

以上でございます。ありがとうございました。

○阿曾沼局長 ありがとうございます。

これから御議論いただきますけれども、西川副大臣は大変お忙しくて、所用のため退席されますので、何か御意見、御指示がございましたら、一言お願いいたします。

○西川副大臣 この前、WHOの総会に出席ということで欠席させていただきました、非常に出席率の悪く、大変恐縮でございます。

御承知のように、今、後期高齢者医療は、まさに日本中がこの話題だけで動いているような、とんでもない話になっておりますけれども、言わば厚生労働省の起死回生、これは認知症に対して支えるシステムから、治療薬のワクチンの完成から、本当に1つの方向性がきちっと出てきたら、私はやったという感じだと思うんです。

今この救急医療の問題と、もう一つ、認知症に対しての国民の興味というとおかしいですけども、関心度は物すごく高いと思うんです。それと現実に困っている方が物すごく多い。介護の現場で大変大きな問題になっています。

まさに先生方のお知恵を拝借して、そして、厚生労働省が一体となって、このシステムの構築に向けて動いていくと、本当に大きな国民の方々への私たちの仕事の理解がきちんとしたものに軌道修正してもらえと思うんです。別に厚労省のためにやるわけではございませんけれども、そういう意味も含めて、本当にしっかり頑張りたいという思いでおります。

今日は、お話を聞かせていただいて、大変希望的な思いを持たせていただきました。言わばアルツハイマーの外来だけで11倍ぐらいになっている。これは多分、診療の技術があれしたから、きちんわりわかってきたということの結果なんだと思います。現実がすべてきちん判明しないと対策はできないということで、今日は大変意を強くするお話をたくさんいただきまして、私も職員の皆さんともども、先生たちのお知恵をいただきながら、いい方向に頑張りたいという思いでおりますので、今後ともお知恵を拝借したいと思っております。今日はありがとうございました。

そういうことで、途中で抜けます。大変申し訳ありませんが、それまでここで聞かせさせていただいて、こっそり抜けますが、お許しください。よろしく申し上げます。

○阿曾沼局長 どうもありがとうございました。

それでは、今日は医療と研究開発という2つのテーマなんですが、相互に関連するところもございますので、最初に医療対策から主に御議論いただきたいと思っております。医療対策は、問題山積というか、現状でも必ずしもうまくいっている面とうまくいっていない面があると思っておりますので、率直な御意見をいただきたいと思っております。どなたからでもどうぞ。

中島委員、どうぞ。

○中島委員 医者ではないので、言葉の使い方が間違っていたらお許しいただきたいと思っております。

統合失調症の方をイメージすると、やはりわっと妄想が出て、それから治療によって落ち着いていく。そういう意味での急性期の対応と、慢性期というか、寛解期の対応があると思うんですけれども、先ほどの説明で、認知症の人への急性期対応というのでちょっと引っかかったんですけれども、統合失調症のような、いわゆる疾病としての症状がわっと出て落ち着いていくというのとはち

よって違って、認知症の人のBPSDというのは、病気としての症状というよりは、やはり適切でない環境とか、適切でない対応というものによって強く出る人もいるし、ほとんど出ない人もいます。

ですから、そこを病気の急性期対応のようなことだと、ちょっと世の中に違うイメージを与えるのかなということで、例えば初期対応とか、少し病気としての急性期とは違う言葉遣いの方がいいのかなと感じました。

以上です。

○阿曾沼局長 BPSDへの対応ですね。

○中島委員 はい。

○阿曾沼局長 どうですか。

○福島課長 おっしゃるとおりで、特にBPSDが出てくるのは、介護ケアの質がよければ、それがかなり抑制できるわけですが、ただ、中にはやはりどうしても医療的介入が必要な人もいらっしゃる。そのところをどうするかという問題もあります。そこで特に精神科医療の果たすべき役割は、かなりあるんだろうと我々は考えています。

そういう面で、多分イメージするものはそう違わないと思うんですけども、確かに表現としては、ちょっと誤解が生じやすいかもしれません。当初からそういう症状、BPSDが出てくるわけではありませぬので、かなり進んでからということですから、そこは我々も十分理解はしております。

○阿曾沼局長 どうぞ。

○中島委員 1つ質問なんですけれども、これは私の知識不足かもしれませんが、βアミロイドというものが注目されて、今、そこに治療の活路を見出していこうという状況は理解しているんですが、私の古い知識では、老人班とか脳萎縮があっても、必ずしもその程度に応じて認知症の程度が決まるわけではないというお話も聞いております。

そういう意味で、βアミロイドが原因だという形で、そこだけ攻めていくというのでいいのかなということをちょっと感じたんです。ですから、βアミロイドのところでは頑張っていく部分と、認知症のそもそもの発生機序として、βアミロイド説以外のものにも、やはり広く目を向けて研究していくという両側面があるのかなと思いました。済みません、医者ではないんですけども、そう感じました。

○阿曾沼局長 どうですか。

○岩坪委員 中島先生がおっしゃるとおりだと思います。βアミロイドの蓄積というのは、アルツハイマーの引き金を引いていることは、まず間違いなからうというのが、例えば遺伝性のアルツハイマー病の研究等からわかってきておりますので、まずは一番確実なアップストリームのものから対策を立てようということで行われているんだと思います。

勿論、それでその後すべての細胞が死んだり、症状が出たりするところを抑えられるかどうかはわかりませぬので、今、下流の各段階についても、研究開発が行われているんだと思います。非常に重要な点だと思います。

○阿曾沼局長 西川副大臣、どうぞ。

○西川副大臣 済みません、時間いっぱいと思ってね。今のお話は、本当に医学的な話と、対応をどうするんだという話の非常に微妙な境目ということが恐らく問題なんでしょうね。

1つ新聞記事で読んで、非常に印象的だったのが、母親と娘一人の親子でずっときた中で、母親との関係が非常に悪かった親子らしいんですが、それが認知症になってしまって、正直言って重荷でどうしようもない。その中で毎日関わっていた中で、あるとき気がついて相談したら、娘さんはピアノの音楽家になっているんですが、ピアノを教えてくれたのはお母さんなんでしょう。そのことに思いをはせて、お母さんにやはり感謝という思いで、そこの1点でいいからお母さんに感謝したらどうですかとアドバイスをもらって、お母さんにそういう思いで、ありがとうと言葉に出してお母さんに言い続けたら、1週間もしたら、劇的にお母さんの対応が変わってきたというんです。お母さんが正常なときよりも、いい親子関係がつくれて、本当に私は目が覚めたという思いの随筆が載っていたんです。

まさにこの認知症対策の全てを表しているような気がして、医学的に絶対に治せる部分と、対応する側の部分で症状が変わっていくというのがすごくあるんです。だから、その辺のところを整理して議論した方がいいような気がいたします。一緒くたにして皆さんがいろいろおっしゃっても、何かちょっとという気がします。

○阿曾沼局長 どうですか。永田委員、どうぞ。

○永田委員 医療のペーパーの6ページ目の「医療が果たす役割」ということで「迅速な鑑別診断と療養」とありますが、ここは従来の医療・介護等が別々ではなくて、統合した総合方針の決定というのも非常に重要なところだと思います。

同時に、実際問題、鑑別診断が早くなればなるほど、医療はさておき、介護についての断線が起きていて、特にこれまでの介護の考え方は、やはり生活支援部分がまだ弱いために、まだまだ介護が必要ではないという誤解が生まれてしまったり、介護という定義をより広く生活支援まで含むか、あるいは療養という言葉自体を生活支援等に置き換えないと、本人も家族も周囲も含めて、まだ療養は必要ではないという誤解が起こってしまっている。これも文言的な提案の中では、整理した方がいいのではないかと思います。

例えば若年の方が診断を受けて、そのドクターに早く療養できる病院を見つけておきなさいと言われた途端に、療養ということにつながられてしまったら、うつ状態に落ち込まれて、まだまだ生活できる、自力で町を歩けるレベルなのに、療養という提案をされた途端に、もう自分は暮らせないのか、病院に行かなければだめなのかということで、非常に落ち込まれた。その方に生活支援という提案とサポートをしたら、今でも1人で外に出ていられるという状況の方がかなりおられます。

早期診断のメリットを生かすためにも、もう少し大きく療養の概念や中身を整理していくことが、今後必要だと思います。

○阿曾沼局長 朝田委員、どうぞ。

○朝田委員 今の流れの中で思ったことなんですけれども、西川副大臣がおっしゃったことに関係するんですが、BPSDは、ややもすると介護の仕方次第でどうにでもなることが、ある意味強調

され過ぎていると思います。確かにそういうことはあるんだけど、これが自分の排泄物なのか、食べ物なのかわからなくなるほど進んでしまった状態で、介護の仕方が悪いからだというのは、ある意味でナンセンスだと思います。

ややもすると、介護系、看護系の方は、やはり対応の仕方次第と言いますし、我々はどうしても、側頭葉をやられるところなるとか、前頭葉だとかだという、今、おっしゃった両極端に分かれてしまって、その辺を系統的にまずアセスメントして、どの程度ウェートを置いて対応しようかというところは、まだまだおっしゃるとおりだと思います。

それとは関係するんですけども、高齢者の虐待というのが大きな問題なわけですけども、実際に虐待のほとんどの表裏をなしているのはBPSDでして、何遍も同じことを聞くとか、やってはいけないというのにまたこれをやってしまったではないかということで、虐待につながるというのは、非常にわかりやすい事実であります。

今、副大臣がおっしゃったような美談とは反対に、この間、広島だったか、整形外科に入院させたら問題行動が激しくて、病院から追い出しをくってしまった。それで衝動的に娘さんが4階だか5階からお母さんを叩き落して、亡くなられた。ある意味でこれは医療の問題でもあって嫌だと思いうんですけども、実際にそういうBPSDゆえに入院お断りというのは、ざらにある話です。そういう虐待と表裏、また医療も拒否してしまう原因というのは、ここに大きなポイントがあると思います。

更に、精神科の畑から言いますと、精神科の中には、知事の権限で強制入院させる措置入院というものがあるんですけども、その措置入院の数年前の全国集計のものでですけども、びっくりしたのは、こういう認知症の人を含めた脳障害、いわゆる器質性障害とありますが、そういう方で捕り物になって、措置入院する方が数パーセントはいらっしゃるという事実もあって、横浜市などでは、単独の事業として、そういう高齢者、認知症、BPSD用にベッドを空けてあるという話もございまして、そういうことを思いました。

もう一つ、ついでに身体合併症の問題がクローズアップされているので申しますと、これも何も高血圧や糖尿病まで入れた身体合併症ではなくて、今すぐ早目にがんの手術をしなくてとはとか、急性心筋梗塞でアップアップしているけれども、どうかしてあげよう。認知症だからといって断られては困るという、そこだけに焦点を当てれば、およそ8割方済んでしまう問題だと思うんです。

○阿曾沼局長 かなり重篤な方だけに絞ればという意味ですか。

○朝田委員 重篤かつエマージェンシーに絞れば、そんな大変な話ではないと思います。それを最後に嫌だと言われたら、立つ瀬がないということです。

○阿曾沼局長 なかなか面白いお話になってきましたね。

遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 何となく今の議論は、患者さんの目線というのがないような気がしていて、困ったときにどこに行ったらいいのかとか、今日入院させてほしいとか、ショートステイを使いたいというときに使えないという情報の問題と受け皿の問題があると思うんです。

ですから、私は認知症疾患医療センターの構想というのはとても大好きで、是非やってほしいと

思っているんですけども、そのときに昔の老人性痴呆疾患センターのときの1個ベッドを空けておくというのはどうなのかとか、そこで入院できるのかとか、本当に困った人はどこへ行ったらいいのか。

例えば1つは認知症疾患医療センターが地域包括支援センターと連携しているとか、地域包括支援センターに情報がきちんと置いてあるとか、そういう情報がどこにいったらきちんとあるかということ、緊急ショートステイで今日入れたいけれども、どうしたらいいのかということを整備してもらおう。それを家族や患者さんの目線で対策を立てていただくとありがたいと思っています。

○阿曾沼局長 岩坪委員、どうぞ。
○岩坪委員 今、遠藤先生がおっしゃったこととつながるかと思うんですけども、私は基礎医学の立場から、臨床のお話を全般的に聞いておまして、今1つ問題なのは、専門知識を持った認知症の医師の量的、質的な絶対的不足というのが、厳然としてあるんだと思います。

お話に出ましたように、かかりつけ医の先生方の知識、実践対策が不足している。その背後には、やはり専門医の数がなかなかいない。その教育やクオリティーも、我々は十分にとれていないということがあると思います。

日本では、歴史的に恐らく認知症の患者さんは、老年者の精神症状を得意とされる精神科の先生が担われてきたという経緯があると思いますけれども、今、これだけアルツハイマーを中心とした認知症の方が増えてまいりますと、精神科だけでは勿論診きれない。精神科以外の老年科、神経内科など、幅広くさまざまな科の先生方が診るようになったわけですけれども、そういう中でもまだ十分ではないということがあるんだと思います。

御承知のように、老年精神医学会は、いち早く専門医制度を取り入れて、教育に乗り出されまし、そちらで精神科の先生がカバーされる面があると思いますし、認知症学会の方でも、より広く内科系の先生方も含んだ専門医をつくって、今、まさに教育体制に乗り出したところであろうと思います。

今後こういったものを充実させていって、それと同時に、先ほどの認知症疾患医療センターを含めまして、やはり全体的に医療のインフラストラクチャーというものを充実させていくことが必要なのではないか。それが後の研究、あるいは新しい治療の開発というものの実用化にもかぎになるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 このプロジェクトの1つの大きな柱は、やはり認知症の入り口の確定診断を早くやって、早期発見して、できるだけ確な対策を打つというのが1つの大きな柱だと思うんです。

そのときに、6ページにあるような迅速な鑑別診断と療養は、今、御指摘がありましたけれども、療養という言葉がいいかどうかは別として、医療と介護あるいは生活支援を含めた全体の対処方針を決定する。そのための迅速な鑑別診断をだれがどこでどのようにやるかというのが、今、国民の皆さんも困っているところだろうと思うんです。

そのところをどうすればいいのか。早さも大事だし、質もよくなければいけないという2つがあると思うんですけども、例えばアルツハイマー病の場合は、本当に器質的な疾患であるとすれば、単なる症状があるというのではなくて、器質疾患があるという前提に立って対応するというこ

とだと思っんです。確実で迅速な診断というものは、どうしたら可能になるか。1つはシステムとしてどうするかということ。もう一つは、診断基準としてどうなのかという辺りについて、御意見を聞かせていただければありがたいです。

○朝田委員 サポート医とか、ある意味で全国津々浦々という方向で動いているのは、よくわかります。だから、まずは広くやっておいて、かつスペシャリストならスペシャリストとしての機能の使い分けということになると思っんですけれども、私が内科の医者であったとしたら、やはり認知症までは、ある意味でなかなかやる気にならないと思っます。糖尿病、心疾患だけで十分に食べていけるし、これ以上勉強して何するのというのも事実でございます。

これは冗談ですけれども、逆に言うと、内科の先生方にアルツハイマー病が診られるようになってほしいとか、前頭側頭型認知症を診断してほしいというのを求めてはいけないと思っます。

今、この資料を見ていて思ったんですけれども、9ページに「認知症と間違えやすい状態」という表がございまして、特にこの中でも、人数とお金の無駄から言ったら、薬剤性の専門というのは圧倒的に重要だと思っんです。うつ病も勿論数多い疾患だからあれなんですけれども、薬剤性の専門というのは、こうした認知症があったり、パーキンソンがあったり、あるいは脳血管の障害があったりする方に、さまざまな面で頭に対して働きかける薬を出すわけだけでも、効果が出ずに副作用だけはしっかり出るということはざらにあります。その状態をとらえて、ぼけてしまったと言われている例が実に多い。

アメリカなどでは、かなりそういうものが最近強調されていて、ビーズの分類などといって、このような薬は困るという一覧表があって、むしろ一般医が私の出している薬は引っかかっていないだろうかと思っようなんです。

だから、まずは先生がお出しになっている薬は大丈夫ですかとか、器質性というよりは、うつ病的なものではなからうかというところを薄く広くやっただいた上で、スペシャリストというか、今の認知症学会とか老年精神医学会とか、そういうところの専門医の方ががっちり初期かつ希少ケースまで含めて診断するという2本立てが必要だと思っました。

○阿曾沼局長 中村部長、どうぞ。

○中村部長 今、朝田先生に指摘をしていただいた9ページの資料なんですけど、これは実は、先般、熊本大学の池田先生からお話を聞きまして、事務官の私が聞いても非常にわかりやすかったので、ちょっと整理して、議論に寄与してみたらどうだろうという意味で出させていただきます。

1つは、鑑別診断の場合に、先生から御指摘いただいたように、非常に薬剤性の問題も多くて、池田先生のところに来られる2割ぐらいはそうでないというか、認知症と間違いやすい患者さんがおられるという点。

それから、この表を見ていただくと、例えばデイサービスです。脳血管認知症などでデイサービスを活用して廃用症候群を予防したり、あるいはアルツハイマーの昼夜逆転についても、デイサービスを活用して生活リズムを整えるとか、鑑別診断をした上で介護の役割につなげていくということを丁寧にやっっておられるようなので、前回、地域におけるネットワークみたいな話が議論になったんですが、是非、介護と医療をうまく組み合わせて、鑑別の診断の部分から、先ほど療養という

言葉がいいかどうかという話もありましたけれども、そういう仕組みをきっちりつくっていくような流れをつくっていったらどうかということで、これを出させていただきました。

○阿曾沼局長 永田委員、どうぞ。

○永田委員 今の局長の早期に気づいて診断ということで、1つ現場で感じるのは、認知症の方の事実確認の情報が、御本人、家族からドクターに非常に届きにくい。それはどういうことが起きているのかということの、今、起きていることの表現力とか説明力が、御本人、家族から先生にはどう表現したらいいかということが伝えられないために、どうしても大変なこととか、困ったこと、そういった介護面の情報はいくんだけれども、本人がどのぐらい物忘れの事実があるとか、情報提供量が少ないために、先生方も見極めのところで苦慮されている面があると思います。

また、本当に外来の時間が短い中で、変動が大きくて、かなり多様な面からの変化が起きている情報を的確に家族、本人から先生に伝えるかということも、短時間にコンパクトに事実、経過を伝えるというのは、相当工夫が必要なところで、その点については、今、御家族向けや本人向けにシートをお渡しする。困っていらっしゃることの事実を記録して外来に持ち込むと、非常に短時間で先生に事実が伝わって、先生方もそれをカルテに張って、経過を観察していけて、経過のモニタリングにもなるということで、医療側の努力も必要ですが、本人や家族の自分たちの説明力なり、自分たちの事実をきちんと先生たちに出す力、当事者の力を高めるという面でも、今後は力を入れていく必要があるのではないかと思います。

今、センター方式というプロが使っているシートを、御家族の方で猛烈に書いている方がいらっしやいます。外来診療の短い時間に何とかわかってほしいとか、外来の3分間の姿では決してわからない1日の変動を先生に知らせたいという方たち、全ての家族ではないですが、特に若年や若い家族層を中心にして、相当情報発信力は高まっていますので、そうしたものをうまく活用すると、短時間の本当に混んでいる外来での機能を高められるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 12ページですが、結局、迅速な鑑別診断と療養方針を決定するに当たって、今後の対応に関係するのは、かかりつけ医の話とサポート医の話と認知症疾患のセンターなんです。その前段として、まずガイドラインの確立・普及方策とあって、今、2学会でやられていると聞いているんですけども、それはどうなんでしょうか。かなり汎用性があるといえますか、非常にレベルのそろったようなものになるのでしょうか。

○岩坪委員 私、神経医学会の方の話は聞いておりますけれども、以前、当時広島大の中村教授を中心におつくりになったものが、現在、改定をされつつある。これは神経医学会、その他の専門家の関与も経て、かなり実用性、汎用性のあるものがつくられつつある。ただ、作業がこの春に始まったところだと思いますので、今しばらくの時間がかかるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 朝田委員、どうぞ。

○朝田委員 多少補足しますと、今、岩坪先生がおっしゃったように、前回出て5、6年経ちました。5、6年経っている中で、治療法なり新薬なりがどんどん出てきている。あるいはデイケア等がいろんな意味で、行動異常はもとより感情面や認知機能にまでデイケアは効果があるということも少しずつ浸透してきている。

ですから、簡単に言うと、薬物と非薬物についてそれぞれエビデンスが出てきていますので、そういう中で、一般的な先生がごらんになったときに、どういう順番でいったらいいかみたいなものについては、だんだん用意ができてつあるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 鑑別診断という観点からではどうですか。

○朝田委員 勿論ガイドラインの一番最初の方は、鑑別診断です。

○阿曾沼局長 かなり精度が高くなっているという言い方がいいのかどうかわかりませんが、汎用性があるというか、これでかなり区別ができるというか、先ほどの9ページにあったような薬剤性のせん妄だとかうつ病だとか、他の疾患と区分して、これはアルツハイマー・ディジーズだということができるようなものかどうかというのがあると思うんです。

○朝田委員 非常に重要な観点とは思いますが、はっきり言わせて、従来の鑑別診断のフローチャートの流れの中では、最後のところで、その他こういうこともありますというランクだったと思います。

もう一つは、前頭側頭型認知症とレビー小体型というのは、比較的最近わっと広まった概念なので、つい5、6年前までの臨床試験とか治験などで扱われたものは、実はアルツハイマーとレビーとちゃんぽんになっているとか、そういうことがざらにあるので、恐らくここ数年の新たなデータを入れていかなくてはいけないというタイミングなのではないでしょうか。

○阿曾沼局長 遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 研修に関してですけれども、かかりつけ医研修というのは、今、1万何千人がやったと思うんですけれども、パワーポイント共通のテキストで勉強していただいて、底辺というか、底上げということは成功しつつあるんですが、まだまだ実績率が少ないと思っています。

ところが、東京、名古屋においては、物忘れ相談員とあって、かかりつけ医研修を終えた先生のリストを医師会がインターネットで公開していて、入り口へいらっしゃいということをやっている、そこにいくと専門医を紹介したり、内科系の病院を紹介したり、精神科を紹介したりというシステムが、東京、名古屋で始まっているので、こういったシステムを広げていくとか、今までの人材育成プラスネットワークという時代に、今きているのではないかと考えています。

サポート医も、実は600人資格を取られた修了者がいるんですけれども、まだまだ少ないということが1つと、ネットワーク機能というのがまだちょっと弱いので、できたら応用的な研修ができればいいなと個人的には思っています。

専門医に関しては、学会が進めています。もともと専門医はやりたいという人がやるわけで、なかなか機会がないということもあって、専門医になりたいという人たちを集めてやるような研修もあってもいいと思います。

私が一番強調したいのは、何度も言いますが、認知症疾患医療センターの概念はとても正しい概念で、安心して医療が受けられるということは大事なんですけれども、先ほど朝田先生が言われたような、認知症の方が肺炎を起こしたとか心筋梗塞を起こしたときに、一般病院でなかなか治療が受けられない。そうすると、一般病院で医者がどう対応するか、そういう病棟を持つとか、看護の研修をどうするのかというところを、実は今年度は認知症疾患医療センターの整備でいいん

ですけれども、次年度以降 6,000 とか 5,000 ある一般総合病院で認知症をどう診るんだという研修なり、教育なりというのは、次年度以降ほしいと思っているところです。

○阿曾沼局長 認知症疾患医療センターというのは、医療体制の中核になるんだと思うんですけれども、認知症疾患医療センターに期待されている機能の中でも、どういう機能が一番肝になるといいますか、一番核になるといって、肝心なものかというところの整理が要るのではないかと思います。要するに、認知症疾患医療センターに何を期待するか。あるいは逆に言うと何ができるか。

○朝田委員 割とこれは簡単でトライアージだと思います。トライアージすることと、ベッド情報の一元的な管理です。

○阿曾沼局長 どのベッド情報ですか。

○朝田委員 県なら県、あるいはその医療圏の情報です。それは 24 時間やっているというところで、まさか疾患医療センターがフル装備する必要はないわけですから、ワン・サポート・ショッピングの拠点として、そういう情報を常にマネージしていくということです。

○阿曾沼局長 ほかに御意見ございませんか。

勿論、介護のサイドでは、地域包括とどうつなぐかというのは次のステップになるんですけれども、そもそも地域包括の中でつなぐにしても、やはり認知症疾患医療センターの方で核がないと、どうつなぐかということになってしまう。

先ほどあったような B P S D の問題もあるだろうし、朝田先生と遠藤先生がおっしゃった話でいうと、重篤かつ緊急みたいな合併症以外はいいいのではないかと。仮に重篤かつ緊急なものに対応できれば、大体それでものはわかるのというのはなるほどと思ったんですけれども、そういうものの対応というのは、逆に言えばどこでやるかです。一般病院でやるということなんですか。あるいは認知症疾患医療センターで、ある程度コントロールしながらやるということですか。

○朝田委員 民間病院であっても、歴史的にやってこられた病院というのは、数は少ないですけれども、全国で幾つか存じ上げています。

もう一つ、国レベルでは、要は政策医療として、県全体の精神科の患者さんの重篤な身体合併症を 1 つの国立病院機構、医療センターで診るという試みが続けられてきている地域も幾つかあるように思います。

○阿曾沼局長 どうですか。

○福島課長 実際に認知症疾患医療センターで B P S D そのもの、あるいは合併症も診られれば一番いいとは思いますが、実際に総合病院における精神科が、今どちらかというと縮小傾向にある中で、ここをどうするか。これは統合失調症の人も含めてなんですけれども、両方の疾病を持っている人に対応できる機能をどう持つかというところは課題がありまして、地域によって考えざるを得ないのではないかと思います。ただ、理想的には、そこが持てれば一番いいとは思っています。

○阿曾沼局長 あと、B P S D に対する対応について言えば、先ほどのようなお話になるんですか。お話いただいたようないろんなケースがあるんでしょうね。

○朝田委員 もう一つだけ申し上げますと、今おっしゃったことに関係するんですが、確かに恥ず

かしいんですけども、精神科というのは、一般身体医療に関してレベルが高くない。そういう意味で、いまだに十何パーセントの精神科の入院患者さんが認知症になられたという今日の時点であっても、多くの国民は、自分の親あるいは自分が精神科で処遇されるのは嫌だという根強い偏見といますか、感想を持たれる方はいまだに多いと思います。

そうはいつでも、実際にはかなりの人数の方々を処遇できるのは、精神科のベッドしかないというのも現実でございます。そういう中で、我々が身体医療に対してレベルアップしていかなくてはならないというのと、もう一つは、鉄格子の精神病院というイメージがずっとあるわけですから、特にあそこに行くと縛られたり、おりのある部屋に入れられたりするんだというイメージがあるわけなので、既にそういうシステムはあるわけですけども、新たなものとして、例えば一切抑制をしないでBPSDを治してみせます、入院日数が短いほど、診療報酬は左肩上がりですというシステムがあっても、精神科の先生方にはかなりのモチベーションになるのではないかと思います。

○阿曾沼局長 19ページにあります認知症の専門家、特に精神保健課の立場からすると、精神病床そのものを今後どう考えるか。かなり認知症も増えてきて、なかなか受け皿がないという問題は、今後大きな問題になるのではないかとということで、そのところをどういう形で介護サイドでも対応するかということも含めて、あるいは逆に精神病床のベッド機能をどう考えるかというのは、中長期的な中で大きな問題だと思うんですけども、その辺りについて、何か御意見があればどうぞ。

○遠藤委員 長期入院した場合に、家族関係が崩れることが多いんです。ですから、私自身、老健も問題なんですけれども、やはり3か月以内に勝負すべきだし、BPSDに対しても、できれば1か月、2か月で勝負できるようなシステムというか、ガイドラインをつくるべきだと思っています。

ですから、本来認知症の人をどこで診るかといったら、国の中での流れで言えば、在宅とは言いませんけれども地域だったり、介護施設がベースで、困ったときのBPSD、困ったときの精神科というのはとても大事だと思うので、トリアージと言われた、最初困ったときは精神疾患医療センター、精神科に行くんですけども、その後の流れをきちっとつくっていくというシステムは、私はどうしてもほしいと思っています。

○阿曾沼局長 そこがなかなか大きな課題ですね。流れをつくるということと、今の病床機能の転換も含めて考えるのか、それとも受け皿を別途きちっと介護サイドでうまくつくっていく。

○遠藤委員 介護サイドで、いまや介護施設もいっぱい、部屋付きのアパートなどに展開しようとしている中で、身体拘束をしないという方向できているわけなので、病院が命を救うための身体拘束はやむを得ない。それはあると思うんですけども、やはりそういったことをしない努力も一方で必要だと思います。ですから、多量はいけないと思いますけれども、BPSDをコントロールした後、地域在宅という流れは堅持すべきだと思っています。

○阿曾沼局長 永田委員、どうぞ。

○永田委員 今、流れ図のことについてのベッドとか、どこの場ということが中心でしたけれども、流れで一番重要なのは、情報が流れるかということだと思います。特に先ほどの重篤な方、BPSDの激しい方というのは、ほとんどの方がその前に介護保険サービスとか、何らかの専門的な人がいるところで、既にたくさんの御本人の医療情報、介護情報があるのに、入院の段階でかなり切れ

てしまっているために、先ほど遠藤先生がおっしゃったように、まさに私も入院はきちんとケアをすれば1か月でかなり状況の変化を起こしていけるのに、そこで時間をとってしまうのは、入院する前の情報が本当に切れてしまっているために、またゼロからのアセスメントですとか、ケアプランもまたゼロから立ち直さなければだめで、治療というよりも、しばらくはリロケーションダメージをつくっている期間とリロケーションダメージの回復をするところに時間とお金と人手がかかっている現状があるので、是非今のシステムの中で、場所とかネットワークということと同時に、そこに情報をきちんと流す仕組みが入ったらいいのではないかと思います。

よく個人情報の問題があるから、例えば在宅のケアマネから病院に渡せないというお話もありますが、きちんと御家族に趣旨を御説明すれば、ほぼ100%の方がリロケーションダメージを防いで、早期退院に結び付けるためと御説明すれば、逆に今まで渡っていなかったのかというぐらいの意見も多いわけですので、情報を流すという仕組みづくりが不可欠ではないかと思います。

逆に入院中から在宅に戻るときに、入院中というのは24時間貴重な情報があって、在宅ではそれが断片的なために、在宅のケアや在宅での維持が難しいというのが、部分でしか入れない体制の中での困難がある。入院中の機能というのは、入院だけのものではなく、24時間のアセスメントとプランがきちんとあるものを在宅にバトンタッチするという在宅支援の機能も大きいと思いますので、それら一連を伸ばす情報の流れも是非システム化していただければと思います。

○阿曾沼局長 遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 認証ガイドラインという話と、先ほどのBPSDの治療ということで、私たちがやっていることを紹介したんですけれども、何年前かに、長寿科学のお金で、実は痴呆症のクリティカルパスというものをやっていて、現在、私どもの病院でもBPSDのクリティカルパスの試作品をつくっていて、クリティカルパスなので、どこでも出せばいいわけですが、そういうようなものがあると、比較的ほかのところでも使っていただいて、早めにどういう薬を使って、さっと帰すとか、そういうスタンダード、それは当然逸脱もあるし、いろんな薬の変容もあると思いますけれども、そういうのを提示していくのもいいかなと思います。

○阿曾沼局長 クリティカルパスというのは、ある程度できるんですか。

○遠藤委員 試作品はうちにあります。ある程度はあると思います。

それから、診断基準のパスも以前につくったことがあるので、ガイドラインというのはいろいろ定義が入るわけですが、それ以外に実用的な認知症のパスというものをやってもいいと思います。

○阿曾沼局長 ほかに何かございますか。

地域での対応をどうするかという問題が残っていますけれども、かかりつけ医の対応だとか、家族、介護サービススタッフの関与が最後の20ページ辺りにあります。

朝田委員、どうぞ。

○朝田委員 特にBPSDを中心に考えますと、病院に来られてBPSDをいかんなく発揮する人はいないわけでごさいます、やはりこの舞台は御自宅なわけです。

実際に私の友人で認知症の専門家でありながら、往診を専らしている者がおるんですけれども、