

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第4回）

平成20年2月5日（火）

【村田幹事】 それでは、まだ到着されていない委員の方もいらっしゃると思いますが、定刻となりましたので、ただいまから第4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。

初めにお願ひでございます。毎回のことではございますが、発言をされるに当たりましては、お手近にありますマイクをご使用ください。

それでは、本日の委員の皆様方の出欠状況をお知らせいたします。まず、村松委員ですが、10分ほどおくれるというご連絡をいただいております。それから、山田委員も少しおくれるというご連絡をちょうだいしております。秋山委員ですが、まだ到着されておられません、出席されるというご連絡をあらかじめいただいております。委員の皆様方については以上でございます。続きまして、幹事でございますが、高木幹事が本日所用によりまして欠席させていただきます。

事務局からは、以上でございます。

それでは、部会長、お願い申し上げます。

【繁田部会長】 本日も委員の皆様、お忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございます。2時間ほどの時間を予定しております。どうぞ活発な議論をお願いいたします。

それでは、早速議事に入ってまいりたいと思いますが、まず初めに、資料が幾つかございますので、事務局のほうから資料の確認をお願いしたいと思います。

【村田幹事】 それでは、ガチャックどめになっている資料、それを一度、ちょっと外していただければと思います。本日も公開資料と、それから、委員の皆様限りの席上配付資料、2部構成になっております。まず公開資料のほうでございますが、次第、名簿に続きまして、資料1、これまでの議論のまとめ、その後ろに資料2、3、4と1枚ずつA3の資料がついております。

続きまして、委員の皆様限りの席上配付資料でございますが、席上配付1というのが別冊になっております認知症専門医療機関実態調査報告書、今日の日付の最終案でございます。その後、先ほどガチャックどめになっておりました資料の一番最後のほうに、A3の席上配付2と、それから席上配付3、こちらがA4の表裏になっております。以上が席上

配付資料でございます。

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。委員の皆様、お手元でございますでしょうか。

それでは、早速議題に入ってまいりたいと思います。第4回の次第と書いてございますA4の紙に沿って、議題が4つほど挙げてございます。

まずは、議題の1番としまして、実態調査報告の最終案についてでございます。資料は、おそらく一番厚いものになるかと思えます。席上配付1と書いてあるものと、もう一つは、席上配付2として、A3の1枚のものがございます。報告書は、内容がすべて入ってございますけれども、その中で、今日の議論に関係するものを抜き出してありますのが席上配付2と書いてある資料でございます。これに関しまして、それぞれ簡単に結構ですので、事務局からご説明をお願いできますでしょうか。

【村田幹事】 それでは、まず席上配付1の報告書最終案のほうについてでございます。こちらは、既に一度、部会の中でごらんいただいております。また、構成案につきましても、委員の皆様方からご意見を頂いております。その結果等も踏まえましてご用意しましたのが最終案でございます。私どものほうで今後、最終取りまとめに向けた準備をさせていただきたいと思っております。まだ表現等が不十分な部分もございますので、その細部を調整しましてプレス発表する予定でございます。恐れ入りますが、それまでの間、皆様方でこの報告書案の取り扱いにつきましては十分ご注意いただきたいと思います。

それから、後ほど部会長からもお話があるかと思うんですが、この報告書をご一読いただいた感想等について、2月中に、この報告書の表にアドレスを記載しておりますので、こちらのアドレスまでお送りいただければと思っております。

続きまして、席上配付2のほうです。本日の議論の参考にしていただけるような部分を少し抜粋いたしましたので、ごらんいただければと思っております。よろしゅうございますでしょうか。認知症に関する医療資源の状況についてです。この実態調査ですが、764施設からの回答をいただいております。左から3つ目の箱、認知症患者への対応のある、なしという設問です。ここから認知症に関する医療資源の分布状況の分析が始まるんですが、これは既に何回か本部会で報告させていただいておりますが、回答があった764医療機関のうち、およそ半数に当たる408の医療機関では、何らかの形で認知症の患者さんへの対応をしているというふうに答えております。その内訳は、認知症の診断・治療な

いしは、認知症の方が身体疾患にかかられた場合の対応という趣旨でございます。さらに右側に進んでいただきたいと思います。この408の、何らかの形で自分のところは認知症患者さんに対応していますよとお答えいただいた医療機関のうち、338医療機関、82.8%が、認知症そのものの診断・治療をやっていますと、そのようにお答えいただいております。

それでは、その338の医療機関が、どのような認知症対応をしているのかという情報が、その右側のほうに記載しております。まず、認知症の治療に関してですけれども、338のうち、外来だけでやっていると答えられたのが210医療機関、62%ほどでございます。それから、自分のところで入院も可能ですよ、入院して認知症の治療もできますよと答えられたのが、338のうちの113、33%ぐらいになります。

それでは、少し視点を変えまして、認知症の診断・治療ができますと答えていただいた医療機関の中で、周辺症状についてはどういう対応状況だろうかということをお尋ねしたのが、その次の、周辺症状の診断・治療に関してです。これに関しましては、338の医療機関の中で、外来のみですけど周辺症状の診断・治療をやっていますとお答えいただいているところが、実は164医療機関あるということが今回の調査でわかりました。すなわち、認知症の診断・治療をやっていますよとお答えの医療機関のうち、半数近くの医療機関は、外来のみだが、周辺症状の診断・治療をやっていますという意味です。さらに右に移っていただきまして、周辺症状に関しては、診断・治療とも自分のところで入院することも可能ですよと答えられたのが338のうちの99医療機関、3割ほどという形になっております。

これらの統計というのは、全都的な統計でして、338のうち、医療圏単位で分布状況が異なります。338を100%としまして、認知症の治療について外来ができると答えたところ、入院もできると答えたところ、それから、周辺症状の診断・治療に関して、外来のみだったらできる、自院のところでは入院もできるとお答えいただいたところの割合を医療圏単位で記載をしているのが、上の数字になっております。参考までにごらんいただければと思います。これは少し地域差があるかなと思います。

続きまして、認知症の患者さんについて、何がしかの対応ができますとお答えいただいた医療機関408の中で、認知症の方が身体疾患になられた場合に、治療ができますよと答えられた医療機関がどれぐらいあるかということなんですが、右側のほうの箱に飛んでいただきまして、東京都内全域で331でございます。それが、408の医療機関に対して

8割ほどとなっております。

それでは、その身体疾患についての診断・治療はどのような体制でやっているのかという問いなのですが、331、身体疾患の対応ができますよと答えられたうち、外来のみで対応しますと答えられたところが38%、126の医療機関です。その一方で、入院も可能ですよと答えられた医療機関は半数を超えておりまして、331医療機関中の186の医療機関というふうになっております。

それから、最後になりますが、一番右側、いわゆる専門医療機関とかかりつけ医との連携、ある、なしということで、これは既に、前回までの部会でも参考データとして引用させていただいておりますが、半数を超える229の医療機関が連携ありというふうに答えられております。

認知症に関する医療資源の状況、本日の検討の参考にしていただければという部分を抜粋してご報告させていただきました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

ただいま説明いただきました資料に関しても随時ごらんいただきながら、これからの議論を進めてまいりたいと思います。また、厚いほうの冊子ですけれども、報告書の内容に関してのご意見等も、表紙に書いてございますメールアドレスまでお願いしたいと思います。

続きまして、議題の(2) これまでの議論のまとめ(MCI～軽度)に入っていきたいと思っております。前回まで議論をしてまいりまして、また、議論した内容を改めて委員の皆様を確認していただいて、一応形を整えたものが、資料として出しております。「これまでの議論のまとめ」と書いてございます、資料1でございます。できる限り委員の皆様のご意見を踏まえた形での修正になっているのではないかと思います。

この資料の中で、認知症への影響も踏まえた身体症状への対応に関しては、MCIとか軽度に関しても関連する内容ですけれども、今回の委員会以降で議論するというので、MCIから軽度までのところには含めてございません。それを除いたその他の内容に関しては、これで最終案ということで発表させていただきたいと思っております。

最終的な形にまとめることができたということで、現時点での今までの成果という形で受けとめていただければと思います。

それから、議題(3) 今日の本題です。中等度の段階で必要とされる医療と役割分担について議論を進めてまいりたいと思います。皆様のお手元の、資料3と書いてありますA

3の大きな1枚の紙と、それから、A4の、席上配付3という資料の両方をもらいながら議論をすることができたらと思います。

まずは、私のほうから少し説明させていただきますと、A3の大きな紙でございますけれども、第1回の会議のときにいろいろ意見を集め、あるいは委員の皆様からいただいた意見を整理いたしまして、その真ん中やや右寄りに書いてございます「 」の、意見がたくさん出ました。こんな形で整理しました。それぞれ、断片的な意見もたくさんございますので、少し議論をしやすいように整理をしてみたのが、資料3の一番右側の四角でございます。一番上に、中等度における診断・治療と書いてございまして、その下に、周辺症状を誰がどうみるか。周辺症状といいますが、身体疾患が要因となっている場合、いない場合というのがございますので、分けて、 というふうに書いてございます。それから、その下に、周辺症状に対しても治療しつつ、身体合併症・身体疾患に対しても治療しなければいけない場合、それから、一番下、確かに認知症はあるけれども、さしあたり周辺症状、あるいは認知症の症状が目立っているわけではなくて、身体合併症の治療が中心であると、まずは整理をさせていただきました。

どういふ場合がそれぞれに当てはまるんだろうとか、あるいは、それぞれの四角にどういふ対応をしていったらいいんだろうということを、いろいろ意見をいただいていく中で、この四角が2つくっつくものがあったり、あるいは新たに分けて考えなければいけない場合があったりということになるかもしれませんが、まずは、このような形で、まずは議論を始めさせていただいて、それで、少しずつ整理をしていこうと思っております。

まずは、一番上の、周辺症状を誰がどうみるか。周辺症状と申しましても、さまざまな症状がございます。比較的、ADLあるいは生活には支障がない程度のものから、非常に激しい症状があつて、ご家族の生活にまで致命的な影響が出る場合等も含めてさまざまなものがありますけれども、まずは、身体疾患が要因となっていない場合、それから、いる場合というふうに分けさせていただいて議論したいと思います。

まずは一般的な話から入っていきたいと思います。急に悪くなったような場合、速やかに対応できるような体制を整えるために一番重要なことは何だろうということをもまず考えました。それは、症状の評価に関しても、あるいは対応を考えるにしても、まずご本人の生活している情報といえますか、生活していく上で得られた情報といえますか、そういったものを集めることが必要だろうと。常にご本人の様子をどこかに集約してとか、どこかに集めてというのは、必ずしも効率がいい方法とは思いませんので、問題が起こったとき

に、その情報をうまく集めるような方法があれば、その後の判断に関して有効ではないかと考えました。まずは、このことに関して、こんな情報の集め方がいいのではないかと、あるいは、こういった職種が、あるいは地域でどのような役割を持つ人が情報を集めるカギになったらよいとか、そこら辺でどうでしょう、ご意見等がありましたら、ぜひいただけたらと思います。生活情報の収集が重要だということに関しては、反対はないかと思えますけれども、いかがでございましょうか。

おそらく、この場に委員として出席いただいている皆様は、今どういう症状だ、その症状が、例えば興奮であるとか、あるいは妄想であるとか、徘徊であるとか、その行動の種類というよりも、むしろ、こういったことが関係してそういう症状が出てしまったんだろうということを見きわめたり、悪くしている原因に関して知ることが、対応上大切だと、症状の内容よりは起こしている原因、あるいは悪くしている要因に関して知ることが重要だろうということをご理解いただいているのではないかと思います。そういった情報について、今は、一つの集め方というのがあるわけではなくて、そのときに一番かかわっている人が、周りの人に聞いて、集めて、これはかかりつけの先生に言っておいたほうがいいんじゃないかとか、あるいは、かかりつけの医師のほうから、ケアマネージャーに、ふだんの様子も聞いてみたほうがいいのではないかとということで、その場その場で、思いついて、集めているようなことが多いと思いますので、非常に、かかわっている人の裁量とか力量に負うところが大きい。その情報の集め方であるとか共有の仕方について、この部会で議論して提案したいと思います。漠然とした質問の仕方ですけれども、いかがでございましょうか。

【山田委員】 今のお話の提案にも何もならないんですけれども、対応の仕方に、地域によっていろいろ差があるだろうということを前提にしないと、必ずしもこの方法が一番いいというのを決めても、地域の動き方というのは多少違っているようにも思えるんですね。

かかわりによって、発端がどこになるかというのは、保健所であったり、市の高齢福祉課であったり、あるいは医療機関であったりというようなことがあるんですが、機に応じて俊敏に対応するということの中で、どういうチームがいいのかと。その辺を考えると現実的かなと、今のを聞いていて思ったところなんですけれども、私どもは精神科病院なので、最終的なところで、問題が大きくなってから引っ張り出されるというところがあるんですけれども、できれば、その前に、この間は医師会の、今やっている、認知症の診断・治療

について医師会が進めている事業に参加しましたけれども、その研修も有効だと思いますし、そういうことと、あと、行政上の対応ということ、早目に対応していくということが重要なんだろうなというのはつくづく感じるころなんですけれど、困り果ててから周辺が動き出すということが多いように感じるんですね。

ですから、早目ということと、それから、ケースによって、あるいは地域によって対応の仕方はいろいろあるということを前提に議論を進めて、まとめにくいかもしれないんですけれども、そのことも現実的な方法ではないかと私は思いますけれども、いかがでしょうか。

【繁田部会長】 例えば、比較的うまくいっている地域や、うまくいった事例等の中で、皆さんが参考にできるような部分があるのかどうかということですか。おそらく地域による違いというのは、関係機関や協力機関であるとか、利用できる資源での違いということですね。

【山田委員】 そういうことですね。医療レベルになった場合には、医師会のほうは、医師会の先生方の前で申しわけないんですけど、大分活動しているところで、私もそれに、精神科ということではなくて医師会のほうとして参加したんですけれども、そういうことをとっかかりに、医療上に乗せていくということがとても大事だと思うんですね。あとは、行政がどう応援してくれるかというところが、私どもの地域では、動きは比較的よかったし、私が受けたケースで、最近、二、三、大変なケースがあったんですけれども、比較的熱心に動いていた。それから、ちょっと広い地域で保健所が少しばらばらになっていますけれども、この保健所も対応がよかったということも、ご家族にとっては非常に助かったんではないかと思うんですね。

その辺のチームワークといいますか、医療上に乗せるまでの間、あるいは乗ってからも、地域の行政、施設等々が全部絡み合っとうまくいくところが、非常に感じたところなものですから、その地域、その地域で、例えば、私のところはたまたま精神科がうちだけということで、うちがやらずしてどこがやるという気持ちも多少あるんですけれども、全くないところも市町村によってはあると思うんですが、そうなった場合に、その地域の、保健所が比較的広い地域をカバーしているわけですから、保健所を中心に医療のほうにつなげていくというのと、行政のほうはそういう事例を一つずつ検証していくというような形で、どんなケースにはどんな方法がよかったかということも学習していったほうがいいぐらい、ケースとしては多くなってきているんですね。

多くは、もう少し早目に連絡してくれていればというところもありましたから、地域全体をカバーするような、常々、連絡会みたいなものを持つとかいうことが、一つはいいのかなと思います。今、思いつきのような提案で申しわけないんですけども。

【繁田部会長】 今、おっしゃった、保健所とか行政が果たしてくれて助かった役割というのは、具体的にはどんな役割になりますか。

【山田委員】 話すとすごく難しくなってしまうんですけども、後見人制度も絡んだケースなんですけれども、高齢のご夫婦とその息子さんがいるケースで、その息子が後見人になると言っていたんですが、結果的に弁護士さんが後見人になったんですけども、ところが、当事者のおばあちゃんをおじいちゃんが見ていたんですけども、おじいちゃんもやっぱり、中等度の認知症があって、頑張っって同じ家の2階で見ているんですけども、あるときおばあちゃんが背中にやけどをしたんですね。それで、息子は、どうもこれはおじいちゃんがやっちゃったみたいだということなんですけれども、定かではないんです。息子の可能性も否定できなかったんで、これは切り離そうということで、市の高齢福祉課が動いて、近隣の特養のショートステイを利用して、まず、おばあちゃんを離れたんですね。それから、おじいちゃんもどうも息子と合わないというので、おじいちゃんも何とかあいたところでショートステイ、息子さんの家族にもいろいろな問題があったんですけども、このケースでは会議を持ったんですね。私も呼び出されて、後見人の書類も書かなければいけなかったんで、市の庁舎まで行って会議を持った。大ごとにならずに済むところうまく采配できたのは、結局高齢福祉課が全部仕切ったんですけども、もちろん保健所も入ったんですね。

こういうケースって、もうちょっと前に仕切りがよければ、息子さんしか家族として来ていませんから、当然息子さんを中心に相談をしているということなんですけれども、実は裏の話は、高齢福祉課のほうでいろいろということと、保健師さんが訪問していたという事実が後でわかったんですけども、そういう会議が後で開かれて、私どもも情報がない場合には、その範囲内で判断していかなきゃいけない。そういうケースがあった場合に、既にその会議があったとしたら、もうちょっと把握ができたんじゃないかなという気がしたんですね。

【繁田部会長】 今の例で保健所がそこまで動いてもらえたのは、保健師の裁量によるところが大きかったのではないかという気がします。そうだとすると、このような事例の高齢福祉課の役割を果たしてくれるような人というのを今後どういうふうに想定していっ

たらしいんだろうか、そういう人が、むしろ情報を集めればいいのかというふう
に感じたんですけれども。

【**玉木委員**】 例え、中等度、高度という考え方は、認知症の中等度、高度と、周辺
症状の中等度、高度は並行する場合としない場合がありますよね。今論じているのは、周
辺症状をだれがどう診るか、そして、身体疾患がない場合ということ論じるのに、地域
で周辺症状をだれがどう診るかをつけると考えやすいと思うんです。地域というのは、そ
の人の生活環境を含むんですね。そうすると、認知症の人とその家族の人、あるいは認
知症の人を取り巻く地域の人々の生活のしづらさを、認知症を通して個別に評価するわけ
ですよね。そうすると、治療法は異なってくるというのは当然ですね。今、先生がおっし
ゃられたとおり。別にだれも困る人がいなくて、本人も困らなければ、危険がない限り特
段の対応は必要ないわけだし、それが整わなければ、それこそオフラベルの薬物療法まで
考えなくてはいけなわけですね。その医療ニーズの濃さというのは、まさに先生が提
案しているとおり、生活情報によって治療というのは組み立てられていくわけだし、その
現場を見る、生きているさまを見るのが治療そのものだから、それはたくさんの人が見
ている情報を、最終的に医師のところ集約するののかどうするのかという、医療と書いて
あるからそうなんでしょうけれども、そういう意味においては、さまざまな人たちがわか
わるといって、地域によってだれがかかわるか、やっぱり変わってきてしまうから、
治療や医療ニーズの必要度を定めていくに当たって、生活情報が非常に重要だから、それ
をみんなで集めましょうというようなことですかね、やっぱり。

そういう視点で、だれがどうして、どういうネットワークをつくっていくというのは、
地域ごとにどこがコアになるかを決めてくださいと、そこから始めてくださいというよう
な表現、文章にするとしたらそういうふうになってしまうのかなと思います。

【**繁田部会長**】 ありがとうございます。

【**村松委員**】 介護者という立場から見て、都内の介護者がどういった状態で、周辺症
状のときに、困ったときに、どういうふうで解決していくかと考えてみると、やっぱり、
個々のヘルパーさんだったり、それからケアプランを立てるときのケアマネさんだったり
が、家族の話を聞いたりしながら引き上げていくものだと思うんですね。そのときに、必
要に応じてケアカンファレンスというものがあって、そこだと細かく引き上げていく。ケ
アカンファレンスがあったときに、それをまたさらにお医者さんと打ち合わせをしたいと
いうふうに、大体流れとしては、問題の小さなうちは、大きくなってからはまた違ってく

と思うんですけども、やはり、今、毎日の生活の中ではそういう形で解決されているだろうというふうに感じます。それから、家族が一番訴えやすい場所というのは、やっぱり、ヘルパーさんであったりケアマネさんに相談しやすいだろうというふうには私は感じるので、家族、ヘルパー、訪問看護の人が必要に応じて、もちろんかかりつけ医やケアマネージャーに報告することが必要という、そのやり方が、一番家族にとって参加しやすいかなというふうには感じますが、ほかの方がどういうふうに感じるか。

【繁田部会長】 ありがとうございました。

【西本委員】 それを受けて、ケアマネージャー側からなんですが、ケアマネージャー側からは、把握できて、それを医療機関のどこにつなげていって、どういう解決法が一番ベストなのかというのが、先ほど山田先生もおっしゃっていたように、地域でかなり差があって、事例検討会なんて行いますと、やはり保健師が絡んでいただくと、保健師さんのほうから判断して、どこにつなげたらいいというような、地域の資源をきちんと紹介していただけるので、うまく進んでいく例がやはり多いので、本来ならば、やはり保健師さんの登場をというようなことも期待はするんですが、ただ、現状はなかなか、地域の保健師さんにそれを依頼するというのが厳しい状況で、今後、我々ケアマネージャーが期待しているのは、地域包括の看護師さんであり保健師さんなのかなというふうに思っているんですね。地域包括さんに保健師さんや看護師さんがいらっしゃるということは、医療的な相談にそこで乗っていただいて、じゃ、どこにつなげるべきかというのを地域で探していただけるという流れが、まだまだ地域包括さんに関して整理されていない部分がございますけれども、今後、そういう形で整理されていくのが、我々も、利用者の方たちにとってもスムーズなのではないかなというふうに思うんですが。

【繁田部会長】 ありがとうございました。

【秋山委員】 先週、1週間、認知症がある方が3人入院しました。私は、訪問看護の立場と、ケアマネも兼務している部分と、ケアマネが別の部分とありますが、夜間、土日、祝日の対応のときに、家族のいないような状況、ヘルパーさんも断片的にしかわからない状況で、急性期の医療機関にどう情報を集約してまとめて持っていかというときに、急性期が欲しい情報とヘルパーさんたちが持っている情報の固まりの中には非常に差がありまして、生活状況をたらたらと言ってくださっている、それ自体は、とても助かる部分と、その中で急性期が欲しがっている情報というのを整理して、そこでうまくつながないと、家ではある意味中等度の認知症だけれども、比較的、それなりに暮らしていた人が、いざ

身体症状があらわれたときに、専門も含めてですけれども、結構ズドンと意識レベルが下がったように見えるか、はたまた、わーっと興奮状態になるか、どちらかの状態で、この人を急性期につないで連れていったときにどうなるかということを目測した上で、このくらいはとにかく預かって診てほしいということ、急性期が必要な情報を含めて申し送っていかなくちゃいけないというつなぎの役を何人もやっていると、スムーズな連携がどういう形でやっていけばいいか、大抵そういうときに、すみません、医師会の先生を前に、かかりつけの先生には電話で連絡をとって、今行けないから内容をちゃんと見て、必要な書類があったら書いてファクスするから動いてくれよという、それは信頼関係のもとで動くので、私は、それはそれでいいと思って動くんですね。そして、介護職の方やケアマネさんとの連携をとりながらつないでいくという、本当に立て続けで、おかしいと思って行ったら肋骨骨折で、何をやるわけではないけど、痛くて息ができないし、とりあえずそこをちゃんと診断してもらって、これは入院じゃなく家だと。1人は、おかしいなと思って行ったら胆嚢炎だったとか、それは入院になったとか、その振り分けと、使っている薬とかの中身を、向こうが必要としている情報とこっちが伝えたい内容と、なお差があるこのすき間をどうやって埋めるみたいな、ここで役割分担ってあるんですけど、眺めてみて、これはこれでいいんだけど、ちょっと何か足りないけど、今、私はうまく表現できないけど、今のような実態があるというあたりをお伝えしたいということなんですけど、どうでしょう、実態に近いですか。

【村松委員】 実態に近いです。

【繁田部会長】 地域によって違いますけれども、今のお話を聞いていると、情報を取捨選択し、大局的に判断を任せられる人というのは限られてくるという気がします。例えば、ヘルパーさんは介護のプロですけども、やはりこのような判断となると難しいかもしれない。そこへ出てくるのは、保健師であったり、ケアマネージャーであったりということです。かかりつけ医もその一つでしょうし、包括支援センターにも期待しなければならない。どういう資源が利用できて、かつ、どういう状況が起こり得るとある程度想定できないと、必要となる情報もわからないですね。判断するための情報ですから。今申し上げたような人が情報の交差点みたいな役割を果たす、その人が全部集めるのではないにしても。ということくらいは言えるのでしょうか。

【玉木委員】 今、秋山さんの話を聞いて、そうかと思ったんですけど、今、軽度の方から、できるだけ早く医療に結びつけて、そして、取り組みを早めていくと、そういう流

れを一つつくりと努力しているわけですね。その中で、中等度、高度になってきたというのは、一つの二次的な治療がある程度しやすいし、周辺の準備もそれなりにできていくときも、現実、医療に結びついてくる入り口というのは、軽度で周囲が非常に心配した場合もあるけど、周辺症状で対応がいよいよ困難になって、もうどうしようもなくなって初めて医療に結びつくというのも、かなり現実的には多いわけですね。だから、中等度、高度に関して、緩和ケアじゃないけど、二次的な流れと、いわゆるレスキューみたいな、レスキューというと結構限られた、せん妄とか、大体当たりがつくから、そのときにどうしたらいいかというふうに地域で考える、そのときに受け渡す情報というのを整理しておくということで、1つのカテゴリーとして考えてみたらどうですか。二次的な治療とちょっとまた違う、本当に緊急という状況のくくりをしておいて、そこに必要な、最低限の情報の集約をどうするか、あるいは事前にしておくか、何を聞き取るかということを決めておくというような提案をしておくということを考えてみるのもいいんじゃないかなと思ったんです。

【繁田部会長】 急性期の場合もそうでない場合も、情報を集められる人、あるいは全体を見渡せる人はある程度共通しているのかなという気がします。継続的なフォローのときには、時間的な余裕が多少なりともありますので、例として考えるとすれば、急に悪くなったとき、急に周辺症状が目立ったときであるとか、容体が変わったとき、その判断を具体的に考えていただくほうがいいと思いました。それが、先ほど山田先生からもご意見をいただいた、どこがどう動くかということなんですけれども、だれがどう動くかというのは決められるものじゃないですね、事例によっても違うでしょうし、先ほどは後見という内容が、市が動くのにふさわしかった内容なのかもしれませんし、また、別の内容だったら、状況も違っていたかもしれません。

そうしましたら、少し先に進めさせていただきながら、かかりつけの医療機関と専門の医療機関ということで、今、例に挙げたことも含めてでいいと思うんですけれども、具体的にといいますか、問題が起こったとき、あるいは変化が起こったときの対応というのを、少しご意見をいただけますでしょうか。資料のほうにも少し、キーワード、キーセンテンスになりそうなものを挙げておきましたけれども、今まで議論してきた中で、MCIとか軽度の場合には、少なくとも大きな問題がなければかかりつけ医の先生にフォローしていただく。その流れの中で、中等度に関しても、だんだん症状が進行して認知症が進んできたときにも、経過が穏やかであれば、かかりつけの先生にも、おそらく多くの患者さ

んが診ていただいているだろうと。

そこで、問題が起こったときに、先ほどの情報をだれが集めるのかということとも関係するんですけども、まず体の問題が関係していないかどうかということに関しては、やはり、かかりつけ医の先生が判断していただける立場ですし、その力もあると思われまので、それを期待したい。体の病気だということであれば、もちろんその治療に入らしてしよし、そうじゃないといったときに、そうじゃないから、すぐ専門医へでも行ってくれというのではなくて、何かそこで、先ほどの、例えば情報のやりとりがあって、何らかの対応に関して、例えば家族への助言等でも協力はしていただけるので、そこで何ができるのか、何をしてもらえるのかなということ、ちょっと考えていただけたらというのが、ここのテーマになります。体の病気の対応というのはもちろんですけども、今のこととも関係はするんですけども、いかがでしょうか。

【秋山委員】 救急車を何度も呼んで、私はつくづく、あの方たちがプロトコルに従って質問してくるということを経験しているんです。まず「火事ですか、救急ですか」「救急です」「どうしました」「意識があるかどうか」って聞いてきますよね。私は、中等度で身体症状が出たときに、一気にここで医療にかかわってくるという場合もあると思うんですけど、先ほどから、保健師等々が出てはいるんですが、いつどういうことが起こるかわからない、24時間、365日の対応となれば、先ほど西本委員が言われたように、包括支援が、地域の中で24時間に近い対応を、保健センターは土日はいないので、大きな病院の窓口は、救急以外は土日はしていないわけだから、包括が相談を受けたときに、コールセンターのようにして振り分けていく機能があって、どこにどういうふうに振り分けて、これは電話だけで済むものだったら電話で対応すればいいし、かかりつけ医にしっかり聞くようにというような指示で済めば、それはそれだし、これはもう、本当にどこか入院の施設を探さなきゃいけないという事態だったら手配するというような、振り分けるコールセンターの機能というのが、各地であれば、非常に助かるというふうに思うんですね。そのときに必要な情報というのを、わからなかったら、それはかかりつけ医からもらってくださいとか、何かそういう振り分けができるぐらいに包括は育っているのでしょうか。水村さん、ぜひお答え願いたい.....。

【水村委員】 それだけのマンパワーがあれば、本来だったらやるべきだと思うんですけど、私たちも、現状は5,300人地域に抱えておりますし、本当にすべてにかかわって、すべてを知っていれば、自分たちが相談機能としてその人をちゃんと把握していれば、も

もちろん、私たちも、ケア24という愛称があるだけあって、お電話対応はいたしておりますが、ただ、全くノーマークの方からご連絡をいただいたところで、私どもがどこまで責任を持って答えられるかというところは、やはりわかりませんし、中等度の方であれば、多分要介護認定がされていてケアマネージャーさんがおられると思うので、本来であれば、まずケアマネージャーさんに窓口になっていただいて、どうするかを決めていただければいいのかなと思うんですけれど、結構、包括だけを窓口にされてしまうのは、東京都内の包括を代表しますと、かなり厳しいものがありまして、さっきも保健師がという意見がありました。私たちがやるべきことはしているつもりなんです。地域の中でそういう認知症の人がおられれば、私たちは、本来だったら介護予防プランのためにいるべき保健師等なんですけれども、認知症の人の医療を見たりとか、もちろん、ケアマネージャーさんの医療的なサポートとかもしているつもりではいるんですね。もちろん、ケアマネ支援もしているつもりでいるんですが、すべての包括がそれだけの機能があるのかなというところは、私もちょっとわかりかねるところがあるので、確かに、包括自体もレベルアップをしていかなきゃいけないのであろうとは思いますが、できれば、ここで発言するのも何なんです。例えば各地域、区だったり市だったりしますけど、そこに認知症がある程度見れる、コーディネートできるようなレベルがあるコーディネーターが1人いたら、例えば、各地で困難ケースがあった、困ったケースがあった、こういう症状が出ているといったときに、一緒にその事例を、ケースを解決できるような、一緒にかかりつけ医に、こういうふうにしたらいいんじゃないかとか、相談できるような機能があつたらいいんじゃないかなと。ケアマネさんを支援するのが私たちですけれども、包括を支援して下さるシステムがあつてもおかしくないかなって、最近ちょっと思ったりはしているところです。

【繁田部会長】 現在、コールセンターでは、その場では、十分な情報は無いですね。そういう状況で「えい、や」という判断をして行き先が決まっているのではないのでしょうか。その段階では医療機関はかかわっていないですね。

【秋山委員】 まあ、そうですね。

【西本委員】 場合もある。

【秋山委員】 場合もある。既にかかわっているけど、かかわっている人が手に余るのでSOSが出てくる。これはちょっと、もう在宅は限界かなというときに、どこへどういうふうにつなげていけばいいかという、振り分けていく、そういう作業というか。

【繁田部会長】 今は、それはだれがしていらっしゃいますか。

【西本委員】 一元化はしていませんね。ケアマネージャーであったり、看護師であったり、ご家族であったり。

【秋山委員】 もちろんかかりつけの先生にご相談して。

【西本委員】 もちろんそうです。

【山田委員】 そういうシステムが全然できていないんですよね。ケースによって、僕は精神科なので、チーム医療ってそういうものでいいんだろうと思っているんですけど、何もドクターがすべて中心になるのではなくて、そのケースによって、どの職種がコーディネーターになるかということで、保健師さんになってみたり、ドクターが最初にかけ声をかけなきゃいけないケースもあるんですけども、こういうふうに聞いていたということになる場合には。ただ、ドクターが横っちょからアドバイスするぐらいで済むというケースもあるので、チームということで、先ほど申し上げたのは、精神科でよく意識して考えているんですけども、チーム医療って、何もドクターだけ、主治医がすべて、最終的な責任者は医者なんだよということをどこかでは言いますが、チーム医療は、そのケース、そのケースによって、だれが一番役割を強く果たさなきゃいけないかというケースとして考えていこうという指導をしています。今、話を聞いていると、そのまま何か当てはめられるなと思っていたんですけども、どこからわき上がってくる話かによっては、これはだれだれのいる職種がいいでしょうということもあるし、早目に保健所の保健師につないだほうがいいだろうとか、もういろいろ、今、お隣の水村さんがおっしゃったようなことのお話で、どこが中心になるかというのは、その都度違って全然構わないんだろうと思うんですね。

あまりシステムをしっかり決めちゃうと、非常に身動きしにくくなる話だなというふうに聞いていて、常にすぐ主治医がとなっちゃうと重たくなっちゃいますし、そこまでやらなくてもいいだろうという話もいっぱいあると思うんですね。それを、精神をやっていて、あるいは外国に行って精神のほうを見ていても、ドクターはポツポツとしかいなくて、ほかの職種が随分動いているんですね。それで、十分に地域がカバーされているというふうに考えると、そのぐらいのことを考えないと、終末期は、これは寝たきりになるとか、そういうことでいいんですけど、重度の精神の場合に、あっ、高度ですか、その状態では、精神科の病院は、地域によってあたりなかつたりですから、都心なんか全然困るんだと思うんですね。精神科って、認知症の高度の状態になった人を受け入れるというのは、その後どこに行くかという問題があるものですから、正直なところ申し上げると、なかなか

か受け入れにくいんです。そういうことがあるので、いろいろな形でフォローして、とっかかりがいかんきやいけないだろうと私は思っています。

【繁田部会長】 それぞれ職種が様々な形で、手さぐりでやっている状況ですね。ですから、形を一つに定めることは不可能ですけれども、こういう考え方で対応していったらいいだろうというイメージを、うまくいった事例を経験した人は持っているんじゃないですか。それを何らかの形で示せないかなと思いますけれども、もしご発言の内容が私の今の前振りと違ったらすみません。

【安藤委員】 前振りとは全く違いますが、今のお話や議論を聞くと、あまりにもマンパワーが分散し過ぎて、1カ所の事業体の人数が少なく、うまくいかないんだと思うんですね。できれば、大規模訪問看護ステーションでもいいし、地域包括支援センターでもいいし、老健施設でもしっかりマンパワーがあれば、そこを核にしてできるんですけれども、ちょっとマンパワーが少な過ぎるのです。少ない中でどう組み合わせていくかということなので、非常に難しいと思いますね。マンパワーが少ないなら、ご近所ネットワークや、ボランティアをきちんと構成していくとか、老人クラブを構成に持っていくとか、そういうこともしていかないと厳しい部分があると思うんですね。だから、マンパワーの貧弱さをつくづく感じます。それは、この認知症だけではなくて、介護保険全体として私は言いたいんですけれども。

【玉木委員】 プロトコルじゃないけれども、すみません、ちょっと確認なんですけど、資料3の一番右の、 の身体疾患が要因か要因じゃないかという、その身体疾患の範囲ですけど、これは、例えば脱水だとか発熱だとか薬の副作用だとか、そういった周辺症状を起因させる身体疾患がある場合というのと、この下の合併症って、周辺症状、身体疾患が両方ある場合というこの分け方を、どういうふうイメージされているのか、ちょっと教えてもらいたいんですが。

【繁田部会長】 この整理の仕方に釈然としないという印象を持たれたのは、当然のことだと思います。最終的にはこういう分け方にはならないかもしれないと感じています。ただ、議論を始めるときに、それぞれ、こんなことで困っています、こういうときにどうしたらいいだろうというような疑問点、あるいは要望から整理をすると、議論の出発点としてはこういう出発点があるだろうという形で、まず、周辺症状がある人に対して対応してあげないといけない。周辺症状があって、それが対応が必要な場合に、体の病気が、あるいは状態が原因になっているために、それを治療することで周辺症状が和らぐ人がま

ず一方でいる。それとは別に、体の病気があるにしても、直接周辺症状には関係ない人がいる。それは、少し分けておくと議論がしやすいかなというところから、初めの四角が出ました。

周辺症状とは別に、体の病気があって治療しなくてはいけないんだけど、認知症であるがためになかなか治療が受けられなかったり、あるいは断られてしまったりする人がいる。その人たちも、今回議論をしていただけないかということで、それが一番下。そうすると、一番下は、認知症だということを理解してもらえれば、特別、認知症、あるいは精神症状に、対応とか治療が必要ない人を想定しているんですけども、実際に、今度は体の病気があって、体の病気を治療しなければいかんですけども、周辺症状もあって、単に認知症に理解があるという程度だけだと、症状のコントロールをしながら体の病気の治療もしなきゃいかん人というのは、もしかしたら要件が限られてくるのかなというところから、真ん中が出てきた。必要、それから要望とか困難の中から上がってきたくりなんです。ですので、これに対する対応というのを考えたときに、もしかしたら、この二つはこういう対応。この一つの中に入っているけれども、全部一つにくくられているけれども、その一部の人はこの別々の対応がということは、あるのかなと。

【**玉木委員**】 例えば、夜、周囲の人がちょっとたじろぐような状況になった場合、それも、例えば身体拘束を辞さないぐらい、非常に爆発的な場合とそうじゃない場合。そうじゃない場合も、そうという場合も、いわゆる救命的な措置が必要な外傷や合併症がある場合と、転倒骨折だとか肺炎だとか、ある程度少し入院的な収容はしなきゃいけないし、急性期病院で対応してもらわなければいけないけれども、さほど緊急性を要しないような場合とか、そうじゃなくて、せん妄だとかそちらのほうで、むしろ周辺症状が激的で、その原因を探って、そちらのほうを治療するほうが優先される場合とか、そんなにケースは、カテゴリーはそんなに激しく多くないと思うんだけど、それが急に来る場合もあるし、外来を訪ねてくる場合もあるし、皆さんが何となくそういう不安を持ち始める場合もあるけれども、その道筋は大体同じだと思うので、その辺で、ある、ない、ある、ないという図をかいてみるのもいいし、それと大体同じですよ、ここに分けられたことはね。それが地域であるとか、それをやるのがここの病院で、ここだったら診てくれるとか、そういうふうに考えていくのもいいのかもしれないし、そっちのほうが、何となく、困ったときにどうすると考えたほうが、より地域の実情に近いものが出てくるのかなと思ったんですけど。

【繁田部会長】 困る場合には、どのようなパターンがあるのでしょうか。

【玉木委員】 そうですね。

【繁田部会長】 すると、この分け方だと……。

【玉木委員】 同じだと思うんです。

【繁田部会長】 今困っている問題点から、あるいは従来困ったという意見から分けてみたんですけれども。予定していた議論としては、こういう場合にはどういう対応がいいのでしょうか、というふうに整理をしていこうと思って資料を用意してきたのですが、なかなか、一つ一つづつしていくのは難しいかもしれません。議論をしていく中で、具体的な連携の仕方のイメージをつくりつつ、安藤委員がおっしゃられたように、限られたマンパワーや資源の活用を考えたほうがよろしいでしょうか。

【新井副部会長】 今の観点の中で具体的な例として挙がっているのが、この席上配付3の(1)のb)かかりつけ医の役割という表現になるのではないですか。これ、僕はとても具体的に、かかりつけ医がまず最初にやる役割として、非常によく書かれているかなと思いますけど。

【繁田部会長】 資料に書いてございますのは、体の病気かどうか、まずその辺の判断をしていただく。それから、どうも体の病気ではない、あるいはそれだけではないといった場合には、それこそ、生活の情報も含めて検討していただく。どこまでということは、かかりつけ医師によって違うと思いますけれども、そこまでかかりつけ医にお願いしたいということです。必要に応じて専門医療機関を利用するわけです。

そうしましたら、少し先に進めさせていただきます。今、かかりつけ医の役割というところに触れていただきましたけれども、その資料の一番下に、専門医、あるいは専門医療機関の役割というのはどういう役割があるのかということが示してあります。一番多く利用していただきたい、活用していただきたいのは、外来の機能です。山田先生もおっしゃいましたけれども、入院となると、もう最後のとりでみたいなもので、ベッドが幾らでもあるということではありませんので、少しでも早く、あるいは外来で何らかの対応をして乗り切る方法を考えなければならないとすれば、やはり早目に、あるいはふだんからの専門医の活用ということになるのだらうと思います。それに関しては、裏の資料にございますので、専門医といかにつなげるかを含めて、全体を見渡すという意味で、専門医の役割についても意見を出していただこうかと思います。

それで、席上配付3の裏をごらんください。上半分は、すぐに専門医につなげる仕組み

にはどういう仕組みがあるのかを示してありますが、基本、これはMCIから軽度まで、従来議論してきたかかりつけ医療機関と専門医療機関というのが、ふだんから連絡をとり合って情報が行き交うようにということを、挙げてあります。認知症が進んできた場合に、これ以外に注意しなければいけないことがあるのか、踏まえなければいけないことがあるのかということ、あるいは、周辺症状が目立ってきたときに、これに加えて考えなければいけない点があるかどうかという点に、意見を出していただきたいと思いますけれども、それとともに専門医療機関の外来機能をどんなふうにご利用したらいいのかということと関係させて、ご意見をいただくほうがいいかと思います。

その議論をした後に、認知症の方で、やはり周辺症状が非常に強く、入院せざるを得ないといった場合の入院治療というのはどんなふうになされたらいいんだろうということを議論していきたいと思います。入院は少し先に置いておいて、まずは外来機能をうまく活用することで、問題への早期対応でありますとか、あるいは、入院を避けることでありますとか、そのあたりに関してもご意見をいただきたいと思います。いかがでございましょうか。

ここに書いてありますことは、早期からと書いてありますけれども、ふだんから、できれば軽症の段階から、定期的な通院ではないにしても、前回までの議論で、半年とか1年に1遍ぐらい顔を出して顔をつなげておく、検査をしてもらったり受診をしてアドバイスをもらったり、関係をつけておくことが大切だろうと。おそらく、それはあるだろうと思います。それだけではなくて、やはり、周辺症状が出たときに、もちろん、かかりつけの医療機関で対応してくださる先生には対応していただく。ただ、それではうまくいかない。かといって、すぐに入院ということは、やはり、困難な場合も少なくないいろいろな事情、すぐに病院が探せないということもありますし、必ずしも入院治療しなくて済むのであれば、外来の治療のほうが、いろいろな意味でご本人、ご家族への負担は少ないと思いますので、それに関しましてはいかがでしょうか。かかりつけ医の先生がどこまで診るか、あるいは、どういったときに専門医療機関を活用するとうまくいくのかということですが、経験談も含めて、ご意見をいただければと思います。

【安藤委員】 山田先生、ちょっと教えていただきたいんですけど、精神科を標榜している診療所や病院の中で、どれぐらい認知症が得意といいますか、診られるものですか。私も、自分のところは精神科を標榜しているんですけども、精神科の先生で、僕は統合失調症は診れるんだけど、ちょっと認知症は苦手なんだよねという人が結構多いんですよ。

現在、どんな感じでしょうか。

【山田委員】 診療所協会の先生にも、この会に出てもらおうと、かかりつけ医の中に精神科の先生もということでは、話が進むところもあると思うんですけども、精神科病院協会の中では、ほとんどの病院が認知症の対応をしていますけれども、ただ、困るのは、今、東京都のほうで盛んに退院促進と言っているときに、出どころがないんですよね。別に当てつけがましく言っているわけじゃないんですけども。実際にうちも受けて、あとは退院促進、退院促進と言ったときに、実際に、なかなか高度の方というのは、退院できない、あるいは家族が受け入れられないとか、施設が見つからないということが一つあります。先生の今のご質問の、精神科医はすべて認知症に対して診れるかということ、そうではありません。認知症そのものの症状を把握したり治療するのはできないことはないんですけども、認知症の方の多くは合併症を持っているんですね。その合併症を、精神科の先生は非常に嫌うんですね。私どもも50床持っていますけれども、診れる先生は、10何人のうち、私を入れて三、四人ですね。多くは一般科をやった経験がある先生が診るんですね。それから、精神科を専門にしている先生。最初から精神科の医局に入った先生というのはどうも苦手なようで、その辺からすると、クリニックの先生方をお願いしたとしても、合併症かどうかの否定とかそういうことも含めると、ちょっと苦手という先生も出るかもしれませんね。

【玉木委員】 せっかく部会長が、外来、軽度からとお話になったんだけど、僕の頭の中でめぐってくるのは、苦労した、すごい例ばかりが最初に出てくるから、あのときああしたかな、こうしたかなって、なかなか、軽度からと言われるとすぐに思いつかないんですけど。

山田先生にもう一つ聞きたいんですが、例えば精神科単独の病院で、認知症も受け入れていらっしゃるようなところで、周辺症状がかなり、在宅では対応しきれなくなったから、コントロールも含めて入院になったと。入院中に、まだ十分落ち着いていない状態で、心筋梗塞が出たり転倒骨折したりという、そういう救命的な、あるいは緊急処置が必要なものが、もし院内で生じたら、現実的に、その精神科の病院はどういう対応をしているのか。ほかの病院をお願いするんだと思いますけれども、それはどうやっていらっしゃるんですか。

【山田委員】 民間の精神科病院が、どの病院も同じようにということではないと思いますけれども、常勤の内科医がいる病院もあります。それから、うちのように、パートで

週に3日から4日埋めている、あるいは内科をやったことがある精神科医がいるということで、ある程度のところまで対応して、それから、整形外科もいますし、実は泌尿器科も、かつてやった者がいるんですね。そういうのが集まって精神科医、指定医になっていますから、比較的うちは恵まれているというか、合併症に対応できるというところはあるんですけど、必ずしもどこもということではないし、うちも、今日もそうだったんですけど、転倒骨折で、診断までは整形外科をかつてやったことがある者がつけたんですけども、というのは、何でかという、ポッキリ折れたものはもう外に送るわけですね。それはひびが入った程度だったので、観血的にやるべきか保存的にやるべきか、その判断がわからなくて写真受診したんです。そういうことをいろいろ苦労しながらやっているというのが実情というのが、まあ一般的だと思います。

【玉木委員】　　というのは、精神科の先生方は、身体合併症を持っている方はなかなか受け入れがたい。救急の連中は、認知症があると受け入れがたいと言っておりますので、その辺を現実的にどうやっているんだろうかと。例えば、本当に救命センターに運ばなければいけないような事例で、認知症がかなりあった場合に、どう説明をつけてどう交渉しているのかという、お互いにそういうやりとりが実際あった場合にどうしているのか。それは、まさに在宅の現場や、我々の外来の現場では、いつ生じるかわからないことだし、一番困るのはそれなわけなんですよ。実際、認知症専門で診ていらっしゃる先生方が、その辺をどういうふうになしているのかなと、いつも思っているんですけど。そんなにたくさん事例があるわけじゃないのしょうけれども、それぞれの医師のつながりの中で、ご経験の中で、地域の医師の関係や、お互いの、患者さんのやりとりの中で生まれているネットワークの中で、何とか吸収していらっしゃるんだとしたら、それを地域に開いてもらいたいし、そういうことはどうなんでしょうか。

【山田委員】　　認知症に限らず、精神疾患の合併症ができたときに、東京都の中に、合併症ルートという、俗に言う合併症が出たときに、ひまわりの中の精神科版紹介機能を使って、合併症が診れる病院を探してもらうという方法があるんです。これに、入院患者さんですと載せることができる場合があります。今、秋山委員のおっしゃっていた、これをどこに送ろうというときに、認知症もひどいし体も悪そうだと。どっちに送るかというときに、合併症が診れる、両方の対応ができる病院ってなかなか限られているんですね。私も、ひまわりに載せたとしても、緊急か、待てるか、1週間待てるのか何とかというところを丸するので、当然、緊急で丸するんですけども、やっぱり二、三日は待たされ

ちゃうんですね。そのときに、家族に「すみません、すみません」と言うしかないんですね。何ですみませんと言わなきゃいけないんだろうと思うんですけども、もう、それはしようがないんですね、請け負っちゃったところで。実は態勢が整っていないんですよなんて言おうものなら、何だ、ということになりますし、今、一生懸命探してもらっていて、さすがにたらい回しというわけにもいきませんし、日本はそんなになっているんですよとは言えませんので、やっぱり、「すみません、すみません」って、多分同じことを地域でもやられているんだろうと思うんですが、その程度ですね、やっぱり、現実。

【玉木委員】 わかりました。

【繁田部会長】 かかりつけ医が紹介するときに、例えば認知症の周辺症状にある程度対応できる医療機関でないといけない、などと振り分けて紹介しているわけですね。

【玉木委員】 そうです、自然に頭の中で、顔も浮かべながら振り分けているわけですよ。相手の顔を知っているか知らないかは重要なことですし、その医療機関の機能を知ること重要。これが、いわゆる地域の知識なわけで、それをかなりやっていると思うし、実際に、うそについては送れないですよ、大したことないですからと言って送るわけにはいきませんから。

【繁田部会長】 そんなことをしたら、お互いの関係を壊すことになりかねない。

【玉木委員】 そうです。心筋梗塞なんかの場合は、わざと言わなかったことがあります。それは、医師としたら当然受けるべきだって、救命医とのやりとりの中で、相手が何か逃げ腰なのがよくわかったから、こいつおかしいんじゃないかなと思ったので、とにかく、とるのかとらないのかという感じのやりとりで送る場合がありますよ。でも、通常はそういうことがあったら、やはり、患者さんが帰ってきたときにも困りますしね、そういうことはできないんですけども、相当程度振り分けて、ぴぴぴぴっと動いているんですよ。

【繁田部会長】 振り分けるときの判断は、主にどのような情報に基づいてされているのでしょうか。

【玉木委員】 経験則でしょうね、今までの。今までやって、そしてやりとりがうまくいったか、患者さんが満足して帰ってこられたか、今、どういう見方をして、お互いに連携がついているかというような関係の度合いを見ているわけです。この方だったら、ここでも今のところ大丈夫だろうというように、おそらく、皆さんそれぞれが経験則の中で見ていらっしやると思います。ただ、緊急時は、なかなかそう多くの経験はないので、実際

に自分で電話で病院を探しまくってもなかなか見つからないし、救急隊もそこにいるけど見つからないということはたくさんありますので、その辺の、ある程度の道筋はレスキューとして必要なんじゃないか。東京都と、あるいは二次医療圏というようなところでは、それがちょっとでもあると安心ですね。

ですから、今都がやっている、そういう合併症のある方の受け入れ事業が、もう少し地域に拡大していくような仕組みというのは、現場の人間としてはどうしても欲しいところですよ。

【安藤委員】 あと、東京の医師会の救急委員会でも問題になっているのは、急性期病院は、認知症の方を受け入れはするんですよ。受け入れはするんですけども、その後が問題で、何が起こるかという、全部個室だったらいいんですけど、4人部屋とか多床室の患者さんからものすごくクレームが来るんですって。それで、こんなぼけたご老人と一緒にいるのたまらない、何とかしてくれというクレームがわんわん来るので、しょうがないから、そういう方同士を同室にして対応しているようですが、このようなことは、以前はありませんでした。昔は、お互いさまだったんだけど、今はちょっと違った傾向が出ています。

【繁田部会長】 今ほど、受け入れのルートがあるといいというお話がありましたけれども、実際に、どういうルートがあったらいいのでしょうか。おそらく、周辺症状の治療もできるような病棟やベッド少しばかり増やしても、おそらく意味がないと思われます。そうすると、すぐに実現するかどうかは別にして、どういうものが本来あったらいいんだろうと。おそらく、そのことは、そういう人に対して、どういう治療をしてあげることが望ましいだろうということとも関係してくると思うんですけど、そこら辺はどうですか。実現可能、不可能はちょっと置いておいても結構ですので、どういう.....。

【玉木委員】 その方にとって望ましい治療というのは、僕がさっきからちょっとこだわっているのは、いわゆる「火事ですか、救急ですか」という状態の認知症の人のことを言っていて、もう少し広いスタンスで、この方にとって入院させることがいいかどうか、ちょっと悩むなというぐらいの余裕があるときは考えますよ。だけど、そうじゃない、もう本当に、どうしたらいいかわからないみたいな事例を、皆さんが困っていらっしゃるわけだから、それはトリアージセンターみたいなのがあって、実際にそこで、ある程度、医療機関の情報が集約されていて、そして、それなりの支援をしてくれるという意味の、かなり高度で緊急性のある状況のときの仕組みが必要なんじゃないかと。今でもあるんでし

ようけれども、実際、僕の地域ではすぐ思いつかないので、それがあるといいなということなんです。

そういうときに、この人を救急病院へ行かせても、どうせ認知症だからと僕らが考えてしまったら、それこそ医療がおかしくなってしまうから、そこは、してはいけない状況というのがあるじゃないですか。とりあえず救命だ、それから考えようというようなところで、受け入れ先がないのであれば、これはやっぱり世の中の仕組みがおかしいと思いますね。受け入れ拒否だとか不能だとか、いろいろな言い方があるけれども、やっぱり批判を浴びてもしょうがないと思います、そこはね。

【秋山委員】 中度というか、高度に近い状態の方が、熱が出ているんだけど、本人は全く訴えなく、徘徊を繰り返して、熱があるので、ちょっと意識消失みたいなので転んでけがをしていたんですよ。それで、救急車を要請して救急に行ったんだけど、救急隊自体が報告した時点で、一番近い大学病院の救急はだめだと言ったんだけど、隣近所のおじさんたちが、今までかかっていたのに何だと言ってどなり込んで、診てくれたんですけど、その熱の原因が何なのかが、本人は訴えないしわからないから、一応レントゲンを撮ったり、血液検査である程度のことを出してもらって、とめ置いていただきたかったけど、それは無理ですというので、練馬の専門病院を……、何かあらゆる手を使って探して……、徘徊もするし、熱自体は、あまり重篤な疾患が隠れているとは思えないという診断だけいただいて、ご主人が入院しちゃって一人になっているがためにそういうことが起こっているから、もう保護しなきゃいけないけど、保護する先もなくて、ちょっと、うちのヘルパーさんのアパートに泊めて3日間のいいで、生活を整えて、それで送ったんですよ、その病院に。それで、私はそこで、最初の大学病院の救急で、すごいいいもするし、うろろしている人だったから、着たものはジャキジャキ切られて、ビニールの袋に入れられて、着せるものがないわと言って、持ってきて着せて、そして、うちの車で連れて帰って暖かいところへ行ったら、それでおさまったんですよ、水を飲ませて、本当に。この対応の違いって……、そこへ行ったら、やっぱり、普通に扱ってくれたんですよ。いかにも、すごい見方をされたんですね。しょうがないなと思ったんですけど、「あ、これが、いつもこの人が浴びている視線なのか」って、私はその人と同じ並びになって感じた。これが、こっちへ行ったら、普通に扱ってくれていいなと思ったんですよ。やっぱり、ここが専門と一般の救急のね……。私、救急が、それが悪いというんじゃないんだけど、これしか方法がないんだと。私は、ついでながら、頭のCTをずっと撮っていないので、撮ってくださ

い、それを持ってその専門病院に行きますからと言って、頭のCTを撮ってもらったら、すごい萎縮が進んでいたもので、かなり高度です、これは、やっぱり在宅はちょっと厳しいでしょうねと、一応は、そのデータももらい、そこへつないだんですけど、その2日半と
いうか、3日間、みんなに協力してもらったんですよ。

だから、そういう、本当にシェルターみたいな、そこにある意味、看護も通い、介護もあって、そして、無事にそこへつなく、そういうのがあってくれたらって、それは緊急避難的だったけれども、でも、その違いがあるんですよ。この人を入院させるというのは、お願いしたけど無理だろうなと思いつつながら、でも、9度も出ている人、どうしようかっていう感じで、重篤なものが隠れていなかったら、わかりましたって、水を飲ませて暖かくして寝かせて、ちょっと軽い解熱剤を飲ませて様子を見ますって、もらってくるというか、そういう状態って、結構、地域の中にはあるんですよ。

【繁田部会長】 その問題は、医療職としての基本的な態度の問題をちょっと置いておくと……、そうすると、何が必要だったのか、あるいは、何があつたらその人がよかつたんだらうと。

【秋山委員】 ただ、入院になるか入院にならないかといったときに、身体症状、身体合併症のここの状態を、たとえ認知症の中度、高度であつてもちゃんと診断をつけてただける医療機関がまずあるということ、そして、この状態でこういう改善策があるということを示していただいたら、それに対して何をすればいいかを、また対策がそこで出るわけだけど、何がなんだかわからない状態で、わつとなつて、熱も出たり痛がつたりしている状態を、身体症状なのか、単純な周辺症状の先鋭化なのかというのを振り分けてもらわないと、私たち、対応がちょっとできないんですよ。それをどこがやって、どこが振り分けてくれるかって、その線引きが、この箱1、箱2のここじゃないのかなつて。

【繁田部会長】 どこでやって、しかも、そこに必要な人がちゃんとアクセスできないといけないんですよ。そういう人がいてくれたとしても。

【秋山委員】 だから、救急の場で、その診断自体はどこでも本当は、ある意味受けてもらわないといけないんですけど、それを、そのまま入院してくれというのは、ちょっと無理があるかもしれないなというのがあつたんです。入院させてくれるところもあるけれども、このさっきの統計で見ましたら、私の所属する区西部は、17.何%で、自施設で入院ができると答えたところが最も少ない地域だなど。こうなつたら、入院ではなく、何らかの対策を立てなければ、区西部なんかはもう生き残れない、でもないですけど、その人たちの

正しいというか、必要な手当ができていかない地域だから、その仕組みを早急に、みんなと知恵を合わせて考えないといけないということが、さっきの数字で私は思ったので、せめて振り分けて、集中的にそこで在宅チームの医療も入ってできれば、それはそれでしのげるし。

【繁田部会長】 入院できるかできないかとか、入院できるところを紹介してくれる、してくれないという話もありますけど、それと同時に、そこで、例えば脱水かもしれない、あるいは生活を少し整えてというアドバイスがあれば乗り切れる場合もあるので、そういうことを含めて、入院に限らず、それをどこが見きわめてくれるのか。見きわめてくれるところへうまく認知症の方が行ける方法があるのかという話なわけですね。

【水村委員】 現実問題、今抱えて相談に入っているケースがあるんですけど、その方は、特定高齢者で上がってきて、電話をたまたまかけたら現在入院中だと言われたんですね。転ばれて、大腿骨骨折しているということで、ご主人、高齢で血圧も高い方が、ずっと、24時間つき添っているそうなんです。個室でつき添っているんですけど、もし少しでも動いたら拘束しますと言われていたそうなんです。ご主人もすごく疲れていて、まだ介護保険を使ってなくて、これからどうしようかと思っているところだったんですけども、現実には、個室でだれかがつき添って、だれかが見るといった状態の病院じゃないと受け入れられなかったりとかしています。

それと、お金がある方はいいんですけど、実際ない方もおりますので、そういう方は入院ができないのか、大腿骨骨折したらどうするのか、いろいろな問題があります。

もう一つ、ここでちょっとお話がしたかったのは、先生方をお願いなんですけど、安定剤を出していただいてとても助かっていて、周辺症状が落ち着いている方もいるんですけど、安定剤のせいで周辺症状がさらにひどくなっている方もありまして、実際に転倒のリスクがあって本当に転んでしまったり、あざをつくっていらっしゃる方がおりますので、本当にあったケースで、専門医に出していただいているのにもかかわらず、えっ、こんな出し方しているのみたいな、妄想でご主人にかなりひどいことを言ってしまって、ご主人に突き飛ばされたりしていたり、転倒されてあざをつくっている方がおりましたので、実際に、私たちとかスタッフが入って行って、先生とかけ合って薬を減らしたりとかできればいいんですけど、全くノーマークの方もおりますので、そういう人こそ虐待に走ってしまったりとか、危険もありますので、以前、軽度のときにおっしゃっていたと思うんですけど、診断をされたときに、ちょっと気になる方で、介護保険申請は進めてくださるんですね、

先生方、皆さん、しなさいと言うんですけど、そこから、相談をしなさいとも勧めていただけたらいいなと思うんですね。包括でもいいので、とにかく、どこかに相談して、自分たちだけで抱えないことということを、先生方にも伝えていただけたらいいなと、私たちは思いました。

【玉木委員】 それは、今研修していますので、そういうレベルです。

ただ、周辺症状に対して何らかの薬物治療が行われた場合に、転倒リスクというのは最も最初に考えなければいけない問題ですけど、生活情報が来ていないから、生活情報を用いてそういう治療をするという医師のスキルがないから、そういう状態になっちゃうんだと思うんですけどね。ですから、それはおっしゃるとおりだと思いますので。

今、とにかく、認知症を診ないということはないようにというのと、認知症の方が来た場合にどういうふうに一時的なトリアージを地域の医師がすることが、その地域の医師としてのアウトカムであるかどうかということは今アナウンスして、そのときに、当然、地域包括へ、こういう極端な事例があったらこういうところに、診断はこういう状況のときは専門医だけでも、なかなか忙しいから、とりあえず診れる人は診てくださいというような研修を今していますので、もう少しお待ちいただきたいと思いますが。

【水村委員】 それと、もう一つお願いなんですけど、ご家族に包括を紹介してくださるのはとてもいいんですけど、それで終わっちゃうご家族はたくさんおりますので、先生方から包括にもご家族の許可をいただいて、個人情報なので十分に配慮していただいて、こちらからも、先生方からも包括にお知らせしてもいいですかということを確認して、私たちに教えていただけると、とても助かるなと思いました。

【繁田部会長】 それは、紹介状みたいな形でしょうか。

【水村委員】 いえ、地域の先生で、お電話1本で、すごい気になるから、5分、10分後に包括から電話して、僕からちゃんと言っておくからという先生が、その方は認知症じゃないんですけど、そういう先生もおりましたので、連携がすごく助かったんです。そういう実績がありましたので、ぜひお願いしたいなと思います。

【安藤委員】 かかりつけ医は玉木先生が、今、研修会をやっていますけれど、皆さんのご意見を聞いていると、問題は、大学病院も含めて、急性期病院の医師の認知症の合併症の診断・治療の標準化ができていないことです。ここら辺も、東京都医師会の救急委員会でも、大学病院の先生方がいらっしゃるので、1回もんでみて、将来的にできないかと。

【玉木委員】 救急医認知症対応力向上研修というの。

【安藤委員】 これだけ急性期病院だって困っているんですよ、認知症の方が多かったりとか、精神疾患の合併があって。

【玉木委員】 実際そうだね。彼らだって平気なわけじゃないんですよ、やっぱり困っているんですよ。

【安藤委員】 困って、困って、10年ぐらい困っているんで、ここでやっぱり何かのチェンジをしなきゃいけない。そこら辺をちょっとまた、救急委員会で言ってみますね。

【玉木委員】 ええ、ぜひ。

【安藤委員】 また怒られちゃうかもしれない、そんなのできないよなんて。トライだけはしてみたいと思います。

【新井副部長】 先ほどの、生活情報が不足しているということと、連携という意味で、僕は提案を持っているのは、子供さんが生まれたときに、母子手帳とか、そういう手帳がありますよね。ああいうのを、認知症の患者さん一人一人に東京都がつくって、かかりつけ医とか専門医とかケアマネージャーさんとか、包括支援センター、何かそこで共有できるような、連携に使えるような、1冊の患者さんの手帳みたいのがあったらいいんじゃないかなと。それをモデルとして東京都がつくったらいいんじゃないかなと思います。そういう情報をそこで一括しておくような、ただあまり厚くなっても困りますが。

【玉木委員】 それを持ってもらうための説明をするだけで、十分いろいろな意味がありますよね。半分の人でも持ってくれたら。

【新井副部長】 それで、どこに行くとかいうのも、ある程度導入になるんじゃないかと思うんですけどね。

【繁田部長】 今あるものといえば、いわゆるお薬手帳ですが、他の医療情報が入っていてくれたらと感ずることが日々あります。

どうぞ、ほかにもご意見を。

【山田委員】 今の新井先生のお話で、大変いい話だと思うんですけども、私も医師会の研修の、お話をするほうの立場で、診断・治療とか話したんですけども、告知をどこでするかという話が、最初にぼんと出るんですね。それに沿ってお話するんですけど、そうすると、手帳というのをどこでどういうふうに渡すかということ、それから、家族との連携はうまくとれているか、それから、医師会のつくったというのか、あれは国がつくったんですか、DVDで……。

【玉木委員】 あれは国でございます。

【山田委員】 例えば長谷川式って皆さんご存じだと思うんですけども、あれも、面と向かって生年月日がどうだとか、今日は何日だとか、あんなふうに聞いたら、大体、プライドが……、15点以上の方は、非常にあれを嫌うんですね。それとなく、今日は何日だったというようなところから始めるんですけども、そういう話も講義のときにしたんですけども、その辺の工夫と、それから、今の新井先生のお話のように、手帳もご家族を中心にそれをつくっていくというのがいいかなというのを、ふと思ったところなんです。ちょっとそのことを、今の先生のお話を受けてのことですけど。

もう一つ、安藤先生がお話ししていた東京都の救急に関しては、多分、うちの病院協会からも出ていると思うんですけども、それこそ10年以上この話はずっとあるんですけども、ともに、これは相入れないものがあって、お互いに専門外のものでありますから、病院としても、救急の病院の中に認知症というのは、ドクターがもしできたとしても、受け入れる看護のほうから、すべてが受け入れられるスキルを持っていないとできなくなっちゃうんですね。

それから、もう一つ言えば、先ほど言った、4床部屋の中に1人ぼつんと入ってわーっと騒いでいるとだめとか、いろいろな、何かもっともっと担保しなきゃいけない条件があるわけですね。

逆に、精神科は全然、騒いでもオーケーですよと言うと、家族は非常に喜ぶんですが、合併症については、これは日常茶飯事なんですけど、救急車を呼んで、すみません、すみませんと言って、近隣の病院に送るといふ、それは、私の地元はまあまあつながりができているので、お互いに診るといふことなんですけど、例えば、さっき出た大腿骨の頸部骨折なんかは、オペして翌日戻ってきちゃうんです。抜糸は自分のところでやってくださいって。そのくらい荒っぽいといいますか、診られないんですよ、騒いで。だけど、それでもやってもらうだけ、固定してもらえば何とかしめたもので、こっちは体の固定は上手ですから、床ずれをつくらないように固定しつつ、抜糸を自分たちですてというのはやると。安藤先生は、もっと闘ってやってきますと言っていましたから、ぜひお願いしたいんですけども、多分相入れない何か、教育そのもの、あるいは診療報酬で、ベッドが、こういうような合併症ベッドって、東京都に幾つか、精神科も両方診れるという病院があるんですね。でも、とても足りないんですよ。認知症がそこに加わって、これはもっと抜本的に、東京都でここの病院のこのベッドはそれ用で確保しますというぐらいのことまでやらないと、こういうことまで言っちゃうと、この会議がめちゃくちゃになっちゃうので

言わないですけれども、そこまでやらないと、多分、もっともっと増えますから。合併症ルートと同じように、認知症もそれに加えてベッドの確保というのを考えないと、今でも精神科で苦勞しているんですから、認知症も加わって、合併症ルートということになったら、もうパンクすると思うんですね。今のところは、玉木先生がおっしゃっていたように、近場で知っている先生に、何とかうそついて……。

【玉木委員】 うそつかないで……。

【山田委員】 そんなことで何とかやっているということが、一つはあるんでしょうけど、それはつながりでやっているんですよね。システムじゃないんですよね。その辺をちょっと考えて、話が広がり過ぎましたけど、今後は考えていかなきゃいけないと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

そろそろ時間ですので、次にまたつなげていきたいと思いたすけれども、幾つかご意見をいただいて、いわゆる救急で認知症をもう少し、全部じゃないにしても、もう少し診てもらえるような対応ができないかということもありましたし、入院治療に関しては、やはりベッドが足りなくてというご意見もございました。例えばこの医療支援部会のほうから、もう少しそういうベッドを増やすべきだという提案をすれば、入院というのは本来、どういう治療であるべきだということも少し整理をして、その上で提案をすれば、説得力が多少なりとも増すかなと。今の状況ですと、多分、困りに困っていらっしやるので、最終的に入ると、ずっと先生のところはそうでしょうとなってしまう。そうなってくると、多分、先ほど私、申し上げましたように、50、100増えたとしても、今の倍にしたとしても、入った人が入りっ放しでは、入ろうと思って入れない人がそのままだと、そこが入って、例えば一定期間そこで治療を受けたときに、その先どういうルートがあるかということをもし提案できれば、その上で数を増やすべきだ、あるいは、それをしてくれるようなところには、こういう援助というか、そういうのがあるかどうか知りませんが、診療、保険についてはそう簡単に変えられませんけれども、こういう援助を東京都はしますよということもあるのかもしれませんが、いろいろご意見をいただいて、私の力不足でまとめることはできませんでしたが、一番初めの段階でいろいろご意見を、この中期に関していただいた要望であるとか、ご意見よりは、一段具体的になって深まってきているとは思っていますので、あと、おそらく2回ぐらいをめどにして整理ができたかなというふうに思います。

2回ぐらいと、私、言ってしまいましたけれども、今後のことも含めて、閉会をする前

に、進め方に関して事務局のほうから説明をしていただけたらと思います。

【村田幹事】 それでは、資料4をごらんいただきたいと思います。これは公開資料のほうです。20年度の検討の進め方ということでございます。一応、予定では、本日が今年度最後の医療支援部会になっております。今、部会長からもお話がありましたが、20年度でこの部会は一応終わりなんですけど、そこまで、どのようなスケジュールの進め方で行ったらいいのかという案でございます。1回目の部会で、認知症の進行に伴って認知症医療、身体医療、それぞれ求められるものは何か、その役割はだれが担うのかという段取りで検討しようという合意がされておりますので、これから、中等度、それから中等度から高度・終末期、それから終末期という形で進めたいと思います。その中等度なんですけれども、今日は周辺症状から入らせていただきましたけれども、今後、いわゆる身体合併の問題、それから、身体合併の中でも、今日も盛んに話題が出ておりましたが、身体のほうの対応を優先しなければいけない場合という論点があるかと思っておりますので、それぞれの論点を、順を追って進められたらと思っております。

それから、その後に、最後、高度・終末期というふうになるんですけれども、これは、おおむね2回ぐらいかなと思っております。やはり中等度の部分が一番時間を要するのかなと思われましたので、当初のスケジュールでは、年4回という形で、この部会、2年間の計画をしておりましたが、状況によっては、この案にあるように、5回ということも考えられるのではないかなということで、案を整理させていただきました。

以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

時間となりました。本日の会議は以上でございます。

そのほか、何か連絡事項等ございますでしょうか。

【村田幹事】 それでは、まず、実態調査についてなんですけれども、先ほどもご説明しましたように、この調査に関する意見だとか感想、これをお寄せいただければと思います。その主たる目的というのは、この調査の報告書そのものをどうまとめるかというよりも、ごらんいただいて、今後の、20年度の部会の検討の際に、こういう点に着目したという感想があると、毎回毎回の部会の参考データとして引用がしやすいものですから、そういう観点でこの報告書案をごらんいただければと思います。表紙のほうにアドレスが書いてございますが、2月中に、恐れ入りますが、ご意見、ご感想はお寄せいただければと思っております。

それから、部会長、1点確認なんですけれども、先ほどの、20年度の検討の進め方というところで、第9回のところに、推進会議への報告案の検討というふうに書いてあるんですけれども、ここでの議論を医療支援部会の報告として取りとめて、それを、親会議である推進会議に報告するというこの事務局の案でよろしいかどうかの確認をしていただけますでしょうか。

【繁田部会長】 年度末でよろしいと思います。

【村田幹事】 それでは、ここから先は事務的なご連絡でございます。

まず、本日、お配りした資料ですけれども、席上配付のもの以外はすべて公開とさせていただきます。席上配付資料につきましては、委員どまりとしまして、取り扱いにご注意いただきますようお願い申し上げます。また、議事録ですが、通例どおり、今回も皆様方のご確認をいただいた上で、公開とさせていただきたいと思います。

この次の、20年度第1回の会議でございますけれども、おおむね4月の下旬ごろを予定しております。先日お送りさせていただきました開催通知に、日程調整の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いただくか、後ほど事務局にファクス等でお送りください。日程につきましては、できるだけ多くの皆様方にご参加いただけるように調整の上、改めてご連絡させていただきます。次回以降もよろしく願いいたします。

それでは、特になければ、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、どうもありがとうございました。

了