

第 2 2 回

東京都認知症対策推進会議

会 議 録

平成 2 7 年 9 月 8 日
東京都福祉保健局

(午後 7時01分 開会)

○坂田幹事 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第22回東京都認知症対策推進会議を開会いたします。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、また足元が悪い中、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。

事務局を務めます、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の坂田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

初めに、お願いがございます。ご発言に当たっては、お手元にありますこのマイクをお使いください。発言に当たっては、この赤いボタンがございますので、そちらのほうを押していただければと思います。それでは、座って説明させていただきます。

このたび2年間の委員任期満了に伴い、新たに委員の委嘱をいたしましたので、委員及び幹事のご紹介をさせていただきます。お手元の資料の資料2、東京都認知症対策推進会議委員名簿、同幹事名簿というものがございます。ご参照いただければと思います。こちらの名簿の順に従いましてお名前をお呼びいたしますので、恐れ入りますが、一言ずつご挨拶をいただければと思います。

それでは、まず齋藤正彦委員でございます。

○齋藤委員 松沢病院の齋藤でございます。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 繁田雅弘委員でございますけれども、所用によりおくれるか欠席とのご連絡をいただいているところでございます。

内藤佳津雄委員でございます。

○内藤委員 どうも日本大学の内藤と申します。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 長嶋紀一委員でございます。

○長嶋委員 日本大学の長嶋と申します。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 永田久美子委員は、本日所用によりご欠席とのご連絡をいただいております。

林大樹委員でございます。

○林委員 一橋大学の林と申します。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 旭博之委員でございます。

○旭委員 立川にあります、社会福祉法人至誠学舎立川 至誠ホームの旭と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 平川淳一委員でございます。

○平川（淳）委員 精神科病院をやっております、平川病院の平川と申します。不適切なケアの流れとして精神科の病院を非常に蔑視する考え方がございますが、必ず高齢者の認知症施策には精神科病院が重要だと考えておりますので、皆さんのお役に立つように、都民のためになるように考えていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 平川博之委員でございます。

○平川（博）委員 東京都医師会の平川でございます。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 牧野和子委員でございます。

○牧野委員 東京都介護支援専門員研究協議会理事の牧野和子と申します。私は、日常都内の地域包括支援センターで勤務させていただいており、家族介護者支援事業を担当させていただいております。その面からも皆様のお役に立ち、また都民のために努めたいと考えております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○坂田幹事 和田行男委員でございます。

○和田委員 皆さんこんにちは。久しぶりに何かこの場に座らせていただいたという感じがすけれども、何か見たような顔ぶれの方もたくさんいらっしゃいまして、すごく安心していますけれども、東京地域密着型事業者の団体をやっておりますけれども、グループホームと小規模多機能居宅介護の事業者の集まりの代表をさせていただいています。よろしくお願いします。

○坂田幹事 大野教子委員でございます。

○大野委員 公益社団法人認知症の人と家族の会の東京都支部の大野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 坂井秀子委員でございます。

○坂井委員 坂井と申します。両親が認知症でケアマネジャーとして勤めてまいりました。現在は非常勤でもまだケアマネジャーをしております。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 佐藤悟委員でございます。

○佐藤委員 佐藤悟でございます。認定NPO法人市民福祉団体全国協議会の政策委員並びにさわやか福祉財団のインストラクターという立場で参加させていただきます。よろしくお願いします。

○坂田幹事 中村俊雄委員でございます。

○中村委員 中村です。よろしくお願いします。認知症になっておりませんが、いつ認知症になるかわからないということで、ならないように、うんと勉強して頑張りたいと思います。よろしくお願いします。

○坂田幹事 星野和子委員でございます。

○星野委員 皆さんこんばんは。私は民生児童委員の東京都の常任協議員会から出ております。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 河俣義行委員でございます。

○河俣委員 杉並区役所の保健福祉部地域包括ケア推進担当課長の河俣でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 毛利悦子委員でございます。

○毛利委員 武蔵野市健康福祉部高齢者支援課相談支援担当課長をしております毛利と申します。昨年から引き続き参加させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 また本日、東京都若年性認知症総合支援センターの駒井由起子センター長にお越しをいただいております。

○駒井若年性認知症総合支援センター長 東京都若年性認知症総合支援センターの駒井と申します。本日はよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 続きまして、事務局を補佐する幹事を紹介させていただきます。西村信一幹事長でございます。

○西村幹事長 西村でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 露木秀幸幹事でございます。

○露木幹事 露木と申します。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 新倉吉和幹事につきましては、本日所用により欠席とのご連絡がありました。行本理幹事につきましては、本日所用により欠席との連絡がございました。

山口真吾幹事でございます。

○山口幹事 計画課長の山口です。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 そして私坂田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、今回は平成27年度の最初の認知症対策推進会議となりますので、開会に当たりまして、福祉保健局理事の黒田から委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○黒田福祉保健局理事 ただいまご紹介いただきました、7月16日付で理事に就任しました黒田と申します。どうかよろしくお願いいたします。

本年度第1回の推進会議に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

委員の皆様には、日ごろより都の福祉保健行政におきまして、多大なるご協力を頂戴しておりまして、この場をおかりしまして深く感謝を申し上げます。

皆様ご案内のとおり、本年3月に、都は平成29年度までを計画期間といたします、第6期の高齢者保健福祉計画を策定いたしました。今後増加する認知症の方とご家族ができる限り住みなれた地域で安心して暮らせる社会を実現することが都においても喫緊の課題となっております。本計画の中でも1章を設けまして、認知症対策の総合的な推進を図っていくこととしております。平成19年度に立ち上げさせていただきました、この東京都認知症対策推進会議におきましても、本計画を踏まえ認知症対策の着実な推進に向けて引き続き検討を進めてまいりたいと思っております。

認知症医療部会におきましては、認知症の方とご家族に対する支援体制の構築に向けた方策につきましてご検討いただいておりますが、本日は、地域連携型認知症疾患センターの指定について報告をさせていただきます。また、都が設置しております若年性認知症総合支援センターの取り組みにつきましても報告をさせていただき、あわせて委員の皆様と意見交換をさせていただきたいと思っております。

委員の皆様には、都の認知症施策につきまして、さまざまなお立場から多くのご助言等を賜りますよう、どうかよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 本日は、委員改選後の初めての会議でございますので、議長及び副議長を選任させていただきます。資料1にございます実施要綱の第4の5により、議長は委員の互選により定めるとされておりますが、いかがでしょうか。

○林委員 林と申します。座ったまま失礼します。

前回任期におきましても、当会議の運営にご尽力いただきました、長嶋委員に引き続き議長をお願いしたいと思います。

○坂田幹事 ただいま林委員のほうからご推薦がありましたが、長嶋委員、いかがでしょうか。

○長嶋委員 林委員、どうもありがとうございます。もし皆さんに異議がなければ、昨年に引き続き務めさせていただきたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

(拍手)

○坂田幹事 ありがとうございます。それでは、議長は長嶋委員をお願いしたいと思います。恐れ入りますが、長嶋委員は議長席にお移りいただきたいと思いますので、よろしく願いをいたします。

(長嶋委員、議長席に移動)

○坂田幹事 それでは、早速でございますけれども、議長からご挨拶のほうをお願いできますでしょうか。

○長嶋議長 座ったまま失礼します。もう年齢が年齢なものですから、本当はお断りしたほうがいいかなと思いながら、やはり今お引き受けしてしまったのですけれども、考えてみますと、大分長い間この役割を仰せつかりまして、本当によかったのかどうか、もう反省の毎日でございます。せっかくご推選いただいたものですから、老骨にむち打ちまして、どうにか工夫しながら進行役を務めさせていただきたいと思います。どうぞご協力のほどお願い申し上げます。

○坂田幹事 ありがとうございます。次に、副議長の選任をいたします。要綱において、副議長は、議長が指名する者をもって充てるとなっておりますので、議長に副議長を指名していただきたいと思います。長嶋議長、お願いいたします。

○長嶋議長 先ほどご紹介がありましたように、遅刻あるいはお休みになるかもしれないというのですけれども、やはり長年にわたって副議長を務めていただきました繁田委員にぜひお願いしたいと考えておりますけれども、いかがでしょうか。

(拍手)

○長嶋議長 ありがとう存じます。

○坂田幹事 ただいま長嶋議長からご指名がありまして、皆様からご同意いただきましたので、繁田副議長ということにさせていただきたいと思います。繁田委員にはこの場に今いらっしゃいませんので、事務局のほうからお伝えをさせていただきたいと思います。

それでは、長嶋議長に進行をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○長嶋議長 どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず最初に、本日の配付資料の確認を事務局からお願いいたします。

○坂田幹事 それでは、資料の確認をいたします。

お手元の資料に漏れがある場合は事務局がお持ちいたしますので、挙手をお願いいた

します。

まず、資料のほうで次第というものがございしますが、次に資料１として実施要綱、そして資料２といたしまして、先ほどごらんをいただきました委員の名簿・同幹事名簿、そして資料３といたしましては、医療部会のほうの委員・幹事名簿がございします。そしてA３の資料で資料４ということで、地域連携型認知症疾患医療センターの指定について、そして資料５ということで、平成２４年～２６年度の若年性認知症センターの実績、それから資料６ということで、若年性の認知症相談マニュアルの発行とその活用、資料の７ということで、若年性の認知症相談マニュアルの（素案）ということでございします。そして資料８ということで、スケジュールの（案）、そして参考資料ということで、都における総合的な認知症施策の推進、参考資料２といたしまして、シンポジウムのチラシがついてございします。そして別添で資料番号はついてございませぬけれども、ホチキスどめで、２０１５年度若年性認知症相談会実施計画書というものが机上のほうに配付をさせていただいているところでございします。

以上でございします。

○長嶋議長　ありがとうございます。それでは、本日の報告事項の（１）について、これも事務局からご報告をお願いいたします。

○坂田幹事　それでは、本日の報告事項の（１）について、まず、平成２７年度の認知症の施策について、参考資料の１の都における総合的な認知症施策の推進をごらんいただければと思います。

A３の資料となつてございしますが、左側のところに、認知症高齢者の増加となつてございしますけれども、平成２５年度に約３８万人の方々が、平成３７年には約６０万人、１．６倍になるということが推計をされているところでございします。こうしたことから認知症の対策というのは喫緊の課題となつてございします。

そして、東京都といたしましては、認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、区市町村や関係機関と連携した総合的な認知症施策を推進し、認知症の人が状態に応じて適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けられる体制の構築を推進していくこととしております。

こうしたことで、平成２７年度の施策でございしますけれども、その下にございしますように、総合的な認知症施策の推進ということで、予算が４１億円となつてございします。そして、この推進会議だとか医療部会におきまして、中長期的な対策を検討してございします。

施策といたしましては三つに分類をさせていただいております。まず、地域連携の推進と専門医療の提供。そして専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成。そして地域での生活・家族の支援の強化でございします。

まず、地域連携の推進と専門医療の提供でございしますが、一つ目といたしまして、認知症疾患医療センターの整備でございします。昨年度、医療部会におきまして、整備方針

を検討させていただきまして、本会議にも医療部会での検討報告をご議論いただいたところでございます。そうしたことから、認知症の疾患医療センターにつきましては、今現在ある12カ所以外の区市町村につきましても、地域連携型ということで指定をしていこうというところで進めているところでございます。

スケジュールにつきましては右の上のところでございます。平成27年の2月19日に公募説明会を実施したところでございます。そして平成27年の4月に応募のあった医療機関に対してと区市町村に対してヒアリングを行い、選考委員会を経た形で8月の末にプレス発表をさせていただきまして、9月1日から29カ所増やすということで進めさせていただいております。この地域連携型認知症疾患医療センターの指定につきましては、次の事項でまた詳しくご説明を差し上げたいと思います。

そして、地域連携の推進と専門医療の提供の二つ目ということで、早期発見・診断・対応の推進ということで、認知症支援コーディネーターの配置でございます。保健師だとか看護師などの医療職を区市町村の地域包括支援センターや区市町村の本庁に配置をさせていただきまして、個別ケースの支援をバックアップしているところでございます。

また、二つ目といたしまして、認知症の普及啓発事業ということで、昨年度「知って安心認知症」というパンフレットを作成させていただいたところでございます。その中には、自分でできる認知症の気づきチェックリストを掲載させていただいたところでございます。こうしたパンフレットを活用した形で、区市町村と連携するとともにさまざまな媒体を活用して普及啓発の充実を図っていくところでございます。

そして右側に行きまして、人材の育成というところでございます。認知症の支援推進センターの設置というところで、今までも健康長寿医療センターにつきましては、研修の拠点として位置づけていたところでございますけれども、これを認知症支援推進センターという形で位置づけさせていただきまして、研修を実施していくといったことを実施してございます。研修の中身につきましては、その下に書いてございますように、かかりつけ医だとかサポート医のフォローアップだとか、それから看護師、多職種の研修を実施しているところでございます。

そして、地域での生活・家族の支援の強化というところでございますけれども、認知症の行方不明者等の情報共有サイトの構築をしたところでございます。こちらは区市町村等で情報更新ができるような形で、情報共有するサイトをつくっているところでございます。

そして、そのほかにも若年性認知症総合支援センターの運営だとか、それから認知症の人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業、これは平たく言えば医療機関連携型の認知症カフェといったものの事業を実施する区市町村を補助する事業を行っているところでございます。

このほか認知症高齢者のグループホームの整備だとか、その他の整備についても実施をしているところでございます。

都における総合的な認知症施策の推進についての説明は以上でございます。

○長嶋議長 ありがとうございます。それでは、ただいまのご報告につきまして、委員の皆様方からご質問などありましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。はい。どうぞお願いします。

○平川（淳）委員 東京精神科病院協会の平川ですけれども、私ども認知症疾患センターを運営しているのですけれども、ご家族と本人が地域で暮らし続けるということについては、これは国の施策ですけれども、親御さんとお子さんの関係が悪かったりとか、かなり家族関係が非常に悪いケースが結構問題になってしまって、家庭内暴力があって、父親から虐待を受けた子供たちが離れていたのに、父親が認知症になったために、またそれを一緒に住まなきゃいけないということで、物すごい恐怖を感じるようなご家族もいらっしゃるの、一律にご家族とご本人様が地域で暮らし続けることが本当にいいのかというようなこともあるので、非常に今価値観が多様化している時代で、常にこうやって一律に施策を進めていくことには、かなり私としては問題を感じる毎日なのですけれども、どうしてもこの国の施策を東京都として進めていく必要があるのかどうか、やはりもっと例えば大田区なんかは精神科の病院がなかったり、多摩地区は多いのですけれども、これから高齢者が激増する南多摩医療圏なんかはそういう状況にあるのですけれども、地区の特色を生かしながら、地域でやっていく地域包括ケアが進んでいくようなことを東京都として応援していくような形、価値観がいろいろあってもいいというような形の施策をとっていただけないかというのが、ちょっと私きょう委員になって初めて申し上げて申しわけなのですけれども、かなり切羽詰まった状況なので、ぜひその辺お考えいただきたいと、一律にさせていただきたくないというところをちょっと申し上げたくて発言させていただきました。

○長嶋議長 ありがとうございます。いかがでしょうか。これは事務局のほうから。ではお願いします。

○坂田幹事 今、おっしゃったように、一律でやっていくということではないと思います。在宅で暮らし続けたいと思っている方については、やっぱり在宅で暮らし続けられるような施策を打っていくべきだろうというのが基本にあるかと思います。ただ、その方の状態だとか、おっしゃるように家族関係だとか、いろいろな面を見ながら、その方にとって何が一番いいのかというところをきちんと見ながら進めることが必要だというふうに考えていきたいと思います。

○平川（淳）委員 何度もすみません。その方にとってというのは、ご家族にとってなのか、ご本人さん、認知症の方本人にとって、どちらなのでしょう。

○坂田幹事 原則はやはりご本人だというふうに考えています。

○平川（淳）委員 認知症のご本人の方のご希望に沿ってということですか。

○坂田幹事 非常に難しいのが、その方のご希望といってもご希望をお聞きすることが難しいだろうということかもしれないので、その方にとって周りで見てやはりどこで一番

生活をしていくのがふさわしいのか、またもともとどういうふうを考えていらっしやったのかというところも酌み取りながら、その方の今までの生活の状況だとか、いろいろなことを考えて、その方に一番ふさわしい生活状況がとれるような形をとるのが一番よろしいのかなというふうに思っています。

○平川（淳）委員 例えば、私の最近のケースだと、狩猟、イノシシをとるのが趣味の男性の方が認知症になりまして、イノシシがいるということで地域を大回りしています。鉄砲はもう2年ぐらい前に返したというのですが、確実な証拠はありません。お子さんたちは逃げて回っていて、この前警察沙汰になって、民生委員等いろいろな形で、結局、今うちの病院に入院したのですが、家族はかかわり拒否です。もう顔を見るのも怖いということで、一応いらっしやいますけれども、おびえるように陰に隠れてお話をして帰るという毎日で、この方を帰したときに、もし猟銃を持っていたら、本人が地域で暮らしたいということで家に帰ったときに猟銃を隠し持っていたら、娘さんが殺されるかもしれないというような事態もあります。それであっても、ご本人さんの、それは大丈夫だと言われればそれで帰すことにはなりますが、誰が責任をとるのかなというふうに思います。警察はいわゆる事件が起きないと動きませんので、そういうことを裏で知っている我々とする、大変本人の意思というのは大変危険な部分もあるので、一律にそれをやっていくことというのは非常に現場としては混乱するというふうに思います。

○長嶋議長 今、平川委員から恐らくこういう場に出てきたお考えとしては、多分、我々初めて遭遇するようなお考えだと思うのです。それを踏まえて、それでは今手が挙がりましたので、和田委員、どうぞご発言をお願いします。

○和田委員 地域で暮らし続けるということと、自宅で家族と一緒に暮らし続けるということは別かなと。そこを一緒に考えることが正しい道じゃないかな。だから自宅で暮らすことが難しくなって、介護施設であろうが、精神病院であろうが、どこか別の場所で暮らし続けることになっても、そこに今まで閉じ込めて、地域社会から隔離して生きさせてきたみたいなことに対して、そうでなくたって生きていける人までそうすることはしないのではないかなというのが、私は国の流れかなと。認知症という状態になったって人権はちゃんと守られなアカンとか、あるいはどこまでも守れないけれども、せめてここまではできることはやろうぜみたいなところが、やっぱり私は施策かなというふうに思うので、今、平川委員が言っていられ、自宅で家族と暮らし続けるということと、地域の中で暮らし続けるということと一緒に考えていくというのは余り巧妙じゃないかなというふうに私は思いますけれど。

○長嶋議長 ありがとうございます。ほかの委員の方々いかがでしょうか。大変大事な部分だと思いますので、忌憚のないご意見を寄せていただければ、大変今後の施策に反映できるかと思うので、いかがでしょうか。はい。どうぞお願いします。

○佐藤委員 地域での生活・家族の支援の強化というところがございます。行方不明支援

者の情報共有サイトの構築ですとか、認知症の人を支える地域づくりの支援等ありますが、大田区では、ことしの8月から見守りキーホルダーというものを高齢者に持っていて、そのキーホルダーの番号を見ると、電話をかけることによってその人が誰かというような仕組みがやっこの8月から、やっこの8月だと思っているのですけれど、8月から認知症に対応できるような情報共有化ができるのですけれども、じゃあ具体的にその人を誰が支える、誰がピックアップと言ったらいいのでしょうか、サポートして一時的に対応するか。そんな仕組みの情報共有化というのですかね、いろいろモデル事業でいろいろやっていると思うのですけれど、そういう情報のいい仕組みの情報共有化してはいかがかなというふうに思います。

以上です。

○長嶋議長　ありがとうございます。先ほど申し上げましたように、平川委員の考え方に對して、必ずしも自宅とか個人の家ではなくて、地域ということを中心に考えるべきではないかという和田委員の意見がありましたけれども、これに関して、実際に行政でそういったいろいろなケースをご経験いただいたと思いますので、河俣委員、いかがでしょうか、何かおっしゃっていただけると、大変次に進みやすいのですけれども、ここで結論を出すのではなくて、ご経験を踏まえていかがでしょうか。

○河俣委員　いろいろな状況とか、家族構成、家族事情とか、個人を家の介護力の問題とか、いろいろなものがあるので、こういった場合にはこうというふうな形ではなくて、その類型に応じてベストな方策を探っていくというふうな考えで、最大公約数というのがほとんどの場合は認知症の方と家族と一緒にというふうなので語られているというふうな考えでいかがでしょうか。

○長嶋議長　ありがとうございます。ついでは何ですけれども、同じように現場でいろいろな経験があると思いますけれども、武蔵野市の毛利委員、いかがでしょうか。

○毛利委員　武蔵野市で地域包括ケアの検討をしたときに、やはり市民の方などから、どうしても在宅で生活し続けなければいけないのかというようなお声をいただきました。武蔵野市はとても小さな地域に人口が密集しておりますので、入所施設というのも大変限られてくるということがあって、他地域の施設を使わせていただいたりしている状況ではあるのですけれども、地域包括ケアというのが何かというのを考えてみたときに、例えば施設に入っても、やはり住みなれたところから余り離れずに生活ができる。施設に入ったことによって、例えばご家族、ご夫婦が通えなくなってしまうとか、逆に障害者の地域包括ケアもそうなのですが、遠くの施設に入ったことによって、親が年老いてその施設に行けなくなってしまうというような、そこを避けていくことが地域で生活するということと解釈もできるのかなと。なかなか現実的には住む場所を確保するというのは難しいことではあるのですが、そういう捉え方もできるのかなというふうに思っております。

○長嶋議長　ありがとうございます。いかがでしょうか。

○坂田幹事　ここで結論ということではないとは思いますが、今、本当にお話、和田委員だとか、それから区市町村のほうの課長さんからもお話があったように、地域という考え方をどういうふうに捉えるかというところだと思いますので、あくまでも自宅ということではなくて、やはりその方にとって一番ふさわしいのは、もしかしたらグループホームかもしれないし、施設なのかもしれないし、もしかしたら一時的にはやっぱり入院されたほうがいいケースだって当然それはもちろんあると思いますが、その方にとって状況、状態がよくなったりだとか、その方にとって何が一番ふさわしいのかと、先ほどおっしゃったケースは非常に帰られたら難しいというケースはすごく理解できますので、周りの方が支えてどうやって暮らしていけるのかというところを、どう施策として構築していくのかというのは、やっぱり東京都だとか区市町村の役割なのかなというふうに考えます。

○長嶋議長　どうぞ。平川委員。

○平川（淳）委員　結局、各市区町村の担当の方々は、やはり金太郎あめ的な国の施策やそれに当てはめたような形で各市の施策をつくっていく方向性が結局そうになってしまう。そこを各市が斬新的に自分の市民、区民のためにこうすればいいのだということを、胸を張って施策を展開できるような仕組みを東京都が認めていただくというような形があるといいなというふうに思っておりますので、その辺をお願いしたかっただけです。

○長嶋議長　ありがとうございます。もちろんここで結論云々ではなくて、在宅という場合の在宅イコール自宅、それは確かに地域といった場合に、自宅でない在宅でない地域も含めて考えることも大事かなという意見が大分出ていると思いますけれども、もちろんここで結論出す必要はないのですけれども、佐藤委員、何か。どうぞ。

○佐藤委員　地域という面では、そこに住んでいる住民、町会の方並びにそれ以外、私どもは福祉施設をやっていますけれど、そこにいる企業とか施設がある。一番最近驚いたのは、うちの母親をセブーンイレブンのスタッフが知っているのですね。セブーンイレブンに行くと、私が行くと、私の関係を知っていて、おばあちゃん元気ですかという、そんな地域ってすごい広い概念なので、その辺をどう地域に見るかというのがこれからの大きな課題ではないかなというふうに思います。

○長嶋議長　ありがとうございます。ちょっと時間がありますので、内藤委員、いかがでしょうか。突然振って申しわけないのですけれども。

○内藤委員　結局お一人お一人がどこで住むかとか、あるいはどんな支援を受けるかとかというのは、お一人ずつ考えなきゃいけない問題なので、そもそも個別にどう考えていけるかと、それをどうつくれるかというのが、多分この認知症施策の一番大きな個人個人をどうするかというのが一番大きなテーマだと思いますので、そういう意味では、もう絶対うちで暮らして家族と一緒にいなきゃいけないというよりは、今度は家族はどうするんだ、家族の負担はどうするんだという問題が出てきますし、だからといってみんな入院しなきゃいけないということもなく、恐らくその人にふさわしい、地域で生きら

れる方は地域で生きられるようにするし、なるべく手を尽くすということが、多分この最終的な目標、個人個人に合ったものにするというのが目標だと思いますので、そのためのいろいろな選択肢を用意するというのが、多分それぞれの地域で行われることなのではないかと私は思います。

○長嶋議長　ありがとうございます。和田委員、どうぞ。

○和田委員　私、もう介護保険の事業者になって長いのですけれども、介護保険法の法律の中には自宅という言葉は一言も出てこないのです。全て居宅という言い方になっていて、つまり居宅というのは過ごす場所のことですから、過ごす場所の選択肢としては自宅、それから介護施設、別のところもあるでしょうしという解釈をやっぱりちゃんとしていくことがすごく大事なことで、どこで過ごすことがその方にとって適切かというか、最適とは言えなくても、適切かみたいなことで考えると、どこで過ごそうが地域社会とつながってということだと思うのです。そこのところをやっぱり間違えていくと、何か認知症イコール閉じ込めていくみたいなことになりかねないというところに、やっぱり国の方向としてはそうじゃない道をとってきているのかなというふうに思いますし、東京都もそういう考え方で今まで事業を推進してきたのかなというふうに私は思っていますけれど。

○長嶋議長　ありがとうございます。大体この落としどころはこの辺でしょうかね。大変最近というか、割と新しい施設で地域密着型特養、たしか29人くらいの定員で、まち中につくられています。ただ、今それがどういうふうになっているか詳しくはわかりませんが、東京都ではそういった地域密着型の特別養護老人ホームに関して何か資料をお持ちでしょうか。東京都の中には余りないですか。これからですか。

○山口幹事　いや、整備は進んでいます。

○長嶋議長　ですよね。何か新しい傾向はありますか。いわゆる希望に満ちたというか、地域ということを念頭に置いた場合に。

○山口幹事　そうですね。従来の大規模な特養というのは広域利用ということで、さまざまな地域の方が入所してくるというのが原則ですけれども、地域密着型というのは、区市町村を単位に、基本的にはその範囲内で入所されますので、施設に入ったとしてもなじみの土地であると。それから地域の友人とか家族も通いやすいというような、そういうものがありますので、今、東京都もそういったものも区市町村と一緒にあって整備を促進しているということでございます。

○長嶋議長　ありがとうございます。私は大事だと思うのは、やはりそういったところで提供されているサービスが、本当に地域の中で生き生きと展開されているサービスを、ぜひ多くの住民といいますか、地域の方々にお知らせいただけるといいかななんて思ったものですから、ちょっとしつこくお願いしました。ありがとうございました。大体こんなところでよろしいでしょうか。

それでは、報告事項の（２）のほうに移りたいと思います。

このことにつきましても、事務局からご報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○坂田幹事 それでは、報告事項の（２）ということで、地域連携型認知症疾患医療センターの指定についてご説明をしたいと思います。

資料４をごらんいただきたいと思います。

まず、事業の目的でございますが、こちら都内の全区市町村、島しょ地域を除きますけれども、認知症疾患医療センターを設置して、保健医療・介護機関との連携を図りながら、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とさせていただいております。

役割といたしまして、地域連携型と地域拠点型について分けてご説明をしたいと思います。

地域拠点型というのは、二次医療圏ごとに１カ所ずつある既存の認知症疾患医療センターでございます。地域連携型というのは、今後ふやしていく各区市町村に設置をしていくといったものでございます。地域連携型の機能といたしましては、まずは専門的な医療相談を実施するといったものでございます。次に鑑別診断を行って、医療・介護・生活支援等の必要な支援に結びつける。それから身体合併症だとか、行動・心理症状についての治療について連携を行っていく。そして区市町村とともに、地域の連携、地域の医療・介護関係機関とのネットワークづくりを推進。それから区市町村におきましては、認知症の施策をさまざま展開をしておりますので、そちらに対して協力を行うといったものでございます。

拠点型のほうは、こちらの地域連携型の機能に加えて、次の（２）のところの機能が追加されるといったものでございます。一つが、認知症の疾患医療・介護連携協議会を開催していく。次に身体合併症、行動・心理症状に対するネットワークづくりを推進する。それから研修会の実施。また受診困難者、地域でひきこもりになってなかなか受診をされない方等に対しての訪問支援を行う認知症のアウトリーチチームを配置するといったものでございます。

今回、認知症疾患医療センター、地域連携型として指定をさせていただくものが下のほうの表になっているものでございます。９月１日から運営を開始といったものでございます。４１カ所増やすということで計画をさせていただいておりますが、今回は２９カ所となっておりますので、残りの１２カ所につきましては、年度内に再公募を実施する予定でございます。

右の下のところに１２カ所の現在の二次医療圏ごとの認知症疾患医療センターを表としてまとめさせていただいているものでございます。

右側の上のところが拠点型と連携型のほうのセンターの連携のイメージ図といったものでございます。地域の連携型の認知症疾患医療センターにつきましては、区市町村域の中で、この認知症の医療・介護の連携の推進役としてネットワークづくりを行ってい

く。そして、二次医療圏ごとに1カ所ずつある拠点型とも連携をし、その連携型と拠点型と協力をしながら二次医療圏ごとの支援体制を整備していく。そして、東京都全体におきましては、拠点型同士で協力をし、情報交換会等々を行いながら情報共有をして、東京都全体の認知症の方と家族を支える支援体制の構築を推進していくといったものでございます。そして、認知症の支援推進センターということで、研修の拠点、健康長寿医療センターのほうにこの拠点がございますので、人材育成も行いながら、この支援体制を底上げしていくといったものがイメージ図となっているところでございます。

私の説明は以上でございます。

○長嶋議長 ありがとうございます。ただいまのご報告に対して、委員の皆様から何かご質問なりご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、ここで実は繁田副議長がこの認知症医療部会の委員長をお務めになっておいでなので、何かお話を伺えるかと思ったのですけれども、まだおいでになっていらっしゃらないものですから、この名簿を見ますと、齋藤委員は委員のお一人として参加なさっていらっしゃいますので、いかがでしょうか、何か口火を切っていただければ。

○齋藤委員 松沢病院の齋藤でございます。

これは東京都だけのシステムですよ。12の二次医療圏に一つずつセンターがあって、その下の自治体におおの小さいセンターを置こうということで、厚労省の制度とは若干違うということになります。ただ、どっちがうまく機能するかというのはよくわからない。また、東京都の医療の事情というのは、ほかの例えば千葉県とか埼玉県とか東京都のそばにある自治体と比べてももう例外的なものであって、国全体の制度で東京都を何とかするというのは無駄だらけになるといいますか、専門病院なんて石を投げればぶつかるぐらいいっぱいありますし、CTなんてCTのあるクリニックだってあるぐらいですので、いろいろな意味でよそと違うと。チャレンジングな試みであろうとは思いますが、これがうまく機能するかどうかということについてはまだまだよくわからないということでもあります。

渋谷区がまだなんでしたっけね。渋谷、世田谷と、東京の真ん中がまだでありますし、これからこれをどう生かしていくかというのは非常に難しくて、12の拠点型病院のほうも、もう協力するといってもそれぞれ全く違う性質の病院で、認知症に対してできる機能もそれぞればらばらですので、それぞれの地域で拠点型の病院を中心にして、どういうシステムをつくっていくかというのはこれからの問題で、全体でこういうふうによりなさいといってもうまくいく問題ではないのではないかなというふうに私は思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。もう一方の平川博之委員もご出席になっていたと思うのですけれども、いかがでしょうか。すみません、突然のご指名で。

○平川（博）委員 この指定についてとか、この基準について出させてもらったのですけれども、今回29選ばれています。本当にどの病院、クリニックもこれまでの実績があるといえますか、丁寧にやっていたところなので、今、お話ししましたように、東京は

特殊な地域でございますので、このあたり不安のところももちろんございます。例えば、小さなクリニックで非常にこれまで丁寧に手づくりでいろいろな取り組みをやっていた方が、この連携型になったために、ちょっと手広くやることになってしまって、スタッフを急にふやしちゃったりとか、領域が広がったので、その手づくり感が少し損なわれてしまうのはちょっと心配かなというところもあります。ですから、そういう点で、これができるからって、ここ一個で何かが区全体が動くわけじゃないので、ますますこの連携型をさらに連携の言葉どおりに、さまざまな医療機関とか、幸い東京都にたくさん資源がございますので、それをうまく新たにさせていただいて、地域連携型の方々をうまく活用しながらきちんとやっていかれることがいいのかなと思って、指定されたからって急に動くのは大変ですし、また市民や区民が指定されたからということで急に動き出すと、これはまた大変なことなので、みんなで大事に育てるといったことが大事かなと思います。すみません。

○長嶋議長 ありがとうございます。もう一つお聞きしたかったことがあるのですけれども、最後のほうに出てきました、これは認知症支援推進センターですか、この役割を東京都健康長寿医療センターに設置するというお話がありましたけれども、このことに関して、健康長寿医療センターも平常の業務があると思いますけれども、ここに幾つか先ほどご説明いただきましたように、幾つかの役割といいますか、人材育成にかかわる支援というふうに書いてございますけれども、このことに関してどの程度期待を持っていειかどうか、ちょっと私よくわからなかったのですけれども。すみません、たびたびで申しわけないのですけれども、齋藤委員、いかがでしょうか。

○齋藤委員 12の拠点病院のうち、都立というか、都立ないしそれに関連する病院の一つが健康長寿医療センターで、私どもの松沢病院や、それから公社病院と決定的に違うのは、研究所があつて人がいっぱいいるということになります。松沢病院の精神科の医師というのは1床当たり0.04しかいません。一人どこかに講演に出かければもういないということになりますけれども、健康長寿は、認知症を専門にしている医師や医学系の研究者や認知症のソーシャルサポートを研究している看護職員で病棟と関係のない人たちがいますので、そういう人たちはここに書かれているような職員の研修ですとか、島しょに出張するとか、そういうことはここでなきゃできないだろうと思いますので、やっていただかないと困るということなのだろうと思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。先にたまたま認知症医療部会に関係していらっしゃるお二人の方から、今、いろいろ教えていただきましたけれども、それも含めて委員の皆様からご意見いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。はい。どうぞ。

○和田委員 どういう言い方がいいのかわからないですけど、実は、私はいろいろなところで研修会だとかやらせていただいているのですけれども、専門職の中でも、認知症等というのは全然ばらばらなのですね。何でこんなことになっているのかなと、認知症とはというのを聞いて書いてもらおうとみんな書けないのですよ。何でかなと思って、

ちょっと随分前に考察をしてみたら、実は日本の社会というのは、認知症の定義が一つになってないのですね。実は、国の施策の中で認知症の定義というのは、介護保険法の第5条の2というところに、介護保険法で使う認知症の定義が書かれているのですけれども、それが全く使われてないのですね。だから、国の指導者研修でもそうですし、それから東京都の実践者研修なんかもそうですけれども、認知症の定義がみんなばらばらの中で、認知症とはまでも言えないような状況の中で、書けないような状況の中で認知症を語り合っているみたいな、何かすごい変な状況が、今、実は日本の社会の中にはあって、僕は施策を進めていく中で、せめて認知症とはというのは、いろいろ医療の中でもまだ意見が分かれていて、きちんと定義が一つになってないということも過去に聞いたことがありますけれども、せめて一致できるまではこれで行こうぜみたいなものをやっぱりきちっと掲げて、それを全てのパンフレットでも、全てのところで、もう誰もが同じように語って、すり込んでいくみたいなことがすごく大事なかと。だから、専門職ですらそんな状況で、専門職、介護支援専門員の方なんかが多いのですけれども、家族が認知症への理解がないのですとかと言うのですけれど、あなたが理解できてないのではないのというようなことがすごくあって、私は何か水を差すようではけれども、もう一回そのところからちゃんとしていただきたいなと、特にいろいろな支援センターだとか、いろいろなことつくっていくのですけれども、そこでてんでばらばらなことをみんなが言っていくと、市民はもう全然わからなくなっちゃうみたいなことで、私はぜひそこをきちっと決めて取り組みを進めていただきたいな。もうちょっと言うと、BPSDの捉え方なんかでも、全然ばらばらで、これは医者同士の中でも多分一致できてないぐらいばらばらで、私なんかはお医者さんと随分とやり合わせていただくのですけれども、その捉え方がそっちに行くからこっちに行くのだよなみたいなことが結構あるのですね。だからぜひ認知症の施策を進めていく中では、私はどういう形がいいかわかりませんが、例えば徘徊だとか、例えば帰宅願望だとか、いろいろなことがありますけれども、そういうことも、こういう場合はそうとは言わないよなみたいなことまで、僕はやっぱりきちっとしていくべきかなというふうにずっと思っているのですけれど。

○長嶋議長　ありがとうございました。大変基本的なといいますか、ここには精神科の専門の方もおいでになるのですけれども、私もそれほどめちゃくちゃになっているとは感じていなかったものですから、目からうろこじゃないのですけれども、ああそうなのかなと思って、ちょっと今静かに過去を振り返っているところでございますけれども、またまたすみません、齋藤委員いかがでしょうか、このことに関して。どう言ったらいいのでしょうか。たしか私の狭い知識ですと、2013年ですか、DSM-5が出ましたよね。あれは日本の中ではどうなっているのかということがよくわかりませんが、訳本は大きいのが出ましたし、ポケット版も出たようですけれども、ああいったものを臨床現場ではどういうふう to 受けとめているのかも含めて、今、和田委員から本当に素朴と言っては失礼ですけれども、本当に大事なお話があったので、いかがでしょうか。

○齋藤委員 従来の認知症というのは、定義するとすれば、一旦発達した精神機能が全般的な低下を起こして、社会生活や家庭生活を維持できなくなるような状態を言うのであって、病気の名前じゃない症状の名前だったわけです。ただ、そういうやり方をすると、農村だったら認知症じゃない。おじいちゃんがいておばあちゃんがいて孫がいて、みんなで暮らしているのだったら誰も困らないと、草取りやれと言えばちゃんとできるから。だけど都心でひとり暮らしをしていたら、ごみ出しの日は間違えるは、食事はできないは、大騒ぎで周りの人から排除されて認知症、認知症、認知症ということになるというふうに文化・社会的な背景によって認知症の定義は違っちゃうのではないかというのはもうずっと問題で、定義のしようがないような状況でした。

先ほどDSM-5の話が出ましたが、DSM-5はだから認知症とかデメンシアとかいう言い方をすっかりやめてしまって、認知機能障害ということにした。認知機能の障害と言ってしまえば話は非常にすっきりしているのですよね。ただ、その定義ができたからみんなで一致団結してやれるかということとそうでもない。

和田さんのおっしゃることは、私は大変親しくさせていただいているのでよくわかるけれど、でも、施策としては、結局一人でやっていけない人をどうやって援助するかというぐらいにしないとだめ。共通の認識は持ったほうがいいというのは、私はいろいろな定義をかちとやっていくということじゃなくて、生きている人をケアしているのであって、認知症という症状をケアしているわけじゃないという認識を専門職は持つということで、ああこれはこれこれに定義されるBPSDであるとか、帰宅願望ってひどい話だと思います。いきなり連れてこられて、うちに帰りがたらないほうがおかしいと思うけれど、病院なんかに来てうちに帰ると言うとか帰宅願望とか言われて、そういう言い方をしない。根こそぎ連れてこられちゃって、アウトリーチとかいって頼みもしないのに医者が入ってきて、気がついたら病院に入れられて暴れるのは当たりじゃないという解釈ができればいいわけで、だから、むしろあまり認知症、認知症と言わないで、アルツハイマーは正しく診断しなければいけない。だけど、いろいろな障害を持つ人が安心して安全に地域社会の中で生活できるような支援をするのだというふうに思うほうが、私は全般にうまくいくのではないかと思うのです。

認知症のことばかり余り言われ過ぎる、もっと大変な病気が世の中にいっぱいあるのに、認知症にばかり金をつぎ込む、うまくいかないとこの人認知症じゃないよね、精神障害よねというふうなことになるので、私はやっぱり共通の認識としては、障害のある人が安心して安全に暮らせるようなケアをします。これからの高齢社会でその中心になるのがアルツハイマー病を初めとする認知症の患者さんなのだというぐらいの定義にしておいたほうがいいだろうと私は思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。本当に日本でもこの領域においては第一人者でいらっしゃる齋藤委員から今のようなお言葉をいただきまして、何かほっとするような気がするのですよね。和田さんいかがでしょうか。決して同調しろと言っているのではなく

て。

○和田委員 いやいや、私、そういうことじゃなくて、齋藤さんがそういうふうに言うてくださったのですが、こういう議論を全然してないのですよ。こういう議論もなく、何か施策をどうするかみたいなことばかりになっていて、そもそも大事なことはそこじゃないの、そこから軸足でどうしていくかみたいなことなのかなというふうに思ったので、本当にお時間があればもっとがんがんやりたいなというぐらいです。

○長嶋議長 ありがとうございます。本当にいい機会だと思いますので、そのことも今の和田委員の考え方、それから、それに対してご説明いただきました齋藤委員からの大変心温まるコメントも含めまして、少し無理やり決めるのではなくて、やはり耳ざわりも含めて、本当に一人で生活が難しい、農村と都会の話が例として出ましたけれども、多分そういうところに私たちが気がつかなくちゃいけないのだと思うのですね。それも含めてどうぞお進めいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、議事のほうに移らせていただいてよろしいでしょうか。

若年性認知症について、このことにつきましても事務局からご説明をお願いいたします。

○坂田幹事 それでは、事務局からご説明をいたします。

若年性の認知症の人と家族等を総合的に支援するために東京都で設置しております、若年性認知症総合支援センターも事業開始から3年が経過をしているところでございます。事業はこれからもちろん継続してまいりますけれども、3年間の総括として、相談実績等をご報告させていただきます。また、来年度に向けた新たな取り組みといたしまして、地域の相談支援を充実するために、若年性認知症の支援に携わる方々向けの手引きとなります、若年性認知症相談支援マニュアルというものの作成に着手をしたいというふうに考えてございます。本日は、マニュアルの概要や構成の素案についてご提示をさせていただきますので、よい手引きとなりますように、皆様の忌憚のないご意見を頂戴できればと考えてございます。

詳細につきましては、若年性認知症総合支援センターの駒井センター長にご説明をお願いしたいと思います。

○長嶋議長 若年性認知症総合支援センターの駒井センター長、きょうは本当に足元が悪い中、お越しいただきましてありがとうございます。それでは、ご説明いただけますでしょうか。よろしくお願いします。

○駒井若年性認知症総合支援センター長 まず、24年度から私ども委託を受けて行っておりますので、3年間の相談実績についてご報告をさせていただきます。

資料5をごらんください。

まず、延べ相談件数は、平成26年1,503件で、24年の1,049件から徐々に増加をしております。当センターの相談は、医療機関情報や他県相談窓口の案内など、情報提供のみの相談と、また面談や訪問にて継続的に相談を受けるマネジメント

支援による相談の二つに大きく分けられておりますが、26年度につきましては、情報提供のみの相談が306件、マネジメント支援による相談が1,197件となっております。相談人数につきましては、今年度は新規245件、昨年からの継続は59件でありまして、およそ年間約300件の相談人数となっております。この二つの延べ相談件数と相談人数のグラフを見てみますと、相談人数は大きく増加していないものの、延べ相談件数は徐々に増加をしておりまして、一つのケース支援に時間を要するケースもふえてきているという状態でございます。

平成26年度の相談対象者の方をごらんください。年代としましては、40代以上が8割でございまして、介護保険対象者が多いという状況でありました。そのうち、認知症の診断があった方が半数以上であります。認知症診断前の相談も2割ぐらいの方がいらっしゃるということでありました。相談者、居住地の区部、市部の内訳は、23区内が7割、23区外が約2割ということでありました。本人・家族からのご相談が多く、7割以上でございまして、そのうち家族・親族の内訳は、配偶者が74.7%ということでありました。相談者のうち、関係機関の内訳というのが居宅介護支援事業所、地域包括支援センターで約7割ぐらいを占めているということでありました。

次に、左下のところでありますが、相談につながった媒体は、関係機関、パンフレット、医療機関を合わせますと、最も多い数になっております。関係機関への周知が徐々に進んでいると考えております。単独では、ホームページからの相談がやはり多く、本人・ご家族がインターネット検索によって、相談窓口を探して相談につながるというケースが多々見られております。若年性認知症に特化した相談窓口が明確になり、ご本人・家族からも容易に相談ができるようになっていないかとも考えております。また、26年度試行的に実施しました、家族相談会というのがありましたが、そこから相談につながるケースも見られております。

続きまして、マネジメント支援の結果についてご説明いたします。真ん中のところでございますが、マネジメント支援というのは電話相談や情報提供だけではなく、面談や訪問をいたしまして、ご本人・家族のアセスメントを行った上で、個別に合った支援を導入したり、関係機関への連絡・連携を行いながら、継続的に支援をした場合の相談を言います。1名の相談者に複数回の相談・支援を行うことでありまして、若年性認知症の場合、制度のはざまにあることから、介護保険だけではなく、多岐の制度を個別に合わせて用いていく必要があります。ですので、電話相談だけでは支援が難しいことが多々ございます。

真ん中の矢印の図をごらんいただきますと、実際のマネジメント支援は医療機関で診断を受けた後から開始されますが、診断前に物忘れをするので認知症かもしれないというご相談に対しても、医療機関に関する情報提供をしている場合があります。診断後には、マネジメント支援が開始されていきますが、まず初期の支援では、ご本人・家族のアセスメントを行いながら、経済保障やサービスなどの社会資源導入、就労継続支援な

どを行ってまいります。

下の円グラフをごらんください。平成26年は、211人に情報提供の支援、93人にマネジメント支援を実施いたしましたが、両者の相談述べ件数のほうを比較いたしますと、情報提供の支援は306件、マネジメント支援は1,197件となりまして、両者の数が逆転しまして、マネジメント支援がおよそ一人に対して10回以上の面談・訪問を行っていくというような結果となっております。

相談内容の方を見てまいりますと、3年間を通して、社会資源の活用に関する相談が最も多くありました。これは、介護保険、障害福祉サービスだけではなく、の中には経済的な問題、就労に関する相談に付随して、総合的に社会資源というものを支援していたケースが多く見られました。また、通所や入所の若年性認知症の専門サービスを希望される場合が非常に多くございますが、各地域に活用できる専門サービスが少ない現状は変わらず続いております。ご本人様・介護者の生活に関する相談というのは、介護者の介護生活に関する不安、BPSDに困っている、閉じこもっているなどご本人様の日常生活状態の悪化に介護者も合わせて疲弊をしまい、両者にサポートが必要な困難なケースがふえてきております。また、就労に関する相談は、徐々に増加はしておりますが、直接的な就労継続に関する支援よりも、経済面を含む社会資源に関する支援を行うケースが多くありました。

続きまして、一番右の枠組みの図をごらんください。マネジメント支援は、在宅生活が安定した段階で、地域の身近な相談支援相談担当者に支援を移行してまいります。そして、一旦センターによる支援を帰結するということになってまいります。

この帰結してよいかどうかの判断は、1番目は、社会資源が導入されている、2番目は、家族への支援が導入されている、3番目は、本人・家族が当センターだけではなく、お住まいの地域の相談支援担当者に主体的に相談ができているなど、ある程度生活が安定している状態かを見て、帰結をしていくということになっております。マネジメント支援につきましては、面談だけではなく、地域への訪問、会議に参加しておりますが、連携した地域の関係機関は、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、地域包括支援センターを合わせると、このグラフでは6割になっておりました。相談開始から帰結するまでの期間は、平成26年度で5.1カ月ということでありましたが、一旦帰結という形をとったものの、ご本人様の状態悪化に伴い、再度介護者からの直接的な相談がある場合もありました。つまり、その地域の相談支援者に対して安心して、若年性認知症の相談を継続することができないケースというものも見られています。

以上の結果から、今後の課題として挙げられますのが、右下にございますが、診断後すぐに相談開始ができるよう、医療機関との連携を行うことが大切と考えております。実際、今年度、平成27年度から認知症疾患医療センターと協力をいたしまして、家族相談会を開始しております。

別でございます「2015年若年性認知症相談会実施計画書」というものをまた後ほ

ど参考にごらんいただけたらと思います。2枚目には、先週実際、直近で開催いたしました順天堂医院との相談会のチラシについても添付してございますので、後ほどごらんいただければと思います。

2点目の課題としましては、地域へつないだ後に家族が不安なく、地域が主となって相談支援ができるように、すなわち相談の帰結へ向けた地域への啓発や研修が必要と考えております。これはまた後ほど相談支援マニュアルのところでご説明をしてみたいと思います。

3点目につきましては、退職後の居場所、リハビリとして専門サービスを含む地域の社会資源が充実する必要があるかと思っております。また、この専門サービスにつきましては、平成28年から介護保険改正に伴いまして、小規模通所介護が地域密着型になってまいります。現在都内にありますいくつかの若年性認知症専門サービスの広域的な利用というのが難しくなるということも考えられておりますので、各地域での若年性認知症の方の居場所づくりなどが今後推進されていきますと、非常にご本人様の居場所として活用されるのかなということを考えております。

4点目につきましては、3年間の相談支援現場から、やはり就労、生活保障などさまざまな課題を抱えるご本人・家族が地域社会で安心して生活していくためには、高齢者と異なる個別マネジメント支援の継続を今後も地道に続けることが何よりご本人・家族の生活にとって必要であるというふうに考えております。

続きまして、今後の課題で挙がっておりました、若年性認知症相談支援マニュアルについてご説明いたします。資料の6をごらんください。

制度のはざまにあり、高齢者と異なる支援が必要な若年性認知症の方が安心して地域でも相談を受けられるよう、当センターと地域が連携しながら地域での相談支援が充実する必要があると考えております。まず、若年性認知症に対する相談支援の課題としまして、やはり特有の制度がなく、診断を受けても容易に制度やサービスが利用につながらず、家族が疲弊する現状があります。また、働き盛りで学費やローンなどお金がかかるという、年代特有の生活背景から、高齢者とは異なる支援体制が必要であるものの、地域での相談対応や受け皿がまだまだ不十分であります。さらに、高齢者と比較いたしますと、患者数が少なく相談対応経験がまれであるという相談窓口が多く、かつ多様な原因疾患によって、ケース対応が定型化しにくいということも挙げられます。そのため、東京都では平成24年から当センターが設置され、相談窓口が明確化されたことで、早期の生活再建に向けた支援が開始され、設置から3年間で3,650件に上る事例実績が積み上がっております。これまでの相談内容を分析いたしまして、事例を踏まえた対応方法をまとめ、若年性認知症の支援に携わる方向けのマニュアルを作成することを検討しております。そこで、本日はこの素案について皆様からのご助言をいただきたいと思っております。

当センターの相談結果につきましては、まず一昨年度550件の相談内容の分析を行

っております。また、昨年度につきましては、約 2,600 件の相談に対して、若年性認知症支援コーディネーターがどのような支援を行ったのかということも分析をいたしております。それに基づきまして、相談支援マニュアルを作成することを検討しております。

資料 7 をごらんいただけたらと思います。その分析結果から作成しました、素案をごらんいただけたらと思います。本マニュアルの特徴といたしましては、当センターに対する 3 年間の実績を普遍化したというものでありまして、机上でつくられた制度概要の情報だけではないということが、現在ありますハンドブックと異なっているところと思われます。内容につきましては、各相談別に若年性認知症支援コーディネーターが実施している基本的なアセスメント、サポート方法をまとめまして、実際にサポートしたケースをご本人様が特定されないように変更して掲載する予定であります。若年性の方は、制度のはざまにありますので、制度の情報だけがありましても、容易に制度やサービスを利用できるとは限らないということがございます。ですので、いろいろな制度を併用したり、制度を利用する際の課題、また各相談に応じて生じやすい問題など実際の現場に即した内容として、さまざまな場合に対応できるように留意点も記載する予定にしております。

内容につきましては、4 章から成っております、まず到達目標を序章で説明します。第 1 章では基礎知識、第 2 章では相談支援の基本としまして、当センターの相談内容の説明、多い相談について知るというようなこと、基本的なアセスメント方法、また当センターや認知症疾患医療センターとの連携方法、カンファレンス開催時の注意点について、理解できるようにするという内容になっております。第 3 章では、実際に多い相談に対する支援を普遍化した内容で、診断直後の心理的ケア、就労や経済など切り離せない問題への支援、方法はもちろん、本人ケアを含む社会資源の活用、若年性認知症カフェのつくり方などについても記載してまいります。

参考資料といたしまして、若年性認知症支援連携シート及び専門デイサービス、サロン一覧などを入れる予定であります。

資料 6 に戻っていただきまして、発行時期と配布先については、資料のとおりでございます。本マニュアルの活用方法は、現在も若年性認知症の基礎知識という枠組みで行っておりますが、介護支援専門員研修等の講義の際に利用したり、地域包括支援センター向けの研修等で活用できたらと考えております。ですが、懸念することは、若年性認知症の場合、ケースが少ないため、マニュアルの配布のみでは、相談支援のスキルは向上しないのではないかと推測されます。したがって、事例検討会やグループワークなどを併用する、実際のケースと触れるというようなことも必要かと考えております。私のほうのご説明は以上になります。

○長嶋議長 ありがとうございます。3 年間の結果をまとめていただいた上で、新しい相談マニュアルの素案までご説明いただきました。ただいまの駒井センター長からのご

説明に対して、ご質問あるいはご意見がございましたら、お願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○平川（淳）委員 すみません。平川淳一ですけれども。ちょっと質問といいますか、和田委員がさっきおっしゃった、若年性認知症自体がどういうふうな定義なのか、例えば65歳未満の発症の認知症とするのか、我々は例えば頭部外傷後遺症等による高次脳機能障害とかくも膜下出血等の術後の後遺症とか、そういう、これは精神症状も伴いますが、いわゆる認知機能、生活機能の低下というのも精神科で見えてまいりまして、そういう方の就労支援とか、生活支援とかというのは精神科が主にやってきたことであります。先ほど、ケースは少ないというお話がありましたが、とてもたくさんいらっしゃって、何をもって若年性認知症としてその人たちに特別な支援を与えるのかという問題と、我々が今までたくさんの方を抱えてきた人たちにも同じようにたくさんの支援をいただきたいというふうにも思いますので、その辺ちょっとどういうふうに考えていらっしゃるのか、教えていただきたいのですけれど。若年性認知症というものに対して、どのように。

○長嶋議長 よろしいでしょうか。駒井さんのほうからお願いします。

○駒井若年性認知症総合支援センター長 当センターのほうでお受けしておりますのは、認知症という疾患がつかしました65歳未満の方ということでございますけれども、65歳以上の方であっても若年の発症でありますという場合には、ご相談をお受けしております。また、先ほど申しましたように、認知症と診断がついていない方につきましても、ご相談をお受けはしているのですが、例えば高次脳機能障害という枠組みになりますと、また当センターのご相談の枠組みとはちょっと外れるというところで、私どものところ、実際は同じ法人の中に、高次脳機能障害の相談窓口がございますので、そちらとか、あとは東京都の高次脳機能障害の窓口をご紹介したりということになっております。一応、枠組みとしてはそのように考えて対応はしております。

○長嶋議長 いかがでしょうか。

○平川（淳）委員 高次脳はこちらの窓口、こちらは認知症の窓口というところが、私たちも臨床にいますと、そう明確なイメージがないので、逆に利用される方々がそこを明確に分けられるのか、診断をつけられたからこうだということと、実際困っていらっしゃる、若年でまだローンが残っていて、お子さんがまだ中学生、高校生で、お父さんの認知症の症状を受け入れられなくて、家の中もガタガタしていて、奥さんがすごく困っていらっしゃるというのを、結構こういうケースはかなり我々精神科でも遭遇することなので、特別というよりももっとたくさんこれだけ手厚いノウハウを持っていられるのであれば、広く我々にも教えていただいて、東京都中でこのノウハウが生かされるようにぜひしていただきたいなというふうに思います。

○長嶋議長 はい、ありがとうございます。すみません、事務局の方から今の平川委員からの、何というのですか、お考え方に対して何かコメントはございますでしょうか。

○坂田幹事 枠組み自体は、駒井センター長がおっしゃったような形にはなるのですけれども、今回このマニュアルのようなものをつくるのも、やっぱり広く地域の相談窓口で対応している方々のご苦勞をされているところもありますし、なかなか認知症の高齢者の方と比べると実際の事例に遭遇する方というのは少ないですので、その方たちのためにも何とかそういうものをつくって、相談の実力というか質みたいなものを向上させたい。それは当然、認知症疾患医療センターだとかいろいろなところにもそういったものをお知らせしていくために今回このマニュアルをつくりたいという趣旨です。相談の窓口を何とか支援をしていきたいというところで作らせていただきたいと考えているところです。

○長嶋議長 ありがとうございます。ちょっと確認なのですが、高次脳機能障害はここに含まれていないというふうに解釈してよろしいですか。

○坂田幹事 基本的に、これはやっぱり65歳未満で認知症として診断を受けている方という形になります。

○長嶋議長 なかなか難しいと思うのですが、特に交通事故とか産業災害とかそういった中で、頭部障害があった場合にやはり今、平川委員のほうからありましたようなことがきっと大きな問題になるのかなと思ったものですから、あえてお尋ねしました。

○坂田幹事 すみません。高次脳機能障害につきましては、ちょっと縦割りだといってお叱りを受けるかもしれないのですが、別の部署のところでは高次脳機能障害に対する対応みたいなものはきちんとされておりまして、しかしながら、そういったところにも連携することは必要になるかとは思っていますので、このノウハウは先ほど申し上げたように、広めていきたいという部分はございますので、参考にいただければと思います。

○齋藤委員 このセンターに事業を委託したのは、高齢の認知症であれば介護保険と医療ということで、大抵話はつくわけだけれども、もっと若い方でそういう制度が使えない人がいっぱいいる。それから、給料がなくなったときに直ちに介護費用をどうしようじゃなく、生活費用をどうしようというふうな問題を起こす人がいる。そういう人を支えるためにいろいろな資源を使わなければいけないのに、それまでの在宅介護支援センターにしろ、役所の窓口にしる、極めて冷たいというか、生活保護はあっちに行ってください、老人はうちでやりますけれど、介護については私はやりますが、生活保護はあっちに行ってください、成年後見は向こうに行ってください、それはわかりません。そのときに、私たちの委員会でアンケートをとったところが、多くの公的な機関が知っているけれど、知っていて、聞かれれば答えると。いろいろな制度について知っているけれども、それはこちらからは話さない。それは、部署が違うから。そんなことでは困るので、そのとき既に駒井さんのところがいろいろな制度について、一元的に説明をするということをやっているらっしゃって、それをパイロット事業として支援しようということをお願いした事業で、それが順調に伸びてきている。

さっき駒井さんがおっしゃった症例が少ないという話は、じゃあ駒井さんみたいなこういうノウハウをいろいろなところで人を育てるといっても、今はここしかないからみんなが集まってくるけれど、ばらばらになれば研修は受けたものの1年に二人しか来ませんでしたということだって起こるだろうというご心配だろうと思うのですが、私は多分そうはならないと思います。それはできないから。駒井さんがやっていらっしゃるところは税金を使ってやっている相談窓口をやろうと思えばすぐできるのです。だけど、もう2年間やっていないのだから。だから、結局のところ、何かこう志が高くて、すぐれたリーダーにリードされたところが、何軒かやっていくことになるのだろうと思いますけれど、私はそのことについて余り心配はしていない。それは、若年性認知症の始まったばかりの人は80、90で発症したみたいに移動が大変じゃないから。遠くまで行ける。

だけど、やっぱり一つというのは、余りに寂しいので、これだけ事業が3年間きちんと継続してきているのだから、また何とか地域に1カ所とかいうと、お役所仕事になってしまいますけれど、でもきちんと公的な機関であれ、私的な機関であれ、あるいは家族の会のようなところであれ、志が高くて、同じようにやれるというところを育てると。それで、拠点を幾つかつくっていくという方針がよくて、あまねくこのノウハウを広げるのはいいけれど、結局広がらないのではないかなと思います。

ついでに言わせていただければ、マニュアルや何かについても、若年性認知症のマニュアルってたくさんありますよね。何年かおきに税金を使っていろいろなところから今度はケアマニュアルです。今度は診断マニュアルです。今度は相談マニュアルですというのが出てくるのですが、一旦つくったらもう少し長く使えるほうがいい。これは、単年度事業です。何百冊つくりました。何十機関に配りました。それで、なくなったら終わりですというのではなくて、やっぱり出版物としてきちんとしたものにして、ぼちぼちでもいいから売れると。出版社に被害を与えないだけ税金で買い上げて、あとは今オンデマンドで本ができるわけですから、時間がたっても、これから5年たっても、6年たっても同じような事業をやろうと思ったときに、参考にできるような形でマニュアルをつくるというふうにしないと、今までつくられたたくさんマニュアルのように、私の本棚の中にある若年性認知症何とかマニュアルというので税金を使った本だけで何冊あるかわからないけれど、今もらおうと思えばほとんどもらえない。もうないから。そういうことにならないように、やっぱり事業はきちんと継続するようなマネジメントというか、を都庁にはきちんとしていただきたいと思います。

○長嶋議長　ありがとうございます。いかがでしょうか。和田委員、どうぞ。

○和田委員　これは、所長さんに聞いてみたいのですが、相談人数300人というのはどういう評価をされているのですか。全然少ないというふうに思っているのか、もしそうだとしたら、何が足りていなくて少ないのかみたいなのところをちょっと教えていただければと思うのですけれど。

○駒井若年性認知症総合支援センター長　そうですね。東京都の推計の人数が大体約3,000人から4,000人と言われておりますので、それを考えますと、やはりその1割ぐらいというところですので、少ないというふうなこともあるかと思います。ただ、少ないかどうかということは、私も判断が難しいところがあります。その3,000人から4,000人の方の中にはご入院されている方も中にはいらっしゃると思いますので、実際私どもの行っている相談が初期のマネジメント支援という部分を主に対象としているところもありますので、そう考えますと、少なくないかもしれないとも思います。

○長嶋議長　いかがでしょうか。

○和田委員　平川委員もおっしゃっていたのですが、やっぱり入り口のところで医療機関とかというのは、言い方は悪いですが出くわす可能性が高いと思うのですが、そういうところにも総合支援センターがあるということが周知されているのかなというふうにちょっと疑問が出たのです。だから、都内でそういうところにも全然周知されていなくて、300人なのか、いろいろな周知の仕方をして、都民の中にもどんどん広がっているのだけれども、300人なのかというのがすごく気になったところです。

○駒井若年性認知症総合支援センター長　認知症疾患医療センターと地域包括支援センターについては、毎年当センターのパンフレット等を配布しているところがございますが、やはり医療機関からのつながりといいますか、連携が非常に大事なところではあると思いますので、今年度からそういった意味で認知症疾患医療センターとの相談会というのを開始しながら、当センターの役割を知っていただくというところと、認知症疾患医療センターの中で気軽に相談をしていただくという試みを始めております。そのようなことを今後行いながら周知の取組みをしていきたいと思っています。

○長嶋議長　いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○毛利委員　武蔵野市の毛利です。直営の地域包括支援センターを持っております、今まで若年性認知症の方については、ほとんど経験がないといいますか、余りお会いしていないという状況だったのですけれども、ここへ来て、お一人、お二人、そういうケースの方がいらっしゃって、地域のいわゆる介護保険外の通いの場のようなところを使って今生活していただいています。若年性認知症の方がじゃあどのぐらいいるかということ把握しようと思ったときに、要介護認定を受けていらっしゃる2号の方ですと、6名ぐらいしかいらっしゃらなかったということがありまして、要介護認定だけで把握できるものではないと思っているのですけれども、どういうふうになれば、そういう方たちのことが、いるかどうかということも含めて把握できるのかというようなところが、今大変課題になっているところがございます。何かいいお知恵があれば、教えていただきたいなというふうに思います。

○長嶋議長　いかがでしょうか。

○駒井若年性認知症総合支援センター長　そうですね。各市区町村で介護保険の2号被保険者の割合といいますか、数というのを大体その市区町村のほうでお知らせいただくこ

とが多いのですけれども、でも実際は、介護保険をご利用されるまでにかなりのお時間がかかっているところがありますので、その手前の方をどのように区民の方が何人ぐらいいるかというのを把握するというのは非常に難しいところではあるとは思いますが。

○長嶋議長 大野委員どうぞ。

○大野委員 東京都支部で電話相談をやっております。ご主人が若年性認知症の診断を受けたという方からお電話もごさいます。そのときに、病院で診断を受けた後どうしたらいいのかというご指導やいろいろな情報を得られないということで、どうしたらいいでしょうというご相談があります。そのとき駒井さんのところを存じ上げていますので、あそこにご相談なさればいろいろなことをとにかく就労も含めて、ワンストップでいろいろなところにつなげてくださるからぜひ一度行ってみたらどうですかというようにご提案をします。ですから、やはり医療機関で若年性認知症というふうに診断された場合に、こういった機関があるということ、もちろん「彩星の会」という家族の会もありますけれども、いろいろなところがありますけれども、でもワンストップでいろいろなことを先を見据えてやってくださるところが東京都にはあるんだよということを、ぜひ伝えていただきたいというふうに思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。恐らく、若年性認知症に関しては、まだまだ、個人的な考えですけれども、若年性認知症とはという概念規定が必ずしも明確でない部分もあると思うのです。明確にすることが必要かどうかとも別の問題について考えてもいいと思いますけれども、これを機会に駒井センター長の今のお話を念頭に置きながら、東京都の中でこういった若年性認知症総合支援センターが今1カ所しかありませんけれども、その中で本当にこれからどういうふうな役割を担っていくのかということも含めて考えながら、ぜひマニュアルづくりに力を注いでいただければと思います。大変、誰がやっても難しい問題だと思いますので、どうぞ東京都のほうでも医療機関も含めて、いろいろなところへSOSを出してもらって、協力を求めてもよろしいのではないかと思いますので、よろしく願いしたいと思います。

一応、議題はこれで済んだのですけれども、その他で事務局のほうから何かございますでしょうか。

○坂田幹事 それでは、資料8のスケジュールをごらんいただきたいと思います。次回の本会議の開催につきましては、こちらのスケジュール欄にごさいますように、2月ごろの開催を予定しているところでございます。具体的な日程につきましては、また後日委員の皆様には調整をさせていただければと存じます。

また、参考資料2として、今月の9月27日日曜日に開催いたします、平成27年度東京都認知症シンポジウムのチラシを添付させていただいているところでございます。応募期間は終了しておりますが、参考としてごらんいただければと思います。事務局から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、本日の議事は以上で済みました。

最後に、全体として委員の方々のお立場でご意見、ご質問などありましたら、ご発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。大野委員、どうぞ。

○大野委員　ありがとうございます。今の世の中、認知症になってもなじみのある地域で安心して暮らせる社会をとということが共通語のようになっておりますけれども、もともとは家族の会がぼけても安心して暮らせる社会ということを希求して、ずっと活動してまいりました。それが、いつの間にか世の中に浸透して、それはとてもうれしいのです。政策にもそういった言葉が出てくるということはうれしいのですが、そもそもその原点は、先ほどの和田さんがおっしゃったような認知症の理解を求めているのではなくて、私たちの原点はとにかく認知症の人とかその家族がどういった思いを持っていて、どういったことで困っているかということを地域の皆さんに理解していただくということが原点だったのです。それを知っていただくことで、それぞれの立場で自分たちができることを生活の中でも企業の中でもどこでもやっていただきたいという思いで、その言葉を私たちの会から発した言葉なので、やはり原点はそこにあるということを知っておいていただきたいなと思います。

以上です。

○長嶋議長　ありがとうございます。平川委員どうぞ。

○平川（淳）委員　何度もすみません、平川です。私のほうはちょっと経済的な問題の指摘をさせていただきたいのですけれども、例えば東京都には十幾つですかね、認知症専門病棟というのを東京都が支援をして、精神保健行政の中でつくった組織があります。それが、認知症疾患センターがこの中に全く出てこないのです。これは、精神保健行政でやっているから違うのだということで、一元化されていない。それから、アウトリーチチームについてもこれは都の事業ですので、これは都でやると。国の施策として、初期集中支援チームというのがございます。これは、国の施策を市区町村でやるのだということで、このアウトリーチチームと初期集中支援チームのこの役割分担等については、全く整理はされていない。この辺はやっぱり縦割りというのがすごく問題になっていると思いますので、ここのところをやっぱりお金をどう有効に使うか、介護ヘルパーさんたちの給料も随分安いのでしょうか、全部お金がない中でこんな縦割りで無駄をしているのであれば、ぜひ統括をしていただきたいというふうに思っていますので、よろしくお願いいたします。

○長嶋議長　貴重なご意見だと思いますので。ほかにいかがでしょうか。はい、どうぞ。

○牧野委員　東京都介護支援専門員協議会理事の牧野和子と申します。今回、介護支援専門員や、それから地域包括支援センターの職員からの相談が多数出ているという視点から、地域包括ケアにもらみまして、この若年性認知症の方々の困りごとや家族の困りごとについての、例えばビデオのご準備とか、認知症サポーター養成講座で流している、例えばなのですが金融機関編とか、あのようなもののコンパクトなもので、何か地域の方にもお知らせをするような媒体のご検討などはされておりますでしょうか。

○長嶋議長 よろしいでしょうか。

○坂田幹事 今のところ、そういったビデオの検討とかはさせていただいていないのですが、今ご意見いただきましたので、また今後どうしていくかということは考えさせていただきますと思います。

○長嶋議長 ほかにいかがでしょうか。

○佐藤委員 今のお話とも関係すると思うのですが、先ほど認知症サポーターになるというシンポジウムのご紹介がありました。認知症サポーター養成講座を受けて、こんなオレンジリングをつける人ってほとんどいません。なぜかという、2時間の研修でわかるはずがないのでしょうか、ああそうかという、ただ単に研修を終わっただけのしるし。そうじゃなくて、より具体的な、先ほど言った事例があるかもしれませんけれど、具体的なことができるような仕組みづくりをしていただけるとありがたいなというふうに思います。以上です。

○長嶋議長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。若干時間があるようですが、一応きょうはここで閉じたいと思います。事務局のほうに進行をお返しします。

本日は、皆様方のご協力でどうにかスムーズに議事が進行できたこと、大変ありがとうございます。ありがとうございます。

○坂田幹事 委員の皆様、さまざまなご意見をいただきましてありがとうございます。

それでは最後に、高齢社会対策部長の西村より委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○西村幹事長 本日は、ご出席いただきまして、また活発なご議論をいただきまして、どうもありがとうございます。会議の冒頭から地域生活を継続するということの意味は何なんだとか、また生活支援の対象とすると考えたときの認知症の定義というものをどう捉えるべきなのだろうかですとか、非常に根源的といいますか、基本的であり、かつ重要な、我々がいろいろと検討するに当たって、心にとめておかなければいけないことからお話が入っていったかと思います。私も大いに勉強させていただきました。

本日の報告事項でございました、地域連携型の認知症疾患医療センターにつきまして、昨年度、認知症医療部会におきまして、活発なご議論をいただいて、今年度から区市町村ごとに指定を始めているというところでございますけれども、先ほど地域の状況もさまざまであるし、指定を受けた医療センターの特性と申しますか、得意分野といいますか、そういうものもまたさまざまだと。地域ごとに今後どうやってそれを育てていくのかと、それが大事なことですよというご助言もいただきました。また、本日審議事項としてお願いいたしました、若年性の認知症対策でございますが、これにつきましては1カ所で足りるのかを初めとして、さまざまなご意見を委員の皆様からいただいたところでございます。そういったご意見も踏まえながら、NPO法人のいきいき福祉ネットワークセンターさんと連携しながら、引き続き施策を進めてまいりたいというふ

うに思っております。

先ほど、事務局からも申し上げましたとおり、東京都の高齢者保健福祉計画では、認知症対策の総合的な推進というものを掲げております。今後とも認知症の人とその家族が安心して暮らせる地域づくり、冒頭問題になった言葉ではございますけれども、これを進めていきたいと考えておりますので、区市町村の皆さんと連携して、認知症対策のさらなる強化に取り組んでいきたいと思っております。

最後になりますけれども、今後とも都の認知症対策の充実に向けて、多くのご意見、ご助言を賜りますようお願いしてご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

○坂田幹事 本日お配りいたしました資料につきましては、封筒に入れて机に残していただければ、事務局のほうから郵送させていただきたいと思います。また、車でいらっしゃった方は駐車券をお渡しいたしますので、事務局のほうにお申し出いただければと思います。

それでは、本日は散会といたします。ありがとうございました。

(午後 8時47分 散会)