

東京都認知症対策推進会議

第10回認知症医療部会

会議録

平成27年10月6日

東京都福祉保健局

(午後 6時30分 開会)

○坂田幹事 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第10回東京都認知症医療部会を開催いたします。

本日は、委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

私は、東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長、坂田と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。それでは、座らせていただきます。

このたび、2年間の委員任期満了に伴いまして、新たに委員の委嘱をいたしましたので、委員及び幹事のご紹介をさせていただきます。

資料1に委員名簿がございますので、そちらをごらんください。

委員名簿の順にお名前をご紹介させていただきますので、ご所属のほうは資料1でご確認をお願いいたします。

まず、新井平伊委員でございます。

○新井委員 新井です。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 栗田主一委員でございます。

○栗田委員 栗田です。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 繁田雅弘委員でございます。

○繁田委員 繁田でございます。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 桑田美代子委員でございます。

○桑田委員 桑田でございます。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 齋藤正彦委員でございます。

○齋藤正彦委員 齋藤正彦でございます。よろしくお願い致します。

○坂田幹事 高瀬義昌委員でございます。

○高瀬委員 高瀬でございます。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 田邊英一委員でございます。

○田邊委員 田邊です。よろしくお願い致します。

○坂田幹事 新田國夫委員でございます。

○新田委員 よろしく致します。

○坂田幹事 平川博之委員でございます。

○平川委員 平川でございます。

○坂田幹事 西本裕子委員でございます。

○西本委員 西本でございます。よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 山田理恵子委員でございます。

○山田委員 山田です。よろしくお願い致します。

○坂田幹事 山本繁樹委員でございますけれども、所用によりおけると連絡をいただいているところでございます。

- 坂田幹事 牧野史子委員でございます。
- 牧野委員 牧野でございます。
- 坂田幹事 工藤絵里子委員でございます。
- 工藤委員 工藤でございます。よろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 木村博子委員でございます。
- 木村委員 木村でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 齊藤正之委員でございます。
- 齊藤正之委員 齊藤です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 また、本部会には事務局を補佐する幹事といたしまして、東京都関係部署の代表が出席しておりますので、ここでご紹介をさせていただきます。

西村高齢社会対策部長でございます。

- 西村幹事 西村でございます。よろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 平賀障害者医療担当部長でございます。
- 平賀幹事 平賀でございます。よろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 行本障害者施策推進部精神保健・医療課長でございます。
- 行本幹事 行本でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 山口高齢社会対策部計画課長でございます。
- 山口幹事 山口です。よろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 榊高齢社会対策部介護保険課長でございます。
- 榊幹事 榊です。よろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 西村高齢社会対策部施設計画担当課長でございます。
- 西村幹事 西村です。よろしくお願いいたします。
- 坂田幹事 なお、成田幹事、新倉幹事につきましては、所用により欠席となっております。

それでは、開会に当たりまして、福祉保健局黒田理事より委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

- 黒田福祉保健局理事 本年7月16日付で福祉保健局の理事に着任いたしました黒田でございます。

部会の開会に当たりまして、一言ご挨拶をさせていただきます。

委員の皆様には、日ごろより都の福祉保健行政につきまして、多大なるご協力、ご指導を頂戴しており、この場をお借りして深く御礼申し上げます。

認知症対策につきましては、都における重要な課題でございまして、本年3月に策定いたしました東京都長期ビジョン、また第6期東京都高齢者保健福祉計画におきましても、多くの施策を盛り込んでおります。

本部会におきましては、昨年度、認知症疾患医療センターの整備のあり方についてご検討をいただきまして、その結果を踏まえて、本年2月から4月にかけて、地域連

携型認知症疾患医療センターの公募を行いまして、先日9月1日付で29の医療機関を指定させていただきました。

今後、認知症の方が引き続き増加していくことが見込まれている中で、認知症対策を一層加速し、大都市東京の実情に即したさまざまな施策を着実に進めていくことが求められております。

このため、委員の皆様には引き続き中長期的な視点から、多くのご助言等を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

○坂田幹事 本日は、委員改選後初めての会議でございますので、部会長及び副部会長を選任させていただきます。

要項第4の8(1)により、部会長は委員の互選により定めるとされておりますけれども、いかがでございますでしょうか。

○平川委員 前回の委員におきましても、部会長としてこの部会の運営にご尽力をいただきました繁田先生に、引き続き部会長をお願いしたいと思います。

(拍手)

○坂田幹事 ありがとうございます。

それでは、部会長は繁田委員をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは、繁田委員は部会長席にお移りいただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(繁田委員、部長席に移動)

○坂田幹事 それでは、よろしければ部会長からご挨拶をお願いできますでしょうか。

○繁田部会長 首都大学東京の繁田でございます。

引き続きご指名をいただきまして、大変恐縮でございます。

力不足でございますし、課題が非常に多くございまして、認知症の支援は本当に多種多様なニーズがあって、それにどう応えるかは本当に難題でありますけれども、これだけのメンバーがそろった委員会で皆様のお力を得られれば、何らかの有意義なことができるだろうという期待をして、役目を果たさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 ありがとうございます。

次に、副部会長を選任いたします。

要項第4の8(3)においては、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指名していただきたいと思っております。

繁田部会長、よろしくお願いいたします。

○繁田部会長 新井委員をお願いしたいと存じます。

これまでずっと東京都の認知症の施策にかかわってこられたほか、平成24年からは認知症疾患医療センターのセンター長として、区中央部の認知症医療の充実に貢献を

いただきました。

現在は、日本老年精神医学会という認知症の医学に関しては最も責任のある学会の理事長をお務めいただいておりますし、まさに適任ということで、ぜひ新井委員にお願いしたいと思います。

○坂田幹事 新井委員、よろしいでしょうか。よろしくお願いいたします。

(拍手)

○坂田幹事 それでは、新井委員には副部会長の席にお移りいただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(新井委員、副部長席に移動)

○坂田幹事 それでは、副部長からご挨拶をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○新井副部長 繁田部会長に何かあったときはということで、何も無いと思いますけれども、引き続き繁田先生と仲よく、皆さんとともに、東京都ならではの認知症施策の発展に、少しでも貢献できたらと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

○坂田幹事 ありがとうございます。

なお、新井副部長は本日20時から別のご用事があると聞いております。この後、退室をされます。今日は無理をお願いして出席をしていただきまして、ありがとうございます。

それでは、繁田部会長、今後の議事について、よろしくお願いいたします。

○繁田部会長 それでは、進めてまいりたいと思います。

まず、本日の報告事項について、事務局から報告をお願いいたします。

○坂田幹事 報告事項の次第に従いまして、ご報告をさせていただきたいと思います。

まず、報告事項の1、「地域拠点型認知症疾患医療センターにおける研修の実施状況について」ということで、参考資料1「平成27年度の認知症医療従事者等向け研修について」というペーパーをごらんいただきたいと思います。

参考資料1の左側でございますけれども、これまでの取組でございますように、平成24年度から都内12カ所の認知症疾患医療センターにおきまして、地域の医療・介護従事者向けの多様な研修会を開催してまいりました。

一つが、看護師認知症対応力向上研修の実施。そして、認知症多職種協働研修の実施。そして、今年度からかかりつけ医・認知症サポート医研修のあり方の検討ということで、研修を実施する予定でございます。

右側に参りまして、平成27年度の認知症医療従事者等向け研修ということで、一覧になってございます。

1から3が各地域拠点型認知症疾患医療センターで実施していただくものでございます。

5から8につきましては、東京都健康長寿医療センターへ委託をして、研修を実施し

ていただくものがございます。

これらの研修の実施状況につきましては、次の資料以降でまたご説明を差し上げたいと思います。

下に参りまして、認知症支援推進センターの設置ということで、黒丸の三つ目でございますけれども、平成27年度より東京都健康長寿医療センターに「認知症支援推進センター」を設置いたしまして、認知症施策に携わる人材の育成のための取組ということで、人材育成の強化をしてまいるところでございます。

取組につきましては、先ほど申し上げた研修の実施のほか、評価検証会議の開催も行っていくところでございます。

続きまして、参考資料2-1をごらんいただきたいと思っております。

「地域拠点型認知症疾患医療センターにおける研修実施状況」でございます。

一つが、東京都看護師等認知症対応力向上研修でございます。

目的といたしましては、急性期医療に関わる一般病棟の看護師等に対して、入院から退院後の在宅生活まで視野にいたした認知症ケアについての知識等を学ぶために研修を実施するというもので、退院後にもとの生活に戻ることもできるよう促進していくといったものでございます。

年に2回以上実施ということで、看護師以外の職種についても受講が可能となっております。

評価検証につきましては、桑田座長を中心に検証を実施しているところでございます。

修了者の人数でございますけれども、平成26年度末で1,621人。そして、平成27年度の見込みとして1,010人ということで、合わせて2,600人以上の修了者を見込んでいるところでございます。

内容につきましては、平成26年度実施状況というところで、「十分理解できた」「理解できた」が90%以上となっております。

右側に参りまして、東京都認知症多職種協働研修でございますが、認知症ケアに関わる多様な職種や支援者の視点を相互に理解し、認知症の人が必要とする支援を役割分担的かつ統合的に提供できるようにすることを学ぶための研修を実施するというもので、適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けられる体制の構築をしていくといったものでございます。

年に1回以上実施ということで、対象者は、認知症の人の支援に携わる者でございます。

評価検証は、栗田座長を中心といたしまして、検証を実施しているところでございます。

平成26年度実施状況というところで、修了者は631人。職種の内訳を見ていただければわかりますように、病院のさまざまな職種の方に研修を受講していただいているところがございます。

この二つの研修の実施一覧については、下のほうに記載をさせていただいているところでございますので、後ほどごらんいただければと思います。

続きまして、参考資料 2-2、3 の東京都かかりつけ医認知症研修についてご説明したいと思います。

認知症診療の知識・技術、認知症の人とその家族を支える知識と方法について、かかりつけ医に対してその研修を実施することによりまして、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図るといったものでございます。

こちら年 2 回以上の研修ということで、研修の対象者は都内で勤務する、開業を含む医師でございます。

そして、こちらにつきましては、4 月と 7 月のワーキンググループにおきまして、この研修の名称、それからカリキュラムを決定したところでございます。

そして、日本医師会生涯教育制度の単位・カリキュラムコードを取得できる研修として実施をするものでございます。

修了者には、東京都の知事名で修了証を発行するものでございます。また、掲載の同意が得られた医師については、その名簿を、とうきょう認知症ナビに公開するところでございます。

こちらの研修につきましては、東京都医師会の協力をいただくことが必須ということでございますので、右側でございますように、東京都医師会から各地区医師会にこの東京都かかりつけ医認知症研修についての協力依頼ということで通知をいただいているところでございます。

今年度の東京都かかりつけ医認知症研修の実施一覧につきましては、下に書かれていますとおりでございます。

今後、北多摩南部につきましては 10 月 6 日、まさしく本日、実施が始まるところでございます。

続きまして、参考資料 3 をごらんいただきたいと思います。

認知症支援推進センターの活動状況について、ご説明を差し上げたいと思います。報告事項（2）になります。

まず、研修会の開催でございますけれども、認知症サポート医フォローアップ研修につきましては、下にある会議の開催というところで、1 番のかかりつけ医・認知症サポート医フォローアップ研修ワーキンググループの開催ということで、1 回目が 4 月、2 回目が 7 月、そして第 3 回目が 10 月ということで、ワーキンググループを経た後、来年 1 月以降に研修を実施していく予定になってございます。

2 番目の、認知症疾患医療センター相談員研修というところでございますが、こちらにつきましては、9 月 9 日に実施をいたしました。内容につきましては、その下の 2 番目のところに、相談員研修の実施状況を記載をさせていただいているところでございます。

講義とグループワークを実施いたしまして、87名の方にご参加をいただき、拠点型、連携型、全ての認知症疾患医療センターに参加をいただいているところでございます。

評価につきましても、「大変参考になった」「参考になった」というところを合わせますと、多くの方が参考になったということで評価をいただいているところでございます。

第2回目につきましては、2月にまた実施をするところでございます。

続きまして、3番目、認知症支援コーディネーター等研修というところでございますが、こちらも7月17日に第1回目を開催したところでございます。

この開催の実施状況につきましては、一番左側の下にございます。7月17日に開催をいたしまして、こちらも講義とグループワークを実施し、受講者は224人というところで、多くの方に参加をいただいたところでございます。

評価につきましても、「大変参考になった」「参考になった」といった評価をいただいているところでございます。

こちらの研修につきましては、11月に第2回目を開催する予定でございます。

そして、4番目の島しょ地域の認知症対応力向上研修というところで、6月に利島へ研修に行っていたところでございます。この中身につきましては、3番目の島しょ地域の訪問研修というところに記載をさせていただいているところでございます。

また、来年1月以降に、神津島やそのほかの島しょ地域について訪問研修の実施をしていく予定になってございます。

このほか、評価検証及び、ワーキンググループでのカリキュラムの検討等につきましては、その会議の開催というところに記載をさせていただいているところでございます。

続きまして、参考資料4-1をごらんいただきたいと思います。

報告事項(3)、認知症アウトリーチチーム、認知症支援コーディネーターの活動状況について、ご説明を差し上げたいと思います。

まず、参考資料4-1「認知症早期発見・早期診断推進事業の実績」ということで、平成25年度から26年度までの事業名は、こうした事業名になってございます。

認知症支援コーディネーターとアウトリーチチームが協働して、認知症の疑いのある方を把握、訪問して、状況に応じて適切な医療向上サービスにつなげる等の取り組みを進めて、早期発見、そして診断、対応を推進していくといった事業でございます。

実績でございますが、左側の真ん中にごございますように、平成25年8月から27年3月までの実績というところで、27区市12医療機関で実施。そして、コーディネーターが相談応需した実人数が4,044人。このうち、アウトリーチチームに依頼したものが252人。訪問を実施したものが207人。このうち、支援が終了したものが125人となっております。

右側にいきまして、アウトリーチチームへの支援の依頼でございますが、相談の経路

はご家族が一番多くなってございます。

また、困っていること・相談したいことという内容におきましてはBPSD、それから未診断、受診拒否といったものが増えてございます。

アウトリーチチームに依頼した対象者の基本属性でございますけれども、3番目の世帯類型別をごらんいただければおわかりになりますように、「単独」が48%ということで5割。「夫婦のみ」が24%。

また、5番目の要介護度別というところで、「未申請」が47%でございました。

また、かかりつけ医の有無別というところで、「あり」が64%でございます。

続きまして、参考資料4-2でございます。

アウトリーチチームの訪問の実施というところでございます。

まず、初回訪問時のチームの職種別人数というのが、こちらに記載になっているところでございます。

初回の平均訪問時間は177分。これは、移動だとかカンファレンス、それから面接の時間も含んでいるものでございます。

そして、4番目の今後必要とされる支援というところでございますが、やはり受療支援、それから介護保険サービス利用支援といったものが増えてございます。

終結をした125の事例でございますけれども、終結例の支援期間は、平均すると130日。

そして、つながったサービスは、居宅サービスが多くなってございます。

そして、終結した後、支援後の生活の場所でございますが、在宅が70%となっております。

そして、事業評価のまとめというところでございますが、認知症アウトリーチチームの効果といたしまして、医師の説明に納得してサービス利用につながった。専門医と主治医につながりができて、家族、支援者の安心感が増した。地域スタッフの認知症の理解が深まった。家族の介護者のサポートが得られたなどの効果が言われているところでございます。

課題といたしましては、多くの人が訪問するといったことでございますので、大人数が訪問に来たということで、不快につながって拒否につながった可能性がある。

それから、本人と家族で支援を提供する組織が異なる場合があることから、関係機関の連携が課題となるケースが多いといったことが課題として挙げられているところでございます。こちらについて、今後検討していく必要があるというところを記載させていただいております。

続きまして、参考資料5「平成27年度認知症支援コーディネーターの配置について」をごらんいただきたいと思います。

平成27年度から認知症早期発見・早期診断推進事業というのを再構築させていただきまして、アウトリーチチームにつきましては、地域拠点型の認知症疾患医療センター

に配置をするという形で、そちらに事業として溶け込ませたところがございますけれども、コーディネーターの事業につきましては、認知症支援コーディネーターというところで、引き続き事業を実施させていただいているところでございます。

補助率及び対象につきましては、多少変更させていただいているところでございますが、事業内容については、引き続き実施をさせていただいているところでございます。

右側の、平成27年度の配置状況と活動状況をごらんいただきたいと思います。

コーディネーターの配置につきましては、本庁舎、それから地域包括支援センター配置というところで、半々といったところの人数になってございます。

区市としては本庁に配置しているところが多くなってございます。

相談件数及び訪問支援件数については、ごらんいただければと思いますが、相談者の内訳といたしましては、地域包括支援センター、それから家族・親族といったものが多くなってございます。

相談の内容といたしましては、未診断・受療拒否・身体問題というのが68.5%、BPSDについては62.9%でございます。それから、家族の介護負担を含むということで、心理的なサポート・ケアに関する相談といったものが51.5%でございます。

また、相談内容の連携（つなぎ）先といたしまして、地域包括支援センターが66%。認知症支援コーディネーターで解決をしたといったものが約5割を占めているところでございます。

続きまして、参考資料6をごらんいただきたいと思います。

報告事項（4）「都内の認知症施策の実施状況について」のご説明をしたいと思います。

参考資料6でございますが、左側のところに都内の認知症施策の実施状況についてということで記載をさせていただいているところでございます。

次の議事になってございますけれども、認知症疾患医療センターの指定につきましては、平成26年度までは12カ所。そして、29カ所、9月1日に新たに指定をさせていただきましたので、10月1日現在は41カ所となっております。

2番目の認知症地域支援推進員の配置でございます。

認知症地域支援推進員の内容につきましては、右側のほうの下に記載をさせていただいております。医療・介護の支援ネットワークの構築や、認知症対応力向上のための支援等を行う、企画的なものを行うのがこの推進となっておりますが、平成27年10月1日現在は33区市に配置をしているところでございます。

そして、3番目の認知症支援コーディネーター、先ほどご説明したものにつきまして、29区市が実施をしているところでございます。

そして、4番目、認知症初期集中支援チームの配置でございますが、こちらの内容につきましては、参考までに右上のところに認知症初期集中支援チームについての厚労省の資料をつけさせていただいているところでございます。

こちらにつきましては、10月1日現在、10区市で配置をされているところでございます。

認知症地域支援推進員と、初期集中支援チームの配置につきましては、次の資料でまた説明をさせていただきたいと思っております。

そして、5番目、アウトリーチチームの活用というところで、10月1日現在、35区市町で協定を結び、利用ができる状況になっているところでございます。

また、6番目から10番目ということで、高齢社会対策部において区市町村の包括補助事業をさまざま実施してございますが、それらについて記載のように、区市のほうで補助を利用いただいているところでございます。

また、一番下でございますように、認知症ケアパスの作成状況でございますが、平成26年度中に作成済というのが7区市町村。そして、27年度に作成予定というのが26自治体となっているところでございます。

続きまして、参考資料7をごらんいただきたいと思います。

都内の認知症総合支援事業の実施状況ということで、地域支援推進員の配置状況、それから初期集中支援チームの配置状況についてご説明を差し上げたいと思っております。

平成27年度の状況という左側のところをごらんいただければと思いますが、初期集中支援チームについては10区市でございます。

配置状況につきましては、下半分のところに表をつけさせていただいているところでございます。

支援チームの配置状況というところをざっとごらんいただければわかるかと思っておりますけれども、地域包括支援センターに配置をしているものが、この10区市の中では多くなっているところでございます。

それから、委託する機関については、ここに記載をさせていただいているところでございます。

また、地域支援推進員の配置状況でございますが、こちらにつきましては予定を含んでおりますが、33区市で配置をしていくといったものでございます。

支援推進員の総数といたしましては、161名でございます。

こちらの配置状況につきましては、右側のところをごらんいただきたいと思います。

推進員の配置場所は、委託している包括、それから本庁といった順になっておりますが、委託包括については80%近くということで多くなっております。

常勤／非常勤別というところは、常勤が91%となっております。

また、専従／兼務かといったところは、兼務というところが多くなっております。

配置の職種でございますけれども、これは看護師、保健師だけではなく、社会福祉士、それからケアマネ、それから介護福祉士といったさまざまな職種になっているところでございます。

そして、左側のところの二つ目の四角をごらんいただければと思いますが、研

修の受講状況でございますけれども、初期集中支援チームについては、受講決定人数が53名といったところでございます。

また、地域支援推進員につきましては150名ということで、研修の受講というところで、今、研修については進めさせていただいているところでございます。

次の参考資料8については、参考までにつけさせていただいているものでございますので、説明については割愛をさせていただきたいと思っております。

報告は以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

皆様からご意見をいただきたいと思っておりますけれども、その前に、ただいまご説明をいただいた事業にそれぞれ深くかかわっていただいている委員が本会にもご出席をいただいておりますので、その委員の方からまず補足やコメントをいただけたらと思っております。

参考資料2-1までお戻りいただけますでしょうか。

こちらは、東京都看護師等認知症対応力向上研修について、ご説明がありました資料でございます。

評価検証をしていただいております桑田委員から補足等がございましたら、コメントをいただけたらと思っております。よろしく申し上げます。

○桑田委員 桑田です。

年度末にワーキングの集まりがありまして、実際に平成26年度について各疾患医療センターの看護職から報告を受けております。

それぞれ地域の状況に応じて開催方法を工夫しています。その席上で、精神保健福祉士等の多職種が研修を受講したいという希望があったという報告を受けましたので、研修対象の職種の枠を広げております。

地域に応じ、高齢者ケア施設、老健、特養、訪問看護のナースたちも受講を希望しているということで、枠があればオーケーというような形にしております。

実際には、精力的に皆さんに行っていただいております。また、今年度末に実施の評価についてのワーキングを開催する予定にしております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

続きまして、先にコメントを委員からいただきたいと思っております。

参考資料2-2をごらんください。

こちらに、東京都かかりつけ医認知症研修に関してのご説明がございました。東京都医師会の平川委員のほうから、何かもしコメントがございましたら、一言いただけたらと思っております。

かかりつけ医の先生方もそれぞれご専門がある中で、加えて認知症に関しても知識を得ていただいて、研修をしていただくということで、先生方もお忙しいですが、東京都医師会のほうでリーダーシップをとっていただいて、進めていただいているとこ

ろだろうと思います。

○平川委員 ありがとうございます。

東京都医師会では、事業として、このかかりつけ医のための認知症対応向上研修を行っている時期もございました。東京都からの支援も受けながらやってまいったわけですが、初めのうちは意欲があったのですが、サポート医の立ち位置もわからないということもあって、ここのところ滞っておりました。

しかしながら、自分の診療対象者に認知症の方が多くなっているわけですから、別に内科とか、いわゆる身体科の先生方の中でも、眼科や皮膚科等の先生も含めて、この件については熱心に今、耳を傾けてくれている状況になっています。

それを受けて、今回、地域の疾患医療センターの力をかりながら、各医師会と疾患センターとが連携しながら、積極的にかかりつけ医の先生方に参画願いたいという形をつくっております。

実は来年度早々、東京都医師会が主催する研修会のテーマとしても認知症を選んでおりまして、栗田先生にも講演をお願いしています。そういう場を複数用意しながら、かかりつけ医の向上を図っております。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

続きまして、ご説明をいただいたのは、参考資料3、4、5に関しまして、認知症支援推進センターの活動状況、それからアウトリーチ、それからコーディネーターです。こちらのほうは、認知症支援推進センターのセンター長をお務めいただいている栗田委員から補足あるいはコメントをいただけたらと思います。よろしくお願いたします。

○栗田委員 では、私から参考資料3について、少し補足ということで、簡単なコメントをさせていただきたいと思います。

先ほど平川委員からもご紹介いただきましたように、かかりつけ医の対応力向上研修と認知症サポート医のフォローアップ研修を、医師会の先生方と一緒にカリキュラムを考えてやっていこうということで、繁田部会長に座長をお願いいたしまして、ワーキンググループをつくりまして、これまで2回、さらにあと2回ありますが、実際にいろいろカリキュラムをつくらせてやらせていただいております。

このフォローアップ研修のほうですが、こちらのほうは、今、国がやっております認知症サポート医研修に加えて、さらに東京都では独自の目標を持ってフォローアップ研修をやっていこうということで、国のこの認知症サポート医の目標は、一つはかかりつけ医対応力向上研修の企画・立案ということと、もう一つは地域連携の推進役ということで、地域包括支援センターや医師会との連携をサポートしていきましようということが主な役割になっていますが、それだけではなく東京都では、きちんと認知症の診断や実際の医療のことも詳しく勉強しようということで、年4回、12単元の研修コースというのを企画させていただいております。

ただ、今年度は始まりということで、最初の2回だけです。1月と3月にやらせていただく予定であります。具体的なプランも原案をつくってありますが、これは次回の10月26日のワーキンググループで一度かけまして、そこで承認をいただいて、来年1月からスタートということでやっていこうと考えております。

それから、認知症支援コーディネーターの研修につきましては、先ほどのとおりでございます。

一言だけどんな感じかということコメントいたしますと、先ほど認知症支援コーディネーターの実績で出てきましたように、この認知症支援コーディネーターに相談がいているケースはかなり厳しいケースで、特にアウトリーチ事業につながっているケースは、これまでの実績を見ますと、認知症支援コーディネーターに相談に行っている4,044ケースのうち252ケースということで6.7%ですけれども、ほぼ全てがサービスのアクセスが難しい事例ということで、こういった事例に認知症支援コーディネーターがかかわっているということは非常に重大な役割があるということで、特に認知症のご本人とご家族ときちんと信頼関係をつくって、情報を提供してサービスにつなげていくという、その知識や技術を身につけていただくということで研修をさせていただきました。

それから、島しょ地域の認知症対応力向上研修ということで、東京都には島しょ部に9町村がございまして、ここの計画にございますように、今年は利島と神津島で、実は今日大体2月の御蔵島と青ヶ島の予定が決定いたしまして、これで去年、ことしで全部、9町村の島をめぐるということになります。

一応、私も全部の島を回っておりますが、一つ一つの島はみんな違うんですが、印象として一つ共通なことは、研修を受ける機会が本当に島のスタッフはないということで、我々が研修に行きますと、本当に皆さん貴重な機会ということで大事にさせていただいて、熱心に聞いていただけます。

診療所も、大体1カ所ぐらいしかほとんどのところはなく、そこに自治医大の先生とかが来て診療してくれているわけですが、若い先生がほとんどですが、一生懸命認知症の勉強をしていただけているということで、研修そのものも大変有意義なものになっているのではないかなと思います。

それから、あともう一つ大事なことは、各島を回ってフォーカスグループというものをやっているんですが、これは島で認知症支援に関連しているスタッフとかご家族の方に集まってもらって、今どういったことが課題になっているか、これからやれることはどんなことかなど、そういったディスカッションをしていただいているんですが、こういう機会が初めてできてよかったという感想が多くて、こういうフォーカスグループディスカッションのようなものを今後も継続的に島の中でやっていきたいと、そういうようなお話をいただいております。そのような形で進めているということです。

相談員研修は認知症疾患医療センターの相談員、多くはPSWであります、その方

たちに集まっていたいて、今回は連携型もできましたので、全ての認知症疾患医療センターの相談員に集まってきていただいて、今回は大阪の堺市の柏木先生、堺市に浅香山病院という認知症疾患医療センターがあるんですが、その相談員をされていて、かつ、日本精神保健福祉士協会の会長をされているというPSWの方に来ていただいて、非常に現実的な話をたくさんしていただいて大変有意義でございました。

要するに、非常に厳しいというお話なのですが、院内連携にしても、地域連携にしても、壁にばかりぶつかっているという話を聞くことができ、それで皆さん大変、むしろ実感が沸いたのではないかという感じでした。

それから、このアウトリーチ事業の実績のことで一つだけ追加でございしますが、先ほど坂田課長からも説明がありましたように、単身の方が半分を占めているということなんですが、実際にアウトリーチチームの支援依頼があったときの相談経路を見ても、もちろん家族からの依頼が、252人中93人で一番多いんですが、実はそれ以外はほとんどが単身の方たちであります。その他というところが、金融機関、警察、水道局、区民事務所と非常に非定型的なところからもたくさん来ているのですが、それ以外にも民生委員にしても、介護予防事業にしても、近隣住民にしても、親族にしても、皆ほとんど単身の方の場合には、ご家族がサービスへのアクセスの支援ができない方々でございまして、それにかわって地域の人たちが地域包括経由で相談に来ているというようなこととございます。

ということで、みずからサービスにアクセスできない、あるいはサービスにつなげてくれる家族がいない方々が東京都にたくさんいらっしゃるって、こういう人たちをどうやって支援につなげていくかと、そういうようなことをこういった事業を通して、さらに具体的に考えていく必要があるだろうということかと思えます。

以上で、私の説明は終わらせていただきます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、すみません、ご意見をいただこうと思ったのですが、この後議論していただく内容が、地域連携型認知症疾患医療センターについてでございまして、今、ご説明をいただいた内容の答えの一部は、これからの説明にも含まれると思いますので、もし皆様からご了承が得られれば、まず、地域連携型認知症疾患医療センターに関して事務局からご説明をいただいて、それを含めて、ご質問をいただきながら、認知症疾患医療センターのあり方や、期待することについて議論したいと思えますけれども、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○繁田部会長 申しわけございません。部会長の判断でそうさせていただきたいと思えます。

それでは、事務局のほうから議事の(1)に関してご説明をお願いいたします。

○坂田幹事 それでは、資料3から資料9のご説明をいたしますので、資料3をごらんい

ただきたいと思います。A 4 の資料になってございます。

こちらは認知症医療部会（第 9 回）の主なご意見となっております。

一つ目が、認知症疾患医療センターの整備についてということで、認知症疾患医療センターの連携型・拠点型についての役割・機能についてということですが、一つ目の丸でございますけれども、地域連携型認知症疾患医療センターの役割として、拠点型の認知症疾患医療センターが開催する連携協議会の参加や、区市町村の認知症施策への協力が加わったことは非常に重要である。

そして、三つ目のところで、連携型認知症疾患医療センターについては、サポート医・かかりつけ医等の医療関係者と、地域包括支援センターや介護事業者等との介護関係者との連携、また両者の連携の支援等の地域連携に係る役割が特に重要であるといったご意見がございました。

そして、二つ目ということで、認知症のアウトリーチ、初期集中支援チームでございますけれども、初期集中支援チームにつきましては、これに対応可能な医療サービスを確保することが難しいことから、立ち上げに苦慮しているものがあると。立ち上げに当たり、都のアウトリーチチームを試行的に利用している区市町村も多いとみられる。

そして、次の裏面にいきまして、一つ目の丸でございますけれども、現在、都のアウトリーチチームは困難事例を中心に対応依頼をされている。比較的対応可能な事例については、各区市町村の認知症支援コーディネーターや地域包括支援センターで対応ができています。

そして、次にその他ということで、都における認知症施策の評価指標についてというところがございますけれども、都における認知症施策の評価指標について、地域包括支援センターが介護の視点で認知症疾患医療センターを評価する指標を取り入れる必要があるのではないか。また、認知症疾患医療センター同士での評価の意見を取り入れてもいいのではないかといったようなご意見がございました。

続きまして、資料 4 「都における総合的な認知症施策の推進」についてごらんいただきたいと思います。

左上にございますように、これから認知症の方々が平成 37 年には 1.6 倍ということで、約 60 万人に達する見込みでございます。こうしたことから、認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、認知症の人が状態に応じて適切な医療・介護・生活支援の支援を受けられる体制の構築を推進しているところでございます。

こうしたところで下でございますように、平成 27 年度ということで、総合的な認知症施策の推進ということで、三つの類型で分けさせていただいているところでございます。

一つが、地域連携の推進と専門医療の提供というところで、認知症疾患医療センターの整備といったものでございます。

今までの拠点型の 12 か所に加えまして、連携型につきましても 41 か所を新たに指

定していくというところで計画をしているところでございます。

右側のところの上にスケジュールが記載されているところでございます。今年の2月から4月に公募をさせていただきまして、応募期間や、区市町村のヒアリングを経て、選考委員会を行い、厚労省との協議も行った上で、9月1日に指定をさせていただいたところでございます。

残りの指定ができていない未指定の12の区市町村につきましては、年度内に再公募を実施していく予定でございます。

続きまして、左側の下にございますように、早期発見・診断・対応の推進ということで、認知症支援コーディネーターの配置を、先ほどご説明したようにしているところでございます。

また、認知症の普及啓発についても、昨年度作りしましたパンフレット等を配布し、区市町村と連携しながら普及啓発の充実を図っているところでございます。

右側でございますように、先ほど人材育成については説明をさせていただきましたけれども、専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成についても、強化をしているところでございます。

また、地域での生活・家族の支援の強化といったところで、包括補助を通じて、区市町村が行うものについても補助を行っているところでございますし、グループホームの整備等も実施をしているところでございます。

おめくりをいただきまして、資料5をごらんいただきたいと思います。

「地域拠点型及び地域連携型認知症疾患医療センターの機能について」でございます。機能については、まず下側のところの地域連携型の機能をごらんいただきたいと思います。

一つが、専門医療機関としての役割ということで、専門医療相談の実施。それから、鑑別診断・初期対応時の取組。そして、身体合併症・行動心理症状への対応。そして、地域連携の推進役としての役割。そして、人材育成機関としての役割といったところでございます。

この連携型に加えまして、拠点型につきましては、右側の機能も付加をして役割を担っているところでございます。

拠点側の機能を加えているところで、一つ目が認知症疾患医療・介護連携協議会を開催するところでございます。そして、身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進。そして地域の医療従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修を実施しているところでございます。そして、アウトリーチチームを配置しているところでございます。

この地域連携のイメージが、右上のところのイメージ図になっているところでございます。

区市町村域内では、連携型が推進役として認知症の方に対する支援についての協力体

制づくりを行い、二次医療圏におきましては、連携型同士、あるいは拠点型と連携型が連携協力により、二次保健医療圏全体の地域での認知症の人と家族を支える支援体制の構築を推進しているところがございます。そして、また拠点型同士で連携をすることによりまして、都全体の体制を推進しているところがございます。

島しょ部につきましては、先ほど栗田先生からご説明がありましたように、認知症支援推進センターで研修等の実施をさせていただいているところがございます。

そして、左側の真ん中辺りにございますように、情報交換会の開催というところで、認知症疾患医療センターの運営に対する情報交換会を実施しているところがございます。

あさってでございますけれども、10月8日に情報交換会を開催させていただくところがございます。ただし、全体で集まるというのはかなり厳しいところでもございますので、今後は拠点型のセンターのみだとか、圏域単位だとか、相談員のみだとか、そういった情報交換会を工夫しながら実施をして、この連携と活動の促進を図っていきたいと考えているところがございます。

続きまして、資料6でございます。

こちらは、地図に落とされた形で指定状況について示させていただいた図になってございます。

続きまして、資料7をごらんいただきたいと思います。

都内の認知症疾患医療センターの一覧という形になってございます。

網掛けをさせていただいているところが拠点型となっております。こちらも後ほどごらんいただければと思います。

続きまして、資料8というところで、都における認知症疾患医療センターの類型とその要件となっております。

国の類型では、基幹型・地域型・診療所型となっておりますけれども、東京都におきましては地域拠点型・地域連携型ということで、東京都独自の類型をつくらせていただいているところがございます。

人員体制等につきましては、東京都のほうで加算をさせていただいて、配置ができるようなところで診療所型についても行っているところがございます。

続きまして、資料9でございます。

「認知症疾患医療センターの平成26年度の活動実績について」でございます。

これは拠点型のほうの認知症疾患医療センター、12のセンターにつきましては、活動状況について一覧にさせていただいたところがございます。

鑑別診断の内訳ではアルツハイマー型が多くなっているだとか、それから関係者別連携ではご家族や親族、一般病院、その他、いろんなところの関係者と連携をしているところがございます。

相談内容につきましては、転院・入所に関わる援助だとか、受診・受療に関わる援助、それから関係機関との連携といったものが多くなっているところがございます。

説明については以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、今までご説明いただいたところで、いずれに関してでも結構でございます。ご質問、ご意見、補足、コメント等いただけたらと思います。

特に、新たに指定がなされました地域連携型認知症疾患医療センターに関しては、いろいろとご要望でありますとか、期待するところありますとか、そういったご意見をいただくと大変有意義な会になるかなと思います。

いかがでございましょうか。山田委員、お願いいたします。

○山田委員 すみません、先に。

今、私は地域でケアマネジャーをやっておりますので、私が担当している地域の中で、3か所地域連携型になった医療センターがあって、もう既にさまざまに連携をさせていただいている中で、今感じていることを2点ほどお伝えしたいと思っています。

まず1点目なんですけれども、もともと地域連携型の疾患医療センターは、地域でもともと認知症の鑑別だとかをやっていた病院が多いんですよ。

その病院が、地域連携型の疾患医療センターになった途端に、かかりつけ医の診療情報提供書がないと診られないという状況になりまして、私たちもそうですし、栗田先生からお話があったアウトリーチなどでも実態が出てきますけれども、未受診の方々を地域で発見して、これは認知症なのではないかということでおつなぎするのに、今までむしろ疾患医療センターでないときは飛び込みでもかかれたのが、むしろ疾患医療センターになってから、かかりつけ医の診療情報提供書が必要なのでということになると、わざわざ今まで未受診だった方をどこかの医療機関につなげて、診療情報提供書を書いてもらわないと診てもらえないという、さらに難しい状況に追い込まれている状況があります。

もちろん趣旨というところは、やはりかかりつけ医との連携ということが重要なので、その趣旨は十分にわかってはいるのですけれども、ただ未受診で、全くかかっていなくて、風邪ぐらいでかかったお医者様がいても、そのお医者様に言っても「診療情報提供書は書けないよ」と言われてしまうと、本当に地域の中でどうしていいかわからないという状況がありまして、困ったなと思っている状況が1点あります。

あともう一つ。これは仕方がないのかなと思うんですけれども、病院の相談員さんが、当然今まで地域のケアマネジャーや地域包括と連携をしている相談員さんであられたとしても、今回疾患医療センターになったところで、役割が少し変わってきているのかなということを思います。

例えば、この図にも書いてあるように、区市町村と連携して、いわゆる本当に地域のかかりつけ医とのネットワークづくりであったり、地域包括支援センターとの連携を強化していかなければいけないということになったときに、これは当然なのですけれども、医療ソーシャルワーカーさんの中でも、そういったネットワークづくりということに、

まだまだ地域に根差していても参画していない相談員さんはやはりたくさんいらっしゃるということがあって、お見受けしているとどこから手をつけたらいいのだろうということをおっしゃっている相談員さんも多くいらっしゃるんですね。

逆に、地域の中には包括支援センターや、区の中にもそういった専門でやっていらっしゃる方がいて、そこと何かうまくつながりが十分にまだ持てていない。まだ立ち上がって1カ月なので、いたし方ないだろうとは思うのですけれども、そういう意味で、先ほど栗田先生がおっしゃったような相談員研修の中であつたり、もっと身近な地域拠点型でやっているような疾患医療センターの連絡会の中で、何か具体的な事例であつたりだとか、何か相談員さんが初動、一歩を踏み出せるような工夫がないと、何か孤独に闘っている。院内でも協力が得られないし、院外でもどうやってどこから手をつけて連携していったらいいのだろうということをお悩まれている方が多いのかなということを感じていて、その2点について、早急に手を打ったほうがいいのではないかなと思っているところです。

以上です。

○繁田部会長 ご意見ありがとうございました。

それでは、課題の揭示といいますか、ご指摘をいただきましたので、それに関してご意見をいただけたらと思います。

まずは、診療情報提供書がないと診られないという、かえって不便になってしまったということがございますけれども、その点に関して、いかがでございますか。

高瀬委員、お願いします。

○高瀬委員 大田区では三つの医師会で、ポンチ絵でB P S Dを表現していて、そこにチェックをしておけば、すぐにお手軽簡単に紹介状が書けるというものがありまして、ケアマネジャーバージョンというのもあって、それを認知症のかかりつけ医のところを持って行って、これを認知症疾患医療センターに持って行っていただくということになります。そこに先生が患者さんの名前を書いてくれば、ほぼそのまま紹介状になります。1回見ていただいて、お役に立つようであれば使っていただいていた方がいいのではないかなと思います。これが大田区認知症連携パスで、蒲田医師会、大森医師会、田園調布医師会のホームページからダウンロードできると思います。

ケアマネジャーバージョンといって、要するに介護している方でも書いて、かかりつけ医が後で判子を押してくれば紹介状が出来上がるというようなものがあります。ケアマネジャーがかかりつけ医に対して、下書きするので紹介状を書いていただけませんか、という形になると思います。役に立つかもしれません。

○繁田部会長 それは先生、3医師会が協力をしてというか、医師会が主導して、こういうのがあったらいいのではないかとということでおつくり。

○高瀬委員 かかりつけ医と2次、3次という形です。大田区では3次が荏原病院と東邦医大と東京労災病院。あとは、MRI、CTどちらかがあるところが2次で、1次がい

わゆるかかりつけ医の研修を受けた先生方です。数がいらっしゃるので、それをケアマネジャーさんがポンチ絵でチェックし、かかりつけ医のどなたかに飛び込めば、認知症疾患医療センター宛に紹介状が何とか書いていただけるというふうになっているわけです。

○繁田部会長 先ほどおっしゃっていただいた三つのセンターということは、3医師の医師会が絡んでくるということですね。

○山田委員 そうです。なので、医師会に高瀬先生のような方を中心にした先生がいらっしゃるとありがたいです。

○繁田部会長 そのほかにもご意見をいただけたらと思います。

山本委員、お願いします。

○山本委員 今の山田委員の質問に関連して、私の基礎的な理解が不足しているかもしれませんが、地域連携型の認知症疾患医療センターが、かかりつけ医との連携の仕方をどうしていくのか、これは議論を深めたいと思いますが、受診が困難な方や未受診の方の最初の受診を受けて鑑定して、主治医の意見書、介護保険申請の意見書等を書けないものなのかどうか。基本的なことでは恐縮なのですが確認したいと思います。書いてもいいのではないかと基本的には考えるのですが。その後、初期対応をしてかかりつけ医につなげていくとか、いろんな役割があると思いますが。

これは、逆に、既に実践されている新田委員等の実践も聞きたいなと思いますし、その辺りの基本的な理解を共通確認しておきたいと思います。

○繁田部会長 新田委員よろしいですか。

○新田委員 言われたことが僕にはよく理解できなくて、情報提供書なるものはそもそも必要なのかどうかという、そこがよくわからない。そのまま自由に来ますしね。相談員から来ますし。

○繁田部会長 先生のところはそうなのですね。

○新田委員 私のところはそこは自由でございまして、制限行為は何もないので、ちょっとよくわからないのですけど。

○繁田部会長 平川委員、お願いします。

○平川委員 曖昧なことは言えないのですが、もし推測するのであれば、診療報酬上の紹介時加算でしょうか。疾患センターの場合には、かかりつけ医の先生方からご紹介いただいて、それに対して、通常より内容の濃い返書も書くことで加算がつきます。主治医の先生も毎月、その後の認知症の状況について疾患センターに情報提供して、それに対しても診療報酬加算がつくという仕組みがあります。ですから、それに準じてやろうとして、その解釈を勘違いしているところもあるかもしれません。つまり、診療報酬上の加算をとるための仕組みとして、主治医の情報提供書をもって疾患センターを受診され、疾患センターが主治医へお返事する。こういう両者のやりとりでの診療報酬が何カ月間続くようになっていますから、そう考えると今の話は理解できるのですけれども、それ

以外であれば少し考えにくい。

○栗田委員 まず、診療情報提供書がなければ診ないというのは、本当に意識の問題というか、考え方の問題が間違っているという一言なのですが。

あと、診療報酬のことは、平川先生がおっしゃるとおりでございます。一つは紹介加算。

もう一つは、認知症専門診断管理料というのが地域型の認知症疾患医療センターはつくんですね。これが結構大きくて、かかりつけ医から紹介されてきて、それに対して一定の書式で返事を書いたら、750点という得点をもたらえるんですね。これが結構大きくて、これをもたらえるということになったから、その方針で行こうと決めてしまっている可能性がありますけれども、それはとんでもないことであります。

そういうことはやっぱりセンター長が、相談員とか事務方にちゃんと言わなきゃいけないことなので、例えば情報交換会なんかでそういうことを言っていただくといいのかもしれない。

それからもう一つはPSW、相談員のことですが、これはまさにおっしゃったとおりでございます。先ほど、相談員研修のときも浅香山病院の先生がPSWのことを言っていましたけれども、地域連携は院内でも孤立していると。院内連携でも孤立していて、なかなか言うことを聞いてくれないということです。

まず、今回のPSWの相談員の研修を一応やるんですけれども、ワーキングを、相談員たちが一回集まろうということをお計画しております。その辺の状況を皆さんで一回情報共有して、どういうふうにして改善していくかということをお相談員の立場で話し合おうというようなことを、これからやるかと思っておりますので、今言ったような話がどこかの相談員に流れれば、そういうことがテーマになってくるのではないかなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

僕、不勉強で教えていただきたいのですが、先生、地域型の場合と今おっしゃったではないですか。国で行くと、基幹型、地域型、診療所型があるんですね。

○栗田委員 そうです。基幹型と地域型がつくんですね。ところが診療所型は診療報酬がないんです。診療所型は紹介加算はありますか。ないですね。診療所の場合は何もないんです。何もないので、情報提供書があろうがなかろうが関係ないんです、今のところそうです。

○繁田部会長 もう一つ教えていただきたいんですけど、東京都のほうの分類が地域拠点型と地域連携型ですね。地域連携型の中に、国で言う地域型と診療所型が両方入っているわけですね。それは東京都では一つのくくりですけども、国の基準で見ると違うので、やっぱり診療所型に相当する診療所はつかなくて、地域型のほうは、病院にはつくということになりますでしょうか。

○坂田幹事 診療報酬の話なので、そのとおりでございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

診療情報提供書の件はよろしいですね。

○山田委員 今回の先生方のお話を聞いて安心したんですけれども、むしろその情報がセンターのほうに伝わっていないということと、私たちが知らないということもいけないのかもしれないのですが、そこがそれだけ差がある状況なんだなということを、今のお話を聞いてわかったので、その辺の研修といいますか、情報提供を続けていただく必要があるのかなと、逆に実感しましたので、ぜひともよろしく願いいたします。

○繁田部会長 そういった情報を提供していただく機会として、あさつての情報交換会などが良いと思います。ありがとうございました。

どうぞ、次にまたご意見をお願いします。

○山本委員 今回の相談員の方たちの地域連携について、院内連携の問題もあるんですけど、地域連携については、区市町村側の役割もとても大きなものがありますので、今、本当に政策的にネットワークの会議を設けなければいけない流れです。会議が多過ぎるという話もありますけれども、市町村単位の地域ケア会議なり、医療介護連携会議なり、在宅医療の推進会議なりで、相談員の方たちに加わってもらって、ネットワークを深めていくという区市町村側の責任もあります。リーダーシップがとりやすいところとそうでないところがありますので、区市町村側が相談員の方々にちゃんと加わってもらうようなアプローチをするということ、ぜひ東京都のほうからもメッセージで伝えていただけたらと思います。

○繁田部会長 了解いたしました。

新田委員、お願いします。

○新田委員 今の話は、ある意味で地域連携型をどう位置づけるかという話です。恐らく、当然のことながら、地域包括というシステムの中で位置づけるというのは、皆さんの合意だと思います。となると、今回地域連携型にいろいろなタイプの病院・診療所が指定されました。相談員というのは、病院の中に埋没した相談員の方がかなりたくさんいらっしゃいます。地域との連携はあまりないということもあって、今の問題が起こっているのは、当たり前なことだろうなと思うんです。その意味で、これからの問題だろうなと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございました。

引き続き、ご意見をいろんな視点からいただければと思います。よろしく願いいたします。いかがでございましょうか。

どうぞ、お願いします。

○山本委員 資料3、前回の認知症医療部会の主なご意見のところ、一番下、1ページの(2)認知症のアウトリーチ、初期集中支援チームについては、かなり立ち上げに苦慮しているということで、都のアウトリーチチーム、認知症の初期集中支援チームと、今回の地域連携型の疾患医療センターとの関係性は、多分今後も続いていくと思うんですけど、どのように考えていくのか。ぜひアイデアがあれば、お聞かせいただきたいと

ということです。

あと、北区さんの取り組みのように、認知症疾患医療センターの役割と、あと医師会のほうとの連携の中で初期集中を立ち上げているところがあります。今後アウトリーチの役割について、初期の捉え方をもう一回、しっかり整理していく必要があると思うのですが、どういう役割かということです。今後の展望のアイデアを聞かせていただけたらと思いました。

○繁田部会長 この点に関してはいかがでございましょうか。研修とかではないですか。今後のことはまた検討が必要でしょうけれども、現時点で、もし研修等で整理して説明してらっしゃる文言があれば。

○栗田委員 本当にこれは困ったこととございまして、どうやって整理していくかということ、それぞれの地域で考えていかななくてはいけないんですが。

そもそも初期集中とは何ぞやというところから考えていったほうが、私は、いいのだらうと思っています。私の個人的な理解ですが、実はこれを結構あちこちで言っているんですけども、医療と地域包括支援センターがきちんと連携するというのが初期集中だと私は認識しています。ただし、医療というのは、質の高い診断と、診断後を支援するということがポリシーとしてあって、しかもできるという、そういう医療機関と、この地域包括支援センターがきちんと連携して、認知症疾患の診断をして、その後のさまざまな生活支援等をコーディネートするということをやちゃんとやっていく。それを初期集中と呼んでいるだけだと、私は思っています。だから、本来の地域包括支援センターと、本来の医療だと思っている。ただ、これは相当数をつくらなくてはならないという現実がありますので、認知症疾患医療センターの業務というわけには、多分いかないだらうと。

多分、認知症疾患医療センターと言われているところは最後の砦のようなところであって、非常に複雑な厳しい事例に対して、サービスへのアクセスが難しいし、身体合併症もあるし、BPSDもあるし、家族もいないし、経済的に厳しいとか、そういう事例は確かにフル装備みたいな感じでないとできないかもしれないので、そういうところは認知症疾患医療センターがカバーするとして、今のアウトリーチチームみたいなものは、恐らくそういう事例なんだらうと私は認識しています。

ただ、日常的に地域包括支援センターと認知症診断をやる医療サービスがきちんと連携できる場所を、ちゃんと地域に必要な数を設置していくという、何というんでしょう、コンビネーションみたいなものをちゃんとつくっていくのを、初期集中支援チームという名前はいかかなものかと私は思いますけれども、そういうものなんだらうと私は個人的には思っております。公式の見解ではございませんが。

○繁田部会長 ありがとうございます。

今、先生がおっしゃったセンターというのは、地域連携型も含めて、地域拠点型、地域連携型ですか。

○栗田委員　そうですね。認知症疾患医療センターという意味ですね。先ほど繁田部会長が北区の例を挙げましたが、北区はまさに初期集中支援チーム、いわゆる今言ったような地域包括支援センターと、認知症の診断等をやる医療が連携して、サービスをコーディネートしていくというものにかなり近いものを、認知症疾患医療センターでやっております。だから、北区の場合はこれを一つのモデルにして、そういうものをたくさんつくっていかうというような感じなのかなと。ほかの区の場合はそうもいかないかもしれないのですが、いろいろな、それぞれの区市町村で考えてやっていくということになるのではないかなと思います。

○繁田部会長　ありがとうございました。

このことに関して、ぜひ。

平川委員、お願いします。

○平川委員　栗田先生のご意見は、全くそのとおりだと思います。

というのは、疾患センターとしてアウトチームを組んで対応するケースを幾つかやってきましたが、実際に最後に出張ることが必要となるケースは非常に少なく、コーディネーターの方がチームというのではなくて、地域包括支援を中心として、必要な方々を集めてミーティングを開催します。その時点でドクターが入る場合もございますし、あるいは社会福祉士が入る場合もありますけれども、ある意味では、その会議が一つのチームになります。チームというとフィックスをしたものという印象がありますが、実はそうではなくて、ケースごとに、自然発生的に、人が集まることでチームができるという形です。もちろんチームというのものもあるのかもしれませんが、ただ、今、栗田先生が言ったように、初期のチームはそんなにがちがちのものではなくて、それこそ、地域ケア会議じゃありませんけれども、ケース会議みたいな形が、ともするとチームになるのかなと。そんなふう考えたほうがいいと思います。どのタイプの疾患センターであっても、最終的にそこがきちんと対応すると考えたほうがいいので、余りにチームという言葉が一人歩きすると、かえってわかりにくくなってしまったり、いわゆるアウトリーチチームとどう違うのかということに、またなってしまうので、もう少しやわらかく考えたほうがいいのかと。

実際にやってみると、そう感じますけど。

○繁田部会長　先生がおっしゃっているのは、チームで出かけていくという意味ではなくて、例えば院内とかで情報共有するチームがあって、出かけていくのは例えば一人だったり二人だったり、そんなイメージですか。

○平川委員　そういうことでもいいですし、地域ケア会議がその日のチームというのは変ですけど。そんな意味です。

栗田先生、どうでしょうか、そんなふうでは。

○栗田委員　全く先生、そのとおりだと思います。そういうことはこれまでもやってきているのではないかと。その延長線上にあるのではないかと私も思っております。

○新田委員 私は基本的に、解釈が違うんですね。医療と地域包括が連携するということは手段的機能の問題だと思っています。アウトリーチだとか初期集中というのは、いわば認知症の人の在宅生活を守るという基本ですよ。在宅生活を守るということは、来ていただいた外来医療では守れない、そして医療のみでなく生活の状況を把握するために行くというふうに、私は思っています。その意味のアウトリーチなのだろうなど。そこで解決していくと。

先ほどの最初の資料の中に、とてもいいデータを出しているではないですか。自宅で最後に残る、入院する人たちがこれだけのパーセンテージ。まさにそう思います。結果として、今回は、あのようなデータが出たと。私はあれはあれで、とてもいいデータだなど思っていました。しかしながらそれは結果論だと思っています。

今のは、僕は平川先生に賛成で、資料5に連携型の機能ということが具体的に書いてあるわけですが、地域連携の推進機関としての役割が横の行数でぼんぼんぼんぼんと書いてありますが、これをやるための機能を機能させるために何をするかというのが、私は会議だと思っています、きちっとした。

その会議というのは、いろんな会議があるかなど。例えば所在する市町村が実施する認知症初期支援チーム等の認知症関連事業に協力するのではなくて、そのことに対して初期チーム等々がきちっと会議を月に1回開くとか。上の話もそうですよね。こういうことをきちっとやるということが、地域連携だろうなど。

ただ、推進するとか何とかでは、具体的に指定されたところがどうしたらいいか、よくわからないと思います。その意味で、さまざまな連携、初期チームが恐らく疾患センターとは別に、例えば高瀬先生のところは疾患センターではないけど、立派なチームがあるわけですよ。そこと一緒に会議をするとか。初期チームが多くあると思うので。定期的にそれをやり遂げることが地域をつくるのだろうなど思っていますが、いかがでしょうか。

○繁田部会長 資料5を拝見しますと、文章からすると、市区町村等が開催するわけですね。先生はそうではなくて、むしろ、例えば連携型の認知症疾患医療センターが開催するみたいなイメージがいいということですか。

○新田委員 これをやるためには市区町村を必ず巻き込むことが必要なので、市区町村等と一緒に開催するのも、結構だと思いますが。

○繁田部会長 もう少し、この文面よりは積極的な関与が望ましいのではないかということですね。わかりました。ありがとうございました。

どうぞ、ご意見をいただけたらと思いますが。

先にいいですか。では栗田委員、お願いします。

○栗田委員 一つだけ、今のお話質問をしたいことがあるのですが。

アウトリーチをするところが一つの初期集中支援の重要な観点であるということかと思いますが、まさに初期集中支援はそういうことになっていますが、ただ少し私が気に

なっているのは、これからの認知症の初期支援の標準モデルとして、アウトリーチを全ての認知症の人にやっていくということが果たしてできるのか。500万人、これから700万人と。つまり、これから新たに認知症と診断される全ての人たちに対してアウトリーチによる初期支援をやるというのを標準モデルにするという考え方は、非常に厳しいのかなと考えているのですが。

○新田委員 私は、全ての人たちに早期診断等がこれからどんどん行われる時代になると思っていて、そこには伴走型で、アウトリーチではなくて、別のタイプの人たちが地域に要するだろうなと思っています。ひょっとしたら民生委員かもわからないし、隣の人かもわからないし、さまざまな人が要するだろうと。それは、地域行政の責任において行われなきゃいけない。さらに、認知症の人が生活する上で、初期の支援が必要な状況に応じて、例えばBPSDの初期とかになった場合に、初めてそのチームが出動するんだろうというようなイメージを持っていますが、いかがでしょうか。

○栗田委員 よくわかりました。それであれば現実的だと思います。

○繁田部会長 初期集中支援チームが機能することによって、いわゆる早期支援の考え方が地域に普及していく、広まっていくということですね。

○新田委員 そうであれば、うれしいなと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほか、ご意見をいただけたらと思いますが、いかがでございましょうか。

はい、どうぞ。

○高瀬委員 今、本当に深いお話をいっぱい聞かせていただいて、勉強になりました。もうほとんど、今言われていたことと共通するのですが、実際の現場は生活支援が非常に大きく必要なケースとか、あとは目に見えない虐待が意外に多いなと思います。表面をなでているだけだとわからないですけども、深掘りすると経済的虐待は思いのほか多いのではないかなと、思われます。医療的、あるいは介護的な介入も必要なのですが、さっき新田先生が言われたとおり、市区町村と一緒にやっついていかないと、虐待の問題が意外におざなりになってしまったり、とまったりして、解決の手だてが非常におくれているのではないかと危惧するケースが大変多いようです。ですから、新田先生のお話は非常に大事なポイントかなと思います。

それから、後見制度をできるだけ早い時期から使っていくような啓蒙活動も同時にやっついていかないといけないと思います。認知症の方というのは、いろんな理由で突然亡くなってしまうということが多くて、一気にキャッシュフローが、個人レベルでも家族のレベルでも、とまってしまって大変なことになってしまうケースも実際には多くなっている印象があります。そういう意味でも、市区町村と二人三脚でやっついていかないと、700万人の認知症時代に間に合わなくなってしまうなと思います。

そのためには、今おっしゃったように、民生委員の方のレベルでも、ある程度、認知機能障害の疑われる方がいらっしゃる場合に、医療的な介入が必要か、そうでないかと

いうのを誰でもできるような体制というのが、だんだんつくられていくのが一番理想的かなと思いました。

まとまった意見にならなくて申しわけないのですが、現場感覚としては、そういう気がいたします。

○繁田部会長 ありがとうございます。

引き続き、お願いします。

○山田委員 今の先生方のお話を聞いていて、ネットワークとシステムの問題だなということを感じました。新田先生がおっしゃった行政を巻き込んでというのは、いろいろな認知症を抱えた方々が、施策によらない制度のはざま問題も含めていらっしゃることを、行政がどういうふうに吸い込んでいって、施策に乗せていくかというのはシステムの問題だと思います。初期の発見ということではいいですと、インフォーマルなネットワークも含めて、どのようなネットワークを張って、発見してつないでいくかということが問題なのだろうと。その二つだと思っています。

余談ですが、うちは母体がクリニックなので、先日、認知症カフェをクリニックでやりました。区のご許可もいただいて、やらせてもらったのですが、地域連携型は、うちだと区なので、一区に一カ所ですが、とても手が回らない。そして、包括というのは日常生活圏域ごとにあるわけです。2万から3万ぐらいに一カ所です。それでも実は幅が広い。うちは1町会と協力を得て、結局、4町会と連携してカフェをやりました。そういうところにチラシをまいて、こういうものをやるから来ませんかという人が来ます。そこで情報提供していくと、じゃあ私はいろんな人に声をかけるわという住民が生まれてきます。

私は、高瀬先生もおっしゃっていましたが、高瀬先生のように地域に入っていて、そういった実践をするクリニックだったり、そこと連携している包括だったり、私たちみたいなケアマネジャーがふえていって、包括の中にも数カ所、そういったものができて、自分たちのまちの問題は自分たちで解決する、そういうところをどれだけふやしていけるかというのがとても重要だと思います。

そこにどのような行政のバックアップや、都のバックアップがもらえるかによって、やっぱり持ち出しでは、なかなか難しい。先生も、この間お話を聞いたら24時間365日、休みなしという状況で、それだけのエネルギーを持った先生方はなかなかいらっしゃらないところもあるので、そこをどうやってシステムに乗せていくかが重要なのかなと思いました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、牧野委員、お願いします。

○牧野委員 今、地域の支援についての話題が出ていましたので、認知症カフェ自体の実態、特に認知症の人と家族を支える医療機関連携型、都の補助金を活用してやっている事例について少しお話ししたいのですが。

今、ちまたでは認知症カフェが本当にすごい勢いでふえています。住民がやるケース、包括さんがやるケース、病院みずからやるケース。自前でやっているのがほとんどなのですが。

補助金を利用して区が主体でやっているケースについては、全包括にカフェが置かれます。それから、医師会を通じて、全包括のカフェにドクターが3時半ぐらいにやってくるという、システムで実行できるんですね。そうすると家族は、やはり先生を目指してやってきます。なかなか東京では、2カ月、3カ月と、診療にはかかりますので、じかに先生に会えるということでやってくる。それから、今はMCIの方が非常に認知症カフェに来られています。診断されたのだけれど、娘や息子に言われて、ここに来ましたという方々。そういうことが、認知症予防の意味合いも含めてございます。

自力でやっているところは、やはりそういった専門職を呼ぶことができないんですね。ある程度のフィーが必要なもので、市民活動としては、自分たちでお茶を入れるぐらいのことしかできない。ところが、ここに自治体の補助が入りますと、システムとしても、それから資金としても、非常に豊かなものができ上がるという先駆的な事例があります。

こちらの資料6の今の状況を見ますと、なかなか、この補助金事業が広がっていないという実感を持ちまして、なかなか行政にこちらのほうへ手を伸ばしていただけないという事態が、現場から見ますと感じられます。理由としては、やはり時限つきだというようなことが聞かれるわけですが、先ほど山田委員がおっしゃったように、私は補助金事業の間に市民の人たちを育てて、自分たちで自主的に、地域にサテライトでどんどんつくっていくというような展開をしていったら、この補助金の意味があるのではないかとということを行政には提言しているところです。

やはり市民の人たちは、実際に認知症の方と接することによって非常に大きなことを学んでいかれます。それからボランティアの養成講座についても、現場があることで、もっともっと自分の問題として、地域で何ができるかということを一生涯懸念考えられますし、こういった仕組みで地域に広がっていけば、アウトリーチチームで発見した人たちがそこに来て、要するに居場所ですね、社会参加、社会性を失わないための居場所を各地につくるということが可能になるのではないかなと考えているところでございます。

やっぱりシステムとして、包括を起点としてサテライトをつくっていくようなことを、今後考えられたらいいのではないかなと私は思っております。

以上です。

○繁田部会長 規模感としては、包括に一つみたいなイメージではなくて、もっと身近でというか、狭い地域、近所から集えるようなという、そういうイメージですね。

○牧野委員 そうですね。でき上がり像としては、やはり町会単位。最終的には町会単位。町会さんも実はカフェをつくりたいというところもあります。町会の世界というのは、我々からすると包括の圏域だったら十分に近いのではないかと思うけれども、そうでは

ないのです。町会の中にカフェが欲しいとおっしゃるのです。そうすると全町会にカフェができていくことのほうが現実的だろうなという感じがします。やっぱり地縁組織の力は物すごく大きいです。多分、この辺りはみんな、そう思っていると思います。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほか、どうぞいろいろご意見をいただけたらと思いますけど。

はい、どうぞ。

○山本委員 きょうはとても深い議論で、ある程度、認知症初期集中支援チームというのは何かという姿が見えてきました。実質的には、包括支援センターが初期集中支援チームの役割を果たすと思います。そこに医療や、今、話が出ていた身近な地域のネットワークをいかに結びつけていくのかというのが実質的な意味になると思いますので、かなり深い議論ができたのではないかと感じました。

ちょっと違う観点から2点だけ。

私は、この6月に繁田部会長が大会長をされた老年精神医学会の大会テーマ、認知症の早期診断を早期絶望とさせないためというものが、とても印象に残っております。認知症の早期診断がこれだけ言われている時代にあっては、主治医もケア関係者も改めて地域の支援につないでいく、寄り添っていくということの普及がより重要になってくると思います。いろいろ研修が組まれておりますけれども、改めて早期診断した場合、地域の支援につないでいく、寄り添っていくということを、全関係者に周知徹底されなければいけない。それは東京都の取り組みだろうと感じます。

もう一つが、最近企業等から相談が多いです。認知症サポーターだけではなくて、企業の労働組合や人事部から、介護の相談に乗ってほしい、そういう相談会を設けたいと。実を言うと、企業の人事部の福利厚生で話題になっています介護離職10万人の時代で、介護の離職と、あと子育ての支援が二大テーマになっておりますので、認知症ケアということと、企業の働き方、ワーク・ライフ・バランスを含めた企業の理解も、同時に、東京都の取り組みとしては認知症ケアの部分でしていかなければいけない。これは親部会の話かもしれませんが。

その二つを提案させていただきたいなと思います。

○繁田部会長 せっかくの機会ですので。

例えば、寄り添いという言葉が出ましたけれども、寄り添いという視点から、できれば地域連携型の認知症疾患医療センターを含めて、疾患医療センターができることでご意見をいただけるといいかなと。こんなところを期待しているという意見も言っていたら、いいかなと思いますけど。

いいですか、指名しても。では西本さん、お願いします。

○西本委員 本当に今までの話で、地域の力がとても重要なのだなという感想を持っていて、地域で医療とどう連携していったらいいのかという話題は、とても大きいところだ

と思っています。山田委員がおっしゃっていたように、熱心ではない先生たちがいる地域もまだまだ多いので、そういう地域が、今回新しく拠点型になったところと連携して、いかに地域で認知症の方たちに対応していけるかという仕組みが重要なのだろうと思っています。仕組みですが、すごく進んでいるところ、まだ全然だめなところ、今たくさんあります。全てのところが、誰にでも寄り添ってというイメージになるまでには、まだまだ先は長いだろうというのが現場の感覚ですけれども、今回の地域連携型がそういうことの第一歩を投じていただければ、すごくありがたいなと思います。

ただ、認知症の地域支援員だ、コーディネーターだ、初期集中支援チームだという、いろいろな文言ばかりが先走り過ぎてしまっていて、きょうの皆さんの意見のような、そもそも論が少し弱くなってしまっていないかというのを、現場としては大変危惧しているところがございます。

○繁田部会長 先に、各論とか具体的な話が出る前に、もっと共有しなくてはいけないことがあるというご意見、ありがとうございました。

もし可能でしたら、行政の立場でもご意見をいただけたらと思いますけれども。ご遠慮されてらっしゃるかもしれませんが、いいでしょうか。

○齊藤正之委員 新宿区の齊藤です。

先ほど来からさまざまなご議論がある中で、やはり大事なのは認知症高齢者を地域でどのように見守り、支えていくかという視点だと思います。今回、新たに地域連携型の疾患医療センターが指定されて、地域の中でどのような役割を持って疾患医療センターがかかわりを持っていくのか。もう既にでき上がっている状況が、地域の中で、各区市町村であろうかと思っています。先ほど来から議論の中で、区市町村の役割というのをしっかりと果たしていかななくてはならないのだろうなというのを、改めて強く感じたところでございます。

また、資料5で疾患医療センターの機能についてということで、圏域としては区市町村という書き方があるのですが、実際その中で具体的にどのようにかかわっていくのか。既にでき上がっている地域の中で、地域連携型の疾患医療センターが新たに指定されて、どうかかわりを、具体性を持ってしていくのか。今後はそれぞれの区市町村でそういったところをコーディネートしていかななくてはならないのではないかと考えております。

せっくなので1点だけ、私のほうもご意見を述べさせていただきます。

少し危惧しているのは、資料6を見ていただくと、今回の指定がされていない地区が、先ほど12区市で再公募するということがございましたが、西多摩地区などではほとんどが今回指定のない状況の中で、本当に今後、再公募したときに手が挙がってくるのかどうか。今あるところ、今回指定されたところについては今後の取り組みなども大変期待される場所ではあるのですが、今整備されていないところに関して、東京都としてそういったところに関しての取り組みを具体的にどのようにしていくのかというのが、まだ課題として残っているのだろうなということで、そういったところについての意見

なども伺えたらと思っています。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

何かコメントはございますか。

○坂田幹事 今現在、まだ未指定になっている区市町村や、それから保健所の方も委員になってらっしゃっていますけれども、保健所も含めて調整させていただいて、どういったところなら手を挙げていただけるのか、公募に応じていただけるのか、調整させていただいているところがございます。具体的なお話はできませんけれども、そういったことをやりながら、今後また公募に向けての準備をさせていただいているところがございます。

○繁田部会長 私が知る地域でも、あそこは診療所にしても病院にしても施設がないな、厳しいなというところがございます。余り強引に指定するのも、かえって高齢者の方、認知症の方にとって、必ずしも幸せなことではないと思いますので、その辺は微妙な問題もあるのかなというふうに思います。

はい、どうぞ。

○木村委員 今、お話のありました西多摩地区の、西多摩保健所の木村と申します。いろいろとお世話になっているところがございます。

西多摩地区は、東京都の中では村や町を持っているところがございます。例えば檜原村というのは、人口が2,500人以下のところがございます。そのような中で、診療所が一つしかないというようなところがございます。国や東京都にお示しいただいている基準になかなか合わないところがございます。条件に適合できなくて、申し込みが難しいというところもございます。その辺を東京都の中でいろいろ調整していただきながら、どうしても難しければ、場合によっては、防災に関しましても、西多摩につきましては、ほかの地区と違いまして、8市町村あるのですが、3ブロック制という形で、三つに分けた形でやっていることもございます。場合によっては、ほかの地区とは違う形もあるのかなと考えているところがございます。

あともう一つ、平成30年に向けまして地域包括ケアシステムが進む中で、これだけ認知症が問題になっている中では、地域包括ケアシステムの中に認知症対策というのが組み込まれた形で、医療と介護が連携して進んでいくのかなと考えているところがございます。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでございますか。指名してしまって申しわけないですけど、稲城市からご出席いただいた工藤委員、何かございましたら、一言コメントをいただけたら。せっかくの機会でございますので。

○工藤委員 この職には今月、10月1日に着任しまして、まだ、なかなか把握していな

いところでありますけれども。

2025年に向けまして、市区町村の役割が本当に重要だなというのは認識しております。医療介護連携の認知症の部分、4人に一人が認知症という時代が来るということで、準備をやっと始めたところかなと思っております。認知症コーディネーターも、ことし二人、稲城市は配置しまして、これからどうやっていこうかと考えております。ここで9月に指定されました地域連携型の認知症疾患医療センターとの連携もこれからやっていくという状況です。

○繁田部会長 すみません。ありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

そのほか、ご意見をいただけたらと思いますけれども。

せっかくですので。田邊委員は地域連携型の認知症疾患医療センターに認定されて、もう既に、いろいろ地域でご要望をお受けしたりという忙しい日々を送っていらっしゃるからお聞きしていますけれども、何かございましたらお願いします。

○田邊委員 このたび地域連携型に9月1日から指定されまして、今まさに動き出しているところです。お話を伺っていると、まだ少しわかっていないところというか、規定ではいろいろ書いてあるので、それをやればいいのかと理解できるのですが、指定がないところもあったり、お願いしてなったところもあったりするのかなと思います。それから、お伺いしていますと、診療情報提供書がないとだめとか、モチベーションの差が結構、認知症疾患センターの中にあるのかなという気がします。あさって、一応の顔合わせというか、情報交換会があるようで、それにも参加しますけれども、均質化というか、病院と診療所では確かに力の差というか、スタッフの割り振りとかで難しいところもあると思うのですけれども、全体を集める会議を定期的に行って、こんなことが問題になったとか、こんなことで断ったのはけしからんとか、そういったことを継続して議論していくのが皆様のためになるのかなと、聞いていて感じました。

私もきょうははじめて、山田先生から交代して委員になったのですが、大変深い議論がありましたので、これからの参考にしたいと思います。よろしく願いいたします。

○繁田部会長 ありがとうございます。

従来から行っていらっしゃる地域拠点型の認知症疾患医療センターの連絡会なども、特に相談室の方とかの大変参考になるとお聞きしておりますので、ぜひ地域連携型のほうでも、そういう機会を設けていただくと、よろしいかと思います。

そのほか、ご意見があればいただきたいと思いますが、時間もそろそろでございますので。

○桑田委員 今お話を伺っていたんですけれども、P S Wの方が孤独だという話がありました。実は、看護のワーキングの中でも、認知症疾患医療センターの指定をされているけれども、実は組織が全然理解されていない、だから自分たちは孤独だと。あと、研修会を開いても、自分たちの組織の人たちが出てこないという意見があったということ、報告しておきたいと思います。

ですから、センターと言うと、その組織がセンターという感じがするんですけど、大きな病院などは実はほんの一部の役割が認知症疾患医療センターなのですよね。そういった指定は受けているけれども、なかなか組織の中に浸透していかないというような現状もある。大きな病院になればなるほど、そういったことがあるのかと思って、聞いていました。ですから、その中で役割を担っている他の人も孤独です。

あと、私も実は自分の病院が西多摩地域にあります。先ほど西多摩保健所の木村委員も発言されていましたが、東京といっても、地域によって全然違うのだなと思いました。区市町村の中でそういったことができる地域と、そうでない地域があるということも念頭に置いて、やはり検討しなくてはいけないのだなというの、お話を聞いていて思いました。

西多摩は大変です。東京は地域によって全く違います。新宿と、奥多摩とかを同じに考えられては困るなということを、すみません、西多摩に属しているので、発言しておきたいと思います。

以上です。

○繁田部会長 貴重なご意見をありがとうございました。

そのほか、いかがでございますか。

○齋藤正彦委員 P S Wの話ですけれども、ずっと精神科で仕事をしてきて、精神科のP S Wは医療につなげることもあるし、それから地域に戻すという機能がありますよね。そういう仕事をしてきた。だけど、きょうの制度の大部分は病院につなげる制度であって、その先の出口については何も用意されていない。

特に、松沢病院で診ていると、家族がない、金がないという方がいらっしゃる。それは松沢の特殊な状況かということ、そうではなくて、家族の支援が受けられないという人が40%を超えています。老老介護で相手に十分な介護力がない家庭というのを含めれば、過半数が家族のパワーがないというか、両方危ない。

それから、在宅に帰る理由は、お金が払えないから。松沢なら、お金を払えますけど、民間病院では払えません。老健でも払えません。だから自宅へ入るという人がある。僕はお金のかけ方をなんだかんだ言って、家族がいて、何とかチームが支えてくれる人たちにお金を払うのは大事なことだけど、一番、見捨てられちゃっている人たちが、決して少数ではないので。

認知症施策というのは、家族なし、金なしの人が安心して住める場所を提供することが大事で、それ以外のお金はなるべく使わないほうがいいと、僕は思います。助成金、助成金と言って、ばらまき過ぎると、N P Oだって、これからは自分で金を稼ぐことを考えないと。これでは本当にお金のない人のところ、お金のない人のケアができないというか、生活ができないと私は思います。制度はなるべくシンプルにして、使うお金はなるべく少なくする。

制度を達成するために努力するというのは、ナンセンスだと思います。西多摩に地域

連携型をつくるといっても、連携する相手がいないなら、意味がないので、もう一度募集しますなんていうことはやめて、その地域に合ったやり方をすればいいと私は思います。

- 繁田部会長 先ほど栗田委員から、アウトリーチチームの支援以外のところで、理由はいろいろだけれども、単身がすごく多いという補足がありましたけれども、そのことにやっぱりつながるのかなと思います。

そのほか。いろいろ課題もいただきましたけれども、それに一つ一つ結論を出すことはできませんけれども、宿題ということにさせていただいて、引き続き自由にご議論いただければ。

どうぞ。

- 山本委員 今後の初期集中の支援のあり方の議論の中で出てくると思うのですけれども、改めて、認知症の人にはいろいろな方がいらっしゃいますので、支援の初期の段階での、いろんな段階でそうですけど、意思決定の支援ですとか、自己決定の支援を踏まえた、初期集中支援を踏まえていかないといけない。ご本人を中心に考えたい。

改めて、基本的なことで恐縮ですけれども。

- 繁田部会長 ありがとうございます。

今のようなご意見をお聞きすると、いろいろな認知症の方がと言われると、いろいろな種類の認知症診断だとか、いろいろな症状をイメージするのですけれども、そういうわけではないですよ。いろいろな場所に住んでいる、いろいろな状況の、いろいろな家族に囲まれた認知症の方と理解しないといけないのだなど、反省しました。ご意見ありがとうございました。

そろそろ時間でございますし、めでたく全員の委員の方にご発言いただきました。何とか責任を果たせたかなと思いますけれども、よろしゅうございますか。言い残したことがあれば、おっしゃっていただいて、終わりたいと思いますけれども、よろしゅうございますか。

それでは、マイクを事務局にお返ししたいと思います。よろしく申し上げます。

- 坂田幹事 繁田部会長、ありがとうございます。

次回の第11回認知症医療部会につきましては、平成28年1月から2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、委員の皆様の調整をさせていただきます。次回もどうぞよろしくお願いいたします。

本日お配りいたしました資料につきましては、事務局のほうから郵送いたしますので、封筒に入れて机のほう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は駐車券をお渡しいたしますので、受付にお申し出いただければと思います。

本日は、これにて散会いたします。どうもありがとうございました。

(午後 8時24分 散会)