

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第6回）

平成20年6月24日（火）

【坂本幹事】 大変遅くなりましたけれども、今から第6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。

私は、事務局を務めており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、いつものお願いでございますが、ご発言に当たりましてはマイクをご使用していただきますよう、お願いをいたします。

本日の委員の出席状況につきまして、お知らせをいたします。

本日、所用により欠席をされている委員をご紹介します。新井委員、桑田委員、山田委員、神子委員、以上4名の委員の方はご欠席ということでご連絡を受けております。

また、本日、所用により出席がおくれる委員でございますが、安藤委員がおくれるということでご連絡をいただいております。

次に、本日、所用により出席がおくれる幹事でございますが、櫻井幹事と小室幹事が若干おくれるということでご連絡を受けております。

事務局からは以上でございます。

繁田部会長、よろしくお願いいたします。

【繁田部会長】 ありがとうございます。おくれて大変申しわけございませんでした。

頭を少し整理してからお話ししたいと思ったんですが、結局整理がつかずに時間だけおくれてしまったということでございます。また忌憚のないご意見をお願いしたいと思いません。

早速議事に入らせていただきたいと思います。

まず、配付資料の確認について、お願いをしたいと思います。

【坂本幹事】 事務局から配付資料の確認をさせていただきます。

2つに分かれておりまして、まず、認知症推進会議医療支援部会第6回次第のほうをごらんいただきたいと思います。次第に続きまして、医療支援部会委員名簿でございます。それから、右上に資料1「中等度の段階で必要とされる医療のまとめ」でございます。それから参考資料1「東京都の救急医療体制と病棟機能について」、参考資料2「認知症対策

に係る諸事業の紹介」、「東京都認知症専門医療機関実態調査の抜粋」が参考資料3 - 1、参考資料3 - 2となっております。以上でございます。

それからもう一つ、委員の皆様限りという形になっておりますが、席上配布資料ということで、これまでの議論のまとめがA3・3枚でございます。それから、席上配布2といたしまして、医療支援部会議題メモ、課題と対応策の(案)、これがA4で表・裏で5ページでございます。

以上、ご確認をお願いいたします。漏れ等はないでしょうか。

私からは以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、早速議題に入りたいと思います。議題の1番といたしまして、第5回のこの部会における議論のまとめをさせていただきたいと思いますが、ご存じのように、前・前々回から中等度の認知症に関する検討を開始いたしました。

前回は周辺症状、それから身体合併症、双方の緊急時についてということで議論をさせていただきまして、その中で精神科以外の一般救急、あるいは病棟の役割分担、あるいは緊急で使うショートステイなど、さまざまな制度についても議論をいただきました。まずはそういった制度に関しまして意見をいただきましたので、用意してあります資料に沿って事務局からそういった制度を改めて整理をさせていただきまして、説明をさせていただきまして、そして前回の議論の復習に入りたいと思います。

それでは、制度、事業等の説明をまずはお願いをいたします。

【坂本幹事】 それでは、私のほうから参考資料1のご説明をさせていただきたいと思っております。

東京都の緊急医療体制と病棟機能についてという資料でございますが、まず左側、東京都の救急医療体制の概要でございます。この救急医療体制の基本方針といたしましては、突発不測の傷病者がいつでも、どこでも、だれでもその症状に応じまして必要かつ適切な医療を受けられる救急医療体制の整備といったものでございます。

この救急医療体系につきましては、3つに分けることができます。まず、初期救急ということでございますが、比較的軽症な救急患者の診療ということで、基本的には自力で来院をしていただくという形になります。

この初期救急につきましては、区市町村が確保するというところで、休日夜間救急センターですとか、小児初期救急診療事業等がございます。この対応している時間帯でございま

すが、昼間・準夜・深夜という形で分けてございまして、基本的には昼間でございまして日曜日が対応時間帯となります。いわゆる通常の診療等で対応できない時間帯になりまして、日曜日であれば昼間、準夜。土曜日につきましては昼間、通常診療等を行っているところがございますので、準夜が対応時間帯となります。この時間帯の考え方でございまして、昼間につきましては朝9時以降、準夜につきましては夕方5時以降、深夜につきましては夜10時以降朝9時までとなっております。

それから二次救急でございますが、基本的には中等症から重症患者で入院、手術を要する救急患者の治療という形になります。放っておくとどんどん悪化をしてしまうということで、何らかの救急治療が必要なケースとなります。主な症状としましては、脳梗塞等の脳の疾患ですとか心筋梗塞等心臓関係の病気が考えられ、これは東京都の指定二次救急医療機関で受け入れをしております。

実際の二次救急の発動実態ですが、例えば昨年度の年間実績、69万件的救急の発動の内、9割近く、62万件程度がこの二次救急となっております。

それから、三次救急でございますが、救命救急ということで、生命の危機を伴う重症・重篤な救急患者に対する救命措置、高度専門医療を22あります救命救急センターが受け入れるという形になります。

実際の受け入れる時間帯につきましては、二次救急につきましても通常診療で対応できるという時間帯以外は、すべて受け入れますが、この三次救急につきましては、もう生命の危機を伴いますので、もう時間帯を問わず受け入れをする状況でございます。

それから、右側の診療報酬上の病棟種別の整理もあわせて行っておりますが、左側の上のところの特定集中治療室から右側に行くに従って回復期を迎えており、左側にあるほど緊急性・救急性を要する病棟でございます。特定集中治療室ICUは、急性機能不全に陥った患者を24時間体制で管理し、総合的・集中的な医療を行うための病棟でございます。看護職員1人で2人の患者の対応を行っております。

算定期間といたしましては、14日を限度としております。実際の診療報酬等の扱いとして8,760点を載せてございますが、一番高い診療報酬ということで、掲載をさせていただいております。その算定の基準といたしまして、介護報酬1単位イコール10円から10.48円という算定で整理を行っております。

次に、ハイケアユニットでございますが、ICUから一般病棟に移す場合に、一時的に経過を観察するために利用する病棟というご理解をしていただきたいと思います。算定期

間といたしましては、21日を限度としております。看護職員配置基準につきましては看護職員1人で4人の患者の対応を行っております。また、専任医師1名以上が必要となっております。

それから、亜急性期病棟でございますが、急性期医療を経過した患者や急性増悪をした在宅・介護施設からの患者に対して、密度の高い医療を提供することにより、比較的病状が悪化している状態から安静期に入るのを待つような、病棟の位置づけでございます。この算定期間としましては90日を限度ということでございます。

それから、今申し上げたこの3つの病棟につきましては、いわゆる急性期に対応する一般病棟という位置づけであり、その先の回復期リハ病棟及び療養病棟につきましては、療養病床ということで、比較的症状は安定しているんですが、医学的管理が必要であるといったものでございます。

回復期リハ病棟につきましては、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対しまして、寝たきり防止や家庭復帰を目的としたリハビリを集中的に行うための病棟でございます。看護職員配置基準は1人で15人以上の患者の対応を行いまして、180日を限度として算定期間に入れております。また、その他の棟にございまして、リハビリ科の医師1名以上、理学療法士2名以上、作業療法士1名以上、看護助手30対1以上が必要という条件がございます。

さらに、右の療養病棟、こちらは医療保険が適用になります。比較的病状は安定しているんですけども長期の療養が必要であり、なおかつ医学的管理が必要な患者を受け入れるための病棟になっております。算定期間につきましては、上限がなしとなっております。

一方、さらに右の介護保険が適用される療養病棟、こちらは介護保険以外に医療保険が適用される例もありますが、こちらの病棟は病状が安定しているが長期の療養が必要であるなど、医学的管理が必要な要介護者を受け入れるための病棟という整理であり、算定期間に上限はございません。

また、一般の精神病棟として精神疾患を有する患者を入院させるための病棟もございまして、こちらにつきましては、看護職員配置基準は1人で10人以上の患者の対応を行うということでございます。

それから、話が戻りますが、先ほど説明した介護保険適用の療養病棟の看護職員配置基準の考え方でございますが、ここで示した6対1以上は介護保険を適用した場合の看

護職員配置基準となりまして、これを医療保険の考え方に合わせますと大体30対1程度と大幅に数値が変わってまいります。

それから、病棟機能別入院期間のイメージ図でございます。上にご説明をさせていただきましたそれぞれの病棟につきまして、入院期間イメージ図として表しました。一般病棟・特定集中治療室が非常に緊急性を要しますが、その緊急性を要する期間を経過すればハイケアユニットを経て亜急性期病棟等に移っていくということで、比較的特定集中治療室、ハイケアユニット等については入院期間が短い。そして病棟に上がっていくに従って、症状等が安定していくわけですので入院期間等が長くなるといった、入院期間イメージ図でございます。

参考資料1の説明は以上でございます。

次に、参考資料2をごらんください。

区市町村が実施している認知症介護者支援事業の類型化でございます。

右側の表の中の上からご説明をさせていただきますと、緊急ショートステイ事業というもの、これは要介護者が自宅において介護を受けることが一時的に困難な状況になった場合に、要介護者を介護施設等に短期間入所させることで、本人及び家族等の生活を支援する事業であります。利用要件といたしましては、介護をする介護者自身の病気やけが、または介護者の冠婚葬祭等への出席、介護者の心身の負担の軽減、介護者による虐待、台風・火災等の災害等の理由で、要介護者が居宅で介護を受けることが一時的に困難な状況に置かれているといったことがございます。

主な対象者としましては、介護保険の非該当者ですとか、虐待により緊急保護が必要なもの、一時的に1人となる要支援・要介護者でございます。利用料本人負担につきましては平均2,500円程度で、実施区市町村につきましては、区部が16、市町村部については25で、合計41でございます。

今日、欠席をされているんですが、神子委員の所属でございます武蔵村山市にも緊急ショートステイがあるということで、その状況について神子委員からご報告を受けておりますので、あわせてご紹介をさせていただきます。運用状況といたしましては、通年で特養に1床を確保し、2施設で半年ごとに確保している状況であるそうです。また、19年度の利用実績につきましては延べ2人ということで、利用する方は非常に少ない状況です。その利用される方の状況といたしましては、虐待が疑われる場合の一時避難所としての活用が中心であるということでございます。実際に利用される方が少ない状況といたしまし

ては、要支援・要介護認定を受けていない、基本的には自立している高齢者が対象となるということで、緊急にこのショートステイを利用する必要性が生じるケースが少ないのではないかというふうに武蔵村山市では分析しております。

それから、参考資料2の緊急医療ショートステイ事業の説明をさせていただきます。

一時的に医療機関に入院をさせ、必要な医学的処置を行う事業でございます。介護者の緊急事態等で一時的に住宅での介護・医療を受けることが困難なことが利用要件でございます。主な対象者といたしましては、要支援・要介護で、かつ医学的管理が必要なため、介護保険の短期入所生活介護の利用が困難な高齢者となります。医療保険の自己負担分及び差額ベッド料等の利用料が本人負担となります。設置をされているのは区部で3、市町村部で3で、合計6となっております。

次に、認知症介護教室事業でございますが、在宅で認知症高齢者を介護している家族を対象としておりまして、認知症や介護に関する知識及び情報を提供するとともに、家族同士の交流を通じての心身の負担軽減を図るための教室を開催するものでございます。利用要件等は特にはございません。在宅で認知症高齢者を介護をしている家族等ということでございます。利用料等も無料で、現在は区部・市部合わせて7つのところで、このような事業が行われております。

それから、認知症高齢者相談・助言・見守り等支援事業でございますが、専門員が各種の相談に応じ、必要な指導・助言・見守り等を行うことで、介護者の心身の負担軽減を図るというものでございます。これも利用要件等はございません。主な対象者としましては、認知症高齢者及び家族等ということで、利用料は原則無料となっております。区部・市町村部合わせて8カ所のところで、こういった事業が行われております。

また、参考といたしまして、介護保険事業のショートステイとして、短期入所生活介護・短期入所療養介護を載せてございます。これは要介護者が居宅において介護を受けることが一時的に困難な状況になった場合に、介護施設等に短期間入所させることで、本人及び家族等の生活を支援する事業でございます。利用要件としましては、利用者の心身の状況、介護者の病気・冠婚葬祭・出張、介護者の負担軽減等の理由で一時的に在宅での生活に支障が出る場合、このような療養介護を受けることができます。主な対象者としましては要介護者で、利用料は介護保険の自己負担分となります。全区市町村でこの事業が実施をされております。

実際に武蔵村山市にありますショートステイを例にとりますと、このショートステイを

利用する方は、ショートステイの登録をされている方が対象になります。ショートステイを利用するに当たりまして、感染症にかかっていないということを確認する必要があります。したがって、その日連絡をして、すぐに入るといったことができないことがあり、かなり前から予約を入れることが必要になります。要支援・要介護認定を受けている高齢者をその日のうちに緊急で預かってくれるような事業が欲しいという意見も市のほうに年数件寄せられることもあるというふう聞いております。

ケース・バイ・ケースでございますが、要介護者等で介護保険の施設を探しても見つからず、ショートステイを緊急に利用しなければならない状況があれば、市の事業等も使用は可能であるというふうにも聞いております。

私からの説明は以上でございます。

【中村幹事】 それでは、引き続きまして、今の参考資料2の左側でございますが、認知症疾患医療センター（新旧比較）という表がございますので、この表について簡単にご説明させていただきます。

右側の、国におきましては昨年度まで表の右側でございます老人性認知症疾患センター事業を実施してきたところでございますが、認知症対策医療の充実を図るためということで、平成20年4月1日から新規に国が創設される事業が、この新のほうの認知症疾患医療センターの事業でございます。東京都におきまして、これまでの間、右側の旧に入っておりますが、老人性認知症疾患センター、この事業そのものには参画はしておりません。既に医療支援部会でご報告させていただいたとおりでございますが、精神保健福祉センターを中心とした高齢者精神医療相談事業及び、9病院530床の規模で老人性認知症専門病棟の運営を東京都単独事業という形で現在も実施しているところでございます。

それでは、新のほうでございますが、認知症疾患医療センターの事業内容について簡単にご説明申し上げます。

まず、目的でございますが、保健医療・介護機関等と連携して認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことによりまして、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることとされております。

次に、実施主体ですが、都道府県及び指定都市が実施主体となって、指定した病院で事業を行うことになっております。

次に、設置基準でございますが、平日、いわゆる週5日間の稼働を原則としまして、(2)

にある専門医療機関としての機能、及び(3)の地域連携の機能の基準を満たすものという形で基準となっております。専門医療機関としての機能といたしましては、専門医療相談ができる専門の相談部門の設置のほか、記載されているような人員配置、検査体制、及び周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病棟と精神病棟を有すること。これは1つの場合は連携をとというような形になっておりますが、有することが基準となっております。

あと地域連携の機能といたしましては、情報センター機能及び研修会、連携協議会の開催が基準となっております。

次に、事業内容でございますが、専門医療相談といたしまして、初診前の医療相談、情報収集、介護サービスとの連携調整。次に、鑑別診断とそれに基づく初期対応といたしまして、初期診断、鑑別診断、治療方針の選定、入院先紹介。次に、合併症・周辺症状への急性期対応といたしまして、初期診断・治療、連携する医療機関の空床情報の把握というような形になっております。その他といたしまして、かかりつけ医等への研修会の開催、認知症疾患医療連携協議会の開催、情報発信というふうな形になっております。

次に、国の助成額でございますが、これは国の概算要求の金額でございますが、125万円となっております。

その他といたしまして、右側に記載されております旧事業の老人性認知症疾患センターにつきましては、3年以内を目途に新規の認知症疾患医療センターの機能を有するように努力義務が課せられ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。

それでは、ただいまご説明をいただきました点などを参考にさせていただきながら、先に進めていきたいと思っております。

まずは、席上配布1の資料に沿って、前回までの議論のまとめをしたいと思っております。

まず、どのような形で議論を進めていくかということについてです。いわゆる中等度の緊急時の形として、一つは、以前から介護・医療を利用している人が緊急で周辺症状なり身体合併症に対応しなければいけなくなった状態。それからもう一つは、今まで介護・医療等を利用しないで中等度に至り、症状に家族が対応できなくなった場合。この2つのうちの後者に関しては、ふだんからのサポートを充実することが重要であり、どちらかといえば、もう一つの仕組み部会で検討されるものであろうということで、この医療支援部会

に関しては前者のほうの、既に介護・医療を利用している人が緊急で周辺症状なり身体合併症が生じた場合に関して議論していくことになりました。

それでは、緊急時、周辺症状にしても合併症にしても、緊急時とは何かということですが、おおよそ3つに分類することができるのではないかとことです。まず1点は、身体的な不調があって周辺症状も急激に悪化した場合。それから2つ目としては、介護状況が急に变化したことで周辺症状が急激に悪化した場合。3番目としましては、従来介護していたものが、ついに介護者の容量、限界を超えてしまった場合や介護者が急病で入院しなければいけないような場合、その3つに分けることができるだろうと。

まず1つ目の、身体的な不調から周辺症状という場合ですけれども、主な病態、状況としては、せん妄、急性腹症、そういったものも挙げられましたが、脱水で、低栄養といった、かかりつけ医の先生でも十分対応にできるようなものも多い。身体合併症の緊急な事態といっても、必ずしも大きな病院で治療しなければいけないものというのは、決して多くはないのではないかとことでした。

それから2番目の状況の変化による周辺症状の悪化では、特に周辺症状の中でも暴言であるとか暴力といった周辺症状が問題となる場合が多い。

それから、今ほどの2番、3番どちらにおきましても、必ずしも入院が第一選択というわけではないだろうと。情報収集がある程度できれば、入院しなくても対応できる人も多いのではないかと、個別に判断をしたほうがいだろうと。ルールやルートを決めて、入院を前提に考えるということは望ましくないというような意見があり、この点に関しては合意が得られたと思います。

別に、緊急事態が起こりやすい状況に関してもご意見をいただきました。まず、介護者の負担、心身の疲労等が少しずつ重なってきて、本人との関係、ご本人への対応が必ずしも望ましいものではなくなってトラブルが徐々に増えてくる場合、それから、暴言・暴力等に関しては、非常に激しい症状ではありますが、ある日突然出るのではなく、それまでに少しずつ兆しや前ぶれのような症状があって、そういったものが徐々に強くなっていく。先ほどお話ししたご家族の疲弊というものも重なって、緊急事態として表面化するだろうというような意見があり、これも合意が得られたらだろうと思います。

今日は、まずはこの3つの分類に関して改めて確認をさせていただいて、その3つのそれぞれについて議論をすることができればと、考えております。

まず1つは、身体合併症の緊急時。それから状況の変化から起こってくるような周辺症

状の悪化、それから介護者の疲弊等で限界を超えてしまったなどの介護者の緊急時の場合。すべてを医療支援部会での議題とは限りませんが、一応3つに分けて検討していきたいと思います。それぞれの医療機関あるいは相談機関等の役割に関してもご意見をいただけたらというふうに思います。

全般に関して、ほかにも前回までにあったご意見をかいつまんでご紹介します。

まず、緊急時の頻度に関してですけれども、外来で認知症を持った方を診療している一般の診療科の場合、頻度としてはあまり多くはないのではないか。緊急時にどこの医療機関を利用すべきかといった振り分け等を行う機能があったほうがいいのではないかという意見もありましたけれども、実際に振り分け機能が必要だと感じるケースは、年間で数例程度であろうというような意見もありました。それから、前回紹介のあった精神科夜間休日救急診療事業、これを認知症の方の周辺症状で使っている例は、ほとんどないというような説明もいただきました。

次に緊急時の対応に関してです。現在都の制度として、体の病気に関しては二次救急などの救急医療体制、精神症状に対しては精神科夜間休日救急診療事業がありますが、こういったものがどの程度利用できるのか、あるいは利用することで有用なのかどうか。こういった体制で急性期に対応してもらえれば、精神科の病院がその後の周辺症状の悪化に関しては後方病院的な役割を果たせるだろうと。もちろん一般救急、身体救急病院との協力は必要だということでありまして、精神科の病院も協力はできるだろうという意見。

それから、別の意見ですけれども、どうしても周辺症状は入院したことで悪化するの、入院をできるだけ避けるような形で取り組んでいるケースが多いという意見。実際、入院してしまうと、なかなか自宅には戻れなくなってしまうという指摘もございました。ただ、直接命にかかわるような身体合併症の場合には、入院した医療機関等でその後の機能低下等を考慮した対応は難しい、救命が最優先ということだという意見もいただきました。

また、今ほども説明のあった緊急のショート制度というようなものを使う場合もありますけれども、なかなか普及もしていないし、数の限りもあって、広くは使われていないという意見もいただきました。

それから、先ほど緊急時について3つに分けましたが、それぞれについて既にいただいている意見を先に少し整理し、その後3つの場合に関して議論をいただきたいと思います。

まずは、身体合併症の緊急時に関してですけれども、合意点といたしましては、精神科

の病院ではかなり濃厚な治療というのは難しい。ある程度一般の急性期の病院でも、認知症に対する対応のレベルを上げてほしい。それが家族にとっても本人にとっても望ましいだろうということです。

それから、今のことに直接関係するわけですがけれども、それぞれの医療機関が広く認知症に関しての知識をぜひ身につけていただきたい。詳しい知識でなくても、認識を上げるだけでも認知症に対する医療の質も変わるだろうというような意見もいただいて、合意が得られました。

次に確認事項です。身体合併症の治療の意義に関して、それから身体合併症の緊急時の治療としてどんな機能が必要なのか。これは特定の医療機関が担うという考え方もありますし、それぞれの今、認知症を診ているかかりつけ医、専門医、一般急性期病院、あるいは精神科病院等がそれぞれ役割を担って協力し合うという考え方もあると思います。これに関してご意見をいただきたいと思います。

それから、そういった緊急時の状況を避けるためにはどうしたらいいのかということに関しても議論したいと思います。

それでは、この他に、今までにいただいた意見を幾つかご説明いたします。

まず、入院治療における課題として、入院中に認知症であるがゆえにほかの患者さんとのトラブルを起こってしまったたり、器物等を壊してしまうということで退院を余儀なくされる場合がある。それから、先ほど申し上げました、入院という環境の変化そのものが症状を悪化させるということ。それから、一般急性期病院では、まず、外来に行きますとあっちで受付、こっちで採血、こっちでお薬だということで、何時間もかけてその診療を受けなければならない、そういう状況を認知症の人に対して何らかのサポートができないかという意見。それから、相談機関等のスタッフが付き添って受診した場合に、本人ではなかなか状況の説明ができないので、ずっと一緒にいてほしいと言われるけれども、それは本来業務から考えると難しいということ。

繰り返しになりますが、病院職員全体が認知症についてもっと知ってもらわなければいけないということ。それから、精神科の病院で認知症の方が入院される場合には、病院内で起こり得る事故に関して説明している場合もあるというお話もありました。それから、中等度以降になりますと自分自身の状況が理解できないので、身体拘束等でさらに症状が悪化する。しないのが一番ですが、どういった場合にやむを得ないのか、あるいは、もし行くとすればどういった配慮が必要なのかということに関して検討しなければならないだ

ろうということ。それから医師に関する意見としては、認知症に対しての対応のスキルを上げていただきたい。これはサポート医の研修等にも関係してくるものだろうと思います。

その一方で、どういうふうに精神症状に対応したらいいのかというガイドラインがないということの問題の指摘もございました。それから看護に関しましては、急性期病院の看護スタッフには精神症状も含めた認知症の症状については十分な知識がないのではないかと。そのために例えば周辺症状が悪化したときに、それは入院という環境の変化のために起きているといったことを理解してもらえない場合が多い。そのことが状況を悪化させているという意見もいただきました。

それから、一般病床の看護師は、認知症の場合に身体の抑制はやむを得ないと考えがちだが、抑制をすればさらに症状が悪化するという知識も持っていてほしいということ。反面、病院の立場に立って考えると、なかなか認知症に対して抑制をせずに対応できるだけの看護師の人数をそろえることも難しいといった意見をいただきました。

それに関係して、まずは簡単な認知症に関する研修を行うだけでも看護の質が上がるのではないかと意見もいただきました。これは医師も同じかと思います。

それから、連携・役割分担に関するいただいた意見としましては、前段で少し触れましたけれども、トリアージを行えるといいのではないかと意見がありました。ただ、トリアージを行ったときに、果たしてその状態に応じた病床や、医療機関を必ず用意することができるのかどうか。それぞれの病院あるいは病床等が、それぞれの定義や目的に合っ

て必ずしも使われていないという状況もあるという意見もありました。

それから、先ほどの合併症の救急に関しては精神科の病院が後方病院、後方病床的な役割を果たせる可能性もある。ただその場合には一般病院で身体疾患に関して治療してもらって、ある程度落ち着いている状況でなければ難しい。それから、精神科の病院からは、精神保健指定医がいる時間帯であるべきではないかと意見もありました。これは法的な問題だけでなく、判断上の問題でしょうか。

それから、救急受診の場合に手帳のようなものがあって、そこにご本人の体の病気、飲んでる薬等々の情報が集約されていると、病院としても受けやすい、治療に導入しやすいし、付き添っている人の負担も減らせるのではないかと意見。それから、退院時にも手帳のようなものが活用されると、その後の対応に関してもより円滑に行くのではないかと意見がございました。

それから、3つの分類の2つ目ですけれども。状況の変化から周辺症状が急激に悪化し

た場合の対応に関してですけれども、周辺症状に対する治療を行うことで家族の負担が軽くなる。それはぜひとも必要だろう。それには、初期の周辺症状の軽い段階から、かかりつけ医と専門医が連携をして対応していくことが理想的であろう。繰り返しになりますが、入院が第一選択ではないということで、その理由は既に何度も触れさせていただきました。

この場合、 の場合に関しまして、今までいただいた意見としましては、実際にかかりつけ医がすべて専門医を紹介しないまでも、身近に専門医の助言を得て処方できるような仕組みがあると、もっと患者さん自身もかかりつけ医における診療を続けながら、周辺症状にも対応できていいのではないかという意見がございました。

それから、 3つ目の場合としまして、介護者の限界を超えた場合ですけれども、まず何よりも家族等介護者に休んでもらうことが必須です。その休んでいただく方法として、先ほどご説明いただきました緊急のショート制度などの発言がございました。

それから、緊急時以外にどのようなことが求められるかということに関してもご意見がございました。まず身体合併症に関しては、一般急性期の病院は受診が非常に大変煩雑で、認知症の方が受診するには負担が大き過ぎるといったこと。それから手帳のような情報の集約があったほうがいいということ、病院全体が認知症にもっと知識を持ってほしい。もっとというのは、少なくとも最低限の知識を持ってほしいということ。

それから、手帳等を利用して介護の側にも退院時の状況の情報の提供があったほうがいだろうということ等々でございます。

おおよそ今までにいただいた意見はこのようなものでございます。

それでは、1つずつ確認をしながら、また合意点、到達点を得ていきたいと思っておりますけれども、委員の皆様は席上配布2の資料をごらんください。

今ほど申し上げました3つの場合について、順番に議論をしてみたいと思います。まず1番、身体合併症の緊急時への対応。まず、身体合併症の緊急時に関して、その治療の意義に関しては改めて議論をするまでもないと思いますが、認知症の症状に配慮しつつ身体疾患の治療を行う。認知症の症状を積極的に治療する必要はないが、せめて認知症の症状を不必要に悪くしない程度の配慮は最低限必要で、それをしつつ身体合併症の治療を行う必要があるということに関しては、特に異論はないかと思います。

続いて、緊急時の治療において必要な機能・役割・分担等に関してでございます。まず書いてあることを説明してから後、ご意見をいただきたいと思っております。

まず基本的な考え方についてです。いわゆる高齢者の身体合併症の緊急時というのは、

十分に一般のクリニックで対応できるような病態も多い。脱水、低血糖、便秘など、緊急の手術を必要とするというようなものではなく、一般の医療機関等で対応できるものが多いということ。

それでは入院が必要になるという場合に、実際に利用されている病床はどういった病床かということ、一般の身体科の病床ということでございます。

それから、そういった病院に入院する場合、認知症の特性から長引くのはよくないことを考えますと、身体合併症の緊急時は軽微なものが多いことから、まず状況をかかりつけ医で診ていただいて、対応できるところはかかりつけ医の医療機関で対応していただく。必要に応じて、一般の急性期の病院、救急医療機関等を含めて紹介をしていただく。そちらで治療が行われる場合においても、預けてしまって全部任せるというよりは、むしろ必要に応じて連絡をとっていただいて、かかりつけ医に随時早めに戻していただく。また可能であれば、いわゆる認知症の専門医療機関等で周辺症状の治療も並行して行っていただく。ここら辺の連携の仕方について、すべてを全部賄える医療機関はないと思いますので。

1つの方法として、先ほど触れました手帳のようなものでご本人だけが受診をした場合でも、情報が医療機関等で共有できるようにすることがいいのではないかとということでございます。

まず、この辺りについてご意見をいただきたいと思います。

かかりつけの医療機関で、周辺症状も含めて済んでしまう場合もある。ただし、それで済まない場合には一般の急性期の病院にお願いしないといけない。ただ、そちらのほうでは必ずしも周辺症状の治療が十二分に行えるわけではないというときに、専門の医療機関に移って周辺症状の治療を行わなければならない。そのときには、ある程度の身体疾患の治療方針が出ていればは認知症専門の医療機関等で治療の継続行うことができるのではないかと。そこでどんなふうに連携、協力の仕方があるのか等、検討をお願いします。

【村松委員】 いつも苦言ばかり言っているんですけども、今回はちょっとこの6月、1カ月の間にありましたことで、緊急ではないんですけども、認知症、中等より後期にかけての方なんですけれども、奥様の食事がなかなか進まないため食事拒否があったりして、ご主人は非常に困っていたわけなんですけれども、そのときにご主人がお願いをして、どうも白内障があるようだから手術をしたいというようなことを申し出たんです。

それをかかりつけのお医者さんが受け付けてくれて、同時に精神科のお薬をいただいているお医者さんと、1つずつ受診して白内障の手術をしたいという旨を話して、普通の開

業医のお医者さんが病院を紹介なされて、精神科と内科医さんの連携で病院につながって、病院ではゆっくりと本人の症状に合わせて対応していただいて、ご主人も付き添われて2泊3日の白内障の手術を片方ずつやって無事成功して、いつも介護者の方というのは大変だ、つらいというような顔をなさっている方だったんですけども、その2泊3日の間には手術を経験して、すごく楽になって、介護することもいいし、本人との関係もよくなってということに、お医者さんたちのチームワークというか、慎重に受けとめてくださって手術を受けてくださったことと、それから介護者もそれを見て、とても自分がどんなふうに介護していくべきかということを改めて感じて、疲れているはずなのにすごく生き生きとなさったという事例があったので、うれしいお知らせなので先に、緊急ではないのですけれども、ご報告させていただきたいと思います。

【繁田部会長】 確認ですけれども、かかりつけ医の先生と精神科の先生がいらっやって、その白内障の治療はさらにそこに眼科の先生が加わるということですか。

【村松委員】 総合病院の眼科の先生です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

実際にどこの病院に紹介するのかという判断を医師会の先生はされてますね。体調が悪くて、精神症状もあるというときに、この精神症状ではちょっと一般の病院だと抵抗があるかなと。反面、精神科の病院に送っても体のほうは十分に診てもらえないかもしれないという場合、どう判断しておられますか。

例えば、どんなふうに情報をやりとりしてもらおうとか、どういうふうに連携するといいと思われませんか。

【玉木委員】 よろしいですか。

まず、急に起きたことの類型にもよると思うんですね。転倒骨折だったら、オペしてくれるところに送るしか、もう判断の余地なく送るしかないから、そこはそういう認知症の方々も含めた治療は経験があるわけです。ただし、ある程度の身体拘束が伴うということを前提に送る場合と。問題は、やはり肺炎だとか内科的な急性腹症だとか、そういった比較的直ちに送る必要があって、外科的なものが必要なのかどうかとも十分判断できない状態でとってくれるかどうかというときに一番困るんだと思うんです。

ある程度の類型があるので、それを少し整理してみてもいいのかもしれませんが、基本的にはこのかかりつけ医が最初にある程度、あるいは介護施設の医師でもいいですけどもトリアージをして、大体病状の程度や類型によって思いつくところにまずお願いすると。

言うならば経験に応じてやっているというのが基本だと思いますので、やはり図式としてはこのかかりつけ医、一般救急病院、そして専門医の連携方式というのを基本にして、そこをどのようにその地域でつくるかということに、もう尽きてしまうと思うんです。

その1つの解決策としては、先ほどからずっと出ている、この一般急性期病院のスタッフの方々の認知症対応力の向上というのがあると、かなり違うかなというふうにやはり思っております。

答えになっていないでしょうか。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

実際にかかわった方が例えば、かかりつけ医が選択して、精神科の病院に行くことになった、あるいは一般の急性期の病院に行くことになった、あるいはかかりつけ医とは関係なく周りでだれかがアドバイスするなりして、どちらかの医療機関に行くことになった、そういうときに精神症状の治療と対応と身体疾患の治療という、その2つについてどちらがどう対応するかということで困ることというのは結構あるんですか。割とスムーズにどちらかに決まるのでしょうか。

【秋山委員】 そうではなくて、結局どこへつなぐかでかなり違うというか、どこへつなぐかというのはおかしいんですけども、微熱があって、誤嚥性の肺炎を疑う脳出血後なんですけど、高次脳機能障害というか、認知もあるという方の治療を呼吸器で診てもらおうと思って送りましたら、そこで認知症の症状が非常に悪化しながら、なおかつうつもかぶさって、本当に結局は食べられないというような状況になり、その病院の中の精神科のチームにつながって、精神科の病棟に移しながら呼吸器の先生がかかわってくださって、実は最終的にちょっと大変だったんですけども、結核だったんです。

そこに専門治療に乗せたという事例があって、ただその治療までちゃんと落ち着いて乗せられるまでの間は、精神科の先生がかかわってくださって初めて、ちゃんとわかる状態になったんです。診察が受けられるというのは変ですけども。

だから、やはりどこの病院につないでいくかというあたりが、かかりつけの先生が送るときの紹介状の出し方みたいなもので、やはり微熱がずっと続いて、これはある意味身体症状があるし、精神症状のほうもちょっといろいろ出てきているので、在宅では難しいという判断で送った先の対応が今のようなだったんです。だから、やはりすんなりいくというのか、やはり非常に難しいですね。

その病院ではどんどんいろいろな症状が出てくるのに、日ごろはどうなのかというのが

わからないから、在宅側からの情報提供することで、やっとコミュニケーションというのがとれて、日ごろ接している者に言ったらボソボソボソと言うんだけど、言っている内容がわかったりするんですね。病院ではとても何を言っているかわからないけれども、わかるんだね、わかる人がいるんだねみたいな扱いをされるし、その辺の情報の連携のぐあいと情報の伝達の仕方と、そしてちゃんと専門医療に乗るために、そこで精神科が加わった例としてはそういう人があったということだと思います。

【繁田部会長】 確認ですけども、どこに紹介するかという問題は、例えば精神科とかがある総合病院みたいなところに紹介すべきだということなんですか。そうすると、それは選択肢が限られてきますね。

【秋山委員】 そのとおりです。

ただやはり、ちょっとそういう状況があったら精神科単独でも、やはり身体症状が出ていたら、相談をかけても、うちではちょっとそれは診られないからということで総合病院へというか、そういうふうに変換の先を変えてくれというふうには言われますよね。ちょっとうちでは診られませんみたいな。

【繁田部会長】 相談を受けた医療機関が、ちょっとうちでは難しいから変えてくれということですか。

【秋山委員】 バルーンカテーテルが入っている人で、ちょっと非常に暴言が多くなった人を精神科の専門のところ連れていったら、うちでは診られないと言われたので、別を探しました。そういう例もありました。

【玉木委員】 要するに選択の余地のない場合、さっき僕が言った骨折だとか専門性の高い場合と救命的な場合は、これはもう三次救急でいいわけだし、そこで救命してもらうということなので、そこはあまり迷わないですよ。

そうすると、今おっしゃったように、今日は帰せないなとか、これはやはり数日どうしても、ある程度入院医療が必要だろうというような場合が、いろいろな条件が加わってくるので困るということですよ。食1つにしても、排泄1つにしても、周辺症状が高まっていくということについて、どういうふうにするかというところが、やはり一番問題になっているのかなと思うんです。そういうことですよ。

【秋山委員】 そうです。すみません、ちょっと言葉足らずで。

【繁田部会長】 例えばそういった方の場合に、例えばかかりつけ医が紹介状を書くときに、これこれに関して治療してほしいと。その一方で、認知症に関してこういった症

状があるので、その点の配慮もお願いしたいということを書くと、逆にそれは入院に関しては不利になるわけですか。逆効果ですか。

【**玉木委員**】 私のところは連携室に電話してしまいますね。まず、絶対にうそを言って送らないというような、これはお互いのやりとりで信頼関係なので、でもこういう状態だからどうしてもとってくれと言えば、向こうもそれなりに努力してくれるので、そのやりとりの繰り返しで、お互いのきずなが生まれていくわけですけども、実際に連携室の人たちは頑張るけれども、病棟まで上がると、本当にそこまで対応しているのかというのが難しいので、連携室の人たちが何とか病院の中をまた調整して歩いて、何とか引き受けるというのが僕の印象としては強いです。

あとは、本当に効率的な大きな病院じゃなくて、私的な病院で一般病床を持っているところが、やはり院長だとか、そういうある程度幹部の方々の考え方がそういう受け入れるということにきちんとしている病院に、やはりそういう場合はお願いするケースが多いので、それはまたケース・バイ・ケース、迷惑のかけ度合いみたいな、大変困難な対応があるだろうと思う場合は、そういうことをしてくれるようなところにやはりどうしてもお願いしてしまうということになるんです。

【**秋山委員**】 前に62万件の東京消防庁の9割が二次救急で済んでいるというのを公表してくださったんですけども、私もちょっと消防庁の統計というか白書みたいなものをあまり見ていないのでわからないのですが、最近の事例の中の集積で、統計的には認知症が絡んでいるというような手ごたえというか、それって消防庁としてはあるんでしょうか。

【**繁田部会長**】 絡んでいるというのは。

【**秋山委員**】 絡んでいるというか、増えている。

【**繁田部会長**】 認知症の症状のために救急になっているということですか。

【**秋山委員**】 救急で行ったら、何か訴えがちょっと変というのか。

時々救急を要請するときに居合わせるというか、そういうことが結構ありまして、消防庁の方に一応耳打ちをしたりもするんですが、「ああ、そう」と言った途端にちょっと態度が変わる場合もあったりして、なかなか多分消防庁の人たち、救急車に乗っている方たちも結構かなり苦勞の連続の状態なのではないかなって、私としては推察するんです。

【**繁田部会長**】 認知症の症状があるために。

【**秋山委員**】 症状があるためにさまざまな、結構……。

【繁田部会長】 コミュニケーションがとれないとか、そういうことですか。

【秋山委員】 呼んだはいいけれども、本当はこれは別に大したことはないけれども呼ばれているとか、逆に重篤なんだけれども身体症状がわからなくて、何だかワーストと騒いでいるだけとか、その人をどうやって連れていくかとかいうので、消防庁の方は現場としてはすごい困っているというか。統計的なある程度のものは出ている。最近の傾向とかというのはあるんじゃないか。そういう人をどこに連れていくかって、消防庁の人のほうがよく判断するというか。ちょっとそういうところ……。

【繁田部会長】 認知症のために適切な医療が受けられていないという事例が、どのくらいあるかということですか。データがあるんですか。

【坂本幹事】 認知症の方を対象とした搬送データは持ち合わせておりません。申しわけないですけれども。

【玉木委員】 東京都医師会の救急担当ですけれども。(笑)

【安藤委員】 いろいろな消防庁さんの方とか、二次救急のお医者さんなんかとの委員会がありますけれども、とりあえず救急車としては最寄りの二次救急に運んで、そこでやはり認知症がある方がいらっしやると、医療機関さんのほうでまた対応するか、あるいは違うところにまたご紹介するかという形をとっています。

大体消防庁さんの方も頭の中に、この病院さんだったらちょっと認知症があっても大丈夫かなと、ここは絶対だめだなみたいな、そういうような流れの、データはないかもしれませんが経験があるので、そちらのほうでお運びするというパターンだと思いますね。

【秋山委員】 なので、利用が年に数件とかというのは、そこまで行く前に、そうやって救命の人たちが振り分け、トリアージしていると、私はちょっと現場の感覚としてはあるので、一体そのトリアージはどこから来ているのかなとちょっと。

結構救急車の方とも話すんですけれども、「お互いに大変ですよ」と言いながら、「とってくれないとどうするんです?」とか言って、ちょっとざっくばらんに話すと、結構「あそこはちょっとやはり難しいからこっちへ行きます」とか、専門科別だけではなく、やはりそういう情報をちゃんと握ってらっしゃるので、私たちも目がけて総合病院へとかということをお願いしても、「ちょっと無理じゃない」とか言って、次の一般病院の救急へ運ばれたりというようなこともやはりあつたりしますので、何かこちらの意図と違うところでトリアージされてははいないかという、ちょっと気はするんですけれども。

ちょっと論点がずれるかもしれないけれども、現実の話……。

【玉木委員】 トリアージするのは私であったり、秋山さんだったり、救急隊員であったりと、いろいろなトリアージが働いて行くわけですね。これは、でも体系づけられないし、逆に公開することもなかなか難しいし、そんなのをランクづけして公開したら地域が混乱してしまったり、間違った情報がどんどん伝わっていってしまうから、結局は先輩から後輩に伝えているみたいな、そういう形である程度地域のトリアージはなされているんだろうと思うんですね。それはそれでそれなりに機能しているんですけども、じゃ、それをどういうふうに普遍化していくかとか、一般化していくかというのは、ちょっと非常に難しいと思います。だからやはり底上げを図ることのほうが、対策としてはやはりいいかなというふうに思うんです。

【繁田部会長】 いわゆるトリアージというのは、緊急性や重症度の問題ですね。今のお話はそれではなくて、どこが嫌がらないかとかそういう話で、ちょっとトリアージと言わないですね。

【秋山委員】 ちょっと言わないかもしれないですね。

【繁田部会長】 それが大事なわけですね。医療機関だったらこういう病気しか診られないとか、軽症しか診ないということではないですからね。そういう情報を共有するのも変な話ですし。

私は初めから、例えば身体合併症があって精神症状があるという人を先ほど説明のあった認知症疾患医療センター（新）、こういうところをたくさん認定して、そこで精神症状と体の病気と両方を診てもらえるようなネットをつくってもらうとか、確保するという話をしてないんです。それはよろしいですね。そういうものを作ったとしても、認知症の方の数とセンターの施設数を考えるとあまり現実的ではないような気がするんです。

既にかかっているかかりつけの医療機関があって、その医療機関とそれぞれ関連する、場合によっては総合病院だったり、あるいはほかの医療機関だったりというのがあれば、そのルートのほうがより医療機関同士の信頼関係であるとか協力体制もあると考えられます。疾患センターを指定しても、ベッドが幾つ確保できるかもわからないし、あまり解決にもならないと思います。

【玉木委員】 いわゆる旧のほうがほとんど機能しなかったのが、新のほうにもあまり期待しても今のところ対策にならないというのが実感ですけども、やはりこういう機能を持って動いてくれるようになるのは非常にありがたいと思いますので、もう少し別の立場として機能してもらえればいいんじゃないかなと思います。

【繁田部会長】 少し様子を見て、もし機能してくれば、将来、紹介先の有力な選択肢に入ってくるかどうかというくらいですよ。

すると、今までいただいた意見では、詰まるどころ、一般の医療機関等でまず認知症に関して多少なりとも知識を持っていただいて、受け入れていただくような姿勢であるとか、それに見合う知識を身につけていただくというところに話が行き着きます。

すると、研修等が必要だという意見がこの前もありましたが、他のご意見はありませんか。

【西本委員】 基本的な考え方のところを高齢者の身体合併症の緊急時の事例が脱水・低血糖・便秘、軽微なものが多いというふうに書いてあるんですが、認知症の方はむしろこういう軽微なときは、ご自身で判断できないので放置されていることがほとんどなんですよ。特に認知症の方にとっては、お医者さんにかかってない方がかなりいらっちゃって、在宅で普通の高血圧だとか、糖尿病だとか、軽度な高脂血症だとかというのがあっても服薬管理がほとんどできないので、初回だけ行ってしまって後は行っていませんというような方が、在宅では結構多いように思えるんです。

その方たちが何かあったときの体制みたいなものがあると、我々福祉職はすごくありがたいなと思うんですが。ちょっと今の論点からずれてしまうかもしれないんですが。

【繁田部会長】 一応病院があって、かかりつけの先生がいるんだけど、お薬はふだんずっと家族の人が取りに行ってしまうと、本人はお顔を見せないという感じなんですか。

【西本委員】 家族がいて飲んでいればまだいいほうで、もう服薬管理もできないし、家族もあきらめてしまって、そのまま主治医から離れてしまっているケースもかなりあるんです。

【玉木委員】 それは前回までの到達点、席上配布1の2のケースに当たるような形ですかね。そうしたら、できるだけ医療へのアクセスを途切らせないように、どういうふうに努力を周囲でもするかということになってくるんだと思うんですよ。

【繁田部会長】 そうなんですよ。そちらになりますね。

【西本委員】 わかりました。

【繁田部会長】 ふだんから利用されていない、確かにそうですよね。

【西本委員】 結構いらっしゃるんです。

【玉木委員】 でしょうね。

【繁田部会長】 そういった方が放置されたままだと、どうなるんですか。ふらふら歩いているところを近所の人が気がつく。

【秋山委員】 この間の事例ですね。道路の真ん中でしゃがみ込んでいて、発見されて、低栄養・脱水でという人がいて、ひどい認知の例を出して下さって。

【水村委員】 その方なんですけれども、後日談で、ひどい脱水になりまして、やはり救急搬送されまして、チアノーゼまで出て、もう脈が振れないほどの脱水、たまたまサービスに入ったときに見つけて事なきを得たんですけれども、やはり実際には現実在宅ではそういうことが。やはりサービスが入っていても、独居であったりとか、目が薄かったりはありますよね。

【繁田部会長】 せめてサービスが入っている人に関しては、何かきっかけというか、受診に結びつくようなルートはないんですか。

【水村委員】 まだ多分サービスに入っている人のほうがなんとか受診できるんですけれども、地域には全くノーマークもいますので。さっきみたいにふらふらしていて見つけたとか、それで出会ったとか、そういうこともありますよね。

【繁田部会長】 大事なことですので、ここで議論から外してしまうのは本当に心苦しいんですけれども、これはもう一つの部会のほうで検討していただくととし、ここではその議論は外させていただきます。

先ほどの議論なんですけれども、意見をいただいた中で、今できることとか、何か工夫できることというのは、認知症の対応の知識を上げていただきましょうというほかに、もう1点、手帳に関してはどうでしょうかね。あればあったで悪くないというのはもちろんでしょうけれども、重要性……。

【秋山委員】 この手帳はとても役に立つと思うんですけれども、手帳がどこに行ったかわからないと、そういうのはどうしようかなという感じなんですけれども。

【繁田部会長】 例えば手帳がもしあるとしたら、どうしましょう、おひとり暮らしの方で手帳を一応もらったといったら、どういうふうに管理をしてあげたらよさそうですか。

【秋山委員】 保険証と一緒にしておくというのが一番ですよ。

【繁田部会長】 だって保険証をなくしちゃいますよ。

【秋山委員】 そうなんですけれども、それが持っている場合が結構ある程度……。

【村松委員】 自力で生活できる人の場合は、保険証は割と持っていますね。

【繁田部会長】 保険証と一緒に。

【秋山委員】 私、先週金曜日に日本医療マネジメント学会、あまり急性期の方が多いところに行っただけですけども、そこで糖尿病のクリニカルパスを本人用に手帳のようにして持たせて、お互いに医療機関に受診したときにそこに簡単なチェックをドクターが書いてくれて、ITの電子カルテのほうにはそのチェックしたのを画面のほうに結構入れて、ふだん診ている先生が手帳も見ただけですけども、それをカルテ側に非常に簡単に転記をして、カルテとして残しておくという、そのやり方で、患者側とも共有しながらお互いにゴールを同じようにしていこうというのを発表されていた先生がおられて、それって入院してもその人が地域のかかりつけ医にしても、例えば看護が入ったにしても、その情報が共有できていく、本人が持っている手帳がそういう役割をする。救急で運ばれたときも基本情報が入っているというので、非常に特に糖尿病の人で、それは何かよさそうに思ったんです。だから、そういう意味では手帳の活用というのは、確かにうまく交換がされていて、記録の更新が、だれがどうするかというのはちょっと置いておいても、それはいいことかもしれないです。

【繁田部会長】 実際に個々の高齢者、個々の事例でそれぞれ書いたり、変更していくことを考えると、情報量が多すぎると更新されないですね。最小限でも役立つ情報があると思います。例えばご家族の直接の連絡先とか、かかりつけの先生のお名前など、そういうことを踏まえると、こういう情報が有用なのかなと思われるものを席上配布の資料に挙げてみました。

例えばこれ全部が必要か、あるいは他に必要な物はあるか、ぜひご意見をいただきたいと思います。こんな情報はどうかという意見もいただいているので、それを申し上げます。まず、席上配布の資料で見ますと、発症時期の状況、認知症に関していつ発症したのか。それから同伴者ですね。

飲んでいる薬。ふだんのADL。これはどのくらいの情報にするかはちょっと難しいと思うんですけども、身の回りのことはどのくらいできるかということですね。これは家に帰る、あるいは施設を探す、あるいは転院するといったときの必要な情報だと思うんです。それからご家族の連絡先。かかりつけ医の連絡先。

そのほかにこういう情報はというのも少しもらっておりまして、緊急連絡先は家族でいいですね。介護関係のデータもどうだという意見も、これは個々の委員の先生に聞き取りをしたときに上がってきたものです。要介護度等、どうですかね。それからアレルギー、禁忌薬。だんだんカルテみたいになってきて繁雑かなと思うんですけども、必要といえ

ば必要ですか。それから現在の認知症の症状ですね。いつ起こったかだけじゃなくて、今の症状に関して。それから、現病歴をいう意見があります。

どうでしょう。家族の連絡先とかかかりつけの医療機関、発病時の状況に関しては1回書けば済むと思うんですけども、薬やADLに関しては常に更新する必要があると思います。今挙げたものの中でこれはあまり必要ない、あるいはなくてもいいというものを削り、これこそが必要だというものをできるだけ少なくしたほうがいいと思います。

ちなみに、もし作るとすれば、皆さんどのくらいの大きさをイメージしていますか。

【秋山委員】 お薬手帳と同じぐらいのもの。

【繁田部会長】 このくらい、パスポートぐらいですかね。お薬手帳がこのぐらいですよ。

【秋山委員】 後期高齢者の保険証のサイズはB6かな、A6ですよ。あれと同じぐらい。

【繁田部会長】 同じぐらい。扱いから考えるとそのくらいですかね。情報の内容としてはいかがでしょうか。現実的に考えていただいたほうがいいかなと思うんです。でも、東京都はつくりたいと言ったらつくってくれるんですか。(笑) 必要だと言ったら考えてくれるわけですね。

【事務局】 はい、考えます。

【繁田部会長】 お願いします。

【水村委員】 もしも入院したりとかしたときのために、例えばこれだと紹介状とかそういうことに書いてあるデータが多いと思うんですけども、例えばセンター方式の考え方とかを使って、本人が安心できるものとか環境とか、本人が安心できる空間とか、本人が安心できる言葉とか、何か本人にかかわる情報をその入院先のスタッフに伝えられるようにしておけば、本人が混乱が少ないのではないかと思われるんです。

ちょっとそういう情報を少しADLのあたりでもいいですし、症状のところでもいいので、そのあたりを入れていけばもうちょっとつながりが、介護関係から病棟スタッフとか、もうちょっと本人を理解してもらえるようなことを入れたらいかがでしょうか。

【繁田部会長】 一番大事なことかもしれないですね。それがうまく伝われば相手の対応もうまくいきますし、下手に悪くしないですものね。それは、書き方は少し工夫が要るかもしれない。「対応のポイント」とか言われると、本人が持つのに失礼ですものね。本人が持っているところにそういうことは、何か書き方がちょっと工夫が要るかもしれない。

【水村委員】 本当に本人がその言葉どおり、本人が発した情報どおりに書いてあげれば、必ずそれは本人が言った言葉だから、そのまま書いておいたよと言えば伝わることだと思うので、周辺症状だけにとらわれるのではなくて、本当に望んでいることとか、そういうことを書いてあげてもらいたいな。

例えば本人が医療に対して望んでいることとか、そういうことをそのまま、ありのままを記入してあげていただけたらいいんじゃないかなと思うんですけども。

【玉木委員】 私は救急医じゃないですけども、時々医者不足で老健に行って、今日の入所者さんというのを2、3人診るんですけども、初めて会う認知症の方ですよ。紹介状を持ってくるわけで、いろいろ相談員の方が生活情報も持ってきますよ。でも、救急医療だったら、それはあした相談員の方が収集してくれればいいから、とりあえず発症時期と要介護度がわかれば、大体状態かはわかりますよね。

それから、飲んでる薬とアレルギーは、これは必須です。薬を投与するに当たって確認したかどうかというのは重要ですよ。だから、できればあったほうがいい。

それから、主たる介護者の連絡先があって、今おっしゃったようにリビング・ウィルがくっついていれば一番いいけれども、ちょっとなかなか認知症じゃ難しいかなと思うので、本当に救命救急だったらそのくらいでやってしまうでしょうし、やらざるを得ないでしょうし。そのほかの情報がたくさん書いてあるに越したことはないけれども、それを更新するのも大変だったら、それはまた別の方法で大きな病院でしたら連携室なり、別のスタッフがかき集めるといふふうに考えてもいいのかもしれないですね。

【繁田部会長】 イメージしている重症度が違うのかもしれないです。何泊かしていただいて様子を見てからというような場合だと、対応するときの配慮のような情報は大きな意味があると思うんです。

【玉木委員】 主治医の意見書のコピーかなんかくっついていたら助かりますけれども、よく書いてくれている先生だったら、それでおおむね情報がわかりますので。書く人と書かない人がいるけれども。

【秋山委員】 介護申請をしていれば、主治医の意見書……。

【西本委員】 介護申請していれば、認定調査を加えれば意見書だけでなく。

【玉木委員】 そうね。でもあれは、そういうことに使うことになっては今のところないので。調査員のメモとかああいうのがくっついていたら非常に、すぐ読めちゃいますよね。なんかそういうのをご家族なりには渡しておいて、どこかへ連れていくときには一緒

に持って出るといふうにすれば。ひとり暮らしの人はまたちょっと難しいけれども。それだけでも大きなあれですよ。

【繁田部会長】 今ほどおっしゃっていただいた中で、情報として最低限といたらどうなりますか。薬、アレルギーですね、禁忌ですよ。それから、家族の連絡先。かかりつけ医。そのほかには、これは少な過ぎますか。

【玉木委員】 あとは……。

【繁田部会長】 生活状況って必要なのかな。

【秋山委員】 一応認知症の自立度というか。

【玉木委員】 あったほうがいいですよ。

【秋山委員】 3レベルなのか、どのレベルかって。

【玉木委員】 2なのか、3なのかで大体わかる。

【繁田部会長】 自立度ですね。

【玉木委員】 これなしでしゃべっちゃいけない。(笑)

【秋山委員】 みんなして。(笑) だから、日常生活自立度と認知症を……。

【玉木委員】 要介護度があれば。

【秋山委員】 結構それなりのイメージというのがあって。

【西本委員】 できますね。

【村松委員】 これだけはだめというのを1つでいいから書いて、これをされると、この人こうなっちゃうという、1個だけ絞り込んで。

【繁田部会長】 対応ということですね。

【村松委員】 そうですね。1つだけ。たくさんではなくて。

【玉木委員】 なるほど。対応のポイントというのですね。

【村松委員】 そう、1個だけ。

【繁田部会長】 なるほど。そうですね、それは何らかの形であるといいだろうな。本当に救命救急でしたら関係ないと思うんですよ。

【玉木委員】 表紙にこういうほぼ基本情報が書いてあれば、そこをぱっと救急医は見られますよね。あとは中にごたごた書いてあっても、なかなか読む時間がないぐらいの救急の場合もあるし、それは看護師さんが少し時間をかけて病歴をチェックしていくのに読めれば、それはそれでいいと思うし。あとは、絶対にその他の重要事項ということで、気になることがあれば書いておけばいいんじゃないですか。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

席上配布の資料を少しごらんいただいて、1ページの一番下から次のページにかけてです。例えば軽微なものが多いんですが、かかりつけの医療機関が実際にそういったものに24時間対応というのは可能なんでしょうか。これはお聞きしたかったのですが。これはそれぞれのかかりつけの医療機関の裁量にも任されているところなんですか。

【玉木委員】 24時間……。

【繁田部会長】 可能かどうかというのは、やっておられるところはあるんですか。

【玉木委員】 24時間まんじりともせず患者さんが来るかどうか、待っているかどうかということだったら、やっているところはないと思うんですけども、連絡が来れば対応するという意味での24時間はあると思います。

【繁田部会長】 ただ、診療所の電話が携帯電話に転送されてという方はあるんですか。

【秋山委員】 支援診療所はしないといけないんですよ。

【玉木委員】 でも、実態ははっきりつかんでいないですけども、支援診療所は個人に適用すればいいので、必要な人にはやっているけれども、そうじゃない人にはやっていない場合も幾らでもありますので。

今、やはり一人の医師に大きな負担をかけるとか、24時間やっている訪問ステーションもただでさえ少ないのに、そこに負担が集中するようなことでもいいのかどうかという議論のほうが多いから、24という数字は事実上みんな一生懸命やっているけれども、みんな24ということを書かれてしまうと、引いてしまったり、かえって萎縮してしまったりすることも多いのではないかと思います。

【村松委員】 本当に必要という段階に来たときには、個人のお医者さんも自分の携帯の番号をお知らせして対応しますよということは、善意の中でやったださっています。

【玉木委員】 最初から診療所に自分の携帯番号はやはり書かないでしょう。そうしたら、自分が生きていけないような感じがしてしまいますもの。

【村松委員】 ストレスですよ。

【繁田部会長】 わかりました。

それから、その次に書いてございます一般急性期病院の役割、あるいは望むこと、求めることという点ですけども、既にご意見をいただいたところに尽きるのかなと。やはり治療という言葉までは行かないにしても、対応に関して知識を持って、あるいはスキルを持っていただきたいというところ。それは医師に対してもそうですし、看護師に対しても。

特に看護師は接する時間が長いので、周囲の環境、状況がご本人の精神状態に直接的に影響するということをまず知ってほしい。これに関してもよろしいですね。ご意見をいただいているところです。

そのほか、ここは、悩ましいところなんですけれども、病院で受診をしたときに、やはり認知症の方に付き添って行ってくださった相談機関や専門職の方が、家族でない方が行ったときに、非常に煩雑で、ご本人にとっても任せるわけにはいかない、これをだれがするのかという、何か病院での配慮はないのかということなんですけれども、これはこういった配慮をできる限り医療機関にお願いしつつ、今行ってくだっている人に行っていていただくよりないのかなという気がする。その人が一番状況わかっているからという、だれかがかわってとか。そのときに例えば今ついてきてくださっている人は センターの人で、次の仕事もあるのでということであれば、初めにその人から必要な、その人からもらわなければいけない情報をまとめて初めの段階で得ておいて、早めに開放してあげるような配慮が病院で例えばなされるとか、病院、医療機関にそういうことを求めていくことが必要だと思えます。ですけれども……。

【玉木委員】 例えばかかりつけ医の認知症の研修のビデオの中に、介護者の方と一緒に来た場合に、どういうふうに配慮して話を聞くかって、本当にプリミティブな簡単な場面が出ているけれども、それを見るだけでも大きいわけです。そうすると、病院のスタッフのもし研修があるとしたら、もうあまりにあちこち行ってわからなくなってしまうという場面があれば、それは認知症の人に接しては何らかの配慮をしなければいけないという動機づけがなされるし、それを公でもアナウンスしていただいて、我々は連携室に頼むときに、「この方はちょっとこういう方なので、ご配慮よろしく申し上げます」ということの積み重ねをしていけば、おそらく対応して努力してくるというふうに思えます。いきなりこうしろといってもなかなか難しい。

【秋山委員】 この週末に認知症、除脈になったんです。90の人の脈が31とかで。訪問診療している先生が臨時に診てくださって、これは専門医療が必要だから、月曜日に近くの大きな病院へかかれというオーダーが来まして、つい、「先生半日がかりなんですけれども、だれがついていくんでしょうか」と言ったら、「治療が必要なものは必要だから、だれかをつけて一日がかりでも行け」と言われて、「ちょっと、それは私が決めるわけにもいきませんので、ご家族にお話をしてくださいませるか。ご家族は前々から自然にということをおっしゃっていますので」と言った途端、「自然にという言葉はだれが決めたんだ」という、

すごい怒られて、ちょっととりあえず私たちも対応に困りながら、ちょっとこれはオフレコの状態ですけども、ひそやかにステーションにあるポータブルの心電図を持って行って、はかって、そしてそれを循環器の専門の近くの先生にコンサルで診てもらいましたら、完全右脚ブロックが出たんですけども、本人が非常に穏やかに過ごしていて、いつものおりに変わらないので、様子を見てもいいんじゃないかという判断をいただき、ご家族にもそれを判断してもらって、結局専門医療機関には行かなかったんです。

同じように過ごしておられるんです。だから、その辺で救急に専門に行くときに、それだけの病院にかかるとそれだけの時間がかかるとか、そこでの全体のやはりかかりつけ医も急性期も、もちろん私たちも含めてですが、どういうときに、どういうふうに判断していけばいいか、そこに認知が絡まったときにどうすればいいかというのは、やはり玉木先生がおっしゃったように、どちらに向けても簡単なパンフレットなり、講習会があってもしかるべきではないかなとすごく思った事例だったんです。

ちょっと違いますけれども、実際はこういうことが結構あるんです。

【繁田部会長】 それはかかりつけの先生だったんですね。

【秋山委員】 先生が、このままいったら意識がなくなって死んでいるかもしれないという独居の人だったので、そうなったときに僕が呼ばれたら困ると。これは治る病気ではある。シックサインスではないかという判断で、私たちが医療センターに行ったらとてつもない時間がかかるとというのは、もう体験的にわかっているわけです。だから、そうじゃない方法とか、協議の仕方があるんじゃないかという提案をしたときに、やはりちょっとそこで怒られるんですよね。とてもつらい……。

怒られても別にそれはきちんと意見を通しながら、ご家族やご本人の様子を見ながらどうしていけばいいかを決めていくんですけども、実際現場ではそういうことがやはり起こるわけです。

【繁田部会長】 でも、パンフレットで状況が変わるとは思えない。その人にとってどんな医療が必要なのか、本当にその医療が必要なのかどうかというのは、判断をする材料が、異常があるから治療だという、今の医療の間違った方向に行きつつあるところを正さなきゃいけない問題じゃないですか。そうすると、パンフレットの可能性というのは……。

【玉木委員】 要するにこれは延命治療の中止とかのガイドラインの考え方と同じですよ。身体疾患に関する後見というものがどうするのかという問題、それを後見者が定まっていなかった場合に、だれが決定するのか。それは例えばかかわっている他職種のスタッフ

がよく考えて、その人のためになることをやりなさいと言われたところで1事例1事例全部違うわけだから、この認知症の症状に配慮しつつ身体疾患の治療を行っているところが、最も難しい部分なんだと思うんです。

でもとりあえず救命するとか、そういう部分は別としても、今言った亜急性期の状況でお一人でも置いておけないし、おうちには今日は帰せないだろうという状況のときで、かつご本人も判断できない、ご家族も十分いないということになったときのありようの問題も避けては通れないと思うんですけれども、それはここで今議論してしまっても、でも身体的後見は必要ですよ。

【繁田部会長】 それは医師のほうの意識を変えないといけないという問題になりますね。

【秋山委員】 これだけ今後増えてくる、つまり超高齢化社会の中で認知症がこれだけ増えてくるから、こういう会議が持たれているわけで、そうなったときに多くの急性期の病院の医療者並びに一般の先生たち、私たちも含めて、やはりちょっと考え方を変えていかないといけないという啓蒙がベースにあった上で、この議論って本来は必要な、ちょっと今の直接ではないんですけれども、そういう方向に実は向いていかないと。

本当に堂々めぐり。

なぜかといいますと、今度は私たちが退院調整に行きますよね。そうすると認知症があって、誤嚥性の肺炎を繰り返す、2週間熱が下がって、1週間末梢からの点滴をしたので、嚥下の評価をしたら大丈夫だからって、また経口摂取が始まった。でも何だか知らないけれどもまた誤嚥性の肺炎を繰り返し、食どめになる。それを3回ほど繰り返して、胃ろうの話、IVHの話になり、もう急性期の治療は終わりましたから、だからどこかへ行くのに胃ろうでないに行けません。あしたしますから、今サインをしてくださいというところに例えばそこに、じゃ、それから先のことも考えて、在宅どうするかというので呼ばれていくわけです。

家族が非常に逡巡しているけれども、週の前半の月曜日か火曜日ですよってきのうの話で、サインをするかしないかの状況なわけです。だけれども、なぜに嚥下、そういうことが起こるか。「もうちょっとゆっくり食べさせてほしい。気が向けば食べるんだから、おれのおやじは食べるんだから食べさせてほしい」と幾ら言っても、「急性期ではできません」と言われて、そこで決裂しちゃうというのが何例もあるわけです。

だから、つまりは運んで入院して、そういう状況の中で、すごい本当に隘路に陥るそう

いう人たちをどう引き受けるかみたいなの。そこに認知が絡むので、幾ら説明しても本人はやはり慌てて飲み込んだりいろいろしているわけですね。嚥下の評価をしても特に引っかからないと言うわけです。でもだんだん脱水が進んできて、体力が落ちてきて、それこそ今度は嚥下反射が落ちていくと。

もう本当にそれをこの間から何人もそれで、どうしたもんかというところの中に、現場にいるので、何かやはりちょっと全体を考えてもらった上で、だからどちらに対しても啓蒙は要るし、本人が持っている手帳は要るし、それぞれで努力をしないと、もうとても拾い切れない人たち、間に落ちていく人たち、私たちはどうしたらいいんだろうというか、本当に悩ましい。

ごめんなさい、すみません。

【安藤委員】 前にもお話ししたんですけれども、そういうふうな役割として、今全国の療養病床協会もぜひその療養病床で慢性期の救急をやったらどうかと。要するに超急性期まではいかなくても、在宅であるいは介護施設にいらっしゃる方が誤嚥性肺炎もそうですけれども、悪くなったときに、夜間でもお引き受けしましょうと。療養病床のスタッフって結構認知症に関してもなれていらっしゃる方もいらっしゃるのです、そういうふうにするによっていい連携がとれるんじゃないかと。

在宅療養支援診療所のバックアップ病院、在宅支援病院のようなことができれば、今までの療病床みたいに、ただただいつも満床というんじゃなくて、アクティブな療養病床と呼ばないかもしれないですけれども、慢性期病院ですかね。そういうものを新しいカテゴリーでつくっていくということがいいんじゃないかと思うんですよね。実際そういうような動きにもなってこようとしているんです。

【玉木委員】 ちょっと本題から外れてしまって、嚥下の問題は今、東京都が事業を歯科医師会さんのほうにつけて来ていますよね。在宅医も施設医も耳鼻科医の先生も、地域にいる先生たちがそれらの標準的な嚥下機能評価をできるようになって、そういうきちんとした評価をしない限り、胃ろうはつくれないと言ったらおかしいけれども、胃ろうのステップには進まないような方向性を持って、在宅で診られるという、それも底上げなんだけれども、そういう取り組みは行われているけれども、実際に嚥下難民、療養病床も胃ろうがないとなかなか経営が成り立たないのは追い込まれていますから、そういうところで認知症があると本当に居場所がないというのはよくわかります。

【秋山委員】 私は底上げの講師で、土曜日に講義に行きましたら、歯科の先生も歯科

衛生士の先生もすごく熱心に聞いてくださるけれども、これって急性期の人に聞かせたい内容ですよって、すごい思いました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

一応到達したかったところの大体3分の1ぐらいで時間が来てしまったんですけれども、次回、多少なりとも私の責任を持って取り戻すというお約束をして、事務局にお返しします。

【坂本幹事】 部会長、委員の皆様、長時間の議論をありがとうございました。

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。

本日お配りしました資料につきましては、席上配布のもの以外につきましては、すべて公開とさせていただきます。席上配布の1なんですけど、これまでの議論のまとめにつきましては、前回までの到達点、論点整理につきましては本日確認がなされました。また、第5回の議事録につきましても既に公開されておりますので、そういった点を考えまして、この場でご了解を得られれば、席上配布の1につきましては公開としたいというふうに思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【坂本幹事】 特に異論等もないようでございますので、席上配布の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は前回と同様、委員の皆様事前に確認をいただいた上で、公開とさせていただきます。

次回の日程なんですけど、次回7回目の会議につきましては8月の下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、日程調整の用紙を同封させていただいているかと思います。本日受付時に提出をされていない委員の皆様方につきましては、できればお帰りの際に事務局にお出しいただくか、どうしても無理ということであれば、後ほどファクス等でお送りいただければと思っております。

日程につきましては、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に、事務局としましては最大限調整をさせていただいたうえで、後日改めてご連絡させていただきますので、次回につきましてもどうぞよろしくお願いいたします。

本日はこれにて散会いたします。長時間にわたりまして、ありがとうございました。

了