

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第4回）

平成23年12月13日（火曜日）午後7時00分から

【室井幹事】 それでは、お時間となりましたので、ただ今より「東京都認知症対策推進会議 第4回認知症ケアパス部会」を開催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、また師走の時期にもかかわらず、御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

初めにお願いでございますが、御発言に当たりましては、お手元にマイクを置いていただきますのでそちらを御使用いただきたいと思います。

続きまして、本日の委員の出欠状況につきましてお知らせいたします。本日、所用により欠席の委員でございますが、秋山委員、平川委員、赤穂委員、このお三方が御欠席との連絡をいただいております。また、本日、西田委員が所用により出席が遅れると御連絡をいただいております。

また、本日は、高橋幹事が欠席ということでございます。また、熊谷幹事、櫻井幹事につきましては少し遅れるということでございます。事務局からは以上でございます。

それでは、繁田部会長、よろしく願いいたします。

【繁田部会長】 それでは、よろしく願いいたします。早速、議事に入らせていただきたいと思います。資料の確認を事務局からお願いいたします。

【室井幹事】 それではお手元に本日配布してある資料でございますが、こちらのクリップどめをしてあります資料でございます。資料の1、2とそれから参考資料1から4まででございます。また、前日も机上に配布をいたしました。また、連携ツールに関する既存の取組例というファイルをお配りをしてございます。それからもう一つ、お手元に青いチラシがあるかと思えます。こちらは新宿区の認知症の講演会というものでございまして、高藤委員から一言御説明をお願いいたします。

【高藤委員】 この場をお借りして新宿区の認知症講演会の御案内をさせていただきたいと思えます。お手元にある青の手作り感いっぱいのチラシを見ていただきたいと思います。開催が平成24年、来年の1月21日（土曜日）、午後1時30分から開催いたします。

皆さんも御存知のとおり3.11で被災された方がたくさんいらっしゃったのですが、特に高齢者の方が多く死亡されたり要援護者の方たちの被害が非常に多く、その中でも特に認知症の方は避難所で困難を来したり、在宅で生活されている上で症状が悪化したり、また御家族も

大変な思いをされているという現状がマスコミでも放映されたりしていました。そこで新宿区では震災時における認知症高齢者を理解し、支援を考えよう、東日本大震災の現場からの報告を通してというテーマで、講師は認知症介護研究・研修仙台センターのセンター長、加藤先生をお招きして、講演会を開催いたします。

対象者は区内在住・在勤・在学の方ということになっていますが、お席のほう空いておりますので、ぜひここに本日おいでの方、御都合つく方は、ぜひこの講演会にいらして、また仕事等の参考にいただければと思ひまして、本日御案内をさせていただきました。以上です。

【室井幹事】 ありがとうございます。また、第1回の本部会の資料でございますが、基礎的な資料でございますので、参考として委員の皆様へ配布をしております。適宜御参照いただければと思ひます。また、こちらは次回以降も使用いたしますので、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。

以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、議事に入らせていただきます。まず、前回の会議で委員の皆様からいただいた意見の主なものに関しまして、おさらいの意味も含めて事務局より紹介をしていただいて、そこから議論に入りたいと思ひます。よろしくお願ひします。

【室井幹事】 それでは、資料をおめくりいただきまして名簿がありまして、その次の資料1を御説明したいと思ひます。

認知症ケアパス部会、前回の部会での主な御意見ということでございます。簡単に御説明をいたしますと、「本人・家族が情報を持つことについて」というところで、色々な御意見をいただきました。介護サービスを利用する場合は家族が症状について説明をしなければならないことが多いのだが、医療機関同士の情報交換にとどまっていることが多いという御意見。

それから「情報を送る・受取る」ということではなくて、共有するというのを考えるべきであろうと、その場合にはやはり本人・家族が持っているというのがいいのではないかという御意見。それから情報共有に理解をしてもらえ医療機関におきましては、紹介状や検査結果のコピーをとって家族に渡すというような対応もしてもらえといいというような御意見もありました。それから本人や家族に見せるということを想定いたしますと、虐待等が疑われる場合等これまた逆に一定のフィルターをかけざるを得ない場合もあるということでございます。その場合は、情報共有のツールを使うのではなくて、別途手紙を書いたり、直接連絡をしたりすることで対応すればいいのではないかという御意見もありました。

それから、「情報共有が必要な情報と有効な様式」というところでございますが、パスについて一番期待したいこと。介護関係者や家族からみて、病気や今の状態を可視化できるもの、あるいは専門家の人たちはこう思っている、この薬はこんなものに効いている、ということをきちんと明確に分かるものがほしいという御意見がございました。その具体的な例といたしまして、こちらのファイルにも綴じてございますが、東京医大等で取り組んでいらっしゃいます認知症連携パスの「病状説明書」等がそのようなものに当たるのではないかと御意見もありました。また、認知症の人は様々な身体疾患を持っているということから、「生き生きノート」の例でございますが、色々な情報をノートに挟み込むという形でやっていると、身体疾患の情報をきちんと入れ込んでいくことが大事という御意見もございました。その他色々御意見をいただいたところでございます。

それから「報告書の方向性」でございますが、地域によって連携の取組が進んでいるところと、取組がない地域があるということで、できればどういう段取りで取組を進めることがいいのか、それから具体的な参考様式ということで、簡単なひな型の提示ができるといい、という御意見ですとか、それぞれの地域、地域で情報共有ツールを作るということでございますので、それが他の地域でもある程度シート、ツールを見て書けるように、使ってもらえるように何らかの標準形と言うのでしょうか、基本的な考え方を統一しておいたほうがいいのかという御意見がありました。概ね以上でございます。

**【繁田部会長】** ありがとうございます。御覧いただいて前回の大切な意見が抜けているのではないかと等のお気づきがあれば御指摘をいただければと思いますけれども、よろしゅうございますでしょうか。

それでは、お気づきのときにまたおっしゃっていただくことにして、報告書の作成に入らせていただきたいと思います。

それでは、早速でございますが、今日の本題でございます。資料2になりますけれども、どのような形で情報を共有していくかという体制に関する議論に入ってまいりたいと思います。議論の材料として報告書の骨子という資料を用意をさせていただきました。議論としては実質的な議論をさせていただいて、あわせて報告書の作成も考えていきたいということでございます。

それでは、ある程度今まで皆様からいただいた意見をできる範囲でこの報告書の骨子のほうに反映しているつもりですけれども、これをさらに具体化できるところについては、できるだけ具体化していきたいと思っております。この説明をまず事務局からいただければと思っております。

【室井幹事】 それでは先ほどからまた1枚おめくりいただきまして、資料2「認知症ケアパス部会報告書の骨子（たたき台）」という資料がございます。これについて御説明をしたいと思います。前回部会を11月30日に開催したのですが、このときに報告書の構成案をお示しいたしまして、御議論をいただいたところがございます。基本的に御了解をいただきましたので、今回はその構成案に基づいて事務局でこれまでいただいた御意見を拾い上げながら一定の報告書ベースの形にして、骨子として固めてみたところがございます。まだまだ粗削りの部分がございます、また皆様からいただいた御意見を十分に取り込めていないところもあると思いますので、ぜひ色々な御意見、こういうことを既に以前言いました、盛り込んでください、というようなことも含めて、御意見を頂戴できればと思っております。

まず、第1章でございます。「はじめに」ということで、これはまたきちんとした題をつけていきたいと思っておりますが、基本的にこの部会で何をやるのかということを整理をさせていただきます。認知症疾患医療センターの設置を契機といたしまして、都内各地域において認知症の医療介護連携体制の構築を進めていくとしておりまして、その都内各地域における情報共有化に向けた取組が進むように、この部会で認知症疾患医療センターをはじめとする関係機関が各地域で検討を進める際の手引、あるいはその指針となるようなものを作成しようという目的について、第1章では述べたいと思っております。

第2章でございますが、「現状及び課題」ということですが、これはまた提案と重なりますので簡単にいたしますが、幾つか課題をお示ししてさせていただきます。関係者間の情報共有が不十分であるということ、これはアンケート結果等々からもあらわれておりますし、あるいは皆様の共通認識ということかと思えます。

次のページでございますが、真ん中のあたり、「家族介護者への情報提供が不十分」ということで、この辺も随分御意見をいただいたところがございますので、家族介護者に十分な情報が伝えられていないということを課題として整理をさせていただきます。

その次でございますが、「個人情報保護の問題」ということで、個人情報保護の観点から情報の共有が難しいという場合があるということを書いております。それから、その関係者間の相互理解が不十分であるということ、これは本人に関わる場面や、担う役割が違うということである意味自然な状態では当然のことだと思っております。それをきちんとお互い一堂に会して理解を深めていくことが必要なのではないかと、その辺がまだできていないのではないかと書いてございます。

さらにページをめくっていただきまして「継続性の確保が困難」ということとございまして、

既に連携ツールは幾つかあるんですけども、十分に活用されていないとか、あるいは最初は結構使われても、いずれそのうちに使われなくなってしまうというような例があると聞いております。そういったことで安定的・継続的に使われていく仕組みが必要だろうということを書いてございます。

第3章でございますが、ここで具体的に「仕組みの提案」ということで、このような仕組みで地域における情報共有のツールを作っていったらいいのではないかとというようなことを述べるといことで、ここがこの報告書のあんこになってくるところでございます。まず、最初に、「情報共有のための仕組みづくりに向けた基本的な考え方」を御提示をしたらどうかと考えております。ここで具体的に機能する仕組みを構築していく上での5つの視点を提示しております。

次のページを御覧いただきたいと思っております。1つ目が「地域共通の情報共有ツール」、2つ目が「家族介護者の参画」、3番目が「関係者の相互理解」、4番目が「簡素で分かりやすい仕組み」、5番目が「継続的な取組」でございます。以下、具体的な取組内容ということで個々一つひとつ今の5つの視点ごとに具体的なことを書き込んでございます。

まず、「地域共通の情報共有ツール」というところでございますが、やはり認知症の人のケアに携わる地域のすべての関係者が使用するような統一した情報共有ツールを作成していくべきだろうと、これから取り組む地域におきましては、この報告書の内容を踏まえて検討をしていただく、あるいは既に取組を行っている地域でも見直しの際の参考としていただきたいと、こういうことを書いてございます。その次の丸印でございますが、他の情報共有ツールを、地域が違えば情報共有ツールも違いますので、この部会で示した基本的な考え方は同じにした上で、地域の実情も踏まえつつ各地域で検討を進めてほしいということでございます。

2番目に「家族介護者の参画」でございます。情報共有ツールについては基本的に、皆さんのおおよその御意見ということで、ここはまた御議論をいただきたいと思うのですが、家族介護者が参画できることが望ましいという基本命題を立てております。具体的にお話に出てまいりました「生き生きノート」のような本人や家族介護者が、連携ツールを所持する形態を基本とするべきではないかという提案をしたらどうかと考えております。必要な情報を記入できるスペースを当然ながら確保するということと、本人・家族が持ち運びがしやすい大きさ、あるいは、少し細かい話ですが、適宜検査結果や薬の情報等を張り付けることができるか、あるいはページの追加・削除ができる、そのような形態が望ましいだろうということでございます。

続きまして、まだ認知症かどうか分からないという方が受診をして、結果的に認知症だったということが分かるまでの場面、これは場面1として御議論をいただいたところでございます

が、こちらは専門家を通して直接連絡をとることが必要な場合も多いのではないかと、その場合は前回、伊藤委員から御紹介いただきました「三鷹・武蔵野もの忘れ相談シート」のような様式を別途使用する。そして、様式の写しを本人・家族宛に提供したり、またこの情報共有ツールに張り付けていくということでございます。それから情報共有ツールの使用にあたりましては、本人・家族の同意が必要だろうと、これは個人情報保護の観点からやはり必要ということでございます。

続きまして、5ページでございます。「関係者の相互理解」ということございまして、認知症疾患医療センターが整備されました場合、その役割といたしまして地域の様々な認知症に関わる関係者を集めた協議会を開催して欲しいというお願いをしております。そういったところにいろんな方々が集まってくるわけですが、その場で関係者間の相互理解を深めていただいて、基本的な方向性を定めていただくというのがいいのではないかと。具体的な検討は作業部会等で行うといいだろうということでございます。自らが提供したい情報ということではなくて、他の関係者が提供してもらいたい、欲しい情報を提供していくという視点で検討をしていただく必要があろうということでございます。

具体的な検討過程でございますけれども、先ほど申し上げましたように情報共有において課題と考えているような場面、あるいはその対象がお互いに異なるということがございますので、関係者間でお互いの課題を共有して理解を深めることがひとつ必要であろうと。それから地域の医療・介護資源の状況、地域連携に向けた各種取組の状況等を把握していくと、あるいはその地域が抱える課題について共有をしていくことが大事だろうと、例えばそれをもとに関係機関リストや資源マップを作るのもまた有効であろうということをお述べさせていただきます。

さらに情報の共有化が必要な場面ごとに、この部会の中でも場面1、場面2、場面3ということで御提示をさせていただきましたが、それぞれの場面について情報共有が必ずしもうまくいっていないところについて現状分析をそれぞれ行っていただきたいということでございます。その上で実効性ある情報共有の仕組み、共有することが必要な情報、情報共有にあたって各関係者が果たすべき役割等について整理をした上で情報共有ツールの作成を行うと、こういう段取りで進めたらどうかという御提案でございます。

続きまして、「簡素で分かりやすい仕組み」ということございまして、同じ職種間でないと理解できないような難しい専門用語などはできるだけ使用しない、家族介護者でも分かるような平易な言葉を使用するようにすべきだということが1番目でございます。2番目が、長期間、10年以上に渡って使用することも念頭におきながら、症状の変化や支援体制の変化に柔

軟に対応できるものとするべきだろうと。3番目に、アンケート結果でも医療職が大変多忙であるということがございましたので、記載項目は必要最小限にしておく必要があると、できるだけ負担の少ない記載方法をとるべきだろうということでございます。

最後に「継続的な取組」の部分でございますが、関係者への周知徹底やそのためのツールの使い方に関する研修をぜひやっていく必要があるということ。特に本人や家族介護者への説明というのは、情報共有ツールを効果的に継続的に使用されるために大変重要であろうということでございます。

次のページでございますが、情報共有ツールの普及は大変重要でございます、協議会において様々な職種や機関の代表が集まってくるわけでございますが、そういった場に出てくる方は積極的に傘下の会員や組織にこのツールを使っていただくように働きかけていただくということも必要だろうということでございます。情報共有ツール作成後も作業部会等を継続して、随時使い勝手の良いものとするべく、検証しながら改良して使って使い続けられるような形にしていくべきだろうという御提案でございます。

これが基本的な御提案でございます、そういったものを踏まえて具体的にどんな情報を共有していくことが必要なのかということをお提示できればと思っております。こちらにつきましてはまだこの中では書き込んでおりませんが、本日あるいは次回の議論でも結構でございますが、参考資料3というA3のペーパーがございますが、この資料や綴じこんであるアンケート結果等を参考にさせていただきながら、こんなところはぜひ共用していくべきだというような御意見を頂戴できればと思っております。

次に、「既に行われている取組の工夫事例の紹介」ということで具体的に色々な事例、東京医大あるいは三鷹・武蔵野地域などにつきまして御紹介をしていければと思っております。これにつきましては可能な限り参考資料ということで具体的なものを報告書の中に添付をしていければと思っております。

最後ですが、「本部会において提案する必須記載項目、望ましい記載項目」がございます。なるべく簡素にしたい、ただ必要な情報は共有したいというところで部会として必ず記載してもらいたい項目というものと、それから記載してもらうことが望ましい項目とに分けて提示をできればと考えております。これを示しつつ、さらに具体的なひな型を示すのか、このレベルでおさめていくのかということにつきましても御意見を頂戴できればと思っております。

最後に8ページでございますが、「今後の課題」ということです。これは前回も整理をしていただきましたけれども、情報共有ツールに関わることを以外で情報共有にとって大変重要な事

柄がございます。こういったものにつきましては基盤を整備していく必要があるということで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状況を把握しつつ、必要な検討を今後行ってほしいという提言をしていただければと考えているところでございます。簡単ではございますが、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。それでは今ほど説明をしていただいたところを、まずは順番に色々と意見をいただきたいと思いますが、資料の3ページの下がよろしゅうございますでしょうか。「仕組の提案」ということでございます。課題分析に続いてどのような仕組が望ましいのか、あるいは今の認知症支援の推進になるのかということで、「情報共有のための仕組づくりに向けた基本的考え方」とございます。実際にその5項目が書いてございますのは4ページの上のほうですけれども、まずはこれに関して御意見をいただけたらと思います。

それぞれ独立しているものではなくてお互いに密接に関連するものですが、今までの議論を整理するとこの5つのポイントに多少強弱はありますけれども、集約できるのではないかと思います。1番としては、何らかのツールと呼ぶべきものがあつたほうがいいたろう、ひな型があつたほうがいいたろう。2番目としては、家族にも共有してもらふ必要があるだろう。3、4、5に関してはおそらく1、2を補完してより推進していく工夫、方策として関係者の相互理解、仕組が簡素であること、それから継続的であるべきと、そういうポイントでございます。いかがでございましょうか。

【山本委員】 2番目の家族介護者参画のところですが、これはもうそのとおりですが、この中の表記に本人や家族介護者に十分説明し、同意を得た上で行うべきという表現がありまして、認知症には色々なレベルがあるかと思うのですが、御本人の参画や、御本人の同意、説明、御本人がその情報を持つことでどういうふうになるのかという、こういうことをどのように表現していくのかということも一つのテーマだと思うので、意見を皆さんからいただけたらと思います。

【繁田部会長】 まさに大事なところでございまして、単に情報を共有していくというようなところから、家族がその情報を持っていて、その都度それを受診をしていた医療機関、あるいは利用したサービス先で提示をしていくというようなやり方もあるでしょう。単に知っておくという部分から家族が管理をするところまで色々な部分があるだろうと思います。現実的な問題として可能かどうかという点と、その重要さとの両面に関して、ぜひ、御意見をいただけたらと思います。

つい最近来られた家族は病院でもらったり、薬局でもらったりした薬剤情報提供書等を全部



持っていらっしやる。それはもう1センチどころではなく、2センチくらい厚くて角がもう丸くとれているくらいずっと持っていらっしやる。見てみると同じ内容の薬剤情報提供書が何十枚も重なっている。それがかばんの中身の多くを占めていまして、私がそこで整理をして、これは捨てていいとか、こちらでお預かりしますとって捨ててしまったのですが、かわったところだけ持っていけばいいですよとしたんですけれども、多分情報を選んで家族が管理をするというところには、まず一つ難しさがあるので、そこはもう関わった人が最小限の情報、場合によっては前の情報から更新をしたり、場合によっては整理をしたりということをしていかないといけないのだと、先週痛感した次第です。御意見がありましたらお願いします。

【西本委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【西本委員】 今の山本委員の御意見は、本当に重要なことだと思っていて、今後家族の参画というところはすごく重要なことだと思うのですが、一人暮らしの方や家族のおられない方も多々出てこられるというように思っているのでもこれに関しては、やはり私はケアマネとしては御本人のところにそのノートがあるべきで、家族が持っているのではなくて本人のどこかにあって、それを全員が共有できるということをイメージするのであれば、やはりここには本人・家族介護者の参画というイメージでおいていただいたほうが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。進行して本人が管理できなくなるということはあられるかもしれませんが、少なくともここには含めておいて可能であれば……。

【西本委員】 可能であれば。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どうぞ御意見をお願いいたします。

【村松委員】 介護保険のことを考えてみるのです。そうすると介護保険の認定を受けるとき、それから介護保険のサービス利用開始にあたっては必ず本人がいて、それで家族がいて、家族のいない人もいますけれども、そこに誰かがいてきちんと印鑑をいただいて帰っていくということがシステムになっていて、私の母も書類を見て理解できなくとも必ずそこにいないとケアマネさんはケアプランを認めてくれないわけです。そういうことを考えればやはりそれと同じ形にしていけばいいのかと。どこまでということであれば本人が分からなくとも、やはり本人の意思を尊重するという意味で立ち会ってもらおうという方向で考えたらいいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。引き続き御意見をお願いいたします。

【山本委員】 参考ですが、成年後見制度で補助、補佐、後見、そして、補助制度は本人の同意が前提ですので、認知症のレベルによって色々変わるかもしれませんが、そういうこ

とを前提として、イメージ図を書くのであれば本人を中心として色々情報が回っていくと、関係者によって回っていくというようなイメージかと思いました。また、関係者の中にいずれもし、詳しく書いていくのであれば今後は成年後見人のようなものも加わってくるという感想を持ちました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。他に御意見をいただけたらと思います。

【山田委員】 私のほうは重症の方を診ることが多いので、そういう側面から少しお話をさせていただくと、基本的には本人という皆さんの意見に賛成なんですけれども、やはりどこか攻撃的な方だとその情報を見て、「これは何だ」ということもたまにあるわけですね。だからそういうところは状況に応じてとか何かうまく、多分ケアマネさんたちもそうなのでしょうけれども、そのときそのときで状態が変わっていたり、あるいは徐々に悪くなったりということの場合に対応を変えていかなければいけないのだろうと思います。そういう運用の仕方だと思いますけれども、基本的には本人が参画して、家族が参画していいと思いますけれども、そういう配慮は必要であると感じました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。その他いかがでしょうか。

【伊藤委員】 武蔵野で前回御紹介しましたシートを使っていて、御本人様にサインを实际にいただいたケースというのは正直申し上げてあまりないです。御家族様がいらっしゃれば御家族様に署名していただくようにしています。今現在のところは単身者にシートを使ったケースというのは非常に少ないので、今の段階であまり例として申し上げられないかもしれないのですが、受診拒否をしている御本人、病気の進行の状況にもよるとは思います。何とか医療機関につなぎたい、例えばサービスを導入したいけれどもとにかく1回お医者さんに会っていただかないと介護認定が受けられないわけです。ですので、なだめすかして何とか連れて行くということは結構あるわけです。そういう方たちに認知症と書かれたものを出してサインしてもらえるかという、そこで関係が壊れてしまう場合もあるわけです。

原則は原則だと思います。皆さんから御意見が出ているように本人の情報であり、本人が持つべきだとは思いますが、けれども認知症に限っていえば、先ほど先生がおっしゃっていたように、とても本人には言えないこともあります。原則は原則、けれども配慮が必要ということも入っているのではないかと思います。

先日、署名欄をどうするかということを経験者と一緒で大分色々協議をしました。例えば私達が本人に口頭で了解をもらって、こちらで代筆をするのはどうなるのだろうかということも含めてです。ただ、支援者にしてみると代筆で済むのかどうなのか、誰にどう了解をとっ

たのか、逆に余計に面倒と言いますか、色々差し障りのあることも出てくるのではないかとか、色々なことがありまして結局本人または家族の署名という形になりました。本人に署名してもらえなかったときにはとりあえず支援者が相談にかけ、空欄のままでも相談にかけるということを会の中では了解事項にしたという経過がございます。

法律の問題は一方にはあるかもしれませんが、少しでも良い方向に支援するということを前提において、やむを得ない場合があるだろうと、そういう方の場合にどこからどの程度苦情がくるものだろうかということも皆で協議しながら、そういう形になりました。

【繁田部会長】 どうぞ、お願いします。

【間淵委員】 私も山田先生がおっしゃったように、患者さんによって使い方は変わってきていいと思います。原則はやはり本人が持つものなので本人が持って、家族も分かるような形がいいと思うのですが、認知症の初期の方はどうしても自分が認知症ではないかというふうに疑っている部分があるので、その人が認知症かもしれない、認知症ではないかもしれないということ疑っている方に対して、その方に署名を求めたり、色々な支援すること、あなたは認知症ですよというようなものが如実に分かるようなことに関しては、やはり誰でもプライドがあることなのでそれは避けたいと思います。

もちろん若年性認知症の方で、私は認知症かもしれないということを疑っている方はたくさんいらっしゃって、もう診断がついて若年性認知症ですという方は比較的言える方が多いのですが、そうではなくして、ある程度高齢になって自分の友達や家族等色々な人が認知症になった人達は特に不安になってしまっているのです、そういう人に対してあえて色々な不安を与えることはないと思います。使う時期や使い方に関しては、やはり配慮が必要だと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。その他いかがでございましょうか。

それでは2番目に「御本人」という文言を入れさせていただくことにしたいと。これからその下の具体的な内容のところ議論をしていきますけれども、その部分にも今いただいた意見はもちろん反映させていただくということでございます。

既に具体的な内容に関する議論に、今家族介護者の参画の項に関してはもう入っていますので、下の部分に移っていきたくと思います。4ページの下に書いてございます2つの「地域共通の情報共有ツール」部分と「家族介護者の参画」ということで幾つかポイントが具体的に書いてございます。この部分に関して今の議論の続きでも結構でございますので、御意見をしばらくいただきたいと思っております。

【土井委員】 この共有のツールを各地域で作っていきましょうという御提案になると思う

のですが、もう少し具体的に誰がそのシートを発行するかということ、やはり病院のほうでお渡ししたという経緯があるというのはすごく理解ができるのですが、自治体のほうが責任をもって進めていくのか、そのあたりがどういったイメージでいらっしゃるのか。

【繁田部会長】 ありがとうございます。それをぜひ御意見をいただけたらと、多分私のイメージしているところと、皆さんのイメージしているところは多少なりとも違うと思いますので少し整理をさせていただくと、例えば医療機関から医療機関に紹介するときのフォーマットや、地域包括支援センターから病院へのフォーマットという各矢印ごとのフォーマットを作るという方法と、そうではなくても共有で誰がいつ書き込んでもいいようなフォーマットを作ると言いますか、そういうものを使うという方法と、あるいはまた別の方法で、家族が情報を常に持っていて、折に触れてそういうものをいつでも提示できるようにしておくという、そういう案がある状況だと思うのです。

地域によって色々と情報共有の仕方があると思うのですが、これをぜひやりましょうという部会からの推奨はあるべきだと思います。そんなことに関して議論をいただけたらと、矛盾はしないのですが、言わんとしていることは微妙に違うので、それも含めて御意見をいただけたらと思います。

【山本委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【山本委員】 この報告書案で見ますと5ページの上の「関係者の相互理解」の3つ目のところで、ここに記載されていることを素直に読む限りでは、各医療圏域に設けられる認知症疾患医療センターが主催する協議会、様々な職種や機関の代表が参画する協議会で検討して作業部会等でツールを作っていくという案だと読み取れます。多分これを進めていくときの関係者の相互理解をどういうふうに具体的に進めていくのか、作業部会を作ることが書かれているので、ある程度ここで示されているのですけれども、その辺は非常に重要な報告書の内容になってくるのではないかと思います。

医療圏域が非常にまとまりやすいところと、非常に広域に渡っているところが都内ありますので、その辺が多分課題になってくるだろうというようなことと、これは前回も議論になりましたけれども、今各自治体単位で進めている作業もありますし、三鷹・武蔵野のように広域で作っているところもありますし、その辺も見据えながらこの辺の相互理解等作業手順を詳しく示していく必要があるだろうと感じました。

【繁田部会長】 引き続き御意見をお願いいたします。

【間渕委員】 「生き生きノート」に関してはどこで配布してもいいという形にしていますので、配布の方法に関しては地域包括支援センターであったり、あとは病院であったり、もちろん開業医の先生のところにはまだ差し上げてないので、実際は市役所等色々なところで配布してもいい、もちろん保健所でも配布していただいています。必要だと感じた人にどこであげてもいいというふうなスタンスが一番いいのかと思います。

「生き生きノート」の中には地域支援ネットワークという資料が入っています。それはなぜかという患者さんや御家族がどのようなサービスがあるかが分からないと、色々なサービスが使えないだろうということでイラストにして意図的に入れたものなのです。そういうものもやはり目で見る、視覚にしてきちんと分かって説明ができるようなものも入れたほうがいいと考えています。

【繁田部会長】 御意見をお願いいたします。

【西田委員】 何回も蒸し返しの話かもしれませんが、地域という非常に漠然とした言葉があって、その地域によって医療資源も介護資源も全然違ってくると思うのですが、都が考えるこの一つの地域というのは認知症のケアパスということを考える上で、どういう資源が最低限入ったものを一つの地域とするのかということが、何かどこかに示されているともう少し分かりやすいかと、漠然と地域といってもどうもそこが何となく分かりにくいような気が私はするのですが、いかがでございましょうか。

【室井幹事】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【室井幹事】 地域の概念でございしますが、これという言い方はなかなかできないのですけれども、認知症疾患医療センターは二次医療圏に1か所整備をするということになっています。ですから基本的にはその二次医療圏ということになるのですが、ただ各区市町村で色々な取組が進んでいるという場合がありますので、それは逆に各区市町村の行っているところに認知症疾患医療センターが参画をすると、そういう場合は区市町村単位が地域であるというような色々なケースが出てくるかと思っております。

ただ、いずれにしても認知症疾患医療センターというバックは必ずあるということ。また、かかりつけの先生や診療所、一般の介護資源等、そういったものは各区市町村圏域でも基本的にはあると思っております。

【西田委員】 二次医療圏という言葉がよく出てきますが、二次医療圏でも全てが揃っているとは限らないわけです。ですから何が必要なのか、認知症を地域でみていくためにどういう資

源が必要なのかということも何かどこかで示されていていいという気がしていました。

【繁田部会長】 例えば初めの診断等ですと総合病院、大学病院が一つあれば何とかなる。ただ、中期あるいは進行した段階で途中の要介護2、3あたりでしょうか、精神症状が非常に激しくなったようなところの場合ですと、おそらく入院の施設を持っている精神科の病院がバックに控えていないと、難しい場合もあるかと思います。そして、最後は自宅で訪問診療をしてくださる先生がいらっしゃれば、最期を無事に迎えることも不可能ではないと思います。

おそらく市区町村の場合は別ですけれども、特別区の23区に関してはもうあちらに行ったりこちらへ行ったりで西の果てから東の果てまで通う方もおられるので、この地域でしか使えないフォーマットではなくて、他の地域から持ってきた紹介状やパスでも、もうそれを活用して支援しましょうという意見は非常に妥当な意見だと思います。

ぜひ御意見をお願いいたします。

【山本委員】 間淵委員と西田委員がおっしゃられて、これは前回、秋山委員も、それぞれの段階ごとにイメージできる図、認知症進行に沿ってどういう対応が必要かということが分かる図があればいいという御発言があったと思います。これは大阪大学の数井先生の発表でもあったのですが、それが今回、東京都バージョンとして示されたらいいのではないかと、その進行の具合でそれぞれの段階でどういう対応が必要になってくるのかということと、間淵委員がおっしゃった御本人、御家族を取り巻く色々な社会資源のネットワーク図のような2つが、既に幾つか図が示されていますけれども、こういうものを参考にしながらそういう2つを、時間軸と空間軸の2つのネットワークというか進行のイメージ図のようなものが示されて、東京都全体で使ってもいいのではないかと、そういう印象を持ちました。

【繁田部会長】 お願いします。

【室井幹事】 先ほど申し上げるのを忘れてしまったのですが、参考資料2が医療支援部会の中で認知症の進行度合と医療依存度の関係を示したものでございますので、御参考にしていただけだと思います。

【繁田部会長】 以前に大阪大学の数井先生が連携の試みを御紹介された中で、やはり御家族に知識を持っていただくことはとても重要なことだとおっしゃっていました。それで、今の山本委員の御意見もまさにそのとおりだと思うのですが、やはり医療機関やサービス事業所だけではなくて、少なくともやはり家族が何らかの形で持つものはあったほうがいだろうという意見になってくるのではないかと思います。

それはまさに家族が見るものだと思いますし、一回見てわかったというものではなくて、折

に触れて見て理解が深まってゆくものだと思います。御家族が御覧になっても色々お考えになったり、将来のことを予測するのにいいヒントにはなると思いますので、それは私も大賛成です。ただ、そうだとすればそれはそれこそ「生き生きノート」ではないですけども、家族が持つものの中に含ませるということになると思います。

**【村松委員】** 私も家族の人にお話をする機会があつて、順番に初期から中期、後期とお話をしていって、その症状に対して家族が困ることについて話をすると、皆さん「それが知りたかった」と必ずおっしゃるのです。それが分からないから次の介護に進めないし、不安でしょうがないと。そして、介護者の会に行くといろんな人の話を聞いて先が見えてくるから対処しやすくなるという話をよく聞きます。

でも、文字だけにしまうとやはり分かりにくい。と言いますのは、実は、私も母が認知症の初期のころ、十数年前に、きっと精神科のお医者さんがきちんと中核症状、周辺症状というお話をしてくれたはずなのです。けれどもそのときには文字で言われていることと、その症状と実際に家族が目の前でやっていること等が全部一つの線に結びついていかないのです。なので文字よりはむしろ何か図とか分かりやすい形での表示のほうが、そこに少し文字で補足するというふうにして、一目で分かって、それからさらに知りたいときにはまた誰かに聞けばいいという形になればいいと感じます。

**【繁田部会長】** ありがとうございます。引き続き御意見をいただけたら…、お願いします。

**【間淵委員】** 私も認知症の経過と医療依存度の図は見たことがありまして、こんなものがあるのかと見たのですが、実際にこれを患者さんに説明しようと思ってこの用紙を使ったこともありましたが、難し過ぎてしまって無理なのです。それで私は自分の母の体験をもとに自分が説明しやすいようなものを作りました。それは具体的にこんな症状があります、症状的には前後するものがあつたとしても、こんな症状でこうやって進んでいってこのときにはこんなことがあつたほうがいいと思いますと、その資源もあわせて説明できるようなツールを自分で作りました。

もちろん、それはその都度その都度変わっていくので、患者さんによって変わってきたり、こんなサービスがあつたのかとそこで気づくと次から入れるようにして、いつでも使えるようにしてあるのですが、やはり患者さんや御家族にきちんと分かるような表現をしてあげないと分からないです。これだけで私も説明しようと思って頑張ってみたのですが、難しくてうまく説明できなかつたです。

**【繁田部会長】** これは言葉自体、難しいところがあるかもしれません。サポート医の研修で

使用したりしているのです。ただ、ここから全部文字を除いて線にするだけでも多分御家族は分かりやすい。そこに最小限の言葉、「体の問題」とか「精神的な不安定」とかいう言葉だけを入れただけでも認知症の進行段階として今どこにいるかが分かるので参考にはできるのかなど。また認知症疾患医療センターで、家族に説明しやすい資料でもっといいものがあるのではないかとということで議論をしていただいて、考えてもらうということでもいいと思います。御意見をいただけたらと思います。

【山本委員】 参考までに、間瀬委員が作られたものを、ぜひ次回の会合のときに見せていただけたらいいのではないかと思います。

【間瀬委員】 それは次回に。

【繁田部会長】 ありがとうございます。その先の項目に進めさせていただいて、そこでも御意見をいただけたらと思います。5ページのほうで「関係者の相互理解」というところは既に触れていただきましたけれども、その下に「簡素で分かりやすい仕組」や「継続的な取組」といった項目も書いてございますので、その辺も含めて御意見をいただけたらと思います。

【山田委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【山田委員】 共有ツールがどういうものになるかわかりませんが、少なくとも東京というよりも関東というか、実務的にお話すると、行政上の書類も都、県によってその形式が異なる。なぜこれを全国共通にしないのだろうかということが多々あるわけです。直接的には医療機関の電子カルテに入れると、隣の県の書類が入らない。地域で共通した形式にしておいてもらうと、かかりつけの先生が書きやすいし、地域の中で活用しやすいと思います。

最近では訪問看護なども精神についても地域でどんどんやっただけではないかということがある。送られてくる書類に主治医の意見を書いてくれというものも書式がばらばらなので非常に書きにくいところがあります。知りたい情報というのは大体どこも同じだと思うので基本的に同じ形式の書類を使ったほうがいいのではないかと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。御意見をいただけたらと思います。

【西田委員】 何度も確認ですみません。この会議では共有ツールのひな型を作るわけではないのですね。

【繁田部会長】 それが今の医療とか福祉を改善する可能性が見込めたら作りたいのです。ただ、今既にあるものが使えるというのであれば、皆でこの中から選んで使いましょう、これだけのものがもう既にありますということにしても良いです。それもあつて項目を見ていただい



たりということなのですが、ただ、いただいた意見の中で東京都として何らかのひな型を示したほうがいいのではないかという声があるので、示すとすれば全く他の従来のを否定するものではないですけれども、示すとすればどういったものにするのかという、そこのことです。

【西田委員】 ただ、この委員会がそんなに回数がないのではないですか。

【繁田部会長】 ええ。

【西田委員】 だからそこまで果たしてたどり着けるか否かだと。

【繁田部会長】 ひな型ですね。

【西田委員】 ええ、だからどうなのでしょう。認知症疾患医療センターを核としてこれこれこういうことをやって、地域ごとに共有ツールをつくりなさいよというための指針をつくるもので……。

【繁田部会長】 それでも結構というか、それもアリだと思います。

【西田委員】 その辺がよくわからない、どこがゴールになっているのかというのが……。

【繁田部会長】 多分ゴールは誰も分からない。つまり、綿密で詳しいものを作れば先生方の負担は大きくなるので使ってもらう頻度が減るかもしれない。一方、非常に簡素化した場合にそれが果たして有効なのかどうか。

多少乱暴な意見ですが、例えば一つのこういう考え方があると思います。少なくとも医療に関してはもう共通のフォーマットで、今使われている情報提供書等に全ての情報提供書に入っている項目だけを選んでひな形として入れておく。項目を追加してもいいけれども、そのまま使っていただいても結構で、大切なことはその都度その内容を何らかの形で家族にきちんと共有をしてくださいという方針を示しておくというやり方もあるかと思います。

これは先生方の負担も少なく、そうすると先生方は紹介状を書くときでも1行で、詳細は家族が持っているノートを見てくださいと、問題点は今不穏状態でしかも多量の薬を飲んでるので何とかしてほしいという1行で、そうすると先生方の負担も少なくできるのかなと思います。ただ、それがどれだけ現実的なことなのかというと、私は病院の診察室からしかものが見えていないので、皆様の意見をお聞きしたい。それは先生がおっしゃった指針として、こういうふうにして進めてください、方向としてこういう方向で進めてくださいという意見を出すということに近くなるかもしれません。今のことは本当に一つの案ですけれども。

【西田委員】 今の話のようになれば医師は楽です。現時点の問題点に集約して書類を書けるわけですから。

【間渕委員】 よく診療情報提供書は医療で使うと思うのですがけれども、「生き生きノート」

に関しては、月に2回算定する居宅療養管理指導費は算定できますということ厚労省に聞いてある。一方で、先ほど先生がおっしゃったように1行だけ今このような状況です、他はこれを見てくださいということで、診療情報提供書として必要な項目を網羅したことになるのでしょうか。患者さんの紹介先、紹介後と傷病名、備考まで入れなければいけなくて、たしか経過等色々あると思います。話が違いますけれども、今、医療圏で糖尿病の疾病別連携治療をやっています、そのときに簡単な糖尿病のツールを作ったのです。作ってそれを協議会にかけたときに、そこである先生が「これはフォーマットを呈していないので、これはお金にはならないでしょう」というような話が出ました。その辺をクリアすれば先ほど繁田先生がおっしゃった1行というのでも。

【室井幹事】 診療報酬の件につきましては、事務局のほうでまた調べて、次回に御説明なり資料提供なりさせていただきたいと思います。

【山田委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【山田委員】 少し話は逸れるんですけども、情報の共有をするということで今一番悩ましいところは、医療と福祉の間の情報共有というときに守秘義務や個人情報保護等そういうところで、先ほど先生おっしゃった例えば病歴が全部入っているというのはパソコンからするところですが、それをコピーすると簡単なんですけれども、あまりにも全部入っているものから、よく紹介状に張り付けるときは全部消します。それで、どうしてもということだけ外して入れるというもまた面倒な作業になると、多分福祉系の施設も守秘義務というかそういう言葉はあるのだらうと思うのですが、ともすると出どころはあの医療機関であるということになるかどうかというのが、少し危惧するところなのです。。

やはり自分でその医療機関に出すのは今まで習慣でお互いにそれは守られるということなのですけれども、訪問看護ステーションに出すときでも一応気は使うところがある。もちろん、これはお互いが医療関連だということなのですけれども、作業所のほうから情報を求めてくるときも少し気を遣うところがあるのです。ですから、この辺の意識の違いのようなものはないだらうかということと、できれば共有したい、我々の持っている情報はみんなで共有したほうがいいだらうというのは基本的にあるのですが、いかなものだらうということはまだ私にも分からないです。それをうまく守れるかどうかというのは、これは医療機関の中でも問題になって、電子カルテなども今あまり問題にならないですけれども、本当に探ろうと思えば会社等よりよほどその情報は引っ張り出しやすい、セキュリティとしてはあまり強いものではないだ

ろうと思うのです。ですからそういうことを少し感じる場所ですが、どうなのでしょう。これは私は全く分からないところなのです。

【繁田部会長】 今の先生の御意見を整理をすると、例えば患者さんや御家族はこの病院ではこの先生にはそのこと話したけれども、それは他の人には言ってほしくなかったという意味のセキュリティですか。

【山田委員】 ということもあると思います。患者さんの御家族も多分選んで話している可能性は日々あるのです。例えば相談室で話す話と、看護に話す話と主治医に話す話というのは、そのレベルが違ってくる可能性は精神科だと特にそういうことがあるのですけれども、必ずしも主治医が全部知っているのではなくて、精神保健福祉士のほうが多く知っているという場合もあります。あとはプライマリーのナースがよく知っていたということもあって、夜勤でよく話しているということもあります。

ですから、その辺はどういうふうになるだろうというのは、少し詰めないと医療機関としても責任はあるのだろうと思うのです。その辺のところは御家族の方々もどこまでそれが守られるのか知らずに話したことが、あなたのところから出てきたのだろうということになっても困るだろうと。情報共有ということは気をつけないといけないということで医療機関はどうしても構えてしまうのかもしれませんが、構い過ぎかもしれませんが、少し気になっているところなのです。

【繁田部会長】 そのひとつの考え方としては、おそらくそこで紹介状を山田先生がお書きになるときに削って、このくらいであればというように判断しているわけですね。

【山田委員】 ええ。

【繁田部会長】 そのこのくらいであればという情報が共有できれば実際は十分であると。

【山田委員】 そのつもりでいますけれども、ですからそれを求めるフォーマットを同じようにしてもらえば、もうそこに貼っていくだけのことになるとかで、大体入退院している方だとサマリーはどんどん増えていってもう膨大なものがあります。それを細かく書く先生、書かない先生もいるんですけれども、一般的には入退院した方などでいえば2枚、3枚とびっしり書いたのが出てくる。薬も変わったのが全部わかりますし、それは我々としては使いやすいのですけれども、それをそのまま出せない。1行で済まそうと思ってそれを全部張り付けたら大変ことになるので、やはり選んだものをもう一つつくらなければいけないというのは、今認知症についてのお話ですけれども。

ただ、時代が変わってきたというのか、例えば統合失調症などはもう入院時の療養計画に統

合失調症と書けるような時代になったということ、時代が変われば認知症もなるほどと、アメリカなどは「私はアルツハイマーである」と、偉い人が自分で発表したことなどもありましたけれども、まだ意外と認知症だと自ら言う人は少ない、指摘されて隠したがるという疾患ですから、その意識についてはまだこれからなのだろうと思うのです。そういうのもベースにあるのかもしれない。

【繁田部会長】 個人的な意見ですけれども、紹介したり共有したりする情報は本当にかいつまんだものでいいと思います。というのは、やはり10年、20年という長い時間経過を追っていかなければいけないものですので、むしろそのほうがポイントが絞られていて、家族もついていきやすいのではないかなと思います。

西田先生も御自宅を御覧になっていますから、そこで出ている個人情報膨大な情報でしょうね。仏壇がどこにあって、家族構成はどうで、宗教はどこであるとか、もうほとんどおっしゃれないことばかりだと思うのですけれども、ただ、そこでお書きになることは共有していい情報だと思います。その手間はありますけれども。

【西田委員】 そうですね、先生が言われたようにそれを一つの平紙に一様に書いて皆で共有するというのは、たしかに少し難しい部分はあるんじゃないかなということも感じます。

【繁田部会長】 ある程度かいつまんだ情報になった場合に、医療と福祉と両方で同じ情報というのは難しいですか。

【西本委員】 たしかに山田先生が危惧されるように、福祉職の守秘義務ということ自体は医療職がずっと積み重ねてきたものからすると、やはりまだまだ浅いものがあるというのは実感としてあります。ただ、やはり知らないことで御本人がデメリットになるのであれば、やはりこれは研修を重ねていって共有していくしかないというのが現在の実感ですが。

【間淵委員】 私は、この間「生き活きノート」にいろんな情報を挟みますということを申し上げたと思います。それはどうやって挟めるかということ、まずは御家族とももちろん本人にこういうことを挟みますとあって、これを持って行ってケアマネジャーさんやヘルパーさん等が分かることがたくさんあるので、それを見せなさいと言うのです。それが嫌ですという方も中にはいらっしゃるのです、そういう方にはもちろん入れないです。基本的にはもちろん主治医の許可と御家族の許可、あとは書いた人の許可、主治医以外でも書く人がいるのでそういう許可があるのですけれども。

先ほど福祉職の記録という話があったと思うのですが、福祉職が色々なことを書いているわけではなくして、先ほど繁田先生がおっしゃったようにかいつまんだことを端的に書けている

ので、それはあまり大きな問題にはならなくて、先ほど西本委員がおっしゃったようにそれが患者さんや御家族の利益になるものであれば、やはり持たせたほうが良いと私も思います。

【山本委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【山本委員】 私は医療・福祉とあって、別に福祉も専門職は守秘義務が法的にあるわけですからそれは問題ないと思います。今問題になっているのは個人情報保護の問題で、これは目的外使用はしないということですので間淵委員がおっしゃられた本人同意が重要です。ただ、認知症の場合は難しいということがあるのですが、御本人に必ず、御本人の利益のためにこの連携パスをやるわけですから、必ずそれを最初に説明をして御本人や家族の了解を得る。先ほどの御本人・御家族の参画ということが、参画とこの相互理解ということが絡んでいるということだと思います。

ですので、最初にその説明をしっかりとすることをどこかにしっかりと記載するというのと、認知症の場合に難しいのは関係者だけではなくて、今は地域の人たちの理解で例えば徘徊や、特に独居者の場合は火の元の問題、これは地域も絡んで対応されるということになりますので、地域の人も含めたカンファレンスを開くことが結構多くなってきます。そのときの守秘義務、専門職外の地域住民の人たちの守秘義務も含めた問題があるので、その辺も含めて個人情報をしっかりと管理するというのと、持ち帰りはしないということで本人たちの同意を得るということを地域の人たちも含めたカンファレンス、そこまで医療情報等は出す必要はないと思うので、その辺の管理のことはやはりどこかに記載しておく必要があるという感じを今持ちました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。おそらく地域の人が入ってのカンファレンスをすれば、出せる情報は本当に限られたものになるだろうと思います。

【山田委員】 今の御意見で本人の同意をとということで、いつも精神科はこの辺が大変なのですけれども、同意できる人、同意能力がないという表現で精神保健福祉法には多くの規定がありますが、認知症の方は本当に重症になってしまうと同意も何もないという、言い方は悪いですが、御家族の同意ということになる。中等度の認知症の場合、抑うつ的になるとまずいなと思うところを指摘されたり、あなたはこういう状態だから、こういうサービスを提供しますのでいいですか、と同意を求める時に難しい場面が出てくると思う。その辺をこういう共通のツールを作るときに適切に御家族、または単身者の場合には後見制度を使っていただければいいのですが、使っていない方もたくさんいますから、時には迷惑行為にもなりかねないという事態のと

きにどうやっていくか。ある程度基本的に使い方を決めていかないと問題は大きくなる。ですから、具体的にその使い方を決めていくのがいいのかと思います。

【繁田部会長】 使い方というのはどことどこの間で共有するのかと。

【山田委員】 共有していいのですけれども。

【繁田部会長】 議論をしやすいように一つ考え方をお示しすると、アンケート調査結果を見て、どことどこ連携が頻繁なのか、あるいはどことどこはあまりそうでないのかというデータを見ると、イメージなんですけれども、間違っていたら修正してほしいのですが、初期の段階で大学病院あるいは総合病院等で診断を受ける。ですからそこでは専門病院とかかりつけ医のやりとりがまずある。ただ、そこで診断がなされるとそのあと専門病院では定期的に受診をするかもしれないですが、その後はかなり専門病院、大学病院の役割は減ってくるだろうと。それで、頻繁にやりとりをしているのはケアマネジャーとかかりつけ医なんです。

地域包括支援センターとケアマネジャー、あるいは地域包括支援センターもそれほど連携が頻繁ではなくて、むしろ困難な事例が起きたときに地域包括支援センターが入ることなので、ケアマネジャーを地域包括支援センターが後ろから支えて、かかりつけ医を専門病院が後ろから支えて、連携が頻繁なのはかかりつけ医とケアマネジャー、あるいはサービス事業所というところ、そこで随時情報は更新されていく。ここの病院にかかった、手術を受けてせん妄を起こして発見されて、そのあと精神科に行って退院したという経過だけでも書いてあれば充分かと思います。私のイメージとしてはかかりつけ医の先生とケアマネジャーが色々なサービスを工夫したり、ケアプランを建て直したり、アセスメントをしたりしながら変わっていく状況を共有していて、それを家族が見ていけば結構うまくいくのではないかということはアンケート調査結果からみたところでは。

もちろん専門病院、大学病院も重要ですけども、初めに診断をつけてもらうとかなりの役割がそこで終えているかと思っています。それで、体に何か起きたときにはやはりかかりつけの先生で、その科ではなくて他の診療科を紹介していただいて入院したり治療を受けたりとなりますので、やはりかかりつけ医が通り道といいますか、結節点ということになるかと思っています。まずはかかりつけ医とケアマネ、サービス事業所が簡単な情報でも日々更新して共有していけるというものが最低限かと思いました。

【土井委員】 私もそれしかないと思ってまして、今回ここに参加させていただいたときに、地域包括支援センターなので、どちらかというと受診困難な方ですとか困難ケース、また、家族にこういったシートを渡せないといったケースが多いので、できれば全ての認知症の方に使

えるツールができればいいとは思ったのですけれども、ただ、話をよくよく詰めていきますとどうしても本人や家族同意がないと、情報を持っているという人の確認がないと、やはりこういったものは使えないので、そうでない関係機関だけ、地域包括支援センターとドクターだけということであれば別なシートでもお手紙でも色々な方法はありますので、やはり認知症の方は本当にたくさんいらっしゃるの、その中でもケアマネジャーさんがついてサービスが使えるようなそういった比較的地域包括支援センターがあまり関わらないような安定したケースの方に使ってもらえるツールになるのかと思います。

ただ、まだまだそういった共通ツールが活用できていない現状が今ありますので、使える人に使ってもらい、利用できる患者さんに使ってもらいという視点でよいと思います。間淵委員のほうも誰にでも渡せるということではないということでおっしゃっていましたので、本当にそれでいいのだなと自分自身で今納得しているところです。

【繁田部会長】 御意見をいただけたらと思います。

【高藤委員】 少し自分自身の頭の整理もさせてもらっていいですか。

【繁田部会長】 はい。

【高藤委員】 このケアパス部会が、まさにもう地域連携だと思えます。これの地域版が各地域でできればいいと思っていて、そのエリアというところを考えてしまうのですが、認知症疾患医療センターのあり方検討部会でも議論されたと思うのですが。認知症疾患医療センターは必ず、認知症疾患医療センターは地域連携のための会議を開催するという役割を担ってもらい。そうはいつでも各自治体の、西田先生もおっしゃったように地域資源も違いますし状況も違うので、やはり行政主導で地域連携を考えていくところもあれば、医師会主導で実際に動いているところもあるので、あちらこちらで同じような会議が同じようなメンバーで開かれるようになると思います。おそらくその会議の中でツールも考えていかれると思うのですけれども、混乱するかもしれませんし、その辺をどういうふうに考えていったらいいのかと思います。どなたか御意見をいただければと思います。

【繁田部会長】 御意見をお願いします。

【栗田副部会長】 私は、前回休ませていただいたので議論についていくために少しお話を聞かせてもらったのですが、その前の前の会でもお話になったことなんですが、この会議の目標はケアパス等あるいは情報共有ツールだけを作る会ではなくて、たしか仕組を、あるいは戦略をつくらうということで、報告書の骨子でも仕組づくりということになっているので、その仕組づくりの基本的考え方を提示するということでもありますから、仕組の中の一つとして情報共

有ツールの話をしたほうがいいかと思います。

仕組については今おっしゃいましたように地域といっても二次医療圏の場合もありますし、基礎自治体もあると思うのですが、あるいは認知症疾患医療センターが主催する場合もあるし、自治体が主催する場合もあると思います。私は今千代田区が主催している連携協議会に出ていますけれども、そういう連携協議会を作るといことも仕組づくりの一つでありますし、関係機関リストを作ることも情報共有でありますし、それからマップ、研修会、ケアパス、情報共有ツール、そういう一連の連携ツールのための仕組のパーツをきちんと明確にしていってほしいのではないかと思います。そして、作るにあたって、今おっしゃられましたように基礎自治体ないし二次医療圏で連携協議会を立ちあげて、そこで詳細な検討をしていくということになるのではなかろうかと思います。

それから、情報共有ツールの話に戻りますけれども、情報共有の方法としては大まかにいいますと2つの方法があって、1つは、関係機関同士の情報共有ですね、これは診療情報の提供が典型的ですけれども、これは地域包括とかかりつけ医もありますし、かかりつけ医と専門医療機関もありますし、ケアマネとの間もありますけれども、これはお手紙方式というもので英語ではリンケージというものなんですけれども、一つのお手紙で機関同士の連携をする。これは守秘義務を持っている専門職同士のことなのでそういうやり方でやっている。そこに共通のものをつくろうという一つの情報共有です。

それからもう1つは、「生き生きノート」です。これは御本人・御家族が管理するというところで、どこで見せるのも御家族の自由というやり方で、これは少し質が違うのでその辺のところを整理した上でこういうものがありますということを提示して基本的考え方を示していくことが必要かと思います。リンケージの場合はもちろん個人情報保護の問題がありますけれども、基本的には守秘義務がありますので、御本人に伝えることもありますけれども、「生き生きノート」の場合には御本人が見るものですから、そういう内容になるということで、そこを整理して構造化された報告書に仕立てたほうがいいという気がいたします。

**【繁田部会長】** 今のことで御意見をいただけたらと思います。

**【伊藤委員】** 武蔵野のシートのことでもまた申しわけございませんけれども、病診連携の部分につきましては、やはり治療上必要な情報というのは深いものになると思います。私達のシートは1～6までありますけれども、それを全部セットにして動かしているわけではないです。あるとき、クリニックの先生がとても詳しいデータを送ってくださったのですが、それがケアマネジャーに全部必要なのかなのかということを考えてときに、私の地域包括支援センタ



一から情報として出したのはその検査データの束全てではなくて、地域現場で必要なものだけにしました。

先ほどから話に出ていましたけれども、情報が氾濫し過ぎても整理にやはり能力が必要になってくるということはあると思います。治療上必要な情報と在宅支援上必要な情報というのは少し違うと思いますし、私達のほうもお医者さんに家庭背景や気になっていることなどは伝えますけれども、それでケアマネの台帳に載っている情報が全部いつているわけではないです。医療機関も深い専門的な情報という主治医同士のやりとりというものがあったとしても、それは今の段階では当然といってもいいのかと思います。いかがでしょうか。

**【間淵委員】** 病院ではカルテ開示という言葉が増えてきていると思います。自分の記録は自分のものだという主張がすごく強くなってきていて、そういう意味でいくと、私達が使っている「生き生きノート」に関しては、色々な記録は患者さんは御家族のものだというスタンスに立っているので、先ほど先生がおっしゃったようにその記録を誰がどこに、家族や御本人が持っていく分には本人たちの責任にしましょうという形なので、やはりその辺のところをきちんと整理していかないと、誰のための記録なのか、それが基本的には御本人たちのメリットになることで、それがうまくいけばお互いの連携に役立つものだというスタンスに立つしかないと思います。そういう形でいけば必然的に必要な情報をどうやって与えるか、必要な情報をどのような記載をするかということは、やはり洗練されていかなければいけないものだと私は思いますけれども。

**【村松委員】** 現実的に、少し認知症という症状から離れるかもしれないんですけれども、家族として例えばケアマネさんからこの医療情報について主治医の判断を仰いでくださいという依頼のされ方を普段の暮らしの中でされる場合があります。それはなぜかというと、例えば体温が何度だったら入浴は中止してくださいといったことです。でもそれはおそらく皆さん御存知だと思うのですが、その人によって体温が違うので、それからそのときの状況によっても違うので固定したものはなかなか出にくい、そうするとお医者さんと家族とできちんとお話をして、そこで方針が出た上でお医者さんが封書にしてケアマネさんのほうに渡す。それで、ケアマネさんは事業所のほうに渡していくという形になると思うんですね、そういうことが事細かに医療の場面で出てくる。

だからそういったことを書くときに先生は1行、2行でパッと書いてくれる、そういう書式の方で渡してくれればいいし、本当に精神に関わることであれば、本人に開示できないようなことであれば、それは開示してほしいですけれども、開示できないことでは開示しないほう

が良しと判断されるのであれば、そこは医療の方の判断でやってくれていいけれども、絶対に共有してほしい情報、しなければならない情報というがあるので、そこに限定していけばいいのかと、今お話を聞きながら思いました。

【繁田部会長】 整理するために申し上げますと、共有する情報をどれだけ家族と共有するかということは置いておいて、医療と福祉がまずどのくらいの情報を共有できるのか、できないのか。できるとすればどの程度の情報なのかを示すことができるのかどうかということ、まず議論させてもらえたらと。それで、次の会なりステップなりで御家族にもできるだけ知っていただきたいけれども、家族と共有するにはどういう方法があるのかということ、議論したほうがいいかと思えます。

まずは、先ほどの5つのポイントの1つ目なんですけれども、今ほどの家族介護者の立場の意見ですとやはりかかりつけの先生。熱があったら熱いお風呂はだめですよというのは大体誰でも言うのですが、では、何度というのはかかりつけの先生に聞かないと分からない。専門医では分からない。やはりかかりつけの先生なのです。そういうときにかかりつけの先生が、その場合には多分家族との共有になるのでメモ程度で書けばいいということです。それは今後の議論にさせていただきます。

まず、医療と福祉ではこれはどうですか。大切なことは必要な情報、大切なことは同じだという言い方もできますけれども、いや、その情報をどういうふうにするかで全然違うし、その情報をどういうふうに見ているかということも違うという意見もあるので、その辺意見をもらえたらと思えます。

【間淵委員】 私達の医療圏は北多摩西部医療圏なのですが、かなり色々な会議で医療とか福祉の会議が多いのです。私が最初に感じたのは福祉の人たちは医療のことがあまり分らなかったというのが実際だったのです。でも私達も福祉のことが実は分かっていた。私も母の介護をしたときに全く何が何だか分からなかったので、資源ネットワークの図を作りました。それは私が分からなかったので素人の人はもっと分からないだろうというような視点に立って作ったものです。

ただ、最近になって感じるのは福祉職の方もかなり勉強をしてきているので、実は医療のこともすごく分かってきて、医療と福祉の垣根がだんだん減ってきているというのが率直な感想です。医療職と福祉職とで分けるのではなくてして、福祉職が大切にしなければいけない情報と、医療職が大切にしなければいけない情報は違っていいけれども、それをできるだけお互いが分かりやすくするためにどうするかということ、考えたほうがいいような気がしますがい

かがでしょうか。

【繁田部会長】 御意見をお願いいたします。

【山本委員】 先ほど西田委員がおっしゃられた、この部会はどこまでを目標にするのかということがあるのですが、線的には先ほど副部会長がおっしゃられた整理がそのとおりだと思います。様式をどこまで示していくのか、様式を示すのかそれとも色々例示にとどめるのかということが一つと、あとは色々なマップを含めて、関係者の連携も含めて色々連携の仕組みがあるだろうということをしっかり提示していくということが大切。それで、やはり目的をしっかり見失わないようにという、一番最初にこのケアパス部会でこういう課題があってこういうふうにはスタートしましょうということがあったので、そこをやはりこの報告書でもしっかり一番最初のところに明示していくべきだと思います。この部会で最初の初期段階の受診、一番最初の受診のときの情報提供や、継続しているときのケアマネジャーと御家族、あと主治医との連携、主治医は専門医との連携、入退院、BPSDが非常に激しいとき等の連携、もう一つ、この連携で家族の生活リズム、御本人の生活リズムを家族が伝えてくるというような話題も出ていましたけれども、この辺のポイントをしっかり整理して、こういう連携が必要だということを明示していけばいいと、そういう印象を持ちました。

【栗田副部会長】 先ほど連携の戦略の中で一つ忘れました。地域ケア会議についてですが、日常生活圏域ですと地域包括支援センターが中心になってやっています、これは今どのくらいやっているのかよく分からないのですが、今後非常に重大な連携の戦略になるだろうと思います。多分それは医療職があまり出ていない会議になってしまっているのではないかと思いますので、ここに医療がどれだけコミットしていくかということもここで、挙げておかなければいけない課題かと思います。

【山本委員】 地域ケア会議ですが、個別支援の種類の地域ケア会議を国は今押し出しています。もともとは代表者レベル、自治体全体レベル、また担当圏域レベルですとか個別支援レベルと幾つか層があるので、今回もこれも多分幾つかの連携の階層があるかと思うので、その辺も一つポイントだという印象を持ちました。

【土井委員】 私が今思うのは「生き生きノート」のようなものがあるとよいと思います。本当に色々課題はあるのですけれども、やはり今はそういった御本人のもとにスタッフ皆が共通して書き込めるものがあればいいと思いますし、それは認知症独居の方であってもサービスの受入れが可能な方の場合は、ここには大事なものがしまっていますから、ということで、スタッフだけがいじったりですとか、そういうこともできます。

では、こういったときに、ということですが、先ほど福祉と医療の連携というところなのですが、基本的に御本人の生活状況の確認で十分だと思っています。やはり認知症の症状で新しい症状が出てきたときには書き込んでおいて、通院のときにドクターのほうに見ていただく。そして処方が変わったときにその副作用等の連絡を書き込んでいただければスタッフのほうはそのノートを見て、注意して実際にその症状があったかなかったかの書き込みをして、またお返事できる。そういったところでスタッフと医療との連携は十分にできていると思っています。私ですと、どうしても認知症独居の方のイメージが強くなってしまいますのですけれども、時おり数か月に一遍来る家族もそのノートを見ると、これだけスタッフとドクターがやってくれたんだと、状況が変化しているという事細かい記録が残っているので、家族の理解も得られると思います。

それから、おそらく医療のほうで知りたいのはサービスの利用状況で、これは案外医療機関は知らないものなので、毎日ヘルパーさんが入っていますとか、何曜日と何曜日に入っていますよとか、そういったことをしっかり入れ込んでおけば、これだけサービスが入っているのだったら安心だということでドクターも思っていただけなのかと思っています。それほど難しい情報ではなくて大丈夫だと思っています。

【繁田部会長】 私が先ほどイメージしたのは医療と福祉での情報共有でその議論があって、次の議論で家族にどれだけ共有してもらおうのかということだったんですけれども、今の意見をお聞きすると、むしろ家族が持っている情報、家族とケアマネジャー、福祉サービスですか、それが持っている情報がほとんど同じというイメージですかね。

【土井委員】 違う場合もありますけれども。

【繁田部会長】 違う場合もある、という意見ですね。つまりサービスの利用であるとか生活支援という視点からでは、家族が理解と言いますか、家族が共有できるくらいの医療情報があれば、あとは生活支援の情報になってくるので医療情報としては家族が理解できる程度で十分なのではないかという意見ですね。

【土井委員】 そこまで言うと言い過ぎですけれども。ただ、皆が見るものなので、やはりあまり細かいこととかは書かないほうが良いと思います。

【西本委員】 逆に私は反対で、もう少し深くでもいいというようなイメージがあって、やはり医療情報を主治医とケアマネジャー、またはサービス事業所の中で共有することによってその状態などが主治医に直に伝わる。それで、今やっている状態の医療的なレベルが福祉職に直に伝わるというようなことは家族や本人が理解できるというよりも、もう少し踏み込んだもの

があったほうが良いという気がします。

今、実は医療情報に関しても、やはりサービス事業所や看護師、ケアマネ、主治医が同じ方向性を向いていないとその人に対する支援を行うことが難しいということがあります。その同じ方向性を向くというツールが今回のケアパス部会で作り上げるツールだというイメージを私は持っていました。なので、もう少し深いのが良いという気がします。

**【繁田部会長】** 深さの点から先ほど伊藤委員がおっしゃった、こんなに検査データを持ってこられても、ということがあるので、多分それは大学病院なり専門病院なりからきた膨大なデータをかかりつけ医が集約をする。それで、その集約したデータを福祉との間で共有をするというイメージなんです。

**【土井委員】** そんなに難しいデータがいらぬと言ったつもりではないので、家族も色々な理解度の家族がいらぬるので本当に理解度というか、私よりもすごく検査データのことを調べている家族もいらぬるので、そういう意味でのことでたくさんデータが欲しいとかそういうことではないので、きちんとした病名も認知症もやはりどういった型があるかで対処方法が違いますので、それは教えていただきたいと思ひますし、家族もそれを理解していただくことで対応方法が違いますし、しっかりとした処方薬の薬の名前もわからないと副作用もわかりませんので、もちろん色々教えていただきたいと思ひますが、それはさほど難しい情報ではないのではないと思ひています。

**【伊藤委員】** 福祉職に対する医療情報が出たときに、例えば薬は何が処方されているということはよく書かれています。けれどもその薬を使ったときに今後どういう経過をたどるのか、飲まなかったときにどういう問題が出てくるのか、このまま継続したときに次にどういうエピソードをきっかけとして主治医に報告しなければいけないのか、そういう情報が欲しいと思ひます。検査の細かいデータばかりが並んでいることが必要なのではなくて、あくまでも生活の支援のための情報なので、生活を支援していく上で最小限家族が押さえておかなければいけないこと、支援者が押さえておかなければならないこと、その中から次の段階のときに何を医療職に伝えなくてはいけないのか、そういう部分が必ず必要だと思ひます。

今日の資料1の最後のほうに落としてはいけない項目と、あったほうが望ましい項目というのがありました。結局はそこになってくると思ひます。先ほどはたくさんデータはいらぬと言ひましたが、家族が望むのであれば提示できない情報ではないです。そうではなくてボリュームばかりが多過ぎてもかえって混乱したり、大事な情報が埋もれることがあるでしょうし、それが整理できない独居の方など余計な個人情報散乱するだけです。あくまでもよりよい支

援をしていくために何が必要なのか、ポイントはそこになってくるのだろうと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【西本委員】 付け加えてよろしいですか。

【繁田部会長】 はい、どうぞ。

【西本委員】 伊藤委員が言われたように生活を支援する福祉職だけではなくて、やはり医療職も福祉職がとらえた色々なものを加味して検討することによって、その人の支援をしていく。やはり医療職も福祉職もその人の支援と一緒にできるツールというイメージで作るべきなのだろうと思いました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。前に伊藤委員が触れていただきましたけれども、この7ページ、8ページのところに項目は書いてありませんけれども、ここには記載項目という具体的な書き方をしていますが、共有する必要がある内容という観点でこの部分はお考えいただけたらと思います。

西田委員と栗田副部会長のおかげで実りある議論になりました。本当はこの会は情報共有のあり方検討部会というふうにしたほうがよかったんだろうなと改めて思っているのですけれども、ただ、話さなければ、議論しなければいけないことはまさにそのことだということを改めて確認をすることができました。次回、次々回でそれを詰めることができれば一定の成果を上げることができるだろうと思います。

残りわずかですけれども、もうお一人かお二人御意見があれば最後におっしゃっていただけると。はい、お願いします。

【西田委員】 今、こういう家族が管理するような医療情報のツールができてきていると思うのですけれども、例えば認知症だったり、糖尿病、脳卒中、はたまたそこに今度は要援護者支援プランに絡んだ災害時の個別マニュアル等が入ってきます。そうすると家族が大変な数のノートを管理しなければいけなくなってしまうということも想定されるので、この「生き活きノート」というのは非常にいいと思うのですが、そういったことを包括的にできるようなものを目指していかないと、実用できないのではないかと感じました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。他にもいただけたらと思いますが、よろしゅうございますか。

それでは、ここで今日の議論を一区切りさせていただきます。また、御意見シートを用意して付けてございますので、お書きいただいて事務局にお送りいただければと思います。本当に毎回御意見シートには貴重な意見を書いていただいております。特に今日の最後の議論は有意

義で、今後に向けての大切な議論だったと思いますので、情報共有のあり方という視点で御意見をいただけたら何よりでございます。

では、事務局にマイクをお返しします。

**【室井幹事】** 本日も大変熱心な議論をありがとうございました。次回は1月26日を予定しております。御意見シートの御提出を、ぜひお願いしたいと思います。今日の具体的なお話で、何を情報共有していくべきかというところにつきましても、まだ事務局のほうでは書き切れてはおりませんので、ぜひその点につきまして御意見をいただけると大変ありがたく思っております。

なお、12月22日でございますが、この部会の親会議である東京都認知症対策推進会議が開催されます。この親会議に本日までの部会の議論につきましてご報告、御紹介をいたしまして、また推進会議の委員の皆様から御意見をいただく予定でございます。いただきました御意見につきましては次回の部会でまた御紹介をして、今後の議論に反映していきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

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