

第3回

東京都認知症対策推進会議

認知症医療支援体制検討部会

会議録

令和2年2月7日  
東京都福祉保健局

(午後 6時58分 開会)

○大竹課長 それでは、定刻より少し早いですが、委員の皆様おそろいになりましたので、ただいまより、第3回東京都認知症医療支援体制検討部会を開催いたします。

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、誠にありがとうございます。

本日、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でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

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綱第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、後日ホームページで公開をさせていただきますので、あらかじめご承知おきください。

また、ご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。マイクの下にあるボタンを押しますと赤いランプが灯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、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、事務局がお持ちいたしますので、挙手にてお知らせください。

資料は次第のとおりとなります。資料1、委員名簿、資料2、認知症対策推進事業実施要綱、資料3、本日第3回の検討事項及び論点、資料4がホチキスどめになりまして、前回の第2回の主なご意見となります。そして、資料5から7は、認知症サポート医についての資料、資料8がホチキスどめになりまして、東京都における認知症サポート医のフォローアップ研修の実施状況となります。そのほか、参考資料が1から8までございます。

資料についてはよろしいでしょうか。

それでは、委員の出欠状況について、ご報告させていただきます。

中央区福祉保健部介護保険課長の佐野委員が、所要により欠席と伺っております。

続きまして、幹事の出欠状況について、ご報告をさせていただきます。

本日は、福祉保健局高齢者施策推進担当部長の奈良部幹事と、医療政策部地域医療担当課長の久村幹事が所要により欠席をしております。

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、繁田部会長よろしくお願ひいたします。

○繁田部会長 こんにちは、繁田でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

寒い中、おいでいただきまして、ありがとうございました。風邪を引いている委員もおるようですが、お体を大事にいただけたらと思います。

それでは、早速議事に沿って始めてまいりたいと思います。

次第をご覧ください。本日の議事は3点でございます。一つ目が認知症サポート医のスキルアップ及び活動の促進について。二つ目が、認知症ケアに携わる医療従事者等

の人材育成の支援拠点の区市町村支援について。三つ目が、認知症ケアに携わる医療従事者等の人材育成の支援拠点の機能について。この3点がメインの論点でございます。

それでは、具体的な検討に入ります前に、まず第2回の検討内容を振り返って共有をさせていただきたいと思っております。

検討内容については、事務局からご説明をお願いいたします。

○大竹課長 それでは、資料4、認知症医療支援体制検討部会（第2回）の主なご意見をご覧ください。

第2回においては、四つの項目についてご意見をいただいております。

1点目、現在の人材育成に係る支援拠点である認知症支援推進センターと、人材育成の機能をもつ地域拠点型認知症疾患医療センターが、人材育成機関としてそれぞれ担うべき役割・機能の整理についてです。

主なご意見を記載させていただいておりますが、認知症支援推進センターを置いている健康長寿医療センターについて、研究所機能を持っているからできるというご意見や、役割分担として認知症疾患医療センターでは、研修に関して基礎的なことを行い、認知症支援推進センターでは、より専門的な研修等の実施や、都全体を包括的に見渡して活動を支援することができるといったご意見をいただいております。

おめぐりいただきまして2点目になりますが、認知症疾患医療センター未設置地域への支援について、第1回の検討内容を踏まえ、認知症支援推進センターが担うべきかということについて、ご意見をいただいております。

黒丸の三つ目以降のところでご意見をいただいておりますが、未設置地域について、地域拠点型認知症疾患医療センターの協力を得た上で、認知症支援推進センターがサポートするといった方向性について、お示しをいただいております。

その下、3点目につきましては、認知症支援推進センターが未設置地域の支援を担うという2点目の論点を踏まえまして、「全区市町村で認知症の人の地域生活を支える医療介護の連携体制を構築」に向けた体制整備につながるということで、次期の第8期東京都高齢者保健福祉計画において、認知症疾患医療センターの設置目標の見直しを行うことについて、委員の皆様からご承認をいただいております。

次の3ページ目が4点目となりまして、都における医療専門職等の認知症対応力向上の支援拠点として、認知症支援推進センターに期待する取組内容について、ご意見をいただいております。

さまざまなご意見をいただいておりますが、例えば一番上の黒丸のように、先駆的な取組を認知症支援推進センターで集約して発信していただきたいというご意見や、黒丸の3つ目、4つ目のように、認知症サポート医の活動について、あるいは、下から2つ目になりますが、現場で認知症の方と接する職種の方々へのアプローチ、それから、次の黒丸のように認知症支援推進センターの実施内容に係る都民等への伝え方、見せ方の工夫等について、ご意見をいただいております。

事務局からは以上となります。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは、一つ目の議事でございます。

東京都における認知症サポート医のスキルアップ及び活動の促進についてでございますけれども、今までの経緯がございますので、お分かりの委員の方も多いかと思いますけれども、改めてその辺をざっと振り返ってというか、確認してから議論に入りたいと思います。

検討に至った経緯と、本部会第1回、第2回におけるご意見というのを、事務局からご説明いただけたらと思います。

○大竹課長 それでは、経緯等についてご説明いたします。

まず、本議題を取り上げた経緯につきましてですが、昨年度の東京都認知症対策推進会議の場で、西田委員から、認知症サポート医の現状について問題提起をいただきまして、議長より、本部会で検討していただきたいとのご意見があったことが契機となります。

また、本部会の第1回、第2回において、例えば、認知症サポート医が日ごろ地域で何をしたいのかというところで悩んでいるといったご意見や、今はより専門的な知識の取得ということもあり、現場に生かすということがなかなか浸透していない部分が地域にある、また、どういった活動をしていけばいいのかということや、常日ごろから悩んでいる認知症サポート医の先生もいれば、間延びしてしまっている先生もいるといった、認知症サポート医の現状、課題に関するご意見を複数いただいております。

認知症サポート医について、論点は多々あるかと思いますが、現在、東京都が認知症サポート医に対して主に行っている支援としましては、認知症支援推進センターで行っておりますサポート医等フォローアップ研修であるため、本部会では認知症サポート医のスキルアップ及び活動の促進に向けた研修の方向性について、ご検討いただきたく存じます。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、ここでもう一つ、二つ、確認したいことがございます。

認知症サポート医とは何か、認知症サポート医の現状と課題、東京都における認知症サポート医のフォローアップ研修のこれまでの実施状況について、事務局から説明をいただいて、そして議論に入りたいと思います。

それでは、事務局から、「認知症サポート医とは」から説明をお願いいたします。

○大竹課長 それでは、まず資料5から、概要等について、ご説明をさせていただきます。

資料5をご覧ください。左側に概要を記載しております。

認知症サポート医の役割についてですが、1点目、かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築。

2点目、各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力。3点目、都道

府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師。こういったものが役割として示されておりまして、地域における「連携の推進役」を期待されております。

右側に移っていただきまして、認知症サポート医養成研修について、改めての確認ということになります。

研修の目的としましては、こちらに記載のように認知症の方の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医を養成することによって、各地域において認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的としております。実施主体、対象者等については記載のとおりとなりまして、その下、研修内容としては認知症サポート医として必要な事項の修得に資する内容ということで、2日間行っております。そして、都内における認知症サポート医の養成数については下表のとおりとなりまして、本年1月1日現在で、1,370名となっております。それから、補足的なことになるのですが、その右下、診療報酬というところがあるのですが、診療報酬において認知症サポート医が算定できるものは、記載の3点となっております。

続いて、資料6をご覧ください。

こちらは、先ほど養成数についてお話ししたところですが、現状の都内各区市町村における認知症サポート医の状況となっております。記載事項としましては、養成の累計数、それから現時点での在籍数、そして認知症初期集中支援チームへの関与者数となります。右下に注釈をつけておりますが、養成数については研修修了時点に在籍していた区市町村で集計、それから在籍数については、研修を修了した方の名簿を東京都で管理しておりまして、現在どの区市町村でご活動いただいているかといった点についての集計数となっております。それから、認知症初期集中支援チームへの関与者数について、こちらは改めての確認ということになるのですが、認知症初期集中支援チームは、医師の要件として認知症サポート医であることが定められておりまして、記載のような認知症サポート医を集計しております。

続いて、資料7をご覧ください。

こちらは東京都における認知症サポート医の活動状況調査結果ということで、上に調査の概要がありますが、平成27年度に健康長寿医療センターに委託して実施している認知症支援推進センターにおいて行っていただいた調査で、5年ほど前のものになりますが、こちらの調査について、ご説明いたします。

掲載している項目としましては、かかりつけ医からの相談の有無、それから区市町村の事業への参画、かかりつけ医研修への関与、また認知症サポート医の制度は十分活用されているかという内容になりまして、それぞれの集計結果をお示ししています。

また、自由意見のところになりますが、こちらは実際に認知症サポート医の方からい

ただいたご意見の中から特徴的なものを抜き出したものになりまして、なかなか厳しいご意見ということになっておりますが、こうした状況については、現状も同じような状況にあるのではないかと考えております。

続いて資料8について、ご説明させていただきます。

資料8につきましては、東京都で実施しておりますサポート医のフォローアップ研修の実施状況についてでして、8-1から8-3までの3枚となっております。

資料8-1は、東京都が都内の認知症サポート医に対して行ってきましたフォローアップ研修の状況についてとなります。

まず、資料上部の表をご覧くださいまして、これまでの経緯を掲載しております。表は平成20年度から始まっているのですが、経緯といたしましては、平成19年度の認知症対策推進会議の医療支援部会における検討内容を踏まえまして、平成20年度に東京都認知症サポート医フォローアップ研修等検討委員会を立ち上げまして、都独自の認知症サポート医フォローアップ研修の内容について検討を行っております。

そして、委員会の検討結果を踏まえて、平成21年、22年度の2年間、都独自のカリキュラムとテキストによって研修を行っております。その後、平成23年度から、東京都医師会主催、あるいは都と東京都医師会の共催の形で平成26年度まで研修を行っております。そして、平成27年度からは現在の形になるのですが、認知症支援推進センターの事業としてフォローアップ研修を実施しております。

資料下側をご覧くださいまして、平成21年、22年度に実施していた研修の概要について記載しております。目的にありますように、地域の医療支援体制の充実を目的として、地域の関係機関との連携促進といった認知症サポート医の役割に重点を置いた内容として行っております。また、後ほどご説明しますが、認知症サポート医のアウトカムについても設定していたり、それから都独自のテキストを用いてグループワークやディスカッションを実施する形をとっております。この時は認知症サポート医の数も多くなかったということもあり、1回あたりの定員を約20名程度と小規模で実施しております。

資料8-2をご覧くださいまして、先ほど申しましたアウトカムが右側、それから左側がそのときの研修の標準カリキュラムとなっております。カリキュラムをご覧くださいまして、地域での連携作りなど、認知症サポート医の役割に沿った研修内容となっており、そしてアウトカムも、それに応じた形の達成目標となっております。

資料8-1にお戻りいただけますでしょうか。今度は、資料の右側をご覧ください。

平成27年度から現在まで実施している研修について、概要を記載しております。目的としては、その下になりますが、認知症サポート医等のスキルアップ及び活動の促進を図ることとしまして、研修の方式としては講義形式で実施しており、1回あたりの定員は200～300名程度で実施しております。そして、研修の内容については、資料8-3をご覧ください。

現在の研修は、2カ年を1クールとして実施をしております、具体的な講義内容を8-3に記載させていただいております。講師として右下に幾人の方を挙げさせていただいておりますが、都内外から、医師等、著名な方をお招きし、さまざまなテーマについて講義を行っていただいております。

フォローアップ研修実施状況については、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、栗田委員よろしければ、最近の研修状況でお気づきの点でございますとか、何か補足がございましたらお願いいたします。

○栗田副部会長 私どものほうで、平成27年度から認知症サポート医等フォローアップ研修を実施させていただいているのですけれども、実施するにあたって、繁田先生に座長をやっていただいたのですけれども、ワーキンググループというのを開きまして、どういうフォローアップ研修をやるかという、そういう話し合いをしました。先ほど資料7に出てきました調査は、これはまさにサポート医等フォローアップ研修を始めた最初の年に、現状はどうなっているのかを調べてみようということで、行わせていただいた調査の結果であります。これは大変、非常にインパクトのある結果でございます、資料に掲載されているものは一部ではありますが、かかりつけ医から相談を受けているのは大体3割ぐらい。それから研修に関与しているのが大体4分の1ぐらい。一番インパクトがあるのは、この右下にあるグラフでございます、まず、そもそも「サポート医が活用されていると思うか」という質問です。「思わない」が85%なんですね。その「思わない」人たちに、その理由を聞いたら、「サポート医の役割が明確ではない」。これは具体的に言うと区市町村の中でサポート医の位置づけがないのです。ということで、明確ではない。それから、もう一つが、「サポート医が地域で認知されていない」。これは当時の回答でありますけれども、当時まだ明確には位置づけがなかったということですが、実は、後で言いますけれども、厳密に言うとその時はもう既にあつたのですが、実は、これと同じ調査を平成30年度に国でもやっているんですね。全く結果が同じだったので、現状は今も同じだろうと思います。そんなことでサポート医のあり方そのものを考えなければいけない。このサポート医の制度というのは2005年度にスタートするのでありますが、先ほどもありましたが、我が国のサポート医の目的ということで、一言でいうと地域連携の推進役ではありますけれども、サポート医同士の連携の促進、それから医師会と地域包括支援センター等の連携の促進、そして、かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画立案と講師という3本柱になっておりますが、これは15年前の2005年にできたものでほとんど今も変わっていない。

地域連携の推進役は、とてもいい言葉なので、誰も悪いとは言わないのですけれども、そもそも区市町村でそういう位置づけがないので、実際のところは何をしていいかわからないし、それから、誰にも知られていないということが起こっているということだったのだと思います。

ということで、ここで少し、きちんと考えなければいけないのだろうなということで、実は平成26年から認知症初期集中支援推進事業が事業化しているんですね。その中で、認知症サポート医が必ず入っていなければならないということが定められて、そこで初めて認知症サポート医が区市町村事業の中で明確に位置づけられました。この認知症初期集中支援チームは何かといいますと、地域の中で認知症の方が必要としている社会支援、例えば医療でありますとか、介護、生活支援、居住支援、権利擁護、ときには経済支援、こういった支援を多職種協働で調整していくという役割で、その中で認知症サポート医が行う役割というのは、認知症についても医学的知識をよく持ったうえで、地域の中で、多職種と協働して、そして本人の意思決定支援というプロセスをちゃんと守りながら、社会支援を統合的に調整していける役割が必要であろうというようなことで、そのために必要な知識と技能を身につけてもらおうという観点、一応文言はつくったんですけれども、地域の中で多職種と協働して認知症の本人の意思を尊重しながら、必要な社会支援を統合的に調整できる医師、コーディネーションできる医師ということで、実は、こういう役割というのはコーディネーター医と言いまして、ヨーロッパ、特にフランスではちゃんと明確にあるのです。そのための教育なんかもあるんですけども、そういうふうなことをやっていこうということで、サポート医等フォローアップ研修のカリキュラムをつくらせていただきました。

ただ、これは国の要綱には全くそのようなことはどこにも書かれていないし、もちろん東京都も国の要綱に従ってつくられているので、どこにも書いていない。これは、もう内々の、こちらで考えた役割ということで、サポート医等フォローアップ研修の中ではそういうことを私は何回か講義させていただいているのですけれども、そんなことでつくったカリキュラムが、先ほどご紹介いただきました資料8-3にある一連の研修カリキュラムになります。ここではどういうことが含まれているかといいますと、最初のほうはまず基礎的なことを勉強してもらおうということで、認知症の概念の歴史、神経病理学、精神医学、神経内科学、神経画像、神経心理、それから一般的な認知症疾患の診断と治療、さらに認知症に関連する精神疾患の診断と治療、そして、身体疾患の治療及び管理、社会政策あるいは人権、意思決定支援に関する問題、それからトピックス的にMCIでありますとか、若年性認知症とか、緩和ケアのことですとか、災害に関連する内容を盛り込んでおります。

ということで、今年度の4回分を見ていただいてもわかりますように、東京都認知症施策のことがあって、糖尿病のこと、歯科治療のこと、認知症疾患の一般的な鑑別診断のこと、成年後見制度と意思決定支援、それから認知症疾患医療センターと認知症サポート医の連携のこと、そして最後に若年性認知症という内容になっております。ということで、決して専門的というわけではなくて、いろいろな項目が入っております、毎回毎回アンケート調査をさせてもらっているんですけども、満足度は非常に高いのですけれども、自由記述の中には「専門的過ぎてわからない」というのと、「簡単過ぎてもっと詳

しいことをやってもらいたい」と、いつもですが両方同じようなバランスで入っているということで、これはサポート医にもいろいろな方いるので非常に難しいというようなことかと思えます。

それから、フォローアップ研修についても、これは国の要綱も当たりさわりのないことが書いてありまして、一言で言えば連携の推進役をつくりましょうと、グループワークやケースワークなどいろいろとやりましょうと書いてあるのですが、これはとてもいいことなんですけれども、実は今、全ての区市町村で認知症疾患医療センターが地区医師会と連携して、かかりつけ医認知症対応力向上研修をやっておりまして、これはかなりレベルが高いのです。そこで、ケースワークをやったりグループワークをやったりしながら顔の見える地域連携づくりをやっておりますので、果たしてこの都全域のサポート医が200人ぐらい集まったところで、それを超えられるかなという、ちょっと心配なところがありまして、一応講義形式だけという形でやらせていただいております。

ただ、あとで議論が出てくると思うんですけども、とはいえ、今のやり方を続けるのは結構大変でありまして、再来年度以降は、やり方を検討する必要があるかなと私は思っております。

以上でございます。

○繁田部会長 栗田先生、ありがとうございます。少し状況を具体的にお分かりいただけたのではないかと思います。

それでは、自由にご意見をいただきたいと思えます。時間のこともありますので、今後こういうことに重点を置いて研修を行ったほうが良いという、そういう提案をぜひいただけたらと思えます。

今の栗田委員のご意見をお聞きして、私の中で論点がいくつか出てきましたので、委員の皆様にご意見をいただくにあたって、少しこの点をお考えいただきながらご意見をいただけないかというところがございます。

まず一つは、最後のほうにおっしゃった、例えば講義形式の研修をやって、簡単過ぎるという人と、難し過ぎるという人がおられて、両方を満足させるというのはなかなか難しいと思えますので、地域での多職種連携を推進する上で、今後は難しいと言っている人を対象にしていくのか、簡単だと言っている人を満足させるものにしていくのか、多分どっちかを選ばないといけないかなと。しばらくは選んでやっていくべきかなと思えます。

後は、ちょうど定義も、改めて、栗田委員からおっしゃっていただけたので、なるほどと思ったのですけれども、何のためにやるのかというのは、先ほどの地域というキーワードと、多職種協働というキーワードと、コーディネーションというキーワード、それを高めるための研修というのがキーワードになるだろうと思えます。

一番初めに、東京都医師会に委託して実施したときの定員は、先ほど事務局から20名程度とありましたが、今現在は200名ということですので、数としては10倍にな

っているわけですから、なかなか全部をというわけにはいかないし、多分、栗田委員はグループワークというのもお考えになって、それだけの人数をグループワークでこなすことは難しいだろうというところまでもお考えになっていたのだろうと思いますけども、少ない人数でもグループワークをやったほうが地域の多職種協働が改善をするのか、するとすれば、少しでもやったほうがいいわけですね。けども、そっちは全然追いつかないし、やっても余り効果がないだろうということであれば、講義形式のほうがいいということにもなるでしょうし。

ここの部分は、僕の提案なんですけど、例えば、これだけの研修をやったことで多職種協働が少し前進したとか、よくなったとか、医師会との連携といっても、そもそもサポート医の先生方は医師会に所属していない先生が多いと思いますので、大事なところは地域包括との連携であるとか、こういう研修が充実してきたとか、多分そこら辺の指標になるかなと思います。そういうものをある程度図れないかなと思って、すぐによくなるからダメだとは思わなくて、時間もかかると思うんですけど、一応、大義名分よりは、何か目安があって、例えば地域包括とサポート医の先生がこういうことで連絡を取り合うことが多くなったとか、あるいは地域包括の人が相談しやすくなったとか、かかりつけの先生が相談しやすくなったみたいな指標がもしあれば、それを上げるための研修というふうに考えると、研修は組みやすいかと思います。非常に広い意味で考えるよりは、指標を上げるためのというと、少しピンポイントで我々も戦略的に考えることができると思います。

あと、もう一つ、視点としてはサポート医の先生が、認知症を診る医者としての質を上げていただくための研修か、地域のつなぎ役としての機能を高めていただくための研修か、もちろん、今現在は両方を想定してやっていただいておりますけれども、どちらを中心にしていくかみたいなのが論点かなと思います。

いろいろと思いついたことを言ってしまいましたけども、ご意見をいただけたらと思います。

ちなみに、平成21年、22年度のフォローアップ研修は、その当時、東京都医師会で認知症のことを積極的にやっていたらっしゃる先生方が何名かおられて、今でもおられるんですけども、その先生方が手づくりでつくったものです。だから、専門医の先生からすると手づくりっぽい感じがするかなと思うんですけども、自らお作りになられて、それでサポート医に対して研修を行った。私もその研修の講師をさせていただきましたし、グループワークにも参加させていただきました。

場合によっては、グループワークで意識を変えなければいけない先生とかは、重いお顔で参加されたりしていましたが、でも、意識が変わらないと地域は変わらないかなという気はするので、ガツンといくのもいいかなという。ガツンという言い方はおかしいですけど。なんていうところが、今のところお話しできるところでございます。

何でも結構ですので、いろいろとご意見を具体的にいただけたらと思いますが、いか

がでございますか。

西田委員、お願いします。

- 西田委員 今、繁田先生が言われたように、ある程度目的を絞ってということですよ。そこを考えると、サポート医ってこれから何をしていけばいいのかということですが、役割に位置づけられていたかかりつけ医認知症対応力向上研修の企画や講師というのは、拠点型認知症疾患医療センターに移行したので、新たなことを考えていかなければいけないと思っています。

それで、一つは、今年度から始まった認知症検診ですよ。それと、後は、先ほどからも出ているように地域包括支援センターの相談医というものを、北区が先陣を切ってやって、今、新宿区がいいシステムをつくっています。そういったこと、それと初期集中にかかわる、そもそも、その地域の中で多職種連携をバリバリにやっているような、かかりつけ機能をもったサポート医の活躍、そういったところがとりあえず、すぐ見えてくる役割ではあると思うのですね。

その中で、この研修に期待したいこととして、レベルの差があるというのはすごく大きな問題で、例えば上級編と基礎編に最初から分けてしまって、希望して受けていただくというのも一つの方法かなとは思いますが。

それから、現場で認知症の方とどう接していくか、家族や周囲の人たちにどういうふうに認知症を理解していただくかということ、例えばロールプレイみたいなものを通じて、「こういう症状が出た。じゃあ、あなただったらどうしますか」というような視点での事例検討みたいなものを行うのもよいかと思います。最近、連携型認知症疾患医療センターで事例検討会はたくさんやっているかと思いますが、そういうロールプレイ的なことはなかなかやられていないのではないのかなという気がしております。多職種連携については、もう相当どこの地域でもやっていますので、そこにクローズアップすると重複してくる部分が多いのかなという気もいたします。

それから、もう一つ、私の希望なのですが、とにかく、このフォローアップ研修は非常に勉強になるんですが、医療モデルが多いんですね。だから、これから認知症をコミュニティーモデルとして捉えて、地域で支えていくための、例えば社会行動学ですか、地域福祉とか、そういったところの専門家の先生のお話も聞いてみたいということ、最近感じております。以上です。

- 繁田部会長 申し遅れましたけれども、ここではこういう内容の研修がいいのではないかとご提案をいただいて、実際のカリキュラムに関しては、別にワーキングをつくってやっていきますので、余り細かいところまではよろしいかと存じます。

西田委員におっしゃっていただいた意見で、少し確認したいのですが、上級と基礎というのは、どういった点で上級ということでしょうか。診療技術ということでしょうか。

- 西田委員 そうですね。何が上級で、何が基礎かは非常に難しいと思うんですが、そこ

はある程度、ニーズ調査をして分けていく必要があるのかなという気がします。

こちらの思いというよりも、実際に簡単過ぎると思っている先生は、どういう先生で、何をもってして簡単だと言っているのか。

○繁田部会長 そうですね。

○西田委員 そこら辺が見えてくると、こういうのが上級編なのかな、みたいな分類ができてくるかもしれないかなという気がします。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのことに関して、その一方で、最後に先生がおっしゃった社会行動学とか、地域福祉ということになってくると、余り上級も基礎もなく、むしろ医師がそういうことに関して、不勉強ですので、本当にジェネラルのかかりつけの先生も、循環器出身の先生も、開業の先生も、精神科出身の専門医も一律でもいいかなと思いました。

それから、もう一つ確認なんですけど、ロールプレイというのはどういう場面でしょうか。例えば家族に対するご本人への接し方のアドバイスみたいな、そんな場面でしょうか。

○西田委員 そうですね。グループワークの中で、どなたかが認知症役をやって、その人の言動に対して、例えば家族としてどう反応するかといったようなものとか。そして、グループ内の観察者が、そのやりとりの評価を行って、それを今度は役を回していくみたいな、そういう手法。

○繁田部会長 それは、先生、多職種でやったほうがいいのですか。それとも医師だけが。

○西田委員 医師に、そこを徹底的に学んでいただくということは必要じゃないかと思えます。

○繁田部会長 わかりました。ありがとうございます。

そのほかにも、ご意見をいただけたらと思います。お願いします。

○小川委員 先ほどの研修の方向性についてなんですけど、フォローアップ研修は、西田先生がおっしゃったように、受けた方々は時事的なものやトピックスも含めて非常に勉強になるということで、お話をいただいています。

難しいか簡単かという点については、私は、よく地域で認知症サポート医として、ケアマネや介護サポーターに対して講演をしますが、アンケートをもらうと同じような結果の話が出てきます。というのは、業務をされている方の能力というのはさまざまなものであり、認知症の方の入所施設で働いている方、デスクワーク中心の方々、そういったいろいろな方々が来ますので、どこに焦点を当てて講演していいのか、それも限られた90分程度の中でというと、本当に難しく、いつも悩んでいるのが正直なところです。

ですから、標準偏差的な内容と兼ね備えて、対象となる医師も、決して一般内科の医師だけではなくても、整形外科、産婦人科から、日々認知症の方を診られている医師、または訪問診療の先生など、さまざまな先生がいますので、そういった方々が満遍なく

知識を得られるような内容でお話ししていただければと思っております。

とりわけ評判がいいのは画像診断ですね。なぜかという、我々かかりつけ医は、ほとんどがMRI等の設備がないところでやっていますので、画像診断では、認知症疾患医療センターや大学病院等の専門医が、どのような形で認知症の早期診断を行っているのか、もちろん核医学検査も同様ですが、そのような話を聞くと、我々は、実地医家の現場で、寝たきりの患者も含め、臨床診断で認知症と診断してしまうのが通例なんですけど、本来の画像診断を含めた診断がどのようなものなのか、もちろん遺伝子的なトピックスも必要なのですが、そういったところが非常に勉強になるというお話はよく聞きます。

後は、私は認知症サポート医としてこの会議に来ているので、お話をさせていただくと、資料5の認知症サポート医の概要なんですけど、私も平成18年に認知症サポート医の資格を取得しました。当時は、かかりつけ医の先生方は認知症を詳しく知らなかった現状ですから、かかりつけの先生方に認知症の話をする、すごく関心をもって聞いていました。でも、今はいろいろところで勉強されていますので、かかりつけ医の先生に認知症の話をする場というもの自体に余り機会がない現状があります。先ほど西田先生がお話ししたように、地域連携型認知症疾患医療センターが中心になってやっていくケースが多いのですが、多くの地区医師会には介護・認知症を管轄する地域福祉委員会、介護保険委員会といった名前の委員会があると思うんですけど、そういった委員の先生方が認知症サポート医を取られています。このイメージ図にかかりつけ医と地域包括支援センターが連携と書いてあるのですが、これは純粋に難しいと思います。行政が間に入ってコーディネートしながら、うまく認知症サポート医と連携してやっているケースがあるのかなと私は思います。

私の区も、いろいろと地区医師会と連携事業がありますので、その中で地域包括支援センターと一緒に活動し、各地域の地域包括支援センターへ巡回相談を行ったり、いろいろな研修事業に医師会が認知症サポート医を派遣して活動推進を行っております。

ですから、そういった形で認知症サポート医が地域の多職種連携の場の中で徐々に浸透されてきつつあります。しかし、資料7の「サポート医が十分活用されていると思うか」と聞くと、いまだ同じような形で、「役割が明確ではない」という点を指摘はされるのですが、私もよく見ていると、認知されていないのは役割が明確でないのかなと、役割がちゃんとしっかりすれば、認知症サポート医の名前が認知、浸透されてくるのかなと思います。

というのは、先ほどお話があったように、地域包括支援センターを中心に認知症サポート医が活動していると、地域包括支援センターの中で認知症サポート医というものの認知度が非常に高まってきていますし、地域包括支援センターにいる認知症支援推進員や、アウトリーチチーム、初期集中支援チームといった方々と協働して行うことによって、認知症サポート医が浸透し活動の機会が増えていくのではないかと思います。これ

らは自治体と医師会と介護事業者等との連携基盤で成り立っている前提での活動なんですけど、そういった地道な活動で認知症サポート医が浸透していつている現状でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

2つ、3つ、確認なのですが、先生は画像診断とおっしゃいましたけども、脳外科の先生は別なのですが、かかりつけの先生は、装置を持っていらっしゃるもので、認知症疾患医療センターに依頼をする、そのときに画像を見る機会がある、というそれぐらいですよ。

○小川委員 画像診断において、例えば、MRIを使って海馬の萎縮で判断し検査を行う医療機関と、更に、MRIだけでは診断がわからない部分があると思うので、より専門的な大学病院とかは、DATスキャンやSPECTといったものを活用することで、レビー小体型認知症の鑑別までの正確な画像診断を行う医療機関もあります。そういった画像を活用して、総合的に診断されていく過程というのは、私も当初知らなかった部分があったので、その内容の詳しい説明を聞くと、より理解が深まるかなというのはあります。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それから、あと役割が明確でないということ、地域での多職種協働みたいところを小川先生がおっしゃって、次にプログラムをつくる時は、それをもう少し細かく具体化していく。そのときのキーワードが、先ほど西田委員がおっしゃいましたけども、初期集中とか包括とか、そういうものにすると、少し役割は明確化する。

○小川委員 本当に、認知症サポート医の仕事で、地域で一番に必要な求められる業種は、利用者と日々密接な関係のある介護事業者が多いんですね。一方で、かかりつけ医への相談サポート役という役割があるんですけど、余り機会がないのが現状です。どうしてもケアマネの相談、地域の講演、そして事業所の相談窓口としての支援というところが、やれることとして、すごい取っ掛かりがいいなと思います。最初に言ったように、そこに行政との関わり、後押しというのもあって、認知症サポート医の役割が徐々に浸透していつているのが現状だと思います。

○繁田部会長 確認ですけれども、かかりつけ医の先生も対応力向上研修を受けていらっしゃるんで、そのかかりつけ医の先生が、たった2日間の研修を受けたサポート医に診断なり治療なりを教えてもらうという感覚は、多分ないですよ。

○小川委員 それは難しいですよ。

○繁田部会長 ですよ。聞かれても、サポート医の先生も困るみたいな。地域での連携ということですよ。それをサポート医の先生にさせていただくほうが、むしろ認知症の知識がそう詳しくなくても、資源がわかっていて、その関係があつて。

○小川委員 認知症サポート医の先生は、内科の先生が統計的に多いかもしれませんが、日常診療で常に認知症を中心に診ているわけではない先生もいっぱいいますので、それ

ぞれの知識や力量もバラバラです。

ただ、最初に言ったように、多少なりとも認知症の知識がある医師であることで、地域のケアマネは、本来の病気以外に加え、ますます医師を頼る存在になっていきます。昔は認知症が浸透されず、しかも、余り言い方はよくないですけれども、医師と介護事業との間に隔たりがありました。しかし今は、かかりつけ医が介護で問題となる認知症を理解し、地域で認知症サポート医がそれを穴埋めする存在になって、地域全体に貢献していたのかなというのが、後になってですがわかってきたような感じがします。

○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。栗田委員、お願いします。

○栗田副部会長 今後のサポート医のあり方で、大きなことで二つが課題だと思うのですが、一つは、認知症サポート医の役割ということを一度議論しなければいけないかなと。

小川先生もおっしゃいましたけれども、例えば資料5の認知症サポート医のポンチ絵、それから国立長寿医療研究センターでもう一つポンチ絵をつくっているのですが、そのポンチ絵は、認知症サポート医がかかりつけ医と認知症疾患医療センターの間に挟まったところにあるんですけど、いずれのポンチ絵も違うんじゃないかという感じがしてならないんですね。ただ、なかなかこれを変えられない。

先ほどの社会支援を多職種協働でコーディネーションするというのが、地域包括支援センターの基本的な方法論なんですね。だから、認知症サポート医は地域包括支援センターの近くにある、あるいはペアとして動くような、そういうような役割として議論していかなければ今後はいけないのではないかな。

それから、もう一つ大きなことは、先ほどから出ている、このフォローアップ研修のあり方なんですけれども、繁田先生に提案していただきましたように、アウトカムに方向づけられた研修カリキュラムをつくるということは、私も非常に重要なことだと思います。平成20年と21年度にこんな議論をしていたんだと私は今回初めて知ったんですけど、すごいなと思ひまして、感心いたしました。

ただ、問題は、このアウトカムに方向づけられた研修カリキュラムをつくったときに、実際、このアウトカムを評価するというのは結構難しいことで、これは、これまでもさんざんアウトカムに方向づけられた政策をつくるんですけども、なかなか評価は難しいということがあります。繁田先生にお聞きしたいのですけれども、平成20年、21年度につくられたアウトカムの指標に基づいて、その後、形式的にアウトカム評価もされていったのでしょうか。

○繁田部会長 客観的な指標ではないので、それが限界だったかなと。

もちろん、自分自身で、どの程度関係がつくれたとか、積極的に認知症診療に参加できたかということにはなっちゃうと思うんです。

なので、できれば今度は客観的な、簡単なアンケートでいいと思うんですけど、定期

的にかかりつけ医の先生と、例えば、ある包括が関係をつくって、会議とか、連携を取るようになったみたいなの、何でもいいのですけど。

○栗田副部長 先生がおっしゃるとおりで、あまりあちこちのことを批判したらいけないですけども、認知症施策推進大綱のKPIも測定可能な指標になっているのかということで、非常にこれは問題になりまして、アウトカムは測定可能な指標でなくてはいけませんので、ただ、何が測定可能なのかというのは、これはじっくり議論しないと、そう簡単に出てくるものではないので、来年度、それをじっくり考えるような、そういうような作業グループなりワーキングがあるといいかなと思っております。

○繁田部長 ありがとうございます。そのほか。

近藤委員、お願いします。

○近藤委員 当初の繁田先生の論点から少しずれてしまって申し訳ないのですが、現場の一意見ということで聞いていただければと思います。

まず、今までのサポート医に対するフォローアップというアプローチを含めて、内容も含めて、権利擁護や生活福祉、ケアマネジメントといった講義をされているかと思うので、これ以上ないということを進めてきていただいたと思っております。

その中で、サポート医が今順調に進んでいるという過程の中で、より活躍できるという方向性を話せばと思っております。よく、今までいろんな調査を見てきても、自由記述に「役割がない」とすぐ出てくるんですね。ずっと気になっていたことは、私たち、ここにいる畠山委員も名古屋委員も、全く手探りで認知症疾患医療センターをつくってきて、相談員はただ専門相談と書かれているだけで、じゃあ、明日から何やっていたかというのはわからなかった中で、4、5年やってきて役割ができてきたんですね。

ということの視点から見ると、おやおやと思うことが多々ありまして、そんな現場目線の中で一つ思うのが、窓口っていうものが地域包括ケアシステムの中ですごく大事だということです。サポート医の先生方が、行政や医師会、あと地域の制度やサービスに組み込まれるほうがいいという意見で長年強く動いてこられて、そのことの一つの象徴的なものが、初期集中支援チームの必須の先生として配置するということだったと感じているんですけども、その逆の視点で考えるとサポート医の先生が、個々の能力や力というものを見直す機会は余りなかったのかなという印象があります。例えば、サポート医等フォローアップ研修の受講者対象は、当たり前なんですけど、サポート医の先生、医師なんですけど、でも、そこが結構ポイントかなと思っておりまして、実はサポート医の先生の活動をサポートするのは、そのサポート医の先生の所属するコメディカルのスタッフだと思っておりまして、そのコメディカルのスタッフに、サポート医の役割を説明してみてくださいという質問をしたら本当に答えられるのかということと、サポート医の先生方すごい熱量があって知識も研修会を積み重ねて多々増してきていると思うんですけど、そのコメディカルのスタッフが同じ熱量や知識、専門的なスキルがあるのかといったときに、そしてまたもっと言うと、地域の包括ケアシステムを担う覚悟

たいなものも含めてあるのかというふうに問うたときに、これからの第2ステージはそこが課題なのかなと思っております。先生方は、本当に大分活躍されている先生が増えてきていると思っているんですが、それを増すという意味で、具体的な案を示してみたいと思います。

例えば、サポート医フォローアップ研修の一部で、サポート医の先生とそのコメディカルスタッフが一緒に参加するような研修会があったりだとか、あとはサポート医のコメディカルスタッフ限定の研修会があるだとか、あとは、サポート医のコメディカルスタッフのマニュアルだとか指針を何かつくってあげるだとか、もう一つが、東京都であったりとか認知症支援推進センターが、例えばサポート医支援コーディネーターとか、サポート医支援相談員みたいな肩書をつくって、それを名刺に載せるだけでも、包括支援センターの相談員や職員から見たら、サポート医の関係者なんだということだけでもケアシステムの中にのっかってくるんですね。そうすると、窓口ができて一気に連携が促進されるんじゃないかなと感じています。

まとめますと、サポート医の先生にさらに活躍していただくためには、窓口というのが非常に重要だということを少し取り入れていただければなと考えております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

なるほど。そうですね。

今のことに関係してでも結構ですので、ご意見をいただけたらと思います。

はい、お願いします。

○鈴木委員 私は府中市ですけども、府中市はサポート医の他に、もの忘れ相談医が27名登録されていて、市民に対し、もの忘れ相談に対応しています。その中に何人かはサポート医の資格を持っていますが、もの忘れ相談医がうまく機能していない状態があります。最近では、医師会も中心になってサポート医の資格を取得する事を進めているので、かなり数は増えて来たのですが、講習会を受けるだけで、もの忘れ相談医になれてしまい、市の広報に載ってしまいます。その後のスキルアップが出来てないのが現状で、実際は患者さんが相談に行っても、うまく機能してないケースがあり、サポート医が、もの忘れ相談医のスキルアップをしていかなければならないと思います。

実際、サポート医としてやるべき事が、最近になってわかって来たのが私の実感です。役割分担がわかってきて、地域包括さんとの連携も取れていますし、多職種連携の会に出ていることによって、地域包括さんからの依頼も増えています。

その様なサポート医や、もの忘れ相談医が増えてくれば、もっと幅広く認知症の患者を診ていく事が出来ると思います。以前は、サポート医は私と、もう一人だけと本当に少なかったのですが、今は15名になっていますから、そこへ医師会が中心になって指導していかなければならないと思っています。

実際に多職種協働に対しては、医師会独自で、地域包括やケアマネさんと医師会とで

グループワークを行う講習会を増やしていますので、そこではスキルの底上げになっていると思っております。

あとは、前回も言ったのですが、実際の介護に携わっている、ヘルパーさんの教育をしていかなければと考えています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

もう一点、皆様にご意見をいただきたいことがあります。サポート医のフォローアップ研修の内容に関してなんですけど、いわゆる身体疾患の問題がありまして、精神科であるために、体を診たりするところが十分ではなかったりとか、あるいは、もちろん身体科ではあるんだけど、そもそも認知症の人になってしまうと、いわゆる体の病気を治療するということが医師自体が消極的になってしまう。医師も、どこかで認知症だからやむを得ない、薬も自分では飲めないみたいなところで、消極的になってしまう。あるいは、抗精神薬に限らず、多剤併用の問題、あるいは、疾患として治療することを、本当はしてもいいのかもしれないんですけど、場合によっては優先順位を考えて、この病気を治療を待つとか、そういう現場で人を診るといいますか、そういうような内容も研修の中に取り入れると、それが結果的にはその人を診療することにつながるのかなというので、そういうところはぜひ入れていただきたいなと思います。

もちろん、体の生活習慣病からくる身体疾患をずらっと並べて、その診断と治療のガイドみたいなものを入れることに意味があるとは全然思わなくて、ただ、その感覚として、多剤併用の問題、疾患の優先順位の問題、認知症でも治療を受ける権利があるという問題であるとか、そういう意識を高めるような、これももしかしたらグループワークみたいなものじゃなければいけないのかもしれませんが、事例的なものであるのか、ロールプレイとは違うかなと思うんですけども、こういったことも皆さんに諮ってご意見をいただきかけたところがございます。

その点はいかがでございますか。

小川委員、お願いします。

○小川委員 先生が今おっしゃられたことは、非常に大切に、私は訪問診療だけでなく、特養や老健といった介護施設での診療もやっているんですけど、ほとんどの方が認知症、とりわけ特養は認知症の方が多い。そういった方々をどこまで治療していいのか、お薬もそうなんですけど、さらに踏み込むと、終末期はどのような対応をしていかなければいけないのかということを日々考えさせられます。認知症の方に対してのACPですかね、そういった話も含めて、どこまで治療をやるべきなのか。

その内容は人それぞれなのかもしれないし、どういう過程を踏まなきゃいけないのかも重要です。例えば、家族とのコミュニケーション、カンファレンスとか、そういったことを知らないと、今のご時世ですから、勝手にお薬を切っちゃたりとか、治療を一律にやったりして誤解を招くのは、非常に危ないです。そういう課題に対しては、この10年ぐらいかけて手探りで取り組んできたというところもありまして、ぜひそういった

事例的なことも取り入れていただきたい。病院では「病院」という姿があって、患者さんも家族もある程度の見方をしてくれるのでいいんですけど、介護施設で亡くなる方を振り返ると、病院と方針は同じでも必ずしも同じ見方をしていない点があるので、終末期のケアには十分慎重に対応し、ニーズに合わせ個別でやっていくというのが現状でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そうですね。終末期のことも意識として持っていないといけませんもんね。特に後半、認知症の場合は、最近では、そこまで進ませないような医療ができるようになってきてはおりますが、それでも高度に進行される方もおられるし、身体的な問題を抱える方もおられるので、そういう考え方というんですかね、そういうものを教えてもらえるといいかなと。

○小川委員 例えば、死亡診断書ですけど、以前に話を聞いたんですけど、アルツハイマー型認知症と診断を書くと、家族が「何ですかこれ」と言われたりとかします。「認知症で亡くなるんですか」という見解が、まだまだ日本ではあり、そういうのがまだ浸透されていない。結果、外国ではもう当たり前のことでも、日本では、まだ老衰と書いたほうが無難だという意見もあります。その辺も意識改革をしていかなくちやいけないのかなと思いますね。

○繁田部会長 そういうことを考える機会にも、ということですよ。ありがとうございます。

そのほか、いかがでございますか。お願いします。

○鉢嶺委員 包括支援センターで働いている看護師で、社会福祉士で、ケアマネも持っています。

現場のことですごく寄り添ってくださる発言が多くてとても助かるなと思って聞いていたんですが、包括支援センターは医療だけでなく、介護職、福祉職ともかかわる、ちよどつなぎの役をしているようなところで、先生たちのお言葉はすごくわかります。ただ、現場ではB P S Dにどう対応したらいいのか、毎日銀行に行っていて困ります、大家さん困っています、というような人たちに、どのように対応したらいいかというのが、ネットとかで動画とかでもいいから、こういったときにはこう対応するとうまくいったよとかが広くわかるといいのかなと近頃思っていて、病気の知識だけではなく、B P S Dに対する対応集のようなものがあるといいなと思っています。

それと、教育のことでいうと、介護職は認知症介護研究・研修東京センターや社会福祉協議会で行っていて、医療職になるとこちらになってということで、どちらの研修もとても勉強になるのですが、介護職も医療職も一緒に研修する場が増えるといいなと思うのは、贅沢でしょうか。

○繁田部会長 ありがとうございます。

ただいまのご意見に関しまして、また追加でご発言いただけたらと思っております。

○小川委員 介護現場で働く医師として、一言追加なんですけど、本当におっしゃるとおりで、B P S Dは非常に困っています。ましてや、今、介護現場では介護人材不足で非常に困って、例えば、認知症徘徊といった方に介護職員1人を配置してしまうと仕事がうまく回らない、という話を聞きます。

私はいつも思っているんですけど、そこに連携している医師がB P S Dの対応をうまく理解し、たとえB P S Dが治るとは限りませんが、症状を落ちつかせるスキルを養っていただきたいなと日々思っております。ケアマネや介護職のケアの質や量を維持するためにも、ある程度、医師がうまく認知症のB P S Dを抑えられることによって現場が大分楽になると、ましてや事故もごさいますし、ぜひそういったところも勉強していただけるといいなというのは思っています。グループホームや、また特養も、決して認知症に特化した先生が配置されているわけではないと思いますし、ぜひそういったところも推進していけるといいのかなと個人的には思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほか、どの部分でも結構でございます。お願いします。

○田邊委員 私のところは精神科病院であり、認知症疾患医療センターも兼ねておりますので、B P S Dの患者さんに関しては、入院も含めて、かなり相談を受けますが、教科書的な対応をやってみてもうまくいかないことが実際はあることをよく感じますので、サポート医の先生方もかかりつけ医の先生方も、患者さんのご家族をB P S Dがあっても支えていけるようなことを伝えられるようになればいいのかなと思います。一方で、もし、B P S Dに関する研修会をやるとしたら、グループワークの形式をとって、いろんな経験をされた地域で働かれている方がいるので、こうやったらうまくいったという知恵が出てくると思いますので、そういう形の研修会を行っていけば役に立つのかなと思いますと同時に、サポート医の先生向けにはB P S Dが出ていても抗認知症薬のなかでも活動性を高めるようなものを使い続けている先生がまだ若干いらっしゃるようですので、それに対しての知識を伝えることも行ったほうがいいのかと思います。そうすることによって、精神科病院に入院するような人が少しでも減るのかなと考えております。

それから、論点がずれてしまうかもしれませんが、そもそもサポート医の人数を見てみますと、かなり養成が進んでいるようにも思う一方で、たった2日間の研修でそのような対応はできないという意見も中には出ているので、養成の段階から資質のある先生というのを見極める必要もあるのかなと思いますし、サポート医のフォローアップ研修を過去何年も受けていない先生方もいらっしゃるようですので、そういう人たちをどうするのかというのも考えていかなければならないと感じています。

今後どのぐらいの人数のサポート医を養成したいのかという目標が、私もよくわからないので、その辺は考えていったほうがいいのかと思います。

ありがとうございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほか、どんなご意見でも結構でございます。お願いします。

○黒田委員 東京都看護協会の黒田です。

私は、精神科の病院に務めていたことがあります。今、認知症の方と、身体疾患を持った患者さんの終末期、あるいは治療をどうするかという問題、それからBPSDの問題というのが出ておりましたけれども、例えば、この2日間のうちの半日でもいいので、そういった病院の実際のケアの仕方、あるいは治療の仕方を見る、学ぶという機会があれば、百聞は一見に如かずなのかなと思います。身体疾患があっても治療をしても、本当に必要な時にしか薬は使わない、あとは拘束も全部外すとか、あるいは、BPSDも、最初はすごく病棟が排せつ物のにおいがすごかったけれども、段々、皆のケアをよくしていったらそれが少なくなったとかという経験を持っている病院、あるいは病棟もありますので、ぜひそういう研修があってもいいのかなと思いました。

○繁田部会長 ありがとうございます。今まで考えなかったアイデアでございます。

栗田委員、お願いします。

○栗田副部会長 2日間の研修というのは、国の研修でありまして、東京都はフォローアップ研修を年間4回にわたって計8コマ、2年間で1クールということで少し手厚くやっております、一応、身体管理のことも終末期のこともBPSDのことも全部カリキュラムに入れています。

ただ、それにしても、やり方を考えなくてはいけないということなんですけど、まず身体医学のことに關しては、実は私は日本老年医学会の認知症委員会の委員でもあるんですけども、今、日本でも世界でもそうですが、認知症の人のさまざまな身体疾患のガイドラインができてきています。例えば、糖尿病でありますとか、高血、便秘、歯科は日本が一番最初だと思うんですけど、私どもでつくっているんですけど、そういうガイドラインが出たときに、その担当者に講義をしてもらう。ちなみに、健康長寿医療センターの理事長である鳥羽先生は、認知症の身体合併症の管理については日本のボスでありますので、今年度の第1回は、鳥羽先生に講義をしていただきました。ただ、講義だけではだめだろうなと思っていて、少し仕組みをつくらないといけない。

ちなみに、英国ではNICEというガイドラインがあるんですけど、ハイパーリンクという、ウェブ上から認知症の身体疾患に関するガイドラインに全部繋がるようになっていて、数えましたら、40項目以上の身体合併症のガイドラインに繋がるようになっておりました。誰でも、そこを押すと、例えば、認知症の人で高血圧の管理はどうするのか、糖尿の患者はどうするのか、尿失禁の患者はどうするのか、といったことに繋がれるようになっていて、すごいなと思ったんですけど、日本にはありませんけど、東京都ならつくれるかもしれないということも想像したりして、そういう方法論も考えなきゃいけないかなと。

それから、何といってもケースワークですね。実は、かかりつけ医認知症対応力向上

研修にしても、サポート医養成研修にしても、国のテキストはそういうコンセプトは非常に希薄なんです。身体合併症に対しても非常に希薄でありますし、BPSDは教科書的なスライドしかないんですね。我々のところでは、独自のカリキュラムをつくっています。ケースカンファレンスをやらないということはよろしくはないので、国のテキストにあまりとらわれなくて、東京都独自のカリキュラムを使って研修をやるようなことを、ぜひ都でお認めいただければと思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。そうですね。

そのほか、ございますか。グループワーク的なこと、それからロールプレイ的なこと、身体管理に関すること等々、幾つかアイデアが出ましたけども、それ以外で、もう一つ何かこれもというものがあれば、それをおっしゃっていただいて、そこで一区切りをつけようと思うんですけども、いかがでございますか。

そうしましたら、また思いついたところでご意見をいただくことにして、二つ目の議事に入らせていただきたいと思います。

二つ目の議事は、東京都における認知症ケアに携わる医療従事者等の人材育成の支援拠点の区市町村支援についてでございます。

第2回におきましても、認知症支援推進センターの機能・役割についてご意見をいただいているところでございます。認知症支援推進センターの重要な役割の一つである区市町村支援の具体的な取組内容については、あまりご意見をいただいていたかなと思いますので、この場で改めてご意見をいただけたらと思います。

それに際しまして、少し事務局からご説明をいただいて、ご意見をいただけたらと思います。

よろしく申し上げます。

○大竹幹事 ありがとうございます。

医療従事者等の人材育成支援拠点については、区市町村支援についても取り組んでいくことも重要かと考えております。

そうした中で、区市町村支援について、以前、委員の皆様からもご意見をいただいております。研修のアイデアやヒントの情報共有、それから成功事例の共有、あるいは認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの連携の仕方、また、この地域ではこういうふうに医師が先駆的に動いているといった都内の先駆的な取組の集約、発信について、情報提供や共有などができればといった意見をいただいております。

そうした形で、例えば、初期集中支援チームの好事例あるいは多職種連携の方法など、区市町村事業の好事例や先駆的な取組を集約し、広く周知して各区市町村で活用していただくような取組が一つ考えられるのではないかとございます。

それから、別事業になりますが、現在、東京都から健康長寿医療センターへの委託により実施しております認知症地域支援推進事業というものがございますが、その中では、認知症支援推進員や区市町村職員を対象にした地域づくり支援研修というものを行って

おりまして、ここでは認知症の方が地域で暮らしていくにあたっての居場所づくりなどの講義をしております、また、そのほか、アドバイザー派遣なども行っており、そうした形で区市町村の取組、地域づくりに対する支援を行っている例などがございます。

事務局からは以上になります。

○繁田部会長 ありがとうございます。ただいまのご説明にさらなるご提案といたしますか、ご意見などいただけたらと思います。

成功事例の共有に関しては、それぞれ委員の皆様から要望もありましたし、行っていただけたら大変参考になりますし、刺激にもなると思いますので、私もとてもいいことだろうなと思いました。

いかがでございますか。思いついたところでご意見をいただいても結構でございます。よろしいですか。

それでは、ただいま説明があった方向に沿って事務局で検討を進めていただけたらと思います。

続いて、三つ目の議事に移りたいと思います。

東京都における認知症ケアに携わる医療従事者等の人材育成の支援拠点の機能についてでございます。

これまで、3回にわたりまして人材育成の支援拠点に必要な機能について、委員の皆様からいろいろとご意見をいただきました。認知症疾患医療センターの未設置地域の支援でございますとか、先駆的な取組の集約・発信、区市町村支援の強化、研修内容の見直しなど、こういった機能を担っていただくのは、現在の認知症支援推進センターになるかと思いますが、いろいろと要望もあって、機能も段々増えてきていて、現在の運営体制ではいろいろとやり切れないところも出てきているのではないかと思います。

認知症支援推進センターの運営体制ということで、机上配布の資料がございますのでご覧ください。研究機能を持った病院じゃないとできないということで、つついいろいろなことをお願いして、プログラムを組んでいただいたり、内容を考えていただいたり、資料をつくっていただいたりとしているんですけども、さすがに大変になってきているなというのは、他人事ながら心配しているところでございます。

前回、畠山委員から認知症支援推進センターの現況を説明していただきました。今回は改めて、現在の認知症支援推進センターの運営体制と、現体制でどこまで担えるのかということに関して、皆様からご意見をいただきたいと思っております。

前回、ご説明をいただいているところでございますけれども、改めて、この運営体制の資料を使っていただいて結構でございますので、畠山委員から、現状の負担と申しますか、あるいは担うべきものに関して、少しご意見があればいただきたいと思っております。

○畠山委員 発言の機会をありがとうございます。

消極的な意見になってしまうと思うんですけども、今、ご配布いただきました資料をご覧くださいのとおり、認知症支援推進センターの人員配置は、センター長の栗田先生のもとに

ソーシャルワーカーの私と、看護師、研究員、常勤の事務員が2人と非常勤の事務員が4人となっていて、このメンバーで資料の下に書かれている全ての事業を行っているという状況です。

それで、先ほども前半のほうで協議されましたサポート医等フォローアップ研修が大変わかりやすいかと思うんですけども、実際に今1,300人ぐらいの先生がおられて、研修内容の検討だけでなく、会場の確保や講師との調整、資料の作成に印刷、全てのサポート医の先生に案内通知を送って、1年中受付をしているような状況です。

結構、ギリギリのところをやっているなという状況で、先ほど、大変貴重なご意見をたくさんいただいたんですけども、新しい体制を何か取り入れるとか、研修の内容を変更するとかということであれば、現在の人員では荷が重いのが現状でございます。やるべきことはこの何年間かで見えてきてはいますが、このように進めていくということであれば、形を変えていくという方法も考えていかなければならないのではないかと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

むしろ経験を積んでいただいたことで、どれだけの人間が必要なのかということが実感として分かってきたということですよ。それで、内容は次から次へと注文がついたり、充実させてきているところがございますので、ご負担も大きいだろうと思います。

次の手を打つとすれば、体制を少し強化していただくようになるのかなというところですよ。栗田先生、いかがですか。

○栗田副部会長 島山委員が言ったこと以上のことはないんですけども、そのとおりでございまして、本当に人手が足りないということで、今の仕事もギリギリで、私も歳をとってきたので、このまま続けることもできないので、若手のすぐれた人間を入れないと、もたないかなというようなことです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

はい。黒田委員、お願いします。

○黒田委員 教えていただきたいのですが、すべて健康長寿医療センターでやらなくてはならないものなのでしょうか。

と申しますのも、例えば外部に委託して研修を実施することはいけないのでしょうか。例えば、看護師の認知症対応力向上研修であれば東京都看護協会がやってもいいのかなと思ったのと、あと、島しょ地域なんですけれども、ほかの受託事業で当協会は島しょ地域の研修派遣を行っているんです。島しょ地域で認知症関係の内容をやってくださいということであれば、認知症の認定看護師を島に連れていく。

ですので、同じようなことをもしかしたらやっているんじゃないかなという気がしますし、私もこの間、大島と御蔵島、今度は小笠原に行くんですけども、認知症に関して困っているということはたくさん聞いたりしていますので、その辺をもう少し集約してうまくできたら、こちらの負担も少しは減るのかなと単純に思った次第です。

○繁田部会長 ご意見ありがとうございました。

多分、形ができてくると、実施するだけであればいいと思うんですけども、随時、見直しをして、新しいプログラムを取り入れて、不足を補って、というその部分の負担がかなり大きいかなという気はいたします。

もちろん、外部でのリソースもぜひ使っていただければと思います。

栗田先生、どうぞ。

○栗田副部会長 大変ありがたいお言葉だと思います。

一つ、島しょ地域に関しては、実は研修だけではなくて、認知症疾患医療センターが設置できない地域なので必要とあらば我々のところで入院させたりとか、あるいは、その初期集中支援チームをサポートしたりですとか、そこに暮らしている認知症の人に対して医療などのさまざまな支援、サポートをしているというようなことで、そこでリンクしているというようなこともございます。

それから、もう一つは、看護師認知症対応力向上研修ですけども、これは言いにくいですけど、実は過去に都看協にお願いしたんですけども、お引き受けいただけなかったという経緯がございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

体制を強化するにしても、それと並行して外部のリソースもちゃんと使っていただいて、できるからやるという発想ではなくて、余裕がないとそこを深めたりとか発展させることはできないので、できればいいということでもないかなと思います。

黒田委員、貴重なご意見ありがとうございました。

そんな視点も取り入れて体制を見直していただけたらと思います。

鉢嶺委員、お願いします。

○鉢嶺委員 栗田先生の講義を受けて、すごく心に響いたんですけども、こんなに忙しい仕事をしている中で、実務の講師までしていただいている、東京の認知症を認知症支援推進センターが中心になってやられているわけだから、その質を上げるには、人員を見直すことが必要だと思います。ぜひ、お願いします。

○繁田部会長 ありがとうございます。

名古屋委員、お願いします。

○名古屋委員 今と同じ意見なんですけど、私も精神保健福祉士としての相談業務をしつつ、拠点型認知症疾患医療センターで研修とかを企画しているんですが、認知症支援推進センターは、実施する研修の頻度や数の比が違います。人並み外れた能力というか、畠山さんだからできている部分という、個でもっている部分がありとても危険かなと思いますので、システムとしてほかの誰かでもできるように考えていただけるといいんじゃないかなと思います。

○繁田部会長 継続性というのを考えると、畠山委員とか栗田委員じゃなきゃできないのであれば、いなくなったときに終わりですからね。継続性を持たせるということでは体

制というのを考えないといけないということですね。ありがとうございました。

先ほどのサポート医の意見で、言おうと欲していたけどタイミングを逃したというようなご意見がございましたら、それをいただいておりますが、いかがでございますか。

小川委員、お願いします。

- 小川委員 先ほども触れたかと思いますが、フォローアップ研修をするにおいて、サポート医の実態というものを考えた上で、先ほどもご意見があった必要人数の指標を検討する必要があると思います。毎年、地区医師会を通じて認知症サポート医養成研修を受けませんかと案内をしたり、また、私は介護老人保健施設の医師もしているのですが、老健施設の場合は、認知症サポート医が認知症短期集中リハビリの算定要件になりますので、自施設のために受けている方も中にはいます。そういった方々へ、認知症サポート医は、本当はこうあるべきだといって、一律にいろんなシステムを考えても、みんなが協働出来ない部分も出てくると思います。認知症サポート医の先生がどういう形で活動をおこなっているかという実態の把握をすることが、地区で必要人数の指標に必要な点かなと思います。

訪問診療の実態でも、実は、中には地区医師会に入られていない方々や、地区外から訪問診療で来たりとか、実態がつかめない部分がどうしてもあつたりします。そういったことも踏まえ、地域でどのような認知症サポート医が活動しているのか、実態をうまく把握してから、活動のフォローアップも含めて考えていく必要があるかなと考えました。

以上です。

- 繁田部会長 今、先生がおっしゃったのは、必要人数だけでなく、例えば、何名ぐらいの方が地域包括と連携をして協力してやっているかとか、初期集中に参加しているかとか、そうすると先生、それは実態調査になっちゃうんですけど。
- 小川委員 今後、このままだと認知症サポート医はどんどん増えていくと予想されます。結局、認知症サポート医が増えていっても、地域では必要人数というのは多分あるかと思えます。地域包括支援センターと連携する認知症サポート医はどれだけ必要なのか。ましてや、その窓口が医師会になれば、医師会で活動する、地域包括支援センターと連携する認知症サポート医の数に限られます。その状況で、いろんなところから認知症サポート医を受けませんかと投げて、それに自費で払って資格を取る医師会員ではない先生方は、顔が見えないですし、ましてや、老健施設は自施設の認知症短期集中リハビリの算定要件という別の目的でサポート医を取られている先生方もいます。そういった方々に関して、もうちょっと実態を調べる必要があるのかなと考えたりもします。もし自治体から認知症関連事業をやってくださいと言われたときに、我々の自治体では、3～40名の認知症サポート医が今どういった活動をしているのかなと実態を知りたくなります。

また認知症サポート医の必要な人数もどんどん増えれば、それを誰が束ねていくのかというところも、また地域では問題になります。多分、その体制は医師会になるかと思うんですけど、いろんな立場でなられている先生もいるので、全員を束ねる必要もないのかなとは思いますが、多少なりとも顔も見えない部分はどうするのかというところも課題になると思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

地域でのサポート医の役割を考えると、その地域でのサポート医を含めた体制を考えないといけないということですよね。それは、多分、地域でやらないといけないでしょうね。それはなかなか難しいかもしれませんが。それこそ、医師会と包括と行政と協力をしてサポート医にこういう役割を担っていただく、今、実質このくらいの方が活動しているので、それを積極的に増やしていこう、あるいは、人数はそれで十分なので、その先生方に地域での活動に必要な知識をいろいろ身に付けていただく、みたいなことですかね。

ありがとうございます。そのほか、ご意見は。

○田邊委員 今の意見に近いかもしれませんが、私も練馬区で行政と医師会との間でサポート医をまとめる役を行っておりますが、結局のところ、初期集中支援チームにしても、地域の講演会にしても、行政が主体になっているのでコマ数が決まっています。そこに参加できるサポート医の先生というのは医師会と連携しているものですから、そもそも医師会に入っていないと割り当てができないので、今のままだと、医師会に入っていないサポート医の先生がどんな活動をして、何をやっているのかというのは全く掴みきれないというところもありますので、地域で区などの単位なのかよくわかりませんが、医師会のサポート医と医師会に入っていないサポート医と、さらには例えば地域包括支援センターの方などを集めた会のような、使い古された言葉でいうと顔の見える関係と言いますか、まず、そこから作る必要があるかなと思います。

行政、医師会という形で枠組みができると、そこに入っていないサポート医の先生が把握しきれないという欠点あるのかなということに気がつきました。

○繁田部会長 その場合に、じゃあ誰が、ある程度音頭をとるといいますか、地域での活動を考えていくかといったときに、普通に考えると、医師会か行政かどちらかかなと思います。

医師会の先生方も医師会に入っていない先生方に協力してもらうことを拒むわけではないと思うんです。医師会に入っていないなくても協力していただいてもいいのかなと思うんですけど、なかなかそこら辺はあれですか。微妙なところですか。

○田邊委員 医師会では、医師会に入っていない先生に声をかけるというのは想定外です、どう考えたらいいかかわからないところであります。

○繁田部会長 西田委員、よろしくお願ひします。

○西田委員 一応、東京都医師会もそこは考えていまして、受講料は地区医師会が出し

ているところが多いんですね。ですから、サポート医について、もっともっと医師会が当事者として関わっていく必要があって、ただ、地区ごとの調査ってなると、いろいろやりづらいところがあると思うんです。ですから、ぜひ東京都医師会と東京都で、非医師会員の部分も含めて、たかだか1,300人ですから調査していかなければいけないなと思っております。

それで、サポート医のあり方を考えるということの主目的として、東京都医師会で今度新たに会議体をつくりまして、2月14日に第1回目を開催するんですけども、そういったところで、まず基礎調査として先ほどから出ているサポート医の現状調査というのをやろうということは考えています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それは、貴重な調査だろうと思います。ぜひ結果も教えていただけたらと思います。

そのほか、言い残したことがあれば。

近藤委員、お願いします。

○近藤委員 シンプルな話になっちゃうんですけども、今日の検討課題について、話の聞きやすい医師の先生に少しお話を聞いてきたりしたんですけど、その中で、意外な話が出たのが、かかりつけ医の研修が結構現場ではマンネリ化というか、ネタ切れを起こしていて、その中で、じゃあ、一つのステップアップじゃないけど、認知症のある程度の学びが深まったらサポート医になろうという、ステップアップの位置づけで考えている先生も実はいらっしゃるんです。

その先生からすれば、当事者や家族に関わるかかりつけ医の先生が、認知症のスキルアップというか、経験や知識がもっと増えたほうがいいじゃないかということで、多ければ多いほどいいんでしょうって、シンプルにその先生がおっしゃって、そういう視点もあるんだなとか、連携とか凝り固まってしまうと固く考えちゃうんですけど、認知症サポーターのように理解者が地域に増えれば増えるほどいいじゃないかというシンプルな考え。

そして、その先生が言っていたのが、ステップアップしてサポート医になって、フォローアップ研修が非常に医師としてすごく魅力的で、すごく勉強になる。だから、そこに行きつくまでの工程の中で、かかりつけ医の研修を勉強してという感じでいくと、すごくいいんだよという感じでおっしゃっていたのが印象的で、そういう考え方もあるんだなということをお伝えしようと思いました。

○繁田部会長 その先生はサポート医をとって何をしたいと言っていたのでしょうか。

○近藤委員 私の会話の中で具体的には出ていないのですが、サポート医というくくりがあったから、医師会の中でそういう委員会が立ち上がったりとかが、サポート医が入る前提で委員会の座組がなっていたりという、サポート医がなければ、その委員会すら立ち上がっていない可能性があるのも、そういうところまで地域はきてはいるというところで、今、いろんな議論がある中で、数をとにかく増やしていくということにも価値は

あるということ、認知症サポーターと同じだと思うんですけども、そういうことを指していたのかなということです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

いろんな形の活躍があっても全然構わないですけど、いろんな活躍の仕方がありますという部分が、今までは、かえってわかりにくくしているところがあるので、サポート医として、これを期待しています、もちろん、それ以外にいろんな活動があってもいいです、というところが発信をしていくうえで大事なところなのかなと思います。

なので、こだわりました。先ほどの地域でのということですかね。

○近藤委員 繁田先生がおっしゃるとおりで、私も同意見なんですけど、そういうふうに考えている先生も実際にいらっしゃるということを前提に、これからどう伝えていくかを考えることが大事ということが意図でありました。

○繁田部会長 その先生にぜひ入っていただいて、地域でつなぎ役をしていただけたら、それは何よりです。ありがとうございます。

それでは、大体、いろいろなお意見をいただきましたと思いますので、よろしければこのくらいで一区切りさせていただきたいと思います。

いろいろご意見をいただき、ありがとうございました。

議題の一つ目に関しては、ヒントになる意見がたくさんあったと思います。想像しなかったような、実習じゃないですけど、見学みたいな意見も黒田委員からはいただきましたし、別途検討するワーキングで参考にしていただけたらと思います。

それから、二つ目に関しましては、事務局からのご説明がありましたけども、引き続き、成功事例の共有等々、区市町村の支援も積極的に進めていただきたいと思います。

それから、三つ目の認知症支援推進センターの運営に関しては、体制の強化と、それから外部資源の活用、そこら辺を視野に入れて見直しをしていただけたらと思います。

本日、委員の皆様からご意見をいただきましたかった点は、この3点でございます。区切りがついたように思いますので、ここでマイクを事務局にお返ししたいと思います。

大竹課長、よろしく願いいたします。

○大竹幹事 繁田部会長、委員の皆様、どうもありがとうございました。

それでは、事務局からの連絡事項としまして、今後の予定についてご案内いたします。本部会については、あと2回の開催を予定しておりまして、来年度、次回第4回と、最終回となります第5回の開催を考えております。時期としましては、令和2年の4月から6月にかけての開催を予定しているところでございます。

第4回、第5回では、これまでの検討内容のまとめの確認等を行っていただきまして、部会の報告書としてとりまとめる形で考えております。

なお、日程につきましては、今月下旬に、事務局より日程調整のご連絡をさせていただく予定ですので、よろしく願いいたします。

また、本日お配りした資料のうち、資料右上に「机上配布」と記載されております認

知症支援推進センターの運営体制についてですが、そのまま机上に残していただきまして、お持ちにならないようお願いいたします。

その他、資料につきましては事務局から郵送いたしますので、希望される場合、机上の封筒に入れて残していただければと思います。

また、本日、入庁の際に委員の皆様にお渡ししております一時通行証については、1階ゲート通過時にゲートにかざしていただきまして、通過後、警備員にお渡しください。1階に私どもの担当者がおりますので、ご案内させていただきます。

また、お車でいらっしゃる方は、駐車券をお渡ししますので、担当までお申し出ください。

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48分 散会)