

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第7回）

平成20年8月25日（月）

【坂本幹事】 定刻を若干過ぎましたが、ただいまより第7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。

本日は、大変お忙しい中、また足元が大変悪い中お集まりいただきまして、ありがとうございます。事務局の坂本でございます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、座って進行させていただきたいと思います。まず最初をお願いでございますが、発言に当たりましてはお手元に置いてありますマイクをご使用いただきたいと思います。おります。

次に、本日の委員の出席状況についてお知らせをいたします。

まず欠席委員の紹介でございますが、本日、所用により欠席されている委員をご紹介します。安藤高夫委員と、水村純子委員が本日は欠席ということで、連絡を受けております。

また、本日、所用により出席がとおけるとご連絡をいただいている委員を紹介いたします。新井委員と山田委員が、若干おけるといってご連絡を受けております。また、玉木委員ですが、ご連絡等はございませんが、若干おけている模様でございます。

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】 お忙しいところ、お集まりいただきましてありがとうございます。

早速始めさせていただきます。

まず初めに、配付資料の確認をお願いできればと思います。

【坂本幹事】 それでは、お手元にお配りしております医療支援部会（第7回）の次第をごらんいただきたいと思います。委員名簿に続きまして、右上資料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、資料番号は振ってございませんが、資料2といたしまして、シンポジウム「認知症と向き合う～「認知症の告知」を中心に」というパンフレットでございます。それから資料3でございますが、医療支援部会の検討の進め方についてということでございます。それから、参考資料1でございます。医療支援部会における検討状況ということで、第4回認知症対策推進会議資料の抜粋でございます。

す。それから、参考資料2で、東京都認知症専門医療機関実態調査の抜粋でございます。

以上、漏れ等はございませんでしょうか。

次に、もう1つのクリップのほうでございますが、これは委員限りの資料ということで、用意をさせていただいております。まず、右上にございます席上配布1、これまでの議論のまとめでございます。このまとめの1ページの左側につきましては、8月20日に開催しました医療支援推進会議の意見のまとめでございます。右側以降が第6回、前回の医療支援部会での意見のまとめでございます。

2枚おめくりをいただきまして、右上、席上配布2、中等度における検討状況でございます。これは、これまで議題メモ、課題と対応策案ということでお示しさせていただいておりましたが、その課題メモにかわるものとして用意をさせていただいております。検討を進める状況ごと、例えば緊急時の身体合併等、これまでの合意が得られた意見、また引き続き検討が必要なもの等に分けて整理をさせていただいております。

2枚おめくりをいただきまして、席上配布3でございます。「切れ目のない医療支援体制」の構築に向けた方策(案)でございます。これも、これまでの部会で出てきた支援策の案ごとに、どのような議論を経てこのような案が出てきたのか、それを踏まえると、今、どのようなプランが考えられるのかを、支援策を中心としてまとめたものでございます。

以上、資料の確認でございます。漏れ等はございませんでしょうか。

それでは、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。

まず、議題に入ります前に、スケジュールの確認といいますが、変更を提案させていただきたいと思います。資料3をご覧ください。委員の皆様方お気づきのように、中等度の問題というのは非常に複雑で、課題も大きなものでございますので、もう少し時間が必要と判断いたしまして、1回、回数を増やして開催させていただこうと考えました。

大変お忙しい中、恐縮でございますけれども、時間の都合のつく限り、どうぞご出席方よろしくお願いいたします。

それでは、先日行われました第4回認知症対策推進会議の概要について、私からご説明をさせていただきます。委員の皆様は、席上配付1の1枚目の左側をごらんください。前回までの医療支援部会の内容を報告いたしまして、このような意見をいただきました。

大きく分けて4つございまして、まず1つ目は、医療の中での考え方についての要望でございました。中等度、進行の度合いというのを言葉でくくってしまうだけで、個人のそ

の人となりが見えにくくなっているのではないかと、もっと個人を尊重した考え方も必要ではというような意見がございました。

それから2つ目は、これも既にこの委員会でも議論をしておりますけれど、医療従事者同士のコミュニケーションの問題。もっとスムーズな、シームレスなコミュニケーションを期待したいという意見。

それから3番目、施設に入ると、それまで受けていた医療サービスを受けることができなくなってしまうことがしばしばあるので、その点について改善を求めたい、そういったことは改善できないだろうかという意見。

それから4つ目に関しては、個々のご経験からのご意見だと思いますけども、治療の説明や対応に際して、かかりつけの先生ももっと知識を持っていただいて、ご家族にも判断の根拠に関して説明をしてほしいという要望、そんな要望等がございました。

以上でございます。これに関しては、後ほどの議論の中で関連するところがあればご意見をいただきたいと思います。

それでは、早速でございますけれども、議題の2と3を並行して進めたいと思います。既に前回までに中等度の医療支援体制を議論してまいりました。委員の中で意見が一致しているところと、そうでない部分があります。一致していない部分については、今日整理をして、中等度のまとめにつなげたいと思います。

現在の検討状況を整理したのが、席上配付2の表でございます。既に議論をしておりますように、緊急時と緊急時を避けるためにはというふうに、まず大きく2つに分けて議論をまいりました。緊急時に関しましては、身体合併症の緊急、それから周辺症状の緊急、それから介護者が何らかの理由で介護ができなくなってしまったという緊急の3つでございまして、主に、の緊急時に関する議論が中心でございますし、課題もほとんどのものがここに含まれております。

一番左側に記載されている現状と課題については、これまで繰り返し説明しておりますので、今回は省略します。その右側の基本的考え方というところをごらんください。このような課題あるいは意見の一致をみております。で示してございますのが、委員の中での一致を見た部分でございました。読み上げてまいります。

救急医療体制や精神科夜間休日救急診療事業等の既にある制度を併用しつつ、かかりつけ医・一般急性期病院・専門医療機関が連携する連携方式を基本とする。

それから、まずはかかりつけ医がトリアージを行い、必要に応じて一般急性期病院及び

専門医療機関に搬送する。

認知症の症状に配慮した身体疾患の治療を行い、不必要な症状の悪化を避けることを心がける。

在宅等地域への円滑な移行を考慮したケアの提供が求められる。

精神科病院で身体合併症の救急対応や高度な治療は困難。そのため、一般急性期病院が認知症の症状を許容して、受入れ促進を図ることが望ましい。

一般急性期病院での治療後は、精神科病院が後方病床としての役割を果たす。

今日、ご意見をいただく部分は、その下でございます。【引き続き検討が必要】というところでありませけれども、1つ目の から読んでまいります。

精神科病院に入院中に身体疾患が悪化した場合の対応。

一般急性期病院・精神科病院からの退院促進・受け皿確保等、双方向の連携体制の構築。療養病床の活用・連携というところでございます。

身体合併症と周辺症状ともに関連するものですので、下も続けて紹介をさせていただきます。 の1つ目からいきますと、入院を前提として考えるべきではない。

収集した生活情報や介護者の状況に応じ、個別に判断して対応すべき。

次は ですけども、かかりつけ医と専門医の連携による早期からの外来機能の活用を図ることを基本とするが、必要に応じて精神科夜間休日救急診療事業等の既にある制度の活用も考える。

医師は、各種の治療方法におけるメリット・デメリットについて、本人・家族に説明をする。

引き続き検討が必要な事項としては、治療の目標、どこに治療の目標を置くか、エンドポイントの問題です。それから、在宅医療・在宅介護が望ましいが、介護者が対応できない事由があれば入院が必要。

続きまして、胃ろう・バルーンカテーテル等の装着により、身体疾患の治療の必要はない人が周辺症状を発症した場合（必要な治療は周辺症状のみだが、身体疾患に関して医療措置が行われているために精神科医では対応が困難な場合）の対応方法。

これら基本的な考え方に関しまして、それぞれ対応策として、このようなものが挙がってきました。これに関しては、了解を得られているところでもあります。対応策の1つ目の

からいきますと、身体合併症に関しましては、一般急性期病院のスタッフを対象とした認知症対応力の向上研修・啓発。

かかりつけ医をバックアップする体制の構築。

菱形の1つ目ですが、症例等検討会の実施。

連携ツール（共通のフォーマット・患者手帳等）の活用による連携促進・情報共有。

それから、認知症サポート医フォローアップ研修と書いてございます。

その下に、検討が必要な事項としまして、患者手帳を円滑に活用するためには、だれが発行者となるのか、交付はだれが行うか、制度としてどういった管理方法を行うか、だれが管理をするか、あるいは内容に関しまして、どこまで記載が必要かということで、後ほどご意見をいただきます。

それから、周辺症状緊急時でございます。かかりつけ医をバックアップする体制の構築ということで、繰り返して先ほどのツールの話が出てまいります。役割分担も直結することですので、説明をさせていただきますと、まずご本人、ご家族に関しましては、治療方針や内容について医療機関と話し合い、疑問点については説明を求める。コーディネーター、外来時・緊急時の付き添い。かかりつけ医、軽微な身体疾患の治療を行う。対応困難な場合は一般病院を紹介する。専門医療機関、身体疾患治療後に周辺症状の治療を行う。一般病院、（急性期）認知症の症状を許容し、患者の受入れ・症状に配慮した身体疾患の治療を行う。治療後は転院・退院させる。（慢性期）ですが、在宅療養支援診療所の支援。行政、研修・啓発の実施、制度の構築・改善・周知を行う。これが身体合併症の緊急時のところの分担でございます、その下が周辺症状の場合の役割分担です。

本人・家族、治療方針や内容について医療機関と話し合い、疑問点については説明を求める。コーディネーター、外来時・緊急時の付き添い。かかりつけ医・一般病院、身体疾患が周辺症状の要因となっているかどうかを疑う。そうであれば、へ。上です。そうでなければ、専門医療機関を紹介する。専門医療機関、周辺症状の治療を行う。必要に応じ、薬の使い方及び家族への対応についてかかりつけ医をサポートする。行政、研修の実施、制度の改善・周知を行うということでございます。

まずは、この緊急時のこの2つについて整理をしてみたいと思います。

身体合併症と周辺症状の両方が問題となっている場合には、より治療の必要な問題から対応し、それがあ程度見立てができ、先が見えてきたところでもう一方の問題を、例えば身体症状が落ちついてきたら周辺症状というように行ったり来たりするというようになりますので、一緒に議論したいと思います。

まずは身体合併症の緊急時で、引き続き検討が必要なところで、精神科病院の役割、それから一般急性期病院との連携に関しまして、療養病床の活用に関してご意見をいただきました。これに関しては、今日ご欠席ですが、安藤委員にご意見を伺いましたので、それをまずご紹介をさせていただいて、ご意見をいただけたらと思います。

療養病床との連携のあり方として次の3つがあるのではないかと。

まず1つ目は、救急医療機関からの受け皿。この場合にはIVHであるとかレスピレーターであるとか、そういったものを装着はしていても、急性期を脱したのものに関しては可能ではないかというご意見でございました。

それから、特養等からの受け皿としては、これもIVH、レスピレーター等を装着して、不安定な状態のものに関しては、やっぱり受け入れることができるのではないかと、受け入れるべきではないかということ。療養病床を有する病院に対して行ったアンケートがあるそうですが、それによると回答した病院の6割から7割くらいは、もう既に特養と連携しているということですので、現実的な話ではないかということでございます。

それから3つ目として、在宅療養支援診療所との連携も考えられます。ただ、かかりつけ医のバックアップというのはなかなか微妙な問題があるだろうと。例えば、数日程度の入院が必要で、かつオペが必要かどうかという判断が微妙な場合、そういった患者さんの経過観察を行うような状況だと、その役割を担えるかどうかということに関しては、マンパワーの問題を考える必要があるだろうと。日中は対応できるにしても、夜間に関しては、必ずしもすべての医療スタッフが大丈夫だと思っているわけではないということでございます。

そこで、例えば、常にどの医療機関もというわけではなくて、順番で当番となるような医療機関を別途決めておいて対応するというのであれば、それも1つの方法かもしれないというような意見がございました。

そこまでが、今いただいている意見です。実際にこれに関しましてはいかがでございましょう。今までのところで、何かご意見等があればいただきたいと思えます。

【新井副部会長】 これは1つ確認ですが、療養病床とは精神科療養病棟という意味ですか。一般のですか。

【繁田部会長】 一般の療養についてですね。

既に行われている連携があるので、それをより強力に拡大して機能させることができるのではないかという意見は説得力があるように思います。

そうしましたら、その次も関連する内容ですので、少し先に進めて、そこも踏まえてご意見をいただければと思います。

「周辺症状の緊急時」の「引き続き検討が必要」というところの、どの医療機関でどこまでを担うかということについてです。具体的に考えますと、例えば精神科のベッドを利用しようというときに、どういった方を精神科のベッドで治療するのが望ましいのか、精神科のベッドはどういった症状あるいは問題に関して対応すべきなのかということ。

それから、以前に山田委員からもご指摘がありましたけれども、一旦入院していただくと、その後退院をしたり、施設に戻ったりするのがなかなか難しくなることがあるので、この部会で、精神科の入院治療の役割がどこまでか、入院治療によってどのような問題が解決できると、その先により本人の生活に近い形での療養の仕方があるのか、その基本的な考え方をこの委員会で示してもらおうと、精神科病院協会としては非常にスタンスも取りやすいし、積極的に取り組みやすいという意見を既にいただいております。それに関しましては、いかがでございますか

【玉木委員】 これは、在宅で周辺症状がある方をどこまで見られるかという問題と裏腹なんですけれども、その方がどこに帰るのかによって、かなり違うと思うんです。独居世帯、老老世帯、あるいは2階に住んでいるとか、その他の介護者があまりいないとか、それから施設療養していて、そこに帰るという場合とあるので、その辺の退院後の状況を勘案した上で、その方が帰る場所に周辺症状において適応可能とするところまでが、結局、精神科での役割ということになるんだろうと思いますけども、それがいわゆる尊厳だとか、いわゆる薬による身体拘束にあまり結びつかないような形でお帰しできるところを担うと。

最初から、一時的な加療でお帰しすることを前提にして受け入れるという縛りをつけておいて、その方の療養環境に合った、いわゆる、その方自身が適応できる状態にした時点で帰すと。

ちょっと具体的じゃないですけども、言うとしたら、それぐらいしか言えないのかなと思うんですが、ただ、例えば薬の内容にしても、転倒しやすい薬だとかいろいろな問題があって、在宅では使いにくいお薬もあるでしょうし、その辺のことが在宅医と精神科専門医のほうで、ある程度共有した情報なり、薬物治療に関するガイドライン、それからオフラベル薬もお使いになるなら、それに関するガイドラインみたいなものも、やっぱり前提にないと、なかなかこの辺の交通整理、役割分担が明確にすることは難しいかなとは思っていますけども。

いかに情報を受け渡し合いながら帰していただくかということだと思います。

【繁田部会長】 ご家族の介護者のパワーもありますし、あるいは、かかりつけ医の認知症なり周辺症状に対する対応のキャパシティの問題などにより、個別には大きく違って来るだろうということは考えられますね。

そこで、条件、そこで考慮すべき要因など、何か目安みたいなものを示すのは難しいでしょうか。今のままですと、周辺症状の治療に一区切りついたら、在宅など地域へということを強調したとしても、なかなかそのとおりにはいかないというのがございますので。

山田委員が、ちょうどおいでになられました。

本来精神科の病院にどうしてもお願いせざるを得ない状況というのは、どういった問題を抱えているときなのか。そのすべてが解決しないにしても、ある程度問題が解決するなり、めどが見えたところで、できれば病院を出てご自宅に戻っていただきたい。そうすると、その目安みたいなものとして、どんなふうに考えたらいいいのかということについて検討していました。今、玉木委員から、それはさまざまな要因によって左右されるので一概には言えないというお話があり、そのとおりの部分もあるのですが、何か考え方のようなものでも示すことができないかということなんです。

こちらにいらっしゃる間に、きっとお考えいただいていたのではないかという期待をして、いかがでございましょうか。

【山田委員】 考えてこようと思ったんですけども、急いで来て、あまり考えていないのですが、日常遭遇しているケースを考えれば、おのずと答えは出ているかと思います。毎回お話ししているように、ここに書いてある基本的な考え方は、大体これに沿って考えればよいと思います。具体的なお話をするとわかりやすいんですけども、有料老人ホームに入って、1年ちょっとたって被害妄想が出てきて、こういうケースは先週も1人お受けしましたけれども、今日入院相談で来た方がいました。外来で診ていたんですけども、途中で長女の方は泣き出したというか、失神しちゃったんです。先々まで考えると、こういうことがあるりますよ、こういうことがありますよと言って、先ほど玉木委員のお話も多分そういうことだと思うんですけども、在宅で使う薬、できる薬、使える薬というのは人によってですけども、大体メジャーランキライザーのたぐいになるんです。うまく使えば、あるいはコミュニケーションのいい家族であれば、近隣の家族であれば、訪問看護等でフォローできますけども、多くは、家に帰って飲みなさいと言うには怖い薬であるというようなことが多いんです。その薬の使用によって妄想は取れるかもしれないけども、

身体的に弱ってしまう可能性がある、嚥下障害が起きる場合がありますよ、そういうことが半々ですよと簡単に説明したんです。実際に後でこんなはずじゃなかったということのないように、精神科の立場ではいつもそういうような説明を最後までしてます。それで選択するのはご家族の方ですよということで、別に突き放すわけじゃないんですけども、表面的な症状をとるために、いわゆるここで論じている周辺症状、認知症のみならず妄想とか、あるいは粗暴行為が出てきたときに使う薬によって、身体的に、簡単に言えば寝たきり状態になる可能性もありますというような話を綿々としていったら、途中で気を失ってしまったということのようです。

老老介護とはいいませんけども、親が八十幾つで、その方が50代の方だったと思うんですけども、有料老人ホームに入るまでは、単身の長男の方と一緒に生活していたんですけども、長男も六十幾つで、お母さんの面倒までは見られないということで、お母さんを有料老人ホームに入れたんですけども、その方が徐々に老人ホームで対応できなくなったということで相談になったわけです。

そのように比較的周辺症状について認識が十分じゃないために、在宅でというふうに最終的に持っていきたいところですけども、なかなか在宅に持っていけるケースというのは、ほんとうに少ないんです。だから、これはもう1つ話がずれちゃうかもしれないんですけど、精神科の病院で診療報酬上、老人性認知症疾患治療病棟というのがあって、これは包括でやっている病棟です。ここは大体基本的には3カ月、長くても6カ月といわれていますけども、うちの、ケースワーカーがとある東京都の会議に出て、個々のケースを検討しているようなんですが、病院によって退院の方法等々は、ケースワーカーの動きによって違っている、随分ばらついているそうなんです。

これを見ればわかるんですけども、話を戻すと、私は認知症治療病棟をつくらなかった理由は、退院させるのは難しいだろうということを前提に、重度認知症病棟と勝手に自分たちで名前をつけた病棟、そこで対応している。しかも、それは一般の診療報酬でやっていますから大変なので、大変申しわけないんですが差額をいただいているということなんです。

そこは何カ月で出ていってくださいということではなくて、重症になっても内科のパートの先生に来ていただいて、身体的なものがあっても診て、最後まで診るということとしていますが、なかなかそれが空きが出ないんです。皆さん、そこが困るところですし、精神科でもお預かりするのは、そこでまた前々回ですか、私が話した、身体的な問題が出た

ときに対応しきれない病院もあると聞いていますから、簡単に一般科で身体的な症状が治療が終わったということで、あとは認知症が残ったから診てくださいといわれても、その先にあるのはまた身体的なものが何かどこかで出てくる。そのときに、どこで受け取るかという、なかなか難しいということなんです。そこが私もじくじたる思いがあるので、いつもはっきりしない返事をしているので、今日もまとまらない話をさせていただきました。

【繁田部会長】 退院をしてご自宅に戻られる、あるいは施設に行かれる人というのは、どういう人ですか。全体から見たら少ないかもしれませんが。

【山田委員】 一番わかりやすい、確実に在宅に戻るといの方は、非常に自由に手があがる家族で、なおかつ暴力行為等で暴れちゃったというケースは、比較的メジャーなランキライザーで戻れることがあるんです。

ところが、家族に手がないと、たとえよくなっても一たん家を離れてほっとしちゃうと、なかなかまた受け取るということが難しいみたいで、こちらとしてはもういいんだけどという方はいらっしゃいます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ご家族が倒れてしまったというのは、非常に心が痛みますけど、おそらくそこまでずっと無理をしてこられたという状況だったわけですね。お話の内容だけではなくてという状況なわけです。そうすると、もう少し早く入院ではなくて、妄想であるとかそういった症状に対して対応していれば、話は違っていたかもしれないということはいえますか。

ただいまのご意見に関しまして、いかがでございましょうか。

【西本委員】 実は、先月うちの事業所の中でも、緊急で周辺症状が悪化して、緊急で治療が必要という方が出て、脱水に関してだったので、一時的に脱水は落ちついたものの、周辺症状が残ってしまって、要するに一般の病院で脱水で治療したものですから、内科的なものはもう必要のないということで退院はさせたものの、やはり周辺症状が夜、暴れたりだとかというような状況で、ご家族はとてもお困りになって、いろいろな精神の病院に紹介状を書いてもらって行ったんですけど、すべて門前払いで、来てもいいですけど1カ月は待ちますよとか、すぐは無理ですよというお話をいただいて、ほとんど困っちゃったケースがあるんです。

ほんとうにここの検討状況の基本的な考え方そのもので、一般病棟と精神の病棟の精神科の先生方がすごく連携していただいて、うまく回れば、多分在宅でもなかなか入院でき

ないような状況だとか、というのがないとわかれば、すぐ入院させていただけるんだということがわかれば、家族も少し入院していただいて、また落ちついたら在宅で見ようというような気持ちになるのかもしれないんですが、ほんとうにその方はご家族はとても怖い思いをされて、最終的には有料老に入ってしまったんですけれども、そういう意味で、ほんとうにここの基本的な考え方の連携、あとは家族をサポートするような訪問看護だとかというところがしっかりしている、山田先生もさっき言ったようなことがほんとうにそうだと思うんです。家族力、介護力というのは、一度怖い思いをした家族というのは、また同じことが起きるんじゃないかというのをとても心配して、もう一度受け入れというのは難しいと思われてしまわれるので、やっぱり入ってしまうと、ああ、よかった、じゃあ自宅ではもう無理よとおっしゃる方がほとんどなので、そういう意味ではなくて、入院も退院もスムーズにいくし、しかも在宅でも医療とうまくつながって、訪問看護なりのサポート体制がしっかりしているという体制があれば、ご家族もそれほど受け入れが難しいとは思わないんじゃないかなと私は思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

そのほか、ご意見ございますか。

お願いします。

【桑田委員】 療養病床に実際に勤務していますので、意見としてお伝えしたいんですが、身体合併症があって、後方病院として療養病床が受けることは、療養病床の役割かなと思います。また、特養との連携という点ではオーケーかもしれませんが、急性期でもIVHはまだいいと思いますが、呼吸器をつけてくる方、ほんとうに夜勤帯50人を1人のナースが看るとか、60人を2人で看るといような夜勤の状況を考えたときに、ほんとうにそれが可能なんだろうか不安に思います。もちろん件数によりますけれども、実際それができるのか、可能なのかなということが、看護職としてはやはり気になります。

急性期病院に比べれば医師の数も少ないですし、そういう点では人員配置等のことを考えれば、認知症の方というのは身体的に負荷がかかっている、苦しいときには元気がないですけれども、よくなってきたときに元気が出てくるというようなところもあったり、そのときに事故が起こるなんていうこともありますし、そういう点では、まずどうなのかなというのは1つ思いました。

それと、ほんとうに玉木先生と山田先生がおっしゃることは、私は実感で、自分も精神

科にいたことがありますし、現在療養病床、介護療養病床、療養病床がある病院で勤務していて、最近入院してくる方は、ほんとうに精神症状が激しい方が多くて、医師も薬物療法で四苦八苦しているというのはすごくわかります。ちょっと多めに内服すれば過沈静になる、ほんとうに処方量が個々によって違っていて、なおかつ私たちもそういう方を、人数がどんどん多くなってくると、早く何とかしてもらいたいという思いになりますし、精神症状を安定させる薬物療法の部分も、やはりすごく難しいなと思います。

周辺症状をよく沈静させようと思うと、ケアが重要になってきます。手がかかってくるということが事実あって、一たん落ちた生活レベルを、今度は持ち上げてくるという部分も、やはりすごく時間がかかるし、ご家族の方があれでほんとうにお家に帰って見られるのかというと、今、老老介護という話もありましたが、ご主人が1人だけとか、奥様が高齢で1人だけというときには難しいだろうなと、共倒れになるだろうなというのがやはり実感です。

ですから、もちろん地域に帰すということは、大きな1つの目的ではあるんですけども、それを言ってしまったら終わりかもしれない、山田先生の気持ちがよくわかって、はっきり言い切れない。現実を考えると、ほんとうにそれがいいのというのがあるというのは事実かなと思います。

【繁田部会長】 精神科をずっとやってきた立場から見ると、おそらく、一般の方は、精神科の敷居が高く、精神科に入院させるというのは非常に抵抗があって、なかなか入院する気持ちにならない、受け入れられない。そうすると、その間に症状がだんだん悪くなっていく。先ほどのお話にもあったように、ぎりぎりまで入院させる。だから、その後とても見られない。精神科の病院での治療が終わっても、家族のほうの気持ちがもう折れてしまっている、退院させることが難しい。

今のご意見をもとに、建設的な方向にまとめるとすれば、やはり早めに症状には対応していただくということですね。場合によっては、入院ももう少し早めであれば、退院できる可能性もそれだけ高くなるということですから。

【玉木委員】 とても難しいんですけども、何らかのこの会のイシューを出しておかなければいけないとすれば、今、おっしゃったように、周辺症状はまず悪化を防ぐことが大前提で重要であるというのは、この中等度における医療の一番最初にくる文言として、やっぱりきちっとしておくのと、もう1つ、認知症の薬物療法というものの定義というか、アウトカムはあるのかと。それはドクターによって、みんな違うし、使っている薬も違う。

オフラベル薬を上手に使って、それを在宅でやれる先生もいるし。

ですから、この会で定義してしまっていていいかわからないけども、認知症の薬物療法とは、その人の暮らしの場において家庭的、社会的な適応ができる状態を維持するものとして考えると。ですから、その状態に一時的に適応できなければ、それを入院で短期間をお願いしてお帰しするというのが大前提であって、そのためにご家族にどういう情報を渡し、何を理解してもらい、その薬の利点とその副作用、あるいは、どの指標でそれを家庭でチェックしていくか。医師はどのようなふうにならざるにそれを管理していくかという、やっぱりある程度のガイドラインがないと、なかなかその定義も絵にかいたものになってしまうのかもしれないけども、あくまでその方の居場所において、そこに適応できる状態に戻すことだというような前提で入院だとか、やりとりを考えていくしかないのかなと思うんです。

そうしていいのかわかりませんが。

【繁田部会長】 ただいまの点に関しまして、ご意見ございましたら。

【村松委員】 私も実は家でつらつら考えながら、自宅に戻ったときに介護者がお薬の管理ができなくなってくることはわかるんです。そのことを何とか家族が、これがお薬のせいだと気がつけるような何か指針、ここまできたら通院してくださいよという、ほんとうにもう1回通院できるような状況があれば、家族もちょっと大変だけど頑張ってみるかという気持ちになるかなと思うんです。何もないと、やっぱりこれが認知症が進んでそうなったのか、自分の対応がまずくてなったのか、お薬の取り扱いがまずかったからそうなったのかというのがなかなか家族が判断できないから後退してしまう。

介護者の会でもよく、おかしくなったときにお薬のことを聞いていますか、お薬のせいじゃありませんか、そこを確認してくださいと言わないと、皆さん聞けなくなっているんです。だから、そういう指針みたいなものを1つ物差しを出していただけると、そういうものがあると少し楽かなという気はしていたんですけども。

【繁田部会長】 その物差しは、例えば薬の副作用も含めて、そういう情報を広く家族が持つ、あるいは家族がアクセスできるようなものをということですね。

【村松委員】 そうですね。

【繁田部会長】 そのほか、ご意見ございますか。

【新井副部会長】 玉木先生がおっしゃったように、普段からBPSDをきちっと、周辺症状を前もって知って治療して、なるべく早く帰れるうちに治療することはとても大事だし、今の、普段から薬物の情報を与える、普段からというのがまず大事だということは

言うまでもないことだと思います。ただ、今日の議論は緊急時のところをどうするかというところなので、ここでまた玉木先生が2つ目に言った、家庭で適応できているというのも基準としてあるんですけど、その適応がキャパシティーによって変わるということが非常に難しいところです。

整理をするために、ちょっと図を書いてみたいと思うんですけど、1つ、今、身体症状の問題ですよ。それで、周辺症状がこうあると。これが周辺症状で、これはみんな認知症の患者さん。この身体症状がある程度軽くなったとき、軽くなったときは在宅とか施設で過ごせるというようなことになる。身体疾患が非常に重いときは、これでいうと一般の内科等の急性期病棟での対応になりますよね。急性期病院で治療する。

それで、周辺症状が目立つ場合は、これは精神科の救急でも急性期でも何でもいいわけです。これは軽くなった場合は在宅に帰るということですけど、ある程度この症状があると、家族のキャパシティーが大きい人はここにきますけども、ない場合はここは帰れないわけです。

ここです、ここが一番大変なところで、身体症状も周辺症状もあって、これは何か特別な指定病院じゃない、何か両方診られるというのは非常に必要かなと、今、思ったんですけど。

ここは体からよくなって、みんな認知症の患者さんですから、これは今の議論だと療養病棟という話が挙がってきているのかなと思うんです。それで、周辺症状で軽くなっているけども、なかなか家族が受け入れられなかったり、軽くなったけども帰れない人は、これは精神科のほうの療養とか、精神保健施設とか介護保健施設とか、これがキャパシティーがあれば帰れます。

そうすると、ここが今、問題になっているところです。一般科でも精神症状を診てほしいというような希望が出ているし、逆にいうと精神科でIVHとかバルーンがあっても、なかなか診られないとか、ここが周辺症状と身体症状とみんなあって、軽くなっているんだけど家には帰れない場合はどこでやるか、それを内科の一般科のほうでやってほしいか、精神科のほうでやっていくか、ここがどっちからとも今、おまえのほうでやれ、こっちでやれと言っているようなところなのかなと思います。

そうすると、今の議論で、要するに家庭で適応できればいいわけですけど、家庭の受け入れの度合いによって、家に帰れるか、この中間のところはどこかに頼むかしくなくちゃいけない。だから、この辺のところの1つ1つ条件を、部会長が言っているような、ここが

これとこれの違い、これとこれの違いは何なのかと言っているのと同じだと思うんですけども、こうして整理して何かうまく考えられないかなと、思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

真ん中の斜線が入って、身体と精神のダブルカウントを抱えている場合というのは、いわゆる合併症治療病棟みたいなところですか。

【新井副部会長】 それが軽くなって、身体疾患が終われば精神科、この図でいうと下の部分でいいわけですね。身体症状だけだったら、上でいいわけですね。だけど、軽くなって、真ん中の3つが重なっているところは、在宅で帰れない場合にはどうかというところが一番難しいところです。

解決にはなっていないのですが、ただ問題をすっきりさせるとこういう整理になるのかなと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。おそらく1つの基準をつけて、小さな丸みを帯びた三角形、真ん中で分けて上が身体のほうで、下が精神のほうでというわけにはいかないと思うんです。おそらくそこにいる人は、私の意見になりますけども、例えば病院に入って治療を受けた、さしあたりこの治療を続けてください、経過観察にはこういう点を注意してくださいとって精神科の病院に入る。精神科の病院ではそのアドバイスを受けつつ専門の周辺症状に対して治療を行い、また身体疾患が悪くなるようであれば、精神症状はこういう治療で半分ぐらいに抑えられている、そのお薬を続けていただきながら、こういう点に注意して体の病気のほうをとというふうに、これは行ったり来たりせざるを得ないですかね。

【新井副部会長】 そうですね。だから、ここの引き続き検討というところにも、精神科としてはバルーンとか胃ろうがあると、なかなか受け入れがたいかなという指摘があるし、それから上のほうでは一般科の人にも認知症の取り扱いをある程度覚えてもらいたいという要望も前からあるし、その辺はその真ん中のところの話ですね。

【繁田部会長】 おそらくお互いの医療機関が、一旦引き受けると、もうどこまでも責任を負わなきゃいけないと考えている。そうすると、受けにくい。何となく抵抗してしまう。それがお互いの問題をどんどん大きくしてしまっている部分もあるのではないのでしょうか。

そうなりますと、山田委員のご意見を伺いたいのですが、下の胃ろうとかカテーテル等があったとしても、今、判断をしつつ身体疾患に濃厚な治療をしていかなきゃいけないと

いう状況でなければ、精神科で一般病院と連携して、患者さんに行ったり来たりしていただける、白い三角の部分として、スムーズなやり取りをすることで対応することはできないでしょうか。

【山田委員】 できないことはないと思うんですけども、とても美しい話なんですけども、現場では実際に精神といったら一般科は受けないとか、例えば盲腸で、虫垂炎で入院しても、もう切って縫ったら帰ってきちゃうとか、大腿骨の頸部骨折でも、縫って帰ってきちゃうんです。あとは抜糸はそちらでやってください、消毒もそちらでやってくださいという状態です。そのくらい向こうは、好意的にやってくれる近隣の病院でも、騒がれるのが一番困るということです。

先ほど、ここにある具体的にバルーンだ胃ろうというのは、精神でも対応できる病院、うちもやっていますけども、このぐらはいくらでもやる病院は多いと思います。ただ、やっぱり、例えば挿管とかそういうのもやりますけども、ぱっこんぱっこんやる機械を持っているところはなかなかないんです。やっぱり呼吸の管理というのはちょっと難しく、たまたま私の病院でそういう疾患が受けられるのは、私が実は身体をやってから精神に行っているんです。七、八年やってから精神に行っているものですから、比較的……。あと昨今の若い先生では、最初に内科に回ったという人が老人病棟も持ってくれるんですけども、その辺は私が前にもお話ししましたとおり、最初から精神に、プロパーで入った人は、老人を診たがらないんです。

だから、その辺が実は根底にはあるということを一一般の方も知らないし、意外とかかわっている方たちも知らない。なぜ診てくれないんだと思うんです。意外と怖いんですね、そういうことが。ほんとうに精神については非常にばりばりでできるということなんですけども、バルーン1つも看護師さんのほうがうまいとか、下手すると留置針を入れるのも看護師さんのほうがずっとうまいとか、入れたことがないという精神科の先生もいるんです。

そういうことの実情がいろいろばらばらで、東京都の70近い、精神科病院協会に入っている病院でも、多分いろいろ違うんだろうと思います。そこが私も地域全体、東京都全体で考えなきゃいけないと頭で考えるんですけども、できる病院とできない病院、大体わかりますけども、やっぱり目指しているところが違っていたりすると、この話はどういうレベルで考えたらいいんだろうと思っちゃうんです。

多分それは一般科も同じように、多少のことは診るよという、認知症が入っていても診

るよという病院もあれば、認知症は一切診ませんという病院もあるということが難しいんじゃないかと。

いつも否定的な話ばかりして、部会長に申しわけないんですけども、難しい問題をクリアするために一応言っているんですけども、ここから何かできることとしては、1つは、先ほど新井先生が書いたああいう図から、実際に中等度の方をどっちに分けていくかということ、要するに持っている資源としてみて、どう割り振っていくかということですし、もう1つは、啓発事業をもうちょっと進めて、認知症というのはどういうものかと。今日、たまたまあったケースを皆さんにお話ししたのは、いかに家族の方々が知らないか、身近にそういう方が出るとびっくりして、しかも、予後をずっと話していくと気を失っちゃう人がいるというぐらいわかっていないんです。そういうことも、精神科が診るのを嫌がるところでもあるんです。こんな悪くしちゃってどうしたんだと。メジャーランキライザー使ったら寝ちゃったじゃないかということになるんですけども、私は認知症もずっと診てきたので、こういうふうになりますよということを了解もらってから受けるようにしていますけども、その説明したらぶっ倒れちゃうというぐらいだと、いつも思うことは、行政も含めて、疾患に対する啓発事業をしっかりとしないと、家族も理解しない。

多分そういうことも昨今、医療側が腰が引けちゃっている要因になっているんだろうと思うんです。その辺のことも含めて、あと具体的に考えていくというところになっているんだと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

議論の方向としましては、具体的な何か基準を決めることはできませんけれども、普段からの対応だけではなくて、実際に問題が起こったときに、急性期の身体疾患病院と精神科の病院とでできるだけスムーズにする、頻繁なやりとりが必要だということを、この部会の考え方として打ち出すということですね。

【新井副部会長】 1ついいですか。山田先生がおっしゃった現実的な難しさは、ほんとうにあると思うんですよね。だから、東京都で推進している精神障害者の身体合併症事業ですか、ああいうのはやっぱり必要になってくるという現状を踏まえると、統合失調症とかうつ病なんかで入院されている方が身体合併症を起こしたときに、東京都が窓口になって移って、治療が終わったらまた戻すという事業をやられていると思うんですけど、認知症の方もそういうところまで必要かどうかというようなところまで、現実的にはきっとそういうのが必要になるぐらいまでの問題も、ほんとうはあるのかなと思いますけども、

それはまた今後の議論だと思います。

【**玉木委員**】 進めなくて、すみません。今まで臓器別医療だとか役割分担だとか病院機能だとかいって、ある意味それでやれていたわけでしょう。でも高齢者が増え、認知症の問題が顕在化し、これは認知症だけじゃないですよ、いわゆる認知症がなくても在宅療養なり、障害を抱えて何十年も生きる方はいらっしゃるわけだし、がんの終末期の問題も同じですけど、基本的にすべての役割を担った医療機関が全人的に人を診られるようにスキルを高めていかなければ、この認知症の問題も含めて解決していかないわけだから、そういうことが前提として必要だということは、医療支援部会の最初にぼーんと言ったほうがいいですよ。

私はこれしかやりません、私はこれしかやりませんという医療機関なり医師のスキルをもっと上げてくださいと。それには急性期の先生もある程度認知症を診られるようになってほしいし、みんな同じだと思うんです。精神科の先生にも医療区分1程度の方々については何とかやってもらえないか。

例えば老健だって5人も10人も胃ろうの人を入れたら見きれないけども、3人までだったら何とか、4人までだったら何とかと、今の体制だったらできるけども、1人も受け入れていないというようなところがあったとしたら、それは皆さん看護体制もあるけれども、3人までは、4人までは受け入れてください、それだけで全都これだけキャパシティが広がるんですということを、そういうことをやっぱり前提で言って、みんなでスキルを上げて、そしてやむを得ない人は連携で何とか居場所をつくってあげてやりましょうと。

将来はこういう絵をかきましたから、この前提でやっていけるようにしましょうというようなことかなと思っています。

【**繁田部会長**】 ありがとうございます。

医療体制に関していえば、ただ今までは何となく誠実なる医者がいったり、献身的な医療スタッフがいて済んでいた問題が、認知症では済まなくなったということですよ。だからこうなってきたらと思いますけども。

ご意見ありがとうございました。今ほどの精神科と急性期の病院だけに限らず、手帳や紹介状の書式といった連携のツールについても、これまでご意見をいただいております。それに関しても、今日、もう少し整理をしたいので、説明をさせていただきます。

席上配布3をごらんください。右側の下に、これはかかりつけ医を中心とした地域の医

療支援体制と書いてありますけども、精神科病院も、それから専門医も急性期の病院も対象になるわけです。そこで活用するツール案として、現在、手帳という形と紹介状という形の2つがございます。これについて、イメージしていらっしゃるものが、もしかしたら委員の皆様で違うかもしれないので、少し説明をさせていただきます。

例えば手帳について、手帳があると良い場合として、救急でかかったときに、ご本人の状況を適切に説明する人がいるとは限らない。そういうときに、こういった手帳があれば、医療機関はそれを活用できるというご意見がありました。

もう一方で、その手帳に普段からの認知症に関して受けている医療やサービスの状況・内容等が書いてあると、それをもとに専門医療機関も、かかりつけ医も、取り巻く人々も活用できるというご意見がありました。

この2つはかなり内容として異なっておりまして、もし救急のときに使うとすれば、特定の地域だけではなくて全都を視野に入れて考える必要がでてきます。そうすると、かなり予算規模は大きなものになってしまう。

その一方で、普段からその手帳が、ご本人の理解を得、ご本人の理解できる範囲で理解していただいた上で携帯していただき、その内容を更新していくことで、地域の医療等に役立てることができるだろうというご意見もありました。その場合には、ある程度地域は限られるので、手を挙げてくださる地域があれば、そこをモデルとして、どれくらいの有用性があるのか、意味があるのかという検討ができるだろうということなんです。

一方、共通の紹介状のフォーマットに関しては、委員の皆さんにご意見をいただきつつ、フォローアップ研修等で案を考えていただいて、例えばいつでもダウンロードできる形で、都のホームページでありますとか、医師会のホームページでありますとか、そういうところで活用できるようにすれば、ほとんどコストはかからない。というふうに考えました。

いかがでございましょう。少しお金のことに関して、何か補足的にあれば、どのくらいかかるなんていうのも、ちょっと計算していただいたんです。事務局から何か説明ありますか。

それと少し追加をしますと、もう1つ考えないといけないのは、だれがつくって、どういうふうに配って、だれが管理をするかということです。つくって配ればいいのかという問題ではなくて、常に更新をするとすれば、やはり積極的にその制度に関わる人というのがいなければいけません。

紹介状に関していえば、通常紹介する側とされる側があって、出す人、書く人、それか

ら受け取る人ですけれども、そこで行ったり来たりする情報を、介護職など本人をサポートするそのほかの人たちも共有できるといいなと思うんです。

ただし、個人情報の問題があるので、ご本人に断りなく周りでどれどれというわけにはいかない。ただ、やはりサービスを提供する人も、こういう病気で、こういう状況で、こういうふうに変化してきているんだということを知っておいてもらうほうがいいのではないかとということも考えました。

よろしいでしょうか。それだけの金を払う価値があるのかということも、少し考えていただければと思います。

【事務局】 手帳についての現在の試算ですが、二次医療圏を押しなべて平均的に考えますと、発行の対象になるような認知症の患者さんの数が初年度に大体2万3,000人。初年度ということ、再発行なども含めて考えますと、大体3万冊が必要かなと考えています。

これに、症例検討会等で検証していくという仕組みも含めて、必要になる予算は、大体2,000万ぐらいと考えられます。この制度を、初年度以降は一たん交付した方には交付しないということになるとは思いますけれども、翌年度以降もずっと持続していくだけのメリットがあるかどうかというのを、ちょっと考えないといけない金額にあるのかなと思っております。

連携ツールとして、手帳とフォーマットとどちらの体裁いいのか選ぶだけであれば、そんなに大きな話にはなっていない。地域で使いやすいほうの体裁を使っていただくということで済むかと思うんですけれども、救急でということになりますと、全医療機関共通の体裁になっておりませんと、どこから患者さんが来たかによって全然ばらばらのものを持ってくるようでは、通用しないのではないかと思います。そうしますと、発行者をだれにするのか、交付するのは一体だれなのか、例えば専門医療機関で交付するのか、かかりつけ医が一括して交付するのか、あるいは区市町村で何かのときに交付するのかということも、もう少し詰めて考えないと必要な人に行き渡らないことも考えられます。連携を主眼にするのか、急性期、救急というところを主眼にするのか、今、手帳が2つの側面が語られていますけれども、どちらにするかによってでき上がってくる制度というのが、大きく違うのかなと考えているところです。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

いかがでございますでしょうか。

【秋山委員】 すいません、おくれて参りまして。秋山でございますが、介護保険を申請して、かかりつけ医の意見書の中に必ず認知症の自立度というのが出てきて、そこに区分が載るわけだから、その時点で、例えば2 B以上とか、そこはどう出るかわかりませんが、そういう方に簡単な手帳が配られて、更新のたびにそれが本人のところに介護保険証と。そこがちょっと仕組みをどういうふうにするか、保険者によって違うと思いますが、そういうことはできないのでしょうか。必ず主治医の意見書のところに、障害老人の自立度と、認知症の自立度と両方書いてチェックがあって、という状態ですよ。あれは利用できないのだろうかと思ったんですけど。

【繁田部会長】 確認しますと、何らかの形で手帳があって、それをその都度転記していくということですか。意見書を書くときに、半年に一遍とか、そういう。

【秋山委員】 そうですね。転記とすれば、かかりつけ医が意見書を書くときに書くだけでなく、それが地域のかかりつけ医ではなくて、急性期の病院の先生が書いているパターンが結構多いので、そこはちょっと検討しなければいけないけれども、確実にあそこで、正しいかどうかは別として、認知症の自立度は書きますよね。その辺はいかがでしょう。

【玉木委員】 例えば健康手帳には、薬の情報を最近必ず張ってあります。あそこに小さいのでいいから、フェースシートシールとかいうのをペタッと張って、そこに世帯状況と、主介護者と、後見者と、その薬のアレルギーだとか認知症歴だとか、重要事項だとかをちょこっと書くようなものだったら、だれでも持っているというのができるのかもしれない。

ハンコでもいいですよ。ぼんと押して書くとか。

【繁田部会長】 今、玉木委員がおっしゃったのは、救急のときにそれがあるといいだろうということの手帳。

【玉木委員】 もう持っていさえすれば、例えば健康手帳を持って一緒に病院に行ければ、ある程度の情報は渡せますので。認知症そのもの手帳をつくるのが一番いいかもしれないけれども、それをまた、さっき言ったように更新していきなり、みんなで書き込んでいきなりというのも、かなり難しい側面も。かなりしっかりした二次医療圏ごとの状況をつくっていった上でやるのもいいと思いますけども。

今、ちょっと話しておりますけど、認知症サポート医のフォローアップ研修のカリキュラム案では、今、話があるように、二次医療圏ごと等で、その中の区市町村にいるかかり

つけ医が連携して、何らかの連携ツールと連携体制を仕掛けるという能力をサポート医が持とうというのを1つのアウトカムにしているわけなので、その中でもどういう情報をやりとりしたらいいのかということを検討していますが、あまり複雑な情報があってもやりきれないのではないかという意味においては、そういうシールみたいなのをぼんと張って、そこに認知症と診断してご了承が得られればそこに書き込んで、変わったらまた張って書きかえるというようなことも一法かなということですよ。

【新井副部長】 先生がおっしゃった健康手帳というのは、みんな持っている薬の手帳ですか。

【玉木委員】 あれは薬だけじゃないですよ。何書いてもいいんです。必ず持っているんです。

【新井副部長】 どこで、あれは配っているんですか？

【玉木委員】 区市町村がくれるんです。

【繁田部長】 薬局でくれるのではないですか。

【玉木委員】 ビニールカバーの手帳ですよ。

【繁田部長】 ああ、違う。ビニールのカバーじゃない。

【秋山委員】 多分新井先生がおっしゃっているのは、お薬手帳。それは薬屋さんでもらえるんだけど、先生が言っているのは違う。

【玉木委員】 私が言っているのは、医療にかかる健康手帳です。これは必ず持っているから。このくらい。これより小さいものです。

【繁田部長】 発行者はだれですか。

【玉木委員】 例えば後期高齢者の対応をしているとか、そういうようなことを書き込んでいく手帳を、皆さん持っていると思うんですけど。ないですか。

【繁田部長】 ちょっと補足説明してくれますか。発行は行政ですか。

【玉木委員】 健康手帳って、ありますよね。お薬の手帳でもいいか。シールぼんと張ればいいんだけど。

【村松委員】 それより手帳のほうが……。手帳は持ってないですね。今の後期高齢者の保険証だけですね。

【玉木委員】 包括医療だと、だれが主治医かとかいうのを示す、ハンコを押していくという手帳を持っていらっしゃるんですけど。

【村松委員】 お薬手帳は持ってますよね。お薬手帳だと。

【新井副部会長】 僕も言い出しっぺの一人だったので、ちょっとあれですと、二次医療圏でそれだけ予算がかかるとなると、そこまで大規模じゃなくて、もうちょっと小さな地域で試行するなんていう可能性は難しいんですか。最初の二次医療圏で連携を確立するというのは、もちろん目的にあるから、ここでやりたいというのわかりますけども、もうちょっと役立つかどうかみたいなデータをとるといえるのでは、もうちょっと初年度は小規模でやるということは可能なんですか。

【事務局】 そうですね、地域によると思います。二次医療圏単位で考えている理由は、連携には専門医療機関に入っただけでいいわけでは、それが必ずしもやりたいと思った区市町村の中にもあるとは限らないので、専門医療機関との連携ということを考えていくと、二次医療圏単位でつくっていくのがいいのかなと思ひまして、今、このような書き方になっています。

【新井副部会長】 私のイメージとしては、会長が言ったこの2つです、救急のと、情報としての手帳。どっちかという、母子手帳をイメージしています。あれは妊娠してもらいますよね。それは秋山さんがおっしゃったように、認知症になったというのがあればもらうというのがスタートでいいと思うんですけど、そうすると、途中でどこにかかったとか、それを簡単に医者が記録して、あとは例えば里帰り出産で、実家に帰ったときに、そのデータが地元の産婦人科医が見られるというようなものです。そういう意味では、私としては救急のときは副産物としていいと思うので、それをメインにしなくて、情報があって、飲んでる薬も含めて、連絡先とか何か、先生がおっしゃられましたけども、そういうのがあればいい、救急よりも情報源としてあることでいいんじゃないかなとます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

ご意見、今のご意見に対してのご意見等も含めて、いかがでございますか。

【秋山委員】 先ほどの健康手帳というのは、65歳以上になったら保険者というか、行政.....。

【玉木委員】 老人健康保険法でもらえる手帳でしたよね。

【秋山委員】 だから、それが徹底している福生市と、他のところはあまりそれが目立たないということなので、行き渡っているところなどは非常に活用がしやすいということ。

【玉木委員】 うちの市は全員必ず持ってくるから、そこにいろいろ書くし、薬をそこに張っている人もいるし、検査データをあげるとそこに張っている人もいるし、必ず持つ

てくるのがあるんです。ですからそれが、母子手帳はもう英語の辞書にちゃんと母子手帳というのが出ているくらい日本の成果物だと聞いていますけど、認知症手帳とかいうのができればいいなと思いますけど。

もし、そういうことが行き渡っている行政であれば、十分使えるなどは思っています。

【繁田部会長】 新井委員からお薬の話がありましたけども、それは医療機関にかかる方は必ず持っていらっしゃるんですね。

【新井副部会長】 多いですね。

【繁田部会長】 また別の例ですが、しっかりしているご家族はバインダーの小さなノートを持っていらっしゃって、全部そこに書いてあるんです。この前出かけて行って保護されたのはいつでしたっけと、それをこう見て、あ、この日でした。そうすると、僕はその人の場合には、その手帳にそのシールなりハンコなりで押してあれば、ことは済むかなと。

あるいは、お薬手帳の場合には、薬の変化というのは非常に治療状況などがよくわかりますので、変化を見るだけで診断名さえわかりますので、その前に情報があれば、それも役立つとも思います。そうすると、私の個人の意見ですけども、全然別の何かきれいな手帳をつくって配るといふことのほかに、今、普段から持ち歩いているもの、場合によっては保険証に挟むという手もありますね。もう既に持って持ち歩いていて、生活に溶け込んでいるものに追加するというのは1つ案かもしれないなというように感じました。

【玉木委員】 オレンジリングじゃないけど、オレンジカードって、ちょっとしたもので、どこに挟んであっても、張ってあってもわかるようなものでもいいかもしれないですね。急に思いつきを言って申しわけありませんが。

【村松委員】 実はお年寄りの介護をする人が高齢になってくると、いろいろな手帳がいっぱいあると、何がどこにあるかがわからないんです。ですから、一本化していただくと、非常にわかりやすいかなと。ついでに保険証も手帳も全部一緒になって、それを持って歩ければ一番使いやすいものになるんじゃないかなとは感じます。

【繁田部会長】 そうしますと、大きさとしては、パスポートや保険証、お薬手帳とほぼ同じ、かなり小さいですね。その大きさの、例えばシールなりカードなり、あるいは多少ページがあるにしても、せいぜい二、三ページの見開きぐらい、そのくらいで必要最小限の情報でということですね。

【新井副部会長】 保険証はもうカードになってますね。

【村松委員】 後期高齢者はなっていません。

【繁田部会長】 では、いただいたご意見をまとめますと、もちろん救急のときも出していただければ、それでも非常に貴重な情報になりますが、ただ、普段から自分の飲んでいる薬、受けている治療、受けているサービスなどの最小限の情報が含まれたカードなり、シール状のもので、普段から身につけているものに挟み込めたり、つけられるものということ考え方としてはよろしいでしょうか。

ありがとうございました。

【新井副部会長】 情報として大事なものは、具体的にはこれから内容は詰めていくんですけども、禁忌薬とかアレルギーの問題、あとは介護保険や障害者年金をとったりするのに、いつ初診したか、医療機関に受診したかとか、そういう家族に聞くのに大変だったりするような情報が、実は書類を書くのに必要なんです。そういうのはほんとうに入っているといいですね。

【山田委員】 ちょっと質問ですけども、手帳の利用の仕方というのは緊急時の状況把握だと思っんですけども、それはもちろんご家族が付き添っていて、このレベルなんですけどもという、かかりつけ医が介護保険の書類を参考でも何でもいいんですけども、それで知る。1、2、3とかというのを張るということですか。

それは今、本人なんかが自分で持って歩いている健康手帳というぐらいの認識の人は、おれは認知症だぞというシールなんか張られたら、とても嫌がるというのは精神科でいればよくある。手帳をなかなか取らないという人がいます。最近手帳の数は精神障害者も増えているんですけども、増えているのはうつ病とか不安抑うつなんかちゃらんちゃらという、非常におしゃれな疾患だけで、本来の統合失調症とか、本来の精神病圏の方はあまり数は増えていないんです。多分都庁のほうではつかんでいると思っんですけども、うつ病なんか、ものすごく多いんです。ほんとうにうつ病かいなというような人たちも、何とか3であれば2級を取ろうという、生保であればプラスアルファが欲しいとかというのは見え見えみたいな文書を書いてくるんです。

そういうことで、精神の場合には、本来の必要な人がもらっていない場合があるんです。認知症の場合に、どういう形でシール集めをするかというのも難しいなと思っんですけども、先ほど言ったような、ご家族も認知症を隠すような家族もいらっしゃるし、正しく理解していない家族もいらっしゃるだろうと思っんです。そこの啓発というのは、障害者の問題から私がそういう言葉をさんざんいろいろなところで使っているんですけども、行政

も含めて、家族も含めて啓発事業をもうちょっとやらないと、制度がうまく回っていかないんじゃないかと思うんです。

手帳のアイデアは非常にいいと思うんです。ただ、どういう形で有効になって使われていくかということを考えないと、正しくそれがシールが張られて利用されるかということにつながるんじゃないかと思って。ちょっとそんな感じがしました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

おそらく患者さんによって違ってくるだろうなと。病気で、認知症までいかないにしても、物忘れが進んで生活も少し不便があるので、このお薬を飲んでくださいということであれば、その薬であり、介護度が書かれるわけです。病名を説明すれば、そこに病名が入りますし、おそらくかかりつけ医なり、初めに書く医師がどこまで説明したかがそこに反映されるだろうと思うんです。そこに書けない人は、もう書かなくてもいいという。ただ、初診があり、診た医師と介護度が書かれていれば、それだけでも十分な情報だと思います。

ご本人が管理していて、何割かの人がそれをなくしてしまうかもしれない。でも、それは覚悟の上です。それでも7割、8割が家族が管理をされるよりは、本人がずっと持っているものに入ってくれば、それだけでもかなりの人が医療機関を利用するときに救われるかなという気はいたします。

【玉木委員】 あと、議論の過程では認認とかひとり暮らしとか、老老世帯の方々なんかで何かがあったときに、ご家族はついていけないときや、訪問看護師さんが連れていったりとか、いろいろなケースがあるので、それはそういうケースでは十分生きるのではないかと思っているし、それを実際、先生がおっしゃったように活用するかしないかというのは、かなりその方の意識の問題もあると思いますけど、それは認知症推進会議の親会議のほうで一生懸命やってくれるだろうと思いますので。

【繁田部会長】 ご家族には普段から各自持つ習慣を、医療機関には、家族が持っているというのを習慣にさせていただく必要はあるかと思います。そうなってきたら、きっと役立つだろうと。

ありがとうございました。それでは、席上配布2の2枚目をごらんください。必ずしも具体的ではないにしろ、いろいろ意見をいただいて、おおよその考え方というのは出たと思います。今ほど緊急時の場合ということで議論をしていただきましたけど、緊急時を避けるためにはということで分けて議論をしようということでしたので、このような形で表をつくりました。

これに関してはほとんど意見は出尽くしております、普段からとか、早めのという言葉
を緊急時の場合のものにつけますと、この表が完成するんだろうと思います。

一応、読み上げさせていただきますと、身体合併症、 周辺症状、 家族等介護者の
サポートというところで、基本的な考え方のところですけども、日ごろからかかりつけの
医療機関で身体疾患の悪化が周辺症状の悪化を招くということを知っていただき、早めの
対応をしていただくということ。

連携方式、これは先ほど確認をいただいたところであります。

それから、周辺症状に関しましても、かかりつけ医と専門医の連携による早い段階から
の外来機能の活用、これもご確認いただけたと思います。

それから、 番に関しましては、これはおそらく親会議で議論をしていただく内容だろ
うと思います。日ごろからのサポートということが必要だと。

対応策に関しましても、今ほどご意見をいただいた、普段から自分の病気あるいは医療
機関の利用状況の情報を書いた手帳のようなもの、カードなり、シールなりをつくるとい
う案にほぼまとまったかと思えます。フォローアップ研修に関しましても、実際に資料を、
東京都医師会のほうで教材づくりも始まっておりますので、こちらに期待したいと思いま
す。

役割分担に関しましては、先ほどの繰り返しになりますので、あえて申し上げませんけ
れども、このような形で分担ができたというふうに思います。

そのほか、緊急時を避けるためということで、あくまでも緊急時から引っ張った内容で
すけども、普段から認知症の方、緊急時が起こらないために注意しておくべきこと、注意
しておいたらいいと思われること、それぞれ本人、家族が注意すべきこと、あるいは医
療機関で注意すべきこと、あるいは福祉の立場で、相談機関等で注意しておくべきこと等
で何か普段からお感じになっていらっしゃるがありましたら、ご発言をいただきたい
と思えます。

特にございませんようでしたら、今日の議論を、この表を盛り込みまして整理をして、
次回また確認をいただきたいと思えます。

【西本委員】 すみません、表のところを確認しておきたいんですが、役割分担のとこ
ろに、必ずコーディネーターという名前のもが入っているんです。これはどんな立場の
人を想定しているのか、ちょっとお聞かせ……。

【繁田部会長】 どこからこの言葉を使い始めたんでしたっけ。

【事務局】 最初の段階からです。一番最初のときに、役割分担を6人に分けました。1人目が本人・家族。2人目が相談機関と関係者、コーディネーター。3人目がかかりつけ医。4人目が認知症の専門医、専門医療機関。5人目が一般病院で、6人目が行政です。

この人たちがどういう役割分担をしていくのかというところで始めておりまして、2人目の相談機関と関係者、コーディネーターというのは、地域包括ですとか、ケアマネですとか、あと、実際に職種としてコーディネートしていくというわけではないのかもしれないのですけれども、医療と介護の間に立ってコーディネート的な役割を果たして下さっている訪問看護というのが、このあたりに入ってくるという想定で議論をしています。

【繁田部会長】 さまざまな職種の方が含まれますので、その辺は実際に議事録等を公開するときには説明が必要だろうと思います。

【西本委員】 1つ、いいですか。コーディネーターが、さまざまな方たちを想定しているということですが、外来時の付き添いを行うとか、救急時の付き添いを行うとかというように、コーディネーターの位置づけがされているように思われるんです。この外来時のつき添いだとかというのは個人情報ですので、ほんとうにこの相談機関だとか、我々ケアマネージャーでさえもかなり慎重に取り扱う部分なので、簡単にこうやって表記しているのかなというのは、ちょっと疑問に思ったものですから。

【繁田部会長】 これは一番初めは秋山委員から、病院に行かなければならないけれども付き添える人がいないときに、訪看やケアマネが付き添っているものの、ほんとうに大変なので、だれかやってくれる人がいないのかというところをいろいろ考えて、いや、でも秋山さんをお願いするしかないということだったと思います。ここにこのような形で書いてあると、これが1つの役割みたいになってしまうので、ちょっとニュアンスが違いますね。

これに関して、いかがですか。発端はそうだったと思います。だれか代替の人がそれを請け負うわけにはいけないので、かかわった人が、というところが、こういう表現になってしまったんだと思います。

ご家族が行っていただければ、それでいいわけですし。

【玉木委員】 緊急時に初期対応した人ということですよ。それがたまたまケアマネさんだったり、地域包括だったり、訪看さんだったりということですよ。

【繁田部会長】 そうです。

【玉木委員】 そこを何か表現を変えたほうがいいのかもかもしれませんね。コーディネー

ター呼んでくださいとかいう。

【繁田部会長】 ここは工夫をして表現を変えます。中等度における役割として1つ掲げるとするのは、ちょっと違っているかもしれませんね。

ありがとうございました。

【新井副部会長】 プライマリーサポートみたいな感じですよ。最初のあれですよ、家族への支援みたいな感じですよ。相談、そういうところですよ。

【繁田部会長】 役割とされてしまうと、関係者の方はかえってお困りになるかもしれない。

そのほか、ございますでしょうか。

【新井副部会長】 いいですか、1つ。質問ですけど、親会議が開かれて、いろいろコメントが出ましたね。これに対しては今回は何も議論しなくていい……。

【繁田部会長】 既に議論しているところかなと思いましたが、私がおもごもしていたら、玉木委員から、全部やっていますと一言、言っていたいて。

【玉木委員】 そういうようなご心配は要りませんと。

【繁田部会長】 ……ということになりました。それはわかって、百も承知で、具体的に何ができるのかというのをここで議論をしていますので、おっしゃることはわかりましたということです。

【秋山委員】 参考資料1の、左の19年度の成果の上から、その医療を誰がどのように担うのか、役割分担の確認で、本人・家族で、相談機関等関係者（コーディネーター）だから、この上の相談機関と関係者が今、外れた状態でコーディネーターが一人歩きし始めたので、ちょっと表現があれなのかもしれませんが。ちょっとすみません、戻りますが。

【繁田部会長】 ありがとうございました。どちらか残すとすれば、やはり相談機関等関係者のほうを使ったほうがいいだろうということですね。

わかりました。

先ほどの部分に関しては、内容との関係もありますので、いただいたご意見を踏まえて工夫します。

【秋山委員】 相談機関関係者の初期対応する場面が外来だったり、緊急時だったりというのが具体例で出てきたので、言葉がそうになっていて、じゃあその人たちはいつも付き添いをしなきゃいけないのかというあたりで、ちょっと問題が生じるということですよ。

【西本委員】 書いてあると、それが当然になってしまうのが、やっぱり怖いんじゃないかなと。

【繁田部会長】 やむを得ずの場合の対応としてということです。

【新井副部会長】 例外的な対応ですよ。

【繁田部会長】 ほかにお願いをできる人がいないということですね。

そのほか、ございますでしょうか。

【秋山委員】 あと、何かちょっと、緩和ケアは緩和ケアチームというのが、今、病院にできていて、褥創チームは褥創チームができていて、科をまたいで一般の病院の中で、その専門チームがうまく機能し始めています。だから、認知症ケアチームというのが、全科を回って、この人はもうちょっとちゃんとしなきゃいけないんだよみたいなので、底上げした啓蒙というか、医療者全般に対する啓蒙も要るけれども、そういう気楽に、つまりリエゾンというか、そういう人が活躍して触媒のような働きをすることで、急性期の病院の中が少し変わらないだろうかという考えもあるんですけど、その辺は、桑田さんなんかいかがでしょうか。

【桑田委員】 そのように思います。そのようにしていったほうが、認知症患者さんに対する理解も深まりますし、働いているスタッフ自身の気持ちも楽になるのかなと思います。

ただ、人材がまだ少ないということもありますし、その人たちがすごく、反対に疲れてしまっているというような状況もあります。その人たちをまたサポートし、そういった仲間が増えていくような仕組みというのは大事ではないかと思っています。ぜひそういったものができていったらば、ご家族に対しても何かしらの還元ができると思いますし、医療スタッフ自体の底上げにはなるかなと思います。

【繁田部会長】 精神科の医師と認定看護師さんあたりがチームになって、遊軍といいですか、それこそリエゾンのような形ですね。おそらく大学病院等では、精神科のリエゾンは外科病棟のせん妄で手一杯ですよ。プラスアルファでうまく精神科を使っている科は、精神科を使ってうまくアドバイスを引き出しているのかなと思いますが、温度差はありますので、確かにおっしゃるとおりだろうと思います。

リエゾンというのは精神科だけではなくて、看護もということですよ。どこかの病棟で囲い込むというのではなくて、専門看護師がいれば統括できますので、認定看護師が現場で動いてという形であれば、遊軍でいいですよ。

【山田委員】 今のようなりエゾン、医師に限らずで、1つのチームとして横断的にと
いいますか、科をまたいで診ていくというようなことをとていいと思うんですけども、
いつも民間の考えていることは常に裏づけがあるか、ないかということも考えながらやっ
ているんです。これはほんとうはとても大事なことで、認知症が対応が難しいというのは、
非常に人手がかかるということは、現場の皆さんはよく知っていると思うんですけども、
精神科も、あまり一般科も好まないのは人手がかかるということなんです。人手イコール
お金がかかるということなんです。こういう下世話な話をしているのかどうかと思うん
ですけども、やっぱりそこを無視してというか、避けてこの話を進めていっても、必ずどこ
かで破綻する話だと思うんです。

私ども、先ほどちらっと病院でやった差額をいただいていますというのは、それでもそ
の病棟は赤字なんです。それだけ人を張っているんで、できれば急性期治療病棟をやっ
てみたら、こちらのほうは看護は非常に手厚くやっていますけども、それでも病棟としては
成り立っているんです。ところが、認知症の病棟、同じぐらいの数の50床前後なんです
けども、これもまたちょっと上げざるを得ないというぐらい苦しい状態に。

先ほどの話に戻すと、新しいシステムをつくって、どの科にもそういうチームが行って
診る、これはとてもいいことだと思うんですけども、やはりそれに裏づけになるような診
療報酬というものは、またこれも未知のレベルなんだろうけども、大もとから考えてい
って、そういう見方もあるんだと、それが正しいんだとか、そういうことで動かしてい
かないと、このレベルでいくらいい話だとわいわい言っても、なかなか乗ってこないとい
うことがままあるものですから、民間病院として、ちょっと一言、言わせてもらいました。

【玉木委員】 それに対する意見なんですけど、そういうふうにも現場の医師たちはみ
んな思っていると思うけども、実際これは、じゃあ政策にかかわって、それを上げてい
ってこういうふうにしてくれという場では、そういう先進的な事例があれば、それに対して
点をつけるというふうな議論に普通なるんです。だから、まず現場をつくって、そしてこ
ういうことをやったら、こういうふうなことができたというデータや説得力がないと、
政策上は新たな加算なんていうのは絶対つかないです。

だから、全部がやれということではなくて、今言ったような取組みをやれるところはや
ってもらって、こういうふうにいっているという事例を出していくのも1つかと思うので、
この会議の役割というのは、どっちかというところからそういう理念を出して、方向性を出してい
くということでもいいと思うんです。それも大事な役割ではないかなと思いますので。

両面、私はちょっとその間に挟まっている立場なので、私の立場から言わせてもらうと、なかなかそういうのがないと、逆に言うと上に持っていけないんです。ですから、ちょっとそういうふうに私は思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。最後に一言。

山田委員がイメージしておられるのは、非常に顕著な精神症状があって、対応にも治療にも人手がかかるという場合ですが、今の一般病棟ではほとんど何も対応や配慮していない状況です。認知症の方に対応できるチームが院内を回って各部署に助言したりするだけでも状況が改善されると思われるので、むしろコストパフォーマンスはいいのではないかと思います。

精神科のリエゾンの経験ですけど、うまく精神科を使える病棟は、精神症状の観察や、治療、看護に力を注いでいけるようになって、成功しているんです。精神科の症状に対する苦手意識が強すぎるころは、結局、自ら余計な苦勞をしていらっしやる。どうしようもなくなってから依頼がきて、最終的に精神科の病棟で受け取るような形になってしまうので、山田委員がおっしゃったコストパフォーマンスは非常に大事なことだと思うんですけども、それを考えた上でも、僕は価値があって、意味があるかなと感じた次第です。

それでは、事務局にお返ししたいと思います。残りの資料の説明することなどありましたら、お願いします。

【坂本幹事】 議題の(4)の認知症のシンポジウムについての報告、これを簡単にご説明させていただきます。

資料1の後ろについております、シンポジウム「認知症と向き合う」と、こういった資料がございます。ご案内のとおり、開催日時、平成20年9月17日から、こちら都庁第一本庁舎で行います。テーマといたしましては、「認知症と向き合う～「認知症の告知」を中心に」ということでシンポジウムを開きたいと考えております。

この、認知症の告知でございますが、今回のシンポジウムのテーマでございます。この企画趣旨といたしましては、第2回の医療支援部会、これは平成19年の10月に行われましたが、その部会の席で告知については本人、家族にダメージを与えるおそれがあるので、言ったほうがいいのかと、言わないほうがいいのかあるといったご意見がございました。

そしてまた、自己の決定権の保証を多くの人にするためにも、早期の診断、告知は意義があるといったご意見も出て、少しだけ議論になったところでございます。告知について

は、するか、しないかだけではなくて、告知をした後、その後のフォローも含めて、本人、家族が前向きに向き合ってもらうためにどうしていくのがいいのかと、そういったことを視点を含めて考えていく必要があるかと思えます。

そういったことを踏まえまして、今回シンポジウムでは繁田部会長に基調講演をいただいた後、パネリストとして、さまざまな立場の方にご参加いただきますので、さまざまな立場からの告知についての考え、感じていることをお話ししていただく機会にしていきたいと思えます。ぜひともご参加いただければと思っております。

それでは、今日の議論、ほんとうに長時間ありがとうございました。本日お配りしました資料について、席上配布のもの以外はすべて公開とさせていただいております。席上配布の1、これまでの議論のまとめにつきましては、前回までの到達点ですとか、論点整理につきましては、本日委員の皆様から確認をされました。

また、第6回、前回の議事録につきましても、既に公開がされているということをお考え合わせまして、この場でご了解を得られれば公開というふうにしたいと思えますが、よろしいでしょうか。

特に異論等もないようですので、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。

また、議事録につきましては、前回同様、委員の皆様にも事前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えます。

次回の日程の調整でございますが、次回の会議につきましては10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に、日程調整用紙を同封させていただいております。本日、受け付け時に提出されていない方につきましては、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方にご出席いただけるよう調整の上、改めてご連絡させていただきますので、次回もよろしくお願いをしたいと思えます。

それでは、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、ありがとうございました。

了