

東京都認知症対策推進会議
第9回 認知症医療部会
議事録

平成27年1月30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9回 認知症医療部会

東京都庁第一本庁舎33階 S6会議室

平成27年1月30日（金）午後6時30分から

1. 開 会

2. 報告事項

- (1) 「東京都長期ビジョン」の発表について
- (2) 「平成26年度認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修会」の開催について
- (3) 認知症政策推進総合戦略（新オレンジプラン）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

御挨拶 栢山福祉保健局高齢社会対策部長

[配布資料]

- (資料1) 認知症医療部会委員名簿
- (資料2) 認知症対策推進事業実施要綱
- (資料3) 認知症医療部会（第8回）の主なご意見
- (資料4) 都における総合的な認知症施策の推進（案）
- (資料5) 東京都認知症疾患医療センターの概要
- (資料6) 東京都認知症疾患医療センター一覧（地図）
- (資料7) 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8) 都における今後の認知症疾患医療センターの整備について（案）

- (資料9) 都における認知症疾患医療センターの類型 (案)
- (資料10) 地域拠点型及び地域連携型認知症疾患医療センターの機能について (案)
- (資料11) センターの選考及び区市町村事業との関連について (案)
- (資料12) 都における今後の認知症医療従事者等向け研修体系について (案)
- (資料13) 都における認知症施策の評価について (案)
- (参考資料1) 東京都長期ビジョン (抜粋)
- (参考資料2) 「平成26年度認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修会」の開催
- (参考資料3) 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)
- (参考資料4) 認知症早期発見・早期診断推進事業の概要
- (参考資料5) 認知症早期発見・早期診断推進事業の実施状況 (平成26年12月まで)
- (参考資料6) 認知症疾患医療センターの活動実績について (平成26年4月～12月)
- (参考資料7) 二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例 (統計)
- (参考資料8) 「認知症疾患医療センターに関する調査」結果について (確定値)
- (参考資料9) 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10) 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)

○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9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大変お忙しい中、またお足元が悪い中ご出席をいただきましてありがとうございます。

まず、欠席の委員をご紹介します。

本日は、順天堂大学大学院教授、新井委員、そして立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長山本委員が所用により欠席をされております。

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、よろしく願いをいたします。

○繁田部会長 お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。

本日も活発なご意見をいただきたいと思います。

報 告（１）～（３）

○繁田部会長 まず、議事に入ります前に、11月下旬に前回の会議が行われましたけれども、その後、東京都では、長期ビジョンが発表されましたし、厚労省からは、新オレンジプランが今月出ましたので、それらの点も含めまして、議事に先立って事務局からご報告をいただき、ご質問をお受けしたいと思います。

では、説明をよろしくお願いいたします。

○坂田課長 それでは、事務局からご報告をいたします。まず報告事項1「東京都長期ビジョン」の発表についてということでございます。

参考資料の1、「東京都長期ビジョン（抜粋）」をごらんいただきたいと思います。A4の資料でございます。

こちらの「東京都長期ビジョン」でございますけれども、将来像を実現するために8つの都市戦略と、25の施策方針を掲げてございまして、福祉に関しては、都市戦略5、福祉先進都市の実現、そして高齢者の関係につきましては、政策指針12、高齢者が地域で安心して暮らせる社会の実現となっております。

認知症の関係につきましては、おめくりをいただきまして、2ページ目というところでございま

すけれども、「認知症の人が状態に応じた支援を受けられる体制の整備」、「認知症疾患医療センターの設置」ということで、2015年度地域拠点型が12、そして地域連携型が41施設と目標値が掲載をされているところがございます。

そしておめくりをいただきまして、ページ数で5、長期ビジョンのページ数ですと186になりますけれども、3番目といたしまして、「認知症対策の推進」ということで、「1 早期発見・診断・対応を可能とする取り組みの推進」、こちらに認知症支援コーディネーターや、アウトリーチチームについての記載がございます。

そして、おめくりをいただきまして、6ページ目のところに、「2 専門医療等の提供」というところで、認知症疾患医療センターを島しょを除く全区市町村に設置をしていくということが掲載をされているところがございます。

続きまして、参考資料2ということで、「平成26年度認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修」の開催についてご報告をいたしたいと思えます。

こちらは、東京都と東京都医師会が共催で、1月11日の日曜日に都庁の第一庁舎5階大会議場で実施をしたものでございます。

中身につきましては、裏面でございますように、「地域で認知症の人と家族を支えるために医療職ができることを考える」というものでございます。

実施状況をごらんいただければわかりますように、受講者の方が365人ということで、多くの方にご参加をいただきました。医師の方、歯科医師の方、そして介護職の方、地域包括支援センターの方々にご参加をいただいたところがございます。

アンケートの集計結果といたしましても、大変参考になったが40%、参考になったは53%で、多くの方に参考になったということで、いい研修だったと評価をしていただいたところがございます。

続きまして、参考資料3というところで、国のほうで、新オレンジプランというものが公表されましたので、そちらについてご報告を差し上げたいと思えます。

まずおめくりをいただきまして、2ページ目になります。

こちら認知症政策推進総合戦略（新オレンジプラン）ということで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けての概要でございます。

こちらの新オレンジプランの基本的な考え方でございますが、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指

す」といったものでございます。こちらは、厚労省だけではなくて、関係省庁が共同して策定をしたものでございます。

このプランの対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025年度（平成37年）でございますけれども、数値目標自体は介護保険にあわせて3年間ということで平成29年度末という形になってございます。

そして、策定に当たりましては、認知症の人やその家族など、さまざまな関係者から幅広く意見を聴取したものでございます。

内容といたしまして、7つの柱を掲げてございます。

下のところがございますように、まずⅠとして、「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」ということで、①といたしましては、キャンペーンを実施をしていくといったものでございます。

また、認知症サポーターの養成と活動の支援ということで、認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設けて、より上級な講座などを地域や職域の実情に応じた取り組みを推進するというものが新しく掲げられているものでございます。

次のページに行きまして、「Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」というところでございますけれども、③といたしまして、早期発見・早期対応のための体制整備というところで、歯科医師、薬剤師の認知症対応力向上といったものが掲げられているところでございます。

こちらは、平成27年度は研修のあり方等を検討いたしまして、実際には28年度から実施をしていくということが書かれているものでございます。

また、かかりつけ医の認知症対応力向上研修や、認知症のサポート医養成研修の受講者数についても、目標を引き上げられているところでございます。

また、認知症初期集中支援チームについても、平成30年度から全区市町村で実施をしていくものということで掲載をされてございます。

そして、④といたしまして、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応ということで、看護職員の認知症対応力向上、⑤として介護の提供のところには新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修（仮称）の実施というものが掲げられてございます。

また、⑦には、医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールをつくっていくといったことが書かれております。

27年度については、ひな型を提示して、28年度以後に実際に地域の実情に応じて活用していくものをつくっていくということでございます。

おめくりをいただきまして、Ⅲといたしまして、「若年性認知症施策の強化」、そして、「Ⅳ認知症の人の介護者への支援」、そして、Ⅴといたしまして、新という形になってございますけれども、「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」となっております。

また、右側に行きまして、Ⅵということで、これも新ということになってございますけれども、「認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進」ということで、研究に対しても力を入れていくということで、例えばロボット技術だとか、ICT技術を活用した機器の開発も行っていくと掲載をされているところでございます。

そして、Ⅶといたしまして、「認知症の人やその家族の視点の重視」ということで、キャンペーンを行うというほか、初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがいの支援ということで、実態調査を実施していくということでございます。

また、認知症施策の企画・立案や評価へ認知症の人やその家族の参画をするというものが書かれてございます。

そして、おめくりをいただきまして、資料2が詳しい説明になってございます。

参考までに、おめくりをいただきまして、こちらの8ページ目のところをごらんいただければと思います。8ページ目のところに、「認知症疾患医療センター等の整備」というものが掲載をされてございます。認知症疾患医療センターの整備のところの丸の2つ目でございますけれども、「認知症疾患医療センターについては、都道府県域全体の拠点機能を担うものや一部地域の拠点機能を担うものなど、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。」と書かれているものでございます。

この内容については、東京都の意見もくみ上げていただいて、掲載をしていただいたものと考えております。

新オレンジプランについての説明は以上になります。

○繁田部会長 ありがとうございました。

皆様からご質問をお受けする前に、東京都の認知症サポート医・かかりつけ医フォローアップ研修にもご参加をいただいて座長の労をおとりいただいた平川（博）先生に、コメントをいただけたらと思います。よろしく願いいたします。

○平川（博）委員 先ほど、会長からお話ありましたが、そもそもは認知症サポート医とか

かりつけ医のフォローアップ研修だったのですが、多職種協働ということも含めて、ぜひ拡大してやっていこうということでしばらくこの形で研修をやっております。今回は、おかげさまで、当部会の先生方もそうですし、またさまざまな職種の方に集まっていただきました。

今回、先ほど事務局からご説明があったプログラムで行ったわけですけれども、裏テーマとしては、認知症にかかわる医療職が、みずからの医療機関とか、ある診察室とか、その場所で機能を発揮するのは当然のミッションだと思うのですが、少しその場を離れて、例えば地域包括支援センターへの支援とか、あるいは認知症カフェへの支援とか、少し視点を自分の持ち場だけではなくて、広げてもらえればいいかなと思っていたところで、たまたま今回非常に良い取り組みをやっていたところが見つかったものですからお話ししていただいて、私も、後ほど評判を聞いたんですけれども、そういった方面の活躍も大事なんだなと理解いただきましたので、当初の目的は達したと思います。ご協力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す。

それでは、今までの事務局からの説明全体に関しまして、いずれの点に関してでも結構でございます、ご質問等ございましたらお願いいたします。

はいお願いします。

○齋藤（正之）委員 新オレンジプランに関して、ちょっと東京都にお伺いしたいのですが、この中で認知症への理解を深めるという普及・啓発の推進というところがございますが、今回の新オレンジプラン、国も省庁が共同で策定したという大変すばらしいことだなと評価しております。この中で、学校教育における認知症の人を含む高齢者への理解の推進というところがありますが、私も、区の中で、学校現場でこういった認知症サポーターの養成講座などのご依頼をいただいて実施している学校もあるんですが、なかなか学校、教育現場全体でそういったことの推進というのか、教育委員会のハードルが高いということがあります。東京都の中で、今後、福祉保健局と教育庁の中で、こういった学校現場での理解・啓発の推進というものを何か押し進めていく、あるいは打ち合わせをしていこうとか、そういうご予定は、今後考えていかれるところがあるのでしょうか。

○坂田課長 今回の新オレンジプランでもはっきり書かれたというところがございますので、これから検討していかなければいけないと考えてございます。今後、教育庁さんと相談をさせていただきながら、どう進めていけばいいのかということを考えさせていただければと思っております。

○齋藤（正之）委員 ぜひお願いいたします。学校現場の先生方、特に学校長の皆さんが、基本的

には県費職員ということで、東京都さんの取り組み、あるいはお考え、こういったものがすごく影響しますので、ぜひ区市町村で、そういったことを進めるときに東京都のバックアップをいただきたいと思います。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。

引き続きご意見をいただけたらと思いますがいかがでございましょう。

はい、平川（淳）委員お願いします。

○平川（淳）委員 東京都にご質問ですけれども、参考資料3の新オレンジプランの中の資料2の8ページ目に、認知症疾患医療センター等の整備というところの、丸の2つ目のご説明があったんですけれども、この中で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関とあわせて計画的に整備を図っていくというところで、東京都からの意見もくんでいただいたという説明がございましたが、どういう説明をされて、どういう点をくんでいただいたのかというところを教えていただきたいんですが。

○坂田課長 今回、医療部会の中でも検討をいただいてまいりました区市町村ごとに認知症疾患医療センターを設置をしていくであるとか、後でまたご説明を差し上げる地域拠点型、地域連携型みたいな形で、都としては設置をしていきたいということをご説明させていただいて、どちらかというともともと二次保健医療圏ごとに整備するという考え方があったものを、こういった柔軟な形に変えていただくような形で記載をしていただいたところでございます。

○平川（淳）委員 認知症疾患医療センター以外の鑑別疾患ができる医療機関ということが書いてありますが、その点ではないと。

○坂田課長 はいそうです。

○平川（淳）委員 わかりました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

新田先生お願いします。

○新田委員 新オレンジプランで、大体これからの問題ですけれども、一つ懸念していることがあって、それは15ページにある認知症ケアパスの確立という、これの問題でございまして、実は第6期介護保険事業計画はもう区市町村で1月にほとんど作り上げているんです。2月に区市町村議会に申請すると、そんな感じなんです。そうすると、本当に東京都23区、多摩で、介護保険事業計画にこれが組み入れている、計画がされているかどうか、とても僕は疑問でありまして、さてと、

そのことを今後どうするんだらうなという話なんです。これはもう介護保険事業計画に組み入れなければいけないとしているけれども、区市町村が本当にわかっているかどうかと、どうなんだらうなという話で、実は、大変重要なことで、医療計画等々はいいいんですが、実は地域の認知症の方が、このケアパスの中できちんとその中で守られていくということだと思えます。ただわずかこのくらいのことだけでも、どうしたらよろしいんでしょうかと、僕は逆に質問をしたいんですけども、どう考えられていますか、これ。すみませんが、とりとめのない質問でございますが。

○繁田部会長 ありがとうございます。

いかがですか、確かに時期的に、この時期に厚労省が出してきて組み入れろというのは、時間的にはかなり無理がありますよね。

○守田係長 認知症ケアパスについてですけれども、認知症ケアパスの考え方は、以前のオレンジプランが—平成24年9月ですか、に発表されたときにも示されていまして、それ以降、東京都からは区市町村さんに国がこういった考え方で進めているので作成を進めてほしいというご依頼やご説明を何度か差し上げています。でも、実際、今回の介護保険制度の改正がかなり大がかりなものですので、手が回っていない区市町村さんがあるのも実態です。東京都としては、どのぐらい作成を進めているかは区市町村さんに調査をしていまして、実際今年度中に策定するということも幾つかありますけれども、やはり少なく、今検討を進めていて、来年度以降策定していくという区市町村さんがかなり多い状況でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほかご質問いただけたらと思いますがいかがでございますか。

よろしゅうございますか。

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 それでは、認知症疾患医療センターに関しての議事に入ってまいりたいと思います。

まず、事務局から資料を使って認知症疾患医療センターの整備についてご説明をいただいて、委員の皆様からご意見をお聞きしたいと思います。

それでは、よろしく申し上げます。

○坂田課長 それでは、資料3から資料13までをご説明させていただきたいと思います。

まず、資料の3、認知症医療部会（第8回）の主なご意見というところでございます。

前回の医療部会におきましては、いろいろご議論をいただいたところでございます。まず、地域連携型認知症疾患医療センターの役割・機能についてというところでございます。こちらにつきましては、区市町村に1カ所ずつ配置するという事務局案は、この会議でもこういう議論をしてきて、区市町村ごとの地域包括ケアシステムの構築と連携が非常に重要であるという議論を積み重ねてきたので、そのとおりだと思いうご意見をいただきました。

また、アウトリーチができる、地域包括支援センターと連携できて一緒に動ける、ほとんど認知症初期集中支援チームの役割を果たせる、連携できる、こういった条件が必要なのではないかというご意見をいただきました。

また、地域拠点型認知症疾患医療センターにつきましては、二次保健医療圏の範囲なので、区市町村やお互いの情報交換を推し進めてもらって、お互いにノウハウを吸収できるような仕組みを期待をしている。

そして、おめくりいただきまして、認知症のアウトリーチチームや、認知症初期集中支援チームにつきましては、3つ目でございますけれども、初期集中支援チームは、単純に言えば、地域包括支援センターが本来の役割を果たせるようにカウンターパートとなる医療機関をつくるということ、これからは基礎的自治体がそういったデザインをつくり上げていかなければならない。

そして、その他というところで、かかりつけ医、認知症サポート医についても、ご意見をいただいたところでございますが、区市町村と医師会の足並みがそろって、かかりつけ医の先生などに教育活動だとか、啓蒙活動をやっていかないと、きちんとした介護サービスが受けられないような患者さんだとか、利用者さんがふえていくだろうと感じている、きちんと足並みをそろえていくことが非常に重要だというご意見をいただきました。

また、（2）の区市町村の認知症施策というところでございますけれども、区市町村の認知症施策を進めるためには、ある程度インセンティブを働かせて、その方向性に向かっていかないとなかなか難しい自治体もあるだろうというご意見をいただきました。

おめくりをいただきまして4ページ目というところで（3）施策の評価というところでございますけれども、アウトカムの評価の指標をきちんと考えていく必要があるといったご意見をいただいたところでございます。

続きまして、資料4、東京都における総合的な認知症施策の推進についてご説明を差し上げたい

と思います。

こちらにつきましては、東京都の平成27年度の予算案ということで41億円という形になってございます。

1つ目が、認知症疾患医療センターの整備というところ、そして早期発見・診断・対応の推進ということで、認知症コーディネーターということでこれまでやってまいりまして、来年度も引き続き継続してやっていきますけれども、名称といたしましては、認知症支援コーディネーターという形で名称を変更させていただきます。また、普及・啓発についても、区市町村に関して、補助を行っていくといったものでございます。

右に行きまして、専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成ということで、東京都健康長寿医療センターが今までも人材育成の拠点としてやっていただきましたけれども、認知症支援推進センターということで位置づけをしていくといったものでございます。

また、かかりつけ医の認知症対応力向上の研修だとか、認知症サポート医としてのフォローアップ研修というのを新規で実施をしていくものでございます。

続きまして、地域での生活・家族の支援の強化というところでございますが、1つ目が、認知症行方不明者等の支援のための情報共有サイトの構築というものでございます。

現在も区市町村と東京都ではメールやファックスで行方不明、身元不明の方の情報を交換しているところでございますけれども、区市町村がみずから行方不明高齢者等の情報を更新し、いつでも最新情報を閲覧できる都独自の関係者向けの情報共有サイトを構築して、認知症の人を地域で見守る取り組みを推進をするといったものでございます。

また、黒丸のところでございますように、認知症の人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業ということで、これは医療機関と連携をした認知症カフェというものでございますけれども、これについても拡充をしていきたいと考えてございます。

続きまして、資料5が、東京都認知症疾患医療センターの概要ということで、これはいつもつけさせていただいている資料でございます。

続きまして、資料の6は現在の認知症疾患医療センター12カ所の一覧でございます。

おめくりをいただきまして資料7が、厚労省が定める認知症疾患医療センターの各類型の比較表となっております。これについても、今までご説明を差し上げているものでございます。

資料8、都における今後の認知疾患医療センターの整備についてをごらんいただきたいと思います。

まず、都の認知症疾患医療センターの取り組みということで、二次保健医療圏ごとに1カ所ずつ12カ所をやってきたところでございます。

そして、国の方向性ということで、もともとオレンジプランで500カ所整備するというお話がございました。新しいオレンジプランにおいても、数は変わらず500カ所となっております。

また、昨年の7月には、診療所型というものが創設をされたところでございます。

そして、区市町村においては、地域包括ケアシステムの構築を取り組まなければいけないものでございます。その際には、認知症の施策は必須の取り組みでございまして、地域包括ケアシステムの構築を図るためには、認知症施策に主眼をおいたまちづくりが必要となっております。

そして、右側でございますように、認知症の高齢者の方はますますふえるということで、約38万人が約60万人ということで、1.6倍にふえるということが推計をされているところでございます。

こうしたことから、左側の下にございますように、この医療部会におきまして、今後の整備方針について検討をしてきていただいたところでございます。

整備の方向につきましては、3つ目でございますように、国の実施要綱の地域型、診療所型の機能を都の実情に応じて整備をして、二次保健医療圏単位での整備に加えて、身近な区市町村単位でのセンターの整備を行うことによって、区市町村における認知症対応型の地域包括ケアシステムの構築を支援していくといったことが必要だご意見をいただいたところでございます。

そして、4つ目でございますように、現在指定している12カ所のセンターにつきましては、地域拠点型の認知症疾患医療センターとして位置づける。

そして、一番最後でございますように、新たに区市町村単位で指定するセンターについては、地域連携型認知症疾患医療センターとして位置づけていくという形でご議論いただいたところでございます。

詳しい内容については、資料9にございますので、こちらでご説明を差し上げたいと思います。

資料9が、都における認知症疾患医療センターの類型というところでございます。

先ほどの資料7の国の要綱についての類型がございましたけれども、下線部のところは、都の要件というもので、追加したもので表をつくらせていただいているものでございます。

左側地域拠点型ということで、今までどおりの12カ所の二次保健医療圏ごとの認知症疾患医療センターというものでございます。

右側が、新しくできる41カ所の地域連携型ということで、病院と診療所別にかかわらず公募をしていきたいと考えているものでございます。

まず、人員体制のところでございますけれども、診療所型のところですが、国は兼務でも構わないとなつてございますけれども、区市町村によって、病院と診療所型ができることによって差が生じてはいけないということになりますので、ちゃんと常勤の専従の方を設置するというところで上乗せをしているところでございます。

また、鑑別診断と、それに基づく初期対応というところについても、詳しく標記をさせていただいているところでございます。

また、専門医療相談の実施というところでございますけれども、相談室自体の設置は求めないですけれども、相談員の方に実際にいていただくという形になりますので、専用の電話を設置していただいて、番号を公表して、認知症の方、ご家族の方、それから医療機関からも相談を受けられるような体制を確保していきたいと考えてございます。

そして、下に行きまして、認知症疾患医療・介護・連携協議会というところでございますが、①といたしましては、拠点型が開催する連携協議会に協力・出席をする。

②といたしまして、区市町村が開催する認知症に関連する会議に協力・出席をするといったものでございます。

前回の資料では、この②のところ区市町村が開催する認知症に関連する会議に協力・出席するというところでとどめておったんですけれども、前回いろいろご議論をいただいた中で、きちんとこの辺、区市町村とともにやっていくんだというところをご意見いただきましたので、書き込ませていただいたところでございます。区市町村とともに地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、医師会、介護保険事業所、家族介護者の会等、認知症の人の支援に携わる関係者のネットワークづくりを推進するというところで記載をさせていただきました。

そして、地域の関係機関の連携というところでは、関連するような機関をきちんと書き込みをさせていただいているところでございます。

また、地域連携型につきましては、アウトリーチについては設置をいたしませんけれども、区市町村が実施をする認知症初期集中支援チーム等の認知症関連事業に協力をしていくというところを記載をさせていただいているところでございます。

そして、委託料の条件については、それぞれ記載をさせていただいたところでございます。

資料9については以上でございます。

続きましては、資料10、地域拠点型及び地域連携型認知症疾患医療センターの機能についてとい

うところでございます。

まず左側の上から2つ目の箱でございますけれども、予算でございますが、27年度は5億5,000万円ほどの予算を認知症疾患医療センターにかかわるものは予算案として計上させていただいているものでございます。

基本的機能といたしましては、これについては、今まで調査などをしてきた中で、今までの機能と変わらないというか、これまでどおりという形で考えさせていただきたいと思えます。

基本的機能といたしましては、地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能、そして、地域の認知症にかかわる医療介護連携を推進する機能、そして重点的な取り組みということでは、身体合併症・行動心理症状への対応、そして地域連携の推進といったものでございます。

下側の地域連携型の機能や、地域拠点型の機能につきましては、先ほど資料9をご説明したものをまたこちらに記載させていただいたものでございます。

そして、今回、イメージ図ということで、地域拠点型・地域連携型認知症疾患医療センターによる地域連携のイメージということでイメージ図をつくらせていただいたところでございます。

まず、区市町村域におきましては、地域連携型の認知症疾患医療センターが区市町村における認知症医療介護連携の推進役として区市町村とともに連携・協力体制を推進していくといったものでございます。

そして、そのほかの近隣の二次保健医療圏の中にある地域連携型とも協力・連携をしていくといったものが必要になってきます。

また、二次保健医療圏の中にある地域拠点型、こちらが二次保健医療圏の認知症医療・介護医療連携の推進役となりますけれども、こちらとも協力連携をしていく、そうしたことで、地域連携型同士及び拠点型と連携型の連携協力によって、二次保健医療圏全体を向上させていく、支援をしていくといった体制をつくっていきたいと考えてございます。

そして、この拠点型同士も連携をすることによって、身体合併症だとか、行動・心理症状への対応、人材育成において、二次保健医療圏の枠組みを超えて取り組み行って、都内全体を向上させていくといったことを考えてございます。

また、島しょ地域につきましては、こういった認知症疾患医療センターが設置をされませんので、こちらについては、東京都健康長寿医療センターが島しょ地域への訪問研修等を行って、認知症の対応力向上を図っていくといったものでございます。

資料10の説明は以上でございます。

続きまして、資料の11でございます。

こちらは、センターの選考及び区市町村事業との関連についてというものでございます。

まず左側の公募・選考のスケジュールでございます。

公募の説明会については2月19日を予定してございます。そして、公募の実際の出していただく締め切りといたしましては4月の中旬を考えてございます。その後、5月にヒアリング、応募してきた医療機関、また区市町村からもご意見をいただきたいと考えてございます。そして、6月に選考委員会を開きまして、厚労省に協議を上げていき、できれば8月ぐらいには指定を決定していきたいと考えてございます。指定ができなかった地域につきましては再公募を実施していきたいと考えてございます。

その下の選考方法でございますけれども、こちらについては、選考委員会を設置して、応募者からの提出書類だとか、ヒアリングの内容等を選考基準に基づいて判断をしていくといったものでございます。

選考委員会は、委員12名以内をもって構成をしていきたいと考えてございます。こちらにつきましては、非公開ということで進めさせていただきたいと思っております。

選考基準の(案)といたしましては、こちらにございますように、(1)設置基準を満たしていること、そして(2)求められる機能に対応できること、そして、(3)重要な評価項目といたしまして、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において、求める重要な役割とされた2つの機能について評価ができることということで、身体合併症・行動心理症状への対応能力だとか、地域の連携の推進がきちんとできるかどうかということ判断をしていくという形になっております。

また、(4)考慮する事項といたしましては、選考に当たっては、当該医療機関が所在をする区市町村及び二次保健医療圏の中の高齢者人口、医療資源や地理的要因等の状況を考慮して選考していくことを考えてございます。

そして、右側に行きまして、都における認知症の人と家族を地域で支える体制のイメージ図(案)というものでございます。

これにつきましては、何度かご説明を差し上げたものでございます。少し直させていただいたところがございます。

今まで、区市町村と地域連携型認知症疾患医療センターのところが、認知症医療センターから区市町村に対して支援をしていくという一方的な矢印でございましたけれども、連携・協力といたしまして、双方向の矢印に変更させていただいたところでございます。

認知症サポート医、かかりつけ医、医師会に対しても、一方的に紹介をしていくみたいな形でしたけれども、逆紹介という形も入れて、双方向の連携という形に直させていただいてございます。

そして、イメージ図というところの下に米印がございましたように、区市町村はこのイメージ図を踏まえて、各地域の実情に応じた体制のイメージ図を作成をするといった形になってございます。区市町村によっては、認知症初期集中支援チームをどこに置くのか、地域連携型認知症疾患センターでやっている場合もございますし、地域包括支援センターの中に入れていくケースもございます。そうしたものを実情に応じて作成をしていくということでコメントを書かせていただいたものでございます。

資料11の説明は以上でございます。

続きまして、資料12、都における今後の認知症医療従事者向け研修体系についてでございます。

認知症の高齢者の方々がこれからふえていくということで、地域で支えていくためには非常に人材育成が必要になってございます。こうしたことで、これまでの取り組みということで、左側の上のところに今まで検証を行ってきたところでございますけれども、右側に行きましたような形で、平成27年度の研修体系ということでやっていきたいと考えてございます。

1番のかかりつけ医の認知症対応力向上研修、5番の認知症サポート医のフォローアップ研修（長期研修）というものが新しく実施をしていきたいと考えてございます。

そして、下側でございますように、認知症支援推進センターの設置というところで、今までも東京都健康長寿医療センターについては、都内の研修拠点としてやっていただいていたところでございますけれども、平成27年度から、地域拠点型認知症疾患医療センターにおける人材育成機能の強化を図るとともに、東京都健康長寿医療センターについては、認知症支援推進センターを設置をして、この人材育成についての取り組みを強化をしていきたいと考えているところでございます。

来年度につきましては、新たにかかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医のフォローアップ研修をやっていくという形になりますので、こちらのワーキンググループをなるべく来年度早期に設置をして、研修ができるような体制をとっていきたいと考えてございます。

資料12の説明は以上でございます。

続きまして、資料13ということで、都における認知症施策の評価についてというものでございます。

前回、アウトカムについても検討することが必要だというご意見をいただきましたので、評価についての資料をつくらせていただいたところでございます。

まず1番ということで、東京都認知症疾患医療センターの活動評価についてというところでござ

いますけれども、この活動につきましては、毎月センターから提出される月次報告書というのを出示していただいておりますので、それを認知症疾患医療センターの情報交換会だとか、各センターの活動報告などで報告をいただいているところがございます。

裏面を見ていただければわかるかと思いますが、かなり細かい報告書をいただいているところがございます。例えば、外来の件数、予約時から鑑別診断初診までの待機日数、鑑別診断の件数、それから2番の入院の件数、それから3番といたしましては専門医療相談、そして右側に来まして研修会や連携協議会の実施の内容につきましても報告をいただいているところがございます。

こうした内容につきましては、センターを通しての情報交換会等で活動報告をいただいているところがございます。

お戻りいただきまして、資料13の1ページ目のところをごらんいただきたいと思います。

そして、1番の(2)というところで、相談員につきましては、来年度東京都健康長寿医療センターに設置する認知症支援推進センターにおいて、先ほどの月次報告書の分析を実施して、相談員のスキルアップのための研修を実施を行うものがございます。

また、(3)といたしましては、この医療部会において、平成27年度も継続をして開催をして、この認知症疾患医療センターについての活動状況についての報告を差し上げたいと思います。

今回、時間もございませんので、ご説明を差し上げませんが、今回も参考資料6ということで、12センターの活動実績については添付をさせていただいております。後ほどごらんをいただければと思います。

2番目といたしまして、都における認知症施策の活動指標というものがございます。

まず、認知症疾患医療センターの指定数、それから認知症の退院患者の平均在院日数、それから認知症治療病棟入院患者の2カ月以内の退院率といったものが指標として、これは保健医療計画についても掲載をされているものでもございますので、評価指標として使っていただけるのではないかと考えてございます。

また、かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数、看護師認知症対応力向上研修の受講者数についてもとっていただけるものだと考えてございます。

前回、ご意見の中で、例えば救急の方について指標みたいなものがとれないかという話があったのですが、救急についての主訴というのが、認知症ということで、例えば骨折をしたとか、何か起きたというのは、認知症ということでとっているわけではないので、なかなか認知症の方

の救急ということにとることが非常に難しいということでした。検討させていただいたんですけれども、救急という観点で指標をとるのが難しいという形でございます。

また、何か指標についてご意見等があれば、ご意見をいただきまして検討させていただきければと考えてございます。

事務局からのについてご報告は以上でございます。

○繁田部会長 ありがとうございます。

それでは、皆様からいろいろご意見をお出しいただいて、今後の認知症疾患医療センターの整備に関して生かしていきたいと考えておりますので、ご説明の中のいずれの部分に関してでも結構でございます。ご意見をいただけたらと思います。

特に、資料の8、9、10、このあたりが位置づけでありますとか、役割、機能でありますとか、そういったところにかかわる資料でございますので、このあたり、特に重点的にご意見をいただけたらと思います。もちろん、今後のスケジュール、あるいは研修体系についてのご意見も結構でございますし、最後にご説明をいただいた認知症施策の評価指標についてというところもこれからの非常に重要な課題でございますので、忌憚のないご意見をいただいて、東京都に参考にしていただけたらと思います。

いかがでございましょうか。

平川（淳）委員 お願いします。

○平川（淳）委員 幾つかありますが、最初に確認させていただいた認知症疾患医療センターでなければ診断をしないと言いますか、関係ないというような枠組みをされているようですけれども、多くの精神科の診療所や病院は、そういう業務をしておりますので、センターだからそれ以外はしないというのではなくて、やっぱり全員でやらなければいけないということですので、どこかにその辺、1.5倍になる数に対応する仕組みというものをどこかに組み込んだほうがいいんじゃないかということが一つです。

それから、もう一つ、これは認知症支援コーディネーターと認知症初期集中支援チームのところですが、地域で財源が違う、片や都の事業、片や国の事業ということで財源が違うので2つ存在していて、手厚くていいという考えもありますが、現場では非常にどのように利用していいかが非常に混乱をできてしまっていて、そこの整理をして、結局、さっき申し上げたように、数の議論が大事なので、認知症初期集中支援チームがうまくいかなかった場合、コーディネーターというの

ではなくて、1チームでも多いほうが地域でお役に立つのかなと思いますので、財源が違うからといって縦割りで仕組みをつくるのは、現場は困るかなと思っています。

それから、もう一つ、最後の資料13の指標の件ですけれども、今、医療と介護の連携が非常にうまくいってないというところで、その一つの原因がどうも医療機関側の高飛車な態度というのがあるように聞きます。それで、それを少しでも敷居を下げするために、拠点となる地域包括支援センターの皆さんが、よかった悪かったかと各認知症疾患医療センターを評価するような、そういう介護側の視点を取り入れると、ここは役に立たないとか、そういうことも必要なのかなと思います。

それから、やはり拠点となる病院も、例えば松沢病院とか中心的な病院については、その役割をまた求めることもあるので、認知症疾患医療センター同士の意見も入れてもいいのかなとは思いました。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

幾つか大切なご指摘をいただいたところですが、まず、整理をしながら議論をさせていただいたほうがよろしいですね。

私の理解で申し上げますと、認知症疾患医療センター地域拠点型が12あって、今度、約四十の病院ないし診療所型の地域連携型が追加で、そこだけで診るという理解では多分ないだろうと思うのですが、ただ、先ほどのどこを厚労省に東京都が意見を言って反映したのかという問いに関しては、この部分は東京都が言ったことではないというお答えだったと思うのですが、むしろ、それこそ認知症サポート医、かかりつけ医の先生に診ていただいて、それと介護支援専門員、ケアマネジャーとの連携をその地域で後押ししていただく役割のほうが、地域連携型の役割として重要なかなとは、あり方を考えてきた一人として考えています。まず、この点に関して、皆様のご意見をいただいて、どういった部分を期待するのかということですね。

ご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

西本委員お願いします。

○西本委員 本当に、今、平川（淳）委員の言葉、すごくありがたかったです。先生方からそうやって言われるときが来るのかっていうのがすごく、いよいよ来たのかというような気がして、やはり地域包括支援センターやケアマネジャーや、今まで認知症の方たちに対してできなかったところを、すごくハードルを下げたいただいたところを実感いたしました。

特に、先生方が今おっしゃっているように、地域連携型、診療所型の認知症疾患医療センターの

類型のところには、実に地域包括支援センターや介護側との連携を密にやっていただけたところではないと、地域に根差したことはできないんだなと感じました。

一応感想までです。ありがとうございました。

○繁田部会長 今、連携の役割に関してですかね、介護の視点で評価をするということに対する意見ではなくて、両方にかかわるものですか。

○西本委員 両方にかかわるものです。

○繁田部会長 両方にかかわる、なるほど、わかりました。

どうぞご意見を、はい新田委員お願いします。

○新田委員 平川（淳）先生の意見の一つに、地域連携型が整備された後、またそれをどうするかと、どうなのかというのが一つあったと思うのですけれども、私、ここの地域拠点型と地域連携型の類型案の中で、前回の議論で少しあいまいなところがあったのが、ここでの議論を踏まえて、2つですよ、地域拠点型が開催する連携協議会とか、区市町村が云々とかって、ここが入ったことがとても重要な視点かなと思います。ということは、この地域連携型というのは、そこで、鑑別診断等々ということのみの役割よりは、むしろ、こういったことに対しての役割が非常に重要視されるということだろうなと。したがって、その介護者等々からは、そこをしない医療機関は、これ機能しないよねということが自然に出てくるんだろうなと一つ聞いて思いました。ここを入れただけで大分違って来たのではないのでしょうか。

もう一つの意見で、地域拠点型の役割って、そこで明確化して、例えば松沢病院みたいな、非常に専門家も、極端と言ったら失礼ですね、専門化したところは専門家という役割を果たしていただきたいなと、逆に明確化したなという感じはします。

○繁田部会長 おそらく、地域拠点型で、その二次保健医療圏全体等の連携を推進するというのは不可能だと思いますので、やっぱり連携にも地域連携型、どの程度か温度差はあるかもしれませんが、積極的にやっていただくことは必須だろうと私自身も思います。

ご意見等をいただけたらと思います。いかがでしょうか。

栗田委員お願いします。

○栗田委員 平川（淳）委員が、認知症の診断に対応できる医療機関について発言されましたが、これはとても重要なポイントだと私も思います。認知症高齢者の数を勘案して、それに対応できる医療機関の数を考えるべきだというご発言だと思うんです。これは、認知症疾患医療センターの間

題が出てきてからずっと大問題だと私も考えていたので、全く同意見でございまして、我が国の認知症高齢者の数を考えると、どう考えても診断に対応できるのは、対応しなければいけない医療機関というのはプライマリーケアじゃないと間に合わないんです。プライマリーケアの場で認知症の主要な原因疾患と診断できるようにしていかなければいけないことは、これも間違いのないことでありまして、それをそれぞれの区市町村、基礎的自治体で、本当に考えていかななくてはいけないのだと思います。そういうことを考える一つの拠点として、この地域連携型があるのだと私も考えておるんですが、そのときに、ケアパスの問題でありますとか、その問題も絡んでくるんですが、結構本質的な問題なので、今この段階で私言っているのかどうかということに悩んでいるところですが、実は、認知症高齢者数の将来推計値というのは、今まで東京都が日常生活自立度Ⅰで出していたというのは、なかなか先見の明があったと私は思うのですが、しかし新オレンジプランが出て、きちんと疫学的データで、国家は日本の将来推計値を出しました。ということはということかということ、いまや区市町村単位で疫学的データ、国のデータを使って、正しい認知高齢者の将来設計値が計算できるようになったということです。これを今後考えていかなければ、その上で、こういう数の認知症の人が、それぞれの区市町村にいるということが科学的に推計できるので、その診断に対応できる医療機関がどのぐらいなければいけないのかということは、これから計算できるようになってきている。それにあわせて、かかりつけ医の認知症対応力向上研修とか、認知症サポート医養成研修を整備していく。さらに言いますと、これから認知症の施策を評価していくときに、ここまでやると区市町村単位での診断率も場合によってはですけども、いろいろ技術的な問題があるんですが、評価できる可能性も出てきた。有病率、認知症高齢者数の数がわかれば、診断はレセプト上の診断しかないですけども、そういうことでできるような時代がやってきていることでもありますので、先々のことでもありますけれども、認知症疾患医療センターが診断の場所という考え方では全然間に合わないという平川（淳）委員のおっしゃることはとても重大なことであって、そういうことを踏まえて医療資源の整備を今後考えていく必要があるなと思います。

○繁田部会長　ありがとうございました。

一つ質問、私からしてよろしいでしょうか。先生の今のご意見の趣旨と少し違ってしまいますが、評価の問題で、もちろん初めに申し上げておくと、診断率が高ければいいという問題でもない、診断すればいいという問題でもないじゃないですか。ただし、それを評価の指標の一つにすることは可能ですか。

○栗田委員 今の段階では、厳しいかなと思います。

というのは、認知症高齢者の数は先ほどの方法で出せる可能性もあるかもしれないですが、診断されているかどうかという指標が、今の段階では国保のレセプトとかそれしかないんです。国保のレセプトで、それを代表していいのかという、そういう問題があるので、厳密な意味では、今の段階では難しいだろうなと思います。ただ、ちなみに、英国にしても、フランスにしても、多くの認知症国家戦略を持っている国々は、地域別の診断率を出しております。これは国がそれなりのレジストレーションをしているということと、それから有病率を科学的に出していることによります。地域別に認知症高齢者の数を出しているからできるのですけれども、それは国家がやるべきことかもしれませんが、そういうことを考えていく必要がある。ただ現段階では、ここで評価の指標を出すのは厳しいかなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

私のほうでそれしてしまって申しわけありませんでした。

どうぞご意見等をいただけたらと思います。地域連携型の役割と機能。

はいどうぞ。

○新田委員 今の関連した話でございますが、350万人と450万人の違いという、その話にもかかわるんだなと思うのですけれども、例えば350万人というのは介護保険適用でございますよね。区市町村で、しっかりわかるのは介護保険適用の人ですね。もう一つ、今地域包括支援センターがしっかり機能してきたときに、生活障害者としてのまだ診断されない認知症の方がかなり出てきているんです。ということは、確定診断はしなくても、認知症生活障害者としての認知症の方の数が、でき上がってくるだろうなと私は思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。

お願いします。

○平川（淳）委員 認知症の診断ですけれども、今、DSM5になって、遺伝的な要因とか、あとバイオリティカルな血液や髄液なりで、近い将来かなり早期の診断ができるようになりそうなんです。40代でそういう人がいっぱい出てきたときに一体どうするのと、何十年もかかって症状が出る疾患であることがわかってきたのに、それをどの段階で診断をつけるかということは非常に難しい話になると思うんです。早期診断という、本当に私わからなくなっているのですけれども、そこで認知症であることを認めたくない人もいるし、そのまま知らないで行きたいという人もいるし、

そこを今みたいに強制的に何%だからということで診断をつけなければならないという考え方は、私は余り賛成できないです。

○繁田部会長 齋藤（正彦）委員お願いします。

○齋藤（正彦）委員 今回の認知症の患者さんの数は推計したよりずっと多かったじゃないかという騒ぎは、主として疫学調査によっているわけですね。だけれども疫学調査でアルツハイマーであっても困ってない人はいっぱいいるわけで、別に伝染病ではないのだから、サーベイをして、見つけ出せばそれがよいというものではないですよ。さっき、新田先生がおっしゃったみたいに、生活障害を起こすまでほったらかされている人というのが問題で、そういう意味で早期の診断は非常に大事ですが、それから私の外来なんて2回目以降は歩いて一人で来る人は結構いるんです。そのぐらい軽い時期に来るんです。もう今は病気のことは知られていて、ある程度インテリジェンスがあって、生活力のある人は来て早期診断につながっていくけれども、一部で、本来支援が必要なのに引っかかってこない人という人がいて、それが近所に迷惑をかけるようになって初めて生活障害だと言われて、早期説明、早期処理班みたいなのが来て、本人の意思によらず排除されるということが問題なので、だから有病率の中で何%を診断つけているかということ、どういう意味で解釈するか非常に難しいと思うんです。東京のひとり暮らしのアパートの人だったら破綻するけれども、三世代一緒に住んでいる農家の人だったら別に診断しなくたっていいという。だから町によって違う。ただ、東京都の場合には、幸か不幸かほかの都道府県に比べれば都市部が多いというか、圧倒的に都市部が多いので、それはさっき栗田先生がおっしゃったようなことにある程度の意味はあるかもしれない。だけれども、認知症の患者が、700万人になる、800万人になると言ってヒステリーを起こす必要は全くないと思うんです。認知症の患者さんの数がふえているから、有病率がふえているかと言ったって、認知症のコアな部分、アルツハイマーのコアな部分がふえているというデータはないでしょう。年をとった人たちの認知症の診断がどんどんどんどん早くなっていて、みんなが認知症じゃないか認知症じゃないかって言うから数が膨らんで行くけれども、もし認知症が何か日本の社会の変化によって、社会的な要因によってアルツハイマーの発症がふえているんだったら、若年認知症がふえるでしょう。生物学的なアルツハイマーの人はふえてないんです。ただただ世の中全体をサーベイして何百万人になった、300万人になったと騒ぐけれども、僕はそれはもう半ばナンセンスだと思う。ただし困っている人を見逃さないようなことが必要で、しかも周囲の人が困る前に見つけてあげないと、周囲の人が困ってから見つけるともう何もできない、排除する以外に

ない。だから、やはり重点的な働きかけということが大事で、自分で病院に行こうという能力のない人とか、そういう意味では、地域のメンタルヘルスの全般が大事なのであって、余りアルツハイマーだから、認知症だからと騒ぐ必要はないと思うんです。

○繁田部会長 ありがとうございます。

私の意見を補足させていただくと、何か一つか二つの指標で施策の効果をみるというつもりは全くなくて、ただ、その地域でいろいろな施策を打ったときに、どれだけそれが成果を上げたかというときの指標としてどれだけの認知症の人がいると推定されるのか、どのくらいの診断を受けているのか、生活障害を起こして破綻をして通報がどのくらいあるとか、緊急でどれくらい入院しているとか、緊急でサービスを使わなければいけない人がどのくらいいるとかっていう、指標を組み合わせると効果を見るときの一つとして、外せないものだという認識があるので申し上げました。ですから、何か一つの指標で市区町村の取り組み状況の優劣を見るような、そういうつもりは全然ないです。もっと言うと、私の個人的な意見ですけれども、それぞれの市区町村がいろいろな指標から選んで、我が村では、この部分に取り組みを行ってこの指標を改善しようではないかという目標が、個々に違う目標があるのはいいことだと思います。ちょっと補足させていただきました。

引き続きご意見をいただければ。

山田委員お願いします。

○山田委員 今、齋藤（正彦）委員がおっしゃったところは、認知症に限らずということは本当に福祉や介護の分野からすると、結局は、お年をとるまでのフォーマルサポートネットワークがどれぐらいあって機能しているかということに、全ての、それこそ認知症だけじゃなくて、50代、60代の自殺の問題やアルコールの問題とか、全てそこにかかってくるんです。それを地域包括支援センターの中で、どうやってその後地域の中に入って行って、埋もれているそういう方々を発見するのかということがこれからの課題だとは思っています。ただ、一つ可能性だなと思っていることは、やはりその方々は自分たちからSOSを出さないで、やっぱり周りの近所の住民がさりげない見守りの中で発見して行って、あの人、排除の声が一旦出たとしても、それでも、一旦発見をして、つなげてくれる住民力をどれぐらい高められるかということが一番の課題になってくると思うんです。そういう意味では、ある意味その一つ的手段として、地域連携型の認知症疾患医療センターができることによって、いわゆる認知症ということ 키워ドにしながら、地域の中に、介護や福祉の専門職と医療職が連携して、一緒に地域に入っていく、そのきっかけにはなるとは思っていて、

そういうことを認知症の鑑別診断ももちろん大事ですけれども、そういったまちづくりということと一緒に医療も参画していただくということが意味が大きいかと思っています。実際、私たち福祉の人間が行って、あなたもしかしたら認知症かもよって行って納得できる方もいますけれども、やっぱり医療職の、それこそ認知症疾患医療センターの認定看護師と一緒に来て、いやちょっとこれは病院に行ったほうがいいわよと言うと、やっぱり説得力が違うんです。やはりそれが心強いし、その連携が必要なのではない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。

ご意見を引き続きいただけたらと思います。

牧野委員お願いします。

○牧野委員 地域づくりの現場の話で、認知症カフェの機能についてですが、ある自治体で、東京都の補助金で認知症カフェ、オレンジカフェをやって、私どもも参加させていただいて、NPOとして委託を受けて実施させていただいている中で、やはり一番感じることは、先ほど出てきましたMC Iの方々が、昔と違うことは、みずからの意思でここに来られているということ、家族に「こういうところに行きなさいと言われて、来ました」と言って、積極的に来られているということ。それから自治体がやることで、医師会を通じて、全圏域に認知症カフェがありますし、全域にドクターが来てくださるんです、同じ時間に。3時半という時間ですが。必ず家族はドクターを狙ってきます。その時間にあわせてきれいにやってくるんです。どれだけドクターと会いたいかという、地域は、そういうことを目の当たりにしています。この補助金は、多分時限つきで終わるだろうと覚悟はしているんですが、恐らくその中でやることは、この中で我々は地域の人たちのボランティアを育てています。そして、自治体でやっている中で、そこの中でノウハウを学んでいただく。そして、今、今度は、これが終わったら地域の中でサテライトをつくっていただきますということをあらかじめ予告をして、地域包括支援センターさんと一緒にどういう場所でこの後できるかということを探しに行っています。地域包括支援センターさんも、自治体に言われて参加だけするときは余りおもしろくない顔をしているんですが、次は地域包括支援センターさんと住民とでやってくださいねと言われると俄然意欲を増して、意欲的になって、自分の地域でそういうものをつくらうということを始められます。

今、全国的に、こういったオレンジカフェは、恐らく自主的に病院がやっていたりとか、自主的に地域包括支援センターさんがやっていたり、そういう力に任されていると思うんですが、私は非

常に自治体でやる意味が大きいなということを現場で感じております。もちろん区報に載ります、そして、津々浦々民生委員さんから町会まで、何千枚というチラシが行き渡る。これは、一団体では、とても一機関ではできないことだと思います。オレンジカフェの機能は非常に高いと現場では感じております。もちろん、その中に、保健師さん、それから臨床心理士さん、いろいろな専門職の方が入ってきてくださっている、そういうメリットもあります。そして、自治体のアウトプットは、どれだけ医療機関につないだかということが恐らく今評価のポイントになってはいますが、やはり浸透するまでに1年かかりましたけれども、どんどんどんどんそこに来られる家族や本人はふえてきているというのが実情です。そういうことを感じております。

以上です。

○繁田部会長 ただいまの牧野委員のご意見は、認知症疾患医療センターの役割の中に、例えば自治体で行うカフェ等に積極的に協力してほしいという、そういう提案とお聞きしたらよろしいですか。

○牧野委員 そうですね、先ほど地域に専門職の人が出てきてほしいというお話がありました。まさにそのとおりだと思ひまして、それが認知症疾患医療センターからお見えになるのか、地域連携型拠点病院からお見えになるのか、この地域でのネットワークづくりということが、どういうものをイメージされているのかいま一つわからないので、今までの認知症疾患医療センターの地域連携というところに参加させてもらって、ちらっと見させていただいたんですが、なかなかこれが連携になるかなと、家族支援の立場ですけれども、思えるところがございましたので、それよりは、皆さんで地域に出てきてくださるというほうがやはり地域住民にとってはものすごく大きな後ろ盾になるということの証明かなと思います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

ご意見をいただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

高瀬委員お願いします。

○高瀬委員 現場の話から、最近あった症例の話をちょっと2つぐらいさせていただきます。1つは、地域の企業病院に入院されていて、帰ってこられた方です。歩けない方ですので、私のほうで訪問診療を開始しました。病院に入院する前から幻視がありまして、多くの子供たちがいっぱい出てくるといふ話があったようですけれども、残念ながら、その病院では、その聞き取りは恐らくちゃんとやられてなくて、とりあえずアルツハイマーという病名で帰されてきました。私の立場とすると、ほか

の皆さんすぐ頭にピンと来られるように、ほかの病気もありそうだと思う、近くの荏原病院か松沢病院でもう一回ちゃんと診ていただかないとだめだなということがありました。逆に、そのことはもうご家族は薄々感じていらっしやっていて、どうもアルツハイマーという病名はどんなのかなというようなことを、むしろご家族が気がついていらっしやいました。ご家族に対して病院側が余り説明をきちんとされていないということは明らかだったので、ちょっと残念な1例です。

もう1件は、去年の11月ごろから毎年ほぼ下半身を着衣せずに近くの居酒屋の前で大声を上げていたおばあちゃんです。身寄りのない方だったので、大田区長の同意を取らなければいけない形だったんですが、思いのほか早く取っていただいて、7時半に僕が送り出して、松沢病院には9時半に間に合ったというようなことがありました。そういうことが毎日のように繰り返されていて、自分は何をやっているのかなと思いながら、もっとこうなる前に何か対策できないだろうかという気持ちが常にございます。先ほどの齋藤（正彦）先生のお話を聞くと、地域力を上げるということは何かなと思うと、生活でもう困り果ててしまう前に、そのにおいをかぎ分けて、できるだけ早く的確な診断をして差し上げて、きちんとした情報を本人なり、その家族なり、介護されている方にフィードバックするということがやはり結構医療の大事な仕事だと思います。あるいは、ある意味そこが本当の意味で生活を支えるということの真髓なのかもしれないと思いました。

あとは、医療側が、積極的に前に出て柔軟に地域に対応していかなければいけないと思います。移動物忘れ相談室とか、そういうものを車で流すのもおもしろいのかなと思ったりしながら、皆さんのお話を聞いていました。

地域の中で、「そういう人がいたら、何でも相談してね」みたいな形が、固定でも、動いていてもいいので、必要だと思います。何かそういう役割の中で、本当の意味での地域連携とか、病診連携ということをつくっていく礎のところに地域連携型というものが機能していかないと余り意味がないんだろうなと思いながら話を聞かせていただいて、すごく勉強になりました。ありがとうございます。

○繁田部会長 はいどうぞ。

○新田委員 先ほど、牧野委員の言われたことは、資料11の都における認知症の人と家族を地域で支える体制のイメージ図という、このモデルはやはり医療モデルですよ。だから、考えてみると、今の、例えば認知症カフェのあり方をどう位置づけるのかとか、というさまざまな地域にはいろいろなケアパスがあって、そこのところをどう書き込むかでとっても難しくなりますよね。その意味

で、都における認知症の人と家族を地域で支える医療体制イメージですね、これね。だから、これだけだと、市はこんなもので支えているのかという、先ほど山田委員も含めて、その話がどうしたらいいのかなと、少し悩んでいました。

○繁田部会長 ご意見ありがとうございます。

ただいまの件に関しましてご意見をいただいたほうがいいかなと思います。

資料11の右上の図でございます。

例えば、高瀬委員のお話と関連しますけれども、どういう場面で、誰が気がついて、実際に医療機関を受診する場合もあるし、しない場合もあり得る。いずれにしても、医療機関を受診する本人の今の決断を支えると言いますか、それをサポートしつつ、福祉的な言葉で言うと、寄り添いですか。そういう図柄がこの中にも含まれているといいのかなと思います。

いかがでございますか。

そのことが、先ほどの生活障害が顕在化して、周りもそうですけれども、ご本人が行き詰まってしまうとか、困ってしまうことを回避すると言いますか、早目に支援をするという考えとか、そういう要素がここに入るといいのかなと思います。

はいお願いします。

○齋藤（正彦）委員 オレンジプランが出たときに、厚労省にソーシャルキャピタルというか、住んでいるコミュニティーを充実しないと、その問題をとっばらって、医療だ介護だというのはナンセンスだと言ったら、厚労省のお役人から、それは国交省の仕事ですと言われて、もう余りに期待どおりの答えでびっくりしたんですけれども、新しいオレンジプランの中にそれが入っているんですよ。5番にね。これが大事で、僕は今の認知症施策、認知症施策と言うけれども、認知症だけではないんですよ。認知症、認知症と言うから、何かやたら金がかかって世話のやける人が大勢出てくるみたいな感じがするけれども、しかも認知症何とかセンターというために、先生これは認知症ではないですよ、精神病ですよって言うんですが、精神病だっていいじゃない、一人で暮らせないのであれば、同じようにケアしなければいけないので、そういう意味では、僕は、公共の仕事というのは、やはり認知症の生活、認知症の人というか、認知症であろうと何であろうと、家族に守られない人たちが健康なうちから住むような、ソーシャルキャピタルを、新オレンジプランで言えば、Vの②をやるのはもう行政の仕事だと僕は思いますよ。その上に、先ほど牧野委員がおっしゃったような、柔らかな、しなやかな、コミュニティーをつくっていくということで、例えば松

沢病院の入院、素早いと褒めていただいてありがたいですけれども、松沢病院の認知症病棟に入院した患者さんで2カ月を超えてしまう、当初の入院計画を超えてしまう患者さんの8割は行く場所がない。全体の60%はそれだけが理由。適当な介護を受けられる場所がないんです。多少のアシストがあれば生活できるけれども、それがない。あるいは老健に行くお金がない。そうすると、福祉の人は、福祉だってそれ以外手がないからしょうがないけれども、重々わかっていますけれども、名も知れぬ有料老人ホームに行くんです。それきり手が切れる。

やはり困っているのは認知症の人ばかりではないんです。若年性認知症の家族は収入に困ると言うけれども、がんだって困るのにどうして認知症に特別な手立てがあるんだという話なんだから、そんなバラ色じゃなくてもいいけれども、援助が必要な人にきちんとやれるシステムをつくっていくということです。ご家族が松沢病院に来て、予約して診察をして、MRIをとって心理検査やって、詳しい説明が必要ですよと言うのであれば、それをすればいい。だけれども、ひとり暮らしで、何か援助があればいい人に、何もMRIをとったり、詳しい心理検査をしたりする必要はないので、この人に生活の支援が必要だと言えればそれで済んでしまう。認知症、認知症と、認知症のヒステリーはやめたほうがいい。障害を持つ方はいっぱいいるので、障害者全体を支援するシステムの中に認知症を載せればいいことで、これ以上認知症、認知症って言うと、ますますわけがわからなくなる。できるだけシンプルに、地域で地域型のセンターがあって、介護と密接に結びついて、その地域を掘り起こしてから、地域の意識を高め、みんなの認識を変えていくという活動は大事だし、その後ろで何かあったら大きな認知症疾患医療センターが面倒を見ますよというのはそれでいいけれども、余り認知症と言わないほうがいいのではないかと僕は思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

ただいまの件に関してご意見をいただければと思います。

はいお願いします。

○平川（淳）委員 私、内閣府の差別の解消の委員になっているんですけれども、その中でも同じようなことがありまして、障害があってもなくてもみんな障害者みたいなものだから、みんなが安心して住める社会にすべきだということが一番の理念になってきているように思います。そういう意味では、齋藤（正彦）先生がおっしゃることはとても重要なことだと思いますし、これコンセンサスがあると思います。

○繁田部会長 はいどうぞお願いします。

○毛利委員 おくれてまいりまして申しわけございません。

武蔵野市の毛利と申します。市でも、関心を持っていただくきっかけとしては、認知症というのは高齢化に伴って誰でもなるんですよというお話がやっぱり市民の方は食いつきはいいので、それをきっかけにさせていただくことは多いんですけれども、今、例えば在宅介護支援センターと地域と共催で、認知症の方への声かけ講座みたいなことをやって、声をかける勇気をそういう中でやってみて訓練してみましようとか、声をかけられてどんな気持ちがしましたかみたいな、お話をする中で、やはり困っているのは認知症の人だけではないですよみたいな話が出てきたり、地域でごく見守りをしていかなければいけないですよねということとか、まだネガティブな印象というのが強いので、きつと言えずに困っている人がいるのではないかなとか、そういう気づきにつながるケースというのがすごくあるように思います。

それから、もともとは孤独死防止のために孤立支援ネットワークというのを立ち上げまして、ガスの検針さんとか、業務の中で発見してくださいというお話ですけれども、孤独死以上に認知症の方の発見というのがすごくできていて、それがご本人の対人拒否があっても、例えばガスの検針さんとだけは仲良く話ができるという方もいらっしゃると思いますので、結果的に、つながっていくというか、根っこは同じで、やっぱり孤独にさせない、孤立させないということなのかなと思っているところですが、逆に市町村であるから、小さなところであるからそれが余り盾にならずにできるものということもあるのかなと感じているところです。

○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 私は、墨田区で見守り相談室というのをやっていたので、なおのこと思うのかもしれないですけれども、孤立している人で、全く本当に孤立している人ってやっぱりいない。何かしら誰かとつながっていて、親族であったり、近所の人とのつながりがなくても、少し離れたコンビニのお兄ちゃんであったり、下手をするとピザ屋のお兄さんであったり、何かしら誰ともかかわらないで生きている人ってやっぱりいないんです。そこをどういうふうにやってつなげていくかということだろうなと思っていて、先ほどから話の論点になっているこの図の話ですけれども、やはりそういった生活に何かしらの支援が必要な人たちを発見していくことは多分福祉の中であったり、それは私たち地域包括支援センターみたいなところや介護事業者だけではなくて、日本まれなサポートである牧野委員のやっているような活動であったりだとか、さまざまな資源があつて、そこが何かしら情

報をたぐり寄せながら、医療とどう連携しながら解決していくかということだと思っているんです。そういう意味では、本当にこの左上に書いてあるところの人たちがどちらかという下地にいて、そこに地域包括支援センターがある程度形式上の窓口としてというか、一応今は窓口になっているので、地域包括支援センターと例えば地域連携型の認知症疾患医療センターというのは、構図としてはあると思うんです。私も、齋藤（正彦）委員がおっしゃることはすごくよくわかるんですけども、やはり何かきっかけがないと、地域の住民に困っている人をこちらに伝えてくださいと言っても、見守り相談室でも40代とか、子供の虐待の話もしょっちゅう入りますから、何かしらとにかく地域にいて、動きますよという専門職がいるということはすごく重要なことかなと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

桑田委員お願いします。

○桑田委員 看護職ですけども、一都民として、率直に思ったところが、福祉、医療っていうのを、福祉職だからとか、医療職だからとかというのを何とかなくせないものなのかなということを感じました。

例えば、認知症疾患医療センターのナースたちが地域に意識を向ける。そうなんですけれども、病院の看護職が求められることを考えるときに、どのようにバランスをとっていったらいいのかなということを感じます。もっともっと認知症に対してというか、高齢者、老いていくことに対してもっと意識を持ってもらいたいなど。その中の認知症だけでしなくて、自分だって年取ってくるんだから持ってほしいなって思ったりもするわけです。その中で、そういった地域に意識を向けるということは、もしかしたら昔の看護師のほうができているのではないのかなということは思わなくもなかったりもします。しかし、今、病院のナースはいろいろ求められることがすごく多くて、その中で、どう対応していくのかということは、また考えていかなければいけないのかもしれない。だからこそ医療職、福祉職みたいものを何とか取っばらってもっとチームとなれないものなのかなというのが、認知症に限らずちょっと今思ったというのが一つです。

それと、余談みたいな話ですけども、平日にスポーツクラブに行ったら、お年寄りばかりでびっくりしました。私は、平日休みがあるということがほとんどないので、たまたまお正月あけに平日休みで、自分が行って見たらお年寄りばかりでもうびっくりしました。ああきつと、これがもっともっと多くなるのが東京なんだなって思ったときには、確かに認知症のことはみなさん興味があるかも

しれないけれども、認知症のことだけが余り表立ってしまうと認知症って言えない当事者、スティグマじゃないですけども、そういったようなことも確かに注意して考えていかないと、当事者はなかなか言えない。しかし、認知症高齢者の方のほうが私よりも社会性があって、地域の人たちと話をしているんですね。私のほうが社会性がない。地域の人達に忙しいから話かけないでみたいな感じがあります。高齢者の能力っていうのももっと何か信じたいなというような思いもしています。

○繁田部会長 栗田委員お願いします。

○栗田委員 余計なことを言ったら時間がかかっちゃうんですけども、実は先日私も昼休みに抜け出してスポーツジムに行って、プールに浮いてきたんです。全員がお年寄りだったんです。ですけどもみんな私より水泳がうまかったんですね。びっくりしたことがありました。

本論に戻ります。

このイメージ図ですが、先ほど齋藤（正彦）委員がおっしゃったように、認知症を前面に出すのはこれをもっともなことですが、現実的には現場はそうじゃないんです。ここは都における認知症の人と家族を地域で支える対策イメージではなくて、本来は、生活障害を持っている、生活支援を必要とする高齢者の人と家族を支える体制のイメージ図であって構わないんです。実際に、地域包括支援センターというのは、2006年にできたときに、そのような意味合いで、実際にできたわけであって、私は実は地域包括支援センターができる前の数年間、これに関連する研究事業に入っていたわけですが、私が担当していたのは高齢者のうつです。うつ予防支援をつくるということで、皆さんの中にはうつ予防支援のマニュアルを見た方もいらっしゃるかと思うんですが、うつ予防支援マニュアルは、全ての高齢者の精神障害に対応できるようにつくってあります。予防事業ということで、いわゆる運動してうつを予防するというのではなくて、実は初期集中支援と同じモデルでつくってあるんです。地域の中で、うつ病でも、アルコールでも、妄想性障害でも、認知症であっても、危機にある人が地域包括支援センターに相談に行くと、そこで総合相談をして、必要に応じてアウトリーチをかけて、そして医療と連携して、医療、介護、予防をコーディネートするようにつくってあるんです。本来地域包括支援センターというのは、地域包括ケアシステムを実現するための実践的調整機関として、2006年につくったはずなのであります。それによって、老人保健法は、その翌年かその次の年に消えてなくなりました。老人保健法がなくなったとともに、保健所における老人保健相談がなくなったんです。多くの地域で認知症相談がなくなりました。認知症の相談では、うつ病も相談していたし、精神科医がそこでやっていたんです。今残っているのは区市町村単

独で、板橋区は単独でやっていますが、単独の事業として高齢者の相談をやっているというところしか残っていない。本来は、地域包括支援センターがそれをやるはずだったということが、皆さんに知っておいていただきたいということで、ところがふたをあけてみたらうつ病はもちろん、認知症もやれなかったという現実があった。実際に2006年、7年ぐらいですが、認知症の人が相談に行ったら、認知症は精神ですからやりませんと断った地域包括支援センターが全国でたくさんあったという事実があります。そこにあらわれたのが、初期集中支援だったのですけれども、したがって、この事業は地域包括支援センターの本来業務をちゃんと強化できるように、つまり、医療、介護の連携、あるいは統合的なケアが提供できるようにするための仕組みをつくらなければいけないということであって、ここで医療と地域包括支援センターが連携する体制がやや強引にできたというのが、この図であります。地域包括支援センターというのは、本当は、高齢者を支えるコミュニティーをつくり、そこで統合ケアを提供する拠点でありますので、認知症カフェをつくることだってサポートしなければいけないし、人々のネットワークをつくらないといけないし、ソーシャルキャピタルを育成しながら、高齢者の相談に対応していく。しかもありとあらゆる相談に対応していく。そのようではなければいけません。しかし、そういうふうにデザインされなくて、それができるようなデザインがなかったという問題があるんです。ということで、認知症初期集中支援ということになったわけです。ですからこの図では、認知症を消して理解してもいいのではないかと私思っていて、実際にこれを動かすと、現場では、アルコール依存症とか、妄想性障害とか、何でもここに引っかかってくるようになります。そこで、アルコールだからうちではやらない、妄想性障害だからうちではやらないと言ってしまったら、せっかくこれをつくった意味がなくなってしまう。私はこの図は、そのように認識していただくのがよろしいのではないかなと思っています。

○繁田部会長 はいどうぞ。

○新田委員 少しこの図で、前に戻って、よく認知症を差別という認知症という使い方じゃなくて誰でもという、もう皆さんが言われる、そこをまず市民、都民に周知していただくことを前提にして、この図をもう一回家族の生活を支えるイメージ図をもう一回つくるという作業が必要かなと思っ
ていまして、この11の図は10の図とまた似ているので、改めてここに載せる必要もないだろうなという感じもします。なぜかという、都におけるということを書いた、下に区市町村はこのイメージ図を踏まえて書きなさいとなっていますが、区市町村は生活を忘れてこのイメージ図で書いちゃうんです。それがやはり一番怖いわけでごさいます、これはこの図で構わないんだけど、

都におけるということをもう除いちゃうと、都からのこういう目線ではなくて、都における認知症というイメージ図だと、これは私の今の私見ですが、都における認知症の人と家族の医療を地域で支える体制整備ですね。であれば、そうだなと思います。

もう一つつくる必要があるのは、生活を支えるというのはどういうことかと、それにはもちろん医療も介護もないので、生活を支えるわけですから、全ての、たまたま何とか医者だったりという話でございまして、そういうことをつくり上げたらどうでしょうか。提案でございまして。

○繁田部会長 ありがとうございます。

例えば、図をつくることばかり議論してもいけないのかもしれないですけども、例えば図の中に地域で、そこで町で暮らしている住民の方たちとか、あるいは医療、福祉でない専門、商店であるとか、交通機関であるとか、そういういろいろな生活に必要なサービス、そういう職種みたいな人がここに入ってくると少し近づくんですか。

○新田委員 それと同時にパスウェイが必要だと思います。MC Iも含めて、何もない、そういう状況の中で、入れるかどうかは別ですよ。その過程があると思いますから、そこで地域で暮らし続けるということが一応、現在求められる案だろうなど。そのイメージ図が市町村にどうつくれるかという話でございまして。

○繁田部会長 当然全く違うわけですかね、市区町村によって。

○新田委員 はい。

○繁田部会長 どうぞ。

○栗田委員 資料11の、実はこの図は、実に評判が悪いんです。実際、区市町村に説明するために作った資料でございまして、国と東京都の事業が合体した図で、先ほど平川（淳）委員が言ったように、実にわかりにくいんです。国と東京都の事業が合体しているので、多分、ただ役所の人が見ると、それなりに現場は整理をつけなければいけないから、こんなふうにして整理するのかなとかということで役立つと思うんですけども、我々が見たらわけがわからない。ただ役所の人たちでちょっとまずいのは、こういうのができるとこれに律儀にあわせて動いてしまうというようなことが一方であって、私は制度に縛られるな、なんて区市町村に言って、そんなことを言っていないんですかとよく言われるんですが、実際、こういう制度があるわけだけでも、その制度をそれぞれの区市町村で自分たちのところに合うように好きなように使ってくれみたいな、そういうメッセージがないと、ちょっと厳しいかなと思います。とりあえず何かこういうのがないと一方で困ると思

うのですが、先ほど新田委員が言ったように、前の図一つだと概念図で非常にわかりやすくていいのではないかなと思います。

○繁田部会長 はい、お願いします。

○平川（淳）委員 生活の障害のところですけども、うちの患者さんのご家族に、一番してもらいたいことは何と聞くと、あしたはおじいちゃんを病院に連れて行って、あさってはおばあちゃんを病院に連れて行って、子供をまた面倒を見てと、私はそうやって付き添いだけでもう一生を終わっちゃうのかということを使うんです。それで、仕事を持っている方もそういう医療機関に来るときは会社は休まなければいけないと、寄り添いというか、ただ送り迎えだけのことで家族は大変苦勞されていて、それがずっと続くということが負担だとおっしゃっていたんです。真ん中に家族と本人とありますけれども、そういうところをコミュニティーで支えるようなこと、変な話、そんなスポーツクラブにいっぱい元気なお年寄りがいて暇を持て余しているのであれば、そういう人が何か行くと1つバッジをもらったりするような仕組みとか、何か地域で支え合う、そこに何か少しの金額でもいいですから補助をしながら、盛り上げていくような仕組みがあるといいのではないかなと聞いていて思いました。

○繁田部会長 ありがとうございます。

恐らくそれが地域の市区町村でのケアパスをつくろうということなのでしょうね。そのときに入っている言葉としては、ここにこのイメージ図の中にあるような言葉が出てくる、ただ、矢印とか、大きさとかというのはそれぞれ地域で考えてつくるとのことだろうと思います。

はいお願いします。

○齋藤（正之）委員 新宿区の齋藤です。

先ほどお話がありましたように、私は、行政マンで、事務的な作業をしておりますので、こういったイメージ図があるとわかりやすいというのは一義的にはあります。ただ、それぞれの自治体で、これを参考にしながら、今ある社会資源、あるいは医療資源を、この中にどう組み合わせていくのかといった形で構築をしていくということが作業としてやりやすさをこれに求めていたというところがあります。

それで、事務的なところをお伺いしたいということは、センターの選考ということ、整備に関しての議題でありますので、今回、公募の選考のスケジュールの予定が出ておりますが、この中で1点、ヒアリングとして、当該医療機関が所在する区市町村の意見を聞いていただけるということは

大変ありがたいなと思っています。一方で、今後仮に手を挙げない区市町村が出てきたときに、そこへの干渉というか、そういったものをどのようにお考えになっているか。そして、やはりそのときのインセンティブとして、今回、地域連携型の病院で、年間の委託料の上限額というのが782万6,000円という金額が示されていますが、これの内訳というか、どういう積み上げでこの金額を東京都さんは設定されたのか、その辺のところのご説明をいただきたいと思います。

○守田係長 まず指定ができなかった区市町村さんについてですけれども、前回の12センターを選んだときも、まず10センター指定して、2つの二次保健医療圏は指定ができなかったんですね。でも、都からも指定できなかった二次保健医療圏の中の主だった病院さんに働きかけをしながら、指定をしていったという経緯があります。今後も、もしかしたら多摩地域などで難しいところがあるかもしれないですけれども、都も区市町村さんと一緒に、全区市町村に指定できるように整備をしていきたいと思っています。

それから、委託料の上限額の内訳というお話でした。これは、国は相談員さんを兼務でいいとしていますけれども、東京都は専従の相談員を配置するというのを地域連携型認知症疾患医療センターに求めていますので、その相談員さんを雇用するための人件費です。それがほとんどの内訳となっております。

○齋藤（正之）委員 ありがとうございます。

それから、今後、公募をして、4月の中旬には締め切りということですが、そのときの応募状況などについては、それぞれ区市町村に事前にお知らせをいただけるのでしょうか。

○守田係長 ヒアリングの際になるのか、その事前になるのか、まだ検討ですけれども、区市町村さんには、適宜情報提供をしたいと思っています。

○齋藤（正之）委員 ありがとうございます。

最後に、先ほど来からあるイメージ図を含めて、実際に自治体では、あくまでもこれは認知症に関する医療的な対応がどのように動いていくのかという一つの事業の一端でしかなくて、生活面全体を含めて言えば、まさに地域包括ケアシステムをどのように構築していくかといった形になりますので、実際にお示しするのはそういった内容になってくるかなということ。

それから、認知症ケアパス、新宿区の場合は、第6期の介護事業計画の中に、一応盛り込みをさせていただいております。ただ、今後は、日常生活圏域ごとのケアパスというのをやはりつくっていく必要があるということで、今後さらにそういったものを進めていきたいと考えております。

以上です。

○繁田部会長 ありがとうございます。

はい。

○早川委員 今のご質問に関連して教えていただきたいのですが、資料9の地域拠点型の上限額の2,819万円、地域連携型が782万円、主に人件費であるというご説明だったのですが、その上から4つか5つ目の四角の人員体制を見ますと、この差を見ると、専任の臨床心理技術者しか変わらないんですよ。そうすると、そういう説明から見ると、この一人が千数百万円の人件費になってしまうというような読み方もできなくはないのですが、その点をもう少し詳しく書いてもらわないと、この資料を見たときに、ちょっと誤解が生じるのではないかと思います。もちろん事業は違います。事業は違うのですが、でもよくわからないなという感じがするので、もう少しわかるような資料にしたほうがいいのではないかなと感じました。

○守田係長 委託料の金額だけ載せてしまったので、わかりづらかったかと思いますけれども、公募説明会の際などにはご説明をきちんとしたいと思っております。この地域拠点型の2,800万という基準額は、実は臨床心理技術者さんの人件費は国の要件で、もう人件費計上できないことになっておりまして、それは予算措置しておりません。地域拠点型は、アウトリーチチームを置きますので、そのため外に出ていくための相談員をもう一人、二人体制ということの金額と、それから研修会を年6回以上開催するというので、これが、地域連携型認知症疾患医療センターと大きく違うところですので、研修会は6回と、かなりの地域拠点型認知症疾患医療センターにとっての負担でありまして、そのための準備の人員など、それから会場の借り上げ金など、そのあたりが、含まれてこの金額の差になっているとご理解いただければと思います。

○新田委員 今、齋藤（正之）委員の言われたとても重要な話がありまして、認知症ケアパスです。大規模なものではなくて、もっと規模が小さくした中で通える範囲でどうかという、これをつくり上げることだと、とても大切な意見を言われましたので、それこそが、先ほどの生活を求める。それで恐らく今区市町村が、地域包括ケア体制も含めた介護保険の事業計画をやられているはずでございますので、そこにちょっとおくれるんですが、これがもし仮にこれから改正が大変だとすると参考資料と、そういうふうなイメージで、先ほど言ったようにどうもしつこいようですが、さっき言われた、あくまでも体制を支えるというところと、違っていますので、参考資料にこれをやられるという感じぐらいにとらえないとちょっと難しいなと思っています。

○繁田部会長 ありがとうございます。

いろいろご意見をいただいておりますけれども、前半で平川（淳）委員からご指摘のあった認知症初期集中支援チームと認知症アウトリーチの問題です。それぞれに関して、それぞれどんな働きぶりが期待されるのか、機能の仕方であるとか、違いであるとかに少しご意見をいただくと今後の整理に役立てることができるかなと思います、いかがでしょうか。少しそのことに関して残りの時間でご意見をいただきたいと思います。

実際、現在で機能している数です。モデル地域も含めて、それを少し紹介していただくと実感が少し出ますかね。

○栗田委員 まず、国のモデルで地域支援事業の枠組みで、認知症初期集中支援チームがスタートしている自治体自体が今年度はまだ非常に少ないです。確か50……

○守田係長 全国で41です。

○栗田委員 41ですかね、50ってないですね、まだね。非常に少ないです。

東京都もちろん少ないわけですが、この東京都のアウトリーチは、27区市で、12の認知症疾患医療センターで動いているということですが、実際どういうふうな市町村レベルで組み合わせて、あるいは一方で動かしているかというのは、実にさまざまございまして、まさに地域包括ケアシステムの理念にのっとってと、地域ごとに全く違うという感じであります。ちなみに、北区、国のモデルにも東京都のモデルにも入ってないという、独自のモデルで非常にすばらしい先進的なモデルをつくっているところもございまして、ただ多くの地域は、やはり区市町村レベルで初期集中を立ち上げることは非常に苦しい、苦慮している状況でありまして、いろいろ要因があるんですけども、その一つはやはりこれに対応できる医療サービスを確保するのが非常に難しいということがあります。特に要件が結構厳しいんですね、認知症サポート医でかつ専門医とか何かいろいろなことを言われて。非常に厳しくて、市町村レベルではなかなか立ち上げられないということで、都のモデルをとりあえず試しに動かしてみようということで、これに参加しているところが多いのではないかと思います。実は、都の実績につきましては、去年の10月までのデータで、確か認知症支援コーディネーター2,236名が相談を受けていて、そのうちの149名がアウトリーチにつながっていたということで、どういうことかという、2,236分の149でありますので、現実には困難事例を集中的にアウトリーチチームに行っているということでもあります。一例一例全部事例も見てみましたが、まさに厳しい事例で、比較的と言っても地域包括支援センターに相談が来るのが大体難しいんですけども、比較的対応できる事例は認

知症支援コーディネーター、認知症コーディネーターが基本的には単独というか、地域包括のレベルで対応できているということであって、どうもこのアウトリーチチーム事業は、それぞれの区市町村でなかなか支援につながらない難しい事例に対応する事業に今のところなっているということであり、また、市町村のレベルで初期集中を立ち上げ始めているところというのは、今いろいろあるんですけども、一つの例は、認知症サポート医の先生のレベルで、比較的地域包括支援センターと連携して、軽い事例をそこで見て、厳しい事例はアウトリーチチームにお願いしようなんて、そういうような役割分担をしているところもあります。さらに、このアウトリーチチームの事業と、いわゆる高齢者精神医療相談班との関係で、さらに厳しい事例を高齢者精神医療相談班にお願いしようという、そんなすみ分け方をしているようなところもあります。

ということで、実態としては、それぞれの区市町村で、既存の制度をそれぞれ組み合わせたり、あるいは一部だけ使って、それを組み合わせたりしているということ、いろいろな形で使っているところが現状であります。ただ、国が全ての区市町村で初期集中支援チームをやるとも言っているということもあって、それぞれの区市町村では、どうしたもんだということを考えながら、とりあえず都でやっている、これをとりかかりにして考え始めているという感じなのではないかなとは思いますが。

○繁田部会長 実際には実施している地域で考えると、初期集中支援はやっぱり数としては非常に少ない。これからのふえ方もそう急速にふえていくわけではないので、もしそれに期待していると、待っていると後手後手に回るということになりますかね。

○栗田委員 そうですね。初期集中っていう名前はともかくとして、ただ確かにここの医療部会でも繰り返し議論されているように、区市町村の中で、地域包括支援センターと、それから医療がペアを組んで、統合的なケアを提供できるような仕組みをつくらうという、その考えは私はとても重要だと思うので、これを初期集中と呼ぶかどうかはともかくとして、そういう動きをつくり出していく一つのきっかけになるかどうかいうところが大きなポイントなのかなと思っております。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほか、初期集中支援事業とアウトリーチに関しまして、ご意見と言いますか、感想と言いますか、ご経験等ございましたらお願いしたいと思っております。

よろしゅうございますか。

そういたしましたら、全体を通じまして、ご意見等いただけたらと思っております。今年度最後でござ

いますので言い残したことなど。よろしゅうございますか。

はい。

○平川（博）委員 最初と最後の話題ですが、この間の認知症サポート医、かかりつけ医フォローアップ研修では、医療職の方にぜひ自分の現場から離れてというような話をしました。その中で言い足りなかったことですが、医療職として行くというイメージも大事ですが、先ほどご意見が出ましたように、一人の一般人として行くと言いますか、いわゆる地域包括ケアシステムの中で一番弱いと言いますか、進行しにくいのは自助、互助、共助、公助の中の互助の部分だと思います。我々医療職というのは、医療職ですが、市民であるということの視点は絶対必要なので、例えば認知症カフェ、オレンジカフェに出るときも、もちろんドクターとして行くと人気があって人が集まるという話もいいんですけども、あくまでも、一市民としての視点と言いますか、そういう形でも出ることも大事なんですね。もう一つ垣根を低くする方法だと思うので、ぜひ出張れというのは、専門職としての視点を持ちながらも、でも、身分としては市民として行くということが僕は大事なかなと思っています。

それから、最後の地域包括支援センターとの関係ですが、ここに一つの壁がありますが、やはり地区医師会と地元自治体というのは、どうしてもまだ壁がありまして、どちらかという、健診事業等々で医師会との関係はありますが、なかなか一歩踏み出せないというのはやはり行政も大変だと思うんです。そういう点では、今回の初期チームも含めてですが、今進めている北区のようなあそこまでの取り組みでなくとも、地元医師会、地区医師会が地域包括支援センターにさまざまな支援の手を差しのべる、配置医師への問題も含めて、多分財政的に地域包括には若干今度お金もつくという話を伺っていますので、そのあたり、地区医師会と協力しながら、配置医を北区も全ての地域包括についているわけではなくて、幾つかの包括をまとめてという形なので、できる限り無理がない形で地区医師会と地域包括、行政がペアを組むことによって、配置医体制の整備を東京都医師会としても進めていこうと思いますので、ひとつその辺またよろしく願います。

○繁田部会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでございましょうか。

はいじゃ。

○西本委員 実は、私の地域包括支援センターでも、アウトリーチチームをやっと動かしていただ

いて、齋藤（正彦）先生がおっしゃるように、すごい困難な事例を対応していただいて、住民の人たちすごく喜んだというところがあって、少しずつこうやって認知症の対応が充実してきているというのは実感しているんですけれども、やはり地域の高齢者の方たちのお隣の人と余りかかわりたくないという、そういう意識を地域包括支援センターとしても少しずつ変えていかなければいけないというのは本当に今回の委員の皆様がおっしゃったとおりだと感じました。

○繁田部会長　どうぞ。

○牧野委員　今回の国の施策を見まして、44ページですが、認知症施策の中に生活支援の絵が入ってきたというのは非常にびっくりしました。それから、仕事と介護の両立というところまで省庁を越えて、この施策をつくったということは非常に我々はうれしく思っただけで感じた次第です。認知症のメニューと同時に生活支援のメニューがあると思いますけれども、今、総合支援事業で自治体が大変ご苦労されていらっしゃると思いますが、この認知症の支援の中に、この生活支援が入ってくるということがまさに地域の中で一番必要なことで、今NPO等が目指していることが、地域包括支援センターと同じ数だけインフォーマルセンターをつくるということを目指していることが、いわゆる支え合いセンターというものですが、そこがまさに外出支援、それから生活支援、家事援助、見守り、配食、移動サービス、そしてコミュニティーカフェと、包括的なインフォーマルサービスを、その担い手が生活支援コーディネーターということになるんですが、この中に認知症の視点を入れてくるのが一番自然なんだろうと感じるんです。

きょうも、ある自治体で、認知症の課長さんの介護者の会の支援の話の中で、やはり、部署が違うとなかなかそこが繋がっていかないというお話がありましたので、国が、そういう課を越えて話が進んでいるので、どうか東京都の指導で、自治体でもメニューを越えた議論の中で一番生活者地域にふさわしい混合メニューというんですが、そういうようなイメージ図をつくれるような仕組みが何とかできないでしょうかというのがお願いのような形になりますが、どうぞよろしく願いいたします。

○繁田部会長　牧野委員にまとめていただきましたので、マイクを事務局へお返ししたいと思います。

皆様どうもありがとうございました。

○坂田課長　ご議論いただきましてありがとうございます。

先ほどの資料11のイメージ図ですけれども、まずこれは医療体制のイメージ図だということで、また全体のイメージ図というものは、先ほどから話がございますように全体の地域包括ケアシステ

ムの中でつくっていくものという形になります。また、そういったものを参考までにつけさせていただくということなど、検討させていただければと思います。

生活支援サービス等とも、私のほうで担当させていただいておりますので、その辺について、配慮させていただければと思います。

本日ご議論いただきましたこの認知症疾患医療センターの整備につきましては、委員の皆様からのご議論を踏まえまして、繁田部会長と最終調整をさせていただき、公募の手続を進めさせていただければと思います。

また、先ほどからお話がありました今回第9回の医療部会が今年度最後の開催となります。また来年度の委員の委嘱や日程調整につきましては、別途事務局のからご連絡をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

御挨拶 栢山福祉保健局高齢社会対策部長

○坂田課長 最後に、閉会に当たりまして、栢山高齢社会対策部長から、委員の皆様一言ご挨拶を申し上げます。

○栢山部長 委員の皆様、遅くまでご議論いただきまして本当にありがとうございました。

今もお話ありましたように、26年度のこの部会はきょうが最後となりますけれども、この会、今の議論の中にありましたように、東京都の長期ビジョンであるとか、またオレンジプランが発表されたり、また東京都におきましては、27年度から始まります第6期の高齢者保健福祉計画、これは認知症の対策も盛り込んだものが今週パブリックコメントという形でさせていただいております。また、認知症対策として、総額41億円を含みました東京都の予算案原案も発表させていただいたというところでございます。

委員の皆様にご協議いただいたことにつきましては、確実に実施につなげていくということが我々事務局に課されたこととございますので、引き続きご指導、ご支援賜りますようよろしくお願いいたします。

本日はまことにありがとうございました。

○坂田課長 それでは、本日、これで散会といたします。ありがとうございました。

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。

お車でいらっしゃった方は駐車券をお渡しいたしますので、受付にお申し出いただければと思います。

本日はどうもありがとうございました。

午後8時36分 閉会