

地域包括ケアシステム構築と 医療・介護連携について

公益社団法人日本薬剤師会 常務理事

木村 隆次



日時：平成24年7月12日（木）

9：00～10：20

場所：東京ガーデンパレス「高千穂の間」

講演 1 では、日本薬剤師会常務理事の木村隆次氏に、国や市町村で進められている地域包括ケアシステムについて、薬剤師やケアマネジャーの全国組織である日本介護支援専門員協会の会長の立場から講演していただいた。

厚労省の社会保障審議会介護保険部会、介護給付費分科会の委員を務める木村氏は、地域包括ケアシステム構築のための診療報酬改定や介護報酬改定についての経緯を説明。その上で、これから地域の医療・介護現場において薬局、薬剤師が果たせる役割について、自身が関わる青森県の事例などを挙げて紹介された。

はじめに

本日のテーマ「医療・介護連携」における介護側の代表は、法的にはケアマネジャーです。ケアマネジャーと医師がタッグを組めば、本当に幸せな人生を送れるという形になります。

ところが現場では、医師側は「全然医療が分かっていない。ケアマネジャーは一体何をやっているのか」と怒るし、ケアマネジャー側も「医師が怖くて行けない」という状況です。これではだめだということで、仕組みとして、平成18年に始まっ

た後期高齢者医療制度の中で、診療報酬や介護報酬を変える形を考えてきました。これについて、地域包括ケアシステムがなぜ必要なのかを含め、話を進めていきたいと思います。

日本の介護保険制度

●介護保険は世界トップ水準

まず、世界的な話から始めます。日本の介護保険制度は、始まって12年経ちます。ケアマネジャーを設置し、ケアマネジメントを一人ひとりの利用者が受けられる形にしたのは、日本が初めてです。

そして、元気な高齢者に対して保険料と税金を投入したのも世界にはありません。

平成21年2月、これは韓国が介護保険を始めて1年目でした。韓国の大学の教授陣が私たちのところに来て、日本は保険料と税金を投入して介護予防をやっているが、その意味が分からないと話しました。元気な高齢者になぜお金を使うのかが理解できないから教えてほしいというのです。きちんと説明し介護予防の意義を理解していただきました。

また翌22年5月には、OECDのスペインとイタリア出身の上席医療分析官が来た際に、厚生労働省大臣官房国際課の会議室で、日本の職能団体の代表として対応しました。ケアマネジャーが政策決定にどのように関与しているか、その資格はどうなっているのかなどについて、いろいろな角度でディスカッションをしました。そのとき、医療介護のトップは、医療側は医師、介護側はケアマネジャーで、両方が指揮者であり、医師の指揮とケアマネジャーの指揮がうまく調和したら、地域で暮らす安心なシステムができるといういました。

それから昨年11月には、台湾から、日本でいう経済産業省の官僚が来ました。台湾からみて、日本の介護の仕組みに非常に興味を持っており、勉強しに来ていた。日本の介護保険を丸ごと輸入、つまり、日本の介護技術や介護ロボット、そしてこのシステムを輸入したいということでした。

これらの動きから分かることは、世界から見て日本の介護保険はトップにあるということです。

こうしたことを、なぜ私が話せるのか。

介護保険法改正の議論は、社会保障審議会介護保険部会で行っています。介護報酬の改定は、社会保障審議会介護給付費分科会で行っています。この介護保険部会と介護給付費分科会は、初回から今日現在まで、無遅刻無欠席で皆勤賞は私だけになりました。だから厚生労働省の官僚は、制度的な普及から、なぜこうしたのかという経緯まで私に語りべとして話をしろというわけです。

医療の方向性は、医療保険部会・医療部会できちんと方向性を決めて、その再分配を中医協でやることになっていて、日本薬剤師会にいと、医

療保険の情報は確実に入ってくるし、介護保険の情報は日本介護支援専門員協会です。ですから、私は両方が見えるということです。

●医療と介護の連携を強化

今年度は介護報酬改定がありましたが、この基本認識の項目は非常に大事です。1つ目は、地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、昨年6月に介護保険法等の一部を改正したということです。また、診療報酬と同時改定ですから、医療と介護の連携は大事です。2つ目は、社会保障・税一体改革のことをきちんと考えて進めるということです。3つ目は、東日本大震災における支援費にも配慮するということです。

ですから、地域包括ケアシステムを知らずして、診療報酬・介護報酬を議論しても話にならないということです。そのシステムを支えていくために、「医療・介護連携」が重要なのです。「介護報酬改定」とあつたら、医療は関係ないと思われてしまう、もっと言うなら、薬剤師会で「介護保険制度の勉強会」というとほとんど興味を示しません、この中身を知ったらそうはいかないと思います。

先日、エーザイとファイザーによるテレビカンファレンスとして、インターネットで私の講演を流しましたが、変わったなと思ったのは、結果として、木曜日の夜だったのですが、全国1100人の薬剤師が、認知症にかかる勉強、地域包括ケアにかかる勉強を聞いてくれたのです。やっと思心を持ってもらえたという感じです。

つまり、地域包括ケアシステムというのは非常に大事で、これに医療・介護連携をどう結びつけていくか、そして地域包括ケアシステムをうまく動かせば、地域で認知症の方も支えていけるだろうと、いまはこういうことを考えて進んでいます。

社会保障・税一体改革における議論

●飲み残し薬の問題

社会保障・税一体改革において、私は昨年3月、衆参の民主党議員が集まる「社会保障と税の抜本

改革調査会」に、税一体改革に関する提案をしてほしいということと呼ばれて行きました。

そこで、介護保険というのは、要介護認定され要介護度が決まっていなくて、退院した直後に介護保険サービスが入らないので、切れないようにするために退院直後も医療保険サービスをしばらく使えるようにしてほしいということと、介護側のリハビリテーションや訪問看護も、もう少し柔軟に使いやすくしてほしいという提案をしました。

そしてもう一つ提案したのは、薬の飲み残しの問題です。税一体改革は財源論になっていますので、ムダがどこにあるかを具体的に示しました。日本薬剤師会が取ったデータで、薬剤師が関わる・関わらないで400億円の違いが出るというデータがあり、それを出して説明したのです。

これは、薬剤師が関わらず、ヘルパーなど専門家以外が在宅で薬の管理をしていて、飲めていない薬を計算すると400億円くらい無駄になっているというデータです。私はこのデータの数字は少ないと思っています。高齢者に使われている薬剤のウエイトや、3つほどの飲み残しに関する調査結果などから、1兆円分近くが捨てられている計算です。つまり、1兆円が捨てられているわけですから、まずそのムダを廃する仕組みにすればいいのではないかと話しました。

それで結論が出ました。今回の調剤報酬改定では、薬局窓口（外来調剤）でも飲み残しをきちんと見るという話です。訪問指導の現場では、当たり前前にそれをやらないといけないわけです。

本来、医薬分業が進むと、薬のボリュームは減るはずですが、重複投薬、飲み合わせの悪い薬などを外していくからです。でも現状は、ほとんどが処方せんのまま作って渡しているだけで、無駄はそのままだ。その適正化の効果が出ず、行き着く果てとして私が最も恐れているのは、介護保険制度がなくなることです。保険料が払えなくなりますが、そのあとは医療保険制度も危なくなるでしょう。税金も、デフレから脱却できなかつたら徴収はなかなかできないと思います。世界に冠たる医療保険制度、介護保険制度がなくなったら終わりです。

しっかりそれぞれの立場の人たちが仕事をして、制度を守って、いまの子どもたちの時代までその制度を維持していくのが大事なことだと思います。だから、飲み残し薬については思い切ってメスを入れてやるべきだと思い、いま、旗振りをしています。そのためにも、地域包括ケアシステムが非常に大切なのです。

●システム実現に向けて

そこで、地域包括ケアシステムについて、概要を説明します。まず、人口1万人くらいのレベルのエリアを考えてください。これを「日常生活圏域」といいますが、だいたい中学校区です。平成18年の保険法改正で、各市町村に日常生活圏域をセットすることになっています。そこで安心して暮らせる仕組みとして、高齢者にやさしい住まいがあって、そこに住みながら、往診にも来てくれるし、通院もできる。介護も、通いもできるし訪問もしてくれる。あるときは施設やグループホームにも入れます。また「新しい公共」という言葉が民主党政権になってから出ましたが、老人クラブをはじめ地域の住民が、大いに高齢者に関わって支えていくことになるわけです。

一方、医療サービス提供は、普段はかかりつけ医にかかっていて、病気になったら医療機関に行きます。例えば、脳梗塞を起こしたら、救急車で運ばれ、手術または薬物療法などの治療を受けます。麻痺が残った場合はリハビリテーションを行う必要があるので、回復期リハビリ病棟に転院するか、老人保健施設に転床します。そして再び家に帰るわけです。

この医療・介護の連携において、地域をマネジメントしていくのが「地域包括支援センター」です。センターはまだ医療が弱いので、国は今年約30億円を投入して「在宅医療連携拠点」を全国110か所に設置して、機能的に動かすことを進めています。

こうした地域包括ケアシステム実現のために、医療財源と介護財源の確保のために消費税を上げるのです。システム構築にかかる金額についても、計算は終わっています。消費税5%引き上げによる社会保障安定財源確保は、民主党が初めてやっ

たのではなく、麻生政権のときの社会保障国民会議で1回出しているのです。

そこから2つだけ違うことがあります。リーマン・ショックによる基金の利回りの話、それから東日本大震災の支援費です。厚生労働省は、この2つの出来事の影響を踏まえて計算し直して、着々この国の社会保障を考えています。私はそのことを政治家たちがきちんと国民に説明すべきだと思います。

●薬剤師の役割

人口減少は起きていますが、75歳以上の人たちはどんどん増えていきます。65歳以上では、認知症になる人も非常に多くなります。さらに大変なのが、世帯の構図です。現在、一人暮らしの高齢者が3分の1です。それから、老々、65歳以上同士の夫婦暮らしが3分の1、同居家族、若い人たちと暮らしているのが3分の1です。

私は薬学部で講義もしますが、学生たちに、一人暮らし、二人暮らしの高齢者が多くなったらどうなるかを質問します。薬局に来られなくなったときにどうすればいいかを聞くと、頭を抱えます。なぜなら薬学部の1、2年生は、薬剤師が訪問できることを知りませんから。いまは薬局に患者さんがどんどん来ています。でも気がつくともなくなるわけです。だから地域がどう動いているかをウォッチしなければならないのです。

それから、介護保険法の目的は「自立支援」であり、その第2条第2項を薬剤師の立場で読むと、薬剤師が居宅療養管理指導という介護報酬を得るには、要介護状態または要支援状態の軽減または悪化の防止に資するようにしなければならない、ということです。単に薬局で薬を調剤して配達することは、これに該当しないのです。つまり、調剤した薬剤で、立ち上がれなくなっているかとか、ごはんの量が減っていないかとか、もっといなら味覚障害になっていないか、そういうことが見られるかどうか、ということになるわけです。

それから第4条には、誰もが年を取っていくけれども、自分の老いというものを自分で見つめて自覚してくださいと書いてあります。そのために



医療・介護連携について語る木村氏

平成18年に厚労省は、「基本チェックリスト」というものを作りました。原則、65歳以上の方が毎月1回チェックすることになります。内容には、うつを見る項目、認知症を見る項目、閉じこもりや、飲み込めるか、食べられるか、運動機能はどうかなどを見る項目があり、こういうことはすべて薬も影響します。これをチェックしてもらって、衰えていたら、地域包括支援センターを紹介して、早いうちに手を打っていく。つまり、1日でも長く元気な状態でやっていくために作ったものなのです。

また青森県では、「脳の健康チェックリスト」という認知症を早期発見するシートを作り、街の薬局でチェックして、その情報を地域包括支援センターに上げてアシストしてもらおう仕組みを作っています。いつまでも元気で暮らせるための支援を街の薬局が行っている例もあるのです。

●介護予防がなぜ必要か

日本の介護保険では、介護サービスは、介護認定審査会にかけて要介護度が認定されなければ使えません。地域の65歳以上の高齢者100人を無作為に選び、介護認定審査会で審査したら、要支援・要介護になるのは全国平均で18人。つまり、82人の人はお元気です。そこからちょっとレベルダウンした人を見つけるために、先ほどの基本チェックリストを使います。

では、なぜ介護予防に力を入れるのか。レベル



資料を使って話を進める木村氏

ダウンしてきた人を早く見つけて早く元気な状態に戻すことが大事な理由は、個人の尊厳を守ることと人口動態にあります。

現在、90歳以上の人は60%以上が要介護認定されています。85～89歳で45.9%です。何歳になっても自分の足で歩いて、食べられて、飲み込めるようにすれば、認定率の上昇傾斜が低くなっていきます。そうすることで介護保険を存続させる効果があるのです。いまのままの認定率では、6年後には介護保険制度は、破綻するでしょう。

現在、昭和22年、23年に生まれた65歳の団塊世代から69歳までが839万人です。90歳以上は133万人ですが、団塊世代の方々々が90歳になったとき60%以上の認定率のままだと、介護保険料は8000円、9000円以上になってしまうでしょう。税負担も上がります。国民に大変な負担がかかってきます。ですから、元気な高齢者が少し弱った状態を早く見つけて、それ支えていく仕組みを作らなければなりません。その一端を担うのが、地域包括ケアシステムです。

●薬局の介護予防具体策

地域の高齢者のスクリーニングに基本チェックリストを使い、地域包括支援センターでアシストしていく取り組みの中で、私が企画して、まず青森県で実施した「健康介護まちかど相談薬局」というものがあります。これが日本薬剤師会と国民健康保険中央会の支援により、いま全国で約7000

件動いています。これを1万5000件くらいにしようというのが、「新健康日本21」の目標になっています。

少し脇にそれますが、先ほどの「基本チェックリスト」に「うつ」がありました。うつに行き着く果ては自殺です。青森県は自殺率トップ3に常に入っていることもあって、まちかどの薬局でチェックをして、1番から20番までチェックがなくても、うつの5つの項目のうち2つにチェックが入ったら地域包括支援センターに連絡して、早く対応していく仕組みを作っています。

それから、今年、青森県で、妊婦の夫の禁煙サポート事業が始まります。禁煙パッチは県と国保連合会が五百数十万円のお金を出し、禁煙サポートを県薬剤師会に委託しました。

つまり、薬局がまちかどにあることで、こういう相談が受けやすくなります。そして、禁煙支援、健康づくり、介護予防というものに関わっていけるということを青森県庁が認め、いま進んでいます。これをオールジャパンに広げていくことが今年からの私の仕事になります。

●医療・介護機能再編の方向性

地域包括ケアシステムは、2025年までに作るという目標です。なぜ2025年か。これは、先ほど説明した、団塊世代の方々々が75歳に突入する年です。75歳、後期高齢者になるということは、入退院が多くなるし、病気がより顕在化します。それでも地域で安心して暮らすために作っていかうという話なのです。

現在、急性期医療と慢性期医療は途切れていて、さらに在宅医療・介護までつながっていません。それを2015年、次の診療報酬改定、介護報酬改定までにはつなげて、さらに2025年には、医療も介護もシームレスに行ったり来たりできるようにします。

今年は「在宅医療元年」といわれ、在宅医療を本気で国が進める年になります。各都道府県で作っている医療計画の指針を、昨年度厚生労働省で作った「4疾病5事業」を、「5疾病5事業及び在宅医療」にしました。介護側は、地域包括ケア体制

をきちんと行うために法律改正しました。そして、ケアマネジメントにきちんと取り組むということです。

つまり、医療・介護のサービスが分断されている状況を、法律を変えたり、診療報酬・介護報酬を変えたりして、シームレスにきちんとつながっていくように、そして地域の中で地域包括ケアシステムを作っていく形で進んでいます。

地域包括ケアシステムの構築

●地域の特色を生かして支える

地域包括ケアシステムの定義では、住居の種別は関係ありません。いま住んでいる自宅でもいいし、有料老人ホームでもいいし、介護保険施設でもいいのです。そこに概ね30分以内に、24時間365日、保健医療福祉サービスが届くことになっています。広大な面積にぼつんぼつんと家が建っている地域では、30分以内なら車で走るしかないわけです。逆に、街なかでは自転車、バイクと二輪車の方がいいかもしれません。

それでこの仕組みの中で、一薬局薬剤師で24時間365日サービス提供できるのか、私はできないと思います。一薬局、一企業ではできないということです。ですから、地域の中にある薬局・薬剤師が手を取り合って、時間をシェアして、医薬品流通、麻薬流通、カテーテルなどの医療材料衛生材料の流通に、卸とどう連携を取るのかとか、卸が休みのときはどこにプールしなければならないのかという話になってきます。

それから人材です。医療介護の専門職だけとは書いていません。地域の高齢者、ボランティアの人たちと一緒にやりましょうという話です。

ここで、東日本大震災のエピソードを一つご紹介します。「互助」についてです。私は、宮古市田老地区に何回か入って、医療側の支援とケアマネジャー側の支援をしてきました。田老地区は、万里の長城のような防潮堤があって、この津波で港が壊滅状態になったところです。その診療所の医師から、3月11日の夜から田老地区の避難した人たちは冷たいご飯を食べていないという話を聞

きました。なぜかといえば、山手側の集落の人たちが炊き出しをして、それをずっと避難場所に運んでいたのです。

田老地区は、地震イコール津波が来るところで、明治時代にも津波に遭っています。そのため、地域全体で支え合う仕組みができていたらしく、山手側の集落の人たちは、田老に津波が来たら断られるまで炊き出しをすると決めていたそうです。つまり、大きな範囲でそういうアシストができていたのです。

いまは、こうした「互助」という優れた日本の文化が全国各地で失われています。アパートの隣人が誰なのか知りませんし、挨拶もしません。マンションのエレベーターで一緒になっても知らんぷり。それでは支えられません。自分たちのことは自分たちの地域で支える、それで足りない部分を支えるのが、共助としての保険料と税を投入した医療保険や介護保険制度なのです。

介護難民とよく聞きますが、それは、要介護状態になってからのことではないのです。一人暮らしで昨日まで元気だったのに、転倒して膝を痛めた。治療して痛みが取れるまで40日くらいかかった場合、この40日間は問題なのです。買い物に行けないからです。例えば、タブレットパソコンのようなものが高齢者の各家庭にあって、そこからご飯を注文できればいいけれども、そこまではまだ進んでいないでしょう。そこで生活支援、つまり、ごはんを誰が作って運んでくれるか、見守りは誰がしてくれるかをきちんと考えておくことが大事なのです。

それから一人暮らし、老々世帯の人たちに一軒家に住んでもらっていてもいいのか、という話もあります。高齢者が安心して住める住まいを確保しようということで、新しく「サービス付高齢者向け住宅」を作りました。

日常生活圏域は、広範なところでも一圏域、小さなところでも一圏域です。地域包括ケアシステムは、この圏域ごとに作るという趣旨です。均等に、全部同じにしろというわけではありません。

例えば、海の近くだとか、山間部にあるとか、圏域によって生活のリズムや食べ物の傾向は異な

ります。また、閉じこもりが多いと認知症になる確率が増えますから、囲碁や麻雀ができるトラックを持って行って、閉じこもった人たちを外に出すとか、ゲートボールに誘うということなど日常生活圏域ごとに進めているわけです。

●医療保険の延長で隙間を埋める

この地域包括ケアシステムの構築に伴い、こんな仕組みを6年間かけて作りました。

ケアマネジャーについては、例えば、ある患者さんが入院してケアマネジャーが医療機関に情報提供する。

医療機関から呼ばれて情報をもらって帰る。ケアマネジャーは、情報提供したものに対して介護報酬がもらえ、退院する前に医療機関から情報をもらってきてケアプランなどに生かしたら介護報酬がもらえる仕組みです。

一方、医療機関側は、ケアマネジャーを呼んで2回打ち合わせを行ったら3000円を2回分もらえます。さらに、入院中の担当医が、在宅側の専門職3人以上を呼んでカンファレンス（退院時共同指導）を行うと2万3000円が医療機関に入る仕組みです。

ここで、一番大事な情報は情報共有です。この4月から「退院・退所情報記録書」というものを使います。ケアマネジャーが、患者が入院している間に、医療機関の看護師、薬剤師などの職種から情報をもらい、これに書き込みます。

例えば、食事摂取の欄に嚥下状況というのがあります。呑み込みが悪いと、薬剤は錠剤やカプセルでは難しいのではないかと判断できます。こういう情報をケアマネジャーが持ってきて、薬局薬剤師に情報提供すれば剤形の変更もできるので、特記事項欄に書き込み、医師に提言して、ちゃんと飲めなかったものが飲めるようになる、といったこともできます。

これは入院中からの調整であり、本来は病院薬剤師がやらなくてはなりません。現状では、配置されている病院薬剤師でこういうことができる人は半分もいません。医療機関にいないので、いま動ける職種であるケアマネジャーに薬局薬剤師

にこういう情報を持ってきてもらうことを考えたのです。

それから、先ほど話しましたが、入院中に要介護認定の結果が出ないと、退院後すぐに介護サービスが使えないので、その隙間が空かないよう、医療保険の訪問看護や医療保険のリハビリテーションが退院後も利用できるように改定になっています。介護保険でもリハビリテーションと看護は使えるのですが、要介護認定が出るまでは、最低限のサービスしか入れられませんから、せっかく歩けるようになって退院したのに、必要な量のサービスが入らず放置している間に歩けなくなってしまうような事態も起こり得るのです。

この医療保険でつなげる期間は、3月31日までは医療保険の疾患別リハビリテーションは1か月間だったのですが、今回から2か月に伸ばしました。それから、医療保険の訪問看護も、退院直後という文字を入れ使いやすくしました。こういう発案によって、入院しても退院しても、安心して、情報がつながっていける仕組みを具体的に作ったわけです。

●介護保険事業計画は市町村単位

地域包括ケアシステムの話に戻ります。

帰られたら、営業所の最寄りの市町村の介護保険事業計画を手に入れてください。恐らくホームページにアップされています。これは、先ほどの「基本チェックリスト」を全高齢者に郵送して回収結果を分析した国の日常生活圏域ニーズ調査に基づき、市町村ごとに、認知症の支援策や在宅医療の推進、高齢者にふさわしい住まいをどれくらいセットするか、見守りなどをどれくらいセットするかといったことを計画したものです。現在は平成24年4月から3年分の第5期介護保険事業計画で、平成27年4月からは第6期の計画を作っていきます。つまり、市町村ごとに動くことになるのです。

市町村の介護保険事業の策定に私ども一薬局が関わるのは無理ですが、職能団体として大いに関わっていかねばならないところなので、都道府県薬剤師会と市町村レベルの薬剤師会で、行政

との話し合いを進めているところです。ですから、卸の皆さんも、薬局や医療機関の在宅医療や介護との関わりに興味を持ってもらえればと思います。

地域包括支援センターは、全国に4000か所くらいあり、これから医療・介護のハブセンターになっていくと思います。

というのは、在宅医療を要する高齢者が退院して地域に来る、または地域にしながら在宅医療を必要とすることになったとき、介護サービスだけでなく、医療のサービスがしっかり入っていかなくてはなりません。その打ち合わせを行う場所を地域包括支援センターにしたいということで、厚生労働省医政局、老健局が予算をつけて動き出しています。それが「地域ケア会議」です。この事業に参加する病院、診療所などはもう公開されていますので、ぜひ、地域で仕事している方は、その在宅医療連携拠点事業がどう展開されるかを注視してほしいと思います。

認知症の対応について

最後に認知症の話をする。

認知症の行動・心理症状（BPSD）の悪化原因のナンバーワンは「薬の影響」です。ですから、薬の管理はとても大事です。そのことを、介護保険部会の報告書にも入れました。

それから、早期発見と治療については、先ほど「脳の健康チェックリスト」などで、薬局でできることを説明しました。

そして国は、平成24年6月、「今後の認知症施策の方向性について」を出しました。その報告書のフローの中には、「認知症であるかもしれない気付き」とあります。かかりつけの医師などが関与している状況で気付きということがこの報告書に書いてあったのです。

これについては、私ども薬剤師側から見ると、「脳の健康チェックリスト」のように、普段一緒に暮らしている人が、親の症状が「おかしいな」と思ったら簡便にチェックして、それを地域包括支援センターに持って行って、このフローに乗せることが大事だと、この間の介護給付費分科会で話



メモを取りながら熱心に聴講

しました。

それから、先ほど話した薬の問題、BPSDも、急性増悪になってから出るのではなく、日常生活の中で、薬の影響によるせん妄症状が強く出ることがあります。これは普段から薬剤師が見ていけるので、そういう薬の管理、早期発見のツールについて、厚生労働省老健局認知症対策室にも情報を持っていくことになっています。

もう一つ、実は、舛添厚生労働大臣のときのプロジェクトチームで、認知症と診断された方を認知症専門医がもう1回診断してみると、約2割の人が認知症ではなく、薬剤性せん妄やうつ病による認知症そっくりの症状が出ていて、それらに認知症治療をしていたことが分かったのです。ですから、確定診断というものをきちんと行わなければなりません。

今回のプロジェクトチームの結論として、「認知症初期集中支援チーム」で確定診断をきちんと行う、ある程度見立てて、認知症疾患医療センターで確定診断するという仕組みづくりを、国を挙げて進めることが決まりました。

このように、地域で安心して暮らし、病気になったら医療機関へ行き、入院しても早く地域へ帰っていけるようなシステムづくりを、これから進めていきたいと思っています。

時間になりましたので話を終えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。