

東京都認知症対策推進会議

東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会（第1回）

平成22年8月4日（水）

【室井幹事】 それでは、皆様お集まりになりましたので、一言開会に先立ちまして申し上げたいと思います。

本日の会議でございますが、委員の皆様のディスカッションの冒頭10分までテレビカメラの取材が入ることとなっております。皆様には事前にご案内させていただいておりますが、ご了承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、ただいまより東京都認知症対策推進会議第1回東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会を開催したいと思います。

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。

私は、本部会の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室井と申します。部会長が選任されるまでの間、会議の進行を務めさせていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、座らせていただきます。

本部会の設置の経緯につきまして簡単に説明をさせていただきます。

都では現在、東京都認知症対策推進会議というのを設置しておりまして、そのもとで認知症の方やご家族に対する具体的な支援体制の構築に向けましてさまざまな取り組みを行っているところでございます。

認知症の方に対する医療につきましては、推進会議の中の医療支援部会というのがありまして、そこで平成21年3月、お手元の資料にもクリップどめをつけてございます。そこで報告書をまとめたところでございます。その中でも、かかりつけ医と専門医との連携、医療と福祉の連携等は重要であるとのご意見をちょうだいしているところでございます。

こうした中、国におきましては、ご案内のとおりでございますが、認知症の早期診断の推進と適切な医療の提供等を目的といたしまして、認知症疾患医療センターという仕組みを導入して全国的な整備促進を図っていこうということで取り組んでいるところでございます。

東京におきまして、この認知症疾患医療センターを整備する場合に、東京の特性を踏まえてどのような役割・機能を担うことが必要なのか、どのようなものをしていただければ東京の認知症の医療あるいは福祉も含めた認知症の方々を支える地域づくりという面で有効なのかというところを検討していただきたく、本検討部会を設置することとしたところでございます。

なお、本部会の設置につきましては、認知症対策推進会議の長嶋議長にご承認をいただいております。

部会の構成につきましては、お手元に資料がございますが、要綱に基づきまして、委員及び専門委員は議長が指名するということになっております。

推進会議から部会に参加していただく委員につきまして、長嶋議長から指名をいただいております。このたび皆様に委嘱をさせていただいたということでございます。

各委員の皆様の上に委嘱状を配付させていただいておりますので、本来であれば私どもの局長からお渡しすべきところでございますが、時間の都合で省略させていただきます。どうぞご了承いただきたいと思っております。

それでは、事務局から各委員のご紹介をさせていただきたいと思っております。

次第及び要綱の後ろでございますが、資料の中に委員名簿というのをご用意させていただいておりますので、その名簿に従いましてご紹介をさせていただきたいと思っております。

それではまず、新井平伊委員でございます。

【新井委員】 順天堂の新井です。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 栗田主一委員でございます。

【栗田委員】 東京都健康長寿医療センター研究所の栗田でございます。どうぞよろしくよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 繁田雅弘委員でございます。

【繁田委員】 首都大学の繁田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 桑田美代子委員でございます。

【桑田委員】 青梅慶友病院の桑田です。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 新里和弘委員でございます。

【新里委員】 松沢病院の新里と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 西本裕子委員でございます。

【西本委員】 介護支援専門員研究協議会の西本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

たします。

【室井幹事】 山田雄飛委員でございます。

【山田委員】 東京精神科病院協会副会長の山田と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 弓倉整委員でございます。

【弓倉委員】 東京都医師会の弓倉でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 牧野史子委員でございます。

【牧野委員】 NPO法人の介護者サポートネットワークセンターアラジンの牧野と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、高藤光子委員でございます。

【高藤委員】 新宿区役所高齢者サービス課高齢者相談係の高藤と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 山本祥代委員でございます。

【山本委員】 武蔵野市役所の山本でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 あと、本日、高瀬茂委員が所用により欠席されております。よろしくお願いいたします。

それでは、幹事の紹介をさせていただきます。

まず、狩野信夫幹事でございます。

【狩野幹事】 高齢社会対策部長の狩野です。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 高橋郁美幹事でございます。

【高橋幹事】 医療改革推進担当部長の高橋でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 熊谷直樹幹事でございます。

【熊谷幹事】 障害者施策推進部障害者医療担当部長の熊谷と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 馬神祥子幹事でございます。

【馬神幹事】 医療改革推進担当課長の馬神でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 本日、櫻井幸枝幹事と、それから粉川貴司幹事が欠席でございます。お伝えいたします。

最後に、私も幹事も務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、私ども杉村福祉保健局長から委員の皆様へ一言ごあい

さつを申し上げたいと思います。

【杉村局長】 福祉保健局長の杉村でございます。委員の皆様方には平素から東京都の福祉保健医療行政に多大なご協力を賜りまして、まことにありがとうございます。また、本日は、本当にお忙しい中、また非常に暑い中、部会にご出席をいただきまして、本当にありがとうございます。よろしく願いを申し上げます。

現在、東京都内におきましては、認知症によりまして何らかの症状を有する高齢者は、平成20年の東京都の調査によりますと、都内で約29万人、65歳以上の人口の役割1割と推計をされております。また、今後、高齢者の増加に伴いまして認知症高齢者もさらに増加するというふう考えられております。

私から言うまでもございませんが、認知症の人は記憶障害や認知障害から周りの人との関係が損なわれることも少なくありませんが、しかし、周囲の理解と気遣いがあれば穏やかに生活していくことも可能であります。

東京都におきましては、平成19年度から「東京都認知症対策推進会議」を設置いたしまして、「認知症になっても認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」を目指して中長期的な認知症対策を検討し、その成果を踏まえましてさまざまな取り組みを行っているところでございます。

そして、このたび、先ほど事務局から話がございましたとおり、推進会議のもとに「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」を設置することになったわけでございます。

部会には、さまざまな分野の専門家の先生方、あるいは現場で深くかかわっていられる方々に声をおかけしましたところ、快くお引き受けをいただきました。本当にありがとうございます。

私ども東京都といたしましても、引き続き都民の方への普及啓発や専門職の資質の向上等に努めていくことはもちろんでございますけれども、この会議でのご議論、あるいはご検証いただきました内容を今後の東京都の施策に最大限に生かしていきたいというふうに考えております。

大変お忙しい中とは存じますけれども、ぜひとも先生方のお知恵をおかりしたいというふうに考えておりますので、どうかよろしく願いを申し上げます。ありがとうございます。

【室井幹事】 それでは、部会長の選任に移りたいと思います。

部会長は、要綱によりまして委員の互選によると定められておりますが、今回につきましては事務局から提案をさせていただきまして、委員の皆様方の了承をいただくという方法でまいりたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【室井幹事】 それでは、提案させていただきます。認知症対策推進会議の副議長でありまして、医療支援部会でも部会長をしていただきました繁田雅弘委員を推薦させていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

(拍手)

【室井幹事】 ありがとうございます。それでは、繁田委員に部会長をお願いしたいと思います。

それでは、繁田部会長に一言ごあいさつをお願いしたいと思います。

【繁田部会長】 繁田でございます。大変な重い役割でございますけれども、ご指名でございますので、力を尽くしてまいりたいと思います。何よりも委員の皆様のご意見が一番でございますので、どうぞよろしく願いをいたします。

実は医療支援部会でいろんな議論をしていく中で、最終的に委員の皆様が一番に関心を持ったのは、さまざまな医療機関がいかに連携をするかというお話だった。それがうまくいくと、お互いに顔が見えて、お互いの意図であるとか、あるいは思いが伝わると本当に簡単にうまくいくんだけど、なかなかそこが難しいというところが議論の山場だったような気がします。

そんな思いを抱いているところで今回、認知症疾患医療センターの議論が行われるわけですが、医療だけではなくて、やはり認知症でございますと医療と福祉が協力しないと進まないだろうということで、今度は連携の輪を医療だけではなくて福祉の、あるいはケア全体を支えてくれる皆さんとどうやってつないでいくかというところがポイントになるんだろうと思います。個人的な思いでもありますが、認知症疾患医療センターがいろんな役割を国から言われているわけでございますけれども、私の思いとしては、そのところで認知症疾患医療センターが役割を果たしていただけたらという思いがございます。

そんな思いも込めて、重い責任でございますけれども務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 ありがとうございます。

次に、副部会長の選任に移りたいと思います。

要綱によりまして、「部会長に事故があるときは、あらかじめ部会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、部会長に副部会長を推薦していただきたいと思いをします。

繁田部会長、お願いしたいと思いをします。

【繁田部会長】 医療支援部会するときにも折に触れてバックアップをしていただいて助けていただきました順天堂大学の新井教授にお願いできればというふうに思いをします。いかがでございましょうか。

(拍手)

【繁田部会長】 ありがとうございます。新井先生、どうぞよろしくお願いをいたします。

【新井副部会長】 よろしくお願いをいたします。どのくらい部会長を支えられるかあれですけど、東京都という特色をどのように生かしていくか、さすが東京と言われるようなまとめになればいいなと期待しております。よろしくお願いをいたします。

【室井幹事】 ありがとうございます。

それでは、繁田部会長と新井副部会長には中央の席に移動をお願いをいたします。

それでは、今後の議事につきましては繁田部会長にお願いしたいと思いをします。

【繁田部会長】 それでは、早速議事に入らせていただきます。

議事の1番をごらんください。「東京都の認知症医療の現状と課題について」というところでございます。

まずは、具体的な議論に入ります前に、皆さんよくご存じかと思いをしますが、改めてざっと東京都の認知症医療の現状と課題について確認をさせていただきたいと思いをします。

認知症の方を取り巻く現状、東京都の取り組み、それから課題、これらの点について事務局からご説明をお願いをいたします。

【室井幹事】 それでは、これはおさらいという面もありますので簡潔に説明をさせていただきまして、できるだけディスカッションの時間をとっていききたいというふうに思っておりますので、よろしくお願いをいたします。

まず、資料1、A3のペーパーでございますが、ごらんいただきたいと思いをします。「都内の認知症の人を取りまく現状」ということで幾つかの図をお示ししております。

都内高齢者の人口の推移でございますが、さっと見ていただければと思いをします。もうご案内のことですが、これからどんどんと、特に団塊の世代が高齢者になっていくということに伴いまして高齢化率はどんどん伸びていくということでございます。

そうした中で、認知症の人の数ということでございますが、何らかの認知症状がある高齢者、平成20年におきましては29万人ということでございましたけれども、平成37年には約1.8倍になると。あるいは、何らかの支援が必要な認知症の方というのは1.9倍になるというようなことで、これから大いに拡大が見込まれているところでございます。

そうした中で、認知症の高齢者の方々、どういう備え方をされているのかというのが下のほうでございます。

多くの方がぜひ在宅で住み続けたいということで考えていらっしゃるということでございます。

②でございますが、そうした中で実態といたしましても認知症高齢者の方々の6割以上の方は居宅で生活をされているという現状でございます。

3番目は、これは認知症の方に限りませんが、高齢者全体で見てみてやはり核家族化、あるいは単身世帯化というのが進んでおりまして、独居の高齢者の方、それから高齢者のみの夫婦の方というのがどんどんふえてきていると、今後もふえるというふうなものでございます。

続きまして、資料2に移りたいと思います。これは「東京都の認知症対策」ということでございます。非常に幅広に取り組んできておりまして、地域づくり、医療、介護というところですね。さらには若年性認知症、最先端の研究、こういったものも含めて取り組んでいるということでございます。

続きまして、資料3でございます。これは先ほどお話のありました医療支援部会の報告書の概要でございます。先ほど繁田部会長のお話のありましたとおり、やはり連携が極めて重要だというようなことが全体のトーンかと考えております。また、軽度の段階においてどういうことが必要か、中程度において、あるいは終末期においてどういうことが必要かということが整理されております。

続きまして、資料4-1でございます。認知症の地域医療推進事業ということで、東京都におきましては、認知症の医療提供体制、この地域のほうから、下から積み上げるという形でやってきております。認知症のかかりつけ医の対応力向上研修というようなものですとか、あるいは認知症サポート医の研修というものを行いまして、かかりつけ医に対する認知症の方の診断等に関する助言や相談に乗れる方の育成・養成と、先生方の養成ということに取り組んでいるところでございます。

続きまして、資料4-2でございます。これは各医療圏における認知症サポート医の数、

かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者の数、それから要介護・要支援者の数、認知症に対応している専門医療機関——これは自己申告でございます——の数を表示したものでございます。基本的には島しょを除きましておおむね満遍なくサポート医、かかりつけ医、それから専門医療機関というのがあるというのを見てとれると思います。

次でございます。A4の資料です。資料5でございますが、こちらのこうしたかかりつけ医、認知症サポート医といった研修を修了された方々ですね。これにつきましては、「とうきょう認知症ナビ」というホームページのサイトがございますが、そこで都の地域にどういう先生がいらっしゃるのかというのは、都民の方々がだれでも見てわかるようになっていくというご紹介でございます。また、認知症に対応できる医療機関ということにつきましては、これは医療機関案内サービス「ひまわり」というのがございまして、これは認知症に限った話ではございませんけれども、さまざまな医療機関の医療機能を検索できるというのがありまして、認知症につきましても検索ができるようになってございます。

2枚めくっていただきまして、A4の横長のペーパーがございます。「かかりつけ医・認知症サポート医名簿」につきましてはこのような形で、また、「ひまわり」につきましては、このような認知症の中で認知症の診断ができる、あるいはその周辺症状の治療ができる、認知症に関する訪問診療・往診ができるといった、この右下に書いてあるような項目を検索ができるというような形になっております。

またもう1枚めくっていただきますと資料6でございます。「東京都老人性認知症専門医療事業」ということございまして、これは私どもの障害者施策推進部でやっている事業でございますが、いわゆる周辺症状、徘徊ですとか、妄想ですとか、あるいは暴力といったようなことになってしまった認知症の方々に、なかなか在宅もしくは施設でのケアが難しいという方々を専門的に受け入れる病棟の体制整備というのをやっております。9病院をお願いをしているということでございます。

資料7でございますが、都内の認知症医療の現状につきましてご説明をいたします。

まず、認知症に対応できる医療機関ということでございますが、専門医療機関数、これは先ほど申し上げましたとおり、各医療圏に島しょを除きましてほぼ満遍なくあるのかなという状況でございます。

それから、②でございますが、認知症の診断でございますが、必ずしも特定の診療科でやっているというわけではなくて、内科、神経内科、心療内科、精神科と、いろんなところで認知症の診断を行っているということが見てとれます。

それから、③でございますが、先ほど申し上げました妄想、徘徊等の周辺症状が出てしまったときに入院可能な医療施設というのはなかなかないという資料でございます、認知症に専門的に対応できる医療機関の中でも外来のみの対応、あるいは他院を紹介しているということで、なかなか自院でも入院が可能であると答えているところは少ないという状況でございます。

それから、④でございますが、周辺症状で入院する場合は精神病床に入院されている方が多い。

それから、⑤でございますが、身体合併症、認知症の方が身体症状、内科系、外科系の症状で入院の必要が生じた場合に、なかなか入院ができるところが必ずしも多くないというところがございます。認知症に対応できる医療機関という中でも、やはり自院で入院もできると言っているところは全体の6割弱というところにとどまっております。

それから、⑥でございますが、これは当然のことでございますが、身体合併症状は一般病床が多いということでございます。

⑦でございますが、地域の医療機関との連携について、認知症に対応できる医療機関に対して聞いているということでございますが、「行っていない」というところが37.7%ということで、この割合がちょっと多いというところが1つの課題かなというふうに考えております。

続きまして右側でございますが、認知症診断の状況でございます。「もの忘れ外来」を設置しているところというのは今たくさんございますということです。その中で、なかなか一部の医療機関に患者が集中しているという状況がございまして、非常に長く、約半年待たなくてはいけないというようなところもあれば、比較的すぐ診ていただけるというところがあるという資料でございます。

さらにその下でございますが、医療機関への受診の状況ということで、これは過去に認知症の方々に昼夜逆転とか、幻聴、妄想、そういった周辺症状が生じているというような方々のうち、右側でございますが、こういった症状があった方が通院をしているのが約半数、逆に半数の方々は医療にかかっていないという状況が調査でわかっております。また、その下でございますが、こういった症状があったときのご家族の相談相手でございますが、同居の家族であるとか同居以外の親族ということで、なかなか専門家が対応している例が少ないというようなことが見てとれるかと思えます。

続きまして、資料8でございます。

これ、この会議を始めるに当たりまして、改めて私どものほうで地域包括支援センターに対しまして認知症における医療と介護の連携、どのように行っているのかというようなことを調査いたしました。区市町村を通じまして都内の全地域包括支援センターに発送いたしましたまして、92%の回答率でご回答いただいております。

まず1番でございますが、家族から地域包括支援センターへの相談でございますけれども、これは認知症に関する医療相談が家族などから寄せられたときにどういう医療機関を紹介しているのかということでございますが、診療所や病院をいずれも両方とも紹介をしていると、こういうことでございます。また、月の相談件数でございますが、大体平均10件ぐらいの相談を受けているということでございます。

2ページ目ですが、地域包括支援センターの職員が医療機関に対して相談をすることがあるかないかというようなアンケートをしております。「ある」と答えているところが診療所に対して、あるいは病院に対してと。いずれも大体8割ということございました。それで、「ある」と回答した地域包括支援センターの1カ所当たりの相談件数は、診療所、病院とも1月2件ということございました。

3ページ目ですが、それでは、その医療機関のだれに相談をしているのかということでございますが、診療所につきましては医師に相談しているというところが多かった。それで、病院につきましては、医師、看護師ではなくMSWに相談をしているということで、地域包括支援センターとの関係におきましては、診療所におきましては医師、病院におきましてはMSWとの関係が深いということなのかなというのが見てとれます。

それから、ご家族ではなくて地域包括支援センターの職員が病院に、医療機関にご相談をする理由というのも聞いてみました。そうしたところ、やはり独居の方、独居の認知症の方、それから高齢者のみの世帯であったというような場合が一番多く、また高齢者虐待の疑いというの結構ありました。ということで、多くの場合はこうした困難ケースというようなものが対象になっているということでございます。

4ページ目ですが、相談内容でございます。認知症の鑑別診断が一番多く、周辺症状の診療、それから身体合併症の診療という順になっております。病院の場合はここに入院の機能がついてくるということございました。

5ページ目ですが、認知症の方に対する医療機関が地域包括支援センターの職員に相談してくるケースがありますかというような質問をいたしました。「ある」と答えたケースが診療所の場合は約3分の2、それから病院の場合は約8割ということで、病院のほうが

多くなっております。これは恐らく、例えば独居の方、高齢者のみの世帯の方などでなかなか退院して在宅へというのが難しい方のご相談が多いのかなというふうに想定されるところでございます。「ある」と回答した地域包括支援センターからの1カ月当たりの相談件数は、ごらんのとおりでございます。

6ページ目です。主に相談を受ける相手でございますが、だれから相談が来ますかというところでございますけれども、診療所につきましては医師、病院につきましてはMSWということで、先ほどの地域包括支援センターがだれに相談するのかというのとちょうど全く同じ形になっております。

家族ではなくて職員が医療機関から相談を受ける理由です。医療機関はなぜ地域包括支援センターに相談をしてくるんですかというようなところでございますが、これにつきましては、やはり独居、高齢者のみの世帯、あるいは高齢者虐待というところが多いという結果になっております。

7ページ目です。相談内容でございますが、一番多いのは在宅復帰相談、診療所も病院も同じということでした。

8ページ目です。次のものでございますが、これは認知症に関する医療機関との連携について、困った事例ですとか、うまくいった事例、あるいは望むことなどを自由に記載していただいたというものでございます。それを左側の表にありますようなカテゴリーに事務局の判断でちょっと分類をさせていただいたというものでございます。困った事例もうまくいった事例も、あえて記入いただいたということは、そこが一番クリティカルなところなんだろうなという問題意識でこのような形で表にしたということでございます。非常に多かったところのみ説明させていただきます。

1つは、介護保険申請が必要な受診者の地域包括支援センターへのつながりがうまくいったとか、うまくいなくて、ちゃんとやってくれなくて困ったとか、そういったようなお話が結構ありました。医療機関から地域包括支援センターにうまく必ずしもスムーズにつながっている状況が一般的ではないのかなというようなことがちょっと見えるのかなというふうに思います。

続きまして、Cの確定診断の専門医療機関へのつながりというところでございますが、これも非常に数が多かったというところでございます。これは要するに地域包括支援センターの職員が認知症の疑いがあるというふうに感じて地域のお医者さんなどに行ったんですが、なかなか専門的な診療をしていただけないというふうに、地域包括支援センターのほ

うのあくまでも主観的な思いということでございますが、そういった不満であったりとか、あるいは非常にうまくつないでくれたというような話も含めてご意見をいただいたというところでございます。

それから、継続的治療のところ、6番の退院に向けた調整というところ、これはほとんど病院に対してのご要望なり、あるいはうまくいったということも含めてのお話でございました。これは在宅、要は退院の直前に地域包括支援センターにご相談が来たとか、そんなようなお話、困った事例としてはそういったようなお話でございました。もう少し早くお話をいただければ介護サービスと在宅の受け入れの準備ができたのではないかと、こういうようなところでございます。

それから、Gの情報の共有でございますが、医療機関の持つ情報の共有ということでございますけれども、地域包括支援センター等に個人情報保護の関係もあってなかなか教えていただけないというようなことがあるということでございました。それから、日常生活情報の共有というところで、ふだん日常生活の情報などを医師に伝え、また医師から情報をもろうという関係づくりはなかなか難しいというお話でございます。

それから、Hの介護保険サービス等に関するところ、12番の在宅（介護サービス）の理解・利用の勧奨というところでございます。医療機関が介護サービス制度を理解していただいて患者に利用を勧めていただけると非常にその後スムーズに事が運んだという事例、あるいはそういったことをうまくつないでいただけると非常にうまくいくというようなご意見があったということでございます。

続いて9ページ目です。これは地域包括支援センターの自己評価ということでございます。

地域包括支援センター、さまざまな機能を有しております。AからGまで分類をしておりますが、その中で自己評価として非常に高かったものに丸をつけております。それで、自己評価があまり高くなかったものに三角の印をつけてございます。

丸の印をつけているところでございますが、総合相談窓口としての機能につきましては非常に高い評価になっております。また、介護に関連する相談につきましても同じでございます。

自己評価が低かったもの、これにつきましては、医療機関との連携に関する機能でございました。それからもう1つは、地域関係機関との連携・ネットワークづくりの機能というところでございました。

ということで、やはり地域包括支援センター単体でできることは比較的できているのかもしれませんが、連携というところが1つのネックになっているのではないかとこのころがうかがえたところでございます。

とりあえず前段の資料の説明は以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。今までのところでご確認いただく内容、あるいはもし可能でしたら補足していただく内容等ございましたらご発言をお願いいたします。あるいは、今後の議論に当たってこんな資料があったほうがいいのか等のご提案も結構かと思えます。いかがでございましょうか。特に地域包括支援センターに関する調査は、初めて出てきたものだと思います。いかがでございましょうか。

【山田委員】 先ほど冒頭に部会長もおっしゃっていました福祉・医療の連携というところで、今ここにアンケートによるデータが出ていて非常にわかりやすいところはあるんですけども、1つ問題だなと思うのは、ひとくくりで「病院」というふうになっているんですね。私たちは、精神科病院協会からということだと、一般病院と精神科病院の違いを出してきていただくとまた違うデータが出てくるんじゃないかと思えますし、後ほどお話が出てくるかと思えますけども、BPSDが出たときにどう対応するかというものの境目のところだと思うんですね。ですから、ちょっとアンケートのとり方を、また次回あるのであればその辺の分け方も考えていただいて、私たちも協力できるところはやりたいと思っていますので、よろしく願いいたしたいと思えます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。病院の種別、診療科別ですね。精神科、身体科、そのような資料等はございますでしょうか。

【室井幹事】 すみません。まさに山田委員ご指摘のとおりかと考えておりますが、すみません、この調査につきましては病院という一くくりでちょっとアンケートをしてしまいましたので、そこまでのデータをここから探るということはできませんので、またおいおい委員の皆様方のご協力もいただきながらそういったところは調べていきたいと思っております。

【繁田部会長】 そのほか、いかがでございましょうか。

そういたしましたら、先に進めさせていただき、いつでもお気づきの点、戻ってご発言をいただければと思えます。

これから認知症疾患医療センターの議論を始めるわけですが、この事業は国からの補助金交付がある国庫補助事業でございます。その点議論に先立って踏まえておきたい

と思いますので、その点、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料9からご説明をさせていただきたいと思います。認知症疾患医療センターの国の事業スキームということで資料を作成させていただいております。

平成20年度からこの制度を国がスタートさせたということでございます。

こちらの下に図がございますが、認知症疾患医療センターというのは一体何をやるどころかというふうに国として定義づけているのかということでございますが、こちらの点線で囲ったところでございますが、認知症の専門医療の提供ですね。鑑別診断であるとか、適切な治療方針の決定、周辺症状や身体合併症への対応というようなことができるということが1つ。さらに、地域の医療・福祉との連携等を行うところであり、さらに情報センターであるということでございます。

こちらが国が言っている地域型の認知症疾患医療センターということでございまして、本年度から基幹型の認知症疾患医療センターというような制度も国としてはつくっております。それは、地域型の機能に加えまして、救急・急性期医療の提供と。空床確保なども行うというような基幹型の認知症疾患医療センターというものを制度としてつくっているということでございます。

もちろんここは単体として存在するのではなくて、医療、あるいは福祉と十分に連携をしてやっていくということでございまして、そのために連携担当者というものを認知症疾患医療センターには配置をするということになってございます。ここが例えば地域包括支援センターなどと連携をしていく窓口となっていくということでございます。

ちなみに、厚生労働省としましては、認知症対策の担当者の配置につきましても、地域包括支援センターにおける配置につきましても、国庫補助制度をつくっているというところでございます。

ちょっと現状というところを簡単にご説明しますが、当面150カ所を目標にということで国としては考えております。現在66カ所が設置されているということでございます。

病院の種別でございますが、総合病院が約3割、精神科病院が約7割ということでございまして、あくまでもそこで一般論的に見るとということでございますが、少し身体合併症への対応能力は弱いというようなところが厚生労働省としても認識をしているようでございます。そうしたことから、身体合併症へも強い基幹型というものを追加したというふうに聞いております。

平成22年度の診療報酬改定で認知症疾患医療センター等の――必ずしも指定を受けて

いなくてもいいようなんですけれども——専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行うということに對しまして、一定の評価がされたというようなことでございます。

続きまして、資料10でございますが、これは今の認知症疾患医療センターの機能につきまして国として整理しているものを図表化したものでございます。これは、説明は省かせていただきます。

それから、続きまして資料11-1でございますが、これは診療報酬の先ほど申し上げました専門診断管理料等の内容につきましてご説明をしたものでございます。ここにつきましては1点だけ、この認知症専門診断管理料を取っている病院に対して、患者さんをご紹介した地域の医療機関は50点の点数がつくというような、要するに診療報酬でも地域連携を誘導していくような形になっているということでございます。

資料をめくっていただきまして、資料11-2でございます。それでは、東京において認知症専門診断管理料の施設基準の届出を行っている、この加算をとれる病院というのがどれだけあるかということでございますが、ここに掲げてある病院でございます。これは関東信越厚生局のホームページで公開されているデータから拾ったものでございます。7月1日現在でございますが、都内16の病院が届け出をしていると。それだけの専門的な診療を行う能力がある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。それでは、今ほどの説明に關しましてご意見、ご質問等をお受けしたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。いかがでございましょうか。

【山田委員】 少しよろしいですか。

【繁田部会長】 山田先生、お願ひします。

【山田委員】 たびたびすみません。精神科病院の役割として、認知症に對応できるシステムづくりをしている病院も多くなつてきています。

私どもの協会のほうに問い合わせとして、このセンターということも含めてですけども、診療報酬の問題がどうもあるようで、関東信越厚生局のほうに問い合わせるとなかなか難しいお話があつて、許可がとれないということをお聞ひしています。

他府県を見ると、比較的民間の精神科病院、とつているんですね。私が聞いた話では、合併症もある程度診れるという病院で、内科医がいてもとれないという話を聞いて、その辺が厳しいのかなというものがあるんですね。

東京はこれを見るとまだないんですね、右側のほうですが……。

【室井幹事】 この中で精神科単科の病院というのは、昭和大学の烏山病院のみでございます。

【山田委員】 まあ、烏山病院も東京精神科病院協会には参加しているわけですけども、右側というのは、主な府県・政令都市の取り組みということだと、全く右側、大学病院とは別で精神科単科病院で対応しているところが多い。

東京都はその辺がまだなかなか問い合わせても厳しい、診療報酬上、厳しい対応をしていると、関東信越厚生局の東京支部ですね。

ですから、今こうやって会議をやっている、ある程度病院の門戸を広げるといいますか、センター、診療報酬上も認めていくような形をとらないと広がりなかなかできないんじゃないだろうかという気持ちがあります。その辺はいかがなんでしょうか。

【室井幹事】 先ほど山田委員もおっしゃっていたとおり、こちらの関東信越厚生局のほうで受け付けたものでございまして、東京都のほうには一切お話がなく、あちらと病院との間でやりとりがなされているということです。

ちなみに、施設基準につきましては、これは全国一律でございます。資料11-2の一番下をごらんいただきたいんですが、ここで3つの要件がございまして、医療相談室を設置して、精神保健福祉士または保健師等を2名以上配置していると。専任の専門医及び臨床心理技術者を配置している。CT、MRI、SPECTによる検査体制を整備していると。こういったような要件を整えているということが認知症疾患医療センターの専門診断管理料を取るための条件なんだということございまして、特にここの地域だけ厳しいということは本来はないはずなんですけれども、逆にこれ自体が厳しいのかもしれない、もともと。

【山田委員】 どこも同じという話を伺ったんですけども、少なくとも今ここにある条件は大体おもだった精神科病院、単科病院はそろっている条件なんですね。ほとんどの病院が満たすと思うんですけども、なぜなかなか東京支部のほうで認可しないのか、あるいはそれを受け入れないのかなというのが本当に単純な疑問なんですけども、東京都は介していないと思うんですけども、それを知らないとい一生懸命この会議でやってもセンターがなかなか増えないということもあるんじゃないかなと思ってご質問しました。

【繁田部会長】 私のほうからご説明させていただきますと、以前に老人性痴呆疾患センターというのがありまして、東京以外では指定されていたけれども、何らかの単なる専

門病院で、疑問符がつく状況でした。東京都としては、積極的にそれを進めるということ
はあえてしていなかったことは賢明であったわけです。

しかし、今回認知症疾患医療センターと名前が新たになりましたので、あらためて東京
都は連携を担っていただけるような施設を認めていくという方向で考えておりました、こ
れからここで議論をさせていただいて、具体的にこういうことを担っていただくという
ことになれば、それに見合うところは認めていく方向になります。そのための今回議論が
きょうから始まるというふうにご理解いただければと思います。

【山田委員】 よくわかりました。よろしくお願ひします。既に協会のほうには「相談
に行っているんですけども、なかなかうんと言わない。」ということですので、なぜだろ
うという気持ちがあったので、お伺ひしました。ありがとうございました。

【繁田部会長】 そのほか、いかがでございましょうか。

それでは、さらに進めさせていただいて、ご意見をいただきたいと思ひます。

今ほどご説明をしていただきました国の事業スキームを受けまして、既に認知症疾患医
療センター事業を始めている道府県がござひます。政令都市の取り組み状況の資料もござ
ひました。その点に関してご説明をしていただきまして、それに続き、現在、仙台市立病
院認知症疾患医療センターの顧問をされていらっしゃる栗田先生から仙台市の取り組
みについて、実際にかかわっていたということでご紹介していただき、参考にさせてい
ただきたいというふうに思ひます。

まずは、事務局のほうからご説明をお願いします。

【室井幹事】 事務局のほうから簡単に全国の概況につきましてご説明をしたいと思ひ
ます。

まず、資料12でござひますけれども、右側の資料、右側の表でござひますが、主要な
府県・政令市でどのようなところを認知症疾患医療センターに指定をしているのかという
ようなものを示したものでござひます。これはご参考までにごらんいただきたいと思ひ
ます。

それから、左側でござひますが、特に厚生労働省、あるいは一般的にも非常にうまくい
っている事例ということで取り上げられているのが熊本県でござひますので、その状況に
つきまして簡単にご説明をしたいと思ひます。

熊本県、やはり東京と比べますとかなり人口は少なく、東京の一番大きな医療圏が区
西北部保健医療圏でござひますが、その人口と大体同じ182万人ということござひ

ます。高齢化率は東京よりもかなり高いという状況でございますが、こうした中で、熊本大学病院を中心といたしまして、熊本大学病院を基幹型という形で、それから地域の病院を地域拠点型と、国で言う地域型ということでネットワークを組みましてやっているというのが「熊本県モデル」ということでございます。

基幹型の熊本大学病院につきましては、診断が難しい事例の確定診断ですとか、重篤患者の受け入れ、あるいは研修とか事例検討会というような、いわゆるほかの病院のレベルアップというようなことも含めているような対応をしているということでございます。

空床確保も一応国の制度上やるということになっておりますが、確保している空床は1床ということございました。地域拠点型でなかなか対応が難しい方につきまして、紹介されてきた場合にこの空床を使うというふうに聞いております。

地域拠点型につきましては、7病院熊本県内に配置をしているということございまして、それぞれやっているということでございます。基本的には、この地域拠点型は精神科の単科の病院になっているというふうに聞いております。

簡単ですが、説明は以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、栗田先生からご経験をご紹介いただければと思います。

【栗田委員】 紹介いただきました東京都健康長寿医療センター研究所の栗田でございます。

私、昨年3月まで仙台市立病院の認知症疾患医療センターの部長を務めておりまして、所属は東京都健康長寿医療センター研究所に移っておりますが、顧問という形で現在も兼任しているということもございまして、短い時間ではございますが、経験をお話しさせていただきますと思います。

お話しさせていただくに先立ちまして、先ほど山田先生のほうからのご質問とか、繁田先生からの経緯についての話もありましたので、その流れからちょっとお話しさせていただこうかと思うんですが、既に平成元年から老人性認知症疾患センターというのがあったんですけども、平成17年度に厚生労働科学研究実態調査の中であまり機能していないというようなことで、平成18年度をもっていったん廃止になったんですが、しかしながら、現実には認知症の医療ニーズが大変な状況になっていて、機能したくても機能できるだけの医療経済的な問題とか、人的な問題があって非常に困っているという現場の状況がございましたので、19年度から一連の厚生科学研究の中で実態調査いたしまして、いかに認

知症の医療ニーズが現実には大きいのかというデータを出しまして、最終的には現在の認知症疾患医療センターの実施要綱、基本的な3つの柱というのは、専門医療相談と鑑別診断・初期対応、そしてBPSDのような周辺症状、そして合併症に対する急性期対応、これが3本柱だと思うんですが、こういうことをやっていけるような医療資源をきちんと確保しなくてはいけないというようなこと的前提で、平成20年度に改めて復活したということがございます。

ただ、これだけのことをやっていくためには財政的にも人的にも十分な基盤整備が必要であるということで、特にどういうことが一番重要かということ、認知症の医療というのは医師だけではなくて多職種のスタッフが十分機能できるような仕組み、例えば精神保健福祉士でありますとか、保健師、もちろん看護師、あるいは臨床心理技術者、そういう人たちがチームで機能できる仕組み、それを支える財政的基盤が必要であるということで、そういう前提でどんなふうにしていけばいいのかということをいろいろ工夫してきたという経緯がございます。

ということで、早速資料13に沿ってちょっとお話しさせていただきたいと思いますが、「仙台市立病院認知症疾患医療センターの取り組みについて」ということで、1ページの下に仙台市の概況を書いておりますが、人口が102万、世帯数46万、高齢化率18.6ということですが、大体人口規模からいうと東京都の12分の1ぐらいということで、東京都にしてみれば2次医療圏1つ分ぐらいというような感じなんだと思います。

次のページに移ります。

仙台市立病院の概況でございますが、全病床数525床、救命救急センターの病床は36床でございます、精神病床は16床、診療科目は21と。平成6年から老人性認知症疾患センター、そして平成20年からは認知症疾患医療センターということになっております。職員配置は、特に医師の数は年々非常に揺れ動くんですが、平成20年、21年は常勤5人ということで非常に手厚い形でできていたということです。

どういう業務をしているかというのがその下の図ですが、これはイメージでございますが、認知症が疑われる人が自宅あるいはさまざまな機関を経由してこの認知症疾患医療センターに来られるわけですが、最初の入り口は診療前の医療相談ということで、ここではケースワーカーと保健師たちが入り口になってインテークをしております、その後に臨床診断、それから多職種チームで総合機能評価をやりまして、それに基づいて介入方針を決定して、医療・介護の調整をいたしまして、外来の場合にはかかりつけ医療機関、地域

包括支援センター、介護保険サービス、そういうところと連携しながら医療・介護を調整していく。そして、入院される場合には、一般病棟、救急病棟、あるいは精神科病棟と連携しながら入院しているということでございます。

3ページ目でございますが、ここに平成19年4月と書いてあるんですが、ここがまさに旧老人性認知症疾患センターが廃止された月でございますが、仙台市の一般会計で緊急に多職種のメディカルスタッフを配置していただきまして、厚生科学研究もあったということでデータをつくるということもあったんですが、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師を配置いたしました。19年は3人、20年から4人にしたんですが、多職種で、右側にフローチャートがかいてありますが、まずは診療前に1回医療相談を受けてもらって、そして受診予約をして、それから医師の診察をして、予約検査、神経心理、画像などをやって、そして臨床診断をつけて総合機能評価をやって、これに基づいて本人、家族に病状を説明して治療方針を選定していくという、こういう一連の流れをつくりました。

こういうことをいたしますと、3ページ目の下でございますが、大変診療効率が上がるということで、ちなみに、この市立病院はずっと旧老人性認知症疾患センターのころから認知症のことに取り組んでいるんですが、平成17年、18年の相談件数に比しまして相談室を設置した19年以降、爆発的に相談件数がふえていると。合計3.6倍この4年間でふえまして、平成20年度の実績で合計2,168件と、月当たり180件、電話、面接、訪問などによる相談に応需しているということです。

4ページ目、こういうような相談の場合には、外来の患者さんの場合には地域包括支援センター、介護支援専門員、あるいは地域の医療機関、あるいは行政機関、介護保険施設と連携しながら、あるいは入院される場合には主に医療機関、そして介護保険施設と連携しながら支援を提供していく。

どんな支援を提供していくかというのが4ページ目の下でございますが、頻度が高いのは受診・受療にかかわる援助、それから転院・入院にかかわる援助でございます。ほかにさまざまな援助を徹底していると。

5ページ目の上でございますが、こういうふうにすると診療の効率が上がりまして、新患の受診者の数もふえてまいります。仙台市立病院は認知症だけでなく一般の精神科もやっておりますので、ちなみに、平成20年度の年間の新患受診患者数は1,200人でございますが、そのうち認知症の方は400人ちょっとでございますが、平成17年から平成20年の間に認知症の患者さんたちが1.4倍ふえまして、ふえているんだけど、

新患受診の平均予約待機日数は64.7日から16.2日と4分の1まで短くなっているということです。

具体的な事例が一番イメージがわくであろうということで、ちょっと事例を一例きめ細かに挙げてみようかと思うんですが、ある日、認知症疾患医療センターの医療相談室に地域包括支援センターから電話が入ってくるわけでございます。

どんな電話かといいますと、次のページでございます。80歳の女性でマンションでひとり暮らしである。60代のころから大腸がんの手術を受けていて、そのころから近医で高血圧の治療を受けていたけども、現在はもう通院を中断している。79歳ごろから夜中にベランダで大声を上げたり、ごみをため込んで悪臭を発生させたり、隣家の扉を朝4時ごろからどなり声を上げてたたいたり、近隣住民とのトラブルが絶えなくなったと。近隣住民らがマンションの管理会社に相談し、管理会社が地域包括支援センターに連絡。以後、地域包括支援センターの社会福祉士がケースにかかわるようになったということです。

事例の続きでございますが、社会福祉士が非常にいろいろ努力をいたします。この女性宅を訪問して、身体的には自立しているにこやかに話をするけども、物忘れは著しく、話したことはすぐに忘れると。家の中も整理できない様子で雑然としており、冷蔵庫の中の食べ物は腐っていて、それを食べているようだ。財布、かぎなどを紛失し、「泥棒が家に入る」「犯人は近隣に住む特定の人物だ」と言い、窓にガムテープを張り、マンションの玄関に抗議の貼り紙をし、室内やベランダで大声を上げ、夜中に警察を呼んだり、昼夜を問わず隣人宅を訪問したりしていると。

次のページですが、社会福祉士は、区役所の担当窓口と相談し、親戚縁者を探したところ、A県に20年前に離婚した元夫と娘がいるということがわかって連絡してみた。だけど、もちろん対応は困難だと。本人を説得して何とか近くの精神科のクリニックを受診したところ、老年性精神病という診断で抗精神病薬の処方を受ける。よくある診断で決して間違いというわけではないと思うんですが、しかしながら、もちろん本人は服薬も通院も拒否。地域包括支援センターでケア会議を開催して、これ以上在宅ケアは無理だろうということで、何とか入院させたいというようなことで、最寄りの認知症疾患医療センターの相談室に連絡を入れるということでございます。

事例の続きでございますが、医療相談室はこの相談に応需して、これはもう全部保健師とか精神保健福祉士のレベルでやるんですが、認知症疾患の可能性は確かにあると、高血圧症の治療も中断している、大腸がんの定期検診も中断しているということで、まずは当

院の認知症疾患医療センターを受診してもらって臨床診断と身体的なことを含めて総合機能評価を受けたらどうだと。そうすると、地域包括支援センターの社会福祉士も、確かに本人が大腸がんのことを気にかけているので、では、スタッフ同伴でセンター受診を勧めてみようということでのるわけです。

次のページ。このケースはうまく説得して受診していただきまして、初診時の所見ということで、ここにはいろいろと専門用語が書いてありますが、要するに総合機能評価をやりまして、神経心理学的な検査をやって、確かに認知症がありそうだ。それから、ADLを評価する。それから、行動・心理症状、いわゆるBPSDというのを評価している。身体的な所見も評価して、確かに高血圧症がある。そして、画像検査をやって、下にMRIがかいてありますが、9ページの上、結論といたしまして診断は、脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症である、そして高血圧症があつて、大腸がんの術後でフォローされていないと。

どうしようかということで、入院を希望されているけど、いきなり入院ではなくて、まずは在宅で頑張ろうということで、要介護認定を受けて在宅サービスを利用しながら、地域包括支援センターと認知症疾患医療センター相談室とで連携して通院・在宅支援を継続しよう。地域包括支援センターの社会福祉士が同伴で定期的に少し内科、当院に受診してもらって身体的な管理をしてもらおう。それから、訪問看護を導入して服薬管理もしてみよう。権利擁護センターを利用して財産管理もしよう。娘に何とか病状を説明して成年後見の申し立てぐらいはやってもらおう。後見人が選任された段階で本人とも相談しながら施設入所を考えようとか、いろいろ努力をしてくれるわけです。これは地域包括支援センターがいかにいろんなことを苦勞してやっているかと。

ところが、簡単にはいかないんですね。これは大体失敗すると。ただ、失敗覚悟でやってくれるということが大切でありまして、その下、その2でございますが、棒線を引っ張ったところ、失敗したところを訂正していくんですが、1つは、地域包括支援センター社会福祉士同伴で定期的に通院。これはもうなかなか無理な仕事で、毎回通院の説得をしなきゃいけない。これはもう不可能でございます。そして、訪問看護師を導入して服薬管理をしようにも、訪問看護師の顔を覚えられないので、やがて訪問を拒否されてしまった。そして、そうこうしているうちに不動産会社からは住民の苦情が積もり積もってとうとう退去してくれと、裁判を起こしてでも退去してくれと。そんなことをしているうちに、本人も腐ったものを食べているので、下痢をしたり、便失禁をしたりする。そうこうしてい

るうちに後見人がうまいこと選任されて、後見人が保護者になって医療保護入院ということになります。

次の10ページ。医療保護入院すると、さすが長年人生を送ってきた方で、最初自分からいろいろ適応してくれる。大腸がんの検診のために入院したんだなと本人なりに理解する。しかしながら、すぐ何のために入院したか忘れてしまうので、やがて退院要求が強くなって興奮して攻撃的になる。しかしながら、その都度、大腸がんの結果が思わしくないのかなと本人なりに想像しながら、何とか入院治療を継続できる。そうこうしているうちに、入院中もいろいろ非薬物的なかわりをしますので、レクリエーションには積極的に参加してくれる。食事時にはほかの患者さんの下膳を手伝おうなどとする。それから、他の入院患者とも和やかに会話する。看護学生がいたら、この方はたまたま学校の先生をされていたということもあって、若いころの自慢話を楽しそうにしている。まあ、妄想も激しいので少量薬を使うんですが、そんなことをしているうちに新たな妄想の産出も認められなくなって、感情も行動も穏やかになって、入院2カ月後には介護老人保健施設に穏やかに入所していただけるということです。

こんな感じの入院が認知症疾患医療センター入退院の動態ということで、平成20年度は、この病棟16床ですが、72人ということでした。72人は厳選された72人なんですけど、いろんなところから入院して、あちらこちらに退院していくと。

この市立病院の特徴は、院内の一般科からの入院が多いんですが、これは救命救急センターが当院にありますので、そこを経由して、院内の一般科を経由して入院してくるということが非常に多いということです。

11ページに救命救急センターの現状が書いてありますが、仙台市立病院の救命救急センターにどのぐらい認知症の人が来ているのか。年間のデータをとるのは大変ですので、平成19年3月の1カ月間だけ救命救急センターの医師に協力してもらって認知症があるかどうか全部調べていただきました。救命救急センター、1カ月間で1,101人の方が来られまして、65歳以上が214人、このうち認知症の可能性がありそうな人が86人ということがわかりました。これを年間に換算いたしますと、11の下ですが、1,032人になると。いろんな病気です来ているんですが、次のページ、12ページ、このうちの53%が入院、救急から即日入院。したがって、年間に552人の方が院内のどこかに入院しているということでもありますので、精神科の病棟に入院するのはこの中のごく一部ということでございます。

この中で注目しなきゃいけないのが、入院患者の1割が「社会的入院」というふうになっているんですが、この社会的入院というのは決して悪い意味ではなくて、これは救命救急センターにとっての社会的入院でありまして、本人にとっては入院によらざるを得ないという人たちでございまして、具体的にどういう事例かといいますと、下、81歳の女性ですが、この方、虐待されていた事例ですが、統合失調症の長女と2人暮らし。本日の午後、長女を担当している保健センターの保健師がたまたま自宅を訪問したところ、長女の母親の顔面に広範な皮下出血があるのを発見した。保健師が救急車を呼んで当院救命救急センターを受診。全身を精査したところ、頭蓋内に外傷性病変はないけども、顔面の皮下出血が認められると。しかし、経過観察でいだろうと。しかし、本人には明らかに認知症症状がある。未診断である。虐待による外傷が疑われる。家族に連絡がとれない。長女はどこかへ行ってしまったんですね。というようなことで、このまいうちに帰すわけにはもちろんいかないし、じゃあ、施設で引き取ってくれるかといっても、外傷があつて、見た目も明らかに顔面に皮下出血がある人をそう簡単に施設で受け入れられないということで、こういう人は入院して管理しなければいけない。しかも、認知症の診断もついていないので、入院の適応があるわけでございます。でも、こういう人は身体的には社会的になります。

それから、次の事例、78歳の女性であります。この方は夫と死別後独居の高齢者。娘夫婦が自宅をたまたま訪ねたところ、玄関に座り込んだまま立ち上がれなくなっている患者を発見。救急車を呼んで当院救命救急センターを受診。精査の結果、腰椎圧迫骨折と診断され、本人と家族に自宅で安静にしていれば回復しますよと医師は伝えるわけです。しかしながら、本人がひとり暮らしであること、認知症と思われる症状が認められる——この方も未診断でございまして、家族に対する被害妄想・攻撃性が目立つことから、娘夫婦は自分たちのところではとても引き取れない、だから入院させてもらいたいというふうに言った直後に、本人は娘夫婦に対して、「おまえたちは私を追い出して家をのっとるつもりか」と、もう救命救急センターが大騒ぎになっていると。こうなると、救命救急センターの医師はお手上げということでございまして、こういうときにまた相談室に連絡があると。この方は未診断でありますので、きちんと入院して診断をつけて、ちゃんと検査すると。

というようなことで、13ページの下のほうに認知症疾患医療センターの模式図がかいてありますが、認知症疾患医療センターの基本要素は、医療相談室ともの忘れ外来機能を

持った外来と精神病床を持った病棟、3つの構成要素であります、こういうふうに総合病院まるごとが救命救急センターがあればここで連携する。院内にいろんな身体科各科があるので、そこで院内連携をしていく。そして、地域レベルでは、地域包括支援センター、一般医療機関、精神科医療機関、介護保険事業所などに医療相談室が核になって連携をしていくというようなことになっています。

14ページ、課題でございますが、しかしながら、こういうふうに行っているわけです。課題はたくさんあるんですが、2つだけ出しましたが、こういう認知症疾患医療センターで働く医師をどうやって安定的に確保していくか、あるいは認知症医療に携わる医師をどのようにして育成していくかということは、これは大変な課題でございます。

それからもう1つは、認知症疾患医療センターだけで認知症医療をやっているわけではございませんので、認知症疾患医療センターが地域における認知症の医療・介護の包括的な提供体制の推進に役立っていかなくてははいけませんので、そのためには認知症疾患医療センターだけがあればいいというのではなくて、そのようなことができるような政策パッケージがきちんとしていなくてははいけないだろうということ、じゃあ、どのような総合対策が必要なのか、こういうことを考えていかなくてははいけないだろうということです。

15ページの上は、先ほど冒頭で申し上げました平成19年から実施しました厚生労働科学研究の一連の研究の中で、ここに挙げました1から5のような医療ニーズが地域にはあると。こういうことを果たせる医療資源が少なくとも人口30万から50万人に1件ぐらい必要だろうと。こういうことをやっていくためには、専従の医療相談室、いわゆるコメディカルスタッフがきちんと働けるような、そういうものがなきゃだめだというデータを出したものでございます。

しかしながら、その下にありますように、今後の課題として、こういう医療センター、箱物が1つあればいいということじゃなくて、こういう認知症疾患医療センターを含む自治体の認知症総合対策としていかなる事業モデルを考案すれば認知症疾患医療センター、かかりつけ医療機関、地域包括支援センター等々のさまざまな社会資源の認知症対応能力が向上して、そして認知症のための包括的なケアの提供体制がつくられていくのかというようなことを実際に考えていかなくてははいけないだろうということです。

たまたま今既に東京都にも認知症対策推進会議、あるいは認知症対応力向上研修事業、いろんな事業がございますが、こういう事業と組み合わせられていることによってどういうふうの意味が出てくるかというのを現在研究所のほうで少し調べさせていただきましたの

で、ちょっとだけ紹介させていただきます。

16ページの上は、これは地域の医療機関の認知症対応能力を評価しようということで、30項目の評価尺度をつくらせていただきました。これは板橋区、北区、豊島区の医師会の先生方にご協力をお願いいたしまして、それと仙台市の医師会の先生方にもお願いいたしまして、一通り評価させていただきました。30項目ありますが、因子分析をすると8つの機能が抽出されます。

たまたま仙台市医師会、人口およそ100万人ちょっとということで、医師会登録医療機関の数も大体似たような数と。実は回収率も30%ということで同じだったんですが、比較させていただきましたところ、下の図でございしますが、実線が東京都でございしますが、仙台市と比べて板橋区、北区、豊島区は、脳血管性認知症とかアルツハイマー型認知症の診断を通常実施できるという医療機関が非常に多いということがわかりました。

次のページ、17ページの上にあります。これは恐らく、東京（豊島、板橋、北）は、認知症対応力向上研修に参加している医療機関が非常に多いということと関係しております。東京都の全体のデータを見ましたら、東京都の中でも非常に多い。仙台市と比べても明らか。特にこの地区は弓倉先生たち中心に非常にアクティブな医師会の活動をされている。これが意味があると。

それから、17ページの下は、今度、地域包括支援センターの認知症対応力評価尺度、これはCSD-30なんですけど、これは先ほど東京都でもやっていただいたことと同じでございしますが、次のページ、これも仙台市と東京都（板橋、豊島、北）のデータを比較させていただきました。そういたしましたら、東京都のほうが仙台市に比べると若年性認知症に対する相談・支援を通常実施しているという地域包括支援センターが非常に多いということがわかりました。これは恐らく、東京都は仙台市に比べて明らかに若年性認知症に対する取り組みが進んでおりまして、この認知症対策推進会議の若年性認知症対策部会に出されているいろんなプロダクトが非常に意味があるであろうと。仙台市の場合は、若年性認知症はやりませんとはっきりおっしゃるところもございします。だから、そこが決定的に違うところだろうと思います。

以上で終わらせていただきます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ただいまのご説明にご質問などいただけましたらと思いますが、いかがでございしますか。お願いします。

【新井副部会長】 栗田先生、1つだけ質問、いいですか。先生のところのこの病院の

15床でしたかね。

【栗田委員】 16床です。

【新井副部長】 これは認知症疾患医療センターとして認知症に特化した、要するに精神科がみんなこれをやっているという受け取り方でいいのでしょうか。

【栗田委員】 実は、開設当初から平成20年まで病棟は認知症疾患センター、認知症のためだけということで作っておりました。ただ、平成21年からは、そもいかないだろうということで、その枠を外しておりますけども、しかしながら、やっぱり8割方は認知症の方たちです。

ちなみに、ここに出ているデータは認知症の方たちだけです。

【繁田部長】 弓倉委員、お願いします。

【弓倉委員】 栗田委員の15ページの認知症疾患医療センター運営事業についてのところがございますけれども、ここで適正配置は人口30万から50万人に1件とございますが、これは東京都においても同じような形で適正配置にはこの人数が適当だというふうにお考えでしょうか。

【栗田委員】 これはどのようにして出した数かと申しますと、日本老年精神医学会の専門医の方たちにアンケート調査をいたしまして、まだ認知症疾患医療センターが事業化する前ですが、こういう一連の機能を持った専門医療資源はもし仮に高齢化率が20%だとしたら人口何万人に1件必要ですかという質問をさせてもらったときの中央値が30万人でございます。したがって、日本全国ですので、地域性が全然違いますので、例えば面積からすると人口30万人が住んでいる面積は東京と北海道じゃ全然違いますので、東京でも30万人というふうにはちょっと断定はできないんだと思います。

【弓倉委員】 ありがとうございます。東京でもいわゆる区部とそれから多摩でもかなり人口密集度が違いますし、それから医療機関、医療資源の配置も違いますので、この適正配置の数え方の根拠というのがちょっとわからなかったもので、教えていただいております。

【繁田部長】 どうぞそのほか、よろしく申し上げます。

【高藤委員】 資料の3ページの新患受診の流れのところ、診療前医療相談ということで、保健師さん等がドクターと会う前にあらかじめインテークするということで、診療の効率化が図れているというお話だったんですが、なかなかご本人、受診するというのは大変ですね。その受診する前にもまた——まあ、病院でこの相談をされているというこ

とですよ。何回も行くというところで、ご本人、あるいはご家族の負担というのがあるのかなと思ったりして、その辺、本人、ご家族からの何かご意見とかがあったのかということ、あと、この医療相談はご本人が必ずしも行かなきゃいけないのかということをお伺いしたいと思います。

【栗田委員】 1つは、地域包括支援センターの実態調査をして、東京都もやりましたけど、自由回答による記述というのをやったわけですね。仙台市の場合は受診困難事例に対する対応が一番困っている。これは我々も実感でございまして、それは医療相談室にそういう相談がたくさん来るからなんですね。先ほど挙げた事例もまさにそうでございます。本人なんかひとり暮らしですし、絶対来ません。だから、相談、そういうのはたくさん来ます。家族だけの相談、たくさん来ます。そういうところから受けて、じゃあ、どう対応しようかというのを医師を含めて一緒に作戦会議をやるというのがこの医療相談。したがって、医療費を取れないんですね。ただなんです。だから、これはちゃんと補助金とか人件費の財政基盤がなきゃとてもできないということです。

【繁田部会長】 そのほか、いかがでございましょうか。弓倉委員、お願いします。

【弓倉委員】 現在でも東京都の中のある医療機関は予約をしますもの忘れ外来、半年待ちという状況にあるんですけども、この医療相談室のような、このような——非常にこれは大切な機能で、例えばかかりつけ医がやっているもの忘れ相談なんかでも家族の方がいらっしゃる場合には全く無料でもの忘れ相談に乗っているわけですけども、こういうことをセンター病院がやられるとかなりパンクする可能性が高いのではないかと思うんですが、その辺はいかがだったでしょうか。

【栗田委員】 先ほどの人口当たり何件必要なのかというようなところと非常に関係あるご質問なんじゃないかと思うんですが、先ほど日本老年精神医学会の専門医のアンケート調査と言いましたが、実は仙台市の実感、我々の仕事の実感としてはやはり30万人に1件でありまして、100万人都市に3件必要だというふうに考えております。実際には現在2件ございまして、もう1カ所つくらなくてはいけないなということを検討しております。しかしながら、いかんせん医師が確保できないので、そこをどうするかということが大きな懸案になっております。

【繁田部会長】 いかがでございましょうか。

【山田委員】 今の先生のお話、ちょっとお伺いしたいんですけども、この仙台の認知症疾患医療センターの入退院の動向という表がありますけども、平均在院日数が46か8

日という、非常にうまくいっているように思うんですけども、ともすると急性期の治療が終了し、療養の必要なケースでは、別に好むと好まざるにかかわらず、なかなか他院に持っていきにくいということがありますですね。それがとてもうまくいっているんですけども、そうすると、この表でみる自宅以下の介護施設あたりはいいんですけども、精神科病院に行ったり、他院一般科も療養かもしれないんですけども、この辺に行った患者はどうなるかというのがいつも気になるところです。私どもの病院、ほかの病院も含めてですけども、精神症状を伴う認知症の患者を精神科救急病棟においても受けざるを得ないんですが、やはりケースワーカーはとるときよりも、それを治療してどういうふうな、どの段階でどのような施設に、あるいは在宅——基本は在宅と思っていますけども、退院して頂かなくてはいけない。なかなかご家族の理解もということもあって、難しい。この辺もお伺いしたいんですけど。その仕組みです。

【栗田委員】 これは山田先生、感じられているとおりであります、決してうまくいっているわけではございませんで、かなり無理をして、本当に精神科病院に転院すればそれでいいのかというようなケースもたくさんございますけど、とにかく出さなきゃいかんということで、正直言って関与しているPSWの人たちはいろいろと矛盾を感じながらやっているところだと思います。しかしながら、出さないと次の人を入れられないというようなことでやっているということで、近隣の精神科病院の先生方のご協力があって何とかやっているような感じであります。

それにしても、精神科病院のほうだってそんなにゆとりがあるわけではないので、この年は46日であったけど、次の年は60日だったとか、そんなことが平気で起こる。1人でも難しい人がいれば、その人によってもものすごく影響されてしまう。たまたまこの年は1年以上入院されている方がいなかったんですね。だから短くて済んだんですけど、その前の年は1年以上入院されている方がいましたので、結構ここは私は限界ぎりぎりで行っていると思っております。

【山田委員】 ありがとうございます。実に私どもも、そのいわゆる社会的入院という言葉から始まって在宅に移行させる退院促進という事業、それから地域に定着するようという努力をして、退院促進事業にも参加していますけども、どうしても認知症の患者さんは疾患の性質上症状が進行していくというのもあって、それに合併症も加わってくると、なかなか施設のほうも受け入れないという実態があるんですね。

私は、そういうことで、先ほど全体像を見ながらこのシステムをつくっていかなくやい

けないというようなお話があったんですけども、やはりこういう会議で行政も含めてその全体像、要するに流れをつくっていくというのが、本当にどうやってその方々を——精神科に入っただけであればそれでということ、先ほども先生のほうから話がありましたけども、私どもも非常に苦しんでいるところですので、どういう形で1つのシステムをつくっていくかということを常に念頭に置いておかないと行き詰まってしまうんじゃないかなと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。栗田委員のお話から東京都のセンターのあり方の話にもう既に入っていると思いますので、その議論を続けていきたいと思いますが、その前に今後の進め方について事務局からご説明いただきたいと思います。よろしいでしょうか。

【室井幹事】 それでは、資料14でございます。この検討部会の議論の進め方につきましてご提示をさせていただきたいと思います。

検討事項、事務局としてご検討いただきたい事項ということでございますが、「東京都における」と、東京の特性を踏まえてというところでございますが、その上で認知症疾患医療センターの果たすべき役割・機能ということを大きくとらえてご検討いただきたいということが1点でございます。もう1点は、そういった役割・機能を踏まえまして、具体的に認知症疾患医療センターが何に取り組まなくちゃいけないのか。ある意味、認知症疾患医療センターの指定の要件ということにもつながってまいります。そういったことをご検討いただきたいというふうに考えております。

スケジュールにつきましては、9月の下旬までに一定の方向性をまとめ、10月から12月の間に具体的な②の部分をご検討いただければというふうに考えております。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。既に幾つ必要かという議論も出ているようですが、先ほど栗田委員の説明の中に30万人に1件というような数値が出ていました。確かに認知症疾患医療センターとして対応の困難な事例を最後まで全部対応してやってくれるようなところが30万人に1件あれば、それはもう理想的なんだろうと思います。ただ、それだけの数をこなせる施設を東京の場合に選定できるのかどうか。それよりは、例えばほかの幾つかの医療機関それぞれがある単位、何らかの単位で連携をしながら、その中に疾患医療センターというのが何かつなぎ役というか、仲介役というか、そういうような役割で、連携をするときに後ろで支えてくれる機関とか、そのイメージを委員の皆様か

らご意見をいただきたいと思いますというような形で考えるのも1つの案かなと。単純に30万人に1つで、日本全国で四、五百ですか、東京で三、四十ですか。

【栗田委員】 20万人に1件でも40ぐらいですね。

【繁田部会長】 もしそういった形で機能するとなれば、仙台で栗田先生が体制をそれこそ立てたような形で、かなり大勢の医師が担当し、なおかつソーシャルワーカー、それから心理療法士、大勢のスタッフが走り回ってというような形になりますね。それが可能なのかというと、恐らく1件当たりそこまでのお金はなかなかつけられないんじゃないかなという気がいたします。この辺に関してもご意見をいただけたらと思います。お願いします。

【弓倉委員】 認知症の方の場合、やはり生活圏域と申しますのか、比較的狭いですね。東京という我々、例えばがんだと4割の方が他県からの流入ですとか、そういうようなことがございますけれども、認知症の患者さんの場合には比較的移動範囲が狭いので、そういう意味では、地域地域でのある程度人口密度に沿って割合の数を振るのも1つの方法ではないかなとは思っております。

それから、資料11-2でしたか、既に認知症専門診断管理料の施設届け出を出されている病院が16くらいあるようでございますけれども、このような病院さんたちがすべて同じような形でご協力をいただけるのかどうか。あるいは、これらの病院、我々がこれから議論するセンター病院というのは、この地域型も含めて、管理料の算定要件に少なくとも縛られないのか、あるいはこれは最低基準として持っていなきゃいけないものなのか、そういうこともあわせて検討いただければと思います。

【繁田部会長】 いかがでございましょうか。

私が勇み足で数を申し上げましたけど、本来は何をするのかと、何をしてもらうのか、何をしてもらいたいのかという議論をして、だったらこのくらい必要だろうという話にしないといけないかなと。私は、100になってもいけないし、1つや2つじゃ足りないし、大体幾つぐらいがというイメージを何となく持っていたもので先走って意見を申し上げてしまいましたけど、まずは役割のところを考えていかなきゃいけないなというふうに……。

どんなことをしてもらうと一番助かるんですかね。それをぜひお願いします。

【新里委員】 我々が認知症の相談で困ることの1つには、やはり合併症の相談があります。地域に生活されている方で、がんの末期だったり、あるいは最近エイズの方などもおられるわけですが、活発な徘徊などがあり家族も介護が限界となっている。しかし、

実際入院させるところというのは非常に少なく、相談を受けても果たしてうちの病院でいいのかなんて迷ったりすることが時々あります。1つ栗田先生に教えていただきたいのですが、先生のところで入院のフローの図で、院内一般科から43%の人が医療センターのほうにいらしていますけれども、この数字に該当する方々は、こういう合併症があるから後で認知症疾患センターでとれますかというような形で事前に約束などを受けておられるのか、どういうふうな連携をとっているのか、教えていただきたいと思います。

【栗田委員】　　ちょっと歴史的なことをお話ししますと、仙台市立病院は確かに老人性認知症疾患センターとして平成6年から動いているんですけども、しかしながら、先ほど厚労省のデータにもありましたように、なかなか十分機能できなかったんですね。コメディカルのスタッフはいないし、医師だけでやっていくので、非常に難しく、そうなる病院全体としても、認知症疾患センターの看板があったとしても、認知症の人はなるべく受けたくないというふうになってきますので、あちらこちらからそれは総合病院ですから合併症の人で入院の依頼があるんですけど、認知症があると早く受けなくちゃいかん、雰囲気病院全体にあった。

しかしながら、認知症疾患医療センターとしてコメディカルスタッフが動き出すと、院内の連携も非常によくなって、要するにリエゾンチームみたいな感じですね。ほかの診療科へ入院していてもちゃんと退院支援をその人たちがやられて、BPSDであればいろいろ対応してくれる、場合によっては転科もするというようなことをやると、病院全体としてうちでやらざるを得ないだろうというような感じが出てくるので、ようやく救命救急センターを入り口にして認知症であっても受けようというような雰囲気が出てくるということでございます。

気がついてみると、認知症の人たちが救命救急センターにどんどん来るようになってくる。したがって、近くにある他の総合病院にはあまり認知症の人が来なくてこちらには来るみたいな、そういうような感じになってきています。

しかしながら、合併症であったっていろんな身体疾患があるので、例えば今言ったHIVの話がありますが、HIVの患者さんは救命救急センター入り口からはわからないから入ってはきます。しかしながら、やっぱりHIVの管理をするためにはそれなりの専門性のある医師がいなくていけないので、仙台市の場合には国立病院の仙台医療センターに、そこに感染症のセンターがあるので、そちらに移っていただくとか、そういうようなことはしなくてはいけない。あるいは、熱傷の患者はうちで受けられないとか、いろいろあり

ますので、うちで診れる身体合併症の人については認知症があってもなるべく診ようというようなことですね。

【新井副部長】 すみません。私、あした新潟の朝9時からのちょっと用事があるので途中で中座しますが、最後に1つだけ追加させていただきたいんですけど、今、弓倉委員が言われたことはとても重要な要件でこれから検討していくことだと思いましたが、繁田部長がどのくらいの数でどういった——数の前にどういったことをやっぱりやるべきことかを詰めていく、とても重要なことだと思いました。

そういった観点で一言私が最後にちょっと追加だけさせてもらおうと、やっぱり包括支援センターというのが各地域で動いているわけですから、それをより、そのとの連携うまくやって、今ある既存の包括支援センターもより力を発揮できて、この医療センターと連携してそれぞれの地域でやっていけるようにという、その辺の数を考える上でも、包括支援センターとの連携という点からも考えていくことが重要なんじゃないかなと。その辺をぜひご検討いただきたいと思います。

すみません。それでは中座します。

【繁田部長】 ありがとうございます。包括支援センターの話が出ましたので、1つ私が栗田委員に質問させていただきたいんですが、栗田委員の資料の16ページの下でございます。先ほど仙台と東京（板橋、豊島、北）の医師会の方々にいろいろ質問をして、栗田委員は気を使って東京都のいいところばかりを言っていたんですけど、むしろ大事なのは、仙台的ほうが高い結果が出ているところがありますね。そのところが、地域包括支援センターとの連携、それから介護支援専門員との連携というところが高いんですね。これは恐らく東京が見習わなきゃいけないところではないかと。そのことに認知症疾患医療センターが寄与できるのであれば、まさにそのことをやっていただけたらという思いがございます。ここの違いはどこから来ているように栗田先生は思われますか。

【栗田委員】 これは私も意外だったんですね。私は板橋も頑張っているんじゃないかと思ったんですけど……。ただ、こういう結果が出たのでいろいろ考えたんですが、連携、かかりつけの医療機関の先生たちが要するに介護支援専門員とか地域包括支援センターに結構頼っているということだと僕は思っているんですけど、でも、頼れるということがとても大事なことで、どうしてかなと。

1つは、これは幾つかあると思うんですが、区単位で在宅医療研究会みたいなものがあるって、いろんな多職種の人たちと事例検討とか、東京でもやっているところはあると思う

んですが、そういうこと。

あと、仙台も認知症対策推進会議というのがあるんですが、その部会の中にやっぱり支援部会というのがあるんですが、これは医療支援ではなくて包括的な支援部会でありますので、医師会の先生方と、どちらかという地域包括の方とか介護支援専門員たちの会があるのですけどね。

それからあと、やっぱり地域包括を核にして連携するのが当たり前だみたいな感じで、もちろんかかりつけの先生たちとはしょっちゅう患者さんのやりとりをしていますけど、同時に地域包括ともやりとりしているというのがあるので、そんなことも多少はあるのかなというふうに……。ただ、ここは実は想像でございまして、よくわからないところです。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ただ、弓倉委員、東京の場合にはどうでしょう、福祉の方と一緒に勉強するとか研修するというような機会というのは……。

【弓倉委員】 実は板橋、豊島、北はそれぞれもの忘れ相談医研修会というのをやっているんですが、そのときにコメディカルの方々にご参加を一緒にしてもらっているんで、そういう意味ではもうちょっと回答数は高くなるのかなと思いました。

もう1つには、地域包括支援センターの数もあるのかもしれないと思うんですね。例えば板橋ですと、地域包括支援センターが板橋だけで16ありますし、仙台に……

【栗田委員】 今43ですね。

【弓倉委員】 43ですか。そうするとほぼ同じぐらいですかね。ちょっとこの辺がどういう形でこういう数字になってきたかというのは、ちょっと私もこれ以上はコメント、栗田委員のおっしゃった想像ぐらいしかできないところです。

【繁田部会長】 こうしたことにセンターが役割を果たすことができるのであれば、どんな可能性がありますか。

【桑田委員】 先ほど青梅慶友病院と言いましたが、東京都看護協会の代表であります桑田です。

申しわけありません。栗田委員に、話を戻してしまうかもしれないのですが、センターの数をいくつつくるとか、役割ということも大事なんですけれども、話の中に看護ということが出てこなくて、センターの中で、精神科病床の中で看護職が担っている役割も大きいと思います。あとはほかの職種、私自身の松沢病院の経験でいいますと、そこに精神保健福祉士がいたりとか、あとは作業療法士がいたりとか多職種の中で連携をとるといようなことも、そのセンターの中でのほかの病床にはない大切なことです。本来はそれ

が求められることではないかと思っています。幾ら数をつくっても質が伴わなきゃしょうがないかなと思います。まず数から考えて質を検討するというところもあるかもしれませんが、そこで活動する職員の教育、どういったようなことを教育していくことによって中身の質も上がっていくのかと思っています。いかがでしょうか。

【栗田委員】 実は看護の話からいたしますと、私、赴任して間もないときに、やっぱり市立病院の認知症疾患センターの看護師たち、公的病院、総合病院なのであちこち回って行くんですね。だから、あまり専門職としてのアイデンティティーのない人たちが来るので、やる気がなかなか出てこないということで、実は桑田委員の病院に見学に行ってみて勉強してもらったりしたんですが、いろんなことをやりました。コメディカルのモチベーションを上げていくためにいろんなことをやまして、そしてやっぱり年月がかかります。

コメディカルスタッフに精神保健福祉士も入れましたし、保健師も入れましたし、臨床心理技術者も新たに入れたりしたんですけど、やっぱり最初はそんなに期待した機能を果たせないし、我々もどう使っていくか結構難しいんですね。だけど、もうとにかく現場で一例一例問題に直面しながら、多分こういうことをやっていく必要があるだろうというようなことをやりながらシステムをつくっていくというプロセスでありまして、そういうことをやっているうちに自然にPSWと保健師、それからOTもそうですね。そういうのがあるといいなというのがだんだんわかってくると。つまり臨床心理技術者は臨床心理技術者としているといいなと。だけど、共通の仕事も結構あるんですが、共通と区分してする仕事がある。

それから、実は看護が私はやっぱり一番重要だと思っているんですけども、看護は、特に病棟の看護師たちは大変な仕事をしていると。認知症のとにかくこういうところでやると、BPSDは見える、ADLは介護しなきゃいけない、そして身体合併症の管理もするというようなことで、どこもそうだと思うんですが、精神病床の看護配置は極めて手薄でやっているんですね。いわゆる入院基本料ですよ。その看護配置を上げられないのかということですね。辛うじてことし10対1までできましたけど、しかし、在院日数が厳しいので、そこを何とかしようと。そういうことをちょっと考えないといけない。

たしか、東京都の認知症専門病棟事業でしたか、あれは看護配置を手厚くするというところを考えた補助事業だと思うんですが、私はああいうことをやっぱりもうひとつ考えなきゃいけない。要するに政策パッケージとしてやっぱり考えながらやっていかなきゃいけない。

いんだらうというふうに考えております。そういうことでございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【桑田委員】 どうもありがとうございました。看護職ばかりではなくて、もしかしたらそこに介護職も必要になってくるかもしれませんし、やはり多職種連携が一番必要などころではないかと思っています。

そして、確かに医師や包括から相談をしたりされたりということもあるかもしれませんが、実際にもし入院するというときには、そこで看護・介護職員がケアをしていく。そのときにその質を上げなきゃいけない。そして、ご家族等の相談もやはり受けられるような形。そして、それをまた多職種にゆだねるというような形になってくると思うんですね。

ですから、そういう点で、確かに看護職員、認知症——まあ、私が言うのもなんですけれども、あまり見れない。認知症がみれる看護職もふえてきましたけれども、その部分も上げていかなければいけないというのが、自分が看護職としてやはり思っているところです。

【繁田部会長】 それは、例えばセンターになったとか、あるいは指定するというときに、どこかでまとめて勉強する機会を設けるとかということではなくて、やっぱり継続的にということですね。知識を吸収したり、認知症の方を支援する感覚を身につけていくような機会が継続してあるということが必要ということですね。

【桑田委員】 きっと薬物に関する知識も深めなければいけないのではないのかなど思ったりもしています。それと、生活を看る。そして、健康管理、身体管理をしていく。そして、地域に帰っていくとか、やはりそのところも大事なポイントになるかなと思っています。

【栗田委員】 介護との関係、特に介護職のスキルをどうやって上げていくかということに対して、認知症疾患医療センターは私は非常にいろんな可能性を秘めているんだというふうに考えているんですね。

私、ちょっとデンマークへ行ってきたことがあるんですが、やはり専門の病院に専門看護師みたいなものがいて、この専門看護師が定期的に地域に出っていく。特に地域包括みたいなところへ行って来るんですね。そういうところでいろいろ連携して、検討会をしてきたり、いろんなことをやる、定期的に。それも仕事になっている。病院の看護師が外に出っていくと。

なかなか病院の看護師が外に出ていくということにはできないんですが、先ほど言いました相談室に保健師を置くと、この保健師というのはもともと地域のことをよく知っている人たち。それから、ヘルスプロモーションみたいなことをやる人たち。ネットワークづくりが上手な人たちが今度病院の中で認知症の看護まで覚えられるので、その知識を持ってまた地域に行くと病院の知識・スキルを地域に還元していくことができるということで、ただ連携が円滑になるということじゃなくて、地域の介護のレベルが上がっていくということもあるので、非常に可能性のある事業なんじゃないかと思っています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どうぞよろしくお願いします。

【山本委員】 今、三鷹、武蔵野地域で認知症の連携を考えるということで、杏林大学ですとか、日赤ですとか、医師会等も一緒になって検討会をしているところなんですけれども、三鷹、武蔵野という2市だけでも、例えば今の包括の話ですけれども、その体制がやはり違うというところで、なかなか難しい。

仙台という1つの中ではそういうふうに包括の関係というのが整理できたかと思うんですけれども、医療圏と自治体が東京の中では一致しておりませんので、包括と言ってもいろいろ異なる形の市町村によっては包括があるということで、一口で包括というのはなかなか難しいのかなというふうな感じがしております。

【繁田部会長】 西本委員、お願いします。

【西本委員】 東京都介護支援専門員研究協議会の西本と申します。すごくいいお話で、うらやましいなと思った次第でございます。

この事例の81歳の女性の事例だとか、78歳の事例だとか、現場ではもう常にケアマネジャーや地域包括支援センターで苦労しているところで、何とか保健師さんを通じて認知症の専門医にお願いしよう、診断してお願いしようとしても、月に2回ぐらいの往診しかできなくて、結局一番大変な時期をずっと待たないといけないということがやっぱり東京で起こっている事態なんですね。

認知症の方、なかなかご自分から認知症だから受診しなきゃいけないということはないので、やはりケアマネジャーや周りの家族の人が困ってしまってどうしようもなくというような状態が現在起きています。今後もおひとり暮らしだとか、私も認知症のご夫婦2人暮らし、いわゆる認知介護ですよ。認知介護の方を持つてはいるんですけれども、そういう方たちがやはりふえてきているという認識はとてものございます。ですので、ここはもう本当に家族云々じゃなくて、先ほど先生方もおっしゃったような介護と医療との連

携というのがとても今後は重要となってきたと思うんですね。

先ほどの東京と仙台と介護支援専門員と包括と医療との連携がうまくいっていないところはやっぱ問題だと思うので、今後そこら辺を少し話し合っただけでこちらとしてはありがたいなと思っております。

【山田委員】 もどかしいのでまた手を挙げてしまいました。先ほど、チーム医療という話が出ていたんですけど、精神科というのはもうずっと前からチーム医療をやってきて、精神科チーム医療という言葉もある。総合病院はそれなりのスタッフをそろえているんですけども、その辺の社会資源としての利用にちょっと目が向いていないのかなというところもあるように感じたんですね。

だから、私が先ほどお話ししたように、精神科の病院からこういう話があって行ったんですけども、ある程度できるという自信がある。特に認知症の治療病棟を持っている精神科の病院でいえば、対応できると思って当然なんですね。もともとチーム医療をやっていますから。

だから、もうちょっと精神科病院も、合併症もできるということ前提にですけども、吟味していただいて、先ほど診療報酬のことを言いましたんですけども、これはもちろん国の定めたものをクリアしているかどうかという枠があるのはわかるんですけども、もうちょっとこの委員会から、精神科病院の利用はどのようにしたら一番いいのかというのを考えていただければいいと思います。

P S W（精神保健福祉士）についても先ほど出ましたけど、これを言っちゃうと悪いんですけど、公的病院というのはその配置が遅いんですが、こういうのが実情としてあるんですけども、民間病院はほとんど入退院についてはP S Wが——これは日本精神科病院協会の看護・コメディカル委員会でデータを出したんですけど——、P S Wが多い病院は入退院が多い。その逆なのかどうか。それはそこまでわからなかったんですけども、P S Wというのはみんなそろえるべきだという話にもなっているんです。

だから、そういう民間の病院にも目を向けて考えていただければということです。

【繁田部会長】 ありがとうございます。医療支援部会のお話が出ましたけれども、どうしても精神科という診療科の名前に抵抗があって、なかなか軽い段階で相談をすとか、外来を利用するということができなくて、悪くなってしまってどうしようもなくなってから受診することになってしまうのですが、もっともっと精神科を軽い段階から活用したら入院しなくて済んだのにと、家族の負担がもっと少なかったのにと

とがあるということが議論で出ていまして、そのことも1つの課題だろうと思います。山田委員、ありがとうございました。

【西本委員】 もう1点だけ……。

【繁田部会長】 どうぞ。

【西本委員】 すみません。もう1点だけ。東京都、特に特徴として、特養だとか老健だとか、なかなか入りづらいという特徴があるのかなというふうに思っております。本来ならば認知症がかなり大変になってきて在宅で難しい方を精神科の先生と一緒にある程度安定させて一時老健のような施設にお願いして、また在宅に戻るとようなイメージを持つというようなことがとても私というか、ケアマネジャーとしてはあるべき姿なのかなというふうに思っていて、ただ、老健施設自体がなかなかかなりほかの方の迷惑になるような認知の方を受け入れてくださらないというような状態も、施設もあるので、その辺も少し検討していただけたらありがたい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した。実感しているところだろうと思います。

そのほか、ご意見ございましたら、どうぞ。

【牧野委員】 すみません。家族の立場といいますか、市民の立場の感覚のお話をさせていただきたいと思うんですが、今のお話の中で、そもそも疾患医療センターという言葉が非常に市民にとっては雲の上のような場所のような感覚がいたします。まず、医療というところは日常の生活からしてちょっと離れた場所であるわけですね。辛うじて今地域包括支援センターが市民にとっては近い場所と言われていますが、それでも全く知らない方もいらっしゃるし、それから家族はやはり専門家に介護を評価されるんじゃないかというふうなおそれがあるという話をよく聞きます。ですので、非常に近寄りやすい場所のイメージがあることが第1点、申し上げたい点なんですね。

多職種の連携という話がたくさんございました。確かに専門の皆さんの中では非常に大事なお話でありますと思います。それが医療の中で行われているということで、またまたそこが行きにくいイメージがあると思いますね。

問題は、ネットワークが必要であるのであって、それが必ずしも医療の中で行われる必要があるのかなという感じがいたします。そのネットワークの場所が踊り場のような、ハブのような場所が必要ならば、それは別の入れ物があってもいいんじゃないか、そんなふうに基本的に感じる場所なんですね。

そして、その中で特に私どもの活動を見ますと、家族が集まる場というのがあるんです

が、そういった場所でまず家族が安心して相談できる第一の心の寄り場になるわけなんです。そういった場がまた地域包括であるとか、それから疾患センターのようなものがあるとすれば、逆に地域が病院の中に入っていく。そういうふうな視点も今後議論の中に入れていただければと思う次第です。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。大変貴重な意見をありがとうございました。

いろいろな思いが頭の中であって、多分ご発言いただけていない方もお考えいただいていると思います。ご発言いただきたいんですけども、時間のこともございますし、まさに今回が第1回ということで始まりでございますので、続きは次回ということで。本日は一たんここで区切らせていただければというふうに思います。

きょうの意見を事務局におまとめいただいて次の議論の出発点にしたいと思います。さまざまな意見が出ましたけども、どれも大変貴重なご意見でございました。

じゃあ、マイクのほうは事務局のほうへお返しいたします。よろしく申し上げます。

【室井幹事】 どうも本日は大変貴重なご意見、活発なご意見、本当にありがとうございました。これをもとにまたさらにこの検討を深めていただければというふうに考えております。

本日は非常に限られた時間でございましたので、お手元にご意見シートというのをご用意してございます。ぜひ、本日時間がなかったと思いますので、本日言えなかったご意見等々につきましては、来週、8月11日までに私ども事務局のほうにご提出をいただければというふうに考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

それで、次回の部会でございますが、8月31日を予定しております。別途ご通知差し上げますが、一応時間、午後7時を予定しております。次回につきましてもどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日はこれにて散会とさせていただきます。どうもありがとうございました。

— 了 —