

浴風会病院「認知症疾患医療センター」  
平成27年度第2回連携協議会  
議事録

- ・日時 平成28年3月18日(金) 午後7時～
- ・場所 高齢者保健医療総合センター 浴風会病院 6階 大研修室
- ・出席者 14名

総合司会:古田 伸夫 認知症疾患医療センター長

1. 実績報告

浴風会病院 認知症医療連携係長 高橋

(資料 3-1、「平成 27 年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」参照)

高橋係長：浴風会における鑑別件数の内訳や、問い合わせの内容をみても、認知症以外の精神疾患等での受診が多くなっている印象。

ベースに精神疾患をかかえたうえで認知症の症状が重なるケースも見受けられる。

入院に関しては、認知症の診断がついている方を抽出しており、概ね月に 30 件台で推移している。連携医療機関につなぐケースもあるが、烏山病院は精神科単科であり、合併症がある場合には対応困難となるので内科の医師等がいる他の医療機関へ紹介することもある。また、入院に関しては、医療的な治療より、家族が疲れているなど主に介護を必要とするケースもあり、ひとつひとつの相談に多くの時間がかかっている現状である。

相談内容別内訳では、結果的に介護調整の問題であることも多く、介護サービスを受けていないケースも目立つ。

研修会についてはかかりつけ医、看護師ほか多職種対象の研修会を今年度も継続している状況である。

あしかりクリニック 古山様：電話等の相談が多いが、3月に入って直接いらっしゃる方も多くなった。2月に10件面接しており、受診につながった方もいたが、介護相談メインの方もいた。かかりつけの先生により治療を開始している方もいた。

本人からの電話連絡で受診につながったケースもあったり、後見制度の説明、介護保険サービスにかかわる援助を行うこともあった。

また、当院の患者以外の方のことでケアマネからの問い合わせもある。

入院にかかわる援助もケアマネやかかりつけ医、訪問看護師から連絡が入り、家族のレスパイトのための入院を希望されたため、連携している病院に短期間の入院調整をさせていただいた方もあった。

当クリニックの家族相談のカウンセラーが、個別にカウンセリングやケアに対する相談を受けることもあり、生育上の家族関係の問題を抱えたままに認知症を発症されてからの葛藤などに対し、家族の心理カウンセリング的になることも多かった。

その他、芦刈先生や須貝先生が講師として派遣依頼を受けたり、私も声をかけていただいて認知症疾患センターの精神保健福祉士は精神科として何をやっているのかということなどを広報するといった活動も2月にあった。

芦刈先生：中野区医師会の会員として、また医師会がつくる認知症アドバイザー委員会委員長および中野区の3つの協議会のうち認知症協議会の会長という立場から、中野区医師会と区役所認知症対策と認知症疾患センターが連動できるようにこの数か月活動してこれたことがよかった。今後の課題としては初期集中支援チームのことがあげられる。中野区はもともと、認知症アドバイザー医として開業医が認知症のこともしっかり対応していきたいという気持ちが強いので、アドバイザー医なしでの初期集中支援チームはあり得ない。

アドバイザー医がチームの中で医師としての役割を果たせるようにすすめていくという背景、下地をつくらなくてはいけない。一極集中して受診まで何か月待ちというようにならないため、中野総合、警察病院、あしかりクリニック、東京医大あるいは武蔵野療園病院、厚生病院、河北病院といった近隣各医療機関の専門医にアクセスできるようにしたらどうしたらよいかということで、専門医であるアドバイザー医を集めて、各医療機関の特徴などを勉強するといった啓蒙を行った。結果あしかりクリニックの待機日数は14日という結果にいたっている。

また、中野総合の伊藤先生、斎藤先生、警察病院の古川先生、須貝先生、私、ほか医師会の先生 計6名で中野区専門医部会をつくり、区で認知症のリーフレットを作成した。ケーススタディ様式になっており、初期集中支援チームはどこまででてくるか、認知症疾患センターへはどのようにつながっていくか、独居の場合はどうするか、家族がいる場合、かかりつけ医が診てくれる場合、診たくない場合はどうするのか等、細かくケース分けして、アドバイザー医に周知するよう努力した。

東京医大 桜井先生：当院の場合は、今まで十数年にわたり3区の医療機関や行政との流れの連携があったので、比較的順調に推移している。認知症疾患センターの看板をあげたことで、新宿区の流れが集中し混乱するのではという懸念もあったが、医師会の先生方、区役所ならびに包括支援センターの方々に当院の役割とこれまでの連携の立ち位置をご理解いただいて、今まで通り混乱なくすすんでいる。外来件数は再診含め700件

くらいであるが、私どもが経過観察しているというよりは、かかりつけ医の先生のところでは毎月診療していて、私共のところへは6か月ないし1年に1回とか、随時症状が悪化してみえる患者さんがほとんどである。初診の鑑別診断件数は、2月はまだ鑑別が済んでいないので計上していないが、大体70件くらいである。

鑑別診断のなかでの特徴は、アルツハイマー、脳血管障害を合わせると5、6割だが、軽度認知障害が5年前は1割くらいだったのが、最近では2割に近づく勢いであり、記憶障害はあるが日常生活に支障がないというような段階で、本人あるいは家族が正常と認知症との境界の診断を求め、定期的に1年に1回、心配な方は半年に1回みえる形になっている。連携がすすんでいるので鑑別件数のほとんどがかかりつけ医の先生からの紹介になっている点も大きな特徴かと思う。逆に、症状の落ち着かない患者さんを除き、大部分は診断と薬が決まった段階でかかりつけ医にお戻ししている。入院は、月10件程度で従来より身体疾患の入院が主だが、最近では外来での検査だけではわかりにくい特殊な疾患の入院精査が月数件含まれる。

また、疾患センターになってからの特徴としては、以前は高齢診療科がほぼ単独で認知症疾患に対応していたが、メンタルヘルス科から主任教授の井上がセンター長に入ったことで、協力体制をひいていただいた。このため精神疾患が疑われる場合は、外来初期の段階でメンタルヘルス科に同時に診断依頼している。また少数ではあるが、疾患センターになってから何人かは入院対応、あるいは国際医療研究センター、旧厚生年金病院等の新宿区内の他医療機関に送るなど、BPSD対応も少しずつ始まっている。

東京医大 加藤保健師：相談については件数は9～11月は90件前後と横ばいであったが、12月以降からは増加しており、面接も徐々に増えている。内訳は、家族からの相談が一番多いが、包括、ケアマネ、介護保険施設等関係者からの相談が増えている。相談内容は、転院、入院にかかる社会的資源や介護保険にかかわる相談が多くなっている。

その他研修会については、10月に新都心医療連携懇話会、2月の地域住民対象とした研修、第13回になる在宅「認知症患者対策ケアネットワーク」等各種開催している。

高橋係長：実績に関して報告は今後も継続いただけたらと思う。これらの数字の動きから課題等も見えてくるので共有したい。

## 2. 地域連携型・地域拠点型認知症疾患センターの機能と役割について

古田センター長よりスライド説明（別紙スライド資料参照）

- ① 東京都認知症疾患医療センターの経緯
- ② 厚労省新オレンジプランとの兼ね合い

③ 地域拠点型認知症疾患医療センターの役割

④ 地域連携型認知症疾患センターの役割

高橋係長：地域拠点型認知症疾患医療センターと、後に地域連携型認知症疾患医療センターが稼働し始め、それぞれの役割の部分で現状における課題が見え隠れしている段階かと思う。先日、落合保健センターから入院相談の依頼があり、東京医大との連携で直接入院調整に動いていただいたケースもあった。従前と違い、最寄りのセンターに相談を戻した形だが、このような動きでよかったのか。また、入院医療機関についての情報提供にとどまる対応を行ったケースもあったが、拠点型がこの動きでよかったのかとあとから思った。今後はケースごとの対応は地域ごとの動きが中心になっていくと思われるので、拠点型に求めるところや変えていった方がよいところがあればご意見いただきたい。

東京医大 櫻井先生：件のケースは状況的には外来レベルを超えていたので入院して調整する必要があった。私どもの病院でも入院の体制はあったが、独居でかかりつけ医がいないなど問題点が多く、長期化しそうであったことから、直接、精神科と内科のある医療機関に依頼をかけたように聞いている。その後の経過については聞いていない。

どの患者さんの場合でも、私どもの外来に受診が成立しないというような外来対応困難な状況では、直接入院の方がよい。その場合、今まで指定を受ける前までは拠点型のセンターにすべて相談をしていたが、どういうところを選ぶか、どういう医療機関にアクセスするかということで、少しずついくつかの病院を連携の中に組み込んでいる最中である。それでうまくいかなければ浴風会へ相談するということで、連携に関しては最初は自分たちの調整でよいと思う。中野区の場合は、入院が必要な場合には、こういった医療機関と連携をとっておられるのか？

芦刈先生：今日、明日入院させてほしいという緊急性がある場合には、聖蹟桜丘の桜丘記念病院に紹介する。即日入院もできる。

1週間から10日待てるのであれば、東京武蔵野病院か慈雲堂内科病院、長谷川病院。長谷川病院は当日入院も可能。ただしどの医療機関も精神科病床はない。

東京医大 櫻井先生：慈雲堂や長谷川病院は内科を併設していることは知っていたが、東京武蔵野病院や桜丘病院は内科も併設している？

芦刈先生：内科医はいるので、ひどい状態ではなく合併症程度なら受けてもらえる。

高橋係長：区西部には認知症治療病床がひとつもないため、24年に指定された拠点型の松沢病院に、この圏域の患者さんが集中して流れてしまうのではないかという懸念から、問い合わせは一度浴風会にしてもらうことになっている。病院でできるのは治療であり、認知症疾患センターがあるのであれば、入院から見てとれる課題の抽出、家族環境ほかさまざま

なの問題については地域の中で絞り込んできてほしいという思いが松沢病院にもある。最近では浴風会から松沢病院につないでいるケースは少なくなっており、長谷川、青木病院、慈雲堂病院も多くなってきているが、いずれの場合にも同じことが言える。拠点型センターとしての役割をどこまでどのように発揮するのが今後の課題かと思う。各区の担当者からみて、連携型・拠点型の動きに対するご意見は？

中野区 稲吉様：来年度から初期支援チームの担当になる。地域の中で困っている人はたくさんいるという印象だが、今後は入院ケースの最初の絞り込みを一緒にやっていくことになると思う。これまでは浴風会病院にお願いしてもすぐに来ていただくということは難しかったので、身近なところに相談先としていられることは大切だと思う。浴風会の拠点型ができたときには、中部センターの高齢者相談班との役割の分け方がわからなくなった。いずれも都が指定しているにもかかわらず、高齢者相談班には、担当外であるという理由から電話で断られることもあったり、未診断の状態であるにも関わらず退院先はわかっているかなどと、段階を踏まない確認のされ方をするなど、利用が難しく地域の保健師として困っていた。一方、浴風会は入院相談等にもものってくれて助かっていた。しかし、一局集中は対応困難なので、もっと絞り込んだ形で、地域で見られる連携型があるのは段階的なくみとしてはよいと思う。

高橋係長：実は中部の高齢者相談班については、今までは普通のケースではなかなか動いてもらえない印象であったが、このところ立て続けに3ケースほど訪問するなどの動きがあったようだ。なにか変化があったのか？

古田センター長：認知症病棟入院患者審査会というのがあり、先ほどから出ている松沢、慈雲堂、烏山といった都内9か所の医療機関において、3か月の入院期間を超えてしまった方の病状報告会が本日あったが、それらの病院がのきなみ認知症センターに指定されたことにより、会議に行くたびに認知症センターと高齢者相談班の役割ということが議題になる。いずれも東京都の別部署同士であることから、お互い少し頑張らないと、という意識は芽生えているように思われる。高齢者班においても、緊急の場合や、明らかに入院対応が必要な場合には相談してくださいという動きになってきている。

高橋係長：逆に言うと早期診断・早期治療事業も頑張らないといけないと思う。拠点型にあるアウトリーチチームは、困難ケース訪問から早期受診につなげる取り組みということであるが、マンパワー的な問題や、医師が訪問したとしてもどこまで何ができるかということもあり、なかなか難しいと思っていた。高齢者相談班の動きなどをみると、もう少し柔軟に動いていかなければと思う。先日、新宿区で拒否のある方の入院調整ケースにアウトリーチの形でかかわらせていただいた。受診につなげるという本来の意味合いとは違っていたが、一緒にかかわらせていただくことでまた違った動きがとれてきたりするのかな、家族との調整・カンファレンスも重ねていき

ながら、うまく入院につなげることができた。このような形でもアウトリーチをどんどん活用していけたらと思う。

新宿区 狩野様：今回のケースは、明らかに近隣の住民の方に対する被害妄想が強くなって高度化が進んでいながら身体はとても元気、ということはどうにかしてほしいという民生委員さんから苦情があり、突然湧いて出てきたような話であった。家族もいたので、入院調整という意味でのベッド確保まではスムーズだったが、いざ連れて行くとなった時に本人が拒否し、家族が引いてしまう。家族の中のキーパーソンも入院させなければいけないということに踏み込めないというところで右往左往し、キャンセルしてしまった。そこで家族の方への支援、入院の必要性を詰めていく部分を高橋さんに来ていただいて一緒にやっていった結果、最終的には家族も納得され地域の方とも話し合いの末、入院にもっていくことができたと聞いている。今回のような、家族に動く力やお金はあるが、気持ちの部分での押しが難しいというケースにおいて、病院という立場からソーシャルワーカーさんが入っていただいたということは有意義だったと思う。

新宿区では、認知症相談という、精神科の先生が訪問での相談事業を行っている。先ほどの話のように、家に行っても何かわけでもないしどうなんだろうという意見もあるが、医師が行って受診を促すことで拒否していた本人が動いてみたり、家族がやっぱりそうだと気づいたりというように、いろいろな人が言っても受け入れられなかったことを、医師が言ったということを引きかきかけに動き出すケースも出てきている。とにかく一回でも受診してもらって、介護保険の申請だけでもしたいとか成年後見の書類を書いてほしいといった場合など、次のステップに結びついていると感じるケースもある。

高橋係長：アウトリーチ事業が病院さんとも協働して柔軟的に入っていけたらよいと思う。現状を見てみると、アウトリーチのケースは長々と時間をかけてじっくり入っていくケースが多い。家族とじっくり話しながら認識を変えていただいたり、地域の方にも入っていただいて少しずつじっくり動かしていくという部分では、アウトリーチが使えるといいのかと思う。当院だけでは難しいので、その時は一緒に動けるとよいと思う。

芦刈先生：こんな場合はどうしたらよいか？事例検討会で出たケースであるが、かかりつけ医がいない、地域住民は困ってはいないけれど、あの人は認知症だと噂されていて身なりもきたない。たぶんゴミ屋敷だと思われるが、地域包括の方も含め、来訪者は玄関先で追い返される。家族はいるかわからないかわからず、家の中はどうなっているのか、食べているのか、倒れていないか包括が介入したいができない状況。とにかく訪問していくしかないということで、2週間あるいは1週間に一度、包括は訪問することとしていたが、結果的には訪問した時に新聞受けに新聞がたまっていて家の中で亡くなっていた。人道的にもっと介入すれば亡くなること

はなかったのではないかという意見もあるし、在宅の先生などは、認知症があろうがなかろうが、病院は大嫌いだという方が突然亡くなるのは本望ではないかとおっしゃる先生もいる。人の死の倫理の問題もあるが、こういった訪問拒否の方のアウトリーチを頼まれたらどんな対応になるか？

高橋係長：杉並で同じようなケースを1年近く抱えている。時間はすごくかかっているが、状況は少しずつ変わってきている。どのケースでも全般的に言えることであるが、地域包括、ケアマネ、区、病院といった各専門機関にも不安やストレスがあり、ひとつの機関で抱えることが困難になってしまい、結果、距離感が生まれることで地域から埋もれてしまうのではないかと。各機関が一緒にかかわることで負担軽減を生み、月2回しかできなかった訪問が3回できるようになったといった効果も生まれるとしたら、そこを評価していけるとよいかと思う。時間が経つにつれ、近所の方の中に支援してくれる方の姿が見えてくることもある。それらの人も巻き込んでいながら、どうすることもできないながらも何かあった時にはみんな協力体制を整えていこうということができるだけでもよいのではないかと思う。認知症の方のケースには、時間をかけて関わっていくうちには、ふっと気がゆるんで連れ出すことができるタイミングもあるという点では、エンドレスなやり取りになりがちな精神疾患の方とは違うという印象もあるので、そういった点からも対応の仕方を変えていってみるのもよいのかと思う。アウトリーチチームで関わっていても課題解決をはかれないケースはあるが、そういうところに入っていくところにチームの役割がしぼられていくのではないかと思い、時間をかけて対応している。

芦刈先生：先ほどのようなケースであれば、初期支援チームの関わりの中で対応が困難になってきた時に、アウトリーチチームに加わって対応していただくということによいか？

高橋係長：そう思う。

古田センター長：今のようなケースは、閉じこもっているようにみえるのになぜ生きていられるのか、その人のライフラインを確認できることが第一であり、それで維持されていけば先ずはよしということで、その様子を確認しに行くことである。声かけをして反応がないような場合には、警察による強制力をうまく利用することで危機回避できる。

芦刈先生：亡くなってしまいうというケースはショックである。

高橋係長：アウトリーチケースで介入数日後に亡くなったケースもある。あとからたどってみると、実は数年前から地域住民や家族が気づいていたにもかかわらず、地域の中で抽出できていなかった。地域包括に相談するなど、地域住民の方にも認知症の方を発見したときにどこにつなげたらよいか、関係機関につなげるツールのようなものが備わっていないといけないので研修等の機会も増やしていかななくてはとも思うが、そういっ

たことに関心をもっていただける方というのは、すでにいろいろな情報をもっている。それ以外の地域住民の方をどう掘り起こすかが今後のさらなる課題かと思う。地域の中で協力体制をどれだけつくりあげていけるのか、アウトリーチチームも介することで手助けできるとよいと思うし、またケースに入っていくことで課題を地域にフィードバックしていくことも役割のひとつであると思う。

中野区 稲吉様：認知症サポート養成講座は、内容は基本的なことに過ぎないが、伝え続けることが大切であるという印象は持つ。地域が知っていてくれさえすれば、挙がってくるケースは増えると思う。役所において、いくらアウトリーチしますよ、と言っている、近所に勝る情報網はない。杉並区では何人くらいサポーターがいるか？

杉並区 河侯様：受講者は延べ 14,000 人くらいで、初期に何度も受講された方も含む。

新宿区 狩野様：新宿区はおよそ 10,000 人超で年々増えている。今年は警察署が全職員に受講させた。実施回数も昨年度は 88 回だったが、今年は 12 月までに 96 回行う。企業からの依頼もある。新宿区では包括支援センターの職員が講座を行い、地域の方と相談先が直接顔の見える環境をつくるというのがひとつの特徴となっており、その効果を感じている。民生委員との連絡会も行っている、気になる人は包括へという流れはできていると思う。

芦刈先生：中野区で地域包括ケア会議という事例検討会が始まっており、各保健福祉センターすこやかでの事例は把握している。事例をみると独居で認知症、独居で精神疾患、というケースが目立つ。地域は少しずつ問題意識をもっているように見えるが、もっと力を入れてやっつけば、亡くならず済むようなケースも増えるのではないか。

杉並区 河侯様：杉並区では、地域包括での個別事例の地域ケア会議もあるが、在宅医療の地域ケア会議もあり、高円寺の 1 回目は支援につながりにくい認知症の方を取り上げているが。

窪田先生：杉並区では 27 年から区内 7 か所の生活圏域で、1 か所年 3 回、計 21 回の中地域ケア会議をやっている。高円寺第 1 回目は高齢で独居、ゴミ屋敷の方で、民生委員からの連絡で地域包括が介入し、介護保険申請、サービスにつなげたケースであった。先ほど言われたように、認知症サポーター講座を地域の多くの人に受けてもらって認知症を理解してもらうことは一番大事なことである。包括が一生懸命待っていても、来る人はごく一部で、もっともっと埋もれている人は地域の中でたくさんいる。そういう人たちを見守るのが地域であり、意識の高い民生委員のような方だけでなく、一般の住民の方もサポーターとしての教育を受ければ近所の方の様子の変化に気づいてもらえる。杉並区では向こう 3 件両隣といった昔の地域づくりを復活させようという動きを進めている。認知症サポーター養成講座をもっとたくさんの人に受けていただいて、自宅の

周囲だけでも見ていてもらえると、認知症の方の早期発見につながる  
ことができる。包括だけでは目が行き届かない。

### 3. 各区と認知症疾患医療センターの今後の取り組みについて

杉並区 河俣様:28年1月から河北総合病院で初期集中支援チームが始まった。  
27年度内に4件の稼働をお願いし、2件訪問している。うち1件、精神  
障害のケースだった例もあるが、医療面は河北病院に、ほかケア24にも  
つなげて対応した。もう1件は、拒否ではないが約束しても忘れてしま  
うので、会えずに苦労しているケースとなっている。

他の地域については、4月からは本庁内で、浴風会の雨宮医師を中心に、  
区の制度で訪問指導をしていた看護師がチームを組んでやっていく予定  
である。これまでの訪問指導のうち、年間70件くらいが認知症のからむ  
事例であったことから、杉並区全体で同件数くらいの対応ができればと  
考えている。実際どのくらいできるのか、どういう動きをすればよいの  
か、検証しながらやっていきたい。

新宿区 狩野様:新宿区は4月から初期集中支援チームの稼働を予定している。  
杉並区と体制が異なり、各包括の職員がチーム員の訪問スタッフとなる  
ので、初回のアセスメントには包括支援センターの医療職と介護スタッ  
フが2名で訪問のうえ、6か月間の集中支援を行う。医師はサポート医に  
依頼しており、区全体で月1回チーム員会議を開催し、各訪問ケースに  
ついてのアセスメントや中間報告、医師からのアドバイスを受ける。必  
要時の訪問ということで、各包括とも2回ずつ医師の訪問費用をとって  
いるが、訪問については昔かかっていた医師等に依頼するなど、ケース  
ごとに対応していく予定である。

窪田先生:初期集中支援をサポート医をお願いするのはいい考えだが、医師会  
の中でスムーズに賛同されているかが心配である。初期集中支援チーム  
の良さは、地域の中で一番近くの先生が機動的にパッと動いてくれるの  
が理想だが、なかなか開業の先生の合意を得るのが難しいと思っている。

新宿区 狩野様:認知症ケースの場合にはかかりつけ医への相談が基本であり、  
医師会へは区を通じてチーム員会議でのアドバイスということでお願い  
している。サポート医の先生何人かにご協力いただいて、おひとりの先  
生に年1回~2回担当していただくということで了解を得ている。主治医  
のいる方のところへサポート医が訪問することは考えておらず、基本的  
に訪問するのは包括の医療職、介護職であり、現場に医師を行かせるわ  
けではない。基本的には今包括でやっている仕事をもう少し丁寧によっ  
ていくとか、認知症初期の方に視点をあてられないかという取り組みの  
イメージである。

あとは新宿区で精神科の医師が訪問して行っている認知症相談というシ

システムがあるので、精神科に診てもらおうような重いケースには訪問相談を活用していくことになる。

中野区 辻内様：中野区は28年度より開始の予定。杉並区同様、区役所の中にチームをもつというかたちで計画をすすめている。医師については、アドバイザー医にも専門医にもチーム員会議に出てほしいので、月1回の会議も芦刈先生と区内の専門医何名かと、もう一人、認知症アドバイザーの先生という2名体制にする。区内に入院病床もなく、専門医療機関も芦刈先生のところくらいという中野区の状況で、本当に医師の訪問を要するということがチーム員会議の中で決まれば、医師の訪問もできるということになる。中野区医師会が地域包括に協力医を2名ずつつけるという形で、包括からの依頼で医師が訪問するという動きも以前からあるので、初期集中支援チームも今後ずっと本庁でやっていくというふうには考えていないが、どのように発展させていくのか、芦刈先生と相談しながらすすめている状況である。

高橋係長：今後も協議会の場を利用して各区の動きについて情報共有してけるとよいと思う。

浴風会の今後の取りくみとして、連携協議会のあり方については、今日のような形で動かしていけるとよいと考えている。連携型センターからの実績や課題の報告、拠点型からみえる報告事項をあわせながら区西部として見える課題や取り組みを共有していけたらと思う。

今後拠点型においては、引き続き各種研修事業を重点的に行っていくことになっていくと思う。(開催研修実績：別紙参照)今年度より回数も増やして実施していきたいと思う。

東京医大 櫻井先生：4月からの保険改正で、認知症ケア加算の新設や、重症度評価に初めて認知症評価が追加される。急性期病院でも認知症を積極的に診なさいという国の姿勢のあらわれであるが、これに対する看護師への研修が当院でも弱点であり課題でもある。浴風会で法改正に向けての研修をお願いしたい。認知症の患者さんが入院できないということが解消できるいい加算であると思う。

高橋係長：認知症ケア加算に対する研修等の案内は都からも出てくると思う。看護師認知症対応研修の対象職種も急性期の看護師にかかわらず拡大されるような動きがあるので、当院でもご要望を含めて開催していけたらと思う。東京都の動きは？

東京都 富沢様：国からは看護職員向けの研修を各都道府県で実施しなさいということである。来年度から始まるのがリーダー的な看護師対象の3日間の研修であるが、これが加算の要件にあたるかどうかは国がまだ示していない。都で行っている認知症対応力向上研修も、国の要綱にもとづいて実施してきたものであり、かなり良いものになってきている。これらの研修時間を加算要件に位置付けてくれるように都からも国に話をしているの、来年度明確に示されるかと思う。

高橋係長：認知症対応力向上研修を修了された方のフォローアップ研修も次年度は考えていけたらと思う。圏域内にいる7名の認定看護師が研修を盛り上げていこうという動きになってきているので、認知症早期発見等につながるよう、より内容の濃いものにしていきたい。年間スケジュールについては別紙のとおり。多職種協働研修については、もう少し小さな単位でもやってみたいと考えている。

#### 4. つながりノートについて

高橋係長：つながりノートの使用効果はなかなか見えてこないが、高井戸地域の本暮クリニックの先生から、もう少し簡略化したものを提案していただいており、今後地域内で試行する予定である。またこの場を借りて報告したい。

古田センター長：本日、活発なご議論をいただき、来年度は、初期集中支援チームが各区に設置された地域連携型認知症疾患医療センターとどのように関わっていけるか、地区ごとに認知症対応をどのようにすすめていくかが大きな課題になるかと思う。  
本日はありがとうございました。