

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会（第10回）

平成21年3月11日（水）

【坂本幹事】 それでは、定刻を若干過ぎましたが、ただいまより第10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、当部会にお集まりいただきましてまことにありがとうございます。私、事務局を担当しております、福祉保健局高齢社会対策部の坂本と申します。どうぞよろしくお願いたします。

初めにまず、お願いがございます。本日の検討部会は公開となっておりますので、お知らせをいたします。また、ご発言に当たりましては、お手近にございますマイクのご使用をお願いいたします。

次に、本日の委員の出席状況についてお知らせいたします。まず、欠席委員の紹介でございますが、新井委員、神子委員のお二人につきましては、本日所用により欠席されております。次に、遅れていらっしゃる委員の紹介をさせていただきます。秋山委員、山田委員、西本委員の3名の委員は、所用により出席が遅れるというご連絡をいただいております。

次に、欠席幹事を紹介いたします。小室幹事は本日所用により欠席をいたします。また、櫻井幹事は、所用により出席が遅れるという連絡をいただいております。

事務局からは以上でございます。

それでは繁田部会長、よろしくお願いたします。

【繁田部会長】 委員の皆様、本日もお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。それでは、事務局から資料の確認をお願いいたします。

【坂本幹事】 机上に配付させていただいております資料の確認をさせていただきます。

資料につきましては2つございますが、左上をガチャックどめしてございます次第をごらんいただきたいと思います。こちらは公表資料でございますが、委員名簿をおめくりいただくと、資料1として「第5回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめ」でございます。資料2として「高度～終末期の段階で必要とされる医療のまとめ」でございます。資料3として「東京都認知症対策推進会議医療支援部会報告書（仮称）構成案」でございます。参考資料1として「医療支援部会における検討状況」、こちらは2枚となっております。

参考資料2として「これまでの議論のまとめ」でございます。表裏合わせて23ページです。以上が公表資料でございます。

次に、委員及び幹事の皆様方にお配りしてございます席上配付資料ですが、「東京都認知症対策推進会議医療支援部会報告書（仮称）素案」、表裏で47ページございます。

漏れ等がございましたら、挙手にてお知らせ願いたいと思います。よろしゅうございますか。

それでは、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、私から資料1に沿って当部会の親会議である推進会議の報告を簡単にさせていただきます。その後、前回からの続きとなりますが、高度・終末期で必要とされる医療についてご意見をいただきたいと思います。

本日でこの部会が終了となりますので、今までの検討成果を報告書にまとめることになっております。その報告書の素案が、お手元の資料の最後についております。高度・終末期に関しましては、前回、関連する様々な資料を提示させていただき、議論を行いました。それを踏まえて、既に報告書素案に現時点での議論の進捗状況を入れてあります。この素案に沿って高度・終末期に関して議論をした後で、軽度、中等度に戻りまして、最終的な報告書において最も強調すべき点はこれでよいか、改めて内容について確認をしていただくこととなります。

それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

まずは、当部会で議論いたしました中等度に関しての報告を親会議でさせていただきましたが、そこで出ました代表的なご意見を3つ、資料に示してございます。

1点目は、主治医意見書を見ると、認知症に係る事項の記載が不十分なケースがあるが、それは専門医療機関につながっていないからではないかという意見がありました。もちろん、専門医療機関につなげる必要があるにもかかわらず、つながっていないという場合もあります。しかし、すべての認知症の方が専門医療機関にかからなければいけないということではありません。当部会では、かかりつけ医を中心とした地域での連携体制の構築を基本的な方針として検討を進めているため、かかりつけの先生が認知症の初期から最期まで診療に当たることもあっていいわけです。そのため、この点はあくまでも参考意見としてお聞きしておきたいと考えています。

2点目に関しましては、サポート医の研修あるいはかかりつけ医の認知症対応力向上研

修が行われたことで、かかりつけ医が以前にも増して積極的に認知症を診るようになってきているという意見が福祉の立場から寄せられました。ただ、それだけで終わってしまうのは残念なので、今後も引き続き、サポート医やかかりつけ医が、モチベーションを持って研修を受講できるような方策を講じてほしいとのことをございます。これにつきまして、東京都医師会でもご尽力いただいておりますことをご説明いたしました。

3番目は看取りに関することですが、まさに高度・終末期で議論していることです。認知症だから看取りに関してご本人の気持ちは確認できないと言われることもありますが、そうではありません。意思表示ができる人もいます。そのため、ご本人の意思を尊重した対応が必要ではないかという意見をいただきました。これに関しては、前回のこの部会でも皆さんから意見をいただいたとおりです。

推進会議での議論は以上でございました。

それでは、高度・終末期で必要とされる医療に関して、議論をしてみたいと思います。前回までにいただいた意見を整理してございますので、それを私が紹介させていただき、ご意見をいただければと思います。先ほど申し上げましたように、この資料は後日報告書になるものでございますので、文言等に関してのご意見でも結構です。

それでは、素案の36ページをごらんください。「議論の進め方」「基本的な考え方」から説明してみたいと思います。認知症であっても、本人が住みなれた「暮らしの場」において生活や療養を継続し、最期を迎えることができるよう、看取りも視野に入れて医療的に支援することを目指すという考え方です。

課題に関しましては、高度認知症では、認知症医療における課題は中等度と同様であるが、本人が身体的な不調を訴えることがより困難になっており、また、身体的にも衰弱し、肺炎を繰り返すなど、身体医療の比重が増しているということです。

それから、どこで最期を迎えるか、希望は様々であるけれども、特に環境の変化に弱い認知症の人は、これまでの「暮らしの場」で最期まで過ごすことが望ましいと考えられる。ただ、現状においてはその「暮らしの場」での看取りはなかなか一般的ではない。そこで、この章では、「暮らしの場」における看取りも視野に入れた医療支援体制のあり方について、認知症の人に特有の課題と、その課題に応じた対応策を検討していきます。

この章における「暮らしの場」は必ずしも在宅だけではなく、グループホーム、有料老人ホーム等も生活の場として含むことを申し上げておきます。

「議論の進め方」に関してはこのような整理をさせていただきました。

後段との関係もありますので、説明を先に進めさせていただきます。

37ページの「2 認知症の人に対する看取りも視野に入れた医療支援とは」です。「基本的な考え方」といたしましては4点ございます。1点目、医療支援に関わる関係者が終末期の状態像を共有していることが必要。2点目、本人の意思を可能な限り尊重し、不明の場合には家族の意向、希望を引き出し、尊重することが求められる。3点目、中等度と比較して身体医療の比重が高まり、特に緩和ケアや終末期リハビリが十分に行えることが必要。4点目、また、療養、看取りに係る家族の負担軽減策を講じることも必要 という考え方です。

続きまして、「課題」に入ります。「(1) 本人の意思・尊厳の尊重」。

3点ございます。1点目、条件が整えば最期まで「暮らしの場」で療養することは可能な場合もあるけれども、そのことは一般に知られていない。また、現時点ではリビングウィルが一般に浸透していないため、意思確認が困難な場合もある、あるいは困難な場合が多い。

2点目、本人の尊厳が最期まで守られるためには、基本的なケアが十分に行われること、さらには日常生活の中でのリハビリテーション、認知症の人の気持ちに寄り添う緩和ケアなどが必要ですが、これらの必要性について、医療者の間でも必ずしも認識が共通していない。

3点目の課題ですが、本人が医療機関以外での療養、看取りを望んでも、家族に大きな負担がかかることや、支援体制が確立されていないことから、実現できないケースがある、あるいは多いということです。

「(2) 終末期」。7つのポイントに整理いたしました。

1つ目、中等度と比較すると、本人自身の健康管理や意思表示はさらに困難となっています。そのため、周囲の人がすべて観察しなくてはなりません。しかし、状態変化が一層わかりにくくなっているため、気付いたときには重症化していることがあります。

2点目、終末期に至ると、数日から数週間の単位で身体状況が悪化し最期を迎えることが多いです。しかし、このような終末期の状態像については、医療支援にかかわる関係者間で必ずしも共有されていません。終末期の考え方や定義も様々にされている状況です。終末期という言葉を使った場合でも、意味するところが、あるいはイメージするところが、各々違うことがあります。

3点目、高齢者の死因は悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎が多く、これに関して

は認知症の人も同様と考えられますけれども、特に認知症の人では肺炎が起きやすい、その危険が大きいということがあります。

4点目、本人の身体機能の低下に伴い、外来受診は次第に困難となりますが、その一方、往診可能な医師は必ずしも多くはありません。

5点目、一時的な症状の悪化と回復を繰り返すことも多いので、容態急変時には一般急性期病院に短期間入院して経過を観察できるような体制が必要です。しかし、一般急性期病院では積極的に治療が行われてしまうことが多く、終末期医療のあり方を踏まえ、在宅医療と連携した、あるいは在宅につなげる医療が提供されているとはいえないという問題があります。

6点目、環境変化による症状の不必要な悪化を招かないためには、早期から地域の医療、介護、その他関係者が連携して対応に当たり、なじみの関係を構築しておくことが非常に重要で効果的である。ただし、必要とされる関係者はそれぞれのケースによって様々に異なりますので、早期から必要な職種、職能が必要に応じてかわることが困難な場合もあります。

7点目、家族等介護者に対する予後の説明が不十分な場合、家族は今後起こり得る変化についての見通しが立たず、突然の変化に対して対応を迫られることとなります。それは非常に身体的・精神的な負担が大きくなります。また、本人と家族の気持ちに寄り沿ったケアが不十分ですと、最期を看取った遺族が達成感を得られず、非常に重苦しい気持ちが残ってしまうという問題があります。

それに関してどのような対策や機能が求められるのか、まだ意見が少ない状況ですけれども、前回の議論で挙げられたものを書きました。

「かかりつけ医」としては、生活の場に往診可能であることが望ましいです。それから、高度認知症あるいは認知症の方の終末期の状態像を十分に把握しており、家族に対して適切な説明ができること、想定される事態を踏まえて、家族の希望も尊重しつつ選択肢を示しながら話し合えること、これが理想的なかかりつけ医療機関の姿だろうと考えられます。

「訪問看護ステーション」としては、24時間体制の対応が望ましい。それから、基本的なケアを行うことはもちろん必要ですけれども、日常生活の中でリハビリも行えればさらに望ましい。緩和ケアに対する知識、つまり看取りに関する知識も持って、認知症の人の場合でもそのような対応ができることが求められていると考えます。

3番目「本人の様子を観察できる人」。表現は漠然としておりますが、どのような人がこ

れに該当するかはご本人の状況により様々であり、特定することは困難であるため、このような書き方をさせていただきました。起こり得る変化を予測しながら、本人の様子を観察できる人がいることがやはり望ましい。

「一般急性期病院」については、容態急変時にかかりつけ医等と連携して、ここが非常に大切なのですけれども、ご本人、ご家族の意思も尊重しつつ、元の生活の場に戻ることを目標に、短期間の治療、観察を行うことが必要だということです。

それから「チームケア」です。これは認知症の人に対する医療支援全体に関わることで、多職種の連携が必要です。常にフルメンバーが連携するということではありませんが、本人にとって必要なときに必要な職能が適切に関われることが望ましいというのは、日々の現場で感じるところです。

「役割分担」に関しては、本日はまだ十分に整理できておりません。これからご意見をいただいて、表にまとめていく予定です。

私から、差し当たり説明すべきところは以上です。どこでも結構でございますので、気づいた点等がございましたら、ご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

【玉木委員】 緩和ケアの使い方なんですけれども、緩和ケアというと、一般的にがんの緩和ケアとか疼痛の緩和とどうしても誤解されがちで、まだ認知症の緩和ケアという言葉は一般化していないし、全人的緩和ケアも一般化しているとは言いかねるので、誤解されないように表現をうまく工夫したほうがいいと思うんです。

この37ページだと「課題」(1)の丸の2つ目に「認知症の人の気持ちに寄り添う緩和ケアなどが必要です」と書いてあるんですけれども、「認知症の人の心の苦痛や不安の解決を図る、いわゆる認知症の緩和ケアなどが必要です」というような表現にしておいたほうが。私個人としては、この認知症の緩和ケアという言葉は広まってほしいと思っているんです。ただ、今、どんと出すと誤解をされかねないので。

同じように39ページの「訪問看護ステーション」の緩和ケアというところも、単純に言ったら、認知症でがんを持っている人のケアととっちゃう人もいるかもしれないし、そういう意味で、「認知症の」と入れるとか、「いわゆる認知症の患者さんに対する知識を有して」というようなことを入れたほうがよりいいかなと思いました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

確かに、用語の意味に関して共通理解は得ておく必要があるだろうと思います。認知症の緩和ケアという表現を使った場合に、それは何を意味するのかということです。

これは、委員の皆様からご意見があればいただきたいと思います。桑田委員、お願いします。

【桑田委員】 玉木委員と同様に考えます。認知症の緩和ケアとか高齢者の緩和ケアという言葉を使うと、どうしても間違えられてしまうのがまだ現状にあって、本来は、緩和ケアはがんや疼痛緩和だけではないのに、どうしても狭く見られてしまうのが日本の現状です。こここのところをそのように読んでくれる、理解している方はわかると思うんですけども、そうでない方は難しいと思います。

【繁田部会長】 文中の緩和ケアのところ印をつけて、「この場合の緩和ケアとは…」と脚注をつけるほうがはっきりしていいですね。

【秋山委員】 秋山ですが、文脈的には、これを終末期ケアと言いかえても通るといえば通るけれども、今後、単なる終末期ケアではなくて、ここで目指しているところは、今、桑田委員も玉木先生も言われた緩和ケアのところへ到達したいと思っているので、その辺のニュアンスがわかるような表現に変えられたほうがいいかなと思いました。

【繁田部会長】 いわゆる終末期ケアといった場合、胃ろうや呼吸器の管理という項目が強調されることが多いのですが、それだけではなくて、ご本人の心身の苦痛を軽減するという意味を込めるということですね。

【秋山委員】 そうです。

【繁田部会長】 それでは、脚注をつけ、「この場合の緩和ケアとは…」と入れさせていただきます。具体的な文言は私にご一任いただけますでしょうか。皆さんには、素案をもう少し整理した段階でお送りし、御確認していただくこととなります。

【玉木委員】 そうすると、リハビリテーションも同じ誤解をする人がいるんです。全人的リハビリテーションという意味において、認知症のリハビリというのは、いわゆる身体的なリハビリだけではないわけですよ。その人の生活環境に対応していく支援を、広くリハビリテーションと考えるとすれば、その辺も少し解説しておいたほうがよりよいかなと思います。何で認知症でリハビリやるのって、単純にそうとらえてしまう人がいるのではないかなと思うので、どうでしょうか。

【繁田部会長】 いかがでしょう。

【桑田委員】 大田先生が、終末期リハビリテーションをうたっていて、とても共感し、私もそのとおりだと思うんですけども、この言葉も先ほどと同様に、そのようにまだ理解がされていない現状があるので、社会復帰に向けた何かするのかみたいに思われても困

るなという思いがしました。でも、この素案の中で、そういった言葉を広めていく役割もあると思いますので、そのところが誤解を受けないように出たら良いと思いました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

リハビリというとおそらく何らかの機能を回復するという意味がまず頭に浮かんでしまいますが、決してそれだけではありません。機能の低下を遅らせることもリハビリですし、そのような広い意味で理解していただければと思います。この場合の説明に関しては、どのようなキーワードを用いて説明するのがよいでしょうか。

【玉木委員】 ここで言うリハビリテーションとは、最後まで生活の質を維持向上させることを目的にした、広い意味での取り組みのことを指しているというようなことがコメントできれば、そういう言葉の使い方をするんだなと理解されるのではないかと思うので、そこをうまく考えてほしいなと思います。急に今、思いつかないんですけども。

【繁田部会長】 そう考えて突き詰めていくと、おそらく緩和ケアも終末期リハビリも考え方は同じですね。本報告書では、その考え方を大切にしたいので、こちらも脚注に説明を加えることとします。文言等については、ご一任ください。

【玉木委員】 もう少しいいですか。結局、これは認知症の人にかかわらず、終末期における支援というのはこの問題にかかってくるわけです。全人的なリハビリテーションと心身の苦痛緩和やQOLの最期までの尊重や維持がかかわって、特に認知症の人についてはそれが難しい重要な要素になってくるわけで、最も新しい意味でのリハビリ、新しい意味での緩和ケアの質が問われるのがこの認知症ケアだと思うので、そこまで書き込めないにしても、重要な言葉の提起としてぜひうまく表現していただきたいと思っております。

【繁田部会長】 そうでしたら、脚注ではなく、「基本的な考え方」の中に入れてもいいですね。

【玉木委員】 いいかもしれません。それが認知症の終末期にとって重要な課題であることを入れてもいいのではないかと思いますね。

【繁田部会長】 それがおそらく、この高度・終末期全体の根底を流れる考え方になりますものね。委員の皆様も同意してくださっているので、ここは「基本的な考え方」に文言として加えることとします。「ここで言う緩和ケアとは...」、「終末期リハビリとは...」と入れさせていただいて今のお考えを反映させたいと思います。ありがとうございました。

他にご指摘等はございますでしょうか。

【秋山委員】 37ページ一番下の丸ですが、「本人が医療機関以外での療養・看取り

を望んでも」というところを読まれた委員長自体が、家族に大きな負担がかかる「場合が多い」と言葉を入れられました。私は「かかることや」になると、すべてがかかるとなると、結局はだからやめましょうという方向が今、実際すごく多いので、やっぱり「場合が多い」という言葉をぜひ入れて文章にしていただければと思います。実際は本当に、どうせ家族は無理だからと、おうちとか施設とかで診ることを最初から断念しているパターンが結構あります。「場合が多い」とおっしゃったところを、私はメモしてしまいましたが、ぜひ、そこは入れておいていただければと思いました。

【繁田部会長】 それを入れるだけでいいでしょうか。

【秋山委員】 つまり、家族に大きな負担がかかるんだけれども、かからないようにするためにチームを組んだり、かかっても家族の負担感を減らすためのアプローチをしたりするわけですね。だから、ここが、かかるから無理ではなくて、その辺、村松さん、いかがでしょうか。

【繁田部会長】 そうですね。秋山委員はこの文章をある程度尊重して修正案をおっしゃいましたけれども、例えば、本人が望んでいたとしても、在宅で終末期を迎えることが一般的でなかったり、支援体制が確立されていないので実現できないことがある、という文章も考えられると思います。いかがでしょう。

【玉木委員】 そうですね。家族に大きな負担がかからないようにするのが支援体制だから、消してしまってもいいかもしれない。あるいは、ひとり暮らしの人とか、そういう別の意味での要件もあるでしょうけれども、あまり書き込むと、それこそ在宅医療そのもの話になってしまうから、さらっとおいてもいいかもしれませんね。

【繁田部会長】 この部会としては、ご本人にそういう希望があって、家族の介護負担が軽減できるのであれば、そういう希望を可能な限りかなえてあげたいという考え方ですね。そうしましたら削除してもいいですか。

【桑田委員】 はい。

【繁田部会長】 それでは「大きな負担がかかる」は取らせていただいて、支援体制が確立されていないことから……。はい、どうぞ。

【村松委員】 できない人は、できない人も多いんですけれども、きちんと説明を受けると、自分で家族が選択したいというところを明確にしてもらわないと、本当に困ることに。そこで家族はいつも困っちゃうんです。こうしますよ、こうですからと言われちゃうと、そのままそれしか選択の余地がないように思って、すべてお任せという。そのこの分か

れ目のところに、一番最期に別れた後に傷が残るか残らないかがあるので、そのところ、もうちょっと何か踏み込む形で表記していただけるとありがたいんですけども。

【繁田部会長】 例えば、どのように。

【秋山委員】 例えば、ここまで肺炎がひどくなったら入院しかありませんよと言われたら、もうちょいやれるのに、ああそうか入院かと送り出して、あっという間に亡くなって、それだったら、あと二、三日だったら家で見てやれたのに、ここまで来たのにという、そういうことが結構あるということですよね。

【村松委員】 そうですね。もうちょっと家族が、このところさえ頑張って工夫できれば、在宅で看取れたという場合の可能性をもうちょっと残せたら、そのところが一番、家族が看取りのときに迷うところだと思うんです。苦しいときだし。そのところをちょっと何か補充していただけると。

【秋山委員】 でも、ここがあまり細かくなり過ぎるとちょっとあれなんですけれども、つまり、選択肢の提示がないわけですよね。ということですね。

【村松委員】 この表示の上では。

【秋山委員】 ええ。

【桑田委員】 それは38ページ、「(2)終末期」の一番下の丸に書いてある「家族等介護者に対する」こととかぶりますか。

【村松委員】 そうですね。

【繁田部会長】 一部重なりますね。

【村松委員】 そうですね。このあたりのところとかぶってきますね。

【繁田部会長】 今の村松委員の意向を短い表現で入れるとすれば、37ページの一番下の丸で、例えば「本人が医療機関以外での療養・看取りを望んだとしても、家族がその意向を表明する機会がなかったり、医療・介護の支援体制が確立されていないことから、実現できない場合があります。」となりますでしょうか。

【村松委員】 大丈夫です。

【繁田部会長】 それでは、そのように変更し、家族が表明したり相談したりする機会がないためだという意味を込めさせていただきます。

【水村委員】 37ページに「本人の意思確認」とあるんですけども、これは、この時期じゃなくて、もっと早い時期に確認することができないかと思ったのと、今、アセスメントするときに、まだ声が出るとか、MCIとか初期のころに、ここは大事なことの

で一応本人の意思としては希望は聞いておいてあげて、あと家族も聞いておいてあげたほうがいいということを、一言つけ加えてあげたらよろしいのではないかと思います。

あともう一つですが、39ページの「(5)チームケア」に、多職種の連携が重要だと書いてあるだけだとちょっとわかりにくいかなと思ったので、もうちょっと多職種がどういったものがあるのか、在宅で看取る場合はどういうチームがあるかとか、グループホームとか医療だったり、そのあたりをもうちょっと細かく書いたほうがよろしい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す。

今のご意見の1点目ですが、本人の希望、要望を軽度の段階あるいは元気なうちから確認するというのであれば、終末期のところに記載するのと並行して軽度にも加えておくのは、いかがでしょうか。

2点目のご意見で、チームケアのところですが、文章を一つ書いて、ここから先どのように書くべきか行き詰まってしまったのですが、今いただいたご意見はまさにそのとおりだと思います。どのような整理の仕方がありますでしょうか。ぜひ、ここでご意見をいただければと思います。お願いします。

【水村委員】 このページだと、かかりつけ医、訪問看護ステーション、本人の様子を観察できる人に限られて在宅で成り立っているのかなと、そういうイメージに私はとってしまったんですけども、ほかにももっと連携できる部署が、例えばケアマネジャーさんだったり、ヘルパーさんだったり、ショートステイを使われたり、そういうこともあり得るかなと思ったので、そのあたりの連携はいかがかなと思いました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

【村松委員】 ヘルパーさん、ケアマネさんってたしかに直接かわる人だけでも、相談に行くときは、地域包括に電話すると全部連携とれると思うので、もし入れるとしたら地域包括かなと思います。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

【秋山委員】 あとはインフォーマルなサポートも実はチームの中に入るので、近隣とか患者と家族の会、ボランティア、そういうのももちろんチームの中に入っていきかなとは思っています。

【繁田部会長】 今ご意見をいただいたように、チームケアという項目は立てずに、各関係者や家族会を、項目として挙げたほうがよろしいでしょうか。

【**玉木委員**】 これは在宅医療でも共通のテーマなので、大体いつも書くことは、「暮らしの場」で最期を迎えるという決断を支えるためには、いつでも必要な医療や支援が提供されるという安心と、多くの人たちに見守られているという安心感があることが大切なので、多職種による連携が重要だと。多職種による連携がない限り24時間対応も基本的にはできないので、その人の周りのネットワークの中にインフォーマルな支援や看取りの経験のあるボランティアの人だとか、そういういろいろな人たちがかかわることを形成していくことが大切だという意味合いを書けばよろしいのではないかと思うんです。

【**繁田部会長**】 そうしましたら、このページの一番上の部分に、今玉木委員がおっしゃったことを文章にして、その中にインフォーマルなものも含めて入れさせていただきます。項目ですべてを挙げると、おそらく……。

【**安藤委員**】 ここだけ膨らんじゃう。

【**繁田部会長**】 そのようになってしまうと思います。いかがでしょうか。

【**秋山委員**】 つまり、(1)かかりつけ医、(2)訪問看護ステーションと(4)一般急性期病院は医療系ですよ。そこだけでは24時間の、つまり「暮らしの場」での最期は生活を支えないといけないので、生活を支えてもらえるさまざまなチーム員というか、地域の中でのそれぞれに合わせたチームを組むというか、それが要るので、それと相まって医療が機能しないと、この終末期は支えられないというのが大前提ではないかと。

【**繁田部会長**】 具体的にどのように書いたらいいでしょうか。

【**秋山委員**】 先ほどの玉木先生の文章はすらすらとよく出てきたなと感心しながら聞きましたけれども。

【**玉木委員**】 何度も似たようなことを書いているから……。要するに、多くの人から見守られているという安心感の中で、かつ医療と介護という重要なサービスがスムーズに提供されることがまず大切だということを冒頭に書いて、それで、それぞれの役割とか機能に移っていくとよい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す。どのような項目を挙げるのがよいでしょうか。今、秋山委員がおっしゃった、かかりつけ医、訪問看護ステーション、一般急性期病院、村松委員からは地域包括支援センターも挙げていただきました。やはり項目が立ちますと役割の重要性が強調できますので、うまい項目の立て方はございますでしょうか。

【**西本委員**】 さっきもどなたかおっしゃったように、かかりつけ医、訪問看護、急性期病院は医療系ですよ。で、突然「本人の様子を観察できる人」という項目があって、

それと「チームケア」となっていて、ちょっと整理しづらい感じがしますので、医療と福祉とその他みたいな形で、項目立てたらいかがかなと思うんですが。

【繁田部会長】 大きく3つに分類し、その中でさらに細かく項目を立てるのですね。医療では例えばこの3つ、福祉では例えば、どうなりますか。

【西本委員】 包括なり、訪問介護なり、ケアマネジャーなり入れていただいて。その他のところでボランティアとか.....。

【繁田部会長】 家族の会。

【西本委員】 はい、家族の会を。

【繁田部会長】 わかりました。項目についていい案をいただきました。その形で整理をさせていただきます。

【村松委員】 そこに、守る人、家族が本当にこの時期一番疲弊して.....。

【西本委員】 結局ここがそうなの.....。

【村松委員】 ここは、家族とはまだ何も表記がないんですよね。この時期、在宅で家族が看取るときは、今息を引き取るかという一番どきどきする場面で、今お医者さんに行こうかと本当に迷う場面なんです。ですから、家族も.....。

【繁田部会長】 そうしましたら、先ほど西本委員からご意見をいただいた3つの前に、ご本人、家族を入れて、次に医療、福祉、その他にしましょう。ご本人、家族のところでは、ご本人の過去に表明していた意思があればそれを尊重し、そうでなければご家族の意向を尊重すると。それを考えてあげることは家族の役割という文章でいきましょうか。

【西本委員】 はい。

【繁田部会長】 よろしいでしょうか。ご本人、家族の役割というのは、MCI・軽度から中等度に至る役割分担の表でもずっと出てきていますので、入れさせていただくほうがいいですね。「本人の様子を観察できる人」ですが、これは家族であったり、ヘルパーさんであったりということでこのような表現になってしまったんですけれども、今のような整理であれば、これは外してもよろしいですね。そのように整理をさせていただきます。

【秋山委員】 「かかりつけ医」のところに、「生活の場に往診できることが必要です」が大原則なんですけれども、でき得れば、終末期になる以前からのかわりが必要であるというような、それを書くとするべく門戸が狭まるものでしょうかというのをお聞きしたい。

【玉木委員】 早い時期からかわることが大切だと、秋山さんが提言してくれているので、そういう意味合いを、その下は書いていないか。

【秋山委員】 書いてない。

【玉木委員】 ないよね。それから、往診のことですが、あんまりこだわることはないかもしれないけれども、一般論で医者が居宅に行って診てくれるのを往診と皆さん理解されると思うので、いいと思うのですが、一応訪問診療と往診は違うので。訪問診療は事前に計画を立て、計画を提示して、この状態でしたら週1回だとか週2回だとか許諾を得ていくもので、往診は急に起きたことを患家の求めに応じていくものなので、一応医療保険等では明確に分けられているんです。正確に言えば、訪問診療や往診ができることが必要ですと言うんだけど、そこまで分けても仕方がないのかもしれませんが、こだわる人はこだわるかもしれません。

【村松委員】 分けてもらったほうが、家族はわかりやすいです。

【玉木委員】 わかりやすいよね。

【繁田部会長】 往診と訪問診療については、明確に区分して記載するほうがいいですね。

【玉木委員】 解説をつけておいてもいいかもしれません。訪問診療とはこれこれこういう意味で、往診とはこういうものと。当然、終末期になると、往診も多くなる可能性があるわけです。状態が急に悪くなったり、訪問看護師さんからの連絡が頻繁になることがあり得るので。ですから、可能なら分けておいたほうがいいと思います。何カ所か「往診」が使われているところがあるかもしれないので、そこはその2つの文言を入れてしまえばいいと思います。

【繁田部会長】 基本的には、訪問診療を利用することが、多かったですね。

【玉木委員】 そうです。訪問診療がまず基本であって、そして、その他のことが出てくる。

【秋山委員】 もう一ついいですか。「訪問看護ステーション」で、先ほど村松さんが言われましたが、私はこれを読んだときに、家族ケアがすごく大事だと。かかりつけ医のところは「家族に対して十分な説明ができること」ときちんと言われているので、訪問看護ステーションはここに丸1つ挙げてでも、家族介護者に対するケアが十分に行われるのは大原則かなと思ったので、そこを入れるのが1つ。

それから、38ページの一番上に、本人自身の意思表示がさらに困難となって、けれども身体症状が急激に悪化する、そこを予測的にです、この基本的なケアを十分行うという中に、実を言うと認知症の方は特に、予測的に訴え以外の身体症状についての観察

力というか、アセスメント能力とか、それが求められているんです。訪問看護で伺った場合は。その辺が非常に特徴的だと思っているので、簡単な基本的なケアというだけではなくて、予測的に訴え以外の身体症状の早期発見に努めることができるというのは、認知症の終末期の訪問看護には求められる能力ではないかと思うので、入れたほうが良いように思うんです。

【桑田委員】 入れたほうが良いと思います。

【秋山委員】 と、家族ケアと、その2つはかえってちゃんとはっきり入れたほうが特徴が出ると思います。

【繁田部会長】 2つ目に関しても丸で項目を立てるのですね。今、ご説明いただいたのは、丸で言うと何番目になりますか。

【秋山委員】 家族ケアについては上がっていないので、家族ケアは丸を1つ上げていただきたい。そのほうが、今さっきの村松さんのおっしゃったことにも合致すると思うし、2番目の「基本的なケアを十分」という内容が、どこでも使える内容なので、はっきり特徴的に、「訴え以外の身体症状の変化を予測的にアセスメントできる」とか、そういう内容のほうが私はちょっと良いように思ったんです。いかがでしょうか。

【桑田委員】 そのように思います。異常の早期発見ではないですけれども、やはりその状態を予測し苦痛の緩和に努められるとか、38ページにもある容態の急変を阻止し、急性期病院に行かないようにしなければいけないのではないかなと。できれば、終末期でするので、そこにつなげず自然に亡くなるというプロセスって大事だと思います。そのときにはやはり、かかりつけ医と訪問看護師の力量にかかっているのかなというのを、ちょっと見て感じていました。

それに伴って、38ページにいろいろな課題が載っていますけれども、それに対応できる「機能と対策」が本当にこれでいいのかなと思います。でも、例えば、終末期である診断、やはりそれがかなり難しい。終末期かと思ったけれども復活してくることがあると前回お話ししたんですけれども、そういったところをもう少し私たち自身が能力を上げることも必要だと思いますし、あと、ほかの項を見ると、かなり社会に対する提言的なことが書かれているんです。さっき、玉木先生も言っていたような終末期リハビリテーションであるとか、緩和ケアの部分であるとかを、それは理想論だと言われるかもしれませんが、もう少し社会に発信していくような内容を盛り込まれてもいいのかな、夢があっていいかなという感じがしました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。先ほどの、これは桑田委員の意見でもありますが、基本的なケアの話のところ盛り込むべき内容というのは、より軽微な段階から、予測される変化をとらえることですよね。

【桑田委員】 前回もお話したかと思うんですけども、呼吸状態も変化してくる。この変化は異常か、当たり前にかかる状態か否かという判断ができなければいけないと思うんです。そういったところで、亡くなる過程のプロセスの中でこの状態は起こり得ることであると。

【繁田部会長】 最期を迎えるプロセスとしては、苦痛をやわらげて寄り添ってあげることが最も大切です。ただ、急激な症状の変化が一時的なものに過ぎず、救急対応で回復し得るものであれば対応したほうが苦痛は少ないわけですから、その見極めが重要ですね。

【桑田委員】 はい、そうです。難しいと思います。

【繁田部会長】 難しいですね。どのように書きましょうか。

【安藤委員】 ある程度、ここの章だと、本当の急病の場合でレスキューしなきゃいけない場合は一般急性期ですけども、最期のターミナルをマイルドに、医療も含めて診るのであったら、今後、療養病床という選択肢のほうが増えるのではないのでしょうか。僕なんかそういうことを推進しているので、そう考えるのですけれども。

【桑田委員】 私も自分が療養病床ですから。

【安藤委員】 最初のところに、老健施設は「暮らしの場」だから、在宅のような形で入っているわけですよね。

【繁田部会長】 生活の場というくくりに入っています。

【安藤委員】 「(介護療養型医療施設を除く。)」ということなので、療養病床あたりがどこにも入っていないのならば。結構、最近、最期の看取りも含めて、ぐあいが悪いときに療養病床で看取られ亡くなる方が多いですよね。それを考えると、こういうの入れてもいいのかなと思うのですけれども。

それより、いつも遅刻ばかりして申しわけないんですけども、どこかで議論があったのかなと。それで療養病床を抜かしたのかなと。

【繁田部会長】 いえ、この部会では十分な議論はしていません。医療施設によって異なるのだと思いますが、私が今まで拝見してきた限りでは、やはり療養病床はどこも生活の場ではなく、医療の場という印象をもっています。

【桑田委員】 どうですか、先生。医療の場ではあるけれども、過度なというか、やは

りその方に合った、今の状態に応じた、急性期だと命を助けるぞという形になるかと思うんですけれども。

【安藤委員】 もともこの章は終末期でしょ。終末期の急変は、もしかしたら一般病棟に行く必要はないんじゃない。

【桑田委員】 私自身も、終末期で急性期に行くのかどうなのかは、個人的には疑問は感じています。

【玉木委員】 急性期病院という立て方が。

【安藤委員】 元気な認知症の方はもちろん心筋梗塞とか脳梗塞は急性期に行くのが当たり前だけど。

【玉木委員】 22ページの一番下のところに、かなりしっかり書き込んであるんです。このときは、たしかこれを議論して、先生が発言されて、療養病床は、容態急変時の受け入れを担うなど、地域の医療機関との云々、認知症の人に対する医療支援体制の一翼を担うことを目指すよう提言しますと。次のページにも、将来の方策についてのところで療養病床に触れたりしているんで、確かに「一般急性期病院や療養病床」という言い方をしておいてもいいかもしれません。

【秋山委員】 今の、そういうくりにすること自体は賛成ですけども、村松さんに聞かれたらよくわかると思うんですが、実際は大慌てで、無呼吸になっていて息がとまりそうで、よく説明が受けられていなかったら救急車呼んでそのまま運ばれて、やはり一般急性期に行くパターンがあるわけです。多くの急性期病院は認知症への理解をしているようで、やはりなかなかされないものだから、その後の後味が悪い結果が結構あるので、そこら辺じゃないですか。実際はそういうことが多いんですよね。

【村松委員】 ある程度予測できていると療養型にとできるんだけれども、急な場合にはやはり今のような状態に

【西本委員】 助けたいと。

【村松委員】 そうなんです。命優先という形で運ばれると、療養型に行けるとは限らないです。

【安藤委員】 多分、地域に開かれた療養病床と結構クローズな療養病床の2つがあって、開かれたところは外来とかもあって、しょっちゅう何かあったら来てくださいよということがあるので、運びやすいのかもしれない。療養病床も過渡期なので。

【村松委員】 そうですね。

【安藤委員】 そこら辺のニュアンスなのかもしれません。

【繁田部会長】 ここは大切なので、位置づけを整理しておく必要がありますね。はい、お願いします。

【玉木委員】 要するに、認知症の人にかかわらず終末期の方が、本人のリビングウィルにもかかわらず死の間際に急性期病院に運ばれ、急性期の医師が慢性期の終末期の人を看取るということは一般的にあることだから、認知症特有の問題じゃない。けれども、特に認知症の場合は、急性期病院に万一運ばれたときに家族が望むような対応がし切れない場合があるから、後味が悪いとおっしゃっているんですね。

あともう一つ、秋山さんが言っていたのは、これは終末期だけにかかわる問題じゃないですけれども、よく、だれも認知症の人を診ていないという言い方があるように、医師が行って家族の人に「変わらないですか」「変わりありません」で終わっちゃったら、認知症者は何も表現できないわけだから、それで医療が終わってしまっただけいけないので、認知症という状況があるがために見逃しがちなことを特に終末期においては具体的な指標を定めて注意深く見ていく必要があるという意味を書くか、それを訪問看護ステーションの人たちによくご家族の人に説明し、やってほしいという意味合いのことを書き込んでおくのか、それは医師の責務でもあるとは思いますが、そういうことですかね。

そうすると、終末期だけということじゃなくて、認知症医療全体にそれは必要なことですよね。さっきから見ていたんだけど、そのことが表現されているところがどこかにあれば、それでいいと思うんです。

以上です。

【秋山委員】 つい最近起きていることですけれども、認知症の方のターミナルで、しかも、がんなのですが、家族がちょっとギブアップ気味なので、有料ホームのショートステイを使いながら、最後、家族にゆとりをもって看取る体制にいかうかと言っていたところ、最初はいいですよと言っていたのに、介護の人たちに非常に不安だと言われ、今、申し込みのところまでストップがかかっている。つまり、やはり、訪問介護とか入る人たちもいつ変化があるかわからない状態を、いやいやそれは大丈夫だから、何かあったら連絡くださいといって支え続ける役割がかかりつけ医や訪問看護にないと、最期まで行けず救急車が呼ばれることがあるんです。

だから、チームケアは外すのだけれども、「暮らしの場」でそこを支えるには、施設であっても、見ている人たちが安心して最期まで見られるサポートの体制を医療がしないと、

これは完結できないというか、そこが表現されていないと今の状況は打開できないので、さっき桑田委員がおっしゃった社会に対しての提言じゃないですけども、全体への啓蒙とかもどこかに入れておいていただかないと難しいかなと。

【村松委員】 賛成です。実際、起きています。

【玉木委員】 それって、施設の中で看取りが進まないという話と一緒にですね。経験がないから、若い介護職の人だけが当直したら不安だからと。でも、経験すればできるようになるので、そういう状況がまだあるから、十分に医療側が配慮して、ご家族や介護職の人たちをもケアしなきゃいけないということですね。それを認知症の終末期にどう書くかですけども。

【繁田部会長】 それは認知症に限らないことですね。第4章の冒頭の「考え方」のところに、今のことを書くのはいかがでしょうか。一番強くこの会として提言したいと思います。

【玉木委員】 認知症の場合は特にとか、ご本人の、いわゆる直接の訴えが聞き取りにくいことがあるから、こういう点はなお配慮される必要があるとか書いておけば、普通でも配慮しなきゃいけないんだけど、認知症の場合はもうちょっと一生懸命やらないといけないという書き方にすると、どっちにでも言えるのかなと思います。

【繁田部会長】 「基本的な考え方」は全体を象徴するものですので、今の玉木委員の意見と皆さんからいただいた考え方を、ここに入れましょうか。

【安藤委員】 あと、秋山委員の、間接的にちょっと感じたんですけども、ヘルパーさんなどにも不安を与えないために、多少、喀痰吸引などの医療行為の拡大みたいなところもあったほうが、施設としての、医療行為との絡みの中では、安心だと思うんです。今、相当もめているところですけども。

【繁田部会長】 介護者に不安があると最期まで十分に看取れないことは、課題の一つとして加えさせていただきます。それに対する対策ということで、その後の「求められる機能と対策」に、医療関係者、かかりつけ医や訪問看護ステーションや一般急性期病院が支援する、ということを入れましょうか。

【秋山委員】 施設での看取りが進まない要因に、介護者の医療行為そのものに制限がかかっている点で、というあたりの今提言ですが……。

【玉木委員】 要するに、「暮らしの場」というのは医療職がないのが前提なんです。だから、病院であればいる、老健であればちょっといる、その濃度がだんだん薄まってき

ていて、本当に自分の生活の場は医療職は常にいないわけで。だから、医療職が常に配置されていないことを前提にしてこれは組み立てられているのだから、医療職は当然、ふだん自分たちがそばにいないことを想定して、ご家族や介護の人たちを十分サポートしなければならないし、特に認知症の方々はそうした表現が酌み取りにくいので、なお配慮が必要だと入れるかですね。

その状況の中に、医療行為と生活支援行為の境目が今、揺れ動いているということですから、それは制度上の問題で、認知症特有の問題ではないので、医療、介護の支援体制が確立されていないというところに含まれているのではないかと思うんですが、もう少し、ここに在宅医療全般に関して言うとするれば、そういう在宅医療全体のさまざまな課題が解決されていかなければならないという書き方にしておくかですね。

【繁田部会長】 いかがでしょう。

【桑田委員】 吸引ができないから看取りが進まないというわけではなくて、今、先生がおっしゃったみたいに、医療者がそういう人たちをサポートしていくという視点が欠けているのかなと思うんです。

【玉木委員】 医療支援部会としては、そういう言い方でいいのではないかと。

【桑田委員】 私、一つの技術を言ってしまうと違う方向に議論が行ってしまう感じがして、私たち医療職が、そういった人たちに不安を与えないように予測をしていく、そして、それについてサポートしていくことがやはり大事じゃないかと思います。

【玉木委員】 それと、介護職の人たちが不安を持たないためには、何を指標にして医療職の人たちに連絡をとり、相談をしたらいいかという、その指標がわからない。それはケースバイケースなわけです。この方が呼吸が速くなったら危ないのかどうかはケースバイケースだから、それは具体的に医療職があらかじめその方たちに説明し、提示しておくものだと書き込まれれば、特に認知症についてはそれが大切なんだと書いておけば、普通の在宅医療でも同じことで、どっちにも当てはまることとして表現できる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。

そうしましたら、「求められる機能と対策」のところでは4つの柱を立て、2つ目の医療のところでは今の内容を入れさせていただきます。今まで大事な箇所を、さらにポイントを絞って意見をいただきました。これに沿って、第4章の整理をさせていただきます。

それでは、素案の最初のページに戻りまして、残りの時間で軽度から中等度における基

本的な考え方と対策に関して、見ていきたいと思います。基本的な考え方は、この部会で最も声を大きくして主張していくところになります。また、対策は具体的な対応ということで、この部会が求められている答えになります。この2つは特に重要ですので、今日はこの2つに絞って皆さんからご意見をいただいて、修正、追加のご意見をいただければと思います。軽度から中等度までは、「これまでの議論のまとめ」という形で既に皆さんから了解を得たものです。今日は、どこをどう一番強調して見せるかという視点から、改めて見ていただければと思います。

それでは、1ページから順に進めていきます。1ページ、「医療支援体制のあり方」、これは全体にかかわることです。「基本的な考え方」ですが、キーワードとしては、地域で安心して生活を継続するための医療支援。2つ目のポイントは、認知症と身体の症状の両方にそれぞれ応じた体制が構築されるべきであること。3番目、今ある医療資源を踏まえて関係者の役割分担を明らかにしていくこと、そのときに中心となるのは、医療の場合にはかかりつけ医であること。4点目、地域連携の促進のための情報の共有の大切さに触れています。

少し先に進みまして、7ページの「各段階の方針一覧表」ですが、ここは計10回に渡る医療支援部会の最も重要な部分を凝縮した表だとお考えください。

MCI・軽度に関しては、住み慣れた地域での生活を継続するために、早期の診断が重要です。対応策として二本線の矢印の先ですが、一次的な相談体制の整備と受診を促す方策の構築です。

2つ目のポイントは、適切な医療あるいはケアの提供のためには、的確かつ迅速な診断が必要であること。それから、通院に係るご本人、ご家族の負担軽減と医療資源の有効活用との両立。具体的な対策としましては、身近な地域に存在するかかりつけの医療機関が、専門医療機関と連携しながら対応していただくことでございます。

続きまして、中等度。身体合併症あるいは周辺症状が出た場合の対応として、どのような体制が必要かということで、4つの対応策が考えられます。身体合併症の緊急時には、かかりつけ医がまず初期対応に当たる。入院治療が必要だという場合には急性期病院と連携をします。身体合併症の急性期を脱した後、経過観察や周辺症状の治療においては、療養病床、精神科病院等との連携を図ります。周辺症状の緊急時であったとしても、初めから専門医療機関、精神科病院で対応するのではなく、かかりつけ医がまず初期対応として身体的な問題の検索に当たり、必要に応じて精神科病院等と連携をすることとします。4

点目として、すべてのケースに関連することですが、かかりつけ医、急性期病院の対応能力の向上を図ります。

2つ目の黒丸で、緊急時を避けるためには、適切な身体管理と周辺症状への早期対応が重要です。具体的には、かかりつけ医の認知症対応力の向上を図ることにより、認知症への影響も視野に入れた身体管理を実施します。それから、地域のかかりつけ医と専門医療機関の連携です。困ってどうしようもなくなってからではなく、早目に専門医療機関の外来機能を活用することが重要です。

高度・終末期に関しては、今日もご意見をいただいたところです。住みなれた「暮らしの場」での生活、療養と、看取りを視野に入れること。この点は、先ほど議論したとおりです。

これが一番のエッセンスです。10回に渡る検討成果を一つの表にまとめるとすればこのようになると思います。

それでは、MCI・軽度のところを確認したいと思います。

【**玉木委員**】 この表の「精神科病院」という表現は今まであまりしてこなかったと思うんです。専門医療機関のほうがいいのじゃないですか。先生、どうですか。精神科だけが扱うわけではないし、今、認知症の方々をケアする病院が新しいコンセプトでいろいろできているけれども、いろいろなところが取り組み始めているから、みずから専門だと思う人は専門だから、精神科だけとは限らないと思います。

【**繁田部会長**】 ここで精神科と書かせていただいたのは、実際に周辺症状の緊急時対応ということになると、例えば老人病院の中でも精神科のスタッフが充実している病棟であったり、山田先生のところのような精神科の病院であったり、いずれにしても精神科が周辺症状にかかわることが多いのではないかと考えました。周辺症状の緊急時対応は、認知症の専門医であったとしても、神経内科、あるいは老年科の医師では荷が重いイメージが私の中にあったものですから、このように書かせていただきました。当事者の山田先生、いかがでございましょう。

【**山田委員**】 別に、精神科の専門なんだから周辺症状しかできませんというわけではなくて、もし今の玉木先生のおっしゃるようなことであれば、「精神科病院等」と「等」を入れていただいても結構です。確かに、老人病院、今は療養病床でしょうけれども、そういうところで、精神科の先生がパートで行っていて、抗精神病薬を少量使うとかで、そこで抑えることもあるんです。

だから、そういうことを踏まえてというか、まだ少ないとは思いますが、緊急の場合に突然、老人が多い療養病床の病院に駆け込んで、必ずしも精神科医がいなくて対応できないことはあると思うので、全く除いてというわけにもいかないんだけど、「等」であれば、できることはあると思います。あまり精神科だけに頼っていただいても困るかなと、ほかにも仕事があるもんですから。

【繁田部会長】 山田委員のお考えですと、精神科病院と専門病院を並べるところまではいかないだろうと。ただ、「等」を入れるぐらいが、ニュアンスとしては現時点では妥当だということでしょうか。

【山田委員】 異議はないんですか、どうとらえるかはそれぞれで、どこでじゃなきゃいけないということはないのです。一般的に言う周辺症状は、私たちのイメージで言えばやはり強いもので、いすは投げるわけだとか、せん妄で危険な状態になるとか、そういうことをイメージすると、時に拘束も必要であるとか、拘束しなくても隔離室に入れるとか、他の患者さんに対する危険な行為も考えると、精神科のレベルになるかなというだけです。

そのことについては、後でちょっと周辺症状のところでお話しします。確かに私たちの役割というつもりではいますけれども。ほかで診ることは一向に構わないと思うし、大変だとは思いますが。あるいは慣れている患者さん、出入りしていた患者さんがだんだん状態が悪くなってきて、周辺症状に及んだ場合には、その病院で対応したほうがいい場合もあるかもしれませんし、精神科病院だけに限らなくてもいいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

そうしましたら、緊急時ということですので、これに関しては「等」を入れさせていただきます。もちろん、緊急ではないけれども、頻度の高い症状に関しては、認知症の専門医療機関でも診ていただくことはございます。

8ページですが、MCI・軽度認知症に関して「基本的な考え方」を2つ挙げさせていただきました。繰り返しですが、認知症になっても住みなれた地域での生活を続けるために、早期発見、早期診断が重要です。2つ目として、一次的な相談体制の整備、早期受診を促す方策を講じることが必要です。

対策としましては、丸が5つ、その下に書いてございます。

1つ目、早期診断を受ける必要性を理解し、受診を促すため、都民への普及啓発を行う。2つ目、インターネットなどを活用し、広く情報を共有するとともに、簡単にアクセスできる仕組みを構築することが望ましい。3つ目、ただし、みんながみんなインターネット

を利用できるわけではないので、あわせて相談機関等窓口への情報提供も不可欠。

4つ目、都民と関係者では必要とする情報が異なることに留意し、都民向けには受診先を探すための基本的な情報、関係者向けには、都民向けの基本的な情報に加え、地域連携の推進に必要な情報を加えるなど、それぞれに適した情報が届くようにということです。この関係者は、もちろん医療、福祉等、認知症にかかわる関係者のことです。医療だけではありません。

次のページの5つ目です。受診促進に際しては、かかりつけ医が大きな影響力を有することから、かかりつけ医の果たす役割について、研修等を含めて周知を図る。これが、MCI・軽度の受診までのところです。

10ページから、「2 診断・治療」として、「基本的な考え方」が3つございます。繰り返しですが、住みなれた地域での生活の継続。それから、診断・治療のための通院に係る本人、家族の負担軽減。身近な地域の医療資源の有効活用。3つのポイントです。

対策は12ページから書いてございます。「かかりつけ医」におきましては、迅速な診断・治療につなげるためには、すべての症例……。用語の問題ですが、症例という言葉が引っかかりました。事例とするか、症例とするか、これは検討の上、表現を統一させていただきます。

すべて専門医療機関につなぐのではなく、アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症の典型例の診断、あるいは安定している認知症の診療はかかりつけ医に担っていただきたい。2つ目、かかりつけ医は、本人の身体疾患や生活環境を把握していることから、生活実態を踏まえたアドバイスが期待できる。また、地域の相談機関や介護保険サービス事業者との連携も、かかりつけ医がふさわしい。これに関しては、認知症診断の知識を十分に持っていらっしゃるかかりつけ医の先生もいるので、研修等を実施して身につけていただく必要がございます。ただし、かかりつけ医が専門医の診断を必要とした場合、あるいは専門的な初期診断を受けたいという家族などの希望がある場合は、専門医につなぐことはもちろんです。

「連携体制の構築」、幾つかございます。専門医への紹介の際には、できるだけ地域の専門医療機関を探すこととします。これは、ご家族、ご本人の負担軽減から大切なことです。また、専門医に紹介した後、症状が安定したら、かかりつけ医に戻します。2つ目、このためには、先ほども触れましたが、軽度の段階における診断・治療にかかりつけ医が果たす役割を明確にし、あわせて地域の専門医療機関が加わったサポート体制を構築すること

が必要。ここには、サポート医が果たす役割ももちろん含めます。

13ページの上ですが、具体的には、症状が安定している場合でも専門医療機関に年一、二回は通院し、関係をつなぐということ。そのためには、任意ではありますが、その下に書いてある連携ツールを活用していただきたいということで、このようなフォーマットを、東京都医師会の先生方に考えていただきました。

13ページの一番下です。あわせてかかりつけ医、専門医、相談機関等関係者等による定期的な症例検討会等を開催して、認知症診療に必要な知識を得ること。かかりつけ医の対応能力の向上と、必要なときに専門医療機関が相談、紹介に応じる仕組みを構築しておくことが必要。これは、検討会の開催を通じて、お互いに顔の見える関係をつくり、日ごろからのコミュニケーションを密にしていきたいという思いを込めたいと思いますので、そのニュアンスがうまく伝わるよう、表現を少し変えさせていただきます。

14ページの一番上、さらに、かかりつけ医と専門医療機関の役割分担や連携のあり方について、都民への十分な周知を図ることが必要。各関係者の役割を知っていただくということです。

続きまして15ページ、中等度の考え方です。「基本的な考え方」として丸が2つございます。中等度では、特に緊急時に速やかに対応できる医療支援体制を構築することが望まれます。また、緊急時を避けるため、適切な身体管理と周辺症状への早期対応が可能な医療支援体制を構築することが必要です。症状が悪化する前に、早めの対応を心がけるといいう意味です。

17ページですが、中等度は、身体合併症が悪化した場合、周辺症状が悪化した場合、それから介護が一時的にできなくなった場合の3つのケースに分けて整理をしております。全体を通して最も難しい課題でした。

「身体合併症」についての「基本的な考え方」ですが、4つございます。身体疾患の治療に当たっては、治療後も在宅等住みなれた地域での生活を継続できるような医療を提供することが必要です。同時に、その治療に際して、不必要な認知症の悪化を避けることも目指します。

2つ目、緊急時においても、かかりつけ医を中心とした急性期病院、療養病床、専門医療機関の連携を基本としますが、必要に応じて、救急医療制度や精神科夜間休日救急診療事業等も併用します。

3つ目、連携が緊急時に機能するためには、身体合併症の緊急時におけるかかりつけ医

の役割を明確にする。あわせて地域の専門医療機関、急性期病院等が加わったかかりつけ医のサポート体制を構築することが必要。ここには出てきませんが、サポート医はこれに際しても重要な役割を果たすことが期待されます。

4つ目、緊急時を避けるためには、日ごろからかかりつけ医が中心となって、ご家族とともに、ご本人の健康管理を行うことが必要です。

身体合併症に係る対策につきましては、21ページをごらんください。

「かかりつけ医」に求められる機能です。1つ目、まずはかかりつけ医が初期対応に当たります。ご本人の状態に応じて、一般急性期病院、専門医療機関での治療を選択して紹介します。

2つ目、緊急時の状態として特に頻度が多いのは、脱水、低血糖といったかかりつけ医でも対応可能だと考えられる軽微な状態です。そのため、周辺症状に惑わされずに、常に身体疾患（状態）も視野に入れて判断し、対応することが求められます。

3つ目、緊急時を避けるためには、本人の身体疾患の治療状況、生活環境を把握しているかかりつけ医が中心となり、家族とともに日ごろから身体管理を行う。特にご家族は、食事、排泄、睡眠の様子に注意することが大切だというご意見をいただきました。

4つ目、そのためには、かかりつけ医に、周辺症状への影響を踏まえた身体疾患の管理にも常に注意を向けていただくということです。

続きまして、「一般急性期病院」。認知症であったとしても、認知症の症状を許容して、身体疾患の治療をお願いしたい。身体疾患を治療して急性期を脱した後、周辺症状のために精神科の病院に入院している場合、またそこで身体疾患が悪化した場合には、再度受け入れていただくということが重要です。それがあってこそ、精神科病院でも安心して診ていただくことが可能となります。

2つ目、身体合併症患者の許容力を増すためには、リエゾン、あるいは認知症ケアチームを活用し、必要な助言を引き出すことが有効だということです。大学病院等ではリエゾンはよくありますけれども、ただ認知症のリエゾンとなると、一般的ではありません。一般の身体診療科の人が、リエゾンの意味・必要性を認識し、どこまで活用しているかという、少し疑問があると思います。

22ページの上から2つ目の丸です。治療に当たっては、認知症の症状の不必要な悪化を避ける。環境変化に弱いという認知症の特性を考えると、入院期間が長引くことは好ましくない。

3つ目、特に医師は、環境変化や身体抑制が周辺症状に影響を及ぼすことなど、認知症の方が有する入院中のリスクについて本人と家族に説明をする。それから、ケアマネジャー等が付き添いをしている場合は、付き添いの人からしか得られない情報は早目に得ておき、長時間拘束しないなどの配慮が必要。認知症の特性や対応上の留意点について正しく理解し、症状を不必要に悪化させない医療の提供が求められます。

看護師については、医師と同じですが、入院中のリスクについてご本人、ご家族に説明をする。ベッドコントロールや備品の配置など、院内環境にも配慮する。認知症の知識があればこそ、できることだと思います。それから、状況の変化、身体抑制が周辺症状に多大な影響を及ぼすことや、身体疾患と周辺症状の対応の優先順位を理解していただくことです。

続きまして、そのためには、一般急性期病院の医療職を対象とした認知症対応能力向上研修も必要だと考えられます。ぜひやっていただきたいと提言させていただきます。

「(3) 専門医療機関・精神科病院」。周辺症状の治療が必要な患者さんについては、身体疾患の治療が必要な場合でも、急性期を脱しているのであれば、専門医療機関、精神科病院で受け入れ、治療を行うことが求められます。

続きまして(4)「療養病床」ですが、先ほど玉木委員に読んでいただきましたので、詳しい説明は省略いたします。23ページに、対策が書かれています。

「(5) 将来的な方策についての提言」。療養病床の分布状況は地域により異なること、グループホームをはじめとする介護保険施設のスタッフは認知症の人への対応スキルが高いことを踏まえると、グループホームや有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の介護保険施設においても、緊急性や侵襲性は高くないものの在宅で療養するにはなお不安定な状態で、観察が必要な場合の一時的な受け入れとしての役割を期待したい。

2つ目、その場合においては、各施設が入所者の日常生活を支援するとともに、急変時には迅速な対応ができるよう、地域の医療機関との連携を構築しておくことが必要。

上記のような介護保険施設の活用は、現行制度では困難でありますけれども、将来の1つの方策として提言をしたいと考えます。

「(6) 連携体制の構築」。4つあります。

このようなかかりつけ医を中心とした連携体制が機能するためには、専門医療機関、相談機関等関係者が加わった、かかりつけ医をバックアップする体制の構築が必要。そのためには、今挙げたような関係者が定期的に症例検討会等を実施して、必要なときに助言を

得られる仕組みを構築することが必要。また、専門医療機関、地域包括支援センター等、地域の多職種との連携や、認知症の特性を踏まえた身体管理について、かかりつけ医に対し助言ができるよう、認知症サポート医が知識、技術を習得することが求められます。

さらに、認知症の人が医療機関に受診する際や、医療機関相互、あるいは介護従事者との連携時に必要な情報の不足を解消するための具体的な方法、例えば紹介状の共通フォーマット、患者手帳などの連携ツールについて、周知させ活用するとともに、症例検討会等で成果を検証することが必要。

25ページにもございます。なお、緊急時の治療に必要となることの多い必須事項の情報については、手帳の紛失時等も関係者が必要な情報を得られるよう、データベースを構築するなど、将来に向けた対策についても講じておくことが必要。このような意見がありました。実現までに時間はかかるかもしれないため、一つの提言ということで入れておりますが、これは、「(5) 将来的な方策についての提言」に入れたほうがよいですね。ただし、個人情報であるため、本人が明確に意思表示できる時期に、本人及び家族の意思を確認して登録を受け付けるなど、取り扱いには注意が必要。

2つ目の丸です。顕著な周辺症状の場合、緊急時の対応に際しては、老人性認知症専門医療事業が役割を担っている。さらに、精神科夜間休日救急診療事業も利用することが可能。

最後の丸です。認知症疾患医療センターは、認知症の人の数と施設数を考慮すると、施設数はまだまだ少ないと思いますので、身体合併症患者の緊急時の対応については限度があると考えられます。今後機能を検証する中で、連携の一つとして役割を果たしていただきたい。

28ページ、「周辺症状」の「基本的な考え方」、3つございます。

周辺症状の緊急時の治療については、各人の生活環境を総合的に勘案し、生活の場において本人自身が適応可能となる状態までを治療目標とします。すべての周辺症状が完全になくなるまで治すことが目標ではありません。

2つ目、認知症の特性を踏まえると、入院治療を前提として考えるべきではなく、収集した生活環境や介護者の介護力に応じて、個別に判断、対応すべきであること。

3つ目、緊急時を避けるためには、日ごろから食事、睡眠、排泄の様子や気分の変化に注意を払い、変化があれば早目に対応することが必要ということです。

31ページ、「かかりつけ医」の役割として、緊急時に適切に対応するためには、症状の

内容よりも、その症状を引き起こした要因について知ることが大切。そのためにはご本人の健康状態や生活環境の把握が必要です。このためには、かかりつけ医が、身体疾患が要因となっているかどうかの判断をまず行って、身体疾患が要因となっている場合には、「2 身体合併症」の考え方により対応する。そうでない場合は生活環境も含めて検討し、必要に応じて専門医療機関、あるいは精神科夜間休日救急診療事業等の利用も考える。

また、緊急時を避けるためには、症状が軽症でも対応が困難になる可能性がある場合には、早期の段階から薬の使用についても検討し、早目に地域の専門医療機関の外来を活用する。

続きまして、身体疾患が要因となって周辺症状が悪化することを防ぐため、本人の身体疾患、生活環境を把握しているかかりつけ医が日ごろから身体管理を行うことが大切。研修等を実施し、周辺症状の原因として身体疾患の頻度が高いという知識を持っていただき、認知症対応力の向上を図ることが必要です。

「(2) 専門医療機関・精神科病院」。周辺症状の緊急時における治療を行う。なお、胃ろう等が造設されている場合でも、積極的な身体疾患の治療が必要でない場合であれば、受け入れて治療を行います。2 番目、各人の生活環境を総合的に勘案し、その生活環境において適応可能となる状態まで治療することが目標です。また、家族への治療のメリット・デメリットの説明も必要。

3 2 ページに進みます。緊急時において、かかりつけ医から求められた場合には、薬の使用方法、家族への対応についての助言を行うことが求められます。

「連携体制の構築」。かかりつけ医、専門医療機関のそれぞれが、スキルの向上及び許容範囲の拡大に努めるとともに、日ごろから連携を図り、地域の受け入れ体制の充実を図ることが必要。このためには、専門医療機関、地域包括支援センター等、多職種との連携や認知症の特性を踏まえた身体管理について、かかりつけ医に助言ができるよう、サポート医が知識、技術を習得する。

また、顕著な周辺症状が現れている患者の緊急時対応に当たっては、老人性認知症専門医療事業は重要な役割を担っています。また、精神科夜間休日救急診療事業の利用も可能です。地域での対応が困難な場合には、このような事業の活用についても検討すべき。周辺症状の緊急時におけるかかりつけ医が果たす役割を明確にし、あわせて地域の専門医療機関が加わったかかりつけ医のサポート体制の構築が必要。

「2 身体合併症」の記載と重複するものもありますが、それぞれの段階で必要なもの

は全部書きました。

最後です。34ページ、「介護者が一時的に介護できなくなった場合」。これは、医療支援以外の支援が必要不可欠になるのですが、「基本的な考え方」は2つ。家族等介護者が疲弊などにより対応困難となっている場合には、緊急に介護者に一時的な休養をとらせることが必要。また、緊急時を避けるためには、日ごろから家族等介護者の心身の負担の軽減を図ることが必要である。

34ページの下、求められる機能と対策です。当部会では、認知症の人の医療支援体制を検討項目としていますが、家族等介護者が一時的に介護できなくなった場合には、家族等介護者の介護負担の軽減が必要となり、医療支援以外の支援が強求められます。この後の記載は、医療支援そのものに関する記載ではありませんので、説明は省略させていただきます。

具体的な対策の詳細については、親会議あるいは仕組み部会等、別の部会に譲らせていただきます。今までのところで、気がついたところがあれば、ご意見をお願いします。

【山田委員】 中等度と周辺症状の両方にまたがっているんですが、26ページの表の4番、専門医・専門医療機関・精神科病院のところで、「一般急性期病院で身体疾患の治療後に、患者を受け入れて周辺症状の治療・経過観察を行います。」で終わっていますけれども、5番の一般急性期病院のところでは、「治療を行い、急性期を脱した後は、専門医療機関・療養病床への転院・退院を促します。」と書いてあるんですけれども、これと同じような文言で、周辺症状が落ち着いた後は、在宅あるいは施設、療養病床への退院もしくは転院を促しますという、退院促進のことが精神科病院で非常に大きく今問題になっておりますので、努力しているところですので、その文言を入れていただければと思います。

この27ページと32ページの表のほかにも、いろいろなところにこの言葉が出てくるんですけれども、受け入れるのはいいと思いますが、退院促進をやっているところで、実はこれには、行きどころが後なくなってしまうという精神科が抱えている問題がある。そのことを真剣に皆さんでまた考えていただく機会があったらと、ちょっとそのことをつけ加えました。落ち着いているんだけど、そのまま精神科にいる。来るときは比較的バリアとして、精神科は入りにくいところなんです、入るとなかなか戻れないというか、在宅でもできる方が残ってしまうこともあるので、ちょっと問題提言という大げさなものじゃないんですけれども、次の会でまた検討していただければと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。一般急性期病院で身体疾患の治療をする場

合と同じですね。もとの生活の場に戻るために、周辺症状を治療し、戻れるようになったら……。

【山田委員】 治療した後は、また退院や転院ということ、同じ文言で結構なので入れていただければと思います。

【繁田部会長】 その他の関連する部分につきましても、今のご意見を踏まえた表現を入れさせていただきます。ありがとうございます。

そのほか、いかがでございましょうか。

【桑田委員】 20ページ一番下の丸で、「ただし、療養病床は一般急性期病院と比較して看護職員のマンパワーが不足していることから」となっていますが、これ、わかるんですけども、不足よりは、急性期病院よりも療養病床のほうが、看護職の人員配置が法定的に少ないです。「不足」を広辞苑で調べると、必要なだけないこと、足りないことと書いてあるんですが、それは急性期でも同じであって、こうなると、療養病床だけ看護職が来手がないみたいな印象を受けてしまうので、法的に人員配置が少ないんだと。それは、反対に介護職員を配置していて、そういった生活支援の部分に関しては、人はいるので。この文言だとちょっと勘違いされちゃうかなと。言いたいことはわかるんですけども、ちょっとそういう印象を受けたので。20ページと、23ページにもマンパワーが不足しているという形になっているんですけども、これはちょっと表現が違うかなと思ったので、よろしくをお願いします。

【繁田部会長】 そうしますと、「療養病床は一般急性期病院と比較して看護師の人員配置が少ないことから」という表現でよろしいですか。

【桑田委員】 はい、よろしくをお願いします。

【繁田部会長】 わかりました。そのようにさせていただきます。

【桑田委員】 人手不足がいつもあるみたいな印象を受けます。まあ、そうなんですけれども、でもそれは急性期でも同じですから。

【繁田部会長】 急性期病院と療養病床を比較した場合、看護職の人員配置が少ないというのは、おっしゃるとおりです。

その他、いかがでございましょうか。

【秋山委員】 25ページで、この説明自体は非常によく議論した後での文章なので、これは理解するんですが、関係機関の関連図を図面にして載せることはできないのでしょうか。つまり、認知症疾患医療センターの位置づけとか、かかりつけ医と精神科病床と緊

急でのチームが出てくるとかが文章で並ぶと、ずっと討議してきた者としてはそれなりに理解できるんですけども、関連図で載せたほうが、ここはわかりいいんじゃないかと思うので、文章に1枚、関連図がつかないものかと思います。

【繁田部会長】 ここに関してということは、いわゆる医療機関だけでもよろしいですか。

【秋山委員】 そうです。医療機関の中での、特に中等度は関係機関の関係図があれば使いやすいかなと思うんですけども、どうでしょう。難しいでしょうか。

【繁田部会長】 そうさせていただきます。ありがとうございました。

そうしましたら、MCI・軽度から中等度については、今いただいたご意見を踏まえて修正し、高度・終末期については先ほどの議論を踏まえて修正をいたします。それを後日、委員の皆様にお配りいたしますので、それぞれ今日の修正点を中心にご覧ください。そのご意見を踏まえて、最終版にしたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして当会議を終了したいと思います。今日で最後でございます。当初は長い道のりだと思っていたのですけれども、終わってみればあっという間でした。委員の皆様から率直な意見をたくさんいただいたことに対して、ただただ感謝するのみです。ありがとうございました。

非常に困難な問題が山積し、また、そうした問題点の整理さえも今までされていなかったことに、あえて取り組むことは大変なことだと思いました。問題点を整理するだけでも非常に意義があったというご意見を、各方面からいただきました。その上で、理想論ではなくて現実的な問題としてこうすべきだ、こうしていいのではないかという議論がなされたことは、非常に意味があったと思います。特効薬のような解決策が出たわけではありませんでしたが、具体的に実現可能性のある対策や対処をいろいろ出していただけたことは意味があったと思いますし、様々な立場でのご意見も一貫した考え方のもとに含められたことは大きな意義があったと思います。

いろいろ話したいこともありますけれども、時間も過ぎておりますので、改めてありがとうございましたと申し上げて、私の最後の言葉にさせていただきます。

それでは、事務局にお返しいたします。

【坂本幹事】 事務局からも一言ごあいさつをさせていただきます。委員の皆様方、この部会につきましては、一昨年の8月1日に立ち上げまして、1年7カ月の長きにわたりまして、お忙しい中部会にご出席いただきまして、本当にありがとうございます。部会の

運営等につきましては、事務局幹事の不手際等もございまして、委員の皆様方には何かとご不便やご迷惑等もおかけしたかと思いますが、何とか最終回の開催となりました。これもひとえに委員の皆様のご協力のおかげだと思っております。心から感謝をしております。

おかげさまをもちまして、本日報告書案を皆様にご提示することができました。そして、本日も活発なご意見等をいただきました。この意見を、この報告書の完成という形で結実させまして、都の認知症支援対策のさらなる前進としていきたいと考えております。

当部会につきましては、先ほど部会長からもお話がございましたとおり、本日で最終になりますが、都の認知症支援対策はまだ道半ばでございます。引き続き、委員の皆様方のご協力、ご支援を都は必要としております。引き続きのご支援をお願いいたしまして、私からのあいさつとさせていただきます。長い間、ご出席、そしてご議論いただきまして、本当にありがとうございました。

それでは、最後の事務連絡をさせていただきます。本日お配りしました資料につきましては、席上配付のもの以外はすべて公開とさせていただきます。議事録につきましても、今までと同様、委員の皆様方に事前にご確認をいただいた上で公開とさせていただきます。

それでは、これで散会とさせていただきます。本当に長い間ありがとうございました。

了