

平成 25 年度第 1 回練馬区在宅療養推進協議会認知症専門部会会議要録

- 1 日時 平成 25 年 7 月 10 日（水） 午後 7 時～9 時
- 2 場所 練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
- 3 出席者 <委員>
古田委員、辻委員、田邊委員、上原委員、鶴浦委員、湯井委員、志寒委員
加藤委員、山田委員、宇都委員、渡部委員、芹澤委員、中島委員
中田委員（福祉部長）、中田委員（高齢社会対策課長）
荷田委員（介護保険課長）枝村委員（光が丘総合福祉事務所長）
佐古田委員（地域医療課長）
<事務局>
高齢社会対策課、高齢者相談センター、地域医療課
- 4 公開の可否 公開
- 5 傍聴者 0 名（傍聴者定員 10 名）
- 6 次第
1 委員の委嘱および福祉部長あいさつ
2 各委員の自己紹介
3 認知症専門部会について
4 基調講演「今後の認知症地域連携の目指すもの」
5 練馬区の認知症対策の現状と取組について
6 練馬区における課題について
7 医療・介護従事者アンケート調査について
8 その他
- 7 資料
資料 1 練馬区在宅療養推進協議会および専門部会について
資料 2 今後の認知症地域連携の目指すもの
資料 3 練馬区の認知症対策の現状と取組について
資料 4 練馬区在宅療養推進協議会における各委員の意見を踏まえた課題の整理
資料 5 医療・介護従事者アンケート調査について
- 8 事務局 練馬区健康福祉事業本部福祉部高齢社会対策課認知症対策係
電話 03-5984-4597

9 会議の概要

（事務局）

ただいまから第一回在宅療養推進協議会認知症専門部会を開催させていただきます。部会長が選任されるまでの間、進行させていただきます。

【配付資料確認】

初めに委員の委嘱ではありますが、委嘱状は机上に配付したので確認をお願いします。
次に区を代表して福祉部長よりあいさつを申し上げます。

(福祉部長)

本日は、お暑い中、また夜分にも関わらず定刻にお集まりいただきありがとうございます。

区の課題として、病院から在宅へと変化しつつある高齢期の療養生活というものに、これを支えていただく医療・介護の連携の仕組みづくりと提供ということがあります。区は在宅療養推進協議会を設置し、この課題に取り組んでいこうと考えています。その協議会の下に、専門部会として認知症専門部会と在宅療養専門部会を設置します。

区には、現在約2万人と推計される認知症の方がいます。その方々に医療・介護が連携して提供されるということだけでなく、家族支援の課題や認知症に対する地域理解も進めていかなければなりません。

専門部会では、来年の1月をめどに検討をまとめ、在宅療養推進協議会に報告を上げていきたいと考えます。専門のお立場から忌憚のないご意見、ご議論を盛り上げていただき成果をあげていただきたいと思います。

(事務局)

部会長について提案します。委員の皆様には対等な立場で忌憚のないご意見を専門部会にお寄せいただきたいので、部会長の役割を会の進行と取りまとめとし、福祉部長にお願いしたいと考えます。事務局と日常的に連絡を取り合い進めていく必要もあるのでどうでしょうか。

(各委員)

【拍手承認】

(部会長)

進行を務めます。次第の3、各委員自己紹介をお願いします。

(委員)

区西北部二次医療圏の認知症疾患医療センター副センター長の立場で参加します。

(委員)

練馬区医師会を代表して参加します。認知症専門医の立場でもあります。

(委員)

認知症の中でも重い方の病棟治療と外来診療を行っています。

(委員)

地域密着型サービスの小規模認知症デイサービス事業所を運営しています。

一般デイサービスと認知症デイサービスの違いについても考えたいと思います。

(委員)

地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護事業所を代表して参加しています。

認知症の方が在宅生活を続けるお手伝いが役目と感じています。

普段の健康管理、日常管理が大切です。日々関わる中で見えてくることを共有したいです。

(委員)

認知症対応型共同生活介護事業所の管理者をしています。

認知症を持って、地域とのつながりを失わずに暮らしていくためにどんな取り組みが必要か、考えていきたい。

(委員)

デイサービス、ヘルパーの事業所、居宅支援の事業所を運営しています。

認知症高齢者が増えているが、在宅でがんばっている方も多い。在宅を望まれても難しい環境の方も多いが、それでも在宅でという気持ちがあれば支えていきたい。

(委員)

デイサービスを開設しています。

区内にデイサービスは160か所以上あり、地域に根付いています。人口が多い中で、認知症の方がしっかり生活できるよう、より良いまちづくりに発展できればと考えています。

(委員)

高齢者相談センター支所で在宅療養相談窓口を担当しています。医療・介護両側面の相談をしています。

(委員)

高齢者相談センター支所を担当しています。この部会での学びを地域に還元したいと思います。

(委員)

民生委員をしています。認知症の疑いがあっても医療や支援にたどり着かない方もいます。いかに専門家につなげて地域の中で支援していくか、安心して生活するにはどうしたら良いか考えたい。

(委員)

認知症の人を支える家族の会に所属しています。介護家族の苦労を日々伺っています。家族の気持ちを受け止めることが大切です。

(委員)

被保険者の1号と2号の方の支え方の同じ部分と違う部分、明らかにしていければと思います。

(委員)

今行われている、個々の医療と介護の連携をより一般的な取組として広めていきたい。

(委員)

昨年3月に地域医療計画を作成しました。在宅療養の推進は、一つの大きな柱としています。

(委員)

部会設置を機に認知症対策をさらに前進させたい。

(事務局)

【所属、名前のみ紹介】

(部会長)

次第の4、この専門部会について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

会は原則公開です。検討内容も、個人・法人情報を除きまとめたものを区のホームページ等で公開します。また、録音させていただきます。

【以下、資料1の説明】

(部会長)

次第の5、古田委員にこの専門部会の基調講演として「今後の認知症地域連携の目指すもの」と題して、共通に課題として持っておきたいものを話していただきます。

【基調講演「今後の認知症連携の目指すもの」…資料2】

(部会長)

つづきまして「練馬区の認知症対策の現状と取組」を事務局より報告します。

(事務局)

【報告「練馬区の認知症対策の現状と取組」…資料3】

【資料内容訂正：若年性認知症の人の推計約340人を220人に訂正】

【続けて説明「在宅療養推進協議会における各委員の意見を踏まえた課題の整理」…資料4】

(部会長)

ここから委員の皆様からのご意見、ご議論をお願いします。自由にご発言いただきたいと思えます。

(委員)

医師会として、もの忘れ相談医の充実を図りたいと思っている。区単体で行っている研修を板橋区、豊島区、北区を含めた4区で行うことや、更新制度を取り入れることを考えています。

また、もの忘れ相談医のリストの活用も考えたい。区民の要望があれば、専門医やサポート医、専門病院をリストに盛り込みたいということも検討課題となるのではないかと。

二番目に医療と介護の連携ということですが、認知症一つをとってみてもどこにどんな先生がいるかどんな介護サービスがあるのかわからない。認知症に関するサービスや医療機関を地図に落とししたものを作成できればとも考えます。また、医療と介護の連携では、共有ツールといったものが必要かと思えます。各自治体でノート形式の地域連携パスを取り入れているところもあり、このようなものも作成してはと思えます。

あと、医師は忙しくケアマネージャーや介護の方との連携が難しいので、MSW（医療ソーシャルワーカー）を導入してはどうか。今もそれに近いものはありますが、もう少し活用できると連携が進むと考えます。

次に、認知症サポート医の活用。議論はあるところですが、高齢者相談センターでの認知症相談や初期集中支援チームこういうものに充てる。区の制度の中でサポート医を活用することも必要ではないかと思っています。

認知症予防についても、予防教室等を利用して進行を遅らせることも検討いただければと思えます。

(委員)

ケアマネージャーとしては、連携をとって今後の支援を考える際に、どのような種類の認知症かが重要なポイントになってくるのですが、かかりつけ医の意見書の既往症の欄は、ただ、「認知症」とだけ記載されている。そこで専門医の受診を勧めるのですが、ご家族がかかりつけ医に相談すると必要ないと言われてしまう。その部分の、医師の連携をうまくやっていただけると良いと思えます。

医師の先生方とケアマネとどう連携を図るかという点で、すでに医師会主体で交流会を開いていただきましたが、地域単位で、顔の見える関係を築いていきたいとの声があがりました。

区へのお願いとして、認知症の方の徘徊対策ですが、行方不明発生の電話連絡先が高齢者相談センターとなっている。行方不明になるときは、通所がないときや通所から帰った時（休日や夕・夜

間)が多いので、活用しにくく、警察にお世話になる経緯があるので、考えていただきたい。

(委員)

早期に診断や治療を受ける必要性があるが、専門の医療機関が区内に少ないという事情があり、予約をしても3か月待ちとか、早期にはつながらないと感じています。

また、高齢者相談センターで実施している認知症専門相談ですが、なかなか医療につながらない方に有効ですが、2か月に1度しか実施されないので、予約が取れなかったり、2か月後に予約をキャンセルし機を逸することもあるので検討していただきたい。

受診ということも敷居が高く、訪問していただける先生がいればという声も区民から多く聞いています。

次の課題として、終末期の問題がある。認知症があり嚥下機能の低下とか、栄養状態が悪化して胃瘻になったりとか、寝たきりの状態になってしまう方が多く、入院するともう帰れないというイメージが拭いきれません。そういった不安を軽減するためにも家族に話をする際に、ケアパスのようなものを持って説明できるとご家族の理解も深まるかなと思います。介護保険の場合は「すぐわかる介護保険」という冊子を使って説明しています。

(委員)

区内には、認知症専門医という方が、私を入れても5、6人しかいない状態です。専門医の数に限界があるので、20数名いるサポート医を活用して、高齢者相談センターにも少し張り付けて相談の回数を増やしたり、初期集中支援チームに加わっていただけてアドバイスしていただくことも可能かと思えます。他区で実施されているところもあり、予算措置を講じていただく検討をすることもよろしいかと思えます。

(委員)

相談になってしまうかもしれませんが、これまで認知症の診断はなく一般でデイサービスに通っている方が、もの忘れがひどくなったらしいので、「専門の先生に診てもらったら」と話しました。主治医の先生に診てもらったところ、「なんでもない」と言われた。デイで見ている限りでは認知症の症状が大部分みられ、日常の動作とか、食べるもの、入浴、トイレに行くということが分からなくなってきている。会話でも実際とは、違っている答えが返ってくるが増えている。ケアマネの方に「専門の先生に診てもらった方が」と相談したのですが、ご家族に伝えたら、主治医の先生がいるからと断られてしまった。こういった場合はどのような対応をとったらよいのでしょうか。

(委員)

私のところにもそういった相談が来るが、魔法の言葉はないのが現状です。高齢者相談センターの専門相談をしていた時は、かかりつけ医の先生がいるなかでも、「これも何かの縁ですから一度病院で調べてみては」と伝えてこれをきっかけに来てもらうことも多かったので、別の病院とか、かかりつけ医ではないところに相談の窓口をもとめて、きっかけをつくっていただくこともよろしいのではないのでしょうか。

(委員)

昔の方なので、自分が考えちゃったことが正しいと思ひ込む。また、主治医の先生から「なんでもない」と言われると真に受けてしまうので、それ以上のことが言えなくなってしまう。ただ日常のデイの中での生活が困難になってしまっているかなと感じています。

(委員)

個人的な話になるが、両親をすでになくしている。父は、90を過ぎて幻覚を見ていた。そういう場合にご家族の方に「これは認知症です」と話し、認知症を理解していただくことが必要です。ご本人に理解させようとしても無理ですし、「医者に行け」といっても絶対に行かない。私も娘も認知症だとわかっていたので、両親とも医者には行きませんし薬も飲んでいませんでした。日常生活のなかで認知症の症状は多分に出ていました。でも、家族が理解していれば、ここはこう対処すればとサポートができるので、家族の方にまず認知症についてしっかり説明し理解していただく、そして勉強していただくことが大事だと思います。

(委員)

ご家族の理解はまずないですね、嫁がみているのですが、「おばあさまが良いと言ってるから、私もそれに従ってます」ということで、話が進まない。

(委員)

今、お話にあったような相談はよく耳にします。デイサービスのスタッフの皆様がその点、ケアなされてご理解を求めるとき、人にもよりますが、そこで行政の名前を使うとご理解いただけることもあるかと思います。たとえば、個人情報の問題はありますが、区内4か所の高齢者相談センターに、こういう事案があつてご家族もこういう状況だと相談いただければ、場合によっては行政の名前でご家族にアプローチするということによって、多少理解度が違ってくるのか、受け止め方が違うのかということもあるのかなと思います。また、ご家族のキーパーソンにご理解いただいたうえで、ご家族とご一緒に、認知症のためということだけでなく、「どこそこの病院にちょっと健康診断に行きませんか」とお話しをして、実は専門医につなげるといったことも事例としてありますので、やはりご家族のご理解が大事ですね。そのために、一つ方策として行政の名をお使いいただく。そのうえでご苦労されている部分は、高齢者相談センターにつないでいただき、日常的なケアの部分に力を注いでいただければありがたいと思っています。

(委員)

高齢者相談センター4か所で行われている認知症専門相談、そこでセカンドオピニオンを取っていただいて、医療につなげるのも手かなと思います。行政の名を使う、ないしは、高齢者相談センターの認知症専門相談につないで、そこから医療につなげる手もあるかと思います。

残念ながら、医師会の医師の中でも温度差がありますので、完全に(専門医につながらないケースを)なくすというのは不可能ですが、そういった手法をとっていただければと思います。

(委員)

今の話で重要なことは、まず一つ、現場で困ったときに、それをかかりつけ医等に伝える方法がないということだと思います。訪問看護等ですと定期的に報告書を送ったりすることがシステムとしてありますけれども、そうでない場合に、許されるのかどうかということ、そういう問題があると思います。

また、事例に関していうと認知症の診断や治療を受けない権利も人権としては当然ある。我々医療や介護のサービス提供者というのは病気をみつけたらとにかく診断、治療させようとするんですけど、ご本人やご家族の希望でなかった場合、ご本人の判断能力がなくて、ご家族の判断能力もないとなると、どこまで介入できるか、非常に難しい問題だと思います。医療のモデルに落とし込む、病気としての正確な診断を下すことよりも、その方については認知症だと気付いて介護認定もとっているわけですから、ケアマネに連絡を取り、認知症に対するサービスを提供する形にアプローチしていく、ご家族とケアマネが面談されるわけですから、そこでこういうサービスを利用されてはいかがかと提案していくことが現実

的だと思います。医療のモデルで、認知症のタイプ診断というものがあって、ほんとにちゃんとやろうとすると難しい話なのですが、認知症と意見書に書いていただけるだけで素晴らしいことだと思います。アルツハイマーと診断がついたから、15年生きていくのか、あるいは3年後に脳梗塞で倒れちゃうのか、誰にもわからないわけです。認知症という診断がついた以上、一応、進行性の認知機能障害をきたすだろう推測でプランをたてていただく。あとは、状況次第で変更していくしかないのかな。あとは、早期介入が必要であって、早期の医療提供が重要ではないと最近思っています。

(委員)

先ほどから家族という課題が出ておりますけど、家族としては、認知症といわれると、お先まっくらということが先なのです。アルツハイマーだろうがレビー小体だろうが、家族にとっては、生活が困難になることが不安なのです。生活ができればいいのですよ。そこを、ご理解いただければと思います。

かかりつけ医の変更ですが、高齢になればなるほど義理堅くて、相談の中で、「セカンドオピニオンいかがですか」とか、専門医を紹介するのですが、「かかりつけ医の先生に悪いから」という答えがまず返ってくる。家族の理解も高齢になるとますますできなくなって、BPSDをさらに悪化させてしまう。ちゃんとさせたいというのが先に立っちゃって、「なんでこれできないの」と言ってしまう。その繰り返し家庭のなかで行われている。それを脱却するのにとても時間がかかります。先日、家族会に来て6年目の方に、これまで（自分が）遊ぶために夫をショートステイに入れていたのですが、今回、自宅で過ごして、夫が戻ってきたとき初めて嬉しいと感じた人がいた。夫を認められるようになるまで6年かかるのです。それくらい家族にとっては時間がかかるということをご理解いただければと思います。

それから在宅医療ですけど、友達が在宅を選択せざるを得ない状況で、吸引が必要になった。ヘルパーさんが研修を受けるとやれるようになりましたが、僅かしかいらっしゃらなくて、うちから出られない状況が起きております。そうすると閉塞感と孤独感に襲われる、早く亡くなってしまえばと思う気持ちも起こってしまうということもご理解いただければと思いますので、そういうご家族が、緊急に医療ショートとか利用できればと思います。

医療を受けない権利とおっしゃいましたけど、そういった家族とも6年ぐらいつきあっておりますが、もうかなり重度です。認知症で介護保険も申請しておりません。デイサービスも利用しておりません。毎日、近所の家を20回以上訪問し、留守の場合は地区区民館等に行く方と関係をしています。それなりに見守り体制がある程度できています。どこまでこの体制が持つかということですが、家族がサービスを利用したがない事例もあるということです。

(部会長)

最後の話はまさに、医療でも介護でもなく、介入をなされているという話ですね。

(委員)

かかりつけ医の件ですけど、高齢者ほど義理堅く、一家代々通って、その先生が言うことを今更どうのこうのと、私たちがどうなのかなと思っても、先生がそう言うのなら、となってしまう。だから、先生によって、その人の人生の措置が変わってしまう。現場の側からみると歯がゆく見ていることも多々あります。専門医を紹介したいと思うときもあるのですが、先生にも言いづらい、介護事業所側も垣根を感じていることもある。では、どうしたら良いかということ、先生から先生に紹介状を出してもらう。たとえば、高齢者相談センターでの専門相談でこういう相談を受け、かかりつけ医は誰と分かった。専門医からかかりつけ医に、このような相談を受ける機会があったので次の受診の時に診ていただけませんかといった、医師同士の間での紹介状でも出していただけると違うのかなと思いました。

もう一つ思ったことは、先生方が外来や訪問で忙しいことは承知しているが、訪問医師部隊みたいな、地区ごとにパトロールのような訪問。例えば、デイサービスに、「近くに来たので寄りました」みたいに、そして、困難ケース等をピックアップして面接して、これはもう少し深く診た方がいいな、という場合には、かかりつけ医の先生に報告するということならば、なんとかできるのかなと思ったので提案させていただきました。

(委員)

ケアマネには、認知症サポート医等の名簿があるのですが、医師会の中で共有されているのか、ということと、逆にかかりつけ医からの方がサポート医の方に紹介状を書きやすいような環境をつくっていただけるのかなと、また、認知症対応型通所介護事業所のネーミングが引っ掛かるのでもう少しやわらかいネーミングにさせていただけると同意していただきやすいのかなと思います。

(委員)

医師会のなかで、数少ない専門医やサポート医に患者が集まってしまうのではないかという恐れ、つまり専門医やサポート医だけが注目されてしまうという異論があって、リストの中に明示されなかった経緯がある。でもやはり、このようなご意見があり、リストの中に明示していくことがメリットがあるということであれば、医師会の方に行政の方からでも言っていただける方がありがたいかなと思います。

(部会長)

冒頭でも委員からリストについてお話がありましたが、医師会の中でもいろいろなお考えがあるということで、今のお話いただいたような内容なのかなと思います。

また、委員から認知症の言葉自体が重たいというか、ご家族や当事者にとってストレートに受け入れることが困難ということは、行政も含めて考えていかねばならない課題かと思います。

(委員)

「認知症になったら大変だよ」とか、「世も末だよ」という感覚をぜひなくしてほしい。「認知症になっても大丈夫、暮らしていけるから」と地域で話している。「あなたが言うから、大丈夫こうして暮らしている」と言われるんですけど、実際に要介護3か4度の方も地域で一人で暮らしています。近所に買い物するところがあるから食べ物は買ってこれますし、お湯は沸かせない状態ですが、ペットボトルの飲み物などで水分は補給できている。その方が一番困っているのは、本人が、「いろんなことを忘れてきて、すごく不安なんだ」ということなので、近所の方に、「それを理解して周りでサポートしてください」と伝えている。だから認知症になっても、怖くないし、終わりじゃないということ、皆さんもあちこちでおっしゃっていただきたいと思います。そこからやらないと、家族もどん底になるし、本人も不安になります。そこをベースとして、練馬区は認知症になっても大丈夫だから、みんなが支えてくれるところだからという視点で、ぜひ認知症対策を立てていただきたいと切に願っています。

(委員)

入居当初から、ある程度認知症が進んだ状態で、初診はつい最近という方が多い。認知症がある意味、汚名とかスティグマであるからこそ、なかなか飛び越えることができない、家族は認知症と言われた時点でどん底であり、グループホームに来る時点で **BPSD** が進行し、心身共にボロボロに疲れ切ったどりに着くケースが多い。そういう方が、グループホームに入り、毎日、買い物し、料理を作り、食べてもらっています。認知症でもこういう普通の暮らしができます、ということを見させていただくことによって、汚名とかご家族の不安とか少しずつ和らいでいくのではないかと。入居された方のご家族の中には、「どうしようかと思った、憎くてしょうがなかったけど、入居して、ようやく心の距離が取れ

て、安らかに見送ることができた」というご家族がいる。認知症になってはいけない、恐れる対象であってはいけない、ケアパス、ケアモデルという言葉があるがこれは支援する側のモデルなので、認知症を持って生きていけるという姿を区民の皆様を示していく、認知症の生き方モデルのようなものをお見せすることが大事じゃないかなと思います。その中で、認知症の対応に特化した認知デイとか、安定した人間関係で行える小規模多機能とか、在宅で生活する認知症の方がたどり着く先のグループホームとか、サービスを区民に知っていただかなければいけないのかなと思います。

グループホームでは、2か月に1回運営推進会議を行っています。前は地域防災と高齢者虐待をテーマに行いました。情報の発信基地でもあります。ただ、運営推進会議という名前だと地域の方、皆さん寄り付かないという課題もあります。でもせっかくの機会でもありますので、医療の方にアウトリーチしていただき、認知症について語っていただく、それだけでも区民の方の認知症に対する印象が変わってくるのかなと思っています。

(委員)

認知症の診断というところで、専門医にかかって下さる方もいて、嗜銀顆粒性(しぎんかりゅうせい)認知症とか、専門的な診断名がついて、「では、家族はどうしたらいいのでしょうか」と相談を受けて、その時に考えたことが、診断を受けることによるメリットをご本人、ご家族に見えてこない、なかなか専門医にかかる意味が分からないということです。たとえば、私ども小規模多機能型事業所でケアマネも兼ねてますので、ケアプランというアセスメントでしっかり生かしていく、そこで診断名についてしっかり調べて、進行リスクはあるのか、どんな経緯をたどるのか、それを踏まえて関係者が支援を組み立てていく。診断の意味はそこにあるかと思います。どんなリスクがあるのか、を押さえることによって悪化を防ぎ、健康に安心して暮らしていけるのではないか。そのための診断だということを説明する力も求められていると改めて感じている。

初期の認知症の方のご家族の心のケアも重要で、とても苦勞されているので、困りごとが何か、これもアセスメントですが、認知症の方のご家族との関係とか、住まいとか、環境によって様々ですが、ニーズをしっかりと拾っていくことが大事だなと思いました。「話を聴いてもらうだけでも」という方も多いので、「私たち(ご家族)の思いはどうなの」というところを押さえていかないと、ご家族に力がないと支えきれないので、やはり基盤となるご家族を支えていくことが大事で、これ抜きには、虐待とかのリスクにもつながりかねない。

それから連携のためのMSWの活用。在宅医療の現場でも置いているところがあるので、活用できれば有効なのかなと思いました。

(委員)

若年性の軽度の認知症の方で週1回ST(言語療法士)の訪問リハに一人で通われている方がいました。バスや電車を使って外出していたのですが、病院のシステム化によって、一人では通院できなくなったり、駅の自動改札が通れなくて、一人での外出ができなくなりました。障害者の方には、バリアフリーの設備ができつつありますが、認知症の方にとっては、“バリアフリー”の方向に進んでいるのかなという意見がありました。

(委員)

薬剤師会の介護委員会で意見を聞いてきました。基幹病院(健康長寿医療センター)があると紹介したが、2、3年診療できず、症状だけが進んで行って、不安症とかで薬だけが増えていったケースがありました。状態が悪くなったときに専門的な検査が受けられる病院が何か所かあった方が良いという意

見がありました。今日、話を聴いて、主治医の先生がいらして専門医の先生と連携とか、高齢者相談センターを上手に活用して専門の先生を教えていただき、つなげていけば患者さんのためになるとわかりました。そういう方法を伝えていこうと思います。

(委員)

東京都健康長寿医療センターは、認知症疾患医療センターという国の事業を担っており、地域の医療の中心といますか、東京都は、二次医療圏に一か所設置するということで指定されました。でも、練馬区は先ほど、「専門医が少なく」という話があったのですが、他区に比べれば恵まれていて、病床も多いし、専門医も複数いらっしやって、なにかあったらそこにと、まずは地域の近場でということで良いのではないのでしょうか。ただ、情報に関しては、相談室の方に電話いただければ、医療に関する情報提供は行っております。すべてを受け入れる医療機関というよりは、まず相談窓口があるというイメージをもってもらいたいと思います。

(部会長)

皆様から幅広いご意見をいただき、事務局は整理することに苦勞すると思うが、そういう苦勞する意見を伺えたことが今日の成果かと思います。次回につなげていきたいと思います。

また、次回までに医療・介護従事者向けにアンケートをおこなう予定であります。事務局説明を。

(事務局)

【アンケートについて説明…資料5】

(委員)

盛り込みたい項目があった場合はどうしたら良いか。

(事務局)

一週間以内に事務局まで連絡をください。

(委員)

協議会でも話があったが、医師会や歯科医師会に所属していない事業者へのアンケートはどうするのか。

(事務局)

直接郵送して対応します。

(部会長)

これで本日は閉会します。