

# 東京都認知症対策推進会議

## 第1回 認知症医療部会

### 議事録

平成24年9月3日

東京都福祉保健局 高齢社会対策部

# 東京都認知症対策推進会議

## 第1回 認知症医療部会

東京都庁第一本庁舎42階北側 特別会議室A

平成24年9月3日（月曜日）午後7時00分から

### 1. 開 会

### 2. 部会長・副部会長の選任

### 3 議 事

- (1) 都の認知症医療施策の取組状況について
- (2) 東京都保健医療計画の改定について
- (3) 本部会の今後の進め方について

### 4. 閉 会

#### [配布資料]

- (資料1) 認知症対策推進事業実施要綱
- (資料2) 認知症対策推進会議 委員名簿・同幹事名簿
- (資料3-1) 都内の認知症の人を取りまく状況（統計）
- (資料3-2) 都内の認知症の人と家族の状況（統計）
- (資料3-3) 二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例（統計）
- (資料4) 東京都認知症対策推進会議におけるこれまでの取組と現状
- (資料5-1) 東京都認知症疾患医療センターについて（概要）
- (資料5-2) 二次保健医療圏ごとの認知症疾患医療センターの指定状況
- (資料6) 東京都保健医療計画の改定について
- (資料7) 都における今後の認知症医療施策の方向性について（案）
- (資料8) 身近型認知症疾患医療センターについて

(資料9) 精神疾患(認知症)の医療体制構築に係る現状把握のための指標

(資料10) 認知症医療部会の今後の進め方について(案)

(参考資料1) 老人性認知症専門医療事業について

(参考資料2) 「東京都保健医療計画(第四次)」(認知症関係部分抜粋)

(参考資料3) 東京都保健医療計画(第五次改定)骨子(案)

(参考資料4) 「東京都高齢者保健福祉計画(平成24～26年度)」概要

(参考資料5-1) 「今後の認知症施策の方向性について」(厚生労働省)」概要

(参考資料5-2) 「今後の認知症施策の方向性について」(厚生労働省)」本文

午後7時00分 開会

○新田課長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1回東京都認知症医療部会を開催いたします。

このたびは当部会の委員にご就任いただき、またお忙しい中、ご出席いただきまことにありがとうございます。私は、東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の新田でございます。部会長が選任されるまでの間、議会の進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、本部会の設置の件につきまして、まず簡単にご説明させていただきます。

東京都では平成19年に設置いたしました東京都認知症対策推進会議におきまして、認知症の人と家族に対する支援対策の構築に向けて中長期的な認知症対策をさまざまな角度から検討してまいりました。本日、ご出席いただいている委員の皆様にもご協力いただきながら医療支援部会、仕組み部会、東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会、認知症ケアパス部会といった部会において昨年まで検討してまいりました。その内容につきましては既に東京都の施策として多くの部分が事業として実を結んでいるところであります。

こうした中で東京都では現在、東京都保健医療計画の改定作業を進めております。東京都保健医療計画は、東京都の保健医療に関しまして施策の方向を明らかにする基本的、かつ総合的な計画として性格を持つものです。次期計画から4疾病、5事業に精神疾患が加わりまして5疾病、5事業となりました。精神疾患の中でも認知症とうつ病につきましては特に重点的な記載が厚生労働省より求められております。また、今年6月には厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームの報告書といたしまして、「今後の認知症施策の方向性について」が発表されました。報告書では身近型疾患医療センターや認知症初期集中支援チームをはじめとさまざまな内容が盛り込まれておりまして、厚生労働省はこの報告書の内容を具体化するための計画を今後作成するとも聞いております。

東京都といたしましても国の検討内容や施策の方向性を踏まえながら今年度、東京都保健医療計画を策定して東京都における今後の認知症医療の施策の方向性を明らかにしていく必要があります。そのため先日、7月25日に開催されました第15回の東京都認知症対策推進会議におきまして、承認の上、認知症対策推進事業実施要綱第4の7（1）に基づきまして、専門部会「認知症医療部会」を設置することとなりました。

次に、部会の構成についてですが、同要綱の第4の7（3）及び第5に基づきまして、委員及び専門委員は、認知症対策推進会議の議長が指名することとなっております。推進会議から

部会に参加していただく委員につきましては、議長であります長嶋議長から指名していただき、専門委員についてもさまざまなお立場で認知症の医療、福祉に関わっている皆様を長嶋議長から推薦していただき、この度、委嘱させていただくこととなりました。各委員の机上には本部会の委員についての委嘱状を配布させていただいております。本来ならばお一人お一人に福祉保健局長からお渡しすべきところですが、時間の都合で申しわけありませんが、省略させていただきます。どうぞご了承ください。

## 委員の紹介

○新田課長 それでは、事務局のほうから各委員のご紹介をさせていただきます。次第の後ろに委員名簿がございますので、そちらをご覧ください。

委員名簿の順に従いましてご紹介させていただきます。私のほうでお名前をご紹介させていただきますので、委員の皆様は着座のままで結構ですので、一言ご発言をいただければと思います。なお、ご発言にあたりましてはお手元のマイクのスイッチを入れてお話しください。

委員の紹介をいたします。

順天堂大学大学院教授の新井平伊委員でございます。

○新井委員 よろしくお願いいたします。

○新田課長 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長の栗田圭一委員でございます。

○栗田委員 栗田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田課長 公立大学法人首都大学東京都副学長の繁田雅弘委員でございます。

○繁田委員 繁田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田課長 公益社団法人東京都看護協会より医療法人社団慶成会青梅慶友病院看護介護開発室長の桑田美代子委員でございます。

○桑田委員 よろしくお願いいたします。

○新田課長 東京都立松沢病院院長の齋藤正彦委員でございます。

○齋藤委員 齋藤でございます。よろしくお願いをいたします。

○新田課長 医療法人社団至高会たかせクリニック院長の高瀬義昌委員でございます。

○高瀬委員 高瀬と申します。大田区から今日はやってまいりました。よろしくお願いいたします。

- 新田課長 医療法人社団つくし会理事長の新田國夫委員でございます。
- 新田委員 新田です。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 社団法人東京都医師会理事の平川博之委員でございます。
- 平川委員 東京都医師会の平川でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 社団法人東京精神科病院協会の会長、山田雄飛委員でございます。
- 山田委員 山田でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長の西本裕子委員でございます。
- 西本委員 西本でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 新田課長 立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長の山本繁樹委員でございます。
- 山本委員 山本です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 新田課長 特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長の牧野史子委員でございます。
- 牧野委員 牧野でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 新宿区福祉部高齢者福祉課長の吉田淳子委員でございます。
- 吉田委員 吉田でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 武蔵野市健康福祉部高齢者支援課長の渡邊昭浩委員でございます。
- 渡邊委員 渡邊でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 また、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しておりますので、ここでご紹介をさせていただきます。  
中山高齢社会対策部長でございます。
- 中山高齢社会対策部長 中山です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 新田課長 熊谷障害者医療担当部長でございます。
- 熊谷障害者医療担当部長 熊谷です。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 大滝障害者施策推進部精神保健・医療課長でございます。
- 大滝精神保健・医療課長 大滝でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 加藤高齢社会対策部計画課長でございます。
- 加藤計画課長 加藤でございます。よろしくお願いいたします。
- 新田課長 横手高齢社会対策部介護保険課長でございます。
- 横手介護保険課長 横手でございます。よろしくお願いいたします。

○新田課長 福留高齢社会対策部施設支援課長でございます。

○福留施設支援課長 福留でございます。よろしくお願いします。

○新田課長 本日、笹井幹事と石毛幹事につきましては、所用により欠席させていただいております。代理といたしまして、医療政策部より新倉保健医療計画担当課長が出席しております。

○新倉保健医療計画担当課長 新倉でございます。よろしくお願いします。

○新田課長 それでは、ここで川澄福祉保健局長から委員の皆様へ一言ごあいさつ申し上げます。

#### 開会あいさつ

○川澄福祉保健局長 福祉保健局長の川澄でございます。委員の皆様方には平素から東京都の福祉保健医療行政に多大なご協力を賜りまして、厚く御礼を申し上げます。また、本日は大変お忙しい中、またお暑い中、部会にご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

現在、東京都内の要介護・要支援認定を受けている高齢者の中で何らかの認知症の症状がある高齢者は約32万人と推計しておりまして、13年後にはさらに20万人ふえると予想されているところでございます。

認知症施策は現在、国におきましても、東京都におきましても、転換点に差しかかっておりまして、近い将来到来する超高齢化社会に備えてより取組を強化していかなければならない時期であると思っております。今年3月に改定をいたしました東京都高齢者保健福祉計画におきましても認知症施策を重要な課題として取り上げました。また、現在改定を進めている東京都保健医療計画におきましても認知症精神疾患の柱として盛り込んでいく必要がございます。そのためこの度、東京都認知症対策推進会議のもとに認知症医療部会を設置することになりました。部会にはさまざまな分野の専門家の先生方、あるいは現場で深く関わっておられる方々にお声をおかけしましたところ、快くお引き受けをいただきました。本当にありがとうございます。

私ども東京都といたしましては、この会議でのご議論、あるいはご検証いただきました内容を今後の東京都の施策に最大限に生かしていきたいと考えております。大変お忙しい中とは存じますが、ぜひとも皆様方のお知恵をお借りしたいと考えておりますので、どうかよろしくお願い申し上げます。

## 部会長・副部会長の選任

○新田課長 次に本部会の運営にあたりまして要綱第4の8（1）に基づき部会長を選任させていただきます。部会長は要綱では委員の互選により定めるとされておりますが、今回につきましては先日の7月25日に開催されました第15回東京都認知症対策推進会議の中で長嶋議長より認知症対策推進会議の副議長であり、医療支援部会、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、認知症ケアパス部会でも部会長を務めていただきました繁田雅弘委員を部会長にとの推薦がありました。

繁田委員に部会長をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

異議がなければ拍手でご承認をお願いいたします。

（拍手により承認）

○新田課長 それでは、本部会の部会長は繁田委員に決定いたしました。

繁田部会長、お手数ですが、部会長席へお移りください。

（繁田部会長、部会長席に着席）

○新田課長 それでは、繁田部会長、一言ごあいさつをお願いいたします。

○繁田部会長 繁田でございます。大変重要な役割でございますので、力を尽くしてまいりたいと思っておりますので、どうぞ委員の皆様、ご協力をお願いいたします。

6月に国のほうから今後の方向性についてというとりまとめがございましたけれども、実際には具体的な例えば身近型云々に関しましても、あるいは支援チームに関しても記載があるわけではございません。どういったものかということをご各都道府県でも国の打ち出しを待っているところですが、それを待って議論を始めるというのがいいのかどうか、それよりはやらなければいけない、あるいは患者さん、あるいはご家族のためにやるべきことはあると思っておりますので、議論は早めに始めて、これから国から出てくるかもしれませんが、東京都としてこれだけ見識のある委員の皆様にお集まりいただいておりますので、今後認知症対策医療支援に関してはこういうふうに行っていくという意見をいろいろ出していただいて、そして整理をして国からの具体的な案を待つというような形にするのがいいだろうと考えております。特に今日の会は、自由にご発言、ご意見をいただいて、何か特別決定をすとか決めるということよりは、今後東京都の医療はこうあってほしい、こういうふうにすると認知症の人や家族が助かるというようなお考え、ご意見をいただけたらというふうに思います。



つたない委員長になるかもしれませんが、どうぞよろしく願いいたします。（拍手）

○新田課長 繁田部会長、ありがとうございました。

次に、副部会長を選任したいと思います。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、部会長に副部会長を指名していただきたいと思います。

繁田部会長、お願いいたします。

○繁田部会長 「医療支援部会」に関しましてもあるいは「認知症疾患医療センターのあり方検討部会」に関しましても大変なご協力とご示唆をいただきました新井委員にできればやっていただきますと、私も非常に心強く思いますので、お認めいただきたいと思います。いかがでしょうか。

（拍手により承認）

○繁田部会長 よろしく願いします。

○新井副部会長 先の部会でもほとんど何もしませんで、繁田先生におんぶにだっこでしたけれども、ご指名ですのでお受けいたします。

一言だけ申し上げると、私はもともと何かと協力させていただくときは国よりは東京都のほうを選んでいきます。厚労省のようにこれまでの認知症医療に対してように不適切とかそういうことを言わないで、ぜひ、精神科病院協会とか精神科医とも仲よくやってこの会を盛り上げていただきたいと心から願っております。よろしく願いします。

○新田課長 それでは繁田部会長、今後の議事につきましてはよろしく願いいたします。

## 議 事

### （1）都の認知症医療施策の取組状況について

○繁田部会長 それでは時間の限りもございしますので、早速議事に入りたいと存じます。まずは議事の（1）「都の認知症医療施策の取組状況について」。皆様もうご存じのことが多々あるかと思いますが、簡単で結構でございしますので、一度事務局から整理をしていただければと思います。よろしく願いいたします。

○新田課長 それでは、資料3-1から資料5-2までを使いまして「都の認知症施策の取組状況について」ご説明を申し上げます。まず、都内の認知症の状況について資料を用いまして

幾つかのデータをご紹介します。

まず、資料3-1です。左側のところですが、都内におきましては平成27年には4人に1人が高齢者、平成47年には3人に1人が高齢者となるというような超高齢期社会を迎えます。それに伴いまして認知症の患者さんの数もふえてまいります。それが右側のデータですが、何らかの認知症の症状のある高齢者の方は平成23年の約32万人から平成37年には約52万人に増加してきます。見守りまたは支援の必要な認知症高齢者の方につきましては、平成23年の23万人から約38万人に増加してまいります。

先日、国が認知症の患者さんの推計については新たな数値を出しておりますけれども、この推計につきましては自立度Ⅱ以上で見た場合、ほぼ同じ数値となっております。下のほうにいきまして、認知症の高齢者の方というのは自立度Ⅰ以上で見ても、Ⅱ以上で見ましても半数以上は居宅で生活をしております。高齢者の一人暮らし、高齢者のみの世帯は今後ますますふえていく状況でございます。

続きまして、資料3-2です。これは平成20年8月から12月にかけて実施いたしました東京都在宅高齢者実態調査（専門調査）に基づくものです。認知症が疑われます約250人を対象としまして同居者の状況や居留意向、公的サービスの利用状況について聞いたものです。

同居者につきましては、子どもが最も多いというデータが出ておりますが、一方で4人に1人は独居という結果も出ております。

居留意向につきましては、現在住んでいるところに住み続けたいという方が約7割を超えております。

公的サービスの利用状況は、介護保険サービスと回答する方が最も多い一方で、公的サービスや支援制度を利用していない人も約60%おります。

認知症が疑われます家族に対する調査では、地域包括支援センターや民生委員、家族会の認知度が高くないことがわかります。また、昼夜逆転や幻視・幻聴といったような症状があった人のうち、約半分が通院していないというデータも出てございます。

続きまして、資料3-3です。これは二次保健医療圏別に認知症に関します医療資源を例示したものです。左から人口、65歳以上の人口、何らかの認知症の症状がある方、病院や診療所の数、病床の数、診療の状況、学会認定専門医や認知症サポート医等の数について示しております。これは後ほどまたご参考にご覧いただきたいと思っております。

続きまして、資料4で「認知症対策推進会議におけるこれまでの取組と状況」という形で、これまでの東京都の取組を簡単にご紹介したいと思っております。それぞれ専門の部会を設け

まして、面的な仕組みづくり、普及啓発、専門医療の提供、地域連携の推進、介護における基盤整備、介護人材の育成、そして若年性認知症への対応という形でそれぞれ検討を進めてまいりました。それぞれの検討の中で報告書や手引きという形でとりまとめを出し、それぞれ施策として今実施しているものもご紹介します。

このうち、本日の議題にも出てまいります認知症疾患医療センターにつきましては、平成22年度に東京都の認知症疾患医療センターのあり方検討部会において検討をしております、その結果に基づきましてこの4月から都内10カ所で地域型の認知症疾患医療センターの運営を開始しております。認知症疾患医療センターの概要につきましては次の資料5-1のほうをご覧ください。

この資料に基づきまして認知症疾患医療センターの役割について簡単にご説明をいたしますと、大きく役割としては3つございます。

まず、1つ目が「専門的医療機関としての役割」として、医療相談室を設置して実施します専門医療相談、鑑別診断、身体合併症、周辺症状への対応。

2つ目が「地域連携の推進機関としての役割」として医療介護の連絡協議会等を通じた地域連携体制を構築し、地域包括支援センターや家族会との連携を図ること。

3つ目が「人材育成機関としての役割」として専門医療、地域連携を支える人材の育成があります。

右側に移っていただきまして、現在の指定状況ですけれども指定数は二次保健医療圏ごとに1カ所を基本といたしまして、この9月現在で10カ所となっております。初回の指定期間につきましては平成26年3月末までという形となっております。予算内容は、1カ所当たり1,100万、医療相談室の運営経費等に国と都で二分の一ずつの補助を実施しております。

下に地域連携のイメージということで今まで申しました役割を図示したものが記載されております。一番下には認知症疾患医療センターと書かれておりまして、地域における連携を疾患医療センターは下支えをしていく役割を担っているということでございます。

続きまして資料5-2は、今ご説明いたしました認知症疾患医療センターの都内での指定状況を図示したものとなっております。それぞれの医療圏域ごとにどこの医療機関が指定されているかを記載しております。

北多摩北部と西多摩の圏域につきましては今年度中に指定をする予定となっております。

事務局からの説明は以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。従来行ってきました施策の説明でございますので、

特別確認事項とか追加修正等がなければ特に審議の時間を設けませんで、次の「東京都保健医療計画の改定」、こちらのほうが時間を取りたい審議でございますのでよろしゅうございますでしょうか、特に訂正等なければ先に進めさせていただきたいと思っております。

## 議 事

### (2) 東京都保健医療計画の改定について

○繁田部会長　それでは、議題（2）「東京都保健医療計画の改定について」、事務局からまずは説明をお願いいたします。

○新田課長　それでは、資料6から資料9を使いまして「東京都保健医療計画の改定について」ご説明いたします。

まず、資料6です。今回改定いたします第5次の保健医療計画から4疾病5事業に精神が加わりまして5疾病5事業となります。その精神疾患に認知症が含まれることになりまして、今回の保健医療計画から認知症についても記載していくこととなります。

今回改定の主な課題等は、一番下の「都における計画改定スケジュール」をご覧ください。現在は第2四半期の欄にありますように骨子案について議論をしております、去る8月27日に開催されました保健医療計画の第2回推進協議会におきまして、その内容が確認されております。その結果につきましては9月に開催予定の医療審議会においてもその内容が諮られる予定になっております。今後この骨子案をもとに実際の計画に盛り込む計画素案を第3四半期に作成いたしまして、関係機関への意見照会やパブリックコメントを実施する予定となっております。

本医療部会につきましては、この医療計画の改定スケジュールに合わせまして年内に2回、今回9月と11月に開催したいと考えております。本日の第1回の部会では後ほど資料7で細かくご説明をいたしますけれども、先ほどの認知症部分の骨子案について紹介させていただき、それを踏まえました計画素案のポイントにつきましては、ご議論いただければと思います。

それでは資料7のほうに移りまして、「都における今後の認知症医療施策の方向性について（案）」ということで、先ほどの医療計画の骨子案等をもとにしてご説明をしたいと思っております。資料の左半分につきましては、去る8月の中旬に国のほうで開催されました「認知症の医療計画」に係る説明会の資料を示したものでございます。現時点で正式な指針につきましてはまだ国から示されておられませんので、最終的に確定したものでないということについてご

了解をいただければと思います。

では、中身について簡単にご説明いたします。認知症の医療計画指針の基本的な考え方といたしまして3点あります。

1つ目が、かかりつけ医が地域包括支援センターやケアマネジャーと連携して、日常的な診療を行うこと。

2つ目としまして、認知症の診断が必要となった場合は、かかりつけ医が身近型疾患医療センターを含みます疾患医療センター等の専門医療機関を紹介し、療養支援を行うこと。

3つ目としまして、入院が必要になった場合でも退院はかかりつけ医の医師が引き続き療養支援を行うこと。

そして目指すべき方向としまして、認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能。

具体的な目標としましては3点掲げられております。

まず、1つ目が、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活し続けるために、医療と介護が連携した総合的なサービスが提供されること。

2つ目として、認知症疾患医療センターの整備目標として二次医療圏に1カ所以上、人口が多い圏域では65歳以上の人口6万人につき1カ所程度整備すること。ここでいいます認知症疾患医療センターは身近型も含む概念であります。

3つ目として、認知症の行動・心理症状で入院した場合は、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2カ月とするような体制を整備すること。

国の指針はこういう形になっております。これらの指針を踏まえまして認知症部分の都の保健医療計画の骨子案につきまして次にご紹介いたします。

都の保健医療計画のスタイルといたしましてはここにございますように、まず都における課題を挙げ、それに対する施策の方向性を書くのが共通なスタイルとなっております。まず、課題についてです。

1つ目は、地域連携のさらなる推進。特に身体合併症や周辺症状への対応、地域で認知症の生活を支える体制づくり等については特に重点的に取り組まなければいけないと思っております。次に早期診断・早期対応への取組。3つ目といたしまして、人材育成。

これらの課題を踏まえた施策の方向性といたしまして2点ほど挙げております。1つ目が、認知症疾患医療センターの整備、これは身近型を含む整備です。2つ目が、認知症疾患医療センターを中心とした地域連携の推進により、認知症の人が状態に応じて適切な医療・福祉・介

護の支援を受けることができる体制の構築。

以上が骨子の中身になっております。

この骨子を具体的に素案という形で施策の方向性という形で肉付けをしていったものが右の素案のポイントの案になります。全部で5つほどあります。

まず、1つ目が認知症疾患医療センターの整備です。認知症疾患医療センターにつきましては資料8をご覧ください。資料8の右側上のところに6月18日に国が出しましたPTの報告書に基づきまして、地域型と身近型の認知症疾患医療センターを比較した表を掲げてあります。

地域型と身近型の役割ですが、専門医療相談、鑑別診断、地域連携の部分は共通となっておりますが、身体合併症・周辺症状への対応、人材育成等につきましては地域型の機能になっております。

人員体制につきましては、医師・臨床心理技術者につきましては共通ですけれども、医療相談室について地域型は2名以上、うち1名は常勤専従とされております。身近型では1名以上で兼務可とされております。

検査体制としましては、身近型についてはCTを自院で所有しなくてもよいとされております。

そして最後にありますアウトリーチにつきましては、身近型の役割とされております。国によりますとこの身近型と地域型というのは対等の立場にありまして、上下関係はないという説明でございます。また、地域型・身近型の役割とされた事項、例えば身体合併症では周辺症状への対応についても、どちらか一方は関係ないということではなくて、実際には両者が連携をして協力を図るということが本来の考え方であると思っております。

資料7のほうに戻っていただきまして、保健医療計画に認知症疾患医療センターの整備について記述するにあたりまして、国の身近型の要件というものがまだ固まっていない部分もありますが、双方の役割分担や必要数について検討をする必要があると考えております。実際の保健医療計画において必要数等について実際どこまで記述するかということはあると思いますが、将来的に身近型を指定する場合に備えてこの部分についてご議論いただければと思っております。

次に、認知症疾患医療センターが開催する医療・介護連携協議会を活用した地域連携の推進です。具体的にはかかりつけ医、地域包括支援センター、家族会等の連携の推進です。地域全体で身体合併症や周辺症状の治療を受ける体制の構築についても検討をしていく必要があると考えております。また、退院支援や地域連携を推進していくためにもクリティカルパスの導入も検討していく必要があると考えております。

次に、専門医療や地域連携を支える人材の育成です。地域におけるかかりつけ医や介護事業者等の認知症対応力の向上のためには、認知症疾患医療センターの役割であります人材育成機能の充実を図り、都内全体でのレベルアップを図っていく必要があります。この取組は都としても支援をしていきたいというふうに思っております。その際、多職種協働推進のために多職種が一堂に集まる研修も検討していきたいと考えております。

次に早期診断・早期対応への取組の推進です。早期診断・早期対応を推進するため、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、かかりつけ医、区市町村等が協働して方策を検討する必要があります。その中で認知症疾患医療センターとしてのアウトリーチの方策・有効性についても検討をしていきたいと考えております。なお、国ではここにありますように「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置したモデル事業を実施予定という情報もあります。

最後に、地域包括ケアシステム実現に向けた取組の推進です。認知症の人と家族が地域で住み続けるためには、各区市町村におきまして地域包括ケアシステム実現に向けた取組を推進していく必要があります。東京都高齢者保健福祉計画におきましてもそういった地域包括ケアについて記載をしております、そのような取組を着実に推進していく必要があります。具体的にはここにありますように在宅療養の推進や訪問看護ステーションの整備、認知症高齢者グループホームの整備等を考えております。なお、在宅療養の取組や高齢者保健福祉施策につきましては保健医療計画で別に事項立てをされておまして、相互に認知症の部分と整合性を図った上で、詳細についてはそれぞれの項目で記述することになると考えております。

続きまして資料9-①と②です。9-①は非常に細かい資料となっておりますけれども、これは8月に開催されました国の説明会で認知症の医療体制の構築に係る現状把握のための指標として国が示したものです。一番左のところに「必須」と「推奨」というマークがついております。◎が「必須項目」で、○が「推奨項目」になっております。資料の9-①では、東京都分だけでなく全国分を掲載しておりますので、参考までにご確認をいただければと思います。なお、資料9-②につきましては、この指標の説明の資料です。

資料9-①と②までの説明は以上です。併せて参考資料について簡単に触れたいと思っております。

お手元の参考資料1は、「老人性認知症専門医療事業について」ということで、現在都内で9病院が指定をされております。

続きまして参考資料2です。これは現在の保健医療計画の抜粋となっております、第5節

のところに高齢者保健福祉施策という項が立てられておまして、認知症はちょっとめくっていただきまして150ページです。このページに四角で囲んだ「3 認知症対策の総合的な推進」という形で現在は高齢者保健福祉対策の中で記述されるという扱いになっております。これが第5次からは認知症は別途独立して掲げる形になります。

続きまして参考資料3です。これは東京都保健医療計画第五次改定の骨子（案）という形になっておまして、先ほど認知症の部分についてご紹介いたしましたが、それ以外の部分についてすべて示した資料となっております。

続きまして参考資料の4です。東京都高齢者保健福祉計画（平成24年度～平成26年度）全体の概要版となっております。

次に、参考資料5-1と5-2という形で先ほどからお話になっております「今後の認知症施策の方向性について」、国の6月のPT報告で出された概要と本文をそれぞれつけております。

事務局からの説明は以上です。

#### 意見交換

○繁田部会長 ありがとうございます。参考資料は本当にたくさんございますので随時ご覧をいただくことにして、差し当たり資料7ですか、左下に東京都保健医療計画の改定の骨子（案）、右側に素案のポイントということで項目立てがしてありますが、差し迫った部会の使命としては、この素案に関しましていろんな観点、あるいは視点を出していただいてそれをもとに事務局で次回の部会までに原案をつくっていただくというところです。まずは資料7の保健医療計画の認知症に関する部分について、ここで自由にご意見をいただく。それが今日一番重要な審議でございます。

差し当たり自由にご意見出していただけるとありがたいのですが、私のほうから少し口火を切ったほうが言いやすいですか。

では早速、山田委員お願いします。

○山田委員 早速で申しわけないのですが、これだけの資料、国の骨子案も含めて、私たちが現場で感じとっているものよりもっと大きいもの、状況として対応しきれないような問題じゃないかというふうに感じたところなんですけれども。

まず、1つはどういう構成でやっていくか。例えば認知症疾患医療センター、それから身近



型と今回初めて説明があったわけですが、そういうものの位置づけすると同時に、一方では全体が一つになってやっていきたいと思いますという書き方もあるわけですね。この辺のところがかかりつけ医から始まってという医療のレベルでいうと、かかりつけ医、それからサポート医というのが随分これまでは出てきた言葉なんですけれども、この「方向性について」という案には、サポート医が確か載っていなかったと思うんですね。サポート医の数が少ないということもあるのかもしれませんが、日常生活を診ているかかりつけ医をはじめとして、さまざまな専門家が関与すべきと考えていましたから、サポート医の位置付けも重要だと思います。

例えば早期発見・早期対応ということであれば、認知症疾患医療センターが最初に出てきて、市町村と協働して検討するというところで、例えばこれだけをぱっと見ると、かかりつけ医の中に精神科医というのもそうそう数もないということもあって、例えば総合病院の脳外科とかあるいは神経内科とかというところも昨今では対応している先生がいる。専門性ということであれば必ずしも診る先生、診ない先生はあるかもしれませんが、かかりつけ医の中には診る先生方もいらっしゃるような様々な実情であること。それから周辺症状になってくると精神科というのがどうしても出てくるというのはよくわかることなんですけれども、その辺広く議論をしていくべきかなと思って、この方向性についての（案）というところを見ました。とりあえずとっかかりとして話を出しましたけれども、よろしく願いいたします。

○繁田部会長 ありがとうございます。ただいまのことに関連して、ご意見をいただけたらと思います。

○山本委員 今回出てきたので非常にわかりづらいのは、やはり認知症疾患医療センターの地域型と身近型のこの違い。身近型がアウトリーチをする機関というふうにとらえるということだと思っておりますけれども、もう一つ基幹型というのもあって、基幹型は東京都はないという理解でよろしいかと思っておりますけれども。ちょっとこの3種類の役割分担を東京都としては明確にして、特に地域型と身近型の役割分担、そしてあと医療圏域に今ほぼ1カ所ずつ認知症疾患医療センターが決まっていますので、その認知症疾患医療センターと身近型をもう少し細かく設置していったときのあり方、連携の仕方というのを明確にしていく必要があるだろうということは、一番ご説明を聞いていて感じたことです。

それと認知症初期集中支援チームですが、これは包括センターに置くということで、これは人の配置ですので何らかの予算措置がないとできないということもあって、このあり方というものも東京都はこういうあり方でいだろうというような提案ができるような形ぐらいでもいい

のかもしれませんし、また国の報告を待っていてもいいのかもしれませんけれども、このあり方で早期発見・早期診断というのをどういうふうにしていくのかというもの、また一つ議論のテーマだろうということを感じました。

それと非常にいろんな施策がばらばら出てきていますので、地域全体でみると非常に全体像がとらえづらいというのがございます。参考資料の5-1で国としてのまとめた図がありますが、こういう全体像を東京都として進めていくということと、あと各区市町村単位でこの全体像をとらえた上で次期の高齢者の保健福祉計画なり、介護保険の事業計画に落とし込めるようなそういう指導を東京都としてとっていく必要があるだろうと、その3点を感じましたので申し上げておきたいと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。いずれも大きな課題でございますので、それはこの部会を出していいんですね。まさに今おっしゃったその役割、どんな役割が、予算の問題であるとか、国とあまり矛盾があってははいけませんけれども、この部会で皆さんのご意見を整理しながら東京都としては、地域型センターはこういう役割を、身近型はこういう役割を、あるいは先ほど山田委員がおっしゃったサポート医はこういう役割を、もちろんかかりつけ医の先生にはこんな役割をというような一つの理念型みたいなものがあって、それを参考にしながら地域にあった形でそれぞれ医療圏域であるとか市区町村で実践していただくというのがよろしいと私も思います。差し当たりどうでしょう。

ただ今、口火を切っていただきました。認知症疾患医療センター地域型が現在10カ所で今年度中に2カ所追加とおっしゃっていただきましたが、2カ所新たに認定をされて各医療圏1個で12個、そこに既にサポート医という先生がいらっやって、かかりつけ医の先生方のサポートを担っている。ただこれは地域の事情に温度差がありまして、ご自分の診療だけで精いっぱいという先生もおられます。これからもし身近型というものが、国から出ている情報はかなり少ないのですけれども、こういう身近型であれば東京都にとっても大きな役割を果たしてもらえないかというようなご意見があれば、その部分でご意見をいただけるとありがたいなと思います。問題がちょっと大きくて重い問題ではありますけれども。

○新田委員 それでは最初に意見を言わせていただきます。私はまず基本は厚労省が出した参考資料の5-1の「精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても」という最初の課題ですよね、この問題にどう取り組むかということかだと思います。認知症疾患医療センターがどのような役割を果たすかというのは、どうもどこの県に行ってもほとんど統一されていない、何が出来、どこまでするのがそれぞれ違い明確化されて

いないのが現状だろうなど。

当初はここに書かれたようなことであつたのですが、もっと考えると認知症疾患医療センターというのは、初期診断対応とあるいは周辺症状で入院させるとかそういうものではなくて、もっと身体合併症が起きたときに対応できる病院と、なぜならば先ほど言いましたようになるべくなら地域で治療をすると、それが原点であるというところから、おそらく厚労省は6月18日にこういった問題を出したのだと思いますね。私はこのときにプレゼンテーションにヒアリングで呼ばれましたけれども、いろいろ議論をしましてやっぱりそこが問題の原点だったと、そんなような感じがしております。

先ほどの資料9-①の東京都のアルツハイマーの平均在院日数は238ですか、先ほど2カ月という話がありましたね、2カ月を限度とすると、やはりそれが問題だと思います。アルツハイマー患者がなぜ238日も入院するのだろうか、それはどのような病的状態であれ、それだけ入院すればもう次に行く場所がなくなるでしょうと思うんですね。で、行く場所がなくなって様々な施設を転々とする。こういった体制を解決するにはやはり地域ですね、地域というものをちゃんとしっかりさせないとこういった方々、アルツハイマーの患者も含めて彼らを地域に戻すための対策をつくらないと、私はやっぱりだめだろうなというふうに考えます。

その意味の中でいわゆる身近型疾患医療センターが作られ6万人に1カ所というおおよその発想が出てきたのだろうと。それはおそらくその地域型にて対応し、その地域の身近型が地域のかかりつけ医の医師と連携をして初期対応能力を果たしていくと、その中にはもちろん在宅療養ですから地域包括支援センターを巻き込むというような体制なのだろうなど。そこで対応できないと、そこは認知症中核疾患医療センターが対応することになります。

そういう模式図を明確にする、そして地域型はもちろん二次医療圏に1つですから、そこは緻密な対応はできないと思うんですね、連携そのものすらやれといってもなかなか難しい。ただし、身近型といわゆる中核病院コース、認知症の疾患医療センターですね、ここは連携がとれるんですね、非常に密な連携がとれる体制におそらくどこの地域にいてもなると思います。そういう意味でその連携体制を基盤にしながら、いわゆる認知症の患者さんを地域に戻す役割をこの会でどう体制をつくるかというのが、私は重要だなと思って実は参加させてもらいました。

○繁田部会長 ありがとうございます。実際に先ほど事務局のほうから地域型と身近型の役割のところ、例えば地域型のほうは病院で身体合併症・周辺症状への対応というのが入っていて、身近型のほうには言葉としては入っていないわけですがけれども、専門医療相談というの

はそのことも入っているわけで、そうすると今、新田委員がおっしゃったように、例えばこういう部分で実際に地域型と身近型が連携するのは十分可能だろうし、有効だろうというご意見です。ありがとうございます。

地域型、身近型のそのあり方とか関係というのをどんなイメージがあると、単にただ漠然と申し上げてでも考えにくいかもしれませんけれども、今新田委員がおっしゃったように例えば最終的には精神科での入院期間を短くする、その意味で例えば一つの目的を考えたときにどういう連携が、それはサポート医なりかかりつけ医なりの連携もあるのでしょうかけれども、それを考えたときにこういう連携がいいんじゃないかという案でも結構でございます。

どんどんご意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

○山本委員 今、新田委員がおっしゃられたことを踏襲すると認知症疾患医療センター、地域型は医療圏域をまとめていく。で、身近型は各区市町村に1つで6万ですので、かなり人口からしたら複数できますけれども、自治体とうまく組んでいくというそういうイメージはつくかというふうに思います。実は身近型がアウトリーチまでどういうふうにするのかというアウトリーチのやり方はこの部会で十分議論をして、しっかりした提案をしていくことが必要だと。

実はアウトリーチをしてくれる医療機関がなかなか精神科も含めて少ないという現状がありますので、そこら辺がもしアウトリーチをしっかり、一時的なことをケアマネジャーや包括がとってきて、この人ちょっとアウトリーチお願いしますというようなそういう連携を区市町村のほうでとれてくると、これは一つ大きなことだという感じはします。

○繁田部会長 今、山本委員がおっしゃったのは、先ほど包括支援センターに集中支援チームというのを置いて保健師、作業療法士といった職種がそこから実際に現場へ行ってという、それと別な話ですよ、そのアウトリーチというのは。医療機関としての往診であるとか訪問診療みたいなものをイメージするということですね。

○山本委員 その包括支援センターが最初に集中支援チームからどういうふうに入っていくのか、そのニーズをどういうふうに拾い上げるかも、多分まだ明確ではないと思うのですけれども。

○繁田部会長 そうですね。

○山本委員 そこら辺のニーズを拾い上げる、地域からのニーズの拾い上げ方、これは医師会との連携も必要だと思います。包括をもし初期集中支援チームで初期対応をしたのであれば、そこからこの身近型につないでいくルート。どういう場合に身近型が訪問診療、往診をするのかという、そういうルートの決め方をこの部会でしっかり議論をして決めていく必要があるだ

ろうと。ですから最初はニーズの拾い方と包括から身近型につないでいくやり方、そして身体合併症も含めた地域型につなげていく、こういうルートの道筋を明確にしていくべきだというような感想を持ちました。

○繁田部会長 ありがとうございます。やはり身近型という言葉が何回か出ますので、ちょっと事務局のほうで教えていただきたいのですけれども、医療圏によっても高齢者の人口が違いますのでその辺難しいかもしれませんが、大体のイメージとしてはそれぞれの医療圏で6万人に1人だとするとどういう数に、どんな数になるのか、ちょっと幾つから幾つぐらいとか言っていただくと委員の皆様もお考えになりやすいかもしれない。

○新田課長 資料8の右下をご覧いただきたいのですけれども、「二次保健医療圏別の状況」という形で示しております、対6万で見たときに箇所数が何カ所、対10万で見たときに何カ所かを参考に示しております。ちなみに対6万で見たとき都内全域で52カ所、対10万でやった場合には31カ所というような状況です。もちろん圏域ごとにより人口が違いますので数も違ってくるというような状況ではあります。

○繁田部会長 ありがとうございます。私が資料をちゃんと見ていなかったもので、どうぞこの数字もご参考にさせていただければと思います。

引き続きご意見をいただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

○山本委員 ちょっと訂正です。私見誤ってしまして、身近型は65歳以上の人口6万ですので、区市町村に1つということは逆にできづらい設定が考えられますね。ですので、どういう置き方をしていくのかということも、ひとつ考え方を通していかなければいけないと感じました。

○新田委員 ちょっとよろしいですか。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○新田委員 どれぐらいに1カ所というのは仮定の話でありまして、私はどうでもいい話だと思っているんですね。都の政策としてはこうだろうという、しかし実際に本当に地域で見守るために認知症の人が出た場合、どのような顔の見える関係があるかという中のほうが重要な話でありまして、結果としてそれが例えば3万に1カ所とか、中学校区域に1カ所だとして、そんなにあるわけないので、最初に山田委員がおっしゃいました対応能力が大変だと、これももちろんあると思っておりますが、我々これから2030年にかけて対応せざるを得ないということですから、最初から目標でこれはできない、できないという議論をするよりは本当に私たちはこれだけ見える認知症に対してどうするんだという、そういう議論をされたほうが私は有益かなと、最初からもう制限してできないとかそういう議論は、何か無意味な議論なのではな

いかなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。今、新田委員がおっしゃった顔の見える関係と、ある程度数字というのは何となくイメージできるので、例えば二次医療圏に身近型があって、そこにかかりつけ医が何人かいて、大体どのくらいの人口のところというイメージですか。これはご経験をお聞きしたいのですけれども。

○新田委員 今、地域包括がそれぞれ区市町村でつくられています。これからはやっぱり地域包括ケア体制は重要でございますから、その中にももちろん認知症対応が入ってきます。今の地域包括が可能かどうかは別にして、やはりその単位だろうなというふうに思います。

そこで地域包括だけではもちろんできないわけで、そこに关わる医療、診療所、病院がそこに加味して一体となってやるという、そんなイメージを私自身は持っています、そのほうが認知症の家族、その本人にとっても安心できる体制かなと私は思います。

○繁田部会長 一つの地域包括がカバーしている範囲というのは、一つの単位になり得るのではないかというご意見ですか。

○新田委員 はい。最初に厚労省あたりはそういうイメージで地域包括を思っていたと思うんですね、それがこれからモデル事業でどう可能になるかというのがこれから検証されると思いますので、東京は東京でちゃんとしっかりやればいかなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。先ほどの精神科の入院を短く、一人でも多くの認知症の人が家に帰れるようにという観点で地域型認知症疾患医療センター、身近型、サポート医、かかりつけ医の連携や役割に関して何かご意見をいただけたらと思います。

○山田委員 私は有事の際にお預かりする立場にある精神科病院協会から代表して来ているわけですが、特に精神科救急病棟を持っている病院に少しずつ認知症の周辺症状で入院するという患者さんがふえているのが現実で、当院の状況でいうと大体平均在院日数は五十五、六日で、一般の精神科の患者さんは退院しています。ところが認知症で入った方はとりあえず1カ月ぐらいで症状は大体おさまってくるのですけれども、それまでの経緯もあってご家族が対応しきれないというイメージを持っている。それから単身者あるいはそれに近い方もいらっしゃる、とりあえずその段階まで来たとしても、認知症はあります、という在宅にもっていくのが非常に難しい。

結果としてケースワーカーが奔走するわけです。その間、救急病棟も3カ月までということ、一般精神科病棟で対応せざるを得ない。そういう実情があるので地域の連携が非常に重要で病病・病診の連携もさることながら、地域の福祉関係の施設との連携もとらざるを得ない。

それでもなかなか退院できないというところを、この会議でも何か妙案があるのであれば提案していただければ非常に助かるところです。それが実情で努力はしているのですけれども、一概に在院日数が延びてしまうということ自体が、それこそ条件を整えば退院できる方は認知症の方もいらっしゃるということで、その対応に苦慮しているのが実情ということを申し上げておきたいと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。このあたりご意見をぜひいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○栗田委員 2つぐらいのことをちょっとお話しさせてもらおうと思うのですが、1つは、高齢者人口6万人に1件というこの数値がどういうところからきたかという話です。実はこれは平成20年度に認知症疾患医療センター運営事業ができるときに日本老年精神医学会の専門医を対象とするアンケート調査をやらせていただきまして、かくかくしかじかの機能を持った専門医療機関は仮に高齢化率が20%と仮定した場合に、人口何万人に1件必要ですかというアンケート調査をさせていただきました。

そのうちの1つが現在の認知症疾患医療センターの求められている機能ほぼそのもの、入院対応機能ですね。それから実はもう1つは、入院の対応機能がないけれども鑑別診断だとか地域連携とかそういうことができる機能、つまりメモリークリニックの機能を持っている医療機関は人口何万人に一件ぐらい必要かというそういう質問をしたんですね。そのときに認知症疾患医療センターのほうは50%タイル値が高齢化率20%にした場合には人口30万人に1件と、つまり計算すると高齢者人口6万人に1件ということだったんですね。

それから入院対応機能がないほうは高齢者人口にすると1万人に1件がそのときの50%タイル値、つまりそれこそ先ほど言いました地域包括の単位が大体そんな感じでありますので、それが現実的であろうと、そのぐらい必要だと、そういうことである意味で理想的な数値を出していただいた。ただ、それをそのまま当時の認知症疾患医療センターの国の必要な設置件数として計算すると、認知症疾患医療センターが550件ぐらい必要になってしまうので、予算的にも不可能だということでお金のほうから150件に決まったという経緯があります。

それから、あともう1つは、この数値はそういうふうにして出てきたものでありますので、先ほど新田先生がおっしゃいましたけれども、いかにどのぐらいが実際的に必要かというそういう観点から考えることが大事でありまして、国家戦略がどうこうとかではありませんが、我々が考えなければいけないのは認知症という病気を発症してから最後の看取りに至るまでの期間を、どうすればご本人もご家族も安心して暮らせるかということです。そういったときの

全体の戦略を考えていくということが出てきましたけれども、実際にそういうことをきめ細かく考えていくのはやはり基礎的自治体あたりであろうということで、ちょうど介護保険事業計画も基礎的自治体の中で認知症について支援策を計画しなければいけないということになってきているので、そういうことの一貫性を考えたときには少なくとも基礎的自治体で戦略的に考えられるような医療資源を一通り用意していく必要があるだろうと、そういう観点から身近型という名前はどうでもいいのですが、少なくとも鑑別診断でありますとか、地域連携の拠点でありますとか必要に応じて専門的なアウトリーチができるとか、そのぐらいの数があったほうがいいだろうということです。

それから山田先生がおっしゃったように、実際に認知症の方が救急で入られるというケースはどんどん増えてきて、私が調べた数値を言わせていただきますと、総務省の消防庁のデータでは救急搬送される方の高齢化率は5割であります。大体全国の高齢化率の倍ちょっとでありますので、この分で行くと2055年には9割を多分超えるのではないかと、後期高齢者はどんどん増えていきます。ということで救急の現場はもう認知症の方もたくさんいまして、いったん救急で入ると出られないので、多くの場合正直申し上げまして精神科病院を探すというようなことになってしまうわけです。そして精神科病院に入院したらもうそこから退院させる場所がないんですね、ということで、退院させる場所をちゃんと確保していかなければいけないというのはこれも大変重要なことで、そういうことを考えたときにそういう施策を考えるのもやはり基礎的自治体単位で地域包括のシステムをつくり上げていくという観点でやっていかななくてはいけないので、やはり基礎的自治体で認知症の戦略を考えていく必要があるだろうということを、大事なコンセプトとして頭の片隅に入れていろいろ計画のほうも考えていく必要があるのではないかと思います。

○繁田部会長 例えば実際に1万人に一つの身近型を指定することはお金の面で難しいじゃないですか。ですけれども地域包括支援センターあるいは1万人とかそのくらいの単位でできる連携とか情報共有とかというシステムというのはあり得るのですか。

○栗田委員 そうですね、身近型という名前をちょっと頭から払拭して、実はオランダなんかは、**Comprehensive Memory Clinic(CMC)**というのですけれども、メモリークリニックなんですね、それがもう中心の拠点になっていて、それが大体……すみません、ちょっと正式な数字は思い出せないのですけれども、大体やはり地域包括単位ぐらいのところにCMCを、でも、あそこは人口500万人で大した数ではないのですが、だからメモリークリニック相当の機能を持ったものがやはり高齢者人口1万人に1カ所ぐらいあると大変理想的と。ただし入院対応の



機能はないので、救急とかいざというときにはまた別枠で考えなくてはいけないということになるのではないかなと思いますけれども。

○繁田部会長 そうすると数の話ばかりしてもいけないのですけれども……いや、これは最後まとめたあとに、「東京都から残念ながらできません」と言われても困るので。例えばサポート医の数はそれに近いですか。

○栗田委員 そうですね、すみません、今日サポート医の数も出ていましたか。

○繁田部会長 これだけの厚い資料ですからどこかにありそうですね。

○新田課長 資料3-3の一番右の欄です。認知症人口1万対何人という形で。

○繁田部会長 3-3の右から2列目？

○新田課長 2列目ですね。

○栗田委員 「認知症人口1万人対」というふうになっているので、大体10倍にすると65歳以上高齢者あたりになるかもしれませんね。

○新田委員 サポート医に関してですが、東京都の事業としてかかりつけ医研修とサポート医、これも行なわれたわけですが、実はやはりまだまだ中途半端でございまして、中途半端というのは教育課程の問題と、もう1つはサポート医になったが、何をやっていいかわからないので機能していないという現状があるわけです。

今それを即、初期対応になるというのは、これはちょっとまだ無理な話だというふうに思っています、もう1つはなぜ無理なのかというと、認知症の方のサポートに訪問しなければいけない。在宅医療という非常に重要な問題があり、行って認知症の方をサポートするというそういう大きな役割があります。サポート医全員がいわゆる在宅で医療もできるわけではないという現実があります。そうすると今後、先ほどからの話で認知症の方が精神科から出たときに早く出すということも精神科病院にとってもとても重要だと私は思うのですが、これはどちらにとっても重要だと思いますが、そのためにはやっぱり認知症の在宅ケアをする人たち、こういったチームが必要でそのための教育システムをもう一回考えると。

今先生が言われたのはほとんど大賛成でございましてそのとおりですが、今の現状の数字をいくら並べてみても、それじゃこれでいいんだなというわけにはいかないだろうと、もう一回そこを改め直して、いわゆるこの新しい体制のために再教育システムをどうつくるかとか、というようなこともそこでは検討しなければというふうに思います。数字としてはそういう数字だというふうに思いますけれども。

○繁田部会長 出かけていくのは必ずしも医師だけじゃなくてもいいわけですね。

○新田委員 はい。

○繁田部会長 先ほどの集中支援というのは主に早期診断とか受診拒否もイメージしたようなのだと思うのですが、それだけではなくて例えば包括からのチームが退院直後のしばらくはサポートをするということはあるかと。

○新田委員 先ほどオランダの話が出ていましたが、私も8月にオランダをずっと見てきたのですが、オランダは認知症コーディネーターをつくってしまっていて、看護師資格を持った人が一人に対して一人がつきます。最初から最後までつきます。例えば最初の発症から最後までということで、途中でもちろん代わるわけですが、そういった非常に丁寧な方法を持っているわけです。そういうシステムがあれば、周辺症状はやはり起きにくいし、早期に発見できるし対策もできると。だからまず起こさせないための対策としてどういう人材が地域に必要なか、起きたときにどうするのかと色々な段階が、もちろん部会長はご存じだと思いますが、そういったすべてと通じて東京都では新しいシステムをどうつくるかというふうに思いますが、いかがでしょうか。

○繁田部会長 ご意見をどうぞ。いろんな視点を出していただいたほうが。

齋藤委員お願いします。

○齋藤委員 一つには、システムをきっちりつくるということは大事かもしれないけれども、今指名されている10のセンターを見て、それぞれの病院の機能を考えたらでんでんばらばらですよ。その中でシステムをつくってこれだけのことをしなければいけないといわれても、それはなかなか難しいですよ。そこへまた身近型センターというそもそも何だかわからないものを当てはめてそこにお金を落とすというのは、私はいかにも無駄だと思います。

資料3-3を眺めれば、私は埼玉県で仕事をしていましたが、東京都というのはもう例外的に医療機関が多いんですよ。特にきちんとした検査ができて、そこそこの診断ができる医療機関ってものすごくいっぱいあるわけですよ、例外的にいっぱいある。そういうところが国全体の制度を持ってきて右往左往する必要はあるかという、私はそんなにはないのではないと思うのです。

では、どのように計画をしていけばいいかという、一つは救急がふえるとかBPSDの入院が、特に大変なときに入院が起こるとかいうのはやっぱりそれは医療の失敗ですよ、もうそこで。私が前に院長をしていた病院は、救急機能はないので救急対応はできなかったのですが、だから地元の人外来をふやして期待有病率の120%の地域の患者さんを集めた。そうすると、和光市の中の患者さんはみんなカルテはあるわけですよ、で、普段は地域の先生が

診てくださっているけれども、それを1年1年積み重ねていけば年の暮れになって地域包括が来て何とかしてくれとか、週末になって何とかしてくれというのがもう目に見えて減る、救急は減るんですよ。で、今松沢病院なんかもお年寄りの救急は非常に多く、お年寄りの措置というのは多いのですけれども、やっぱり最初の段階で医療に失敗しているからそういうことになるのだと私は思うのです。

別に今議論をしてできることではないけれども、やっぱり早急にやるべきことは認知症の始まりから亡くなるまでの医療の役割というのを一つは整理をする必要がある。それから医療と介護は非常に密接に結びついているけれども同じではない。特に最近、認知症の患者さんがふえているといわれるのは、有病率がふえているというよりは診断が早くなっているわけですよ、だから和光の病院なんかもアルツハイマーといっても自分で電車に乗って、バスに乗って通ってくる患者さんもいっぱいいるわけですよ、だから昔と違う。

付き添って介護を受けている人ももちろんいるけれども、一人で来て自分の不安とか自分の生活の不便とかを訴えられる患者さんだっているわけですよ、そういう初期の患者さんに地域包括の早期介入チームといわれても、何するのかねという感じがする。だから医療のモデルというのをひとつ整理してみる必要がある。

でも、そういうふうに早い時期から医療にかかる人というのは、やっぱり家庭的にも恵まれていてそれなりのインテリジェンスのある人ですから、一人暮らしのお年寄りとか、お年寄りが二人で暮らしているなんていうと、「まあ、年をとるとこんなものかね」という感じで迷子になって初めてアルツハイマーだというケースだっただけで、そうなったら初めから医療と介護がコンバインしてやっていくシステムが必要になってくる。だからその辺の機能を考えるためにはやっぱりアルツハイマーの認知症という病気のプロセスを考えてみて、理想的にいったらこうなると、どういう条件で破綻するということを考えて対応方針を決めていく必要があるだろうと思うのです。

地域地域というけれども、厚労省のモデルというのはお金と暇があって、やさしい家族がいるものわかりのいい患者さんモデルですよ。しかし我々のみている患者さんの家族の多くは金もなければ力もないと、そして場合によってはみる気もない、みる気があっても力がない、金がない、で、患者さんは可愛げがないと。そういう人でも地域でやっていけるようなモデルにならないと、何か絵に描いたような認知症のやさしいお年寄りモデルで行政が動いたら、それに乗れない人はあの人が悪いということになる。しかし本当はそういう人こそ何とかしなければならぬわけですよ。

いい家族がいて、やさしい患者さんはそれなりにちゃんと何とかなっているのだから、何ともならない人でもやっていける、しかもその何ともならない人がふえているということが問題で、家族の縁が期待できない人、地域に帰るって誰が世話するんですかという人は4割ぐらいいるわけですよ、和光病院なんて夫婦で入院している人が3組もいます。面会に来たはずなのに帰りにどこかで徘徊して迷子になって、ほとんどデイケアみたいなお見舞いに来ているおじいさんがいたりするわけです。でも、それは例外ではないんですよ、もう当たり前のことなんです。

だから福祉のモデルのほうはやっぱそういう人をモデルにして、そういう人を支えられる、一番下でね。だからとってもお金がかかって、みんなが個室でハッピーでなんてことは考える必要がない。飢え死にしない、誰も飢え死にしないし、誰も惨めな目に遭わないというボトムを支えるシステムをつくるというのが、実は長期在院を減らす一番の大きな方法だと思います。

○繁田部会長 齋藤委員のおっしゃった前の和光病院でのご経験ですけども、それはどうやって患者さんを掘り起こして、つまりみんなに糸をつけていったわけですよ。つけることができれば何かのときに相談に来やすくなるし、こちらも介入がしやすくなるじゃないですか。

○齋藤委員 和光市というのは東京都に比べればずっと領域が狭いですよ、だから予約をとるときは遠くから来る人をとらない、世田谷から来ますとかいう人は予約に入れない、地元の人を優先的にみるということと、あとは地元で病院が講演会をすることと、それから地元のワーカーさんとか月に1日ずつ、1年間で8回シリーズの講演会をして、そこでうちの相談員も私もみんなが顔見知りになっている。そういう関係をつくっておけば、頼むほうも頼みやすいし、こっちが怒鳴ってもまたもう一度来てくれる。顔の知らない人に怒鳴られるともうそれでお終いですけども、だから私はセンターの一番の機能はそれだと思いますね。

地域のケアや第一線の医療をやっている人たちのレベルを上げて、レベルを上げるということ失礼ですけども、でも精神医学的なレベルを上げて、かつそこで顔見知りの関係をつくる、そうすることで地元の患者さんを発掘できる。そうすれば救急も減るし、要らぬBPSDは起こらない。

○繁田部会長 東京の場合にはそれが結局できていないために、本来であれば支援すべき、介入すべき患者さんたちがまだ放置されている。それが齋藤委員のいわれる敗北になるんですかね。

○齋藤委員 いや、敗北というか、和光市にも全然ないわけではないですよ、我々が救急対応ができないから救急対応をしなくてもいい方法を考えたらそういうことになったということ

す。東京都は何でもあるからね、いざとなったら夜を待って救急ということになるとそういうことになっちゃうんですよね。しかしそれも一つには必要ですね、これだけ人口が多くてどこに誰がいるかわからないわけですから。

でも、そこで精神科の病院が後ろ指を指されないためには精神科の病院に行ったら縛られないでケアしてくれるんだ、治療してくれるんだという評判をつくることだし、合併症医療についても総合病院に行ったら24時間拘束されて点滴だったと、ただセンターの病院の病床に行ったら点滴は2時間で終わりだから治療は不十分かもしれないけれども、とりあえず歩いて帰って来たというふうになれば、認知症の精神医療に対する評価は上がるし、精神医学が介入する意味があるというか、意義があると私は思っています。

BPSDの治療というのはお薬の問題よりは、やっぱり人をどうして扱うかという非常に精神医学的な問題だと思うのです。対等人としてきちんと扱うということはね、それはおそらく精神科の病院の志のある医師や看護師たちは少なくとも潜在的にはそのような医療をしたいと思っているわけだから、そういう方向づけさえすればやれると思います。

○繁田部会長 もう一つだけ質問をさせてください。その基盤になる顔の見える関係というのは齋藤委員のイメージでは最大限広げたときにどのくらいまで広げられますか。大きくなったら顔見えなくなりますよね。

○齋藤委員 大き過ぎたら顔が見えない。ただ、松沢病院はたまたま渋谷、世田谷、目黒区ですけれども、今計画をしているのは病棟を持っているお医者さんたちは外来をやっていますから、私が広告塔になってこの3つの区で定期的に公開講座をやるとか、区で働いているケアワーカーを対象にして和光でやっていたような研修をすとか、そういうことを計画しているのですが、役所はやりにくい、本当にやりにくい。(笑)

○繁田部会長 いっちゃんなんですけれども、地域型認知症疾患医療センターとして機能させようと、それは二次医療圏は顔が見えないじゃないですか。

○齋藤委員 いやいや、見えないとおっしゃるけれども、でもそれはしょうがないよね。これまでしかやれませんかといっていたら莫大な金がかかっちゃうのだから。私なんかは現場監督ですからね、現場監督はいわれた仕事をするだけだから、その3区の中でどうやって顔売っていくかということなのですが、和光市と違って例えば区南西部というところには専門外来が36もあって、鑑別診断をしている医療機関は151もあるんですよ、和光市なんて1つか2つしかないのですから。

ということは、一つのモデルがあって成功して、そのモデルがバックアップになって救急

のときは我々がみます、合併症のときは我々がみますとあって、その151の専門病院が同じように機能し始めればうまくいくはずですし、そのときに身近型が必要だったら中からそういうのを選んでいけばいいのだろうと思うけれども、私は151もやれる病院があると自ら名乗っているのだから、それはやってもらえばいいんじゃないかなと思いますけれどもね、別に順番をつけなくても。

○繁田部会長 ありがとうございます。引き続きいろいろご意見をいただきたいと思います。

○新井副部会長 私も齋藤委員と同じで東京都というのはかなり医療施設が充実していて、ほかの県とは違うということがひとつ大きいし、我々が認知症疾患医療センターの指定を受けたときも疾患センターがすべてやるうなんてつもりは全然ないし、その中で連携をやるというのが役割。そこは東京都の一つの大きな特徴があると思いますよね。

そんな中で精神科の病院も非常に熱心にやっていると、私はこのキーワードとしては精神科をいかに使うかというところと、それから今回、在宅ということがキーワードだと思うんですね。しかし先ほど新田先生がおっしゃったように今回の厚労省の方向というのは、精神科病院や施設を利用せざるを得ないことはそれが不適切であると、私が最初にコメントしたのはそこから始まっているんです。

私も新田先生と同じ考えでそれをいかに在宅でやれるかというところはもちろん強化していくべきだろうし、レベルアップをしていってBPSDも地域でみられるようにしたい。これが厚労省の考えで、それは間違いではないと思うのですが、そのときに身近型も何で浮かんできたかというところ、精神科外しというところもあるようです。地方では、地域型認知症疾患医療センターを精神科病院がとっているみたいなのところがあって、精神科でないところにこの身近型を設定したいがために新しい枠組みをつくってきたという背景もあるんですね。

今回めずらしいですよ、東京都が国の施策をより早く採用しようとするとは。それは都の選択ですから我々何とも言えませんけれども、しかしその地域でみるためのレベルアップ、それから身近型を使うにしても、私は厚労省よりは都ではこの精神科の専門の先生をいかにレベルアップするのに巻き込んでいくかというところが厚労省より先へ行ったらいいんじゃないかと。精神科を決して敵に回す必要は全然ないし、不適切だなどという表現をしないで、より適切な専門医をより適切に巻き込む、参加してもらおうという方向をぜひ打ち出したらいいと思います。

もう1つは、先ほどキーワードとして在宅という話をしましたけれども、この間もある地方に行って話を聞いたのですけれども、在宅という名前のもとに、居宅というんですかね、国土

交通省が管轄になっていて医療機関とか施設ではなくて、もう老人ホームとかアパートみたいなのがどんどんふえてきて、数でいうと老健とか特養の数に迫っていると。そこに月五、六万で入居して、同じところの1階にデイサービスがあって、そのデイサービスで介護保険から収入を得て、それは企業がやっている。

そういう在宅といいながら齋藤先生おっしゃったように、戻れない人が地方だっていっぱいいるし、おそらく都でもそうなっている。二世帯いてもみんな働いているから結局は帰れない、だから精神科が別に入院を延ばしているわけではなくて、先ほど山田先生もおっしゃいましたが、帰れないからというのはそのとおりで、ただ今度はその逃げ道が特養とかがないわけですから結局、厚労省管轄だとある程度指定基準もあったりして人権も守られているようなところがありますが、そういう居宅という名前のもとでどんどんそういう施設が、施設ではなくて住宅ですね、そこがまたお泊まりデイですか、そういうふうになっていると、実は人権とか倫理とかモラルハザードまでいくリスクがあるので、在宅という名前でいかにその辺を東京都としては問題を解決しながらやっていくかというところが、地域でみるのはいいのですけれども、重要だと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。引き続き、ご意見をいただければと思います。

高瀬先生、お願いします。

○高瀬委員 在宅で認知症の患者さんを約300人拝見しております、そろそろ話をしなければいけない番がきたかなと思います。今日こちらにご参加の先生方には日ごろからいろいろご指導いただき大変お世話になっております。この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

新田先生と齋藤先生のお話もとてもすばらしい内容だと思いながら聞かせていただきました。私たちは在宅医療という形で地域においてできるだけ、自分たちだけの力で最初から最後までみられたらよいと思います。しかしながら、一生懸命やればやるほど鑑別診断の重要性がわかり、お近くでもあります荏原病院とかあるいは東京労災病院、東邦医大などとの脳画像診断などを含めた病診連携が非常に重要だということを痛感する毎日です。

これから私どもが地域に貢献するためには、医者が一人で地域を回っていくという活動は限界があります。それからいろいろなケースで松沢病院や、山田病院にも幾度かお世話になっておりますが、そのような地域連携の場面で慣れた看護師、精神保健福祉士、作業療法士の皆さんとチームを組みながら、効率的に取り組んでいくというシステムがやっぱり必要だと思います。

さらにチームで取り組んでいくにしてもその質の評価が重要です。ただ十把一絡げにして

倫理も尊厳も全く横に置いてしまったような、非常に荒っぽい在宅医療が提供されているような痛ましい例も散見される中で、質をどういうふうに評価するか、あるいは認知症の人のQOLあるいはご家族がいるならば、その方のQOLをどう評価するかというのを、今回もし可能であればもう一度原点に戻って勉強しなければいけないと思います。

齋藤先生のお取り組みと同様私どもも一生懸命やると、救急車や警察にお世話になる回数が激減することを何回か経験しておりますので、消防・警察とも連携しながら、社会的なコストの最適化というところでも貢献できるように思います。そこをアウトカムにすることが重要です。つまり、この部会がどういうミッション、ビジョンをもちゴールをどこにするかは非常に重要なところだと思うので、大分煮詰まってきたような気がするのですが、繁田先生にうまくまとめていただきながら、じゃあ、私は私の役割としてどういうことをやったらいいか、もうちょっと皆さんのお話を伺いながらまとめていければいいかなというのが、今の段階の私の意見というか感想みたいなものです。

○繁田部会長 ありがとうございます。今までの先生方のご意見をお聞きしていて感じますのは、例えば地域型認知症疾患医療センターも身近型もちょっと置いて、例えば包括支援センターともツーカーのような先生でサポート医かもしれないし、それが身近型になるのかもしれないのですが、そういう先生がおられて今までできなかった医療と福祉の連携みたいなことがそこで一応というか実現して、そうすると今高瀬委員がおっしゃったようなそれこそ警察ではないですが、先生方のご意見では事故とかBPSDにつながるような人を大きく減らすことができそうな感じですね、それは非常に有効な感じがします。それは身近型よりももっと小さなというか単位になるでしょうし、そのかわり密接に地域の人と関係をつくることになるのでしょうけれども。

あまり部会長が意見を言ったらいけないのですが、国のほうで今後の方向ということで精神科の長期入院けしからん、短くせよというのがありましたけれども、今入院が必要になって入院をされているような状況の人をそのまま国の施策なのでということで、地域に帰したりご家族に帰したりしてもそれは決して皆さんの幸せにはならないわけで、そのとき私が思ったのは、むしろ精神科の医療は一般の方にとっては家族で受診をしたことがない人には敷居が高いので、なかなか後手後手に回ってしまう。そうするともっと早い段階で精神科の例えば外来の機能を使うことで結果的に早く入院することになるかもしれませんが、帰れる人も多くなるのではないかと、入院期間も短くなるんじゃないというのは何となく想像はしていたんですね。そういうことはあり得るのですか、やっぱり精神科の看板とか敷居は高い、低くするの



は難しいですかね。

皆さんに質問しちゃって申しわけないのですが、精神科を早く退院させるのだったら早く使ってよと、早く出番を出してくれよと、私も精神科ですのでそういうような思いもちょっとありました。

どなたでも結構です。もし教えていただけたらと思います。

○新田委員 地域に精神科医療、診療所がどれだけあるかという、少しは増えてはいますが、それほど増えていないというのが現状ですね。だから精神科が対応する云々という問題はもちろんありますけれども、これだけ増える認知症患者に対して誰が対応しなければいけないのか。そうするとやはり精神科とは限らないと私は思っています。例えば全然話は別なんですけれども、障害者への摂食・嚥下対応を耳鼻科医ができるかということとても無理だということとで別のことが考えられてきた。おそらく認知症もそうだろうなというふうに思います。それも現実の問題ですね、現実の問題として地域のかかりつけ医が認知症対応できるかということ、それもまた疑問でございます。それはそれでですね、ただしその段階で言葉をいろいろ評して、これからの地域を考えるというのは、どうにかなるという思いもひとつあります。

もう1つ、ついでに言わせていただくと、新井先生のいわれた先ほどの地域、非常にまだまだ質がピンから切りまであります。そこをどうするかということは、先ほど齋藤先生がいわれた医療と介護の問題だけではなくて、フォーマル、インフォーマル、すべて地域を活用しないと、とても対応できないだろうなと。そのところを含めて良いアルツハイマーとか認知症がいるわけではなくて、例えば一人暮らしの重度認知症とか大変な人が地域にいるという現状があります。

その人たちがすべて精神科に入院するわけではなくて、現実にはあつたしてはいる。そういう状況があって、それは何かということやはり医療知識の少なさとか、うまく対応できてないためにそういうことが起こっているのは事実だと思います。そこを含めて初期に早く対応しなければと思っています。

○新井副部会長 追加していいですか。私も新田先生と同じ考えで、いま精神科で早くみたらとの話題になりましたが、今の流れはやっぱりかかりつけ医もしくは内科医の家庭医の先生が、まず最初になるべく早くという流れになるのだと思いますね、国もそういう方針ですよ。もう一ついうと、精神科医でも専門にやっている先生、それから脳外科とか神経内科とか、だから専門医という言葉に置き換えたほうがいいかなと思うのですが、精神科だって老年、それから成人、児童・思春期と分かれちゃいますよね、児童・思春期の人は老人はみられない、

大体そういう分かれになってきますので、ですから精神科でも老人を専門にやっている人、つまり何かのDr.でも認知症の専門医というのがやっぱりバックアップする体制は必ず必要なのだと思えますけれども、最初に早期介入は今新田先生の言われたような流れなんだろうと私も感じて、ここであまり精神科医とは言わないほうがいいのかなどという感じがいたします。

○高瀬委員 よろしいですか。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○高瀬委員 私も地域で在宅医療を通して「かかりつけ医」として活動しています。新井先生の意見とは若干違うかもしれませんが、地域医療を実践すればするほど精神医療の重要性や必要性というのを逆に感じまして、今でも日々精神医療を勉強させていただいています。例えば、認知症の症例でよくあることですが、非常にまじめな家族・介護者であればあるほど「うつ」や「睡眠障害」に陥る場合があって、そういう点も含めてどういうふうにして精神科医療につなげていったらいいかと悩むことが結構多いんですね。

多分全部の認知症の患者さんの家族のうち3分の1とか4分の1ぐらいは「うつ」や「睡眠障害」があって、適切な地域の精神科診療所等にご紹介をして、精神医療機関の敷居をちょっと下げる役割も私たち在宅医療の医者の仕事の一つである場合も、あるかなと思います。毎度毎度のことではないのですが、高齢者本人や、その家族に重篤な精神疾患患者さんがいる場合には、どうしても精神科病院への入院を勧めざるを得ないこともあります。この入院手続きの中で家族の同意が必要となりますが、患者さんの状態に応じて「閉鎖病棟に入れられるかもしれません」とか「拘束されるかもしれません」と病院側から突然言われると、多くの家族はびっくりしてしまいます。これでは自分の家族を精神科病院に入院させるのも戸惑ってしまいます。「そういうふうにいわれる場合もあるかもしれないけれども、まず、今は病気に打ち勝つために、早めに入院して早く治した方が得ですよ」などという話を、私どもかかりつけ医が前もってお話ししておく、本人・家族の理解が円滑に進み、結局患者さんのためにもなり、患者さんのご家族のためになるということを何回か経験したことがあります。そういう役割も私たち在宅医療に関わる医師の仕事としてあるのかなと、繁田先生のお話を聞いて思いました。

○新井副部会長 だから同じだと思いますけれども、私は決して精神科医の役割がないといっているつもりではなくて、早期介入のお話のところでは精神科医に早くみせたほうがいいのかという流れの中で、その話をただけであって、むしろ厚労省が言っているような精神科医を抜かした形で今後の認知症医療を地域の中で考えていくのは、私は反対で先生と同じです。いかに精神科の専門医をうまく使って、地域の先生方のレベルをより専門的にするために、厚労省

と違って東京都では精神科医をうまく使ってくださいという意味で言っているわけです。

○高瀬委員 よくわかりました。要するに人的資源という言い方がちょっと失礼な言い方なのかもしれませんが、精神科医を地域でうまく使わせていただくという理解でよろしいということですね、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。いろんなことをお考えになっていらっしゃると思うのですけれども、せっかくですのでご意見を……。

○桑田委員 よろしいでしょうか。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○桑田委員 1回は発言をしないと。久しぶりに齋藤先生の話聞いてスッキリしたと思ったのですけれども、私が実際にこれまで勤務して思ったのが、精神科医の先生ってとっても私はいてくれると安心なんですよ、多分周りが良い精神科医だったのかもしれませんが、今もやっぱり精神科医のドクターがいてすごく助かるというような経験をしています。よく考えてみると精神科医とか専門医とかということより、やっぱりコミュニケーションをとれるというか話をちゃんと聞いてくれる医師がありがたいのかなというような感じがしています。

あとは抑制のこと等に関しては精神病院ばかりではなくて、急性期の医療機関でもされているのは同じであって、何かそれを言ったら悪いけれども、かなり急性期だっって手を振ってやっているというのがあって、私はあれは看護職としては恥ずかしいなというふうに実は思っていて、あれこそがBPSDをひどくしているのではないのかなというふうに思ったりもしています。それで抗精神薬をわけがわからない先生に飲まされて、もっとひどくなってしまってなかなかうち帰れないというこういったような現状があり、なおかつそこに看護職もあまりそれに対しての知識がないと。そして認知症のご家族や認知症の患者さんの通訳ができていないというふうに、ちょっと自分と同じな職種をいっては何なんですけれども、思っているというところがあります。

ですから、今も認知症のテキスト、看護職向けのテキストをつくっているのですけれども、顔の見える関係というのはやはり分野を超えてもっとこれからの現状をどうしていくのかということをやっとやっぱり話し合う、認識し合うということが大事で、それは自分は将来どうあつて亡くなりたいか、認知症になったら自分の親はどういうふうにしてもらいたいのかということがいわれているのではないのかなというふうに実は思っています。

あまり参考にならない意見ですみませんけれども。

○繁田部会長 ありがとうございました。良い精神科医が多かっただけではなくて、桑田さん

がうまく精神科医を動かしたのだと思いますけれども。（笑）

○桑田委員 どうもありがとうございます。

○繁田部会長 ほかにご意見をいただけたらと思います。時間もそろそろでございますので、最後お一人かそこらで。

○齋藤委員 今までのご議論を聞いていて、そういう方向は一つ見えてきたと思うのですけれども、先ほど高瀬先生がおっしゃった点が非常に重要で、要は金をかけないということですよ。厚労省が言っているのは地域に戻せとか何とか言っているけれども、要するに入院はお金がかかるから地域でやってくださいということですよ。

だから今回、松沢病院には1,100万円くださらないのかな、（笑）たくさんもらっているからあれだけれども、1,100万円をいろんな医療機関に出しましたと、その1,100万円分がその地域の認知症の医療を向上させるために役に立ちました。介護保険がそれだけ減りましたとか、診療報酬が減りましたとかいうことがあれば1,100万円はそれなりに意味があるわけですね。

やはりやっている仕事のコストパフォーマンスというのをきちんと評価するというのと、それを地域というか市民にオープンにする必要があって、厚労省の政策に「あなた、これがいいですよ、皆さん」といえば、みんながいいに決まっているのですが、要はお金がかからないようにしようと思うわけでしょう。国民だってばかじゃないんだからお金はこれしかありませんと、これでこういうサービスがしたいが、こっちのサービスがいいですか、こっちのサービスがいいかといわれればみんな選ぶわけですよ。そしたら全部が個室だけ5年待たされるよりは4床室でも1年で入れたほうがいいに決まっているわけでしょう。

それから医療の質を向上するという意味でも、私は松沢病院なんかをみていてつくづく思うのは面会室というのは病棟の外にあるので家族は中に入ってこられない。そうするとその中で何が行われているのか見えないんですよ、そうすると非常に閉鎖的なところでということで、これは象徴的な話ですけどもね。和光病院は3万人が見える、面会室なんてないから1年に3万人の家族が中に入るわけです。そうすると、夜は3人しかいないんですね、それではこれは縛らないで転んでもしょうがないですねと言ってくれるわけです。

医療を開放しなければいけない。それは病棟の問題だけではなくて外来の診療も、それからそれにどれだけの金がかかっているかということももっと政策としてやるからにはオープンにして、みんなの批判を受けて100点は無理だけれども、みんなが60点でいくにはどれがいいですかという評価できるようなアウトカムを出し続けるようなシステムにすれば、我々が考えるより都民はずっと正しく判断をするのだと私は思いますけれども。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

○新井副部会長 1つだけ追加をすると、私も厚労省は入院医療費に関わるものを減らして今回のをやろうとしている、そのとおりだと思うけれども、本当に地域の中で、BPSDも含めてやるとしたらそちらのほうが金かかるよね、そういう認識がどのくらいみんなにあって、お金かかってもやるんだという思いになるかどうかにもむしろかかっていると思います。

○新田委員 私は医療費等の問題を考える必要はここではないなと思っていて、認知症の人たちは本当にどこに住むんだという話であって、厚労省がどう考えようと認知症の人がちゃんと生活できる場所をつくるのが我々の役目だろうと思います。

○新井副部会長 もちろんそうですよ、医療費を考えて我々はやっているわけではないので、ただ厚労省の背景にあるのはそういうことなので、むしろ本当に厚労省の目的がそれで達するかと、そうじゃないだろうかと、我々はもっと達していない部分でもっとより充実したいなというのを今議論していたわけです。

○繁田部会長 ありがとうございます。それでは、多分まだご意見があると思うのですが、時間も過ぎましたので我慢していただいて、議題が1つ残ってしまっていて、「今後の進め方について」です。これ事務局からご説明をしていただくだけでよろしいかなと思いますので、事務局から説明をしていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○新田課長 資料10に基づきまして、今後の進め方を説明いたします。

検討事項につきましてはここに書いてございます。今日も検討いただきました2つです。①東京都保健医療計画の策定に関する事、身近型については今日いろいろ意見をいただきましたけれども、②都における認知症疾患医療センターの機能や、都について検討と。

当面のスケジュールですが、11月に第2回の部会を開催いたしまして、きょうの議論も含めて併せて議論をしていただきたいと思っております。このスケジュールは冒頭申し上げましたように、素案をこれからまた医療計画の部会のほうに出していきますので、そのスケジュールに併せて11月ごろに開催したいというふうに思っております。あとは、国の身近型とかそういう中身の話がここまでに出てくれば、その部分を含めてどう対応していくのかということも検討していければと思っております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。時間でございますのでここで区切りをつけようかと思っておりますけれども、本当にいろいろご意見をありがとうございました。むしろ国のほうから身

近型はどういうセンターだという具体的なことがなかったことが、かえって先生方からいろいろご意見がいただけてよかったと部会長として思っております。次回もまた積極的にご意見をいただけたらと思います。

それでは、ここでマイクを事務局にお返しいたします。

○新田課長 繁田部会長ありがとうございました。

さて、次回につきましては先ほどお話をしたように11月を予定しております。委員の皆様には別途また日程調整をさせていただきますので、よろしく願いいたします。本日お配り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のほうに残していただければと思います。また、お車でいらっしゃる方は駐車券をお渡しいたしますので、事務局にお申し出ください。

それでは、本日はこれで散会といたします。ありがとうございました。

午後9時00分 閉会