

東京都認知症対策推進会議

第6回 認知症医療部会

議事録

平成26年5月20日

東京都福祉保健局 高齢社会対策部

# 東京都認知症対策推進会議

## 第6回 認知症医療部会

東京都庁第一本庁舎42階 特別会議室A

平成26年5月20日（金）午後6時30分から

### 1. 開 会

御挨拶 中山福祉保健局高齢社会対策部長

### 2. 報 告

- (1) 「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の検討状況
- (2) 「東京都看護師認知症対応力向上研修」の実施状況
- (3) 平成25年度認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修の開催状況
- (4) 「認知症早期発見・早期診断推進事業」の実施状況

### 3. 議 事

- (1) 認知症疾患医療センターの整備について

### 4. 閉 会

[配布資料]

- (資料1) 認知症医療部会委員名簿
- (資料2) 認知症対策推進事業実施要綱
- (資料3) 認知症医療部会（第5回）の主な御意見
- (資料4) 東京都認知症疾患医療センターの概要
- (資料5) 東京都認知症医療センター 二次保健医療圏ごとの指定状況
- (資料6) 東京都認知症疾患医療センターの平成25年度活動実績について
- (資料7) 認知症疾患医療センター診療所型について
- (資料8) 都における今後の認知症疾患医療センターのあり方について（案）

(参考資料1) 平成26年度の認知症対策について

(参考資料2) 「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の検討状況

- (参考資料3) 「東京都看護師認知症対応力向上研修」の実施状況
- (参考資料4) 東京都看護師認知症対応力向上研修（看護管理者対象）の開催状況
- (参考資料5) 平成25年度認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修の開催状況
- (参考資料6) 「認知症早期発見・早期診断推進事業」の実施状況
- (参考資料7) 二次保健医療圏の認知症に関する医療資源例（統計）
- (参考資料8) 東京都認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（抜粋）

○新田課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第6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、大変お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。私は、事務局を務めます福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の新田です。よろしくお願ひいたします。

初めに、お願ひがございませう。ご発言に当たりましては、お手近のマイクをご使用ください。

それでは、まず、人事異動等により、委員の変更がございませうので、ご紹介させていただきます。お手元の資料1に委員名簿がございませうので、そちらをごらんください。

恐れ入りますが、お名前をお呼びいたしますので、一言ずつご挨拶いただきたいと思ひます。

多摩府中保健所の早川和男委員でございませう。

○早川委員 早川でございませう。どうぞよろしくお願ひいたします。

○新田課長 武蔵野市健康福祉部高齢者支援課相談支援担当課長の毛利悦子委員でございませう。

○毛利委員 毛利でございませう。よろしくお願ひいたします。

○新田課長 また、本部会には、事務局を補佐する幹事として東京都関係部署の代表が出席してございませう。このたび人事異動等により、幹事の変更がございませうのでご紹介いたします。

福祉保健局医療改革推進担当部長矢内真理子幹事です。

○矢内部長 矢内でございませう。どうぞよろしくお願ひいたします。

○新田課長 福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長の齋藤善照幹事でございませう。

○齋藤課長 齋藤でございませう。よろしくお願ひいたします。

○新田課長 福祉保健局高齢社会対策部施設計画担当課長西村修二幹事でございませう。

○西村課長 西村でございませう。よろしくお願ひいたします。

○新田課長 次に、欠席委員をご紹介いたします。

本日は、東京都立松沢病院長齋藤正彦委員、医療法人社団つくし会理事長新田國夫委員、立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長山本繁樹委員が所用により欠席されてございませう。

また、高瀬委員はおくれるとのご連絡をいただいております。

それでは、開会に当たりまして、中山高齢社会対策部長より委員の皆様へ一言ご挨拶申し上げます。

御挨拶 中山福祉保健局高齢社会対策部長

○中山部長 福祉保健局高齢社会対策部長の中山でございます。遅い時間の開催にもかかわらずお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

東京都認知症対策推進会議は、平成19年から開催しておりまして、この認知症医療部会、その部会としては大変重い課題を担い、委員の皆様方にさまざまなご議論をしていただき、東京都としての施策の打ち出しに大変意義深い部会となっております。認知症をめぐる国の動き、あるいは世の中の動きというものは皆様ご承知のとおりだと思いますが、さまざまな課題があらわれております。特に、大都市東京におきまして、認知症の方の早期発見、早期診断につなげる取り組みといったものが大変重要であるという認識に立っておりまして、さまざまな施策をこれから私ども打ち出していかねばなりません。

きょうもまた、認知症疾患医療センターのありよう等につきまして、皆様方のご意見を頂戴する予定でございますが、中長期的な視点に立ちまして東京都の施策をますますよりよいものとしていくために皆様の積極的なご議論をお願いしたいと存じます。

繁田部会長初め、皆様方のご協力よろしくどうぞお願い申し上げます。

○新田課長 事務局からは以上でございます。

それでは、繁田部会長、今後の議事につきましてよろしく願いいたします。

報 告（１）～（４）

○繁田部会長 皆様方、どうもご出席いただきましてありがとうございます。

それでは、早速始めたいと思います。

ただいま中山部長からご挨拶にありましたように、本日の議題は、一つでございまして、診療所型の認知症疾患医療センターのあり方に関するいろいろご議論いただくというのが一つですけれども、今後の展開を考えましても非常に重要な議題でございます。その前に、幾つか報告事項がございますので、事務局から報告をお願いいたします。

○新田課長 それでは、事務局からご報告させていただきます。

資料は参考資料1から6を使用いたしますので、ごらんください。

まず、参考資料の1は、26年度の都の認知症施策を取りまとめたものとなっております。今後、認知症の高齢者の方が増加していく中で、都としては、地域で認知症の人と家族を支えるためのさまざまな施策を実施してまいります。

26年度は、予算額といたしまして44億8,500万円となっております。

その柱としては、地域連携と専門医療の相談、この中で、後ほどご議論いただきます認知症疾患医療センターの運営経費についても計上をしております。

専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成、そして右に移りまして、地域での生活・家族の支援の強化、ここにつきましては、若年性認知症対策を初めさまざまな施策を実施していきます。

最後に、一番下のところの認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組ということで、25年度から実施しております認知症コーディネーター、認知症アウトリーチチームの設置、これを引き続き26年度も規模拡大をして実施していきます。

また、認知症の方の普及啓発を実施していくということで、チェックシートの作成等を今進めております。

それでは、報告事項ということで、一つずつご説明をいたします。

参考資料の2をごらんください。

「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の検討状況というところで、認知症の方を地域で支えるためには、認知症に携わる人の人材育成が重要ということで、都では、25年度から認知症対応力向上に向けた関係者会議を開催しております。昨年度中には2回開催して、今年度も既に4月16日に第1回を開催し、計3回開催しております。

25年度の検討内容、主なものをご紹介しますと、1つ目が、看護師の認知症対応力向上研修について、これは後ほどまた別の資料でご説明いたします。

2つ目が、かかりつけ医の認知症対応力の向上研修。

そして、3つ目が、多職種協働研修です。

多職種協働研修につきましては、今、ワーキンググループを併設いたしまして、検討を進めています。

スケジュールが4として、一番下のところに書かれております。

関係者会議、看護師認知症対応力向上研修、多職種協働研修、それぞれ数回ずつ実施していく予定になっております。

裏面に、関係者会議の委員名簿をつけておりますので参考にごらんください。

続きまして、参考資料3です。

先ほどございました、東京都看護師認知症対応力向上研修の実施状況についてご説明いたします。

これは、都内の病院に勤務する看護師を対象といたしまして、東京都と各地域の認知症疾患医療センターが主体となって実施しております。実施に当たりましては、研修のためのワーキンググループを東京都健康長寿医療センターが事務局となって立ち上げ、26年度の委員名簿に記載のある方々に参加いただきまして、研修内容等を検討していただきました。

裏面に、その研修で使う際のテキスト、6として研修の実施状況ということで、まず、平成25年1月に、講師役となる方を対象とした養成研修を実施しており、68名の方に参加いただいております。

それを受けまして、各センターで25年11月からことしの1月末までにかけて、全ての12認知症疾患医療センターで計17回開催いたしまして、386名の方の修了となっております。

また、3月9日には、研修の企画者と講師を対象としたフォローアップ研修を開催しております。

また、看護管理者向けの研修も実施しております。

これは、東京都と東京都看護協会、健康長寿が共催という形で実施しております。都内の病院に勤務する看護管理者、看護師長等、あとはそれに準ずる者を対象としております。ことしの3月から4月末にかけて計3回実施しまして、449名の方の参加をいただいております。

その看護師管理者対象向けの研修の開催状況の詳細につきまして、参考資料の4にありますのでごらんください。

先ほど申し上げたように、3月から4月にかけて、都庁第二本庁舎の2庁ホールを活用しまして開催しております。日曜日であったんですけども、3回合わせて449人の方に参加をいただいております。

裏面に、その際のカリキュラムという形で示しております。

また、3ページ以降に、アンケート集計結果ということで、どういった病院の種別の方ですとか、どういった職層の方に参加いただいたとか、あるいは最後の4ページのところに満足度を示しております。満足度につきましては、研修全体の評価として「大変参考になった」、「参考になった」を合わせると、99%に近い方が満足であったというような回答をいただいております、非常に有意義な研修だったと考えております。

続きまして、参考資料の5をごらんください。

ことし2月2日に、東京都医師会と東京都福祉保健局とが共催いたしまして、認知症に関して認知症疾患医療センター、専門医、かかりつけ医との顔の見える連携づくりを支援することを目的といたしまして、認知症サポート医と、かかりつけ医のフォローアップ研修を実施しております。対象者と

しましては、認知症サポート医、かかりつけ医を初めとして医師会の事務局の方ですとか、区町村職員の方、地域包括支援センターの職員、認知症疾患医療センター職員等に参加いただいております。397名と、約400名に近い方に参加いただいております。

これもアンケート結果を一番下に記載しておりますけれども、参考になった、大変参考になった、合わせますと94%の方から参考になったという温かい評価を得ております。

裏面に、その際の次第を掲載してありますので、参考にごらんいただければと思います。

続きまして、東京都が昨年度から始めております認知症の早期発見・早期診断推進事業の実施の状況につきましてご説明いたします。

この事業は、事業概要のところにございますように、25年8月から開始をしております。区市町村の地域包括支援センター等に看護師、保健師等の専門職を認知症コーディネーターとして配置いたしまして、あわせて認知症疾患医療センターに、医師、看護師、精神保健福祉等からなるアウトリーチチームを配置いたしまして、相互連携をとって、認知症の疑いのある高齢者を訪問し、早期支援につなげていこうという取り組みです。

現在、26年3月末時点の状況ということで、一番下のところに表を示しておりますけれども、13の区市、7つの医療機関で実施をしております。

その表の一番右側のところに合計値という形で、昨年度各地区で取り組んだ事業の実績を示しております。コーディネーターに相談が寄せられた件数、実人数ですけれども975人、そのうちアウトリーチチームが関与したケースが実人数で85人、訪問を実際に行っているのが61人となっております。

26年度は実施地区をさらに拡大し取り組んでいきたいと考えております。

事務局からの報告事項は以上となります。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、皆様からご質問をお受けする前に、それぞれの事業で深くかかわっていただいている委員の方がこの会議にも参加をしておられますので、少しコメントをいただけたらと思います。

まずは、「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」、これに関しましては、栗田委員が深く関与してござっております。栗田委員から、この事業に関しましてコメントをいただけたらと思います。

○栗田委員 この医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議の事務局を仰せつかっております東京都健康長寿医療センターということで、少しだけ簡単にコメントをさせていただきます。

先ほど、ご説明にありましたように、今回のこの関係者会議では3つのポイントを議論させていた



だいております、1つは、一般病院に勤務している看護師の認知症対応力をどうやって高めていこうかと、もう一つは、これまで医師会の先生方が中心になってなされてこられたかかりつけ医の認知症対応力向上研修、これを今後東京都ではどのようにしていこうかと、それから、3つ目が、特に地域の中で、認知症のケアにかかわる多職種がどうやって共通言語を持って一緒に研修できるようにしていくか、この3つの方法論を考えながら、実際に動かしていくということです。一番先行しているのが、一般病院に勤務している看護師の認知症対応力の向上です。これは、なかなか大変画期的なやり方をしておりまして、もちろん研修、講義形式とグループワークの研修をやっているんですが、目標が一般病院で認知症をちゃんと見られるようにしようというだけではなくて、きちんと機能を保って退院させようという、ちゃんと地域に戻せるようにしようという、そういう意図を持ってやっています。

それから、もう一つは、一般病院できちんと認知症を見られるようにするためには、まずは管理者が意識を持たなければいけないだろうということで、管理者にターゲットを置いた研修もあわせてやっています。

実際、看護師の方たちの意識はもともと非常に高いということもありまして、非常に充実した研修会になったと思います。

それから、多職種協働研修につきましては、今現在、テキストブックをつくっているところですが、こちらもワーキンググループを立ち上げまして、これに多職種の方が委員として入っておりまして、実際に、認知症のさまざまなステージに応じてどうやって地域の中で多職種が役割を分担しながら連携していくかということを実例を通して考えていけるような、そういうツールをつくらうということで、5つの事例を用意しまして、これに対して、さまざまな職種がさまざまな視点でコメントして、その連携の方法などを考えていってもらうというような、そういうようなことで作り上げているところです。

かかりつけ医のことに关しましては、今まさにワーキンググループの中で議論を深めていこうということで進めているところでございます。

簡単でございますが、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、ただいまのご説明にもございました看護師認知症対応力向上研修、これは、今のお話にもありしたように、先ほど事務局からの説明で、看護師長等の管理者に対する研修がものすごく評価が高いというか、評判がいいです、びっくりするぐらい、99%ですか。この辺が、恐らくまだまだ知識がないのでこんなに勉強になるということかもしれませんね。ワーキンググループの座長の桑田委員からコメントをお願いいたします。

○桑田委員 座長の桑田です。

私も、実際に開催してみて、この評価にはびっくりしています。今、栗田委員からもご紹介がありましたように、各認知症疾患医療センターのスタッフがナース向けに研修をやったとしても、看護管理者の理解がなければなかなか実践が難しいだろうということと、あとは、なかなか師長とか、看護部長になるとわからないと言えないんじゃないのかなという思いがありまして、管理者を対象に開催をいたしました。120名定員のところを470名ほどの応募がありまして、急遽3回開催をしたというような結果になっております。

そして、初回の研修会の様子を各認知症疾患医療センターのメンバーにも見てもらって、同じものを見て、次年度どういったような開催をしていったらいいのかというような話し合いもして、フォローアップ研修にしたという感じです。

1回目は、看護部長さんたちが多い回、2回目は病棟師長さんたち、3回目は病棟師長もいるけれども、主任さんたちいるという職位に合わせた回にし、そして内容を少し変えて研修会を行いました。同じものではなく、やはり、看護部長と、師長と、主任では違いますので、少し話を変えていったというような形にしています。

参考資料の4の裏面にプログラムがありますけれども、知識、そしてケアに対して、あと入院した当初から地域に関する知識をつけてもらいたいということがありまして、こういったカリキュラムにしています。

そして、私から、管理のことについて少しお話をします。その後、ディスカッションをするというように形にしています。

実際、初回は、もうすごくやはり意識が高いというか、かなりこちらも手ごたえがあったという感じだったんですけども、実は、2回、3回目になると、なかなかえっと思うような場面もあるのですが、アンケートの結果が高かったというのは、それほど認知症に対する知識とか、ケアのこととかに対する理解がなかったのかなというような反対に、それが、聞けたということで満足感が高かったということがあるのかなとも思っています。ですけれども、そう感じてもらったということは大変ありがたいなと思っていて、これを足がかりにまた今年度活動していけたらいいのかなと思っています。

簡単ですけれども、このような感想です。ありがとうございました。

○繁田部会長 ありがとうございました。

それから、認知症サポート医、かかりつけ医のフォローアップ研修に関しても、ご説明がございました。この事業は、東京都医師会との共催で行っております。医師会からは理事をお務めの平川博之先生がおいでいただいておりますので、平川先生からコメントをいただけたらと思います。

○平川（博）委員 平川（博）でございます。

今、ご紹介のありました認知症サポート医とかかりつけ医のフォローアップ研修が、今年は、東京都医師会と、そして東京都福祉保健局との共催で開催いたしました。これはそもそも認知症サポート医・かかりつけ医をフォローアップしていくという研修でございましたけれども、それに加えて、今回、多職種協働連携ということで、さまざまな職種の方にも来ていただきました。おかげさまで、今回、約400名という多数の参加者がいましたし、また一番危惧しておりましたそもそもの認知症サポート医・かかりつけ医の方も150名程度ということで、この数については、それなりにいい数が出たんじゃないかなと思っています。

このことは、裏を返せば、認知症サポート医につきましては、どこにいるのかわからないとか、どういう機能を果たしているのかというご批判もあります。一方、認知症サポート医の立場になりますと、たまたま順番で、むりやり研修を受けさせられて認知症サポート医になってしまったという受け身の先生もいらっしゃれば、やっぱり認知症サポート医をとったからには何かしたいという前向きな意思を持っている先生方もたくさんいらっしゃいます。地区医師会におきましては、医師会単位で地域包括支援センターに認知症サポート医を1名張りつけるといったような取り決めをやっている医師会もございます。まさに、これから認知症サポート医の果たすべき役割が見えてくるんじゃないかと思っていますところでございます。

その中で、先ほど栗田先生からお話のありましたように、医療従事者の関係者会議の中でも、議題の2つ目として、認知症サポート医のありようについてのご検討をいただいておりますので、この関係者会議の結論を見ながら、東京都医師会としても認知症サポート医、あるいはかかりつけ医の地域での活用といったものを考えていきたいと思っております。そういう点では、今回の、この2月の研修会はそのスタートとしては非常にいいキックオフをいただいたと思っておりますので、感謝するとともに、これから我々の東京都医師会としても、サポート医の使い方について、さまざまなご意見を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。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

事務局からの説明、それから各委員の方々からのコメントをいただきました。

ここで、ただいまのご説明に関して、各委員から、今度はいろいろコメントやご質問等をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

多職種連携に関するもの、看護師対応力向上研修に関するものでありますとか、いずれの部分でも結構でございます。認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修に関するものでも結構でございます。今後の展開に関しての期待するところでも結構でございます。

新井委員お願いします。

○新井副部長 看護管理者対象の研修会ですが、日曜日に3回もやって、これだけの参加があったというのは素晴らしいことだと思いますし、特に各病院の部長さんというか、管理者が出てくれるというのは日曜日に大したもんだと思うんですけども、こういった出た病院に対して修了証とか、研修会としての参加する動機づけというか、インセンティブというか、逆に言うと部長さんだけがわかっていても病院全体にはなかなか広がらない、その部分を何かここに出てきたという評価をきちんと何かで証明するなり何かして、その辺のバックアップというか、そういうのは必要かなと思いつつ聞いてたんですけども、何かそういうのはあるんですか。

○桑田委員 一応修了証はお出ししました。それで、確かにアンケートを読むと、ネットワークづくりをしたいとか、そういったような意見もありました。これで終わりではなく、フォローアップをしてもらいたいとか、そういったようなご意見があったのは事実です。

今回、これだけの人数が来たという、実はこっちもかなりびっくりしてしまいまして、実はこんなに思っていなかったものですから、そういうところは今後再検討する必要があるかなと思っております。

○新井副部長 病院の規模としては大きな病院ですか、それとも小さな病院の部長さんとか、そういう……

○桑田委員 参考資料4の3ページ目に病院種別がありまして、ここを見させていただきますと、病院の規模がわかるかと思えます。こういった、それこそ大学病院から中小の病院から、精神科病院から、療養病床というような多岐にわたっているというのが状況で、一病院5人、6人出たところもありました。ですから、そういう方たちが実際に自分の組織に帰って連携して活動していただけたらいいかなと思いました。

あと、同じ病院の人たちが同じものを聞くというのも大事かなと思いました。

○新田課長 修了証の補足ですけども、サイズはA4ぐらいのサイズで、東京都知事公印を押しまして、全員の方に配布しておりますので、都としてそれなりの研修を受けたということで認定はしております。

○桑田委員 あと、やはり元気になって帰ってもらいたいと思いましたが、実はファシリテーターも含めるとかなりの数の、認知症疾患医療センターのスタッフもかかわってくれていまして、最後にはファシリテーターがじかに拍手をしながら帰っていただくみたいな。元気になって帰ってもらうみたいな、それが一番ですので、栗田委員いかがだったでしょうか、初日参加されまして。

○栗田委員 本当にみんな元気になって帰られて、私は、大変圧倒されて、最後居場所がないような感じで、一番後ろのほうで隠れておりましたけれども。

○繁田部会長 グループワークによってとても良い関係ができるんでしょうね。同じ仲間みたいな感じになるので、機会があったら顔を合わせて情報交換したり勉強したいと思うと思います。だから、1回ずつ参加していただくのも大事ですけれども、もう一回また皆さんが集まれる機会があると、場合によってはお互い同士で連絡を取り合って、頑張れるようなネットワークができるのかなと想像しました。

○桑田委員 認知症のこととか老いるということは、実は他人事ではなく自分のことですので、実際に自分たちが管理している病院なり病棟なりのケアが、自分が受けたいケアなのかどうか、ということの、そういったようなざわめきグループみたいなのをして、自分に落とし込むというか、そういったことも大事かなと思いましたので、そういったようなことをしながら、グループワークに行っているような、ちょっと教育技法と言いましょか、セッティングを見せてもらったと意識して。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、ご質問等ございましたらお願いいたします。

はい、お願いします。

○毛利委員 武蔵野市の毛利と申します。

大変不勉強で申しわけないのですが、認知症サポート医についてちょっと確認をさせていただきたいのですが、サポート医の先生方というのは、例えば年間何人ぐらい養成あるいは研修を受けられるかとか、診療科目が専門が決まっていच्छるのかとか、その辺が認知症疾患医療センターのところとも関係してくるかなと思いますので、ちょっと教えていただければと思います。

○繁田部会長 いいですか。

○平川（博）委員 東京都の認知症サポート医は、一応各地区医師会から対象となる先生をご推挙いただきまして、それを東京都医師会で取りまとめて東京都を通じて出しているわけですが、具体的な数については、多分東京都のほうで1年間の養成する数をわかっていると思うのですが、最近の傾向といたしましては、精神科の先生よりも一般科の先生のほうが圧倒的に多いというふうな目安です。そういう傾向は、全国的に見てもデータが出ていると思います。

サポート医につきましても、もちろん専門性を深く有した方にももちろんなってもらいたいですけれども、地域で本当に身近に患者様やご家族を見ているかかりつけの先生方、決して精神科の担当ではなくても、きちんと生活や家も見ているという方々にとってももらえる、そういう方によって、連携をつくってもらうことに意味があるので、決してあるグループの先生方ばかりねらっているというわけじゃないと私どもは理解していることでもあります。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○守田係長 認知症サポート医の養成数についてでございますけれども、このところ数年間は、年間約80名ずつ養成しておりまして、累計で563人、現在、都内にはいらっしやいます。

○繁田部会長 よろしゅうございますか。

また、追加のご質問ございましたらこの後でも結構でございます。ご質問をください。

そのほか、いかがでございますか。

はい、お願いします。

○齋藤委員 新宿区の齋藤でございます。

先ほど来から医療従事者の認知症対応力向上の計画取り組み、大変すばらしいことと感じております。その中で、今お話がありました認知症サポート医のところなんですが、先ほど平川先生のご説明の中で、地域包括支援センターに認知症サポート医を張りつけている医師会もあるというお話がございましたが、私ども新宿区でも、やはりそういった医療と福祉の連携、これを強化する意味で日ごろから地域のかかりつけ医の先生方と地域包括支援センター、ここが強いつながりを持って取り組んでいくことが重要ではないかと考えておるので、ぜひそういった取り組みを全都的に広げていっていただく、こういった考え方が大変重要なのではないかと感じた次第です。感想まででございます。

○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。

(発言する者なし)

○繁田部会長 それでは、まだご質問あるかもしれませんけれども、きょうのメインテーマに入ってまいりたいと思います。

## 議 事

### (1) 認知症疾患医療センターの整備について

○繁田部会長 議事は、1点でございます。認知症疾患医療センターの整備について、特に診療型の認知症疾患医療センターのあり方、期待するところ、役割、そういったものに関してご自由にご意見をいただく機会にしたいと思います。

それでは、まず資料を使いまして、事務局から説明をお願いいたします。

○新田課長 それでは、認知症疾患医療センターの整備についてということで、まず資料をご説明い

たします。

まず、資料の3です。これは認知症医療部会、前回の第5回目の主な意見をまとめたものです。

第5回目の認知症医療部会では、きょうも議題になっている認知症疾患医療センターですとか、あるいは、今、国立で昨年度やっておりました認知症医療支援診療所の地域連携モデル事業のお話、あるいは認知症の早期発見・早期診断事業、その他認知症ケアパス等について、ご議論をいただきまして、それをまとめた資料になっています。

そのうち、認知症疾患医療センターの部分についていただいたご意見について、今後、議論の参考になりますので、若干ご紹介いたします。

幾つかいただいているご意見のうち、まず1つ目の「●」なんですけれども、認知症疾患医療センターとして基幹型、地域型、診療所型という3つの類型ができたということは、ある意味でいろいろなバリエーションを選択できるようになったということである。

次に4つ目の「●」のところでありますけれども、将来的には診療所型とサポート医との整合性をどこかでつけていかなければならない。

その下の「●」ですけれども、基幹型、地域型、診療所型と、厚生労働省が全国の都道府県を考えて3つの類型にしたわけなんですけれども、東京都は、事情や背景が違うということを踏まえておく必要があると。東京都なりのあり方を考えるいい機会でもあるし、地方の県とは違ったモデルをつくれるのではないかと期待できるというようなご意見をいただいております。

こういったご意見を踏まえながら、以下の資料でご説明いたします。

資料の4は、おさらいのような形になるんですけれども、東京都の今指定しております認知症疾患医療センター、地域型という類型に入るんですけれども、その概要の説明をした資料になります。

指定数は、事業概要のところにございますように、今は二次保健医療圏ごとに1カ所を基本として設置しております。12カ所ございます。

指定期間は3年という形になっておりまして、29年3月末まで。

26年度の予算内容がその右にありまして、12カ所分で合計約1億3,000万円、1カ所当たり1,100万円となっておりまして、国庫補助が2分の1、都の負担が2分の1というような原則となっております。

具体的に、こういった機能、役割を担っているのかというところがその下にあります。

3つの役割と書いてあるところをごらんいただきたいんですけれども、大きく3つございます。

専門医療機関としての役割と、地域の連携の推進機関としての役割、人材育成機関としての役割があります。

専門医療機関としての役割としては、専門医療相談室を設置して、関係機関からの相談に応じる。

鑑別診断・初期対応の取組。

身体合併症・行動心理症状への対応等があります。

地域連携の推進機関としての役割としては、連携協議会や研修会の開催を通じた地域との連携体制の構築。

人材育成としての役割は、専門医療、地域連携を支える人材育成、これを大きな役割として置いております。

その右側に、地域連携のイメージとございますけれども、区市町村域、いろいろな社会資源が連携を、認知症の人の家族を中心に広がっていますけれども、認知症疾患医療センターは、それを後方から支援をしていくと、こういった絵を描いております。

その下に、参考に現在の指定要件を書いております。この辺につきましては、後ほどまた比較の中で説明いたします。

資料5は、今、12カ所設置している指定状況です。圏域ごとに病院とともに記載しておりますので、ごらんください。

資料の6が、実際の各センターの25年度の活動実績になっております。これも、後ほど議論の参考にしていただければと思っています。

地域の特性ですとか、病院の性質等によって、件数等の違いはありますけれども、都が認知症疾患センターに求めている要件は各センターが実施しております。

24年4月から、この事業を開始していますけれども、軌道に乗ってきていると都としては考えております。

続きまして、資料7をごらんください。

これは、認知症疾患医療センターの整備についてということを議論するに当たって、今、国がどういった考え方にあるのかというものをまとめたものになっております。

参考までに、国の現在の動きと考え方をご紹介します。

左側上に、厚生労働省の動きとありますけれども、幾つか国の動きをトピック的に書いております。

代表的なものをご紹介しますと、まず、24年6月に今後の認知症施策の方向性についてというものを出しております。この中で、当時は身近型と言ったんですけれども、身近型認知症疾患医療センターの整備についての記載がされております。

その後、24年9月に、いわゆるオレンジプランが出されまして、この中で早期診断等を担う医療機関の数の整備が記載されております。

具体的には、24年度から29年度にかけて、約500カ所を整備していく。



一番下のところ、都道府県・指定都市認知症施策担当者会議が、平成25年6月に開かれておりますけれども、この中で、当面の整備の考え方の案を示しております。

3つありますけれども、まず1つ目が、地域型を二次保健医療圏ごとに設置する。

2つ目は、基幹型を身体合併症に対する急性期医療対応と空床確保を行うための拠点として設置する。

3つ目として、(1)と(2)を基本としながら、65歳以上人口規模に応じまして、認知症医療支援診療所、この段階では仮称となっておりますけれども、設置するということになっております。

この認知症医療支援診療所の考えを受けまして、モデル事業を国が25年度に全国9カ所で実施しております。

東京都では、国立市が医療法人社団つくし会新田クリニックにおいて実施しております。

これは、先ほど第5回の部会で、新田委員からご紹介をいただいております。

その右に来まして、厚生労働省の整備方針ということで、ことしの1月に、関係部局長会議が開催されまして、そこで資料が出されています。先ほどご紹介した認知症医療支援診療所については、26年度予算案において都道府県が実施する認知症疾患医療センター等運営事業の中でまだ仮称ですけれども、診療所型、として国庫補助の対象とすると。ですから、3つ目の類型として、診療所型を国庫補助の対象としていく。

また、今後の認知症疾患医療センターの整備についての考え方については、昨年6月の担当者会議で示したところであるが、昨年10月に実施した調査の結果も踏まえて、今年度、これはこの時点で言うところ26年3月、25年度中なんですけれども、までに実施要綱の案として示す予定であると。ただ、国から、まだ実施要綱が示されておらず、診療所型の指定要件や国庫補助額の基準額は不明です。本来、この会議にその辺が間に合うかどうか確認をしたのですが、間に合っていないという状況です。

ただ、診療所型の概要の(案)という形で、これも同じくことしの2月に国から通知が出ていますが、今後変更があり得るというようなクレジットがついたままなんですけれども、案が示されておりますのでご紹介いたします。

診療所型につきましては、一番右側になっております。

診療所型の国が考えている案を中心にご説明します。

設置医療機関、何を対象とするかということで、診療所型というのは文字通り診療所を対象としていく。

基本的な活動圏域としては、地域型と同じく、二次保健医療圏域を対象としている。

鑑別診断等の機能につきましては、基幹型、地域型と同様に鑑別診断と専門医療相談を実施する。

人の配置につきましては、専門医は1名以上、認知症心理技術者については1名ですけれども、地域型と違って兼務を可としています。専任のPSW、または保健師等を1名以上、これも兼務を可と

しています。ここは地域型と要件が異なっております。

検査体制につきましても、CT、MRI、SPECTにつきましては、他の医療機関との連携確保で対応することも認める。ちなみに、地域型は、MRIとSPECTにつきましては、他の医療機関との連携を認めますけれども、CTは所持をしていなければいけないというような条件になっています。

医療相談室につきましては、設置は求めない。ただし専門医療相談が実施することができる体制を確保していく必要があるとされています。地域型では、相談室の設置は必須でありますので、ここも異なっております。

その他として、地域への情報発信ですとか、医療従事者への研修の実施、認知症介護医療連携協議会等の開催等の状況ですけれども、これは基幹型及び地域型と同様の要件を満たすこととされていますけれども、ただし書きがついておまして、基幹型では地域型と連携する場合においては、みずから体制を確保する必要はない。研修を実施したり、連携協議会をみずから開催する必要はないという条件がついております。

国の動きが以上です。

これを踏まえまして、資料8のところ、都における今後の認知症疾患医療センターのあり方について（案）ということでご議論いただきたいと思っています。

まず左側で、今後の認知症疾患センターのあり方についてどう検討していくかというのを今年度と来年度にかけてのスケジュール（案）を示しております。

一番左側、この医療部会でありますけれども、きょう5月20日に、第6回の医療部会を開催しております。今後の論点についてご議論をいただくと。予定では、7月の末に第7回、10月に第8回の医療部会を開催いたしまして、ここでセンターの機能及び配置数について具体的に議論していきたいと思っています。この間に、来年度の予算要求等があります。年明けの1月に第9回目を開催いたしまして、具体的にご議論いただいた内容を踏まえ、センター指定の手続についてご議論いただきたいと思っております。

その下に医療機関の調査とございます。これは、下に四角で認知症疾患センターにかかる医療機関調査（案）とありますので、そこでご説明したいと思います。

この調査の目的ですけれども、都内の認知症にかかる医療資源の状況等、医療機関の認知症疾患センターについての考え方を把握して、今後、都が事実上疾患センターを整備していくに当たっての参考としたいと、それを目的として調査をいたします。調査対象は、都内の認知症の診断を行っている公表されている215の病院と1,766の診療所を対象としています。

調査期間は、これも案ですけれども、ことしの6月から7月にかけて郵送調査で実施したいと思っています。

主な調査項目につきましては、（案）として大きく7点お示ししております。ここについても、いろいろご意見をいただきたいと思いますけれども、認知症に関する診療内容ですとか、認知症に携わる医師の状況、スタッフの状況、検査体制、訪問診療の実施状況、あとは区市町村地域包括支援センター等との連携状況、最後に、認知症疾患医療センターの指定に向けての意向、こういった点を確認したいと思っています。

同様の調査は、現在の地域型を指定するに当たっても、22年の秋に実施しております。

先ほどのスケジュールに戻っていただきまして、一番左側なんですけれども、医療部会での議論ですとか、医療関係機関への調査を踏まえて、具体的にセンターをどうやって指定していくのかというところで、27年2月のところに公募開始と書いてありますけれども、最短で27年2月に公募を開始していければと思っています。その後、都におけるヒアリングですとか、選考委員会、厚生労働省への協議等を経て、平成27年度中に新たな認知症疾患医療センターを指定していければと事務局では考えております。

その右側ですけれども、では、認知症疾患医療センターを今後整備していくに当たっての検討の視点と、検討の論点を事務局で用意をしております。これを参考にご議論いただきたいと思います。

まず、検討の視点ですけれども、これは先ほど来ご説明しておりますように、都は、平成24年度に二次保健医療圏に1カ所ずつ地域型の認知症疾患医療センターを整備して、地域の認知症対応力向上に向けた取り組みを進めてきました。

しかし、11年後の、いわゆる2025年、平成37年には、都内の高齢化率は25%までに達しまして、認知症の高齢者の数も現在の約1.6倍の60万人まで急増すると推計されております。また、高齢者の単独世帯ですとか、夫婦のみ世帯の増加も見込まれております。下に※の2で書いておりますけれども、2025年には、都内の高齢者単独世帯は89万世帯、夫婦のみ世帯は約62万世帯まで増加すると推計されるとしました。

こうした状況の中で、認知症の人と家族が地域で安心して生活するためには、認知症の早期発見・診断・対応のシステムづくりを進め、地域の医療介護関係者の連携を推進して、認知症の人が状態に応じて適切なサービス、支援を受けられる体制を構築していくことが急がれています。

こうした体制を構築していくに当たって、認知症疾患医療センターの役割というのが非常に重要です。今後急増する認知症の人とその家族を支えていくために、認知症疾患医療センターのあり方を含め、今後の中長期的な認知症施策を検討する必要があると考えています。

検討結果は、今年末に策定します東京都の長期ビジョン、仮称ですけれども、ここに反映をしていくと考えております。

こういった検討の視点を踏まえまして、では具体的にどういったことをご議論いただくかというところで、下に3点ほど示しております。

1つ目ですけれども、急増する認知症の人とその家族を地域で支えるためには、より身近な地域を単位として認知症の医療、福祉、介護の体制づくりを進めていく必要があります。そのために、認知症疾患センターの機能ですとか、担当する圏域、地域、配置数をどのように考えるべきか、これが1つ目の論点であります。

2つ目が、より多くの地域で認知症の早期発見、診断、対応を進めていくためには、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医がそれぞれどのような機能を担うべきか、またどのような連携を図るべきか、これが2つ目の視点になります。

3つ目の視点ですけれども、1と2を検討するに当たっては、資料7でご紹介をした、国が定める基幹型、地域型、診療所型センターの指定要件を踏まえながら、都内の高齢者の状況ですとか、社会資源の状況、大都市東京の実情にあった都独自のセンターに必要な機能、要件を検討する必要があるのではないか、これが3つ目の視点となります。

この3つの視点を中心にさまざまなご意見をいただきたいと思っております。

その他、参考資料7につきましては、二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例ということで、都内に認知症高齢者の数ですとか、社会資源の状況、さまざまに異なっておりますので、それを二次保健医療圏ごとにしたものです。参考までにごらんいただければと思います。

なお、先ほど認知症サポート医の都内の数のお話がありましたけれども、563人の圏域別の内訳も一番右側に記載してございます。

参考資料の8は、現在の認知症疾患医療センターの運営事業の要綱をつけております。これも参考までにごらんいただきたいと思っています。

事務局から資料の説明は以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

おわかりいただけましたかと思えます。本日の議論の中心となる資料は、資料7と資料8でございます。今ご紹介いただきましたように、資料の8の右下に用意してあります3つの論点に対して集中的にご意見をいただくことが最も重要と思えます。診療所型の機能と、どのくらいの地域を担当すると認知症の方やご家族の一番効果的な支援になるのか、どういう機能で、どういう連携が望ましいのか。それから3つの種類のセンター、東京都では基幹型はありませんので、地域型と診療所型ですけれども、その2つが東京都の場合には、国の基準に加えてどういう観点とか、戦略が必要なのかということのご意見が特に必要とされているという、そういう事務局の説明でございました。

まずは、ご自由にご意見をいろいろいただけたらと思えます。いかがでございましょうか。

お願いします。

○山田委員 後からさまざまなご意見が出ると思いますので、先に言わせていただきます。

最近、私が担当している地域の現状なんですけれども、資料8にも書いてありますとおり、単独世帯がふえているものですから、単独で暮らしているけれども認知症になる方が多いんです。最近相談が来るのは、警察とか、近隣の方です。もうご家族とのつながりが切れていて、割と地域とのつながりだけとか、地域とのつながりもなく住んでいらっしゃる高齢者の方が認知症になって、しかも大体通報をいただくときというのは警察絡みのいろいろな事案が出ているときであったり、もう徘徊が激しくて、すぐにでも介入していかないとまずいという状況で発見されるんです。そうしたときに、やはりご家族になりかわって受診につなげたりということになると、やはり地域包括支援センターが一番動きやすいということで動くことになるんですけれども、まず一つは、なかなか認知症疾患医療センター、距離的には二次保健医療圏なので遠いんですから、そこまで最近会ったばかりの自分たちがお連れするというのはかなり難しいということでは、本当に地域の身近なところにそういった鑑別診断をしてくださるところがふえるということは、ものすごく歓迎することです。ただ、同時に、これは私が体験したことではあるんですが、ご家族がいないということになると、鑑別診断をしてくださらないという状況もありまして、それは医療としてのさまざまな事情があるのだろうというのはもちろん理解はしているのですが、例えば家族が見当たらないという状況でしたらば、例えば福祉としては行政とタイアップをして、その方の戸籍を追って行って、家族を見つけて、家族に同意を得ながら、同意が得られなかったら首長申し立てで成年後見を申請して、後見人をつけて何かしらの対処をするということがあるのですけれども、その鑑別診断がないと後見の類型が決まらないということがありますので、そこら辺で、一般の診療所では仕方がないかなとは思っているのですけれども、認知症疾患医療センターであったり、今度から始まるような診療所型の認知症疾患医療センターでは、その辺のところは少しルールを決めて、緊急時に対しては少し柔軟な対応をしていただけたらとか、そういったことがあるととてもありがたいなということを感じているものですから、ご議論いただければと思っております。よろしくお願いします。

○繁田部会長 今のご意見の立場としては、包括の立場になるのか、それとも行政の立場からでしょうか。

○山田委員 いえ包括です。私は包括の職員ですから。

○繁田部会長 なるほど。

例えば、地域包括支援センターとして、早速担当地域に関しての意見が求められていますので、地域によって全然違っていると思うんです。山田委員の地域で包括の立場で、例えば包括一つに1つぐらいあったほうがいいのか、包括を幾つぐらいに幾つあったほうがいいのか、それはありますか、意見。

○山田委員 可能であれば、自分の担当地域にはせめて1カ所は欲しいですね。歩いていける距離というところに最低1カ所は欲しいです。

あと、同時に、やっぱり認知症の方ってご自身が認知症って認められない方が多いじゃないですか。そのときに、鑑別はもちろん専門医にさせていただかなければいけないんですけども、その後の定期的な受診ということを考えると、認知症疾患医療センターよりは、地域のかかりつけ医、先ほど平川（博）委員がおっしゃっていたような認知症サポート医の存在というのは大きいと思っていますので、そこら辺の連携の問題もあるかと思います。

○繁田部会長 かかりつけ医では手に負えない、認知症疾患医療センターは遠い、そういうイメージでいいですね。

○山田委員 一応、まず今、私が最初に発言しているのは、最初の鑑別診断なんです。診断をしていただかないと、先ほど言ったような成年後見の制度にもつなげられない。結局私アウトリーチを使ったんですけども、やっぱりアウトリーチだけでは診断できないから、認知症疾患医療センターを通じて専門医に受診させていただこうと思って、認知症疾患医療センター付きの医療機関に相談したんですが、家族がいなくて診断できませんとお断りされて、認知症疾患医療センター付きの病院さんで断られると、もう一般の専門の診療所は全部断ってくるんです。認知症疾患医療センターも無理なんだからうちはしませんよと言われてしまって、結果的にかなりあの手この手を使って措置入院にまで持って行ってしまったという状況もあって、できれば入り口のところで発見してすぐに介入が必要なきに、認知症疾患医療センターで柔軟な対応をしていただけるととてもありがたいなと思っています。

○繁田部会長 それはかなりまれな例ではないんですか、結構ありますか。

○山田委員 地域性はあるかもしれませんが、私どもの地域では、最近もう警察からちょこちょこ連絡が来て、今すぐ何とかしてくれという事例が多いので、以前よりもずっとふえていると思います。以前は、年に数回そういう事例があるかなぐらいだったのが、今頻繁にそういう事例が出ていますので。

○繁田部会長 今後もふえるだろうということ。わかりました。

○山田委員 今後もふえると思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、いろいろご自由にご意見をいただいて、栗田委員お願いします。

○栗田委員 ただいまの山田委員のご意見で非常に深い関係がある話をします。

そもそも診療所型認知症疾患医療センターというのは、厚生労働省の今後の認知症施策の方向性の

中では身近型認知症疾患医療センターとしてできたものですが、この身近型認知症疾患医療センターは、実は認知症初期集中支援チームとペアで出てきたような、そういうような考え方でございまして、これはどういうことかと言うと、身近な場で、初期集中支援チームと言っていますけれども、実は地域包括支援センターです。地域包括支援センターで受けた認知症関連の相談に対して、きちんとそれに対応してくれる医療サイド側の資源として考えられたのが、この身近型認知症疾患医療センターでありまして、実は今回の診療所型認知症疾患医療センターの実施要綱を見ると、そんな影が全く見えてこない、あの議論は一体どうなっていたんだろうというような感じの実施要綱に見えるのですが、この考え方は、実は、本質的には生きておりまして、これから市町村単位で、地域支援事業という枠組みの中で、認知症初期集中支援チームに相当するような事業が全ての市町村で地域包括支援センターと行政中心になって動かししていくのですけれども、これにきちんとペアで組めるような医療サービスとして、それぞれの市町村で医療機関を確保しようと、これが実は診療所型認知症疾患医療センターの背景にある考え方、思想であるという、このように非常に重要なこととございます。実施要綱には余り書いてないですけれどもね。そういうことがあります。

○繁田部会長 ありがとうございます。

平川（淳）委員 お願いします。

○平川（淳）委員 包括の方々からの相談はよくお話があるのですけれども、包括も救急もそうですけれども、行ったり、かかわったりしたらもう逃げられない。医療機関側は、断ることはできるわけですが、包括の方々は何とかしたいというお気持ちはわかりますが、やはり精神科の場合には、精神保健福祉法が今回改定になりまして、直系のご家族であれば同意をすればいいということですが、それ以外はもう市長同意、区长同意があれば、これは対応できるわけです。特に警察絡みの場合には、もうすぐ入院するしかないわけですから、そこはやはり入院が成立できる状態でお受けしないとどうにもならない。それこそもう暴れて回ったりしている方が、医療を全く受けてないわけですから、どんな病気があるかどうかわからない。その方を、成年後見で、これ認知症ですよと。みんな認知症だっただけでわかっているのに認知症ですよという鑑別診断をするなんてばかげたことをしなきゃいけないわけです。そこは非常にギャップがあると思うんです。栗田先生がおっしゃったような、早期の介入で、私は認知症じゃないわと言ってなかなか薬を飲まないような方を早期に介入するものとは全く別物なので、ここは分けて考えていかないといけないので、ここは市区町村の協力が必要だと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、新井委員をお願いします。

○新井副部会長 今の先生と同じ意見ですけれども、別な言い方をすると、2つポイントがあると思うんです。1つは、警察からどうにかしてくれという連絡があるということが一番一つ困るということをおつ

しゃいましたよね。じゃ警察からどういうことで困るといのか、それを包括なり、このシステムが対応すべきものなのかどうかということですよ。それは、今、先生が言われたことになるのだと思うし、もう一つは、柔軟な対応をとってほしい、そのとおりだと思いますけれども、柔軟なというのはどういうふうに改善するといのかというのを教えてもらおうと、それが我々ここで検討できるかどうかという話になると思うのですけれども、柔軟な対応という、具体的にはどういうことになるんですか。

○山田委員 このケースに関しては、もう発見されたときには、一人で置いておくには厳しい状況だったので、早期に成年後見の申し立てをしていこうという状況でしたので、例えば、今後も延々と家族がいない中を受診をしなければいけないとか入院の相談をしなければいけないという状況でしたから、医療機関ではかなり厳しいだろうなということは想定したんですけれども、その後も、後見人がつきますよというそのための鑑別診断の診断書、後見人申し立ての診断書を書いてほしいという状況だったりというのは、結構ある特化した条件で、それだけはせめて受けていただけると、その後の対応がかなりスムーズになるなということは感じたんです。

○新井副部長 そうすると、断られる理由と柔軟な対応でどういうことに……

○山田委員 断られる理由というのは家族がいないから、結局病院では家族がいない人のことの診断はなかなか難しいですよという病院側の考えがあるじゃないですか、それはすごくよくわかるので、例えば家族はいないけれども、そもそも家族が見つからない人なので、いわゆる首長の申し立てをするための診断です、それに関してはオーケーとか、何か緊急事態のときだけは家族がいなくても診断してほしい。

○新井副部長 緊急な事態の話なんですか。

○山田委員 緊急です。緊急のことが多いです。ただ緊急という定義をどう持ってくるかというところなんですけれども。

○新井副部長 緊急の話になると、先ほどの先生が言われたような……

○山田委員 ええ、25条だとか、いろいろ精神保健福祉法の措置入院ができるような状況で大変な人もいらっしやれば、それは割とスムーズに事は進むと思うのですけれども、ちょっとグレーゾーンな方って結構いらっしやるんです。ご本人は、認知症で徘徊があつて、例えばよくスーパーに行つては物を持っていっちゃつて、軽犯罪で拘留されて、そのたびごとに拘留期限が過ぎると退所してみたいなことを繰り返しているようなケースもいますし、そうになってしまうとなかなか措置入院まで持つていくのが厳しいという、いわゆる自傷他害の恐れがないということで判断されてしまうので、なかなか次に進めないんです。そういう際に、そちらの措置入院の対応が難しいので、できれば私たちとしては、問題解決するために、成年後見に持つていって、いわゆる後見と判断されれば、次の方針もこちらで立てられるなというところがあります。



○新井副部長 そうすると、先ほど栗田委員が言ったような、早期介入チームも含めて、一緒にある程度の時間をかけながらやるという方向は出てくるんじゃないでしょうかね。

○山田委員 そうですね。もう、本当に栗田委員がおっしゃったように、そういった形で一緒に地域包括の初期集中支援チームとタッグを組んで問題解決に動くという姿勢をお聞きして、すごく私も安心したのですけれども、そういったことがもっと推進されていくと、こういった問題が、多分こういった問題結構これからふえていくだろうなと思っているので、今のうちに何とか方向性が定まるといいなと思っているところです。

○繁田部長 今まで出た意見をお聞きすると、少なくともアウトリーチに関しては、やはりやっていただく、やっていただかないといけないだろうということですね。

はい、お願いします。

○栗田委員 もう一つ、平川（淳）委員が、精神保健福祉法との関連のお話をしました。これはとても重要ですので、今のうちに一つ言っておきたいと思うのですが、今動いている認知症初期集中支援チームというのは、これはクリニカルモデルなのかパブリックヘルスマodelなのかという問題であり、これはクリニカルモデルではなく、パブリックヘルスマodelになります。要するに医療サービスではないんですよ。でも、それから、もう一つ、パブリックヘルスマodelだとしても、いわゆる、ひとり暮らしの方で本人がサービスを受けるという意思がない人のところに、パブリックヘルスマodelだからと言って、どのぐらい介入できるのかという、ここは非常に重大な問題であって、確かに、地域保健法のレベルでも、昔から保健指導ってありますから、ある意味ではできるけれども、しかしながら、ハードになってくるとやはり難しいので、これは精神保健福祉法とどうしてもリンクしないといけないことなので、これが、実は東京都ももちろんですけども、国のレベルでもペンディング状態でありまして、これは本当に現場の中でどうやって、ここからここは精神保健福祉と連携しなければいけないかとかいう問題が必ず出てくるので、現場レベルでぜひ議論して連携していただければよかったと、縦割りで大変だと思いますけれども、その辺をやっていただければと思っています。

○繁田部長 栗田委員、クリニカルモデルとパブリックヘルスマodelについて説明していただけますか。

○栗田委員 簡単に言うと、医療という、いわゆる保険診療の医療ではちょっとやれないレベルの話なので、やっぱり精神保健相談とか、そういうものに近いというか、ちょっと言い方は悪いですけども、医療側にとっては少しボランティア的な精神がないとできないようなところなので、その辺のところ行政が責任を持ってどうやっていくかということを考えなければならない。その上で精神保健福祉法とか、そういうところをどうやってつながりながらやっていくかということを考えなければいけない、ここは結構問題になると思いますね。

○繁田部会長 ありがとうございます。

ついでに、お聞きしたいんですけども、依頼したときに、認知症疾患医療センターでも、診療科はいろいろありますね。一つではない。精神科の場合もあれば、神経内科もある。その診療科の違いは対応の違いに出てきますか。それともそれは余りないですか。

○山田委員 それは余り、どちらかという、私たちは、ほとんど認知症疾患医療センターの相談窓口を通しながらお話ししているので、そこからP S Wの方から主治医に聞いてもらったりだとか、担当のナースに聞いていただいたりだとかという形にしていますので、その内部のことが何か問題になっているという状況ではないのかなと、どちらかという、法律との兼ね合いで厳しいんだろうなというのは思っているんです。今回、自分自身もやっぱりそこら辺でアウトリーチをお願いしていくことの限界もまだまだあるのかなということも感じまして、今までどおり精神保健福祉センターの高齢者班にお願いするのが妥当だったのかなということは今は自分も感じていて、ただ、正直、国が求めているところでは、本当は、認知症になられても身近な地域で暮らし続けるということを考えると、もちろん当初、徘徊だとかが始まったときに大変な状況になるので、すぐに対応は必要なのですけれども、もしかすると服薬管理によってまだ在宅が可能な方もいらっしゃるんですが、やはり精神福祉保健センターにつなげてしまうとどうしてもそこから入院になって、そのまま施設という流れをなかなか食い止められないようなところもあるので、本当は、認知症疾患医療センターがせっかくあるし、アウトリーチやっているから利用させていただきたいなというのは、そういった在宅の可能性も含めてもう少し検討したいなというのが私の思いとしてはあって、おつなぎしたというところですよ。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、ご意見をお願いいたします。

はい、お願いします。

○毛利委員 武蔵野市は、アウトリーチチームについては、まだできてはいないのですけれども、平成20年に大変小さい市域ですので、武蔵野市と、お隣の三鷹市とで一緒に三鷹・武蔵野認知症連携を考える会というのを立ち上げて、杏林大学病院が認知症疾患医療センターになっていらっしゃいますけれども、あと武蔵野日赤、それから両市の医師会ですとか、地域包括支援センター等入っていただいて、物忘れ相談シートという連携ツールをつくりまして、通常かかりつけの医者さんのところに行っても、幾つかのチェック項目で認知症が疑われるような場合には、地域包括支援センターを通して杏林大学と日赤の専門相談の枠を割と早目にとっていただけるというようなシステムにしております。そういう意味では、そこがアウトリーチになるだけで、そんなにやっていることについては目的は変わらないのかな

と思っているんですけども、ただ、アウトリーチの話が出てきて、実際、やってみるにはどうしたらいいかということを検討している中では、やはりなかなか北多摩南部圏域6市ある中で、杏林大学が、では同じ形で6市に対して出ていくのかとか、実際お忙しい先生方がどういう体制をとれるのかというところを考えると、できれば、小さい市ですので、武蔵野市の中にどこか医師会から診療所をお選びいただいて、決まったドクターがいらっしゃれば、在宅での生活を継続するというところであっても、使い勝手といいますか、とても効果的で効率的ではないかなと考えております。

○繁田部会長 長期的には検討するにしても、今の段階では、少なくとも市に1つぐらいそういうアウトリーチをしてくれるようなところがあると随分違ってくるだろうということですね。

○毛利委員 はい。

○繁田部会長 ありがとうございます。

はい。

○西本委員 やはり、ケアマネジャーの立場からも、ケアマネジャーは、逆に包括の方と違って、だんだんだんだん具合が悪くなってというような方たちを担当していくのですけれども、やはり家族がおられても、「認知症の専門のところに行きましょう」と言っても、なかなか「うん」と言っていただけの方がものすごく多くて、いざもう本当に困って、専門の病院のところを紹介して、相談の糸口をつかもうとするときには、もうその認知症の診療所はいっぱいで、予約は1カ月先ですというようなことで、なかなか今困っているのにどうにかしてほしいという方々が最近すごく多くなってきていて、なるべくだったら今の武蔵野市さんのシステムのように、ケアマネジャーが困った人たちを包括さんにつなげて、包括さんが優先的にいろいろな診断をしていただけるような道筋があるとうれしいと思ひまして、やはり私も区に一つそれがあれば、サポート医やかかりつけ医の先生と協力して、そこを担ってくださるとすごくスムーズに在宅が続けていけるのではないかなと感じました。

○繁田部会長 ありがとうございます

どうぞご自由にご意見をいただけたら。

はい、お願いします。

○齋藤委員 今までの議論を聞いていて、身近なところで相談ができる医療機関があるということが重要なのだろうなどは感じていますので、議論に入る前に、一つだけ整理をして確認をしておきたいと思ってお聞きしたいのですが、この認知症疾患医療センターのあり方についてをこれから検討する中で、今、東京都さんでは基幹型がなく、地域型を都で12、それと診療所型をどのように整理をしていくかというお話になっているのだと思うのですが、そもそも、基幹型も含めた3類型、これを今後都の中で整備をしていくのかどうか、そういったところの議論としてとらえていっていいということ

でしょうか。それとも、今は、診療所型をどのように整備をしていくかということに論点を置いて話を進めていくのか、その点だけ初めにちょっと確認をさせていただきたいのですが。

○繁田部会長 今まで、認知症対策推進会議であるとか、この会議の前身の医療支援部会にかかわってきた関係で、私の意見を申し上げたいと思います。その後東京都から追加していただけたらと思います。

やっぱり東京都の規模自体が、ほかの都道府県と大きく違います。基幹型というのは都道府県に1つなんです。東京都でそれを1つ認定したとしても機能しないといいますが、むしろ東京都の場合には、基幹型を本当は10か20か欲しいわけですけども、それは国のルールとしては認められない。とすれば、やはり地域型に頑張ってくださいしかないわけです。その中の1つを基幹型に認定したとしても、とても東京都全体をカバーできるわけではない。やはりルール上は地域型になってしまう。ただ、一つ地域型が担っている地域、そこに住んでいる人々、お年寄りの方、認知症の数というのは、やっぱり半端な数ではなく非常に多い数ですので、担っている責任は、あるいは病院の機能やレベルは、ほかの都道府県の基幹型に相当するとお考えいただいてもいい。でも、ルール上は、地域型。国のルールの中でやっていく上で、ではその地域型、責任の重さは基幹型に近い地域型が、さらにこれからも機能していく上でかかりつけ医の先生と認知症サポート医の先生を通して地域の認知症の人、それから家族をサポートするには、どういう体制が必要なのか、どういうふうにしていったらいいんだろうというのを議論していて、今の重要な議題は、診療所型というのを国が認定を近々する、それにあわせて東京都もどういったふうにしたらその診療所型が高い機能を発揮できるだろうか。ただ、その議論をする上で、やっぱり地域型がちょっと足りない、もうちょっとふやしてくれというのであれば、そういったご意見をお出しただいて、それをこの意見を持って東京都に提出をして、検討していただくということは可能だろうと思います。ただ、現実的には、地域型の認知症疾患医療センターをの数を倍にする、3倍にする、10倍にするということは現実的ではないので、ふやすとしても幾つなのかというのは予算的なものであるとか、あるいは、候補となる医療機関の数も大きく関係してきます。地域型の数が確定しているわけではなくて、地域型に関しても、診療所の議論の中で、こういう機能もプラスアルファで担ってほしいとか、数をもう少し増やすべきということであれば、ご意見をいただきたい。ただし議論の中心は診療所型です。

○新田課長 ほとんど繁田先生におっしゃっていただいたとおりですけども、資料の7のところ診療所型というのをご紹介しているということもあって、国が言っているような診療所型というものを基本としながら、東京都の実情にあわせてここにどういった機能をより付加させていく必要があるですとか、あるいは今地域型、二次保健医療圏ごとに1カ所ですけども、一次保健医療圏、場所によっては人口が非常に多かったり、南多摩の圏域のように非常に面積が広いようなところもあります

ので、今の地域型という機能を担わせるにおいても、果たして今の配置でいいのかだとか、そういったところもありますので、そういったところをあわせてご議論いただきたいということで、何もこの議論は診療所型に限定しているわけではないということをご理解をいただければと思います。

○齋藤委員 そうしますと、先ほど地域の中での高齢者の人口であるとか、あるいは広域になるとなかなか動きがにぶくなってくるような状況があると思うんです。私ども、新宿区は、比較的そういった医療資源というか、病院さんも、総合病院、大学病院も多くあって、また、医師会の中で、私ども物忘れ相談員というものを新宿区内を3つのブロックに分けて実施をしていて、その中では、新宿区医師会にご協力いただいて、本年度から実施している地域もあると、ゆくゆくは、それをもっと広げていって普段、高齢者の皆さんを診療されている地域の中のかかりつけ医の先生方、そこでしっかりと認知症の早期診断、対応がとれていけば、やはり、診断を受けるときに、実は私も認知症の母を抱えて一緒に暮らしている状況の中で、診断につなげていく難しさというのを痛感して、そこは、ある意味お願いをしながら病院に行ったという経験がございますので、それを普段かかっているかかりつけ医の先生のところでも少しアプローチをしていただくような形がとれていけば、もう少しスムーズにそういった診断につなげていけるんだらうなど、いった意味では、やはり、地域の医師会との連携というのは、すごく重要であると思っています。

一方で、先ほど来から鑑別診断のお話がちょっとございましたが、新宿区の旧厚生年金病院、今、東京新宿メディカルセンター、その精神科の先生方をお願いをして、認知症相談というのを実施しております。これは、一応訪問をしていただける仕組みをとってやっているんですが、大変病院に行くということのハードルというのが高いといったことで、やっぱりアウトリーチというのはすごく重要な視点であると思っています。

そういった中で、新宿区は比較的恵まれてはいるという状況ですが、二次保健医療圏の中では、やはりそこまで充実しているところというのがなかなか少ない部分もあるかと思っていますので、そうすると東京都内でも、同じレベル、クオリティー、先ほど部会長さんからお話がありましたが、それを維持するというのは、診療所型を考えていく中で、さらに地域型の役割、それぞれの役割分担を明確にして、そういった整備につなげていくということも視野に入れて話をしていくことはすごく重要なんだらうなど考えています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

家族と認知症の人の視点からもご意見をいただきたいのですが、よろしいでしょうか。

牧野委員 よろしく申し上げます。

○牧野委員 ころ合いになったのかなと思ったんですけども、今、ハードルが高いというお話があ

りました。ご本人にしても、それからご家族にしても、やはりお医者さん、あるいは地域包括支援センター自体もハードルが高いと、むしろ知らないといった方がまだまだ7割、8割、現実的にはいらっしやるのが地域なわけです。

先ほど、高齢者ご本人の話が出ていましたけれども、私ども、地域で小さな個人の家を利用したカフェみたいなことを推進してきているんです。その中で、地域の人たちがカフェを運営する中で、だんだんだんだん認知症の方が混じってこられて、それでも、地域で暮らしていけるということを皆さんカフェをやっている地元の人たちは認識をしているんです。ただ、私たちは対応がわからないので、地域包括支援センターさんに応援してくださいと、それから包括さんも、そこに物忘れ相談員の先生が来ていただけるように、何とか手はずを整えたかったんですが、なかなかそのあたりが時間的な問題とかありまして、難しかったということがあります。やはり、ご本人も、それからご家族も、医療とか専門機関に対しては非常に行きにくいといった面がありますので、地域の平場の中にデリバリーをしてほしいと。理想的には、私も、本当のことを言えば包括ごとに、先生が、先ほどおっしゃっていただきましたけれども、デリバリーしてくれると、包括ごとにそういったカフェがあるというのが今の時点では理想ではないかなと考える次第です。

きょう、お手元に、ついでにちょっとご紹介をさせていただくんですが、私のケア手帳というものですが、かかわっています。日本ケア連盟という一般社団法人があるんですが、早期のご本人に対しては、早期の家族がいるわけで、そのご家族が非常に今パニックになっているという状況がたくさん見受けられる。特に高齢者だけではなくて、若者ですね、20代、30代、40代の一人っ子が今多いので、そういう方が親御さんの認知症に対面してどうしていいかわからないという方が非常に多く見受けられています。そういう方が孤立していくと虐待につながるわけで、その前に、どうやって孤立しないで地域につなげていくかという視点が非常に重要だと思うのですが、いろいろ検討した中で、今回ケアラー手帳、これ認知症の特化型をつくったんです。一言で言えば、母子手帳、子育てでいうところの母子手帳であります。最初の段階で、これ実験しましたら、もっともっと早い時期に、この手帳があればよかったというモニタリングの声がありました。全般では事例があり、それから認知症の知識が入っており、それからちょっとした家族がしているような工夫があり、非常にほっとする内容になっています。それから、ご自身の体を気づかうという視点も入ってきているんですが、問題は、最終的には、災害に備えてというようなものもあるんですが、この手帳をツールにして、やはりさまざまな立場の方々がつながっていくということにも使えるのではないかと、どうやって活用するかが問題になるので、できましたら、初期集中支援チームの中の、例えば臨床心理士さんが持っていて、ご家族と話をさせていただいて、個々にこういうカフェがあるから行ってみてくださいとか、あるいは認知症疾患医療センターの相談に来られたご家族に、看護師さんが、一緒にお話をしながらこれ

を勧めていただくとか、問題はやはりどうやってこれをツールにしてみんなが見守るような体制を、これはご家族にも必要だと考えてこれをつくったわけですけれども、今後もし実験的に導入していただけるような自治体さんとか、それから認知症疾患医療センターさんがありましたら、ご用命はこちらにさせていただければいろいろなことが説明できるかなと思っております。孤立しないようにというのが最大の考えです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

今、牧野委員からも、できれば包括に1つということでしたが、例えば東京都で今やっているアウトリーチですと、包括にコーディネーターが1人いて、そのコーディネーターと連携をする、それは支援診療所の先生かもしれないし、認知症サポート医の先生かもしれないし、連携をしてやるとなれば、それなりの負荷を担ってしかも技術と知識もある人が動いてくれないとできないのではないかな。それは、全ての地域包括支援センターに期待してもいいんですけれども、包括によって人的、時間的余裕も違いますので果たしてすべての包括がみんな診療所などとタッグが組めるのかなという気は、個人的にはしています。

○山田委員 全部が全部と言われちゃうと、というところがあるんですが、ただ、やはり地域包括支援センターが果たしている役割ということが、質の問題は横に置いて、やはり地域の中で、例えばそういったアウトリーチが必要な方の情報がどこから一番最初に入るかというところ、やっぱり地域包括だと思うんです。地域包括、もしくは行政に入ってくるというところがあるので、そこで入り口のところは、こちらがかかわって認知症疾患医療センターにおつなぎして、私は、今回アウトリーチチームの方と一緒に私のケースに行っていただいて、ものすごくよかったなと思うのは、言葉の表現は余りよくないかもしれないんですけれども、餅屋は餅屋というんですか、専門の看護師さんからご本人に説明していただくということは、やはりものすごい説得力があるんです。そこがやはり私たちにはないところで、そこを一緒に動いていただくだけで、私たちも本当に助かるし、私たちが一生懸命、無理してうそをついたり何なり、なだめすかししたりしてご本人を専門の医療機関につないでいくということよりも、牧野委員もおっしゃっていましたが、やはり来ていただくというのはものすごく初期の段階では大切ですし、効果的に問題を解決していく上では欠かせない要素かなと思っています。

そういう意味では、多少包括で見ていると、心もとないなって思っている委員の方はたくさんいらっしゃると思うんですけれども、そこは心を広く受けとめていただいて、一緒に行っていただくだけでも、少なからず地域の民生委員さんや、さまざまなインフォーマルな資源につながっているというのは、やはり包括の自身の資源であると思っていますので、一緒に動いていただくだけでも随分ありがたいなと思っています。

○繁田部会長 私が申し上げたのは、包括と認知症サポート医、診療所が有機的な連携をしていくこ

とに関して異を称えているのではなくて、設置する数を含めての議論の中で、いくつぐらいの数の包括が、いくつぐらいの数の支援診療所と連携するのが現実に、可能かと考えていました。

○山田委員 ごめんなさい。そういう意味では、私も、最初に冒頭でお話しさせていただいたとおり、やはり各地域包括支援センターに1カ所、地域型が難しければ認知症サポート医の先生でもいいですし、何かしら認知症のことについて専門の先生がいてくださるというのは理想的な話かなと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、自由にご意見を、新井委員お願いします。

○新井副部会長 今回も、東京都だけの診療所型の整備ではなくて、どうしても厚生労働省との関連で考えていかなければいけないというのが原則だと思うのですけれども、厚生労働省は、全国で何カ所というプランをお持ちでしたか。

○新田課長 オレンジプランの期間中が29末までに500カ所。基幹型が何カ所とか、地域型が何カ所とか、そういう内訳はないんですけれども。

○新井副部会長 そうすると、包括に1個全部つくったら東京都だけでも全部になってしまうということがあるのでしょうかけれども、だから現実的には、やはり、おっしゃったように、かかりつけ医の中でも、訪問診療をやっている先生、それから認知症サポート医の先生、そして、今度の指定される診療所型、いかに有機的に連結するかというところに現実的にはなってくるだろうなと思いますけれども、そこが包括が一番、部会長がおっしゃったように、コアになるだろうというところはみんな同じ意見ですよ。

もう一つ、ちょっと確認ですけれども、厚生労働省が、診療所ということを規定していますけれども、資料の7ですけれども、設置医療機関として診療所型は、診療所という医療の形態、機関としての診療所というのは、これははっきりした規定なんですかね。

○新田課長 まだ案の段階ですけれども、国は、診療所と言っていました。それが将来的にも病院が全く含まれないかどうかというのは、まだわからないですけれども、現時点では診療所をターゲットとしているという言い方をしています。

○新井副部会長 もう一つは、医師か専門医であるということを書いてありますよね、これが老年精神医学会、認知症学会、そうすると診療所で専門医がいてというと、厚生労働省の規定を純粹に守るとするとおのずからある程度数が東京都でも限られてきてしまう。その中で選んでいくという方向になるのか、ある程度幅があって、実質やっているような先生方だと指定できるのか、その辺の弾力的な運用ができるのか、その辺はどうですか。

○新田課長 資料7の右の一番下のところに専門医の要件があるんですけれども、主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師と書いてありますので、このところで、どれだけ読み込んでいけ



るのかというところだと思います。

○新井副部長 これはかなり守らなくちゃいけない条件だと厚生労働省も言っていますか。

○新田課長 そうです。現時点では、ある程度規定された要件ということでここは最低限必要になってくるのかとは思っています。

都も実態調査をやりたいと思っていますので。

○新井副部長 そうすると診療所というのが条件になるとすると、今回、医療機関調査を案として書いてありますよね、この中で病院にも送る必要があるんですか、215。

○新田課長 都の考え方としては、必ずしも診療所型に限定するのはいかがなものかということ国に担当には伝えております。実際、こういった機能を担える医療機関というのは、地方では診療所があるのかもしれませんが、東京都の場合には、診療所以外にも医療機関さまざまありますので、診療所に限定をする必要はないのではないかと都は国には話しています。

○新井副部長 先ほどの質問になるのですけれども、そうすると東京都としては、別に厚生労働省が診療所というのを規定しているけれども、それを外して指定できる方向を我々議論しているという考え方でいいわけですね。

○新田課長 それは議論していただいて構わないです。

○繁田部長 東京都の意見とは違うかもしれませんが、場合によっては、病院でしたら、地域型の追加指定というのも、国はもうこれ以上認めないと断言しているわけではないので、そういう持っていく方もあるのかなと思います。

○新井副部長 地域が広い、多摩とかあいう広いところでは、地域型をまたふやせという案になるという、先ほどのご質問のところでありましたが。地域型はふえるかもしれないけれども、ほかのところは一応診療所型を検討するということですね。

○繁田部長 それが一応国に沿った形で進められていると。

今の、あと新井委員のご質問に関係してですけれども、包括の立場でもいいですし、家族の立場でも、見てもらうのは、専門医の資格を持って、この先生じゃないと困るみたいな感じなのか、認知症サポート医の先生でも十分安心できる感じなのか、その辺の経験がもしおありになれば、教えていただけると、基準としてこうじゃなければいけないというのは、もちろん新井委員の質問にありますけれども、ユーザーという立場で、もし何かご意見があれば、おっしゃっていただければと思います。

○山田委員 一番最初に悩むところというのは、とにかく今あらわれているBPSDをまずは少し落ち着きたいというところのほうが先に来ますので、専門医はなかなか遠いところにしかいっしょら

ないけれども、でも認知症サポート医の先生でもある程度そういった経験がある方とか、先ほど言ったような鑑別診断を何年かやっていたらっしゃるような先生がいらっしゃるとかということでしたら、お医者さんは逆にこだわらないのかなと思います。

もちろん、個人差はあるかとは思いますが、例えば、まだある程度しっかりしている方だったりすると、看板に精神科とか認知症専門とかって書いていて、ご本人自身が怒り出したりということもあるので、先ほどのお話にもあったような、もともとのかかりつけ医の先生が認知症サポート医であれば、その信頼関係の中で診断していただいて、服薬をスムーズに進めるということのほうがずっとずっと効果的だとは思っています。ほかの委員の方のご意見もあるかと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

お願いします。

○西本委員 山田委員のおっしゃるように、かかりつけ医が対応していただけるのが、やはり一番ベストかなと思うのですが、なかなかかかりつけ医の方がBPSDだとか、すごく混乱しているときに対応をベストタイミングでやっていただけるかという、現場サイドからすると、ああもう少しほかの介入方法がないのかなとかっていうような場面も多々あるので、そのところをかかりつけ医・認知症サポート医、今回の認知症疾患医療センターの身近型の先生方が、うまく連携ができるような体制を逆に我々としては組んでいただきたい。むしろその専門医にどうしてもだめというわけではなく、一番ベストは、何度も言うように、かかりつけ医の先生がやっていただけるのがベストけれども、なかなかそこが今の現状ではうまく行っていないで、特にもうここに参加されている方たちはもう全然スペシャリストなので、おわかりになっているかとは思いますが、かかりつけ医の先生のところに行くと認知症の方たちすごくおとなしく、まじめに対応して帰ってこられるので、地域の我々がこうなんですというのを少しでもお伝えはするんですけども、なかなかそこを実感していただけないというのが現実で、結局、いろいろな困難さが出てきてからの対応になってしまっているのが実感なので、なるべくその部分の連携のスムーズさを少し考えていただいて、つくっていただくと、現場サイドからするとありがたいかなと思います。

○繁田部会長 事例としてかかりつけ医の先生にお願いをしたら、かかりつけ医の先生は一人ではちょっと難しかったけれども、認知症サポート医の先生とか、自分の関係で相談をしつつ、そのことに対応できた、うまく乗り越えられたという事例はあります。

○山田委員 結構、地元いらっしゃる内科の先生がかなり認知症でBPSDが激しい方だったんですけども、やはりご本人がどうしても精神科受診がいいとか、認知症専門外来は嫌で、ご家族が相談に行ったら、近くの内科の先生が、いいよまずは連れておいでと言って連れていって、その先生から僕がいい先生を紹介してあげるよと言って、ご紹介してくださって、認知症疾患医療センターにつ

ながったということはありません。ただ、結局その後、認知症疾患医療センターのある病院までが遠いので、やはり戻していただかないと、ある程度症状が落ち着くまで認知症疾患医療センターで見られたいというのはあったんでしょうけれども、その後結局こちらからも情報提供して、なかなか受診につながらないので、地域の医療機関ではだめですかと言ったら、じゃ戻しましょうという話になって、今割とそちらで動いているという状況もあるので、西本委員がおっしゃったように、連携していただくというのは、すごく重要だなとは感じます。

○繁田部会長 診療所の先生も、かかりつけ医の先生たちと連携してもらえるような診療所が、新センターになってもらえるんじゃないかというような。

ありがとうございました。

どうぞご意見があればおっしゃっていただければと。

はい、高瀬委員お願いします。

○高瀬委員 きょうは、新田先生がいらっしゃらないので、訪問診療で一生懸命診ている立場として何かお話ししないと新田先生に怒られちゃうかなと思って。

具体的なお話しかできないんですけども、山田さんのお話とか、栗田先生のお話とか、平川先生のお話を聞くと、本当に「ああそうだなと」非常に勉強になりました。レビー小体型認知症は、最近とみに顕在化してくるようになってきて、昼間の診察時は非常にいいおばあちゃんなんですけれども、夜間はせん妄で大騒ぎしているみたいな方が結構いらっしゃいます。きょう行った症例では、ご家族が20歳代のナースのお孫さんで、おばあちゃんが夜騒ぐので仕事に行けないっていう、半泣き状態です。すぐに病院に入院させていただけるところもほとんどないんですけども、一応病院をご紹介してきょうは運よく見つかりました。そういうケースの相談はほとんど毎日あります。そのような、急いで対応しなければならない困難な事例というのは、月に1～2例はあるかなというところなんです。先ほど栗田先生がおっしゃっていたように、僕らみたいなかかりつけ医とか認知症サポート医は、精神保健福祉法と、あと成年後見の問題も不得意ながら切り込んでいかなければいけなくて、とりあえず認知症の病名を書いて出さないと介護保険ももらえないといった状況です。アウトリーチでかかわってくるというのは、非常に重要なことなんだなというのは、後からだんだん分かってきました。私は病院を10年前に開業しましたが、初めは無手勝流でやっていました。しかし、だんだん介護保険の中で主治医意見書の重要性というのが、分かってきました。ただ、やはりそれはある程度経験を積まないとわからないなというのが一つと、それから、精神保健福祉法も含めて、法律的な問題がグレーゾーンみたいなところで一症例ごと微妙に状況が違うので、それを誰にお聞きしたらいいのかなと迷うことが多いのです。それがすぐに聞けなくて、例えば後見制度にしても、市区町村の首長が言ってくれなきゃ進まないのですけれども、そこにえらい時間がかかって、患者さんもさることながら

医者も段取りが済むまで大変困ることがあります。そういう意味でのこの「スピード感」をちゃんと受けとめてもらえるような仕組みは必要かなと思います。また、ネットワーク力と、チームワーク力と、フットワークの3つの力がある程度あるところでない、国が言っているような認知症疾患医療センター診療所型にしても病院にしても何か敷居が高いと言いますか重たい所は組めず、「スピード感」があって、受け入れ体制ができていところでしかやっぱり組めないですよ。多くの症例を見ているとそういう意味の「スピード感」をどのようにして担保していくかということが多分この全体の議論の一番根底に実に根ざしているんじゃないかなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

先生、例えば首長の判断でとかいうそのスピード感の話ですけれども、それは私は、不勉強で恥ずかしいのですけれども、どういうルートになるんですか。包括を通すんですか。それとも直接市区町村ですか。

○高瀬委員 包括ですね。ただ、地域包括支援センターでも、先ほど来お話があるとおり、全ての人たちが山田委員とか、山本委員みたいに的確な判断を瞬時にできる方ばかりかといったら、そう居なくて、居なくてという怒られちゃうんですけれども、隠れているんだと思いますけれども、なかなかケースごとに、組み合わせが違わないですか、そのときに、お互いの力量というのがちょっとわからないので、それでもたまたましている間に時間がずんずん延びちゃって、もうちょっと早く後見制度にやれば、いろいろなことで助かるのにとということがあります。例えば、入院一つとっても、入院の保証、病院の保証人の問題とか、幾らぐらいお金があるのとか、幾らぐらい使えるのみたいな話になって、すぐに後見人がいてくれないと困るのですけれども、変な話ちょっと僕が立てかえたり、用立てたりとか、本当はいけないんでしょうけれども、そうじゃないと回らないみたいなことがある。自分が入院するのに、飼っている猫を預けるという決断ができないおばあちゃんとかいるんです。もう預けなきゃ猫ちゃんは死んじゃいますから、というひとり暮らしで猫を飼っている家って大変なんだよなとか思いながら……

○繁田部会長 その方もひとり暮らしですね。

○高瀬委員 ええ。それから、認知症も単純な認知症じゃなくて精神疾患を抱えていて認知症になっちゃう人のひとり暮らしって多くないですか。そのような方から電話を受けると、まず僕は「本当に大変だなあ、頑張ってるなあ」としみじみ聞いて「一泣き」してから行きます。

○繁田部会長 時間がかかるというのはどこでかかるんですか。

○山田委員 私が余り答えちゃうとあれなのかもしれないんですけれども、結局、首長申し立てをしていく過程で、やはり家族の戸籍を追っていたりというところに結構時間がかかるのではないかなと思います。割と、家族から、いや私はもう見ませんよという拒否と言いますか、それをしてもらわな

いと、首長申し立てになかなか行かないというのがあって、その家族がどこに住んでいるのかというのを調べるのも大変ですし、もうもともとつながりが切れちゃっている家族に、手紙を出して返ってくるのかっていうのも結構ある程度の時間を要するということもあるんです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、またご意見をいろいろいただけたらと思います。

はい、早川委員お願いします。

○早川委員 今、高瀬委員がおっしゃったことと関連してくるんですけども、私、今までに、例えば統合失調症とか、あるいは鬱の人の処遇をどうにかしなくてはいけないということに何年もかかわってきたんですけども、ものすごくパワーと時間が要るんです。

例えば、午前中にいらして、この人どうにか入院させなきゃいけないとか、本当に大変なんです。認知症については、それを市町村であるとか、包括支援センターの方がやっていたりしているのかなと思いましたが、例えば、そういう業務を、診療所に担っていただくということは非常に無理があるのかなと思います。あるいは、アウトリーチ一つについても、一般の診療を営んでいるわけですから、それを担っていただくというのは、果たして可能なんだろうかというふうに、話を聞いていて感じます。

今、そういう方法も確かにできればいいんでしょうけれども、例えば、相談に乗ってくれることを担保してくれる、あるいは診療を拒否しないとか、あるいは投薬してくとか、そういう入り口だけを確保するというのも一つの方法だろう。今よりもいいだろうというふうに感じます。そういう意味合いでその地域型の確保というのもいいだろう。そのときに、余りに厳しい条件をつけてしまうと、多分手を挙げるところがいなくなるんじゃないかという気がしていて、僕はいろいろなパターンがあってもいいのではないかと思います。いろいろな条件で募集するというようなあり方もあっていいのかなというふうに思います。

意見として申し上げます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

幸いにして、医療機関の調査を東京都が計画していますので、東京都全体ではなくて、地域によってもものすごく差があると思いますので、今、早川委員がおっしゃられたように、アウトリーチがなかなかこの地域ではできないというのであれば、必ずしもそれを絶対の条件ということではない、そういう考え方もあるんじゃないかということで、この意見をお聞きいたします。

ありがとうございます。

どうぞ、まだ少し時間がありますので、お願いします。

○平川（淳）委員 ちょっと基本的な話で申しわけないんですけども、全部の仕組みとして、まずかかりつけ医の先生が見て、それで難しい場合サポート医に相談して、それで難しい場合には、診療所型の疾患センターが見て、それでもどうにもならなければ地域型が見て、それでどうにもならなければ疾患センター同士で何とか頑張っ、それでだめだったら松沢が見るとか、そういうようなイメージで、ランクづけというと変ですけども、相談しやすさから相談しにくい病院まで持っていくというようなイメージでいいのでしょうか。

○繁田部会長 皆さんからご意見をいただきたい。私は個人的には、そこまで明確な順番があるわけではなくて、サポート医と診療所型疾患医療センターはかなり重複するのかなとイメージしています。ですから、かかりつけ医を支援をするのはサポート医か、または診療所にさせていただいて、それをサポートするのが地域型疾患医療センターかなという、そんなイメージを今はぼんやりと持っています。

○平川（淳）委員 もう一つ、私、毎日認知症を最近診るようになって、生活の中ではスーパーで順番を並んでいてもこの人どこの人、この人認知症だとか、高尾山に行く電車の中にもいっぱいいるわけです。どうしようかと思うんですけども、早期発見という点では、そういう人たちに、あなた危ないですよと言いたいですけれども、そこら辺はどういうふうにしたらいいか、ちょっと私としては悩んでおるんですけども、最後に一つ、ここだけちょっとご提案させていただいて、余りほっといてくれという人いっぱいいると思うので、その辺もちょっとお考えいただきたいと思います。

○繁田部会長 ただいまの貴重なご意見に対して、ご意見をお願いいたします。

はい、お願いします。

○毛利委員 今の、ご回答にはならないかとは思いますが、武蔵野では、かかりつけ医の先生方にチェックをしていただいて、杏林とか日赤につなげるということはあるんですけども、一方で、この仕組みをやっている中で、かかりつけのお医者さんが、「僕が見ている糖尿病の患者さんの後ろに認知症があったよ」というお話をされるようになりまして、先生がちょっとこの方は危ないなと思ったときに、うちは直営で包括支援センター1カ所で、あとは在宅介護支援センターにランチ機能を持たせていますが、かかりつけ医の先生から、「きょう来た患者さんがこんな状況だったんだけれども、ちょっと何かうまい理由をつけてお家に行ってみてくれる？」みたいなお話をいただいたりする体制ができつつある感じです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

まだまだ、ご意見があるかと思いますが、時間がまいりました。また今後も検討を続けていくということです。さらに国の基準、指定要件等が出ましたら、またさらに具体的な議論に入れると

思いますので、きょうのところは、ここで一区切りをつけさせていただきたいと思います。

また今後していかなければいけない議論として、一つは、医療相談室の設置に関して。設置は求めないけれども専門医療相談が実施できる体制を確保とあるので、この点をまたこの次にお考えいただけたらと思います。先ほど高瀬委員がいろいろ相談に乗っているとおっしゃいましたが、果たして、早川委員がおっしゃったように、忙しい中で、今後どれだけ相談に乗れるのかというところもありますので、その点を議論していただけたらと思います。

それから、カバーする領域に関しても、議論を続けてまいりたいと思います。どうぞ次回も、今回のような活発なご意見をいただけたらと思います。

時間を超過しましたがけれども、ここでマイクを事務局にお返しします。

○新田課長 繁田部会長、ありがとうございました。

次回の第7回認知症医療部会につきましては、平成26年7月31日（木）午後6時から開催させていただきます。次回もよろしく願いいたします。

本日お配りした資料につきましては、事務局から郵送いたしますので、封筒に入れて机に残しておいても構いません。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、受付にお申し出ください。

それでは、本日はこれで散会といたします。ありがとうございました。

午後8時33分 閉会