

# 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会(第9回)

## 次 第

東京都庁第一本庁舎 33階北側 特別会議室N2  
平成21年1月14日(水) 午後5時00分から

### 1. 開 会

### 2. 議 題

高度～終末期で必要とされる医療について

### 3. 閉 会

#### [配付資料]

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会委員名簿

(資料1) これまでの議論のまとめ

(資料2) 高度～終末期の段階で必要とされる医療のまとめ

(資料3) 認知症高齢者のターミナル(医療との連携について)

(参考資料1) 高齢者を取り巻く現状

(参考資料2) 介護施設等における医療(運営・報酬基準)(抜粋)

(参考資料3) 認知症に関する医療資源等の状況

(参考資料4) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

(参考資料5) 高齢者の権利擁護制度について

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」委員名簿

◎部会長

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	新井 平伊	順天堂大学医学部教授
	◎繁田 雅弘	首都大学東京健康福祉学部学部長
医療関係者	秋山 正子	東京訪問看護ステーション協議会 (株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション所長)
	安藤 高夫	社団法人東京都医師会理事
	桑田 美代子	社団法人東京都看護協会 (医療法人社団慶成会 青梅慶友病院看護介護開発室長・老人看護専門看護師)
	玉木 一弘	社団法人東京都医師会理事
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
事業者	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会副理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
代表家族	村松 啓子	多摩市認知症家族会いこいの会代表
行政関係者	神子 武己	武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課長
	水村 純子	北区みずべの苑地域包括支援センター センター長

各区分において50音順

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」幹事名簿

氏名	所属
櫻井 幸枝	福祉保健局医療政策部副参事（医療改革推進担当）
中村 雄	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
小室 明子	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
坂本 博文	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

## これまでの議論のまとめ

## II 中等度について

### 1 議論の進め方

- ・ 緊急時と緊急時以外に分けて検討を進めることとする。
- ・ 緊急時には、①軽度の段階から医療・介護を利用している人が中等度に至り、周辺症状や身体合併症が生じて緊急に対応しなければならなくなるケースと、②独居や夫婦とも認知症等の理由により、医療・介護を利用せずに中等度に至り、症状の悪化に対応できなくなり問題が表面化するケースがある。
- ・ 上記②のケースは、普段からのサポートが必要にも関わらず支援が得られていないことが根本的な問題であるため、当部会の具体的な検討対象からは除外するが、早急に何らかのサービスに繋げる仕組みや地域づくりなどが検討され、構築されるべきである。
- ・ 上記①の緊急時について、発生しやすい事態を分類し、それぞれのカテゴリーごとに、治療の目標、必要とされる支援策及び関係者の役割分担について、順次検討する。
- ・ 緊急時以外については、それぞれの緊急時を避けるために必要な支援策及び関係者の役割分担について順に検討する。

### 2 緊急時及び緊急時以外の分類について

#### 1 緊急時

○中等度の緊急時は3通りに分類される。

##### (1) 身体合併症の緊急時

- ・ 身体疾患と精神症状が併発している場合である。
- ・ 各症状の重症度は不問とする。

##### (2) 周辺症状の緊急時

- ・ 周辺症状が急激に悪化し、介護者が対応困難な状態となっている場合である。

##### (3) 介護者の一時的な不在や限界を超えてしまった緊急時

- ・ 介護者の疲労困憊や介護うつ、あるいは冠婚葬祭・けが等のために、要介護者が居宅で介護を受けることが一時的に困難となる場合である。

#### 2 緊急時以外

○緊急時以外についても、緊急時の対応を理解することで十分な対応を取ることが

できることから、次の3通りに分類し、検討する。

- (1) 身体合併症の緊急時を避けるためには
- (2) 周辺症状の緊急時を避けるためには
- (3) 日常的な家族等介護者のサポート

### 3 身体合併症の緊急時の対応

#### 1 現状及び課題

##### (1) 主な事例

- ・意識障害（せん妄）、急性腹症、脱水、低血糖、外傷（骨折など）が挙げられるが、脱水や低血糖のような軽微な症状が多い。

##### (2) 外来時

- ・認知症の人は病状の説明が十分にできないことがあるため、医療機関側では、治療方針の決定に必要な情報（病状及び住まいの状況、家族構成等の生活環境）の収集が困難である。
- ・そのため、適切な治療やケアを受けられないことや、身体疾患の治療を断られることがある。
- ・本人の生活環境を把握している家族等の付き添いを求められたり、家族等が疲弊しており付き添い困難な場合には、日常的に付き合いがあり生活環境も把握しているケアマネ・ヘルパー等が、半日がかりで付き添いをしている事例もある。

##### (3) 入院時

- ・緊急手術や救命的対応は必要ないが、短期間の入院治療が必要な程度の症状の場合は、受入先が見つからずに困ることがある。
- ・一般急性期病院では、看護師が認知症の基本的な事柄について理解していない場合もあり、身体疾患の治療のことしか念頭になかったり、安易に身体抑制を行ってしまうケースがある。しかし、患者の安全確保について考慮する必要もあるため、板挟みで対応に苦慮している看護師もいる。
- ・一般急性期病院では、他の入院患者とのトラブルや器物損壊等が原因で病院側で対処できないため、受入れに難色を示されたり、退院を促されることがある。
- ・入院による環境変化が原因で周辺症状が悪化したり、安易な身体抑制や過度の投薬の結果身体機能が低下してしまい、在宅への復帰が困難になってしまう。
- ・摂食量の減少を理由に安易に胃ろう等を装着してしまうと、介護保険施設での受入れが困難になる。

- ・一般急性期病院では精神症状のコントロールが困難である。一方で、身体疾患があると、精神科病院への転院も難しい。
- ・精神科病院が後方病床として受け入れた後、身体疾患が再発（悪化）した場合に、再受入先が見つからないことがある。

#### (4) 退院時

- ・ケアマネージャーやヘルパーなどの介護従事者は、入院中の状況について把握できない。このため、退院後の適切な支援が難しい。

#### (5) かかりつけ医

- ・24時間体制での支援が必要と判断したら、患者からの連絡に応じて対応しているかかりつけ医はいる。
- ・しかし、特定の医師や施設に過度の負担が集中することは好ましくない。一方で、全てのかかりつけ医に24時間対応を求めるのは困難である。

#### (6) 療養病床

- ・一般急性期病院と比較して看護職員のマンパワーは不足しているが、救急医療機関・介護保険施設等からの患者の受入れを担うなど、連携を進めている病院もある。

## 2 医療資源の分布状況

### ○ 身体合併症への対応

- ・都内の病院のうち、身体合併症患者を受け入れている病院の占める割合は、約4割に過ぎない。
- ・身体合併症患者の入院治療が可能な病院の割合は、約3割となっている。
- ・入院可能な病院では、患者を受け入れる場合に一般病床を使用しているケースが多い。

## 3 基本的な考え方

### (1) 治療の目標

- ・認知症の症状に配慮しつつ身体疾患の治療を行い、症状の不必要な悪化を避ける。

### (2) かかりつけ医を中心とした連携方式

- ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床・専門医療機関の連携方式を基本とするが、必要に応じて、救急医療体制や精神科夜間休日救急診療事業等の既存の制度も併用する。
- ・周辺症状があっても、身体疾患（状態）の悪化が原因となっていることが多いため、まずはかかりつけ医が初期対応にあたり、緊急性や重症度に応じて自ら治療を行うか一般急性期病院又は専門病院で治療を行うかのトリアージを行う。

- ・認知症の症状が顕著な場合は特にこれまでの経過を把握しているかかりつけ医が判断する必要がある。
  - ・精神科病院で身体合併症の救急対応や濃厚な治療にあたるのは困難であるため、一般急性期病院が身体合併症患者の許容力を増して対応にあたるのが望ましい。
  - ・かかりつけ医又は一般急性期病院での身体疾患の治療後は、精神科病院又は療養病床が後方病床としての役割を果たし、それぞれ、周辺症状の治療や経過観察等を行う。
  - ・関係者それぞれがスキル向上及び許容範囲の拡大に努めるとともに連携を図り、地域の受入れ体制の充実を図る必要がある。
  - ・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実効性に疑問があるが、機能するようであれば連携機関の1つとして検討していく。
- (3) かかりつけ医に求められる機能
- ・脱水や低血糖のような軽微な症状については、自ら対応する。
- (4) 一般急性期病院に求められる機能
- ・認知症の症状を許容し、認知症であっても受け入れ身体疾患の治療を行えることが望ましい。
  - ・認知症の特性を踏まえると、入院期間が長引くのは好ましくない。
  - ・身体疾患の治療後、精神科病院で入院している患者の身体疾患が再発（悪化）した場合は、再受入れをして治療にあたる。
- 全職員
- ・認知症に関する知識・認知症患者を受入れる意識・対応スキルを習得する。
- 医師
- ・入院中のリスク（事故の可能性等）について本人・家族に説明をする。
  - ・ケアマネ等が外来時に付き添いをしている場合は、付き添い者からしか得られない情報を早めに得ておき、長時間拘束しないなどの配慮が求められる。
  - ・認知症の特性や対応上の留意点について正しく把握し、症状を不必要に悪化させない医療の提供が求められる。
- 看護師
- ・入院中のリスク（事故の可能性等）について本人・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、院内の環境にも配慮する。
  - ・状況の変化や身体抑制が精神症状に影響を及ぼすことなど認知症の特性を理解するとともに、身体疾患と精神疾患の状況・優先順位を見極め、在宅等への円滑な移行を考慮した看護を提供する。
- (5) 精神科病院に求められる機能
- ・周辺症状の治療が必要な患者について、身体疾患の治療が必要な場合でも、治療方針が定まっているのであれば、再発時には一般急性期病院が再受入れ

することを条件に受け入れ治療する。

(6) 療養病床に求められる機能

- ・身体疾患治療後の経過観察時の受入れや、在宅療養患者や介護保険施設入所者の急変時の受入れなど、連携と機能充実をすすめ、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する。

(7) 将来的な方策についての提言

- ・療養病床は地域により分布状況が大きく異なることや、グループホームを始めとする介護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施設においても、緊急性や侵襲性は高くないが在宅で療養するにはなお不安定な状態であり、観察が必要な場合における一時的な受入れ先としての役割が期待される。
- ・その場合において、各施設では日常生活上の世話をを行うとともに、入所者の急変時には迅速な対応ができるよう、予め医療機関との連携体制を構築しておくことが望ましい。
- ・上記のような介護施設の活用は、現行制度上困難であるが、将来の1つの方策として検討していくよう提言する。

## 4 今後の対応策

○ 認知症対応力向上研修・普及啓発

(1) かかりつけ医の対応力の向上

- ・従来の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」のカリキュラムを見直し、認知症の特性を踏まえた身体疾患管理についての医学的知識を付与するなど、かかりつけ医の認知症対応力の更なる向上を図る研修が必要である。

(2) 認知症サポート医の対応力の向上

- ・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疾患管理について、かかりつけ医に助言できるように必要な知識・技術等の習得が必要である。

(3) 一般急性期病院の対応力の向上

- ・身体合併症患者の受入れ拡大を図り、治療を在宅等への移行を見据えたものにするためには、認知症についての正しい理解・知識を深め、認知症の特性を踏まえたケアの提供・入院中のリスク管理・院内環境の整備等を可能にすることが必要である。そのためには、一般急性期病院のスタッフ（特に医師・看護師）を対象とした対応力向上研修の実施が効果的である。
- ・リエゾン・認知症ケアチームとして、院内を回り認知症の患者への治療と看護の提供について必要なアドバイスをすることが有効である。

○ かかりつけ医をバックアップする体制の構築（地域連携の促進）

- (1) 症例等検討会の実施（再掲）
  - ・必要な時にアドバイスを求めやすい顔の見える関係の構築
- (2) 連携ツール（共通フォーマット・患者手帳等）の活用
  - ・関係者間でのコミュニケーション不足の解消・円滑な情報共有の推進手段
- (3) 療養病床の活用
  - ・経過観察の受入れに対するマンパワーの不足については、輪番を組み、地域全体で対応を図る等の方策も考えられる。

## 5 連携ツール

### ○ 共通フォーマット

#### (1) 情報の内容

- ・かかりつけ医→専門医（紹介型）
  - － その時々の上生活上の困難、家族が対応に困ること
  - － その時々の上身体疾患の治療状況
  - － 状態の変化 等
- ・専門医→かかりつけ医（逆紹介型）
  - － 認知症の診断・治療の内容
  - － 告知の有無と説明内容 等
  - － 取り交わし方（→(4)）

#### (2) 誰がどのようにその情報を共有するのか

- ・送り手と受け手だけでなく、それ以外の関係者も同じ情報を共有することが望ましい。ただし、個人情報の取扱いには十分留意する必要がある。

#### (3) 具体的なフォーマット

- ・上記(1)を網羅した簡潔なものとする。
- ・紹介、返送・逆紹介の目的が分かりやすく記載されている必要がある。
- ・具体的なひな型については、認知症サポート医フォローアップ研修のカリキュラム等検討委員会において検討を進める。
- ・作成したひな型は、誰でもアクセス可能なホームページ等に掲載し、随時ダウンロードして使用できるようにする。

#### (4) 取り交わし方

- ・患者がかかりつけ医だけでなく、定期的に専門医にも受診する。
- ・専門医は、専門医への定期受診の概ねの頻度を予めかかりつけ医、本人・家族に説明しておく。
- ・専門医は、定期受診以外にも、急変時には随時専門医が対応する旨をかかりつけ医、本人・家族に伝えておく。

### ○ 患者手帳

#### (1)手帳の目的

- ・本人及び医療・介護等の関係者が随時書き込んだり参照することで、母子手帳のように、日ごろから情報源として利用し、かつ、関係者間の連携を促進することを目的とする。
- ・外来時（特に緊急時）の情報源としての活用も期待される。
- ・関係者が随時書き込んだり参照したりするものであるため、本人の同意を得た上で使用することとする。

## (2) 形式

- ・手帳形式を基本とするが、既に国民年金法に基づく年金手帳など複数の手帳が存在し、管理が困難となっている。そのため、既存の健康手帳を活用し、それに認知症になっても自身の健康管理を行うために有用な情報を書き込めるフォーマットを付け加えることを提案する。
- ・付け加えるフォーマットは、①必須事項のページ、②自由記載欄のページという2部構成とする。なお、使用時の利便性を考慮し、必須事項のページは、一番始め又は一番終わりのページに設けることが望ましい。
- ・自由記載欄のページは白紙で、上部に記載例が載っているだけの簡潔なものとする。

### 【手帳例】

The diagram illustrates a notebook page layout. At the top, there is a header section containing an example entry: "(例) ○年○月○日 食事の時に… 繁田(医師)". Below this header is a large, mostly blank rectangular area, representing the free-text entry section. The entire page is shown as a slightly overlapping sheet of paper.

## (3) 情報の内容

- ・必須事項のページには、基本属性、医療機関・介護サービスの利用状況、緊急時の連絡先、服薬状況、禁忌薬・アレルギー歴等の最小限の情報のみを記載し、常に更新する。
- ・自由記載欄は、記載年月日及び記載者の記入は必須とするが、内容については自由であり、(1) 本人をサポートするために必要な情報、(2) 本人が健康管理等に活用できる情報を必要に応じ誰でも参照できるように、記載する。
- ・本人が携行するものであるため、記載する情報については本人の心情への配慮が必要
- ・介護に関する情報も記載することで、医療職と介護職の情報共有ツールとしても活用できる。

## (4) 患者手帳を有効に活用するための方策

- ・認知症であることを知られたくない人は手帳の交付を拒否することもあり、

必要な人に必ずしも行き渡らない恐れがある。また、認知症について正しく理解していない家族等の存在も考えられることから、認知症に対する正しい理解の促進や、手帳の効果的な活用方法等について、関係者に普及啓発を図ることが必要である。

(5) 将来的な方策についての提言

- ・手帳の紛失時等も緊急時に関係者が必要な情報を得られるよう、本人の基本属性や緊急時の連絡先等、必要最小限の情報についてITを活用したデータベースを構築するなど、将来に向けた対策を講じる必要があることを提案する。
- ・登録情報は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データベース登録の申込を受けておくなど、取扱いには十分留意する必要がある。

## 6 関係者の役割分担

(1) 本人及び家族

- ・日ごろからかかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や内容について話し合い疑問点については説明を求める。

(2) 相談機関等関係者（コーディネーター）

- ・介護者が不在などの場合において、緊急時に初期対応を行ったときは、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。

(3) かかりつけ医

- ・激しい周辺症状が出ている場合でも、直ちに専門医療機関に紹介するのではなく、まずは初期対応にあたり、周辺症状の要因についての判断を行う。
- ・軽微な身体疾患については自ら治療にあたる。

(4) 専門医療機関

- ・一般急性期病院での身体疾患の治療後に、周辺症状の治療を行う。
- ・身体疾患の治療が必要な場合でも、治療方針が定まっているのであれば、再発時には一般急性期病院が再受入れすることを前提として受け入れる。（再掲）

(5) 一般急性期病院

- ・かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、認知症の症状を許容し、患者を受け入れて身体疾患の治療を行う。
- ・治療後は速やかに転院・退院させる。
- ・身体疾患再発（悪化）時は、再受入れをして治療にあたる。

(6) 療養病床

- ・身体疾患治療後の経過観察時の受入れや、在宅療養患者や介護保険施設入所者の急変時の受入れなど、連携と機能充実をすすめ、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する。(再掲)

(7) 行政

- ・研修・普及啓発活動の実施
- ・連携ツールの作成・普及
- ・症例等検討会の支援

## 4 周辺症状の緊急時の対応

### 1 現状及び課題

(1) 周辺症状の要因

- ・身体疾患が要因になっている場合と、なっていない場合がある。なっている場合は「**3 身体合併症の緊急時の対応**」へ。
- ・家族等介護者の疲弊が、暴言・暴力等の激しい周辺症状を生じさせる原因となる場合がある。
- ・入院による環境変化等で周辺症状が悪化することがある。

(2) 在宅時

- ・症状が悪化した場合の原因（認知症の進行、薬の副作用、介護者の対応等）の見極めが困難

(3) 外来時

- ・薬の処方仕方が医師によって様々であり、そのことに対する関係者への説明が十分にできていない。
- ・薬物療法のガイドラインがない。

(4) 入院時

- ・周辺症状が激しく家族が対応困難になり入院させようとしても、病床が空いておらず、すぐには入院できない場合がある。
- ・精神科病院への入院は、一般の人にとって心理的に抵抗がある。そのため、入院を躊躇している間に症状が悪化してしまう。
- ・治療の対象とすべき症状とそうでないものについて、家族の理解を得ることが難しい。
- ・精神科病院は、胃ろうを装着されている患者には対応できても呼吸器となると難しい。

(5) 退院時

- ・家族の認知症についての理解が不足していることや、認知症の特性として、周辺症状の治療は終わっても認知症そのものは進行するので、家族は退院を受け入れ難い。
- ・家族が疲弊してしまったり、暴力等の周辺症状で恐怖を感じて入院に至るケ

ースでは、治療後に周辺症状がなくなっても、家族は再度在宅で受けることをためらってしまう。

## 2 医療資源の分布状況

### ○ 周辺症状への対応

- ・ 周辺症状の治療が可能な医療機関は少なくない。
- ・ 入院可能な病院では、患者を受け入れる場合に精神病床を使用しているケースが多い。
- ・ 入院待ちの期間は、概ね2週間以内に入院可能な医療機関が約3割となっている一方で、1か月以上に及ぶ医療機関も約1割存在する。

## 3 基本的な考え方

### (1) 治療の目標

- ・ 退院後の各人の生活環境（在宅 or 介護施設、家族と同居 or 独居等）を総合的に勘案し、その場において本人自身が適応可能となる状態まで治すことを目標とする。
- ・ 介護者の介護力やかかりつけ医の許容力等によっても、治療目標は異なる。

### (2) 生活環境の把握

- ・ 周辺症状が生じてても、症状の内容よりは症状を起こしている（悪化させている）要因について知ることが、周辺症状に対応していくうえで有効
- ・ 緊急時においても速やかに対応できる体制を構築するためには、生活環境について把握することが必要

### (3) かかりつけ医と専門医による連携方式

- ・ 入院による環境変化で症状が悪化することがあるため、入院を前提として考えるべきではない。生活環境や介護者の状況等に応じて、個別に判断すべきである。
- ・ かかりつけ医と専門医が情報を共有しながら連携し、早期からの外来機能の活用を図り急激な悪化を避けることを基本とするが、必要に応じて精神科夜間休日救急診療事業等の既存の制度の活用も考える。
- ・ 早めの対応を心がけることで、緊急時に至るケースを減少させることが可能となる。
- ・ 関係者それぞれがスキル向上及び許容範囲の拡大に努めるとともに連携を図り、地域の受入れ体制の充実を図る必要がある。

### (4) かかりつけ医に求められる機能

- ・ 身体疾患が原因となっているかどうかの判断を行う。身体疾患が原因となっているのであれば、「**3 身体合併症の緊急時の対応**」へ。そうではない場合は、生活環境も含めて検討し、必要に応じて専門医療機関を紹介する。

#### (5) 専門医療機関に求められる機能

- ・医師は、どの症状を治療対象とするのか、また、その治療におけるメリット・デメリットについて、本人・家族に十分に説明をする。
- ・外来機能を活用し、問題への早期対応を図る。
- ・胃ろう等が装着されていても、積極的な身体疾患の治療が必要ない状態であれば、受け入れる。

## 4 今後の対応策

### ○ 認知症対応力向上研修・普及啓発

#### (1) かかりつけ医の対応力の向上

- ・従来の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」のカリキュラムを見直し、認知症の特性を踏まえた身体疾患管理についての医学的知識を付与するなど、かかりつけ医の認知症対応力の更なる向上を図る研修が必要である。(再掲)

#### (2) 認知症サポート医の対応力の向上

- ・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疾患管理について、かかりつけ医に助言できるために必要な知識・技術等の習得が必要である。(再掲)

### ○ かかりつけ医をバックアップする体制の構築（地域連携の促進）（再掲）

## 5 関係者の役割分担

#### (1) 本人及び家族

- ・日ごろからかかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や内容について話し合い疑問点については説明を求める。
- ・家族は、日ごろから、物忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分の変化（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、早めに相談する。

#### (2) 相談機関等関係者（コーディネーター）

- ・介護者が不在などの場合において、緊急時に初期対応を行ったときは、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。

#### (3) かかりつけ医

- ・周辺症状の悪化の原因が、身体疾患によるものであるかどうかの判断を行う。身体疾患が原因となっているのであれば、「**3 身体合併症の緊急時の対応**」へ。そうではない場合は、生活環境について検討し、変化等がある場合は、元の状態に戻すよう助言をして経過を観察するが、必要に応じて専門医療機関を紹介する。

#### (4) 専門医療機関

- ・かかりつけ医に対し、薬の使用方法や家族への対応について助言をする。

- ・周辺症状の治療が必要な患者について、身体疾患の治療が必要な場合でも、治療方針が定まっているのであれば、再発時には一般急性期病院が再受入れすることを前提として受け入れ、治療する。(再掲)

#### (5) 行政

- ・研修・普及啓発活動の実施
- ・連携ツールの作成・普及
- ・症例等検討会の支援

## 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

### 1 現状及び課題

#### ○ 緊急時の制度

- ・要介護者が自宅において介護を受けることが一時的に困難となった場合の支援制度として、ショートステイ(介護保険)・緊急ショート等の制度がある。
- ・しかし、即時に使用する場合でないと利用できないなど、運用の弾力性に欠けている。

### 2 基本的な考え方

- ・緊急に取るべき対策として、家族等の介護者に一時的な休養を取らせることが必要

### 3 関係者の役割分担

#### (1) 行政・専門医療機関

- ・家族会・家族教室等の開催

#### (2) 行政

- ・ショートステイ・緊急ショートステイ等の整備・運用方法の改善を図る。
- (具体的対応策・関係者の役割分担については、当部会の検討事項からは外れるため、専門的な検討は行わない。)

## 6 身体合併症の緊急時を避けるためには

### 1 基本的な考え方

- ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床・専門医療機関の連携方式を基本とする。
- ・身体疾患の悪化が周辺症状の悪化を引き起こすことを意識して、かかりつけ医が日ごろから身体疾患の管理・治療を適切に行う。

## 2 今後の対応策（「3 身体合併症の緊急時の対応」と同じ）

- 認知症対応力向上研修・普及啓発
- かかりつけ医をバックアップする体制の構築（地域連携の促進）

## 3 関係者の役割分担

### (1) 本人・家族

- ・ 家族は、日ごろから、物忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分の変化（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、早めに相談する。

### (2) 相談機関等関係者

- ・ 介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともある。
- ・ 関係者と情報を共有する。
- ・ 症状が安定していても、定期的な受診を促す。

### (3) かかりつけ医

- ・ 本人は自分の身体疾患の状況を適切に管理できないため、日ごろから身体疾患の管理を慎重に行うとともに、家族への注意を喚起する。
- ・ 連携の実践

### (4) 専門医療機関

- ・ かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の使い方等についてのサポートをする。

### (5) 一般急性期病院

- ・ かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、認知症の症状を許容し、患者を受け入れて身体疾患の治療を行う。
- ・ 連携の実践

### (6) 行政

- ・ 研修・普及啓発活動の実施
- ・ 連携ツールの作成・普及
- ・ 症例等検討会の支援

## 7 周辺症状の緊急時を避けるためには

### 1 基本的な考え方

- ・ 暴言・暴力等の激しい周辺症状は、小さな症状の積み重ねや、家族等介護者が疲弊した時に問題が表面化することが多い。
- ・ そのため、日ごろからかかりつけ医と専門医が情報を共有しながら連携し、外来機能の活用による早期対応を心がけることで、周辺症状の急激な悪化を

避ける。

- ・また、家族等介護者が疲労困憊・介護うつ等にならないように、日ごろからのサポートを行う。

## 2 今後の対応策（「4 周辺症状の緊急時の対応」と同じ）

- 認知症対応力向上研修・普及啓発
- かかりつけ医をバックアップする体制の構築（地域連携の促進）

## 3 関係者の役割分担

### (1) 本人・家族

- ・家族は、日ごろから、物忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分の変化（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、早めに相談する。
- ・早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。

### (2) 相談機関等関係者

- ・介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともある。
- ・関係者と情報を共有する。
- ・症状が安定していても、専門医療機関への定期的な受診を促す。

### (3) かかりつけ医及び一般急性期病院・療養病床

- ・症状が軽症でも、対応が困難になる可能性が考えられる場合は、早期の段階からの薬の使用についても検討する。
- ・早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。
- ・周辺症状が生じた場合、身体疾患によるものであるかどうかの判断を行う。身体疾患が原因となっているのであれば、「6 身体合併症の緊急時を避けるためには」へ。そうではない場合は、生活環境について検討し、変化等がある場合は、元の状態に戻すよう助言をして経過観察する。必要に応じて専門医療機関を紹介する。
- ・連携の実践

### (4) 専門医療機関

- ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の使い方等についてのサポートをする。
- ・連携の実践

### (5) 行政

- ・研修・普及啓発活動の実施
- ・連携ツールの作成・普及
- ・症例等検討会の支援

## 8 日常的な家族等介護者のサポート

### 1 基本的な考え方

- ・家族等介護者の疲弊が、暴言・暴力等の激しい周辺症状を生じさせ、それが緊急時の対応へと発展することとなる。
- ・そのため、家族等介護者が疲労困憊・介護うつ等にならないように、日ごろからのサポートを行い、心身の負担軽減を図る。

### 2 関係者の役割分担

#### (1) 行政・専門医療機関

- ・家族会・家族教室等の開催

#### (2) 行政

- ・ショートステイ・緊急ショートステイ等の整備・運用方法の改善を図る。

(具体的対応策・関係者の役割分担については、当部会の検討事項からは外れるため、専門的な検討は行わない。)

# 高度～終末期の段階で必要とされる医療のまとめ



認知症医療

認知症（疑い含む）に関する相談（受診先等）

診察&検査&診断 ▶ 治療方針&生活支援方針の組み立て ▶ 症状の進行に合わせて随時見直し

抑うつ症状  
いらいら感  
性格変化

- 他の疾患の鑑別→疾患
- 告知→生活方針、医療
- 中核症状の進行抑制
- 抑うつ・不眠・食欲低下

**【本人・家族の状態に関する問題】**

- 状態の変化が分かりにくい。
- 相談先が少ない。
- 在宅介護は、家族の身体的・精神的負担が大きい。
- 家族等介護者がいない場合、治療方針の決定時や医療行為時における意思決定権・同意権の所在が不明確
- ADLの低下が、自尊心やQOLを損なう。
- 終末期になると、精神科医ではなく、内科医等との付き合いになる。

**【在宅に関する問題】**

- 往診可能な医師があまりいない。
- これまでの疾患に加え、身体機能が低下して誤嚥などを繰り返すようになる。
- 見慣れない医師の診察を嫌がるため、馴染みのあるかかりつけ医に診察してほしい。
- 在宅医療だと容態急変時の対応が不安

**【施設に関する問題】**

- 寝たきりになった時のことを考えると施設に入所させたいが、すぐに入所できるのか不安
- 介護施設に入所すると、従来の医療の継続が困難になる。
- 介護施設は、病院と比較して医療体制が充実していない。（脱水等の軽微な疾患でも救急車で運ばれたりする。）
- 服薬管理や医療機器の取扱いが困難であることを理由に、介護施設での受入れを拒まれることがある。

高度～終末期の認知症の人に特有の課題とは

**中核症状**

- 記憶障害、見当識障害の進行（短期記憶から）
- 趣味・日課への興味の薄れ
- 家事の失敗

**周辺症状**

- もの盗られ妄想・嫉妬妄想・抑うつ不安から来る身体的不調の訴え等の精神症状

**中核症状**

- 言語能力の喪失
- 基本動作の喪失
- 覚醒・睡眠リズム

特有の課題に応じた対応策の検討

認知症に関する医療依存度

身体に関する医療依存度

身体医療

激しい周辺症状への対応

薬物療法による副作用の除去

周辺症状をもたらす身体症状の改善

周辺症状をもたらす水分電解質異常・便秘・発熱・薬の副作用

身体疾患そのものに対する適切な医療

高齢期特有の疾患や大腿骨頸部骨折(特に中等度の場合)など一般的な身体疾患

認知症特有のリスクを管理

歩行&座位維持困難

嚥下機能低下→肺炎等のリスク

看取りに向けた全人的医療

呼吸不全

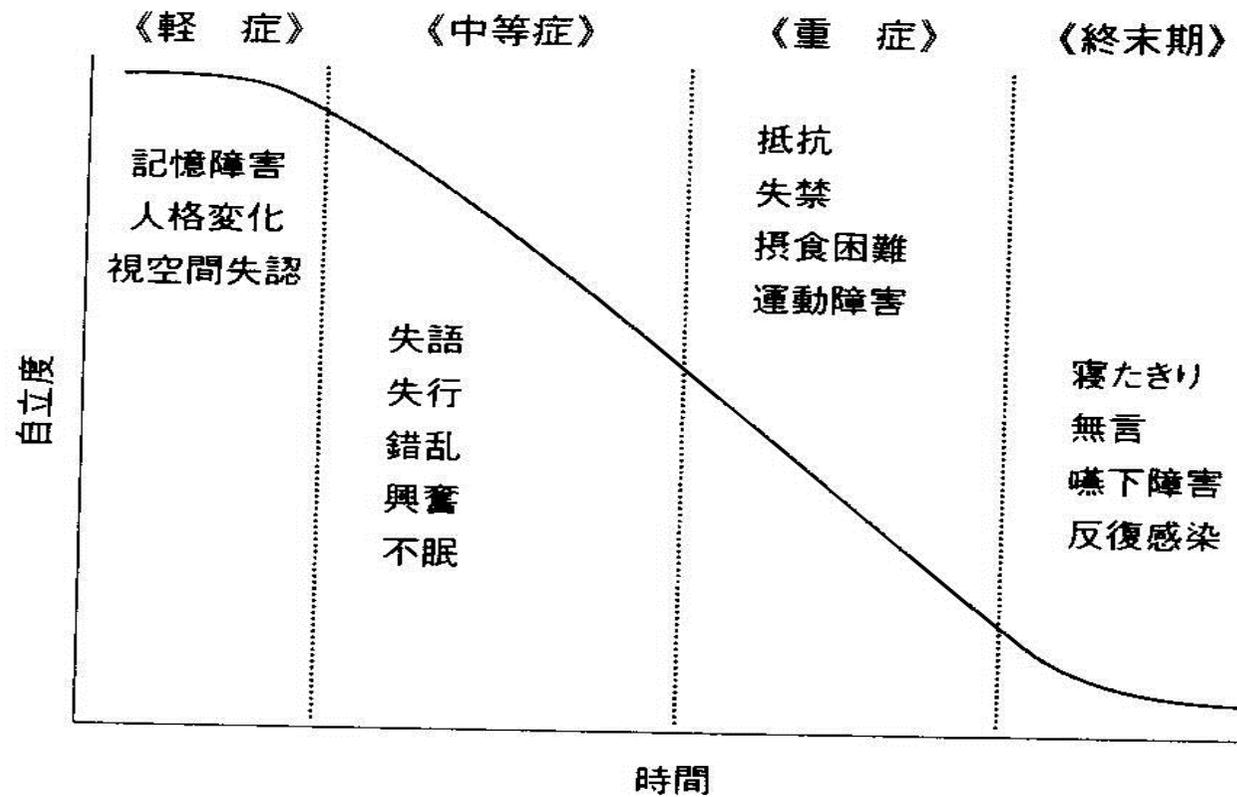


---

# 認知症高齢者のターミナル ～看取りに向けた全人医療～

(株)ケアーズ  
白十字訪問看護ステーション  
秋山 正子

# L.ボリザー, A. C. ハーレイによる 認知症の病期



# 認知症の経過と医療依存度

変性疾患の場合



認知症医療

認知症（疑い含む）に関する相談（受診先等）

診察&検査&診断 ▶ 治療方針&生活支援方針の組み立て ▶ 症状の進行に合わせて随時見直し

抑うつ症状  
いらいら感  
性格変化

他の疾患の鑑別→疾患に応じた治療

告知→生活方針、医療側との意識共有

中核症状の進行抑制（塩酸ドネペジル）

抑うつ・不眠・食欲低下等の治療

### 中核症状

記憶障害、見当識障害の進行（短期記憶から）

趣味・日課への興味の薄れ

家事の失敗

### 周辺症状

もの盗られ妄想・嫉妬妄想・抑うつ・不安から来る身体的不調の訴え等の精神症状

### 中核症状

記憶障害の進行

会話能力の低下（理解力の低下）

基本的ADL（着脱衣、入浴）での部分的介助  
慣れた道で迷うなど、失認、場所見当識障害

### 周辺症状

徘徊・多動・攻撃的言動・異食等の行動障害、妄想・幻覚・せん妄等の顕著化

向精神薬の投与など適切な薬物療法による、激しい周辺症状への対応

薬物療法による副作用の除去

### 中核症状

会話能力の喪失

基本的ADL能力の喪失・失禁

覚醒・睡眠リズム不明確化

認知症に関する医療依存度

身体に関する医療依存度

身体医療

周辺症状をもたらず身体症状の改善

認知症特有のリスクを踏まえた全身管理

看取りに向けた全人的医療

周辺症状をもたらず水分電解質異常・便秘・発熱・薬の副作用

歩行&座位維持困難

呼吸不全

身体疾患そのものに対する適切な医療

嚥下機能低下→肺炎等のリスク

高齢期特有の疾患や大腿骨頸部骨折（特に中等度の場合）など一般的な身体疾患

# 認知症患者について

---

- 平均罹患期間 5年～15年・・・
- 肺炎、および気管支炎が死因の4割を占める  
→認知症自体で亡くなる病気ではない
- 身体症状がわかりにくい→気付いたときには重症化していることがある
- 長い介護経過の最後の終末期。遺族が満足して看取った＝十分に診てやれた満足感が得られるようなサポートが必要(遺族ケアの重要性)

# デイサービス利用者の終末に至るまでの利用状況(資料:楽寿会)

---

- 平均年齢:85.4 67~98 中央値85.9
  - \* 14名の最終利用日から死亡日までの期間
- 1日から最長9.5ヶ月 13人の平均36日
  - \* 終末期ケアの場所
- 在宅13人 病院1人(平成4~5年のデータ)
  - \* 死因
- 老衰 7人 肺炎2人 心不全2人
- 脳梗塞2人 慢性腎不全 1人

# 認知症高齢者の終末期

---

\* 寝付いてからは、以外に早い経過

この状態をどう乗り切るか？

在宅医療チームが機能すれば在宅死も可能

介護力の問題

食べられなくなったらどうするかの意思決定

終末期の医療をどこまでするかの意思決定

(リビングウィル・成年後見などの問題)

# 在宅での看取り事例

---

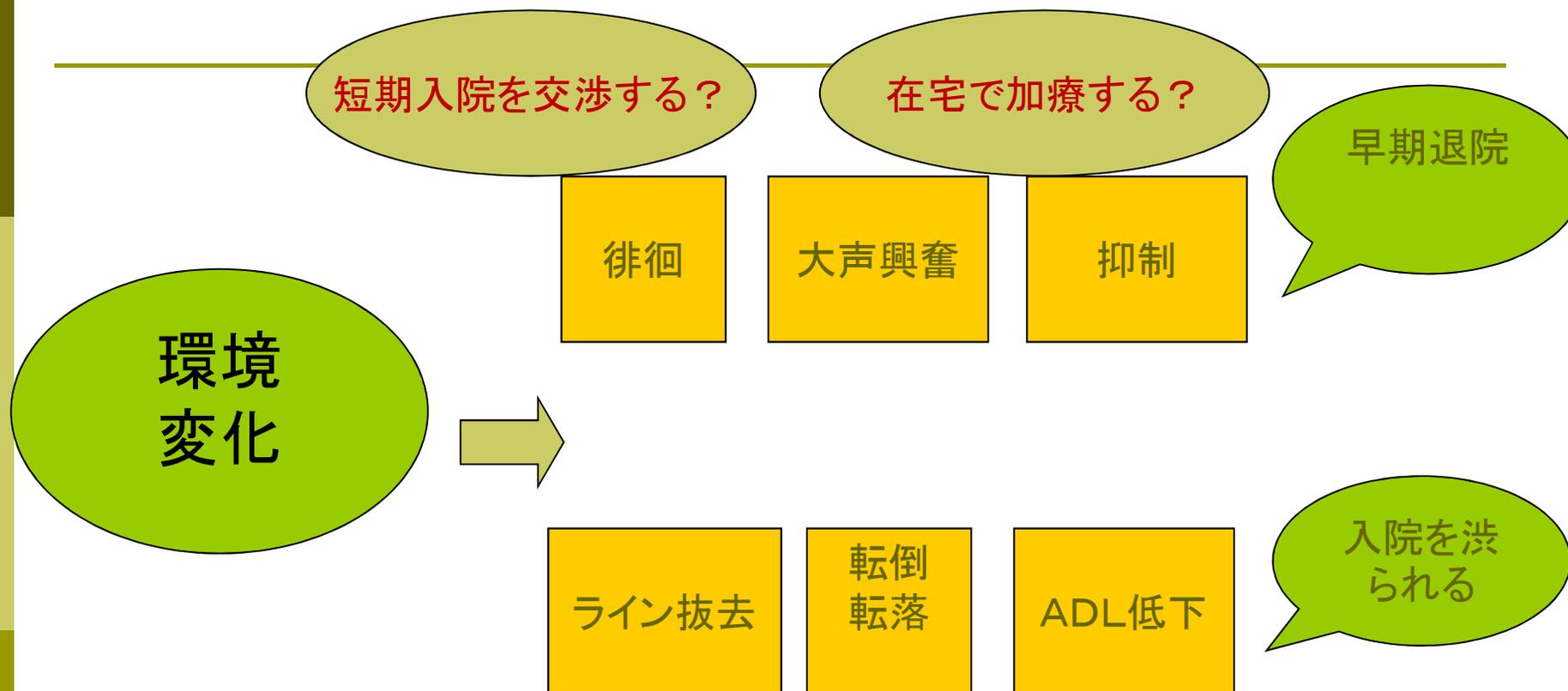
- ぎりぎりまでデイサービスに通って3日後に看取った事例（乳がんの自然経過例）
- 訪問看護の導入が早めにあり、常に相談に乗れて、最期の2週間家族で見とれた事例
- 病院で誤嚥性肺炎のために入院し、禁食となり、「食べさせたい」思いで退院してきて看取った事例
- 脱水がきっかけで寝付くことになり、6週間のケアで在宅で看取った事例
- 呼吸停止が一時起こった後12日間生きぬいた事例

# 在宅で見とれなかった事例

---

- 介護者が高齢で、外からのサービスを受けることを好まず、ケアが十分にできなかったため地域での緊急一時入院確保事業を使って入院でき看取れた
- 入院して胃瘻となり、介護体制が整わず、退院できずに転院となった事例
- 介護者が病死し、一人暮らしとなって、介護サービスが間に合わず、緊急施設入所し食欲が落ち肺炎併発。施設では看取れず入院先で亡くなった事例
- 本人は家に居たかったが親戚が在宅を良く思わず入院になった事例

# 認知症高齢者が入院すると……



周辺症状に対応しながら身体合併症を改善することが重要

# 入院をしない選択でのICの効果

- 肺炎、脱水、治療は在宅でも可能
- 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なる
- 食べられなくなったときの選択(経管栄養、点滴、入院するか、在宅での見取りを希望するのかなど)どのようにするか考える機会になる

# 認知症高齢者を在宅で看取った事例

---

- 80代後半の男性(要介護3)
  - 妻と2人暮らし
  - 3年前くらいから認知症と指摘
  - デイサービスを週4回利用
  - 妻の介護不安あり、月1回訪問看護利用(2.5年間)
- 《関係のできた看護師に語った本人の言葉》
- 「リビングウィルの書き方を教えてほしい」
- 「ここ(家)にいたい、迎えこないかな」

- 脳梗塞を起こし、転倒
- 病院に受診するも、帰宅
- 食事摂取量低下、脱水
- 夕方せん妄続いていた

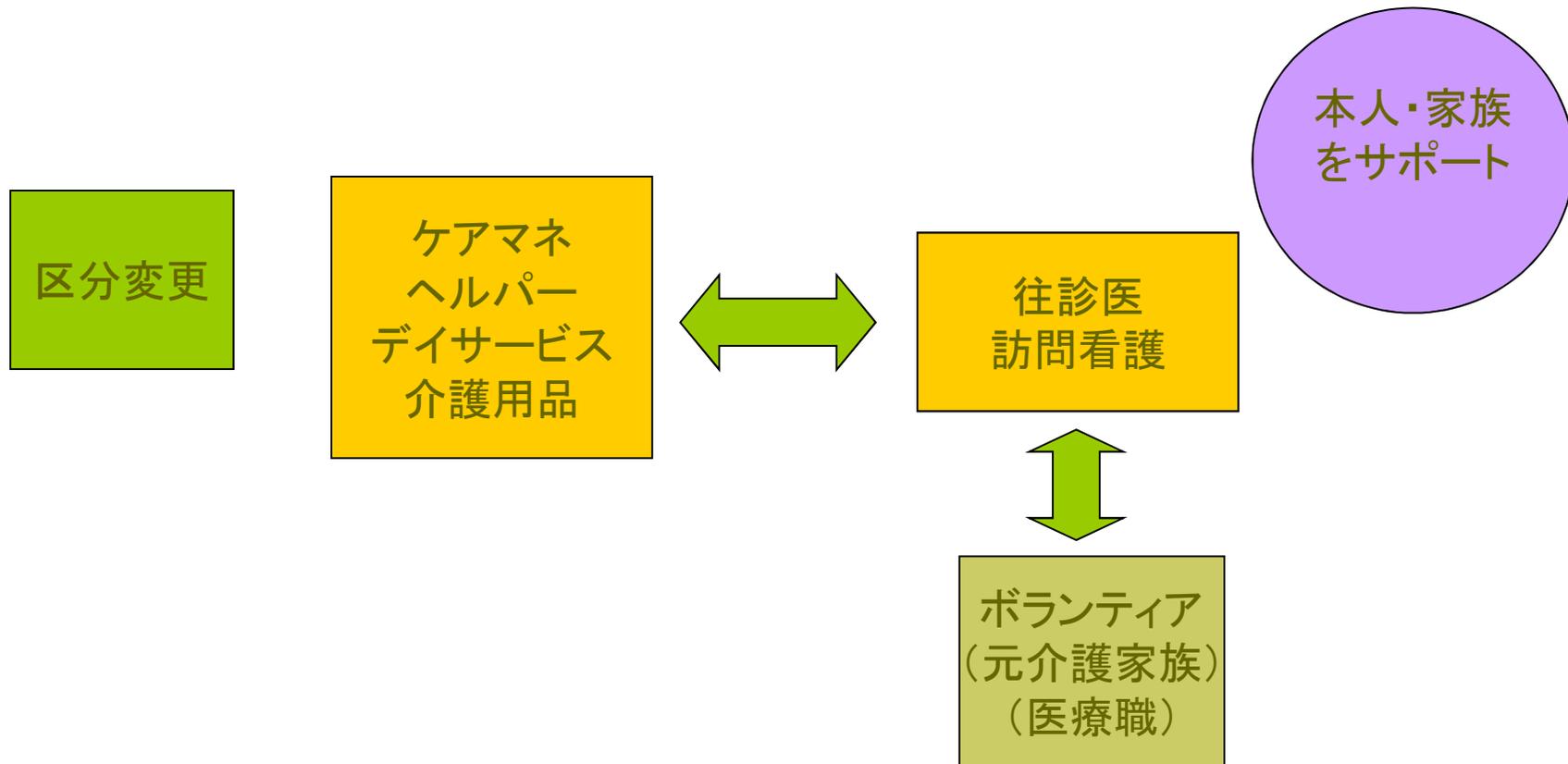
本人：入院しない

妻：入院すると混乱するし。このまま家で。

- Dr往診、Ns訪問し、点滴
- デイサービスで飲水、食事を勧める
- 徐々に食べられなくなる

どうするか？ 入院？ 自宅で？

# 本人、家族を支えたチーム体制



- 
- 認知症高齢者の身体的合併症を状態でも、サポートがあれば、自宅で過ごすことが可能である。
  - そのためには、多職種によるサポートが必要である。
  - 終末期に移行するほど、医療的なサポートが必要とされる。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は特に軽症からの医療者の関わりが有効だと思われる。

# 施設での認知症高齢者終末期ケア

---

\*自宅に近い環境での終末期ケア

医療者の少ない環境での対応に差が出る

- ①施設内での医療体制の強化を図ることで看取りま  
でになう
- ②外付けの医療で、生活を支えながら終末期を看る
- ③病院へ送る

# 認知症高齢者の終末期に 必要な医療体制

---

- 認知症に理解がある医師
- 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(例:一時的な脱水改善・抗菌剤の投与・酸素療法など)
- 訪問看護を含む看護師のケアの提供
- 終末期ケアの特徴がわかる介護職との協働
- 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  
(グループホーム・特養・老健・ケアハウス・有料etc)

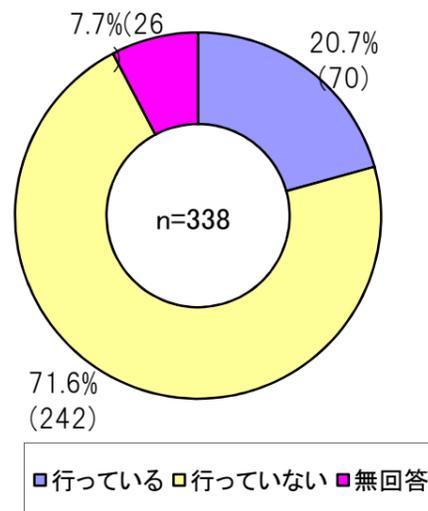
# 急性期病院・その他への啓蒙

---

- 認知症高齢者への対応を教育
- ケアマネージャー・福祉職への認知症高齢者へのターミナルケア研修
- 施設職員へのターミナルケア研修
- 地域での医療体制のバックアップ
- 高齢者の終末期でも、緩和ケアの応用・知識が必要→End Of Life Care
- 終末期リハビリテーションの重要性
- 看取った家族の体験談を共有する→啓蒙

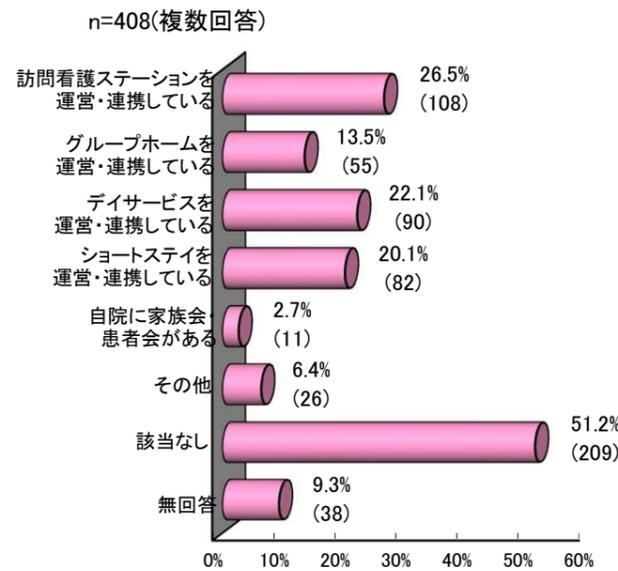
# 高齢者を取り巻く現状

## 認知症に関する訪問診療

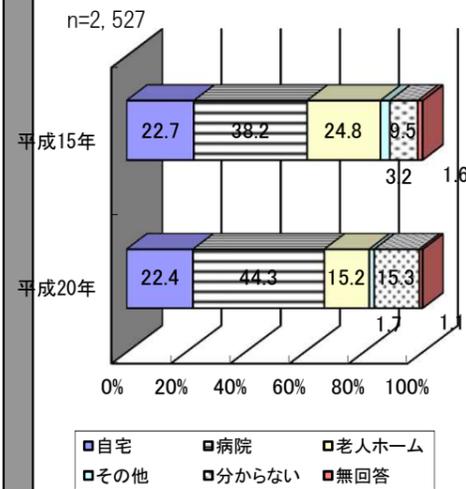


都福祉保健局「東京都認知症専門医療機関実態調査」(平成19年12月)より

## 介護支援の実施状況

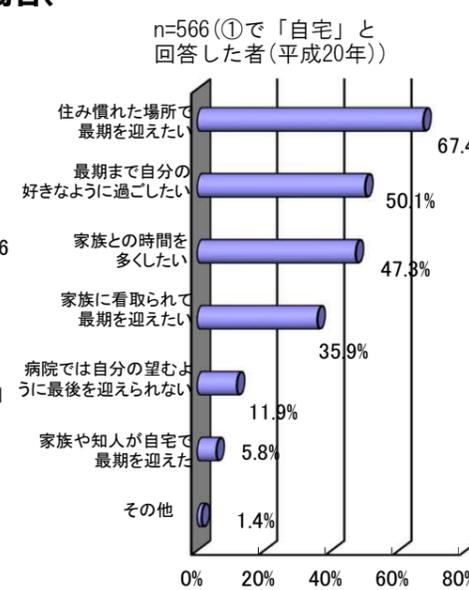


## ① 高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養したいか

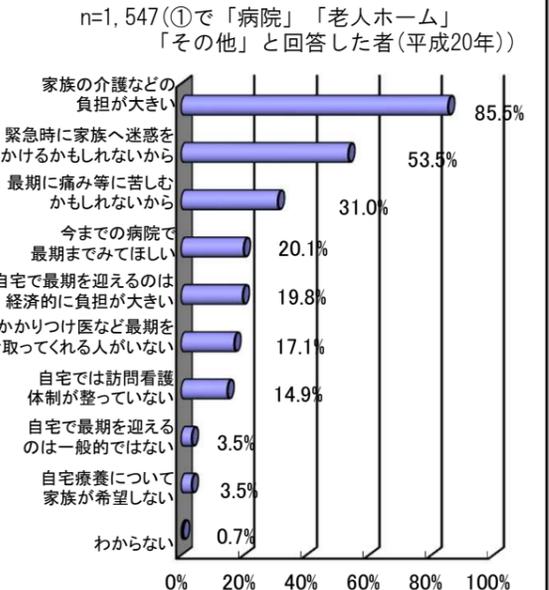


厚生労働省「終末期医療に関する調査」(平成20年3月)より一般国民を対象とした集計結果のみを抜粋

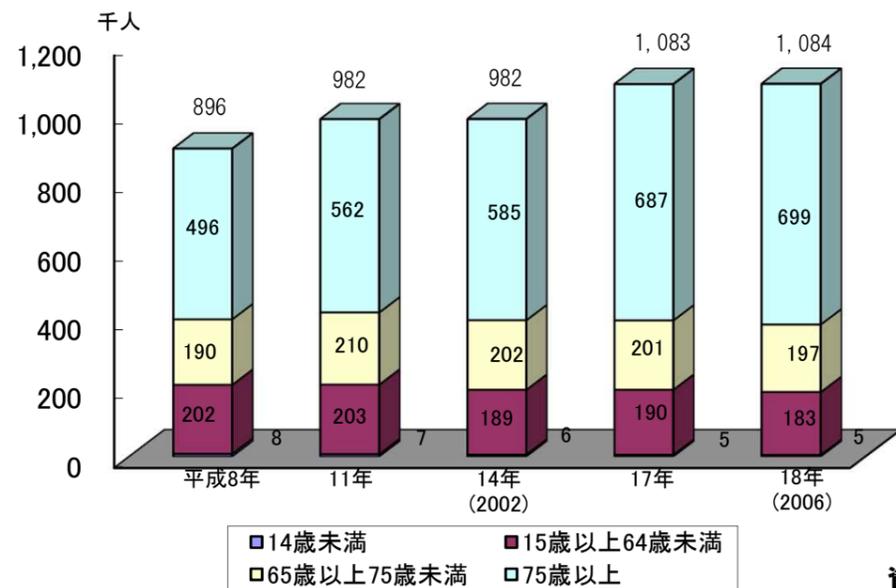
## ②-1 自宅で最期まで療養したい理由(複数回答)



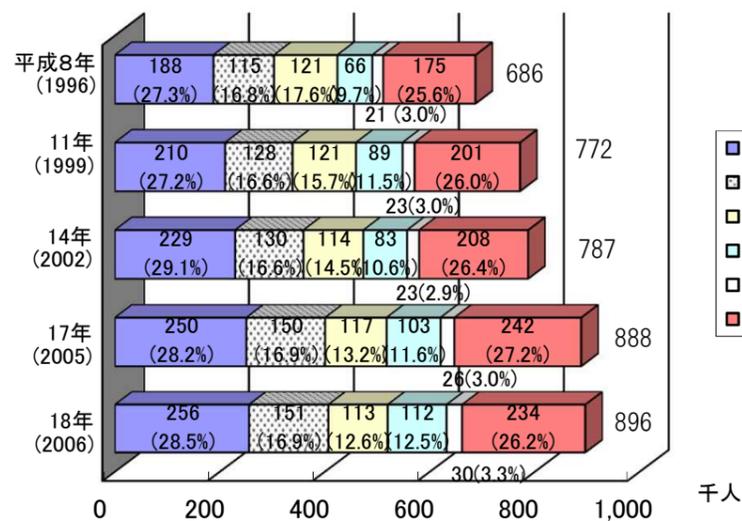
## ②-2 自宅以外の場所で最期まで療養したい理由(複数回答)



## ① 年齢区分別死亡数の推移

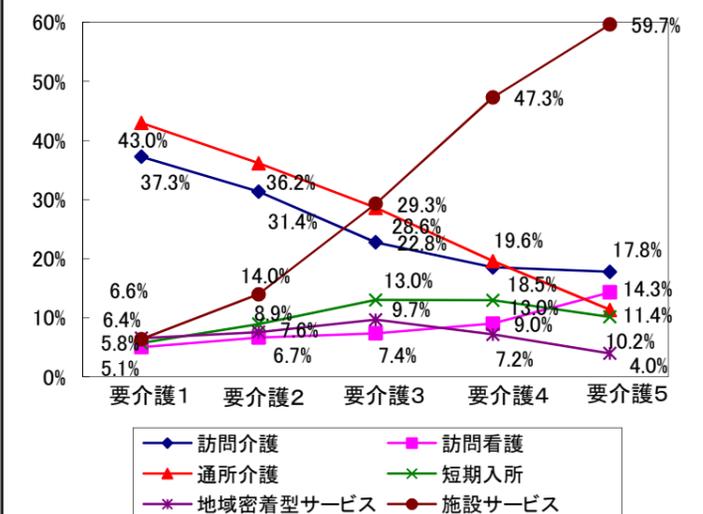


## ② ①における65歳以上高齢者の死亡原因



資料：厚生労働省「人口動態統計(確定数)の概況」

## 要介護度別・介護サービス利用率(抜粋)



資料：厚生労働省「介護給付費実態調査(平成20年8月審査分)」

# 介護施設等における医療（運営・報酬基準）（抜粋）

参考資料2

【凡例】 ○：算定可 ×：算定不可 -：算定対象外

（平成21年1月14日現在）

		介護老人保健施設（老健）		介護老人福祉施設（特養）		特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム）	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	小規模多機能型居宅介護	
		併設保険医療機関	その他の医療機関	配置医師が行う場合	その他の場合				
介護報酬上の運営基準	施設基準	◆療養室 ・定員は4人以下 ・ナースコールを設けること ◆診察室		◆医務室 ・医療法に規定する診療所とすること ・診療に必要な医薬品・医療機器を備え、必要に応じて臨床検査設備を設けること		-	-	-	
	人員配置（医療職）	◆医師 ・100:1以上（☆） ・常勤1人以上は必置 ◆看護・介護職員の合計 ・3:1以上（☆）（うち看護職員2/7） ◆薬剤師 ・実情に応じた適当数（300:1が標準） ◆理学療法士又は作業療法士 ・100:1以上（☆）		◆医師 ・健康管理指導を行うために必要な数 ◆看護職員 ・利用者数～30人 1人以上 ・利用者数31人～50人 2人以上 ・利用者数51人～130人 3人以上 ・利用者数131人～ 3人に、130人を超えて50人を増すごとに+1 ・いずれも（☆）		◆看護・介護職員の合計 ・3:1以上（☆） ◆看護職員 ・利用者数 ～30人 1人以上（☆） ・利用者数 31人～ 1人に、30人を超えて50人を増すごとに+1（☆）		◆従業者のうち1人以上は、看護職員であること（非常勤でも可）	
	協力医療機関等	◆病院（義務規定） ◆歯科医療機関（努力規定）		◆病院（義務規定） ◆歯科医療機関（努力規定）		◆医療機関（義務規定） ◆歯科医療機関（努力規定）		◆医療機関（義務規定） ◆歯科医療機関（努力規定） ◆介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。	
	医療サービスの提供方法	◆比較的安定している病状に対する医療は、施設の配置医師が行う（介護報酬） →不必要に往診を求めたり通院をさせることは認められない ◆配置医師で対応困難な場合は外部の医療機関が対応する（診療報酬） →病状等を勘案し、必要なサービスの提供が困難と認められた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等、適切な措置を速やかに講じなければならない		◆健康管理や療養指導、比較的安定している病状に対する医療は、施設の配置医師が行う（介護報酬） →配置医師ではない保険医に、みだりに訪問診療を依頼しない ◆配置医師で対応困難な場合は外部の医療機関が対応する（診療報酬） →配置医師ではない保険医に往診を依頼することは妨げない		◆病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">日常の医療の提供に関する法的な規定はなく、通院・訪問診療等、施設により対応は異なる。</div>		◆病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">日常の医療の提供に関する法的な規定はなく、通院・訪問診療等、施設により対応は異なる。</div>	◆病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">日常の医療の提供に関する法的な規定はなく、通院・訪問診療等、施設により対応は異なる。</div>
診療報酬	基本診療料	初診料	×	○	×	○	○	○	○
		再診料	×	○	×	○	○	○	○
	医学管理	診療情報提供料（I）	×	○	○	○	○	○	○
		後期高齢者診療料	×	×	×	○	○	○	○
	在宅医療	往診料	×	○	×	○	○	○	○
		在宅患者訪問診療料	×	×	○（※1）	○	○	○	○
		居住系施設入居者等訪問看護・指導料	×	×	○（※1）	○（※2）	○（※2）	○（※2）	○（※2）
	検査	○（厚生労働大臣の定めるものは不可）		○		○		○	
	画像診断	○		○		○		○	
	投薬	○（厚生労働大臣の定めるもののみ可）		○		○		○	
	注射	○（厚生労働大臣の定めるもののみ可）		○		○		○	
	リハビリテーション	○（厚生労働大臣の定めるものは不可）		○（同一疾患について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可）		○（同一疾患について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可）		○（同一疾患について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可）	
	精神科専門療法	×		○		○		○	
	処置	○（厚生労働大臣の定めるものは不可）		○		○		○	
手術	○（厚生労働大臣の定めるものは不可）		○		○		○		
麻酔	○（厚生労働大臣の定めるものは不可）		○		○		○		
放射線治療	○		○		○		○		
訪問看護療養費	-		○（※2）		○（※2）		○（※2）		○（※2）

☆ 常勤換算方法（施設の職員の勤務延時間数を当該施設において常勤職員が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該施設の職員の員数を常勤職員の員数に換算する方法）による。

※1 末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合の在宅ターミナルケア加算は算定不可

※2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

認知症に関する医療資源等の状況

参考資料3

二次医療圏	一般病床 (床)	療養病床 (床)	介護療養型 (床)	診療所 (か所)	在宅療養 支援診療所 (か所)	サポート医 (人)	かかりつけ医 (人)	訪問看護 ステーション (か所)	介護老人 保健施設 (定員:人)	特別養護 老人ホーム (定員:人)	介護付有料 老人ホーム (定員:人)	認知症対応 型共同生活 介護施設 (定員:人)	小規模 多機能型 居宅介護 施設 (か所)
区中央部	13,855	686	99	2,044	143	18	131	37	639	1,605	928	204	3
区南部	7,886	1,217	474	1,032	104	10	203	43	670	1,892	1,395	294	3
区西南部	8,937	1,429	423	1,637	146	8	94	61	999	2,161	2,719	258	3
区西部	10,382	1,530	327	1,490	143	6	70	58	768	1,974	1,646	306	3
区西北部	13,218	3,104	1,342	1,619	186	10	384	76	2,081	3,780	3,007	561	6
区東北部	9,151	2,060	548	941	92	5	173	58	2,178	2,997	3,517	738	5
区東部	8,042	996	186	986	94	6	114	42	1,990	2,586	1,679	519	6
西多摩	4,143	2,333	1,152	261	10	8	38	15	968	6,452	418	117	1
南多摩	9,975	3,672	1,635	975	67	10	170	41	2,317	4,476	3,561	348	4
北多摩西部	4,221	924	154	490	30	7	69	29	1,285	1,929	903	235	1
北多摩南部	7,463	1,275	599	835	63	10	149	41	1,456	1,641	2,604	335	3
北多摩北部	5,681	1,537	718	474	47	6	75	30	1,119	2,825	1,384	287	1
島しょ	80	6	0	24	1	0	0	0	0	314	0	9	0
計	103,034	20,769	7,657	12,808	1,126	104	1,670	531	16,470	34,632	23,761	4,211	39

※ 「サポート医」は認知症サポート医養成研修修了者数、「かかりつけ医」はかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数

※ 病床数は、平成20年7月1日現在。ただし、介護療養型は、平成20年10月1日現在

※ 診療所数及び在宅療養支援診療所数は、平成19年10月1日現在(出典:「WAM NET」掲載件数による)

※ サポート医数及びかかりつけ医数は、平成20年3月31日現在

※ 訪問看護ステーション数、介護老人保施設数、特別養護老人ホーム数、介護付有料老人ホーム数、認知症対応型共同生活介護施設数及び小規模多機能型居宅介護施設数は、平成20年12月1日現在

※ 出典について記載のないものは福祉保健局調

# 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省 平成十九年五月)

参考資料4

## 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

## 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。  
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

### (2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

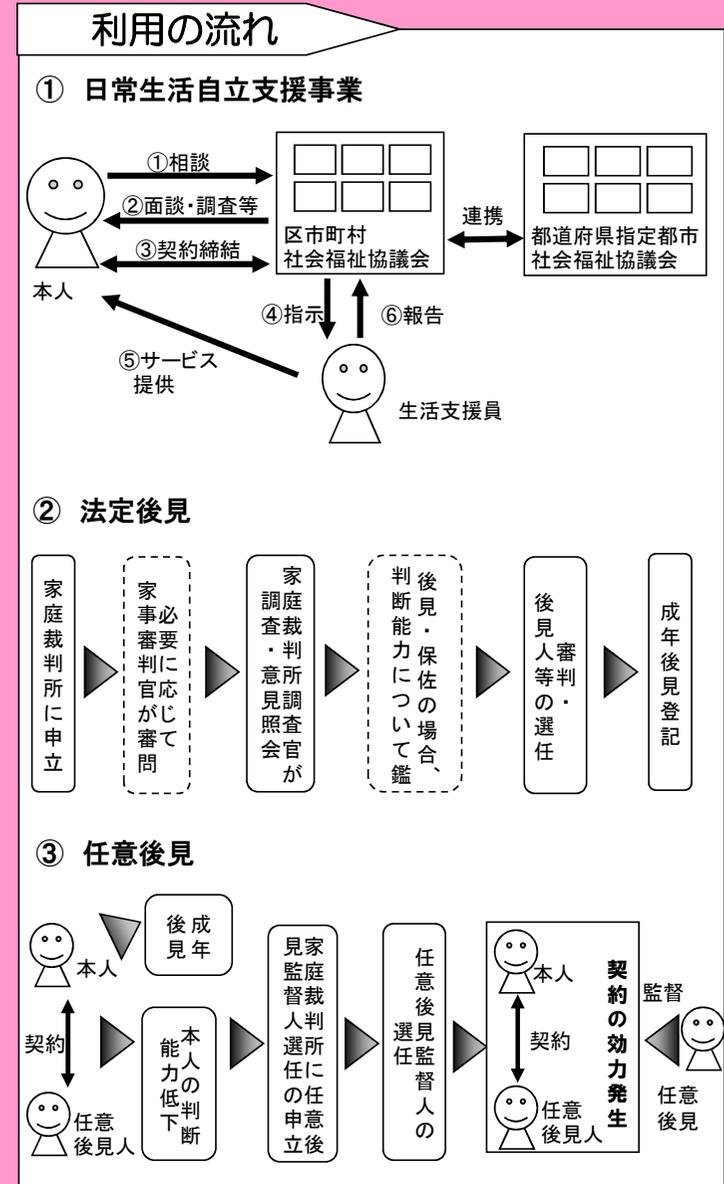
### (3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

	日常生活自立支援事業 (旧:地域福祉権利擁護事業)	成年後見制度(法定後見)
目的	認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が不十分な人が地域で安心して生活できるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用などに関わる助言・相談・援助を行い、本人の生活を支援する。	認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が不十分な人の財産管理や身上監護を、同意権・取消権や代理権を付与された成年後見人等が行うことで、本人の意思を尊重しつつ生活を支援する。
根拠法	社会福祉法	民法
実施主体	(1)実施主体 都道府県・指定都市社会福祉協議会 窓口は区市町村社会福祉協議会 (2)援助者 社会福祉士・精神保健福祉士等の専門員・生活支援員	(1)援助者 成年後見人・保佐人・補助人 (自然人として親族・弁護士・司法書士・社会福祉士等及び法人) ※複数選任可
対象者	認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が不十分な者	認知症、知的障害、精神障害等により判断能力が不十分な者
手続	①社会福祉協議会に相談・申込 申込者…本人・家族等 ②本人と社会福祉協議会との契約	①家庭裁判所に申立 申立者…本人・配偶者・四親等内の親族・検察官・区市町村長等 ※本人の同意 補助は必要 後見・保佐は不要 ②家庭裁判所による成年後見人等の選任
援助内容	(1)福祉サービスの利用援助、情報提供 福祉サービスの利用手続代行、契約締結等 (2)日常的な金銭管理 福祉サービス利用料の支払、公共料金の支払、預金の払い戻し・解約等 (3)書類等の預かり 預貯金通帳、権利証等の預かり	財産管理・身上監護に関する法律行為 ◆同意権・取消権 後見…日常生活に関する行為以外の行為 保佐…民法第13条第1項に定める行為 補助…家庭裁判所が定める特定の法律行為 ◆代理権 後見…財産に関する法律行為全般 保佐・補助…申立の範囲内で家庭裁判所が定める特定の法律行為
費用	契約締結までは無料 契約締結後の援助は利用者負担	◆申立てに必要な費用は原則として申立人負担 ◆成年後見人等への報酬は、家庭裁判所の判断により本人の財産から支弁



**成年後見制度(任意後見) (根拠法:任意後見契約に関する法律)**

将来、判断能力が不十分になった場合に備え、本人の判断能力が十分なうちに、あらかじめ自らが選んだ代理人(任意後見人)に、自分の生活、療養看護や財産管理に関する事務について代理権を与える契約(任意後見契約)を、公正証書によって締結しておく。