

第 1 3 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 9 年 2 月 7 日
東京都福祉保健局

(午後 6時28分 開会)

○上野課長 それでは、定刻より少々早目の時間でございますけれども、委員の皆様おそろいですので、ただいまより第13回東京都認知症医療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、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

私は、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。どうぞよろしく願いいたします。

開会に先立ちまして、欠席委員のご紹介をさせていただきます。本日は、医療法人社団つくし会理事長の新田委員、立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長の山本委員が所用によりご欠席をされております。欠席幹事でございますけれども、医療政策部担当部長成田幹事、高齢社会対策部介護保険課長木村幹事につきましては、所用により欠席となっております。

本日、マイクが手元ございませんので、ご発言の方は挙手してお知らせをいただければと思います。

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、繁田部会長にお願いしたいと思います。

○繁田部会長 それでは、始めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

まずは、本日の配付資料の確認からお願いをいたします。

○上野課長 それでは、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、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。まず、次第です。それから資料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12回）の主なご意見。資料4、都における平成29年度の認知症施策について（案）。資料5、平成29年度の認知症に係る医療従事者向けの研修について（案）。資料6、地域連携型認知症疾患医療センターの再公募の実施について。資料7、都における認知症疾患医療センターの類型とその要件。資料8、地域拠点型認知症疾患医療センターの指定更新について（案）。その他、参考資料が1から6までございます。また、第8回全国若年認知症フォーラムのチラシを机上に配付させていただいております。

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、議題の一つ目でございます。東京都における平成29年度の認知症施策（案）について。本日の内容は、報告事項が2件となっております。まず、（1）東京都における平成29年度の認知症施策について、事務局より報告をお願いいたします。

○上野課長 それでは、都における平成29年度の認知症施策（案）についてご報告をいたします。資料4をお開きください。都における平成29年度の認知症施策についてでございます。認知症対策の総合的な推進ということで、平成29年度予算案につきまし

ては34億円となっております。拡充の事業を中心にご説明をさせていただきたいと思
います。

まず、右側の一番上の欄外のところですが、認知症対策推進事業ということで、
この会議、また、認知症対策推進会議のほうで、中長期的な対策を検討してまいります。

地域連携の推進と専門医療の提供についてでございますけれども、一番下の黒丸、認
知症の普及啓発。ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」の改修をいたしまして、都
民への情報発信を強化してまいります。

その下、認知症の人と家族を支える人材の育成ということで、三つ目の黒丸と四つ目
の黒丸、歯科医師・薬剤師・看護職員向けの認知症対応力向上研修の実施ということで、
こちらは規模の増加を図っております。また、下の認知症初期集中支援チーム員・認知
症地域支援推進員向けの研修の実施でございますけれども、こちらは国研修の受講料を
負担するものですが、こちらチーム員の配置の増に伴いまして規模がふえております
ので、増額をいたしております。

その下、認知症の人と家族を支える地域づくりでございますけれども、三つ目の黒丸、
東京都若年性認知症総合支援センターの運営2カ所ということで、新たに開設をいたし
ました多摩若年性認知症総合支援センターの経費が1年分となりましたことから、経費
のほうを増加しております。

その下、若年性認知症ハンドブックの改訂・企業向けセミナーの開催。予算上は、認
知症対策推進事業のほうに含まれますけれども、平成22年に作成をいたしました若年
性認知症ハンドブックにつきまして内容のリニューアルを図り、また、企業向けにこの
ハンドブックのPRも兼ねましてセミナーを開催してまいりたいと思っております。

下から三つ目の黒丸、高齢者権利擁護推進事業でございますけれども、こちらにつき
ましては、虐待防止の研修を実施している事業でございますが、事業者向けの研修の規
模を拡大ということで、来年度はサービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームの事業所
向けの研修を新たに実施するほか、区市町村の虐待防止の体制整備のために、モデル的
に訪問支援を実施していくということで増額を図っております。

一番下のところ、認知症高齢者グループホーム整備に係るマッチング事業ですが、こ
ちらは、29年度新規事業となります。

資料4については以上でございます。

続きまして、資料5の研修の概要でございます。29年度の認知症に係る医療従事者
向けの研修の概要ということで、今年度実施をいたしました研修とほぼ同じ内容となっ
ております。右の下のほうに、看護師認知症対応力向上研修あり方検討会（仮称）の開
催となっておりますけれども、こちらにつきましては、新オレンジプランにおきまして、
平成28年度から新たに看護師向けの研修が位置づけられたことを受けまして、平成2
8年度から東京都の看護師認知症対応力向上研修、従来、拠点型のセンターでやってき
た研修をI型と位置づけまして、上位の階層のII型、III型の研修を実施しているところ

でありますけれども、各研修の実施状況を踏まえまして、より効果的に研修を実施するために体系の整理ですとか、カリキュラムについて検討するもので、桑田委員にもご協力をいただきまして、来年度3回程度開催をしていきたいと考えております。

研修の関連で参考資料5のほうをごらんいただけますでしょうか。こちらは、平成28年度、当年度における医療従事者向けの研修の開催状況ということでご報告をさせていただきます。

まず、サポート医のフォローアップ研修につきましては、これまで実施してきた内容と同じ内容でございます。

認知症サポート医・かかりつけ医認知症対応力向上研修でございますけれども、こちらは、東京都医師会さんと共催をさせていただきまして、サポート医・かかりつけ医の医師や地域包括支援センターの職員等に向けまして、また、多職種の協働ということで開催をさせていただきました。非常に好評で344人と多数のご参加をいただいたところでございます。

また、今年度、新規の研修で、東京都歯科医師認知症対応力向上研修、それから薬剤師の認知症対応力向上研修、看護師の認知症対応力向上研修Ⅱを行いまして、Ⅲについては、今後、3月に実施をするという予定になっております。

歯科医師の研修につきましてはかなり二層化しておりまして、基礎から学べてよかったというお声と少し物足りなかったというお声がありましたので、また、そのあたりは来年度の研修実施に向けて少し内容を見直していきたいというふうに思っております。

最後に参考ということで、東京都の小池知事のほうで新たに策定をいたしました「都民ファーストでつくる『新しい東京』実行プラン」の中に認知症の施策が盛り込まれておりますので、参考資料1のほうをごらんいただけますでしょうか。ページが見つらくて申しわけないのですが、こちらは抜粋版となりまして、高齢者の施策について添付をさせていただいているところです。3枚ほどおめくりいただきまして、下のページで118ページとなっているところが、これまでの取組と課題というところで認知症の対策ということで記載をされております。

施策のほうでございますけれども、1枚おめくりいただきまして、120ページのところに政策展開2ということで、認知症に関する総合的な推進ということで、認知症支援コーディネーターの配置ですとか、認知症支援推進センターのことが記載をされております。

また、年次計画ということで、122ページのところおめくりいただきまして、線表が出ておるんですけれども、その2のところに、認知症疾患医療センターの整備ということで、実行プランのほうに盛り込まれているところですのでご紹介をさせていただきたいと思います。

簡単ではございますが、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、皆様からご意見やご質問をいただきたいと思いますが、その前に、今、ご説明にありました研修等に、今こちらにいらっしゃる委員の先生方に協力をしていただいているものも幾つかございますので、少し補足がもしあればいただいてから、皆様からご意見、ご質問をお受けしたいと思っております。

まず、歯科医師、薬剤師、看護職員の認知症対応力向上研修ですけれど、看護師の研修に関しましては、桑田委員が大変ご尽力してくださっているということでございますので、桑田委員のほうから少し補足をしていただけたらと思っております。

○桑田委員 数年前から認知症疾患医療センターで研修を行っていましたので、その研修を無駄にしたくないということで、認知症ケア加算1、2がスタートしましたが、あわせてうまく研修を活用して、スタッフの動機づけにならないかなと思い、メンバーと一緒に計画をして開催をしております。

この向上研修Ⅱの10月5日に行った研修に関しては、ほとんど欠席者がいないぐらい参加者が来てくださって、必要な時間を満たすためには18時10分まで行わなければならない、午前中は講義、午後はグループワークということで、我々講師、ファシリテーターが4グループに分かれて4回同じグループワークを同じグループがするというような形で効率的に行える方法を考えて実施しました。それを受けた人が今度Ⅲの研修を受けられるということで、今度3月12日に開催をする予定にしています。これも倍近い応募がありまして、各施設1名ずつぐらいの形に人数を少なくして、開催をする予定にしております。実際に、今、その研修の内容を検討しているような段階です。

参加をしていると、看護職の皆さんもかなり地域のことであったりとか、認知症のことに関して前向きに学習したいというか、切実なんだろうなというような印象を受けるような形で勉強をしてくれているというようなことを肌で実感したというところがあります。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

どうぞ、お願いします。

○新井委員 一ついいですか。

3段階というのは、モチベーションを上げるのにとってもいいと思うし。具体的にいうとⅠ、Ⅱ、Ⅲがどういうふうなこのレベルというか、その内容は想定されているんでしょう。

○桑田委員 実際に、厚生労働省のほうから内容を提示されていますので、それで認知症疾患医療センター、これまでやってきた内容、基本的なことですよ、Ⅰが。

○新井委員 それはⅠですね。

○桑田委員 Ⅰ、そしてⅡになったらちょっと管理的なことも含めたりとか、事例検討が入ったりとか、そしてⅢになると、やはり実際に指導する立場になるというような教案づくりとか、そういったようなことも含めてグループワークとかというのは検討してい

ます。そして、実際に自分の施設で認知症ケアの質を上げなければいけないわけですから、それこそ課題分析から、それに対してどんなアクションを起こすかというようなことをご自身で考えられるようなグループワークを今考えています。

ただ、ありがたいことに初年度にテキストをつくらせていただきましたよね。あれが、網羅されていて、それをもとに実際に研修のⅠではできなかったことを拾っていけるといような形にできているので、あのテキストをつくったことは大変だったんですけども、よかったかなと考えています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

続きまして、研修関連で、東京都の認知症医療の研修拠点といいますと、健康長寿医療センターの認知症支援推進センターということになります。栗田委員が中心になってやっていただいておりますので、栗田先生のほうから少し補足をお願いしたいと思います。

○栗田委員 参考資料5に従って、ちょっとだけ補足させていただきます。最初に、東京都認知症サポート医等フォローアップ研修。これは、平成27年度からスタートしまして、2年間で8回やろうということで、27年度が始まったのが少し遅かったので28年度6回やりまして、この2年間で8回ということで1クールを終わらせていただきました。各講義の内容、非常にレベルが高くて、ある意味で認知症専門医クラスの講義をしているんですけども、来てくれる方は本当に関心の高い方たちで質問のレベルも非常に高くて、おおむね全ての講義が大変好評をいただいております。

一応、これまでは8回のうち4回来てくれたら都知事から修了証書を出すという、そういう仕組みだったんですが、来年度以降これどうしようかと、これから検討させていただきたいというふうに考えております。

また、来年度から新しいクールということで、これからいろいろと講義のスケジュールを考えさせていただきたいと思っております。

それから、直接やっている講義では、下のほうの東京都認知症支援コーディネーター研修というのを、これをやっているんですけども、これは全ての区市町村に認知症支援コーディネーターという役割の方を置こうということで、全部に置いてあるわけじゃないんですが、そういう方向性で区市町村単位に、主に保健師であります配置されておりました。地域の中で認知症の方の生活の支援のコーディネーションをいろいろしていこうということになっております。ただ、人口規模が非常に大きいところで認知症支援コーディネーターが一人、二人いても、なかなか個別事例のコーディネーションができるようなところには回りませんで、実際のところは地域包括支援センターのさまざまなコーディネーションをバックアップしているというような感じであります。この方々に2回の講義をさせていただきまして、自由な講義をしていただいているんですけども、1回目は大牟田市という、認知症コーディネーターを昔からやられていたのでその話を聞こうということと、たまたまスコットランドに行ってきた帰っていらっしゃった方が

いたので、そちらで行われているリンクワーカーのプログラムを聞いてみようとかですね。2回目は、BPSDを地域の中でサポートしていくという取り組みをされている先生がいらっしまったので、ちょっとその話を聞くことですね。あと、鬱病とか妄想性障害、認知症以外のことも勉強しようということで、こんな講義をさせていただいている。割と自由なことをやらせていただいております。

それから最後に、相談員研修ということで、認知症疾患医療センターの相談員が今もどちらかというと、病院の中の仕事を中心だったんですけども、ちゃんと地域に出て行って地域の人たちと一緒に、地域のスタッフと一緒に、認知症の方の生活のコーディネーション含めて一緒にやっっていこうという、そういうコンセプトでやらせていただきました。こちらも2回ほどやらせていただいて、今これ検討中ですけど、次年度は認知症支援コーディネーターと相談員も一堂に会した研修もやってみてはどうかなんていうことを計画しているところでございます。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それからもう一方、先月、認知症サポート医・かかりつけ医認知症対応力向上研修が開催されました。これは、東京都医師会との共催でございます。医師会の平川委員がおいでになるということで、何か補足していただけたらと思います。

○平川委員 ありがとうございます。東京都医師会と東京都で共催いたしました。当日の会場も一杯になりました。東京都から認知症施策の取り組みについてのお話もありましたし、栗田先生から、なかなか地域で見えにくい、サポート医のミッションを含めた総論的なお話と各論も含めたお話をいただきました。

シンポジウムでは、サポート医として地区医師会と組みながら積極的に活動されている地域のお話もありましたし、いわゆる総合病院の地域連携型認知症疾患センターが病院全体を巻き込んで活動しているという話もうかがえました。精神病院であれば院長が旗を振れば職員総出で何とかなるかもしれないけれども、総合病院ってなかなかそういうものってやりにくいのかなと思っていたんですけども、非常にうまくやっていたということで安心しました。

それから、町田市で実際にやっている初期集中支援チームの方々の活動というのを伺って、困難ケースをどう抑えるかという話もありました。個人的に興味深かったのは、認知症の人と家族の会の方のお話で、電話相談から見た認知症のご家族の実態がつまびらかになり、1990年代を見ますと大体は奥様かお嫁さんが相談しているんですけども、昨今多いのは息子さんとか、娘さんというような安倍首相の言うところの介護離職して親を支えていく人たち。収入がなくなってしまうと親の年金でやっていくという、随分、家族構成が変わっていることが非常に興味深かったです。おかげさまで本当にいい会になりました。この場を借りてご参加いただき協力いただき感謝申し上げます。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、今、補足をいただいた施策以外でも結構でございますので、委員の皆様からご質問、ご意見等をいただけたらと思います。いずれの施策でも結構でございます。いかがでございますか。

高瀬委員、お願いします。

○高瀬委員 先生方の取り組みが非常に興味深いところだったのですが、特に、桑田さんの取り組みが、ちょっと聞いていまして非常におもしろいなと思っていました。途中経過とか、あるいはまとまった資料といいますか何かあったら、ぜひ教えていただきたい。お見せいただいたり、話を聞けたらありがたいなというのと、それから看護師さんだけじゃなくて、今度医師も含めほかの職種も広げていかなくちゃいけない。そのつなぎのところは、看護師さんが非常に重要な役割ではないかなと思うんですけど、そちらのほうについては、その多職種との連携といいますかね、の話なんかもワークショップなんかではあったのでしょうかねという2点についてお聞きしたいんですけど、いかがでしょうか。

○桑田委員 資料について、研修Ⅱについては、また新たにつくりました。それを今後ブラッシュアップしていく形になるかなと思ってはいるんですけども、でも、その内容に関しても先ほど言ったテキストの中からピックアップするということと、後は、多少新たに入れたところもあります。

あと、多職種に関しては、もちろんチームアプローチのことなので、地域のことも含めて入れています。なんですけれども、また、多職種の研修も認知症疾患医療センターのほうでしていると思いますので、もちろんそのことなくしては語れませんけれども、まずナースとして身につけてもらいたいとか、そのことについて強く伝えたいというほうが正しいと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○高瀬委員 そのテキストって、まだ、あるんですかね。

○桑田委員 400円で売っているんですか。

○高瀬委員 後で買っておきます。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。

それは、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲのどのテキストになるんですか。

○桑田委員 本当はⅠのためにつくったんですけども、実際にはⅠの時間数は3時間なんです。3時間ではできるボリュームがなかったんですけども、先のことも見込んでエンドライフケアのことであつたりとか、管理のことであつたりとかも実は含めていたんです。管理についてなぜ書いたかという、認知症ケアをやはり変えようというときには、管理者にちゃんとした知識を持っておいてもらわないと、一生懸命スタッフがやっても疲弊してしまいますので、管理のことまで含めていたのが功を奏したと思いま

す。ただ、ちょっとつけ加えさせていただくと、管理職にⅡとⅢの研修に来てもらいたいという思いがありまして、実際に管理をやっている方たちに出てきてもらうかというところが、次の戦略としては必要かなと委員会としては議論をしました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

前につくったテキストはこのⅠ、Ⅱ、Ⅲでは直接は使ってないんですか。

○桑田委員 Ⅰで使う形にはなっているんです。それと、お配りはしているんですね。でも、全部、Ⅰ研修でできたかと言うとできなかったんです、内容が盛りだくさんで。で、こういう形になるというふうに思っていなかったんですけども、結果的には何かテキストがあって、ほかのことが後からついてきたといったらいいのかなという感じです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほかご質問いただけたらと思います。

はい。木村委員、お願いします。

○木村委員 西多摩保健所の木村です。大変いつもお世話になっております。

地域連携型の認知症疾患医療センターに、このたび奥多摩病院、奥多摩町にあります西の果ての病院なんですけども、そこが地域連携型の認知症疾患医療センターとして開設することになりまして、そちらで主に進めてくださった井上先生にセンターとなっていくがですかというふうにお聞きいたしましたら、その相談数が伸びたとかそういうことではないんですけれども、看護師さんが認知症の患者さんに対しての対応が本当に変わったということで、病棟での対応が大変穏やかになって。

何が一番変わったって病院全体の看護体制ということの中で、看護師さんが対応を変えて本当に全体の雰囲気と、あとそれから入院に対して、認知症の方の入院に対してどうしても高齢者が多いので、そういう中でそういうことへの拒否感だとか、そういうのがほとんどなくなったということで、非常に二次的な影響が大きかったんだなということで大変うれしく思ったところです。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

引き続きご意見をいただけたらと思います。いかがですか。

お願いします。田邊委員。

○田邊委員 施策案の中で認知症の普及啓発のところに、「とうきょう認知症ナビ」のことが書いてありますが、いろいろ調べものをするときに使うには非常に便利ですが、何か非常にごちゃごちゃしていて、見にくい。ネットで調べる方はたくさんいると思いますので、もう少しわかりやすいように整備していただけたらと思います。

あと、「とうきょう認知症ナビ」の中にサポート医の名前が書いてありますが、既にお亡くなりになって、いらっしやらない方も書いてあります。訂正する場合は何かダウンロードして用紙を送ってくださいという形になってはいますが、一度その医療機関に確認するようなことを、そろそろしたほうが良いという気がいたしましたので、よろしく

お願いします。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでございますか。

それでは、もう一つほかにも議題がございますので、少し先に進めていただいて、もしお気づきの点等ございましたらご質問、ご意見等をいただけたらと思います。

議題の二つ目、(2) 東京都認知症疾患医療センターの整備についてでございます。まずは、資料の説明を事務局からお願いをいたします。

○上野課長 それでは、事務局から資料6のほうでご説明をさせていただきたいと思えます。地域連携型認知症疾患医療センターの再公募の実施についてでございます。現在、整備を進めております地域連携型の認知症疾患医療センターでございますけれども、島しょ地域を除く全ての区市町村に1カ所ずつということで進めてまいりましたが、未指定の地域が記載のとおり6カ所ございましたので、現在、公募の手続を進めているところでございます。

1点、応募要件の変更ということがございまして、そこについてご説明をしたいんですけれども、国において認知症疾患医療センターの配置基準の改正が検討されておりましたことから、病院が診療所型に応募することを可としております。これまで病院につきましては、一般病床または精神病床を有しているなど一定の要件があったわけなんですけれども、この要件を満たさない病院については診療所型で応募ができるということになりましたので、今回その形で応募要件のほうを変更させていただいております。

資料の7のほうをごらんいただきたいんですけれども、こちらは、認知症疾患医療センターの類型とその要件ということで、従前から医療部会のほうにも提出している資料でございますけれども、右側の地域連携型の診療所型のところに、診療所・病院型の要件を満たさない病院ということで追加をさせていただきました。その他の人員配置ですとか、機能につきましては、従来の診療所型と同様ということになっております。

この資料につきましては、国のほうからも正式に内容が示されておまして、参考資料の2なんですけれども、ページが振ってなくて大変申しわけありません。3ページほどめくっていただきまして、全国厚生労働関係部局長会議資料の中に、横長で、認知症疾患医療センター運営事業ということで、平成29年度～というふうになっている資料がございます。こちらのほうに国のほうでも、認知症疾患医療センターのさらなる整備の促進のため、29年度より、診療所型の設置要件に病院を追加し、名称が「連携型」というふうになるように国のほうは変えるようですので、今後、東京都のほうでも名称の整理をしていきたいと思えますが、このような形で示されております。

資料の6のほうにお戻りいただけますでしょうか。もう一点今回応募要件のほうの緩和をしておまして、東京都における診療所型につきましては、国基準に比べまして相談員の配置要件を強化しておまして、これは、病院、診療所のほうでも専従ということで配置をお願いしているところなんですけれども、医療へき地における人材確保の困難さ

や相談対象人数等を踏まえまして、檜原村においては相談員の配置を国基準まで緩和するという事で今回公募をさせていただいております。

今回の公募の病院につきましては、指定の日から平成33年3月末日までの予定となっております。指定までのスケジュールについてはこちらに記載のとおり、11月から公募を始めまして、1月20日に一旦公募を締め切らせていただきました。現在、応募をいただきました医療機関にヒアリングを行い、今月中に選考委員会を開催させていただく予定となっております。また、4月以降に厚生労働省に協議を経て、指定通知を発出いたしまして、5月以降、新センターを公表し、運営を開始していただくというふうな予定となっております。

センターの公募については以上でございます。

続けて、資料の8、指定の更新についてご説明をさせていただきたいと思っております。資料の8をお開きください。平成24年度から地域拠点型認知症疾患医療センターの指定を行ってきたところでございますけれども、今般2回目の指定の更新の期限が参りましたことから、平成29年4月以降の指定に向けた手続きを行ってまいりたいと思っております。

対象の医療機関ですけれども、こちらに記載のとおり12の医療機関ということで指定の更新を行ってまいります。

設置基準の充足状況と活動状況でございますけれども、各センターとも都の定める実施要綱における設置基準を満たしていることを確認しております。また、センターの活動状況につきましては、事業実績報告書や各種の情報交換会等を通じて、随時都のほうでも確認をしているところでございますけれども、各センターとも、実施要綱4に定める機能及び役割を適切に果たしているというふうに認められます。

各センターの実績でございますけれども、参考資料3のほうをごらんいただけますでしょうか。これまでこちらの医療部会にお示しをしている活動実績でございます。センターの診断件数ですとか、それから診断日数などについては若干長い病院さんもありますけれども、おおむね順調に対応していただいております。また、専門医療相談の件数等につきましても、各センターとも拠点ということでもかなり多くの件数のご相談をいただいているところです。また、研修会の開催ですけれども、先ほどもお話がありました看護師の研修ですとか、かかりつけ医の研修、多職種の研修については、各センターでも実施を順調に行っているところでございます。それぞれのセンターの地域特性もありますことから、回数の方は地域の实情に応じて適宜増減していただいているところですが、参加者の方の感想等を見ましても非常に好評で、引き続きその研修には取り組んでいただきたいと思いますと思っております。

また、区市町村が開催する会議等への出席の回数ですけれども、いろいろな形式はございますが、各地域とは順調に連携が図られているというふうに思っております。連携協議会の開催ですけれども、各センターで2回ないし3回ということで、いろいろ協議

会の内容の工夫をしていただいております、いろいろな関係機関、警察や消防も含めた連携協議会を開催していただいている病院さんもございますし、また、協議会の後に引き続き研修を行うなど、参加した方が効率よく研修も受講できるように考慮をいただいているセンターもございます。

アウトリーチについてでございますけれども、アウトリーチはやはり協定している自治体の体制等々でもかなりばらつきがあるところがございます、初期集中支援チームの立ち上げが順調に進んでいる地域におきましては、前年度より少し減っているところもあるように見受けられますが、カンファレンスの会議ですとか、アウトリーチチームの関係者の会議などを行っていただいで、地域の連携は図っていただいているかなというふうに思っております。

疾患センターの関係ですけれども、その他、地域連携型の実績につきましても後ろのほうにつけておりますので、後ほどご参考にごらんいただければと思います。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

二つご報告をいただきました。地域連携型認知症疾患医療センターの再公募ともう一つは、地域拠点型認知症疾患医療センターの更新でございます。いずれの点に関してでも結構でございますけれども、ご意見をいただきたいと思えます。その前にちょうど地域拠点型の認知症疾患医療センターを担当していると申しますか、先生方、委員の方々がおられますので、地域連携型に関してでも結構でございますし、地域拠点型の更新に関してでも結構でございます。何かコメントは、いいですか。一言お願いします。

○新井委員 順天堂の新井です。どうぞよろしく申し上げます。

私のところは、地域拠点型として五つの区があるので、一つは新たに地域連携型の病院との病院間の連携を大事にしているということがあります。ただ、こういう各区に地域連携型の病院ができたので、まずは、各区の地域連携型の病院が密に連携をとってもらうことを大事にして、その上で地域拠点型としてどうやっていくかというところ今年1年間重要視してきたと思えます。具体的には、一応、年3回連携協議会をやってもらって、その地域拠点型が主催するんですけども地域連携型の病院も出ていただいで、各区とそれから地域連携型の病院にも報告いただいでいます。その後地域包括からの事例検討会を中心に1時間半やるということで、そういったことで事例を通して各地域拠点型、地域連携型とそれから地域包括とのそしてそれを5区にわたって連携を強めていくと1年間やったんですけども。

あと、アウトリーチのほうを地域拠点型は担当しているということで、割と区市町村で、うちは文京区とか千代田区が、早目に初期集中支援チームを立ち上げて動き始めているので、その辺のすみ分けをどうやっていくかというところも今年1年かけて検討してきたんですけども、結局は、まずは初期集中支援チームでやっていただいで、それで特に困難事例は、我々も医師が参加する形でやっておりますので、そういう形ですみ分け

していこうかというような形を今進めています。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

ただいまの順天堂医院は区中央部でございます。それから、区西南部は都立松沢病院でございます、院長をお務めの齋藤先生、何かございましたらお願いいたします。

○齋藤委員 松沢病院は余りパフォーマンスの増減もなく経過しています。松沢病院は多分この12のセンターの中の総合病院や大学病院のような病院とそれから精神科病院の間ぐらいの特徴を持っている病院だと思います。ここに書いてございますのは、入院件数は認知症病棟に対する入院で、認知症病棟の患者さんは主として目黒区、世田谷区、渋谷区ですけれども、これの1.5倍ぐらいの3区100人の患者さんが合併症病棟に入院していて、その合併症病棟は江戸川より東とか多摩川より西、荒川より北の方もたくさんいらっしゃいます。

やっぱり、合併症病棟に入院する患者さんを診ていると治療の開始が遅いというか、例えば、大腿骨骨折が起こってから最も長いのは30日たって入院するとか、肺炎もこじれにこじれてから入院をするというケースが多くて、そうすると必然的に在院日数が長くなるとか、手術できる体にするまでに数週間を要するということが起こっています。我々の今後の目標としては、できるだけ早く、特に区域外の病院についてはできるだけ早く回していただくということと、やっぱりその認知症専門医が云々かんぬん以前に、体のことを日常的に診てくださる家庭医の先生が大事で、患者さんが訴えなくても聴診をすとかいうふうな基本的なことをして、早く病気を見つけて合併症病棟にご紹介いただくと治療はスムーズに進んで、今、在院日数が80日、70日ぐらいかな。なかなか下がらないんですけども、その下がらない理由は治療開始までに時間がかかっているということだろうと思いますので、その辺がうまくいけばもう少しスムーズに病棟は使えるようになると思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

もう一方。区西北部、東京都健康長寿医療センターでセンター長を務めていただいている栗田委員からお願いします。

○栗田委員 区市町村単位です、多くのところが認知症疾患医療センターが一つ設置されるようになったということで、区西北部では、練馬区と北区と豊島区に認知症疾患医療センターが設置されたんですけども、各区市町村に認知症の医療の拠点となる病院が一つできると、いろいろなことが変わってくるということがわかってきたということですね。

まずは、それぞれの区市町村の行政が認知症に対する意識が、やっぱり非常に変化してくるということ。認知症についての理解も深まるし、やるべきことは何かよくわかっているということで、今それぞれの区市町村で認知症のための連携協議会というのが立ち上がっておりますが、そこに各認知症疾患医療センターの関係者も入って、そして医

師会が入って、かかりつけ医の先生たちが入ってということではほかにもいろんなメンバーの人が入っていますけども、それぞれの区市町村単位でどうやってその認知症の支援体制づくりをしていこうかということが、本当に数年前に比べると活発に討議されるようになったなという感じがいたします。

ただ、人口規模が本当に区市町村によって全く違うので、ここからは本当にそれぞれの区市町村で、認知症疾患医療センターは1カ所設置されているだけなので、その役割とか立ち位置も全く異なるので、それぞれの区市町村の中でどういうふうな立ち位置で機能していくのか。ここは医療部会ですので医療のことを言うと、かかりつけ医なり医療機関がどういうふうな連携をしたり、役割分担をしたりしていくかということをしてそれぞれの区市町村単位で、連絡協議会の場で議論していくということがこれからの課題になるのかなというような気がしております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

地域拠点型でも病院の種類が大きく違います。地域連携型は、大きな違いがあります。総合病院からクリニックまで。一定のセンターの機能を決めておくというよりはそれぞれの地域でどういう役割を果たすかということですね。

それでは、自由に皆様からご意見をいただけたらというふうに思います。今後のセンターへの要望でもよろしいですし、あり方でも結構でございます。地域拠点型、地域連携型それぞれございますが、皆様、携わっていらっしゃる地域連携型もいろいろな種類があると思いますので、いかがなものでしょうか。

○山田委員 私、今、地域でケアマネジャーとして対応していますので、やはり最近、東京都内のような地域もそうですけれども、独居の方とか、あとやっぱり高齢世帯で見ていらっしゃるというお宅のほうで圧倒的に多いので、やはり今までも何度か意見として議論されているところではあるんですけども、患者さんは何とか、地域連携型であったり、地域拠点型であったりというところで患者さんを受け取るにしても、やはりその後のフォローということになると、なるべく早くにやっぱりかかりつけの先生のほうにお戻し、その連携がスムーズにあって在宅で見ていくという体制が本当に大切だなというふうに最近実感しています。

もう本当に年末年始も、いわゆるレビー小体の方だったりすると、奥さんの首を絞めちゃったと言っている中にうちの事業所が呼ばれたりだとか、やっぱり結構その数が前よりは、ぐっとふえているなというのが正直なところの地域の実感で、そうになると、救急車でどうのこうのとか、警察でどうのこうのと解決しないんですよ。やっぱり高齢の奥さんが駆け込めるのは、地域の主治医だなということは感じていて、その先生方がいかにその患者様の情報、正しい認知症の情報と、後はやっぱりどうしてもお薬の調製ということになると、診療科によっては専門外ということもおありになるでしょうから、そこで専門の先生方とのアドバイスというか、連携をしながら見ていけるかということ

が、本当にこれから要になっていくんだなということを実感しています。

そういう意味では、前段のほうのお話にもかかってくるんですけども、結構、病院のそれこそ看護師さんであるとか、お医者様であるとか、病院から地域、地域から病院というところを仕組みとして連携パスだとかいろいろなものができているんですけども、それでうまくいった事例集とか、何かいろいろこう研修の中でもたくさん共有されていると思うんですけども、その研修に行かない。うちもクリニックなので医師もなかなか行けないということがあったりするので、そういったことがもう少し何ていうんでしょう、情報として常々目に触れているという環境があると、もう少しいろいろ策が考えられるのかなんてことをちょっと考えているところです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

前に栗田委員から教えていただいたんですけど、老々世帯と独居の世帯とも両方増えていくと思っていたのですが、その増え方が老々世帯は割とそんなに急激ではなくて、やっぱりお二人がお年をとられてくるとどちらかお一人が施設に入られたり病気になられたり、独居のふえ方が極端で、70万世帯を超えているんですね。無理をして家で暮らせばいいということでは全然ないんですけども、家で暮らしたいという方はいろいろな家で暮らすためのサポートというのがより大事になってくるなど、山田委員のご意見をお聞きして感じたところです。ありがとうございます。

どうぞ、ご自由にご発言をいただけたらと思いますが。

どうぞ。工藤委員、お願いします。

○工藤委員 認知症疾患医療センターの指定を受けた病院が27年の9月にできまして、先ほど委員のほうからも、地域連携型の認知症疾患医療センターができると市の認知症に対する考え方が変わるという話ありましたけれども、本当に認知症に関する医療の面が特に身近になったなというのが実感しております。特に、稲城市の場合、市内に精神科のクリニックがないという、ちょっとこれも課題なんですけれども、そういう医療の状況の中、稲城台病院さんに指定を受けていただいて、研修をはじめ初期集中支援チームの準備を1年間かけて進めてきたことで、とても市としてはありがたいことだなというふうにも実感しております。

また、地域拠点型の認知症疾患医療センターの平川病院さんとは今年研修を市内で実施していただいたり、連携協議会のほうで定期的に情報交換させていただいて南多摩地区というか、圏域での情報交換の機会になっていますので、とてもありがたく思っております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

引き続きご意見をいただけたらと思います。いかがでしょうか。

○高瀬委員 私のほうからいいですか。何回もすみません。

○繁田部会長 ぜひ、お願いします。

○高瀬委員 お願いと申しますか、認知症の方は大体入院するとますます認知機能が落ちちゃったりとか、場合によっては褥瘡ができたということがあります。今のシーズンですと、インフルエンザのワクチンを打っていてもインフルエンザにかかる方も多くいらっしゃる。それで、認知症があると、肺炎とかになりそうなので、冷や冷やししながら先手でやってはいるつもりで、なかなかうまくいかない。

齋藤先生のところに無理やりお願いしたりというふうな状況もあったりするんですが、インフルエンザとそれから脳梗塞、肺炎、骨折、带状疱疹でも入院し、在宅療養が継続できないことが多いので、できるだけワクチンとかうまく使って認知症の方が入院しないで済むような、もうちょっと認知症だけに特化するのではなくて、少し生活面あるいはその予防の面にも広げて認知症疾患医療センターからも啓蒙していただくとすごい助かるんだと思うんです。むしろ認知症疾患医療センターでも認知症のことよりもう少し広げて言っていただけると、もうちょっと、無駄な入院が防げると思います。あるいは骨折予防の薬は半年に1回とか1年に1回でいいというようなのも出てきたりとか、うまくサプリメントを組み合わせたりとかすると、随分その患者さんのQOLも上がり、気がつくとも患者さんの家族あるいは東京都、国のお財布にも優しいことが、認知症疾患医療センター発で色んな提案できるんじゃないかと思うんですが。何かちょっと余り認知症のことばかりこだわるよりは、認知症の患者さんのQOLを予防的にアプローチしていくというところに段階として来ているのではないかと思って、先生方に、ぜひご検討いただければと思いながらお話を聞いておりました。

○繁田部会長 先ほど、齋藤委員の意見につながるところですよ。体のほうがきちっと診られているとそれだけで安定されるといいですかね、悪くならないとかあります。先生がおっしゃったのは、専門のかかりつけ医だけではなくて、それこそそれぞれの職種が認知症のことだけではなくて、合併症とか体の病気の内容を少しでも研修の中に入るとよいのではないかということですかね。ありがとうございました。

どうぞ。引き続きお願いいたします。

ちょっと、質問してもいいですか。順天堂なんですけど、初診までの待ちがゼロなんでしょう。すごいじゃないですか。どうして。

○新井委員 それは私の外来でもそうなんですけど、順天堂全体として初診は予約制じゃないんですよ。ですから紹介状を持ってこられても、なくても初診の方はその日に診る。昼間の5時以降は救急部門が。

○繁田部会長 ありがとうございました。

割と大学病院等は、患者さんとかご家族の便宜を図るということで、ワンストップで検査を終わらせますみたいなことをやっていらっしゃるところが結構あるんですよ。そうすると、1回で来ていただいてMRIをとって検査をやって。ただ、それまで患者さんが待つんですよ。何もわからず、ただ、もの忘れどうしたんだろう、何が原因だろうと不安のまま待つ。なので、1回さっと会って必要な検査はこういうふうにか

らやらなきゃいけないけれども、差し当たり今の段階でこういう見立てができるといった相談をするだけでも、私は家族とか自分自身が患者だとしたら、そっちのほうがいいかなということはすごく思いました。

○新井委員 もちろんセンターの相談窓口がかかわって地域包括の人たちと一緒に受診がなかなか難しい人とか、家族がいなくて地域包括の人が助けにきてくれて一緒に受診なんていう場合は、前もって調整して、それで待っていて、その日に来るという形の形式をとっているんですけども、通常、ご家族なり本人がそういうアレンジなしで来られたときには、もうその日に診るということでそういう意味でゼロという形で、実際にもうどの科も全部そうなんですけど。

○繁田部会長 ありがとうございます。

いかがでございますか。

はい。齋藤委員、お願いします。

○齋藤委員 松沢病院には、救急で入院なさる方がたくさんいるんです。認知症の患者さんで救急で入院する方がいる。それから多摩総合医療センターでもERを受診する人、認知症だと認知された人とそうでない高齢者を分けると、統計学的に認知症のお年寄りには救急車の利用率が優位に高い、入院率が高いんですよ。要するに、重症になってどうしようもなくなったから来る。

ところがそれが本当に医学的に重症かということ、先日、松沢病院に食道がんの疑いで低血糖でコアンモニア血漿で意識障害の疑いといって来た人は、要は食べてなかったんですよ。食べられなかったんじゃない、食べてなかった。食べただけで元気になった。在宅というけれど、例えば、糖尿病の薬はちゃんと飲めるか、高血圧の薬をきちんと飲めるか、食事はちゃんとできるかということが、保証されないで在宅もへったくれもないと。

今の救急に来る患者さんの多くは1週間前に福祉的な手が入っていれば救急にならずに済んだ。医学的な救急というのは医療の失敗じゃないですか。失敗したから救急になるわけでしょう、心筋梗塞なんかは別だけど。だから、それを防ぐ方法を考えないといけなくて、昔は何かこう緊急に養護ホームとか特養に措置してくれることがあったけれど、今もうそのかわりに病院が使われるんですよ。金曜日の夕方でも土日どうやって暮らすかわからないから入院させてくださいとかいうのはね、余りにコスト意識がなさ過ぎるんです。ものすごくお金がかかっているわけで、これは医療部会だからあれですけども、そっちがかけている。公的な福祉政策が、どんどんシュリンクしていて、有料老人ホームみたいな営利企業がやっているところばかりが伸びちゃうから、伸ばしてそれで補おうとするから、かえって患者さんは生活できなくなる。

あえて医療のほうに結びつければ、きちんと食事ができて、きちんと持病の薬が飲めれば安楽に暮らせるものが、在宅、在宅と言っているうちに全然だめになってしまうということがあるので、やっぱり医療だけがね、認知症、むしろ医療ができることなんて

本当は物すごく少なく、福祉がちゃんとしていけばそんなことはない。日本でこれだけ医療、医療と言われるのは、医療がただだから。やっぱり、ちょっと、それは政策全体を考えないとこれから先はやっていけないだろうと。特に、福祉の救急措置みたいなのではないと。

○平川委員 まさに、齋藤先生のお話のとおりで、齋藤先生も私も精神科の医者ですけども、精神科の救急というのはその日突然というのは余りなくて、1カ月前から何かあって放置されて結果的に後日がXディとなるわけです。高齢者の認知症も似ていると僕は思っています。そのような方々が、特に三次救急を初めとしたところに搬送されてしまうと大変な問題になります。八王子のほうではそのあたりについて、病院救急車を使っていわゆる三次救急に行かないような形で地域の療養型病院なんかも救急病院的に使うというようなことを考えてやっています。

もう一点、私の立場として老人保健施設のほうも担当していますので、老人保健施設の医療をもう少しテコ入れして、特に老人保健施設のショートステイの使い方を活用すべきじゃないかと思っています。ショートステイはもちろん特養にもありますし、老健にもありますし、あるいは有料老人ホームも近いことをやっています。多くはレスパイトケア、ご家族をお休みさせるためにという使い方が多いんですけども、それをさまざまな機能を持った老健施設で同じでやっているのはおかしいと思います。老健施設というのは、医者もいますし、看護師も介護もいるリハ職も配置されています。それをレスパイトだけのショートステイで使うのはちょっともったいないなと。ショートステイを使って、例えばポリファーマシーとなりたくさんの薬を飲んでいての方をショートステイ中に医師が薬を整理する、あるいは、ちょっと最近、認知症の状態がおかしいぞと、進行したんじゃないかというときに、それをわざわざ病院に入れるんじゃないかと、ちょっと老健施設のショートステイに入ってもらって多職種視点で評価する。あるいは、ADLもそうですけども、リハ職もいますので、評価をして変化を見極める。そういったものを、全て病院でやるのではなくて、老健等を使ってみるのもあるのかなと思っておりますので、また参考にしながら考えてみたいと思います。どうも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。

関連することでも結構でございます。

○西本委員 じゃあ、関連で。やはり地域で福祉と平川委員がおっしゃっていたように、ちょっと疲弊しているのと、方向性が違うというのは本当にそうだ、そうだと思いますが聞いていました。齋藤委員がおっしゃったように、事前に対応しておけば、何とかなるような人がいっぱいいるというのは我々もよくわかっていて、ただ、ご本人がもう頑として動かない状態であると、もう入院の状態にまで待たなければならないようなパターンの方たちがいて、そういう方たちをうまくフォローしていくのが認知症の初期集中支援チームだとか、そういうアウトリーチの人たちなんだろうというふうに思っていて、

今後そういうところが充実していくのと同時に、平川委員がおっしゃったように、老健のショートだとか、そういうものが、もっと認知症の人たちに優しく、特養の方たちも手いっぱいなのはわかるんですけども、どこかそこに何がしかの施策みたいなものがぜひ欲しいというふうに思っています。なので、いろいろなものがうまく回っていくというのがやっぱり望ましいのかなと思うんですが、そういうものをやはり我々地域としては望みたいというふうに思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。

関連することで結構でございますが、いかがでございますか。

山田委員、お願いします。

○山田委員 この一つのことをとっていろいろな背景があるなど実は思っていて、結局そのレスパイトで特養のショートや老健のショートが使われているのというのは、もちろん施設のほうの考え方が、割と安定している利用者をとって効率よくという状況にしないとなかなか厳しい介護力ということもありますし、あと、同時に、やはり家族機能の低下と言っちゃうのは、ちょっと語弊があるかもしれないんですけども、なかなか昔のように家族が支えるということがもう難しくなっている中で、実際にレスパイトの希望がふえているということもあるかなという、独居の方であるとか、高齢世帯というところですけども、やっぱりふえているなどというのも実感としてはあります。

なので、もちろんいろんな選択肢がふえるということが一番だとは思いますが、私もちょっと実はこの来年度の施策を見ていて、介護にかかわることとなると、グループホームの整備ということがやっぱり主になってはいるんですけども、でも、やっぱりグループホームに入れるというのは、都内では、特に23区内ではお金がないと入れないという状況なので、そこに入れたい方をどうやって支えていくかということになると、やはり看護小規模多機能型居宅介護だとか、本当にさまざまな形で一時お預かりができるというような仕組みで、なおかつ24時間体制のところかふえていかないと難しいだろうなというふうに思っているんです。

私のいる事業所はケアマネジャーも、訪問看護ももちろん24時間訪問診療もそうですけど、24時間とっているんですが、もうそういうところに年末年始ものすごい勢いで集中するんですね。やっぱり訪問看護もたくさん事業所ありますけども、24時間やっているところもまだまだ少なくてもどうしても集中してしまう。そこだけが大変な状況になってしまうみたいなのがあるところがあって、もっとこう全体の世論にもよるのかもしれないんですけども、やっぱりそういう体制で在宅を支えていくところがふえていかないと、単に施設、ショートということだけではもうちょっと解決できないんじゃないかなということも思っていて、そういう意味でも本当はこの予算の中にグループホームもそうなんだけど、もうちょっとさまざまな部分での支援体制ということを特に東京は考えていかないといけないんじゃないのかなというの思うところです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

その視点としては、体の健康や病気の管理を支えるみたいな視点ですかね。

○山田委員 そうですね。やはり在宅をどういうふうにやって、今の高齢者の方って結構、認知症になってもなかなか施設入所も難しくなっている方も結構多いので、そういう意味では、24時間いつでも対応ができますという状況の支え方も必要になってきたり、その関係性の中で、じゃあ、ちょっと泊ってみようか、1泊ぐらいとって泊まれるような機能というのと、看護多機能だったり、小規模多機能だったりみたいなことがもう少し安価にちょこちょこ使えるようなこともないと、単に施設となっちゃうと、やっぱりどうしたって上物だからお金がかかるじゃないですか。もっと安価にそういった泊まりの機能が使えるようなところがふえていかないと、難しいのかなと。特に23区は土地が高いので一々泊まるのにお金がかかるのが、なかなか利用をさせにくくさせているもう一つの要因かなということを感じています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

はい。お願いします。

○新井委員 今のよくわかりました。施設も本当に熱心なところは、外来と一緒に来てくれて、毎回来てくれて、お薬も含めてどうしたらいいかと言ってくれるので、僕は熱心なところといつも感心しながらやれているので、そういうところを少しでもふやしていく。結局、連携ですよ。だから、それはできているところはできていると僕は実感していますけど、齋藤先生はいつもね、一番大変な難事例を最後はやって、それで、もともと熱き思いなので、ああいうふうな気持ちになっていると僕はいつも感心するんですけども、あの思いを学んでいるんですけどね。

ただ、事例検討なんかを聞くと、本当に僕は地域包括の人たちよくやっているなという気は一方ではしていて、そこが対応できなかったところがさっき多分、齋藤先生のところに行って、それで熱き思いになるんだと思うんだけど、それはそれとして。そういう意味では、でも、地域で地域包括はよくやっているし、僕はプランとしては医療か、介護か、いずれにしてもやっぱり西本さんもおっしゃったように、初期集中支援チームとか、それからアウトリーチチームはせっかくあるので、それがどんどん充実していけば、齋藤先生が言ったようなところも早目、早目に対応できるんだろうし、今のをいかにこのできたプラン、新オレンジプランでもいいし東京都のプランでも、それをいかに充実させていくかというところが大事なんだろう。そのポイントは連携なんだろうな、各施設の熱心なところといかに連携していくかというところを充実していくしか、まずはないんじゃないか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。

引き続き、牧野委員にお願いしたいと思います。

○牧野委員 私は、地域でどうやって支えるかという活動とそれから家族の支援ということを日常的にやっているんですが、先ほど予防的なものがこれから必要ではないかという議論があったんですが、やはり認知症カフェというタイトルにお金をもらってやる場

合にはなってしまいますけども、80代、90代の高齢者たちが20人ぐらいいらっしゃるんですね、おひとり暮らしで。90代の方もかくしゃくとしていらっしゃるわけで、そこに訪問医の先生が来てくださったんですね。診療所の先生なんですけど、40代の方で、まるでお孫さんのような感じなんです。

やっぱりそういう方と早くから、ああ、この人が助けてくれるのねということ、そのセミナーがたまたま訪問看護事業所の隣のセミナー室を使ったんですが、そういう場所があるんだということを早目、早目に高齢者自身が知っておくということは非常に大事だなとそのとき感じたんです。非常にわかりやすいお話をしてくださって、皆さんもよくわかったわ、資料は適切でしたと書いてあったんですけど、そういうふうなつながりというのを非常に早い時期にやっておくというのは非常に大事だろうなというふうに思うわけです。

ただ、その地域でそういうふうなことをやろうとしたら、やはり先生にただで来てくださいとはなかなか言いにくいので、これやはり助成金だとか補助金だとか、そういうものがたまたまないところでできないわけなんですね。そういったことをその先駆的にやっているようなところはありますが、これ完全にボランティアにやっていて長続きがしない。自治体のほうも認知症カフェの立ち上げだけは出すけれども、数万だけ出すけれども、後は、自分でやってねということになると、これは運営自体が厳しい状況なんですね。日常的にそういう高齢者を支えていくためには、その日常生活支援体制事業、総合事業との絡みというのが非常に大事だと思うんですが、違う部署の話になって恐縮なんですけど、そこがなかなか本当に必要なボランティアな人たちの日常的な支えという部分が、これちょっと愚痴になってしまって申しわけないんですが、いわゆるBサービスというものが遅々として進んでないのですね。そういうことを地域で見ていると、本当に必要な支援がなかなか始まってきてないというような危機感を感じるのが一つです。もっと地べたでいろんなことが始まってほしいというのが実感なんですね。

それからもう一点は、先ほど家族会の電話相談の相談者の様相が変わってきたというお話がありましたけど、まさに現場でもそうでした、もちろん高齢の家族、老々家族も大変ですが、徐々に、徐々に介護する人の年齢が下がってきている。これ何遍も申し上げていることで恐縮なんですけど、特にシングル層が30代、40代、50代後半シングル、お母様を看ているというような人がサロンに何人も来るんですね。困りごとってそれこそ、お母さんに食事はどうやってつくっていかかわからない、というような日常的な困りごとが多いわけなんです。ところがその相談を日常的にする場所がないというふうなそんな困りごとが見えて、もちろん病院のこともご存じないでしょうし、認知症疾患医療センターのことも全くご存じないというようなのが本当に一般の市民の状態でございます。

企業でそういう情報が流れているかということ、まだまだ介護離職の問題は正社員の離職をいかに減らすかというレベルでの話なので、非正規でとか自営でなんて人にはそう

いう支援はまだまだ回っていないのが現状ですので、もう少しその今の家族の様相なんかも含めて考えた柔軟な支援策。それこそ先ほどおっしゃったようなちょっと預けられるとか、ちょっと息を抜けて勉強ができるとか、やはり教育というのは非常に重要なことだと。特に初期のときの学習がないんですね。いろんな意味の学習がないんです。そういう場をいかに提供できるかというのは地域もそうですけども、企業や行政やいろんなところの連携のもとにそのことがなされないと届いていかないだろうなというのは非常に強く感じるところでありまして、しかも一人っ子さんがふえていますので、本当に頼るべきものがない。子供食堂も大事ですけど、私は若者食堂がいるなと思っているんです。それは、やはり貧困になっていきます。それからつくづく思うのは、30代、40代でまだまだご両親に相談したい時期にもうご両親が亡くなっているんですよ。お二人とも亡くなっていて兄弟もなし。そうすると、相談するべき親的な人がいない。で、我々はおばちゃんたちなので、ああ、お母さんのかわりだなと思うことがよくあるわけなんです、まさにそういうようなのは実は現場ではありますので、そういう本当に見えない層、ひっかかってこない層をいかに手を伸ばすかということも少し所管は違っちゃうのかもしれないんですが、少しこの食指を広げてそういうことを考えるような連携室を東京都では先駆的にやっていただけないかというのが、切なる思いであります。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。高瀬委員、お願いします。

○高瀬委員 平川先生のところの「ぐらんぱぐらんま」という施設があって、私の患者さんでもちょっと遠くてもちゃんと歩けるように、ちょっと足の不安定な人なんかは先生のところに2、3カ月預けると歩けるようになって帰ってくるんですよ。

○平川委員 たまたまですよ。

○高瀬委員 全員じゃないですよ、もちろん。というふうに使わせていただいて非常に助かりますよね。そういうところがどんどんふえるといいです。単なる介護施設って寝転がしておくだけじゃなくて、ちゃんとリハビリをやるとか、目的意識を持った介護施設がどんどんふえるといいと思います。

ちょっと、これは、東京都の皆さんにお願いするのか、国にお願いしなきゃいけないのかわからないんですけど、例えば、ショートステイで、認知症の患者さんで、男性で、尿カテが入っているとします。認知症の人たちですからうまく入らないで屈曲したりで尿漏れするんですよ。1回中の水を抜いて少し移動させて、また固定すればすぐ直るんですけど、夜中に先生尿漏れですと看護師さんから電話がかかってくる。慌てなくていいから、別にそれ尿漏れしても死なないから、明日行ってあげるから待っていてと言うと、今度は尿カテ変えろというわけですよ。男性じゃないからわからないかもしれないけど、尿カテなんか何回も月に2回も3回も変えられたらいい思いしないし、裂けちゃったり、尿道カルツというのものもあるし、余りむやみやたらにやると尿路感染にもなるし。

先ほどの齋藤先生のお話にも通じますけど、看護がちゃんとそれを見て、対応してくれないかなと。ショートステイ先とか有料老人ホームなんかは、昔は点滴を抜くのを僕らは呼ばれて行きましたけどね。今、それは何とかしてよと頼んで、有料老人ホームで点滴ぐらい看護師が抜くことは当たり前だと思うんですけど。尿漏れの度にかけていたら医療費幾らあったって足りないですからね。尿カテを少し動かすぐらいはショートステイ先の看護師さんができるように、それは厚労省に言わなきゃいけないのかもしれないですけど。

やっぱり認知症の人たちだからそういう管理が自分たちでできないので、それトラブルが起きるに決まっているわけですね。ちょっと、愚痴も含めて。そういうのも研修でぜひお伝えください。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そろそろ。

○齋藤委員 もう終わりだとわかっているから、簡単にします。僕は別に地域がだめと、地域に力がないと言っているわけじゃなくて、地域が使える医療以外の支援がなさ過ぎるということを言いたいんです。それで、だけど、その認知症の患者さんで一番困っているのは、単身者と子供のいない老人二人の世帯ですよ。そういう人たちは家族会にも行かないし、政治家に圧力もかけられないわけです。そうすると何の意思表示もできないんだけど、単身の認知症の患者さんというのは、人口の割合でいえば一番多いんですよ。だから、まずその人たちをどうするかという政策にしないと、失礼だけど、家族が休むのはその次だよ。だって、単身の人は死んでしまうんだから。そのためには、僕は医療の前にその生活の福祉というものが重要だというふうに思う。

僕、平川先生のアイデアは、すごくいいアイデアだと思うんだけど、老健施設って、ちょっと性格がはっきりしなくなっているじゃないですか。だから、多少の医療措置を伴うショートステイとか緊急ショートみたいなものにお金をつけて、ちゃんと経済的な利用度があるようにして預かってもらうようにすれば、それは、今ある資源を使えるわけだし、すごくいいアイデアだと思いました。

○平川委員 ショートステイというのはご案内のとおり入所じゃないんですね。例えば、老健施設は施設内の医療がものすごく規制を受けています。ですから、例えば外来でアリセプトやメマリーというお薬を飲んでいて、老健に来ると両方使うと大体月で3万円ぐらいかかっちゃうんです。老健施設の医療というのは厚労省の試算では、月額6,000円ぐらいになっているんですね。ですから高価薬の方を入れるだけでもう持ち出しになってしまいます。老健入所の方は高齢者の医療保険も払ってますし、介護保険も払っているから当然医療保険を使う権利があると思うんですけども、老健に入ると介護保険だけになってしまって、医療保険の多くが使えないという。老健に入れば医療保険払わないでもいいじゃないかと僕は思ったりするんですけども、それぐらいに変ないびつな仕組みなんです。

先ほど言ったように、ショートステイは在宅のサービスにくくられていますので、前々回の介護報酬改定で入所者に対しては帯状疱疹、尿路感染症、肺炎については老健内の医療費が認められたんです。でも、それがショートステイでは使えないんですね。ショートステイは入所の介護保険じゃなくあくまで在宅の介護保険サービスですから、できれば簡単な肺炎とか尿路感染だったり病院を使わずに、いわゆる有床診療所のレベルぐらいの医療は老健施設がやるべきだと思っています。本当に今使い手が悪くなってしまっているので、齋藤先生のご指摘というのは訴えていきたいところだと思っています。

以上です。

○桑田委員 先生、いいですか。最後に。高瀬先生の思いに、ちょっと、やはり反応しておかないと。私も一瞬どうしようかなと思ったんですけど、先生、ナースは確かにその点について少しぐらい考えてやってほしいと思います。でも、反対にドクターがどなる。ナースにどなる医師もいる。高瀬先生みたいなドクターだったらいいんですけども、ナースが判断し実施するとどなる医師もいて、やはり困っている看護職たちもいるということはおわかっておいてもらいたい。

そして、このドクターの研修ですけど、実際に急性期のそれこそ救急救命とかですね、全然関係ないわけではなくて、実は、多分23区内かなりのお年寄りが救急救命を利用されていて、その出勤率で予算が云々とか、今後はどうなるのかということがすごく問題になっている。私、某区で呼ばれて救急救命のドクターと市民講座で話をしたことがあるんです。高齢者の話をしてくれと。それで、救急救命をやっているドクターが、救急車の出勤率が上がり、それを何とかしていかなくちゃいけないということをすごく訴えてきました。それで、実際にクリティカルな分野はナースの話を聞くと、ほとんどが高齢者で実は困っているんです、救急救命も。私は、その人たちにADLを下げずに体をよくして早くに元いた場所に返せといつも言うんですけども、垣根の向こうの人たちの苦勞が見えないというかね。あっちも疲弊しているんですよ、特養のナースばかりじゃなくて。

ですから、どこもかしこも疲弊していて、いつになったら疲弊が終わるのかなとか、どうということが疲弊がなくなったというのかなと試してみたり、実際にこのナースの研修も急性期のナースばかりにやっているけど、実際、施設のナースも必要だし、そこで顔が見える関係づくりもできる。だから、何かもう少し自由な発想とか、もうちょっと他領域を見る目とか、本当に東京を何とかしたいと思うんだっつたらば、もう少しほかのところも含めて検討していかないとならないと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

かかりつけ医の研修があつて、ちょっと最近はおぶさたなんですけど、前に講師とかやらせていただいて感じていたのですが、認知症の診断や治療が中心なのですが、大事なのはまず、合併症などの薬が飲めているかどうか確認していただいて、飲めてな

い場合には、例えば、介護保険を使ってヘルパーさんに入っていたりとか、そうした話にしたほうがよっぽど役に立つというふうに思いました。だから、それも救急のほうも多分そういうことなんですね。かかりつけ医認知症対応力向上研修は、やっぱりどこかで見直してもいいのかなという気がします。

いや、診断をして、それでこの診断だったらこういうことを気をつけてくださいね、こういう危険もありますからと言うわけじゃないんですよ。それだったら別につけなくていいかなという感じになっちゃうんで。診断つけたからには、この病気だったらこういうことがあるから、こういう心配はあまりないかもしれないけどというふうに言えると思います。ですが認知症医療がそこまで行ってないので、だったらそれよりは体のお薬は飲めていますかと。早速もう介護保険の意見書を書いて、頑張って要介護できれば2とか3とかとってヘルパーさんに入っていていただいてそしたらお薬は減りますからね、基本的に。ちゃんと飲んだら血圧は下がるわ、血糖は下がるわ大変な話で。

○高瀬委員 低血糖になっちゃう。

○繁田部会長 かかりつけの先生は飲んでいるとか言って、高いねと言ってふやしていくわけだから。

○新井委員 何かみんなの愚痴みたいに。

○繁田部会長 あと、時間が1分あるので、あと、もう事務局に返さないと、これは新しい知事になって8時にここを終われないといけなくなったので。まことにすばらしい知事でございますので、早々に終わりにしたいと思いますけど、じゃあ、マイクをお返ししたいと思います。

○上野課長 繁田部会長、皆様、本当に多様なご意見をいただきまして、きょうもありがとうございました。今後の都の施策のほうに反映できるところを、できるだけしていきたいというふうに思っております。

今回の認知症医療部会の委員の皆様の委嘱期間なんですけれども、29年3月までとなっております。本部会については、2月17日に開催する認知症対策推進会議の親会議のほうにおいて来年度も継続して設置するご了承を得る予定としておりますので、引き続き皆様方のご協力を賜ればと考えております。委嘱の手続については、また、別途ご連絡をさせていただきます。

区切りということで、最後に、高齢社会対策部長からご挨拶を申し上げたいと思います。

○西村高齢社会対策部長 高齢社会対策部部長の西村でございます。委員の皆様には、大変お忙しい中、認知症医療部会の審議にご協力いただきまして、まことにありがとうございます。

この部会におきましては、東京都における認知症疾患医療センターのあり方を初めとして、認知症の人と家族を支える医療提供体制などのあり方、構築に向けた貴重なご意見をたくさん頂戴していたところでございます。

先ほどもごらんいただきましたように、昨年12月に公表いたしました小池知事の「都民ファーストでつくる『新しい東京』2020年に向けた実行プラン」におきましても、認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるよう、支援を充実していくことを盛り込ませていただきました。

来年度は、平成30年度からの高齢者保健福祉計画及び保健医療計画の改定を行う予定でございます。東京都では、皆様方からいただきましたご意見や国の動向などを踏まえ、認知症施策のさらなる強化に取り組んでまいりたいと考えております。

最後になりますが、皆様方には、今後とも多くのご意見、ご助言を賜りますようお願いいたします。本日は、どうもありがとうございました。

(午後 8時1分 散会)