

第 1 4 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 8 月 1 0 日
東京都福祉保健局

(午後 6時31分 開会)

○上野課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第14回東京都認知症医療部会を開催いたします。

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、東京都福祉保健局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。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず、配付資料の確認をさせていただきます。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。

お手元の次第にありますとおり、資料1から資料10までございます。その他、参考資料が1から12までとなっております。加えまして、委員の皆様には、議事におきます議論の参考としていただく資料を机上配付させていただいております。

また、本部会の親会議であります、東京都認知症対策推進会議の大野委員より講演会のお知らせをいただきましたので、あわせて配付をしております。

また、西田委員からも、講演会等のお知らせをいただいておりますので、机上に配付をさせていただきました。

よろしいでしょうか。

それでは、このたび2年間の委員任期満了に伴いまして、今年度より新たに委員の委嘱をさせていただきましたので、委員及び幹事のご紹介をさせていただきます。

資料1に名簿がございますので、そちらをごらんください。

委員名簿の順にお名前をお呼びいたしますので、ご所属等は資料1でご確認、お願いいたします。

新井平伊委員でございます。

○新井委員 順天堂大学の新井です。どうぞよろしくお願い致します。

○上野課長 栗田圭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の栗田でございます。よろしくお願い致します。

○上野課長 繁田雅弘委員でございます。

○繁田委員 慈恵会医科大学の繁田でございます。どうぞよろしくお願い致します。

○上野課長 桑田美代子委員でございます。

○桑田委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 齋藤正彦委員でございます。

○齋藤委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 高瀬義昌委員でございます。

○高瀬委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 田邊英一委員でございます。

○田邊委員 よろしくお願ひします。

○上野課長 新田國夫委員は、本日、ご欠席となっております。

西田伸一委員でございます。

○西田委員 よろしくお願ひします。

○上野課長 西本裕子委員でございます。

○西本委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 山田理恵子委員は、少し遅れて見えるということで、後ほどご紹介したいと思ひます。

山本繁樹委員でございます。

○山本委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 牧野史子委員でございます。

○牧野委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 渡部裕之委員でございます。

○渡部委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 小玉伸一委員でございます。

○小玉委員 よろしくお願ひいたします。

○上野課長 横山桂樹委員でございます。

○横山委員 よろしくお願ひします。

○上野課長 それでは、幹事をご紹介させていただきたいと思ひます。

本部会には、事務局を補佐する幹事として、東京都関係部署の代表が出席をしておりますので、ここで紹介をさせていただきます。

粉川高齢社会対策部長でございます。

○粉川高齢社会対策部長 粉川です。よろしくお願ひします。

○上野課長 久村医療政策部地域医療担当課長でございます。

○久村医療政策部地域医療担当課長 久村でございます。よろしくお願ひいたします。

○上野課長 坂田高齢社会対策部計画課長でございます。

○坂田計画課長 坂田です。よろしくお願ひいたします。

○上野課長 諸星高齢社会対策部施設計画担当課長でございます。

○諸星施設計画担当課長 諸星です。よろしくお願ひいたします。

○上野課長 なお、成田幹事、石黒幹事、西脇幹事、木村幹事、下川幹事につきましては、所用により、本日、欠席とさせていただきます。

それでは、開会に当たりまして、福祉保健局粉川高齢社会対策部長より、委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○粉川高齢社会対策部長 高齢社会対策部長の粉川でございます。

委員の皆様方には、日ごろから東京都の福祉保健医療行政に多大なご協力をいただいておりますことに、厚く御礼を申し上げます。

さて、皆様ご存じのとおり、東京都の認知症高齢者は、昨年度は41万人でしたが、8年後の2025年には約56万人に達するものと推計をされております。

また、高齢化の進展に伴い、今後、ひとり暮らし、または高齢夫婦のみの世帯で暮らす認知症の方も急速に増加していくものと見込まれております。

こうした状況の中、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくためには、大都市東京の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの構築を目指し、医療介護など必要な支援を受けられる体制を整備していくことが急務となっております。

都におきましては、認知症対策を重要な課題であると捉えておりまして、昨年12月に策定をいたしました「2020年に向けた実行プラン」及び、本年7月の「重点政策方針2017」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んでいるところでございます。

また、現在、策定を進めております、東京都高齢者保健福祉計画、東京都保健医療計画におきましても、認知症対策を重点分野の一つに位置づけ、施策の充実を図っていくこととしております。

本部会におきましては、認知症疾患医療センターを始めとした認知症医療に係る地域連携体制のあり方などについて、ご検討をいただいておりますが、委員の皆様には引き続き中長期的な観点から、多くのご意見、ご助言をいただきますよう、お願いを申し上げます。

簡単ではございますが、ご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○上野課長 それでは、本日、委員改選後、初めての会議でございますので、部会長及び副部会長の選任をさせていただきます。

要綱の第4の8（1）により、部会長は委員の互選により定めるとされておりますが、いかがでしょうか。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 前回任期におきましても、当部会の運営に大変ご尽力いただきました繁田委員に引き続き部会長をお願いしたいと思います。

（拍手）

○上野課長 ありがとうございます。では、拍手をもって部会長を繁田委員をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

（異議なし）

○上野課長 それでは、繁田委員は部会長席にお移りをいただきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、部会長から一言ご挨拶をお願いします。

○繁田部会長 ご指名をいただきました繁田でございます。恐縮でございます。ありがとうございます。

今までも試行錯誤で迷いながらもやってきましたけれども、素晴らしい委員の皆様にも助けられて、いろいろ助けていただけて議論を進めることができ、本当に私自身も勉強させていただきました。

これからはしばらくまた皆さんと一緒に議論ができることを大変に光栄に思いますので、どうぞまたお力をかしていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○上野課長 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。

要綱第4の8(3)においては、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、部会長から副部会長のご指名をいただきたいと思います。

繁田部会長、よろしくお願いいたします。

○繁田部会長 順天堂大学の新井先生にお願いしたいと思います。今までも議論が少し混乱をしたときとかはちょうどいいところで整理をしていただいたり、脇道にそれそうなときには、本論に戻していただいたり助けていただきましたので、引き続き助けていただけたらと思います。新井先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○上野課長 よろしくよろしくお願いいたします。

新井先生からも一言ご挨拶をお願いいたします。

○新井副部会長 何もしませんでしたけども、今後もそういうことを願って、微力ですけども、貢献したいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○上野課長 ありがとうございます。

それでは、繁田部会長に今後の議事につきまして、進行をお願いしたいと思います。よろしくよろしくお願いいたします。

○繁田部会長 それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、報告事項が2件と、議事が2件でございます。まず、報告事項から進めてまいります。

(1) 都の認知症施策について、事務局からご説明をお願いいたします。

○上野課長 それでは、事務局から、資料3から資料7、及び関連資料の4と6についてご説明をさせていただきます。

まず、資料3をごらんください。こちらは前回の第13回医療部会での主なご意見ということで、認知症疾患医療センターや研修についてさまざまなご意見を頂戴いたしました。

また、認知症施策についても、例えば在宅におけるショートステイの活用などについてもご意見をいただいたところがございます。

資料4につきましては、平成29年度の認知症医療部会についてということで、今年度における主な検討事項について記載をしています。

まず、3のところ、平成29年度における主な検討事項として、(1)認知症疾患医療センターに関する事項、それから(2)認知症に係る医療・介護連携の推進に関する事項とさせていただきます。

後ほどご報告をいたしますが、地域連携型認知症疾患医療センターの面的整備がほぼ今年度で終了するというので、今後、認知症疾患医療センターの地域拠点型、地域連携型、それぞれのあり方について、ご意見を賜ればと思います。

スケジュールについてでございますが、第14回の認知症医療部会が本日8月10日、それから、次回の第15回の認知症医療部会は、来年の1月、2月ごろに開催を予定しております、認知症疾患医療センターのあり方の取りまとめを行いたいと思っております。

続きまして、資料5ですけれども、こちらは前回の医療部会でご説明をしたものとほぼ変わっておりません。今年度の事業の実施状況についてでございます。後ほどご覧いただければと思います。

資料6をご説明させていただきます。

平成29年度の認知症に係る医療従事者向け研修の予定でございます。昨年度と同内容となっております、あわせて14種類の研修を実施する予定となっております。

左下のほうに、認知症支援推進センターのことを記載させていただいております。今年度も引き続き認知症医療に係る研修の拠点として、医療専門職の認知症対応力向上を図るため、サポート医フォローアップ研修やさまざまな研修の実施をしております。

資料の右下ですけれども、桑田委員にもご協力をいただき、本年度、東京都看護師認知症対応力向上研修のあり方検討会を実施をしているところでございます。

東京都は、従前より看護師の研修を地域拠点型認知症疾患医療センターにおいて実施をしていたところでございますけれども、昨年度から国の新オレンジプランでも計18時間の看護師の研修を実施するということが定められたところです。都では、現状、この資料にありますとおり、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲと分割をして行っているところでございますが、これまでの地域拠点型の研修を活かすため、若干カリキュラムの重複ですとか、それぞれの研修の時間数の設定や研修のあり方、対象者について整理が必要なことから、検討会を実施しているところでございます。

7月に検討会を1回実施いたしまして、おおむね研修の体系及び実施体制については整理ができたところでございます。2回目は、9月に予定をしております、看護師向け研修のカリキュラムや教材、これまでテキストとして使っておりました、看護師認知症対応力向上研修のテキストについて、少し修正を加えたり、新たな事例を追加するなど、今、委員の方に検討をしていただいているところでございます。

また、この検討会が進みましたら、医療部会にも情報提供をさせていただきたいと思っております。

続きまして、資料7でございます。認知症疾患医療センターとして、今年度、新たに

4つの地域連携型センターを指定いたしましたので、ご報告でございます。

未指定の地域がまだ6地域あったわけですが、そのうち4地域の医療機関について公募を行い、また選考委員会を行いまして、4カ所選定をいたしました。

こちらにありますとおり、東久留米市は医療法人社団山本・前田記念会前田病院、あきる野市が医療法人財団暁あきる台病院、それから西多摩郡日の出町が医療法人財団利定会の大久野病院、それから日野市は医療法人社団充会の多摩平の森の病院となっております。

こちらの指定をもちまして、東京都認知症疾患医療センターの指定数は51カ所となりました。53カ所の整備を目指しておりますので、残り2カ所ということで、再公募を実施しております、残りの2カ所の指定について、今後も進めていく予定としております。

2ページ目以降は、地図及び指定要件となりますので、後ほどご確認をいただければと思います。

参考資料4は、毎年この医療部会でご報告をさせていただいております、認知症疾患医療センターの平成28年度の活動実績となります。参考資料4の2ページ目を少しご覧ください。

議事でご議論いただく内容と関連する部分について、ご説明をさせていただきますが、中段になりますが、アウトリーチチームの訪問回数を出させていただいておりますけれども、合計で123件、80人が支援件数となっております。

こちらは、平成27年度との比較で75件減少をしております。また、今年度の実施状況につきましても、同じような減少傾向が見られるという状況になっております。+

それから、続いて参考資料5ですが、医療従事者向けの研修の実施状況ということで、28年度から新たに開始をした研修についてご報告をさせていただきたいと思っております。

5番の東京都歯科医師認知症対応力向上研修が115人、それから、東京都薬剤師認知症対応力向上研修が905人、それから東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱが507人、東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲが113人となっております。

看護師の研修は、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを合わせて全て終了した方が新オレンジプランに定める看護師研修の修了者ということで、東京都におきましては113人が国に報告している修了者数となります。

それから、参考資料6につきましては、例年お示しをしております区市町村におけます認知症総合支援事業の実施状況ということで、平成30年4月までに設置が義務付けられております、認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの実施状況をご報告させていただきます。

特に、下段の認知症初期集中支援チームについては、28年度末では19区市で、多くの自治体が29年度以降、30年4月までに設置を進めていく状況になっております。

事業開始が遅れている理由につきましては、やはり最も多いのが、「検討に時間を要している」というところなんですけれども、島しょ部や町村部を中心に要件を満たす医師や専門職の確保が難しいためという理由もいただいているところです。

長くなりましたが、私からは以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

ここで、ご質問やコメントをいただきたいところでございますけれども、次の(2)の地域ケアモデル事業に関しましても、東京都が支援をして行っておるものでございますので、関与されている栗田委員からご説明をいただいて、あわせてご質問、コメント等をいただいたほうがよろしいかと思えます。

ですので、栗田先生、よろしければ、資料8を使っていただいて、事業の中間報告をお願いできればと思います。

○栗田委員 それでは、資料8を使いまして、東京都健康長寿医療センターが受託いたしまして、昨年度の4月からスタートしている認知症と共に暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業の中間報告をさせていただきます。

最初に、研究の背景と目的ですが、次のページの上を書いてありますが、先ほどご紹介いただきましたように、東京都では認知症の方が増えているわけでありますが、大都市という特徴と関係しまして、特に単独・夫婦のみ、それから核家族世帯の方が増えてきています。

そのことと関連しまして、社会的な孤立状況に置かれる方、それから家族に代わる日常生活支援の担い手がない方、それから情報へのアクセシビリティの低い方、さらにはサービスへのアクセシビリティが非常に低い方、そして地域社会の中で居場所を失ってしまう方、あるいは経済的な困窮に陥ってしまう方、そして住まいを失ってしまう方。

そういったことを含めて、精神的・身体的・社会的に非常に複雑な状況に陥る認知症の方が同時に増えてくると考えられるということでございまして、大都市において、認知症とともに暮らせる地域社会というものはどういうものなんだろうかということを考えながら、そのためのモデルを考案していくことがこの研究の目的であります。

方法であります。次のページの研究の方法ということで、二つの研究を計画して実施しております。

一つは、観察研究で、認知機能障害と生活障害を持っている高齢者の方が実際にどのぐらいいらっしゃるのか、そしてどのような暮らしをしているのかを特定の地域の中で悉皆で調べていこうということでもあります。

そして、2番目は、介入研究で、観察研究を行った地域において認知症の方で支援を必要としている方を対象に、多職種協働チームで必要な社会支援の調整を行っていき、それと同時に、社会支援の調整をするにも、それをサポートできる資源がなければどうにもならないということでございますので、社会支援のネットワークを同時につくっていく。地域に暮らしている方にご協力いただいて、そういうことをやっていこうという

こととございます。

これが認知症の方の暮らしに、どういう影響を及ぼしていくのかを縦断的に多面的に見ていくものでございます。

調査の対象地区は、板橋区の高島平というところで、高島平一丁目から五丁目、人口規模5万人ぐらいですが、そこを対象にして調査を実施しております。

どのような地域かといいますと、3ページの下にあります板橋区全体と比べて、この対象地区の高齢化率は非常に高いところでございます。ただ、高いといっても高島平の一丁目から五丁目の中でもさまざまな地域性がございまして、特に高いのが、高島平二丁目、ここはURの集合住宅が集中してあるところなんです、ここでは女性の高齢化率が約5割にも達しているところでございます。

次のページが、観察研究のフローチャートであります、観察研究を大まかに言うと、一次調査から三次調査までの3段階の調査になっております。

対象地区に暮らす70歳以上高齢者7,614名、悉皆であります、この方々を対象にして、一次調査ということで郵送のアンケート調査を最初にやっております。これに参加してくれた方が5,430名で、参加率71.3%であります。

この一次調査に参加していただいた方に、さらに会場に来ていただける方には会場に来ていただいて、来られない方には訪問をして、ここで認知機能検査を含む多面的な健康調査をやらせていただいております。

健康調査はいろいろなものが入っているのですが、例えば運動機能や、歯科・口腔機能、心電図、血液検査など、さまざまな身体的な機能あるいは認知機能あるいは精神機能を総合的に調べさせていただいているということです。

これに参加していただいた方が2,053名ですが、特にMMSE、認知機能検査を完了してくれた方は2,020名で、対象者母数7,614名のうちの26.5%であります。会場調査では1,352名、訪問調査では668名でございました。

この調査で、MMSEで24点未満の方、つまり認知機能が低下している、認知症の疑いがあるという方が335名いまして、これはMMSE完了者の16.6%になりますが、この335名の方のお宅に医師と精神保健福祉士、あるいは心理士、あるいは保健師がペアを組んで訪問させていただきまして、医学的な評価と総合的なアセスメントをさせていただいております。

総合的なアセスメントというのは、社会支援のニーズに関する総合的なアセスメントをさせていただいているということでもあります。

ここで参加していただいた方で、有効回答が得られた方が197名で、MMSE24点未満の方の58.8%でございます。

以下の研究の結果であります、大変多くのデータがありますので、今日は本当にかいつまんだ結果しかご報告できませんが、まず観察研究の一次調査ということで、対象地区に暮らす70歳以上高齢者全体の生活状況を多面的に見ております、最初の5ペ

ージの上で、対象地区に暮らす70歳以上高齢者の世帯類型を示しております、ひとり暮らしの方が35%、夫婦のみの方が38.8%、その他家族と同居が23.6%となっております。他地区に比べると、ひとり暮らしの方が多いところがございます。

そして、対象地区に暮らす70歳以上高齢者の就労状況のデータを出させてもらったのですが、フルタイムで働いている方が7.6%ぐらい、パートタイムで働いている方が11%ぐらいいらっしゃるということで、これはほかの地域のデータと比較していないのですが、結構働いている方が多い地域なんじゃないかなと思います。

それから、次のページであります、対象地区に暮らす70歳以上高齢者の一人当たりの年収であります。後で世帯のことも話しますが、一人当たりの年収でございます、全体を見ていただければと思うのですが、全体の11.5%、つまり1割強の方が100万円未満か収入なしという状況であります。

特に、収入に関しては、世帯類型と非常に深く関係しております、ひとり暮らしの高齢者の収入が特に低いということがわかります。これは、非常に厳しい状況にあるということでございますので、下の図ですけれども、15.1%の方が収入がないか100万円未満の収入で暮らしているということでございます。これは、実に訪問していろいろ聞いておりますので、後で少しご案内しますが、なかなか厳しい状況をしているということでございます。

そして、二次調査でございますが、認知機能が低下している高齢者の出現率と生活実態を調べさせていただいています。まず、出現率ですが、今回の調査対象7,614名は、調査の実施状況によって4群にまず分けているのですが、第1群は、一次調査の段階から参加をしなかった方または無効であった方ですね。

それから、第2群が、一次は参加してくれたけど、二次が無効であった方、そして第3群、第4群が二次に有効回答いただいている方ですが、会場のMMSEに参加した方、そして訪問のMMSEに参加した方ということで、4群に分けてそれぞれで認知機能が低下している高齢者がどのぐらいいるのかを推計しております。

次のページは、これは大変細かくて見えにくいと思いますが、調査の実施状況別の7,614人を性別・年齢階級別に人口分布を見たものが左の表で、右が対象地区における性別・年齢階級別認知機能低下高齢者の出現数と出現率を見たものになりますが、大変細かい話なのですが、実際に実測できているのは第3群と第4群だけありますので、第1群と第2群は、MMSEのデータがないので、第3群と第4群のデータから推計しなくてはならないんですけども、70歳以上高齢者で出席・参加できないという方は、一般的には精神的・身体的に弱っている方が多いということがありますので、特に要介護認定を受けている方とか、それから実際に施設入所に入っている方も、これは住民基本台帳上の人口からやっていますので、そういう人たちも含まれているので、3と4を見ると、総体的に4のほうに近いだろうと。

実は、会場調査でMMSE 24点未満の方と、訪問調査でMMSE 24点未満の方の

出現率は3倍の差があります。これは訪問によらなければならないという方は、非常に認知機能が低いということで、会場に来られない方ですね。ということでもありますので、4を1と2の出現率と仮定して、全てのこの地域の認知機能低下高齢者の数を算出したところ、2,050人になるということで、70歳以上高齢者の26.9%ということでございます。

この2,050人というのを改めて年齢階級別に出現率を見ようということで、下にしてありますが、すみません、これは印刷した時点で70から74歳階級の数値が消えてしまっていますけど、15.0%であります。ということで、5歳上がるごとに上がっていくんですけども、特に90歳を超えれば、6割の方は、半分以上の方が23点以下、24点未満になるということでもあります。

9ページの上が、認知機能低下高齢者と低下のない方の世帯状況を調べていますが、認知機能の低下があろうが、なかろうが、参加された方の4割がひとり暮らしと、認知機能が低下していても同じように一人で暮らしているということでもあります。

以下、二次調査のデータに基づいて、認知機能低下高齢者と低下していない高齢者のさまざまな状況を比較したものが並んでいきますが星がついていないところでも有意差があるんですけど、星がついているところは、性、年齢、教育年数、世帯類型を全て統制しても有意差があるということで、つまり、年齢が高いから有意差が出ているのではなく、恐らく認知機能の低下ということが大きく影響しているだろうということを分析するために、そういう多変量解析をやっているんですけども。

最初はIADLということで、これは当然そうなんですけども、実はこれは二次調査ということで、ご本人が回答しているところにみそがあるのですが、ご本人がIADLの低下を自覚しているということだけでも、これだけ差が出てくるということでもあります。

それから、次のページがBADLということで、身体的日常生活動作ですが、認知機能の低下がある人たちは、これだけBADLにできないと回答した人の割合が高くなるということです。

それから、主観的な健康感についても、目が見えない、耳が聞こえないという方で認知機能が低下している人が倍以上多くなるんですけど、これは因果関係はどっち向きかわからないです。耳が聞こえないから認知機能が下がるのではなくて、そういうふうに見えるのは必然かと思いますが、そういうことでもあります。ただ、全体的な健康状態も、やっぱり認知機能が低下してくると悪くなると。

それから、次のページは、運動機能でありますけど、特に15分間続けて歩くとか、椅子に座った状態から何もつかまらずに立つとか、自力で歩行するということは、これは多変量解析でも有意差が出てくるので、認知機能が低下することと深く関連した運動機能低下であろうと。

体の病気も20個ぐらいの病気を調べているんですけども、特に有意差が出てきたの

は、ここに出てきたもので、耳の病気とか、糖尿病、脳卒中、それから貧血ですね。貧血は今日はここに出していませんが、血液検査上のヘモグロビンで見た貧血は、多変量解析をやっても有意に差が出てきます。体の病気も、認知機能が低下している人は多くなるということです。

それから、次のページは鬱病と抑鬱症状ですが、鬱病については、治療歴、治療したことがあるかということを知っています。それから、抑うつ症状は、GDSという質問票で見えていますが、いずれも認知機能が低下している方は、多変量で解析しても出現率は高くなるということです。

それから、その下が、何らかの社会活動ということで、7領域の社会活動について一つ一つ全部聞いているのですが、そのいずれにも参加していないという方は、認知機能が低下すると倍ぐらい増えてくるということでもあります。

それから、社会的交流についても、これも多変量で全部出てくるんですけども、特に、会ったり、一緒に出かける人や友人や近所の人がないとか、電話で話す友人や近所の人がないとか、これは直接的交流、間接的交流というふうに名前がついているのですが、要するに交流の頻度が下がってくると。

それから、社会的なサポート、これは多変量では有意差はなかったんですが、気を配ったり、思いやったりしてくれる人がいないとか、相談に乗ってくれる人がいないと、回答してくる人が増えるということです。

それから、経済問題は、これはくっきり多変量で有意差が出まして、年収100万円未満の人が認知機能が低下すると、ちょうど倍ですけども増えるということです。

二次調査で、看護師が訪問調査をしているのですが、訪問の時点で気になったことをメモしていただいているのですが、メモ書きがたくさん出てくるんですけど、これは全部並べると大変なので読み上げませんけども、基本定に認知機能が低下している方が孤立している状況であるとか、情報にアクセスできていない状況とか、それから、潜在している虐待とかがかなりいるということがわかります。

三次調査で全部訪問しておりますので、細かなこともわかっているのですが、これは二次調査の段階でちょっとメモしてもらったものを並べております。

それから、今度は三次調査でありますので、ここで医師と精神保健福祉士等が訪問をして、社会支援のニーズと医学的な評価をしているんですけど、三次調査の対象者を16ページに書いてありますが、197名でありまして、男性80名、女性117名が参加してくれております。

年齢やMMSEの得点はこんなもので、MMSEから見てわかりますように、比較的、認知機能低下が軽い人たちになります。

この方々の要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度の分布は、その下に書いてありますが、これはちょっと後で参考にしていただくということで、17ページの上を見ていただきたいと思うのですが、実際に医師が訪問してみても、訪問でご本人と面接しまし

て、認知症の状態であろうと医師が評価したケースは、実は197名のうちの38.6%、約4割であります。

つまり、24点未満であっても、実際は認知症ではないと、なさそうだという方が6割いらっしゃると、もちろんMCIも入っていますけど、6割ということで、はっきり認知症であろうと言えるのは4割ぐらいということで、これは物忘れ外来の印象とは非常に違うんですけども、病院に来ると23点を切っていると、かなりの割合で認知症なんですけども、やっぱり病院の敷居をまたぐということが、一つのフィルターになっていて、実際には地域には24点未満でも、まあ普通に暮らしている方がたくさんいらっしゃると。

ただ、4割の方が認知症の状態であろうということで、4割の76名にフォーカスを絞っていろいろと見ますと、要介護認定あるいは認知症高齢者の日常生活自立度は同じであります。未認定の方は6割であります。

それから、認知症の程度を見てみますと、これはCDRでやっておりますが、実は2割の方がCDR0.5なので、0.5というのは、疑いがあればと言われているんですけども、CDR上はそうだけど、でも、まずは認知症だろうというふうに医師が判断しているのが2割ぐらい入っているんですけど、相対的に軽い方が多いということなんですけど、一番多いのはCDR1ということで56.6%は軽度認知症と、14.5%が中等度、8%がCDR3になりますので重度になるだろうというようなことであります。

世帯類型では、ここに書いてありますように、先ほどと似ていますけれど、4割の方は認知症の状態であっても一人で暮らしているということでもあります。

では、認知症と診断されているのかということで見ますと、認知症と言われていると評価できたのは43.4%でありました。では実際に、アルツハイマーであるとか、そういう認知症疾患が診断されているのか調べると、実はこれは甘めに見ているんですけど、つまり、アリセプトが処方されていれば、もうアルツハイマーと診断されているという前提で調べているんですけども、それでも3割の方が認知症疾患と診断されているということで、7割の方は診断はされていないということでありました。

それから、次のページであります。既に診断されている方についての認知症疾患の診断別の内訳であります。アルツハイマーが8割を占めていたということでもあります。

そして、必要とされる社会支援は何かということで、これは、ご本人、ご家族と面接しながら、どんなものかねというようなことで評価しているんですけど、ちょっとこれ、白黒で見にくいんですけども、一番濃いところが必要だろうと、ちょっと濃い灰色が必要でちゃんと確保されていると。それから、白いところが不要ということになっているんですけど、多いところを見るとやはり認知症疾患等の医学的診断が必要というのが50%ちょっとですね。それから、介護保険サービスの利用支援が必要という方は50%ちょっとと、これが一番多いですけども、ほかにも、これは最初から10項目領域を示してチェックしてもらっているんですけども、身体的健康とか、いろいろございます。

生活支援とか、家族支援、住まいの支援、経済的支援、あるいは権利擁護の関係、こういうのがあるということでもあります。

それから、必要とされる社会支援の数をただ並べたものなんですが、76例中、認知症の状態にあるけれども、新たに支援は必要ないだろうという方が21%おりました。ただ、一つ以上、支援が必要であるという方は8割ということで、55人が新たに支援をしたほうがいいだろうと。

この55人に対して、これから介入研究をやるけれども、それに参加する意向がありますかということでお聞きしたところ、21ページの下ですが、7割の方がぜひ参加したいということでありました。

ということで、考察であります。本研究の限界はいろいろございまして、一次調査の参加率が71.6%、そして一次、二次両方参加してくれた方が26.5%と、そして三次調査の参加率は、MMSE 24点未満のうちの58.8%ということで、結構いい線いっているのかなと思うんですけど、特に一次調査の71%はいい線いっているかとは思いますが、それにしても認知機能検査まで付き合ってくれている方は26.5%と非常に低いので、これは、調査に参加していない高齢者の生活実態は全くわからないので、一般化には注意しなくてはならないであろうと。

ただ、恐らく、実は前期高齢者は、こういう調査に参加しない方は元気な方が多いということはわかっているんですけども、後期高齢者になってくると、参加していない方のほうが元気でない方が多いということがわかっているので、認知機能が低下し、社会的に孤立している高齢者の出現頻度は、恐らくもう少し高いのではなかろうかと思われれます。

それから、また、調査対象地区は板橋区高島平に限定しているもので、他の地域にこのデータを一般化するのも、これも慎重である必要はありますが、しかし、都内に数多くある大規模住宅地の状況を推測するには有用な情報ではないかと思えます。

23ページの上は、これは、私があちこちで研修とかで使うものがございますけれども、認知症の状況というのは複雑化していくリスクがありますよということで、認知症は、脳の病的変化があつて認知機能が障害されて、日々の生活に支障をきたす状態です。それと同時に、心理的、精神的、身体的、社会的にさまざまなことが重なって表れやすい状況ですよということで、まさにこの状況が東京の大都市で起こっているのではなかろうかということです。

23ページの下、これ、最後であります。これも大まかに写真だけ載せさせてもらっています。この方々にこれから介入をするのですが、社会支援のコーディネーションと、支援のためのネットワークづくりというものをやろうということで、そのための拠点を高島平の中にURのご協力をいただきましてつくりまして、ここでちょうど地域包括支援センターの横で、地域包括支援センターと医師会がやっている在宅療養支援センターと訪問看護ステーションと全部並んでいるところがあるんですけど、そこと一緒

に連携して、支援が必要な人に対する支援の調整というようなことと、それから、一人一人に担当者を決めてお電話をかけたりとか、時々訪問したりというようなことをやらせていただいています。それから、ここに認知症の方、ご本人はもちろん、ご家族の方、あるいは地域の方も気軽に集まってきてもらって、ここから認知症の方が暮らせるような地域づくりをみんなで協力してつくっていきましょうということで、そのための拠点というものをつくりました。イメージ的には認知症カフェみたいなものでありますが、そんなことで動き出しているということでございます。

介入研究の結果は、また改めて年度末か次年度かにご報告させていただきたいと思えます。

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、先ほど事務局からご説明いただいた部分も含めまして、ご質問、コメント、感想等々いただけたらと思えますが、いかがでございますでしょうか。いろいろな内容がありましたので、いずれの部分でも結構でございます。

山田委員に、ではご発言をいただきたいと思えます。

○山田委員 ありがとうございます。本当に、私も前に担当していた地域が団地だったので、ああ、本当にそうだなという現場の実感が伝わってくるような調査内容と研究の結果だったなというふうに思いました。

私自身は、高齢者の見守り事業を中心にやっていたので、やはり、団地だと経済的な困窮を持っている人と孤立の関係というのは関連性があるというのは研究結果の中でも出ていて、そこの中でどちらが本当に原因なのかというのはよくわからないのですが、地域包括支援センターなどの公的な機関が情報は出しているんだけど、その情報となかなかつながらないという、情報と人をつなげていく支援というのが必要だなということを感じました。それは、この方々は孤立が先なのか、認知症になって孤立していくのか、そこもよくわからないなとは思ったんですけども、ただ、いずれにしろ、方法として一番最後のところで栗田先生がおっしゃった情報と人をつなげていく、私が興味深かったのが、選ばれた担当者を決めて、定期的にあつち型で情報をつなげていくとか、情報を把握する仕組みというのが有効なんだなということを感じて、感想なんですけれども、認知症という切り口であっても社会的孤立という切り口であっても、根底にある原則は同じなんだなということを感じさせていただきました。

ありがとうございます。

○栗田委員 情報の寸断というのは、本当に単純なところで寸断されているんだなということがよくわかりまして、認知症疾患の診断をちゃんとうちの病院でしているんですけども、その情報が誰にも伝わっていないというケースがこの中で結構ありました。これ、うちの病院の責任ということになりますけれども、地域包括支援センターの職員も知らなかったし、つまり家族もよくわかっていなかったというようなことで、診断され

ていないのかなと思ってよくよく見てみたら、きちんとうちの病院の神経内科医がきめ細かい診断をしていたなんていうことがわかって、いかに情報を共有していくことが難しいことなのかがよくわかりました。

それから、あと、貧困の問題なんですけど、サービスにアクセスできない理由のかなり大きい部分は、実は貧困のことがあって、この中の基礎年金だけで暮らしている方々の中によく出てきたのは、診断につながっていないんですけれども、なぜ診断につながらないかという、お金がないから病院に行かないとはっきりおっしゃっています。しかも、かかりつけの医師がいるんですけど、そこも地下鉄で行けばすぐ行けそうなところを、地下鉄なんかとても乗れませんというぐらいお金に困っていると。皆さんご存じのように、簡単に生活保護につながればいいじゃないかと、そういうものではないということで、多少は貯金があるんでしょね、ぎりぎりの蓄えを大事に持って100万円以下の年収で認知症の方を支えているご家族の方とか、ひとり暮らしの方が結構いらっしゃるといふことでもあります。ある意味ではたくましいなと思いましたが、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。引き続き、どうぞご意見をいただけたらと思います。

西田委員、お願いします。

○西田委員 栗田先生の調査について質問なのですが、これ、一次調査で不参加の方というところに非常にいろいろな問題ケースがたくさんあるのかもしれないと思っています。

つまり、郵送での調査ができる方というバイアスがもう既に入っているんで、今後、一次調査で漏れた方を何らかの、民生委員の方の力を借りるとか、そういった形で調査をしていくご予定があるのかなということの一つお聞きします。それから、20ページの必要な支援のところですが、ここ、とても私、大事なところで、より詳細なところを知りたいのですが、割と枠が大まかな感じで、例えば、よく言われることですが、介護保険でもできないような生活支援、例えば認知症の独居の方で、お金を誰がおろしに行くのとか、そういうような細かいニーズというのは、ここは拾えているんでしょうか。

○栗田委員 まず最初の質問ですが、これは先生のおっしゃるとおりで、71%の回収率って、これ、物すごい頑張ったんですけども、3割の方はどうしても回答していただけないというようなことで、この方々の情報がほとんどありません。ちょっとはあるんですけどね。これは、危ないだろうという方が実はちょっとあるんですけど、でも、ほとんど基本的にはないので、今後どうするかということなんですけど、恐らく、これ、自治体としては、ここにフォーカスされた調査なり何なりをしていくことが非常に重要だと私も思っているんですけども、今じゃあその計画があるかという、なかなかパワーというか、力というか、エネルギーの問題とかお金の問題とかいろいろあって、今のところまだちょっと計画はないです。計画はないんですけど、何とか考えなきゃいけないなと私も思っています。

それから、支援については、実は、これは全てきめ細かく自由記述で書いております。しかも全てのケースについて多職種でチーム検討もしておりますので、かなりきめ細かい内容があります。

例えば、先生がおっしゃったように、いわゆる介護保険サービスでは対応でき得ないような支援のことを、一応、生活支援と名づけさせていただいておりますけど、ひとり暮らしの方が非常に多いので、そういうことがいろんなレベルであるんですけども、今は何とかやれているけど、これからどうするんだレベルのところ、何かがあったときのためにということがかかわろうということで、結構、本人も不安な方がたくさんいらっしゃるって、よくぞ来てくれたという方がたくさんいて、私は、孤立死は覚悟していたんだけど、不安で不安でというような方も中にはおります。

それから、あと、いろいろ複雑なことがたくさんあって、言うところ枚挙にいとまがないんですけど、例えば任意後見人を、どこかの段階で任意後見人の選任だけはしているんです。ところが、いつの間にか、その人、後見人になっているわけではないんですけど、選任されている段階なんだけど、どういうわけか、この人、もう介護保険サービスを使っているという人がいて、どうやってこの人は契約をしたんだろうという中等度の認知症の方がいらっしゃるんですよ。よくよく調べてみると、どうやらその任意後見人に選任された方が、まだ後見人になっていない段階で本人のお金を管理して、サービスを提供しているようだということがわかって、この方がいろいろ問題だということがわかってきたのは、サービスを提供しているんだけど、実はちゃんと利用料を払っていないと、事業所がお金を払っていなかったというようなことがわかったりということで、極めて経済虐待、虐待というか、詐欺でしょうか、それに近い状況、その人に会っていないからわからないんですけど、非常に厳しい状態。こういう方に対しては、もちろん権利擁護に関する支援が必要なんですけど、それだけじゃなくて、家族にかわる生活支援、家族的な支援が提供できる生活支援の担い手がないことには始まらないということになるんで、権利擁護の支援プラスそういう意味での生活支援というのを誰かが提供していかなきゃ、いわゆる天涯孤独みたいな人なんですけど、そういう方とか、要するに生活支援という一言で言われているところに、今言ったようなことがたくさんあるということがわかっています。

○西田委員 それって、何かしらデータというか、いただけるのでしょうか。

○栗田委員 もちろん、今言ったようなこと全てデータ化して、介入研究が終わった段階で報告書として出させていただきます。

○西田委員 ぜひ、自分のところの地域の参考にさせていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○繁田部会長 ありがとうございます。そのほか、いかがでございますか。

高瀬委員、お願いします。

○高瀬委員 貴重なご報告ありがとうございました。

私も在宅医療の立場で日ごろ感じている部分が、今回の栗田先生の研究でほぼ洗いざらい出ているのかなと思っていて、今後のご報告を期待するところなのですが、在宅医療が、今後、認知症疾患医療センターとのつなぎ役という、情報と人のつなぎ方が大事というところで果たす役割は大きいと思うんですけども、それにしても、何か今後、この研究をもとにして、在宅医療側からも何らかのアウトカム研究とか、あるいはフィールド研究なんかも実際どうなんだという話がないと、具体的な施策を打つにできないと思うんですけど、むしろ、栗田先生のほうから、あるいは、この会から、在宅医療の医者よ、こういう研究をしてみたらどうかみたいな意見とか、頂戴できれば、それを仲間に反映して少しでもお役に立ちたいなと思いながら、気はしていたんですけど、その点についてはいかがでしょうか。

○栗田委員 ありがとうございます。在宅医療の現場というのは、まさにこういうことに日々直面しているところであろうなというふうに思われます。

実は、我々の研究チームも医師会の在宅医療の先生に入ってもらって、いろいろと情報共有しながらやっているのですが、どういう研究かという、ちょっとなかなか言えないんですけど、やはり地域の中でいかに多職種が一緒に行動していくかということがポイントで、これはなかなか少ない人数だけでは、例えば医師一人、訪問看護師一人ということだけでは、どういう支援をしていいのかというのがなかなか見えてこないという、ただ、今、我々、板橋区の職員を含めて多職種で動いているので、やっぱりそうするといろんな思いもつかなかったような情報とか、それから知恵とか、どういうふうに関わるのがいいかという、いろんな意見が出てきて、そういう中でやり方もわかるし、それから状況も見えてきています。少ない人数でやると状況も見えないんですよ。そこに暮らしている人とか、そこで働いているスタッフがいると、知っている、知っているという話がたくさん出てきて、そういう状況だったのかと。さっき言った任意後見人のややこしい話というの、いろんなスタッフから状況がだんだん見えてきたというような話でありますので、多職種、在宅医療を一つの取っかかりでもいいんじゃないかと思うんですけど、地域包括支援センターとか行政の方たちとか、そういう方たちと一緒に、あるいは、介護保険の事業所だとケアマネさんたちが集まって、こういう事例について一人一人検討していくというような作業をすると、かなりいろんなことがわかってくるんじゃないかと思います。

○高瀬委員 これは、今までの医学的な研究というより、文化人類学的なアプローチみたいなことも必要なかなと思うんですけども、そういう研究デザインって、恐らくあまり今まで世界中を見ても、多分、研究デザイン自体がないような気もするので、その研究デザインを検討する会というのは、実際、体験的にはいろんなことを知っているわけなんですけど、それがなかなか集合値とか、今後の施策づくりのための根源的なものになるような知識になかなか積み上げられていかないというのが、なんかちょっともどかしいところもあるんですけど、それについてはいかがでしょうか。

○栗田委員 方法論について、それ自体を研究しなくてはいけないということで、これをやりながら方法論を研究しているんですけど、要するに研究の方法論なんですけど、今やっぱり一番大きな方法論に関する問題は、アウトカムはどうやって評価するかということで、これは、例えば何かの尺度を使って得点化しても、なかなか出てこない研究がありますので、その人の生活というか、あるいは、英語でいうとリビング・ウィルというふうによく言いますが、リビング・ウィルであるということはどうやって評価するかということが大きなテーマになっております。恐らく尺度を使ってもだめだろうと、ミニメンタルを使おうが、当たり前ですけど、ADLを使おうが、例えばBPSDぐらいでも評価はできないだろうし、ということで、方法論的には記述的なアプローチを今やっているんですけども、そういう中で、リビング・ウィルとは一体何かということを考えながらやっているという感じなんです。

○高瀬委員 これだけお伝えしたいと思えますけど、やはり今後、在宅医療もただ訪問しているだけでは何をやっているかよくわからないところがあるので、今後は、在宅医療のアウトカム・ベースド・ホーム・ビジティグ・メディスンという意味では、この栗田先生の研究をまたベースにして、何らかやっぱり方法論を考えていかないとだめなのかなと思います。私もちょっと方法論については頑張っって勉強したいと思えます。ありがとうございました。

○繁田部会長 ありがとうございました。まだまだご質問があるかもしれませんが、議事が二つございますので先に進めさせていただきたいと思えます。

議事は2点ございまして、東京都認知症疾患医療センターについてと、保健医療計画の改定についての2点でございます。ともにこちらのほうもただいまの活発な議論以上にまたご意見をいただきたいと思えますのでよろしく願いいたします。

まず、それでは、認知症疾患医療センターについて、事務局からご説明をお願いいたします。

○上野課長 それでは、ご説明をさせていただきます。資料9-1、9-2をご覧くださいければと思えます。

東京都認知症疾患医療センターに係る検討事項についてでございますけれども、平成22年度に、この部会の前身であります「東京都における認知症疾患医療センターあり方検討部会」で認知症疾患医療センターの機能・役割を検討していただいたところでございます。その後、いろいろな社会の状況の変化もございまして、今後、地域連携を進めていくためには、地域拠点型認知症疾患医療センターと地域連携型認知症疾患医療センターは、それぞれどのような役割を担っていくべきかということで本日ご議論いただきたいと思えます。

事務局のほうで論点を3点に絞らせていただいております。

まず一つ目ですが、区市町村、認知症サポート医、地域の関係機関との連携を推進する上で、地域連携型認知症疾患医療センターに期待される機能についてはどのようなも

のが考えられるか。

それから、2点目、各区市町村において認知症初期集中支援チームが稼働していく上で、地域拠点型認知症疾患医療センターが配置しております認知症アウトリーチチームに求められる役割について、どのような役割が考えられるか。

それから3点目、地域拠点型認知症疾患医療センターと地域連携型認知症疾患医療センターの連携はどのようにあるべきかということでご議論いただきたいと思います。

資料9-2でございますけれども、それぞれの論点に関連すると思われる具体的な地域における取組を取りまとめたものでございます。私どもの地域拠点型センターの情報交換会ですとか、それぞれの地域拠点型センターで開催をしております認知症疾患医療・介護連携協議会等でご報告があったものから抜粋をしております。

まず、認知症疾患医療センターにおいて地域との連携を推進する取組としましては、机上の配付資料にもございます慈雲堂病院で区内の関係機関と連携して、認知症に係る地域資源マップを作成いただいた取組が一つ、それから、杉並区の浴風会病院におきまして、自治会の企画に参画をして都営団地において無料健康相談会を実施して、早期対応の仕組みづくりを実施しております。また、済生会中央病院では、軽度認知症患者を対象とした認知症予防プログラムや区民を対象とした認知症短期集中セミナーの実施をしております。

それから、アウトリーチチームに関する取組ですけれども、この初期集中支援チームをバックアップするような形の取組でございますが、区中央部の順天堂大学医学部附属順天堂医院におきまして、区の担当者と認知症アウトリーチチームによる関係者会議を定期的で開催していただいております。

それから3点目、地域拠点型センターと地域連携型センターとの連携ですけれども、北多摩西部の立川病院では、「にんたま」というポータルサイトを作成いたしまして、センターの相互の見学会の開催や圏域の関係機関で利用できるサイトを構築しております。また、健康長寿医療センターでは、地域拠点型センターで開催をしております「かかりつけ医認知症研修」の企画・運営にそれぞれの圏域内の地域連携型センターにご参画をいただいております。

また、西多摩の青梅成木台病院におきましては、地域拠点型センターが圏域全体を対象に「認知症カフェを増やそう」をテーマに市民講座を開催し、認知症カフェへの支援などを行っております。

参考資料で、現状の比較などを若干説明をさせていただきます。参考資料7、8が先ほどご説明をしました平成22年度のあり方検討部会の報告書の概要版でございます。

参考資料7の1枚おめくりいただきますと、裏面に東京都における認知症疾患医療センターの機能・役割ということで、基本的機能として地域の医療機関、介護事業所等への支援機能、それから、地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能を持たせるということで、それを推進するための三つの役割として、一番目に認知症の専門

医療機関として、医療を適切に提供できる体制を構築する役割、2番目に、地域連携の推進機関として、地域での生活を継続できるようにする支援体制を構築する役割、3番目に、認知症に係る人材育成機関として、認知症医療の充実と地域連携を図ることが記載をされております。

参考資料8が、26年度にご検討いただきました地域連携型の整備方針でございます。右下に整備の方向性ということで各市町村に1カ所ずつ地域連携型を設置し、最初に指定をした12カ所の認知症疾患医療センターにつきましては、先行して実施していることから、地域拠点型としてかかりつけ医の研修ですとか、先ほど申し上げました認知症疾患医療・介護連携協議会などのネットワークづくりを担っていただくと整理をさせていただいたところでございます。

参考資料9につきましては、論点の二つ目でありますアウトリーチチームと認知症初期集中支援チームとの比較のための役割分担についての参考資料でございます。前回の医療部会でもこの資料をお示しをしているところでございます。非常に機能としては似通ったところがございます。初期支援をやっていくということでございますけれども、このアウトリーチチームと初期集中支援チームをどのように機能分担していくかということをご議論いただくための参考資料でございます。

続きまして、参考資料10でございますけれども、今年の5月に東京都の47センターを対象に認知症疾患医療センターの運営状況の調査を行いました結果でございます。

私ども、公募の際には、先ほど述べました認知症疾患医療センターとして期待される役割について、満たす、またはきちんと満たしていける可能性のある病院を指定しているところでございますけれども、実際に運営開始後、どのような課題があるかということで、今回、主に体制ですとか、それから鑑別診断・身体合併症、行動・心理症状への対応を聞いておるんですけれども、特に右下の地域連携の推進、人材育成について、実際にどのように地域との連携を図っているかということで調査を初めて行ったところでございます。

現在の取組ですけれども、地区医師会との連携はほぼとれている、それから家族介護者の会との連携も紹介をするなど地域の実情についてある程度把握をしています。それから、本人・家族支援については、認知症カフェの実施ですとか、あるいは、認知症カフェに対して相談員や医師の派遣をしているということで概ね協力をしているところでございます。それから、自ら認知症カフェを開催しているセンターもございました。

右の今後必要な取組ですけれども、やはり47センター中38センターから初期集中支援チームに協力していく必要があるという回答が出ております。また、認知症カフェ等の本人を支援する場を拡大していく必要があるとか、それから家族支援についても充実していく必要があるという回答が出ております。

参考資料11に移らせていただきます。認知症疾患医療センターの運営状況について

は各センターからの毎月の実績報告等で把握をしておりますが、区市町村のほうにつきまして、地域で認知症疾患医療センターと区市町村がどのような関わりを持っているかということと、それから初期集中支援チームとアウトリーチチームについて、どのような活用を考えているかということをお聞きをしております。

1枚目が初期集中支援チームについて記載をしておりますが、訪問依頼件数がまだ少ないですとか、他の制度との役割分担の整理ができていないというお声をいただいております。それから、人材不足でなかなかチームの体制の強化ができないというようなお話をいただいております。

認知症疾患医療センターの関与の状況ですけれども、多くのところではチーム設置の委託またはチーム検討委員会の委員ということで関与いただいているということがございました。初期集中支援チームの活動に必要な支援については、やはりチーム員に対するフォローアップ研修を実施していただきたいとか、他の自治体とのチーム員との情報交換の機会が欲しいとか、それからケース会議における専門的な医療機関からの助言が必要だとか、医師に対してもフォローアップ研修をしてもらいたいというお声がございました。

右側が認知症アウトリーチチームについてでございますけれども、まだ立ち上げをしている自治体も少ないのですが、今後の活動予定を聞いたところ、初期集中支援チームが立ち上がった後でも活用をしていく予定のところは30区市町村あり、約半数の区市町村が活用していきたいということでございました。

右側の下ですけれども、アウトリーチチームの使い分けで区市町村の意向としては、初期集中支援チームの対応で難しい場合はバックアップとしてアウトリーチチームに依頼をしたいというご回答や、訪問が必要な場合にアウトリーチチームがやはり専門的な医療機関であるので、専門性が高い場合はアウトリーチチームに依頼をしたいというようなご回答をいただきました。

私から論点に関する資料の説明については以上となります。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは、もう既に認知症疾患医療センターはいろいろな実績を上げてきておりますので、資料もかなり内容的には情報量が多いかと思っておりますので、どの辺からというのも絞りにくいかもしれませんが、この会議が、今回は何か優先順位を決めたりということよりは、いろいろなアイデアを出していただくところに力を置いていきたいと思っておりますので、自由なご発言をいただけたらと思っております。

資料9-1、一番初めに事務局からご説明がありました論点1つ目、区市町村認知症サポート医と地域の関係機関との連携を推進する上で地域連携型認知症疾患医療センターに期待される機能について、まずこれを1つヒントといいますか、きっかけにして議論を始めたいと思っております。

いかがでございますでしょうか。

資料9-2で示していただいたところで、ここに関係するところというのと、少し医療の枠を超えて地域の人々を支援するような、そういう取組も含まれているように思います。

キーワードとしましては、地域資源マップ、自治会への参画、団地での無料健康相談会、予防プログラム、区民を対象とした短期集中セミナー等々ということでございます。

委員の皆様それぞれがいろいろな立場でいろいろな場でご活躍いただいていると思います。ご自身の経験に基づいて結構でございますので、やっぱりこれから力を入れていくべきはこれじゃないかという、そういうご意見が一番この会としてはありがたいといえますか、参考にさせていただけるんじゃないかと思います。そういうものを恐らく東京都としては選びつつ支援をしていくような形になるんだろうというふうに思います。いかがでございますでしょうか。

困ったときの山本委員ですね。よろしく申し上げます。

○山本委員 もう既にどのセンターでもおやりになっていると思いますが、私どもの地域では、市内の高齢者関係の相談部署が集まる地域ケア会議の全体会議を毎月第三木曜日にやっているんですけども、認知症疾患医療センターは必ず出席をしていただきます。なので、各地域包括センターとの連携が非常に、顔見知りですので連携がしやすいという状況です。

あと、各エリアごとでも地域ケア会議、小地域の地域課題を検討する会議を2カ月に一遍、各地域包括ごとで6包括でやっているんですけども、これにも毎回参加してくださるという状況で、まずはやはり基本的なことですけども、自治体もそうですが、各地域包括支援センターとの連携を地域ケア会議等の仕組みを使って深めていくということが非常に重要だと思いますので、地域包括はやはりニーズキャッチの窓口ですので、そこから認知症疾患医療センターと一緒に連携していくということは非常に重要ですので、まず、地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携は深めていくということが重要だと思います。

できれば、これ、先ほど栗田委員の研究発表にも絡むんですけど、今、東京都は社会福祉協議会を中心に成年後見の推進機関を各自治体に置いておりますので、ここの連携も、地域包括も含めて、自治体も含めて3者連携、4者連携は、今後、成年後見制度利用促進法がもう通っているということもあって、深めていくべきだと思いますので、そこら辺も仕組みとして各自治体で、地域ケア会議などのいろいろ仕組みはありますので、それに載っけていけばいいと思いますので、ぜひ深めていただけたらなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの関係の強化というのは、その価値を疑うものではないんですけど、具体的に言うと地域包括支援センターから認知症疾患医療センターへの紹介の敷居が低くなった、

より紹介しやすくなった、ということかと思います。

それから、認知症疾患医療センターで、もし初期集中支援チームとかをやるのであれば、地域包括と連携しているほうが、より効果的な訪問ができるとかがあると思いますが、それ以外にさらに何かこういうところは連携するといいいみみたいなものがあるのでしょうか。

○山本委員 前々回の会議でも議論になったと思うんですが、今回の栗田委員のご研究発表はすごい、とてもおもしろかったんですけども、やっぱり予防段階があると思います。

今回資料9-2で、団地への出張無料健康相談会ですとか、区民を対象としたいろんなセミナーという話がありますけれども、もし今後集合住宅へのアプローチを認知症疾患医療センターの地域連携型、特に各自治体ごとにありますので、ここと地域包括が組んで団地等への無料の出張健康相談会みたいな形で、認知症の知識の普及を自治会の方とか民生委員の方たちにやっていくということになれば、それは非常に予防段階での、またニーズキャッチの面でも有効かと思いますので、そういった、主に今重たい方への対応が議論されてきたと思いますけれども、そういう予防段階でも多分、組んで一緒にやっていけば有効だと思います。

それだと、地域包括は、訪問は通常そこそこやりますので、その中で認知症疾患医療センターにつなぐというニーズキャッチが連携していけばできますので、幾つかの段階で、認知症疾患医療センターの役割を連携の中で見つけられるのではないかと思います。

○繁田部会長 健康相談会というよりは、暮らし相談会みたいな感じになりますよね、そのほうがいいということですよ。ありがとうございます。

西本委員、お願いします。

○西本委員 やはり私も地域包括の立場として、今、山本委員の意見に大大賛成なんですけれども。ちょっとうらやましいなと思ったのは、地域ケア会議等々に常に顔を出していただけているというところなのですが、やはり顔の見える関係ってすごく重要だなあと思っているんですが。

この23区全部の地域包括や地域ケア会議に本当にアウトリーチチームの認知症疾患医療センターのところで参加できるのかというところは、もしかしたら難しいんじゃないかな。中野区を考えても、全てに参加していただくのは難しいんじゃないかなというのがちょっと危惧しております、もう少しそういうところに顔を出していただける場所を少し多めにするんですかね、考えていただけると、23区内であれば必要はあるんじゃないかなと思っております。

私も、福祉と医療との連携というのはすごく重要だと思いますし、栗田先生の研究、この先どうなるのかってすごく楽しみにはしているんですけども。そのためにも我々福祉の能力というか、知識というか、いろんなところでも力を挙げていかなければならないので、そういう面でも少しご協力をいただけるとありがたいと思いました。感想で

した。

○繁田部会長 ありがとうございます。

牧野委員、お願いします。

○牧野委員 先ほどの栗田先生の研究も絡めてよろしいでしょうか。私の立場から3点ほどコメントをしたいと思うのですが、大変緻密な研究で、大変興味深かったのですが。

1点目は、家族自体が社会的孤立に陥っているという現状があるということは、多分専門職の皆さんであれば気付いていらっしゃると思うのですが。家族支援について、どうしても認知症の分野と心理的サポートというところでとどまっている、あるいは認知症対応力の向上というところでとどまっていると思うんですが。今、厚生労働省も、介護者支援にちょっと踏み出していまして、一つの視点としては、介護者のアセスメントという手法を、介護離職の問題も絡めてるんですが、少し考えようかというところに来ています。

当然のように、仕事の問題であるとか、それから家族自身が病気であったりとか、それは若くてももちろんのこと、そういった方に注目をしていくというその視点ですね。それは臨床心理士さんがよいのか、あるいは精神保健福祉士さんがいいのか、ちょっとそこはご議論いただきたいのですが。そういった焦点づけをする人も、アウトリーチチームの中にぜひ入れていただきたい。その視点がちょっと違うんですね。どうやって、この認知症の人に対応していただくかという、その視点だけではない、その家族自身を総合的に評価する、そしてどこかへつないでいく。例えば虐待している家族であれば、経済問題があったり、精神障害であったり、さまざまな総合的な問題が、複合的な問題があるわけで、その問題に対しての次のつながりをどうするかという視点を入れていただきたいかなと思います。

それから2点目は、どこにも出てこないのですが、こういう、これから地域づくりをする上で重要なのは、地域の人への認知症の啓発だけではなくて、今足りない支援者を補完する上では、市民の力を使うということは非常に重要だと思っているんです。

栗田先生の研究のような大規模団地で、私どもは長年地域の支援をしているのですが、そこでカフェをやっている人たちは地域の人たちで、そういう人たちはある種の教育をしていくんですね。そうすると、その方々が非常に大きな働きをしてくださいます。孤立した人とつないでくれたり、あるいは専門職とのつながりをしてくださったり。

それから、その事業は、アウトリーチというのもプラスアルファでつけていたんですね。カフェに来られても、その後家へ帰ることができなくなるという初期の認知症の方がいらっしゃるとうなると、そのカフェには保健師、看護師などの専門職を置いていたんです。でも区の事業がなくなると、どうしてもそれは途絶えがちになってくるんですが、市民の人たちが、それではだめだと言ったんですね。カフェだけではだめです。この事業は、専門職と市民と一緒にアウトリーチすることに差別化があるのですと言って、市民の方がそこを譲らなかったんです。それで、今うちのほうでそこを手当てして

いるんですけれども。やっぱりこういう仕組みだと思うんですね。

専門職だけでもない、市民と専門職が手をつないで地域に入っていくことのメリットって、すごく大きいんじゃないかな。そういう市民たちをどう教育していくのか、あるいはどうチームをつくるのかというのは、社会福祉協議会さんなり、私どもNPOなりが恐らく長年やってきたことだと思うので、そういうノウハウも使っていただきたいなと思うのが、二つ目で。

もう一つは、認知症疾患医療センターの取組の中で、地域資源マップというのが出てきているんですが、私どもは昔、地域の中で資源マップづくりというのをしたのですが、これも認知症に関係するものですが、実はこのマップづくりをするプロセスの中で、いろいろな人がつながっていくということが非常に得られたことでした。

同じ作業を同じ目的でやるということで、さすがに医療者はいなかったと思いますけれども、自治会長さん、民生委員さん、それから家族支援、それから本人、いろんな人が、孤立した認知症の人や家族に必要なものは何だろうかということを地域で考えていく。そして、地域支援マップを自治会さんも入っていたので、自治会さんを通して全戸配布ができたんですね。全戸配布をする中で、また自治会さんと孤立した人がつながっていく。要するに地域をつなげるツールになるので、この地域資源マップというの是非常に人々をつなげる有効なツールになるので、そのツールの運用の仕方、プロセス、その辺を少しご研究いただいたり、いろんな事例を集めていただいたらどうかな。

以上です。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。

山田委員、お願いします。

○山田委員 すみません、牧野委員の市民の力と専門職の連携ということが重要だというのは、本当に私もそのとおりだなと思っていて。私どもも、一町会を対象にした認知症カフェを、医療機関連携型という形でやらせていただいています。最近やっぱり感じるのは、もちろん地域包括支援センターは地域のゲートキーパーとして絶対必要だということと、そこと認知症疾患医療センターがつながっていくということはすごく大事なんですけれども。西本委員がおっしゃったように、限られた資源の中では、とてもとてもつながりきれないという状況があって、そこにどれぐらい専門職を投入できるかというところが大事なんですね。

私どものほうでも、一町会とはずっと連携しているものですから、そのうち女性部の方々が、あの人は危ないからそろそろ行ってほしいとかと言って、民間地域包括支援センターみたいなことをやっているんですけれども。やっぱりそこに行ったときに、一番は、医師が行ければ一番いいんでしょうけれど、医師は忙しいので、看護師が行くんですね。看護師が行って、最近どうみたいな感じで言いながら、相手も警戒していますから、血圧でも測ってみようかと言って、血圧を測りながら話しているうちに、結構心を開いて、診断や受診につながっていくという流れがあって。そういった早期発見の仕

組みに、可能であれば、医療職も含めた専門職をどれぐらいつくっていただけるかというか、輪を広げていただけるかということは大きいかなと思うんです。

そういう意味では、地域連携型の認知症疾患医療センターが、多分、私は私の事業所の周辺地域しかわかりませんが、どうしてもその抱えている力というか、その医療機関が持っている力量によってと言うと、ちょっと何か変な言い方になっちゃいますけれども、余力によって、やれることはとても限られてしまっていて、確かに鑑別診断はすごく大事なんですけれども、むしろ、多分地域の中でさまざまな住民が困っているのは、そこに行くまでの支援というか、診断を受けるまでの支援にどれだけ専門職と連携しながらやれるかということが今一番問題になっていると思うので、そこにさまざまな、何というんでしょう、認知症疾患医療センターのみならず、いろんな人たちと、それこそ多職種連携で連携していく仕組みをそれぞれの市区町村の形に合ったものをつくっていくかということが、今求められているの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。

○新井副部長 西本委員と山田委員が言ったこと、全く我々も同じ問題で、限られた時間と限られた資源の中でいかに連携をとるかって。私のところは、地域拠点型で5区を担当しているんですけれども、文京区にとっては1カ所なんで、地域連携型として働こうという意識を持っていたら、今年、文京区から、より密接に連携したいということで結構要望があったんですね。我々は、これは全部やれないなと思って、地域ケア会議みたいに毎回出てくれということとか、文京区は非常に在宅の先生方が熱心で、地域包括1カ所に嘱託医がついているんですけど、そこで事例検討会なんかをやっていて、そこに医者も来てくれないかという話があって、その二つが今年新たな要求として出てきて、これは困ったなあとと思って、実情はそれなんですけれども。

我々の対策としては、今、山田委員が言ったように、医師が全ての地域ケア会議には行けないので、年間で専門職がいろいろ分担して誰かが出ようということが、一つと。

あとは、地域包括の事例検討会については、なかなか、絶対これは医者がやったほうがいいと思うのですが、こちらから出向いて、往復時間とか何かのセッティングは難しいので、窮余の策として、こちらに来てもらって、場所をつくって、そこでこの時間ということで、包括1カ所ごとに、1カ月に一遍ぐらいです。そういうことで、少しでも時間と資源の限られた力、パワーが限られた中で、そういうふうにやろうということで、少し、我々はそういった試みを今回始めています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

一つ質問をさせていただきたいんですけれども。先ほどの委員の皆さんのおっしゃった意見と関係するんですけれども。山本委員が口火を切ってくださった連携で、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの関係についてなんですけれども、医師会の理解とか、スタンスとか、態度とかというのは関係するものなのではないでしょうか。

医師会と認知症疾患医療センターと地域包括という三角形を考えたときに、何がしか

その三つの関係の違いというのが、地域包括と認知症疾患医療センターとの連携の推進のスピードを変えるものなんですかね。単純に質問なんですけれども。

- 西本委員 本当に中野区は、繁田先生がよくご存じでいらっしゃると思いますが、医師会はずごく地域包括に対して積極的に協力していただけたところなんですけれども。ただやはり、だからといって、一つ一つのケース検討会議とか、そういうところに出ていただくというところはまだまだ、ちょっとハードルが高いかなというイメージではあります。
- 繁田部会長 すみません、答えにくい質問だったかもしれないので、申し訳ないなと思います。

山本委員、いいですか。

- 山本委員 私、あんまり医師会と、という感じはしないんですけれども。それよりも、副部会長がおっしゃったように、医師は常時必ず連携されなくていいわけですね。認知症疾患医療センターのソーシャルワーカーなり看護師の方たちがフットワークよく動いてくれるのが一番重要ですので、医師の方も出張ってくれる、それは必要性があるときでもいいということもあります。

要は、その認知症疾患医療センターのソーシャルワーカーなり看護師の方たち、PSWでもいいんですけれども、その方たちと地域包括がしっかり連携をとりながら、お互い相談がしやすくなって、医師の方も出てきてくれるという、そういう、まずは二者関係、自治体も含めてですけれども、それが重要で。

この医師会との関わりは、今後の初期集中支援チームとか、サポート医との連携を含めた地域づくりの部分でどう関わってくるか、そういう議論になってくると思います。

- 繁田部会長 ありがとうございます。引き続きといいますか、あまり時間がないんですけれども、論点は二つ残っているんですけれども、それも含めてご意見をいただけたらと思います。

- 新井副部会長 一ついいですか。東京都に聞きたいんですけれども、アウトリーチの実績がマイナス60になっていたり、また今年も減っている。このデータと補完するようなデータを知りたいんですけれども。初期集中支援チームがまだ十分立ち上がっていないにしても、初期集中支援チームの実績というか、どのぐらい、要するにその数が、ある程度今までのアウトリーチの部分をカバーしているのかどうか、その辺の、それでこれが減っているのかどうかというのを知りたいんですけれども。初期集中支援チームの数。

- 上野課長 初期集中支援チームは、27年度が10の自治体で600件の訪問件数で、28年度が19の自治体で実施をしております、1,140件ということで、29年度はまだ、今稼働中なんですけれども、やはり動きがかなり増えているという実態がございます。

- 新井副部会長 そうですね、伸びているんですね、それはかなり。それで、それまでも、いずれにしても地域包括でも、初期集中支援チームでなくて、

必ず結構活動しているわけですから、かなりアウトリーチが出る手前の段階での活動がかなり活発になっているということは、実情として認識していいんでしょうかね。

○上野課長 先生のおっしゃるとおりです。

ただ、初期集中支援チームの今の私たちの課題認識としては、区市町村によって体制がばらばらだったりですとか、必ずしも先ほど申し上げたように、十分な体制がとれていないので、アウトリーチチームの役割はまだまだ必要だろうと。その役割をどこに置いていくべきかというところを、少しご意見を頂戴したいと思っております。

○繁田部会長 あと、僕もこれ想像ですけれども、例えば認知症支援コーディネーターのスキルが上がってくると、いわゆる認知症疾患医療センターの助言やアドバイスでかかりつけ医にうまくつないだりとかができるスキルが上がってきているというのものもあるかもしれないなあと思います。

山田委員、どうぞ。

○山田委員 すみません、ここに来るに当たって、私、自分の自治体というよりは、私が住んでいる住民の自治体の方から、ぜひこの場で言ってほしいと言われたことがあって、それがこの話なんですけれども。

先ほど訪問支援が減っているという部分で、もちろん地域差というのは絶対あると思うので、これが全体像とは思わないんですけれども。どうしても、社会的に孤立している独居の認知症の方が増えている状況になったりすると、近隣の方とか、知り合いの方が、あと、たまに行く家族が、これはおかしいというふうに思って、つなげて、さっきも言いましたけれども、信頼につなげていくまでの過程というところがとても大変という。そこに結構、自治体は特に問題を抱えているということがあって、特に自治体に相談が来るときって、もう既に何かしら、徘徊で警察で保護されたとか、地域でいろいろ大きな課題が、何というんでしょう、問題が起きてというか、騒動が起きてしまって、今すぐ見に来てほしいとかということになると、どうしてもその場で即診断ということではできないまでも、診断にかなり近い精査をしていただく必要があって、そこにどうしても医師の存在が必要ということがあるんですけれども。

認知症アウトリーチチームの中では余力というものもあるとは思いますが、医師がついて行くという状況がなかなか少ない状況もあって、私が住んでいるあたりは、どうしても精神保健福祉センターの高齢者班の力をいまだに借りないと、問題が解決できないというんですね。

それが、アウトリーチチームができて、初期集中支援チームができて、だんだん支援をしてくれる側の体制は整ってきていると、分散されて、それこそいろんなところで網目があって、ひっかかっていくというところでの訪問が減っているということもあるんですが。もしかすると、アウトリーチチームの持っている限界ということが、逆になかなか自治体としてはあまり、何というんでしょう、利用ができない、利用がしづらい、利用してもあまり今の状況に合わないということで、選べないということも伺っていま

して、そこはなかなか一足飛びに解決はできないんでしょうけれども、課題の一つとしては認識していただけたらということをご希望と言われましたので、役割としてお伝えさせていただきました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。西田委員、お願いします。

○西田委員 まず1点ですけれども、地域連携型認知症疾患医療センターの役割ということについて、病院であるか、診療所であるかによってかなりできること、役割が違ってきていると思うんですが。私がちょっと思うことに、行政に上がってくるような困難事例が、地域連携型認知症疾患医療センターに安易に入院するようなチャンネルをつくってしまうと、まずいなということを感じています。

それから、山本さんがさっきおっしゃった、もうちょっと先のこともかもしれませんが、地域連携型認知症疾患医療センターと地域包括支援センター、それから医師会のことを考えたときに、やはりこれから地域包括ケアシステム構築ということの基本として考えたときに、地域包括支援センターにいる認知症地域支援推進員が窓口になって、地域連携型疾患医療センターにある初期集中支援チームと連携してアウトリーチをしていくと。そこに医師が必要になった場合は医師会なりと連携して、今度30年から在宅医療の連携拠点も各市区町村に整備されるので、そういったところが窓口になって、各地区の圏域にいるアウトリーチできるサポート医なりを医師会が出すというようなやり方がもし出来るようになれば、非常に医師会、包括支援センター、認知症疾患医療センターとの役割分担というか、連携がスムーズに行くようになるんじゃないかなと考えています。一つの案ですけれども。

○繁田部会長 ありがとうございます。新井委員。

○新井副部会長 ありがとうございます。

逆に言うと、私どもなんかは一番、大学病院なので、こういった認知症疾患医療センターを受けたときに一番最初に配慮したのは、私たちのところに入院させるためにこれを行っているんじゃない、それから初診を増やすためにこれを行っているんじゃないということ、地域の医師会の方たちにまずご説明をしました。そこが一番大事なところですね。これはやっぱり公的な資金を受けてやっているわけで、決して認知症疾患医療センターの運営が経営につながるような働きをやってしまっってはいけない。それは一番認識してまして、そこは恐らく、各センターはわかりませんが、改めて今のご指摘を受けて、認識をしなくちゃいけないんだと。

我々は、アウトリーチをやって、それで医療、我々のところは必ずドクターと一緒に行くんですけれども、山田委員が言ったように、ドクターが行かないアウトリーチもあるような話を聞きますけれども。それで、医療機関の受診が必要なときは、必ずかかりつけ医の先生に連絡を取るか、もしくは住居の近くの基幹病院なり、認知症で診断ができるような先生のところに必ず紹介して、我々のところには受けないというか、どうし

ても家族が希望するとか、何かの場合は、それは仕方がないんですけども。

それから、困難事例については我々は受けるけれども、基本的には住居地のところでやってもらうと。そういうことで地域の医療との連携が一つ一つでき上がっていくので、そういうことを我々は自然にやっているんで、医師会との関係をどう契約してどうかとか、何かというよりは、さっき山本委員も言われましたけれども、その中で、医師会の先生も組織としてではなく、熱心な先生が必ず連携協議会には出てきてくださるので、そういう先生たちの連携を、あれは自然な形でやっているというのが、私の場合はそうなんですけれども、ということをご理解いただきたいと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

まだまだご意見があるかと思えますけれども。高瀬委員、お願いします。

○高瀬委員 山田委員と西田先生のお話にちょっと通じるんですけども。診断のための精査をするための通院支援とか入院支援って、結構在宅より大事なんですね。病院側の先生が朝9時に来てくださいますと言うと、僕らは通院支援のために朝7時に行ってやったりとかしているんで、そこら辺がちょっとやっぱり、僕は好きなのでやりますけれども、全員の先生にやってくれというのはちょっと言いづらいんで、ここら辺は何とかならないかなというのと。

それから、これ、栗田先生にもお願いしたいところなんですけど、最初に行ったときに、これ病院に入院すべきかどうかというのを、トリアージというのが、多分在宅医療の認知症の症状のトリアージというのですか、どういう形のときには何とか地域の現場で診て、ここから先はやっぱり入院していただかないと大変だということを明文化されたものがないといえますか、ガイドラインというのがないような気がするんで、何か東京都してそういうものが今後できると、よりそこら辺がスムーズに円滑になるのではないかなと思って、お聞きしております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

今日は6時半からやっていますので、終わりは8時半でございます。一応8時半を目標にしたいと思いますので。

それでは、議題の二つ目、保健医療計画の改定を上野課長から、少し早口でご説明をいただけたらと思います。

○上野課長 それでは、資料10-1と資料10-2をご覧くださいと思います。

東京都では、保健医療計画ということで、医療法に定める医療計画を含む東京都の保健医療に関する基本的かつ総合的な計画として、東京都保健医療計画を策定しているところでございます。

次期の計画期間が、平成30年度から平成35年度までの6年間ということで、今、計画策定の作業を行っているところでございます。

裏面をご覧くださいますと、東京都保健医療計画ですけども、地域医療構想と一体

化をして、「25年の医療～グランドデザイン～」の実現に向けた、疾病・事業等の取組について検討を行うものでございます。

保健医療計画は、ご承知のとおり、5疾病・5事業、在宅療養の取組を記載するものでございますけれども、今回の改定で、右の第4節のところでございますけれども、精神疾患の中から認知症対策は独立をいたしまして、一つの項目として立てさせていただくこととなりました。

表に戻っていただきまして、今議論をしているところで、スケジュールでございますけれども、7月から8月にかけて、疾病事業ごとに部会をつくって検討しているところでございまして、認知症対策については、この改定部会に8月の末にける予定でございます。

資料10-2が、認知症対策の部会における骨子の案でございます。

現状につきましては、これまでご説明をしてきたものですので、割愛させていただきまして、課題のところでは2点、適時・適切な支援体制を確保していく必要がある、認知症の人と家族が安心して暮らせる地域づくりを進めていく必要があるという2点を掲げさせていただきまして、今後の方向性としまして、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供体制の整備、それから認知症の人と家族を支える地域づくりを推進とさせていただいております。

裏面のほうが、それぞれの目標を推進するための取組ということで、目標1には、認知症疾患医療センターによる専門医療の提供、島しょの支援体制の整備、研修、アウトリーチチームのノウハウを提供した初期集中支援チームの活動支援等々を記載させていただいております。目標2では、認知症支援推進センターにおける研修の推進、認知症介護の人材育成、若年性認知症対策、それから医療機関と連携したカフェの設置の促進などについて記載をさせていただいております。

本日はこの骨子についてご意見を頂戴したいということと、それからあわせまして、参考資料2を少しご覧いただきたいんですけれども、第7期の東京都高齢者保健福祉計画も策定の作業を進めておりまして、保健医療計画で作成する取組なども含めました計画の重点7分野で、認知症対策の総合的な推進ということで現在検討を進めておりますので、両計画に反映する取組についてご意見を頂戴できればと思います。

また、本日お時間も限られておりますので、本日ご意見が頂戴できなくても、ぜひ意見をということであれば、後日事務局にご意見を頂戴しても結構でございます。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

急がせてしまいましたけれども、ただいまのご説明にご意見等をいただけたらと思います。

はい、お伺いします。山本委員、お願いします。

○山本委員 ちょっと外れちゃうんだけど、先ほど牧野委員がおっしゃった、市民の

互助活動みたいなことは、限界はありますけれども、今後とても必要です。

最初の栗田委員の研究の報告で、多職種協働という話がありましたけれども、お話を聞いている限りは、専門職の連携とお聞きしましたので、そこで、今後多分、東京都は集合住宅、団地の高齢化がとても課題になりますので、高島平でもいいんですけれども、住民との協働みたいなことで、今、私どもの団地でも、けやき台団地というところなんかは、看護師のOBの方とか、介護福祉士のOBとかをリストアップして、団地の自治会が訪問活動を始めると、そういう活動をしている団地もあるんですけれども。そういったことを組み合わせていかないと、専門職の方も限られますので、民生委員さんもそうですし、住民の力もそうですけれども、そういったことをどう考えていくのかというのは、ひとつ大きな、多分研究事業に絡むことだと思います。

ちょっとこれ、栗田委員のご意見をお聞きしたいなと思っています。

○栗田委員 まず多職種協働のことですけれども、実際に支援のコーディネーションをするときには、実は専門職であります。もう一つはあと、民生委員の方はどうしようかなということなんですけれども、ただ一応守秘義務の問題等々があって、この問題はなかなか難しい問題もあるので、今のところ全て専門職だけです。

それから、実は住民参加型の支援ネットワーク、これはかなり実は活発にやらせていただいております、たくさんあるんですけれども、例えばさっきの認知症カフェの話がありましたけれども、高島平にはカフェがたくさんあるんですね。牧野委員がさっきおっしゃったように、専門職のいるカフェというのは、これは極めて大きな特徴になっていて、我々のところですね。ここの専門職のいるカフェを中心にして、専門職のいないカフェはネットワークをつくって、いろいろな活動をするようになってきているというようなところがあります。

それから、住民参加型のいろんな、実はネットワークが潜在していて、例えば生協の協同購入会の人々とか、あと、それから医師会の病院の元看護師を中心とするネットワークとか。

それから、実はさっき言った専門職の中には、保健師のリタイアしたベテラン保健師が我々の多職種協働チームの中に入っていて、この方たちが結構力を発揮しております。こういうことをやっている、どこからともなくそういう人たちがやってくるもので、ぜひ私もと、みんな入れるわけにはいかないんですけれども。

そんなことで住民、やっぱり拠点、場所をつくると、場所の効果というのがあるんだと思います。場所をつくると、そこに住んでいる人たちが集まってきて、いろいろなネットワークをつくり出してということで、場所が非常に重要だと。認知症カフェでも何でもいいですけれども、場所が大事。

ただ、そこにいる人というものがとても重要であって、それなりの理念とか、知識とか、考え方とか、スキルとか、良心とか、そういうものが、我々は良心があるとは言えないですけれども、そういう人たちがいないと、そういうことはいかないんだろうなと

考えております。

○繁田部会長 ありがとうございます。

もう一つ、二つ、ちょっと時間は過ぎますけれども、ご意見をいただけたらと思います。

○山本委員 私、もう1点だけいいですか。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○山本委員 いろいろな研修が行われまして、これは先ほど山田委員がおっしゃったことですけれども、専門職向けの研修に、もうされていると思いますけれども、地域に向けて協力していきましようという項目を入れていただきたいなと思います。ケアマネジャーもそうですし、介護士とかもそうでしょうし、看護師もそうでしょうけれども、病院の方もそうなんですけれども、地域に向けて協力をしていきましようという視点をぜひ、全ての研修に盛り込んでいただいて、認知症疾患医療センターもそうだし、地域包括もそうなんですけれども、さっきの団地の出張相談会じゃありませんけれども、みんなで総力でやっていきましようという視点をぜひ加えていただきたいと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

もう一つぐらいどうでしょうか。一つと言わず、一つ、二つ。よろしゅうございますか。

新井委員、お願いします。

○新井副部会長 一ついいですか。やっぱり最初から初期集中支援チームがそのうちできるという中で、東京都がせっかくアウトリーチチームをつくって、予算立てもしてやっているんで、このアウトリーチチームをいかに活かすかというのは、東京都が一番国に対してアピールできることなので、ここはぜひみんなでより育てていくというか、これがいい形になるように、これはぜひこの部会でもさらに検討していけたらと、切に思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

今のやり方ですと、件数自体は減っているんで、どういうふうに進化させていくかということですかね。ありがとうございます。

そのほか、言い残したことはございませんでしょうか。もうそろそろ時間でございます。よろしゅうございますか。

それでは、ご意見がある方は、在宅支援課へファクスでご意見等を送っていただくことにして、会はこれで閉じたいと思います。

マイクを事務局にお返しします。

○上野課長 繁田部会長、ありがとうございます。

また、委員の皆様も活発なご議論をいただきまして、ありがとうございます。

次回の第15回認知症医療部会につきましては、平成30年2月ごろの開催としております。具体的な日程については、後日委員の皆様にご調整をさせていただきます。次回

もどうぞよろしく願いいたします。

本日お配りしました資料につきましては、事務局から郵送いたしますので、封筒に入れて机上に残していただければと思います。また、お車でいらっしゃる方は、駐車券をお渡しいたしますので、受付にお申し出ください。

それでは、本日はこれにて散会といたします。ありがとうございました。

(午後 8時31分 散会)