

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第5回）

平成20年4月30日（水）

【坂本幹事】 大変お待たせしました。定刻5分ほどおくれになりましたが、まだ一部の委員の方、幹事の方がお見えになっておりませんが、ただいまより第5回東京都認知症対策推進会議医療支援部会を開催いたします。

私は、事務局を務めます在宅支援課長の坂本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず最初に、いつもながらのお願いですが、発言をする際には、お手元のマイクをお持ちになって発言していただきますようお願いいたします。

次に、4月1日付で人事異動等がございまして、委員の方が交代しておりますのでご紹介させていただきます。武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課長で、前任、比留間毅浩さんの後任となります神子武己委員でございます。

【神子委員】 神子と申します。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 次に、新任幹事をご紹介させていただきます。

医療政策部副参事（医療改革推進担当）で、吉田勝副参事の後任となります櫻井幸枝幹事でございますが、本日、所用のため欠席となっております。ご了承いただきたいと思っております。

それから、高齢社会対策部計画課長、高木真一幹事の後任といたしまして小室明子幹事がおりますが、現在こちらの会場に向かっているということでございますので、間もなく到着するかと思っております。

それから、高齢社会対策部在宅支援課長、村田由佳の後任としまして、4月1日付で在宅支援課長となりました坂本でございます。改めてよろしくお願いいたします。

今、高齢社会対策部計画課長、小室明子幹事が参りましたので、小室幹事を紹介いたします。

【小室幹事】 おくれて失礼いたしました。小室と申します。よろしくお願いいたします。

【坂本幹事】 次に、本日の委員の出欠状況につきましてお知らせいたします。

まず、安藤高夫委員でございますが、本日、所用により欠席しております。それから、玉木委員と水村委員でございますが、出席というふうに聞いてございますが、若干おくれ

ている模様でございます。それから、欠席幹事でございますが、先ほども紹介させていただきました櫻井幸枝医療政策部副参事でございますが、所用により本日欠席となっております。

事務局からは以上でございます。

それでは、繁田部会長、よろしく願いいたします。

【繁田部会長】 それでは、本日もまたよろしく願いいたします。

最初に、資料の確認をお願いしたいと思います。

【坂本幹事】 それでは、私のほうから資料の確認をさせていただきたいと思います。

資料が、ガチャックどめ、2つございます。今回も、公表資料と委員限りの席上配布資料ということで2つに分かれております。

まず、公表資料でございますが、次第、それから、委員名簿でございます。続いて、資料1、A3・1枚でございます。右上のところに番号が振ってございますが、参考資料1、参考資料2、参考資料3でございます。参考資料4、これはA3・2枚になっております。参考資料5、これもA3・2枚の構成となっております。

それから、委員限りの席上配布資料でございますが、もう一つのガチャックどめのほうをごらんいただきたいと思います。右上に番号が振ってございます。席上配布1、これは3枚のつづりになっております。続いて、席上配布2、第5回の課題と対応策(案)でございます。これも2枚つづりになっております。それから、席上配布3、これも2枚つづりになっております。

資料の確認につきましては以上でございます。よろしく願いいたします。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それではまず、議題1の第3回東京都認知症対策推進会議における議論の状況についてです。この医療支援部会の親会議にあたる推進会議での議論の状況について、私からご説明します。参考資料1と席上配布1の資料をごらんになりながらお聞きください。

第3回推進会議は、去る3月7日に行われました。そこで、この医療支援部会から、MCIから軽度における医療支援のあり方について、参考資料1により報告しました。この報告に対し、推進会議の委員から次のような意見をいただきました。

かかりつけ医が専門医療機関を受診したほうがよいと判断した場合でも、具体的な受診先は紹介してもらえないことがしばしばある。そういった場合に、ご家族が家族会等に相談をしていくことが多い。こういった状況に関して、何らかの対応を考えてもらえないか

というような意見でございました。

それから、受診して診断を受けたときに、認知症に関して、本人の前で今後のことについてかなり具体的に話してしまうのは問題なのではないかという意見がございました。これに関しては、どのように説明をするかという問題であって、話さないことが良いということではないと思いますけれども、この医療支援部会の議論の中で、もし時間の調整がつくようであれば、告知も含め、どのようにご本人に説明するかという議論もしていけたらと考えております。

それから、中等度以降に進行しますと、施設等に入るケースも多くなりますが、施設等に入ってしまうと医療としての支援が薄くなってしまいうように思える。そういった人たちに対する支援についても、医療支援部会で議論してもらえないかという意見がございました。

以上、推進会議からはこのような意見がありましたので、今後の議論に関連するところは、その都度参考にしていただければと思います。

以上、簡単ですが、第3回の認知症対策推進会議の報告をさせていただきました。

それでは続いて、議題2の第4回医療支援部会での議論のまとめに入ります。これから議論を進めるに当たり、前回の議論を整理しておいたほうが良いと思われましたので、議題2を設定いたしました。

ご存じのように、前回から中等度の認知症に関する検討を開始しております。当初、周辺症状について、身体疾患が関連しているもの、そうでないもの等に分けて整理をしていこうと考えましたが、なかなか事情は複雑で、そう簡単に整理し、対策が考えられるわけでもないという部分もありました。また、その後、診療報酬改定等もございましたので、改めて議論を組み立て直したいと思っております。

先に、前回ご質問いただいたことと関係して、東京都精神科夜間休日救急診療事業等の資料を用意しておりますので、そちらをまず説明していただき、さらに診療報酬改定の資料も紹介してから前回の議論の復習に入りたいと思っております。よろしく願いいたします。

それではまず、精神保健・医療課の中村課長からご説明をお願いします。

【中村幹事】 それでは、私どものほうで、参考資料2と参考資料3について用意させていただきました。

まず、参考資料2でございますが、これは表題にございますが、東京都精神科の夜間休日救急診療事業がどのような形で行われているかという流れ図を示させていただいており

ます。夜間休日ということでございますので、基本的には、中段に「東京都保健医療情報センター（ひまわり）」とありますが、東京都保健医療情報センターを経由して救急対応をしております。

流れということで、本人とか家族、当然、警察、医療機関等から相談が参ります。その中で業務という形で、中段にございますが、医療機関案内、医療情報提供等というような形になります。この左側のほうに流れるのが24条通報という形でございますが、これはいわゆる精神保健福祉法の24条で、警察官通報というような形で、よく言われるんですが、自傷他害のおそれがあるような方でございます、その方につきましては、この通報連絡員を経由いたしまして、一番左の下でございますが、精神科緊急医療ということで、措置入院というような形の流れになります。時間帯につきましてもここに入っているとおりでございます、いわゆる平日の時間外、すべての時間外に対応ということで、受け入れのほうも都立の4病院で各4床というような形で緊急で受け入れていると。なお、「 」にございますが、緊急措置入院の場合は72時間以内に措置診察が行われて、その後、民間の指定病院とか後方病院へ転送されております。

片や、24条通報以外の部分につきましては、中段の右側でございますが、精神科救急医療情報センターというものを私どもの課のほうで運営しております。これも平日の5時から翌朝の9時と、あと、土・日24時間という形でございます、業務は大きく分けると2つあるということで、精神科の救急患者のトリアージと、あわせまして医療情報提供等もやっております。

この救急医療情報センターを通じまして、いわゆる救急の医療が必要だというふうな形で判断された方につきましては、一番下の段にございますが、まず、精神科二次救急医療、これは、入院に対応できる医療というような形で精神科二次救急医療という体制をとっております。ここにつきましては、受け入れ先というところがございますが、民間の2病院が輪番制ということで、多摩地域1床、あと、特別区内が2床というような形で輪番での体制をしいておるところでございます。また、いわゆる身体合併症の患者さんを受け入れるためということで、身体合併症の対応も、都立病院と大学病院と輪番制というところで同じ時間帯で対応しているところがございます。

それ以外に、いわゆる入院するまでもないというような形で、精神科救急医療情報センターのほうでトリアージした結果、外来でも対応できるであろうという方につきましては、ここに書かれている時間帯で、民間の2病院と、あと1つの診療所、輪番制ということで

3カ所を確保しておりますので、その3カ所についてご案内をしていくというような形で救急の対応についてはとっているところでございます。

続きまして、参考資料3でございます、東京都老人性認知症専門医療事業についてということで、この資料について、第1回の医療支援部会でもお示ししておりますので、簡単という形でご説明させていただきますが、この事業は、あくまでも顕著な精神症状・行動障害を随伴している老人性認知症の方で、いわゆる積極的な医療を必要とする方ということで、いわゆる入院を希望する方、またはその家族等が、地域の保健所、福祉事務所等にご相談をされると。それを受けまして、中段の左側にありますが、3つの精神保健福祉センターで高齢者精神医療相談班というのを編成しております。そういう中で、入院が必要であろうという方については、老人性認知症の専門病棟のほうで一応入院して治療を受ける体制をとっているということでございます。ただし、規模が9病院で530床というような形になっております。

また、ここの目的に書いてありますように、この老人性認知症病棟につきましては、あくまでも短期的・集中的な治療等を行って、介護が受けられる状態に戻して退院させることを目指すということで、基本的には6カ月間というような形で、症状が落ちついた時点で退院していただくというようなシステムになっております。

下のほうに、転・退院状況という形で平成18年度の状況を書かせていただいておりますが、入院して退院されるといっても、自宅に帰られる方が20%ぐらいということで、いわゆるこの専門病棟から一般の精神科病棟等に転院される方がやっぱり10%以上いる、あと、施設に入られる方もかなりいるというような状況でございます。

なお、右下に専門病棟調整委員会という委員会を設けておりますが、6カ月ですべてが退院できるわけではないというような状況もございます。そういう中で、ちょっと項目に入れておりますが、入院継続の適否の判断等について、この委員会の中で、またそこで判断していくというような状況でございます。

こういって、これとの単独事業という形でございますが、右上に点線に入れておりますが、老人性認知症専門病棟運営費補助事業という形で、ここに入っております内科医師1名と、あと看護補助者1名分ということで、いわゆる人件費でございますが、3分の2の補助額という形で財政補助をしている中で老人性認知症専門病棟も運営しております。

ただし、実態といたしまして、予定どおり6カ月で皆さん退院できるという状況でもございません。そんな中で、現実的には、この9病院とも実態はあき待ちの状況ということ

で、病院によってですが、各病院二、三名のあき待ちと、そんな状況になっているところ  
でございます。

説明は以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

続きまして、診療報酬の改定に関しまして、坂本課長のほうからご説明をお願いいたし  
ます。

【坂本幹事】 それでは、1枚おめくりいただきまして、右上、参考資料4、診療報酬  
改定についての資料でございます。

ご案内のとおり、平成20年は2年に1度の診療報酬の改定の年でございます。そこで  
今回、診療報酬改定のうち、特に認知症の人と関連が深いと思われる部分について抜粋し  
た資料を用意いたしましたので、ご紹介させていただきたいと思います。

まず、左上、認知症に係る医療の評価のところでございますが、基本的な考え方で3つ  
ございます。まず、 といたしまして、鑑別診断ということで、認知症の場合は、早期発  
見ということが非常に重要になってくるといったことがございますので、かかりつけ医の  
方が、認知症の疑われる患者を早期に発見するといったことが非常に重要になってまいり  
ます。そういったことも加味しまして、専門医療機関に紹介した場合の加算が1点目でご  
ざいます。

それから、 といたしまして、周辺症状でございますが、入院早期におけるせん妄等の  
周辺症状に対しましては、より手厚い医療というものが必要となります。そういったこと  
も踏まえまして、入院早期の評価を充実するということをしております。また、その一方、  
入院が長引いてしまう、入院長期といった場合の評価についての見直しもあわせて行っ  
ているところでございます。

それから、 といたしまして、身体合併症の部分でございますが、これにつきましては、  
精神病棟に入院しております精神障害者のうち、身体疾患をあわせ持つ患者に対しまして、  
一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関に対しての加算でございます。

それぞれ具体的な内容でございますが、 の鑑別診断につきましては、今申し上げまし  
た患者の紹介、これは、診療情報提供料( )に対する加算という形で、新たに認知症患  
者紹介加算100点がつきます。参考欄をご覧くださいと思いますが、「診療情報提供  
書」を添えて患者紹介を行った際に加算される診療情報提供料( )の250点にプラス  
100という形で、合計350点の加算という形になります。

それから、 の周辺症状のところでございますが、改定部分をご覧いただきたいと思いますが、左側が現行、右側が改正後という形になります。例えば老人性認知症疾患治療病棟入院料1を例にとりますと、従来、90日以内の期間につきましては1,300点という形になっておりましたが、1,330点ということで30点の加算になっております。また、91日以上期間につきましては、従来、1,190点という形になっておりますが、これは逆に1,180という形で、若干減少という形で入院長期の評価の見直しを行っております。

それから、身体合併症につきましても、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関に対する加算といったものでございます。右側の具体的な内容のところをごらんいただきたいと思いますが、精神科を標榜する医療機関におきまして、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対しまして精神疾患・身体疾患両方の治療を行った場合、治療開始、これは入院という形になりますので、入院開始7日間における加算を行います。

具体的な点数につきましては、真ん中の新規、精神科身体合併症管理加算のところをご覧いただきたいと思います。それぞれ算定している入院状況によりまして、1日につき300点または200点の加算が新たに加わります。また、算定要件のところでございますが、 から の要件が指定されておりますが、 のところをごらんいただきますと、例えば内科または外科を専門とする医師が1名以上配置されている病棟において、必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制の連携が確保されていることといったことが要件となっております。また、対象疾患につきましては の(1)から(3)のとおり、非常に急激な体調不良等を伴うものが対象疾患となっております。

それから、右下のところでございますが、精神科救急医療に係る評価でございます。身体疾患を併せ持つ患者に対しまして、身体的な医療体制が充実した精神病床における医療提供体制が非常に重要であるといったことがございますので、身体合併治療を含めた精神科救急医療を評価するといったものでございます。

具体的な算定要件といたしまして、 では、都道府県が定める救急医療計画に基づいて運営される救命救急センターを有する病院で、身体合併症に対応できる施設であることを要件としております。実際の点数といたしまして、新規に精神科救急・合併症入院料ということで、30日以内の期間であれば3,431点、31日以上期間であれば3,031点という形になっております。

ただ、ここで一つ触れておきたいのは、救命救急センターにつきましては、その設置を

されている施設が非常に少ないということでございますので、今回の精神科救急医療という点ではなかなか効果を上げる部分が少ないかもしれません。ただし、自殺との関連で結びついてくると、自殺防止対策というような形で非常に効果を発揮してくるというふうに考えております。

それから、1枚おめくりいただいてもよろしいでしょうか。後期高齢者の医療制度の概要と後期高齢者の診療料についての記載でございます。まず、後期高齢者医療制度の基本的事項でございますが、後期高齢者の特徴である、加齢による生理的機能の低下等によりまして、治療の長期化、複数疾患化、言うなれば慢性疾患が数あるというような傾向が見られることです。それと、やはり多くの高齢者の場合ですと、症状の軽い、重いは別としまして認知症の問題が見られるということで、後期高齢者に対する医療の視点といたしましては、患者さんの生活を重視した医療、患者さんの尊厳に配慮した医療、そして、患者さんご自身及びその家族が安心・納得できるような医療といったことが基本的な事項になってくるかと思えます。

改定に当たっての基本方針でございますが、後期高齢者を総合的に診る取り組みの推進ということで、外来医療におきまして、主治医は次のような役割を担うことが求められます。黒く印がついているところでありますが、患者の病歴、受診歴、服薬状況など、他の医療機関の受診状況等を集約して把握すること。二番目として、患者さん自身の日常生活の能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること。さらに、専門的な治療が必要な場合には、適切に医療機関に紹介し、治療内容を共有する。主治医がこのような取り組みを進めるための診療報酬上の評価のあり方について検討するべきであるとなっております。

具体的な内容でございますが、患者の方の同意を得た上で、定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的な診療を行うことを評価するといったものでございまして、後期高齢者診療料としまして月1回600点の加算が新規に加わっております。

また、算定要件でございますが、 から のすべて満たすことが条件になってまいります。 のところをごらんいただきますと、基本的に保険医療機関である診療所を対象とし、もし半径4キロ以内に診療所が存在しないような場合につきましては病院等で行うことも可能としております。また、 の黒い印のところを書いてありますが、それぞれの内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいることが算定要件となっております。具体的には高



高齢者の心身特性に関する講義を中心とした研修ですとか、診療計画の策定ですとか、高齢者の機能評価の方法に係る研修等を受けた医師がいること、が算定要件になっております。

私からの説明は以上でございます。よろしくお願いたします。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明も参考にしながら、前回の復習をしてみたいと思います。資料1と、それから、委員の皆様は席上配布1と席上配布3をごらんいただきながらお聞きください。

まず、前回、中等度の段階で、医療の中でどのような困る状況があるのか、そういう状況を、身体合併症と周辺症状の有無等によっていくつかに分類して議論していこうということから始めました。

まず、診断・治療に関して到達した点は、少なくとも安定している、しかも今後の見通しもおおよそ立てやすい場合には、かかりつけ医に診ていただき、随時、専門医、専門医療機関が協力するというところでございます。

次に周辺症状に関して、誰がどうみるのか。まず、周辺症状には、身体疾患が要因になっている場合と、いない場合とがありました。

それから、生活情報については、その後の対応も視野に入れて収集する必要があるということに関しては合意を得られました。その理由として、まず、周辺症状に対応する場合には、どういった要因が周辺症状を悪くしているのかを知る必要があるということ、それから、急激な悪化に速やかに対応するためには、住まいの状況、同居者の有無・続柄、それから、ふだんの生活の行動範囲等、そういった情報を集めることが必要であるということです。その一方で、対応を考える場合には、それぞれの地域によって利用できる医療資源に違いがあることも踏まえなければならない、地域によってさまざまであることは前提としておかなければならないという意見もございました。この点に関しても合意が得られていると思います。

それから、かかりつけ医の役割です。周辺症状が起こった場合に、まず、従前から治療してきているわけですから、そのかかりつけ医の立場で、身体疾患がその周辺症状の原因になっているのかどうか、そこまでいかないまでも、身体疾患が悪くなっているのかいないのか、身体疾患のコントロールの状況はどうかということに関しては、最低限判断していただきたい。その上で、できれば生活情報も含めて検討して、専門医療機関を紹介するところまでお願いしたいというところに意見がまとまりました。

次に、専門医療機関の役割です。具体的にどう機能するのがよいのかはこれからの議論ですが、少なくとも、周辺症状等に対応していくに当たって、専門医療機関の外来の機能をうまく活用して、早目早目に周辺症状等に対応することが有効な専門医療機関の活用方法だろうということで意見がまとまっております。

そのほかさまざまな意見がでましたのでざっとご紹介します。席上配布1の2ページ以降をご覧ください。こういった意見が出たことで、議論の方向にもさまざまな可能性があるということを改めて認識し整理し直すことにしたわけです。こういった議論が出たのか思い出していただくため、キーワードだけ挙げておきたいと思います。

まず、生活情報の収集に関して、だれが集めるのかということについてさまざまな意見がありました。地域包括の保健師、看護師に役割を果たしていただけないかという意見。あるいは、ご家族にとって一番身近な存在であるヘルパー、ケアマネジャーや訪問看護師等がかぎになって、かかりつけ医等に報告するのがいいのではないかと。あるいは、保健所も何らかの役割を果たすことができないか。また、地域や事例によってネットワークは違う可能性があるのも、地域ごと、事例ごとにだれがコアになるのか決めたほうがいいのではないかと意見もありました。

こういった場合にその生活情報の収集が必要になるのかということですが、既に継続して医療機関にかかっている認知症の高齢者に緊急に近い変化が起こった場合と、今まで医療がかかわっていなかった人が、急激に悪化し、緊急になる場合の2つがあると考えられます。後者の今まで医療に関係なくて、緊急事態に陥った場合というときが一番困難だろうという意見もありました。

それから、緊急事態とはちょっと別にして、平時の場合ですけれども、いわゆる母子手帳のような手帳、ご本人の医療情報を含めて集約できる手帳のようなシステムがあったほうがいいのではないかと。また、そういった手帳を考える場合には、ご本人に対して、こういった病気の説明をしていくのかという意見も出ました。

それから、緊急時に関してです。緊急で医療機関にかかる場合、生活をサポートしているケアマネジャーやヘルパーが持っている情報をそのまま医療機関に提供すればそれで済むという問題では必ずしもないので、緊急時に病院がこういった情報を必要としているのか、あるいは、普段こういった情報を共有すべきなのかというところでの整理が必要だろうという意見もありました。

それから、通常、平時での外来機能に関しては、特に症状が悪化していない場合でも、

常に関係を保っておく必要があるのではないかという意見がありました。

それから、緊急時の振り分けに関してです。状態や重症度等に応じて、どここの医療機関を利用したらいいのか、あるいは、どういったルートで治療に結びつけるのかということですが、これに関してはさまざまな意見をいただきました。医療機関がトリアージのようなことをするのがいいのではないか。あるいは、かかりつけ医への相談やそのほかの医療機関への受診などを振り分ける、電話相談窓口、コールセンターのようなものがあるといいのではないか。また、そういった役割を地域包括に機能を拡大して担ってもらうのはどうか。あるいは、現在の状況を考えると、かかりつけ医は、その場その場で経験に基づいて比較的受けてもらいやすいところを紹介しているので、統一したルートを決めるのはなかなか難しいのではといった意見もありました。

それから、入院に関してですが、最終的に入院対応をしてくれる医療機関の状況は、地域によっても差があります。入院について考える際には、入院のベッドの数を増やす、増やさないという議論だけではなくて、入院までも含めた、そこに至るまでのさまざまな対策、体制を考える必要があるのではないかという意見もありました。

その他、病床が不足しているという強い現場の声もいただきましたし、入院治療の役割を考える上で本来どういう治療が望ましいのかを改めて見直す必要もあるのではないかといった意見もいただきました。

それから、身体合併症に関しては、かかりつけ医が医療機関を紹介するときには、周辺症状の場合と同じく、特に一定の基準があるわけではなく、経験に基づいて紹介しているといった意見。それから、例えば身体疾患で救急で治療しなければならない場合に、総合病院や大学病院といった医療機関でも、必ずしも認知症に関しては、医師、あるいは看護師が十分な知識を持っていないということ。そういった認知症を持った患者さんの合併症の治療に関して、どういった対応をしたらいいかという研修も行われていませんし、知識も不十分だという意見がありました。

そのこととも関係しますけれども、精神科の医師は、身体疾患を持っている認知症の高齢者の方を受け入れるのには抵抗がありますし、いわゆる救急では、認知症があると言っただけで躊躇したりするというような意見がございました。正直なところだろうと思います。

そのほか現場の声として、認知症の方が入院して治療する場合には、同じ部屋に入院している他の患者さんへの影響も躊躇させる理由になるといった意見もございました。

このようなさまざまな意見を踏まえて、次のステップに進むためにつくったのが席上配布2の資料です。今日、このような形で議論を進めてみようと考えました。

まず、1、緊急時とは何かということなのです。実際に周辺症状や身体合併症で対応に困るといのは、どういうとき、どういう状況なのか、それはしばしばあるものなのかどうかを検討したいと思います。その次に、そういった事態・状況に関して、入院治療として何をすべきなのか、何ができるのか。それから、外来の役割というのもあると思いますので、外来の役割として何がなし得るのかを考えたいと思います。

最後に、そういった緊急事態というのは、早目の対応や普段からの準備などで避けることができるのかどうか。避けられるものもきっとあると思いますので、こういった対応をすることでそういう緊急時を少しでも減らすことができるのかということを中心に議論していきたいと思います。

それでは、対応に困る場合というのが、どういうとき、どういう状況なのかということについて検討したいと思います。具体的にできるだけたくさん種類と数を挙げていただければと思います。私は、これについては、委員の皆様は職域とか専門性によって、違うように思います。少し共通理解をするという意味で意見を出していただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

【秋山委員】 緊急性の高いというのは、まずは、意識レベル消失というのは、本当に救急車かどうかということだと思います。

次に、転倒、これは、徘徊等との絡みでよく起こる転倒のときに、明らかに歩けない状態、それから、明らかに骨折しているとレントゲンを撮らなくてもわかるような状態は、やっぱり救急車を要請するのではないかなと思います。

それから、どこを痛がっているかわからないけれども、痛がっている、原因を何とかつかまないとわからないというような場合の疼痛の訴え。日ごろすぐに忘れてしまう方が、痛いときははっきりと訴えられる。痛み止めを使った途端、どこが痛いかわからなくて、また歩き出すとか動き出すということがある。

それから、その疼痛の原因がイレウスの場合が結構あったりして、その場合は嘔吐が伴ったり、非常に便秘を実はしていた。その奥に、病院としては、胆のう炎とか、大腸憩室とか、さまざまなことがあるんだけど、原因不明のがんの末期というようなこともあった。

あとは、最初の意識消失が何から来ているのかを探っていくと脱水とかの場合もあった

りするので、その辺の振り分けがどうなのかというあたりは次のところかなというふうに思っています。

あと、どこで区切るかはわかりませんが、38度以上の熱発をしているときはもうろうとしていまして、おかしいことが起こっている場合、その熱がどこから来ているのが不明の場合に、やっぱりきちんと診てもらわないといけないというようなパターンがあると。とりあえず今、手短にちょっと挙げ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。

ただいまの補足でもほかの例でも結構ですので、まずはいろいろ挙げていただければと思います。

【玉木委員】 いわゆる身体的な緊急状態というのは、今、秋山さんが挙げたようにいろいろありますね、意識障害とか、急性腹症だとか、転倒、骨折、外傷、それは一通り緊急時と挙げておいていいと思うんですね。

周辺症状側ですけど、一番困るのはやっぱり暴力、暴言、暴行などで、周囲の、要するに周囲というのは家庭内であったり、施設内であったり、いろいろあると思いますけど、介護者の対応が困難で放置できないときですね、様子を見ておられないような状況ということです。

あと、これは該当するかどうかわからないけれども、目を離せない状態の認知症の方で、主介護者が突然、何らかの理由で機能がなくなっちゃった場合ですね、入院しちゃったとか、いなくなってしまった場合。これはショートステイだとか、そういうことになるのかもしれないけれども、それも比較的、その日、その夜をどうするかというのは緊急性があると考えたほうがよろしいのではないかなと思います。

あとは、せん妄でもいろいろあると思いますけれども、かかりつけ医等で対応がちょっと困るようなせん妄状態というのは時々あります。どれぐらいの頻度かと言われると、あまりないですよ、そんなしょっちゅうではありませんので。

【繁田部会長】 今年に入ってから、何件ぐらいありましたか。

【玉木委員】 施設内は結構あるんですよ。とりあえずつないでおいて、どこか、うちは老健ですけど、収容先というか、身体的にか、あるいは精神的にか、一旦専門医にお願いするということは結構ありますけど、外来というのはそんなにしょっちゅうあるものではないですね。私のところに来ている患者さんがそういう方々なのかもしれないんですけども、困ったなというのは年に4回ぐらいかな、電話を持っていてよかったなとかいう

のはそのぐらいですね。施設内では結構ありますが、それなりに、それは地域に応じたルートを開発しているというのがあるのかもしれませんが、いよいよ困ると、例えばこの振り分け機能だとか、コールセンターだとか、何かそういう機能を持つところに相談せざるを得ないというのは年間数例ぐらいじゃないでしょうか。あとは何とか自助的に努力すればできるというようなことだと思います。

【繁田部会長】 1つ確認をしたいのですが、先程、暴言や暴力を挙げておられました。私は、こういう問題は突然起こるものではないと考えているのですがいかがでしょうか。

【玉木委員】 そうですね。積み重ねもあるけど、なだめられなくなっちゃうときというのはありますね。

【繁田部会長】 既に今まで何度か訴えがあって、いろいろ家族と先生とで工夫しながらやってきたのが、ついに家族の限界を超えてしまうということでしょうか。

【玉木委員】 そうですね。家族のほうがちれてしまうというのもあるかもしれませんが、それは介護者そのものの状態だけでもない、やっぱりどうしても周辺の方の状況というのが緊急性にかかわってきちゃうんじゃないかなと思うんですね。家族のほうが見られなくなってしまえば、だれかがどこかで見えていなくなっちゃいけないから、それはある意味で緊急事態ですから、その辺は決してシナリオどおりにはいかないところを何回か経験するということだと思います。

【繁田部会長】 今、いろいろお話いただいた中には、突然の体の問題に関するものと、それから、ご家族の急な病気などの介護者の状況に関するものがありました。

いわゆる周辺症状として挙げていただいた部分に関して、他に御意見はありませんか。周辺症状の急激な悪化については、早目に対応しておく、ある程度避けられないものではないでしょうか。

どうぞ、村松さん。

【村松委員】 早目に対応することがとても大事なことはわかっていると思うんですね。これ、いつの時点でどういうふうにお話ししようかと思ってとても迷っていることなんですけれども、介護者も弱ってきてしまっている状況があるんですね、現実的に。それで、お医者さんからは、頑張りなさいよとか、あとちょっとの辛抱ですよという言葉を受けたり、それはあまりこのごろ聞かれなくて、もっと別の言葉だったり、自分が一人で責任を負ってしまって、逃げ場のない状態になって、それから、24時間対応していることによって、とても背負っているものが増えて、家族が疲労こんぱいしてしまっている状況のとき

には、結構、対本人とのトラブルがだんだん多くなっていくように感じるんですね。

そのときに、介護者のほうもあわせて医療のほうでもフォローしてほしい、そここのところができるといい。あなたは、例えば前もってのフォローとして、介護うつとかが起きやすいから、家族の会なり、そういう相談できる、一番安心できるところにつながっていたほうがいいですよというようなアドバイスを出していただけると、さっき言っていた、細かく、早期発見できて、混乱が強くなることなくなくなっていくんじゃないかなということを感じているんです。ですから、介護者のフォローも、医療にとってはとても大事なことだなというふうに感じているんです。

あと、さっきの状態、どれぐらいの頻度かというのは、大体、そのときの状況にもよるんですけれども、うちの会ですと、転倒、骨折とか意識レベルというのは、1年にやっぱり結構な回数出てきます。それは、その症状で末期になってきた場合に対応できなくなっている場合と、それから、よく動ける人が精神的に不安定になって、転倒、骨折を起こしやすい時期というのがあるように感じるんです。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

介護者の方も、普段からざっくばらんには相談しにくいというのがあるかもしれないですね。

【水村委員】 食事がとれない方がとても増えてきているんですね。緊急かはわからないんですけれど、とにかく低栄養になってしまって、ふらふら町に出てきて座り込んで、しゃがみ込んで見つかって、救急搬送でもなく、どこに相談に行ったらいいんでしょうかという地域住民とかがいるんです。やはり皆さん、食事をとるのを忘れちゃったり、食べなかったりとか、すごく悪循環で、最近常に思うのが、やっぱり認知症の方イコールやせている方が増えているなというのが印象です。

あと、さっき家族のお話で、主介護者が入院してしまって、周辺症状が激しくなって、不安になって徘徊してしまって、ご主人の入院している病院に何度も何度も足しげく通ってしまって、その方も食事をとらない、脱水になってしまって、私たちもどう対応しているかわからなくて、何かキャットフードを食べていたりとか、そういう事実もあったりして、それで食事を届けにいたりとか、本当に食べること、飲むことを忘れてしまう。あと、これからの食中毒とか、古い物を食べられてしまうとか、そういう危険とかもあると思います。

【繁田部会長】 その方は、医療機関にはかかっているけれども、症状により、家に戻

れずに道で座り込んでいるということですか。

【水村委員】 医療機関にはかかっているんですけど、先生のほうも認知症かどうか判断がついてない方だったんですね。それで、つき合っていくうちに、そういえば物忘れがあったなとか、そういうふうに見つかったりとかしました。

【繁田部会長】 頻度はどのくらいですか。

【水村委員】 それは、ついこの間あったばかりのケースなんですけど、やせている方で、低栄養で、栄養補助剤が必要だと思われるようなケースとか、あと、行ってみたらもう脱水症状を起こしているとか、そういうケースは特に夏場とかが増えていったと思われるます。

【繁田部会長】 それは独居の方でしょうか。

【水村委員】 独居の方もいますし、あと、高齢者世帯で両方が認知症だったりとか、ご家族がいても、ご家族の言うことを聞かなくて、飲まない、食べない人も中にはいます。

【繁田部会長】 なるほど。そうすると、ふだんからたよりになる介護者がいないということですね。

【水村委員】 そこでサービスが入っている方は、サービスの中で配食があったりとか、ヘルパーさんがちゃんと足してくれるんですけど、そういうことができていない方もまだ多々おりますので、そういうことは多いですね。

【繁田部会長】 このような、認知症で独居の方やご夫婦とも認知症というケースは、別に考えたほうがいいのかもかもしれませんね。このようなケースは、緊急の場合の問題というよりは、健康面でも生活面でも普段からもっと助けが必要なのに、十分なサポートが得られていないということが根本的な問題だと思います。ですから、重要な問題ではありますが、分けて考える必要がありますので、ここからは外したほうがいいのかと思います。

【新井副部会長】 追加で。それと関連して。今回は、ある程度中等度での対応ですよ。ただ、中等度でも2つあって、初期の段階からある程度医療に乗っている場合と、今のようなものもそうですけれども、それまで全然医療に乗ってなくて、突然そういうふうに助けを求めてくる場合があると思うんですね。老老介護で、突然の低栄養になって云々というのは、あまりそれまで医療に乗ってなくてという話なので、今、確かに部会長が言った、別に考えたほうがいいのかと思うんですけども。

一応考え方としては、ある程度初期の段階で、なるべく早期診断、早期治療をして医療体制に乗ろうという中でやっけていても、やっぱり実際には体制の不十分で、いろいろ緊急



に対応できないというところをまず充実させるという考えで話していいんでしょうかね。その辺が、全然医療に乗っていない人が中等度まで進んでいてどうするかという話だと、またかなりの問題を含んできちゃうので。

そういう観点で言うと、制度としてシステムをつくるには、ある程度初期の段階で、かかりつけがいて、診断も治療も安定しているときはやって、それで、精神的にも身体的にも専門医がある程度関係をつくっているという医療を、初期の段階でなるべくつくってしまおうというのが今までの議論の一つのコアだったと思うんですけど、そんな中で病気が少し進んできて、中盤になってきて、身体的な症状とか周辺症状が目立ってきて、今の初期の体制でつくった中でもなかなか対応がとれないような、緊急のときのバックアップ体制を今考える、そういう流れで進めればいいのかどうかというところの問題があるのかなと。

【繁田部会長】 それでは、まずそこを議論したいと思います。突然に倒れて駆け込んできてというような場合は、救急車を呼んで、どこか病院を探してもらうことになると思います。それをどうやって防ぐか、あるいは、そのときに専門医療機関の外来に求められる役割は何かというのは別の話になってしまいますので、まず、ある程度医療機関にかかっていたけれども、今までの話に出てきた、意識障害でありますとか、転倒、急性腹症、熱発等々の事態が急激に起こったときに、どういう対応があり得るのか、何が一番認知症の方にとって望ましいのかということについて、議論を進めていきましょう。

【西本委員】 大体、認知症の方は、ご自宅にいらっしゃる、長年住みなれておりますので、あまり周辺症状が多く出ていない場合が多いんですね。ご家族の方は、基礎疾患、いろいろな疾患を持っていらっしゃることをご存じの方は結構いらしゃって、入院すると周辺症状がかなり悪化するということを経験されているので、なるべく入院させないように先生と一緒に取り組んでいらっしゃるご家族はかなりいらっしゃるというふうに私も思っています。

ただ、先ほど言ったように、意識レベルが落ちたりとか、転倒だとか、本当に緊急の事態になったときは、もちろん入院せざるを得ないので入院していかれますが、意外と入院先で混乱症状を起こされていて、その後、在宅に戻ってこない方がかなり多いんですね。

その周辺症状の対応策がどうなのか、それとも、入院してから、今まで落ちついていた認知症の症状が悪化していくことに対する対応がどうなのかというところの議論はどうなっていくのかなと思ってしまおうんですが。認知症の周辺症状がひどい方が、もちろんいろいろなほかの疾患で入院されることもありますし、ある程度安定していた方、徘徊があっ

でも警察に連れてこられるからいいわぐらいなご家族が、それぐらいの対応をされていた方でも、やっぱり入院してしまうと周辺症状が悪化して、それ以降、拘束を受けたりとかという形になって悪化していくので、どこを切り取っていいのかなというところはちょっと私にはわからなかったんですが。

【**玉木委員**】 放置したら明らかに命にかかわる場合は、それをしんしゃくできませんよね。それは、入院してとりあえず緊急医療を受けて、そのときに当然、身体拘束の問題が出てきて、寝たきりになっちゃって、帰ってこられなくなっちゃうというパターンを何とか脱しようと。でも、そのところのガイドラインはないんですよ、医療上の、どういうふうにしていくかということは基本的にはないし、手探りで、その医療機関に応じた対応しかできないし、されてしまうという。

だから何とかそれをこちらが理解していて、この人はここに頼んでも何とか大丈夫だろうというようなことで、こちら側はとりあえず自分たちでしているということですけども、待たなしという状況のときを考えるということであれば、その先、行った先のことを、確かに今後、ガイドライン的なものがある程度つくり上げていく、あるいは、とりあえず身体合併症を治療する間の精神症状や周辺症状をどのようにコントロールしていくかというガイドラインがないと、救急の人たちも本当に困っているんじゃないかなというふうに思います。

【**繁田部会長**】 今、こういった問題で入院したときに困ることは、入院により周辺症状が悪化することだというお話がありました。逆に、精神状態が非常に悪くて、例えばもうろうとして、ぐったりしている人が、身体疾患などを治療して回復することにより、活発な周辺症状が際立ってくるという場合もあるのではないかと思います。実際の困り方というのはどういうものになりますか。そこを具体的に知りたいと思います。というのは、まず、何とか入院できたという場合を考えますと、入院時はぐったりしていたけれども、治療を受けて、体のほうは回復してきます。しかし、環境も違いますし、人も違いますので、混乱はそこでまた出てくるわけですね。症状が強く出る。そこで、退院を促されるという場合でしょうか、それとも強い薬が処方されるという場合でしょうか。そのあたりを教えてください。

【**村松委員**】 家族からの話で私が聞いたのは、まず、昼夜逆転してしまっていて、夜寝ないがために、ほかの患者さんに迷惑をかけるから困りますよということを言われて、退院のほう、断られちゃう場合と、それからあとは、器物損壊、やっぱり制止されてしまうの

で器物損壊にいつてしまうので、うちでは対処できませんという形になってしまう。ふだんはちゃんと普通に生活できて、そんなに暴力とかがない状態であっても、やっぱりその環境が変わったときにそういうことが起きてきて、施設側でもきつと困るんだと思うんですけれども、そういうことが起きてくるので、やっぱり困りますよという状況が起きてくる。

それから、暴言、やっぱり言葉ですね。同じ入院している方に対しての言葉の暴力だったりするとけんかになってしまって、どっちかというやっぱり認知症のある人のほうに問題があるようになってしまって、それでちょっとという形になるということで、そういう事例は何度か出ています。

【繁田部会長】　そういうものは、例えば入院して、看護している看護師、あるいは、治療している医師が、認知症の知識を少し勉強することでずっと違ってくるものですか。

【玉木委員】　違いますね。

【繁田部会長】　そうですか。少し知っていることでずっと違ってきますか。かなり勉強する必要がありますか。

【村松委員】　少しです。

【繁田部会長】　そうすると、対応策としてはマニュアルをつくるというようなことになりませんか。

【玉木委員】　そうですね。要するに、それは、うちの病院じゃ迷惑だから退院してくださいと言えちゃうところがおかしなところで、その人たちが対応するスキルを持っていないということですね、こっち側から見ればね。でも、それが別に、自分たちが対応できないことは全然おかしなことだと思っていないというレベルの人たちと、あとは、しょっちゅう転倒、骨折で、認知症の人は、多床室で、数人いつもギブスをして寝ているような病床の人たちは自然に学んでいっているところがある。だけど、制度上、いっぱい人を置けないし、経営上も置けないから、結局、見守っている人がいないので、不穏な人は多少縛られちゃっているという中で、骨折がある程度、車いすレベルになるまでは身体拘束されてしまうという、だけど、それなりに対応はしているというようなレベルのところと、先ほどの救急への加算じゃないんですけれども、いや応なく運び込まれてきて、とりあえず命に対する対応をした後で、すぐ出す先を考えているようなところの対応というのはまたちょっと異なってくると思うんですね。

やっぱり受け入れてくださる病院側のスキルも上げていただかないと、我々も、お願い

しても結局寝たきりになって、結果が悪かったということはたくさん経験しているので、その辺を少し対策を考えていく必要はあるというふうに思います。それがちょっとでも広がると、地域の間口が広がっていくということになると思いますね。

【桑田委員】 本当に認知症に関する知識を、一般病床の看護師はもうちょっと持ってもらうだけでも全然違うのかなと思います。入院して周辺症状が一時的に悪化するの、環境が変化することによるもので当たり前じゃないのかなと思います。だけど、なかなかそれがやはり見分けがつかないとか、そう理解していないという人が大変多い。私が院外でナースを対象に話をするときにも、やはり急性期の病院のナースは、私たちには関係ないと、自分たちはICU、CCUだから関係ないと言う方がいます。反対に、救急救命かに入ってしまったほうが、生命の危機的状況なので身体だけを見ればいいのでやりやすい。身体と認知症の精神を両方みていき、なおかつ生活が脅かされている人たちをみるということが実はすごく難しいんですね、そのバランスをみるというのは。

ですから、急性期のナースの認識を高めなきゃいけないのかなと思います。もう一方、一般病床では、抑制はやはりやむを得ないとまだまだ思われている部分もあり、抑制をされることによって周辺症状が悪化するということの認識が低い。それでもなぜ抑制するかというと、医療安全をすごく言われているので、転倒したりすると責められるから彼女たちもすごく苦労している。本当はこんなことやりたくないのに、これを書かなきゃいけないからとか、そういったような悪循環も一般病床の中ではあるということを私はちょっとつけ加えておきたいなと思います。だから、心あるナースたちはすごく苦しんでいるし、実は枯渇している部分もあると思います。

【繁田部会長】 生活の中で困っている部分と症状を持っていて困っている部分と体の病気以外の部分のバランスをとりながらみていくのは難しいことだというお話でしたが、今のご意見の内容からすると、今よりも少し知ってもらうだけで状況は大きく改善するはずだという点については、いいわけですね。

【桑田委員】 いいと思います。なぜかということ、今、すごく体に負荷がかかっているから安静を強いらなきゃいけないとすると、安静を、今は優先順位が一番だから、歩きたいけれども、歩けないように行動を制限する場合があります。しかし、その時期を脱したら歩いて良いという見きわめがいかにかにできるか。また、認知症の方って、今、自分がどういう状況になっているのかということが理解できない。それを制止されるということで精神症状も活発になる。今は、少しはあはあ言っているけれども、精神症状をやわらげるた

めには、今は少しは歩いてもらおうという見きわめができるかどうかという。どうしても身体と病気だけをみてしまえば、寝かせきりにされ、点滴をされ、歩ける人が歩けなくなって、自宅に帰るというような悪循環になっている。その点をご家族にもわかるように説明ができればいいんですけれども、なかなかそれが難しい。このリスクをとったらこの部分の機能が低下しますよということを、本来は家族の方にもわかる言葉で伝えられたらいいかと思います。

ナースは、医師が難しい言葉を使っても、このことはこういうことを言っているんですよと家族に説明できなければならないと思います。私は医師のことばを通訳できなきゃいけないんじゃないのかなと思うんですけれども、なかなかその点がまだ現場の中ではできていないところがあるのかなというのは、ナースたちの話を聞いていても、私自身も実感できるということです。でも、それでもちょっとでも認識が高くなれば、見方も考え方も違ってくると、対応は変わってくると思います。

【繁田部会長】 それは、何日か研修するということではなくて、少し勉強しようという姿勢になれるかどうかということなんでしょうか。

【桑田委員】 私は、かかりつけ医の先生たちが研修しているということがありましたので、ナースにも研修制度を設けてはどうかと考えています。それだけでも都内の認知症看護の質があがると思います。

【秋山委員】 今、桑田さんが、急性期病院の状況の看護が置かれている場を非常によく説明していただいたなと思うんですけど、一般の急性期の状況の人と混合した状態で見ている。だから、例えば悪いんですけれども、小児科病棟ってプレールームもあるし、小児の中の臓器別ではなくて、小児という年代で分けていますよね。そういう意味では、本当に急性期の症状が一体何に起因しているかという診断はしっかりつけていただいて、そういう少し穏やかな対応ができる病棟を、例えば認知症専門病棟とかそういうことではなくて、老年科のようなのが本当にあれば、もう少しそこには穏やかに対応できるような、スタッフの配置とか、そういうのってできないものかとかつくづく思ったり、そこは、地域とかそういうものと非常にリンクしていて、早く帰すとか、そういう連携がうまくできればいいのではないかなという気はちょっとしているんですが、理想に近いですが。

【玉木委員】 それは医療療養病床であり、介護療養病床であり、回復期だったり、亜急性期病床というカテゴリーがあるわけですね。でも、これからというときに数を減らされそうになっているし、基本的にはそれが現状ですよ。

今、議論されている方々を受け入れるには、とりあえず急性期のトリアージができる救急医がいて、それで緊急治療が必要なものはやると。その後、それが解決したらずぐ、そういう認知症が見られるスタッフのいる、回復期をある程度過ごしていただく病棟に移ってもらうというときに医療療養とかが必要なんですけども、そこがどうも上手に使われていないのかというようなのが、一つ交通整理をしてもいいんじゃないかなと。もうちょっと認知症の回復期、身体合併症の回復期ということをアピールしていくと。

実際はやっているんですよ。混合している病棟なんかは、医療のほうもかなり認知症に対するスキルは上がっていますので、医療用ぐらいたとできるだけ身体拘束がないようにという考えのもとにやっていますけど、救急はそういうわけにはいかない、行ってごらんになればわかると思いますけど、皆、縛られているというのが現状です。

【山田委員】 多分、ここで、精神科病院として受け入れる側の入院という際に二通りあると思うんですね。身体的にされた骨折とかによる認知症の増悪ケース、また一般の治療者の限界からというような話もありました。精神科医療ではないと対応できないというケース、中等度以上の認知症の場合に果たしてどの程度のものを指すか、急性増悪、周辺症状が出たということでお話ししますと、私どもの地域で、市のシステムなんですけれども、高齢者のショートステイがございまして、昨年その依頼があって高齢支援課の人が来まして、1床を市のベッドとして提供してくれないかということになった。うちは認知症の治療病棟というのは、この表にもあるような、九百何十床かなんかに入っていませんけれども、病院として認知症病棟、機能分化ということで、認知症の方も入れる病棟があるんですね。そこを前提に考えてみて、看護、コメディカルのスタッフを集めて、緊急でも受けられるかということを経済も含めて検討してみたんですけども、1床を常にあけておいて、いつでもいいよということで、できそうだとということになったんですね。

その話の発端は、やっぱり一般病院に入院した後に、先ほど言っていた、看護力がまだ低いと言われちゃうと何とも言えないんですけども、一生懸命頑張っているけれども、さすがに見切れないから、もう出て行ってほしいという話は実際あるんですね。これは、ちょっと勉強したら何とかという問題ではなく、大変なんだろうなと思って、うちは受けてもいいけどと条件を出したのは、重度の合併症は根本的に対応できない。例えば肺炎とか、糖尿病のコントロールとか、高血圧とか、その程度はできるんですけども、急に手術しなきゃいけないとかの外科的な問題とか、原因がわからないような腹痛いわゆる急性腹症ですね、そういうものはちょっと検査、診断できないから、そういうのを全部診

てから送ってくれという話はした。

あとは、暴れていても構わないし、徘徊していても構わない。拘束に関しては、精神保健福祉法にのっとってのことですから、主治医が勝手に拘束と指示を出して、いくら毎日頻回にみるといっても、もしそれが本当に妥当かどうかという判断は、また別に委員会があって毎週ぐるぐる回るんですね。カルテをチェックして、本人を見て、問題がありそうだとその委員会から注意が来る。それは院長の患者だろうと、この拘束はどの程度の意味があるのかとか、そういうことに目を光らせている。正しい形で、多分、新井先生はご存じだと思うんですけども、精神科の病院というのはそれがちゃんと行われていないとまずいということで、行動制限最小化委員会が組織され、そこは看護部長と診療部長と、それから、ケースワーカー、これがチームになって、ぐるぐる回ってチェックするんですけども、そういう中で拘束が必要なケースは、例えばなるべく時間を短くするというので、入眠時にだけ拘束して、寝たら取っちゃうとか、固定という方法があるんですね、安全のための身体固定という表現がありますけれども、そういうことを利用するとか、工夫をしながら、徘徊する方でも対応できるようになっています。

確かに裏腹に転倒するとか、怖さもあるんですけども、そこは主治医からご家族に十分説明し、了解をいただいて、事故もあり得るということ、統計上、年間に何例、何%ぐらいの方がというのはちゃんと出ていますので、それも説明して。ただ、ご家族の要望もあるんですね。絶対に倒れないようにして欲しいという。それじゃ、拘束しかありませんよ、あまり好ましくないですよ。どっちかというところとそういう家族は絶対に拘束を望むようなところがあって、非常にこちらも困惑するんですけども。

話が長くなっちゃうんですけども、受け入れ側としてはそういう条件が必要なことと、多少、機能分化ということで、一般の救急の例えばICUとか、そういうところのナースに気持ちは学んでもらいたいところがありますけれども、我々に身体的な難しい疾患を診ると言われると、精神科じゃ無理なのと同じように、認知症も進んだらそれはちょっと難しいだろうと思いますね。私どもの市で始めたショートステイシステムというのは、精神科も1床持って、そのレベルになったらうちのベッドを利用するということになった。まあまあ一応回り始めています。

条件は、身体合併症のことと、もう一つ、24時間365日いいですねと言われたから、それはだめだと。それはだめと言った理由は、精神保健福祉法というのがあって、入院するとき、本人に病識がなくて同意が得られない場合には保護者の同意ということ、それ

から、それを判断するのは指定医の判断が必要なんですね。そうすると、精神科の病院は必ずしも、常に指定医がいるわけじゃない、夜勤帯までそういう医師がいるわけじゃないので、大学から来ている当直医なんかはまだ指定医の資格を持っていない先生もいるわけです。この間、入ったケースは、こういうケースだけと言って1日待ってもらって、翌日の昼間に入ってもらったんですけれども、それは指定医の判断で入院して、精神保健福祉法を説明した上で入院していただいたんです。認知症の方の家族というのは、精神科受診が突然ですから非常に抵抗があるんですね。そこを理解していただくのにちょっと時間がかかったという経緯はありました。

ちょっとその辺は、精神科の領域に至る患者さんに対する対応策ということで、皆さんの了解というか、ある程度の知識としては持っていていただきたいとお話しました。

【繁田部会長】      ありがとうございました。

今ご説明いただいた状況は、おそらく精神科病院全般に共通して言えることだろうと思います。精神科病院では、身体合併症の救急対応や濃厚な治療というのは難しい。そうしますと、やはり一般の急性期の病院で、少し認知症への知識や技術のレベルを上げていただいて対応していただくのが、ご家族やご本人にとっても望ましいことではないかと改めて感じました。

今検討しているのは救急の状況ですので、薬を飲んで少し様子を見るという状況ではないと思いますから、特に、入院治療でのスキルをもう少し上げていただくのを期待したい。

ほかにどんなことがありますか。

【玉木委員】      どういう対策を打つかということですか。

【繁田部会長】      医療支援部会として、認知症の人の入院治療に関しては、認知症の専門の医師・看護師以外にも、知識を持ち、症状を許容し、対応していただきたい、と提言するほかに、何か対策や求めたい配慮はありますか。

どうぞ。

【新井副部会長】      現状をちょっと聞きたいんですけど、今、ちょうど山田先生がおっしゃったのはとても私も同意することなんですけれども、急性期は、それが意識レベルとか体の症状であっても、身体的なものをきちっと診てもらって、ある程度これでいいだろうということになれば、その後方病棟として、精神科病床は幾らでも、精神症状も含めて



体もある程度は診られるから、次の体制は精神科病院がとれるということですよ。

それはとってもこの流れが大事だと思いますし、あともう一つは、周辺症状で、暴言、せん妄とか、非常に急激な症状の場合は、もちろん精神科病院に直接行くこともできるでしょうけれども、東京都の救急体制みたいなのもあると。要するに身体的にも、それから精神的にも一応救急体制はありますよね、東京都に。でも、その辺を、認知症の患者さんが、例えば意識レベルが下がったからといって一次救急、二次救急に頼んだ場合に、ある程度受け入れてもらっている現状はある？ それは問題ないんですか、それは受け入れていている……。

【玉木委員】 かなり困りますよね。それは、向こうが満床だって言えば、あいているんじゃないのかなと思いつつ、そういう対応をされちゃえばそれまでのことで、実態はわからないですからね。

【村松委員】 実は、入院をしてちょっとしばらく検査をしましょうと言われて、救急車で運ばれて行って、翌日に奥さんが慌てて行ったら、病院から、もう何も検査することはありませんから退院してくださいと出されてしまって、高齢者世帯なんですけど、また今度はその搬送の仕方がわからなくて、急に言われて、自分で介護タクシーを探して連れ帰って、帰ったらまたすぐに発作が起きてということが現実には起きました。

【新井副部長】 でも、一応、一次救急、二次救急で、体のことを診てもらえるのは診てもらえるというステップはあるわけですよ。

【村松委員】 そう。それからすぐです。

【新井副部長】 そうですよ。もう一つ、先ほど中村さんのほうからひまわりの説明もありましたけど、あれに対しても、あのシステムでも、主に統合失調症ですけども、あるいは認知症で、先ほど例が挙がったような、暴言暴動がひどくて、家族が手に負えないなんていうのも、ひまわりに乗せることは可能なんですか。

【中村幹事】 先ほどお話を聞いていて、例えば暴言とか、いわゆる行動が、かなり悪い状況という話であれば、一つ考えられるのは、このひまわりのシステムを使うと、24条通報という、最も極論で言っちゃえば、その体制が利用できるのかなと。

あと一点は、先ほど認知症の専門医療事業のほうの話をしてありますが、顕著な精神症状等があった場合に、この認知症の専門医療事業という形も使えるかなと思っております。

ただ、ひまわりのほうでちょっとご説明しました、身体合併症という形で救急体制をとっておりますが、なかなか実際に身体合併症という形で、これも輪番制でやっているんで

すが……。

【新井副部長】 身体合併症じゃなくて、精神症状のほうで結構です。

【中村幹事】 精神症状のほうでございますか。

【新井副部長】 それは大丈夫だということですね。

【中村幹事】 はい。

【新井副部長】 そうすると、今ある制度で、身体的な一次救急、二次救急、それから、精神症状だったらひまわりもある程度使って、初期は介入してもらえれば、その後、もういいですよと帰されたり、うちの病棟では手に負えませんよといったような場合でも、一応、体のことがそこで最初にある程度評価されていれば、その後、後方病棟的な役割は精神科病院のほうやれる部分はありますか。

【山田委員】 精神科病院として、今のようなお話で受けられるとは思いますが、実際の後方、このシステムで、認知症の周辺症状で送られてくることはほとんどない、皆無だと思います。このルートには乗っていないと思います、実際に。多分、そのぐらいのことではというぐらいの対応なのかもしれませんが、もっとすさまじい人が来る、松沢とか4病院に入った後に後方で来ると。あるいは、先ほど中村課長がおっしゃった24条通報、警察官のほうで問題になっちゃって、自傷他害というレベルで送られてくるというケースはたまにありますけれども、通常の後方という、いわゆる精神科救急では、都立に入って、翌日、後方転送という、私どもの民間が受けるというのは、認知症ではほとんどないんです。

【新井副部長】 ないですよ。

【山田委員】 もしそれをやったとしたら、一番、認知症で困るのは、先ほどもどこかで話が出ていましたけれども、受けて、やっぱり表面にある症状を抑えたときに、身体的に今度は寝たきりになるとか、そういうケースもないわけじゃないですね。その場合に、戻るとするのが難しいとかというのがありましたね。あれと同じように、うまく治療に乗ってくれれば、暴れるのがなくなって、徘徊も少し穏やかになって、またご家族に戻るというケースは、今回のうちが受けたショートステイもできそうなんですけれども、そういうケースばかりじゃないですね。

【新井副部長】 そうだね。

【山田委員】 抑えていくうちに足腰が弱くなっちゃうとか、そういうことになっちゃうときに、精神科の病院としては退院促進という時代に、そういう人はちょっとどうしよ

うかなということになって、中村課長、そうですね。いつも言われているところなので頑張っているんですけども、そういう悩みもあるんですよね。こんなことで言うことでもないんですけども……。

【繁田部会長】 もともと精神症状があつて入院せざるを得なくなった。入院する病棟は、普段の生活とは全く違った環境ですから、症状は当然悪くなる。もともとある症状が悪くなったのを薬物で治療しようとする、どうしても多量の薬が必要になることが多い。するとそれは、薬で拘束しているのと同じような状況になりますが、しかし、病棟での対応は、環境調整などにはよれませんから、それは仕方がないことになってしまいます。だから、精神症状だけで、体については問題のないという人が悪くなったときに、入院という対応があるのかという点については、個人的には非常に疑問です。そうなった場合に、私がもし精神科の病棟の勤務医だとしたら、普段の生活情報を聞いたとしても、病棟でそれを参考にして対応することはできませんので、薬の処方を考えるしかない。そうしたら当然、足にくるし、もうろうとしますし、夜中に起きて転倒することもあるかもしれません。

【山田委員】 補足しますと、やはりそれは、同じ精神科医の中でも得意分野にしている先生もいれば、老人はどうも分量がわからないといって診たがらない先生もいるんですね、それから、合併症が怖いからといって診ない先生もいるんですよ。それは、新井先生、多分、医局員の話聞いていけばわかりだと思えるんですけども、やっぱり認知症の病棟を診る先生は限られているんですね。体も診られるし、薬なんかは本当に、先ほど言ったのは昔の薬のことでどろどろになるんですが、今は大分、薬がよくなっているんですね。

だから、先ほど言った徘徊して暴力、それは本当は暴力を受けていたのもあるんですけども、虐待に近いんですけども、多分帰せるとは思っているんですけども、今度、受け入れ側がちょっと拒否しているところもある。怖がって、どうも帰せるかなと思うところがあるんですけども、でも、それほど悲惨にどろどろにというのは、やっぱりご家族にはそのリスクが、まだ私どもにはわかりません。昔よりよくなっているんですけども、統計をとって、どのぐらいが帰せるかというところまではまだわからないものですから、ちょっとそういうお話をしたんです。そんなにどろどろじゃない。薬漬けにはしていません。本当に薬代といったら、ほとんどただ同然みたい、少量ですから。

【繁田部会長】 そうしますと、例えばひまわりのルートに乗せるような事例はほとんどないだろうということになりますか。

【新井副部長】 ないけれども、やっぱり何かのときにはこういうのもあるという、ルートしてはあるということですよ。

【繁田部長】 そのような事例はほとんどないけれども、その一方で、介護している家族が疲弊し余裕を持った対応ができなくなると、症状の悪化を招くような対応を取ってしまうこともあるという話がありました。そういった事情で精神症状が急激に悪くなったときの対応については、どういうものが一番よいと考えられますか。

【秋山委員】 ひまわり等のこういうルートじゃなくて、ごく普通に、一般の一次救急、二次ぐらいのところまで連れていったとしますね。そうしますと、普通に救急外来を通る、うまく運ばれて、そのときに普通のというか……。

【新井副部長】 身体的な一次……。

【秋山委員】 身体的なものなんですけど、少し精神症状も出ているようなときに連れていったときに、でも原因が何かわからないので、普通にスクリーニングのように、じゃ、血液をとります、ぱっとすぐ上がってきて、脱水だからルートを確認して、はい、レントゲンを撮りにいきます、それを全部1か所のところではできないから、ずっと待たされて、結果をもらって、また戻ると、その病院の中である程度の、2時間ぐらいは外来でうろうろするんですよ。

そのときに、何で自分はここにいるんだ、もう帰るとか、いろいろ症状があるんだけど、落ちつかなくなっていくのをなだめながら、病院の方はついてはくださるんだけど、やっぱりちょっとついていてくださいとか、何でこういう状況になったか説明をしてくださいとか、結構、そこで疲れ果てた家族は、もうあまり多くを語らず、何かできたら家に帰って寝たいみたいな感じで、例えば訪問看護とか、ケアマネとか、いろんな者がついていったときに、それに結構つき合うことってありますよね。最終的には、原因はわかったけれども、入院の対応ではないからこれこれと帰されるときに、帰りは救急車を使えないから、どうやって帰る、夜中の1時って、タクシーはないわみたいな話になったり、入院はさせてもらったんだけど、やっぱりちょっと元気になったら帰りましょう、ただし、在宅のそういう支援チームがついていれば、何とかそこで退院調整ができるみたいな話になるんですね。

外来の最初の窓口のところでは非常に苦労している実態って、包括の方もそれとつぎ合わされるということが、結局そうやって、よろよろしていた人を発見した人が最後まで半日ばかりですよ、時間を使っているんですよ。そういうあたりの実態というのが、だれが、

じゃ、それを担うのって、見つけた人がやらざるを得なくて、本当大変ですよという状態なんです。

【村松委員】 ホームケア的なもの。

【秋山委員】 そこもちょっと何とかならないですかと。

【繁田部会長】 それは、救急だけではなく、病院自体がということですね。大学病院ぐらいの規模ですと、外来の初診受付のところに案内を担当するスタッフがいますが、こういった人たちにも認知症について理解してもらいたいということでしょうか。

【西本委員】 病院の中に入っている人に求めるというのも確かに必要なのかもしれないんですが、その人の生活状況をわかっている人にやはり救急隊は乗ってほしいと言うので、ケアマネジャーが乗ることも結構あるんですね、家族がいらっしやらなかったり、遠方であったりという場合は。結局、その先を追いかけて入院したとしたら、サービスはとめなきゃいけない、家族には連絡しなければならないということで、多分、包括の方もそういう対応をなさっていると思うんですが、ただしそれは本当にボランティアで、入院した後は、病院に一つ入ると医療保険になっちゃうので、ヘルパーが対応したとしても、これは、ヘルパーもお金なしでボランティアでくっついていくということになっています。

だから、先ほどの議論の中の大きなことなのかもしれないですけど、前回にも出ていた、その人の手帳みたいなものがあるって、どんなサービスを使っていて、だれがケアマネジャーで、この人のある程度の生活歴だとか、基礎疾患だとかというものがあるようなものももし手元があれば、もうちょっとスムーズに病院の中の人にも対応して下さるかもしれないし、何度もアナムネをとられて、周りの人に同じことを聞かれるということが少なくなって、混乱することも少なくなるかもしれないというのは私の所感ですけども。

【繁田部会長】 手帳のような、そういう医療情報を集約したものをご本人が携帯するようになるということと、病院自体も、あればその情報を参考にするという、両方必要なことですね。

【西本委員】 看護師と病院とのサマリーというのはかなりやりとりはありますよね。だけど、ご家族にも説明書とかが来るんですが、福祉側にはサマリーというものはないので、どんな状況だったかというのをくれもしないし、退院するときどんな状況だったかという報告もやはりいただけないという状況なので、その辺はやっぱりちょっと改善していただきたいなとも思っています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

少し話を戻しますが、いわゆる周辺症状で、身体的にはすぐに対応しなければならない問題はなさそうだという場合については、どういう対応がいいのでしょうか。

【西本委員】 やはり身体症状の基礎的なものがないとなると、大体は、独居の人以外の方はケアマネジャーを頼んで、ケアマネジャーが大体、要介護1ぐらいから対応する。大分、介護保険のほうで周知されてきましたので、認知症の方に対しての支援というのが最近はある程度は、嫌な顔をされたけど、見えてきているかなと。

少しずつ、やはり家族の疲労度とか、その方の認知症の進行の程度をみながら、その先のことをやはりケアマネジャーとしては家族と相談しながら考えていくので、周辺症状が急に悪くなったりとかというのは、脱水だとか、先ほど秋山さんがおっしゃったようなイレウスがあったりとか、そういうときはどうしようもないですけれども、周辺症状がない場合は、ある程度、老健施設を視野に入れておいたりとか、ショートステイを時折使っていて、本当に家族からSOSが出たときは、老健に入れてもらうだとか、特養に入れてもらうだとかということを含めさんと連携しながら、現状は何とか少しずつやれてきているかなと思うんですね。

【繁田部会長】 そうすると、周辺症状がわりと急に出てくる場合を整理すると、何らかの身体的な問題がある場合がほとんどということになりますか。

【秋山委員】 あとは、先ほど言った、介護の状況ががらり変わった。

【繁田部会長】 がらり変わった場合。それ以外に出たのは、家族がそれまでなかなか相談できなくて、じっと我慢していたけれども、限界を超えてしまったという場合ですね。でも、そういう場合でも入院対象ではないのではないかと。

【村松委員】 違います。だから、検査をして……。

【繁田部会長】 そこについて緊急にとるべき対策としては、一旦家族に休んでもらうことですね。なかなかその場でというのは難しいのかもしれませんが。

【西本委員】 一応それは多分、地区には、緊急ショートとして、ご家族が本当にその日に入院したりだとか、あとは、倒れて、お一人になってしまった場合は緊急ショートという制度があるので、それを使うことが多いんですけども、あるんですが、ただ、あした入院、あさって入院となると、その緊急ショートはなかなか使えない、状況は使えないんですが、一応制度としては。

【繁田部会長】 なるほど。ただ、ご家族には大変な部分もありますが、急性腹症などの体の病気と違って、1日、2日待つことはできますよね。

【秋山委員】 そのときに、どろどろではないけど、適切にお薬を使っていたきたいけれど、そのお薬の、つまり処方の方がやはりちょっと違う先生もいらっしゃるの...  
...

【繁田部会長】 それは、外来の機能としてということですね。

【秋山委員】 ええ。やっぱりそこは専門の先生に出てきていただきたいか、そういうアドバイス機能が働くような仕組みをつくっていただきたいなと思う。

【繁田部会長】 その場合のアドバイスはなかなか難しいですね。御家族が何か休む方法はないかぐらいではないでしょうか。そのときには、介護とか、対応とか、工夫とかいうアドバイスはほとんどご家族には入りませんし、むしろそれを要求することが酷なように思います。

【秋山委員】 じゃなくて、ちょっと違う仕組みが動いているんですけど、新宿は、緩和ケアの専門医が、一般医に対してネットというか、それを使って薬の使い方のアドバイスがメールで行くんですね。そういうことを認知症の専門医がしていただけないだろうかというのは、できないでしょうか。

【新井副部会長】 それは前から、初期の段階から議論になっていて、かかりつけがいて、そこに診断と治療の専門医が、精神科的な専門医と、それから、身体的にも診られるような、もうちょっといいんですけど、こういうチームをつくるというのは初期の段階からやっぱり必要だと思うし、それがふだんから機能していればいいわけですね。そっちのほうが大事ですから。暴言、暴行にしても、せん妄にしても、突然というよりは大体少しずつあるんですね。その早い段階で、家族なりスタッフがその専門医に相談して、薬物療法を早目早目にしてもらえていけばいい。それが秋山さんが今おっしゃったことと同じことだと思うんですけど。ただ、それでも急に、緊急事態として精神症状がひどくなった場合はどうするかということはまた別になってくるんですね。

【繁田部会長】 個人的な意見としては、普段からそういう症状についても相談することだと思います。ご家族からは、物忘れでとか、何を言ってもわからないとかという訴えが相変わらず多いのですが、そうではなくて、穏やかなのか、あるいは、少しいらついてきているのかということも話せる、報告をする。受けた医師も、先生のお話にもあったように、それが、軽症であってもサービスや家族の対応では何ともならない、薬で対応すべきだということであれば、早期の段階から少量の薬を使っていくことも考える。このためには、かかりつけ医への向精神薬の研修が必要ということになってしまいますか。

【玉木委員】 何とか今日の成果を出さないといけないかなと。私の、皆さんから今いろいろ伺って、要するに認知症の方の救命救急をどうするかというガイドラインが1つ必要ですね。救急医がとりあえず救命すると、じゃ、あしたすぐ出て行けと言わないで、何とか二、三日、行き先を模索しながらというスキルを身につけてもらって、そこに、ある意味では、そういうところには専門職が1人配置されてもいいのかもしれませんが、それは何とか制度の中でできると思うんですね。

それから、周辺症状が主たるターゲットの方をどうするか。これは、今、ふだんから対応するに当たっても、やっぱり非定型抗精神薬を含めた、認知症周辺症状の薬物治療に対するガイドラインをきちっと国で出してもらわないと、これはおそらく、なれた人が、オフラベルになれた先生のアドバイスを受けてやるというのはかなり限界がありますので、それもやらなきゃいけないですけれども、ただ、これに関しては国はやる方向でいるというふうに私は聞いていますので、これが、今年議論したとしても、来年、再来年でき上って普及してという5年ぐらいかかりますよね、かかりつけ医に行き渡っていく間に。その間、やはり歩みはとめられないということと、あともう一つは、レスパイト、または保護というものが、この緊急という中に少しついていないと、ただし、それは入院ではないという道筋を入れて、3つのことに対応し、またはアナウンスしていくというふうな方向でどうでしょうか。

【繁田部会長】 それでは、専門医療機関の外来の活用などの話も出てきましたので、今までいただいた議論を整理して、次回に、少し流れをつけて、まとめて提出したいと思っています。

今回は、緊急でなくても、体の病気、あるいは精神症状に対して普段から対応する必要があるものがあると思いますので、そちらのほうの議論もしつつ、今日できなかった、普段から対応を考えることで緊急の事態を避けることができるのではないかということについても議論したいと思います。

事務局にお返しします。

【坂本幹事】 部会長、委員の皆様、長時間の議論、本当にありがとうございます。

それでは、ここからは事務的な連絡をさせていただきたいと思います。

まず、本日お配りさせていただきました資料の扱いでございますが、冒頭、資料の確認のときにご説明申し上げましたとおり、席上配布のもの以外はすべて公開とさせていただきます。席上配布資料につきましては、委員の皆様限りという形になりますので、取り扱い



いにつきましてはご注意をいただきますようお願いいたします。

ただ、今回、席上配布資料の中で、席上配布 1、これまでの議論のまとめについては、本日、前回までの到達点、論点整理につきまして、委員の皆様方に確認されたということがございます。それと、第 4 回の議事録は既に公開されているといったこともございますので、この場で委員の皆様方のご了解が得られれば、公開というふうにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

特に異論もないようでございますので、席上配布 1 につきましては公開資料とさせていただきます。

議事録につきましても、前回と同様、事前に委員の皆様方にご確認をいただいた上で公開とさせていただきたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

次回の第 6 回の会議でございますが、6 月の中旬ごろを予定しております。先日、送付させていただきました開催通知の中に日程調整用紙を同封させていただいたかと思えます。本日、受け付けのときにその日程調整用紙を提出されていない方につきましては、できればお帰りの際に事務局のほうにお渡しいただけますと大変ありがたいと思います。どうしても無理ということであれば、後ほど事務局のほうにファクス等でお送りしていただいてももちろん結構でございますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。日程につきましては、できるだけ多くの委員の方にご出席いただけますように調整させていただいた上で、改めてご連絡させていただきたいと思いますので、次回もどうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、本日はこれで散会といたします。長時間にわたりましてどうもありがとうございました。

【繁田部会長】      ありがとうございました。

了