

東京都認知症対策推進会議

第4回 認知症医療部会

議事録

平成25年8月1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4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8月1日(木) 午後5時00分から

### 1. 開 会

### 2. 報 告

- (1) 「認知症アセスメントシート(DASC)研修」の実施について
- (2) 「第1回医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の開催について
- (3) 認知症早期発見・早期診断推進事業のスタートについて
- (4) 「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議」の議事内容について

### 3. 議 事

- (1) 認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりについて
  - ・認知症の理解と受診の促進に向けて
  - ・今後の認知症疾患医療センターの整備について

### 4. 閉 会

御挨拶 藤田福祉保健局理事(少子高齢化対策・特命担当)

#### [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3回認知症医療部会の主な御意見
- (資料4) 認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりに向けて
- (資料5) 認知症の理解と受診促進事業の今後の展開について(案)
- (資料6) 東京都認知症疾患医療センターの概要
- (資料7) 認知症疾患医療センターの平成24年度活動実績について

(資料 8) 認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向について

(参考資料 1) 「認知症アセスメントシート (DASC) 研修」の概要

(参考資料 2) 「第 1 回医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の概要

(参考資料 3) 「認知症早期発見・早期診断推進事業がスタートします」(報道発表資料)

(参考資料 4) 「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議(平成 25 年 6 月 25 日開催)」  
資料<厚生労働省資料抜粋>

(参考資料 5) 「こころとからだの健康調査」の概要

(参考資料 6) 「こころとからだの健康調査」依頼文及び調査票

(参考資料 7) 「第 6 期介護保険事業(支援)計画の策定準備等に係る担当者等会議(平成 25 年 7 月 29 日開催)」資料<厚生労働省資料抜粋>

(参考資料 8) 「高齢者の見守りガイドブックを新たに作成しました」(報道発表資料)

(参考資料 9) 「認知症対策等総合支援事業の実施について」<厚生労働省資料抜粋>

(参考資料 10) 平成 25 年度認知症シンポジウム「認知症の予防をめざすからだづくり」チラシ

○守田係長 本日はお集まりいただきまして、ありがとうございます。

会議開始の前に、本日配付しております資料についてご確認いただければと思います。

机上に置かせていただいているとおり、次第、資料1から資料8、参考資料1から参考資料10、また委員の皆様には別冊として、「高齢者等の見守りガイドブック」及び「認知症疾患医療センターの活動状況調査及び機能強化指標の策定に関する研究」の冊子を配付させていただいております。

傍聴の皆様には申しわけございませんが、冊子の部数の関係で冊子2冊は配付しておりません。ホームページに掲載される予定ですので、そちらで後日、ご確認いただければと思います。

不足資料がありましたら、事務局にお申しつけください。よろしく願いいたします。

午後5時01分 開会

○新田課長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第4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。

初めにお願いがございます。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。

続きまして、今年度より新たに就任された委員を紹介いたします。

今回は、所用により欠席されましたが、多摩府中保健所長の田原なるみ委員です。

○田原委員 田原でございます。よろしく願いいたします。

○新田課長 7月16日付で都の幹部異動がありましたので、変更になりました幹事をご紹介します。

福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長、榊美智子幹事です。

○榊幹事 榊でございます。どうぞよろしく願いいたします。

○新田課長 本日、新井平伊委員が所用により欠席のため代理出席をいただいております。順天堂大学医学部前任准教授、大沼徹様でございます。

○大沼委員（新井・代理） 大沼でございます。よろしく願いします。

○新田課長 また、本日は、公益社団法人東京都看護協会、桑田美代子委員が欠席されております。

幹事につきましては、医療政策部地域医療担当課長、新倉幹事、障害者施策推進部精神保健・医療課長、大滝幹事、高齢社会対策部施設支援課長、福留幹事が所用により欠席しており

ます。

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 どうもお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。また、本日もいろいろと大切な議論がございますので、活発なご意見をいただけたらというふうに思います。よろしく願いします。

それでは、本日のまず報告事項４点でございますけれども、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、参考資料１から４を使いまして、事務局から報告事項を説明させていただきます。

まず、参考資料１です。「認知症アセスメントシート（DASC）研修」を、地域包括支援センターや区市町村職員の認知症対応力向上のために、去る７月19日に開催いたしました。本部会の委員でもあります栗田先生に講師をお願いいたしました。修了者数は401名です。

裏面に主な研修のカリキュラムと当日の研修の様子をつけております。

アンケート結果としては、研修会全体に対する意見として、大変参考になった、参考になったというご意見をいただく方が９割以上いらっしゃり、我々としても非常に有意義な研修だったと思っております。

参考に、次のページにアセスメントシートの見本をつけてございます。

続きまして、参考資料２です。「第１回医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」は都全体の認知症医療従事者等の認知症対応力の向上を図ることを目的とし、今年度から東京都健康長寿医療センター研究所に委託して実施しているものです。第１回の会議が去る７月23日に開催されました。

委員は、繁田先生に議長をお願いしておりまして、医師会を初めとした医療関係者の方、福祉関係者の方、行政関係者の方、各認知症疾患医療センターからも参加いただいて検討しております。

議事は、６にございますように、看護師の認知症対応力向上研修について、かかりつけ医の認知症対応力向上について、多職種協働研修についてでした。

今後のスケジュールにつきましては、8のところに記載がありますように、ワーキングという形でより議事を深めていきたいと考えております。

続きまして、参考資料3です。認知症の早期発見・早期診断事業がスタートしますということで、これは去る7月29日、プレス発表させていただきました。認知症コーディネーターと認知症アウトリーチチームを配置する事業で、12の区市に認知症コーディネーターを配置し、7つの医療機関に認知症アウトリーチチームを配置するという取り組みがこの8月から開始しました。

最後は、参考資料4です。これは6月25日に都道府県・指定都市の認知症施策の担当者向けに厚生労働省が開催した会議になっております。老健局長の挨拶、オレンジプランの実施についてと、そのほかも含めまして、当日の資料をつけておりますので、参考までにごらんください。事務局から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。今のご説明の中で2番目の参考資料の2ですけれども、医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議ということで、なかなか今まで大きな課題でありました医療と福祉の連携の研修に関して、今回、本格的にさらに一歩進めようということで、健康長寿医療センター研究所に依頼がありまして、事務局はこの会議でもご出席いただいております栗田委員に事務局を担当していただいて開始いたしました。まだまだ議論はこれからというところがございますけれども、もし少し今の説明に追加がありましたら、栗田委員からお願いいたします。

○栗田委員 私のほうから簡単に、第1回の会議がございましたので、内容を少しだけ要約して説明させていただきます。

この関係者会議は、東京都の認知症疾患医療センターを拠点にして、地域の認知症にかかわる多職種の人たちの人材育成をやっていこうということが認知症疾患医療センターの3本柱の役割の一つに掲げられておりましたので、どのようにしてそれを進めていくかということ、各認知症疾患医療センターの研修担当の方と、それから関係する団体、薬剤師会、歯科医師会の方、それから東京都医師会の方、地域包括支援センターの方、そういった方々にお集まりいただきまして、第1回ということですので、基本的にはフリーディスカッションということで議論させていただきました。

それにつきまして、一応3つのフォーカスを定めて、この参考資料6に書いておりますが、一つは看護師の認知症対応力向上研修、もう一つはかかりつけ医の認知症対応力向上研修、そして最後に今回の目的であります多職種協働研修ということで、フリーディスカッションさせ

ていただきまして、看護師の認知症対応力向上研修につきましては、昨年度、東京都が看護師向けの研修プログラムを作成いたしましたので、これについてはワーキンググループをつくって、今年度の看護師向けの研修の実施状況をモニタリングしながら、今後のあり方を検討していくということになっております。

それから、それと同時に、国の動きがございまして、国のほうでも病院勤務の医療従事者向けの認知症対応力向上研修をやっていくということで、こちらは一般病院勤務の看護師だけでなく、多職種、医師も薬剤師もそういった方も全て含めて、研修プログラムをスタートさせるということでもございましたので、そちらのほうに伝達研修というのがあるということでもございますので、ワーキンググループの方にそこに出ていただいて、国の動きを見据えながら、東京都のほうでも病院勤務の医療従事者向けの研修をどうしていくかということと一緒に考えていただこうということでもございます。

それから、次のかかりつけ医の認知症対応力向上研修であります。これは国のオレンジプランでサポート医、それからかかりつけ医対応力向上研修を受講した医師の目標値というのが定められておまして、都道府県別に平成29年までに何人つくれという、そういうような数値が出ているということもございまして、これを受けて、東京都でサポート医研修、それからかかりつけ医の認知症対応力向上研修のあり方をどうしていくかということを検討していかなければいけないだろうということで、この関係者会議の中でも、これを話題にしていこうということにいたしました。これはただ関係者会議だけで議論できることではなくて、むしろ医療部会の中で議論していかなければいけないような課題ではなかろうかということで、ぜひこの点についても検討していただければというふうに考えております。

それから、最後の多職種協働研修のあり方ということで、本会議の最終的な目標として、2年間の中で多職種向けのテキストをつくるということになっているわけですが、実際こういったテキストはたくさんございまして、屋上屋を重ねるようなことは避けようということで、テキストはつくるにしても、どういった研修のあり方がよいのか。本当に認知症疾患医療センターを拠点に、多職種の研修をしていくということはとても重要なわけですが、どういふふうなやり方をするのが効果的なのかという、そういう方法のことを皆さんで情報交換しながら議論していこうかというふうに考えております。具体的なアイデアとして、事例の検討を積み重ねていながら、それを経験知としてまとめ上げていくような、そういった作業が必要なのではないかとか、そういった大変建設的なご意見をいただいております。

そんなことで、第1回はとりあえずフリーディスカッションということでスタートを切らせ

ていただいたということでございます。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。多職種がかかわる研修でそれぞれの専門の知識を盛り込んだテキストをつくるとなると、本当に厚くて、ある意味実用性のないものになりかねないので、実際に研修するときにはどんな教材がいいのか、今、栗田委員から話がありましたけれども、そのこのところに一番重点を置いて議論していこうという、そういう形での始まりといたしますか、第一歩を踏み出したというところでございます。

本日の報告事項は以上4点でございますけれども、これに関しましてご質問、あるいはご意見ございましたら、委員の皆様からいただけたらというふうに思います。いかがでございましょうか。

○山田委員 早速なんですけれども、DASCの研修に私どもの職員も送らせていただきまして、早速、地域で50人ぐらい集まる認知症の予防講座というのをやっています、そこでDASCを使わせていただきました。まだ総点数で点数をつけているだけなんですけれども、29点の方がお一人お一人、先生がおっしゃるアンカーポイントのところにつけたら、もう少しいろいろひっかかってくるのではないかなと思います。

実際にやってみて、本当に私たちが明らかに認知症だなというふうに思っている人以外でも、かなり点数が上がってきたということもありまして、やはり定期的にこういった検査をしてほしいということが地域の住民のほうからも要望がありましたし、同時に私たち専門職のほうでも、これを積極的にぜひ使わせていただきたいというふうに思っているところです。

同時に、私からすると医療と介護の連携ということになりますけれども、そのの部分でも、やはりどうしても私たち福祉職のほうで、お医者様とコミュニケーションをとるときに、なかなか説得力を持って先生方にお伝えすることができないということがある中で、DASCのようにエビデンスのあるシートを使わせていただきながら、主治医の先生に実はひっかかりましたから、認知症疾患医療センターのほうにぜひご紹介状を書いていただけないでしょうかということに使わせていただくにもとても有効なシートだと思いましたので、ご意見として、ぜひお伝えさせていただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○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しょうか。よろしゅうございますか。ご意見ありがとうございます。



## 議 事

### (1) 認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりについて

- ・認知症の理解と受診の促進に向けて
- ・今後の認知症疾患医療センターの整備について

○繁田部会長 それでは、本日、2つ議事がございますので、そちらのほうに入らせていただきますと思います。

まず、議事の1つ目でございます。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、前半の、認知症の理解と受診の促進に向けてというところでございます。

まずは、資料の説明をいただきたいと思います。お願いします。

○新田課長 それでは、資料3から5及び参考資料5から参考資料8までを使いましてご説明いたします。

まず、資料3です。これは前回、第3回の認知症医療部会の主なご意見を6つの項目で取りまとめたものです。時間の関係もありますので、一つ一つご説明はいたしません、例えば3ページ目の4番目の認知症疾患医療センターの設置についていただいたご意見につきまして、本日の後半の議事にも関係いたします。ぜひごらんいただきたいと思います。

続きまして、資料4に移らせていただきます。これは認知症の早期発見・診断・対応のシステムづくりに向けてということで、第3回医療部会でも提出させていただきました。そこは前回ご意見や、その後の状況を踏まえて、修正しております。修正箇所としましては、早期対応の一番右側のところですが、その点線の四角囲みのところ、行動・心理症状悪化時などの急性増悪期治療・ケアという形で治療という文言を入れております。

加えて、真ん中の認知症医療部会のところ、国における「認知症医療支援診療所の検討(仮称)」も踏まえ、都における認知症疾患医療センターの機能、必要数について検討と修正しております。前回、第3回の時点では、身近型認知症疾患医療センターという形になっておりましたので、その後の国の動きにあわせました。

続きまして、資料5になります。ここが前半議論いただく部分の中心になる資料になります。認知症の理解と受診促進事業は、第3回の会議でもご説明させていただきましたが、都民の方が簡単に認知症の疑いがあるということを判別できるようなチェックシートをつくって、それを普及啓発に役立てていくということを目的とした事業でございます。

現在、下のスケジュールにありますように、町田市のある地区を対象といたしまして、

5,000人程度の方を選んで調査を実施しております。実際の調査票につきましては、参考資料6に実物をつけております。身体の状態から生活の状態などを聞いて、認知症の疑いがあるかどうかというチェックシートをつくっていくのに最終的にはつなげていく、そういった目的で今調査しております。

参考資料5のほうにありますように、有効回答率としては89.4%ということで、こういった調査としては非常に高い回収率と考えております。今後、下にありますように、二次調査という形で一次調査対象者の中から3,000名を選んで、別途聞き取り調査等で細かい調査をさらに続けていく予定になっております。10月から12月にかけて、調査員が実際にお宅を訪問して、聞き取り調査を行うということを考えております。

こういった調査を通じまして、チェックシートを年度末までに完成させる予定になっております。

資料5の右側のほうに移っていただきまして、きょうこの部会で議論いただきたい点なんですけれども、このチェックシートをどのように地域で活用していくのが有効であるのかというところです。都と区市町村、それぞれの普及啓発のこういった取り組みが考えられるのではないかとこのところを現時点で考えております。

例えば都における普及啓発としては、新聞、公共交通機関、インターネット等を活用した普及啓発を実施していく。区市町村においては、チェックシートとその他に予防、症状、相談先、専門医療機関等について記載したパンフレットのひな形のようなものを都がつくって、それを示しまして、区市町村が各地域の実情に応じてパンフレットをつくって、住民や自治会の集まり等に配っていく、そういった活用方法も一つ考えられるのではないかと思います。これはあくまでも現時点での事務局の案です。

続きまして、資料5の右側の下の、認知症ケアパスというところです。認知症ケアパスにつきましては、7月29日に国が第6期の介護保険事業計画の策定準備等に係る担当者会議を開催し、そこで認知症ケアパスの作成について触れております。認知症ケアパスについては、ご存じのように、オレンジプランでその作成の考え方というものが示されておりますが、それをどう具体的につくっていくのかというのが担当者会議で示されたところです。

認知症ケアパスが何なのかにつきましては、参考資料7をご覧ください。厚い資料ですが、認知症ケアパス作成のための手引き（案）を、認知症ケアパス作成のための検討委員会で作成し、示されております。

認知症ケアパスとは、この資料の11ページを見てください。11ページの下の方、項目とし

では4番目、認知症ケアパスと社会資源とありまして、認知症ケアパスという言葉は、これまでさまざまな意味合いで用いられてきましたが、この手引書では、厚生労働省のプロジェクトチームの報告にのっとり、認知症ケアパスを認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れとしますということが示されています。

より具体的には、13ページ目の下の下線が引いてある部分です。これは資料5にも書かせていただいておりますが、認知症ケアパスの策定において、自治体、介護保険者に求められているのは、これまで地域で培われてきた認知症の人を支える取り組みを整理し、認知症の人や家族、地域住民に対して、認知症の生活機能障害に応じて体系的に紹介すると同時に、それぞれの支援内容をわかりやすく説明し、今後ますます増加すると見込まれる認知症の人を地域でいかに支えていくかを明示することです。

これをよりかみ砕いていうと、また1ページめくっていただきまして、14ページの上のほうに四角でちょっと色がかかって書かれておりますけれども、地域ごとの標準的な認知症ケアパスの策定ということで、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容等をあらかじめ認知症の人とその家族に提示するということです。それをすることによって、地域住民の人、あるいは家族というのは、自分が認知症になったときにどうすればいいのかというところが具体的なイメージを持つことができるということです。

また、資料5に戻っていただきまして、そうした考え方を国が示したというところで、今後、都としても、各市町村が認知症ケアパスを策定するために必要となる情報を提供するなど、区市町村のケアパス作成を支援していかなければいけないと考えております。具体的にどうやって支援していくかは、今後考えていかなければいけないところですが、例えば先ほどのチェックシートの開発に当たって紹介させていただいた実態調査ですけれども、こういった実態調査を踏まえて、地域の認知症の高齢者の方の実態を把握していく。その方を支えていくために、社会資源として、どういうものがあるのかと、そういったものを抽出していく。足りない社会資源があれば、そういったものは今後新たにつくっていく。

こういったやり方を、国は先ほどの資料の中でも示しておりまして、先ほどの参考資料7の17ページをごらんいただきたいんですけども、まずは地域の高齢者の状態像を把握する必要があるということで、従前行われておりました日常生活圏域ニーズ調査ですとか、要介護認定のデータの情報を使っていくことが一つ有効な手段と考えられるのではないかと述べております。

そういうことを基本としながら、39ページのちょっと細かい表なんですけれども、認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート、こういったものを各市町村が調査し、つくって行って、どういった高齢者の方の状態にあるのか、地域にはどういった社会資源があるのか、そういったような把握をしていく、これを第6期の計画に反映させていく、そこが望ましいというのが国の考え方です。

都としても、こういった取り組みは、先ほど申し上げたように有効な取り組み、ただ具体的にどうやっていくのかというところは今後考えなければいけない部分もありますけれども、例えば皆さんのお手元に示した「高齢者等の見守りガイドブック」という、ちょっと厚い表紙がピンク色の冊子がありますけれども、こういった中で都としても、見守りというのは、生活支援サービスの基本となるものですので、こういったものを参考としていながら、社会資源の中で生活支援サービスを充実していくための手だての一つとして、こういった見守り活動も一つ使っていただきたいと、こういった提示の仕方も一つ考えております。

前半の議事に関する事務局からの説明は以上になります。

○繁田部会長 ありがとうございます。幾つかご説明がありまして、まず説明の前半のほうにありました「こころとからだの健康調査」に関して、これも栗田委員にお骨折りいただきましたけれども、栗田委員のほうから今後の調査のことですとか、あるいは調査結果をどんなふうを活用していくことを考えているのか、あるいはどのように活用することが望ましいのか、その辺ご意見がございましたら、少し追加していただけたらと思いますが、よろしくお願いたします。

○栗田委員 それでは、私のほうから簡単に進捗状況と今後の予定についてお話しさせていただきます。

ただいま事務局からも説明がございましたが、少しだけ細かなことをつけ加えさせていただきますと、6月から7月にかけて、特定地域の65歳以上の地域に暮らしている高齢者5,199人を対象に自記式のアンケート調査をまず一次調査としてやらせていただきました。

調査票を先ほどご紹介いただきましたが、一番メインなものは、認知機能低下や生活機能低下に関する質問32項目が用意されているのですが、このうちの20項目は、パイロットスタディーで恐らく認知症の比較的軽い段階に自覚する可能性がある認知機能の低下と生活機能の低下に関する20項目というのをつくってございまして、それと先ほどご紹介いただきましたが、DASSCの23項目、それを合体させたもの、合計32項目、つまり一部重複しているということなのですが、その32項目と、そのほかにも身体的な健康状態とか、精神的な健康状態、あるいは社

会的な状況に関する質問項目を含めたアンケート調査を郵送し、訪問留め置きという方法で6月から7月までやらせていただきまして、7月29日の時点で回収率89.4%でありました。

この後、10月からスタートする予定ですが、研修を受けていただいた看護師さんに、このうちの約3,000人の方の自宅を訪問していただいて、健康状況や、生活状況、それから先ほどのDASCの評価をし、簡便な認知機能検査ということで、一応ミニメンタルステートもやっていただくということをございます。

そのようにして、ミニメンタルステートの得点の分布がわかるのですが、その後、先ほどちょっとご紹介いただきませんでした。認知症の疑いのある人が発見されることとなりますので、この後、少しきちんと支援していくということで、ミニメンタルステートのカットオフのポイントを使うんですけども、認知機能が落ちている方のお宅に実際に熟練した精神科医が訪問しようと考えています。熟練した精神科医と臨床心理技術者、2人ペアで訪問させていただいて、在宅で診察させていただいて、必要に応じて医療、あるいは介護につなげるような支援をしていこうかと考えております。

そういった予定を現在立てておりますが、調査結果をどういうふうにして使うかということなんです。大きく分けて3つございまして、1つは、チェックリストをつくれということでございまして、なかなか大変です。チャレンジングな仕事なんですけど、自覚的な認知機能低下、生活機能低下に関するチェックリスト項目というものを、このデータに基づいて、特に軽度の認知症と深く関連しそうな項目リストをつくらうと考えております。

それから、2つ目は、ここで研修を受けていただいた看護師さんたちがDASCをやっておりますので、実はDASCというのは、既にスクリーニングテストとしての妥当性は検証してあるのですが、これは医療機関ベースで検証したものでございまして、実際に地域に看護師さんが行って評価したものが本当に妥当かどうかということが行われておりませんでしたので、それをこの機会にやらせていただこうと考えております。

それから、3つ目なんです。今のところ高い回収率でデータが集められておりまして、特定地域ではあります。認知症の方の出現頻度もわかります。さらに実際に認知症の方々が地域の中でどのように暮らしているかということ、特に東京都の場合は、独居の認知症の高齢者の方についてのデータが、とても重要なデータになるかと思っておりますので、そういった情報も入手できるのではないかと考えております。

以上の3つのデータが出てくるのではないかと。最初のチェックリストのところは、今後、普及啓発に使っていきたいということをございまして、パンフレットなどに活用していた

だく。最後の3つ目のところは、今後のケアパスの話も出ましたが、認知症の支援体制づくりの基礎資料としてご活用していただきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは、早速ご意見をお願いいたします。

○平川（淳）委員 平川ですけども、大変すばらしい研究だというふうに思いますし、ぜひお願いしたいと思うんですけども、町田地区ということで、私たち南多摩医療圏の中の特殊というか、神奈川県に文化圏の似たような地区をサンプリングされていて、私どもは全く絡んでいないので、どういう構造で今やられているのか、町田の医師会が絡んでいるのか、町田の事業所さんとかいろいろ研修も既にされているとなると、全くセンターは蚊帳の外で今行われているので、それがその地域にシステムとして根づいてしまって、パンフレットも配ってあってということだと、なかなかやりにくいというのが正直なところ思ったんですけど、いかがでしょうか。

○栗田委員 すみません、関係機関の全てに回らなくてはいけなかったんですけど、一つは、町田の中の本当にごく一部の地域でございまして、余り地域を特定してはいけないんだと思うのですが、近くに認知症のことをよくやっている精神科の医療機関がございまして、地域包括は当初1カ所だけに絞ろうと思ったのですが、もう1個またいでしまったので、2つの地域包括の圏域で、医師会の先生たちのご協力も得られてということで、余り広げないで、小さいところだけで、本当に実験的なフィールドなので、そこだけで調査をやらせていただいているところでございます。

実際は、このデータを活用して、例えばパンフレットにしたりとか、そういうことは、町田のここでやるわけではなくて、東京都全域として考えていくということになりますので、そこはほんの小さいところだけでのデータ収集と調査に協力していただいた方の支援、アフターサービスづくりということで、医師会の先生とそこの医療機関だけをお願いしたという実情がございまして。

○平川（淳）委員 もともと町田は難しく、もともと聖マリアンナの領域とか、医師会も非常に認知症に造詣が深いといいますか、皆さん頑張っていらっしゃる地区でもありますし、地域も広いですし、ですからそこにちょっとしたやりやすいということで、そういうテストをした場合に、コントロール不能になる可能性もあるので、将来的には一つの医療圏で無理なのはわかってはいるんですけども、これからどうしようかと思っている我々からすると、やりにくいなというふうにちょっと思ったもので、すみません、申しわけない。

○栗田委員 まだ聖マリアナのほうには全然コンタクトはとっていないのですが、ただ確かにあそこは大学も絡んでいますよね。それから、先生のところもちろん関係しているので、これからおいおい体制づくりをするときに、先生のところにご相談にお伺いすることになるのではないかと思いますので、その辺またよろしく願いいたします。

○平川（淳）委員 例えば多摩市にも有名な先生がいらっしゃったりして、なかなかそれぞれの文化があるので、その辺一言声をかけていただければ、調整させていただきますので、ぜひよろしく願いいたします。

○栗田委員 よろしく願いします。

○繁田部会長 ありがとうございます。引き続きいろいろな点からご意見をお願いしたいと思いますが、いかがでございませうか。

今ほど調査に関してご意見をいただきましたけれども、これに限らず、ケアパスのことに関しても、事務局から説明いただいておりますので、少し自由にご意見をいただけたらと思います。

○山本委員 ちょっと簡単な質問で恐縮なんですけど、栗田委員がご説明になったDASCの項目と、今度の調査を合わせたという形で、チェックリストの作成ということで、もうでき上がっているDASCの項目と、今度新しくつくるチェックリストとの関連性といひませうか、2つ別々のものができるのか、それとも抱き合わせでチェックリストを目指すのかを確認しておきたいと思ひませう。

○栗田委員 もともと実はDASCもアイテムプールといひまして、候補のアイテム140幾つかの中から厳選してつくっていったということなのですが、ただDASCに関しては、実際に臨床をやっているワーキンググループで練りながら、実践的なものをつくらなくてはいけないうことがあったので、余り統計学的ということではなくて、最初は18項目から始めて、今、実は23項目になっているんですけども、文言も調整したりとか、いろいろなことをやりながら練り上げてつくり上げたものであります。

それから、今やっている自記式のほうは、やはり同じ140幾つかのアイテムプールから、今度は統計学的に実際に自記式のアンケート調査をやって、因子分析をかけているわけです。そして、可能性のあるアイテムをつくってというふうにはやっているのですが、そうしたら最終的に20項目まで絞り込んだときに、DASCとオーバーラップしている項目が幾つかあったので、そんなことでこの質問票をつくり上げました。

最終的にどうなるかというのがまだわからないんですね。片方は、自分で自覚できる認知機

能低下や生活機能低下で、片方は、ご家族の方とか、周囲の人が気がつくような認知機能低下や生活機能低下に関連する項目ということで、特にDASCのほうは、きちんと網羅的にちゃんと評価しなければいけないということもありますので、例えば生活機能だったら、ちゃんとIADLの6項目とか、基本的なADLの6項目とか網羅されているというふうに、ちょっと人工的につくられているので、全く合致することはあり得ないと思います。そんなことで目的が違うので、全く一致する内容にはならないかと思います。

ただ、オーバーラップしているところが大変興味深いところがあって、実際にご本人も気づくし、周囲の人も気がつくような項目がそこそこあるので、そういう項目が最終的にとても初期の認知症と関連する項目として取り出せたら、本人も周囲の人も同じように共通の言葉で認知症のことを理解するにはとてもいい項目なのかななんていうふうにちょっと想像しています。ですが、本来目的は違うものなので、必ずしも同じような項目でできるかどうかはわからない。ただ、最終的には10項目とか、少ない項目で、ある程度認知症に関連する、自分でもわかるような項目のリストをつくりたいというふうに考えているところでございます。

○平川（淳）委員 DASCは東京標準で全部これでやろうということなのでしょうか。

○栗田委員 それは私が研究者の立場なので、政策的にどう使うかというのは、私の答えられるところではないんですけども、実際に絶対これを使ってくださいということではなくて、そういうようなことで使いやすいものを我々のほうでつくらせていただいているということなので、さらに使いやすいものをぜひつくり上げていくことができれば、それはよろしいかと思っておりますので、その辺のところは何とも言えないところかなと思います。

○新田課長 東京都は、DASCだけでということでは考えていなくて、DASCも一つのツールということで今回も検証を重視したということで、国も初期集中支援チームのアセスメントシート、幾つか挙げているんですけども、その中にDASCも入っておりますし、いろいろなアセスメントシートがありますので、それはそれぞれの地域で判断していただいて、使っていただくというふうに考えています。

○新田委員 今の話なんですけども、かつて老健法るとき、あるいは都老研で同じことをやって、途中で国のものに変ってしまったという結果がありますよね。だから、それを恐れるわけです。我々としては、同じものをきちんとやれば、どちらでもいいわけございまして、これをわっとやったと。ところが、国がまた違うものを持ってきて、こんなの違うぞということになると、一番困るのは現場ですから、だから研究のための研究なら、それはそれで別にやっていただいて、それをどうするかという方向性だけはきちんとあったほうがよろしいかなと。



これは研究なんだよというなら、それでオーケーだし、あるいはそれをどうするのかというのは、また別の観点から考えていただければと思いますけど。

○繁田部会長 いかがでございましょうか。

○栗田委員 研究のための研究は、私ども絶対やりませんので、それは一言言わせていただこうかと思うのですが、DASCは、医療者、あるいは介護者、あるいはご家族、ご本人、多職種の方が共通の基盤で認知症のことを理解でき、そして評価できるような、そしてニーズを考えて、支援につなげられるような、そんな共通の簡単な項目、できるだけわかりやすい項目を幾つか取り出して、そういうものを使えるようにしていきたいという目標でつくり上げているものでございます。

○新田委員 前回も私は都老研方式、あるいは稲城方式のほうが絶対いいと思っていました。ところが、やるに従って、だんだん変わってきたという嫌いがありますから、そこあたりのところはそう思っていますけども、中身については評価していますけれども、ただ、現場としては混乱しないようにしたほうがいいなという、そういう考えです。

○繁田部会長 これも質問なんですけど、例えば地域であるとか、場面によって、有効性は違うんですか。DASCに関していうと、先ほど感想もおっしゃっていただきましたけど、医療でもいいし、福祉でもいいし、少なくとも専門職が認知症かどうか、その判断をする一つのツールとして、どれを使ってもいいと思うんですけども、幾つかあるうちの一つのツールの候補として推奨された。実際に試してみたら、悪くないというのが今の状況でしょうか。それは割とどんな場面でもということなんですか。

○栗田委員 DASCをつくっている目的が、簡単にいうと3つございまして、その3つの目的を果たせるかどうかということを経験的に検証しながらやっているんですけど、一つは、軽度の認知症をそれなりに検出できるか、スクリーニングできるか、それからもう一つは、重症度によって、スコアがある程度ちゃんとばらけるか、重症度をある程度評価できるか、3つ目が一番大事だと思うのですが、認知症の人を支援するに当たって、ある程度網羅的に認知機能や生活機能の低下がチェックできているかという、この3つのことを考えてやっているのですが、スクリーニングテストに関しては大体大丈夫なんです。その後のことについてはどうかというのは、またこれからなんですけども、そういう評価をやっていると。

それから、今、繁田先生がおっしゃったように、場所によって違いがあるか、これもとても大事な観点でありまして、外的妥当性というふうにいいますけど、町田でいいけども、板橋区ではだめだとか、そういうことであるとだめなので、ほかの地域、あるいはほかのコミュニ

ティーでやっても大丈夫かということも、本当はこういうのをつくる時にやっていかなければいけないことだと思います。ただ、大変な作業ですね、時間がかかるんですよ。でも、先生のおっしゃるとおりであります。

○繁田部会長 どうしても日本人はまじめなので、こういうのを使いましょうという、新田委員がおっしゃったように、使わなければいけないというのがまず頭に入って、それが変わったりすると、変わった、どうしたらいいんだみたいな気持ちになってしまう。主体性があって、うちはこれを使うとか、我々はこれを中心というふうに、自分たちで判断できればいいんですけど、なかなか日本人は管理されることになれている部分があるようで、その辺を配慮しながら、決して押しつけではないんだというメッセージを発しながら推奨していくということになるんですか。ありがとうございました。

どうぞ、また引き続きご意見をいただけたらというふうに思います。アセスメントシートに関するご意見もいただきましたけども、ケアパスに関しても、国のほうで内容の紹介があって、これからどういうふうにそれを区市町村で実施していただくのか。東京都としては、区市町村での支援をするという立場になるわけですけども、それに関してもご意見などいただけたらというふうに思います。こんなふうにつくったらいいのではないかと、あるいはこういう形のケアパスが役立つのではないかとということです。いかがでございましょうか。

○西本委員 実は私も繁田先生のもとでやらせていただいたのですが、東京都でもケアパス部会をやらせていただいて、その中でどんなものを入れていくべきかとか、こんな既存のものがあるので、それを使いましょうというようなことをやらせていただいたんですね。ぜひそれが無駄にならないように活用していただけたらありがたいと思うのですが、すごくいいものができたかと私的には思っていますので。

○繁田部会長 ありがとうございます。少しそのときの部会長をさせてもらった関係で説明させていただきますと、あのときにはどういうふうな情報のやりとりの仕方が好ましいのかとか、どの種の情報を共有することが望ましいのかとか、そういう議論をさせていただきました。今回、国のほうで出てきているものは、むしろ認知症の人やご家族がどういう道をたどって認知症が進行していく、あるいは身体的な衰えが加わっていく、どういう施設を利用しながら最後を迎えていくのかという、どちらかというとハード面の取りそろえがどのくらいなのかというのを区市町村で把握していきましようということですので、少しやったことが違って、実際に施設を利用して、認知症の方が一番いい居場所を選んでいくときに、そのときに私たちのまとめた情報共有の仕方を手帳方式であるとか、ファイル方式であるとかというのを活用しても

らえたらという、そういう多分役割分担だと思うので、そのときの議論をこれで再開するとか、蒸し返す必要はなくて、西本委員おっしゃっていただいたように、一つの結論は出ましたので、今度はハード面での整理といいますか、把握が中心になるかと、それが国のケアパスということになると思います。ありがとうございました。

○新田委員 国のケアパスの委員だったんですけども、参考資料4の9ページに書いてありますように、微妙にケアパスって何なんだろう。今、繁田委員長が言われたように、どこからどこへ行くための連携ツールなのかなという話で最初は思っていたら、どうも全然違って、それでこの27年以降の介護保険事業計画に反映させるという、これが原点なんです。そうすると、この問題点は、認知症の方が介護保険枠内だけに入らないだろうと。それをどうするんだということが絶えずこの委員会で問題になりまして、どうしても国は、全国の区市町村の介護保険事業計画の中に今までのいろいろなサービスを整理して、それでインフォーマルも含めて、ちゃんと使えるものを使っていくんだというようなものなんです。

地域から施設、あるいは病院等々へのパスをするのではなくて、オレンジプランの基本にあるわけですよね。地域で最後までというような基本があって、そのためにはいろいろなサービスが欠けているのではないかと。そのサービスを区市町村がつくるんだと、いろいろ調査してですね。そういうようなもので、どうもケアパスという名前と中身がちょっと不一致するようなイメージを受けるんです。

今、西本委員が言われたように、むしろもっと地域でわからないような、どんなサービスがあればいいのか、もっともっと細かいサービス、インフォーマル、家族も含めて、いろいろなサービスがあるだろうと。それを全部出しなさいよというほうが、出して、それを誰がどう使うんだということまでちゃんと一人一人把握しましょうというのがこれの基本だというふうに思っただけだと思いますが、まだまだ恐らく未熟だと、途中経過でございますけども、委員でございましたから。

○繁田部会長 初めの第一歩は、どういう資源がその地域、区市町村にあるのかというのを把握するところから始まって、それを把握した次の段階として、この部分がこの地域では少し不足している、そこら辺の評価があってということになるわけですね。

○新田委員 そのとおりでございます。

○繁田部会長 ケアパスのパスというのはパスウェイということですね。とことこ歩いていくときに、この施設に立ち寄り、次にこの施設に立ち寄りみたいな、そういうイメージ。立ち寄れる場所がどれだけあるのかというのを把握しないといけない。

○新田委員　そういう意味です。

○繁田部会長　ありがとうございました。どうぞご意見をいただけたらと思います。

○山本委員　前回は議論になったことなんですけど、今回のDASCにしても、チェックリストにちょっと戻ってしまうんですけども、気づけば、気づくほど、気づいたときの対応、ご本人とご家族の対応と周りの人、地域の人たちの対応が非常に重要になります。チェックシートの作成の目的のところに認知症への偏見を払拭するとともにという、これが非常に重要な今回のチェックシートなり、気づきを地域でやっていくためのポイントだと思いますので、ここのチェックでスクリーニングするとともに、偏見を払拭していくとか、そのときの気づいた後の対応の仕方、前回は栗田委員もそういうことを今回の町田のモデルでもやっていきたいとおっしゃっていて、そこら辺はぜひ認知症の部会で議論していくとか、ちゃんと対応を決めておかないと、気づくだけ気づいて、その後とはというふうになってしまう。それが今回の今の新田委員がおっしゃられたケアパスの道筋と通じてきて、気づいた後、自分はこの段階でここにつながっていけばいいんだというのが明確になるような、資料5の「今後の取組内容（案）」で示された1と2がうまくつながるような仕組みをつくらないと、気づいたはいけど、その後、道筋がということで、非常に連なっている話だなどお聞きして思いましたので、予防的な展開も含めたサポーター講座とか、いろいろなこともそうですけれども、そういった地域づくりも含めた道筋と、気づいた後の相談先、包括も含めて、かかりつけ医も含めてということが非常に重要だなどというふうに感じました。この前の関係者会議の議論でもあったんですけども、かかりつけ医、サポート医、認知症疾患医療センター、そして今回社会資源と広く言い方が変わっていますが、地域全体の社会資源をしっかりと把握して、全体像を市民とか、区民とかに示せるようなものを今回の事業計画で自治体は求められているんだなど、そういう印象を持ちましたので、今、多分自治体は準備作業に入っていますので、事業計画の策定に当たって、そういったことをしっかりやっていく必要があるということを示していく必要があるなど、そういうような感じを持ちました。

○繁田部会長　山本委員がおっしゃったのは、調査があって、それとはまた別に偏見を払拭するようなプロモーションがあってということではなくて、調査そのものがそういう偏見を払拭するような工夫を凝らしてという、そこまでということですか。

○山本委員　多分栗田委員の研究でも、そこら辺の組み合わせの研究結果で気づいた後どうしていくんだということが出てくるかと思うんです。それは非常に興味深い研究になるかと思うのですが、それとともに認知症のチェックシートというのは、多分今の計画で見ると、今年度

から動いていくかもしれませんので、つくったはいいけど、その後の予防というか、偏見の払拭も含めた対応が非常に重要だなと思いましたので、これは私、ぜひ齋藤委員等のご意見をお伺いしたいんですけども、やっぱり人が地域で生きていくため、認知症になろうが何だろうがという、それが非常に重要だと思いますし、国の資料で出ていた認知症の国家戦略の会議で私は非常に興味深かったのは、イングランドの認知症とともに歩む人のアウトカムが2014年までにご本人がこういう状態になっていることがアウトカムなんだという項目を9項目ぐらい並べていて、あれが非常に印象的で、私はどうも関係者とかの視点で見てしまいますので、やっぱり本人主体で見たときに、チェックリストなり、ケアパスがどうあるのかというのをしっかり議論して、東京モデルとして出していないと、イングランドのモデルは非常に私は印象的だったんですけども、あれと同じことを東京都もやっていくべきだなという、そういう印象を持っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。今のご意見に関連してでも結構でございます。何を目指すのかというところで、齋藤委員、名前が挙がりましたけど。

○齋藤（正彦）委員 認知症のチェックリストで取り出せる早期というのは、病気の早期ではないだろうと思うんです。MMSEで評価できるほどであれば、アルツハイマー病としてはかなりはっきりアルツハイマー病ですよ、認知症としては早期でも。一番センシティブなのは、要するに認知症以前のアルツハイマー病であろうと思うのです。一つのチェックリストで拾い出していくということになれば、それぞれの疾患の特異性はさておいて、生活に困難が生じている認知症の人のチェックリストだというふうに思うんです。

だとすれば、最初の段階から何らかの援助の話に結びついていって、だからこそ政策的に意味があるのだらうと思いますが、おっしゃったようなポイントは、もう少し早い時期の患者さんにある。それから、早い時期からDASCで早期と言われる人の半分ぐらいから上というか、軽いほう半分ぐらいということになるのだらうと思いますが、おっしゃるとおり、それが大事なことなのですが、それがマニュアルみたいなシステムでできるかということについては私は大変懐疑的でいて、それが政策的に何とかなるかということについても全然アイデアがないのです。

それは精神科医がきちんとできないということもある。アリセプトを出す以外やることのできない精神科の医師はたくさんいるわけです。それはかかりつけ医の先生でも同じで、非常に難しい問題ですよ。どうすればいいんでしょうというのが私の意見ですけど、オレンジプランにしても何にしても、介護される客体としてしか見ていない。患者さんを中心にとか言う

けど、介護される客体としてこの人をどう援助しましょうというスタンスだけれど、認知症の患者さんの支援というのは、生きている主体を援助することなんだと。自分で生きている人がどうやって生きていくかということ援助するんだという視点をね、それは介護のプロバイダーも医療のプロバイダーも理解するような啓発活動というのが必要なんだと思いますが、その効果をどうやって検証できるかと言われたら、それは非常に難しいかなというふうに思っていますので、きょうは黙っておりました。

それから、ついでに言わせていただくと、政策が変わるたびにケアパスの話が出てきて、パンフレットの話が出てきて、アセスメントシートが出てくるんですね。僕は、こういうものの効果をきちんと検証すべきだと思うんです。ケアパスなんて、税金でつくったケアパスが幾つあるか。それがどれだけ地域医療に資したかという、非常に僕は疑問だと思います。先日、厚労省の方が松沢病院にいらして、厚労省のケアパスというのは、どうやったら病院に入院させないで済むかと、入院した人を早く外へ出すための知恵をここからとれという話のようでしたけれども、そこにしか関心がないみたいだけど、僕はそれは無理だと思います。パスがあるから早く退院できるということは決してないと思うので、退院がおくれているのは、受け手の問題だけですのでね。

先ほどからおっしゃっているパスが各地域の資源をきちんとアセスメントして、どこが弱くて、どこが強い、それは日本中いろいろなところがあるのは決まっているのだから、全国一律のパスをつくるというわけでもなく、東京都中のパスをつくるというわけでもなく、一つのケアの地域の資源そのものをアセスメントして、弱いところを補えれば補うし、補えないものだってあるわけだから、補えないのだったら、隣の圏域のものを使わなければいけないかもしれないし、そういうパスができれば、先ほど新田先生がおっしゃったのもそういうことなんだろうと思いますし、そういうものができれば、各地域でやっていける。

だから、余り網羅的に全都これでやりましょうというのでなくて、もしかしたら町田のあっち側とこっち側は違うかもしれないわけですから、そういう本当に役に立つパスをつくらないと、またそのうち新しい計画ができると、新しいパスとパンフレットとアセスメントシートを税金を使ってつくるということになってしまうのではないかなというふうに思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○新田委員 ほとんど僕は賛成なんですけど、先日、オランダへ行きまして、アムステルダム大学の精神科の教室で話して、遺伝子レベルの話で、発症前はかなり診断ができちゃうという、恐らくそんなレベルに来ているのでしょう。それはそれで構わないんだけど、今、齋

藤先生が言われたような、その後、どうするんだということに対して何もないという話なんです、結局。だから、早期の云々等々に対しても、そこに対するケアの問題で、主体と言ったけど、そこが何もないのが状況で、どうつくるのかというのは非常に悩ましい、僕も悩ましく、我々自身もどう支えるのか、その人は明らかにアルツハイマーになっていくという過程はわかっていて、それでも現在ちゃんと健全で生活して生きている、そして仕事もしていると。じゃあどうするのかというのが、今、現代社会の究極の目的だろうなど。それはそれで一つ思います。

もう一つは、先ほどのパス等も含めて、私、心配するのは、介護保険事業計画なので、直接区市町村が保険者なわけでございますよね、これは。そうすると、区市町村がこうやるときに、東京都はどういうふうにかかわって、さっきの山本委員の話ですけど、どう整理したらいいのかという、整理の役割がないと、区市町村は混乱するかなと思っていますので、そこはまた議論をきちんとしていただければなというふうに思います。

○繁田部会長 今のご意見で、先ほどの齋藤委員の意見とも合わせて、診断しても、その先、何をしたらいいかわからないような場面もたくさんあったり、医療職のほうでも、診断したものの、何をしたらいいかわからない、お薬出すだけという話がありましたけど、それはもしかしたら標準があるわけではなくて、それぞれの人の生活があるので、そこでやるべきことは全然違うし、もっと本人の生活とか、意思を踏まえたとしたら、そもそも標準なんてないんだという理解でいいのですか。

例えば私がチェックシートをやられて、認知症ですと診断がついて、僕が受診を拒否した場合に、受診は拒否したので、医療機関に無理に連れていくことはしないけども、血圧の薬が時々飲めていないし、糖尿病の薬も忘れてしまうので、それを飲むような工夫を、医療サービスではなくて、地域のサービスとしてしましようというサービスを僕は受けることもできる。それが理想なんですか、そういうことが一番いいんですか。僕はそうしてほしいんですけど。

もし認知症で受診を拒否したときに、全ては診断がないとできませんので、病院に行ってください、それまでは特にサービスはございませんと言われるのか、そうではなくて、受診を拒否した場合に、それはちょっと置いておいて、差し当たりこういう支援を受けられますよ、サービスが受けられますよというんだといいかなと、お話を聞いて、さっきの山本委員の意見も含めて、思ったんですけど、そのくらいは許容してもらえると良いと思います。

○新田委員 私は、そこにそばにいる、誰がそばにいることができるかというのは、例えばオランダ方式だと、早期になった段階で、そこに認知症のチームがずっと最後までつくわけでご

ざいます。そういうのがいいのか、あるいは家族とともに一緒に支援するのか、あるいは地域ごとなのかという、そこはさまざま地域によって違ってくるのだろうなというふうに思いますけども。

○山田委員 私たちの地域で認知症の方で独居の方、どうしても高齢者の3分の1が認知症で独居も多いので、3分の1が独居ですから、なかなか地域の中で暮らしていくという状況になったときに、介護保険の制度の利用だけでは足りない状況があって、そこから今の地域包括支援センターが、地域ケア会議なんかを開催していくんですね。おっしゃるように、地域の住民の方々がどうしても認知症の方が地域にいらっしやると、最初は排他的な感じで早く施設に入れてくれよというような発言というのは結構あるんですけども、でも話し合いを進めていく中でお互いさま的な意識というか、いつかは自分もなるかもしれないという気持ちが変わっていったり、あと認知症の方が例えば徘徊してしまったりだとか、何か不安定になっているときに、専門職が駆けつけてくれれば、何とかその中でもやっていけるという事例が幾つか積み重なってきまして、そういう意味では先ほどからのご発言でもあるように、一人一人の抱えている周辺状況ということによっても全然変わってくるんですけども、やはりそういった積み重ねによって、事例を重ねていくことでしかないのかなというのは、私は地域の現場にいて感じる感覚です。

それをいかに推進していくかということになると、やはりある程度のインセンティブじゃないですけども、方向性というものはないと、実際にうちの包括が成功したからといって、隣の包括がうまくいくのかというのは、また別の問題なので、そこは促進していく必要はあるのかなということは感じています。

○繁田部会長 ありがとうございます。いろいろな意見を出していただきましたけど、やっぱりここで目が合いましたので、ご家族、あるいは介護者の立場で、今までのどの部分でも、ケアパスの部分でもいいですし、チェックリスト、そういうものを使う場面を描いていただいて、感想でもご意見でも結構ですので、おっしゃっていただけたらと思います。牧野委員、お願いします。

○牧野委員 私も新田先生がおっしゃったようにケアパスという意味が最初よくわかりませんでした。ようやく後半のほうで地域診断にかわるようなものなのかなという理解を進めてきたわけですが、きょうの資料の中で、資料7の77ページからさまざまな社会資源を非常にまとめて網羅的に整理してくださっているなというのが私の印象です。通常さまざまところで活動していますが、地域の中ではいろいろな活動をしている人たちがいます。ところが、NPOも



含めて、それぞれが全くそれぞれを知らないという状況が地域の状況なんですね。全てが点であるということなんです。

それで、そういう意味でおひとり暮らしで地域の中で暮らすにはどんなものが必要なのか、あるいは家族にとって何が必要なのかということが、最初の段階では全くわからないというのが、ご家族もそうですけども、入り口にいる人たちの状況です。まず、どこに行っていいいかわからない。たまたまなんですけど、私たちのワークショップで家族に何が必要なのかというのを、ガイドブックをつくった経験がございますけれども、非常に狭い地域の中でいいと思うのですが、この地域の中で何があるのかということ、住民みずから町歩きをして調べたんですね。多分そういった地域の主体者の人たちがみずから必要だから調べて歩くという、そういう活動が一番私はためになっていくのかなというふうに思った次第なんです。

そういう意味でこういった種別があって、特に家族にとっては介護保険ではフォーマルでは全く無理なので、一番欲しいのは生活支援のサービスであったり、今、男性介護者でも「どうですか」と言われると、「結構です」と言ってしまいますよね。本当に大変でも、専門の人が来ても、民生委員さんが来ても、「何とかなっています」で終わってしまいます。だけれども、ちょっとごみ出しを手伝うとか、ちょっとお裾分けをしてもらうとか、それがうれしいというふうにおっしゃっています。あるいは町会でやっているちょっとしたカフェがうれしいと。妻を連れて散歩に歩くと、みんなが顔を見知ってくれるというふうなこともあります。

本当に小さな地域の中で社会資源が何があるのかということ、皆さんの目で確かめつつ、皆さんが理解していくこと。そうすると、困った人がいると、住民の皆さんでガイドできるということもあると思いますので、こうしたことを自治体に支援するというのが都の役割であるとする、自治体が主導になるのかわかりませんが、住民みずからの主体的な活動でこういった調査活動をしていくのが私は理想ではないかなと思います。さらにこれから始まる認知症カフェやさまざまなところが、実質的には相談機能がその中でありますので、本当に困った人も、そこでさりげない相談ができるということから、一歩入って行って、ケアパスがうまくつながればいいのではないかなと、私の立場ではそういうふうに思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。専門職とはまた違う同じ立場でということですね。経験者の相談に乗るような、そういう場面もということですね、カフェの場合含めてですね。そういうものも含めての資源の調査ということの理解でいいんですよね。別に公的なものだけではないですもんね。ありがとうございます。

○高瀬委員 今までの議論の中でパスのゴールとするところがわかりにくいと思います。僕は

在宅医療で300人以上の認知症の方を見ていると、一番問題になってくるのは、行動障害とか、精神症状いわゆるBPSDというところなのです。生活支援といえば一言で言っていますが、例えばお薬の使い方一つで全然歩けるようになるか、ならないかとか、生活上のQOLにもろに響きます。医療と介護の連携は非常に重要だと思っているところに、今回BPSDに対するガイドラインを今回本間昭先生（認知症介護研究・研修東京センター センター長）がまとめられたということで非常にいいことなのかなというふうに思います。医療と介護の連携が実際の現場でなぜ重要かという、意外にヘルパーさんがレビー小体型認知症の一番早いところで気がついてくれたりとか、あるいはお薬を出すときに特にレビーはちょっとのさじかげんで全然症状が変わってしまうので、ナースやヘルパーさんを含めたチームモニタリングが地域で必要になってくると思います。今、拝見している資料の中ではそれがもうちょっと浮かび上がってきたほうがいいのではないかと思います。

事例でお話ししますと、例えば最近あった症例では、アルツハイマー型認知症でご家族も介護ストレスでやや抑鬱的な状況になって、判断もちょっと怪しい。もともとメンタルな疾患もありそうな家族です。もちろん認知症のご本人は病識がないので、自分から精神科病院に行くとは絶対言わないので、病院への橋渡しのような役割も、特に在宅の医者はあります。ある意味ご家族のレスパイトが、一番のきっかけということもあります、連携パスが例えばこういうことも含めてですね、作っていただけるとありがたい。実際は独居の方だったらまだやりやすかったりして、ご家族にメンタル問題があったり、認知症があったりという状況だと、いろいろなことをまとめていくのにも非常に大変だったりします。マニュアルも作り出したら切りがないというお話もありますけど、上にあげたことが実は地域のケアマネジャーとか現場の皆さんが一番困っているのではないかと思います。どこに相談に行ったらいいのかというようなことが非常に重要かなと思いますのでこのような点についても加味されたマニュアルだとありがたいと思います。

逆のパターンで私たちがうまく調整し、ケアの皆さんとうまく調整できると、昔は全然歩けなくて、かかりつけ医に行く、近くの外来に通院するなんて全くできなかった方が、私たちが介入して、うまく近くのかかりつけ医の先生のところへまた戻っていけるようになった例とかもあるので、そういうのがモデル事例みたいなのもいっていただけるとよいと思います。そうするとこら辺がこの人にとってはゴールかなみたいな、認知症は多様ではあるのですが、ある程度階層化して、この辺がゴールみたいなのがちょっと見えてくるようなパスだと、より使いやすいのではないかと思います。ちょっと現場の話ばかりで、たどたどしいお話で申しわけ

なかったのですが、血の通う連携パスという図が見えてくるようなものであればありがたいなというふうに思って、発言させていただきました。長くなって、すみません。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは、まだご意見があるかと思えますけれども、もう一つテーマがございますので、そちらのほうに関してご意見をいただけたらと思います。

今後の認知症疾患医療センターの整備についてということで、資料の説明をお願いいたします。

○新田課長 資料6から8と参考資料9を使いまして説明いたします。

まず、資料6ですけれども、これはこの部会で何度もお示ししております疾患センターの概要ですので、参考までにごらんいただければと思います。

資料7につきましては、これは24年度の各疾患医療センターの活動実績についてまとめております。細かい表ですけれども、前半部分は高齢化の状況等書いてありまして、鑑別診断や専門医療相談、研修会、連携協議会、それぞれをセンターで意欲的に取り組んでいただいていると評価しております。特に西多摩、北多摩北部、ことしの1月から指定したセンターにつきましても、それぞれ取り組みを進めていただいております。これも参考までにごらんください。

本題は資料8です。認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向についてというところで、資料3のところでも若干ご説明いたしましたけれども、認知症支援診療所型という疾患センターの概念を国が示しております。

資料8に沿って、これまでの動きをご説明いたしますと、そもそも24年6月に認知症施策の方向性についてという中で、身近型認知症疾患医療センターという記載がされました。その後、9月に出たオレンジプランで、早期診断等を担う医療機関の数ということで、24年度から29年度にかけて500カ所整備していくんだと。今回、参考資料4にありますが、6月25日の国の説明会で認知症医療支援診療所というものを今後国は整備していくんだという考え方が示されています。

参考資料4から抜粋した中身を若干ご紹介いたしますと、認知症疾患医療センターのうち、(1)「地域型」という類型については二次医療圏ごとに設置していく、(2)「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していく。

(3)として、(1)、(2)を基本として、人口規模に応じて、認知症医療支援診療所を設置していくということで、①、②とあります。

人口6万人以下の二次医療圏については、認知症医療支援診療所を優先して設置する。または複数の二次医療圏による共同での地域型の設置ですとか、隣接する65歳以上の人口6万人以

上の二次医療圏と一体的に地域型を設置する。ちょっと国が言っていることの意味がわかりにくいんですけども、複数の圏域で地域型を1個設置する、そういったことを認めますよと言っています。

②として、特に人口が多い圏域については、基幹型を設置した上で、地域型を設置し、3カ所目以降として診療所型というものを設置してもよいというような考え方を国が示しております。

この診療所支援型なんですけども、今年度、国はモデル事業という形で実施を考えております。ただ、モデル事業を実施した上で、今後細かいことを自治体の意見を聞きながら決めていくというのが国のスタンスになっています。

細かいところを参考資料8のほうにつけておりますが、これは参考までにごらんいただければと思います。このモデル事業は、実施主体は区市町村という形になっております。将来的にも区市町村が設置するのか、都道府県が設置することになるのか、その辺は現時点では不明です。

事業内容としては、大きく1と2とありまして、1つは、診療所地域連携モデル委員会というものを設置すると。2つ目が、診療所型において早期診断、早期対応及び危機回避支援をやっていくこと。これを目的としています。全国で20カ所程度設置する。モデル事業として実施して、補助金200万円を上限として出すという事業のスキームになっています。

参考までに右側の下のほうに各疾患センターの類型ごとの特徴を示しています。東京都の場合は基幹型がありませんので、真ん中の地域型が今12カ所ある状況になっています。

診療所型というものとの大きな違いとしまして、バツで書いてあるところなんですけど、地域連携協議会の開催や、研修会の開催等については地域型と異なって要件としてはなっておりません。あと、その他人員体制ですとか、検査体制につきましても、地域型と比べて緩和されているというような状況になっています。

今後、都としても、認知症疾患医療センターをどういう考え方でどういった役割を持たせて整備させていくのかという中で、こういった国の診療所型というものの動きも踏まえながら考えていきたいと思っています。現時点ではモデル事業で示した診療所型の機能、役割があるんですけども、都で設置していく場合には、こういった役割、機能でいいのかといったことも含めて、こういった部会で議論していただければと思います。

説明は以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。ご意見をいただければと思います。地域型の認知症

疾患医療センターの12カ所、東京都でございまして、それ以外には、今までは必ずしも機能しているとは言い切れないサポート医とかかりつけ医、そういう体制でありましたけれども、その間に昔の名前でいうと、身近型認知症疾患医療センター、新しい名前が認知症医療支援診療所という名前ですけども、この制度を導入することで、どんなふうに体制を整えたらいいのか、そのことに関してご意見をいただけたらというふうに思います。認知症疾患医療センターのあり方、あるいは体制についてでもよろしいですし、今後、認定されるであろう認知症医療支援診療所に関してでも結構でございます。

○平川（淳）委員 南多摩医療圏のことばかり言うわけではないですけども、非常に小さい地域できちんとまとまっているところと、それから広い地域のところと、東京都の場合、二次医療圏が統一していないということもございまして、私どもは身近型ができることを非常に望んでいたんですけども、今回、診療所になってしまったと。また、東京都の中でも、それこそ基幹型になり得る病院、例えばそちらの3病院は基幹型でもいいような状況にあるのでしょうか、その辺が全て同じ地域型でまとまっているという東京の現状では、なかなかそれぞれ一つ一つ地域ごとに完結することが難しいということが出てきたように思うんです。

例えば先日、多摩地区で共済立川病院が音頭をとって、多摩地区の5つの認知症疾患センターが集まって、どういうふうにやっていこうかなんていう情報連絡会をしたんですけども、役割をそれぞれの疾患センターで認識して、お互い連携して、うまくやってみようというような話になりました。

ですから、今後、診療所がまた入ってくるとなると、その辺認知症疾患医療センターごとの役割も連携もうまくできていない中で、診療所はどんなふうに入ってくるのかというのが非常に心配しています。広い医療圏、西多摩、南多摩につきましては、6万人云々もありますので、できれば病院が認知症疾患センターをできるような体制をぜひお願いしたいというふうに私は思っています。

○繁田部会長 今のご意見ですと、例えば疾患医療センターが12ではなくて、もう少し数をふやす、例えば南多摩のような場合でしたら、町田市は山の向こうにあるので、そういうところには、そこをサポートするような、センターに準ずるような医療機関を指定してほしいという、それともこっちの診療所の機能をもう少し高めたものにしてほしいという。

○平川（淳）委員 約140万人口がありますので、それを一つで絶対無理ですよ。ですから、南多摩医療圏は、医療圏としては一つだけども、それをまた3つに分けて、一つの医療圏の中の一つの支部みたいな形にして、それをまたそれぞれの診療所がくっついていくというような

形を認めて、それぞれ地域ごとにそれぞれ違うから、それぞれの地域、社会資源に合わせた形が作りやすいように、工夫しやすいような、一律にするような仕組みにしないでほしいというのがお願いとしてあります。

○繁田部会長 今後の議論をしていく中で地域差を含めて、許容範囲を少し広げて考えていただきたいということですね。ありがとうございました。

○田原委員 私どもは、杏林大学病院がセンターである隣の武蔵野市さんを含めた6市北多摩南部医療圏なんですけど、人口約100万人です。昨年度から杏林さんがセンターになっていたんですけども、実情をお話ししますと、杏林さんは、武蔵野市さんや三鷹市さんと以前から病診連携をやっていただいているというところもあるんだと思うんですが、たくさん外来の患者さんがいらっしゃって、今も2カ月待ちという、直近でもそういう状況で、今、杏林さんは2市以外のほかの市を回っていただいて、個別に市別の会議を開いて、軽い方は紹介しないでください、地域で先生方に診てほしいですとか、そういうことをお話ししていただいているという状況なんです。

ただ、残念ながら、ちょっと出ましたけれども、サポート医の方がうちの圏域もある程度いらっしゃるんですけども、各市のサポート医の先生も若干まだ自信がなくて、自分たちとしてもまだちょっと相談してもらってもなかなか十分なことはできないということなので、私としては、圏域のセンターには地域の各市の医師会の研修も含めて底上げをしていただく、そういう役割をやっていただきたいと思っておりますし、私ども保健所としては、かつ3層構造のように杏林の下に診療所でもいいんですけども、病院でもいいんですけども、かつ下にサポート医、3層構造が地域でできないと、うちの圏域などはなかなか難しいのかなというふうに思っています。

それと、先ほど高瀬先生からお話が出たんですけども、私ども保健所でも、今も老人保健相談ということで、思春期相談などと別に月に一、二回、相談を持っているんですけども、そこへの相談というのは、地域包括支援センターの方々が相談として使われていることが多くて、今、地域包括支援センターの方が非常に地域でよくやっただいていていんですけども、やはり本当にこれでいいのだろうか、不安になるわけです。その確かめというようなことで、私たち保健所の相談も利用しているということなので、そういう意味でそういう相談に乗っていただけるようなかかりつけ医、サポート医の先生たちがふえてくると、包括の方々の大きな支援になるのではないかというふうに思っています。よろしく願いいたします。

○繁田部会長 ありがとうございました。そのほかご意見をいただけたらと思います。私の記

憶が確かであれば、従来出た意見で、以前の医療部会か、あるいは別の会議体だったか、今いただいたご意見で、認知症の支援の病院なり、認知症支援診療所なりの下にサポート医の先生がおられて、さらにかかりつけ医という何層かの構造のお話をされましたけれども、参考に申し上げますと、以前の議論の中では、サポート医の先生の中で非常に積極的にやっていた先生は、むしろ認知症医療支援診療所でありまして、昔でいう身近型認知症疾患医療センターの役割を十分担っていただけるのではないかという意見が前にありましたので、参考のためにご紹介しておきます。

○齋藤（正彦）委員 松沢病院は都立の病院で、かつ認知症に関してだけ認知症疾患センターで、例えば杉並区議会からは、八幡山の駅は杉並区なのに、何でおまえのところは世田谷区と渋谷区と目黒区なんだと言われました。それはごもっともなんですよね。浴風会病院より近いということであって、松沢病院の患者さんの分布を見ると、例えば統合失調症の患者さんの居住地というのは全都にわたっていて、江戸川を越え、多摩川を越えているんですけど、認知症については、患者さんが移動できる距離というのは限られているんですよ。

最初は1回だけいらっしやっても、通院できる時間というのは限られていますので、例えば同じセンターといっても渋谷や目黒とかいうと、結構来にくいんです。病院は赤字ですので、マーケットリサーチをやると、電車で通えるところとか、八幡山は割とバスの便が不便で、あそこにバスで一本で来られるところは限られているんです。そうすると、杏林ですとか、あるいは新宿ですとか、線に沿って患者さんが集まるというふうな傾向があるんです。

それから、もう一つ、松沢病院の区域だと、独立してかなり高度な認知症の早期の診断が可能な専門病院というのは7つか、8つかあるんですね、だから、平川先生がおっしゃったような地域とは全然傾向が違うわけで、そこを一つの制度でやろうというのは無理だと思うので、僕は各センターがご自分の地域を把握して、どういう役割を果たすかというのは、どういう形態でいくかというのは、それぞれに考えていくしかないだろうと思っています。割と中心部にあっても、浴風会病院には精神科病棟はありませんし、荏原病院も精神科の入院は困ると言っていますし、杏林大学病院も精神科は無理ですよ。だから、その辺はセンター同士の連携ということも視野に入れなければいけない。とにかく地域ごとに、一つの制度で十把一からげではないという。

ただ、センターがやるべき機能の一つとして、地域の認知症医療の底上げをしていくということで、認知症医療というとBPSDと言われますけど、BPSDが起こる前が大事なので、起こっちゃってから何とかしてくれというのは、患者さんをばかにした話だと僕は思うんです。

最近、松沢病院で地域の先生とカンファランスをやるということを始めまして、来てくださるかなと思ったけど、意外にたくさん来ていただいています。だから、各センターで一つ一つの症例に対する経験を積み上げていくということが非常に大事だと思うし、そのことが認知症のBPSD以前の治療というのは、BPSDが起こる前に早期の患者さんに対する治療の一番は、病気を受け入れていくため、その患者さんの不安に対して医者がちゃんと付き添うということで、それはリハビリテーションの中でとても大事なことで、身体のリハビリだって、回復できればいいけど、回復できない人はいっぱいいるわけですから、その疾病を受容する手伝いをするというのもそうだし、疾病があっても生きていける手段を外部から提供するというのも重要なリハビリテーションなんだけど、そういうことはなかなかマニュアルでは伝わらないわけで、そういうことは地域の先生や我々との間でカンファランスをすることで、別にセンターが指導するというわけじゃなくて、地域の先生方は私どもが持っていないような視点を提供してくれる、僕らはこれで大丈夫かと思っても、案外やる方法があったりするわけですよ。だから、そういうケースカンファランスだけは各センターできちんとやってもらおうと。

あと、自分の受け持ち領域の中で認知症に対する医療のシステムをどう組み立てるかということは、各地域の特性に合わせて、各地域でやっていくと。もちろん認知症疾患の身近型センターみたいな、名前は変わっても、センターみたいなものを置いたほうがやりやすいところもあれば、松沢の領域で今さらそんなことを言わなくたって、立派な病院がたくさんあるのだから、松沢病院がその病院をバックアップすると。松沢病院の外来は、松沢に通ってこられる京王線とバス路線の患者さんに対して、早期の精神療法を初めとするケアを提供すると。もう少し広いところについては、東京都立の精神病院として、精神科病床と合併症病床を提供するというふうにしていこうと思っていますが、その辺は臨機応変にやるしかしようがないだろうと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○新田委員 実は昨日、この認知症医療支援診療所のモデルをやることになったのですが、結果として、この事業主体というのが市町村なんですね。市町村というのは、複数市町村でもオーケーということでございますが、私は国立ですが、国立は8万7,000の人まちで、それでこれをやるということは、地域包括体制の中で、私たち在宅医療も含めて、地域包括体制の中で認知症の人も診ましようよという、それが本質にあるような気がします。地域包括体制というと、例えば地域包括支援センターは2から3万人に一つ。国立は、実は前年度の介護保険改革で基幹型として1カ所にしております。8万7,000人で1カ所です。



私たちの地域では、認知症チームを4月につくりまして、それは地域包括センターの保健師等の熟練した保健師ですが、それと社会福祉士と私を含めてサポート医が、何か起こったときにアウトリーチしていくということで作りました。現在いろいろなBPSD等、あるいは早期等も含めて起こったときに、ケアマネと、あるいは家族等からの疑問に対して出かけると。出かけるのは、まず医者が出かけないのですが、地域包括と社会福祉士等々が出かけて行って、家族等から聞き取り調査等も含めて全て行くと。必要であれば、私たちが出かけると。その体制を4月からとって、そんなような状況の中で、こういう話が来て、中身は同じなんですね、結果的には。

基本は、地域で解決できることは地域でしましよと、市で解決することは市でしましよということで、先ほど平川先生から話がありました共済立川病院が近くにあります。そことの関係も非常にいいので、必要に応じて共済立川病院と。先生言われたように、そこで重症な精神疾患を持った方、もちろんいますよね。その場合は共済立川病院が精神病院と結んでいますから、そこへ行くという、そういうシステムになるわけです、結果として。

だから、基本は、先ほど高瀬さんが言われたように、3層構造だろうなと思っていて、何よりも地域で、まずできることは地域ですということ、地域から速やかに出かけて行って、高瀬先生のような先生がいればベストでございまして、そこでちゃんと投薬コントロールもやって、できる限り全体を見ていくと。それがかなわない場合ももちろんあるわけですから、その場合に中核病院、そして精神という、中核病院の中にももちろん精神も含めて構わないわけで、そういうようなイメージを持っていて、やろうかなと思っております。

○繁田部会長 一つ確認させていただきますと、先生は認知症医療支援診療所という立場、そうすると直接もちろん患者さんを担当されて、認知症の方をサポートするわけですけども、かかりつけ医の先生がおられるわけですね。そのかかりつけ医の先生方への例えばアドバイスであるとか、助言であるとか、あるいはある意味緩やかな情報交換もしつつ、ですから、かかりつけ医の先生がおられて、診療所があつて、センターであるとか、そういうイメージになる、それが先生がおっしゃった3層構造ですか。

○新田委員 そうですね。このモデルの中で認知症医療支援診療所地域連携モデル実施委員会を設置しろとしているんですね。実は私たちの国立で、在宅療養支援連絡協議会という、医師会も全部入った協議会が2つぐらいありまして、地域ケア会議も全部ある。さらにこれをつくるのかということをもめて、結局、在宅療養支援協議会の中にこの実施委員会をつくるということで、そこに医師会の先生も全部入るといふぐあいに、もちろん三師会、あと訪問看護

も全部ございますが、行政も含めてというふうにして、できればというふうに思っていますが、地域というのはなかなか深いものがありますから、うまくいくかどうか、そこはやってみないとということがあります。

○繁田部会長 ありがとうございます。本当に地域によって、先ほど平川先生がおっしゃいましたけども、サポート医とかに対して必ずしも十分な期待が、新田先生みたいな先生がおられたら、また話は別でしょうけど、ある意味特殊なのかもしれないので、そういう地域も多いでしょうから、そこでやるときには、ある程度センターが将来どういう体制を目指すのかというのを議論していかないといけないですね。あるいは目標を何か立ててやらないと、今の体制ですと、いろいろな形で、とにかくセンターに行きなさいという、行った途端に地域包括支援センターと縁が切れてしまったりというような話も、お聞きすることもありますので、それは体制を考えないといけないでしょうね。どうぞご意見ございましたら。

○平川（博）委員 東京都医師会の立場からしますと、私ども東京都医師会というのは会員が2万人いて、診療所の数でも1万2,000ぐらいあり、膨大な数のドクターが第一線で認知症を含めて日々診療されているわけでありまして。それを私ども医師会としてどう支えるかということになってくると、きょう出たような話、ここは専門家の先生方ばかりですから、簡単に何が起きているかというのは理解できると思うんですけども、これを各会員の先生方、末端までどう伝えていくかということが非常に責任が重いなと感じて聞いておりました。

特に私どもとしては、先ほどから何回も出ていましたけど、サポート医の問題とか、かかりつけ医の認知症対応力をどう上げるかということについて、毎年事業を行っております。ただ、ご案内のとおり、サポート医につきましては、必ずしもこういう基準で選ぶということもなく、東京都医師会から各地区医師会のほうにこういうことの受講を希望されている方がいらっしゃるかということの手挙げで受けてまいりました。しかしながら、こういう状況になってまいりますと、改めてサポート医は何をすべきだと、どういう能力が求められるかということがようやく明確化してきたところでありまして。次の段階、今までのサポート医については、残念ながらいま一つはっきりしなかったですけども、これからは私どももどういった先生方に参画してもらいたいかというのが見えてまいりましたので、これからバージョンアップいけるのかなと思っています。

現状、サポート医につきましては、二通りの方がいらっしゃいます。一つは、精神科や神経内科、脳外科といった認知症に対して特化してかなりお仕事をやってこられた先生方、もう一つは、まちのホームドクターとして懸命に認知症を支えてきて、さまざまな連携も自分でも持

っているといった方々、私どもあえてこの二通りをそのまま今までも育ててまいりました。これをさらにどう統合していくかという議論になっていくのかなと思っています。それが今いい時期だと思っていますし、こういった情報をいち早くそういう先生方に伝えながら、まちの第一線で頑張る方というものは育てていかなければならないし、どんな立派な認知症疾患センターが後方にあっても、最前線がうまくいってなければ、全く意味をなさないと考えています。そういう点では、今後もこの事業については、今年度も力を入れていくつもりで思います。

3層構造については、まさに新田先生が言われたとおりであって、何と云っても、これから先の地域包括ケアにおいては、その身近な地域で何とか問題を解決する、それがベストでなくても、よりベターな方法で、そこで片づけると。何でもかんでも認知症疾患医療センターが出張してもらっては、本当に地縁、血縁を全部切ってしまうことになってしまって、果たして認知症の方に対してよかったかどうかということにつながるとお思いますので、まずはかかりつけ医、さらにかかりつけ医をサポートするサポート医、サポート医の先生方には、今回の診療所型に入ってくる方もいらっしゃるでしょうし、また逆に独自の形で認知症、そういう専門医の先生もいらっしゃる。そういう方が入ってもいいと思いますし、とにかくまずは身近な地域で支えてもらって、その後に地域型や基幹型で支えるということにしなければまずいのかなと思っていますし、そういう形で進めていきたいと思っています。

ただ、もう1点、最後ですけども、東京都医師会は、今の野中会長のもとで全地区医師会を回りました。40数カ所の医師会を回っていくと、やはり医療資源も先生方の考え方も全然違っているということもあって、オール東京という形で持っていくのは厳しいなというのを実感として感じましたので、きめ細かに地区ごとの形のシステムというものをつくっていく必要があるのかなと、そう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。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 認知症疾患医療センターのことと、それから認知症医療支援診療所のことと、国から私のほうの研究所でいろいろと頼まれまして、調査をしておりますので少しか説明させていただきます。

昨年度、厚生労働科学研究で全国の認知症疾患医療センターの活動状況調査をさせていただきました。それから、それと同時に、オレンジプランに身近型認知症疾患医療センターというのが出てきましたので、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関のヒアリング調査という

ものを同時に1年間いたしました。その報告書としてまとめたのがピンク色の冊子でございます。

内容だけ簡単に抜粋してお話しさせていただきますが、全国の認知症疾患医療センターは、現在195カ所あるのですが、この調査をした時点8月7日現在172カ所を対象に調査させていただきました。

1 ページ目の上に研究要旨、結果要旨が書いてありますので、ここにまとまっているのですが、結論から申しますと、4つの重要な結果が得られております。

1つは、認知症疾患医療センター、実は皆さんご存じの方もおられるかと思うのですが、平成元年に老人性認知症疾患センター事業というのがありまして、これが平成17年度に活動状況調査をして、機能していないということで、とり潰しになったという経緯があります。当時、私は認知症疾患医療センターに勤めていたので、大変よく覚えているんですけども、それで今の認知症疾患医療センターはどうなのかということで、平成17年当時の老人性認知症疾患センターの評価と全く同じ方法で評価し直しましたところ、結論だけ申し上げますと、非常に活動水準は上がっているという結果がわかりました。ただし、施設間格差は非常に大きい。ただ、全体として、トータルからすると非常に水準が上がっている。中にグラフがありますから、細かな説明は省略させていただきますが。

それから、2番目が、東京都の問題と全く同じでございますが、担当圏域が広過ぎるために、求められる機能が十分に果たせないと感じている施設が非常に多いということです。少なくとも弱めに書いてありますが、これは自由記述で回答していただいたものを、分析した結果です。60カ所から回答いただきまして、このうちの3分の1からこの内容の回答でした。内容は、図表33に60カ所中20カ所の回答の内容を示しています。20カ所がほとんど同じ内容で、圏域が広過ぎること、予約待機日数がとてつもなく長くなって、機能が果たせないというような内容の回答をいただいています。これが2つ目でございます。

3つ目が、一般病院の認知症疾患医療センターと精神科病院の認知症疾患医療センターを比較して、いろいろな分析をしているんですけども、その一つに一般病院の認知症疾患医療センターというのは、実際には身体合併症の救急急性期医療に非常に対応している。特に救急センターを持っている一般病院が認知症疾患医療センターを併設していることが多いので、非常によくそれに対応しているということが実数からわかっております。

しかし、それにもかかわらず、基幹型の看板をかけられないんです。基幹型をかけると多分大変なことになるだろうということだと思っておりますが、実際に基幹型の認知症疾患医療センタ

一の指定を受けているのは全国で8カ所しかないんですけども、基幹型でなくて、地域型でも、救急に対応しているというような結果です。

それから、4番目が、よく認知症の患者さんの入院の長期化という問題が取り沙汰されておりますが、確かに一般病院と精神科病院を比較すると、精神科病院の入院期間は長期化する傾向があります。これはいろいろ理由があるんですけども。

一応4つの結論だけを出させてもらったのですが、どういうことかということ、まず1については、活動状況が非常に高いということで、今の事業は決して縮小する方向ではないだろうというようなこと。ただし、いろいろ差があるので、機能していないところはどのような状況かということをちゃんと調べる必要があるだろうと。

2番目が、特に東京都のことで非常に関係あると思うのですが、とにかく圏域が広過ぎると。東京がその最たるものだと思うのですが、これは増設ないし適正配置をちゃんと考えないといけないだろうと。

それから、3つ目が、救命救急センターの救急医療機関は認知症疾患医療センターがあるなしにかかわらず、認知症の患者さんの救急は大変ふえてきているということで、救命救急センターのある一般病院は、認知症支援体制を、基幹型どうのということではなく、そこに確立していくことが重要であろうと。

それから、4番目は、確かに精神科病院の在院期間は長期化していることは間違いないんですけども、精神科病院の認知症疾患医療センターに入院してくる患者さんというのが、BPSDもさることながら、家に帰りにくい人たちが入院される傾向がある。精神科病院が最後のとりでになって、そこで引き受けているという現実があるので、退院させられないということがあります。これは地域の中の資源が足りないという問題で、もちろん施設系サービスや住居系サービスも必要です。しかし、同時に区市町村で地域包括ケアシステムをつくっていくこと、これに精神科病院が積極的に関わっていくことが重要であろうと思います。

ほかにもデータはたくさんありますが、一応出させていただいた結論の4つのポイントについて説明させていただきました。国が今回出した、先ほど資料の8の今後の認知症疾患医療センターの体制整備についての当面の考え方ですが、これはあくまで案でございまして、まだまだ変更されねばならないことがたくさんあるというように認識をしていただいたほうがよろしいのではないかと思います。

ただ、今まで認知症疾患医療センター150カ所ということで、これ以上ふやさないというふうに言っていたのが347カ所となり、前は身近型しかないという話だったのですが、地域型を

ふやそうというふうな方向になってきました。それから人口が多い二次医療圏については、基幹型を設置した場合には、地域型を設置するというふうな項目がありますけども、しかしながら、さっき申し上げましたように基幹型というのがそもそも本当に妥当な制度なのかどうか、要するに身体合併症の救急をやっているところを基幹型にすると言っているけども、認知症の救急医療はそれどころじゃないんだということが出ておりますので、救急のことはまた別に考えて、地域型で構わないので、人口が多い二次医療圏は2つ、3つとか、それこそ高齢者人口6万人に1カ所と言っているのですから、これと矛盾しないようなことをちゃんと考えていく必要があるのではないかと私は考えています。これは国にも言っておりますが、とりあえずこんなふうなことで目出しをしております。

それから、もう一つは、認知症医療支援診療所のことでありますが、これは身近型の認知症疾患医療センターの候補医療機関の調査というのをさせていただきまして、これも結論だけ申し上げますと、一応この報告書の49ページに要約としてまとめてありますが、先ほど東京都からお配りいただいた資料では、参考資料の4の38ページ以降に結果が厚労省のほうでまとめて出させていただいております。いわゆる身近型認知症疾患医療センターと認知症疾患医療センターを比較した結果でございます。

ただし、身近型は、10月からヒアリング調査を始めたため11カ所しか調べていないので、nが小さいことは間違いないのですが、しかし結論からいいますと、身近型認知症疾患医療センターとして候補で回らせていただいた医療機関、診療所もありますし、総合病院の精神科もございまして。それから、1カ所は、単科の精神科病院も含まれています。それで11カ所ということでやらせていただいたのですが、全体を平均すると、身体合併症とか、BPSDに対する入院の機能は、当然ですけど、病床がないところが圧倒的に多いので、確かに弱い。

しかしながら、認知症疾患を鑑別診断する機能とか、BPSDを外来で対応する機能でありますとか、地域連携機能。地域連携機能というのは、幾つかの項目を挙げさせてもらっているのですが、一つは、かかりつけの先生をサポートする機能、それからもう一つ、地域包括支援センターと連携しながら、認知症の人を支援していく、こういう機能は認知症疾患医療センターと比べて遜色がない。特にアウトリーチして支援するようなことは、身近型で頑張っているところが結構あるということで、地域包括支援センターや行政に頼まれて、出かけることは結構あるということで、こういう診療所機能であっても、ちゃんと認知症のことを一生懸命やっているところがあるので、こういうところをちゃんと支援していく必要があるだろうという結論です。実は国は今のところ、認知症疾患医療センターの一つの体系として、診療所型みたい

な意味で書いてあるんですけども、実はこういった機能は、先ほど新田先生がおっしゃって  
おりましたように、それこそ地域包括ケアシステムをつくり上げていくための一つの必須要素  
として、ちゃんと地域包括支援センター等と連携しながら、地域の中で認知症の人を診断して、  
行政、地域包括支援センターと連携しながら、地域で支えていくというような役割を担うよう  
な、本当の意味での身近な診療所ということになるであろうということで、数からすると、認  
知症疾患医療センター50カ所の中の340何カ所を引いた100幾つというふうなことではなくて、  
地域包括支援センターと同じぐらいの数が必要だろうというのが私の主張で、そうすると  
4,000カ所つくらなければいけないのですが、いきなり4,000カ所といたら大変なことになる。  
4,000カ所も医療機関、探せないですね。

ただ、サポート医の目標値が4,500でありますので、近いんですね。ただ、サポート医全  
部がこの機能を担うというのは、先ほど平川先生がおっしゃったように無理でありますので、  
一応サポート医の連続線上にこういうような医療機関を設置するのがいいのではないかと  
いうふうに私は考えております。確かに国のポンチ絵もそんなふうな絵になっていて、サポート医  
がいっぱいあって、1個は認知症地域医療支援診療所に、絵はそんなふうなことになっており  
ます。

ただ、まだ国のレベルでは、モデル事業の段階で、とりあえず20カ所でしたか、やろうとい  
うことになっています。ただモデル事業をやる上で、とても大事なことは、先ほど新田先生が  
おっしゃいましたが、それぞれの区市町村の中にちゃんと認知症の政策、あるいは連携を考え  
る合議体をつくる。認知症医療支援診療所委員会という、別にこのためだけの委員会をまた新  
たに立ち上げるということではなくて、区市町村の認知症の支援体制を検討していくための合  
議体を持って、この認知症医療支援診療所を区市町村の認知症施策の中の一つに位置づけなが  
ら考えていくというような、そういうものをつくるのがモデル事業の実施要綱の一つの要件  
にしておりますので、その辺がとても重要なところであろうかと思えます。

実際に認知症医療支援診療所に求められていることは、認知症の診断もありますけども、何  
といても、地域包括支援センター等と強力に連携しながら、認知症の人を支えるための支援  
を医学的な立場で積極的に協力するという、ここが一番大事なところなので、3層構造の話は  
まさにそのとおりでございます。ということでモデル事業でございますので、どうなるかわか  
らないんですけども、そんな考え方ということでございます。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。何かご質問がありましたら、時間も過ぎております

けれども、よろしゅうございますか。

これに関しましては、引き続きまた議論していかなければいけないと思いますけれども、地域によって一番望ましいといえますか、一番認知症の方と家族の支援になる形というのを地域で考えなければいけないということは共通の理解として得られたように思います。それには区市町村がかなり主体的な役割を果たしていかなければいけないだろうというようなこともご意見をいただきました。また、今後とも積極的なご意見をいただいて、議論を前に進めていきたいと思います。ご意見があるかと思えますけれども、時間も過ぎておりますので、きょうの議論はこのくらいにさせていただいて、マイクを事務局にお返しいたします。よろしくお願いいたします。

○新田課長 繁田部会長、ありがとうございました。

それでは、閉会に当たりまして、去る7月16日付で少子高齢化対策・特命担当理事として就任された藤田理事より、委員の皆様へ一言ご挨拶申し上げます。

○藤田福祉保健局理事 きょうは冒頭遅れましてすみませんでした。都議会のほうも、いよいよ選挙が終わりまして、新しい体制でということで、きょうから各会派も役員等が決まりましたということで、ちょっとその対応がございましたので、いろいろ事業を進めていくに当たって、都議会との関係も大変重要になってくるわけですが、少子高齢化対策ということで非常に重責を拝命いたしまして、私のほうも医療、福祉ということで経験はあるんですけども、なかなか少子だけでも、高齢だけでも、一つ一つ大変なボリュームがあるわけですが、それを両方ということですので、何かこれは地域というキーワードで、それぞれが相乗効果が出るような施策につなげていければということで、東京都のほうでも全庁的なPTが先般立ち上がったところでございます。

本日は本部会で活発なご議論、各部会の先生方、日ごろ現場でこれだけ認知症の患者の方がどんどんふえ続けている中で、日夜ご尽力いただいている先生方ばかりで、現場での切実なご意見を賜ってありがたいと思っております。

今、部会長の取りまとめにもありましたけど、地域に応じたというのがキーワードだと思いますので、地域包括ケアにしても、少子高齢、いずれの問題にしても、地域の資源を生かして、それぞれの地域でできることは、なるべく地域で完結して、さらに医療資源を生かして、その上なり、ネットワークを生かしていくというのが大事だというふうに思いました。

何につけても、ある程度基準とか、システムをつくるのは大事ですけども、これが全国一律とか、あるいは都内一律というわけにはいきませんので、そういったものを地域地



域で基本としながらも、一番合ったような、そういったことができればいいのかなというふうに思いました。

また、患者さん自身が一番不安なわけで、その家族もそういったことがわかるまでというのは非常に不安の中にいるわけですが、そういったときに地域の医療機関、あるいは地域包括支援センターとか、施設も含めてですが、医療、福祉の関係機関が連携して、顔の見える関係を日ごろから持っていて、すぐ適切などころにつないでいただけるということがあると、非常に家族も安心するということがあると思いますので、きょうはそういう議論、ご示唆を頂戴したと思っております。

本日ご報告させていただきましたとおり、今年度は認知症の早期発見・診断の対応システムづくりを進めるための新たな事業を、8月に入りました今月からスタートするという運びになっております。本部会では、引き続き厚労省の動きなども踏まえながら、より都と区市町村が連携して、取り組みを進めていくための議論を深めてまいりたいというふうに思っており、微力ながら尽力したいというふうに思っており、今後の東京の認知症施策の推進のため、引き続き皆様方のお知恵、ご示唆をいただきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。本当にありがとうございました。

○新田課長 藤田理事、ありがとうございました。

最後に事務的なご連絡をさせていただきます。

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して、また日程調整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、机に残しておいていただければと思います。

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、事務局にお申し出ください。

それでは、本日はこれで散会いたします。ありがとうございました。

午後7時13分 閉会