

平成20年10月20日（月）

【坂本幹事】 それでは、定刻を若干過ぎてしまいました、時間となりましたので、ただいまより第8回東京都認知症対策推進会議医療支援部会を開催いたします。

初めをお願いでございますが、ご発言をされる際は、お手元のマイクを持ってご発言をしていただきたいと思います。

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。まず、欠席委員の紹介をさせていただきますが、桑田美代子委員、神子武己委員、水村純子委員、そして山田雄飛委員が、本日、所用により欠席されると聞いております。

次に、ただいま遅れていらっしゃる委員でございますが、安藤高夫委員が若干遅れていらっしゃる状況でございます。

次に、欠席幹事の紹介をさせていただきますが、小室幹事、本日欠席でございます。それから、櫻井幹事が、今、若干遅れている状況かと思っております。

事務局からは以上でございます。

それでは、繁田部会長、よろしくお願いいいたします。

【繁田部会長】 それでは早速、議論を始めたいと思います。

まずは資料の確認をしていただきましょうか。

【坂本幹事】 それでは、お手元の資料の確認をさせていただきます。

まず、本日、公表資料ということで、皆様方にお配りをしております資料の確認をさせていただきます。次第のほうの資料を見ていただければと思います。次第の次に委員名簿、そして、資料1といたしまして、中等度の段階で必要とされる医療のまとめでございます。資料2といたしまして、高度～終末期の段階で必要とされる医療のまとめでございます。1枚おめくりいただきまして、参考資料1といたしまして、共通フォーマット（案）でございます。参考資料2といたしまして、東京都認知症専門医療機関実態調査（抜粋）でございます。それから、1枚おめくりいただきまして、二次保健医療圏別の状況でございます。それから、お手元に健康手帳、委員の皆様には実物をお配りさせていただいております。それから、おくすり手帳、これは大変恐縮でございますが、コピーということで用意をさせていただいております。

次に、委員の皆様、そして幹事に限りということでお配りさせていただいている資料につきましてご説明させていただきます。まず、席上配布ということで、これまでの議論のまとめにつきまして配布をさせていただいております。それから、前回の部会の中で、新井副部会長のほうからご提示をいただきました整理図につきましても載せさせていただいております。

資料の説明につきましては以上でございます。よろしくお願いいたします。

【繁田部会長】 ありがとうございました。

本日は、中等度の段階で必要とされる医療に関しまして最終的に整理をしたいと思えます。今日の議論で整理された内容に関しましては、できるだけ早い段階で公表する予定しております。続きまして、今回の後半から次回にかけて、高度・終末期に関して議論していきますので、どのように課題を整理するか、議論の仕方を、今日、後半でご意見をいただいで決めておきたいと思えます。

それでは、席上配布 1 の資料をご覧ください。中等度に関するこれまでの議論を踏まえ、既に共通理解が得られているもの、そうでないものを整理して資料が作成されております。本日はこのうち、必ずしも十二分に合意が得られていない部分に関して確認をして、資料をまとめたいと思えます。

1 番目に中等度についての議論の進め方が書いてございます。

2 番目、緊急時及び緊急時以外の分類について、どのように分類して議論をしていくかでございます。

次の 3 番、この中に少しご意見をいただくところがございます。3、身体合併症の緊急時の対応に関してですが、その 1、現状及び課題の(6)、3 ページの半ばあたりに、療養病床の活用・役割についてご意見を前回いただきまして、そのことが書いてございます。読ませていただきますと、「一般急性期病院と比較して看護職員のマンパワーは不足しているが、救急医療機関・介護保険施設等からの患者の受入れを担うなど、連携を進めている病院もある」ということでございます。つまり、在宅、あるいは施設等で具合が悪くなったときに、必ずしも一般急性期病院での治療は必要ないけれども、ご自宅で見るとはちょっと心配がある場合に、何らかの医療的な管理のもとで療養し、治療を受けられるための役割として療養病床があり得るのではないかということです。私は現実的なご意見だなと思えますけれども、これに関して、いかがでございましょうか。

【玉木委員】 安藤先生が来るとよく実態がわかります。今ちょっと、すみません、救

急委員会か何かに出ている、遅れて来ますので。

ただ、今おっしゃられたことは、ぜひそういう機能が発揮できる、あるいは、そういうキャパシティーを、ある程度社会的に認知していただくような方向でいくのが本当に現実的だと思います。

【繁田部会長】 そのほかの委員の皆様、どうですか。

体が悪く、急な変化があったりしたら、それは救急病院だろうと普通は考えられるわけですが、実際にはそこまで必ずしも必要がない、かといってご自宅ではという方は意外に多いのではないかと思います。もともと高齢者は、さまざまな病気に関して罹患しやすい状態にあるわけですので、療養病床ということであれば医療の管理のもとに置けるということでございます。

現在の医療機関のキャパシティーでどこまで可能かという点は留意が必要ですが、療養病床を活用するという点に関してはよろしゅうございますか。場合によっては入院して、特別な治療がなされずに、身体的なアセスメントがなされて、様子を見たうえで退院されるということもあるかもしれないけれども、それはそれでいいと思います。

【玉木委員】 要するに、その療養病床の方々は最近、慢性期医療協会というふうにな名前を改められて、家庭復帰を一つの軸に掲げているんですね。それは新しい療養病床のあり方とか、そういうものをやっぱりみずから作り出していかなければならないと、この統廃合の問題だとか、さまざまな問題が背景にあると思いますけど、その中での認知症対応というのは常に考えていることと理解していますので、このような表現を入れていただくことは非常によい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。

家庭復帰といっても、復帰したらもうそれで大丈夫ということではなく、急変時にはいつでもまた受け入れる体制にあってということですね。そういう意味で、とてもいいと思います。

それでは、これに関しては、また安藤委員がおいでになりましたら改めてご意見をお聞きするというようにして、少し先に進めさせていただきたいと思いますが、他に何かございますでしょうか。

【秋山委員】 訪問看護師として白十字の秋山ですが、ちょっと問題の整理と、それから、社会資源としての東京都内でのそういう施設があるかどうかというあたりが難しいんですけど、例えばグループホームは、がんの末期でないと訪問看護は入れないんですけど、

そういうグループホームというか、そういう施設のショート利用で外から医療者を入れるという、そういう施設の短期の活用というのは難しいのでしょうか。

【繁田部会長】 どうでしょうか。皆様のご意見をお聞きしたい。

【秋山委員】 今、変な話、すごい制度上の縛りで入れないというのか、入れるようになってきているけど、行けないところもあって、生活全般を支えつつ、そこに医療が外から入れば、診断だけ、ある意味急性期のそこですって、熱がまだ下がらないんだけど、少し見守りをして水分補給して、でも、ちょっと不穏だから入院ではないところでといったときに、すぐに療養病床、実際的に新宿なんかは療養病床そのものが本当にないので入れることもできないし、だから、その人を家に連れて戻って、そこにだれか人をずっとつけるにしても、お金が、今だと自費対応だったりするので、ボランティアの人がいればいいんだけど、そうもいかなかったりするんで、施設を短期的にでも、そういうベッドというかそういうところがあけば、外から何かあったら行ける格好のそういうスタイルというのはここにはのせられないんですか。すべてにそういう内容が多分ひっかかってくると思うんですけど。

【繁田部会長】 確認させていただきますと、施設に入所されている方が体調が悪くなったということではなく、在宅においてになる方が具合が悪くなったときに、施設のベッドを利用して、そこに医療も入って観察をするということですね。少々複雑ですが、いかがでしょうか。

【玉木委員】 外づけ医療・介護がある程度自由に行える施設というのは、高専賃と、それから、それにある程度市町村の支援がついたケアハウスだけですよ。あとの介護施設はほとんど縛りがついていて、それは当然、国の仕事になると思いますけど、議論はされているけれども、多分、私の印象では、老健だとか特養だとかにもう少し医療ニーズに応じた外づけ医療が入れるようになるかどうかという程度ですから、事例としては、例えば、いわゆる高専賃のようなものをご自身で先生が建てて、診療所で在宅をやっていて、重症化したときにはそこに一時的に入居して、そこで外づけ医療をやるというような事例は確かにあります。ありますが、まだ非常に少ないんじゃないかと思えますけど、方向性としては、そういうほうが個々の状況に応じた医療ができるわけですね。

老健だとかこういう人、特養だとかこういう人とか、そういう逆の、類型に人を当てはめるようなことよりも、フリーに、おうちで過ごせない状態を支援して、医療もそこに、その人の個別性に合ったものに行くというのが、やっぱり私も、秋山さんの言うとおり、すご

く必要だと思うんですけども、制度上なかなか難しいというふうに理解しているので、ここにそれを直近の対策として書けるかどうかというところちょっと難しいかなと思いますけど、方向性としては、そういう高専賃のようなところとか居住施設でお世話する、ケアすることも選択肢としては十分あり得ると思うんですね。ですから、その程度のところで書けたら書いてもいいと思いますけど。

【秋山委員】 グループホームも制度上、がんの末期以外は行けない状態なんですけど、グループホームの方たちは認知症の対応はすごく上手だから、そういう認知症の対応の上手な生活の部分を支えてもらって、外から医療が入れたらどれだけいいだろうかと、がんの末期以外でもですね。そして、そこにショート的なものをつければ、私たちは訪問看護、もし呼ばれたら、支援をしたい、私は今、訪問看護の立場もあるので思うんですけど、実際それが運用できない状態ですよ。だから、そういうのは国を飛び越えて都が書くわけにはいかないでしょうしとか、療養病床をここに挙げるんだったら、そういう施設の利用というのがないんですかねと思ったんですけど、どんなものでしょうか。

【村松委員】 村松です。グループホームの場合には、訪問診療は受けられますよね。だから訪看も同じように私は受けられる……。

【秋山委員】 訪看はだめ。

【村松委員】 だめですか。じゃ、実際には、看護師さんのいるところだとその治療が受けられるということなのかな。

【玉木委員】 その施設と医療機関が何か契約しているとか、訪問看護ステーションとグループホームが契約しているという関係の中において、ある程度こなし得る医療をその契約の中でやっているというのが実情だと思うので、すべて医療が全部入ってというわけにはいかないというふうに認識していますけど。

【村松委員】 高専賃の場合には地域外から受け入れは可能ですよね。例えば新宿区から八王子だったり、そういうところの高専賃に入ることは可能だから、そういう逃げ方を……。

【秋山委員】 つまり、この療養病床は一応医療の範疇ですよ。それ以外の施設系というのか、それがここに適用が可能性としてあるかどうかというあたりについて、全く今はとてもグレーゾーンが多いので、外しちゃって論議をしていくのか。認知症の方というのは病院の中では本当に不穏になりやすいので、もちろん療養病床の方は慣れていらっしゃるかもしれないけれども、そのあたりをすごく心配するわけです。外からの医療を、病

院ではない、住まいのような空間のところで提供することで、認知症の方は早く落ちつくのではないかなというアイデアなわけですね。その辺の議論というのはもう過ぎたのでしょうか。

【**玉木委員**】 だから、その重症度が高いほど、医療ニーズが高いほど、例えばショートステイ高専賃みたいのがあったりとか、高齢者専用ホテルみたいのでケアつきみたいのとか、有料老人ホームのショートステイ版とか、あればいいと思いますけど、ただ、そこにはやはりそれなりのスタッフをある程度置かざるを得ないでしょう？ そうすると、高専賃にそんなたくさん人がいるわけじゃないし、本当に管理人の方で少し何か食事サービスがついているという程度なので、そうなるのかなりまた料金も高く設定せざるを得ないとか、いろんな事情が出てきてしまうのでそう簡単ではないと思いますが、あらゆる資源はそういうふうに使える可能性はもちろんあると思うので、例えば1床でも2床でも、1部屋、2部屋でもいいじゃないですか、そういうことをやっぱり各施設が盛り込んで経営していくというようなことは投げかけてもいいかもしれないと思いますが、かなり現状では難しいかなというふうに思っています。

【**繁田部会長**】 ただ、それが可能であればメリットはたくさんあるわけですね。ですので、制度上困難であるが、こうした対応ができれば非常に望ましいことだとつけ加えることにしましょう。ありがとうございました。

続きまして、身体合併症の緊急時の対応の中で、3、基本的な考え方ですけれども、その一番最後にも療養病床が出てきまして、同様のことが書いてございます。この点に関しても了承いただいて、この記載を加えさせていただこうと思います。

同じく療養病床に関して、4、今後の対応策の「 」の2つ目、かかりつけ医をバックアップする体制の構築の3番です。ここも療養病床に関しての記載を加えさせていただきました。

先ほど秋山委員から、実際の療養病床のキャパシティーについて、新宿などはほとんどないというお話がありました。委員の皆様はご存じのように、東京都は、療養病床がほかの都道府県に比べて非常に少のうございます。ただ、全国的に療養病床を減らしていこうという判断に対して、既に東京都は増やすという判断をしております。ですので、認知症だけでなく、難病等を含め、療養病床の役割を議論していく意味は十分にあるだろうと思います。これに関しては、おそらくかかりつけの先生にとっても、急性期病院に救急車で運ぶほどではないんだけれどもということから、安心感もあっていいと思います。

【玉木委員】 ですから、在宅医療のバックアップ病院としても機能しようと考えているし、その中に認知症医療も当然入ってくるでしょうし、緩和ケアも入り得るのかもしれない。療養病床のほうがそういう取り組みをするには、ある一定の病床をやっぱり回転をよくする努力をする。今、一般病床が回転が早くなっちゃったので、その受け皿として療養病床もいっぱい。さらに療養病床にそういう機能を発揮していただくには、さらにそこから次の出口が必要ということに連なっていくんだと思いますけれども、一応、地域医療、特に在宅系の医療のバックアップ機能をやっぱり持ってもらえると、非常にかかりつけ医レベルは助かるというのが現状だと思うし、そういう意思是療養病床の方々にはあるというふうに私は認識しています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

いかがでございましょうか。

【新井副部会長】 新井です。安藤委員が来られてからのほうがいいのかどうか分かりませんが、今の玉木先生のお話の中で、療養病床を医療経済的に考えてみるとどうかというのが、今、頭の中にちょっと浮かんだんですけれども、認知症の人なり、緩和ケアも含めてですけど、ある程度包括で設定されていましたね。それがだんだん下がってきている傾向がありますかね。そんな中でその存在意義を高めていくというのもとっても大事だと思いますけれども、経済的にこういう新しい方を受け入れるというのはそんなに抵抗はないでしょうか。

【玉木委員】 区分3、区分2、区分1というふうに分かれていて、区分1は、意識障害があって寝たきりで、経管栄養や胃ろう等をしているけれども、医療ニーズがそう多くない方々というカテゴリーになっていて、そこが医療費が非常に削減されているわけですね。ですから、その方々はずっと療養病床に入りっ放しの必要はないだろうと。そこをどういうふうに活用していくかということが一つ経営上の問題にもなってくるし、社会的にもそこがただ入りっ放しで使われてしまえば経営もできないし、社会的入院という意味合いも出てきてしまいます。その辺をどう、この療養病床の人たちが上手にその病床を使う努力をしてくれるかということもあると思います。また、せざるを得ない状況に多分、安藤先生に聞けばわかりますけど、陥っているというのが状況ではないかなというふうにちょっと思っていますので、ぜひそこを上手にやっぱり活用していただけるように、我々も、認知症ということを申し入れていきたいと思います。

【繁田部会長】 ここに、1つの例として「輪番を組み」という表現を入れさせていた

できました。今ほど玉木委員からお話がございましたけれども、いかに効率よく病床を活用するかという観点から、手を挙げていただいたところで順番を組み、必要なときにはその担当のところが一担受け入れていただくという方法があり得るのかどうかですね。療養病床は本来はそういう役割ではなかったもので、このような例は全国的にもありませんし、東京都では一般の救急でも輪番制はございません。ただ、1つの方法として、ご家族も、ご本人も、あるいはかかりつけ医も安心だということであれば、それも有効なのではないかということです。

それでは、これに関しても、後ほど安藤委員がおいでになりましたら、また改めて皆さんのご意見をお聞きしたいと思います。

それでは、まだ幾つか課題がございますので、先に進めさせていただきます。連携ツールのお話が以前から出ておりました。いわゆる共通フォーマットで、参考資料1の左に縦長の図があります。専門医とかかりつけ医の紹介、逆紹介、それから、かかりつけ医、あるいは一般病院からケアスタッフへの情報提供、こういう図を頭に描きながらご意見をいただければと思います。まずは1枚おめくりいただきまして、だれがどのようにその情報を共有するかという問題があります。認知症の方にはいろんな方がかかわるわけですから、その情報を送り手と受け手、つまり紹介する側とされる側だけではなく、それにかかわる人たちみんながその情報を共有したほうが、よりご本人、ご家族にとって望ましいだろうということです。

ただ、そのときに、紹介状や逆紹介状は医療保険の中に組み込まれて、既に制度として定着しておりますけれども、ケアスタッフの方にもその情報が流れるとなると、どの範囲までどういう情報が流れていくのかという問題があります。場合によってはご家族やご本人が、不特定多数の人には知られたくない情報というものもあるかもしれないということから、これに関しては議論が必要だろうと思っております。

多分、ケアをする方からすれば、医療情報も含めすべての情報が得られれば、無駄なものはないとお考えになるかもしれないですけれども、どのような職種までというところでいかがでしょう、ご意見をいただきたいと思っております。

【村松委員】 これは、多摩市がモデル事業で作ったものです。ここに「わたしのメモ」というところがありまして、かかりつけのお医者さんの項目が4項目、それから、ケアマネジャーさん、介護スタッフ、それから、家族、親族、近所の友人、自治会長、民生委員というふうに各項目が、それは自分のメモですから、ほかの人に見られるわけではないん

ですね。このマップを電話機の下に置きましょうということになった。緊急で何かがあったときに、そこに入った人が電話機の下からとれば、この情報は見られる。だから、どこの市町村にもあるわけではないんですけども、これって結構、かかわる人にとっては、この1枚を見ることによって随分情報を得ることができるんじゃないかなと。問い合わせれば答えてはいただけると思うので、そういうのがいいかねという話をして……。

【繁田部会長】 確認をさせていただくと、市がつくって、高齢者、あるいは患者さんにお配りして、患者さんないしご家族が管理をするものですか。

【秋山委員】 認知症サポーターが持っているんですよね。

【繁田部会長】 電話の下に置いておくというのは何ですか。

【村松委員】 サポーターさんが、個々にご近所の認知症だけではないですが、高齢者でひとり暮らしで家族のいない人とか高齢者世帯の人たちに、1軒1軒回って、それを説明しながら渡す。それを電話機の下に置きましょう。

【繁田部会長】 そういう人たちの自宅の電話機の下に置いておき、その手帳に必要な応じて書き入れてもらってくださいということですか。

【村松委員】 書き入れは、メモを書きましょうと。だから、こここのところが非常に難しいところで、これをみんないるところで書こうかという話にもなったんです。サポーター養成講座に高齢者も来ていただいて、そこでみんなで見ながら書きましょうかという話にはなったんですけども、それだとやっぱり見せたくない人がいるので。

【繁田部会長】 書くのはだれですか。

【村松委員】 個人です。

【繁田部会長】 そうすると、周りから自分がどういうことを気をつけたらいいかというアドバイスをもらい、それをサポーターの前で書いたりするということですか。

【村松委員】 むしろサポーターさんよりも、地域包括の人がかかわったときにこの手帳が回るかなという気はいたします。「ありますか」というところで、かかりつけのお医者さんだったりというのは、入りやすい、書きやすいかなというふうに思います。

【繁田部会長】 生活上の注意というよりは、自分がかかっている医療機関、あるいは、使っている介護サービス、事業所等ということになるんですか。

【村松委員】 そうです。

【秋山委員】 今、議論しているのは、医師から医師へという、医師のフォーマットなんだけれども、先ほど見せてもらったときに、つまり主介護者がいるようでないか、

かかっているキーパーソンに、きちんとかういう流れになっているというあたりが、つまり、その他というか、これだと紹介目的、服薬、介護保険の利用、ケアマネ・連絡先だけなんですけど、実を言うと、遠方のそういう、突然運ばれたときにだれにどう連絡すればいいかというのが、ある意味、これだとそういうときに本当に何もわからなくて、一体だれにかけたらいいかって困るんですよね、緊急のときに。

【繁田部会長】 限られた情報であったとしても、極めてそういうときには有効だということですね。

【秋山委員】 有効なんですよ。もちろん結果的に、薬の中身とか、それとあと認知症の状態、こちらの逆紹介型、専門医からかかりつけ医では、この認知症の内容をきちんと判別していて、その下に留意点を入れて、薬があって、治療の状況があって、説明をどうしたかということなんですけど、この関係性みたいなのがというか、だれに説明した、家族等、説明の内容で、だれにというか、その辺が、人がすごくキーになる場合があって、それがどこかにあれば話しやすいときがあるので……。

【繁田部会長】 ということは、紹介とか逆紹介の書類よりは、むしろこの後ご意見をお聞きする手帳のお話がありますけれども、そちらのほうにこういった情報や、生活上注意すること、例えば病院で聞いたことでも、紹介状の中に書いてあることでも、これは本人も家族もぜひ注意してくださいということ、そこに入れるような形にしたほうがいいですか。

そうすると、今の紹介・逆紹介の際に算定できる点数の問題なども、別々のシステムとして機能させることはできると思います。ケアスタッフもいろんな方が入れかわり立ちかわり変わるので、手帳のほうが個人情報の管理の問題もクリアしやすいですね。

【玉木委員】 今、高齢者福祉計画をつくっていて、各区市町村もいろいろモデル事業の取り組みのいいものを福祉計画の中に具体例としてのせようという中で、個人情報はどうするかという問題は、災害時に消防署の人がひとり暮らしの人を知っているかという意味において、いろいろな取り組みがなされているのですが、かなりの市区町村でそれが本人の同意のもとに集約され、かつ、それが一定のライフラインや救急を支える人たちに行っているモデルケースが、結構、思っているより私はいっぱいあるなと思ったので、それは区市町村ごとに今、乗り越えている段階なのだろうと思うし、そういう事例が出てきているのだから認知症でもやれないことはないというのと、もう一つ、千代田区でたっけ、緊急キットというのがあって、こういう筒になっていて、この中に巻紙みたいにし

て、ひとり暮らしの人が緊急時に、救急車が入ったときに、これは冷蔵庫に入れてあることになっているんです、赤い、こういうパッケージで。その中に医療情報が入っていて、救急隊の人がぱかっとあけてそれを見るというので、玄関に、そういうキットがありますということがシールで張ってあるという取り組みをしている例が千代田区でありました。だから、手帳をどういうふうに活用するかという中で、僕は、すごくアイデアの一つとして使えるんじゃないかなというふうに思いましたけど。

【繁田部会長】 それは詳しくお聞かせください。区がつくって、各お宅に配布するんですか。情報の更新の仕方などもわかるといいのですが。

【玉木委員】 それ、僕、資料を持っていたんだけど、今日持ってくるのを忘れちゃって、どなたかご存じじゃないですか、千代田区か何かのその事業。それは、この間のとき、ちゃんと具体的なものを見せてもらったし、内容も細かく書いてあるのを見せてもらったので、そうですね、すみません、肝心なところがわからなくて。

【繁田部会長】 冷蔵庫であれ電話の下であれ、いつも、どのおうちでも大体同じところにあるということが大事ですよ。わかりました。

それでは、今までいただいたご意見を踏まえすと、紹介状そのものの内容や写しというよりは、手帳のほうでその情報は扱い、更新をしていきたいと思いますということによろしいでしょうか。

そうしましたら、続きまして6ページの下、まさにその患者手帳と書いてあるところです。後ほど具体的なフォーマットに関してはご意見をいただきますけれども、差し当たり概略を確認しておきたいと思います。まず、(2)形式でございます。手帳形式を基本として、基本属性を記した必須事項のページです。医療機関、サービスの利用状況、何かあったときにそこに連絡すれば詳しいことがわかるという、緊急時の連絡先、あるいは、場合によっては服薬情報等、最小限の情報であり、先ほど多摩市のお見せいただいたものと内容はほぼ同一だろうと思います。

それから、自由記載のページというのは、折に触れて、その人を治療に当たった人や看護した人、サービスを提供した人が、気がついたことをそこに書いておき、ご本人やご家族、あるいは、また別の人がケアをするときに参考にするというものです。繁雑な形式にはせず、自由に書けるように単に線だけ引いてあるようなものがないかなと思います。7ページ一番上に、手帳例が載っていますけれども、「何月何日、食事のときはむせやすいので気をつけてあげてください。繁田」。職種の記載はあったほうがいいと思いますが、慣

れてきたら名前だけでもすぐわかるかもしれません。ですので、例えば救急で運ばれて、命にかかわるような場合は別ですけれども、検査のための入院の場合など、あまり侵襲性や緊急性は高くないけれども、やはり何かしらの対応は必要だろうというときにこういうのをぱっと見ていただく。

私のイメージとしては、書かれていない人が半分、あるいはそれ以上でいいと思います。強いて注意すればということも多くのことを書いてしまうのではなく、どうしてもこの人はこれを注意してほしいということだけ書かれるくらいでいいのではないかと思います。この手帳を持っていることに気がついたら、そのページを見て、「この人は転びやすいからこれだけは気をつけましょう」というイメージです。そこでこのような記載例を作成いたしました。

ついでに(3)情報の内容も説明して、並行してご意見をいただければと思います。既に説明いたしましたが、必須事項のページというのは、基本属性等、ごらんいただいている内容です。医療機関・サービスの利用状況、緊急時の連絡先等々です。自由記載欄は、いつ、だれが書いたかを必須にして、あとは自由に書けるようにしておく。形式ばって区切ったり、升目をつくったりしないほうが効率的かなと思います。

情報の内容の黒ボツの4つ目です。サマリーの項目についても、手帳に含めてしまうことは可能ではないか、ということですが、まさに先ほど議論していただいたことです。紹介や逆紹介のときに必要な注意事項等というのは、紹介状の別様式や別紙よりは、手帳に直接書いていただくという案もあったので、ここに書いてあります。

いかがでございましょうか。私の案ですので、今までのご経験からご意見をいただけたらと思います。

【**玉木委員**】 その属性だとか緊急情報というものの以外にも、今、先生がおっしゃったようにいろいろなことが書き込まれていれば、それは病棟の看護師さんが看護計画を立てるときも見るだろうし、基本プランを、あまり医者が、ずらずら書いてあるのを読むとも思えないけど、読み込んで、それを拾い読みして使えるという情報が書いてあれば、基本的な嚙下やいろんなことが書き込んであれば、それは有用だと思いますので、これは認知症にかかわらず、何かそういう共通ツールということがあっていいと思うんです。

健康手帳の話をしていいですか。

【**繁田部会長**】 はい。お願いします。

【**玉木委員**】 これは、この間お話ししたので、福生市からもらってきました。これは、

どうも聞いたら、都がお金を出してくれているって言っていましたが、国のあれで都道府県が補助主体になって、区市町村が活用していると。この内容を見ると基本健康診査とか書いてあるから、まだ長寿医療制度とかには対応していないようですが、我々は、これ、かつて外総診とって、高齢者の方の包括外来診療のときに、ここに主治医がだれかを書き込むということが国の定めだったので使われたんです。ぱっと見ると、体重だとかいろいろ基礎情報も書いてあるのと、検診記録、それから、基本チェックリストが24ページとかに書いてありました。それから、体温だ何だってありますが、最後のほうは自由記載になっているんですね。

これは、現時点では、うちは結構、持ってくる方には書いているんですけど、共通認識で使われているかといふとなかなか難しい面もありますけど、何かツールとして使うとしたらこういう既存のものがあるので、中身を、こういう属性が書き込めるようなフォーマットにすることを、例えば東京都のほうで、お使いの区市町村に対して提案していただければすぐ変わるものだと思うんですね。ですから使えなくはないというふうなことで、ちょっと今日、見ていただくということで出しました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

そうしましたら、まずはこの中等度の概略に関してお認めいただき整理をさせていただいて、後ほど、紹介状も含めて、このフォーマットに関してご意見をいただければと思います。

それでは、先に進めさせていただきます。手帳を有効活用するための方法として、普及啓発活動が考えられますが、これに関して1点問題があります。認知症であるということを知られたくない人もいるだろうと思います。そういう人は手帳の交付を拒否してしまい、必要な人には行き渡らないおそれがあるのではないかと。あるいは、認知症について正しく理解していないご家族から理解が得られない可能性もあるのではないかとという問題です。

その一方で、少なくとも手帳を使っていこうと思っている人には習慣づけてもらえれば、徐々に見ることが当たり前になっていくだろうという意見もございました。

まずはその普及啓発活動ですけれども、交付を拒否することもあるのではないかとこの点に関してはいかがでございますか。

【秋山委員】 例えば同じようなマークが入るとか。物忘れ外来に、顔の上にはなマークがついたような、シンボルマークみたいなのをつくっているところがありますよね。

【繁田部会長】 クエスチョンマークが目玉になっているものですか。

【秋山委員】 そうそう。突拍子もないアイデアを出すのはちょっといけないかもしれませんが、同じものをみんな持っているんだけど、ちょっとどこか違うから、そのときは注意して見ようというようなふうだとだめなんですかね。

【繁田部会長】 一つのご意見だと思います。

【西本委員】 シールを張っちゃう。

【秋山委員】 これはあなたの特別な手帳になるので、大事だからわかるように張っておきましょうというような。知られたくないとか、結局知らせるためにやっているんだけど、危険かもしれませんが、あなたのためにこれは特別ですよという意味合いでシールが張られるとか、そういう、本人をすごく区別する、区別しているか……。同じものを使っているんだけど、それとなく違いがわかるほうが、全く別のものを使うということではないほうがいいのではないかなと。そのためにはそういうやり方もあるのではないかなと思うんですけど。

【繁田部会長】 逆に、区別しないという手もあると思います。かかりつけの医療機関や利用しているサービスが書いてあり、これだけ濃厚なサービスを使っていると、見る人が見れば認知症とわかるかもしれないですけど、あえて書かないようにする。生活上の注意も、むせに注意、転ぶのに注意ということが書いてあっても、それも別に問題ないですし……という方法も一つあると思うんです。

あとは、書くとなれば認知症であることもわかる形で本人に選択させるのか、それとも、わからないならわからないままで、とにかく皆さんに使っていただくとするのかというのは、ここで議論して一定の結論を出したいと考えているところですけども。

【玉木委員】 このフォーマットを見ると、要するに生活機能に関するフォーマットがかなり書き込めるようになっていけば、認知症とあえて書く必要は、先生の言うとおりないかもしれないですね。あるいは、認知症の人の情報を書き込むというページがぺらっと1枚あるけど、別にそうじゃない人はそこは使わないみたいな形で、生活機能のこととかがしっかり書き込まれていくようなフォーマットにしていけば、高齢者の方々、どんなことでも活用できますので、そういう感じでみんなが持っているものを持っていると。よく使われていけばぼろぼろになっているからわかりやすいし、何か中身が濃そうだなというのもわかるので、内容じゃないですかね、ある程度動機づけできるような。せっかくあるものが使われていないとすれば、それはそれで活用する、区市町村にはぜひ活用してもらおうと。少なくとも福生市はこれをつくって、今年も配っているというか、上げているわけ

ですよ、何歳になった人に、やっているというのは確かなので。

【繁田部会長】 手帳を見た人が、これを持ってこられた人が、認知症なんだとか、認知症があるなしが区別できたほうがいいのかどうかということですが、ご本人が持つものなので、ご本人が見て、ご本人が書いてほしくないと思うことは書いていないほうがいいですし、書く必要もないと思います。もともとこういう手帳があったほうがいいと思ったのは、認知症の方だと、やはり十分に自分が使っているサービスが説明できないとか、医療機関に状況を十分に説明できないという部分があるので、そういう手帳があれば、見た人がその情報を活用できるのではないかとということです。

【秋山委員】 必ずシールを張れと言っているわけではないです。ただ、特別なものをつくるんだったら、一般のものを使って、ちょっとわかりやすくするような工夫が要るのではないかとということなんですけど。

【繁田部会長】 認知症の方でも、医療機関にかかるときに支障が少なくなるような情報が入っているということですよ。

一般の健康に関する手帳につけ加える、あるいは、可能であれば東京都からフォーマットを提案していただくということで、新たに認知症手帳を作る必要はないと思いますが、よろしいでしょうか。

【新井副部会長】 そこは、疑問の、まだ解決は私の中ではしていないんですけども、どのくらいこれを、実現性を持つようとしているのか、本当に提案だけなのか、どの程度実践しようとしているのかという、その辺の、この委員会としての、あとは東京都の意気込みにもよるんでしょうけれども。まずモデル地区を使ってやるとか、いろいろその辺の実際の方法論のところはどうなんですかね。

【繁田部会長】 予算の関係もあるので、それは方法によって異なると思います。例えば、各地域に既にフォーマットがあり、改訂版を出していらっしゃるところは、その改訂版にこういうフォーマットをつけ加えてくださいというのを東京都が提案するという……。

【新井副部会長】 これを改訂してやるというのは、結構、具体的な可能性としてはあるんですか。

【玉木委員】 少なくとも基本健康診査ってなくなりましたので、これはもう改訂しなければならないですよ、来年度以降もやるとしたら。これがどの程度、都が全体の予算を組まれているのかちょっとよくわかりませんし、どういうふうになっているかわからない、その辺がある程度わかれば、活用できるところは出てくるんじゃないかと思います。

【秋山委員】 これ、「(制作)財団法人長寿社会開発センター」ですよ。

【玉木委員】 フォーマットがでしよう、どういうふうに、これ……。

【秋山委員】 普通は何年版とか、いつ改正とかいう……。

【玉木委員】 福生市の人に聞いたら、都からお金をもらって使っているんですけどというような、買っているのか、使っているのかわからない。

【事務局】 健康手帳の現在の制度について簡単にご説明させていただきたいと思えます。玉木先生にご用意いただきました健康手帳に書いてありますとおり、もともと老人保健法にのっとって配られている制度でした。今年度から老人保健法はなくなってしましまして、健康増進法のほうに制度が引き継がれております。

今年度から制度が変わりますので、都の補助制度が具体的にどうなるかというのはこれからの話になるんですけれども、これまでどういうふうにやっているかということ、基本的に、国の要綱で、3分類ぐらいのこういう項目を書かないといけないというものが大まかに決まっているだけで、その3分類の中身をどういうふうにつくっていくかというのは区市町村の自由な判断にゆだねられています。ですので、この福生市で使っているような、財団がつくったフォーマットをそのまま生かされているところと、例えばバインダー形式にするなど、区市町村で使い勝手などを考えてつくり直しているところもあります。

国庫補助も入っております、国と都と区市町村で3分の1ずつの負担という形になっております。国庫補助も引き続き今年度も継続される予定でおりますので、制度の大まかなところとしては変わらない。費用は、最終的には3分の2が区市町村以外から補てんされますが、事業の実施主体、配る主体としては、区市町村がそのまま継続される予定でおりますので、そうしますと、東京都のほうから提案して、区市町村でそれに意義があるというふうに思っただけであれば採用していただくということも可能ではないかというふうに考えています。これまでの発行実績ですけれども、都内の区市町村で一冊も発行していないというところはありません。すべての区市町村がやっているということでした。

【繁田部会長】 そうしますと、新井委員からのご質問ですけれども、前回の会議で、こういった既存のものに挟み込む形でという意見もありました。その場合にはおそらく、提案ではなくて、物をつくらなければいけませんので、予算が生じて、モデル地域を設定することになるだろうと思えます。

その一方で、今、事務局から説明がありましたように、提案をしてフォーマットを変えていただくということであれば、それは全都でぜひやってくださいということで、この部

会から提案させていただくことになると思います。現実的には、全都でお願いするという方向だったら一番いいですね。

【事務局】　そうですね。お金がかからないというのもありがたいんですけども、前回の議論の中で、高齢者になると手帳がいっぱいあって、あれやこれやという管理も難しいのではないかというお話から、おくすり手帳と健康手帳の話が出たんだと思います。実際、福生市では非常に活用されているというお話でしたが、私どももあまりほかの地域ではびんと来ないところがありましたので、発行状況を見てみたところ、全区市町村で配っているということでした。そういうことであれば相乗りも考えられるかなと。健康手帳そのものの意義ももうちょっと強くプッシュしてもらおうということも考えてもいいのかなというふうに、その実績を見て思いました。

【繁田部会長】　そうしましたら、そのような形で提案させていただくということによるのでしょうか。

【新井副部会長】　ちょうど時期的にも改訂するという時期で、しかも国も絡んでいるということであれば、これを使うのは一番いいと思いますし、名前もちゃんとついているし、異論はありません。

【繁田部会長】　ありがとうございました。

そうしましたら、あとは、かかりつけ医の研修等でそれを使っていくということと、患者さんやご家族が持っていたら、ほかの病院に行くときにはそれを必ず見せるようにアドバイスしていくということも効果的ですね。

【新井副部会長】　ちょっと追加でいいですか。先ほどの連絡先の話もありましたけれども、紙媒体だけというのと、将来はIT化の中で、いかにデータとして、紙、これをなくしてもどこかで残っているという、やっぱりコンピューター化も考えて対策をとった方がいいんじゃないかと思うんですね。これをなくしたら終わりですからね。そうすると、今の議論は、中等度に進んだ人の段階の特にあれですよ、この手帳を使おう……。

【繁田部会長】　中等度から発している、ただし対象になるのは……。

【新井副部会長】　もちろんそうだけど、一番紹介したり、かかったりして、中等度あたりからだ、家族が使ったり、ケアマネさんが使ったりする段階ですよ。初期のときはもちろん自分で使いますけど。そうすると、大体なくしたりということもあったりして。何を言いたいかというと、東京都もこういったものに一つ絡んだらいいんじゃないかなと思っているのがあって、それはもちろん本人の意思、それから家族の意思があつてのこと

ですけれども、登録できるようなとか、何とかバンクというのがあるじゃないですか、この人については、何かあったときにはここに連絡してほしいと、先ほどの必須のあれもありましたけれども、そういうのを元気なときに家族なりケアマネさんが一緒になって、どこか、東京都が、あるデータベースに入れておくとか何かあれば、緊急のときに手帳がなくても、そちらにアクセスしてそういう情報を得られるとか、少しIT化のあれも、単に紙ベースだけじゃなくて何か案があったらいいんじゃないかと。具体的にちょっとよくわからないですけれども、その辺も提案しておくのがいいんじゃないかなと、今後の将来に向けては。

【繁田部会長】 今の段階では、この手帳で書くという手作業ですね、マニュアルの作業なので、どこかでそれをデータとして残すのであれば、電子媒体に変えるシステムが必要になってきます。多分、簡単には、すぐというわけにはいきませんが、それも課題としてつけ加えておきますか。

【新井副部会長】 これを全部電子媒体にするということではなくて、さっき言ったような必須の情報とか何かを、本当の最小限の情報だけをどこかのバンクに入れておくと、そうすると、ケアマネなり主治医なりがアクセスしたときに情報をもらえると。それを前もって元気なときに本人からお受けしておくというようなプロセスを経れば個人情報は大丈夫なんじゃないかなと思うので、そういう望ましい電子媒体を使ったプランとしてというのを加えておいてもらえればいいんじゃないかと。

【玉木委員】 ちょっと正確に覚えていないんですけど、今年、既に保険証のICカード化がモデル事業で始まっていて、たしか厚労省が、その使用に関するアンケートだとかそういうのを具体的にもうやっていますので、それが全国に受け入れられるかどうかは別として、そういうICカード等の普及に合わせて、こういう情報をぜひそこに入れるようにというような書き方をしておいたらどうですか。自分たちでICカードをつくってやろうとかいうとまた大変なことになってしまうので、そういうものが実用化される方向にあるだろうから、こういう認知症に関する緊急情報も入るようにしたらどうかというような書き方をしておけば、とりあえずは入れられると思うんですけど。

【繁田部会長】 おそらく新井委員がおっしゃったのは、ICカードですと、媒体が紙から物に変わっただけで、なくしてしまうという意味なんじゃないですか。

【玉木委員】 データベースに入れると。

【繁田部会長】 おそらく、名前と生年月日でアクセスすると、ということなので、そ

ういうことですね。

【新井副部長】 そうです。

【秋山委員】 うちの立場は民間の事業所なので見れないんですけど、区をまたいで公開できないんでしょうけど、区の包括と区役所で介護保険情報は閲覧しているわけですね。そこにはかかりつけ医意見書、それから、調査員の調査票で、認知症高齢者の自立度までみんな公表されて画面に出ている、私たちがちょっと問い合わせ、相談が入ったんだけど、介護保険、何だかよくわかんないんだけど、でも、私たちは見れない、うちの立場は見れないけど、そちらはわかりますよねと言うと、わーっと画面で見ているわけですよ。だから、情報は、変な話、公開されて、そこにあるんだけど、その情報は医療機関にかかったときはもちろん利用できないわけで、逆に、問い合わせたら、そこにいる包括は、自分のエリアの人たちは把握をしている、介護保険を申請しているか、申請をして非該当になっても特定高齢者として一応把握されているので、その辺……。介護度が出ていなくても、介護保険のナンバーと住所と生年月日でもう見れているので、実はあるんです。

【新井副部長】 それじゃなくて、先ほど言ったように、必要な連絡先の4人とか5人とかのがあったでしょう。あれがないんじゃないかという議論をしている。

【秋山委員】 変な話、先生のイメージって、患者登録の感じですよ、患者登録のデータベースみたいですよ。

【新井副部長】 いや、全然違う。先ほどの、電話の下に置いておくという最小限のあれがとても重要だというような、そういうところが、この紙媒体だけだとなくなっちゃうんじゃないかという話を……。

【村松委員】 なくなる可能性はあるんですけども、ゼロではないんですけども、かなり進行した方でも、電話機の下を見てと言うと、ほぼ、かなり進行した人でもその下には確実にあるという話は聞いているんですね。だから、結構動かさない、電話機ってあまり動かさない。

【新井副部長】 そういう話じゃなくて、なくなるとかどうかわなくて、やっぱりきちっとシステムとして、今じゃなくて、10年、20年後の電子媒体を使ったシステムを、やはりこの委員会としては提案しておいたほうが将来的なプランとしてはいいのではないかと、紙媒体だけではなくてという話です。

【繁田部長】 持ち歩くと紛失する危険もありますので、データベース化について提

案をさせていただくということにしたいと思います。ありがとうございました。

手帳の内容をとということですね。

【新井副部長】 そうですね。その必須の情報をバンクの形でということですか。

【繁田部長】 ありがとうございました。

それでは、手帳についてはこのくらいにさせていただいて、次に進めたいと思います。

4、周辺症状の緊急時の対応というところでございます。ここも幾つか課題がございました。4番、入院時、5番、退院時というところですね。入院時に関しては、周辺症状があつて入院させようと思つても病床が空いておらずなかなか入院できない、あるいは、精神科の病院ではご家族にとつても抵抗を感じ迷っている間に悪くなってしまうこと。その一方で、精神科の病院では、さまざまな身体的治療がなされている場合だと対応し切れないという懸念がある。

一方、退院時に関しましては、ご家族の知識が必ずしも十分ではないということで、一旦治療が終わつて症状が落ちついていても、やっぱり心配だということでなかなかご家族が受け入れられないということがあつたり、一旦疲弊しきつてしまうと、よくなつてもなかなか自宅で受け入れられない状況があるということです。

これらが課題でございますが、これらをうまく解決できるようないい案というのはなかなか出るものではないです。やはり何よりも早目の対応をし、緊急時に至るケースを少しでも減らしていくことが大切だろうということで、(3)かかりつけ医と専門医による連携方式というところですね。早目の対応をすることで、緊急時に至つても在宅生活を継続することができる。むしろ早目の対応を心がけることで、緊急時に至ることが減るという意味です。

それから、5番、専門医療機関に求められる機能としましては、これは各論になりますけれども、どの症状に対して治療の目標を設定するのか、その治療を行うときにどんなメリットがあり、どんなデメリット、副作用があるのかという説明が必ずしも十分ではないので、専門医療機関にはそういった説明にも時間を割いていただくことを提案しようということですね。

それから、5、関係者の役割分担の(1)本人及び家族のところですね。家族にとつてみますと、物忘れというのは気がつくんですけれども、気分の変化となると、認知症のためにご本人が追い込まれてそういうことが起こっているということと関係づけて理解することができない。そのため、精神面での症状に関して、かかりつけ医や専門医療機関への相

談が遅れるということがあるので、それについても家族は相談をする。むしろ、物忘れがまた悪くなりましたということを相談するよりは、最近は気分が落ちついていますが、少し最近いらいらして心配ですということ相談することが重要であり、そのような啓発活動が必要だろうと。このように早目に周辺症状の火を消すということが現実的な対応ではないかということで、委員の皆さんの意見を整理させていただきましたが、いかがでしょうか。

ご本人やご家族にどうやってこのことを知っていただくかですが、例えば、折に触れてこういうことを家族会の中心的な役割や指導的立場にある方から家族会の方にアドバイスしてもらえるといいなと思います。治療のお薬をもらったら、あとはもう家族で対応しなければいけないと思込んでいらっしゃるご家族がいるかもしれないので、こういうことこそ相談してくださいということを知っていただくことは重要だと思います。

どうぞ。

【秋山委員】 村松さんにちょっと助け船を出していただきながら。私は、本当に排便が十分にうまく、排泄のところがうまく……、尿失禁は、隠しちゃったどうのこうので、結局それで尿路感染を起こしたりすることもありましたんですけど、便のほうで結構、重篤になるまで、腸閉塞寸前みたいなところまで実は便秘だった、それで落ちつかないいろんな症状が出るというのって結構経験があって、それって聞いてもわからないじゃないですか。

もちろん本人は覚えていないし、何か家族も、あまりそこに触れるとまた怒るからわからないとか、すごいそういうのがあって、でも、実を言うと救急で運ばれたら、おなかをレントゲン撮ったらすごい状態だったとか、そういうのってあるんですよ。だから、その気分もだけど、基本的な排泄の習慣とか、それから入浴を嫌がり出した時期というの、それって認知症が進むすごいバロメーターみたいなので、本当にそういう基本的な生活の、特にその辺って関係ありませんか。関係ありません？ と村松さんに聞いてもあれなんですけど。

それをこの家族の生活上の失敗というのではなくて、観察してもらっている事項としてはすごい大事な情報になってきて、私たち、救急で入院したというか、搬送された後で看護のサマリーを持っていくときに、やっぱりそこらをかなり強調して病院に申し送らないと、向こうは、そこはあまり注目されないみたいなのがあるんですね。その辺、どうですか。

【西本委員】 家族も、排泄って意外と把握していませんよね。

【村松委員】 注意事項としては、うちの会に限って、ほかの会でもきっとやっていると思うんですけども、排便、排泄に関しては、後でもいいし、トイレを見てその跡があるかないかということでチェックしていきましょうということは話をしています。だから先ほど言われたように、お医者さんにもきちっと自分の不安に思っていること、日常の変化のことを言いましょう、伝えましょうということは絶えず言っていますけれども、全体の介護者の会がそれをしているかと言われたら、ちょっと私もよくわからないんです。

ただ、排泄に関しては、家族が入りにくいのも確かにあるんです。それは、中期から後期になっていけば大体かかわっていくので見えてくるんですけども、初期から中期までの間というのがやっぱり感じとしては結構難しいものがあるかなと。家族もなかなか入りにくいところではあるんですね。結構チャレンジしていかなきゃならない。疲弊していくところがそこに一番かかわってくるかなというふうに思います。

【繁田部会長】 今の秋山委員のお話は、一回一回、トイレがあったかなかったかをチェックするというのではなく、例えば便秘とか、そういうこともご本人が自分で管理できなくなっているの、家族のほうに対して気を配っているだけで随分と回避はできるのではないかということだと思います。何が原因だか分からないが、ここ1週間近く徘徊が続いている。そう言えば、この1週間、トイレで大きいほう行っていないらしい。それなら浣腸してみようかということで、症状がすっきりきれいによくなったりすることもあります。ですから、ご家族が、症状や生活上の失敗だけではなくて、他にも注意すべきポイントをいくつか具体的に挙げられるといいですね。

お願いします。

【新井副部会長】 そのとおりだと思います。周辺症状といっても、身体的な問題等々で増悪している部分があるんじゃないかということですよ。いつも外来で僕が聞くのは3つ、食欲と睡眠と排便ですけど、この3つは一番、まずチェックしておくことじゃないかなと思います。

【繁田部会長】 一番その中で抜けやすいのはやっぱり排泄かもしれないですね。

【新井副部会長】 そうですね、一番……。

【繁田部会長】 夜寝られないでがさがさしていると家族は心配になりますし、ご飯も目の前で一緒に食事をするので気がつきやすいと思います。トイレも進行した段階では、介護者による後始末が必要になるので気がつきますが、中期の排泄は見落としがちですね。

【秋山委員】 私がなぜにここで言ったかという、それが身体症状にあらわれて救急の対応が要るときに、結構それが情報として漏れて、何か下剤を飲んでいる、そのお薬でも推察はつくけれども、どうなっているのかわからない。行った先でいろいろとどうなっていますかと聞かれてももう一つ、そういう家族情報も要るしみたいなところなので、この気分の変化の前に、排泄とか食欲、睡眠、新井先生がおっしゃったのと、排便というかそこも含めて本人の気分の変化というふうに、やっぱりそこは落としちゃいけない、身体症状との医療との関係なので、すごく大事なことではないかと、認知症の人の行動と身体状況とを絡んで考えるのに要るんじゃないかなと思って、ちょっとこだわって発言をしています。

【繁田部会長】 特にご異論がなければ、後々の家族の負担を増やさないために気をつけていただくということで、睡眠、排泄、食事の3点と気分の変化に関して早めに相談をするということをごにここに加えたいと思います。ありがとうございました。

続きまして、5番の介護者の一時的な不在や限界を超えてしまった緊急時の対応に関しては、親会議で議論していただくということで、ここでは特に時間をとって取り上げることはしません。

6番と7番、身体合併症の緊急時を避けるためには、と、周辺症状の緊急時を避けるためには、に関しては、早目に火を消そうという視点からどのような対応をすればよいのか、今までいただいた議論をそのままここに落とし込もうと思います。ですから、関係者の役割分担というところで、本人・家族のところに、「日ごろから、本人の様子に」と書いてありますけれども、ここは睡眠、排泄、食事、それから、気分についても随時相談をすることとなります。

それから、周辺症状に関しても同様です。同じように、食事や睡眠など、ここにも繰り返して書くことにします。それが順調にいくことで、どれだけたくさんの方が周辺症状に至らずに済むかというのを、私も、秋山さんほどではありませんが、経験がありますので。

それでは、大体意見の一致が見られたと思いますので、先ほどご意見をいただきました共通フォーマットと健康手帳の件に関して具体的にご意見をいただきたいと思います。紹介状に関してはお気づきの点をご意見をいただいて、今、サポート医のフォローアップ研修をやっていきますので、そちらで最終的に詰めさせていただきたいと思います。

参考資料1、共通フォーマット(案)をご覧ください。先ほどもこのページを少しご紹介しましたけれども、このような様式を考えています。必要最小限ですけれども、かかり

つけ医から専門医に対しては、生活上の困難や、ご家族が対応で困っていることという欄を設けて、専門医が治療あるいは対応するときに、生活上の困難な点などをより重視して対応していただくということから、こういった項目を加えました。あとは基本的な情報です。

専門医からかかりつけ医という逆紹介型の場合には、どんな説明をしたのかということを入れました。告知の有無とか大げさな表現にしてしまうよりはこちらのほうがいいかなと思いました。ご意見があればいただいて、サポート医フォローアップ研修のほうで結めたいと思います。

【新井副部長】 1ついいですか。

【繁田部長】 お願いします。

【新井副部長】 今の医療制度の中で、紹介状の加算が取れますね。それにこれが合致して使えるような形ですね。その確認だけです。

【玉木委員】 内容、これを満たしていれば、要するにこの表題に診療情報提供書（認知症の方のために）とかいうのをつけてもいいと思いますし、これはちゃんと算定できる要件を満たしていると思います。

【繁田部長】 ありがとうございました。

私も算定ということで想定しておりました。

【新井副部長】 それでちょっと1ついいですか。それを満たす必要があるので、そうすると、こちらに、先ほど両方入れて使えるのがないかみたいな議論があった、手帳の中に織り込んでというのは現実的には難しくなる、これが独立しないといけないから、この手帳の中に織り込むというプランは難しいということになるかな。

【繁田部長】 診療情報の写しがそちらに行くということですか。

【新井副部長】 そうそう。先ほど、この紹介状は別にしないで、手帳の中に書き込んで紹介するという案もあるという議論があったじゃないですか。そういう意味じゃない？

【繁田部長】 失礼しました。説明が不足していたと思います。紹介する側・される側の医療機関の間の情報を、ケアスタッフの方も共有できるといいのではないかな。ただ、個人情報があるので、紹介状形式は難しいかもしれない。それならご議論いただいた健康手帳での情報提供にしよう。医療機関から紹介するときに、健康手帳にも書いておき、ヘルパーさんにはちょっとこれに気をつけてもらおう、ということです。そうすると

個人情報管理の問題もクリアできますし、算定の問題にも触れないので、いいのではないかとことです。

よろしゅうございますか。またお気づきの点がございましたら、ぜひご意見をいただければと思います。

それでは、健康手帳に移ります。既にご意見をいただいているので、初めからではなく、今までいただいたご意見を踏まえ、認知症の方が受診したときでも困らないような内容を今度の改訂に合わせて部会から提案し、東京都から各地域に提案させていただくというところでいかがでしょうか。

どうぞお願いします。

【西本委員】 健康手帳、今、内容をばらばらと見せていただいたんですが、これはほとんど医療情報なんですよ。介護保険のほうのサービス内容だとかが入っているところが見られないので、もし改訂されるのであれば、その辺も少し、サービス事業者も書き込めるような内容にさせていただけたほうがありがたいかなと思うんですけど、そういうのってやっぱりおかしいでしょうか。

【繁田部会長】 先ほどの情報の中に、利用しているサービスのところ、ケアマネジャー等の情報は必須だということになりましたので、提案させていただく中にはそれを含めるということによろしいのではないかと思います。

【玉木委員】 その根拠法令が健康増進法であると、メタボだ何だという話になっちゃうんですね。だから、国が示すだろう大項目も満たしながら、その他みたいなところで、後期高齢者の方の生活機能についても少し書き込めるとか、そういう意味でやるのか、その辺を都のほうのやっぱりお考えも入れないとなかなかつくり込みにくいかなと思うんですけど、どうでしょうか。

【事務局】 先ほどご説明しましたとおり、今年度から制度改正で、その詳細な要綱がまだ示されていないところです。国庫が入っていますので、都の考え、区市町村の考えのほかにも国の考えもどうしても必要になってくる部分があります。

健康手帳の様式ですとか内容についてどのように定められているかという、「健康手帳には、次の事項に係るページを設けることとする」というふうになっていまして、それが必須です。1個が特定健診・保健指導の記録、もう1個が健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導及び健康増進法に基づく健康増進事業の記録、その次が生活習慣病の予防及び健康の保持のための知識、最後に、「医療に関する記録等必要と認められる事項」とあります。

必要というふうに認められれば、ここに入れてもらうことも可能ではないかと思います。

【玉木委員】 それでいきましょう、「その他の事項」がいいか。

【秋山委員】 この「おぼえ」の一番後ろに介護保険の被保証ナンバーは一応入れていきますよね。

【玉木委員】 書いてありますね。

【秋山委員】 だから、全く無視されているわけじゃなくて、被保証は、一応番号は入れるようになっていて、その使っているサービスとか、介護度とかを入れても別にいいんじゃないかと思ったんですけど。

【繁田部会長】 この健康手帳の目的は健康増進のためのということですね。認知症に対してということではなく、認知症があったとしても健康増進のためにいろいろなサービスや情報を自分で管理できるようにという考え方であれば、すべての情報は可能だと思います。認知症の人でも使えるようにそういう情報を入れるということにしたらいいのではないかと思います。

【新井副部会長】 項目として言うのであれば、服薬中の薬とかはもちろん書くところがあるんでしょうけれども、禁忌薬とか、何かアレルギーとかも、これだけは医療上絶対に見逃してほしくないというところはきちっとどこかにつくったほうがいいんじゃないでしょうか。

【秋山委員】 それはこっちにはあります、おくすり手帳。だから分けなくて一緒にいくかという。

【村松委員】 1個になるといい.....。

【繁田部会長】 一緒のほうがいいですよ。この薬を飲んだときにこんなことがあったということを手帳に書いておいてもらえると、気をつけるのは何かということがすぐに分かります。それができれば一番初めか、一番終わりか、目立つところがいいですよ。

【新井副部会長】 そうですね。あと、やっぱり合併症というのもちきちっと出ていたほうがいいですね。

【繁田部会長】 治療中の身体の病気ですね。それはおくすり手帳でいくのか、こちらでいくのかとなりますね。おくすり手帳を見ると、飲んでいる薬で治療中のものがわかりますけれども、1冊にまとまったほうがいいですね。

【玉木委員】 これは、薬剤管理料を取るための一つの必須ツールなので、薬剤師さんたちは、これに飲んでいる薬を書くか張り込まなければならないから普及しているという

があるので、そこに、これは薬剤師会がつくっているみたいだから、基本情報としてこっちの基本フォーマットと同じような情報を入れてもらうようお願いするか、あるいはシールみたいなのを配って、ぺたっと張ってもらうかというような次のステップが必要で、これを一緒にするというのはなかなか難しいだろうと思いますね。

【繁田部会長】 そうすると、健康手帳にさまざまな情報を盛り込むことを提案する方向で議論していますが、治療中の病気のための薬に関して健康手帳に記載するかどうかですが、やっぱり二度手間になるとなかなか難しいので、それについては記入者の裁量にお任せしましょう。

【新井副部会長】 そうですね。薬の内容はおくすり手帳でもいいと思うんですが、やっぱり禁忌薬とか、そのポイントだけ。

【繁田部会長】 そうですね。それでは、ぜひ東京都から、一番初めか、一番終わりが見やすいので、ぜひそこを提案していただきましょう。そのほか、いかがでございましょう。よろしゅうございますか。

【秋山委員】 先ほどの共通フォーマット（案）のところも、身体疾患の治療状況というのが、どちらかというところになる合併症というか、ベースになる疾病があって認知症が出ている場合というのは、それが糖尿病だとか、そういうのがはっきり入るような格好でないとまずいかなと思ったんですけどね。これって、それを意味しているわけですよね。

【繁田部会長】 関連性ということですか。

【秋山委員】 ええ。

【繁田部会長】 精神面で不安定になったときに、体の病気かどうか、まず診ていただいて、対応したけれどもやはりまだ不安定だというときに実際に紹介されることが多いと思うんですね。例えば糖尿病と高血圧があるけれども、それについてはお薬を飲んで安定している。けれども精神面で不安定なので、それに関する治療をしてほしい、と書いていただくことが私のイメージとしてあります。おそらく最終的には、秋山委員と意図しているところは同じだと思うんですけども、私のイメージはまず対応してください、まず疑ってくださいという、その確認みたいなことですね。

もう少し具体的に、症状との時間的な関係があれば、それについて記載するということですか。あまり煩雑にはしたくないんですけどね。

【秋山委員】 その辺は玉木先生、こういうフォーマットが出たときに、やっぱりフォ

ローアップでもないですけど、お医者様たちに、こういうのが出るんだけど、書き方はこうですみたいな感じの……。

【玉木委員】 これね、要するに書き方マニュアルを一緒にくっつけばいいわけですよ。

【繁田部会長】 使う前にこれを見てもらって、使い勝手はどうか、それぞれのスペースのバランスも含めてご意見をお聞きすることはできますよね。

【玉木委員】 例えば認知症サポート医の研修のときにフォーマットを提案して、これはどうかというようなことを聞くということも可能でしょうし、今、対応力向上研修をやっていますから、その中でアンケートをとったりというようなことは可能だと思います。基本的にはこういうのでいいと思うんですね。問題はここに何を書くかということ、診療情報提供書って例えば医師会へ行って買ってくるんですよ。二重カーボンになっている冊子、ぺらぺらというのを買ってきて使ったり、あるいは、例えば地域の中核病院がどうぞとって郵便で送ってくる場合もあるし、いろんなのがあるんですけど、国の言う様式を満たしていればいいので、どういうふうにそれを今度配るかという問題はあろうかと思うんですが、そのときに、例えばそれをびりっと破る表紙のところには書き方の要点が書いてあるとか、こういう情報をぜひ盛り込んでくださいみたいなのをくっつけて冊子にしてやるとかいうと、すーっといくと思いますね。

【繁田部会長】 できるだけ簡単にしたかったので、項目も、説明とかは入れていません。ですけど、もしかしたら意図したところと違うかもしれないので、できれば赤や青で記載例があって、それがサンプルとしていつも見れるといいですね。

【玉木委員】 何か表紙にちゃんと1個、書き方マニュアルじゃなくて、こういう情報を書いてくださいみたいなのがくっついてもいいんじゃないですか。

【秋山委員】 参考例みたいな。

【玉木委員】 割り方はこれで、先生おっしゃるように、簡単なほうが逆に言うといいんだと思います。それに何を書けるかのほうが基本的には問題なわけですから。そういうのは、例えば医師会のほうでつくってみてもいいと思います。

【新井副部会長】 基本的に私も賛成です。できたら、今、秋山さんもそう言いたいのかもしれません、僕は、書く立場からすると、チェックがもうちょっとできて、あり・なし、治療安定・不安定とか、何か介護保険の様式みたいにもうちょっとできれば、あとスペースがあればいいかなと思ったりしているんですけど。今、部会長が言ったようなのを

もうちょっと何かできないですかね。身体疾患あり・なし、安定・不安定とか何か……。書く立場からすると、なるべく省力化を提案したいです。

【繁田部会長】 身体疾患あり・なしで、ありの場合には、括弧して具体的に何かという。

【新井副部会長】 治療安定とか、不安定とか、何かとか……。検討はお任せします。

【繁田部会長】 1つご意見として、サポート医フォローアップ研修のほうでも検討していただきましょう。

まだまだご意見があるかと思えますけれども、おおよそのところで一致してきたと思いますので、ここで中等度に関しては一区切りをつけさせていただきます。まとめて修正したものを次回のこの部会でお配りしたいと思います。ありがとうございます。

もう一点、今日の議論で大事なことがございまして、高度・終末期に関する議論を始めたいと思います。本格的には次回行うこととなりますが、その資料作成と議論の仕方を決めるに当たって、お諮りしたいことがございます。資料2をごらんください。一番右側の案(1)、案(2)です。

どうしてこのような形でまず議論のやり方に関してご意見をいただくかといいますと、真ん中に、今まで指摘されたさまざまな問題が挙げてあります。例えばご本人・家族の状態に関する問題、それから、在宅にいらっしゃる方にかかわる問題、一方で、施設に入っている方が抱える問題ということで、これをどうするかということです。まずは案(1)として考えましたのは、どこでその方が生活をしていらっしゃるのか、生活をしている場ごとに検討するということです。在宅、それからグループホーム、有料老人ホーム。おそらく在宅とグループホーム、有料老人ホームは、医療職が常駐しているとは限らないという点で、かなり近いと思います。それから、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、病院と、3つないしは4つに生活の場を分けて議論するのが1つの方法だと思いました。

ただ、その一方で、高度・終末期になりますと、大きな周辺症状や身体症状の問題がなく、そのほかの終末期、ターミナルの方とかなり似たような問題が多いのであれば、あえて認知症で在宅、認知症でグループホームという議論をせずに、高度・終末期の認知症の方に起こりやすい問題ということで、特に分けずに幾つか課題を挙げていただき、それに関して議論するのもいいのではないかと。もっと極端に言いますと、通常のターミナル、あるいは終末期と認知症で違うのかどうか、その違いを幾つか挙げられれば、その違いに

ついて議論するのが一番合理的なのかなということに至った次第でございます。

【玉木委員】 意見を言っていていいですか。

【繁田部会長】 どうぞ。お願いします。

【玉木委員】 安藤先生の発言の時間をちょっと残していただきながら。僕は案(2)でいいんじゃないかなと思いますけど。例えばぱっと、リビングウイルの問題だとか、そういうのが通常の終末期の方との違いや、取り組んでおかなければいけない課題というのを明示しておけばよろしいのではないかなと思うんですけど、それは秋山さんの考えに従いたいと思います。

【繁田部会長】 秋山委員に限らず、ほかの委員も発言をどうぞ。

【秋山委員】 先ほども何度か出てきているんですけど、1と3、4なんですけど、この2のところがすごく今、悩ましい状況ですし、在宅に近い多様な居住の場というのがやっぱり拡大してきていて、それをどうこうするかというよりも、やっぱり高齢者のターミナルをどう考えるかというところに尽きるのではないかと私も思うので、案(2)のほうがいいのではないかなと思います。

【繁田部会長】 それでは、まずそれで整理をして議論を進めさせていただくということで、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、残りの時間で、安藤先生から御発言をいただきたいと思いますが、少しだけ前置きをさせていただきます。いわゆる救急時、緊急時の対応として、療養病床に期待してもいいのではないかという意見がありました。安藤委員ご自身からも、すべてではないけれども、それが可能な医療機関もあるだろうと。先ほどの議論では、自宅で見ているにはちょっと心配だが、救急病院にすぐ入って、濃厚な治療を受けるほどでもない、そういう人を療養病床が協力していただいて、医学的管理をしつつ経過を観察するということがあると、ご本人にとっても、ご家族にとっても、かかりつけ医にとってもいいのではないかと。

その一方で、逆に、グループホームや有料老人ホームなどの施設に医療がもっと入れれば、生活の場に近い形で身体管理もできるのではないかという意見もありました。これは今の制度では難しいので、将来の課題ということで、ただ、それは望ましい将来の方向としてあるだろうという提案はさせていただくことになりました。

ですので、安藤委員にお聞きしたいのは、療養病床に関していかがでしょうかということでございます。

【安藤委員】 わかりました。どうも遅参して申しわけございませんでした。先程まで東京都医師会で救急委員会をやっておりまして、そこでも、救急患者さんで認知症を持っている方をどうするんだ、あるいは、精神障害を持っていらっしゃる方をどうするんだということで、今日、2時間の予定が3時間以上盛り上がってしまっていて、同じことをいろんな角度から考えられているのかな、悩まれているのかと思いました。

療養病床なんですけれども、介護保険の療養病床は平成23年度末で廃止ということで、残る療養病床は医療保険の療養病床があるんですけれども、そのマンパワーを見ている、看護師さん20対1、ヘルパーさん20対1で、合わせて10対1ということで、急性期病院のオーソドックスな病棟とマンパワー的にはあまり変わらないと。要するに療養病床というのは、総人数的にはマンパワーは変わらないんですけれども、看護よりも、見守りの部分が必要だということでそういうふうな人員配置になっていると思います。全国の療養病床の協会でも、今後、認知症の方の受け入れ、あるいは、救急病院に行かなくても済むような、ちょっと具合の悪い方の受け入れということは使命として、存在価値としてやっていく必要があるんじゃないかというふうに訴えておりますので、ちょうどいい、まさに合致しているのではないかと考えています。

あとは、老人保健施設のほうも、玉木先生が相当かかわっていらっしゃいますけれども、同じようなコンセプトで今いろいろと対応もされているので、さらに医療必要度の重さ、軽さでもって2つの施設を使い分けるという方法もあるのかなと考えております。

あと、先ほど先生がおっしゃった、介護施設、特養とか老健とか、あるいは有料老人ホームなんかには医療チームが行って対応するという考えもあると思います。

【繁田部会長】 秋山さん、グループホームなどへの訪問診療ということですよ。

【秋山委員】 訪問看護が入れないんです、がん以外は。グループホームというのは、それだけで全部介護報酬がそこについていますので、往診はオーケーなんですけど、特別に契約して毎月幾ら幾らという、契約のもとで定期的に訪問する、そういう仕組みは認められてはいますが、実際は進んでいないので入れないんですよ。入れないというか、向こうがオファーがない限り入れないので。

【繁田部会長】 将来的には、自宅にいて具合が悪い方を、施設に短期で入所させて、そこで訪問診療するということがあり得るのか。

【安藤委員】 あったほうがいいでしょうね。違う例ですけど、フランスなんかでは、緩和ケアの病棟だけじゃなくて、緩和ケアをやるモバイルチームというのがあって、医師

と看護師さんとか、そのチームが他の病棟に行って、そのノウハウを提供して、また帰ってくるようなことをやっているんですって。だから、そういうふうなことを応用して、モバイルチームを東京都さんのほうでシステムをつくって……。

【秋山委員】 がんだと行けるんですよ。でも、がんでなければ行けないので、そこが今のところなかなか難しいところですね。なので、変な話、中等度の方が緊急で受診して、それで一応診断がついて方向がわかったんだけど、ここで、うちでは入院というのはちょっと無理で、でも、家に帰してもこれはちょっとまだ安定しないから、そこで療養病床という考え方があるんだけど、それを認知症の方の生活介護に非常になれたグループホームなどがショートステイ的にやって、そこに医療が入り込む形というのはないかという話を先ほどちょっとしたんですね。

そういう地域の中にある資源を有効的に活用して、そこからまた在宅に戻ってくるとか、そこで少し考える期間があるので次のところを考えるとかというのが、途中のというか、本当にそれが使えれば私たちもそこへ行けるけれども、今は行けないので、結局、病院にお願いせざるを得なかったりして病院も困っているという状況だから、そういうところがうまく組み合わさっていけないかなというふうに先ほどちょっと申し上げたんです。

【繁田部会長】 今すぐに実現というのは制度的に困難であるということを加えた上で、生活に近い場で医療の管理を受けられることが非常に望ましい、ということはこの部会から提案させていただきましょうということです。

【安藤委員】 療養病床から訪診に行くということですね。

【繁田部会長】 医療機関は、必ずしも療養病床に限らなくてもいいですけども。

【安藤委員】 それはぜひ、今それは大きな問題になっていて、国の方針だと、在宅療養支援診療所から、在宅とか有料老人ホームには、往診、訪問診療をしていこうということなんですけれども、在宅療養支援診療所だけではやはりなかなか数的にも少ないし、なかなか高齢の方も多いので、今後は在宅療養支援中小病院みたいなのが頑張っていく必要があるんじゃないかということは、非常に中医協の中でも議論されているし、ですから、あと、皆さんが後ろから押していただければ、やがて、国のほうも、もし在宅がそれで進まなければ、中小病院とか療養病床にやらせようという考えも少しはあると思うので、ぜひ提言をしていただければありがたいんじゃないですかね。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

最後にもう一点だけ。療養病床で受け入れていただくときに、どこにお願いするかとい

うので、当番のような形で協力していただく病床があらかじめわかっている、というのは可能でしょうか、あり得る方法でしょうか。

【安藤委員】 療養病床の場合は満床のところが多いというようなことで、それだと役に立たないじゃないか。そうであれば、救急病院のように幾つかのグループを組んで、そこでベッド状況を把握しながら、何かそういう患者さんがいたらお引き受けしようということは可能だと思います。

というのは、これも明日、その件で杏林大学の救急の教授の島崎先生に会いに行くんですけども、今、全国の療養病床の会でどういうことをやっているかということ、これは急性期との関連ですけど、救急病院さんと密な連携をとっていこうと、そのためには全国各地域を分けて、救急病院さんと療養病床さんのマッチングをしていこうと、マッチングマップをつくっていこうということ在全国的にやり始めようということなので、絶対にその議論の中には輪番制の問題も入ってくるでしょうし、その中に認知症というものは避けて通れないものですから、救急病院さんで療養病床に送りたいのは、やっぱり合併症、認知症とかそういうような精神合併症、精神はちょっと療養病床では無理かもしれませんが、認知症ですよ、そういう方が一番のメインになりますので。ですから、そういう意味では非常にこの議論もいい時期じゃないですかね。ちょうどマッチしています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

課題についてはご意見をいただいて、整理できたと思いますので、マイクを事務局にお返ししたいと思います。

【坂本幹事】 長時間にわたります議論、ありがとうございます。

時間が大分押しておりますが、事務局のほうから1点だけ報告させていただきたいと思っております。去る9月17日に認知症のシンポジウム、「認知症と向き合う『認知症の告知』を中心に」という題でございますが、開催いたしました。繁田部会長に、基調講演としまして、認知症の基本的な説明の後、告知を受ける立場から寄せられることが想定されるさまざまな思いへの回答という形で、告知とは何なのか、また、告知をめぐる現状についてわかりやすく説明していただきました。また、その後に行われましたパネルディスカッションの中では、繁田部会長をコーディネーターに、認知症の方のご家族ですとか、医師、法律家、介護事業者、家族会を支援するNPOの代表者など、さまざまな関係者をパネリストとして迎えまして、認知症の告知のあり方、ご本人やご家族に対する支援のあり方を中心に意見交換を行いました。当日は300名以上の方が参加されまして、非常に盛況でご

ございました。

ここから先は事務的な連絡をさせていただきます。本日お配りしました資料の取り扱いでございますが、冒頭申し上げました席上配布のもの以外はすべて公開とさせていただきます。ただ、席上配布1の中の「これまでの議論のまとめ」につきましては、本日の議論、いろいろご意見等をいただきました。その議論を踏まえまして、必要な修正を行った上で公開としたいと思いますが、よろしいでしょうか。

特に異論等もないようですので、席上配布1につきましては、修正作業が終了次第、公開とさせていただきます。また、本日の議事録につきましても、前回と同様、委員の皆様
に事前にご確認をいただいた上で公開とさせていただきたいと考えております。

次に、次回の日程でございます。次回の会議、9回目を迎えますが、来年1月中旬から下旬ということで予定しております。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、受け付け時に提出されていない方は、できればお帰りの際に事務局のほうにお渡しいただくか、後ほどファクス等でお送りいただければと考えております。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ので、次回もよろしくお願いいたします。

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

【繁田部会長】 お疲れさまでした。ありがとうございました。

了