

平成 28 年度第 3 回地域ケアシステム推進会議認知症ケア推進部会

日時 平成 29 年 2 月 1 日 (水)

午前 10 時 ~ 正午

場所 足立区役所 8 階特別会議室

議長 永田部会長

次 第

開会挨拶

【報告事項】

- 1 認知症関連事業実施状況 資料

【検討事項】

- 1 平成 29 年度以降の認知症相談事業（認知症初期集中支援事業）について 資料
- 2 若年性認知症への取り組みについて 資料
- 3 今後の認知症施策について 資料

事務連絡

参考様式 1 (開催概要)

平成 28 年度 足立区地域包括ケアシステム推進会議
第 3 回 認知症ケア推進部会 会議録

会 議 名	平成 28 年度 足立区地域包括ケアシステム推進会議 第 3 回 認知症ケア推進部会
開 催 年 月 日	平成 29 年 2 月 1 日 (水)
開 催 場 所	足立区役所 8 F 特別会議室
開 催 時 間	10 時開会～11 時 50 分閉会
事 務 局	足立区福祉部地域包括ケアシステム推進担当課
会 議 次 第	別紙のとおり
会議に付した議題	<p>【報告・検討事項】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 認知症関連事業実施状況 2 平成 29 年度以降の認知症相談事業（認知症初期集中支援事業）について 3 若年性認知症への取り組みについて 4 今後の認知症施策について 5 事務連絡
<p>○岡崎地域包括ケアシステム推進担当係長 それでは、定刻となりましたので始めたいと思います。皆様、おはようございます。ただいまより第 3 回足立区地域包括ケアシステム推進会議 認知症ケア推進部会を開催させていただきます。</p> <p>本日はご多忙の中、御参加いただきまして、まことにありがとうございます。</p> <p>私は本日の司会を務めさせていただきます地域包括ケアシステム推進担当課の岡崎と申します。よろしく願いいたします。</p> <p>初めに、傍聴者の皆様にお願ひがあります。会場内でのビデオ、カメラ、携帯電話等の御使用はお控えください。また部会終了後は配付資料と名札を事務局にお返しただいてからお帰りください。御理解と御協力をお願いいたします。</p> <p>早速ですが、この会議は足立区地域包括ケアシステム推進会議認知症ケア推進部会設置要綱第 6 条第 2 項により、過半数の委員の出席により成立いたします。現在過半数に達していますので、部会は成立しております。皆様からの活発な御意見、御質問をいただくためにも、迅速な会議進行に御協力いただきますようよろしくお願いいたします。</p> <p>また今回、委員の中で緒方委員がいらっしゃいましたが、一身上の都合で退任ということになっております。</p> <p>初めに資料の確認をさせていただきます。本日の資料は、事前に送付させていただいております次第、資料 1、認知症関連事業実施状況、資料 2、「平成 29 年度以降の認知症訪問事業（認知</p>	

症初期集中支援事業)について」、資料3-1、足立区の若年性認知症に関するデータ、資料3-2、若年性認知症への取り組み、資料3-3「若年性認知症支援者用ハンドブック」の作成について、資料4、「足立区における認知症施策と新オレンジプランとの対比」、及び本日席上に配付いたしました部会名簿と座席表でございます。お持ちでないか不足している場合は事務局に用意がございますので、お申しつけください。皆様、大丈夫でしょうか。

なお、この部会の会議録などは区民の方に公開することとなっております。記録の関係上、発言の前にお名前をお願いいたします。また発言のときには皆様、目の前のマイクの下ボタンを押していただきまして、赤いランプがついてからお話しいただきますようお願いいたします。

それでは、永田部会長、開会の御挨拶をお願いいたします。

○永田部会長 皆さん、どうもおはようございます。きょうから2月ということで、本当に一日一日過ぎるのが早いと思いますし、皆さんも本当にお忙しい毎日だと思います。ちょうどこの2月から3月にかけて今年度の取り組みを本当に大事にまとめていく時期であり、また、このまとめたものをもとに来年度にどうつなげていくか、特に今日の皆様方の御意見がこれからの方向性とか具体を決めるもので、大事な今日の集まりだと思っております。

短い時間ですけれども、きょうの資料等をもとにしながら、皆さんのお立場から、こんな点かもう少しあるといいんじゃないとか、この点はよくまとめて足立区の状況が出ているとか、良い点と課題とを、ぜひ一言皆さん方から御意見いただければと思います。ぜひ、どうぞ一緒に12時までよろしくをお願いいたします。

○岡崎地域包括ケアシステム推進担当課係長 永田部会長、ありがとうございました。

それでは、以後の議事進行は永田部会長をお願いいたします。

○永田部会長 それでは、早速進めてまいりたいと思います。

報告事項の1ということで、認知症関連事業の実施状況について、江連地域包括ケアシステム推進担当課長から御説明をお願いいたします。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 地域包括ケアシステム推進担当課長の江連でございます。報告事項1としまして、足立区の認知症関連事業実施状況について御報告いたします。第2回のこの部会でも報告している部分もございますので、今年度進みました主だった部分につきまして御説明させていただきたいと思っております。

まず、一番左側、左上です。元気な方から軽度認知障害がある方に対する支援としまして「認知症サポーター養成講座(オレンジリング運動)」を継続的に行っております。今年度は12月末まで69回、1,778名に実施しております。また認知症サポーターを受けた方のフォローアップ講座としまして、今年度3回、ワンクールという形で17名の方が修了しております。認知症サポーター養成講座は1回限りの受講でして、その後、特に活動を指示するものではございませんが、その中で意欲のある方につきましては、今後の認知症施策の御協力もいただきたいという趣旨から、フォローアップ講座を開催しているところでございます。

その右側、「キャラバン・メイトの養成研修」を今年度開催しました。平成28年度になりまして、3年ぶりに実施いたしました。キャラバン・メイトというのは、認知症サポーター養成講座

の講師の方のことで、区内のケアマネ及び包括職員の計 71 名が受講しております。この 71 名につきまは、今年度以降、認知症サポーター養成講座の開催等で幅広く認知症施策に関与していただけたらと思っております。

その右側、「認知症カフェ」の開設でございますが、こちら 25 カ所の地域包括支援センターで 214 回実施しております。延べ参加人数が 4,134 名ということで、地域の認知症に悩んでいる御家族の方、もしくは認知症の疑いがある方にお越しいただいております。

次に「ひとり一人の区民の方をサポートする取り組み」に移らせていただきます。

まず、地域包括支援センターで行っております、認知症にかかわる介護予防教室を 185 回、家族介護者教室を 41 回開催しております。

右側に移りまして、もの忘れ相談事業、こちらは地域包括支援センターで 59 回実施しております、140 名の方の相談を受けております。

その右側が今後の報告事項にもありますが、サポート医によるもの忘れ訪問事業です。こちらは医師会の御協力のもと平成 28 年 6 月から開始しているもので、もの忘れ相談で相談があった方を引き続き、サポート医と共に本人宅を訪問し状況を確認するという事業でございます。これまでに 5 件実施しております。

その下、東京都認知症疾患医療センター、大内病院でございますが、こちらによるアウトリーチ事業がカンファレンス実施件数 5 件ということで実施しております。今年度の下半期からは、先ほどのサポート医によるもの忘れ訪問事業が本格的に使われ始めまして、大内病院のアウトリーチからサポート医による訪問事業のほうに徐々に移行している傾向が見られております。こちらにつきまは、後ほど、初期集中事業の報告の際にもう一度御報告させていただきます。

以上が今年度の現在までの取り組み状況になります。

○永田部会長 ありがとうございます。非常に幅広い事業が着実に進んでいます。いろいろなところでの実施状況を今御報告いただきました。

それでは、今の御説明について、御質問等おありの方はいらっしゃいますでしょうか。先生、お願いいたします。

○久松委員 足立区医師会の久松です。

この表の中の早期発見・早期治療のところ、チェックリストをして認知症の可能性のある方が男性 7.6%、女性 5.3%とありますけれども、これはその後のフォローアップはどのような形で流れたのか教えていただけますか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 認知症の可能性があると判断された割合ですが、こちらは DASC（ダスク）という認知症を判定する点数で 31 点以上の方を抽出しております。こちらに関しまして、地域包括支援センター 25 カ所に配置されております認知症専門員がこの 3,951 名を訪問して確認しております。チェックリストが自記式ですので、そこの回答の正確さに欠ける部分がございますので、直接訪問し、目でみて確認してくるということで対応しております。

○久松委員 その 3,951 名の中で、実際に診断がついてそれが医療に結びついたのはどの程度なのでしょうか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 大変申し訳ありません。まだその数字のところにつきましては、精査しておりません。全件まだ回り切れていない部分もございます。

○久松委員 せっかくこういうデータが出たので、とてもいいかなと思います。幅広く網を広げて、それが広がった中でどういう方が引っかかって、その後どうつながっていったのかというのが一番早期発見につながっていくのだろうなと思うし、直接医療機関に来る方の数はそんなに多くはないので、これをもうちょっと精度を高めていただくと、早期発見につながっていくのかなと思います。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 訪問結果につきまして、分析したのち御報告させていただきたいと思っております。

○永田部会長 非常に重要な御指摘だったと思います。まだ多分進行形で、今ようやく数がまとまってきたり、また接点を持っていらっしゃる方の個々の情報等もきちんと捉えながら、今、久松委員から御指摘があったところを、ぜひきちんと、何らかのまとめをしていただければと思います。ありがとうございます。

ほかの方、いかがでしょうか。全体に絡みますので、またもし後でお気づきの点があったらご発言いただければと思います。今回は案件が多いため、次に進ませていただきます。

それでは、資料2について御説明をお願いいたします。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 引き続き、地域包括ケアシステム推進担当課長、江連より、平成29年度以降の認知症訪問事業につきまして御報告させていただきます。

厚生労働省は平成30年3月までに認知症初期集中支援事業の開始を義務づけています。足立区では28年度まで、表の一番左側にあります都事業の認知症アウトリーチチーム、区では大内病院が指定されていますが、アウトリーチチームを配置しています。29年度から、一番右側、区が実施する初期集中支援事業を実施していきたいと考えております。まず説明に当たりまして、この一番右側の新しい事業について御報告した後に、大内病院のアウトリーチとの比較をさせていただきます。

まず、初期集中支援事業の目的ですが、こちらは既存のアウトリーチチームとほぼ同様でございます。認知症の疑いのある人、もしくはその家族に早期にかかわるチームを配置し、早期の診断、早期の対応に向けた支援を構築するものでございます。足立区におきましては、このチームを各包括支援センターに置きますので、区内の25カ所で対応していきます。

チームの構成でございますが、3名以上の体制としまして、医師が1名、コメディカルが2名以上。コメディカルとは医療従事者のことを指します。計3名以上で対応をしていきます。

医師の要件としましては、国が定めている基準ですと日本老齡精神医学会、もしくは日本認知症学会の定める専門医、または認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれか、かつ認知症サポート医という形で資格の要件を定めているのですが、ただし書きの中で上記医師の確保が困難な場合、認知症疾患医療センター等の専門医との連携を図っている場合に限り、認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有する者でも可ということでございます。足立区につきましては、サポート

医が現在 20 名おまして、いずれも認知症の診断・治療に 5 年以上にかかわっている方でありますので、そのサポート医の方を医師として配置していきます。

サポート医が 20 名おりますので、医師会と調整した上で、ブロックごとに数名、各包括がその中から状況に応じて、もしくは一番身近なかかわりのある先生に相談し対応するというを考えております。

コメディカルの要件ですが、認知症初期集中支援チーム員研修というのを国が実施しており、これを受講したブロック担当の認知症地域支援推進員を 1 名、同チーム員研修を受講した地域包括支援センターの職員、こちら看護師や社会福祉士、国が定めている基準の資格を持っているセンター職員が関与してまいります。

認知症地域支援推進員でございますが、現在、足立区に 4 名おります。足立区では 25 カ所の包括支援センターを 5 ブロックに分けておりますので、現在の 4 名では 1 名足りない部分がございます。ですので、29 年度からこの認知症地域支援推進員を 1 名増員しまして 5 名とし、各ブロックに 1 名ずつこの推進員を配置したいと考えております。このチームに関しましては、ブロックごとに 1 名ずつ配置された推進員と担当する地域包括支援センターの職員に認知症サポート医が加わった 3 名体制を足立区のチームとしていきたいと考えております。

訪問支援をする対象でございますが、こちらは既存のアウトリーチチームと要件としては変わらないのですが、原則として 40 歳以上で在宅で生活している方、かつ認知症が疑われる人、もしくは認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する者でございます。基準がアとしまして、認知症疾患の臨床診断を受けていない者、継続的な医療サービスを受けていない者、適切な介護サービスに結びついていない者、介護サービスが中断している者。幅広いニーズがございますので、その条件条件に合う方を幅広く選定しております。イとしまして、医療サービス、介護サービスを受けていますが、認知症の行動・心理症状が顕著なため対応に苦慮している者について対応しております。

次に訪問体制でございますが、初回の観察・評価の訪問に関しましては、原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上の計 2 名以上で訪問いたします。

主な活動内容でございます。1 つ目が訪問対象者の把握、情報収集及び観察・評価。2 つ目が初回訪問におきましておおむね 2 時間以内に対象者・家族の心理的サポートや助言を実施してまいります。3 つ目に専門医を含めたチーム員会議を開催し、その後の対応を検討してまいります。4 つ目に医療機関の受診や介護サービスの利用の勧奨等、助言や生活環境の改善の支援を行ってまいります。

最後に支援期間でございますが、こちらが最長で 6 カ月という期間限定のものになります。

次に、認知症初期集中支援事業とアウトリーチチームの違いでございますが、まず 1 つ目が、先ほど御報告しましたとおり、地域包括支援センター単位でこの初期集中支援事業を行ってまいります。そこに身近なサポート医をセットするというので、即応性のある、身近に相談できる体制をつくっていく。もう一つが、先ほど申しましたとおり最長で 6 カ月ということでございますので、認知症初期集中支援事業につきましては、どちらかという軽度な方、すぐに対応して、

すぐに医者が診断できる、もしくは介護に接続できる軽度な方を中心に初期集中支援事業を展開してまいりたいと考えております。

逆にアウトリーチチームに関しましては、東京都で指定されております地域拠点型の認知症疾患医療センターである大内病院が専門性の高い、支援期間も診断がつき必要な支援が導入された一定の解決が図られたときまでの期間を限定しない無期限の対応になります。こちらは重度の在宅の未受診または、介護が導入されていない方を専門性の高いチームで対応していきます。初期集中支援チームとアウトリーチチームは目的は全く一緒ですが、レベルに応じて、段階に応じて使い分けていくという形をとっていきたいと考えております。

以上が29年度以降、初期集中支援事業を開始する足立区の取り組みになります。

○永田部会長 ありがとうございます。

それでは、いかがでしょうか。今の御説明に対して御質問あるいは御意見等おありの方いらっしゃいますでしょうか。

久松委員、お願いいたします。

○久松委員 医師会の久松です。制度的にちょっとお聞きしたいのですが、右側の29年度の区の実施方法の中で、初回の観察・評価の訪問は医療系と介護系という部分ですが、これは地域包括支援センターの職員のことを言っているのですか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 委員おっしゃるとおり、地域包括支援センターの職員と推進員での訪問と考えています。

○久松委員 その下の専門医を含めたということですが、これはサポート医ということでしょうか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 サポート医のことです。

○久松委員 わかりました。

○永田部会長 今のは、初回の観察・評価の訪問の下のところの③のこと。

○久松委員 そうです。

○永田部会長 ③の専門医を含めたチーム員会議のところをサポート医ということですね。ありがとうございます。

久松委員のほうからそのほか、非常に大事な案件だと思いますが、いかがでしょうか。

○久松委員 去年、地域包括支援センターとサポート医とマッチングでというのをつくったんですけど、一対一の関係よりも5ブロックに分かれて、その中でサポート医が4、5人で、お互い融通し合いながら連携するということが非常に効率的にうまく使えるのではないかなと思っています。なかなかサポート医の先生も忙しいところもあって、お願いして頼り合うのはとてもいいのかなと思っています。

○永田部会長 ありがとうございます。

ほかの方いかがでしょうか。御質問、御意見等。

○橋本委員 私が聞くのもなんですが、30年度から定めている国の基準というのと29年度の区の実施方法とあります。その記載の意味合いというのが、何でこの30年度からのものがわざわざ

この表の中に入っているのか。それから、点線が食い込んでいるところがありますが、この意味合いは一体どういうことで、この基準を遵守しているよみたいな形を示すために入れてあるのか、そこら辺をちょっと説明してもらえればと思います。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 まず 30 年度から国が定めている基準というものがございしますが、冒頭に申したとおり、認知症初期集中支援チームを 30 年度からは各自治体がやらなければいけないという意味合いの中で 30 年度からという表記にさせていただいております。

次にこの点線でございますが、委員おっしゃるとおり、30 年度から国が定めている基準まで伸びている部分に関しましては、国と同等の基準という形で示しております。逆に、特に医師の要件、コメディカルの要件につきましては、国が定めているものの中でただし書きの、上記確保が困難な場合として足立区が実施してまいりますので、そこに関しましては、点線を 29 年度からの区での実施方法のみにさせていただいております。

○永田部会長 いかがでしょうか、今の御説明で。非常に工夫されたというか、今までの経緯があったり、国の基準もあるので。国の基準も見据えつつも、それをきちんとカバーしつつ、より区として独自のものを展開していくという構成になっているかと思えます。

先ほど久松委員から御説明のあったブロックの点とかは、まだほかの地域ではここまで考えたり、また実際にそういうブロック体制で、先ほども先生取り組みの中で効率化されてきているというお話もありましたけれども、非常に足立区として先進的に取り組まれている部分だと思えますけれども、そういうものも 29 年度からというところで浮かび上がって見える形になっている、そういう表かなと思います。

ほかの方、いかがですか。お願いいたします。

○浅野委員 訪問看護の浅野です。

30 年度から目指す国が定めている基準と、29 年度から始める区の事業について、今までの意見を聞くと、サポート医 20 名の中、ブロックで、言い方はあれですけども、行ける先生を選んでというか、その時に行ける、早めに対応できるというように、右側を読むと非常に区の事業が具体的な感じでわかりやすいのですけれども、28 年度までの認知症アウトリーチチーム、東京都事業がずっと延々と続くとなると、こっちが抽象的で、ずっと動いていくと、スクリーニングとか、重度はこっち、右は軽度、初期集中というふうになるのに、東京都事業のほうはこのまま拠点が大内病院のまま認知症疾患医療センターということで一本で動いていて、区のほうがこの東京都事業にどういうふうにかかわっていくのか、それと右側の区と国の定めている基準がどう絡んでいくのかというのがこの表だと見えてこなくて。

同時に進行してくるけれども、各々それぞれが違う方向に動いて、違う方向というか交わる場所がないのかなというふうにも思うのですが、診断がかぶる部分もあるじゃないですか。支援対象者に関して未治療ということもありますよね。そういうようなところで、同じ職員がかかわるのか、それとも違う包括支援センターの職員がかかわるのか、どちらも支援センター職員が入っているんですけども、どこでどうつながるのか、それともつながらないでいくのかというのを少し具体的に知りたいんですけども、お願いします。

○永田部会長 いかがでしょうか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 大内病院のアウトリーチチームと初期集中支援事業がどうかかわっていくかということでございますが、まず大内病院の認知症疾患医療センターはアウトリーチだけではなく認知症全般にかかわる部分で研修であったり、質の向上についても行っています。また初期集中支援事業の部分に関しましても、まずサポート医の要件として、認知症医療疾患センターとの連携を図っている場合に限るという条件設定がございます。また医師会のサポート医の会とアウトリーチチーム、疾患医療センターとの連携というところをこれから強化していく必要があると思っております。

次に、地域包括支援センター単位の部分でございますが、これから高齢者数が伸びていく中で、恐らく認知症と疑われる方は増えていくことが予測されております。そうすると、皆さんがすぐに医療につながれば全く問題ないのですが、医療につながらないケースも多くなっていきます。

その中で、より迅速に軽度の部分で発見できることが区として最も望ましいところです。まずは、地域包括支援センターのもの忘れ相談、そこで対応が難しい場合は初期集中支援事業で訪問に行く。その訪問時の状況で、サポート医なのか、大内病院のアウトリーチチームに依頼するかというところを推進員及び地域包括支援センターの職員の中で判断していきます。アウトリーチチームに関しましては、区の保健師がコーディネーターとしてかかわっておりますので、連携をとりながら判断をしてまいりたいと考えております。

○久松委員 浅野委員のお話ですけれども、アウトリーチチームは葛飾・荒川・足立区全部で100万人の人口に対して1チームなんだよね。その1チームで100万人を相手にできるかということとても難しいし、いろいろ系統的にそこまですぐ即応性があるかということ、アウトリーチチームはなかなかそうではなさそうだなと。地域包括支援センターのスタッフはここに居たら分かると思いますが、現場としてはすぐそこに認知症の疑いがあったり、BTS Dがあつて困っている人がいるので、認知症を専門に診ている先生にすぐ判断してもらいたい、かかわってほしいという要望がかなりあるんですね。

そういう意味では、初期集中支援チームのほうが即効性があるという、すぐ頼めるといったような便利がある。そのようなニーズが地域包括支援センターにたくさんあがってきているので、その要望に応えるということも一つあるのかなと思います。そこで大きく違いがあるのではないかなと僕は思っています。きょうは大内病院の松井先生がいらっしゃらないので、こちらの勝手な思いでちょっと話をしたんですけど、どうでしょうかね。

○永田部会長 現場からのニーズで、似ているようだけれども、機能分担といいますか、特に当事者の暮らしの流れに沿って、初期の頃のまだつながっていない方を初期集中支援チーム、特に訪問という機能も持たせながらやりつつ、より進んだり状態が複雑化、より専門的なものが必要な場合はアウトリーチチームで受けて立つという。

同じ集中とか訪問といっても求められているニーズが違うものを、うまく区のほうで2つの別立てのチームをつくって動かしていこうとされていると思うのですが、今、浅野委員が言われたのは、それぞれの機能の違いはわかるけれども、それぞれがもう少しリンクしたり、かぶってい

るところの調整とかそういう面も、今後、実際動きながら、この2つの事業の違いとか役割分担を含めて、2つのつながりとか整理が今後充実していくという、今、過渡期というふうな捉え方でよろしいでしょうか。

○浅野委員 先ほどの説明でよくわかりました。これからの事業に関して、住民とか私たち地域でケアをする人間から見たら、この区の事業のほう、身近なものとして重視して初期対応。アウトリーチに関しては、先ほどから何回かありました説明のとおり、初期というふうに考えないで、問題ケース、地域での初期対応から上がっていくケース、地域もすごく広いし何万人も請け負っていくということもできないので、私たち民間人に関してはどちらの事業を重視して考えたらいいのかなという意味でちょっと聞いてみたのですが、説明でよくわかりました。ありがとうございます。

○永田部会長 非常に重要な御質問で、浅野委員がわかりにくかったことがこれからほかの関係者とか住民にもわかりにくいと、せつかくの事業で生かされないと思うので。特にこの初期集中支援事業、平成29年度からのほうは、チームができたのは大事だけれども、さっきおっしゃった早期に発見して早期に対応が進むためにはつながってこないと意味がないので、ぜひここにつながってくるための道筋として、どう関係者や区民にこの機能をわかりやすく伝えて、今、浅野委員が身近なものとしてこれを感じて生かしていくというようなことをおっしゃいましたけれども、ぜひその部分をこれから大事にしていいただけると、この事業が生きていくのかなと感じました。ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

お願いします。武田委員。

○武田委員 この資料の中身というところではないのですが、ずっとお話をお伺いしている中で事業の継続性というところで、極めてマンパワーが必要な事業の推進というか運営になっていくのかなと思います。人の教育の部分が、研修とかいろいろ書いていただいているのですが、人の確保という側面では、事業の継続という観点においてこの場なのか、あるいは今後何か検討していったほうがいいのか、対策を打ったほうがいいのか、どうなのかなと思ったので。すみません、ざっくりで申しわけないですけど、そんなような印象を受けました。

○永田部会長 継続性について、これからというところも多いとは思いますが、もし方針とかお考えのことがあったら区のほうからよろしくをお願いします。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 マンパワーのところに関しましては、包括職員に関しましては認知症地域支援推進員が29年度から5名配置されますので、地域包括支援センターと一緒に取り組んでまいりたいと思っております。また、その質の向上も含めて取り組んでまいります。

初期集中支援チームの一番窓口となります支援センター職員に関しましては、こちらも3職種、地域包括支援センターに必ず配置しておりますので、ケースごとに応じた、看護師が必要なのか、主任ケアマネが必要なのか、その見極めをしながらチームの配置を行ってまいりたいと思っております。

3名以上ということですので、地域包括支援センター、場合によっては2名で地域支援推進員、サポート医の4名体制になるかもしれませんが、臨機応変に対応していきたいと考えております。

○永田部会長 いかがでしょうか、武田委員、その説明でよろしいでしょうか。

○武田委員 今、御説明いただいたところで、まさにそのとおりではあるのですがけれども、私自身も事業をやっている中で感じていることとして、現在の職員、今働いてくれている人間たちも年々歳をとっていきますという中で、次から次へと人を用意していかなければいけない。この事業を進めながらも人を確保する準備、確保した人間の教育とか、そういうことをしていかなければいけないという側面が結構な負担、ちょっと言葉は適切でないかもしれないけど、結構コストをかけないと育っていかない、確保もしづらいというところの中で、それがこの認知症の初期集中支援事業の継続という意味において、同時進行で人の確保のためのコース、教育のためのコースというのをかけていかなければいけない。

これが全ての地域包括支援センターでうまく回るかどうか、仕組みづくりをしていくべきなのかなどかなと思った感じです。なので、今、御説明いただいた部分はまさにそのとおりで、それを進めていくための仕組み、あるいは進めていくための仕掛けといたしますか、そんなことは、この場ではないのかもしれないですが、考えていければ、仕掛けを仕掛けていくことができればいいなと思った感じです。

○永田部会長 ありがとうございます。これは非常に継続性、重要な点だと思いますので、今後の重要な検討課題として、今後も継続性ということを中心に念頭に置きながらこの事業を展開していくという、そういう方向づけをきょう意見が出たということでもよろしいでしょうか。よろしくお願いたします。

あといかがでしょうか。伊藤委員のほうからお願いいたします。

○伊藤委員 千住桜花苑の伊藤です。主な活動内容の右側のほうの②番、「初回訪問において、認知症の包括的観察・評価」という記載があると思いますが、具体的には、恐らく何かしらのしつかりとしたフォーマットなどをご用意されていることとは思うのですが、やはりちょっと怖いのが、高齢者の方というか認知症と疑われる方の運転による交通事故ですとか、そういった一般的な社会面までのフォローを含めたそういったアプローチなのか、あくまでも病状の悪化を抑えるとかそういったものを主とされているのかというところを、もう少し詳しくお聞かせいただければと思います。

こういうチームが入ることで、そういった交通事故ですとか、以前ありましたような踏切の事故ですとか、そういうものまでもきちんと早期に手当てができると思いますか、アプローチができる、そこまでを想定したものなのかどうかを教えてくださいたいと思います。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 初期集中支援事業に関しましては、まず医療とか介護につなぐ。特に初回訪問については、現状を知り、課題を洗い出していくというところがテーマになってきます。委員がおっしゃるとおり、高齢者の運転であるとか踏切等の事故等に関しましては、継続的なサポートが必要であると考えております。ですので、初期集中支援チームから診断につなぎ、居宅等のケアマネジャーに引き継いでいくことになると思うのですが、そこに関

しまして課題一つ一つを丁寧に引き継ぎ、対応を順次移していく必要があると思っております。

当然、難しいケースであったり、対応を密にやらなければいけない場合に関しましては、初期集中支援チームは6カ月という上限がございますが、地域包括支援センターとしてそのアフターフォローを図っていくことも必要だと思っております。当面この初回訪問につきましては、まずは課題の洗い出し、どうつないでいくかというところの検討だと考えております。

○伊藤委員 ありがとうございます。

○永田部会長 ありがとうございます。非常に重要な論点で、特に足立区の場合はアウトリーチチームとの役割分担があるということで、できるだけ早期となると、全国的にも早期段階、むしろ介護というよりも生活支援が必要なケースが多くなります。特に今伊藤委員がおっしゃった運転免許のような課題が、医療につながることを一つの大きな柱にしつつも、初回訪問等で项目的に加えていくと、当事者、利用者、本人、家族にとって一番切実なことで応えてもらえる、その信頼で医療につながりやすいといったようなステップもあるかと思えます。少しこの項目等の中で初回訪問からの引き継ぎということを重視しながら、今後本人、家族が伝えたいこととか切実に困っていることをちゃんと現地に行って確認できるような、社会面も含めた機能を少し果たせるようになっていくことが、この事業の真価を発揮する一つではないかなと私自身は今感じたところです。これはまた今の全体の進め方の中で伊藤委員の意見もぜひ参考にさせていただければと思います。

皆さんご存じのように、3月からの改正道路交通法の件で、本人、家族、会うとこのことが一番心配事になっている人がとても多いです。そこで、解決にはつながらないけれども、そういう心配があるということがきちんとキャッチされて引き継げれば、またその受診した先での、医師も診断書の件でも非常に難しくなっていると思うので、早めにそういう課題を持っている家族だとわかり、また受診のときのつなぎの調整の仕方もより丁寧にできるようになるかと思えます。すみません、こちらばかり発言してしまいました。

久松委員、お願いいたします。

○久松委員 先ほど人材の確保というところで質問があったかと思うのですが、この認知症初期集中支援員研修というのは、東京都の事業ですか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 国の事業になります。

○久松委員 そうすると、研修に参加するのも条件がいろいろとあると思えますけれども、簡単に研修に参加できるような状況なのか、ということが一つあります。参加できないと、例えば下のチーム員になれないわけですよね。人員を確保するためにも、この研修に比較的アプローチしやすいような制度になってないと人員の確保ができないのかなというのが1点。それから、5ブロックに1人で足りるのかなということが2点目。

それから、この推進員は地域包括支援センターの中のどういう立ち位置になっているのか。兼業は可能なのか、それだけしかやってはいけないのかといことがあると思えます。地域包括支援センターの人数の中でみんなが一生懸命効率的にかかわりながらやっているんですよね。これしかやっちゃだめですよと、それでいいのか、やはりほかの業務も一緒にやっていかなくてはいい

ないのか。そういう話も地域包括支援センターのブロック会議で聞いているので、その辺のところの役割等を教えていただければと思います。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 まず、チーム員研修ですが、今現在の研修の募集人員等の中では、比較的申し込めばすぐに参加できる状況でございます。ただ、これが30年から全自治体で行うことになりますので、今後同様に必ず受けられるかというところに関しましては、様子を見ていかなければいけないと思っております。比較的すいている今のうちにどんどん研修は受けておかないと、なかなかチームを組めませんので、必ず各地域包括支援センターで1名以上は研修を受けチーム員になる必要があるかと思っております。

次に、地域支援推進員の業務内容でございますが、推進員は区の認知症施策を一緒に進めていくといった非常に重大な業務がございます。ただ、この認知症の施策の推進と地域包括支援センターの業務、若干リンクしている部分が出てきますので、推進員に関しましては、必ずそこしかやってはいけないというところはなかなか難しいと思っております。委託の中での費用等の発生もございますので、全く自由にどうぞというようなわけにはいかないのですが、そのあたりに関しましては、比較的臨機応変に対応したいと思っております。

○久松委員 そうすると、各地域包括支援センターの所長の権限の中である程度割り振って構わないですよというところでしょうか。区のほうから、あなたは地域支援推進員なんだからこれだけやりなさいという話も聞いたことがあるんですよ。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 推進員に関しまして、やはり専任にはなりませんので、全くフリーでどうぞとなってしまうと包括業務のほうに時間をとられてしまいますので、やはり主たる部分に関しましては認知症施策になります。

○橋本委員 その前に、認知症地域支援推進員と認知症専門員の言葉の違いをちょっと説明しながらやったほうがいいのか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 恐らく委員のおっしゃる部分に関しまして、認知症専門員の部分が私のほうの耳にも業務に関しましてお話を伺ったことがございます。先ほど冒頭にあった各事業のところの介護予防チェックリストで認知症が疑わしい方に対する訪問をしている方が認知症専門員。こちらが各地域包括支援センターに1名ずつですので、区に25名おりますが、チェックリストでDASC31点以上で認知症が疑われる方についての訪問を行っております。こちらに関しては、まだ訪問が完了していないので、まずは訪問、なぜそこに配置されているかという目的をまず達しなければ、ほかの業務はなかなか難しいのかなという判断もございますので、訪問及び認知症カフェ等の運営に現在のところ限らせていただいております。

ただ、この訪問がある程度目途がついてくる段階になりましたら、その業務につきましては、若干フレキシブルに臨機応変な対応も可能にしていきたいとは考えております。推進員に関しましては、先ほど申したとおり、区の施策を行ってまいります、今現在4名、来年から5名になってきますが、ここに関しても主たる部分は認知症ではございますが、若干、先ほど言ったように包括の業務とリンクしてくる部分がございますので、そこに関しては認めている状況でございます。

○久松委員 やっていいのね。

○橋本委員 私のほうからも。「認知症支援専門員」という言葉と「認知症地域支援推進員」が甚だ紛らわしいので、名前を変えてほしいと、明確にわかるようにしてほしいと私から言っているのですが、なかなか変えてくれない。

○久松委員 それは、定義はどこに書いてあるのですか。そうしないと現場の職員が、区はこう言っているけれどもこれはやっちゃだめよとか、そういうのは話を聞いているので。地域包括支援センターの中はお互いがいろいろリンクしながら仕事をしているので、ここしかやってはいけないですよなんて言われてしまうと、非常に運用しにくい。

○橋本委員 各地域包括に1名いる認知症専門員のほうは、久松先生がおっしゃるような程度フレキシブルに対応して。

○久松委員 専門員。

○橋本委員 専門員が。各地域包括にいる1名はそうだと思うんです。ただ、このブロックに1名置いている認知症地域支援推進員は、その5ブロックの認知症の支援策をまとめていくためにやっているの、各地域包括のところの個別の案件に入り込むのはなるべく避けてもらわなければいけない性格のものだと思っています。ただ、言葉がすさまじくわかりづらいので、はっきりわかるものにずっと前から変えてくれと言っているんだけど、変えてくれなくて。なかなか部長の指示、指導が行き届かなくて申しわけない。

○久松委員 現場が混乱しているからね。ちょっとわかりやすくしてほしいなど。

○橋本委員 わかりやすくする必要があると思います。

○永田部会長 ありがとうございます。非常に重要な、もうじき全国の推進員の今年度の実態調査も出てきますけれども、やはり今まさに、委託の包括に置かれている推進員の方がせつかくの推進員の機能をどうやったら発揮できるかという、位置づけですとか、あと事業者の理解のところですか、行政の活躍しやすい環境をどうつくるかとか、非常に重要な点だと思いますので。特に足立区の場合、推進員と初期集中をかなりリンクさせて、チーム員に推進員を入れているというのは、これは足立区ならではの考え方というか、推進員と初期集中がリンクしていないところも、かわりはあるけどもチーム員そのものになるというのも必ずしもそれが義務づけられているわけでもないし、足立区として初期集中と地域の連携をより強化するための仕組みとして推進員を初期集中に入れているわけですので、非常に効率的になるように思います。しかし、一見推進員の人いろいろな役割を担ってしまうために混乱が起きがちだと思うので、今のお二方の、推進員の位置づけとか展開のところはぜひ今後整理の上で、あと区のほうから関係者や区民に情報を出すときに、丁寧にその点を整理しながら伝えていくことの大切さが今御意見で出たのかなと思います。

それでは、まだ御意見あると思いますけれども、かなり今の資料2のところでも活発に御意見をいただきました。次に移りたいと思います。

それでは資料3、若年認知症への取り組みについて、事務局から説明をお願いいたします。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 地域包括ケアシステム推進担当課長、江連より、資

料3に基づきまして御報告させていただきます。足立区の若年性認知症施策は、なかなか進んでいないというのが現状でして、まず実態から確認しましたので、御報告させていただきます。

資料3-1をごらんください。26年、27年の介護保険第2号被保険者40歳から64歳の部分の初老期における認知症という診断、これが若年性認知症に当たる部分ですが、その認定者について確認させていただきました。介護度により1年間の認定期間と2年間の認定期間がありますので、26と27を足したら実人数なのかということではないのですが、実人数が全部で81名ございました。

その右側を見ていただきますと年代ですが、一番多いのが60から64歳の44%、続いて65歳から69歳の42%、59歳未満が合わせて14%と、認定を受けている部分に関しましては60歳以上が多いのかなど。申請時の年齢にまいますと、これが55歳から59歳の部分が伸びてきて、29名、36%ございます。ただ、こちらも60~64歳の部分が一番多く、43名、53%となっております。

3つ目の資料にまいますと、まず性別ですが、若年性認知症は男性に多いという傾向にございますが、区内の中では男性36名で44%、女性が45名で56%と、若干女性のほうが多い。通院先に関しましては、区内が50カ所で63%、区外が31カ所で37%と、区内の割合のほうが多くございます。

28年12月現在の年代でございます。こちらは先ほどとリンクしておりますが、60から64歳の女性が一番多く、22名おりました。やはりこの表も先ほどの年代別と同様に60歳以上の方が多くなっております。

裏面にいきまして、年代別のところは先ほど申したところでございます。

右側、所在地になります。これは今現在どこにお住まいかというところでございます。若年性認知症でございますが、自宅でお住まいの方が51名、63%ございます。入院されている方が7名、9%、施設、これは特養、グループホーム、有料老人ホームであるとか、合計23名、28%ございました。

現在の介護度につきましては、要介護5の方が一番多く32%、3分の1が要介護5になってしまっている。続きまして要介護4の16名の20%、要介護3も16名、20%と要介護3以上で全体の約4分の3を占めている状況でございます。

次に、通院先が区内か区外かによって年齢差はあるかどうか確認させていただきましたが、特に区内・区外で年齢差関係なく、平均で63歳前後ということで、年齢が高くなって区内にどんどん入っていくというところが大きく見られたわけではございませんでした。

続きまして、資料3-2にまいます。こちらは26年度と27年度に若年性認知症のアンケートをまとめたものでございます。26年度は居宅介護支援事業所にアンケートを行いまして、こちらはアンケート回収が22.4%でございましたので、十分なサンプル数がなかったのですが、意見を取りまとめてございます。2つ目の印のところが若年性認知症について本人・家族がどこに相談に行けばいいのか、そのわからない様子が一番確認できたところでございます。

裏面へいきまして、2つ目でございます。相談機関に関しまして社会的な資源が見つげづらい。

どこに相談して、どこに行けばいいのかがやはり皆さんわからないという状況が多くなっており
ます。

次に27年度の若年性認知症のアンケートのほうにまいります。こちらは保健総合センターに確
認したところ、初期の相談窓口として想定していたものでございますが、相談件数は15件と少な
くございました。こちらからもやはり先ほどの調査と同様にどこに相談していいのかわからな
いというところの現状が見えてくるかと思っております。

そこで、区として今年度、資料3-3にございます「若年性認知症支援者用ハンドブック」を
作成しました。東京都のほうでも若年性認知症の冊子は作成しているのですが、都内全域の関係
機関を載せているため、それを見ただけではどこに相談に行っているのかわからないという状況
です。

足立区版のハンドブックは、今年度認知症地域支援推進員が作成をしています。このハンドブ
ックの使用につきまして、64歳以下で発症する認知症に関して、新オレンジプランの柱の一つと
して若年性認知症施策の強化というものがありますので、その資料として作成しております。

まず若年性認知症の実態としまして、推定の発症年齢は平均51.3±9.8歳になっております。
18歳から64歳における人口10万人当たりの若年性認知症の発症の数が47人。男性が57.8人、
女性が36.7人と、男性に多い疾患となっております。

次に相談窓口になります。こちらは右の図にありますように、地域包括支援センターを取り巻
くさまざまな機関がございますので、そこに適切に支援の場をつなぐというところを図化してお
ります。主な問い合わせ先としましては、若年性認知症コールセンターがございます。また、認
知症疾患医療センターの大内病院がございますので、そちらのもの忘れ相談室の電話番号の案内
をすることができます。

次に医療機関でございますが、ここはまだ載せてはいないのですけれども、医師会の御協力
のもと、各医療機関でどのような検査ができるかの確認をさせていただいております。ここが約7
ページにわたるものになります。医療機関がどこにありどういう検査ができるか、入院ができる
のか、診療ができるのか、往診等の診療ができるのかというところを分類しております。

次は保健センターでございます。区内に5カ所ございます。

裏面に地域包括支援センターの場所を明示しております。

最後に、利用できる制度としまして、若年性の部分でございますので、まだ先が長く不安にな
る方もいらっしゃるかと思います。長期的な視点の中からも利用できる制度の案内をしていき
たいと考えております。

最終ページですが、若年性認知症家族の会、カフェ、デイサービスの記載をしております。残
念ながら足立区の中ではまだ家族の会であるとかデイサービスができていません。今後は足立区
にどれだけの若年性認知症の方がいて、先ほどの81名はあくまでも介護認定を受けている方
でございますので、介護認定を受けていないもっと若い方、30代、40代の方の実態をまず知り、当事
者の方やそのご家族の方の意見をきき、どう施策につなげていくべきかを検討していきたいと考
えております。

以上でございます。

○永田部会長 ありがとうございます。

資料3に関連して3点の資料の説明がありましたけれども、いかがでしょうか。御質問、御意見等、よろしくお願いいたします。

久松委員、お願いいたします。

○久松委員 若年性認知症のことで、先生にお聞きします。これの言っている若年性認知症というのは、我々の考える変性疾患の認知症ではなく、高次脳機能障害という場合が多いと思うんです。実際40代、50代で脳血管障害を起こして、高次脳機能障害を起こして、それを若年性認知症の中に入れていないのかな。だから介護度でいうと要介護5というのが出ているのは多分運動障害とかいろいろな支障が出ていてこの要介護度が高くなっている。そういうものが多く入っているのか、あるいは、それならば変性疾患と脳血管障害による障害とは別のものと捉えたほうがいいのかということ、ちょっと教えていただければと思います。

○永田部会長 非常に大事な点だと思います。今、把握できる統計から出てきたものだと思いますけれども、おっしゃったように、この要介護度5とか要介護度4が多い理由というのが、先生のおっしゃっているような原因疾患の違いによるものが一つ背景になると思うのですが、もう一つ、最初に発見されてから年数がかなりたっていて、先ほども申請時の年齢が60歳から64歳が多いということで、本当に変性疾患だけでも年数がたっているために要介護度4、5になっている人もあると思います。ですので、もう少しこのデータをベースにしなが、若年性認知症という一群にされている方たちの中でどういう多様性があるのかというのが、今後、もう少しケアマネ等を通じて追いかけていける面もあると思うので、その違いをきちんと整理していくことが支援にもつながっていくかなと思います。

おっしゃるように高次脳機能障害等での身体面での障害が多い方と、変性障害の方、余り一緒になると、支援方法とかかわるべき人たちも違ってくる面があると思います。今後の若年の対策の全体的な絵の描き方とか関係者のつなぎ方にも影響してくるところだと思いますので、とても大事な点だと思います。

○久松委員 変性疾患であるならば精神障害等がかなり激しいので、精神科病院で対応せざるを得ないところがあるかもしれないけれども、脳血管性障害が出てくると、それを精神科で受けてくださいというのはなかなか難しい。結構、ケアの問題のほうが大きくなってしまいますよね。だから、そういう対応をどこでやったらいいんですかという話になってきます。だから、これを大きくくり過ぎてしまってわからないのではないかなと。こっちは違う対応の仕方があるだろうなというふうに思っているんで、その辺の情報をちょっとお聞きしたかったんです。

○永田部会長 とても重要な点だと思います。今回の資料3-1が出てきたことは、まずは大きな基本データとしてここから先に、特に介護保険の認定を受けている人だとケアマネがおられたり、もう少しくりにしない、現状把握ですとか課題の整理等を深めていく必要があるという御指摘だったかと思います。

あと、先生がおっしゃられたように、介護保険はあくまでも認定を受けた方のデータなので、

若年の人の大きな課題のその前の部分を今後どう捉えていけるのか。例えば、ほかの地域でよくあるのは、包括に来ている相談のケースから拾っていくとか、あるいはサポート医の先生や先生方のところに受診に来てまだ申請に至っていない人の把握をしながらケースを積み上げていくというふうな、いろいろ介護保険に至る前の空白の期間が若年の方一番大きな課題だと思うので、ぜひあるものを生かしながら、情報を少しずつでも集めて、実態をより具体的に明らかにしていくことで支援策もより良いものになっていくかと思っておりますので、ぜひそのあたりを今後展開していただければと思います。

ほかの方いかがでしょうか。

若干先ほどの統計なんかも、今までの国とか都が出しているものをベースに「若年性認知症支援者用ハンドブック」、これはまとめられるのも推進員や包括等、非常に苦労されてまとめてくださっていると思うので、こういうデータを含めて、足立区ならではのカラーを少し出せたり状況を出せたり、ハンドブックとして皆さんに生かしてもらえ少し具体を盛り込んでいけるとよりいいかなと思えました。

皆さん御意見いかがでしょうか。よろしくお願ひします。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 もう1点、若年性認知症に関しまして今後の取り組みということなのですが、3月12日に若年性認知症の交流会を区で行いたいと考えております。現在、先ほど部会長がおっしゃったとおり、地域包括支援センターにも若年性認知症の相談がございますし、先ほどのハンドブックの一番最後に掲載してあります江戸川区のあしたば会へも足立区からの患者さんがいらっしゃっているというお話をお伺いしておりますので、そういった方々にも参加いただきながら、まずは本人・家族の交流会を行い、そこにそれ以外の方も参加していただいた機会を少しずつ捉えながら、足立区の若年性認知症の方々の家族の会、当事者の方の意見を伺える場をつくっていきたくと考えております。やはり介護保険にかかる前の、社会保険の中での診断になってきますとなかなか区のほうで状況を把握するのが難しくなりますので。

先ほどの3月12日ですが、本人、家族の交流会という形で行いますが、そういう場を少しずつ区民向けに周知をしていく中で、本当に少しずつだと思っておりますが、つくっていきたく思っております。

○永田部会長 ありがとうございます。今、3月12日に若年の御家族や御本人の交流会があるということですね。全国的に見ても若年のことについてはチラシをまいただけではなかなか参加者につながらないという状況があると思っておりますので、きょうこの会に御出席の緑川委員ですとか内藤委員とか、ボランティアとか、あるいはシルバー人材とか自治会とか、口コミでこういうものを知らせたりとか、こういうものがあるよとか、本当に一人でも多く地道に伝えていく中で思いがけない人が、名乗ってはいないけど実はみたい、そういう口コミの中でこういうのがあるのならということでもうやくつながってくる方も多いいと思います。ぜひ、区からこういう情報発信をすると同時に、地面に張りつくように、地元で活躍されているいろんな機関の方たちに伝えてお知らせをしてもらったり、もしつながる人がいたら個別にお誘いをするというような、こういう場に来ることで本人も家族もかなり立ち直るきっかけをつかめる方とか医療につながる方

が多いと思いますので、ぜひ3月12日に向けて、いろんな人のお力を借りて、つながれる人をふやしていただけたらと思います。

若年のことでいかがでしょうか。

それでは、もう一つの案件に進ませていただきたいと思います。資料4について、足立区における認知症施策と新オレンジプランとの対比。御説明、事務局お願いいたします。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 引き続き、地域包括ケアシステム推進担当課長、江連でございます。

資料4の「足立区における認知症施策と新オレンジプランとの対比」ということで実施させていただきました。右側が国が示す「新オレンジプラン 7つの柱」になります。一番上の「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」から、7番目の「認知症の人やその家族の視点の重視」ということで7つ柱がございますが、まず左側に足立区が今現在行っている事業を対比させていただきました。その中で、足立区の事業が新オレンジプランのどの柱につながるのかというところを点線で示させていただきます。

新オレンジプランも平成30年4月までに各自治体が7つの柱それぞれについて行うものがございますが、取り組みやすいもの、取り組みづらいもの、やはりどうしても出てきますので、偏りが生じてしまっていると思っております。ただ、先ほど資料3でありました若年性認知症施策に関しましては、まだ区の実施している事業がない、取り組み中であるということがございますので、今年度からここについても力を入れてやっていきたい。また認知症の人やその家族の視点の重視ということに関しましても、まだ施策がない。ここに関しましても先ほどの家族の会ではないですが、今、国やスウェーデンでもありますが、ワーキンググループという団体ができ始めております。

行政が机上で施策を練るだけではなく、実際その当事者の方もしくは御家族の方、地域の方も含めて御意見をいただきながら、何が必要なのか、どういう施策が効果的なのかというところを意見交換をしながら施策を進めていくことが大事かと思っておりますので、これまで取り組んでおります1から6の事業のまた見直しにもつながってくるのかなと考えております。事業をすることが目的ではなく、認知症の方にどれだけ効果的な支援ができるか、もしくは地域を巻き込んだ優しい地域づくりにどう生かせるのかというところが必要かと思っておりますので、この視点も含めて今後検討してまいりたいと思っております。

今後の展開でございますが、この推進部会がベースとして認知症施策の検討を幅広く行っていくものがございます。30年4月に向けてまだまだ区として取り組まなければいけない課題が多々あることも把握しております。できましたらこの部会のワーキンググループといいますか、別に検討会として今後の29年度に向けて取り組む検討会を設置させていただけたらと考えております。

メンバーにつきましては、今後検討を重ねていくことが必要ですが、その検討会の中で施策をどうつくっていくのか。もう少し早いテンポで施策をつくっていかなければならないものになりますので、そのグループ、検討会の設置を提案させていただきたいと考えております。

以上でございます。

○永田部会長 ありがとうございます。今、認知症施策と新オレンジプランとの対比、そうした全体観を見ながら、今後より取り組みを加速していくためにワーキンググループの立ち上げのご提案がありましたけれども、皆さん御意見いかがでしょうか。

武田委員、お願いします。

○武田委員 資料4の一番右下のところ、「新オレンジプラン 7つの柱（国）」の7番の「認知症の人やその家族の視点の重視」というのは、足立区における取り組みとしてどんなようなイメージをお考えなのかをお教えいただきたいと思います。

今思ったこと背景としては、「認知症の人やその家族の視点の重視」ということについて、足立区のほうの取り組みの「一人ひとりの区民の方をサポートする取り組み」、○が7個あると思いますけれども、全て「重視」という項目とつながると思うんですね。逆に言うと、認知症の人やその家族の視点を軽視しているんですかということに誰も「うん」とは言わないと思うので、重視しているからこそこういう施策が走っているのだと私としては思うのです。この7つの取り組みというのは、この右側の7番のところ全てつながってもいいのではないのかと思いましたが、こちらの資料だとつながっていないので、そういう意味では何か具体的なイメージというか、今後されるようなことがあるのかなと思って、お聞きをしたという背景です。

○永田部会長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 これまでももの忘れ相談会があったり家族介護予防教室とか、家族への支援というのは十分行ってきているものですが、その関係性から区の施策につながっているかということ、そこがやはりつながっていないのかなと感じております。若年性もそうですけれども、老年性のことも含めて家族がどう考えているのかをもう一度意見交換をすることで、先ほど申したように、例えば介護予防教室でどういう講義が必要であるとか、サポート医にどういう役割をしてほしいとか、介護予防チェックリストにどういう項目があったら把握しやすいかという個別具体的な施策のほうにフィードバックできるような、そういった意見交換の場をつくっていききたいなということが趣旨でございます。

○武田委員 ありがとうございます。

○永田部会長 非常に重要な御指摘で、本人・家族の視点というのは今までも入っていたはずだけれども、それからさらにこの7つ目の柱をより生かすとどうということがやられるのかということでも重要な点だったと思います。対象者としてだけではなくて、参加した人たちからも意見をもっともらすと、足りない部分ですとか新たに必要な施策が見えてくるというような、今後の、来年度に事業計画とかも新しい展開になってくる段階だと思いますので、本人・家族の視点を重視することをより意識化しながら今やられていることの点検と、そして新しいものへの必要なものを見いだしながら施策につなげていくという7つ目のところ、「重視」という、非常に今タイムリーな重要な点ではないかなと思います。

ちなみに、この7つ目の視点の大事な点は、単に声を聞いておしまいにならないで、本人・家族の意見とか、本当に赤裸々なつぶやきからでもいいから必要なものをあぶり出して、今まである

ものの強化と足りないものをつくり出しつつ、今、本人・家族の人たちが評価に入っていくということが各地で始まっていて、本人・家族から見て相談が受けやすいかとか、本人・家族から見てその窓口は優しいかとか、本人・家族から見てご近所で集まれる場合は本当に受け入れてもらえるかとか、遠回りしないで本人・家族の目から見て確認・評価してもらいながら改善していこうというような、この7つ目の柱をうまく生かすと最短距離で無駄なく本人・家族と一緒に足立区でいいものをつくっていくための手がかりになっていくと思いますので、ぜひまた今後この視点をどういう意味で事業に生かすかの点を、継続的な検討を進めていただければと思います。

今、事務局のほうからワーキンググループの立ち上げの点がありましたけれども、これについて皆さんいかがでしょうか。きょうだけでも非常に案件が多いので、もっと詰めてスピーディーに検討したりというと、やはりワーキング的な存在も必要かなというふうにも感じますけれども、御意見とかどうでしょうか。お願いいたします。

○内藤委員 シルバー人材センターでございまして、ちょっと医療とか介護と関係されている方とは立場が異なりますので、捉え方も若干違うかもわかりません。

先ほど来、軽度の認知症、あるいは若年性の認知症ということで、まず発見ということですよ。発見してから課題を見つけ出すということではないかと思いますが、いずれにしましても発見した場合、それを治療するのか、あるいは若年性であればそういった方でも社会で働ける場所をつくるのか。それから、治療が可能か可能でないかという問題もかなり深い部分であるのではないかと思います。

専門的ではないのでそれ以上はわかりませんが、いずれにしてもワーキンググループを立ち上げるということになれば、人さまごまの生活とか環境を持ちながら、そういう立場におられる本人と御家族があると思いますので、そういった方が一区民としてどのような生活が営めるかということをやったり考えていくべきではないかと思うのです。

そういう意味では、シルバー人材センターという立場ではそういう方たちのやはり活躍できる場を提供することによって、少しでも認知の進みをとまらすことができるのか、あるいは回復することができるのか。その辺のことはまだ結論を出すべきではないと思いますけれども、そういうところもあわせて考えていくことであれば、こういったワーキンググループというのは非常によろしいかと思っております。

○永田部会長 ありがとうございます。

事務局にちょっと確認ですが、ワーキンググループというのは、あくまでもこれからの部会とか、区の目指す方向とか目標とかそういうものを提案していくための検討組織としてワーキング部会を置くということですよ。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 江連でございます。申し訳ありません。今回、区で提案させていただくものに関しましては、個々の施策をより進めていくための検討部会という形で提案させていただきたいと思っております。名称を検討部会という形で挙げさせていただいたほうがわかりやすいかなと思います。

○永田部会長 ありがとうございます。もしかしたらワーキンググループは、今よくマスコミ

にも出ている、本人同士が集まって提案とか活動を一緒に進めていくグループ、当事者組織をワーキンググループと認知症についてはよく使われているので、ごっちゃになると悪いので、場合によってはまたネーミングもより明確になるように検討していただければと思います。

今、内藤委員から非常に重要な、働き続けることの可能性とかそういうことが、認知症があってもより良い生活を続けていくための重要な一つの切り口で、そういうことも踏まえてあくまでも一人ひとりの区民の生活をしっかりと見たり、そういうところの意見を入れてのワーキングの今後の組織にしてほしいというような意見だったかと思いますが、それでよろしいでしょうか。

○内藤委員 はい。

○永田部会長 ありがとうございます。足立区らしさが何かあって、そういう点もやはり今後考えていく必要があると思うので、認知症とか若年の認知症の方でも、足立区の中で足立区の地域性とか人のつながりが比較的いいものがまだいっぱいあるというのを第1回目の部会でお聞きした覚えがあるんですけども、そういう地域性を生かしながら、今までの認知症像というよりも、今おっしゃった、認知症の方でも少しでも初期の方は働き続けられないかとか、場合によっては一旦もともとの仕事はやめても、地域の中で支え合う、むしろ支え手側になる場面もつくれないかとか、色々やはりこれからの取り組みの視野を広げないと、従来の医療・介護等だけだとやはり生活部分がなかなか支えられないで行き詰まりがちで、せつかくの医療・介護もその専門性を生かせない面もあると思うので、ぜひ今おっしゃってくださった一人一人の暮らし、生活等をしっかりと見ながら、働ける場等も考慮しながらというような点を、ぜひワーキングの今後の検討とかにもそういう発想をぜひ引き継いでいただけたらと、今お聞きして感じました。

あといかがでしょうか。ほかの方、御意見等。

一応、ワーキング的な組織の立ち上げということで皆様のご了解を得たということでよろしいでしょうか。ぜひ部会として御意見を引き続きお示しいただければと思いますけれども。

それでは、きょうそのほか皆さん方、全体の中で、せつかくの部会でこれは伝えておきたいとか、この点を確認しておきたいというのはございませんでしょうか。事務局、何か御説明、よろしいですか。

○永田部会長 いかがでしょうか。

久松委員、お願いいたします。

○久松委員 江連課長から今お話があったワーキンググループのことで、個々の施策の検討ということですが、資料4の左側の施策のことでしょうか。それとも国の目標について分けてやっていくのか。もう少しイメージが湧きやすいように話してくれるといいかなと思います。

○永田部会長 今の久松委員の御質問は、資料4の左側の区の施策の一つ一つを検討していくのかということですが、いかがでしょうか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 まず、新オレンジプランにつながっていない部分は必ずやらなければいけない部分にもなりますので、そこに関しては必須でやっていきたいと思っております。具体的に言いますと認知症のケアパスであったり、個々の、ここにつながっていないものも数多く残っておりますので、そういった検討をまず進めさせていただき、適宜この推進

部会にて報告させていただきたいと考えております。

○久松委員 この施策はこっちでいいんですか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 その施策を左側に少しずつ乗せていくような状況です。

○久松委員 これはもういいんですか。

○江連地域包括ケアシステム推進担当課長 左側の施策についての、ここは順次引き続き行っていくものになりますので、この見直しも含めて考えております。

○永田部会長 ぜひその点が積み上げに。久松委員、ありがとうございました。

今おっしゃられたケアパスにしても若年のことも、先ほどの本人・家族の視点も全て連動している面もあったりとか、今までの事業の中でも見えてきて、芽が出ている面もあると思いますので、ぜひワーキング的な組織の中では、部分部分というよりもどのようにして他とつなげるかとか、先ほど浅野委員からもあった事業同士それぞれをつないで、関連性とかのわかりやすい仕組み化とか、またそれを伝えていくみたいなのもぜひワーキングの組織で検討していただくと、あるものが生きていたり、やっておしまいにならないで継続的に検討に深めていけるのではないかなと思います。

いかがでしょうか。皆さん、御意見大丈夫でしょうか。お願いいたします。

○橋本委員 私のほうから言うのもあれですが、さっき認知症専門員が各地域包括1名ということになっているのですが、実際、地域包括ごとに大きさも対象地域も対象の認知症の高齢者の数も違っているので、検討部会をつくるということになったら、ぜひそういう支援体制のあり方みたいなものも含めて検討していただければと思います。

○永田部会長 ありがとうございます。さっきの初期集中でもそうですけれども、今おっしゃってくださったように、それを稼働させたり継続させるための育成ですとか体制ですとか、必ず維持してより良くしていくための仕組みも一緒になっての事業だと思いますので、そういう点を今後丁寧に検討を。

○橋本委員 地域包括によっては高齢者4,000人のところもあるし、1万人のところもあるし、それぞれに色合いをつけていかないとうまくいかない。

○永田部会長 全て実態とか現場の中から具体的に仕組み化していけると、一律の形で現場に合わない無駄もなくなっていくと思いますので。

私、足立区を拝見していると、やはり包括の方たちそれぞれの、認知症の専門員を配置されたりとか、区の行政側と現場がこの数年で結構やりとりが深まったりとか、一緒に話し合っつくる関係が今育ってきている大事な時期だと思うので、今の御意見等も含めて区全般、一律ではなくて、それぞれの地域包括の圏域ですとかそれぞれの実情とか実態を踏まえて、どう仕組み化、事業化をうまくしていけるか、現場の方たちとの話し合いを今後より深めて、実態に合った施策展開を進めていただけたらなと感じます。

包括の方はもちろんですけども、本日お越しの委員の方たちの関連の介護の事業所の方ですとか、シルバー人材とかボランティアとか、本当に認知症施策をやるときには必ず関係者、当事

者とどれだけ意見交換しながら区がそれを束ねて現実に合ったものをつくるかのつなぎのところが大きいと思いますので、ぜひこのいい関係を生かして、更に強化していただけたらと思います。

すみません、きょう随分自分の意見を言ってしまっただけ申しわけありませんでしたけれども、委員の方々から継続性の点ですとか、今本当にスタートラインに立った事業も多いわけですので、形ができたというよりもそこからどう育てていくか。これは人員の確保や育成等も含めながら、持続可能な展開をどう推進していいのか、そこにも力を置いた検討や施策展開をしてほしいという点が大きく出たのではないかと思います。そのためにもこの部会と同時に、より詰めたりより深く検討したり、もうちょっとフットワークよくどんどん動いていける、そういうことを推進していくワーキング的な組織を今後立ち上げていきながらという、その方向性が確認できたのではないかと思います。

ぜひワーキングの経過をどんどん部会の方々にも情報提供していただいて、部会の委員の方々からの意見も循環して常にお聞きしながら、あと生かしていけるお互いの立場がいっぱいあると思いますので、認知症施策は、そういう専門職と住民の方やボランティアの方や、シルバー人材の方とか、ありとあらゆる人材の力をどう施策につなげられるかのところが大きな役割、行政としてできる点だと思いますので、ぜひ部会を中心にしながら、今後はワーキングの組織展開で進めていっていただければと思います。

ちょうど時間になってきましたけれども、きょうは皆さん方からいろいろな御意見をいただきありがとうございました。引き続きまたお気づきの点等、事務局等に出していただけたらより良いものになっていくかなと思います。

それでは、事務局のほうから連絡事項等お願いいたします。

○岡崎地域包括ケアシステム推進担当課係長 長時間にわたり貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。本日いただきました御意見を参考にまた引き続き足立区として認知症施策を考えていきたいと思っています。次回の認知症ケア推進部会の開催のご案内は、詳細が決まり次第また送付させていただきます。

以上で本日の専門部会は終了となりますが、初めに傍聴者の皆様からのご退席をお願いいたします。重ね重ねで申し訳ありませんが、配付資料と名札を机の上に置いてお帰りください。委員の皆様は少々お待ちください。

続いて、事務連絡になります。謝礼をお支払いする委員の方で書類がまだお手元にある方は、お帰りの際、事務局まで提出してくださいまた、お車でおいでの委員の方がいらっしゃいましたら、駐車券のご用意がございます。あわせて事務局のほうにおっしゃっていただけたらと思いますので、お願いいたします。以上でございます。

委員の皆様、本日は本当にありがとうございました。寒いのでお気をつけてお帰りください。本日はこれでおしまいになります。ありがとうございました。