

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第3回）

平成19年12月4日（火）

【村田幹事】 それでは、定刻を過ぎましたので、ただいまから第3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。

初めに、委員の皆様方をお願いでございます。ご発言に際しましては、お手元にありますマイクのほうをご使用ください。

続きまして、本日の委員の出席状況につきまして、事務局よりご案内させていただきます。本日、所用により欠席されております委員のご紹介です。まず、順天堂大学の新井委員、それから、東京都精神科病院協会の山田委員、武蔵村山市の比留間委員、お三方が欠席というご連絡をいただいております。

なお、所用により出席がおくれる幹事がございます。まず、医療政策部の吉田勝幹事でございますが、30分ほどの遅刻でございます。また、高齢社会対策部計画課長の高木幹事でございますが、こちら10分ほどで到着するというふうに連絡を受けております。

事務局からは、以上でございます。

それでは、部会長、お願い申し上げます。

【繁田部会長】 委員の皆様方、お忙しいところをどうもありがとうございます。朝晩冷えてまいりましたけれども、議論のほうは熱くお願いします。

それでは、議事に入りたいと思います。まず資料の確認をお願いいたします。

【村田幹事】 それでは、事務局から配付資料の確認をさせていただきます。本日用意いたしました資料ですが、座席表の上に3分冊で資料のほうを置かせていただいております。まず、一番上にホッチキスどめで置いておりますもの、次第に続くもの、こちらが公表資料となっております、資料1、それから参考資料となっております。資料1は、前回第2回のこの部会で提示をさせていただいた資料でございます。それから、席上配付、委員の皆様限りとさせていただく資料でございますが、そのうちの1分冊目が、席上配布1で始まります一連のものでございます。席上配布1、3、4、5、6と続いております。それから、最後になりますが、席上配付の2つ目の分冊としまして、本日初めて委員の皆様方にお見せいたしますが、認知症専門医療機関実態調査の骨子案、こちらをご用意させていただいております。なお、こちらの骨子案でございますが、まだ表現等を精査中でございますので、まことに申しわけございませんが、本日の会議終了後、回収をさせていた

だきたいと思っております。その他の席上配付資料につきましては、お持ち帰りください。

資料確認は、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、議題の1に入らせていただきたいと思います。認知症専門医療機関実態調査骨子案について。概略を村田幹事からお願いします。

【村田幹事】 それでは、ご報告させていただきます。

前回は、まだ集計中ということで、実態調査の調査票だけを委員の皆様方に委員限りでお配りしておりますが、今回初めて調査報告書の構成案をまとめましたので、ご報告をさせていただきます。

席上配布1をごらんください。今回の調査概要でございますけれども、前回から督促をいたしまして、最終的には回収率が、病院、診療所合わせまして75%ほどとなっております。764の医療機関からご回答いただくことができました。その回答いただいた結果でございますが、2以下です。初診までの対応、それから人的な診療体制。医師の人数ですとか、医師・看護師以外の専門職の配置状況といった、人的な診療体制。それから、2ページ目になりまして、4、診療体制。対応可能な病名がどういう分布状況なのか。それから、どういう検査方法を行っているのか。続きまして、5番目で治療の形態です。こちらでは、外来対応だけではなくて、入院対応のほうもデータをまとめております。それから、ここで告知の状況についてもまとめております。それから、6番としまして、外来、入院それぞれの患者数についても、データをまとめております。それから、7番、診断、治療と参りましたので、その後続く、いわゆる周辺症状や身体合併症への対応状況。どの程度対応できているのか、いないのかといったことを7番でまとめております。それから、8番ですけれども、いわゆる診療そのもの以外で、当該医療機関、専門医療機関で生活支援のためのサービスをやっているのかどうかですとか、あるいは、いわゆるかかりつけ医との連携状況がどうなのかといった点につきまして、まとめております。

きょうはこれ以上この内容についてご説明することは控えさせていただきますが、こちらについては、お持ち帰りをいただきまして、ほかの視点での集計もあっていいんじゃないかというご意見ございましたら、12月7日、実は今週の金曜日でございますが、お時間がない中大変恐縮でございますが、金曜日までに私ども事務局までご意見をいただければと思っております。

それから、調査全体についてご報告できないのは大変申しわけないんですが、本日の議

論の参考となるようなデータにつきまして、席上配布4という形でご用意しておりますので、本日は、ここだけを事務局のほうからはご報告したいと思っております。

席上配布4のほうをごらんください。「認知症専門医療機関実態調査の概要」となっております。集計数等については、先ほどご報告したとおりでございます。

からごらんください。認知症患者への対応、つまり認知症そのものへの対応、あるいは認知症の方が身体疾患発症時の対応、いずれでもいいんだけど、認知症の患者さんへ対応できますよと答えた医療機関が、全体の53.4%、408ございました。その中で、認知症そのものへの対応をしていますと答えた医療機関が、82.8%、338でございます。それが です。それから、左下にお移りいただきまして、認知症診断の外来の頻度、どのくらいの頻度でやっているのかということでございます。毎日が40.5%。毎週、これは日を決めて毎週何曜日にやっているという意味だと思いますが、こちらが33%と、いわゆる定期的に常時診られる外来体制に立っているという医療機関が338のうちの4分の3近くという結果でございます。それから、 、そういう認知症患者さんの初診時の対応、予約が必要なのかといったあたりを聞きまして、こちらは複数回答可となっておりますが、直接来院可と答えたところが6割近く、電話による予約が必要と答えたところが32%となっております。それから、右側の図2でございますが、直接来院を受け付けていない医療機関、つまり直接来院可ではないということですね。そういう医療機関について、それでは予約をしてから初診時までどのくらいの期間を要するのかという質問をしてみたところ、2週間以内に診療可能であると答えた医療機関が半数近くというふうになっております。それを超えても1カ月以内では、4分の3の医療機関が初診をすることができますよと答えております。

2ページ目をごらんください。 の外来患者数でございます。こちらはちょっと、200床以上・未満というところで病院を切るほかなかったんですけども、全体の傾向としましては、50人以上、ことしの7月1カ月間、外来患者がありましたと答えたところは、21%ぐらいでございました。その一方で、お一人も来てないという医療機関も13.6%あったわけです。では、それは内訳として何か違いがあったかといいますと、200床以上のところをごらんいただきますと、ここでは4割近くの病院が50人以上の患者が来ていましたと答えられています。それから、認知症の診断を主に行う診療科はどこなのかということで、精神科だけではなくて、内科、神経内科といったあたりも非常に多いという結果になっております。それから、それでは認知症の診療で原因疾患別に対応している科

で何か相関関係があるのかというところをまとめたのが、 の図でございます。アルツハイマーの血管性認知症については、診療科による差はさほどないというような傾向が見られます。レビー小体、ピック病については、それに比べると診療科によって対応の可否に差があるという内容です。それから、 、診断する場合にどういう検査を行っているのかということでございますけれども、これをごらんいただきますと、MR、CTは大概やっているということがわかりますし、また診療所であっても7割、8割と、CT、MRIは使っていますということでした。ただ、これはほかの医療機関に検査だけを頼むという場合も含まれる。それも含めて、診療所であってもCT、MRを使った検査で診断をやっていますということです。それから、最後、かかりつけ医との連携状況でございますけれども、連携していると答えたところが56%。その内訳はということで、複数回答ですね。確定診断の依頼に応じているが3割、薬の処方の依頼に応じているが2割、それから、定期的な処方の依頼や経過観察をかかりつけ医に依頼しているといったところが15%という傾向になっております。こういったところを参考にさせていただきながら、本日の議論をしていただければと思います。

事務局からは、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、調査票の骨子案に関しましてご意見等を、今週金曜日までをお願いいたします。

議題の2に入りたいと思います。第2回東京都認知症対策推進会議、この医療支援部会の親会議ということになりますけれども、そちらのほうで、この会議の報告をさせていただきました。それに関して、報告した内容を私からあらためて報告させていただきます。席上配布3という資料をごらんください。「第2回東京都認知症対策推進会議」というふうに書いてある資料でございます。

この会の第1回、第2回で委員の皆様いただいたご意見、なされた議論に関して、報告をいたしました。3、主な意見というところでございます。既に議論したことです。すべて読み上げることはしませんけれども、主に2点につきまして、(1)として受診勧奨について、(2)医療へのかかり方についての2点でございます。特に受診勧奨に関しましては、一番初めの のところでございますけれども、本人の気持ちをなるべく傷つけないような形で受診につなげられるような手段があればという議論があったこと。それから、一番下の「周囲の気づきを受診や本人との話し合いに繋げられるような仕組みや機運づく

りが重要」ということも報告をいたしました。これに関しましては、親会議のほうからも、ぜひこのことに関して意見を出してほしいという依頼がございました。きょうこれから今までの議論に関して確認をしていただきますと、これに関してもこの会議の意見を親会議のほうに上げることができると思います。

それから、(2)の医療へのかかり方に関しましては、家族がどういうことを医療機関に伝えたらいいのか、あるいは医師は、あるいは医療機関は、どんな点に注意して話を聞く必要があるのかということが重要であるということも、話をさせていただきました。

以上でございます。

続きまして、今日の本題になります。主に前回でございますが、委員の皆様からいただいた議論、おおよそ合意が得られた意見、それから、必ずしも合意には達していない、確認が必要である意見などがございました。今日の委員会の大切な目的は、前回までに出していただいた意見を整理して、公表する内容に関してご確認をいただければと思います。席上配布3の右側から始まりまして、次の2ページ、3ページ、4ページの上に係る内容でございます。これに関して確認をいたしまして、おおよそこれでいいだろうということであれば、この医療支援部会からの意見として公表させていただきたいと思います。資料に関しては、少しでもわかりやすいようにと工夫をしまして、それぞれの項目について前回までの到達点として、合意が得られたという内容は四角でくくってございます。その下にいただいたさまざまな意見を挙げてあるという整理の仕方です。下の点に関しましては、いただいた意見ということで挙げてあります。この形で公表させていただけたらと思います。

議論の進め方に関しましては特にご異論はないと思いますけれども、1枚おめくりいただきまして2ページ目、特にこの2番、一次的な相談体制や受診を促す方法、例えばこの項目ですと、確認事項で3つの点を挙げてございます。これに関しましては、合意は必ずしも得られていない部分もありましたので、この点を確認させていただきたく思います。また1枚おめくりいただきまして3ページ、3の「より迅速に的確な診断へアクセスするためには」という点に関しまして、確認事項は1番から6番までございます。それから、4番、本人・家族の負担感の軽減と医療資源の有効活用、この確認事項も4つあります。この印の13、これに関しまして確認をしつつ、改めてまたご意見もいただきながら今日の会を進めていただきますと、MCIから軽症までの医療に関するまとめができます。このような形で進めてまいりたいと思います。

今お示した 印の確認事項ですけれども、このそれぞれの点に関しましていただいた意見の を一検討していきますと時間がありませんので、事務局をお願いをして、別の資料をつくりました。席上配布5をごらんください。A4の縦で、とじてある資料でございます。おわかりになりますでしょうか。

【村田幹事】 A4のホッチキスどめのもですね。

【繁田部会長】 「第3回医療支援部会 議題メモ」ということで委員の皆様にお配りしているものでございます。こちらのほうに今ほどご説明いたしました確認事項の 印を列挙してございますが、それに関する意見をそれぞれの項目の下に掲げてございますので、これを確認しつつ進めることができたらと思います。異論がなかった点に関しては確認という形で、意見が分かれていた点に関しましては改めてご議論いただくという形で、この5ページまでの資料を今日整理したいと思います。

それでは、1ページから早速進めてまいりたいと思います。一次的な相談体制や受診を促す方法というところでございます。 印の1番の早期診断の必要性ということでございます。一応確認のために読ませていただきます。早期診断の必要性の医学的な意義として、治療可能な認知症が存在するという。それから、認知症は、必ずしも治るものではないにしても、適切な治療やケアによって進むのをおくらせることができる。あるいは、地域での生活を維持させることが可能である。そのために適切な診断が必要であるということでございます。それから、制度上の意義に関しましては、認知症であれば、当然、介護保険のサービスを利用してご本人の生活に関して、少しでもQOLを上げるということが重要になってくるわけですけれども、そのためにも診断が不可欠であるという2点でございます。

これに関しては、よろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございました。このような形で整理をさせていただきます。

2番目、情報の共有手法及び共有する情報の種類・内容ということでございます。(1)が共有手法とその範囲でございます。インターネットなどを活用し、広く情報を共有し、簡単にアクセスできる仕組みが必要である。具体的にというよりは、必要だということを確認したいと思います。それから、すべての人がインターネットを利用できるわけではないので、そういった人たちのために相談機関等、窓口にも情報提供を行うことが必要であるということ。それから、それらに関して、一般の都民の方々、あるいは相談機関等関係者向けに、それぞれに必要な、そして、すべての情報をというわけではなく、適した情報

が届くように配慮をしなければいけないという点。

これに関して、よろしゅうございますでしょうか。

情報の種類と内容に関してですけれども、一般の都民の方々に対しては、診療先を探すための基本的な情報がよいのではないかと。医療・福祉のいわゆる関係者の人たちには、一般の方々への基本的な情報に加えて、連携を進めるための必要な情報を提供する必要があるのではないかと。このように、種類を分けて、一般の方々とは医療・福祉機関等を別に扱って情報提供するほうがよいのではないかと。この意見がございました。

これに関して、よろしゅうございますでしょうか。詳しい医療機関の情報等はかえって混乱をいたしますし、特殊な検査機器がある病院ばかりに患者さんが集中するというのも決して望ましいことではないと考えます。

それから、の3番目、役割分担に関してです。受診の段階での役割分担でございます。(1)のご本人・ご家族に期待することとして、認知症の早期診断と、それに関する正しい理解を勧めていく必要があるということ。それから、認知症の疑いを家族が持ったときに、その事実に対してきちっと向き合って、かかりつけ医の受診を促していこうということ。

それから、(2)相談機関等の関係者の方々に関しては、まずはかかりつけ医のところへの相談なり受診を促すことが一番望ましいだろう。それから、かかりつけ医の先生とサポート医との連携を進めていくこと。それから、そのサポート医が持っている地域のネットワークも活用していただくということ。もしかかりつけ医がその時点でいない場合には、サポート医の研修でありますとか、かかりつけ医の研修を受講した人の名簿を活用して、そういった先生への相談・受診を促すというのがよいのではないかと。このことでございます。

それから、(3)一般病院の役割や期待することとしましては、高齢者の身体疾患を対象とした診療を行っている場合であったとしても、認知症に関して常に意識をしていただいて、疑いがあった場合には、かかりつけ医の先生、あるいは必要に応じて専門医療機関につないでほしいということ。

それから、専門医療機関に関しましては、ご本人が受診をなかなか納得できない、承諾できない場合というのがありますので、ご本人がいらっしゃらなくてご家族から相談を受けた場合には、まずかかりつけ医に相談して、そこから必要に応じて専門医療機関につないでいただくことを勧めるのがよいだろうとの考え方です。

それから、行政に関しましては、都・区市町村の普及啓発。早期診断の意義、必要性、あるいはかかりつけ医を受診していただくということに関しての普及啓発をしていただくこと。都のほうに関しましては、研修等のカリキュラム等も随時見直していただいて、かかりつけ医の先生方が受診促進に果たす役割をより強く認識していただくこと、またご家族から相談を受けた場合の対応に対して、理解を深めていただくということ。区市町村に関しましては、地域によってチェックリストなどを使って介護予防などに役立てていただいておりますけれども、医療機関への受診につなげるためにもそういったチェックリストを活用していただきたい。それから、早期受診につなげるために、サポート医研修・かかりつけ医の対応力向上研修等の名簿もぜひ活用していただきたいということが整理点でございます。

こちらに関してもご異論なく、意見を整理できたのではないかと思います。よろしゅうございますでしょうか。もし後ほどでも意見がございましたら、ご意見をいただければと思います。

それでは、続きまして3番、“より迅速に的確な診断へアクセスするには”ということで、印の1番は的確な診断を得る必要性ですけれども、これは早期診断の必要性と全く同じ内容でございますので、省略をさせていただきます。先ほどご了承いただきました内容に関して、ここに再掲をさせていただきます。

2番でございます。かかりつけ医が診療を担っていくことが望ましい疾患とその理由でございます。(1)かかりつけ医の先生に担っていただくことが望ましいだろうと思われる疾患として、このような意見がございました。アルツハイマー型認知症、それから脳血管性認知症。この2つの典型例の診断に関しては、かかりつけ医の先生に担っていただいているのではないかと。それから、これは私の意見ですけれども、認知症の種類に限らず、患者さんの状態が安定しているものに関しては、かかりつけ医の先生に継続して診ていただく。必要に応じて専門医療機関を利用していただくことはよいと思いますが、安定している限りにおいては、かかりつけ医の先生に継続して診ていただきたいということでございます。

その1つ目の理由といたしまして、一定の経験を積むことで認知症の典型例の診断は十分可能であること。それから、患者さんが住んでいらっしゃる地域で受診をすることができること。自宅の近くの先生にかかることができるということ。それから、かかりつけ医の先生は、認知症以外の病気でもありますとか、生活環境や生活状況、ご家族の関係なども

理解をいただいているので、専門医よりもその意味で利点であるだろうと。それから、当然患者さんは地域の相談機関とかサービスを利用するわけですから、そういった相談機関やサービス事業者との関係に関しても、かかりつけ医のほうがより関係を持っている可能性が高いということ。それから、MCIから軽症といった段階では、精神症状なども含めて大きな問題を抱えていることは少ないので、中期以降の患者さんよりもかかりつけ医の先生に診ていただける機会も多いだろうという理由です。

これに関して少しご意見をいただけたらと思います。そのほかに、何かご意見があれば、いかがでございましょうか。

【玉木委員】 の2に関してですか。

【繁田部会長】 そうですね。 の2に関して、お願いします。

【玉木委員】 今、認知症対応力向上研修のほうの達成目標として、かかりつけ医が担う役割というのを議論していますけど、おおむねこれで合致しているんじゃないかなと思います。専門医数が限られているとかいう言い方をしているかどうかもちょっと難しいと思いますので、このくらいの表現でよろしいのではないかというふうに思っております。

【繁田部会長】 ありがとうございます。よろしゅうございますでしょうか。

【桑田委員】 もしかしたら議論の論点とはずれてしまうのかもしれないんですけども、的確な診断へのアクセスということですので、もちろん医師が担う、かかりつけ医が担う役割ですが、実際に医師と家族・患者関係のサポートを考えた時、医師が「これは年だから仕方がないね」というような状況の時、そばにいる他職種が患者家族の思いや状態を翻訳することが、私はとても大事ではないかと思うわけです。私は、医師と患者・家族だけではなく、その周りにいるほかの職種とともに地域で担っていくのではないかと考えるのですけれども、ここの中を見ると医師しか出てきてない。そのような印象を申しわけないのですが受けてしまいます。医師だけが家族と患者を知っているのでしょうか。例えば、認知症ケア専門士とか、認知症看護認定看護師とか、老人看護専門看護師はまだ全国に13人しかいませんので難しいかもしれませんが、ケアマネであったりとか、その地域の訪問看護ステーションのナースであったりとか、そういったような人たちとともにチームでみていき、診断につなげていくような印象を私は持っているんですけども、いかがでしょうか。

【繁田部会長】 今の点に関しまして、いかがでございましょうか。

どうぞ、お願いします。

【村松委員】 私もそのように思います。実は、少しずれるかもしれない、重なるんですけれども、うちの地域が、多摩市がモデル地区になっておりまして、その中のお医者さんがお話するには、かかりつけ医であるがゆえに落ち込んでしまうパターンとして、家族と同じ心理になってしまって、この人は今までこんなふうにしっかりしていたし、これぐらいのことはまだ変動の範囲の中だと思ってしまうわなに陥ってしまうことがあるというようなことを現場のお医者さんから伺ったことがあるんですね。それで、なおさらのこと専門の方からも、ちょっと専門の方が入っていただいてアドバイスしていただいてということは、私は桑田さんのご意見に賛同いたします。

【玉木委員】 今議論しているのは、かかりつけ医が診療を担っていくことが望ましい一定の疾患とその根拠を議論しているんじゃないですか。どういうふうにアクセスの幅を広げていったらいいかというのは今の議論になると思いますけど、それは別に医師だけじゃなくて、いろんな人たちが地域で気づきをして医療機関にアクセスをつなげていけばいいわけで、受診勧奨をしていくというのはそういう意味なんだろうと思いますけれども、それをこの項目の中に入れるというのはちょっと項目が合わないかなと思いますから、ほかどこか、受診勧奨のところに入れるかですね。

【繁田部会長】 この項目の背景にはもともと、患者さんや家族の強い専門医志向に関する問題がありました。そのために迅速に診断にアクセスできない場合があるため、まずは専門医ではなく、かかりつけ医の先生に相談してほしい。専門医のほうに集中し過ぎている状況をかかりつけ医に戻したいというところから、出てきた項目です。今ほど桑田委員からいただいた意見のように、医師だけがやるという誤解が生じるのかもしれませんが、そういう意味ではなく、地域でサポートするときは、専門医よりかかりつけ医の先生に入っていたチームでという意味に理解していただければと思います。

【桑田委員】 診断は医師の役割ですので、医師にやっていただいて全然構わないのですけれども、ただ、もし周りでサポートできれば医師もいい意味で楽なのではないのかなと思ったというところで、ここの中でそれを入れるの云々ということであるならば別のところで全然構わないと思います。ただ、そういった形で東京都だからこそチームでみていくというところをどこかに盛り込んでいただければいいのではないかと考えています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【村田幹事】 おそらく、受診勧奨のところでも、それから3のより迅速に的確な診断へアクセスするにはのところでも、すべて関係しそうな方々の役割分担というのを最後に

整理するようなたたき台を部会長からのお話を賜りまして事務局でご用意していますので、その役割分担の中でもし足りないところがあればご議論いただければいいのかなと思います。一応、たたき台のようなものはご用意していますので。

【**玉木委員**】 1ページの 3の役割分担のところには何か入れるというのも考えられると思うんですね。でも、今の意見は診断とケアがごっちゃになっていますよ。診断をするのは医師ですからね。かかりつけ医が診断するか、専門医が診断するか、これはどっちでもいいわけですよ。かかりつけ医の中にもきちっとできる者がいるし、専門医の中でもできない者はいますから、それを周りの人が、ここに行きなさい、あそこに行きなさいという交通整理というのはなかなか難しいことですし、適切なことが非医療職にできるのかと。いったら、ちょっと難しい。そこまでは書き込めないと私は思いますから、できるだけこういう状態だったら医療機関に行って診断を受けなさいというのは、皆さん言っていた方がいいと思います。診断した後に、どういうふうに地域でケアしていくかという問題、これは他職種でやらなきゃいけないことなので、それは分けて考えたほうがいいんじゃないかな。このこの項目のどこかに入れるのは多分適切じゃないでしょうから、受診勧奨のあたりとか、最初の拾い上げ、掘り起こしというところに、そういう他職種も絡むというふうに表現していただければいいと思います。

【**安藤委員**】 私も長く老人病院やっていますが、多くの老人病院の医者は、当時は、認知症についてそれほど詳しくなかったもので、逆に看護師さん方に大変助けていただいたり、診断の直前までも指導していただいた経緯がありますが、今は大分勉強してきている先生もふえてきているので、そこら辺のことも含めて考えていただけたと思います。この項目は、どちらかという医師のしっかりとしたガイドラインを作ることが目的なので、他職種協働のところはどこかのところでまたもんでいけばいいのではないかと考えております。

【**繁田部会長**】 ありがとうございます。

【**桑田委員**】 別にそれで全然構いません。ただ、もちろん診断は医師の役割と考えていますが、診断するために他職種がサポートすることをこのところに入れるかどうかということは確かに、適切かどうかと言われてしまえばそうなのですが、ただ、外部の講師で話をすると家族の方とか、医療職の方から、医師との関係ということで質問を受けたりとかします。意見としては述べさせてもらいたいと思ったところです。

【**繁田部会長**】 ありがとうございます。そうしましたら、1ページ目の下3分の1

から始まって2ページ目に至る受診勧奨、受診を促す方法の中で、つけ加えるところ、追加するところがありましたら、ご意見をいただきたい。ここは特に職種では書いてないんです。機関名で書いてあるので、書きこみがしにくいかもしれないのですけれども。

【村田幹事】 事務局の整理では、今お話していただいたような医師ではない部分で当事者ではない部分というのは、ひとまず(2)の相談機関等関係者というところに一回まとめてしまいましたので、このまとめ方がどうなのかというところもあるのかもしれないです。あとは、ここの役割がどうなのかというあたりのご議論かと思いますが。

【繁田部会長】 項目立ての問題ですね。機関名で整理をすると、どうしてもこうなってしまうんですね。相談機関と一般病院、専門医療機関ということになってしまう。

少し先に進めさせていただいて、例えば、診断だけではなく、サポートということが次に出てきますので、そのあたりで役割を少し強調する、チームでということが強調できればというふうに思います。後ほどでも結構ですし、その役割分担のところでも結構ですし、これから出てくる項目の中でも結構ですので、ただいまの意見が入るように考えていきたいと思います。

そのほか、かかりつけ医の役割、特に理由に関してのところですけど、よろしゅうございますでしょうか。

【玉木委員】 一番最初の早期診断の意義にもかかわるんですけど、早期診断のところに医学的な意義と制度上の意義がありますね。ここで、要するに尊厳保持とか権利擁護上の意義というのが入れられたら、ほんとうは入れたほうがいいのかなとは思っているんですね。要するに早期告知ということの意味。それが権利擁護をしていくということについては患者さんを取り巻くさまざまな条件をよく知っている者が関与していく必要があるという意味につながるのかなと思いますが、別にそこまで書かなくてもいいかもしれないけど、早期診断の意義は、ひょっとしたらそういう権利擁護のことも書いていただけたら、入れられれば入れたほうがいいかもしれないですね。ちょっともとに戻ってしまってますみませんが。

【繁田部会長】 ただいまの意見に関しましては、いかがでございましょうか。

【玉木委員】 本人に決めてもらうというチャンスを逃さない。

【繁田部会長】 決める権利の確保ですね。

【水村委員】 私も先生の意見に賛成なんですけれど、早期ですとまだまだわかることがたくさんありまして、自分で決めるということができるとですね。私たちも早期の方と

かかっているんですけど、例えば、これはどうする？　こういうふうに考えてもいいのではないのでしょうかとか、そういうことはまだやり取りができていますので、早くに、自分で決める権利というのをあげる、チャンス을あげてほしいなと思います。

それと、今、権利擁護の話が出たんですけど、実際にかかりつけ医の先生が後見人の診断書を書けないと断ったケースがあるんです。ずっとその方はその先生のことを信頼してかかっていて、認知症だと診断をしたのも内科のその先生なんですけど、ご家族が実際に相談に行ったところ、僕は認知症のことはわからないので書けませんのでほかへ行ってくださいと言った先生がいらっしゃるの、家族としては納得ができなくて、ただマルをつけるだけなのに、どうしてそれができない……。私は、ケアマネさんから聞いた話なので、実際その場面に遭ってないんですけど、ただマルをつけるだけなのになぜそれができないんでしょうかということがとても家族としては不服に思っていて、今から専門医にかかるとい方が、それをきっかけに専門医にかかるとい方もいらっしゃるの、できれば書いていただきたいなと思います。

【**玉木委員**】　3種類あって、権利擁護事業を始めるかどうかの最初の診断書みたいなやつですね。これは、今、家裁とやり取りして、ほんとうに簡略なマルバツ式に変えています。今度は権利擁護を実際に認めていく上での鑑定書というのが必要なんです。一般の方は、そこがごっちゃになっているんだと思うんですよ。鑑定書は、後見の濃度によって簡単な鑑定書と複雑な鑑定書というのがあって、それは裁判所のほうが必要に応じてどちらを使うかということ判断して、医師のほうに権利擁護者となる人を立てる形で要請してくるんですね。その場合、鑑定書になると、専門医でないと書けないような内容というのは結構あります。それから、権利擁護に関することがこれまできちっと医師に周知されていて、実際、これを書くことによって医師の責任や関与がどこまで生じてくるのかということが十分にアナウンスされてなかったの、まじめな先生ほど、なかなか判断や鑑定にかかわることは書けないというふうに考えてしまう先生方も多かったんですね。ですから、書かないのがだめということではない、一律には言えないと思いますが、今後は、今もずっと進行中ですが、診断をしたり鑑定した医師に相続の問題で相手から電話がかかったり、僕もいっぱい経験していますけど、いきなり向こうの弁護士から電話がかかってきたり、長男と次男が争っているのが電話かかってきたりして、そういうことがたくさんあったんですよ、最初。そういうことがないように今は必ず裁判所がワンクッション置いて、診断医・鑑定医には大きな迷惑がかからないということがアナウンスされ始めて

いますので、それだったら積極的に書いていこうというふうの流れとしてはなっていますので、そういうふうにご理解いただきたいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そうしましたら、特にご異議がなければ、一番初めに戻りまして、早期診断、医学的な意義のところにも3つ目の項目として、今後の生活について決めることができる、考えることができるというような項目をつけ加えるということでもよろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。随時、お気づきの点をおっしゃってください。

【秋山委員】 いいですか。

【繁田部会長】 お願いします。

【秋山委員】 今までの議論の中で、ちょっと折衷案で、1ページ目の3の(2)の相談機関等関係者(コーディネーター)のところに、「かかりつけ医の相談・受診を促す。サポート医との連携を進めるとともに、サポート医が有する地域におけるネットワークを積極的に活用する」ときに、かかりつけ医の受診時の相談を受けるとか、相談先となるとか、そういう言葉があると、相談機関と関係者のもうちょっと役割、ただつなぐとか、それだけではなくて、相談に乗っているというその辺が一つ役割としてはっきり出て、これはあくまでも受診勧奨のための医師へのつなぎという書き方しかしてないので、医師へかかるときにさまざまな相談を実は受けているし、やっているし、そこで適切なアドバイスをしているということですね、地域の中で。その辺のところは少しあると、ちょっとはっきりしてくるのではないかなと。今の意見をちょっと加味した文章がここに1個入るといいのではないかなと思います。

【繁田部会長】 受診を促すだけではなくて、相談機関としての本来の役割というか、相談に乗るといふ、そういう内容を加えるということですね。それは一番初めがいいですかね。相談機関の本来の役割ということですので、1つ目に項目を入れさせていただいて、そこに今いただいた意見の内容を加えましょうか。

ありがとうございます。

それでは、3ページに進ませていただいて、3、かかりつけ医が診療を担うための体制に関してです。せっかく病院で受診したけれども、問題ないということで、認知症がほんとうはあったけれども、それが見過ごされてしまった。そういうことがないようにという意見がありました。これに関してはもちろん、診断能力や診断技術と関連するものですので、従来行われております研修等が効果あると思いますが、今あるプログラムは内容が

決まっているものですので、同じものをくり返してもなかなかモチベーションが続いていかないと思います。むしろ刺激を受け、自分の診断技術を常に向上させていくという、継続的な研修であるとか勉強会みたいなものが必要だろうと考えました。つまり一定のプログラムよりは、むしろ、定まった内容の研修会ではなくて、症例検討会であるとか、定期的に関係者が会って集まって勉強するような機会を継続的に持つことが必要ではないかと考えまして、ここの項目を入れました。

ここに関しては、まさに先ほどいただいた意見と関係することですが、かかりつけ医だけではなくて他職種が入って、様々の議論があるとよいと思います。ある職種にとっては、認知症の医学的な知識を吸収する場となりますし、かかりつけ医にとっては、患者さんの生活上の困難を改めて認識する場となり、意味があると考えました。

それから、2つ目ですけれども、やはりかかりつけの医療機関が必要に応じて専門医をうまく利用できるといいんですが、その仕組みというのはなかなか難しい。現時点では個人的な関係で助言を得たりしていると思いますが、仕組みとして、具体的にどうしたらいいかなという、ちょっと言葉に詰まってしまいます。ここに関してご意見があればと思います。1つ目、あるいは2つ目の点に関しましてご意見がいただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

【**玉木委員**】 今ちょうど、サポート医の役割とは何かというのが、国としての問題点に挙がっているわけですね。研修も、研修テキストをどうしていくかということも議論されています。サポート医とかかりつけ医とか、それぞれの程度に応じて詳しいテキストと簡単なテキストがあるのかという議論もありますね。でも、ある一定の、比較的困難な事例に対しても対応できるような内容のテキストを用いて、そして、かかりつけ医の達成目標、あるいはサポート医の達成目標はここまで。専門医は専門医群としての役割やそのテキスト以上のもっと専門性があるわけですから、地域である一定の、将来において達成させたいレベルのテキストを使って、そして、現時点でのかかりつけ医、サポート医等の達成目標を提示していきながら、年々それを向上させていく。要するに、フォローアップがない限り、進まないわけですね。

例を言いますと、私が認知症とかかわるようになったのはほんとう五、六年の話で、今は何とか自分で診断もして、そのためにちょっとCTも買っちゃったりしながら自分で…
…。

【**繁田部会長**】 もとをとらないと。

【**玉木委員**】 疾患は正常圧水頭症ぐらいは何とかできるようになって、それでデイケアを始めたりしてかかわっているわけですね。私は消化器内科医ですから、全く専門外です。そういうかかわり方をしている医師たちはいるわけですね。そういう人たちを育てていくというか、ふやしていかないと、このかかりつけ医が窓口になる構想というのは少なくとも破綻してしまうし、地域でも困るわけだから、そういう人たちにかかりつけ医対応力向上を受けてもらって、その中からまた少し、自分の患者さんのためにかかわっていきこうという人たちを今ふやそうしているわけですね。ですから、言い方を変えますと、少し階層化していく。かかりつけ医群と、ちょっと地域ケア群みたいな、通所リハビリやっていると、入所やっていると、老健やっている先生たち。それから、グループホームだとか、高専賃だとか、施設系にかかわっている先生たちが、少しかかわりが深くなりますね。そのほかに専門医群がいて、その3つぐらいの達成目標なり、かかわり目標があって、それが共有されていて、私に足りないのはやっぱり、非常に困難な周辺症状が起きてしまったときに、それをどういうふうに対処していくか。それは一時期は薬物療法であるわけだし、そういうときにやっぱり専門医の助言が欲しいわけですから、そういうところのルールづくりを具体的に地域の中でやっていくということだと思っただけですね。それはコーディネーターとしてサポート医を位置づけて、地域での階層とルールづくりと目標の共有をしていく仕組みをつくっていくのが、一番現実的だと思います。で、例えば、この間議論したように、年一、二回は必ず専門医のところに行って変化を見てもらうなり報告をするというプロセスをみんなで共有しつつ、何か困ったときには助言が得られるような、医師、あるいはその他の医療者全体像、要するに他職種協働としての全体像としてそういう情報が得られるような地域の仕組みをつくっていくということが、具体的にと言われるとまたすごく困ってしまうんですが、そういうものを想定しているというふうに、私は考えています。

【**繁田部会長**】 実際に情報のやり取りする手順というものを仮に考えたとしても、普及しなければ意味がないだろうと。それよりは、ふだんからご家族、あるいは患者さん、あるいは場合によってはケアマネジャーの方ですとか、そういった人たちを通して専門医を受診してもらうことで関係をつないでいくことが、結果的に助言をもらえることになるだろうと、そういうふうに理解してよろしいですか。

【**玉木委員**】 そうですね。先ほどのように、まず地域包括だとか、さっきの相談機関等、その中には最初に気づいた人がいるわけでしょう。それはどんな職種でもいいわけで

すね。民生委員のおばちゃんだっていいし。とにかく医者のところに行きなさいと。あなたが一番相談しやすいところはどこ？ っていうところで。そのドクターがとりあえずちゃんとできなきゃいけないわけですし、そこは今やっているわけですね。だけど、とりあえずそこでばんと診断をして終わってしまうんじゃなくて、専門医に少しつなぐという道筋がみんなのイメージの中に共有されるようになってくれば、必要な状態、必要な方は、必ず専門医の窓口を通過してまた情報が、ケアの方針が定まって、困ったらそこにまたお願いするということが地域で共有できるようになれば、うまく動き始めると思うんですね。まさにそのことを今ここで議論しているのかな、形としての議論をしているのかなというふうに思っています。

【繁田部会長】 本日欠席の新井委員から、いくつか意見をいただいております、その1つはこれに関するものなんですけれども、実際に専門医の助言をもらうとき、初期の段階ではおそらく、例えば神経心理の検査をしてもらうとか、画像診断をもらって、それで診断をつけてもらう、そういった目的だろうと。そのときに、すべてをいわゆる特定機能病院であるとか大学病院にお願いするのではなくて、できるだけ身近なところで、例えばかかりつけ医の先生は、画像検査が可能な近くの先生にお願いをすることもできるわけですから。そこで診断が得られれば、それでいいだろう。それで不十分なときにはその次の段階という考え方がいいだろうとのことです。

さきほどの調査結果で、意外に思いましたのは、専門医に行ったら何カ月も待たせるという話が一般的だと思っていましたが、それを見ると、実際、認知症を診ている先生方、それは全国的に有名な先生ではないかもしれませんが、半分の医療機関は2週間以内に診察をしてもらえる。1カ月以内も入れれば4分の3ということを見ると、誰もが大病院へというのは決して効率がいい方法ではないだろうと。身近なところで診てもらえる先生、そういう先生と関係をつけていくことが良いと、あらためて感じました。そして身近な先生と専門医とが、ふだんから患者さんを紹介する、あるいはその患者さんに対してコメントをもらうという形で、関係づくりをしておいてもらうのが長続きしますし、良いかたと、玉木先生のお話を聞いて思いました。

【玉木委員】 たしか名古屋だったかな？ 名古屋でこの仕組みを一生懸命やっている地域があって、そういうかかりつけ医群というのは、今はこのレベルだけれども、実際にそういう症例に当たりながら、ご家族とすったもんだしながら、専門医といろいろ話し合いながらいくと、必ずレベルが上がっていく、地域のレベルも上がっていく、つなげ方も

わかってくるというような方向に進んでいくんだそうです。今、東京はどのようなレベルなのかというと、現状のレベル。でも、この調査を見るとものすごく、結構やっているじゃないのと思いますよね。ただ、質だよ。どこまでやっているのかなというのはまだこれには出てないし、合併症の対応はどこまでやっているのかなというのはちょっとこれからの問題だけど、せっかくの調査ですからこれを地域に還元して、その地域地域で何とかこの道筋を普遍化していくというふうに書いていただければなと思うんですけど。

【繁田部会長】 医療機関や相談機関等では、どこの医療機関が専門医による診断が可能で高度な機器があるといった情報はある程度共有できると思いますので、そうすると有効活用につながると思います。

もう1つ確認をしたいのは、今、ある研修のプログラムでは限界があると思うんです。それよりは、意見を言い合って議論することのほうが、チームとして結束力も強くなりますし、その後のお互いの情報交換もできやすくなると思いますので、例えば症例検討会という形でもいいですし、対応に苦労している例に関して議論するような、機会を考えてもいいかなと思って挙げたのがこの症例検討会なんですね。それに関しても、よろしゅうございましょうか。

【秋山委員】 ちょっといいですか。

【繁田部会長】 お願いします。

【秋山委員】 1ページ目に、情報を共有するときに簡単にアクセスできる仕組みが必要で、例えば「ひまわり」に登録するなんていったときに、ミシュランじゃないですけど、一つ星、二つ星、三つ星じゃないですが、階層化をするときに、こういうラダーというのが、そういうのでこの地域の仕組みというのを各地域でつくって、そういうネットワーク図みたいなのがインターネットなんかだとできるように思うんですけど、「ひまわり」に載せるのって、どうするんですかね。

【玉木委員】 医療機関の情報公開というのが法で定まったので、それを都道府県が中心になって取りまとめるということになったんです。東京都はもともと「ひまわり」で情報公開に努力なさっていたんだけど、4月から、医療機関の細かい、やっている内容、要するに、在宅診療やっているかとか、認知症に対応しているかとか、そういうようなことも含めて、今、入力をしているところです。そこには、今後ももし皆さんが、グーグルじゃないけど、認知症のこういうケアをやっている医療機関を検索できるとすれば、そういう検索ツールがくっつけば、それなりに使える情報というのは出てくると思うから、そ

れは、段階を把握しつつ、ないものは表示できないから、レベルが上がってきたら、都のほうとか、またいろいろソフトを育てていただければ、そういうのは現実的に難しくはない状況になっていると思います。

【村田幹事】 「ひまわり」を所管しておりますのが医療政策の吉田幹事ですので、足りなければ補足してもらおうとして、「ひまわり」ってどういう構成なのか、構造なのかということをご紹介しますと、まず基本情報、基本データベースと言って、毎年、医療機関にお送りしている分厚い調査票があります。それは数十項目にわたる詳細な項目で、チェックがついてあるんですね。それは、そのすべてを都民の方に公開するのではなくて、まずは医療機関同士の連携のために使っていただく。その中で、これは患者さんといいますか都民の方に公開をしたほうが選択の参考になるだろうというものを公開している。それが今インターネットで一般にごらんいただける「ひまわり」情報なんですね。

方向性としては、先ほど玉木先生からもご紹介いただきましたように、医療法の改正がありまして、どこまで情報を出すのかはともかくとして、医療機関側に自分の情報は出さなきゃいかんという公表制度ができましたので、流れとしては、今、都民の方に公表する情報というのは、このシステムができた当時から比べると、だんだんふえていると。そんな状況でございます。

というものを念頭に置いて、こういう仕組みがあったらというふうに試案ではつくらせていただきました。何か補足。いいですか。

【吉田幹事】 実際に「ひまわり」を所管していて、今、医療機関にお願いして、これが診療所に出している調査票で、こんな分厚いものなんです。その中で対応できる疾患というのがそれぞれございまして、精神と神経科の領域、その中に認知症という項目が1つ、これは国で決められているものなんですけれども、ことしは国によって決められた項目を設けますけれども、都で独自に追加できる項目というのがございます。その中にそういう項目をふやしていけば、対応が次第にできていけるような、より詳細なデータをとることも可能になります。

以上でございます。

【玉木委員】 要するに、これは分野とか業種を問わず、自分自身が何者であるかというのを自分で出すというのは、世界的な標準なわけでしょう。だけど、今はいろんな項目をとっていただいているけれども、マスコミなんかは極端ですよ。全部出せと。それを検索して使うのは市民だという考え方もあると思うんですけども、それを医療現場でもし

やられたら大混乱になりかねないわけですね。いろいろ、それぞれがアクセスし始めると。だから、そこは何とか、現場が整っていく段階に応じて、こういう情報、こういう情報というのはできるだけ出して、皆さんが皆さんの地域でアクセスしやすいようにというふうにしていくべきだと思いますので、その辺もむしろ都のほうはよく考えてくださって、いろいろ我々も議論は、水面下でいろんなことをやっているんです、そういう情報をどういうふうに出していくかとか。そんなふうに思っていますので。

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、3番の(1)を終えまして、(2)の……。

【西本委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい。

【西本委員】 ちょっと議論が戻ってしまうんですが、(1)のところの「関係者による」というところですね。先ほど部会長さんのお話によると、ここの中には、看護師だとか、ケアマネジャーだとか、地域包括だとかという人が入るというふうなイメージというふう……。

【繁田部会長】 だといいなと。

【西本委員】 おっしゃっていたので、できればその辺を明言していただいたほうが、どうもこの中で見ちゃうと医師主動のもとにやるような感じがとてもとられてしまうので、そこはぜひ入れていただきたいと思うんですが。

【繁田部会長】 じゃあ、具体的にどんな職種がありますか。看護、ケアマネ、地域包括。そうですね。ここでは主に、どういうふうに通診を勧めたかということも含めての議論ですね。こんなふうに通診を勧めたかとかそういうことがいいんでしょうね、ここでは。

【西本委員】 ええ。

【繁田部会長】 ありがとうございます。では、それを含めるということで。

(2)と(3)は、確認です。ほかの疾患との区別。実際に診断に困る場合には、専門医に紹介ということになるかと思えます。うつ病でしばしば見分けが難しい場合、あるいは難聴等がある場合などは、ややもすると判断を間違ったりするという。そういったことも勉強会等で知識を持ってもらえたらということです。うつに関しては教科書等にも書いてありますが、難聴などという感覚器の障害は、意外に現場では落とし穴です。教科書に書いてなかったりする。そういう現場での問題というのを勉強する機会を持ってもら

えたらと思います。

それから、(3)番目。これも先ほどご了解いただいた点です。一般の人にも理解していただくということです。

よろしゅうございますでしょうか。

それでは、続きまして4番でございますけれども、こちらのほうは先ほどご紹介いたしました調査の結果でございます。繰り返すことはしませんけれども、意外に多く受診をし、かかるところがありますとの結果です。もちろんすべてが満足できるレベルかどうかかわからないですけども、うちでは診ています、うちでは2週間待ちですと行ってくださったところは決して少なくないということをご確認いただけたらと思います。

それでは、続きまして5番。これに関してもご意見をいただかなければなりません。専門医に紹介する場合、どういうふうで紹介したらいいか、どういう紹介の仕方が望ましいのかということですけども、まずは地域で。全国的に有名な病院ばかりがいいとは限りませんよ。地域の医療機関を探してください。それが身近にあるということは、先ほどの調査でもこれだけあるんだということがわかったので、むしろ積極的にこの点は強調していきたいと思います。

それから、専門医に紹介するときどういう情報が必要か、重要かということですね。情報が多ければ多いにこしたことはないように思いますけれども、煩雑になってきますと、紹介するか否か迷ったときに紹介しないで済まされてしまう場合がある。必要なときにはぜひ紹介してほしいということで、簡便な形で紹介ができればいいということです。目的の明確化と飲んでいる薬、この辺は最低限必要だろうということで挙げてあります。この点に関してはいかがでしょうか。

これも新井先生のほうから意見をいただいております、専門医の立場からすると、目的がはっきりしているほうがいいと。診断を決定してほしいということなのか、行動面での問題や精神症状に対する治療を目的とする紹介なのか。あるいは、様子を見ていたら非常に進行が早かったりして、どうも診断が違うかもしれない。そういった心配を払拭してほしいということなのか。何をしてほしいのが明確で簡潔であるほど専門としてはやりやすいという意見をいただいております。

何かご意見ございましたら、お願いします。

【**玉木委員**】 この間、何か適切なフォーマットがあると、やり取りできるフォーマットがあるといいんじゃないかと。かかりつけ医は生活情報をあげる。専門医は、専門医と

してのそういう対応方法に対する意見をおろしてくれる。両者がその意見を同時に見合っ
て、最終的にはその方の地域でのQOLにどう医療が貢献するかということですから、そ
ういうことが共有できるようなフォーマットということですね。かといって、あまりしゃ
くし定規なものをつくと使われないし、ここに挙げられているようなことが書かれてい
れば、おおむねそれは達成できるのかなというふうに思います。困っていることとか、し
てほしいことというようなことをですね。もう少し、簡単な認知症における情報提供書の
ひな型みたいなものが提示できてもいいかもしれないですね。

【繁田部会長】 私の個人的な意見ですが、以前に一般の医師が専門医に相談するサー
ビスみたいなシステムを考えたことがありまして、そのときにフォーマットをつくりまし
たら、症状はものすごく多岐にわたってしまい、周辺症状だけでも項目は絞っても10や
20はすぐいってしまう。軽症か中等症か、重症度・進行度だけではやっぱりわからない
わけで、どういう症状が強いのか、あるいはADLが低下しているのか、そうなるくる
ときりがなくなってしまいますし、それを書く労力を考えれば、新井先生と私は全く同意
見で、要は紹介先の専門医がこれだけでいいよと言っているのだから、それでいいのかなと考
えています。つまり、やってほしいことを書いていただくと。必要な情報は、これが必要
だろうと思うことは書いていただいてもいいんですけども、来院時に、ケアマネさんに
聞いたりご家族に聞いたりして情報は集めますので。私は単純なほうがいいのかなと。そ
の分、困ったときには足繁く来てもらうほうが、ご家族にとってもいいでしょうし、必要
な情報も追加で収集できますし。期せずして新井先生からいただいた意見と私は同じでし
た。

いかがでございますか。目的と、飲んでいる薬や、身体疾患、合併症等、治療していら
っしゃる病気ということでしょうか。認知症以外の疾患の治療状況ということでしょうか
れはかかりつけの医療機関が一番わかっていることですので、それを教えてもらえば、そ
れに関する精査等が必要なくなります。

意外に遠慮をされてはっきりお書きにならないことが多いので、そこからしばしば行き
違いが生じます。東京都ではありませんが、以前にかかりつけ医の先生と専門医の先生と
でお互いに正直な意見を言い合ったことがあります。かかりつけの先生は、こんな症状で
紹介したら失礼になるかもしれないということで、我慢に我慢を重ねてやっとのことで紹
介をする。そうすると専門医のほうは、何でここまで放っておいたんだということになる。
しょうがないので、これだったらこっちで診ようと、しばらく診る。そうすると、患者さ

んを返してくれないというふうに、かかりつけ医が言う。専門医は、こんなので返したら困るだろうからということで診ている、みたいな意見交換があって、やっぱりふだんからいかにコミュニケーションをとっているかなんだなというのを痛感したことがありました。それを思うと、単純で、ストレートに困っていることを言っていたら、それに対してできることを専門医がするというのがいいかなと思いました。

【西本委員】 よろしいですか。最後のところが「今できないことは何か、困っていることは何か」というふうな文言になっているんですけども、我々、書くときに、できないことから導き出すってすごく大変なんです。だから、どこどこまでできているんだけども、これはできない、何々まではできているんだけども、これはできないというふうに書いていくと表現しやすいので、できること、できないことは何かというふうに表現したらいいのではないかなと思ったんですが。

【繁田部会長】 この文言は、患者さんに対して周りのスタッフができることとできないことということですか。

【西本委員】 ええ。

【繁田部会長】 そのほうがいいですね。症状よりも、患者さんの残存機能の評価の方が大事ですから。おっしゃるとおりですね。じゃあ、そのように変えさせていただきますようか。

続きまして、時間の関係もありますので6番の関係者の役割分担に入りたいと思いますが、今までの内容をそれぞれの役割に当てはめると、こういうことになると思います。ほとんど前の部分と重複していますが、いかがでございましょうか。再掲となります。早期診断の必要性というところから、より迅速に的確な診断へということですので、内容が重複するのは当然なんですけれども。

よろしゅうございますか。

そうしましたら、先に進めさせていただいて、また必要に応じて戻ることはいたします。時間の関係で、最後まで目を通していただくことにしたいと思います。

4番、ご本人・ご家族の負担感の軽減と資源の有効活用の実現のためということで、1番、これはほぼ確認でよろしいかと思いますが、本人等の負担感の軽減ということ。遠方の医療機関まで行く必要性が低いのに通院するのは、ご本人・ご家族とも非常に負担感・徒労感が大きい。薬をもらうだけの定期的な通院であればなおさらということ。

それから、医療資源の有効活用としては、症状が安定していて、しかも軽度の患者さん、

そういった方たちが大量に専門医を継続的に受診しているような場合ですと、いわゆる専門医療機関の有効活用という視点から望ましくないだろうということ。それから、3番目は既に申し上げた点でございます。認知症の診断・治療をやっている医療機関は決して少なくないということ。

2番、患者さんの集中度と医療資源の分布状況。これも確認でございます。先ほどの資料の中に出てきたわけですが、患者さんの集中度に関して、1カ月の外来患者が5人以下という医療機関が多数ある一方、200床以上の医療機関の約4割が50人以上の患者を診ている。医療資源の分布状況。臨床の診断・治療ができる医療機関は少なくない。これも、再掲です。どこもかしこも予約待ちが常態化しているわけではない。もう1つは、かかりつけの医療機関から専門医につなぐという動きはある一方で、専門医からかかりつけ医に戻ってくる動きというのは必ずしも活発ではないということ。医療機関に長く患者さんがかかっている、単に薬をもらってくるだけという状況もかなりあります。そういったものは、かかりつけ医療機関がより多くを担うことで専門医療機関が有効に機能するだろうということが言えます。

確認ということで、進めさせていただきます。またご意見があれば、おっしゃってください。

3、取り交わされる情報について。いわゆる情報のやり取りに関してですが、先ほど既に触れている部分ですが、やり取りする内容としては、かかりつけの医療機関から専門の医療機関へこういう情報が必要ではないか、あるいは提供することが望ましいのではないかとということですが、具体的には、生活上の困難、ご家族が対応に困っている部分、身体疾患の治療状況などです。変化があったときに相談されると思うので、1から症状を書くというよりは、ここに来てこういう変化がありましたと、そこを強調して書いていただければいいだろうと。何から何までお書きいただく必要はないだろうと。

逆に、専門の医療機関からかかりつけの医療機関に患者さんが返ってくる、あるいは地域に紹介をする場合、診断・治療の内容はもちろんですが、そのほかに、どんな病気に関してどんな説明をしたのか、あるいは、していないのか。したとすれば、どんな説明をしたのか。それは、かかりつけの医療機関がどういうふうに認知症を扱うかということに関係することです。その情報の取り交わし方に関しては、(4)後ほど出てまいります。

(2)番、ここに関してご意見をいただきたいんですけども、誰がどういうふうにその情報を共有するか。先ほどのご本人をサポートする周りの人たち、どういう人がどこま

でサポートするかということがあります。みんなが全部のことを知っていればいいんでしょうけれども、個人情報ということもありますので、まず必要最小限、誰がどういう情報を共有するかについてご意見をいただければと思います。

先に(3)番だけ説明させていただきます。具体的なフォーマットとしては、簡潔なもの。それから、紹介する場合、逆紹介の場合、目的がはっきりと書かれている必要があるということ。

それから、情報の取り交わし方に関してですけれども、先ほど年に1回か2回と玉木委員がおっしゃいましたが、私もおおよそそのくらいの目安だと思います。安定していらっしゃる方に関しては、半年に一遍か、1年に一遍ぐらい。特に変化があったというわけではなくても、専門医を受診して、関係を維持する。相談しやすいという状況をつくっておくということが必要であるということ。そのことを専門医から大体このくらいの頻度で通ってみたらどうかという提案をし、ご本人・ご家族と相談をしておいていただくということ。もちろん、変化があったときには随時相談をしてほしいということも伝えておく。私がそんなふうにさせていただいているので、そのあたりが関係の持ち方としては一般的で現実的ということで書かせていただきました。

こういった職種で情報をどういふふうに共有するのかということに関して、ご意見をいただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

【水村委員】 質問なんですけど、中にはいろんな事情があって必ずしも専門医にかかれな方っているんですが、その場合はかかりつけ医とその方でいいという考え方でいいんでしょうか。

【繁田部会長】 もちろんそうです。

【水村委員】 どうしても地域の中にかかりつけ医すらいない方がいらっしゃるの、そこからスタートなので、専門医にかかるにも、この方は周辺症状が将来的に出そうだなと思う方がいるので、診断はおいておいても、ごめんなさい、診断は必要なんですけれども、ぜひかかってもらいたいなと思うんですけど、だれが連れていくという問題になってきたりとか、すごく課題がいっぱいあり過ぎるので、必ずしも専門医はちょっと厳しいです。

【繁田部会長】 おそらく、認知症のすべての患者さんの、少なく見積もっても3分の1ぐらい、もしかしたら半分ぐらいの患者さんは、十分かかりつけ医の先生で対応可能だろうと思います。特に初期の段階から継続的な治療を行うことができますと安定した経過

をとりますので。10年前は治療もなかったわけですから。病院に来る理由としては、対応ができなくなるくらいまで悪くなってから、何とかする方法がないかと病院に来ることが多かった。ですから、病院に来る認知症の人というのはものすごく悪いイメージがありますけれども、決して全体の数から見たらそんなことはなくて、軽症からずっと継続的に診ていて、なおかつ症状が安定している方は、生涯を通じてかかりつけの先生で十分だろうと。

情報の共有に関しては、どうでしょうか。ケアマネジャーさんがわりと足繁く通ってくださって、後ろで聞いてくださって、何かあると一言二言補足したり意見を言ったりしてもらっていると、こちらは非常に安心ですね。少しサービスを使ったほうがいいですかとか。専門医としては、意見を聞かれても、生活の状況がわからなくて、ふだんの様子も十分わかっていないと、なかなか適切なアドバイスができない。そういうときにケアマネジャーに一言意見を聞いて、私もアドバイスをすることができるので、そのときに同伴してくれるいわゆる医療職の方には共有してもらえたらなと思います。もちろんご家族が了承の上ですけど。

【西本委員】 ケアマネジャーとしては、そうやってバックアップして下さって、サービスを利用というか、その人を支えていくには、どんな資源が大事かということをおアドバイスして下さる先生方がいらっしゃるといのはすごく心強いことだと思いますので、この情報共有の中に入れていただけるとありがたいかなとは思うんですね。まず第一の関門は、個人情報ですのでご本人の了解を得ればということには多分なると思うんですが、ただ、それをどこまで広げるのかというと、ちょっとここでは漠然として具体化するの難しいかなというふうに思っていたんですが。

【繁田部会長】 いかがでございますか。これは難しいですね。

【玉木委員】 「誰が」のところは空白になっているのは、難しいから空白になっている？ 具体的に少し書き込む予定で空白になっている？

【繁田部会長】 そうですね。

【玉木委員】 でも、介護保険を使い始めれば、必ずケアマネさんはかかわってくるし、先生おっしゃったように、さっきのあれもあつたけど、ひとり暮らしの方とかはたくさんいらっしゃるし、今後も想定されるわけですね。ですから、そういう意味では、いわゆる介護保険における他職種の方々でだれかが、例えば「ひとり暮らしの方なども想定されるので、そういう場合は生活のマネジメントにかかわっている人たちが情報を共有していた

ほうが望ましい」とかいう書き方はできるんじゃないかなと思うんです。社会の認知症に対するスキルが高まっていけばいくほど、行動障害というのは少なくなってくるんでしょうし、地域で見れることがより多くなってくるのかなと思いますけど、絶対数がふえていくでしょうから、やっぱりできるだけ、許される限り多くの方々が、情報の濃淡は別として、情報を共有して支援するというようなことは書いてもいいんじゃないかなというふうに思います。

【繁田部会長】 当たり前過ぎて、あえて書く必要のない項目ですかね。

【村松委員】 それも難しいかとは思いますが。書いていいものか、書いて悪いものかという迷いが出るのは、私はよくわかります。

【西本委員】 本人と家族が……。

【村松委員】 そうですね。ケアマネさんよりも地域包括ぐらいのところまでの情報公開としてとどめておけば、自然の流れの中でそのサービスを提供するときにケアマネさんが実質入っていくのでいいかなと。地域包括は最初にコンタクトしていくところなので、そのあたりまでかなと私は思いましたけれど、どうでしょうか。結構難しいかなと思います。

【水村委員】 包括として。初期の導入のあたりで私たちがかわっているときはもちろん私たちに情報を返していただきたいんですが、例えばケアマネさんが既についていらっしゃる方だったら、実際どうなのかなと。ケアマネ支援をしていけば、もちろん情報を知りたいんですけど、包括だけにしちゃうと全くノーマークの人からも入ってくる可能性があるんで、包括も一つの手段だと思うんですが、私としては、医療、かかりつけ医も大事なんですけれども、根本的に認知症の方って初期のあたりから訪問看護をできれば入れていっていただきたいなというのが実はお願いごととして、この後、秋山さんがきっと私を後押ししてくださるのではないかと思いながら今話をしているんですけど、例えば、転倒されて痛い痛いと言うんですけど、認知症の人ってどこが痛いかがちゃんと自分で表現できない方が多いんですね。その症状が明確にできないので、例えばヘルニアが出ているのにおなかが痛いと言って全くわからなかったりとかするので、初期のあたりからかかりつけ医の先生と連携を組んでいただいて身体状況を理解して把握できている方が1人コーディネーターに入っていると、その方がかかりつけ医と専門医の間に入っていてケアマネさんに返したりとかして、ケアマネさんも助かっていくのではないかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

【秋山委員】 すり合わせなきゃいけないです。ありがたいお言葉をいただきつつ、どのように返せばいいかと思ひながら……。このところに上げる情報の共有に関しては、4の本人・家族の負担感の軽減と医療資源の有効活用の双方の実現のための情報の共有がどうされたいかという文脈ですね、これは。

【繁田部会長】 そうです。

【秋山委員】 そうすると、相談窓口になった関係機関は最低これを共有しないとけないというような書き方で、もちろんその中に訪問看護が入っていればありがたいことではありますけれども、今はなかなかそこまで対応できるマンパワーがないので、それでオーケーですと言いがたいところがちょっとつらいところなんです。何かそういう、少し包括できるような表現でそこを、ただし個人情報の取り扱いには注意のこととか、そういうような表現をして、その下の一体どういう情報を取り交わすかというあたりにつながっていけばいいのかなというふうにちょっと思ったんですけれどもね。1のところの双方実現の必要性の前に、これって都民への啓蒙が大前提にないといけないというのがすごくあるので、何か非常にこの辺、一気にここまで行く前にもう一度、啓蒙が要するというか、周知徹底が要するというのが入って、だから、専門医にすぐ行かなくても、まずはすごく近いところの医療機関を利用して、そこから上手に振り分けをした結果、専門医とよく連携をとれるように情報を共有せよという文脈ですよ。それがうまく表現できるような内容の文章がここに入ればいいという形で、だから相談窓口になる諸機関との情報共有というのか、で、個人情報の取り扱い注意か何かになっていけばいいのかなと。限定してしまうと、包括だけにしても困るし、かといって全部広げるのも困るしというあたりがちょっと微妙かなというふうに思いました。

【繁田部会長】 この項目を挙げなければならなかった理由は、十分に共有されていないために何か弊害があったので共有しようということだったと思います。そして、それはどういう弊害でしたっけ？ 例えば相談機関からかかりつけ医に受診をする、そのときに情報が共有されていないから、かかりつけ医の医療機関が適切な判断を誤ったりとか、十分な診断ができなかったりということなんでしょうか。

【村松委員】 はい。

【繁田部会長】 そうすると、誰がどのようにというよりは、むしろ関係する諸機関なり施設なりが、情報をきちんと普段から共有しておくことが大事なんですかね。

【村田幹事】 A3の席上配布3ですね。その3ページ目が今ご議論いただいている部

分かと思うんですが、4の「本人・家族の負担感の軽減と医療資源の有効活用の双方を実現するには」というところで、前回までに出された意見の の1つ目、これが(2)のどこまでだれが共有するかというのを入れたほうがいいのかと考えた理由です、事務局として。

【繁田部会長】 どこまで広く情報を共有しておくかというよりは、関係する機関、相談機関も含めて医療機関が同じように情報を持っていてくれると、かかる家族も、ご本人も安心だということです。つまり、情報の共有をちゃんとしましょうということですね。

【玉木委員】 ここで言う3者、「かかりつけ医、専門医、患者・家族の3者」と書いてあるけど、それにあと、生活支援にかかわる地域包括やケアマネジャーなどが情報を共有していることが望ましいという表現にするべきですね。

【水村委員】 そのときによってその人その人の状況が違うと思いますので、そのときどこにかかわっているかということをご家族なり本人なりに聞いていただいて、じゃあここに渡しましょう、情報を共有しましょうということで、そのときにかかりつけ医と家族と本人が決めていただいて、そこに情報を共有していただくというのが一番いいような気がするんですけど。

【繁田部会長】 おっしゃるとおりです。私も、このことを考えはじめたときに、受診して患者さんが紹介されていく、あるいはたどっていくルートが違えば、共有すべき機関とか施設も違ってくるので、それでちょっと行き詰まってしまいました。ですから、玉木委員と水村委員の両者のご意見を取り入れて、この選択肢の中から関連する医療機関が同じ情報を共有するというにさせていただきます。共有ですものね。

よろしゅうございますでしょうか。

【玉木委員】 はい。

【繁田部会長】 最後の6ページでございます。関係者の役割分担。今までご意見いただいたこと等を再整理させていただきましたけれども、ここでもう1つありました。新井委員からの意見ですけれども、(5)のところ、かかりつけの医療機関、専門医療機関、相談機関等々、ここで定期的な研修会とか勉強会があるときに、実際の対応の内容であるとか、あるいは診断とか病気だけではなくて、やり取りがきちっと機能しているかどうか、それから、ただ今、情報の共有について議論しましたが、その情報の共有がきちとなされているかどうかについて検証するような勉強会・研修会であってほしいという意見がご

ございました。今までの皆様方の意見を聞いていて、全くそのとおりだなと思いましたが、おそらくご家族なりご本人なりの要望でもあると思いますので、それも加えさせていただけたらと思います。

そのほか、ご意見がありましたらお願いします。

【玉木委員】 一言よろしいですか。

【繁田部会長】 お願いします。

【玉木委員】 6ページの4の(3)「専門医へは必ずかかりつけ医に相談したうえで受診する」というのは、ちょっと言葉がきついかもしれませんね。フリーアクセスというのがあるから……。

【繁田部会長】 資料のどこでしょうか。

【玉木委員】 6ページの4の(3)患者・家族に求められること、「専門医へは必ずかかりつけ医に相談したうえで受診する」と言うと、「必ず」というのはきつから、「専門医や、日常生活や健康管理を行う地域のかかりつけ医の双方を持つようにする」とか、何かそういう表現のほうがいいかもしれない。ちょっとこれだときつかなと思いますよね。

【繁田部会長】 そうしましたら、「必ず」をとって、最後に「ことが望ましい」をつけるのはいかがでしょう。

今回いただいたご意見を入れて席上配布3の資料を整理して、公表させていただきたいと思います。前回も前々回も、それぞれいただいた意見はいずれも、もっともな内容で説得力のあるものでしたので、交通整理としてこういう整理になったと、ご理解いただければと思います。

【秋山委員】 繁田先生、4の(2)の「軽症の場合で対応困難な場合とは(具体的に)」、これは「未解決」のままですね。

【繁田部会長】 軽症でも対応困難で専門医療機関の助言なりサポートが必要な場合もあるのではないかという意見があったかと思います。では、具体的にそれはどういう場合かということを確認しようということでこれを挙げたと思います。たしかそのときは具体的には挙げてなかったですね、その意見は。

【村田幹事】 はい。具体的にはなかったんですけども、初期診断をして安定していれば必ずかかりつけ医に戻すという道筋を確立することが大切というようなご意見はあったんですが、じゃあ逆に言って、そうでない場合があるのかという意味での確認です。

【繁田部会長】 これ、いかがでございますか。

【秋山委員】 初期の人なんですけど、人格障害とかぶっているみたいな人って、認知症の諸検査をしても、きちんと点数はあるというか、そういう人で、でも対応は結構困難なんですね。

【繁田部会長】 余計困難だと思います。

【秋山委員】 余計というのか……。

【繁田部会長】 ほんとうにそうです。

【秋山委員】 それで、おれおれ詐欺にかかっちゃったりしていて、どうしようかというので専門医に連れていったんだけど、あまり変わっていませんよ、3カ月後に予約して、それでいいですと言われて、みんなで頭を抱えた例もあって。

【繁田部会長】 ありますね。

【秋山委員】 そういふことで行くんだけど、実際は地域で担わなくちゃいけなくて、今ちょっと大変な人を持っているんですけれど。

【繁田部会長】 なるほど。いわゆる認知症以外の問題ということですね。

【秋山委員】 ええ。

【繁田部会長】 人格障害とおっしゃいましたけど、いわゆる精神症状という意味でしょうか。それとも、認知症とは別の精神障害？

【秋山委員】 そうです。でも、それもはっきりとした診断はつかないしというので。でも、生活上いるんな困ることが生じてきていて、それが認知症の進行なのかどうなのかを見きわめてもらいたくて連れていったんだけど、いや進んでないですよ、別の問題ですみたいに言われて、一応そういう意味では交通整理をしてもらったんだけどもみみたいな、そういう……。私が今実際にかかわっている人で、こういう人のことを言うのかなとか思いながら、でも、これ、具体的にとってどういう内容なんだろうと、今ちょっと思ったんですね。

【繁田部会長】 軽症の場合でも、精神症状ないしは精神障害と合併している場合ということですかね。合併というよりは、そっちのほうがむしろ問題が大きい。そちらの診断が正しいのかもしれない。例えば妄想性人格障害といった障害。多分、高齢の方でしたらそこら辺じゃないかと思うんですけど、その診断名をつけるべきであって、認知症ではない。

【秋山委員】 ないのかもしれない。

【繁田部会長】 そういう場合にはもちろん専門医で、しかも精神科でしょうね。ずばり精神科の対応が必要になるだろうと。ありがとうございました。

そのほか、全体を通じて。

そうしましたら、ご欠席の先生もいらっしゃいますので、一応、委員の先生方には、全員にお送りして、公開前にご確認いただいたほうがよろしいですね。

【村田幹事】 公開なんですけれども、ご欠席の先生もいらっしゃいますし、念のためもありますので、きょうA3でお配りしたこちら、これはもう既に議事録に載っているものからの抜粋であり、なおかつ確認事項というところまではきょう合意していただけたので、これをまず公開させていただきます。それから、この次の部会にきょう固めていただいた内容を、議事録の確認は事前にしていただくわけですが、それを踏まえて私どもがきょうのまとめをつくり、またそれを次回の部会にお出しして公開していくと。そんな段取りを踏ませていただければと思うんですが、事務局としては。

【繁田部会長】 よろしゅうございますでしょうか。

それでは、不手際もあって時間が過ぎましたけれども、事務局にお返しします。

【村田幹事】 それでは、お配りしました資料なんですけれども、今お話ししましたように、席上配付以外のものはすべて、まず公開です。それから、席上配付のうち、今、私がお話ししましたこれまでの議論のまとめというものです。これは、本日、到達点、それから確認すべき事項、何が確認すべきだったのかというところの確認をしていただきました。それからあと、議事録も既に公開されていますので、この場でご了解いただければ、まずこれを公開とさせていただきますと思います。よろしいでしょうか。

あと、席上配付しました資料のうち、まことに申しわけないんですが、調査骨子案、席上配布2という冊子ですね。これについては回収させていただきますので、お持ち帰りにならないようお願いいたします。調査の構成案、こちらは、先ほども申しましたが、お持ち帰りいただきまして、こんな集計もあつたらいいんじゃないかというご意見を事務局にお寄せいただければと思います。

それから、その他の席上資料、お持ち帰りいただくものでございますが、前回同様、委員の皆様どまりとしまして、お取り扱いにはご注意をいただきたく、お願い申し上げます。

あと、議事録についてですが、毎回同様、皆様のご確認をいただいた上で公開とさせていただきますと存じます。

続きまして、次回の日程なんですけれども、今回は1月下旬から2月上旬ごろを予定し

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しております。本日受け付け時に提出されていない方は、お帰りの際に事務局にお渡しいただきますか、後ほどファックスでお送りいただければと思います。日程につきましては、できるだけ多くの皆様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。

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……。

【繁田部会長】 すみません、追加して発言させてください。席上配布6という資料がございます。もし今日、時間がありましたら議論に入りたかった内容でございます。次回これに関して議論をさせていただきますので、時間のあるときにでもごらんいただいて、あらかじめお考えいただければよろしいかと思えます。

じゃあ、次回またお会いできるのを楽しみにしております。ありがとうございました。

【村田幹事】 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