

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会（第5回）

平成21年7月8日（水）

【松山幹事】 それでは、定刻となりましたので、ただいまより東京都認知症対策推進会議第5回若年性認知症支援部会を開催いたします。

初めにお願ひでございます。発言に当たっては、お手近にありますマイクをご使用いただくようお願いいたします。

続いて、4月1日付人事異動による委員の交代予定がありましたので、ご紹介させていただきます。区の障害福祉課長会からの推薦で、前任が豊島区保健福祉部中央保健福祉センター所長、山澤様でしたが、後任といたしまして、墨田区福祉保健部障害者福祉課長、鈴木様をご推薦いただきまして、委員としてお願いをいたしております。ただし、本日、鈴木様はご欠席でございます。

また、浅川委員と高橋委員が本日ご欠席という連絡をいただいております。

事務局からは以上でございます。

それでは、斎藤部会長、よろしく願ひいたします。

【斎藤部会長】 今日は、行政の関係の方がどなたもいらっしやらないのですが、時期が半分過ぎておりますので、急いで検討を進めようと思ひます。

それでは、議事に入りますが、配付資料の確認をお願いしします。

【松山幹事】 お手元にお配りした資料ですが、まず頭紙に次第がございます。続いて、資料1といたしまして、検討スケジュールについて、資料2といたしまして、これまでの検討状況、参考資料1といたしまして、認知症サポート医フォローアップ研修の概要、参考資料2といたしまして、東京都精神科夜間休日救急診療事業について、参考資料3が、東京都老人性認知症専門医療事業について、参考資料4が、若年性認知症に関する区市町村相談窓口調査について、参考資料5が、若年性認知症に関する介護保険事業所調査について、参考資料6といたしまして、認知症対策サイト「とうきょう認知症ナビ」について、以上をご用意させていただいております。資料の不足等はございませんでしょうか。

【斎藤部会長】 では、続けて議題（1）の論点整理、議題（2）の今後の進め方というのを一気にやってまいります。最初に資料1、検討スケジュールについて、資料2のこれまでの検討状況について、松山課長から説明をしていただきます。

【松山幹事】 まず、お手元の資料1をご覧ください。「検討スケジュールについて」ということで、今まで4回議論していただいておりますが、各回の検討内容はこちらに書いてあるとおりでございます。本日は5回目ということで、この後、今後の検討の進め方を説明させていただいた後、そこにあります課題について、具体的支援策の検討ということでご議論いただければと思います。

また、参考資料4、5として配布してございます施設調査、窓口調査の実施についてもあわせてご議論いただければと思います。

次回の6回目については10月の中旬に予定をさせていただいておりますが、今回ご議論いただいた内容をもとに、施設調査、窓口調査を実施いたしまして、その結果の報告をさせていただきたいと思っております。あわせて、本日の議論を踏まえた上で、具体的支援策の部分について検討をさらに深めていきたいと考えております。

7回目は12月の中旬から中旬を予定しております、そこでは報告書の素案を提示させていただいた上で、さらに具体策の部分でまだ詰まっていない部分をご議論いただければと予定しております。

第8回につきましては2月の中旬から下旬で、ここで報告書の最終確認という形をとらせていただければと思っております。

続きまして、資料2のご説明をさせていただきます。こちらのほうは「これまでの検討状況」ということで、それぞれの分野別につきまして、「現状・課題」、「現在までの到達点」と「今後の方針・目標」についてまとめたものでございます。

まず1点目が医療支援の分野でございますが、検討項目といたしまして2点ございまして、1点目が「早期診断」という部分でございます。こちらの現状といたしましては、認知症の診断・治療が可能な医療機関がなかなか不明確であるという部分と、かかりつけ医と専門医療機関の連携が不十分である。確定診断までに時間がかかるということが課題としてございます。

現在までの到達点といたしまして、早期にアクセスできる実効性のある情報提供が必要である。19年12月に公表いたしました東京都認知症専門医療機関実態調査につきまして、若年性認知症の対応可能な医療機関というものは245カ所あるということが現在わかっているところでございます。

今後の方向性といたしましては、早期診断について具体策を検討していくということで、例えば今日ご紹介させていただきます認知症サポート医フォローアップ研修を今年度から

実施していきますので、それが一つの策になるのではないかと考えているところでございます。

次に、診断後の支援ということで、ここの課題といたしましては、周辺症状が悪化したときの対応が難しいというところと、診断後に継続的にフォローする体制というものがまだ不十分であるというところでございます。

現在までの到達点といたしましては、重症化したときに速やかな入院治療を実現できるような対策が必要である。精神科夜間休日救急診療事業や老人性認知症専門医療事業が十分に機能しているかどうか、検証が必要ではないかという点が指摘されているところでございます。

今後の方向性としていたしましては、地域における取り組み、先進的な取り組みについて専門家をお招きしてのヒアリングを考えております。また、具体策について、本日参考資料2、3としてお配りしておりますが、これら2つの既存制度の活用についても検討していきたいというところでございます。

次に、介護・公的支援の分野でございまして、これについての検討項目といたしまして、相談・支援と介護現場の2点がございまして、

相談・支援につきましては、サービスや支援制度の運用状況が区市町村により異なっているという点と、窓口で実際に対応に当たる人の利用可能な制度等についての知識が不十分で、個々のニーズに的確に対応できていないというところ、また、介護保険を切り口にするケアマネジャーだけでは、多岐にわたる若年性認知症の問題に対応できていないという点が挙げられております。

到達点といたしましては、連携体制の構築という部分と、区市町村職員やケアマネジャーの対応力向上の必要性が挙げられているところでございます。この部分につきましては、先ほどもちょっとご説明しましたように、区市町村に調査をかけさせていただきまして、その結果を踏まえて、次回以降またご議論いただければと考えております。

2点目の介護現場につきましては、これも課題といたしまして、受け入れ・サービス利用等を断られることが多い。ただし、特別な対応をしていなくても受け入れている事業所もございまして。また、高齢者と比較すると、原因疾患、症例がさまざまであり、個々の症例に対応した施策の構築というものがなかなか難しいという点が挙げられております。

現在までの到達点といたしまして、各事業所の対応力向上を図り、提供されるサービスの質の向上を図ることが必要である。また、若年性認知症の人に対するサービスの充実は

高齢者向けサービスの充実にもつながるので、より一層の充実が必要であるというご意見が出ております。

これにつきましても、先ほど申し上げましたように、介護現場における受け入れの現状把握のために調査を行わせていただきまして、その調査結果をもとに、またご議論いただければと思っております。その結果を踏まえて、具体的支援策について検討するとともに、必要に応じて関係団体へ提言という形でまとめられればと考えているところです。

3点目の家族支援の分野につきましては、ここも情報提供・相談の部分と、家族等介護者のケアの部分の2点があるかと思えます。

情報提供・相談の部分につきましては、若年性認知症に関する情報収集が困難であるということと、日中仕事や介護をしながら相談窓口でサービス利用に必要な手続きまで行うことが難しいという点が挙げられております。

現在までの到達点といたしましては、信頼性の高い情報を得られる仕組みを構築する必要性と、インターネットなどを活用して、24時間信頼性の高い情報が得られる仕組みということで、これについても具体的に今後検討していくこととなりますが、5月に「とうきょう認知症ナビ」というサイトを立ち上げましたので、参考資料6として本日つけさせていただきますところでは、信頼性の高い情報を得られる仕組みを構築する必要性と、インターネットなどを活用して、24時間信頼性の高い情報が得られる仕組みということで、これについても具体的に今後検討していくこととなりますが、5月に「とうきょう認知症ナビ」というサイトを立ち上げましたので、参考資料6として本日つけさせていただきますところでは、

次に、家族等介護者のケアの部分につきましては、家族の方が認知症であるということを受け入れられず、サービス利用に結びつかない。また、家族等介護者の心身の負担という点が挙げられております。

それについては、家族等介護者の健康管理や心理的ケアの支援の必要性が問われておりまして、ここについては今後具体策を検討していただくということになります。

次の経済的支援につきましては、経済的支援制度の構築という部分でございまして、若年性認知症の問題といたしましては、家計の担い手の喪失ということやローンを組んでいる場合など経済的に困窮してしまい、不動産売却を余儀なくされるケースというものが見られる。今若年性認知症というものがローンの免責や保険の高度障害の対象になっていないという点が課題としてございます。

到達点といたしまして、経済面の支援による生活保障の必要性と、高度障害認定基準が硬直的なのではないかというご意見をいただいているところでございます。

これにつきましては、そのご議論を踏まえた上で、関係団体への提言という形でまとめられればと考えているところです。

最後の職場を含む社会的支援といたしまして、ここは就労支援と企業における対応の2点でございます。就労支援といたしましては、進行性の認知症については就労支援の仕組みづくりが進んでいないということが挙げられておりまして、ただ、今までの議論といたしまして、就労支援という用語の定義、若年性認知症の場合どういうことを言うのかというところの定義づけが必要だろうと。就労移行よりは就労維持というものが現実的ではないか。生活支援という視点からの検討という面も不可欠ではないか。就労そのものに重点を置いた支援策では生活支援に寄与するものは小さいと考えられるというご意見もいただいております。

これにつきましても、具体策について検討していただくとともに、関係団体への提言という形でまとめていただければということを考えています。

企業における対応としては、若年性認知症への対応、取り組みが課題として認識されていないという部分と、認知症と判明してしまうと退職や望まぬ異動を強いられることがある。職場には医療機関というものがいないため、企業としての対応に限界がある。他の疾病との兼ね合いもあるため、認知症だけを特別扱いするのはなかなか難しく、社内規程等に基づく対応しか今はできないという問題が指摘されているところです。

これについては、企業に対し認知症を含めた精神疾患について啓発活動を行っていくことが必要であるというご意見と、また、従業員に対する安全確保義務というのは当然企業にあるところですから、若年性認知症の方に対する安全性の確保やスタッフ配置等、職場の支援体制の整備というものが求められてくるのではないかと。それについて、法的に規定することが必要ではないかというご意見をいただいております。また、就労継続については、早期に診断し、診断した人が企業や産業医の理解を得て、連携しながら支援していくという体制づくりの必要性についてご意見をいただいているところです。

これについても具体策を検討して、関係団体への提言という形でまとめていければと考えております。

続きまして、参考資料をご説明させていただきます。参考資料1といたしまして、認知症サポート医フォローアップ研修の概要でございます。これは、一番最初に出てまいりました医療支援の早期診断の部分に役立てればという部分でございます。

現在東京都では、東京都医師会のご協力のもとに、かかりつけ医の認知症対応力向上研修というものとサポート医研修というものをやっています。サポート医には、かかりつけ医への助言や地域の関係機関との連携促進の役割を期待しているところございまして、

都内の医療資源の状況を踏まえた連携のあり方や、周辺症状への影響を踏まえた身体疾患の管理等に関する医学的知識を習得するために、このようなサポート医のフォローアップ研修を実施してサポート医の機能強化を図り、認知症医療と身体医療、専門医療と地域医療の切れ目を解消することを目的としているものでございます。

特徴といたしましては、右側にありますように、認知症医療のスキル向上、主に薬物療法でございますとか、非薬物療法の部分のスキル向上ということと、あと認知症への影響を踏まえた身体医療のスキル向上ということで、日ごろからの身体疾患管理のポイント等、また、連携体制の充実ということで、これは連携ツールの導入とグループワークの実施ということで、下にありますような研修内容を実施していくところでございます。これについては、間もなくプレス発表をさせていただいた上で、7月下旬の実施を目指しているところでございます。

次に、参考資料2、3につきましては、中村幹事からご説明をお願いしたいと思います。  
【中村幹事】 たしか1度説明したような記憶がありますので、簡単に説明させていただきます。

まず、参考資料2の東京都精神科夜間休日救急診療事業でございます。基本的には、これは名前のとおり夜間休日の救急診療という形で、新宿の歌舞伎町のハイジアにある東京都保健医療情報センターで精神科救急の受付をやっているというような状況です。大きく分けると精神科の救急医療ということで、緊急措置入院ですとか、自傷他害のおそれありという方については、この時間帯で都立等の4病院で各4床ずつ確保して受け入れを行っているという状況でございます。

この措置に至らぬ部分で、二次救、あと初期救が必要なケースにつきましてはここに書いているとおりでございます。平日、土曜日の午後5時から朝9時、あと休日は24時間という形でございますが、二次救については民間の2病院で3床を確保というような状況でございます。

初期救急医療でございますが、これは外来ということでございますが、平日と土曜日については午後5時から夜の10時までという形と、休日については午前9時から午後5時までという形で、都内で3つの医療機関で初期の救急医療をやっているというのが実態でございます。

次に、参考資料3でございます。東京都老人性認知症専門医療事業でございます。この真ん中の枠に老人性認知症専門病棟という形で、私どものほうで専門病棟を整備してお

ります。いわゆる急変症状等が出た場合の対応というような形で、9病院で合計530床を確保しております。

基本的には、目的のところに入っておりますが、短期間・集中的な治療等を行う中で、なるべくまた地域に戻れるような状況に戻して退院させるという形になっておりまして、基本的には6カ月を限度というようなことをごさいます、例えば6カ月を超えて入院させる必要があるような場合は、右下の枠に入っておりますが、東京都老人性認知症疾患専門病棟調整委員会の中で適時の判断をしているというような状況でございます。

この530床につきましては、右のほうに運営費補助事業という形で入れておりますが、実は9病院のうち、都立松沢病院と、あと江東区の高齢の病院につきましては一応補助対象にはなっていないという形で、それ以外の民間病院に補助をしておりますが、いわゆる内科医師と看護補助者1名ずつ分の人件費見合いということで、基準額1,620万円のうち3分の2を補助というような形になっております。

この専門病棟の入退院状況でございますが、20年度の入退院状況について、左の下の枠に入れております。入院患者さんが1,443名で、退院患者さんが1,489名ということでございまして、下に年度末、3月31日時点での在院患者さんの数が481名ということでございまして、全病床が530床でございますので、割り返すと95%ぐらいということで、必ずしも急に必要があったときにどなたでも入れるというよりも、逆に入院待ちの状況があるようでございます。

これとあわせて、今精神保健福祉センターで高齢者精神医療相談班という枠で入れておりますが、精神保健福祉センター3カ所でそれぞれ相談班を設けまして、区市町村等の依頼に基づきまして訪問診療をして、それで入院の必要、医療の必要等々のところもありまして、そこで入院が必要であると判断された場合は老人性認知症専門病棟につなげるというような形で、訪問診療もあわせてやっているという状況でございます。

以上でございます。

【松山幹事】 この後、参考資料4、5とございますが、この後の議論にも関わるところでございますので、また適宜ご説明させていただきたいと思っております。

【斎藤部会長】 ありがとうございます。それでは、これの検討が本日唯一の検討課題ですので、1つずつ検討していこうと思っております。

最初に、医療支援のところからいきましょうか。早期診断の問題と、診断後の支援の話が出て、これまでの話の流れでは、医療機関は、そういうのはたくさんありますと言って

いる。一方で、患者さんのご家族に意見を聞くと、なかなか見つからないと言う。その辺のミスマッチをどうするかというふうな問題がありましたが、どうしますか。早期診断のところで、都内で若年性認知症の対応が可能な医療機関は245カ所あるということであれば、そのすべてが患者さんの期待に応えられれば知らないほうが悪いということになりますが、実際はそうではないということなんでしょうと思います。この辺について何か具体的なご意見を……。

【小野寺副部長】 教えていただきたいんですけども、この245カ所の医療機関は診療所レベルも入っているかと思うんです。どの程度対応できるという対応の内容、そういったものが把握されているのか。それがどの程度都民の方に情報提供されているのかということが今の時点でわかれば教えていただきたいです。

【事務局】 まず、調査の対象が、都内の全病院と、日本神経学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会に所属している医師のいる診療所です。その医療機関を各学会にご紹介いただきまして、調査時点での診療所360カ所と、都内の病院655カ所を対象にしています。

まず最初に、認知症患者への何らかの対応をしていますかと聞いていて、それは認知症そのものについての診断治療及び認知症の診断・治療はできないけれども、合併症の対応はできるというようなものもありますので、それをまず聞いています。回答のあった764医療機関のうち、認知症患者への何らかの対応をしていると答えたところが408です。

次に、408について、認知症に対する診断・治療はしていますかと聞いたところ、338が、自分の病院あるいは診療所では認知症の診断・治療を行っている。さらにこの338に対して、若年性認知症についてはどうでしょうかと聞いて、診断・治療ができますと答えたところが245医療機関、245という出し方はこのようになっています。

そのほかに、認知症の診断に当たってどういう検査を通常しているかとか、そういったことも聞いているんですが、その結果は338に対して分析しているので、この245についてどうかという正確な数字は、すぐには出ません。

【小野寺副部長】 ありがとうございます。治療までできているということですが、どこまで診断・治療ができているか把握しているのかで家族、本人の要望とずれてしまうという場合があるのかなとは思いますが。また、診療所とかの治療だけだと、ケアの部分まで行き着かないと思うので、後方支援ですとか、福祉系につながっていくところまでやっているかどうか明確になっていないと、家族や本人からすると不十分さが出てくるのだら



う。

そこまでの情報を提供しているかどうかということなんですけれども、なるべく細かい情報提供が都民の方にされることによって、この医療機関は行ってみるといいのかなとなるのかと思うんです。到達点や方針というところでは、これだけ収集したものをどう情報提供していくかということになるかと思うんですけれども、分析が進めば、もう少しははっきりしてくると理解してよろしいですか。

【事務局】 まず、この調査の結果が情報提供策に直接リンクしているかということ、これは調査目的でとっているのでリンクはしていません。

あと245医療機関について、対応可能な原因疾患名についてはすべて個別にとっているのです、そこまではわかります。あと検査とか専門医がいるかというのは調査はしていますので、クロス集計をして分析を進めればわかるんですが、情報提供策とはリンクしていない。あくまで調査目的なので、すべての医療機関が公表してよいと言っているわけでもないという状況です。

【末延委員】 今の小野寺先生の発言とかご質問につけ加えてと思うんですけれども、若年性認知症の方だけではなくて、今高齢者でも日常診断をという流れもある中で、何例か、かかりつけ医から専門病院に紹介もして診断していただいたんですが、1つは、経済的な面で、1割負担の方でも1万7,000円くらい払って、3割負担の方だと5万1,000円くらいかかるんです。その病院で指定している血流検査等を全部やるとそれぐらゐの費用がかかるので、これくらいかかりますというふうな説明もしてご家族に勧めて、何回かに分けて、ご家族も本人も労力をとって病院で診断を受けて検査もするんです。その結果が出てきた診断というのが非常に簡単なもので、「アルツハイマーの初期です、アリセプトが効きます」とか、それくらいしか書いていないんです。

そうすると、家族も、もちろん紹介してくれたかかりつけの先生も私たちケアマネジャーも、確定診断することでその後のその人の生活にプラスになる相談や情報が来るものだと思って期待しているんです。ところが、実際そうではないというところで、これは肩すかし、あんなに頑張ったのにという思いがどうしても後に残ってしまうという点で、今の小野寺先生がおっしゃったように、お医者さんは診断と治療なんだと思うんですが、その対応してくれる病院にせめてワーカーがいるかどうか、そこで何とか相談につながるというあたり、これは施策としても推し進めていただきたい。

早期に診断して、確定診断が出たら相談室につながって、きちんとそこでできるサービ

すや、これからこんなことをご家族は考えなければいけませんということとかをオリエンテーションしてくれるようなものを医師に期待するのではなくて、医療機関という病院の中の別なスタッフでカバーするというのをぜひ考えていただけたらと思っております。

【干場委員】 今、東京都は245カ所の医療機関が対応できる。私たちも、実は本年度、全国の病院に対して若年性認知症の対応は可能かとアンケートをとったんです。そうすると、大部分がやっていると言うんです。ただ、我々だと、その中でとって、専門の先生が診て、ここはどこまでやっているかともう一つ奥の調査ができるんですけども、多分都ではなかなかそこまでは介入できないと思うんです。

本当の中身でいくと、病院はやっていると言うけれども、実際にやるとできない。我々から見るとできないという病院のほうが多いと思います。実際に我々も相談業務を受けていて、例えば東京23区で、どこか近くで紹介していただけますかと言われたときに、安心してすぐぱっと出てくる病院は東京でも少ないんです。それは、こちらのレベルというか、治療の度合いをあまりにも上げ過ぎているという部分もあるのかもわからないんですけども、そういうものも含めて、もう少しこの辺の検討、後からのほうにかかわってくる救急9病院も含めてそうなんです。

私は、以前、救急病院のソーシャルワーカーの勉強会に呼ばれて行ったことがあるんです。でも、その方たちが今度の東京都の認知症の部会にだれ1人として代表に入っていない。本来一番最初に相談窓口になるコーディネーター役を果たせるその人たちにそういう部分がものすごく必要だろうと、そういうふうを感じるので、簡単に数字上でこれだけ出ている、これだけの数がそろっていますというのではなくて、もう少し掘り下げたところを家族の立場から見ると実際情報を欲しいというのが実感だと思います。

【斎藤部会長】 今みたいにミスマッチが非常に大きいのと、それから、医療機関の側から言えば、例えばソーシャルワーカーのいない病院はないです。ないけれども、今の大部分の病院のソーシャルワーカーというのは、短期間に病床を回すために、病院の死活問題がかかっていて、とにかく退院した人をどこかに送るということに病院の相談室の大部分は専念していて、ゆっくり座って認知症の患者さんの相談をしてくれるようなソーシャルワーカーは、例えば私が仕事をしていた東大病院にいるかといえば、そんなのはいない。

とにかく病床を回して病院がつぶれないようにしようというところで、なかなかそういう医療機関にじっくり相談に乗ってくれるワーカーを期待するのは、無理というか、一部の老人病院など、あるいはクリニックであればそういうことをしているところはある。そ

れから福祉につながるところもあるだろうと思うんですけれども、総合病院にそういうことを期待しても、よほど金を出して、1人分出しますと言わない限りは難しいんだと思うんです。

だけど、その辺のミスマッチに病院が気がついていないというのは非常に問題なのと、それから、ここまでの議論では、早期診断と診断後の支援というふうに分けて、いきなり診断後の支援のところでは、周辺症状が悪化したときと、緊急の入院のところを飛んでいますけれども、先ほど来の話はその間が大変なんです。その間をサポートしてくれる病院があるかということで、ここの方針の中にある認知症サポート医のフォローアップ研修というふうなのは、むしろそこのところを埋めるということだろうと思うんです。

今認知症の先端的な診断ができる病院にソーシャルワーカーを期待しても、それはなかなか難しいということなので、診断する病院、中間を支える医療機関ぐらいに分けていかないと難しいかなと思います。だけど、この辺はこの部会の対応としてどのようにまとめるかということだろうと思うんです。こういう制度をつくれとか、データベースをつくれだけでは、制度をつくれといったって金の問題があるので……。

【小野寺副部長】 今ご指摘があったフォローアップの研修のところですけども、なぜお金を使わないかという、既存の資源をどう結びつけていくかだと思うんです。今の斎藤先生がご指摘したように、病院のソーシャルワーカーは大体100床以上とか、病床数が3けたになって1人いるぐらいなので、絶対に時間的に難しいです。以前に私がいたマリアンナも1,000床近くで3人ぐらいで、結局1人が1患者さんに割ける時間は短いんです。

ですから、3番の(3)自治体、地域包括支援センター、地域医師会・介護事業者等の連携促進ということでいきますと、ドクターが地域に出るといのは難しいと思うんですが、いかに自分の周辺のサービス資源とつながっていくかと意識してネットワークをつくっていくか、それを都がどれだけ後押しできるかだと思うんです。診断はしました、治療はしました、ただ、ケアは確かに医師の範疇外になるのでバトンタッチをしていただく。バトンタッチしたり連携をしているかということ、多分不十分だろうと思うんです。

10年前に病名告知の調査をしたときに、告知しない理由にお医者さんが挙げていた理由は、後方支援が自分たちにはないからと言っているんです。逆にあればするのかなというところで、現状を見ると、10年前と変わらず、やはりその医療と福祉の連携というものはなされていないで、現場だけの当事者に依存するというのは難しいと思うんです。そ

うすると、既存のネットワークをどうつくっていくのか。そういった意味で調査で現状を把握されてきましたが、今度はネットワークに乗っていったいいとか、つながるといところの医療機関とか福祉サービスサイドの了承をとっていったって、つながるシステムを後押ししていただけると、既存のものがもっと円滑に回っていくのかなと。

参考資料3のほうですと、小さく左のほうに、保健所、福祉事務所、地域包括支援センターと、老人性認知症医療事業とかありますが、医療は医療で回っているだけなんです。精神科のほうは完全に医療だけで回っていますから、福祉がどこにこれに入るのかといところをもう少しつくっていくことによって連携が高まっていくのかなと感じていまして、既存のものをなるべく組みかえて、国ですと縦割りが多いですから、なるべく縦割りを取り払ってやっていただけるといいのかなというのがこの資料を見させていただいての意見です。

【斎藤部会長】 この辺の医療の問題で、具体策についてもう少しご意見があれば承りますが、割と簡単なのは、精神科夜間休日救急診療事業と、老人性認知症専門医療事業をもう一度きちんと洗い直して、これが本来の目的に機能するかどうかということですよね。本来の目的に沿った運用をしないと松沢は60床しかないので、すぐそれで病棟が回らなくなる。

なぜ松沢の病院が入院しにくいとか、なぜ地方独立行政法人長寿医療センターのメモリークリニックの外来が6カ月も7カ月も待たされるか。そういうことは民間病院だったらあり得ないことで、1カ月以上待たせるということになったら何とかしようと思います。それをせずに数カ月待ちというのは、制度が円滑に機能していないわけです。

東京都は医療機関について言えば、ほかの追従を許さないぐらい例外的にたくさん持っているんで、それを特に東京都がお金を出している病院についてきちんと機能するように洗い直すということによろしいと思いますし、それから、認知症のサポート医のフォローアップということも大事だろうと思います。それから、あとは福祉の連携ということになりますが、それは先のほうに行ってもまた話をするところはあると思います。

それから、診断ができる医療機関名については、いずれはどこかに公表するんですか。データベースをつくるということですか。

【松山幹事】 ここの若年性認知症の245という形ではないんですけども、現在、認知症サポート医養成研修を修了した医師ですとか、かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師についての名簿公表ということで、医師会と調整を進めているところです。

【斎藤部会長】 サポート医・かかりつけ医が、認知症の初期段階の早期診断において果たせる役割は限られていると思います。認知症は、3日間研修して診断できるような病気ではないです。だから、サポート医・かかりつけ医というのは、あくまでも診断がついた後の専門病院でできないきめ細かな支援が主な役割になるだろうと思います。サポート医が診断できるような患者さんだったら、何も検査しないで診断できます。

だけれども、今認知症の診断を求めてくる患者さんは、そもそも認知症なのかうつ病なのかかわからないし、それから、ほかの器質疾患なのかもしれないし、内科疾患なのかもしれないし、だから、先ほど非常にお金がかかるというお話があったけれども、CTをとっても異常がない。しょうがないからMRIをとりましょう。MRIをとってもしょうがないからスペクトをとりましょうと、そこで自己負担分が3万4万になる。

だけれども、一般のサポート医の先生にはそんなことは不可能ですから、それから、心理検査にしても、長谷川式の検査で20点取れない人は検査しなくてもわかるんです。我々の病院に来るような患者さんは、長谷川式の検査なんて鼻先で笑って30点という人がいる。それでもアルツハイマーという人を診断していくためには、きちんとトレーニングを受けた臨床心理士が必要だけれども、その臨床心理士がまた問題で、診療報酬の裏づけが全然ないから、都立の病院とか大学病院とか、あるいは認知症を専門にしてそういう診断をしている病院にしかいないんです。だから、そういう医療資源があるところを公表するというのは大事だと思うんです。

CTやMRIのあるところ、それから、トレーニングを受けた臨床心理士がいて、心理検査がきちんとできるような内容のデータと、それから、かかりつけ医、サポート医のような研修を受けた地元の先生の名前を、本人の同意が得られた方については公表して、そこから選んでもらって、あとは救急のところでもっとハードに病棟が要るところについては既存の制度のてこ入れをするというふうな提言をするというのが一番現実的かな。

【中村幹事】 今の先生のほうからの精神科の夜間休日救急診療事業等の見直しという話でございましたが、実は、私どもは、先月、東京都地方精神保健福祉審議会（地精審）いわゆる条例設置している審議会でございますが、それを立ち上げまして、若年性認知症という疾病に限定したという形ではなくて、精神障害の方については常に適切な医療を受ける体制が必要だということで、地域における精神科医療ネットワークの構築についてという形で、第1回の審議会を先月開いたという中で、その中で地域医療部会と、あと救急

医療部会と、2つの部会で、それぞれ救急の制度についてもきちっと見直していこうというような形でやっておりますので、当然若年性認知症は別とか、それだけという話ではないんですけども、その中で精神科の夜間休日診療事業について、専門の先生方のご意見等を踏まえて、そこについては見直していきたいと考えているところでございます。

【斎藤部会長】 今のようなことで私はよろしいと……。あまり若年性認知症だけの救急システムといっても、結局無理なので、今のようなお話でよろしいんだと思いますが、私は昔松沢で救急をやっていて思ったんですが、松沢病院のようなところは、救急で老人をとってすぐに後方病棟に回せるんです。自分のところは広いので、老人病院等に回せるんですけども、ほかの例えば墨東のような病院は、翌日、どこか当番病院に回されちゃうわけです。そうすると、行き先が一般の精神科の病院になっちゃう可能性があって、例えば80歳を越えている夜間せん妄のおじいさんが統合失調症の患者さんのいるところに行って、拘束されたり保護室に入れっ放しになっちゃったりする。

だから、せっかく専門病棟があって、病床稼働率が90%です。90%だったら、無理をすれば1人2人は入るんです。だから、後方に送るときに両方のシステムがちゃんとリンクするように、若年に限らず、認知症の患者さんがやむを得ず精神科救急を利用した場合に、その後方病棟に送るときに、東京都が指定している老人性認知症専門医療事業の病棟がどこか協力できないかというふうなことがあると、救急の病棟のソーシャルワーカーの仕事というの、朝っぱらからあちこちの病院にかけて、当番病院でも断るところがあるので、後方作業が大変なんだけれども、その辺が一般精神科の救急の枠でやっても、そこから先の細かい仕分けというのは大事だろうと思います。せっかく両方のシステムを持っていらっしゃるの、それを結びつけていただけたらありがたいと思います。

では、あまり医療のことばかりやっていますとあれですので、また後でご意見があれば承ることにいたします。

それから、介護・公的支援のことについて、支援窓口等々に調査をかけるということになっておりますので、ここで調査のことを簡単に説明していただけますか。参考資料4と5になります。

【松山幹事】 では、まず参考資料4、これが区市町村相談窓口に対する調査でございます。対象といたしまして、若年性認知症のご本人や家族の方が相談窓口として行かれるであろうという想定のもとに、まず、アが区市町村の高齢福祉主管課、イが介護保険に基づく地域包括支援センターの窓口、ウが区市町村の障害福祉主管課、エが障害者自立支援

法に基づく指定相談支援事業者ということで、この4つを想定しております。6月1日時点で671カ所ございますので、そこから303カ所を無作為抽出し、調査をさせていただければと思っております。

質問といたしましては、問1でどの属性に該当するか、問2で今まで若年性認知症の方やご家族の相談を受けたことがあるか。問3がミソになると思うんですけども、それぞれのサービスについて説明ができるかというところで、介護保険サービス、障害福祉サービス、地域生活支援事業、職業リハビリテーション、障害基礎年金、障害厚生年金、精神通院医療の自立支援医療制度、あと精神障害者保健福祉手帳、成年後見制度、日常生活自立支援、それぞれについて、説明ができる、多少の説明はできる、尋ねられたら説明はできる、また特段の説明はしていない、また知らないというような形で調査をさせていただければと思っております。

調査スケジュールですが、これを7月中旬に郵送いたしまして、7月下旬に回収し、8、9月で集計いたしまして、第6回の部会でご報告をさせていただければと思っております。

続きまして、参考資料5ですが、介護保険事業所を対象に実施する調査でございます。これについては、若年性認知症の方が利用しそうな事業所というところで、ア、イ、ウ、エ、オ、カとして、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所という6種類の事業所を想定しております、これらが6月1日時点で2,885カ所ございますので、そこから無作為抽出した483カ所に調査をかけたいと思います。

調査方法といたしましては、先ほどご説明いたしました区市町村窓口調査と同様、郵送・自記式でございます。質問項目といたしまして、下にありますように、まず、若年性認知症の人を受け入れたことがあるかないか、あるという方については、今何人くらい若年性の方がいらっしゃるか。若年性の方を受け入れるために特別な対応をとっているかというところで、スタッフの数ですとか、経験者の採用ですとか、レイアウトの変更とか、そういったことをお聞きしたいと思っております。

また、ないと答えた事業所につきましては、申し込みはあったのかどうか。申し込みがあった場合は、利用に至らなかった理由として、本人や家族の利用について抵抗があったのかとか、事業所として若年性認知症の方への対応が困難であった、また、他のサービスの利用が決まった、時間帯等利用日に折り合いがつかなかったというところで、利用に至らなかった理由を個別に聞いていこうというところでございます。

また、これは全ての事業所への質問項目ですけれども、若年性認知症の人への対応で困難なことがあるかということで、これは当てはまる項目全てに丸をつけていただくという形なんですけど、経験やノウハウがないということと、他の利用者と異なるプログラムが必要であるということと、周辺症状が激しいのでなかなか難しい。あと、その他として具体的に書いていただくというところを考えているところでございます。

調査については以上です。

【斎藤部会長】 今のところについてご質問があれば。

【田谷委員】 これはせっかく調査されるんですけども、全数ではなくて無作為で減らしていますよね。これは全数することはできないですか。というのは、先ほど医療と福祉の連携という話もあって、要するにどこにつなげるかというときに、福祉側でちゃんとできる場所はどこかと把握するいい機会だと思うので、せっかくだから、全数やられても、得られる情報に比べると、郵送料は大した額ではないと思うんです。いかがでしょうか。

【松山幹事】 全数調査ということになりますと、時間的、労力的に困難なところがございますので、統計的に有意な数ということで、無作為抽出という形での調査を考えております。

【田谷委員】 せっかくだから、もったいないと思いましたがけれども、わかりました。

【小野寺副部会長】 技術的なところで、全数ができないということになると、無作為抽出は1層ですか、それとも2層でやるんですか。

【事務局】 施設の種別ごとにリストをつくって、層化抽出しています。

【小野寺副部会長】 それでこの数になったんですね。

【末延委員】 質問なんですけれども、参考資料4、窓口調査についてですが、これまで若年性認知症についての相談を受けたことがありますかと聞くと、最初に相談に行くときに、若年性認知症と診断されたんですけども、どうしようかという相談だけをピックアップするようになってしまうと思うんです。このごろ、ちょっと様子がおかしくて変で、どこかへ行って相談しなさいと言われたんですという相談をピックアップしておかないと、なかなか本当は実態が上がってこないんじゃないかなという心配をしています。

それともう一つは、介護保険事業所調査についてなんですけど、自前で分析するというところで大変なのかもしれませんが、ア、イ、ウ、エでわざわざ通所介護事業所は挙げてあるんですけど、通所リハビリの事業所、俗に言うデイケアが挙がっていないのはどうしてなの



かなという単純な疑問で、サービスの種別を1個落しているんじゃないかなという心配を1つ思っています。

それと、今年度の報酬改定の中で、若年性認知症の方を受け入れた場合の加算というのがいろいろところで結構高い加算がついているんですが、今年度の4月以降、加算がついたことによって、今まで面倒だったけれども、加算もとれるし頑張っけて受け入れるかという事業所は生まれているのかどうかという実態は介護保険課のほうで調査するのでしょうか。わからないんですけども、もし10月までだったら、その辺、4月から半年、9月ぐらいまでを介護保険課と協力して調べられれば、ぜひ実態を見たいと思います。

【林田委員】 加算は国保に行ったらわかるんじゃないですか。

【末延委員】 東京都は全部わかります。どの事業所がどういう加算がついているか、照会すればわかると思うんです。

【斎藤部会長】 だから、有効になっているかということですね。利用したかどうかということよりは、それがあから手を挙げようという事業所がどれぐらいあるかということですね。それは助けになったかどうかということを知りたいんですね。

【末延委員】 逆に受け入れてみて初めて困難性にぶつかっている事業所からの意見が聞けると本当は一番いいと思うんです。

【小野寺副部会長】 参考資料5の調査項目の内容ですけども、問4のところ、増やさないよということこれでやっているかとは思いますが、認知症のケアについては、若年だから困るというより、認知症だから困るということもあるんです。ですから、若年特有で困っているのかどうなのかというところで聞いた場合に、もう一つ、若年ではない認知症の場合には困らないのかどうなのかというのをチェックしてもらったほうがいいのかな。

若年だから困っている以前に、認知症で困っているのは、認知症ケア自体のレベルが問題になってくるので。もし可能であれば、受け入れた後に中断という現実があると思うんです。ですから、中断の有無があるのか。断るというのはありますので、若年に関係なしに認知症の方、在宅サービス系ですと、受け入れていた後に症状が大変で、入所系もそうですけれども、サービスをお断りする、退所していただく、ほかに行っていただくというのが実際にありますから、そういった現実から困難さというのを引っ張り出すなら、そこを聞いていただいたほうがいいのかなというふうにも感じました。

【斎藤部会長】 それと、問4は、受け入れていない事業所がこういう理由で嫌だなと

思っているんですという推測と、実際に受け入れたところはこういう経験をして大変でしたというのが重なっちゃう可能性がありますよね。

【小野寺副部会長】 それは、問1で分けられる。

【斎藤部会長】 だけど、問4はすべてに答えてもらうんじゃないのか。

【小野寺副部会長】 問1で対象が分けられますから、傾向は見られるんです。この数だと、全部に等分につけられる可能性があるんで、優先順位を設けたほうがいいのか、5つぐらいですから、3つぐらいまでにしたほうが……。四、五個だと、下手すると、全部丸をつけちゃいますから。

【斎藤部会長】 ただ問4は考えないと、1というのは全く受け入れていないところだけしか選ばないということですよ。

【小野寺副部会長】 5番をつけないところ以外は、1、2、3をつけられる可能性があるため、並べた理由がなくなるんです。選択してもらう理由がなくなってしまうので、それなら全部自由記述にさせていただくか、順位をつけていただくかしたほうがいいたろう。あと、症状以前に、年齢で断るといのがあったりするんで、65歳未満、若過ぎて、80前後のサービス対象者の中に受け入れるには大変だといので断ったりもするので、項目を少し増やすか、順位づけをするかなりしないと、多分あまりいい結果は出ない可能性が高い。

【斎藤部会長】 それから、断っているところと、断ってはいませんが、来ていませんといところが一緒になっちゃう。問4は検討し直したほうがいい。むしろ自由記載にして、断っているところについては、どういう理由で断っているんですか。それから、断ってはいませんが、経験がありませんといところは、別に経験がないんだから何も意見は要らなくて、受け入れていますといところには、それで、若年性認知症であるがゆえに特別な困難がありましたかといことを自由記載にしてもらえばいいのではないかと思います。

例えばBPSDが激しいといところに丸をつけたって、ある人についてはBPSDが激しかったから困りました、ある人にとっては特別のプログラムがありましたといと、さっきの小野寺先生の話どおり、その比重はわからずに、経験したことがないので全部丸がついちゃうので、その事例ごとに自由記載にしたもらったほうがわかりやすいんじゃないかと僕は思う。

【小野寺副部会長】 ここが一番大事です。

【斎藤部会長】 問4は、どういう立場で行っているのか。それから、門前払いしているところは結構たくさんあるんです。いいです、だけれどもと、相談には乗ってくれるけれども、満員ですという理由で断っているところはたくさんあるので、断っているところについては、なぜ断っているのかを聞いたらいいいんじゃないかと思います。

【末延委員】 現場での補足で、答えとかそういうことではないんですが、高齢の方も含めて、認知症の方のサービス資源に私たちケアマネジャーが当たるときに、結局特養も老人保健施設も、それからグループホームとかデイサービス、デイケア等を含めて、あとショートステイ先も全部含めて、まずは暴言暴行がある人は絶対、むしろ相談の段階からだめです。それから、徘徊がだめ、夜寝ない人はだめ、介護拒否がある人はだめなので、だから、一番大変な人を家族が見ちゃうということになっているので、さっき小野寺先生が言ったほかの高齢者なら受けているかというけれども、高齢者でも大変な認知症の人は断っているんだという状況も1個出さないと、全体的な臨床のケアレベルは上がらないんだと思っています。

【事務局】 確認なんですけれども、まず問4はすべての事業所に聞いてしまっているので、問4の選択肢1が浮いてしまう対象があるということですよ。なので、受けていないんだけど、相談があって断っているようなところと、あと実際に受けたところを対象にした設問に分ける。両方とも自由記載がいいですか。

【斎藤部会長】 僕はいいと思います。どうですか。

【小野寺副部会長】 自由記載でいいと思います。

【斎藤部会長】 そんなに飛ばないと思う。

【林田委員】 これは、事業所名とかは入れなきゃいけないものですか。

【事務局】 入れないといけないというものではないんですけれども、記名式にした場合と無記名にした場合とで、どちらが回収率が上がるのかなという判断が難しいところで、できれば多くのところにご回答いただきたいなと思っています。そうすると、調査票を送っているだけでは回答が得られないという場合がほとんどなので、個々の事業所についてどうこうという話をするつもりはないんですが、記名がないと、催促の電話をしないと多分一定数有効な票数というのは絶対集まらないと思うんです。なので、ここのスキームでは事業所名を入れていただいて、後で催促ができるような仕組みで考えています。

【斎藤部会長】 返ってくるのは、何%ぐらいあればいいんですか。

【事務局】 介護事業所の調査は、一応目標が7割、区市町村窓口は8割で設計中です。

【斎藤部会長】 区市町村は役所だからあれでしょうけれども、でも、7割……。黙っていたら、大抵3割か4割だよな。

【小野寺副部会長】 行政がやって、でも、東京都ですから、6割以上ないと厳しいですね。

【事務局】 先ほど来ご報告している医療機関の実態調査は、診療所も入れて、催促もして、75%なので、お電話すればそれぐらいは集まるのではないかと考えています。

【干場委員】 でも、中身から言うと、回収はそんなに難しくないと思います。

【斎藤部会長】 割と書くのは簡単ですものね。資料を調べてあれこれやってという必要はないから。

【干場委員】 事業所の質を問うのとは中身が全然違う。

【斎藤部会長】 電話で催促する、郵送ではなくて……。

【田谷委員】 数が絞ってあるから、電話でも可能ですよね。電話のほうが確かに効果があります。

【事務局】 効果があるのは電話です。結局しないといけなくなっちゃうかなと思います。

【斎藤部会長】 これらの調査の結果を見て、介護や公的支援に関しては、具体的な対応の仕方を考えるということですから、特に参考資料4については、お役所の窓口がもともと管轄外というのがあるんです。管轄外は原則として説明されない。聞かれたら答えまうと言われても、知っているわけない。これだけ知って役所に相談に行く人は、相談なんかしないで自分でやるので、役所のほうから相手の困っていることを聞いて、そうだったらこういう制度がありますよと言えないとだめです。聞かれたら言いますというのは、尋ねられたら説明しますというのは……。そんなものがわかってもしようがないのではないか。

相手のニーズに合わせて説明をしているか。あるいは面接をするときに、AからJの制度のうち、どれだけを意識しているか。話を聞いて紹介するときに、自分でわからなくなつて、その場では、お金が困るんだったらここへいらっしゃいと言ってくれればいわけだから、最初の面接をしたときに、その窓口の人がAからJまでをきちんと知っていて、自分で全部説明できる。それぞれについて全部知っていて、必要に応じて提示ができて説明ができるということと、全部は知らないけれども、患者さんのニーズを聞けばどの制度を使えばいいかがわかってしかるべき場所を紹介できるということと、それから、理由はわか

らないけれども、とにかくこっちは自分の担当のことしか言わないけれども、聞かれれば答えるというのと、いろいろあるだろうと思うんです。

だけど、お役所が知っていたって、知っているだけでは意味がない。そういうつもりで窓口がきちんと対応しているかどうかという調査をする必要はむしろあるんじゃないですか。勉強しているから知っていますという人はいっぱいいると思う。そのニュアンスの問題だけれども、質問の内容を考えたほうがいいかもしれない。

【事務局】 まず、聞く制度としてはこんなところでよろしいでしょうか。

【末延委員】 1つは、生活保護の制度も入れておかないと、持ち家の人ばかりになるわけではないので、今、生活保護法については、窓口を突破するのが非常に難しいです。ですから、あそこに行ってくださいだけではしり込みして、1回だめだったら、もう二度と行かなくなっちゃうんです。その制度とか相談の仕方までは言ってあげないと、なかなか結びついていかないです。

【干場委員】 私は、市町村に対してこういう調査をしたときに、調査の対象になっているところが、本来こういうことに対してきちっとやれていなければおかしい、これでやれていないときには、その後の都の協力、各市町村に対する研修とか、そういう部分の形がすごく将来にも役立つのかなと。

私も、実は昨日、練馬区の地域包括に行って、ある家族で、私が見て完全に入院させなくちゃならないような人なんですけれども、はっきりとそれを見てくださいとお願ひしたんです。そのときに、病院までつなげるかどうかわからないとおっしゃったんですが、それをきちっと地域包括がこれからコーディネーター役をできるように、今回のケースは私も後押しするので勉強してほしいと言ったんです。国もそうなんですけれども、今地域包括はレベルアップにもものすごく力を入れています。そういう部分では、こういう案件にきちっとその部分ができるようになれば、すばらしい対応ができるのかなと逆の意味から期待しているんです。

【小野寺副部長】 制度かどうかわからないんですが、多分窓口によっては病院とかの医療の相談があるのかと思うので、これを見るとないので、それは入れておいたほうがいいかと思うんです。病院にかかった人が必ず行くわけではなしに、病院にかかる前にもしかしたら行く可能性があるんで、地元の医療とかが入っているといいのかなと思います。

【斎藤部長】 地元の医療機関について情報を把握しているかどうかという質問を加えますか。

【田谷委員】 この3以外に、2の次とかに、問4で立てるしかないですね。

【小野寺副部長】 受診していないで来たら、まず受診を勧めるかと思うので、そうすると、どこに行っていていいですという説明とか紹介ができるかどうかだと思います。

【斎藤部長】 今の問3を問4にして、問3に、それぞれの機関が必要な場合、若年性認知症の診断についてしかるべき医療機関を紹介できるかとか、あるいは地元の医師とこういう面で連携があるかというふうな質問を入れておいたらいいんじゃないですか。問3は制度の問題なので、生保を加えるにしても……。

これらの調査がうまくいけば、これらに基づいて行政の窓口の担当者の教育とか、あるいは干場さんがおっしゃった地域包括の教育とか、そういうことが可能になってくるでしょうし、それから、先ほど末延先生もおっしゃいましたが、これまで若年性認知症の方を施設が受け入れやすいようにということでお金をつけたものがちゃんと効果を上げているかどうかということもある程度検証できるだろうと思いますので、まず、その辺の結果を見てから、また具体的な提案をつくっていきたいと思います。

それから、ご家族の支援については、とうきょう認知症ナビの活用等ということがございますが、これまでの話で、最も重要というか、あったら大事だというふうに皆さんお考えになるのは、情報提供や相談の体制ということですが、それは今の行政の相談窓口の話とも絡みます。

それではとうきょう認知症ナビの説明をお願いします。

【松山幹事】 では、参考資料6をご覧ください。5月末に、東京都のホームページからアクセスできる形で、認知症対策サイト「とうきょう認知症ナビ」を立ち上げました。これを見ていただきたい方としましては、認知症について知ろうとしている一般都民の方とか、本人や家族の方、また、東京都の施策動向や他事業者・区市町村の先駆的な取組等を知ろうとしている事業者等でございます。このサイトを通じて、当部会のような検討会の動向等についても発信していくという形でございます。

特徴といたしましては、情報の一元化とコンテンツの適切な追加等を適切なカテゴリーという形でやっているものでございまして、今まではその部分が局のホームページの様々なページに掲載されていたのですが、それを認知症という中で統一いたしまして、6月まではバナーを局のホームページのトップに出してございまして、そこをクリックしていただければ入れるという形になっておりました。現在は7月なので終わってしまったんですけれども、「とうきょう認知症ナビ」という言葉で検索をかけると入れるという形にな

っております。

左下のほうにありますように、チェックシートのほうも、これは東京都老人総合研究所のほうで、認知症かどうかということがご自分でもある程度疑わしい方にやっていただければわかるようなチェックシートというものをつくっております。それで、若年性認知症につきましては、この部会のご紹介ですとか、先ほど出ていました若年性認知症の調査が昨年ありました。そういったものが出ている形になっております。

相談窓口のほうは、地域包括支援センター、これは、各区市町村のものとのリンクについては今検討しているところでございます、あと先ほどの医療機関の中でどういう検査ができるんだというのは東京都の医療機関案内サービス「ひまわり」にも若干ございますので、その使い方と方法等が記載されているところでございます。

また、先ほど申しました認知症サポート医やかかりつけ医研修修了者の名簿につきましては、準備が整い次第こちらで公開する予定でございます。

右側のほうに、こういう形でということで模範のページがついてございまして、コンテンツといたしましては、チェックシートというところはこういう形で出ているというのが載っているところでございます。

以上です。

【斎藤部会長】 これは情報は適宜補充されるということですね。

【松山幹事】 適宜更新させていただきます。例えば本日の若年性認知症支援部会の開催情報等もこのサイトに載せさせていただいているところです。

【斎藤部会長】 医師の名簿とか、そういうものも……。

【松山幹事】 現在、東京都医師会と調整を進めておりますが、名簿の公表についてご了承をいただいた方については、随時更新して掲載できるような形をとりたいと思っております。

【小野寺副部会長】 これのインフォメーション状況というのはどうなんですか。前にいた職場もホームページを持っていたんですが、認知度を高めて見てもらうというのが一番重要になってくるんですが、その辺というのは難しいです。ですから、ホームページをつくっても、作りましたというのをわかってもらえないと見てもらえないので、市区町村のホームページにリンクを張るのはこれからということでおっしゃっていたようですが、一番いいのは、多分市区町村のホームページからも入れるような、入り口を多く増やしていくというのは1つだと思んですが、あとはあるんだというのを認知してもらってアク

セスしてもらわないといけないと思うので、その辺の具体的な何か対応というのを考えていられれば教えてほしいんです。

【松山幹事】 現在東京都で行っている認知症に関する研修、認知症の施設の職員の方に対する研修ですとか、リーダー研修ですとか、また、キャラバンメイト養成研修等々にこの「とうきょう認知症ナビ」の資料をつけまして、こういうのがありますのでぜひ活用してくださいと、また施設の方については、利用者の方にこういうのがあるということと呼びかけてくださいということをお願いをしているところです。

【干場委員】 情報の提供というところなんですけれども、今日も、実はここへ来るちょっと前に、ある相談で、練馬区と板橋区の認知症の診断できる病院を紹介してくれと。そこで老年精神医学会のホームページと、板橋区は2カ所の病院と、練馬区は4カ所の病院を紹介したんですけれども、どういうものが出てくるかという先生方のデータがここまで既に載っているんです。こういうものを認知症専門のところで各区で最低三、四人、5つぐらいあれば一番理想的ですけれども、そういうものをこの情報の中に入れてもらっても、大分公開されているのでいいのかなと思うんです。

【斎藤部会長】 今の認知症ナビを拝見して、患者さんが本当に困って見て、すぐ実用的に役に立つというのは、相談窓口とリンク集のところですか。会議でどういう話をしているとか、お役所はこういうことを考えていますと言われても、うちの亭主をどうしてくれるんだという人には、ああ、そうですかという話だけなので、その辺を干場さんがおっしゃったような実用的な情報をどれだけ集めるかということだと思います。

それで、干場さんがおっしゃっていた老年精神医学会のホームページですが、老年精神医学会は今年から社会貢献事業を始めるということにしました。もし東京都からお申し入れがあれば、我々のサイトに直接行けるようにしていただいて、ここの認知症ナビから、板橋区の専門医といえれば私どもの医師のデータベースに行けば、そこには何曜日の何時から何時までこの先生が診察していますとか、どういう医療器具がありますとか、先ほど末延先生がおっしゃった臨床心理士がいるかとか、ソーシャルワーカーがいるかというふうなこともある程度書いてありますし、書いてないものについては追加します。

それから、認知症学会も、神経学会とかいくつか関連学会に話をなさって、そういうところの専門医のリストとつながるようにすれば、自前で大きいものをつくらなくても、学会のリストは年々更新していますので役に立つ。それは医師以外でもきっとそうですよね。

【小野寺副部会長】 あと家族会の情報というのはどうなんですか。都内の家族会です。



相談窓口とか家族支援ということでは、家族会がかなりいろいろなものがありますので、大体家族会は行政がバックアップしたり、各市町村もしていますから、ここに書いてある情報ということではきちんとしていると思うので、家族会も将来的にコンテンツに盛り込んでいただけるといいのかなと思います。

【干場委員】 そうすると、認知症ナビの活用がもっと多くなる。

【斎藤部会長】 そういうことになれば、介護者のケアという点でも充実するだろうと思いますし、若年だけではなくて、普通の認知症についてもあれだと……。具体的な情報にたどり着けないと、だれも1回しか見てくれないと思うんです。こういう病院がやっていますと言ってもだめで、何丁目何番地のどの病院がやっていますと。それから、保健所でやっていますではなくて、練馬区ではどこの保健所でやっています、どこの病院でしています、あるいはどういう家族会がありますというふうなことを入れたらいい。

だけれども、そういう情報をアップデートしていくというのは、またえらい金がかかるというか、大変なことなので、どこか、それこそいくつかの家族会にリンクさせて、家族会にもアクセスできるし、それから、講演会のようなものがあれば、その講演会も東京都に連絡をすればここに載せてくれて、ここに行けば勉強もできるというふうなことになったらいいですね。

【田谷委員】 国の高次脳機能障害支援モデル事業、国リハが実際には事務局をやったんですけれども、あれが成功したのは、家族会も含めた情報をホームページでアップして、どこからでも入れるような格好になっている。それでかなり広がったというのはそこがあると思いますので、ぜひ家族会のほうの情報も……。自前で作らなくても、家族会がしっかりしたものをつくってれば、それとリンクを張ればいいわけですから、あと専門医もそうでしたけれども、リハビリ学会の専門医名簿もありますし、そういうものは常に更新しています。

ただ1つだけ欲しかったのは、心理士の名簿というのは、どこでもまだ公開をしていないんです。臨床心理士の名簿はないんです。あと会員になっていないと名簿をもらえないとか、そこがネックで、本当の心理士がちゃんといるかどうかというのはわからないんです。そこは心理士のほうに働きかけてやってもらえばいいんでしょうけれども……。

【干場委員】 世間で位置がもう少し上がらないと……。もっと上げてほしいです。

【小野寺副部会長】 臨床心理士に会える相談室というのは、書籍レベルではあるんですけれども、確かにホームページではないです。

【斎藤部会長】 それと、ホームページを充実させるのは大事ですが、一方で、ホームページを使えない人というのはものすごくたくさんいるので、ホームページを立ち上げて、走らせて、一方で、1年に1遍ぐらいはハードコピーで情報誌を出さないと、若年性認知症の場合は、家族も若いから行ける人は多いですけども、それでもなかなか……。

【小野寺副部会長】 一番大事なのは、現場レベルの職員さんたちが知らないんです。ですから、まず地域包括とか窓口になる職員さん方がわかって使えるようにインフォメーションをどんどんやっていただいたほうがいいかなと思うんです。実は知らないんです。情報のアクセスの仕方というのも業務的に教えないので、その辺のノウハウもない。これだけしっかりしたものをつくってきた場合には、これで十分東京都は賄えていくだろうと思うので、これの存在を知って、まず窓口になる人たちが使いこなすようになれば、家族に教えたり、来た人に教えていける。

先生がおっしゃったように、30代、40代、50代ぐらいの方はネットを使えるようになっていますから、1度教えられれば、あとは自分でアクセスをしていくので、まず現場の人に使えない人が多い。使ってもらうように、使える環境があって使わない。そこを押ししていただくといいかな。そういった意味では、研修会場でやっていられるというのは正解なのかなと思います。

【斎藤部会長】 そういう意味では、先ほどのいろいろな制度の簡単な説明とかアクセスの仕方なんかも、地域包括の人が精神科の制度やら福祉の制度を十分知らなくても、そこにあるもので調べれば、認知症ナビに行って、お金に困っている人といったらここに行けばいい、ローンで困っていたらここを押せばそれなりの答えが出てくるというふうにすれば、家族が使えなくても、プロが使うということもあるかもしれません。

アメリカのミシガン大学のあるアンナーバーというまちで、もちろんインターネットですごい情報もあるんですけども、それを毎年更新して、認知症の人が行っても親切にしてくれるめがね屋さんとか、歯医者さんとか、小さいまちだからあれなんだけれども、こういうことがありましたという情報を集めた冊子を出しているんです。それはNPOやボランティアの人が作っているんですけども、これだけ情報を集めたら、やはり何らかの形でハードコピーにして、どこかからお金を持ってきて、そんなに莫大なお金もかからないと思うので、著作権も何もないわけだから、そういうことも考えていけたらよいかと思います。

それでは、時間的问题がありますので、経済的な支援の問題は、前回は保険会社の方に

おいでいただいて、あのことに尽きると言うんです。ただ、保険会社は、そうですかというふうには動かない。がん保険はあるのに認知症保険はないのはなぜかといえば、認知症、介護の保険というのは、どう考えてももうけは計算できないからなんです。だから、認知症でローンを早い時期に解消するというのは、恐らく損保会社だけでできないというか、生命保険会社だけではできないのではないかと思うんです。よほど保険料を上げるとかいうことにならなきゃだめなんだろうと思います。しかし、そういう必要があるというアピールだけはきちんと出さなきゃいけないだろうと思います。

【干場委員】 実はその件に関して、今ある団体生命保険会社なんですが、これが5回ぐらいやりとりしているんですけども、若年性認知症に対する保険をつくりたいと。そのときに、高度障害のレベルの段階で、今のところは見当識障害になったときに、半年後に出しますと、そこまで来ているんですけども、果たしてそれでどのぐらいの効果があるのかというのはまだ最後の検討をしていないんですけども、いかがなものでしょうか。

【斎藤部会長】 それは自治体レベルでどうなる問題ではないですよ。こういうことで困っているんですというアピールを出すということだろうと思います。いずれにしても、経済的支援の問題は、制度をつくれれば恒久的に財源が必要になるわけで、こういう部会で具体的なことを言える問題ではないので、現実的にこういう問題があるということを経済会とかいろいろな関連の団体で、具体的にこれだけの数、こういうことで困っている人がいるというアピールをしていただかないと、困るのはがんだって何だって、働き盛りになれば困るわけですから、だけれども、認知症の場合は、施設ケアなんかが必要になったときに、収入がなくなった上に月々何十万円も払うということになるので、これは一番難しい問題ですが、なかなかすぐにはアピール以外はできないかなと思います。

それから、最後の職場を含む社会的支援についてですが、いかがでしょうか。これまでの議論は、大体都のほうでまとめていただいた到達点のところに尽きると言うんですが…  
…。

【田谷委員】 1ついいですか。用語の定義のところなんですけれども、これは、いわゆる雇用から自営から、いろいろ働き方、あるいは福祉的就労も含めて、既にそういう定義はきちんとありますので、それは一覧表にもできると思うんです。あと、働くことそのものの支援よりは、むしろソフトランディング、働く期間をある程度延ばしても、最終的にはやめざるを得ないものですから、そのときの受け皿づくりといいますか、ちゃんと紹介する機関があるかということを中心に本人が選べる形の支援ができれば最高だなと思

っています。その辺をぜひこの中では入れてほしいと思います。

【小野寺副部長】 就労支援の用語の定義というのは私なので……。進行性の疾患の場合、障害者の就労支援と違って、障害が固定化してずっとフラットでいく。その障害されたレベルでとまっている方をどう支援するか。進んでいった場合に、その辺が成り立たないというのがあったりするので、若年の方とかの認知症の場合の就労支援のとらえ方というものをつくらないといけないと思うんです。障害者はこういうものがあります、では若年はどこに当てはまるのかというのを明確にしないといけないと思います。

【田谷委員】 確かに言われるとおり、進行性というところに一番ポイントを当てなきゃいけないと思うんです。今私が強調したかったのは、進行性だから、今までいろいろなノウハウがあるにしても、いずれやめなきゃいけないということが早晚来るわけです。そのときに、ちゃんとうまく橋渡しができるような、就労だけの支援ではなくて、就労をリタイアするときにちゃんと居場所に道筋がつけられるような支援が必要だと。

【小野寺副部長】 そういった意味では、田谷先生が言ったような経時的な変化というものを図式化して示していかないと、多分いけないんだと思います。そこで、どのレベルで何をするか。

【田谷委員】 ですから、それが長くても1年とか3年とかはきついような気がするんです。その間で、初期にはこういう対応、中期には……。初期、中期とも、当然うんと軽い時期です。軽い時期の初期、軽い時期の中期ということで、認知症そのものの中期には仕事はとても難しいので、そのときにはちゃんとどこか居場所が……。家族会の調査をさせてもらったときも、本人よりも家族のニーズとして、本人の居場所を確保するというのが非常にニーズが多いんです。ですから、その居場所のためにだけ仕事をしてほしいという意見もあるんだけど、本人はとてもじゃないけれども、働けないとかあるので、その辺のうまいリタイヤにちゃんと結びつけができるような、その仕組みづくり……。

【斎藤部長】 先ほどの松山課長の説明の中で、ご説明のニュアンスと違うんだと思うことがいくつかあって、今の話と関連するのでお話をしておきますが、1点は、企業における対応の現状・課題の3つ目、職場に医療機関はないからとおっしゃったけれども、そうではなくて、職場は医療機関ではないから、企業として患者さんをサポートするには限度があるという話だったんです。

その話は、今我々の側から見れば、それは初めの段階はこういう段階でこういうスキームがありますと言われても、それを会社のだれが聞いて、どう対応するんだと。会社とし

てみれば、その人に給料を出し続けるという負担がある。その人に専用のチューターをつけなければならない。その人は、しかも進行性の病気について知っていなければならないということについて、営利企業である会社に要求されても、それは大変ですというのがこの間のお話であつたらうと思うんです。

それは、皆さん、ご自分の企業、私のところは医療法人ですが、医療法人のようなところでもそうです。非常に厳しい。そういう現実を知った上で考えないと、夢物語みたいになってしまうということと、それからもう一つ、現在までの到達点のほうも、それも企業における対応の2番目ですけれども、「企業には従業員に対する安全確保義務があるため、若年性認知症の人に対する安全性の確保やスタッフの配置等、職場の支援体制整備が求められる」というのも、企業のお金でこういうことはできないんだと。進行していく疾患について、昨日できたことが今日できないんだとしたら、今日この人の安全を守るというふうなことで、あるいはその人が所属する部署で働くほかの会社員の安全を図るための安全確保義務を企業に求められても、それは厳しいというのが前回のゲストスピーカーのご指摘だつたらうと思うんです。

ここのところ、若年性認知症の就労支援というと、何となく優しげなというか、夢物語のようなことばかりが語られていますけれども、現実の世知辛い会社の中で患者さんは生きていかなければならなくて、「認知症と判明すると退職や望まぬ異動を強いられることがある」と、我々の中からもそういう意見が出ているけれども、でも、僕の患者さんを見ていると、判明した後のほうがまだいい。判明するまでは、特に前頭側頭型認知症なんて、サボっているんじゃないかとか、いいかげんにしろよとか言われて、全然同情もされないこともあります。ただ邪魔者にされているわけで、早く診断をするというのは、診断の結果望まぬ異動が起こったとしても、何だかわからない状況で抱えられているよりはいいと僕は思うんです。

ですから、この点について、どうですか。具体策の検討とか、関係団体への提言とかいうことになるか、何ができるか。

【未延委員】　　こういうのに協力してくれる企業を募集して、実際に若年性の方がもしいて、こういうモデル事業に応募してくれる企業があれば、そこと一緒に考えて、実際に民間企業の中でどこまでできるのかという生々しい現実を教えてもらったほうがいいんじゃないか。例えばALSとか神経難病の方も、40歳とか50歳で発病していても、小さい会社とか大企業にかかわらず、ぎりぎりまで、こんな状態でよく職場に行っていたねと

いうぐらいでも仕事をしている場合が結構あるんです。

もしかしたら、本当にわからないうちは会社もどうしていいかわからないけれども、早期診断を受けて、こういうことだけを注意してこうすればとわかっただけで、会社も学ぶ、本人も楽になる。こういう関係ができればここまで頑張れるというのが1個でも2個でも出てきたら、すごく実が多いような気がするんです。

【干場委員】 その件に関しては、実は、昨日、ある企業で、ご主人が9月で退職対象になった。今も既に通常の仕事は少しレベルダウンして、できないんですけれども、それで、訪ねて、一応どういう方法があるんだろうと。そういう意味で、今おっしゃったような話し合いをしまいいりました。そして、先ほど田谷さんに少しだけ話したんですけれども、その会社のほうに一緒に行って、今の研究事業の中でどういうことができ、若年性認知症の人はこういう仕事ができるんだ、私の企業の中でこれだったらできるかなという部分を出してもらって、いろいろ検討していただきたいと。そちらのほうでもオーケーをいただいたので、おっしゃったような部分で、今斎藤先生がおっしゃったいろいろなもろもろのことは、あちらの人事課のほうからも、労務課の方と2人お会いしたんですけれども、出てきました。

前に厚労省の勉強会の中でも、就労支援という名前は出てくるんですけれども、私はそのときに、まず就労継続が第一になると。配置転換のときに、だれがそれを言う役目ができるんだろうと。そういう面も含めて、本人に管理職の人が、もう少し違う職場に行って本当に耐えられるんだろうかと。でも、今たまたま私がかかわっている家族の方は、オーケーだと。そういう部分の条件があるので、企業側も1度お話を聞かせていただきますと。

そして、将来、先ほどお話があったように、受け皿、私たちが今やっているジョイントみたいな形のあれもそうなんですけれども、就労継続があって、次にそういう形があって、もう一つ、今の例えば松沢がやっている形があったり、ある程度の先まで、そういう部分で少しずつできかかっているの、その受け皿をしっかり提示することによって、家族が発症から、今度こうなったらという受け皿を全国につくっていけば、それは可能かなと。そこまでが精いっぱい可能かなと感じております。

【斎藤部会長】 僕が先ほど来申し上げていることは、皆さんがおっしゃっていることとそう違うわけでもないのですが、私が強調したいのは、就労維持の問題と、それから、働く場所とか居場所を探すために、どこかに新たに仕事のような場所を探すということとは全く別の話だということだと思っております。企業に求めるのは、就労維持ですよね。その

就労維持のために必要なことは、こういう病気があるんだということを企業の現役の人たち、人事や何かに認識してもらおうということが1つ。

それから、個々のケースについて、この人に長く仕事をしてもらうためにはというのは人によって違うわけです。前頭側頭型認知症といったって、側頭葉だけが障害されて、僕の患者さんで、側頭葉障害で言葉が出てこなくなった人がいました。その人は一流企業の部長でしたけれども、診断してからまだ1年も2年もその職にいたんです。それは、障害が側頭葉だけで前頭葉になかったからで、前頭葉の障害が起こればそんなことはできなかった。若年性認知症とはというふうな大ざっぱなくくりで企業に見てくださいというのは無理です。この人をどういうふうにしましょうかということを企業が考えたときに、それを支える専門家がいるかどうかということだろうと思うんです。

それは、医療支援のところとも関連するので、企業が求める専門的な診断とかアドバイスができる医者を引きと持つ。あるいはソーシャルワーカーや何やらがある。そういうことと、もし可能ならば、そういう人を抱える企業に対して助成ができればいいのかもしれないけれども、それは予算措置の必要なことだし、長いことなので、現実の世の中では厳しいかもしれない。

だから、就労というのは、そこでぴしっと切らないと、居場所をつくると言ったって、民間企業の中に居場所はできないわけですから、シェルターのワークショップみたいなものがあったり、それから、最終的にデイサービスのようになるところになって、2番目の介護・公的支援のところ、介護以前の支援というか、診断後介護前の支援というか、どこにでも自分で出かけられるし何とかなるけれども、やることがないみたいな時期の支援、それは介護保険なり何なりの中に持っていかないとだめなんじゃないかなと思います。

そういうふうに整理してしまえば、就労維持のための企業に対する支援としては、研修をすとか、先ほどのとうきょう認知症ナビみたいなものに、本当に役に立つコンテンツを入れていって、企業が困ったときに、この人の年金をとろうと思ったらそれは企業でもすぐわかるし、必要な制度があれば使えるしというふうにしてあげばいいことです。

だから、そういう意味で、企業に一定の期間研修をする。希望する企業に、一定規模以上の企業や団体に対して、これから二、三年間専門家の研修をいたしますというのであれば、例えばですが、私どもの老年精神医学会におっしゃっていただければ、社会貢献の一部として、その地域の老年精神医学の専門家にそういう話をしてもらおう。ずっとただ働きしろというのはなかなか難しいですが、スケジュールを示していただいて、私どものメン

バーの中から、評議員クラス以上の人のの中から、そういう人を派遣するという事業も可能だろうと思います。

その辺については、また少しまとめていただければよろしいでしょうか。

【小野寺副部長】 研修に追加した後、多分行政が出せるのは、企業に対する健康診断だと思うんです。多分うつとかなら大分出ているのかと思うんですが、うつの場合は、治れば復帰できるということで、就労維持とか就労支援があるんですが、この場合は、先生がおっしゃったように、就労維持の後は退職されないといけないかと思うんです。行政ができるのは、国レベルとか東京都レベルでできるのは、健康診断に40代ぐらいから認知症の健康診断を入れるとか、研修とプラスで、極端なそういうことを出していけないと、多分研修だけだと、メタボみたいに嫌がられちゃうと思うんですけれども、周知させたりしていった意識改革するということでは、そういう荒事みたいなことをしないといけないのかなという感じがあります。

【林田委員】 あと企業としてのリスクマネジメントだと思うんです。納得していない方を退職に追い込むみたいなふうになってしまうといろいろなトラブルが起きるので、お互いそれは望んでいないはずなので、それを会社も一緒になって、社会の一員として支え合おうみたいなところまでいくと、わかる会社はわかるんじゃないかなと思うんです。

【斎藤部長】 大体最後のところまでたどり着きましたが、この資料2の検討事項について、前に戻っても構いませんので、まだご意見のある方があれば補足してください。

【末延委員】 要望と質問ということになるんですが、医療のところですか。東京都老人性認知症専門医療事業についてということなんですか、今認知症の専門病棟、9病棟で530なんですが、実は、現場では全然足りなくて、在宅でどうにもならなくてお願いしても3カ月待ちとか言われちゃうと、どうするという感じなんです。この事業が始まってから、最初にスタートしたときも8病院で、それが1個増えただけでずっと来ているので、もう10年ぐらいたちますけれども、今後増やす方向があるのかないのか。また待たされるから無理だよねと、あきらめて電話もしないぐらいに込んでいるんです。そこを一つお聞きしたい点。

あともう一つ、高齢者精神医療相談班の件ですが、中部総合精神保健福祉センターですけども、当初はケアマネジャーからの直接の相談も受けてくれていて、非常にスピーディに動いていただいていたんですが、今は行政の保健師さん経由の相談しか受け付けないというふうになっていますので、急な症状が出て困った、家族も困ってどうしようという



ことで、ケアマネが相談しても受け付けてくれないので、そこから初めて行政の保健師につないで、保健師さんは、まず私が訪問してみても本人を見ますというので、1週間か2週間すぐたっっちゃうんです。

その間に大変な状況になっているにもかかわらず、保健師さんが訪問に来て、かかりつけ医を紹介しますから相談してみてもいいかという答えが返ってきたりすることもあります。現場では、高齢者精神医療相談班に行き着くのは非常に困難な状況になっています。そこはスタッフを増やすか何かで速やかな対応をぜひお願いしたいなと思います。

【干場委員】 もう一つ、途中抜けたと思うんですけれども、家族介護の介護者の健康管理と心理的ケアです。この健康管理、心理的ケアについては、高齢者で健康診断を各区単位でやっていただきます。その中にぜひ家族の健康診断を入れていただければ、30、70と、定期的に健康診断をやっていただけるんですけれども、そういうもので家族の介護者の健康診断をやっていただけると助かるなど。経済的にもそうだし、ふだん行けなくても、そういう機会があれば行く人も増えてくるのかなと感じます。よろしくお願ひしたいと思います。

【斎藤部会長】 今の2つの話はどうですか。

【中村幹事】 今の病床数が足りないので増やしていこうというような部分の検討は、現状ではしていないところでございます。1点は、もうちょっとソフトの面で何か改善できないのかと。要は、先ほど斎藤先生がおっしゃったとおり、入院の優先基準が明確でない部分もあり、退院については、6カ月を超えるときには審査会で判断して、医学的に判断して、まだ入院が必要だとか、そういう形できちっとやっているの、入り口のところを何か考えられないのかという思いがございませう。

あと1点は、ただそうは言っても、今後認知症の方はどんどん増えていくという中で、ずっと530床でいいのかという部分があります。それについてはもうちょっと検討させていただきたいと思っています。

あと、高齢者の医療相談班ですけれども、一応仕切りとしては、区市からの紹介に応じた対応をしてという話なので、何か話があったときは、地域の区市町村とか地域包括支援センターにまずご相談ください。そこで依頼があれば行きますという仕切りではやっているとは聞いております。

【未延委員】 それでは全然間に合いません。待ってられなくて、先ほどのケースでも、ケアマネと家族で、地方の遠い病院を探して入院してもらったという現状なんです。

地域包括は専門家の集団みたいに言われていますけれども、必ずしもそうではありません。地域包括の運営を受託している法人の中には、職員として新人を募集している法人もあります。確かに保健師さんとか看護師さんはいますけれども、多くは認知症の人の対応経験がない人です。そのような人が、保健師や看護師の資格を有しているからということでも地域包括にいますけれども、相談してもこちらが期待しているような実践的な対応のアドバイスはできないのが現状です。

【斎藤部会長】 僕が東京都にかわって答えるのは筋が違うと思いますが、私は、まず530床がどういうふうに使われているかをきちんと検討して示すべきだと思います。私が松沢病院にいた頃は、3カ月で移すということになっていました。当時は私は25床だけを見ていましたけれども、入った時点でうちでは引き取れませんという患者さんは、入院した翌日からどこに送るかを考えて、落ち着けばうちで見ますという人は、必死で治療すれば6カ月なんて要らない。3カ月を超えてよくならない人はよくならないです。その病院ではちゃんとできない。本当は6カ月必要ない。

初めは3カ月でやっていたのを3カ月で退院できないから6カ月まで延ばしてしまったんでしょうけれども、この病棟は税金を使って、一般の病棟よりもものすごくたくさんのスタッフがついている。そういうところに6カ月や1年という長期間入院している人がいる一方で、本当に利用を必要としている人が数カ月待ちですぐに入院できないというのは不公平であろうと思います。

このような病棟を新しく作ろうとしても、そこで働けるような人材は多くはないですから、それよりも既存の530床がどのように運用されているかを検討すべきだと思います。

それから、松沢でなければと言うとだめですけども、病院を選べば、何カ月も待たされないです。翌週には診察をしてもらえ、明らかに入院が必要であれば、そんなに待たずに入れるんです。だから、病院を探すのが大事。

それからもう一つ、地域包括について申し上げれば、会議の前にお話をしていたんですけども、地域包括は厚生省がケアマネのときに門戸を広くし過ぎたから、ハードルだけ高くしたんです。そうしたら、そのハードルを越えられる認知症の専門家はいなかったのでも、認知症と関係のないところから専門家が来てしまった。だから、日本じゅう困っているんだけど、今さらしようがないので、その人たちを徹底的に教育することです。先ほどの資料4のような調査をきちんとかけて、わからないところには教育をする。あるいは認知症ナビを探してくれればちゃんと情報は得られますというふうな教育を徹底的にし

ていく以外に仕方がない。

【中村幹事】 先ほどの老人性の認知症の専門医療事業の件でございますが、基本的に現在待ちは10日ぐらいだということでございます。その状況については、中部総合精神保健福祉センターのホームページに、医療機関別に何日待ちというような情報が入っているというので、そこら辺をご活用いただければと。ただ、実際問題として、これは都の事業としてやっていますので、具体的に、平均でどのぐらいの方が入院されているかとか、そこら辺についてはある程度分析が可能かと思えます。それについては検討させていただきたいと思っております。

【斎藤部会長】 特に都立病院系を活用しないと、松沢は整形外科もあるし内科もあるし外科の手術もできるんです。そんな専門病棟は松沢しかありません。この松沢の病棟が機能しないようではいけないので、そのあたりの見直しをすることと、それともう一つ、長寿医療センターです。長寿医療センターの受診待ちが6カ月と言われていますが、都のほぼ直轄に近いような病院の実態はきちんと調べるということも必要だろうと思えます。

すみません。話が脱線をいたしました。それでは、本日の議題は大体終了いたしましたので、事務局のほうにまとめていただいて、次の部会でご提示したいと思います。

それでは、事務局のほうにお返しします。

【松山幹事】 ありがとうございます。本日お配りした資料については、すべて公開とさせていただきます。また、議事録につきましては、前回と同様、委員の皆様事前に確認いただいた上で公開とさせていただきたいと存じます。

次回の部会につきましては、10月上旬の開催を予定しております。先日送付させていただいた開催通知に日程調整用紙を同封しておりますので、本日受付時に提出されていない方につきましては、お帰りの際に事務局にお渡しいただくか、後ほど事務局あてにファクスをお送りいただければと思います。

日程につきましては、できるだけ多くの委員の方へ出席いただけるよう調整の上、改めてご連絡をさせていただきたいと思っておりますので、次回もよろしく願いいたします。

本日は、長時間にわたりありがとうございました。

了