

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第1回）

平成19年8月1日

【村田幹事】 それでは、まだお見えになっていらっしゃる委員の方も若干いらっしゃるんですが、遅れるというご連絡をいただいている方もいらっしゃいます。定刻になりましたので、ただいまから認知症対策推進会議第1回医療支援部会を開催させていただきます。私は、本部会の事務局を務めます福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の村田でございます。部会長が選任されるまでの間、会議の進行を務めさせていただきます。

それではまず、認知症対策推進会議医療支援部会設置の経緯につきまして、ここで簡単に説明させていただきます。東京都では、去る7月17日に第1回認知症対策推進会議を開きまして、18年度にやっておりました「認知症高齢者を地域で支える東京会議」の成果を踏まえまして、認知症の方に対する具体的な支援体制構築の取組を推進するために、中長期的な対策をさまざまな角度から検討することいたしました。第1回推進会議の中で、特に症状に応じた医療支援体制の構築に関しては、専門的かつ具体的な検討を進めていくことが必要であるということから、設置要綱第4の7(1)の規定に基づきまして、19年度から2カ年を検討の期間といたしまして、本部会の設置が承認されたところでございます。

また、本部会の構成でございますが、同じく要綱第4の7(3)、さらに(5)の規定に基づきまして、委員及び専門委員につきましては、推進会議の議長が指名するということになっております。第1回の推進会議におきまして、部会に参加していただきます委員に関しましては、親会議であります推進会議の議長から指名していただきました。また、専門委員に関しましては、議長預かりという形にしておりました。本部会の専門委員につきましては、さまざまなお立場で認知症の医療にかかわっていらっしゃいます方々を関係団体からも推薦していただきまして、このたび委嘱させていただくこととなりました。委員の皆様の上には、本部会の委員に関します委嘱状を配付させていただいております。本来であれば、お一人お一人に私どもの福祉保健局長からお渡しすべきところでございますが、時間の都合で省略させていただきます。ご了承いただきたいと思います。

それではまず、事務局から委員の皆様方の紹介をさせていただきます。恐れ入りますが、次第の次に委員名簿というものをご用意させていただいておりますので、そちらのほうを

ごらんいただきたいと思います。名簿の順にご紹介させていただきます。

新井平伊委員でございます。

【新井委員】 よろしく申し上げます。

【村田幹事】 繁田雅弘委員でございます。

【繁田委員】 繁田でございます。よろしく申し上げます。

【村田幹事】 秋山正子委員でございます。

【秋山委員】 秋山です。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 続きまして、桑田美代子委員でございます。

【桑田委員】 桑田です。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 玉木一弘委員でございます。

【玉木委員】 よろしく申し上げます。

【村田幹事】 西本裕子委員でございます。

【西本委員】 西本でございます。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 山田雄飛委員でございます。

【山田委員】 山田でございます。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 村松啓子委員でございます。

【村松委員】 村松啓子と申します。

【村田幹事】 比留間毅浩委員でございます。

【比留間委員】 比留間と申します。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 なお、安藤高夫委員、それから水村純子委員でございますが、所用のため遅れるというご連絡をいただきました。今到着されました。水村純子委員でございます。

【水村委員】 水村です。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 安藤委員におかれましては、後ほど到着されますので、お着きになり次第ご紹介させていただきたいと思います。

続きまして、本部会には事務局を補佐する幹事といたしまして、東京都の関係部署の代表が出席させていただいております。紹介させていただきます。

まず、吉田勝幹事でございます。

【吉田幹事】 吉田でございます。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 それから、高木真一幹事でございます。

【高木幹事】 高木です。よろしくお願いいたします。

【村田幹事】 なお、あわせて幹事としまして、障害者施策推進部から中村幹事を推薦しておりますが、本日は所用により欠席しております、代理としまして吉田一郎係長が出席させていただいております。

【吉田代理】 福祉保健局精神保健・医療課の吉田です。

【村田幹事】 最後になりますが、私、事務局を務めます在宅支援課長村田も幹事を務めさせていただきたいと思います。

続きまして、本部会の運営に当たりまして、要綱第4の8(1)の規定に基づきまして、部会長の選任をさせていただきたいと思います。部会長に関しましては、要綱では委員の互選により定めるということにしておりますが、今回に関しましては、事務局から提案させていただきまして委員の皆様方のご了解を得るという形にしたいと思いますが、よろしくごさいますでしょうか。それでは、認知症対策推進会議の副議長でもありまして、認知症医療の臨床ですとか研究について造詣の深い繁田委員を部会長として推薦させていただきたいと思います。いかがでございましょうか。よろしいでしょうか。

(拍 手)

【村田幹事】 ありがとうございます。それでは、繁田委員に部会長のほうをお願いしたいと存じます。よろしく願いいたします。

それでは、部会長から一言ごあいさつをいただきたいと思います。

【繁田部会長】 認知症医療の現場、あるいは介護する現場ではいろいろ問題があっても、正面切って議論される機会はあまりなかったと思います。医師であれ、看護師であれ、介護専門職であれ、他の専門医療職であれ、それぞれ一生懸命勉強されていらっしゃると思いますけれども、お互いの連携を含めて問題を互いに議論するという場が少なかったと思いますので、その意味で、この会は非常に意義が大きいと思います。反面、今まで議論されていなかったがゆえにいろいろ課題も多いただろうと思いますし、難しい課題もいろいろ出てくるだろうと思います。非常に大役で、力不足の点もあると思いますけれども、委員の皆様のお知恵をおかりして進めてまいりたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

【村田幹事】 ありがとうございました。

それでは続きまして、副部会長の選任に移りたいと思います。要綱上でございますが、「部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する」という規定になっておりますので、部会長に副部会長をご推薦いただければと思います。

【繁田部会長】 認知症の研究、それから臨床に関しましても長年の経験を持っていらっしゃるって、日本の認知症の第一人者と言って過言ではないだろう新井委員に副部会長をお願いできればと思いますが、いかがでございましょうか。

(拍 手)

【村田幹事】 ありがとうございます。それでは、繁田部会長、それから新井副部会長には、中央の席のほうにお移りいただければと思います。よろしく願いいたします。

それでは、改めまして副部会長の新井委員からも一言ごあいさつをお願いできればと存じます。

【新井副部会長】 順天堂の新井でございます。認知症、特にアルツハイマー病を中心とした対策というのは、世界でも第一の課題になっておりますし、日本、中でも東京がそのリーダーシップをとってモデルになるようなことができれば、本当に夢のようなすばらしいことだと思っております、その一番重要な医療のところの部会というのを、皆さんとぜひとも有意義なものにしたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

【村田幹事】 ありがとうございます。

それでは部会長、今後の議事につきましてお願いしたいと存じます。

【繁田部会長】 それでは、議事に入らせていただきたいと思います。その前にまず、委員の皆様のお手元に資料があると思います。その資料の確認をお願いしたいと思います。

【村田幹事】 本日、大変多くの資料をご用意させていただいております。まず、表の次第に続きまして、本推進会議の根拠となります「認知症対策推進事業実施要綱」がございます。それから続きまして、「東京都認知症対策推進会議（医療支援部会）」委員名簿がございます。その後でございますが、A3判の資料になりまして、資料1、それからその資料1 - (1) と (2)、それから資料2、それから資料2 - (1)、また資料3、資料3 - (1)、それから資料4です。それから参考資料としまして、1から4までございます。資料に関しましては全部で8種類、それから参考資料4種類がついております。過不足等ありましたら、ご指摘いただければと思います。よろしゅうございますでしょうか。

【繁田部会長】 よろしゅうございます。

【村田幹事】 よろしいようでございますね。

【繁田部会長】 それでは、早速始めさせていただきます。実は先日、この医療支援部会の親会議でございます対策推進会議の第1回目が行われまして、それを受けての今日の開催でございます。親会議の認知症対策推進会議の第1回の内容に関しましてまずご説明

いただいて、そこで挙がってきた課題等について委員の皆様で共有していただきたいと思います。昨年18年度に行われました東京会議の成果も踏まえてご説明いただければと思います。現在、東京都が行っております事業のうち、この部会と特に関連が深いものに関しましては資料を用意してございますので、資料1-(1)と資料1-(2)も含めて事務局のほうからご説明いただければと思います。お願いします。

【村田幹事】 わかりました。それではまず、資料1に基づきましてご説明を始めさせていただきます。表題は「認知症対策の総合的な推進に向けて」ということをごさいます。今部会長からご紹介いただきましたように、去る17日に認知症対策推進会議という会議が立ち上がりまして、今後少なくとも3カ年にわたりまして、幾つかの課題について検討を深めていくということになった次第でございます。そこに至るまでには、昨年度の東京都の取組というのがございますので、それらもあわせましてご説明させていただきたいと思ひます。

その前になんですが、本部会で検討していただくに当たりまして前提条件となる認知症の現状、東京都内がどうなっているのかということ、ごく簡単にご説明させていただきます。参考資料1というものをごらんいただきたいと思ひます。「データから見た認知症の現状」というものでございます。

まず左上のほうをごらんいただきたいんですが、都内高齢者人口の推移でございます。東京都内で高齢化が進展するということはさまざまところで言われているわけですが、今後、いわゆる団塊の世代の方の高齢化によりまして、4人に1人が65歳以上という超高齢社会が間もなくやってまいります。東京をはじめとする首都圏の高齢化の特徴としまして、高齢化率というとらえ方だけではなくて、我々としては今後10年間で高齢者の方が80万人増えるという事実を受けとめる必要があるだろうと思ひます。またさらに、2020年のところをごらんいただきたいんですが、いわゆる75歳以上の後期高齢者数が75歳未満の前期高齢者数を上回る逆転現象が起きるということです。ということは何を意味するかといひますと、これに伴って認知症の方も一定数どんどん増えていくということが推計されます。

では、現在そういう方たちが何人おいでになるのかということなんですが、下をごらんいただきます。こちらは、認知症高齢者の日常生活自立度 以上で把握しましたが、そこで推計いたしますと、何らかの認知症の症状のある方が東京都内に約23万人いらっしゃいます。これはちょうど65歳以上の人口の約1割ということになります。その中で、介

護保険サービス等を使って支援が必要な方というのが、約16万人いらっしゃるというのが現状でございます。

また、そういう方々がどういう住まい方をされているのかというのが右上でございます。実際は、半数以上の方がご自宅で生活されています。この円で言いますと内円になりますが、日常生活自立度 以上になったとしても6割近くはご自宅にいらっしゃるという現状がございます。また、都市部を中心にしまして、ひとり暮らしですとか夫婦のみ世帯というものが増えていくということが言われておりますが、平成27年には東京都内でそういう世帯が135万世帯になると言われております。

また、「認知症」という言葉ですが、平成16年12月に呼び方が統一されたことはご案内かと思えます。そのことに伴い関心は高まってきているわけですが、右側のほうの理解状況というところをごらんいただきますと、例えば、認知症が病気であるということは、実は半数の方しか知らないということになります。さらに、その中にアルツハイマー病も含まれるということは30%ぐらいの方しかご存じない。ですから、関心は高まっているけれども理解の程度はさまざまということが言えるかと思えます。

また、生活上のリスクでございますが、まず、昨今高齢者の方をねらいました悪質な詐欺、消費者被害の問題というのが深刻化しておりますが、確たるデータはないんですが、被害に遭われている方の中には、おそらく相当程度認知症の方もいらっしゃるのではないかと考えられます。また、高齢者の虐待との関係でございますが、養護者による虐待の約7割が何らかの認知症の症状をお持ちであった方が被虐待者だということが、東京都の調査の中でも明らかになっているというのが、データから見た認知症の現状といえるかと思えます。

こうした現状を踏まえまして、参考資料2のほうをごらんいただきたいんですけども、これが昨年度私どもが進めさせていただいた取組でございます。「認知症高齢者を地域で支える東京会議」という会議を回してまいりました。

この会議でございますが、まず認知症について都民の方々に正しく知っていただくきっかけをつくらうということと、それから、認知症というのは他人事ではなくて、極めて身近な課題であるので、ご本人ですとか家族を地域のみんなでサポートしていこうとする必要があるということ、機運づくりとして提言していこうというのが目的でございました。いろいろこちらのほうで記載させていただいておりますが、この会議自体は、特に施策を考える会というよりも、今お話ししましたような正しい理解を深めるとか、みんなでサポ

トすることが必要なんだといった機運づくりをする会議でございました。

1年間この会議を回した結果なんですが、成果のほうをごらんいただきたいと思います。区市町村ですとか、例えばスーパーですとかコンビニエンスストアといった都民の方々の生活に密接に関連した事業者が参加してくれていたんですが、そういう関連事業者が参画してくれたことで、少しずつではあるんですが、認知症に対する理解ですとか、あるいはそういう方たちを地域で支えようという機運が高まりつつあるということが、1年間東京会議をやってみた到達点であったかと思えます。ただ、残された課題というものも幾つかありまして、その課題について今年度本格的に検討していこうという次第になりました。

そこで、改めてなんですが、資料1のほうにお戻りいただきたいと思います。今年度の認知症対策の方向性についてまとめたものでございます。「認知症になっても認知症の方と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」を進めることが最終目標でございます。そこに至るまでには、さまざまな課題があるかと思えますが、当面の課題として3点整理いたしました。

一番左側になりますが、まず1点目は、認知症に関する関心は高まってきたけれども、その理解の程度はさまざまという現状が課題で残ります。したがって、普及啓発の継続というものを今後ともやっていく必要があるだろうと考えられます。

また、真ん中のボックスですが、先ほどデータで紹介しましたように、高齢者の方が急速に増える、また、そのことに伴って認知症の方も増えるであろう、そしてその方たちの半数以上が自宅で生活されている、また、高齢者のひとり暮らしや夫婦のみの世帯というのも増えているということから、やはり認知症というのは特有の生活障害というものがございまして、そういう方々の介護を家族だけに頼るということは、この東京においてはこれまで以上に困難になるということから、地域の中で生活を支える仕組みづくりというものを具体的に進めていく必要があるだろうというのが課題の2つ目でございます。

それから、3点目が本部会の課題でございますが、医療に関する課題でございます。後ほど紹介させていただきますが、認知症に関しては、早期発見・早期診断をすることでその後の生活支援に結びつけることができるということから、現在国のほうでも、早期発見・早期診断に向けましたかかりつけ医の研修というものを進めております。ただこれは、昨年度から始まったばかりという状況でございます。また、どこに行ったら診断をしてくれるのか、どこに行ったら認知症に関する専門治療が受けられるのかといったような、認知症に関する都内の医療的な資源の分布状況というのも明らかにはなっていないという状況

でございます。

また、今後急速に高齢者の方が増えるということ、そして早期発見・早期診断の取組が進むとともに、結果としてなんですが、認知症の方に関する医療的なニーズというのは増えていくということが想像されますので、症状に応じた医療支援体制というものが必要であろうというのが、3点目の課題でございます。

こうした幾つかの当面の課題があるわけなんですけど、こうした課題を多様な角度から検討するために、今回認知症対策推進会議を設置することにしたという次第でございます。

この推進会議の当面の課題としましては、1点目が「面的」仕組みづくりの具体化でございます。こちらのほうにつきましては左側のほうに整理させていただいておりますが、東京にあるさまざまな社会資源を使って、そこに行政ですとか専門職の方たちの適切な関与をかませることによって、認知症の方と家族を支える「大都市モデル」というものを構築していこうということで、こちらは本推進会議の仕組み部会のほうで専門的な検討を深めるということにしております。

それから、本部会の検討課題でございますが、右側にございます「症状に応じた医療支援体制の検討」というものでございます。後ほど、この検討課題について現状どういう課題があるのかということは紹介させていただきますが、幾つかまとめて課題を整理してみたものがこの表でございます。

指摘されている課題としましては、まず、認知症かもしれないという疑いや不安を持った際の相談先や受診までの仕組みというものが、必ずしも明らかになっていないということがよく指摘されております。また、いったん認知症であると診断された後のかかりつけ医と、専門医との連携というのもまだ明らかにはなっていないという現状があるかと思えます。また、進行する過程において、どうしても周辺症状の頻発、あるいは重症化という、認知症の症状に応じた医療というものが当然必要になりますし、また、そういう方が当然身体疾患を発症されるということもあるわけですので、身体に関する医療の提供というのも極めて重要な課題でございます。

その一方で、東京の特性としまして3点ほど整理いたしました。人材ですとか医療機関という視点から見ますと、全国的に見ても東京は豊富ではないかと考えられます。また、医療機関等が数多く存在するというのも特徴ですし、また、交通網が発達しているということから、地方に比べると医療機関へのアクセスが容易であるということが言えるかと思えます。

そこで、都内にある医療的な資源の把握とその情報の共有化、また、医療にかかわっていらっしゃる関係者の皆様方の役割分担の明確化と連携の促進を検討の方向性としてと考えております。その際、この部会で共有していただきたい視点がございます。それが、下に記載してございます「認知症への生活支援」という部分でございます。

言うまでもないことなのですが、認知症の方と家族をサポートするためには、ケアというものと医療というものが一体的になってご本人の生活を支援するという視点が極めて重要だろうと思います。ですので、本部会で医療というものを考える際には、ぜひ生活支援という視点をお持ちになっていただいてご検討いただければと思っております。もちろん、医療従事者の方たちだけで課題が解決するわけではございません。この図でケアと本人・家族との間に線が引いてあるかと思えます。この線で関係者の方々を結びつける、いわゆるコーディネーターのような役割というものも非常に重要だろうと思います。いずれにしても本部会では、下に書いてございますが、「認知症・身体症状双方の症状に応じた『切れ目のない医療支援体制』の構築」というものを目指していければと考えております。

これが本部会の検討課題でございます。

続きまして、本部会の課題に関連する事業としまして、資料1-(1)以降で、今現在東京都が認知症の医療に関してどのような取組をやっているのかということをご紹介させていただきます。まず私のほうからは、資料1-(1)に基づきまして、認知症地域医療支援事業について紹介させていただきます。

その前になのですが、これもちょっと説明が長くなって恐縮なのですが、一体東京都内で認知症に関する医療資源というのはどういう状況になっているのかということで、参考資料3というものを用意させていただきました。こちらのほうをごらんいただきたいと思います。

これは、医療資源全体を俯瞰したものでございます。東京都内なのですが、実は、基準病床を算定するために医療圏というものを設定しております。区中央部から島しょ部にわたる全部で13の圏域がございます。その内訳は参考資料3-(1)にございますので、後ほどごらんいただきたいと思います。

一般病床とありますが、主として身体疾患等を発症した際に役割を担う病院でございます。その隣に療養病床がございます。その隣にあるのが精神病床でございます。これは必ずしも認知症の専門医療を提供しているという病院ばかりではないかと思うんですが、区分上精神病床というのが東京都内に約2万6,000床ございます。ただ、基準病床の算

定でございますが、精神病床については東京都内全域を1圏域として算定しておりますので、ごらんいただきましておわかりのように、分布状況には若干地域差があるということが言えるかと思えます。また、その中で診療報酬上の老人性認知症治療専門病棟の施設基準を届けておりますのが、全部で1,010床ということになっております。

その隣の認知症療養というのは、位置づけ上は精神病床なのですが、介護保険法に基づく介護療養型医療施設の中に位置づけられております。

さらに隣の在宅療養支援診療所でございますが、昨年4月の診療報酬改定で新設されました、いわゆる在宅医療を担っていく診療所というものでございます。東京都内で全部で1,122カ所ございます。診療所全体では東京都内に約1万2,000ございまして、そちらで働いていらっしゃるドクターの数が約1万2,000人ということになっております。

その隣のサポート医、かかりつけ医とございますが、これは後ほど紹介させていただきます。

なお、在宅医療を支える重要な役割を果たしている訪問看護ステーションでございますが、現在536という状況でございます。

また、左下でございますのが、昨年4月の介護保険制度改正で新設されました地域包括支援センターの設置状況を整理しております。今年の4月1日現在で、東京都内に全部で327カ所の地域包括支援センターがございます。うち、直営が26、法人等への委託が301となっております。区市町村単位の設置状況なんですけど、それぞれの地域特性に応じて設置ということになっておりますので、区市町村ごとの数というのも若干偏りがございます。

また、関連学会の専門医数についてもこちらのほうに記載させていただいております。

まだまだ詳しいことはわかっていないんですが、今把握できている東京都内の医療資源の現状というのは、おおむねこのようになっているということでございます。

ここで、恐れ入りますが資料1-(1)のほうにお戻りいただきまして、昨年から私どもが進めております認知症地域医療支援事業につきましてご紹介させていただきます。こちらは、国から補助金を受けまして東京都が行っている事業でございます。

目的としましては、いわゆるかかりつけ医について、認知症に関する早期発見・早期診断、また、その後の生活支援にもかかわっていただくということで、かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修をやるということがこの事業の柱でございます。そのためには、

その研修の企画ですとか講師役を果たす、あるいは実際にかかりつけ医の先生方が認知症のご本人や家族をサポートしていく際の相談先、地域の相談役が必要であろうということ、サポート医を養成しようという2つの柱で構成されております。

まずは講師役であるサポート医研修でございますが、平成17年度から始めております。こちらは、地域において在宅医療に従事して、認知症の方への対応に習熟されているドクターを対象としまして、地域のかかりつけ医の先生方への助言といったサポートを行うサポート医を養成するというものでございます。これは、国の研修のほうに派遣させていただくものでございまして、これまで東京都内で54人のサポート医を養成しているところでございます。

下の段になりますが、サポート医の養成を受けまして、昨年からかかりつけ医の先生方に対する認知症対応力向上研修というものを進めております。こちらは全部で4コマございまして、おおむね6時間程度の研修を受けていただくということになっております。昨年度の実績でございますが、試行的な取組でもございましたので、延べ23回行ったところでございます。最終的には、18年度から3カ年で約5,000人の先生方にこれを受講していただくという計画でおります。先ほど東京都内の診療所が約1万2,000と申しましたので、半数近い開業医の先生方にこの研修を受講していただくという計画でございます。

いずれにしても、早期発見・早期診断、それからその後の生活支援に向けました支援体制としまして、やっと昨年からでございますが、このような研修事業が始まったという紹介をここでさせていただきます。

続きまして、資料1-(2)に基づきまして、東京都が行っております老人性認知症専門医療事業について紹介させていただきます。こちらは、障害者施策推進部の吉田のほうから説明させていただきます。

【吉田代理】 それでは、老人性認知症専門医療事業について説明します。この事業自体は、資料1-(2)の真ん中の、老人性認知症専門病棟、精神科病院の中での専門病棟運営に対する補助という形で行われています。

対象者は、まず一番左側の認知症患者。顕著な精神症状・行動障害を随伴している老人性認知症の患者で、重度なケアのみならず積極的、重点的な医療が必要な者に対して、真ん中の認知症専門病棟のほうに入院させ、真ん中の四角の中の目的、短期間・集中的な治療、環境調整、薬物調整を行って、介護が受けられる状態にして速やかに退院という事業

でございます。

具体的な流れですけれども、認知症の患者さんがいましたら、入院を希望する本人または家族が左のほうの保健所とか福祉事務所、病院とか精神保健福祉センターというところに相談しますと、まず相談の中で、中部総合精神保健福祉センターの中にある事務局が全体の流れの中で病院でどこが空いているとか、何日待ちという情報を持っておりますので、そこに登録をしている中で、保健所にアドバイス・調整したり、あと、23区の東西と多摩地区の中部、多摩総合精神保健福祉センター、精神保健福祉センターの中に高齢者精神医療相談班がありまして、必要があれば医師、看護師、事務の3人1組が認知症の患者さんの自宅まで訪問診察して、必要がない場合は直接病院の紹介、待機という形をとらせていただいています。診察の結果、トリアージの必要性があれば、普通の精神科病院へ入院する、介護保険施設へ行く、在宅で対応できるとトリアージして、実際に入院が必要だと登録して専門病棟へ入院させるというアドバイス。入院自体は患者さんと病院との直接契約になります。

専門病棟につきましては、規模としては9病院530床。東京都が設置した病棟、または認知症専門病棟施設整備の補助金交付をした病棟について登録しています。東京都が設置したのは、松沢病院と、今順天堂のほうで運営している東京都江東高齢者医療センターです。右上のほうの老人性認知症専門病棟運営費補助事業ということで、それ以外の7病院350床に対しては、内科医師と看護師の増員配置分の3分の2の金額を補助しております。

運営を行っていく目的というのは、真ん中の短期間・集中的な治療。基本的に、患者さんは6カ月限度です。その間に環境調整というような家族との関係、それから薬物調整で、患者さんを自宅で介護、または介護保険施設等でやっていけるような状態にまでして、速やかに退院させる。退院させるまでの間については、右のほうの東京都老人性認知症疾患専門病棟調整委員会で、患者さん一人一人の状態を把握して、各病棟のほうでこの患者さんはどういう状態だということを含めて入退院状況、それからさらに高齢者班の活動報告という検討を行いまして、6カ月間、さらに必要ならば3カ月の延長という報告をやっていく。病棟全体の患者さんをコントロールしているということです。

具体的な転・退院状況としては、そこにありますように、自宅、精神科・一般科への転院、介護保険施設等、中にはご不幸にお亡くなりになる方もありますけれども、そういう形でやっている。

それで、病棟調整委員会の中では、この6回とは別に、具体的には事例検討会というのを年4回やりまして、事例検討、研究報告、問題提起、それから情報交換等をして、内容を研修して反映させていくという事業を行っております。

【村田幹事】 それでは、非常に長くなって恐縮なのですが、事務局からの説明は以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【村田幹事】 安藤委員が到着されていますので、ご紹介いたします。

【安藤委員】 すみません、東京都医師会の安藤です。よろしくお願いします。

【繁田部会長】 よろしく申し上げます。

それでは、幾つか報告をいただきましたけれども、まず、今までの点に関しましてご質問、あるいはご確認等ございましたら、ご発言をお願いしたいと思います。

【新井副部会長】 1ついいですか。

【繁田部会長】 お願いします。

【新井副部会長】 今ご説明いただいた、資料1-(1)(2)の医療事業を踏まえて、これはかなりよくできているという印象は受けたんですけども、そういう現状の中である程度いろいろな課題が出てきて、それが東京会議と今回の親会議の中で検討されて、啓発と「面的」仕組みづくりと医療体制という3つの形で集結したと理解してよろしいんでしょうか。

【村田幹事】 本来であればそうあるべきなのでしょうけれども、実は資料1-(2)の老人性認知症専門医療事業というのは従前から行っているものでございました。ある意味、東京都における認知症に関する医療関係の事業としては、当時はこれぐらいしかなかったというものです。国のほうでも、認知症地域医療支援事業というものを本格化したのが昨年度からでございます。ですから、まだまだ始まったばかり。これまで東京都としても、認知症対策については、どちらかといいますと認知症の介護、ケアのほうを論ずる機会が多かったわけです。ただ、そうはいつてもやはり、ケアだけで解決しない問題も多々あるということから、改めて今回認知症地域医療支援事業を立ち上げたのを1つの契機としまして、医療的な課題についても取り組んでいくべき時期ではないかというのが、事務局としてこの部会を立ち上げると考えたいきさつでございます。始まったばかりで、まだ十分制度として成熟していないということも言えるかと思えます。

【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。お願いします。

【安藤委員】 参考資料3のところで、認知症に関する医療資源等の現状で、介護保険の話では、例えば老健施設の認知症ケア加算の療養棟やグループホームも、今後はある程度充実される感じですか。

【村田幹事】 そうですね、いわゆる介護保険施設に関しては、ある意味私どもがこれまでも取り組んできた分野ですので、別にそれを置いておくというわけではないんですが、こういう場であまり論ずることがなかった医療、病院関係を今回は特に取り上げていきたい。さらに、そこにいわゆるかかりつけ医ですとか、訪問看護ステーションといったような関係者の方たちがどうかかわっていただけるか、どうかかわっていけば認知症の方をサポートしていただけるのかをこの部会の課題とさせていただければと思っております。

【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。

【秋山委員】 質問なのですが、資料1-(2)「東京都老人性認知症専門医療事業について」の下のところ、老人性認知症専門病棟から退院した方が、平成18年度で自宅が20.2%という数字が挙がっていて、私はこれを見てすごいなと思ったんですが、これは今の実態だという村田課長さんの説明だったのでそれなりに納得しながら、じゃあここから再び左側のもとの連携の仕組みにフィードバックというか、つまりここは一方通行の流れで、この状態で退院したらここで完結なのか、再び周辺症状が非常に先鋭化したらこれに面のように連携していくのかが、ある意味これからの課題にもなるかもしれませんけれども、現在ではこの後のフォローはもうできない状態なんですね。

【吉田代理】 自宅という形になった方というのは、そこからまた悪くなってきて、結局個別の病院に戻ってくるケースもやはりあります。ただ、認知症病棟の中で、その患者さんの方針がある程度家族のほうにも了解されている。具体的に言いますと、高齢者ですと、自宅での介護自体が難しいという方が介護保険施設へ行かれるということが多くなってきます。だから、第1回のときは自宅へ行きますけれども、それからまた戻ってくるときは、その後家族自体は高齢化して施設へという形までは、個別には追っておりません。

【繁田部会長】 ありがとうございます。おそらく自宅の中には第1回目の方が多く含まれているということだろうと思います。そのほか、いかがでございますか。

それでは、議論いただく点がまだ幾つかございますので、先に進めさせていただきたいと思えます。実は、今後認知症の対策を考えていく上で、やはり基礎となる資料が必要だろうということで、認知症の方の生活状況、生活実態でございますとか、現在提供し得る、あるいはしている医療の体制の状況に関して調べておく必要があるだろうということで、

都で調査が計画されております。資料2をごらんいただくとよろしいかと思ひます。「認知症専門医療機関実態調査について」に關しまして、事務局から説明をお願いしたいと思ひます。

【村田幹事】 それでは、資料2と、それから資料2-(1)をごらんいただきたいと思ひます。今部会長からご指摘いただきましたように、認知症対策推進会議を立ち上げて、認知症に關するさまざまな課題を検討する、また、さらに当面の課題として、3つの課題を挙げたわけなんです、それ以外にも課題があるかもしれないということで、今回資料2-(1)にありますように、認知症実態調査としまして、東京都は3本調査したいと思ひております。

1本が、在宅で生活されている高齢者の方とご家族の方を対象にして、在宅での認知症の方の生活実態はどうなっているんだろうか、また、そこでどういう生活上の困難があるんだろうか、どういう支援が必要なんだろうかということ、これを認知症高齢者生活実態調査で把握したいと思ひております。

また、2本目が、後ほど詳しくお話しいたしますが、認知症専門医療機関実態調査を行いたいと思ひます。東京都内の認知症医療に關する資源の分布状況、実態を把握しようというのが目的でございます。

また、3本目でございますが、専門医療機関調査にご協力いただきました医療機関の中で、いわゆる若年性認知症の方を診ていらっしゃるという医療機関にご協力いただきまして、若年性認知症生活実態調査というものも行いたいと思ひております。こちらの調査ですが、既に幾つかの大学、病院等で研究者の方々が若年性認知症の方についての生活実態を調査されているようですが、今回は自治体としては多分初になると思ひんですが、東京都として、東京都内にお住まいの若年性認知症の方の生活の実態と、それから若年性認知症の方特有の生活上の困難について把握したいと思ひております。

これが調査全体の構成でございます、専門医療機関調査につきましてご説明したいと思ひます。資料2にお戻りいただきたいと思ひます。

調査対象でございますが、病院と診療所双方にご協力いただきたいと思ひます。まず、病院でございますが、先ほど東京都内の病床の分布状況につきまして簡単にご紹介いたしました、東京都内に約670の病院がございます。そちらにつきましては、精神科の標榜、また精神病床の有無にかかわらず、すべての病院を対象にしまして調査を行います。また、診療所でございますが、約1万2,000診療所がございますので、その中で認知症

に関連する学会、具体的に言いますと、日本老年医学会、それから日本老年精神医学会、それから日本神経学会の3学会にご協力いただきまして、この学会に所属されている医師が勤務されている診療所を調査対象にしたいと思います。

調査の目的でございますが、大きく分けますと3点でございます。

まず、かかりつけ医や認知症サポート医といった地域のドクターの方々とどういう連携状況があるのか、また、どういう連携が望ましいのかということ把握すること。それから、認知症といいましてもさまざまな認知症の原因疾患がございます。また、認知症に関する医療といいましても、診断だけではなくて、その後の進行の抑制ですとか、あるいは症状の緩和といったものもございますので、どういう認知症対応ができていますのかということ把握いたします。また、認知症の方が身体疾患を発症された場合に、その受け入れ状況はどうなっているのかも把握したいと思っております。

こうした調査目的があることから、3になりますが、こちらのほうに掲載しておりますような内容で設問を組みたいと考えております。まず、認知症の診断が可能かどうかということ。また、認知症の診断等を行っている診療科目は何なのか。また、その診断等のために普段行っている検査はどのようなものか。さらに、具体的に提供されている医療の内容、受診の形態。またさらに、周辺症状が出たときに対応されているのかどうか。また、これはあくまでも概数として把握してみたいと思うんですが、それぞれの医療機関で一体どのぐらいの認知症の患者さんに対応されているのかということ把握したいと思っております。また、重要なのは、認知症の医療に携わっていらっしゃるドクターが東京都内に実際にどのぐらいいらっしゃるのかも把握したいと思っておりますし、また、ドクター以外に認知症医療にかかわっている専門職がどの程度いらっしゃるのかも調べてみたいと思っております。また、身体合併についても、認知症の方が身体疾患を発症された場合にどういう対応状況にあるのかも調べてみたいと思っております。

以上が認知症専門医療機関実態調査の概要でございます。具体的な設問項目につきましては、現在調査会社等と調整中でございます。

以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ご質問等ございましたら、お願いいたします。よろしゅうございますか。

そうしましたら、先に進めさせていただきたいと思っております。

具体的に認知症医療が抱える課題に関してこれからご意見をいただきたいと思っております。

れども、資料3をごらんください。事務局のほうでこのような資料を用意していただきました。「『認知症の医療』に寄せられる不安と期待について」というタイトルがついておりますけれども、医療を提供する立場の人も、受ける立場の人も両方含めて、医療に関係する人たちからいろいろ聞き取りをいたしまして、さまざまな方々から得られたご意見、声を幾つかの項目に整理してまとめたものがこの資料でございます。

これに関しまして、説明していただいてご意見をいただきたいと思いますが、これと関連しまして、その次の資料3 - (1) もあわせてご説明いただきたいと思いますが。認知症といいましても種類は幾つかございまして、その中で最も頻度が高いのはアルツハイマー型認知症でございます。いわゆる変性性の認知症、変性疾患の1つでございますけれども、それを1つ例にとりまして、認知症そのものに対する医療の依存度と、体に対する治療、医療の依存度と整理してまとめたものです。認知症の経過、それから認知症が経過していく中で医療に対してどういう依存度の変化が起こってくるのかに関してもあわせて説明していただいて、ご意見をいただければと思います。

では、説明のほうをお願いいたします。

【村田幹事】 それでは、資料3からご説明させていただきます。今部会長からご紹介いただきましたように、今回この医療支援部会を立ち上げるに当たりまして、認知症の方に対する医療というものを課題として取り上げるときに、どういう論点があるんだろうかということを事務局としては調べる必要があると考えました。

そこで、数量的なデータではなくて大変恐縮なんですけど、実際に認知症の医療を受けていらっしゃる方々、あるいは提供されている方々、あるいは先ほどケアと介護とご本人とをつなぐコーディネーター役も必要なんだというお話をしましたが、コーディネーター役を実際に担っていらっしゃる方々から、実際に事務局がご意見を伺ってまとめたものでございます。疑いと思われる時点から終末期になるまで、ステージを追いまして整理させていただきました。すべてを紹介することはできないんですが、ごらんいただきながら幾つかご意見をご紹介したいと思います。

まず、第1段階としまして、「疑いから受診まで」というところでございます。実際に認知症かもしれないと疑ったときに、まず家族が相談先として思い浮かべるのが医療機関である。ただ、相談窓口というのが必ずしも東京都内でリストアップ化されていないので、どこに相談に行けばいいのかわからないというご意見もございます。

また、高齢者の方は多くの場合何らかの身体疾患を持っていらっしゃるの、かかりつ

け医をお持ちという方も多いと思います。そういう方が認知症かもしれないと思ったときに、そのかかりつけ医が診断してくれるのか、あるいは診断できるところをきちんと紹介してくれたらいいのだけれどもというご意見もございました。

また、ご本人がなかなか受診を受け入れられないという現状もあるかと思えます。そのときに、どう受診に結びつけていくのかも課題だと。こういうときには、保健所が果たしている役割も大きいんじゃないかといったご意見もございました。

続いて診断の場合でございます。すべてがこうというわけではないんですが、診断の中でかかりつけ医の先生が専門医療機関をご紹介される際に、何のために専門医療機関に紹介するのかという目的を明確にしないで専門医療機関に行ってくださいとおっしゃられる場合がある。また、これも当然すべてではないんですが、きちんとした診断ができる医師が少ないという印象をお持ちの方もいらっしゃいます。

また、精神科にかかるだけであればそれほど待つわけでもないんだけど、いわゆる認知症専門医の診断を受けようとする、どうしても2カ月程度の予約待ちというものが現状としてあるというご意見がございます。

また、その次の診断後でございますが、これもすべてのドクターではないんだと思うんですが、家族はどうしても介護している苦勞というものを受診の都度病院のドクターに訴えられます。そうしますと、認知症に対する理解というものがドクターによって程度の差があるんだと思うんですが、薬を過剰投与されてしまうケースもあるんじゃないかということもご意見としてございました。また、認知症について今後どうなっていくのか、また、どういう治療方針で自分たちと向き合ってくれるのかを示してくれるドクターが少ないというご意見もございました。また、東京都内は交通アクセスが大変発達しておりますので、電車等乗り継いで専門医療機関のほうに通院されている方もいらっしゃるんですけども、その病院に何のために通院しているのかわからないときがある。そうすると、認知症のご本人を病院に連れて行って帰ってくるだけで非常に疲労感を伴うというご意見もございました。

その一方で、すべてというわけではないんだけど、認知症に関しては内科医でも対応可能な事例というのも多いんじゃないかというご意見もございました。

また、医療連携に関してなんですけれども、地域包括支援センターに関する事例なんです。例えば疑いがあるという場合に、開業医の先生のほうから「一度地域包括支援センターに相談されたらどうですか」と本人、家族を説得されるんだそうです。いきなり病院

に行ってくださいと言っても、ご本人、家族もなかなか受け入れ難いという際に、さらにその後、ご本人、あるいは家族から相談の電話が来ますということを地域包括支援センターのほうに一報してくれる開業医もいる。そうすると、地域包括支援センターという機関を通じて、介護保険を含めたケアと、それから専門医療機関への受診というものをトータルでコーディネートすることもできるというやり方もあるんじゃないかということです。

また、右側のほうに移りますが、進行する過程において、どうしても周辺症状が激しくなる時期というのがあると言われております。その際に対応できる医療機関、つまり入院できる医療機関というのが限られているといったご意見もございました。ただ、その一方で、入院が必要だと家族が訴えたとしても、一番重要なことは、ご本人のことを考えた際に、入院が必要なのかどうかをよく考えて医療機関を活用することも必要なんじゃないかというご意見もございました。

また、周辺症状が激しい時期にどこも受け入れてくれないという悲痛な声というのもございました。実は、後の資料3 - (1)でも出てくるんですけども、この時期というのが一番医療的サービスも介護的なサービスも必要な時期なのに、なかなかどこも受け入れてくれない。また、激しい周辺症状は身体的な不調からくることも多い。ただ、周辺症状があるということを理由に、身体のほうでかかろうとしても医療機関から断られてしまう。また逆に、身体的な不調があるからということで、介護サービスからも受け入れてはもらえないという現状もあるんだという声でございます。

また、入院時の医療でございますが、周辺症状の部分に関してはいろいろなご意見もあるんですが、その一方で、実際に入院を受ける際に、その病院は何のために入院するのかということを説明してくれるようになってきたという声もございます。

さらに、在宅での医療でございますが、高齢者の方が多うございますので、糖尿病などの身体疾患があるので医学的な管理が必要な方もいらっしゃると思います。そういう方に関しては、ヘルパーさんだけですとなかなかご自宅に介入することができないんですが、訪問看護師だと受け入れてもらえて、医学的な管理と同時に認知症への対応もできるという活用方法もあるんじゃないかというご意見もございました。

また、身体症状を合併した時期でございます。この時期に関するご意見としましては、いわゆる一般の病院、先ほど一般病床としてご紹介しましたが、急性期の医療機関にかかったことがあるんだけど、認知症のご本人に対する接し方が、認知症を専ら診ている病院とは全く違っていた。特に看護師の理解度、対応力というのが異なると感じるという

ご意見がございました。

また、認知症を持っているということが理由で、身体症状を発症したときに断られるということがよくある。また、救急車を使わないとどこも受け入れてくれないというご意見もございました。

また、終末期になりますけれども、終末期になってくると、もう精神科医ではなくて内科医等の、いわゆるかかりつけの先生方とのおつき合いが専らになるんじゃないかというご意見がございました。

いずれもそのステージ、ステージにおける医療すべてがこうだというわけではないんですが、実際にこういうご指摘、ご意見があったんだとこの場では受けとめていただければと思います。

さて、こういうさまざまな段階について、認知症の医療に対して不安ですとか期待というものが寄せられているんですが、それでは認知症に関する医療というものはどのように移っていくんだろうか、それぞれの状況に応じてどういう医療が必要なんだろうかということ、これは事務局のほうでつくった案でございますが、このようにいったん整理させていただいております。先ほど部会長からご指摘がありましたように、認知症の原因疾患は、アルツハイマーに代表される変性疾患と脳血管性疾患の2通りに分かれまして、それらに伴って移り変わりというのは異なると思うんですが、ひとまず変性疾患で例えてみたところでございます。

MCIから、軽度、中等度、高度、終末期というステージで整理してみたところでございます。ゴシック体の太字で書いてあるところが認知症に関する医療、認知症に関する症状、あるいは身体に関する症状としてステージごとにあらわれてくるものをご理解いただければと思います。例えばMCIの状態ですと、抑うつ症状が出たり、いらいら感が出たりと。また、軽度の段階ですと、中核症状としては記憶障害や見当識障害の進行が見られる。また、周辺症状としては抑うつですとか不安からくる身体的不調の訴え等の症状があるという見方でございます。

それらのステージに応じた認知症の症状に応じて、認知症に関して求められる医療というのが異なるのではないかとということで、それが網かけをした四角でございます。例えば、MCIから軽度、中等度でございまして、認知症、あるいはそうかもしれないと思ったときに相談体制をつくるということです。それからまた、MCI以降になるんですけれども、診察して、必要な検査を行って診断して、治療方針、さらに生活支援方針を組み立ててい

くという医療が求められるかと思えます。

ただこれは、いったん決まったらそれでおしまいではなくて、やはり進行に応じて随時見直していく必要があるんだろうと思えます。また、この際には、認知症ではなかったという結果も出るかと思えますので、ほかの疾患との鑑別というのにも必要だろうと思えます。

その一方で、これも進行の程度にはよるかと思うんですが、認知症であるとわかった時点で、その後のご本人、家族の生活方針を考えていく上では告知の問題というのにも避けて通れないと思えます。

また、中核症状の進行を抑制するというのも、MCIぐらいから中等度ぐらいまでは必要と指摘されております。また、この時期に出てくる抑うつですとか不眠等の治療というものも求められるだろうと思えます。

一方、中等度は周辺症状が激しくなる時期です。この時期に求められる医療としましては、向精神薬の投与など、適切な薬物療法による激しい周辺症状への対応というのが極めて求められるだろうと思えます。またその一方で、薬物療法による副作用を速やかに、適切に取り除くということも必要だと言われております。

これが認知症に関する医療なんですが、実際にはその方というのは高齢者であって、だんだん身体能力も衰えていきますし、もともと何らかの身体疾患を持っていたり、あるいは5年、10年という認知症の進行過程に応じて、いろいろな病気になったり骨折されたりということがありますので、認知症の方に対する医療を語る上では、身体の問題というのにも欠かせないのではないかとということで整理させていただきました。

まず、先ほど認知症の医療に寄せられる不安と期待のところでもご紹介しましたが、MCIから中等度、高度ぐらいですと、認知症であるということを理由にして、例えば病院に入院する必要があるといったときに受け入れてもらえないといったご意見もございましたので、認知症の方が身体疾患を発症した際にも適切な身体医療というものが必要であると考えております。

特にご指摘いただいたのが、中等度の方が、高齢者の方ですので大腿骨頸部骨折になるケースが非常に多いと言われておるんですが、その場合に、身体疾患、骨折に関する医療というものが適切に行われているんだろうかという課題提起をされた方もいらっしゃいました。また、先ほど中等度のところで、周辺症状への対応が必要なんだというお話をさせていただきましたがけれども、周辺症状に関しては、身体症状を改善していくことで緩和されていくこともあると伺っておりますので、身体の面からも周辺症状への対応が必要では

ないかと考えます。

また、だんだん認知症が進行していきますと、歩行が困難になったり、座位を保つことも困難になってまいります。また、嚥下機能が下がってまいりますので、肺炎等のリスクを伴って、最終的にはそれが原因になって亡くなれるということもありますので、終末期に近づくにつれて、認知症の方特有のリスクを踏まえた全身管理の必要性というのがだんだん高まってくるのではないのかと考えられます。

以上のようなことから、これはあくまでもイメージとしてご理解いただきたいんですが、認知症に関する医療依存度と、それから身体に関する医療依存度ということで整理してみました。おそらく認知症に関する医療依存度に関して言えば、中等度のところで最も求められるのではないのかなと思われまます。終末期になるにしたがって認知症そのものに対する医療の依存度というのは下がっていくのではないだろうか。その一方で、身体に関する医療依存度というのは、中等度の時点では認知症に関する医療と同じくらい必要になるんだと思うんですが、その後は身体能力全体が低下してまいりますので、身体に関する医療依存度のほうが高くなっていくのではないかと考えます。

したがって、それぞれの進行の程度に応じてどういう医療が求められるのかということも異なりますし、また、求められる医療に対してどういう対応をしていくべきなのかということが今後の課題なのではないかなということでございます。

資料3 - (1) の説明については以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。それでは、先ほどの不安と期待についての資料も含めてご意見をいただきたいと思ひます。委員の先生方のご意見に先立ちまして、村松委員のほうからご意見をいただければと思ひます。

村松委員は、医療を利用する立場でご意見をいただきたいということでご参加いただいている委員でございます。「多摩市認知症家族会いこいの会」という会がございまして、そちらのほうの代表をお務めになっていらっしゃいます。もともと保健所主宰の家族会であったものが独立した会であるとお聞きしております。主に会の中では、介護者の皆さんが介護者同士で話し合いをされたり、あるいは介護上対応に困った事例について相談したり、あるいは助言して下さったりという活動を積極的にしていらっしゃいます。ご自身も、もう十数年にわたってお母様の介護をしていらっしゃるという、まさに経験豊富なご家族の立場でのご意見をいただけたらと思ひます。

もう既に、先ほどの事務局からの資料で幾つかいろいろな視点がありますけれども、そ

の中で改めて強調していただいても結構ですし、そのほかに別の視点でお気づきの点、あるいはお感じになっていらっしゃる点等ありましたら、そちらについてお話しくださっても結構です。率直に忌憚のないご意見を言っていただくことがこの委員会の発展につながりますので、どうぞよろしく願いいたします。

【村松委員】 「『認知症の医療』に寄せられる不安と期待について」という事例の中で大体語られているんですけども、私が今一番お話ししたいと思うのは、疑いから受診までの間に、受診した結果がうつ病であるということで数年以上経過してしまって、その後でさかのぼってみれば認知症だったとあって、気がつけば認知症の症状が中等期に当たっていて、家族がどう対応していいのかわからなくなってしまうという事例が最近多いんです。ですから、診断のところでうつ病という診断の誤りがないかどうかということをもう少し厳しく精査していただいて、家族も中等期の混乱期に来る前にもう少し楽に介護に入れればよかったのになということが最近とても気になります。

それともう一つは、周辺症状が激しい場合ということなんですけれども、いろいろなことが原因しているとは思いますが、周辺症状が激しい場合に、特に高齢者世帯で老老介護をしておりますと、24時間寝られない状態が毎日続いてしまう。それで、周辺症状が激しいといろいろな介護サービスも使えないんです。そうすると、介護者自身にストレスがかかってうつ状態になってしまって、いい介護を続けることがもう本当にできなくなってしまうんです。この周辺症状が激しい時期こそ、どこかで対応してくれる医療機関があるといいなと思います。

この表だとどこかちょっとわからないんですけども、もう一つは、精神科だったり専門的にMRIの検査を受けようと思ったときに、やっぱり予約待ちがありまして、すぐに検査していただけないという状態が、本当に現実に多くなっております。つい先だって、3週間待ちと言われたんです。それは介護者としては非常に困ることで、認知症ですということが承認されないと、どういったサービスを受けられるかというサービスの選定もなかなかできなくなってくる現実がありますので、そののところをもう少し、何とか診断のところでそんなに長く待たなくてもいい方法がとれないものかということを感じます。

それと、医療とはちょっと離れるんですけども、介護者が結構介護うつになってしまって、くたびれている状態になるんです。これは認知症ご本人の話とはちょっと離れるんですけども、介護者がうつ状態になったときに通院できる体制というか、介護者が本当にうつになってしまうと、介護を維持することができなくなってしまうので、介護者のフ

オローの部分でももう少しバックアップ体制をとっていただけたらと思います。

それと、高齢者世帯が増えている中で、1対1の介護というか、息子さんがお母様の介護だったり、単身者が介護する若い世代の介護者というのがだんだん出てきているし、これから絶対的に多くなってくると思うんですけれども、若年性の人々の就労体制もそうですが、若い人たちがお仕事をしながら介護できる体制をとれるシステムを考えてほしいということ。それはとても切実な問題で、若い世代、まして単身の場合ですと、ご本人を虐待していく可能性は非常に高いんです。その辺のところのバックアップを考えていただけたらということを感じております。

以上、ざっとしたお話ですけれども。

【繁田部会長】 ありがとうございます。また、後ほどお気づきになられたときに追加いただければと思います。ありがとうございました。

委員の方々、村松委員のご意見に重ねてということでも結構ですし、そのほか、どうぞご意見をお願いします。

【玉木委員】 すいません、私はちょっとここで中座させていただきますので、2点だけ。全体像を俯瞰しての意見ですけれども、まず、今論じられている認知症の医療に関する地域から見た問題点は2つで、先ほどから出ているように、合併症がある方のいわゆる合併症難民と、それから著しい周辺症状難民というのは、本当に行き場所がないし、社会にそれを受け入れるスキルそのものがないと言ってもいいぐらいの状態だと思えます。東京都の特殊な事情はありますけれども、私はほとんどアクセスしたこともないし、私の父が実はアルツハイマーでこの間亡くなって、資料3-(1)の図のとおりを全部経験しましたけれども、医師としてもそれに対して十分なケアができたかということ、ほとんどできなかったというのが印象です。

なぜかというところ、やっぱり、まず社会全体の認知症に関するスキルがない。そしてその中にさまざまな問題があって、そこから意見を引き出してくれば、資料3に集約されていることが出るのは当然なわけで、ご家族、ご本人はこういう立場で言われれば、当然こういう意見が出てくると思うんですけれども、そこにはまず、認知症を、身体拘束なく、尊厳を持ってケアして、そして多彩な状況に対応しながら看取りを行うには、絶対的に必要なのはマンパワーですよ。

例えば、私のところは施設をやっていますが、認知症の周辺症状が著しい方をお預かりするとしたら、これはマン・ツー・マン・ディフェンス、あるいは相当程度人をつぎ込ん

でフォーメーションみたいにしてやるかしかないんです。そうでなければ、身体拘束しかあり得ないので。今、介護施設はそういうことはしておりませんしあれですけれども、ほとんど見守る者がいないので、結局見られない、お断りするというのがまず実態です。

そこで、何とか見ている骨折を起こしてしまう。骨折を起こして医療に行く。医療では、そもそも認知症をマン・ツー・マンで見るスタッフというのはいないですから、そうしたら、認知症の骨折の人が何部屋かに集められて、みんな身体拘束をされて、ギブスをはめている。だから、骨折は治るけれども、精神的には非常に落ちた状態になって施設に戻るか家庭に戻る、地域に戻るという状態は本当に当たり前のようになってしまっているんです。ですから、そこでADLが落ちてしまいますから、半分寝たきりになって病院から帰されて、手がかからなくなってしまってそのままになってしまうということが日常茶飯事というのが実態じゃないでしょうか。

それをどうするかというのであれば、まずはマンパワーの問題を何とかしなきゃいけないんですけれども、これはボランティアなり何なり、医療やケアをある程度の状況まで持っていくについては、絶対条件がそこにあると思います。

それから、じゃあ薬物療法がどこまでが治療であって、どういう状況になったら身体拘束になってしまうかということについても、本当に論じられたことはないし、悩ましい問題があるし、いわゆる一般病床側で合併症のある認知症の方を受け入れるというには、それなりの人とお金をつぎ込まない限りほとんどあり得ないと私は思います。

じゃあここで何を論じるんだと。僕はこの2つの問題については、もう何年も前からぜひ東京都が中心になってやっていただきたいということをお願いしてきましたし、今回この会議を立ち上げていただいて本当に感謝していますけれども、その本質に触れていくには、やはり患者さんの側、そして医療や介護を提供する側が、本音を戦わせてどこで折り合うか、そして社会に何を発信して、実態を言っていくかということがかなり重要だと思うんです。

でも、今は限界があると思います。医療、介護そのものが財源的にも非常に押し込められている状態で、人が増えようがない状態なんです。専門のスタッフもどんどん抜けていってしまうという状態なので、ここをどう解決したらいいかというのは私も具体策を持っていないんですが、ただ、今認知症のかかりつけ医の研修をやっているように、やっぱり全体の底上げをやっていくことはそれだけキャパシティーを増やしていくだろうと思っています。

合併症が強い方、あるいは周辺症状が強い方々を、医療圏ごとぐらいの面でどうカバーしていくかという1つの形づくりと、それからマンパワーの問題は、ある程度ボランティアなことを醸成していく。ある一定の訓練やある一定の理念、技術を身につけたボランティアの方が在宅や施設で昼間でも見守ってしてくれるという状態までいかなないとなかなか難しいと思いますけれども、そこにどう道をつけていくかということ。そして、急性期側の受け入れ体制についてどうけたを履かせていくかという3つについて、何とか光が見えてくればと思っていますので、とても財政的な問題も絡むと思うし、本当に投入しなければならぬものがあるので難しいと思いますけれども、今あるものを何とか集約して、効率よくということだけではちょっと追いつかないのではないかなと思っています。それが意見です。

すいません、勝手に言いまして。これで失礼させていただきます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。今先生がおっしゃったマンパワーというのは、単に数ではなくて、認知症を取り巻く人たちの知識であるとか……。

【玉木委員】 社会全体もありますし。ただ、本当に現場に来て見守っていただくには、やっぱりそれなりのスキルがないとできませんから。施設内でもやはり、安全管理の問題もありますし、お預かりした方を見守る以上、ある一定のトレーニングなり研修なり、事故対応についても知識をもった方でないと、ボランティアでも見守りというのはなかなか難しいと思いますけれども、病院や施設は、やっぱりそういう方がいないと、できるだけ重度の方をお預かりするということまで進まないんじゃないかと思います。

【繁田部会長】 わかりました。そのほか、ご意見を願いたいします。

【桑田委員】 それでは意見を述べてもよろしいでしょうか。

【繁田部会長】 どうぞ、お願いします。

【桑田委員】 青梅慶友病院に勤務しています、老人看護専門看護師の桑田です。

私は、慶友病院に就職する前に都立病院に勤務しておりました。ちょうど都立松沢病院が認知症治療病棟を開棟するときに2年間そこで勤務させてもらいました。それが、私がその後老人看護を専門分野として選択したきっかけになるんですけども、率直な感想を申しまして、医療機関における認知症に対する対応は、あのころとあまり変わっていないんだなと思いました。あのときはすごく精神症状が激しい方たちにどういった向精神薬を使ったらいいかとか、どう対応していったらいいかと、医師、臨床心理士、作業療法士、看護職、ソーシャルワーカーがチームになって検討しました。それがとても勉強にな

ったんですけれども、実際にそのころと比べると、あまり医療機関における対応の現状は変わっていないんだなというのを、今説明を聞きながら実感した次第です。

そして、今の話を聞いていて、医師という言葉がたくさん出てくるんですけれども、看護師という言葉がなかなか出てこない。実際に出てきたら、「看護師の認知症に対する理解度が違うと感じる」という意見を言われまして、少々がっかりしたのですが、実際そのとおりではないのかなとも思っています。急性期病院でもう少し看護職が、せん妄なのか認知症なのかということの判断がわかるとか、その段階で見極めていただけるとすごくありがたいとも思いました。やはり看護職の中でも認知症に対する知識不足があるのではないのかなとも思っています。

そういう点では、かかりつけ医ばかりではなく、看護師に対する教育ということも考えていかななくてはいけないのではないのかとも思っています。また、「終末期になると、精神科医ではなく、内科医との付き合いになる」というところに、「看護職との付き合いになる」とぜひ言ってもらえるようにしなければなりません。やはり生活支援こそ看護職の役割ですので、看護職自身も生活支援が自分たちの役割分野であるということをもう少し認識してもらい、このときこそ看護職の腕の見せどころと言ってもらえるようぜひ変われたらいいなと思ったところが私の意見と感想です。

どうも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す。おそらく、認知症に対する理解度の問題は専門職全般に通じることで、医師もそうですし、作業療法士も、介護にかかわる人たちにも言えることだと思います。すばらしい人もいらっしゃいますし、反対に他の専門職についても期待して行ったときに残念な結果になるということもあるんでしょうし、看護師に限らず差があるということと受け止めました。ありがとうございました。

どうぞ、ご意見をお願いいたします。はい。どうぞお願いします。

【西本委員】 すいません、東京都介護支援専門員研究協議会の西本です。名簿には医療関係者とありますけれども、私、基礎職は看護師でございますが、今回はどちらかといえばケアマネジャーという職種で出席させていただいていますので、どちらかという介護職のほうなのかなとも思っております。

今桑田委員のほうで、以前と変わっていないじゃないかというお話をされていたようですが、先ほど、村田幹事のほうからの従前の説明がちらっとあったように思っておりますが、地域包括支援センターを巻き込んだことだとか、介護保険制度が始まって、かなり認

知症に関する知識、またはケアマネジャーが間に入ることによって、ある程度掘り起こしといったら何ですが、第三者的に、やはり家族では見きわめ切れない、認知症ではないかというアドバイス、助言などは昨今できてきているのではないかなとは思っております。

先ほど桑田委員がおっしゃったとおり、やはり最後は看護職なのかなとは思いますが、プラスその中にやはりケアマネジャーも含めたチームとして認知症の方を支えていくというサポート体制が必要なかなと思っております。やはり、介護支援専門員としては、先ほど村田幹事が言ったような結びつけるコーディネーターとしての役割の一翼を担っていただけるんじゃないかなと思っております。

すいません、以上私の感想です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どうぞ、ご意見をお願いします。

【秋山委員】 生活を見られる立場の訪問看護の意見ということになるんですけれども、ちょっと別の視点で、実際は医療支援部会としては認知症の実態調査を組み立てていかなければいけないということで、資料2-(1)、認知症高齢者生活実態調査で、在宅高齢者及び家族、介護者にこのような調査を行うというあたりが、実際的にはやっぱり変わっていないという状況だけれども、もう少し詳しく調べて、それで対策が立てられないかというところに予算がついているということだと認識しました。

そのときに、例えば生活をずっと見ていきますと、やはり排せつとの関連とか、それから低血糖が起こっているとかいう身体症状と、周辺行動の先鋭化というのと非常につながっていく認知症の方の行動パターンというのがすごくあって、そういうものをご家族がずっと見るにはちょっと大変で、同じ調査をするのでも、その辺を少し、行動を非常によく見られるような調査にしないと、単なる介護者へのヒアリングではちょっと難しいかなという。

その辺で、例えばこういうことを勉強している学生さんとかいう方のマンパワーが使えないのかなということで、もうちょっと具体的なニーズが掘り起こされて、結果が出てきて、特に医療とのかかわりを調べるには、飲んでる薬とその薬が効き出したところ合いと、例えば緩下剤を飲んでいたらそれとの影響とか、いろいろな向精神薬を飲んでいたらそれとの関連とかも含めて、行動を見るという辺が入らないとちょっと難しいかなというのが1つと、そういった意味では、24時間看護職を入れている高齢者、特に認知症対応が非常によくできている施設の中での看護職へのヒアリングというのは、2番目の認知症専門医療機関実態調査以上に効果的な資料が出てくるのではないかなと考えました。

その辺というのは、3本立ての調査ということですが、高齢者施設での実態の中に医療との関連というのを調べられないんだろうか。なぜかといいますと、北区の「水辺の苑」に、以前は訪問看護をやっていた方が施設長でおられるんですけども、訪問看護で在宅で見ていた認知症の方への対応のときと、ずっと見ていると行動パターンとか、それから看とりまでの期間とか、身体的な変化というのが非常に連続性で見られるので、そこで医療がどうかかわればいいのかというのがよくわかったということをお聞きしました。そういう実践の中での内容が調査の中で出てくればいいのかと、ちょっとこれを見て感じたところです。

670の都内の全病院で、この調査票が行って一体だれが答えるんだろうかということがちょっと心配になりながら、逆に、今のようなことのほうがかえって使えるデータが出てくるのではないかという気がしまして、意見を述べ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。今おっしゃっていただいた、例えば専門医療機関の調査に関しては、おそらく東京都の意図は、協力が得られる医療機関がどのくらいあるのかという調査です。今秋山委員がおっしゃったのは、今後対応していく上でいかなる対応が望ましいのかという、ガイドラインまで行かないまでも、そういったことを考えていく上で非常に有効な調査にはなるだろうと思います。私もぜひ結果を知りたいと思いますし、こうした調査を行う場合には、かなり対象を絞って、詳しく記載していくような調査が望ましいということになるのでしょうか。ありがとうございます。

ご意見をどうぞお願いいたします。どうぞ、お願いします。

【村松委員】 今のお話を受けながら、今の介護者は、緩下剤だったり排せつだったり、うちの会の会員に関する限り、薬がどのくらいの時間が経過したら排せつになるかという本人の体調と、それから薬との関係については、結構皆さん把握しておいでですし、それから、医療機関との提携によって情報提供を受けて、その反応というのも大体受けられるようになっているんです。

ただ、介護者の会にかかわらない一般の家庭の方がどの程度把握できているかは私はわかりませんが、例えば実際に施設に行かれたとして、うちの母は今施設のほうに入っているんですけども、私をはじめ、いこいの会の会員の方は皆さん介護に通っていらっしゃるんです。ほぼ1日2回食事介助のために通って、お薬の投与なんかもすべて見ている方がおいでです。介護者の会を体験して、介護にじっくり取り組んだ方が施設に入ると、その後の対応というのも結構見て、家族と施設の方との話し合いの中で方針を細か

く立てていけるんです。

ですから、さっき玉木先生がおっしゃったように、ボランティアの人が必要というので、ずっと面会を続けていって、状態を一通り見ていく。そのときに介護しながら周りも見えてくるということは、わざわざ研修を受けなくとも、その体制の中に入れていけるんじゃないかなということが、私は最近何となくぼんやりと感じていることなんです。そこで施設とよく対応してやっていく。

あと、排せつに関しては、施設の時間帯で排せつ交換だったりするとうまくいかないんです。私もずっと見ていて、私は行っている間は母の排せつはすべてトイレに誘導して、91歳で認知症十五、六年なんですけれども、おトイレですべて排せつできるようにはしていて、ほぼ読めるんです。でも、施設ですとそれが読めないで、その辺の関係がなかなか読めないのかなと私は感じますけれども。

【繁田部会長】 ありがとうございます。まだまだご意見があると思いますけれども、今後は、テーマを区切りつつご意見を出していただいて、整理していきたいと思います。時間の関係もごございますので、先に進めさせていただきます。今ほどいただいたご意見が、おそらく今後の出発点になるだろうと思います。「不安と期待」という資料、それから今ほど委員の先生方からいただいたご意見を出発点にして進めてまいりたいと思います。

1つだけ整理させていただきたいのは、認知症の医療にかかわる立場という考え方ですけれども、まずご本人、ご家族がいらっしゃる。それからケアをマネジメントするコーディネーターみたいな方がいらっしゃる。それから医療機関として、かかりつけの先生がいらっしゃる。次に専門病院という、より高度な技術を持った機関があり、また、認知症以外の主として身体疾患を担っている医療機関がある。という視点で考えていくと、今後の整理がしやすいのかなというのは感じました。

そんな形で進めてまいりたいと思いますけれども、毎回全体的なご意見をいただくというよりは、病気の進行を区切って議論し、ご意見をいただいていくと整理しやすいと思いました。今後の進め方ですが、先ほどの「認知症の経過と医療依存度」という資料をごらんください。次回はMCIと軽度の認知症に関してどのような医療が求められるのか、どのような医療の課題を抱えているのかということについて、ご意見を出していただいて整理したいと思います。次々回以降はご意見をいただきながら決めさせていただくということで、さしあたりMCIと軽度の認知症のところから進めていくということではいかがでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。今日いただいた意見をまた重ねて繰り

返しいただくというのももちろん結構でございます。

それでは、今後の検討の進め方について、事務局のほうから具体的に説明いただけますでしょうか。

【村田幹事】 それでは、資料4をごらんいただきたいと思います。「今後の検討の進め方について」でございます。

まず、改めて検討全体のスキームをご説明したいと思います、認知症対策推進会議と本部会との関係でございます。まず医療支援体制に関して言えば、この専門部会で専門的に検討するということになっております。定期的に親会議である認知症対策推進会議に報告、ご意見をいただくという検討スキームになります。

先ほどご紹介させていただきました3本の認知症に関する実態調査でございますが、それをどうこの医療支援部会の検討に反映させていくのか。これは事務局からのご提案でございますが、まず、少なくとも認知症専門医療機関調査に関して言えば、この医療支援部会の検討材料にさせていただきたいと思っております。精神病床全体から見るとどういう分布状況なのかということは先ほどご紹介したんですが、認知症という切り口になるとどうなのかということをもっと明らかにした上で、そこに不足感があるのかどうか、もう少し充実させたほうがいいところがあるのかどうかということをご議論いただければと思っております。

なお、先ほど秋山委員のほうから、認知症高齢者生活実態調査を把握する上でもう少し医療的な視点も加味したほうがいいのではないかというご意見をいただきましたが、今回まだまだ項目を設定中でございますので、それは参考にさせていただきたいと思っております。

ただ、認知症高齢者生活実態調査の一番の目的は、既に認知症になっていることが明らかで、診断もついていて、いろいろなサービスを使っている方だけをターゲットにするのではなくて、むしろそれ以前の方たちの生活状況が一体どうなっちゃっているんだろうかということをもっと、都として改めて把握する必要があるんじゃないかという視点からも組んでおりますので、できる限り医療的な視点についても加味したいと思うんですが、対象としては、幅広くより多くの方の実態を把握したいと思っております。

また、確かにご指摘のとおり、調査にかかわる際には、全くの素人であるよりも、少しでも認知症についてきちんと理解している調査員等を使ったほうがいいとこちらも考えておりますので、訪問調査をかける上でその点は参考にさせていただきたいと思います。

主として認知症専門医療機関実態調査を検討材料としつつも、その他の調査からも本検討部会で参考になるようなデータがございましたら、逐次ご報告させていただきたいと思っております。また、この部会でも検討に使っていただければと思っております。

今後のスケジュール案でございます。本日1回目の医療支援部会を開かせていただきました。次回以降でございますけれども、今ちょうど並行いたしまして、認知症専門医療機関実態調査の項目を調整させていただいております。本調査につきましては、この夏の時期に都内の医療機関にご協力いただいて実施いたしまして、速報的なものになるかと思うんですが、できればまず2回目の部会で調査報告書の骨子をご報告したいと考えております。またあわせて、今部会長からご提案いただきましたように、第2回は、MCIから軽度の部分を中心にご議論いただければと思っております。その上で、11月になりますが、第2回の認知症対策推進会議が開かれますので、この間のこの部会の検討状況等について報告させていただきます。

その後なんですが、年度内にあと2回本部会を開きまして、中等度、また高度といったステージに応じた検討を進めていっていただきたいと思っております。また、この間に認知症専門医療機関実態調査の集計が終わりまして、医療機関のリストというものができあがってくるかと思っておりますので、それを俯瞰していただきまして、できれば事務局としては、何らかの形でこの情報をうまく都内で活用できればとも思っておりますので、その点についてもご議論いただければと思っております。こうした部会を年度内に3回、4回と開きまして、その結果を3回目の認知症対策推進会議に報告する。年間の予定としてはこのように考えている次第でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ただいまの検討の進め方に関しまして、ご意見等ございましたらお願いいたします。

その都度またご意見、お気づきの点等いただければと思っております。

本日用意いたしました内容はおおよそ以上でございますけれども、全体を通してのお気づきの点、あるいはこれだけは言っておきたいということがありましたら、ご発言をお願いいたします。いかがでございますか。

【安藤委員】 何でもいいですか。

【繁田部会長】 はい。

【安藤委員】 何でもいいなら、村松さんから、認知症の方で緊急の場合に受け入れてくれる施設があれば非常に良いというお話がありましたが、私も東京都の療養病床の責任

者ですが、今後医療保険の療養病床も、様々な機能が求められていると思います。例えば医療の療養病床に、認知症の緊急時の対応等を受け入れるようなシステムをつくっていくことができればいいのではないのでしょうか。

あるいは、介護保険の療養病床も含めて、今後介護施設に転換していかなければならぬならば、医療強化型の老健施設が今言われていますが、そうであったら、その機能の中に、例えば認知症の緊急ショートをやった場合には加算がつくようなシステムを東京都とも一緒に考えていくと良いのかなと思います。

【繁田部会長】 貴重なご意見をありがとうございました。その他、よろしゅうございますでしょうか。先生、お願いします。

【山田委員】 それでは、精神科病院の立場から、今突然こういう形で資料をばーっと見て、まとまった話ができないんですけれども、「認知症の経過と医療依存度」というのは非常によくまとまっているなどは思ったんですが、軽度、中等度は多少オーバーラップしているところで、例えば軽度のころに、かかりつけ医というのはある程度対応していて、そこから早い時期に、例えばもの盗られ妄想とか嫉妬妄想というのは被害妄想がベースにあるわけなんですけれども、この時点で薬物をごく少量使うとかいうことは有効なことがあるんですけれども、一般科医だとこの辺はちょっと量が難しくて、あるいは私どもでも入院していただくということを前提にじゃないと使えない。飲んでみたら、かえって思った以上に足腰にきちゃうということがあったりということです。そういうところが1つあります。

それから、この辺をご家族の方も十分理解していただかなきゃいけないないつも説明しているわけなんですけれども、それでうまく外来通院である程度つなげるということにいけるんですけれども、ただ、進行してくるということもあって、きょう吉田さんがいらっしゃるので何なんですけれども、そのときに精神科の病院の場合、退院促進というのが今盛んに言われていて、短期で退院していくことというときに、認知症の方に短期でというのは、実際に東京に何カ所か認知症の治療病棟をつくって、補助金をもらってやっているところがあるわけなんですけれども、原則最長6カ月といっても、なかなかそこで収まるわけがなくて、いろいろな施設に流れているんだと思うんですけれども、結果的にご家族は困って探してくださいと言われてまた流れてくる。この辺も、本来の認知症の実態、あるいは疾患の性質の十分な把握がないために、行政上こういう短期で在宅に持っていけるんだというのとは、一部違うというような。データを見ても10%の方がようやくと家庭に戻っ

ているというぐらいのものですから、この辺も理解していただいたほうがいいのかなと思います。

先ほど玉木委員が、マンパワーとお金に尽きると最後に一言言って出ていっちゃいましたけれども、なかなか言いにくい話なんですけれどもあれだけは絶対言いたかったんだろうなと思うんですが、言って消えちゃったところがうまいなと思うんです。これは行政にお願いしていてもなかなか無理なところですけども、ご家族の方が家庭で介護していると本当に疲弊してくるといのは、よくよく見ていてわかるんですが、けががないように、事故がないようにということで、今のような核家族化の中で見ていくと、多分村松委員は親子だからいいんですけれども、嫁さんだったら大体亭主と仲が悪くなっちゃうとか、ぎすぎすしてくるとか、私のケースでは離婚ざたになったのもありますし、今までよかった嫁姑の関係が悪くなっちゃうとか、いろいろな背景があるんです。

先ほど桑田委員がおっしゃっていた、私たち医師がやるなんていうのはとてもじゃないけどできなくて、それをケースワーカーがやったり訪問看護がやったりというので、チーム医療でやっているんですけども、うちの病院で言っても、350のうちの50、7分の1だけが認知症なんですけれども、それでも結構振り回されちゃって、慶友病院なんか大変だろうなと思うんですが、やっぱり周りに機動力がないとできない部分もあるということ、院内においては、マンパワーにも限界があるというのは診療報酬上も限界があるということなんです。

それを踏まえてというか、まず折衷案みたいなものを行政とどうやって構築していくかというのはいつものことですけども、スキームとしてすごく格好いいのができるんですが、裏づけがないというのがよくある話なんです。実際にこの話を進めていくときに、東京都がいいものができましたと言っても、金はないという話になると結局難しいんですよ。

だけど、それは私たちが今までいろいろな形で、多分先生もよくいろいろな会に出て、行政との中でそういう話を。今のご時世ですから、行政も財源の問題では非常に苦労されているし、どこにこれを持っていけばいいんだというところがあるんですけども、国がないと言って地方自治体に流してきた話を処理しようと思ってもなかなか難しいというので、先ほどのボランティアの方も、うちもそういうのを募集していても、責任問題となるとあるところまでしか手を出させないというのは、逆に責任問題が出てくるといけないので、ボランティアの意味合いというのは、日本には定着しないところがあるというのはよ

くよくよく感じているところなんですけれども、その辺は今後の会の進行に反映させられればいいなと思います。

ちょっと長くなりましたので終わりますけれども、よろしくをお願いします。

【繁田部会長】 ご意見ありがとうございました。

それでは、本日の会議は以上でございます。事務局のほうにマイクをお返しします。

【村田幹事】 それでは、事務局から最後のご案内でございます。

まず、議事録の取り扱いについて確認させていただきたいと思います。本日も用意させていただきました認知症対策推進事業実施要綱の11というところをごらんいただきたいと思います。「会議及び会議に係る資料の取扱い」ということで、認知症対策推進会議もそうだったんですが、本部会に関しても、会議及び会議に係る資料は公開ということを原則とさせていただきたいと思います。議事録の取り扱いでございますが、これも原則公開とさせていただければと思います。速記をつけておりますので、後日ご発言いただきました委員の皆様方の確認を踏まえた上で、ホームページで公開させていただければと思っております。この点をまずご了解いただければと思っております。

それから、今後の予定でございますけれども、先ほどご紹介いたしましたように、第2回の部会は9月下旬以降を予定しております。先日送付させていただきました開催通知に日程調整用紙を同封しております。本日、受け付けの際に提出されていない委員の方がいらっしゃるかもしれません、お帰りの際に事務局にお渡しいただきますか、後ほど事務局あてにファクス等でお送りください。日程につきましては、できるだけ多くの委員の方にご出席いただけるよう、調整の上改めてご連絡させていただきます。次回もよろしく願いしたいと存じます。

議事録の取り扱いについては、恐れ入りますが部会長のほうで各委員のほうにご確認していただければと思うんですが、よろしゅうございますでしょうか。議事録をつくった後で、皆様方にご送付します。確認していただいたうえで、ホームページに掲載という形をとらせていただきます。よろしいでしょうか。ではそのように扱わせていただきます。

それでは、本日はこれにて散会といたします。長時間にわたりましてありがとうございました。

了