

程度であります。来ていただいております。

それと、もう一つは運営推進会議というものがありますが、これがなかなか重厚でありまして、そこに開業医の先生などに本当にお願ひして出席していただひて、最初はお願ひ、お願ひなんです。そのうちに興味を持って進んで入ってくる。そういうふうになってきますので、これを何とか運営推進会議にお呼びしたらいいのではないかと考えています。

○岩尾副代表理事 実は、ある意味で最も警戒する議論であります。私どもは急性期、例えば精神症状の非常に急性期の人たちは、医療にかけることによって割と短期に、割と穏やかに収めていただくということをずっと経験してきておりました。

しかし、その後はやはり介護の力の方が有効だとおっしゃる先生はたくさんいらっしゃいます。むしろ集中化することによって介護が医療に依存する危うさというのもありまして、例えば御飯を食べないからどうしましょうと言われたら、お医者さんは一体何ができるのでしょうかということになるわけです。そうすると、勢い点滴とか、そういうことになって、実は食べない理由があるというところになかなかいかないわけです。それから、風呂に入ってくれないからどうしましょうということ、やはり集中が起きると介護の現場は医者に依存するんです。風呂に入れられる医者なんてどこにいるかということでもあります。

ですから、そういうところはある程度医療が急性期の時期だとか、治療が確立していくということは望ましいことなんだけれども、恐れずに言いますと、ここからは介護がやりなさいというようなことの手渡しを是非私はしてもらった方がいい。

しかし、この部分は医療としての継続性が必要だから、この部分については私たちがきちんと見てあげますからという保障を与えてさえいただければ、むしろそういう形が認知症における包括的な在り方なのではないかと考えている次第であります。

○阿曾沼局長 よろしいですか。それでは、一応ヒアリングはこれで終わらせていただきます。どうも今日はありがとうございました。御退席いただひて結構でございます。

(ヒアリング関係者退席)

○阿曾沼局長 それでは、続きまして次の議題に移らせていただひたいと思います。介護対策と若年認知症に対する支援あるいは本人・家族に対する対策ということで御議論いただひたいと思います。

一応事務局の方でたたき台といいますか、議論のための参考資料を用意いたしましたので、御説明をお願ひしたいと思います。

○井内室長 それでは、資料2から資料4の「認知症介護の充実について」という資料をごらんいただひたいと思います。

資料2の2ページでございますが、「介護対策の充実について」です。今お話がありましたように、委員の皆様方の意見を受けてこういったことを考えたらどうかということで事務局の方でまとめたものであります。

認知症介護については、職員の知識ですとかノウハウの不足があるというようなこと、施設や地域間の介護の水準に格差がある。また、関係者の連携が不足しているというようなこと、

サービスの使い勝手が悪いというようなことを御指摘いただいたりしたわけでありましてけれども、こういった問題点を解消するために以下の取り組みを実施してはどうかということで挙げてございます。

「介護の水準の格差の解消(底上げ)」としては、以下のようなことが考えられるのではないかと。御意見もありましたけれども、ケアマネージャーに対して認知症に関する研修を充実させてはどうかという点。

また、2番目でありますけれども、施設とか事業所に対して認知症介護に関する研修を受講した職員を配置してはどうか。その配置に資する措置を考えてはどうかということでございます。

また、地域で認知症支援に関わる関係者について御意見をいただいたと思っておりますけれども、それに携わる方々、専門職といった方々について共同研究、共同研修を行ってみたいかどうかというようなことを挙げさせていただいております。

また、「サービスの利便性の向上」という視点でございます。これも御意見がありましたけれども、緊急ショートステイの対応に資する措置を挙げております。なかなか使い勝手が悪いのではないかと御意見もいただいたところでございます。

それから、2番としましてショートステイやグループホームにおける若年性認知症対応に資する措置といったものも考えてはどうかということで挙げてございます。

それから、御意見がありましたけれども、「地域包括支援センター機能の強化」ということでございますが、地域包括支援センターに認知症介護等に関する専門的知識を有するコーディネーターのような方を配置して認知症疾患医療センターですとか、権利擁護の専門家等との連携による専門的支援を実施してはどうかということでございます。

3ページ目をおめくりいただきますと、別紙1ということで連携強化について案として考えられるものをこちらでお示してございますけれども、地域における認知症ケア体制、それから医療との連携体制の強化を図るために地域包括支援センターに申し上げたような認知症コーディネーターみたいなものを配置してはどうか。このコーディネーターは図にございますけれども、認知症疾患医療センター、全国でこれから150か所になっていくということでございますが、あとは権利擁護の専門家等とのネットワークを構築して相談連絡体制を確立していくとともに、それ以外に近接地域の地域包括支援センターに対して専門的見地から具体的な相談・援助をしてはどうかということでございます。

黄色い矢印でございますけれども、介護・地域支援と医療の有機的連携ということで、情報提供があり、また医療の必要な人への医療センターへのつなぎですとか、近隣地域の地域包括支援センターのつなぎをやってはどうか。それから、右の矢印でございますけれども、認知症コーディネーターが配置された地域包括支援センターがそうでないような地域包括支援センターに対して認知症の困難事例ですとか虐待困難事例といったようなことについて専門的見地から支援をしてはどうか。また、情報の共有化を図ってはどうかというようなことでございます。

認知症コーディネーターのイメージとしては、認知症介護指導者研修ですとか、地域ケアに関する研修というようなものを修了したような専門性のある方にしてはどうかというようなイメージ

ジでございます。

それから、4ページ目をごらんいただきたいと思います。資料3として「若年性認知症の就労を含む自立の支援」というものの提案でございます。若年性認知症の方も介護サービスに限らず、労働分野や障害者福祉分野における障害者向けのサービス等の活用によって支援を受けられることになっております。そういったことから、これらの現状施策の活用を促進していくことが必要ではないか。また、これらの事業の情報収集ですとか、一人ひとりに適切な事業の組み合わせを支援する取り組み、こういったものを実施するとともに、介護サービスについては若年性認知症に対応できるサービスを充実させていくことも考えられるのではないかとということで記述してございます。

「現状の主な施策」ということをごらんいただきますと、「雇用・就労」に関してのものでございますけれども、本人に対する支援としましては地域障害者職業センターですとか、障害者就業・生活支援センター、こういったところでの相談支援ですとか、職場適応援助者、ジョブコーチによる支援などがございます。

また、企業に対する支援としましては、若年性認知症の方が精神障害者保健福祉手帳を取得した場合に、その取得後に当然障害者法定雇用率へのカウントがなされるわけでございますし、障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用、そういったものによって職場環境の整備を図ることができるということでございます。

※印のところでございますけれども、障害者職業総合センターにおきまして平成20年から21年にかけて「若年性認知症発症者の就労継続に関する研究」を実施して、今後反映していくというようなことも既に始まってございます。

それから2でございますけれども、「障害者福祉」の施策でございます。在職中の支援としましては、必要に応じて医療支援ですとかホームヘルプ、グループホーム等の支援がございます。また、退職後の支援としましては、就労継続支援事業等の日中活動事業ですとか、医療支援、ホームヘルプといったようなサービスがございます。

「介護」につきましては、一般的に介護保険サービスは要介護認定を受ければ受けられるのでございますけれども、若年性認知症対応型のデイサービスということで、平成18年4月から通所介護、通所リハのサービスについて、若年性認知症ケアの加算の制度が設けられております。

また、4番でございますけれども、「医療」としましてはかかりつけ医と専門医療機関の連携による早期発見、確定診断、日常管理といったようなサービスがございます。

今後につきましては、先ほども申し上げましたけれども、ネットワークの構築ということで医療、介護、労働、障害者福祉等の関係機関が地域においてネットワークを構築して、情報収集ですとか本人へのアセスメントに基づくような事業活用プランを作成し、また各分野の事業のつなぎ、関係職種による事業のつなぎといったようなことが必要なのではないかとということでございます。

また、2番の「介護施策の充実」としては、先ほどちょっと出ましたものの再掲でございますが、ショートステイやグループホームにおける若年性認知症対応に資する措置、そういったよう

なことが必要と考えられるのではないかと考えています。

5ページをおめくりいただきますと、今、申し上げた現状施策の図でございますけれども、左側の方に主に「雇用・就労の継続に関する支援」ということで、右側が主に「認知症介護に関する支援」で、時系列で申しますと、疑いがある、確定診断がある、いろいろとあつて退職があつたりして高齢化が進んでいくということでございます。雇用支援において先ほど申し上げたようなことがございます。対本人と対企業ということで記述してございます。

また、障害者福祉についても手帳の取得もでございますけれども、障害者福祉サービス、在職中のサービス、それから退職後のサービスということで、先ほど申し上げたようなことがございます。

介護について、若年性認知症の対応型のデイサービス、医療についてはそこに記述したこと等でございますけれども、早期発見、日常管理、それから専門医療機関へのつなぎ、連携ですとか確定診断、周辺症状への対応、身体症状への対応といったようなことでございます。

1ページおめくりいただきますと、若年性認知症の支援のネットワークの関係でございます。この図にございますように、医療・介護分野のみならず、いろいろな関係、労働、障害者福祉に関連する分野で、例えば都道府県単位でこれらの事業、サービスを行っている主体のネットワークを構築して、若年性認知症の方、一人ひとりの適性に応じた支援体制を構築することが必要ではないかということです。

「適正」となっておりますが、間違いでございます。申し訳ございません。

その中で、やはり医療機関ですとか、地域障害者職業センター、地域包括支援センター、介護の関係でございますけれども、それから障害者就業・生活支援センター、それ以外にハローワークですとか自治体、それから障害者福祉サービスの提供主体、介護サービスの提供主体、権利擁護の専門職のチーム、それからもちろん医師でございまして、かかりつけ医の方ですとか認知症サポート医の方、そういったような方々が連携をしてはどうかということでございます。

これは図には書いてございませんが、先ほどお話がありましたけれども、本人の方、家族の方が主役でございまして、こういう連携の中に入ってくるということでございますが、そういったことが考えられるのではないかと考えています。

1ページおめくりいただきまして、大きな柱、資料4でございますが、「本人・家族への支援」ということで提案でございます。認知症の方、本人とか家族に対しましては認知症本人に対する調査、研究が少ないといったようなことから生じる不安の増大、または認知症の特性を理解していないことによる周囲の偏見ですとか、外出など、社会参加のための事業の不足などが指摘されているところでございます。前回の会合でも、委員から御指摘があったところでもございます。

これらの問題を解消するために以下の取り組みを実施してはどうかということで、まず認知症ボランティア育成ですとか、認知症の方本人の社会参加の促進という視点からでございますけれども、1番としまして認知症の方の移動支援を行うようなボランティアの育成を考えてはどうか。一部実施しているところもありますけれども、そういったことも考えられるのではないかと。

また、2番としまして、認知症の方本人の社会参加の促進、それから認知症の方自身が社会に

参加できるようなことを促していったらいいのではないかと。

3番としまして、医療支援等の活用可能な他の福祉政策との連携が図っていけるのではないかと、促進していくべきではないかということでございます。

それから、2番目でございますけれども、「認知症に対する理解の促進」ということで、前回御意見をいただきましたけれども、小中学校での認知症教育の推進というものが考えられるのではないかと。文部科学省への働きかけをしていってはどうかということでございます。

また、次でございますけれども、「本人・家族への直接的支援」ということで、1番として介護福祉士、社会福祉士の養成カリキュラム、これは21年4月からということでございますけれども、そういうカリキュラムにおいて認知症ケアを位置付けていってはどうか。

また、2番としまして認知症等の専門的知識・技術を有する専門的な介護福祉士の養成ですとか、生涯研修体制の見直しによる介護の質の向上を今後考えていってはどうかということでございます。

また、「本人・家族への相談機能の充実」でございますけれども、認知症の人と家族の会を通じたような支援もあるわけでございますが、相談機能の充実として、例えばコールセンターなどの設置というようなことも考えられるのではないかと。

また、2番としまして、自らの力のみでは相談につながらない方に対して積極的なアプローチが考えられるのではないかと。御自分ではなかなか相談ができないような方に対して、何らかのアプローチができないかというようなことで考えてございます。

最初に申し上げましたけれども、これはあくまでも御意見を踏まえた上で事務局の方で御議論の参考にしていただくということで書き出してみたものでございます。説明は以上でございます。

○阿曾沼局長 それでは、残された時間で、今日は特に介護と若年認知症、それから本人・家族の支援の3つのパートについて御意見をいただきたいと思っております。今、御説明いたしましたのは役所的な整理というか、議論の取っ掛かりみたいなものでございますので、御自由に御議論をいただければと思います。どうぞ。

○岩坪教授 3ページで御説明がありました認知症コーディネーターですね。これは、うまくファンクションしますと非常にいいと思うんですけれども、このコーディネーターという方の御身分とか立場というのは具体的にどのようなイメージになるのか。そこがございましたら少し伺いたいと思っております。これは支援センターの常勤の職員を想定するのか。あるいは、バックグラウンドとして例えば介護福祉士の方で特別な更に研修をなさっているような方が該当するのか。その辺りはいかがでしょうか。

○井内室長 お話をいただきました認知症のコーディネーターでございますけれども、地域包括支援センターには御案内のとおりであります。主任ケアマネジャー、それから保健師、社会福祉士が専門職として配置されているわけでございますが、こういった3職種、それから事務職もちろんいらっしゃいますが、そういう3職種に加えて認知症に専門に対応できるような職種として配置を考えています。これは具体的に何か考えているわけではございませんけれども、例えば

今おっしゃいました常勤ということも考えられますし、非常勤嘱託の職員として配置するというようなことも考えられるかと思えますし、それが1つかと思えます。

また、後段の方でもおっしゃられましたけれども、現在おられる専門の3職種の方々に更に認知症介護についての専門の研修などを受けていただいて、そういった方々が認知症対応の機能として強化していくというようなことも考えられるかとは思いますが、その辺のところのお考えをいただきたくて出させていただいたものでございます。

- 遠藤部長 今の継続の追加の質問というか、意見なのですが、地域包括支援センターを強化するのは前回お話ししましたように大賛成で、これは非常にいいアイデアだと思いますが、実は19年から認知症の地域支援整備等構築事業というものが始まっていて、都道府県の主体の事業は厚生省が出しているわけですが、一部の特徴あるというか、代表的な地域に限られているので、コーディネーター養成もやっているし、それから地域支援マップづくりというのもやっていますので、この事業と19年から始まった事業をドッキングさせて来年度、再来年度発展させていただくと、よりいいのではないかと考えます。

その中にコーディネーターも、今のところコーディネーターはちょっと漠然としていたと思えますけれども、やはり認知症介護の指導者とか実践者とか、これまで国がやってきた事業がありますので、そういう人たちも参加できるような仕組みをつくっていただければと思います。

- 永田主幹 今のお話の延長ですが、今の地域支援体制の構築等が全国でモデル事業が始まっているんですが、その事業の横断的な調査を今やっているところです。

そこで今、見えてきているのは非常に大事な事業であり、これからの介護と同時に地域支援体制をつくるというビジョンはかなり明確な事業だとは思いますが、実際に実施されていく段階になると市町村自体がそうしたビジョンを持っているかですとか、そういうねらいですとかビジョンが非常に失われやすく、すぐ形骸化してしまう。では、コーディネーターを置いておしまいでいいののか的感覚ですので、是非こうした対策を展開していく上では常に何のための事業なのかということが見失われないように、特に介護という成果の見えにくいものに対してはきちんとビジョン、特に国のこうした展開、今回総合プロジェクトということもありますし、2008年段階で介護に向けてどんなビジョンが現実的にあるのかということ、きちんと今回のプロジェクトでも明示していく必要があるのではないかと思います。

こんな漠然としていることを言っているようですが、今これだけ数が増えて、資源が限られた中で有効に展開していくためには、ビジョンを失ってしまうとあっと言う間に目先になってしまい、事業が形骸化して、継続性が担保されませんので、是非その部分は明確に必要なのではないかと思います。

また、今のことと継続して申し上げますと、こうした対策、いろいろ充実の案が出ているのはどれ一つを取っても必要ですし、本当にいいことが書かれているとは思いますが、実際問題、これを実践する自治体なり事業者がこれ以上の過剰負担の中でどうしたらいいのかというせつかくのいい提案が、現場では機能停止になりがちになってしまうと思います。それを克服するためには、先ほどのビジョンと連動しながら現実的な計画づくりを進めていくことが必要な

ではないかと思えます。

グランドビジョンに基づいて何年までに何をどうするのかというようなことを国がガイドを示しながらも、各自治体が自分のところの対象数と事業者の力に合わせて自主的に組んでいかない限り、どんなにいいものを国が提案しても、逆に自治体レベル、事業者レベルをやらされ感の中で本当にただ、ただ負担が増えるだけというような悪循環の構図に今は陥っていると思えますので、是非先ほども遠藤先生が言われた支援体制の上でどう位置づけるのかとか、あるいはケアマネージャー等のことも出ておりますけれども、今の既にあるケアマネージャーの育成体系とか、そういうものとどう連動するのかとか、少しパーツというよりも全体図の中でこれらがどう位置づけるのか。特に事業者側にとってではなくて、利用する立場から見て初期からターミナルまで何がどんなふうサービスとしてうちの町ではあるのかというような、先ほどマップという話もありましたけれども、是非利用者、事業者、行政が自分の町の全体像を見ながら計画的に進めていけるような誘導が今は必要なのではないかと思えます。

そんなふう組み立てていくと、意外と今まで、特に介護保険が始まってからの7、8年の間で相当いろいろな資源、人材にしても先ほどのグループホーム等の拠点等、あるいはデイサービス等、非常に資源は育ってきている面があると思えますので、先ほどの高見さんの家族会も含めて地元資源をどれだけ把握して有効に機能させていけるかという仕組みづくりを是非短期目標、むしろ部分の提案というよりも来年度からの今回すぐできる短期の提案ということの中では、部分の提案というよりは中長期に向けた基盤づくりということを短期計画の中で明確に打ち出していく必要があるのではないかと思えます。

数字的に申しますと、今、全国の市町村の中で市町村として認知症ケアのビジョンを明確にしているところが19%、総合的な対策を展開する計画があるところが10%、対象者の地元の実態把握ができているところが12.9%、そして全体感を持てたり計画を持っていないためにいろいろな国施策が空回りしている現状があると思えますので、少し基盤をつくる短期計画が必要なのではないかと思えます。以上です。

○阿曾沼局長 ほかにどうぞ。

○中島教授 この資料については大変よくできていると感心しております。私が言うことではなくて永田さんが言う話かとも思うのですが、せっかく全国に3か所、認知症研究研修センターというものをつくっていますので、是非これの活用というか、専門介護福祉士なり、専門的なケアマネージャーの養成なり、それからまた外出支援等認知症ケアを支えるボランティアの養成の中核というか、そういうところで認知症介護研究研修センターの活用というものを何か入れていただけるといいのかなと感じました。

それから、日ごろ感じているのが、たしか老人福祉法というのは死んでいないと思うんですけども、かなり世の中的に老人福祉イコール介護保険ということで、老人福祉法の世界というのがほとんどないような感じで動いている気がしております。すべてを介護保険でやろうとすると、訪問介護員が散歩に連れて行くのはどうかということ、それは介護保険にはなじまないと当然なるわけですので、介護保険ですべて賄ってしまうということではなくて、やはり老人福祉法の世界

との切り分けというか、その辺りも、あの法律をやめてしまうというのなら別ですけども、介護保険とイコールではないというところで少し御検討いただければという気がしております。

それから、今日ヒアリングでいろいろお聞きしまして、確かにグループホーム等もいいなと思ったんですけども、やはり本人・家族、特に本人の介護の支援といった場合、どうしても昔からですが、在宅というのと施設というのはすぱっと切れてしまって、在宅は在宅、施設は施設というような感じでつながりがないような気がしております。

私の持論としては、グループホームや自宅というのは一軒家である。それで、施設というのはマンションであると思っています。ですから、マンションで集合生活をしているからと言って生活の場がマンション内だけで完結するというのは変な話で、やはり施設に住んでいる人も地域を生活の場にできるような施策というか、誘導というか、それをきっちりやっていただきたい。そういう意味で、本人・家族への支援といったときに、読み方によっては在宅の方の支援中心のような感じがしますので、施設の人のクオリティ・オブ・ライフの向上というのも是非明確に位置付けていただければと思っています。以上です。

○朝田教授 私は若年性に関して2点、申し上げます。これは意見というか、要望というか、そのようなことですが、6ページの絵がとてもわかりやすいので御参照いただきながら申し上げます。

これは是非早くやっていただきたいと思います。といいますのは、これは若年性の方が大体3万人いらっしゃると言われて、比較的少ないと言え少いです。また、経済的な問題と緊急性というものが非常に高い。更に、その医療と労働とが表裏一体をなすという意味でまさに厚労省の問題である。

それで、7ページにコールセンターの充実というものがあつたわけですけども、そういう希少性とか緊急性を考えたら、この輪で囲まれているものはコールセンターというコアがあつて、それでもっていわばワンストップ・ショッピング的に機能する。それであれば何も大がかりな仕掛けが要るわけでも何でもありませんし、恐らくニーズからいって月に1回でも関係各位が集まって2、3時間ばつとミーティングをやってしまう。それまでに資料等を用意してあれば割と話が済んでしまうという意味で、フィージビリティが非常に高いのではないかと思いますので、是非これはそういうワンストップ・ショッピング的なところで実現していただければ非常に多くの方々の福音になると思います。

2点目は、就労の継続性あるいはソフトランディングの問題ということで申し上げますと、ちらっと小さい字で4ページに、障害者職業総合センターで厚労科研の研究が始まっている。20年から21年というふうなことが書いてございます。つまり、こうした主として変性性アルツハイマー等の変性性の認知症の方に対するリハビリの開発といいますか、職業訓練の開発ということだと思ふんですが、従来のこうした職業モデルが脳卒中で1回がんとやられてしまふけれども、そこから努力すればだんだん上がっていくという希望が持てる疾患であつたのに対して、アルツハイマーというのはどんどん下がっていく一方だ。そういう中で、こうした疾患に対するリハビリといいますか、どこまでリハビリになるのか、実際にそのまね事をやっているととても大変だというのはよくわかるんですけども、そのようなものを是非充実していただきたいと思います。

それに絡めて、さっき岩尾先生もちらっとおっしゃっていたのですが、何も若年でなくても少子高齢化といいますか、子どもさんへの注目とか、文科省との何とかという文言もあったと思うんですが、やはり子どもさんへの注目というのは極めて重要ではないかと思います。例えば、私が知っているあるアメリカの研究者がインタージェネレーションクラスというものをつくって、初期の比較のごく軽い認知症の方と、障害のあるというよりも家庭的に非常に貧しくて、あるいは親にスポイルされていて学校に行けない子どもさんたちを組み合わせ、そこで簡単に読み書きを教えたり、遊びの基本的なところを教えるというようなことをやっておられて、アメリカの一地域から全国的にも注目されているという話を伺っています。

また、東京でもそれをまねた予備的な試みも始まっている。ただし、どうも私もわかるんですが、日本の場合は非常に認知症の方と聞いただけで拒否反応があって、ではそこにうちの子どもを預けようかというふうにはなかなかならないとは思いますが、そうした就労の継続性とか、社会参加ということを考える上で、やはり子どもさんへの注目というのは大切ではないかと思っております。以上です。

○阿曾沼局長 若年認知症のところで、障害者手帳をもらうと既存の施策にのるという部分がありあるわけですが、そういう部分というのは医療の現場ではどうなんでしょうか。かなり周知されているんでしょうか。

○朝田教授 主治医が丁寧に教えてあげる、もしくは家族会の中でこういうことがあるよということが口コミで広まるというのが普通のパターンだと思います。

○中村局長 役所の方から発言するのはちょっと変かもしれませんが、せっかく先生から就労支援のお話があったので申し上げます。

5 ページで、役所の側で資料についていろいろ言うのは変かもしれませんが、これは今の典型的には障害者の方の就労支援なり、あるいは介護保険で今、使えるサービスが書いてあるのです。現在我々は、障害者の就労支援を推進しています。

障害を持っても普通の暮らしができるように、就労できるようにということで一生懸命やっているわけですが、若年認知症の方のことを考えると全く逆のプロセスなのではないかと思います。一番大事なことは、障害者の方はまず障害者という手帳を持っておられていろいろやってきて、先天性の方も後天性の方もそこからリハビリをして就労にということですが、言うまでもなく若年認知症の人は逆プロセスで、しかも今、働いているというふうに考えると、こういうふうに障害者の人のツールを並べただけでうまくいくのかどうかというのが、私が考えているところです。

例えば、この図で見ると、疑いがあるって確定診断があって、大分離れて退職となっているけれども、身近な例で考えると、疑いで能力が落ちてきて退職してしまって、後で確定診断でというような話がある。それから、障害者手帳がもらえるくらいになったときは、もうクビになっている。こういうことなのではないかと思うので、本当にこういうふうに疑いがあるって確定診断があって、それからかなり間があって退職という実態であれば、このモデルで多少いくかもしれないけれども、今はそういうふうにもなっていないということを考えた場合には、そののところをどうするかというのが一番の問題ではないか。

それから、とにかく企業にできるだけ抱えてもらえるようなシステムをまず考える。そのときに、認知症であるかどうかわからないというのは一番問題だと思うんですが、そのところを考えていかないとうまく機能しないのではないかと。

手帳をもらえば法定雇用率にカウントというんだけど、そういうことをやっている暇がないのではないかともし、それから手帳の前に大体介護保険では40歳以上であれば認知症になったら介護保険の対象になるということを考えると、まず介護保険を使えるように認知症になった途端に法定雇用率にもカウントできるというふうなことをして、かなり企業で抱え続けるということを企業にもインセンティブを与えるようにしておかないと、なかなかうまくいかないのではないかと考えております。

障害者行政を担当している立場から言うのはちょっと心苦しいんですが、若年認知症の場合はとにかく若年認知症と判断されたらすぐ企業の側にも雇用を継続させればメリットが上がる。今、雇用担当の局長がこのメンバーになっていないので、私の方から雇用担当の局長にもお話をしておきますけれども、そのところを考えていかないと、こううまくはいかないのではないかとというのが若年認知症の支援のときの一番の問題ではないかと思えます。もっと機動的に、しかもまずは職を持っている人を辞めさせない、できるだけそこで何とか雇用継続してあげるということを考えないと、本人の問題もともかく、扶養されている家族の問題もあるから、そのところが一番のポイントかと思えます。

○遠藤部長 今の社会就労の話の継続で、大企業は多分それで受け入れてくれると思うんですけども、何人かの私の患者さんでは自営業だとすぐクビになってしまいます。それで、困ったときだけ私のところに来るんですけども、そういったときに試み程度で地域の福祉施設にお願いして少しお金が入るようなシステムをつくってもらおうとか、滋賀県の藤本先生がやられているような認知症サロンというようなもので、居場所をつくるということも一つ大事ではないかと思えました。

それで、先ほどの手帳をつくるということは大事だと思うんですけども、大分遅れているような印象があります。それは、やはり情報が足りないんだろうと思うので、病院だとケースワーカーとか社会福祉士の人たちを中心に、若年であれば即診断がついた途端にそれが動いていくようなシステムが欲しくて、先ほどのネットワークというのも確かにいいと思うんですが、やはりだれが責任を取るんだというコールセンター、先ほど朝田先生も言われましたけれども、窓口をはっきりさせて、若年性認知症でも大丈夫というようなメッセージを送ってほしいと思います。

その中で、先ほど3ページにありました認知症の特化した地域包括支援センターなどが若年性認知症対策をやりますと、それが都道府県に数か所あるというようなことがいいのではないかと。若年性なのでたくさんある必要はないんですけども、やはり欲しいと思います。

最後に、若年性認知症の定義というものがまだ問題で、先ほど言われた40歳以上はこれでカバーできるかもしれないんですけども、20歳代でアルツハイマーになる方もおられるので、その人たちはこれから漏れないようにしていただきたいという希望があります。介護保険も当然ですけども、それ以下の場合でも交通事故とか、ヘルペス脳炎で高次脳機能障害になる方がおられ

ますので、そういう方たちへの対策も是非お願いしたいと思います。以上です。

○永田主幹 今回の遠藤先生のごことに連動しますが、5ページの本人の経過に沿っての流れ図というのは非常に重要だと思うんですが、1つこの中で認知症の若年の方は特に介護医療にたどりつく前に情報がないとか居場所がないということで、就労のことにつきましてもどうやって会社の方に言うとクビにならないで済むのかとか、本当に早い段階でのセルフケアといいますか、自分なりの対処法を御本人様が自分でまだ判断できたりする時期ですので、御本人様のセルフケア力をいかに高めるかのところが重要な点だと思います。

そういう点で言いますと、介護医療という分類というよりも、今せっかく地域支援体制もついているわけですので地域支援という分類をおつくりいただいて、地域支援体制の中で今、遠藤先生が言われた本人さんの居場所づくり、今、認知症のキャンペーンの一環で今年は5年目になります。本人ネットワークの支援をしておりますけれども、若年の方が地域でここに集まれるという場ができますと、どうやって職場と交渉したらいいんだろうとか、どうやって自分なりの力で職場で働き続けられるのかとか、若年の同士がアドバイスをし合って、会社側とのうまい継続雇用の点ですとか、あるいは地元の医療のかかり方ですとか、非常にまだ足りない情報をプロにだけ依存するというよりは、当事者の方たちが一番情報を持っていらっしゃるんで、そういった当事者同士の力をうまく生かせる場づくりを地域支援という枠組みに入れていく必要があるかと思えます。

大事なのは、認知症の方の場合、若年もそうですけれども、本人さんに合った仕事を用意できるかという部分ですので、例えば今、私が支援している方は算数が教えられるという方です。会社勤めは無理ですけれども、算数が得意な方ということで、地域の登校拒否の子どもたちの算数教室の教師をやって就労している方がおられます。

企業で働き続けるというのは非常にストレスフルな面もありますので、確かに会社で雇用していただける方は会社雇用を続けつつ、大事なのは本人の有する力に合った働き場所を確保していただけるかというところですので、これからの人材不足の時代、地域の中でうまくアレンジすると、本人さんの力を生かせる先ほどのクリーニング屋さん、岩尾さんの話ではないですけども、そうした地域の中で本人の有する力を生かした仕事の支援ということも今後非常に重要なところだと思います。

それらはばらばらに改めてあるというよりも、まさに御本人さんの有する力をきちんと見極めてどう資源をつなぐかというアセスメントとケアマネジメントの一環だと思いますので、是非先ほど地域支援を欄として付け加えていただきたいとお伝えしましたが、もう一つ、何らかのまたがる形でケアマネジメントというのを認知症の方の場合は本当に早期から立ち上げて、本人さんの意向と力を見極めながら適切な資源を生かしての自立支援、あるいはサービスの利用ができるようにケアマネジメントをこうした若年性の方から体系化を図ることで、今はまだまだ高齢者の方のケアマネジメントがどうしても単発分断的になっているのを、先ほど来もケアマネージャーさんが変わるとか、事業者が変わると切れるという話がありましたけれども、介護保険のそもそものケアマネジメントは本当に継続的なケアのバトンタッチのためのケアマネジメントで

あると思いますので、そうした本来のケアマネジメントの在り方を再構築するためにも、若年性認知症の方の対策の中では初期段階からのアセスメントとケアプラン、ケアマネジメントの展開を確実に重度化されていきますので、就労対策でせつかくやられた本人さんの意向確認や、本人さんの力が介護保険を使うときにはまたゼロからのアセスメントになったり、そうした分断化が起きないように、特に周辺症状が激しく出られる方、若年の方の診断後、1、2年が非常に周辺症状が多く出ておられますけれども、すべてアセスメントとか、その初期の段階での関係者のチームアプローチの足りなさがむしろプロが関われば関わるほど周辺症状は増悪している状況が今は見えていますので、ケアマネジメントを強化することを最優先課題にしていく必要があるのではないかと思います。以上です。

○阿曾沼局長 5ページの表は中村さんもちよつと言いましたように、現状の障害者施策のモデルではあって、それでうまくいくのかどうかというのをむしろ御議論いただきたいわけで、私も個人的には確定診断のポイントがやはり大きな問題だと思うんです。だから、確定診断をできるだけ早くやるというのがあらゆる施策のスタート点になるだろうと思うんです。したがって、それは次回の議論になろうかと思うんですけれども、どうやって早く確定診断、あるいは正確な確定診断をするかというのが特に若年性認知症の場合の施策のスタートポイントだと思うので、その辺についてまた御意見をいただけたらいいと思います。

それから、こういうモデルが若年認知症の場合にうまくいかないとなれば、どういうふうに改善するといいますか、もう少し現実的なモデルに就労の問題と福祉と介護の問題と医療の問題とどうやるか。なかなか難しい一挙にはいかないテーマだと思うんですけれども、また次回医療のものも含めて御議論いただければと思います。

○中島教授 健康診断で今、私などが受けているのは知的な部分はないんです。例えば、肺がんを発見するとか、血糖値がどうだとかというのは余りメンタルな抵抗はないですけれども、これを測られるというのはちょっとどうかなというのは多分にあるんですが、最初に変だなと感じたときにそこをつかまえるといったときは、かなり家族が見ても職場の同僚が見てもおかしくならなるとなかなかつかまえられるのではないかという気もするので、何かそういう健康診断みたいなところで、なおかつきっちりプライバシーが守られるというようなものがあるといいのかなという気がします。

それから、健康診断ということについて、若年性の話ではないんですけれども、介護保険施設などでしょっちゅう目にするのが、耳がどれぐらい聞こえますかとか、この方は視力はどれぐらいですかと聞くと、職員も看護師さんも知らないというんです。この人は相当長く入っていますので、わかりませんと言われるんです。私たちであれば、目の見えが悪くなると相当生活上困るし、またいろいろな意欲も落ちてくるという状態なんですけれども、結構施設に入っておられる認知症の人というのは入ってしまったら視力なんか測らなくていいだろうという形で放置されている。そういう基本的なところで年に1回きっちり視力、聴力を測ってあげるとか、そういうことも必要なかという気がします。

○永田主幹 すごく施策とか提案はいろいろあるんですが、いつも介護のときに課題になるのは、

やったけれどもどうなったのかという成果のモニタリングと検証が非常に弱いと思います。

1つは、先ほど岩尾さんが言われたサービス評価と人材育成をして実践して、実際にどういう状況なのかというのを自己評価したり、外部評価をするというサービス評価の仕組みもありますけれども、是非こうしたものに介護をやってどうなのかということをきちんと評価する。それも、余りお金をかけずに自己評価とか、それをきちんと地域密着の評価の仕組み等を生かしながら地域包括単位や自治体できちんとそれを集約して住民さんに戻して、住民さんがきちんと今うちの地元でどういう状況なのかということを確認しながら、お金がない中でどこまではやれそうなのかとか、1年かけてどこまで来たのかということモニタリングできるような仕組みをつくっていくことが、やはり継続性を担保する大事な点ではないかと思います。

評価というのはいろいろ今まだ混乱している面もあると思いますが、確実に今の人材育成の仕組みが不足している中では評価項目自体がいい学びの材料にもなっていたり、行政の方たちへの指針にもなると思いますので、評価の仕組みというものを仕組みづくりの中にきちんと組み込んでいくことが大事ではないかと思います。

○阿曾沼局長 今おっしゃったように、健康診断のときにできるだけ簡便に、前回議論がありましたように血液検査のマーカーでスクリーニングできるようになればかなり早いと思うんですけども、そういう部分と、もう一つは一番近くにいる家族なり本人ができるだけ早く気が付くというのも一つの端緒だろうと思います。

そういう意味では、最後の資料4の家族・本人に対して、これはステージによると思うんですけども、最初のステージとかなりしんどくなってきたステージとによってそれぞれサポートの仕組みは違うんでしょうが、何か先生方の方で御意見があれば、気付きの次元の問題と、それからかなり重度化した場合に逆に本人・家族にどういうサポートが要るのか。

○朝田教授 アイデアはないのですが、はっきり言えますことは、サラリーマンは一つのグループ、主婦もしくは自営者を一つのグループにして考えないと、この問題はみそもくそもという話になると思います。サラリーマンは、家族が気付かない段階で周りが気付きます。

○阿曾沼局長 周りが、職場でということですか。

○朝田教授 はい。会議に2回来なかったらもうアウトです。

○阿曾沼教授 コールセンターのつくり方にもよると思うんです。どういう格好でコールセンターをつくるかというのは一つのアイデアかと思っているんですけども。

○永田主幹 認知症の相談窓口とか、余り特殊なものをつくると、最初の方は自分はどうなのか不安が大きいところで、確かにそういう機能が大事であって、できるだけ気持ちのバリアなくいけるところが大事だと思いますので、今はかなりまちづくり等が進んでいる中で、例えばスーパーですとか、銀行ですとか、町の中で普通の生活圏域の中で人が行き交うところに認知症のサポーターとかが増え始めていますので、むしろそうした町の機能と一体になりながら、特殊な場ではなくて普段の中でちょっと相談できるかなとか、まだそんなに心配ではないけれども備えて聞いておこうかなとか、非常に特殊な場づくりよりは生活や地域に溶け込んだ場づくりを地域資源等の力も借りて整備していくのが合理的ではないかと思います。

今まで地域包括とかで止まっていたのを、そういうところにむしろコーディネーターとか包括の人がアウトリーチで出て行くことの方が、よほど効率的に必要な人がつながれるチャンスが増えるのではないかと思います。

○中島教授 やはりまだ国民の皆さんで若年性のことをよく知らない方がおられると思うので、私たちは皆、知っているので当たり前のように話していますが、やはりまずは若年性でないときから若年性認知症というのはこういうものなんだ。こういうものがあつたらちょっと早目に相談した方があなたのためですよというようなPRをきちんとやる必要があるんじゃないかと思うんです。

○阿曾沼局長 ほかに何かございますか。役所の方からはいかがですか。

○中村局長 そう言っていたので発言させていただきます。

ヒアリングで出たグループホームは大変数が増えて、先ほどお話にあつたように組織率が25%で、非会員の方々の質が心配だというふうに言っておられたので、何かいい方策があつたら取り組んでいくことが必要だと思います。要はグループホームの利用者の保護の見地もあるし、虐待の防止という見地もあるし、また小規模の事業者さんが多いので煮詰まってしまう、善意でスタートしたけれども、非常に破綻に瀕するというようなこともあるのではないかと思います。我々は事業者サイドの行政もしていますので、小規模の事業者さんたちの何か共同事業を協会が主体になって組むことによって少し入会することのインセンティブを高め、そういうことを通じて質が高まるような好循環を考えられないかと聞いていて思いましたので、うまくいくかどうかはわかりませんが、是非老健局にもお願いしたいと思います。

○中村部長 では、2つ申し上げます。

3ページと6ページにネットワークの絵がかいてあるんですけども、3ページの方は恐らくこれは市町村レベルかなという気もするんです。それで、6ページは県のレベルということなのですが、ネットワークはいろいろな障害の世界でもつくっていて、そこは重なっていたりするんですけど、多分法律上きっちり位置付けているのは児童虐待の世界だと思うんです。必要があつたらきっちり位置付けていくというのも一つのやり方でしょうし、それから県のレベルと市町村のレベルのネットワークをうまく重層的に補完できるような仕掛けを考えたらいいのかなと思いました。

それから、障害の関係のネットワークとの関係をどうするかとか、そういうネットワークの問題もあるのかもしれません。

それから、7ページに介護福祉士さんとか社会福祉士さんの認知症ケアについての研修のような話を書いてあるんですけども、例えば作業療法士さんとか、医療関係の職種の方々の認知症ケアについての取り組みというか、その部分は余り今まで議論になっていないような気もするんですが、その辺はどういうふうにかえたらいいかと今ごろ思っているんですけども。

○阿曾沼局長 今の医療関係職種の研修について、もし御意見があればどうぞ。

○遠藤部長 作業療法士は、私は非薬物療法なり、リハビリテーションの身体モデルは理学療法士でよくて、極論かもしれませんが、作業療法士には認知症のことを勉強してほしいと思っ

ています。ですから、テキストの見直しなり研修の強化で、数年前に作業療法士学会が認知症の生活支援というテキストを出しているんですけども、現場ではまだまだ浸透してなくて、やはり脳卒中モデルでいっていますので、是非認知症に重点を置いた研修、教育というのが欲しい。それは当然、医者にも言えることなんですけれども、やはり全体でバックアップしていくということが欲しいと思います。

○阿曾沼局長 矢島さん、いかがですか。

○矢島厚生科学課長 先ほど診断のお話が出てきたと思うのですが、どのような形で早期診断の仕組みをつくることができるかというのはすごく関心が高いところだと思います。ちょっと私もイメージがわからないんですけども、スクリーニングみたいにやってどんどん疑わしきで拾い過ぎて皆の不安をあおっても困るし、でも見逃しても困るし、どういうふうな仕組みをうまくやると本当に家族の人達にとって、又認知症の人にとって適切なサービスか。

ですから、求められるサービスであるためには認知症の中でどういう機能が生活のしづらさなどで困っていて、その困っているものをサービスとの関係でどういうふうに早く診断的に見つけてあげて、こういうふうな機能だと将来の生活でこういうふうなことが困る可能性があるのも、そういうものを早くに見つけていきましょうというようなことがうまくいくのかどうか、私もよくわからないのですが、是非その辺のところをもしありましたら教えていただければありがたいと思います。

○遠藤部長 今回の診断の話で常々思っていることが、記憶障害があつて見当識障害で生活に支障が出たときに認知症と言っていて、おおむね長谷川式 20 点以下とか、ミニメンタルテスト 23 点以下を認知症という基準があるんですけども、実は前回言っていたような脳血流シンチというようなものを使うとアルツハイマー病は、より早く見つけそうだ。そうすると、これまでと定義が違っているような気がしています。

アメリカで 20 年くらい前に認知症の診断基準で N I H が出しているんですけども、是非朝田先生にお願いですが、認知症の定義を変えたらどうかと思います。それでやはりおかしいと思ったときに、そういうことこそ専門医が必要だったりするので、是非厚生省版としての診断基準の見直しもひとつあってもいいかなと。ちょっと話が大きいんですけども、どこまでやるかということはありますが、是非どこかが取りまとめをしていただきたいと思います。

○阿曾沼局長 やるべきだと思っているんですけども、なかなか手がつかないところではあります。最新の研究成果をできるだけ反映する形での診断基準なりガイドラインなりをつくる方向でやっていった方がいいと思います。

それでは、時間もまいりましたので、とりあえず次回は今の御指摘もありました医療対策とか研究開発について 6 月 5 日木曜日夕方 4 時から 6 時までということをお願いしたいと思います。もちろん介護とか、今日の若年認知症とか、あるいは本人・家族の支援についてもオーバーラップして御意見をいただいて結構でございますけれども、メインとしては今度は医療対策と研究開発ということで御議論をいただきたいと思います。

今日はどうもありがとうございました。