

東京都認知症対策推進会議

第5回 認知症医療部会

議事録

平成26年1月31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5回 認知症医療部会

東京都庁第一本庁舎42階 特別会議室A

平成26年1月31日（金）午後6時00分から

1. 開 会

2. 報 告

- (1) 「医療従事者等の認知症対応力向上支援事業」の実施状況について
- (2) 「認知症の理解と受診促進事業」の実施状況について
- (3) 「区市町村認知症支援担当者連絡会」の実施状況について
- (4) 認知症ケアパスの作成について
- (5) 平成25年度全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）の内容について

3. 議 事

- (1) 認知症疾患医療センターについて
- (2) 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業について
- (3) 認知症早期発見・早期診断推進事業の実施状況について

4. 閉 会

御挨拶 中山福祉保健局高齢社会対策部長

[配布資料]

- (資料1) 認知症医療部会委員名簿
- (資料2) 認知症対策推進事業実施要綱
- (資料3) 認知症医療部会（第4回）の主な御意見
- (資料4) 平成26年度の都の認知症施策について
- (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指定状況

- (資料 5-3) 東京都認知症疾患医療センターの平成 25 年 (4 月から 12 月) 活動実績について
- (資料 6) 認知症疾患医療センター診療所型 (仮称) について
- (資料 7) 東京都認知症疾患医療センターの指定更新について (案)
- (資料 8) 認知症医療支援診療所 (仮称) 地域連携モデル事業
- (資料 9) 認知症早期発見・早期診断推進事業の概要
- (資料 10) 認知症早期発見・早期診断推進事業 中間集計
-
- (参考資料 1) 「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の実施状況
- (参考資料 2) 「東京都看護師認知症対応力向上研修」の実施状況
- (参考資料 3) 「こころとからだの健康調査」の実施状況
- (参考資料 4) 「区市町村認知症支援担当者連絡会」の実施状況
- (参考資料 5) 認知症ケアパスの作成について
- (参考資料 6) 平成 25 年度全国厚生労働関係部局長会議 (厚生分科会) 資料<抜粋版> (厚生労働省資料)
- (参考資料 7) 東京都認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
- (参考資料 8) 「認知症の人と家族を支える多職種連携」研修会の開催

午後6時00分 開会

○新田課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第5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、発言に当たってのお願いがございます。発言に当たりましては、お手元のマイクをご使用ください。

まず、代理出席のご紹介をいたします。

本日、武蔵野市高齢者支援課長、森安東光委員が所用により欠席のため、代理出席として、武蔵野市高齢者支援課の毛利悦子相談支援担当課長にご出席いただきます。

次に、欠席委員をご紹介いたします。

本日は、東京都立松沢病院院長、齋藤正彦委員及び多摩府中保健所長、田原なるみ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、高齢社会対策部介護保険課長、榊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）～（5）

○繁田部会長 本日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した。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、議事に従いまして、本日は報告が5つと議事が3つございます。

報告は、5つまずまとめ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、お手元の参考資料1から参考資料6を使いまして、報告事項を5点ご説明させていただきます。

まず、参考資料1「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の実施状況です。

この会議は、都が、医療従事者等の研修の拠点と位置づけております東京都健康長寿医療センターを事務局として、認知症の支援に携わる多職種が参加する会議を開催して、都内全体の

認知症医療等従事者の認知症対応力向上を図るための研修のあり方を検討しているものです。

2にありますように、これまで2回の会議を開催しております。25年7月と25年11月です。

委員の名簿につきましては裏面のとおりとなっておりますので、ご参照ください。

会議の議事の概要について簡単にご説明いたしますと、まず1つ目が、看護師認知症対応力向上研修について。これは、後ほど参考資料2でまたご説明いたします。

2つ目が、かかりつけ医の認知症対応力向上についても議論を進めております。

3つ目が、多職種協働研修について検討を進めました。

スケジュールとしまして、下の5のところに、今後の予定として書かれております。

関係者会議につきましては26年度4月以降に第3回、第4回、第5回の会議を開催していきます。

看護師認知症対応力向上研修につきましては、現在、各センターで研修を実施しております。さらにフォローアップ研修の実施等を通じまして、来年度も各センターで研修を実施していきます。

多職種協働研修につきましては、3月中に第1回のワーキンググループを立ち上げまして、26年度の前半でテキスト等の検討を行い、26年度の後半から各センターで研修を実施していきたいと考えております。

続きまして、参考資料2です。

「東京都看護師認知症対応力向上研修」の実施状況ということで、この研修は、都内の病院に勤務する看護師の方を対象に、東京都と各疾患医療センター等が実施主体となっております。

ワーキンググループを設置しております。4の(3)に委員の名簿が書かれております。

開催実績といたしましては、第1回の会議が25年10月、今後、2月5日に第2回の会議を予定しております。

裏面をごらんいただきまして、研修内容といたしまして、テキストの絵が出ておりますけれども、「看護師認知症対応力向上研修テキスト」を用いまして、別紙1に掲げますカリキュラムに沿って研修を行っております。これまで388人の方が修了しております。

あわせて6の(2)ですが、看護管理者対象の研修も今後実施していく予定になっております。

続きまして、参考資料3をごらんください。

報告事項の2つ目の「認知症の理解と受診促進事業」の実施状況についてです。

これは、認知症の普及啓発充実のために、「認知症チェックシート（仮称）」を作成するためにデータを集めること、もう一つは、都における今後の認知症施策の基礎データを得ることを目的として、町田市の一部地域で調査を実施しております。

下にありますように、一次調査と二次調査に分かれております。

一次調査につきましては、昨年6月から7月にかけて、町田市在住の65歳以上高齢者約5,000人を対象に、郵送留め置き法によって実施しております。

有効回答率として約90%の回答をいただいております。

その右に二次調査ということで、一次調査を踏まえまして、一次調査の対象者と昨年1月に町田市で実施した調査、合わせて約7,600人の方を対象に、そこから無作為に抽出した2,800人を対象に調査を行っています。

これは面接聴取法ということで、研修を実施した看護師等の調査員がお宅を訪問して、調査票に基づいて聴き取り調査を実施したものです。

調査内容としては、基本情報、身体の状態のチェック、DASC、MMSEを用いた調査を行っています。

あわせて、健康長寿医療センターで補足調査という形で追跡調査も行っております。

こうした調査結果の活用方法が、一番下にありますが、大きく3つほどあります。

1つ目が、冒頭申し上げました「認知症チェックシート（仮称）」の作成ということで、高齢者やその家族が、認知症が疑われる症状があるかどうかを確認できるとともに、認知症というものについて学ぶことができるようなシートを作成したいと考えています。

2つ目が、パンフレット等の作成ということで、そうやって作成いたしましたチェックシートを活用して普及啓発を行っていくために、区市町村と連携して効果的な普及啓発のあり方を検討していきます。

3つ目が、調査報告書の作成ということで、これは26年5月に予定してはいますが、先ほどの一次調査・二次調査を踏まえた調査結果の取りまとめを行いたいと思っております。

3つ目の報告事項です。参考資料4をごらんください。「区市町村認知症支援担当者連絡会」の実施状況です。都の認知症施策について区市町村に知ってもらうとともに、区市町村がそれぞれ他の自治体がどういった取り組みをしているのかの情報共有や意見交換を行う場を都は毎年設けております。今年度は2回開催しております。

主な中身としましては、例えば昨年11月に開催した第2回では、世田谷区の認知症初期集中支援チームの報告や先ほどありました、町田市で行っている健康調査の報告を各自治体の方か

らしていただきまして情報の共有を図っております。

加えて第2回では、各区市町村における認知症ケアパスの取組状況についての意見交換も行っております。ケアパスにつきましては、参考資料5でまたご説明いたします。

裏面は、その意見交換に先立ちまして都で実施しましたアンケート調査の結果です。その中でケアパス作成に向けた検討状況を都としても確認をしております。

問いの中で、「検討を進めていますか？」というところで、「検討を進めている」と答えた自治体が11、「これから検討する」というところが51となっています。

検討するという自治体について分析を行う予定である調査の中身を聞いたところ、「日常生活圏域ニーズ調査」や「介護保険認定状況データ」、こういったものを活用してケアパスを作成するといった回答が得られております。

続きまして、報告事項（4）です。参考資料5をごらんください。

これは、認知症ケアパスのお話ですが、まず、厚生労働省の動きが左上に書かれております。

これは、お手元に参考資料6を配っております、その123ページを後ほどでもごらんいただきたいんですけども、国はオレンジプランの中で、25年度から26年度にかけて、各区市町村におきまして認知症のケアパスを作成していくという方針を出しています。

それに当たりまして説明会等を国も開催しております、昨年の12月から今年の1月にかけて、区市町村の認知症施策の担当者を集めました説明会を開催しています。都内では40の自治体が受講しています。

また、今年2月には、作成のための担当者セミナーというものも開催される予定になっています。

認知症ケアパスとは何かというと、下のところに簡単に概念が書かれています。

これは、国がつくった手引きから引用しているものなんですけれども、認知症ケアパスというのは、「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」ということで、その定義が下の四角の囲みの中に書かれています。

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をしていくということです

その具体的な策定の流れというのが、その右側にかかれております。

これも先ほどの手引きの中から引っ張ったものなんですけれども、いろいろな生活実態の調査を、日常生活圏域ニーズ調査や介護保険データの中から行いまして、気づきシートというも

のを用いて社会資源ごとに現在の利用者数と、平成29年における利用者の見込みというのを算出していく。そういったものをあわせて、地域の関係者とともに、現存する社会資源の機能の拡充や統合について検討し、介護保険事業計画等に反映させていく。最終的には、そういった検討を踏まえて、「標準的な認知症ケアパス」を作成していくという流れになっています。

では、これに対して都がどういった支援をしていくのかというところが、右下の「区市町村への支援」にかかれております。

第6期介護保険事業計画全体の策定スケジュールというところが書かれてはいますが、26年4月から6月にかけて、基本の指針（案）というのが提示される予定です。最終的には27年4月に保険事業計画が策定するまでに区市町村、東京都それぞれにおいて計画を策定していく形になります。

この認知症ケアパスにつきましては、都としまして、その下の●のところにあるんですけども、先ほどご紹介いたしました区市町村の担当者連絡会等を活用しまして、区市町村における認知症ケアパスの状況を把握するとともに、区市町村それぞれ進捗状況がありますので、意見交換を実施しながら、必要な支援を都が行っていきます。都が行う支援の具体的な中身としては、都が持っている必要なデータの提供や、あるいは医療体制の整備、認知症の人の支援にかかわる人材の育成のような社会資源として地域に必要となってくるもの、そういったものの整備についての支援を行っていきます。

このケアパスにつきましては、まだ基本の指針（案）というものが示されていないということもありますけれども、示され次第、区市町村に対する支援を行っていきたいというふうに考えております。

最後の報告事項（5）は、参考資料6、全国厚生労働関係部局長会議資料についてです。

非常に厚いものですので全てのご説明はできませんけれども、一番下のところにページ数が書かれております。

「67」と書かれたページをごらんいただきたいんですけども、認知症を有する人の暮らしを守るための施策の推進ということで、来年度の国の認知症施策を取りまとめたものになっています。

次に、下のページでいうと123ページのところをごらんいただきたいんですけども、ここで認知症施策についてということで、「認知症施策推進5か年計画」の着実な実施ということで、幾つかの施策が示されております。先ほどお話ししましたケアパスについても、ここで話がされております。

あとページをめくっていただきまして、「124」と打たれたページのところですけれども、認知症の初期集中支援推進事業、26年度予算案では、地域支援事業として国庫補助を予定している。全国で100カ所程度の実施を予定している。

あるいは下の認知症地域支援推進員等設置事業におきましては、全国で470カ所の実施を予定、26年度は地域支援事業での国庫補助を予定している等々が書かれております。

126ページのところです。（3）認知症疾患医療センターの整備についてということで、後ほど議事で意見交換を行いますけれども、いわゆる診療所型と言われる認知症疾患医療センターの整備を今後行っていくということについても触れられております。26年度予算案については、都道府県が実施する運営事業の中に、仮称ですけれども、「診療所型」を入れまして国庫補助の対象とする予定であるということが書かれております。

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。

それでは、皆様から少しご質問をお受けしたいと思いますけれども、その前に、参考資料1でご説明いただきました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中の看護師認知症対応力向上研修でワーキンググループの座長を務めていただいております桑田委員から、もし追加等ございましたら少し補足いただけたらと思います。

○桑田委員 各センターで研修会を開催していただきました。今日も順天堂医院で研修会があったかと思えます。各センターの担当者、この振り返りシートで研修内容を振り返ってくださっているんですけれども、各センターの中でそれぞれ改善点等を見つけ出してくれています。そして、参加者からはおおむね良好なアンケート結果が出ています。時間が少ない、そういったような改善点等の意見もいただいております。各センターで行った結果を受けて、2月5日に看護師認知症対応力向上研修ワーキンググループを開きまして、次年度の課題を明確にしていきたいと思っております。また、3月9日に看護管理者対象の研修会を開催する予定にしております。これは、各センターの担当者にも参加してもらいまして、同じものを見て、同じものを聞いて、それぞれのセンターの研修にも生かしてもらおう。そして、看護管理者の理解が得られませんか、なかなか認知症ケアを推進していくのは難しいですので、その理解も深めるというような目的もあります。120名の募集をしたんですけれども、昨日現在で300名以上の応募がありまして、もう一回開催しなければならぬのではないかと検討しております。私が思っていた以上に看護管理者の方の関心も高いということがわかり、また新たな形でやっていか

なければいけないかなというふうに思っております。そういったような段階です。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それから、この関係者会議では、多職種連携協働研修というのも今後進めていく上で議論を行っております。その議論を少しだけご紹介をさせていただきますと、研修プログラムですので、いわゆる基礎知識を例えば身につけるパート、それから連携ですので、各職種の役割であるとか連携のあり方に関するプログラム、あるいは事例検討、そういった内容のものが候補としては上がっているんですけども、委員の方々のご意見では、もう座学のようなものはなかなかモチベーションも上がらないし、満足度も低いのではないかなというようなことで、恐らく実際に参加される方々が自ら発言したり議論したりするような、そういうプログラムを考えていかなければならないのかなというように考えているところでございます。

以上が関係者会議の追加でございます。

それでは、今ほど事務局からご説明いただきました5つの報告事項、いずれの内容にでも結構でございます、ご質問等あるいはご意見ございましたら、ご発言いただけたらと思います。よろしく申し上げます。いかがでございましょうか。

(発言する者なし)

○繁田部会長 それでは、もしお気づきの点ございましたら、後ほどでも結構でございます。大切な議事が3つございますので、先に進めさせていただいて、改めてお気づきの点ご指摘いただけたらというふうに思います。

議 事

(1) 認知症疾患医療センターについて

○繁田部会長 それでは、まず議事の第1点目でございます。認知症疾患医療センターの指定更新についてでございます。資料としましては、議事が3つございまして、認知症疾患医療センターについて、それから認知症医療支援診療所地域連携モデル事業について、それから認知症早期発見・早期診断推進事業の実施状況について、この3点でございます。

まず1点目、認知症疾患医療センターについて、資料をお使いいただい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1つ目の議題の認知症疾患医療センターについてをご説明

いたします。資料は、資料3から資料7を使います。

まず、資料3をごらんください。認知症医療部会（第4回）の主なご意見ということで、前回開催いたしました医療部会でも認知症疾患医療センターについてご意見をいただいております。

この資料の2ページ目をごらんください。

2ページ目の下のほうに、3としまして、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、委員の皆様から意見をいただいております。

主なご意見をご紹介しますと、認知症支援診療所、この時点では認知症支援診療所ということで第4回部会ではご紹介したんですけれども、そういう制度が導入されるが、二次医療圏が広い圏域はもう一つの病院の認知症疾患医療センターの増設や適正配置を考えなくてはならない。

また別のご意見としまして、都内でも医療機関の充実度や圏域の広さなど地域ごとにいろいろ差があるということで、一律の仕組みでやっていくのは困難ではないのかというご意見もいただいております。

また、サポート医がいて、それを支える病院があつて、さらに認知症疾患医療センターがあるというような3層構造がいいのではないかというような意見もいただいております。

こういったことも踏まえて、今後、認知症疾患医療センターのあり方については、今日の部会も含めて議論をしていきたいと思っています。

続きまして、資料4をごらんください。平成26年度の都の認知症施策についてということで、来年度に都として認知症施策、どのようなものに取り組んでいくのかということのご紹介です。

予算案につきましては、まだ暫定案ではありますが、認知症関係、総額で44億8,500万ほど計上しております。その右に、小さく25年度の予算額出ておりますけれども、25年度は32億円だったということもありまして、約12億円の増となっております。

主な増の中身としましては、認知症高齢者グループホームの整備にかかわる経費の増や、後ほどご説明いたします認知症の早期発見診断事業の規模増、こういったものによって12億円ほどふえております。

認知症疾患医療センター関係の予算をご紹介しますと、下の四角の枠組みの中の左の一番上です。地域連携の推進と専門医療の提供というところで、引き続き、12カ所の疾患医療のセンターの運営をしていきます。あわせて、この部会におきまして支援診療所、今、診療所型と国は言っていますけれども、こういったものの検討もあわせて行っていきます。

それ以外の認知症疾患医療センター関係の主な事業といたしましては、四角の囲みの一番下のところですね、先ほどもちょっとお話ししました認知症の早期発見・診断を可能とする取組の推進の②認知症アウトリーチチームの配置については、来年度は現在7カ所の疾患医療センターでやっておりますアウトリーチチームを26年度は12カ所全ての二次医療圏で実施するように拡大をしていきます。

あわせて、その上の区市町村に配置いたします認知症コーディネーターにつきましても、現在13の区市で実施していますけれども、来年度は35の区市で実施するよう予算計上しております。

続きまして、資料5-1です。これは、これまでも部会等でお示ししておりますセンターの概要の資料になっております。参考にごらんいただきたいと思います。

次の資料5-2も、現在の疾患医療センターの指定状況ということで、島嶼を除く12の医療圏に1カ所ずつの疾患センターが指定をされております。

続きまして、資料5-3をごらんください。認知症疾患医療センターの平成25年（4月から12月）活動実績についてということで、これは後ほど資料7でセンターの指定更新についてお話をするんですけれども、その参考にもなる資料になっています。

各センターのこれまでの相談実績や研修会の開催実績、鑑別診断の件数等を一覧に示したものにしています。

各センターの数字を書いているわけですが、なかなか横に比較して、この数字が多い、少ないということだけで評価するのは、病院の規模も違いますし、予約の取り方の差もありますので、なかなか数字だけで判断するのは難しいんですけれども、我々東京都が疾患医療センターとして求めている機能は、各センターが充足しているというふうに考えております。

続きまして、資料6に移らせていただきまして、認知症疾患医療センター診療所型についてのご説明です。

先ほど報告事項の中の参考資料6、国の通知の資料がございましたけれども、その中でも診療所型を来年度整備をしていくという考え方が示されております。それを踏まえまして、都として、今後、この診療所型というものをどうしていくのか、あわせて疾患医療センターをどうしていくのかということはひとつ検討していかなければいけない議題になっています。

国の動きを改めてご説明いたしますと、資料6の左上のところですね、厚生労働省の動きということで、ご存じのように、24年9月にオレンジプランができて、この中で、29年度までに認知症の早期診断等を行う医療機関を約500カ所整備するということの方針が出されてお

ります。

その具体的な指針が下に書かれておりまして、人口規模等に応じて地域型、診療所型等を整備していくという考え方が示されておりました。

その下ごらんいただきたいんですけども、モデル事業の実施ということで、今年度は、認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業を、国が実施主体を区市町村として全国9カ所で実施しております。後ほど議事（2）で国立市で実際の取り組みを行っている新田先生からご報告がありますが、診療所型の設置に当たっては、国がこうしたモデル事業の成果を踏まえて考えていくということになっております。

資料の右上をごらんください。今後の整備の考え方について（案）ということで、今後、都がどうしていくのかということを示しています。まず、国は、今後の「認知症医療支援診療所（仮称）」の整備についての方針は、先ほどの資料の中で示しております。

簡単にご説明いたしますと、25年度予算について市町村が試行的に実施している「認知症医療支援診療所」については、26年度予算案において都道府県が実施する「認知症疾患医療センター等運営事業」の中で「診療所型（仮称）」として国庫補助の対象としていく予定である。

また、今後の疾患センターの整備に関する考え方については、今年度中に実施要綱等を改正して、その中で示していくということで、現時点ではまだ要綱が示されておられませんので、診療所型と言われているものの中身ははっきりとわからないのが状況です。

その下で、では都はどうしていくのかということですが、国からの方針が示された後、この医療部会を活用しまして、現在指定している地域型と診療所型の役割分担や連携等のあり方を検討しまして、認知症疾患医療センターの整備を進めていきたいと考えています。

その下に参考として、これは昨年12月に中央社会保険医療協議会の中で示された資料なんですけれども、現在ある疾患センターの累計 類型、あわせて診療所型の機能も示して比較をしたものです。

簡単にご説明いたしますと、大きく地域型と機能が似通っていますが、違いのところをご説明いたしますと、診療所型というのは、名前どおり診療所を現在国は想定しているようです。活動圏域は、地域型と同じように二次医療圏です。鑑別診断は、地域型と同じようにやっています。人員配置につきましては、要件が緩和されておりまして、臨床心理技術者やPSWについては兼務が可となっております。検査体制につきましては、CT、MRI、SPECT等は自分で持っていなくても連携医療機関との対応ができる。医療相談室については、この時点では設置は求められておりません。

最後に、資料7をごらんください。東京都認知症疾患医療センターの指定更新について(案)ということでお示しをしております。

先ほど、各疾患センターの取組状況についてご説明をしましたがけれども、現在設置している12の疾患医療センターについては、指定期間が26年3月まで、この3月までとなっています。そのために、4月に更新手続を行う必要があります。在宅支援課としましては、1月に12の疾患センターを一つ一つ回りましてヒアリングを行っております。

ヒアリングでは、疾患センターの指定要件、人員の配置、検査体制、診療機能等の充足の状況、センターとしての活動状況、専門医療相談の実施状況、認知症の診断と対応、身体合併症や行動心理症状への対応、あと地域連携や人材育成という要綱で求められている内容が行われているのかということを確認しています。あわせて、26年度以降の指定継続の意向につきましても確認をしています。

その結果、12医療機関とも指定要件を充足していること、我々東京都が定めている要綱で担う役割を全うしているということが確認されております。

あわせて、各センターとも継続意向の意思もあります。

ということで、引き続き、26年4月以降も現行の12医療機関の指定更新手続を進めていきたいと考えております。

ちなみに指定期間は26年4月1日から29年3月31日までという形になっています。

指定期間3年につきましては、下の※にありますけれども、要綱で定められております。

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。

それでは、ただいまの認知症疾患医療センターに関するご説明に関してご質問等ございましたら、ぜひお願いします。

○平川(淳)委員 この診療所型についてのご質問なんですけれども、東京都は基幹型、地域型というのは置かなくて、地域型が全部この機能をしているという中での診療所型というのはどういうふうに、国の説明とまたちょっと違うイメージを持っていらっしゃるのか、その辺、以前、医療圏が面積が広い場合はセンターを2つ、もう一つ設ける必要があるかというのは前回の意見もございましたが、どんなふうな基本的な考え方をされているのか、教えていただきたいんですけれども。

○繁田部会長 それでは、事務局からお願いします。

○新田課長 診療所型につきましては、まだ国の要綱が出ていないということもあって、具体的にどんな機能が必要かというところはわからない部分があります。ただ、都として、今12カ所の地域型を運営していますので、診療型に求められる機能というのはやはり検討していかなければいけないと考えています。理想的には、地域型というのは、より専門的な認知症の支援を行うところ、診療所型というのが、より身近なところで支援を行っていくところではないかといった基本的な考え方は持っておりますけれども、それを具体的にどうやっていくのか、二次医療圏の中にどういう形で配置していくのか、区市町村ごとに配置をしていくのか、そこについてはさらに議論が必要だと考えています。

○繁田部会長 そのほかご意見、ご質問お願いいたします。

○山本委員 これは今後のことなので、1つだけ気がついた意見ということでは、先ほどのご報告にあったケアパスが各区市町村で今後介護保険事業計画、来年度の策定にあわせてつくられるということですので、その区市町村ごとのケアパスのあり方と、この二次医療圏のネットワークをつくっている認知症疾患医療センターとのつながりをどうつけていくのかというのが一つの論点だと思います。もちろん区市町村側から見れば、認知症疾患医療センターも重要な社会資源になりますので、認知症疾患医療センター側から見ると非常に広大な二次医療圏を管轄していらっしゃる。今、診療所もできるかもしれませんが、そういうセンターですので、各区市町村のつながりをつくる上で、このケアパスのあり方と認知症疾患医療センターの連携の仕方をしっかり踏まえて、もし東京都として何か提示できるものがあれば提示しておいたほうがいいかなというふうには考えました。

○繁田部会長 ありがとうございます。ただいまのことに関しましてご意見等、事務局からでも結構でございますし、委員の皆様でも結構でございます。いかがでございますか。

○新田委員 今言われていたのはとても重要なことだというふうに思っております。私もケアパスの委員の一人でございましたので、その点も、その中で議論が出ました。ケアパスというのは、結果、区市町村の介護保険事業計画の中につくる。これもまた微妙なことです。認知症の問題というのは、介護保険のみでは対応できないという大きなものを抱えながら介護保険事業計画の中でつくるといふ、ある意味で矛盾を抱えながら、そこに疑問点を発しながら私もその委員会に参加していました。最終的には、そのところは絵柄でもって、いわゆる認知症の早期のいわゆる診断も含めて早期発見から、そこで寄り添う形があって、途中でさらに介護保険が必要になってきて、介護保険だけでは対応できない高度障害がある。上乘せ横出しと昔よく言った、その議論の絵柄が今つくられたというふうに思うんですが、そこがどうするのかとい

うと、地域包括という地域にとって大きなものは、地域包括センターを中心とした認知症ケアがやはり行われざるを得ないという、そういう中であって、そこに先ほど二次医療圏診療型、これはまたどういうふうに位置づけていくのかというとても重要な議論で、ただ、そこはまだ、それぞれの地域によって恐らくかなり違いが出てきますので、そのところは東京都は特に広いので、その議論がどう集約していくのかは、これからこういった委員会でしっかりやっていただきたいなというふうには思っています。まだ、だから山本委員の答えには全然なっていないんですが、重要なテーマであって、そこを解決を模索するというふうに思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。大切なところですので、どうぞ、いろいろとご意見をいただけたら。

○山本委員 これはぜひ新田委員にお聞きしたいんですけれども、ケアパスの中身が、先ほどのご報告自体ではなかなか見えてこない。これは地域住民に返していくものだというご報告だったと思うんですけど。そのケアパスとは、地域のあらゆる認知症ケアにかかわる社会資源を住民にわかりやすく提示していくためのパスということで、初期からいろいろな流れの中でのそれぞれの社会資源を提示していくということですけど、この中身というか内容がどういうものが想定されているのかちょっと見えづらいんですが、ちょっと教えていただけたらと思うんですが。

○新田委員 もう恐らく出されているというふうに思うんです。それは事務局から報告していただきたい。それを、その市町村でどこまでインフォーマル、フォーマルを含めてあるのかということの徹底した調査が、市町村がどこまでつかまえるか、そしてさらに、もしそれで足りないとしたら、何を市町村がつくらなければいけないのか、認知症の人たちのために、ということの内容だというふうに思っています。具体的なことは事務局からがよろしいかなと思いますが。

○新田課長 参考資料5をもう一回ごらんいただきたいんですけれども、この中で、国は、認知症ケアパスの作成のための手引きというものを示しております。その中で、地域に認知症にかかわるこういった社会資源があるのか、それを把握して、かつ29年度までに認知症の人がどれぐらい出てくるので、どれぐらいそういった社会資源が必要になるのか、現在どれだけあって、これからどれだけ整備していけばいいのかというものを、国の言い方をしますと、気づきシートと呼ばれるものを使って整理していく。あわせて、社会資源を把握するための社会資源シートというものもこの手引きの中に様式がありまして、この2つを使ってケアパス、地域の中にこういった社会資源が現在あるのか、こういったものがどれぐらい足りないのかというこ

とを住民に示していく。あわせて、整備計画等は介護保険事業計画に掲げていく、そういったことが示されています。

○守田係長 少し補足させていただきますと、国が12月から1月にかけて研修会を開催しております、東京都も傍聴に行きましたけれども、そのときも、結果的にどういったものを住民に示せばいいのかという質問が出されておりましたが、国は、社会資源シートと気づきシートを示していますけれども、それをそのまま住民に示せばいいと、そう考えているわけではなくて、各区市町村で工夫して検討してほしいという回答でございました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○栗田委員 認知症疾患医療センターの整備のことについて少し私の意見をお話しさせていただきたいと思うんですが、今回、認知症疾患医療センターとして基幹型、地域型、診療所型という3つの類型ができたということ、ある意味では、実は、いろいろなバリエーションを選択できるようになったというようなことがございまして、つまり、このまちには診療所型があるといいとか、このまちには、やはり地域型が現実的だろうとか、そういうことがある意味では議論できるようになったということでもあります。実際、私はこの診療所型モデル事業にかかわっております、全国の幾つかの診療所型の現地を見てまいりましたら、例えば、熊本県の水俣で診療所型をやっているんですが、ここは熊本モデルという大変有名な認知症疾患医療センターの設置があるにもかかわらず、この水俣地域だけは病院が設置できないんですね。ですから、診療所型がやはりいいだろうと、その地域の人もそう思うし、熊本県としてもそう考えているので、ぜひ診療所型をやろうと、そういうような選択肢で今構想されているというようなことがございます。

そんなことがございますので、実際に認知症疾患医療センターを指定するのは都道府県なんですけれども、その都道府県がどうやって設置していくかというときに、それぞれの基礎的自治体が、うちはこういうものが欲しいとか、あったほうがいいのかということを十分に議論して打ち出せるような自治体でないと、うまいことこれがフィットしたものがつくれないということがございますので、これは認知症ケアパスのことと深く関係しますが、ぜひ基礎的自治体の議論と都道府県の考え方がうまく整合できるような、そんなことをちょっと考えていただきながら設置の計画をしていただくほうがいいんじゃないか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。

○高瀬委員 毎日アウトリーチチームなんですけれども、そうですね、気づきシートだったらもう100枚ぐらい今書けといっても書けるぐらい気がつくことはいっぱいあるんですが、まず

は、いわゆる困難事例というのをどうするかということで、今実際に認知症の基幹型のところでどの程度ケースが困難されているか僕も数字はわからないんですけども、実際現場を見てみると、隠れた虐待の問題とか、あるいはご家族中が何となく新井先生とか繁田先生にお世話に、ちょっとお聞きしてみたいなみたいなの、ちょっと精神疾患を疑われるような症例とかがやはり困難事例として残ってきて、最後、私のほうに何とかならないかとか、特に、具体的な症状でいうと、摂食障害といいますか食事がとれないとか、感染を何回も繰り返すとか、そういうようなケースなんかも頼まれることがあるんですけども、そういう具体的にどの、3層型と今粟田先生がおっしゃいましたけれども、そこで地域ごとにどう解決されるかということと、認知症ケア会議とか、あるいは認知症のケアパスなんかともうまくリンクしながら3層構造の中でうまくジグソーパズル、完全ではないかもしれませんが、そういうところでうまく乗っかっていくような形に各地区でなっていけばいいのかなと思いますけれども、実際、例えば、大田区だったらどうしたらいいのか、おとといもそういう会議がありましたけれども、なかなか具体的には悩ましいところも多々あって、ただ、こういう発言をする場が、もんでいく場所がもうちょっと必要なんだろうというふうに思いましたし。あと、新田先生のほうで先行的にやられているようなんですが、そこでお気づきになった具体的な例なんかであったらまたお聞きしてまた大田区なら大田区に持って帰ってきたらいいとか、持って帰っていったらいいとか、自分なりにまた整理できないかなと思っておりますが、いかがでしょうか。

○繁田部会長 この次に新田委員のご経験を診療所型の現在までの成果といいますか状況をご説明いただきますので、そのときにまた先生、ご質問をお願いいたします。

○新井副部会長 今の診療所型と地域型、基幹型も含めていろいろ選択肢がふえる、まさにそのとおりで、地区ごとに検討できていい段階になったなとは思っています。

2つだけコメントをします。

1つは、この資料6を見ていただければわかるように、3つあるわけですけど、厚労省がいろいろ全国の都道府県を考えてこの3つにしたのと、東京都はちょっと事情が違うんだろうなということを踏まえておく必要があると思うんですね。今回診療所が出てきたその背景には、ここの地域型のところを見ていただくと、設置医療機関として地域型が病院となって、(単科精神科病院)と書いてありますよね。熊本県もそうですけど、結構精神科病院協会が非常に一緒になって活動して、かなり地方では精神科病院が地域型になっているところが多いです。ですから、そこで、そんな中で診療所型がつくられてくる地域と、東京都は全て12が地域型ですけど、決して単科精神科病院というよりは総合病院が多いという中でこの診療所型をつくっ

ていくというのは、やはり東京都なりのあり方を考えられるいい機会でもあるし、地方の県と違ったモデルを一番いいのをつくれるんじゃないかと期待できるところで、そこで栗田先生と同じ意見になりますけれども、そういった背景が違うんだということを考えておいたほうがいいということが1つですね。

あと2つ目、これ資料の確認だけなんですけど、この資料6の右下の表ですけど、専任と兼任の言葉が非常にあいまいに使われているように思うので、我々としてもちょっと確認しておきたいんですけど、たしか厚労省内では専従と専任ということで使っていますよね。ここでは専任と兼務可みたいな表現なので、ちょっとこれはあいまいだと思うんですけど。例えば、我々がやっている地域型は、人員配置が専任の臨床心理士、専任のPSW又は保健師になっていきますけれども、どちらか専従とかなんか言いませんでしたか。

○栗田委員 専従ですね。

○新井副部長 ですね。ほかが専任でしたよね。それはたしか専任というのは兼務可ということで、専従がそれ以外は仕事しないですね。その表現がなくて、右側のほうは兼務可、専任になっているので、これは非常にあいまいな資料じゃないかな、もうちょっと適切な資料をつくったほうがいいんじゃないかな、この中央社会保険医療協議会の資料はちょっと、もうちょっとここははっきりしたほうが我々も人員を揃えるのに大事かなと思っていますので、よろしくをお願いします。

○新田課長 すみません、国の資料をそのまま横引きしてしまっておりまして、都の実施要綱と若干そごが出ております。そこはまた改めて資料を作成させていただきます。

○新井副部長 この診療所型のほうは兼務の人でいいということですよ。ですから、これは専任でいいということですよ。

○新田課長 それは兼務でいいと、専従でなくていい。

○新井副部長 ですね。地域型のほうは1人専従がたしかいると、そこははっきりしておいてもらったほうが。

○新田課長 はい。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほか、特にただいまの点に関しましてご意見ただけるといいかなと思いますけれども、いかがでございますか。

○山本委員 これも、どなたでも、今の時点でわかっていることで、認知症疾患医療センターと、ここにも今、新井副部長がおっしゃられた表で、下のところで、認知症サポート医、かかりつけ医のこと、研修が書かれているんですが、認知症疾患医療センターと診療所型とサポ

ート医とかかりつけ医の、これは前回も議論になりました、3層構造とかいろいろ議論になりましたけど、このネットワークのあり方の方向性、これは地域差があるので一概には言えませんが、何か方向性みたいなのが新しいものが出ているのかどうかだけ、どなたかもし教えていただけたらと思ひまして。

○繁田部会長 決まっていることということですかね。こうあったほうがいい、こうあるべきだみたいな話じゃなくて。

○山本委員 最新の方向性みたいなのがもし栗田委員あたりがつかんでいらっしゃるものがあれば教えていただけたらなと。

○栗田委員 本当に正確なことは私もよくわかりません。ただ1つは、まず研修のことなんですけれども、この診療所型は結構研修をよくやっているということがわかりました。この2年間の調査で。だから、ぜひ研修、特にかかりつけ医の先生たちの研修をこの診療所型も地域型と同じようにぜひやっていただければというようなことで要綱に入れようとしているということです。

それから、あとサポート医と診療所型の関係、これはいろいろさんざん議論されてきたんですけれども、今考えられているのは、サポート医の延長線上に診療所型の医療機関を置くのが整合性が保たれていいかなという議論をしていて、診療所型の専門医の要件の一つとしてサポート医であるということを入れようかということがここ数カ月間議論しているんですけど、しかしながら、実は行ったり来たりしているんです。というのは、実際サポート医としてしまうと、このサポート医と専門医というのは実に整合していないんですよ。専門医って意外とサポート医じゃなくて、サポート医は専門医をとっていないということがあるので、これはサポート医とやってしまうと、診療所型が普及しないというリスクがあるので、そのところを何だか今思いあぐねているとか悩んでいるようです。ただ、将来的なことを考えたときには、やはり整合性をどこかでつけなきゃいけないので、サポート医との延長線上に先々は置きたいなというようなことなんだと思います。そのぐらいで、それ以上のことはちょっとわからないですね。すみません。

○繁田部会長 いかがでございますか、ただいまのことに関してでも結構ですけども。

専門医は学会等で認定されますけれども、サポート医は主に医師会ですよ。

○栗田委員 サポート医は少しだけ認定のされ方がちょっと変わってまして、基本的にはサポート医というのは国立長寿医療研究センターが主催している研修を2日間受けなくてはならないということになっているんですが、従来は、都道府県から医師会の先生のほうに推薦してもら

って、誰かに行ってもらおうよなというやり方が主たる方法で、そのときに都道府県が旅費とか補助してくれたりするんですね。だから、都道府県の予算の範囲内なので、1年間に研修を受けられる人は大体人数が決まっていたんですね。そういう限界があったんですけど、ただ、そうすると、サポート医はちっともふえないということがありますので、今は、サポート医は希望があれば個人でも受講できるようになっております。そのかわり、都道府県の補助をもらえないから、自腹切って受講してくれということになるんですけど、そんなことで、なろうと思う意思があればなれるという感じであります。

○繁田部会長 確認なんですけど、専門医は多分サポート医の研修なんかは受けないですよ。専門医がわざわざ。

○栗田委員 先生、それはよくご存じのとおりですね。

○繁田部会長 ですよ。なので、多分サポート医になっていらっしゃる先生は、地域の認知症も含めて医療を支えてくださるという気概のある先生で、なので、サポート医はある意味、内科あるいは一般の診療科の先生が多くて、専門医は、例えば精神科とか神経内科ということになるんだと思うので、それは特に重複はしないですよ。

○新田委員 第1回に出ているのでわかるんですが、第1回サポート医養成研修には専門医が来たんですね。都道府県から専門医が精神科を含めて来て、これは一体何なんだろうということでその講義を受けてということが何年か恐らくあったと思います。その後、先生が言われるように、都道府県で誰でもがという、そういう話になったと。

○繁田部会長 専門医であれば、もちろんそれこそ地域で認知症のことを専門に研修の講師もできるいろいろなことができるかなと思うんですけども、もともと専門医じゃない先生だとなかなかまとめ役としての役割を果たしてはいただけませんが、実際、認知症の医療や診療でというとなかなか難しいかなとは思っておりました。失礼しました。

そのほかいかがでございますか。

○平川（淳）委員 この診療所型については、二次医療圏単位での配置を検討するというような図になっていますが、私どもの八王子を含む南多摩医療圏は5市が1つになっておりまして、市ごとのそれぞれの計画があって、そして、そこにさまざまな医療機関がある。それを二次医療圏ごとにそれぞれの事情に応じた計画を立てていくときに、誰がどうやってそれを構築していくのか、リーダーシップをとるのかというところが、どこまでやっていいかわからないわけですよ。その辺はどういうふうやっていくかも議論していただければというふうに思いますので、勝手にやるわけにいかないのかなというふうに思いますので、よろしくお願ひしたい

と思います。

○繁田部会長 振らないほうがいいですか、振ってもいいですか。例えば、多分、区市町村単位での医療を考えていかないといけないですね。疾患医療センターが網羅している二次医療圏は広大な広さになりますので。しかも、ケアパスも含めて支援を考えていかないといけない。そうなってくると、例えば、言っちゃいけないのかな、区市町村と疾患医療センターは少なくともその議論に入らないといけないですし、疾患医療センターはどんな形で後方支援するのかということで、議論を見守りつつ一步下がるような感じなんですかね。言っているのかわからない。何かご意見があれば教えていただけたらと思う。

○新田課長 資料6の診療所型が二次医療圏域となっていますけど、これは国が示した考え方で、これを二次医療圏域にするのか、あるいは区市町村ごとにするのかというのはこれからの議論だと思うんですね。東京都の実情に応じて、東京都の中でもいろいろ地域差がありますので、どうしていくのかと。地域型と比べて、それは縦構造なのか、あるいは横構造なのか、その辺を議論しなければいけないと思うんですけども、地域型と診療所型と言われているもの。ただ、診療所型を設置するに当たって、より区市町村に身近なものというところで、区市町村の関与というのがより必要になってくるとは考えられると思います。ですから、指定に当たって、やはり区市町村の意見を聞きながらということはやっていく必要があるということでは考えています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

議 事

(2) 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業について

○繁田部会長 それでは、先ほどから診療所型のお話も何度か出ておりますし、このあたりで新田委員のほうから診療所型のモデル事業、正式には認知症医療支援診療所地域連携モデル事業を担当していただいておりますので、資料8をお使いいただいて新田委員からご紹介をいただけたらと思います。

○新田委員 先ほどからいろいろ問題になっております診療所型のモデルをやれということで、やむを得なくやれということで引き受けたわけでございます。ただ、これはここに書いてありますように、実施主体はあくまで国立市でございます。国立市に委託して、私のところのつくし会が受けたという、そのような形で、ある意味、地域包括事業というふうに私は考えており

ます。昨年10月から今年3月までということでございます。

それで2枚目に入りますが、その目的でございますが、認知症の早期診断・早期対応及び危機回避。危機回避って何なんだろうということでございますが、地域でさまざまな高度障害が出たり、早期診断されてもそのまま放置されるという、そういった認知症の方が出たときに、相談に対してどこに対応するかということでございます。私の勝手な解釈でございますが。先ほど高瀬委員が言われたようなアウトリーチを含めて対応するということだと思っております。

そして、そのことをどのように位置づけるかということは、認知症に対する地域包括支援体制と、単に医療機関のみではなくて、地域包括のさまざまなメンバーですよ、地域のさまざまな人たちと言ってもいいんでしょうけど、フォーマル、インフォーマルも含めて家族も含めてということ言うんですが、そことの共同作業というふうに私は思っています。

そして、そこで役割はかかりつけ医、認知症サポート医、先ほど出てきます地域包括センターと有機的機能した認知症医療体制づくりということでございます。

そして、上記の調査及び検証を行うことで、協議会の設置も義務づけられておまして、協議会をまず設置することから始めております。協議会は3師会、そしてこの地域の中核、認知症疾患医療センター、立川病院等から担当の医師と看護師もメンバーに入っていて、東京都からもメンバーに入っていていただいております。

中身としては、これは恐らく中核病院構想も同じように、鑑別診断及び専門医療相談、初期診断、鑑別診断、患者家族等の電話・面談照会、医療機関等の紹介等でございますが、その前にもう国立の中で在宅医療相談窓口というものを国立市の事業で今つくってしまして、これは東京都のモデル事業で、それをそのまま国立市が引き受けた事業でございますが、その相談窓口の多くは認知症の相談窓口でございます。そんなことで、似たようなもので、我々、特にこれはお金何もかかっていないんですね、ほとんどお金がかからない事業でございます。そのことに対して相談等々を行った上で医療機関等の紹介が必要であれば紹介する。医療機関の紹介というのは、地域のかかりつけ医であったり中核病院でもあったりいろいろあるというふうに思っています。

その中で（イ）でございますが、認知症初期対応体制に対する支援。後でこれは話します。

そして、（ウ）医療機関・介護施設等に対する専門的支援。グループホーム等がありますので、それに対してほぼ全部のグループホームに対する専門的支援を行って来ました。

国立市の状況が次、簡単に、これはごちゃごちゃ話しません。

国立市7万4,400という小さい市でございます。小さな市でございますが、非常に10万以下

で見えやすい。先ほどの話で、どれくらいの規模でという平川委員の話があったので、私はやはり10万に1つくらいかなという感じがしていて、それは各市によってちょっと違って来るんでしょうが、そんな感覚を受けております。

それから、二次医療圏というよりもっと小さな医療、住民ですよ、そこを対象ぐらいで構わないのかな。東京の場合は全国いろいろありますので、それはちょっと別にして。

このような状況になっていて、要介護認定マップですね、こんなものができておまして、認知症で、下の左の図でございますが、認知症の人たちがこれだけの数がいて、認知症独居の方、特に独居、認知症で独居以外が767名で、認知症独居の方が288名。ただ、これはちょっと違って、実際の独居の方は、これは60ですが亡くなって現在58名いらっしゃいます。

そこで、まずトータルとして次の図でございますが、めくっていただいて、認知症高齢者はどこで住んでいるかというところの簡単なものでございます。

やはり自宅で住まわれているのは、大体69%の人が自宅で住まわれております。あと特養等はこのような状況でございます。

やはり自宅で住まわれている方をどう支援するかというのが恐らく私たちの役割だろうなと思っております。

その次、下の図でございますが、その方たちがどのような介護保険の中の要支援か要介護で、どんな方が自宅で住まわれているのかということで、要介護5は27%ですね、それでも、4が41%、3は57%と、半数の方が自宅で生活されているというような実態の数字が見えました。

特に独居を調べよう。やはり認知症で1人にどこまで在宅限界があるか。体制として何が必要なのか。この人たちをこれからモニタリングというかフォローすることによって、どういう状況になったら在宅にいられなくなって、どこか別のところに行かざるを得ないか、どういう状況なのかということのをこれからフォローするための最初のあれとして独居56名、今現在調べ終わりました。

以下簡単な結果が次の図で出ておりますが、30%以上の人が老老世帯でもございますので、老老、そして認知症を抱えた家族、だんだんそれを調べていくつもりでございます。そこを調べ終わって、それに対して問題点を全て、今、地域包括と検討会を何回か開いてやっています。

独居のかかりつけ医、どんな人が見ているんだらうなということで調べさせていただいたのがこの図でございます。

意外と地域の先生が結構見ているというのはこれでございます。精神病院が近くにあるんですけど、独居の人でやはりそこを見ているのは少ないのがありますね。この大学病院が1人と

か、国立は大学は杏林大学が近くというか三鷹にあるんですが、そこまではなかなか行かない。そして中核医療センターです、先ほどの、そこで見ている人もなかなか少ないねと、やはり地域で見ているんだなということがここではわかりました。

現状がそこに要約してあります。

その次、中間状況でございますが、当院の認知症をどうやって見るのかという話で恐縮でございますが、10月に来院患者が1,271名で、そのうち認知症の人が132名等と数字を出しております。

それで、右の鑑別診断です。

10月、11月、12月と、このような鑑別診断を、診療所、私の小さなところでこのようなことを行っているという、これは実態の数字でございます。

そして他医療機関（かかりつけ医療機関等）からの紹介、直接来院がこのような10月、11月、12月と、このような数字になっています。

そして、その次のページ、アウトリーチ。

いわゆるいろいろな事業をやっていますので、「認知症医療支援診療所」の予算を使ったアウトリーチだと思っていただければ。例えば、11月11日、早期対応チームが出て、保健師とMSWが出ておりますが、それからただただ行かざるを得ないんですね、1回だけで終わっているわけじゃありませんけど。こういう報告書でございますから、予算を使ったお金ということでこのように出しております。3件、2件ということでございます。

そして、各関係機関への支援ということで、地域包括センターとの勉強会（定例化）を行っています。国立市は基幹型、地域包括センターは1カ所でございます。そこをどういう機能かということを知れば、ほとんど機能としてできてしまうという、そういうような特性を持っておりますので、そことの勉強会です。毎月1回、地域包括支援センター職員への勉強会を実施しております。それは、地域包括支援センター内職員連携方法と虐待検討、先ほどの困難事例も含めて全部そこに入っております。そして、地域包括ケアにおける支援センターの役割等です。意外と包括支援センターの職員が孤立しているんですね、孤立して抱えて大変。その人がケアマネとさらに孤立しちゃう、2人で孤立しちゃう。医療もほとんど介入しないというのが現状であることがわかりました。そこに入ることによって、やはりひとつ解決策を生むということでございます。

そしてもう一つ地域ケア会議、これも毎月開いておりますが、コーディネーターをして、それは市の全部のケアマネジャーがそこに参加して、老人会、市民も参加した地域ケア会議でござ

ざいます。そこに、認知症でこういう人たちがいるけど、どうしようかということを検討しています。

例えば、この前、ひとり暮らしで、ここまできてもう放っておくか。例えば、点滴をやればもうちょっと生きるんだけど、どうしましょうか。地域ケア会議で全員反対されました。そのまま在宅で看取った、そんなような例もあるような会議になっております。

それで、もう一つ協議会でやって、3師会にアンケートをやりました。これは医師、ここは全部アンケートをここに出すのはまだ協議会では余りオープンにすると言われておりますので、今日は東京都の会議ということで、簡略化したものだけを出させていただいて、これは医師の結果でございます。71名に配布して回収率59と結構回収率がよかったです、83%の方が認知症の対応があると答えています。患者さんが、ここにあるんですが、100～150、実は2とやって、1つは当院でございます。200がこちらか。100～150、実は眼科と皮膚科だったんですね。だから、これはただ来ているというだけで、本当に対応できているかどうか数字の誤りが後でわかりました。多くの方は1人から10人を見ている。

どれくらいの中身を見ているかということでございますが、これで見ると、初期は51%でございます。中期になるとちょっと下がって29%、そして17%、でも、6名の先生がそこまで見ているということでございます。

次でございます。

困ったことはどんなことかということでございますが、「言語によるコミュニケーションが困難なため、身体の不調や不具合」等々ですね。あと「認知症ご本人や家族とゆっくり話す余裕がない」、やはり地域で診療しながら認知症の患者を見るというのは、やはり結構大変だなということがこの辺からうかがえます。

どのような重点を置くべきかということに対して、「医療・介護・地域が連携した早期発見・早期診療の仕組みづくり」が一番多くて、その次は「家族支援体制の構築や相談会」、そして「かかりつけ医に対する研修」「介護従事者に対する研修」等となっております。

もう一つのことでございますが、認知症医療支援診療所と疾患医療センターの連携構図を、私のところの疾患医療センターとともに一緒につくらせてもらいました。一応このような連携構図になって、了解となっております。

認知症疾患医療センターはこうして、そこでいろいろ共同機器利用とか在宅療養依頼とか退院時カンファレンス、受診相談・予約等々、こういったことを協力しながらやりましょうということでございます。場合によっては、4月ぐらいから、余裕と問題があれば、向こうの認知

症疾患医療センターが外来待ちがちよっと多くなれば、うちのところでその先生が来て仕事をするということも今のところ考えています。お互いに協働してやっていこうということでございます

かかりつけ医とサポート医ということで、これ課題はいろいろ今議論されておりますので、参考意見にさせていただければと思います。私自身は、サポート医の問題は、先ほど栗田先生が言われたのももちろん賛成でございます。それで、ただ、サポート医はたまたま受けた人がサポート医になっていますので、多くは。だから、その人の認知症に対する、受けるだけで大変なものでございまして、その先生を含めてこういったところで一緒に成長していく。やはりある期間は欲しいなど。今、サポート医の能力がこうとか云々ではなくて、もうちょっと一緒に成長して行って地域に根づいて一緒に見られる体制をつくればというふうに思っていてそうならば地域包括支援センターにサポート医の先生がそこに行って、そしてそのお金をちゃんと地域包括支援センターから出せるというようなお金までがあれば、その先生の役割はきちっと出てくる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。

それでは、ご質問をお願いいたします。

○山田委員 先ほど新田委員から、地域包括支援センターとの連携ということが重要である、本当にありがたいお言葉をいただいて、私自身も本当にそう思っているんですけども、実際、鑑別診断を先生のほうでしていただいたとして、かかりつけ医の先生にお戻しになった際に、結構かかりつけ医の先生がその後の生活支援というところにまでお話がなかなか及ばずに、そのまま途切れてしまっている状況があるんですが、そこと、先生が地域包括支援センターにかかわっていらっしゃる場所のつながりというのはあるんでございますか。

○新田委員 重要な指摘だと思っております。そこのかかりつけ医と医療機関の問題は点の世界なんですね。だから、ぽつと診断する、あるいは薬を出して、そのときに見る。そこで意外と終わることが多くて、それで、高度障害を起こしたときにそこまで情報が来ない、いつの間にかわからないという、そんなことが実は起こってまして、そこで地域包括の認知症対応チームというのをつくっておりますので、そこがかかりつけ医の代わりをすると、私もそこに入る。かかりつけ医はいるんです、もともと。その人が、かかりつけ医が高度障害が起こった人にずっと対応するのは大変なんです。だから、そこまでは私は負担をかけるべきじゃないなどというふうに思っていて、普通は大丈夫なんです。そのところは代わりの役割を果たしてあげ

るというふうに思って、そこが地域包括に配置した認知症対応チームが、その線の世界をつかってあげる。これは完璧にできるかどうかわかりませんが、今のところそういう構図で一応やりつつあります。

○繁田部会長 いいですか。そのほか、どうぞ、ご質問等。

○高瀬委員 先ほどちょっと私が言いたかったこと、さすが新田先生は本当にかっちりとやられていて敬服、感服した次第ですけれども、今のところでなかなか私のところで包括支援センターとの連携というのが、先ほどご指摘になったとおり、包括支援センターの方も孤立しており、ケアマネジャーも孤立しておりで、後で聞いたら、このところで私がヘルプを出しておけばよかったけど、相談がなかったからできなかったなと後から思うこともあったりとか、あるいは今、包括支援センターの中に認知症対応チームというのを先生がつくられたというふうにお聞きしましたが、それとともいいとは思いますが、今後そういうのを発展させることが今の3層構造とプラスアルファでそれがないとやはりなかなかできないんじゃないかなと逆に思いましたし、包括支援センター自体も今大変忙しいと聞いていますので、それは、忙しくないですか、忙しいと聞いているんですけど、どういうふうにしてうまく連携を、お互いに助け合う、あるいは診療所が今後仮想されているとするならば、その連携を上手にやっていかないともったいないなということがありますし、地域ケア会議のご指摘も新田先生されていましてけれども、そこら辺はどういうふうに重層的にしていっていいのかな、もしヒントがあれば教えていただきたいと思いますが。

○山田委員 実は、早期発見につなげていく、例えば認知症疾患医療センターのアウトリーチにつなげていくというと、割と本人、家族からこちらが相談を受けておつなぎするケースが多いんですけども、そこから例えば入院をしたりなんだりというと、その出口のところ全然わからないんですね、いつの間にか帰ってきているということがあって。高瀬委員がおっしゃるように、本当に早期発見したその先の早期の対応が非常に重要で、それを放置して、こちらも気がつかないで放置してしまっただけで悪化するくらいだったら、先に知りたいということがすごくあるんですね。だから、それをどうシステムとして情報が、今のところいたし方ないと思うんですが、医療機関同士の連携というところになっていて、そこに包括がどう絡めばいいんだろうという、その疑問は常に、多分、ケアマネジャーさんなんかもそうなんじゃないかなとは思いますが、そこがスムーズになったら、もう少し逆に先生方の指導もいただきながら、ご助言なんかもいただきながら、もっといろいろできるのになというところは思っているところなので、本当にありがたいご意見だなと思います。

○新田委員 高瀬先生の話は、地域包括ケア体制と言いながら、地域包括ケアセンターは一体何なのという話に、そこにいくだろうなと思っています。それで、我々最初考えた地域包括支援センターというのは、やはり介護予防のケアプラン作成に終始して大変でございましたね。そこからいかに業務を外して認知症対応のチームに移行するかというところがやはり大きな課題でございました。それは地域行政、市町村が行政手腕でそれをやっていただいて、今の地域包括は、介護予防のそれから外れて、重要なことは重要なんですよ。でも、外れて、いわゆる認知症対策になるべく集約する。もう一つは、そのの最初に発見するときに、やはり線が必要で、そのときは介護保険の認定にすらならない可能性があるじゃないですか。そのときに、やはり地域包括支援センターがそこで線の一人になってついていく。どこかでやはりケアマネを結びつくだろうなと、そのような構図で今描いていて、我々、医療者は、その点ですよ、あくまでも。あくまでも生活があるわけですから、線があって、そこに医療者は点で入るといふふうに思っています。

○高瀬委員 おっしゃるとおりだと思うんですけど、ただ、早期発見というときに、実は早期発見で軽症で早期発見と重症で早期発見があって、全員が病識がなくて、来たときは目も当てられないわという早期発見があるんですけども、そのときにどうしたらいいかが、割とバリエーションが実は、表にしちゃえば簡単だと思うんですけど、新田先生なんか日ごろお感じになっていると思うんですけど、そこら辺の濃いところを教えていただきたいなと思ったんですが。

○新田委員 今、僕が最初に話したのは、本当の早期発見ということでございます。だんだん今の時代ですので、こういう疾患センターがいろいろ出てくると、重度で、昔は、七、八年前は結構中等度以上で来ることが多くあったので、だんだん少なくなっているんで、それは助かっております。ただ、重度でぱっと来た場合は、我々の認知症、今度のチームがどっに入って、それこそ毎日ぐらい入って、全てのサービスを入れて、家族も含めてやらないと在宅は不可能になりますという情報の点があると思っています。

○高瀬委員 ですから、点という立ち位置ではあるんですけど、結局連続でやらざるを得ないみたいなのもあって、ヒーヒー言いながらやらざるを得ないケースもやはりあるのかなとは思っています。

○新田委員 もう一つだけよろしいでしょうか。ついでに言うとお金になりません。

○高瀬委員 ボランティアで頑張っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。まだご意見があると思いますけれども、次の話も関

連しますので、また事務局からご説明をいただいて議論を続けてまいりたいと思います。

議 事

(3) 認知症早期発見・早期診断推進事業の実施状況について

○繁田部会長 3つ目の認知症の早期発見・早期診断推進事業の実施状況について、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、資料9に基づきまして、認知症の早期発見・早期診断推進事業のご説明をいたします。

資料9は、事業の概要等を示してある資料ですけれども、先ほど来の議論にもありますように、この事業を始めたきっかけとしましては、国のオレンジプランにありますように、認知症の早期発見というのが非常に重要である。ただ、地域包括支援センターが介護予防の業務等々いろいろ忙殺されているということがありまして、地域で認知症の方を支えていくには、やはり地域包括支援センターの機能強化が重要であるということで、認知症にある程度専門に携わるような認知症コーディネーターを地域包括支援センターなどに配置していこう。

あわせて医療的な助言を行う、もらえることの重要性というのが指摘されておりましたので、認知症疾患センター等の医療機関に医師と看護師等からアウトリーチチームを配置して、両者が協力をして認知症の方の支援に当たっていこうというのがこの事業の基本的な考え方です。

国の動きの中で、新田先生がお話しになった診療所型の取組や、いろいろ早期発見のやり方はあると思いますが、東京都のパターンの一つとしてこの事業を今推進しているところです。

この事業を円滑に行っていくために、資料9の右側半分よりちょっと下に、事業担当者連絡会という形で、このアウトリーチ、早期発見診断事業にかかわっている方々に集まって、いろいろな意見交換の場を設けています。

これまで2回、7月と11月に開催いたしておりまして、いろいろな事業を行うに当たっての課題、問題点、そこから浮かび上がってきたこと等についての議論が行っています。この2月にも第3回目を開催する予定になっています。

こういったことによって都全体の取組を底上げしていこうというふうに考えています。

資料9の下半分は、この1月末時点なんですけれども、今13の区市、7つの圏域で取組を行っていますので、その一覧を示したものになっています。

各地区、高齢者人口や地域包括支援センターの数が異なっておりますが、コーディネーター

をそれぞれ配置いたしまして、配置場所も地域包括支援センターであったり、あるいは区市町村の所管の部署であったりと、実情に応じて異なっているんですけれども、コーディネーターの配置を行っております。

12月末時点の数字を若干ご紹介いたします。コーディネーターに寄せられた相談の数は、合計で402件です。事業を始めるための手続に時間がかかったり、体制がなかなか整わなかったというところもあって、地区によって若干差もあります。

実際に寄せられた相談の中で、アウトリーチチームが関与したケースというのが40件ほどあります。そのうち実際訪問したケースが全体で28件となっています。

地区によって始まったばかりということもありますので、今後いろいろ実績がふえてくると思います。栗田先生からも現時点での実施状況について若干分析のお話をさせていただくことになっておりますので、そういった実績の分析・検証を通じて、今後の事業展開のあり方については考えていく形になります。

なお、補足ですけれども、栗田先生が資料10でご報告するアウトリーチチームの関与の件数が38件になっていますけれども、時点が資料9と異なっておりまして、若干数字がずれています。そこはご了解いただければと思っています。

資料9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。

それでは、ただいまご紹介がありました資料10の評価ですかね、振り返りといいますか、それに関しまして栗田委員からご説明をお願いいたします。

○栗田委員 それでは、資料10に基づきまして簡単に中間集計の結果を報告させていただきたいと思います。

この東京都の認知症コーディネーター、アウトリーチ事業といいますのは、国が、実は現在、新田先生も加わってやられております認知症医療支援診療所地域連携推進モデル事業と、それからもう一つ、認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業が同時に動いているんですが、これは東京都版です。東京都版の場合は、認知症初期集中支援と認知症医療支援診療所に相当するものが同じ自治体で動くようなモデル設計になっておりますが、国の場合はばらばらで動いています。ただ、実質的には、新田先生のところもそうですけれども、認知症医療支援診療所をやりながら、ほとんど初期集中支援チームが動いているという感じで動いているところもあります。

東京都版ということでやらせていただきまして、資料10の下に、各自治体と関係しているセンターが事業をスタートした時系列が書いてあります。2014年1月で新宿区が加わりましたので、13区市町村、それから7センターというふうになっております。

次のページの上に「2013年12月末日時点での実施概況」というふうに書いておりますが、新宿区は1月からでありましたので、ここには新宿区は加わっておりません。

アウトリーチチーム事業を実施している認知症疾患医療センターは、ここに書かれている7つのセンターであります。

平成25年12月末日までの実績ということなのですが、一番最初にあります相談応需をして、情報収集して、アウトリーチの支援対象にしようと思ったところは38例というふうになっております。先ほど新田課長から40例というふうに話していましたが、2例がなぜ足りないのかと一応説明いたしますと、私のところに2例分の台帳が来ておりませんでしたので、38例分の集計をさせていただきました。38例であります。このうち実際にアウトリーチチームでカンファレンスまでいっているのは28例であります。さらに実際に訪問をしているのは27例、支援を終了しているのが12例でございます。最終的には、この支援終了事例を分析する必要があるんですが、今回は中間集計ということですので、この27例のところまでのデータを簡単にご紹介させていただきたいと思っております。

最初の4ページですけれども、下ですが、区市町村別には、多い順になりますけど、板橋区が10例、品川区が9例、杉並6例、千代田5例といった、こんな順番になっております。

それから次のページ、6ページの上ですが、年齢階級別では、80歳代が約6割と圧倒的に多いということでもあります。

それから性別対象では、女性が74%、男性が26%ということで、3対1の割合ですね。これは後で申し上げます。女性の長寿の問題がありますけれども、独居の方が対象になることが非常に多いということと関連しているのではないかと思います。

それから7ページです。住居種別対象者数では、戸建が39%、マンション・集合住宅が37%ということで、大体同じぐらいになっていますね。

それから、世帯類型別が8ページになりますが、世帯類型別では、ひとり暮らしが55%ということで半分以上はひとり暮らしであります。それから、夫婦のみと兄弟姉妹のみというのも、これも高齢者のみの世帯でありますので、ここまで入れますと8割は高齢世帯ということになります。

それから、9ページであります。これは支援対象になった時点での介護保険の申請あるい

は認定状況であります。未申請が45%ということで、要するに、介護保険以前の患者さんがまずここでファーストタッチになっているということでもあります。申請中の方も10%でありますので、半数以上が認定を受けていないということです。要介護度別で見ますと、要支援2、要介護1のところでは84%ということですのでほとんどでありますので、要介護レベル的には初期の人が来ているのかなということでもあります。

それから、かかりつけ医の有無なんですが、かかりつけ医の先生がいらっしゃる対象が多いんですね。74%にかかりつけ医ありということなんですが、これは、大体一般の高齢者も、75%ぐらいの方がかかりつけ医をもっているらしいので、大体同じ分布かと思えます。ただ、かかりつけ医はいらっしゃるけれども、認知症については必要な医療サービスだとか介護サービス等々がうまく提供できていないなということでございます。

それから、相談経路であります。これは11ページですけど、いろいろなところからアプローチしてくるんですが、家族が圧倒的、一番多くて、それからケアマネが次に多いです。ご本人という方もいらっしゃいます。その他のところが大変ユニークでありまして、弁護士さんからとか銀行とか不動産会社だとか、一人暮らし高齢者見守り相談からとか、地域福祉課とか民生委員とか高齢者専用住宅の生活指導員でしょうかね、そういうところからとか、それから包括というのがあったんですが、これは恐らく間違えだと思えますが、基本的には包括が入り口になっているので、どこから包括に行ったかというデータが書かれていないので、そんなところでもあります。

それから、困っていること、相談したいことということで、これは基本的に自由記述でいろいろ書いていただいたのを拾い上げたものなので、もう少しきちんと分析する必要がありますが、しかし、一番多いのはB P S D関係ということで、38例中の33例がB P S Dがあるということです。同時に生活障害ですね、服薬の管理の障害とか金銭管理の障害、清潔保持の障害、そういうようなものがある。それから診断されていないということが30人ということで非常に多いですね。それから受診拒否、ご家族がいる場合の介護負担、キーパーソンがいない、それから身体の問題、介護サービスを拒否している、経済問題、その他というようなことになっております。その他の中には、虐待なども入っております。

それから、相談の目的であります。これは、実は選択肢ができておりますので、枠組みにはまっちゃっていますけど、まずは現状がどういうことなのか見極めてほしいという、これがあある意味では当然かもしれませんが、一番多い。それから、支援の方向性を決めてほしい。それから、やはり医療の必要性の判断ということで、医療との連携が非常に大きな課題になって

いることがわかります。

それから14ページで、初回訪問チーム員数ということで、何人で訪問しているかということで、4人が一番多いということで、少し多い感じですが、そんなふうなことになっております。

それから初回の訪問時間ではありますが、これは本当にこういう事業をやるときのコストと非常に深く関係している数値でありますけれども、1時間から2時間ですね、この辺のところが一番多い。中には3時間以上。要するに、3時間以上って、これ天井なしなので、すごく長い事例もこの中にいるということでもあります。

それから、訪問チームの職種別では、これはコーディネーターとのペアの事業でありますので、やはり一番多いのは認知症コーディネーター、それからPSWは非常にこれに関与しております。それから地域包括支援センターの職員。医師は10例だけなので、少ないんですけど、ある意味ではとても興味深い。医師が必ずいなくても結構機能できているということもあります。

それから、BPSDを拾い上げているんですが、これももう少し細かく分析しなくてはいけないので、傾向ということで見ていただければと思うんですが、妄想が突出して多いですね。こういう事業の対象になる方には妄想を持っている方が非常に多いということでもあります。そのほかにも幻覚、火の不始末、収集癖、情緒不安定、暴言、興奮、入浴の拒否とか、要するに、BPSDと言われるもの、ありとあらゆるものが出てくるということでもあります。

そして、これは訪問した先でおおむねの診立てをしてもらうということでもありますので、もちろん厳密な診断はできませんけれども、多分認知症はあるだろうと判定されているのが、28例中23例で、認知症はないだろうと判定したのは2例であります。不明が3例。この不明というのは、本人に会えていないとか、そういうのもあります。

それから、次が19ページ、これは一応暫定的な診断ということで、中には、ちゃんと医療機関で診断に至ったものも含まれておりますが、現場で診断するというようなものも含まれておりますので、これは大ざっぱなものです。アルツハイマーが56%、血管性が11%、その他の認知症が15%、妄想性障害が7%、不明が先ほどの3人ということで11%ということになっております。

これから支援を始めていくという段階でどういう支援が必要とされるかということで、一番多いのが、医療機関への受診を支援する、これが最も頻度が高いですし、それから次が介護保険サービスの利用を支援していく。これがある意味では標準的な支援というような感じであり

ます。それから、家族介護者を支援する。それから、かかりつけ医へ認知症の情報を提供する必要がある。それから、成年後見制度の利用を支援する。それから、BPSDの対応に関する助言をしていく。こんな割合になっております。

非常に大ざっぱなデータではありますが、今年度の最後にはもう少しきめ細かい分析をさせていただこうと思っております。

最後に、全体の感想であります。やはりこの事業を導入して、こういう事業のニーズがそれぞれの地域において非常にもともと高かったんだということがよくわかります。地域包括支援センターは本当に大変なんですけれども、この事業に対して非常に積極的にかかわっていただきますし、それから、医療機関も大変こういった事業に対して、やはりニーズを感じていたということだと思っております。積極的にかかわってくれております。しかし、それぞれの地域ごとにやはりこういうことをやってみると、いろいろ課題が出てくるということで、これはとても重要なことだと思っております。代表的な課題は、やはり圏域が広過ぎてしまう。これは認知症疾患医療センターでやっているの、二次医療圏ですので、なかなかアウトリーチでやるということになると非常に大変である。

それから、あとは対象者をどうやって把握するか、あるいは選定するかとか、先ほども出ていましたけど、かかりつけ医の先生がいらっしゃいますので、どうやってかかりつけ医の先生と連携しようとか、そういった課題がいろいろと出てきているところであります。

最後に1つだけ、実は、国の事業にもちょっとかかわってしまして、認知症医療支援診療所のことだけ少しだけつけ加えさせていただきたいと思っております。実は、この認知症医療支援診療所のモデル事業をやって、どこの地域でも大体大変よかったというのは、この認知症医療支援診療所事業を取り入れたことによって初めて地域包括支援センターと、それから医療が率直に話し合える機会をつくって連携づくりが動き始めた、あるいは自治体としての、先ほど点と点のつながりがありましたけど、点と点だけじゃなくて線あるいは面の連携づくりがようやくスタートしたというご意見がたくさんあります。恐らくこの事業と同時に、新田先生のところもそうですけれども、その自治体で認知症施策を考える合議体を同時につくっていくということが義務化されておりますので、実際にこういうことをやりながら、国立市は本当に特別であります。実際に地域の資源をきちんと把握して、何が必要なのかというのを関係者が一堂に集まって考える機会をつくれるということも非常に大きな意味があるんじゃないかというふうに考えています。

以上でございます。

○繁田部会長 どうもありがとうございました。

それでは、今のことも含めましてご質問等をいただけたらと思います。

○平川（淳）委員 八王子は各包括に医師会のご協力をいただきまして、それぞれ担当医を決めていただいたんですね。その担当医の先生と地域の利用者さんとの関係を重視しながらアプローチすると、なかなか手を出すまでに時間がかかってしまうような状況に今あります。

それから、もともとの主治医の先生、やはり新田先生おっしゃったように、点でかかわっていらっしゃるので、連絡をすると、そんなんだったのかみたいなことでよくご存じなかったり、包括の方々もものすごく医者に対して嫌悪というか、恐ろしい、こんなこと言っているのかなみたいな、すごく、逆に私たちが間に入って通訳をして、逆に電話してあげたりとか、そういう間をとらないとなかなか包括とお話ができないような形があったり、それからケアマネさんが入ると、包括のほうにその辺また、ケアマネさんの関係があったり、それから包括同士の、どこかが突出してしまうのも嫌ったり、そういう非常にいろいろな細かなことがあるので、やはり認知症疾患医療センターではなかなかやりにくくて、やはりかかりつけ医の先生や、この診療所型もどこまでいくかわかりませんが、かなり小さな地域でぜひやっていただきたいというのが印象として持っているんですけど、いかがでしょうか。

○繁田部会長 ありがとうございました。

そのほか、ちょっと内容の確認、よろしいですか。資料の1枚表紙をめくったところの12月末日までの実績というところなんですけれども、この場合の38というのは、コーディネーターから連絡があった件数、とにかく何らかの形であった件数ということですよ。

○栗田委員 本当にいろいろな地域があるんですが、厳密にはどの時点かというのは本当によくわからないんですが、訪問台帳1というのがあるんですね、1、2、3という3つの台帳をつけてもらうんですが、訪問台帳1を書いてくれたということなんですけれども、訪問台帳1を書いてくれたということは、このアウトリーチチームの支援対象にしようというふうに決意してくれたということだと思えるんですが、そういうことなんですね。だから、これからアウトリーチチームにいく段階で、果たしてこの人たちが全部アウトリーチチームにつながるかどうかというのはよくわからないんですが、ただ、地域によってまたそこも違うのかもしれないですね。訪問台帳1と書いたからには、絶対つなげるという、そういうのもあるのかもしれないんですけど。ただ、実際には次の訪問台帳2というのが、これがアウトリーチチームが全員集まってカンファレンスをして、そして訪問をしたという記録がそこで初めて出てくるので、2

までいくとカンファレンスをいつしたか、アウトリーチをいつしたかという日にちが出てくるので、それが証拠になりますので、1だけだと実際にやったという証拠がないので、その差がちょっと出る。だから、10例については、アウトリーチを実際にやったという証拠がまだないというようなことです。

○繁田部会長 アウトリーチチーム（カンファレンス）という次の行が皆さんが集まって訪問するかしらないかというのを議論した件数ということですか。

○栗田委員 カンファレンスの内容までは記録したものがありませんけれども、アウトリーチをやるときは、全体を見ましたら、通常、その日にアウトリーチに行く直前にチームカンファレンスをやっているんですね。ですから、そのタイプのカンファレンスはやっている。しかし、ひよっとしたら、1カ月前にちょっと打ち合わせをしているかもしれないんですけれども、それが、例えば数週間前にやっているものが訪問台帳2に書いてあってくれば、例えば、9月10日にカンファレンスをやって、9月30日に訪問しましたよと書いてあれば、それは全部カウントできるんですけれども、書いていないので打ち合わせをしていたら、ちょっとやったかどうか分からないので、そこは分からないんですね、正直言います。

○繁田部会長 こんな細かいことをお聞きしているのは、先ほどの資料9で人数がたくさんいろいろ出てきているんですけれども、それがどのくらいそれぞれのセンターで、医療機関で負担になっているのかということを知りたかったのでお聞きしたんですけれども。例えば、コーディネーターから連絡があって、ご訪問するかどうかを決めるのはコーディネーターではないわけですよね。ですので、医療機関がもらったときに、その場で対応して済んでしまうこともあるじゃないですか。その場でその状況に対応してアドバイスをすることで、もう一回コーディネーターが対応したら、それで済むのであればいいですし、そういうことまでは気楽にといいますか気やすく相談ができるセンターであればいいかなと思うんですね。実際に、それはこちらで訪問するかどうか、あるいはどんな形でするのか議論しますということで、そこでまた受ける段階があって、受けたときに集まる。集まるといっても、ここアウトリーチチーム、荏原31とか、こんな小学校の教室みたいにぞろぞろみんな集まるわけじゃないわけですよね。何人かが集まるという話じゃないですか。そうすると、2人、3人で集まってもいいのかなという、どんなふうに先生方が苦勞していらっしゃるのかということを描きたかったのでお聞きしたかったですけど。

○守田係長 私から少しご説明させていただいてよろしいですか。

流れとしては、ふだんの簡単な相談であれば、認知症疾患医療センターに相談室がございま

すので、そこに電話して相談に相談員が乗っています。ただ、この訪問台帳1は、やはり地域包括支援センターやコーディネーターが訪問してほしいという必要性を感じて記載して、アウトリーチチームに渡すところまで実際にやっています。アウトリーチチームで受け取って、大体、関係者で院内会議をして、どういったメンバーで訪問するかや、訪問支援の対象にしたほうがいいのかどうかを検討しています。その上で訪問しますと、訪問台帳2ができてきまして、事前カンファレンスの日時、時間や、あとは誰が訪問したかが分かるという流れになっております。

○繁田部会長 ありがとうございます。またわからないことは教えていただけたらと思います。

○新田委員 とてもおもしろい報告だというふうに思って聞いておりました。それで、38例のうちで、これほとんど高度障害とかいろいろある例でございますが、支援終了が12例ということは、3分の1がここで解決しているということですよ。これは何を意味をするのでしょうか。

○栗田委員 ありがとうございます。この12例ですね、実はまだ分析していないので、結論めいたことは言えないんですが、少しその前に一回中間集計したときに、4例が終了していましたので、4例の話をいたしますと、基本的に、この解決のゴールというのは、医療サービスとか介護保険サービス、必要なサービスにつながったというところで一応ゴールにするんですけども、そういうふううまくいっていないところで終結せざるを得ないという事例もあります。

○新田委員 もう一つ追加の質問で、その場合に、先ほど先生も言われましたが、行っている方は地域包括のスタッフとかコーディネーターとか、こういう方が入ることだけで医者は余り行かなくても解決する。とてもよくわかるようなイメージするんですけども、そういうふうにも考えてもいいんですかね。

○栗田委員 そうですね。基本的には、ここにかかわっているスタッフは、認知症のことはよくわかっているんで、ある意味では医者に近い情報提供もできるような人たちなんですけれども、そういう情報提供をただで基本的の方針が大体決まるので、大体その方針に沿っていくと必要なサービスにつながるといえることですね。

○繁田部会長 ありがとうございます。ご質問まだまだあると思うんですけども、時間の関係もございますので、あと1つ2つ、これだけはどういうご質問をお受けして……、新井委員、お願いします。

○新井副部長 この早期診断ですか、この活動、とても東京都でいいとは思いますが、先ほど説明があった国のほうで認知症初期集中支援推進事業というのも補助事業として始めますよね。これとの関係、先ほど説明いただきましたけれども、今、先生がこれだけ充実した活動と、この国との整合性みたいなもの、もしくはこれに乗っていいのか、それとも、別な活動として東京都としてやるのか、その辺の方針とかその辺はどうですかね。

○新田課長 26年度から国が地域支援事業という形にして、26年度については財源を確保するという形になっています。初期集中支援チームをやっていくに当たっては、やはり区市町村がアウトリーチ内に協力してくれる医療機関というのを地域の中で見つけていかなければいけないですね。見つけられるところは、そういった初期集中支援チームのスキームを独自につくってやっていけるとは思うんですけれども、なかなか今、地域の状況を見ると、そこは難しい自治体というのが多くなっています。ということで、都の疾患医療センター等にもアウトリーチチームを置いて、そこから認知症コーディネーターを支援をしながら一緒にやっていきたいと思いますという仕組みなんですけれども。それは将来的にどうなっていくのかというところは今後検討が必要ですね……

○新井副部長 ある程度時期は二本立てみたいになる可能性もあるということですか。

○新田課長 そうですね。ゆくゆくは各区市町村がそういった連携できる医療機関をつくって、そこからアウトリーチをしてやっていく。そこで手に負えないようなものを地域型なり専門の疾患医療センターが見ていくという構図が将来的には理想ではないのかなというふうに私は考えていますけど、まだその過渡期にあるのかなと思っています。

○繁田部長 今日ご報告いただいたような、例えば、栗田委員から報告いただいたようなことがまた少し詳しく分析をしていただいて、最終的に国と都の対象にした認知症の方が違うようであれば、両方とも存在意義があるのかもしれませんが、かなり重複してくるようであれば、一致させてもいいのかもしれませんが。それはこの委員会で皆様からご意見をいただいて、それをもって東京都に提言をさせていただくということでよろしゅうございますでしょうか。

○齋藤委員 最後にちょっと一言だけ。さまざまな仕組みが構築されてきているんだと思います。ただ、それをいかに有効な有益なものにしていくかというときに、高齢者の方、あるいはそのご家族がこういった認知症のことについての相談をする際に、どうしても医療機関は敷居が高いというか、なかなかそこに結びつかない状況があります。そういった中で、先ほど来、地域包括支援センターの役割というものが、今後さらに強化していく必要があるだろうと。在宅医療と介護の連携もしかり、また認知症に対する対策もしかりですが、そういった中で、今

後ますます地域の核になる地域包括支援センター、これを人員配置の増も含めてしっかりと行っていくというのがこういった仕組みを有効に活用していく手段になってくるのかなというふうに感じています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、今後ともこの部会ではアウトリーチ、それからコーディネーター、初期集中支援等々、東京都ではあり方を議論してまいりたいと思います。今後とも活発なご意見を願います。

本日は、どうも進行にご協力をいただきまして、まことにありがとうございました。

それでは、マイクを事務局に戻します。

○新田課長 繁田部会長、ありがとうございます。

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

閉会挨拶

○中山高齢社会対策部長 高齢社会対策部長の中山でございます。本日も遅い時間まで熱心なご議論をまことにありがとうございました。

認知症対策の重要性というのは、もう国民的な課題というふうに言うべき状況になっていると思うんですけども、今日皆様方のご議論をさせていただいた中で、やはり論点が幾つか浮かび上がってきていると思います。この認知症対策の主体となるべきところはどこがやるのかということがまず1点あると思います。これは私も以前申し上げておりますけれども、基本的には住民に身近な存在である区市町村が実施主体となった施策を行っていく、こういう体制に取れんされていくべきであろうというふうに思います。ただし、今、私ども東京都がやっている取組、これは二次医療圏を単位としたものもありますし、区市町村がやっているものもある。逆にいろいろなモデル事業では、区市町村を主体としているものもある。これを、この大都市東京でどのようなスタイルが一番認知症対策に効果があるかというところは、今後この部会でもっともときめ細かく議論をしていただきたいというふうに思います。またご提言もいただきたいというふうに思っております。それを私ども受けとめながら、国ともいろいろ調整をしながら、本当に東京にとって望ましいもの、これを構築していきたいと思っております。

今日の資料の中では、来年度の東京都の認知症対策の予算の紹介もさせていただいております。

す。知事が不在という中での暫定予算でございますので、今後また新しい知事のもとで査定をしていただいて予算が確定するわけでございますけれども、新しい知事の方針等で高齢者対策にもっと金をかけるというふうになるのかもしれませんが、多分そうなると思うんですけども、認知症対策は本当に重要な施策でございますので、私どももこれからも力を入れて取り組んでいきたいと思っております。

この医療部会、ますます熱心なご議論を期待するところでございます。

本日は遅い時間までまことにありがとうございました。今後ともどうぞよろしく願い申し上げます。

○新田課長 中山部長、ありがとうございました。

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。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、事務局にお申し出ください。

それでは、本日はこれで散会といたします。ありがとうございました。

午後8時03分 閉会