

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第3回）

平成23年11月30日

【室井幹事】 それでは、ただ今より「東京都認知症対策推進会議第3回認知症ケアパス部会」を開催させていただきたいと思います。

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

初めに申し上げますが、御発言に当たりましては、お手元にマイクがございますので、マイクを使って御発言をいただきたいと思います。

続きまして、本日の委員の出席状況につきましてお知らせをいたします。本日、所用により欠席されている委員でございますが、平川委員、山田委員、栗田副部長でございます。西田委員につきましては、少し遅れているようでございます。幹事でございますが、高橋幹事、大滝幹事につきましては所用により欠席でございます。

事務局からは以上でございます。

それでは、繁田部長、よろしく願いいたします。

【繁田部長】 皆様、御出席ありがとうございます。早速、議事に入らせていただきたいと思っております。まず、資料の確認を事務局からお願いをいたします。

【室井幹事】 では、お手元に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たいと思っております。

まず、こちらのケアパス部会次第とともに綴じております資料1から資料3までの資料、それから、A3の資料以降でございますが、参考資料1、2とございます。その後ろに本日、伊藤委員から武蔵野市・三鷹市での認知症の連携の取組の御紹介をお願いしておりますので、その説明資料を添付してございます。さらに、急遽配布をさせていただきましたが、11月29日、昨日でございます、厚生労働省で「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」、特に認知症と精神科医療というところに絞った取りまとめがなされました。その資料をお配りしてございます。それから「御意見シート」をお配りしております。さらに、ファイル綴じになっている資料がございまして、これは連携ツールに関する「既存の取組例資料集」ということでございます。適宜ご参照いただければと思います。こちらにつきましては次回以降も使用させていただきたいと思っておりますので、会議終了はお持ちかえりにならずに机上にお残しいただきますようお願いをいたします。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、早速議題に入らせていただきたいと思いますけれども、前回の会議の後に「御意見シート」をいただきました。その中から主な意見を、まず、事務局から御紹介をしていただいて、委員の皆様で共有したいと思います。事務局からお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料のほうをおめくりいただきまして、名簿の次に資料1がありまして、「御意見シート」（第2回部会後）の主な御意見」というところをお開きいただきたいと思います。色々な御意見をいただきましたが、ここでは主なものを取り上げてございます。

まず、第1「課題への認識」ということでございますが、専門病院あるいは地域の医師、それから在宅支援者であるところの地域包括支援センターや行政、この三者が見ている場面に違いがあるのではないかと。課題と思っているところが違う、困難を抱えている時期や対象が違うということがあるのではないかと。具体的には専門医療機関は認知症患者の生活像イメージがなく、在宅支援者にとって何が大切なのかよく分からない。地域の医師は、薬を処方しても管理できないといったことや治療ができないのに診療時間がとられて困るということ。在宅支援者の中には医療機関につながたくても本人が拒否してつながらない等々の課題があるということで、御意見といたしましては連携体制を構築していく上では、この三者がまずお互いの状況を知った上で、他の立場の課題を共有するという話し合いの過程が非常に重要であるという御意見をいただいております。

それから診断のタイミングでございますが、認知症の状況によりまして色々あるということでございまして、60代の初めのようなわりと若い方、若年性認知症かもしれないような方につきましては、ごく初期のMCI程度で専門医療機関での診断につなげていくということになると思います。

また、一方でもう少しお年を召されて軽度の認知症がありながらも地域で支えられながら生活をしている方、こういった方はむしろ正確な認知症の診断というよりも骨折や発熱など色々なケース、あるいは認知症の症状が一時的に強くなったという場合に、慌てて入院をさせてしまうというような場合がありますので、地域に診療や往診をしてくれる身近なかかりつけ医が対応できるというのが望ましいのではないかと。このような御意見をいただいております。

それから3番目に普及啓発です。やはり地域ごとに認知症の医療・介護のビジョンを明確にしていって、住民・関係者の理解を得ていくということが必要なのではないかと。連携の必要性についてはまだまだ理解が十分でない関係機関もありますので、やはり普及啓発というのは大事ではないかと。このような御意見をいただいております。

続きまして、別綴じで、先ほど申し上げました厚生労働省の検討チームの資料につきまして簡単に御説明をしたいと思っております。この報告書が出ましたのが昨日でございますので、私ども事務局でも十分読み込めておりませんので、1枚目の「報告書のポイント」というところで簡単に御説明をしたいと思っております。「基本的な考え方」でございますが、これは特に問題ないかと思っておりますが、

- ・ 認知症の早期からの専門医療機関による正確な診断
- ・ 入院を前提とせず、地域での生活を支えるための精神科医療とする
- ・ 入院が必要な場合は、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進
- ・ 退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入

というような基本的な考え方が述べられております。

そういった中で、「認知症に対する精神科医療の役割の明確化」ということで、このあたりが今回特に議論されてきたところでございますが、認知症疾患医療センターについては身近なところに認知症の専門の経験を有する医師等を配置する。これは鑑別診断等ができるというイメージのようでございます。連携等よりも診断がしっかりできるというような機能に特化した認知症疾患医療センターといったイメージのようでございます。そういった新たなタイプの認知症疾患医療センターの整備を検討すべきだと。それから、自宅での療養を支えるために認知症に対応できる医療サービスの推進を検討していくべきであるというようなことが意見として述べられております。

そういった中で、「認知症の方の地域生活を支える受け皿や支援の整備」ということで、今回新たに介護保険のサービスとして入ってまいります24時間対応の定期巡回、随時対応サービスですとか、いわゆる小規模多機能と訪問看護を組み合わせた複合型サービス、それから住まいのほうのサービス付き高齢者向け住宅、市民後見人、認知症サポーターといった本当に様々な取組を充実させて地域生活を支える仕組みをつくっていく必要があるということが述べられております。

最後に数値目標というものが入ってきております。退院に着目した目標値ということで、平成32年度までに精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院できるまでの期間を入院から2か月とするということが報告書の中に盛り込まれました。この実現に向けて退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めなさい、それから取組の進み具合は定期的に把握する、モニタリングをしていくというようなことが述べられております。ただ、これにつきましては色々な議論があったというふうに聞いております。単に精神科病院から出て

いただくということではその後が大変困ってしまうということで、その地域の支援体制、地域づくりというところがなくして、この目標だけが先走るということは非常に危険であるというようにお話があったと聞いております。したがって、この目標値だけでは不十分であり、別の地域支援の拡充に関する目標値についても定めていくべきであると意見があったとのことでした。

そして今後、認知症施策全体として、厚生労働省の老健局をはじめとした厚生労働省の関係部局が連携をして適切にその目標値について検討していくことを求めるというような報告書がとりまとめられたということでございます。今後どういう展開になるのか分かりませんが、国としては認知症の方の社会的入院をできるだけ少なくしていくと、逆に言えば地域に生活する認知症の方々を増やしていくという方向性を明確に打ち出したものかと考えているところでございまして、簡単ながら御紹介をさせていただきました。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。先に進めさせていただいてよろしいでしょうか。

それでは、先ほども室井課長からお話がありましたように、報道のありました「武蔵野市・三鷹市の地域連携についての取組」に関して御紹介をいただいて、今後の私達の議論の参考にさせていただきたいと思っております。これは伊藤委員にお願いしてよろしいでしょうか、お願いします。

【伊藤委員】 よろしく申し上げます。武蔵野市高齢者支援課の伊藤です。皆様に配布されている資料ですが、先日、報道発表がございまして、その際の資料として出されたものです。武蔵野市と三鷹市と、専門医療機関と言いますか、大学病院や武蔵野赤十字病院、それから両方の医師会と共同で連携会議を3年ぐらい前から続けております。「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」というふうになまえがついておりますけれども、行政側のほうは行政と地域包括、武蔵野市は直営包括と委託のブランチとで一緒に出しております。それから三鷹市さんのほうは行政と委託の包括という形で参加しております。

3年前にその連携会議をスタートしたときに、例えばもの忘れ外来を持っていらっしゃる杏林大学病院では、薬をもらって帰るだけの患者さんもいれば、新規の患者さんもたくさん来る、外来に相当な数の方が年間通われ必要なときにすぐ対応することができず、予約待ちに何か月もかかってしまう、認知症についてうまくかかりつけ医につなげられないという問題の他、在宅支援がどのように行われているのか分からない、そういうこともあっての御提案なのかなと思います。連携会議を始めましたときに、まず、それぞれの立場でどういう課題を抱えているのかという話から入りました。

専門医療機関は脳の精密検査をし、診断をしますが生活イメージがない。教科書などでは何点以下になったら在宅困難ですと書かれていても、それよりも点数の低い方が大勢在宅生活をしており、場合によっては独居を続けている方もたくさんいらっしゃるわけです。

クリニックの先生たちは、例えば長年通っていた近所の患者さんは一人で通うことが習慣になっているので、認知症が出てきたとしても一人で通ってくる。薬を渡すのは心配だが家族が来ない、実際には家族がついて行こうとしても本人が拒否してついていけないということがよくあります。それで、同じ話を毎回毎回繰り返して時間ばかり取られる。生活のことは心配だが、どうすればいいのか分からない、というのがクリニックの先生たちの問題です。

在宅支援者の現場では、病院に連れて行きたくても本人が拒否して行ってくれない。サービスを入れたいと思っても主治医の意見書が揃わないので介護認定が受けられない、介護サービスが使えない。それからBPSDがひどくなりますと介護施設に入れたいと思っても集団での対応が難しい、と施設のほうで断られてしまう。精神病院に連れて行きたくても合併症を持っていると、対応できないと断られてしまう。合併症の治療をしたくても一般病院では認知症の方の対応は無理ですと断られてしまうという現状です。

この三者のしている場面を考えてみると、早期診断をしたい、その後かかりつけ医にフォローしてもらいたいという専門病院、それからもう少し進んだ段階で一人で行動はできる、けれども生活にはきっと障害が随分出てきているだろうという段階を見ているクリニックの先生、それから在宅支援者が困っているのは、それよりももっとBPSDが強くなって、家族も疲弊して大変になった段階。在宅支援者にとっては認知症の診断をしてほしいという段階ではなくすでに認知症になっているということが現状です。ただ、在宅で困っていること、抱えている課題を知らない先生方からしてみると、そういう私達の現実の話をするのもとても新鮮に聞こえたのだと思います。そういう過程を経た上で、まずは連携シートを作りましょうという話になりました。

当初は医療機関側から、他の地域と同じように病診連携のシートがたたき台として出てきましたが、認知症の方の支援というのは病診連携だけでは無理です、在宅とどうつなぐかのほうがずっと大事です、という話になり、在宅と医療機関との連携シートを追加することになりました。シートは1から6までありますが、1から3までが在宅機関と医療機関との連携シートで、1は外来で問診をするような内容のもの、2は在宅の支援者が医師に伝えたいと思うこと、それらを受診の際に医療機関に持参します。それから3は今後の治療方針や家族へ説明したことなどを医師から在宅機関に伝えるためのものです。4から6は医療機関同士の連携に使いま

す。

都内でも色々なツールが既に出てきておりますけれども、どちらも病診連携が中心になっていきます。各地で発表されることを聞いているとケアマネジャーや在宅生活ということ意識していらっしゃるの分かるのですけれども、どうしても紙になったときには病診連携、クリティカルパスというふうになっています。クリティカルパスというのは治療経過の管理表であり、バリエーションの修正というものが必ずついてくるということになります。手術をした場合や脳卒中などのスタンダードな回復過程を想定できるような場合にはバリエーションの修正ということがとても大事になってくると思いますが、認知症の場合には疾病の管理というよりは生活をどう見ていくのか、周りの人がどう対応するのか、どういう環境があったのかによって全く状況が変わってくるわけですから、そういう意味では在宅生活においては治療経過だけを見てもあまり意味がないだろうと思うわけです。

もちろん、治療も大事だとは思いますが、在宅生活の課題をどういうふうに先生方に診ていただいて、治療計画をどういうふうに在宅に反映させていくか、その連携体制が大事だろうということで、私どものシートはクリティカルパスではないということを確認し合っております。また、パスという言葉を使うと、誰から誰に渡すという印象が非常に強くなるので、それも避けることにしました。

連携図に番号がついていますが、使う順番ではありません。どこからスタートをしても構わないということになっています。在宅支援者が相談を受ければ在宅側からかかりつけ医や専門病院につなぐ。また、専門病院のほうからダイレクトに在宅支援者に支援をしてほしいという連絡が届く場合もあります。もちろん、かかりつけ医のほうからこういうことで困っているのだが、という連絡をいただいても構わないわけです。したがって工程を管理するためのものではなく、支援をスムーズにするための情報共有シート、ここが一番大きな違いだと思っております。ですので、バリエーションの修正ということもないということになります。

資料8ページのこのイメージ図には、本人、家族が記載されていません。まず連携体制をどうつくるかを中心に協議するために作られたもので、真ん中に在宅支援者、地域包括支援センターが書かれていて、医療機関の在宅支援者に対する期待がこのイメージ図にあらわれているようですが、あくまでも支援の中心は、本人・御家族としています。

医療機関に地域現場の私達の課題を知っていただくといっても、やはり連携会議の中で話し合いを重ねることで理解していただいたことということが、たくさんあるのかと思います。最初に試行を始めたときには、シート3の医療機関からのお返事の部分、ここに認知症と書かれ

てくるだけのものもありました。今どきメディアでも色々な情報が入ってきますので、御家族が専門的に診断を受けたいとおっしゃられる方もありますし、私達が知りたいのは認知症かどうかということよりも、これから医療機関が治療方針としてどうしようと思っているのか、高齢者になりますと主治医がたくさんいますが、専門病院で継続的に診ていくつもりなのか、かかりつけ医が診ていくつもりなのか、それから御家族にどのような話をされたのか、そういうことが知りたいのです。在宅支援者が医療機関に情報として求めるものが何なのか、そういうことも会議を重ねる中で御理解いただき、時間をかけてシートができ上がっております。シートを作る中で在宅側の思い、クリニックの思い、それから専門医療機関の思いというものをミックスした上ででき上がり、試行をスタートいたしました。

試行後もまた練り直して今のものになりました。これが絶対にいいとは言えないと思うのですけれども、少し御説明をしたいと思います。

シート1については、色々なところで問診表に使われているものとそれほど大きな違いはないと思います。最初はもう少し分けた書き方をするようになっていたのですが、御家族が書くのが苦手で在宅支援者が代筆することが非常に多かったので、今のような形になりました。シート1と2でセットという形で、家族の言葉を書くのがシート1だとしたら、シート2のほうは在宅支援者がその家族も含めてどういうふうに見ているのか、何を課題だと考えているのか、何を相談したいと思っているのか、それを医療機関に伝えるというものです。

シート3ですが、在宅支援者がほしい情報をどういうふうに医療機関に伝えればいいのかと、これも何度かやりとりがあった上に今の形になっております。「受診結果」のところに「自院でのフォロー」、「他院でのフォロー」というふうに書かれておりますけれども、これも先生たちから「これは、どういう意味ですか」というような質問がきました。高齢者には主治医がたくさんいます。どこが管理するのか、どのかかりつけ医なのか、専門医療機関でフォローしてくださるのかを知りたいのです。

私達は色々なやりとりを積み重ねて、試行から1年半経ちました。そのやりとりの中でお互いの理解を増していく、連携体制というものをしっかりとつくっていく、そのためには必要な期間だったのだろうというふうに思っています。ですので、ケアパス部会でシートが作られた、それが提示されたというときに、ただそれを使ってくださいというだけで果たしてどこまで連携体制が進むのか。顔の見える関係とよく簡単に言いますが、それがどのような過程の中で生まれてくるのかというのはすごく大事なことですし、マニュアルの中にそれを促すような言葉が必要になってくるだろうというふうに感じております。

私達の連携体制についてはこのシートを作ることが目的ではなく、それを使いながら在宅生活を支援していくということが、まず1つですけれども、これからの課題としては在宅で生活が難しくなったときに、例えば一時でも入院をして薬で調整ができるのかどうなのか、もう疲弊している家族が生活時間のずれを修正しようとしても、もういっぱいいっぱい無理であったりするわけです。それが薬で調整できる範囲がどの程度なのか、24時間管理する病院の中であればどこまで調整できるのか、たとえ入院期間が短かったとしても、それをやっただけでまた在宅生活が再開できるという方はたくさんいるのだと思います。決して在宅では入院を希望したとしても、ずっと病院に入れてほしいというつもりではないということです。それから、もう無理ですと言っている御家族はたくさんいますけれども、決してもう看たくないと思っていることとは、言葉としてイコールではないのです。いかに上手に生活をするかということに、やはり医学との連携が絶対に外せない。その連携は、紙があればいいというものではない。その点を皆様にお考えいただければありがたいと思います。

それから紙もやはり必要で、視覚的に整理していくことで家族の気持ちも整理されていったということも、シート1を埋めながらたくさんありましたので、そういう紙を使った効果も非常にあると思います。それからシート3が戻ってくると、家族と一緒に、先生にこう言われたでしょう、これからこういうことを考えましょう、というような話が一緒にできるというのも、とても大事なことだと思っております。

長くなりまして申しわけございません、よろしく申し上げます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。大切なことを幾つか教えていただきましたけれども、御質問ございましたらお願いいたします。

では、皆さんがお考えいただいている間に、私から質問をさせていただきます。例えばシート1というのはどこにあるのですか、家族はどうやってこれを手に入れるのですか。

【伊藤委員】 相談機関に相談された方に対して、相談機関のほうで「この紙を使っていきましょう」と渡しております。窓口に置いて自由に持っていくということは今現在やっておりません。まだシートの使用を経験したかかりつけ医の先生方が少なく、リストはできておりますけれども、まだ使い方を周知していく期間が必要です。クリティカルパスと勘違いされる先生方もいらっしゃいますし、在宅支援につなぐことが目的です。先生たちにこのシートを届ける意味、それから先生方に伝えてほしいことを今の段階では相談機関が説明させていただくようにしておりますし、家族への説明も必要です。御家族が勝手に記入をして持っていける体制には今はまだしておりません。

今まで試行をしております、それからケアマネジャーにも今の現状と使い方を講習しまして、ケアマネさんも相談機関として使えるようにはいたしました。ただ、どのくらい医療機関に広がっていったのか、そういうこともしばらくの間は確認していきたいと思っております、ケアマネさんにもどこの医療機関に使ったということを報告してほしいというふうをお願いをしているところです。

【繁田部会長】 分かりました。他に御質問はございますでしょうか。

秋山委員、お願いします。

【秋山委員】 白十字訪問看護ステーションの秋山です。とても丁寧にこのシートを作っていくプロセスを大事にされたということに大変感銘を受けました。もう一つは説明の途中で、例えば受診結果の、今後の認知症のフォローのことですとか、こちらはこうしか答えが出ないだろうと思う内容も、お医者さんたちにはなかなか理解をしていただけなかったというお話がありました。それを説明する場所などは、どのような機会をうまく使われたのでしょうか。

【伊藤委員】 医師会もメンバーとして入っていらっしゃいます。医師会内部で会員に講演会をやったりしてくださっています。それから私どもの地域包括支援センターや在宅介護支援センターがクリニックにお願いにあがったり、ときどきこのシートの使い方の紙を配ったりですとかそういったことをしております。

ただ、認知症の人に誰でも使えばいいというものではなく、使うタイミングもあるようなのです。例えば認知症の家族の方が相談に来ました。では、これ使ってみませんかとお話しても、家族のほうはまだ認めたくないという心理も持っていらして、どうしようと軽い気持ちで相談にいらした方が、シートを出すことで逆に、「いや、まだいいです」と言って帰られた方も実はいらっしゃるのです。ですので、私達はどういうケースにどういう段階で使うかというタイミングを図って使っています。

武蔵野市では、認知症予防財団の方に来ていただいて、じっくり話を聞いてもらうという事業をやっているのですけれども、ケースによってはまず認知症への対応を相談していただくところから始めて、必要な時期を見て医療機関の話を出したりですとか、これはもうケース・バイ・ケースとしか言えないのですけれども。ですので、ケアマネさんも交えてスタートしましたけれども、ふんだんに使えばいいというふうには必ずしも思っておりません。そういうことも含めて、残念ながら広がりも今のところはまだ少ないのですが、クリニックには個別にお話をさせていただきながら拡充していきたいと思っております。

【秋山委員】 ありがとうございます。同じようにこの医療機関側も書く先生はある程度限

られている状態でしょうか、この専門のというか……。

【伊藤委員】 専門医療機関のほうはシートを見ていただきますと、かなり専門的な診断名が並んでおります。認知症の講演会という形で専門機関から医師会に対して何回か講演会をされたりですとか、医師会でも病気の勉強と連携の講座というような形で研修会をしてくださっています。

今盛んに色々な疾病で連携パスが作られていますから、クリニックの先生方に見てみますと、連携パスが何種類もある。がんだけでも東京都が作っているのが6冊あります。それで、また認知症でシートが増えるのか、という印象は否めないのだと思うのです。ですので、パスとは違います、目的はこういうことです、ということ丁寧の説明していくことが必要なのだろうと思っています。

【繁田部会長】 その他ございますか。

【山本委員】 ありがとうございます。非常に参考になる報告だったと思います。秋山委員の質問とも重なるのですけれども、これ医師会側への呼びかけは、それぞれ三鷹市と武蔵野市の行政側からの呼びかけということによろしいのかということと、それぞれの市でもの忘れ相談医の登録一覧があるのですけれども、これは手挙げ方式でこういう組織化が図られているかどうかということと、このもの忘れ相談医にはこのシートというのは周知と言いますか、もうかなり理解されているかどうかということを確認したいのですけれども。

【伊藤委員】 こちらは三鷹も武蔵野も医師会で手挙げ方式の形をとっております。まだシートもできる前の段階でしたけれども協力してくださる先生は申し出てくださいという形を医師会で行ってくださったものです。ただ、連携体制というものがまだ初期の段階でもありましたし、どこまで理解して手を挙げてくださったか十分とは言えないでしょうが、窓口となって進めてくださっていた担当の先生の努力がありました。リストは医師会自身が作ってくださっており、医師会のホームページに載っています。先生方もそのリストに載っていることは認識されているのだと思います。残念ながらまだこの先生方が全員シートを使うところまでには時間が必要です。

【山本委員】 ありがとうございます。最初の呼びかけは行政側からということによろしいでしょうか、このシートを作るというこのチームを作っていく呼びかけは行政側から行ったかどうかということです。

【伊藤委員】 行政側からというよりは杏林大学のほうからお声かけがあったのかと思うのですけれども、既に脳卒中などで医療機関と行政と一緒に会議を重ねるということは地域の中で

やっておりましたので、担当される先生方は違うのですけれども土壌として既にあったということは言えると思います。また、認知症に関しては、認知症サポーター養成講座のほうも随分力を入れておりましたし、どちらかが強力にということではなく、準備会のような形で打ち合わせるところからスタートしております。ですので、行政が先導してきたわけではありません。中心になってくださっているのは杏林の先生、専門医としては杏林大学病院と武蔵野赤十字病院とが並んでいますし、両方の医師会と一緒にというスタンスでやっております。

色々な連携をやっていて、医療機関が中心になりすぎても行政側がついていけないという会議は非常に多いです。

それから行政が中心に引っ張っていかうとしてもうまくいかない。多分これは武蔵野市だけのことではないでしょう。行政や地域包括支援センターが頑張らなければいけない部分と、それからあまり出過ぎてはいけない部分と、それはその会議の持ち方でも色々だと思いますが、先生方も先生たちの立場で熱心にやってくださっているのも事実です。

【山本委員】 ありがとうございます。

【繁田部会長】 それでは、まだ質問があるかもしれませんが、内容はまだまだございますので、少し先に進めさせていただいて、また改めて伊藤委員に教えていただければと思います。

続きまして医療介護関係者の中での情報共有に関して調査をさせていただいております。皆様にもお諮りして行ったものでございます。この結果に関しまして、これも今後の議論に非常に参考になるのではないかと思います。事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料1をさらに1枚めくっていただきまして、資料2を御覧いただきたいと思います。以前の会議で認知症専門医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、それからケアマネジャーの事業所、こういったところを対象に情報共有がどのくらいできているのかというアンケートをそれぞれとってみましょうということを御提案差し上げておりました。その結果が出てまいりましたので速報版ということで御報告をしたいと思っております。基本的にはそれぞれ100か所を基本として送付をいたしまして、概ね6割以上の回答を得ております。地域包括支援センターにつきましては100%の回答を得てございます。地域バランスを考慮しましてアンケートを送付してございます。

そういう状況の中で、まず調査結果の1でございますが、認知症の診療支援の中で関係機関と情報連携、情報共有が十分に行われていると感じますかという質問でございますが、これはどのファクターと言いますか、専門医療機関も地域包括もケアマネジャーも大体同じでござい

まして、「十分に行われている」という回答は10%から20%のレベルでとどまっており、ほとんどが「ときどき」と回答しています、「ときどき」という回答はレベル感が色々あると思うのですが、やはりどの職種もまだまだ十分ではないと思っている方が多いというところで、ほとんど差がなかったと理解をさせていただきます。

1枚めくっていただきまして「場面1」の認知症の疑いが生じてから認知症の診断を受けるまでの場面におきまして、認知症の専門医療機関がかかりつけ医、地域包括、ケアマネとの関係が十分にできているのか、情報連携できているのか。かかりつけ医、地域包括、ケアマネジャーにも同じ質問をしたというものでございます。細かく説明しますと、もういくらでも時間がかかってしまいますので、事務局で気づいたところを申し上げますと、これは他の場面でも言えるのですが、かかりつけ医さんとケアマネとの関係が結構深いという感じがいたしました。それから意外に思いましたのは、地域包括支援センターと専門医療機関の関係は意外に薄いのかなと。認知症疾患医療センターは地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携ということを一つのモデルとしておりますので、この辺は考えていく必要があると思ったところでございます。

さらに、地域包括支援センターとケアマネジャーとの関係でございますが、地域包括支援センターのほうはケアマネジャーとの関係は非常によくできているけれども、ケアマネジャーのほうの回答ではさほどでもないという数字の差が出ております。これをどう解釈するかは非常に難しいところでございますが、地域包括支援センターはおそらく困難なケースを中心として扱っていると、通常の一般の流れの中でできてしまうものは地域包括支援センターを介さずにやっているということなのかとも思いますが、このように、一見非常に大きな差が出ているということでございます。

右のページでございますが、「場面1」におきまして実際にどんな情報をやりとりしていただきますかという質問で、認知症疾患等の診断結果、それから中核症状、周辺症状と色々挙げております。実際にやりとりをしている情報はここに挙げているようなものは概ねやっているというように感じでございます。これは現実でございますが、下のほうがより良い診療・支援を行うためには、この情報だけは提供してほしいという項目を3つ選んでほしいという質問でございます。この中で認知症の専門医療機関は、まず患者の紹介を受ける場合でございますので、少し立場が違いますので除いたほうがいいのかと思うのですが、認知症の診断結果は当然のことでございますが、これを求める声というのがかかりつけ医、地域包括、ケアマネともに多いというようところでございます。

続きまして、ページをめくっていただきまして情報共有の方法でございますが、実際にどのような方法を用いていますかと、これは認知症の診断を受けるまでという「場面1」でございますが、この質問につきましては紹介状・看護サマリー等で行われていることが多いということでございます。これは医療者が非常に忙しいという状況を反映していると思われまして、ケア会議、ケアカンファレンス等の開催につきましては地域包括支援センター、ケアマネジャーのほうは高いのですけれども、医療者のほうは極端に下がっているという状況でございます。ただ、一方で、その下のほうでございますが、特に有効なものを2つ選んでほしいと質問したところ、医療者が、ケア会議やケアカンファレンスにつきましては、現実よりも少し回答の割合が上がっているという状況があると思います。医療者のほうも忙しいのですが、やる必要があるのではないかと考えているのではということです。さらにはパス・連絡票等の「連携ツール」の利用につきましては、これは現実にはあまりできていないのですけれども、どの職種につきましても全て回答が上昇しているというところでございます。

次の「場面2」、認知症と分かって診断を受けて、その後の日常診療・介護サービスの利用時、比較的平穏な状況のときということでございますが、これは先ほどの「場面1」と同じような傾向が出ましたので説明は省略させていただきたいと思えます。

続きまして6ページでございますが、情報の内容について実際にどのような情報をやりとりしているのかということでございます。こちらのほうも多少の山はありますが、概ね当初想定していたような情報のやりとりをしているということでございます。その下のほうで、この情報だけは提供してほしいと考えるもの3つを選択してほしいと質問したところは、少し山が出てまいりまして、特にかかりつけ医さんやケアマネジャー、地域包括支援センターは、認知症の周辺症状でありますとか、認知症についての今後の対応といったところが非常に高くなっております。一方で認知症の専門医療機関は介護保険サービスの利用状況ですとか家族状況という情報が逆に通常得られませんので、そのような情報がほしいという回答になってございます。

続きまして7ページでございますが、情報共有の方法について実際にどんな方法を用いているのかという質問ですが、こちらにつきましては、医療者の側は紹介状や看護サマリーが少し下がってまいります。また、ケア会議、ケアカンファレンス等が少し上がっているという状況です。その下の、特に有効と思われる方法について質問したところでございますが、ケア会議、ケアカンファレンス等につきましては、やはりこちらのほうも必要性が高いということで医療関係者におきましても、5割以上からこういったものがあつたほうが良いというような回答を得ております。それからこちらも前回と全く同じでございますが、パス・連絡票等の連携ツ

ルの利用は実態はさほどではありませんが、もっと利用していくべきだというような結果になってございます。

次の8ページでございます。こちらの左側の表もほぼ同じでございます。「場面1」と「場面2」と同じでございます。こちらは身体症状、周辺症状の悪化によって入退院の関係でございます。入退院の際の情報連携ということでございますから、大体今までの「場面1」、「場面2」と同じような傾向を示してございます。どのような情報をやりとりしているのかということでございますが、これにつきましては特に下のほうでございますが、この情報だけは提供してほしいという項目を3つ選んでほしいという質問になりますと、認知症の周辺症状、それから認知症についての今後の対応、それから特に認知症の専門医療機関等で高いのですけれども、家族状況、経済状況、在宅で暮らせるのかということにつながってくるのかもしれませんが、そういった情報を提供してほしいという結果になってございます。

さらに10ページでございます。情報共有、入退院時にどういう情報を共有していますかという質問でございまして、これは「場面1」と比較的似ているような状況かと思えます。その下の特に有効と思われる方法を2つ選んでくださいという質問になりますと、医療者の側でケアカンファレンスへの回答の割合がかなり上がってきているということでございます。看護サマリー等で行われているケースが多いのですが、こういうものをやったほうがいいのではないかというようなこと。それからこれも全く同じでございますが、パスですとか連絡票等の利用についての回答が高くなっているということでございます。

最後に「質問5」といたしまして、情報共有が行えない主な要因は何ですかということをお聞きしました。そうしたところ、自分の職場における時間・手間の確保が困難とお答えになったのは医療関係者のほうが圧倒的に多い状況です。一方で福祉関係者、地域包括やケアマネさんがおっしゃっているのは、「相手方が情報共有の必要性を認識していない」、「相手方が多忙で時間・手間を確保してもらえない」、これは多分、同じような状況について、見方の問題でこの2つに分かれているのかという感じがいたしますが、むしろ医療者側の時間がもらえないというところに原因があるという結果が出ているところでございます。

続きまして別途、自由意見ということで個別の意見をいただきました。本当にたくさんの意見をいただきまして、今後の報告書にも活用できるような有意義な御意見があったかと思えます。本日は時間もありませんので主なものを御説明いたしたいと思えます。

まず、「情報共有の方法について」ということで、医療者の方々から御意見をいただいておりますが、特に専門医療機関におきましては時間がない、IT化等が必要だとか、お薬手帳の

ようなものがあつたらいいのではないかと、外来は患者数がとても多いので文書のやりとりでないとなかなか難しいというような話がありました。かかりつけ医につきましては統一されたパスがあつたら良いということですか、個人情報保護のためになかなか積極的に情報を流せないということも問題提起としてございました。それから業務時間中、忙しいということなのだと思うのですが、連携を行うには外来を中断させざるを得ないというようなことも御意見としてございました。

地域包括支援センターのほうからは、先方の医療機関が多忙でなかなか時間がとれないというお話ですか、本人・家族がパスを持って情報提示の責任を担うシステムが効率的といった意見です。それから医療機関ごとのやり方が違ってしまうと困るので、やはりツールは統一化されたほうが良いというような御意見がありました。

ケアマネのほうからは、パスを作るのは簡単なのだと、有効に使われる手立ての検討が重要なんだ、先ほど伊藤委員からの話とつながると思うのですが、そういった御意見をいただいております。

医療の現状につきましては、専門医療機関におきましては専門外来の患者数が非常に加速度的に増加をしているということ。かかりつけ医さんからの紹介状の内容、いわゆる情報の内容が不十分ではないかということ。それから特に入院時ということなのだと思うのですが、手のかかる患者さんという認識がどうしても認知症の方は強くなってしましまして、受け入れ調整に時間がとられる、あるいは入院時に相手方から十分、かつ正確な情報が得られないというようなお話がありました。

かかりつけ医につきましては、専門病院の対応が不十分、紹介しても診療までに時間がかかる。専門医療機関の医師がかかりつけ医に患者を戻さないというようなこと。それから、急性期病院の医師、看護師の認知症対応力の底上げが必要なのではないか。BPSDの悪化時の緊急入院、緊急ショート対応ができていないなどのことです。それから医師主体で積極的に協力する姿勢が必要なのだという意見もあり、この回答をされたかかりつけ医というのは、基本的にはサポート医の方を対象にアンケートをしてございますので、比較的意識の高い方という想定をしております。

それから地域包括支援センターでございしますが、例えば家族が診断治療の必要性を認識せずに限界まで相談しないこと、あとは医療機関に対しては連携室がないと連携しづらいですか、専門医の診断後、かかりつけ医のフォローがあると連携がとりやすいというようなこと。それから主治医が専門外の場合、専門医に紹介していただければいいのですが、それがなかなかそ

うもいかないこともあるということ。それから同じ言葉でも職種によって意味するものが違うというような御意見もございました。

ケアマネさんからは、家族の受容というのがとても大事ですとか、在宅生活をすすめていく上で医師からの的確な意見あるいは助言がないといったこと。サマリー等では専門用語の理解がなかなかできませんというようなことですか、医療の敷居の高さがあって連携しづらいというようなこともございました。

介護の現状でございますが、認知症専門医療機関からの御意見といたしましては、ケアマネさんが「入院したからもう手は出せない」ということで、医療機関に丸投げをするという方もいるという御指摘もありました。

かかりつけ医からは、在宅系の認知症の利用者・療養者が急増していく中で、そういった在宅利用の多くが認知症関連であるということに医療・介護相互に危機感を持つべきだという基本的な御意見もいただいております。それから診断後、ケアマネから情報提供がなくなってしまって、その後がよく分からなくなってしまったというようなお話ですか、あるいは介護職は、もう怒られてもどんどん医師に聞くべきであると、頑張ってもらいたいという、ある意味エールだと思うのですが、そのような御意見もありました。

地域包括支援センターから、ケアマネジャーは専門医療機関との連携の仕方というのがなかなか難しいということ、あるいは自治体がスクリーニングや診断システムのようなものを作っていないと、地域包括支援センターとしてもなかなか認知症高齢者を把握するのは難しいということ、それから、よくいわれておりますが、介護予防支援業務に追われているという御意見もございました。

それからケアマネジャーからは、地域包括支援センターもなかなか手一杯で、ケアマネジャーがついているのだったら、そちらでやってほしいと言われることもある。あるいは地域包括が関わっていてもなかなか時間がかかるケースもあるという御意見もありました。

その他でございますが、地域包括支援センターから職種によりまして基礎知識に差があり、同レベルでの情報交換が難しいというようなことですか、やはり行政が主体的な方向性の提示をしてもらいたい、そして現場が動きやすいような土壌づくりをしてもらえるとありがたい、という話があった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。今の御説明に関して御質問ございましたらお願いいたします。あるいは調査結果に関する感想のようなものでも結構でございます。

駆け足の説明でしたので、引き続き参照していただきながら少し先に進めさせていただいて、

その都度御質問をお受けしたほうがいいのかと思います。前回のこの会議で色々な意見をいただきました。認知症の支援に関して医療、あるいは介護ケアに関してと、色々な視点から課題は多くございますけれども、その中でいわゆる情報を共有する視点でできることに少し絞って議論をさせていただけたらと思います。議論をそこに集中させるために、あえて今までしてきた議論の中で、情報共有をキーワードに現状・課題の部分と、これからどのような方向で議論を進めるかを整理していただきました。最終的には報告書を想定したものにしたい方が議論がしやすいかと、その方が議論が散漫にならない気がいたしましたので、あえて報告書のたたき台を作らせていただいて、御意見をいただきたいと思います。そこで先ほどの伊藤委員の御報告でありますとか、調査結果を踏まえて御意見をいただければ何よりかと思います。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料3でございます。「認知症ケアパス部会報告書の構成たたき台」ということで、御提示をさせていただきました。大きく分けまして4章立てがよろしいかと思っております。

まず、最初に「はじめに」ということで、この報告書は何を目的としているのかということで、今年度、認知症疾患医療センターの設置を予定しております。現在国と協議中でございます。そうした中で各地域においてその連携体制をどう進めていくのかということは大変重要であって、その現状の把握、課題を整理いたしまして、その各地域、地域の実情を踏まえて本当に機能する情報共有の仕組みをつくっていくということが重要で、そのためのガイドラインを提示できるようなものをつくっていききたいということを最初に書きたいと思っております。

2番目が「現状と課題」ということでございまして、先ほど御説明をいたしましたアンケートの調査結果ですとか、それから第1回、第2回と本日も含めて色々な御意見をいただいております。そういった御意見を整理をいたしまして課題を抽出していききたいと思っております。この内容につきましては、また色々変わってくるかもしれませんが、ここの中で特に情報を共有するためにどうしたらいいのかという観点からの現状と課題をあぶり出していきたいと思っております。

第3章でございますが、具体的な仕組みの提案ということで具体的に機能する仕組みを構築していくためにはどうしたらいいのかという、ある意味この報告書のあんこになるような部分ですが、具体的に各地域、地域に提案していく内容を第3章に書き込んでいきたいと思っております。色々な内容があらうかと思いますが、大きく分けると情報を共有するためにどんな形態がいいのか、それから効果的に機能するためにはどのような工夫をしなければならないのか、そ

れからどのような情報を共有すべきなのか、可能であればひな型の提示をしていければと思っております。あるいはこれだけは必ず盛り込んでいこうという形でもいいと思っているところがございます。

第4章は今後の課題ということで、今回第1回、第2回の議論の中で本当に様々な御意見をいただきました。もちろん仕組ができれば全ての認知症の問題が解決するというわけではございません。色々とハードなケースも増える中で、認知症の方を支える地域づくりに向けた課題を、今後の検討課題、あるいは認知症疾患医療センターを運営していきながら検討していく課題という形で、しっかりと問題意識として残していく報告書にしたらどうかと考えてございます。具体的にはここに書いてあるとおり、家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進ですとか、関係機関の認知症対応力の向上、顔の見える関係づくり、受診が困難な人への支援等、そのような内容でございます。

さらに、少し深めまして第1章と第4章につきましては、この報告書の基本的なメッセージというよりは付随する部分だと思しますので、第2章、第3章で何を書き込んでいかなければいけないのか、何を各地域、地域の認知症疾患医療センターやその地域の医師会さんや地域包括支援センター、行政、ケアマネジャー、そういったところに伝えていくべきなのかということ、特に「情報共有ツールで対応すべき課題」というところに絞り込んで、事務局で整理をしたものでございます。例示と書いてございまして、まだまだ他にもたくさんあるだろうということは私ども考えておりますが、とりあえず、このような議論をしていきたいという意味で幾つかピックアップをして御提示をしたものでございます。

まず、認知症の人への支援では、関係者同士の連携が欠かせない。これは基本的なスタンスでございますが、なかなか認知症の人の情報が共有されていないという現状の中で情報共有の仕組をつくっていかないといけないということで、各地域で統一した情報共有ツールを作成していくべきなのだろうということが一つ出てくると思っております。

それから介護サービスを利用するときに、やはり家族介護者がある意味キーマンと言いますか、本人の症状について色々なところに説明をしなければいけない場面があるということで、家族介護者が色々な情報を知っていないといけないのですが、的確に伝えることが難しい場合もあります。そこで、家族介護者は本人の症状や治療状況等に正確に理解をしていて、的確に伝えることができるような仕組と言いますか環境と言いますか、そういったものをつくっていくことが必要ということで、情報共有ツールを作る場合は家族介護者が参画できるようなものにしていくことが望ましいのではないかと。その場合は当然のことながら、それに合わせまして、

誰にでも分かる平易な言葉を使用すべきだろうということでございます。

3番目でございますが、個人情報保護の観点から、情報の共有が難しいケースがあるというお話がありましたので、本人や御家族の同意を得るという仕組みが必要だろう。そういう意味でも本人や家族に十分御説明をして同意を得た上で情報共有シートを活用していくとい形で進めていくべきだろうということです。

次は基本的な作成プロセスの話になってまいります。関係者がそれぞれ何で困っているのか、どういう情報がほしいのか、相互理解が今の段階では十分ではないということで、やはりお互い一堂に介して、お互いの理解を進めながら情報共有化に向けた検討を行うことが重要だということで、まずは各地域に協議会等を設置いたしまして、相互理解を深めるということが一つ。基本的な方向性を定めていこうということです。これは多分色々な職能団体の代表者がそういう立場になると思うのですけれども、これを踏まえて具体的な検討はその下に設置する作業部会等において進めていくということでございます。この作成にあたっては自ら提供したい情報ではなくて、他の関係者が提供してもらいたい情報を提供するという視点で作成すべきだということでございます。

続きまして、既に様々な連携ツールは存在しているわけですが、なかなか十分に活用されていない状況であると認識をしております。これは持続的・継続的に使われるような仕組みをつくっていくということが必要だということで、一つは、先ほど医師に対してというお話で伊藤委員からありましたが、家族介護者を含む関係者への周知徹底と、ツールの使い方に関する研修等を各地域で行っていくということがやはり必要なだろうということです。

また、情報共有ツールの作成後も作業部会あるいは別の名前にしてもいいと思うのですが、そういったものを継続いたしまして、使い勝手のよいものとするように使用状況について適宜検証し、随時改良していくことが必要になるということでございます。

続きまして、医療関係者が多忙であるということが色々な阻害要因になっているということでございます。時間のない中でも関係者が相互に情報を共有できる仕組みが必要だということで、これは具体的には書ききれませんが、医療関係者にできるだけ負担をかけない記載方法、すなわち最低限必要とされる情報に絞っていくべきということでございます。

例示としてこの6項目を挙げましたが、まだまだあると思いますので、ぜひ、御意見をいただきたいと思っております。それから、情報共有以外の対応が必要な課題ということで、これは主に第4章に書き込む内容でございます。これは先ほど説明した内容の裏返しのようなものがございますので、御覧いただければお分かりいただけるかと思っておりますので、説明は基本的には省略

をさせていただきたいと思います。第4章のところではこういったものにつきましては、認知症疾患医療センターの取組等を通じて、関係者の認知症への理解促進や顔の見える関係づくりを行うなど、情報共有の仕組を支える基盤を整備していくということです。東京都としても認知症疾患医療センターの連絡会等を開催する中で、取組の状況を把握しつつ、必要な検討を行っていくべきという御提言をいただければと考えているところでございます。

それからもう一つ、御説明をしたいのですが、もう1枚めくっていただきますと参考資料1という資料がございます。皆様のお手元の青いファイルを配布してございますけれども、既存の連携ツールの特徴について、どういう人が使用することを想定しているのか、サイズはどのようなものなのか、どのような使用場面を想定しているのか、使用方法はどんなものなのか、そういった中でこういった情報の内容を記載するようにしているのか、ということを整理したものでございます。

ここで見ていただけると分かる通り、特に使用する者というところで、かなりツールによって違いがございます。本人、家族も利用する、見ていく、参画していくということを想定しているものと、そうでないものがありまして、少し内容も違ってきていると考えております。これは主なもののみ記載した資料でございますが、参考になろうかと思いますので添付させていただきました。

以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どの部分でも結構でございますので自由に意見をいただけたらと思います。

皆さんが意見をしやすいように、私がこの資料を作るにあたって事務局と相談をさせていただいたときの私の印象を申し上げます。

既に色々な場所でシートやパスがありますので、既存のもので良いのであれば使っていれば良いと思います。ただ、それとは別にこの会議で、項目ぐらいでいいと思うのですけれども、こういう情報を共有してくださいという提案のようなものは出させていただければと考えています。

もう一つは、第1回目の会議で村松委員がおっしゃったことと、先ほど伊藤委員がおっしゃったことが引っかかっているのですけれども、引っかかっているというのは良い意味です。例えばある医療機関からある医療機関に紹介されるときに紹介状を書いてもらって行く。それで、そういう紹介状であるとかパスには、既に非常にいいものが作られていると思うのですけれども、改めてどこかのサービスを利用する際に、改めてはじめから全部そこで症状を説明をしな

ければいけない。医療情報提供書というのは医療機関同士です。サービスの利用などはそういうものがないから全部説明しなければいけない。村松委員が、「私は家族会をやっているくらいだから、説明できましたけど」と、おっしゃりましたが、普通の御家族はなかなか難しい。

もう一つは、先ほど伊藤委員がおっしゃった中で、家族にいったいどんな話をしているのかということも分からない。そうすると情報の共有というのは情報を送ったり、情報を受け取るということではなくて共有するというふうに考えると、できればそれまでにやりとりされた情報の全てを誰かが持っているほうがいいと思います。そうしますと、誰かというのはもう本人か家族しかないのではというふうに思うのです。

例えば認知症になった自分の家族が今までかかった医療機関で書かれた紹介状の全て、検査結果が付いていればその結果、それだけ全部持っているだけでかなりの情報は把握できるのではと想像しました。つまり、各紹介状は数行と簡単なものだったりするのですが、その数行がそのときの一番大きな問題だと思われるので、今までの紹介状を見るだけでおおよその経緯は見当がつくかと。

今は行われていないことなのですが、もし、医療機関が紹介状を書いたときに、1枚コピーをとって家族に渡しておくというのも、一つ方法かと思います。

普通、家族に見せることを想定して書いていないので、医療機関には抵抗が大きいかもしれません。ただ、コピーをとるだけなので医療機関の作業面の負担はほとんどないのです。ただ、その紹介状を家族に見せるのはという抵抗はあるかもしれない。家族に持たせること自体は、御本人のことですから個人情報完全にクリアしている。医療機関がある情報を別の組織や医療機関に出すときに個人情報が問題ですけども、家族が持っている分にはいい、それは保護者としてです。

【西本委員】 本場に部会長が端的に言っていただいて、すごくいいなと思ってはいるのですが、もう一つ、よく利用者さんや御家族で手術の説明のときに書いてもらった紙をたくさん持っていたり、検査の紙をたくさん持っていたりするのですが、そのときにどのようなことを説明されたかがやはり分かっていなくて、結局ドサッと持ってきて、「これをもらったんですけど見てください。」と。私は医療職なので何が書いてあったかは大体分かるのですが、福祉職や御家族が見て本当に分かるのかというと、少し不安があるというイメージがあります。

このケアパス部会のパスができたときに一番期待したいことは、こういうものが私達はほしい、福祉職や家族がほしいと思うのは、自分たちの病気ですといった状態を可視化できるもの。専門家の人たちはこういうふうに思っている。この薬はこんなものに効いているということ

きちんと紙で分かるようなものが1枚あると、「自分たちは今こういう状態でこんな薬を飲んでいます」と言える、もしくは福祉職の人が先生に、「こういう薬を飲んでいるみたいですけど」と聞けるようなものがあるとすごくいいということがあったので、そういうイメージを入れていただけ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。

【高藤委員】 今の西本委員の御意見を聞いていて、いわゆるドクターが御本人たちにどのような説明をして、どのような薬を扱ったりしているかという点で参考までに、資料集がお手元にあるかと思うのですが、これは東京医大病院さんが開発されているのですが、何枚かめくっていただくと病状説明書というものがあります。これはドクターが書いて御本人、御家族に渡すということをしているのですが、これなどは参考になるのかなと思います。これがあるだけでも治療内容も分かりますし、御本人、あるいは家族にどのような説明をして指導したのかということが分かる内容になっていると思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【間渕委員】 今のお話の内容が、これは認知症の会議なので認知症に特化している会議でもいいのだと思うのですが、実は認知症の方は色々な病気を持っています。そういうことでいくと疾患も必ず押さえなければいけないと思います。先ほど繁田先生がおっしゃったように、今私どもで「生き生きノート」を使っていますが、退院カンファレンスをやるときに診療情報提供書とか患者さんに説明しないで渡されると困ってしまうのです。幾つかの地域包括支援センターや在宅介護支援センターから、「何も患者さんが分からないでこれを出されました」と言われることがこのところ幾つか続いています。

それは渡す側の説明不足ではないかということで、今患者さんにお渡しするときには必ず、先ほど先生がおっしゃったような診療情報提供書、説明書、お薬のシートといったものを全て挟む形にしています。それはもちろん病棟での退院時のサマリーですとか、あるいは老健施設に対してはADL評価表といったものもあるのですが、そういうことを全てできるだけ患者さんに、ここに挟んでおいて、ここだけは見てもらいなさいという形をいうようにしています。それを始めて2か月ぐらいになるのですが、それが少しずつ浸透してきたような気がします。そういうものが広まっていけば医療も決して、要するに放置するわけにはいかないので、やはり認知症の方で単独に認知症だけの方はすごく少ないというような感じがします。いざというときのために病気のことを無視はできませんので、そこら辺のところ統合されればと。

私、先ほど武蔵野市さんのシートを見ていまして、うちで足りないものが、例えば地域包括支援センターや介護の方からの紹介はほとんど電話でくるので、そのときに私達が聞くときに、どんな症状がありますかという形でざっと聞いてしまうのですが、その内容は逆に私達が必要とする情報ではなくて他のことがいっぱい入ってきて、何が必要か整理して伝えていただけないというか、聞くほうもとりあえず聞けばいいという感覚になってしまっていて、それを医師に伝えるときにどう伝えるかが、どうしても難しい言葉になって医師に伝えてしまうので、その辺のところでは先ほどの相談シートのようなものがあれば、認知症の方に関しては挟み込むことができ利用すればいいのではという感じを受けて聞いていました。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【村松委員】 今の情報もとても大事で、先ほどの繁田先生の御提案でいろんなデータ、お医者さんの紹介状なら、ということで。私は過去に、これはあまりよくないのですが、お医者さんの診断書などは開けてコピーをとってあります。それは介護者の会にみえている方が、やはり同じように困って、今の方は専門職の方が専門職の方と情報交流をする上で大事なことであって、家族も知らないと本当に困るのです。それで私達は介護者の会で困ったよというときに、お薬手帳なども当然そのときには家族は持ってきていませんから、次にくるときにどういうお薬が出ているか、そのときに薬剤師さんがどう説明をしたか、お医者さんが何を言っているか、そして実際に困っていることは何かということをお話に来たときに聞きます。それをまとめて、お医者さんにはこのところが分からなかったらこの部分を聞いたほうがいいですよ、こういうふう聞くときと答えてもらえますよ、というアドバイス、アドバイスというかそういう考え方をしております。

やはり聞けない、それから家族も知っていないと専門職の人にも医療職の人にもきちんと聞き出せない。家族が認識できないとやはりそのままになって流れていってしまうということをお話をして、介護者の会に集ってくる人たちのお話を聞いていて感じることもなのです。ですから繁田先生の方法、私はやり方としては少しまずいやり方をしていますけれども、でも、それも一つの方法なのではというふうに感じます。そこから何かヒントが得られないかと感じます。

【繁田部会長】 どうぞ、御意見をお願いします。

【土井委員】 私は先日、ケアマネジャーから相談を受けてサービス担当者会議に参加したのですが、要介護3の認知症独居のケースでありました。認知症の人が地域でそのまま暮らせるようにということをしているのですが、家族が全くいませんので毎日のようにヘルパーさんが一番御本人の生活状況、例えば失禁が増えてきた、前は便失禁はなかったのにするように

なってきたことや、ガスコンロがつけっぱなしだった等、そういった情報を掴んでいます。この「生き活きノート」であれば、家族はいないのですが、スタッフが共有できます。

かかりつけ医への受診のときにもヘルパーのほうで報告に行ったり、既にこの方は法定後見人がついているケースなのですけれども、友人がとても協力的で、そういった色々なスタッフが関わっています。後見人のほうは月に一度の面談で本人のはっきりとした一面しか見ていないのですが、実際はヘルパーのほうは日々の暮らしが大変だと、主治医のほうは長谷川式で6点だったので、これはもう独居は無理だろう等、色々な意見がある中で、なかなか皆が忙しいので会議ができないのですが、こういった「生き活きノート」のように本当に細々とした日々の御本人の様子や、ドクターからの意見等が全部書いてあるようなものがあると、独居の認知症の方でもスタッフの支援で地域で暮らせるのではないかと思いますので、すごくこれはいいと私も以前から思っていました。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【山本委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 お願いします。

【山本委員】 繁田部会長の御提案はとてもおもしろいと言いますか、村松委員がおっしゃったように私も何回も経験していますけれども、医療機関から医療機関の情報提供書は全部封が閉められておまして開封厳禁みたいな形で何々先生とありますので、非常に御本人、御家族が見れないような情報が行き渡っているのが今の現状だと思います。もし、部会長の御提案のとおり、また、間淵委員がおっしゃったように「生き活きノート」は本人が主体で、もちろん本人が持つというのが当然の考え方なので、そういう考え方が行き渡っていけば非常にこれはおもしろいのではないのかなという印象を持ちました。ですから情報は誰のものかということは、もう一回この部会の提言としても確認すべきなのではと感じたことで、事務局のほうで整理していただいて大体の方向性が出たのではないかと、そういう印象を持ちました。

これにもし可能であれば、私を感じたのは、前回の大阪大学の御報告のとおり、あの御報告の中で最初に認知症の各ステージを目に見える形、先ほども可視化という話が出ていましたけれども、目に見える形で御本人や御家族に説明するという話、そういう教材を作っているという話がありましたので、もしそのような簡単なツールがあれば、御家族等にも色々な取り組み方、流れが分かるのではないのかということが一つ感じたことです。

それと前回、千葉大学の諏訪さゆり先生の研究の参考資料を出しましたけれども、先ほどの調査でも主治医や専門医が知りたいと思っているのは認知症の方の生活の様子、周辺症状、B

PSDの状況を知りたい。それから、どういうサービスを利用しているかということを知りたいというアンケート結果でしたので、やはり診断が下ったあとの日常生活の状況を御家族なりが主治医に簡便に伝えていく、そういう様式が示せばいいのではないかと、そういう印象を持ちました。

また、ひな型は色々な地域でもスタートしているので、なかなか東京として示すのは難しいかもしれないのですが、一方でこれが進んでいる地域はかなり限られていますので、まだ全然取組がない地域もかなりあります。もし、よろしければ先ほど事務局からも報告があったとおり、地域ではこういう段取りで取り組んでいったらいいのではないのかという提示と、簡単な様式のひな型の提示、これはあくまで参考様式ですというような形での提示があったらいいのではないかと、そういう印象を持ちました。

最後は質問ですけれども、最後のところに認知症疾患医療センターの連絡会という話がありました。それはとてもいいと思ったのですが、認知症疾患医療センターの圏域は医療圏域だと思います。ですからこのシステム構築を医療圏域で考えていくのか、それとも自治体単位で考えていくのか、これはどういうふうに考えていくべきなのかという印象を持ちました。

【繁田部会長】 その自治体で……。

【山本委員】 このシステムが先ほどは武蔵野・三鷹地域でした。大田区は田園調布・蒲田・大森医師会ですので、例えば間瀬委員や私がいるのは北多摩西部医療圏域6市ですので、認知症疾患医療センターを中心として医療圏ごとのシステム構築を考えていくのか、それとも例えば立川市でしたら立川市というそういう自治体、新宿でしたら新宿というそういう単位で考えていくのか、それを確認しておきたいと思います。

【繁田部会長】 多分そのことは、仕組みを考えることとは並行して議論しないといけないかと思いますが。それぞれの地域で使っているツールがあるけれども、それを持って別のところに行ったときでも参考にはしてもらいたいですし、使ってもらいたいというのが理想形です。特に東京という巨大な地域を考えるとときにはそれぞれ医療圏もかなり広いです。市区町村単位でと言っても多分患者さんはそれを超えてあちこちで受診するので、その地域で完結ということとはなかなか難しい。

【伊藤委員】 三鷹・武蔵野の場合は、会議自体は三鷹市と武蔵野市の範囲だけでやっているのですが、武蔵野市の市境に近いところに、練馬区の慈雲堂内科病院があり、認知症病棟を持っていらっしゃいます。そこには杏林大学病院の先生方と一緒にシートを持って御協力くださいと、連携の外ではありますけれどもよろしく願います、という御挨拶をさせていただき

ました。

それから「御意見シート」にも書きましたが、東京都のほうでスタンダードの連携シートを紹介してくださるなら、それを各地域で自分たちでアレンジする、アレンジする中に先ほど申し上げたような自分たちが使いやすいように一緒に話し合いながら完成させていくという過程を一つ入れるということが大事だと思います。せっかくこういう会議で提案していくのだとしたら、必ず、同じシートを使わなければいけないという条件はないと思いますので、多少違ったとしても返すことができるような、そういったことをマニュアルの中にルールとして入れておいていただきたいというふうに思います。ですので、紙自体は別のシート、他の地域の返信でも構わないと思うのです。本来の目的はその紙を使うことではなく、よりよい在宅支援だと思いますので、その点までマニュアル化してほしいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【赤穂委員】 具体的な意見ということではないのですが、資料3で示されたたたき台という形で、これをどういうふうにしていくかという議論を通して共通認識を持ったほうがいいという印象を持っているのです。その場合に認知症ケアパス部会という名称が結果的によかったかどうかはよく分からないのですけれども、そういう意味では他の部会、例えば仕組みづくり部会ですとか、そういった部会の成果ともきちんとリンクさせながらやっていく必要があると思いますし、今までの議論でもそうでしたけれども認知症ケアパス部会となるけれども、そういうパスですとかあるいは情報提供書、あるいは三鷹・武蔵野のほうから先ほど報告があったような、そういうツールだけを検討する部会でもないというふうに思うわけですから、そのところの軸足を少しきちんと整理をして、議論して行って、そしてこの構成を考えていく中でどういうものが必要なのか、どういう場面が必要なのか、あるいは山本委員がおっしゃったように、地域ということについては何をもちょう地域としているのかということも大変重要な問題であると思います。

それから認知症疾患医療センターにどういう機能を持たせるのかということですが、それから既に走っているところはいいのですが、走っていないところをどういう形で火をつけていくのか。これは表現が適切かどうか分かりませんが、誰が引っ張っていくのか、どこから声を上げていけばいいのかというふうな、この東京全体の中でどの辺が空白地帯になっているかですとか、どういうところがうまくいっているのかですとか、こういうファイルがあるところは色々やっているのではというふうに思うのですけれども。

全体像が掴めないままものを言っているということで申しわけないのですけれども、三鷹・

武蔵野も必ずしも行政でもないですし、病院等色々とそういうものが動き出す組上が他の取組を通じて基礎はあったということで、地域によって色々違うとは思うのですけれども、少なくとも何種類かそういう空白地帯から何かやっていく場合は、どういう方法があるとか何かヒントになるような、そういう意味で報告書なのか手引なのかというような性格づけもあるでしょうけれども、早期発見、診断、治療、介護、そういう地域での認知症の方たちを支えていくような仕組みをどうやっていくかということは、仕組み部会のモデル事業では出てきていると思います。

そういうものとリンクさせて、では、どういう場面でどういう情報が必要かということは三鷹・武蔵野の先ほどの絵柄ですとか実際の6種類のシート、そういうものがあれば、そうたくさん事例はなくても非常にヒントはあると思いますので、そういったものをイメージしていけばいいのかという、そういうものは手引というのでしょうか、参考になるようなものを報告書として出していきながら、具体的なサンプルも提示するというかと思いますが、地域の単位ですとか、それからどういう地域資源、関係者が集えればよくなるのか、あるいは情報共有の場はどういう場を設定していったらいいのか、それが認知症疾患医療センターと絡んでまだ分からないところがありますけれども、そういったものを盛り込んだ報告書を作っていたらということですので、むしろ報告書をどのようなものにしていくか、どういう性格にしていくかという議論を通して、しからばどういうサンプルを提示するかというふうな話に持っていったほうがいいのかと思います、少し差し出がましいお話ですけれども。

【繁田部会長】 ありがとうございます。今までいただいた意見と今の御意見をおよそ総合して、今の段階で少し整理をさせていただくと、ある地域でいただいた紹介状やパスというものを他の地域に持っていっても困らないようにということなので、例えば報告書か手引かというものの中に色々な地域で使われているものがサンプルとして入っていて、その一番初めのところに東京都として一つの例示なり項目なりが示されている。それで、報告書としてあるいは手引として重要なことは、どういうふうにするかというマニュアルなどについて報告書に示すということになるのでしょうか。

一つ、伊藤委員にお聞きしてよろしいですか。相談機関から医療機関へ、あるいはその逆へとそのフォーマットが動いていくときに家族はどういうふうにしてその内容を知るのですか。説明を受けて、それは家族が持っていくわけではないのですか、その辺を教えてください。

【伊藤委員】 相談機関がシート1と2を用意した際には家族に渡します。相談機関のほうにコピーをとって原本を御家族に渡して診療のときに持っていってもらいます。シート3に関し

ては直接本人、御家族に、本人というのは少ないかもしれませんが、御家族の了解をいただいた上で相談機関に送るというルールになっています。

ケアマネジャーに説明会をした際には、本人の情報なのだから本来見せて構わないはずではあるけれども、どういう書き方になっているのか確認をした上で配慮してほしいというふうに今の段階では話をしています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。病院の中で、各科のカルテを御本人に持っていたら回って受診していくという方式の検討が始まっている病院もあるので、いずれそうなるのかと。海外では受付に行く则自分のカルテをくれる。ですから中を見ることもできるわけです。いちいち面倒だから見ない人も多いですけれども、逆にいつでも見られるから見ないのかもしれませんが。多分そういう方向には動いていくと思うので、その考え方は方向としては飛び抜けて違和感の強いものではなくていくと思います。ただ、今の状況ではやはり想定していないものなので、見てもらったときに問題はなかったというふうに改めて思うにしても、書くときには想定していないのでそこを変えていくのは少し難しい部分があるかもしれないです。

【間渕委員】 よろしいでしょうか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【間渕委員】 今は認知症の方なので色々なことを見てしまうということだと思っておりますけれども、私はよく認知症の相談を受けるのですけれども、御本人が御家族と一緒に来たときに、例えば「お父さんはスイッチが切り替わったようにして変わるんだ」というふうな言い方をされることがあるのですけれども、それはいわゆる脳卒中と同じような形で脳の病気なので、それは一つの症状なのでということを繰り返し何回も何回も言います。そうすると、自分はこれが症状だったということが次のときに、安定しているときに言えるようになる人が何人かおりますので、それは医師も私達看護師も含めてそれは頭の病気なのだということ、認知症も立派な病気なのだということをみんなが言っていないことには、私達がそういうことを思っている間は認知症の差別はなくなるのだと思います。

うちは母がそうだったのでよく分かるのですけれども、やはり私も母が認知症だということを受け入れられなかったのですね。それがやはり母に対していいケアができなかったのだと思います。ですから、そういうことをなくすためにはやはり認知症は頭の病気なのだということはどうしても言わざるを得ない。言ってあげれば家族も楽になりますし、本人も楽になるのかなという思いがありますので、その辺はみんなが頑張って言っていければなと思っていますけれど

ども、どうなのでしょう。

【繁田部会長】 ありがとうございます。これは少し難しいですけれども、御意見ありがとうございます。

【山本委員】 今回の議論のとおりなのですが、一点だけ。認知症のケアの場合はどうしても家族数が少なくなってくることもあって虐待が起る状況もありますので、そのときの情報のやりとりをどうするかというのが一方のテーマであります。情報は本人や家族のものですけれども……本人ですね、虐待があった場合はその情報の取り扱いをどうするかは別のテーマであるというふうに思います。

【繁田部会長】 不勉強で申しわけないのですが、誰か知っておりましたら教えてほしいのですけれども、ケアプランは本人が見られるのですか。

【西本委員】 もちろん、見られます。

【繁田部会長】 そのケアプランの中に妄想やもの盗られ妄想ですとか書いてあったりしませんか。本人にとってみれば、あれは妄想ではない、嫁が盗ったと言うような…。

【西本委員】 妄想という言い方はしないし、書かないです。

【繁田部会長】 多分そういうことが参考になると思います。そういうふうしていくしかないのでしょうか。書くときに想定をするということは、こういうことかなと思いました。

【伊藤委員】 御本人、御家族に見せることを想定すると、やはりそういうふうにフィルターをかけざるを得ないこともありますよね。それで、シートは御家族に見せたとしても、どうしてもそれ以外のことで主治医に伝えなければ困るというような情報があるときには、シートを使いながらプラス別便でお手紙を書いたり、直接ご連絡をしたりしております。ケースによってはこの紙だけでは足りないことはやはり出てきます。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

【秋山委員】 今どの状態にあるのか、これからの道筋が全体像の中から見えていたほうが家族やその関わる支援者たちによく分かるといったときに、私は以前に認知症対策推進会議の医療支援部会の委員で参加をさせていただいたときに、認知症の専門の医療依存度と身体的な医療依存度が図になっていて、それぞれこういう特徴があってこういうことを気を付けていくと、MC Iのところから終末期の最後までを書いた資料が1枚あって、大体もうこの辺にきていて、これからはやはり全体のADLも落ちて呼吸不全が考えられるし、でも、先はここだから、こここのところをお互いに頑張っていきましょうというような図だと、私は大変よく分かるし、ケアマネさんなどに医療の立場で説明をするときにとても説明しやすいです。

そういったことを御家族に説明するときに、やはりもう中等度を過ぎていますとか、今一番多様な症状が出て大変な時期だと思えますがベースになる身体疾患とかのコントロールもよくしながらこういう対応がありますよという説明と、そういうものが本当は必要ではないかと思えます。そういう1枚の資料を付けてもいいような気がするのですけれども、どうなのでしょう。

【繁田部会長】 前回の数井先生の発表を聞いて、どなたか意見をおっしゃっていただきましたけれども、基本的な知識があったほうがいいと思えます。認知症の人と家族の会の東京都支部と、それから介護者サポートネットワークセンターアラジンの方に協力していただいて、認知症と分かったときに何を知りたいですかといった調査をしたときに、治るか治らないか、治らないのだったらどうなるのかということを知りたいと皆思った。これからどうなるのかという話が重要です。私達はどうすればいいんだというのを教えてほしいと前におっしゃっていただきましたけれども、そのとおりだと思います。

まだ御意見があるかと思えますけれども、大変貴重な意見もたくさんいただきました。また、「御意見シート」がありますので、改めて思いついたことがございましたら「御意見シート」にお書きいただいて、事務局のほうにお送りいただければ、次回またそれを反映させて資料をふくらませ、整理をしていきたいと思えます。

では、マイクを事務局にお返しをいたします。

【室井幹事】 本日は、大変ご熱心な議論を本当にありがとうございました。事務局といたしましても次回は先ほどの資料3でお示しました構成案のたたき台にさらに肉付けをするような形で御提示をして、また御意見を頂戴したいというふうに思っております。

次回の部会は、大変日にちが近いのですが、12月13日火曜日、午後7時を予定してございます。場所は本日と同じこの特別会議室Bでございます。また、年が明けまして来年の話でございますが、2回程度の開催を予定しております。委員の皆様大変お忙しいとは思っておりますけれども、ぜひ、御協力をいただきますよう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いたします。どうもありがとうございました。

————— 了 —————