

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第2回）

平成23年10月31日

【室井幹事】 それでは、お時間になりましたので、ただいまより東京都認知症対策推進会議第2回の認知症ケアパス部会を開催いたします。

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、まことにありがとうございます。

初めにお願いがございます。ご発言に当たりましては、お手近に置いてありますマイクをご使用いただきたいと思います。

まず、最初に本日の委員の出席状況について事務局よりお知らせをいたします。資料を4枚おめくりいただきますと、委員の名簿がございますので、そちらもご覧いただきながらお聞きいただければと思います。

まず、委員の交代について申し上げます。山本祥代委員、武蔵野市の中での異動によりまして担当職務が変わられたということございまして、辞任をされました。山本委員から同じく武蔵野市の伊藤真由美係長をご推薦いただきまして、委嘱させていただきましたので、ご紹介いたします。伊藤真由美委員でございます。よろしくお願いいたします。

本日欠席されている委員でございますが、栗田副部長がご欠席というご連絡をいただいております。

それから、本日所用によりまして遅れるというご連絡をいただいております委員でございますが、秋山正子委員、西田伸一委員でございます。幹事につきましては、中山幹事、それから大滝幹事が所用により欠席ということでございます。

また、本日はゲストをお招きしております。あちらにいらっしゃいますが、大阪大学の數井先生でございます。

【數井氏】 どうぞよろしくお願いいたします。

【室井幹事】 先生は認知症のケアパス等につきまして研究をなさっておりまして、後ほど詳しくお話をお聞きしたいと思っております。事務局からは以上でございます。

それでは、繁田部会長、よろしくお願いいたします。

【繁田部会長】 それでは、時間も限りがございますので、早速議事に入らせていただきたいと思いますけれども、まずは資料の確認を事務局のほうでお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、本日お手元に配布しております資料についてでございます。次第と

ともにとじております資料が資料1から資料3まで、資料3はA3の横長のものがございます。それから、参考資料がございます。さらに本日ゲストとしてお招きしております数井先生の説明資料というものがございます。ご確認いただければと思います。また、第1回部会の資料につきましてご参考までに委員の皆様にご配布をしておりますので、適宜参照していただければと思います。こちらは次回以降も使用させていただきますので、会議終了後、机上にお残しいただきますようお願いいたします。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、まずゲストとしてお招きしている数井先生からご発表いただきたいと思っておりますけれども、厚生労働省の研究費で地域連携を目指した情報共有の仕組みづくり、そういうテーマで研究をなさっていらっしゃいます。今後私どもが議論を進めていく中で大変参考になるだろうというふうに思いましたので、本日関東のほうにおいでいただいたところを8時までは引きとめておりますので、その間ご発表いただいて、ご質問などさせていただいてお教えいただけたらということで無理を言ってお願いしました。

それでは、初めに30分前後ですか、お教えいただいて、その後委員の皆様からご質問をお受けして有意義な会にしたいと思います。それでは、数井先生、どうぞよろしくお願いいたします。

【数井氏】 大阪大学から参りました数井と申します。私たちが厚生労働省の研究費をいただいて3年間で、平成23年度で一度は切れるのですが、行った研究をご紹介したいと思います。

前半は私たちが行った研究について説明をいたします。後半は皆様からいただいた質問について回答するという形で進めていきたいと思っております。では、始めます。

レジュメの2枚目から始めますが、私たちがシステムを考える上で基本においた考えの一つめは、認知症の診療は正しい診断と治療方針の決定から始まるということです。認知症の原因疾患によって出現しやすい認知障害、BPSDが異なり、治療法、対応法も異なるからです。二つめは、認知症の患者さんの基本的な生活は在宅の生活であるということです。かかりつけ医の先生による在宅診療と在宅ケアが中心です。そしてこれを認知症の専門家がいかにサポートするかということが大切です。三つ目は、どこでも実現可能ではないかもしれませんが、私たちのところでは2人主治医制をとるよう頑張っています。開業医の先生と認知症専門医の2人が主治医になります。通常の診療もかかりつけ医の先生にお願いしていますが、診断、治療方針の決定後も3、4か月に1回は専門医を受診していただきます。四つ目は、現時点では、患者、家族介護者、ケア施設の職員の皆さん、ケアマネジャーに対する継続的・実践的な教育

的活動が必要だと思っています。そして、五つ目が情報の共有ツールが必要ということです。

次のページは、私達が考案した連携システムの前提となる診療の流れを示しています。まず一番左のお二人の図を見てください。これは認知症の患者さんとそのご家族を表しますが、まず、認知症の専門病院を受診し、診断を受けていただきたいと思います。診断を受けた後は、かかりつけ医を設定し、図の中央ですが、その後、かかりつけ医先生に日常診療をしていただきながらケア施設で介護支援を受けていただきます。この生活が基本的な療養生活で、この生活を可能な限り、長く送ることが重要です。しかし認知症患者さんの長きにわたる療養生活の中では、BPSDがひどくなったり体の異常が出たりして、専門病院で入院治療を受けなければならなくなるときが起り得ます。しかしこの入院期間はなるべく短くして、退院後はまたかかりつけ医先生とケア施設での在宅ケアを中心とした基本的な療養生活に戻っていただきたいと思っています。

この認知症患者さんの在宅療養生活をサポートするために、私たちは「心と認知の連携ファイル」を作成しました。これは患者さんごとに作成して、患者さんが診療、ケアを受ける際に常に介護者が携帯していただきます。そして、天寿を全うされるまで使用するということを想定しています。ファイルは前半と後半に分かれていて、前半は情報共有の部分で交換日記をイメージしています。家族介護者、ケアマネジャー、ケアスタッフ、かかりつけ医、専門医がお互いに連絡、質問、回答し合うようなページです。後半は患者さんの診療情報のまとめで、母子手帳をイメージしています。

次のページに連携ファイルの中で最も重要なページを示しました。これが連携のページですが、左の上のところにかかりつけ医、認知症専門医、家族、ケアマネジャー、スタッフ、地域包括、その他というように書かれています。この例では左の欄のケアマネジャーのところと、右の欄のかかりつけ医のところにおががついています。そして左欄の日付の所に2011年2月1日と書かれています。その横には質問しますにおががついています。すなわちケアマネジャーからかかりつけ医に、この日付の日に質問しますという意味です。そしてその質問内容を下の欄に書きます。その後、かかりつけ医先生の所に診察に行ったときに、かかりつけ医の先生がこの質問を読んで右欄に回答を書きます。この部分だけ黄色の紙にして目立つようにしています。そしていくら忙しくてもこのページだけは皆がチェックをすることとしていました。読んだ人は下の確認者サインのところに、サインをしてそのことを示します。

次に連携ファイルの有用性をまとめました。子供の誕生・成長と母親の健康を国が支える母子手帳には、長期間にわたる経過記録としての利便性、関連機関が記録を共有できる有用性、

母子を支える制度があることを実感できる安心感を提供する効果があると思います。この母子手帳と対比させると、連携ファイルは人生の最終ステージを皆で支えるシステムがあることを視覚化する効果があり、母子手帳と同様の利便性、有用性、安心感を持たせる効果があると思います。このシステムは都会で特に有用だと思います。その理由は、地方と比べて都会では血縁に頼りにくいからと、病院がたくさんあり、どこか1つの基幹病院を中心に他の病院やかかりつけ医先生をまとめることがしにくいからです。それから、私達がこのシステムを使って気づき、皆さんにお伝えしたいことなのですが、連携ファイルは学習ツールとしての役割もあるということです。関わるすべての人が連携ファイルに記入しあい、読みあうということを通じて認知症の患者さんと家族から学んで、それを自分で現場に生かすことができるのです。情報共有は患者さんの情報共有だけでなく、治療法、介護法の情報共有でもあるのです。

7ページ目です。この連携ファイルとともに、私達はあと二つのシステムを作り、併用しました。その一つは疾患別重症度別の治療ケアガイドブックです。これを新たに作成した理由についてまず説明します。現在、書店に行けば認知症患者さんへの対応法をまとめたケアガイドブックは山のようにあります。しかし私達の研究事業の初年度に行った実態調査の結果では、患者さんのご家族では大体4分の1しか、ケアスタッフの方でも3分の1しか、このような本は購入されて使っていなかったのです。どうして使わないのかということとをさらに調査すると、目の前にいる自分の患者さんに必要な記載がどこにあるのかわからない、1ページ目から真面目に読んでいくうちにドロップアウトしてしまうという回答が数多く寄せられました。情報量が多過ぎて、必要な情報にたどり着けないのです。そこで私たちが考えたことは、最初の私達の基本的考えとも関連しますが、疾患別、疾患によって出やすい症状は違うわけですね、重症度別、重症度によっても違うわけです、疾患別重症度別にガイドブックを作成することです。こうすると1つの冊子のボリュームは減らせます。例えば、専門医があなたの患者さんはアルツハイマー病の中期だからこのガイドブックを読んでもらうと手渡すのです。そうすると、必要な情報にたどり着ける確率が高いわけですね。

実際つくったのは全10種類で、総論と呼ばれるすべての方に知っておいてもらいたい事項をまとめたものと、アルツハイマー病は早期・中期・後期の3種類、レビー小体病も早期・中期・後期の3種類、前頭側頭型認知症は早期と中期をまとめたものと、後期の2種類、血管性認知症は進行がありませんので1冊です。それぞれの内容は認知症の症状について簡単に説明したあと、頻度の高い順にBPSDを取り上げて有効な対応法を列挙しています。BPSDの対応法に絶対的な方法があるわけではありませんから、このような方法を試したらどうですか、

こうしてはどうでしょうかという提案集だと思ってください。診断時に医療者が介護者に適切なガイドブックをお渡します。このガイドブックの使用で、私達が目標としていることは、BPSDの予防です。例えば前頭側頭型認知症のBPSDのように予防しにくい症状もありますが、多くのBPSDは予防できると私達は思っています。特にアルツハイマー病患者さんのBPSDは一定の確率で予防できると思っています。ですから、ガイドブックを読んでいただいて、ご家族の方、ケアの方にBPSDを予防していただきたいと思っています。

次の8番目のスライドはアニメーションで動くようになっていますが、プリントアウトすると一部重なってしまっていて見えにくくなっています。すみません。今回、私達の連携システムを2011年2月から7月末までの6か月間、私たちの大学病院の近くで試験運用しました。研究に参加いただいたかかりつけ医の先生や病院、ケア施設にはあらかじめガイドブックをお渡ししました。また協力いただいた患者さんのご家族にはその患者さんの診断と重症度に応じたガイドブックをお渡ししました。研究にご協力いただいた患者さんは59人、かかりつけ医先生75人、介護サービス事業所84施設、ケアマネジャー48名でした。

次からしばらくはその結果についてご説明します。1つ言い忘れていました。今回の介入研究はまだ試験運用だったので、このシステムについて悪いところがどんなところかというようなことも知る必要がありました。そこで先ほどのスライドの一番左下のところにありましたが、連絡会議という会議を月に1回阪大病院で開き、患者さんのご家族、ケアマネジャー、かかりつけ医の先生、行政の方などこの研究に参加されている方にお集まりいただいて、不備な点、悪い点、あるいはよい点などを聞きました。

従って、今回の我々の連携システムには、連携ファイル、ガイドブック、連絡会の3つが含まれていたとお考えください。このアンケートは、この3つそれぞれにどんな効果があったかを聴取したものです。連携ファイルの効果が最も高く、BPSDの対応を学んだ、自身で対応を工夫するようになった、ケアマネ・施設に相談がしやすくなった、かかりつけ医の先生に相談しやすくなった、かかりつけ医の先生の患者さんの理解が向上した、医療と介護の連携が向上したなどでした。

このグラフに挙げた項目以外にも、介護サービス事業所の方は、やはりこれまで話しにくかったかかりつけ医の先生と連絡がとりやすくなったと言われていました。それから、複数のサービス事業所間の情報共有に有用であるとの感想も聞かれました。これは私達が予想していませんでした。今回のこの試験運用の期間だけ、それぞれの在宅介護施設が使っている連絡帳を、これはどこでもつくっていますが、休んでいただいて、このファイルに統一をしてもらいまし

た。その評判がよかったのです。施設の方同士も実は周辺の施設がどんなケアをしているのかわかりたいと思っており、それがわかってよかったとおっしゃっていました。家族介護者は、連携ファイルを持つことによって安心感があると言われていました。これは最初に説明したことです。それからあと、連携ファイルには情報をまとめた部分もあるので、初めての病院や施設に行ったときに、これまでの経過などを繰り返ししなくても済んだとの感想もありました。かかりつけ医の先生も患者さんの日常がわかった、利用している介護サービスを知ったという感想があげられましたが、カルテとの二重書きが面倒くさくて、電子化してほしいという感想もありました。

11枚目では大まかな円グラフをいくつかお示しします。これは「かかりつけ医は私の介護負担をよくわかってくれるか」という質問を家族介護者に対しておこなった結果で、左が介入前で、「そう」、「少し」をあわせて57%だったのが、介入後は70%になりました。次のスライドは、「かかりつけ医とケアマネジャーはよく連携がとれていると思うか」という質問に対してですが、介入前は「そう」、「少し」をあわせても18%と少なかったです。介入後は、まだ満足できる数字ではありませんが、39%と少し増えました。

次は家族会へ参加している患者家族の割合です。私は家族会への参加を非常に有効な手段だと思っています。この研究期間中、私達は家族会への参加を勧めていません。しかし連絡会などで集っている間に、徐々に家族会に入る方がふえてきたようです。

次にもう少しはっきりとした数字でのアウトカムをお示しします。これは効果が高いと予想されたアルツハイマー病の患者さん44名の結果です。まず、一番左側のグラフですが、これはかかりつけ医の先生の患者さんの状態把握の程度の変化です。かかりつけ医の先生に対して、介入前後に担当している患者さんについての質問を行いました。例えばケアマネジャーさんの名前はだれですかとか、ここ1か月の間に妄想はありましたかというような質問です。介入後に患者さんの状況をよりよく把握されるようになりました。次は中央のグラフですが、家族介護者の認知症・介護に関する知識とは、私達のご家族に知っておいてほしいと思う認知症やその介護法に対する知識ですが、これが増加しました。簡単な試験形式にしてご家族に受けいただきました。当然ですが、この試験問題自体を練習してもらったのではなく、今回の研究活動に参加されている間に様々な場面で自然に覚えていただいた知識です。一番右のグラフは、ZBI、これは家族介護者の介護負担を測る尺度です。これが大幅に低下しました。

次は実際のBPSDがどう変わったかについてです。BPSDを評価するためにNPIという尺度を使ったんですが、これでは不安の頻度と妄想の重症度が少し低下しました。NPIで

は10項目のBPSDの頻度と重症度を評価します。すなわち合計20のスコアが出るわけです。そのうちの2つだけの改善です。これはある意味当然だと思っています。これぐらいのシステムを短期間運用しただけで、多くのBPSDが改善するとは思えません。もしも多くのスコアに改善を認めたというデータが提示されたら、「出来すぎ」と思われていたかもしれません。今回の研究結果の重要な点は、BPSDの改善は限定的であるが、家族の介護負担に対するお気持ちは大きく改善したということだと思います。これは重要なポイントだと思っています。

以上が私たちの行ってきた研究とその結果についてです。今からは皆さんからいただいたご質問についての回答です。たくさんありましたが、可能な限りお答えを用意してきたつもりです。ただ、残り時間の関係で全てをご説明することは困難だと思いますので、重要だと思うテーマについてお話ししたいと思います。

17枚目のスライドの中で大事な点ですが、連携ファイルの項目にご注目ください。連携ファイルの運用の際にいくつか工夫しないといけないところがあります。その一つが、今日の私の資料では連携ファイル指導者という言葉で表現していますが、連携ファイル、特に先ほどの黄色いページは、ぼんと渡されても、皆が直ちに適切に記載できるわけではありません。逆にここに適切な記載が出来るようになれば、認知症のこと、介護法のことをよくわかっていると言えるわけです。ですから、この書き方をしばらくの間、私たちの6か月間の試験運用期間中は、初めの1～3か月間、指導しなければなりません。実際には、ファイルを私達が拝見して、こういう点はこちらに書いたほうがいいですねとか、こういう点に注目したらなおいいですねとかいうように指導していました。もし東京都の皆さんで活用していただくとしても、これは何のためのファイルで、そのためにはどのように書くのがよいかなどを話し合ったり、指導したりする期間が必要だと思います。ぼんと渡したからといって皆がさらっと書けるわけではありません。ここが1つ大事な点で、このシステムを動かすために悩まないといけないところです。

次は、情報の共有化が必要な場面についてですが、これは在宅生活において何らかの支障が生じて困っているときです。すごくうまくいっている方については、連携ファイルに書くことが少ないかもしれません。やはり困っているときにこそ情報共有が大事です。何か困っていることに対して対応法を考えると、困っている症状に対して薬の治療を開始したときに治療ケアに関わる皆がその効果あるいは副作用について、いろんな観点から観察して、報告しあうというときに役立ちます。私もBPSDに対して薬物治療を始めたときに、効果と副作用を知り

たいと思います。これに関する情報がご家族からだけでなく、色々な施設の方からも得られれば良い治療ができます。このように、様々な理由で困っているときにこそ連携ファイルは有用です。

それから、次の19ページ目ですが、情報の共有化が必要な関係者とそれぞれの役割の整理については、多分このページを読んでいただければわかると思います。この中で大事なことは2点です。一つめは、ご家族に対してケアの仕方を指導する、そういう役割が必要なことです。私達が初年度に行ったご家族へのアンケート調査では、かかりつけ医の先生にしてほしいとの要望が多かったです。しかし専門性からいくと、もしかしたらケアの専門家、介護職員の方にしていただくのが良いかもしれません。ただ、そこで少し医療や病気の知識も必要なので、それをどこから得るかは課題になりますが。しかし実際のADL障害への対応とかケアの仕方については、かかりつけ医の先生よりもケアの専門家のほうがよくご存じだと思いますから、その方々がうまくできればなという思いがあります。

それから次、20番目ですが、これは大事です。皆さんからいただいたものは言語の統一化という言葉で書かれていましたが、もう一つ大事なことは認知症地域連携方針の統一です。まだ認知症の診療の仕方というのは確固たる絶対的なものがあるわけではありません。だから、このグループではどういう方針で治療ケアしていくのかを統一する必要があります。例えば、私たちのグループでは、診断からスタートするという方針をとっています。でも、診断からスタートすることがしにくい地域もあり得ます。認知症の専門医が全くいない地域でこの方針を採用しても仕方がありません。ですから、その地域、地域で診療ケア方針を決定し、皆に周知する、そして同じ方針に基づいて同じ方向に進んでいくことが大切だと思います。この方針はパスによって視覚化するとわかりやすくなるかもしれません。この基本的な方針を地域で統一する効果は、今回のシステムの中では、ガイドブック、連絡会、連携ファイルの順で大きかったかもしれません。

それから、誰がどんな役割をするのかも、地域によって異なると思います。ご家族の立場からすると、どの役割の人に尋ねると良いのか、かかりつけ医に聞くのがよいのか、ケアの専門家に聞くのがよいのかということも知りたい情報です。今回の我々の試験運用では、連携ファイルを運用している間に、この人がこんな答えをしているからこのことはこの専門家に聞くのがよいということがわかり、徐々にそれぞれの専門家の役割がわかったようです。この役割も地域として統一化できれば混乱が少ないと思います。

次は連携ファイル作成手順ですね。これは今回の研究の手順ということにもなりますが、こ

の研究を始めるために様々な段取りが必要でした。根回しも必要でした。まず連携ファイルのコンセプトを家族介護者、ケアスタッフ、ケアマネジャー、かかりつけ医、専門医に提示し、アンケート調査を行い、有用性について賛同を得ました。また同時に、ファイルに加えるべき項目についても調査しました。これらの結果をふまえて、連携ファイル試案を2名の患者に対して作成しました。そしてこの2名の患者に関わる家族介護者、ケアスタッフ、ケアマネジャー、かかりつけ医、認知症専門医の間で連携ファイル試案を3か月間運用しました。この間、ファイルに加えるべき項目、運用法などについて繰り返し協議しました。そして患者さんのこれまでの人生における趣味や好みの情報を、これがあると話しやすいとのケアのスタッフの提案で入れました。また、主治医の先生が介護保険の主治医意見書を書くために必要な情報をまとめると、このファイルをよく見ていただけるようになるとの提案を、かかりつけ医の先生からいただきました。

少し飛ばして、次は23ページにいきますが、我々の連携ファイルはこの7月までの試験運用後にもマイナーチェンジをしています。1つ目は、当初はA4サイズでしたが、大きくて持ち運びしにくいとのご意見があったので、今はA5判にしています。リングファイルにして厚くなったら外して薄く保つようにしています。2つ目は、連携ファイル記載のための手引書をつくりました。この欄にはこのような事柄を書いてくださいというようなことを書いた手引き書です。3つめは、先ほどもご説明しましたが、絶対書いてほしい重要な部分を色紙にしました。ただし、これも先ほどご説明しましたが、今回の試験運用期間は連携ファイル指導者が月に1回ファイルをチェックしてご家族に記載法を指導しました。連絡会でも使用法について相談、確認をしました。そういう工夫をしました。

それからあと、もう時間がありませんので、25枚目にうつります。連携ファイルの課題と方向性ですね。やはり有効に利用できたご家族とできなかったご家族がいました。問題を問題とっていないご家族の場合、連携ファイルが白紙で回ってしまうということがありました。それから、持っていくのを忘れるという方もおられました。このような方の場合、このファイルをあまり大事だとは思ってもらえなかったのだと思います。それから、課題、今後の方向性です。まずは課題ですが、連携ファイル指導者の育成確保とその方の雇用費用の確保です。私達の試験運用の間は厚労省の研究費で雇用できました。しかしもう少し範囲を広げて運用するとなったら、指導者の確保と雇用費用の確保をどうすればよいのか、どんな職種の人を充てるべきか悩んでいます。それから、ガイドブックについては、皆さんにお伝えしましたが、書籍化することにしました。もともとはどこかのホームページにオープンにしようと思っていまし

た。しかし私達の調査で高齢者の方は半分くらいの人しかインターネットを使わないということがわかりました。そこで、しばらくは私達が作成して無料配布していました。しかしカラー印刷を大量にすることになるため印刷代がかさむこと、また印刷を始めると、私達の研究室のプリンタが長時間占拠されることなどからある出版社から書籍として出版することになりました。それから、今後の方向性としては、このシステムを利用していただける自治体にシステムを提供して共同で少しずつ広げていこうと思っています。

それからあと、連絡会についてご質問があったので、ここだけお話をしておきましょう。実際、今回の研究期間中開催した連絡会は月に1回、1時間半です。阪大病院の大会議室でおこないました。ですから会議室費は無料でした。木曜日と土曜日の午後3時から4時半まで。例えば2月の開催が木曜日であったら、3月は土曜日というように、木と土を交互にしました。木曜日来られない人、土曜日来られない人でも、2か月に1回は来られるように曜日を交えました。会議の内容ですが、まず最初の20分間で、かかりつけ医の先生やご家族の興味を引きそうなテーマで私がミニレクチャーを行いました。これは多くの人に参加して欲しかったからです。また連絡会の前にあらかじめ相談したいことを参加者から聴取しておいて、そのことについての相談、議論を次に行いました。こんなときはどうしたらいいかというような解決法、対応法を色々な職種の方がそれぞれの立場から提案してもらいました。

この連絡会で提案された対応法や解決法を私達は記録していました。そしてこれらの対応法、解決法を次のガイドブック改訂時に、取り入れていこうと思っています。参加者が皆で作る教科書を実現するためです。誰かが作った教科書を渡されても愛着がわきませんし、内容に実感が伴わないかもしれません。しかし自分が作成に参画した教科書には親近感がわいて、皆が使おうと感じると思います。

次、27ページですが、今回の連絡会への参加者ですが、研究に参加していただいた患者さん、そのご家族、ケアスタッフ、ケアマネジャー、かかりつけ医、行政職員はすべて参加可としました。医療者だけにすべきかなど迷いましたが、全ての方に参加していただくことにしました。これはこれでうまくいったと思っています。ただ、かかりつけ医の先生はやはりお忙しくて参加者は少なかったです。また会議の内容をA4の用紙、裏表ぐらいにまとめたニュースレターを毎回つくって参加した人、出来なかった人全てに郵送しました。このニュースレターは後で聞くと評判がよくて、参加できなかったかかりつけ医の先生もこれで参加したような気持ちになっていただけていたようでした。

あともう少しで終わりますが、次はその他の重要なことについてです。どのようにすれば、

かかりつけ医の先生に我々の連携システムに参加していただけるのかというのは大きな悩みでした。この点についての、私達の現在の考えは、時間に比較的余裕があって、ご協力いただけるかかりつけ医先生に絞ろうと思っています。すべてのかかりつけ医の先生に認知症の診療をしていただいたり、連携ファイルを利用していただいたりするの、難しいと思っています。これは初年度に行った我々の調査の結果なのですが、かかりつけ医の先生の1週間当たりの患者さんの数には大きな差があることがわかりました。週に18人しか診ていないかかりつけ医の先生がいるかと思うと、650人の患者さんを診ておられる先生もおられました。先生によって忙しさが全然違いますから、すべての先生に診てくださいというのは言いにくいと思いました。認知症を診るかかりつけ医の先生のお名前と地図を一覧にして、配るという方法はよいと思います。ただし、名前だけの先生は掲載しないような工夫も必要です。もしもご家族がその病院に行かれて、十分な診療をしていただけなかった、そしてこのようなことが繰り返されると、その地図自体の信頼性がなくなってしまいますから。

あともう一つ、精神科、神経内科の開業医の先生はかかりつけ医の役割よりも専門医の役割に回ってもらったほうが連携がうまくいくと思います。それから、本来は、国や何らかの協会などが標準的な連携ファイルをつくって、広く配布するのがよいと思っています。

最後のところまで飛びましょう、もう時間も押していますから。最後の31枚目です。今後の私たちの計画でお話を終わりたいと思います。連携ファイルをさらに単純化しようと思っています。今日はその実物はお見せできませんが、きっちり作ったがために、逆に詳し過ぎて広く利用してもらうには記載量が多いかなと思いついています。先ほどの連携のページを大切に、他は簡略化しようと思っています。

それと今回は6か月間の短期間の運用の効果の検証でした。次は長期効果、特に患者さんの在宅生活期間が延長するか否かを検討しようと思っています。これは先日の厚生労働省でのヒアリングでも提案されました。それから、私たちのシステムの一部でも使ってもらえる自治体を探して、広く使ってもらいたいと思っています。システムはやはり広く使ってもらわないと価値がありませんので。候補としては兵庫県が挙がっています。

以上です。どうもありがとうございました。

【繁田部会長】 数井先生、どうもありがとうございました。

それでは、ご質問をいただけたらと思います。既にご依頼したご質問には随分とお答えいただいておりますけれども、どうぞご自由にご質問いただけたらと思いますが。

では、皆さんがご質問を考えている間に私のほうからよろしいでしょうか。初めに、この6

か月間で患者さん、かかりつけ医、事業所、ケアマネジャー等にそれぞれ数十名、数十施設に配っていらっしゃると思いますね。その配った施設とかその人たちの広がりというのはどういう規模とか大きかったんでしょうか。例えば一つの認知症疾患医療センターがカバーするくらいの範囲とか、どんな表現でもいいと思うんですけども、何か。

【數井氏】 今回参加していただいた方はもっと小さい地域です。患者さんの数で言っても、60名ぐらいですから。どこかの地域をカバーするというものではないです。介入と評価を密にするかわりに、少ないグループでおこないました。この時点では、システムを広げることは全く考えていませんでした。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ご質問、どうでしょうか。お願いします。

【山田委員】 私、医療関係ということで出席しています。専門は精神科なんですけれども、先生の今お話された精神科医の関わりというのがこの会でも私自身もこういう考え方で一度診断のためには専門の病院に行っていたきたい、あるいは診療所でも結構なんですけれども、そういうことと、それによって早く診断をしていたずらに救急体制で担ぎこまれるようなことがないようにという話を前回したと思うんですけども、その後、結果的にかかりつけ医の先生がどこまで行政が巻き込んで参加していただけるかというのは、ここにちょっとおもしろかったのはニュースレターの評判がよかったこと。これは何で私が感心したかということ、実際に地元の医師会でもこれをやった。3回シリーズで話したんですけども、残念なことに参加する先生が少ないんですね。やっぱり興味はあるけれども忙しいとか、7時過ぎまで診療をしている先生方が多い、7時から始まるんですけども、それもあるのか、まだ切迫感がないのか、わからないから診ないということなのかもしれないんですけども、かかりつけ医の巻き込みは絶対必要だなと。かかりつけの先生が関与していただかないと、直接精神科医にくるということになって、ちょっと先ほど中に全部書いてあったとおりですけども、早めに診断すれば治療もある程度できるようになってきているというのも、かかりつけの先生方も知っていただきたいし、ご家族の方にも知っていただきたいというふうに思った次第です。

もう一つ質問があるんですけども、私は大阪のことはよくわからないんですけども、北部という縦長、南北ですよ、大阪は。それで、これはどういうふうに東京だと、東西に長いんですけども、人口どのぐらいの対象にこれをやってみたのかということなんですけれども。

【數井氏】 今回の研究は60人ぐらいの方ですから、人口どうこうまでは言えないですけども、主に行ったのは豊中市と吹田市という2つの市のしかも北部です。これは阪大病院を地域の病院と考えたときの診療圏です。従って、ある少し大きな病院の診療圏というのが当ては

まると思います。

【繁田部会長】 どうぞお願いします。

【山本委員】 貴重なご意見、ありがとうございます。スライド5の連携ファイルの情報共有連絡票なんですけれども、このサイズはここに書いてある母子手帳のサイズということ……。

【數井氏】 このときはまだ大きかったです。今はちょうどこのサイズですね。

【山本委員】 これ持つのはご本人なりご家族が持って行って、それでそのつど、ケアマネジャーなり関係者が渡して行って家族に戻していくと。必ず家族の手元にあると、そういう仕組みでしょうか。

【數井氏】 そうです。

【山本委員】 もう一つ、先生の枠内の中で薬物調整時、効果と副作用を皆で検討というこれ、18枚目なんですけれども、ここら辺は特にご家族とか関係者、主治医としてもらいたい情報がいろいろあるかと思うんですけれども、ここら辺の書く内容というのをどういうふうなトレーニングみたいなのをされたのか少し伺いたいと思います。

【數井氏】 ここでは、例えばこういう症状に対して今からこんなお薬を投与します。そこでご家族や施設の方に観察していただきたい点はこういう点です、というような感じですか。例えば妄想に対して投薬治療を行ったときに、妄想の頻度が減ったかどうかということ。また、妄想による行動化が減少したか、ご家族や介護のスタッフの介入によって妄想による行動が変化するようになったかなど、これが効果ですよ。逆に過鎮静が起こっていないか、ふらつきがひどくなっていないか、などを観察してくださいと書くわけです。そうすると、ご家族が、効果はありましたがふらつきはなかったですというような回答が記載されるのです。

【繁田部会長】 どうぞ、ご質問。

【西本委員】 17ページの先生も先ほど連携ファイル指導者という人が重要という話をされていたと思うんですが、この連携ファイル指導者というのはどんな方が担っていらしたんでしょう。

【數井氏】 私たちの研究では、認知症のことをある程度知っている言語聴覚士ですね。

【西本委員】 STさん。

【數井氏】 STさんでした。別にSTさんでないといけないというわけではありません。今回の研究のために研究協力者を雇用しようと思い、認知症患者さんと接した経験がある方という条件を設定し募集しました。そして面接をしたところ、その方が一番よかったと。その方が、たまたまSTさんであったというだけで、STさんを意図したわけではありません。

【西本委員】 ありがとうございます。

【平川委員】 東京都医師会の平川と申します。精神科医です。東京都医師会理事です。そちらの立場でお話するんですけれども、まず、非常に素晴らしいなと思ったのは、大学病院がこういうことをやっていただけたといいますか、これは町医者立場で言うと、大学病院の先生方がここまで個々のケースについてこう考えてもらっていて、すごく感心といいますか、素晴らしいなと思ったのですが、そもそも研究費が出たためか、あるいは何かそういう必要性を感じられたんでしょうか。

【數井氏】 僕自身は平成元年の卒業なのですが、縁があって認知症患者さんをずっと診てきました。経験を積めば積むほど、認知症の患者さんを診療していく上で、地域連携とか家族支援が必要だと思うようになりました。このようなことなしには適切な診療はできません。しかし連携システムの構築を实践するには、経験も実力も経費も不足していました。この度、運良く研究の機会をいただけ、長年の問題に取り組み始めることできたというところでは。

【平川委員】 僕ら現場の町医者立場からすると、このようなものは必要だと思っておりましたので、それが逆に大学病院の先生方からそういう提案というのはすごくうれしかったです。ですから、もし広げるのであれば、地域医師会とか地区医師会というものを使いながら、そのレベルでの話をしていけばどんどん広がっていくと思いますし、まさに先生が言われた2人主治医制などというのは、現場にのっとった話だと思います。

あと、先ほど山田先生がなかなかそうはいってもかかりつけ医とかは興味がないということもあるんですけれども、実は私は八王子市では認知症支援ネットワークD-netというのをつくってございまして、そこでは必ず年数回認知症に関する研修をかかりつけ医の先生対象にやっているわけなんですけれども、これはもともとサポート医研修から派生的に生まれたものなんですけれども、そこで認定を受けた、研修を受けたものについては認知症の医師ということで、認知症の医師というと、何か医師が認知症みたいなので、認知症どんとこいドクターという名前をつけて、八王子市の医師会のホームページにどんとこいドクターの資格を持ったものを掲載しているんです。そうすると、それがどういう効果かわかりませんが、割と積極的にその研修は受けてもらっています。逆に毎年今度はどういうふうにしようかと苦労しています。当初はやはり認知症という病気ばかりの話だったんですけれども、最近では連携の問題とか他都市との兼ね合いということについて勉強してもらって、いい効果が出たと思うので、これからもすそ野の広がっていくような活動をお願いいたします。

【數井氏】 ありがとうございます。ただ、先生のところの医師会は熱心な方が多い医師会だ

と思うんですが、全体を見回すと必ずしもそういう医師会ばかりではありませんね。医師会の先生が乗り気であるところは色々なことがしやすいけれども、そうでないところはなかなか苦労するということがありますね。

【平川委員】 決してうちも熱かったわけじゃないんですけれども、医療連携とか介護との連携という、なかなか話がつながらないんですけれども、認知症という言葉はかなり共通のキーワードになって、認知症の問題であつたら土俵へ上がっていきこうと、そういう背景はあると思うんですね。それから、連携のときにやったのは、医者に直接言っても難しいので、必ず院長先生等、病院であればMSWかPSWは必ず一緒に来てくれという形で、現場で困っているものとして声を上げてもらうことによって、割と円滑に進めていくことができるということがあります。

【間淵委員】 私達は山本さんと一緒に北多摩西部医療圏で、先生のところと似たようなノートで「生き生きノート」というものを作成したんですね。私達が作ったのはA4サイズなので、先ほど先生がおっしゃったようにA4サイズでは大きいのでは、という意見もあった。書くことがいっぱいあり、高齢者も使用するので書きにくいとか見えないのでは、ということがあつたのでA4サイズにしました。A5サイズにした場合、字の大きさや見えやすさなどで工夫したことはありますか。あと、一点、介護の方がすごく頑張っている状況があると思うんです。言葉が解らなかつたり、共通の言語と言っても、例えば極端な話、いろんな温度差があると思います。勉強会とかいろいろされて浸透をされていったとお話しでしたが、認知症の方にも広めていくのに今、「生き生きノート」をなかなか浸透していけないのですが、どうすれば良いのでしょうか。現実には書き方とかについて電話で相談があつたりはするのですが、なかなか広まっていかない。ヘルパーさん達が書きにくいという指摘もあつて、質問用紙も作成しましたが、広めていくためにどうすれば良いか教えていただければと思います。

【數井氏】 まず、1つ目の質問ですが、サイズは小さくなったんですが、文字の大きさは変わっていません。枚数がふえていくということになりますが、多くなった分は、ファイルからはずして家に整理しておくという対応を考えています。字は決して小さくはなっていません。

それから、書き方がわからないという声は結構あると思います。これは私達の活動では連携ファイル指導者の活動と連絡会での活動ということになると思います。運用当初は好ましい書き方を例示して真似てもらふ必要があると思います。連絡会で匿名化した後好ましい書き方を毎回皆に配布しました。それとノートが回らない理由についてですが、各施設でも連絡帳のようなものも使っており、二重書きが必要になっていたとしたら広がらないんじゃないかなと思

いますね。この点については、地域の方が集まって、そういうノートや連絡帳を地域でえいやーと一本化する必要があると思います。あとなぜ広がらないかを逆にアンケート調査するのもいいかもしれません。アンケート結果に基づいて改定すると広く使ってもらえるようになると思います。

【赤穂委員】 聞き漏らしたかもしれませんが、この研究に行政サイドの方はどんな方がどういう関わりをなさったかということと、それから、この研究を通じて特に行政に対する期待と伺いますか、そういうものは何かありますでしょうか。

【數井氏】 まず、今回の試験運用については、行政の方がすごく積極的にご参加いただいたというわけではありません。その行政の方の参加した点は、協力いただける患者さんのリクルートを包括支援センターにもお願いしました。それくらいでしょうか。行政の方は逆に私たちの連絡会に勉強に来られることは多かったですが、この研究で何らかの役割を果たしたというわけではありません。

それから、望むことは、行政の方が音頭をとっていただけたらありがたいと思います。何かのシステムを行政が協力してつくってくれること。我々のシステムを利用していただけたらさらにうれしいですが。この地域で何かやるから、協力してくださいと言われると嬉しいですね。

【村松委員】 最近、家族会でBPSDの症状を抑えるためのお薬が投与されて、それで周辺症状がちょっと強くなったということが結構出てきているんですね。そのことを一回一回、お薬が変わったということの報告をお医者さんに上げてねということでご家族には説明して、変わったことの要点をお話しするように、説明するようにということを会の人に返すんです。だから、その手間がまずなくなる。そうすると、介護の悩みだけの解消でよくなるなということで、この手帳の存在はありがたいと思います。

それと、28ページに名前だけの認知症診断医の先生は掲載しないというところがあったんですけれども、結構これも難しいかなと。介護者の会の中ではやっぱり一応上がってはきているんですけれども、それを外にはなかなか言い出しにくくて、だからここはどんなふうに行うのかということと、ご苦労があったのかなと。

【數井氏】 いいえ、これは私たちが実際に関与したわけではありません。こういうのを大阪府のいくつかの市や地域ですでに作っています。その中のあるところで、患者さんから前述したような声があがっているということです。どこで線引きをするのかというのは難しいんですけれども、これは多分知識の量ではないんですね。先生の態度だと思います。わからなくても学習しようとする態度がある先生は大丈夫なんです。ですから、一律何か試験をしたらいいと

いうものではありません。でも、そうは言っても、折角作った地図自体が当てにならないという評判のために使用されなくなるのは残念です。そこで掲載時にはあまり熱心でなくても、そこに掲載された先生は勉強会への参加を義務づけて、掲載された後に自覚と知識を持って勉強してもらえばいいと思います。なかなか難しいですけども。

【繁田部会長】 すみません、では時間からすると、あと手短にお二人、1つずつお願いします。

この後、ご意見シートにご質問を書きいただければ私のほうで事務局と連絡を取り合っ、何とか数井先生にお尋ねするようにしますので。

【高藤委員】 質問というか感想、意見なのですが、この会議でツールあるいはパスをつくったのはいいが、使われなければ意味がないという意見が出ていて、今日先生のお話を聞いて、使われるにはもう連携会議とか、あとガイドブックといったフォローアップの体制ですか、連携ファイル指導者で指導していくというフォローアップの体制もきちんとつくっていかねば有効なものにはならないのかなというふうにすごく思いました。

それから、先生最後に、ファイルを作るに当たって、経費とか手間の部分というところで、製薬会社ともタイアップしてできたらとお話しされましたが、実は私、9月に認知症の介護研究研修センターのセミナーへ行ったときに紹介があったんですが、「わたしの手帳」というものが某製薬会社とこの研究センターのほうで開発しているので、それも夢ではないのかなというふうに思います。この中にはご本人の望むこととか、こういうケアをしてほしいという内容のものと、それから、日々の生活のこと、また、薬の副作用はどうだったとか、尿とか排便の状況とかも書けるようになっています。専門的な情報は十分ではないにしろ、ケアあるいは医療にとっては非常に有効なノートなのかなというふうに思いましたので、ご紹介までです。

【繁田部会長】 では、お願いします。

【山本委員】 すみません、貴重な時間を。先ほどの質問と絡むんですけども、主治医の方、かかりつけ医の感想の中に電子データ化とかちょっと二重書きの問題があったんですけども、このファイル自体の記入の仕方の簡便性というか、例えばある程度チェック式にするとか、分量があるのでどうかというちょっと書き方の問題で、そこら辺の研究があるのかどうかということと、あと、これはご本人が見ない前提、当事者自身は見ないという前提で、ご家族だけが共有するものなのかどうかと。あともう一点、すみません。これファイル自体はどこかでダウンロードできる……

【数井氏】 今はまだできないですが、私達のホームページからダウンロードできるように計

【繁田部会長】 それでは、先に進めさせていただきたいと思います。

前回の議論をまた継続していきたいと思いますが、議論を始める前に、前回この部会の進め方について問題提起をしていただきました。委員の皆様からもそれに関してご意見もいくつかいただきましたので、改めて委員の皆様のご意見も踏まえて整理をし直しておきましたので、その確認をして、それから前回の議論の続きに入りたいと思います。資料を使ってその説明を事務局からお願いできますでしょうか。

【室井幹事】 それでは、名簿から1枚おめくりいただきまして、資料1をご覧くださいと思います。こちらは前回の会議でこの部会の進め方に関して委員の皆様からいただいたご意見をまとめたものでございます。

ご覧のとおりでございますが、簡単にご紹介いたしますと、まず、検討の方向性ということでございますが、本部会が目指しているケアパスはどのようなものなのかと。どのような性格なのか。ガイドライン的なものなのか、あるいは東京都統一パスのようにかっちりとしたものなのか明確にしておく必要があるだろうというようなお話。それから、ケアパスという言葉には余りこだわらないほうがいいのではないかと。ケアの質を高めるにはパスという形よりも相互に連携していく仕組みが大事なんだというようなご意見ですね。また、そうした仕組みがない中でパスだけつくっても生きた連携はできないよというようなお話もありました。その他情報共有は必要なけれども、大変難しいので、戦略的に考えていくことが必要なんだと。あるいは今現実に情報共有ができていないことによって困っていることが何なのか、そういったことに絞って検討を進めていくべきだというようなご意見をちょうだいしております。

それから、情報共有ツールの対象として想定する地域についてということでございますが、どんな地域、どんな範囲にしていくのかということを整理しておくべきだ。さらには次のページでございますけれども、認知症疾患医療センターが地域連携を推進していくことになりますので、センターの対象エリアである二次保健医療圏が一つの基準になるだろうと。ただ、既に何らかのネットワークがある地域では、もっと小さな地域でも全く問題はないというようなご意見があったかと思えます。

最後に各施策との関係についてでございますが、さまざまな疾病別の医療連携あるいは在宅療養推進会議などの取組が進められて、東京都としても進めておりますけれども、そういった中でそれらとこの認知症のケアパスの議論とどう調整して総合化していくのかということの今後検討が必要だろうというふうなご意見をいただいております。

こうしたご意見を踏まえまして、1枚おめくりいただきまして、資料2でございます。

これらを踏まえて今後の本部会の検討の進め方について共通認識、委員の皆様の共通認識にしておいたほうがよいのではないかと事務局として考えました事項について整理をしてみましたので、これについてはご確認をいただきたいと思います。目指す方向性ということでございますが、まず、認知症ケアパスという言葉にこだわらないで情報共有の考え方や仕組みの検討に重点を置きましょうということが1点でございます。2点目が情報の共有において、ネックになっている点を明らかにし、解決策を示していくということをしかりやりましょうということが2点目。3点目でございますが、都内共通で使用するというものを作成するわけではありません。各地域で検討していただく、その際の指針や手引きとなるようなものの作成をしていきたいと思います。具体的なひな形も示していきたいと思います。既に取組を行っている地域では見直しの際の参考にしてもらい、これから取り組む地域では議論の素材として活用していただきましょうということが3点目でございます。

それから、地域の考え方ということで4点目でございますが、情報共有に向けた仕組みづくりを行う単位、地域でございますが、これは二次保健医療圏を基本的には想定しようということでございますが、各地域の実情に応じて区市町村を単位とすることもありますという前提にさせていただいたらどうかと考えております。それから、認知症疾患医療センターは地域連携を推進するという役割を持っているということでございますが、このために認知症疾患医療・介護連携協議会ということを開催することになっております。各地域の情報共有の仕組み、具体的につくっていく役割というのはこの協議会で検討を行っていただくという整理にしたらどうかというふうに考えているところでございます。

以上、5点につきましてご確認をいただければと思います。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。ただいまのご説明に関しまして、ご意見あるいは追加等ございましたらお願いいたします。お願いします。

【赤穂委員】 言葉の問題で恐縮ですけれども、認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書を読ませていただいて、巻頭言のところに「マニュアルでも指針でもない手引きとした」という表現があるわけですね。ここでは、今度は指針や手引き、手引書なんですか、その辺のマニュアル、指針、手引きのイメージといいますか使い分けはどういうことなんでしょうか。

【室井幹事】 すみません、ちょっとそこまで十分に今回整理ができていなかったところがございますが、とりあえずここで考えていることは、東京都統一のパスを作るということではなくて、手引きですね。指針というよりはむしろ手引きに近いものということ想定してこれを書いてございます。

【繁田部会長】 そのこと自体を議論したほうがよろしければ、そこから始めることもできると思います。むしろあまりがっちりしたものではなくて、例えば連携のためのヒントみたいなところまでということもあり得ますし、ひな形みたいなものである程度、推奨するような項目を入れるようなものも想定できるでしょうし、何が今効果的なのかもわからないので、どういうものを作るべきなのかという議論をすることが必要かもしれないです。それはむしろ当局がここにいる皆さんに教えてほしいということなのではないかと思います。そのことについてご意見をいただければ何よりですね。

【赤穂委員】 どうこうという意見があるというわけではなくて、後に概要の資料も載っているんですけども、あえて手引書にしたというところでは、指針そのものにも否定的と言うとおかしいけれども、そういうガイドラインについては方向性を押しつけていくようなイメージがあるから、そういう指針でもないんだというふうな言い方で書かれていたと思うんですね。そうだとすれば、指針と手引きというのは内容的に、性格的にちょっと違うと思うから、指針や手引きとなるものというふうに並べちゃうと、ちょっと混乱しちゃうかなと、そういう意味ですから、手引きなら手引きというふうにすっきりしたほうがいいのかというふうに思ったんです。

【繁田部会長】 手引きは使い方という意味ですか。

【赤穂委員】 いや、それは私が答えていいのでしょうか。

【室井幹事】 そのところ、どこまで決めていくのかと。それを必ず各地域で守ってもらうという形にするのかというその強さの違いが指針であるのか手引きであるのかというお話かと思いますが、ここでは、また具体的なものを検討していく中で、ご意見をいただく中でどこまで、これはもう必ずやっていただきたいものなんだというところも出てくるかもしれませんし、ある意味では指針的な意味合いを持っているところもありますし、また、手引き的なこんなふうにしたほうがいいのかではないだろうかというところもあろうかと思いますが、ちょっとすみません、そこは事務局としても今日の段階ではまだ十分整理がついていないところでございます。

【繁田部会長】 そうしましたら、暫定的に指針を外して手引き、仮の言葉で手引きという言葉でしばらく議論をさせていただいて、もっといい形が出てくればそれを使うことにさせていただきますでしょうか。ありがとうございます。

はい、お願いします。

【山田委員】 手引きにするか、その行政指導のような感じで指針という言葉を使うのかとい

うところだと思うんですけれども、これは両方意味があると思うんですね、これから作るケアパスというのは。そういうことだとすると、ここの文言を指針あるいは手引きとなるものの作成というふうに変えてもいいんじゃないかと思うんですね。というのは、ちょっとここであまり医療圏を想定することと地域の問題も地域差は必ずこういうことをやる時に出てきて、地域の資源という問題だと思うんですけれども、少し自由度を高めないと、一くくりに東京都ができないといつもこういう会議ではなるんですけれども、地域、地域で市町村単位を一つの考え方としてあるというふうになると、多少手引きでもいいし、指針という言葉を使って行政が引っ張っていくような地域もあるかもしれないですね。そういう意味も含めて、今思いつきみたいな理由で申しわけないんですけれども、「あるいは」を入れちゃえば余りここに引っかからないで進んでいって、もう少しいったところで、ではこれは指針じゃなくて手引きだよということであればいいと思いますけれども、ちょっとその辺はいかがでしょうか。

【繁田部会長】 いかがでございましょう。

では、間をとって手引きを前にして「あるいは」にしましょうか。

【室井幹事】 暫定的にそのような形で整理させていただければと思います。

【繁田部会長】 そのほか、確認事項ございますでしょうか。よろしゅうございますか。

またお気づきの点がございましたら、ご質問いただけたらと思います。先に進めさせていただきます。

議題でございます。前回の議論の確認ですか。資料3のほうに入らせていただいてよろしいですかね。前回は現状と課題、認知症の人の支援に向けた医療と介護の連携や情報共有の現状と課題というふうに題しまして、いろいろご意見をいただきました。そのいただいた意見をどんなふうにまとめようかということで箇条書きにさせていただいたりもしたんですけれども、少し絵を見ながら議論ができたらということで、資料3のような絵の中に委員の皆様からいただいたご意見を書き込んでございます。こんな資料をつくっていただきました。これをご覧いただきながら、事務局からの説明をお聞きして、それでまたご意見をお聞きしたいというふうに思います。よろしゅうございますでしょうか。では、ご説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料を1枚おめくりいただきまして、A3の横長の資料3をご覧いただきたいと思います。

前回、第1回目の会議で認知症の情報共有に必要な場面と主な関係者という資料をお配りさせていただきました。そこで3つの場面があるだろうということでお示しをいたしました。それぞれにつきまして、前回もいろいろご意見をいただきましたので、認知症の情報共有に係

る現状と課題についてどんなものがあるんだろうかというのを前回委員の皆様からいただいたご意見を踏まえて、3つの場面に分けて整理をしたものでございます。

まず、最初の場面①でございますが、認知症の疑いがあり、受診をしました。確定診断を受けるまでの場面ということでございまして、資料といたしましては、この際の患者さんの動きであるとか情報伝達の流れについて、これが望ましい姿ということかと思いますが、図としては示したものでございます。その図の中で吹き出しが2種類ございます。四角いものと雲状のものがございます。右下隅に少し解説をしてございますけれども、四角いほうがこの場面で関係する個々の関係者に対する委員の皆様から頂戴したご意見あるいはご注文というんでしょうか、あるいは評価といったものでございます。一方、雲状のものでございますが、これは事務局のほうで考えたものでございまして、委員の皆様からちょっとこの辺についてご意見をぜひ頂戴したいというようなものをピックアップしたものでございます。これについても具体的なご意見を本日ちょうだいできるとありがたいなというふうに思っております。

それでは、場面①についてでございますが、認知症疑いの方がかかりつけ医や地域包括支援センターを通じて確定診断を受けて、その情報が地域にフィードバックされるというようなイメージでございます。

まず、家族介護者についてでございますが、これは委員の方からいただいたご意見でございますが、認知症を早期に発見して適切な支援に結びつけていくためには、家族や地域住民の役割というのは大変重要であって、ふだんから認知症に関する普及啓発がなされているということが大変重要なんだというようなご意見をいただいております。

それから、上のほうに移りまして、かかりつけ医でございます。こちらもちょうとご注文のようなところかと思いますが、1回は専門医療機関による鑑別診断を受けるようにかかりつけ医から薦めるようにしてほしい、というようなお話がございました。

それから、右側のほうに移りまして、専門医療機関があろうかと思えます。認知症と診断しても、本人が地域包括支援センターや行政機関に行くのを拒むという場合はなかなか難しいということ。あるいは認知症疾患医療センターといいますか、専門医療機関であっても認知症の鑑別診断等ができる場合であっても、総合病院の場合は別の診療科の内科の先生が全く認知症に対して気づかないというようなことで、結果認知症の診断治療につながっていないということもありますよというようなご指摘をいただいております。

それから、地域包括支援センターのほうでございます。下のほうでございますが、認知症の周辺症状で精神科救急に来る困難なケースというのを見てみますと、やはり医療とのかかわり

というのが不十分で、もっと早期に医療を利用していけばというケースが多いということでございまして、地域包括支援センターはもう少し早く医療機関を巻き込んで利用してほしいということ。それから、認知症の初期かなというふうに地域包括支援センター等で気になっていることであっても、なかなか確信が持てない場合は医療機関につなげるのが難しいんだというようなお話。それから、地域包括支援センターの知識がいま一つというところがありますので、各地域で勉強会などをして知識を上げていってほしいというようなご注文もありました。

事務局からは雲状の吹き出しでございますが、かかりつけ医から専門医療機関へのつながりは適切に行われているのだろうか。何かうまくいっていないケース等があるのだろうか。また、情報提供はできているのだろうかというような問題提起をさせていただきます。また、専門医療機関はかかりつけ医に紹介患者をきちんと戻しているのだろうか。また、情報提供はできているのだろうかという問題提起をさせていただきます。

1枚おめくりいただきたいと思えます。

場面②でございます。これは認知症と診断された方が在宅で医療や介護のサービスを受けながら日常生活を送っていらっしゃるといようなイメージでございます。認知症の方が日々変化する状況というのがあると思えますけれども、関係者間で適切に情報共有されているというイメージでございます。これに関しましては、家族介護者についてでございますが、医療や介護の仕組みについて適切な説明がなされていないことが多いと。家族介護者が情報を持っているというのはとても大事なんだというようなご意見をいただきました。また、家族介護者があらかじめ認知症の症状の経過というのをある程度理解できていると、介護もうまくいくんだよというご意見。それから、また逆に家族やご本人の理解が得られなかった場合は支援がうまくいかないことが多いというようなお話がございました。

それから、ケアマネジャーでございますが、介護保険が始まった当初よりは医療との連携のタイミング等を身につけてきている方が多くなってきたというお話がございます。それから、一方でまた、福祉系のケアマネジャーは医療の知識というのやはりまだ十分ではないと。医師への敷居の高さというのがあるって、コミュニケーションが十分とれないことが多いですよ。それから、そういうことからなるべく医療的知識を上げるような努力が必要なんだというようなことがございました。それから、専門医療機関につながらなかったり、在宅でケアマネさんが見ている認識と、かかりつけ医との認識の違いがある場合がある。そこをうまくケアマネさんが説明できなかつたりということで、後手後手に回ってしまう、支援がうまくいかないということも多いんですよというお話もございました。

それから、右側のほうでございます。かかりつけ医でございますが、本人の病気しか見てもらっしやらないということで、ご家族の状況は見ていない場合もありますよということです。それから、介護者の側から見る在宅と医療者側から見る在宅とは違いがありますと。周辺症状で家族の側が困っているということがあっても、なかなかそれをご理解いただけないということがあるといってございます。それから、基礎疾患の治療ができていると穏やかになるケースが多くあるということで、やはりかかりつけ医の役割が大きいですねと。必要に応じてかかりつけ医から専門医に相談できる体制を構築すべきだというようなご意見がありました。

その他でございますが、周辺症状の悪化予防・防止と関係機関間の連携について検討が必要と。それから、地域包括支援センターや民生委員等、地域の周りの人たちと連携することが大変重要で、これがうまくいくと支援はうまく進んでいきますよというご意見をちょうだいしております。

事務局からは左のほうでございますが、地域包括支援センターはケアマネジャー等の介護サービスへのつながりが円滑にできているのだろうか。それから、その下のほうからいきます。地域包括支援センターと専門医療機関とが日常的に連携していくことが重要ではないか。それから、かかりつけ医はケアマネジャーと円滑に連携ができているのかどうか。専門医療機関はかかりつけ医と円滑に連携ができているのかどうか、このあたりの現状認識をお伺いできるとうれしいと思っております。

それから、3枚目でございます。

こちらは認知症の方が体調を崩されて身体症状あるいは周辺症状によりまして入院をしなければならなくなった場合ということを想定してございます。

家族介護者でございますが、70歳以降になりますと、なかなか入院後在宅に戻ることは難しくなってくると。在宅に戻るためにはということだと思いますが、家族介護者に病状の説明、介護サービスの案内等がないと抱え切れない。残念ながら施設へということもあるのではないかとこのご意見がありました。

それから、右側のほうでございます。一般急性期病院でございますが、入院後、病院によっては相談員がいなくて自分で転院先を探さなければならないことがありますよと。家族は情報がないと探せないということでございます。それから、病院のMSWが転院先の病院を探してくれる場合、必ずしも家族にとって行きやすい病院を紹介してくれるというわけではないですよ。事前にケアマネジャー等に相談があればもう少しその辺も考えて、地域の病院に当たるということもできますということがありました。それから、急性期病院から在宅に帰るために

は、家族介護者への対応も必要だと。例えばおむつかえの仕方だとか在宅で介護するためのスキル、こういったものも指導してもらわないと家族も受け入れる決心はできませんよというお話をいただいております。

それで、事務局からは一番左のほうでございますが、家族介護者は入院時に入院医療機関に本人の認知症の症状を説明できるだけの情報を持っているかどうかというお話。それから、上のほうでございます。入院時にかかりつけ医は入院医療機関に情報提供ができていますかどうか。それから、退院時に入院医療機関はかかりつけ医に情報提供ができていますかどうか。それから、下のほうでございます。入院時、ケアマネジャーは入院医療機関に情報提供ができていますかどうか。退院時、入院医療機関はケアマネジャーを初めとする在宅のケアチームに情報提供ができていますかどうか。このあたりの現状と課題につきまして、ぜひご意見をちょうだいしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

【繁田部会長】 ありがとうございます。場面が紙だけでも3枚で、それぞれの施設、機関との関係も入れるとかなりの数になるんですけども、順番にいいですかね。行ったり来たりしながら、まずは現状・課題の場面①で少しご意見をいただいて、行きつ戻りつしたいと思います。ここの場面に関してはいかがでしょうか。特にここが一番困っている、あるいはここが改善したら現状はもっとよくなるというような意見で結構でございます。それぞれのお立場でご意見をいただいていいと思います。

はい、どうぞ。

【山本委員】 例えば岩手県の盛岡市等で医師会として初期のかかりつけ医がスクリーニング表をつくって、自分のかかりつけの患者がちょっと認知症が始まったかなと思うと、専門医に結びつけるような仕組みをつくっているという話を聞いたことがあるんですけども、これが都内で、確かに初期段階のかかりつけ医の結びつけですとか、専門医の結びつけというのは非常に難しい場合があるというか、ご本人の認識もないし、ご家族の認識もないしという場合があります。そのときの簡便な、これいいのかわからないんですけども、スクリーニング表なり、それがかかりつけ医だけではなくて、例えばケアマネジャーとかご家族が簡便に使えるスクリーニング表みたいなのがあって、そのスクリーニング表で簡単にチェックして例えば主治医に渡すと、主治医も気づいて、もう一回この人はどうかということを確認していくみたいなものがあればいいのかなという感じはします。既に都内でそういう実践があるのかわか。もしほかの委員の方で知っていらっしゃる方がいれば聞いてみたいと思いますけれども。

【繁田部会長】 いかがでございましょうか。いわゆる検診のようなときに簡単なスクリーニ

ングをやってという意味でしょうか。盛岡は多分そうだったと思うんですけども。

【山本委員】 それがいいのかどうかはわからないんですけども、日常的に普通認知症でない方が認知症が始まったとき、初期段階等で簡単にチェックできるシートみたいなのがあれば、すぐ主治医に結びつけられるものがあるかどうかということです。

【繁田部会長】 今のお話を聞いたことはありますでしょうか。どのテストがということではなくて、多分何種類かあると思いますので、それは使えるものはいくつかあると思うんですが、実際には、都内ではお聞きになられたことはないですか。

はい、お願いします。

【伊藤委員】 三鷹市ですけども、私どものところでは連携シートを使い始めております。地域包括支援センターに相談が入ってくる段階というのは、ある程度家族も認識できるようになった段階であったり、近所の人たちが認識するようになった段階であり、そういうときには本人が逆に認識できなくて、なかなか医療につなげられないという状況があります。それよりも前の段階ということをおっしゃっているんだらうなどは思いますけれども、連携シートをつくって、この人は医療につなげたい、初期の段階で少しでも早くつなげたいと思ってシートの話を始めると引いてしまうご家族も結構いらっしゃいます。ですので、紙の上で認知症の心配がありますよということを確認していくというのは、受け入れる側のタイミングの問題というのが結構ありそうだなというふうには感じております。

私どものシートなんですけれども、数をふやすのが目的ではなくて、使えるときに、必要なときに使っていこうということにしているんですけども、在宅側で一番つなぐのに苦労するというのは、独居の認知症の方、病識のない方、そうなってくると、相当進んでどうにもならなくなったときに無理やり連れていく、半分だましながら連れていくみたいなのが正直ありまして、初期の段階でどういうスクリーニングをするのかというのは、ご家族にどういうふう提示するのかと、どの程度でスクリーニングにかけられるのか、その軽い段階でどういうふう情報収集できるのかというのはなかなか難しい部分があるんじゃないのかなという気が少しいたします。本当に軽いときには生活を見ないでクリニックにだけ患者さんを座らせても逆にわからないことが多いと思います。

【繁田部会長】 三鷹でも特にスクリーニングはしていないということですか。検診等でスクリーニングをして、そこで拾うということはしてはいない。

【伊藤委員】 スクリーニングを目的につくっているものではないので、課題が出てきた段階でどうやって速やかに情報共有していくかということのほうを重視しているので、例えば支援

者がだれも関わっていない状態で、クリニックで主治医が気になったというときには、その主治医のところから包括支援センターなりに連絡をいただくというのも一向に構わないということになっておりますし、ご家族が専門医療機関に連れていった、そこで専門医療機関からダイレクトにご連絡をいただいて初めて私たちがケースを拾ったというケースもあります。ですので、スクリーニングというのとはちょっと違います。

【繁田部会長】 都内ではちょっと今のところはまた当たってはみたいと思いますが、今のところ話は出ていないですね。

はい、どうぞ。

【間淵委員】 私は今地域医療連携センターで仕事をしています。かかりつけ医の先生が専門医療機関に紹介していただくとすると、認知症外来では検査として、問診と認知機能検査（MMSEや長谷川式）を、MRI（A）、脳SPECTなどの検査予約して検査をすると、かなりの時間と労力とお金がかかる。例えば、かかりつけ医が専門医に紹介するタイミングというか、紹介目的が曖昧なような感じがしています。患者さんは、お金がかかることに驚いてしまうんですね。本当に、ご自身が認知症かもしれないと自覚があって、この頃物忘れをするから調べてくださいという場合は問題がないのですけれど、高齢者の場合、高額な医療費がかかる部分をクリアしないと患者さんの負担は大きいと思うんです。かかりつけ医の先生が専門医に紹介する時のタイミングも検討材料かと思いますが、いかがでしょうか。

【繁田部会長】 どの程度の検査をしているのか公表したらいいのかもしれない。地域包括支援センターでもその方が紹介はしやすいかもしれない。これだけご家族が熱心で要求度も高くて、いろいろ調べてほしいというなら、こちらのほうがいいかもしれないとか、あるいはこのご家族で2か月も3か月も検査にさらされるのは酷だというのであれば、家族会とか周りもアドバイスはしてあげられると思うんですよ。だからそれは、なかなか標準的なことというのは決められないのかなと思うんです。やっぱりどうしても大学病院は調査研究のデータの収集というのがあって、それに非常に熱心なところと現実的な医療をされているところはどうしても違いますので。

実際にお聞きしたいんですけれども、かかりつけ医と専門医との家族会に聞いたらいいでしょうか、行ったり来たりするときに、こういうことがもうちょっと情報共有してもらっていたらいいのかなというのは、医療機関同士なので紹介の歴史というのはあるはずなんですけれども、不便とか困難とかを感じたことはありますか。その間ではあまりないですか。

【村松委員】 そうですね、今のところうまくいっているかなという感じはしますけれども。

そこを家族がちゃんと理解できているかどうかちょっと難しいけれども。すみません。

【繁田部会長】 紹介の場面と情報の種類ですかね。その辺でご意見をいただければいいかなと思いますけれども。はい、お願いします。

【土井委員】 私は地域包括支援センターなのですが、ここの場面①のところに書いてあります包括のところ、3つの真ん中の部分で「認知症の初期かと、包括で気になっていても確信が持てない場合つなげられない」のではなくて、包括は、相談員ですので、確信をすることにはこだわりません。それは医師に診断をしていただければいいんですが、ここはちょっと違うかなと包括の立場から思っています。

要は今、本当に「地域見守り、支え合い」がすごく言われていまして、先ほど伊藤委員からお話がありましたように、近所の方からとか、通報という大げさですけども、本当にキーパーソン不在のケースが今すごくふえています。東京都はもちろん、核家族化が進んでおりますので、きちんと家族がいらっしゃる方は家族がいわゆる知識を持っていただくように、包括のほうで資料もたくさんありますので、ご案内して理解していただければいいんですが、そういった独居高齢者でごみ屋敷化しているような方が地域にたくさんいらっしゃいます。そういった方をいかに受診につなげられるか。先ほど専門医にかかる高額な費用がかかるというのももちろんありますが、実は私たち、もっと手前のところで、ぜひこういった方は近隣にかりつけ医がいない場合もありますし、そういった方をいかに認知症サポート医のところにつなげていくかということを考えています。受診につながるようごまかしたり何かはするんですが、でも、「何で私がお金を払わなきゃいけないの」とやはり言われるんですね。なので、一番実は最初の取っかかりのところでもお金のこととか、本人の拒否が始まりますと、そこはすごく問題なのです。新宿区のほうとかでは、認知症相談日とかが何かあるようなんですが、大田区では全くそういったものがないので、一度気になるような利用者さんのほうを区のほうで認知症専門医がいて、そういった相談日があつて、そのセンターにお連れするとかいうことであれば、すごく楽なのかなとは思っています。

【繁田部会長】 例えば独居の人を何らかの今回議論している連携のツールを利用することで、人なり組織なりが連携をして受診に結びつけられる可能性があるかということ議論しないといけないと思うんですけども、それはあり得るんですか。そうすると、それは地域包括支援センター？民生委員？…。西本委員、どうぞ。

【西本委員】 多分今、土井委員がおっしゃった部分で困っているのは、ケアマネジャーとかケアスタッフのほうなのかなというふうに思っていて、実際関わっていて、ちょっとおかしい

ぞと思っけていても、ではどこにつなげればいいのかなというところが迷うところで、その判断材料、我々がちょっと認知症の始まってきたかもしれないということをご本人やご家族に伝えていくためのやはり先ほど山本委員が言ったようなスクリーニングみたいなイメージのものと、スタッフとしては初期なんだからというようなイメージでお伝えすることができるかなというふうには思うんですが。

【繁田部会長】 独居といっても別に天涯孤独ではなくて、離れたところにご家族が住んでいて、そういうご家族にどうやって例えば理解をしてもらうか、あるいはそこにこちらが話を持っていくに当たって、その根拠となるような……

【西本委員】 判断材料とするものがあると我々としてはご提示しやすいかなというふうに思うんです。

【繁田部会長】 その場合の連携は、独居の方とケアマネジャーとの接点というのはどういう場面で出会うんですかね。話がうわさとか苦情ではないにしても、ご近所の方からということですか。

【西本委員】 ご近所の方もそうですし、ほかの病気で関わっていらっしゃる方もおられるので、認知症だけではなくて何らかの膝関節や骨疾患などがあって、そういう状態の方がそろそろ「あら」というような時期もおありになる。確かにケアマネジャーがかかわるのは、もう介護が認定されてというようなイメージからかかわるんですけども、ただ、ご家族から相談されるときに多少兆候があるんじゃないかとか、我々からお話させていただいたときに多少兆候があるんじゃないかという方もいらっしゃるので、そういうときに、ではどうご提示、どう判断、どう進めていったらいいのかというところがまだ確定というか、わからない状況なので、その辺を少しスクリーニングのようなものでご提示できればありがたいかなというふうなイメージがあります。

【繁田部会長】 連携ツールそのものよりはスクリーニングということなんですかね。

【西本委員】 最初の入り口。

【繁田部会長】 そういうのはかかりつけ医の先生に「先生、ちょっと」と言って相談に来られたらどうされますか。無理に振って申しわけないですけども。

【山田委員】 スクリーニングというのはないに等しいんですね。というのは、どの段階においても来るのを嫌がるということですし、「それでは、これからテストしますので」、こんなことは言えないわけですね。来た場合にご家族あるいはヘルパーさんたちが気がついて、家族も引っ張り出して一緒に来た場合に、どの程度の方ですかという日常生活のイメージをして、

会話をしながら、ちょっと時間はかかるんですけども、エクストラでやるか、もうあいている先生、僕が多いんですけども、別立ての外来でちょっとゆっくり話をしているうちに「えーと、何だっけ。今日は何日だっけ」なんていう話もうまくやっけていかないと、怒って帰ろうとする方もいらっしゃる。だから、とてもうまいぐあいにぼんと何点という長谷川式のようなもの、こちら側からも医療に乗った方にはできるし、経過を追うのもできるんですけども、初診でとか、周りの方が気になって連れてこられた方についてはスクリーニングというすごく簡単な方法みたいなもの、問題のないやり方はないと私は思うんですけども、先生はいかがでしょう。

【繁田部会長】 マイクをお持ちになっていらっしゃる方、お願いします。

【平川委員】 まず、もちろんそういうものがあればいいと思いますけれども、今言ったように、なかなか成功するのは難しいというのと、僕が気にかかるのは、もちろん認知症かどうかということも大事ですけども、大体主治医の方が脳の問題だなと思えば、認知症かどうかわかりませんが、変なわけですよ。それが認知症の症状で来ているのか、あるいは知らぬ間に頭をぶつけて血腫があるのかと。あるいは薬の飲み過ぎでちょっと軽いせん妄になっているのかというところが大事であって、変なことになっているということが皆さん気づかれれば、わざわざそこにチェック表をつくってスクリーニングしなくても、まずは結びつく。認知症かどうかという問題も大事ですけども、変なんだということが気づかれて、それにつながるものが大事であって、もちろんこれは最初に戻りますけれども、そのスクリーニング表があっても全然問題ないわけで、やるなという話では毛頭ないわけですけども、そこにこだわらなくても皆さん方が気づかれたときに、これは何らかが起こっているんだということがわかればいい話であって、何かチェックしてこれは認知症に間違いないと逆にそれがストライクしてしまって悪い場合もあって、大事なものを見落としてしまうかもしれないので、そこは慎重になるべきかなというふうに僕は思います。

【繁田部会長】 ほかの体の病気か何かでかかっているらっしゃると、やっぱり多分本人との関係を持っているのは、そのかかりつけ医。ですから、そのかかりつけ医と連携するとすれば、連携するのはそのかかりつけ医と心配になったケアマネジャーですか。

【西本委員】 そうですね。そこをどううまく連携していくかというところがこの場面①なのかなど。

【繁田部会長】 それを想定すると、どんな情報なんですか。こんなことが心配ですというのを投げるための連携ツールですかね。

【西本委員】 そうですね。最近、生活上でこんな変化があらわれてきたんですが、それに対してご意見をいただきたいみたいなイメージですかね。

【繁田部会長】 そうか。今はそれ、どうしているんですか。本当に割と密接な、かかりつけ医とケアマネとの関係、ほかの認知症の人に関してもやり取りをしていく密な関係であれば、それでちょっとあの方、心配だということでコミュニケーションはとれる。そうでなければ黙って見ているしかないという状況ですか。

【西本委員】 そうでなければ、家族から言っていただくというふうにするんですが、なかなか家族とケアマネジャーとの認識も違っていたりするので、うまくやっぱり伝わらない場合もあります。

【繁田部会長】 そうしたら、そこに入ってくる連携はケアマネジャーと家族とかかりつけということですか。共有すべき情報は今どんな困難が、どんな変化が起こっているかというところで差し当たりは、その病名だとか何とかじゃなくて。

【西本委員】 そうではなくて。

【繁田部会長】 事務局、記録に残しておいてください。それをどうするかということは別にして、大事なことだと思いますので。どうぞ、ここで困ったわというお話を今日いただければいただけるほどいいかなと。

【西田委員】 ちょっと話題は変わって。

【繁田部会長】 結構です、もちろん。お願いします。

【西田委員】 受診が困難な場合、BPSDとか、あるいは診療拒否があつてなかなか受診につなげられない方は結構多いかと思うんですけれども、例えばそれが精神疾患なのか認知症なのか何かそこら辺の鑑別がなかなか難しい場合に、どうしても精神科医療につなげていきたいという場面が間々あります。この図によると、受診が困難な場合、区市町村ですとか保健所等への相談というのがあるんですが、この後、これはどういうふうになっていくのか。全然これ問題が何かここで消えちゃっているような気がするんですね。例えばここから上のほうの認知症疾患医療センターに紹介、紹介といっても行けない人がいるわけですよ。そうした人たちをどう解決していくのかという図式が何か抜けているような気がするんですが、ちょっと教えていただければと。

【繁田部会長】 教えるというか、それを考えるのがこの会でございます。実際にはどうでしょう。訪問ですかね、精神保健相談みたいな形で担当の先生が訪問して、これは……

【西田委員】 ただ、それは医療につなげられないんですよ。

【繁田部会長】 そうですね。紹介状をそこで書くわけではない。

【西田委員】 診断だけですので、あとは精神科の先生が行ってくれるにもかかわらず、あとは精神科の先生に診てもらってくださいと、こういう結末にしかならないんですね。そこをどうやっていくかということなんです。

【繁田部会長】 例えばそういう場合は、そこで今度は連携をしないといけないのは、今度はそれこそかかりつけ医と認知症疾患医療センターのような専門医ということになるんでしょうか。

【西田委員】 どうなんでしょうか。ただ、問題は認知症疾患医療センターにおられる先生がその患者さんを診られないわけですよ。そこが問題なので、だから、私は何が言いたいかというと、つまり認知症を診られる専門医で受診につなげられずに家にこもっている人を診に行くシステムをどこかでつくらないといけないんじゃないかと。往診できる精神科医といえますか、それを認知症疾患医療センターみたいないところでつくっていくのか、地域の中でつくっていくのかというそれは地域特性もあるでしょうけれども、やはりそういう方法というのはこれから必要になってくるんじゃないかなと私は思っています。

【繁田部会長】 山田先生、訪問というのはそれこそ昔、精神科で往診というのを私も若いころ経験がありますけれども、そういうことは実際に医師の数であるとか患者さんの数であるとか、現実的な問題としてどうなんですか。

【山田委員】 現実的には本当に困ったケースが地域で浮かび上がったケースについては、以前はやりました。今は治療契約がないまま押しかけるというのはできなくなって、大げさに言うと人権の問題があって、家族が来てくださいと。同居している家族がそう言って、そこでカルテをつくったとしても、違う家族が来てとんでもないと、こういう認定をしてどうするんだと。それは成年後見制度でも問題になるんですけれども、勝手にそうやると違う兄弟が出てきて、違う医者に診せたいということを言い出して、だから今聞いていて感じたのは、地方精神保健福祉審議会、東京都の精神科の医療計画を考えるとところで考えたらいいと思うんですけれども、結局引きこもりの方を想定すると大体わかるんですけれども、ではそれはだれがやっているかという精神保健福祉センター、そこら辺は熊谷先生がお詳しいんですけれども、ちょっと我々は直接民間に手を出せない状況と、大げさに言えばそういうことになります。

ただ、昔のよしみ、隣のよしみみたいな時代は行って「どうした、じいちゃん」みたいなことはできたんですけれども、さすがにうちの前も畑だったのが全部家になっちゃったときに、勝手に都会化しちゃってそういうつながりがなくなっちゃったので、ちょっと行けなくなっちゃ

やって、ちょっと私も公的な機関、例えば今の保健所はとても難しいとは思いますが、保健師さんたちが訪問するようなことであればいいと思うんですけども、それもなかなかカバーしている地域が広くなっちゃって難しいかもしれません。改めてここで皆さんと考えなきゃいけない問題だと思っています。

【繁田部会長】　そうですね。私はコメントをすることができないのですが、一応課題として記録に残してください。できればちょっと場面②も少し入って、皆さんの頭をこちらのほうにも向けていただいてご意見シートにでもご意見をいただけたらと思いますけれども、今度は割と恒常的なシステムの中での連携の問題です。関与し得る組織や機関はもう本当にたくさんありますけれども、これでいくと、先ほどの数井先生のお話ですと、かかりつけ医とケアマネとの関係が割と話題に出ていたような気がいたします。東京都の経験ではどうですかね。まずはその辺から少しご意見をいただけたらと思いますけれども。

【山本委員】　よろしいですか。先ほどの数井先生のお話はとても参考になったんですけども、まず、もしできるなら数井先生なんかの知見も入れさせていただいて、今は製薬会社とかで結構出ていますけれども、簡単に家族介護者に初期段階でガイドブックみたいな、こういうこの病気の場合はこういう流れでいきますみたいなのが共通でできたら、それをちゃんと出せるような状況になったらいいんじゃないかというのが一つあります。

それと、今日配っていただいたんですけども、ケアと治療に生かす生活リズムチェック表と、これは先ほどの話に出ていた東京のいわゆる認知症介護研究・研修東京センターがWAMの助成事業で認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業の研究委員会というのをつくって、その中でご家族がかかりつけ医なり、もしくは専門医に日常生活のチェック、これちょっと線が消えてしまっているんですけども、線があって何月何日、受診のたびにチェックして、生活のリズムがこういう状況になっているというご家族がチェックしたのを主治医に渡していくと、そういうチェック表なんですね。

なかなか私ども包括の職員として、ケアマネの支援なんかでBPSDが激しい人の受診の付き添いとかをするんですけども、そこで課題になるのがやっぱり薬の分量の調節で、やっぱり主治医のほうもそれによっていろいろさじ加減を変えていくので、こういう日常生活のチェック表をご家族なりケアマネジャーと一緒につくって行って、主治医に次の受診のときに渡していくというようなことができていけばいいのかなと。これは千葉大学の地域看護の先生の諏訪さゆり先生の研究ですけども、こういうのが参考になるんじゃないのかということちょっと提出させていただきました。

【繁田部会長】 この資料は、家族と医療というのがテーマとして入っているという意味ですか、もともとは。

【山本委員】 そうです。家族と主治医と、あとケアマネジャーとか包括も気をつけるように。

【繁田部会長】 もちろんそうですね。なるほど。特に場面②にもありますけれども、福祉系のケアマネジャーさんはやっぱりその人のありようであるとかというほうにどうしても重きがいくので、ちょっとした体調の変化であるとか体のことなんかはこういうものがあると、割と見逃さずに観察ができるかもしれないですね。どうぞ、ご意見をいただけたら。

【山本委員】 もう一点だけよろしいですか。先ほども出てきたんですけれども、認知症疾患医療センター、専門機関と、あと地域の診療所、かかりつけ医のこの仕組みは、立川なんかでは医師会で連携表をつくっていたと思うんですけれども、多分医師会とか、もしくは二次医療圏でそういう仕組みをつくって、こういう仕組みでいこうということで、共通様式をつくれば、そういう連携する表があればいいのかなと、そういう気はしますけれども。

【繁田部会長】 その場合に想定しているのは、いわゆる専門医療機関とかかりつけ医と……

【山本委員】 間の連携表ですね。

【繁田部会長】 表、手帳みたいなものをイメージしたらよろしいんですか。

【山本委員】 どの程度でやっているかどうかわかりませんが、少なくとも紹介状と、行くときと帰るときの紹介の簡単で簡便な帳票があればいいのかなという気がします。

【繁田部会長】 まずはとにかくご意見をいただきます。はい、お願いします。

【平川委員】 直接今回のケアパスにつながるかどうかわからないんですけれども、この図を見て、3枚目も見て思ったのですが、ここに出てくるいろいろなサービスの名前が認知症疾患医療センターや専門医療機関、いわゆる病院を想定していると思います。あるいは左側にいきますと介護保険サービスで入所施設という形になって、特養やあるいはグループホームなんかもあるのかもしれませんが、1点ちょっと加えていただきたいあるいは外していただきたいのは、老人保健施設というものの特殊性というものをどこかに加えていただきたいと思うんです。老健というのは何か二兎を追うような施設なものですから、介護なのか医療なのか、そういう悩ましいところに位置するわけですが、こと認知症に関しましたら、認知症の短期集中リハビリテーションとか、あるいは通所リハ、いわゆるデイケアの中でも短期の認知症リハという形で積極的に認知症治療というものを行っているんですね。治療というと薬ぐらいだけのような感じですが、非薬物療法で治していくとか、あるいはBPSDを改善させていく。私も研究班にいて、やってみたら、明らかにやっぱり効果がある。そういった

取組が全く今生かされていないんですね。

話がちょっと飛びますけれども、といいますのは、老健施設を利用されている方が老健施設の対象者じゃないという大命題があるわけなんです。先日の社会保障審議会の介護保険部会、介護給付費分科会でも特養、老健、療養型病床群を利用されている方の分布が出ました。特養に入っている方々を特養の職員が見て、まさに特養を利用されるべき方だという方が90%だったんです。つまり特養にいる方はだれが見ても特養にいるべき方だったんです。それから、療養型医療施設でも6割から7割はやはりここにいるべき方だというデータが出たんです。ところが、老健施設はどうだったかという、老健にいるべき方という方が30%もいなかったんです。なおかつご案内のとおり、老健施設は在宅復帰を目指す施設と、こういう大命題といいますか義務があるわけですが、老健施設で在宅が望ましいという方が15%しかいなかったんです。つまり老健施設には、老健施設に本来いるべき方、そういう方がいらっしやらないということが明らかになったんです。

それはもちろん老健側の理由もありますけれども、地域とか、あるいはこういう審議会とか委員会でいつも老健というものが浮かび上がってこないんですね。何か特養と一緒にじゃないかとか、あるいは療養型と一緒にじゃないかという形でくくられて、いわゆる総合的ケアサービスを提供して、リハビリの提供、今老健施設では国の基準では10対1のリハ職員しかいない、そんな施設は今ありません。最低でも3、4人いるような形で大きくリハにシフトアップしちゃっているのにもかかわらず、全然生かされていない。僕はできればせめて東京都だけでもこういう図の中には老健というものを一つ、ちょっと浮かび上がらせてもらって、特に認知症に関しては、これ精神科病院からの受け皿として非常に大きな意味があると思いますので、そういう点でこの図のどこかに老健は医療と介護の中間的なものでございますけれども、積極的に活用できる。東京都というのは、すみかというものは非常に少ないわけですから、今あるものを活用するとか考えれば、その辺をちょっと視点として入れてもらおうと随分変わってくるのかなど。これに直接関係するかどうかわかりませんが、その中に落とし込んでいただければと思います。

【繁田部会長】 それは特にご異論はございませんですね。その入所施設というふうに一括して書かれているものを……

【平川委員】 ちょっと工夫してもらえれば使い方が見えてくるかということです。

【繁田部会長】 お願いします。

【西本委員】 ケアマネジャーとしても、老健をそのような使い方は結構、そういう使い方を

している場合もあって、在宅でBPSDの大変な方を老健の認知症の専門の棟を持っている老健さんをお願いして、ケアのほうの判断をしてもらったりだとか、状態の判断をしてもらったりだとかというようなことも時折やるのが確かにあるので、やはりこの辺の場面②のところに老健さんが入るということは有用なのかなというふうな認識でおります。

【繁田部会長】 ありがとうございます。はい、お願いします。

【西田委員】 施設という話が出たので、ついでにじゃないんですけども、この真ん中の認知症の人・家族で家があるんですが、この図のここにいわゆる居住系の施設という考え方もうちちょっと入っていいのかなと私は思っています。老健は全く別の話ですけども、それ以外の住まいとしての施設ですね。そういったものもこの中に入って、必ずしも自宅だけが今居住スペースじゃありませんので、そこら辺のニュアンスも盛り込んでいただけないかなということを思いました。

それともう一点、右下の雲の中に地域包括支援センターと専門医療機関とが日常的に連携していくことが重要ではないかという吹き出しがございますが、これはとても我々、日常臨床をやっていく上では非常に危険な部分もはらんでいて、専門機関と介護関係の連携があまり良過ぎると、かかりつけ医を飛び越していっちゃうんですね。これは非常に、家族にとって、患者さんにとってマイナスな面がございますので、やはりある程度専門機関につなげるというところと介護関係の間にかかりつけ医が介在するような形のほうが私は理想的なんじゃないかなというふうに感じております。その以上2点でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。またそんなご意見も含めて、この図を可能であれば修正していただければと思います。ちょうど先生、かかりつけ医が一番上で、これ一番下が包括か。認証疾患医療センターがかかりつけ医と包括支援センターの間に図として入っているということなんですね。包括支援センターとかかりつけ医を直接結んでいる線がないというところですかね、そうしたら。その辺が引っかかったと。

【西田委員】 いや、むしろ地域包括支援センターと専門機関の間にかかりつけ医が入るべきじゃないかなという考えです。

【繁田部会長】 わかりました。

ごめんなさい、私の進行が悪いので時間がまた大幅に過ぎてしまったんですけども、すごく議論をしていくときに難しいなと思うのは、こういう連携であれば、連携ツールを生かすことができるということがわかれば、どういう連携ツールが必要かというところの議論に行くんですけども、なかなかそれをイメージできないので、すごく困っているという話をして、医

療支援部会の議論がまた始まりそうな感じなんですけれども、一応何らかの連携の仕組みとか連携する上での留意点とか注意点とかということはこの部会の議論の最後に残して、それが少しでも連携を進めるという形にしたいと思いますので、すごく難しい注文ではあるんですけれども、連携というところに話を結びつけて今後ともご意見をいただけたらと思います。すごく無理な注文で申しわけないんですけれども、そのような方向でよろしくをお願いします。

また、ご意見シートのほうにこの会議、いつも夜遅くてお疲れの中、ご参加いただいているんですけれども、また一晩寝てスッキリした頭で考えるといいアイデアが浮かんだりすると思いますので、それをご意見シートのほうに書いていただけると、またこの表の中、図の中に事務局で落とし込んでくれると思いますので、それをまた材料にして議論していきたいと思えます。

進行が悪くて、本当に時間が過ぎてしまい申しわけございませんでした。一応マイクを事務局にお返しします。

【室井幹事】 本日は熱心な議論、どうもありがとうございました。

事務的なお話でございますが、次回の部会でございますが、11月下旬から12月の中旬の間を予定しておるところでございます。近日中に日程を決めたいと思っておりますので、委員の皆様には決まり次第ご連絡を差し上げたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日はこれにて散会とさせていただきます。どうもありがとうございました。

了