

第 1 2 回

東京都認知症対策推進会議認知症医療部会

会 議 録

平成 2 8 年 8 月 2 日
東京都福祉保健局

(午後 6時33分 開会)

○上野幹事 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第12回東京都認知症医療部会を開催したいと思います。まだちょっとおつきになっていらっしゃる先生もいますけれども、始めさせていただきたいと思います。

本日は、委員の皆様方におかれましては、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。

本日、事務局を務めます、高齢社会対策部認知症対策担当課長の上野でございます。本年4月より着任いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

発言に当たりましてお願いがございます。ご発言に当たっては、お手元のマイクのスイッチを入れてご発言いただきますようお願いいたします。

それでは、まず人事異動等により委員の変更がありましたので、ご紹介をさせていただきます。

お手元の資料1に委員名簿がございますので、そちらをごらんいただけますでしょうか。恐れ入りますが、新たに就任されました委員の方をご紹介いたしますので、一言ご挨拶をいただければと思います。

千代田区保健福祉部在宅支援課長の中田治子委員でございます。

○中田委員 中田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○上野幹事 ありがとうございます。

また、本部会には、事務局を補佐する幹事としまして、東京都関係部署の代表が出席しております。このたび人事異動等によりまして、幹事の変更がございましたのでご紹介いたします。

高齢社会対策部介護保険課長、木村幹事でございます。

○木村幹事 木村でございます。よろしくお願い致します。

○上野幹事 同じく、高齢社会対策部施設計画担当課長、諸星幹事でございます。

○諸星幹事 諸星です。どうぞよろしくお願い致します。

○上野幹事 また、医療政策部地域医療担当課長、久村幹事も異動になっておりますけれども、本日は欠席しております。申しわけございません。

それでは、次に委員の出欠状況についてご報告いたします。

本日は、医療法人社団つくし会理事長、新田委員、稲城市福祉部高齢福祉課長、工藤委員が所用によりご欠席されております。

また、医療法人社団至高会たかせクリニック院長高瀬委員につきましては、所用により遅れるというご連絡をいただいております。

栗田委員、西本委員につきましては、ご連絡はまだいただけていないのですが、間もなく到着されると思います。

欠席幹事についてでございます。高齢社会対策部長、西村幹事長、医療政策部地域医療担当課長、久村幹事につきましては、所用により本日欠席となっております。

事務局からは以上でございます。

今後の進行につきましては、繁田部会長よろしくお願いいたします。

○繁田部会長 繁田でございます。本日もお暑い中、お集まりいただきましてありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず本日の配付資料の確認を事務局からお願いをいたします。

○上野幹事 資料の確認をいたします。お手元の資料に漏れがある場合は、挙手にて事務局にお知らせいただければと思います。

まず、本日の資料の次第。資料1、認知症医療部会委員名簿。資料2、認知症対策推進事業実施要綱。資料3、認知症医療部会（第11回）の主なご意見。資料4、認知症疾患医療センターの指定について。資料5、認知症疾患医療センターの指定状況（平成28年7月1日現在）。資料6、都における認知症疾患医療センターの類型。資料7、認知症アウトリーチチーム及び認知症初期集中支援チームの比較。その他参考資料が1から13までございます。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、本日は報告事項が1件と議事が1件でございます。

それでは、報告事項のほうを事務局からご説明をお願いいたします。

○上野幹事 それでは、都内の認知症施策の実施状況についてご報告をいたします。

参考資料の1から13についてご説明をさせていただきます。

まず、参考資料の1でございますけれども、都における平成28年度の認知症施策についてでございます。こちらにつきましては、前回の医療部会でも事業案としてご説明したものににつきまして、今年度の新規事業拡充の事業について、進捗状況等をご報告したいと思います。

まず、右側の東京都認知症疾患医療センターの運営についてでございますが、こちらについては、議事の中で詳しくご説明をしたいと思います。

二つ目の箱にあります専門医療や介護地域連携を支える人材の育成についてでございますが、認知症介護研修の実施につきましては、今年度、認知症介護実践者研修、リーダー研修ともに規模を拡大し、順調に実施しております。また、新たに基礎研修を創設いたしまして、こちらも順調に実施をしているところでございます。

2点目、黒い四角になりますけれども、歯科医師・薬剤師・看護職員の認知症対応力向上研修事業についてでございます。参考資料の2をご覧くださいませでしょうか。こちらにつきまして、詳しく参考資料2のほうで記載をしておりますけれども、一覧の中で4、5、6がそれぞれ研修事業となっております。歯科医師の認知症対応力向上研修については10月13日、薬剤師認知症対応力向上研修については9月11日、看護師認知症対応力向上研修については10月5日にそれぞれ実施予定でございます。

また、7番目、認知症サポート医等向け研修につきましては、医師会様のご協力をい

ただきまして、来年の1月15日に開催予定となっております。研修事業につきましてもは以上でございます。

それから、参考資料の1に戻っていただきまして、右側の資料、地域での生活・家族の支援の強化についてでございます。認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業につきましてもは、今年度の新規事業でございますけれども、参考資料の12をごらんいただけますでしょうか。

こちらの事業につきましてもは、板橋区のご協力を得まして、7月より本格的に事業を実施しているところです。板橋区をフィールドといたしまして、東京都が健康長寿医療センターに委託し、2カ年で事業を行うものでございます。

まず、今年度につきましてもは、生活実態調査を実施いたしまして、生活実態調査の中から抽出された支援対象者を対象に診断後支援を実施するというものでございます。

スケジュールについては、資料の右側に記載のとおりでございます。8月から調査を実施し、診断後支援については、来年から開始するというものでございます。

以上でございます。

参考資料の1にお戻りいただきまして、認知症の人の地域生活を支援するケアプログラム推進事業につきましてもは、東京都医学総合研究所に委託をして事業を実施しているところでございます。

認知症予防推進事業、それから、認知症予防に係る実践的な事例集の作成についてでございますが、区市町村向け説明会につきましてもは、10月に予定をしておりまして、現在、事例の収集等を行っているところでございます。

それから、黒丸の東京都若年性認知症総合支援センターの運営についてでございますけれども、新たに多摩地域に総合支援センターを開設するとともに、既存センターにおいて事例検討会を開催する予定としておりますが、参考資料の10と11をごらんいただけますでしょうか。

参考資料の10につきましてもは、若年性認知症総合支援センターの運営事業者の公募についてのプレス資料でございます。本年の5月31日にプレス発表を行いましてもは、7月29日、先週に募集を締め切り、複数の法人から提案があったところでございます。9月には選定委員会で受託者を決定し、11月には事業を開始するという予定で現在進めております。

また、事例検討会についてでございますけれども、参考資料11で、東京都若年性認知症相談支援マニュアルということで、冊子を今回お配りしておりますけれども、こちらにつきましてもは、センターで作成し、本年の5月に区市町村向けに配布をしたところでございます。

また、この相談支援マニュアルを活用いたしまして、年度内に何回か事例検討会を地域包括支援センターの職員などを対象に実施していきたいと考えております。

参考資料の1につきましてもは、簡単ではございますが以上でございます。

続きまして、参考資料の3、地域拠点型認知症疾患医療センターの活動実績につきましてご報告いたします。こちらにつきましては、平成27年度の拠点型のセンターの実績の一覧でございます。鑑別診断件数、それから相談件数につきましては、病院により多少の増減はございますけれども、全体としては増加をしております。

平成25年、26年度の認知症早期発見・早期診断推進事業を引き継ぎ、平成27年度から拠点型センターの事業として位置づけました認知症アウトリーチチームの実績についてでございますけれども、こちらについては、協定の締結自治体数は着実にふえてきております。

こちらの表の一番下に各センターの締結自治体数が記載してございますけれども、合計で39の自治体と27年度末は協定を締結したという状況でございます。

活動実績につきましては、26年度と同程度のものとなっております。

以上でございます。

続きまして、参考資料の4-1、4-2をごらんください。こちらにつきましては、平成27年9月に指定されました地域連携型認知症疾患医療センターの活動実績になっております。平成27年9月からですので、7カ月間の実績ということになっております。

各センターの状況ですけれども、センターに指定以降、相談件数等は徐々にふえているということでございます。

研修会の講師派遣ですとか、会議への出席等、地域の連携の活動にも取り組んでいたいております。

昨年度は、年度途中の指定であったことから、センターとしての普及啓発ですとか、区市町村と連携した取り組みというのが、まだ十分できなかったということで、今年度から本格実施をしていくというセンターが多いという状況でございます。

続きまして、参考資料の5、地域拠点型認知症疾患医療センターにおける研修実施状況についてでございます。

地域拠点型のセンターにつきましては、各センターでかかりつけ医認知症研修2回以上、看護師等向けの研修を2回以上、多職種共同研修1回以上を含む年6回以上の研修の実施をお願いしているところでございます。27年度から開始しました、かかりつけ医研修は、12センターで752名の方が修了されております。看護師等認知症対応力向上研修につきましては、27年度に1,018名が修了しております。多職種協働研修につきましては、27年度に809名が修了しております。各地域における認知症への対応力をこの研修を通じて高めていただいているというふうに考えております。

拠点型センターの研修につきましては、28年度も昨年度と同様に実施をさせていただく予定でございますが、看護師研修でございますけれども、地域の希望もありまして拡大して実施をされているセンターが多いというふうに聞いております。

続きまして、参考資料の6、認知症支援推進センターの活動状況についてございま

す。平成27年度から東京都健康長寿医療センターに認知症の研修拠点となる認知症支援推進センターを設置し、地域拠点型で実施する研修のバックアップのほか、サポート医のフォローアップ研修、疾患センターの相談員や認知症支援コーディネーター向けの研修、島しょ地域の研修等を実施しております。

平成27年度の実績及び28年度の実施状況等につきましては、記載のとおりでございますので、後ほどごらんいただければと思います。

参考資料の7についてでございます。都における認知症の早期発見・診断・対応の推進でございますけれども、都における認知症アウトリーチチームの概要と認知症支援コーディネーターの概要、それから配置状況について資料のほうに記載をしております。

認知症支援コーディネーターにつきましては、平成27年度は29区市が設置をしているところでございます。

認知症アウトリーチチームの平成27年度の活動実績ですけれども、こちらは資料3に先ほど記載をさせていただきましたとおりでございます。訪問実績は25年8月から27年3月までが207人程だったのですけれども、27年度については121人となっております。

参考資料の8及び参考資料の9、区市町村の認知症施策の実施状況、それから、区市町村の認知症総合支援事業の実施状況についてでございます。

平成30年度までに配置が義務づけられております認知症地域支援推進員につきましては、27年度に32区市が設置済み、28年度には48区市町が設置する見込みとなっております。

同じく、30年度までの設置をすることになっております認知症初期集中支援チームにつきましては、27年度末で10区市が設置、28年度中でも27区市の配置予定となっております。

この初期集中支援チームの配置の状況でございますけれども、国の定める要件を満たすチーム員の確保が難しいことと、区市町村におきまして、事業実施の体制の検討に時間を要しているということが原因となっております。

27年度における認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームの配置の状況についてですけれども、参考資料の9に実績は記載しておりますので、理由等につきましては、こちらの資料をごらんいただければと思います。

参考資料の13についてでございます。二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例でございますけれども、こちらは統計資料ですので、後ほどご覧いただければと思います。

事務局からは以上になります。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、今、ご説明いただいたところに関しまして、ご質問を委員の皆様からお受けしたいと思っておりますけれども、その前に、例えば参考資料6の認知症支援推進センター研

修拠点の支援推進センターのほうを中心にやっていただいている栗田委員においでいただいておりますので、もし何か追加あるいはコメント等ございましたら、一言いただけたらと思います。

あわせて、参考資料の12が認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業、これも東京都健康長寿医療センターに受託をしてやっている事業でございますので、こちらに関しても一言いただけたらと存じます。

○栗田委員 認知症支援推進センターにつきましては、この事業がスタートしてから今年が2年目ということになりまして、昨年1年間、本当に立ち上げで多くの方々に、ワーキンググループなどに入らせていただいて、本当に七転八倒しています。1年間かけてつくり上げたということ。

今年度は一応形ができたので、まずまず順調に無理なく進められているかと思えます。研修事業が非常に多くて、大変ではあるんですけども、支援推進センターの事務局のスタッフと、それから、うちの健康長寿医療センターの病院全体のスタッフも、非常に協力してくれまして、各種研修事業が順調に進んでいるところでございます。

それから、島しょ地域につきましては、これは支援推進センターが立ち上がる前年度からスタートしておりまして、既に2年間各島、伊豆諸島、小笠原諸島、9町村ありますが、一通り2年間で全て周り終えまして、これは研修事業とともに、それぞれの島でどういうふうにして島ごとの認知症支援体制づくりをしていくかということ、一緒に島に暮らしている人たちと考えるということもさせていただきまして、今2年目、一通り終わりました、2巡目に入っているところでございますが、まず三宅島に2回目行かせていただきましたけども、この2年間の間に、島独自のさまざまな支援体制づくりが進められていることがよくわかりまして、この事業がどの程度影響しているかはよくわからないんですけども、何がしかの応援が少しはできているのかなというような気がしております。

ということで、大体、支援推進センターについてはこんなところでということで、それから、参考資料の12であります。参考資料の12の認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業は、これは東京都の委託を受けまして、東京都健康長寿医療センターが病院と研究所が一体となって実施させていただいております2年間の研究でございます。

この事業概要に記されておりますように、対象地区は板橋区の高島平でございまして、高島平という地区は皆さんご承知のように、1972年に入居が始まった大規模住宅地でございますが、一丁目から九丁目までございまして、5万人規模の方が暮らしているんですけども、今回一丁目から五丁目、3万5,000人くらいでしたか、その地域を対象にするんですけども、この地域は高齢化と、それから核家族化が非常に顕著でありまして、しかも、経済的に厳しい方も数多く暮らしている地域でございまして、さらに、近年では空き家が非常にふえてきて、地域全体の再生そのものが一つの課題にな

っている地域でございます。

そういったところで、実際に認知機能や生活機能が低下している高齢者が、どのように暮らされているかということを探ながら、ここに暮らしている方々のご協力を得ながら、どうやってそのような認知機能障害や生活障害を伴いながらも、暮らしていけるかということと一緒に考えていこうという、そういう研究でございます。

右のスケジュールのほうにもありますけども、今年度は一次調査から三次調査まで3段階の調査ということで、生活実態調査ということをしていただきまして、実際にここで暮らしている高齢者はどんな状況にあるか。それから、先ほど言いましたように、認知機能障害、あるいは生活障害のある方たちは、どういう状況にあるかということ、把握させていただきますとともに、この地域の社会資源の調査などもさせていただきます。今後どうやって生活をみんなでお互いに支えながらやれていくかということなどの調査も今年度させていただきます。

次年度以降に、今年度は最後の三次調査で、医師も加わりまして、皆様のご協力を得て、医学的な評価もしようということなのですが、その中で、確かに認知機能障害があって、そして、支援が必要な方に対しては、次年度以降、今年度の終盤くらいからスタートできると思うのですが、実際に診断後支援ということをやっていこうと。

診断後支援の中では、左側にも書いておりますけども、医療・介護だけではなくて、生活支援・家族支援・居住支援等を調整するとともに、今、継続的に提供できるような仕組みをつくっていこうと。具体的には、支援をコーディネートできる人と、継続的に支援を提供できる地域に暮らしている人々、そして、社会資源などを活用して、そういうことをできるようにしていこうと。

そういうことを、まず東京都の事業2年間ということでございますので、2年間やらせていただいて、右のほうに今後の予定と小さく書いてありますが、平成28年度末には生活実態調査の報告書を作成しまして、29年度末にはケアモデル事業報告書というのを出させていただくんですけども、私どものセンターといたしましては、この2年間にとどまらず、今後も長期的にこの地域の中で縦断的に事業の効果、あるいはあり方を評価していくような研究を続けていこうということになっております。

簡単でございますが、そんなところであります。

○繁田部会長 どうもありがとうございました。

それでは、参考資料の1から13までのいずれの部分でも結構でございます。今、事務局から説明をいただいた、栗田先生がコメントして下さった部分に関して、ご質問等いただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○山本委員 今、栗田委員にご説明いただいた参考資料12の高島平団地の調査の件ですけども、これは非常に有意義といいますか、今後東京都の課題は、こういう集合住宅がどんどん高齢化して行って、まさに高島平団地のような状況がどんどん増えてくると。これは東京都全体の課題だと思いますので、ここでの調査と、あと栗田委員が後半でお

っしゃった社会資源が今、何があって、どういう取り組みが行われていて、それはどういうふうにつながっていくのか。もしくは、集合住宅の中にお互いコーディネーターとおっしゃいましたが、何か助け合いグループみたいなのが住民の中に生まれて、多世代交流の中でいろんな助け合いで、認知症高齢者だけではなくて、子育て世代ですとか、勤労世代ですとか、子供たちですとか、いろんな多世代交流が生まれてくるような仕組み。既にあるものがあると思いますし、これからつなげていくといろいろあると思うんですが、今後、研究をずっと続けられていくということで、どういうものを目指していくイメージなのかというのをちょっとご質問で聞きたい。

あと、牧野委員が既に新宿の戸山団地等でいろいろ実践をされていると思うので、ちょっとそれは牧野委員のほうからご意見いただきたいと思います。

○栗田委員 重要かつ難しい質問であると思うんですが、おおむねの方向性は一応考えておりますので、一応おおむねの方向性としては、先ほどの二つの切り口を考えておりました。一つは、認知症の方、あるいは認知症以外の方も実際にいらっしゃるんですけども、必要な支援を調整できるような、これは私の考えでは、ある程度の専門性、専門職を持っている人がどうしても必要なのではないかと私は考えているのですが、そういう人材をつくるということと同時に、しかしながら、現実にもそこで暮らしていくときに、中で暮らしていくときに、支えてくれる人たちは、今、委員がおっしゃったように、そこに現存する社会資源でありますとか、人とのつながりとか、さまざまなインフォーマルなサポートというものがやはり鍵になりますので、それを一応ソーシャルネットワークという形で呼ばせていただいているのですが、そういうものをいろんな切り口があるんだとは思いますが、作り出していこうというふうに考えております。

一応、この二つの軸で考えているのですが、ここから先は余り仮説的なこと、あるいは先入観的なことは、なるべく今の段階ではむしろ考えないで、地域の人といろいろとコミュニケーションをしながら考えていくということをやっていききたいなというふうに思っております。

実は、この研究を始めるために、7月28日にキックオフということで、高島平で講演会、イベント等をやらせていただいて、8月1日に高島平の中に拠点といういろんな調査、あるいは相談事業、いろんなことをやる拠点をURのご協力をいただきまして確保して、スタートしました。きのうからなんですけれども、実はもうきのうの時点から既にいろいろな方に来ていただいて、いろいろなお話を聞いております。相談なんかもございます。

そうすると、やっぱり思いもよらなかった生活支援のネットワークというものがあるので、1972年からということで、37年くらいそこに暮らしている人たちがたくさんいまして、以前はママ友達だったという、そういうような一つのネットワークがあって、今はもうみんな高齢者なんですけど、お互いにある人は認知症になるし、ある人はどうだし、いろいろな人が支え合いながらやっていくなんていう、そういうようないろ

んなネットワークがございますので、そんなことをちょっといろいろお聞きしながら、こういうところでどうすれば、仮に認知症になったとしても暮らしていけるのかという、そういう知恵をいろいろと学ばせていただきながら、まちづくりということでやらせていただこうと考えております。大変重要な質問ありがとうございます。

○繁田部会長 牧野さんから一言いただいてもよろしいですか。

○牧野委員 おっしゃったとおり、私ども新宿区のもと戸山団地という、今は百人町アパートと言いますが、そちら2, 300戸を対象に、もう七、八年くらいになります、区とNPOの共同事業ということで、当初、認知症という切り口ではありませんでしたが、やはり4年、5年たちますと、いわゆる集い場から始めたわけでございますが、都営団地の中の集会所を今では4カ所、地域のボランティアさんを育成しまして、そこを運営する人たちと、それからもう一つの特徴としましては、その集い場から今、国が言っている「認とも」に当たるものだと思うのですが、アウトリーチという機能をつけているんですね。そのアウトリーチに関しましては、専門職、看護職の方、それから保健師さん、そういう方とボランティアさんと一緒に気になる方を訪問するという、カフェと訪問とをセットという、そういうスタイルで初めから取り組んでいるということでございます。

やはり問題は今、認知症カフェなんかかなりの数でふえてきていますが、そこに来られない方々に手をどう差し伸べるかという、そこに尽きるのではないかと考えています。

初期集中支援チームというのは、多分動かれていらっしゃるんだと思いますが、市民にとっては、全くそれは見えない動きでありまして、むしろそういう日常的な集い場とか、私ども拠点と呼んでいます、そういうものからなじみのある場所からなじみのある人が訪問していく、そして、カフェへの送迎をすることで、これはケアプランに入っていくということになっていくんですけども、そういった仕組みが特に初期の方の生活維持という意味では、効果があるのでは、別に効果測定をしているわけではありませんが、今でも40人、50人地域の方々がそこに通ってきているということはございます。

地域の方にとってみれば、本当は多分24時間オープンしているような拠点が必要だと思うのですが、なかなかそれが都営住宅というハードルがあって、社協さんもそれをやろうとされていたんですが、できなかったという経緯がございますので、多分、今度はそれが可能になっていくと思いますので、おっしゃるように、住民の方々のニーズとか、社会資源をいっぱい取り込むような形で実施されたらよろしいのではないかなと。私どものやり方としてはそんなことをやっております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほかご意見をいただけたらと思いますが、はい、どうぞ。

○山本委員 これは事務局の東京都のほうにお願いなんですけれども、今の栗田委員と牧野委員の話の続きなんですけど、例えば私のチーム立川では、あるURとあと団地の自治会と社協と包括と、あと民生委員の方と五者懇談会というのを高齢化が進んだ団地でやっております。それをやれるところと、比較的若いURとか断られる場合もありまして、今後、比較的新しいURでも、そこに高齢者の方がぽつんと一人で住んでいらっしやると、いろんな課題が出てきていますので、ぜひUR、団地、URは福祉拠点化という方針を出していますけれども、URとあとJKKについては、ぜひそういう地元のいろんな社会資源とつながっていくというようなことを、東京都としてもぜひPRというか、お伝えいただけたらということで、これちょっと希望ということでお伝えさせていただきます。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほかいかがでしょう。

一つよろしいですか。多摩ニュータウンで建築と都市計画の人がかかわって、医療と福祉では全然ないんですけれども、再生というよりは、むしろ長期的に継続していく町というのはどういう町なのか、そういう町に改めてしていこうという、単に保育園を老人ホームに変えるだけではなくて、町全体を考える研究がたしかあったと思うんです。何か参考になるところが、つまり高齢者の動線であるとか、歯が抜けていくように集合住宅の入居者が減っていくわけですね。そういうのをどう考えるのかというのをたしかやっていたらと思うんですが、何か参考になることがあるかもしれないなど、ちょっと気づいたこととございます。

そのほかいかがでしょう。

(なし)

○繁田部会長 何かまたお気づきの点がございましたら、ぜひご質問いただくことにして、先に進めさせていただきます。

それでは、本日の議事とさせていただきます。本日の議事は、東京都認知症疾患医療センターの整備についてです。

その他として、地域拠点型認知症疾患医療センターに、東京都では認知症アウトリーチチームを配置しております。その一方で、国のほうでは、平成30年までに区市町村に認知症初期集中支援チームを設置していくわけですね。もう既に東京都内でも設置が始まっているわけなんですけれども、その二つのある意味ちょっと重複するところもありますし、違うところもあるんですけれども、そのあり方というのを東京都の場合には二つ併存する形になりますので、委員の皆様からご意見をいただけたらと思います。

初期集中支援に関しては、国の事業ですから、都としてこうしなさいというのを言えるわけではありませんけれども、初期集中支援をにらんだ上で、アウトリーチがどうあるといいのかという、日本で二つあるのはここだけですので、より両者が生きるような形で機能できるように、そんなご意見を委員の皆様からいただけたらなというふうに思います。

それでは、あわせて事務局からご説明をお願いしたいと思います。資料は4から7というふうにお聞きしております。資料をごらんになりながら説明をお聞きください。お願いします。

○上野幹事 それでは、事務局のほうから議事に関する資料のご説明をさせていただきます。

その前に資料の3についてでございますけれども、こちらにつきましては、認知症医療部会の前回の第11回でいただいた主なご意見を記載しております。多職種連携ですとか、院内の認知症対応力向上、それから、認知症の方のお住まいにつきまして、いろいろご意見をいただきました。参考までに多職種や院内の連携についてでございますけれども、今年度より相談員への連絡会ということで、全ての疾患医療センターの相談員の方に集まっていただく会議を始めましたので、その中でもいろいろと情報交換などさせていただいておりますので、情報提供させていただきます。

それでは、議事に関する資料のご説明をさせていただきます。

資料の4、認知症疾患医療センターの指定についてでございます。認知症疾患医療センターの事業目的については、皆さんご承知の方が多いと思いますので、割愛させていただきます。

センターの種類につきましては、地域連携型ということで、区市町村ごとに1カ所、それから地域拠点型ということで、二次保健医療圏ごとに1カ所ということで、それぞれ設置を進めているところでございます。

改めまして、地域連携型につきましては、活動圏域は所在する区市町村で、専門医療機関としての役割、それから地域連携の推進役としての役割、人材育成機関としての役割をお願いしているところでございます。

地域拠点型の活動圏域、所在する二次保健医療圏ごとに1カ所、こちらの拠点型につきましては、地域連携型の機能に加えまして、今、お話のありました認知症アウトリーチチームを配置いたしまして、区市町村の認知症支援コーディネーター等からの依頼に応じて、受診困難者等の訪問支援を実施しているところでございます。

資料の4の右がセンターの新規指定についてでございますけれども、本年7月1日付で、新たに6カ所の医療機関を地域連携型認知症疾患医療センターとして新規指定をさせていただきました。

医療機関につきましては、渋谷区が学校法人東京女子医科大学附属成人医学センター様、府中市、医療法人社団根岸病院様、小金井市、社会福祉法人聖ヨハネ会桜町病院様、小平市、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院様、清瀬市、公益財団法人結核予防会複十字病院様、奥多摩町、奥多摩町国民健康保険奥多摩病院様となっております。これで東京都の認知症疾患医療センターの設置数でございますけれども、地域連携型が35医療機関、24病院、11診療所、それから地域拠点型が12医療機関、12病院となっております。

続きまして、資料の5をごらんください。センターの指定状況についてでございます。新たに指定しました6カ所の医療機関を加えた施設数となっております。未指定の地域でございますけれども、日野市、羽村市、あきる野市、日の出町、檜原村、それから東久留米市となっております。現在6カ所につきましては未指定となっておりますので、自治体や関係機関と連携しまして、指定に向けて調整を進めているところでございます。引き続き早期に指定ができるように、取り組んでまいりたいと考えております。

資料6につきましては、都における認知症疾患医療センターの類型となっております。先ほどご説明しました資料4の詳しい内容ですけれども、こちらについては従前からの資料で修正は特にございませぬ。

資料7につきましては、認知症アウトリーチチーム及び認知症初期集中支援チームの比較の表でございます。

都におきましては、平成25年度からの2カ年で実施しました認知症早期発見・早期診断推進事業から移行しました認知症アウトリーチチームを12カ所の拠点型センターに配置し、27年度から本格実施をしているところでございます。

一方、国におきましても、平成26年度から区市町村の地域支援事業として、認知症初期集中支援チームの配置を進めておりまして、平成30年4月までに全ての区市町村において実施することとされております。

こちらの資料7の資料をごらんいただいたとおり、両事業は、チームの構成員ですとか、訪問支援の対象者、それから活動内容等も極めて近いものでありまして、今後、区市町村において、認知症初期集中支援チームの設置が進む中で、拠点型センターにおいて実施しているアウトリーチとの役割分担ですとか、アウトリーチチームが果たすべき役割等につきまして、委員の皆様からいろいろとご意見を伺いたいというふうに考えております。

資料の説明につきましては、以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

いずれの部分からでも結構でございます。自由にご発言をいただけたらありがたいですけれども、いかがでしょうか。

ちょっと議論しやすいように確認といいますか、皆様にお尋ねしつつ整理をしたいのですけれども、全区市町村で指定されていないところがありますけれども、今47か所ですか。地域拠点型認知症疾患医療センターに関しては、二次医療圏の全体に対しての人材育成とか、いろんな役割がありますけれども、区市町村単位で考えると、拠点型がある区市町村に関しては、その初期集中支援も、それからアウトリーチに関しても担うという役割があるわけですね。

○平川委員 どれが正しいかよくわかりませんが、八王子市の場合は、拠点型があつて、連携型がないところになるわけですがけれども、八王子市では、あくまでも拠点型は認知症アウトリーチチームというものを中心に動いていて、それ以外の初期集中支援チーム

については、三つの病院と一つの在宅を専門にやっている診療所の4チームを別につくっていて、もちろん拠点型と連携をしながら二重構造でやっている形です。最終的にはもちろん八王子市も拠点型の医療圏でございますから、最終的なバックアップはするんですけども、いわゆる初期集中支援チームとしては、従来からの地域割りをしまして、八王子は広い地域なので、その四つの区域割りで見るという形で、スタートしたところ
です。

- 繁田部会長 サポート医の先生が根差した地域でという、そのようなイメージですか。
- 平川委員 もちろんその四つともサポート医の先生がいらっしゃるんですけども、正確に言うと、一つの精神科病院と二つの老人病院と、それから一つはさっき言った在宅を専門にやっている診療所の先生方のチーム、4チームです。
- 繁田部会長 意見をおっしゃったついでに聞くんですけど、そこで例えば、初期集中支援に入って、サポート医の先生では対応し切れない、十分な医療が適用できていないというときに、その事例に関してアウトリーチがとか、あるいは疾患医療センターが介入するとか、あるいは支援するというのは、相談ぐらいはあるんでしょうけれど、実際に介入するということはあり得るんですか。
- 平川委員 今、始まったばかりなので、まだ実績がないんですけど、そういう形でお願いはしています。やはり四つにお願いしましたが、どこも不安が強くて、協力してもらわなければ、特に例えば診療所だとスタッフの数も限られていますから、連携してやっていかなければ、初期集中支援チーム自体も維持できないということもあって、連携を大切にしています。
- 繁田部会長 ありがとうございます。なるほど、そうですね。
西本委員、お願いします。
- 西本委員 それでは、中野区の状況でございますけれども、中野区の状況は、26年10月にアウトリーチチームが開始されて、28年度に初期集中支援チームが実施されています。区の認知症支援コーディネーターと認知症地域支援推進員と両方持った方が振り分けるという形をしていて、アウトリーチにつなげるもの、初期集中支援チームにつなげるものというところを、区の担当者がそれぞれ地域包括支援センターと一緒に実際に見に行っただけで、見に行った結果で、これはアウトリーチチームに行くのか、初期集中支援チームで対応するのかというのを判断するというのを現状実施している状況です。
初期集中支援チームの中には、専門医の先生と、地域の先生の2カ所体制で相談に乗っていて、先生方が実際に赴かない場合が多いんですけど、実際に赴いて診断していただけるということも現在やっているという最中です。
やはり中野区もまだ始めたばかりなので、それがうまく機能しているかどうかというところは、今後、検討していかなければいけない部分なんだろうなというふうには考えております。
- 繁田部会長 アウトリーチにお願いするというのとは浴風会になるわけですよ。

- 西本委員　そうです。アウトリーチチームが開始したときに、対応に時間がかかってしまったものですから、現場の人たちがなかなか相談しづらいような状況に陥ってしまったときもあったんですけども、現在は初期集中支援チームと拠点型と両方相談しながら動いてくださっているのです、その時間はかなり短縮して、訪問へ行ったり、チーム員会議を実施したりということができ始めています。
- 繁田部会長　専門医の先生は、例えば今、地域連携型で認定をされているあしかりクリニックの先生だったり、地域の先生というのは、恐らく中野区医師会の先生方ですよ。
- 西本委員　そうです。
- 繁田部会長　一生懸命やっっているじゃないですか。振り分けるときの目安は何かありますか。こちらは注文してもすぐ来ないから、時間がかかってもいいときはこっちで、急ぐのはこっちみたいな話ですか。そうではないんですか。
- 西本委員　多分それも入るんだと思います。それも含めて専門的なものが必要なのか、地域で大丈夫なのかというのを、コーディネーターの方が判断しているという状況かなというふうに思われます。
- 繁田部会長　起こっている課題の内容とか、例えば病気の種類であるとか、進行の度合いであるとかというのではないですか、それも含まれますか。
- 西本委員　それも含めてです。
- 繁田部会長　もしそれが少し推測がつくようでしたら、参考に教えていただけますか。
- 西本委員　まだそこまで事例が重なっていないので。
- 繁田部会長　わかりました。本来は初期集中支援というのは、初期のだったわけですよ。
- 西本委員　ただ、開始したばかりなので、やっぱり重度な方が。
- 繁田部会長　それはどっちも多い。
- 西本委員　どっちも多いですね。
- 繁田部会長　どっちも両方多い。
- 西本委員　はい。
- 繁田部会長　そうなんですか、わかりました。ありがとうございました。
- 高瀬先生、お願いします。
- 高瀬委員　おくれてきてしまってすみませんでした。栗田先生のお話でちょっと戻ってしまうのですが、高島平のお話なんですけど、大分戻ってしまいますね。二つお聞きしたいことがあって、まず、認知症の方がどんどん見つかっていくと思うんですけど、告知のことをどういうふうにするかというのは、ここには余り明記されてはいないんですけども、ご本人を傷つけない、あるいはご家族にわかりやすくこうなんですよというのは、現場では告知がすごく大変なんですけれど、何かそういうところのヒントもついでにといたらあれなんですけど、研究の中で、尊厳を持って告知したりって、意外に現場ではすごい大変なんですけど。

- 栗田委員 介入の細かなことはこれからじっくり考えていくことになるんですけども、恐らく告知そのことが目標化するような支援にはならないんですね。一つは研究という枠組みもあるんですけども、ご本人の同意が得られないとスタートできないんですけども、同意といたっていろんなレベルの同意があるので、微妙なところはあるんだと思うんですけども、基本的にはご本人の困っていることに対して一緒に考えながら支援のあり方を考えていくということが介入の多分恐らく骨格になっていくと思うので、そのときに、例えば認知症疾患の説明が必要な場合には、告知というよりはこういう状況かなという説明はする場合が出てくるかと思いますが、それもケース・バイ・ケースになるんじゃないかなというふうに考えております。
- 高瀬委員 それで、現場で見えていますと、やっぱり今後、高齢者で、独居で、よく言われていることですが、この前のこの会議でもお話ししたかもしれませんが、認知症のある、なしとか、大体、私のところに紹介になるときは、まだ多分大田区は中野区とかほかの地域に比べて決して進んでいるという状況ではなくて、むしろ大変な状況なんですけど、地域包括支援センターからこうこうこういう患者さんで、ご本人も周りも困っているので、とにかく行ってくれみたいな感じで行って、結局、もし入院的な治療が必要であれば、近隣の病院とか、あるいは齋藤先生のいらっしゃる松沢病院とか、齋藤先生のところも大変込んでいるので、場合によってはこちらにいらっしゃる平川先生のところまでお願いするというので、私が今やっている仕事は、どちらかという入院支援といえますか、とりあえずの入院のお手伝いみたいなところで、その後は地域に返していただければご面倒を見るんですけども、なかなかそこまで至らないというか。今、高島平も含めて先生ごらんになっているところで、そういう緊急介入が必要な症例というのは、一体全体どのくらいあるんでしょうか。私のところに1週間に一、二名はあって、毎日がドラマのようでございますけど、いかがでしょうか。
- 栗田委員 緊急介入が必要な事例がどのくらいいるかというのは全くわかりません。全くそれは見えない、わかりません。ただ、せっかくなので、初期集中の話に戻ります。微妙にチューニングしたいなと思うんですけど、恐らく初期集中も地域によっていろんなやり方があるので、状況はばらばらだとは思いますが、
- 高瀬委員 資源によってやっぱり変わるということですよ。
- 栗田委員 そうですよ、あるいはそこにいる人の力によっても違うと思うし、いろいろあると思うんですけども、私が考えているのは、ちゃんと認知症であるということ、認知症の人が持っているいろんな側面があるんですけども、そういうことを理解しながら支援を調整していくというのは、やっぱりそれなりのいろんな知識とか、プロフェッショナルリティとかそういうものが要だと思うので、まずはそういう人をちゃんと育成しよう。つまり、それは医師ではないんですけども、実際に我々のところでは、保健師でありますとか、精神保健福祉士でありますとか、そういう人たちで一応チームをつくってはいるんですけど、そういうちゃんとスキルを持っている人が個々の事例ごとに、

特にご本人と、もちろんご家族もですけど、一緒に考えながら今後の支援を考えていこうということをやろうというふうに考えているので、ただそのバックには、確かにたった一人でそれをやるのは非常に本人も負担が厳しいことなので、ちゃんとバックにチームをつくって、その中で一人一人がそういうことをできるようにしていこうということを考えておりますので、まずはそういうアプローチでどこまでやれるかということをやっとやってみたいなというふうに考えております。

○高瀬委員 ちょっと私ばかりで。最後の質問は、今後、高島平の団地なんかをリニューアルするときに、災害拠点になることも考えながら認知症の独居の方が多い場合に、どういうようにそれを対応するかということも、欲を言っていれば切りがないんですけど、そういうのを割と近々に考えなきゃいけない部分もあるかと思いますが、それについてはいかがでしょうか。

○栗田委員 まさに、こういう支援の最もある意味では一般的な対象が独居であるとか、夫婦のみで両方ともそれなりに健康課題を抱えているとか、あるいは子供が一人で親の介護をしているとか、そういう方が圧倒的に多いというか、そういう方が普通ということでもあります。

ですので、半分ぐらいが独居でありますので、そういう方をどうやって支援するかということを考えていくのが高島平の研究の中心的なテーマでありますので、そのときに住まいと生活支援ということがやっぱり基本で、このことのための現存する社会資源、居住に関する社会資源と生活支援に関する社会資源を十分把握して活用しながら、その支えていく方法を考えようかというふうに思っているところです。

○高瀬委員 ありがとうございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞ、ご自由に。お願いします。

○山本委員 今の高瀬委員と栗田委員のやりとりは非常に重要だったと思うのですけれども、今回、アウトリーチチームと初期集中支援チームの役割分担については、4層ぐらいの段階で考えなくちゃいけないと思います。

まず、今、栗田委員の発言にあった地域づくりで、認知症があろうがなかろうが、障害があろうがなかろうが暮らしていける地域、それは認知症でない段階のみんなの理解が進んでいくという、そういう取り組みがまず必要だと思います。これが一つです。

国が考えている認知症初期集中支援チームの通常、かかりつけ医がいて、何らかのかかわりを持っている場合は、もう地域包括支援センターの総合相談支援業務の中である程度対応ができます。これは2層目です。

認知症初期集中支援チームで課題となっているのが、今、アウトリーチチームでやっているようなBPSDが激しくて、ケアマネジャーがついていても今、高瀬委員がおっしゃったように、ちょっと対応が難しい方と、あと、セルフネグレクト系でごみ屋敷みたいになっていて、閉じこもっていて医療につながっていない方たちは、認知症初期集中支援チームの対応が必要になってくると、これは3層目です。

もし、東京都の認知症アウトリーチチームが拠点型において、医療圏域の全域をカバーするのであれば、これは大分差が出てくると思いますが、区市町村で対応ができないような、もしくは今、入院が必要な本当に対応が難しい方たちの4層目として、区市町村の初期集中支援チームをバックアップするようなチームとして、ある程度支えたと、連携をとるといふ、そういう4層構造のような段階的な対応を東京都がとるといふことであれば、これは考えられるということがあるでしょうし、区市町村の初期集中支援チーム、これは大分、いろんな社会資源の条件で違いが出てきますので、それをいかにバックアップできるかという点で、東京都の認知症アウトリーチチームが対応していくかどうか。

先ほど、西本委員がおっしゃったことも重要で、じゃあ、区市町村の初期集中支援チームが対応できる段階と、その振り分け、東京都の拠点型のアウトリーチチーム認知症疾患医療センターが対応するのかと、どう違いが出てくるのかというのが、これちょっと研究材料で、逆にこれは専門委員の皆様からご意見があればお聞きできたらというふうに思います。

- 繁田部会長　そこで起こっている課題とか問題ということよりは、まず第一陣というか第一波として初期集中があつて、それで、なかなかサポートし切れないというときに、アウトリーチが行くようなイメージですかね。
- 山本委員　そうですね。4層で、一層目は地域、2層目はもう地域包括支援センターが通常では対応できます。地域包括支援センターがほぼ初期集中支援チームの役割を果たせるはずです。通常であれば。3層目は初期集中支援チーム、4層目がアウトリーチのような形が考えられるということですね。
- 繁田部会長　担当する医者を考えてもわかりやすく、2層がかかりつけ医で、3層がサポート医で、4層が専門医みたいにはなりますので、わかりやすいかもしれないです。どうぞ、自由にご意見をいただけたら。

齋藤委員、お願いします。

- 齋藤委員　拠点型のセンターにあるアウトリーチチームと、地域連携型のセンターにある初期集中支援チームといっても、先ほどの中野区のように浴風会が拠点病院で、あしかりクリニックは地域連携型だという関係と、世田谷区のように松沢病院が拠点病院で、地域連携型が三宿病院と女子医大の診療所だということとで、状況が全く違うんですよ。

そういう状況で、初期集中支援チームと認知症アウトリーチチームの違いを論じるといふのは、全くナンセンスだと僕は思います。

むしろ、何で二つなきゃいけないのか、お金をかけてやることなのに。この初期集中支援チームという名前が変だから、認知症として全然初期でもないのに、つくった人のビジョンを疑いたくなります。

ただ、やっぱり地域で起こった問題は、地域の拠点病院が責任を持ってアプローチす

るべきです。でも、2カ月とか3カ月かかるのは、ナンセンスですよ。せめて1週間、2週間でいけなきゃ意味がない。そういう意味では、地域連携型のチームをつくるということです。

拠点型の病院は、選ばれている病院が全然違うんだから、それぞれの病院の性格によって、今後どのように地域の訪問や患者さんの中に入っていくチームをサポートするかを、それぞれの拠点型のセンターが自分たちの力に合わせて考える。そうしないと、非常に医師の少ない拠点病院もあって、そういうところで訪問なんて言われたら、2カ月先、3カ月先になりますよね。それは、もう当然のことなので、理想論ではなくて、現実選ばれている拠点病院をどうやって生かしていくかということを考えなければいけない。みんなで額を寄せ合って考えないと違いがわからないようなシステムを二つ流すというのは、税金の無駄遣いだと僕は思います。

それから、山本さんがさっきおっしゃったのは大変重要なことで、栗田先生がなさっているような研究というか、地域をつくっていくというアプローチはすごく大事で、そもそも80、90歳のおばあさんが一人で暮らしているというのは、認知症ではなくても障害を持って暮らしているのと同じことなんです。

それでも社会で安全に暮らせるシステムをつくるということと、それとアウトリーチとは話が違います。アウトリーチは社会からこぼれちゃっている人を緊急に何とかしましょうという話なんだから、その辺を整理して優しい社会をつくれれば、みんなうまくいきますというわけじゃない。やっぱり、厳しい現実にピシッと対応しなきゃいけないんだから、それが能率的にできる、なるべくお金を使わないでできるシステムを考えたいほうがよくて、僕には二つつくることの意味が全然わかりません。

○繁田部会長 前半のほうの齋藤委員のご意見ですと、例えば三宿病院とか、女子医大という、やっぱり大きな病院になってしまうので、それだと認知症の人とかご家族から距離があるわけですよ。それよりは、それこそサポート医であるとか、かかりつけ医でも少し経験のあるような先生に初期集中支援的な対応をしていただいて、それを例えば松沢、三宿、女子医大が支えるというほうが規模感とか、医療資源の性格からして、そのほうが合っているんじゃないかという、そういうご意見ですね。

○齋藤委員 本来は、地域連携型の病院というのは、もう少し本当の地域密着型の病院を選ぶべきだったと思うけれど、土地柄ということもあるんでしょう。ああいう大きい病院、NCNPも地域連携型になっているんですよ。

○繁田部会長 どこですか。

○齋藤委員 国立精神・神経医療研究センター病院。だから、地域連携型と云って、全然レベルが違うから、現実に合わせて組んだほうが良いというのが僕の意見で、その際、アウトリーチチームは拠点型にあって、初期集中支援は地域にあるというふうなことを言ったって意味がないでしょうということです。

だから、先生がおっしゃったみたいに、地域連携型の病院に初期集中支援のような軽

いネットワークがないというなら、その地域のサポート医の先生に何らかの経済的な支援をして往診してもらうほうが制度にふさわしいと思います。はい、拠点型病院にアウトリーチ代幾ら、地域連携型に幾らというのは、ナンセンスですよ。やるんだったら、その成果がどんなものだったか、ちゃんと検証して、納税者に示さないと、僕らだってわからないものは、納税者はもっとわからない。

○繁田部会長 先ほどの八王子の例が、まさにそうですね。八王子市内は、一応、平川病院が初期集中もやってもいいわけですがけれども、そうではなくて、やっぱり身近なというか、認知症の人に近い位置にいる先生方に初期集中支援的なことをしていただいて、それを後方支援するという形ですものね。

○平川委員 八王子は、結構、領域も広いですがけれども、認知症に熱心な先生が非常に多いことと、八王子市と八王子市医師会と医療機関が割といい関係があるものですから、今回、この話が出たときにも、八王子市から初期集中支援チームをつくりたいとき、八王子市医師会に相談があって、医師会は地域拠点型認知症疾患医療センターとも相談して話し合いで決めたんです。

とりあえず四つ選んだのは、いかんせん、どういうことができるかというのはまだわからないので、この一つのモデルとしてやってみることにしました。四つのうち一つはBPSDに強い精神科の病院ということで選びました。

もう一つは、老人病院として結構、歴史のあるところとところで、リハビリも含めて体も十分診られるという病院を選んだ。もう一つは、療養型の老人病院。

もう一つは、訪問診療を中心にされている診療所を選びました。

もちろん、先ほど言ったエリア別に四つは区切っているんですけども、それぞれ特徴があるチームなので、時には合同の混成チームでいかないと、先ほど齋藤先生が言ったように、そんな理屈はうまくできないので、個々の力もまちまちですから、共同でやっていくこともあります。

だから、初期集中支援チームをつくるということによって、認知症を支える地域の連携の輪ができるというような形で、チームの得意、不得意を活かしながらという形での地域づくりにしようと思ってやったところがあって、それを今から検証しなきゃならないんですけども、八王子はそういう形で動いてみようかなとは思っているところです。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞ、栗田委員、お願いします。

○栗田委員 私ども、認知症支援推進センターということで、一応、東京都の事業の評価をするという仕事もずっとやっておりますので、アウトリーチに関連する昨年度の事業評価、まだ全部終わっているわけじゃないですけど、昨年度1年分、またやりましたので、ちょっとだけご報告させてもらいたいと思うんですが。

実は、今、このアウトリーチチームという事業は、昨年度から認知症支援コーディネーター事業という名前になっていて、アウトリーチチーム事業というのはもうなくなっているんですね。拠点型の相談室にアウトリーチができる人員を置くというのを標準装

備しようという形になっていて、それが認知症支援コーディネーター事業の中に用語の定義としても、そういうふうなことが書かれております。

つまり、区市町村に置かれている認知症支援コーディネーターが、必要に応じて拠点型に置かれているアウトリーチに要請をして、共同して支援をしていこうと、そんなようなことになっているんです。

昨年度、1年間のデータの中で、認知症支援コーディネーターが応需した認知症の相談実人数が3,088人でありまして、アウトリーチチームと連携して支援しているのがそのうちの188例なんですね。つまり、6%にすぎないということで、じゃあ、残りはどうしているかということ、ほとんどが認知症支援コーディネーターのレベルで支援をしていると。

ちなみに、認知症支援コーディネーターが単独で解決、単独というか、地域包括支援センターで解決していると思うのですけれど、2,055例、地域包括支援センターと連携して対応した、1,991例と書いてあるので、これを足すと3,088を超えるので、どう考えても一緒にやっているんだと思うのですが。

つまり、大部分は、認知症支援コーディネーターと地域包括支援センターと区市町村の保健師等で、初期支援をしていて、実際、やっている支援も医療機関の受療支援とか、サービスの調整とか、そういうことをやっているということで、基本的にはこの事業は認知症支援コーディネーターの事業で、アウトリーチチームにお願いするときは、やっぱりいわゆる社会的困難事例みたいなことになっているということかと思えます。

ただし、このアウトリーチチーム事業も、先ほど山本委員でしたか、西本委員でしたか、おっしゃったように、地域によって機能のレベルは違いまして、よく動けるアウトリーチチームもあるし、動けないアウトリーチチームもあるということであって、なぜかというのはなかなか言いにくいんですけど、一言で言うと、苦手なんだろうというふうに思われます。

それから、もう一つ、初期集中支援のほうは、これはもう本当に区市町村によってばらばらでありまして、ちなみに板橋区は六つの地域包括支援センターで同時に動いております。そこにサポート医をペアにつけて、今年度から正式稼働ということで貢献しています。

それから、千代田区は二つの地域包括支援センターしかありませんけど、二つの地域包括支援センターがサポート医と連携して動いているということで、連携型の認知症疾患医療センターは関与していませんね。

それから、全国的に見ても、そういうところはたくさんございまして、ちなみに大分県は、初期集中支援チームに関与しなければサポート医の資格はやらないという独自の制度も考えているということで、ちょっと驚きましたけれども。

そんなことで、恐らく初期集中支援チームというのは、非常に機動力があって、それこそ本当に初期の段階で支援していかなくちゃいけないので、ほぼ地域包括支援センター

の機能とほとんど近いぐらいで、動けるようなものが本来のあり方なんだろうと思いますので、そういうようなものを考えたときに、認知症疾患医療センターのあり方をどういうふうに考えるかというふうに考えたほうがよろしいんじゃないかなと思います。

○繁田部会長 確認ですけど、訪問の件数であるとか頻度というのは、恐らく地域包括支援センターの力によっても変わりますよね。地域包括支援センターの力があれば、行く必要は減ってくるわけですよね。地域包括支援センターの力があれば、相談をしてサポートして、そういう状況であれば医学的にはこういう評価ができるということだけで、行かずに済むということがあるわけですね。

○栗田委員 恐らく、2006年に地域包括支援センターがスタートして、かれこれ10年たちましたけれども、当時と比べればはるかに力がついているんじゃないかなと思います。

世田谷区なんかは、あそこは力強い保健師さんがいるんです。彼女の話では、地域包括支援センターの力が年々強くなって、多くの場合はそこで支援できるようになったというふうに言っておりますので、ある意味ではだんだん本来の地域包括支援センターの力がついてきて、そこが基本的に初期集中支援チームと名乗ればいいような形になっているところもある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。どうぞ、ご自由にご発言いただいてもいいかなと思います。お願いします。

○田邊委員 私は、練馬区で、栗田先生のところの二次医療圏に入っていますが、練馬区の場合も4カ所あります高齢者相談センターに初期集中支援チームを置いております。そこに医師会からの認知症サポート医が参画して、相談の枠が毎月ありますが、その枠を使って訪問するというのをやっております。

サポート医も40名近く練馬区にはいらっしやいますが、精神科医や、認知症をかなり深く診療されている内科の先生とか、専門医と言えるような方々が主に参画しているという状況です。

認知症疾患医療センターができたときに、拠点型の機能にアウトリーチというのがあるって、初期集中支援チームもあって、私もどう使い分けるのかなというのが、ここに書いてありますが、いま一つわかりづらいと感じています。

健康長寿医療センターと練馬区の当院とは、距離的な遠さというのもありまして、拠点型が練馬区内にアウトリーチをするのは難しいと思います。練馬区の場合は4カ所の高齢者相談センターで認知症に詳しい先生方が実際訪問されていて、中には家の中にも入れてくれなくて帰されたとかという難しいケースもあつたりするんですけども、考えてみると、地域ごとの初期集中支援チームが活躍するような形にだんだん収束していくのかなと思います。

あと、練馬区では、当院が地域連携型の認知症疾患センターになっていますが、初期集中支援チームから上がってくる事例に関しての相談を精神保健福祉士がまず一度受け

て、入院が必要であればこちらでお受けするというような形で、連携をとっています。

実際、私はサポート医である一方で、認知症疾患医療センターの責任者も行っていきますが、自らアウトリーチ要員として出ていくのは難しいので、入院の依頼があればいつでもどうぞという姿勢です。

あと、忘れてはならないのが、東京都にあります高齢者精神医療相談班が中部総合精神保健福祉センター等にありまして、最初から入院の対応が必要な程重い方はそこから先生が訪問されて、これもアウトリーチと言っているのかどうか分かりませんが、そこから入院の依頼が東京都老人性認知症専門病棟にあります。認知症専門病棟は九つありますが、BPSDを治療する重要な拠点であり資源ですので、お忘れなくということをお伝えしたいと思います。

○繁田部会長 練馬区でもやっぱりサポート医の先生がかわってというか、かかりつけ医の先生の次にといったらサポート医の先生というのが自然なわけですね。先生のところも端っこといえば端っこですね。

○田邊委員 ふだんから医師会の関連の会議等に出席して、サポート医の先生と親しくしていると、ダイレクトに電話がかかってくるということもよくあるので、古い言葉ですけど、顔の見える関係をサポート医と認知症疾患医療センターの医師とつけていけばいいのかなというふうに考えております。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞ、ご意見をお願いいたします。

○山田委員 今、お話が出たので、やっぱり現場に行ってというか、一番最初に認知症の自分から支援を求められない人が発見されたときに、今の高齢者班の話もそうなんですけれども、家に来てくれるというのがすごく重要で、なかなかアウトリーチチームにつながらないのは、アウトリーチチームも来てくれるんだけど、診断につなげるまでの支援なので、じゃあ、そこにどうやってご本人を連れていくのかというところが、やっぱり初期の段階には一番重要で、そのときにどうしてもご本人がなかなか受診というところにつながらなかったときに、どうしても高瀬先生のように、シュッと来てくれて、申しわけないんですけども、すごく専門な診断というよりは、まずは何か介護保険の主治医の意見書を書いてくれれば何とかサービスを入れられて、そこから徐々に、よっぽどBPSDが激しくて、即、措置入院みたいな感じの人は別にして、通常の方だと、その中で在宅の中でいろいろサービスを入れていきながら、少しずつ医療機関につなげていったりだとか、最初の入り口のところで、やっぱりうまくスムーズに機動できるというチームが必要なので。

初期集中支援チームのお話が先ほどから出ていますけれども、どこの自治体もお医者様のかかわりは、本当にまちまちで意見を会議の中でお伝えになる方だけというかわりもあれば、来てくださる方もいらっしゃる、そこを可能なことだったらば、一緒に家に来てくれてかかわってくださるお医者様がふえていくといいなということを思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞ、ご自由に。

桑田委員。

○桑田委員 看護職の立場というよりは西多摩地域の状況で、木村委員も後でご発言いただけただけだと思うのですが、個人的には私は青梅市で勤務しているのですが、さっきの平川先生の八王子みたいな感じではなく、奥多摩とか、実際にまだ地域連携型も決まっていない羽村、あきる野、日の出、檜原というような状況を見たときに、皆さんの話と全然違うわと思っちゃったということだけは言っておかないと、第8医療圏の方たちに怒られちゃうかなとちょっと思ったものですから。

前回の会議でも話したかもしれないのですが、東京といっても新宿とこの西多摩地域を調べたら全然違うという状況の中で、やっぱり東京は特殊なんだなと思いながらきょうも改めて聞いていたんですけれども。

私も看護職代表で、ここの席にいるのに、なかなか第8医療圏の奥のほうまで現状を把握できていないということは反省しなきゃいけないなと思ったんですが、本当にこの地域の特徴を考えてアウトリーチも初期集中支援チームも、どうやってそこまでいこうかなということのほうが大変なのかなというのを思いながら、東京の中でも地域差があるよということを発言させていただこうかなと思って、手を挙げさせてもらいました。

木村委員、いかがでしょうか。

○繁田部会長 あり得るとしたら、こういった地域でアウトリーチというか初期集中というか、そういうサポートがあり得るとしたらどんなサポートニーズがあるというか、必要なんですか。ちょっとのっけから難しい質問で申しわけないんですけど。

○木村委員 西多摩では、8市町村ということで、東京都の中では島しょを除く村としては唯一、一つ檜原村と、町ということで奥多摩町、日の出町、瑞穂町という三つの町があるんですけれども、あと4市があります。

そのような中で、とにかく一番高齢化率が高い地域、先ほど高島平の話もありましたけれども、例えば奥多摩とか檜原は約50%近い高齢化率が、そして現実には人口減少の中で、高齢者自体も人口が減少している状況がありまして、そのような中で、今までの東京都というか、国というか、医療体制の中で非常に土地が安いということもありまして、慢性期の病院、精神科病院、それから高齢者の施設がもうこちらの特別区から比べれば4、5倍、5、6倍多いところです。

ですから、現実的には、あと、核家族でいうところでは、面倒を見る人がいないというようなところの中では、問題があったときに割と比較的に早く施設入所という状況が実際にありまして、私が奥多摩町の全員じゃないんですけど、200人近い年間の中で死亡を調べたときに、200人近い死亡者の半分ぐらいが特養に入っていっちゃいまして、特養の中でのみとりが30%近いというようなところで、すごく在宅ということが非常に、やっぱり介護する人がいない状況の中で、認知症で特に排せつの問題が出て

きて、B P S Dが軽い場合にはいいんですけど、排せつの問題が出てくると、まず一人の生活はかなり難しくなってくるので、そうなりますと、施設入所あるいは場合によっては、慢性期の病院のほうに入っていらっしゃるといの方が非常に多いかなというふうに思います。

そして、B P S Dがひどい場合には、精神科病院のほうに行っていらっしゃるといことで、なかなか在宅が進まないところかなというところでは。

○繁田部会長 ありがとうございます。ただ、こちらのほうは特養になる方のお話等はされましたけど、地元の人だけじゃないですよ。区部とか。

○木村委員 大体、地元が2、3割です。

○繁田部会長 そうですよ、ほとんどが、いわゆるこっちから皆さん、行くんですよ。

○木村委員 だから、6、7割は、圏域外から来ていらっしゃる方ですから、いわゆる住所特例で、特別区の方が、そういう意味では大体7、000人の高齢者が西多摩管内に移動されるというところの状況で、それはただ、精神科病床も慢性期病床も全て同じことが言えています。約6割近いが7割は圏域外からいらしているので、そういう意味で西多摩というのは非常にもともとの住民プラスアルファ高齢者が移動してくる地域です。

○繁田部会長 よく聞きます。だから、施設とか、慢性期とか、今、病院でも退院できるのは地元の人で、遠くから来た人は退院できないんですよと、よく医療関係者の人が言っていました。

非常識を覚悟で、栗田先生にお聞きするんですけど、檜原村とか、あきる野とか、日の出町とかのモデル、目指すべきは島しょのモデルとかは参考になるんですかね。

○栗田委員 私もそのことを言おうかなと思ったんですが、実は島しょ地域では、やっぱり東京の内地と全然違うものが、それこそ島独自のものがいろいろつくられておまして、例えば小笠原の母島などというところは、ここから船で行くと28時間以上かかるんですけども、もう既に初期集中支援チームという言葉は余りよくないですけど、認知症の人を支えるインフォーマルなチームはもうあるんですね。

その診療所の一角なんですけど、自治医大の先生が来ているんですけど、そこで診療所の先生とか、ケアマネとか、村の保健師とかが定期的集まって、そこに暮らしている人をどうやって支えようかみたいな話し合いは、もう既にできているなどというところもあります。

それから、三宅島は2年前には本当に何もなかったですけども、この2年の間にその島にいるケアマネが中心になって動き出して、ケアマネが診療所に行って、診療所の医師をつかまえてケース会議をやろうということで、ちゃんと多職種が集まって、それは村の事業とは全然関係ないですね。インフォーマルな事業で、認知症の人等を支えようというようなことを始めていると。

初期集中支援チームの実施要綱に合わないので、初期集中支援チームと呼べないんで

すけれども、サポート医がいませんからね、呼べないんですが、初期集中支援チームということにしておけばいいじゃないかみたいな、そんな話もしております。

だから、既にそういうものが制度化される前に、そういうものが動いていたり、何だかんだ言いながら、何もなくてやる一つの方法として、みんなで集まって文殊の知恵を出し合うみたいな、そういうこともやっています。

それから、あと、介護保険サービスの事業所そのものがない島なんていうのもあるんですね。例えば、利島なんていうのは、ないんですけれども、でも介護保険料をとっているのでどうなっているのかと思ったら、隣の八丈島でしたか、どこかに特別養護老人ホーム4床分を借り上げて、そのお金が介護保険料としてとられているというようなことでした。そうすると、介護保険制度上のサービスなんていうのは、そもそもその島にはないので、そこは社会福祉協議会が何でもありの通所サービスと訪問なんかをやっております。

だから、そこには認知症の人もいるし、発達障害の人もいるし、精神障害の人もいるし、何でもかんでもみんなの居場所になっているし、必要とすれば訪問するしという。

だから、その村、そのまち独自のものをいろいろ知恵を絞ってつくり上げていくしかないということなので、島と檜原村は必ずしも一緒じゃないと思いますけど、離島と中山間地域というんですか、ちょっと違うところはあるんだと思うんですけれども、そんなふうにして、つくり出していかなきゃいけないので。

ただ、それを制度が邪魔をしてはいけないので、それをちゃんと生かしてあげるような制度、施策をきちんと都なり国なりが考えていかなきゃいけないんだろうなというふうに思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。どうぞ、どんな観点でも結構です。

お願いします。

○齋藤委員 初期集中支援にしる、アウトリーチにしる、医者が行くという可能性を持っているわけですよ。地域の人から、うちの隣のおばあさんは大変そうだけど病院に行けといっても嫌だと言うから来てほしい、という理由で医者が訪問して診断するのは、かなりゆゆしき事態ですよ。診療契約もないのに行って、話をして、問診していますよとも言わない、場合によっては私は医者ですということも言わないのに、認知症ですねと言っちゃうわけだから。

だから、どうでもいい制度をつくってはいけない、それなりに患者さんの権利を侵しているわけですからね。人権を侵しているけれども、そのかわりもっといい、最終的にはあなたにとってもっといいサービスを提供しますという、理屈でやるわけだけれども、そのときに、制度の枠なしに誰でもかれでもそれをやればいいということにすると、それは自分たちにとって望ましくない人を社会から排除しようということと、本当に紙一重のことになってしまうわけですよ。

だから、制度として何らかの公的バックグラウンドがあって、その人たちが介入する

ことによって、本人の生活が、そこで生活できるか、もう無理だから施設に行きましようということになるかどうかわからないけれども、いずれにしても本人の福利が更新するということは担保されなければいけないということですよ。

だから、さっき僕が二つ制度があるのはナンセンスだと言いましたけれども、依然としてナンセンスだと思っていますけど、例えば地域包括支援センターみたいなきちんとした組織が介入する、それに医療機関が乗っかると。センターがあるところは、乗るんだったらそれでもいいし、地域の医師会が乗るんだったらそれでもよい。

それに対して報酬を払うという制度にしたほうが、もし全都一律でやるなら、そのほうがよい。今のまま、アウトリーチチームに医師一人、ソーシャルワーカー二人ですから、その分の人件費を出します。初期集中支援チームについても、医師一人、その他の職員二人ですから三人分の人件費を出します。

だけど、あるセンターは非常に活発に活動しているけど、あるアウトリーチチームは3カ月待ってくださいというんだったら、それはもうお金をどぶに捨てるようなものだから、そういう点で融通性を担保しながら、地域包括支援センターみたいなところを通すということで、公共性を担保するというふうにすればよいのだと思います。

そうしないと、やっぱりアウトリーチチームの中で、あそこの先生に頼んでも全然入院できないのよねという理由で、評価の低いアウトリーチチームもあるんです。それは本末転倒で、入院させるために行っているわけじゃないんだから。

繰り返しますけど、患者さんが希望していないのに、医者が行って診断するというのはゆゆしき事態なんだから、そうそう気楽なやり方ではいけない。一方で、融通がきかないと臨床の役に立たないと思います。

○繁田部会長 本来の初期集中支援の考え方ですと、さっき栗田先生の説明を聞いて思ったんですけど、生活支援と住宅支援と言ったじゃないですか、幾つかの中の。多分、初め、当事者の方がおっしゃる空白の期間ですか。それを埋めるのは、薬とか現在の介護サービスではなく生活支援なんですよ。

ただそれをするためには、例えば介護保険の制度を使うにしても、結局、そこで診断というのは出てきてしまうので、それがなくてもそういうサービスが提供できればものすごく幸せに素直にサービスを受ける人はたくさんいるように思いますけどね。

○齋藤委員 まず間違いは、初期集中支援チームという名前ですよ。初期認知症の人はどんなにか悩んで、僕は初期のアルツハイマーかと思って病院に行くんです。東京都だったら、今、病院に行く人はいっぱいいますよね。

それから、アルツハイマーだけど、庭の草取りをして暮らせばいいんだと。村の人たちが見守っているから、別にどうでもいいやという人はどうでもいいわけですよ。

認知症初期というのは、そういうことを言うのであって、周りから介入して、あなたこうしてあげましょう、ああしてあげましょうというのは、もはや認知症としては初期じゃないですよ。だから、あの名前を残すなら、介入初期とかね、要するに介入の始

まりをどのようにするかと言っているのもあって、認知症の初期とは何にも関係ないじゃないですか。だけど、厚労省の説明もその辺がごっちゃになっているのですよね。あたかも認知症初期の人は、みんなで生き方を考えてあげないと生きられないかのように言っているけれども、そんなことないじゃないですか。だから、この名前がおかしいよね。

- 繁田部会長 話を変えながら、並行するのはやっぱりおかしいように思います。先ほど平川先生も高瀬先生も西本さんもおっしゃいましたが、やっぱり介入初期チームがあって、アウトリーチがあるという構造としてはそっちのほうが、まだ罪が軽いかなという気がします。

ちなみに、初期集中支援はおかしいとみんな言っているんですけど、東京都がつくったものじゃないですから、それを、東京都はどうしようもないんですけど。

牧野さん、お願いします。

- 牧野委員 家族がやはり一番最初にぶつかる壁が、どうやって病院に連れていくかという問題が必ず出てきます。

今、行政の委託事業でやっている認知症カフェ、医療連携型介護者支援事業というのを港区のほうでやっています。前にもお話ししたことがあるかもしれませんが、行政がやって何が一番いいかといいますと、包括全域に平等にあるということと、それから医師会を通じて必ず同じ時間にドクターがやってきてくださるという、非常に市民にわかりやすい形なんです。

そこでどんなこと展開されているかといいますと、やはり困った家族が飛び込んでくるということと、それからMC Iのご本人が先生に直接相談できるということ、それからやはり診断につながらないようなご本人を連れた家族がやってきて、先生がそこいらっしゃることで、僕のところに来るかいと、これは囲い込みかなとか、することもありますけど、でもご本人や家族にとってとてもそれは朗報なので、そういったことが自然に地域の人と一緒にできるのが認知症カフェ。

私は、本来の目的はこれではないかなと。そこには地域包括支援センターもいらっしゃる、そこには保健師さんも看護師さんも臨床心理士さんもいらっしゃるんですね。認知症カフェは、今、いろんなタイプがありますけれども、経済的支援がないのがほとんどですけれども、ある意味でガイドラインをつくって、システムチックにこれはやるべきではないかなと、つくづく思うことはあります。

市民にとっては、やはりわかりやすい形でどこへ行っても同じというようなものもある種、必要なのではないかと。駆け込み寺的な要素が非常に高いなということを感じていますので、アウトリーチという言葉は私たちからすると、お医者さんが地域にアウトリーチしてくれるという、そういうのがアウトリーチで最も市民にとってはうれしいことなんです。それがサポート医の先生なのか、かかりつけ医の先生かわかりませんが、高瀬先生だったらすぐ来てくださると思いますけど。

むしろ、そういう形をもっともっとふやして行って、そしてそこで学んだ市民ボランティアさんたちが、これからサテライトをつくっていくような取り組みをしているんですが、そういう場所が地域にあちこちあって、医療関係者が地域に出てきてくれると、これがやはり一番ハードルを下げしてくれるんです。

どうしても病院という場所が市民にとってはハードルが高いというのは、心理的には否めないところがありますので、病院の先生がここに来てくれるんだったら行こうかなという方は非常に多いのではないかと思いますので、ぜひそんなことも一考下さればと思います。

以上です。

○繁田部会長 今、牧野委員がいみじくもおっしゃいましたけど、かかりつけ医の先生か、サポートの先生が来てくれたらとおっしゃいましたけど、専門医が来てくれたらとおっしゃいませんでしたものね。やっぱりそうなんでしょうね。近いんですよ、やっぱりね。そういうことなんだろうなと思います。

ただ、議論するときに、ご家族がいらっしゃる方とお一人の方とは別々に議論しないと違いますよね。お一人の人が、ご自分から相談に来たりとか、例えば受診をされたりしたときは、初期ですね。まさに、ご自分でというのは、何か初期の名にふさわしいなと思いますものね。

そういうものも国の制度でカバーしていただきたいなど、この委員会で言いつつ、一応こちらはアウトリーチが所管というんですかね、担当ですので、その役割をこれからも議論をしていきたいと思っておりますけど。一応、きょう、いただいた議論では、やっぱり並行しているとか、前面に出てというよりは、まずファーストコンタクトというのはかかりつけ医だったり、サポート医だったり、それは初期集中という名前のあるでしょうし、そうでないときもあるのかもしれませんが、特に多摩の奥のほうは、それこそかかりつけの先生なのかもしれないですよ。

時間が迫ってきましたけど、言い残したことがある方。

○繁田部会長 ご意見、おっしゃらなかった方。新井先生、お願いします。

○新井副部会長 幾つかありますけど、一つは我々文京区にあるんですけども、文京区はもともと地域包括支援センターと、それからかかりつけ医、在宅の先生がとても熱心で、包括のところにも顧問の先生が必ずいて、初期集中支援チームのようなことを活発にやられていて、そういうところが多分、文京区では自動的に初期集中支援チームになっていくんだろうと思っています。

その中で、我々アウトリーチチームがあって、それは文京区以外の千代田区さんたちも今、初期集中支援チームをつくっていますし、そことどうやっていくかという議論になっているんですけども。この医療部会でもアウトリーチチームをつくるのに、どんな意義があるのかは去年、おとしもやりましたよね。厚労省の初期集中支援チームと構想の中で、これが本当に東京に必要かという議論を何度もして、どう差別していくの

が必要かという議論はよく覚えているところなんです。

しかし、一方でこう二つつくれるのは東京都ならではだというふうにも思っていて、これをどう活かしていくかという、それをきょうここで議論していて、その一つは我々がある程度モデル的なアウトリーチのあり方を考えなくちゃいけないと思うんです。

もう一つは、このアウトリーチチームの活動というのは、認知症支援コーディネーターの人がアレンジしてくれて、我々のところに依頼をしてくるんですよ。ですから、我々が行く、行かないというのは、コーディネーターから依頼を受けて初めて行くので、その数は、さっき栗田委員が言われましたけれども6%ぐらいしかない。そうすると、ほとんどはコーディネーターの人たちが地域包括支援センターと積極的にやってくれているということがあるので、このアウトリーチチームの役割というのが、我々が頭の中で考えるだけではなくて、少しコーディネーターの人たちから、どういうふうに現場の声を上げて役割を東京都ならではの特色のあるのを、どういうふうにやっていくかというのを、ぜひコーディネーターの人たちから要請なりをまとめてもらうようなプロセスがどうしても必要なのかなとも思うんですね。

例えば、ある区から聞いた場合だと、地域包括支援センターがアウトリーチを頼みたいといって区に上げたんだけど、全然我々のほうには来ないんですよ。多分、コーディネーターの人が必死になってやってくれたりして、しかし現場ではアウトリーチに来てほしいというのがあったりして、そこがうまくもっと流れがよくできるなり、もっと現場の声にアウトリーチが応えられるようなという。

我々は大学病院でするので医者が割といるので現場に行っているんですけども、コーディネーターのところの情報を集めてどうするかということと、流れをどうよくするかということが一つのアウトリーチの活躍できるポイントなんだというふうにしています。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。コーディネーターの研修もやっていますよね。

そのときに何か、そんな例えば依頼をするところで悩んでいるとか、迷ったとかというように、改めてまた調べていただくにしても、もしその辺を少しお聞きになっていらっしゃるんでしたら教えていただきたいんですけど、まだですかね。その辺は情報はまだないですかね。

○高瀬委員 認知症支援コーディネーターという部分は、まだ大田区でお会いしたことがないんですけど、リストとかは公開されているんですかね。非常に不勉強でごめんなさい。

○繁田部会長 リストは公開されていないですね。

○高瀬委員 されていないのね。また、後でこそっと教えていただいてもいいんですけど。

○上野幹事 ちょっと調べまして、情報提供させていただければと思います。

○高瀬委員 申しわけありません。ちょっと不勉強で、すみません。

○繁田部会長 新井先生から、実際にそこで決めてくるわけですね、向こうで頼むとかね、

あるいはやってしまうというので、その裁量はかなり大きいのかなというふうに、頼まれれば多分、センターはお断りするわけにいかないと思いますので、その辺、またお教えいただけると、議論の参考になるんじゃないかと思います。

ありがとうございました。

そのほか、いかがでございますか。よろしゅうございますか。どうぞ。

○山本委員 ごめんなさい、時間がない中。先ほど、齋藤委員がおっしゃったことはとても重要なので。認知症があろうがなかろうが、地域で生きていくということはとても重要ですので、先ほど高瀬委員の告知の問題で、栗田委員が答えられたようなあり方が、やはり初期集中には重要ですので、チームをやるのであれば。なので、それは東京都として研修をしっかり、そういうことをやっていただきたいということ。

これは親委員会のほうの課題かもしれませんが、教育庁なりとももう少し連携して、子供たちの小学校、中学校で認知症理解を深めるような取り組みが、これ、障害の問題も同じなんですけれども、あわせてできたらいいんじゃないかということで、ちょっとこれも希望です。

○繁田部会長 質問なんですけど、よく小学生、中学生というじゃないですか。どうして高校生、大学生は出てこないんですかね。

○山本委員 それでもいいと思います。

○繁田部会長 多分、高校生や大学生は聞かせにくいからなんでしょうね。やりやすいのは、やっぱり小学生、中学生なんです。東京都では、全国に先駆けて大学生を相手にやったんですよ。キャラバンをやったんですよ。あれは、ほかではやっていないと思うので。なかなか大学生を集めて話を聞かせようと思っても集まらないので。でも、一番近いですよ。小学生はそれまで10年、20年先ですけども、だから、やっぱりそこら辺もしっかりやらないといけないんでしょうね、高校生とかね、というふうに思います。余計なことを申し上げました。

じゃあ、時間でございますので、マイクを事務局にお返しします。よろしくお願ひします。

○上野幹事 繁田部会長、委員の皆様方、本日は活発なご議論、どうもありがとうございました。今後の施策の検討の参考にさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

本日お配りしました資料につきましては、事務局のほうから郵送させていただきますので、机上のほうに置いておいていただければと思います。また、お車でいらっしゃった方は駐車券をお渡しいたしますので、こちらも受付のほうにお申し出いただければと思います。

それでは、第12回の認知症医療部会はこれにて終了させていただきます。どうもありがとうございました。

(午後 8時28分 散会)