

第 18 回

東京都認知症対策推進会議

議 事 録

平成25年9月6日

東京都福祉保健局 高齢社会対策部

第18回東京都認知症対策推進会議

東京都庁第一本庁舎33階北 特別会議室N6

平成25年9月6日（木曜日）午後5時00分から

1. 開 会

2. 報 告

- (1) 東京都保健医療計画の改定について
- (2) 認知症早期発見・早期診断推進事業のスタートについて
- (3) 平成25年度認知症シンポジウムの開催について

3. 議 事

- (1) 認知症医療部会の検討状況について
- (2) 平成24年度東京都若年性認知症総合支援センターの実績について
- (3) その他

4. 閉 会

〔配布資料〕

- (資料1) 認知症対策推進事業実施要綱
- (資料2) 認知症対策推進会議 委員名簿・同幹事名簿
- (資料3) 認知症対策推進会議におけるこれまでの取組と現状
- (資料4) 認知症対策推進会議（認知症医療部会）委員名簿
- (資料5) 認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりについて
- (資料6) 認知症の理解と受診促進事業の今後の展開について（案）
- (資料7) 認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向について
- (資料8) 平成24年度東京都若年性認知症総合支援センターの実績について
- (資料9) 平成25年度スケジュール（案）
- (参考資料1) 「東京都保健医療計画（第五次改定）」〈抜粋〉
- (参考資料2) 「認知症早期発見・早期診断推進事業がスタートします」（報道発表資料）
- (参考資料3) 平成25年度認知症シンポジウム「認知症の予防をめざすからだづくり」ち

らし

(参考資料 4) 「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議」資料<抜粋>

(参考資料 5) 「第 6 期介護保険事業（支援）計画の策定準備等に係る担当者等会議」資料
<抜粋>

(参考資料 6) 「認知症対策等総合支援事業の実施について」

午後5時02分 開会

○新田幹事 それでは、定刻になりましたので、ただいまより第18回東京都認知症対策推進会議を開会いたします。

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。事務局を務めます福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の新田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

初めにお願いがございます。ご発言に当たってはお手元に置いてありますマイクをご使用ください。

このたび、2年間の委員の任期満了に伴いまして、新たに委員の委嘱をいたしましたので、委員及び幹事のご紹介をさせていただきます。お手元の資料の資料2、東京都認知症対策推進会議委員・幹事名簿をご参照ください。名簿に従いましてお名前をお呼びいたしますので、恐れ入りますが、一言ずつご挨拶をいただきたいと思います。

それでは、ご紹介させていただきます。

齋藤正彦委員でございます。

○齋藤委員 都立松沢病院の齋藤でございます。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 繁田雅弘委員ですが、本日、所用によりおくれてご出席との連絡をいただいております。続きまして内藤佳津雄委員でございますが、内藤委員につきましても、本日、所用によりおくれてご出席とのご連絡をいただいております。

続きまして、長嶋紀一委員でございます。

○長嶋委員 日本大学におります長嶋でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田幹事 永田久美子委員は所用によりおけているとのご連絡をいただいております。

続きまして、林大樹委員でございます。

○林委員 一橋大学の林と申します。コミュニティ政策を勉強しております。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 大村洋永委員は、本日、所用によりご欠席とのご連絡をいただいております。

続きまして、小島操委員でございます。

○小島委員 私、小島でございます。よろしくお願いいたします。東京都の介護支援専門員研究協議会からまいりました。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 林田俊弘委員は、所用によりおかれてご出席とのご連絡をいただいております。

続きまして、平川博之委員でございます。

○平川委員 東京都医師会の平川でございます。医師会で認知症を担当しています。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 山田雄飛委員でございます。

○山田委員 名簿にございますように、東京精神科病院協会の会長をやっております山田と申します。よろしくお願いいたします。病院のほうは認知症疾患医療センターを受けて、今、非常に苦労しているところですけども、こちらをあわせてよろしくお願いいたします。

○新田幹事 大野教子委員でございます。

○大野委員 皆様、大野教子でございます。公益社団法人認知症の人と家族の会東京都支部の代表でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田幹事 小田代陽子委員でございます。

○小田代委員 小田代でございます。23年度の3月まで特養に25年、勤めていました。今は自宅を月1回、立ち寄りどころに開放しております。成年後見人を受けるために研修を受けている最中でございます。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 中澤まゆみ委員でございます。

○中澤委員 中澤まゆみです。認知症の友人を10年くらい介護しています。それから、私はライターです。いろんなこと、医療とか、それから、介護のことについて書いております。

○新田幹事 藤崎由美子委員でございます。

○藤崎委員 市民福祉団体全国協議会から参りました藤崎由美子と申します。本業は成年後見人の活動をしております。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 三橋道子委員でございます。

○三橋委員 東京都民生児童委員連合会から参りました。練馬に住んでおります三橋でございます。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 土谷吉夫委員は、本日、所用によりご欠席とのご連絡をいただいております。

森安東光委員でございます。

○森安委員 武蔵野市役所健康福祉部高齢者支援課長の森安と申します。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 また、本日、東京都若年性認知症総合支援センターの駒井由起子センター長にもお越しいただいております。

○駒井氏 東京都若年性認知症総合支援センターの駒井です。よろしくお願いいたします。

○新田幹事 事務局を補佐する幹事につきましては、資料2の幹事名簿をもちまして紹介にか

えさせていただきます。なお、高橋幹事につきましては、本日、所用によりご欠席、同じく加藤幹事についても欠席でございます。

それでは、開会に当たりまして、前田福祉保健局技監から委員の皆様へ一言、ご挨拶を申し上げます。

○前田技監 福祉保健局技監の前田でございます。本日は大変、ご多忙の中、ご出席いただきましてありがとうございます。また、日ごろから東京都の福祉保健行政に対しまして、さまざまな形でご支援、ご協力いただきましてありがとうございます。この場をかりまして改めて御礼を申し上げます。

先日、厚生労働省の研究班が認知症患者についての調査に基づいた推計値を発表されまして、この中ではいわゆる介護保険を利用していない人も含めて、平成24年時点で全国で462万人の方が認知症とされておりまして、高齢者人口の約15%が何らかの形で認知症の症状を有しているという状況でございます。当然、今後、高齢者人口がふえるにつれまして、この数字がふえていくという状況であります。

こうした状況を踏まえまして、東京都では認知症の疾患、症状を有する方、あるいは家族の方ができる限り住みなれた地域で継続して安心して暮らしていける社会を実現するためにさまざまな社会資源を整備していくことが、喫緊の課題となっているところでございます。

東京都では平成19年度に東京都認知症対策推進会議を立ち上げまして、総合的かつ具体的な認知症対策の検討を行ってまいりました。今年度は昨年度に引き続きまして、認知症医療部会を設置いたしまして、認知症やその家族の方に対する支援体制、特に早期発見、治療、対応といった対策の構築に向けまして、ご検討いただいているところでございます。本日はその検討状況についてご報告いたしたいと考えております。また、昨年5月に運営を開始しました東京都若年性認知症総合支援センターの取組につきましてもご報告させていただきたいと考えております。

このセンターにつきましては、若年性認知症の方と家族の方に対しまして、制度の分野を超えて総合的なマネジメントを行うことができるワンストップの窓口として開設したところでございます。昨年5月の運営開始から、ご本人やご家族あるいはそれに対応する地域包括支援センターなどから、約200名の方のご相談が寄せられております。寄せられたご相談に適切に対応していきますとともに、若年性認知症の方と家族の方を支える支援のあり方についても検証を行って、今後の施策に生かしていきたいと考えているところでございます。

認知症の方は、今後の高齢化社会を迎えるに当たりまして、東京都におきましても急速に拡

大していくと予測されております。推進会議の委員の皆さん方につきましては、引き続き東京都の認知症施策につきまして、さまざまなお立場からご意見あるいはご協力いただければ幸いかと考えております。どうかよろしくお願いいたします。

○新田幹事 本日は委員改選後、初めての会議でございますので、議長及び副議長を選任させていただきます。要綱第4の5により、議長は委員の互選により定めるとされておりますが、いかがでしょうか。

○林委員 前回の任期におきましても、議長としてこの会議の運営にご尽力いただいた長嶋委員に、引き続き議長をお願いしたいと思います。

○新田幹事 ただいま林委員からご推薦がありましたが、長嶋委員はいかがでしょうか。

○長嶋委員 もうそろそろ交代の時期かなと思っておりましたけれども、せっかくご推薦いただきましたので、よろしければ謹んでお受けしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田幹事 ありがとうございます。それでは、議長は長嶋委員をお願いしたいと思います。

それでは、恐れ入りますが、長嶋委員は議長席にお移りいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、早速ですが、議長からご挨拶をお願いできますでしょうか。

○長嶋議長 先ほどもちょっと触れましたように年齢も年齢なので、そろそろ交代の時期かなと思っておりました。しかし、7年目に入るんでしょうかね、大変活発な活動をこの推進会議ではしてきたと思うんです。後からご報告の中にもあると思いますが、大変、国と比べてむしろ進んでいる部分のほうが多いかなと思って私は拝見しております。委員の力を合わせて何らかの形でさらに都のこの事業の推進会議の結果、都民の隅々まで施策に反映していただければ大変ありがたいと存じております。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田幹事 ありがとうございます。

次に、副議長を選任いたします。要綱において議長に事故があるときは、あらかじめ議長が指定する者がその職務を代理するとなっておりますので、議長に副議長を推薦していただきたいと思います。長嶋議長、お願いいたします。

○長嶋議長 では、座ったままで失礼します。昨年まで大変ご尽力いただきました、きょう、おくれていらっしゃるようですけれども、繁田委員にお願いできたら大変ありがたいと存じますが、いかがでしょうか。

○新田幹事 それでは、繁田委員に副議長をお願いいたします。副議長はおくれるとご連絡を

いただいておりますので、いらっしゃいましたら、ご挨拶をいただきたいと思います。

それでは、これから進行を長嶋議長にお願いいたします。

○長嶋議長 では、よろしくお願いいたします。

まず、初めに本日の配布資料の確認を事務局からお願いいたします。

○新田幹事 お手元に資料を配らせていただいています。まず、資料1から資料9と参考資料1から参考資料6とあります。

まず、資料1が、認知症対策推進事業実施要綱です。資料2が認知症対策推進会議の委員名簿と幹事名簿、資料3が認知症対策推進会議におけるこれまでの取組と現状、資料4が認知症対策推進会議（認知症医療部会）委員名簿、資料5が認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりについて、資料6が認知症の理解と受診促進事業の今後の展開について（案）、資料7が認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向について、資料8が平成24年度東京都若年性認知症総合支援センターの実績について、資料9が平成25年度スケジュール（案）です。

続きまして、参考資料1が「東京都保健医療計画（第五次改定）」抜粋、参考資料2が、「認知症早期発見・早期診断推進事業がスタートします」、報道発表資料です。参考資料3が平成25年度認知症シンポジウム「認知症の予防をめざすからだづくり」のチラシです。参考資料4として「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議」資料の抜粋、参考資料5が「第6期介護保険事業（支援）計画の策定準備等に係る担当者等会議」資料の抜粋、参考資料6が「認知症対策等総合支援事業の実施について」です。

不足等がございましたら、事務局がお持ちいたしますので、挙手をお願いいたします。

資料の確認は以上でございます。

○長嶋議長 ありがとうございます。

報告事項

（１）東京都保健医療計画の改定について

○長嶋議長 それでは、早速ですが、本日の報告事項（１）から（３）まで事務局からご報告をお願いいたします。

○新田幹事 それでは、お手元の参考資料1から参考資料3までをごらんください。

まず、参考資料1、東京都保健医療計画です。これは表紙をコピーしたものを抜粋でつけておりますけれども、25年3月に改定をしております。

めくっていただきまして、目次の真ん中あたり、第2部の第3節に疾病・事業ごとの医療連携体制の取組とありまして、1番のがん医療の取組から10番の小児医療の取組とあります。今回の計画の改定から精神疾患が追加されまして、5疾病5事業及び在宅医療となっております。その精神疾患の中で認知症の対策について今回から新たに事項立てをしております。

また、1枚めくっていただきまして右側のページに、認知症対策の強化を事項立てしております。認知症医療を取り巻く現状ですとか、認知症における課題という形で書いております。また、ページをめくっていただきまして、先ほどの現状の課題を踏まえまして、保健医療計画では四つの大きな目標を立てて、都の認知症施策として保健計画の中で位置づけ、実施をしていきます。

目標1として地域連携の推進と専門医療の提供を図るというところで、大きく三つあります。一つ目が認知症疾患医療センターの整備ということで、現在、12カ所の医療機関を認知症疾患医療センターとして指定をしております。二つ目が地域連携の推進です。認知症疾患医療センターを初めとした地域における医療、介護の連携体制を進めていきます。三つ目が専門医療の提供です。

続きまして、目標2といたしまして認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組の推進ということで、看護師や保健師等の医療職を地域包括支援センターあるいは区市町村に認知症コーディネーターとして配置するとともに、認知症疾患医療センターに、医師、看護師等から成りますアウトリーチチームを配置いたします。詳細につきましては、この後の報告事項(2)でご説明いたします。さらに本人や家族が簡単に認知症の疑いを判別できるようなチェックシートの作成も今現在、準備を進めております。

また、ページをめくっていただきまして、目標3といたしまして、専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成ということで、東京都健康長寿医療センターを都内における認知症医療従事者等の研修の拠点と位置づけまして、各センターが各圏域で実施していきます地域向けの研修を支援することによって、都内全体のレベルアップを図っております。また、多職種が一堂に会する研修や、急性期治療にかかわります看護師向けの研修を実施していきます。また、認知症介護に関する専門的研修も実施していきます。

続きまして、目標4といたしまして地域での生活・家族の支援を強化するというところで、区市町村と協働した地域包括ケアシステム実現に向けた取組の推進、若年性認知症対策の推進に取り組んでいきます。主な取組といたしましては昨年5月、若年性認知症総合支援センターを開設しております。この実績につきましては、後ほどの議事でご説明をいたします。さらに

認知症の予防と治療についての取組の推進、こういったことに取り組んでいきます。

報告事項

(2) 認知症早期発見・早期診断推進事業のスタートについて

○新田幹事 保健計画のご説明は以上となりまして、次は参考資料2をご参照ください。先ほどの保健医療計画の中で、早期発見、早期診断とありますが、それを具体的に実施する事業として、認知症早期発見・早期診断推進事業をこの8月から開始しております。12区市と七つの医療機関で今年度から実施をします。この事業は、今年度と来年度のモデル事業という形で、今後より多くの都内の地域での実施を目指していきます。事業開始日は先ほど申し上げたように8月から、順次、体制が整った区市のほうから実施していきます。

裏側に認知症コーディネーター、認知症アウトリーチチーム、事業のイメージ図を書かせていただいています。認知症の疑いがある方のいろいろな情報が区市町村や地域包括支援センターに入ってきますが、そういった方の相談を受けて、実際、認知症の疑いがある方を訪問し、適切な支援につなげていこうというのがこの事業の狙いになっています。特に医療的な対応が必要な場合には、認知症疾患医療センターに配置いたしましたアウトリーチチームがコーディネーターと一緒に訪問して、医療機関の受診等を促していく、こういった取組を開始したということになっています。

報告事項

(3) 平成25年度認知症シンポジウムの開催について

○新田幹事 最後の三つ目の報告ですが、参考資料3で東京認知症シンポジウムのチラシをつけております。この認知症シンポジウムにつきましては、毎年9月、アルツハイマーデーに合わせて東京都が実施しているものです。今年度は「認知症の予防をめざすからだづくり」という題で、認知症の予防について健康長寿医療センターの高橋先生から基調講演をいただき、その後、実際、健康長寿医療センターですとか、あるいは各区市で取り組んでいる具体的な取組を紹介する、そういった取組をシンポジウムとして行っていきたいと考えております。日時は9月27日、金曜日、場所がなかのZEROホールというところで500名程度の参加で、今、参加者を募集をしているところです。

事務局からの報告事項は以上になります。

○長嶋議長　ありがとうございました。

意見交換

○長嶋議長　ただいまの事務局からの報告につきまして、皆様から何かご質問等がありましたらお願いします。いかがでしょうか。大変盛りだくさんの内容ですけれども、大きく1、2、3と分かれていますので、どこからでも構わないと思いますので、お願いいたします。いかがでしょうか。

それでは、考えている時間、私のほうから一つだけ具体的なことなんですけれども、2番目、認知症早期発見・早期診断推進事業の概要のところ、いろんな誤解があると困るので、きっちとしておいたほうが良いなと思ったのは、認知症コーディネーターの方々はここに看護師、保健師等を1名以上と書いてありますけれども、この方々は特殊な訓練なり、教育なりを受けておいでになる方が、こういった形でコーディネーターの役割をなさるのでしょうか。

○新田幹事　もちろん、看護師や保健師といった資格を持った方ですが、実際には日常の支援の業務に一定期間、従事をされた方ということを条件にしております。

○長嶋議長　具体的には東京都の中で何人くらいになるのでしょうか、大ざっぱで結構ですけれども。

○新田幹事　具体的に、このコーディネーターになるための資格要件というのは、厳密には定めておりませんので、今現在、地域包括支援センターあるいは区市町村で認知症の相談を受けて、支援をなさっている保健師の方や看護師の方が対象になるということです。

○長嶋議長　大変期待したい役割じゃないかと思って、大変いい考えだと思っております。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ、林委員、お願いします。

○林委員　認知症アウトリーチチームについてお伺いしたいんですが、この仕組みはわかるんですけれども、認知症コーディネーターが受診を促しても受診に至らない場合に、認知症アウトリーチチームが訪問するわけですけれども、その後、認知症の疑いがある場合はかかりつけ医等への受診を勧めると書いてありますが、受診を促しても受診しづらい方なので、アウトリーチチームがさらに行っても、かかりつけ医のところに行かないような方が多いのではないかと思います。そのあたりは何か工夫があるのでしょうか。

○新田幹事　地域包括支援センターのほうで病院に行くように勧奨しても行かないという方は、

医師のお話を実際に聞いて訪問を受けると、それでは、行ってみようかという方もいらっしゃると思いますので、そういう効果も期待しておりますし、あるいは医学的に見て、どういったことが考えられるかということの助言を地域包括支援センターにするということで、今後の支援の進め方にもつながってくると思います。アウトリーチチームが訪問するということで、支援につなげていければと考えています。

○長嶋議長 よろしいでしょうか。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。お願いします。

○中澤委員 中澤です。今の質問に関連しているんですけれども、モデル事業で今、認知症初期集中支援チームというのが出ているんですけれども、それとの関係というのはどういうふうになっているんでしょうか。

○新田幹事 初期集中支援チームと目指すところは同じなんです。国の場合にはチームを必ずしも地域包括支援センターではなくて、訪問看護ステーションや、医療機関に置くことで、様々なパターンを試していくということですが、都としては地域包括支援センター・区市町村での取組が非常に重要だと考え、区市町村、地域包括支援センターに置いて、別に都が委託をしたアウトリーチチームと連携して、早期発見診断の取組につなげていこうと考えております。ただ、国も25年度、26年度にモデル的に初期集中支援チームを実施するということですので、国の動向も踏まえながら都がやっているものとの関連性を検証して、将来的に早期発見診断システムを都内で広げていくには、どういったシステムがいいのかというところを国の検証と合わせて考えていきたいと思っています。

○長嶋議長 よろしいでしょうか。

○中澤委員 そうしますと、結構な無駄が出るような気がするんですよね。一緒にやっていくみたいなことってないんでしょうか。

○新田幹事 国が実施するのはあくまでも全国であり、東京都は世田谷区1カ所だけです。国が2年間検証してやっているのを都として待ってられないということがあるので、できることから取りかかっていきたいというところ。やはり、大都市の高齢者問題と国が全国的に取り組む地方も含めての問題ですが、現状や地域特性が違っているというところもありますので、国の検討を横目で見ながら、大都市・東京としてどういったシステムが考えられるかというところを、並行して考えていかなければいけないと考えています。

○長嶋議長 大変微妙な部分があるように思いますけれども、いかがでしょうか。ご専門の立

場で、平川委員、いかがでしょうか。恐らく今までも訪問医療というのは、わりと地域によっては大変進んでいるように思うんですね。それで、大きな老舗の病院でも結構、研究して始められているんですね。ただ、認知症となると今までとは違うような感じがするものですから、その点はいかがでしょう。

○平川委員 東京都医師会の立場から申しますと、在宅療養という形で2025年の地域ケアを目指しまして、医療機関を受診することすら難しい方もいらっしゃると思いますので、今、訪問系の医療というものの、24時間365日、在宅に向けての支援体制というのを構築しております。

しかし、精神科におきましては、これまでも引きこもり者等への支援チーム的なものでアウトリーチチームでも行われておりましたけれども、今回の早期発見とか早期診断といった、この表現も微妙なニュアンスがあるので何とも言いがたいんですけれども、お言葉のとおりにするのであれば、早期発見のために出張っていくことはあまりなかったわけで、精神科はどちらかというと重度化してごみ屋敷になっているとか、近隣に迷惑をかけるというかなりのレベルになったときに、なかなか、医療機関に結びつかないというケース等を発見支援するといったことでありましたので、微妙な言葉の使い方とか、この辺は先ほどご質問があった国の制度と似通っていて、合っていないようなところが感じられますけれども。

○長嶋議長 ありがとうございます。

恐らく国のほうも今まだ検討中だと思うんですね。そういう意味では、また、東京都でなくてはできないもの、あるいはもっと今度は区市町村の中で工夫が要るものと、いろいろ、段階があるような感じがするんですね。それも踏まえて、どうぞ、この推進事業をいい形で進展させていただければ、大変幸いだと思います。

ほかはいかがでしょう。

(発言する者なし)

○長嶋議長 では、一応、報告事項に関してはこれでよろしいでしょうか。ありがとうございました。

議 事

(1) 認知症医療部会の検討状況について

○長嶋議長 それでは、今度は議事事項のほうに移りたいと思います。

議事事項 (1) 認知症医療部会の検討状況について、これも事務局からご説明をお願いいた

します。

○新田幹事 それでは、資料3から資料7までを使ってご説明したいと思っております。医療部会につきましては認知症対策推進会議の下に置かれている部会になっています。

資料3をご覧ください。認知症対策推進会議は平成19年度に第1回が開かれまして、同時にその下に、より専門的に検討するための部会を置いております。最初の部会が仕組み部会という名称で、平成19年度に開かれております。それが現在、認知症医療部会という名称で平成24年度から開かれております。昨年4月に認知症疾患医療センターを設けて、医療、介護の連携の一つの拠点となるというような事業を都としても始めておりますが、今後、そうした医療提供の体制のあり方を都内でどうやっていくのかということを中心に検討しております。

資料4は、その認知症医療部会の委員の名簿になっております。この推進会議のメンバー、副議長でもあります首都大学東京の繁田先生に部会長をお願いし、順天堂大学の新井先生が副部会長という形で検討しております。

今年度、2回、既に関催してございまして、その検討の中身を資料5、6、7でご説明いたします。まず、資料5は認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりに向けてということで、都では先ほど資料3でご紹介したように、これまで認知症施策をいろいろな分野で行ってきていますが、そういった施策を今後の新規施策も含めて、早期発見、診断、対応というようなステージごとに切り分けて示したものがこの表になっています。

早期発見の気づきのところから、早期診断、医療機関の受診、早期対応ということで、日常の在宅ケアを初めとしたさまざまなサービスへのつなぎという段取りで進めていきますが、国の初期集中支援チームのモデル事業の動向も踏まえながら事業展開をしています。

その二つ上のところに認知症の理解と受診促進事業とあります。これは資料6で詳細をご説明いたしますが、認知症の疑いがある方を早期に発見するためには、都民の方に認知症についてよく知っていただく必要があるということで、認知症の疑いがあるかどうかを簡便に判別できるようなチェックシートがつかれないか、今、健康長寿医療センターと検討しております。

その下が認知症疾患医療センター運営事業ということで、疾患医療センターの運営事業自体は国事業ではありますが、都としては地域で認知症の人を支えるための医療従事者、介護関係者、地域包括支援センター等の人材育成に特に力を入れているというところです。

では、資料6のほうを見ていただきまして、先ほど触れました認知症の理解と受診促進事業の今後の展開についてということで、医療部会の中でもご報告させていただいております。チェックシートの作成についてですが、下の左側の4番目にスケジュールという項目があります。

これは都内のある地区を選びまして、そこにお住まいの高齢者に健康調査という形で生活機能の状況や、基本的な属性、あるいは認知機能の状況、そういったことを伺う調査を行っています。

大きく第一次調査と第二次調査に分かれておりまして、第一次調査につきましては既に終了しております。今後、10月以降、第一次調査を実施した方の中から何人かを無作為で抽出し、第二次調査を実施する予定になっています。また調査の中である程度、認知症が疑われるかどうかというような項目の質問事項を設けており、実際、認知症が疑われたかどうかというところの整合性を確認をして、最終的にチェックシートを年度内に作成したいと思っています。

チェックシートにつきましては、右側のほうに今後の取組という形で出てきますが、都としても普及啓発等を行いますし、区市町村でも普及啓発を行っていただこうと考えています。まだ、これは案の段階ですが、例えば都としては新聞広告であったり、公共交通機関であったり、インターネット、今は認知症ナビという東京都は認知症のポータルサイトを設けておりますので、そういったものを利用した普及啓発を実施していきたいと思っています。

区市町村におきましては、チェックシートとともに、もし、認知症が疑われた場合にはどこに相談をすればいいのかというところで、例えば地域包括支援センターや、専門医療機関等を記載したパンフレットを作成できるのではないかと、区市町村と連携して考えていきたいと思っています。

これがチェックシートを初めとした認知症の理解と受診促進事業の今後の話ですが、今後の取組内容の案の二つ目として認知症ケアパスの話を入れております。認知症ケアパスはこの推進会議の中でも23年度に検討されて、どちらかというと地域の関係者の情報共有のためのツールであると考えていましたが、国が第6期介護保険事業計画に向けて示した考え方と少し違っておりまして、情報共有ツールというよりもむしろ地域にはどういった認知症の方がいらっしやって、そういう方がどういった施設やサービス等の資源を利用できるのか、そういったものを各区市町村がつくっていくこと、それが認知症ケアパスであるという考え方を示しています。

時間の関係もありますので、詳細を全てご説明はできませんが、そういったものを今後、第6期の計画に向けてつくっていくというのが国の考え方です。先ほどチェックシートのために調査をやっているというお話をしましたが、こういった実態調査も認知症ケアパスの作成に非常に役立つツールであると我々は考えておりますので、そういった有効な施策の手法の一つとして、区市町村にも参考として提示していきたいと考えています。

続きまして、資料7をご覧ください。認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向につ

いてということで、これが医療部会で今後、検討していくメインテーマの一つになるものです。認知症疾患医療センターを中心として、もちろん、地域のかかりつけ医ですとか、サポート医の方と連携して医療の提供体制を、築いているところですが、国の動きとしましては、お手元の参考資料4の中に昨年9月に国が発表した5カ年計画なんですけれども、オレンジプランというのが書かれておりますが、その中で認知症の早期診断等を担う医療機関の数として、今後、全国で約500カ所を整備していこうと国が考え方を示しています。

その後、今年度になってから、認知症医療支援診療所地域連携モデル事業の実施ということで、細かい中身については参考資料6に書かれていますので、後ほどご覧いただければと思いますが、今、認知症疾患医療センターは基幹型と呼ばれているものと地域型と呼ばれているもの、その2種類がありますが、それに加えて、いわゆる認知症医療支援診療所、診療所型というものをつくっていこうというのが国の考え方になっています。これは、従前は身近型と呼ばれていたものです。この診療所をやっていくためのモデル事業を今年度、国が全国10カ所程度の規模でやっていこうということで、都内でもある市におきまして、このモデル事業を実施する予定になっています。

こういった動向を踏まえながら、今後、都の認知症疾患医療センターの体制整備をどうしていくのかということが資料7の右側のところになります。今後の認知症疾患医療センターの体制整備について当面の考え方を、国が今年の6月に担当者向けに説明会をしまして、そこで示しております。（１）（２）（３）とありますけれども、地域型を二次医療圏ごとに設置していこうということです。ちなみに東京都は今、島を除く二次医療圏には1カ所ずつ、認知症疾患医療センターがある状況になっています。

基幹型は、身体合併症に対する急性期医療と空床確保を行うための拠点として設置するということで、特に高齢者人口が多いところには基幹型を設置していこうという考え方です。ただ、都は認知症疾患医療センターのあり方検討部会というのがこの認知症対策推進会議で過去に設けられまして、その中の検討で、基幹型ではなくて地域型でやっていこうという考え方が示されておりまして、都では基幹型は置いていません。

三つ目の考え方として、先ほどの認知症医療支援診療所という考え方ですが、基本的には二次医療圏には地域型を設置する、特に高齢者人口が多いところについては基幹型を設置する、3カ所目以降は認知症医療支援診療所を設置する、あるいは6万人以下という言い方を国はしておりますが、特に人口がそれほど多くないところについては、診療所型を設置するというのが国の考え方になっています。

その下に、基幹型、地域型、診療所型のそれぞれの機能の比較を書いています。東京都は地域型ですので真ん中のところですが、地域型と診療所型の違いというのは、例えば地域連携協議会の開催ですとか、研修会の開催、こういったものは、今、地域型には求められていますが、診療所型には国のモデル事業では求められておりません。また、人の配置基準、検査機器の体制、こういったものも地域型と比べて要件が緩やかになっています。

こういった国の考え方が示されておりますので、今後の医療部会では、国のモデル事業などの動向も踏まえながら、東京都において、どういった医療提供体制を整備していくべきかということの議論を進めていきます。また、同じ都の中でも、区部、多摩、あるいは区部の中でも中心部と周辺部で、それぞれ状況が違いますので、それぞれの状況に合った医療提供体制を考えていかなければいけないということで、医療部会の中でも委員の方々からご意見をいただいております。

事務局からは以上になります。

○長嶋議長　ありがとうございます。

意見交換

○長嶋議長　大変膨大な参考資料も今、ご説明いただきましたけれども、なかなか、フォーカスを絞って議論するのは難しいと思いますので、一番最後のところでご説明いただきました、これからの認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向に合わせた都のこれからの考え方、この辺に集約できるのではないかと思いますしながら伺っていたんですけれども、いかがでしょうか。あるいは全体を通してでも幾つか疑問の点がありましたら、ご質問いただきますし、また、ご意見を頂戴できればと思います。よろしくお願いします。いかがでしょうか。

実は、ここで繁田副議長から追加して説明していただきましたかったんですけれども、まだ、お見えになりませんので、今の課長からのご説明で進めさせていただきます。時間はたっぷりありますので、どうぞよろしくお願いします。いかがでしょうか。

まず、私からきっかけをつくらせていただきます。資料7のところの今後の認知症疾患医療センターの体制整備（案）にありますけれども、これに基づいて具体的に厚労省で出している下のほうのこれからの考え方、基幹センター、それから、地域型の認知症疾患センター、それから、支援診療所という今まで余り聞きなれないようなまだ仮称となっておりますけれども、この役割を人口も関係するんだと思いますが、もうちょっとわかりやすくご説明いただけると

ありがたいんですけども、いかがでしょうか。ですから、一番左の基幹型

というのは都では否定しないということですよね。これは都では否定しないけれども、東京都内にこういったセンターができる可能性はあるわけですよね。その辺はいかがなんでしょうか。

○新田幹事 基幹型というのは身体合併症に対する急性期医療の対応だとか、何かあったときの空床確保に対応するということですが、都内でそういった役割を担える医療機関というのは、認知症疾患医療センターに限らずありますので、そういったところに対応していくということです。

○長嶋議長 これはいわゆる公立、国立は関係なく。

○新田幹事 公立、民間も関係なく対応できるところはあります。

○長嶋議長 地域型という、これは都の今回の12の医療機関を指定して、お受けいただいたわけですよね。

○新田幹事 そうです。今、二次医療圏ごとに1カ所ずつあります。

○長嶋議長 そうすると12の医療機関と、これからできる予定の支援診療所ですか、仮称でしょうけれども、この大きな違いというのはどの辺にあるんでしょうかね。

○新田幹事 地域型の疾患医療センターの役割は幾つかありまして、例えば地域連携の推進ということで、医療、介護の連携協議会を各圏域の中で開催をしていくという役割が一つあります。また、人材育成機能ということで、各圏域内の医療関係者ですとか、介護の関係者、そういった方に対する研修を行っていく、そういった大きな役割を担っておりますが、診療所型、支援診療所というところの役割は、国がモデル事業の中で示している範囲においては、そういった役割は担ってはいないです。ただ、早期発見・早期診断ですとか、医療、介護の連携については、地域型と診療所型が連携をしてやっていくということです。なかなか、診療所型で手に負えないようなケースを地域型につないでいくとか、そういった形も国のモデル事業の中では検証していくのではないかと考えています。

○長嶋議長 なかなか、まとめが難しいと思いますけれども、いかがでしょうか。余り私が一人でしゃべっても、どなたか。

実は、資料6の中で大変わかりやすい説明をいただいたんですけども、チェックシートをつくる、あるいはパンフレットを作成すると、さらには具体的に認知症ケアパスをきちっとつくって、どういう段階で、どういうところで、どういう支援治療を受けるかということも多分、出てくると思うんですよね。

ただ、今、話が飛んでしまうんですけども、警察庁が例の運転免許証のときに75歳以上に認知症のチェックをやっていますよね。あれはどれぐらい効果があるのか、私は報告を受けていませんけれども、チェックシートがひとり歩きしてしまうと、非常に危険な場合があると思うんですね。これは一種の観察にしろ、Q&Aにしろ、一応、頭の中をのぞかせてもらうような意味合いのテストだと思うんですよね。こういったものをつくるのはいいんですけども、安易にやっていいかどうかという問題、倫理の問題も絡んでくるような気がして、どうなのかなと思って伺っていたんですけども、齋藤委員、いかがでしょうか、この辺のところはちょっと悩ましいところだと思うんですけども。

○齋藤委員 チェックシートについてもアウトリーチについても、僕がどういうふうと考えているかは、皆さん、ご存じのとおりで、先生のご指摘のようなことが全く無防備に進められていて、ケアを提供する側にとって、それから、行政にとって、医療にとっては便利かもしれない、手っ取り早くできるから。だけれども、来られる人にとって病院に行きますと言っていないのに来られちゃうわけですよね。そういう来られちゃう人というのは、家族がいて助けてくださいというところにアウトリーチで行くかという、多分、そうはならない。だって、今だってご家族は苦勞して連れていらっしゃっているわけだから、そういう方はおおむね病院にいらっしゃるんですよね。

そうすると、地域に一人、取り残されて、あるいは老老介護で回りに迷惑をかけているような家に行くということになってしまっていて、そのときには僕はきちんと手順を踏んでいかないと、前にも申し上げましたけれども、早期介入、早期処理班になってしまうというおそれがあると思うんです。栗田先生自身も、チェックシートが軽度の認知症を鑑別できるわけではないというふうにご自分でおっしゃっているので、決して早期の軽い認知症をチェックする便利なシートなんていうものができるわけではないわけで、これをどう使うかというのは非常に慎重にしなければいけないと私は思います。

それから、アウトリーチについても同様で、やってみないとわからないですけども、東京都の訪問班は決して早期の人を訪問しているわけじゃないですよ。むしろ、取り残されちゃった人を訪問して、半ば、強制的に医療的な介入をしていますけれども、それは言ってみれば行政が責任を持ってやっているわけだから、それなりの支えがあるわけですけども、今度、それを手軽にやろうという話ですから、慎重にこのモデル事業を見ていって、呼ばれもしないのにみんなで押し寄せていって、認知症と専門医の診断がなくてもチェックリストで認知症という診断ができて、認知症だったら介護保険で介入しましょうというふうなツールに使われてし

まったら、それは全く本人のためにならないと私は危惧しています。

厚労省のオレンジプランを見ていて思うのは、患者さんのニーズと家族のニーズ、社会のニーズは全然違うんですよね。それを区別しないでやっちゃうところに問題があるんだろうと思いますけれども、余り建設的な意見ではありませんが、僕は慎重にやるべきだというふうに思っています。

○長嶋議長 ありがとうございます。

恐らくいろんな心配はあるにしても、本当にそのことが認知症状を有しているご本人、あるいはそういう認知症の方々と関連している家族の方、ご親族の方々から見ると、ある意味では非常にありがたい面もあるのではないかとということを十分に忖度しながら、私自身は発言させていただいたんですけれども、突然で、いかがでしょうか。山田先生、現場でお仕事をなさっていて、今、齋藤委員のお話、前々から齋藤委員は指摘なさっているんですけれども、こういったチェックリストなり、パンフレットなりが本当に有効に活用される準備というか、下地は整っていると考えてよろしいんでしょうかね。すみません、突然のご指名で。

○山田委員 私は、現場で実際に対応している医療施設のスタッフなわけですがけれども、アウトリーチという言葉も非常に響きがいいんですけれども、先ほど齋藤委員のほうからお話がありましたように、精神科医療では特にこの問題は必ず出てくることなんですけれども、治療契約がなされているか否かということです。治療契約がないまま、押しかけるようにというのは先ほども齋藤委員から例が出ましたけれども、精神科の医療センターのほうからも、行政上、引きこもりというケース、あるいは治療に乗らない、あるいは中断した方々を訪問するということで、行政の形で対応しているので問題は起きないんですけれども、私どもも、東京都は特に民間の訪問看護ステーションでやってみてはどうかという話をしたときに、東京都はそれはやらずにセンターで全て当面はやりますという返事をいただいているところです。

これをそれと同じように考えたとすれば、アウトリーチは病識がない方にとか、あるいは家族が希望した場合にどういうふうになるかとか、いろいろ、出てきますけれども、今、精神保健福祉法が一部改正でまたごたごたしている中で、この問題の解釈がまた違ってくるかなというので、私も今、頭の中が混乱しているところなんです。病識がないという表現の中で対応する場合に、よかれと思って行っても、治療契約がなされていない場合には、今度は保護者というのが家族等になって言葉が変わって、誰が責任をとってそのケースのキーパーソンになるかというのわからない中で、訪問する人が問題として提起された場合に、対応し切れないという問題が出てくるんですね。

だから、例えば好意的に家族がチェックリストをどうしてもという場合に使って、身内の中でそれを使って、それを医療機関に持ってくるとか、そういうことをすれば少し便法という形になるかなという気はしますけれども、簡単にアウトリーチといういわゆる押しかけるような形は、難しいんじゃないかというふうに考えています。

○長嶋議長　ありがとうございます。

おいでになったばかりですけれども、大体、早くいっています。

○繁田副議長　山田先生がおっしゃった、およそ見当はつきます。医療として多分、先生が精神科の往診とか、アウトリーチでもいいですけれども、医療としても初めから介入するということだと思うんですけれども、この場合には必ずしも医療ではないので、恐らく行って例えばチェックリストを使う、使わないのところからも判断がきつとあるでしょうし、医療ということではなくて、何らかの支援が可能なかどうかというところで多分、判断をすると思うんですね。恐らく強制になることはまずないでしょうし、何か支援の中で使ってもらえるような、あるいは利用してもらえるようなものがあれば、それを情報提供するというところにとどめる場合もあるでしょうし、それはかなり自由に判断をしていいのかなという気がいたします。

○山田委員　今、繁田先生のお話だけを聞いただけで、これはどうですかと質問するのもおかしいんですけれども、例えば医療人として行くとかは別にして、援助ということ、支援ということで、それもいいと思うんですけれども、どういう責任を持ってそれに対応するかとか、そういうのをどうしても考えてしまうのが我々の常で、責任ということの所在もある程度、考えなければいけないというのは、行政が絡んでいただければ助かるとか、そこまでシステムをつくっていただくと楽ではあるなという感じはしましたけれども。

○繁田副議長　実際に部会の中でも、病院の先生からそういうご意見をいただいていますので、何もしないのかというと、できることは何かあると思うので、そのところで先生方もある程度、安心していただけて、なおかつ自由度の高いものというのを議論していきたいと思います。

○長嶋議長　ちょっと話がかみ合わない面があったかもしれませんが、実は今、議事事項（１）認知症医療部会の検討状況について事務局からご報告いただいて、副議長である繁田先生には補足説明みたいなものをしていただくつもりだったんです。おいでにならないので、議論に入ってしまったんですけれども、おくれてしまいましたけれども、３から７までの資料でご説明いただいたんですね。これに何か先生のほうから追加することがございましたらお願いしたいんですけれども。

○繁田副議長　恐らく事務局からの説明で、これという特別なことはありませんけれども、医

療支援部会で議論しておりますのは、今ほど山田先生からご質問いただきましたこととまた並行して、国のほうでは初期集中支援チームというのを事業としてやっていらっしゃるということで、東京都ではそれとまた別に並行して議論を今まで検討を進めてきたというのもありまして、このようなアウトリーチのやり方も並行してやるということですので、二つの違ったものをある意味、それぞれのデメリットとメリットを比較して、今後、一番いいあり方を探れるという利点はあるのかなというふうに思います。

山田先生からいただいたご意見でありますとか、医療支援部会で多くのご意見をいただいておりますので、それを踏まえて国の初期集中支援チームなのか、東京都のコーディネーター、アウトリーチチームなのかという、いいところができれば組み合わせて活用していけるような制度を考えられたらいいなというふうに思います。

○長嶋議長　ありがとうございます。

これは今、進行中なんですよ。ですから、今、私が勝手なことを言ってしまって、かえってよくなかったのかもしれませんが、そういった心配事もあるということで、よりよく福祉あるいは行政の方々が本気になっていいお仕事をしていく上で取りこぼしのないような、施策に持っていければいいんだと思うんですよ。いきなり、こういった査定というんですか、質問したり、何かして戸惑ったりなんかすることより、むしろ、それを使うか、使わないかをその場でも判断できるようなことも含めると、今、繁田先生からのお話なので、何となく安心はできたんですけども、いかがでしょうか。課長、どうぞ。

○新田幹事　補足説明いたしますと、チェックシートというのは例えば受けた人が認知症かどうかを鑑別診断するようなものではないんですね。アウトリーチチームが訪問をして使うのは、例えば初期集中支援チームも同じですが、ダスクとか、そういった別の指標があります。そういったものは専門職の方がそれなりの研修を受けて使われるというところです。都で今、つくりたいと思っているチェックシートというのは、大体、10項目ぐらいで都民ですとか、その家族が見て、もしかして認知症かもしれないという気づきをしてもらうためのものなんですね。少しおかしいかもしれない、では、どこに相談したらいいかというところで、先ほどのパンフレットのようなところに地域包括支援センターが書いてあったり、医療機関が書いてあるという性質のもので、アウトリーチチームが使うものとは、また、別のものとご理解いただければと思います。

○長嶋議長　ありがとうございます。

余計なことを言いますと、よくメディアでも大新聞社が10項目とか、15項目を平気でだんだ

んと並べて、新聞に載せているのがありますよね、場合によったら週刊誌でも載っていますね。あのレベルとどうなのかということは心配材料ではあるんですけども、今の課長のお話で、これから先、また、検討を重ねていただければ大変いいのではないかと思います。

どうぞ。

○大野委員 申しわけありません、家族の会の大野でございます。

論点がずれちゃうかもしれないんですけども、いわゆるチェックシートに関しましては、私どもでも家族の会で家族が考えた目安というのをもちろんつくっておきまして、この中で幾つ当てはまったらというのではなくて、こういうのも認知症の一つの症状ですよということでやっているんですけども、問題はそれの中でどれだけでできないとか、そういうことで果たして病院に行くかどうかということですよ。それで、病院に行ったとしても、その認知症について理解のある先生がどれだけいらっしゃるかで、結局、私たちが家族の会の中でたどり着いていることは、ご本人がひとり暮らしの場合でもどこかに家族がいるわけですから、家族が何とかして受診に結びつけて、そして、今の状態を保つ、ある程度、改善するという事に持っていくために、みんな、必死なわけですよ。

そのときにどうしても最初の受診というので、家族とか本人は迷うわけですし、おじけづくわけで、そのときに私たちが今、一番いいのかなと思っているのは訪問診療の先生に自宅に来ていただいて、それで、ご本人が安心するような形で受診に結びつけるというのが一番、本人にとってもショックが少ないし、家族もとりあえず安心してその先生にお任せする。その後、また、どこにつながるかというような形で、発見そのものというよりも発見した後に、もっと充実した医療体制があるかどうかというほうが問題で、そちらのほうを何とか充実するような何か方法がないのかなと思って、いつも考えています。

○長嶋議長 ありがとうございます。

多分、ケアパスの問題も含めて、これから検討がされるんだと思います。

時間の関係もありますので、この辺でよろしいでしょうか。きょう、この問題だけでとどまるわけにはいきませんので、ただ、期待としてはこういう方向でいろいろ検討が進んでいるということは、大変、ありがたいと思うんですね。今までこういうことはなかったですから、国も本腰を入れているのかどうか、その辺はわかりませんが、東京都ではこれに沿ってお願いしたいと思います。

議 事

（２）平成24年度東京都若年性認知症総合支援センターの実績について

○長嶋議長 それでは、次に移りたいと思います。議事事項（２）平成24年度東京都若年性認知症総合支援センターの実績について、これも事務局からご説明をお願いしたいと思います。お願いします。

○新田幹事 それでは、資料８に基づきましてご説明したいと思います。

若年性認知症総合支援センターにつきましては、昨年５月に開設いたしております。約１年間、相談を受けてきまして、相談実績がまとまりましたので、報告をいたしたいと思います。

そもそも、この事業というのは若年性認知症支援部会というのがこの対策推進会議の下に設けられておりまして、その中で21年度から23年度にかけて、モデル事業という形でワンストップの総合相談を受けられないかということでやっております、その成果を踏まえて実施したのになっています。

資料８の真ん中あたりのところをご覧ください。時系列的に相談を受けてから、マネジメント支援、情報提供して、地域へ帰していくという流れに沿ってご説明をしたいと思います。まず、昨年度に相談を受けた方というのは、実数で211名の方から相談を受けております。相談のきっかけで一番多かったのは制度・サービス、続いて障害・症状への対応、こういったことで初回到電話をいただいて相談のきっかけになっています。相談者の内訳としては、配偶者の方が81名で一番多くて、そのあと、子ども、兄弟姉妹等々と続いておりまして、ケアマネであったり、地域包括からの相談も寄せられています。

その左側をご覧ください。相談された211名の方については既に医療機関を受診されている方ということでした。そういった方が実際に総合支援センターに困って相談をされるまでの期間ですが、平均でいうと22カ月、一番多かったのは16カ月です。人によっては10年以上かけて、やっと総合支援センターに来たという方もいらっしゃいます。

真ん中のほうに移りまして、この211名の方にどういった支援をしたかというところになっています。円グラフが二つありますが、上のほうの円グラフをご覧ください。211名のうち148名の方については問い合わせがあって、それにお答えをしたということで、ほぼ終わってしまったというようなケースです。残りの63名につきましては、電話の相談とか、情報提供に終わるのではなくて、実際に面談ですとか、訪問して本人、家族の状況のアセスメントを行った上で、その人に合った支援を導入しております。関係機関へ連絡したり、連携を行って継続的に支援した方ということで、一人の方から何回も何回も相談を受けたという形になっています。

何回相談を受けたかという、63人の実数の方について延べ800件の相談支援ということで、平均すると大体1人当たり12.7回です。一番多かった方は43回ということで、本当にいろいろ時間をかけて支援をしたということになっています。では、具体的にどんな支援をしたかというところで、全ては書き切れなかったのもので、内容例を記載しております。デイサービスなど若年性認知症の方が適応しやすいサービスを探した、障害・症状について本人の状態を聞き取って対応方法について助言を行った、本人・家族の心理的サポートとして電話や面談での状態確認、家族会の紹介などを行ったというケースもあります。また、本人・家族だけではなく、地域包括支援センター等に対して、電話、メール、文書、カンファレンスなどによって情報共有だとか、変化に応じた支援計画の変更などの調整、確認を行っています。

こういったマネジメント支援を行った後に、実際、地域へ移行していくというところで、先ほど63名とご紹介したうち61名が既に移行されておりますが、移行先として一番多かったのがケアマネ、続いて地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカーとなっています。大体、初回の相談から移行までの期間は平均で4.8カ月、一番長い方で11カ月でした。

これがセンターの相談実績のご説明になります。

○長嶋議長　ありがとうございました。

引き続きまして、先ほどからお待ちいただいております若年性認知症総合支援センターの駒井センター長がいらしていますので、24年度の実績についてここで補足いただきたいと思いますのですが、いかがでしょうか。お願いします。

○駒井氏　当センターは、都民の若年認知症の本人、家族に対する総合相談センターとして開設いたしましたが、昨年の延べ件数は966件ということで、多くの対象者からのご相談がありました。ただ、東京都の推計人数から考えますと、まだ、一部の相談と思われます。私のほうからは実績資料の真ん中にございますマネジメント支援について、ご説明をさせていただきたいと思います。当センターでは、若年性認知症支援コーディネーターを配置して、当センターの主な支援内容であるマネジメント支援を行っております。

さきのモデル事業の結果から、若年性認知症の方については左上ですが、相談者がいない、それから、社会支援が少ないため本人が閉じこもっている、それから、介護家族が抑鬱である、就労から介護まで多岐にわたる制度利用ができるにもかかわらずしていない、地域支援者の知識不足、経験不足ということがわかっております。

当センターの特徴としましては、電話相談だけではなく、継続的に面談、訪問を行うマネジメント支援、本人・家族社会支援のアセスメント、ワンストップ支援による地域支援者との連

携、地域支援者への啓発的支援ということを行っております。地域移行前の支援である初期支援ということから地域支援者との連携を行い、長期的に支援を続けるのではなくて、地域の担当者に相談支援を移行するという流れになっております。

まず当事者・家族から電話を最初にお受けします。電話またはメールでございしますが、お受けいたします。その際に若年性認知症と診断された、または若年性認知症かもしれないという、いずれの問い合わせから始まってまいります。この訴えに対して主担当者であります若年性認知症支援コーディネーターは、初回アセスメントシートというものを用意しまして、簡易なアセスメントを電話で行ってまいります。継続的にマネジメントをする必要があるのか、または情報提供のみでよいのかというのを支援を振り分けてまいります。例えば情報提供のみの場合には、診断前で医療機関情報を教える場合、相談支援者へ助言するのみの場合、または相談支援者が実際にいて、こちらのセンターが主に相談しなくてもよい場合などが当たってまいります。

次に、マネジメント支援が必要と評価された場合には、来所または訪問にて面談を行ってまいります。面談時には重点アセスメントというのを行ってまいります。これは情報シート、当事者のADL、QOL、家族の抑鬱、介護負担などを評価バッテリーを用いて行ってまいります。そして、初回説明資料というものを用意しまして、年金や自立支援医療などの社会保障やサービスの利用をアセスメントしてまいります。

次に、それらの情報をもとにアセスメントからニーズを明確にして、計画立案をしてまいります。このときには若年性認知症支援連携シートというものを用意してまいります。

次に、介護や年金、障害、医療、就労など各窓口担当へは家族だけに任せずに、コーディネーターが連絡をしてまいります。多岐にわたる制度を若年性認知症の方の場合には利用していくことが求められてまいりますので、当センターの一つの窓口で相談を受けてまいります。その後にカンファレンスを開催し、社会資源導入に向けて連携シートを用いながら情報共有、方針決定、そして、担当者の役割分担を明確にしてまいります。そのことが各担当者のネットワークを構築するということに当たります。

ワンストップ支援というのがございますが、これは一つには家族が幾つかの窓口を一人で回るのでなく、コーディネーターが連絡をしながらつき添ったり、調整をすることによって手続がスムーズにされるということが1点ございますが、もう1点は各窓口担当者が協力して支援を行えるように、ネットワークを図っていくということも含まれてまいります。

そして、各担当者に対したときに、若年性認知症に対して経験不足、知識不足と判断される場合がございます。実際のケースを通して啓発、教育的役割をもって不明な点を研修しながら、

ともに支援を行ってまいります。この教育については関係者への支援ということでございまして、その後の地域の支援へ移行するために必須の事項であります。時間をかけて丁寧に行ってまいります。

それから、個々に合った制度サービスなど社会支援が導入されてまいりましたら、経済的な安定やご本人、家族の心理的な安定が得られてくることとございます。そうしました場合には、徐々に一番下の地域の支援というところに移行してまいります。主なマネジメント担当者につきましては、先ほど報告がございましたように、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターの担当者から選定をして、中心となってマネジメント支援を行っていただく方を決めてまいります。その後は、若年性認知症支援コーディネーターは間接的に後方から支援をして、アフターフォローを行っていきます。3から6カ月を経過した後に、再度、カンファレンスを開催いたしまして、順調に支援が継続されていれば、若年性認知症支援コーディネーターの支援は一旦終了となります。

このようにセンターの主たる支援は、長期的に続くのではなく、地域の支援へ移行していくという経過をとってまいります。以上のプロセスを踏みながら支援を行ってまいります。

最後に、今後の課題としましては、この相談窓口の周知について、それから、センターの支援の検証、そして、地域の啓発の3点が挙げられるかと思えます。すなわち、相談窓口の周知につきましては、家族がホームページから探すという手間を減らし、そして、医療機関など関係機関から直接つながる仕組み、そして、PR方法を検討してまいりたいと思えます。

また、センターの支援、今、申しあげました支援のプロセスにつきましては、アセスメント、マネジメント方法について何らかの形で今後、ケースを積み重ねながら事例を集約しまして、検証を行ってまいりたいと思っています。

そして、最後に地域への啓発でございますが、ケアマネジャー、地域包括支援センター担当者などと若年性認知症支援についての育成が必要と考えております。同時にモデル事業や24年実績からもセンターの相談を本人の住む地域につなぐための基盤となる社会資源の開発が必要と考えています。本人の居場所や家族の心理的サポートについても役立つような社会資源の開発が、今後は必要ではないかと考えております。

以上、私の報告を終わりたいと思います。

○長嶋議長　ありがとうございました。大変わかりやすく伺いました。

意見交換

○長嶋議長 ただいまの課長からの実績報告と、駒井さんからの具体的な補足という形で、大変わかりやすくご説明いただきましたけれども、それに対してご質問あるいはご意見がありましたら、ぜひ、お願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ、大野さん。

○大野委員 2点、質問を、よくわからなかったもので、まず、この地域支援者というのは要するに地域包括支援センターとか、ケアマネジャーさんなのかということと、あと、担当者を決定するのはどういう基準でその方に合った、あくまでもそういう方を探して決定なさるのか、その辺がよくわからなかったものですから教えてください。

○駒井氏 地域の支援者というのは、地域包括支援センターやケアマネジャーなど、あと、保健師の方、あと、行政の障害福祉の担当の方とかが含まれるかなと思います。どのように担当の方を決定していくかということですが、ワンストップ支援の中で必要な窓口にご連絡をしまいます。そのカンファレンスの中で全員の意見といいますか、話し合いに基づいて決めてまいります。大体、介護保険を利用している方であれば、プランを立てるケアマネジャーさんが中心になっていくことが多いかと思います。

○大野委員 ということは、その方に合った方を探すことなんでしょうか。

○駒井氏 地域にいて、あえて歩いて探すということではなくて、ご相談に参ったときに例えば渋谷区の方であれば、渋谷区の中で介護保険の担当の方とか、障害の担当の方とか、そういった担当の方が大体決まってまいります。その方がカンファレンスに参加されますので、その中から中心の方を話し合いで決めていくような形になります。

○長嶋議長 結局、コーディネートするということですよ。ここへつなぐとか、こうやって、恐らくそういうことを知らない方が多いわけですよ、実際に若年性の方を抱えている方は。これは若年性だけじゃないと思いますけれども、そういう意味で、若年性認知症支援コーディネーターの役割というのは、そこに真髓があるんでしょうと私は受けとめましたけれども。

○駒井氏 皆さん、大体、診断を受けましてもご自宅にずっと閉じこもったまま、何も支援を受けないままにこの電話に相談してまいりますので、まずは地域の中にどんな支援があるのかということをお伝えしていくことから始まります。

○長嶋議長 大野さん、よろしいですか。

○大野委員 半分はわかったというところです。

○長嶋議長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ、先生。

○齋藤委員 このモデル事業をして、これを事業化するということができたのは、とてもよか

ったと思います。期待どおりの仕事をしてくださっている。マネジメントが情報提供のみで終わるケースがあるのも当たり前の話で、それをきちんと区分けできるというのが、この団体のすばらしいところなのです。

これができた理由というのは、ワンストップという名前がどういうことだったかというのは、この委員の皆さんは重々、ご存じであろうと思いますが、若年性認知症に関する会議をしましたときにたくさんの制度があることはある。若年性認知症のケアは大変だけれども、ある制度が十分に使われていないと、それから、行政の窓口を含めて自分のところのことしか知らないで、アンケートしましたときに一番腹立たしかったのは、いろんな窓口で自分のところのことは言うけれども、ほかのことについては質問があれば教えるという態度で、それではケアができないということなのです。

聞きに来るほうは素人なんだから、聞いてくれば教えますけれども、そうでなければ教えませんというのは教えないに等しいのです。そういう意味で、この1年間、本当によく機能していると思うのですが、今度はこれを普遍化していかなければいけないわけで、駒井さんのところは特別豊かな人材とお金を持ってやっているわけじゃないんですよね。行政的な相談窓口比べてはるかに貧弱といったら失礼だけれども、乏しい資源をフル活用してやってくださっているわけで、本来、もっと大きな資源を持っている行政の相談窓口だとか、それから、介護保険で手厚いとは言わないけれども、財政的なバックアップを受けているケアマネジャーが、駒井さんのところでやっているようなノウハウを持っていれば、そもそも、こんなことは必要ないわけで、ここが頑張っている間に、このノウハウを地域に広げていくということが大事なんだろうと思います。

だから、その方法を考えていくことが大事だろうと僕は思います。とりあえず、ここを十分使っていただくということで、周知が必要だと言ってくさるということは、まだ、余力があるということでしょうから、周知の方法、例えばパンフレットをいろんな在宅介護支援センターに配るとかいうふうな方法を考えて後押しをして、このノウハウが早くいろんなところに広がるようにということが大事で、医療や福祉の問題はシステムの問題は大事なんだけれども、今、日本中でうまくいっているところはというのは、医療でもこういうシステムでも、一人のスーパースターがいるところなんですよ、残念ながら。

それがシステムとして普遍化していかないんだけれども、幸いなことに駒井さんのところの試みはというか、ここの団体のすばらしいところは、それを普遍化していくということに尽力していらっしゃるところなので、そこのところにこそ、後押しというか、バックアップをして、

ほかのところでもこれができるということを東京都の中でつくっていくということが大事だろうと私は思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。大変貴重なご意見だと思います。

私自身も若年性に今、焦点が絞られていますけれども、若年性だけではなくて、恐らくこういう問題は日本中の認知症の問題に普遍化できる可能性が十分にあると思って伺っていました。どうぞいろんな応援団がこれから出てくると思いますけれども、さらに進めていただければ大変幸いだと思えます。

ほかにご意見はありませんでしょうか。どうぞ。お願いします。

○小田代委員 小田代と申します。システムはすごく素晴らしいと思います。ただ、若年性の方も認知症の方も、早期発見、早期治療と言われていますけれども、特に早期の場合は、本人の気持ちが一番大事にされなければいけない部分かなと思いますので、いろんなことをやる時には、まず、本人の気持ちを一番大事にしてほしい。特に早期の場合は、自分がちょっとおかしいんじゃないかと一番先に気づいているのはご本人だと思いますので、すごくデリケートな部分だと思いますので、まずは本人の気持ちを一番大事にしていきたいなと思います。

○長嶋議長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。ここで総括ということよりも、本当に申し上げてしまったんですけども、今のご意見も含めて若年性認知症の問題は難しい、難しいというふうには言われていますけれども、案外、やってみますと、これまで簡単にやってきたつもりの一般的な65歳以上の方々の認知症状に対する対応が、必ずしも100点満点ではなかったと思うんですね。そういう意味で、齋藤委員のお話にもありましたように、駒井さんのところで実践していることを再度、私たちは学習して65歳以上の認知症の方々にも普遍化ということで、何かつくっていけるんじゃないかというような、何か明るい兆しがあるように思います。

議 事

(3) その他

○長嶋議長 それでは、ここで議論を打ち切りまして、その他の議題がありますけれども、いかがでしょうか。事務局から何かありますでしょうか。

○新田幹事 資料9をご覧ください。平成25年度の今後の認知症対策推進会議のスケジュールを書かせていただいております。この推進会議につきましては、今年度の第2回目となる会議

を3月ごろに開催したいと思っております。具体的な日程につきましては、後日、委員の皆様と調整させていただきます。また、医療部会につきましても、今年度、あと1回、開く予定になっております。

事務局からは以上です。

○長嶋議長 ありがとうございます。

本日の議論は以上で終わりです。

最後に全体を通してご意見、ご質問などがありましたら、委員の方々からご発言をいただきたいと存じますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。齋藤委員、どうぞ。

○齋藤委員 私は、オレンジプランはよくわからないんです。今、走り始めているアウトリーチの問題についても全くよくわかりません。臨床医として仕事をしていて、これが患者さんの助けになるのかどうか、よくわからないんですけども、非常に重大な点が見過ごされていて、それは、きれいごとじゃ済まない患者さんが大変なんですよ。早期介入で何とかしてうまくいく人は今だってうまくいっているのであって、今、我々の手からこぼれている人たちを何とかしなければならぬんですよ。

そういうところに焦点をきちんと明らかにすれば、何が問題なのかということをはっきりすれば、アウトリーチだって何だってもっともっと生きる。何か、まるで夢物語みたいなことを言っているからダメなので、現実的なところで我々の手からこぼれていっちゃう人たちこそ、何とかしなければならない。そのことをどうすればいいんだと言われると困りますが、山田先生のところも私たちのところも認知症疾患医療センターなのですから、東京都というのは全国的には例外的に資源の豊富なところなので、その資源を本当に困っている人たちにちゃんと投入できるようなことを考えていかないといけないと思います。

何か、今の制度とか、モデル事業というのは、往々にしてとてもきれいなところをきれいに片づけることに終始していて、これから我々が迎えるとても困難で、きれいごとじゃ済まない人たちがいるということはみんなが知っていることで、家族もいない、あるいはいても頼りにならない、介護保険を使いたくても金がない、あるいは介入されることを拒む人たちに、社会権の発現として介入しなければならない事態がきているので、それをちゃんと考えないとだめだというか、そういう問題に何かふたをしてしまうようなやり方というのはだめで、しかしながら、そういうところに向かいつつあるような危機を持っています。

○長嶋議長 大変貴重なご意見をありがとうございました。本当におっしゃるとおりで、東京都は本当に恵まれている部分が大変多いと思うんですね。ですから、なお一層、隅々までこの

気持ちがというか、心が行き渡るような対応をぜひ、これから進めていただければ幸いです。

どうぞ、お願いします、中山幹事長。

○中山幹事長 齋藤先生の今のご意見ですが、認識は全く私どもも同じでございまして、アウトリーチチームのやり方に対してもいろいろご懸念なり、危惧を持たれている。これは医療部会でも何度も議論を重ねてきており、今の認知症対策でいろんなことをやってきましたが、それでもまだ、この先、非常にいろんな難しいケースが起き、地域で暮らすことのできる環境がますます悪くなっていくという、そういう見通しのもとに私どもも今のうちからさまざまな取組をやっていかなければいけない、ということで、この会議もあるわけでございまして、そこで東京という大都市ならではの事情を踏まえたさまざまな施策を独自にやらなければいけないと考えております。

幸いにして、東京都は財政的な面では若干、他の自治体に比べれば、財政的にも人材的にもいろいろやれる環境があるということで、国は国でいろいろ考えていますけれども、東京都はそれに先導した形でさまざまな施策をやっているということでございます。アウトリーチチームは8月からスタートということで、まだ、具体的な活動事例を私どもも掌握しておりませんが、いろんなケースが出てくると思います。ですから、それを把握・分析していく中で東京都のやり方、これが望ましい、あるいはこれこそが地域で暮らしていく上での仕組みとして、ふさわしいものだというところを追い求めていく必要がありますので、その議論はまたこの場でやっていただくということになろうかと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○長嶋議長 どうもありがとうございました。

それでは、これで本日の議論を打ち切りたいと思います。

ここで進行を事務局にお返しします。本日は大変短い時間でしたけれども、円滑な進行につきまして委員の皆様のご協力をいただきまして大変感謝を申し上げます。ありがとうございました。

○新田幹事 委員の皆様、ありがとうございました。

それでは、ここで最後になりますが、本年度最初の認知症対策推進会議ということもありますので、少子高齢化対策特命担当の藤田理事より最後にご挨拶を申し上げます。

○藤田理事 委員各位の皆様、本当に本日はありがとうございました。藤田と申します。よろしくお願いいたします。

本日は長嶋議長を初め、各委員の皆様には本当に貴重なご意見をたくさん賜りました。我々

行政として先ほど部長の中山からもありましたけれども、東京都はいろいろ前進的に取り組んできているわけですが、まだまだ、足りない、一番心配なのはご本人、家族が心配、それからまた、齋藤委員がおっしゃったように、言葉は悪いですが、取りこぼれている、なかなか、行き届かない部分をどうやっていくか、本当にきれいごとでは済まないなと思っております。

この間、認知症の方と家族を支える医療体制につきましては、また、引き続き副議長をお願いしております繁田副議長を部会長といたします認知症医療部会で本当に熱心な議論をいただきまして、ここまできております。また、引き続きお願いしたいと思ひますし、本日、本委員会でもいただきました貴重なご意見も踏まえさせていただきまして、先ほどのチェックシート、あるいはケアパスの問題につきましても運用の面も含めて、議論していきたいと思っております。

また、先ほど駒井センター長から詳しく取組の状況のご報告もございましたけれども、こういった非常に貴重な取組を引き続きよろしくお願ひしたいと思っております。この辺につきましても行政として普遍化、地域へノウハウをどうやって広げていくかということを我々としても真剣に取り組んでいきたいと思っております。

いろんな問題が先鋭化して起こる東京都で、今までは福祉保健局が中心ではありましたが、それだけではなくて雇用の問題、それから、住まいの問題、いろんな問題も含めてこの7月に少子高齢化を乗り切っていく東京の姿を示すということで、局横断的にプロジェクトチームを立ち上げまして、今、鋭意、検討に入ったところでございますので、本日の皆様方のご意見も含めて、そういったプロジェクトのほうにも反映をしていきたいと考えております。

今後とも、皆様には本当に東京都の認知症対策の充実に向けまして多くのご意見、ご助言を賜りますようお願いを申し上げます、簡単ではございますけれど、挨拶とさせていただきます。本日はありがとうございました。

○新田幹事 最後に事務局から事務的なご案内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事務局から郵送いたしますので、封筒に入れて机に残していただければと思います。また、お車でいらっしゃる方は、駐車券をお渡しいたしますので事務局にお申し出ください。

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6時46分 閉会