

東京都認知症対策推進会議

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（第2回）

平成22年8月31日（火）

【室井幹事】 それでは、ただいまから東京都認知症対策推進会議の第2回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を開催したいと思います。

本日は、委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、また大変暑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。

初めに1つお願いがございますが、ご発言に当たりましては、お手元にマイクをご用意させていただいておりますので、そちらを使っていただきますようお願いいたします。

次に、本日の委員の出欠状況につきましてお知らせいたします。本日、牧野委員がまだこちらに到着しておりません。いらっしゃるというお話でございますので、少し遅れているという状況かと思えます。それから、幹事でございますが、櫻井幹事につきましては、所用によりまして欠席をさせていただいております。なお、本日は、第1回目に引き続きまして福祉保健局長の杉村にも出席していただいております。

事務局からは以上でございます。それでは、繁田部会長、よろしく願いいたします。

【繁田部会長】 お暑い中お集まりいただきまして、ありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速議事に入らせていただきたいと思いますけれども、まずは資料の確認を事務局のほうでお願いしたいと思います。

【室井幹事】 それでは、資料でございますが、お手元に本日の部会資料ということで、次第とともにとじている資料がございます。これを取っていただきますと、ホチキスどめをしているものがございます。こちらが参考資料でございます、これまでに出了された意見の一覧をお配りしてございます。

このほか、第1回目の部会の資料をご参考までに委員と幹事の皆様に配付しております。適宜ご参照していただければと思います。また、会議終了後は机上に残していただいても結構でございますので、よろしく願いいたします。

【繁田部会長】 そうしましたら、早速資料の内容に関して説明をしていただきたいと思います。議題は「東京都における認知症疾患医療センターの整備の方向性について」と

いうことでございます。

早速資料の説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、ご説明をさせていただきたいと思います。

お手元のA4の資料でございますが、6枚めくっていただきますと、名簿の後に「東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について」という、「資料」と右肩に書かれているものがございます。こちらの資料は、第1回の部会で委員の皆様からいただきましたご意見、それから、部会後にお寄せいただきましたご意見を参考にさせていただきまして、繁田部会長と事務局とで案としてまとめたものでございます。本日の会議では、この案をたたき台といたしまして委員の皆様方からさまざまなご意見をいただきまして、東京都における認知症疾患医療センターの基本的な方向性としてまとめていただきたいと考えております。それでは、資料の内容についてご説明をさせていただきたいと思います。

まず、「基本的機能」と「3つの役割」ということで整理をさせていただいております。東京都は、これまでも認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするために、かかりつけ医であるとか、サポート医といった先生方の研修を行うなど地域の医療体制の整備を行ってきたところでございます。しかしながら、今後、認知症高齢者も一層増加するという中で、かかりつけ医と専門医療機関、さらには医療と介護、こうした間の緊密な連携が必要になってきているということでございます。

こうした中で、東京都における認知症疾患医療センターにおきましては、特に認知症の方に日ごろ接していただいております地域の医療機関、介護機関等への支援機能をサポートする機能が一つ必要であり、さらには、地域の認知症に係る医療・介護連携の中核としての機能が必要になってくるというふうに整理をしております。

その上で、この機能に基づきまして3つの役割を果たすことが必要であるというふうに整理をいたしました。まず1つは、認知症に係る「専門的医療機関としての役割」ということございまして、認知症の人に対するさまざまな医療を適切に提供できる体制を構築する役割でございます。2番目が、認知症に係る「地域連携の中心的機関としての役割」ということで、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割でございます。3番目が、認知症に係る「人材育成機関としての役割」ということございまして、地域における認知症専門医療の充実と地域における認知症対応力の向上を図る役割という、以上の3つの役割があるのではないかと整理をい

たしました。

それぞれについて具体的な中身を簡単にご説明したいと思います。

まず、「専門医療機関としての役割」でございます。東京の現状でございますが、認知症に関する高度な医療資源は他県に比べますと相当数ある状況かと思いますが、一部医療機関に鑑別診断が集中するとか、入院医療の受入体制が十分ではないといったような課題もあるということでございます。

そういった中で、東京都において認知症疾患医療センターは、認知症の人に日常的に対応していただいておりますかかりつけ医をはじめとした地域の医療機関、それから、介護機関の支援・バックアップを行うということと、さらには、センターが中心となりまして、地域の医療機関同士、これはかかりつけ医と専門医療機関、さらには一般病院・精神科病院と専門医療機関といった関係がございますが、こうしたものの連携を促進していく。さらには、医療と介護の連携の促進を図っていくということが必要でございます。

これによりまして、認知症の早期発見、迅速な診断に基づく適切な医療・介護を支援・バックアップしていくということと、認知症と身体症状の双方に対応できるような切れ目のない医療支援体制の構築を図っていくということでございます。また、認知症疾患医療センター自身も、鑑別診断、入院医療等の医療提供体制の強化をあわせて行っていただきたいということでございます。

今のは総論でございますが、それを3つのカテゴリーに分けて具体的に取り組みを整理してございます。

1つは「専門医療相談」でございます。「多様な相談に応じられる医療相談室の設置」とございますが、精神保健福祉士・保健師・専門看護師等の専従の職員を配置した医療相談室を設置していただきまして、患者・家族はもちろんのこと、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター等からのさまざまな認知症に関する医療相談に対応していただきたいということでございます。

それから、認知症医療相談に当たりますには、患者の置かれている状況を総合的に把握して、自院で診察をするのか、あるいは、ほかに適切な医療機関があればそちらの紹介をしていただくというようなことが必要だということでございます。

また、相談の中には、ご自身に病識がなくてみずから医療機関を受診することが困難な方というのもしらっしゃいますので、例えば地域包括支援センター等からそういった方にご対応したらいいのかというような相談を受けることもあると思います。こういった場

合には、地域包括支援センターですとか、かかりつけ医、在宅医等と連携をして、早期の診断に結びつけるように努めていただきたいということでございます。

続きまして、「鑑別診断・初期対応」というところでございます。「適確な評価と初期対応」というふうにございますが、1つは、患者の日常生活の状況を踏まえて、老人性うつなどほかの精神神経疾患との鑑別をしっかりといただく。さらには、認知症にもいろんな病気がございますので、認知症の原因疾患の診断を正確に行うということでございます。

診断に当たりましては、医学的診断だけではなくて、日常生活の状況ですとか、他の身体疾患等の状況も踏まえまして、本人の身体的、心理的、社会的側面を評価する、いわゆる総合機能評価というものを行っていただきたいということでございます。評価結果につきましては、かかりつけ医ですとか、地域包括支援センター等と情報の共有化を図りまして、適切な医療・介護の支援に結びつけていくということでございます。

それから、本人・家族に対しましては、当然のことではございますが、わかりやすく適切な病気の説明をしていただく。これに加えまして、介護・行政サービス等に係る情報提供も行っていただきたいというふうに整理をしてございます。

かかりつけ医に対しましては、いわゆるかかりつけ医の日常診療をバックアップするという意味で、画像診断等の依頼に対する対応をする。さらには、鑑別診断後の患者の経過観察におきまして、必要なバックアップをするというふうに整理をしてございます。

めくっていただきまして、「迅速な診断」というのがございます。鑑別診断が集中してしまうということもございますので、やはり早期に診断ができませんと、その後みんな遅れが出てきてしまうということもございますが、他の医療機関と連携を図りながら、できるだけ早期に受診ができるように努めていくという役割も期待してございます。

続きまして、「身体合併症・周辺症状への急性期医療」でございます。1つは「センターにおける受入体制の整備」ということでございますが、認知症の人のさまざまな身体疾患に対応できるように、院内の診療科間の連携体制を整備する。認知症所管の診療科だけではなくて、ほかの診療科におきましても認知症の方に適切に対応できるようにしていただきたいということでございます。

それから、すべてのスタッフを対象とするような院内研修を例えば行うということによりまして、病院全体の認知症対応力を向上させていただきたい。さらには、院内の医師、看護師、介護職、精神保健福祉士、さまざまな職種がございまして、そういった職種が適切に連携できるような体制の構築に努めていただきたいということでございます。

2番目でございますが、「早期からの退院支援」ということでございます。本人の生活環境、家族の介護力等を勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けた協議を地域の医療機関、地域包括支援センター、ケアマネ等と行いまして、率先して退院後の生活支援体制の整備に努める。退院支援につきましては、ほかの病院もやらなくてはいけないことだと思いますが、認知症疾患センターにおきましては特に率先してやっていただきたいという趣旨で書いてございます。

「地域における受入体制の整備」でございます。認知症の方の身体合併症・周辺症状の治療は、認知症疾患センターだけですべて受け止めるということではできませんので、地域の一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図りまして、センターを含む地域全体で受け入れを促進していく体制を構築していく。

さらには、顕著な周辺症状（BPSD）があらわれている患者の対応におきましては、東京都の精神保健福祉センターですとか、東京都の事業としてやっております老人性認知症専門病棟を持つ病院と連携を図って対応していくというふうに記載をさせていただいております。

続きまして、4ページ目でございます。役割の2番目でございますが、「地域連携の中心的機関としての役割」ということでございます。

認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするためには、さまざまな関係者が連携していくことが大切なのだ。特に、医療と介護と行政の緊密な連携による適切な支援というのが不可欠なのだというふうに基本認識を書いてございます。

しかしながら、前回、第1回目のお話でも少し出ましたが、東京におきましては連携という意味では少し不十分なところがあると。特に地域包括支援センターと医療機関との連携はいま一つというところがございます。そのため、東京における認知症疾患医療センターにおきましては、地域連携の中心的な役割を果たしていただきたい。また、地域包括支援センターですとか、認知症サポート医等の関係者と日常的な協力関係、支援関係を積み重ねることによりまして、地域生活を継続できるための具体的な連携体制の構築を図っていくべきであろうというふうに総論として述べております。

さらに、この中身でございますが、1つは「地域連携体制の構築」でございます。地域の医療機関、地域包括支援センター、行政機関等によりまして認知症疾患医療連携協議会を開催いたしまして、それぞれの地域の特性に応じて効果的に機能するネットワークの構築に向けた検討を行うというのが1つでございます。

さらには、もう少し具体的なお話といたしまして、医療従事者ですとか、地域包括支援センター、ケアマネ等が一堂に集いまして、具体的な症例事例について検討、意見交換を行うような研修会を開催していただけたらいいのではないかと。また、そういった中で、単にそれぞれのレベルが上がるということだけではなくてお互いの顔の見える関係を構築する。さらには、その地域の認知症対応力の向上につながっていくというようなことで考えてございます。

続きまして、「地域包括支援センターとの連携の強化」でございますが、これはとても大事なことであるというご意見もいただいております。特に地域包括支援センターとの連携を行う窓口を設けまして、日常的に連携を図っていただきたいということでございます。それから、病識がない方についての地域包括支援センターとの連携、さらには、退院支援における連携ということも記載をしております。

それから、「家族会への支援」でございますが、認知症の人の家族会の活動に対する支援も行っていたきたいということでございます。

次のページでございますが、「自治体への協力」ということで、自治体を実施する認知症関連事業にもご協力をいただきたいということでございます。

さらに1枚めくっていただきまして、6ページでございます。3つ目の役割である「人材育成機関としての役割」でございます。

今後、認知症高齢者も一層増加するという中で、認知症に係る専門医療に精通した人材の育成というのが重要な課題になっております。そういった中で、認知症疾患医療センターは単なる専門医療機関ということだけではなくて、人材育成においても中心的な役割を担っていただきたいということでございます。

1つは、「センターにおける医師、看護師の育成」ということでございまして、いわゆる院内におきまして認知症医療に係る専門的な知識、経験を有する、また、認知症の人を総合的に診ることができる医師や看護師の育成に努めていただきたいということでございます。

それから、これは院外の話で、地域における人材の育成ということでございまして、地域において医療従事者、地域包括支援センター、ケアマネ、先ほどの研修会でございますけれども、そういったものを開催することによりまして、地域の認知症対応力のレベルアップも図っていただきたいということでございます。以上が基本的な役割でございます。

続きまして、次の7ページ目でございます。「その他」とございまして、本日の会議の

中でぜひご意見をちょうだいして、確認をしていきたい事項について2点掲げております。

1つは、基幹型認知症疾患医療センターが必要かどうかということでございます。これは前回の会議でもご説明をいたしました。国が今年度から新しい制度としてつくったものでございまして、地域型の機能に加えまして、身体合併症に対する救急医療機関としての機能を有するもので、いざというときの空床確保、ベッド確保をしてくださいというものでございます。

ちなみに、国のほうは、基幹型を設置できるのは各都道府県もしくは政令市において1カ所までと言っております。こちらに対しての考え方の案をつくってございます。国は、基幹型を設置できるのは各都道府県等において1カ所までとしておりますけれども、多数の認知症の方が生活しております東京都におきましては、1カ所では限界があるということでございます。国の基準はちょっと東京都になじまないということで、既に医療支援部会で整理をしていただきましたが、東京都において、緊急時の対応といたしましては、かかりつけ医や一般急性期病院、専門医療機関等の連携により対応することを基本としていくべきではないか。必要に応じて、休日・全夜間診療事業等の救急医療制度や精神科夜間休日救急診療事業といったような東京都の事業も活用していく中で対応していくということではないかという整理をしてございます。

さらに、1枚目めくっていただきたいと思います。8ページ、設置数の考え方についてでございます。要は、都内に幾つ設置すべきかということでございますが、二次保健医療圏に1カ所というのを案としてございます。都の医療政策全体に言えることではございますが、二次保健医療圏というのを基本的な単位といたしまして、その中でさまざまな医療サービスのあり方を考えていこうと、その基本単位としているところでございます。がんや脳卒中といった取り組みにおきましても、二次保健医療圏を基本として、地域における医療連携体制の構築を図っているというのが実態でございます。いろいろなセンターというのは、各二次保健医療圏におきまして1カ所が基本になっております。あとはそれぞれの事情に応じて少し変えているというような状況でございます。

これにつきましてはいろんなご意見をいただいていたわけではございますが、設置数につきましては、とりあえず二次保健医療圏に1カ所を基本といたしまして、指定したセンターの運営状況等を踏まえまして、必要に応じて見直しを行うという形で整理をしたらいいのではないかと考えております。

ちなみに、ご意見といたしましては、二次保健医療圏単位がいいのではないかと、それか

ら、区市町村単位がいいのではないかと、あるいは人口を目安に考えるべきではないかというようなご意見をいただいております。

雑駁ではございますが、資料の説明は以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

委員の皆様からいただいた意見をできるだけ広く反映させていただこうということでこのような資料になりました。何回か見直してはつくり直しという作業の結果でございます。ただ、少しでも多く委員の意見をと考えたところから、多少なりともポイントがぼけてしまっているところもありますので、それはこれからの議論で整えていただけたらと思います。

いただいた意見が必ずしも一つの方向に一致しているわけではない部分もございました。今ほどの設置数のところもそうですけれども、その場合には委員の皆様の意見を踏まえつつも、私のほうでまず選択肢を1つに絞ってこの中に入れてあります。それをごらんいただいて、それでいい悪いという意見を言っていただくほうが議論しやすいのではないかと考えました。あんな意見もある、こんな意見もあるではちっともまとまらないと思いましたので、あえて一つの流れをつくって、事務局にも協力をしていただいて、このような資料になったということでございます。

これからの時間で議論をしてまいりたいと思いますけれども、議論の仕方としましては、センターの役割として、現時点では、おおよそ3つに整理をすることができましたので、それぞれについて15分から20分くらいの時間でご意見をいただきつつ、もちろん、お互いに関係することでもございますので前後しても結構でございます。ただ、目安として1つの役割に15分から20分で、その後、基幹型の必要性について。必要ないのではないかとこの原案、それから、設置数に関しては二次保健医療圏に1つという原案に関してのご意見もいただけたらと思います。

それでは早速、ご意見をいただけたらと思います。

まず、役割の1つ目でございます。「専門医療機関としての役割」というところで説明をしていただいた内容に関しまして、ご意見をいただけたらと思います。柱はこの中で3つ立てております。「専門医療相談」、「鑑別診断・初期対応」、「身体合併症・周辺症状への急性期医療」という柱でございます。いずれの柱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。

例えば、3つの柱の中で「鑑別診断・初期対応」は、かかりつけ医、医療機関等々から

依頼があれば、恐らく断るということはまずないと思いますので、現時点でも既に一定程度行われているだろうと思います。

それに対しまして、「専門医療相談」に関してはかなり医療機関によって濃淡があるのではないかと思います。これは相談体制の人員に関しても状況がかなり異なっておりますので、できればこういった医療相談に関しては特にスピードを重視してとか、医療を利用するという立場からの意見も含めていただけたらと思います。

それから、身体合併症に関しては前回もたしか問題になったと思いますけれども、認知症を持っているということで医療機関に断られてしまって、個人的な病院、診療所同士の関係を使って半ば強引にお願いをしているとか、そういった事情もあります。周辺症状に関しましては、恐らく最後の最後に精神科の病院が踏ん張って受けていただいているという現状だろうと思います。

個人的には、精神科医療をより早い段階で利用することで、そういったぎりぎりまで追いつめられるような状況が避けられるのではないかということ。それでも最後の最後に依然頼らざるを得ないということで、精神科病院にはお願いせざるを得ないというところがあります。それがなくなるということはないだろうと思います。

いかがでしょうか。弓倉委員、お願いします。

【弓倉委員】 身体合併症の急性期医療のところでございます。院内の診療科間の連携体制を整備したり、病院全体での認知症対応力を向上させるということはものすごく大切なことでございますので、これは本当にぜひ必要なことだと思います。

私がちょっと質問したいのは、身体合併症を診る病院の機能のレベルをどの程度までセンター病院に要求するのか。つまり、大学病院クラスの病院もあれば、いわゆる精神科病院もあるだろうと思うんですが、提供できる身体合併症への医療サービスの中身は恐らく違うでしょうし、メニューも異なってくると思うんですが、「身体合併症」という言葉だけでくくってしまうとそのメニューが見えなくなってしまうので、それをどの程度までセンター病院には要求するのか。それは、先ほどの基幹型をどうするかという議論にもつながってしまうんですけれども、身体合併症を議論するときにはその辺が欠かせないのかなと思ひまして、伺いたいと思います。

【繁田部会長】 特にただいまの後半の身体合併症のご意見に関して、何か委員の皆様でご意見があればいただきたいと思います。山田委員、お願いします。

【山田委員】 身体合併症は精神科の病院で抱える悩みと同じなのでお話ししたいと思

います。精神科病院内で発見した身体合併症ですが、その受け入れはよいものではないのが現状です。実際に東京都の救急の会議に出ますと、消防庁のデータですと、いろいろ問題があるケースが9%あって、その9%というのは精神が入っている。精神の中でも認知症も入っているというふうに聞いています。

詳細はまだ聞いたことがないんですけども、精神科領域の問題としても取り上げられています。東京ルールというシステムが昨年、稼動していますけれども、その中でとにかく地域でやっていこうということになった。ほぼ二次保健医療圏なんです。中核病院、総合病院で救命救急センターを持っている病院が基幹病院になって、それに協力する一般総合病院と精神科病院が手挙げ方式で参加してやっていくというのが、まだ東京都全域ではないんですけども、一部の地域で始まっています。

救急患者が発生したときに、どこに行けるかというのはなかなか選べるものではないので、認知症も含めてですけれども、精神科においても対応できる病院、対応できない病院があります。多分二次救急以上の病院で対応できる病院があれば、先ほどどこかに顔の見える関係というのが出てきましたけれども、常日ごろからそういう関係を持っていることによってお互いに、認知症についてある程度身体疾患が落ち着いたら精神のほうで診てくださいますとか、あるいは地域に戻っていただきますという話ができていると、救急病院も認知症を含めた精神科合併症例は、受けにくい。そういうことは日ごろからのつき合いで解決するしかないなというのが、実際にやっている意見なんです。ですから、できればそれは大学病院レベル、あるいは救命救急を持っている三次救急に対応できる病院が基幹病院としてあればいいのですけれども、そこに集中したら、多分対応し切れないだろうというのが現状じゃないかと私は思います。

【繁田部会長】 そのほかいかがでございましょうか。ご意見をいただければと思いますが、高瀬委員、お願いします。

【高瀬委員】 現状分析から入っているのかなと思っているんですけども、センターということで新たな機能を有するところから入るのか、それとも、現状分析から入るのかということが一つ疑問にはなります。多分、弓倉委員先生も山田先生も現状お困りになっていることを、今、提示なさっていると思うんですが、センターというのをどの位置に位置づけるかという話から始まると方向性が見やすいのかなとも思うんです。というのは、よく物を考えるのに入り口論と出口論を考えることがあるんですけども、一点集中するとジャミングを起こして、後方病院とかはうまく機能しないことがあるんですね。

まず数がありきの話だと、二次保健医療圏ということもあるんですけども、一つ二つとか数を絞るのであれば、恐らく東京都は大きなものですので、入院機能は十分に働かないということは、火を見るより明らかなのです。数を絞るようであれば、いわゆる認知症の対策の情報収集か広報という観点から考えると非常にわかりやすい話かと思うんですけども、方向性をまず示していただくと議論しやすいところかなと思います。

【繁田部会長】 例えば、前回栗田委員が仙台での経験をお話ししてくださいましたけれども、ほかの道府県でセンターが機能している場合には、通常は基幹型が1つあるわけですので、ベッドを1つ用意しておく。ただ、初めからそういうベッドを使うとすぐいっぱいになってしまって、むしろ有効な使い方ではない。センターというのは、そういった患者さんがいらっしゃるということがわかった段階でまず他の医療機関で受け入れ先を探す。身体の病気の重篤度であるとか精神面での症状を踏まえて、そこで行き先を探すという、振り分けが大事な役割なんだろうと思います。それで受け入れてくださるところに紹介させていただく。どうしてもそれが難しい、あるいは、BPSDなんていいますけれども、非常に激しい精神面での症状等がある場合には、センターの1床を使うということであらうと思います。

そういうふうを考えますと、二次保健医療圏に1つだとしても、市区町村に1つだとしてもとか、仮に市区町村だとしても、東京でもセンターで、その都度受け入れることは恐らくできないと思います。とすれば、紹介をする、あるいは行き先を見つけることがセンターの役割になると思います。

そのときに、恐らく弓倉委員もそうでしょうけれども、今、医療機関で患者さんを診察して、これはお隣の総合病院では無理だ、あっちの大学病院に送らなきゃだめだという一次、二次、三次の、あるいは特定機能病院でなきゃだめだというご判断はされていると思いますので、その判断と、認知症の症状を踏まえての行き先のご案内といいますか、道府県と同じように、センターは行き先を見つけるというところまでやっていただけたらと思うんです。それが、私が皆さんの意見を拝見してぼんやりと描いたイメージではあります。

【弓倉委員】 認知症の身体合併症が精神科救急の話とくっついてしまいますと、くっつかざるを得ないところもあるんですけども、そこは東京ルールの救急の調整機関をとったところがどういうふうに持つのかという話がまた新たに出てくる可能性がありますので、確かに先ほど山田委員がおっしゃったように、東京ルールの中の搬送困難事例の中にそういうものがある程度の数があるというのは今出てきておりますけれども、では、この

センター病院が東京ルールの救急先の選定に携わるのかということ、そこまでこのセンター病院に求めてしまうと、そこでいいのかどうかというのはまた別の議論になってくるかなと思うんですが。

【栗田委員】 認知症があつて、しかも身体合併症があるという人は、本当は実態調査をしなければいけないと思っているんですが、実はほとんどの病院の一般病棟に入院しているという現実があつて、これをどうサポートしていくかということが非常に重要な切り口だと思うんですね。

認知症疾患医療センターでは、自分の病院もそうですけど、時には近所の病院に入院している認知症を持った身体合併症の人たちに対しても助言しなくてはいけないという役割が当然出てくるので、1つは、一般病棟に入院している認知症の方たちに対するアドバイスがどのぐらいできるのかということが合併症医療の一つのあり方だと思います。

もう一つは、どう見ても一般病棟でやれない人を受け入れてあげなければいけないということがあるので、精神病床を使えるということがもう一つの切り口になると思うのです。一般病棟はいろんなレベルがあるので、透析が必要な人をどのぐらい受け入れられるか、あるいは、自分のところでなくてもどのぐらい受け入れられる病院が近くにあるかとか、そういうことをサポートできるような体制を認知症疾患医療センターである程度つくるということが一つの方向性なのかなと考えています。それにしても、二次保健医療圏で1つということなので、どのぐらいできるのかという議論は残ると思うんですが。

【繁田部会長】 ありがとうございます。引き続きご意見をお願いします。

【新里委員】 われわれ入院を受けている病院として、入院が必要な患者さんで、これは問題だなと思う点が2つあります。まず一つは、認知症に伴う問題行動のために入院が必要なのに入院というか、受診さえしようしないお年寄りがいるということです。もう一つが、合併症の問題です。合併症の問題に関してお話させていただくと、栗田先生からお話がありましたが、お年寄りですから、当然合併症のない方はまずいない、しかしその合併症の種類が問題なのです。例えば透析、うちの病院は維持透析が出来ません。あるいはガン末期、あるいは HIV 感染症。このようなお年寄りが合併症を持ちながら徘徊して、制止しようとするとうつり出し家族もお手上げ状態になってしまう。内科や外科を受診しても「精神症状があるから無理です」と断られ、精神科病院でも「まず体の治療が先決です」と断られる。実際私の病院でも断ってきました。

ですから認知症疾患医療センターができるにあたり、重篤な合併症と精神症状を持つ患

者さんが、うまく病院に受診でき、緊急時には入院ができる流れができるとういと思えます。その際にはかなり認知症疾患医療センターがリーダーシップをとる必要が出てくると思えます。「この病院を受診したらどうですか」くらいのアドバイスであれば何も変わりませんので、トリアージ機能をかなり強化して、リーダーシップと責任をもって割り振れる仕組みがぜひ欲しいと思えます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どうぞご意見をお願いいたします。

【山本委員】 「受診が困難な人への支援」ということで、「早期の診断に結びつけるよう努める」という書き方がされているんですけど、これはどのあたりまで要求していくのか。例えば、病院に行かないという方に対して、アウトリーチとして訪問診療までしていただけることを求めるのかどうか、そのあたりが地域包括支援センターとしては、一番気になっているところなのでご意見を伺えればと思えます。

【繁田部会長】 どうぞご意見をお願いいたします。ある程度現実的でちゃんと手も挙げてもらえて、だけど、できるだけしてもらえというそのバランスが難しいかもしれませんけど。

【新里委員】 世田谷区で看護師があんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）との連携のもと認知症高齢者の居宅訪問事業を行っています。この事業に参加させていただいて感じたのですけれども、何かサービスを導入したい、ただそのためには介護保険を受ける必要がある。その介護保険を受けるために医療にかかるというその一点だけがいろんな事情でできずに、日々ぎりぎり生活しているお年寄りが、実際地域にはかなりの数いるということがわかりました。ですから、医者がお年寄りのお宅に往診をして、診断書の記載さえ行えば、介護保険を受けることができ、あとは割りとスムーズに流れていくのではないかと、といったケースがかなりあるのです。

認知症疾患医療センターは、病気のことが気になって主体的に診断や治療を受けたいという方にとって最善のものとなることはもちろんですが、病院に出向いてくれない方、拒否する方については、往診で出向いていくサービスも必要ではないかと考えます。認知症疾患医療センターに東京都独自の機能を持たせる可能性があるならば、アウトリーチ機能をぜひ付加していただきたいと考えます。

【高藤委員】 受診困難な方の医療のサポートということで、今、東京都のほうでも老人性認知症専門医療事業ということでやっていますよね。それは、この疾患医療センターができたことによって、その医療センターのほうにその機能をお願いするのか、ちょっと

疑問なんです。

【室井幹事】 こちらの事業につきましては、私どもの障害者施策推進部のほうでやっておりますが、認知症疾患センターができたことによりまして、こちらの役割がなくなるというふうには今のところ考えておりません。

【高藤委員】 以前よりは予約をして実際診に来てくださるまでかなり時間が短くはなつたんですが、今すぐに診てほしいといったときに1カ月待ちですとか、あと、いったん保健センターの保健師に診てもらってからとかと、かなり使い勝手が悪かったんですね。そういった意味でも、認知症疾患医療センターに一本電話して、そこから医師とか看護師を派遣してもらえるといいかなというふうにはすごく思っていました。

【山田委員】 今は合併症のお話、それから、受診ができない、あるいは受けられないというお話があったんですけれども、ちょっと話が前後するかもしれませんが、
「専門医療相談」とか「鑑別診断・初期対応」というところに戻りますと、一般科の疾患は、あるいは精神科もそうですけれども、やはり早期発見・早期治療が原則だと思うんですね。そこに至るまで——至るまでという意味は、認知症が中等度もしくはそれ以上の重度になる、あるいは行けなくなるような合併症があるという前に、何らかの医療機関なり行政につながっているケースはやりやすいんです。前回のときに私が精神科の話をちょっとして、家族会の立場で考えれば、在宅というのは私も大賛成なんですけれども、残念なことに、精神科は特にそうなんですけれども、早期発見にならないで、重症になってからいらっしやる。そうすると、そのご家族も地域の行政も非常に苦勞するところがあるんですね。

ですから、ここにとてもいいことが書いてあるんですけれども、相談から始まって、早期発見・早期治療、初期の対応ということが書いてありますけれども、そこを最初に地域でどんどんやっていると、ご本人も行きやすいんです。知っているかかりつけ医の先生でもどなたでもいいんですけれども、もちろんセンターの話から外れるつもりはないんですけれども、とりあえずかかりつけ医からトリアージしてもらえるような時期に早目につないでいく。

進み方が早い認知症の中には、また一般で言うアルツハイマーと違う認知症があったりする場合も、これは新井先生の専門なんですけれども、そういうことも早目に発見できるとか、そういう初期の対応につなげるための何らかのかかわりを早目に持つということを広く皆さんに知っていただいたほうがいいんじゃないかなというふうに私は思います。

【高瀬委員】 追加発言です。東京都医師会でサポート医、サポート医フォローアップ研修で事業を行っている中身がまさに、センターということではなくて、地域のかかりつけ医が耳鼻科でも眼科でも診られる認知症対応ということで、専門医というのは点ですけども、その点を集めて面に対応するというのが我々の基本構想ですので、いきなりセンターにつなげるというのは、今、ジャミングというか、交通渋滞の話をしましたけれども、皆さんを電話一本でセンターにつなげるというのはちょっと構造的に無理があるかと思っておりますので、センターをどういうふうなイメージにするかということをもう少しお願いしたいところでございます。

【繁田部会長】 栗田先生、仙台では、往診のようなことを、あるいは他の道府県のセンターでも結構ですが、そういったことをやっているというような話をお聞きになられたことがありますか。

【栗田委員】 受診困難事例というのは、現実に地域包括で受けて大体どういうことになっているかという、1つの地域包括だけでは対応し切れないんですね。したがって、通常は自治体の担当課とか保健センターと連携して、現場でどうしようかということでケースワークするんです。その場で何とかやれる場合も結構あります。かかりつけ医の先生と連絡をとってうまくやれる場合もあるし、精神科の医療機関と連携してうまくやれる場合もある。

しかし、これはどうしようもないなというときに、認知症疾患医療センターの相談室に連絡が入って、かくかくしかじかでこれだけ大変なことになっているんだけど、どうしようかというふうに相談して、これは行くしかないかなというふうになったときに初めて相談室の相談員が行ってみて、「これは、先生、行くしかない」となったときは、そんなことはめったにないんですけども、いわゆる往診は最後の最後であります。それから、アウトリーチということで相談員が訪問することももちろんあるんですけども、幾つもの壁をくぐって初めてそういうふうになっていくんじゃないかと思えます。

地域包括からダイレクトにセンターにがんがん困難事例があつて大変ですと言って、それにこたえるだけのパワーがセンターにないので、そこにはどうしてももう一つ行政とか自治体が入ってくる。ここに受診困難な人の支援にかくかくしかじかと書いていますけれども、やっぱり「自治体の担当課」とか、「保健センター」とか、「行政」という文言が必要なのかなという気がいたします。

【牧野委員】 初期の方の対応のお話が出ましたので、ここでしか発言するところがな

いかなと思ってお話し申し上げますが、ここで非常に有効なのが実は家族会なんです。家族会は通常かなり中等度の方の家族が集まる場所というイメージがありますが、実は、その場に初期の方が来られますと非常に有効な資源として活用ができます。多分認知症じゃないかなと迷っているとか、困っているとか、そういう方がご相談に来られるわけですね。そうすると、少し先の介護をしている先輩方が、「それだったらこういうところに行ってください」とか、「先生に受診ができないんだったら、こういうヒントがあるよ」とか、さまざまな知恵をそこで授けられる。会によっては一緒についていってあげるようなことをするところもございます。

現在では、そういう場所というのはなかなか全域にはないんですが、東京都の場合には、さきの地域支援会議の場もありまして、モデル事業として今、練馬区も、杉並区、港区も各包括を中心としたところにそういった場をつくらうという動きが進んできております。そこには当事者、家族だけではなく、それを支援する市民の人たちが研修を受けて、そこにマンパワーとして入っているんですね。家族だけだと、なかなか受診というのは難しかったりするし、介護保険制度のデイサービスを利用するにもなかなかできない。そこに市民の力がサポーターとして動きまして、そのつなぎの役をやったり、デイサービスと一緒に見学に行ってくれたり、あなたがいるから安心して行けるとか、そういうつなぎの役をやってございます。

そういった資源の情報をぜひ医療機関で、かかりつけ医のお医者さん等でもご紹介をいただきたいし、逆にそういう会に、先にとにかく早目に人とつながっておくということが、認知症の家族にとってはとても重要なことになるのではないかと思いますので、初期の対応という意味では、そういった市民が集まる場をどうやってつくって、どうやって医療とつなげていくか、あるいは包括とつなげていくかというようなシステムをぜひ考えていかれるといいかなと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。例えば、私の外来に患者さんがおいでになられていて、その方が認知症かどうかは別にして、「知り合いが認知症なんだけど、病院に行かなくて困っている」、そういう相談があります。そうすると、「それは家族会に連絡をして、いい方法があるか聞いてみなさい」とか言ってしまって、家族会に振ってしまうというのは、心情的に家族会の方々に無理を押しつけているようで、抵抗があるんですけども、どんどん活用してくださいということですか。

【牧野委員】 そうです。むしろ家族会のほうではそういう方に来てほしいとって

ます。それから、そういうサポーターさんたちは実際に会を開いて待っているんですよ。でも、なかなかそういった家族がそこにつながらないんですね。実際にはその情報がまだまだ全市民に行き渡らないというのが現状なんです。せっかくだって待っているんだけど、なかなか家族が飛び込んでこない。逆に市民側にはそういう悩みが実はあるんです。

そここのところの情報の行き来があるとお互いにいいのかなと。早くから知識を得て、ネットワークを得ると家族は賢くなっていきます。その会に出ていきますと必ず賢くなっていくんです。非常に変わっていかれます。その効果をぜひ有効に活用し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した。

【弓倉委員】 牧野委員のおっしゃることは本当にそのとおりだと思います。例えば私の地区の医師会で物忘れ相談のシステムをつくっていても、初診として相談にいらっしゃるのは、私の区全体で1月に大体30人ぐらいなんですね。逆に言うと、何でもっといらっしゃらないんだろうと。それは家族会で恐らくもっとたくさんの方が来てくれればいいのかというのと同じことだと思うんです。ご本人も当然ですけども、ご家族の方も含めて、なかなか次のステップに足が踏み出せない、あるいは踏み出そうとしないという現状があるのだろうと思うんです。私はよく埋もれている患者さんたちがたくさんいらっしゃるという話をするんですが、ですから、そういうところの掘り起こしといいますか……。

私、ここの顔の見れる関係とか、その辺の話は次の地域連携のところの話になるのかなと思って、基本的な「専門医療機関としての役割」のところの議論の中でわざと触れなかったんですけども、ここの中で1つ抜けているかなと思うのが、「地域住民への啓発」という言葉がちょっと足りないのかなと。やはり早期発見・早期対応が認知症対応のまず一番のキーだと思いますので、そうすると、住民、都民への啓発と、できるだけ早くどこかのチャンネルにアクセスをするということがやはり大事なかなと思っております。

【新井副部会長】 今の家族会の活用とか、先ほど栗田先生も、行政とか、保健センターとかいろいろなところを巻き込んでというのは、結局、今あるシステムをいかに使ってやるかということが重要になってくると思うのです。こういうのはどうしても総花的になってしまって、あまりにもこのセンターに理想的なものをいっぱい書くと、それは重要だとは思いますが、逆に手を挙げてくれるところもいなくなるかもしれないし、専従の職員を配置するといっても1人ぐらいしか配置しないような中で、どのくらいこの

センターがやっていけるかを考えると、今ある既存のいろいろな組織とか、活動をしている人との連携なりが重要なんだろうと思うんですね。

もう一つ、先ほどの合併症でもセンターの病院が全部担うという無理なわけで、この上にやはり特殊な大学病院などがより重い合併症をやっているとか、センターだけではなくて、今ある何段階かの組織をいかに連携するかという観点でしないと、センターの機能があまり大きくなり過ぎる。総花的なものを最低はこれというふうに順番をつけないと、あまりにも多過ぎる機能を要求するんじゃないかなと思って危惧しています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。この中からこれだけはぜひにという機能を絞っていくという視点も踏まえて、議論していただけたらと思います。おっしゃるとおりでございます。

【新井副部会長】 先ほどの早期受診も確かに大きな問題ですし、その機能を持たなくてはいけないと思うんですけれども、先ほど言ったように、かかりつけ医なり、サポート医なりが今そういう動きを非常にやっていますし、このセンターだけがそれをやるのではなくて、包括支援センターも含めていかにやっていくかという観点をやはり打ち出していないといけないんじゃないかと思います。

【西本委員】 もう一つ、資源の中に施設を入れていただけたらありがたいなと思うんです。そんなに緊急を要さなくて、お医者さんのほうにかかる前の段階でも、老健さんだとかにお願いをする場合も結構あるので、そちらのほうも連携が入るとより広がりができるんじゃないかとは思うんです。

【繁田部会長】 今いただいた新井委員、西本委員の意見も踏まえて、連携が専門医療機関、あるいは医療の連携ということだけではない議論に入っておりますので、2の役割のところも含めてご意見をいただけたらと思います。何回か出てきております言葉で、室井課長もおっしゃいましたけれども、「顔の見える関係で」と、それから介護・福祉との連携ということも考えますと、そういった連携を強めていくというか、深めていくためにセンターにどういう役割を果たしてもらうことが必要なのか、そのところを特に意見をいただけたらと思います。どうぞ。

【高瀬委員】 啓発もそうなんですけれども、連携も重要で、何を言いたいのかというと、例えば初期の啓発・連携は地域でできますよね。センターの求める連携というのは、入院対応が急性期、慢性期もそうなんですけれども、うまく患者さんが流れるようなシステムができることが非常に重要なこと。これから高齢社会で、60、70歳が、特に80

歳が救急車に乗ってきた時点で結構お断りとかいう事例がだんだんふえてくる可能性が非常に高いので、絶えずその動きが連携できるようにするのがセンターの役割かとは思っています。

ただ、連携には上からの連携と横からの連携があって、連携ほど難しいものはないので、どういう人を連携員にさせるかどうかわからないですけれども、我々がやっていたサポート医の研修というのは、地域に行ってドクターに顔が見えるようなところで話をし、認知症のことにに関してドクターの理解が進んだということが、よかったところだと思うんです。センターは、患者さんが流れるような連携を各病院にもしくは療養型病床群に説いて回るぐらいのことをやらないと、多分うまい連携はできないんじゃないかとは思っています。それが一つの方向性です。

【繁田部会長】 流れをつくるというふうにおっしゃいましたけれども、センターのほうで理念を決めてつくっても、そのとおりに患者さんを紹介させていただくようなことはなかなか難しいじゃないでしょうか。もちろん状況も疾病も違ってきますので。そうになると、例えば今意見をお聞きして思ったんですけれども、センターが、介護や福祉の方々と医療職とが何らかの形で定期的に顔を合わせて情報を共有するとか、情報交換するとか、研修するとか、センターがそういう場を提供するというのはどうですか。

【高瀬委員】 医療・介護の連携が声高に言われるのは、最も難しいから、できないから言われるのです。なぜかという、介護だけ必要な人はいるわけですね。医療だけで済んじゃう人がいるんですけれども、連携の難しいところに非常にニーズがあるということだと思えます。その仕組みがうまくできないので、いつまでたっても介護と医療の連携が必要と言われます。よく横の連携というのは多職種との連携と私も言っているんですけれども、多職種ほど文化が違うところはないので、お互いの話が通じないものほど多職種であると最近よく考えるんですけれども、そういうことのないようにセンターというものをつくるのであれば、患者の流れがすべてかなと。

ちょっと失礼かと思うんですけれども、その仕組みがうまくできないと、センターという名前だけしか残らないようなことがある。もちろん、初期の診断も検査も我々開業医がオーダーすればいつでもできるんですね。診断は簡単につくんですけれども、患者さんの治療意欲とか、家族会の問題とか、そういう問題は我々が経験しているところですが、これから疾患センターというものをつくるのであれば、どうしても患者さんの流れをうまく構築できるような形じゃないと成功しないんじゃないかなと思うんです。その間には在宅

医の活用もあるかもしれないですけども。

【高藤委員】 流れをつくるという意味では、やはりお互いの役割を理解するということが非常に大事だと思うんですね。そこで研修ですとか治療に関しての会議というのは非常に有効かなと思います。願わくば、例えば病院の方が地域包括支援センターのほうに実習じゃないですけど行ってみたりとか、逆に院内の中のことを知ることで地域側が病院にというのも一つ。ちょっとその時間があるかどうかというところもあるんですけど、知り合うというのは非常に大事かなというふうには思っています。

【弓倉委員】 連携の中心的機関としての役割というのも非常に大切なことで、例えば認知症サポート医になったけれども、どこにアクセスすればいいのかわからなくて困っているサポート医もいます。それは事実です。ですから、そういう意味で、そういう方々の支援・協力をしていただけるような役割は不可欠だと思っています。

あと、「地域連携体制の構築」のところ、認知症疾患医療連携協議会というものを開催するという記載がございますが、これはまた後で数の議論にも入ってくると思うんですけども、二次保健医療圏に1つという案でやりますと、例えば私の住んでいる区西北部ですと170万人の人口です。そこで1つの病院がやって、どれだけきめ細かい連携協議会ができるのか。

板橋区だけでも地域包括支援センターは16カ所あるんですね。だから、恐らく1つの区だけでやるにしても、きめの細かい連携協議会をやるというのはかなり数をこなさないと無理で、それが二次保健医療圏単位で1つという形になって、しかも、さまざまな一般病院、精神科病院、大学病院等が入ってくる形になりますともものすごく大きな会になってしまって、形だけの議論に終わってしまうような可能性は十分あるわけがございます。

ですから、やはり実になるような連携協議会でなければならないし、そのためにはある程度こまを小さくして行う。協議会というのは、区西北部だけでも4つの区それぞれに全然違いますから、その地域特性に合わせてやるのがやっぱりある程度必要。あと、これは数にも影響すると思いますが、この協議会の概念、あり方をあまり大きくとらえてしまうと、実になる議論はできないで顔合わせだけで終わってしまうという心配をします。

【山本委員】 行政としても、一つのセンター認知症疾患医療センターに頼るということではなく、やはり地域のかかりつけ医の先生たちが中心になって行ってほしいと思っております。ただ、やはり専門的な診断ですとか、検査を行うセンターが必要だろうということです。地域の連携のところにも書いてあるんですけども、センターと地域のかかり

つけ医のお医者さんと行政がうまく連携できるような形をつくっていかなければいけないんじゃないかなと感じているところです。

【高瀬委員】 地域包括は、だれしもそうなんですけれども、中がどう動いているかということは一般のお医者さんには、まるっきりわからないようなところなんです。在宅支援センターや地域包括支援センターが医療連携のほうの医療にもっと積極的に行きたいということもよくわかる話なんですけれども、ただ、我々のところに来る患者さんは医療系で、在宅支援センターや地域包括支援センターのほうは生活を見ていただきたいという相談が多いので、そこから医療系につなげるということがなかなか難しいのだろうと思うんです。

訪問とか在宅医療の場合は、サポート医の先生から、在宅で診られている患者の中に認知症の人は確実に増えてきているという話があります。ただ、それはある程度在宅に偏ったというか、在宅の医療・介護であって、どこにターゲットを絞り込むかという話がこれからの課題で、生きた答えが出てくるのだろうと思うんです。

【山田委員】 今、センターを中心にした連携ということでお話が進んでいるのだと思うんですけれども、最初に相談という話がありました。相談というレベルで言うと、医師会の先生方が勉強会を何年前にやったということで、通常のかかりつけ医の先生にそういう知識を少し普及したと思います。それから、先ほど話がありましたが、医療だけではなくて、家族会とか、老健とか、例えば地域包括支援センターなどはやっているところが多いでしょうけれども、老人施設、そういうのも全部含めて最初の相談レベルの窓口になるということ。それから、次なるはというところでどこに行くかというときに、センターが指示して、どこかの精神科に行ったほうがいいレベルなのか、とりあえず地域の一般病院に相談したらどうなのか。脳外科も積極的にやられている先生もいらっしゃると思いますし、その辺の流れというのは先ほど言った流れと同じ意味かと思うんです。

あともう一つは、人口割合ですね。地域格差が出てはいけないと。私たち精神科はいつも思うんですけれども、精神科病院で言うと東に少なくて西に多いという事情があるんです。170万の板橋地域ですか、そういうこともあるし、西の青梅のほうに行くとパラパラして、さらに奥に行くと全然ない。そういう地域格差がないような、あるいはアクセスも考えた上での施設の配置というのが必要になってくると思うんです。

これは先ほどもちょっと話を出しましたがけれども、東京ルールの場合にも随分そういう議論をしました。地域、それから人口割合、アクセスというのも大事になって、救急車が

すっ飛んでいくときに高速がある場合とない場合は全然違っちゃうというんですね。そういうことまで考えて、この地域にこの程度の資源があればいいだろうとか、そういう側面を変えてこのあり方を考えていかないと、あるいは新井先生がおっしゃったように、既存の施設を使っていかないと新たにセンターなんか絶対無理だと私は思っていて、そういう幾つかに分けて考えていかないと構築されないと思っているんですけども、いかがでしょうか。

【新井副部長】 僕も、今の山田委員と、先ほど高瀬委員がおっしゃったことと全く同じで、流れが一番大事だと思っています。例えば最初に議論のあった鑑別診断とか初期対応は、鑑別診断をやれる医療機関なんていうのは、別にセンターに指定されなくても東京ですとかかなりあると思うんですね。数ということを考えれば、鑑別診断をセンターで全部やるというよりは、先ほど山田委員が言われたように、下からいろんな組織を使って上がってきて、相談を受けたものについてはどこに行くという流れさえあれば、センターが全部鑑別診断をやらなくてもいいのではないかと。そういう観点にしないと、数が幾つあっても足りないんじゃないかと思えますけどね。

【新里委員】 流れが重要なのはよくわかります。しかし実際の診療の場で流れに乗れない人に遭遇することが多いものですから、どうしてもその点が気になります。結局、流れができて病院にかかれない人々は相変わらずそのままではないかというところが気になるのです。精神科の病院を受診して、認知症のためにそのまま入院となる患者さんは極めて少ないと思います。つまり、まず病院に行って、診断を受けて、その上で必要があれば入院となる。当たり前のことですが、お年寄りで連れて行くのが大変な場合、二度も三度も病院には行けないわけです。東京都では 20 年以上前から高齢者相談班というシステムを持っています。このシステムでは、実際にお年寄りの自宅に精神科の医師が訪問します。面接を行い入院が必要だと判断した場合には、協力病院に連絡し、ベッドを確保した上で患者さんを病院に搬送します。これだと病院に初診する時イコール入院する時なのです。このシステムを利用してでしか入院できない患者さんは少なくありません。認知症疾患医療センターを整備するのであれば、ぜひこの高齢者相談班をうまく合体させて、流れに乗れない人も落ちこぼれないようにしていただきたいと思います。

【山田委員】 今のお話は大変助かっている話で、私たちも都立病院にお世話になっていることは多々あるんですけども、残念なことに数に限りがあるというか、必ずしもいつ何どきというわけではないんですね。ですから、先ほど言った組織図の中の困ったとき

の最後の頼みみたいなことで、我々精神科もそういう位置づけで考えていますけれども、やっぱり都立病院に行って診てもらえるという、不幸にしてつながっていない方がという言い方になるかもしれないけれども、最後のとりでとして都立病院があるというのを一つ組み込むと、この組織が強くなるのではないかと思うんですね。

ただ、数に限りがありますよということだけは、多分先生方も苦勞されているところで、必ずしも要求に応じられないことが多々あるのだらうと思うんです。私たちも合併症ではお世話になっているんですけども、都立病院として最後のとりでなんですけれども、待たざるを得ないときがあるんです。そういうことも含めて一つの組織の流れの中にもうまく都立病院が入っていただくと助かりますという話なんですけれども、間違えていないでしょうか。

【新里委員】 はい。

【繁田部会長】 ありがとうございます。現時点では、あえてまとめませんけれども、ご意見をいただいております。

それでは、地域連携のことも含めて、その3の「人材育成」の意見でも結構でございます。そのあたりで引き続きご意見をいただけたらと思います。できれば、地域連携に関してはまだ出ていない、ちょっと突飛なアイデアでも結構でございますので、センターにこういう役割を果たしていただけると、長い間進まなかった医療と福祉の連携が少し進むのではないかという意見をいただけると一番ありがたい。

それこそ、地域連携に関しては委員の皆様の意見でこんなふういろいろな項目を挙げましたけれども、場合によって他の項目を落としてでも福祉と医療の連携が先に進むのであれば、ほかの項目よりも優先してもいいと私は考えています。連携連携といろんなところで謳っていますが、ちっとも進んでいないですね。だから、言うのは簡単で進めることがとても難しい。みんな言ってきたんですけども、さっきの言葉が通じないという問題もありますね。ご意見をいただけたらと思います。

【高瀬委員】 私のアイデアではないんですけども、安藤高朗先生が日本慢性期医療協会でプレゼンしていたものに、「#7119」の認知症版をつくってほしいというのがあって、「#7119」は東京ルールですね。その認知症版の相談の電話をつくっていただくと非常にありがたいという話はいただきましたので、ちょっと紹介させていただきました。

【山本委員】 脳卒中の連携パスの例ですが、北多摩南部で最初つくるときに、最初か

ら医療関係だけではなくて、福祉関係の者も入ったので、医療の方に見えていなかった在宅生活の問題がわかってきたということがございました。今、認知症でも連携シートをつくっています。単に顔を合わせた研修会もいいんですけども、何か一緒にそういうものをつくることによってお互いにいろいろと実態を話し合っ、相互に理解をしていくということを北多摩南部地域で行っていますので、ご紹介させていただきます。

【繁田部会長】 おそらく、つくるというプロセスで意見交換があるということですね。全国至るところでパスというものができています。必ずしも使われていませんが、でも、つくる時にいろいろ話し合っ福祉と医療と行政の関係ができたということは、お聞きしますので、そこだけでも一歩前進と思います。ご意見ありがとうございます。

そのほかいかがでございますか。

【弓倉委員】 他職種連携は、恒常的にできるだけきめ細かく会っ、お互いに意見交換をしながらやっっていくしかないですね。北多摩南部の脳卒中のパスもそうですけれども、そういう共同作業をするのも、一緒に活動してお互いの立場を知ることです。ですから、連携のあり方というのは、その場、その土地、その医療資源で全然違ってくるので、私はいつも言うんですが、その地域に合っ連携のあり方を、そのセンターなり、あるいはキーパーソンなりと一緒にやっっていくのが一番現実的で、東京都の都庁のこの場で、こういうモデルがいい、これで全体をやりましょうといっても恐らく機能しないです。ですから、やはりきちんとしたネットワーク、あるいはお互いが理解できる体制づくりを、こういうセンター病院がその地域地域に合っ形で、この連携協議会でもいいんですけども、何らかの仕組みをつくっっていっ広げていくというふうに言わざるを得ないのかなと思っています。

【山田委員】 私も今のお話は賛成なんです。また例を出して申しわけないんですけど、東京ルールのときにスタートして、去年の暮れから地域でやり出したんですけども、基幹病院が決まっ後に、そこが中心になっ声かけをして、北多摩北部医療圏なので、相当数の病院だったのでしょけれども、結果的に1つ減り、2つ減りということになっ、一般科病院で2つ、精神で2つが参加したんです。そのときに、この時間帯だったんですけども、相当回数会議をした間に、感じたことが、先ほど出ましたけれども、共通言語がまずないということ。

精神科からは、うちの病院で平易にわかりやすい言葉に置きかえたものをつくっ、一般科の先生に配ったんですね。それをもっある程度病態像が私どもにわかるようにして、

送るときはこれにマルをしてファクスを送ってくださいという方法で、外来で対応できるかもしれない、入院かもしれないこちらも腹積もりができる。

その後も、こちらはたまたま一般科の内科のドクターがいるものですから、こちらから送るときは向こうに誤解されないように行っているんですけども、例えば精神科純粹の先生が、東京合併症ルートというので、東京都を経由して都立病院に行くときに、この程度では受けられませんと言われることがあるんですね。当然のことなんですけれども、共通言語というレベルではないんですけども、重症度がよくわからないという精神科の先生もいる。

そういうことから、共通言語であり、共通認識というか、その辺の勉強をやっている間に何となくわかってくるというのと、パスをつくるために話し合っている間に直接電話でできるような関係になったり、そういうこともこの成果じゃないかと思うんです。ですから、地域の区分けは難しいんでしょうけれども、基幹病院が決まったら、そこを中心に広げていくというのも1つじゃないかなと今ふと思ったところですけども、これもいかがでしょうかとこのところでお戻します。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

私のイメージとしては、サポート医を含めて既にかかりつけ医の先生方がいて、総合病院や、専門医療機関に紹介するルートを持っているわけですし、それらを新たに変わるつもりはなくて、新井先生がおっしゃったように、今までの資源を利用し、今までにあるネットワークを生かすという意味です。

二次保健医療圏の中で医療は完結しているわけではなくて、人によっては隣の区のあっちの病院が好きだと言っている人もいます。現在通っている医療機関との関係はとても大切なものなので、それをどうこうするというものではありません。

ただ、規模としては私も二次保健医療圏が1つの単位だろうと思えたのは、次のような経験によります。私は、現在、サポート医のフォローアップ研修のお手伝いをやっていますが、それは二次保健医療圏が単位で行われていて、そのときに集まる人の数とか、かかりつけ医の対応能力向上研修に参加する医師の数を見ていると、十数名の方が参加されています。ここに介護や行政の方が入る状況を想像してみますと、それはちょうど顔が見える関係で、なおかつ、お互いの意見を交換できる規模としていいなというのがあったので、それが私がこの二次保健医療圏と言った一つの根拠ではあるんですね。

ですので、連携協議会に関しましても、例えば年に何回か、すべての関連する行政、介護、福祉、医療機関ですと大き過ぎて、本当に顔の見える、直接意見を交換する会にはならないと思うんですけれども、多分コンスタントにセンターが場を提供してそういう会を開いていくと、前はだめだったけれども、今回は来れる人もいます。そういう形で開かれている状況が規模としていい感じになるのかなというふうに思っています。

【西本委員】 私もサポート医の研修を見させていただいて、地域の先生方が集まって、地域に対しての思いを語られていたのを実際に見ていたのも、やっぱりここに福祉の代表とかが入っていると、そこは顔の見える関係ができるんだろうというのはあるんですが、ただ、内容的にはかなり高度で難しい。もちろんお医者さんが対象でしたので、福祉職がどれだけその内容を理解できるかというのはかなり難しいだろうというのはあって、高瀬先生がおっしゃったように、共通言語をつくるというのは、福祉職と医療職との間は大きなものなので、そこに入ってMSWだとか、PSWだとか、看護師さんという間を取り持つ役の方たちがいると、福祉職としてはありがたいのかなという気がいたします。

【繁田部会長】 私が今いる大学は、看護学科と理学療法、作業療法、放射線学科の4つの学科があって、看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、診療放射線技師という資格を目指す人たちがいます。

ここ3年ぐらい前から、全学科の特別授業みたいな形で希望者に始めたんですけれども、例えば地域にこういうお年寄りがいらっしゃる、こういうふうに困っている。それは多職種が関係するように、パーキンソン病があったり、認知症があったり、いろんな病気がある人を事例として取り上げて、みんなで議論をするときに、まず自己紹介をするんですね。そうすると、「えっ、理学療法士ってそんな勉強をしているんだ」とお互いを全然理解していないことがわかりました。

おそらく今まで何十年も、医師も看護師もほかの職種もそうやって教育を受けて、今現場に出ていると思うんです。それで、福祉はさらに社会福祉学といって学部さえ違っていることが多いわけです。でもそうしたプログラムをやって思ったのは、彼らは慣れてくる。慣れてくると、例えば放射線学科の学生が、X線写真の撮り方やメカニズムについて他の学生に話をしてみたりするようになる。たとえば福祉の人に医師がわかるように説明できれば、患者さんには説明できないと思います。

ですので、それは顔を合わせて慣れていただくよりないのかなと。専門用語は、もともととは違うんですけれども、意味するところは同じで、言葉が違っていても、そこで見てい

る現象は同じ現象を見ているので、そういう意味で、何を話すんだと言われると、いや、顔を合わせるだけでもというところになってしまうんですけども、そういう気軽な機会を頻繁に持つということを主張したいと思います。

【桑田委員】 シャベってもいいですか。先にマイクを持ってしまってすみません。

私は今、療養病床にいますけれども、他職種と働いています。あと、都立松沢病院が認知症疾患治療病棟をオープンするときにおりまして、やはりそのときに他職種と一緒に働くということを体験させてもらいました。そうすることによって視野が広がるということ。あと、同じADLという言葉を使っているけれども全然認識が違ったりとか、介護職にはもっと平易な言葉で説明できなければご家族に説明できませんので、そういったことを繰り返すことによって本当にわかり合えるようになってきたかなと思います。

ただ、このセンターをもしつくるときには、そういったような形でほかの職種の役割・機能をよく理解し、調整するような役割の人が必要になってくるのかなと思ってみたりもしています。全員がそれなりに質の高い専門職種であることがもしかしたら求められてしまうのかなんていうことをこの機能を見ているかと思ったりして、そういったリーダーシップをだれがとるのかということもあるのかなと思ったりもしました。確かにそれぞれの職種に文化があって、なかなか相入れない。だけれども、それを何とか乗り越えていかないと先が見えないのかなと思ってみたり、あとは、そんなに難しくないことなのかなとも思ってみたりしています。

あと、家族の会を支援するというふうにもここに書いてあるんですけども、もしかしたら家族の会を支援されるのはこちら側かなと思ってみたりも、きょうは発言を聞いて感じました。

あと、医療支援部会の方の話し合いを思い出しまして、認知症の方の超急性期のときには眠らせて治療するので楽なんだよと。だけれども、それが回復してくる過程のほうが大変なんだということで議論にもなり、BPSDの救急と考えるのか、身体合併症の救急と考えるのか、どういうふうに考えるのかという議論も、ここにも何人か同じ委員の方がいらっしゃいますけれども、かなりしたななんて思って、あのときの話し合いもこういつた中で生かせるといいのかなとちょっと思って聞いていました。すみません。ただの意見です。

【弓倉委員】 先ほど繁田部会長が協議会の規模のことをおっしゃったので、私のところの話で申しわけないんですけども、私は、板橋区で「認知症を考える会」というのを

平成16年からずっとやって、その世話人をやっておりますが、板橋区というところは精神病院も含めて結構あり、資源が豊富だということもあるんですが、医師会の役員の先生方や専門病院の先生方、板橋区の行政の方を含めて集まると、大体25人から30人近くになるんです。

実は、そこにケアマネの方とか、そういう他職種の方々をお呼びしようという話も出たんですが、規模的に入り切らないということと、それから、ケアマネの皆さんは事業所に属していらっしゃる方が多くて、例えば医師会のように団体としてまとまっていないので、そういう板橋の「認知症を考える会」に出て、こういうふうに決まったから、こういうことを皆さんにお伝えしてくださいといっても、それを個人の方に強要するわけにもいかない。というようなことがありまして、結局そういうのは別のケアマネジャーさんたちの部会とか、そういう形で別個にやるという形で運営しているんですね。私のところの板橋区だけでも、きめ細かくやろうとするとそれぐらいの人数を集めなきゃいけなくなってしまう。

ですから、サポート医の養成のフォローアップ研修会は、あくまでもサポート医になられた方々で、しかもそのときに参加できる先生方の数でございますので、あの数プラス、コメディカルの方を数名という形で考えると、ではコメディカルの方々はどの程度の方をどれぐらい入れるんですかということも入りますし、それから、専門医療機関の方々は抜けないようにお呼びするとかなりの数になりますし、その規模というのは大事なのかなと思います。

いかにきめ細かくするかというのは医療連携の大事なところですので、やはり魂を入れるためにはきめ細かくいろんな方々に来ていただくというのは、しかも何度も何度も繰り返し回数を重ねて、本当に顔と名前を覚えるというところまでやりませんとだめですので。

【繁田部会長】 ご意見ありがとうございました。やはりグループや団体の代表の人に来てもらってもあまり意味がないので、現場の人が1人でも多く都合のつく人は来ていただいて意見を交換してこそ、コミュニケーションがスムーズになっていくと思います。人数を絞ってとかというふうには考えておりませんでした。私のイメージはそういうイメージです。実際に現場で動いている人間が一人でも多くということです。

【新井副部会長】 今の規模の話にちょっと戻ってしまいますけれども、スタートの時点と、これが少しずつ根づいてだんだんと普及していった段階では、また数が変わってくるのだと思うんですけれども、スタートの段階では、部会長が言ったように、二次保健医

療圏というのが一つのモデルになるんじゃないかなとは思いますがね。

それで、全部に対して一度に参加というのはなかなか難しいかしらんけど、センターを中心に少しずつその活動が広がって行って、二次保健医療圏でやっぱり1つでは足らんから二つ三つ必要だというふうになってくればいいわけで、最初からいっぱいやるというのはなかなか難しいんじゃないか。それはとらぬタヌキの皮算用になってしまいますし、二次保健医療圏の中で一つでもモデルとしてうまくいくことがまず第一歩としては大事なんじゃないかということで、部会長の二次保健医療圏というのを僕は支持したいと思えます。

【高瀬委員】 弓倉先生も私も、二次保健医療圏というのは地元医師会ではあまり賛成じゃないんですね。医師会単位となると、二次保健医療圏は5つから6つぐらいの医師会があって、医師会も結構文化が違うので、たとえ隣でも、同じ区でも。ただ、行政側の二次保健医療圏というのは区割りでするので、それはそれで納得することはあります。そうでないと、東京都を全部区分けしながらまとめるということは非常に困難だということもわかっておりますので、賛成も反対もしないということです。

【繁田部会長】 少し補足をさせていただきますと、この中に「中心的役割」という言葉が何回か出てきましたね。そういう言葉をぱっとごらんになってイメージするのは、センターというのがそれこそ真ん中であって、ほかの医療機関、あるいは包括支援センターにしても、訪問介護センターにしても、認知症疾患医療センターから放射状にという関係をイメージされるかもしれませんが、決してそうではなくて、先ほど申し上げましたようにネットワークは既にありますので、センターもネットワークの1要素となって、総合病院、専門病院、大学病院、さらにかかりつけ医、医療機関、サポート医それぞれがそれぞれに結びついているというイメージです。センターが1つあって、そこにいろいろな情報が集中してとか、そこがいろいろな情報を管理してとか、統括をしてというイメージではありません。それは申し上げておいたほうがいいかなと思います。

【高瀬委員】 多分、予算規模の話になるので、区行政の中で包括とか在支もオンラインで、今、組まれている状態なので、要介護度等に組みされていると割とわかりやすい話なんです。多分、今回の話は要介護度とかそういう問題じゃなくて、それ以前の人たちの拾い上げ、収容場所に介護・医療が入るという話だと思うんですけども、当然、今までのシステムはあるわけですよね。センターの位置づけの中に予算規模がある程度わかってくると、大体こういうものかなというのが逆に想像できるんですね。

ここの意見で大きなものを要求すれば予算がふえるかどうかというのは、多分大きく言ったほうがいいのかなどは思っているところなんですけれども、ただ、その中に二次保健医療圏に1つずつセンターをつくるという話になれば、12カ所ですか、1カ所800万円とするとどのぐらいの規模になるのかなというのものもあるんですけれども、あまり現実的じゃないなというのを考えるとところなんです。

【栗田委員】 いいですか。

【繁田部会長】 栗田先生、お願いします。

【栗田委員】 二次医療圏に1つという話についてはこれ以上あまり言ってもしょうがないかもしれないので、そのことは置いておいて、ただ、私も市区町村に1つと言ったんですけれども、やっぱり二次保健医療圏に1つこの機能があるだけでは足りないことは間違いないので、前回、山田委員が認知症専門診断管理料の話もされていたと思うんですが、認知症疾患医療センターに相当するような医療機関、あるいは認知症専門診断管理料を取れるような医療機関を二次保健医療圏の中に複数つくり出していくということを一応ビジョンに入れておかなきゃいかんのではないかなと私は思います。そういうことを考えながら連携する。

この連携協議会というのも、まさに弓倉先生のご意見と全く一緒でありまして、これはイメージがわきにくい。認知症疾患医療センターが主体でこの協議会を開くことが非常に大変であるということと、さっき弓倉先生がおっしゃったように、複数の行政が入っているところで集まるのは厳しいと思っているんですけれども、ただ、認知症疾患医療センターに相当するような医療機関を複数この中につくっていきましょうというビジョンでいろいろ連携していくというんだったら、そういうことはあり得るのかなと考えています。ちょっとややこしいことを言って申しわけございません。

【繁田部会長】 ご意見ありがとうございます。実際に仙台での経験からの意見ですので、重みがあります。ただ、例えば熊本もそうですし、仙台もそうなんですけれども、東京は、そうした県と違ってヨーロッパで言うと国一つよりも大きいところですので、そこで例えば20、30という数のセンターを認めて、そこに税金を投入しても果たしてどれだけの意味があるのか。昔の痴呆疾患センターがうまくいかなかったですね。それに関して慎重だった東京都は賢明だったと思うんですね。

それを考えますと、できれば本当はモデルみたいな形でセンターがどういうふうに機能するのかトライアルをやりたいくらいなんですけれども、そういうわけにもいきません。

となると、見直しも十分できる数で、一定期間ごとに見直しもしつつ、例えば、こうした会議を一定期間を置いて開催していただいて修正をしながらということも考え、あまり数を多くしないという考えもあります。

【弓倉委員】 もう数の議論に入っちゃっていいですか。今、二次保健医療圏に1つというような話が既定路線のように議論されております。栗田先生のほうからは、準じる病院という考え方もあっていいんじゃないかというお話がありました。

第1回の会議のときの資料の11-2がお手元にちょうどあるので見ていただきたいんですが、山田委員も前回のときにお話しされた認知症専門診断管理料です。これの算定要件は「認知症疾患医療センター等の専門医療機関」で、施設基準は「認知症疾患医療センターであること又はそれに準じた機能を有する病院であること」になっていて、例えば区南部ですと既に3つ病院が手を挙げているわけです。区西部も2つ手を挙げています。北多摩南部は3つ手を挙げているんですね。その辺との整合性はどうするのか。

ですから、厚生局への届け出はその病院の勝手だから、福祉保健局としては関知しないという立場であれば、それはそれで構わないと思いますが、施設基準が「認知症疾患医療センターであること又はそれに準じた機能」ですから、確かに予算的な問題も含めてなのかもしれませんが、あくまでも二次保健医療圏に1つという形で考えるのであれば、「それに準じた病院」という考えの余地は残しておいても、そこの病院には都からの補助は行かないかもしれませんが、こういう診断管理料の施設届け出にしても厚生局が受理しやすくなるでしょうし、そうすると、いわゆる準じた病院として、こういう認知症に実際に自発的に手を挙げていただける病院がふえてくればもっといいことだと思いますので、そこら辺もちょっと考えていただければと思います。

【繁田部会長】 ここで議論をして、センターの役割が決まって、そこに手を挙げていただき、ふさわしい病院が幾つか認定をされる。結果的に認知症医療を行う医療機関として既に認められているところと一致すれば、それはそれでいいですし、そうでなければ、それこそさっきのネットワークですよ、センターがあって、センターを含めた専門医療機関としてのネットワークの中に入れていただくことを希望します。

本当は、やっぱりセンターに準ずる機能、将来センターを目指してもらおうようなところが保険点数でもメリットを得て、それで診療してもらおうといいんですけども、それは東京都のほうでコントロールできるものではなく、厚生局のほうで認可するものですので、そこら辺は課題が残ります。ただ、考え方としては、センターが認められ、なおかつ、そ

れを目指して医療機関の体制を整えているところは認められるべきだというふうにはこの委員会として思います。

【山田委員】 センターがどういうスタートをするかというのは、二次保健医療圏で1つといっても、予算の問題で多分そうすぐにはスタートできないだろうと思うんですね。いつものことなんですけれども、予算の問題で中途半端なシステムになってしまうことがないようにしてほしい。モデル事業というところちょっとアレルギーを起す地区があるんです。先ほど地域格差と申し上げましたけれども、地域事情を背景につくっていくわけですから、きめ細かいということはそういうことだと思うんですけれども、そうすると、一つのモデルとしてやりますということを前提にセンターとして一病院から始めるとか。そういうのを始めて、こういうのがいいという地域の声も聞きながら、福祉施設も加わって、1カ所つくってみたらどうかと思うんですね。

何度も申し上げて申しわけないんですけれども、東京ルールについても、必ずしも全地域でやられているわけではないんです。違う地域が既にスタートしていたので、その先生に聞いたんですけれども、民間の総合病院の若い院長先生が週何回も当直してやっていて、すぐつぶれるようなシステムをつくっているんですね。それでは多分先行きが見えていだろうということで、そういうのはまねしないようにしようということになったんです。もちろん多々参考になったことはあったんですけれども、今回もどういう形で東京都が進めていくか。

この意見を集約していくんでしょうけれども、一つの提案としては、一つのモデルをつくって、これでどうだというのは、やってみなければわからないところもある。

ですから、どこか決めて、その地域でやってみて、そういう意味のモデルケースということでスタートすれば、行政もやりやすいんじゃないかと思うんですね。あまり完全なシステムをつくってスタートはこの際難しいんじゃないかという気がしてならない。いかがでしょうか。

【繁田部会長】 どこかの地域をモデル地域にということではありません。私が余計なことを言ったので誤解を生じたかもしれません。イメージとしましては、少な目かもしれませんが、二次保健医療圏にひとつという一つの基準を設けます。この二次保健医療圏には適切な医療機関がないということもあり得るかもしれません。ただ、数としておおよそそのくらいで、今後ふやす方向で随時見直しをしていく。例えば、福祉との連携ができていような医療機関を重視して、次の機会にふやすという考え方もあるでしょうし、

いずれにしても、ふやす方向で見直すというイメージではあります。

【新井副部長】 山田委員と繁田委員は精神科医なので同じような意見になるかなと思ってさっき聞いておったんですけども、同じだと思います。私は、むしろ逆にこういう議論をしていると、最初に申し上げましたように、どうしても総花的に理想論でいろいろな業務を期待してしまうので、先ほど高瀬委員から出ました予算の観点から言うと、果たしてそんなに手を挙げてくれるところがあるか。あまり高い機能を要求すると、二次保健医療圏に1個でもあればいいかなという思いすらあるので、そういった意味で、ある程度ランクを幾つか分けて、最低限はこれをやってもらいたいぐらいの現実的なところから行かないと、なかなか手を挙げてくれないんじゃないかなと逆に思います。

【繁田部長】 時間が過ぎてしまったんですけども、これだけは言い残したという意見がまだあればいただいて、それを踏まえて、部会長の私のほうと事務局でまた成案をつくらせていただければと思います。

【新里委員】 提案ですが、合併症に関して、仙台と熊本と割とうまく回っているというところでよく話に出てきます。前回栗田先生から仙台のお話がありましたので、熊本の方についても、合併症に関してどう対応しているのか、空床1床の運用の具合はどうなのか、その辺りを事務局の方々にお調べいただき、この場でアナウンスいただければ参考になるかなと思います。

【繁田部長】 それは今ではなくてよろしいですね。

【新里委員】 次回です。

【繁田部長】 わかりました。では、よろしく願いいたします。

そのほか、発言をする機会がなかった方もよろしいでしょうか。この前の意見シートもほとんどの委員からたくさん意見をいただいて、参考にさせていただきました。今後もあのシートは折に触れて立ち戻って、振り返って参考にさせていただきたいと思います。新たにまた意見がということであれば、シートでぜひお寄せいただければ、きょうご発言いただけなかったことに関しても参考にさせていただきたいと思います。

きょう委員の皆様からいただいた意見を改めて振り返ってみますと、恐らく大事なところがこの中からさらに浮き彫りにされると思いますので、そこを重視して、そこにポイントを絞った形で資料を整理し直したいと思います。その点に関しては部会長の私と事務局にお任せいただければと思います。

それでは、マイクをお返ししてよろしいですかね。

【室井幹事】 本日は大変熱心なご議論をいただきまして、本当にありがとうございます。この議論を繁田先生とご相談しながら、ぜひきちっとしたものにまとめていきたいと思っております。

なお、あさって、9月2日でございますが、17時から、この本部会の親会議でございます東京都認知症対策推進会議というのが開かれます。その中で本部会のこれまでの検討状況につきましてもご紹介をし、ご意見をいただきたいと考えておりますので、ご承知おきいただければと思います。

それから、次回の日程でございますが、10月の中旬もしくは下旬で調整をさせていただいております。決まり次第ご連絡をさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日は本当に熱心な議論をありがとうございました。これにて散会とさせていただきます。どうもありがとうございました。

— 了 —