

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会（第1回）

平成20年10月16日（木）

【坂本幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただいまより東京都認知症対策推進会議第1回若年性認知症支援部会を開催いたします。

本日は、大変忙しい中、委員の皆様、お集まりいただきましてありがとうございます。私、本部会の事務局を務めます東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の坂本でございます。部会長が選任されるまでの間、会議の進行を務めさせていただきます。

なお、本会議は、10月9日に開催のプレス発表をしており、会議につきましては公開し、傍聴する方がいらっしゃいますのでご了承いただきたいと思っております。

また、会議の運営に当たりましてお願いがございます。発言をする際は、必ずお手元でございますマイクをお持ちになってご発言をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、今日、第1回目の若年性認知症支援部会ということでございますので、この若年性認知症支援部会の設置の経緯等につきまして、簡単に事務局のほうから説明させていただきます。本部会は、平成19年度に設置されました東京都認知症対策推進会議という会議のもとに、専門部会の一つとして設置されたものでございます。東京都では、平成19年7月17日に第1回東京都認知症対策推進会議を開催いたしまして、18年度の認知症高齢者を地域で支える東京会議の成果を踏まえまして、認知症の人に対します具体的な支援体制の構築へと取り組みを前進させるため、中長期的な認知症対策をさまざまな角度から検討することといたしております。

その第1回認知症対策推進会議におきまして、普及啓発の継続、生活を支えるための面的な支援の仕組みづくり、切れ目のない医療支援体制の構築の3つを、当面、取り組むべき課題として整理いたしまして、仕組み部会、医療支援部会という2つの専門部会の設置を決めました。この2つの部会につきましては、検討や支援策の具体化を進め、今年2年目に入ったところになります。

また、これらの会議での検討に資するため、各種の実態調査を行うこととしております。なお、本日、後ほどご説明いたします若年性認知症生活実態調査もそのうちの一つでございます。このたび、今年8月20日に開催されました第4回認知症対策推進会議におきま

して、若年性認知症の支援策を考える上で、高齢者とは異なる課題があり得るのではないが、その特有の課題の状況を明らかにし、それに応じた支援策を検討するためには、専門部会を新たに設置いたしまして集中的に検討を進めていく必要があるということで、後ほどご説明いたしますが、要綱第4の7(1)に基づきまして、20年度、21年度の2年度を検討期間といたしまして、若年性認知症支援部会の設置が承認されたところでございます。

また、部会の構成についてでございますが、要綱の第4の7(3)及び(5)に基づきまして、委員及び専門委員は、認知症対策推進会議の議長が指名することとなっております。第4回の推進会議におきまして、本日お集まりいただきました皆様方に専門委員をお願いすることが決定いたしました。各委員の机上に本部会の委員についての委嘱状を配付させていただいております。本来ならばお一人お一人に福祉保健局長のほうから委嘱状をお渡しすべきところでございますが、時間の都合で申しわけございませんが、省略させていただきます。どうぞご了承くださいませ。

それでは、事務局から各委員のご紹介をさせていただきます。お手元の委員名簿をらんください。

小野寺敦志委員でございます。

【小野寺委員】 よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 斎藤正彦委員でございます。

【斎藤委員】 斎藤です。よろしくお願ひします。

【坂本幹事】 田谷勝夫委員でございます。

【田谷委員】 田谷です。よろしくお願ひします。

【坂本幹事】 浅川雅晴委員でございます。

【浅川委員】 浅川と申します。よろしくお願ひいたします。

【坂本幹事】 末延法子委員でございます。

【末延委員】 末延です。よろしくお願ひいたします。

【坂本幹事】 林田俊弘委員でございます。

【林田委員】 林田です。よろしくお願ひします。

【坂本幹事】 干場功委員でございます。

【干場委員】 干場です。よろしくお願ひします。

【坂本幹事】 高橋一成委員でございます。

【高橋委員】 高橋です。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 続きまして、本日、所用により欠席されている委員をご紹介します。

豊島区の保健福祉部中央保健福祉センター所長の山澤雅明委員は、本日、所用のため欠席でございます。

続きまして、幹事の紹介をさせていただきます。

本部会には、事務局を補佐する幹事といたしまして東京都の関係部署の代表が出席しておりますので、ここでご紹介させていただきます。

中村雄幹事でございます。

【中村幹事】 中村でございます。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 私、坂本でございます。よろしくお願いいたします。

続きまして、本部会の運営に当たりまして、部会長、副部会長の選任をしたいというふうに考えます。要綱の第4の8(1)に基づきまして、部会長を選任させていただきます。

部会長は、要綱では委員の互選により定めるとされておりますが、今回につきましては事務局のほうから提案させていただきまして、委員の皆様方のご了承を得るという方法でよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【坂本幹事】 それでは、提案させていただきます。

認知症の専門医としまして、認知症医療の臨床や研究に造詣が深く、また、親会議の東京都認知症対策推進会議の前身に当たります平成18年度の「認知症高齢者を地域で支える東京会議」の委員としまして、地域づくりなどについてご提言をいただきました齋藤正彦委員に部会長をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

異議がなければ、拍手にてご承認をお願いいたします。

(拍手)

【坂本幹事】 それでは、齋藤部会長、恐縮でございますが、中央の部会長席に移動をお願いいたします。

早速ですが、齋藤部会長、一言ごあいさつをお願いいたします。

【齋藤部会長】 埼玉県にございます和光病院というところの院長をしております齋藤でございます。一昨年でしたか、東京都の認知症を知るキャンペーンでしたっけ、「認知症高齢者を地域で支える東京会議」という会議のオープニングで一般公開の講演をさせていただきました。そのご縁でこちらに呼んでいただけたのだらうと思いますが、ご指名でご

ざいますので座長を務めさせていただきます。

私は、今は全くの臨床医でございますので、たくさんの患者さんを診ております。その中には当然、若年の認知症の患者さんもいらっしゃいます。必要に応じてそういう患者さんのご家族のご意見なども、干場委員がいらっしゃいますが、一般の患者さんのご家族が感じていらっしゃるようなこともレクチャーしていただくような機会をつくりながら、皆様のご意見をまとめていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 齋藤部会長、よろしくお願いいたします。

次に、副部会長を選任したいと思います。要綱の第4の8(3)におきまして、部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理するとなっておりますので、部会長に副部会長を推薦していただきたいと思っております。

齋藤部会長、よろしくお願いいたします。

【齋藤部会長】 私の一存で、私が話をしやすい方をお願いすることにいたしました。以前から一緒によく仕事をしております小野寺委員に副部会長をお願いしたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

( 拍 手 )

【坂本幹事】 それでは、小野寺副部会長、中央の席へ移動をお願いいたします。

小野寺副部会長、一言ごあいさつをお願いいたします。

【小野寺副部会長】 今、ご指名いただきました認知症介護研究・研修東京センターの小野寺と申します。私どもの仕事場が、仙台センター、大府センターにも同じような機能がございまして、実は、センター間では大府センターという愛知県にあるほうのところが若年性の認知症の研究を特にやっておるのですが、東京センターのほうの私に声をかけていただいたのはその辺の窓口を兼ねてかなと思っております。認知症介護研究というところからいろいろとお手伝いできればと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 小野寺副部会長、よろしくお願いいたします。

それでは、齋藤部会長、今後の議事につきまして、よろしくお願いいたします。

【齋藤部会長】 それでは、会を進めさせていただきます。あらかじめ時間が限られておりますので、今日、お願い申し上げたいことをざっとお話し申し上げます。

第1に、都のほうで準備していらっしゃる資料がございますので、最初にその資料のご説明を申し上げます。

続いて、各委員の方々から、この会議に寄せる思いでも結構でございますし、それから、

日々の、皆さん、こういう関連のあるフィールドでお仕事をいらっしやいますので、感じていらっしやる問題意識をお話しいただきたいと思います。

最後に、皆さん方のご意見を踏まえて、この委員会を、回数も限られておりますし、期限も限られておりますので、できるだけ能率的にまとめて、これから実質的には1年半ぐらいいありますが、その間に行政に役に立つ意見の集約をしたいと思いますので、その方向、今後の会議の持ち方について、皆さんの意思を統一するということまでを本日の目標にしたいと存じます。

それでは、最初に、事務局のほうで配付資料の確認をしていただきます。

【坂本幹事】 それでは、お手元の配付資料の確認をさせていただきます。

今日、お配りしてございます配付資料、2種類ございまして、1つは、公表資料ということで、この会議場にいらっしやる全員の方にお配りしている資料でございます。お手元でございます若年性支援部会（第1回）の次第でございます。こちらのほうが公表資料という形になっておりまして、1枚おめくりいただきますと要綱でございます。そして、委員名簿がございまして、A3横でございまして、若年性認知症の支援策の検討についてという資料1でございます。それから、右上、東京都若年性認知症生活実態調査の概要、資料2でございます。それから、5枚ほどおめくりいただきまして、資料3といたしまして、若年性認知症の支援策の検討にあたって（事前調査票より）でございます。それから、1枚おめくりいただきまして、参考資料1といたしまして、若年性認知症の人が使える主な公的サービスや支援制度でございます。2枚おめくりいただきまして、参考資料2ということで、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（国資料）についてでございます。

公表資料については以上でございます。

それから、委員の皆様、それと、幹事にお配りをさせていただいております席上配付資料のご紹介をさせていただきます。まず、若年性認知症に関する都内推計値でございます。それから、若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究、この冊子でございます。それから、事務局への連絡といたしまして、メールアドレス及びファクスを記載してございますA4の資料でございます。

今日、配付させていただいております資料については以上でございます。漏れ等はないでしょうか。

それでは、部会長、よろしく願いいたします。

【斎藤部会長】 それでは、続けて議事に入らせていただきます。議事を進めさせていただきます。

最初の議題が、若年性認知症の支援策の検討についてということですが、具体的な議論に入る前に、8月の第4回東京都認知症対策推進会議における議論と、若年性認知症支援部会設置に関する経緯について、事務局からご説明いただきます。

【坂本幹事】 お手元にございます資料1、A3横の若年性認知症の支援策の検討についての資料をごらんいただきたいと思います。

まず、若年性認知症とはということですが、この若年性認知症につきましてもいろいろ呼び方があるかと思えます。若年期認知症という呼び方もございますし、定義もいろいろあるかと思えますが、ここでは65歳未満で発症する認知症ということで定義をさせていただいております。

そして、のところで、高齢発症の認知症と比較し、有病率が低いということで、東京都における若年性認知症と高齢発症の認知症の数について推計値を挙げさせていただいております。まず、若年性の認知症の人の人数ということですが、資料にございます、人口10万人当たり24.5人から33.5人という数字でございまして、この数字につきましては、下にございます「1」でございまして、茨城県と群馬県の悉皆調査、これは平成19年度の厚生労働科学研究における悉皆調査によります推計値でございまして、そのとき発病時及び調査時ともに65歳未満であった者を集計ということで、人口10万人当たり24.5から33.5という数字が出ております。

また、認知症高齢者の人数推計ということで、65歳以上人口10万人当たり6,700人という数字が出ておりますが、これは「2」のところにございます、平成17年についての推計値ということで、平成14年度「要介護（要支援）認定者における認知症高齢者の数」からの推計ということで、65歳以上人口10万人当たり6,700人という推計が出ております。

この推計値を、「参考」と書いてございまして、東京都における認知症の人の推計値というところをごらんいただきたいと思えますが、若年性認知症につきましては、東京都の人口のところ、1,243万3,000人でございまして、この数字につきましては平成20年1月現在の住民基本台帳から数字を引いてございまして、この1,243万3,000人に、先ほど申し上げました人口10万人当たり24.5から33.5人、有病率0.0245%から0.0335%の数を掛けますと約3,050人から4,170人という数字が推計され

ます。

また、同じく認知症高齢者の数につきましても、「65歳以上人口」というところの人口をごらんいただきますと241万1,000人、これは同じく東京都の住民基本台帳からの数字でございますが、これを有病率6.7%を掛けますと約16万1,500人ということでございます。

そして、これを全体の構成比、都内の全認知症に占める割合ということで構成比を見ますと、若年性認知症につきましてはおおよそ1.9%から2.5%という構成比の推計がされるということで、冒頭申し上げましたとおり、非常に有病率が低い、非常に少ないという数字が推計されるわけでございます。

次に、本人・家族を取り巻く現状というところをごらんいただきたいと思います。まず、左側のところで網かけをしている矢印でございますが、「医療・介護等では」現状といたしましては、診断や要介護認定等に時間がかかり、その間に認知症が進行してしまうことがあるということでございます。この要介護認定等に時間がかかるというようなこと、非常に若くして認知症等にかかるということで、日常生活動作等が下がらないというようなこともございます。認定等に時間がかかるということ、それと、認知症が進行してしまうということで、非常に進行の速い人がいるといった現状もあろうかと思えます。また、ノウハウの蓄積がない等によりまして、適切な診療や介護サービス等を受けることが難しいという現状でございます。

これは、冒頭申し上げましたとおり、非常に若年性認知症の方の数が少ないと推計されることで、対応する病院ですとか、介護事業所ですとか、そういったところの数が少ないということもございまして、周辺症状のあらわれ方、そういったことの経過を見るといったこともなかなかデータとしてとることが少ないということもございまして。

次に、下の「家族は」のところをごらんいただきたいと思います。若年性認知症についての情報が少なく、利用できる制度について知るのが困難ということでございます。これは後ほど若年性の実態調査のところでもご説明させていただきますが、利用できる制度ということで、例えば障害者福祉施策等の利用といったことも、できる方もいるのですが、そういったことについての認知度が低いということで、利用できる制度等について知るのが困難という状況が一つございます。

また、若くして発症するということがございまして、介護する側から見ますと、介護期間が長期にわたり家族の負担が大きくなるといった現状がございまして。また、介護保険サ

ービスにつきましては時間の制約があるということで、在宅で介護している家族につきましては、まだ就労等が困難といった現状もございます。

また、経済的に現状を把握いたしますと、発症や介護により、家計を支える働き手を失ってしまう。これは後ほど調査のほうでもごらんいただきたいと思います。やはり発症を機にご本人が退職を余儀なくされるといったケースもございます。そうしますと、当然のことながら働き手を失ってしまうといった点がございます。また、さらに養育の必要な子供や介護を要する親がいますと、当然のことながら経済的な負担はさらに大きいといった現状がございます。

そうした現状の中で、右側のところの制度でございます。上段のところでございますが、そもそも支援制度の対象となっていないために支援が受けられないというケースが出てまいります。例えば、中には40歳未満で発症する方もいらっしゃいますので、介護保険におけるサービスが受けられない、40歳未満の方につきましてはそういった支援の対象にならないといったケースが出てまいるのが1点でございます。

また、今の制度の中では十分な支援が受けられないといったことが出てまいります。これは、例えば、非常に身体機能等が高いため、高齢者を対象としました介護サービス等では効果が上がらずということもございます。また、本人自身もそういったところでサービス等を受けるということを嫌がるケースもございます。そういったようなことをもろもろ重ね合わせますと、十分な支援が受けられる状況ではないといったケースもあるというふうに考えられます。

そういった現状と制度とのミスマッチを解消するために、下の中央のところでございますが、高齢者とは異なる、若年性認知症に特有の課題に配慮した支援策の検討が必要であるということございまして、本検討会、若年性認知症支援部会を設置しているわけでございます。検討項目といたしましては、若年性認知症の人・家族が現状では十分な支援が受けられない原因の把握及び整理ということと、その上記の原因を踏まえまして、必要な支援策の検討（既存の制度の改善、新たな制度の構築）、また、関係諸団体への提言等、こういったことを検討してまいりたい。検討期間につきましては、平成20年度から21年度ということで2カ年にわたります。委員の構成ということで、ごらんのような皆様方をお願いしているところでございます。

この部会の位置づけといたしましては、親会議に当たります東京都認知症対策推進会議のほうに、その検討状況につきましては逐一報告等をいたしまして、推進会議のほうから



助言等をいただく。また、今日ご説明いたします若年性認知症生活実態調査の中で出されております実態、それと要望、課題、そういったものにつきまして、本部会の中の検討の中に反映していきたいというふうに考えております。

本部会の今後の検討スケジュールでございますが、上の段のところは東京都認知症対策推進会議ということで、20年度につきましては、1月に第5回ということで開催を予定しております。下のところでございます若年性認知症支援部会、これが本会議でございます。20年度につきましては、10月、今日、第1回目ということで、20年度内につきましては3回ほど、また、21年度につきましては5回ほど開催いたしまして、最終的には報告書等の作成等に結びつけていきたいというふうに考えております。

若年性認知症の支援策の検討についての資料1の説明については以上でございます。

引き続きまして、参考資料をごらんいただきたいと思います。参考資料1でございますが、「若年性認知症の人が使える主な公的サービスや支援制度」をごらんいただきたいと思います。ここに載せてある公的サービス、支援制度、これが現状ではそのまますべて使えるということではないかもしれませんが、事務局のほうで確認等をさせていただいた中で、このようなサービス、支援制度等を利用できるのではないかとということで整理いたしました。

まず、介護保険サービスでございます。利用料金の1割負担によりまして、居宅、施設、地域密着、介護予防サービス等の提供を受けられる制度でございますが、先ほども申し上げましたとおり、40歳未満の方につきましては対象外という形になってまいります。なお、同様のサービスがある場合につきましては、医療保険や障害者福祉サービスに優先して介護保険が適用されます。サービスにつきましては、居宅以下4つ載せてございまして、概要その他、申請先、利用方法等についてはごらんのとおりでございます。

次に、障害者福祉・就労支援でございます。これにつきましても、利用料金の1割負担によりまして、障害者自立支援法に基づく「障害福祉サービス」(介護給付・訓練等給付)の利用が可能です。また、障害者自立支援法に基づきまして、各自治体の判断で行われます「地域生活支援事業」の利用も可能です。また、障害者雇用促進法による職業リハビリテーションも用意されてございます。それぞれのサービスの名称、概要、申請先、利用方法等についてはごらんのとおりでございます。

次に、2枚目のところでございますが、経済的支援ということで整理いたしました。それぞれ上から障害基礎年金・障害厚生年金、自立支援医療制度、税制優遇措置ということ

で整理しております。それぞれの概要、申請先、利用方法等についてはごらんのとおりでございますので、お読み取りいただきたいと思ます。

次に、医療のところでございますが、診療報酬上、認知症の治療にのみ算定できるものということで抜粋をさせていただいております。重度認知症デイ・ケア、認知症病棟入院医療でございます。概要等についてはごらんのとおりでございます。

また、その他といたしまして、成年後見人制度、日常生活自立支援事業、精神障害者保健福祉手帳といったものもでございます。概要、申請先、利用方法等についてはごらんのとおりでございます。

また、下の左側のところに介護サービス利用の流れということで、利用者が申請した後の流れについて整理をさせていただいております。右側につきましては、障害福祉サービス利用の流れの整理でございます。お読み取りいただければと思ます。

1枚おめくりいただきまして、参考資料2、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(国資料)についてでございます。このプロジェクト概要でございます、左側のところでございますが、設置の趣旨といたしましては、包括的・総合的な認知症対策の基本的方針と具体的な対策の策定ということで、専門的見地からプロジェクトチームのメンバーを集めまして検討したと聞いております。検討期間につきましては、検討経過の上段のところがございますとあり、平成20年、今年5月1日から6月30日までの間に検討されております。

左側の下のところでございますが、報告書要旨(認知症対策の基本方針)ということで、必要とされる施策ということで5つ、柱が出てございます。その中の5番目の中で若年性認知症対策の推進ということが明記されてございます。それぞれの5つの各分野ごとに、短期的にとるべき施策と中長期的に検討及び実施していく施策の決定ということで、短期、中長期的な施策ということで整理をしてございまして、それが右側の報告書要旨(具体的な対策の策定)のところでございます。

時間等の関係もございまして、すべてここでご説明するということとはしませんが、短期的対策のところをごらんいただきますと、エのところ、若年性認知症ケアの研究・普及ということで、モデル事業の実施により、若年性認知症の人の身体機能やニーズに合ったケアの研究・普及を行うということが書いてございます。こういったことに基づきまして、都のほうでも、モデル事業について、今、予算要求をしているところでございます。

また、下のところでございますが、中・長期的対策ということで、ア、イ、それぞれ書

いてございますので、後ほどお読み取りいただければと思います。

私からの説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。

大変忙しい説明でしたので、ご質問といってもあれですが、委員の先生方でどなたか、今のご説明にご質問があれば承りますが。

なければ、続けて、行われております東京都若年性認知症生活実態調査の報告をいただいた後で、今のご報告も含めて議論させていただきたいと思いますので、続けてその説明をお願いします。

【坂本幹事】 資料2の東京都若年性認知症生活実態調査の概要についてごらんいただきたいと思います。

まず、1番目の調査の概要、調査の目的でございますが、若年性認知症、ここでは65歳未満で発症した認知症をいうと定義しておりますが、本人及びその家族に対しまして訪問調査を実施いたしまして、その生活実態及び認知症高齢者とのニーズの違い等を把握することによりまして、都における若年性認知症への支援に向けた施策の検討の基礎資料とするということで調査を行っております。

(2)といたしまして、対象者でございますが、平成19年度に実施いたしました「東京都認知症専門医療機関実態調査」を通じて明らかになりました若年性認知症の診断・治療を行っている医療機関の協力を得まして、患者本人及びその家族の同意を得た都内在住の若年性認知症の患者とその家族で、それぞれ告知をしてある方を対象に訪問調査を実施したものでございます。

調査期間といたしましては、平成20年2月下旬から3月までということでございます。

(5)調査票の構成でございますが、4つの構成になっておりまして、家族または本人が答える、それと家族に答えていただく、本人が答える、そして、訪問した調査員のほうで記入をする調査票ということで、4つの構成になっております。

回収状況でございますが、家族または本人票ということで47世帯から調査票を回収してございます。内訳といたしましては、家族回答分が46標本、それと本人、ひとり暮らしの方からの回答ということで1標本ということで、合わせて47標本でございます。また、本人からご回答をいただいております調査票としましては35標本ございまして、本人回答27、家族代弁が8というふうになっております。また、47人の原因疾患といたしましては、アルツハイマー病が41名、それと前頭側頭型認知症の方が6名という形に

なっております。

それでは、実際の調査結果の概況でございますが、右側のところの2(1)、まず本人の属性でございます。これは「家族または本人票」からでございます。家族(46人)及び本人(1人)に対し、本人の性別及び年齢を尋ねております。まず、性別でございますが、男性が51.1%、女性48.9%ということで、ほぼ半々という形になってございます。また、年齢でございますが、60歳代の方が29人ということで、割合で申し上げますと61.7%でございます。そして、2番目に多いのが50歳代という形になります。そして、非常に数は少ないのですが、40歳代の方もいるということで、今現在の平均年齢としましては61.6歳でございます。

(2)といたしまして、認知症ではないかと周囲が気づいたころの本人の年齢でございます。これにつきまして家族(46人)、本人(1人)から回答を得ておりまして、認知症ではないかと気づいた本人の年齢でございますが、50歳代が68.1%、47人中32人という形になっております。次に、60歳以上の方が12人でございます。また、大変数は少ないのですが、40歳代の方が2人、また、30歳代の方が1人ということでございまして、平均年齢で申し上げますと56.3歳でございます。

1枚おめくりいただきまして(3)最初に相談・受診する直接のきっかけとなったことを家族(46人)に尋ねております。1番といたしましては、家族、直接聞きました、あなたを含め、家族が気づいたというのが28人、約60.9%になっております。また、2番目といたしましては、本人の勤め先から連絡があったということと、同居していない親族が気づいたといったことがございます。そして、ご本人自身が訴えたといったものについては3人、6.5%ということで、これについては少ないような印象を受けております。

また、(4)最初に気づいた本人の変化、または、これまでを振り返って認知症の初期の症状・できごとだったと、今振り返ればそうだったのかなと思うようなことを家族46人に聞いております。複数回答でございまして、日常生活の中で気づいたことということにおきましては、一番上のところでございますとあり、新しいことを覚えられなかったり、少し前のことを忘れるようになったということが35人ということで、やはり一番多くなっております。また、考えるスピードが遅くなったり、同時に2つ以上のことが考えられなくなったということが続いておりまして、以下、電話の対応ができなくなった、同じものを買ってくるようになるというようなこと、これは、普通の認知症の方の症状と非常に似ている症状だというふうに思います。

また、右側の上段のところでございます。勤め先で・その他ということございまして、これにつきましては、勤務先から、様子がおかしいという連絡があったということでございます。また、その前に「その他」というようなことが書いてございますが、その他という中では、例えば会議等の記録ができなくなったですとか、そういった仕事を遂行していく上で支障になってくるような症状が出てきたといったことがございます。それから、2番目に多いものにつきましては、伝票など、書類の処理ができなくなった、計算ができなくなったといったことがございます。

(5) 認知症の診断や治療をしてもらうまでに困ったことを家族(46人)に対して聞いてございます。これにつきましても複数回答でございますが、困ったことの中で一番多かったこととして、「認知症の診断・治療をする医療機関を見つけることが難しかった」が30.4%(14人)でした。一番多かった回答は、「特に困ったことはない」というもので52.2%でございます。ただし、何らかの形で困ったということで申し上げますと、医療機関を見つけることが難しかったということが一番多く、2番目としましては、実質3番目でございますが、「本人が受診を嫌がった」が10人程度いらっしゃるという結果になっております。

1枚おめくりいただきまして、(6)でございます。本人の仕事の有無、これにつきましては「家族または本人票」からということでございます。認知症になる前の仕事の有無でございますが、働いていないという方が41人ということで87.2%でございます。勤め人として働いているといった方が6.4%で3人ということでございます。働いていない方41人に、認知症になる前についての就業状況について尋ねますと、認知症になる前につきましては、仕事をしていたという方が75.6%ということで31人でございます。認知症になる前から仕事をしていなかったという方は24.4%(10人)ということで、やはり発症を機に退職している方が多いといったことが読み取れるかというふうに思います。

また、(7)「家族が、本人が認知症であることを打ち明けている人」ということで、「家族票」からでございます。複数回答でございますが、同居家族以外の親族が一番多くなっております。以下、友人、知人、病院・診療所でございますが、例えば行政機関、下のほうにございます地域包括支援センターですとか、行政の担当者、こういった方についての打ち明けといったものについては比較的少ないという状況かと思えます。

右側のところの(8)の毎日の介護のことで、よく相談している人、これにつきましてはも家族(46人)から回答をいただいておりますが、これについても複数回答ございま

して、一番多く相談している相手は、介護のことでございますので、ケアマネジャー、ホームヘルパーなどの介護従事者ということが20人ということで43.5%でございます。以下、病院・診療所、同居家族以外の親族が続いておりますが、相談している人はいないという方も、下から2番目のところでございます、8名、17.4%程度いるという状況でございます。

1枚おめくりいただきます。(9)「現在利用している公的サービスや支援制度の利用状況」でございます。「家族または本人票」からということで、介護保険制度によりますサービス・支援について聞いております。これにつきましても複数回答でございまして、一番多いのは通所介護(デイサービス)でございますが、一方、一番下のところでもございまして、介護保険制度によるサービス・支援を利用していないという方も多い状況でございます。通所介護(デイサービス)に続きまして利用が多いものにつきましては、訪問介護(ホームヘルプサービス)以下、短期入所生活介護等というふうが続いております。

そして、下のところでございます、介護保険制度によるサービス・支援を利用していない方18人に、利用していない理由について聞いております。理由としましては、「その他」という方が一番多い11人でございます。それ以外に、知らなかったという方、そういった介護保険サービス等を受けるといことが気に入らないという方がそれぞれ2名ずつ、それと、使い方がわからないという方、認定されなかった方という内訳になっております。

右側の といたしまして、障害者自立支援法によるサービス・支援につきましても、家族、それと本人、47名に聞いておりまして、複数回答をさせていただいております。障害者自立支援法によるサービス・支援につきましては、利用していないという方が43名ということで、圧倒的に多いというふうになっております。利用しているサービスについて見ますと、居宅介護、短期入所ということで非常に少ない数にとどまっております。

この障害者自立支援法によるサービス・支援を利用していない方43名に、利用していない理由について確認しますと、知らなかった、そういったサービスを受けられる、利用できるということを知らなかったという方が24人ということで、43人中では半分を超えております。また、「その他」が2番目に続いておりまして、あと、3番目としましては、使い方がよくわからないというような状況、こういった状況が出ております。

1枚おめくりいただきまして5ページ目でございます。その他サービスということで、その他サービス・支援の利用状況について聞いております。これにつきましても、家族(46人)、本人(1人)ということで聞いておりまして、複数回答でございますが、その他サ

ービスにつきましては、その他サービス・支援を利用していないという方が23人ということで約半数でございます。利用しておりますサービスについて見ますと、精神障害者保健福祉手帳につきましては17人ということで36.2%、身体障害者手帳につきましては5人、10.6%という数字になっております。

その他サービス・支援を利用していない方23名に、利用していない理由について聞いております。その理由としましては、その他サービス、利用できるということが知らなかったということで、それが14人で60%になっております。また、その他もろもろの理由ということと、使い方がわかりませんという方が続いております。

(10)といたしまして、今後やりたいことについて、現在やっていることを続けることも含むということで、本人に対し、これにつきましては家族代弁の8人を含む35人に聞いております。複数回答でございます。一番多かった回答は、下から2番目の「その他」で、さまざまいろんなことが入ってございました。ここで1つのくくりとしてまとめられたものとしたしましては、旅行をすることですとか、友人や仲間に出会うこと、これが31.4%(11人)ということで多いということ、それと、家でのんびり過ごしたいという方も28.6%ということで10人程度おりました。仕事をする、地域や社会で役割を持って働くこと、報酬の有無を問わないということで、仕事をするということにつきましては、下から3番目のところがございます、5人ということで14.3%にとどまっているという状況でございます。

3番目、その他ということで、本人の認知症の病状の程度、軽度、中等度、高度という程度ごとの今後の希望する過ごし方の自由回答、外出目的、付き添いの程度等の生活状況等につきまして、こちらの冊子のほうにまとめてございますが、こちらのほうにつきましては後ほどごらんいただければと思います。

私からの説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

【齋藤部会長】 ありがとうございます。

これまでのところでご質問はないでしょうか。ご意見でもコメントでも結構ですが。

悉皆調査というふうなご説明がございました。お手元でございます朝田隆先生の厚生労働科学研究の報告書でも悉皆調査といっているのですが、実は悉皆調査ではございませんで、これはあくまでも医療機関や福祉の機関にかかっている人たちの調査で、ある意味では援助に対して手を挙げている人の数を把握しているにすぎません。臨床的には、そこからこぼれている人たちの数というのを調べないとほんとうの悉皆調査にはならないのです

が、皆さんご承知のとおり、今、病気の悉皆調査というのは、個人情報の保護等々の問題がございまして、実質的に日本でやるのは不可能だといってもいいぐらいであります。ですから、おそらく今、示された数字よりは少し多い、しかもとってもトラブルの多いケースが隠れている可能性もあるんですね。その辺も含めていかがでしょうか。

場合によっては、先生方、皆さんの自己紹介をお願いした後で、少し口がほぐれたところで質問やコメントをしていただいてもよろしいかと思うのですが。

では、よろしいですか。今、特に先にということがなければ、お話を先に進めさせていただきます。資料3にございますように、事前に事務局のほうで、委員の皆さんにご協力をいただいて、それぞれのお立場、あるいは、この問題に関するお考えをまとめていただいております。

それでは、時間の関係で大体、お一人3分ということになっておりますが、ここまでわりと早く進んでおりますので、もう少し余裕を持っていただいても結構でございますので、自己紹介を兼ねてお一人ずつお話をいただきたいと思います。

それでは、小野寺先生から。

【小野寺副部長】 それでは、改めまして小野寺です。自己紹介ですが、専門が心理学で、臨床心理士の資格も持っておりまして、大学病院で10年ぐらい仕事をした後、今のところで介護研究ということでやっております。最近の取り組み内容ということで示させていただきますにしまして、実は、若年性より、介護職員の人材育成とかストレスとかという調査研究が一番、最近では主になっております。それから、認知症啓発のためのホームページのほうがございますが、そちらで教材等をつくっているというのが現状でございます。

これまでの自分の仕事や生活等の若年性認知症とのかかわりということで行きますと、以前、大学病院の精神科外来のほうで、認知症という名前に変わる前なので「痴呆性老人デイケア」のスタッフを担当しておりまして、大体7年ぐらい週1回のデイケアのほうをやっておりました。ここでも人数は少ないですが、やはり若年性、65歳未満で発症されて、ご利用したときも60代前半ぐらいの方が数人おりまして、そういった方々、ご本人やご家族のカウンセリングということでかかわってきております。

その中でいろいろ課題はあるのかなと思っているのですが、(3)(4)には、その辺で経済的などころでのということ絞らせていただきまして、私が経験したケースは、すべて男性の方が発症したものですから、ちょうど家庭内での大黒柱の方が認知症になって仕



事を継続できなくなって、ご自分からやめたケースとか、やはり会社とのやりとりで、半ば、言ってしまうと首になるような形で退職された方がいらっしゃいまして、奥様が大変苦労したというケースを、10年以上前ですけれども、経験しております。

最近の動向というのはなかなか勉強不足で申しわけないのですが、今回のこの部会にお声がけいただいて、支援策を検討していく上で感じているということでは、やはり生活保障ですね、そのところがまず第一かなと思っております。これは若年の方に限らないんですけれども、介護以前の問題として、生活が維持できなければ、特に在宅での介護環境というのは難しくなるのではないかと。最近の毎日新聞にも特集記事で取り上げられていましたが、独身の息子さんがお母様を見ているというふうなところで、介護休業したけれども、職場からの給与が3分の1ぐらいになって、貯金を切り崩して介護しているというようなことがありました。やはり介護すると財政負担、経済的な負担はすべて家族にいくということをお考えすると、介護をしていく環境をつくるという意味では、その経済的なものが一番ポイントになってくるのかなと、若年に限らずですけど、あると思っております。

そういった意味では、(4)に書かせていただきましたように、第一に生活保障ですね、その上で必要な介護支援というものがなければ、介護意欲を支えることも、実際の介護環境をつくることも難しいのかなと思っております。そうした制度体系を構築していくというのは、やはり国レベルでやらなければいけないのかなと思っておりますが、なかなか国がどこまでやるかということへいくと、逆に、地方自治体レベルで発信をしていただいて広げていく。何らかの代替的なものを出して、それを国のほうに発信して、全国レベルにしていくということになると、すごい理想的にいいのかなと思っております。東京都さんがお力を入れてやっていくならという、すごい現実から離れた理想なことでは、経済的なところを押さえつつ、介護環境をつくっていくということが求められるのかなと感じております。

以上です。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。

それでは、田谷委員からぐるっと回っていただきましょうか。

【田谷委員】 田谷と申します。自己紹介ということですが、私自身、専攻は心理学でした。大学では、大学院と心理学を学んでいました。初めて仕事についたときは、医療機関で防衛医大という埼玉県所沢にありますけれども、そのリハビリテーションと

いう部門の中の臨床心理士といいますが、当時はまだ資格がなかったんですけれども、そこでいわゆる神経心理学的な検査を担当しまして、特に脳卒中の方のそういう高次脳機能の評価を中心に10年ほど働きました。そういうことをしている間にどうも気になったのが、病院は退院したけれども、仕事に戻れないとか、家の中で何もすることなく、社会参加できていないという人がいるということで、そういう時期にちょうど、今います総合センターができて、いわゆる医療リハと職業の橋渡しができるんじゃないかと、そういうことでもって現在の仕事に移ったんです。

そういうことで今の仕事に移って17年目になりますけれども、その間一貫して、研究テーマが高次脳機能障害を持った方の就労支援ということでもって研究をしてきました。この間、国のほうでもモデル事業が13年度から始まりまして、かなり高次脳機能障害者の支援という意味では、医療も含めて就労までかなり制度的には整ってきて、10年、20年前と比べるとはるかに進歩してきて、まだ問題はありますけれども、全く手がかりがないところから、それなりに何とか橋渡しができるといいますが、医療でもそれなりに支援を受けて、必要があれば職業の支援も受けられるというふうな環境は整ってきたと思うんですけれども、ただ、そういう中で、まだ若年性認知症に関しましてはその辺が全く見えていないなという感じはしています。

ちょうど先ほどの参考資料2のところの説明がありましたけれども、厚生労働省が認知症の緊急プロジェクトというのをやったと。その中で、就労支援についてどうかという話があったときに、たまたま国の本省のほうから私どもの研究機関に、そういう研究をなささいという指示といいますが、依頼がありまして、今までの私の高次脳機能障害の研究を応用して、こういう認知症の研究もすることになりました。ということで、今年度からそういう若年認知症の研究に取り組みましたところで、ちょうど勉強するいい機会と思わせてこの会に参加させてもらいました。

認知症のほう、始まって半年ぐらいたっていますけれども、この間、いろんな専門家のヒアリングとか、団体のヒアリングとかをさせてもらいまして、干場さんも、そんなときにいろいろお話を伺って、いろいろ困っている現状とか、就労支援の必要性なり、何が問題かというあたりは今までの研究の中でいろいろ意見も聞けましたので、これから先の委員会で何かそういうお話ができればと思っています。

以上です。

【斎藤部会長】      ありがとうございました。

【未延委員】 未延と申します。私は、NPO法人ですが、東京都介護支援専門員研究協議会の理事という立場でこちらに推薦していただいて、参加させていただいております。ただ、私がとても期待して受けたいなというふうに思ったのは、事務局の方とお話をしたときに、今回は若年性認知症ですが、非常に数の少ない2号保険者の方にやっぱり光を当てていきたいという言葉があって、現場のケアマネとしては何とありがたいことかというふうに思って、参加させていただいております。

ケアマネジャーは、現在、都内では約1万人ほどが就労しておりますが、いろんな研修がある中でも、大体、非常に数の多い問題についての研修はあるのですが、数が少ない方、例えば難病についてはどうなのかとか、こういう若年性の認知症はどうなのかとか、それから、高次脳機能障害についてと、非常に数は少ないのですが、現実にある問題について学びたい、もっとケアマネジメントの技術も上げたい、上げたい、知識も増やしたいというケアマネジャーはたくさんいますので、ここで私が参加したり、皆さんのご検討した内容とかが、またいつの日か研修という形でケアマネジャーに反映されて、それが地域の中でその方が暮らすということについて、ちょっと遠回りのようですけど、生かしていけたらとてもいいなというふうに思っています。

ただ、今日、参加しまして、最初に、若年性認知症とはという資料を見たら、アルツハイマーとピック病と書いてあったので、その2個だけなのかなと思って、どきっとしたのですが、先ほどの生活実態調査を見てわかるとおり、身障手帳を持っている方も含まれているという点では、実際の現場では、やはり脳血管障害による方もいたりとか、それから、神経難病によっては認知症を伴って進行する病気を持っている方もいますので、きっといろんな方がいらっしゃるという、私が最初に理解したので間違いはないのかなというのをちょっと感じて安心しております。

現場では、やはり今、経済的な問題も、小野寺先生のほうからお話もありましたが、ご主人がなった場合は、奥様もパートを掛け持ちして、ケアマネジャーと相談にのるなんていうふうにやっぱりならないんですね、もう疲れ果ててとかですね。それとあと、40代ぐらいで、お子さん、いわゆる養育の途中で家庭が経済的にも非常に苦しくなって、お母さんは仕事ばかりという点では、訪問してみると、お子さんは不登校でとか、ほかの問題を抱えていたりという点では、結局、多問題になっている事例というのが幾つかやっぱりあるなというのを感じております。

そういう点では、私、今後、将来像という中に書かせていただいたのですが、もちろん

やっぱり就労を望む、いわゆる人生半ばにおいて、まだ働き盛りで障害を持つという点では、働くということを抜きにしては考えられないのかなという点と、それから、介護保険の切り口で相談に行くケアマネジャーだけでは、やっぱり問題が多岐にわたるので太刀打ちできないんですね。就労の希望が出されたときにどんな面談を重ねていって、障害者就労センターとかにどうおつなぎしていったらいいのかということや、それから、夫婦間の問題もありますね。奥様が一生懸命介護されているというのは非常にまれで、すごく嫌がったりとかして夫婦仲が悪くて、いつも行くとか何かこう、そういう夫婦仲の悪い話を聞かされて、こっちも困って帰ってくる点がありますので、広く支える、そういうネットワークの構築を非常に望みたいなというふうに思っております。よろしく願いいたします。

【斎藤部会長】      ありがとうございました。

【干場委員】      若年認知症家族会の彩星の会の代表をしています干場と申します。

私は、妻が平成8年に発症、それを機会に家族会、平成13年9月に彩星の会ができたんですけど、それからこの家族会活動にかかわり、18年1月から代表として活動しております。

私の妻が発症した当時、病院で診断をつけられる体制が整っていなかった。ちょうど通院させてから約2年間かかったんですね。その当時、初めて前頭側頭型の勉強会ができ上がって、そのときの話の中で、ある先生が、この病気は最終的には解剖しないとほんとうの原因はわからないという話を聞きまして、18年12月に女房をみとったんですけど、即、解剖、献脳という形で解剖していただきました。そのときに先生から結果を聞かせていただいて、ほんとうにやってよかったなという部分、それはやっぱり私自身が、俗に言われている、最初の診断が2年後にピック病ってついたんですけど、それだけではない感覚がものすごく感じていたんですね。それが献脳の解剖によって解決された。その後、現代に至っては、医療のほうは相当早期に診断ができるという体制が整ってきたことについては、ものすごく私自身もうれしく思っています。

今、3番目の「これまでの関わりの中で」という中で、先程小野寺先生が経済的な基盤とおっしゃっていましたが、私たちも家族会で一番問題にしているのは、経済的な基盤と、告知も少しそこに難しい問題が入ってくるんですけど、それ以前にもう一つ、今、親子の関係、やっぱり若年の場合は、最低、夫婦が見ている場合が多いんですね。その中に、逆に今度、子供さんが親御さんを見ている、そういうケースもすごく多いので、そういう部分で、さっき東京都さんの中で、障害者自立支援法の中に、今、都道府県でものすごく差

があるんですけど、その中でも特に自立支援の医療費ですね。これは、東京都の場合は今3つの、中部、多摩、下谷の精神保健福祉センターがある程度理解をしてくれて、東京都の家族会では、自立支援医療費の交付を否定されるケースがまだ少ないんですけど、私が北海道のほうにも家族会を立ち上げて、今、2つやっているんですけど、その中の札幌市においては100%、全部否定されるんです。この辺のあれがなぜという部分がものすごく感じられるんですけど、この辺のところもぜひこれからの委員会の課題にさせていただいて、それを東京都で1つのモデルをつくり、そしてまたそれを国に上げて、全国にそれをきちっと示されるような体制ができると、私はすごく助かると思うんです。

もう一つ経済的な課題では、高度障害の認定ですね。これが若年の場合は周辺症状、要するに行動力とか、そういう部分がまだはっきりしているのに、各保険会社、特に今はそれでも保険会社でもある部分では少し理解していただける部分もあります。たまたま私も女房の、以前、入退院を繰り返していたころ、入院給付金というやつは、今の個人保証が出るまで、後見制度ができるまではきちっと出ていたんですけど、それ以来、後見制度をとらないとくれない、出さないと否定されたんです。私はその当時、若年夫婦で、やっぱりそれは認められない、銀行に口座がつかれない、おかしいと、そういうことで保険に関しては全国保険業協会に私は直接電話して聞きました。そうしたら、一応下部では無理だけど、大きいセンター、保険会社の大きいところの支部ではある程度それを理解してもらえらるだろうと。そのところまでは来たんですけど、それも結構格差が強いんですね、やっぱりね。

そういう部分を含めても、ものすごく今も相談を受けている中で、住宅ローンを抱え、子供さんの教育を抱えて、やっぱりそういう基盤がもう少し、先ほど斎藤先生からも紹介がありました朝田先生のところの研究班に私も参加しながら、弁護士さんも参加して、そういう部分で専門的にちょっと提言して、勉強させてもらっているんですけど、これがやっぱり格差がすごく多くて、なかなか認めてもらえないという部分があるので、その観点からも、ぜひこの機会に検討していただきたいと思います。

それとあと、介護認定についてもそうですが、東京都の中でも今、厚労省のある部分の上の方に聞くと、アルツハイマーとか、一応認知症の診断を受けると、要介護1は最低一つの基準になるんだよと、それには主治医の方の一つの判断力がそこにかかわってくるんですけど、ただ、あるところにおいては、先ほどの自立支援の医療費と同じように、要するに周辺症状がまだしっかりしているからだめだと、要支援1だと。そうすると、私が直

接、一番感じたのは、お子さんが親御さんを面倒見ていたんですね、そうすると、要支援の中では、自分が勤めながら親を見るサービスがすごく少ないと。そういうことで何回か見直しをしていただいて、今はそういう状況でないようにしていただきました。たまたまその患者の場合は、他の専門医が自分も診た患者で、完全に介護の度がつく状態なので、主治医のほうに、区のほうにもう一回申請してくれと、そういう状態を何回か繰り返して、ようやくそこまで行ったんですけど。そういうのも含めて、やっぱり制度が、その場面場面で格差が、ばらつきがあると。そういう部分でぜひ統一した見解を、国のほうもなかなかそれができないものですから、東京都で全国のモデルになるようなそういう施策をぜひつくっていただきたいと思います。

最後に、最近、私たちが一番問題にしているんですけど、家族会が平成13年、約7年間たっているんですけど、その中で、要するに今までは本人に対するサービスをすごく考えてきたんですけど、今は家族の疲労度がものすごく大きくなっているんです。その中で、ある家族はうつに入っていったり、精神的なそういう状態になったりして、この間もちょっとある人と話したんですけど、今度、家族の健康管理に対する支援を少し考えなくてはならないんじゃないのかと。例えば若年認知症の家族に定期的に健康診断を受けてもらうとか、カウンセリングをする、そういう場面を設けてもいいんじゃないの、やる方法を考えてもいいのかなというふうに、今、そのぐらい家族は疲労しています。

私たちは、たまたま今年、家族会でWAMから支援をいただきまして、今、家族が家族を要するに訪問調査、アンケートでやっているんですけど、その中で来年3月ぐらいまでにそれを一回まとめて、それをもとにしてもう一つ大きな、今度は、私たち家族会で本人・家族が約190人ぐらいいるんですけど、その一人一人にきちとした内容を調査し、モニタリングした、そういう部分ができればいいなというふうに、今、考えております。

もう一つ、就労支援についても、私たちがたまたま、先ほど田谷さんからちょっとありましたけど、昨年5月に、今、国際局に行ったNHKの小宮さんから、私が前々から若年も就労支援ということはずっと言い続けたものですから、昨年5月に旧労働省側と厚労省からと2人ずつ出ていただいて、そこに朝田先生と私と、あと、田谷さんのところの事務所からも来ていただいて、約7回ぐらい勉強会をやりました。その中で、就労支援、ある先生からは若年に就労支援はあるのかと問いただしがあったのですが、私があるときに説明したのは、今、勤めているところでどうにかして少し継続させてあげたい。そのときに、国の今の障害者のほうですとジョブコーチというやつがあるんですけど、それをサポ

ーターという名前で、何とか国のそういう施策はお金がつけられないかと。そうすることによって、今の部署から変わっても、何かそこに続けられる。

それはなぜそういうことかという、ある家族で、会社に勤めていて、通勤している間は1人で行ったり来たりができていたんですね。それが急に会社をやめた途端にぴたっと、それと同時にまた病気の進行が激しくなったという経験もありますので、そういうものも含めて、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

最後に、東京から一家族が、北海道の私の出身の町に移住を受け入れてもらって、今、生活しているんですけど、その方は、自己破産をしたという結果を聞きまして、東京で自己破産して生活する生活コストというのはものすごく大変なので、それで田舎の住宅も考えてもらい、職場も考えてもらって、約2年間通いまして、それで受け入れて、今ちょうど1年たちました。その中で、なぜそれができたかという、北海道砂川に市立病院ってあるんですけど、その医師と出会いまして、中空知という地区で医療の原型ができていると。それがものすごくいい中身だったので、先生が地域の医師会、それと同時に事業者、ケアマネジャー、そういう中で連絡協議会をつくって、そういう情報交換をしながらやっているすばらしいシステムに出会いまして、それもあって、その家族を連れていく決断の一つになりました。

そういう部分で、ここにもちょっと書きましたけど、いろんな問題に対してすぐ回答できる、今、国がやっているコールセンター1つでもそうですけど、たった1つのコールセンターで全部が賄えるのか、私もちょっと不安な気持ちもするんですけど、実際にその中で、その部分がしっかりできれば多分大丈夫だと思います。ぜひそういう中で、ちょっと長くなりましたけど、申しわけございません、ひとつまたよろしくお願ひします。

【斎藤部会長】      ありがとうございました。

それでは。

【高橋委員】      国立市の介護保険課の高橋と申します。皆さん、よろしくお願ひいたします。私は、一応行政ということで、東京都の市町村の介護保険担当課長会のほうから、これに出ただけないかということで要請されて、ここに来させていただいております。その自己紹介のところにもありますように、公務員の生活が長いんですけど、実は福祉に来てまだ3年ちょっとで、それ以前は全く福祉の経験がないもので、ほとんど素人に近いということで皆さんのレベルに達しないで申しわけないんですけども、よろしくお願ひいたします。

今回、若年性認知症ということですが、申し訳ないのですが、あまり我々で意識したことはありませんでした。今日、来るに当たって、国立市ではどうなのかなということで、とりあえず2号被保険者の中から、認知症の日常生活自立度の aの方がどのくらいいらっしゃるのかなということで拾ってみたんですけれども、26名です。国立市の人口が約7万5,000人なので、先ほど坂本課長がおっしゃっていた人口10万人当たり24.5人から33.5人という数字にほぼ近いのかなという気がいたします。ですから、あながちこの数字というのは、とんでもない、違っている数字ではないのかなという気がいたします。

私、月に数回は認定審査の審査会に出席するようにしているんですけれども、2号被保険者の方が出てくると、自分自身の年齢も考えると非常にやはりショックを感じます。私と同じぐらいの年齢の方が、認定申請が出てきて、要介護度がつくということは、ある意味、自分自身で非常にショックを感じているところです。

あともう一つ、先ほど説明にもありましたように、介護保険制度ということ考えたときに、若年性の認知症の方が利用できるサービスって何だろうなというふうに思いました。正直、デイサービスも高齢者の方が対象で、そういうところにある程度年齢の若い方がいらしゃっても、おそらくなじめないだろうなというふうに思います。ですから、介護保険制度の中で若年性認知症の方へどうやって対応していくのかということ、非常に今の制度上では難しいだろうと。ですから、ほかの何か方法を考えていかなければいけないのかなという気がいたしました。同じ2号被保険者の方でも、例えば寝たきりに近く、脳血管疾患系で認定を受けられていらしゃった方で、ADLが低下されている方であれば、例えば訪問介護のサービスとか、そういうサービスは当然使うのであろうなと思うんですけれども、ADLが自立されている方からすると、介護保険制度はあまり使えない制度だなというふうにすごく感じました。

今回、ここの会で出席させていただいて、そういうところもご検討いただいて、私自身にも勉強になるようにしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

【林田委員】 林田です。自己紹介と、これまで若年性認知症状態にある方々との関わりというのと一緒に話してしまいましたが、今、認知症対応型共同生活介護という事業を営んでおります。利用者さん、入居者さんの数は、複数の事業所になっていきますので、今40名ぐらいです。私自身は福祉関係の仕事を15年ぐらい前からやっております、認知症対応型共同生活介護というものは介護保険の当初からですね、その1年前からグループ



ホームというものをやっておりますので、10年、9年というところです。その中で、正確な数字を申し上げていいのかな、6名ぐらいの方がお若かったかなと。60代の方はそうでもないですね、50代の方で4、5名、60代前半の方を含めると5、6名ぐらいになるのかなというところです。

その中で、「これまでの関わりの中で、支援策を検討していく上で感じていること」というところですけど、皆さんは、さすがというか、プロフェッショナルの方々とか、すごく一生懸命やっていらっしゃる方々なので、同じような話になってしまうので簡単に話しますが、じっくりお話を聞くということがなかなかできていなかったかなというふうに思います。ご本人の特性というか、お若いというところを考えて、何で、何でという思いでしょうかね。認知症というのは今でも高齢者が発症するものだと思われているので、何で感みたいなのは非常に強かったりするんですね。そこを吸い上げるタイミングが非常に大切だったかなというか、一緒にお話を聞くということが大切だったかなと。そういう意味では、そういうタイミングをつくれたらなということで、カウンセリング等が必要かなと思いました。

あと、意思や可能性の追求、これは人一人一人の意思や可能性の追求って、やっていくと無限なのですが、そうではなく、若い、中年と呼ばれるぐらいの年齢から認知症というものを発症した方の可能性を追求できるような研究は、もっと豊かにあっていいのではないかなと。

それは、その下に書いてあることが大きな理由ですね。70代というのはちょっと若いかなと思ったんですけど、75以上からでしょうか、後期高齢者とかというところであれなのでそういうくくりではなく、もうちょっとお年をとられた方々と、こういうふうにすればコミュニケーションがとれたり、人間関係がとれたりというのが10年以上やっていると身につくものなのですが、見事に失敗することが結構あったわけですね。これが実践していた者の強みなんでしょうけど。それが通用できなかったところが、上の可能性とかの追求をもっとすべきだったのかなとか、できるのではないかなという今の思いや過去の後悔とつながっているんで、そういう研究やモデル事業をもっと豊かにやって、早くそうしていきたいなというふうに思っています。

経済的なところは皆さんと同じなので、ちょっと飛ばします。

今後、望ましいと思う将来像というところでは、症状一つ一つの対策とかというのではなくて、生活全般をどうやって支えるのかなという視野を持たないと、ラベリングという

んですか、何歳から何歳の男の人で、こういう症状の人はこうなんだみたいなのを一個一個つくっていったところで大した意味はなくて、その人が、そういういろんな特性はあるけれど、人としてどういうふうに生活できるのかなというところまで結びつけていけるような方向性があればなと思います。

もう一つは、発症時に取り巻く人間関係の維持。旅行がしたいとか、それがどこまで本質的な欲求なのかというのはまだ議論していきたいところですが、一番つらいのは人間関係が崩れることなんですね。これはお年寄りでも一緒です。人は基本的に、人間関係を壊されることをものすごく怖がります。しかも、何で感が、何でよという思いが強いときに、子供とか奥さんとかから引きはがされるような対策ばかりではどうなのかなと思いますので、可能な限り、べったり同じ空間で生活しろとかという意味ではなくて、人間関係を継続できるような仕組み、取り組みが議論できたら、生きていても、ああよかったなと思える、私が認知症状態になったとしても思えるかなと思ってちょっと書いてみました。そういうことをちょっと皆さんと一緒に考えられたらなというふうに思っています。

以上です。よろしくをお願いします。

【浅川委員】 江東区で開業している浅川クリニックの浅川と申します。こちらの委員に参加させていただいた経緯は、東京都医師会の産業保健委員をさせていただいている関係で、こちらに推薦していただきました。

私は、クリニックで一診療所に従事しております。若年性認知症は、10年前、15年前よりも増えている印象があります。最近のテクノストレス、携帯電話とかPC、コンピューター、そういったものを多用するテクノストレスと、それといろいろな対人関係のストレスが加わって、おそらく若年性に発症する、脳の疲労から若年性に進んでしまうんじゃないかと考えています。

最近の実例で話しますと、ある会社に勤めている40歳ぐらいの社員ですが、仕事に大きな穴をあけて、お得意様に何百万、何千万という仕事を依頼されたのをすっかり忘れていて、それが1つ破談になったということで、それで奥さんが心配して、うちのクリニックに参りまして、会社に大きな穴をあけたために、その人は退職に追いやられました。1人の若年性認知症のために、家族4人いるんですが、ほかの人がうつになって病気になりました。そういう不幸な例が最近ちらほら増えています。やはり大切なのは、地域の市民に対して、早期から若年性認知症を診断するという、早く病院を受診するという啓蒙活動だと思っています。

最近の医療の進歩によって、早期診断がつけば進行を食い止められる例が、薬物療法を含め、リハビリテーションがありますので、やはりこれは地域の住民が早く気づく、すなわちご本人は認知症に気がつきませんので、ご家族か、職場の同僚や上司が早く気づいて病院へ連れていく、これが大切に思います。

私のクリニックに、1年に数人、初診の方でおいでになるのですが、2年、3年、4年たって随分進行して、CT、MRIを撮るとかなり脳の萎縮が進行して、もうこれはちょっとという状態になってから病院に連れてくる例が多いので、その辺が肝要かというふうに感じております。

【斎藤部会長】      ありがとうございます。

皆さんの意見がそう相違しているわけでもなくて、出された問題、1つは経済的な問題で、これは若年認知症に限らない問題で、就労年齢でこういう障害を起こした人をどうやって経済的に支えるかという問題、それから、家族の中で起こる問題、夫婦間の問題、子供の問題等々を支援する必要があるだろうというご意見、それから、介護保険については、現行のサービスでは対応が難しいというふうなご意見が行政の方からありました。実際問題として難しいのですが、しかし、じゃ、国立市に二十何人しかいない人に対して特別なデイケアをつくって、全部を集めてくださいと、そういうことが現実的に可能かといえは不可能なわけですね。だから、現実的な対応を考えていかなければならないだろうと思います。

話がちょっとあちこちしますが、経済的な支援については、先ほど東京都のほうからいろんな制度のご説明がありました。それについて、干場委員のほうから、自治体によって運用が違うんだというご指摘がありました。残念ながら、自治体によって違うだけじゃなくて、東京都23区の中でも区の姿勢によってかなり違う。特に自立支援とか、精神障害に関する扱いについては、窓口で受け付けない、精神症状がないんだから、ただの認知症なんだから、関係ありませんというふうに門前払いにしている市区もあるのです、実は。そういう問題が、今の自己紹介の中からも明らかになったと思います。

それから、就労支援については、田谷委員からも、干場さんからもご意見がありました。あるいは、浅川委員のご意見もございましたけれども、認知症の就労支援というと、NHKなんか最近特集するのは、新しい仕事をするとかいうふうな話になるのですが、僕ははっきり言って、それを行政でやるというのはナンセンスな話で、今、先生方がおっしゃった、各委員がおっしゃったような、今ある職場にできるだけ長く籍を置いて、能力があ

る限りはその職場で支えていくという、就労維持支援のようなところを目指していこうという点でも、各委員のお話は大変現実的で、うまく話がまとまっていくんじゃないかなというふうに私は思いました。

あとは医療の問題で、早くきちんと診断をするということと、それから、診断した後、「はい、アリセプトを飲んでください。3カ月後」というんじゃ、しょうがないわけで、林田委員のほうからカウンセリングの必要性というふうなことがございましたが、私どもの病院でも、ご自分で通えるような若年の認知症の患者さんは、週に1回来て、認知リハビリテーションというのをやっておりますけど、それは認知リハビリテーションというよりは半分カウンセリングで、いろんな思いを受けて、入れていくというふうな場を医療の場の中につくっていくということも一つの課題であろうと思いました。

ですから、一つには医療の技術の問題、それから、福祉の問題、介護の問題について言えば、未延委員からもお話がありましたが、ケアマネジャーが、いろんな自立支援とか、そういう法律について十分熟知していない。今、制度がありますよといっても、サービスの窓口にいる人がそれを熟知していないというふうな問題がありますので、そういう教育の問題。それから、公的な支援の、先ほど来申し上げている、役所の窓口の問題。経済支援の問題では、非常に現実的な幾つかの問題を出していただきました。それらについて検討していきたいと思えます。

それから、もう一つは、さっき途中になりましたが、介護保険の中に若年認知症の人が入る間がないかということ、僕はそんなことはないんだと思うんですね。介護保険のサービスの中に、介護保険のサービスがこれこれこういう理由で若年認知症に向かないという理由を聞いてみると、大部分は高齢者だって嫌なんです。だけど、75歳以上の人は文句を言わない。75歳以上の人は、来て、風船バレーをやる？と言われても、まあ、そんなものかなと思って我慢してやっているだけで、あんな失礼なサービスは、風船バレーが悪いとは言いませんが、介護保険のサービスが若年認知症の人も受け入れられるようにならなきゃだめなんです。そうすれば、高齢者にとってもよいサービスになるのだと私は思います。

若年認知症の患者さんの介護サービスについて何か特徴があるとすれば、1つは、未延委員がおっしゃったように、疾患がばらばらだと。特に前頭側頭型の認知症のようにちょっと変わった症状を出す人がいるとか、あるいは、85とか80で発症する血管性の認知症とは違うタイプの、大きい脳梗塞がどんと起こって、そのために高次脳障害が起こって、

それがさらに進行して血管型認知症になるというふうな、少し症状の違う、バラエティーのある人がある。体力があって、バラエティーのある症状に対して介護施設が対応するためには、介護施設の側の能力を高めていくということも重要なのであろうと思います。この辺の問題について、少しずつまとめながらやっていきたいと思っています。

事前に事務局のほうとお話をしていて、こういう問題について、皆さん、エキスパートに集まっていたいただきましたが、少し医療、介護、それから、経済的な問題とか、各方面で先進的な取り組みをしていらっしゃる方に来ていただいて、2回目以降、簡単なレクチャーをしていただいて、それに対してみんなでディスカッションをして、話を詰めていくというふうにしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【斎藤部会長】 よろしいでしょうか。

そうしましたら、今後はそういう方向で進めてまいりたいと思います。

具体的にどういうテーマについて、どなたを推薦する、お話いただくかというふうなことにつきましては、皆さんのご意見を承りながら決めていこうと思います。この場でどなたかご推薦がありますか。

(中略)

それでは、大体時間が近づいてまいりましたので、今日の話はこれで閉めさせていただきます。本日、皆様方のご意見をもとに次回以降のスケジュールをつくって、またご案内を差し上げようと思いますのでよろしくお願いいたします。

それでは、事務局のほうで、今後の日程等について。

【坂本幹事】 それでは、これからは、事務局のほうから事務的な連絡をさせていただきます。

まず、今日お配りしました資料の扱いでございますが、席上配付以外の資料につきましてはすべて公表させていただきますので、よろしく申し上げます。また、本日のこの部会の議事録でございますが、事前に委員の皆様方にごらんいただいた上で、これにつきましても、ごらんいただいて確認していただいた上で公開をさせていただきたいというふうに考えておりますので、よろしく申し上げます。

また、事務局のほうに何か意見、ご質問等があれば、今日、お配りしましたメールアドレス、ファクス等でご質問等なりをお願いしたいと思います。

次回の部会の日程でございますが、12月を予定させていただいております。先日、送

付させていただきました開催通知に日程調整用紙を同封してございます。本日、受付時に提出されていない方は、お帰りの際に事務局のほうにお渡しいただくか、後ほど事務局のほうにファクス等でお送りいただければ幸いです。

それでは、日程につきましても、できるだけ多くの委員の方にご出席いただけるように改めてこちらのほうで調整させていただきます。その上で改めてご連絡させていただきますので、次回もどうぞよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、本日はこれで散会といたします。長い時間、ありがとうございました。

了