

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5回）

平成22年12月21日（火）

【室井幹事】 それでは、7時になりました。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5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っております。

本日は、委員の皆様方におかれましては、寒い中、また大変お忙しい中ご出席をいただきまして、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、お手近にマイクを置いてございますので、そちらをご使用ください。

続きまして、本日の委員の出席状況につきましてお知らせいたします。ご欠席のご連絡をいただいている委員でございますが、新里委員、弓倉委員につきましてご欠席というご連絡をいただいております。また、新井委員からは若干所用により遅れるというご連絡をいただいております。それから、幹事でございますが、本日、医療政策部の馬神幹事と高齢社会対策部の粉川幹事が欠席でございます。また、医療政策部の高橋幹事、障害者施策推進部の櫻井幹事が少し遅れるということでございますので、よろしくお願ひいたします。

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

【繁田部会長】 それでは、本日もどうぞよろしくお願ひいたします。

議事に入らせていただく前に、資料の確認をお願いいたします。

【室井幹事】 本日配付しております資料について簡単にご説明をいたします。

本日の部会資料といたしまして、次第とともに資料をすべてとじてございます。中身といたしましては、めくっていただきますと資料1というのが出てきまして、これが本日もご審議をいただく、また、今までの議論をまとめた形で整理をした本部会の報告書の素案でございます。資料2でございますが、都内の医療機関の調査を第3回の会議で行いますというご報告をさせていただきましたが、現段階での結果がまとまりましたので、それをつけてございます。

それから、参考資料ということで、これまでに出示された主な意見、栗田委員からご提供いただきました説明資料、それから、これとは別とじてございますが、ご意見シートをつ

けております。さらに、認知症対策推進会議の若年性認知症部会を一昨年度、昨年度とやったわけですが、そこで若年性認知症対策に関しましては、産業医をはじめとした職場における理解を深め、普及啓発を進めていくことが大変大事なんだというご指摘をいただきましたので、それを踏まえて、今回、こちらのパンフレットですが、「若年性認知症ハンドブッケー職場における若年性認知症の人への支援のためにー」というものを作成いたしましたので、あわせて配付させていただいております。

なお、第1回の部会の資料としてお配りいたしました、A3のかなり分厚いものですが、データ類になっておりますので、ご参考までに皆様に配付をしてございます。適宜ご参照いただければと思います。こちらにつきましては会議終了後机上に残していただいで結構でございます。以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

ご存じのように本日がこの部会の最終回の会議でございます。総まとめということで、以前に中間のまとめを出させていただきましたけれども、その後にもご意見シートも含めてご意見もいろいろいただきましたので、それをできる限り含めて作成した案が本日お配りしている報告書案でございます。この報告書案に関しまして事務局から説明をしていただいで、皆さんからご意見をいただき、最後整えたいということが今日の目的でございます。

それから、認知症疾患医療センターに関しまして、都内の各医療機関を対象に調査を行っておりますので、現在までに回収できたものに関して事務局から回答状況の概略もあわせてご説明いただきたいと思っております。

それでは、事務局からお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、こちらのクリップを外していただきまして、資料1、報告書の素案、未定稿というのをごらんいただきたいと思っております。

1枚おめくりいただきたいと思っております。右側に目次がございますので、ここで報告書全体の構成を簡単にご説明したいと思っております。最初の「第1章 認知症の人と家族を取り巻く現状と医療的課題」で、いわゆる現状と課題について整理をしてございます。第2章におきまして、そこで挙げられた課題を解決していくために認知症疾患医療センターの整備が必要ということをご記載してございます。第3章は、特にご議論いただいたところでございますが、東京できちんと機能するように、東京の実情に即して必要となるセンターの機能・役割について述べてございます。さらに第4章で、前回ご議論いただきましたセンタ

一の実働部隊となります医療相談室の役割について記載をし、最後の5章で、センターだけではなくて関係機関の協力が大事というようなことを記載させていただいております。

それでは、また1枚目おめくりいただきたいと思います。少し駆け足になるかもしれませんが、よろしく願いいたします。

まず、第1章の「1 認知症高齢者の状況」でございますが、これはグラフを見ていただければわかるとおり、また皆様よくご存じのことかと思えますけれども、東京の高齢化が今後どんどん進んでいくということでございます。平成27年には4人に1人が高齢者、平成47年には生産年齢人口2人に対して高齢者人口が1人という形になってまいります。さらに後期高齢者の割合も高くなりまして、要介護のリスクも非常に高い方が増えてくるということでございます。

次の2ページをお開きいただきたいと思います。高齢化にあわせまして認知症高齢者も増大していくということを示してございます。今後、15年間で約1.8倍（52万人）になるというような都の推計も出してございます。

その下ですが、「在宅で生活する認知症高齢者」ということで、認知症高齢者の6割程度は在宅で暮らしていらっしゃる。ですから、地域の在宅生活支援、さらにはそのための地域の医療と介護の連携が必要であるということをお述べてございます。

3ページでございますが、世帯規模が今後どんどん縮小してくるということでございます。図6に描いてございますが、既に高齢者のいる世帯の半分以上は、平成17年の段階で、単身高齢者と夫婦のみ世帯を合わせますと50%を超えているという状態でございます。これがさらに進んでいくということで、単身の認知症高齢者の問題であるとか、認知症高齢者を高齢者が介護する老老介護の世帯の問題であるとか、お二人とも認知症になってしまっているという認認介護の世帯であるとか、そういった問題を記載してございます。

さらに1枚おめくりいただきまして、4ページでございます。「これまでの取組」ということで、東京都などがこれまで取り組んできた取り組みにつきまして記載をさせていただきます。基本的なところでございますが、「認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりの推進」というのが認知症対策推進会議の基本的な目標ということで、さまざまな施策を推進してきていると。その中で、特に医療分野におきましては、医療支援部会の中で「認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方」ということで検討をさせていただきます。そこで認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制の構築をしていくべきということですか、かかりつけ医を中心とした医療連携体制を地域で構築し

ていくべきだというご提言をいただいているところでございます。

これを踏まえまして、地域医療における「認知症対応力の向上」ということで、具体的には5ページでございますが、東京都医師会さんと連携をいたしまして、認知症サポート医の養成であるとか、かかりつけ医の認知症対応力向上研修などを行ってきておりまして、下の図の8にありますとおり、都内各地域に満遍なくサポート医、研修修了者がいるという状態ができております。今年度もサポート医フォローアップ研修であるとか、東京都医師会さんと東京都の共催——東京都医師会さんが主になるわけでございますが、かかりつけ医のフォローアップ研修なども実施することとしているという記載をしております。

さらに1枚おめくりいただきまして、6ページでございます。専門医療についてでございますが、認知症の診断・治療を行う専門医療機関は東京においてはたくさんあるということが、平成19年に行いました調査で既に明らかになっております。また、今年からできました診療報酬の認知症専門診断管理料の施設基準を取得している医療機関は現在都内18カ所ということで、ある意味で専門医療機関の数というところでは非常に恵まれております。また、専門医もたくさんいるということです。

さらには、東京都の施策といたしましては、本人が受診拒否をなさっているような方をイメージしておりますが、都内3カ所の精神保健福祉センターの高齢者精神医療相談班がございまして、そこが実際にアウトリーチ、現場に出ていって医師が診断をするというようなこともやっております。また、積極的な精神科医療が必要であると判断される場合には、東京都といたしましても老人性認知症専門病棟という制度をつくりまして、そこで入院体制を確保しているということでございます。

さらに、これは東京都の取り組みということではないんですが、各地域、地域におきましても、地域医療と専門医療との連携の取り組みが自主的に進んでいるところがあるということも書かせていただいております。

その下の「現状と課題」でございますが、こうした取り組みをした上でもなお、医療支援部会で掲げました、目標である「認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療を提供していく」とか、「地域におけるかかりつけ医を中心とした連携体制を構築していく」という面ではまだまだ課題があるという形で記載をしております。

具体的なものとして7ページに記載してございまして、「認知症の早期診断・早期対応」という関係でいきますと、かかりつけ医の認知症対応力は総体としては上がっておりますが、個々にはなかなか理解が不十分なケースもあって、専門医療機関にうまくつなが

らないこともあるということでもありますとか、受診を拒否する人への対応というのがまだまだ課題があるというお話、それから、専門医療機関においても病気を診断・評価するというところでとどまってしまって、その後の生活や療養に対するご家族等への助言ができていなかったり、福祉関係へのつながりができていないということもあるということ、さらに4番目でございますが、特定の専門医療機関に患者が集中をして、予約をしても確定診断までに数カ月を要するケースがあるということを書いてございます。

1枚またおめくりいただきたいと思います。8ページでございますが、「認知症の身体合併症・周辺症状への対応」というところでございます。認知症の人が身体疾患、あるいは周辺症状が非常に激しくなってしまったとき、入院できる病院を探すというのに困難を来す場合があるという非常に重たい問題を記載してございます。それから、一般急性期病院に入院しているうちに、その病気自体は治ったとしても、入院している間に認知症の症状が悪化するケースがあるということ。さらには、退院に向けた事前調整が十分に行われず、在宅復帰に支障を来すということもあるということでございます。

さらに、その下の「地域連携の推進」のほうに参りますが、こちらにつきましては一番最初の会議にお示しをいたしました。地域包括支援センターにアンケート調査を行っております。そこで医療と介護の連携について地域包括支援センター側から意見を出してもらったわけですが、介護保険申請ですとか、在宅生活での受け入れ準備等に必要な情報提供を医療機関に求める声が非常に多くあったと。そのところがまだ不十分ではないかということでございます。医療関係者からも医療のほうにもつなげてほしいという声もございますので、双方向のコミュニケーションを十分に行うようにしていく。現在はなかなか十分に行われていないのではないかとこのところでございます。

2番目でございますが、医療機関において必要な情報と、そのケアを引き継ぐ側において必要な情報とちょっとギャップがあるのではないかと。それは言葉の使い方も含めてということかと思いますが、そういったところでまたコミュニケーションが阻害されている面があるのではないかと。それをお互いにまた理解していくということが大事なのではないかということを書いてございます。

さらに、家族介護者の会の関係でございますが、いろいろ相談事業等、あるいはコーディネートなども行って非常に活発に活動なさっておりますが、まだ十分に知られていないという課題があるということでございます。

それから、「専門医療、地域連携を支える人材の育成」でございますが、認知症高齢者

の急増に伴いまして、やはり認知症の方に対応できる専門医だけではなくて、外科や内科も含めて対応できるお医者さんを増やしていく必要があるということ。さらには、福祉関係者の認知症対応力もさらなる向上が必要ということを書いてございます。

9ページの「情報発信」でございますが、認知症についての地域住民の理解をさらに高め、認知症かもしれないという方を早期に発見して、早期診断、早期支援に結びつけることが大変重要で、地域住民の理解が大変重要だということを書いてございます。

それから2番目でございますが、認知症の医療体制につきましては、東京都のホームページ等で一定の周知、PRはしておりますけれども、やはり認知症の疑いや不安が生じたときにどこに相談・受診すればよいかわからない、あるいはわからなくて困ったというような声が本人・ご家族だけではなくて、関係者の間でもそういう声がございますので、その辺を書いてございます。

さらには、認知症サポーターについてでございますが、一応都内には約10万人いるということでございます。こうした方々が、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりの主役として活躍の場を増やしていくというのもまた大きな課題ということを書いてございます。

続きまして、第2章、10ページに移りたいと思います。

こちらは、今までの課題等を踏まえてということでございますが、こうした課題を解決していくためには連携が非常に重要であろうということでございます。医療機関同士、さらには医療と介護の連携を推進していく推進役となる認知症疾患医療センターを東京都においても整備することが必要なんだと。それによって認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制を構築していくとともに、地域における連携体制を構築していくことが必要なんだと述べております。

その後、国の要綱等が書いてございますが、これにつきましては詳細は省略させていただきたいと思います。

11ページの「整備にあたっての考え方」でございます。国が定める基準というのは一応あるにはあるんですけども、これだけでは大都市東京の実情に合わないだろうと。東京都においてきちんと機能する認知症疾患医療センターを整備するために、大都市東京の特徴を踏まえて認知症疾患医療センターに求める機能・役割を整理する必要があるでしょうと。そのため本部会では、「東京都における認知症疾患医療センターの機能・役割」を議論し整理をして、第3章に示しましたとしております。東京都は、これに沿った運営が

できる病院を認知症疾患医療センターとして指定してくださいという表現にしております。

さらに、12ページに行っていたきたいと思います。最初のほうの議論で、国の認知症疾患医療センターの制度といたしましては、「地域型」と「基幹型」があり、この「基幹型」というのは、身体合併症への救急対応・急性期対応ということでベッドを確保するという役割でございますけれども、東京都において「基幹型」を導入するかどうかというご議論をしていただいたかと思えます。大都市東京の膨大な人口ですとか、さまざまな医療機関が数多く存在するということを考えますと、「基幹型」を整備して、そこへみんな一斉にということになりますとパンクしてしまうおそれが非常に高いということで、まずは都内各地域に「地域型」を整備いたしまして、地域連携により身体合併症・周辺症状の患者の受け入れ体制を整備することが重要だと記載してございます。

それから、都内における指定数でございますが、地域の医療、福祉関係機関や区市町村との連携という観点から、「二次保健医療圏」に1カ所を基本とするのが妥当であるというご結論に至ったかと思えますので、それを記載してございます。なお、やってみるとこれで足りないケースもあるかもしれないというお話でございましたので、指定したセンターの運営状況等を踏まえて、必要がある場合には指定数の見直しを行うことも検討していくべきですという記載もしてございます。

その次の「指定期間」につきましては、これまでご議論をいただいていたんですが、部会長とご相談の上記載をさせていただいた部分でございます。認知症疾患医療センターを指定しただけではまだまだかと思えますので、その効果的な運営を促していくという意味から一定の指定期間を設けていく。その間の当該センターの運営状況を検証した上で再度指定をさせていただくかどうかというのを判断するような仕組みを導入していくべきというご意見を入れさせていただいております。

第3章、13ページでございます。こちらにつきましては既に中間のまとめでご議論をさせていただいた内容がほとんどでございますので、薄くなって下線が引いてある部分を新たに追加、修正しましたという表現でここではお示しをしております。

最初の1段落目は当たり前のこと、「基本的機能」と「3つの役割」をここに整理しましたということでございます。

その次の段落でございますが、役割の中でもめり張りをつける。特にこれはきちんとやってほしいというところを示したほうがいだろうというお話もございましたので、「身体合併症・周辺症状への急性期医療」への対応と、「地域連携の推進」が最も重点的に取

り組むべきところであろうと。ほかのことももちろんやっていただきたいんですけども、こちらが最重要課題ですというところでめり張りをつけてございます。さらには、「早期発見・早期診断」に向けて、関係機関の活動を支援すると。みずから全部やるということではなくて、関係機関の活動を支援するというのも重要だと記載してございます。

「基本的機能」につきましては、既にご議論をいただきましたとおり、地域が主役でございますので、医療機関、介護事業所等の支援機能——支援をするということ。さらには、地域の認知症に係る医療・介護の連携を推進するというのが基本的機能になってくるという整理をしてございます。

さらに、「3つの役割」といたしまして、認知症に係る専門医療機関として、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。それから、認知症に係る地域連携の推進機関ということで、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。さらには、認知症に係る人材育成機関ということで、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。この3つの役割を持っているというふうに整理をさせていただいております。

さらにページをめくっていただきまして、14ページでございます。今の3つの役割ごとに内容を具体的にもう少しブレイクダウンした形でどんなことをやってもらいたいのかということ整理してございます。

最初に、総括的にどんなことをやってもらいたいのかというのを記載いたしまして、ダイヤ（「◇」）で具体的にこういうことをやってもらいたいと。「専門医療相談」、「鑑別診断・初期対応」などがございますけれども、そこを具体的にやってもらいたいという記載をしてございます。

まず「専門医療相談」につきましては、「多様な相談に応じられる医療相談室の設置」というところで、ここでは今まで「保健所」という言葉が入ってございましたが、保健所も精神保健などをやってございますので、ここのアクターとして記載をしてございます。

さらには、「受診が困難な人への支援」というところで、受診を拒否される方も連携して認知症疾患医療センターが対応しようということなんですが、家族介護者の会なども1つのアクターとして入れてございます。

それから、「鑑別診断・初期対応」は、都内には名だたる認知症の医療機関がございますのでおおむね大丈夫かと思いますが、認知症の原因疾患の診断を正確に行うとか、単な

る診断だけではなくて、社会的側面、心理的側面、身体的側面等をトータルに評価してくださいと。それをかかりつけ医や地域包括支援センター、介護機関、ケアマネジャー等と情報の共有化を図って、医療、介護の連携につなげてください、などが記載してございます。

それから、「迅速な診断」というところで、できるだけ早期に受診できるようにと。特に集中してしまっているところは、対応ができるほかの医療機関と連携して、なるべく早く多くの方が受診できるように工夫してくださいというふうに記載してございます。

次の「◇ 身体合併症・周辺症状への急性期医療」というところですが、こちらは「認知症疾患医療センターにおける受入体制の整備」ということで、院内の診療科間の連携体制というのが大変重要だということを述べております。すべての職種を対象とする院内研修を行うなど、病院全体の認知症対応力を向上させてくださいということ。それから、多職種が適切に連携できる体制の構築に努めてくださいということ。

さらに、前回のご審議の中で、病気が治ったのはいいけれども、生活能力が低下してしまって在宅に戻れないケースもあるというお話もございましたので、「在宅生活への復帰を視野に入れるよう努める」という言葉も入れております。

さらに、「早期からの退院支援」ということで、入院後できるだけ早期から退院に向けた調整等を地域の医療機関や福祉関係者と行ってくださいと。それによって在宅にスムーズに戻れるようにしてくださいということを記載してございます。

認知症疾患医療センターだけで身体合併症・周辺症状の治療のすべてを賄うというのは困難であるということで、地域の一般病院ですとか精神科病院と緊密な連携をとり、地域全体で受け入れを促進していく体制を構築してくださいということを記載してございます。

さらにページをおめくりいただきまして、16ページでございます。こちらは「地域連携の推進機関としての役割」を記載してございます。最初の前段の部分は省略をさせていただきます。

具体的なおとこ、 「◇ 地域連携の推進」というところですが、「認知症疾患医療連携協議会」と前は記載しておりましたが、介護関係者も当然に入ることですので、「認知症疾患医療・介護連携協議会」という名前に変えさせていただいております。また、アクターといたしましても、保健所ですとか、家族介護者の会等も例示として入れさせていただいております。

また、2つ目の「○」は、上は協議会でございますが、こちらの下の方は事例検討会

や研修会ということで、もっと実務レベルでの勉強会というものも企画してくださいということを書いてございます。

さらに、「地域包括支援センターとの連携の強化」というところで、地域包括支援センターがやはり認知症の対応では地域で大きな活躍をしてございますので、そこの連携をしっかりとやってくださいと。これは具体的なものを積み重ねる中でそうなっていくと思います。

17ページ、「家族介護者の会との連携」ということでございます。4行目でございますが、地域における認知症の人と家族介護者の会との関係づくりを進めて、ここは追加してみたんですけども、「例えば、家族支援のため家族介護者による相談の場を設けたり、家族介護者の求めに応じていつでも紹介したりできるように」努めてくださいということで、具体的な事例も盛り込んでございます。

さらに、「自治体への協力」をしていただくということです。

「地域連携のイメージ」につきましても、ほぼ同じでございますが、今まで、「区市町村」レベルの輪とその中にあります「暮らしの場」の輪とが一緒だったんですが、ちょっと違うだろうということで、2つに分けてございます。

さらにおめくりをいただきまして、18ページでございます。「人材育成機関としての役割」の「◇」のところをご説明いたします。「認知症疾患医療センターにおける医師、看護師の育成」ということで、病院内における認知症医療に対して専門的な知識・経験を有するとともに、認知症の人を総合的にみることができる医師、看護師の育成に努めてくださいと。さらには、病院だけではなくて地域における医師、あるいは介護関係者も含めてですが、事例検討会等を通じてでも結構ですし、それから、認知症対応力の向上を図るための研修等も企画してくださいというふうに記載をさせていただきます。

さらに、「情報発信」のところでございますが、早期発見・早期診断を行うためには、地域住民が認知症についての理解を深めることが大変大事であって、そういう普及啓発というのは自治体等で既にやっておりますけれども、いろんなところと協力しながら認知症疾患医療センターも進めてくださいということでございます。

それから、「連携体制の周知」でございますが、こういう連携を行っているいろいろな取り組みをやっていると行政機関やその他関係機関も携わるということが多々あると思うんですけども、認知症疾患医療センターも協力して一緒にやってくださいということでございます。

以上が第3章、基本的な役割・機能ということでございまして、次の19ページでセンターの中での具体的な実働部隊であります医療相談室の役割について記載をしています。これによりまして、具体的に認知症疾患医療センターのイメージをより深めていただきたいという趣旨でございます。

医療相談室につきましては、地域連携のコーディネーター役、院内における連携、あるいは認知症対応力の向上を図る役割といったものを期待されているところでございまして、センターという機能を考える上で大変重要なものだということでございます。前回の議論をベースにいたしまして、さらにつけ加えて整理をしております。

まず人員体制でございますが、一応国の要綱を引いてきております。精神保健福祉士、保健師等を2名以上配置するということが要件でございます。

それから、「地域連携における医療相談室の役割」と。実は3番目が「院内連携における医療相談室の役割」となっておりまして、地域連携における役割をここで整理してございます。地域連携の窓口ですとか、各種相談の窓口、それから研修関係、認知症対応力の向上、専門医療相談の実施等々でございます。

それを大別すると「地域連携体制の構築」と「個別ケースにおける取組」の2つに分けることができるでしょうということで、さらにページをめくっていただきまして、20ページでございます。「地域連携体制の構築」は、日ごろからの地域連携体制の構築という趣旨でございます。これは、協議会の開催というのが大変重要ということ。ただ、各地域でほかの医師会であるとか、行政、家族会であるとか、そういった取り組みをバックアップするやり方もありますと。そういうのもオーケーですという形で整理をしております。

具体的には既に「基本的機能・役割」のほうで述べてありますが、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催につきましては、基本的には第3章で述べたことと同じでございますが、開催回数や対象地域などについては、地域の実情に応じて適切にそれぞれのセンターでご判断をいただければいいということを書いております。

活動内容の事例といたしましても、地域の一般病院や精神科病院との連携策の検討であるとか、医療と介護の連携をスムーズに行うための認知症地域連携パスなどの連携ツールの作成などを行っていただいたらどうなのかと。一つの例示でございますが、具体的なイメージを思い浮かべていただくために記載しております。

2番目に「各種研修等の開催」ということで、これは既に第3章で述べたものと同じでございます。

「情報発信」につきましてもほぼ同じでございます。

次の21ページでございますが、「認知症の診断・診療に関する場面」ということは、具体的に患者さんが来たとか、こういう患者さんを診てほしいという話があった場合ということでございます。

最初に、「認知症の診断・診療に関する場面」と書いてありますのは、この人が認知症かどうかという診断ですとか、認知症それ自体に対する診療についてということでございます。

かかりつけ医から相談・依頼を受けた場合には、確定診断の依頼に対応したり、周辺症状が悪化したときの診療の依頼等に対応する。

地域包括支援センターから相談を受けた場合には、受診困難ケース、受診を拒否する方などへの対応につきましては、関係機関と連携をして対応策を検討していく。認知症疾患医療センターも積極的に関わってくださいということでございます。

それから、診断後の対応でございますが、介護保険サービスや成年後見が必要なんだけど、そういったサービスが現に受けられていないという方もいらっしゃいますので、そういった場合には速やかに導入できるように、必要な情報共有等を行ってくださいということでございます。

さらに、専門医療相談についても書いてございます。これは第3章に書いてあるのとほぼ同じでございます。

次の22ページでございます。「身体合併症・周辺症状による入院の場面」ということでございます。ここはこの会議の中でも非常に重要度が高いというお話がございました。ただ一方で、なかなか医療機関にとってのハードルも高いところかと思えます。院内連携ですとか、地域の医療機関同士の連携が大事だろうというトーンで書いてございます。

具体的に相談を受けた場合に、自院で対応できれば、院内の各診療科と連携して対応してくださいということです。具体的な連携例といたしましては、ただ病棟に認知症の方を入院していただいたというだけではちょっと厳しいと思いますので、具体的にご相談があった場合には適切な支援を行っていくなどの体制整備が必要でしょうと。さらには、日ごろから院内の連携体制を整備しておくために院内研修を企画したりとかというようなことも大事ですということを書いております。

それから、他院に対応を依頼する場合もあって、これは地域で連携をしている一般病院、精神科病院にお願いするということになりますが、この前段といたしまして、日ごろから

地域の各医療機関の受け入れ体制等について把握をしておくということが必要条件になってくるのではないかと考えています。

「退院の場面」につきましては、退院に向けたカンファレンスの実施、情報共有の実施ですとか、転院あるいは介護施設への入所の調整等も書いてございます。

23ページのほうに移ります。院内連携でございますが、認知症に関する院内連携の具体的な取り組みを行うのは医療相談室ですということを書いています。それは大変重要なことだということでございます。それを実効性あるものとするためには、院長等のリーダーシップが必要だということを書いています。

最後の24ページでございます。「関係機関の協力」ということで、一番上でございますが、これは認知症疾患医療センターが頑張っただけではなかなかうまくいかないということです。大都市東京の膨大な人口ですとか、認知症高齢者の数ということを考えますと、ほかの関係機関が積極的に協力をしていただくということが必要不可欠でございます。

東京都といたしましても、認知症疾患医療センター同士の連絡会の開催を行って情報交換を行う場を設定するなど、センターの取り組みの切磋琢磨といいますか、一層のレベルの向上をしていただくということも必要でしょうし、センターの取り組みへの協力を関係機関に呼びかけるということも、東京都として積極的に取り組むことが必要だと書いてございます。

また、認知症の地域連携パスは各地域において作成していくということが考えられますが、それに先立ちまして、東京都における標準的な地域連携パスを作成するなど、各地域の連携体制構築に向けた積極的な支援を行っていくべきだということも書いてございます。

それから、区市町村の役割も大変重要でございます。東京都以上に認知症対策の基本的、直接的なアクターになってございます。こうした認知症疾患医療センターができるということを認知症対策の重要な社会資源ができたこととらえまして、その取り組みに積極的に協力をしていただく。特に、認知症疾患医療・介護連携協議会——名前は実際はこれでもなくてもいいと思いますが、こういったものの開催に積極的にご協力をいただくなど、一緒になってどんどんとやっていただきたいという趣旨をここで述べてございます。

資料1につきましては以上でございます。

続きまして、少し長くなりまして恐縮でございます。資料2について簡単にご説明をしたいと思っております。

この調査は、11月1日に第3回の部会を開催いたしました。そこで医療機関に対し

て、中間のまとめで整理した内容をどこまでできるのだろうか、あるいはやっているのだろうかということ聞いてみようということをやったものでございます。

対象医療機関は、認知症の治療を行っている東京都にご報告いただいている都内255病院でございます。そのうち173病院、回答率は約70%弱ということで、現段階でも結構いっているということでございます。11月に調査をしてございます。

調査結果の概況を簡単に申し上げますが、認知症患者への診療として行っているものということで、鑑別診断・中核症状等への対応はかなりのところでやっているということでございます。一方で、周辺症状の入院とか身体合併症の入院につきましては、鑑別診断や中核症状への対応と比べると少し劣ってしまうというような結果が出てございます。

続きまして、次の「2/10」というところをごらんいただきたいのですが、認知症診療に携わる医師はどういう先生がやっているかということでは、割と専門医の方々がやっ
ていらっしゃるというのが非常に多い。専門医でなくても、認知症疾患業務に5年以上の臨床経験を有するドクターがやっているというケースが多かったということでございます。

3番目は、鑑別診断可能な原因疾患名を聞いてみました。「鑑別診断ができる」と回答した医療機関が129施設ありましたので、その129分の幾つというお話になります。アルツハイマー病ですとか、脳血管性認知症につきましては、ほぼすべてのところでできる。レビー小体型認知症ですとか、前頭側頭型認知症につきましては少し落ちてしまうということでございます。

検査体制でございますが、CTを自分のところで持っていて、そこで鑑別診断をやりますというところが129分の124ですから、ほとんどできるということでございます。MRIにつきましても、自院で所有しているのは87でございますが、「他院に依頼」も含めると合わせて127になりますので、これもほとんど対応できるということかと思
います。そんなようなものが基礎情報でございます。

その右側のページに移っていただきまして、認知症疾患医療センターの指定ということについて、あなたの病院はどのように考えますかという質問をしてみました。そうしたところ、「指定に向け、既に院内で検討を開始している」というのが15病院、「院内の検討を今後始める予定がある」というのが12病院、「関心はある」というのが67病院でございます。「検討を既にしている」、あるいは「予定がある」というところが合わせて27施設、「関心がある」というところも含めると94施設で、非常にたくさんのところが関

心を持ってくださっているという結果が出てまいりました。

指定をする数というのは12病院でございますので、単純計算でいきますと総数としては十分かなという感じがいたします。ただし、地域偏在がございまして、島しょ部を除く12医療圏のうちの5医療圏につきましては、「院内で検討を開始している」、あるいは「今後始める予定がある」という、27病院がまだないという状態ではございます。

続きまして(2)でございますが、中間のまとめでまとめました各項目につきまして、既に対応しているのか、未対応だが対応できるのか、あるいは対応できないのかというような調べをこの後たくさんしてございます。

まず最初でございますが、医療相談室を設置できるかどうか。精神保健福祉士とか保健師というのはコメディカルの専門家でございますが、こういったところを配置した医療相談室ができるかどうかというところでございます。既に対応しているところも結構あり、さらには、未対応だが対応できますというところを含めるとかなりの部分ができるのかなと。

左側の円グラフと右側の円グラフがございまして、右側の円グラフが「検討を開始している」、あるいは「今後検討する予定がある」という27病院でございます。左側が「関心はある」というものも含めた94病院でございます。それでこんな結果が出ているということでございます。

ページをめくっていただきまして、受診拒否の方でございますが、こういった方々についていろいろなところと連携して早期受診に結びつけることをやっていますかというところでございます。27病院につきましては、「既に対応」というところが4分の3を超える、8割を超える数字になってございます。それから、94病院のほうも半数を超えるところが「既に対応している」という非常に心強い結果が出てございます。

それから「適確な評価」では、単に診断を行うということだけではなくて、身体的・心理的・社会的側面を評価する総合機能評価を行っているかどうかということでございますが、これも27病院ではほとんど、85%が対応しているということ、94病院でも6割が対応しているというお答えをいただいております。

それから右側のページでございますが、かかりつけ医との情報の共有化ということでございます。こちらも非常によくできておりまして、27病院ではおおむね7割、94病院ではおおむね5割が「すべてで対応」という回答を、「概ね対応」も含めると大体おおむねできているというお話でございます。

その下の福祉関係者の地域包括支援センターやケアマネジャー等との情報の共有化でありますが、これは医療機関と比べると少し劣るという形になりますけれども、「概ね対応している」というところまで含めると、かなりの数字になっております。

また1枚めくっていただきまして、院内の診療科間の連携体制の整備ということでございます。こちらのほうは自己評価でございますけれども、思った以上に非常に高い数値でございます。既に院内連携体制ができていますと答えておりますのが、27病院では8割、94病院でも6割以上ということでございます。「対応可能」を含めると8割になるということでございます。その下の多職種の連携体制につきましてもほぼ同じ結果が出ております。

右側のページに移りまして、早期からの退院支援でありますが、こちらも大体同じような傾向です。非常によくできているという自己評価になってございます。

それから、「地域全体での受入体制の構築」ということで、地域の一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図って、自分が対応できない場合はほかの病院でというような対応をしていますかということですが、これも、「既に対応している」というところが27病院では8割弱、全体でも6割弱という高い数値になってございます。

さらにおめくりをいただきたいと思っております。地域連携体制の構築ということで、協議会の開催などネットワーク構築に向けた検討を行っていますかということですが、これも非常に高い数値でございまして、「既に対応している」というのが、27病院では半数を超えているということでございます。「対応可能」も含めると、94病院でもほとんどすべてという数字になってございます。

それから、地域の医療従事者を対象とした研修でございまして、これも「既に対応している」というのが、27病院ですと44%、「対応できる」というところも含めると、94病院のほうも含めてほぼすべてという結果になってございます。

次の右側のページでありますが、福祉関係者を対象とした認知症に係る研修でありますが、こちらもほぼ医療関係者と同様、少し数字としては減るぐらいの感じでございます。

さらに、家族介護者の会との関係づくりということでありますが、これも「既に対応している」というところが40%と。ただ、対応はしていないけれども、これから対応できるということが非常に多くて、27病院では全部が対応できる。94病院でも大部分が対応できるというふうになってございます。

次は最後のページでございます。家族介護者の会の活動に対する支援・協力ということでございますが、これは前の質問とほとんど同じ数値になってございます。

それから、最後の質問でございます。認知症に対応できる医師、看護師の養成をやっていますかということでございますが、27病院では、これは当然のことかもしれませんが、ほとんどすべてのところでやっている、あるいは「対応可である」という答えになっております。「対応可」も含めると非常に高い数値。全体として非常に高い自己評価がアンケートの結果から見られるということでございます。

長くなりまして申しわけありません。以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

報告書について議論をしていただく前にもう少々お時間をいただきまして、栗田委員から、医療サービスの状況に関して調査を行っていただきましたので、その内容をご紹介します。これは、厚生労働省の研究班として行ったものでございまして、以前から栗田委員は、医療機関をいかに評価していくかというようなことを研究の一つのテーマにもお持ちでいらっしやいまして、その一環として行ったものでございます。今回の指定をするときの参考にもなるのではないかとということで、急いで資料をおつくりいただいて、今日ご紹介いただくという運びでございます。

それでは、栗田委員、お願いいたします。

【栗田委員】 それでは私のほうから、「認知症のための医療サービス提供状況に関する調査」ということで、簡単な説明をさせていただきたいと思います。

調査の概要ですけれども、1ページの下の方に、目的は「東京都の医療機関における認知症のための医療サービス提供状況を把握する」と書いてありますが、把握するというよりは把握するための一つのツールをご紹介しますというところかと思っております。

調査対象は、この部会で行いました東京都医療機関案内サービス「ひまわり」において、「認知症の治療——診断中ですか——を行っている」と報告している255病院と、先ほどと同じ病院を対象としております。

調査の方法は、郵送法、自記式のアンケート調査ということで、内容は、認知症のための多様な医療サービスに関する50項目の質問からできております。

MSD-50という名前をつけてあるんですが、どういうものかという、一番後ろのほうに50項目の認知症に関連する多様な医療サービスの内容が書いてあります。作成プロセスは、簡単に申し上げますと、いろんな形態の医療機関に働いている医師、多職種の

スタッフでブレインストーミングをして、たくさんの項目を挙げるだけ挙げて、その後いろんな対象で調査をして、因子分析を繰り返して最適なものを抽出していくということをやっております。板橋区、豊島区、北区の医師会の先生方にもご協力をお願いしてつくったものでございます。

これを使いまして255病院の調査をさせてもらったんですが、調査期間は先ほどの東京都の調査のすぐ直後にやりまして、11月25日から12月10日。現状点での回収状況は92施設ということでございます。

次のページは、方法といたしましては、MSD-50という50項目の質問が細々とたくさん書いてあるんですが、これを「通常実施しているか」、「状況に応じて実施しているか」、「実施していないか」という3検法で選んでいただいて、主成分分析をして、成分スコアごとに得点を出していくという方法です。

まず最初の基本情報といたしまして、下のほうに折れ線グラフが書いてありますが、これも大変簡単に説明させていただきますが、50項目の各質問に対して「通常実施している」と回答している施設の割合で、実線が今回の病院、太い破線が板橋・豊島・北の医師会の登録医療機関で、かつ、かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加している診療所でございます。小さい破線がこの研修には参加していない診療所ということで、こんなふうに分布しております。

細かい説明は省略させていただきますが、最初の1から6あたりは基本機能ということで、上のほうにちょっと挙げておきました。認知症疾患医療センターや——と書いていますけれども、これは全国で使っているのを書いてるんですが——もの忘れ外来など専門医療機関に紹介しているとか、介護保険の主治医意見書を記載するとか、合併する一般身体疾患を治療するとか、アリセプトを使うとか、そんなことが最初に並んでいるんですが、これはどこの医療機関でもほとんど差がなく行われているという感じでございます。

次のページでございます。各項目について3段階で実施している医療機関の割合も出るんですが、例として、質問40というところに「多職種チームによる困難事例に対するケースワークを実施している施設」ということでは、認知症の診療を行っている病院で回答していただいた割合では、4分の1の病院がこういう多職種チームによる困難事例のケースワークをしているとご回答いただいているということです。

3ページの下の方は、虐待事例に対するケースワークを実施しているかということですが、これに関しては6%の病院で「通常実施している」とご回答をいただいたというこ

とです。

次の4ページ目では、先ほどの成分スコアの平均点を医療機関類型別に見たものですが、実線が認知症の治療を行っている病院ですけれども、破線が診療所ですが、これを見ますと、病院のほうは第1成分から第5成分、そして第8成分がサービスを提供していて、診療所のほうで第6成分、第7成分を提供しているということで、役割分担が目に見えるということです。第6成分、第7成分はかかりつけ医機能とか、第7成分は往診とか訪問の在宅医療は診療所が機能しているということでございます。

戻りますけれども、2ページの上のほうに各成分の内容が書いてありますが、第1成分が鑑別診断、第2成分が地域連携・困難事例対応・研修、第3成分が身体合併症入院医療、第4成分が周辺症状入院、第5成分が周辺症状外来、第6成分がかかりつけ医機能、第7成分が往診・訪問診療、第8成分が重度認知症の長期療養と、各成分を分析した結果こういうものが取り出されているんですが、第1成分から第5成分が認知症疾患医療センターに求められている機能であろうということです。

4ページのレーダーチャートに戻りますが、第1成分から第5成分はやはり病院がなさっているということでございます。4ページの下の方は、1つの二次保健医療圏だけで見ると、これはたまたま板橋・北・豊島でしたので、これに練馬が入れば区西北部の二次保健医療圏が全部入るんですが、1つの二次保健医療圏域の中でも病院と診療所でこういうふうな役割分担をして、サービスを提供しているということがわかります。

最後、5ページの上ですけれども、個別の医療機関でも成分スコアでチャート図をつくれればわかるということで、A病院、B病院、C病院としたけれども、例えばA病院は実線であらわしたチャート図で、第1成分、第2成分、第3成分、第4成分、第5成分と平均的にサービス提供がされているということです。

太い破線を見ますと、第4成分は周辺症状に対する入院医療に関するところですが、精神症状、行動障害が強い患者さんに対する入院医療をB病院は非常に強い機能を発揮して対応できているということでもあります。

そして、C病院は非常に変わった形をしておりますが、第8成分ということで、重度認知症の長期療養に高い機能を発揮して対応している医療機関で、病院によってもさまざまな役割を果たしながら、地域の中で連携しながらやっていくといい形ができるだろうということで、こういうふうに見える形で見えていくのが今後いろいろ役立てられるのではないかとございます。

調査のまとめを最後に書いてありますが、この方法の弱点としては、やはり自己評価です。指標としてはある程度限界がある。それから、地域の状態を見るためには、回収率が低ければあまりよくわからないので、回収率を高くしなければいけないという限界もあるということでございます。以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

以上で用意した資料のすべての説明が終わったところでございます。

それでは、報告書の案に戻りまして、ご意見をいただきたいと思います。あわせて、説明していただきました都内の医療機関の調査結果ですとか、今の栗田委員の医療サービスの提供状況なども参考にさせていただきながら、ご意見をいただけたらと思います。いかがでございましょうか。

【西本委員】 ごめんなさい。これはもっと前に気づくべきだったんですけども、認知症の医療支援部会をやったときに、訪問看護の役割をもう少し入れていただいたと認識しております。今回、この報告書の中に訪問看護の役割がすっぱり抜けていて、訪問看護の地域での力というのは評価しているものですから、少し訪問看護という視点を入れていただけたらと思います。

【繁田部会長】 具体的にはどんな形で。

【西本委員】 具体的には、14ページの「専門医療相談」のところの「受診が困難な人への支援」に「医療機関、自治体、家族介護者の会等と連携」と書いてありますけれども、この辺にも訪問看護や介護機関が入ると思っていますし、次の16ページ、「地域連携の推進」、「地域連携体制の構築」の「○」の1個目のところにぜひ入れていただきたいのと、ここにもやはり訪問看護という地域の資源を入れていただきたいと思っています。

それと、その下の「地域包括支援センターとの連携の強化」のところでは前段でもお話ししましたが、2番目の「○」のところには「受診を拒否する人」というのがあって、ここも「医療機関、自治体、家族介護者の会」のみになっていますので、福祉関係、介護関係の介護機関と訪問看護というような資源をぜひ入れていただきたいと思っています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ご意見をいただけたらと思います。——入れるということではよろしゅうございますか。地域によってはそれこそ包括に匹敵するぐらいの力を発揮しているところもたくさんございますので、そのほうが……。

【高瀬委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 この件に関してですか、それとも別件ですか。

【高瀬委員】 その件に関しては、ちょっと関係しているものを。

【繁田部会長】 お待たせしました。では、どうぞ。

【高瀬委員】 別のことで手を挙げたんですが、この件に関しては、精神科救急というのは保健所で行われて、その成果がたしかあるんですよね。在宅で保健師が訪問して服薬指導をすることが非常に安定するという話があるので、ひょっとしたらそれはご存じだと思うんですけども、ちょっと分野が違うので入れていないのかなと思っているんですが。

【繁田部会長】 ただいまのご意見もございましたけれども、いわゆる包括に並べて訪問看護ステーションを入れていくというようなことでどうでしょうか。

【高瀬委員】 どこかで説明が入らないといけませんよね。17ページの「地域連携のイメージ」にも当然入ってくると思うんですけども。

【繁田部会長】 そこには入っているんですね。

【高瀬委員】 入っていますね。では、どこか文章に落としておかないといけませんね。

【繁田部会長】 こういった文章で保健師という名前が出てくると何となく行政のイメージになっちゃうんですけども、それとは区別されると思いますので、書き方ですかね。職種で書いてしまうとそうになってしまうんですけども、ほかのものが包括とかの機関で出ていますので、それに並べると訪問看護ステーションですかね。

【西本委員】 訪問看護ステーションはとても微妙で、医療のほうに入るのか、介護のほうに入るのかという立ち位置が微妙なんです。ただ、その橋渡し役には大変有力な資源というイメージを持っているので、高瀬先生がおっしゃったように、項目立てして訪問看護ステーションの利用みたいなことももしかして入れてくださったらありがたいかなとは思いますが。

【山田委員】 基本的に訪問看護ステーションは介護の領域には入らないと思うんです。医療だと思うんですよ。ですから、連携ということでしか言葉を使えないと思いますし、もちろん訪問看護ステーションはこういう形の中に入るときに非常に有益だと思いますので、基本的には全く賛成です。もっと出たほうがいいと思います。

ただ、加えて言うならば、受診を拒否しているケースの中に、虐待も加わるんですけども、ご家族も拒否しているというケースがあるんですよね。拒否というか、消極的であるというケース。このときに保健所が公的な機関として役割を果たしていることが精神科領域ではまああるんです。これは文書で落とし込めばいいと思います。

レアケースといえばレアケースだと思いますけれども、ここまで受診を拒否という場合

に、もう1つは、ご家族がちょっと消極的なケースがあったときに保健所が加わるというのは、私どもも、訪問看護ステーションに行ってもらって、ひきこもりというの、統合失調症モデルなんですけれども、鍵をかけてあけなくなっちゃったときに、さすがに訪問看護ステーションもそれ以上の手だてがない。公的機関に入っただかかないとそれ以上手が出せない。もう危ない、いよいよできないという場合には公的機関という意味で保健所も入ってもらっていますけれども、認知症のケースにおいても同じようなことが起き得ると思いますので、今の「訪問看護ステーション」に加えて「保健所」という言葉もどこかに落とし込むといいかなと思って聞いていました。

【高藤委員】 関連してなんですが、精神保健は保健所でやっているというイメージがあるんですが、現場では保健センターが結構個別ケースワークについてはやっているの、「保健センター・保健所等」とかと表現したほうがいいのかと思います。

【山田委員】 保健センターはそこまでいかない。精神保健センターですか。

【高藤委員】 区で言うと、保健所があつて、保健センターがあるんですね。保健所は精神保健の事務局的な役割はするんですが、個別ケースワークについては保健センターが担っている状況なんです。市町村に関しても大分市町村が精神疾患のケースを担当するようになっていると思うので、「保健センター・保健所等」にした方がいいと思うんです。

【山田委員】 多分地域によって事情が違うから、言葉の使い方を間違えると、こういうのは間違いやすいかもしれないですね。

【繁田部会長】 そうしますと、「保健所」と記載されている部分に関して「保健センター・保健所等」のような形で修正をさせていただくということによろしいでしょうか。そのほうがピンとくるということですね。

【高藤委員】 それと、17ページの図にも「行政」ということで一くくりになっているんですが、ここに「保健所・保健センター」と明記したほうがいいのかどうか。「行政」というと本当に福祉の主管課とかというイメージがあったりするので。

【繁田部会長】 高齢課、福祉課みたいな感じになっちゃいますね。

【高藤委員】 はい。

【繁田部会長】 では、そちらのほうも「保健センター・保健所等」ということでよろしゅうございますでしょうか。

それから、先ほどの訪問看護ステーションの件でございますけれども、これを含める場所としては、14ページの「専門医療相談」の部分で、前段の「多様な相談に応じられる

医療相談室の設置」のところ、それから、今ほど意見をいただきましたので、その次の受診が困難な場合の連携先としてもということでもよろしいでしょうか。

16ページ、「地域連携の推進」にもということでもよろしいでしょうか。「○」が2つありますけれども、両方に入れたほうがよろしゅうございますか。

【西本委員】 はい。

【繁田部会長】 では入れさせていただきます。またお気づきのところがありましたら、保健センター、あるいは訪問看護ステーションをここにもということがありましたら、おっしゃってください。

そのほかご意見をいただけたらと思います。高瀬委員、お願いします。

【高瀬委員】 認知症疾患医療・介護連携協議会の話なんですけれども、文章では区市町村に協議会があるべきというふうな話があるんですが、17ページの「地域連携のイメージ」の中だと認知症疾患医療センターの枠の下のところにかかれていて、区市町村のところに置かれるのかなと思っているんですけれども、いかがでしょうか。

【繁田部会長】 先生、どこの部分になりますか。

【高瀬委員】 24ページの「区市町村の役割」に「協議会の開催に協力するなど」と書いてあるんですね。本来であれば、疾患医療センターというのは二次保健医療圏に1つとなると、区市町村でやることはとても不可能だと思いますので、当然医療センターで協議会を開催されてもいいんですけれども、区市町村のところに一つ入れ込むのもいいかと思うんです。文章では入っているんですね。

【室井幹事】 24ページの方は、いろんな形態があるんですけども協力してくださいという趣旨でございまして、高瀬委員のところを一番端的に示していますのは20ページでございます。「(1) 地域連携体制の構築」の「① 認知症疾患医療・介護連携協議会の開催」というところがございまして、3つ目の「○」ですが、「開催回数、対象地域等については、地域の実情に応じて判断する」ということで、テーマとか地域の実情はいろいろあると思いますので、ここであまり断定的にしないほうがいいのではないかというような記載をここではしてございます。

【高瀬委員】 そう言われちゃうと、私もちょっと気持ちが弱いもので、あまり入れ込むとわかりにくくなるかもしれませんので、では撤回させていただいて……。

また、文章の中で「家族会」というのが結構出てくる割にはイメージ図の中に家族会が全く入っていないというのも、これも何かコメントがあるのでしょうか。

【室井幹事】 特にないので、ぜひ適切な場所を教えてください。

【牧野委員】 家族介護者の会というのも重要なアクターに据えていただいております。おっしゃったように、この絵のとおり「認知症家族・患者」と書いていますと、1家族、個別というふうに見えてしまいます。介護者の会というのはあくまでもチームでやっている組織ですので、その組織がかかわるというイメージを持っていただくためには、別建てで存在を書いていただいたほうがいいのかなと思いますが、いかがでしょうか。それとあわせて、認知症サポーターとか、ボランティアの人たちも今、家族会の中に少しずつ入っていただくような取り組みもありますので、ちょっとダブらせて書くとか、何か工夫があるといいのかなと思います。

【室井幹事】 この図の構成なんですけど、認知症の患者・家族を取り巻く暮らしの場という楕円と、区市町村という楕円と、さらには二次保健医療圏という楕円と3層構造、入れ子構造みたいになっているということなんですけど、今のお話ですと、「暮らしの場」というところと「区市町村」というところに両方かかるようなイメージでよろしいでしょうか。具体的に申し上げますと、「認知症サポーター・ボランティア」の上ぐらいです。

【牧野委員】 そうですね。

【室井幹事】 了解いたしました。

【繁田部会長】 「家族介護者の会」ということでよろしいですかね。そうすると、真ん中の当事者、患者さんご自身とは別に組織ということになるだろうと思います。

私からも一つ。15ページの「身体合併症・周辺症状への急性期医療」の1つ目の黒括弧の「○」の3つ目に、職種が2行目に入っていて、理学療法士が入っていて、作業療法士が入っていないので、むしろ作業療法士を入れていただきたいと思います。もちろん疾患によって、例えばレビー小体型認知症の際には理学療法士のほうが必要な場合もあります。

では、高瀬先生、お願いします。

【高瀬委員】 BPSDに関してなんですけど、7ページの上から4行目に「BPSD」が書いてあって、BPSDは最近、神経内科の2010年ガイドラインの中に行動・心理症状というんですか、定義がちょっと変わったのかなと思うんですけども、周辺症状イコールBPSDではないんです。そこら辺は我々はわかっているつもりなんですけど、この書き方は分けて書いているという感じでよろしいのか。一見してこう……。

【栗田委員】 では、私がちょっと言いますが、IPAのBPSDのガイドラインがあ

りますけれども、たしか新井先生も加わられているかと思うんですが、あの中に「BPSDはせん妄と区別すること」と確かに書いてあるんですね。せん妄という項があって、その中にBPSDとは区別せよと。だから、定義上のことなので、細かいことを言うと……。

【繁田部会長】 国際老年精神医学会のガイドラインの中に行動症状と心理症状で、行動症状の中に睡眠・覚醒リズムの障害とか概日リズムの障害というのがあって、昼夜逆転であるのかなので……。

【栗田委員】 多分睡眠障害もBPSDに入るのだと思うんですが、せん妄を区別しているのだと思います。

【繁田部会長】 今議論している場所は高瀬委員、どこでしたっけ。

【高瀬委員】 7ページです。何でこれに気がついたかといったら、アンケートのほうの右下の「6/10」に「周辺症状（BPSD）」になってしまっているの、この設問からすると、同じように考えているのかなとちょっと思ったんです。それは別として、7ページの上から4行目の一番最後に「BPSD」をくっつけるのはどうなのかなということです。

【繁田部会長】 基本的なことから確認させていただくと、もちろんせん妄も対応すべきものに含めるわけですよ。頻度としても非常に高いですし、重要なものなので、そういう理解ができるようにこの文言をもう少し修正する。「行動症状やせん妄など」ですか。栗田委員、お願いします。

【栗田委員】 これは周辺症状の説明になっておりますので、BPSDは周辺症状の1つではありますので、ここのどこかに「せん妄」と書いておけば、それで済みそうな気はいたしますね。例えば最後でもいいと思います。「知覚や思考内容、気分あるいは行動症状（BPSD）、せん妄）」とか、1つ付け加えておけばいいような気もします。

【繁田部会長】 では、「行動症状（BPSD）、せん妄など」ということですね。

【高瀬委員】 「行動症状（BPSD）」というか、「行動・心理症状」というのがさっき言った2010年の認知症のガイドラインの中に出ているんですよ。

【栗田委員】 高瀬先生のおっしゃるとおりでございまして、「行動・心理症状」と書いたほうがよろしいかと思えます。これはIPAとかでいろいろと議論があったところで、「行動・心理症状」に変わったと思えます。

【繁田部会長】 そのほかご意見をいただけたらと思えます。お願いします。

【高藤委員】 全体的になんですが、「福祉」という言葉が出てきていないというのは

非常に気になっていて、「介護」というのは限定的だなと思うんですね。福祉の中に総合相談だったり、地域のネットワーク、見守り機能だったりというインフォーマルなサービスも福祉に入るので、例えば14ページだと「適切な医療、福祉・介護」とかと、「福祉」という言葉を入れていただけたらと思います。

それから、21ページのところに「介護保険サービス、成年後見制度等」と書いてありますが、「各種福祉サービス」という形で、各自治体で介護保険外サービスも提供しているので、「福祉」という言葉もぜひ入れたほうがよろしいかと思います。

【繁田部会長】 確認をさせていただきますと、14ページの何行目になりますか。

【高藤委員】 下から2行目ですか。「適切な医療、福祉・介護の支援に結びつけていく」。

【繁田部会長】 「介護の支援に結びつけていく」。わかりました。

【高藤委員】 はい。「医療」と「介護」という2つの並びに福祉を入れていただけたらなと思います。

【繁田部会長】 「医療、福祉、介護」ということですか。

【高藤委員】 結構たくさんあると思うんですけども、「医療」と「介護」としか書いていないので。

【繁田部会長】 今の2カ所をお手本にさせていただいて、そのほかの部分を見直します。21ページのほうは……。

【高藤委員】 21ページのほうは、「認知症の診断・診療に関する場面」の②の「○」の「認知症の診断後の対応」というところで、「介護保険サービス、成年後見制度等」の表記のところに「各種福祉サービス」というような文言を入れていただければなど。

【繁田部会長】 「介護保険サービス」に続けてでよろしいでしょうか。

【高藤委員】 はい。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【山本委員】 本文の中に「本人」というものと「患者」というところがあるんですけども、それは分けてある意味があるのかどうかということで整理していただければと思います。

【繁田部会長】 医療、福祉、介護ということになりますので、患者よりは本人で通ずるところはそのほうがいいかなと思いますが、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。——では、その方向で修正をさせていただきます。

引き続きご意見をお願いいたします。牧野委員、お願いいたします。

【牧野委員】 17ページの家族介護者の会にまたこだわっているようで申しわけないんですが、この中で「家族介護者の求めに応じて」という言葉が入っているんですが、診断に行ったらすぐに家族者の会を教えてくださいと言えどご家族は少ないわけで、でも、実際にそういうところに行くと、本当にサービスは必要なんだけど、まだまだサービスを家族側の心理として利用できなかったりもします。

文言として、本当はどこかに、「受診が困難な人への支援」と初期の対応のところ、「サービス利用が困難な人」という項目も入れていただきたいなという思いはあるんですが、多分行政サービスに係る情報提供と介護の支援に結びつけていくとか、その中に包括されているんだろうとは思いますが。

しかし、現場を見ていると、診断を受けました、でも、サービスまでたどり着くのにものすごく時間がかかっているんですね。特に若い方の介護者とか男性の介護者などにそういう傾向が非常に見られるんです。ですので、その厳しいバリアといいますか、家族のいろいろな意味でのバリアをとく場所が必要なんですね。情報提供だけでは家族は受け入れられないんです。だからこそ、介護者が集まるサロンとか、地域の人が集まるサロンというのをすぐ隣に置いておいてほしいというのはそういうことです。

ですので、言葉からいいますと、17ページのところの「求めに応じて」というのをカットしていただいて、「進んで紹介する」とか、当たり前のように病院に置いてあって、すぐに看護師さんからここというふうに、システムとしてソフトランディングできるようなことの1つに入れていただきたいと思うのが現場からの思いです。

【繁田部会長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。

【高藤委員】 家族介護者の会の文言が非常に多く入れ込んであって、本当に医療現場にも家族の人たちが入って、ご本人やご家族の代弁者になるというのは非常に開かれた病院という感じでいいとは思いますが、どこまで病院の中に家族介護者の方たちが入っていいものか——いいものか悪いものかというわけではないんですが、本当に家族介護者の方たちは経験も豊富ですし、具体的なアドバイスはできるかと思うんですが、医療現場に入ることによって、ドクターの説明とか相談現場で医療側の方針と家族の方のアドバイスが食い違ってしまったらという問題が起きてこないかなと思ったりするのです。

具体的に病院の方がどこまで家族の会の方を受け入れられるキャパがあるのかということところが疑問なので、17ページの「例えば、家族支援のため家族介護者による相談の場を

設けたり」と具体的に書くのが望ましいのかどうかとちょっと私は疑問なんです。病院側がもちろん家族の会の情報を持っていて、積極的にその情報を提供するというのは当然ながらやっていただきたいとは思いますが、病院の中に相談の場所を設けることについてはちょっとどうなのかなと私は思ったりもしたんですが。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。どうぞ。

【山田委員】 連携をとってということ言えば、病院の中で相談の場を設けるとするのは、どういう次元でとれるかわかりませんが、チーム医療の形で受け入れるのであれば、これは具体的な話になりますけれども、行政側で用意した場所を使うか、時に場所がないからと病院の中でもやるのがあって、そのときにいろんな施設の方がいらして議論をするということは、ケース・カンファレンスの形ではやっています。ただ、家族会の人が入ってきて、その相談コーナーを設けるとか、そういうことは難しいかなと思うんです。その中で議論するのは主治医も入ってやるケースがあるんですけども。

そこまでだと、資料2のほうにも家族会と対応しているという資料がたしかありましたね。説明の中にもありましたよね。だから、常にそういう連携はとっている病院は、センターの病院を目指している施設でもあるということなので、どういうふうにとらえているからちょっとわからないんですけども、家族会といっても、それ相応に相談業務に乗れるスキルのある方だったら問題ないと思うんですが、会議ができる方だったら私は思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そのほかいかがでしょうか。

ここに「センターは」という主語で始まっているので、そこら辺が難しいところなんですけれども、例えば家族会を紹介する、あるいはそういう組織があるという存在を知っていただいて、ぜひ相談に乗ってもらいなさいということはセンターだけではなくて、認知症にかかわる医療機関は全部がやることだろうと思うんですね。

ですから、そのこともみんなに知ってほしいと思うんですけども、ここはセンターということなので、センターの役割を家族会に紹介するという、どこの医療機関も家族会に関する情報を提供するようになってほしいと思うことを、センターがどういうふうに役割を果たすかというところで私の実感としては一番ピンとくる場所なんですけども。そこら辺、いかがでしょうか。

【桑田委員】 今、そういった家族の会を設けるとはっきり具体的に書いていいのか、反対に、また別の違った形の問題が出てくるのではないかということは、それは確かにあ

るかとは思いました。牧野委員の仲間の皆さんたちがやっている家族会のレベルの方たちばかりではない。それは医療職も同じであって、どの組織も同じかというのは思います。ただ、その質を上げていくという努力をお互いにしていかなければならないと思います。ただ、片一方では、確かに個人情報保護法とか、いろいろまた問題もあるというのは事実あるということを、受け入れる私たち側もよく認識をしておかなきゃいけないだろうというのは、今ご意見を聞いて思いました。

ですから、予算もあるけれども、違う形の部分も出てくるかもしれないということをお互いがお互いを承知していかないと、顔の見える関係づくりというのは進んでいかないのかなと。そこで東京都が一步進んでどういう形で家族会と連携をとっていくのかということをやチャレンジし、つくり上げていく努力をしていかないと、家族の会の方たちもなかなか中には参加できない。だから、課題もあるけれども、そのところをどのようにお互いがつくっていくのか。また、医療職側の私たちもそのことに対して一つのチームの一員という認識を持ってかかわっていくというものを持っていかなきゃいけないかなというのは感じました。

ここの文章をどう書くかというのは何とも申し上げられないんですけども、繁田先生、よろしいでしょうか。

【繁田部会長】 貴重なご意見をありがとうございます。冒頭事務局のほうから、この読み方といいますか、内容のつくりに関して、これはぜひしていただきたいということと、これは努力目標というか、可能であればやっていただきたいという部分とを語尾などで書き分けているという説明がありました。「努める」と書いてあるものは、恐らく医療機関によっては難しいのかもしれない。でも、そこに向かって少しずつでも努力して半歩でも進めていただけたらという、そんな意味です。

ここは一応努力目標というか、「努める」というニュアンスではあるんです。ただし、書くとなると一つのサンプルにはなります。認知症疾患医療センターを指定するに当たって書くとしたら、将来はこういうところを目指してほしいということを都として宣言することにはなりますので、そこは委員の皆様のご了解、合意を得て、書きぶりはぜひ決めさせていきたいと思えます。

これを残すかどうかということですね。だから、ここに「例えば」と書いてありますけれども、「例えば、何々、何々を設けるなり、家族介護者との関係づくりを進めるよう努力する」とかすると、これよりもかなり弱くはなります。ただ、そういうこともできると

ころはやっていただけたらというニュアンスは残ります。いかがでしょうか、桑田委員。

【桑田委員】 語尾のことについては今初めて気づかせていただきました。なるほど、文章をつくるときには行政の方たちも大変ご苦労されているんだなというのを今改めて感じた次第です。そのこのところをこの報告書を手にとった方たちが本当にくんでくれるかというところが難しいですね。

【繁田部会長】 ただ、皆さんからいただいたご意見をできるだけ含めたわけですが。ただその一方で、ご意見シートで何人かの委員から、期待値が高すぎて、全部はできないのではないかと。その結果こっちが一番やってほしいことをやってくれなくて、そのほかのことをやって、役割を果たしていると言われても困る。そうすると、ここのところは必ずというものをそういう表記にして残す。

やってほしいという東京都の依頼といいますか、期待も区別できるようにして、疾患センターとしてこういうことをやってほしいというご意見は一応落とさずに残すということがいいのではないかと。こんな表現になったわけですが。どこまでそれを明確にするのかというところは難しいんですけども、もちろんこれが整った段階では、認定をした機関のスタッフにお集まりいただいて、そのことも説明をさせていただくつもりではあります。

【牧野委員】 確かに高藤委員がおっしゃるように、家族会は完璧なインフォーマルな場所なので、すべてのものがそういうことに匹敵するようなものであるかという危惧を持たれるのは当然だと思います。ただ、この文章をどう表記するかという問題は東京都にお任せしまして、私は、報告書を出して終わりではなくて、ぜひ現場のどこかでトライしていただきたいんです。この一番の目的は、やはり家族が孤立しないというためなんです。その初期のときにそういう地域の応援隊に出会うことで、その後の介護生活はものすごく変わっていくんです。

ですから、ただ相談の場を設けるという言葉の意味とは若干違ってくるわけなんです。サポーターの人たちが入っているということは、サポーターの人たちはものすごく地域の人脈を持っています。そういう人たちとつながるといことがイコール地域につながっていくということに匹敵するわけなんです。なので、最初の段階から抱え込んでしまうことが虐待につながるわけですから、その虐待の予防としてもこういう形で受けとめる地域の場所が少し病院とつながってほしいという意味合いなのですが、そこをうまく表現するというのが非常に難しいだろうと思います。

それから、私がイメージしたのは、家族介護者の会でもスペシャルなコーディネーターたちがいるんですが、そういういわば厳選された人々が1人の専門職のアシスタント的な存在かもしれませんが、そういう人がこのチームワークの中に入っていただくことで随分変わっていくんじゃないか。多職種連携の中に地域のネットワークを持った介護者OBが入っていくということが非常に意味があるんじゃないかと考えているわけなんです。どう表現していいかはお任せしたいと思います。

【西本委員】 1つ提案なんですけれども、この17ページの「家族介護者の会との連携」と大きく1つの項目立てにしてしまうと、何となく医療センターの義務のようなイメージを持たれるのかなと思っています。今、牧野委員がおっしゃったのは、地域連携体制の構築の一つなんだろうと思うので、「家族介護者の会との連携」を「地域連携体制の構築」のところの「○」立てに入れていくということではいかがでしょうか。そうすれば、地域との連携の中で家族会とも連携していくというようなイメージでそれほど強くなく、しかも入れてくださいというようなことにはならないかなと思ったんですが、提案で、いかがでしょうか。

【繁田部会長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。

「地域連携体制の構築」の中の3つ目の「○」としてということですね。いかがでしょうか。

【山田委員】 どこに入れるかはよくわかりませんが、どういう病気においても、難しい病気については大体家族会というのがだんだんでき上がって、ある程度の病気の本体がわかってきたりというような、ある程度一定の期間を持ってだんだんその家族会も成熟してくるものが一般的だと思うんですけれども、認知症はいろんな形でマスコミに出てきたり、事件が起きたりとかということで、まだあまりよくわかっていない。

家族会といっても介護の会という形になっているけれども、とにかく疾患についてはみんな家族会で、ここに書いてあるとおりなんですけれども、家族としての思いや悩みを共有したり、知識や知恵とか、純粋な気持ちでみんなにつながって協力していこう。これをサポートしていくのがセンターということでは、私どもの病院でも家族会を持っていますし、地域でもあります。いろんな一般科の疾患についても、がんの場合もそうでしょうし、医療機関で持つ家族会もあれば、地域での家族会もあると思いますが、そういう形で考えれば何も難しいことではないなと思っています。基本はそこにあるかと思うので、あとは東京都がどういうふうに文章にして、みんなが理解するかということだと思います。

【繁田部会長】 わかりました。それでは、相談をさせていただいて整えていきたいと思います。

医療機関と家族会とが協力をし合っ…という文章にするんですけども、ここに書いてある具体例に関して、今のままですと家族介護者の一般の方と区別がつかないですね。牧野委員がおっしゃった、想定している人はかなりのスペシャリストということでしたので、もしこの相談の場を設けるという文章を残すとすれば、可能であればスペシャルな人がこういう相談の場を設けてというようなことで文言がつかれるかどうか、ちょっと作ってみます。作ったものはもう一度皆さんにお送りして最終確認をしていただけたらと思います。やっぱりちょっと突出した感じがするのであれば取り下げますし、行けそうでしたらゴーサインを出していただけたらと思います。

【新井副部会長】 今回の部会長ので賛成です。文章のことを細かく言うと、「家族介護者の会との関係づくりを進め」の後が具体例になっていますよね。だから、「関係づくりをつくるよう努める」で1つ、その後に例を幾つかマイルドな形でつくっていくと一番シンプルかなとは思いました。

【繁田部会長】 この関係づくりを進めるという文章なんですけれども、センターは、家族介護者の会との関係づくりを進めるというのは、「センターは、各医療機関が家族介護者の会との関係づくりが進むよう支援する」とか「推進する」とかという文章のほうがよろしいですか。

【新井副部会長】 そうですね。そこをまずつくってしまえば、あとは、例えばで幾らでもいろいろ書けるんじゃないですかね。

【繁田部会長】 それで、例えばということで文章がつかれるかどうかということですね。ありがとうございました。

そのほかいかがでございましょうか。あと残りの時間が10分くらいなんですけれども、今日は最終回ですので、言っておかなきゃということは言っておいていただかないとさわやかな新年を迎えられないと思いますので、言うべきことはおっしゃっていただいて、思い残すことがないように。では、お願いします。

【高藤委員】 では、明るい新年を迎えるために……。13ページの「基本的機能」の文章の4行目の「かかりつけ医と専門医療機関、さらには医療と介護の緊密な」という表現があるんですが、「かかりつけ医と専門医療機関」というと1対1の関係と感じてしまう。確かに日常的にはかかりつけ医で、何か困難なことがあったり、確定診断は専門医療

機関なんです、ここにもう1つ、例えば「かかりつけ医や一般病院等と専門医療機関」というふうに、医療機関同士のというニュアンスのほうがいいかなと私は思いました。

後のほうで出てくる文章では、かかりつけ医と専門医療機関、あるいは一般病棟とか精神科病院というふうに医療機関の種類がいろいろ載っているんですが、この部分では1対1の関係だけでいいのかなと思ったんですが、いかがでしょうか。

【繁田部会長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。

ただいまのご意見のように、かかりつけ医と専門医療機関だけではなくて、各種医療機関ということでもよろしゅうございますでしょうか。

お願いします。

【高瀬委員】 地区医師会レベルだと専門医療機関が核になっていると話がわかりやすいので、地区ではこういう使い分けはします。ただ、今、高藤委員が言われたように、全体でいろいろな転帰、経過の中ではもちろん一般病院、精神科病院も含まれる可能性はあるんですけども、あとは文言の問題だと思うんです。

【繁田部会長】 この文章は、平素の診療をかかりつけ医が行って、必要に応じてその他のより専門的な身体疾患の病院であったり、精神科の病院につながるという意味ですね。かかりつけ医を中心に書かれている文章なのでこういう言葉になっているのかなと。「専門医療機関等」では弱いですか。もうちょっと具体的に入れたほうがいいですかね。いかがでしょう。

【室井幹事】 ご参考までということなんですけれども、14ページをお開きいただきたいんですが、その2つ目の「○」、「地域の医療機関同士（かかりつけ医と専門医療機関、あるいは、一般病院・精神科病院と専門医療機関）の連携」という言葉を使っておりますが、この辺のイメージという理解でよろしいでしょうか。

【繁田部会長】 そうしましたら、「かかりつけ医と専門医療機関」のところを「地域の医療機関同士」という言葉に置きかえる。これ自体がかかりつけ医の対応力向上研修のテキストではなくて、疾患センターのスタッフの方に見ていただくものですので、そのほうが内容としてはぴんとくるかなと思います。高瀬委員、よろしゅうございますでしょうか。

【高瀬委員】 結構だと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そのほか、お願いします。

【山本委員】 この報告書ではないんですけれども、この報告書が出た後の指定までの

スケジュールといえますか、そのあたりを教えてくださいと思います。

【室井幹事】 まだ細かなスケジュールというのは決めていないんですけども、一応私どもの目標といたしましては、これだけのアンケート結果を踏まえると、そこそこの医療機関が興味関心を持ってくださっているという状況が見て取れますので、手挙げ方式で、例えば選考委員会などを設けて選定をしていく。ただ、スケジュールの目標といたしましては、年度末までに選考を終えられれば良いなと思っております。

【山本委員】 ありがとうございます。そうしましたら、今日初めて入った「指定期間」等についても、12ページのほうで導入すべきですという形になっておりますけれども、そういうことはこの後東京都のほうで決めていくんですか。

【室井幹事】 これから具体的な事業実施要綱などを決めていくこととなります。それは当然こちらの報告書をベースにつくっていくんですが、例えばそれを何年にするのかというあたりはそこで書き込んでいきたいと思っております。

【山田委員】 時間がなくなってからこういう話を出して申しわけないんですけども、22ページの「身体合併症・周辺症状による入院の場面」は、大事な話だったと思うのを全然論ずることなく終わってしまっただけはいい年が迎えられないかと思って、気がついて手を挙げちゃったんですけども、現実的に考えると、センターになった病院はすごく大変だなと思うんですね。

ここに「センターだけで、全てをまかなうことは困難であるため」ということで、連携する病院にというんですけども、この病院を探すのが大変で、合併症と周辺症状は大体救急になるんですね。救急の場合にみんな東京ルールにのるぐらい大変なケースが多いので、こんな文言でうまく次にのるかなと思うんです。私は知りませんが、問題提起だけしてお任せしますけれども、ちょっと気にはなります。

【繁田部会長】 ご意見ありがとうございました。この書き方が「全てを」とちょっと強い形になっておりますけれども、私も、実際センターとして名乗りを挙げていただくのはどの程度可能なのかということは心配している部分もあったんですけども、今回の調査でかなり高い割合で対応しているとお答えいただいたとのこと。調査の結果を見て、例えば二次保健医療圏1つずつくらいはいけるのかなというふうに感じたところでございます。

【高瀬委員】 せっかくですからと思うんですけども、これは言わないようにはしていただんですが、東京ルールの中に認知症の疾患が3割ぐらい入っているんですね。もちろ

ん東京ルールというのは軽症が前提にありますので、その3割の中になぜ認知症が入ってくるのかというのは、内容的には転倒とか認知症の外傷が多いという話を伺ったことがあるので、その話から進んでしまうと大変なことになるので言わなかったんですけども、要するに、身体合併症はどういうものか、周辺症状がどういうものかというところから入ってしまうと大変かなと思ったので、最後に言わせていただきました。

【繁田部会長】 そのほかいかがでございましょうか。

【新井副部会長】 山田委員の今の意見はとても重要だと私も思います。逆に言うと、夜間の救急体制あたりまでカバーするのかどうかみたいな問題になりますよね。その辺はどうかというのはいやっぱどこかで明らかにしておく必要があるんでしょうか。

【繁田部会長】 いかがでしょう。そこら辺はやはり病院の負担も大きくなるころだろうと思います。お願いします。

【山田委員】 またこの話になると時間を食ってしまうのであまりしゃべりませんが、実際に周辺症状というのは、精神科に救急で来て、結果的に措置入院になったり、医療保護入院になるんですね。最近、救急病棟をやっていたらだんだん増えてきているんですね。どこも行くところがないから来るのだと思うんですけども、本来だったら、体も診られるところとあわせて診るといふうにできるのと、前からお話していますように、もっと早くそれまでに医療機関にかかっていないというのが非常に悔しいところなんです。

今、ここには身体合併症・周辺症状となってしまうので、ここでどうするかということになると、本当はもう少し整理して、ここから今度は「ひまわり」に回すとか、そこまで具体的にいったほうがまだルートはできていると思いますが、これはセンターにお任せなんですね。センターはとてもじゃないけど——精神科事情を知らなかったら、「ひまわり」のほうの情報センターのことは知らないと思うんですけども、やはりそれなりに精神科ならではの人権を守ってとか、そういうことを考えながら対応するというのが、また逆にいえば見てもらいたいぐらいなところがあります。

今、老人の施設なんかでも問題になっていますけれども、そういうのに先駆けて精神科は襟を正しているつもりなので、逆に言うと、どんどん精神科は中身をもっと見て、利用できるところは利用したほうがいいだろうというこちらの立場での意見です。これは精神科を使ったらどうかというセンター側の意見で、別に私たちの立場で申し上げているわけではないんですが、そんなような一つの解決方法というか、道のつけ方としては、私ども

の知識でいえばそういうことだろうと思います。「ひまわり」とかは使わずに……。

【室井幹事】 皆様のご指摘のとおり、この部分というのは大変重たい、あるいはどこまで責任を持たせるのかというところを本当は詰めていかなくちゃいけない問題だと思っております。ただ、今、私どもは、実は本当にいろんなところにかかわるものなんです。東京ルールは医療政策部というところがやっております。それから、こちらに来ておりますが、障害者施策推進部のほうで精神・身体合併症の救急医療体制というのもやっております。今、それぞれが議論をしている中でもございますので、ここの中で認知症だけ結論を得てしまうというのはちょっと……。トータルで考えていく必要があるかなと考えております。

今のところの私ども事務局としてのイメージでございますが、いわゆる救急患者を24時間365日受けるというイメージではなくて、医療相談室のスタッフは基本的には昼間いるということですので、ほかのところでも本当に困ってしまったというときにご相談に乗って受け入れに努力していただく、そのようなイメージで考えております。

【山田委員】 もちろんこの会議で突き詰めてということではないんですけども、ただ、一元的に見なきゃいけないというのは東京都のやるべきことで、あまりさらっとこれはこれですからとやっちゃうと、今ここで論ずるつもりはないんですけども、いろんな会議があり、あるいは熊谷先生がいらしているので、精神科医療の全体を見るというのは国あるいは都道府県でやっていて、その中でも認知症は入っていることは入っているんですけども、切り口が違うだけで、やることは同じだと思うんですよ。

だから、これはこれでおさめてもいいんですけども、局長もいらっしゃるから願う気持ちで、東京都として一元的に全体を見ないと、結果的には精神からも来ますし、認知症からも私どもには両方来ているんですね。結局大変なところはあまり見ていないで、精神科がどうもということでのいろいろの批判もあつたりするとちょっと忸怩たる思いがあるものですから、申し上げました。

【繁田部会長】 そういたしましたら、既にアンケートの結果をいただいておりますので、可能かどうか、その中の幾つかのところ、実際にこういった場合にどう対応しているかということをし少しヒントをいただいて、可能であれば少し具体的に書き込むことも考えます。ただ、それがあまりまれな例で難しいようでしたら、このままの文章にさせていただきますけれども、可能であれば、そういう可能性も踏まえて一任していただけますでしょうか。

【新井副部長】 今の部会長の案で賛成です。ただ、山田先生のご意見をもう少し言
うと、「② 他院に対応を依頼する場合」ということでこれだけさらっ
としか書いていないので、その下に、1つは、東京都がやっているトータルの制度
みたいなものとか、あとは、東京都はスーパー救急精神科の病棟もかなり整備
されてきているので、そういう制度とか、幾つか挙げたほうがいいのだら
うなと思います。

もう1つ、ちょっとまた話がずれてしまうんですけども、部会長がアンケートの
ことと言われていたけれども、アンケートにどれほど深刻味を持って答えてい
るかどうかというのは、僕は、自己評価というのもあってあれなんですけれど
も、一方では東京都は大学病院というのがかなり多いですね。大学病院が
アンケートに答えてくれているんですけども、特定機能病院としての大学病
院は規模が大き過ぎて、果たしてそんなに小回りがきいて動いてもらえるか。
私もそこに属していながら一方では危惧があって、大学病院をここで言う
ところの専門医療機関とみなしていいかどうかというのは、まだちょっと
議論を要するのではないかと。

センターとなるような専門医療機関の本当は上に行くのが特定機能病院の
あたりかなという気もしないでもないんですけども、身体合併症・周辺症状の
対応というのが実はこのセンターの役目として一番大きいですね。ここを
いかに実質的に動くところを指定するかというのは、果たしてアンケート
だけの答えでやっていいかどうか、非常にこれから議論を要するのではない
かと危惧しているということをあえて追加させていただきました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。前半におっしゃっていただいたご意見
に関しては、具体例であるとか、例えばという形で少し入れられるように文
章を整理してみますし、認定の作業に当たっては、アンケートに関しては少
し割り引いて考える必要もあるだろうというご意見であったと思います。

それでは、文章に関しては最終的にご確認いただくということで、今日
いただいたご意見で最終的な修正を加えさせていただきたいと思いま
す。まだまだご意見があったかもしれませんが、時間も過ぎておりますので、
このあたりで議論を終わらせていただきまして、閉会にさせていただき
たいと思います。

それでは、事務局にお返しします。よろしく申し上げます。

【室井幹事】 繁田部会長、また委員の皆様方、5回にわたる熱心なご審議、
本当にありがとうございます。最終報告書につきましては、皆様からの
本日のご意見、それからご意見シートをお配りしておりますので、そ
ちらのほうにも書いていただきたいと思いますと思いま

す。それをまた整理いたしまして、部会長と相談の上、年明けころに完成させて公表をしていきたいと考えております。その際には委員の皆様方にも改めてご送付をさせていただきたいと考えております。

最後に、閉会に当たりまして、杉村福祉保健局長から委員の皆様方に一言ごあいさつをさせていただきます。

【杉村福祉保健局長】 繁田部会長をはじめ、委員の皆様には、本当にこういう暮れの押し迫った時期にこの会議を設定させていただいて、なおかつ、ご出席いただいて本当に活発なご議論をいただきまして、まことにありがとうございます。

今、司会からもありましたように、5回にわたり非常に専門的な立場、あるいは現場に根差した観点からさまざまなご意見を頂戴いたしました。そういう中で、大分このテーマでございます認知症疾患医療センターのイメージもかなり具体的になってきているかなということです。ただ、今、議論があったように、指定に至るまでにやはりさまざまな課題がまだまだ残っていると思いますので、これまで委員の皆様方からいただいた議論を踏まえて、東京都としてもきちんとした指定に向けてぜひ頑張っていきたいと思っております。

いずれにしても、今日のこの報告書につきましては、部会長の調整がまだ残されてはおりますけれども、おかげさまでこういった報告書をまとめていただきました。本当にありがとうございます。そういうわけで、この部会自体は今日が最終回ということになりますけれども、これから委員の皆様には引き続き推進会議のメンバーとして、あるいはまた直接認知症にいろんな意味でかかわっていただく立場として、これからのセンターの指定も当然ですが、東京都の認知症の対策のあり方につきまして、さまざまな面でまたいろんなご意見をいただければと思っております。

本当に長期間にわたり大変ありがとうございました。

【室井幹事】 それでは、本当に長い間の議論をありがとうございました。

本日はこれにて散会いたします。どうもありがとうございました。

— 了 —