

第 2 8 回

東京都認知症対策推進会議

会 議 録

平成 3 0 年 8 月 2 3 日

東京都福祉保健局

(午後 7時01分 開会)

○大竹幹事 定刻となりましたので、ただいまより第28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、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

事務局を務めます、東京都福祉保健局高齢社会対策部認知症対策担当課長の大竹と申します。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、初めに、会議の運営についてお願いがございます。本会議は認知症対策推進事業実施要項第4の11の規定により、原則公開となっております。皆様のご発言は議事録としてまとめ、後日、ホームページ上に公開させていただきますので、あらかじめご了承ください。

また、発言に当たりましては、お手元のマイクをご使用ください。マイクの下にある右側のボタンを押しますと赤いランプがともり、スイッチが入ります。ご発言が終わりましたら、再び同じボタンを押してマイクを切ってくださいますようお願いいたします。

それでは、最初に配付資料の確認をさせていただきます。お手元の資料に漏れがある場合は事務局がお持ちしますので、挙手にてお知らせください。

初めに、次第がございます。資料は次第のとおり資料1から資料10までございまして、全てA4サイズとなっております。

また、参考資料が、1から8まで、次第のとおりとなっております。

そのほか、机上に、平成30年度東京都認知症シンポジウムのチラシ、冊子が2冊、「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業報告書（概要版）」、それから、「コーディネーションとネットワーキングの手引き」を配付しております。漏れ等、よろしいでしょうか。

続きまして、このたび新たに委員にご就任いただいた方がいらっしゃいますので、ご紹介をさせていただきます。

お名前をお呼びいたしますので、恐れ入りますが、一言ご挨拶をお願いいたします。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム研究部長の栗田圭一委員でございます。

○栗田委員 東京都健康長寿医療センター研究所の栗田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○大竹幹事 ありがとうございます。

また、行政関係で新たに委員として、このたび市町村課長会推薦の委員としてご就任いただいております長谷川委員にかわりまして、本年度から町田市いきいき生活部高齢者福祉課地域支援担当課長の高橋由希子様にご就任いただいておりますが、本日は所用によりご欠席との連絡をいただいております。

次に、委員の出欠状況について、報告させていただきます。

本日は、東京都立松沢病院院長 齋藤委員、東京都医師会副会長 平川委員、町田市高橋委員が欠席されております。

また、東京都地域密着型協議会代表 和田委員がご欠席されておりました、代理として同協議会副代表の井上様にご出席いただいております。

続きまして、幹事の出欠状況について、ご報告させていただきます。

本日は、福祉保健局医療政策部地域医療担当課長 久村幹事、また、同高齢社会対策部在宅支援課長 下川幹事が所用により欠席しております。

また、警視庁生活安全部生活安全総務課第一生活安全担当管理官 渡辺幹事が所用により欠席しております、代理として同課、塩塚生活安全対策第三係長がご出席の予定となっておりますが、ただいま到着が遅れているとのことでございます。

事務局からは以上でございます。この後の進行につきましては、内藤議長、よろしくお願いいたします。

○内藤議長 どうも皆さん、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。本日も議事に従いまして進行させていただきますが、今日は報告と議事の2点がございます。

まず、報告事項でございますが、東京都の認知症施策についてということで、事務局より報告をお願いすることになっております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○大竹幹事 それでは、事務局からのお願いでございますが、ムービー撮影はここまでとさせていただきますので、プレスの方につきましては、よろしくお願い申し上げます。スチールの撮影については、会議閉会まで可能となっております。

それでは、東京都における認知症施策の平成29年度の実績及び平成30年度の取組について、ご報告をいたします。

お手元の資料の資料3からご覧ください。

まず、資料3が平成30年度における東京都の認知症施策でございます。

こちらは、本年3月の前回の会議におきまして示したものと、大きな変更はございません。

東京都の認知症施策についてですが、施策の方向性といたしまして、左上のところですが、今後、認知症高齢者の増加が見込まれるということで、そうした中、認知症の方と家族が地域で安心して生活できるよう、医療・介護・生活支援等、適切なものを受けられる体制の構築ということを進めてまいります。右側にあります東京都の計画等でございますが、「都民ファーストでつくる『新しい東京』～2020年に向けた実行プラン」、また、本年7月に策定されました重点政策方針2018「Tokyo とともに創る、ともに育む」、こちらについて、昨年引き続き重点施策として位置づけてございます。

その下にまいりまして、平成30年度における認知症施策ですが、本年度予算額としては34億円を全体で計上しております。

事業につきましては、前回3月の会議の際にご説明しておりますので、新規事業等を

中心に触れさせていただきます。左下「認知症の容態に応じた適時・適切な支援の提供」というところですが、都では認知症疾患医療センターの運営を行っておりますが、認知症疾患センターが設置されていない島しょ地域については、地域の認知症医療従事者に対する相談支援体制等の整備を今年度から始めております。そちらについては資料4、認知症支援推進センター運営事業の右側に記載しておりますが、これも3月の会議の際にご説明をしたので、説明については割愛をさせていただきます。

資料3の真ん中の「認知症の人と家族を支える人材の育成」の、認知症支援推進センターの運営ですが、こちらの研修内容につきましては、資料4の左側をご覧ください。今年度、区市町村の取組への支援ということで、認知症地域対応力向上研修や認知症多職種協働研修講師養成研修を新たに行っております。

また、医療従事者向け研修につきましては資料5で、認知症介護研修については資料6のほうで今年度の実施予定について記載をしております。

資料3に戻りまして、右側の「認知症の人と家族を支える地域づくり」のところですが、今年度の新規事業として、認知症とともに暮らす地域あんしん事業を行っております。こちらについては後ほど議事の中でご説明をさせていただきます。

その下の若年性認知症の有病率及び生活実態調査、こちらは資料7に概要をお示ししていますが、今年度調査を実施しております、年度末に報告が出る予定となっております。

30年度の東京都の認知症施策については以上となります。引き続いて29年度の実績をご説明させていただきます。参考資料をご覧ください。

参考資料1が都における認知症疾患医療センターの指定状況ということで、今年度の状況になります。今年度は、地域拠点型12カ所、地域連携型40カ所の指定を行っております。

その認知症疾患医療センターの活動実績については、その次の参考資料2をご覧ください。平成29年度中に新たに5カ所を指定しております、直近では29年11月に52カ所目を指定しました。29年度の実績として、新規指定を含む合計52カ所の活動状況を記載させていただいております。

続いて、参考資料3をご覧ください。こちらは、認知症医療従事者向け研修の昨年度の実績を記載させていただいております。

また、その次の参考資料4、こちらが認知症介護研修等の実績となっており、介護基礎研修等、現場の介護職向けの研修などについて、記載をさせていただいております。

次の参考資料5が平成29年度若年性認知症総合支援センターの実績になります。29年度につきましては、28年11月に開設した多摩センターも1年間通して活動しておりますので、目黒のセンター、多摩センターの2か所の1年間の活動実績となっております。

続いて、参考資料6をご覧ください。区市町村の認知症総合支援事業の実施状況とい

たしまして、認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームについて記載をさせていただいております。これらにつきましては、新オレンジプランの中で平成30年4月1日までに全区市町村で設置するとされておりまして、今年度の4月1日時点の状況について記載しております。4月1日をもって設置したところを含めまして、東京都内全62区市町村での設置が行われております。

次に、参考資料7をご覧ください。都内の認知症施策の実施状況として、これまで述べてまいりました認知症疾患医療センター、若年性認知症総合支援センターに加えまして、認知症支援コーディネーターの配置や認知症アウトリーチチームの区市町村での実施状況について記載をしております。また、認知症サポーター数、キャラバンメイトについても資料下段にございますので、ご確認いただければと思います。

参考資料8につきましては、後ほどご説明させていただきます。

事務局からの説明は以上となります。

○内藤議長 ありがとうございます。

ただいま事務局から東京都の認知症施策についてのご報告をいただきましたが、皆様からご質問いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○室田委員 では、1点質問させていただきます。

資料4の左下、区市町村の取組への支援というところで新規が3件ありまして、その中の認知症多職種協働研修講師養成研修ですが、これはどういう方に講師になってもらうことが前提の研修なのか、もう少し詳しく教えてください。

○大竹幹事 認知症多職種協働研修につきましては、区市町村において、認知症地域支援推進員等の方を講師として行っていただくことを想定しておりまして、そうした方を対象に、区市町村内で研修が行えるよう、講師の養成を行っております。

○内藤議長 ほかにいかがでしょうか。

おおむね前回の会議でご報告いただいたことですので、大体の説明はできていると思うんですが、何か改めて伺いたいことや、質問があれば、どうぞよろしくお願いいたします。

○平川（淳）委員 東精協の平川ですけども、もうずっと都の認知症施策は5年やってきたことだと思うんですけども、その辺の個々の事業の目標、もしくは達成度といいますか、もしくは問題点などの整理はされているのでしょうか。

地域では、この研修事業も毎回同じ資料を使ってやっておりますので、かなりマンネリ化というところですけども、多職種協働研修の資料も毎回余り変わらない、いらっしゃる人も変わらないという中で、実施するほうとすると、もう少し何か次の手はないのかなと思うんです。その辺で何かご検討していることがあれば、この中でご報告いただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。

○内藤議長 お願いします。

○大竹幹事 まず、介護の研修等については、今年度は認知症介護基礎研修の中で、eラ

ーニングの実施ということを試行として行っています。集合型研修は、なかなか現場の方などの負担も大きいということを踏まえまして、研修の一部分をeラーニング、ご自宅や事業所などでパソコンを使って受講できるような取り組み、そういったものを今年度から始めております。

それから、事業の目標などにつきましては、例えば参考資料7のところでは認知症施策の実施状況を挙げているところがございますが、この中で例えば1番目の認知症疾患医療センターにつきましては、島しょ部を除く全区市町村ということで、53カ所の指定を目標としておりまして、そうした中、現在、檜原村を除く全区市町村での指定は行われております。

一方で、檜原村につきましては、村内の医療資源というものもございまして、昨年度の医療部会の中のご報告でも検討いただきましたが、疾患医療センターの指定にかわる、あるいはその指定までの間、こういった取り組みができるかということを経験と調整、ご相談をしながら進めていくように行っております。

また、目標として、認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員につきましては、先ほどもご説明させていただきましたが、今年4月1日での全区市町村の設置ということが行われまして、あと、それが実際に現場で、あるいは地域の中で活動していただけるよう、構成員向けの研修、あるいは先ほどの多職種協働研修といったものなどを活用しながら、区市町村での取り組みを進めていただきたいというふうに考えております。

○平川（淳）委員 おっしゃるとおりだと思いますけども、大体数的には充実してきたのかなと思うんですけど、例えば地域で同じ話を二度、三度すると、また同じことかということになってしまう。もうそろそろある程度の教育体制が大体整ってきている人たちと、全く初めて聞く人たちで、毎回ずっと同じ話を続けるのか、迷うところがある。レベルが本当にばらばらで、5年たってその気になってきている人もいるし、ものすごく詳しくて、逆に学会発表でもされたほうがいいんじゃないかというような方までいて、かなりいろんな方がいらっしゃる中で、この教育体制というのはちょっと考えていただきたいなというふうに思っているんですけど。

○大竹幹事 おっしゃられた中で、受ける方のレベルにも差が出てくるというところで、一つは資料4の左上にございますような、認知症医療従事者向け支援検討会ということで、研修内容等について、今、おっしゃったような受講される方のレベルに応じた研修の中身の検討ができないかということは行っております。

また、資料5にありますように看護師認知症対応力向上研修につきましては、習熟度、経験等に応じまして、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲというような形での段階を設けておりまして、それぞれ現場経験や、あるいは知識等に応じた形での研修を行っているところでございます。

○内藤議長 よくわかりました。

多分、非常に多岐にわたっているいろんな研修やあるいは事業が大分そろってきたという

ことなので、ぜひ、先生がおっしゃったように評価は大事だと思いますので、一遍に評価するのは、なかなかこれだけあると大変なことです。少しずつ何か評価して、課題を出して、次につなげていけると大変いいんじゃないかというふうに思いますので、ぜひその辺はよろしくお願ひしたいと思います。

○進藤委員 国立長寿医療研究センターの進藤です。よろしくお願ひいたします。

1点確認をさせていただければと思うんですけども、参考資料6のところ、認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームのチーム員の配置状況のところ書かれているんですが、ここにあります例えば推進員であれば、推進員総数が435名、チーム員に関しては総数が1,249名というふうになっているんですけども、この人数というのは、実際に稼働されている方の人数でしょうか。それとも、研修を修了された方の人数となりますでしょうか。

○大竹幹事 こちらの人数につきましては、区市町村のほうからご報告いただいた人数になりまして、まさにこの4月1日からという方もございますが、基本的には区市町村のほうで活動状況について把握して、ご活躍いただいているものと考えております。

○進藤委員 ありがとうございます。

では、もう1点お伺ひしたいんですが、これは区市町村事業なので東京都では把握が難しいかもしれませんが、この配置されている方々の配置されてからの年数というものは、把握されていらっしゃるでしょうか。

といいますのも、実は昨年度、名古屋市のほうで確認をしましたところ、認知症地域支援推進員の約半数が1年で交代をされていたんですね。そうなりますと、やはり活動を実際にやっていこうというときに、1年で人が変わっていくというのはなかなか活動として定着しにくいというのでしょうか、入れかわっていく人たちの間での引き継ぎというものがしっかりしていかないと、なかなか活動に結びつかないのかなという点が気になりまして、質問させていただきました。

○内藤議長 把握していれば、お話しいただければ。

○大竹幹事 すみません。活動の年数については、東京都で把握しておりません。

○内藤議長 これも先ほどの課題と同じで、今後の課題だと思いますので、一つずつテーマを挙げていただいて、少し活動していくと、きっと実態を把握するということができると思いますので、そのときにぜひよろしくお願ひします。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

次の議題、議事ということで、少し時間をかけて議論したいというふうに思っておりますので、進ませていただきます。よろしいですか。

それでは、議事の事項に移ります。

本日の議事は、認知症とともに暮らす地域づくりの推進についてということで、これについて事務局のほうから、まずは説明をお願ひいたします。

○大竹幹事 それでは、参考資料の8をご覧ください。

認知症とともに暮らす地域づくりということで、都では認知症の方と家族が地域で安心して生活できるよう、体制を構築していくことを進めておりまして、昨年度末の会議の際にもご紹介しましたが、平成28年、29年にかけてモデル事業を実施しました。

東京都では、在宅で暮らす認知症高齢者の方が6割を超えており、施設と比べて非常に多いという特性を踏まえまして、二つの研究事業を実施してきました。

参考資料8の中で、このうち右側にありますものについては、東京都医学総合研究所に委託して実施をいたしました、認知症の人の地域生活継続を支援するケアプログラム推進事業でございます。これは前回の会議の際に進藤委員からご説明をいただいております。

本日はもう一つの認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業につきまして、東京都健康長寿医療センター研究所の栗田委員からご報告いただくこととしております。

○内藤議長 それでは、栗田委員から資料9に基づきまして、ご説明いただきます。30分ぐらいというふうに伺っております。どうぞよろしく願いいたします。

○栗田委員 私のほうから、平成28年度と29年度の2カ年にわたって実施いたしました、東京都の受託研究事業でございます「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」について、ご紹介させていただきます。

最初にこの研究の背景でございますが、皆さんご承知のように、今やこの高齢者がいる世帯というのは単身世帯、夫婦のみ、そして未婚の子と親という、単身核家族世帯が大半を占めているという状況でございます。特に東京都は単身世帯が、割合も数も第1位ということで、しかも、今後、急速に増加するという状況です。

こういったことがございますので、家族による介護力が低下している。しかも、東京都のような大都市では、地縁・血縁が相対的に希薄でございますので、家族にかわる生活支援の担い手がないという方もたくさんいらっしゃる。

さらに、超高齢化というのは経済的困窮と非常に深く結びついておりまして、経済的困窮、あるいは社会的孤立、こういうものが相まって情報が入手できない、あるいはサービスへアクセスできないという方が増えている。

さらに、単身でありますと生活支援のある住まいということになりますが、特にこの経済的な困窮というものが地価の高い東京は特にそうですが、生活支援のある住まいの確保も難しいということが起こっている。

さらに、それを上乗せするように虐待や経済被害のリスクも、特にこういう方には高まっているということがございまして、この現実の社会では、認知症とともに尊厳ある地域生活を継続することが困難な状況や構造がつけられつつあるのではないかと。もう少しわかりやすく言えば、認知症とともに地域生活を継続するという権利が侵害される状況や構造が現実に行っているのではないだろうかということは、皆さんもご承知のとおりなのではないかと思っております。



ということで、実際にこれをきちんと徹底的に調査する必要があるだろうということで、この認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業というのは、認知症になっても高齢者が尊厳をもって地域生活を継続することが可能な都市型の認知症地域ケアモデルを考えてみようということを目的に、観察研究と介入研究の二つの研究を組み合わせて実施させていただきました。

研究フィールドは、皆さんご承知のとおり板橋区、私どもの研究所のすぐそばにございます高島平というところです。地域は1～5丁目に限定しましたが、人口規模は3万3,000人程度。当時の高齢化率は33.2%というところがございます。

ちなみに、ここは非常に単身世帯の多いところがございます。

ということで、今回は70歳以上の7,614名を悉皆調査させていただきました、3段階の調査を行いました。

一次調査は、普通のアンケート調査でございます。

二次調査は、一次調査に回答していただいた方を対象に、会場に来られる方は会場に来ていただいて、来られない方はこちらから専門職チームが訪問して、認知機能検査を含むさまざまな健康診断をさせていただきました。

そして、三次調査では、この二次調査でMMSE 23点以下の方、24点未満の方を対象に、精神科医を含む医療専門チームで、病院に来ていただける方は来ていただいて、来られない方はこちらから行って医学的評価をするというようなことをさせていただきました。

全ての報告はできませんが、幾つかかいつまんでお話しします。観察研究の最初の結果ということで、認知機能が低下している高齢者はどんな暮らしをしているかということで、二次調査、MMSEを実際にやってくれた2,020名の方を対象に調査させていただきました。会場調査と訪問調査の方でございます。

まずは、このグラフに注目していただきたいんですが、これは青い棒グラフが会場に来てくれた方、赤が訪問した方ですが、MMSE 24点未満の方の出現頻度でございます。向かって一番左が全体でございますけども、出現頻度は会場と訪問で3倍違います。これを性別に見ても、年齢階級別に見ても、あるいは教育年数別に見ても、ほぼ3倍です。とにかく認知機能が低下していると、外に出てこれられないということでございます。

では、認知機能が低下している人、低下していない人、暮らしの様子はどう違うかということで、まずは世帯状況ですけども、認知機能が低下しようがしまいが、4割は一人暮らしです。

それから、ここから個々の健康指標がたくさん出てきますが、まずIADL。濃い色が認知機能が低下している人、薄い色が低下していない人ですが、これは当然と言えば当然ですが、電話、掃除、交通機関の利用、買い物、金銭管理等々、当然認知機能が低下している人ができないという人が数倍増えてくるわけです。星印がついているところは、性、年齢階級、教育、世帯類型全てを調整しても有意差があるところです。いずれ

も全て有意差がありますけども、調整しても有意差があるということです。

身体的BADLについても同じです。移動、食事、身だしなみ、トイレ、着替え、入浴も同じです。

それから、主観的な健康感。目が見えるか、耳が聞こえるか、体のぐあいはどうかということを聞いていますが、これもいずれも認知機能が低下していると「悪い」と回答する人が増える。

それから、運動機能。これもいろんな指標を聞いていますが、例えば15分間続けて歩くことができるかとか、自力で外出できるか。これも全て認知機能が低下すると、「できない」という人が増える。

体の病気も18の病気を聞きましたが、いずれも認知機能が低下している人が多いんですけども、有意差が出ているものを全部出しましたが、やはり糖尿病とか、それから脳血管障害は増加しています。

この血液・免疫疾患ですが、これは結構大事だなというふうに思ったんですが、実は血液検査もしているんですが、ヘマトクリット、ヘモグロビンですね、血液データを見ると、認知機能が低下している人はすくとんと下がる。これも、ありとあらゆる貧血を起こす原因も補正してあります。つまり、認知機能が低下すると貧血になる。原因、結果はともかく、実際、それもあるんですけど、ほとんどが低栄養であります。

それから、うつ病、うつ症状も認知機能が低下すると増えます。うつ病の治療歴は2倍増えて2.5倍、抑うつ症状も1.5倍ぐらい増える。

それから、何らかの社会活動ってありとあらゆる社会活動を聞いていますが、どれにも参加していないという人が認知機能が低下すると倍になるということでもあります。

それから、経済問題。これも、背景はどういうことかといろいろ考えなきゃいけないんですが、年収100万円以下の方が倍に増えております。

これ、実は訪問した調査員がいろいろメモしてくれたものを全部つけてあるんですが、これは読み出すと切りがないんですけど、全般的に一人暮らしで恐らく認知症が始まっているであろうという状態で、しかし孤立していて、サービスにアクセスできない様子がたくさんここに描かれています。

例えば、下から2番目に、88歳の女性は、娘と2人暮らしでMMSE10点ですが、認知症に関する情報を全く知らなくて、本人がこれからのことを心配しているというようなことが書かれています。

こちらもそうです。男性でありますけど、細かいことは書きませんが、中には虐待の事例も検出されてまいります。

次に、では実際に認知症の状態にある人はどうなのかということで、今度は三次調査にご協力いただいたMMSE24点未満の198名についてのデータを出させていただきます。

このうち、精神科医が実際に評価して、まず間違いなく認知症の状態にあるというふ

うに評価した方は4割でございます。MMS E 2 4点未満だからといって、認知症であるとは限らないんですけど、4割の方はまず間違いなく認知症だろうと。

では、この方たちはどういうふうに暮らしているかということで、認知症の状態のある方だけ選んでデータを出しますが、4割の方が認知症であっても一人暮らしだということです。特に特筆すべきは、性差が際立っておりまして、女性は47.6%で、この高島平では認知症でも女性は一人で生きる地域であるということでございます。

これはCDRで、実は0.5の人たちもちょっと入っているんですが、このCDRのデータは参考であります。なかなかこの調査だけでCDRを評価するのは難しい。大ざっぱに軽い人たちがこの調査の対象だというふうに見ていただければということです。

では、この方たちは、実際に医療機関で認知症の状態であるというふうに診断されていたかという、診断されていた方は43.6%。これも性差が明快でありまして、特に男性は診断されていない。これは「認知症」と言われたら診断されているということにしますが、実際に認知症疾患が診断されているかということになると、診断されていた方は28.2%で7割は認知症疾患が診断されていません。

ただ、これは非常に甘めに評価させていただきまして、家に訪問して、アリセプトの空があつたら診断されているということにするという、そういう評価です。大部分が診断されていないという現実でございます。

では、診断されている人たちの内訳ですね。大半がアルツハイマー型認知症と診断されている。実際は行ってみると違う方もいるんですが、大半はアルツハイマー。

介護保険サービスにアクセスされているかという、している人は4割、6割は介護保険サービスにアクセスできていないということでございます。要介護認定にアクセスできていない。

では、この方たちは今どのような社会支援が必要なのかということ、その他を入ると10のドメインで評価させていただきました。実はこの10のドメインというのは、我々日々の診療でよくつかっているドメインでありましたので、これを使っているんですが、この色がついているところが必要とされている社会支援で、濃く赤くなっているところは、必要とされる社会支援でかつ確保されている。薄いピンクは確保がまだされていないということでございます。

ということで、診断が確保されていない人、それから、生活支援、家族支援、そして介護保険サービスの利用支援等々、確保されていない方がたくさんいる。ちなみに、複合的に支援を必要とする人は大半でございます。

ということで、観察研究のまとめは、認知機能の低下は、生活機能の低下とともに身体的・精神的な健康状態の悪化、社会的孤立、経済的困窮と密接に関連しているということがわかるということです。

しかも、そのような身体的・精神的・社会的リスクの複合化というものが、認知症の初期段階で認められている。つまり、この対象はほとんど軽い人たちなので、初期にも

う起こっているということ。

複合的支援ニーズが多くの人に存在するにも関わらず、必要な支援にアクセスできない高齢者は非常に多いということでもあります。

これは考察もありますが、大都市には、家族による生活支援が得られにくい高齢者が数多く暮らしておりますけども、認知機能の低下が社会的交流の減少や経済的困窮とも関連し、情報や社会支援サービスへのアクセスをさらに困難化させている可能性が高い。実は、このことを言うための分析も今やっておりますが、多分こうだろうということでございます。

これは私がよく使う認知症の一般的特性に関するシェーマでございますが、認知症というのは脳の病的変化があつて、認知機能障害があつて、生活障害があることですがけれども、この三つがそろえば、精神的にも、身体的にも、さまざまな健康問題があらわれ、そして社会的な生活課題もたくさんあらわれてくるということで、認知症の方が必要な社会支援が得られない場合には、この複雑化の傾向がどんどん進展していく。これが地域生活の継続を困難にする重要な要因であり、しかも、これが認知症の初期段階から起こっているだろうということで、では、どういう支援が必要なのかということで、私どもはコーディネーションとネットワーキングという二つの概念を使って、介入を試みることにいたしました。

このコーディネーションとネットワーキングでございますが、コーディネーションというのは、一般的にはインテグレート・ケアの統合ケアのサービス提供体制の方法論として使われる用語ですけども、本人の視点に立って、生活の継続に必要な社会支援を統合的に調整することというふうに一応定義づけさせていただきました。

実際、このコーディネーションの役割を担う人をコーディネーターと呼ぶというふうにしました。現実には、現在の制度でも認知症支援コーディネーターでありますとか、認知症地域支援推進員、介護支援専門員はコーディネーターでありますし、認知症サポート医はまさにコーディネーターでありますし、地域包括支援センターはコーディネーションの拠点でございます。そして、認知症初期集中支援チームは、コーディネーションを行う多職種協働チームでございます。

ただ、このコーディネーションというのは一筋縄ではいかないところがございまして、恐らくこの五つのプロセスを重層的・反復的に繰り返しながらコーディネーションをしているんだろうと思います。それは信頼関係の形成であり、総合的アセスメントであり、情報共有であり、課題解決に向けた多職種協働会議であり、そして社会支援の実践的な調整であるということですが、この信頼関係の形成というのは、基本的には信頼できるパートナーシップを築くことですが、「本人の視点に立って、社会支援の調整を行う」には、本人の思いでありますとか、希望とか、心配ごと、困りごと、悩みごと、これまでの人生の歴史、体験してきたことなどを理解するところから始めなくてははいけませんから、そのような関係はそう簡単にはできないわけございまして、通常は日々の語り

合い、体験の共有、あるいは「生き生きとした人と人との関わり合い」の中で築かれていくものであろうということで、これをちゃんと実践しようということでございます。

実際、信頼という体験はどういうことなのかということ、我々のチームの中でも繰り返しディスカッションしておりますが、例えば私の思いを語ることができる、私の話に耳を傾けてくれる、私の困りごとに相談にのってくれる等々、こういったことが恐らく信頼という基礎であろうと。

そして、総合的アセスメントというのは、生活状況全般を把握し、何が課題であるか、どのような社会支援ニーズがあるかを評価することでございますが、これをやるためには、先ほどの認知症の一般的構造をよく知らなきゃいけない。

そして、情報の共有というのも、これも大変難しいことございまして、本人の視点に立って、生活の継続に必要な支援のあり方を考えるためには、まずは本人、家族の情報共有というのが必須でございますので、そのためにはよく配慮された質の高い情報をわかりやすく正確に伝えるという、そういうスキルを持たなくてははいけない。特にワーキングメモリや近時記憶の障害がある場合は、ご本人に大切な情報を選択して、短い言葉でわかりやすく伝えるという、時にはパンフレットのツールを使いながら伝えるということを実際にやらなくてははいけない。

そして、多職種で情報を共有して、複合的な支援が必要とされる場合には、多職種で情報を共有して、支援ニーズと課題解決方法を検討していくと、こういうようなことをしていかななくてははいけない。

そして、この課題解決に向けた多職種協働会議というのは、多職種協働チームが本人の視点に立って、本人の主体性を尊重して、可能性のある課題解決に向けて、本人とともに歩いていくという、本人とともに歩むというスタンスが非常に重要になって、このようなアプローチによってご本人自身が力づけられるということがございます。これはアーサー・M・ネズという方が、問題解決療法という認知行動療法の一つで提唱している考え方と同じですが、こういうことをやっている。

その上で社会支援の調整というのをやるんですが、これは先ほど挙げた10の必要とされる社会支援のうち、その他以外のものですが、主にこの九つのドメインについて、必要な支援を統合的にご本人と一緒に調整していこうというようなことでございます。

ところが、このプロセスをやると必ず気がつくのは、特にこの中の生活支援というところが大体ネックになります。この生活支援というのは非常に難しい概念でございますが、生活支援の研究というのは、まだ緒についたばかりでございますが、非常に広いものを含むわけなんです。これは白川先生の生活支援の特徴づけている四つの特性というのですが、これはこれでもかかるとして、簡単に言ってしまうと、通常は家族が提供しているような支援を、家族がいない場合に誰かが提供しなくてははいけない。その支援が生活支援だろうということで、家族的な生活支援という呼び名を我々は使っております。

具体的に、生活支援の緻密なリストアップを我々はご本人たちの協力を得ながらやっ

ております。その一部は、皆さんのお手元の資料にも生活支援の類型化に関する認知症分析の研究も出ておりますが、ざっとこんな類型が出てくるだろう。

「見守り／安否確認に関する支援」とか、「社会参加に関する支援」、これは地域福祉権利擁護事業と非常に深く関係しますが「金銭管理／書類管理／サービス利用」、あるいは「受療に関する支援」、「服薬管理に関する支援」、「食事／家事／環境調整に関する支援」。こういった生活支援を提供しなくてはならないんですが、その社会資源はほとんど存在しないということに直面するということでございます。

ということで、これを確保する試みを一緒にやっていかなければいけないだろうということで、ネットワーキングという考え方を同時並行で導入させてもらっています。

これは、社会支援を相互に提供できる、ネットワーキングというのは大体ソーシャルネットと構造のことを言うんだけど、そういう地域環境をつくることを意味しますが、まずは生活支援ネットワークということで、これをどうやってつくるかということ、この高島平でやらせてもらっている。ここから先は仮説ですが、恐らく生活支援のネットワークをつくるためには、現地に拠点をつくらなくてはならないだろうということで、生活支援ネットワークの拠点ということで、URの協力を得まして、高島平に「ココからステーション」という拠点をつくりまして、ここに居場所としての機能、相談に応需できる機能、差別や偏見を解消し、社会参加を促進する機能、連携を推進する機能、人材を育成する機能を担わせております。

居場所としての機能というのは、「認知症とともに暮らせる社会の創出」という開設理念のもと、認知症の有無にかかわらず、障害の有無にかかわらず、誰でもが居心地よく、自由に過ごせる居場所をまず確保しようということで、ここにいるスタッフは、認知症の有無にかかわらず、誰でもが居心地よく過ごせる居場所になるように配慮することができる人たちを置いている。この配慮とは、合理的配慮といった意味です。

それから、相談に応需できる機能ということで、認知症を含め、多様な生活課題をもって暮らす人々が相談に来られ、必要に応じて適切な社会資源につなぐこと。

認知症とともに一人で暮らすということは、相談できる場所が必要だということで、実は介入研究の対象の人たちで、毎朝ここに来てポストに入っているものを持ってきて、「これは何だ」という相談に来る方たちもおります。通常、家族がいれば家族に聞くんでしょうけども、ここに来れば教えてくれる人がいる。あるいは「どこの歯医者に行けばいいんだ」とか、そんなことでも何でも聞きに来る。

特に、ここには定年退職した経験のある保健師とワーカーがいてくれているので、実にいろいろなことを教えてくれるということでございます。

医師も、今、我々の研究チームの医師が一人、月曜日に相談に応じておりますが、今年度から認知症初期集中支援チームのサポート医が加わってくれることになっております。

それから、差別や偏見を解消し、社会参加を促進するというところで、認知症について

の知識の普及もさることながら、認知症の有無にかかわらず、障害の有無にかかわらず、みんなで参加して活動できるいろんなイベントや行事をここでやるということが大事でございまして、それによって認知症というのは、別に特別なことではないということをもみんなよくわかっている。

本人ミーティングというのは、今、国の事業でもやっておりますが、実はここでも認知症の当事者の人たちがいろいろと、話し合ってくれたりしている。この写真の中の右の下の方は、認知症の当事者の人とURの人たちが懇談会をやっているところで、どうやったら暮らせるかというので懇談会をやっているところでございます。

それから、連携を推進する機能ということで、地域の中には生活支援を提供する主体がたくさんございます。そこが横の連携をつくって、得意な分野をそこで提供していこうというので枠組みをつくっていくのは、非常に大事でございまして、地域社会のさまざまな組織団体と情報共有して、共同でイベントを開催したり、地域の多様なネットワーク会議を開いたりということで、板橋区ではコミュニティー・スペース連絡会という、要するにカフェとかサロンとかそういうのが集まっている会ではありますが、そういうようなネットワークで生活支援をいろいろ提供できる。

さらに、人材を育成する機能ということで、これは大変重要だと思うんですけども、今までは認知症についての知識を普及するということが多分ポイントだったと思うんですが、それでは合理的配慮がある地域環境がつかれないだろうということで、「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた研修会を定例的に開催しております。これによって認知症についての理解を深め、人権についての意識を高め、「合理的配慮」のある地域環境を育成しよう。

テーマは実に多岐にわたっておりまして、ざっとこれが16回やったテーマですが、今後もずっと計画が立っておりまして、地域で活動している人たちが順番で話をしたり、あるいは遠くから来てくれる人もいるんですが、このテーマは話題が尽きないと。重ねていくに従って、この参加している人たちの人権意識がだんだん高まっていく様子がわかります。

先ほど、平川先生も言われていましたが、こういう研修の評価は非常に重要でございまして、この研修の評価もやっておりますけども、人権意識が高まっていることをどうやって評価するか。これはいろんな方法があるようでございまして、例えば「合理的配慮という言葉聞いたことがあるか」という質問をするだけで、てきめんに変化があらわれてきます。

ということで、このコーディネーションとネットワーキングということをあわせた介入研究を現在やっているわけですが、介入研究の対象は70名の方にご協力いただきまして、MMSEの得点が幅広いんですけど、全体的に20点前後という非常に軽い人たちばかりだということがおわかりだと思います。全員インフォームドコンセントがとれている人でございますが、非常に軽い。

世帯類型別の頻度を書かなかったんですけど、おおむね半分がひとり暮らしだと考えていただければと思います。

6カ月の中間時点でのアウトカムですが、これは支援がなかった人たち、必要だけできなかった人たちのうち、何%支援が確保できたかという割合でございます。

Nが少ないところは100%いっていますけど、Nが大きいところはなかなか、6カ月じゃ確保できない。まずは関係づくりからみたいところから始まっている場合もあるので、やっぱり時間がかかるということでございます。

ご協力いただいた方に、個人情報はもちろんわからないように書いておりますが、現実には、なかなか支援というのは動いている生き物だということがわかるような事例を書いています。この方は夫と2人暮らしで子供がいない方でしたけども、2年前から健忘が目立って、金銭管理、買い物、家事に支障を来して、夫が支えていました。夫は地域包括支援センターに相談していたんですけども、なかなか本人を医療機関に受診させることができなかったということで、この研究がスタートしたので、この夫がこの介入研究に申し込んでいただきました。

ところが、その夫が1カ月後に亡くなって、ここからひとり暮らし。このパターンは、縦断的にやっていけば幾らでもございます。

本人は混乱状態に陥って、旧知の民生委員と地域包括支援センターの職員が奔走して、30年間会っていなかった姪を発見して、無事、葬儀を行うと。

その後、この姪がキーパーソンとなって、コーディネーターの助言を受けて医療機関を受診し、ADの診断を受け、要介護認定を受けて居宅サービスを利用する方針としますが、これじゃ終わらないということでございます。

本人の収入は年金のみで月10万円、家賃が7万円と、これじゃあ暮らせないということで、こうやってみんながいれば手続きしてくれるので、遺族厚生年金にまず入るように調整して、そして、本人の同意を得て通帳は姪が管理して、2週間に1回生活費を本人に手渡すというんですが、問題は日々の金銭管理が難しいので、財布はすぐになくしてしまう。やがて、本人は姪に対して物盗られ妄想をもつようになるということで、どうしようかということで話をするわけですが、ココからステーションのスタッフが本人との信頼関係の形成に努めて、スタッフに誘われて本人は日中、ココからステーションで過ごすようになって、食事会とか、地域の中で展開されているさまざまな活動に参加するようになって、週3回はデイサービス、週3回はココからステーションで過ごすみたいな生活をするに従って、物盗られ妄想も消えていくと。

ところが、食事会に参加するには、その都度ワンコイン、500円を支払う必要があるんですけども、本人はいつも忘れちゃうんですね。ということで、食事会に誘ってくれた友人が立て替えてくれるんですけども、いつまでたってもお金は返してくれないし、お金を返してといっても「本人は借りていない」というので、今度は友人との関係がうまくいかなくなる。



姪によれば、やっぱり自宅ではお金をなくしてしまうことは頻繁にある。その都度お金を渡しているんだけど、買い物にいくとどうしても買いすぎてしまう傾向があって、結局、姪さんが自分のお金を持ち出しながら暮らしを支えているなんてことが現実には起こって、まだまだ話が続くんですが、ここからこの人の尊厳ある地域生活を継続していくためにはどうすればいいかということが、ココからステーションを拠点にみんなで創意工夫をしていくと。何もない社会資源、何かをつくり出していくというようなことが始まるということでもあります。

ということで、介入研究のまとめですが、多職種協働によるコーディネーションは、社会資源の統合的利用を促進する。

地域拠点のネットワーキング活動は、人々の認知症についての理解を深め、認知症とともに生きる人の人権についての意識を高め、「認知症とともに暮らせる社会」の創出に向けた活動、創意工夫、イノベーションをどうやら促進しているようだということが、今日は具体的なデータを出しませんけども、わかりつつあります。

ということで、今後の展望ということでございますが、このモデルが、認知症とともに生きる高齢者の地域生活の継続に及ぼす効果を評価するには、さらに長期にわたる縦断研究が必要でございまして、実はもうそのプランは既に立って、今、動いておりますが、本研究によって、東京都内の大規模住宅地に、多様な組織・団体と協働して「認知症とともに暮らせる社会」の創出を目的とする長期縦断研究の基盤が形成されましたので、そのことは非常に大きいだろうと。

そして、このコーディネーションとネットワーキングというのが、実は現存する多様な事業、実は多くの事業はこのコーディネーションとネットワーキングに関連する事業なんですけど、現場では例えば市町村事業である地域支援事業というのは、認知症関連事業と介護予防・生活支援総合事業というのは全く別個に動いているというのが現実でございまして、ただ、対象になっている人が同じ人だったりするということで、こういった現実にある事業を、システム・インテグレーションというのを一つやらなくてはいけないんですが、この二つの概念が恐らくシステム・インテグレーションを促進する契機になるのではないかなというような気がしております。

ということで、協力機関、さまざまな機関が一緒に加わっていただいて、イノベーションを始めているということです。

ちなみに、こういうアプローチは、WHOが2015年に出していますが、Human Rights-Based Approachという考え方に非常に近い。

このHRBAというのは、単にニーズが充足されていない事実に注目するだけではなくて、権利が否定されている状況にフォーカスをあてて、権利が実現されない状況・構造を徹底的に分析して、その状況・構造を変化させるという、そういうようなアプローチでありまして、実はこれを世界で最初に入れたのはスコットランドでありますけど、スコットランドは非常に簡単なアウトカム基準をつくりました。これは、ご本人たちと

一緒につくった基準なんですね。この七つの基準をアウトカムの指標にしようと。これに方向づけられた政策をつくらうということでやっております。

現在、我々も、私たちの介入研究にご協力いただいた方たちと一緒に、アウトカムの指標づくりも一緒にさせていただいております。

ということで、こういった成果が今後数年間の間に、さらに新たに出てくるんではないかというようなことを考えているところでございます。

以上でございます。

○内藤議長 栗田委員、ありがとうございます。

事務局から何か補足があれば、お願いします。

○大竹幹事 栗田委員、どうもありがとうございます。

東京都では、この研究の成果を広く都内に普及するために、本年度、30年度の新規事業として、認知症とともに暮らす地域あんしん事業として開始をしております。

具体的には、資料8をご覧ください。

認知症とともに暮らす地域あんしん事業といたしまして、こちらは地域区市町村に対する補助事業として、研究成果を踏まえた形で行っております。

これは、先ほども話が少し出ました医学総合研究所の研究ともあわせる形になるんですが、認知症の初期段階から中・重度までの段階に応じて、地域において適切な支援が受けられる体制の構築を行えるよう、事業を行っております。

下をご覧くださいまして、1番の認知症地域支援推進事業が、今回の健康長寿医療センターの研究成果を受けてのものとなっております。

事業内容としましては、認知症の初期段階の方に対しても支援ができる地域づくりの推進ということで、今、栗田委員の発表にもあったような支援拠点の設置、また、支援の担い手の育成や活動支援、多職種協働の推進、初期段階の認知症の人の支援、こういったことを行う区市町村に対して補助を10分の10、都費で行うといったものになっております。

また、区市町村でそうした取り組みを行っていただくとともに、東京都では健康長寿医療センターと協働させていただいて、取組支援ということでアドバイザーの派遣や地域づくり支援研修の実施、また支援手法の開発等、そういったことを一体として行う事業を行っております。

これらによりまして、資料8の一番下、事業イメージのところになりますが、先ほどの認知症ケアプログラム、中・重度の方も対象になる事業とあわせまして、二つの事業を組み合わせ、軽度の方も早い段階から支援に結びつける取組と、また、中・重度になってもさまざまなケアの場で適切な支援が受けられる体制づくりを行うという、続けて支援を行えるような体制づくりを進める事業として進めているところでございます。

事務局からは以上です。

○内藤議長 ありがとうございます。

ただいま、栗田委員からのご報告がありました。また、今、都から、新規事業の内容についてご説明いただきましたので、その二つ、いずれも「認知症とともに暮らす地域づくり」ということがテーマだと思います。いよいよこの推進会議のテーマも「地域で暮らす」と、そういうところになってきたということですが、これに関しまして皆さんのご意見、それからご質問等ありましたら、ぜひお願いいたします。

○牧野委員 東京都介護支援専門員研究協議会、副理事長の牧野と申します。よろしくお願いたします。

栗田委員にお尋ねをしたいんですけども、素晴らしい研究の成果が感じられるものでした。今までこのような形で言語化して、私たちがどのような形で取り組んでいけばいいかというものを、目に見ることができなかつたと感じております。

このコーディネーションやネットワーキングというのを、ぜひつくり上げられるように努力したいと考えるんですが、介護支援専門員もコーディネーターというふうに表現をしてくださいました。そうしますと、このコーディネーションの5本柱をうまくつなげていくために、介護支援専門員が留意する点というのがありましたら、教えていただきたいと思います。

○栗田委員 恐らくこの5本柱というのは、現実は無意識的になさっているんだろうというふうに想像されます。

ただ、やはりこれを意識化するということが非常に重要で、でなければ、その技術は洗練されませんし、伝わっていかないということがございますので、5本柱というのは実は思いつきで出したんじゃないなくて、皆さんがやっていることとか、それから文献的なものとか、そういうものからつくり出したこの五つでございます。

例えば、地域包括支援センターの業務に関する研究もたくさん出ていますけども、大体この五つのようなことが書かれております。

ですから、きっとエッセンスはあるんだけど、それを目に見えるようにして、突出して大切なものというふうな取り扱いをしていくというのが、これから大事なことになるんじゃないかなというふうに思っております。

○牧野委員 ありがとうございます。

○内藤議長 ありがとうございます。

○平川（淳）委員 東精協の平川です。これ、コストのことをお聞きしますが、民間では、今、なかなか人を集めるのも大変で、これだけのサービスを、それも頻回に会議を行ったり、地域で集めたりしてやっていくというのは、かなり経済的にも大変だし、体力的にも大変だというふうに思うんですが、正直なところ、「こんなことまでできない」とちょっと思ってしまう。我々とする、やっぱり栗田先生たちのチームだからできて、これを一般化して東京中でやろうとなると、ちょっと正直なところ自信がない感じがします。

それから、この7、200人に対して、実際70人ぐらいですか、調査をしたのは。

カフェなんかでもそうですけど、地域住民の10人、20人はカフェに来るけど、ほかのほとんどの人たちは全く無関心というようなところが多いので、すばらしい考えなんですけど、それが地域の中で1%とか、本当にわずかな人のためのシステムで、ほかの人たちはそれにも触れることもないというような感じもするんですけども、その辺、どこまでやるかという、そこをちょっと教えてほしいんです。

○栗田委員 そうですね。この研究のポイントは、さっきちょっと言いましたけど、システム・インテグレーションだと思うんですね。

実は、このコンセプトの事業というのは、市町村でも動いているんですね。これは例えば、認知症初期集中支援チームはあるし、地域包括支援センターはあるし、認知症カフェはあるし、生活支援コーディネーターはあるし、生活支援コーディネーターの拠点なんかも、もう動いているんですね、市町村事業で。実は現存するものがばらばら転がっていて、このエッセンスは、あとはガバナンスだけというか、コンセプトと実際にやれる範囲で動かしていくというだけ。だから、実はこれは地域包括支援センターと初期集中支援チームと、あと場所があれば終わりということでございます。

実際に、ココからステーションで動いている人たちというのは、全部ボランティアベースでございます。研究をしているので、研究員が入っていますが、地域で第一線をリタイアした人たちが手伝ってくれているという。

それから、さっき言ったサポートワーカー研修って、あそこが決定的にコスト的に無理だと思うんですけども、ああいう研修に常連で来てくれる人たちというのが必ずいるので、そういう人たちがそういう拠点で活動してくれるというようなことで、恐らくできるだろうと。

もうちょっと言うと、日本の地域包括支援センターというのは、大変いいコンセプトでつくられたと私は思います。しかしながら、例えばバンクーバーにある統合失調症の人の相談センターはカフェで、居場所なんですね。決して窓口じゃない。そこにいつでも気軽に来て、座って、日々の生活のことの困り事を相談しながら暮らしていくセンター。もし、地域包括支援センターが窓口じゃなくてカフェだったら、これとほぼ同じことができそうだなというような気がいたします。

だから、ちょっとした工夫で、ひょっとしたらこのモデルというのは現実的なコストで一般化できるんじゃないかなというふうに想像している。そのこと自体もこれから研究しなきゃいけない課題だというふうに思っております。

○平川（淳）委員 私は全然そんなふうに思えないですよ。

例えば、認知症初期集中支援チームにしても、市が絡むと、市の担当者は3人しかいないためか、全然回らないんですよ。

それで、市の担当者にまた我々民間のほうも、介護支援員の皆さんもそうだし、認知症地域支援推進員を決めても、何をしたいかわからないと。とてもじゃないですけど、我々のところだと、もう目の前の人たちのことで精いっぱい、とてもまたいろんな会

議ばっかり夜にやって、時間がない、出席できない、そんな状態なんです。

○栗田委員 わかります。多分、平川先生がおっしゃっているのは、日本全体がそんな感じじゃないかなと想像つきます。

板橋区のことを私はそんな深く知っているわけじゃないですけど、よくやっていると思うんですけども、例えば板橋区は、認知症初期集中支援チームにしても、18の地域包括支援センター全てに置いているんですね。認知症サポート医が基本的に、今16ぐらいいかもしれませんが、18置くという方針で、認知症サポート医がそれぞれもうシステムティックに、クオリティはもちろん出だしですからいろいろあるんでしょうけども、というようなことで、システムをちゃんと現実的に稼働できるようにインテグレーションしていくというのが、行政の責務でありまして、そのところが多分これから問われるんだろうなと思われまます。

先生がおっしゃっているのは、よくわかっています。

○内藤議長 多分、研究のテーマの一つなんだろうと思います。大体何人ぐらいの人をどのぐらいの規模で支援していけるかというのは、やっぱり普及させていくのは必要ですよ。ぜひ、研究をお待ちしています。

どうぞ、お願いします。

○旭委員 至誠ホームの旭と申します。

貴重な報告をいただいて、ありがとうございました。

ただ、私は立川市を拠点にして仕事をしているんですけども、いわゆる集合住宅といいますか、割と時間のたっているものの地域では、このようなことは多分起きていて、立川でも1,200人ぐらいの団地が幾つかありますから、反映しているかなという気はするんですけど、一方で、国分寺市とか調布市みたいなところですと、古い一軒家で一人で暮らされている認知症のおばあさんの横に新築の建売があつたりしまして、非常に効率が悪いという語弊がありますが、なかなか高島平のモデル事業のようなことがそのまま、今の平川先生の意見と似てくるんですけど、ちょっとそんなにうまくいくかなという気がするんですけど、この後は東京都のほうがいいのかもしれませんが、こういうスタイルはある種、要支援者が集中しているような特性の地域の研究と、もう一步進めて、割と分散している多摩の奥とか、そういうところの研究みたいな、構想みたいなものはおありかどうか、ちょっとお伺いしたいと思います。

○内藤議長 先に東京都にお聞きしましょうか。何かあれば、お考えを。

○大竹幹事 今回、事業化しました認知症地域支援推進事業については、大規模団地、先ほどのモデル事業の研究成果を踏まえてのものではあるんですが、区市町村の判断で対象となる方などがある程度集中している地域、団地でなくても街中でも対象として行えるようにしているところでした、東京都としてはさまざまな地域で行っていただければというふうには考えております。

○内藤議長 栗田先生、いかがですか。研究面というか。

○栗田委員 二つのことをちょっと。

今、ディメンシア・フレンドリー・コミュニティという言葉が世界で大きなムーブメントとしてありますけど、このディメンシア・フレンドリー・コミュニティーズという複数形で言うということになっているんですけど、それは「みんな違っていい」ということで、それぞれの地域に合わせたり、あるいはそれぞれの文化に合わせてそういうものをつくり出していくということが大事なので、先生がおっしゃったように、このモデルが普遍的なモデルというふうには、考えないほうがいいだろうと思います。

ただ、もう一つのことを言おうと思うんですが、研究者というのは、とはいえ普遍的なものを求めるという性がございます、コーディネーションとネットワークという漠とした言葉を使わせていただいたということで、実際、このコーディネーションとネットワークというのは、この社会的支援を調整するということと、社会的支援のある環境をつくるという、この二つのことしか言っていないんですが、この二つというのがなければ多分つくれないだろうと。

調整だけしたって、つまり初期集中支援チームがどんなに強力なエンジンを持っていても、何もないところには何もないと。逆にいろんなものがたくさんあったからといって、それを調整するエンジンがなければ、必要な人にそれがたどり着けないという。その二つというものを、それぞれの地域に合わせて考えていくということが、多分大事なんだろうな。

今、多摩地区とか過疎のお話がありました。実は私どもは、東京都の全ての島しょ部に行って、こういった研究をやっております。

島しょ部では、この初期集中支援チームのモデルとコーディネーションのモデルというのを、これを絶対的な鍵、何もないところでみんなが集まって文殊の知恵という、これしかないというやり方と、ところが現実には島には何もないよという話になるので、それと同時に島づくりという、どうやって生活支援ネットワークをつくるかみたいなことをそこでやっていく。そのときに、やっぱり拠点みたいなものが大事なポイントになるということで、多分、そこが普遍的なものであって、ありようは、もうそれぞれ考えなくてはだめなんだろうなという気がいたします。

○井上代理 栗田先生、お久しぶりでございます。

大変この研究を通じて、やはり初期の方から支援をすることの重要性を改めて痛感をした次第でございます、また、その上で生活を支えるということについて、とても大事であって、そして、またある意味でフォーマルなサービスにおいては、この生活を支える具体例としてなかなか考えることができないというふうにおっしゃられておりました、実は私もそういうふうな、同じように思っていたところです。

ちょっと私の話をしますと、私は訪問介護の事業所から法人をスタートさせたという経緯がございます、在宅の方を訪問介護のサービスで支えるためにはということで、やっぱり生活を支えたいというような思いであったんですが、やはり制度的に老計10

号というものがあって、訪問介護でできる範疇というものがもう制度的に決められていて、恐らく先生がおっしゃったのは、決められた範疇の中ではできないというようなことでおっしゃられたというふうに思うんですね。

東京都においても、混合介護というようなことで、今、モデル事業等々もされていて、このことにどう取り組んでいかれているのかなということ東京都にもお伺いをしたいことですし、やはりコストをどのようにかけていくのかということとはとても興味深いところでして、地域包括ケアという理念のもとに、ある意味でボランティア精神みたいなところを、地域のボランティア精神みたいなものを養いながら、なるべくコストをかけないでこの研究を進めていこうというふうに考えておられるのか、あるいは、混合介護等々も含めて、ちゃんとサービス事業者とも手を組んで、この生活支援ということを支えるということを考えていかれているのかということをお伺いしたいのと、あと、もう一つですね、実は私、地域密着型サービスの副代表をやっておりまして、その中でも小規模多機能の代表をしております。

実は小規模多機能型居宅介護においては、この書かれている具体例の中のほぼほぼを担っているという現状がございます。ただ、やはりそれぞれの事業所がどこまで取り組むのか、また事業所は無数のニーズがあるわけですが、有限のもので提供していかなくちゃいけないという非常に苦しい中で、どこまで支援していこうかというところに苦しんでいるわけですが、実は小規模多機能というのは、老計10号の適用外ということもあって、このような生活支援の具体例に直接アプローチしているというような実績もございまして、やはり既存のサービス、サービス事業所もどういうふうにもこの中に、仲間というかチームの中に入っていくのかなということは大変興味深いので、ちょっとお聞かせいただけたらというふうに思っております。

○栗田委員 おっしゃるとおりで、実は生活支援というものを提供している介護保険サービスの事業所はありますね。グループホームもそうですし、それから小規模多機能なんかはその典型でありますし、恐らくそういうところでやれる範囲で、経済的、人的にやれる範囲で、必要に迫られて生活支援を提供して、クオリティをちゃんと保っているところが実際にあって、そういうところをちゃんと本当に生かして評価していくということは、私、とても重要だというふうに思っております。

ただ、それも非常に大事なんですけど、我々もこの生活支援をやっていてもわかるんですが、生活支援というのは無尽蔵なんですよね、必要と考えちゃうと。ところがそれは絶対不可能でありまして、我々はやれる範囲でしかやれないという本当に現実があって、経済的なことも含めて。

例えば、先ほどのケースだって、この真夏の暑いときに熱中症で死ぬんじゃないかということを我々はとても心配していたけど、それに対して絶対そうならないようにするなんてことは、誰もできないんですよ。

それから、お金をなくして見つからないというリスクを常に持ちながら生きていると

ということも間違いないということで、それなりの生活リスクを抱えながら生きているという現実を、それなりに受け入れざるを得ないという。でも、可能な範囲で生活支援というものを提供して、健康で文化的な最低限度の生活を営める範囲というものを考えていかざるを得ないなど。しかも、それも一人一人によって違う可能性もあるという現実があるというところなんじゃなかろうかなど。スタンダードってなかなかわからない。

逆に言うと、でも、そういうような哲学も一方で必要なのかもしれないなどというような気もしているんです。だけど、我々はやれることをやっていこうという人たちが、この地域にはそれなりにいますよという方向でしかないかと。

コストの話。すみません、コストの話も考えなきゃいけないんですが、ちょっとおっしゃるとおりで、今後のことということで。

○内藤議長 コストの話は一番普及する上で、先ほども質問がありましたけど、非常に難しい問題ではあるけれども、おっしゃったように、やれることをまず積み上げていかないと始まらないというところなんでしょう、今の段階としてはですね。そこをまず考えていくということなんじゃないかというふうに思います。

ほか、いかがでしょうか。じゃあ、どうぞお願いします。

○山崎委員 杉並区役所の山崎と申します。

今、研究のご報告を伺いましたけども、高島平団地ですと70歳以上の高齢者の方が7,614名ということですが、結果として個別の支援をした方は何名ぐらいでいらっしゃったのでしょうか。

○栗田委員 個別の支援は、研究の枠組みでは70名、介入研究は70名でございます。

○山崎委員 わかりました。ありがとうございます。

杉並区でも、都営住宅の大規模団地がありまして、実はそこでこの補助金の事業をやりたいと手を挙げた団体があったんですけども、でも、何か条件が合わなくて、たしかスタッフが常駐じゃなきゃいけないとか、何か条件が合わなくて、この事業を使えなかったところがあったものですから、ちょっと参考までにお聞きしました。ありがとうございます。

○内藤議長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○高橋（恵）委員 NPO若年認知症交流会小さな旅人たちの会の高橋恵美子と申します。

今、お話を聞いていて、板橋区の大規模団地でということでしたが、コーディネーションの5本柱とかというところを伺っていると、例えばうちのような小さい民間の家族会のようなところ、ある程度そういう役割をしているのかなという感じがすごくしたんですね。

そこに、先ほど先生も、そういうところを動かすのが行政というふうにおっしゃったんですけど、なので、少し行政にもお力添えをいただければもっと力が発揮できるかなというところも思っていて、私どもは若年性認知症の会なので、高齢者の認知症の方と



同じところもちろんありますし、ちょっと特殊にというか、違うところもあるかなと思うのですが、若年性認知症というところで言わせていただくと、専門的な相談窓口がやはり各区市にあってもいいかなというのをすごく思っていて、なかなか制度もうまく使い切れない現状があって、介護保険サービスだったり、障害福祉サービスも移動支援とか非常に使い勝手の、活動的な若い人には使い勝手のいいものもあるのですが、そういうところをうまく説明してくれる窓口がなかなかなかったりするので、そういうところの研修、職員さんの研修を含めて、連携強化をしていただけたらとか、それから、先ほど地域密着型の方のお話がありましたけど、小規模多機能とか地域密着型サービスは非常に若年の人にはやはり使い勝手がいいのかなと思っているので、その辺の地域密着の地域の範囲をちょっと広くしていただけたらとか、若年の受け入れに加算がつくとか、少しそういうところを考えていただいて、行政のご支援をいただければ、私たち民間もコーディネーションを頑張れるかなというふうに思って、ちょっと発言させていただきました。ありがとうございます。

○内藤議長 ありがとうございます。

○室田委員 首都大の室田です。

2点ありまして、1点目はコメントになると思うんですが、地域で私が専門としている地域福祉の分野とかですと、地域で活動されている方のお話を伺うと、最近いろんなコーディネーターがふえてきて、役割、誰が何をやるのかよくわからないという、誰に相談していいのかわからないなんていう声をよく聞きます。

それがまだ福祉分野でとどまるならまだしも、例えば教育分野でも地域のコーディネーターがいたりすると、そうなってくると、先生がおっしゃられていたようなシステム・インテグレーションというのは本当に重要になってくると思うんですが、何か多分それぞれがみんなインテグレーションが必要と思っているけど、誰も音頭を取らないまま進んできている状態があると思うので、例えばこの推進会議から、例えば行政の中のどういう部署が取りまとめ役の旗振り役を担うことで、それがよりスムーズに進むというような、そんなことが打ち出せるとより議論が加速するのではないかなと、そんなように思いました。

もちろん、行政の中の部署というのは自治体によってさまざまなので、ここの部署というふうには言えないのですが、その中でもこういうことを担当している部署が音頭を取ることでまとまるんじゃないかみたいなことをボトムアップで提案できると、よりいいのかなというふうに1点思いました。

2点目は質問なんですが、今回、この高島平で調査をする中で、社会的な生活課題という部分が調査を通して見えてきたと思うんですが、一方で、先ほどお話の中で、高島平ではひとり暮らしの女性が認知症でも生活ができるみたいな部分が、少し実態としてそういうふうになってしまっているというか、ひとり暮らしが可能になっているのが見えてきたと思うんですが、むしろ課題と反対に強みというか、高島平団地が持つ

ている強みだったり、ないしは認知症を抱えている個人の強みみたいなものが、何か生活を可能にしているみたいな部分がもし見えていたとしたら、教えていただきたいなと思いました。

○栗田委員 後半の質問はとても重要だと思います。

MMS E 10点前後でも、一人で生きている認知症の方はたくさんいらっしゃいます。日々の日課が雑司が谷のお墓を歩くという日課で、毎行きたいお墓にたどり着けないと言っていましたけど。あるいは、デイサービスはお金がかかるから、図書館に毎日通っているという認知症の方もおります。力があります。認知症の人の力を改めて再認識させられるというようなこと。

認知症の方、中等度ぐらいまではいっても、ちゃんと子供のことをちゃんと心配しているとか、そういうのは幾らでもあるということで、やっぱり病院で見ている認知症の人、あるいは、ひょっとしたら介護保険サービスの事業所で見ている認知症の人と、地域で必要に迫られて一人で生きている認知症の人というのはちょっと違う様相が見える一面もあるかなという気がします。

ただ、やっぱり、生存権が危ぶまれるぎりぎりということがあって、実は今日はお出さなかったんですが、この70名の方、本当に地域で暮らせているかというちゃんとモニターもしていて、結構大変です。私のところにも入院しておりますし、結果的にだめだという方もかなりいます。入院して、また退院して、入院して、まただめという人、もうぎりぎり生き延びている、サバイブしているこの70人をごさいますて、さっきリスクの話もしましたけど、リスクだらけです。リスクだらけでも、この人の人生なんだということで、例えばPSPという進行性核上性麻痺という病気で、全然診断されないでアルツハイマーとされた人がいるんですけど、ばたばた倒れています。しょっちゅう頭を打って、我々が行くまで診断されないで、平気で転んでいたという人もおりますし、でも、一人で生きているというね。それが立派というのか、我々が情けないのかよくわからないんですけども、確かにそういうことをちゃんと我々は知っていなきゃいけない、力をやっぱり知っていなきゃいけないなという気がいたします。ありがとうございます。

○内藤議長 どうもありがとうございます。

まだ、ご意見はあると思うんですが、そろそろ時間がやってまいりました。

最後に何か、今の話題も含めて、全体で何かぜひ言っておきたいという方がいらっしゃれば、お一人だけ、どうぞ。お願いします。

○日置委員 都民委員の日置と申します。

先生のお話を聞きまして、とてもわかりやすかったと思います。特にさっきの窓口より居場所が大切だということにはすごくぴんと来ました。

窓口というと、役所だとたらい回しが窓口だと思うんですね、都民としましては。実際、役所に行っても、本当に昔のお医者さんの保険証を出すような小さい窓口もあって、用がある人はここへトントンしてくださいというのもありますが、とにかく居場所が大

切というのがよくわかりました。

18ページに、信頼という体験についてというのがありまして、これは先生たちも私たち個人、国民も、これはとても大切でいいことが書いてあるなと思いました。

今回、こういう会議に出席させていただいて何がよくわかるかという、私たちの貴重な税金がどう使われているのかがすごくよくわかるんですね。ぜひ、こういういい研究をしているということを地域に持ち帰り、私も人の手助けができるような人間になりたいと思います。

今日はどうもありがとうございました。

○内藤議長 どうも最後にありがとうございます。

ぜひ、この成果を普及させていただいて、先ほどのコスト面も含めて、ぜひ、いい地域づくりができるといいんじゃないかと思います。

それでは、会議の進行にご協力いただきまして、本当にありがとうございました。ここで事務局のほうにお返しいたします。どうもありがとうございます。

○大竹幹事 委員の皆様、どうもありがとうございました。

最後に、事務局からご連絡をさせていただきます。

次回の認知症対策推進会議につきましては、来年2月から3月ごろの開催を予定しております。具体的な日程につきましては、後日、委員の皆様にご連絡をいたしまして、調整をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

また、机上にチラシを配付させていただいておりますが、来月、9月15日土曜日に、東京都認知症シンポジウムを開催いたします。

今回は、本日までご出席いただいております栗田委員や大野委員にご協力いただきまして、「認知症とともに暮らす」、「介護者への支援について考える」ということをテーマに、講演やパネルディスカッションを実施いたします。申し込みの締め切りが近くなっておりますので、参加をご希望される方はご注意くださいと思います。

それでは、最後に本会議の閉会に当たりまして、高齢社会対策部長の粉川から委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○粉川幹事長 高齢社会対策部長の粉川でございます。着座して、失礼します。

本日は長時間にわたりまして、また、さまざまな貴重なご意見を頂戴いたしまして、ありがとうございました。

改めてではありますけれども、都としては本年3月に策定をしました、平成30年度から32年度の3カ年の第7期東京都高齢者保健福祉計画においても、また、冒頭にもご紹介しましたが、この7月に知事が定めました重点政策方針におきまして、この認知症対策を重点施策の一つに掲げておりまして、区市町村初め関係機関の皆様と連携しまして、認知症の方と家族を支える地域づくりを推進することとしております。

改めまして、今後、東京都の認知症高齢者が2016年の41万人から2025年には約4割増加して56万人に達すると推計をされております。また、栗田委員から詳し

くご説明をいただきましたように、ひとり暮らし、または高齢者のみ世帯で暮らす認知症の方も急速に増加していくものと見込まれております。

こうした中、今回、ご紹介をいただきました認知症とともに暮らす地域づくりで目指しておりますように、認知症の方が安心して生活できるよう、認知症の容態に応じて医療・介護などの必要な支援を身近な地域で受けられる体制を整備していくことが急務と認識をしております。

本会議で頂戴しましたご意見につきましては、いろいろ各委員からお話をお聞きしながら、いろんなことを思い浮かべながらお聞きをしておりましたが、今後の施策に活かしてまいります。引き続き委員の皆様には多くのご意見を賜りますよう、お願いを申し上げます。

簡単ではございますが、閉会のご挨拶とさせていただきます。ありがとうございます。

○大竹幹事 それでは、最後に、本日お配りいたしました資料については、事務局から郵送いたしますので、封筒に入れて机上に残していただければと思います。

また、お車でいらっしゃる方には駐車券をお渡しいたしますので、事務局にお申し出ください。

それでは、本日はこれにて散会といたします。どうもありがとうございました。

(午後 8時35分 散会)