

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第1回）

平成23年9月13日

【室井幹事】 それでは、お時間となりましたので、ただいまより「東京都認知症対策推進会議 第1回 認知症ケアパス部会」を開会させていただきます。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

私、本部会の事務局を務めさせていただきます福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の室井でございます。部会長が選任されるまでの間、会議の進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、本日配布しております資料につきまして確認をさせていただきます。お手元にクリップでA3も含めて綴じてあります資料、事務局の作成の資料でございます。

それから、こちらの「生き生きノート」は間淵委員提供資料と書いてありますが、これは委員の方々からご提出いただきました資料でございます。

それから、最後にファイル綴じになっている資料は「連携ツールに関する既存の取組例 資料集」というのがございます。こちらは委員・幹事のための机上配布とさせていただいております。

もし、不足等がありましたらお知らせいただきたいと思いますのですが、よろしいでしょうか。

それでは今後ご発言にあたりましては、お手元にマイクを置いておりますので、これをご使用いただきたいと思います、よろしくお願いいたします。

それでは、本部会の設置の経緯につきまして簡単にご説明をさせていただきます。

東京都では、平成19年度から「東京都認知症対策推進会議」を設置をいたしまして、認知症の人の地域生活における具体的な支援体制を構築していくという観点から、様々な角度から認知症対策について検討を進めているところでございます。

そしてこの推進会議のもとに、「医療支援部会」、あるいは「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」などの専門部会を立ち上げまして具体的な支援策についてご提言をいただいているところでございます。これらのご提言につきましては、既に東京都の具体的な施策として多くが実を結んでいるところでございます。

このうち認知症疾患医療センターにつきましては昨年度部会を設置いたしまして、ご議論をいただきましたところでございます。それを踏まえて今年度中の指定に向けて現在国と協議を進めているところでございます。一方、このセンターの設置を契機といたしまして地域の医

療・介護関係者が連携・協働して取り組む体制を都内各地域で構築していく必要があるということから、認知症の早期発見と早期からの治療、あるいは早期からの生活支援の充実を図っていきたくと考えているところでございます、このためには都内各地域で顔の見える関係を築いていただくということと、さらに各地域の実情に応じて情報の共有化を図る仕組みを作っていくことが、極めて重要だということを昨年度の部会でもご意見をいただいたところでございます。

こうした地域の取組を支援していくために先日、7月21日に開催されました第11回の東京都認知症対策推進会議のご承認をいただきまして、認知症対策推進事業実施要綱に基づき、本専門部会「認知症ケアパス部会」を設置をすることとしたところでございます。

すみません、少し長くなりましたが、続きまして委員の委嘱に移りたいと思います。

要綱第4の7の(3)及び(5)に基づきまして、委員及び専門委員は議長が指名することとなっております。今回も部会委員につきましては推進会議委員及び様々なお立場で認知症の医療、福祉に関わっていただいている皆様につきまして長嶋議長からご指名、ご推薦をいただきまして、既に皆様のご内諾をいただいて本日ご出席をいただいているところでございます。委嘱状につきましてはお時間の都合もございますので、大変恐縮でございますが、各委員の机上に配布をさせていただいております。どうぞご了承いただきたいと思います。

それでは事務局から、各委員のご紹介をさせていただきます。

次第及び要綱の次でございますが、委員名簿をご用意させていただいております。これをご覧いただきたいと思います。委員名簿に従いましてご紹介をさせていただきます。お名前をお呼びしますので、よろしくお願いいたします。

栗田主一委員でございます。

【栗田委員】 東京都健康長寿医療センター研究所の栗田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 繁田雅弘委員でございます。

【繁田委員】 首都大学東京の繁田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、平川博之委員でございます。

【平川委員】 こんばんは。東京都医師会の平川でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、間淵由紀子委員でございます。

【間淵委員】 立川病院地域医療連携センターの間淵と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、土井栄美委員でございます。

【土井委員】 大田区地域包括支援センター上池台の土井と申します。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 西本裕子委員でございます。

【西本委員】 東京都介護支援専門員研究協議会の西本でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 山本繁樹委員でございます。

【山本（繁）委員】 立川市の地域包括支援センターの山本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、赤穂保委員でございます。

【赤穂委員】 東京都南多摩保健所の所長の赤穂でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、高藤光子委員でございます。

【高藤委員】 こんにちは。新宿区役所高齢者サービス課及び新宿区の基幹型の地域包括支援センターの高藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、山本祥代委員でございます。

【山本（祥）委員】 こんにちは。武蔵野市役所高齢者支援課地域支援担当課長の山本でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、村松啓子委員でございます。

【村松委員】 どうも皆さん、こんにちは。TAMA認知症家族介護者の会「いこいの会」の村松啓子と申します、よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 なお、名簿に載っております秋山正子委員、西田伸一委員につきましては、本日、所用によりまして欠席されるというご連絡をいただいております。それから、山田雄飛委員におかれましては、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。

続きまして、幹事の紹介をさせていただきます。

本部会には事務局を補佐する幹事といたしまして東京都福祉保健局の関係部署の職員が出席をしておりますので紹介させていただきます。委員名簿の次に幹事名簿を用意しておりますので、ご覧いただきたいと思います。

まず、中山政昭高齢社会対策部長でございます。

【中山幹事】 中山でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 続きまして、高橋郁美医療改革推進担当部長でございます。

【高橋幹事】 高橋です。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 加藤みほ高齢社会対策部計画課長でございます。

【加藤幹事】 加藤でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 横手裕三子高齢社会対策部介護保険課長でございます。

【横手幹事】 横手でございます。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 それから名簿にございます熊谷直樹障害者医療担当部長、櫻井幸枝障害者施策推進部精神保健・医療課長、それから大滝伸一医療政策部医療改革推進担当課長、この3人につきましては本日、所用により欠席ということでございます。

最後になりますが、私、室井も幹事を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、開会にあたりまして中山高齢社会対策部長から委員の皆様へ一言ごあいさつを差し上げたいと思います。

【中山幹事】 福祉保健局高齢社会対策部長の中山でございます。

本日はお忙しいところをこの部会の出席をいただきまして、誠にありがとうございます。開会時間が遅い時間で大変恐縮でございます。皆様方には日頃から東京都の高齢者福祉行政をはじめ、保健、医療の様々な分野で東京都の施策に対しましてご支援、ご協力をいただいておりますことを、改めまして感謝申し上げたいと思います。

本部会の設置の経緯は先ほど室井よりお話をさせていただきましたけれども、急速に進展する高齢化社会にあって、東京都として様々な対策を行わなければいけないということですが、この認知症対策につきましては特に喫緊の課題というふうに私ども捉えておるところでございます。本日、厚生労働省が今年の新しく100歳になった方を発表しまして、全国で約2万5,000人の方が今年100歳になるということだそうです。それで100歳以上の方と合わせますと4万7,756人であるというような数値が出ました。

東京都内では2,104人の方が今年100歳を迎えられるという状況でございます。高齢化、高齢化といっていますけれども、私たちが想像する以上にものすごい勢いで進んでいるという認識を新たにするとところでございます。この中にあって認知症対策というのが本当に大きな課題ということは論を待たないというところでございます。

この部会では今年度末まで皆様方の様々なご意見を頂戴しながら都として取り組むべき認知症のケアパスに関する様々なご提言あるいはまとめといった形で施策につながるようなものをお出しいただきたいと思います。皆様方それぞれのお立場で日頃から考えていらっしゃる

ること、あるいは政策提言等に結びつけるようなものをお持ちだと私も思っておりますので、この部会で活発な議論をお願いをしたいと思っております。ぜひ、東京都から新しい認知症対策の全国に発信できるようなものを、ぜひまとめていきたいと思っておりますので、皆様方のご支援、ご協力をお願いする次第でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

【室井幹事】 続きまして、本部会の運営にあたりまして要綱第4の8(1)に基づきまして部会長を選任させていただきたいと思っております。部会長は要綱では委員の互選によると定められております。今回につきましては事務局から提案をさせていただきまして委員の皆様のご了承をいただくという方法でやらせていただきたいと思いますのですが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【室井幹事】 ありがとうございます。

それでは、提案をさせていただきます。認知症対策推進会議の副議長でありまして、これまでも「医療支援部会」、それから「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」でも部会長をしていただきました繁田雅弘委員を推薦したいと思います、いかがでしょうか。

(拍手)

【室井幹事】 ありがとうございます。

それでは早速ではございますが、繁田部会長に一言ご挨拶をいただきたいと思います。

【繁田部会長】 ご指名いただきましてありがとうございます。当初このケアパス部会のお話をお聞きしたときに、私の頭の中には例えば医療機関で使っている紹介状のようなものとか、患者さんがお持ちになっていらっしゃる健康手帳のようなものが頭をよぎったのですが、まずはどことどの連携がうまくいっていないのかとか、どういう情報を共有すべきかということを考えないといけないというふうに改めて思いました。

もし、あらゆる場面で通用するようなツールを考えてしまいますと、多分使われないのかなと。これだけ大勢の方が認知症のことで頑張っていて力を尽くしていらっしゃるので、場合によっては一番困っているところが少しでもうまくいくようになるだけでも認知症の医療全体が変わるのかなというそんな気持ちもしますので、現実的で一番急がなければいけないというか、改善しなければいけないところに焦点を絞って議論していただくほうがいいと思いました。

見かけがあまりいいものだけを考えてもやっぱりほかの地域でも活用は難しいようです。ぜひ現場で皆さんが一番困っているというお話をしていただいて、それを乗り越えるためにどんな方法があるのかということを議論できればと思いますので、仕組であるとか工夫であるとか、

それを使うときの注意点であるとか、そういった議論のほうが私は大事だろうと思います。そんな気持ちです、どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 ありがとうございます。

続きまして、副部長を選任したいと思います。要綱におきましては、「部長に事故があるときはあらかじめ部長が指定するものがその職務を代理する。」となっておりますので、部長に副部長を推薦していただきたいと思います。

繁田部長お願いいたします。

【繁田部長】 栗田委員にお願いしたいと思います。栗田委員は仙台でも認知症医療の最前線を経験されておられますので、その中で苦労された経験等をぜひ生かしてお力をいただけたらというふうに思っています。いかがでございますでしょうか。

(拍手)

【室井幹事】 それでは早速でございますが、栗田副部長にごあいさつをいただきたいと思っております。

【栗田副部長】 ご指名いただきました栗田でございます。大変非力ではございますが、少しでも部長が会議の進行を進めやすくできるように陰ながら支えていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 ありがとうございます。今、山田雄飛委員がいらっしゃいましたので、ご紹介をさせていただきます。

山田雄飛委員でございます。

【山田委員】 山田でございます。東京精神科病院協会からまいりました。私は精神科の病院ということで認知症対策ということで言いますと、周辺症状などに対応することが多いと思っております。前にも違う会で申し上げたのですが、早い時期に精神科につなげるという努力をしていただけると、私たちも急患という形ではなく、地域で見れるような病気だと思っております。そんなところで私も少しはお話をさせていただけるかもしれませんけれども、多くは地域の方々にお願いすることになるのでよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 どうもありがとうございました。

それでは、繁田部長と栗田副部長には中央の席へご移動をお願いしたいと思います。

(繁田部長、栗田副部長、部長・副部長席に移動)

【室井幹事】 それでは、今後の議事につきましては繁田部長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

【繁田部会長】 それでは、よろしくお願いたします。

議題に入る前に、まず進め方について確認をしたいと思ひます。事務局から説明をお願いたします。

【室井幹事】 それでは、事務局作成資料をめぐっていただきまして右肩に資料1と書いてありますA4のペーパーがあると思ひます。「認知症ケアパス部会の進め方」というのをご覧いただきたいと思ひます。

本部会の検討事項ですとかスケジュールについてお示しをしております。ここで委員の皆様方に共通認識をもていただきたいということでございます。

設置の目的でございますが、今年度都では認知症疾患医療センターの設置をしようということ、今国と協議を進めているところでございますが、それと合わせまして各地域地域でその医療・介護関係者が連携・協働して取り組む体制を構築していこうというふうに考えているところでございます。この取組を支援するために認知症に係る情報共有の仕組の構築及びツールの作成に向けた検討を行うということでございます。

具体的に申し上げますと、検討事項と書いてありますところの「情報共有化のための仕組の検討」ということございまして、認知症の方は症状の進行に伴いまして状況が変わっていくわけでございますが、そのときどきの状況にあわせて医療・介護関係者が適切に連携・協働をしていくための情報共有化の仕組について検討をしていただきたいということでございます。この際には何が重要な情報なのか、あるいはその情報共有化の仕組を構築していくには何が重要なのか、あるいはその仕組を継続させていくためには何に留意していかなければいけないのかというようなことを、ぜひご議論いただければと思ひております。

2番目は、「具体的な情報共有ツールの作成」ということございまして、これは の議論を踏まえてということでございますが、情報共有ツール、基本的には各地域地域で作成をしていく、地域の実情に応じて関係者の合意のもとに作っていくということでございますが、その検討のひな型、参考になるようなものをこの部会でお示しできればというふうに考えております。情報共有が必要な場面ですとか、どういう関係者にどういう情報を渡したらいいのだろうかといったようなことを十分検討したうえで、具体的なツールの検討をお願できればと思ひております。

今後のスケジュールでございますが、本日、部会を立ち上げましたところでございます。ちょっと忙しいのですが、年内に基本的な考え方のとりまとめができればと思ひております。そして年度内、来年の2月ごろに最終報告書のとりまとめができればというふうに考えております。

す。全体で5回程度の会議を予定しているところでございます。

資料1につきましては以上でございます。

続きまして1枚めくっていただいてA3の資料2でございます。先ほど情報共有が必要な場面がいろいろありますということを申し上げましたが、事務局が現段階でこんな場面があるのではないだろうかというものを想定して作ったものでございます。認知症の疑いから受診までという段階、それから右のほうに移りまして認知症と診断された後、日常診療・介護サービスの利用をしながら地域で生活を行っている段階。それからまた、左の下でございますが、身体合併症、あるいは周辺症状などがあって、緊急に入院等をしなければならないといったような場面、こういった場面が想定できるのかなというふうに考えておりますが、これはあくまでも事務局の試作でございますので、ぜひ皆様から様々なご議論をいただきながら、ご意見をいただきながら付け加えるところは付け加えていくというふうにして、完成をしていきたいと思っております。

続きまして、1枚めくっていただきますと、「東京都認知症疾患医療センターについて（概要）」というものがございます。これにつきましては委員の皆様方におよそ事前に説明をさせていただいているかと思しますので、大変恐縮ではございますが、本日はご説明は省略させていただきます。

さらに、1枚めくりまして資料4でございます。これは今年の7月21日に開催いたしました東京都認知症対策推進会議、この部会の親会議になりますが、ここで本部会の設置の承認をいただきましたが、この部会設置に関しましていただいた主な意見でございます。いくつか紹介いたしますと、上から2番目、クリニカルパスではなくてケアパスという概念がとても素晴らしいと。病気というよりもその人を中心としたイメージが重要なんだというようなご意見、それからそれと似たようなことかと思いますが、治療も大事ではあるが、そのご家族の方、親族の方への支援も含む生活に対する支援が重要なのだと、そういう観点から期待をしたいというようなご意見。さらには3つ目でございますが、医療と福祉とで連携をしていかななくてはならないのですが、これはなかなか難しい。哲学も違えば言葉も違う、信念も違う、これはそこをつなぐようなパスがあるといい。難しいことを書き並べるということではなくて、お互いのコミュニケーションがとりやすくなるようなものを作ってほしいというような意見をいただいているところでございます。

以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。気がついたことを一つだけ申し上げておきたいと



思います。この会議の後半で委員の皆様から現状感じていらっしゃる問題点、あるいは困っていらっしゃることをコメントしていただきたいというふうに思っておりますけれども、そのときにできますれば今ほど事務局から説明をしていただいた資料2を利用していただくのも良いと思います。ここの矢印のところがとっとうまくいかなくて困り果てたとか、こことここがうまく行かなかったので私は大変な辛い思いをしたとか、あるいはどこの矢印をよくするとものすごくよくなるんじゃないかというふうな形で、おっしゃっていただけたらというふうに思います。おそらくそのことが直接これから議論をして連携ツールを考えていくときの手がかりになるのではないかというふうに思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、今ほど説明がございました資料の1、2、3、4に関しまして追加、あるいは確認事項がございましたらご発言をいただきたいと思います。

よろしゅうございますか。

それでは、またお気づきになられたところでご質問いただけたらと思います。

それでは、議事に入らせていただきます。

議題でございます。「認知症に係る医療・介護関係者の連携の現状と課題について」でございます。

まず、連携に向けた取組等について事務局から資料を使って説明をしていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、医療と介護の連携の取組につきまして、いくつかご紹介をさせていただきます。

まず、資料5でございますが、これは東京都認知症対策推進会議の医療支援部会というのをかつて開催をいたしました。その部会の中でも連携ツールの必要性につきましては議論の俎上にのぼりまして、いろんなテーマの中のほんの一部ということではございますが、2つの連携ツールについてご提言をいただいているところでございます。

1つは、左側にあります共通フォーマット、これはかかりつけ医と専門医療機関の連携ツールでございます、紹介状の認知症版というイメージでございます。専門家同士の情報共有のツールということかと思っております。

さらに右側のほうでございますが、こちらは患者手帳ということでございまして、一般に配られております例えば健康増進法に基づく健康手帳のようなところに認知症特有の欄を追加いたしまして、必要な情報を患者さんご本人、それからご家族も含めて関係者が見れるような状態にしておくというようなものでございます。こちらは手帳方式とかノート方式というような

イメージかと思います。

このような議論があったということ、まずご紹介をさせていただきたいと思います。

続きまして、資料6でございます。B5の横のペーパーでございます。東京都内の認知症に限らず医療同士あるいは医療と介護の連携ツールの既存の取組例を挙げたものでございます。これにつきましてはお手元に青いファイルがございますが、こちらのほうに具体的な内容について資料を綴じ込んでおりますので、適宜ご参照いただきたいと思います。ご説明は簡単にしたいと思います。

まず、「認知症医療連携パス」ということで、これは医療機関同士の連携ツールということでございます。ここでは新宿区、目黒区、大田区、世田谷区の例をご紹介しておりますが、いわゆるクリニカルパスで医療同士の情報共有ということでございます。

次のページでございます。「認知症医療・介護連携パス」ということで連携シートというものでございまして、こちらは杏林大学病院を中心に三鷹市、武蔵野市さんもお参加いただいて、あるいは行政、医師会も参加していただいて連携ツールを作っていこうという取組でございます。福祉・介護の人たちも中に入れたものということで、なかなか都内では例が少ないかなというふうに考えております。現在試行中ということでございますが、この取組に関連しまして山本委員も関係していらっしゃるということでございますので、機会があるときにお話をいただければというふうに考えております。

それから「都内における他疾病に関するパスの主な取組」ということで、これは認知症以外のパスということでございます。これは認知症以外のパスということでございます。一つは一番と一番、「脳卒中医療連携パス」ということでございます。一つは武蔵野赤十字病院を中心といたしまして、北多摩南部地域でやっております脳卒中の連携ツールということでございます。こちらにつきましては以前開催いたしました認知症疾患医療センターのあり方検討部会でこちらの富田院長に来ていただきまして、ご紹介をさせていただいたところでございますが、医師だけでなく看護、リハビリ、それからMSWさん、ご家族、ケアマネ、そういったいろんな方々書き込めるシートを作成しているということでございます。

それから生き生きノートでございます。こちらはほとんどが北多摩西部地域の脳卒中連携の部会の中で検討されたということでございますが、必ずしも脳卒中に限らずほかの疾病でも対応できるものになっております。こちら医師、看護師はもちろんケアマネさんや訪問看護ステーション、介護従事者、ご本人、ご家族など様々な方が記入できるようになっております。これには間瀬委員が作成に関与されているということで、また、今日も資料をご用意していた

だいているようでございますので、お話をいただければというふうに思っております。

次のページでございます。「がん医療連携パス」ということで、これはちょっとまた趣が違ってまいります。東京都医療連携手帳ということでございまして、こちらは疾病の特性もあると思いますけれども、基本的には手術をする、その方の基本情報を書き、それから術後の様々な検査の値等を書き込んでいくというものでございます。医療者同士の連携あるいは医療者と患者の情報共有のツールということでございます。

それからその下でございますが、「その他、医療・介護連携のためのツール作成に向けた取組」ということで千代田区と世田谷区の例をお示ししてございます。疾病にこだわらず医療と介護の連携シートを作る試みが広がっているということでご紹介をさせていただいたところでございます。

続きまして、次のページに移ります。資料7でございます。昨年度から医療政策部で実施しております在宅医療連携推進事業につきまして簡単にご説明をしたいと思っております。こちらは病院から在宅医療への円滑な移行ですとか在宅医療の継続という観点から、病院スタッフや在宅医療スタッフなどの相談に応じて医師や訪問看護ステーションの紹介ですとか、関係者間の調整を行う在宅医療の調整窓口というものを設置していこうという事業でございます。

平成22年度は3地域で実施をいたしまして、大田区、調布市、小平市、いずれも医師会に委託をして実施されたところでございます。下のほうに事業の概要が書いてございますが、こちらの担当者の職種を見ていただきますと、基本的にはケアマネさん、あるいは看護師の資格を持ったケアマネさん等が配置をされているというところでございます。これは22年度にこうした形でスタートいたしまして、23年度はその包括補助事業、区市町村が実施をしますと、そのときに東京都が補助金を出しますという形で実施をしているところです。現在9の区市で実施がされているというふうに聞いているところでございます。

説明は以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。今までのところでご意見、ご質問がございましたらお願いいたします。

いかがでございましょうか、特に連携ツールの取組例等に関しまして。

それではまた先に進めさせていただいて、いつでも今までのところでご意見をおっしゃっていただいても結構でございますので、先に説明を進めさせていただきたいと思っております。今度は国が示している考え方や取組状況について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

【室井幹事】 それでは、資料8になります。「国における検討状況について」という資料を

用意してございます。認知症につきましては厚生労働省のほうでは老健局というところが主として福祉・介護の立場から、それから同じく厚労省の社会・援護局というところが、主として精神科医療の立場から認知症について今活発な議論をしているというところでございます。入り口はちょっと違うのですけれども、いずれも認知症の方が地域で生活できるように地域の連携体制を作っていくことは大変重要だという方向感が出ているかと思えます。

少しご紹介をさせていただきたいと思えます。老健局の関係でまいりますと、昨年11月に出ました社会保障審議会の介護保険部会の意見でございます。こちらは介護保険法の改正に先立って出された意見ということでございますけれども、こちらの中でも認知症に関する記述がございまして、点線の中でございますが、認知症を有する方は今後急速に増加していきますと、住み慣れた地域で介護、医療及び地域が緊密に連携していくことが重要なんだと、そうしたことから下線を引いてある部分ですが、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパスの作成を進めていくことが重要であるというような意見が出されているところでございます。

続きまして、この意見を踏まえて介護保険法もこの6月に改正をされました。施行は来年4月ということでございます。ケアパスという言葉は入っていないのですが、認知症に関してはかなり幾つもの項目が新たに条文として追加をされているということでございます。

次のページに移りますが、こちら点線で囲った部分でございます。これは改めて「国及び地方公共団体の責務」ということで、地域包括ケアの実現ということを意識してつくられた条文ということでございますけれども、被保険者、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにいろいろなことをやっていかなければいけませんと、国及び地方公共団体はということでございまして、単に福祉・介護ということだけではなく、医療との連携等も考えて地域包括ケアの実現に努力してくださいというような条文が追加されております。

それから、「認知症に関する調査研究の推進等」というところが、また追加になっております。さらに市町村介護保険事業計画等につきまして、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、あるいは医療との連携に関する事項等について定めるように努めるものとするという条文も追加されているということでございます。従いまして、今東京都でも市町村のほうでも介護保険事業計画、あるいは介護保険事業支援計画というのを作っておりますけれども、そちらのほうには認知症に関する記述というのがどこも入ってくるの

ではないかと考えております。

続きまして、社会・援護局のほうでございますが、認知症医療についてはこちらにございます新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームというのを設置いたしまして検討をしているということでございます。こちらで昨年の12月に中間のまとめというものが出されまして、認知症に関する基本的な考え方が整理されてございます。

次のページ、 のところでございますが、入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とするんだというようなこと。そして のほうでございますけれども、このために地域生活の受け皿を作っていくことが重要であって、退院支援、地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて入院時から退院時の生活への道筋を明らかにする取組を進めることが必要なんだというようなまとめが出されているところでございます。

さらに、この会議の中で認知症ケアパス部会に関連が深い研究について発表がありましたので、ここへご紹介をしたいと思います。

大阪大学の数井先生という方がやっていらっしゃる研究で認知症の地域連携パスに関する研究ということでございます。基本的にはパスということなんですが、一つは上から4つのポツでございますが、パスはやはり局面がいろいろありますと、診断という局面、それから日常診療という局面、それから非日常診療、これは救急というイメージのようでございますけれども、そういったものに分けられるのではないかとということでございます。

それから日常診療のパスには補完システムが必要なんだという言い方をしていらっしゃいます。では、具体的にどういうものなのかということなんですけれども、この時期は家族介護者とケア職員の役割が極めて重要な時期なんだということで、連携ファイルですとか疾患別・重症度別ケアガイドブック、あるいは連携会議といったものがパスを補完するシステムとして必要なのだというようなご主張をなされているというふうに聞いております。

この研究につきましては、今回の議論におきましても大変参考になるものと考えておりますので、例えばこの会議でお呼びしてお話をお聞きするとか、あるいは詳しい資料を頂戴して事務局からご説明をするとか、ちょっといろいろ方法を考えていというふうに思っております。事務局で調整をさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それから次の資料9でございます。こちらは参考までにということで用意した資料でございます。認知症に関する連携で診療報酬、どんな診療報酬が付いているのか、あるいはどんな介護報酬が付いているのかというのを整理したものでございます。詳細はお読みいただければわかると思いますので、後ほどご参照いただければと思います。

続きまして、資料10でございます。こちら厚生労働省のほうでやっております社会保障審議会の医療部会のほうで整理されたものでございます。これまで医療部会ということで医療計画等のお話をしているわけですが、これまでがん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病というのが4疾病ということで、この疾病別の医療体制を医療計画できちんと記載しなさいということになっておりましたが、さらにこれに加えて精神疾患、これには認知症も含むのですけれども、これを医療計画に書き込むべしというような意見が出されてこの方針が決定されているということでございます。従いまして、来年度医療政策部のほうで作成をいたします東京都の保健医療計画におきましても認知症を含む精神疾患の医療体制につきまして記述をしていくということになるということでございます。

さらにもう一つ、資料11でございます。「東京都高齢者保健福祉計画の改定について」ということでございます。こちらはもう既に改定作業に入っておりまして作成委員会を3回開催し、さらにこの計画の起草委員会も先般行ったところでございます。詳細はご説明いたしません、こちらは今年度末には作成をするわけですが、ここの中の右側のほうで重点記載事項というのが真ん中あたりにあると思います。この介護保険法の改正等も踏まえまして、認知症支援策の充実、あるいはその在宅医療の推進ということが重点記載事項として示されておりまして、都においてもしっかりこれを書き込んでいくことになるという予定でございますので、ご承知おきをいただきたいと思っております。

長くなりまして申しわけございませんが、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、今ほどの説明に関しましてご意見、ご質問をいただけたらと思います。いかがでございましょうか、今までのところでもどこでも結構でございます。盛りだくさんでいろいろな説明をしていただきました。いかがでしょうか。

資料の説明はこれでほぼ終わりましたので、もしよろしければお一人お一人にご意見をそろそろいただければと思いますけれども、順番に聞いたら乱暴ですか。どうぞ誰かが口火を切ってくださいなら。

【山本（繁）委員】 質問していいですか。

【繁田部会長】 もちろん、どうぞ。

【山本（繁）委員】 ご説明があった資料8の国における検討状況の中で社会・援護局のほうで退院支援・地域連携クリティカルパスの開発ですとか、認知症地域連携パス、これは研究事業ですけれども、国のほうで今回と東京都と同じような連携パスを作成していくというような

動きがあるのかどうか。もし、そういう動きがあった場合に東京都の今回の事業との関係がどういうふうになっているのか、ちょっと確認をしておきたいと思うのですが。

【室井幹事】 国のほうでどこまで具体的なパスというものが示されるのかというのはわからないところですが、何らかのモデル事業ですとか研究事業を通じてひな型的なものを示していくということは十分あるのかなと思っております。国は非常にパスという言葉にこだわっております。これはぜひ、委員の皆様方にもご議論をいただきたいと思うのですが、いわゆる脳卒中のような非常に短いスキームでステージが変化していくものと、認知症というのは少し違うのかなという感覚も事務局としてはもっております。ですので、パスということにあまりこだわらずに情報共有のための仕組というほうに力点をおいて議論をしていくということも一つあるのかなというふうに考えているところでございます。

【繁田部会長】 よろしゅうございますか。厚生労働省の科学研究費でクリニカルパスの作成とかいうことに支援をしておりますので、まだその段階で研究ということで各大学や研究所等で進めてほしいというそんな段階だろうと思います。

そのほかいかがでございますか、ご質問で結構でございます。山田先生お願いします。

【山田委員】 最後の砦になるのか認知症疾患医療センターの利用というのは非常にこれから重要になってくると思うのですけれども、比較的広範囲をカバーしなければいけないということで、地区医師会が従前よりかかりつけ医に大いに参加していただいているところです。かかりつけ医の先生方が医師会の主導でいろいろ勉強会を繰り返して、ある程度のレベルにはなっていると思うのですけれども。

先ほどもちょっと申し上げましたけれども、早い時期から医療機関とも連携ということですが、私ども精神科は抱え込むつもりはさらさらなくて、チーム医療というかチームケアということで言えばその一員として加わるつもりは十分にあります。病態の早い時期に始めないと、精神科の救急病棟には認知症の周辺症状で入院してくる方が思ったより多く、ちょっと何パーセントと申し上げられないのですけれども、その状態になるまでの対応がちょっと不十分だったのではないかというケースが印象としてちょっとあるんですね。

私はできればもうちょっと詳細にデータを調べてみようと思っていたのですけれども、今日に至ってしまってお話はできないのですけれども、もう少し早く医療機関を抱き込むというか巻き込んで大いに利用して、ここの中にもありましたけれども入院することが目的ではなくてその知恵を借りるとか、そんな中で地域包括支援センターがどんどん事を進めていって、さらにどうしてもという場合に精神科に相談するが望ましい。救急車で運ばれてきて救急病棟に入

るのは非常に対応困難なケースになってしまうんですね。

我々も精神科の救急としてはあまり本来の形ではないなと思っていますので、ケアパスを作るのであればこういう部分を十分に吟味していただくというのは大事な事かなと、またそれを今回は言わなければいけない立場かなと思って、ほかに何も言うつもりはございませんけれども、ぜひその辺のところを皆さんで協議していただければと思っています。

【繁田部会長】 山田委員がおっしゃったのは早めに医療機関をとというのは早めに精神科医療。

【山田委員】 精神科医療も含めてですね。

【繁田部会長】 敷居が高い……。

【山田委員】 かかりつけ医から始まって、ちょっと何か前の会の際に精神科は敷居が高いと聞いて非常に恐縮しているところなんですけれども、たしかに地域包括支援センターの方の知識もちょっと低いので忙しい外来の中で時間がかかるんですね。で、いろんな形で勉強会をしてみんなで知識を上げていこうと。

そうでないと日常の外来にみんなが押しかけてくるわけです。地域包括支援センターの方、家族の方が一緒になって、それは全然かまわないのですけれども、やっぱり忙しい外来の中でついついバタバタと仕切ってしまうと敷居が高いと言われている部分もあって、我々も反省しています。機会あるごとに地域地域で勉強会をしていくと無用な押しかけのような感じの相談事もなくなってくるとか、保健所も含めて地域ではやっているかもしれませんけれども、そういうことが普段からあると、今日ケアパスということで非常に興味を持って出席させていただいたのですけれども、それが一つの形になってくるといいなと思っています。

【繁田部会長】 精神科医療の中で必要だと思っている情報と、地域包括支援センターのスタッフの方がこれは必要だと思って提供している情報等にずれがあるということですね。

【山田委員】 ずれもあるし、我々もちょっとその地域のことがわかっていない部分もあるという反省もあるんですけれども。

【繁田部会長】 多分どちらがというよりは両方、必要にしている情報も提供している情報もどちらも情報としては別に間違っているわけではないですし、大切な情報だろうと思うのですけれども、ニーズ等。

【山田委員】 ちょっと言い過ぎて申しわけないのですけれども、医療連携と同じで顔の見える関係って今流行っていて、やっぱり顔が見える関係になっていると事は早い。一般救急医療と同様に連携をより良くするためにも会議は欠かせないと思います。

そういうことがこの認知症についてもケアパスの中で普段から連携がとれていないと、先ほ



ど申し上げたような敷居が高い、あるいはこちらがややこの忙しいときという話になっちゃうかもしれないので、ケアパスを作るときに地域で普段から顔が見える関係を作っておくことが何よりも大事なことだなというのは医療連携の中で、病病・病診の連携の中で感じたことなんです、その辺もひとつ参考になろうかと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。今のことに関係してでも、ほかのことで結構でございますが、ほかの委員の皆さんいかがですか。

【赤穂委員】 このケアパス部会ができるまでには平成19年から東京都の認知症対策推進会議が開かれたり、そのもとでいろんな医療支援部会、仕組部会あるいはモデル事業が行われたり、医療センターのあり方が報告されたりということの中で次はパスというこういう流れかなとは思いますが、どういう前提のもとでどこに向かってこの議論や作業を進めていったらいいんだろうというのが、今一つストンとこないところもあるということなんです、地域ごとという言い方がありました。実は脳卒中のいろいろなクリニカルパス、これは医療計画に基づいて既に作業は進んでいるわけですけれども、東京都のほうで共通のパスを作っていこうというふうに提起をして作業を始めた段階で、都内で10箇所ぐらい既にパスが機能していたということの中で、そういう途中で共通のものということをかなりつくろうとして苦労してきた経緯があるんですね。

この認知症についても私はあまり勉強していないのですが、配布されたファイルを見ると何箇所かで既にそういうものを作って実際に使われているということの中で、あえて東京都のほうでこういうケア部会を作って、ひな型という言い方もあったと思いますし、地域ごとのという言い方もございまして、何かオール東京で共通のものを作って共有していこうということではどうもなさそうだなということは伝わってきたのですが、地域ごとというときのその地域というのをどういう括りで想定されているのか、区市町村単位ということかどうかということですね。

そしてこれからひな型ということですが、もしこれから作るのだったらこういう形がいいですよということで、できるだけいいものをお見せしようということも結構だと思いますし、また先行しているいくつかの今日配られたようなものもありますよということで提起されるのも、これも地域にとっては大変いいことだとは思いますが、どういう土俵でそれを生かしていこうと設定としてですね、どういう土俵でそれを練り上げていけるか、いったらいいかというようなことについては、どういう想定がなされているだろうかということ。

それからひな型ということですが、サンプルを示して使ってくださいというだけでは

おそらく機能しないわけで、もっと言えば先ほど室井課長がおっしゃったように、「パスというより情報共有の仕組みに重点を」ということで大変重要な内容と思うんですね。仕組みのないところにパスを放り出しても全く機能しないし、誰もこの忙しいのにそんなもの使えるかというようなことになっちゃうので、その辺このパスという一つのツールに対する考え方をある程度何か、今はこういうツール開発に時間を費やすような時代ではないということは医療連携の学会なんかに行っても、もうそんな時代じゃないと、むしろどういう仕組みを作っていくのか、あるいは先ほど山田委員からもありましたけれども、地域の中で顔の見える生きた連携をどう作るかと、そういう中でみんなが合意した中で初めて、じゃあ、パスをつくらうと、パスを使おうと、こういうふうになるわけです。

そういう地域がまだ煮詰まっていないうちでパスがどんどんつくられてきてもこれは絶対パスというのは一人歩きできないし、5回にわたって議論をしてもその時間がどうだろうかと、ただここは仕組みも考えるということですけども、最終的なアウトプットはパスをつくれということかなと。その親会議といいたし、推進会議の中で仕組部会とか医療支援部会とかいうことがあるわけですから、その中で仕組みは十分議論されているだろうと思うのですが、そういう中でどういう仕組みがこれから推奨できるのでその中でそこに使えるパスを検討してほしいとか、何かそういう考え方が出てくる、あるいはそういう中で検討をするかどうか、これもちょっとわからない、ほかの部会との関係も全然わからないということですので、そののこころを整理して議論を始める必要があるなということ。

それから地域では、今の第5期の介護保険計画を作るということで区市町村は大変な苦勞をなさっているわけですね、その中には当然認知症に関しても5期の中ではかなり重点的な事項として盛り込まれているのでそれをどうするかということに、介護保険計画を作る中でそれをぜひ盛り込んで参考にしてもらえたらということ。

それから今日は在宅療養の連携のアイデアも出てきたわけですけども、これとてやっぱり介護保険の仕組みをどう作るかということと、在宅療養の仕組みというのは切っても切り離せないわけですが、現場ではもう在宅療養の話を持ち込むと、今介護保険計画でそれどころではないというようなそういう言い方をされたりするわけで、そののこころを、そういう地域の今の現状の中にこのパス部会の話なり結論をどういうふうを持ち込んでいくのか、あるいは今のタイミングというのは本当にうまくかみ合っていくのかどうか、そののこころが一つ一つ点検されないこの会議室で話をいくら積んでも有効なものはないということ、かなり8割ぐらい僕は悲觀的に見ているんですね、だからそののこころをもう少し「あっ、そうか」と、そ

れなら大いに議論しようじゃないかと委員が思えるようなお話が聞ければありがたいというふうに思っています。

【繁田部会長】 機能していないとおっしゃっていただきましたが、本当にそのとおりなんです。何で機能しないのだろうというのを、まずみんなで話し合わないとか何か始まらないのかなと。それで、何かひな型を作るといって、たしかにそれも想定内です。ただ、こういうものをつくろうということが5回の会議で決まれば、多分ひな型は事務局が短期間で作って皆さんにお返しすることも可能と思います。ひな型を作るよりは、いったいそういうものが実際に役に立つのかどうか、あるいはそういうものを作る価値があるかどうかということ、まさに課長がおっしゃった仕組ですが、このことに関して御意見を頂きたいのです。

近い将来、認知症疾患医療センターが指定されますから、そういうセンターが認知症医療を推進していくとなると二次医療圏というのが一つの基準になるわけですね。ただ、意見の中でそれは広すぎるだろうと、それはちょっと合わない、もうちょっと小さな地域でとか身近なところだというご意見があれば、多分既に何らかのネットワークが動いている地域もありますから、そこではもっと小さな地域になると思いますし、そういうご意見をいただけたらということですね。

仕組というのはまさにそうで、結果的に別のところで作ったパスで様式としてはあれでもう十分だと、それをそのまま使えばいい、ただ使うときにこういうところを工夫して、こういうところをみんなで注意して使うとうまく使えますよというのであればそういう意見もとても大事だと思います。既にいくつかパスもあります。けれどもなぜかそれがうまくいっていない、非常に苦労して時間をかけてフォーマットを整えて既製のものはあるのですけれども、うまくいっていない。それで、ご存知のように医療と福祉の連携に関する議論はが認知症に限らずまだまだ道半ばです。もし、パスを作っても意味がないという議論になればそれは無理して作る必要はない、そのくらいの覚悟は多分福祉保健局のほうもあると思います。使えるものでなければ、使えるものを使えるような形で提供できなければ多分意味がないと思います。これはまさに先生のおっしゃるとおりで、そこから議論をしなければいけないと。

【赤穂委員】 すみません、わかりました。それでその仕組ということですけども、推進会議の仕組部会というものが開かれて、その中でどういう話が進んで出ているのか、そういうのはほとんど知らないわけで、正直言ってそういうのがあるのに、またここで仕組づくりというのは何かいいのかしらという、そういう気持ちがあるのでよろしくお願いします。

【室井幹事】 すみません、そこはちょっと説明不足で申しわけございませんでした。たしか

に仕組部会というのではありませんが、ここの主要なテーマは認知症の方が地域で生活できるような地域づくりをしていくための仕組、地域住民が認知症の方を地域で支えていくためにどんな仕組を地域の中に作ったらいいのかということで、例えば協議会を作るとか、それから認知症の方を支える社会資源のマップを作るとか、それから家族・介護者の会の活動を支援するとか、そういったいわゆる福祉的な観点からの仕組を作るといふことでの議論をいただいたところでございます、医療と介護の連携というところでの議論はこの場ではテーマにはならなかったということでございます。

【繁田部会長】 今ほどいただいたような意見がそれこそ必要な議論だろうと思いますので、ぜひ、「そもそも」という言葉で始まるような質問も遠慮なくしていただけたらというふうに思います。

【間淵委員】 実は私の母が認知症でした。で、死亡するまで14年ぐらいかかって、まさしく同居していたのでとても大変だったんですね。最初は何となくおかしいかなというふうな感覚で、先ほど山田先生がおっしゃったように早期に、私は看護職なのでまさか自分の母が認知症のはずがないという感覚がありました。で、認知症ではないのでいろんな先生のところに連れて行って、知っている先生のところに受診をさせました。で、結果的に認知症で今に言えばレビー小体型なのかなという感じがしますけれども、その当時は認知症の診断もそんなに進んでいるわけではなくして、まだ痴呆から認知症に変わっただけでそれが変わったからどうなのという感覚のものを私はずっと持ってきました。

同じようにして14年間に渡って、その一人の人を地域で支えることの仕組づくりというかなり難しいことだと思うのです。ましてやパスというふうな概念でいけば14年とか10年とか7年とか8年を支えるパスを作るにはとても無理があると思うんですね。脳卒中のパスにしても先ほど赤穂先生がおっしゃっていましたが、いろんなところからいろんなパスが出てきて、その中で何をを使うかも本当にみんなが思いを込めて作ったものに関しては思い入れがあって、誰も譲らないんですね。で、ここにきてまた認知症疾患センターの話が出てきて、そこでもいろんなことが議論されていくのだと思うんですね、それと整合性をどうやって持たせるのかというのがすごく難しいのだと思うのです。

本当に10年とかその人が持つ認知症の歴史を支えていくツールづくりというのはどういふふうにしてやればいいのかということ。私が母のことで困ってどこに相談に行くかというときに相談する場所さえ私は医療職なのにわからなかったんですね、そういう方たちが今はかなり認知症のいろんなことが進んでいますけれども、地域包括支援センターもやっとなじんできた

感じですね、それまではどこに行けばいいのかわからないので、どこでもいいので相談の窓口はいっぱいあったほうが私はいいと思ったのです。だからそういうことでいけば、やはり相談のできる人たちをいろんなところに置くことも一つの仕組づくりだと思うんですね。

何のためのパスなのか、何のための仕組づくりなのかというと、地域の人がなくしては作れないものです。私たちが現場で介護をする側にすると、とても大変なことで家族会とかという話になっても、その家族会に行くことさえ何となく行けないというか、自分のところの……何といいますか、言い方は変ですけれども、恥ずかしいものという感覚がまだあったので、それが今ではこうやって言えるようになったのですけれども、そういう方たちが実はいっぱいいるような気がするのです。

今日、うちの病院に……私は病院の連携センターで何でも相談窓口にもうなっちゃいました。で、現実には1週間前にお一人の患者さんが受付に来ていて、何となく様子がおかしいのでって呼ばれて行きました。で、話をしてみると何で病院に来たかがわからない、でもどうやって来たのかはちゃんとと言える、で、おかしいねという話をして地域包括支援センターとか市役所のほうに連絡をしたり、実はその方はピックアップされていた人なんです。何となくお一人住まいでおかしいというのでピックアップされていたにもかかわらず、患者さんが一人で生活したいという思いがあるので、全く支援が行き届かない状況だったのです。で、その方が今日また受診に来て、やはり呼ばれて行ったのです。そして、話をすると結果的には循環器にかかっていましたので、精神科のほうにつないでほしいということで医師に相談をして精神科につないだんですね、一見お話をすると普通にまともに回答するので、この人をどうやって支えていくというふうにならぬに逆に医師のほうから聞かれたときに、例えば地域包括支援センターに行くとその方は拒否をするので行けません、市役所もその方は拒否をされるので行けません、という形になると、じゃあ、病院もどことつないでいけばいいのかと、それがいいこととか悪いことではなくして現実にはそういうこともあるんですね。

認知症の人を地域で支えるということはそういう人も支えなければいけなくて、何らかの支援が必要なのでということを見ると、本当にその一時期のことだけを考えていくのではなくして、将来的にどうやってどういうふうな理想的な町、本当に地域でその人が暮らし続けることというのは大事なことなので、それを支えていくにはとても大きな資源だとかお金だとか、いろんなことがかかってくるわけです。そういうことをここできちんと議論をして、やはり10年のスパンとか15年のスパンをちゃんと乗り切れるようなものを作っていき、そういう意味でいけば大きな仕組を作っていければよくて、目先のことだけにとらわれないようなやり方

にしていなければなど、それは私も含めて考えていきたいと思えますけれども、そんなふうに感じました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。では、村松委員お願いします。

【村松委員】 山田先生のお話を伺いながら地域包括支援センターと家族が認知症の初期のころにちゃんとうまく対応できれば、その先もおそらくうまくいくだろうというご意見がありまして、私もそのとおりだとこのごろすごく感じております。で、間淵委員さんがおっしゃったようにずっと長いスパンで介護が続くので、そのつど違うのだからそれを補うのは大変だとおっしゃっていますけれども、基本は介護をしている家族がその認知症の流れというもののある程度理解できてくると、介護もうまくいくのではないかなというのが、会に見える方々を見ていてすごくこのごろ感じます。

周辺症状が強い場合、そのときだけ困ったよという人は認知症の症状で起きていることの理解よりも、一緒に暮らしていることで大変だという思いのほうが強くて、なかなかうまくすべり出していかない、そこでつまづいてしまって投げ出すというか、ちょっと離れぎみになってしまったあとで強い周辺症状が出て、「さあ、困った」ということで精神科を訪れるということが多いような気がするので、私は認知症を理解をしていくために介護の面からも医療の面からも、家族をフォローするために認知症ってこんなふうに変なのだと、こういうサービスがあるよ、こういう医療があるよということを初期の内に教えていただけたら介護する家族が随分変わってくるかなと、楽になってくるかなということをすごく感じます。事例はあとでお話申し上げますけれども、とりあえず今、お二人のお話を聞きながら感じていることを申し上げさせていただきます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。では、引き続きお願いします。

【栗田副部会長】 先ほど室井課長も言うておりましたけれども、連携パスなのか情報共有の仕組みなのかですが、この部会の名前はケアパス部会という名前にはなっているのですが、私はやっぱりケアパスという言葉にあまりこだわらないようにすることが大事であろうというふうに考えています。これは最近の流行りの言葉というかそういう感じもいたします。

実は連携という言葉は英語では、医療連携とか地域連携という連携というのはインテグレーションというふうに言っていて、インテグレーションケアとかインテグレートド・ケアという用語がございます。ちなみに地域包括ケアという部分の英語訳で一番近いのはコミュニティ・ベースト・インテグレートドケアというふうにするのがいいだろうと。ちなみに『ジャーナル・オブ・インテグレートドケア』という雑誌もあるということで、連携ということ

が非常に重要視されています。なぜかという1つは、ケアの質を高める方法論としてやはり連携ということが不可欠であろうということ、それからもう1つは、経済効率を考えてサービスの提供を統合するということが必要だろうというそういうこともあったのですけれども、重要なことは前者であって、ケアの質を高めるためにはサービスの提供を統合していくということが大事であって、具体的には医療と介護あるいはほかにもいろんなサービスがありますが、それを統合して一人の人に適切に提供できる仕組みを作ることが必要であろうということであり、インテグレーションということが強調されるようになりました。

この地域連携は必要ということはずっと言われてきているわけですが、なかなかできないのは連携の骨格にある情報共有が極めて難しい。医療と介護、地域包括支援センターと医療機関でもいいですが、なかなか情報共有がうまくいかないということで、これをどうするかということが根本的な問題であろうと思います。その流れの中でケアパスというものがいつの間にか表に出てきたのですが、ケアパスのパスはパスウェイですから、ただの道。こういって、こういう道ですと言っているだけで、これを作ってもちっとも使えない、役に立たないということはわかっていることでありまして、連携を作るための戦略というものは非常に複合的でいろんなものが総合的にそろっていないと、きっと連携は実現できない。

これはインテグレーションケアでもいろんなことが必要で、地域の大きさもどのくらいがいいとかそういうのが出てきて地域包括ケアが中核というのも、このサイズが出てきたのも長い歴史の中でこれは必要だろうということが出てきたわけでごさいます、そういうふう考えたときに、やっぱりこの部会で議論するのは連携の仕組みを作るための戦略を総合的に考えていくということが必要であろう。そのときに先ほど仕組部会の話が出ましたが、連携協議会を作るべきであるとかマップを作るべきであるとか、あるいは普及啓発なども非常に関係あるのですが、あるいは研修も非常に深く関係があるし、それから相談事業なども深く関係がありますし、それから認知症疾患医療センターそのものも深く関係している。そういったものをそろえて連携の仕組み、戦略をある一定の地域、これは地域の範囲をいろいろ考えながらですが、レベルに分けていくのかもしれないけれども、そういうものを考えていくというその全体的なことが必要なのだろうと。その中で連携パスという言葉が生き残るのかが私はいまだにわからない、なくなる可能性もあるのではないかとこのように思っています。

それからもう一つ大事なものはそのガイドラインですね、プライマリーケアでの診療ガイドラインというのはとても重要でありまして、これに関しましては実は大阪大学の数井先生が厚生

労働省の科学研究の中で作っていますが、これはプライマリーケアの先生にこれだけやってくださいと簡単なガイドラインを作っているところでこれがみそでございまして、先日、彼とも話してきましたけれども、「使えていますか」と聞きましたら、「いや、使えていません」と言っていましたけれども、あれを使うためにはどうするのですかと聞きましたところ、これはそれこそ顔が見える関係でかかりつけ医の先生一人一人にあいさつ回りに行って使ってくださいと言わないと使ってもらえないと、ですから使えるようにする仕組みというのはまた別のいろいろな戦略が必要なので、その辺のところは数井先生にぜひ詳しいお話聞くのはいいことなのでないかと思うのですが、そんなことをちょっと考えてやっていくのがいいのではないかな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。ほかにご意見をいただけたらと思いますが、資料で「委員提供資料」というものがいくつかございますね、それは既にご発言いただいた間淵委員のほかにも土井委員、高藤委員から資料を用意していただいておりますので、よろしければ資料を使って何かコメント、感想とかをいただけたらと思います。

【土井委員】 地域包括支援センターの土井です。資料を今日お持ちしましたが、事務局のほうで用意して下さった資料にもありますように大田区では三医師会のほうで認知症連携パス、かかりつけ医と、あと二次、三次医療機関との連携パスがありましてそういったことと、とにかく医師会がすごく頑張ってくださっている自治体かなと思っています。大学病院や都立病院もありますけれども、やはり包括にとってはかかりつけの先生がいろいろ相談にのってくださるといふところがあります。その医師会側も1箇所ずつ地域包括支援センターの委託を受けておりますので、そういったところで包括の職員が医師会の先生方とよくお話をしてくださっているという現状もあるのかなと思っています。

レジュメの後ろに付けている資料なんですが、2ページ目にある「ケアプラン作成に関する連絡票」がケアマネジャーさんがドクターに連絡をとるとき、相談をするときにこういった形がいいかなということがありまして、地域包括やケアマネジャーが使っています。普通にお手紙を一から書くよりはある程度フォーマットがあったほうがいいからということでもかなり活用されて、これは介護保険が始まったころからもうずっと使っているものだと思います。では、全員が使っているかという使っていないケアマネジャーさんたちもいらっしゃるかなとは思いますが。そして医師会のほうで「ケアマネタイム」といって医師会のドクターのほうでこういった形でFAXかメールか、あとは何曜日の何時だったら連絡くれというとか、そういった資料が医師会のホームページのほうにアップされたりしてしまっていて、すごく介護寄りという



ころがあります。

次に、大田区の認知症連携パスのことなんですが、事務局の資料のほかに私のほうでお渡ししている資料で絵が書いてあるものがあるのですが、ドクター同士の連携パスと全く同じように見えるのですが、実はこれは包括からかかりつけ医への連絡ということで大田区の三医師会さんが独自で作っていただきました。やはり認知症初期のときから早くかかりつけ医に相談をして、かかりつけ医が二次・三次の医療機関につなげるようにという目的で作ったものですが、先程包括が、介護者が、最初からもうちょっと理解があればみたいなところがお話にも出ていたのですが、初期の段階で包括のほうは「これは始まったかな」と思っても、なかなか医療機関につなげることが難しかったりするのが現状なので、本当に間淵委員が実際に病院で対応された独居高齢者のような方がすごくいらっしゃるの、それが悩みどころかなと思っています。

レジュメのところの最後に書きました1から4は今、私なりの現状の感想なんですが、介護保険が始まった当初よりはケアマネジャーさんは大体医療機関との連携をとるタイミング等がつかめてきたと思います。先ほど山田先生がおっしゃっていたように、ちょっと診察に乗り込んでいっちゃったりとか、そういったところをご迷惑はおかけしているかなと思いますが、ただ、そういったことをするとドクターと直接に話ができるとか、あと病院の相談員を通してするとか、ノウハウをケアマネジャーが身につけてきたかなというところがあります。本当に東京は医療機関が充足していますので、あとは訪問医ですね、訪問診療を専門にやっていたりしゃるドクターが本当に多くいらっしゃる、大体ケアマネジャーさんのほうが仲のいいドクターを見つけまして、その先生ばかりに相談するとか、そういったようなことも現実あるのかなということと、あとは実際に先生方にもケアマネジャーや包括というものが認知されてきた、認められてきたのかなというのが最近の現状だと思います。ただ、やはり福祉系のケアマネジャーさん、包括の福祉系の職員もやはり苦手感があるということを言っていますので、そのところで東京都の在宅医療サポート研修なんかは効果があったのかなと思いつつも、ただ受講したケアマネジャーも「そんなことはドクターに直接聞けばいいのに」と思うのをずっとしり込みしていたりとか、なかなか福祉職のドクターへの敷居の高さというのは拭えないのかなと思っています。

最後の4番目なんですが、とにかく今は包括の立場として先ほどの事務局の資料2の図を見ながらすごく思っていたのですが、「あっ、発症したかな」と思って、かかりつけ医にでもおつなぎできればいいのですが、それがなかなかつなげられないのがやはりキーパーソン不在の独居・高齢世帯ケースです。こういったケースはすごくつなげるのが難しいので、先ほどの医

師会さんが作ってくださった包括からかかりつけ医の連携パスも使えていません。ドクターにお願いしても本人が受診に行かなければ難しいですし、一緒に同行するといってもどういう理由でとかで悩んでしまいます。本当に受診をしない、拒否をする方をどうつなげたらいいのかなというのが、この資料でいうと自治体とか東京都とかにご相談するのかなと、ただ、相談をしてどれだけの対策があるのかなとか、そういったところがすごく疑問に思っているような状況です。受診に連れて行けるしっかりとした介護者がいれば問題ないのですが、ということが包括の今の立場です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。大森医師会とか蒲田医師会というのは私の知っている限りではケアマネジャーさんとかと、ほかの医師会と比べても顔がよく見える関係を作っているらっしゃるとの印象を受けています。もちろん、これで解決できない方も大勢おられるのでしょうけれども、気がついてこれを付けて患者さんを何とかつなごうというところが、もうほかの医師会とは違って一步先に行っているのだらうと思います。ありがとうございます。

では、高藤委員お願いします。

【高藤委員】 私は診療機関のほうからの資料提供をさせていただきましたが、5種類あります。まず、資料1には東京医大が中心となって新宿区医師会と作った、これはクリニカルパスになります。資料2のほうは病状説明書ということで東京医大さんが昨年からはじめたらしいのですが、患者さんあるいは家族の方にもきちんと説明をしなければいけないということで、診断されたあかつきにはこちらのほうに記入してご本人たちに渡すということをしております。その中で「今後の治療方針」、「本人への指導」、「家族への指導」というところに関してなのですが、わりと介護福祉とか介護職の意見としてドクターが本人や家族にどんなふうの説明をしたのかということと、あと治療方針がわからないとなかなかケアの方針も立てにくいというところがあるということなので、この記述に関しては福祉、介護職にとってもとても有益なものなのかなということでお示しさせていただきました。

それから資料3から5に関しては大田区でもされているということで、ケアマネタイムというのも実は平成19年度から新宿区の医師会のほうが、介護サービス事業者と主治医との連携を図るために立ち上げた事業なんですね、これはまさにパス、紙面上の連携というよりは仕組づくりの一環なのかなというふうに思っております。

資料4のほうは具体的に使うFAX用紙になります。相談はFAXでもいいし電話でもいいし、面接でもいいということで資料5に協力いただける先生のリストを作成しまして、そこで何時だったらいよいよとか、どういう方法で連絡を取り合えるというものが作成されています。

今96診療所が協力してくれているという現状です。

立ち上げたところには非常にケアマネさんに重宝されて絶賛されていたのですが、今の利用状況は十分把握はしていないのですが、これもひとつ医療と介護の連携強化ということで非常に有効なのかなというふうには思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そのほかどうぞ、ご意見をいただけたらと思います。

山本委員をお願いします。

【山本（祥）委員】 先ほど何度かご紹介いただきましたけれども、武蔵野・三鷹の認知症の連携シートはまだ試行中ということで、11月ごろには正式に運用していきたいと思っております。そのため、今日は資料をご用意しておりませんが、事務局のほうで用意いただいた資料をご覧いただければと思います。ファイルの5が三鷹・武蔵野連携の会の作ったシートでございます、一部変更しているところもございますけれども基本的な考えということでお話ししたいと思います。

その前に、これはクリティカルパスではなくて情報共有シートまたは情報交換シートというような位置づけで作っているものでございます。もともと福祉と医療の連携は必要だという共通認識はありました。ただ、福祉の支援者から見る在宅と医療者側が思う在宅というのが違って、例えば認知症の例をとってみてもいろいろと周辺症状で困っていることがあったとしてもお医者さんは困っていない。だから主治医意見書では認知症のことが全く書いていないので、介護保険の要介護度が低くなって、なかなかサービスが使えないといった例もございます。それで、お医者さんにそうではないんですと言いたいと思っても医者には何か物を申すのかというようなところもございました。そういうようなところでは在宅側から医療機関にいろいろな情報、こういう状況ですというようなことを言葉で言うのではなくて、シートという形でお渡しすることによって理解をしていただきたいということで作った連携シートです。

シート1は、お医者さんに家族はこういうことで困っていますというようなことを記入するシート、シート2は、地域包括支援センターですとかの支援機関から伝えたいこと、相談したいことを医療機関に届けるという考え方でございます。

情報を提供するだけではなく、支援者側もどういう治療をしたのか、どういう方針でやっていくのか、診断を知りたいということもございますので、そういうようなものをシート3という形で返していただくというようなものでございます。

かかりつけ医と専門機関との病診連携につきましては、シート4、5、6というような形で

作っておりますけれども、そういういくつかの要素を組み入れた形で作ったものが三鷹・武蔵野連携シートです。ですから専門病院、行政、かかりつけ医、医師会で取組を進めているというものでございます。

今、主にまとめていただいておりますのは杏林大学の神崎先生でございます。神崎先生の認識として、先生が書かれた文章を引用いたしますと、「病院や診療所は介護保険の申請に始まり、ホームヘルプやデイサービスなど地域資源の利用を進める術を持たないことが多い。地域包括支援センターに行くよう指示するだけではなかなか患者は行かない」という困難をお持ちでした。お互いの立場で何とかつないで連携を深めるために、こういう書面を作っていこうということで連携が始まったものでございます。

まだ、試行中ですので効果、課題をコメントするのは難しいところですが、やはりかかりつけ医の先生に広げていくというのはなかなか難しいなというのが今試行の段階での課題と認識しているところです。ただ、実際には在宅側からすればこれを使うことによって診療を頼みやすくなったり、そういう困り事を相談しやすくなったので、結果として主治医意見書にきちっと書いていただけるようになったというようなことができています。シート1、2は在宅側から医療機関、シート3は医療機関から在宅側へというシート構成ですが、どこから使ってもいいということにしておりますので、専門病院からこの方はこういうことで困っています、こういうことで何らかの支援が必要だと思えますということで、直接地域包括支援センター等へ連絡がくるようなこともございます。そういう形で少しずつ連携は進んでいるのかなと感じているところでございます。正式に運用を開始いたしましたら何らかの機会にご紹介させていただければと思っております。

【繁田部会長】 ありがとうございます。そのほか、せっかくの機会でございますのでお願いします。

【間淵委員】 北多摩西部の脳卒中の協議会のほうのお金で作ったものなので、このくらい大きなものですね、これがオレンジのものが脳卒中バージョンです。お手元に配布させていただいていません。この青いものが基本的には一般の方、何にでも使えるものでつくりました。地域ケア部会というのが新田先生という地域ですごく力がある先生なのですが、在宅医療をやっている先生がメインの会議で、山本さんも一緒に入って作ったものです。

現実にはお手元に配布させていただいた資料があるのですが、これが最新バージョンで少しずつここが書きにくいだとか、この紙を追加したほうがいいとかいうことでちょっと変わってきてまして、書き方がわからないということが多かったりとかするものですから、現実には

先に「生き生きノート」のことを説明させていただきますが、実際にクリニックに持ってきたときに最初の段階では、お名前が個人情報なので表紙に入れるのはやめましょうということだったので個人情報は入れなかったのですが、そうすると2冊きちゃうとどっちの人かわからないということで、前にお名前だけ書かせていただくもの、お手元に配布させていただいていますが、それを付けています。その記入例ですが、表紙の後ろ側が基本シートになっていまして、こんなふうにして書きますよという形で電話番号とか患者さんの個人情報なんですけど、感染症に関しては書いても書かなくてもいいので基本的にはどこでもいいので書けるところを書きましょうというのが基本的になっています。

その裏が実際には書くところで、あとは脳卒中の協議会でつくりましたので「生き生きノート」持参時のお願いと配布する方へのお願いの文書が入っています。これも少し変わっている部分があるのですが、とりあえず無視していただいて、次に「生き生きノート」の使い方ですが、これは紙の色が……あとで見ていただいてもいいのですが、紙の色が変わっていますので書く人によって紙の色が変わることが中に入っています。使い方などを書いています。

その次に地域で暮らし続けるための地域支援ネットワークというのは先ほど私が申しましたように、母のときにどんな支援があるかが全然わからなかったんですね、それでこんなものがあればわかるんじゃないのという形で山本さんとか委員の人たちの意見を参考にして作ったものです。もちろん、これはすべて認知症をターゲットにしているわけじゃないので、いろんな疾患があるのでいろんなバリエーションになると思うのですが、最終的に在宅に基本的には戻りますよというふうなイメージ的に、そして、最初は友人とかご自宅の中で家族とかに守られていたけれども、いったん病気して帰ってくると大きな括りになると社会福祉協議会とか市役所とか消防署とか行政機関とか近所の人も支えますと、それで今度はご自宅に訪問診療とか訪問看護とか薬剤師さんとかヘルパーさんとかいろいろ入ってくることができますよという形のもの、これは相談のための相談というか、資源の説明のときの資料として使っています。これは1枚だけ印刷もできるようになっていますのでそれだけで印刷したりなどして、裏側はそれを文字にしたものです。「在宅での生活のあり方」とか、あと病院から帰るときにいろんなものの準備が必要なので、「在宅にあたり準備するもの」などいろいろあります。

次に、これは保健所の所長さんの意見だったのですが、「生き生きノート」の中にこんなイベントがあると、例えば骨折をしましたとか、例えば病院に行ってお熱が出てちょっと入院しましたとかいうことがあったほうがいいんじゃないでしょうかということで「イベント表」です。

あとはその次に「自由記載・連絡表」というのがあるかと思うのですが、これは医療職がメインで作ったものではないかというご意見をいただきました。要は家族が書くところ、聞きたいところ、あとは先ほど地域の方、地域包括支援センターのケアマネさんも見たりとかするので、あとはヘルパーさんも見たりとかするので、実はヘルパーさんが一番見ているんじゃないのという話になって、誰でも質問があったときに誰から誰に書きましょう、先生に聞きましようとかいうことをここに書くことによって、答えがもらえるような形を工夫してくださいということで、これはケアマネさんとヘルパーさんの意見が出てきたということで、これを追加してみました。これは最終バージョンです。

それから「支援シート」があって、主にケアマネジャーさんが記載するものです。すべて書き方見本がついていますけれども、その次に「診療シート」があります。それは医療職、診療なので診療とか看護の方が書きます。ここにタックが付いていますけれども、このタックは今まではなかったのですが、どこに誰が書けばいいかわからないということでタックが新しいものには付いています。下のほうに Modified Rankin Scale (mRS) とか「障害者の自立度」とか「認知機能」とありますが、これは2つのものは介護保険のものの表現の仕方にしましたけれども、こういうものが入っています。あとは「薬シート」で、これは何に使ってもいいのですが、お薬手帳を持っていない人はここにシートを貼ってくださいということで作ったものです。

次に、「検査結果シート」です。今開業医の先生も病院も検査の結果を渡すようにだんだんなってきたので、そこに積み重ねていけばいいかなということで検査の結果がわかるようにしました。あと、「生活シート」に関しては、これは今度リハビリの方の書くところがないということだったので、リハビリの方とかが日常生活のことがわかるようにということで4生活シート」で本人とか本人のことが一番わかる人、また看護者でもいいと思うのですが、書きましようという形のものです。

次に、私どもの圏域は摂食・嚥下にすごく力を入れている圏域でして、これは多摩・立川保健所のホームページから引っ張ってきたもので、食べることがすごく大事だよということはいろんな病気で言われているので、摂食・嚥下障害のパンフレットを入れ込みました。そのあとで「食事支援シート」ということで摂食・嚥下の方でいわゆる評価医が書いた日とか口腔ケアをした人が書くという形のものを作成しました。

こういう形のものです、あとは「認知症の人がどこで生活するの」と、これは私が病院で説明するときに、基本的に先ほどの左側のイラストと一緒にこんなところに行くことができますよ

ということで書いたのですが、基本的には住み慣れた環境で生活をする、ご自宅で生活するのが基本ですよということで引っ張ってきて作ったものなのですが、こういうものを使いながら日常支援をしている感じです。

そのあとのものは「認知症連携イメージ（案）」ということで、これから認知症の疾患と要するに連携をしていかなければいけないんじゃないかという形で、私どものところが多分事務局になるので、運営事案を今作っている段階なのでどんな形になっていくのかは見えませんが、それを作らせていただきました。例えば認知症の方は介護度がどうしても高く出るかと思うのですが、実は低いんですね。例えば先ほど山田先生のところとか平川先生のところもそうですけれども、精神疾患で例えば統合失調症だと32条が使えて、医療費とか訪問看護とかを入れたとしてもお金はそんなに、訪問看護が自由に入れられるというかいけるのですが、認知症の方はそういうものがないので、それで介護保険が優先するので介護保険の中にすると訪問看護のお金はなかなか出ないんですね、医療はだめだとか介護保険のほうが優先だとかという大きな問題をそこに認知症の方は抱えていると思うんですね。

そういうことをこれからどうしていくのかというのは、やはり国が認知症の人を支えていくことができれば、そこにもちょっと注目してみたいかなという感じのものがあって、認知症の方に説明をして、お家の方に説明をして、このサービスが要るのですが、現実的には介護度は2ですという方に訪問看護を例えば2週間に一遍入れなさいという高いんですね、実は1万2,000円とか、ひどいと1万6,000円とか点数にするとそういう形になるので、そこから辺のことも含めてこういう場があるので検討していければと思っています。

一応「生き生きノート」は、今現実に私どもの圏域は例えば立川市ですと地域ケア会議というのが月に1回ありまして、地域のケアマネが入ったりとか病院の職員やケースワーカーが出たりとか看護職が出たりとか、そのときのテーマによって違いますけれども、出ていましていろいろな意見交換ができたとか、この「生き生きノート」に関しては広めるために各市町村の主任ケアマネとかケアマネさんと呼んで、こんなふうに使いましょうという形で言いました。で、今うちの病院だけでいいますと、うちでは患者カンファレンスを開くときにこれを配布して書き方を説明してという形で大分浸透してきた感じがします。それが地域でもうちょっと評価ができるまでには時間がかかるような気がしますけれども、例えば国分寺病院だとか竹口病院さんとか医療センターとか、あとリハビリのところでも使ったりしているので、あと摂食・嚥下で使っていたりしまして、何でもそうですけれども、食わず嫌いでなかなか使おうとしない、使ってみたら「あっ、実は使えたね」というのが出てきたので少し進んできたかなと思っ

ているところです。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。この「自由記載・連絡表」というところがおそらく埋まれば埋まるほど顔が見える関係に近くなるんですね、質問をしてそれに答えてということですね。これだけのノートがもしかしたら究極のツールなのかもしれないですね。

ご発言いただいている方……ぜひ、お願いします。

【西本委員】 私も看護職が基礎職ですので、もう皆さんのいうことは本当にそのとおりというふうに思って聞いておりました。ただ、ケアマネジャー側からして、今医療サポートの話、研修の話も出ましたけれども、たしかに医療的知識が足りなくて今回の研修に関してもケアマネジャーは研修を受けてよかったという感想をかなり多くのケアマネジャーが出しておりましたが、ただ1回だけほんのちょっとの、例えば認知症にしてみれば1日だけやっただけでどれだけお医者さんの門を叩くことができるかということ、かなり難しいのではないかなというふうに思っていて、うちのケアプランセンターのケアマネジャーには和光病院の先生の連続したセミナーとかを受けさせていまして、なるべく知識を上げようというふうには努力をしている最中は最中なんですけれども、やっぱりその辺の努力も必要なのかなと。

ただ、私自身がケースを抱えていて認知症の支援をするときにうまくいったケースというのは、もちろんお医者さんとの連携はすごく大事なのですが、地域包括支援センターだとか民生委員さんだとか、地域のコミュニのとこととか、結構そういう周りの人たちと連携をするところが大変重要であるんですね、今までのところが重要ではないというわけではなくて、うまくいったケースというのは先生も含めて地域の人たちとうまくいった場合が、やっぱり支援する側でうまく進んでいくのかなということ。で、うまくいかなかったケースというのはなかなかアウトリーチングをしてもらっても専門家につながらなかったりだとか、在宅の状態と先生とのやっぱり認識の違いがあって、なかなかそこを我々が説明がうまくできなったりだとか、あとはご家族の理解、ご本人の理解がもちろん難しい場合はご家族の理解も得られなかった場合だとか、どうも後手後手になってしまって、支援がうまくいかなかったケースが多いのではないかなというイメージがあるんですね。

ケア側が今頑張っているのは、やはりその人がどういう生活を送ると安定していくのかというところに視点をもって、ケア側は頑張っているんで、ぜひ、今回はケアパス部会ということだったので、クリニカルパスではなくてケアパスというイメージでもっともっと在宅のヘルパーや家族やケアマネジャーや福祉畑のほうで参入できるような、このケアパスの冊子を見ると、



ご本人が「あっ、私のだ」と思えるような冊子にしていただけると、私はすごくありがたいかなというふうな希望を込めて今回の委員会に参加させていただきましたので、その辺を取り入れてくださるとありがたいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

では、村松委員どうぞ。

【村松委員】 3分ということがあって一応まとめてあるのですが、介護者の会で医療と介護の連携の相談が多くなると思われるのは、認知症の初期と終末期、合併症が起きてくるころだと思います。実は私自身も95歳の認知症になってから20年の母を介護中です。今日はショートに入って預けてあります。実は今日のショート利用のときにも母が嘔吐があるので、嘔吐のときの対応をどうするかということ細かく説明して、30分以上説明をして職員とやりとりをして来ました。その辺でもすごくお医者さんからはこう言われていて、施設側での受け入れ体制はこうでということでの説明は家族がしなければいけない。で、非常に長い時間がかかったのですけれども、そういうこともある程度わかっているからできることで、これがわからないと一般のご家族の方は説明できないんだということをもいつも頭において家族の会でもお話をしています。

先に自分のプライベートなお話をしてしまいましたけれども、初期の場合、認知症の本人が拒否してデイにつながらないケースというのが相談の件数としては多いのです。医療側もデイは今合わないでしょうという言い方をご家族になさいます。地域包括の方やケアマネさんがご家族では無理なので、見学にちょっと行ってみましょうかと本人を誘ってみますけれども拒否されます。先ほどもあったように本人拒否にあつて、そうすると一、二度は熱心にやってくれますけれども、それが失敗するとその次にはもうなかなかつなげていなくて1年以上たってしまうということが起きます。

この間に会にはその家族は見えるわけで、家族はどこにも、お医者さんに言ってもなかなか理解してもらえない、地域包括やケアマネに言ってもなかなか理解してもらえない、無理でしょうという感じになってしまって家族は疲弊状態となつて、「もう家を出るしかないの、主人を置いて」ということで相談に見えます。それではちょっと大変でしょうということで、一応デイの利用できそうなところをこちらでピックアップして状況を作つて、ご本人を誘っていくと結構うまくいくのです。それでデイにつながるということがうちの会でもありました。それを担当ケアマネに伝えて、そこから介護保険につながっていく、デイ利用につながっていくということがあります。

これはうちの会だけの話ではなくて、都内の介護者の会の方々からもよく聞くお話です。そういうときに専門の方の導入よりも、むしろ家族会とかその対処の仕方というものをある程度わかっている方が同行するとうまくいく場合があるのかなというふうに、すごく感じています。そういう意味で私たちはなかなか地域包括に状況を聞くとか、医療のお医者さんに「こうなんですけれども」と申し入れすることってなかなか介護者の会としては言いにくいものがあります。それなのでその辺のことをちょっと踏まえて医療側から聞いていただくなり、こちらから聞いてもいい関係をつくれたらいいかなというふうに思います。

初期に苦労しない介護にあたられると、先ほども申しましたけれども、介護者もわりと安心して介護ができるようになってくるんですね。その垣根を取り除くというのが大事なかなというふうにすごく感じます。

それとその次のこととしては入院しますね、骨折だったり周辺症状が強かったりということでも入院をしますけれども、それで急性期が過ぎた場合に退院を迫られる。でも病院によっては相談員さんがいなくて病院からも紹介をしていただけなくて、自分で病院を探さなければいけないという状況になります。そのときに情報がないと次の病院を家族が探せない、地域包括にお願いしようにもその状況がわからないから医療の情報がないから探せませんというふうな形で、もう閉ざされてしまうということがあります。そういうことが起きてくるなということを感じています。

それともう一つは、高齢者世帯がだんだん多くなってきて若い世代は在宅で大体見取りということが行われて、70歳未満の方はわりと在宅で何とか見取っていくということがこのごろ会では多いかなと感じるのです。ところが、70歳以降になってくるとやっぱりいったん医療の現場に当事者を任せてしまうと、そのあと在宅に戻すということが非常に大変になってくる。もしかしたらこの人だったらできるかもしれないというのは、やっぱり会の中でも感じるんですけれども、でも、それをちゃんと説明するには医療側の説明とそれから地域包括のサービスの利用の仕方、それからこういうことがありますよということの案内というのがないから在宅では抱えきれないと思って、もう施設にお任せするということが多くなっていく現状があるかなというふうに思います。

実は高齢者世帯で家族が離れて暮らしているというのが、やっぱり東京都内でもきつとあると思うのですけれども、介護者であるお母様が脳梗塞で救急搬送されて当事者である父親の暮らしが安定できない、ちょっと難しいだろうというケアマネの判断で急きょショート先をケアマネさんが探してくれたんですね、ところがショート先というかミドルステイできるところは

老健ということで、老健の案内を取ったんですけれども診断書が必要と、だから診断書をもらってきなさいというときにケアマネさんが、こことトラブルが起きると、このあとまた在宅に戻ったときに大変だからトラブルは起こさないねということのを先に言われちゃうと、もうどうしようもない。

お医者さんにそのことを相談すると今度はお医者さんからは、「いや、順序が逆でしょう」と、リハビリをするから老健にくるのであって、そこからまた次のところへ行くというふうにお医者さんから介護保険上の正当なことを言われると、介護者はその仕組みなるものがわかっていないので非常に困ってしまって、また介護者の会に相談にくる。ケアマネに行くのでもなく、医療側に行くのでもなく介護者の会に相談にくる。で、そこから制度の説明を始める、で、こういう事情があってもしかして医療で難しいもの、医療器具とか使っていないとか聞いていくとだんだん出てくる。で、「じゃあ、それがあるからお医者さんはそう言ったのよ」という説明を、ケアマネさんと医療のフォローをしなければならなくなるので、介護者が情報を持っているということはとても大事なことではないかなというふうに感じています。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。まだ、ご意見はあると思うのですけれども、残り時間が迫ってきましたので続きは次回ということで、ただ、ご意見シートという用紙があると思います。別にこの用紙でなければならないということではありませんが、今日ご意見をおっしゃっていただいていないとか、言い足りなかったこととか、あるいはほかの委員の方のご意見を聞いて改めて思ったこととか、あるいは今日の議論とは全然関係ないことでも結構ですので、これに書いて寄せていただくと次の議論の材料にさせていただきます。毎回毎回皆さんからいただいた意見のうえに発展させて議論を進めていきたいというふうに思いますので、はじめに何かシナリオありきということではございませんので、皆さんの意見で進めていきたいと思ひます。ぜひ、ご意見シートをお願いします。

それでは、もう一つ情報共有に関して少しデータを集めたいというふうに思っておりまして、そのアンケートに関して事務局から説明をしていただきたいと思います。お願いいたします。

【室井幹事】 それでは、事務局作成資料の一番最後の資料の12というのをご覧いただきたいと思ひます。

こちらは今部会長からお話がありましたように、情報共有ツール作成の基礎データを収集したいということで、医療関係者及び介護・福祉関係者を対象にアンケート調査を実施したいということでございます。対象につきましてはここに書いてありますとおり専門医あるいは専門

医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー、それぞれ概ね100程度ずつアンケートをしたいと思っております。

主な調査内容でございますが、医療・介護の連携のための情報共有をどの程度実施しているのかと、例えば専門医であればかかりつけ医や地域包括支援センター、あるいはそのケアマネさんと情報共有の機会というのが頻繁にあるのか、ほとんどないのか、全くないのかというようなことあたりを聞いていきたいと思っております。それから実際にやりとりをしている情報の内容は何か、一方でまた、その関係者から提供してもらいたい情報とは何かと、いわゆる現実と理想のギャップがあるのかどうかというあたりを調べてみたいと思っております。

また、実際に用いられている情報共有の方法、会議体を作るですとか、連携シートを作るですとかそういったこと、どんなことをやっているのか。そしてよりよい情報共有のために有効であると考えられるような方法というのはどんなものが考えられるのだろうか、この辺もギャップがあるのかないのかというのを見ていきたいと思っております。さらに、情報共有が進まない要因、それからその他地域連携や情報共有に係る問題点等も記載をしていただきたいと思っております。

調査期間につきましては10月上旬ぐらいに発送いたしまして、1カ月程度で整理をしていきたいと思っております。結果がまとまりましたならばこの部会にも報告をぜひさせていただいて、ご議論の参考にさせていただきたいと思っております。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。用意いたしました内容は以上でございます。今日いただいた議論を整理をして、次回またそこから議論を進めていきたいと思っております。率直な意見を皆さんが忌憚なく言っていただける会でありたいと思っております。

本日は、どうもありがとうございました。

それでは、事務局からお願いします。

【室井幹事】 それでは、事務局から事務連絡をさせていただきます。次回の部会につきましては10月中旬または下旬を予定しておりますので、ぜひよろしく願いいたします。委員の皆様には別途日程調整をさせていただきます。

今回はぜひ本日の議論をさらに具体的なものへ深めていただきたいというふうに思っておりますので、いろいろまた関係者からの意見を聞くとかというような場面を考えていきたいと思っております。次回もよろしく願いしたいと思います。また、本日は大変貴重なご意見をたくさんいただきまして、ありがとうございました。事務局といたしまして、またこれを参考にさ

らに有効な資料を提供していきたいと思っております。どうもありがとうございました。

それでは、本日はこれにて散会とさせていただきます。ありがとうございました。

————— 了 —————