

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4回）

平成22年11月24日（水）

【室井幹事】 それでは、ちょうどお時間となりましたので、ただいまより東京都認知症対策推進会議第4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ます。

本日は、委員の皆様方大変お忙しい中、ご協力、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、お手近に置いてありますマイクを使ってご発言をお願いしたいと思います。

続きまして、本日の委員の出欠状況をご報告させていただきます。欠席委員でございますが、山田委員、弓倉委員のお二人が所用により欠席というご連絡をいただいております。また、所用により出席が出来るというご連絡を高瀬委員からいただいております。それから、幹事の欠席でございますが、熊谷幹事、馬神幹事、櫻井幹事、粉川幹事、この4名が所用により欠席ということでございます。

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

【繁田部会長】 それでは、早速議事に入らせていただきます。資料の確認をまずお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、本日配付しております資料についてでございます。こちらのクリップ止めをしております、次第に書いてある資料のとおりでございます。資料1といたしまして「地域連携に向けた具体的な取組み－医療相談室の役割を通して－」、資料2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』最終報告書の構成について（案）」、参考資料といたしまして、今までご議論いただきました「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（中間のまとめ）」でございます。参考資料2といたしまして、「『地域連携を進めていくための具体的方策』に関してこれまで出された主な意見」というものを添付してございます。

本日は、西本委員と牧野委員から、それぞれのお立場からご報告をいただくことになっておりますので、その資料もつけてございます。また、こちらの資料の下にご意見シート

をつけてございますので、本日の会議の後、この場では発言の時間がない方もいらっしゃると思いますので、いろいろなご意見をぜひまたいただきたいと思っております。

参考資料1「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（中間のまとめ）」をご覧いただきたいのですが、5ページ目に「地域連携のイメージ」という図がございます。前回ご審議をいただきましたところ、ここの図の中に精神科の診療所の記載を追加したほうがいいたろうというご意見がございましたので、今回、真ん中の右側に「精神科診療所」を「認知症サポート医」の上のところにつけ加えております。

それから、資料といたしましては、第1回目の部会の基礎的な資料、前回の部会で地域包括の立場から高藤委員、MSWの立場から菊地さん、地域連携をやっておられました武蔵野赤十字病院の富田院長のご報告をいただいた資料につきまして、あわせて配付をさせていただきます。本日の議論の中で適宜参照していただければと思います。こちらの資料につきましては、会議終了後、机に残していただいても結構でございます。

私からは以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

本日は、前回に続きまして、現場の実態ですとか連携の課題、そんなお話を委員のお二人にさせていただきたいと思っております。

まずお一人目は、ケアマネジャーの視点ということで西本委員に、続きまして、認知症の人のご家族の視点ということで牧野委員にお願いをしたいと思います。その後、また具体的な方策について議論をし、ご意見をいただけたらと思います。

それでは、まず西本委員にお願いしたいと思います。ケアマネジメントの現場で直面している認知症の人に対する医療機関との連携の具体的な課題なども含めてお話をいただければと思います。よろしく願いいたします。

【西本委員】 私は、介護保険が始まってから10年、看護職が基礎職でケアマネジャーをやっています。今日は、ケアマネジャーが特に認知症の方に対しての支援をどのようにしているかというところを皆さんにご報告させていただくとともに、どんなことで困っているのかというところを少しご説明できたらと思って資料を作成してきました。ちょっと思い入れが強くて、開いてみたら長かったなと思っているんですが、適宜はしよらせていただきますので、よろしく願いいたします。

まず、認知症高齢者の在宅での現状と望ましい支援のあり方を在宅の介護における介護支援専門員の立場から見てみたいと思っております。1ページですが、介護支援専門員の

業務上、認知症高齢者日常生活自立度というものがまず認定調査のときに必要となっていて、この度合いでサービスの質とかの認定が大体決まるというものでございます。これと障害者の自立度と2つ合わせて認定の基本資料となるもので、本日は認知症高齢者の日常生活自立度という切り口からお話しさせていただきたいと思います。

認知症の高齢者日常生活自立度というものは、皆さん専門家でいらっしゃるのをご存じの方がほとんどだとは思いますが、自立（認知症なし）から始まりまして、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴのメディカルの6段階になっております。

Ⅰ段階は、何らかの認知症があるけれども、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している方。

Ⅱ段階は、日常生活に支障を来すような症状行動や意思疎通の困難さが多少見られても、だれかが注意していれば自立できる方。

Ⅲ段階が日常生活の支障を来すような症状行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする方。

Ⅳ段階が日常生活に支障を来すような症状行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする方。

Ⅴは、メディカルというように、専門医の医療を必要とする方というふうな段階で分かれています。

要介護1となる方はⅡ以上の方がほとんどで、Ⅰとか自立の方は大体が要支援の1、2程度でして、身体症状の合併症があつてやつと我々介護のほうにひっかかってくるというのが現状でございます。ただ、メディカルの方が在宅におられないかというとまた別の話でして、植物状態、準植物状態のような方がかなり在宅にはおられ、要介護5でも生活されているのが現状でございます。

2ページをご覧ください。自立のところです。自立で我々が支援する要介護状態になっているということは、身体症状の合併症がある方の事例になります。自立の方の事例ですが、大体は頭はクリアではっきりされていて、身体症状、合併症がおありになる方なので、現在の状態の麻痺とか、車椅子とかというところを近隣の人に見られたくないという方が結構多くて、人が集まるところは苦手だとか、住環境で外に出にくいとか、介護というのはそもそも日本の家庭は嫁だとか家族が見るべきだというような方が、自立の方はかなり多うございます。

こういう方はどうも閉じこもりになりやすいということで、3ページの上のところ、自

立の状態の方は、我々は、まず認知症に関しては予防の視点でプランを立てさせていただきます。地域のかかりつけ医との連携を医療面で重点視しておりまして、訪問介護や一般型のデイサービス等々で生活の不活発化を改善していくというサービスをつくらせていただきます。

次がⅠの状態です。認知症があってもひとり暮らしが可能であり、周囲のサポートで安定した生活が送られるという方は、まず認知症の支援の開始ということで、生活全般の見守り体制を強化して、サポートとなる環境の働きかけを重視するケアプランを作成します。望まれる支援として、やはりケアマネジャーとしては認知症の確定診断が欲しいところでして、なるべく早く症状行動の明確化だとか原因の模索、対応の検討、家族との意見の調整などをこの時期から行っていきます。

この時期で一番難しいのが、本人を含め周囲、特にお子様とか親族の方は、年相応のぼけであり、病気であることを認めたがらない方がほとんどです。認知症の始まりかなというのは、介護者であるお嫁さんとか、介護保険のサービスの事業者さんなど周囲の方が発見することが多いです。この状況の方は、夫や妻など配偶者や息子など親族の方の混乱が大きくて、叱って直そうとするような方がかなり多い事例が特徴的なところですよ。

4 ページ、「Ⅰの状態の方のケアプラン」というところで、Ⅰの状態の方に関しては、やはり予防と早期の介入を心がけます。なるべくかかりつけ医の先生と連携して認知症面での治療を開始。望まれれば専門医の受診も開始したいところというふうに思いながら、支援を開始させていただきます。

5 ページ、Ⅱの状態は、家庭外でも認知症の症状が見られて、ひとり暮らしは困難となってくる状態です。Ⅱぐらいにならないと、身体症状がなければ要介護Ⅰにはなっていないので、大体要介護状態で、本格的に介護保険の認知症に関するサービスが開始されるのがⅡの状態です。顕著な身体症状がなくとも要介護状態に認定されまして、生活全体を活性化したりとか、できないことを補って、できることを新たに探したり、維持していく支援を心がけます。この辺できちんと認知症の診断・治療を開始したいということと、家族の認知症の理解と対応を確定していったら、我々サービススタッフも、専門的なセンター方式だとか、PCC等の視点でのケアが開始されたいと思っております。

Ⅱの状態の方の事例です。この状態になると、それまで認知症ということがあまり頭になかった方が、始まったことでかなり混乱される方も多いです。本人のプライドを傷つけずに受診につなげたり、サービスを開始することがとても難しい状態が多いです。また、

残念ながら、かかりつけ医は、認知症の初めの方は先生に対してもしっかりした物言いをされる方も多いので、かかりつけ医の先生が理解していない場合が多いです。

6 ページです。Ⅱの状態の方のケアプランは、進行防止と維持の状況だと思っております。医療面で、かかりつけ医に生活上の支障について我々福祉のほうから報告・相談を入れていって、できれば専門医の受診につなげていきたいと考えております。

生活面での支援と家族支援に加えて、環境への働きかけとして、徘徊探知機だとか、顔なじみの商店街・地域への働きかけ、見守り体制を構築していく必要がある状況です。ただし、新たな大きな環境の変化はなるべく避けるケアプランをこの時期はつくっていきま

す。

Ⅲの時期は、日常生活にかなり支障を来すようになって、在宅介護の負担が大きくなってきます。重度の認知症に対応する支援を行っていて、行動症状（B P S D）に対処しながら、今後の方針をⅢぐらいから——ちょっと遅いかなと思うんですが、Ⅱまでにかかなり受け入れが悪いので、大体Ⅲぐらいからご家族は「これは大変だ」と思われるので、今後の方針をⅢぐらいから検討していくようになります。望まれる支援としては専門医による治療です。B P S Dに対する対応、家族の精神的・身体的負担軽減の方策、権利擁護などの施策の利用がⅢぐらいから始まります。

Ⅲの状態の方の事例ですが、大体、認知症のⅢぐらいになると、在宅生活を続けるというところで専任で介護する人が必要となります。おひとり暮らし（独居）、高齢者お二人暮らしというのはかなり難しい状態が生まれてきます。介護者は先の見えない不安で身体的にも精神的にも負担が大きくなりまして、昼夜逆転の症状があらわれて介護者が夜寝られない状態になると、在宅での介護が限界となることが多いです。

ただ、Ⅲぐらいだと身体症状のない元気な認知症がかなりおられまして、介護負担も大きい状態です。Ⅲぐらいになると自分の病状などもご自分でおっしゃることができなくて、身体症状が隠れやすくて、合併症が発症しても入院期間が短く帰されることが多いので、介護者としては最もつらい時期だと思っています。介護が大変なB P S Dを症状とする人ほど、なかなか施設とかグループホーム等の利用が厳しいのが現状です。

Ⅲの状態のケアプランに関しては、ここは対症療法と限界の見極めという状況で、医療面での支援として、専門医の治療、かかりつけ医や訪問看護による身体状況の管理。生活面の支援としては、認知症専門の通所介護、小規模多機能や訪問介護、訪問看護。家族支援としては短期入所。これは認知症対応型の利用が望ましいと思っています。施設の検討

は、このぐらいからグループホームの利用の検討とか、特別養護老人ホームの申し込み、老人保健施設の利用、有料老人ホームの利用への支援を行っていきます。ただ、Ⅲの状態ではBPSDが激しくて家族が限界と言っておられる方ほど、なかなか公的な施設の利用につながらずに、有料老人ホームに一応入って公的な施設が空くまで待つという方も結構おられます。

8 ページです。Ⅳの状態です。Ⅳの状態はⅢより重い状態です。介護保険限度額いっぱい利用しても十分な介護は難しい状況で、有償のヘルパーさんとか、自費でのものとか、通所のお泊まりデイとか、そういう介護保険外のものも、家族の方は上手に使われている方が多いです。Ⅳとなりますとやはり重篤なBPSDの状態にして、家族の力が一番大きいと思うんですけども、力のある家族と医療・福祉サービスの連携が十分でない在宅生活は難しい状況です。

望ましい支援としては、専門医の往診の先生に加えて介護者の体調管理も必要となってきます。BPSDに対する医療、福祉両面からの専門的支援と、介護者がかなりの負担になりますので、レスパイトのための「信頼できる専門施設の利用」です。これは下線をつけさせていただきました。家族としては、すぐ帰されるような施設には預けられないんですね。しかも、Ⅳぐらいまでずっと大事に見ておられるので、施設で混乱されたり、床ずれができたりというようなところだと、むしろ預けたことが家族としては罪悪感になったり、レスパイトにならないことがあるので、本当に信頼できる少数の専門施設の利用というのがレスパイトのためには必要となります。

Ⅳの方の事例です。在宅生活を継続している場合は、Ⅲの状態を経てずっと頑張っておられる方が多いため、可能な限り福祉・医療のサービスを使っている方が多いです。ですので、脱水だとか便秘などささいな身体状況の変化で大きく状態が変わることがございます。専門病院などの入院も視野には入れていきます。介護者はつきっきりになり、社会との交流が途絶えている場合が多いです。医療的な支援の比重がⅣぐらいから少しずつ大きくなっていきます。

9 ページ、Ⅳの状態の方のケアプランです。Ⅳの状態の方は、身体状況の維持と家族のレスパイトを中心にプランを立てていきます。医療面での支援は、専門の治療、かかりつけ医による本人・家族の身体管理、また、在宅療養支援診療所による支援だとか、24時間対応の訪問看護などを設定していきます。生活面での支援でも、認知症対応型の通所介護とか、訪問介護、訪問看護、有償のヘルパーだとか、公私ともどもいろいろなサービス

を目いっぱい使われているのがⅣの状態の方です。施設入所の支援もこのぐらいから行っています。

Mの方はメディカルの方なので、Ⅳの延長線上と考えていただければいいので、省かせていただきました。

次が特定非営利活動法人、うちの協議会のことなので入れさせていただいたんですが、今日は時間がないので、9、10ページの上のほうは省かせていただきます。

ただ、介護支援専門員の資格要件のところですが、援助業務に原則として5年以上従事した者が介護支援専門員としての受験資格が発生いたします。

11ページの上のところ。多岐にわたって基礎職がございます。

11ページの下のところ。ただし、介護保険開始当時は看護職がほとんど多かったのが今逆転をしております、介護福祉士が一番多いという状況になっています。資料のほうはちょっと古くて申し訳ありませんが、現在はもっと受験する看護師が減っていて、介護福祉士や福祉系の方が受験しているのが現状です。

これは受験の基礎資格として、現在、現場にいる医療職の介護支援専門員もどんどん減っていて、福祉職の介護支援専門員が増えている状況です。私が今言っているのは、福祉職が悪いというわけではなくて、医療、福祉満遍なくいるのが利用者にとってはメリットが大きいだろうという意味でご説明させていただいております。

12ページです。介護支援専門員の養成カリキュラムということで、5年間に実務研修、基礎研修、現任研修Ⅰ、Ⅱというものを受講する義務がございます。ただし、認知症に係るカリキュラムは、認知症を含む精神疾患3時間ということで、大体、その研修を受けてケアマネジャーになっております。ただ、認知症に関するケアマネジャーの興味というか、勉強の対象はすごく高くて、当協議会でも認知症による研修は年に何回かやりますが、常に満杯にはなるんですけれども、それでも、都内には1万5,000人程度のケアマネジャーがおりますが、やはり100人とか200人のレベルの研修ですので、多くの方たちがどれだけ認知症に対する知識があるのかというやや疑問なのかなと思うのが現状です。

現場から見た課題ということで書かせていただきました。医療・福祉では、ケアマネジャーもそうですけれども、ヘルパーさん、いろいろな通所介護の方たちに対しても、認知症に関しての専門的な勉強をしてこられない方は、総合的にまだまだ認知症に対する知識と対応力が少ないのではないかと考えております。

あと、一般都民ですね。利用者や利用者のご家族もそうですけれども、一般都民の認知症に対する理解はもっともっと促進する必要があるのではないかとということ。

また、認知症という疾病と身体症状が合併したときに、この会議でも結構出ましたけれども、対応力がなかなかないということと、急激なBPSD移行時の対応の仕組みが現場としては欲しいというのが実情です。

それと、やはり福祉における認知症の専門家の育成も今後は必要であろうと思われま

す。ということで、課題として5点まとめさせていただきました。以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

お尋ねしたいこともあるんですけども、牧野委員のお話をお聞きしてから質問をお受けしたいと思います。今度は家族の立場から、医療連携、そして医療と介護の連携に関しての課題でありますとか、気づいた点を含めてお話をいただけたらと思います。よろしくお願ひします。

【牧野委員】 私どものNPOでは通常、家族の心のケアであったり、情報獲得のために介護者の家族会という存在を非常に重要視してしまして、その会をまた首都圏を中心にネットワーキングするという事業を6年ほどやっております。お手元にお配りしている「介護者の会ネットワーク登録団体マップ」というのが現在ネットワーキングしている家族会で、もちろんこれ以上にたくさんあるのですが、ほぼ毎月1回、十数名の家族会のリーダーが集まって情報の交換会をやっています。

そこを土台にして、この会は約6団体ですが、特に6団体の7名から、これは「ヒアリング」と書いてありますが、実際には記述式のアンケートをもらいました。この7名は都内で認知症の家族会を主催する代表者で、現役の重篤なお母様を介護している介護者もいますし、OBもいます。7名から聞いた声を今日はまとめさせていただきました。アンケートのポイントとしては、この3点について書いていただいたということです。

次の2ページに参ります。当然よくわかっていることもあるとは思いますが、皆さんが共通して言っているようなことを少しかいつまんでまとめさせていただきました。切実な家族の声として聞いていただければと思います。

まず最初に、診断や告知についてですが、いろいろな事例がありまして、特に診察・診断の際にこういった事例があります。「本人を抜いて別途時間をとって説明をしてほしい」と言ったところ、「我々は患者さんしか相手にしない」というふうに言われてしまったということ。

あるいは、「薬を出しておきましょう」で終わってしまったが、一般人としては、認知症の診断を受けたときに何から質問していいかわからないというような思いがあったということ。

事例の3としては、若年認知症という診断を受けた方は公務員だったんですが、うつで長期治療をしていて、復職中にその診断を受けました。息子さんも精神障害ということ、それからローンや借財があったということで、奥様が将来の生活を非常に悩んで、奥様自身が混乱を来してしまったということです。家族会のほうに相談がありました。その後、夫（ご本人）が奥様を見てさらに混乱し、自殺未遂を起こしたというケースがございました。ここも家族会のリーダーが入って、職場とも調整しながら、現在、本人の対応をしているということです。

事例の4は、ご本人が「大丈夫だから」と言って1人で診察に行く。そして、家族に同行を拒むといった例がございます。そのときに「認知症です」と言われても、本人は帰って、家族には「何でもなかった」というふうに告げてしまうと。家族としては同行のお知らせが欲しい。家族、あるいは周りの家族も含めた告知という場面が欲しいということの事例です。

それから、先ほどの西本委員のお話にもありましたけれども、診断の告知の際に気をつけていただければということですが、問診の際に本人のプライドを傷つけないよう、不安に配慮をするような働きかけをお願いしたいということ。

それから、ストレートに「治らない病気です」ということを告げたときの本人や家族のショックも考えつつ、MRIの恐怖などもあるということもご理解いただきたい。

そして、やはり一番お願いしたいのは丁寧な診断や薬剤の情報、インフォームドコンセントの時間をいただきたいということです。お医者さんの時間のないことは皆さんわかっていらっしゃると思いますが、何らかのフォロー体制をそこでとっていただけないか。やはり家族の心の安定ということがこの後の介護生活の上では大変重要なことになっていきますので、そこも含めたフォロー体制を考えていただきたいということです。

それから、入退院に関することですが、通常の生活の中では本来医療も介護も混在してあるわけで、病院に入ってしまうとどうしても介護という視点が外されて、介護的には重度になって戻ってきってしまう。自宅では病的な重症になってしまって、家族としては非常にお手上げ状態になってしまうということ。それから、「退院」という言葉が非常に怖くて、次の行き先、次の計画があってこそその「退院」という状況が、家族としては一番の望

みであるということです。

それから、身体合併症の治療についてはまだまだ対応できる医療機関が少ないということが述べられています。手術も断られたり、対応できないんだということをストレートに言われたりという場面があるということです。

事例の②の方ですが、これは他県に既にある認知症疾患医療センターに問い合わせたケースです。80代の認知症のあるお父様ががんを併発された。そして、認知症疾患医療センターに聞いたけれども、「専門の病院に聞いてくれ」ということで、専門の病院に聞いたんだけど、そこに合併症の情報はほとんどなかった。それから、地域で放射線治療などの病院の情報を知りたかったんだけど、その情報すらなかなか手に入れることができなかった。あちこち走り回ってやっと治療にたどり着いたけれども、初診であればまた予約をとって、治療まで3週間さらにかかった。家族がここまで走り回らなければいけないという現状を吐露されていました。

4ページは、医療と介護の連携というのがたびたび問題になっていますが、サービス担当者会議の中での一番の視点としては、その方がこの先地域でどのように生活できるかという視点でまずは平らな話をしてほしいということです。その中にできればお医者さん、内科医の方の参加が可能になるような仕組みになってほしいという声は切実でした。

それから、疾患医療センターのあり方として、基幹センターと地域センターという考え方があってと思うんですが、特に基幹センターに望むところは、BPSD等の急性期の対応が可能になって、まずは担っていただきたいということと、困難ケースやBPSDの場合、あるいは家族が大変疲弊し切っているような場合、ミドルステイが可能にならないか。あるいは、薬の調整のための入院です。実は、家族会では懇意の先生にお願いして、ご夫婦そろって薬の調整のために入院をお願いするという場面も結構あります。そういったコーディネートを家族会のリーダーが直接やっているケースも現実的には結構あるということです。

5ページは、家族の側から見た1つの提案ということになるんですが、地域拠点としてセンターがあるとすれば、できるだけ地域に開かれたセンターづくりを目指していただきたいということです。基本的な機能としては、緊急措置のためのベッドが欲しい。ショートステイやミドルステイが20日から90日ぐらいできるようなベッドを確保していただきたいというのが家族の切実な願いです。

そしてこの中で、懇談会として、専門医、かかりつけ医、看護・介護職、そして家族会

のリーダーやボランティアなども交えた検討会などができないかということをお願いしています。

それから、地域連携という意味合いでは、初期の診断を受けた家族は、地域センターの中に家族相談室、あるいは家族会そのものを地域連携室の中で通常やるということも現実的には可能なのではないかと思います。その中で、地域のワーカーさんやコーディネーターさんも入って、ご本人の支援体制をできるだけ地域に即した形で考えていくということも可能になるのではないかと。

それから、複合施設でないと無理かもしれませんが、特別デイというような場所があるとしたら、ここで困難ケースの対応や、若年の認知症の方の就労の場であったり、それから各種のいろいろな療法の実験をしたり、それから東京都では、ないのかもしれませんがけれども、コールセンターの設置なども考えていただければと思っています。

そして、これは私の側の意見ですけれども、家族会のリーダーは非常に長年にわたり何百事例という家族の相談を受けている方々です。今日も初めての自治体中心の家族会というのをやりましたけれども、やはり男性の方が非常に抱え込んでストレスフルになって、追い込んでしまうというような吐露が素直にありました。それを少し経験のある女性の方がやわらかく解きほぐしながら、「自分の時間を持つといいのよ」ということで経験者ならではのスムーズなアドバイスという場面がありまして、終わると男性もにこっとして帰っていくというシーンがありました。

そういう場面を地域センターの中でも日常的にやることによって、家族の教育の機関になっていくのではないかと考えていますので、認知症のコーディネーターとしてこういった経験の高い家族リーダーたちを日常的に登用するというのも、非常にモチベーションの高い方々なので、お手元のマップにありますようにいろんな地域にありますので、そういった方々にセンターに入っていただくことも可能になっていくと思いますし、地域包括支援センターとの橋渡し役、コーディネーターのまた橋渡し役という役割も、高齢の介護者などの言葉を代弁したり、調整したりとか、家族の視点に立っての調整ができる人たちなので、ぜひこの点を今後お考えの中に入れ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す。

それでは、お二人の委員のお話にご質問をいただけたらと思います。全体のお話は後ほどまたさせていただきますので、しばらくの間はお二人のお話に関連したご質問、ご意見をいただけたらと思います。よろしく願いいたします。

【新里委員】 お二人にお伺いしたいのですが、先ほど、家族の中で力のある家族というのは、どういう家族が力のある家族なのか。あるいは、そういう家族をつくるためにはどういうものが必要なのかというようなことがありましたら教えていただきたいと思いません。

【西本委員】 多分つくるといのはきっと難しいのではないかなというのが実感でして、家族の力はもちろんそうなんですけれども、ご本人自体がとても優秀——と言ったらおかしいですが、すてきな方で、やはりどうしてもこの人を最後まで見ていきたいというような娘さんなり、お嫁さんなりがいる。だから、ご本人と家族の方の信頼のきずなみたいなものあって、きっと家族にも力をご本人から与えているというようなところがあるんじゃないかと思っております。なので、こういう言い方は僭越ですけども、我々がケアマネジャーとしては、ご家族がなるべく大変でないような支援の方法をさせてはいただいておりますけれども、基本的にはその方たちのお力で、我々がどうやって作り出していくかというのは難しいかなというのが実感でございます。

【牧野委員】 私は、家族が力を抜くことができるようになったときに非常に見通しが持てるようになってくると思うんですね。どの方も愛する親御さん、妻であったり、お母様を最後まで見たいという心情から始まるんですけども、認知症であること自体、それからいろいろな周辺症状をどうしても受け入れられない、ものすごくそこで葛藤なさるんです。だから、その葛藤の中で、どうかすると自分がすべて抱えて、特に男性の場合は責任感があって、あるいは「自分が苦勞をかけたから、最後まで俺が見るんだ」と。そして成果を求めて、治るんじゃないかという一縷の望みを持っていろいろなことを考えたり、あるいはデイサービスに踏み切れなかったりしているんですが、そこでいかに自分の中でその状態を受け止めつつ、人の力をどうやってかりれるか。そのかりる力ということがとても大切だと思います。

それが実は非常に難しいんですね。人の手をかりると自分の中で決心がつくまでがとても難しいです。行きつ戻りつするんですね。そこがやはり同じ介護する立場の人同士で話し合っていきますと、まあいいかと思えることで楽になるのよという声があると、ふっと砕けていけるんですね。その力をいかに抜いて、自分の時間を持ったり、自分自身を取り戻したりする場面をつくれるかということが、こちら側のできることはないかなと思います。

【栗田委員】 西本委員にお尋ねしたいんですが、認知症の日常生活自立度に合わせた

いろいろな事例と対応は、私、大変クリアでわかりやすく、とても勉強になりました。私は全部重要だと思うんですけども、この中で特にここを強調しなきゃいけないかなと思っているのは、Ⅰの状態の方の事例であります。厚生労働省の認知症高齢者の推計値というのはⅡ以上の人の数を数えていて、Ⅰは無視されているんです。実はⅠの数がものすごく多いんです。Ⅰを入れると、正確な数はわからないんですが、もちろん2倍にはならないんですが、1.5倍程度になるんです。ものすごい数になってしまう。それでⅠは入っていないんですけども、Ⅰのレベルでも非常に多くの問題があるということがわかって、私の実感も本当にこのとおりだと思うんです。

4ページの事例を見ると、認知症であるという前提で書かれていると思うんですが、疾病であることをなかなか認めないと。それから、親族、家族が非常に混乱に陥っているとか、本人もなかなか受診できない。実は世の中には、認知症と気づかれていない、ひとり暮らしで自立して、物盗られ妄想、被害妄想を持ったご老人はたくさんいらっしゃるんです。確かに生活はちゃんとしているし、長谷川式とかミニメンタルをやってもいい点をとるんですよ。

Ⅰぐらいのレベルの人たちはいろいろな問題を抱えていて、本人も非常に不安のさなかで暮らしていて、やらなきゃいけないことがたくさんあって、その下に書いてあるとおりでございます。きちんと診断をつけるとか、本人・ご家族に状況を理解してもらい、病気を理解してもらいという作業がたくさんあって、認知症疾患医療センターにはこういうレベルの人たちがものすごくたくさん来るんですね。これは西本さんのご経験なんですが、やはり現場サイドでもⅠの方、認知症の初期の人が非常に多いという印象かどうか、そこをちょっとお教えいただきたいんです。

【西本委員】 先ほど早口でご説明したつもりではいたんですが、身体症状がなくてⅠの方は実は居宅——私の担当は居宅介護支援事業所なので、要介護にはならない場合が多いんです。大体の方はⅡから要介護1になるので、ちょっとおかしいなという方はせめていって要支援の1ぐらいなので、地域包括が小まめじゃないと言っているわけではないんですが、地域包括の介護予防に関しては3カ月に1度ぐらいの訪問等で家族と相談してやっていくので、要介護状態の方たちよりはあまり密に接していかないので、小まめな支援はなかなか届きづらいというのがあるのと、あと、介護保険の宿命といいますか、同居家族がおられるとヘルパーさんがなかなか入らなかったりとか、第三者の目が入れなくて、家族がそこで介護保険を放棄してしまったりというのがあります。現状はものすごく多い

というのは現場レベルでも実感しますが、Iの方から上手に支援していくべきだと思っ
ても、なかなかできていないのが実情なんじゃないかなとは思っております。

【栗田委員】 しかも、このIの人は、先ほど西本さんがおっしゃったように、要介護
をとれないので要支援のレベルで、介護保険サービスをほとんど使えないみたいなこと
になってしまう。だから、自治体でやられている介護予防のそれぞれの地域支援事業を組み
合わせたり、あるいはNPOとかボランティアの人たちを組み合わせながら支えていくみ
たいなことになって、調整が非常に難しいところなんですね。認知症疾患医療センターの
問題と直接関係はしませんけれども、この問題はとても強調しなくてはいけないことか
と思っております。

【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。

【桑田委員】 牧野委員に質問なんですけれども、「医療への希望」というところで、
「病院にも『介護（生活）』という視点を入れてください」と書かれてありました。私、
これは本当にそのとおりで思っています。おうちに帰すにしても、認知症高齢者は生活
という視点を持って医療機関にいるうちからケアをしておかないと、退院といっても寝た
きり状態になってしまう。でも、次に書いている合併症のことが絡んでくると、安静も保
たなきゃいけない。しかし、休んでいてもらえば筋力も低下してしまう。それで、なか
なかおうちに帰れる状態ではなくなってしまうといったような、本当に現場のナースもす
ごく困っている、悩んでいるということで私のところに相談が来るということも事実あり
ます。

白衣を着ているとナースは大変怖い存在らしくて、なかなか家族も話しかけられないと
いうような声もききます。特に認知症の方は大変だという思いもあります。ですけれども、
このセンターには生活という視点をしっかり持っていないといけないと思いますが、「介
護（生活）という視点」といったときに、具体的にどういったことを私たちに望むのか。
きっと介護職が看護職と連携をしていく、または相談部署に情報を提供する医師等の橋渡
し役をしながら、家族の思いや認知症患者さんの思いを医師に通訳するような役割を果
たさないとならないのではないかと思いますけれども、本当に率直な思いでいいので、
具体的にもう少しこの点を牧野委員、西本委員のお二人から伝えていただけたら、その
ことをこの会議だけではなく現場のナースにもフィードバックできるかなと思うんですけ
れども、いかがでしょうか。

【牧野委員】 在宅に訪問医や訪問看護師が入ってくるように、病院の中にも介護士が

入っていいんじゃないかということですが、病院から自宅に帰ると急に生活が変わってしまうのではなくて、病院の中から既にそういうチームワークの連携がとれていて、リハビリをする介護士さんがいてもいいだろうし、言語聴覚士さん、ソーシャルワーカーさんもいてもいいだろうし、チーム介護が可能なのかわかりませんが、病院の中のチームケアがそのままスライドして自宅に戻ってくるというのが、一番の理想といえば理想なんじゃないでしょうかね。だから、連携というよりも、いろんな職種が病院の中に入ってくださいというのが家族の一番の望みなんじゃないですか。

いろいろなことについても急にお医者さんから言われて、1週間後に答えを出してくれといっても、家族は何のことだかさっぱりわからない。それで混乱してしまうということをよく聞くんですが、そういったことについても丁寧に教えてくれる看護師さんがいる、介護士さんがいる。それから、どうやっていいのかも病院の中でまた習うことができるのか、そういったことが日常的に普通にできる。そうすると、地域がそのまま病院になるというイメージでしょうかね。それが可能かどうかわかりませんが、そういうことがやはり家族が望むことではないかなと思います。

【西本委員】 認知症の方の入院というのは、その方に対するダメージはとて大きくて、痛く苦しくて、そのときは入院ということは納得されていても、治療によって痛みとか原因的なものがなくなってしまうと、なぜここにいるのか、状態が混乱してしまっわからなくなってしまうという形で点滴を抜いてしまったり、バルーンを抜いてしまったりとかというのはよくあるパターンなんです。

ただ、そういう形でも、病院の看護師さんとか先生がおおらかに、「認知症の方は皆さんありがちで、一日二日は家族なり身内の身近な方が来て見守ってあげてください」ということで、少しずつ落ちついていくという説明をご本人にも家族にも丁寧にやっていたら、家族が安心する。すると本人も、家族が安心しているのでここにいていいんだなというようなイメージをお持ちになる場合が多いように、ごめんなさい、私の私見でございますけれども、あるように思っております。

確かに牧野委員のおっしゃるように、医療の中に入ってしまうと介護というのはほとんど行けなくなって、そこで立ち消えてしまうというのが現実ですので、家族がいなくて独居の場合は馴染みのヘルパーさんが、ある程度介護保険が使えて、いろんな買い物ができたり、困ったときにどうですかと言ってくださるシステムがあれば、きっと落ちつくんだろうなというのは確かであるというふうに思っております。

【繁田部会長】 ありがとうございました。

少し先に進めさせていただいて、実はこの後、センターの医療相談室のお話も出てきますので、そこに関係するところもあるのかなど。西本委員のお話もそうですし、牧野委員のお話も、地域のセンターということで、医療だけではなくというお話と相談室が関係するのではないかと思います。

私自身が実際に医療の現場で感じていることとか、家族会の方とお話をさせていただいた経験に照らしても、牧野委員のおっしゃったことは本当にもっともだろうと。ただし、それを全部センターでやるのは難しいのではないかとも思うのです。では、包括支援センターに協力してもらうのかというと、少なくとも私が知っている包括支援センターの人たちは、もうすでに多くの自分の時間を犠牲にして走り回っていただいている。

そうすると、恐らくやらなければならないこと、あるいは、できたら今よりもずっと認知症の方も家族の方も救われるだろうと思うことを挙げていただいて、センターとか、医療相談室とか、包括支援とか、あるいはそのほかの資源も使ってできるのかできないのか。できるとすれば、どこかが要になって、どこかが協力するという形でできるのかなどということ踏まえて、医療相談室の議論をしたいと思います。

もう少し医療相談室の話をさせていただきたいと思います。国の要綱では、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの調整、退院時の調整、こういうものが医療相談室の役割と地域連携のコーディネーターという形で位置づけられているわけですが、この地域連携を具体的に進めるためには、医療相談室に具体的に何を期待するのか、あるいは何を担っていただかなければいけないのかということが非常に重要になってきますので、今のお二人のお話を踏まえて、医療相談室なるものについての意見をいただけたらと思います。

まずは資料1をご覧ください。これをもとに室井課長のほうから、医療相談室の役割を通して具体的な地域連携のお話をさせていただいて、それからご意見をいただきたいと思います。

課長、お願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料1をご覧くださいと思います。

医療相談室の役割を通しまして、認知症疾患医療センターが地域連携に向けた具体的な取り組みでどんなことができるのだろうかということをご議論いただきたいという趣旨でございます。

まず、その中身に入る前に、国の制度で想定しております医療相談室の人員体制は、都が今回予算要求しているのとほぼ同じ考え方ですけれども、精神保健福祉士、あるいは保健師さん等、ほかの方をどこまで入れるのかというのはいろいろありますが、2名ぐらいの体制というイメージでございます。

認知症疾患医療センター内における医療相談室の位置づけということでございますが、普通の病院でありますと外来、入院という2つの機能があるわけですが、院内の橋渡しをするような役割を一方で果たしつつ、またさらに、院外との連携を推進していくというような役割を担っているものという整理になってございます。

1枚めくっていただきたいと思います。「医療相談室の基本的な役割」というところで、これはどこかに書いてあるというよりも、いろいろなところで実践されている中から、こんなものかなということで事務局で整理をしたものでございます。1つは地域連携の窓口ということで、これはいろんなことがあると思います。いろんな意味での地域連携をつくっていくということでございます。

それから、その関連になりますが、関係機関からの各種相談の窓口。

それから、初診前医療相談ということで、センターを受診される方がたくさんいらっしゃいます。センターでは、初診前医療相談というのを実施することとなっております。

ここで、専門医に診てもらう前に相談室の職員が面談をして、患者の基本的な情報、家族構成ですとか、既往歴、現在の症状、それからADL、それぞれどんな状況なのかということについてヒアリングをし、確認をする。専門医の指導のもとに、専門性、緊急性等についてどういった対応をしたらいいのだろうかということ整理いたしまして、自院で鑑別診断をすべきだというお話にもなるでしょうし、あるいはほかの医療機関につなげるということもあるでしょうということでございます。

それから、認知症に対する対応力の向上ということで、これは院内の対応力の向上と、地域に対する働きかけと2つあります。もちろん自分だけでやるのではなくて、研修なり、会の企画・立案をする。当然のことながら、医師等のご協力を得て決めていくということになろうかと思えます。

こんなような前提の中で、3ページ、4ページ、5ページと整理をしてみました。大きく地域連携といった場合に、1つは、3ページの頭を書いてありますとおり、日常からの地域連携体制の構築ということがまず1つ重要かと思えます。

それと、4ページのほうをご覧いただきたいと思うんですが、そういう前提、地域連携

体制があった上で、個別ケースにおいて具体的にどのような連携ができるのだろうか。これはある意味、逆にいえば、センターがどのようなサポートをほかの機関に対してできるのだろうかということとつながってくるかと思いますが、この両面からのアプローチが必要だと考えまして、整理をさせていただきます。

3ページに戻っていただきまして、「認知症疾患医療連携協議会」と、中間のまとめでこういう言葉を使っておりますのでそのまま書いてさせていただきます。これは、やり方はいろいろあると思いますが、認知症の連携がスムーズにいきますように、地域の医師会、病院、あるいは地域包括支援センター、自治体、その他もっとあるかもしれませんが、何らかの連携のための会議なり何なり、その場をつくっていくということでございます。やり方はそれぞれの地域によっていろいろあるのかなと考えております。

ただ、活動例といたしましては、地域連携を進めていく。地域連携といった場合に、医療連携協議会という名前が適切かどうかわかりませんが、むしろ医療・介護連携協議会のほうがいいのかもかもしれませんが、1つは地域の一般病院や精神科病院等との連携策の検討ということもあるでしょうし、また、地域の実情を踏まえ、医療と介護の連携がスムーズに行えるようなための、例えば認知症連携パス等の連携ツールを検討するというようなことがあるのかなと考えたところでございます。

そのためには、地域いきなり丸投げするというのではなくて、東京において最低限この程度の情報共有ができればいいだろうという標準的な連携パスの検討というの也需要かと事務局としては考えたところでございます。

それから、各種研修等の開催ということで、地域の認知症対応力向上に向けた研修会、症例検討会の企画・調整。当然医療関係者のみならず、地域包括、ケアマネさんという介護職も入ってまいります。

それから、情報発信ということで、自治体と一緒にしまして、地域住民、あるいは関係機関の医療関係者や介護関係者にも情報を発信していこう。このあたりが医療相談室が取り組む地域連携の柱になる部分かなと考えております。

4ページに移っていただきたいと思います。そういう中で、少しでも顔の見える関係をつくっていく、また、個別ケースにおける連携でどんなことができるんだろうかというところで、まず認知症の診断に関する場面というのを考えてみました。

かかりつけ医から相談があった場合は、診断の依頼等に対応していくということになるかと思っております。

地域包括支援センターからのご相談は、これはまたご意見を賜りたいと思うんですが、もっといろんなケースがあるかもしれませんけれども、とりあえず受診困難ケース等への対応、それから認知症の診断後の対応ということで、2つ整理をしてございます。受診困難ケースにつきましては、状況の確認等を行いまして、非常にアバウトなぼんやりとした表現で申し訳ないんですが、自治体等関係機関と連携して対応策を検討していく。少なくとももしっかり関与をして、自分のセンターだけでできるということではないと思うんですが、方策を検討していく。最終的には精神保健福祉センターの対応も含めて、関係機関と連携して対応していくというようなことを考えてみたところでございます。

それから、認知症の診断後の対応でございますが、本人・ご家族が自ら受診されるというケースもたくさんあるかと思いますが、診断の結果、特に介護保険の導入等支援が必要だと認められるような場合には、ご本人の同意を得てということだと思いますが、その情報を地域包括支援センター等と共有をしていく、お伝えしていくということも必要だろうと考えたところでございます。

さらに、5ページをお願いしたいと思います。もう1つの場面、個別的なケースといたしまして、身体合併症・周辺症状による入院の場面というのがあるかと思いますが。これはいろんなところから、かかりつけ医の場合もあるでしょうし、地域包括支援センター、あるいはケアマネジャーさんがその状況に気づかれて入院先を探すというケース。そのときに相談に乗っていただくということでございます。

基本的には、自院で対応するのか、自院で対応できない場合は他院を紹介するなどして、できる限り地域での受け入れに向けて対応していくというスタンスでございます。中間のまとめでもそんな方向観を出してございます。自院で対応するという場合には、先ほどの話とも少し重なるかと思いますが、各診療科とうまく連携をし、各診療科をサポートしていくということが大事なのかなと。医療相談室がどこまでやるのかというのは非常に難しいので、ここもまたご意見をいただきたいと思うんですが、専門医の指導のもと、他の診療科からのご相談、認知症の方を受け入れた病棟の看護師等からのご相談に対して適切な支援、アドバイスなり何なりをしていくということもあるのかなと考えております。

ただ、この前提といたしまして、日ごろから院内の連携体制を整備していくということが大事であって、診療科間の連携ですとか、院内研修、認知症に関する院内連携の企画・調整などもやっていく必要があるのだろうと考えております。

また、自分の病院では対応できないという場合には、先ほどの地域連携の中でほかの一

般病院、精神科病院と日ごろから連携をつくっておいていただいて、それを活用していくということかと思います。

3番目の場面といたしまして、退院支援でございます。これはきちんとやっていただいているところはやっていただいているのかもしれませんが、在宅に変える場合には、本人の生活環境や家族の介護力を勘案の上、入院後できるだけ早期からというところが大事かと思いますが、退院に向けたカンファレンスを実施していく。関係機関に呼びかけて人をきちんと集めて、調整をしていくというお話かと思います。

また、転院が必要な場合には、これは医療連携室の役割と重なりますが、連携している医療機関等と調整をしていく。

こんなようなことなのかなと考えたところでございますが、またこれにつきましてもぜひご意見をいただきたいと事務局としても考えているところでございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

今ほどご説明いただいた内容のどの部分でも結構でございます。特に順番にということではございませんので、お気づきのところからご意見をいただけたらと思います。

【栗田委員】 2ページの「医療相談室の基本的な役割」というところですが、医療相談室のメンバーが日常的にやっている活動というのは初診前医療相談ということで、初めて来た患者さんとまずは会って情報をとるという作業なんです。これは実はとても大事で、先ほど牧野委員からもお話があったんですが、医者に会う前に、まず相談員が患者さんのご家族やご本人とお会いして、情報をとるときに関係をつくってしまうんですね。そういうところで情報をとって、それから予約を決めて診療を受けるんですけども、待合室で待っているときも、担当した相談員が来てくれて声をかけてくれたりする。その後いろいろな検査をして、時には検査の場所とかもそっと教えてあげたりする。最終的に確定診断がついて告知された後も、介護保険の申請とかいろいろなことがあるので、その後もまた会うことができる。

そしてそのときに、実際に診断された後のいろいろな心の障壁なんかも緩和してもらえ。あるいは、医師に言い切れなかったこと、聞き切れなかったことをそこでもう一回確認できるとか、そのような意味で、単に情報を提供するだけではなくて、そこに初めて受診する認知症の患者さんご家族の非常に質の高い医療を提供する基礎になっているということでもあります。このことをここに書くのはなかなか難しいかと思うんですが、これが日々の仕事であって、その仕事の中にいろんな相談が紛れてくるので、いろんなことが起

こってくるというようなイメージなのではないかと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そうしますと、栗田委員のイメージですと、相談室に勤務していると、初診前の患者さんと会うところから始まって、認知症に関して診察を受けた方全員に次々にそれに会っていくような形ですよ。それでほとんど1日が終わってしまうようなイメージなんですか。

【栗田委員】 それで1日が終わるということじゃないんですけれども、医師は再来とかいっぱいやっていますが、東京都なので相談員は2人じゃ足りない場合もあると思います。例えば初診患者は1日2人と決めると、1年間で450人しか診れないと決まっているんですよ。自動的に数が決まってしまう。450人の初診をどうさばくかということなんだけれども、その相談員の人たちが、事前にこの450人に一通り全部会うんですね。それを年間で割っていくので、1日何人ぐらいに会うことになるかということなんです。こればかりやっているというわけじゃないんですけれども、これが一つのルーチンなワークだということです。

【繁田部会長】 仙台では。

【栗田委員】 そうですね。そういうふうにしておいたほうが働くほうも、多分仕事が決まっているので、ルーチンワークなので仕事がしやすいのだと思うんですね。

【繁田部会長】 ありがとうございます。牧野委員、どうぞ。

【牧野委員】 初診のときの家族の心情としてやはり混乱されていますよね。そのときに専門の方の生活指導というのももちろんだと思うんですが、そこに家族相談室、あるいは家族会が月に何回か開催されていて、待ち時間にそこに家族が参加できる。こういった介護者の会のようなものと初診のお医者さんとの連携というのは私は必要だと思っています。

事例を挙げると、あるクリニックの中に介護者のサポートのグループが入ったと。そうすると、そこに認知症の診断を受けた本人と家族がそのままシフトして、若年の認知症のケースなんですけれども、うまく会をやっているところがあるんですね。そうすると、自然にそこは地域ですよ。まさにコミュニティがそこにあるわけで、そこに初めての家族も本人も自然にシフトしていける。お医者さんに言われると、家族はすうっと行かれるんですね。だから、遠くない場所にそういった家族のちょっと先に行く家族が集まっている場所があって、そこに初めての人も入っていくと非常に不安が解消されるんです。

こうすればいいんだねと、受診ができない場合も家族だけが先にくるケースがあります

よね。どう受診したらいいですかと相談にまず家族が来る。そういったときにそういう家族会があると、いろんな知恵がそこでもらえるわけなんです。だから、そういう場所があるというのは私は有効なのではないかなと思っています。今までにない仕組みかもしれませんが、ぜひお考えに入れていただければと思います。

【高瀬委員】 遅れてきて申し訳ございません。レベルの高いお話の中に、家族の人がいろんなお話をいただくと私も随分納得させられるような思いがあるんですが、我々は開業医のレベルで地域に割と溶け込んでいることが多いので、認知症の方というのは普通に外来に来ることが多いんですね。逆に家族と一緒に来ることがまずないので、認知症ながら、割と地域でお互い助け合いながらコミュニティができていようなことかなとちょっと思っているんです。

何を言っているかといったら、治療するのがなかなか困難で、診断をつけて、治療薬を投与するというよりは、コミュニティで皆さん何とか生活できているのを見ていると、逆に積極的に治療するということがちょっと困難な感じもするんですね。コミュニティで認知症を支えているエリアが幾つかあれば非常にうれしい話なんです。相談のための窓口というのは、家族と一緒に住んでいる認知症の方は必要ですし、お医者さんへのアプローチ、それから家族と医療者のコミュニケーションは本来は必要なんですけれども、なかなか医療と介護の中の連携というのが難しいところ。医療は医療、介護は介護ということもあります。そこを何とか連携できるのが相談窓口です。専門医の治療は一つの考え方があるかもしれないですけども、どうしても地域と病院とコミュニティと家族をつなげるにはもう一つ工夫が必要だと思います。

【桑田委員】 さっき栗田委員が言った初診のこの役割は私もすごく大事だと思います。何かあったらこの人という思いにさせるということも、医療相談室の役割としてはすごく大きいかなと思っています。

あと、牧野委員が言ったように、その中で家族会の情報を提供するとか、うまく家族を活用するような発想も必要かと思います。ピュアボランティアみたいな形で、当事者同士だからこそわかるという思いはあると思うんですね。ですから、長けているご家族に協力してもらってうまく介護を継続できるような形に持っていくということは、私はすごく今後求められる視点ではないかと思っています。その視点は、やはり医療職である私自身が意識改革をして、家族をそういった形で活用していくような意識をもっと持たなければいけないなということを実感をしています。

ただ、相談室の役割を見ていると、本当に2人でできるのかなという思いが実はあります。これは大変です。2人でできるのかなというのが率直な感想です。

【繁田部会長】 むしろ、この中でこれをお願いしたいというものを資料には全部挙げたてあります。そうすると、この中でこれよりもこれだろう、これよりもこっちだろう、これは確かに必要なことだけれども、差し当たり今大変な思いをしている家族を救うにはこっちだろうとか、そういうご意見をいただけるといいかなと。優先順位をつけたいということですね。

【新井副部会長】 桑田委員が言ってくださったので僕も言いやすくなったんですけども、僕も前から、一言で言うと、認知症疾患医療センターのあり方を検討していて、だんだん理想的になってきたと思うんです。そうすると、どうしてもたくさんの要求をしてしまうということがあって、あまり要求し過ぎちゃうと、手を挙げて参加してくれる人もなくなっちゃうんじゃないか。前から何度も言っているんですけども、これだけ煮詰まってきたてやはり大事なそこだと思うんですね。

一言で言うと、今でも包括支援センターもあるわけですし、行政も保健所も、都庁の中にそういう部門も、それから、地域でやっているクリニック、医療施設もかなりあるわけです。もっと言うと、包括支援センターに掲げた役割とかなりダブっている部分もあるのではないかなと思うんです。ですから、一言で言うと、今まである組織の役割に分担できるところは分担して、それを調整・統合する役目がここになるんだろうと。それをより具体的に言うと、包括支援センターなり、この医療相談室が主体としてやるものはどれであって、今まである社会資源がやっているのを支援するものはどれか。主体と支援を分けて明確にしないと、一気に横並びで並列に挙げ過ぎても無理なんじゃないかなという気がしました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

何か意見を言わないと皆さんも言いにくいかなと思うので、では私が今だけ一委員として、私が一番の優先順位にしたいのは5ページの上半分ですね。これだけばっちりやってもらえたら今の医療が変わると思います。一人の一委員として、私の個人的な意見ですけども、それで皆さんがあれだこれだ、いや、こっちだと言っていたら、また事務局がいろいろつくりま。

【西本委員】 私も希望するのは5ページの上でございます。急にBPSDとかで家族も周りもどうしようもなくなってしまった方が、今まで行ったことがない専門院の扉をた

たけと言われてもかなりハードルが高い状態があって、保健所に相談をしても、月に2回の相談は昨日終わりましたとか、先週終わりましたというような説明があったりするので、何とか有料老人ホームを使ってみたり、ショートの人に頼み込んでみたり、その日程を調整して受診させてというようなひねり技でやってみたりはしているんですが、本当にご本人や家族の精神的な苦痛を取り除いていただくには、5ページの上のところが一番希望としては大きいかなと思います。

【新井副部長】 私も全く賛成です。この5ページで言うと、例えば先ほどの話につながってくるんですけども、かかりつけ医、包括支援センター、さまざまな医療機関で困っている事例がケアマネジャーからここに上がってくるわけですね。そこで医療相談室が対策をとって、自分の病院でもいいし、ほかに行ってもいいというアレンジ、トリアージをする。これが主体となる業務ですよ。

下の「退院支援」のほうは、退院となった場合には、またもとの包括支援センターなりケアマネジャーさんのほうがよりやってくれてもいいわけです。ここは、むしろこの医療センターがやるわけではなくて、お願いして現場にまた戻す。こういうふうに主体とお願いするところを分ける、その辺の見きわめが大事なんじゃないかと思います。

【繁田部長】 退院支援に関してはセンターがというよりは、むしろセンターに皆さんがアクセスしやすいように、そろそろ退院がという情報がセンターなり病院から地域包括支援センターとか訪問介護のほうに流れていくと、やりとりが始まるということなんです。恐らく退院支援はセンターが全部中心となってということでは多分難しいと思うんですよ。

【山本委員】 退院支援については包括支援センターが行うことだとしても、センター側でも退院後の生活を意識して協力していただきたいなと思います。

それともう1点、別件なんですけれども、「初診前医療相談の実施」というところで、「受診を希望する本人・家族に対し」という形になっておりますけれども、そういうセンターができましたという広報をすると、多分一般の家族の方たちはどんどん殺到してしまうんじゃないかとすごく心配しております。そこで包括支援センターとかかかりつけ医からの紹介を主に受けるとか、そういう仕組みができるようにしないと機能しないのではないかと考えております。

【繁田部長】 ある程度かかりつけ医の先生が診て、紹介状を書いていただくというところで、先ほど栗田委員が言っていた情報収集とか、ファーストコンタクトの部

分もすべてゼロから全部情報を集めてというとなかなか難しいですし、焦点も絞りにくいので、例えばかかりつけ医のほうから紹介状があって、一番困っているのはここですということ言ってもらえると、そこに焦点を絞ってその後の対応を考えることができるので、おっしゃるとおりだろうと思います。センターを活用するということですよ。

【山本委員】 かかりつけ医、または地域包括支援センターからというのもあるかと思っています。

【高瀬委員】 入院する場面ということで、今までの意見は非常に重要だと思うんですね。疾患センターの一つの役割として入院の場面ということが1つあると思うんですけども、もう1つは地域のケアの中に情報発信みたいな、講演会等をやると困った家族が結構いらっしゃるんですね。困ってなくても、これから困るであろうという人たちが入ってきますので、テレビということではなくて、講演会で少し顔の近い関係ができると、そこから輪が広がることもあります。特定の講師ということではなくて、ある程度ルーチン的に地域で見るような仕組みづくりの刷り込みですか、そんなものができる企画があるともう1つの柱にはなるのではないかというちょっとご提案です。

【繁田部会長】 今、おっしゃっていただいたのは3ページに相当するだろうと思います。これはあえて3つ挙げていただいたんですけども、例えばこの中でどれかという話をいただけたらと思います。協議会を毎回開催して、各種研修会もやって、情報発信もやってというのは、大変なことです。どれもできない可能性もある。そうすると、これだけというのは。

ここではあくまでも参考なんですけれども、連携協議会に関してはセンターが定期的に開催をしていただく。そこで事例でも、情報の収集でも、現状報告でも何でもいいんですけども、顔を合わせる機会を作っていただく。研修会等に関しては地区の医師会が開催する。その場を提供するのはセンターとか、少し具体的に考えて、センターがこれを全部というのは、その2人の方が担う役割としてはちょっとしんどいのかなと。

【高瀬委員】 順番に解説すれば、地区医師会の役割というのがあるわけで、それに研修会等の集まりである程度地力はあるんだろうと思うんです。ただ、医師会レベルで足りないのは、患者さん側へのすり寄りというか、日常患者さんは診ているんですけども、そうではなくて家族。さっきも家族は見ていないんだという話をしたと思うんですけども、家族寄りのアプローチというのは講演会みたいなほうがいい。

小さな相談窓口を医師会とか個々のかかりつけ医につくっても、なかなか家族と一緒に

来てお話ししていただけたとは思えないので、そういう意味での情報発信という研修会です。これはあまりやられていないかと思うんですけども、あとは自然発生的にこれからいろんな連携が、医師会別の連携もありますし、介護と医療の連携というのはもう待たなしですので、この仕組みはできると思うんですね。

連携パスというのは、糖尿病や脳卒中とかはパスをいろいろつくってみてはいるんですけども、認知症のパスというのは逆に非常に難しいんですね。要するに、認知症を支える人たちはだれか。家族なの、それとも地域で支えるのということがまずあって、病気ありきというパスではない。介護ありき、支える人ということがほかの疾患と違って非常に前面に出てくると思います。

だから連携パスは要らないということではなくて、幾つかの連携、サポーターなり、さつきから家族会の話もされていますけれども、どうしても一人二人ではなくて何人かで支えないと難しい面があるんですね。逆に、かかりつけ医みたいな小さいところはマンパワーがないので、認知症とわかっていても治療のきっかけがわからない。この人は家族の介護はどこまであるのかという判断がわからないので、そういうコミュニケーションの中の一つの仕組みとして、講演会に家族が来て、かかりつけ医はこういうことをやっているんだよということでもよろしいですし、病院に入院するとういう形になって、診断がついてということでもよろしいですし、幾つかの会をするのはいかがかなとちょっと思うんですが。

【高藤委員】 今、高瀬委員のご意見に私も賛成で、新宿区で在宅療養の推進ということで、区民に在宅療養について知ってもらおうと、今年度から医師会、地域包括支援センターの職員、訪問看護とか、在宅療養にかかわる人たちのシンポジウムを区民に向けてやっているんですね。PR不足で参加者が少ないんですが、私たちが病気になったら、あるいは在宅で療養するようになったら、どんなメンバーたちが支えてくれるんだろうということのPRに非常になって、いいなと思っているんです。だから、ぜひ認知症に関しても、医療も必要ですし、介護も必要なので、そうなったときに自分たちが不安にならないようにとか、安心していただけるように、そういうシンポジウムを開催することも必要かなと思います。

それと、今、皆様のご意見を聞いていて、身体合併・周辺症状に対する医療の場面で、5ページ目は絶対必須な機能だと思うんですね。これに関しては私もそのとおりだと思っています。ただ、BPSDが起こったから、このセンターで全部網羅することは難しいと

いうことは今までの話の中でもあるので、医療機関間の連携の強化、ネットワークづくりというのも必須になってくるので、各種研修会等の開催というのも落とせないんじゃないかなと思います。

【繁田部会長】 今ほどの研修会というのは例えば総合病院とかのスタッフ、それは医師も看護師も薬剤師も含めてのということですか。

【高藤委員】 あるいは、一般病院の中で研修会が開かれるようなノウハウというか、そういうバックアップ機能も必要かなと。

【繁田部会長】 研修会が具体的にできるかどうかということを考えながらお話ししているので細かい質問になってしまうんですけども、例えばセンターで講師を派遣して、地域の総合病院、病院等で研修を行うということですか。

【高藤委員】 それも1つありかなと思います。

【新井副部会長】 今のも反対ではなくて、項目に挙がるのはいいと思いますし、そういう研修の場を提供する可能性としてセンターが成り立つというのはあると思いますけれども、その辺はもっと大きく、例えば日本看護協会とか、精神専門の看護師とか、今、それぞれの学会もありまして、そういうところがいろんな研修制度をやっているの、そういうところに場を提供するとか大きくとらえて、その1項目として挙げるぐらいのが、このところで全部やるというよりはいいかなとは思っています。

3ページに戻りますけれども、私は、どっちかという、3ページも仕分けをしていたんです。どれが主で、どれが副で支援かなと考えていたんですけども、やっぱり今日のこの会議を見ている、皆さんが話を、これがすばらしかったですよね。この会がやはり必要なんだろう。そうすると、連携協議会が一番大事なのではないか。ここに家族の方がぜひ入ってもらって、むしろセンターに家族会は常に連携してもらおう。僕はそれが一番大賛成なんです。

それが一番で、研修会とか情報発信は今だって、先ほども区からもお話がありましたし、保健所も医師会も全部やっていますから、これは副というか、支援としてセンターを考える。研修会まで2人の相談員の人全部アレンジするというのは無理じゃないかという気がして、私は聞いておりました。

【牧野委員】 今、新井先生がおっしゃってくださったことで、一口に家族会という当事者だけだと思われがち、自助グループかと思われるんですが、今はそうではなくて、認知症サポーターなどを卒業したような方々にフォローアップ講座とかをしまして、介護

を終えたOBの方がサポーターとして入っているんですね。今、新しいつくり方として杉並も目黒も練馬もそういうつくり方をしているんです。ものすごくそれが地域資源になっていて、それぞれが既に研修会をやったり、フォーラムをやったりしているんです。そういう力を持っているんですね。

ですので、そういう一つの地域資源が病院の中に入っていきますと、それほど専門の方の力を要さなくてもそういうことが可能になっていきます。ものすごく地域が活性化してくると思います。地域との橋渡しをしますし、それから一般の方も、そういう一般の市民がそれをやっていることで安心して入ってこれるようになるんですね。今、自治体の介護の日のイベントにも、そういう家族会とかサポーターたちが真ん中に陣取って介護者の相談会を始めています。そういうほうが家族は吸い込まれて日常的なことを相談しやすいんです。そこで学びの場が既にできているわけなんです。

ですから、改めて講演会を病院の中でしましよとしくなくても、そういう会が1つ入っていると、自らそういうふう動き出します。そういう機能を持っているんですね。もっともこの場所には多くの困った家族を吸い寄せたいという思いが皆さんの中にあるんです。だから、自然発生的にそういうことを生み出してこれますので、場を貸すようなイメージで提供していただきたいんです。多少の支援などがあればいろんなことを自主的にやっていきますので、新井先生に応援をしていただいたので、ぜひ実現を可能にしたいと思っています。

【繁田部会長】 先ほど牧野委員が発表されたときに後で聞こうと思っていたんですけども、イメージとしては、病院の中で診療科がありますね。待合室が通常はそれぞれ診療科の前であって、近くで待っていらっしゃるわけですね。そうすると、例えば家族会の人があるところにいるとか…。いろんなやり方があると思うんですけども、地方の病院では腕章をつけて案内するみたいなボランティアの形もあるし。今回おっしゃっていただいたのは、例えば観葉植物みたいなのがちょこちょこあって、囲まれているところにいるとかというイメージになるんですか。

【牧野委員】 そうですね。入り口のロビーみたいなところでもいいですし、ちょっとお部屋があれば、そこを家族相談室としてもいいですし、そこにOBの方とか先輩の方がたむろしているイメージです。そういう方はちょろちょろしながら、多分困っているような人に声をかけますから、そして、サロンみたいなスペースにその方をお連れして、一緒に話を聞いたりとか、あるいは、ときには「今日は勉強会をしているので参加しません

か」と言ったりする。それを看護師さんに言われるより、何となく一般のOBの人に言われたほうがすんなり行けるという心理が家族の側にあるんです。イメージとしてはサロンですね。

【繁田部会長】 ありがとうございます。はい、お願いします。

【山本委員】 先ほど私は包括からと言ったんですが、それはケアマネジャーとか、武蔵野の場合は家族会がないので、そういうものも含めた形での包括ということで、ご了解いただければと思います。

それから、先ほど高瀬委員の意見を認知症のパスはなかなか難しいというように受け取ったのですが、今、三鷹、武蔵野で試行的に連携パスを使い始めております。ご本人・家族がかかりつけ医の先生に今こういう症状がありますということを記入するシートに、相談機関、包括支援センター等が記入したシートを合わせて、かかりつけ医の先生に情報提供をしています。

こういうシートをつくることによって、家族の方が整理して話ができるようになったということがありますし、また、家族では伝え切れない情報を相談機関から、これはご本人の承諾を得てという形ですけれども、情報提供することでお医者さんにとってもきちっとした情報が伝わる。

逆にお医者さんがご家族にお話ししたようなことを、ご家族の承諾をとった上で、相談機関にご本人や家族にこういう指導をしましたというような形で返していただいて、連携して支援をしていこうということをしております。もちろん、診療所のかかりつけ医の先生と専門機関との連携のシートの部分もございますけれども、在宅の部分もあわせて、連携シートにしておりますので、紹介させていただきます。

【高瀬委員】 パスができないという話じゃなくて、いわゆるスケルトンタイプといって、連携ツールというのは十分可能なんですね。そこだけは家族介護が見えてこないということです。

【山本委員】 大変失礼いたしました。

【新里委員】 当院では、世田谷区の認知症の診断パスの協力病院となっております。そういうパスは最近はやりで、世田谷だけでなく他の区でもできていると思うのですが、診断パスですので、患者さんは受診後診断を行い、また開業の先生方の所へ帰っていただくという形をとっています。問題となっているのは、認知症の患者さんでは必ず一定の割合で BPSD が強くなり、専門的な薬物調整や入院が必要になる方がいるということです。

診断だけして帰して、いざ治療が必要となると診れません、では困るということです。そこをどうするかが問題となっている。

例えば認知症疾患医療センターが BPSD の治療のため入院が必要な患者さんアレンジをおこなえれば理想的かもしれませんが。認知症の診断パスに属している病院には入院ができないところも多々ありますので、その様な機能を持つてもらえればありがたいなと思ったのです。

それと、5 ページに身体合併症の記載があります。認知症疾患医療センターが開設されるとしても、精神保健福祉士の方は2名だけです。今とあまり変わりありません。合併症を持つ認知症の方の入院依頼があったとして、あちこち電話をして結局受け入れてくれるところはありますか、ということでは今までとあまり変わらない可能性も結構あると思います。

これは私見ですが、東京都で高齢者相談班という事業を行っています。そこで使われている補助金の額は結構大きくて、今回の認知症疾患医療センター構想と同額程度の補助金がついているわけです。高齢者相談班の金額を少し振り分けて、センターが自由に使えるお金をつくって、バックベッドじゃないですが、緊急時のベッドを保証する仕組みが作れないか。相談員の手助けをする仕組みがつかれないか、ある程度のリーダーシップをとってセンターが動けないと、何も現状は変わらないのではないかなという気がします。

【栗田委員】 私は、東京都の老人性認知症疾患専門病棟調整委員会に毎回出ていて、実はこの認知症対策推進会議の認知症疾患医療センターの話題も出るんですけども、今、新里委員がおっしゃったことと関連しますが、高齢者精神医療班の機能、あるいは老人性認知症専門病棟の事業を補完するような事業をぜひやってもらいたいという意見があるんです。

具体的にどういうことかという、たびたびその場で問題になるのが、9つの病院が引き受けてくれていて、高齢者の相談班で年間に180件、平成21年で182件訪問しているということで、2日に1回だれかを訪問する。これは実人数ですから、多分何回も訪問したらもっと増えるのだと思うんですけども、全部困難事例ということです。それで、どこかの病棟に入院してもらおうんですけども、待ち日数があつて、長いときは30日とか長い間待つてようやく入院させてもらうということなので、その間に亡くなられる方もいらっしゃるんですね。

それで、よく問題になっているのが、やはり高齢者ですので、どこかで体のチェックだ

けれども先にやっておいてもらえないかということをよく言われます。全部じゃないですけども、その9病院はほとんどが単科の精神科病院でやってもらっているということがあるので、認知症疾患医療センターのほうで先にそこだけでもチェックしてもらえないかという話が出ているんですね。これはなかなか難しいところで、そう簡単にできると言えるようなことではないんですけれども、ただ、そういうようなことがあるので、確かに高齢者精神医療班の事業を補完するような視点を議論しなきゃいけない、考えなきゃいかんのかなというふうには考えています。

【繁田部会長】 例えばその9つの病院というものを逆に使えるのであれば、それを前提にして先にとというのはありですよ。ですから、どっちがどっちを最後に受けるかという話ではなくて、確かに栗田委員がおっしゃった問題はそれで解決してしまうことも多い。ただ、周辺症状が出ただけでかかりつけ医の先生はもうだめだと言ってしまうことがあるので。

【栗田委員】 その意見はまさに出ておいて、それで1回チェックしておいて、確認して身体的に大丈夫だということであれば、受けるからと言っていただいています。1回チェックしてもらえればということです。

【新井副部会長】 新里委員が前から意見を出しているのは、受診困難例に対する対応もここで必要だということを書いていましたよね。それと、今言った高齢者精神医療班でやっているようなこととは重複したりとかしないのか。その辺のところと栗田委員の言ったことをもうちょっと説明してもらえるとわかりやすいと思うんですが。

【新里委員】 認知症で精神科病院に入院を希望した場合、まずは一度病院に連れてくることを求められます。「一度病院に連れてきてください」と言われるんですね。初診の結果「認知症がある、精神症状が強い」ということになると「入院の予約を入れます」という流れとなるのです。その最初の一回に受診することができない患者さんが結構多いわけです。例えばゴミ屋敷に住んでいる方がいたとします。明らかに認知症が疑われる場合、訪問のドクターが自宅を訪問します。そこで診察を行い、紹介状を記載して、協力病院となっている病院に連絡をして、あらかじめベッドを確保した上で……

【新井副部会長】 ドクターが行くというのは、高齢者班のという意味なんですね。

【新里委員】 高齢者班のドクターです。ベッドを確保した上でエイヤッと患者さんを連れてきます。患者さんは病院に行こうとしないので困っているのであって、大体皆さん民間救急隊でやってきます。それで入院してもらおう。ただそのうちの8割くらいの方には

合併症があります。本当に調べてみないと分からないといった感じで、中にはかなり重篤な合併症をお持ちの方もおられます。松沢病院では対応できる疾患もありますが、全てではありませんし、単科の精神科病院の場合、実際程度の患者さんのプロフィールが分からないと受け入れが苦しいだろうなという方も確かにいます。先ほど栗田先生がいわれたように、例えば糖尿病はあるけれども血糖値はさほど高くなく内服で十分というような、最初に身体的なスクリーニングを行ってくれるところがあれば、より未受診の認知症者を受け入れやすくなるということはあると思います。

【繁田部会長】 例えばセンターのほうでその事前のチェックをする。それをセンターに受けてもらうために、別にセンターにメリットがあるのかどうか。その9つの病院と連携をして、別のときに患者を紹介したら受けてもらえるような関係をつくと、センターのほうも、そういった場合ではなくて別の患者さんの対応のときに協力してもらえるというギブ・アンド・テークがあればいけるかなとも考えています。逆にギブ・アンド・テークが必要になるだろうと思うんです。センターに高齢者精神医療の身体チェックをお願いするとすれば、ギブの部分だけではなくて、テイクの部分も含めて関係をつくることで、BPSDの患者さんを引き受けてもらえるというのがあればいけるかもしれないですね。

【栗田委員】 とても私もよくわかるんです。私もずっと総合病院の精神科に勤めているので、こういう問題を民間の病院の先生たちは持っている。精神科救急も大体単科なのでこういう問題がいつもあって、とてもよくわかるんですけれども、簡単に受けられないということもよくわかっているんですが、これは確かなかなか難しいことではあるんです。ただ、そういうニーズがあるということを十分ここで認識しておく必要があるだろうと。

そして、多分ここから先は僕は答えがあるわけじゃないけれども、恐らくこれが二次医療圏に1つずつできるとすれば、二次医療圏ごとにそういう人たちが出てくるわけで、二次医療圏の中で老人性認知症専門病棟のある単科の病院とどういうふうにギブ・アンド・テークの関係をつくっていくかというところをその二次医療圏ごとに協議していくということが、今後の課題として出てくるんじゃないかなと私は思っております。

【繁田部会長】 二次医療圏に1つだとしても、ネットワークの充実にに関する支援ですね。患者さんの紹介先を探すにしても、その病院も含めた協力関係なり、ネットワークなり、情報共有なりの中で探していくことになると思います。先ほどの牧野委員の情報集積ということに関係しますが、全部の情報をセンターに集めるのか、でも、センターだけが

持っていても、その情報は必ずしも有効活用にはならない。すると、それに類する情報を包括も持つわけです。

そうになると、どっちに集めたほうがいいのか、どういうふうに連携をしながら、どういう風に情報を共有していくのかというところが難しいところだと思います。考えなければいけないだろうなと思います。情報とは日々更新していかないといけないものですので、かなり手はかかると思います。その医療の情報をとにかく何が何でもセンターに集めてというわけではなくて、包括支援センターが持っていればよいこともあります。例えば、あそこの病院であれば比較的早く診てくれますよというところが家族に情報が入れれば、それでも受診はできるわけです。

【新井副部会長】 私も同じ意見で、栗田委員が言われたことでちょっと納得したんですけども、今後重要な課題として、二次医療圏なら医療圏の中で解決していくべき問題として、もっと言うと、このセンターが高齢者精神医療班との連携の中で、二次医療圏の中で解決していくべき重要な問題の1つであるという形で提示しておくというのはとても大事なんじゃないかと思います。

新里委員が言っているように、出かけていくというのはとても大事なんですけども、第一線のほうの活動までこのセンターに要求されてしまうと、医療相談員がやっている業務ではなくて今度はかなり医療のところ巻き込まれていきますから、そうすると病院の組織としてはかなり活動が変わってくるので、それをやるとすると組織論としてなかなか難しいんじゃないか。だから、その辺はより現場に近い、保健所もそうですし、包括支援センター、自治体、むしろそちらも含めて今後解決していく課題として、センターを挙げておくべき問題なんじゃないだろうか。そこまですぐに要求される水準として言われてしまうと大変かなという印象を持ちました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

まだまだ議論があるかと思いますが、夜も更けてきましたので……。

もう1つ、報告書に関しまして、今日いただいたご意見も踏まえて報告書をつくることを念頭に入れて手順を進めていかなければいけませんので、残り少なくなってしまったんですけども、そのことに関して最後に事務局から報告をいただいて、言い切れなかったことはまたご意見シートにお書きいただければと思います。ちょっと消化不良で、ご意見を十分におっしゃれなかった委員の皆様、申し訳ございません。時間もありますので、ここで一たん区切らせていただきます。

では、事務局のほうから報告書のことをお願いします。

【室井幹事】 それでは、資料2をご覧いただきたいと思います。

この会でございますが、私ども東京都としましては、認知症疾患医療センターを来年度できるだけ早くからスタートさせたいということでございまして、できますれば年内を目途に報告書をまとめていきたいと考えております。そういう意味では、本日もいろんな議題が、まだまだ解決していない議題もあろうかと思いますが、とりあえず報告書をまとめて指定をし、また運用しながらいろいろ考えていくということが必要だというふうに今考えております。

年内ということになりますと、あともう一回ぐらいというイメージでございまして。ですので、次回の会議におきまして、あり方検討部会の最終報告書の素案を私ども事務局のほうで本日のご意見も踏まえて作成をして、ご審議をいただきたいと考えております。

基本的な骨子でございまして、今まで議論してきたものを並べるというような形で、「東京都の現状と課題」、それから、これは中間のまとめとほぼ同じになると思いますが、「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」、そして「地域連携に向けた具体的な取組み－医療相談室の役割を通して－」という本日の議論、そのあたりをまとめて、あと、いろいろとさまざまな委員等からいただいた資料、ご意見等を参考資料としてつけていきたいと考えております。

【繁田部会長】 ありがとうございます。今日いただいた意見も含めて案をつくらせていただきたいと思います。

そのほか、これだけは今日言っておきたいということがございましたらご意見をいただいて、終わりにしたいと思います。いかがでございましょうか。

【新井副部会長】 1つだけ確認なんですけれども、連携協議会はぜひともという意見の中で、家族会の方の活動というのは本当にボランティア的な活動で、私はずっと長年高く高く評価というか、ありがたく思っているんですけれども、例えば地域での協議会、医師会、さまざまな医療関係者、包括支援センターの方が参加されるわけですね。こういうときの時間に対する報酬とか、交通費とか、そういう予算は何か考えられるんでしょうか。

【室井幹事】 補助金の中で、頻度とかその辺の報酬の額はいろいろあるかもしれませんが、事務的な経費、研修等、この辺の経費というのはかなり積んでおります。

【新井副部会長】 それは、予算に上げられているセンターへの1件当たり幾らというのとは別枠になるんですか。それとも含まれているんですか。

【室井幹事】 同じ中に入っております。要するに、相談室の職員の経費と、こういったもろもろの報酬を含めた事務的な経費を合わせています。

【新井副部長】 そうすると、かなり予算的には抑えられている中でセンターが何をやれるかというのは、やはりかなり制限されてくる部分があるのではないかと思うんですよね。その確認です。

【繁田部長】 むしろいろんな立場の方に集まっていただく機会と、そのための交通費ということでしたら一番有効かなと思います。

そのほか、よろしゅうございますでしょうか。ありがとうございました。

それでは、時間の関係もございますので、本日の会議はこのあたりで終わりにさせていただきます。どうもありがとうございました。

以上で終わらせていただきます。

【室井幹事】 1点だけ報告させてください。次回の部会は12月21日、午後7時からを予定しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。一応、5回目でもってまとめたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

以上です。どうもありがとうございました。