

東京都認知症対策推進会議

第2回 認知症医療部会

議事録

平成24年11月29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2回 認知症医療部会

東京都庁第一本庁舎 4 2階北側 特別会議室A

平成24年11月29日（木曜日）午後7時00分から

1. 開 会

2. 議 事

「東京都保健医療計画（第五次改定）」素案（認知症対策）の検討について

3. 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1回認知症医療部会の主な御意見

(資料4) 「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」

(平成24年9月6日厚生労働省発表資料)

(資料5) 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」

(平成24年10月9日厚生労働省通知)

(資料6) 平成25年度主要事項予算見積概要（認知症関連施策抜粋）

(資料7) 東京都保健医療計画の改定について

(資料8) 「東京都保健医療計画（第五次改定）」素案（認知症に係る部分）

(参考資料1) 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成24年3月30日厚生労働省通知）〈在宅医療の体制構築に係る指針部分抜粋〉

(参考資料2) 都内の認知症の人を取りまく状況（統計）

(参考資料3) 二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例（統計）

- (参考資料4) 東京都認知症対策推進会議におけるこれまでの取組と現状
- (参考資料5) 東京都認知症疾患医療センターについて (概要)
- (参考資料6) 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
- (参考資料7) 精神疾患 (認知症) の医療体制構築に係る現状把握のための指標
- (参考資料8) 「東京都保健医療計画 (第四次)」 (認知症関係部分抜粋)

午後7時00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2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。はじめにお願いがございます。ご発言にあたりましては、お手近に置いてありますマイクをご使用ください。

続きまして、本日、所用によりまして欠席されている委員をお知らせいたします。

東京都介護支援専門員研究協議会理事長 西本委員

武蔵野市高齢者支援課長 渡邊委員です。

なお、高瀬委員につきましては所用でおくれるとの連絡が入っております。

続きまして、本日、欠席をしております幹事をお知らせいたします。

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

その他まだおこなっている幹事がおります。

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お願ひいたします。

議 事

「東京都保健医療計画（第五次改定）」素案（認知症対策）の検討について

○繁田部会長 こんばんは、繁田でございます。お忙しい中お集まりいただきまして、どうもありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

早速、議事に入らせていただきます。

本日の議事は、「東京都保健医療計画（第五次改定）」の素案の検討でございます。先日の9月3日に開催いたしました第1回の医療部会で東京都の現状でありますとか、あるいは今後の施策とか方向性に関して委員の皆様から非常に活発なご意見をいただきまして、まことにありがとうございます。それも踏まえまして、本日は東京の保健医療の基本的な計画になります東京都保健医療計画の改定に際しまして、認知症の医療に係る部分に関しましてご議論をいただきたいと思ひます。

その前に国のほうでもいくつかの指針でありますとか計画が出されましたので、まずそれを

事務局から説明をしていただきたいと思います。説明をいただく前に資料の確認だけさせていただきます。

まず、資料3が、第1回の医療部会でいただいたご意見でございます。資料4が、認知症施策推進5カ年計画ということで厚生労働省から出されましたオレンジプランでございます。これもご説明いただいて、そのあと資料5が、精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正ということで国のほうから出たものでございます。これも説明をいただきつつ、資料の6は、現在都のほうでいくつかの施策の予算を請求しております。今後もちろんいろいろな調整があるかと思えますけれども、現時点での当局での計画を少しご紹介いただいて、これからの議論の参考といいますか土台にさせていただけたらと思えます。

それでは、資料に沿って事務局からご説明をお願いいたします。

・資料の説明（資料3～資料6）

○新田課長 それでは、資料3から資料6までをご説明いたします。

まず、資料の3です。これは去る9月3日に開催されました第1回認知症医療部会の主なご意見という形で、皆様からいただきました意見を「全体に関する事項」、「認知症疾患医療センターについての事項」、「地域連携について」、「初期対応について」、「かかりつけ医・サポート医について」、「精神科病院について」に分類し、まとめたものでございます。時間の関係もありますので一つ一つはご説明いたしませんけれども、今後の議論の参考にさせていただければと思っております。

続きまして、資料の4です。国のオレンジプランです。皆さんは既にご存じだと思いますけれども、9月に国からオレンジプランが発表されております。全部で7項目ございまして「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」、「早期診断・早期対応」、この中に初期集中支援チームですとか、あるいは早期診断等を担う医療機関の数、こういったところはこの医療部会の議論の中に入っていくものと思われま。あるいは3番の「地域での生活を支える医療サービスの構築」、「地域での生活を支える介護サービスの構築」、「地域での日常生活・家族の支援の強化」、「若年性認知症施策の強化」、「医療・介護サービスを担う人材の育成」、このような取組みにつきましては既に東京都としても国に先駆けて取り組んでいるものもございませけれども、このオレンジプランを参考にして今後都としても、さらなる対策の強化を図っていきたくて考えております。

続きまして、資料の5は「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」というこ

とで、これは今年の10月に厚生労働省から保健医療計画の改定に当たって出されたものです。非常に厚くなっておりますのですべてのご説明は控えさせていただきますけれども、認知症の部分について簡単にご説明いたしますと、指針の中では認知症の目指すべき方向性としては、進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能を目指していく。目標としては大きく3つありまして、11ページに掲げております。

1つ目が、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるために、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること。

2つ目が、認知症疾患医療センターを整備するとともに認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次保健医療圏に1カ所以上、人口の多い二次保健医療圏では概ね65歳人口6万人に1カ所程度、これはただし書きがありまして、特に65歳以上の人口が多い医療圏については、センターを複数カ所設置することが望ましいとあります。

3つ目が、認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人、これは（認知症治療病棟に入院した患者）という注書きがありますけれども、そのうち50%が退院できるまでの期間を平成32年までに2カ月（現在は6カ月）とできるような体制を整備すること。

上記3つを掲げております。後ほどご説明いたします保健医療計画の認知症の部分につきましても、ここの部分を参考にしながら作成をしております。

続きまして、資料の6です。これは25年度の認知症関係の東京都の予算を抜粋したものです。まず、1つ目が、認知症高齢者の支援ということで、そのうちの1つ目として「認知症対策推進事業」です。この会議の親会議になります認知症対策推進会議の運営の経費になります。単位は100万円ですので25年度は500万円という形になると思います。

2つ目は新規事業ですが、医療従事者等の認知症対応力の向上支援事業ということで、認知症疾患医療センターを担っております地域の医療従事者等への研修を体系的に実施するため、研修拠点を整備し、共通のテキストの作成や各センターの研修実施を支援することを考えております。金額としては1,200万円となっております。

3つ目が、疾患医療センターの運営事業ということで、25年度につきましては引き続き1億3,000万円程度を計上してございます。

4つ目が、東京都若年性認知症総合支援センター設置事業ということで、これは本年5月に開設した事業ですけれども、引き続き運営をし、ワンストップ相談窓口の設置や地域包括等へ

の支援を行っていきたいと考えております。

2番目がこれも新規事業です。高齢者社会対策区市町村包括補助事業という、都が区市町村の取組みを支援する補助制度を持っていますけれども、その中に新たに「認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護支援事業」を入れて、認知症疾患医療センター等の周辺医療機関に認知症介護者支援の拠点を設けまして、医療機関の専門職と連携した介護者支援のための講座や交流会を開催し、介護者の孤立化防止を図る事業を来年度は行っていきたいと考えております。資料6の説明は以上です。

事務局からの説明は以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは、今主に資料のご紹介でしたけれども、今までの件に関しまして、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 それでは、本題の先に進めさせていただいて後ほどでも戻ってご質問等がございましたらお願いいたします。

それでは、資料の7と8を使いまして、きょうの本題でございます保健医療計画案のほうから説明をお願いいたします。

・資料の説明（資料7～資料8）

○新田課長 それでは資料7と8についてご説明いたします。最初にお断りがございまして、資料8「東京都保健医療計画の素案」は、現在作業中の内容が含まれていること、また本日の委員の皆様のご意見も踏まえて今後変更が生じる可能性があることから、会議終了時に資料8のみ職員が回収させていただきますので、大変申しわけありませんけれどもよろしくお願いたします。

それでは、資料7からご説明いたします。この資料は東京都の保健医療計画の改定について主な課題、検討体制、今後のスケジュールについて示したものになっています。皆さんもご存じのように今回の医療計画の改定から4疾病に新たに精神疾患が加わりまして、5疾病5事業となります。その内訳としては下のほうに掲げてあるとおりです。この検討体制につきましては東京都の中で推進会議、協議会を設けましてそれぞれ検討をしているところであります。

現在の進捗状況ですが、一番下のところに改定スケジュールがありまして、11月に医療計画の改定部会を開催いたしまして、そこでも計画素案についてはご議論をいただいているところです。本日の医療部会の意見も踏まえまして計画素案を最終的に作りまして、第2回の推進協

議会、これは都全体の会議に当たるものなのですが、それが12月13日に開催されますので、そこへまた諮っていきたいと思っています。その後は区市町村に対する説明ですとか、パブリックコメントを経まして最終的には第4四半期末に完成したものが出ていくというスケジュールになっております。

それでは、引き続きまして資料8です。その保健医療計画の認知症の部分についてご説明をしたいと思います。一番大きな括りとしましては5の精神疾患医療の取組みとして大きな項立てがございまして、その中の1つ目に「精神疾患医療体制の充実」という形があります。

(2)で認知症対策の強化とされておまして、この中では認知症についてという形になっております。構成としましては、まず現状、課題を書きまして、めくっていただきまして3ページ目に「施策目標と主な具体的な取組」ということで、目標を4点掲げております。そして6ページに「評価指標」という形で国の指針で推進をする評価指標ですとか、必ず付けなければいけない評価指標というのが定められておりますので、その記載をさせていただいております。

では、簡単に中身をご説明いたします。

まず、現状ですが、都内には23年1月時点で約30万人に上る何らかの認知症の症状を有する方がいらっしゃる。それが平成37年には約50万人に増加すると推計されます。若年性認知症の方についても約4,000人と推計されています。そういう方の7割は在宅で生活をされています。この間、サポート医の養成やかりつけ医の認知症対応力の向上に都としても取り組んでおります。また、24年4月からは、東京都認知症疾患医療センターを現在10カ所で指定し、専門医療相談をはじめとした様々な支援を実施しております。

次に、課題ですが、3点ほど掲げております。1つ目は、認知症の人の多くは在宅で生活しており、住み慣れた地域での生活を望んでいます。そのためには認知症の早期発見、早期診断と診断に基づいて適切な医療・福祉・介護の支援を受けることが重要です。

2つ目は、今後急増する認知症の人を支えていくためには、医療提供施設同士がその機能や特性を十分生かした形で連携することはもちろんのこと、医療・介護従事者それぞれが認知症の対応力の向上を図って、医療と介護の連携を推進していく必要があります。

3つ目は、認知症の人が身体疾患を患ったときは又は行動・心理症状が激しくなったときには入院先を探すのに困難を来す場合があるため、早期の適切な対応のできる病院等で受け入れる体制・仕組みづくりが必要であるという課題になります。

こうした課題を受けまして具体的に目標を4つ掲げております。目標1が、「地域連携の推

進と専門医療の提供を図る」ということです。具体的な取組の1つ目が、認知症疾患医療センターの整備ということで、センターが実施しています専門医療相談、鑑別診断、身体合併症等行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等の取組を進めていきます。さらに認知症の診断を行う医療機関の確保や、地域の医療機関同士の役割分担、各関係機関の連携のあり方について検討した上で、検討の場はこうした医療部会になると思いますが、認知症疾患医療センターの支援を引き続き進めていく。その下の表には24年11月現在の指定状況を掲げております。

2つ目は、「地域連携の推進」です。地域連携の推進のために疾患医療センターが開催いたします認知症医療・介護連携協議会等を通じて医療提供施設同士、さらには医療と介護の連携を進めていきます。「認知症ケアパス」や「退院支援・地域連携クリティカルパス」導入の検討を進めていきます。区市町村においては認知症施策の推進を図り、地域の実情に応じた医療と介護の連携体制を構築していきますということで、区市町村の役割についても念頭にしております。

3つ目は、「専門医療の提供」ということで、認知症の診断、薬物治療、身体合併症、行動・心理症状への対応等の専門医療の提供については認知症疾患医療センターと地域の医療機関での役割分担を図るなどして、今後増加していく認知症の人に対応できる体制を地域で整えていきます。身体合併症を患ったとき又は行動・心理症状が激しくなったときに対応できる医療機関等を地域で確保するとともに、地域連携を推進し、認知症対応力の向上を図ることによって、身体合併症や行動・心理症状を有する人を地域で受け入れる体制づくりを進めていきます。

地域連携のイメージ図を下に掲げております。

目標2としましては、「早期診断・早期対応を可能とする取組みを推進する」ということで、主な具体的な取組を2つ掲げております。1つ目は、認知症の疑いのある高齢者を早期に受診に結びつけ、診断後状態に応じて認知症の人と家族が医療・介護の連携のもとで適切な支援を受けることができる体制について、区市町村、地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、介護事業者、認知症疾患医療センター等と協働して検証し、推進していきます。

2つ目は、都民の方に認知症に対する理解を深めてもらって、認知症の疑いがある場合は速やかに受診してもらうなど普及啓発を進めていきます。

目標3としましては、「専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成する」ということで、先ほど予算の説明でありましたように、研修の拠点を設け、各認知症疾患医療センターが実施

する研修を支援することにより、都全体のレベルアップを図っていきます。

2つ目として、多職種が一堂に会する研修を開催し、認知症サポート医、かかりつけ医、一般病院の医療従事者、薬剤師、介護事業者等の関係者の認知症対応力を向上するとともに、顔が見える関づくりを進めていきます。

3つ目として、区市町村や地区医師会が実施する認知症対応力の向上研修について、認知症疾患医療センターが講師を派遣するなどして支援をしていきます。

4つ目として、認知症介護に関する専門的研修を実施し、技術の向上を図ります。

最後が目標4になります。これは非常に広い概念なのですが、地域包括ケアの実現ということで取組みの推進をしていきます。

1つ目が、認知症高齢者グループホーム、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の整備を進め、認知症高齢者の住まいの確保を図っていきます。

2つ目が、在宅療養支援のための取組を推進します。在宅療養につきましては、保健医療計画で別に章を設けておりますので、そこを参照していただく形になります。

3つ目が、医療機関の専門職と連携した介護者支援の会の取組を広めていきます。

4つ目が、区市町村や地域包括支援センターが開催する地域ケア会議の取組を支援していきます。

5つ目が、認知症の人と家族を地域で支え、見守るために認知症サポーターを養成し、地域の多様な人材や社会資源によるネットワークづくりを進めていきます。

6つ目が、高齢者の虐待防止と権利擁護の取組を推進していきます。併せて区市町村における市民後見人の育成とその活動の支援等を図ります。

次に目標3の2つ目の柱として「若年性認知症対策の推進」ということで、引き続き若年性認知症総合支援センターにおいて、ワンストップ相談窓口を設けるとともに産業医に対する普及啓発など、若年性認知症の人に対する支援策を進めていきます。

目標3の3つ目の柱として、「認知症の予防と治療についての取組の推進」です。東京都健康長寿医療センターと東京都医学総合研究所における研究、あるいは予防との関連、認知症の発症予防や治療に向けた研究を進めていきます。そして区市町村における認知症の予防につながる取組を支援していきます。

以上が目標になっております。

最後に6ページの上の表です。「評価指標」として4つほど設けております。1つ目が、認知症疾患医療センターの整備ということで、現状10カ所のものをふやしていく。先ほど検討と

ありましたけれども、そういう検討をしていくことによってふやしていく。2つ目は、認知症退院患者の平均在院日数ということで、現在333日ですけれども、これを短くしていく。次の目標として新規の認知症治療病棟入院患者の2カ月以内退院率ですが、直近22年度では23.7%ですけれども、これを上げていく。最後に認知症の医療・介護従事者による多職種協働研修の実施ということで、目標として各認知症疾患医療センターでの研修を充実させていくという形で評価指標を掲げております。

非常に駆け足となりましたが、保健医療計画の説明は以上です。

・意見交換

○繁田部会長 ありがとうございます。今ほど説明をしていただいたこの資料8が保健医療計画の素案になりますので、この内容の確認あるいは修正・追加等、ご意見をまずいただきたいと思いますが、基本的には医療計画の中で認知症に割り当てられているページ数といえますか、スペースはこの程度のスペースになりますので、そう大幅な追加をするというわけではありませんで、それはできないのですけれども。ただ、実際に予算をおいて施策を行っていく場合には、具体的にどういった配慮が必要か、あるいはどういった部分に重点を置いていくのかということに関してご意見をいただくことが大切だと思いますので、必ずしもこの文章に直接反映しないような内容に関しましても、この取組に関しては、ぜひこういうことを推進していただきたい、こういうところに軸足を置いていただきたい等々のより具体的なご意見もいただけたらと思います。きょうはこれに関してご意見をいただくのがメインでございますので、ぜひ委員の方、お帰りになるまでに全員の方の発言をいただけたらいいかなという思いですので、どうぞよろしく願いをいたします。

早速でございますけれども、いかがでございますでしょうか。誰かが何か発言すると話しやすくなりますので、いつも初めのほうで発言をしてもらっている山本委員あたりから口火を切っていただけると。

○山本委員 では、口火を切らせていただきます。これは私、逆に各委員の先生方にお聞きしたいことなんですけれども、この評価指標で認知症退院患者の平均在院日数を短くする、新規認知症の入院患者の2カ月以内退院率を上げるという目標がございます。先ほど厚労省の資料で6カ月が2カ月という目標が立っていたのですが、これはぜひ斉藤先生たちにも教えていただきたいのですが、具体的にこれをやっていくには病院内でどういう取組が必要なのかということが、ちょっと私のレベルではよくわからない点があって、病院内でどういう取組をすれば

こういうことが可能になってくるのかを、ぜひ教えていただけたらと、これは逆に質問です。

あともう1点、若年性の方、総合支援センターを開設されてワンストップの相談を受ける、あと病院スタッフへの研修をするというのがあるのですが、若年性の方は先ほど4,000人という数字が出ていたのですが、地域の現場で対応する上では周辺症状が激しくなったり徘徊が始まったりして、失業とか離婚とかいろいろ課題が生じてきて、先が長いということもあって、なかなか解決策が見つからない。結局、どこかへ入所するみたいな解決策になってしまうこともあり、そのあとは地域から消えてしまうというようなパターンもあったりして、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だと思います。ぜひこちら辺はきめ細かいマニュアルの提示なり、地域への提示が必要かなというそういう感想を持ちました。この2点をひとつ議論の俎上に乗せていただけたらと思いました。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは、斉藤先生、指名もありましたので少しご発言いただけますか。

○斉藤委員 最初の2カ月でできるかという件についてですけれども、多くの事例についてその段階は医療の問題ではなくて出口の問題です。だから出口がきちっとすれば出やすい。実際、私どもの病院も受け皿のある方は2カ月前後で退院しているのです。一方で残ってしまう方の困難さというのがあって、今度の計画の一番の問題はその人たちをどうするんだと、地域に出すというけれども今起こっていることはどの病院も入院期間を短縮しています。その結果何が起こるかという、お金がある人は施設に入るのですが、お金のない人は施設に入れないわけです。で、今在宅でやっている人はものすごく経済的にも余裕があって、家族にも意欲があって、患者さんはおだやかでハッピーに暮らしている人と、家族も迷惑、患者さんも迷惑、しかし病院からは出された、施設には入れない、グループホームなんてお金が払えないという人たちが在宅にいるわけです。ですからそちらのほうに、医療の問題というよりは医療の出口のほうにケアをしないとだめだと私は思うのです。

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。2カ月で済むかどうかというのは行き先が施設であるか家であるかによります。施設から精神病院に入院する方というのは施設に合わせないからなんですね、病院に入院した途端におだやかになっちゃったけれども、その人をグループホームに入れたらもうその晩から寝ないで大騒ぎということになるので、それを防ぐためには一定の薬を使ってどこでもおだやかに暮らせるようにしなければいけない。そうすると薬を飲ませてその副作用がないように調整をするというのを2カ月でできる

かといわれたら、それは非常に厳しいと思います。事例によりけりですが、平均して2カ月というぐらいだったらやれるであろうというふうに思います。

それから若年型の認知症の処遇についてはおっしゃるとおりで、きょうも私はうちの病棟で開業医の先生でご自分が患者さんなのですが、「行き場を探しています」とおっしゃっていて、一番下の娘が中学生で、妻は仕事をしています、私は開業医ですから仕事がなくなりましたと、そうすると仕事がない人が娘を育てて奥さんの世話をしてくれる施設ということなんですね。その人はなぜ松沢で引き取ったかという、老健施設のお金が払えない、で、「私は行き場を探しています」といわれると、その方はかなりおだやかな人でお話ができる方だけれども、ご本人が途方にくれている。それがBPSDが激しい患者さんであったりすれば、もうすごく大変です。ですから私はビジョンとしてはこの計画でいいのだろうと思いますが、この計画の何かおぼれるところについてのセーフティネットをしておかないとだめだというふうに思います。

以上が私の意見です。

○繁田部会長 ありがとうございます。前半のほうの2カ月の短期で退院をという話のほうに絞って少しご意見をいただいて、そのあと若年認知症のほうに移りたいと思います。今の斉藤委員のご発言に少し私も併せて発言をさせていただきますと、出口の問題で医療だけの問題ではないという趣旨だったと思うのですが、おそらく退院がもしどんどん進んでいったときに負荷がかかると思いますか、負担がかかってくるのはそれこそ先ほどの山本委員の地域包括支援センターがどれだけ踏ん張れるかということと、あともう1つは、医療の問題としての在宅であるとか、訪問であるとか、そういったところでもし機能できる人がたくさんいらっしゃれば引き続き医療のほうをサポートしてということになるだろう。

いずれにしても短期間で退院していただくということは、病院としてできないわけではなのですけれども、それを早急にしてしまうと出た先の負担があまりにも大きいと、私も個人的にはそういう印象を持っています。

どうぞこの件に関して、お願いします。

○新井副部会長 私も全く同じ意見ですけれども、前回ある程度そういう問題点も指摘されて、みんなで意見が出たと思うのです。それでちょっと確認なんですけれども、先ほど説明のありました厚労省が10月9日に出したこの指針と、それから6月18日出した「今後の認知症施策の方向性について」とそれからこの10月の指針の改正の内容、そして今回東京都が来年からに向けての提案がありますよね、この3つの関係というのはほぼ同じ、もしくは東京都は厚労省の

指針の改正を受けてほぼ同じような内容に、それとも東京都としてはもうちょっと、先ほど斉藤先生が言われたようなセーフティネットみたいなのも厚労省よりは東京都としては少し厚めに考えているとか、その辺の違いですね、6月の厚労省が発表したもの、それからこの指針の改正と10月のもの、そして東京都が来年から考えているもの、これらにちょっとした違いがあるのかどうか、その辺を大枠のところから説明してもらえればと思います。

○新田課長 6月の方向性はオレンジプランという形で国はある程度整理したというふうに考えています。指針につきましてもその方向性、オレンジプランの流れの中に出てきた例えば初期集中支援チームですとか、いわゆる身近型ですとか、そういうものも指針の中に盛り込まれています。で、指針の中には直接に初期集中支援チームですとか、あるいは身近型の疾患医療センターのような記述はありませんけれども、都としてはそういうものも踏まえながら保健医療計画の中で、例えば疾患医療センターのあり方を検討していくに当たってはオレンジプラン等を参考にしながら考えていくということです。

あと、国から示した指針はあくまでも基本的な考え方ですので、それを各都道府県がどのような肉付けをしていくのかというところは、各都道府県に任されている部分がありますので、都としては例えば初期診断、初期対応をはじめとして、都として現時点で考えられるできることを盛り込んだようにはなっております。

○繁田部会長 ありがとうございます。先ほどの入院期間の短縮の話ですけれども、わりと発言が医師のほうに多いので突然で申しわけないのですが、牧野委員、当時者であり、介護者でありという立場で、こういう提案といいますか方針をお聞きになられてどのような、自由にご意見を言っていただいても結構です。

○牧野委員 先ほど斉藤先生がおっしゃられたように、地域やご家族が退院された方をどれだけ在宅でみたり、地域でみたりできるかということについては非常に懸念を持っております。私どものやっているような地域での介護者の会であるとかサロンですとか、そういうところに来られる方はどちらかといえば非常に困難を抱えていらっしゃる方、あるいは最近では非常に若い方が、認知症の親御さんを抱えて仕事をやめざるを得ないという方が非常に多くなっているということを介護の現場からもうかがっているところです。家族数が少ないということがやはり介護の手がないということにつながってもおりますし、若いということで認知症の対応も非常に、特に初期の場合にはわからない、パニックになっているという方が非常に多く見受けられます。結果的に虐待事例になって切り離されたという感覚を持っておられる方もいるわけです。

退院のケースというのはどうしたらいいかということは、私の立場では申し上げにくいのですが、今見ている範囲では介護家族が事前にどれだけこういった情報源を持っているか、そのあたりのところはとても大事だというふうに思っております。特に地域とつながっていない働き盛りの方とか若い方にとっては必ずおっしゃるのが、まさか自分がこういう介護をするとは思わなかったという言葉が漏らされます。突然に介護や認知症がやってきて、どうしていいかわからない、要するに泳ぎを習わずに海に飛び込んでしまったような状態ではないかというふうに感じるのです。だとすれば、やはり地域の中でもう少しさりげない形で認知症の教育や家族になるための教育というそういうものが必要だなと、私はずっと考えておりました、それでこの介護者支援の医療と連携した支援の場をつくるということに大変重点を置いていただきたいと考えたところでございます。

特にこの中ではあまり出てきてはいませんが、家族会や介護者の会の長い経験を持っているコーディネーター能力のあるリーダーがおります。そういう方々か医療の中に入っていったり、それから医療と近いところで今私どもも病院の前にカフェを開いているのですが、そういう場にコーディネーターのような人間がおりますと、医療や包括支援センターも目の前なんです、そういう方と間に入って調整役をしながら家族をつないでいる、あるいは虐待といわれているご家族を、ケアマネさんと話をしながらカフェで見守っているというそんなケースがあります。こういう場を最初から見据えて病院・包括・行政、それから市民というトライアングルといいますか、そういうネットワークで場をつくっていくということが事前の段階で必要ではないかということを私は感じている次第です。

病院で診断を受けてすぐにそういう方や地域の方や、それから家族会の人やケアマネさんやいろんな人につながれば、そういったパニックになったり非常に孤立感を抱えたりしないで済むだろうというふうに思いましたので、もう診断したらすぐにそういう方につなげるような、隣の部屋でサロンをやっていたりカフェをやっていたり、そういうシステムをぜひ導入したいと思っております、もしそういうネットワークが長いこと続けたとしたら、場合によっては地域の人たちが家族の代理をするような形で見守ったり、病院に行ったり、それから施設に行ったり、そういうケースもありますので、ぜひ地域の力を早めにつくっていく、しかも医療や福祉と地域の人たちをつなげる場を病院から切り離さない場所をつくっていくと、もしかしたら退院の問題にもつながっていくのではないかなと、確実性という意味ではわかりませんが、そのことを提案したいと思っております。よろしく願いいたします。

○繁田部会長 ありがとうございます。今のご説明を聞いていて気がついたのですが、目標

4の1の○の3つ目がそれに、牧野委員がおっしゃったことに相当すると思うんですね。この介護者支援というのは、いわゆる情報提供をすることで、あるいは情報を身近にアクセスしやすい形で用意しておくという形の支援、それだけではないかもしれませんが、そういうのが一つのイメージということによろしゅうございますか。

○牧野委員 結果的には家族教育の場所になるんですね、教育の場所になります。それは押しつけ的な教育ではなくて、ご自分自身で気づいていくというそういう相互教育のような場所に結果的になってきますので、そういう場所をつくっていただきたいと思っております。

○繁田部会長 先ほど行政ということをおっしゃいましたけれども、ここには「医療機関と連携した」とありますが、行政との連携もですか。

○牧野委員 はい、地域包括支援センターの方々と。

○繁田部会長 区市町村ということですね。

○牧野委員 はい、そうです。

○繁田部会長 なるほど。行政の立場でよろしいですか、目も合いましたし……。 (笑)

○吉田委員 はい。新宿区の高齢者福祉課長の吉田でございます。この認知症の計画ということで拝見させていただいて、今ご発言された牧野さんには大変お世話になっておまして、おっしゃるとおりですね。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、今大変医療と介護の連携会議を新宿区の場合は盛んに開催をしてくれています。医師会との連携も当然必要になってまいりますので、レジュメに書かれているような内容で課題はもう本当におっしゃっているような内容になりますが、現場としてはこれをどうやって具体的に取り組んでいくかということだと思っています。ご意見をうかがいながら進めていきたいと思っております。

発見のところでは、実は高齢者の見守り、それから生活困窮者の見守りと併せて新宿区の場合は、9月から新たな見守り体制を構築して、できるだけ広く地域の方たちの目がいくような形、そして最初は見つけていただく、そのあと地域包括が組み合わせをしまして対応していくということで、区長の思いで地域包括支援センターも普通の人員より倍増して、一般財源も投入しながらやっているところですが、まだまだこういった部分で力としては足りないであろうと。そこを担っていただけるのはやはり地域の方の支援ですね、支える側、牧野さんのようなNPOの方の支援ですとか、そういったつながりがこの中にもしっかりと出てくるといいのかなと思っています。

私は話を聞きながらこの課題を具体的に本当に現場ではどうやって実現していったらいいの

だろうかというそこへ今考えがいておりまして、あまりまとまりませんが、以上でございませう。

○繁田部会長 退院の支援とかという話で行政が成し得ることと申しますか、いかに包括との連携というか、そもそもくっついたものですのでそういうことになりますか。

○吉田委員 退院支援は新宿区には大変大きな病院もありますので、そういったところとの医療連携の会議を毎年やっております、昨日もMSWさんとケアマネージャーとの関係をつくり上げながら、今退院支援の仕組み、要するに顔の見える関係づくりを進めているのですけれども、課題としては医療機関の側から伝え聞いています。直接言われることもございます。

それともう一点は、私どもでは基幹型を持っていますので相談事例の中で急性期の認知症の患者さん、この方たちをどこでみてるのかというようなところで、そこが課題となっています。やはり新宿区の場合は精神科の病院が、特に入院病床がないというような部分もありながら、一部の病院さんではちゃんとそういった科を持っていらっしゃる、そこもだんだん見えるようになってきましたので、今後はそういったつながりをどうやってつくりながら具体的に、いざというときにどこで対応いただけるかというような仕組みづくりなのかなというところでございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。退院支援のための連携と申しますか、これに関して少しまたご意見をいただけたらと思っておりますけれども、いかがでございますか。

○牧野委員 申しおぼせましたが、訪問看護ステーションの役割は地域包括が担うときに医療職も来ますけれども、やはり訪問看護ステーションの看護師さんたちの支援も大きなものと考えています。ですから、この支え手ですね。

それから認知症の先日会議をしたときに、薬剤師さん、それからそういった方たちの投薬管理とか、その連携の広がりというのはレジュメにも書かれておりますので、その辺のところやはり大事になってくるのかなと思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。斎藤委員お願いします。

○斎藤委員 何度も申しわけありませんが、今のようなことをやっていくというのは非常に大事なことだと私も思っています。それから認知症の早期というのは早期に見つけると、この間私どもの病院で地域の3区の方々と協議会を開いたときも、早く見つける方法というようなことをおっしゃられたのですが、私の感覚では早期の患者さんは見つけるものではなくて自分で悩んでいるもので、自分で悩んでいる時期にきちんと診断がつけば大きいトラブルもなく暮らせるんですよ。ですから自分で悩んでいるうちにきちんと診断をするためには、まず介護者の教

育も含めて社会の啓発というか、認知症というのは入り口というのは物忘れが起こって、どのくらい物忘れが起こったときに初めてなるのではなくて、それまでに5年も10年も長い経過があるということを啓発する必要があるって、そうすれば早い時期に受診がされて、そういう患者さんをきちんとフォローしていけばエビデンスはありませんが、例えばBPSDのようなものが起こりにくいとか、救急例を減らせるという点では広い意味での社会啓発は非常に大事だと思っています。

それからもう一点、今のような議論は、しかし何といても家族がいる場合に限られるのだと思うんですね、認知症がある程度進行しちゃってから訪問看護だ、訪問介護だといっても24時間ついているわけではないのですから、そうなるとこの32万とか52万とか、あるいは若年認知症4,000人という人たちの中に家族支援がもとより期待できないケースが何人いるかということもきちんと把握して、例えば65歳以上の高齢者で高齢者の単身ないし老老家族というのはもう既に5割ぐらいですよ。ということはその人たち、もちろん老老家族でも近くに息子がいるでしょうから4割、5割が全部だめだというわけではないけれども、単身の人と老老生活をしている人のおそらく半分は初めから家族支援がないものと思ってやらなければいけないので、そういう人たちに対して住み慣れた地域で暮らすのが幸せだとか、そういう健康な人の夢物語でサービスを強要するとそれはとんでもないことになる。

で、そういう人の多くは金がないわけです。ですから行政的なサービスという点では、やっぱり来るべき52万人時代の何人が地域で生活できて、何人はもうしょうがないのでグループホームでもいいから施設ケアで誰か24時間見てあげなければだめな時期が来て、例えば15年の経過があっても後半の10年は施設ケアをしなければいけないということを前提に考えないと、夢物語でやっても下に行けば行くほど話が難しくなる。

厚生省は見えないことを言っていればいいけれども、都は困るし、区はもっと困る、地域包括がさらに困るということになるので現実的なリスクをきちんと計算して、これとは別な話かもしれませんが、リスクを計算してそれに東京都としてはどうやって備えるかということがないと、すべてが絵に描いた餅になるというか、そういう人たちが医療や介護の歯車をうまく回らなくしてしまうとか、そういう人たちが悪いわけではなくて、そういう人たちの処遇ができないからです。ですから、そういう条件の悪い人の数を早く把握しないといけないのではないかなというふうに思うのです。

○繁田部会長 支援自体は別に考えないといけないだろうということですね。

○斉藤委員 そうそう、だからそのリスクを計算しておかないと、やっぱりこういう大きな社

会で高齢者がふえてきたときに将来は今よりずっと難しくなります。これから10年後に認知症になる人は子どもの数が少ないわけですよ、子どもの数が少ないということはそれだけ経済的に負担が大きいということですよ、だから今より問題はずっと難しくなるのでそのリスクを正確に把握して、それに現実的な備えをしないといけない。家族がサポートをすれば地域で暮らせそうな人についてはなるべく早期から介入をして、後半の大きな混乱を防ぐというふうなことができれば全体のコストが下げられるということになるのだろうと思います。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○新田委員 今の意見に賛成でございます、私は国立市ですけれども、国立で単身の認知症の人は今247名おります。かなり重度な認知症の方で、さらにその認知症プラス食道がんを抱えた人、あるいは心不全も含めていくつかの病気を抱えた人、その人たちは単身生活をおくっています。そうすると夜にその人はパジャマ姿で外へ出てセブンイレブン等へ行くわけです。そして夏の間はやっぱり脱水を含めて何回も倒れるわけですね、倒れるごとに救急で運ばれる。まちの人たちって親切ですからすぐに救急車を呼ぶんですね、で、救急病院へ行く。それが大体2回ぐらい運ばれると地域がだんだんわかってきて、そこで動き始めるわけです。そうすると、その人は今どこを歩いても、どこで買い物をしてもただで買っていて、あとでお金を払うという自由な世界ができていくわけで、そういう人が245名います。

今言われたのはたしかにそのとおりで、私は重度になってもアルツハイマーの方が普通に生活して、もちろん便秘で大変になって徘徊することもあります。そんなようなことを繰り返しながらも私は生活は実は可能だと思っているのですが、最後の受け皿というか、そのときはどうするのかということを決めておかないと、周りにいるケアマネを含めた支えるいろんな人たちが、誰がどのように判断するか困るわけです。今言われたように誰も身寄りがない人たちも結構いるわけでそこで困ってしまうわけです。社会的な困難ですね、医療的な困難というより社会的な困難にぶち当たるのです。

そこは市の包括というのがだんだん主体になれるようになってきましたので、それは24時間体制でその対応をするという形を今取り始めたところでございます。念のために言いますと、国立市は地域包括は市役所の中に1つだけしかつくりませんでしたから、それができるのです。そういう意味で斉藤先生が言われた中で、本当に困難者で今の介護保険サービス等でその人の生活をどこまで本当に支えることが可能かというところではないんですね。そうするとインフォーマルを含めたものをどこまで整備できるかが地域力にかかってきていまして、今私のところの国立市には10のチームができていまして、例えば見守り隊とか、どこへ寄っても大丈夫な

こととか、そんなような感じで10のチームがそれぞれの機能を果たしながら、認知症の人のまちづくりですね。そういったことを行わないと病院がいくらあっても足りないし、施設もいくらあっても足りないということになってくると私は思います。

それと受け皿づくりですが、私は20年認知症をみてきて、精神病院へ入った人は3名しか知りません。もともと精神を併発した人が認知症で中核症状が悪化してどうしようもなくなった人、これはもう精神ですからもう出られないです。ずっと精神で亡くなりました。かなりみているのですが、3名だけです。だから私は受け皿づくりというよりは、居場所づくりのほうが大切だなと思っています。

それと目標4ですが、「認知症高齢者グループホーム、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の整備を進め」と単純に書いてあります。本当に特養をこれからさらに整備するのでしょうかという話が1つです。

そしてサービス付き高齢者向け住宅というのは、非常に悪徳なサービス付き高齢者住宅がいっぱい出ている中で、これを整備するために進めるのでしょうか、実質は問わないのか、認知症の標準化対策は何もないのかと、ただ整備を進めるだけなのかという何となく上っ面な文章で区市町村に下ろされると、新宿区はこれをみてどう考えるかわかりませんが、もうちょっと精密に、斉藤先生のお話も含めてそうなのですが、精密なものを出していかないといけないうのかなと思うのですが、ただ、これは大きな目的なのでこんなものでいいのだったらこれでオーケーです。それはそれであると勝手に解釈するということでよろしいのですが、そのようなことで私は精密にこれからどうなるかという地域づくりを含めて、どう新体制をつくるかというのをもう少し組み入れてほしいというふうに思います。

そして最終的には区市町村がやっぱり責任を負わなければいけないと思うんですね、東京都は大きな指針で結構ですが、区市町村がちゃんとその責任を負う。なぜかという介護保険の事業者は区市町村ですので、そこをやらざるを得ないという宿命がありますので、そこにもう少し支援をするような体制をつくって紹介してほしいと希望します。

○繁田部会長 ありがとうございます。実際に今確立した医療機関であるとか、そういった支援だけではやっぱりカバーしきれない、サポートしきれわけですね、ですから先生がおっしゃったようにインフォーマルでというそういうことから考えますと、先ほどももとは家族あるいは介護者の力が発揮できるような体制というところから話が出て、しかし斉藤委員から一人の人が大勢おられるので、それはまた別に考えなければいけないと。けれども今のお話を伺っていると区市町村と、それから市区町村含めて包括と、それから例えばそこに家族会なり介

護者なり、いわゆる地域の人がサポートで入ってということであれば、新田委員のおっしゃった受け皿がつけられる可能性があるわけですね、あるいはそれ以外で考えてもちょっと思い浮かばないわけですね。

○新田委員 もう一つ先ほどの早期診断の価値という話がありましたけれども、私も随分長いこと失敗したのですが、早期診断をしますと外来でみている患者は取り繕う反応だけで本音というか問題点は浮かび上がらないんですよ、早期診断だけをしても。本当にそこで家族とその人の持っている悩みとか環境とか、そのことを外来ではとても……。

私はかかりつけ医でそこに行っているのですが、なかなか短い時間の中では、これは精神科の先生たちと違うと思うのですが、なかなか出てこない。その意味で私は訪問をするのです。訪問することによってそこの中ではっきりと問題点が明確化する。で、先ほど斉藤先生がいわれたBPSDも含めて早期対応がそこで見つけて対応できるというようなことだと思いますので、今繁田先生のお話はちょっとそこがまたずれちゃうかもわかりませんが、そこまで含めて丁寧にみるという話でございます。

○繁田部会長 どうぞ、お願いします。

○栗田委員 今のことに関連して1つだけ。この目標4の地域包括ケアシステムの実現というのは本当にもうちょっと膨らませなければいけないことなのですが、これは「生活・家族の支援」と書いてありますが、実は生活支援、家族支援という2つの重要なキーワードが埋もれている言葉でございます。この生活支援というのは大変重大なキーワードでして、これは「地域包括ケアシステムが予防、医療、介護、生活支援、住まいを一体的に提供する」というときの生活支援でありまして、近年出てきた新たなサービスで、一体これは何なのかということではほとんど実はまだ形になっていないものです。具体的には配食サービス、見守り、緊急通報システムしか挙げられていないのですが、実はこの生活支援というのは何かということをはっきりとすることが、これは地域包括ケアシステムの一番の鍵になるというところです。

具体的には今の話の流れで出てくる言葉なのですが、家族がいる人はその家族による支援があるから何とかやれていたけれども、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がこれからたくさん、特に大都市ではたくさん出てくるので、ここを医療サービスや介護保険サービスがカバーできないので、ここに新たなサービスをつくらなければいけないというところから出てきたのがこの生活支援でありまして、別名は「家族的支援」と呼ばれているものであります。もうちょっと細かく生活支援の議論をしなければいけないのですが、実際には家族がやっているような情緒的、情動的、手段的サポートを提供できるようなものをつくり上げ

ていかなければいけないということになります。これは東京都においては特に重大なテーマになりますので、何とか記載していただければなというふうに私も思います。

ちなみに東京都は単独高齢者数は60万世帯で2025年までに1.4倍ふえますけれども、夫婦のみ世帯を入れますと大体その倍くらいになります。実際は先ほども言いましたように単独世帯と夫婦のみ世帯だけではなくて、介護力のない家族はいくらでもありまして、斉藤先生おっしゃったように経済的困窮と大体くっついているので重層的課題といいますけれども、家族的支援がなく、かつ経済的困窮状態に陥る高齢者が大東京の独自の課題といってもいいくらい大きな問題となってきますので、もう少し厚みをつけて書けると本当はいいなというふうに私も思います。

○繁田部会長 ときどき研究とか調査の関係で地方都市にまいますけれども、そこでも結構問題で、「息子は東京へ働きに行って帰ってきやしないよ」というようなことが結構あって、ですから東京だけの問題ではなくて日本全国での課題だろうというふうに思います。

一つ、栗田委員に教えていただきたいのですけれども、家族的支援、今おっしゃった生活支援で想定される、あるいはその支援を提供し得る人というのはどういう人ですか。

○栗田委員 実質的には今一番きっちりした家族的支援を提供できているのはNPOなんですね、特に新宿に大きなNPOがありますけれども、そのNPOが提供している家族的支援、日常生活支援というのは何かというと、それは例えば寂しいときに相談にのってくれるとか味方をしてくれるとか、冷蔵庫を開けて腐ったものがないか見てくれるとか、大ざっぱにいうとIADL、服薬管理と通院の援助、それから金銭管理といったIADLのサポートをしてくれると。そういうIADLのサポートをしてくれるようなサービスというのが、実質的には介護保険サービスでは得られないということです。病気のときに気づいてくれる人がいるとか、病院へ連れて行ってくれる人がいるとか、そこをどうするかということが大変重大な課題になるかと思えます。

○繁田部会長 ありがとうございます。今の段階でどこまで具体的に書けるかという問題がありますけれども、もしよろしければこういう表現でとか提案をしておいていただけると最後に都のほうで文書をまとめるといいますか、書き込むときに参考に。もちろん今後の無視できない課題ですので。

○山本委員 これは今もお話が出て、前回、新井委員からもご指摘があったサービス付き住宅は今後爆発的にふえていきます。今、新田委員からもサービスの質の問題のご指摘があって、この表記でいいのかという問題がありますが、やはりサービスの質を求めていくというような

内容を盛り込んでいく。囲い込まれてしまったら本当に外から見えない危険性があります。

○繁田部会長　そうですね。

○山本委員　入居するというのは財産を持って入るわけですから、最初は元気で入るのでしょうけれども、だんだん認知症になっていったときにどういうサービスの質が担保されるのかというのは、ぜひ短い文章でも盛り込んでいただいて、何らかの外部的な目が入っていく、また施設を地域に開いていくというような方法はとれないのかというようなことをお伝えしておきたいと思います。

あと、栗田委員がおっしゃられたNPOでいわゆる身元保証をしていくというようなこと、そして生活寄り添い型のサービスをしていく、これも今後、増えていくと思うんですね。きょうも私の地域で包括センターの社会福祉士や 運営協議会の弁護士、行政、あと社会福祉協議会が集まって権利擁護に関する会議をやっていたのですが、そこで話題になったのは死後事後の話です。身元がわからない方が亡くなった場合に相続財産管理人を立てたりとか葬祭をしたりとかいろいろやっていく必要があるのですが、今どこにも持っていきようがないお金の対応に時間がかかり、市役所の金庫にしばらく保管しなければならないというような状況もあります。

エンド・オブ・ライフケア、これは桑田委員がご専門ですけれども、最後亡くなる時のことと、あと亡くなったあとのお金も含めた、これは認知症のケアも同じだと思うのですが、そこも踏まえたケアをしていかないといけないという、家族がいらっしやらない方が多くなってきているのでそういう状況になっています。だからそういうことも含めたサポートを考えていく必要があるということがあります。あと、NPOもお金を取るところもたくさんございまして、では、お金がない方はどうしていくのかという問題があります。NPOのスタッフの質自体も問うていかないと、生活寄り添い型になればなるほどサービスの質が問われるという状況がありますので、これもぜひ議論をしておく必要があると思います。

もう一つ。先ほど新田委員が重要なことをおっしゃられました。医療的な問題と社会的な問題の両方があるということで、この社会的な問題で先ほど斉藤委員がおっしゃられた退院時の出口の問題においてどういう社会的な問題があって、出口がないのかという問題。医療的な問題は、新田委員や高瀬委員のような医療連携でかなり解決できる部分もありますので、また包括の関わりとかケアマネジャーの関わりがありますが、社会的な問題は出口がないといった場合には、どういう問題のカテゴリーがあるのか、これは追及しておく必要があります、整理しておく必要があるかなと思います。

○繁田部会長 先におっしゃったお亡くなりになられたあとの例えば財産の整理とかという、それは栗田委員のおっしゃった家族の寄り添い支援の延長にあると、それはまた別にとということではなくて、その中でやられるほうがいいのでしょうね。それまでのその人の生活と生きざまを知っていらっしゃる方がというほうが連続性がありますね。

○斉藤委員 それは例えば成年後見人にも葬式をやる権利はないわけですよ、亡くなった途端に後見人の権利というのはなくなっちゃうから、どんなにお金を相続していてもお葬式も出すわけにはいかないわけです。ですからそれは何らかの法的な整備が必要で、任意後見だったら死後事務が可能ではないかという法律解釈もあるので、簡単な任意後見のようなことでやるという手もあるのだらうと思いますけれども。ただ、要はお金のない人、今だって認知症の高齢者が入院をして生活保護で行き先を探してくださいといったら、栃木県とか群馬県の有料老人ホームになるんですよ、ほぼ例外なくなる。そこにしか行きようがないのだったら出しますけれども、行った先で誰がみているのといったら福祉事務所は送って行ってくれるだけで、何が起こるかわからないわけですよ。

だからもとに戻りますけれども、やっぱり全体のシステムを考えたときに一番底辺にいる人たちがどれくらいいて、その人たちをどうやって支えるかという手はずがないと、上のほうの余裕のある人はそれはバラ色がどんどんバラ色になればいいけれども、世の中の格差が広がってしまったらみんなとても困るといってか社会全体が殺伐とするわけです。そういう意味では、私は医療の問題というよりは社会のシステムの問題で、さっきから言っているようにそういう人たちのセーフティネット、自分の権利を自分で守れないというのが認知症の人で、今認知症の高齢者で家族が後見人になっている人が、家族によって横領されている金額は最高裁が把握しているだけでも1カ月3億円ですよ、毎月3億円ずつ家族から横領されているわけです。それでも文句を言えない人たちが地獄を見ないで生活していけるようなシステムをつくるときに、すごく理想的な話で終始するか、ボトムをきちっと決めてから上は何かするかということだろうと思います。

○繁田部会長 そういう方を支援するということから考えると、もはやNPOでとかそういう話ではなくなりますよね。

○斉藤委員 NPOの果たす役割というのはすごく大きいし、地域の果たす役割も非常に大きいけれども、そういうところから漏れる人たちが一番難しいということです。だって単身者を退院させようと思ったときの阻害要因はやっぱり近所の人たちですよ、「また一人で出すの、あの人を」と、実際におまえのうちの隣に住んでたき火をされたらどうするんだと言われると、

やっぱり私も嫌だなと思うでしょう。だからこういうプランをつくる時はいいけれども、自分のうちの隣に来るといったら考えちゃうわけです。自分のうちの隣に来てケアができるようなシステムができない限りは、やっぱり事前の策を考えなければいけないわけです。ですから私がいうのは、その事前の策を考えなければならないような人たちが地獄に堕ちないようなシステムでなければならない。そこから上はほっといたっていろんなシステムで支えられていくんですよ。

○新井副部会長 いや、よくわかります、異論は全くないです。結局はそういう方たちには経済的なものを含めてその住む生活の場所と経済的なもの、それを提供するという形になる。そのセーフティネットですよ、そうすると、どうしても新田委員が前回はお金、予算とかを考えないで我々は提案していくという、それも私もそのとおりだと思いますけれども、そうすると現実的になかなか対応策が見つけれない層に対しては、やはりそれなりのきちっと経済的なものを支払うという、現実的には何らかのバックアップですよ。

○斉藤委員 例えば個室でなくてもいいから特養があるとかいうふうにならないと、一定の量がですね、ただ、その量がやたらにふえてみんなそこへ放り込めばいいという発想になっては困るけれども。本当に困窮した人が路頭に迷わない、群馬県の有料老人ホームに行かなくてもいい日本にしないと、大抵群馬県なんですけれども。

○新田委員 地域で見ていると、やっぱり所得第1段階と第2段階は生活保護も含めてですね、だから意外とそこは守られるんですよ。一番問題なのは3、4なんですよ、やっぱり中途半端な所得層なんですよ。もうちょっと高い層は斉藤委員の言うとおりでございますね。で、一番低下層というのは生保社会というのが意外としっかりしているのです、地域で見ているとですよ。そこが今の話だと一番最下層というのは、どこが一番だめな層なのかという所得段階層で見るとか、あるいは家族も含めてトータルで見るとか、そこはもうちょっと考えて議論してもいいのではないのでしょうか。それプラス言葉が言えない、自分が表現できないということも出てきますので、そこを含めないと、じゃあ、何を整備すればいいのということになってしまふというふうに関知しましたけれども。

○繁田部会長 生保ではないけれども、自分で自らお金を払って施設に入れるところまでもいっていないということですね。

○新田委員 そうですね、第2までは何となく生保社会も含めて日本というのは優先順位というか、変な話ですがありますが、第3とかになるとちょっと中途半端になってグループホームにも入れない。例えば東京だと16万とかそういう値段ですよ、そうするともう入れない、ど

こも行けない、むしろ病院も行けないという状況に現在はなっていますね。その人たちが先ほどどのように放置されて、アパートとかそういうところにいらっしゃるといふ現状をどうとらえましょうか。

○齊藤委員 何度も申しわけない。生活保護は昔は比較的安心だったのです、それから地域生活ができる程度の能力があれば、生活保護はそのちょっと上の生活保護になっちゃったほうが楽なのになという人たちよりは楽なんですよ、医療もただで受けられるし、けれども施設ケアが必要になったときに生活保護は、もちろんその直上の人は楽かといえばそんなことないけれども、要するに生活保護レベルの所得の人たちが地域生活ができなくなったときの行き場が20年前と比べたら、もう全くまずくなった、行き場がなくなった、それは病院から患者さんを出すときに区役所の方だっただけでよくご存じのはずです。お困りになるのを承知で「探してくれなければ退院させちゃいますよ、明日」とか言って脅かしているわけですから大変なんですよ。

○新田委員 それはちょっとしつこくなってしまうので申しわけないのですが、例えば昔は特養というのはやはりお金がない人が行くという低所得対策があったわけですが、それは介護保険でなくなってきたというその現実はずいぶんあつて、そこが混在になっているので、これから特養ってどういう入り方をするのかですね、そういう話をまずしなければいけないという、それはそうだと思います。

○山本委員 今施設の話が出ているので、今課題になっているのはこれも栗田委員がおっしゃられたことですが、身元保証の問題でNPOがやってももちろんいいのですけれども、お金がかかるということもあつて、これはちょっと将来的な課題で今すぐどうのこうのという解決はできないし、また成年後見制度が改定になって、成年後見人が身元保証もできるのかという話になればまた変わってくるのですけれども、ある程度何らかの公的な身元保証みたいな制度がないと今後の高齢化や認知症の方の増加に対して果たして施設入居の問題も含めて対応していけるのかという心配があります。あと有料老人ホームの入居も含めて、有料老人ホームも今は身元保証を求めますので対応できるのかなというような心配があります。今日午前中の私の地域の権利擁護の業務連携会議ではそんなような議論が出ていたのですけれども。

○繁田部会長 もともとは目標4の1の住宅等の整備というのをここに意図したところというのはどの辺に、今その方向性とかいろんな考えの中にこの施設が出てきて使い方、あるいは活用の仕方という意味でいろんな意見を委員の皆さんからいただいたのですけれども、これはもともとは単純により多くの方がより充実した設備の中でという単純な……単純といたら失礼かもしれませんが、そういう意味と受け取ってよろしいですか。

○新田課長 そうですね、ここは受け皿の問題もありますけれども、そういうものを着実に整備していくというところで、先ほど質のお話というところがあったのですけれども、質の部分というのはここに限らず医療の提供の部分もそうですし、連携の部分では当然質というところが出てきますので、あえてこの分だけ質を書くのかどうかというところは議論があったと私は思っております。

サービス付き高齢者向け住宅についても、都では医療介護連携型のような住宅の整備を進めておりますので、当然その質の面も含めながら整備をしていくというような思いで書いております。あと、社会的だとか経済的にいろいろ孤立をした人たちに対する問題というのは、認知症の問題に限らず非常に大きな問題だと思っております。その中でどう書いていくかといわれているわけですが、じゃあ、どうしていくんだというところの答えがなかなか出しにくいという部分も正直ございます。

で、上から5つ目のところに「認知症の人と家族を地域で支え」の部分、このところで地域でそういう方を支えるような仕組みづくりをしていくと、非常に抽象的な書き方ではありますけれども、そこで我々としては包含させてそういうような意味合いも含んでいるというふうには考えてはいるのですけれども。ですから本当に困窮した人に対して何か経済的な支援をするとか、本当にそういうのが制度としてつくれるのかとか、その辺の議論もまだございますので、記述としてはこの書き方の問題はもう少しあるのかもしれませんが、そこにどれほど突っ込んで書いていけるかという、現状なかなか難しいのかなというのが私の意見ではあります。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは……。

○新井副部会長 ちょっといいですか。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○新井副部会長 最初の1つ目の○でグループホーム、特養、サービス付き高齢者住宅と全部一緒にしちゃっていますね、これはやっぱり分けて書いたほうがいいのではないかと先ほどから思っているのです。厚労省の管轄の中に入るような施設はその地域ごとにある程度、例えば需要を考えて適切に整備していくと、一方でサービス付き高齢者向けというのは自由につくれちゃいますよね、どちらかというとアパートみたいなものですから国交省の管轄ですね、これについてはやっぱり別に記載して、これは増加しつつあるこういったものに対してやはり整備を進めるだけではなくて、前から議論になっています研修会をするなり、ある程度都が評価するというのはおかしいですけれども、何らかの質を、そして実質的なケアのサービスを向上す

るような研修会で対処するとか、やっぱりここはもう少し充実させていかないと、ここは問題がこれから出てくるのではないかと。一緒に書いておくよりは別に書いたほうがより明確にされるのではないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○高瀬委員 よろしいですか。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○高瀬委員 実際に私も蒲田医師会の包括支援センターの人たちと話をしている、困難事例が問題になっています。斉藤先生、新田先生が言われるのと同様の症例です。経済的に困窮しているのですが、その理由は以下のようなものです。若いころは結構頑張って仕事をしてきたのですが、お酒飲みすぎのために奥さんが家出してしまいました。それで昔行っていた飲み屋のおばちゃんとまたやりとりするようになって、そしたら何か年金担保ローンというのに自分が知らないあいだに入っていて、自分のところにはいつも現金5万円しか入ってきていないのです。もしかしてそのおばちゃんが不法な詐欺行為をやっているのかなみたいなことがあって、包括支援センターは「多分それは怪しいな」とわかっているのですが、うまく手をさしのべられないことがあります。このように警察と一緒に連携をして包括支援センターとやってもらわなければいけないのかしらと思いつつながら悩む例が多分蒲田の医師会の管轄だけでも、5人から10人ぐらいいまして、大田区で20箇所の包括支援センターがあれば、掛ける20、つまり100人から200人というとおそろしい数の人たちがいて、その人たちはみんな野放し状態に近い状態になっています。先ほど斉藤先生からは家族からの搾取で3億円という話がありましたけれども、今の話なんか入れちゃうと3億どころでは済まないようなことが起きています。認知症の人たちの人権も財産も奪い取るような形で、ほとんど犯罪のようなことが日夜起きているという臭いがぷんぷんするのです。

条例とかそういうもので、足立区なんかではごみ屋敷問題を解決するという話がありますけれども、①行政が主体的にそこに具体的に取り組んでいけるような方策があるとないのとでは、大きな違いになります。②医療のお手伝いの仕方というのも結局お金の問題というのはどうなのということが問題になります。例えばお金の問題がはっきりしないから在宅医療が有効だとわかっているても行けないということがあります。なぜなら、通院は本人病識がないから病院にも行けないねという多くの人たちがいます。これからさらにそういう方がふえていくのだと思うので、東京都ならではのそういう具体的な数字の把握から始まり、戦略というのをはっきりしてもらったほうが、これは私たちも動きやすいと思います。

私も認知症になったら国立市に移りたいなと思いますけれども、見守り隊が10チームもある

ので、そんなありがたい所はないかなと思います。国立市は二百何十人徘徊されている方がいて、たしか全人口が8万人ですよ、そうすると大体その8倍ぐらい大田区は人口があるわけですから、大体2,000人ぐらいもう既に徘徊している人たちが大田区にいらっしゃるわけなので、どうしたものかなというところなんです。都民の皆さんが安心できるような何か具体的な方針というのをこの部会からつくり上げないと、じゃあ、どこから戦略が出るんだという気がします。

○繁田部会長 ありがとうございます。多分それこそ根本的に考えるためには先立つものが必要になりますので、ここでおそらくこれ以上それを具体的にという議論は難しいと思いますので、先に進めさせていただいて、今の意見は重大なといいますか大事な意見でございますので、受けとめた上で先に進めさせていただきたいと思います。

私のほうでご意見をここでお聞きして整理しておいたほうがいいなというふうに思っている点が2つほどありまして、1つは、目標3の人材育成のところなんですけれども、簡単でも結構でございますので、医師会の立場で平川先生、それから専門看護師の立場で桑田委員とちょっとずつだけでもご発言いただけたらと思います。

○平川委員 小さな話になって大変申しわけないのですけれども。

○繁田部会長 いや、小さな話ではないです。

○平川委員 医師会のほうで今進めておりますのは、ここにも書かれておりますけれども、また国の施策にも書かれていますが、いわゆる認知症サポート医と、それからかかりつけ医の認知症対応力向上研修の受講者といったものの数が挙げられております。ご案内のとおり、実はかなりの数の方々をつくり出してはいるのですけれども、残念ながら今のところこのサポート医のミッションというのがはっきりわからないとか、あるいはかかりつけ医の認知症対応力向上にしても、講習を受けてもそのまま埋没してしまっているという部分がありまして、ここは何とかしたいと、あるいは何とかできる部分ではないかなと思っております。

例えば既に地域におきましては、地域包括支援センターにサポート医を配置しているというところも東京都内では伝え聞いておりますし、東京都医師会としては各地区に限らず配置できないかということも考えています。そうしますとその配置医を出すための地区医師会の考え方というものもブラッシュアップしなければならないわけです。でも最近の流れとしては例えば北区のように、区としてそのサポート医等々の支援センターの配置について身分的な保障をする、あるいは給与保障をするという動きも出ておりますので、非常に大きなことだと思います。こういった流れを東京都医師会としては各地区医師会のほうに進めていこうと思っております。で

できればサポート医がいわゆる精神科の専門医的なサポート医もちろん結構なんですけれども、いわゆるかかりつけ医として24時間体制で診れる先生とか、そういった方々の先生方がサポート医になっていただいて、地域包括に張りついてもらうといいのかなと思っています。

ちなみに、都医では、サポート医のフォローアップ研修とか、あるいは認知症対応力向上研修受講者のフォローアップ研修は毎年行っております。昨年度も東京都内で多摩地区と府内の2カ所、それぞれサポート医と対応力向上のドクターのコース、いわゆる2コース4回開催したのですが、今年は来年の3月10日の日に今回は1カ所、なおかつサポート医、あるいはかかりつけ医対応力向上研修者と差別せずに研修を行おうと思っております。今後地域で力を発揮していただく、いわゆる認知症の診れる先生方を集めるわけですけれども、疾患センターの先生方にもぜひ来ていただいて、その場で研修、交流ができればなと思っています。3月10日の2時から行います。これは東京都との共催事業でございますので、ぜひこういう形を含めて啓発活動をしていきたいと思っております。

また、この場とは関係ない話ですが、疾患センターは、かかりつけ医の先生方をサポートするわけで、実際に今動かしてみますと、例えば瑣末な話で本当に申しわけないのですが、現在かかりつけ医のほうから疾患センターに対して情報提供書を書きますと、通常の情報提供書にプラス100点加算されるという加算が付いております。疾患センターではそれに対してきちんとした療養に関する情報も含めて返書を出せば700点いただくわけですけれども、その後かかりつけ医の先生は毎月認知症療養指導料という形で350点を6カ月間にわたって認知症の方々をかかりつけ医としたその視点でみていただいて、またその情報をセンターのほうに伝えるというやりとりができて、「連携」ができるという仕組みになっているのですが、まだ不明確ではっきりしたことは言えないのですが、どうもこのかかりつけ医の350点が取れないのではないかと、今ちょっと気になっています。

つまり現状、在宅の場合、既に糖尿とか高血圧等で指導料を取っていると、認知症の指導料とダブルで取れないということになっているんですね、そうしますと糖尿の指導料でもらえるのは四百何点ですから、その四百何点を捨ててこの350点を取って、なおかつ報告書を上げるということだと、何か筋が通らないようなことになっていて本当にそんな仕組みがつくれるのかなと。認知症の方はたくさん身体疾患を持っていますから、それができないのかなというのはちょっと……非常に瑣末な問題ですが、気になっているのです。これはもう一回確認しようかなと思っているのですが、そういうものをきちんと整備しながら医師会としては、ぜひ、かかりつけ医の先生方とこの疾患センターあるいは他の精神科、あるいは認知症の専門

医療機関とも連携をつくっていくような仕組み、さらに先ほど言いました啓発活動を行っていくように思っております。

以上でございます。

○繁田部会長 一つ教えていただきたいのですが、センターがあって、今ほど平川先生は都内でたった10カ所で何か特別大きなことができるわけではない。で、かかりつけ医の先生とセンターとの直接のやりとりといいますか、協力というのはなかなか難しいですよ、かなり遠方でこれだけの広域の中での10カ所ですので遠く離れている地域の患者さんですと、そうすると、かかりつけ医の先生とそのセンターとの間に入る何らかの医療機関なり医師なりが必要になってきます。その中の1つとして候補に、そのサポート医はなるのかなと思うのですけれども。

○平川委員 そうでございます。

○繁田部会長 東京都の研修とかをお手伝いして思っていますのは、やっぱり差があるといいますか、あくまでも自分の研修とか勉強のためにおいでになっていらっしゃる先生というのは、かなり責任感を感じて地域で頑張るために研修を受けていらっしゃると感じるのですけれども、例えばサポート医という名前になるのか、その地域での別の名前になるのかもしれませんけれども、かかりつけ医の先生をバックアップできるような、これはサポート医になりますが、その立場の先生はこのぐらいの知識なり技術なりを持ってほしい、このぐらいは研修で身につけてほしいというものをある程度設定して、そこをクリアしていただくことを条件といいますか、目標といいますか、というようなそういう考え方はあるのですか。

今まではできるだけ多くの情報を提供して、その中でできる限りご自身の実力に合わせて吸収してくださいというような形だったと思うのですけれども、何か目標というかエンドポイントといいますか、到達目標みたいなものというのは可能ですか、それができたら少しいかなとは思っているのですけれども。

○平川委員 ありがとうございます。おっしゃるとおりでして、先ほどサポート医の身分、立場とか、その業務、ミッションがはっきりわからないというものの、一方ではそのサポート医の質の担保というものがはっきりできていない。サポート医研修参加者については任意に各地区に任されているものですから、そういう点では今まさに先生が言われたとおりだと思います。ですからそのあたりはもしできればきちんとした形の教材をつくっていただければ、それを広くあまねく各地区に思っています。

逆に、私見ですけれども、やはりそうならばそれなりの対価といいますか、やはりサポート医としてのその知識、あるいはその活動というものについての対価をやっぱり与えるべきであっ

て、そのことによってさらに責任もはっきりと、要求するから責任も出るではありませんけれども、そのあたりはこれからつくっていくことかなと思います。まさにサポート医は今言われたかかりつけ医の方を本当の意味でサポートすることは、これから重要になってきますし、これから医師会として育てていかなければならない重点項目かなと思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。また違う視点でも結構ですが……どうぞ。

○新井副部会長 今の観点からいうと、参考資料の3に人口1万人当たりサポート医が何人いるか、それから学会の認定医が何人いるかというのがありますが、その前にサポート医が包括に配置というのはすごいですね、それだけよくサポート医の先生が熱心というか、よくやってくれるなど驚きながら聞いていたのですけれども、現実的に今後それは展開できそうですか。

○平川委員 今例えば私は八王子なんですけれども、八王子市のほうはもうこの形で進めていこうと思っています。

○新井副部会長 配置というのは具体的にはどういうものですか。

○平川委員 基本的には5月から時間帯は24時間とはいきませんが、連絡は必ず受けるという形と、それからサポート医が地域包括支援センターでの相談医とか、ケア会議あるいは講演会に参画するとかそういったような形の参画になります。

○新井副部会長 そうすると包括に配置といっても、出向いてどうこうというわけではないですね。

○平川委員 もちろん出向く日も、それはフリーには出向けませんが、月に何回とかそういう形ではやっていくつもりです。その報酬制度をつくらうと思っています。

○新井副部会長 いや、そういうことすらまだ現実的には動いていないと理解して……。

○平川委員 場所場所によっては本当に献身的なボランティア精神でやっている地域の先生もいらっしゃいますけれども、それにばかり頼っていたのでは全然広がっていきませんので、やはりある程度の仕組みをつくらなければだめだと思います。

○新井副部会長 そうですよ。そのサポート医の質の担保や研修は、部会長が言われたどのレベルをするかというのはなかなか難しいと思うんですよ、一方ではこの数（参考資料3参照）を見ると、サポート医が例えば区中央部ですと41で、専門医が16ぐらいですよ。これは専門医が今足りないという話もあって、これを老年精神医学会も認知症学会も、それから精神科病院協会も認知症の専門医というのをつくっていますけれども、これらがもっと認定の専門医をふやそうという動きを積極的に展開していったら、サポート医の数の大体3分の1ぐらい、これが認知症学会なりいろいろあるので内科の先生たちもご専門になれると思うので、これが

ふえていくという動きと一緒になれば、サポート医と専門医が両方ダブルような形になると一番いいかなと思いついておりました。

サポート医だけの研修システムや質を担保するとか、そのテキストをつくるとかは、また別な労力と時間が要りますよね、それをだから専門医がふえる中でサポート医と同等になるような形がいいのかなと思いついておりました。

○平川委員 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。またそういう面では学会が協力を進めるということもあるわけですね。

では、お待たせしました。

○桑田委員 まず、最初に、私は東京生まれの東京育ちで、今国立に住んでいるのですけれども、新田先生がいるうちは国立市もいいのかなと思ったのですが、都民として自分が将来どうなるんだろうと思って、きょう前半の話を聞いていました。たしかにいい先生たちがいて、いいケアをしている病院があり、その土地に住んでいけばいいかもしれませんけれども、そうでなかったら決していいわけではない。あと、本当に地域・地域と言っているけれども、地域ケアは本当にいいのかと、自分がそうなったときに本当に住み慣れた家で死にたいと思うのかなと、片方ではそう思う人もいるということをおもっておくことは大事なのではないかなと、これは自分の将来を考えたときに個人的な意見として思う部分があります。財源もなくなる中で本当に生保の人に今と同じ、それだけのお金を払ってもらえるのだろうか、将来を見据えて、現在ではなくて将来を見据えて自分が年を取ったときにどうありたいのかなということをおも、私は前半の話を聞いて考えさせられたということをおも、ひとつ思いとして伝えたいと思います。

あと、研修に関してなのですが、今テキストを看護職対象に認知症疾患医療センターの人たちが実際に指導できるテキストを作っています。それをもとに来年の1月20日と27日に30名、30名で計60名の人たちを対象に研修をする予定にしています。専門看護師、認定看護師に受けてもらって、指導的な役割を担うことが目的でその研修は開催する予定にしています。しかし、たった60人なのです。今までの話を聞いていけば生活支援をする、退院をするために出口を整備する、でもそこまで行き着くためには病棟に看護・介護職がいてケアしてこそ、そこに行き着くのだと思うのですけれども、なかなかそこには焦点が当たらない。

この会も医師とナースの人数配分を見ると毎回思うのですけれども、私は本当に自分の役割が重くて重くてしょうがないと思う部分とも実はあります。もう少し研修とは外れるかもしれませんが、もう少し職種配分みたいのをちょっと考えていただきたいなというような思

いもあります。サポート医がいっぱいいいて、私にしてみたらいいじゃないかと、ここにこんなに数まで載せてもらってと、ナースの数は載っていないと思うわけです。数が載る、載らないではないのですけれども、実際に顔が見える関係で連携をとって、本当に地域に帰すというのだったらば、医師主導ではなくて、もしかしたら看護・介護・ソーシャルワーカーといったような人たちの声をもっと拾い上げて、顔が見えるような関係にする。研修は多職種でと書いてありますけれども、本当に実際、次年度はどういった形で運営されるのというような思いも実はあります。

文章としてここに載せるのだったらこれでもかまいませんけれども、実際は本当に絵に描いた餅ではないのかなというように思いも無きにしもあらずで、訪問看護師の人にしたって医療機関に勤務しているナースにしたって、もっともっと認知症に対する知識は持ってもらわないと、ご家族のほうに知識をいっぱい持っていて、それに負けてしまうような感じすら思っています。がん対策基本法が始まってあれだけ一気に動いた。でも、認知症がああ勢いで動いているかという、私は動いているという印象があまりなく、これは本当に急務で自分の将来どうしますかというふうにいわれているのにもかかわらず、なかなか動かないこれって一体何なのかなというように、ちょっと研修ではないような意見なのですが、繁田部会長、きょうこのように思いました。

○繁田部会長 ありがとうございます。声の大きさは二人分、三人分なので、少なくともいいかなと思ったのですけれども、（笑）今度東京都のほうでたくさん入れてもらうようにします。

○桑田委員 いえ、別にたくさん入れろというわけでは……でも、今回も医師の数を数えたら、ちょっと配分おかしくくないですか？

○繁田部会長 そうですね。

○桑田委員 もう少し考えないと、これじゃあ何か全然……本当にここに書いてあることを推進するというときに、ここにいるメンバーがやっぱり社会に発信していく役割もあるのに、これでは発信しきれないなというような感じを私は持っています。

認知症疾患医療センターと名がついたところの方たちにも、もっともっとアピールしてちゃんと看護職員を研修に出せとか、介護職員も出せとかというような感じにしなければいけないのではないかなとちょっと思ったもので、すみません、先生言ってしまいました。

○繁田部会長 ありがとうございます。いろんなところで看護師、介護職のことが出てくることでやっぱり責任も彼女たち、彼たちも感じるしということですね。

○桑田委員　そうです。私は実は看護職ですけれども、看護だけではなくて介護職員のことも私は伝えたいと思っています。看護と介護の連携ということもどちらが偉いわけではなくて役割が違うわけですから、そのことをちゃんと意識化させないといけないと思うので、そのところでは、私は東京都看護協会の代表かもしれませんが、介護職のことも伝えたいと思っています。

○繁田部会長　ありがとうございました。

○新井副部会長　それは看護、介護の研修はもっともだと思いますし、東京都だけが主催するような研修会ではなくて、もちろん看護協会、日本介護協会とか、そういうのと一緒に大々的にやるということで、東京都だけが主催のというよりは連携がいいのではないかと。

○桑田委員　それは思いますけれども、今回こういった形で推進していく、行政でやっていくというときに、やっぱり行政もその役割をもっと担っているということで、最初の段階でもうグワッとやってもいいのかなというような意味です。

○新井副部会長　だからそれをガツとやるのに東京都が看護と介護の全国組織と一緒にあって展開していくというアピールのほうが組織としては大きいのではないですかね。

○桑田委員　ええ、そうですね。

○繁田部会長　ありがとうございました。

それでは、残りの時間を使って目標2に戻って、少しこれに関してご発言もいただいているのですが、この「早期診断・早期対応」というところで言い足りなかったことがありましたら、この点に関してご発言をいただけたらと。これは斉藤委員もご発言になりましたけれども、実際にご自分で医療機関を例えば軽度の段階で受診をするようにという啓発みたいなことだけではなくて、あるいはむしろそれよりもご本人が自ら医療機関を受診しないような方を、より早い段階で医療機関に結びつけるような出前的なものも含めて、そういうニュアンスも含めての取組という括りで書いていますので、これに関してもご意見を少しいただけたらと思います。

○山田委員　ちょっと時間がないので、一つだけ。早期診断・早期対応ということで考えてみますと、認知症に対する偏見という用語弊があるのですけれども、精神科医療としてとらえると、今まで偏見というものが歴史上必ず出てきてきます。統合失調症を一つのモデルで見ますと、かつては家族が連れてきて逃げるようにして帰っていき、そのまま入院していた。今は平均2カ月以内に退院していく、ご家族も連れて帰るという時代になってきている。同様に認知症についてもみなさんがもっと地域で支えるような気持ちになれば、たぶん短期間で退院も可能だと思います。

最近の事例においても、BPSDで入院し、1カ月ほどで落ち着き退院の段になり、ご家族は諸事情から受け入れられないということから、施設入所を検討しました。紹介状を書いたところ、少量の抗精神病薬を使用しているということだけで受け入れを断られました。現在なお受入先を探しているところです。もう一つの心配は家庭に戻るにしても、施設に行くにしても、落ち着いた段階の早い時期に退院しないと、患者さんが病院に慣れてしまう。環境の変化を好まないことから早く移したいと思っても退院しにくくなる。結局、ずるずると病院に長居をしてしまうこととなります。病院としても入ってきたら出るという、出口の問題があります。家庭で引き取る、あるいは施設に入ってもらえることは地域全体、福祉も含めてその理解を高めていただきたいと思います。

そういうとらえ方に加え、精神科入院医療の歴史にまで触れて恐縮ですが、認知症への理解をもっと深めれば、確か斉藤先生がおっしゃっていたと思いますが、最初に気がつくのは自分であるというところで、その頃から「すみません、物忘れがちょっと……」ということ受診をするようになると、早期診断もでき、それなりの早期対応ができる。BPSDで入院することも事前に防げるケースも多くなる。精神科病院の悩みも含め、この会に反映できればなと思って、長くなりましたが話させてもらいました。

○繁田部会長 ありがとうございます。例えば今内服薬のことを先生おっしゃいましたけれども、そういうことも一般の人が知ってくると逆に精神科医療のことも少し理解をしていただいて、より早い段階で来ることにつながるかもしれないですね。

どうぞ、お願いします。

○新田委員 おそらく最初に物忘れ等々の話は地域の先生のところに行くと思うんですね、やっぱり精神科は逆にいうと敷居が高すぎてなかなか行かない。私のところなんかはしょっちゅう気楽に来ますよね、そこをどう対応していくかと、そこの中でできるだけどう診断をしていくか、また診断をしてしまうとそこでレッテル貼りをすることになるわけで、レッテル貼りをすると家族も含めてもうスティグマができちゃうので、その対応も含めてどうするかということです。

先ほどサポート医とか質の話がありましたけれども、単純に何をどの辺の質でもって診断をしてどう対応するかと、早期診断はいいのですが、そこがない早期診断は私は意味がないと思っていて、そこをフォローする体制。診断をするということは「あなたはがんですよ」と、がん医療は今すぐのがんと診断しますよね、認知症とはやっぱり20年ぐらいの開きがあるのではないかなと思っているのですが、その意味でもっともっと気をつけてやらなければいけない

ので、その教育もぜひ必要かなと。

ここでパッと書きちゃうと、またこれもダラッと早期診断が必要だとなるのですが、診断をするということはどういうことなんだよということを、ぜひ。

○山田委員 まさに今新田委員がおっしゃったとおりで、どのタイミングでというのがあるのですけれども、時代は変わって初発の、初めて見つかった統合失調症の方に入院をすると診断名を告げることがほとんどなんですね。これは多分時間がたってくると……そしていったんは受けとめる。認知症の方ご本人も家族もものすごくびっくりするわけですが、昔ほど隠さなければいけないということはなくなってきたんですね。そういう時代を早くつくり上げないと、もう統合失調症はある程度長いスパンでみてきましたけれども、認知症については日に日に増えるということを考えると、とにかく早く一般の方にそれを理解してもらい、昔は地域で受け入れて隣のじいさんがあっちでみつかること連れてくるという話はよく聞くところですが、そういう時代にまた戻さないといけないのではないかと、そうなればよいなと思っています。

○新田委員 例えば東北なんですけれども、突然認知症がふえてきているんですね。なぜかという東北はまだ隠していたんですね、ところがみんな仮設に入って明らかになっちゃったんですね。そういう意味でやはりまだ……東京はもうちょっと進んでいまして、そこはちょっと違うと思っているのですが、そういうことももちろんあるなと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞ。

○牧野委員 今、認知症の地域のとらえ方というお話が出ましたけれども、多分この数年間で認知症の啓発がいろいろ進んでいまして、おそらく以前よりは高齢者自身が、もしかしたら自分は認知症ではないかということを認知症になる前から逆に心配していらっしゃるという、そんな状況ではないかということを感じています。高齢者ご本人よりも、むしろ私の感じでは家族がいるほうが診断が遅くなっている。要するに家族がそれを認められない、受け入れられない、それから本人が行きたいと言わないということで、高齢者自身よりも家族がいるほうが抱え込んでしまうという現象があるのが1つと、それからご家族がいると非常に助かる部分はもちろんあるのですが、ご家族自身が今病気になっていらっしゃる方が、精神も含めて非常に多くなっていると感じています。

特に若い方などですと初めからうつになっていて介護が始まったりという方も大変多く見受けられていますし、介護者の4分の1はうつであるというデータも先生方はご存じと思いますが、非常に家族自身の介護力というふうに一言でいったらいいのかわかりませんが、生活力自体がなくなっているという現状がありますので、介護の皆さんに言わせると家族がいるほうが

大変だと、一人暮らしの高齢者のほうがかえって入りやすい、介入しやすいというお話も実は現場では聞かれることがあります。

それから地域で生活する上でデイに行く前に行ける場所ですね、今国がやっている認知症カフェのような地域の人がさりげなく見守ってくれるような、そういった場所が必要なのかなということと、それから在宅になる前に介護サービスの地域密着型サービス、あるいは宅老所というものです、家族や本人が困ったときにフレキシブルに泊まることができるという、多分そういったサービスがあると家族は働きながらも安心して預けることができるのではないかと、というふうに考えておまして、そういうことを探しているご家族も現実的にはたくさんいらっしゃるんですね。特養も入れない、有料老人ホームは高くて手が出ない、で、安い有料を探すけれどもなかなかない、だとすると、やはり安心して一つの場所で馴染みのある職員さんたちにフレキシブルにみてもらえる、そんな場所を家族は探しておられます。

東京都の場合、ちょっとこれはお聞きしたいのですが、そういった地域密着型サービスの今後の支援というものをどのように考えていらっしゃるのか、デイと住まいの間の場所、それから地域とデイの間の場所、それがやっぱりシームレスになっていくような踊り場的な場所が必要なのではないかなというふうに感じていますので、その辺のちょっとした明記があるとうれしいかなと思うのです。で、そこは地域の人が入りやすいんですね、デイサービスもそれからサービス付き高齢者住宅も地域の人はいれないけれども、その中間的な場所があれば多分地域連携が可能になっていくのではないかと思いますので、ちょっとご一考いただければと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。よろしいですか、何か……。

○新田課長 全体を通じてのお話なんですけれども、今回、保健医療計画という形で出させていただいたのですけれども、どうしても紙面の関係上4ページとされていることで、本当はもっとこの裏に我々としてもいろいろ書きたいことがいっぱいあるというところで、きょういろいろと委員からご指摘があったようなことを踏まえまして、絵に描いた餅にならないようにここを具体的にどうやっていくかというのは、まさにこれからの話でして、医療部会のメンバーを中心とした皆様のご意見をいただきながら、それぞれの進め方についてまた具体的に考えていきたい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。皆さんがもう意見を言うだけ言い尽くしたというためには、多分合宿しないとだめだと思うのですけれどもそんな時間はありませんし、きょうも時間がもう過ぎましたので、最後に課長がまとめてくださいましたので、これでマイクを事務

局にお返しして終わりたいと思います。

○新田課長 繁田先生はじめ、委員の皆様ありがとうございます。きょういただいたお話を踏まえまして、事務局のほうで文言については修正を検討をさせていただきます。

最後になりましたけれども、高齢者社会対策部の中山のほうから一言ごあいさつをさせていただきます。

○中山部長 高齢社会対策部の中山でございます。予定した時間を過ぎてしまいましたが、最後に一言ごあいさつを申し上げます。

この認知症対策推進会議の親委員会、部会含めまして毎回いつも熱い議論をいただいております。きょうはひとときわ熱のこもった意見をいただいたかと思っております。それだけ皆様方、特に大都市東京のこの先の高齢化の急激な進展を目に浮かべていろいろお話をされているのだろーと思っております。私どもも当然同じ認識で立っておりまして、大都市東京の認知症の対策というものをドーンと打ち出してきて、先ほど桑田委員がグワッと動かす仕組みという表現を使われましたけれども、まさにそれをこれから実現していかなければいけないと思っております。

本日お示しした保健医療計画の素案（資料8）は、そのグワッと動かす仕組みの一端を示してございまして、都の本当の基本的な考え方をお示しするというもので、これは前回の計画よりも分量的には相当なスペースをいただいているわけですが、その中に書き切れない話がきょうはいろいろ出ておりますので、いただいた意見を私どもなりに整理をしまして、やはり基本的な考え方というものを都民の皆様にお示しをしてということが私どもの役割だと思っております。

認知症対策そのものは都民、国民の中でやっとな身近な課題に、我が国のこの先大変な課題になるという認識をやっとな持ち始めたかなという段階だと思っております。それをさらに推し進めて、もうみんなで一緒になって考えていきましょう、対応していきましょう、共に地域で暮らしていけるようなものにしていきましょうというところまで、やっぱりもっていかなければいけない、その先頭に立つのが我々東京都だと思っております。

今後ともこの部会等を通じまして、また皆様方のいろんなご意見等を賜ればと思っております。今後ともどうぞよろしくごお願い申し上げます。きょうはありがとうございます。

○新田課長 最後に事務局から事務的なお知らせをさせていただきます。まず、資料8ですけれども、職員が回収にうかがいますので、ご協力お願いいたします。次回のこの部会につきましては、事務局で開催時期を検討いたしまして、また別途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、封筒に入れて机のほうに残していただければと思います。

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9時05分 閉会