

東京都認知症対策推進会議

第7回 認知症医療部会

議事録

平成26年7月31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7回 認知症医療部会

東京都庁第一本庁舎33階 特別会議室N6

平成26年7月31日（木）午後6時00分から

1. 開 会

御挨拶 栢山福祉保健局高齢社会対策部長

2. 報 告

- (1) 普及啓発用パンフレット「知って安心 認知症」の発行について
- (2) 「認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」の発行について
- (3) 「認知症早期発見・早期診断推進事業」の実施状況について
- (4) 厚生労働省の施策について

3. 議 事

- (1) 認知症疾患医療センターの整備について

4. 閉 会

[配布資料]

- (資料1) 認知症医療部会委員名簿
- (資料2) 認知症医療部会（第6回）の主な御意見
- (資料3) 東京都認知症疾患医療センターの概要
- (資料4) 東京都認知症疾患医療センター一覧
- (資料5) 厚生労働省「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」（平成26年7月9日改正）
- (資料6) 厚生労働省が定める認知症疾患医療センター各類型の比較表
- (資料7) 「認知症疾患医療センターに関する調査」の実施について（通知）
- (資料8) 「高齢社会における地域医療に関する実態調査」のについて

- (資料 9) 「要介護者数・認知症高齢者数等の分布調査」の結果について
- (資料 10) 認知症高齢者数の推計（平成 37 年（2025年））について
- (資料 11) 都における今後の認知症疾患医療センターの整備に係る論点（案）
- (資料 12) 今後のスケジュール（案）

(参考資料 1) 普及啓発用パンフレット「知って安心 認知症」

(参考資料 2-1) 「認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」

(参考資料 2-2) 調査結果の概要（栗田委員作成資料）

(参考資料 3) 認知症早期発見・早期診断推進事業の概要

(参考資料 4) 平成 25 年度認知症早期発見・早期診断推進事業の実施状況

(参考資料 5) 「社会保障審議会介護給付費分科会」（平成 26 年 6 月 11 日開催）

資料<抜粋>

(参考資料 6) 認知症医療疾患センターの平成 25 年度の活動実績について

(参考資料 7) 二次保健医療圏の認知症に関する医療資源例（統計）

(参考資料 8) 東京都認知症疾患医療センター運営事業実施要綱<抜粋>

(参考資料 9) 「医療従事者等の認知症帯対応力向上支援事業」の実施状況について

午後6時02分 開会

○坂田課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第7回東京都認知症医療部会を開催いたします。

本日は、委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

まず初めに、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。このたび、人事異動により幹事の変更がございましたのでご紹介をいたします。

まず、栢山日出男福祉保健局高齢社会対策部長でございます。

○栢山部長 栢山です。よろしくお願いいたします。

○坂田課長 横手裕三子、福祉保健局高齢社会対策部計画課長でございます。

○横手課長 横手です。よろしくお願いいたします。

○坂田課長 ご挨拶がおくれましたが、私、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の坂田早苗でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

次に、欠席委員をご紹介いたします。

本日は、順天堂大学大学院教授新井委員、そして医療法人社団至高会たかせクリニック院長の高瀬委員、多摩府中保健所長の早川委員が所用により欠席をされるとご連絡をいただいているところでございます。

なお、新田委員については、本日所用により、おくれるとご連絡をいただいております。

毛利委員は、おくれていらっしゃるのかと思います。

それでは、開会に当たりまして、栢山高齢社会対策部長より委員の皆様へ一言ご挨拶をお願いいたします。

御挨拶 栢山福祉保健局高齢社会対策部長

○栢山部長 高齢社会対策部長の栢山です。よろしくお願いいたします。

7月16日付の異動ということで、中山の後任でこちらの幹事の席に座ることになりました。よろしくお願いいたします。

認知症の対策につきましては、都の重要な施策であると認識しております。今後、高齢者の保健福祉計画ですとか、それから東京都のビジョン等に折り込んでいく予定でございますので、引き続きご審議のほどよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○坂田課長 事務局からは以上でございます。

それでは、繁田部会長、今後の議事につきましてよろしくお願いをいたします。

報 告（１）～（４）

○繁田部会長 それでは、本日の報告事項について、事務局からご説明をお願いいたします。

○坂田課長 それでは、事務局から座ってご報告をさせていただきたいと思います。

まず、参考資料といたしまして、普及啓発用パンフレット、こちらの「知って安心 認知症」についてご説明をさせていただきたいと思います。

こちらは、5月30日に、知事の記者会見で公表したものでございます。既に委員の皆様方には郵送をさせていただいたものでございます。

認知症の早期発見、診断、対応を進めることを目的といたしまして作成したものでございます。

認知症の知識、予防、早期診断、対応の重要性、そして自分でできる認知症の気づき、チェックリスト、相談先、医療機関の案内という内容で構成をされているものでございます。

自分でできる認知症の気づき、チェックリストにつきましては、都と東京都健康長寿医療センター研究所が平成25年度に共同で実施した地域在宅高齢者の実態調査について、栗田先生の研究チームに分析をしていただいて項目を選定したものでございます。

パンフレットにつきましては、区市町村や地域包括支援センター、地区医師会等の関係機関に配布をいたしております。

また、原稿のデータを区市町村に提供いたしております、各地域の相談先を入れる等の修正を加えていただいて、増刷を行ってもらえるように依頼をしているところでございます。

現時点では、既に18の区市町村が増刷を予定しているほか、自分でできる認知症の気づきチェックリストのみを使用した普及・啓発も各地域で進んでいるところでございます。都といたしましても、今後、パンフレットを素材としたシンポジウムの開催や、新聞を活用した自分でできる認知症の気づきチェックリストの広報を予定をしているところでございます。

1については以上でございます。

続きまして、資料の2といたしまして、こちらの分厚い冊子になりますけれども、「認知機能や生活機能低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」の発行についてご説明をいたします。

こちらは、6月初旬に発行いたしまして、区市町村や地域包括支援センターに配布をいたしました。

区市町村には、今後作成する認知症ケアパスの検討に当たって、ぜひ活用していただきたいというふうに考えてございます。こちらにつきましても、委員の皆様方には既に郵送させていただいたところでございます。

先ほどご説明をいたしましたチェックリストの作成と、在宅で暮らす認知症高齢者の実態を把握して、認知症の早期発見、診断、対応等を地域で認知症の方と家族を支援する取り組みを推進するに当たって、基礎資料を得ることを目的として、都と東京都健康長寿医療センターが共同して町田市の一部地域において在宅で暮らす高齢者の方を対象に実施をしたものでございます。

調査の結果につきましては、後ほど栗田委員からご説明をお願いをしたいと思います。

簡単に調査の結果を申し上げますと、認知症が伺われる高齢者を在宅で暮らす高齢者の1割程度存在すること。また、認知症が疑われる高齢者、社会的な孤立傾向が見られ、医療、介護、福祉などの必要な支援に必ずしもつながっていない等の実態が明らかになったものでございます。

今後、都としては、認知症の早期発見、診断、対応の取り組みを引き続き推進するほか、在宅の認知症の人を支援するためのネットワークづくりや普及・啓発、専門職の人材育成、介護をする家族への支援等の施策に力を入れていきたいと考えているところでございます。

続きまして、参考資料の3をごらんいただけますでしょうか。A3版でございます。

参考資料の3、認知症早期発見・早期診断推進事業の概要でございます。

昨年度から実施している本事業の概要につきましては、委員の皆様には何度もお説明をしているので、詳細なご説明については割愛をさせていただきたいと思っております。

こちらの表の下側に、平成26年度内示地域一覧と書かれてございますけれども、昨年度は13区市、7医療機関において本事業を実施したところでございますが、今年度は26区市、11医療機関での実施が既に決まっているものでございます。

今後の内示によりまして、12の認知症疾患医療センターすべてに認知症のアウトリーチチームを配置できる見込みでございます。

右に移っていただきまして、また昨年度に引き続き今年度も地域包括支援センター職員等を対象として認知症アセスメントシート（DASC）研修を開催し、昨年度と合わせて約800名が研修を終了されたところでございます。

この研修につきましては、予定受講者を大幅に上回る申し込みがございまして、地域包括支援センターの職員の方が認知症の知識やアセスメントを学ぶことの必要性を感じていることが

わかったところでございます。

資料をおめくりいただきまして、参考資料の4でございます。

こちらは、平成25年度認知症早期発見・早期診断推進事業の実施状況の①でございます。

こちらにつきましては、平成25年度末までの実績についてでございます。

左側の上のところでございますが、先ほど申し上げたように、13区市、7医療機関で実施をしたところでございます。

平成25年度までの実績といたしましては、アウトリーチチームへの依頼といたしまして88人、アウトリーチチームの訪問の実施といたしまして59人、支援を終了した者が29人というところでございます。

右側に行きまして、アウトリーチチームの依頼があった88名の相談の経路でございます。こちら重複の回答もでございます。家族だとか、ケアマネだとか、近隣住民など、さまざまな相談の経路がございました。

また、右側の困っていること、相談したいことというのは、BPSDだとか、未診断というところが多くなっているところでございます。

中段のところに行きまして円グラフがでございます。アウトリーチチームへ依頼した対象者数の基本属性というところでございます。

性別といたしましては、女性が多くなっております。

年齢別といたしましては、80代の方が56%。

住居といたしましては、戸建てだとか集合住宅、公営の賃貸だとかが同じような比率になってございます。

世帯類型別に見ますと、単独の方が一番多くて51%、高齢者夫婦のみというのが22%ということで非常にこちらが多くなっております。

要介護別で見ますと、未申請の方が49%ということで、半分ぐらいを占めているところでございます。

かかりつけ医の有無というところでございますが、有という回答が70%あったところでございます。

下の表は、それぞれの区域においての実施状況を示したものでございます。

恐れ入ります、またおめくりをいただきたいと思っております。

こちら、実施状況についての②というところでございます。

訪問チームの職種別人数というところでは、地域包括支援センターの職員だとか、認知症コ

ーディネーターが多くなっているところでございます。

平均の訪問時間といたしましては56分、職場からの往復平均時間といたしましては186分となっております。

認知症の疑いの見立てということでございますが、有が78%ということで8割を占めてございます。

そして、3番目のアウトリーチチームによる暫定的な診断でございますが、アルツハイマー型認知症が42%で一番多くなっておりますが、一方不明も32%となっている状況でございます。

次に、今後必要とされる支援というところでございますが、受療支援だとか、介護保険サービスの利用などが多くなっているところでございます。

続きまして、左側の下のところになりますが、終結例といたしまして、終結につながった、診断につながったかというところで、診断されたというのが69%ということで7割になってございます。平均の支援期間といたしましては70.2日、最小は7日、最大では198日というところでございます。

つながったサービスといたしましては、居宅サービスが一番多くなっているところでございます。

右側に行きまして、評価検証の視点というところでございますが、上のストラクチャについては、ごらんいただければよろしいかと思っておりますが、下のところのプロセスについて簡単に説明をしたいと思います。

プロセスの①といたしましては、まず認知症のコーディネーターのところにつながるまでの間といたしまして、どのような経路からどのような事例を何人相談を受けたのかというところでございます。

そして、ちょっと表の中抜けてございますが、コーディネーターからアウトリーチチームに矢印のところにもう一つプロセスの2というのがございまして、こちら口頭ですみません、ご説明を差し上げたいと思っておりますが、コーディネーターからアウトリーチチームに移るに当たりましては、どのような事例を、何人アウトリーチチーム事業へつなげたかというようなプロセスがございまして。そして、アウトリーチチームからカンファレンスにつなげるというところでプロセスの3といたしまして、どのような事例を何人カンファレンスで検証したかというところでございます。そして、カンファレンスから訪問というところで、またこれもどのような事例を何人訪問したかというところでございます。そして、訪問から終結に至るまでどのような事例を何人終結させたのかというところが検証の視点というところでございます。

下側の今後の課題ということでございますが、認知症のコーディネーターに関しては、アウ

トリーチチームにつなげる事例の選別方法だとか、課題の把握、整理方法というところ、それからアウトリーチチームにつきましても、認知症機能、生活機能、身体健康などについて、総合的にどのように評価をしているのか。

それから、鑑別診断の拒否例というところでは、アウトリーチによる暫定的診断が重要なのかどうか、アウトリーチチームが暫定的診断を行うには医師が必要なのか、しかし医師が訪問の時間をとるのは難しいのかどうかといったところが今後の課題というところでございます。

恐れ入りますが、またおめくりをいただきたいというところでございます。

参考資料の5というところで、厚生労働省の施策についてでございます。

こちら資料としておつけいたしておりますのは、6月11日に開催されました社会保障審議会の介護給付費分科会の資料をお配りしてございます。本日の議題に大きくかかわる部分についてを重点的にご説明を差し上げたいと思います。

こちらの資料の3ページになりますが、スライドで言いますと右の下のところにスライドの番号が振ってございます。スライドの4番というところでございます。3ページの上側のスライドの4というところがございます。認知症施策の推進というところがございます。

こちらは、認知症施策推進5か年計画、オレンジプランにおきまして、厚生労働省は、各施策の目標を掲げてございます。このスライド4のところの下のところに表があるかと思っておりますけれども、この2つ目のところの丸でございまして、ちょっと太字になっていると思っておりますが、認知症初期集中支援チームの設置についてでございますが、平成26年度の予算におきましては、地域支援事業（任意事業）に、100カ所を計上されているところがございます。こちらにつきましては、平成27年度からは、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけられ、平成30年度からは、全区市町村が実施するという方針が示されているところがございます。

また、その下の丸でございまして、早期診断等を担う医療機関の数でございます。こちらにつきましては、認知症疾患医療センターの整備目標数でございますが、平成29年度までに500カ所整備するという目標を掲げているところがございます。

それから、もう少し下に行っていただいて、表の下から2つ目、これもちょっと太字になっているところがございますが、認知症地域支援推進員の人数についてでございます。

こちらにつきましては、認知症初期集中支援チームと同様に、平成27年度から地域支援事業の包括的支援事業に位置づけられて、平成30年度からは、全区市町村が実施するという方針が示されているところがございます。

続きまして、スライド4の下のスライド5についてご説明をしたいと思っております。

こちらは、認知症初期集中支援チームと認知症の地域支援推進員というところでございますが、こちらの囲みの中に認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員の話が書かれています。ちょっとここで読み上げたいと思います。

認知症初期集中支援チームというのは、複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族をアウトリーチし、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活をサポートを行うというものでございます。

その下の、認知症地域支援推進員でございますが、認知症の人ができる限り住みなれたよい環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や、地域の支援機関をつなぐ連携支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務を行うというものでございます。

認知症初期集中支援チームは、今年度地域支援事業において実施する自治体は2区市、世田谷区と町田市でございます。

地域支援推進員は8区市が今現在実施しているところでございます。

以降の資料は、研修だとか、認知症カフェ、認知症サポーター、徘徊SOSネットワーク等の国の施策についての資料となっておりますが、時間の関係上ご説明は割愛をさせていただくので、後ほど参照いただければと思います。

また、その他の資料、参考資料6、参考資料7、参考資料8につきましては、後ほどの議事で認知症疾患医療センターの整備についてご検討いただくための参考資料としてお配りをさせていただいているものでございますので、説明は割愛をさせていただきます。

また、参考資料の9、医療従事者等の認知症対応力向上支援事業の実施状況につきましてでございますが、現在、東京都健康長寿医療センターに委託して進めてございます各種研修事業の進捗状況を記載した資料となっております。説明は割愛をさせていただきますが、後ほど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。

報告事項の4までご説明をいただきました。

皆様からご質問をいただく前に、報告事項の1と2に関しましては、東京都健康長寿医療センターの栗田委員がかかわっていらっしゃいますので、報告事項の1、普及・啓発用パンフレット、それから報告事項の2、実態調査報告書に関しまして、追加でご説明などいただけたら

と思います。

栗田委員よろしくお願ひいたします。

○栗田委員 東京都健康長寿医療センター研究所の栗田でございます。

それでは、参考資料2-2に基づきまして、認知機能低下や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査の結果の概要を説明させていただきたいと思ひます。

最初の第1ページの下に目的と書いてありますが、これは先ほど東京都から説明がございましたが、目的2つございまして、1つは、地域に暮らす高齢者が、自分自身で認知機能低下や生活機能の低下に気づき、適切な相談機関やサービス提供機関を利用できるようにするための自記式チェックリストを作成すると、それから、もう一つは、認知機能低下・生活機能の低下が自覚されているということですのでけれども、地域在住高齢者の実態を明らかにして、今後の認知症支援体制づくりに資する基礎資料を得ようということでございます。

次の第2ページの上に、昨年度1年間かけて実施いたしました調査のフロー図が書いてあります。大変細かいフローですが、3段階の調査で構成されております。

第1段階は、まず左側の列に一次調査と書いてあります、町田市内の特定地区に居住する65歳以上の高齢者7,682名からスタートしますが、よろしいでしょうか。

最初は飛ばしますが、2つの目的で調査させていただいたということで、1つは、チェックリストをつくるということと、もう一つは、認知機能低下、生活機能の低下が見られる高齢者の実態を把握しようということになります。

2ページ目の上に調査フロー図という細かな図が書いてございます。これは、左側から、第一次調査、第二次調査、三次調査と間違えて書きましたけれども補足調査と一応名称をつけているものですが、まずは、第一次調査では、町田市内の特定地区に居住する65歳以上高齢者7,682名に対して、郵送留置回収法というアンケート調査をさせていただきました。郵送留置回収法というのは、郵送で質問書を送って、調査員がお宅に訪問して取りに行くという方法です。これをいたしますと非常に回収率が上がるということで、この結果6,932名から調査票を回収できまして、回収率は90.2%でございました。

二次調査は、一次調査とは独立に7,682名から3,000名の方をこの地域の年齢構成、性別の構成にあわせて、層化無作為抽出いたしましたして、この方たちに対して、研修を受けた看護師と調査員がペアを組んで訪問調査をさせていただきました。この訪問調査のときに、ミニメンタルステートの調査であるとか、服薬状況とか細かな調査をさせていただいております。ここでは1,341名の方が訪問調査を完了してございまして、有効回答率は48.1%でございました。

さらに、MMS E等を実施した二次調査の方の中から、ミニメンタルステートが24点未満の方、通常認知症が疑われるというように、24点未満の方、しっかり143名、全員に対して、そして、24点以上の方については、やはり層化無作為抽出をしまして、同数の143名を抽出いたしまして、今度の三次調査ということで、三次調査では、精神科医と臨床心理士がペアを組んで、実際にお宅を訪問して、臨床診断などを行いました。実際、認知症が疑われる方で、医療につながっていない方は受診勧奨をさせていただきました。その結果、131名、45.8%の方に協力をいただきまして、下に結果が出てきますが、2ページ目の下には、一次調査、二次調査の分析の対象になった方々の性別、年齢階級別の構成です。

そして、3ページ目の上が三次調査で分析対象になった方の年齢構成ですが、ミニメンタルステート13点以下の方と24点以上の2つに分けて、こういうような構成になっております。

3ページ目の下から、最初に単純な結果だけお話しいたしますと、二次調査で、ミニメンタルステートをやっていただいた1,319名のうち、24点未満だった方は10.8%ありまして、約1割ということです。

次のページ、4ページですけれども、4ページ目の上で、実際にミニメンタルステート24点未満の方に認知症の人がどのぐらいいたかと言いますと、24点未満の人だと48.3%は認知症の診断がつかしました。29.3%がMC I境界領域であろうと思います。そして、MMS Eが24点以上の方でも2.7%の方が認知症の診断がつかまして、MC Iの方が17.8%おりました。

このデータに基づいて、自記式のチェックリストをつくるのですけれども、4ページ目の下にチェックリストをつくる手順が書いてあります。初めに、私どもで、認知機能低下、生活機能低下に関する147の候補項目がつくってあります。これは、これまでいろいろな調査票とかチェックリスト、それから実際に我々が臨床で認知症の初期の方の体験をたくさん記述しておりますので、そういうものを合わせて147の候補項目をつくりまして、その中から、内容の重複とかいろいろなものを考慮しまして37の項目を選び出して、4件法の質問票をつくってみました。

まず一次調査ですが、一次調査は実は2回に分けて実施しています。第1期の一次調査で2,283名の方にやっていただきまして、因子分析という、この項目がどういう意味なのかということがわかりまして、2つの因子が抽出されました。認知症の初期に認められる自覚的な認知機能の低下、そして認知症の初期に認められる自覚的生活機能の低下に関連する項目であろうと思われる項目、因子が抽出されまして、それぞれの因子に強く関係する項目として10項目ずつ、20項目を取り出しました。この20項目を使って、次の一次調査、4,649名に対してもう一度これをやりまして、今度は、二次調査でやったミニメンタルステートの得点と深く関連す

る項目、それから確証的因子分析という方法があるんですけども、確かに認知機能と生活機能の低下をあらわしているということを確認する作業をいたしまして、最終的に10項目、認知機能に関連する5項目、生活機能に関する5項目、合計10項目のリストをつくりました。この10項目のリストを、40点満点で評価できるんですが、実際に40点満点で評価したときに、二次調査がミニメンタルステートとどのくらい関連するか、そして三次調査で実施した精神科医の診断と、どのくらい関連しているかということ調べました。

5ページですけれども、少し専門的ですが、これが最終的な結論の部分です。まずROC分析というものをやりますと、確かに10項目の、40点満点のものは、健康な方と、あるいはCDRという精神科などで使う認知症重症度分類ですが、0.5以上といいますと、認知症疑い異常となりますが、下の表が、MCIと認知症の方、どのくらい健常高齢者と弁別できるかということですが、基本的には、優位に弁別できるという結果とともに、カットオフを16点にすると、最も弁別の能力が高いということがわかりました。しかし、もっとも弁別の能力が高いと言っても、例えばMCIと認知症高齢者を弁別するには、感度67.9%、特異度67.2%という数字でありまして、もし仮にスクリーニングで使うとしたら、通常は両者が75%以上ぐらないと余りスクリーニングとしては使いにくいということがあります。これは、どういうことかと言うと、偽陽性が非常に高いということなんです。偽陽性が30%以上あるということで、偽陽性ということは、正常な人を認知症疑いと判定してしまう可能性が3割以上出てしまうということで、この16点をそのまま使うと、かなり偽陽性が高いので使いにくいだろうということで、カットオフ値を20点にいたしますと、特異度が83%、陽性的中率が76%ぐらいまで上がりますので、偽陽性が16%ぐらい、そして陽性的中率というのは、実際に、これを使って20点以上になった人の76%がMCI異常の認知機能の低下であるということになりますので、20点以上であれば、少し相談機関とか利用してもいいかもしれないなという、勧奨してもいいかもしれない。基本的に、自記式の限界ではないかと思うんです。自分自身の認知機能を自分自身の認知機能で評価するということですから、これはこの辺が多分限界だろうなと思われま。

結論であります、このチェックリストの使い方を6ページの上を書いておきましたけれども、MCIを含む認知症高齢者の弁別はカットオフを16点以上にすると最も高いけれども、偽陽性率・偽陰性率が30%以上になるので、余りこの16点以上でどうこうという話しは少し危険かなということで、ただ20点以上に設定すると偽陽性率20%以下、陽性的中率が80%近くになってくるので、20点以上の人に相談機関等の利用を勧奨するのは、まあまあリーズナブルだろうと、しかし感度が50%なので、結構取りこぼしはありますよという、そういうことで、認知

症の方でも、20点以下の方が結構いますよということでもあります。

実際、この気づきチェックリストを使いますと、カットオフを20点にすると、6ページの下ですが、10.2%の地域在住高齢者の方が陽性になります。16点にすると20.5%ということになります。

次のページ、7ページの上ですけれども、それでは、これで20点以上の人は、どういう特徴があるのかということ、共変量ロジスティック回帰分析というものをやって調べてみました。これは、年齢とか、性とか、教育年数をすべてを補正しても、認知機能の低下・生活機能低下がある自覚されている高齢者がどういう特徴を持っているかということ、分析したのですが、全部統計学的に優位に出たものを書いてあります。認知機能低下・生活機能を自覚している高齢者は、心臓病や呼吸器疾患や筋骨格系疾患、外傷、血液疾患、目の病気である人は優位に高くなります。2倍近くあった。鬱病になると5倍になります。それから脳卒中やパーキンソン病、これはもう当然と言えば当然ですが、5倍から6倍にふえます。そして、3つ以上の病気に罹患している人が2倍ふえます。

それから、7ページの下ですが、6種類以上の内服薬、多剤いろいろありますが、服用している方が2倍ふえます。中くらい以上の痛みがある方が2.6倍、主観的健康感、具合が悪いと感じる方が6倍ふえます。そして運動機能が衰えている方が12.4倍ふえて、その次が社会的な孤立ですが、近所づき合いがないと答える方が約6倍ふえて、人と話すのが1週間に1回以下という方が3倍になる。困ったときに相談できる人がいない、体の具合が悪いときに相談できる人がいないという方が2倍ふえて、年収100万円未満の方が約2倍ふえるということです。そして、精神的健康度といいまして、これは鬱とか、不安とか、睡眠障害が全部入っていますが、こういうところで13点以下が不良と言われていますが、精神的健康度不良の方が6倍ふえるということでもあります。

8ページの上であります、8ページの上にこれはいろいろなところで啓発で使わせてもらっているんですが、どうも認知症、あるいは初期段階、認知機能が落ちてきて生活機能が落ちてきている高齢者は、同時に、社会的に孤立する傾向があって、恐らく経済的にも困窮する傾向があって、そして身体的な健康問題はより多く持つようになって、同時に、精神的健康問題もたくさんあらわれるようになるんだらう。家族介護者も、家族介護者のデータは取ってないですけれども、家族介護者の疲弊も当然起こりやすいだらう。そういう関係性がより高くなると言いますか、そういうことであらうということです。

まとめですが、自記式のチェックリスト、自分でできる認知症の気づきチェックリストを作

成して、20点以上をカットオフとして使用すると、CDR0.5以上の認知機能が低下している高齢者に該当する確率は76%であるということです。

認知機能低下・生活機能低下を自覚している地域在住高齢者は、そうでない高齢者に比較して、数多くの身体疾患に罹患し、多くの薬剤を服用し、社会的に孤立し、経済的に困窮し、精神的に不健康な状態にある人の割合が有意に高いということです。報告書の概要は、今のことが大まかな内容でございます。

あと、参考で、実際にこういうものを使って地域に暮らしている認知症の可能性のある方を推計する簡便な方法はないかというご要望もございましたので、実はこの方法ともう一つDASSCというものをつくっているんですが、実はこれは訓練を受けた看護師がやると今回の調査で非常に高い感度と特異度、感度が89%、特異度が86%という高い精度で精神科医の診断する認知症を検出できるということがわかっておりますが、こういったものを組み合わせて使うと、大まかな認知症高齢者の推計をすることができるということを参考につけさせていただいています。実際に町田市で、この2つを組み合わせて推計しましたところ、最後11ページの一番下であります。軽度認知症、中等度認知症、重度認知症の方を合わせますと、町田市の13.9%の方が認知症が疑われると、これは地域在住高齢者だけではなくて、実は施設に入所している方をすべて含めてあります。要介護認定の情報と組み合わせてつくったものであります。そういう数値になるだろうということでございます。

以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、先ほど事務局からご説明をいただいたところも含めまして、ご質問等ございましたらお願いをいたします。

平川（淳）委員 お願いします。

○平川（淳）委員 先ほどのアウトリーチのこともあるんですが、まず栗田先生の今のご発表の話で質問させていただきたいのですけれども、最初の調査対象者の有効回答率が40何%ということですね。やはり、アルツハイマーを想定した形で聞きますので、半分そんな調査は嫌だと拒絶をされる方がいらっちゃって、そういうアルツハイマー以外の認知症の方々については、これは網がかかっていないというような認識でよろしいのでしょうか。

○栗田委員 まず、ご質問の後半のからお話しさせてもらいたいと思うのですが、実際に、きょうはお出ししていませんが、報告書に書いてありますが、どういう認知症疾患かというデータも全部出ておりまして、アルツハイマーの方、確かに多いですが、半分ちょっとぐらいであ

りまして、あとは血管性認知症、レビー小体型、パーキンソン病、それなりの比率で発見されておりますので、アルツハイマー型認知症以外の方が漏れてしまうというような、そういう傾向ではないと思います。ただ、実際に二次調査でご協力いただいた方、これは実は死亡・転居した方は除いて2,858名からスタートしているのですが、そのうちの48.1%ということで、半分の方は協力していただけていないんですが、実は、協力されていない方と協力されている方の人口統計学的な特徴の比較はしていますが、訪問調査の場合は、高齢の方のほうがよく協力してくれる。恐らく若い方は働いている方が多いからだと思うんですけども、高齢の方ほど協力してくれている経過がございました。しかし、それでも、やはり認知症のある方は協力してくれない患者さんももちろんありますので、過少評価である可能性があるかと思えます。

それから、さらに補足調査とあって、精神科医が訪問するという段階でも、やっぱりまたここで45.8%、半分落ちますので、ここでも、やはりこの数値は過少評価である可能性があるということなんです。

重要なお指摘ありがとうございます。

○平川（淳）委員 後に出るアウトリーチの話もあるんですけども、医者が行くとか、誰かを訪問することについては、非常に緊張が強いので、かなり拒否される方が多いだろうなと思いましたので、一応質問させていただきました。

もう一つ、先ほどアウトリーチのご説明がありましたが、当院でもアウトリーチチームを配置しています。しかし、いろいろ認知症コーディネーターが頑張ってくださって、実際に訪問したのは1件だったんです。みんなかなり努力をしてスタンバってやったにもかかわらず、行った分しかだめですよということで、かなり細かい経費を計算して、その上で実費しかだめだというような感じで、結局、医療法人、年度明けてから多額の金額をお返しすることになり、医療法人としては大きな動きで大変困ったことになりました。たくさんやればその分だけというので、積極的にやろうというようなインセンティブもあるのかもしれませんが、この事業は、かかりつけ医の先生を支援して、それに漏れた方を我々がかかわるというような位置づけでいますと、行かないで済めばそのほうがいいのかなと思っていたので、行かないで済めばいいなといろいろな努力をした結果1件行ったら、行った分しか出さんぞというのは、何かとてもやっているほうとすると残念な感じがしました。

一応意見です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

何か事務局ありますか、よろしいですか。

○坂田課長 ご意見として受けとめさせ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。

そのほかご意見をいただけたら。

○齋藤（正之）委員 齋藤（正之）です。

先ほど、事務局で、厚生労働省の施策について説明されたときの資料、認知症への対応についてですが、この中の3ページのところで、認知症初期集中支援チームの設置と認知症地域支援推進員の配置、今後、各区市町村の中では、これが地域支援事業の中の包括的支援事業という位置づけになってくるのですが、今現在、東京都が行っている認知症疾患医療センターにおける認知症アウトリーチチームと認知症コーディネーターの配置がございませぬ、その整理というか、整合性とか、それは同じものとしてとらえて、国のこれに当てはまるものなのか、それともこれはまた別にそれぞれの区市町村で設置をしていく考えを持っているのか。それによつては、今後認知症アウトリーチチームの動きというか、同じことを各区市町村で実施するのであれば、必要性もまた別途検討しなければいけないのかなと考えるのですけれども、その辺は国との整理をされているのでしょうか。

○坂田課長 今現在、ここで明言することは非常に難しいお話しで、今後検討していく形になるかと思ひます。今おっしゃつたご意見というのは、整理していく必要があると私どもは考へてございませぬ。また、その辺、詳しくお話しができるときになりましたら、またお話しできればと思ひておりますが、できれば役割分担みたいなものができる方法で検討していければと考へてございませぬ。

○齋藤（正之）委員 そうすると、それについては、27年4月から法の施行が実施されるんですけれども、年度内でそういった検討をされて、説明をされるということによろしいでしょうか。

○坂田課長 来年度の予算要求等もございませぬので、基本的には今年度検討させていただいて、お話しができる時期が来たら、お話しをさせていただくという形になるかと思ひます。

○繁田部会長 よろしゅうございませぬか。

山本委員お願いします。

○山本委員 栗田委員、貴重なご報告ありがとうございます。

ご報告の7ページの下段なんですけれども、認知機能低下・生活機能低下を自覚している高齢者の特徴の（2）のところで、「運動機能不良」と「近所づき合いがない」、「人と話すのは1週間に1回以下」、「困つたときに相談できる人がいない」、「体の具合が悪いときに相談できる人がいない」ということで、この方たちが誘因が高かつたというか、認知症を自覚し

ているということで、これを見ると、いろいろな施策で認知症初期集中支援チームですとか、認知症地域支援推進員とかいろいろ出ていますけれども、逆にこの結果を見ると、地域でグループで集まる場づくりですとか、高齢者のサロンですとか、社会福祉協議会とかがやっているふれあいサロンですとか、そういう地域づくりの一次予防の住民参加のグループづくりということが非常に効果的ではないか、この結果を見ると、そういう場づくりが非常に重要ではないかと考えられます。今回の研究調査で、今、地域でどういう取り組みが必要なのかということ、研究の結果で見えてきたものがあるのかどうかお聞きしたいんですけれども。

○栗田委員 まず、山本委員のご指摘のとおりだと思います。これは、原因・結果関係はもちろんわからないですけれども、しかし、認知機能が落ち始めている方が、だんだん社会から撤退して行って、人との関係が希薄になって孤立する傾向ということはやはりあるのではないかと思います。認知機能が落ちたからが原因なのか、孤立しているから認知症になるのか、これはもちろんわからないですけれども、しかしながら、そのことが恐らく社会的孤立だけではなくて、精神的健康度の低下だとか、あるいは体の健康の低下だとか、経済的なこととか、すべてと一緒に複雑に一緒になってやってくるということがここでわかっているので、本当はこういう人たちは一番支援が必要であるにもかかわらず、支援が届きにくい状況にあるということ、それを反映している、それこそ一次予防的とおっしゃいましたけれども、高齢者がつながりを持って暮らせるような地域づくりということをやっておくことが認知機能の低下や生活機能の低下があらわれてきたときにも、それなりに暮らしていくための重要な要件になっていくのではあると思います。山本委員のおっしゃるとおりだと思います。

○山本委員 報告書、まだ詳しく見てないのですけれども、今回の報告書ではそういうようなことにも触れられていらっしゃるのですか。今後の提言に向けてどういうことをお考えかということですが。

○栗田委員 実はものすごく時間が迫っていて、どこまで深く書けたか記憶に定かではないのですが、最後に、今回の調査結果からということで、一応要約は書いております。ただ、地域づくりが大切だということから結論めいたようなことは余り書いてないと思います。こういう結果であったという、その結果だけを確か書いたと思います。

確かに、政策提言的なことを本当は報告書の最後に書くのがいいと思うのですが、十分そのところを考査する時間がなくて、ここには出ていないかと考えられます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほか、ご意見ございますでしょうか。

齋藤（正彦）委員お願いします。

○齋藤（正彦）委員 参考資料の4の困っていること、相談したいことを、重複回答ありというこのグラフが2本になっているのは、男性と女性という意味ですか。

○栗田委員 これは、認知症コーディネーターの段階から認知症アウトリーチチームにお願いしたという88例の方たちがどういうことで困っているか、相談したいかということのグラフですけれども、なぜ2つつくったかと言いますと、説明しないと絶対わからないと思うのですが、実は、認知症コーディネーターから認知症アウトリーチに行くときに、どういうことで困っているかという、困ったところのチェック欄というものが実はございまして、このチェックをつけているものだけを計上したのが実は左側のグラフでございまして、67、37、31、30、25、22、27、17、17というのが、これが認知症コーディネーターがチェックした数であります。だから、これが訪問台帳ベースのデータであります。しかし、実は、さっき問題点のところを少し書かせていただいたのですが、実は正直言ってまだまだ認知症コーディネーターの認知症の評価能力、アセスメント能力には限界があるのではないかなと私思っているのですが、例えば非常にたくさん精神症状があって、いろいろな厳しい状況に置かれていて、かつ未診断であるという方はたくさんいるんですけれども、未診断であるということは余り困っていないという感じになってしまっているんで、チェック欄でチェックをつけたところだけ見ると、未診断であるということが余り問題にされてないのかなということがありまして、そのほか、例えば生活障害は、実はもっと多い可能性があるのですけれども、生活障害で生活できなくなっていて、認知症コーディネーターのところに来ているという方がたくさんいるのですけれども、表面にあらわれたところがチェックされていて、生活障害のところは余りチェックされていないなところが、訪問台帳を見るとわかるということがございまして、実は、この右側は、私が全部訪問台帳を読んで、こういうところもかなり課題ではないかというところにつけた参考データであります。したがって、訪問台帳ベースでは左側のグラフとご理解いただければよろしいかと思います。これ説明がないと全くわからないと思います。

○齋藤（正彦）委員 いずれにしても、そうだとすれば、かなりのケースがBPSDや生活障害が問題になって認知症アウトリーチチーム……、これは認知症アウトリーチチームとは関係ないの。

○栗田委員 認知症アウトリーチチームに依頼したケースです。

○齋藤（正彦）委員 認知症アウトリーチチームですよ。認知症アウトリーチチームにアクセスしているというわけで、認知症の早期じゃないですよ、明らかに。だから、この事業は

認知症早期発見、早期診断のためにやっている事業だと位置づけることがそもそも間違いで、僕はこういう事業は大事だと思いますけれども、何を見ているかということを考えないといけなくて、これは要は手遅れ事例を早く発見する事業ということですね、これはもう非常に大事な事業だけれども、何をやっているかはっきりしないでやっていると、政策の方向を誤ると思いますから、何をしているのかははっきり評価する必要があるということと、それから、またお金の話しで恐縮ですが、松沢病院は公立病院ですが、それでも非常に考えたんです。新たに人を雇うわけにはいかないんです。やってみないと何人来るか分からないので、ということは現有の勢力でやらなければならないわけです。やってみて途中でいやこれはもう人が足りないということになれば、それから雇うということ、仕事があるときに臨時で誰かを雇うということ、ソーシャルワークとか、訪問看護の質のいい職員が、じゃあしたお願いねと雇えるものではありませんので、私どもの病院でもさんざん考えたあげくに、人を置いて、5件しかなかったということではまた赤字がふえるだけだから、とりあえず消極的に地元の区がやると言ったら現有の人でやろうという対応をいたしました。

それで、このように、アウトリーチが重度の未発見の手遅れの事例に早く手を出す、早く援助の手を差し伸べる事業だとすれば、僕は、このお金の出し方がそもそも間違っているの、どの程度のニーズがあるかということをはっきり把握して、把握した上で必要な地域に必要な人をつけて、そうしないと、この臨時の事業に医療法人であれ松沢病院であれ、人を割くということは、本来やるべき仕事ができなくなるということですので、訪問の時間が1時間だって前後3時間はかかるわけです。その間病棟の仕事ができなくなる、外来の患者さんのサービスができなくなるということなので、特に民間の医療法人は、そんなに人はいっぱいいるわけじゃない、ぎりぎりで行っているわけだから、こういうお金のつけ方はいかなものかと思えます。やっぱり必要どころに必要なお金をつけて、結果としてだめだったら来年度はつけませんというんだったら、それは話しはわかりますけれども、私どもの公立病院でさえ非常に使いにくかったと思います。

それから、進行しちゃった事例に対して早期に介入する制度だとすれば、今までやっていた高齢者班より能率的だと僕は思うんです。機動的で能率的で、いい制度だと思うけれども、そうだったら、一方で、常勤の人をつけている高齢者班をいつまでやるのか、それこそ無駄じゃないかと思えます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほかございますでしょうか。

山本委員お願いします。

○山本委員 今、齋藤（正彦）委員がおっしゃられた前半のことはとても印象的だったのですが、結局かなり重度で、未受診で、BPSDとか、医療機関に連れていくのが大変な方が地域の現場では課題になります。そこで、この認知症アウトリーチチームが行くということが非常に有効かもしれません。そのときに、先ほどおっしゃられた生活障害を先に対応していくのか、医療的な対応と両方だと思うのですが、そこら辺で何か認知症アウトリーチチームが行きました、その後の対応で、方向性が、こういうことが有効だったというものが見えているのかどうか、質問させていただいてよろしいでしょうか。多分、未申請とか、かかりつけ医は有りが70%とか、多分介護保険に結びつけて、いろいろ生活障害、生活面からの支援から始めていくというパターンがあるのか、それとも、とりあえず医療受診に結びつけて、何らかの、薬みたいな対応になってくるのか、それとも両方なのか、当たり前の話かもしれませんが、聞かせていただけたらと思います。

○栗田委員 ありがとうございます。

まさに、国でもやっていることなので、そのところはきちんと明確にしておくべきことだと思うのですが、一応どういう支援をしていこうかというものの概要その体系はつくってあります。ただどのぐらいできているかということが大事なんですが。

実は、参考資料4の2枚目にあるのですが、参考資料4の2枚目の評価検証の視点という事業評価のための構造をつくらせていただいているのですが、ここで、この事業の評価をきちんとやっていくということが非常に重要であろうと思っております。

今現在やっているわけですが、そして、今、山本委員がおっしゃられたことは、最後のプロセス5において、どういう支援をしたのかということですが、そこを実際に、まだ29例しか集結してないので、数は少ないですが、2番目、集結例の29例の図が左にあります、いわゆる介護保険サービスの居宅サービスを導入したとか、入院した方も7名いらっしゃるんです。かなり大変なケースが多い。それから権利擁護関係の支援をしたとか、施設サービスをやったとか、地域のインフォーマルサービスでいろいろ支えたとか、サービス付き高齢者住宅を利用したとか、こういったことが書かれています。大体、体系的にやっていると、一つはまずは医療にアクセスするというか、診断にアクセスするとか、医療にアクセスするということが一つ。それから、もう一つは、重要なことが生活支援ということで、ひとり暮らしの方が圧倒的に多いので、どうやって暮らしていくんだという、住まいと生活支援が非常に多い。そして、家族がいる方は大体家族が弱っている。家族がここに乘っかってくる場合が多いので、家

族をどうやって支えるんだという、そういう問題がやって来る場合が多いです。

それから、4つ目ぐらいが、権利擁護の問題とか、それから住まいの問題、さっき言いましたけれども、住まいをどうするかという問題、きょう全部持ってきませんでした、最後が介護保険サービスです。最後が要介護認定を受けて介護保険サービスにつなげるというところの順番があって、一応、介護保険サービスにつなげて今言った生活支援だとか、家族支援だとか、大体そういうところが調整ついたら、ここからは通常は居宅介護支援事業所の手に渡るので、そこに行き着いて、しばらくそれをサポートするということになるような感じになっています。

ただ、山本委員がおっしゃられたように、実はこの仕事って地域包括支援センターの仕事とほとんど同じなんです。本来は、2006年に地域包括支援センターができたときには、こういうことをやれるようにしようという、そういう構想でつくったはずだったんですけれども、特に医療との連携が非常に難しいということで、実際なかなかできていないということがございまして、という意味で、これは本当にNがすごく少なく、ここにこんな金をかけて大丈夫かという意見もたくさんあるかと思うのですが、しかしながら、これによるとようやくそういう連携づくりが始まったという、そういう意識がある地域もかなりあります。

あと、ここのデータの中で、非常に重要なデータは、参考資料の4の下にあるこのプロセス評価の数値データなんです、きょうグラフでお示したのは、認知症アウトリーチチームに至った88例の話でしたが、その前に認知症コーディネーターが975例の相談を受けているんです。975例というのは、多くの地域ではいろいろな地域包括支援センターからなかなか地域包括支援センターだけでは対応できないということで、認知症コーディネーターのところに行っている975例だと思いますので、この段階でかなりの事例がここに来ていて、そして認知症コーディネーターのレベルで、恐らく解決しているのだと思われます。実は、ここが私は一番重要だと思っているのですけれども、975例を認知症コーディネーターがどうやって解決しているのかということ調べるのが私は大事だと思うのですが、ここでも解決できない88例がここにつながっているんだと思います。総体的に困難事例です、総体的な困難事例がここに来ているんだと思うんですが。

こういうプロセスを可視化できたということは、私は大きいのではないかと思うのですけれども、この975例の前にはもっと大きなすそ野があるんだと思うんですが、こういった方々に実際にどういう支援が提供されていて、どういう結果が得られたかということちゃんと事業評価していくというのは、一つの基盤がようやくできたのかなと考えているところでございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。

それでは、まだご質問あるかと思えますけれども、きょうのメインの議事がございますので、先に進めさせていただきます。

議 事

(1) 認知症疾患医療センターの整備について

○繁田部会長 本日の議事は、認知症疾患医療センターの整備について、御存じのように、診療所型認知症疾患医療センターの議論でございます。

資料がかなりございますので、まずその資料を事務局からご説明をいただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

○坂田課長 資料の説明の前に、毛利委員のほうから、本日欠席ということでご連絡がありましたのでご報告をさせていただきます。

それでは、資料の2から資料の12までご説明をさせていただきたいと思えます。

まず、資料の2、認知症医療部会、第6回、前回の主な意見というところがございます。

全てご紹介するとちょっとお時間が足りませんので、今回の議事であるセンター関連の項目から3点ほどご紹介させていただきたいと思えます。

まず1ページ目の1の(1)の「●」の2つ目のところがございますけれども、「診療所型認知症疾患センターはそもそも、地域包括支援センターで受けた認知症関連の相談に対してそれをきちんと対応してくれる医療サイド側の支援として考えられたものである。これから全ての市町村で、地域支援事業として認知症初期集中支援チームに相当するような事業を地域包括センターと行政が中心になって動かしていくことになるが、これにきちんとペアを組める医療機関を確保するということが診療所型のセンターの背景にある考え方、思想である。」というものでございます。

おめぐりいただきまして、2ページ目でございます。(2)の上から3つ目でございますけれども、「診療所型認知症疾患医療センターのような機能を持つ医療機関を、理想的には地域包括支援センターに1カ所ずつつくればいいのだろうが、現実的には難しいので、かかりつけ医の中でも訪問診療をやっている先生、それから認知症サポート医の先生、そして、今回指定される診療所型がいかに有機的に連結するかというところになってくるだろう。」

それから、(3)アウトリーチ機能についてですが、一番下の3つ目の「●」ですけれども、

「サポート医がかかりつけ医の先生と協力してアウトリーチしてくれるようなところが区に1つあれば、スムーズに在宅が続けて行けるのではないか。」といったご意見等々ございました。

そのほかについてはお読みいただければと思います。

続きまして、資料の3、東京都認知症疾患医療センターの概要でございます。

こちらについては、いつもお配りしている資料でございますので、詳細な説明については割愛をさせていただきますが、認知症疾患医療センターは二次医療圏ごとに1カ所、現在12の病院を指定させていただいているところでございまして、予算については、1,100万円ということで、左側の表にございますように、基本的な機能については2つ、そして、3つの役割を担っているところでございます。

都は、各センターの円滑な運営を資することを目的として各センターの関係者が一堂に会して取り組み状況の報告や、意見交換をできるような情報交換会を定期的を開催をしているところでございます。

続きまして、資料の4が、センターの一覧の図になってございます。説明は割愛させていただきます。

続きまして、資料の5でございます。

こちらが、国から認知症疾患医療センター運営事業実施要綱ということで示されたものでございます。

こちらは7月9日に出されたものでございます。

主な改正点について簡単にご説明を差し上げたいと思います。

資料の5の9ページをごらんいただきたいと思います。

9ページは、改正点の新旧対照表になってございまして、左側が旧、右側が新という形になってございます。9ページの本当に一番下の右側に「(3) 診療所型」ということで、こちらが新設をされたところでございます。

後ほど簡単にまた表で説明させていただきますが、ここでは省略させていただきます。

おめくりいただきまして、10ページになります。

10ページのところの右側、下のほうになりますけれども、「4 事業内容」のところの(1)の中のウのところの(イ)、「c 認知症初期集中支援チームとの連絡調整」というところが追加をされているところでございます。

続きまして、11ページでございます。11ページの右側のところでございます。新のところでございますが、「5 都道府県の責務等」というものが追加をされたところでございます。

資料の5については簡単でございますが、以上でございます。

続きまして、資料の6をご説明を差し上げたいと思います。

こちらが、厚生労働省が定める認知症疾患医療センターについて各類型の比較表ということで、まとめさせていただいたものでございます。

基幹型、地域型については、特に大きな変更はございません。右側のほうの診療所型のほうを中心に説明を差し上げたいと思います。

こちらが、今回できた診療所型ということでございます。

地域型の設置基準と比較してみますと、設置医療機関は当然診療所という形になってございますが、大きく違うところが人員配置のところでございます。コメディカルについてが違ってきているところがございます。

また、検査体制のところでございますが、CTのところ※がついている形になってございますので、こちらについては診療所型については、他の医療機関との連携確保対応で可という形になっています。

病床についても、線が引いているような状況でございます。

また、医療相談室の設置というところでございますが、地域型については必須となっておりませんが、こちらについては求めないとなっております。ただし、専門医療相談が実施できる体制を確保という形になってございます。

以上が、国で示されたものを比較表としてまとめさせていただいたものでございます。

続きまして、資料の7でございます。

こちらが、認知症疾患医療センターに関する調査についてというものでございます。

こちらは、前回の医療部会でお知らせいたしましたように、東京都におきまして、認知症疾患医療センターの整備を進める上での基礎資料とするために都内の病院及び診療所に対して認知症疾患医療センターに関する調査を実施いたしました。

調査対象は、東京都医療機関案内サービス、通称「ひまわり」でございますが、ひまわりにおいて、医療機能に関する情報として、認知症の診断を行っている公表しているもの、234病院、2,147診療所、こちらについて調査を行わせていただきました。

できればこの会議で調査結果の速報値をお示しできればよかったですけれども、先ほど申し上げた国の改正版の実施要綱が出たのが非常に遅かったために、調査を実施することが非常に遅くなっておりまして、7月18日付でこの調査を開始をしたということになりますので、締め切りが8月8日までという形になってございます。次回の会議で調査の結果についてはお

配りをさせていただければと思っていますので、よろしくお願いいたします。

調査の内容の主な点について簡単にご説明を差し上げたいと思います。

この調査票のところをおめくりいただきまして、3ページおめくりいただけますでしょうか。

3ページの調査票になりますが、2の認知症疾患医療センターについてというところで、問1でございますが、こちらにつきましては、ある程度ちょっとダイレクトに聞かせていただいております。そちらの貴医療機関における認知症疾患医療センター（地域型または診療所型）の指定に向けた考え方について、あてはまるものについて○をつけてくださいということで、既に検討開始しているかとか、今後始める予定があるのかとか、関心があるかとか、関心はないということで問いをさせていただいたところでございます。

問2以降については、「地域型認知症疾患医療センターが担っている以下の役割について、貴医療機関の状況に照らしてあてはまるものについて○をつけてください」ということで、人員体制等々についてお聞きをしているようなところでございます。

それから、おめくりいただきまして6ページ以降についてが、そちらの医療機関についての認知症医療にかかわる診療の状況についてどうでしょうかということで、例えば問3であれば、認知症の専門外来について設置をしているのか、予定があるのか、していないのかといったもの、それから問4以降についても、そういったものについてお聞きをしているような内容になってございます。

簡単でございますが、以上が調査票の内容でございます。

おめくりをいただきましてA3の資料になります資料8でございます。

こちらは、高齢社会における地域医療に関する実態調査の結果について、まず1枚目の①からご説明をしたいと思います。

こちらは、医療政策部で調査を行ったものでございます。

調査期間は、平成25年1月21日から2月15日までということで、調査内容については、認知症以外にもこういったものでいろいろなものをお聞きしたものでございます。

調査票につきましては、右側の回収状況でございますように、641病院を対象といたしまして、回収率が70.2%ということで、回収した施設については450施設ございました。

下の認知症医療についてというところを抜粋させていただいて今回ご報告をさせていただきたいと思います。

認知症医療についての結果の概要というところでございますが、まず左側の1でございます。認知症患者への診療として行っている分野というところでございますが、都全体で見ると、鑑

別診断、一番左側になりますが29.6%が最も多くなっております。

そして、行動・心理症状の治療ですとか、認知症に関する訪問・往診以外は、いずれも20%台となっておりますので大きな差はないのですが、実は実施していないというところが38.9%ということで一番多い回答でございました。

次に、右側に、現在の都内において不足していると思われる認知症の診療分野について質問したところでございます。

こちらにつきましては、都全体で見ますと、網かけをかけさせていただいているところでございますが、急性期の身体合併症の治療（入院）37.8%が最も多く、次いで慢性期のものが36.9%、そして、行動・心理症状の治療（入院）が34.7%、認知症に関する訪問診療・往診が33.8%の順になっているところでございます。

おめくりをいただきまして、2枚目の②についてご説明をいたします。

3、自院において、今後強化を図る考えのある認知症の診療分野について調査をさせていただいたところでございます。

今後強化を図る考えのある認知症の診療分野については、病床規模が大きくなるほど割合が高くなる傾向になってございます。

例えば、一番左の鑑別診断であれば、病床が501以上の病院については45.5%ということで、かなり高くなってございます。特に特徴的なところが、特にないの割合というのが、規模が大きくなるほど低くなっている、逆に言えば規模が低いほど特にないという回答が多かったというところでございます。

続きまして、右側の4 鑑別診断を行っている場合の1カ月の平均鑑別診断件数というところでございますが、500床以下の全ての規模で10件以下の割合が高くなってございますが、501床以上では、11から50件が最も高くなってございます。11から50件については規模が大きくなるほど割合が高くなる傾向がございまして。

5番目、左側の下に行きまして、鑑別診断を行っている場合の予約時から初診までの待機日数というところでございますが、都全体で見ますと、予約不要のため待機日数はなしというものと、それから予約時から2週間以内に診察可能というのが同じ33.8%と最も高くなってございます。ただ、1カ月以内に診療可能、1カ月以上の順番待ちが必要というところも10%以上の回答があったところでございます。

資料8については以上でございまして。

おめくりをいただきまして、資料の9でございまして。

こちらにつきましては、要介護者数・認知症高齢者数等の分布調査の結果についてでございます。

こちらにつきましては、調査概要をごらんいただきますように、東京都高齢者保健福祉計画の策定に向けて調査を行ったものでございます。

これは、都内の62保険者について調査を行ったものでございます。

時点といたしましては、25年11月1日時点で調査を行ったものでございます。

右側の主な調査結果というところでございますが、要介護認定者のうち、何らかの認知症の症状がある高齢者（日常生活自立度Ⅰ以上）について、人数が37万8,192人ということで、前回の調査よりも5万5,000人ほど増加をしているところでございます。

また、高齢者人口に占める割合も13.7%ということで、前回の調査よりも1.3%増加をしてございます。

また、要支援・要介護高齢者に占める割合も76.3%でございます。

その下の日常生活自立度Ⅱ以上についても、人数については、4万人ほど増加してございます。前回の調査より4万人も増加しているところでございます。

また、高齢者人口に占める割合についても9.9%ということで、1%増加しているところでございます。

また、要支援・要介護高齢者の占める割合も55%というところでございます。

左側の下側の主な調査結果というところに簡単に説明を差し上げたいと思います。

まず1、認知症高齢者の日常生活自立度についてでございます。

この表でございますが、左側の縦軸のところは棒グラフの人数をあらわしてございます。右側のパーセンテージが折れ線グラフのパーセントを示しているところでございます。このパーセンテージをごらんいただければわかるかと思うのですけれども、年齢階層に占める認知症の方の割合というのが、年齢階層が上がるにつれて右肩上がりでも急激に上昇しているところが見られるところでございます。

続きまして、右側の2、認知症の方の居住場所というところでございますが、何らかの認知症の症状がある方、日常生活自立度Ⅰ以上、こちらは第2号被保険者の方も含みますが、居住場所の割合が居宅の場合66.2%、そして、日常生活自立度Ⅱ以上の方につきましては、居宅が59.8%と、60%程度の方々が居宅にいらっしゃるということがわかります。

また、下のこのグラフを見ていただければわかるかと思うのですけれども、重症になると居宅外の方がふえていくような形になってございます。それでも、下のところのⅣだとかMとか

見ていただければわかるように34.4%、31.1%と、3割以上の方が、重症であっても居宅にいらっしゃるということがわかるようなグラフになっているところでございます。

続きまして、資料の10をごらんいただきたいと思います。

こちらは、認知症の高齢者の推計、平成37年についてというところでございます。

左側のグラフにつきましては、資料の9とかなり重複するところがありますので、割愛をさせていただきますまして、右側についてご説明を差し上げたいと思います。

推計方法でございますが、男女別、5歳区分別の人口及び認知症の割合によって推計をさせていただきますものでございます。

この推計方法につきましては、認知症の有病率というのは、年齢が5歳階級上がると倍増していくような状況になってございますが、これまでの推計方法というのは、年齢階級を5歳刻みということではなくて、前期、後期と2階級で分けて推計をしていたために、85歳以上の認知症高齢者の方の急増が反映をされていなかったというところでございます。

今回、この国の推計方法に沿って性別、5歳階級、年齢別を反映した推計方法で計算をさせていただきました。その結果、推計値というのが、その下のところを見ていただきたいと思うのですが、平成37年の認知症の高齢者の数というのは、何らかの認知症の症状がある高齢者の方が新たな推計では約60万人、見守り、または支援の必要な認知症の高齢者の方が新たな推計では約44万人ということの推計になってございます。

その下のグラフを見ていただければわかるように、25年には38万人が60万人、そして、平成25年27万人が44万人という形でふえていくことが推計をされているところでございます。

資料10については、以上でございます。

今回、こちらの資料の11、都における今後の認知症疾患医療センターの整備に係る論点ということで、こちら（案）ということでございますが、こちらにつきまして、ぜひ議論していただきたいということで作成をさせていただいたところでございます。

5つに分けてございますが、まず左側の①ということで、診療機能というところでございます。

都内において不足している認知症の診療分野についてというところでございますが、先ほど資料の8でご説明を差し上げたところでございますが、不足している認知症の診療分野というところでご回答があったのが、急性期の身体合併の治療（入院）だとか、慢性期のもの、これが37%前後ありました。また、行動・心理症状の治療（入院）が34.7%、そして認知症に関する訪問診療・往診が33.8%というものが不足しているのではないかというご回答をいただいたところでございます。

こういったことを踏まえて、認知症疾患医療センターの整備を進めるに当たって、これらの診療分野をどのようにとらえていくかということが論点になるのではないかとこのところでございます。

続きまして、その下の鑑別診断の待機日数というところでございますが、都内の病院における鑑別診断の待機日数を見ますと、予約時から2週間以上の待機が必要となる病院は133病院のうち35病院、26.3%でございました。一方、認知症疾患医療センターの鑑別診断の待機日数でございますけれども、平成26年3月末時点で、最長のセンターが42日、最短のセンターは予約不要ということでゼロ日でございます。平均をいたしますと20日間ということでございます。

今後、認知症高齢者の急増が予測される中で、鑑別診断の待機日数を減らすためにどのような方策が必要になるかということが論点になるかと思えます。

続きまして、②地域連携の推進機能というところでございます。

現在指定しているセンターが開催している認知症疾患医療・介護連携協議会においては、地域の社会資源の把握等々についての仕組みづくり等の検討を進めているところでございます。

これまでの取り組みを継続しつつ、より充実を図っていくために、今後整備を進めるセンターにおいて地域連携の推進機能をどのように位置づけるべきかということがこのところでございます。

続きまして、③人材育成機能というところでございます。

現在、指定をさせていただいているセンターにおきまして、都が定める統一のカリキュラムのもとに看護師の認知症対応力向上研修を実施しており、今年度から、多職種の協働研修の実施を予定をしているところでございます。また、かかりつけ医や認知症サポート医を対象とした研修の充実も図っていく予定でございます。

このほか、各認知症疾患医療センターは地域包括支援センターや各事業所を対象とした研修も実施しており、関係機関からの依頼にこたえて研修講師を派遣する取り組みを進めております。

こうした取り組みを継承しつつ、より充実を図っていくために、今後整備を進めるセンターにおいて、人材育成機能をどのように位置づけていくべきかということが論点の一つになるかと思えます。

続きまして、右側でございます。④地域包括ケアシステムの構築に向けてというところでございます。

国は、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針の改正（案）について」、これが7月28日の国の課長会の資料によって以下のように示されているところでございます。

真ん中のところに具体的にはというところに書かれているところでございますが、地域ごと

に認知症のケアパスを確立し、どのように認知症の人を地域で支えていくかを地域住民に明示した上で、早期から適切な診断や対応、認知症についての正しい知識と理解に基づく本人やその家族への支援を包括的・継続的に実施する体制の構築を進めることとなっております。

そして、その下のところがなお書きでございますが、認知症施策のうち、認知症初期集中支援チームの設置など、地域支援事業を平成29年度までに順次実施することとされており、平成30年度には、全ての市町村で実施することになることから、地域の実情に応じて必要な取り組みを進めることとなっております。

枠の下のところでございますが、見守り、または支援の必要な認知症の方というのは、先ほど資料の9でご説明したように、居宅で暮らしている方が約6割の方がいらっしゃいます。認知症になっても本人の意思が尊重されて、できる限り、住みなれた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指して、今後、各区市町村が地域包括ケアシステムの構築の一つの手法として、認知症施策の推進を図るに当たり、このセンターがどのようにかわりを持つべきか、特に先ほど申し上げたように、各区市町村に配置されることになる認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員とどのような連携を図る必要があるのか。

都において、認知症疾患医療センターに求める役割を果たすために、国が定める設置基準に変更を加える必要があるのか、というところでございます。

そして、⑤といたしまして、認知症疾患医療センターの整備数と配置方法というところでございます。

国のオレンジプランにおいて、全国のセンター50カ所を整備する方針を示しているところでございます。都の人口は、全国の人口の約1割を占めているところでございますので、こうしたことから、今後認知症疾患医療センターの整備方針を検討するに当たって、50カ所というのが一つの目安として考えられるのではないかと考えられます。

50カ所を目安とするときに、その配置方法を担当するエリア、50カ所の中での役割分担、指定の対象となり得る医療機関の類型等をどのように考えるかということが論点になろうかと思っております。ご議論いただければと思います。

続きまして、資料の12、今後のスケジュールについて簡単にご説明をいたします。

7月31日の第7回というのが、今回でございます。

次回は、10月から11月ぐらいに開かせていただければと思っております。

11月に開く会におきまして、センターの機能・配置数についてまた検討していただければと思います。

このときには、先ほどの医療機関への調査の実施が終わっておりますので、結果についてご説明をできればと考えてございます。

そして、今年度については、最終的には、第9回も開く予定でございます。このときには、センターの指定の手續等についてもご議論がいただければよいかなと考えているところでございます。

先ほどの調査の実施についての概要については下にまた記載させていただいているところでございます。

駆け足で申しわけありませんが、以上が報告でございます。よろしくお願いいたします。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、いろいろとご意見をいただきたいと思っておりますけれども、この医療部会が今回は第7回で、既に6回の議論を行っておりまして、そこでの議論とそれほど大きく違う形での国の提示ではなかったかと思っております。今回と、次回11月の第8回の2回でおおよそ診療所型のセンターに期待する役割であるとか、位置づけに関して大体かためるような形で議論を進められたら一番いいかなと思っております。

きょうのところは、少し自由にご意見をいただくのがいいかなと私なりに考えました。

資料の中で全国500か所の1割で50前後が東京都の目安になるんでしょうけれども、例えば、一つには、診療機能のところ、待機日数を減らすためにどういう形で認知症の方を医療機関が受け入れるかということですが、50か所が診療に参画しても、とても足りるものではありませんので、考え方としては、やはりかかりつけ医の先生がおられて、その下に、認知症サポート医の先生がおられて、そこには温度差があつて、ほとんどかかりつけ医の先生に近い役割にとどまっている先生と、かなり積極的に地域で頑張っていらっしゃる先生とがおられますが、さらに、それを支える形で、地域型の認知症疾患医療センターがある、そういう構造が今現在あるわけです。その中に、どのように診療所型を位置づけるかという総論的なご意見や、こういうときに診療所型が助け船を出してくれるのはありがたい、こういうところで力を発揮してくれるのがありがたいといった、各論的なご意見でも、いずれでも結構でございますので、いろいろ多面的なご意見をいただけると、次回にまとめていくときに手がかりになると考えながら資料の説明をお聞きしておりました。

それでは、いずれの観点からでも結構でございますので、どうぞいろいろご意見をいただけたらと思います。

はいお願いします。

○山田委員 待機日数という問題があったのですけれども、もう既に、私なんかは、地域包括

にいる段階で、例えば認知症疾患医療センターに必ずしもつなげなければいけないのか、それとも地域にも鑑別診断ができる診療所もありますので、そこの区分けを自分なりに結構しているところというのはあるんです。

例えば、家族もいて、ご本人も割とその地域の診療所におつなぎしやすい感じの方であれば、逆に地域におつなぎする場合があります。認知症疾患医療センターにおつなぎする必要があるという状況って、結構先ほどの緊急時に発見されて、早期の対応が必要になると齋藤（正彦）先生がおっしゃっていましたが、まさにそういうケースになってしまうと、やはり、ご家族との絆、つながりももうなくて、ご家族はそもそもいなかったりだとかって方で結構認知症疾患医療センターにつないでいる場合もあるんです。やはりご家族がいないというと、診断治療ということに対して、誰が責任を持つのかとか、その後の支援ということになってくると、どうしても行政を巻き込んだ支援が必要になってくるので、やはり民間の医療機関というよりは、認知症疾患医療センターにこういう検査をお願いしていくのが妥当だろうということで振っています。

ただ実際に、私の担当地域の認知症疾患医療センターも、認知症疾患医療センターの窓口を経由しても、もう2カ月待ちとかということも結構あるので、もうそこまで待てるような状況ではないという、もう本当に正直早期発見はしたいけれども、発見されたときには周りの住民から

「もう何か大変な状況になっているよ」と言って連絡をもらって行ったらもう、本当に認知症がかなり進行している状況で発見される方も多いものですから、そうするともう即入院とか、即どこかに施設とかというような選択になってくると、2カ月待てないので、もういたしかたなく、その日のうちに鑑別診断してくれるところにつないでいる場合がありますけれども、多分そういった形でどういう場合に認知症疾患医療センターなのかって、もちろんご本人たちが選ぶ権利はあるので、一概には言えないですけれども、そういうすみ分けをある程度していかないと、待機日数ってなかなか減っていかないのではないかなということは感じているところです。

○繁田部会長　そういう役割分担というか、すみ分けをするに当たって、かかりつけの先生にももちろんできるだけ協力をしていただいて、できれば、いざというときのために、地域型の認知症疾患医療センターはとっておいて、そういう振り分けというか、分担に関して、診療所型の認知症疾患医療センターが何か、例えば地域包括支援センターと協力をして、果たすことができる役割とか、もしあれば、ご指摘いただけると、また役割としてつなげられるかなと思うんです。ちょっと難しい質問かもしれませんが。

○山田委員　やはりその後の支援というところで、鑑別診断を先にもうとにかく早くしていた

だかないといけないというのが多分私たちがまず医療機関に求めるものなので、そこはもう診療所型の認知症疾患医療センターでも、やっていただけることかなとは思いますが、あと、かかりつけ医と認知症疾患医療センターとの連携で、在宅を支えていくということもあるかもしれませんが、やっぱり地域の診療所型の認知症疾患医療センターができたときに、地域の診療所とのつながりというのももう既にいい先生も結構いらっしゃるんで、そこでの連携のほうが、割と連携がスムーズになって、地域で支えていく関係性というのは、割と診療所型のほうがつくりやすいと思うんです。ですので、割と在宅で、これからも何か支援が入れば、支えていけるのであれば地元で見たほうがいいですし、もう早期に入院、入所をしていかないとどうにもならないよという状況でしたら、地域型の認知症疾患医療センターにつなげるほうがいいのかということを感じたところです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

また追加でご発言いただけたらと思います。

どうぞご意見をお願いいたします。

齋藤（正彦）委員お願いします。

○齋藤（正彦）委員 東京都は、10分の1だから50が必要だとおっしゃるけれども、でも、認知症疾患センターの指定は別にして133もの医療機関が診断をすると言っているわけです。そのときに、あえてそういうことを目的に東京都の医療機関を指名するよりは、むしろ、認知症疾患センターと連携できる地元の先生をそう呼ぶかどうかはともかくとして、診療所型のセンターというふうにして、連携していただければよろしいんじゃないかなって思いました。

鑑別診断なんかに、特に本当に微妙なMRIをとって、SPECTをとってというような微妙な鑑別診断が必要なのは、早期に自分で病識があって来て、この人どうしようかというときだけで、さっきの認知症アウトリーチチームが見つけてきて、BPSDが目の前にあって、何とかしようというときに、そもそもそんな難しい検査なんかできないわけですよね。だから、そういうことは分けて考える必要があると思うのと、それから、先ほど慢性の身体疾患とか、BPSDに関する入院について、早期にやってもらいたいという希望が30%ぐらいあるというお話しでしたが、松沢病院の病棟なんかを見ていると、それは住居の問題が大きくて、BPSDなんて入ってきてすぐおさまるんです。だけれども、行き先がない。家庭があって、介護する家族がいて、引き取りますよというお年寄りと、ひとり暮らしだったり、糖尿病だからこういうものは食べちゃいけませんよと言っても、おじいさんが欲しがらるからって次々に食べさせちゃうおばあさんとふたり暮らしをしている家と、同じレベルで施策をうつというのは、そも

そも不可能で、慢性疾患について言えば、やはり家庭がしっかりしているところはもう家庭で見られるんです。その気がある家は。

それから、医療機関で慢性疾患をずっとみろと言われてたって、それは困るので、今起こっていることは、本来福祉でケアすべき住居とか、ある程度のアシストがあれば、家で暮らせる、地域で暮らせる人たちの福祉にかけるお金を健康保険から持ってこようとするから話が混乱しているんですよ。松沢病院で日々起こっていることは、治療は終わったんだから、早く出せという我々と、そんなことを言ったってお金を払えないんで住む場所がないんだから待ってくれという区役所と、押し問答しているんだけど、そういうことがなくなれば、ひとり暮らしの人とか、高齢者が安心して住めるような住宅というか、居宅が時間がかかっても、それをつくっていく、そっちにお金をかけるほうが、将来的には普通の生活ができていく。そもそもおかしいのは、地域のよい環境で生活できるというのは、それはよい市民であれば地域のよい優しい人たちに囲まれるけれども、一度ごみ出しの日を間違えると、ぼやを出すとかいうことになれば、優しくもなければいい環境でもないわけです。そういう人たちが安心して暮らせるような住環境を整えるということ、政策を最初に立てないと、認知症について医療のできることなんて非常に限られている。限られていると僕は思います。特に、専門医療ができることって限られていて、むしろ、体ごとその人の気持ちごとケアしてくれる、認知症については専門ではなくても、ジェネラリストの先生がいて、住んでいる場所でケアができて、必要なときに急性期の治療を受けるということを目指さないと、次々次々医療機関を何とかセンターに指定して、そこにお金を払って、認知症を何とかしようと言っても、僕はだめだと思いますけれども。

○繁田部会長 今のご意見ですと、かかりつけの先生がいて、もちろんかかりつけの先生も診断をしていただけるのであればまずはしていただく。それ以外に、既に診断を行っている医療機関が130、例えば、かかりつけの先生は必要に応じてそこに依頼をしたりして協力をしてもらう。緊急時であるとか、そういうときには、地域型の認知症疾患医療センターの協力が得られれば、あえて診療所型は要らないだろうというご意見ですか。

○齋藤（正彦）委員 だから診療所を指定するとすれば、やっぱり地域包括支援センターが十分に相談できる医療機関があればすごくいいわけです。この人緊急のケースかどうかということで、そもそも医療的に緊急のケースか、それともちょっとどこか整えれば大丈夫なのか、そのために、それをサポートする家族がいるのかどうかとかいうことが、判断できる先生がいればいいわけだから。診療所型のセンターをつくとすれば、僕は各区の福祉のところとか、あるいは在宅介護支援センターと連携する診療所を指定して、何らかの援助をするということだ

と思います。

○繁田部会長 現場で言えば地域包括支援センターと連携をするという。先ほど、平川（淳）先生がおっしゃっていましたが、実際に認知症コーディネーターから連絡を受けて、認知症疾患医療センターの平川（淳）先生なんかが相談に乗ることで、行かなくて済んでいるケースもあるわけですね。そういう役割を診療所型が果たせれば有効だろうという、そう理解していいですか。 新田先生お願いします。

○新田委員 この論点の中で、今の話を聞いていまして、私は資料11の④と⑤を別々に議論する話でもないだろうなというのが一つ、それで混乱するんだろうなと。それで①の診療機能というのは、都内の病院に対するアンケートの中で出てきたもので、その都内の病院をどう評価する、病院の機能というのは一般病院ですよ、これね。一般病院をどう評価して、何をしてほしいのかということ的位置づけないと、この議論にはなっていないだろうなと。

鑑別診断、待機日数等についても、これは都内の一般病院のアンケート等でやっているのかどうか、よくわからない話なので、少し、診療機能として、先ほどの僕はアンケートを聞いていて何のためにあんなアンケートを長く説明されるのかよくわからなかった、はっきり言って。それはなぜかという、市内の一般病院をどう評価するのかというのがやはりきちんと、そのためには今度東京でつくった12の中核病院がどう機能しているかという、そういう話しだと思えます。その中でどう診療機能が一般病院を評価していて、もちろん身体合併症等々に対して、こういった病院をどのくらいの入院日数が必要で、何をやっていただくのかということを中心に整理しないと、この認知症と身体疾患が合併した、ほとんどこれからは認知症合併するという将来像です。認知症を持った人が身体合併をするという、そういう時代になるということを考えると、そのことを整理する中で都内の病院には何をやっていただくかということが一つあるのと、さらに次の議論として、齋藤（正彦）先生も言われたんですけども、住居って、これはとても重要なことだけれども、その住居政策を今つくっている区市町村、これ地域包括ケア体制の一番下に、やっぱり住居という問題が、やはりきちんとあって、その住居の中に生活支援というのがあってという、これは極めてすぐれた絵柄ですよ。その絵柄の中に、認知症という人たちが入ってくるわけですから、地域包括ケアシステムという中とそこ診療所型をどう位置づけるか、それは山田委員が言われたように、やはりその中で起こってくる話しは、言われたとおりでございまして、ただし、東京都の中でやられた早期診断、早期対応という話しは、私は、厚生労働省の絵柄の参考文献ここにあるんですが、この言葉が間違っ、早期診断、早期対応のために初期対応をやるという、早期と初期がこんがらがって厚生労働省

がでつくってしまったために、東京都も早期診断、早期対応と言うから、先ほどの鑑別診断も含めて、早期診断じゃなくて、早期診断も重要だけれども、今求められたアウトリーチは初期対応だったわけですね。初期対応をやりたいけれども、早期診断もそこで求められると、しかしながら実は早期診断ではなくて、もう重度だったという混乱した話しもそこへ出てくるわけです。だから、早期診断とそこを明確に、今の時代でももちろん最近私のところもそうだけれども、来る初診者が、もう中等度以上の人が結構ひとり暮らしがふえていて、もちろんどんどん紹介してこられるわけだけれども、それは待たないで、その場でこれはもう中等以上の認知症だともうすぐわかるわけです。そういったケースは診療所においても、鑑別診断としては、画像診断は一応やりましょうと、ただそんなにあわてることはないよという能力ぐらいは持てると思うんです。その場合に、50カ所というものを実はつくるために、重要なことは質と量という問題が出てくると思うんです。やはり行政ですから、量も伴わないと、今の段階よりも10年後の先を見据えた場合の、量整備のための50だと私は理解していて、最初につくる時は質は伴わないだろうなど、実を言うと。中核病院であっても、質を伴っていない場合があるわけです。それぞれ、何をやっているかわからないわけで、ましてや、診療所型でそれが伴ってできるとは私は思わない。そのところも含めて、どう進めるかという、一番重要なことは、先ほど説明があった地域包括支援センターと地域のかかりつけ医と、さらに場合によっては中核病院と、必ず連携ができるという、そういう条件になると思うんです。という中で位置づけて、恐らくそうしていくと中核病院はやるのがだんだんなくなってくるんだろうなと。なぜかという、そこで相談して、地域で完結しちゃうから。どんな人でもすぐに入院、入所にはならない。入院し、入所になった途端に戻れないからですよ。だから、これからそういう相談体制をつくるような地域は、僕はやっぱりバツになると思います。今はまだ入院、入所する場所があるから、すぐそちらへ逃げます。しかし、そんな場所すらなくなると仮定すると、地域で完結するしかなくなるじゃないですか。という過渡期の議論と先の議論を混乱しないでやっていただきたいなと思います。

○繁田部会長 新田委員がおっしゃった都内の病院の役割ですけれども、これは難しい問題でありまして、難しいというのは、もともとは認知症の医療に関しては非常に消極的でありました。ただ、きょうも参加されている桑田委員が中心になって、いわゆる看護師の認知症対応力向上研修をしてくださり、あるいは看護部の管理職の方にも研修をしていただいて、今後変われるところは大きく変わってくるだろうと思うんです。今はだめな所でも、変わり始めているでしょうし、これから変わっていくという、そういう過渡期であるということを申し上げてお

きたいと思います。

○新田委員　そこで、私たちが考える地域包括を考える場合に、地域の中小病院も中に入ってほしいんです。そうすると、大体は、先ほどのいう200床以下になるんです。200床以下だと、鑑別診断等々を含めて10%を切るわけです。その問題だという、大きな病院、大体これから例えば何とか基幹病院を含めて、そこに認知症の人がどれぐらい入りますかという、ひょっとしたら20%から30%で、そこは看護システムとして、やれる組織を持っている。看護力としてもあると思っているんです。問題は、地域に私たちが組み込みたい病院が、その能力を含めて、ここで言う和一桁なわけですけれども、そこをどこまで上げていくのかということは、私は、行政能力も含めて全体に出てくるかなんかと思っていまして、だから逆に期待するわけです、ということでございます。

○繁田部会長　そうすると、医療機関のキャパシティというか、能力というか、に関しては、それこそ診療所が仮に認定をすれば、診療所型のセンターと、地域包括支援センターが把握をしておいて、いざというか、必要なときにそちらが紹介できるようにという、そういうことで。だから、それが地域の認知症ケアパスでもあるわけですね。

○新田委員　そのときの身体症状が出たときは大病院じゃないと思っています。

○繁田部会長　遠く離れたところに連れていかないでということですね。

○新田委員　はい。

○繁田部会長　わかりました。

どうぞ。平川（淳）委員お願いします。

○平川（淳）委員　私たち、センターで困っているというか、本当はかかりつけ医の先生の当事者意識がないんです。認知症はもうセンターが見ればいいじゃないかというようなところが多いので、それをかかりつけ医の先生に何とかやっていただくやっているのですけれども、ここに診療所型ができると、また少しややこしいことになってしまうので、この診療所型のまず役割をちょっと明確にして、かかりつけ医支援というような形にするのか、少し難しいケースをかかりつけ医と一緒に見ていただくのか、その辺の役割を決めていただきたい。

それから、あと私たち、認知症疾患医療センターでいつも介護と医療の橋渡しをするケースが多いんです。主治医意見書1枚書いてくれればいいのに誰も書かない。アウトリーチに行くと、これ書いてくださいと言って、それで書くと、もう話が流れちゃうんですけれども。どんどん進んでいって、私たちは置いてきぼりになるんですけれども、とにかく、ちょっと書いてあげることがとても大事だなと思うので、ここもまた少し誰も書かないときに、じゃ診療所型

のセンターが書いてあげるみたいなこともひとつ地域としてはあるのかなと思います。

それから、アウトリーチで最近思うことは、がん末期でも認知症だから家に帰りなさいと言って、7対1の在宅復帰率云々で、どんどん家に帰されている人たちがいっぱいいらっしゃるんです。そうすると、その人たちが、体の具合が悪くてつらくて大声を出しているのに、何か認知症が悪いようだということで、何かBPSDのように扱われているようなケースもあって、とてもかわいそうなんです。それはやっぱり少し体を診れる先生が診てあげると随分いいのかなとも思うので、やっぱり少し診療所型の先生はちょっと体も診れる先生が入ってもらいたいなというのが一つあります。

それから、もう一つ、私の願いですが、南多摩医療圏とか西多摩医療圏というのはものすごく広いので、ここは診療所ではなくて、やはり地域型をもう少しつくってもらいたいというのがお願いでございます。

以上です。

○繁田部会長 最後の地域型をというのは、地域型のどういう機能が必要だと。実際に、診るということですか。入院機能ということですか。

○平川（淳）委員 例えば、南多摩も142万人の人口がいて、それで町田から八王子までですから、もうとてもじゃないんですけども、30万件に1件でいいという話なのに、もうその5倍もいるというところで、距離もありますから、診療所型だけでなく地域型をもう少しふやすという考え方も入れていただきたいというところです。

○繁田部会長 はい。

○栗田委員 今、平川（淳）先生が地元の話しされたので、本当にそのとおりで思っているんですけども、今、介護保険事業計画というのが、地域包括ケアシステムというスローガンのもとでそれぞれ区市町村、いろいろ計画を立てるんですけども、これからは医療も、市町村で考えていかなきゃいけない時代、特に認知症は認知症ケアパスという名のもとで、認知症の人を支えるための介護をどうするか、医療をどうするか、住まいをどうするか、ひとり暮らしの人の生活支援をどうするか、家族介護者の支援をどうするかということを区市町村がまさに計画を立てなくてはいけない時期ですので、それぞれの区市町村の中で認知症の医療システムをどうしようかと、まさに考えている最中で、区市町村によって結構温度差はあるかと思いますが。

そういう中で、例えば、南多摩には八王子に認知症疾患医療センターがあるけれども町田はどうしようとか、そういう議論をしているわけで、そこにはもちろん医師会の先生たちも一緒に入ってきて、まさにかんかんがくがくと議論をしているところなので、診療所型の認知症

疾患医療センターというのは国が出してきたわけですが、これを活用しようかどうかということは、それぞれの区市町村の中でもまなきやいけないことなんだろうと思います。それから役割も含めてどうしようかと、ただこの50カ所というのは、本当に新田先生もおっしゃったように、過渡期の数字でありまして、本来は、認知症のための医療はもっともっと身近な場所にたくさん必要であろうし、それなりのインセンティブをつけてもらわなくてはいけないはずなものですので、本来はかくあるべきだということをそれぞれの区市町村がやっぱり今はもうアクティブに考えなくてはいけない時代でございますから、今回、この認知症疾患医療センターをどうしようかということを考えていくときに、恐らく区市町村に対して、何らかの、どこかの段階でヒアリングをやるのではないかと思うのですが、そういうことを踏まえて指定を考えていくことが大事だろうなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

平川（博）委員お願いします。

○平川（博）委員 議論を伺っていて、医師会の立場で、またかかりつけ医の立場で言いますと、きょうは、この診療所型をどうするかということだと思っておりますけれども、この機能に、先ほどから地域包括支援センターとの関係とか、そういったものもぜひ機能に入れてほしいと思います。そこは、もう少し掘り下げていかなければならないかと思えます。

今回の資料の中では、急性期の身体合併症とか、慢性期の身体合併症と、あるいはBPSDといったことがどうしても表に出やすいので、これが主流になってきますけれども、できれば身近型に求めたいのは、文字通り身近で、もっと早くと言いますか、そういう形になる前の時点、例えば早期発見・早期診断推進事業のアウトリーチチームの結果が出ていますけれども、BPSDとか、未診断とか、こういう部分に特化されるもの。さっき栗田先生が言われたように、最終的に出ばなくても済んだというケース、これが認知症コーディネーターの相談によって解決したというケースだと思うのですが、そのあたりにヒントがあるのではないかなと、そこを分析することによって、ここに至る前の段階のものも少し拾えるのではないかなという気がするのですが、どうも今の議論を聞くと、とにかくとんでもないケースのために何かをする機関として診療所型という議論が多くなってしまうんですが、もっと前段の身近な、それこそかかりつけ医や、認知症サポート医という地域でもっともっと身近な、もっと早い時期にかかわっている方々に対するさまざまな支援とか、そこに少しヒントがあるのかなという気がしています。

と言いますのは、例えば、今回の早期発見のチームの中で、最終的にBPSDとか、未診断

とか、受診拒否という問題が最後の88人に上がってきたんですけれども、これいずれも医療に関係することですし、しかも、この方々の7割の方にはかかりつけ医がいたんだということを考えると、非常に結果に乖離がある。先ほど平川淳一先生から、かかりつけ医がなってないという話もあったんですが、そもそもかかりつけ医というのはどういうものだろうかと、主治医側としてかかりつけ医をこういうイメージで持っている、患者様側からかかりつけ医をこう思っている。本当にかかりつけ医というのは一致しているのかなと、月に1回診るかかりつけ医なのか、年に1回かかりつけ医なのか、6カ月に一遍薬だけのかかかりつけ医、すごくそれもばらつきがあるので、この辺もうちょっと安易にかかりつけ医という言葉を使わずに考えていく必要があるなと思っています。いずれにしても、身近型については、病院ほど高い敷居じゃない、もっと身近で、地域連携を既にやっているような医療機関が入ってくると思うのですが、それにつきましては、ぜひややこしい問題ばかりを解決するという考えではなくて、もっと身近な、もっと先にBPSDの出る前の前置する部分についての機能もぜひ持ってほしいなと思っています。

以上でございます。

○繁田部会長 今の先生のご意見ですと、やはり身近にいるのはかかりつけ医であり、それを支えていくのが診療所型の認知症疾患医療センターだろうと、全体像というのはそういうイメージになるんですかね。

○平川（博）委員 そうですね。つまり、今回の早期発見・早期診断推進事業の場合でも、いわゆる応援を要請したというところは、ご家族やケアマネであって、本来ならば7割いるはずのかかりつけ医の医療機関はほとんど発信していないということを見ると、そこにまた問題があるのかなという気がします。

○繁田部会長 地域包括支援センターと連携していると言えば、診療所型がアドバイスをすることでかかりつけ医もちゃんとそこに入って支援をする。

○平川（博）委員 そうです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

時間が過ぎているんですけれども、これだけは言わせないと帰れないぞという方がおられたらご発言をお願いをいたします。

いかがでしょうか。

はいお願いします。

○新田委員 私のところで、地域の先生にアンケート調査しました。一番の問題は、情報が入

ってこないということでした。今、平川（博）先生が言われたように、月1回、大体二月に1回、普通にみる人たちが認知症を併発して、そこが環境とか等々で何か起こる前の情報が入らないというのが一番困っているという。これは、かかりつけ医の情報収集能力なのか、その地域の役割の問題でそういうふうに見られている問題も、いろいろさまざまなことがあります。その意味で、今のかかりつけ医がこのままでいいとは私も思ってないんです。そのところは、東京都医師会も含めて、かかりつけ医に再度いろいろなことをやることになると思いますけれども、その上で、それは今の過渡期でございますから、その上での話と、今先ほど平川淳一先生が言われた、今のかかりつけ医はこうだという、そういう話と、そこはそこで、またちょっと区別しながらやっていかないと、これもぐちゃぐちゃな議論になってくるなということが一つと、もう一つは、一概に、平川病院の横に診療型を置いたって意味がない話で、もちろんですね。遠くかなり離れた場所、そういったところには何が必要なのか、それは僕は一つはこれが認知症疾患医療センターというのはまた中核とか云々じゃなくて、それはどういう形で置くのか、それは病院が担ってもいいし、そこが本当に地域の、先ほどこちらの平川先生が言う、早期に対応ができる能力があれば、早期というのは、日常生活からの対応できる能力が病院にもあれば、私は病院でも構わないなとso思っています。今回は、診療所型をつくらうということなので、そこが一番根差したところだから、私は、やっぱりそれでいいなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

一つ確認ですけれども、2カ月に1回、例えば診療しているかかりつけの先生が、単純に1カ月に1回診察すべきだとか、そういう意味ではないですよ。何か起こったときに、手遅れにならずに、後手に回らずにできるだけ早く情報を得て、対応できるような連携の仕方を考える、そういうことでしょうか。

○新田委員 はい。

○繁田部会長 ありがとうございます。

ほかに、はい。

○山田委員 早期発見というお話を今平川（博）先生がおっしゃったんですけれども、早期発見というところにかかりつけ医の先生もそうなんですけれども、やっぱりネットワークって、先ほど山本委員もおっしゃっていましたが、地域の住民のお互いの観察の目というのが、やはり一番早期発見のかぎを握っていると思うんです。そこに、例えば牧野委員のような支えている活動もあれば、社会福祉協議会のサロンもあれば、私たちが認知症予防講座とかやっていますけれども、そこと医療機関との連携ということは重要で、そこにかかりつけ医の先生方が地域ま

で出ばってくださいって、そういったご相談に乗ってくださいれば、それが一番いいですけども、それがやはりお医者さまはなかなか難しいという状況であれば、診療所型の先生が来てくださるというのは、やはり近いので連携が取りやすいのかなと思っています。とにかく、ネットワークとどうつながるか、医療機関がつながっていくかというのが早期発見の鍵だと思います。

○繁田部会長 早期発見というのは、認知症だったら早く見つけるということじゃなくて、問題が、あるいは課題が起こり始めたら、手遅れにならずにという、そういう意味ですよ。

わかりました。はいどうぞ。

○山本委員 先ほど新田委員がおっしゃられたことで、最初のファーストタッチがとても重要だという、初期集中の意味をはっきりさせなくちゃいけない、今、ネットワークはつながってきたときに、ではどういうファーストタッチで支援をしていくのか。さっきの、その後認知症アウトリーチチームがどう支援していくのかと同じことですけども、その初期集中の意味をはっきりさせていく必要があるということです。あと認知症ケアパスについてはまだまだ誤解があって、クリティカルパスみたいな意味合いでとられがちです。やはり流れを、どう自治体ごとにつくっていくか、その中で、認知症疾患医療センターの役割も出てくると思いますので、この初期集中の意味と認知症ケアパスの意味をはっきりさせていく必要があるだろうということと、先ほどの新田委員のご意見どおりですが、やっぱり自治体の地域包括ケアの仕組みづくりの中で、認知症疾患医療センターの役割、あと医師会、かかりつけ医とか、認知症サポート医の役割を位置づけていく、やっぱりその仕組みづくりがとっても重要だなという印象を持ちました。

視点について言えば、面的整備の論点とあと機能をどう持たせるかという論点、2つ論点があるだろうか、という印象を持ちました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。

それでは、議論は次回にまたつなげることにさせていただいて、マイクを事務局にお返ししたいと思います。活発な議論をどうもありがとうございました。

○坂田課長 繁田部会長、どうもありがとうございました。

次回、第8回の医療部会につきましては、11月の開催を予定しております。

本日お配りをしております日程調整用紙にご予定を記入の上、机の上にお残しいただくか、期限までに事務宛てにファクス等でお送りいただきたいと思います。よろしく願いいたします。日程につきましては、できるだけ多くの委員の方にご出席いただけるよう調整させていただきまして、改めてご連絡を差し上げたいと思います。

また、本日お配りいた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、受付にお申し出をいただければと思います。

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8時11分 閉会