

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第2回）

平成19年10月4日（木）

【村田幹事】 それでは、まだ村松委員がお越しではないのですが、定刻を過ぎましたので、ただいまから第2回東京都認知症対策推進会議医療支援部会を開催させていただきます。まず、はじめにお願いがございます。ご発言に当たってはお手近にマイクをご用意しておりますので、そちらをご利用ください。

続きまして本日の委員の皆様方の出席状況につきまして、事務局からお知らせをいたします。村松委員、出席されるご予約でございますが、そのほかに所用によりまして医師会の安藤高夫委員が出席が遅れるとご連絡をいただいているところでございます。その他の委員、幹事、全員出席という状態でございます。事務局からは以上でございますので、部会長、進行のほうをお願い申し上げます。

【繁田部会長】 それでは、引き続きまして本日、部会長を務めさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いをいたします。早速、議事に入らせていただきたいと思いますのですが、まずはじめに資料の確認をさせていただければと思います。

【村田幹事】 それでは、資料の確認をさせていただきます。本日は委員の皆様方の席上だけに配付をさせていただいている資料と、それから今後、会議終了後に公開する資料と2通りでございます。次第に続きまして、まず席上配付、「認知症専門医療機関実態調査の集計状況」、これを委員の皆様方に限りお配りをしております。こちらのほうはまだ集計中でございますので、本日は席上配付のみにさせていただきました。それから続きまして資料の1でございます。さらにその次に本日の議論のたたき台となりますメモというものを同じく席上配付しております。こちらの位置づけにつきましては後ほど部会長から詳しくご説明をいただくことになっております。続きまして参考資料の1でございます。そのほかでございますが、まず専門医療機関の実態調査の調査票、こちらのほうも委員の皆様限りにお配りをしております。さらに医師会の玉木先生から本日の検討材料としてA4、1枚のメモをご提供いただいております。こちらも委員限りとさせていただきます。それから最後になりますが、資料の2というふうに次第には振っておりますが、先月の13日に開催をいたしましたシンポジウムの当日配付のレジユメをご用意をさせていただきました。本日配付の資料につきまし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。そうしましたら、まず議題の1についてご

説明をいただきましょうか。

【村田幹事】 それでは議題の1に関連して一括という説明でよろしゅうございますでしょうか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【村田幹事】 それではまず、議題の1、認知症専門医療機関実態調査の集計状況等につきまして、一括して報告をさせていただきます。まずはじめにご紹介させていただきます、先ほど参考資料の2としてご紹介しましたシンポジウムのレジュメでございますが、こちらは先月13日に私どもの主催で行いました認知症をテーマとしたシンポジウムでございます。当日は新井先生に基調講演をお願いいたしました。当日参加が470名と大変多数の方がご参加いただいております。新井先生、ほんとうにありがとうございました。

それから続きまして席上配付資料の、認知症専門医療機関実態調査の集計状況につきまして報告をさせていただきます。席上配付の「集計状況」というタイトルのA3資料をごらんいただきたいと思います。こちらの専門医療機関実態調査でございますが、集計が終わった段階で改めて本部会にその全容を報告させていただきます、今後の議論の材料としていただくとともに、この情報の活用方法についても検討していただくという予定であります。

今日時点においては、まだ回収中でございます、未回答の医療機関に協力をお願いするということでございますので、速報値ということで委員の皆様方限りとさせていただきます。時点としましては9月20日現在のデータでございます。調査対象の医療機関数でございますが、都内の全病院、これが670、それから認知症関連学会の所属医師のいる一般診療所、合わせまして1,004の医療機関を対象に、お手元でございますまず調査票をお送りをしております。20日時点でございますが、回答数が608、回収率が60.6%となっております。あくまでも、この608の医療機関からのご回答の紹介という形でございます。まず回答のあった医療機関の種別内訳のところをごらんください。内訳としましては病院が400、それから診療所が208ということで、おおむね病院と診療所の割合は2対1となっております。

それではその、総回答数608の医療機関の中で、「認知症に対応しているか」という質問を最初にぶつけております。そこで、この場合の認知症患者への対応というのは、認知症の診断・治療だけではなくて、認知症の方が身体疾患を発症されたときの対応でも可と

しておりますので、それらも含めまして何らかの形で認知症の患者さんに対応していますかという問いに対して、「対応している」と答えた医療機関数が329、回答数の54.1%でございました。

それではその329の医療機関の中で認知症の診断・治療を行っている医療機関がどのくらいあるかというのが左下の表でございます。329のうち、診断・治療について対応しているというお答えをいただきましたのが272の医療機関でございました。割合としては82.7%でございます。それ以外の「していない」というお答えなんですけど、これ、おそらく先ほどの認知症の対応の有無という設問の設定からいって、認知症の診断・治療はしていないけれども、認知症の方が身体疾患を発症された場合に対応はしていますよという意味だと思われま。

それからさらに右のほうに進んでいただきます。329の医療機関に対して、「認知症の患者さんの治療について、その地域の『かかりつけ医』との間で連携がありますか」という設問を設けました。これに対して「連携をしています」と答えられた医療機関が186、56.5%でございました。それに対して、「していない」というのが113、34.3%となっております。

さらに右側に移っていただきます。「連携しています」と答えられても、それでは具体的にどういう連携をしているのかということになるわけなんですけど、この設問に関しては複数回答を可としております。したがって、全部の件数を合わせますと329を超えるわけなんですけれども、連携の内容としまして、まず「確定診断の依頼に応じています」と答えられたのが329の中の3割くらいということになります。それから「処方依頼に応じている」というのが23.4%。それから逆に医療機関側からかかりつけ医の先生に対して、「定期的な処方依頼や経過観察を依頼をしている」というものが17.3%。さらに「周辺症状や合併症、身体合併について連携をしています」というお答えが25.5%という結果でございました。これはまだ粗いデータでございますけれども、現時点での傾向としてはこんな感じでございます。

続きまして、参考資料の1をごらんください。こちらは第1回の医療支援部会におきまして、認知症対策、医療的な側面として東京都が今どのような事業を行っているのかというご紹介をさせていただきました。その中で都としてかかりつけ医の先生方に対する認知症対応力向上研修を行っていますというご説明をしましたが、この参考資料1の中でかかりつけ医研修、具体的にどういうカリキュラムなのかというご紹介をしております。こ

らのほう、事務局から詳しくご紹介をさせていただきます。

まずこのかかりつけ医研修でございますが、カリキュラムは国のほうでつくられたものでございます。研修の目的でございますが、高齢者が日ごろより受診する診療所等の主治医、すなわちかかりつけ医とここで定義をしておりますが、そうした先生方に対して、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修、これを実施することにより、サポート医との連携のもと、それぞれの地域において認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の方への支援体制を構築すると。ですから認知症診断の知識・技術等の習得というのが、この研修の目的でございます。あくまでも認知症の医療対応ということになりますので、いわゆる認知症の方が身体症状を発症した場合の対応等については、この研修カリキュラムの中では盛り込まれていないということになります。

それではカリキュラムがどういうものなのかということをご紹介させていただきます。カリキュラムとしては4コマに実は分かれておりまして、それぞれ90分という構成になります。この4コマをすべて受講してかかりつけ医研修修了というふうにみなされます。まず、「基礎知識」編ですけれども、こちらでは地域の中で認知症の方を支えるためのかかりつけ医の役割ですとか、認知症高齢者の実態ですとか、いわゆる認知症にまつわる基礎的な情報をこの中に盛り込んでおります。

主な内容としましては、まずかかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者の支援体制、早期段階でどういうところで気がつくのかとか、家族に対してどういう支援をしたらいいのかといったような、そのためにどういう体制を組めばいいのかということがまず紹介をされております。それから全国データではございますが、認知症高齢者の数の推計、それから認知症の方が実は半数以上は自宅にいらっしゃるといったような、所在も紹介をされております。続きまして家族の初診時の受診理由でございますけれども、これはいわゆる家族側がご本人を連れてきた際の理由というものを紹介されております。続いて身近な人の認知症の症状を相談した相手という項目なんですけれども、これは身近な家族に認知症の症状があるかと思った際に、だれに相談をしたのかということを紹介をしております。内訳なんですけれども、この調査の中では配偶者や兄弟家族、友人知人と答えられた方が65%と第1位、それから第2位がかかりつけ医で26.6%、残る大体3%ぐらいが昔の制度ですが、在宅介護支援センターですとか、看護師等に相談をしたという紹介をされておまして、いわゆる身近にいる家族等以外では、かかりつけ医にまず相談する割合

が一番高いという紹介をされています。ということでかかりつけ医の役割が重要なんだよというふうにこのカリキュラムでは触れられているんですが、ただし本日おそらく話題なるかとは思いますが、ご本人やご家族を受診、あるいは診断にどう結びつけていくのかというところについては、このカリキュラムの中ではまだ書き込まれていないという現状がございます。これが「基礎知識」編でございます。

それから続いての「診断」編でございます。こちらは代表例としてアルツハイマー型認知症と、それから脳血管性認知症の診断、それから認知症と間違えられやすい症状・状態、さらに神経学的所見の具体的な見方というものについて、個別の症例ですとか、あるいは画像データ等も紹介をしながら研修するという内容になっております。

具体的な内容でございます。アルツハイマーと、それから脳血管性認知症に加えまして、レビー小体型認知症についても診断基準が書き込まれております。それから原因疾患の種類とありますが、これはいわゆる変性疾患ですとか、脳血管性疾患以外にも、感染症ですとか、腫瘍、あるいは中枢免疫疾患等さまざまな疾患が認知症の原因としてはあるんだといったような紹介もされておりますし、またその変性疾患の内訳についても詳しく紹介をされております。さらにさまざまな中核症状へのアセスメントですとか、それから原因疾患の同定の手順といったものも紹介をされております。また必要な検査、こちらについても触れられております。診断基準についてはアルツハイマー、脳血管性、それからレビー小体のみなんですけれども、画像データ等の紹介も含めまして症例紹介については、前頭側頭型認知症も含めて、この4類型について詳しい解説が付されているという状況でございます。

続きまして3コマ目の「治療とケア」編でございます。こちらは実際に診断をして、認知症ですとわかった後の対応について記載されております。まず標準的なカリキュラムとしては、家族への治療効果の説明、インフォームドコンセントについて、あるいは病気の説明プロセス、その他進行の過程に応じて出てくる症状に対応する方法というものが触れられております。

主な内容のところをごらんいただきたいと思います。2つ目をごらんいただきたいんですが、認知症の病気の説明というものがございます。ここではどういうことが紹介されているのかといいますと、どういうタイミングで、どのような説明を、だれに対して行うのか。それから本人告知の考え方。さらに説明をして「認知症ですね」と言った後のフォローのあり方、それについても触れられております。それから「外来時の対応」とあります

のは、そのかかりつけ医のもとに初診で訪れた場合と、それから定期的に通院をしている中で認知症ではないかとかかりつけ医が疑った場合、それぞれについて外来時の対応が紹介されております。さらにアルツハイマー型認知症に関しては薬物療法、これは具体的に言いますと塩酸ドネペジルのことなんですけれども、その投薬の際の注意点、それから服用の仕方や副作用の説明についても言及されております。それからその下に「認知症の症状に関連する要因」というふうにございますが、こちらは言うなれば認知症の症状には脳の機能低下だけではなくて、その時々のご本人の心理的な状態、それから身体疾患、それから置かれている生活環境や提供されているケアというものが相互に関連し合って、認知症の症状の変化等をもたらしているんだと、そういう紹介があります。最後に周辺症状への薬物療法、それから非薬物療法、それぞれについても紹介をされています。

最後のコマの「連携」編というところでございますが、これは介護保険制度ですとか、地域包括支援センターですとか、あるいは成年後見も含めました権利擁護の仕組み、認知症の方を地域でサポートする側として、どういう社会資源が制度上あるのかということについて紹介をしております。国の標準カリキュラムはここまでなんです、都内においてはこの「連携」編に原則として地域の区市町村に参加を依頼しております。その区市町村単位で地域の地域包括支援センター等の現状、これをかかりつけ医研修を受講された先生方にご説明をして顔合わせをするといったような場を持っているところでございます。説明のほう長くなりましたが、議題の1に関連する説明としては以上でございます。なお、医師会の安藤委員でございますが、今、到着をされております。

【繁田部会長】 ありがとうございます。それでは前回の議論を受け、進めてまいりたいと思いますが、まず資料の1をごらんください。認知症の進行段階がこのように軽度から高度を経て終末期に至るまでを、各段階ごとに分けて議論していったほうが効率的だろうということになりましたので、今回は軽度の認知障害のMCIの段階から、軽度のあたりを想定して議論をしていこうとお話し合いをさせていただきました。まずこの段階で問題になること、既に委員の皆様からご意見をいただいておりますものをまとめまして4つの点に絞ることができました。資料の1の一番右側をごらんください。4つの四角で囲ってあるものが既に挙がっている問題、課題でございます。一番上からまずは読み上げさせていただきますと、一時的な相談体制や受診を促す方法はということか。それから2つ目が、より迅速に的確な診断を得るためにはどういうふうにしていったらいいのか。それから3番目、ご本人等の負担感の軽減と医療資源の有効活用、その双方を実現するには

どうのことを考えていかなければならないか。それから4番目、認知症への影響も踏まえた身体疾患、体の症状の対応はどのようにしていったらいいのかという4点におおよそ整理することができるだろうと思います。

この4つに関してこれから議論をしていきたいと思いますが、できるだけ具体的な議論をして、ある程度明確な方向性というものをこの部会で出すことができたらと考えましたので、私の意見、あるいは今まで認知症に携わってまいりました経験も踏まえて、メモをつくらせていただきました。それが委員の皆様のお手元にございます「取扱注意」と書いてある資料でございます。A4縦の資料でございます。おわかりになりますでしょうか。実際にこちらのほうに書いてございますものは、こうすべきだとかいうことではなくて、議論をするときに、1つ素案みたいなものがあつたほうが議論をしていただきやすいだろう。現在の医療の現状を踏まえて、あるいは今後の医療の方向性を踏まえて、こういった考え方が妥当なのかどうか、あるいは現実的に可能かどうか、あるいはこういう考え方で患者さんあるいはご家族にとってメリットになるのかどうか、医療機関を利用していただく方々にとって望ましいものなのかどうかという視点で、これは適切だ、あるいはこれはこうしたほうがいいということでご意見をいただくと、かなり具体的な方向が出せるんじゃないかということで、多少余計なこととは知りつつも用意をさせていただきました。これに沿って進めてまいりたいと思います。

一番下4番のところに、いわゆる症状への影響も踏まえた体の病気、身体症状への対応ということでございますけれども、おそらくこの4つの中では一番困難な問題、課題であるだろうと思います。今日の4つ目ということになりますと、かなり中途半端な形で議論が終わって、途中で区切れてしまうというのは好ましくないだろう、その前の3つの問題でも十分時間がかかってしまうだろうということを踏まえまして、委員の皆様にご了解いただければ、この大きな課題に関しましては次回に回らせていただけたらと思います。よろしゅうございますか。

それではさっそく1番はじめの四角でございます。どうやって受診を促していくのか。周囲の方、あるいは相談機関の方が気づいた場合ということですが、まず相談を受けた場合に、これは医療機関の場合もあるかもしれませんが、相談機関の場合、行政の場合もあるかもしれません。このことに関しましてなかなか受診に結びつきにくいというようなご意見も既にいただいておりますけれども、これに関していかがでございましょうか。まずは……。

【村田幹事】 すみません、その前に資料の1のご説明をしたほうがよろしいでしょうか。

【繁田部会長】 はい、すみません。お願いします。

【村田幹事】 すみません。申しわけありませんが資料の1を事務局のほうからご説明させていただきたいと思います。こちらでございますが、第1回のこの医療支援部会の中で「認知症の経過と医療依存度」という資料と、それから「認知症の医療に寄せられる不安と期待」という2つの資料をご用意させていただきました。その認知症の経過と医療依存度の資料の中に、今回のテーマでありますMCIから軽度の段階で寄せられた不安と期待というものを載せてみたという構造でございます。この「認知症の経過と医療依存度」という資料の中で、前回、第1回、ご確認をいただいたことは、これは変性疾患の場合を例示にした図なんですけれども、認知症の、左から右にかけて症状がだんだん進行していくわけなんです、その進行の過程に応じて上の段の認知症医療、それから身体医療がばらばらに提供されるのではなくて、それぞれ適切なときに適切な医療が組み合わさって提供されることが望ましいだろうと。ですからこの認知症医療、それから身体医療というものを時系列を追ってあり方を検討していこうというところまでが第1回の到達点であったかと思えます。

今回のこのMCIから軽度段階で必要とされる医療のまとめなんです、2つの資料を合体させましたところ、先ほど部会長からご紹介いただきましたように4点の課題が挙がってきたのかなと思います。それを簡単にご紹介をさせていただきます。まずMCIのところ丸い網かけがあるかと思えます。「認知症(疑い含む)に関する相談」、それから「診察、検査、診断から治療方針、生活支援方針の組み立て」までというところで、ここがいわゆる「一次的な相談体制や受診を促す方法は」という課題につながるんですけれども、前回ご紹介させていただきました不安と期待というご意見としては、まず認知症が疑われた場合の相談先がよくわからないという声がある。それからご本人、家族が不安に思って受診をされる場合は良いのですが、必ずしもご本人サイドが積極的とは限らず、むしろ消極的な場合が多いと。そういう場合に受診をさせたいと周囲が思ったとしてもなかなか受診に結びつかないという課題があるというご紹介がありました。そうしたご意見等を踏まえると、課題の1、「一次的な相談体制や受診を促す方法とは」という課題につながります。

それから2点目でございますが、その右下の丸い網かけをごらんください。他の疾患の鑑別、それから告知等とありますけれども、この部分に関して寄せられていたご意見とし



ては、必ずしもうつ病との鑑別が難しいなど、正しい診断が受けられないケースもあるということと、それから実は専門医といわれる先生方、現在データは集計中なんですけれども都内の人口に比して大量にいらっしゃるとも思えないことから、予約待ち等の実態があるようだ。したがって専門医の診断を受けるまでに時間がかかってしまうこともあると、そういうご意見もございました。そこから挙がってくる課題として「より迅速に的確な診断を得るためには」という課題があるかと思います。

それから3点目でございます。その右下なんですけれども、縦長の網かけになっております。この部分なんです、これは診断した後の話でございますけれども、専門医療機関で診断をしてもらったのはいいんですけども、専門医療機関が必ずしも身近な地域にあるとは限らない。遠くて待ち時間が長いことが多いと。これは病院の現状からしてやむを得ないことだと思うんですけれども、そういうことがあるために、その方の症状あるいは受診目的によってはご本人、ご家族にとって負担感のほうが大きというケースもあるのではないかと、そういうご意見がございました。それから専門医療機関に定期的に通院しているんですけども、通う側としてはその目的が明確になっていないような場合もあるようだというご意見もございました。

それからこれも病院、医療機関によって違うとは思いますが、専門医療機関によっては再診患者が過度に1病院に集中をしてしまって、負担になっている場合もあるようだということです。それから認知症については内科医等のかかりつけ医でも対応が可能だという意見も確かにあるけれどもどの部分をその内科医、かかりつけ医が担うのかというのが明らかになっていない、そういうご意見がございました。そこから「本人等の負担感の軽減と医療資源の有効活用双方を実現するには」という課題が出てくるかと思います。

それから最後になります、この次の部会に送るという形に今なりましたが、身体症状の悪化が周辺症状を悪化させる場合があると。ですから身体管理と認知症管理は表裏一体ということだと思うんですが、そういうご意見があることから認知症への影響も踏まえた身体症状への対応についての検討も課題だろうということで、この表の中から先ほど部会長がご紹介いただきました4つの課題が浮かび上がってきたということでございます。事務局からは以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。それでは、一番上の四角から進めてまいりたいと思いますが、メモのほうもあわせてごらんいただきながらご意見をいただければと思います。実際に医療機関、あるいは行政が相談を受けたときにうまくいかない場合、ど

ういう場合があるのか、あるいはうまくいった事例は、どういう場合か、これに関してご経験あるいはご意見等があればいただければと思いますが、いかがでございましょうか。

【玉木委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【玉木委員】 先ほどご紹介があったように、ちょっとメモを出させていただいたんですが、これは参考程度に後で見ておいていただければと思いますが、一応今日は軽度のほうの議論でということをお話を伺ったりしていたので、東京都の医師会で認知症サポート医の講習を受けた者、それからかかりつけ医対応力向上研修、先ほど村田課長からの説明があった研修を受けた者、これが多分、今、千数百人いて、3年間で4千人を目指している。4千人というとほとんどかかりつけ医機能は何らかの形でやっているだろう先生が大体この研修を聞くということを想定しているんですけども、その先生たちで今まで受けた人と、それからいわゆる地域の中核的な病院ぐらいで専門医として機能している先生、それからあと、専門医もいろいろいらっしゃるから大学病院とかで研究も半分主になさっていて、臨床もやっているような先生もいらっしゃるの、さまざまな先生がいらっしゃいますけど、そういった方々にちょっと時間がなかったんですけどメールでアンケートをして集約したものを、今日の午前中までのアンケートだったんでざっと書いてきまして、誤字脱字、変なところも多いんですけど。

これで先ほどご説明があった資料1にもよくまとめられているので、問題点というのはほとんどここに集約されてまとまってきていると思うんですけども、私がいろいろのドクターにアンケートをした概要から言うと、直ちにかかりつけ医と専門医の明確な役割分担、すみ分けというのは現実的にはまだ難しいんじゃないかという意見が意外と多かったです。それは要するに今ほど出た専門医の先生は結構忙しいと。ほんとうに専門医が必要ないろいろな疾患群の診断だとか、対応等で結構手をとられていて、一般の臨床対応のキャパシティーってあまり多くないし、そういう先生のところに軽度の方々の治療がずっと続けられるということは、やっぱり望ましいことじゃないだろうという意見が多かったです。

ですからそういうことと、それから対応できる症例というのはその医師、医療機関の力量によってさまざまなので、必ずしもすっぱりとクリアカットには分けられないし、分けちゃうと逆にキャパシティーが少なくなってくるんじゃないかと。その何が一体ポイントなのかというと、この絵のところ、左側がかかりつけ医で右側専門医で、ちょっと字が消

えちゃって申しわけありません。やっぱり認知症と身体合併症の対応力というのが1つキーポイント、それから環境生活、薬などの増悪因子をどうマネジメントできるか知っているかということと、それからやっぱりBPSDに対する対応力によって、どこまで見れるかというのは基本的に決まってしまうし、こここのところの底上げをしていくと、専門医でもかかりつけ医でもある程度見られる群の方々が増えてきて、1つの緩衝地帯が増えてくるので、その辺を底上げしていくことが今後同時に必要だろうという意見が結構、同じような意見が多かったです。

もう一つ、1ページ目の下に「地域自治体の意識改革」ということがあって、これは以前から福祉・介護に非常に熱心な自治体というのは、もともとこういう軽度の方は医療に介入されたくないというようなところがあって、なかなか早期の認知症あるいはMCIのような認知機能障害について、新しい医療概念としての理解がまだまだ進んでなくて、医療行政で認知症教室などを熱心にやって、そこで受けとめてしまっていて、なかなか医療につながっていけない。医師会側もいろいろアプローチしてもあまり取りつく島がないというところがあるという意見が出てきました。どことは言いませんがそういう意見も出てきているので、自治体がせっかくそういうことに取り組んでいっしょなところは、やっぱりそうはいつでも1回は器質的疾患なども含めた診断を受けておいたほうが良いというようなことを、やっぱり情報を出してくれるとつながるんじゃないかなと思いました。

1枚めくって裏ですね。やっぱりかかりつけ医から専門医に行きにくいという症例は結局はご家族とご本人の理解がどうしてもまだ十分でない場合という、その障壁がかなり大きいと。精神病というような認識で、行きたくない、行かせたくないというようなことがまだまだ多いという意見もありました。これはまたいろいろ底上げをどうしていくかということになると思いますし、かかりつけ医の力量にもかかってくるんだと思いますけど。それからやっぱり周囲に理解する人、協力者、後見人、あるいはひとり暮らしの場合は適切なケアマネなり、医療を理解したケアマネとかがいないとやはりおけると。それから物忘れ外来は意外と多くなってきましたので、これはかなり受診の敷居を低くしているということは各地から挙がっては来ていますので、こういった取り組みをもう少し進めていくということも必要だと思います。

どういうところがかかりつけ医と専門医との領域になるかというのは、先ほど申したようにその人や医療機関、あるいはその機関が持っている生活マネジメントも含めたスキルにもよってしまうんですけども、一応ざっと、かかりつけ医側からの意見を集約すると、

やっぱり早期診断をできるだけきちんとしてほしい。それから治せる病気についてはぜひできるだけ早く結びつけたいという意識はもうかなり出てきています。それからやはり一番困るのがBPSDのコントロールだということと、その今後の進行状況に応じた助言だとか、ある程度困ったときに助けていただけるような道筋をつけるという意味で早く送りたいという意見が多かったです。

それからその人が地域で暮らせるかというのは、別にその周辺症状の多さや強さだけではないわけですね。やっぱりその人の住んでいる環境だとかいうことが大きく影響するので、著しいBPSDでも何とか暮らせる人もいるし、1つでもあると周りが受け入れなくてだめだというケースもあるので、そういう場合にやはりどうしても入院などでコントロールしてもらいたいような状況、あるいは虐待が明らかで一時的にでも介護者と引き離すような必要があるような場合にやっぱり迅速に対応してもらいたいということが多かったです。合併症に関してももちろん同じでした。

それからあとは、逆紹介とか、どういう情報が互いに交換できればうまくいくか、これはそういう情報を交換し合おうというルールにもつながっていくと思うんですけども、やはり必要な情報というのは生活環境の整備のポイントだとか、家族への対応をどういうふうに説明したらいいか、あるいは専門医のほうでどう説明したか、それから尊厳擁護とか、暮らしの場で医療を何とか続けていくためにはどうしたらいいか。予後はどの程度のもので説明していったらいいかとか、そういうようなことをどうマネジメントしていくかを専門医とかかかりつけ医が共有していないと、なかなか患者さん、家族の側が、専門医から見れば専門医を離れるのに非常に不安だと思っているし、そういうことを説明してくれない専門医のところに行ってもなかなか続かないと逆に言うケースもあるので、こういったことが通常普通にやり取りされるようなフォーマットなり、かかりつけ医の側の研修もあるでしょうし、専門医の先生たちの意識の改革もあると思いますので、そういったことが同時に行われていけば進むんじゃないかというようなことがおおむね得られました。それは重症度によってもいろいろと違うと思いますけれども、おおむねこういうような意見でしたので、一応申し上げておきます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ただいま、今日の議題の全般にわたるお話を、実際に認知症にかかわっていただいております医師会の先生方の意見、まとめて整理をしていただきました。今ほどの先生のお話の中では、なかなかかかりつけ医の先生と専門医の先生と明確に区別するというのは難しいだろうというご意見がございましたけれど

も、受診ということに限って考えるときのかかりつけ医の役割といたしますか、働きといたしますか、有効性といたしますか、そういったものに関してはいかがでございましょう。はい、どうぞ、お願いします。

【西本委員】 ケアマネとして認知症にかかわった方、先ほどの玉木先生おっしゃったように、やはり最初のMCIの状況の時には家族・本人の受け入れがかなり難しく、家族は親が、やっぱり親御さんだとか今まで尊敬されてきた親族が、年相応のぼけでこれが認知症につながっていくんだって、なかなか納得していただけない方が多いんですね。その中で第三者的に見られるようなお嫁さんが、やっぱりこれはおじいちゃん、おばあちゃんおかしいよっておっしゃる方がその中で間に立って困られるケースが多いのが現状だと認識しております。

我々、ケアマネジャー側からは、やはりかかりつけ医の先生というお立場がすごく強力なものを持っていらっしゃるしまして、先生が言うんだったら、じゃあ専門家に行ってみようかとおっしゃるご本人とかご家族とかが多いので、そういうかわり方をしていただけるとやっぱり軽度からMCIの方というのはかわり方としては強いと思っております。

【繁田部会長】 ただいまのご意見に関しましてはいかがでございましょうか。はい、お願いします。

【秋山委員】 訪問看護の立場からなんですけれども、なかなか受診に結びつかないときに成人基本健診とか、特定健診に結びつけながら、そこを地域のかかりつけの先生が、私が今、仕事をしているところは新宿区なんですけど、区から受託されてその健診を引き受けているかかりつけの先生が、その基本健診の中でこれと思ったときに、そこから専門医につなげるというやり方だと、今の西本さんが言われたように先生から言われたんだたら行きましょうというような形での、わりとスムーズな専門医へのつながりというのは確かに、いろいろ難しいケースももちろんありますけれども、軽度の場合はそれで、実は糖尿病もあったり、高血圧もあったりという、ほかの基礎疾患を含めて早期発見というのか、そういうのにつながっていくという場合が結構あるので、先ほどの玉木先生のかかりつけ医の先生方の集めた基礎データというのは非常に有効ではないかなと思いました。

【繁田部会長】 そのほかがいかがでございましょうか。はい、お願いします。

【水村委員】 今のお話に追加させていただくんですけれども、地域包括支援センターの立場といたしまして、区民健診で基本チェックリストが上がってきますので、その際に発見できた認知症の方も実際におります。あと、私たちの中で実際にかかりつけ医がいら

っしゃる方はまだいいんですけど、いらっしゃらない方も中にはたくさんおります。私どもが訪問しまして、生活が大変になってらっしゃるケースの場合、かかりつけ医を、そこから探さなければならぬ方が現状は何人もおります。実際には介護保険サービスがもうすぐにでも必要な独居の方もいらっしゃるんですけども、かかりつけ医を探すことから始まるんですね。ご本人との信頼関係がまずできないと、医療に結べない方も多くいることをご理解いただきたいと思います。

お連れできたとしても、認知症の方に対する先生方のご理解ができていないことも地域にはあります。内科なので困るという先生も中にはいると聞いております。なるべく協力的で連携を一緒にとってくださるご理解ある先生をお願いをしているんですけど、地域はかなり広いので、なかなかその場所まで歩行できない方とか、もしくは自分ほども悪くないと言う方もおられるので、できれば往診をお願いしなければならないこともあります。ご事情を話して、まずは地域の先生に往診をしていただいて、ご本人になれていただいてから受診というケースもありました。

この議題の、先ほどの問題で、疑われたときの相談先が不明ということですが、もしも先にうちの地域包括のほうに例えば基本チェックリストで上がったとか、あと相談に来たときは、ご一緒に地域の医療機関のもの忘れ相談医、物忘れ外来を探したり、保健センターの物忘れ相談につないだり、ご一緒に相談にのれることもあります。あと、かかりつけ医がいらっしゃる方には、まずはかかりつけ医の先生にご相談くださいと軽度の方に促すようにはしております。あと、なかなか本人やご家族が消極的なケースも多々あります。そのときはやはり受診の必要性というものをまず私どもからも熱意を持って説明するようにして、納得してくれるまでお話をし、それで受診に結びつくということもあります。以上です。

【繁田部会長】 ただいまのお話ですと、かかりつけ医の先生がいる人はいいが、いない場合にはそのかかりつけの先生をまず探して、訪問していただいて受診する状況をつくってからというのが1つ方法。それから、物忘れ外来の場合にはもう多くの場合には専門医の先生、そこにもう直接行かれる場合も結構あるということでしょうか。

【水村委員】 はい。ただ物忘れ外来はまたやっぱり3カ月から半年待ちになっておりますので、その前に、かかりつけ医の先生に先にご相談したらいかがですか、そして専門医ということもありますよねということはお話ししますが、やはり物忘れ外来から行かれた方も、その方はもの忘れから認知症の心配をしていた方でしたが、異常なく安心

されてきました。

【繁田部会長】 そのほか、はい、どうぞ。ご意見お願いします。

【村松委員】 うちの会は健康診断のチェック、それからかかりつけのお医者さんとかそういうところにまず行きたがらなくて困るという方が実際、家族の中には多いです。そこからつながらなくて非常に困ってしまう。今も、今回もいるんですけど家族が認知症だとわかっているのに、認知症の専門医を都内あちこち回っているんですね。ですけれども本人を連れてこないと受けてもらえないと言われてしまって、症状を聞いて「明らかにアルツハイマーですよ」とは言われるけれども、本人を連れてこないと診断できません。もちろん当たり前のことなんですけど、それでもその本人は医療をすべて拒否してしまっている。だからどうやってつなげたらいいだろうか。結構そういう方が実際は多いんですけども、その辺どんなふうにしていったらいいかということです。

【繁田部会長】 ただいまのケース、はい、どうぞ。お願いします。

【玉木委員】 私もかかりつけ医という部類に入るのかもしれませんが、大体連れてこられるときは母がこんなになっちゃってとか、おばあちゃんが最近ちょっと非常に物忘れが多くて、お薬も飲めなくなっている、云々かんぬんとご本人の前でまくしたてるんですね。

【村松委員】 そうです。

【玉木委員】 そうすると本人がもう不安でおろおろしているという状態からですよ。で、専門医に行って診断までしましょうという、結びつけるには急にはいかないので、まずはそういう不安をあおっちゃいけませんよということは別にアナウンスしなきゃいけないし、こういうふうに対応してくださいと、ご家族に説明する部分がかなりの部分あって、ご本人には不安を持たなくていいから、そんなに明日から急に自分がわからなくなるわけじゃないし、少しずつ進むかもしれないし、あるいはいろいろなことを整えれば大丈夫になるかもしれないし、ということをお話しながらいくわけですよ。やっぱり今の例でもご家族が行って、本人が来ないから診断ができないよというのは当然なんですけど、でもどういうふうに対応したらいいかというようなことを医師や、あるいはその医療機関がそのご家族にある程度伝えられれば、とりあえず早期対応の半分は終わっているのかなと思うんですよ。

【村松委員】 そこがうまくいなくて……。

【玉木委員】 だからそこが医療機関側でなかなかうまくいっていないというのは、非

常に感じていますから、こういった研修も今、一生懸命やっていますし、では専門医療機関でもそういったある程度、統一した理念にのっとった対応をできるようにしていただければ、かなり違ってくるんじゃないかなというふうには思いましたので、私もそういうことを自分でも頑張ってみようかなと今、思いました。

【繁田部会長】 ただいまの玉木先生のような対応というのはなかなか出会うことが...

...

【玉木委員】 ないわけですよ。

【村松委員】 そういうことなんです。

【繁田部会長】 そういうことが、先生方の研修の中には含まれていない。初めの段階で受診の促進という話がないという指摘が課長のほうからありましたけれども、本人が行きたがらなくて困っていると家族が来た場合、どうしたらいいかなんていうのは入っていませんで、そういうものが含まれていると良いのですね。

【玉木委員】 一応、対応力向上研修を受けた先生はホームページは公開されているんですよ。

【村田幹事】 ホームページで公開するのではなくて、地元の区市町村にサポート医の先生とかかりつけ医研修受講者の先生方のリストをお渡ししています。そこからおそらく地域包括支援センターでも活用してくださいというお願いをしておりますので、地域包括までは流れていると思います。

【玉木委員】 で、まあ、今、都内のそういう皆様がアクセスする可能性の多い医師たちの3分の1ぐらいが、今、私が言ったような対応をするんですよというビデオなり何なりをちゃんと見ているので、もうあと2年ぐらいでもう少し見てくれるという段階です。ただそういう先生たちもやっぱり手探りで、実際の患者さんの症例に当たりながらやっているし、皆さん方もそうだと思うんですね。じゃあ、専門医につなげるといっても、どこにつなげて、ご紹介したけどきちとした情報とともに返ってきたかというところまでの感触はまだ我々にもそんなにないわけですよ。どこに送ったらいいんだろう、どこにやったらいいんだろうということを今、地域でこういう研修を足がかりにして整理しているし、都のほうも今いろいろ対応してくれる医療機関の情報を一生懸命とっているところなので、その辺がこうした議論の中で整えられていけば、そんなに先は暗くないかなと思っているんですけども、どうでしょうか。

【安藤委員】 例えばこれももっと未来の話ですが、東京都では小児に関しては# 8 0



00という電話での相談コーナーがあり、また都民の救急相談に関して東京消防庁の救急相談センターというのがあるんですね。同様に認知症110番というように、何でも相談できて、そこからいろいろなご紹介だとかができれば将来的にはいいんでしょうね。

【玉木委員】 一応何かあるんだよ。そういう、みんな知らないだけで。(笑)あるんですよね、たしか。何かあったな。サポート医のスライドの中にあるんですよ。アクセス先というのが。忘れちゃいましたけど。

【村田幹事】 まず、精神保健福祉センターというものが東京都の機関として都内に3カ所ございます。あとはそのほかに地域包括支援センターも相談窓口として紹介されているかと思うんですが、あと、保健所で常時ないしは月に1回とか、その地元の専門医の先生ないしはかかりつけの先生に来ていただいて、相談日を設けているとか、ちょっと区市町村によって状況はさまざまなんですけど、何も無いというわけではないというのが現状です。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【比留間委員】 行政の立場からということで、特に今、行政については福祉の分野の職員というのがやはり一般の事務職として入った職員が配置される例が多くて、定期的に異動するケースが多いんですね。ということで、やはり専門的な相談に乗りにくい体制になっているというのは確かだと思うんです。地域包括支援センターにしてもおそらく、私、多摩地区の市町村ですけれども、多摩地区においても地域包括支援センターを市が直営で、市の職員がやっているところというのはおそらく半数以下で、ほとんどが委託で社会福祉法人とかそういうところに委託をしているということで、なかなか行政側が第1の相談窓口となって、うまく認知症の方を医療につなげるとかということが難しい体制が現実的にはあるのかなという気がしています。

そういう意味では18年度から地域包括支援センターというのが各地にできましたので、そういうところが第1次的な窓口になるのが一番いいのかなというふうに考えているのと、あとかかりつけ医のことのお話が出ましたので、やはり私が市民の方に聞いたお話の中ではかかりつけ医がいるにもかかわらず、本人はすごく、家族の方が非常に困っている、家族の生活の中に非常に支障が出ているにもかかわらず、かかりつけ医の方が専門的な医療機関に結びつけるようなことを、なかなか情報提供してくださらない。もしかしたらそういう内科の先生であって、なかなかそういうところまでの診断が難しいのかもしれないんですけれども、かかりつけ医がいらしてもなかなかそういうところに結びつかないという

部分があるのかな、なんて気はしています。

ただ、今、先ほど説明にあったように対応力向上研修というのをやっていますので、その辺は改善されてくるのかなという気がしていますし、先ほど村田課長さんおっしゃったように、医療とかにつながっていない方については精神保健福祉センター、多摩地域でいうと多摩市にあたりとか、あるいは保健所の医療職がおりますので、そういう方の協力を得ながら対応していくのが一番かなという部分があるんですけど、ただ最近、保健所はどこからが保健所が担うのかというのがよくわからなくて、なかなか保健所の方も動いてくれない部分がありまして、そういうところで結構苦労するようないところがあります。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そのほか、いかがでございましょうか。はい、どうぞ。

【村松委員】 認知症の告知を最近するようになったんですけども、その告知の仕方が結構ダイナミックで、「認知症ですよ、もう治りません」という告知をすると同時に本人に言ってしまったり、家族に言ってしまったりということが結構あって、ダメージを受けちゃうという話が都内の介護士さんの会の中で情報としては入ってきているんですね。おそらくあると思うんです、お医者さんによって、きっといいお医者さんもいらっしゃることはわかるんです。いつでも悪いところだけを挙げてはいるけれども、いいお医者さんも確実にいらっしゃるってきちんと対応してくださる方もおいでなんですけれども、ちょっとまずいかなという対応の仕方が目立つ場合があって、そのときに介護士さんもお本人も迷ってしまうということがあるので、その辺の、さっき物差しをつくらなければならないということおっしゃっていた、目安ができるようにという、そこのところをやっぱりきちんとしたものがわかれば、告知もそういうものに沿ってできるようになって、あと、フォローアップの体制を医療でやるのか、どこでやるのかわからないけれども、ご家族と本人をどんなふうにフォローしていくかということも、ちょっと考えてほしいなと思います。

【繁田部会長】 それに関しては率直な意見として、言わないほうがいいんじゃないかということではないんですね。この人の場合には言わないほうがよかったんじゃないかという……。

【村松委員】 そういう場合もきっとあると思いますね。

【繁田部会長】 そうするともうずっと最後まで隠し続けるほうがいいだろう……。

【村松委員】 という場合もあるし、そうじゃない場合もあると思います。本人に告知したほうが、よりうまくいく場合もあるでしょうし。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【山田委員】 告知については、あまり精神科のレベルだとご本人はもう病識欠如という状態で、もう困り果ててご家族が連れてくるというケースがほとんどなんで、本人に対して告知する必要があるかないかということよりも、ご家族に今後どう対応するかということの説明とかということになるんですね。だから今、もうちょっと軽症ということでお話ししているとすれば、私どものレベルだとあまり軽症の方は数は多くないんですけども、外来でたまに相談で来た方の場合には、やはりまずご家族のご本人に対しての対応はどうかと観察するんですね。このご家族はどうも認知症に対して理解が足りないなと思う場合には、ちょっと引き離す場合もあるんですね。裏に回ってご本人ちょっと引っ張り出してと言ってケースワーカーに言ったり、担当の看護師に言ううまく、ちょっと席外してもらって、ご家族にちょっと待ってくださって、あのレベルはこの程度ですけども、ある程度わかってますからあまり目の前でわーわー言わないほうがいいと思いますということと、それから次にもう一つ治療の段階というか、なるべく薬物療法にいく前の段階だとしたら環境の整備、対応の仕方ですら随分不安感も取り除けるとか、そういうこともあるので、一番身近な方、いつも接する方の対応の仕方を指導するというのが我々の精神科としての精神療法として、家族の心理療法的なものになってくるんですね。それは今、医師会の先生いらっしゃるので、多分ビデオの中に入っているんだと思うんですけども、注意してやっていただいたら、長もちするだろうと。なかなか効く薬があるわけじゃない、つける薬があるわけじゃない、最終的にここに重度になったときの出てくる症状に対してはいろいろ効く薬が出てくるわけですけども、初期のころの、例えば私がちょうど団塊の世代の先頭を切って走っている私が第1号になるかという、アルツハイマー的なものであれば、多分今だって徐々に始まったらあきらめているんですね。物忘れはどうにもならんだろうと。ただ暴れちゃったとか、異常行動みたいなもののレベルになったとき、ご家族が対応できないというようなレベル、もし私が性的な逸脱行為をすとかという場合にはつける薬はあるだろうと思うんです。押さえ込んでやろうというのが、けどちょっと忘れちゃったとか、そういうのをわーわー周りで言うというのが、むしろご家族の対応のほうが無効であって、その辺を注意していただくというのがかかりつけ医のレベルなんだろうと私は思うんですね。ちょっといかがなものでしょうか。

【繁田部会長】 はい、どうぞ。

【玉木委員】 早期診断と早期告知の意義というのは、医師の側から見ればこれは自己

決定権の保障なんですね。レーガン大統領のアルツハイマー宣言のようなことが各個人が行えて、自分が法的な判断能力があるうちに意思決定をしたい。財産分与から始まって、いろいろあるわけで、それはできるだけ多くの人に確保したいということがある。でもそれは周囲の理解だとか、本人自身の理解も含めて千差万別なので簡単にはいかないですけども、今、告知というのは本人に言っても家族に言わないということはありませんよね。家族に言って本人に言わないということはありませんよね。個人情報だし、自己決定を奪うことのほうがやっぱりどちらかというと重いことですので、私の感覚では、本人には言います。本人が家族に言わないでくれという場合には言わないですけど、どうするか、ご家族にも伝えなきゃいけないのもどういうふうに伝えていくかというほうが、今、例えばがんの告知にしる、認知症の告知がどこまで標準的にいっているかわからないですけども、そういうふうに我々の仕事としては考えてしまうんですね。そのときに配慮に欠ける言い方をするとということになってしまう、相手の理解や、それまでの生き方や感情等々、さまざまなことに配慮した告知の仕方をしていないというのは確かにあるかもしれませんね。「あんだ、がんです」って言われたら、やっぱりそれから立ち直って組み立てていくのに非常に時間がかかりますからね。それに向き合うという仕切りも人間はそれぞれ持っていかなければいけないんでしょうけれども、それはまた広い社会のアプローチで伝えていくしかないと思うんですね。ですからそこら辺が適切に行われるようには、いろいろなチャンネルを通じて医師にアナウンスしていきたいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。告知の問題は、時間をとってあらためてご意見をいただくことができたかと思いますが、私も一言だけ言わせていただくと、言い方も大切なのですが、何が左右するかというふうに私が考えるときに、その人との関係なんですよ。その人が、伝えたときに、関係がいい場合と悪い場合とで決定的に違う。じゃあ、関係ができるまで待つのかというと、場合によっては自分は物忘れがひどくなってきているし、周りからしかられ、批判され、非難されることがこんなに増えているのに、病院に行っても先生はお薬をとにかく飲んでもうちょっと様子を見ようと言うだけだという不安も抱えてしまうので、そういう不安に対しての何らかのサポートも考えないといけないということは、やっぱりやむを得ず初対面で言わざるを得ない場合も多いんだろうと思います。理想としてはおそらくかかりつけ医が担うことになると思うんですけども、言った後にサポートするためには、周囲の人たちにもサポートしていただいて本人が受け入れて、少しでも前向きに先のことを考える。そういうふうに思ってもらうのが一応理想なのです。

話を戻したいと思います。

先ほど、かかりつけ医の先生からなかなか専門医のほうに受診が進まないという話がありましたけれども、おそらくどこにご紹介したらいいのかという情報がわからないというところが1つあるんだろうと思います。先ほどもかかりつけ医ばかりではなく、相談機関のほうでも今まで経験的にあそこに行ったら比較的早く受診することができて、診てもらえたというような、経験に基づいてやってらっしゃる。ですので、それに関しては、今回行っている調査がどういう医療機関で、どこまで診断ができて、どこまで治療ができてということが少し具体的に出てきますので、それをどう活用するかというのもこの部会で委員の皆さんからのご意見をいただきたいと思います。相談機関とかかりつけ医の先生で共有してもらえたらいいかなと。そういうところが候補が幾つか上がってきますと、より今までよりは紹介しやすくなるでしょうし、かかりつけ医の先生も見つめふりをしていた物忘れみたいなものに、じゃあ、紹介してあげようかということに少しずつなっていくのかなと。加速する要因にはなるのかなという気がいたします。

ただ受診へと、背中を押すということはやっぱりかかりつけ医の先生にさせていただくのが一番いいだろうということでは、おおよそ意見が一致しているとみてよろしゅうございますですかね。ありがとうございました。

それでは、はい、どうぞ、お願いします。

【桑田委員】 つい最近なんですけど、石川県のほうの知人から私のところに連絡があり、自分の知人の兄弟がどうも認知症らしいのだが、どこに行ったらいいかしらということでした。私も、どこを見たらいいのかしら？と思ったのです。東京という地域性を考えたときに、地方から出てきていて、周囲にあまり親戚もいないという人が多いのも特徴的なのかなとふと思ったのです。もし地方だったらまだ周りに親戚がいるとか。しかし周囲の親戚などがいないと、地方からやはりそういったような連絡が送られてくるという場合もあるんだなと。そのときにいい意味で情報を、今、先生がおっしゃったことになるんですけども、こういったような調査の結果をきちんと、どこからでもアクセスして情報収集ができれば良いと思いました。確かに地域包括支援センターって、市町村に連絡をすればと思うかもしれませんが、なかなかそういうことも浮かばない地方にいる人たちもいるのではないかと思いました。やはり東京都という大きな自治体、いっぱい情報を持っている、あとはある意味、専門医とかにも行きやすいということもあるのかなと思ったりすると、違う形での情報収集ができるという方法も考えていってもいいのではないかと

思いました。じゃあ、具体的にと言われるとちょっと思いつかないんですけども、つい最近そんなことがあって、今、ほかの委員の先生たちの話を聞いて、ああ、そうなんだなんて、私自身も改めて思っている状況です。ここにいる方たちは皆、プロですからそういった情報を持っているかもしれないですし、どのようにしていったらいいのか、あとは質のいいケアとか受診の方法とかがって知っているかもしれませんが、やはりそれすらわからない人たちも多くいるんじゃないのかなと思います。もっと良い意味で情報を公開していてもいいのではないかと思いました。

【西本委員】 もう一つだけいいですか。

【繁田部会長】 はい、どうぞ。

【西本委員】 すみません、次に移る前にケアマネジャーとして、いろいろな主治医の意見書を、要介護度を確定するときに見せていただく場面がかなり多いんですけども、今、研修をなさっているということで、ちょっと安心しているんですが、ほんとうにこの人は絶対に認知症だというような人も、意見書には一言も認知症に関して書かれていない、特に大きな病院のいろいろな症状、糖尿病だったら糖尿病だけ見ている先生だとか、そういう先生に、だけというわけではないんですが、見ていただけている先生もいるんですけども、ほんとうにその主治医の意見書で、ああ、先生わかってくれてないのかなというのと、プラス先生の前に行くと、やっぱりいい格好したがる利用者、ご本人たちもいらっしゃるので、伝えられていない部分があるのは仕方ないのかなというところもあるんですけども、やっぱり軽度のときから認知症というとならえ方をしていただきたいというのが、ケアマネジャーとして常に思っているところです。

【玉木委員】 いいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【玉木委員】 簡単に言うと、もう6年ぐらい前からそういう記入の方法の研修会は国の事業でずっとやっているんですよ。まあ、少しずつは上がっているとは思いますが、基本的にそれ、意見書を求める医師のもって行き場所が間違っているんですよ。みんな大病院志向があって、一番大きな病院でかかわっている先生に持っていくという傾向があるけれども、そういう人たちは生活とか認知症とかについてはやはりスキルは少ないですからね。できるだけ地域で、やっぱりさっき言ったようにかかりつけ医の先生に持って行かれると、少しはもうちょっと書き方が違うかなと思います。

ただ、かかりつけ医というのはいろいろな定義がありますけれども、それは患者さんが

ら見て信頼に足る医師をかかりつけ医というのであって、我々はできるだけこういうことを包括的に対応できる、そういうかかりつけ医としての機能を持っている医師像を目指しているわけで、患者さんはかかりつけ医というからには、やっぱり5年でも、10年でも、何くれとなく通ってきて、お互いに話をし合って、今、先生がおっしゃったように信頼関係があつての告知であり、意見書であり、そういうものなわけだから、やっぱりできるだけそういう医師を探し出して、我々もできるだけ多くの医師がそういう対応をできるようにしたいと思いますけれども、そういうところから底上げしていかないと、なかなか今の問題には答えが出てこないというのが実感です。

【西本委員】 いいですか。東京都の特徴なのかもしれないですけども、患者さんも大病院志向がかなりあって、地域の先生よりは大きな病院で見てもらっているのも、その先生、ぜひ出てしまわれている方がやっぱり多いのかなと思いますので、今後は地域の先生、なるべく探すようにはしてみます。

【繁田部会長】 で、また、専門の先生に通っている人も、やっぱりその情報は、もしかかりつけ医を持ってらっしゃるんだったら、かかりつけ医の先生のところに情報が集まっているといいですね。そうすると常にかかりつけ医の先生がすべての病気の詳しいことはわからないにしても、おおよそどういう問題を抱えているかということ把握してくださっているので、必要に応じて紹介したりして、いつも戻る場所になるのかなという感じがします。それが僕のイメージのかかりつけ医の理想像です。

【村松委員】 かかりつけ医以外のお医者さんに、例えば専門医にかかったときに、そのことを専門医の方がかかりつけ医のほうに戻してくれるのか、それとも家族だったり、ご本人が専門医にかかって、それでかかってきたよ、こう言われたよというものを持ってかかりつけ医に戻るのか。それはどういった形になりますか。

【玉木委員】 それはさまざまなケースがあるので、その方がどこを主とした療養の場とするかにかかると思うんですね。今後はやっぱり生活の場ということが多くなると思うけれども、その辺の交通整理は専門医であればそういう場所が必要と思えば情報提供書を書くでしょうし、かかりつけ医の側もこれは専門医療のほうで今やらなければいけないことは書くでしょうけれども、なかなかそれはこうしなきゃいけないと決まっているわけじゃなくて、ケース・バイ・ケースなんですよ。ただ、みんなが同じそういう意識で、その方に最適な場所を選択して、そこでうまく医療が継続できるようにという気持ちで情報を提供し合っていないというところが、まだうまくいっていないというところが問題なの

で、それは現状では困った、右往左往している方々を皆さん見ているんだと思うんですけど、そういう方々にどんどん自分で情報をとってこないと、まだまだだめだということはよくアナウンスしてもらって、こういうふうにここで暮らしたいからここでできるような紹介状を書いてくださいというふうに、やっぱり文句を言ってでも情報をとってこないとだめなので、(笑)その辺はちょっとよろしくお願いします。

【繁田部会長】 実際に患者さんご自身で判断をされて専門医に行く場合、かかりつけ医には黙って行く場合と、かかりつけ医の先生が紹介状を書いた場合とで、多分専門医の対応は、違って来る可能性がある。黙って来てしまった、言っていないとなると、専門医のほうも後はお薬を飲むだけなんだけれども、かかりつけ医の先生のほうに紹介状を書いて、かえって家族は嫌な思いをされるのかなということに気を配る専門医もいますし、そこら辺はちょっと微妙かもしれない。

もしよろしければその話を先にさせていただきたいと思います。実は認知症の場合にどういう紹介のやりとりが一番いいのか、ということを考えてみたいと思います。それぞれ個々に、ケースによって全然違うと思うんですけども、3番のところをごらんください。仮に専門医の先生に診断が難しく紹介をした、あるいは精神症状があって紹介をした。しかし、その後ずっと専門医の先生が見るべきではないだろうと。そうすると専門医ばかりに集まってしまって患者さんがむしろ十分な、適切な医療を受けられなくなる可能性があります。そのときに専門医とかかりつけ医の先生方がどういうふうに役割を担うことが、患者さん、あるいはご家族にとって望ましいのかということも、ちょっとご意見をいただけたらというのが今日の3つ目のテーマです。2は後ほどということにして。これに関してはいかがでございますか。先ほどの玉木先生のお話でなかなかきちんと分けることは難しい。ただ、患者さん、ご家族という視点に立ったときに将来目指すという方向も考えてこういう姿が望ましいんじゃないかということに関して、いかがでございますか。ざっくりばらんで結構です。ご発言いただければと思いますけれども。

【玉木委員】 もう先ほど取り交わされる情報の内容についてはお話ししましたので、そういうことが共有される状況をつくり出していけば、やり取りしているうちにお互いのイメージが合ってくるのかなというふうに思っているんです。いかにその生活情報、それから実際に増悪したときをどうするかということの、そのかかりつけ医、専門医、あるいは患者さん、ご家族の3者の意思の一致というところがあると少し安心だと思うし、身体合併症の内容によってはそちらのほうの病院にかからなくてはいけない。もし例えば認知



症じゃなくて糖尿病のほうが悪化したり、心臓病のほうが悪化して入院させなきゃいけないけれども、入れるところがなかなかないというときに、できるだけ事前にそういうことを当たって相談しておくということもお互いの理解の促進ということで重要だと思うんですね。そういうリスクに対応する対処方法をやり取りしておくというのもいいと思いますし、そうならないためにどういう努力を互いにし合ったらいいかという。今ですと夏になったら危ないと思う、脱水になって全部パーになっちゃうということありますよね、急に認知症も悪化、身体疾患も悪化ということは十分考えられるし、そういったことについても地域でのリスクマネジメントみたいなものを共有していくということが理解につながって、システムにつながっていくんじゃないかなと思うんですけれども。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【秋山委員】 ついこの間、心筋梗塞をもともとお持ちで、脳血管性の認知症も進んで、胸痛発作で入院されたんですけれども、結局、問題行動や周辺行動が助長されて、病院の中では抑制がかけられていた。それで症状も治まって帰って来るに当たって、心筋梗塞そのものはちょっと治療するのも大変なので、このままいったらターミナルなんだけれどもどうするかという話になって、ご家族と本人も含めて家に帰りたいということで帰ってきて、4日目でおうちで亡くなられましたけれども、そのときに急遽その訪問診療医が全然入ってなかったので入れたというケースがついこの間ありました。朝方亡くなっておられます。そういうこれから起こることを地域の医療の仕組みの中で、もちろん入ったところは循環器の病棟ではありますが、その大学の病院には専門医がいて、認知症でもそこにずっとかかっていたわけですね。ですから医師同士の連携もプラスだけれども、そこにかかわるチームがどういうバックアップをするとか、専門医も数が少ないわけですから、そこに先ほど山田先生がケースワーカーさんにちょっと家族と面談しておいてとか、看護師が来て分けて話を聞くとか、そういうそこにチームが存在していたほうが、より生活の状況がわかったり、どちらにどういうふうに情報を流すとかいようなあたりも、もうちょっとスムーズではないかなと。そのチームのつくり方というものも1つ、やっておいたほうがいいんじゃないかなと非常に思うんですけれども。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そのほか。

【新井委員】 ちょっといいですか。

【繁田部会長】 はい。

【新井委員】 私はどちらかというとな繁田先生と同じ専門医という立場での見方をずっ

としていましたけど、ほんとうに現場のコメディカルの方たちの現状の大変さと、それと同時に医師会を中心にして今はほんとうにそれを改善していこうという動きと、その現場での両方のやり取りが今の現状で大変な中で、いい方向に僕は行っていると思います。これがまた5年、10年、しかも今度は東京都がこういう形でやってくれれば、かなりいい方向に行くんだろうと思うんです。

それで今日いろいろな意見が出ていますが、座長を助ける意味で言うと、今はMCIから軽度の、そこの話ですよ。そこにまずある程度今日は絞らないとかならないと思うので、そういう意味でお話をすると、3番目の問題について言えば、専門医はやはり初期診断、ですから今日、医師会にまとめてもらったのは、ほんとうに参考になると思いますけれど、やはり初期診断をきちっとして、特に初期の段階であればそんなに精神症状も、それから身体症状もないわけですから、初期診断をして安定をしていけば必ずかかりつけ医に戻すという、その道筋をきちっとすることが大事だと思います。私は実際に必ずそうしているんですけども、その場合に紹介される時、それから逆紹介のときに、それぞれ忙しい中でやっているわけですから、なるべく単純なフォーマットにして、しかし最小限の情報を共有すると。このMCIから初期の段階までであれば必ずかかりつけ医に戻すというのが一番いいんじゃないかと思いますけど。

【繁田部会長】 ありがとうございます。先ほどの玉木先生がおっしゃった、連絡というんですか、情報のやり取り、そういうのを促進していく方法について、何かお考えはありますか。連携、あるいは連絡のやり取りを行うための具体的な方法としてはどういう……。

【玉木委員】 これまでそういうフォーマットっていろいろな疾患でいろいろつくられているけど、あまりうまくいったためしがないんですけども、でも認知症自体、あるいは認知症にかかわる合併症で患者さんの情報をやり取りする場合のフォーマットみたいなのは、こういう情報を入れましょうということをつくっておいて、それが標準的なやり取りとして使われるようにしていけば1つはいいのかなと思うんですよね。そのアナウンスをいかにしていくかということ。

それからここにもちょっと書いたんですけど、やっぱりかかりつけ医、専門医の側、どちらからもやはりかかりつけ医が認知症を未永く見て、看取りまでかかわるとすると、どうしても専門医というバックアップがない状態では無理だろうと思う。ですから何らかのそういうルートを持っていることが、とにかく認知症を診る基本だと。そのルールをま

ず確立して、安定していても年に1回でも2回でも専門医のところに行っていて、状況を見て情報を共有しておいて、そして我々が発見できないところも少し見ていただいとというような、そういうルールと、今、新井教授がおっしゃったように簡単な、ほんとうにコアの情報のフォーマットをつくって、それを実践していくということですかね。

【繁田部会長】 よろしいですか。おそらくそのやり取りすることが一番大切なので、新井先生がおっしゃったようにフォーマットはほとんどなくてもいいのかなというふうに私は……。「1年たったのでよろしく」ということで行って、家族とは1年間の苦悩をちょっとお話しするとかですね。

【玉木委員】 それでもいいですよ。向こうが聞き取ってくだされば意思の疎通ができる。

【繁田部会長】 おそらく情報が動くためには患者さんが動いてくれたほうがいいかなということがあります。何らかのフォーマットを持って患者さんが専門医なりを数ヶ月に一度でも受診する。専門医に定期的に診てもらえるのであれば、かかりつけ医の先生も今まで以上に頑張ってみようということになるということでしょうか。そう理解してよろしいんですかね。

【玉木委員】 それがさまざまなケースでいろいろ応用問題に習熟していく道筋になっていくと思うんですね。

【新井委員】 全くそのとおりだと思います。何もなくても年に1回か2回はかかりつけ医の先生が「評価してください」ということで患者さんが来られます。それからその間は精神症状を含めて病状がちょっと変動して、どうしたらいいかということと、あと体の合併症なんか起きた場合も、かかりつけ医の先生がそのポイントを絞って、これはどうしたらいいですかというふうに簡単に書いてきてくださるので、それに対してまたお答えをするというやり取りはしてますね。先生が書いたのと全く同じだと思います。

それで、もうちょっと最初の話に戻っちゃうんですけど、せっかくこういうふうなプランを立てるのに当たって、全国でおそらく似たようなプランはいっぱいできていると思うんですけど、せっかく東京都でやるのであれば、かかりつけ医も専門医ももちろんきちっと登録されるような形になりますよね。そうしたら何かこう、行政もこれだけかわるのであれば何らかの形でITを使って、インターネットを使って登録するような形にして、それでその後どうにかかりつけ医と専門医が連携しているか、もちろん個人情報がありますからそういうところは配慮しながら、ある程度データとしても集積されていくようなシス

テムにしたら良いのではと思います。せっかく都が実施するのであれば、集積データが取れるような新しいシステムを作ったらと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。情報提供、情報の共有ということと関連させて、おそらくアンケート結果が出た時点でどんなふうにそれを活用するのかというのを皆さんに意見をお聞きすることになると思います。ありがとうございます。

それでは今、3番に先に行ってしまいましたけれども、MCI、軽症の場合には、折に触れてまた専門医のところに戻って、かかりつけ医の先生のところ継続的に診ていただく。という場合に、2番のところですけれども、一番初めの取っかかりの診断に関してはどうでしょうか。私の意見から先に申し上げてはいけないかもしれませんが、時間の関係でお許しいただいて、これから患者さんの数が増えてきますし啓発が進んでまいりますと、多くの方々が病院を受診されることになるだろう。それをすべての専門医の先生が診るとするのは不可能だろうということから、かかりつけ医の先生が典型的な患者さんに関しては診断をしていただいて、ご家族にも説明をし、治療を始めていただいているんじゃないかなと。もちろん専門医に受診の予約をしてもらってもいいのですが、受診までじっと待っているよりも、私はこう考えるから治療を始めてみようじゃないかという形で診断をして治療を始めていただいているのかなと。

経過を追う中でさらに診断がはっきりしてくる場合があります。そういう場合はもうこれだったら間違いはないから専門医はいいよと言っただけであればそれでいいですし、有名な何とか先生に家族がやっぱり行かなきゃ気が済まんというのであれば、どうぞ行ってらっしゃいと、血流量も測ってもらってらっしゃいと。気が済むなら行ってらっしゃいでもいいですし、そんな形でかかりつけ医の先生はプライマリーはもう始めていただいているのかなという。そこで対応していただくのがご本人にとっても、家族にとっても、幸せなことかなというのが私の実感なので、始めていただいでどうでしょうか。少なくとも今、行える治療で、今の段階で治療法を誤ることで、本人に不利益が及ぶということはないと思います。例えば血管性の認知症で血流を改善するであるとか、アルツハイマー型認知症で脳の中の不足している物質を補う治療であるとか、そういった治療でということも含めての意見なんですけれども、いかがでございましょうか。はい、お願いします。

【水村委員】 先ほど話したようにかかりつけ医の先生もおられない方がたくさんおりますので、私たちは軽度の方や、初期の方を、最初に会うに当たって、専門医にまでということがご家族の支援でもない限りは、ほんとうに難しい現状なんです。地域で包括的

にケアをしていくためにも、もしも専門医につなげない場合は、そのかかりつけ医の先生がずっと見ていただけるのであれば、やはり私たち地域包括支援センターとも連携をとっていただいて、生活面でもフォローしていければよいかなと思います。

地域の先生の中には、実際に本人が受診しに来たときに包括に相談に行くように勧めてくださる先生もおります。ただそれでは本人が忘れちゃったりとか、遠慮されたりとかしてつながらないことが多々ありますので、本人に許可をいただいて、先生から直接こちらに連絡を下さって、後から帰ったときに包括から連絡が行くからねってというような連携をとってくださると、信頼されている先生が言ってくださったから、じゃあ大丈夫なんだなと安心してくれ、うまくこちらもかかわっていけることが多いです。先ほどの告知の問題とかいろいろありますけれども、していただくことはいいと思うんです。今、初期の方でも「私、アルツハイマーなのよ」と言ってくださる方、たくさんいるんですよ。ただそのときのご本人の気持ちの問題、ご家族の気持ちの問題を考えると、先生たちは医療の専門で、私たちは生活をサポートする専門家としてフォローをしていきたいなと思っていますので、どうか私たち包括をまだまだ機能していない部分もあるとは思いますが、うまく使っていただきたいなと思います。

それと、ごめんなさい、さっきのお話に戻りますが、地域の中にはうまくご家族の支援を受けてかかりつけ医と専門医をうまく使い分けて暮らされている方もおります。やっぱり半年に1度、きちんと検査を受けられて、後はかかりつけ医がお薬を出したり、栄養補助剤を出したりとかしてくださるので、直接かかりつけ医にお話をするケースもたくさんあります。ある方はほんとうに地域できちんと暮らせていまして、本来でしたら要介護1とか2とか出るくらいの方なんですけれども、実はまだ介護保険申請せずに、地域の中で普通に暮らしています。自分で書道教室に行ったりとか、いろいろな楽しみを見つけてらっしゃる方も中にはいます。そういうふうになっていただくことが理想的だと思うので、軽度の方がすべてが介護保険ではなく、うまく医療と連携がとれれば、ほんとうにその方の、ほんとうにその人らしい生活が軽度のまま、初期のまま継続できるのではないかと私は思っております。

【新井委員】 だから、かかりつけ医が地域の中で、包括支援センターも含めてうまく生活を初期の段階から成り立てていければ、そのとおりですよ。だからやっぱり認知症はかかりつけ医からというアピールをどんどん東京都として強調して、そこにつなげるのは行政も保健所も地域包括支援センターもケアマネの方も全部それを相談に乗るけれども、

まずはかかりつけ医に行くという。かかりつけ医がない人は、今回この認知症のかかりつけ医というのは多分登録されますよね、そういうところに紹介するというのをまずきちんとやると。そうすると部会長がおっしゃったように、初期の段階ではある程度レベルアップして、今、医師会、それから今、国が挙げてかかりつけ医の認知症のレベルアップをしていますから、部会長がおっしゃったような初期の段階での診断と治療というのがある程度始められますよね。

ここで大事な点があると思うんですけど、いわゆる疑陽性はオーケーだと思うんですけど、認知症があるかもしれないと。それで治療を始めてもいいんじゃないかと部会長おっしゃったけれども、それは今の医療レベルならそんなに大きな間違いはないだろうと、確かに部会長の言うとおりだと思います。ただ避けなくちゃいけないのは疑陰性ですよ。実際に認知症があるのに「大丈夫ですよ」と言ってしまう。せっかく家族なり、本人が認知症じゃないかと心配してかかりつけ医に行ったのに、「いや、年のせいだ。」と返されてしまう、それだけは困りますよね。正常な人を正常って返してくれればいいんですけど。そのためには最初のかかりつけ医のところで簡単なスクリーニングテストをやったりするわけでしょうけれども、それは今後また詰めていくことだと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。大丈夫ですよというほうがやっぱりリスクを負うということですかね。おそらくかかりつけ医の先生で大丈夫だよというのはほんとうに大丈夫だというんじゃないかと、ちょっとわからないよという思いが大きいのかなという気がしますですけどね。あるいはちょっと忙しくてそれどころじゃないんだよといった感じですね。

【玉木委員】 というか、まだそんなに不安を持たなくていいよと、ただ、もう少し様子を見ていく必要はあると思うけど。まだMRIを撮ったり、何だりかんだりというところまでは心配しなくてもいいんじゃないかと思うケースについて言う場合もありますよね。それが大きいんですよ。医者って大丈夫だと言うのは結構責任が重いので、今の時代は、なかなか出てくる言葉じゃないけれども、やっぱりそれは長いつき合いがあるからです。それで相談されるから、うん、もう少し様子を見て、こういう、もっと水分とるようにしてみたらとか、そういうことでちょっと二、三カ月見ていく。大体気がつきますよ、こちらで。ちょっと最近薬が変な余り方をしているとか、そういうことがだんだん皆さんやっぱり身についてくる。私も認知症にかかわったのってここ数年ですから、わかってきますので、先生さっき言ったように、これは僕の診断でいいかなという場合は診断してし

まっているし、状況的に専門医につなげられないというのはたくさんありますよね。だれが連れて行くのかということもあるし、連れて行ってもこの人の幸せにはあまり関係なさそうだなという人もたくさんいるので、それはそれでいい意味での生活も含めたトリアージが私どもだけじゃなくて皆さんと一緒にできればいいわけですね。それは介護保険のスキルの中である程度できるので、それがやっぱり全体的にそういうふうになんかうまく流れていくように仕向けていくということでしょうね。だからまあ、ある意味で絵をかいてくださって、それは提示していいと思うんですよね。この資料1のような、ほんとうに頭の中がすっきりするような絵を見ると、うん、やっぱりこの通りやりたいなと思いますからね。そういう方向をぜひアナウンスしていただければと思います。

【繁田部会長】 わかりました。まだまだご意見をいただかないといけないことがあるんですけども、いずれの課題も、もう5分話をしたから結論が出るということではないので、時間をとって次回以降にまた相談をさせていただきたいと思います。私、個人の印象としては先ほどお話をいただいた、次回に送りたいと思いましたが、地方からということ、それから多分それと密接に関連すると思うんですけどもかかりつけ医がない、どこに行こうかどうしようかということですね。そういう方々もうまくアクセスできるような方法があるのかどうか、あるいはそういう人をサポートするような作戦が打てるのかどうかということとはとても大切なことだと思いますので、記録に残していただいて、できればどこかでもう一度時間がとれればという気がいたします。

そうですね。まだまだご意見をいただきたいんですけども、時間の関係もありますので、また戻って議論をさせていただくことになるだろうと思います。お約束の通り、次回は体の病気を抱えた方、あるいはそれによって精神症状が出ている方についてのサポートということにどういう方法があるのかということに関して議論をしたいと思います。今回積み残したことも、できれば相談をさせていただきたいと思いますが、今日のところは一応ここで一区切りにさせていただきます。ほんとうに積極的に委員の皆さんご意見をいただきましてありがとうございました。引き続きといいますか、次回以降、さらにまた忌憚のないご意見をお願いしたいと思います。それでは一たん事務局にお戻しいたします。

【村田幹事】 それでは事務局からのお願いとご連絡でございます。本日お配りした資料の中で「席上配布」と書いているもの以外はこの会議の原則どおり公開とさせていただきます。なお、席上配付しました資料につきましては委員の皆様どまりとし、お取り扱いにご注意くださいますようお願い申し上げます。議事録に関しましては1回目同様、皆様

方のご確認をいただいた上で公開させていただきたいと存じます。

それから次回の日程調整に関してでございます。3回目の本部会でございます。12月ごろを予定しております。先日送付を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。本日受付時に提出されていない方は、お帰りの際に事務局にお渡しをいただくか、後ほど事務局あてにファクス等でお送りください。日程に関しましてはできるだけ多くの委員の皆様方にご出席いただけるよう調整をいたしまして、改めてご連絡をさせていただきたいと思っております。次回もお願い申し上げます。

それでは本日はこれにて散会といたします。ありがとうございました。

了