

東京都認知症対策推進会議

第3回 認知症医療部会

議事録

平成25年4月26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3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25年4月26日（金）午後6時05分から

1. 開 会

2. 報 告

- (1) 東京都認知症疾患医療センターの追加指定について
- (2) 東京都看護師認知症対応力向上研修（講師養成研修）の開催状況について
- (3) 平成24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について
- (4) 平成25年度若年性認知症の普及啓発に関する取組について
- (5) 東京都保健医療計画の改定について

3. 議 事

- (1) 平成25年度の都の認知症施策について
- (2) 平成25年度の検討内容について

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) 第2回認知症医療部会の主な御意見
- (資料4) 都における認知症対策の強化について
- (資料5-1) 東京都認知症疾患医療センターの概要
- (資料5-2) 二次保健医療圏ごとの認知症疾患医療センターの指定状況
- (資料6-1) 認知症の理解と受診促進事業について

- (資料6-2) 「こころとからだの健康調査」調査票(案)
- (資料7) 認知症早期発見・早期診断推進事業について
- (資料8) 平成25年度の検討内容について(案)
- (資料9) 認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりに向けて(案)

- (参考資料1) 報道発表資料「認知症疾患医療センターを新たに2病院指定しました」
- (参考資料2) 東京都看護師認知症対応力向上研修(講師養成研修)の開催状況
- (参考資料3) 平成24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4) 平成25年度若年性認知症の普及啓発に関する取組
- (参考資料5) 「東京都保健医療計画(第五次改定)」<「認知症対策の強化」抜粋>
- (参考資料6) 「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」
- (参考資料7) 二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例(統計)

午後6時05分 開会

○新田課長 それでは、定刻になりましたので、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の新田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

初めにお願いでございます。ご発言にあたってはお手元のマイクのスイッチを入れてお話しください。

委員の紹介

○新田課長 それでは、事務局から各委員のご紹介をさせていただきます。資料1委員名簿をご覧ください。委員名簿の順にご紹介させていただきます。

順天堂大学大学院教授の新井平伊委員でございます。

○新井委員 新井です。よろしくお願いいたします。

○新田課長 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長の栗田圭一委員でございます。

○栗田委員 栗田でございます。よろしくお願いいたします。

○新田課長 公立大学法人首都大学東京都副学長の繁田雅弘委員でございます。

○繁田委員 繁田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田課長 公益社団法人東京都看護協会より医療法人社団慶成会青梅慶友病院看護介護開発室長の桑田美代子委員でございます。

○桑田委員 桑田です。よろしくお願いいたします。

○新田課長 東京都立松沢病院院長の齋藤正彦委員でございます。

○齋藤委員 齋藤でございます。よろしくお願いいたします。

○新田課長 医療法人社団至高会たかせクリニック院長の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。

○新田課長 医療法人社団つくし会理事長の新田國夫委員でございます。

○新田委員 新田でございます。よろしくお願いいたします。

○新田課長 公益社団法人東京都医師会理事の平川博之委員でございます。

○平川（博）委員 平川でございます。よろしくお願いいたします。

○新田課長 一般社団法人東京精神科病院協会副会長の平川淳一委員でございます。

○平川（淳）委員 よろしく願いいたします。

○新田課長 特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長の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。

○新田課長 墨田区たちばな高齢者支援総合センター係長の山田理恵子委員でございますが、本日はおくれるとの連絡をいただいております。

続きまして、立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長の山本繁樹委員でございます。

○山本委員 山本です。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田課長 特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長の牧野史子委員でございます。

○牧野委員 牧野でございます。よろしくお願いいたします。

○新田課長 新宿区福祉部高齢者福祉課長の齊藤正之委員の代理の高野亮係長でございます。

○高野委員（齊藤・代理） 高野でございます。よろしくお願いいたします。

○新田課長 武蔵野市健康福祉部高齢者支援課長の森安東光委員でございますが、おくれるとの連絡をいただいております。

欠席委員の紹介をいたします。

多摩府中保健所長の田原なるみ委員につきましては、所用により欠席と連絡をいただいております。

続きまして、幹事の紹介をさせていただきます。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おりますので、ここでご紹介をさせていただきます。

中山高齢社会対策部長でございます。

○中山高齢社会対策部長 中山です。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田課長 笹井医療改革推進担当部長でございます。

○笹井医療改革推進担当部長 笹井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田課長 熊谷障害者医療担当部長でございます。

○熊谷障害者医療担当部長 熊谷です。よろしくお願いいたします。

○新田課長 新倉医療政策部地域医療担当課長でございます。

○新倉医療政策部地域医療担当課長 新倉でございます。よろしくお願いいたします。

- 新田課長 大滝障害者施策推進部精神保健・医療課長でございます。
- 大滝障害者施策推進部精神保健・医療課長 大滝でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 加藤高齢社会対策部計画課長でございます。
- 加藤計画課長 加藤でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 横手高齢社会対策部介護保険課長でございます。
- 横手介護保険課長 横手でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 なお、施設支援課長の福留幹事につきましては、所用によりおくれるとの連絡をいただいております。

それでは、今年度第1回目の開催にあたりまして、前田福祉保健局技監より委員の皆様へ一言ご挨拶申し上げます。

開会挨拶

○前田福祉保健局技監 東京都福祉保健局技監の前田でございます。委員の皆さん方には日ごろから東京都の福祉保健行政につきまして、さまざまなご指導、ご鞭撻をいただきましてありがとうございます。この場を借りまして改めて御礼を申し上げます。また、本日はゴールデンウィーク前ということでご多忙なことと存じますけれども、ご出席を賜りまして大変ありがとうございます。

皆さんご存じのとおり、東京都は今急速に高齢化が進んでおりましてあと十数年後の平成37年には、3人に一人が高齢者になるということです。今現在でも何らかの形で認知症としての対応が必要な方は既に23万人を超えておりまして、ピークになります平成37年には38万人に達するといわれております。

東京都では平成19年から東京都認知症対策推進会議を設置いたしまして、介護・医療・施設整備・研究開発、あるいは若年性といった多岐にわたる分野につきまして本日ご出席の皆さん方のご協力をいただきまして、大都市東京にふさわしい認知症対策を検討して実施してまいりました。しかし、こうした急増する認知症の人とその家族を地域で支えていくということが、今非常に重要な課題でございまして、そのためには都における認知症対策をより強化する必要があると考えているところでございます。

ことし3月に改定しました東京都の保健医療計画におきましても、認知症対策の強化という項目を設けまして重点的に記載をいたしましたところでございまして、それに伴い予算の充実

も図っております。この認知症医療部会につきましては昨年度に引き続き設置をいたしたところでございまして、認知症になった方が地域の中で安心して暮らすということが出来る東京をつくるために、都では先生方のお力をいただきまして地域の力を活かした早期発見・診断・治療といった新しいシステム、地域の中で認知症の方々がより早期に見いだされて、その地域の中での生活をあり方を支えていくというシステムが必要ではないかと考えております。

この会議でぜひさまざまなご意見をいただいて、あるいは私どもの施策についてのご検証をいただきまして、今後の東京都の施策に最大限活かしてまいりたいと考えているところでございます。

本日は大変お忙しいところと存じ上げますけれども、ぜひ皆さん方からの活発なご意見、あるいはご指導をいただければ幸いかと考えておりますので、どうかよろしく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）～（５）

○繁田部会長 まだ明るいのですけれども、こんばんは、繁田でございます。どうぞよろしく願いいたします。

昨年度に引き続いて部会長を仰せつかりまして務めさせていただきます。これだけ見識の高い委員の皆様とご一緒にいろいろ議論できること大変光栄に思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。また、副部会長には引き続き新井教授に助けていただいて進めてまいりたいと思いますので、よろしく願いいたします。

認知症対策推進会議の中では、この医療支援部会が果たさなければならない部分が非常に大きく大変責任が重い部会でございます。きょうもいろいろ新しい試み等の説明がございますので、忌憚のないご意見をいただいて未来に備えていきたいと思っております。

それでは、まず報告事項に関しまして、事務局からご説明をお願いいたします。

○新田課長 それでは、事務局からご報告いたします。報告事項は５点ございまして、まず、１つ目の「東京都認知症疾患医療センターの追加指定について」です。参考資料１をご覧ください。12月20日付のプレス資料をつけております。ことしの1月4日付で新たに青梅成木台病院、西多摩の圏域と山田病院、北多摩北部の圏域の２カ所を新たに認知症疾患医療センターと

して指定をしております。これによりまして島しょを除きます都内の二次保健医療圏全てに認知症疾患医療センターが整備されたこととなります。

続きまして、報告事項（２）のご説明いたします。これにつきましては参考資料２をご覧ください。「東京都看護師認知症対応力向上研修の開催状況」です。この研修は今後認知症疾患医療センターが地域の医療機関の看護師に対して研修を実施していくにあたり、センターで実施する研修の講師養成を目的として実施したものです。

平成25年1月20日と27日の二日間にわたりまして開催をしております。具体的な研修カリキュラムは裏面のとおりになっております。受講対象者は、認知症疾患医療センターに勤務する看護師、認知症ケアに携わる専門看護師、認定看護師等で、68名の方が研修を受けて修了しております。内訳は参考資料２の一番下にあるとおりになっております。

続きまして、「平成24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」につきまして、参考資料３でご説明いたします。

この研修は、平成25年3月10日に社団法人東京都医師会と東京都福祉保健局の共催で開催したものです。研修会の内容は、裏面のほうをご参照いただければと思います。受講対象者は認知症サポート医、かかりつけ医、区市町村職員、地域包括支援センター職員、認知症疾患医療センターの職員等です。309名の多くの方に参加をいただいております。参加者の内訳は資料にございますように認知症サポート医の方、かかりつけ医の方、地域包括支援センターの方にそれぞれご出席をいただいております。

続きまして、「平成25年度若年性認知症の普及啓発に関する取組について」ご説明いたします。参考資料４をご覧ください。大きく3点ございます。

まず、1つ目が「若年性認知症ハンドブック」改訂版の配布ということで、皆様のお手元にこの冊子が配られていると思いますけれども、これは平成22年度に作成いたしましたハンドブックを改訂しております。改訂のポイントとしては大きく3つありまして、1つ目が、若年性認知症に関する基礎知識及び事例を更新しています。2つ目が、制度変更に関する更新ということで25年4月1日から「障害者自立支援法」が「障害者総合支援法」として施行することに伴う内容の変更等を行っております。また、関係機関の追加・変更に係る更新も行っております。昨年5月開設した東京都若年性認知症総合支援センターに関する記述等を加えております。

2つ目の取組といたしまして、平成25年度第1回東京都医師会産業医基礎・生涯研修会として、医師会が開催いたします産業医向けの研修に若年性認知症をテーマとした研修を行うこと

としました。今年度の6月1日を実施予定しております。本部会の委員にもなっていていただく齊藤先生に講師を務めていただきまして、先ほどの「若年性認知症ハンドブック」を使ってご講義をいただく予定になっています。

3つ目の取組といたしまして、平成25年度認知症介護実践者研修の中に若年性認知症への理解を深めるための講義を今回新たに設けております。「若年性認知症の人の理解」と題しまして、NPO法人いきいき福祉ネットワークセンターの駒井理事長に講師をお願いしております。主な中身としましては、若年性認知症の人と家族の心理的理解、若年性であるゆえに必要な支援等を講義いただく予定になっております。

報告事項の(4)は以上です。

続きまして、報告事項(5)です。「東京都保健医療計画の改定について」、参考資料5をご覧ください。この保健医療計画につきましては、去る3月に改訂したものです。今回の改訂より「五疾病・五事業及び在宅療養」となりまして、五疾病の中に新たに精神疾患が追加されております。その中に認知症対策の強化ということで3枚ほどめくっていただきまして第2部の各論といたしまして、この「認知症対策の強化」の部分を掲げております。次ページ以降は「施策目標と主な具体的取組」として大きく目標を4点ほど挙げております。(目標1)「地域連携の推進と専門医療の提供を図る」、(目標2)「認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組を推進する」、(目標3)「専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成する」、(目標4)「地域での生活・家族の支援を強化する」、これらを保健医療計画の中に盛り込んでおります。

事務局からの報告事項は以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。皆様からご質問等をお受けしたいのですが、その前にそれぞれ今ご報告いただいたいろいろな事業に関しまして、深くかかわっていただき委員の皆様もきょうご出席いただいておりますので、少し追加でご発言、感想でも結構です。コメントをいただけたらと思います。

報告事項の(2)番では東京都の看護師認知症対応力向上研修のご報告がございました。これは桑田委員に企画からテキストの執筆から、もう講師から本当にお骨折りいただきました。通常の研修と違って先ほど新田課長からご説明ありましたように、これからいろいろな研修をしていただく先生を養成すると、その先生方がいろんなところでまた研修をやっただけると非常にたくさんの看護師の方が認知症の勉強ができるという、まさにこれからその効果が出て

くるというところでございます。

桑田委員、感想でも結構です。何かコメントをいただけたらと思います。

○桑田委員 ありがとうございます。私だけでつくったわけではなく、都内にいるメンバーを募りましてテキストをつくり、そして医療機関に入院してから在宅を見据えてという形で、在宅ケアを実践している看護師にも協力をしてもらってまずつくった。そのテキストは必要な知識であったりとか、顔が見える関係ということも考えて作成をしました。

そしてそれをどう伝えていくのか、自分の地域で自分の組織でどう伝えていくのかということを考えて、この参考資料2の裏にあるようなタイムスケジュールでテキストの内容をどのように伝えていくのかという教育技法、それと自分たちの組織、地域でどのような研修をつくっていくのか、そのためにはどういった問題があるのかということを考えてもらってグループワーク等を実施しています。グループワークをするときにはやはり顔が見える関係ということで、地域を考えてグループをまたつくるというような形にさせていただきました。

組織に帰ったら即できるとまでは言いませんけれども、顔が見える関係づくり、そして自分の組織の認知症ケアの課題があるのか、どういったことをやっていかなければいけないのかということについて少しでも考えてもらえたらなと思い、一日では難しいかもしれませんが、研修を企画させていただきました。参加者は近くにいっても全然知らなかった人と顔見知りになれるというような形で、かなり今後研修を企画する上でもその場で、「今度来てくれる」などという話にもなりまして、2グループに分けて二日間行ったのですが、とても効果があったと思います。なおかつ東京都でこういったようなことを企画してもらったということに関しては、大変ありがたかったと思っております。前回の会議ではかなりいろいろ言ってしまったのですけれども、感謝しております。

このあとテキストを体裁を整えて、なおかつそれをまた活用してもらうような形にしようということで、栗田委員には疾患のところについてのコメントをもらい修正をさせていただいております。そういった形でまたこれが発展していただけたらなというふうに思っております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。続きまして報告事項の(3)番でご説明いただきましたサポート医・かかりつけ医フォローアップ研修でございます。これは資料の中に名刺交換会とあるのですが、ここでセンターの先生とそれこそかかりつけ医の先生が直接に顔を会わせて言葉を交わす機会があるといいんじゃないかということで、司会をされた平川博之先生が工

夫されまして、本当にこれは評判がよくて感想を私も拝見しましたけれども、皆さんから非常にいい感想をいただきました。企画をして司会もしていただいた平川博之先生のほうから少しコメントをいただけたらと思います。

○平川（博）委員 ありがとうございます。「認知症のサポート医・かかりつけ医フォローアップ研修」というのは東京都医師会が継続してやっている事業でございます。本年度は東京都と共催という形で、特にこのたび東京都内に12カ所の認知症疾患医療センターが指定されたので、先生方あるいはスタッフの方々と地域の方々とどう結びつけるかというのを今回の研修のテーマとして行いました。

今回はこの資料のとおり参加人数も極めて多くて例年のフォローアップ研修というのは大体年2回行うのですが、サポート医の方々が五、六十名かなというところが今回は1.5倍ぐらいの方々が参加されましたし、かかりつけ医の先生にも来ていただきました。また地域包括を初め、さまざまな介護関係の方々もお見えになりまして、まさに多職種協働が一同に介したという形での研修会になりました。

今、繁田先生からお話ありましたように休憩時間を少し長めにとりまして、座学で話を聴くだけではなくて、実際に自分の地域を担当する疾患センターのスタッフあるいは先生方と名刺交換ができるという形で行いました。その点ではある意味では顔の見える関係の第一歩かなと思っております。また、疾患センターの先生方12カ所全てにご発言いただきまして、本当にお忙しい中、ご無理を言いましてちょっと乱暴な企画だったのですけれども、先ほど言われたようにアンケートをとりますとそこそこの評価をいただき、本当にありがとうございます。この部会の先生方もたくさん来ていただきまして、いろんな形でご協力を願いました。ありがとうございます。

東京都医師会では今年度もまた形を変えてサポート医フォローアップ、あるいはかかりつけ医フォローアップ研修を行います。サポート医につきましてはたくさん作り上げたのですが、いまいち地区の中でのサポート医の位置づけがはっきり、あるいは明確化しないというのを抱えております。地域包括支援センターにサポート医を置いておくとかさまざまな工夫を今考えようと思っておりますし、またご意見等、ご協力をお願いしたいと思います。本当に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。続きまして報告事項（4）でご紹介がございました「若年性認知症の普及啓発に関する取組」でございますけれども、改訂版ハンドブックのご紹介ございました。ご存じのように例えば国立の認知症のセンターとかあるいは家族会でもこの

種のハンドブックというのはつくっております。それもすばらしいものなんですけれども、実際にこういうハンドブックをつくっても配布をする以上のことがなかなかできないというのがありますが、東京都では齊藤先生みずからが講師になられて産業医の研修で使ってくださいということなので、つくったものが実際の研修に使っていただけるというのは本当に私はすばらしいことだと思います。執筆もしていただきました齊藤先生からコメントをいただけたらと思います。

○齊藤委員 齊藤でございます。これは改訂版ですが、これが出たころに今繁田先生からご紹介のあった家族会も同じようなハンドブックを出しました。この東京都のハンドブックの特徴は産業医向けのテキストなのですが、産業医というか企業にとっては企業の中に患者さんを抱えるというのは労働安全の面でも、それからかかるコストの面でも、あるいは患者さんを支える職員が言ってみれば余計な仕事をしよいかむわけですから、その人たちの負担といえますか、私どもの外来にはそういう患者さんがデプレッションになって見えるということがあるのですけれども。ただ、患者さんを支えればいいということではない複雑な問題がたくさんございます。

このハンドブックはそういう産業医の視点を含めてというかそれを主にしてつくられたものでございます。一方で、家族会のハンドブックというのも大体同じぐらいの厚さですけども、これも非常によくできております。家族会はどこかのファンドをもらってつくっております、このテキストは東京都がつくっております。こういうものはつくったときにワァーッと流布しますが、そのあとどんなにいいものでも予算がなくなるとなくなっちゃうのです。で、家族会のものもファンドがなくなったらもうつくれない、評判がよくても増刷できないということがございまして、これは何か工夫をして継続的に手に入るように、単に配布するだけではなくてですね。いろいろ法律的な問題があるのかもしれませんが、継続的に手に入るようにしていただけたら役に立つといえますか、一層啓発の役に立つのだろうというふうに思っております。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。齊藤先生のご意見はこの改訂版もインターネットでは多分ダウンロードできるようになると、前のがたしかそうでしたね。

○齊藤委員 そうなんです。

○繁田部会長 そうではなくてインターネットなどが使えない老老世帯の方とかそういう意味です。

○齊藤委員 それからインターネットで見られるというのはある程度時間がある人で、中の情

報にオリエンテーションがある人はパッとアクセスできますけれども、企業の保健室でインターネットから拾えますと言われても、目の前に人が来ているときにできないんですね。やっぱり現物があるというのが大事で、私は値段をつければつくった税金ぐらい回収できると思うのですけれども、何かそういう方法が何か定期的にどこかへ申し込めば現物がもらえると、プリントアウトして綴じておくのとかこういうものを配っておくのとではやっぱり一般の企業の入手のしやすさといえますか、手の届きやすさというのは全然違います。

インターネットにアクセスして全部プリントアウトして持っているということのためにはかなりモチベーションがなければいけないし、そういう人は大抵そこに至るまでに既にたくさんの知識を持っている。しかしこういうものを読んでも読みたいのはそういうものがまるでない人たちで、うちの会社に突然アルツハイマーの患者さんが出てしまった、どうしようと思ったときにサッと買えるというのが本当はいいのだろうなというふうに私は思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。カラープリンターもないと印刷できないですね。

ご説明を事務局からいただいて、かかわった先生方からコメントをいただきました。ただいまのご説明、ご報告にご質問等ございましたらお願いいたします。

(発言する者なし)

○繁田部会長 よろしゅうございますか。悪いことしたわけではないので、みんな成果も上がりましたし、またお気づきの点、今度はこういうことをやったほうが良いというご意見があれば、ぜひいただきたいと思っておりますけれども、議事のほうもございまして先に進めさせていただきます。

議 事

(1) 平成25年度の都の認知症施策について

○繁田部会長 議事の(1)は、「平成25年度の都の認知症施策について」でございます。もう一つ、「平成25年度の検討内容について」でございます。11月29日に開催をいたしました第2回認知症医療部会、この本会では東京都保健医療計画の内容についてご議論をいただきました。認知症の人とその家族の現状、課題、今後の施策の方向性等、たくさんのすばらしい貴重なご意見をいただきました。

まず、議事の(1)平成25年度の都の認知症施策についてご議論いただきたいと思っておりますけれども、資料の説明をしていただいて、それから議論に入りたいと思っております。

それでは、新田課長お願いいたします。

○新田課長 それでは、資料3から資料7までをご説明いたします。

まず、資料3です。第2回認知症医療部会の主なご意見です。前回、第2回は先ほど繁田先生からありましたように東京都保健医療計画の内容についてご議論いただいております。そこでいただいた意見を事務局のほうで主な項目ということで、大きく5つに分けてまとめてものとなっております。

主なものをご紹介しますと、まず1枚目の1の「在宅で生活するために」というところで、(1)「退院支援について」ですけれども、BPSDの治療そのものについてなら多くのケースは二、三カ月で終わる。退院できない多くの事例は医療の問題ではなくて出口の問題で生じていると。

続きまして(2)「家族支援について」の主なご意見ですけれども、家族数が少ないことが介護の担い手がないということにつながっており、また、親が認知症になった場合に困惑する方も多く見受けられる。介護家族が事前に認知症に関する情報源を持っているかが重要となる。というような意見をいただいております。

ページをめくっていただきまして(3)の「生活支援について」です。主なご意見といたしましては、今後、特に大都市では家族がいない人、あるいは家族による支援が得られない人で、かつ経済的困窮状態に陥る高齢者が多く出てくる。医療サービスや介護保険サービスがカバーできない部分を支援するのが生活支援であろうというようなご意見をいただいております。

次に(4)の「地域生活における居場所」、主なご意見としては一番上の○ですけれども、デイと住まいの間の場所、地域とデイの間の場所がシームレスになっていくような踊り場的な場所が必要である。というようなご意見をいただいております。

続きまして2の「早期発見・早期診断のために」ということで1つ目の○でございますように、現場としてはやはり早期にどうやって発見をして、いかに医療につなげるかということが、まず第一の課題である。というような意見をいただいております。

また、ページが変わりまして一番下の○ですけれども、早期診断はいいが、認知症であるというレッテルを貼ることになるため、そこをフォローする体制のない早期診断は意味がない。というような意見もいただいております。

続きまして3の「生活困窮世帯への支援について」です。1つ目の○ですけれども、お金があり、家族もいる人に対する支援について議論されていることが多いが、お金がなく、家族支援がもとより期待できない人がどの程度いるかをきちんと把握すべきである。そうしないとそ

ういう人たちに対して医療と介護の歯車がうまくいかないような全体的に悪いシステムになってしまう。というようなご意見もいただいております。

続きまして、4の「人材育成について」です。1つ目の○のところですが、認知症サポート医やかかりつけ医の数はふえているが、今のところサポート医のミッションが明確でない、研修を受けてもそのまま埋没してしまっていることが多く、課題である。というようなご意見もいただいております。

ページをめくっていただきまして最後の5の「若年性認知症の方の支援について」です。1つ目の○ですけれども、在宅で暮らしている若年性認知症の方の支援については非常にきめ細かいライフステージに沿った対応策が必要である。というようなご意見をいただいております。

資料3の説明は以上になります。

続きまして資料4の「都における認知症対策の強化について」をご説明いたします。これは今年度の都におけます認知症の施策の主なものを1枚のペーパーにまとめた資料になっております。

まず、「認知症高齢者をとりまく状況」ということで、何らかの支援が必要な認知症高齢者は全国で300万人を超えております。都においても23万人を超えており、平成37年には約38万人に達する見込みということですので。そういう中で都は平成19年度にこの部会の親会議であります「認知症対策推進会議」を設置し、国に先駆けて施策を実施してきました。また、国は昨年9月にオレンジプランを発表しております。こういった状況を踏まえて認知症高齢者の急増に対応するためのさらなる総合的な認知症対策が必要ということで、下にありますような具体的な施策を今年度も実施していきます。予算総額としては32億8,500万円となっております。

下にそれぞれの事業がございますけれども、黒い◆が新規事業でありますので、それを中心にご説明させていただきます。項目は大きく4つに分けております。

まず、1つ目の「地域連携の推進と専門医療の提供」といたしまして、認知症疾患センターの運営を今年度も行っていきます。

続きまして「専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成」ということで、新規事業といたしまして医療従事者等の認知症対応力向上支援事業を行っていきます。

続きまして「認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組の推進」ですが、これにつきましては後ほど詳細にご説明いたしますけれども、新規事業といたしまして認知症早期発見・早期診断推進事業を行っていきます。大きく3つの部分から構成されておまして、1つ目が「認知症コーディネーターの配置」、2つ目が「認知症アウトリーチチームの配置」、3つ目

が「認知症に対する都民の理解と受診の促進」となっております。

右側に移りまして「地域での生活・家族の支援の強化」といたしまして、今年度の新規事業として、「認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護者支援事業」を開始いたします。

資料4の説明は以上となります。

続きまして資料の5-1、「認知症疾患医療センターの概要」です。皆様既にご存じの部分であると思いますが、先ほど報告事項でご説明したように今年度は二次保健医療圏1カ所を基本として12カ所で運営をしていきます。予算額としては約1億2,900万円となっております。役割等ですとか地域連携のイメージにつきましては資料のとおりですが、資料の一番右下のところに「情報交換会の開催」とあります。これは各疾患センターの円滑の運営に資することを目的として、東京都が主催して開催しているものです。疾患医療センターの医師、相談員、事務担当者などが一堂に会しまして取組状況の報告や意見交換を行い、参考となる事例を学んでいただいてそれぞれの地域でのセンターの運営が円滑にいくことを目的として開催しております。

昨年度は2回開催しております。今年度につきましても来る5月7日に通算では3回目の情報交換会を開催したいと考えております。コーディネーターは繁田先生にお願いする予定となっております。

資料5-1は以上です。

続きまして資料5-2です。これは「二次保健医療圏ごとの認知症疾患医療センターの指定状況」ということで新たに指定した2カ所も含めて各二次保健医療圏にどのような医療機関が具体的に指定されているかを地図に落としたものとなっております。これは参考にご覧いただければと思います。

続きまして資料6-1です。「認知症の理解と受診促進事業について」ということで、先ほどの「都における認知症対策の強化について」の中でご説明した事業の中の1つとなっております。左側の「事業概要」の目的ですが、都民に認知症に対する理解を深めてもらい、認知症の疑いがある場合は速やかに受診してもらうために、認知症に係る普及啓発の充実を目的としています。

具体的な「事業内容」ですけれども、大きく5つ考えております。チェックシートを作成するとともに、今後の都の認知症施策の基礎データを得るために資料6-2につけておりますような「こころとからだの健康調査」を実施いたしまして、その分析を行う予定になっております。この分析によって作成いたしましたチェックシートによって高齢者やその家族の方が認知症が

疑われる症状があるかどうかをチェックするとともに、認知症について学ぶことができる。そういうことを目的としております。

作成いたしましたチェックシートにつきましては、認知症の予防や症状、相談先、専門医療機関等に関する情報もあわせて盛り込んで都民向けのパンフレットとして配布する予定です。具体的には先ほどの調査の実施方法が右側の3「こころとからだの健康調査」の実施について（案）」というところに示されております。都内のある地域の高齢者がいる家庭の全戸に調査票を配布する調査を予定しています。調査の中身としては一次調査、二次調査の二段階にわたって実施する予定です。

一次調査では調査対象地域に住民登録をしており、3月31日時点で65歳以上である住民約5,000名を対象としまして調査票を郵送しまして、回答していただきます。調査時期は6月を予定しています。調査項目はここに掲げてありますように居住形態、家族構成、婚姻条状況、就業状況、教育年数等の基本的な属性のほかには既往歴、自覚的認知機能低下、自覚的生活機能低下、精神的健康度等についてチェックしていただく予定になっています。回収につきましては調査員が回って回収を行います。

二次調査は一次調査で回答していただいた方のうち認知症の疑いがあると思われる方を抽出して訪問対象とします。また、あわせて回答がなかった方については全員を訪問して調査を行う予定になっています。第2回目の調査は10月ごろを予定しております。認知機能検査を実施し、認知症の有無の評価をする予定になっています。こうした調査をもとにして先ほどのチェックシートを作成する段取りになっております。

続きまして資料の6-2が先ほどのチェックシートを作成するための具体的な調査票になっています。これにつきましては東京都健康長寿医療センターの栗田先生との協力によって作成しております。まだ、案の段階ではありますけれども先ほど申し上げた項目を対象者の方に記入していただくというような内容になっておりますので、どうぞご確認いただければと思います。

資料の3から6-2までの説明は以上となります。

○繁田部会長 そういたしましたら調査票の作成にかかわってくださった栗田委員のほうから調査票について少し補足的などいいますか、教えていただけたらと思います。お願いします。

○栗田委員 私どものほうの研究所で委託を受けまして、この調査をさせていただくということになりましたので、少し私のほうから説明させていただきます。

この調査の目的は認知症の人やその家族が認知症に早く気がついて、自分自身から医療機関等の援助を求める行動につなげられるようにということで、それに役立つチェックリストをつくってほしいということでございましたので、これは大変難しい課題なんですけれども、一応私どものほうで認知症初期のご本人が自覚する可能性がある認知機能低下と生活機能低下に関する質問項目、それからご家族が気づく可能性がある質問項目を実は昨年度からこの話があったということもあったのですが、147項目の候補項目というのをつくりまして、そこから去年1年間でパイロット調査もやらせていただきまして、2,000人規模の地域在住高齢者の方たちにご協力をいただきまして統計学的手法をいろいろ使うのですが、最終的に20項目の候補項目まで絞り上げまして、その候補項目がこの調査票（資料6-2参照）の間20にあります1から20です。20項目のうち前半10項目が自覚的認知機能低下に関する項目、後半10項目が生活機能低下に関する項目です。

少し細かいことをいいますと、実は因子分析という手法を使いますとパイロット調査の段階で5因子が抽出されて第一因子がどうも認知症の初期に自覚されるであろう認知機能の低下で、第二因子が認知症の初期に自覚されるであろう生活機能、第三因子が認知症の中期以降に現れる認知機能の低下、第四因子が認知症の中期以降に現れる生活機能の低下、第五因子はちょっと説明が難しいのですが、全般的な判断力低下に関する項目になっています。そして第一因子と第二因子からいくつかの指標を使って10項目ずつ抽出して20項目を作成しています。

実はこの質問は29項目までなのですが、残りの21から29はご本人が自覚するというよりは、実はご家族が気づく項目でして、他者評価による項目としてこちらにも実はパイロット調査をさせていただきまして、ご家族が評価して軽度の認知症レベルの人を高い正確度で判別できる10項目のリストを実はつくったのですが、その中で自覚的機能低下には入らなかった9項目をくっつけて29項目ということにさせていただきまして、おそらく残りの後半の9項目は認知症の方は自分で自覚できないような項目になっているのではないかと思いますので、そのようにして調査票をつくらせていただいております。

今回の調査の第一の目的がチェックリストをつくるということなのですが、せっかくこういう調査をするので、ただチェックリストをつくるということではなくて、調査にご協力いただいた自治体にきちんとその地域の認知症の実態を調査させていただいて、その地域の中で認知症の人が適切な診断を受け、質の高い配慮された説明を受けて、そして必要な支援が受けられる仕組みをつくるためのいろいろ必要な情報を出すことができればと思ひまして、この認知機能低下の項目以外にも運動機能の低下であるとか、合併症、併存している体の病気でもあります

とか精神的な健康度、睡眠覚醒リズムの変化に関する項目でありますとか、それから外出の頻度、閉じこもりに関連する項目でありますとか、そういうものが一緒に測れるようになっていきます。あるいは孤立の問題とか、それから生活困窮の問題がありましたので経済的なことも一応質問項目に含めてあります。

調査の流れは先ほど事務局から説明していただきましたように、最初は郵送でアンケート調査をさせていただいて訪問留置きという形で訪問して回収するという方法をとります。実はパイロット調査の段階でその方法をとると回収率93%ということがわかっておりますので、大体いけるのではないかと。それを一次調査といたしまして、二次調査は専門職の方、具体的には看護師を考えていますが、看護師の方もこれから研修するのですが、実際に認知機能を評価して、CDRという評価法もあるのですけれども、これから研修するのにどのくらいできるかはちょっと確認しなければいけないのですが、ある程度認知症の人を発見して重症度評価できるところまで勉強してもらって、そして訪問して調査をしてもらうという二段階調査という形をとらせていただこうかと思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。簡単ですけれどもご説明いただきました。委員の皆様からご質問があれば必要に応じて栗田委員からご説明をしていただきたいと思います。

それでは事務局からの説明も含めまして、今ほどのご説明に関してご意見、あるいはご質問をいただけたらと思います。

いかがでございましょうか。

○山本委員 よろしいですか。

○繁田部会長 山本委員、お願いします。

○山本委員 栗田委員に質問なんですけれども、このチェックシートの作成は非常におもしろい構成で、早期発見、早期治療につながっていく一つのきっかけになるかと思うのですが、同時にご本人が抱えてしまう恐れがあるスティグマですとかちょっとした恐怖心みたいなものですとか、あとご家族がそれに気づいたことによるご家族の本人に対する対応ですとか、そういったご本人とかご家族に対するケアみたいなものが早期発見をした場合より重要になってくるかと思うのですが、そこら辺がパイロット調査の段階ですが、今後作成されるであろうチェックシートにおいてどういうふうにフォローされていくのか、確認しておきたいと思うのですが。

○栗田委員 こういう調査をするときには必ず普及啓発とか、住民の人のご協力をいただくためのいろんな啓発事業を一緒にやっていくことになるのですが、実はここに挙げられているよ

うな自覚的な認知機能低下、生活機能低下は年をとればある程度みんな誰でも自覚するようなものであって、ある意味ではその連続線上に認知症の症状があるんだということがわかるような項目になっております。

例えばいわゆるBPSDみたいなものはないんですね、例えばよく物がみつからなくなるとか、お薬の管理がきちんと自分で決まった時間に飲めなくなるとか、それも4件法にしてあって、「全く問題なくできる」から「ときどきうまくいかない」、「頻繁にうまくいかない」、「いつもうまくいかない」ぐらいの4段階にしておりますので、ある意味ではこういう体験というのは誰でも体験し得るものだなということが自覚できるような項目で構成されています。普及啓発は先生おっしゃるように偏見を解消するとか、そういう意味ではとっても大事でありまして、誰でもやっぱり認知症になり得るんだと、決して特別な人だけではなくてみんながこうなり得るものなんだという、そういうようなコンセプトで普及啓発しながらチェックリストを一応つくらせていただくということでやっていきたいなというふうに考えております。

○繁田部会長 ありがとうございます。引き続きご質問、ご意見をいただけたらと思います。

○山本委員 ちょっと余計な話で申しわけないのですが、先ほど齊藤委員のご報告が非常に興味深かったのですけれども、産業医に対する取組で40代、50代はちょうど介護にあたる年代、30代もそうですけれども、今会社で働く人たちに対する普及啓発はとても重要で、今の栗田委員のお話と絡んでくるのですけれども、産業医に対する周知の中で何らかの家族に対するかわりとか、ご本人の自覚もそうなんですけれども、何か今のお話と齊藤委員の取組がうまくリンクしてくると、それはそれでおもしろいのかなというそういう印象を持ちましたので、一言付け加えさせていただきたいと思います。

あと、産業医に対する普及の中で産業医は研修を受けるだけではなくて、そこから企業の従業員に広がっていくような普及啓発ができれば、さらにおもしろいのではないのかなと、そういう印象を持ちました。

○繁田部会長 いかがでしょうか。

○新田委員 これはかつて老人保健法でやりましたよね、地域でかかりつけ医が全40歳以上、その中身とかなり類似しています。あのときは地域のかかりつけ医の先生が皆さんやって、その中で認知症、あれは3項目か4項目になってしまったので何の意味があったかわからないけれども、さらにこれは詳しいものですが、今の山本委員の話の連関でいうと、そのときは地域の先生がフォローアップしたんですよね、あのときは。

今回の場合はランダム調査ですよ、ある地域を全戸でやるという、そうするとどうするの

かなと、たしかに実態を見るためにやりたいなという気はするのですが、そのところはたしかに気になる話で、この場合の地域の先生たちをどう活用されるのかなというふうに思います。

○栗田委員 ただいまのご指摘はとっても重要な指摘でございまして、こういう地域の調査をしたときに発見した後どうするかという、ここをしっかりとしなければいけないので、これはフィールド研究をやるときの鉄則であります。

具体的な地域はきょうは出せませんが、その自治体で認知症の人を支援する体制を一緒につくりながらやらせていただくと、そのためにその地域に認知症の連絡会をつくりまして、医師会の先生方、それから基幹的な病院もあるのですけれどもその先生方にご協力をお願いしながら、支援体制づくりをしながらこれをさせていただくというようなことになります。

○新田委員 とてもすばらしいと思うのですが、それは逆にいうと壮大な計画ですよ。

○栗田委員 限定されておりますので、まずはその地区だけということです。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほか……。

○山本委員 今の新田委員のご発言に触発されて。ちょうど今日冒頭からご説明のありました平川（博）委員が取り組みをされた認知症疾患医療センターとかサポート医研修、あと桑田委員の作成された研修プログラムとかも絡めて、栗田委員のこのモデル事業が認知症疾患医療センターとかサポート医ですとか、その認知症疾患医療センターの看護スタッフ等の研修で、何かそういうような今東京都が取り組んでいる仕組みと連関するような話になってくると非常に面白い取組になるのではないかと、そういう印象を持ちました。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほかいかがでしょうか。

もしかしたら非常に微妙な質問かもしれないので、お答えにならなくてもいいのですが、具体的な候補地、調査地域は別にして何かどういう地域を調査したらいいんじゃないか、あるいはこういうメリットがあるとか、その地域をもう選択されているのかもしれないのですけれども、するにあたっての考え方みたいなものを教えていただけたらと。

○栗田委員 実は地域はもう決まっております、どういうふうにして選んだかといいますと、ある自治体の一地域包括支援センターの圏域であります。したがって先ほど言いましたように支援体制をつくるにはちょうどいい圏域ということです。ただ、一地域包括支援センターの圏域といっても結構広いので、その中で戸建ての分譲住宅と集合住宅、借家の集合住宅、それから高齢化率が高い地域と低い地域と中間ぐらいの地域、それから商店街と住宅地とがまあまあうまく含まれている地区を選択してトータル高齢者人口が5,000人ぐらいになるような地区を選択しております。かつ地域包括支援センターが1つ、それからそういう支援体制が積極的に

組んでいただけるという地区ですね、そういうところを選んでおります。

○繁田部会長 ありがとうございます。前回の会でも意見がございましたけれども、経済的に適切なサービスを受けることができない人たちが出てくる、もう既に出始めていると思うのですけれども、そういう人もその対象地域の中には含まれていると考えている？

○栗田委員 そうですね、極端な人が入っているわけではないのですけれども、集合住宅の借家と分譲住宅の戸建てというある程度はばらけております。極端な生活困窮者が住まわれている地区というわけではありません。

○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いただきたいと思えます。

○新田委員 その場合に元東京都老人総合研究所にいて今国立長寿医療研究センターにいらっしゃるの鈴木先生がおそらくやられていると思いますが、地域ぐるみの早期からの認知症リハビリという概念が正しいかどうかは別にして、そういったことまでを含めて考えてはいませんか。

○栗田委員 鈴木隆雄先生ですよね、鈴木隆雄先生は介護予防の生みの親ということで認知症予防というところまで含めて例の基本チェックリストをつくられた方ですが、一応私どもの考え方の認知症予防ということも含めて考えております。具体的にいうと生活習慣病の予防とか実際に合併症のある方はきちんとそういうところを医療につなげて管理するとかそういう部分でございます。

○新井副部会長 結局オリジナルなチェックリストで一応完成をまずは目指すと。で、今までの議論も含めてちょっと2つだけ。

1つは、これは問題ないことだと思いますが、倫理的な面とか個人情報までいきますよね、その点が1つと、あとは知的財産ということにもなってくると思うんですね。で、最初のほうの問題は先生のところでやられるからあまり問題はないと思いますけれども、十分倫理的な配慮をしてやったというプロセスも倫理委員会を通してとか、あと同意書などというのはここには入ってくるのですか。

○栗田委員 もちろん。

○新井副部会長 そうですよね。あと、二次調査では今度は逆に返事をくれなかった人に行くわけですからかなり介入するというので、今まで先生方のいろいろな心配も含めてその辺が十分配慮される必要があるということ。

あと、2つ目の知的財産は先ほど齊藤先生もこの冊子をどこかで販売みたいなことも含めて、

これもし成果ができれば本当の知的財産、東京都の知的財産にもなるくらいのものですよね、だからその成果をきちっと財産として都に残していくようなそういう流れを、ぜひ今回のがもし完成した場合はそれを東京都でも考えて、税金を使ったけれどもそれがまた都に収益となるみたいなものを、ぜひ考えてもらいたいと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。ちょっと私が勇み足をしまして、新田課長の説明が途中のところで私が調査票の質疑を受けてしまったのですけれども、途中でありました資料7「認知症早期発見・早期診断推進事業について」という、こちらのほうも議事の1番でございますので、こちらのほうの説明もさせていただいて、それで少しだけご質問をお受けしたいと思います。

では、中断いたしましてすみません、お願いいたします。

○新田課長 それでは、資料7「認知症早期発見・早期診断推進事業について」をご説明いたします。これも資料4の「都における認知症対策の強化について」で掲げた新規事業の1つとなっております。

この事業の概要は、左上に簡単に記してあるのですが、認知症の方を早期に発見し、早期に診断につなげて適切な対応につなげていくためには、区市町村や地域包括支援センターの認知症対応力の向上が不可欠だと考えておまして、この事業では認知症コーディネーターと呼ばれる看護師、保健師等の職種を想定しているのですけれども、そういう方を地域包括支援センターまたは区市町村の地域包括支援センター所管の部署に配置いたしまして、区市町村の認知症対応力の向上を図ることを目的としております。

認知症コーディネーターが扱う事例の中でなかなか受診につながらないようなケースにつきましては、認知症アウトリーチチームを新たに医療チームとして設けまして、そういう方と連携して早期に診断、対応につなげていくというような事業になっております。この事業機関としましては、今年度と来年度の2カ年で考えておまして、この間に研修を行いまして次期高齢者保健福祉計画等への反映を考えております。具体的にはコーディネーターやアウトリーチが訪問した事例、軽度の事例が多かったのか、重度の事例が多かったのか、あるいは適切な支援につながったのか、つなげるにあたっての課題は何だったのか、そういうことも含めて検証ができればというふうに考えております。

スケジュールとして書いてありますけれども、既に4月25日付で「実施について」という通知を区市町村と認知症疾患医療センターには配布をしております。非常に細かい資料で全てご

説明すると時間がなくなってしまうので、コーディネーターとアウトリーチチームの簡単な概要をご説明いたします。

まず、資料右上のところの「認知症コーディネーターの概要」ですが、これは先ほど申し上げたように地域包括支援センター担当部署または地域包括支援センターそのものに配置をいたします。職種は看護師、保健師等を考えております。配置人数については、専従職員を1名以上配置することが望ましいとしております。

業務内容は、下にいくつか掲げておりますが、主なものをご紹介します。上から3つ目の◆ですが、認知症の疑いのある人を把握した場合は、コーディネーター自ら、または管轄の地域包括支援センター職員が訪問をしてアセスメントシートを用いてアセスメントをして、認知症の症状について把握する。認知症が疑われる場合は、かかりつけ医や介護事業者と連携しながら、認知症の診断を受けるための医療機関の受診を促し、診断後は適切な医療・介護サービス等の導入を図る。

受診を促しても受診に至らない場合には、認知症アウトリーチチームによる訪問を依頼する。アウトリーチチームが訪問する際にはコーディネーターまたは管轄の地域包括支援センター職員と一緒に訪問をするということを考えております。この訪問の前には関係者によるカンファレンスを実施しまして、訪問対象者の状況や同行者の役割分担を確認する。訪問後は関係者による個別ケース会議を開催する。その中で適切な支援内容を検討していき、サービスの導入を図っていくということが役割となっています。

アウトリーチチームの概要ですが、これは左側になります。職種としましては医師、保健師、看護師、精神保健福祉士等を考えております。医師については1名以上、保健師、看護師、精神保健福祉士等については2名以上として合計3名以上のチームを専任で配置するという条件としております。

主な業務をご紹介しますと、先ほどコーディネーターのところで申し上げましたように、コーディネーター、または地域包括支援センターからの依頼等によって訪問対象者を訪問して、認知症の症状についてアセスメントを行って状況等を確認する。訪問をする対象者にかかりつけ医がいる場合については、かかりつけ医との情報交換を密にする。対象者を訪問する際には原則として先ほど申し上げたようにコーディネーター、または地域包括支援センター職員を同伴して訪問する。

訪問支援対象者をアセスメントした結果、認知症の症状を有すると判断された場合には適切な医療機関の受診を促して、原則として鑑別診断につながるまでの支援を行う。こうした場合、

場合によっては複数回の訪問が必要になる場合もあると考えています。それと先ほどのコーディネーター、あるいは地域包括支援センターが開催いたします個別ケース会議に出席いたしまして、専門的な知見を意見を述べていただくといったことも役割としております。

簡単な事業のイメージ図を右下のほうに掲げておりますので、参考にご覧ください。

資料7の説明は以上となります。

○繁田部会長 ありがとうございます。ただいまのコーディネーターあるいはアウトリーチチームのお話についてのご質問、あるいは先ほどまでご議論いただきましたチェックリストのための調査、どちらに関してでも結構でございます。ご質問、ご意見等をいただけたらと思います。

○山田委員 すみません。

○繁田部会長 お願いします。

○山本委員 部会長、山田委員は自己紹介がまだなので、ぜひ自己紹介をしていただいて。

○繁田部会長 では、先に自己紹介をいただいて、ご発言いただけたらと思います。

○山田委員 はじめまして、墨田区のたちばな地域包括支援センターの山田と申します。日ごろ地域包括支援センターとこちらの資料7に書いてありますシルバー交番事業として高齢者の孤立予防で全件調査ですとかそういったことも始めているというところで、多分ここにお呼びいただいたのではないかとこのように思っております。

実は資料7のほうで私が感じたことなんですけれども、認知症早期発見、早期診断というところにつなげていくために私たちも日ごろどのように、わりと私たちの地域も墨田区は下町でするので独居の高齢者がすごく多い地域なんですね。どうしても遠方に離れた家族が発見するよりも、やはり近所の方が何かおかしいということをつなげてくださるケースのほうが最近ふえているということがあります。

そういう意味では、本当に認知症の早期発見ということに対しては特に地域の町会、自治会、民生委員さんといったような地域住民の気づきの目ということをどうやって高めていったらいいのだろうということが、やっぱり一番重要な課題として感じているところなのです。多分この表の中でもそこら辺のことも前提なのだろうというふうには思うのですけれども、この事業のイメージ図の中にそういった地域組織が入っていないので、ある意味意識化をしていく意味でもそういった組織の中に地域の住民や民生委員さんという方が入っていたほうがいいんだろうなというふうに思っています。

そういう意味でいいますと、地域包括支援センターやシルバー交番と書いてあるところの認知症コーディネーターというところが多分住民の方の声を拾っていくというイメージになるのだらうなというふうには思っているのですが、そんなこともご検討をいただけたらと思ひまして発言しました。

以上です。

○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でも結構です。それ以外のことで結構です。どうぞご意見をいただけたらと思ひます。

○高瀬委員 大変よく工夫されている図だと拝察いたしました。現場からの意見として今の認知症疾患医療センターもそうなんですけれども、先ほどの新田先生のお話もありましたが、かかりつけ医あるいは認知症のサポート医は、地域においてこのお仕事について具体的にどういってお手伝いをしたらいいかというのが、いま一つ見えないところがあります。簡単に左のアウトリーチチームの概要の一番下のところにありますけれども、たしかに主治医意見書を書くのも大事だと思いますが、実際にアウトリーチをして例えば専門病院に行っていただくところまでもっていただけでも大変な状況は、私の患者さんでも多くあります。認知症のコーディネーターと称される方だけではなかなかうまくいかないのではないかと、地元のかかりつけ医がよほど腰入れてお手伝いしないとうまく回らないのではないかなというような予感がちょっと……私の危惧に終わればいいと思ひます。

余談になりますけれども、認知症サポート医は私も一応拝命されてはいますが、地元の認知症サポーターやそういう人たちとのリンクについて、せっかく資源があるので「地域の目」というお話が山田委員からもありました。そういうものを有効活用されたいのではないかなと思ひました。

もう一つ大きな問題は、私も前回指摘させていただいたかと思ひますが、地域の中で、有料老人ホームとか、これから東京都も力を入れられるというサービス付き高齢者住宅ですか、実はその責任者の方があまり認知症の勉強をされていない。質についてはふぞろいなといひますか、できるところはできるけれども、例えば認知症の勉強会では熱心なところはいつも来るし、来ないところは全然来ないみたいなことがあります。地域の包括支援センターなどで聞いても下手するとそういうサービス付き高齢者住宅とか有料老人ホームでは施設のスタッフがあまり熱心でないと、あるいは施設長にあたる人たちが認知症についてあまり熱心でない場合は、例えばそういうところに高齢者が入居されて、当然のことながらそこでどんどん認知症が生み出されるわけなんです、そこが全く真空地帯のように取り残されているような可能性もある

のではないかと思います。

例えば栗田先生が今回トライアルされる場所にも多分既に既存の有料老人ホームとかサービス付き高齢者住宅があるかと思います。そういうところでの発見とか、あるいはそれをどうつなげていって、アウトカムをどのように出されるかという計画がもしあればお聞かせいただければ、より地域のかかりつけ医もお手伝いしやすいのではないかと思います、いかがでしょうか。

ちょっととりとめのない質問ですみません。

○繁田部会長 前半のほうの高瀬委員のご意見は、例えば遠くのほうから見知らぬコーディネーターとかアウトリーチが来るよりは、場合によってはかかりつけ医が関与したほうがよりスムーズに早期診断とか早期発見につながるのではないかという意味も含めてということですね。

○高瀬委員 そうですね。

○繁田部会長 ただいまのご意見に関しまして、ご意見をいただけたらと思います。

○新田委員 今の話は最もなんですが、おそらく地域の組織図の問題だと思うんですね。この場合の認知症コーディネーターというのは包括支援センターも含めてどこかの地域の医療機関、そういうところにアウトリーチがあるわけですけれども、そこが非常にゲリラ的に動ける体制、地域としてゲリラ的に動ける体制でそこでかかりつけ医と必ず結びつくというような状況がどうつくれるかという話だと思うんですね。

今いわれたようにコーディネーターだけがその人に、例えばBPSDが起こった場合に早期の対応がなかなか難しいこともあって、かかりつけ医あるいは地域の全部と一緒にやらなければいけない状況が出てきますよね、そういったときにかかりつけ医だけではもう難しいからすぐそこへ行くと、そして家族支援も含めてという非常に組織の柔軟性が求められる、地域での組織の柔軟性が求められる体制として考えないといけないのでしょうかね。

かかりつけ医はこうだ、コーディネーターはこうだというそういう何となく縦割りとか横割りの関係というよりもっともっと、この絵柄で描くとこういう絵柄なのですが、それはもういろいろあるような絵柄になるのではないのでしょうか……と思いますが。

○繁田部会長 それは地域によっても……。

○新田委員 違ってくると思いますね。

○繁田部会長 昔からおじいちゃん、おばあちゃんの時代からある程度移動の少ない昔ながらの町と、わりと最近になって遠くのほうから移って住んでできた町、それもやっぱり違う。

○新田委員 そうですね、それでおそらく先ほどの高瀬先生のお話の延長線上ですけれども、

それが中学校区域にコーディネーターを一つ置くにはちょっと大変だろうと、もうちょっと広い範囲だろうと、そこではどの範囲でコーディネーターが機能して、その地域を動けるかというそんな感じです。そしてさらに認知症疾患センターがあるだろうと、もちろん認知症疾患センターは二次医療圏に1つですからとても無理なわけですから、そこにいくまで解決できればできる体制をつくるという意味の私は認知症アウトリーチチーム、あるいはコーディネーターというふうに解釈をしますけれども。

○平川（淳）委員 平川病院の院長の平川です。今回参加させていただきます、よろしく願いいたします。

私どものところも認知症疾患医療センターで、私はセンター長ということで頑張っているつもりなんですけれども、このアウトリーチチームについてはやはり受診を促しても受診をしないというのはある意味拒否をしている人ですよね、その拒否をしている人に対してどういうふうに医療を提供するかというところは、我々精神科の世界では非常に人権侵害にあたらないかというところで非常に神経質になるところで、ここについては精神科の世界では保健所が中心的な役割をするような仕組みになっているんですね。

ところが、今回は包括が中心になっていってセンターがそれにかかわるとなると、非常に今までしてきたことと齟齬が生じてくる、法律上の齟齬が生じてくるということでもどこまでやったらいいのかとか、それから今新田委員がおっしゃったように自由度を持たせてしまうと非常にこれは乱暴な話になりかねない。それからかかりつけ医の先生が、これは医師会の手前でちょっとあれですけども、どこまで地域で頼りになるかかりつけ医の先生が、もちろんそういう先生もいらっしゃるのですけれども、実際には大変お忙しくてお願いをすると受付のおばさんに怒られたりすることもありまして、なかなか先生までたどり着けないで包括の方々もかかりつけ医の先生とお話しすることを非常に恐れている、私が代わりに間に入ってお話をしたりとかいうようなことも多々あるんですね。

また、サポート医の先生で登録されていてもお願いしてもなかなかそこまでいかなかったり、一緒にお話し合いしようといってもなかなかそういう時間もとれないというのが現状で、まずかかりつけ医制度を一からセンターが立ち上げなければいけないような、そういうような部分も、これは我々の地区だけかもしれませんが、このアウトリーチチームについては、まず一からちょっとずつやってみて実態を把握していくようなところからかなと思っております、そんなところでいいかどうかちょっとお聞きしたくて、今質問してみたのですけれども。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞご意見をいただけたらと思います。

○新田委員 ひとつ最初の話ですけれども、あくまで早期等も含めて生活者としての認知症の人という意味ですから、精神という法律の部類に入れるかどうかこれは大きな問題なので、だからその前に私たちはやっぱりそこは助けをしなければいけないだろうなというところになる。そうすると、今現状ではやっぱり地域包括が一番いいラインだろうなという感じはいたします。

2つ目のかかりつけ医の問題は、もう先生の言われるとおりでございまして、そのところは隣にいる平川東京都医師会理事も答えも必要なのでしょうけれども、やはりそこは現状だと思います。ただ、そのところをレベルアップしていかないとこの問題は解決しないというふうに思いますので。

○繁田部会長 少なくともこのコーディネーターにしる、アウトリーチにしる、これをやるにあたっては、まずかかりつけ医にも必ず連絡をとってというのが前提ですよね。多分その本人にとってみればいつも顔を見ていて風邪薬をもらったり何かしている先生は、ある意味間違いない信頼できる先生なわけですから、何となくかかりつけ医がいる場合にはかかりつけ医の先生にも協力してもらって的なニュアンスではなくて、やっぱりほぼ必須のこととしてかかりつけ医には関与してもらおうというふうにしたほうがいいのかというふうには感じました。

ちょっと首をかしげていらっしゃる平川（博）先生、ご意見をいただけたらと思います。

○平川（博）委員 悩ましい問題で、東京都医師会のほうでもこのことについては話し合いをしております。一方、かかりつけ医の先生方がもう決まっていて、あるいはさまざまな方々が関与しているところに越境的にセンターが介入して、その地域でせっかくつくられていた先ほど高瀬先生や新田先生が言われたように、民生委員等も絡んだりとかいろんなさまざまな動きがあるものを、よかれと思って頭ごなしに介入し断ち切ってしまうということも危惧されます。

このアウトリーチチームの概要の◆マークの2番目ですか、かかりつけ医がいる場合は特にその先生方とすでに受けているケアサービスの環境をよく話し合っておかないと、結果的に戻るところも失ってしまったりして、さらに孤立を招くということがあるので、そこは注意しなければならないなど。イメージ的に私の中でも初診の方の受診をうまく結びつける初期チームなのか、あるいはある意味処遇困難者に対する介入なのか、そもそも線は引けないのかもしれませんがあまりはっきりしないので、これはあいまいでいいのかどうかということで先生方からいろいろご意見を伺いたい。スペシャルチームとしてごみ屋敷になった処遇困難者が何も受け付けられないというそこに突入していくチームなのか、先ほど新田先生が言われたように生活者の中で認知症かどうかというのがはっきり見分けがつかない、そこをみるためのチームなのか

というのが見えてこないの、そこをぜひ教えていただきたいのですけれども。

○繁田部会長 ただいまの件に関しまして、むしろそれはこの委員会でニーズとしてどちらにニーズがあるのか、どちらが認知症の方に有効なのかということで議論をして、意見を事務局のほうにお伝えすればいいのではないのでしょうか。

齊藤先生、お願いします。

○齊藤委員 この制度については私どものセンターでもセンター長は積極的でやりたいとはいうのですけれども、私は非常に危惧をしています。そういう意味でお二人の平川先生がおっしゃったことと同じで、行きましようといつて来てくれる人にアウトリーチなんて誰も考えないですよ、そして体が悪くてこないわけではないですよ。おそらくこれで紹介されて来る人というのは地域で困っている、今ごみ屋敷とかいう話がありましたけれども、地域で困っている人ですね、地域包括が困った例を何とか医療に結びつけたいというのはいいけれども、では、患者さんが拒否したときにどうするかということですね。

それは精神医療だからとか生活者視点だからという問題ではなくて、何であれ本人が来てください、あるいはウェルカムでないところに入って行くということになれば、精神科云々は精神保健福祉法があるから特殊ですけれども、一般の医療というのは一般に精神科みたいに本人が望んでないのに介入するということはないから他の医療にはないだけで、福祉は本来そういう手続きがあるべきですよ。それを保健所がやるというのは公的機関がやるわけですから、やられたほうは抗議をする相手がありますけれども、地域包括とかあるいはセンターが必ずしも公立の機関ではないわけで、そういう人たちが本人が同意しないときにどういう権限でそこへ入って行くのか、あるいはどこまでやっていいのか、それからそういう権限はなしだと、本人が同意したときだけなんだというのだったら、そもそもこれにそんなニーズがあるかといったらおそらくない、ほとんどない。その辺をきちんと整理しておかないと早期発見とかいいながら早期排除の手段になる。

だって地域でみんな仲良くやっている人を、この人を訪問してほしいなどというわけがないのですから、認知症があろうとなかろうと仲良くやってみんなと協調している人をあえて病院へ連れて行けという住民はいないわけですし、そういうニーズもないわけですから、そうだとしたら多かれ少なかれ誰かが困っているわけです。それは困っている家族が頼みますというのだったらまだいいのですが、一人で住んでいて困られている人に介入するならば、私はやっぱり行政が責任を持つべきだと、行政措置でやるべきであって、そうすると柔軟性を欠くというご指摘があるかもしれないけれども、しかしそれはしょうがないですよ。むしろそこに至る

前にその地域の先生が介入し、そのバックアップにこれだけたくさんセンターができたわけですから、センターがバックアップして支えていくというのが本来であろうと思います。

ですから、これをやるならば本人の同意をどうするかということをはっきりさせるというのは、あるいは同意がない場合に、どの程度までどういう権限でやるかということをはっきりさせておかないと非常に危険な制度だと私は思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。はい……どうぞお願いします。

○牧野委員 家族の支援と地域の場づくりをやっている立場から発言を申し上げたいと思います。

今、特に入口にあるご家族が壁という形の相談機関に飛び込んで来ております。通常であれば行政の窓口や包括支援センターに行きなさいよというアドバイスがあると思いますが、なかなか本当にそのことをご存じでなかったり、それからやはり敷居が高い、あるいはこんな私のこんな悩みを言っているのかどうかというさまざまな逡巡があって行けていないケース、あるいは認知症だろうなと思っていても、やはりどう手を変え品を変えて病院に連れて行くことができない、どうしたらいいかというふうなご相談がやはり多く聞かれます。

通常私どもは介護者の会などの自主グループなどの場所をご紹介して、そこでいろんな人のお話を聞きながらいろんな知恵をもらいながら進んでいくケースというのはあるのですが、やはりご家族にとってはそういった現状を、本当は誰かが手をさしのべて解決に近づけたいという思いはありがたいと思います。

もう一つ、地域の場という意味でいいますと、今ある区で認知症サポーターたちのフォローアップ講座を通じてワークショップをやって何が必要かということを導き出しましたら、やはり居場所だと。高齢者や認知症の初期の方が行く場所がないというふうなことを地域の人からお話が上がりました。

あと、もう一つは、隙間のところの訪問、見守りがいるということもあったのですが、やりやすい方法として認知症の人や家族が来ても大丈夫なカフェというのを作りました。それも区営住宅の集合場所ですね、いわゆる集会所、そこでそういうカフェを作りました。もう3年たちまして当初はボランティアさんたちが認知症の人は対応できないというふうな話でこわごわだったのですが、包括支援センターの方も中にいて連携をとりながら少しずつ少しずつ地域の方が認知症の方がふえていって、その住宅の面倒をみられていた副会長さんが一番そのことを喜ばれました。要するに地域の人たちは一人で抱えていらっしゃるんですね、特に会長クラスの人たちは一人で面倒をみている、また非常に世話好きな方が一人で抱えて面倒をみて

いる、そういう方たちが困ったときに駆け込める場所がほしいというニーズがあります。

今、国がそういう地域の支え合いを進めるために認知症カフェというのを導入しようという動きがあると思いますが、まさにそういう地域の場所に、そこに私はお医者さんに、かかりつけ医の先生とかサポーター医の先生とか専門職の方々が何気なくそこにいてほしいというふうに感じます。そうすることでお茶を飲みながら本人も家族もそこに、そういうカフェでしたら本人も何気なく来ることができます。そこでちょっとお医者さんがいらして、おしゃべりしながらも多分診断してくださると思います。そこで顔見知りになれば「また、来てくださいね」ということで安心して行けるような、多分都もそういう事業を今年度からされると思うのですが、そのことの意味がなかなか市区町村に伝わりにくい。

住民の立場からすると、支えたい人たちもたくさんいるし、そういうことやってみたい人たちもいますし、それから支援を必要としているご本人や家族もたくさんいらっしゃる。しかしそのマッチングができていないということがありますので、こういう場をまさに認知症コーディネーターがそこをコーディネートしていくのだと思うのですけれども、やはり包括支援センターがかかわることによっていろんな方々がそこに来ていただくことも可能になると思いますので、そういった地域の資源をたくさんつくっていくことがこれから初期の方の支援に必要なだと思いますし、何よりもご本人とそれからファミリーを取り囲むチームを地域でつくっていくことが、多分これからの専門職の仕事ではないかと。個人対個人をつくるのではなくて、チームでその方を見守るようなそういう仕組みができていくことがシームレスにずっとそれが続いていくといいと思うのですけれども、多分、山田委員はそういう意味合いをよくおわかりだと思いますけれども。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞご意見をいただけたらと思います。

○西本委員 関連して、やはり介護の立場から本当にコーディネーターとかアウトリーチチームとかありがたいなという気持ちが大変あって、どこにつなげていいかわからなかったりだとか、どうしたらいいのかわからないような方たちがやっぱりいっぱいおられるので、こういう仕組みができたらいだろうというのはとっても感じました。ただ、牧野委員もおっしゃったように、じゃあ、そういう人たちをどこにつなげていけばいいのかという問題もたしかにあるので、ここは医療の場の検討会だと思いますが、それ以外の認知症のところの生活をどう支えていくかというサービスとか質とかというところをもう少しやっぱり充実していくその両方を検討していただきたいなというのが実感としてありました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○新田委員 これは平川委員が言われたように「認知症の早期発見・診断・対応」とする最初にこれがあるからやっぱり私もおかしいなと、そうするとそこだけにするアウトリーチ、コーディネーターという話になってしまうので。今話にあったように当たり前のように認知症早期発見等々ではなくて、何か起こったときにやっぱり皆さん求められるんですよ。で、先ほど齊藤委員が心配したのですが、家族はやっぱり求めているんですよ、本当に心配している。で、行くと本人は当たり前のように拒否しますよ、でもそれでもやっぱり求めて家族支援も含めてやっていかないとその人はそこにいられない。で、そこにはもちろん医療対応も必要だというようなことだと思っています。

あえていうと「認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組の推進」の中に「認知症コーディネーター配置等」と入れるかどうかという表題ですよ、表題のところをもうちょっと考えていただければというふうには思います。

○繁田部会長 例えばアウトリーチというのが始めにきてしまうと、認知症の医師を中心にしたチームが行って門をたたいてみたい感じになっていると思うのですけれども、むしろ委員の皆さんのご意見をお聞きすると、認知症のご本人、高齢者の認知症の方がおられて、家族がおられて、そしてかかりつけ医がおられて、そこにそれを心配して駆けつけたり何なりのコーディネーターがいるというのを後ろから医師なり看護師なり、ソーシャルワーカーなり心理なりの人間が随時相談に乗って支えるという図式だったらいけそうですか。齊藤委員の誰が責任を持つんだという答えにはなっていないのですけれども。

○齊藤委員 まず、申し上げておくけれども、医者が診察をするということについてニーズがあるということを否定しているわけでは全くない。ニーズがたくさんあるということはもう重々承知しているし、「うちのおじいさんは頑固で連れて行けないから何とかしてください」、先生、来てくださるなら大歓迎です」という人がいるということは重々承知しています。承知していますけれどもそのことと、だからじゃあ、本人が同意しないのに医師が行っていいかということ、入って行って診断をつけて云々かんぬんというのはやっていいかどうかということ、その結果どうなるかということをよく考えるべきというふうに思います。

だから早期診断・早期介入などというのははずしてしまっ、新田先生がおっしゃったようにフレキシブルに地域が困っているときに専門家としてそれをサポートできるというふうなチームだと思えばよいのかもしれない。ただ、そのためには認知症疾患医療センターに1つというのはかなり大変ですし、専従の人を雇うというのもかなり大変ですね。やっぱり人権を擁護

するための規定というのは必要だから介入していいんだというのだったら何も要らないですよ、そうではなくて必要だから介入するんだというのだったら、それだけのデュープロセスが必要だというのは世界中どこへ行ったって常識なので、そのデュープロセスが面倒くさいのだったらそここのところを乗り越えて介入しないようなコンセンサスをつくるということは大事なことだと思うのです。

○繁田部会長 ありがとうございます。「早期に支援を開始するための」ということですね。

○齊藤委員 機能的な医療チーム、専門家チームがあつたらいいと思いますよね。

○繁田部会長 ありがとうございます。今のご意見を踏まえましてよろしく申し上げます。タイトルを変えるのは、予算は多分このタイトルで取っていますので、変えてしまうとお金がなくなっちゃうという心配もあるかもしれませんが、委員の先生方の意図は優秀な事務局でございますので十分汲んでいただけたかと。

○中山高齢社会対策部長 ちょっとよろしいですか。この認知症コーディネーターとアウトリーチチームをどう位置づけていくか、どういう考え方のもとで都が政策を進めていくかというところでは、これまでさまざまな方のご意見を都では頂戴しております。基本的にはいわゆる医療のためだけに、このアウトリーチチームが困難事例に突撃していくとかそういうイメージでは全くありません。医療の早期発見・早期診断を契機として必要な介護または医療サービスにつなげていく、そういうプロセスの施策だというふうに私どもは認識していますので、法的な権限を持たせてどうのこうのと、そういうイメージではありません。

この辺はきょうもそれぞれのお立場でいろいろご意見いただきましたので、私どももこれを今年度進めていくにあたりましては、キーワードとしてやっぱりそれぞれの地域に応じた柔軟な体制で望むという、そういう考え方でおりますので、その辺だけご確認をさせていただければというふうに思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○新井副部会長 私の理解としては、もういずれにしても地域包括支援センターで事例検討などをやると、もう地域包括支援センターは本当に難しい処遇困難例をたくさんやっていて、苦勞している例を報告してくれているので、いずれにしてもコーディネーターとかアウトリーチチームがなくても現場ではもうやっていますよね、そういうことを介入も含めて。そういう意味ではもう苦勞されている方たちにさらにこういうシステムが加わればよりいいんじゃないかなど、私はただの印象としては思っておりました。

もう1つは、今都が考えているのは地域包括支援センターもそうですが、地域包括支援セン

ター担当の部署に区ですかね、区市町村というのをある程度視野に入れてはいますよね、だから地域包括支援センターといっても区市町村ということのを思えば齊藤先生が危惧されたようなところも、もうちょっと都も含めて行動介入に責任を持つというような姿勢を私は理解しているのですけれども。

あともう1つは、困っている事例をやるか、早期診断をやるかみたいなところなのですが、結局短期的なものとも長期的に見る必要があると思うのです。アリア・アンド・ファーストコンタクト、医療も含めてですけれどもより早い段階で最初のコンタクトだと思うのです。そうすると短期的には困っている症例を少しでも1例ずつその地域で減らしていくと、それが進んでいくとそういう人がだんだんなくなってくるから長期的には早期診断・早期治療という流れになっていくだろうという時間的な経過の中で、まず当面は地域包括支援センターを含めて大変な事例をやっていくのだろうけれども、長期的には早期診断・早期治療になっていくのだろうというそういう流れを理解したほうがいいんじゃないかなと思って聞いていました。

○繁田部会長 ありがとうございます。まだご意見があるかもしれませんが、何か言いたそうな顔をしていられる方おられるのですけれども、時間の関係もありますし、かなりの思いは伝わって中山部長からも先ほどコメントをいただきましたので、先に進めさせていただきたいと思います。

議 事

(2) 平成25年度の検討内容について

○繁田部会長 議事の2番目でございます。「平成25年度の検討内容について」でございます、資料の8と9を使って新田課長からご説明をいただきたいと思います。

○新田課長 それでは、資料の8です。「平成25年度の検討内容について(案)」ということで、今後この医療部会で検討する事項について記載しております。

1つ目が、先ほどより出ております「認知症の早期発見・診断・対応のシステムづくりについて」ということで、都としても新規事業を始めていきますけれども、まだ地域によっていろいろな課題が出てくるというふうに思っておりますので、最終的にその人にふさわしい支援にかにつなげていけるかを検討していければと思っております。

2つ目が、これが今後の検討の中心になるものと考えているのですけれども、「都における認知症疾患医療センターの機能・必要数等について」ということで、現在指定しております認

知症疾患医療センターにつきましては一応指定が今年度末ということで、26年4月から新たな指定になるということがあります。それにあわせて今後都としてどういう考え方で都内に認知症疾患医療センターを整備していけばいいのかと、下のほうに「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」が昨年9月に国から出ていますけれども、国の動きもあります。いわゆる身近型の疾患医療センターの検討も国で進んでいるというような話も聞いておりますので、そういうこともあわせて先ほどから地域型が医療圏に1つでは少ないという話もありますので、都としてどう整備していくのかということについてこの部会で議論をいただければというふうに思います。

続きまして資料の9です。時間の関係もありますので、ごく簡単にご説明いたします。

これは「早期発見・診断・対応のシステムづくりに向けて」ということで、早期発見・早期診断・早期対応それぞれのステージにおいて都が今年度どういった事業を行っていくのかというのを俯瞰的に示したものになっております。ほとんどの事業が発見から診断、対応それぞれにかかわってくる部分になっております。

資料9の右下のところですが、これは前回の医療部会でお話が出ましたし、今回の議論の中でも出ましたけれども、いわゆる地域で認知症の人と家族を支えていくためにはどうすればいいかと、いわゆる発見して診断したあとの対応の充実ということで、ここの部分につきましても6期の介護保険計画の確定がありますので、それにあわせて都としてもさまざまな地域包括、ケアのあり方について検討してまいりたいと思っておりますので、そういう中でここに掲げた個別事項についてもいろいろな課題を検討していきたいと思っております。

資料9の説明は以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。資料8と9に関しまして、ご意見ございましたらお願いいたします。

○平川（淳）委員 ちょっと視点が違うかもしれませんが、認知症疾患医療センターが12センターできましたが、中にはそれこそ健康長寿医療センターから順天堂、杏林大学といわゆる日本を代表するような所と我々のような民間の精神科病院と一緒にあって同じ機能をするというのは大変もったいないと私は考えていまして、やはりそれぞれの大学病院、それから松沢病院ももちろんそうですけれども、指導的立場でいろんな形で我々疾患センターを、これは国でいえばいわゆる地域型と基幹型というような関係が都の場合には全部地域型という形でまとめられていますので、疾患センターの中でもいわゆる中核となるようなセンターをつくっていただ

いて、それを裾野として広げていくような仕組みをとれないかなというふうに思っておりまして、私どもからすると、ぜひいろんな形でご指導いただきたいというのがお願いであります。ちょっと違うかもしれませんが。

○繁田部会長 ありがとうございます。ただいまの件に関しまして、ご意見ございましたらお願いいたします。

(発言する者なし)

○繁田部会長 何もないので私が申し上げます。それぞれセンターによって先生がおっしゃった2つの大学病院の名前を取り上げてもしっかり私たちからすると得意不得意というのは失礼かもしれませんが、やっぱり得意なところは強みが違うので、私のイメージとしては何か全てのことが網羅できて、例えば健康長寿医療センターであったとしても全てのことが網羅できて全部ができるというよりは、そこを一つの起点にしてそのセンターで十分でない部分を地域の医療機関と連携をして補っていく。それをまたその細かなでこぼこをサポート医なり地域の認知症に関心を持って積極的に診療していらっしゃる先生が支えという、で、結果として総体として地域を支えるというようなイメージなのだと思います。

これだけ広い東京で1,300万人が住んでいるところで基幹型というのが1つあったとしても、なかなか難しいのかなと。基幹型といえば多分東京都がいろいろと委託をしている健康長寿医療センターとか、あるいは新井先生の順天堂が候補になるのかもしれませんが、それでもやっぱり東京は広過ぎるので国の制度上基幹型が1つ、で、地域型がそれ以外ということなんですけれども、東京の場合にはおそらくそれぞれが基幹型のような役割を担っていただくような形にはなるのだろうと思います。

○平川(淳)委員 センターの質の担保という自分というと恥ずかしいですけども、やはりちゃんと勉強したいと思っていて、そういう点でセンターの機能を上げるような鍛練の場があればありがたいなというところで、これはお願いであります。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほか全体を通してでも結構でございます。ご意見があればいただけたらと思います。

○新井副部会長 資料9の「25年度の都の取組」というところで右のほうの「早期対応」というところですけども、これは東京都にはぜひ国のような表現ではなくてちゃんと表現してほしいなという願いでいうのですけれどもBPSDですね、「行動・心理症状の悪化時などの急性増悪期ケア」と書いてありますね、この間アルツハイマー病研究会でも老健局の局長さんの話を聞いたら、もう認知症は長年治療の研究は補助してきたけれども成果が上がらなくて、も

う認知症の人の対策にするんだみたいなこと言っていたのですけれども、何を言いたいかというのと、このケアというだけで済ませないでほしい。

言葉としてはここに「治療・ケア」ということでやってほしいんですよね。少なくともBPSDは治るわけですし、去年までの会議でも二、三カ月でよくなって在宅に戻そうという話をしているので、厚労省は必ずケアしか言わないのですけれども、治療という言葉でやはり患者さんを、そのためにこの下に医療関係者があるわけなので。言葉だけの問題ですけれども、もちろんケアは重要なのですが、だから「急性増悪期の医療・ケア」とかいうことで、ぜひ東京都としては厚労省と違うんだというところを表現してほしいなと思っていますので、よろしくをお願いします。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほかご意見ございましたらお願いします。

○山本委員 大変細かい話で恐縮なんですけれども、先ほど平川（淳）委員がおっしゃられた中の最初のほうの発言で、クリニックやかかりつけ医の事務員の人の対応で追い返されてしまうと。それで先日、新田委員が医師会長を務めている北多摩医師会の主治医研修に呼ばれて行ったときに非常におもしろい話がありまして、サポート医の方が早期発見上で事務員の人に対する研修は非常に重要だと、お金の計算とか服装の乱れとかを通しての発見で主治医につながってくるので非常に重要だという話をされたのが非常に印象的だったのですけれども、そんなようなことも認知症疾患医療センターの取り組みの中でクリニックの医師だけではなくて、そのスタッフ、事務、特に受付の方とかに対する取組等の普及、非常に細かい話で恐縮なんですけれども、おもしろい取組なのではないのかなというふうに感じました。

あと、包括支援センターに置かれるというコーディネーターは個別対応だけにしてしまうとちょっとつまらない話ですので、先ほど山田委員や牧野委員がおっしゃられたような地域をつないでいくような、早期の発見とか早期対応では地域の関係者をつないでいく、この資料9の上に関係者がいろいろ出ていますけれども、これをつないでいくような役割も担っていくと。それは一人ではできません。コーディネーターを一人配置したからどうのこうのではなくて包括支援センターとか、先ほど新井副部会長がおっしゃられたような市町村の力を使ってつないでいくという、関係者をつないでいくような役割になりますので、そういうつないでいくコーディネーターの役割があると思います。それと齊藤委員がおっしゃられたようなちょっと個別対応では難しい、主治医がまだいないような事例で支援が難しい事例のサポートを一緒にやっていくというような、そういうようなイメージなのかなという印象を持ちました。

それと法的な対応ですが、包括支援センターは市区町村の委託事業ですので市町村が責任を

持ってやるということになると思いますので、それは間違いないと思いますし、東京都は高齢者虐待対応のマニュアルの中で、これはなかなか対応方法が難しいのですけれどもセルフネグレクトの事例については虐待対応に準じた対応をするというマニュアルをつくっておりますので、そういった理解の中でも個別対応は区市町村の責任に基づいてしていけるのかなというふうに感じましたので、一言付け加えさせていただきました。

○繁田部会長 ありがとうございます。少し補足をさせていただきますと、この資料9の左側のほうに黒い枠で囲った事業の名前で下から2番目に「医療従事者等の認知症対応力向上支援事業」とありますが、これはそれぞれの専門職がそれぞれ専門の教材とかテキストで勉強していると、やっぱりなかなか連携ができないので共通の教材とかテキストで、そして「医療従事者等」と書いてあるところがポイントでありまして、医師・看護師・ケースワーカー・心理だけではなくて、それこそ今山本委員におっしゃっていただいたような病院に、あるいは医療機関に勤務する人たちみんなが認知症のことを理解できるような教材として健康長寿医療センターがいいものをきつとつくってくれると思いますので、こういう事業が普及していったらいいなと思います。

そのほかご意見いただけたらと思います。

よろしゅうございますか、ちょっと私が途中手際が悪くて時間が超過してしまいましたけれども……どうぞお願いします。

○高瀬委員 私は地区の医師会もお手伝いしております。在宅医療は隣の新田先生も指導的立場でいらっしゃいます。新田先生のところは本当に新田先生自身にお力があるので連携も非常にとりやすいのではないかと拝察しますが、私のような若輩ですと疾患医療センターとミーティング等々についてもなかなか大変で、これは忙しいせいもありますが、今後はまた齊藤先生にお願いして、特に大田区、世田谷地区、品川地区は高齢者の人口が大変多いところでございますので、力をあわせていきたいと思います。先ほど平川先生がいわれたように、かかりつけ医の勉強をさせていただく機会もどんどんないと、やっぱり自分たち自身の質の担保というのできないので、ぜひこの場をお借りしてお願いいたします。

かなり地区の格差もございまして、国立市であれば新田先生のお近くであれば私も認知症になっても安心な気がいたしますが、東京中がそういう状況かというところでもなさそうなので、ちょっと力が弱いといたら怒られちゃいますが、もうちょっとテコ入れが必要なところもあると思います。特に栗田先生のご研究の中でだんだん地区の色分けといいますか、濃淡がわかってくると思うのです。少し力を貸してあげなければというような地区もだんだん出てくると

思いますので、お力添えいただくような場面もこの会を通して、ぜひその辺も次回以降でご検討いただければ私としても大変ありがたいなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。それぞれセンターによって得意不得意は先ほど申し上げましたけれども、それは提供する医療サービスの具体的な内容として得意不得意があるということでありまして、センター全てが研修事業には取り組んでいただくことになっていますので、それは別にセンターの中の職員、医療職の教育だけではありませんので、ぜひそれは東京都からも全センターのほうに積極的に地域の先生方の研修の場をつくっていただきたいというのは発信していただくように、私からもお願いをさせていただきます。

○新田委員 具体的にいうと今我々のところは立川病院がありますので、そこに精神病院も含めて連携協議会を立ち上げて、さらにそこに地域ケア部会を立ち上げて、それは7市ですか、我々の地域全ての市の行政職員、スタッフ、そして地域包括ケア等のメンバー、そして地域の医師会メンバーで地域ケア部会を立ち上げて、そこで認知症の検討をするというのが1つであります。

もちろん、立川病院、中核病院はそれぞれの市民啓発の講演等々はやっています。そしてそこに連関して私のところは国立市でございますから、国立は地域包括が基幹型1つです。それが市の中に入っております。で、市の直轄の地域包括でございますからそこにも認知症コーディネーターをつくりまして、さらにアウトリーチチームをつくりまして、そこに支援があったときにはそこがまず行きます。そこに入っている医師はサポーター、私を含めて入っているのですが、そして先ほど言われましたように医者が出る回数はなかなか少ないんですね、まずそこにいる保健師及び社会福祉士等が行って家族サポートにあたるということで、必要な場合に我々の意見を聞く、で、行くというような筋道を今つくってやっております。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。栗田委員お願いします。

○栗田委員 先ほど平川委員、それから山本委員、高瀬委員から研修に関連する話が出ましたので一応一言ということで、この「医療従事者等の認知症対応力向上支援事業」ですが、私ども委託を受けているのですが、これは私どもの研究所で何かつくるというわけではなくて、認知症疾患医療センターとか、あと関係組織の方たちに集まっていただいてどういう研修が必要なのかということ、それをまずみんなで一緒に考えていくということです。

たしかにそれぞれ得意不得意とか役割とかあるでしょうから、例えばその中で認知症疾患医療センターの専門医の研修が必要だとか、あるいはサポート医の研修とかいろんなのが出てく

ると思いますので、そういう中で東京都としてこういう認知症のための研修のあり方が必要なのではないかと。看護のほうは先行してつくりましたので、みんなで共通の言葉で認知症のことを勉強していくことは大事だろうということが前々からありましたので、そういうところの整合性を考えながらみんなで研修プログラムなりテキストなりをつくればと考えております。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは時間でございますので、ここで区切りをさせていただきたいと思います。活発なしかも貴重なご意見を数多くいただきましてありがとうございました。マイクを事務局にお返しいたします。

○新田課長 繁田部会長、ありがとうございます。次回の認知症医療部会につきましては事務局にて開催時期を検討いたしまして、また日程調整をさせていただきます。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事務局にお申出ください。

それでは、本日はこれで解散といたします。ありがとうございました。

午後8時10分 閉会