に寄り添って、ご本人が何を目的に問題行動といえますか、そういった言動が出ているのかということを考えながら対応することは可能ですけれども、その対応を見ているほかの利用者への影響が事実上として多く、結果として違う場所でそういった方は過ごしていただく。同じ場所で行動することが困難になってしまうという課題が挙げられています。

そして、フリープランというふうにはなっておりますけれども、実質上、朝来て、実際に何をするんですか、きょうは真っ白な状態であなたが決めてくださいと言ってもなかなか決められないのが現状であります。これをやって、これをやってというふうにはできませんので、ある程度のメニューをパターン化して、二者択一、三者択一ぐらいの中からご本人の趣味、特技を生かしたものをチョイスしていただくことが必然的に必要になってき

ます。したがって、たくさんのメニューを用意し、それに対応できる必要物品の準備、対応するスタッフ等のキャパシティの教育を行う必要がある。

そして、一般成人と変わらない身体能力を維持している方も多く、スタッフもそれに対応できる人材の確保が必要であるということになります。実際に散歩に行ってもウォーキングに行っても、本当に40代後半、50代でスタッフより体力もある。ジョギングをしている人について走っていつてしまったりとか、いわゆる帰宅欲求、帰りたいとかなり力強くおっしゃられた場合に、それに女性スタッフではついていけなかったりとか、そういう利用者の方も存在します。ですから、スタッフの高齢者は体力がないというわけではないですけれども、一般成人と変わらないぐらいの体力に応じた若いスタッフを配置する必要があるということになります。

特養の母体を絡めての就労型支援活動を展開するには、作業を依頼する特養側にも窓口となるスタッフを配置し、コーディネートやバックアップを行う体制を構築しないと、特養全体としてのかかわりが希薄になってしまうことになります。実際に作業をお願いする側、モデル事業をやっている私たちがいろいろ各特養の部署を回ってお願いします。作業はありませんかというふうに言っても、続きません。特養のほうでは特養でそれをまとめてコーディネートするスタッフの配置が必要だと考えました。

そして、利用者の方に活動の意味合いをきちんと理解していただき、納得して参加してもらうための配慮が必要。これは、実際にこういう作業を行うことによって、どこの部署がどういう意味合いでお願いして、それをやることによりどういう効果があるのか、また、どういう対価が得られるのかというようなことを説明していくことが必要だと思っています。

そして、メリット・デメリットになります。

まず、メリットですけれども、特養母体に併設ということに関してですが、多くの介護スタッフや各専門職が必然的に配置されております。専門性の高いチームケアの展開が期待できることになります。

認知能力が軽度である場合、そして中度、重度である場合では対応方法がそれぞれ異なって、もしこれが仮にデイ単体で行っている事業所では、状態の変化により利用が継続できなくなる場合も多い。中度、重度になりましたからうちでは対応できませんということで、そこから出されてしまうとその後の受け皿が全然ないというような形になります。ですから、これが特養併設ならば、本人が慣れ親しんだ環境のまま軽度から重度まで対応す

ることがハード・ソフトの両面で可能。これは大概デイサービスを併設していたり、ショートステイを併設したり、いろいろなサービスを併設している中で介護保険サービスも利用しつつ、その中で軽作業サロンのような活動も継続しつつというようなことができるんじゃないだろうか。

そして、母体が大きくさまざまな部署が存在するため、その中で一つの社会を構築できる。一般社会での就労活動が認知能力の低下により困難な状態になっても、この母体の中である程度の役割を持っていただいて、ある程度の地位とか、ある程度のその中の保障、そういったものを持っていただいて社会的な活動を継続することができるのではなかろうか。

メリットの②になりますが、特養を拠点として既に構築されている地域ネットワークを活用し、若年性認知症及びこのモデル事業の啓発活動が期待できる。そして、将来的に介護保険サービスの利用や施設入所を考えていく必要性が高いことから、この一連の流れをつくることことができる。デイやショートステイが併設されていることから、状態に応じた在宅ケア、施設ケアを選択しながら、ケアを受ける環境を長期的に計画していくことが可能となる。

逆に、デメリットになりますけれども、特養にてサービスを受けている利用者の方々と若年性認知症の方々の年代が若干違うため、お互いに交流を望まないケースも存在するということが事実としてあります。若年性認知症利用者が望む社会参加と就労活動は、基本的に同世代の方々の社会が基本となっております。特養とかデイサービスとか、そういったものの高齢者ばかりが集まっているところの環境に対して違和感を感じて、おれはこんなところじゃなくて一般的なもの普通会社に行きたいんだよとおっしゃられたりとか、活動を拒むケースも存在する。

若年性認知症利用者が一般成人と大差なく見える場合も多く、特養の中では利用者として認識されない場合があります。母体は大きな組織であるために、利用者の情報提供やこのモデル事業の概要等内部での啓発活動を徹底していかないと、面会の方なのか業者の方なのかというふうに間違えられて、ちょっとした事故につながる可能性があるというデメリットがございます。

そして、ここからはシミュレートになりますが、この若年性認知症に特化したサービスを展開するために必要な要素として何が考えられるかというところです。当苑の設定としたしましては、利用人数定員4名で設定させていただいて、そこに必要と考える人員は相

相談員が1名、介護職員が2名、看護職員が1名、作業療法士が1名になります。定員4名に対して職員は3～4名体制で実施します。その下にありますが、介護職員2名は専従で、これは相談員と介護職員の兼務が可能と考えています。看護職員、作業療法士は他事業との兼務が可能。ただし、1日当たり常勤換算1名分を満たす。この介護員2名の相談員兼務と、看護師及び作業療法士のどちらかがということは3名が非常に望ましいのではないかと考えています。

人員配置の根拠といたしましては、相談員は関係機関との連絡調整や家族との相談等の総合窓口としての役割、介護職員はフリープランの実践、利用者の支援全般に関すること、看護職員は利用者の体調管理、医療機関との連携、そして作業療法士に関しましては、認知能力、身体能力に応じた活動の選択とか効果の確認ということで考えました。

サービスの展開として必要とされるものに関しましては、ほかのサービスと分けられたフロアでの実施、個室もしくはパーティションで仕切られた作業スペースの確保、そして希望者には送迎ができる体制ということで挙げさせていただいております。送迎に関しましてはやはりニーズが多く、施設の中の車両での送迎がやりくりできれば問題はないんですけれども、地域のボランティアであったりとか、そういったものも活用しながらの送迎を考えていきたいとは思いますが、その中で他事業との送迎相乗りに関する規制緩和、デイサービスとかショートステイとか、そういったようなサービスの車にも乗ってこれる体制、そしてヘルパーによる送迎対応、ヘルパーが直接連れてくるようなことの規制的な部分の緩和もできればいいなと考えました。

そして、報酬関係になりますが、3～4名の者を全く箱から用意して、それに対して介護報酬を設定するという状況も難しい中で、どうしたら何か報酬的なものでペイができるかなというふうに考えました。若年性認知症利用者に特化したサービスを実施する事業所に対しての何か評価加算みたいなもの、主治医とか専門医とかの連携をとった際に加算されるもの、各専門職を配置することによる体制的な加算、送迎等を実施した場合の実績に対する加算、そして現在でもデイサービスのほうにつけられております若年性認知症の方の受け入れ加算と同様の加算が必要なのではなかろうかと思います。

こういった加算にて対応すると、実際にシミュレートすると、限度額管理にて自己負担金が発生してしまったり、利用者負担が増大することにより、サービスが自己負担になることで控えたりとか利用が消極的になる可能性があるんじゃないかなろうか。介護保険での給付割合をケアプラン作成のように10割にしたり、もしくは若年性の利用者の方には認定

証みたいなものを発行し、利用負担を免除・軽減する等の対応が必要というふうに思われるところでは。

報酬部分のシミュレートに関しましては、あくまでも想像といいますか、こういったものを特養併設の中で寄り添いながらご本人の希望を実施していく体制をとるにはというようなところでのあくまでもシミュレートでございます。

以上で報告を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

【繁田副議長】 どうもありがとうございました。

駒井さんからは総合相談ですか、マネジメント支援に関してご報告をいただきまして、並河さんからはフリーサロンに関して、それぞれモデル事業に関してご説明をいただきました。ご質問などございましたら、あるいはご意見、ご感想も含めていただけたらと思います。よろしくお願いします。

【和田委員】 僕は介護保険事業者の代表ですけれども、自分がデイサービスの管轄をしていたりとか、デイサービスにもかなりかかわっているので、何かモデル事業としてやられることで全然否定はしないんですけども、何か意見を残しておかないとこのままでは嫌だなと思うので、ただ意見を言うだけなんですけども。

もともとデイサービスはフリースタイルです。もともとデイサービスをフリースタイルにしていないところにいろいろな問題がまずある。このフリースタイルという呼び方をモデル化することの意味はあまりない。あまりないというのは、今の通所介護事業の目的は、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにというのが介護保険の目的ですから、それにあわせて本人の心身の状況及び置かれている環境に基づいて、その目的の達成のためにデイが仕事をしていくということがまず基本で、そこには、サービス提供者側がこれをしなさいとか、あれをしなさいとかいうようなことになる余地は本来はなくて、その人に合ったものがそこで提供されることがまず前提なんですね。社会参加も、今までデイに入れると、行政によってはデイサービスセンターから一歩も外へ出すななんていう指導をしているところもありまして、まさに牢獄状態に閉じ込めているようなところもあるわけですが、社会参加もそのデイの運営基準上でいえば普通のことで、そのことがデイで新しくモデル化されるようなことでも何でもないというふうに僕は思っているんです。むしろ日常生活とかけ離れたような、もうカルチャーセンター化したデイサービスの中で、多くのデイサービスが高齢者の幼稚園みたいなことになってしまっているところにいろいろな問題はあるとは思うんです。東京都のモデル事業として若年性に特化したフリ

ースタイルというのは、僕の意見ですよ、東京都としては情けないなというふうに僕は思います。そんなものは当たり前のことだということで、じゃ、当たり前でない通所介護事業に対して、65歳までは若年性でフリースタイル、65歳からは支援者側が決めたことをやる。そんなばかな話もないわけで、まさに通所介護は40歳以上が対象ですから、40歳以上の方に何を提供できるか。そのときに思ったのは、40歳、50歳、うちでもそうですけれども、今までの3対1の基準の中では対応し切れないようなことというのがある。それは、非常に活動的でとか、よく言われるんですが、別に40歳の人が活動的なだけじゃなくて、70歳とか80歳でも活動的な人はすごい活動的なんですけれども、そういう認知症の方のさまざまな状態に対して対応できるためのデイサービスのあり方みたいなものについてはとてもいいなと思うんですけれども、そこにはちょっと意見を一つ言わせておいてもらいたい。

それからもう1つは、東京都がモデル事業をして、若年性認知症の人のプログラムを開発していく。結局、デイはプログラムづけしていくというか、僕はそこにすごい懸念がありまして、40歳から65歳までの人にはこれが効果的で、このプログラムが適しているんだというようなことをモデル化して、それを、何と言っていいのかわからないんですけれども、そういうことになると、やっぱりその人がどういうことを考えているかとか、願っているかとか、もともとの介護保険のスタートのところでずれてくる。言葉は悪いですが、治療モデルといいますか、療法モデルといいますか、療法というのは効果を目的に治療を施すことですから、療法化していくということか、僕はそこにすごい危機感を持ったので、その2つだけ。議事録に残りますから、意見として僕は言ったということだけは残しておいてもらいたいなと。決して僕はこれをスルーできないというか、僕の中ではスルーできなかったもので、意見として残させてください。

【斎藤委員】 若年性認知症の対策部会というのを昨年までやっておりました。そこで出ていた問題の一つが、駒井さんのところでやっていらっしゃるような相談窓口が、特に行政の窓口がほとんど怠慢と言っていいと思うけども、自分のところの担当していない制度については、聞かれれば答えるけれども、普通は答えないというところが圧倒的に多いですね。その制度を知っているのはお役人だけだから、お役人の親ならばけたときはいいけど、一般市民はどうしてくれるんだという話なんです。今の相談事業者が、包括もそうだけれども、自分の担当していることは知っているけれども、それ以外については知りませんということが、まず東京都は普通の日本の標準からすればたくさん持っていらっしゃ

る福祉施設が、福祉制度が若年性認知症の方に対して生かされないということのネックでしたので、こういう事業はぜひ検討して進めていただけたら大変ありがたいと思います。

私もちょっと気になったのは、NPOでしていっちゃって、専門職を集めていらして、2対1でやっていらして、これが事業としてペイするかどうかということをひとつ伺いたい。

それから、2番目の若年性認知症対応のデイというのは、私どもの部会でもさんざん議論が出たのですが、まず疫学的には認知症の高齢者全体の1%か2%。その1%か2%のために人員配置が1対1という施設を一体幾つつくるのか。東京都はお金があるからいいといえいいのかもしれませんが、それは非常に難しい。今、東京都を全域としてモデル事業をなさっているけれど、それは参加者の半分ぐらいが要支援と要介護1だからできるのであって、それがだめになったときに東京都全域なんて言っていられないわけです。デイサービスというのは、高齢者であれ、若年性認知症であれ、小さい地域に密着していることが大事なので、そうすると、この人員配置でモデル事業が行われて、これで成功しましたといっても、そこから先どうするというのが現実問題として、やっぱり経済的な問題というのはきちんと考えておかないと、これだけ介護保険の財源が逼迫しているときに、それは人をつければすばらしいことができるかもしれない。その辺はぜひお考えいただきたいと思う。

それから、私も和田さんの意見に賛成で、社会参加が必要なのは高齢者も同じです。それぞれの年代に応じた社会参加というのがなければいけないので、いい若年性認知症の対応というのはいい高齢者の対応でもあるわけですね。個別の対応でもある。だから、全体を底上げできるようなことを考えないと、今までののはそのまま置いといて、すばらしいのを1つ2つつくっても、それは都民のための事業とは言えないと都民としては思います。

【繁田副議長】 ありがとうございます。ご意見もお聞きしたいんですけれども、時間も迫ってきておりますので、このくらいにさせていただきたいというふうに思います。ご意見、ありがとうございます。

駒井さん、一言ありますか。ペイできているのかという質問だったんですけれども。

【駒井氏】 実際、私ども確かにNPOでございまして、これだけ資格者を配置していきますのはかなり財政的には厳しい状況でございます。私は作業療法士で、隣におります国府は看護師ですが、要するに、理事が外で働いた場合には相当の高額になるところを抑えているというような状況で運営しています。ちょっと特殊な運営かなと思っております。

【繁田副議長】 ありがとうございました。

それでは、2つ議題が残っておりますけれども、こちらのほうは簡単な報告事項で5分もかからないのではないかと思います。(4)番、(5)番、続けてお願いします。

【室井幹事】 それでは、資料4と資料5につきまして簡単にご説明させていただきたいと思います。

資料4でございますが、東京都若年性認知症支援ハンドブックを作成いたしますというご報告でございます。昨年の若年性認知症部会におきましていろいろとご議論いただきました結果を踏まえまして、企業内における若年性認知症の方の理解促進あるいは企業内の支援体制の構築が必要であるということで、産業医の方等を対象といたしました若年性認知症に関するハンドブックを作成しようと考えております。掲載内容におきましては、企業内の理解促進あるいは企業としてどんな対応ができるのかというようなことが中心になるかと思います。現在、検討会を設置しております、この若年性認知症部会の部会長でいらっしゃいました斎藤先生にも入っていただいて実施をしているところでございます。この11月には完成をさせたいと思っております。

続きまして、資料5でございます。重点普及推進シンポジウムでございます。若年性認知症に関しましての普及促進を図るということで、今の資料4はパンフレットでございますが、こちらはいわゆるシンポジウムを開催しまして理解促進なり支援体制の強化につなげていきたいということでございます。こちらにつきましては基調講演とパネルディスカッションと考えておりますが、基調講演につきましては若年性認知症部会の部会長をやっていたいただきました斎藤先生にご内諾を得ているところでございます。

以上でございます。

【繁田副議長】 ありがとうございました。

用意いたしました内容は以上でございます。それでは、マイクは事務局にお返しします。

【室井幹事】 本日は大変さまざまなお意見をいただきまして、本当にありがとうございます。本日のご意見も踏まえまして、さらに検討を進めていきたいと考えております。

次回の日程につきましてでございます。現在のところ2月の上旬を予定しております。日程調整はまた後日させていただきますので、よろしく願いいたします。

また、資料でございますが、席上配付1、席上配付2という資料は、いきいきさんでつくっていただいた資料でございますが、こちらは個人情報に関連するものが書かれておりますので回収をさせていただきたいと思います。机上に残してお帰りいただきますようお

願いたします。

それでは、本日はこれにて散会とさせていただきます。どうもありがとうございました。

—— 了 ——