

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3回）

平成22年11月11日（月）

【室井幹事】 それでは、お時間になりましたので、ただいまより東京都認知症対策推進会議第3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させていただきたいと思えます。

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。

初めにお願いでございますが、ご発言に当たりましては、お手元にマイクを幾つか置いてございますので、そちらでご発言をいただきたいと思えます。

次に、本日の委員の出欠状況について事務局よりお知らせいたします。本日は、栗田委員が所用により欠席をされております。高瀬委員もご欠席でございます。それから、幹事でございますが、高橋幹事、馬神幹事につきまして、お二人とも所用により欠席ということでございます。

本日は、福祉保健局長の杉村も出席させ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】 どうぞよろしく願いいたします。

早速議事に入らせていただきたいと思えますけれども、まず資料の確認を事務局からお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、配付しております資料についてでございますが、クリップでとめてあります資料がございます。こちらのほうに本会議の資料、参考資料、さらには、本日、現場の現状ですとか取り組みについて、3人の方をお招きしてお話をいただくことにしております。その方々のプレゼンテーションの資料を真ん中以降に説明資料ということでおつけしておりますので、ご確認をいただきたいと思えます。

それから、第1回の部会の資料を参考資料といたしまして、基礎データでございますのでお配りしております。適宜参照していただければと思えます。こちらは会議終了後机上に残していただいても結構でございます。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、議事の1番について事務局から説明をしていただきますけれども、一たん「中間のまとめ」として今までの議論を整理させていただきました。きょうから2回くらいにわたりまして実際にご苦労されている方々のご意見をお聞きして、必要に応じて修正、追加がもしあれば加えて、最終的なまとめにしたいということでございます。最後に一遍にまとめるよりは、いったん中間でまとめておきたいというところでの「中間のまとめ」という資料でございます。

それでは、説明を事務局からお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、議題の「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」というところをご説明したいと思います。

資料につきましては、資料の1-1、それから資料の1-2でございますが、1-1が修正箇所を示したものでございまして、1-2は本文になりますので、クリップを外していただいて合わせごらんいただければと思います。この資料につきましては前回、案という形でこの検討部会にお示しいたしまして、委員の皆様からさまざまなご意見をいただいたところでございます。また、9月2日には認知症対策推進会議を開催いたしまして、こちらでもご意見をいただいたところでございます。これらのご意見をもとに繁田部会長と事務局とで調整をいたしまして、本部会の「中間のまとめ」として整理をしたものでございます。本日の会議では修正点につきましてご確認をしていただきまして、この部会の中間のまとめとして内容を固めていただきたいと思いますと考えております。

それでは、資料のご説明をいたします。資料の1-1のほうでございます。こちらに修正箇所が書いてございます。まず「連携の中核」という表現を「連携の推進」に置き換えるということです。認知症疾患医療センターが真ん中にあるというイメージではなくて、連携をつくっていく、あるいは促進していくのが認知症疾患医療センターの役割であるというご意見がございましたので、資料1-2でいきますと、「基本的機能」の下から2番目、「地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能」と整理をしております。また、「3つの役割」の2番目でございますが、「認知症に係る地域連携の推進機関として」云々という表現に変えさせていただいております。

それから、2番目でございますが、専門医療機関の説明の中に、「受診が困難な人への対応」というのを課題として追加してございます。「受診が困難な人への対応」というのは各論の中に書いてございましたが、これは大変重要な問題だというご意見がございましたので、2ページ目の上から2行目の見出しのところに、「認知症に関する高度な医療資

源は相当数あるものの、受診が困難な人への対応、鑑別診断の一部医療機関への集中」という形で表現を入れ込んでございます。

また、それと関連して、「専門医療相談」の四角がございます。その一番下の「○」の一番下の行でございますが、「受診が困難な人への支援」のところに、「自治体と連携」という言葉を追加してございます。

さらにめくっていただきまして、4ページ目でございます。こちらの修正箇所には書いてございませんが、4ページの「地域連携の推進」という四角がございまして、一番上の「○」の2行目でございます。地域連携をつくっていくに当たりまして、既にある地域の仕組みとか資源と連携しながらやっていくことが重要というようなご意見をいただきましたので、「既存の地域の仕組みや資源を活かしつつ」という表現を入れさせていただいております。

それから、一番下に「家族介護者の会への支援」というところがございます。こちらは前回牧野委員から、家族会におきましては悩みを抱えた家族の方を積極的に紹介してほしいというようなご意見もいただきましたので、今まではさらっと書いていたんですが、ちょっと詳しく書いております。「家族介護者の会は、日ごろの在宅介護の状況を話したり、家族としての思いや悩みを共有したり、知識や知恵、あるいは地域の様々な情報を交換したりすることで、地域の家族介護者同士の支え合いの場となっている。センターは、地域における認知症の人の家族介護者の会との関係づくりを進め、家族介護者の求めに応じていつでも紹介できるように努める」という表現を追加してございます。

5ページ目でございますが、図で「地域連携のイメージ」というのを入れてみました。言葉だけではなくて、一目でイメージがわかるようにということで作ったものでございます。ここで肝となりますのが、基本は、認知症の患者・家族の周りにおける地域包括支援センターや地域の診療所、あるいは介護職、自治体・行政というところでございますが、認知症疾患医療センターは直接的にというよりも、むしろこういった認知症の方々を支えるネットワークをバックアップしていくというようなイメージをかいた図でございます。

さらにページをめくっていただきまして、7ページでございます。「その他」で「情報発信」というのを新たに項目としてつくっております。具体的な事業として「認知症の普及啓発」、「連携体制の周知」というのを記載しておりますが、これは、せっかくこういうネットワークなり、認知症疾患医療センターという制度をつくっても、それが関係者、あるいは一般の区民、市民に知られていなければ意味がないということで、こういったもの

を入れたほうが良いというご発言があったので付け加えたものでございます。

それから、「設置数」につきましては、前回、案という形で二次保健医療圏に1カ所を基本とするということで入れておりましたが、前回の議論を踏まえてこれを成案という形にしたいと思っております。また、センターの数につきましては、運営状況を踏まえて、必要に応じて見直しを行うというような表現で整理をしております。

あともう1つ、基幹型につきましては、前回の議論を踏まえまして、東京都では基幹型について当面は考えないということで、記述は削除をしております。

ということでございますが、前回の議論の中で新里委員から、基幹型につきまして熊本県の運用状況についてどうでしょうかというお話がございましたので、事務局のほうで確認をいたしました。そうしたところ、運用実績、利用率は、この半年間で大体6割ぐらいということでございます。主に地域の疾患医療センターからの紹介に基づくものがほとんどであると。各地域の中で、地域拠点型の疾患センターと総合病院が連携しているわけですが、そこでも対応ができないような身体合併症を持つ方を受け入れているというようなお話をいただいております。

それから、2枚めくっていただきますと参考資料1というのがありますが、よろしいでしょうか。これは東京都の認知症疾患医療センターに係る来年度の予算要求状況についてでございます。先般、10月の下旬に東京都も各局の予算要求の状況を公表したところでございます。この中で、認知症疾患医療センターにつきましては認知症対策連携強化事業という名前が入っております、総予算額は1億4,200万円という形で財務当局に要求をさせていただいております。また、規模につきましても、島しょを除く12二次保健医療圏域それぞれに1カ所という形で整理をしております。

以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

修正点が幾つかございますけれども、これらの点に関しましてご意見、ご質問をいただけたらと思います。いかがでございましょうか。

【山田委員】 5ページ目の「地域連携のイメージ」の中で、「医療圏」というところで、点線の中に「認知症サポート医」、それから「地域の診療所（かかりつけ医・在宅医）」というんですけれども、ここの「サポート医」の下にちょっとあいているところがあるんですが、そこに例えば「精神科診療所」を入れては如何でしょうか。かかりつけ医とはまた違う立場にあるかと思うんですけれども、今、精神科のクリニックは相談に乗る

先生も多くなっていると聞いていますので、診療所協会のほうにお願いしてそこに入ってもらおうというのもある。いろんな精神科の事業が広がってきて大変になっているんですけども、病院は敷居が高過ぎるということがあったり、入院ということになって、我々も相談業務を十分しているつもりではいるんですけども、イメージとして診療所が間に入るのも1つかなと思ひまして、皆さんの意見はいかがでしょうか。

右側の「認知症サポート医」の下のあたりに「精神科診療所」というのが入るといい。このまま歩いていっちゃうと、ひとり歩きというわけじゃないんですけども、利用する側としては使いやすいというのはおかしいんですけども、ちょっと相談するとかというときに、診療所も認知症に十分に対応する先生が多くなっていますので、そんな提案を試みたいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ただいまの山田委員の意見に関しましていかがでございましょうか。西本委員、お願いします。

【西本委員】 やはり現場でも、かかりつけ医の先生方もご自分のところで対応が難しいと思った場合は、精神科を標榜しているクリニックにご紹介して両方で診てくださるといふところも増えていますので、ぜひここには精神科の診療所、もしくはクリニックみたいなイメージのことを入れていただけるとありがたいと思います。

【弓倉委員】 認知症サポート医の先生方も結構精神科の先生がなっぺいらっしゃる方も多いのですが、内科の先生でサポート医になって必要な場合には精神科の先生方と連携をしてということがございますので、山田先生のおっしゃるとおりでよろしいかと思います。

【新井副部会長】 精神科医としてはもちろん私も賛成なんですけど、必ずしも精神科医が全部認知症をやれるかというところが、我々の立場からは問題としては指摘しておきたいと思います。よく精神科医だから紹介したからといって、私は診れないと帰されるという現状があるので、そこは十分認識した上での意見なんですけれども……。

そうすると、場所としては、どちらかというところ、「地域の診療所」は一般診療科という理解ですよね。かかりつけ医は一般診療科ですよね。

【山田委員】 私もそういうふうにとったんです。

【新井副部会長】 そうとっているんですよね。ここに入るといふ意味であれば入れなくてもいいんですけど、これを一般診療科とすると、間としては「サポート医」との間の方がいいのではないですか。

【山田委員】 もちろんどこでもいいんですけど、その場所があいていたから。

【新井副部長】 サポート医は研修を受けて全員認知症をやっているという形であれば、この後ろのほうがいいから、「精神科診療所」は「地域の診療所」と「認知症サポート医」の間がいいんじゃないですか。

【山田委員】 医師会も随分この事業をどんどん進めて、一般科の先生も認知症を診るんですけど、やはりBPSD（周辺症状）のレベルになると、それを予測するとか、この先どのぐらいの期間をもって在宅が難しくなるかというのも推測するのが難しい段階になると思うんです。それは病院に来るのもいいんですけども、診療所の先生も十分対応できる先生が最近増えていると聞いていますので、そういう意味で、場所はちょっとわかりませんが、どこかに最初から名前が入っていたほうが、このシステムが稼働するときによからうかというふうに思ったところです。

【繁田部長】 そうですね。左側に「精神科病院」と具体的に書いてしまっていますので、それとは別に「精神科の診療所」もあったほうがよろしいですね。

【新里委員】 精神科といっても、神経科と標榜しているところ、あるいはメンタルクリニックなんていうのもありますので、例えばそれを「認知症専門医」という名称で載せるとというのが現実的ではないでしょうか。

【繁田部長】 認知症の専門ではなくて、統合失調症とかうつ病を普段は診ているが、認知症の方が抑うつになったり、あるいはイライラしたりしたときに、精神科の先生が診てくださる場合もあるので、少し広くしておいたほうがいいと思います。ただ、すべてということではないので、新井先生がおっしゃったようにその点は注意が必要ですが。それは精神科の病院も同じですね。精神科の病院もすべてが対応してくれるわけではないので。

【新井副部長】 左側はちょうど「一般病院」と「精神科病院」の連携ですから、診療所も一般のかかりつけ医と精神科の診療所の連携というのがよくて……。

【弓倉委員】 「地域の診療所」を一般科にしてしまっているのが、メンタルクリニックをどこに入れようかという議論になっちゃっているのかなと思うので、ここの「地域の診療所（かかりつけ医・精神科診療所・メンタルクリニック・在宅医）」、順序は逆でもいいんですけども、そういうふうにしてしまうと、メンタルクリニックも地域の診療所の1つとして認知症ケアに携わるというイメージになるのかなと今思ったんですが。あくまでも地域の診療所を一般科にするのであれば、左側で「一般病院」の下に「精神科病院」があるように、「地域の診療所」のすぐ下に「精神科診療所」が来る。「認知症サポート

医」とはちょっと別の機能を持っていますので、そこはむしろしたほうがいいかなと思います。

【繁田部会長】 そうしましたら、「地域の診療所」に関してはいわゆる一般科として、ここに精神科の診療所を含めてしまうと多分ニュアンスが少し違うと思いますので、ずらしていただいて。

【新井副部会長】 でも、先生は一緒にしてしまおうかという意見なんですよ。

【弓倉委員】 「地域の診療所」ということで、地域医療で認知症ケアを普段で診るという形で見ますと、BPSDまで含めて見れば、「地域の診療所」ということで、精神科診療所を特別扱いしなくてもいいのかなとは思いますが。でも、それは見る方々の印象もあると思いますので、わざわざ左側に「一般病院」と「精神科病院」を分けていますので、それと対応するのであれば、「地域の診療所」と「精神科診療所」を分けても、それは私は構わないと思います。

【繁田部会長】 それでは分ける方向で、「地域の診療所」と一緒にしないで、大きな丸が2つ重なってありますが、下の丸の中に入れていただく形でよろしいでしょうか。

ありがとうございました。質問はまだあるでしょうか。

【新井副部会長】 質問というか、とてもいいですよ。僕は、この連携をあらわす図はとてもいいなど、これを支持する意味で言いたいんです。

【繁田部会長】 ありがとうございました。きょうご欠席の高瀬委員の発案とのことです。

【新里委員】 この役割のところの「受診が困難な人への支援」というところで「自治体と連携し」という文が入ったと思うんですが、これは具体的には福祉事務所とか保健所ということになるんですか。

【室井幹事】 そのとおりです。自治体の区市町村の高齢者部局であるとか、保健所、保健センターということになります。

【新里委員】 これに支援センターが後方支援という形でバックアップをするという形になっているわけですが、認知症の合併症という問題はとても大きな問題だと考えておきまして、後方支援だけでは不十分であり、ある程度リーダーシップをとっていかないと合併症の問題の解決は難しいと思います。今後の議論の中でまたぜひその辺を深めていただければと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございました。東京都も広うございまして、地域によって

は、医師会のかかりつけ医の先生が中心にネットワークを組んで、一般病院と連携をして合併症などに対応していらっしゃるところは、ネットワークができつつあると言えます。そこに、今ネットワークに入っていない、例えば高度先進医療を提供するような病院がほとんど新たに入ってしまうと、今までのネットワークをどういうふうに活かしたらいいかというところで難しいのではないかというようなご意見もいただいたことがあります。少し考えさせていただいて位置づけを決めていきたいと思います。ただ、中心になってしまつてすべての相談と情報がセンターに集まることになると、センターが1人のソーシャルワーカーをつけたとしてもとても手に負えるものではありません。地域の特性も踏まえてということで課題にさせていただきたいと思います。ご意見ありがとうございました。

よろしゅうございますでしょうか。後半でお客さんをお呼びしておりますので、先に進めさせていただきますと思います。それで、今日もご意見シートを用意していますので、ご意見を事務局に渡していただければ、それを踏まえて、まとめをつくらせていただきます。よろしく願いいたします。

続きまして、現在、どれだけの病院がどの程度認知症に関して役割を果たしているかということ、情報を集めたいと考えました。それに関しまして案を事務局で考えていただきましたので、その説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料2をご覧くださいと思います。

ただいま中間のまとめについてご議論いただきましたので、「精神科の診療所」につきましては図の中に入れ込んでいきたいと思っております。これは繁田部会長とご相談して、「中間のまとめ」という形で整理をさせていただきたいと思っております。

これがとりあえず「中間のまとめ」ということで整理されたことを受けまして、今度は、具体的にどういう医療支援があって、センターとして指定する基準はどんなものがあるのだろうかというものを考えていかななくてはいけないので、そのための基礎資料とするために医療機関に調査を行いたいと思っております。

対象といたしましては、東京都医療機関案内サービスの「ひまわり」——これは医療機関がどういう治療を行っているのかというのを報告していただいて、東京都のホームページで提供しているものでございますが、そこで認知症の治療を行っているところを報告いただいている病院が約250施設ございますので、こちらに対してアンケート方式で調査をしていきたいと思っております。

調査期間につきましては、11月初旬から3週間程度でございます。

調査内容でございますが、認知症医療に係る診療の基本的な状況です。鑑別診断を行っているか、中核症状の治療や身体合併症状の入院治療、周辺症状の入院治療等をやっているか、専門医がいるかとか、そんなようなことでございます。

また、認知症疾患医療センターについて、アンケートに「中間のまとめ」を一緒に添付したいと思っております。指定を受けることについて関心があるかどうかということもお聞きしたいと思っております。ここで「関心がある」とお答えをいただいたところにつきましては、この「中間のまとめ」で示しました個々の項目について、既に対応しているのか、あるいは現時点では対応していないけれども対応可能なのか、それとも、これはどうしようもなく、対応はできないんだというものなのかというのをお答えいただきたいと思っております。これを踏まえてセンターの基準をつくっていきたいと思っております。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。この件に関しましてご意見をいただけたらと思います。

実際にあり方を検討する中で、理想を求めている部分もありますし、こちらの願いもいろいろ込めた部分もありますので、実際にどれだけの医療機関で可能なのかというところまで押さえておきませんと、実現しない可能性もあります。手が挙がらなければお話になりませんので、調査を行うことに関してはご理解をいただき、ぜひさせていただきたいということでご了承いただきたいと思っております。

内容に関しまして、詳しいところはまだ決めておりませんので、ご意見は出しにくいかもしれませんが、こういうことも聞いておいたら良いのではというような点をご助言いただけたらと思います。

【山田委員】 1つずつ質問して申しわけないんですけども、この調査対象の医療機関、病院の約250施設の中に精神科の病院というのは幾つぐらいあるんでしょうか。

【室井幹事】 すみません。幾つかというのはちょっとわからないんですけども……。

【山田委員】 何%ぐらいでも結構ですけども、それでは結構です。どうしてそういう質問をしたかといいますと、何回も何回もこの席で申し上げているんですけども、認知症の終末像といいますか、療養病床で、あるいは一般科の病院病床で対応できるケースはいいんですけども、周辺症状が出て非常に困ったケースになってから精神科に来ることがあります。そのときの精神科の対応の仕方というのは一定のものではないと思うんですね。

精神科が入っているのであれば、ある程度この調査をもとに、どのような対応が一般的なのかということをご皆さんにも知っていただきたいと思ひますし、私どもの病院でいへば、救急の中に認知症の方で対応し切れなくなつた方が入つてきます。救急病棟は本来は重症の方が入つてくるんですけれども、そこと同じレベルとして対応せざるを得ない。

現状ではそういう対応をせざるを得ないケースが出てくるし、何度も申し上げていますが、早目のアセスメントをして、精神科に早い時期にかかわつて、精神科病院に入院しないで、施設なりグループホームとか在宅で最後までということに持つていけるような道をつくるためには、精神科の対応の実情も知つたほうがいいだろうということで、今お聞きしました。

【室井幹事】 病院ということでございますので、先生の山田病院も含めまして「ひまわり」に入力していただいております。

【繁田部会長】 おそらく、リストで総合病院が多いことは多いかと思ひます。「ひまわり」に登録しているという条件だけですので、それ以外の割合に関しては私も把握していませんので、お時間をいただければ整理しておきたいと思ひます。そのほかいかがでございますでしょうか。

「ひまわり」に登録している病院というのは、どのくらいの間隔で更新というか、見直しをするのですか。

【室井幹事】 年に1回定期更新をしていただくことになっております。それから、内容に変化が生じたときには随時更新をしていただくというルールになっております。

【繁田部会長】 それではこんな方向で、調査の案を詰めさせていただいて実施したいと思ひます。ありがとうございました。

続きまして、議題の2番目、「地域連携を進めるための具体的方策について（現場における取組みについて関係者からヒアリング）」と題しまして、実際の現場のご意見をお聞きしようと思ひます。今回と次回はこのような形でご意見をお聞きして、「中間のまとめ」にも追加・修正を必要に応じて加えていくということでございます。

それでは、早速お願いをしてよろしゅうございますか。本日、お忙しい中お願いをいたしましたのは、これから申し上げますお三方でございます。地域包括支援センターにおける取組みについて、まず高藤委員にお願いをいたしました。

それから、医療機関の退院支援に関する取組みについては、ゲストとして、東京都健康長寿医療センター 地域連携部 在宅医療・福祉相談室のメディカルソーシャルワーカー

の菊地ひろみさんをお願いをしました。

それから、武蔵野赤十字病院院長の富田博樹院長に、地域連携の取り組みについてという事で脳卒中のお話をさせていただきます。

それを認知症の地域連携を考える上で参考にさせていただこうということで、ただいま申し上げますお三方にあらかじめお願いをいたしまして、ご準備をしていただきました。

それでは、よろしいでしょうか。まず高藤委員から、地域包括支援センターの現場で直面していらっしゃる、認知症の人に対する医療機関との連携における具体的な取り組み状況、それから課題に関しましてお話をさせていただいて、参考にさせていただきたいと思います。それでは、高藤委員、よろしくお願いたします。

【高藤委員】 では、新宿区からの報告ということでお話しさせていただきます。

これまで新宿区は、保健分野の健康部のほうで認知症の予防や早期発見・診断を主に事業展開してきましたが、平成20年度から福祉部に認知症対策担当を、2名と少ないんですが、2名置いて、認知症の発症後も地域で暮らせる体制づくりをスタートさせています。その対策担当の1人が私なんです。

なので、認知症に関しての医療と介護の連携についてはこれから本格的に取り組んでいくというところですが、現状の取り組みをお話ししたいというのと、医療との連携に関する地域包括の事例、地域型のセンターにお願いして、今、現場でどのようなことに困っているか、逆に、よく連携をとれている病院、あるいはかかりつけ医とはどういう関係なのかというのをご報告させていただきたい。

それから、ケアマネジャーさんからも直接生の声を聞くことができましたので、そのご意見と、それから、東京医科大学病院のほうでも地域のケアネットワークということで平成15年度から取り組まれているので、その辺も参考にご紹介して、疾患医療センターのあり方、あるいは医療と介護の連携を考えるヒントにさせていただければと思います。

では最初に、新宿区の概況ということでざっとデータの事をお話しさせていただきます。新宿区は高齢化率は決して高いほうではありません。18.7%です。ただ、このデータは外国人を含めてなんです。外国人を抜かすと20%を超えているような状況です。ちなみに、外国人は区民の1割強いますので、新宿区はこれから外国人の高齢者も多くなってくる。実際、数カ月前にハングル語ができるケアマネジャーさんを紹介してくださいという相談もあったような状況です。

次は新宿区の特徴ですが、高齢者の3割がひとり暮らしで、本当に単身の認知症という

課題は大きくなってきているかなと思っています。

それから、区の現状として、介護保険の要介護・要支援認定者数の2人に1人は認知症自立度が2以上というデータがあります。その方たちは一体どこで生活しているかというところ、約6割の方が在宅で生活しているという現状です。

次に、地域包括支援センターの業務です。こちらにいらっしゃる方たちはどんな業務があるのかおわかりになっているかと思うんですが、高齢者に関する総合的な相談窓口、個別のケースワーク、虐待ケース対応とか、成年後見の支援、総合相談、それから介護予防ケアマネジメント、ケアマネ支援、地域のネットワークづくり等々、非常に多くの業務を担っています。しかも、職員は3名から4名、あるいは5名といった非常に少ない人数でかなり多くの業務をしているということになります。

新宿区は、包括支援センターは何をする所かわからないということで、昨年度から「高齢者総合相談センター」という通称名を使うことになりました。今、10カ所あります。基幹型1カ所、それが今私のいるところなんですけれども、高齢者サービス課の中の高齢者相談係と介護予防係の2係を合わせて高齢者総合相談センターになっています。地域型は9カ所ありまして、社福が5カ所、株式が4カ所です。

先ほど、どこの包括センターも4名から5名の職員数と言ったんですが、新宿区は恵まれていまして、昨年度まではその人数だったんですが、今年度機能強化をしまして、まずは人員倍増ということで8名から10名にいたしました。やはり介護予防プランの仕事が非常に多くて、肝心の総合相談、あるいは地域でのネットワークづくりというところが非常に手薄になっておりましたので、その部分を強化しようということで新宿区は職員を倍増にしています。

やはり高齢化が進む中で課題となってくるのは認知症、あるいは在宅療養、医療依存度が高い方へのケアというところなので、その職員の中で認知症担当を1名置きました。それから医療職に関しては、医療連携担当者ということで1名相談員を置くようにしました。中心になってこの課題に取り組んでいこうという意識を持っていただくということでしています。正直な話、数年前までは認知症の相談ということでセンターに行ったとしても、「うちはその相談はできませんから、保健センターに行ってください」と、本当に現状はそんなことがありましたので、それではいかんということで、役割をつけることで自覚、責任を持ってもらって対応してもらおうということで担当をつけております。

ただ、特に株式への委託なんですけど、職員の異動が非常に多くて、昨年中で11名かわ

りましたし、今年度中4月からすでに8名かわっているような状況で、なかなか地域にも根差しにくいし、関係者間の連携というところでも、人の異動というのは非常にネックになってしまうのかなというところはあります。

次に、地域包括支援センターの地区割ですが、1所あたり大体5,000人から8,000人弱ぐらいを担当しているということになります。

次に、新宿区の高齢者保健福祉計画の重点的取り組みの中に「認知症高齢者支援体制の推進」をまず1番目に掲げています。それから「在宅療養体制の整備」、3点目に「ケアマネジメント機能の強化」ということで行っています。

「認知症高齢者支援体制の推進」というところでは5本の柱がありまして、1番に相談、受診体制の充実、2番目に認知症の予防、早期発見・早期対応の推進、3点目に高齢者及び家族の生活を支援する取り組み、4点目に連携の強化、5点目に普及・啓発、地域での支え合いということで行っています。

1番目の「相談、受診体制の充実」では、高齢者総合相談センターの機能強化に伴って、相談員1名を認知症担当相談員としています。ただ、この担当も認知症に関してスペシャリストではないので、専門研修からしています。6月に1回2日間行いまして、11月中旬にモニタリングをして、また1月か2月ぐらいに研修を企画しておりますので、それを受けていただいています。

かかりつけ医の対応機能の強化と専門医との連携を推進する取り組みとして、新宿区の医師会に委託している事業で、健康部のほうで行っているものがあるのですが、ここでは、かかりつけ医の研修と、対応力向上研修を修了したドクターたちへのフォローアップ研修。あるいは認知症・もの忘れ相談医名簿（新宿区独自のもの）を作成していただいたり、あと、認知症高齢者保健医療福祉ネットワーク連絡会というものを開催しております。

ここに集ってくるメンバーなんですが、区内の病院、あるいは医師会の先生方、区役所の健康部、保健所、保健センター、福祉部、地域包括支援センターの職員のメンバーで行ってまして、各セクションの現状報告や事例紹介、あとは情報交換をしています。去年は板橋区の弓倉先生に板橋区の取り組みをお話しいただいて、勉強もしているということになります。

また、認知症・もの忘れ相談医リストを作成して、機会あるごとに区民の手に渡るようにしています。

次に、「認知症の予防、早期発見・早期対応の推進」として、物忘れ相談、認知症専門

相談等々を行っています。今、地域包括で物忘れ相談というのを医師会の先生たちと連携してやっているところが多いんですが、新宿区はまだ専門医療機関の先生にお越しいただいてやっているような状況です。

3番目には、認知症高齢者及び家族の生活を支援する取り組みということで、介護者教室をしたり、介護者のリフレッシュになるような事業をしたりということをしています。

4番目には、保健・医療・福祉の関係機関の連携強化ということで、高齢者の権利擁護ネットワーク運営協議会というものを立ち上げています。検討課題としては、高齢者虐待、孤独死、認知症、その他そのときに合った高齢者の課題に対して検討をしています。ここには、警察とか消防、介護事業所、病院のドクター、ケースワーカー、医師会の先生等幅広く関係機関の方たちにおいでいただいているものです。それから、先ほど紹介しました、医師会に委託してやっています高齢者保健医療福祉ネットワーク連絡会もこの中に入ります。

5番目は、普及・啓発、地域での支え合いの推進ということで、サポーター養成講座、あるいは認知症の講演会、普及啓発用のパンフレット等の作成を行っています。

次に、在宅療養体制の整備ですが、この部分は健康部が中心となってやっているところです。認知症に特化したものではないんですが、参考になると思いまして提示させていただきました。ここでの整備に関しては4本柱で行っております。

まずは退院調整モデル事業です。医療の必要性が高い人や、継続的に在宅医療での支援が必要な人が退院する際に、在宅療養生活への移行が円滑にいくようモデル事業を実施し、退院調整に係る仕組みを構築するというところで、連携パスのようなものを作成しているところでもあります。

それから、病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修ですが、病院のナースはなかなか在宅でのイメージが持てないということで、訪問看護ステーションのほうに実習に来ていただきました。そうしたら病院ナースの意識が非常に変わって、在宅での生活と病院での生活の違いがわかったということと、今後連携していく上で非常に参考になったというご意見がありましたので、認知症疾患医療センターのところでもこのような研修が、そこがやらなくても一般病院のナースが地域での研修を行うのも、百聞は一見にしかずでいいのかなというふうに思いました。

それから、在宅療養に対する理解促進ということで、住民への教育も必要じゃないかということでシンポジウムなどを開催しています。実際、在宅ではどんなチームで自分たち

を支えてくれるのかというところを知っていただくということで取り組み始めたものです。

次に、事例を少し紹介させていただいて、センターのヒントになればと思います。

まず、86歳男性。NMスケール12、受診歴なし。認知症高齢者の日常生活自立度がⅢb、障害高齢者の自立度がB1、要介護度は4です。80歳の妻も認知症ありなのですが、2人暮らしをしていました。ご本人の妹が訪問したところ、妻が倒れており、妻のほうは緊急入院して、ご本人さんは家に残されてしまったということ。妻が入院したことは全くわからない。介護保険の導入の抵抗が非常に強い。でも、在宅生活を強く希望しているという方でした。

都の高齢者班に来ていただいて、それでNMスケール12ということで、重度の認知症。それから、両鼠蹊部の腫脹を認めるという見立てをしていただきました。このときの高齢者班の方の意見で、都立病院のほうに入院依頼をかけるにも、医療保護入院は保護者と後見人の申し立てのめどが立っていないとなかなか難しいということを言われました。それから、身体合併病棟は非常に混んでいて3カ月待ちということも言われて、緊急に入院させたいんだけど、包括の職員が立ち往生してしまったというところがあります。

区内の病院に鼠蹊ヘルニアのほうは診てもらって、オペ適応となって入院していたんですが、本人がどうしても家に帰りたいということで自宅に戻ってしまいます。自宅に戻られたときに心不全を起こして総合病院へ緊急入院になったんですが、点滴自己抜去、看護師に手を上げるなどBPSDのほうが出てきまして、「とても病院では対応できない。転院か退院をしてくれ」ということを言われてしまって、また相談員は非常に苦慮したということです。結果的にはその総合病院から何度も都立病院のほうに打診をして、入院はできたというところがありました。

それから事例2なのですが、69歳の女性。夫も認知症ありで、2人暮らし。顕著な高血糖と脱水にて救急搬送され、総合病院の内分泌科に入院されました。包括の相談員が、認知症であることを病棟ナースに情報提供していたにもかかわらず、入院費の請求書を本人の床頭台の上に置いてしまって、本人は非常に混乱を示したということ。保険証がなくて自費で30万と書かれた請求書だったらいいんですけども、それを見てしまって、「これは一体何？」ということで非常に混乱してしまった。またドクターも、床頭台の上に「認知症」と書かれた診断書を封筒にも何も入れずに裸のまま本人の診断書を出してしまったものですから、字は本人は読めますので、「私、認知症なの」ということで、非

常に戸惑いを見せられたという実態があります。

それから、この方は入院中に無断外出をして戻ることができなくなってしまって、警察に保護されてしまったんですね。そのことから、病院側は入院継続は無理だということで退院を迫られました。相談員がじっくり外出の理由を聞くと、入院に必要なものを取りにタクシーで自宅に戻ったと。その後、行き先の病院名がわからず、運転手さんが困ってしまって、警察に行って保護されたという経緯なんです。相談員がその状況を病院側に説明したんですが、病院は無断外出、この人は見られないということで、退院してくれというふうに言われてしまったという事実があります。

そのほか、高齢者総合相談センターの声を挙げさせていただいたんですが、これは私がいろんな相談員からリサーチしてまとめたものなので、まずは生声を聞いていただきたいと思います。

病院、あるいはかかりつけ医の連携で良好にうまくいった、あるいは対応が非常によかったというケースをご紹介します。まずは病院です。総合病院の内科での対応です。80歳の男性。独居でごみ屋敷。介護認定で要支援2が出ているんですが、ご本人はサービスを拒否していました。ことしの6月にもうろうとした状態で足元がおぼつかず、尿失禁状態であったということで緊急入院しています。

担当医から、検査はうちでするけれども、その後のことは一緒に考えてほしいということで、担当医とケースワーカーと家族も含め話し合いを持って、在宅での生活、あるいは身体状況の回復状態を考えて老健施設がいいんじゃないかということで、いろんな方向性を一緒に考えて対応してもらえたというところがあります。

もう1つ、内科病棟での対応ですが、82歳の男性で、高齢者世帯。認認介護。妻と2人暮らしで、腰椎圧迫骨折から寝たきりとなって、脱水、低栄養、嚥下困難で緊急搬送されたケースです。転院か在宅かの検討に病院も一緒に時間をかけてカンファレンスも重ねたということで、行き先の方針が立つまできちんと病院で見てもらえたということでした。

それから、小規模な病院の内科なんですが、75歳の男性、単身で、病院から相談センターのほうに連絡があったケースなんですけれども、認知症状があって、1年ぶりに受診された。服薬管理もできていない様子なので、包括にかかわってほしいということで連絡があってかかわれたという状況があります。

ここから私が導き出したものなんですが、連携（対応）が良好と感じる要素は、病院に関しては、入院中に、特に早期が望ましいんですが、医師、看護師、MSW、かかりつけ

医、包括の職員、ケアマネ等関係者、場合によっては家族も参加するカンファレンスを開催して、支援の方針の検討、役割分担を明確にして対応していくことがいいんじゃないか。それから在宅支援については、病院からも包括へ連絡があること。医療については、一般病院ではもし対応し切れないのであれば、専門医療機関やかかりつけ医へ相談してもらえ

ること。
それから、かかりつけ医の対応で良好と感じる要素としましては、医療情報を包括の相談員でも理解できる内容で書面で情報提供してくれること。一般病院や専門病院にコンサル、手配してくれること（医療機関間のネットワーク）というところ。それから、病状から在宅でのサポートが必要であるという判断と相談があること。相談には、包括の職員が先生のほうに相談したら、すぐに断らず一緒に考えてくれること。孤独にされるというのが非常にあるみたいなんです。「もううちでは面倒を見切れないから、そっちでやってください」みたいに突き放されてしまうのが非常に困るというふうに言っていました。

次に、連携が不十分と感じる要素について、報告したいと思います。

これはクリニックでの対応なんですが、内科です。以前、専門病院でアルツハイマー型の認知症の診断を受けた女性。BPSDが悪化したため、家族はかかりつけ医の先生に再検査の相談をしたんですが、「うちで面倒を見るから」といって、専門医療機関には紹介してもらえなかったということ。

これもクリニックの内科なんですが、90歳の男性、高齢者世帯。認知症があって、認知症に対して積極的な治療は行っていなかったと。包括が医師との連携をとってかかわろうとしたんですが、家族から「先生の機嫌が悪くなるからやめてほしい」と言われたということで、ドクターとの連絡がとれなかったということがあります。

それから、これは認知症物忘れ相談員なんですが、86歳の女性、単身の方。近隣者が、物忘れが進行した本人を心配してセンターに相談しています。高血圧と胆嚢摘出術のオペ後フォローをしたかかりつけ医に相談したんですが、「僕はまだ認知症を一事例も診ていないから」ということで断られたということです。相談員リストに載っている先生がちょっと診れないとお断りされたということも実際あって、私も非常に驚きました。

これもかかりつけ医なんですが、86歳の女性、単身。民生委員さんからセンターに相談があって、総合病院の診療内科で確定診断がされました。地域の診療所でフォローしてもらっていたんですが、そこは本人の自宅からちょっと遠かったので、一番近い病院がいいということでほかの医院を紹介したんですが、そこでの病院は年相応と判断してしまっ

て、出されていたアリセプトを切ってしまったんですね。そのまま中断して症状が悪化しているというケースもあります。

これらの意見からまとめますと、連携（対応）が不十分と感じる要素としては、一般病棟では、認知症があると入院治療を拒まれたり、B P S Dがあると早期の退院や転院を迫られる。B P S Dの原因を十分に把握してもらえていないんじゃないかということ。その際フォローがなくて、医療機関探しも包括に依頼されてしまう。在宅療養・生活に関してはノータッチというスタンスがあるんじゃないか。それから、地域側から情報提供したことが院内で共有されていないんじゃないかということです。

それから、専門医療機関とかかりつけ医の見立てが違って、医師同士の検討がなされていないんじゃないか。患者の治療は中断したままという状況になってしまっているケースもある。それから、認知症の相談員ですが、診察に抵抗を示されたりとか、専門医療機関への受診を提案したんですが紹介状を書いてくれないとか、あとは、家族や関係者が発言をしにくい雰囲気があるということもありました。

それと、専門医療機関で確定診断を受けて、かかりつけ医が日常的にフォローしているんですが、例えばB P S Dの出現など変化があっても医師の対応方法に変化がなくて、自分で抱え込んでしまって、状況は改善しないことがあるのではないかとということがありました。

それから、ケアマネジャーからの声ということで少し挙げさせていただきます。新宿区では、介護保険スタート当時からケアマネの質の向上ということで、連絡会を月1ほどで開催しています。今では1回の連絡会に150人ぐらいのケアマネジャーさんが集って、勉強を一生懸命してくれています。それから、区からの情報提供を一生懸命収集してくれています。

つい最近、ケアネット新宿という連絡会なんですが、たまたまそこで「医療と連携」をテーマにしたグループワークがあったんですね。そこでちょっとリサーチさせていただいたときの声です。

身体合併がある方が入院。まだ病状は不安定なんですけれども、退院を迫られることはほとんどのケアマネジャーさんが経験していると言っていました。

それから、病院の搬送時にケアマネジャーさんが同行をしたときに、医師が救急隊に「何で連れてきた」と言っていたのを聞いてしまった。

それから、病院探しで連絡したときに、医師から「看護師が大変になるので受けられな

い」と断られてしまう。落ち着かない状態で退院後、今までのかかりつけ医にも診療を拒まれたり、ケアマネが病院探しに多くの時間を費やしていることも多い。医療と介護の情報共有のフォーマットがあるといいという意見もありました。

ただ、今、退院時にカンファレンスを開催すると病院側にも加算がつくようになったので、以前よりは病院側がケアマネジャーに近づいてくれるというか、それは非常にうれしいという意見もありました。以前は、本当に「この人何をする人」みたいな目で見られていたのが頼りにされるようになったという意見もありました。

以上が現場の声なんですけど、次に、東京医大の取り組みを少し紹介したいと思います。こちらの病院の老年病科では、平成15年から病院独自で地域でのネットワークづくりが大事なんじゃないかということで、資料1をごらんになっていただいて、在宅認知症患者対策ケアネットワークというのを始めています。今までで8回やっているんですが、それぞれのテーマを挙げさせていただきました。

その中で、平成19年度にはこちらの医大が中心となって医療連携パスを作成しています。連携パスの使い方の流れについてのもの、それから、病院からかかりつけ医ということで、「物忘れ外来診療情報提供書」。新宿区の認知症連携用ということで、区の医師会さんと検討してつくった「診療情報提供書」。これはかかりつけ医から病院への紹介状ということになります。

そして、「病状説明書」。これは、今年からだと思うんですが、家族や患者さんにもきちんと説明しなきゃいけないんじゃないか。ただ、ご本人だと忘れてしまうということもあるし、介護者も日々の介護に追われて先生の言葉が十分入らないということもあるので、きちんと書式で説明書を書いてお渡しするというのを始めています。

最後に、まとめなんですけれども、包括の職員、あるいはケアマネジャーの生の声をまとめたものなんですけれども、まずは認知症もある患者という病院スタッフの意識の改革、それに伴って治療やケアの体制づくり。ただ、意識改革では、本当に現場が大変というのも非常によくわかります。私も以前、一般病棟の外科でナースとして働いていたこともありますが、片や急変して蘇生をしているときに、認知症の方が入院されているとナースコールが頻繁で、それが対応できなかつたりとか、車いすから落ちられても、それを救助に行けないという現場の大変さもわかるので、これは私の考えなんですけど、認知症の方が入院した場合、ケアスタッフとかボランティアの派遣というのができないのかなと思ったり、病院で人材を確保した場合には、そこに補助とかという考えもあるのかなと思ったりしま

した。

それから、これは実際実現できると思うんですが、医療と介護が情報共有できるフォーマット（連携パス）の開発もしていけたらと思います。

それから、医療機関間のネットワーク、連携の強化ということですね。かかりつけ医が紹介できる先とか、一般病院、あるいは疾患医療センターが紹介できるかかりつけ医ということで、医療の中でのネットワークの強化をしていけたらと思います。

それから、院内の在宅に関する知識。例えば介護保険だったり、福祉サービスだったり、在宅療養、ネットワークとか、病院の中のスタッフに在宅のことを知ってもらう普及啓発もしていく必要があるのかなということでまとめさせていただきました。

以上、私のほうから、少し長くなってしまいましたが、報告を終わります。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

続きまして、東京都 健康長寿医療センター 地域連携部 在宅医療・福祉相談室、メディカルソーシャルワーカーの菊地ひろみさんから、医療機関での認知症の人の退院支援のお話を中心に、かかりつけ医、介護・福祉機関との連携のことについてご経験をお話しいただけたらというふうに思います。よろしくお願ひいたします。

【菊地氏】 よろしくお願ひします。きょうはお招きいただきまして、ありがとうございました。

健康長寿医療センターというのは、池袋から東武東上線で3つ目の大山という駅のそばにあります。37年前に東京都の養育院附属病院というものが美濃部都知事のときにできまして、それから老人医療センターと名前を変えて、昨年4月から地方独立行政法人の東京都健康長寿医療センターと名前を変えて今に至ります。

特徴をちょっと書かせていただいたんですけども、病床数は713あったのが579床になっています。3つの重点医療の1つに認知症が入っています。新規外来患者さんの年齢は21年度は80歳以上が30.9%という、かなり高齢の方が受診される病院です。ですが、平均在院日数は18.5日。精神科のほうはちょっと長いんですけども、今年はずっと短くなっているんですが、一般科は18.5日で回しています。急性期を脱したら退院へということで、先ほど高藤さんのほうからお話があったんですけども、大分ケアマネさん、地域包括さんに相談をさせていただいて、治療が終わったらご退院ということでやっている病院でございます。

外来の新規患者の地域は、やはり土地柄から板橋が57.7%。弓倉先生ほか皆様にも

たくさんご紹介いただいているんですけれども、板橋地域が多くなっています。その中で在宅医療・福祉相談室というのが退院支援の科でございます。今度人数を増やしていただきまして、MSW 6名、在宅医療援助相談看護師が2名、計8名でやっております。主に退院後の療養に関する相談をしているんですけれども、退院後も医療・看護が継続して必要になると思われる在宅相談は主に看護師2名で、それから、転院先など退院について在宅で難しいケースを私どもが受け持っているという状況です。

もう1つ特徴的なのは、所属は看護部なんですけど、認知症看護認定看護師が1名おまして、現在、この方とも組んで相談をしています。認定看護師が何をするかというと、主に身体合併で一般病棟に入られた方の相談をするナース、それから病棟ナースとか主治医と薬の使い方、専門への対処の仕方、そういったものに早期に介入することによって、スムーズに自宅に戻れるようにアドバイスをするという認定看護師がおります。大体、月に8から10ケースの相談があると聞いております。

またMSWの相談に戻りますが、平成21年度の相談の中で、転院・移設の相談が51%、療養上の相談が24.7%ということになっています。MSWの紹介経路は医師がほとんどです。福祉、地域包括、ケアマネジャーさんから2.4%。これは非常に少ないと思われると思うんですけれども、まずケアマネさんから相談があったときには医師と相談をしてもらって、そこから依頼ということが多いので、ケアマネさんから医師のほうに相談してというのも医師の中に含まれていると思います。

センターの平均在院日数というのがありまして、先ほど18.5日と申し上げたんですけれども、急性期特定入院加算をいただくために17日をクリアする必要があります。それから、7月から看護基準7対1を始めたんですけれども、そうしますと、平均の在院日数19日未満を守らなくてはいけないという、非常に後期高齢者の方が多い病院なんですけれども、反面、退院を促進しなくてはならないという、ちょっと矛盾ではあるんですけれども、そういった病院であります。

センターから転院・施設に入所した患者は昨年度1,318件、うちMSW関与が933件。そのうち医療機関に行かれた方が813件、そのうちMSW関与数が744件で、転院に関しては91.5%の患者さんにかかわっているということになります。

転院先は157病院で、療養型病院などどうやって連携をつけるかということ、療養型病院などからどうしても緊急の患者さんがいるという場合に早期に受け入れ、そして治ったらお帰りいただくというような関係をつくりながら、地域と連携病院を幾つかつくりな

がら何とか回しているというような状況です。

相談室のほかに地域医療連携室というのもありまして、そちらのほうは、弓倉先生もご存じかと思えますけれども、医師会の先生方、特に4医師会（板橋・豊島・練馬・北）との連携を強化。それから、地域の先生方からの受診・入院相談にも地域医療連携室がかかわっています。

それから、先ほども例にありましたけれども、精神科で認知症で緊急入院が必要だと。だけでも、どこも見つからないとセンターに相談がある場合は、窓口を1つにしてその日の救急の精神科医が受けるということをやっていますので、地域連携室がこの場合は受けています。

認知症相談の現状（転帰先）なんですけれども、自宅以外に一般病床あり、医療保険の療養あり、介護保険の療養あり、それから施設、老健あり、特養あり、グループホームあり、有料ケア付きに、高専賃に小規模多機能とありますけれども、この中でとにかく患者さんにとって自宅以外で選ばなくてはならないときに援助するのが私たちの役目になっています。

認知症相談の現状なんですけれども、新規ケースとしては、平成20年は84件、平成21年は80件、平成22年1月から10月が59件と、そんなに多くないと思われるかもしれませんが、これは精神科だけで、健康長寿は一般病棟でも認知症の方がものすごくいっぱい入られていますので、そういった方々の相談も入れると結構な数になります。

例でいくと、先ほど鼠蹊ヘルニアのケースを高藤さんがおっしゃってくださったんですけれども、外科で他院で断られた認知症の合併症の方が手術目的で入院された場合とか、術後せん妄の予防と対策などでかかわる患者さんが多いです。

それから、内科では、長期臥床による廃用症状や認知症進行を予防するためのADLアップのためのリハビリなどを病院ではやっていますけれども、それでもなかなか防げず認知症が進行したり、あるいはよりひどくなったりといった方で退院支援を必要とする方はたくさん出ておられます。

認知症相談の事例としては、先ほどよい事例ということで高藤さんもおっしゃってくださったような事例がここに書かれています。糖尿病でインシュリンもして、独身の息子さんと2人暮らしだけれども、どうしても家に連れて帰りたいという息子さんの願いをかなえるために、カンファレンスは2回行いました。息子さんとの相談は多分10回でおさま

らないぐらい夜に残ってしまったケースです。ここに書いてあるような対策を整えて家に帰り、今1年になりますけれども、元気に過ごしています。息子さんも勤務を続けています。これは、かなり地域のほうで頑張ってくださっているのと同時に、症状が重くなったり、息子が寝られなくなったり、いろんなストレスがたまったときに入れる病院があるよ、受け皿があるよということを私たちが申し上げるといっても1つですし、ケアマネジャーさんが相談にまめに乗ってくださっているということもあるかと思います。

それから、「認知症相談（事例2）」、転院ケースとありますけれども、これはたくさんある中の例えば1つというので持ってきたんですけれども、認知症、徘徊、夜間せん妄、不潔行為ありという方でした。お豆腐屋さんをやっておられた方で、病棟のトイレにトイレトーパーを山ほど入れてお豆腐をつくっちゃうみたいな方なんですけれども、奥さんは見てあげたいんです。ところが、さんざん介護してきて疲れているんですね。徘徊を追いかけて追いかけて……。娘さんたちは、お母さんがつぶれちゃうということで、転院を勧めました。

では転院先を探そうといった場合に、23区内に認知症の療養病院というのが非常に少ない。多摩、埼玉で、せっかく見てあげたい、通ってあげたいのに、遠くに行かないとな。それから、入院期間は長期可能ですけれども、料金は医療費、食費のほかにおむつ代等の雑費が加算されて、後期高齢1割負担の方で15万から25万円かかる現状です。例えば都立病院だったり、私どもの病院だったりしたら、1割負担でお食事を食べて6万8,000円で済むのが、これだけかかってしまうという現状があるんです。

娘さんたちが「自分たちが何とかするから入れてほしい」ということで、とにかく自己負担がかからない病院を探そうと一緒に探して転院され、その後申し込んでおいた老健に入れるのを目指そうというところで、今、また何かあったらご相談くださいということで、フォローに入っているというような方がいます。

今までは入院していた患者さんの例ですけれども、認知症の受診相談というのもたくさんあります。今、健康長寿医療センターは、もの忘れ外来は5カ月待ち。外来の数を増やしても増やしてもあつという間に埋まってしまうという現状です。ほかに精神科外来がございまして、それが2カ月待ち。神経内科外来だけは何とか回ってしまして、1カ月待ちぐらいで入れます。

ですので、何とか早目に受診できないかとか、受診するにはどうしたらいいのかというような相談がたくさんあります。それも電話だったり、診てもらえると思って連れてきた

と、認知症の方を片手に抱えてという方もいらっしゃいます。

相談のきっかけというのは、ホームページを見た、地域包括やケアマネさんから行ってみなさいと言われたという方が多いです。

物忘れ外来の受診とか、とにかく入れてほしいんですという入院の相談の方が多いです。

それから、ほかには認知症状への対処方法です。何でこんなことができないの、忘れちゃうのと怒っている患者さんには、怒っても、この方はかえって気分が悪くなるだけだから、こうしましょうとか、さっきの物忘れの認知症認定ナースや、在宅の看護師も一緒になって対処の方法をお伝えする。それから、地域の物忘れ外来の専門医さんの紹介をしたり、板橋も物忘れ相談が地域包括で12月にあると思うんですけども、年に4回物忘れ相談を実施していますので、そういったものをご紹介します。

それから、介護保険サービスの利用とか、サービスの内容についても意外にご存じのない方が多くてびっくりするんですけども、そういった方に介護保険の窓口を紹介したりすることもあります。

それから、多いのが、入院可能な医療機関、施設の情報を教えてほしいというの多いです。施設の情報は、地域包括さんとか高齢福祉課で、ケアマネさんも知っているんだろうけれども、病院はほとんど情報がないというのが現状で、どこでもいいから紹介してほしいと言われて、診断もついていないので紹介できないんだけど、とにかく早くどこかの外来にかかって認知症の診断を受けたら、こういった病院に相談したらどうですかと、資料だけは差し上げてお帰ししているような現状です。これは認知症の専門病院の資料なんですけれども、こういったもののリハビリ版とか、いろんなものを実はつくってまして、資料だけでもお渡しして帰っていただくようなことをしています。

それから、今後については、地域との連携ということで、先ほども高藤さんのお話にありましたけれども、物忘れ診断、治療ができるクリニックが増えて、紹介、逆紹介の連携がスムーズに行えることというのが私どもの病院としてもお願いしたいところであり、なかなか地域に戻っていただけなくて外来がパンクしているというような状況もあります。

それから、緊急時に相談できる窓口、緊急対応可能な施設。例えばショートステイでもどこでも、何週間待ってくれとか、こういった症例を出さないと受けてくれないとかがあります。本当に困っている人はその日に何とかしてほしいというのがあるので、実は本当に困っていてうちの病院でも入院できないときに、みんなでローラー作戦だといって、20カ所ぐらい病院に電話をして入れてもらったようなこともありますけれども、緊急の施

設、病院がないというのも一つ何とかしたいなと思うところです。

それから、ご家族が休みたいといったときにレスパイト可能な施設の充実。これはショートも何もかも予約でいっぱいです。皆さん困っているので、次から次へと予約を入れていきますので、こういった施設の充実。

それから、経済的な援助です。先ほど申し上げたように、月に15万から20万円かかるような病院にだれもお金が払えるわけではありませんので、そういった経済的援助とかはないのかということです。

それから、一般病棟で治療後、身体抑制が必要な方というのは一般病院にいっぱいいます。大学病院とかにもいっぱいいます。例えば抑制のベルトとか、そういったものをしていいのは、一般病院で急性期医療をしている病院か、精神科医がいる病院に限られます。そういった身体抑制ができない療養型とかに幾ら相談しても入れてはくれないわけで、そういった合併症のある方の行き先をいつも退院先として苦労しているのが現実なので、このあたりも、認知症の高齢者の方が非常に増える中でどうにかなるといいなというのが相談室からの発信です。現在、認知症疾患センターについては、うちの病院でもワーキングで3回目の話し合いを持っているところです。

ありがとうございました。

【繁田部会長】 ありがとうございました。

先ほどの高藤委員のお話、それから菊地さんのお話についてご質問もあるかと思えますけれども、時間の関係もありますし、この後、武蔵野赤十字病院の富田院長のお話も医療と介護の連携ということでは互いに関連しますので、富田先生のお話を伺って、その後ご質問をいただきたいと思えます。

それでは、富田先生、どうぞよろしく願いいたします。

【富田院長】 武蔵野赤十字病院の院長の富田です。きょうはお招きいただきありがとうございます。

私のお話がお役に立つかわからないんですが、私が今までしてきたことと、院長として今、多摩地区の我々の医療圏で中核病院としてあるべき姿というものを頭の中に描いておりますので、そのご紹介と、そういうことを思うに当たって、私は脳外科の部長のときに、過去10年にわたって地域完結型の脳卒中医療体制というものをつくり上げてきた運動の経過をご紹介したいと思えます。

資料はたくさんありますが、まず社会保障国民会議の資料というのが何ページかありま

す。ご存じかと思いますが、医療の集約化というものが必然であるという内容ですが、これだけを見るとまさに絵にかいた餅でしかないんですが、私が今まで経験したことから本当にこうならなければならないという実感を持っておりますので、その経過をお話しいたします。

そのときに、地域をつくるという考えを持っておりまして、幾ら政府が保険で誘導しても、病院と病院が協力し、行政が協力しないと、社会保障国民会議が描いたような地域ができ上がらないという思いを持っております。その主体となるのが地域中核病院の役割だと思って今まで活動しているところです。ページにしますと、2枚めくっていただいて、「21世紀の地域中核病院の役割」というところが今お話をしたところです。

ですから、21世紀の医療供給体制をつくるには、病院と病院の連携、病院と医師会、そして病院、医師会、行政が一緒になって協力し合って、社会保障国民会議が2025年に描いているような地域をつくっていくことが、これから日本が医療として生き残る道ではないかと考えております。

次の5ページに「二次保健医療圏」と書いてありますが、私たちの医療圏の紹介です。3つの救急救命センターを持った、救急に非常に特化した医療圏です。

次のページをめくっていただきますと、ここは、私が10年前から北多摩南部医療圏における地域完結型の脳卒中診療体制の構築ということを行ってまいりましたので、その紹介をいたします。

そのきっかけは脳卒中治療ガイドラインで、第2版は2009年ですが、2004年に日本で一番最初に出ましたが、2000年ごろから脳卒中に関する治療が大体決まってきました。その中で推奨のグレードAというのがあります。血栓溶解療法というのがグレードAで、これはやらなければならない治療であるということで、tPAという薬が開発されて日本に導入されました。

ですから、脳梗塞の発症後1時間以内に病院に運び込まないときちっとした治療ができないという現実が突きつけられて、次の8ページに「Stroke Unit」という言葉がありますが、もう1つのエビデンスとして、脳卒中の治療でいわゆるグレードA、最も推奨されるものの一番最初に出ているのがこれなんです。脳卒中の治療というのは、専門医療スタッフが濃厚な治療と早期のリハビリテーションを計画的に行い、脳卒中専門病棟で治療した患者さんは有意に予後がいいということが出て、欧米がこれに向かって脳卒中センターをつくっていきました。

ですから、これを日本に導入しなければならないということでつくろうとしたんですが、下に書いてあるとおり、幾ら急性期病院がそういうものをつくって頑張ってみても、その後がないと、病床数が幾らあっても足りないということがわかったので、その後の回復期リハビリ病院のことを調べてみましたところ、次のページですが、私の医療圏は下から2番目の「北多摩南部」というところですけども、7,448の病床数があり、人口が100万人近くいるんですが、2004年までは回復期のリハビリ病床が0でした。

これを見てわかるとおり、日本というのは医療政策ということを全く考えずに医療をやっている国なんですね。残念ながら、日本の歴史で日本の医療機関の約6から7割が民間資本でつくられているという特殊な状況がありやむを得ないので、それを無理やり保険の誘導で何とかまともな形にしようとする国は考えて努力していますけれども、非常に悲惨な国であるということがよくわかりました。

これは任せておけないので何とかしなければいけないということで、熊本市に見学に行きましたところ、下のページですが、熊本市の状況はこうです。ですから、日本で同じ医療環境であっても、やれるところはやっているということがわかったわけですね。

次の10ページに書いてあるのが2000年当時の状況です。急性期で幾ら頑張って治療しても、その次に行くのは、リハビリがない病院に追い出すか、または遠いリハビリ病院に送るしかなかったわけです。

地域完結型というのは当時言われましたが、なぜ必要かということを含めて考えました。やはり脳卒中というのは治らない病気で、リハビリは家族の同席、励ましが患者を勇気づける。自宅に帰るには家族の協力が必要。退院後も自宅でのリハビリの継続が不可欠。リハビリ施設というのは住んでいる地域にあるのがベストだということですね。家族が簡単に来れる場所にリハビリ施設がないといけない。ということで、やはり地域の中に回復期をつくらないといけないという考えをしました。

急性期病院への併設というのが地方で行われていますが、この医療圏は全く不可能で、どこの急性期病院も90%以上の患者さんを受け入れているので無理だということで、100床から200床の地域の理事長、院長を徹底的に回ってお願いしたんですが、どの院長、理事長もノーでした。

ノーの理由が下に書いてあります。5つ挙げられたのですが、その1つは、急性期大規模病院がそのようなことを頼みに来ても、これは囲い込みになってしまって、経営が不安定になると言われました。

次の13ページに書いてあるのが城下町スタイルです。地方の都市はこのような形で大體編成されていますが、都会は下の形です。幾つもの中核病院が乱立しているんです。ですから、その下のいわゆる二次病院というところは、幾つかの中核病院とうまく協力してやらないと経営ができないという状況があります。ですから、横の連携が大切だということがわかりました。

そこで、急性期の4病院に声をかけて、その4病院の脳卒中を担当するドクターたちと一緒に、医療圏の中でシステムをつくろうという運動を始めました。その下に書いてあるものがそうです。4つの病院が一緒にやったそのグループです。

脳卒中の医療体制をつくる考え方は右の15ページのとおりです。理念、どの広さを対象にするか、どの組織を対象にするか、どの手順で始めるか、主体はどうなるのか、行動予定表というのをつくっていきました。

その下のページにあるのが理念です。「市民が障害を持っても安心して暮らせる地域づくり」を大きな理念として掲げました。そのために必要なことが下に書いてあるそれぞれの連携、協働です。

「どの広さを対象？」は北多摩南部医療圏全域です。

対象とした組織は、ここに書いてあるとおりです。

どのような手順でするかということですが、研究会をつくって、対象機関の経営責任者、長を世話人にする。要するに、回復期病棟をつくってもらわないといけないので、投資をする責任者に世話人になってもらいました。そして、システムづくりに必要な情報・資料を毎年の講演会で発表して、回復期病棟創設の申し出を誘導するという形で運動を始めました。

行動主体は、私たちの病院が事務局になりました。

ただ、我々の医療圏で動いても、都の医療政策との整合性がないと早晩破綻しますので、都の医療政策に一番精通している米本先生に顧問になっていただいて、いろいろご指導をいただきました。このときに都の担当者も一緒に動いてくれました。

行動の予定表は下に書いてあるとおりです。4年をめどに回復期リハビリ病棟の申し出を待とうということで動きました。右のページがつくった研究会の名前です。内容は書いてあるとおりです。一番最初は13病院が参加してくれました。

その研究会で最初に話した内容は、熊本機能病院から熊本の現状と、米本先生から東京都のあるべき姿を話していただきました。そうしますと看護部と一緒に動きました。杏林

と当院の看護部長が動いて、看護部が責任者の会というのを立ち上げてくれました。これは3つの市、24病院の総師長が参加して、1つの行動目標が共通情報用紙の作成ですが、基本的に患者さんが転院するときの最大の不安は、看護が変わる、看護言語が変わるといふことがわかったので、言語の共通化をしようということで、共通情報用紙の作成をしてくれました。

右(21ページ)に書いてある2枚がそうです。この地域で転院するときには皆同じ看護連絡表を使うという体制をつくることができました。約1年半から2年でできました。これは杏林大学のホームページからダウンロードできるようにしてあります。

次に、障害として挙げられたのが、「ニーズが本当にあるのか」、「安定した患者の供給が得られるか」という疑問が出されました。回復期リハビリ病棟は、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上いないといけないという縛りがありましたので、これについてアンケート調査をし、実際に毎年約1,000人患者が発生するということを発表しました。これで需要があるということを出したわけです。これを2003年の研究会で話をしました。

もう1つの疑問は、やはり熊本と比べると東京は圧倒的に土地代、人件費が不利なんです。経営に対する不安がありました。それを第2回の研究会で、札幌の大通り公園の横のビルの中で病院をされている時計台病院の大島名誉院長が、都会での回復期リハビリ病棟の運営のコツを講演してくれました。これがとても大きかったです。これで経済的にやっつけようだという1つの誘導ができたと思います。そうしているうちに参加病院も増えてきましたし、全医師会が参加してくれて、保健所も参加してくれました。

次に、競争相手がどのくらいいるかということをやはり知りたいたと考えたので、この医療圏のリハビリの実態調査をしました。そうすると、500床以上の病院しかPT、OTが2名以上いないということがわかったので、競争相手がいないということをも2005年の研究会で明確にしました。

そうすると、1つの病院が手を挙げてきてくれたんですね。150床を100床に減らして新しく建て直している病院から、1病棟を回復期にしたいと言ってくれたんですが、大きな問題は、そのぐらいの小さい病院では、リハビリスタッフを20から30募集しても来てくれないわけです。卒業はたくさんしてくるんですが、若者たちはキャリアのために大きな病院に行きたがります。教育をしてもらえないということがわかっているので、小さい病院がいきなり募集しても来ないんです。それで、その人たちの教育を私たちがし

ました。地域リハ広域支援センターに都が指定してくださいましたので、うちの部長が、積極的にOT、PTの新しい病院の教育を1年半かけて当院が引き受けるということを明言して、全部当院で教育をしました。そうしましたら27名が応募してくれて、それを新しい病院の病棟に配置されました。

もう1つは、看護の側も、やはりリハビリ病棟の看護の体制をつくってほしいということで看護部にも要請があったので、当院の副婦長クラスを1人2年間送って、そのリハビリ病棟の看護の体制づくりを手伝いました。

そのようにして回復期病棟が1つでき上がりました。それができて動き始めると、あっという間に周りから手が挙がりました。ビジネスモデルをつくると、必ず見えていますから、周りの病院が手を挙げてきます。同じようなサービスをして、それから2年で計3つの病院が回復期病棟をつくってくれました。

右の29ページですが、維持リハビリがないと回復期は動かないということがわかっていましたので、ほぼ同時に維持リハビリの施設をつくるようにお願いしました。老健にリハビリを充実したスペースと人のお願いをして、それに対するいろいろなサポートはこちらでしました。1つの老健は設計段階から当院が入っています。そして、約200床の老健を後方の維持リハビリの施設として作り上げました。

2005年に始めて6年で250床の回復期と200床の老健ができましたが、在宅のほうの連携ができていないとやはり回復期は動かない方がわかったので、在宅のほうの連携を強めるために、ケアマネジャーと介護保険の担当者たちにこの運動に入ってもらいたいと頼んだところ、それはやはり長の許可が必要だということで、各市長に私が行ってお願いをしてきました。この意義を話し、大切さを説明しましたところ、市長が全部オーケーしてくれて、市長命令で、いわゆる業務命令で皆さん参加してくれました。

それが右の31ページにある在宅部門分科会です。63名のメンバーですが、リーダーは三鷹市の医師会長で、在宅をやっている先生がリーダーになってくださって、半分以上が介護、ケースワーカーの人たちです。約半年で在宅連携パスを完成しました。

次のページですが、2010年には、それまで急性期から回復期、回復期から維持期という動きがあったんですが、そこに在宅への連携パスもでき上がって、一つのシステムができ上がりました。大切なことは、そのメンバーみんなが頻りに顔を合わせて、お互いの意思疎通をしているということが一番大事だったと思います。ですから、同じ思いを持った人たちが職種を超えて集まる場ができて、そこで一つの成果目標として連携パスがで

き上がりました。

下に書いてあるのが、北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会の現状ですが、急性期病院が6施設に、回復期が27施設で、医療圏を超えて今広がっていています。

連携パスは必要でつくったんですが、国が動いてくれまして、それに対して診療報酬で誘導してくれています。急性期から回復期、回復期から在宅、在宅から私たちはフィードバックパスをつくったんですが、それにもこの4月に点数をつけてくださいまして、今それが運用されているところです。

下にある大きなオーバービューシートは、実は介護職の方がつくってくれました。特徴的なのは、左に「急性期」が短く書いてあります。「回復期」というのがその間ちょっとあって、長い「在宅」がある。これが脳卒中の本当のオーバービューなんですね。これを医者がつくと、半分に切って、左が「急性期」、右が「回復期」、ゴールが「在宅」なんです。これが医者がつくるパスです。でも、このパスをごらんになってわかるとおり、実は急性期も回復期も脳卒中の療養においてはほんのわずかで、長い在宅がありますよということを最初に患者さんに見せるんですね。これがとても大事です。私たちはこれを見たときに衝撃を受けました。でも、みんなで納得して、これを我々のオーバービューシートにしました。今、都内でも多くのパスでこれが使われています。

あとは連携パスの内容ですが、次の34ページにある上のものは、A3判で、A4・2枚でファクスで送れるという概念でつくりましたので、このような形になっています。重複を避けて受け取る側が必要な情報を徹底的にそぎ落とすと1枚にまとまりました。それから、回復期から在宅へのパスがその下にあるものです。特徴的なのは退院カンファレンスの項があるところです。右の35ページにあるのがフィードバックパスで、在宅に移った方が在宅主治医、またケアマネジャーに書いていただくものがこれです。家族でも書けるようにわかりやすくなっています。このパスの概念は、パスの現物は患者さんの手に残す。医療者、ケアマネジャーはコピーを使うというのが概念です。医療情報はその患者さんのものだという考えで運用しています。

大切なことは市民への啓蒙です。この連携システムを幾らつくっても、入院してから説明すると全部医療者の言い訳になります。実際に私たちは、武蔵野市の協力を得てこのシステムで自宅に戻った方たちを調査しました。そうしましたら、半分の方は何も覚えていない。在宅パスが何かも知らない、連携パスも何も知らない、オーバービューシートすら覚えていない。つまり、脳卒中になったときは皆さんパニックになっているので、今は1

週間以内に説明しないといけないとなっていますが、そんなときに聞いても覚えていないんですね。ただ、1人だけ、前日にこの話を聞いた方が翌日脳卒中になったんです。その方は本当に安心して治療を受けられましたと言ってくれました。

それから、入院してからシステムを説明しても押しつけでしかないということがよくわかりましたので、今やっているのは、市と一緒に動くとこれができます。次の36ページですが、北多摩南部脳卒中ネットワークの説明の記者会見を開いているんです。武蔵野市長、三鷹市長、武蔵野医師会、三鷹医師会長、そして私たち病院長たちで記者会見を開きました。これでまず市民への広報をし、メジャーのメディアが大分来てくれました。

次のページは武蔵野市の市報です。市報に大きく第1面に書いてくれました。さらにその翌月の正月の武蔵野市の市報に市長が連携パスのことをわざわざ書いてくれているんですね。ここまで繰り返し繰り返しやって、市民にいかにかこのことを理解してもらおうかということが大事です。連携パスというのは、医療者がつくる限りはほとんど医療者の勝手、都合です。そのようにしか見られません。システムがあるんだということを教えてあげる必要があります。

ですから、今私がやっているのは、地域コミュニティセンターでの辻説法をしています。コミュニティセンターが各町々にありますので、その町に呼んでいただいております。これも病院で幾らやったって、来る人はいつも決まっています。皆さんご存じですよ。病院でこういうのを開くと来る人はいつも同じです。大切なことは地域に呼んでもらうんです。呼んでもらうとみんな熱心に聞いてくれます。絶対我々が主催になってはいけないんですね。呼んでいただくということが大切です。8割の地域で実施しました。

そのときにお話ししたのはこの内容です。医療への住民参加、地域の医療・福祉は住民が支え育てるということを強調して言っています。そういう話をして、かかりつけ医を持つということ、医療の連携システムを理解すること、そして、介護保険を理解することが大事ですということを繰り返しお話をしているところです。

次の39ページ、現在の取り組みですが、在宅支援パスの周知に関しては、医師会が医者に対して、行政がケアマネジャーに対して、市民への啓蒙は私が引き受けています。こうやって地域全体にこの医療システムを理解してもらおうようにしています。これは脳卒中が一番わかりやすいんですね。脳卒中がこれだけのシステムを必要としますというのはわかりやすいんですが、実はがんも、私たちの病院は、がん拠点病院などでも同じ話を中に組み入れていますし、さまざまな疾病についても同じ内容で話ができますので、医療のシ

システムということで、下に書いてある「21世紀の地域医療体制」の内容をずっと今、市民に話しているところです。

市民が理解してくれないと医療体制はでき上がらないと思っております。幾ら保険で誘導しても、中小病院がねらったとおりの動きはできません。やはり中核病院がいろいろな意味で助けていかないと目指す医療体制はできないと思っておりますので、それが我々中核病院の仕事だと思ってやっています。

最後のページです。このようなことをしたのは、私の先代の院長にこのようなことを教えてもらいました。院長が私の後ろからいつも押してくれたんですが、この院長がぼつんと言った言葉がこの言葉です。「連携を行うには『利他』の精神が大切である」ということです。自分に利益を得ようと思つてやると、大概相手は見抜きます。ですからうまくいきません。相手にとっていいことをやり続けると、初めて周りのシステムが動き始めるというのがこの10年の実感です。

以上です。ちょっと時間を超過しました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

3人の方々からいずれも印象深いお話をいただきました。ご質問をいただけたらと思います。関連する内容は3人のスピーカーの方にお答えいただいてもよろしいかと思ひます。いかがでございますか。

【弓倉委員】 まず最初の高藤委員のお話で、かかりつけ医や病院の医師の対応の問題がございました。これは、今のドクターたちは医学部で認知症というのを勉強してきていないので、今、いろんな地区医師会等でやっている認知症研修会が一番の情報源なんです。私も板橋で物忘れ相談の活動をやって5年になりますが、認知症の研修を1回やってそれでおしまいというだけでは、やはり先ほど挙げられたようなケースはどうしても出てくると思うんですね。継続的な研修というのが必要である。

ですから、板橋では毎年2回以上の研修をやって、それを3区でやっていますから、合計6回の研修会に参加可能な形になっているんですけども、そういう形で継続的な研修をやっていくということが、いわゆる一般のかかりつけ医の認知症啓発には必要だと思いますし、それはやはり今後の認知症疾患医療センターにおいては十分機能していただきたいと思っております。

次の健康長寿医療センターでは、ここが認知症疾患医療センターにならなかつたら一体どこになるんだろうというぐらい活躍していただいているんですけども、逆に言うと、

物忘れ相談医が掘り起こしてしまったために物忘れ外来の患者を増やしているんじゃないかという気持ちも実はあります。というのは、私どもが板橋で物忘れ相談員に対してアンケートをとったことがあるんですが、自分できちんと診断してBPSDが出てくるまではやるというお医者さんと、確定診断は専門医療機関にお願いするという方に分かれるんですね。ですから、その辺はそれぞれのドクターの技量といいますか、考え方にもよると思いますが、その辺をどうやって整理していくかということもあるかと思えます。

あと、富田先生のお話は、私も脳卒中の医療連携をやっているので非常によくわかりますが、脳卒中と同じで、認知症も地域に根差した地域の医療圏で、ある程度自己完結型を目指していくべきだということでは一致すると思います。それから、キーパーソンになる方がいかに努力していただけるかということで、認知症疾患医療センターについても同じような熱意をというか、認知症に対しても啓発、それから連携に対して頑張ってくださいと。コメントで申し訳ありません。

【繁田部会長】 ありがとうございます。いかがでございましょう。桑田委員、お願いします。

【桑田委員】 高藤さんのお話の中で、一般病床のナースが訪問看護を体験してみたことすごく視野が広がったという話は、本当にそうだと思います。私自身が療養病床に勤務していて、一般病床であったり、地域のことについて見識がやはり薄い。あと、わかっているようでお互いわかっていないというところもありますので、そういったところをお互いがわかり合うということはずごく大事なかなと思って、お話を聞いていました。

富田先生の話は、私、三宅先生がいらっしゃるときに日赤を見学させていただきまして、病棟も拝見して、とてもすばらしいなと思いました。ああいった形で連携をしていくことこそが何よりも患者、家族のためになり、なおかつ私たち自身も視野が広がるというふうに思いました。きょうはお話を伺えてよかったです。どうもありがとうございました。

【繁田部会長】 院長先生にお伺いしたいんですけども、一番初めに研究会をおやりになられましたね。それがすべての始まりという印象を受けたんですが、そのときの研究会の構成は医療機関の急性期の先生方でお始めになられたのですか。

【富田院長】 一番最初は病院と医師会ですね。それが一番最初のスタートです。そこに次々として入ってくれました。

【繁田部会長】 その次々として入っていただいたところがまたすばらしいというか、それがあってこそ現在がおありになると思うんですが、きっかけというか、誘い水といいます

か、そこに大事なヒントがあるのかなと思ったのですが。

【富田院長】 まず、病院と医師会の先生方が比較的興味を持って最初から参加してくださったことが1つと、特にある市の幾つかの医師会長の先生方が参加してくれていたんですね。でも、そこでやっているとやはりこれぐらいは必要だという話が出てきます。それが必要だったら、それに働きかけるようになるわけですから、その繰り返しですね。

例えば在宅については、一応回復期ができ上がった、維持期もでき上がったと。さて、在宅を何とかしないといけない、どうしようとなったときに、どうしてもこれは介護の行政の人たち、ケアマネジャーに入ってもらわないといけないとなったときに、市長を動かすしかないという話になるわけです。それで、おまえ行ってこいと言われて私が行って話をするという、必要に迫られてやったというのが現状ですね。

【繁田部会長】 ありがとうございます。標準的看護連絡表とかをご紹介いただきました。これが、市長さんたちが理解をして加わってくれたとことにつながるわけですね。

【富田院長】 標準的看護連絡表というのは看護の世界というか、各病院の看護師たちが、転院してくる時に患者さんたちが戸惑っているという実態から、では看護を標準化しようというふうに看護師たちが考えたんですね。この地域の看護の標準化をしたんです。転院しても患者さんが戸惑わないようにと、これは患者さんのためです。

簡単な話が、私たちの病院で刻み食を食べている人が、「刻み食」という申し送りです。次の病院で刻み食を食べると、全然食形が違うんです。それが大きい。やっぱりそれは話し合っただけで初めてわかることなんですね。ですから、言語の統一化はすごく大事なんです。それがこの連携ということです。だから、ある意味で文化の統一ということをしていかないといけないんですが、それは会って話をしないとわからないんです。それが看護の世界でまずやりました。これが連携パスの原型になりました。あらゆる職種も同じ考えでやっていくとできるんですね。市長に話したのは、もっと大きな医療政策の話をしました。

【繁田部会長】 恐らく看護が医療と介護にも通じる部分があって、間をつなぐにはちょうど適役だったということでしょうか。ありがとうございます。

どうぞご質問をいただけたらと思います。

【桑田委員】 それについて追加なんですけれども、今おっしゃったみたいに同じ言葉を使っているんですが中身が全然違うとか、それは、看看連携の会議とかに行きますと、必要な情報が全然違うとか、そういったようなことが実際にあります。受ける側はその情報じゃなくて違う情報を欲しいのに、でも、送る側は、自分たちの必要であった情

報と考えます。そういうことは認知症ケアの中でも起こっていることだと思います。また、職種が違っても同じ言葉を使っているのに意味するところが違うというところがあるので、本当に共通認識を得ておかないと話合いにならないというような印象は強く持っています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どうぞ質問をいただけたらと思います。山本委員、お願いします。

【山本委員】 今ご紹介いただきました北多摩南部の脳卒中の連携を通しまして、病院と医師会と行政の顔が見える関係ができてきました。今、その関係は認知症の連携において、杏林大学を中心とした形でネットワークをつくる場所でも活かされております。また、医師会との関係ということであれば、ケアマネへの医療の研修を行う際に、医師会の先生に講師をお願いしやすくなるなど1つ連携ができるとだんだんいろいろなところに連携が広がっていきます。

先ほど、どうやったら行政を呼び込めるんでしょうかというのが逆にあったんですけども、行政からすれば、どうすれば医療と連携ができるんでしょうかという同じことを悩むというのか、考えていますので、お互いが歩み寄れば本当にいい形で連携ができていくのではないかなというふうに考えているところです。

【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。

【新井副部会長】 地域完結型ということの重要性と、ソーシャルワーカーの方のいろいろな病院の中での役割というのも勉強になって、改めて今、我々が認知症に関して目指している方向は悪くないんだなということを認識したところです。

高藤委員にご質問なんですけれども、人員を今回増やしたと。それから、認知症担当1名を包括支援センターに配置した。質問は、認知症高齢者支援が重点取り組みの1番になっているんだけど、包括支援センターではそれ以外の仕事が多くて、あまりまだ十分やれていないという現状があるということを反映しているんでしょうか。

【高藤委員】 機能強化に関してですか。

【新井副部会長】 全般でいいんですけど、認知症関係が包括支援センターの業務で一番重要だと私は認識しているんですけども、実際にはほかの業務が多くて、それほどまだ認知症関連の仕事がやれていない。その辺の事情をちょっと、どういうことで認知症関係の業務が少なくなっているのか。

【高藤委員】 本当に認知症だけではなくて総合相談の機能が十分果たせていない。ど

ちらかという介護予防プランのほうに人員とか手間がかかってしまっていて、本来包括のやるべき個別ケースワークのコーディネートですとか、あるいは地域でのネットワークづくりができていないというところがありまして、人員を倍増しました。それとともに、認知症対策は区のほうでも重点施策になっているので、認知症連携担当に責任を持ってやってもらおうということで、1名置いているところです。

【新井副部長】 ですから、今まではそれがあまり展開できていないということを反映していると認識していいのでしょうか。

【高藤委員】 そうですね。そういうことです。

【新井副部長】 なぜ聞いているかという、今のセンター構想でも、現存の組織とに連携してそれぞれの役目をバックアップするか、推進するかという話をしているので、包括支援センターが認知症関係でどのくらいの役目を持っているのかという現状把握が一番重要ななと思って、聞いてみたわけです。

【繁田部長】 いかがでしょう。お願いします。

【西本委員】 現場の実態からすると、本来ならば地域包括支援センターが日赤の先生がやられたような辻説法のように、一つ一つ町内会とかそういうところへ行って、包括の役割だとか、介護保険の役割、認知症に対するアナウンスだとかをやっていただくというのが機能だろうなと思っているんですが、ただ、うちにも併設して包括はありますが、本当に介護予防でとられてしまって、ほとんどその機能ができない。認知症だけではなくて、ほかの権利擁護だとか、そういう細かいものが、高齢者の相談に対してワンストップに十分できていないという実情があります。

また、利用者さんというか、駆け込んでくるご家族とかも、先ほどの方もおっしゃっていましたが、介護保険のことをまるで知らない方が結構いらっしゃるんですね。どこでそれをアナウンスするのかという、それは今は地域包括なんだろうと思うんですけども、やはり皆さん嫌なことは見たくないというのがあるので、先ほどの辻説法というのにはぜひあるべきだと思っています。

我々ケアマネジャーとしても、介護保険というものをどんどんメジャーにして一般の方たちに理解していただかないと、これは転ばぬ先の杖じゃないですけど、介護になってから、認知症になってから慌てるのでは遅いというイメージがとともあるので、ぜひその辺の視点は入れていただきたいなと思いますので、お願いいたします。

【繁田部長】 ありがとうございます。時間は過ぎていきますけれども、せっかくだ

いお話が3つありましたので、もう少し……。山本委員、お願いします。

【山本委員】 先ほど菊地さんのほうから事例でご発表になった中で、息子さんをフォローしたので在宅生活が続けられたというようなお話がございましたけれども、在宅では、何か困ったときにどこに相談できるのかしらという不安があります。何か困ったらそこへ相談すればいいという安心感が得られるようなものがセンターに——すべて期待できるとは思いませんが、そういった機能が必要かなと感じているところです。

【弓倉委員】 先ほどの富田先生の辻説法の話なんですが、これは本当に大事な話で、私どもも、平成16年からずっと認知症の区民啓発でいろいろなところに出向いて話をし、今週の土曜日も東村山まで出向いて、都民の前で認知症の話をしに行くんですけども、それだけやってきたというつもりがあっても、まだまだ一般都民の方の認知症に対する知識というのは少ないです。介護保険に対する知識も少ない。本当にこの啓発というのは際限なく言い続けていかなければ、認知症に対するきちんとした理解と普及、連携の波及というのは難しい。これを都民に対しても、それから医療関係者に対しても、しかも継続的にいかにこれを効率的にやっていくかはやはり大きな課題だと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。一般の方への公開講座は、何回かやっていると顔がいらっしゃるんですね。だから、ちゃんと勉強しようという人はあちこちで勉強しているのですが、関心のない人は、介護保険が使えるということを初めに説明してほしかったというくらい何も知らない人もいます。先ほど富田院長先生がおっしゃられた、繰り返し繰り返し仕組みとパスの説明をするというのは、それと全く同じことだなと実感したところであります。

【新井副部会長】 それで追加させてもらおうと、きのう、NHKで認知症の番組がありましたね。あれで正常圧水頭症の話があって、1カ月ぐらい前に週刊誌でもあれが話題になっていて、治る認知症があると。我々からすると、正常圧水頭症の話なんていうのは、頭のCT検査ができたときから認知症の中では治るというのは当然の認識ですけども、NHKのマスコミですら今になってあれを取り上げるというのは、その1つをとっても知識の普及というのはすごく大事なんだと改めて認識する事例だと思いました。

【山田委員】 今、お三方のお話を聞いていて、最後に富田先生のお話を認知症のこれからの連携ということに当てはめて考えますと、まず1つは、富田先生は非常にエネルギッシュにというか、精力的に動かれているということ。それから、言い方は悪いんですけど、巻き込み方が上手だなという感じで、それは悪い意味ではないんですけども、本当

にそうやっていかないと多分地域はできない。しかも認知症は対象がすごく多いんです。それで、今、センターは12か所、要するに1医療圏に1つということで、このシステムを今後どうやって構築していくかという、ちょっと無力な感じを受けないでもないんです。

ただ、だめだだめだと言っているのは全然進まないで、今、医療のことが叫ばれて、救急も含めて、精神もそうなんですけれども、「地域で顔の見える」という言葉がはやっていて、辻説法も含めてどんどん精力的に近所の人を巻き込んでいかないと事は進まないということがあります。先ほど紹介がありました、連携の大まかなものがありましたね。これを土台に今後どうやっていくかということを考えていかないときれい事で済んでしまうかなと思うので、これを今度持ち帰ってそれぞれどうやって広げていくかということを考えていかないと、この会議の意味がなくなってしまうだろうと思います。

具体的な策を今度どうやっていくか。地元に戻ってとか、そういう人たちをどんどん増やしていかないといけないと思いますので、今、富田先生の話は頭が痛いんですが、やっぱり自分で動かないと事は進まないというのが非常に感じ取れました。そういう意味で、一見違う脳卒中と認知症という感じはありますけれども、姿勢としては全く同じだと思うので、その辺を今後どうやってこの会に活かしていくかというふうに考えました。

もう1つは、連携における共通言語ということで、医療と介護も共通言語だと思うんですけれども、これもフォーマットをどんどんつくっていく。先ほど富田先生から非常にわかりやすい説明がありました。ああいう形で基本的に細かく定義した形で共通言語にしていけば、誤解がない形でできる。

よく私たちが受けるものなんですけれども、「なんだよ、うそつかれちゃったよ」というケースがあるんですね。これは言い方が悪いんですけれども、いろいろな合併症があるじゃないかというようなことで苦勞するんです。紹介状の中に共通のものをつくるという試みも、具体的な話なんですけれども、この会である程度進めていってつくっていったらいかかなというふうに感じました。

以上です。ありがとうございました。

【繁田部会長】 ありがとうございました。まだまだご意見があるかと思っておりますけれども、時間も過ぎましたので、一応ここで一区切りさせていただきたいと思っております。

資料の一番最後にご意見シートがついています。今日聞いたお話を何かヒントにしてお書きいただいても結構ですし、ぜひご意見をいただけたらと思います。一応の締切りを1

1月9日を目安にさせていただきます。もちろんその後も結構でございますが、そこまでのものを次回に反映させていただきます。

時間が延びてしまいましたけれども、用意いたしました内容は以上でございます。あとは連絡事項が事務局からございますので、マイクをお返しします。

【室井幹事】 それでは、連絡事項でございます。

高藤委員の説明資料の前のページになるんですが、参考資料の2というのがございます。昨年度、東京都では若年性認知症の部会を設けまして、そこでいろいろな検討をしたところでございます。いろんな課題があるということでございますが、それに対する普及啓発を兼ねまして、12月6日に「認知症シンポジウム」を開催したいと考えております。基調講演は、若年性認知症部会の部会長でございました斎藤先生にお願いしたいと思っております。以上、ご報告でございます。

それから、次回の日程でございますが、11月24日（水曜日）、午後7時からを予定しておりますので、次回につきましてもどうぞよろしく願いいたします。

それでは、本日はこれにて散会といたします。どうもありがとうございました。

— 了 —