

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第9回）

平成21年1月14日（水）

【事務局】 それでは、時間を過ぎましたので、第9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。

本日、事務局の坂本が、別件が長引いており、後から参ります。それまで私から説明させていただきます。

まず、いつものお願いですが、発言に当たりましては、お手近に置いてありますマイクをご使用いただきますようお願いいたします。

次に、本日の委員の出席状況については、武蔵村山市の神子委員が、本日ご欠席、それから安藤委員、秋山委員、水村委員が遅刻ということでご連絡をいただいております。

それから、幹事については、櫻井幹事、小室幹事に付きましてもおくれまいる予定です。

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】 去年は、委員の皆様のおかげで、無事に中等度のまとめまで到達することができました。残りの高度・終末期に関しても、委員の皆様のより多くの意見をいただきながらまとめていきたいと思っております。どうぞ今年もよろしくお願いいたします。

本日は、高度・終末期の認知症の方への医療について整理をしたいと思っております。まず、資料の説明をいただいた後に、私のほうから、どのような形で高度・終末期を整理するか、その方向を説明させていただきます。その後、秋山委員から、今まで大勢の終末期の方を看取ってこられた経験をお話しいただいて、どのような医療のサポートが必要なのかということをご一緒で考えたいと思っております。

秋山委員のお話の後に、委員の皆様お一人お一人から、感想も含めて、私の経験では、こういうことがあると在宅で最期を迎えることができるのではないかとというようなことも含めて、ご意見をいただきたいと思っております。本日は、このように進めさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、資料の確認を事務局からお願いいたします。

【事務局】 それでは、資料の確認をさせていただきます。

まず、ガチャックどめで1枚目が次第になっているものですが、次第をめぐっていただ

きまして、名簿がございます。資料1として、「これまでの議論のまとめ」ということで、中等度に関する議論をまとめたものがございます。これが全部で15ページ分です。次に、資料2といたしまして、A3の医療依存度の図、資料3で、本日、秋山委員からご説明いただく内容のスライドがワンセットついております。

次に、参考資料1といたしまして、高齢者を取り巻く、特に終末期に関するデータを集めましたデータ集、次に、参考資料2の介護施設等における医療の抜粋、参考資料3の「認知症に関する医療資源等の状況」として、病床数や様々な施設の受入れ人数等を一表にしたものがございます。参考資料4といたしまして、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が1枚ございます。参考資料5として、「高齢者の権利擁護制度について」というものがございます。

それから、委員の皆様の席上配布資料として、まず、本日の議題を進めていく中心になります、いつもの議題メモという、A4 1枚のものがございます。次に、若干分厚いんですけれども、年末に「21年度の介護報酬改定の概要」というのが厚生労働省から出ておりますので、その概要版の冊子が1部ございます。それから、本日の秋山委員からの補足資料として、A4の「看取りの時間」という連載のものが1枚と、「特集 終末期の生活を支えるリハビリテーション 訪問看護ステーションの役割」というものが1部、最後に、冊子で「東京都地域ケア体制整備構想」というのが1冊ございます。

資料につきましては以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。それでは、秋山委員のお話の前に、今の資料をご覧くださいながら、今日の議論の流れを説明させていただきたいと思っております。

その前に1つ、皆様にご意見をいただいております。おかなければならないことがございました。資料1、中等度のまとめの資料の5ページをお開きいただけますでしょうか。「身体合併症の緊急時の対応」の「基本的な考え方」の(7)将来的な方策についての提言でございます。

救急病院で濃厚な治療を受ける必要はないけれども、自宅で療養するには不安定な状態である場合に、このような介護施設を活用して、そこに一時的に入所し、身体疾患の様子を観察しながら対応するということが今後あってもいいのではないかと、提案をさせていただいたことがございました。

先ほど事務局から、席上配布資料として、介護報酬改定の概要について説明がございましたが、その資料の32ページをご覧ください。「認知症関係サービス」の中に何項目がある

んですけれども、「(3) 認知症の行動・心理症状への対応(短期入所系サービス、グループホーム)」と書いてございます。「認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入れについて評価を行う」ということで、1日につき200単位が加算されるというものでございます。行動・心理症状とございますが、これは私どもが今までの議論の中で、いわゆる周辺症状と呼んできたものです。

確認したいことの1点目は、中等度のまとめの5ページの記載は、あくまでも身体合併症の緊急時の対応として、今後こういう介護施設が活用できるのではないかとということです。そのため、「認知症の行動・心理症状への対応(短期入所系サービス、グループホーム)」とは別の問題であり、5ページの記載に関して、このままでいいのかどうかということを確認したかったということでございます。

もう1点は、こういった加算がなされるようになることを踏まえて、その他の部分、例えば、まとめの最後のページに「日常的な家族等介護者のサポート」とありますが、家族へのサポートとして、こういうものを活用しようとか、あるいは周辺症状との関係で、記載を修正・充実したほうがいいのかどうかということを確認したいのですが、いかがでしょうか。

【玉木委員】 それは整合性をとった文章になさったほうがいいんじゃないかなと思うんですね。例えば5ページの文章を、今回の介護報酬の改定を踏まえて、少し変えるという認識でよろしいんですか。そういう意味じゃなくて。

【繁田部会長】 周辺症状が伴っている場合はこういう対応ができるということ、具体的に書くかどうかということです。

【玉木委員】 今、委員長が説明された直上に、認知症短期集中リハのことも書いてあるんですけれども、これも、今まで軽度者で、いわゆるアクティビティーケアと言われていたさまざまなものについては、はっきりした評価とか点数はついていなかったんですけども、それについてもはっきりついて、しかも中等度・高度者に拡大するということになっているので、これは劇的ではないにしても、周辺症状の一部、主として学際的には、すぐ激高したりとかそういったことに対しては効果があると言われていたケアが多いですから、そんなことも選択肢としては入るのではないかなと。

しかも、これに関しては、たしか在宅復帰を踏まえてやるという考え方があって、今回、

通所リハに拡大されたというのは、在宅におられて通所でケアを受けるというのが、1つ選択肢に入ってきたんだと思うんです。だから、その辺も、その下のショートステイにおける加算と、ある意味では一緒に書けるのではないかなと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

その他、いかがでございましょうか。お願いします。

【西本委員】 私も、これを積極的に入れていただきたいなと逆に思っているんですね。今、ショートステイだとか施設は、どうしても認知症の方の中・重度を嫌がってしまうようなことがあって、我々も断られてしまうことが結構あるんですね。逆に加算がついていただければ、頑張ってみていただくという姿勢でお願いしたいなと思うので、ぜひ入れていただきたいなと思います。

【繁田部会長】 そのほかの委員の皆様、いかがでございましょうか。

緊急時というとても非常にせっぱ詰まった感じですので、もし入れるのであれば、例えば15ページの「日常的な家族等介護者のサポート」のところに1点入れる。ご家族を見ていて、ご家族の負担が多いよだというときには早目に利用するほうが効果的だと思います。もう1点は、12ページの5、「介護者の一時的な不在や限界を超えてしまった緊急時の対応」のところかふさわしいと思いますが、いかがでしょうか。

【村松委員】 そのほうが助かりますね。

【西本委員】 はい。

【繁田部会長】 緊急時の対応ということになりますと、専門医療機関で周辺症状への対応をしていただくという整理をしておりますので、皆様それでよろしゅうございましょうか。

【秋山委員】 いわゆる社会的入院、一時的に家族を休ませる意味合いでも、社会的な対応だという意味で、医療的な緊急度というよりは、家族背景に基づくものも含むという意味では、家族サポートに入れたほうがいいということですよ。そういう意味合いですよ。

【繁田部会長】 そういう意味合いです。せっぱ詰まってどうしようもないという緊急時ではなくて、ふだんから家族の負担を軽減するためのサポートとして活用できるのではないかという意見があります。

それから、先ほど玉木委員から、5ページの「身体合併症の緊急時の対応」の(7)にも少し記載をというご意見がございましたが、「周辺症状を伴う場合には・・・」という文章を括弧書きで入れるということによろしいでしょうか。

【玉木委員】 はい。

【繁田部会長】 それでは、特にご異論がなければ、そのような修正をさせていただいて、最終版にしたいと思います。文言に関しては、お任せいただきたいと思います。

ありがとうございました。それでは、今日の一番大切な目的でございます、高度・終末期の議論に進みたいと思います。秋山委員のお話をお伺いする前に、先に説明をさせていただきます。「席上配布」の「議題メモ」と書いてある資料をご覧ください。

それでは説明をいたします。1番、2番とございますが、1番は、高度・終末期の認知症の人に特有の課題があるのかどうか、あるとすればどういうことかという点についてです。高度・終末期について認知症の方とそれ以外の方を比べた場合の共通点・相違点、それから、高度・終末期を中等度と比べた場合の共通点・相違点という、2つの観点から整理をしてみました。

まず、身体疾患も含めて、高度・終末期の高齢者一般の方と認知症の方とでどういった点が共通するのかが書いてあります。結論から申し上げますと、終末期を迎えるときは、認知症であっても、そうでなくても、あまり違いはなく、おおよそここに書いてあるようなことではないかという整理をしました。

終末期をどう考えるかということですが、イメージしております期間は、おおよそ数日ないしは数週間の単位で最期を迎えるまでの期間で、食欲が落ちたり睡眠時間が長くなったり、あるいはぼんやりとした時間、うつろな時間がだんだんに長くなっていくというイメージです。

お亡くなりになる原因としては、そこに書いてあるような順番で、ごく一般的なものでございます。認知症の場合に肺炎が多いというのは、皆さんもご存じだと思います。

実際に認知症になった場合に、どこで最期を迎えたいかというアンケートがございますので、参考資料1をご覧ください。上の段のほぼ真ん中あたりの、「高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養したいか」という質問です。平成15年と平成20年の調査結果が書いてございます。自宅がおおよそ22～23%、病院が約40%、それから老人ホームが、平成15年は24.8%で4人に1人だったものが、平成20年では約15%に減っています。

右をご覧ください。今の問いに自宅とお答えになった方が、その理由をこのように挙げています。一番多かったものは、住み慣れた場所で最期を迎えたいという意見、それから、自分の好きなように過ごすために自宅がいいという方、家族との時間を多くしたいという方、家族に看取られたいという方、こういった意見が多かったです。

さらに、その右をご覧ください。自宅以外の場所で最期まで療養したい理由ということが書いてあり、「病院」、「老人ホーム」、あるいは「その他」とお答えになられた方々が、このような理由を挙げています。一番多かったものは、家族の介護などの負担が大きいから、という理由で約86%。それから、緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれないからという理由が約50%。つまり半分以上の方がお答えになった回答に共通なのは、いずれも家族の負担ということなんですね。

そこで、このデータをどう理解するかということです。最期を迎えたい場所はそれぞれ違いますが、自宅以外の場所をお答えになった人でも、こういういいところがあるから自宅以外がいいんだと答えているわけではなく、自宅にいると家族に迷惑をかけるから、自宅以外を選んでいるということです。もちろん自宅を選んでいる方は、慣れた場所だからとか、好きなようにできるとか、家族と一緒になどの理由なわけですね。

確かに最期をどこで過ごすかということを考えるときに、選択肢は様々であるんですけども、多くの方は、もし自宅で家族の負担もそこそこに抑えることができ、家族に嫌な思いをさせることがなければ自宅で過ごすことを望んでいると理解していいのだろうと思います。もちろん個人によって違いはありますけれども、やはり自宅というのは一つの大きなファクターで、そこで過ごしたいという人の希望は、できる限り医療面からもサポートして、かなえてあげたいとこのデータを見て感じました。

そんなデータも参考にさせていただきながら、また議題メモのほうにお戻りください。今度は、中等度との比較というところがございます。共通点としては、睡眠と覚醒のリズムがだんだん不明瞭になってまいります。それから低血糖、脱水等が起こりやすい状態、あるいは、処置として胃ろうやカテーテル等が使われていますと、介護施設では受入れが困難という場合もあります。

中等度と異なる点に関しましては、中等度に比べて、さらにご本人の意思表示が難しくなってくる。そのために、ご本人が一体何をしたいのか、あるいはどんな希望があるのか、どんな気持ちなのかがわかりにくくなっているの、推測に頼らざるを得ないということ

が多くなってきます。その一方で、症状が進行し終末期に向かうにつれて周辺症状の激しさは影を潜めてきます。それから、理解力・判断力などの認知機能、あるいはA D Lなどの生活動作は目立って低下してまいります。さらに、医療機関の受診ということを考えますと、ご本人自身が通院することが難しくなってきますので、訪問診療、訪問看護のニーズは相対的に増えてくるということになります。このように整理をいたしました。

続きまして、高度・終末期の課題を踏まえた支援策とは何かということです。特にここに関して意見をたくさんいただいて、整理していきたいと思えます。

まず、(1)のあり方に関しては、ただいま申し上げたとおりです。一見、最期を迎えたい場所はさまざまですけれども、やはり在宅というのは、おそらく大勢の人が、状況が許すのであれば望む場所だろうということを前提にしています。

(2) 在宅での療養を可能にするために必要なものということで、考えられるものを列挙しました。

まず、かかりつけ医。往診というのは大切な要素かと思えます。それから、ご本人・家族への説明。

それから、b) 訪問看護ステーションの協力です。

c) 本人の様子を観察できる人。これは、家族とか具体的な人は挙げていませんが、このような役割を担う人はどうしても必要だろうと考えまして、挙げさせていただきました。

それから、最期を看取るためには、必要に応じて必要な人が支援に駆けつけるということを見ると、やはり多職種によるチームというのは不可欠だろうと思えます。チームという意識で関わっていくということですね。

それから、ご本人の容体が急変したけれども、その変化は医療的な対応で改善し得るといった場合には、短期間入院して、治療した後でまた在宅に戻るということもあります。ご本人の苦痛を軽減することになると思えます。一時的な受入先です。

それから、一般の人、医療職、介護職の方も含めて、在宅で看取るということの意味や大切さを関係者が広く知って、理解をすることと整理をさせていただきました。

いろいろご意見があると思えますけれども、(2)のa) b) c) d) e) f)に関して、秋山委員のお話の後に、皆様からご意見をいただきたいと思えます。

それでは、秋山委員からお話しいただけますでしょうか。よろしくお願ひします。

【秋山委員】 お手元にも資料が行っておりますので、それを見ていただきながら説明させていただきます。ここは大ベテランの方たちがそろっているの、言わずもがなのと

ころも入っておりますが、よろしくお願いいたします。

これは、文献に出ている、L.ポリザー、A.C.ハーレイによる認知症の病期で、今この部会が出している図表のもとにもなるような状態を示しています。この文献のところでも、最終的な終末期にはホスピス的な緩和ケアが必要であるというようなことが述べられていました。

特にここの看取りに向けた全人的医療という、この「全人的」というところですが、身体的症状に対して医療依存度が高くなるということを含みます。私が経験した在宅での認知症の方の終末期というのは、逆に、あまり医療依存度自体は高くなく、非常にケアが重点的になってくる。そのときに全体を見て、家族も支えていくという全人的な医療が必要だというふうに考えています。

これは、先ほどの流れなんですけれども、肺炎及び気管支炎が死因の4割を占め、認知症自体では亡くなることはないというのは変ですけれども、身体症状が非常にわかりにくくて、ご本人の訴えが、不穏な行動とか、やけに眠ってしまっていて元気がないというようなことですが、それを気がつかないために一気に重度化しているというか、身体症状が重症化していることがあって、気がついてからあつという間の、あとの2週間とかそういうことが多く、そこを、慌てて救急車で行ったら、気がついて大暴れで、眠らされて、いろいろなことがあってというようなことが結構あります。そここのところを見分けていけば、ここは最後のターニングポイントで、今からターミナルに入っていくんじゃないかと、そこをきちんと説明をしたり、協議をしたり、相談をしたり、考えを聞いたり、そういうことがすごく大事ではないかなと。この辺のところだと思います。

そして、長い介護経過の中の最後の終末期で、ほんとうにいろいろなことがあった、「5年～15年…」にしていますけれども、そういう意味では非常に長くなってきているのではないかなと思うので、その結果、ご遺族が満足して看取った、十分に見てやれた満足感が得られるようなサポートが必要で、遺族ケアの重要性があるのではないかなと思います。医療自体は、亡くなった時点で保険対応等はすっかりないわけですし、この辺はボランティア的というか、地域のケアのところゆだねられるところでしょうか。でも、ここも意識した上でかかわっていかないと、本当に苦勞の果てに最期が悲惨だったということでは、その後のご家族の立ち直りというのは非常に時間がかかるというふうに思います。

これはちょっと古いデータで、平成3、4年のあたりのデータだったんですが、楽寿会という、静岡市にある特養とデイサービス等が認知症デイをやっているところの、デイサ

ービスが終わってから亡くなるまでの期間を表にまとめたものがあったので、それを拾いますと、14名の方の最終利用日から死亡日までの期間が、1日から最長9.5カ月で、9.5カ月というのが1人だけですので、13人の平均は36日だった。

つまりぎりぎりまではデイサービスへ通えている。そこまで生活を支えていると、最期のところであと一月、ちょっと頑張ればちゃんと見送っていけるということを示した数字ではないかなと思いました。結果、終末期ケアの場所は、静岡という地域柄で、平成3年ということもあるかもしれませんが、在宅が13人で、病院が1人という結果が出ているんですね。そして死因が、老衰が7人、肺炎が2人、心不全が2人、脳梗塞が2人、慢性腎不全が1人というのが示されていました。

つまり最期のところというのは、ぱたぱたとぐあいが悪くなって、それでも穏やかな過程に寄り添うようにケアをすれば、最期はおうちでも大丈夫。逆に言えば、環境を変えなかったら、本当に穏やかに看取することもできるのではないかというあたりです。この辺がなかなか皆さんに周知されていないというか、その辺の経験があまり伝わっていないかなというふうに考えています。

私のところは訪問看護ステーションなんですけれども、療養通所等はやっていませんので、周りのデイサービスに協力していただきながら、ぎりぎりまでデイに通ってもらえるように、緊急があったら訪問看護が、デイでも、とにかく様子を見に行くぐらいの勢いでお願いをして、最後のデイサービスの次の日に亡くなったとか、デイサービス後に、最期はやっぱり2、3週間で、おうちでというようなパターンが結構あるんですね。

その辺のところを、在宅での訪問診療、訪問看護、それから日ごろからの在宅のチームというか、デイにも看護師さんがいらっしゃるんだけれども、日ごろ見ている者が、医療と少しかわればうまくいく、乗り切れるというパターンは結構あります。

ただし、介護力の問題等がありまして、一番のターニングポイントが、食べられなくなったらどうするかのと時の意思決定、そして終末期の医療をどこまでするかという意味決定ですね。そこら辺は、いつも玉木先生が、リビングウィルの問題ではないかとおっしゃっているんですけれども、そこに、成年後見も含めて、いろいろな問題が出てくるのではないかなと考えています。

今、申しあげましたように、ぎりぎりまでデイサービスに通って3日後に看取った事例（乳がんの自然経過例）というのを経験しています。

それから、訪問看護の導入が早目にあって、常に相談に乗れて、最期の2週間、家族で

看取れた事例というのもあります。

それから、病院で誤嚥性肺炎のために入院し、禁食となり、食べさせたい思いで退院してきて看取った事例で、これは中身を少し紹介したいので、別刷りの席上配布にしました「訪問看護ステーションの役割」の「終末期の生活を支えるリハビリテーション」の記事の事例2というのがこの方の事例でして、認知症の96歳です。大腸がん等もあつたんですけれども、とにかく食べたいという意思表示をするお母さんに、どうしても食べさせたいと思った娘さんがいて、ゼリーなどを医療者の目を盗むように食べさせていましたら、若いまじめな医師に、「あなたは殺人をするつもりですか」と病院で言われて、それでひどく傷ついて、連れて帰ってくるんですね。

連れて帰ってきて2週間で、結局、看取るんです。結構重装備の状態、私たちとしても、これでよかったかなというような内容というか、鼻から管も入り、いろいろな状況だったんだけど、家族が納得いくまで、看取るところまで、本当にこれで見送れるという納得がいくところまで2週間が必要だった人だったと思いました。こういう例も実はあります。

それから、脱水がきっかけで寝つくことになって、6週間のケアで在宅で看取った事例もあります。脱水は一回ちょっと改善しましたけれども、そこから寝つくことがあって、それで、環境を変えるともっと認知症が進んだり、わけがわからなくなるということで、在宅で看取ったという事例もあります。

それから、呼吸停止が一時起こった後、12日間生き抜いた事例というのが、と裏表になった、もう1枚の紙の事例の紹介です。止まったと言って呼ばれて、もう亡くなった後だと思って行ったら、息を吹き返してしまっていて、再度そこで、救急車に乗って病院へ行きますかと言ったら、いや、もう行かないと言われたので、一両日ですと言って、点滴もしない。酸素も使わない。ちょっとゼロゼロとしましたので、吸引器だけ運んで少しだけ吸引しました。そこから連日訪問で、最期の12日目にちょっと熱が出て、血圧がずとんと下がって、午前中にそういう状態で、亡くなったのは夕方5時過ぎです。それで何というか、本当に枯れるように、きれいに亡くなっていかれました。

そういうような体験というか、これを皆さんにお示しして、こういうこともあるというあたりを知っていただくことも必要なのかなと思って、ここに出させていただいております。

みんなうまくいくかというところでもないわけで、在宅で看取れなかった事例を紹介し

ます。介護者が高齢で、前々から家の中に人を入れるのを拒む。高齢で、本当は介護力が足りないから外から入れないといけないんだけど、それが全然入らなくて、ケアが十分にできず、地域での緊急一時入院 「病床」というのが抜けていますけれども 病床確保事業を使って入院して、看取れたという例があります。

それから、入院して胃ろうとなって、介護体制が整わず、結局退院できず、転院となって、そのまま転院先で亡くなった。

それから、介護者が病死し、ひとり暮らしとなって、このときにさっきのような緊急が使えたらと思うんですけども、介護サービスが間に合わず、そして、なかなか見つからないけれども、何とか入れた緊急施設の入所で、食欲が落ちて肺炎を併発し、施設では看取れず、入院先で亡くなったという事例がありました。

本人は家にいたかった、本当は病院は嫌だと、はっきりしていたときは言っていたんだけど、親戚が在宅をよく思わずに、入院になった事例等があります。

さまざまなこのような状況でもって、在宅を希望していても無理な場合もあるし、在宅は最初から無理な場合もあって、そこでうまく医療連携がとれたらな、施設との連携等がとれたらなというふうに思っています。

それから、認知症高齢者の方が、入院したら、つまり、環境が大きく変化するといろいろなことが起こって、大体は早期退院を迫られるか、入院を渋られるかなんです。重度の方で、ぐったりして死にそうな感じなんですけれども、針を刺された途端に、ぎゃっとすごい勢いで力を出し、ライン抜去というのは、認知症の方はあるので、入院を引き受けていただけず、何とか粘っても難しいということもあって、連れて帰ってきて、介護体制を急遽整えたりするような場合もありました。この辺が、短期入院を交渉するか、在宅で加療するか、ここで迷うということはある。

入院をするか、しないかといったときのインフォームド・コンセント、ICをするときの効果としては、肺炎とか、脱水とか、治療は在宅の医療チームがつけば可能ですよというような話をまずします。このチームがついていなかったとしたら無理なんですけれども。

それから、改善した際に、次の対応（どのようなことが起こるか、起きたときにはどのようにしたほうがよいか）、本人家族で話し合う機会にももちろんなります。

それから、食べられなくなったときの選択というのを、そのときにしておかないと非常に迷うことになり、結果、思わぬ希望しない状態で長引くというようなこともあって、非常にここが悩ましいことなので、少し前から話し合っておく必要があるのではないかなと

思います。重度になってから考えるのではなくて、軽度、中度あたりで、何かイベントがあったときにそういうことを考えておいたほうがいいんじゃないかなと思っています。

具体的な事例をここに載せておまして、この方は、妻の介護不安があって、月1回、訪問看護を利用して、2年半ぐらいずっと月1回で、緊急だけ呼ばれて行くというようなことをして、少しはっきりしていたときから入っていましたので、月1回ですけれども、これだけ続きますと人間関係ができるので、時々はっきりしたときには、「リビングウィルの書き方を教えてほしい」とか、「ここ(家)にいたい」、「お迎えが来ないかな」というようなことを言っていた方なんですね。デイサービスを週4回利用していて、要介護3だと介護保険の限度額がぎりぎり、訪問看護はそれこそ月1回ぎりぎりのところで、やっと入っているというような状態です。

脳梗塞を起こして転倒したんですね。病院に受診するんですが、本人は入院したくないと言っているし、一応、フレッシュなものではないというようなことで帰されたわけです。そのうち、食事摂取量が低下し、脱水が起こり、夕方のせん妄が続いていた。ドクターが往診して点滴をし始めます。デイサービスには事情を話し連れていってもらい、飲水、食事を勧めるんですけれども、デイサービスでも、これではちょっと見られないというような話がありました。徐々に食べられなくなりました。

奥さんは、入院すると混乱し、ずっと病院から呼びつけられる。張りついていないといけない。だから、このまま家でというようなことだった。どうするか、入院か、自宅かとやっぱり悩んだ例です。

そして、区分変更して介護度を上げる努力をし、さまざまなチーム員と協議をして、地域のボランティア、この人は元介護家族で夕方にちょっと見に行ってくれる人も入り、本人・家族をサポートして、最終的には看取ることができました。

なので、多職種によるサポートが必要であるという、先ほどのチームケアが要るというのも、こういう事例からも考えられますし、医療的なサポートがやっぱり必要なので、物理的・人的環境の変化によって混乱を招きやすい認知症高齢者の場合には、特に少し前からの医療者の関わりが、少しずつ入っていないと、いざというときに間に合わない状態になるというあたりが特徴かなと思います。すべてそこに訪問看護が対応できるかというのはちょっと難しいです。訪問看護でなくても、デイサービスでも医療者がいますし、かかりつけ医の先生が診に行くということも、この辺で看護が要るよというようなことも示唆していただければ、私たちも入りやすいような状態です。医療処置がないので訪問看護を

なかなか導入されないというパターンが、特に認知症の方は結構あります。

一方で、施設での認知症高齢者の終末期ケアというのは、もう一つ考えておかないといけないんじゃないかなと思います。自宅に近い環境での終末期ケアというのは大事ではないかなと思いますし、ただし、医療者の少ない環境での対応に差が出ます。施設内での医療体制の強化を図ることで看取りまで行うというパターンの施設、それから、外づきの医療で、生活を支えながら終末期を見るというようなパターンもある。医療体制が少ないのですべて病院へ送るというパターンもあって、この辺をどうするかということも議論をしておかないといけないのではないかなという意味で、ここで出させていただいております。

特に終末期に必要な医療体制として挙げさせていただいたのは、この「認知症に理解がある医師」というのが、どの程度と言われるとちょっと難しいんですけども、例えば脱水で点滴をするといっても、動かしてしまって抜いたりというようなことは重度の方でもあるし、本当にそれが要るかどうかなんかというのをよく協議していただくような対応をお医者様もしていただければなというのが、看護側の希望という意味で書かせてもらいました。

必要な医療は、在宅でも施設でも、個別に応じて提供できる体制が要るし、そういう意味では、これはホスピスケアと一緒に、症状緩和のための、一時的な脱水改善の1本だけとか、あるいはまた点滴でも、IVではなくて皮下注でもいいかもしれません。それから抗菌剤の投与とか酸素療法は、症状緩和のためには要る。逆にそれが拘束につながるような、抜くからといって縛られるということではなくて、そういうことが提供される必要がある。

訪問看護を含む看護師のケアの提供が要るし、それから終末期ケアの特徴がわかる介護職との協働が要るのではないかな。それから、バックアップ体制のある医療機関か、在宅に近い環境の整った医療も提供できる住まいの供給というのが必要で、それが緊急ショートの意味合いか、最期のところはそこで看取っていただけるような施設と、そこに入れる医療者がいれぱうまくいくのではないかなというところですよ。

最後になりますが、一番わかってもらっていないのは急性期病院かなというのがちょっとありまして、その辺を啓蒙していくというのが一方であるのと、地域の中に、一般の市民に対して啓蒙が必要ではないかなと思いますし、それから高齢者の終末期、認知症の終末期の方に対しても、緩和ケアの応用・知識が必要で、エンド・オブ・ライフ・ケアという意味では十分な、症状を認知症だから何もしないとかそういうことではなくて、症状緩和のためのケアは必要である。

それから、終末期リハビリテーションの重要性ということで、先ほどの雑誌のコピーの最後のところに載せているんですが、事例3というところを見ていただいて、毎日着がえを娘さんが丁寧にしていたんです。それで体は固くなっていなかったんです。そういう日常の生活動作の中でのリハビリというのはものすごく大事で、根本的、基本的なケアがちゃんと行える。そういう意味では、亡くなるまで生活リハビリというのは必要ではないかなという意味合いです。

それから、看取ったご家族の体験談を共有する。そこから啓蒙が進むのではないかなというふうに考えていまして、できればそういう方の体験談を聞く機会を設けたり、大丈夫だよということ、先輩としてほかの家族にも伝えていただければ、もう少し穏やかな終末期を、認知症の方は迎えられるのではないかなというふうに思っています。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。まずはお話の内容に関して、確認やご質問等がございましたらお願いします。

【秋山委員】 最後の2枚というのか、これと議題メモのところと大分重なっていく部分だろうと思うので、私が実体験をもとにして挙げさせてもらったまとめだけでは足りないと思いますので、その辺をどうぞご議論していただければと思います。

【繁田部会長】 私からよろしいでしょうか。資料の最後から3番目のスライドに施設でのケアというものがあります。これについては、今まであまり議論の対象にしてこなかったため、少し議論が必要だろうということで、問題提起をしてくださったのだと思うのですが、補足で説明していただいてもよろしいでしょうか。

【秋山委員】 これは、ほかの委員の施設の中でのケアをしていらっしゃる方からも伺いたいところなんですけれども、例えば在宅で見ている認知症の方がかなり弱ってきて、老衰というか、ターミナルの時期に入りかかったときに、例えばデイサービスに出す、ショートをお願いするときに、こんな人は見られませんかと言って、職員の方からお断りが入るんですよ。いえいえ、おうちでも見ているわけだからお願いをしたいというようなことを言ったときに、いや、自分のときに何かあったら、医療者もいないし、困るんだということでお断りが入るわけですね。

だから、ショートステイ先、さまざまあるんですが、そこでは、こういう状態だったら、食べるのもすぐ誤嚥しやすいし、水も入らないんだったら、点滴が必要だからすぐに病院へ行ってください、病院へ送りますというようなことも言われたりしますし、そういう医療処置じゃなくて、丁寧に食べさせるには人を1人張りつけなきゃいけないから、なかなか

か難しいので、誰か外から来てもらわないと困るというような形で、人が入ってくれたら、それでも見られますよというようなパターンもあります。逆に、看護師を増やして、24時間3交代で夜もいて、最期まで看取りますと言ってくれるところもあるし、その辺のところ、家では難しいけれども、家に近い、病院ではないところでケアが充実すれば、できる体制なのか、そこまではいかないから、外から入る体制なのか、やっぱり病院へ頼むのかというあたりで、実態も踏まえてお話をしていただければ、この辺もきちんと書いておかないと、ここは難しいのではないかなと思います。

【繁田部会長】 身体疾患や体調の変化に対する対応能力の問題ということですか。

【秋山委員】 そうですね。例えば最終的に肺炎が多いので、肺炎の前には誤嚥していることが多くて、誤嚥しやすい状況であって、それに対して、それを少しでも予防できるような対策もあるわけだし、ケアの中での工夫もあるんだけど、ひたすら見られないというふうに戻ってくる場合が結構あるので、すぐに胃ろうになっちゃうみたいなの。

【玉木委員】 それは具体的にどういう施設ですか。グループホームだとか老健という類型で言うと。

【村松委員】 村松です。実際それは起きていまして、例えばデイサービスでも、受け入れていただけたと言っていましたけれども、大分難しくなって、肺炎を併発しそう、けいれんを起こしそうという終末期に近づいてくると、ご本人が大変じゃないから在宅のほうがよしいんじゃないですかという振り方をされて、やむなく在宅にしちゃうということ。その後1年以上もずっとご健在な方がいるんですけども、そういうふうになったり、それからショートステイは、うちでは見られません。

【繁田部会長】 特養の話ですか。

【村松委員】 特養じゃないですね。老健も入っています。

【秋山委員】 うちの地域では、老健の入所判定会で外されますね。

【玉木委員】 秋山さんのお話はいつも伺っているので、よくわかっているつもりなんですけれども、今の問題も含めて、基本的に普通の在宅医療で必要なことは今、述べませんけれども、例えば24時間の安心とか、いつでもだれかに見守られているということが療養者と家族にわかる状態、あるいは何かニーズがあったら、その専門家がちょっと来てくれるようなチーム医療みたいなもの、それから本人で言えば、リコンディショニングができるバックアップ病院か施設ですね。ご家族で言えば、レスパイトをしてくれる施設、各病院、あとは、その方の状況と医療者あるいはケアをする人たちをマッチングする主体

的な場所があるかどうかということは、一般的な在宅医療の必要な要素ですけれども、認知症ではほかに何が要るのかという意味においては、秋山さんが言うように、できるだけ早いリビングウィルの獲得がないと、これは最後の資料でくっついている厚労省のガイドラインの実現も含めて言いますと、要するにこのガイドラインは、本人のリビングウィルが先決だけれども、なければ家族の、それもなければ、医療を含めたケアをしている複数の多職種によるチームのと書いてあるわけですね。

これはみんな、私たちが今のように責任回避をしていたら、結果的に、国に死に方を決められることになってしまうわけですね。私は見られない、私は見られないと。ですから、一番大切なことは、やっぱり本人のリビングウィルがきちっとあって、それが特養なり老健なりにきちっと伝わっていれば、僕は見てくれる人たちは増えると思うし、これは1回見ると、次の年は3人見られます。3人見られると、次の年は毎月1人ぐらい看取れるようになります。

施設に関しては、僕は現状ではそんなに心配してないつもりなんですけれども、要は誰が堰を切るかということにあると思いますから、認知症に関しては、まず自己決定と言えるリビングウィルをとるには、認知症になる前からとっておかないと基本的にはいけないけれども、できるだけ、これは認知症に限らず、普遍的にリビングウィルを表明しようということ、まず社会的なムーブメントとして全体的にやる。

特に認知症になった場合は必要になりますよと。それは、体が衰え、在宅で暮らし、治療を受けながら徐々に考えていくというプロセスがどうしても少なくなってしまう。迷えないわけですね、ある意味でね。そういう意味で、早く医療者も関わり、あるいはケアする人たちも関わり、最初からリビングウィルのことを言うのはつらいけれども、できるだけ早く決めなきゃいけないんだということを、まず認知症の方には言わなきゃいけないということが1つポイントだと思います。

それから、さっきおっしゃっていた、いわゆるリロケーションダメージを回避するというのは大原則だから、そのためにも、ちょっと悪くなったらあっち、ちょっと悪くなったらこっちということ、できるだけ避けようという理念を、認知症の方をケアするときには持っていただくということが、家での看取りという意識につながっていくのではないかなと思います。

それから、今ほど言ったように、介護施設での看取りの充実というのは、認知症の方に関しては絶対的に重要な条件になっていると思いますけれども、それにはリビングウィル

と経験があれば、今よりはキャパシティーが広がると思っています。私のつたない経験ですけれども、私のところの老健でも同じようでした。最初は、若いスタッフがなかなかそういうことを受け入れなかったり、逆に看護師さんが受け入れなかったりすることもありました。でも、それが数年前のことですけれども、今は、当たり前と言ってはあれですけれども、ニーズがあれば普通にやっています。

それからもう一つは、最近使われていると思うんですけれども、認知症の緩和ケアという視点ですね、先ほどおっしゃったように。失意とか不安、恐れというのはぎりぎりまであるし、周りの人は、この方は状況がわかっていないのではないかという対応をどうしてもしてしまいがちだけれども、認知症特有の終末期ケアとか心のケアみたいなものが存在しているのだと思えるときに、患者さんに接しているとあるので、その視点をキーワードとしても入れておかなければいけないのではないかと考えています。

それが具体的に何なのかと言われるとつらいんですが、がんの末期であれば、最初は心のケアで、あとは疼痛のケアという、少しわかりやすいことがあるかもしれないけれども、認知症の緩和ケアというとなんかだろうということになると思いますけれども、それなりに自分自身が衰えて死に向かっていくということについての不安というのは、何らかの形で酌み取るような、それは家族の人も含めてですけれども、もうわからないんだからしょうがないという考え方を引き出して、リビングウィルにってしまったって困る。

本来のものじゃないですからね。ご家族にリビングウィルを決めてもらおうじゃ、もうわかりませんよねという話ではないと思うので、ご家族がその方をどう思っているかということもあるし、いかに認知症になられる前からご家族とご本人が話し合っていたかということにかかってくると思いますし、死に至る当事者は、その時点でも苦しいのではないかとと思うので、その辺の視点をメッセージとして提言していただければなと思っています。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。今ほどいただいたご意見は、議題メモでいきますと、f)の準備教育に該当しますでしょうか。先ほどの秋山委員のお話にもありましたが、一般の人々に、認知症の場合も、認知症でない場合も含めて、終末期、すなわち人が最期を迎えるときのイメージや、関心を持ってもらったりするというのとは一つの方法ですね。

リビングウィルに関してなんですけれども、認知症になる前にリビングウィルを残しておられる方というのは、現状ではそれほど多くはいらっしゃらないと思います。認知症の

方について、現時点の状況を踏まえて考えますと、ご家族からいろいろお話を聞いて、ご本人にふさわしい最期を考えてあげるということになるのでしょうか。

【玉木委員】　そうですね。その引き出し方が、認知症特有のものがあるのではないかなと思うんですね。要するに、認知症の人はもうわからないからいいんじゃないかという方向に行かない、ご家族の意思をきちっと引き出せるような配慮というのが必要なのではないかと思います。

【繁田部会長】　ありがとうございました。

それでは、今のご意見は、最後のf)のところに加えていくということによろしゅうございますか。そのほかの委員の皆様にもご意見を出していただきたいと思います。どうぞお願いします。

【桑田委員】　秋山さんの話を聞いていて、本当にそのとおりだなと思ったんですけども、私は、最後から2番目の「認知症高齢者の終末期に必要な医療体制」のところで、認知症に理解がある医師はもちろんなんですけれども、私実際に、病院の中で勤務していて、ある一定までは認知症に理解がある医師だけれども、本来の意味で、老人医療というか、高齢者の医療をよくわかっている医師、つまり相違点はあまりないのではないのかと、こここのところ書いてありましたよね。最期になってくると、年老いたこの方をどうしたいのかというところで、あまりやり過ぎないという部分では、認知症に理解ももちろんなんですけれども、人を診るというか、老人、高齢者を診る医療を知っているということがすごく大事になってくるんじゃないのかなと、現場にいて思います。

そのときに、私の経験からいえば、看護職のほうが、「先生、それ、し過ぎではないですか。これは反対に苦痛だと思います」というのが言えるか、言えないか。それは経験の中で、あまり水は入れ過ぎないほうがいいとか、好きなものだったら口から食べられるとか、あと拘縮のことに関しても、なるべく亡くなった後もきれいな寝姿でいてもらいたいというところで、どう関わっていくかというようなところがすごく大事になってくるんじゃないのかなと思っています。

この会の第1回目のときに、ご家族からのご意見の中で、終末期は精神科のドクターよりも、内科のドクターの出番が多くなるという意見を聞いて、私は、終末期は看護・介護職の出番が多くなる時ではないのかなと思っています。そここのところ、医療も含めたケアなのかというところだと思うんですけども、そこが大事になってくるかなと思っています。

玉木先生がおっしゃったとおり、私も認知症特有の緩和ケアというのもあると思っています。なおかつ、ご家族のグリーフケアも、亡くなってからではなくて、一緒に介護している時点から、ご家族にいい余韻を残せるように関わっていく。そのプロセスの中から、どういったような形で亡くなってもらいたいかということを引き出していくことはすごく大事なんじゃないのかなと思っています、私が経験の中から思うのは、認知症になって亡くなるというときに、惨めな思いをして亡くなりたくない。いかに人間らしく亡くなるか、自分のことを人間らしく扱ってもらえているか、大切にしてもらえているかということはすごく大事なんじゃないのかなと思うわけです。ですから、そうなってくると、本当に簡単そうに思うけれども、基本的ケアがすごく大事になってくるかな、それがすごく終末期リハビリテーションというところにつながってくるんじゃないのかなと思っています。

私は施設で働いていて、平均在院期間が3年半ですので、本当に最期のときに関わっていただけるというところがきっとありがたいんだと、今の話を聞いていても思ったんですけれども、そういった中で、家族の負担を減らしていく。家族に余韻を残していく。自分が年老いても、こういう亡くなり方だったらいいなというようなことを、高齢者を通して看護・介護スタッフが学んでいく。そういったところを急性期の職員にも伝えたい。自分たちが関わっているところから、最期はこういった亡くなり方をするんだというところを本当は伝えたいなとも思います。

私は、もう一つは、緩和ケアとエンド・オブ・ライフ・ケアというのを同じに使っているのかなというところが疑問に思っていて、もしかしたら緩和ケアは緩和ケアであって、最期の亡くなるころの終末期のエンド・オブ・ライフはエンド・オブ・ライフなのかなと思ったりもしていますが、緩和ケアという言葉を使うときに、がんの緩和ケアと混同されてしまって、認知症高齢者には緩和ケアは必要ないと思われる部分もまだまだ残っているので、そこが本来は大事なんだというところは伝えていきたいな、伝わってないかなと思っています。

医療職は、死は敗北というふうに思うのか、自然において亡くなる死というのはなかなか受け入れられないという現状があるのかな。この中で、そういったことについても提言していけるといいのではないのかなというふうに聞いていて思いました。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。先ほどの項目の中ですと、医療関係者への啓発になるのでしょうか。認知症に限らずですね。私の経験からしても、かかりつけ医は、一般急性期病院の医師と比べ、高齢者の終末期の迎え方について、実感とともに、理解も

されていると思います。

【桑田委員】 と思います。

【繁田部会長】 無理はしないで見守ってくれますよね。議題メモの「一時的な受入先のベッド」ですけれども、役割を兼ねて、急性期病院という項目にさせていただきますが、そこで一時的に受け入れてもらう。しかし、そこでなされる医療は、在宅での苦痛をできる限り減らして最期を迎えることができることを目的とする、ということを理解していただくということを入れたいですね。今の桑田委員のご意見を集約すると、このようなことでしょうか。

その他にございますでしょうか。どうぞ。

【西本委員】 先ほど玉木先生のお話で、施設での看取りのハードルはもう高くないというお話をさせていただいて、すごく感動したんです。秋山委員と同じで、在宅では施設に断られることがほとんどなのが現状です。どうしても施設の中の看護職員が手が足りないから難しい、介護スタッフが突然死に立ち会ってしまうから難しいというようなことで、ショートステイを断られたり、デイサービスに関しても、手がかかるということ自体だけで断られてしまうということだったので、先ほどの加算のところをぜひ入れてくださいと言ったのも、そういう意味合いもあることなんです。やはり我々、施設でもどこでも、その人が望むところで最期を迎えられるということは、認知症の人でも、権利としてあって当たり前のことだと思っているので、ぜひ啓蒙的な意味でも、具体的事例、施設でもこういうふうなお看取りができた。今の秋山委員が少し具体的な事例を出してくださいましたけれども、具体的な事例を出していただければ、こういう形でできるんだというところを施設の方たちも理解していただけるんじゃないかなと思うので、ぜひその辺の視点もよろしくお願ひしたいと思います。

【繁田部会長】 一般の方々にも選択肢があって、全てではないにしても、条件が整えばそういうことが全うできるということを知っていただくためには、都民向けのシンポジウムや講演会などの機会を活用し、様々な事例を話して多くの人に理解を深めていただくことも一つの方法だろうと思います。あるいは、病院に対し、在宅で最期を迎えたいので、本人が苦痛を感じたり尊厳を損ねるような治療は遠慮したいという要望をしたご家族の例が挙がったりすると、多くの方が医療に対して希望が言えるようになると思います。そのような話を聞くだけでも大変参考になると思います。

その他にご意見はございますか。どうぞ、お願いします。

【村松委員】 村松です。実はうちの会の中にも、今、看取りの時期にもしかすると入るかもしれないという方がおいでなんです。その方は最初のころ、2、3年前ですかね、これを家で看取るとなったら自分はできないというようなことをおっしゃっていたんです。今、すごくその介護者が変わってきました、家で看取りたいというふうになってきているんです。

その看取りたいという気持ちになるまでの間に、病院の医師が、あなたのご家族のために、必要な時期が来たら必ず応援しますよということを、どんどんと機能が低下していくたびに、お医者さんの力強い言葉をいただけるんですね。そのことで家族が力を得て、在宅で、高齢者世帯で一人なんですけれども、看取ってみようというところからいって、入院したときにせつせと通い出す。

本当は病院では持ち込みの食事はしないほうがいいんですけれども、持ち込んでいったものを食べさせて、それを許していただける。食べられるということを知った上で、緩やかに、また家に帰って行ってという繰り返しをしながら、在宅でやるというふうに、今回お正月のときに、私、最期まで在宅で頑張りますという宣言をなされたんですけれども、そういうふうに関わっている医師、その方はまだ訪問看護は受けていないんですけれども、そういう人の言葉と、いつでも力になるからねという言葉で、介護者は在宅で頑張れるぞというふうになるということを知っていただけたらなと、もちろんご存じだと思っんですけれども、本当に力を得るんだということをご報告させていただきたい。

【繁田部会長】 ありがとうございます。在宅療養を支援するために必要なものの一つと理解していいですね。それはおそらく医師だけではなく、周りの職員という感じですね。

【村松委員】 一番ぐっと力を得るのは、やっぱり医師の言葉で、あと周りのスタッフはお医者さんの指示で動いてくれるということがあって、命という、事切れてしまうときにどうなるんだろうかというのが、きっと家族が一番心配になってくるので、お医者さんの一言というのが支えになるんじゃないかなと思うんです。もちろんスタッフもやりますよというのはありますけれども、私がずっと言葉を聞いている限り、医師の言葉だったと思いました。

【繁田部会長】 それは、認知症サポート医フォローアップ研修の中では、テーマとして取り上げていますか。

【玉木委員】 入っていないですね、そういう具体的な行動というのは。ただ、認知症

の予後を語るという中において、最終的な看取りに至るまでのプロセスをご説明しなきゃいけないので、その中で、具体的にどういうこういうということが、あるいは事例か何かで示せば伝わるんじゃないのかなと思いますけれども、あと、一般の在宅医療でもそうですけれども、医師が死の間際において、脈をとってご臨終ですと言えるケースというのはほとんどないわけですね。でも、病院ではそうではないことが多いから、一般論として、それが普通、医師のほうもそういう強迫観念があるから、在宅医療に踏み出せない理由の一つがそういうことにあたり、ご家族もそうなんだと思います。

でも、自然な死というのはご家族や隣人が見守るものだし、それが当たり前なんだというふうに。医師は何をするのかといえば、死の確認や死後の診察をして、生前からの診察をそこで終了するというふうに考えれば、そんなに大変なことという意識ではなくなると思うんですが、それは認知症のところでお伝えすることではないのかもしれないんですけども、そういう意識の醸成というのもないと、それは介護職が介護施設で看取るといふときも同じなんです。

その辺は、看取りという一つの全体像として、アナウンスしていかなくちゃいけないことなんじゃないかなと思います。

【繁田部会長】 いろいろなお意見をありがとうございました。

家族の精神的なサポートということですが、具体的に言いますとサポートすることの保障や支援してゆくことの保障ということでしょうか。

【村松委員】 きっと本当に死の場面に立ち会ってくれるということよりも、その言葉で、1つステップを介護者が上れるんですね。責任をとって見てくれということじゃなくて、自分が困ったときに、このお医者さんはいつでも助けてくれる。でも案外と、わからないですけども、私が見ている限り、いつでも困ったら電話してねと言っても、困ったときには、家族は直接電話してこないんですよ。

そこは、後ろ盾があるから、一人でできるところまで頑張っていける力になっていっているかなという、そこら辺なんです。お医者さんの言葉というのは、いつでも後ろについているから大丈夫だよという言葉が引き出せると、その場所に立ち会ってくれなくてもよくて、家族が死を受け入れるための大きなステップを踏み出せるきっかけづくりになっていくんじゃないかなと感じます。

【繁田部会長】 ありがとうございました。家族のお話が出ましたが、家族にとって、精神面を中心としたサポートでいいんですけども、その他に、配慮や声かけ、対応の仕

方等のことについて、相談機関や医療機関、介護施設からどのようなサポートがあると家族は看取れるのでしょうか。前向きに取り組んでいけるのでしょうか。

何かあったら相談にのりますよという医師の言葉は1つ役割があるということですが、これに関して整理するのはいかがでしょうか。

【桑田委員】 質問なんですけれども、c)に、「本人の様子を観察できる人」とあるんですけれども、ご家族の方も、そのとおりにはなりませんけれども、ある程度、こういった変化をしていきますよというような説明があると、心づもりって、できるんじゃないかなと思って見ているんですが。

【村松委員】 そうなんです。私が今、知っている限りでは、例えば胃ろうか経管かという選択のときに、おそらく近いうちに起きてくるだろう、せき込みがひどくなってというときに、そろそろ胃ろうか経管に変わって、選択しなければならないときが来ると思っていますから考えてみましょうというふうに、まず先に言っていただく。それと同じように、もしかするとこれからどんどんと命に関わっていくかもしれないから、この心配とこの心配、こういう症状が出てきたときには教えてくださいという大きな目安を家族に示していただくと、家族は安心する。

そうでないと、ちょっと脈が速くなった、ちょっと熱が出たというときに、こもっている熱で出ているのか、肺炎で熱が出ているのか、難しいですけれども、そういったことの区別の仕方みたいなものを、「熱が出たときには言ってくださいね。もしかすると肺炎の熱かもしれないし、こもりの熱かもしれないから」という言い方をしていくと、その都度、全部肺炎で死に直結するというふうには考えないで済むようになるかなと感じます。

【繁田部会長】 家族への予想される経過の説明ということでしょうか。

【桑田委員】 それをしておく、覚悟ができるというのはなんですけれども、これはこのためなんだなというような心づもりができるのかなというのを、ご家族の方に先手、先手で説明しておくんですね、病院の中でも。こういうことが起こるかもしれない、こういった危険なこともあるかもしれないとかですね。そうすると、ご家族の方が心の動揺が少なくて済むみたいなので、そのことはすごく大事で、変化を予測しながら観察できる。この変化を予測できるという、当たらないかもしれないけれども、おおよそをわかっておくというのは大事なんじゃないのかなと思います。

【繁田部会長】 話したときには、「えっ、そういうこともあるんですか」とびっくりされることもあるんですけれども、結果的には話しておいたほうが、事後のダメージは少な

くて済むんですね。おっしゃるとおりだろうと思います。最後の「看取りに向けての準備教育」は、表現については検討しますが、その内容がやはり重要だということですね。

主にご家族のこと、それから、ご家族へどんなことを知っていただくのか、一般の人にどのように終末期をとらえていただくのかということに意見が集中していますが、その他の項目についてはいかがでしょうか。

【西本委員】 私も、訪問看護が併設しているので、秋山さんと同じように、看取りの経験は数多くあるんですけども、そのほかで重要なことというと、e)の一時的な受入先で、ご家族やご本人はご自宅でお亡くなりになりたいと思っても、いざ何かあったときに入院させてくれるという安心感、先ほど秋山さんのあれにもありましたけれども、というのはすごく重要だと思うんですね。

ずっと逃げ場がなく、要するに何かあったときに逃げ場があるというようなイメージはすごく重要だと思うので、e)の一時的な、レスパイトも含めて、何かあったときに受け入れてくれる。もしくは、もし最終的に家族がギブアップしたときに受け入れてくれるという、受入先というところの視点はすごく必要だなと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そうしますと、一般急性期病院で、認知症のことも理解した上で受け入れていただくためにはどうしたらいいでしょうか。先ほどのお話にもありましたように、現状でこれを阻んでいるものは、やはり認知症だからということになるのでしょうか。

【秋山委員】 認知症という診断名はついているけれども、例えば既往歴とか、そのほかの内科的なものが時系列的にうまく整理がつかなくて、今、例えばプレコーマという状態が何で起きているのかという説明が、家族だけではできなかったり、ずっと今まで認知症で大変でしたみたいなのが先にいっちゃうと、これで騒がれるとでもないですけども、どの程度騒ぎますかとか、本気で聞かれます。変な話、ここまで最終コーナーを回ったときは、多少興奮はあるかもしれないけれども、エネルギーがないので、それほどどうのということ、ないと言ったら変ですけども、そういう話も、横について、サマリーみたいなもので送れたらいいんだけども、いつもそういうところにつき合えなかったりすると、とんでもない状態でそのまま帰ってくるか、レントゲンだけ撮って、肺炎は大丈夫ですとか、新しい梗塞はありません、前からのので、脳萎縮が進んでいますので、いろいろやっても難しいでしょうみたいにして、熱冷ましだけもらって帰ってくるとかいう感じで、

一晩どうしようみたいな格好で、訪問看護緊急コールが入ってきたりという。

そこで情報がうまく伝わる仕組みがあれば、この間から議論になっている、手帳でもないですけれども、そういうので、今まではこうしてきた、こういう状態だというあたりを、情報が伝われば少しいいかもしれないかなと思います。

【繁田部会長】 例えば認知症であるとか、認知症の種類とか、あるいは暴言があるとかいう情報を受け取るだけでは意味がないですね。この全身状態であれば、周辺症状が出てそれほど激しいものではないだろうというような、受け取るほうの知識がある程度ないといけないですね。徐々に衰弱してきているのでということが感覚としてわかるかどうかということですね。

それもやはり認知症の高度から終末期に関する知識を持っていただくということに尽きてしまうのでしょうか。

【安藤委員】 私も最近、認知症に関しては、逃げない医者づくり、逃げない病院施設づくりが大事だと思いますが、何で逃げるのかというと、その人の資質の問題もあると思うんですね。あとはスキル、それと時間ですかね、マンパワーも含めて。そこら辺のベクトルに、うまくバランス良い仕組みづくりをしていくのがこの会の目的でしょうけれども、そういうところじゃないかと思うんですね。

基本的には、圧倒的に勉強していないですね、お医者さんも含めて。そういうところが大事でしょうね。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

お願いします。

【秋山委員】 そういう状態の人は、救急車で普通に2次救急レベルのところに行ったときに、情報が整理されて伝われば受け取る側も判断しやすいんですけども、大抵ついていく人が、よく理解をしていない人がついていくパターンが多くて、何が何だかわからなくてこうなったみたいに報告する。とにかく検査をしてみなければということで、目の前にだらっとしている人をそのままガラガラと、レントゲンです、CTです、血液です、どうも脱水、とりあえずルート確保しましょうみたいにしていっているうちに、どうも場所が違うぞという格好で、不穏な顔になっていくというあたりもあったりするのです。その辺も、もちろんこういうふうな仕組みを地域でつくって、急性期の病院の救急の窓口もそういう対応をしてもらいたいという、認知症への啓蒙というのか、それと情報の伝達とかも整理がつけば大分違うかなと。実際はそんな感じが多いですね。

看護が入っていて、ちょっとでも一緒について、医療情報のある程度まとめて渡すと、結構向こうの方たちも安心というか、それだけさっと出てくれば助かるというような格好で対応していただきますので、その辺も大事なかなと思うんです。

【繁田部会長】 「本人の様子を観察できる人」のところに書いてしまいましたが、それとも関わってくるのかもしれませんが、実際の受診時において、本人が十分に情報を伝えられない場合に手帳等で補う作戦は以前に考えましたけれども、誰がどういう形で整理をして伝えることが理想的でしょうか。

【水村委員】 私、過去の訪問看護をやっていたときの立場での話なんですけれども、かかりつけ医が必ず、多分、終末期は往診のドクターが入っていらっしゃると思うんですけれども、うちの場合は、かかりつけ医、往診の先生がある病院につないでおくというか、あとは24時間、何かあったときにその病院につないでくれて、こういう人が行きますとか、診療情報提供書を書いてくれたり、確実に入院させてくれるようにして救急搬送したんですけれども、そうすると、どこかでたらい回しにされたりとか、認知症もこういうレベルだとか、そういう情報が行った中で入っていましたけれども、往診していると仮定してですよ。それともしていないのか。

【西本委員】 多分、基本的に急なときというようなことであれば、秋山さんが私の顔を見ていましたけれども、やはりケアマネジャーなのかなという気はするんですね。今回の報酬改定で、医療連携加算が実はついているんです。入退院時の情報提供をすると加算がつきますということもありますし、ただ、先ほど秋山委員の中にも、ケアマネジャーへの研修というようなこともありました。医療的な部分で、福祉系のケアマネジャーが弱いところがございますので、その辺がきちんと、もしかしたらフォーマットでこんなふうなことを書いてくださいと。看護師はサマリーを書くのはそんなに大変じゃないんですけれども、福祉系は多分、サマリーを書くのはそんなに経験ないと思うので、サマリーとまではいかなくとも、こういうところに注意しましょう。先ほど玉木委員や秋山委員が言ったように、リビングウィルのところだとか、この方はこう思っていますみたいなところが明示されたフォーマットみたいなものがあればいいんじゃないかなと思うんですが、もちろんケアマネジャーがその視点があると一番ベストだと思うんですが。

【水村委員】 今度、包括の立場で話すんですけれども、そうすると、主任ケアマネジャーと一緒に関わったりしていくといいですかね。ケアマネジャー支援という形で。

【秋山委員】 どういう場面。

【水村委員】 例えばフォーマットを作ったりとか。

【秋山委員】 水村さんがいたところは、とてもよいお医者様がついていらっしゃるよ
うに思います。救急車とだけ叫んで、あとは知らないというお医者さんもいらっしゃいま
すので、それとは関係なく、家族がすごく不安に思って、何の手だてもない状態で、どこ
もつながっていない状態で、救急車が呼ばれて救急搬送されるということもあるわけだか
ら、もちろん医療者から情報が行ったり、手帳があったりするのですが、その辺のあた
りがどういう形で、うまく、あまり重装備にならずにケアが受けられるようだといい
かなというふうに思います。

【繁田部会長】 例えば、本人の希望する最期の迎え方や、今までの病気に関する経過
なども含めた情報を、特定の方法で集約し、別の誰かが持っておく、というのは、非常に
困難だろうと思います。

ただ、現に今、認知症に関わっている人たちが、認知症の方に出会ったときに、この人
はこのような経過で、最期はこのように迎えるんだらうということを目ざらぬからイメージ
するようにしておく、大きなずれは起こらないのかなと思います。

病院を受診したときに、その人の希望、今まで受けてきた医療の経過を把握していて、
ご本人のリビングウィルを活かした医療であれば一番いいんですけども、それをシステ
ム化して行うのは難しいと思います。将来的には、その人の受けてきた医療をデータとし
て管理できるという提言はさせていただきますけれども、実現にはま
だ少し時間がかかるだろうと思います。

【村松委員】 本当は家族が細かくちゃんと把握できていれば一番いいんです。どんな
ふうにしていきたいか、本人からずっと聞いていて、家族が把握できていれば一番問題な
いと思うんです。前回、前々回だったか、病院に来てお薬を使って、精神のお薬を使うと
こうなっていきますよといったときに、家族が失神してしまった。それが多いというお話
を伺いましたけれども、そのころの家族って、なかなか病気全体を受け入れられないとい
う時期だと思うんですね。

でも、そのときから、家族が認知症と聞いたときに、この後どういう経過をたどってい
くか、それから、どういうふうに寄り添っていきたいかということ、大まかにでも計画
が立てられていると、この変化ではこうしたいというふうに分かっていくだろうというこ
とは想像がつくんですけども、今、介護者の会の方は、多くの介護者をずっと見ていて、
そこまで到達する人はなかなか難しいなと感じますね。せめて歩けるうちは絶対に歩かせ

て、歩けるように家族は協力していききたいとか、食べられるのは最期まで食べさせたいという、その辺のところまでだったら家族は想定できるかなと思うんですけども、家族もそうやって考えるようにしましょうということを啓蒙していくことも大事なかなと感じます。

【繁田部会長】 多くの人は、健康でありたいとか、病気になりたくないという意識を持っているのだと思います。しかし、何かしらの健康上の悩みや問題は持っている人のほうが多いわけですから、それを持ちつつも、そこそこ悪くない毎日を送っていくという感覚を、認知症の医療等を通して広めていくことができればと思います。他の病気ではなかなか難しいと思うんですね。

【桑田委員】 老いと病、やはり老いていくわけじゃないですか。病気ではなく、人って、必ず死ぬので、私は、うちの病院の医師と話をするとき、老いと病の見きわめは、老いは治せるのか、治せないのかというような話もするんですけども、病院というところに勤めていると、病気は治すものというふうにどうしても思ってしまう。だけれども、人は亡くなっていくわけなので、どこでそれを見ていくのかなというのをいつも私は考えているんですね。

終末期というの、本当に認知症高齢者とか老人の終末期は難しく、終末期と思っても復活してきますし、だから、あきらめるというわけじゃないですけども、どこでというところが、これはだめかなと思ったら、点滴1本打ったら元気になったというのを見ると、これは見立てが間違っていたんだと思ってみたり、そのこのところの、いつからというもの、がんも、もちろん余命3カ月と言われて6カ月、1年生きる方もいるんですが、そのこのところの余命が読めないというところもすごく難しいところで、だからこそやりがいもあるかなと思います。

在宅の方が、かかりつけ医等で、そのこのところの見きわめがはっきりしなければ、何かあったら救急病院に搬送して、送られた側はやりたい、やらなければと思ってしまうんじゃないのかなという、今の状況の悪循環なのかなと。それをどういうふうにしていったら、本当に静かな死というのを迎えることができるのかなというのを、今日、話を聞いていて思いました。

そのこのところを、私たちここにいるメンバーがもっと考えて提言していくということが必要なのかなとも思うんですけども、一般の人たちにも、私たちは老いて亡くなるということ、自分がどう亡くなりたいかということを考えておくとか、そういったことも大事なかなと思いますし、私は、高齢者と関わるときに、この人をどういうふうにならせた

いかな、いい死に方をいかにコーディネートするかなというのをいつも思っているので、そういったことも医療職の人たちは思っていることが大事なんじゃないのかなと思います。

【山田委員】 精神科の立場でちょっとお話ししますと、認知症というのが、もしそこに、年老いて発症している状態で、看取られる状況になんなんとするとき、その前段階としては、精神科医は常に病識の欠如ということを考えるんですね。そのときに、精神科病院のレベルで言うと、かかりつけ医にはなり得ないことが多いんですね。

私はもう何十年とそこに生まれ育っているので、近所の人を診ているということもあるんですけども、多くはその状況になってから飛び込んでくるということがあるとすると、その人の人生をどういうふうに考えて、先ほど言った、最期のところをどういうふうに、今、桑田委員がおっしゃった、設計していくか、コーディネートしていくかというのはよくわかるんですけども、私がずっと診ていた患者さん、あるいはその身内ということだと比較的、もう無理しないで、あまり針をいっぱい刺して、管をいっぱい挿してはやめましょうと言うと、それでお願いしますというような話もできるんですけども、飛び込んできた人ですと、私たち精神科といえども、心も診るけれども、要するに考えてあげたいと思うけれども、その一方で、医者のおいというのがあるって、助けたいというのがあったり、非常にそこが悶々とするところがあるわけですね。

もう一つ言えば、責任があるとか、あるいはこれが通じるだろうかというところがあって、皆さんが今、綿々と述べられていることはよくわかるんですけども、先ほど情報を提供してという、いい話はあったんですけども、確かに、この方あるいは家族がこういう考えでと、かかりつけ医、最近のよくあるビル診で、夜は全然連絡がとれないという先生が診ていたとすると、情報も何もなしで来た場合にどう対応していいかという、やっぱり医療者としての一般的な対応を、何か助けるというようなことになって、すごく美しい持っていき方なんていうところまで、まだ話し合いができない。家族と心が通じ合わない。

あと、リビングウィルという言葉も出てきて、それはずっと見ていて初めて感じ取れることであって、なかなか難しいなと思って聞いているので、全然解決にならない話をして申しわけないんですけども、あまりきれいごとに行かない。

それからもう一つは、そういうことで運び込まれたときも、受ける先生は、一般科の救急病院というのは医療訴訟もすごいわけですね、今はどんどん。だから何とかしようということですし、そこに暴れちゃうと困るというのは、やりにくいということがあってとい

う現実も一応知った上で計画を立て、今のこの話を進めていかないと、なかなか思惑どおりにいかないというところが出てくると思うんですね。

そこの辺が、どんどんきれいな話になっていっちゃって、うらやましいぐらいなんです。ね、さっきの秋山委員の発表された内容なんかは、先ほどちらっと読んだんですけども、これは非常に美しく書いてあっていいなと。こういう形で臨終に立ち会えればすごいいいなと。

確かに私たちも、何年もやっているというケースに当たることは幾らでもあるんですけども、一般的に当直医が大学から来て、若い先生が一生懸命かかわって、ポリッと、何か折れたんじゃないかという感じでやるぐらい、一生懸命やるわけですね。それは、家族とは初めて会っているという中で、普通に内科の蘇生術というのをやるということなんです。私は、ある程度コミュニケーションがとれている場合には、ずっとカルテに、家族とはこういう話し合いができていますという申し送りみたいな形で、赤で丸をしちゃうんですね、危なくなってきたころには。

例えばの話が、ナチュラルコースでと、そういうことを書くんですけども、それも、ぎりぎりやれる先生もいれば、やれない先生もいるというところもあって、またわけのわからない話をして混乱させようというわけじゃないんですけども、そういう実情も踏まえて、一緒に考えていったほうがいいかなということで、あまり建設的な意見じゃないかもしれないんですけども、現実的なところも見て、進めていったらいかがでしょうかということでお話ししました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どうぞ。

【安藤委員】 これは参考ですが、療養病床を含めて、慢性期医療の質向上を目的とする協会があります。日本慢性期医療協会で、今年が目標が、救急対応と認知症ということなんです。そのためには、お医者さんとかスタッフのスキルを高めなきゃいけないということで、土日みっちり3週で32時間の講座ですが、基本的な高齢者の医療から制度、もちろん認知症とか抑制、薬の使い方、救急対応まで広く学びます。私も講師をし、また受講もしましたが、大変おもしろくて、非常に人気で、すぐに申込み定員に達してしまいます。

一方では、このようなまとまった講義を聞きたいというニーズもあるのかなと思っています。いずれは、そこで経験を積んだ講師たちが大学病院とか急性期病院のほうに、押しかけ講義をしていこうというようなことも考えています。

あと、実際にこれから、今でも出ているような3次救急病院と慢性期病院の関係ですけれども、3次救急病院も、認知症の方がいらっちゃって、ある程度ベッドを占領し、なかなか新しい患者さんが受けられないということで、ある程度よくなった場合即そういう患者さんを受けてくれるような慢性期病院が欲しい。

それで、大阪と東京である試みがあります。大阪では、千里救急救命センターほか3次救急病院5つと、周囲の療養病床を備える22病院が連絡をとり合って、即転院、あるいは1日程度での転院にしていこうというような試みをして、今、3カ月間、実験をしています。

また結果が出たらご報告しようと思いますが、東京では、都立府中病院を中心として7病院で、やはりベッドがいっぱいで、なかなか転院先がないので機能しない時期がある。それを防いでいこうというようなことでやっています。あと2カ所、東京では増やす予定ですが、そういうことをやりながら、またデータを示していきたいと思っています。

それと、いろいろなお話を聞いてきましたけれども、1つには、今度、東京都さんのほうで、2次救急病院の中で特にバージョンアップしたのをつくって、そこでは一人のコーディネーター機能を持ったお医者さんが、いろいろと難しい事例に関しては、周囲の病院にご紹介を振っていこうというところをやられるんですけども、そういうところにある程度、認知症も絡めていくというようなことをやってもよいのではないかなと。そのときには、ある程度、慢性期病院にも振ってもらっていいですし、あと、せっかく東京消防庁の#7119というような救急相談センターができましたので、その中に、認知症のことに関しての相談ができるようなスペースをつくっていけば、ふだんはかかりつけ医さんとの関係でしようけれども、もしご家族さんが焦った場合、そこへ電話していただければ、ある程度目安がつくというふうなところがあればなど。

それはこれからの提案をしていかなければならないのでしょうかけれども、そういうこともやっていきたいなと思っています。

【繁田部会長】 ありがとうございました。

山田委員からも貴重なご意見をいただきました。玉木委員もおっしゃっていた、リビングウィル・ご本人の意向・希望、それが理想ですし、それがつかめない場合には、ご家族の希望や要望を踏まえての判断ということになりますが、それをうまく引き出すには家族と医療者の関係が重要である、ということが最も強調したかったことだと受け取らせていただきました。

それでは、いただいた様々なご意見を反映させて、まとめの案を作らせていただきたいと思います。

以上で今日の会議を終わりにしたいと思います。事務局にお返しします。

【坂本幹事】 委員の皆様、大変長時間にわたりまして貴重なご意見をいただきまして、まことにありがとうございます。また、事務局でありながら、本日はおくれて参りまして大変申しわけございませんでした。

ここから先は、事務的な連絡をさせていただきたいと思います。まず、本日お配りしました資料の扱いでございますが、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。また、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たいと存じます。

次回の日程でございますが、次回の会議につきましては3月中旬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してございます。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、後ほど事務局のほうにファクス等でお送りください。日程につきましては、できるだけ多くの委員の方にご出席いただけますよう調整の上、改めてご連絡をさせていただきますので、次回もどうぞよろしくお願いいたします。

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、ほんとうにありがとうございました。

了