

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第5回）

平成24年1月26日（木曜日）

【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5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、とても寒い中、御出席をいただきまして誠にありがとうございます。

初めにお願いでございますが、御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、本日の委員の出席状況につきまして、お知らせいたします。所用により御欠席との御連絡をいただいております方が、秋山委員、山田委員、赤穂委員でございます。また、西田委員からは遅れるとの御連絡をいただいております。伊藤委員につきましても少し遅れて到着するとのことでございます。

続きまして、本日欠席の幹事ですが、中山幹事、高橋幹事、熊谷幹事、大滝幹事でございます。横手幹事は所用により出席が遅れております。

事務局からは以上でございます。それでは、繁田部会長、よろしくお願いたします。

【繁田部会長】 それでは、早速、議事に入らせていただきます。

まず、資料の確認をさせていただければと思います。事務局からお願いします。

【室井幹事】 お手元の資料をおめくりいただきますと、委員・幹事名簿がございまして、その先から資料がございまして、

資料1は、第12回東京都認知症対策推進会議での主な御意見でございます。

次の資料2が、前回の認知症ケアパス部会での主な御意見でございます。

3枚ほどめくっていただきますと、本日のメインの議題でございますが、資料3として本部会の報告書の素案を御提示しております。次に参考資料1、診療情報提供に係る診療報酬・介護報酬についてという資料が5枚ございます。次の、A3のペーパーが、参考資料2でございます。これは介護認定調査の際の調査票でございます。次に、主治医意見書等がございます。さらにめくっていただきまして、参考資料3、参考資料4につきましては、以前にも御提示をいたしました、医療・介護関係者間の認知症に係る情報共有に関する調査の結果と既存の情報共有ツールの項目等比較表でございます。

最後でございますが、間淵委員提供資料です。前回の部会で、医療支援部会で示してござい

した、認知症の症状の進行状況を示した「認知症の経過と医療依存度」という表が、少し分かりにくいのではないかというお話がありました。間渕委員から、より分かりやすい表を作成されているというお話をいただきましたので、本日、資料として配布させていただきました。

間渕委員、何かコメントはございますでしょうか。よろしいですか。

【間渕委員】 大丈夫です。

【室井幹事】 それでは、参考資料1に戻っていただきたいと思います。「診療情報提供に係る診療報酬・介護報酬について」という資料を御用意してございます。

前回の部会で、診療報酬の対象になるような書式にするためには何らかの要件があるのではないかというお話がありまして、その点を事務局で確認するというところでございました。確認したところ、このようになっております。

診療報酬につきましては、診療情報提供料が、医療機関が患者の紹介を行ったときに算定をするというものでございます。資料の真ん中より下のほうでございますが、この際の様式や、記載すべき事項は、国のほうで様式を定めているということです。この様式に準じた必要事項を記載すれば、それでも構わないということです。さらには、一番下の点線の四角に通則を記載してございますが、この様式は参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されていれば、この様式と同じでなくても差し支えないということです。以上が国の整理ということでございます。

様式につきましては、2ページめくっていただきますと、別紙様式11、12と12の4を添付してありますけれども、このような様式が国から示されているということでございます。

介護報酬につきましても、居宅療養管理指導費というものが情報提供に係る報酬としてございます。これは、在宅の医師がケアマネジャーに必要な情報提供を行った、あるいは、その家族等に対して居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等について指導又は助言を行った場合に算定できるというものでございます。こちらにつきましても、ケアマネジャーにつきましても必ずしも文書でなくても、サービス担当者会議への参加により行うことで足りるのですが、文書による場合は、資料の下のほうでございますが、情報提供すべき事項として、基本情報、利用者の病状・経過等々の事項が入っている必要があるということでございました。それから、利用者・家族等に対する指導又は助言につきましてもほぼ同様でございまして、こちらは文書等の交付により行うように努めることとなっております。以上、御報告でございませう。

次に、おめくりいただきまして、A3ペーパーの参考資料2でございませう。こちらは、介護

認定の調査票、主治医意見書、さらには介護認定審査会の際の資料でございます。こちらにつきましては、基本的には本人にお渡しすることが可能であるというふうに、聞いておるところでございます。こういったものも使えるのか、使えないのかということもございますので、御参考までに、資料として添付を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。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

まずは、資料1でございます。第12回東京都認知症対策推進会議で御意見を幾つかいただきましたので、そちらをまず御紹介したいと思います。

事務局から御説明をよろしく願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料1を御覧いただきたいと思います。前回の第4回認知症ケアパス部会を行った後、部会の審議状況につきまして、親会議であります認知症対策推進会議に御説明をいたしました。この際、幾つか御意見をいただいたところがございますので、御紹介いたします。

まず、使いやすいものを作るべきという議論の方向性はいいと思う、という御意見がございました。それから、認知症の方が地域で生活するために役に立つ情報共有ツールとするためには、家族がその必要性を理解していて、様々な機会に持っていくことが必要だという御意見。また、家族の参画が大事だという御意見もありました。それから、認知症の人を支えている家族の方がどういうサービスを受ければいいのか相談できるような、あるいは、考えたり、気づきの手がかりになるようなものを考えていただきたいという御意見もありました。それから、認知症の場合、症状や状況が様々に変化するというところがございますので、色々な機関が連携していくということが大事であるという御意見がございました。また、家族にとって、誰が中心になって、どのような仕組みでやっているのかということが理解できていると、その情報共有ツールに対して信頼を持って、安心して使えるという御意見があったところがございます。

以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、その次に資料2がございますけれども、この資料は、これから議論をしていただく報告書の素案に関して事務局から御紹介をしていただくときに、必要に応じて説明をしていただくほうが有効だろうと思いますので、説明は後ほどということにさせていただきます。

それでは、報告書についてでございます。

前回より素案をお出しいたしましたして、それに関して御意見をいただいております。実際に連携をどのような形で、どの程度までしなさいと言うのか、なかなか難しい部分もあります。あまり現実的でないものでもいけませんし、かといって、あまり中途半端で、あれもいい、これもいいと言ってもあまり参考になりませんので、ある程度推奨する、こういうふうな形でしていくべきだと推奨する形を示していきたいわけです。その示し方と言いますか、どの程度の強さで、あるいはどの程度具体的に書くのかということもありますので、報告書の素案という形で文書を皆さんに見ていただいて考えるほうが具体的だろうということで、前回から御議論いただいているところでございます。

前回、いただいた意見を踏まえて、また、色々と追記させていただいたり、修正させていただいたりしております。今回は、それに関して議論をしていただくわけでございます。

まずは、資料3でございますが、どのような章立て、項目立てで報告書を作るかというところを事務局から説明していただいて、その後、具体的な記載に関して御意見をいただけたらと思います。

まずは全体の概略について、目次を使って、事務局から御説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料3の1枚目でございます。報告書素案の目次を御用意しておりますので、この資料で御説明をしたいと思っております。

まず題でございますが、仮称といたしまして、「認知症の人と家族を支える情報共有の仕組みづくりに向けて」という題にしてございます。また御意見をいただければと思います。

まず第1章、ここが導入ということになりますが、「情報共有の仕組みの構築に向けて」ということで、最初は、第1章の1番目「地域で創る情報共有の仕組み」ということで、情報共有の仕組みを各地域でこれからつくっていただく必要があるということをお述べております。

それから、医療と介護の連携や認知症ケア体制の強化に向けて、現在、色々な国の動きがございますので、その全体的な流れをおさらいしているのが2番目でございます。

3番目に、これまでの東京都の取組、それから、都内における取組を御紹介しています。

4番目に、そうした中で、この部会、この報告書の役割は何なのかということをお改めて述べていくという形でございます。

第2章におきましては、「情報共有における現状と課題」ということで、以前に御説明をいたしましたアンケート結果、あるいは皆様からいただきました御意見をベースに、情報共有の現状と課題について整理をしているということでございます。

第3章、ここが報告書のあんこの部分でございますして、具体的に、この部会として提案をし

ていく事項となってまいります。

まず、基本的な考え方として、5点ほど挙げております。具体的にはまた後ほど御説明をいたします。

それから、その基本的な考え方に基づきまして、機能する情報共有ツールを作成するためには具体的に何をしたらいいのかということ、次の2番目の(1)で基本的に述べていきたいと思っております。

次に、2の(2)共有が必要な情報と望ましい情報というところでございますが、議論の中で、共有すべき情報はなるべく必要最小限でありつつ、また十分であるというようなことが皆様の御意見かと思えますけれども、それが具体的に何なのかということを示していければと思っております。

次に、(3)といたしまして、既に行われている取組の事例につきまして御紹介をすることでございます。

第3章の3でございますが、情報共有ツールを作ったということだけでは、情報共有が円滑に進むわけではありません。情報共有ツールによる連携を支える色々な仕組み、取組を併せて行っていく必要があるということで、それについても幾つか述べていきたいと考えております。

第4章は、まとめということで、今後の展望も含めて記載をしていければと考えております。以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

この時点で、項目に関して何か御質問や確認しておくべき点等ございますでしょうか。

よろしゅうございますか。報告書の内容の議論に入りましてからでももちろん結構でございますので、御意見をいただければと思います。

それでは、報告書の具体的な内容に関して確認をしていきたいと思えます。

今ほど御説明がありましたように、第1章と第2章はまさに第3章に向けた助走の部分でございますので、少し駆け足で、説明していただければと思います。

【室井幹事】 それでは、目次から1枚おめくりいただきまして、第1章についてなるべく簡潔にお話をしていきたいと思えます。

「地域で創る情報共有の仕組み」ということで、まず最初の丸でございますが、認知症の方とその家族が地域で安心して暮らせるためには、医療や介護、行政等がその生活を支援するという共通認識のもとに連携・協働していくということが必要ということです。東京都では、本年度から二次保健医療圏ごとに認知症疾患医療センターを指定するとしており、これを契機に、

認知症の連携体制の構築を進めていくこととしております。これを推進していくためには、各地域において、医療や介護、行政等の関係者が協力して、地域の実情に合わせた情報共有の仕組みを検討・構築していくことが必要ということでございまして、この後、認知症疾患医療センターのあり方検討部会の報告書から、認知症疾患医療センターの役割等について御紹介をしております。

2番目でございます。「医療と介護の連携や認知症ケア体制の強化に向けた国の動き」ということでございます。今後、団塊の世代が高齢化するに伴いまして、我が国において要介護高齢者・認知症高齢者は大きく増加することが見込まれています。また、核家族化の進展の中で、一人暮らしの高齢者も増加することが見込まれています。家族等の支援が受けられない高齢者も増加すると考えられるということです。こうした中で、国は介護保険法を改正して、地域包括ケアシステムの具体化に踏み出すという方向性を出してきました。また、医療と介護の連携や認知症ケア体制の強化に向けて取組の方向性を打ち出しているということで、以下、国の動きを紹介をしております。

まず、介護保険制度の見直しということで、これは昨年11月にありました社会保障審議会の介護保険部会における、介護保険法改正に向けた提言でございますけれども、こちらを御紹介していきたいと思っております。

続きまして、3ページ、介護保険法の改正ということで、色々な内容がございますけれども、国及び地方公共団体の責務として、地域包括ケアシステムの実現に向けて国及び地方公共団体はこの推進に努めなければならないという規定が新たに入ってきたということです。それから、認知症に関する調査研究の推進をしていかななくてはなりません。あるいは、その人材の確保等々について努力しなければならないと記載されたということです。それから、市町村が作る介護保険事業計画、それから都道府県が作る介護保険事業支援計画につきましては、認知症である方の地域における自立した日常生活の支援に関する事項や医療との連携に関する事項、こうしたものについて定めるように努めなさいという規定も入ってきているということをお紹介したいと思います。

それから、次の4ページでございますが、そうした中で介護報酬の改定がありまして、個別の報酬額は昨日整理されたところですが、ここでは考え方を示していくということで整理をしております。昨年12月の介護給付費分科会の中で示されたものでございます。医療と介護の役割分担・連携強化を推進していくべき、それから、認知症にふさわしいサービスの提供を推進していくべき等、色々と書かれているところでございます。

それから続きまして、医療の関係でございますが、医療提供体制の改革ということで、社会保障審議会の医療部会の提言について御紹介をしております。基本的には、高齢者が増加してく中で、在宅医療と介護の連携を強化していくことが大事だということ。在宅医療を推進するために、地域で色々な仕組みを整備していくことは大事である、あるいは、多職種での連携・協働を進めていくことが大事であるということが書かれてございます。

それから、診療報酬の改定でございますが、医療保険部会の基本的な考え方についてお示しをしております。ここでも、地域における医療と介護の連携の強化等々につきまして記載をされているということです。あるいは、認知症医療など、国民が安心して生活することができるための分野として評価をしていくということが書かれてございます。

それから続きまして、新たな医療計画の策定の考え方でございます。医療計画の見直し等に関する検討会というものがございまして、ここで色々な整理がなされております。医療計画におきましては、従来4疾病5事業という考え方がございましたが、その4疾病にプラスして、特に都道府県がその医療提供体制に対して配慮をすべき疾病として、精神疾患が追加されたということでございます。この中には認知症も当然含まれているということで、御紹介をしております。

その次でございますが、精神科病院に入院する認知症患者の地域移行ということで、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 第2R：認知症と精神科医療 とりまとめ」というものが今年の11月にまとめられました。こちらは、認知症の方の社会的な入院をなくそうと、あるいは、その在院日数をなるべく少なくしようという方向で整理がなされているところでございます。今後、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るということや、介護保険事業計画への反映や、次期介護保険事業計画以降のサービスがどうあるべきかということについて、検討していくということが打ち出されております。

さらに、社会保障と税の一体改革ということでございまして、これは皆様御案内のことかと思っておりますけれども、今年の1月6日に、これは閣議了解事項にもなっておりますけれども、こういったものが決まっております。医療・介護の改革ということも、とても大きなテーマになっております。特に医療・介護サービスにつきましては、次の6ページ目でございますが、2025年を一つの目標として、どこにいても適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現するということです。地域包括ケアを実現するということと同義だと思います。そういったことと、さらに、病気になった場合に、しっかり治す医療に加えて、その人らしく尊厳を持つ

て生きられるよう、支える医療・介護、こちらも実現していくということが打ち出されており
ます。そういった中で、今までの他のところで述べたことと重なってまいります、在宅医療
を重視していくことや、医療連携体制を明確にしていくこと、地域包括ケアシステムの構築に
向けて努力していくということが書かれているところでございます。

続いて、7ページ目を御覧ください。「これまでの東京都及び都内における取組」というこ
とでございます。改めておさらいということで、平成18年度に「認知症高齢者を地域で支え
る東京会議」を開催いたしまして、翌年度から、本部会の親会議でございます「認知症対策推
進会議」を設置して、色々な検討を行ってきました。特に認知症の方と家族が地域で安心して
暮らせる地域づくり、あるいは認知症の方と家族を支えるための医療支援体制のあり方、若年
性認知症の方の支援のあり方、そういったことについて検討を重ねて、具体的な支援策として
施策化してきたということを述べております。

その下でございますが、地域づくりにつきましては、「仕組み部会」という会議を設けまし
て、地域の人的資源・社会資源が参画したネットワークを構築して、地域で面的に支える仕組
みづくりを行っていくべきということを提言しているという御紹介をしております。

それから、8ページでございます。医療支援体制のあり方ということで、医療支援部会とい
う会議を設置いたしまして、認知症の進行段階に応じて必要となる医療支援と、それを担う関
係者の役割分担等についてまとめているということでございます。こちら、関係者の役割分担
等につきましては、かなりよく整理されているものかと思っておりますので、本部会報告書の参考資
料として巻末に添付をしていきたいと思っております。

さらにめくっていただきまして、10ページでございます。地域における在宅療養支援体制
の推進ということで、こちらは、認知症に限らず在宅医療の推進、在宅療養支援体制の推進と
いうことです。区市町村における在宅療養推進協議会の設置、在宅療養患者が急変時に利用で
きる後方支援病床の確保、それから退院後、円滑に在宅に移行できるような相談・調整を行う
在宅療養支援窓口の設置等を区市町村が取り組んでいけるように、東京都も支援しているとい
う説明をしております。その概念図等につきましても記載しております。

また、地域独自の取組ということで、三鷹市・武蔵野市の取組などについても御紹介をして
ございます。

次の11ページは、これまでのことを踏まえまして、本部会の役割を記載しております。今
後、認知症の方が大いに増えることが見込まれます。そういった中で、医療と介護の連携が不
可欠であるということは以前から言われてきたのですが、まだ十分にできてはいないというこ

とです。しかしながら、今後、東京において急速に高齢化が進む中で、医療と介護の連携は、もうまさに今、具体的に進めていかなければならない時期が到来しているという認識を示してございます。このため、本部会では、都内各地域における医療や介護、行政等の関係者が協働して情報共有の仕組みづくりに円滑に取り組めるよう、その具体的な方策等について検討し、地域における取組を進める際の手引きとなるものを作成することとしたということを述べてございます。

続いて、12ページ、第2章でございます。「情報共有における現状と課題」ということで、こちらは前回の部会で御提示した報告書の骨子をベースに、多少文言を整理した程度でございます。

アンケート調査を実施しましたので、その結果の御紹介をまずしております。

この調査結果を踏まえまして、部会で議論を進めて課題の抽出をしたところ、関係者の情報共有が不十分であるということが分かってきたということです。また、家族介護関係者への情報提供が不十分であるということ、相互理解が不十分ということ、時間の確保が困難である場合がある、それが阻害要因になっているということ。それから、継続性の確保に課題があるということ。この5つの課題を抽出してございます。

長くなりましたが、以上でございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、ただ今の説明に関しまして、御意見をいただけたらというふうに思います。

西田委員、お願いいたします。

【西田委員】 2ページ目の地域連携のイメージ図ですけれども、認知症の人・家族がありまして、一番下に認知症疾患医療センターがあります。認知症疾患医療センターの役割として、専門医療相談の実施等々書いてあります。右のほうにある地域の診療所（かかりつけ医・在宅医等）と、それから認知症サポート医が、単語としてここに書いてあるのですが、それぞれの役割についてが、いま一つ、分かりにくいと思います。

なぜかかりつけ医の認知症対応力向上研修等が行われているかということの理由の一つに、やはり大病院で認知症診療を全部一から抱えていると、それこそパンクしてしまうわけです。ですから、診断・治療のそれほど難しくない方は、地域のかかりつけ医の認知症の対応レベルをアップして、そこで少し対応してほしいということ。診断の難しい人、治療の難しい人について病院にコンサルトをしてほしいという考え方が都道府県などでもあると思います。その辺の役割分担が、これは非常に分かりにくくて、地域の診療所は、何か認知症の患者さんがいら

っしゃったら全ての方を認知症疾患医療センターのほうにコンサルトするような、そのようなイメージが少しありまして、この辺がどうかという気がします。

それと、同じことですけれども、認知症サポート医というのは一体何かということの定義が、これは前にも少し申し上げたことですが、はっきりしないのですね。この辺について、もう少し解説が加えられるとありがたいと思います。

以上でございます。

【室井幹事】 この図は、認知症疾患医療センターのあり方検討部会の中で整理をされたもので、図としては一応完成した図でございます。修正しにくいということは御了解いただきたいと思いますが、先ほど申し上げましたが、西田委員がおっしゃるとおり、まさに関係者の役割分担をしっかりと提示していく必要があるということでもございました。

実は、医療支援部会で、繁田先生が部会長となってまとめていただいたものでございますが、この医療支援部会において、診断の場面ですとか、日常療養の場面であるとか、それから最期に近い段階における場面であるとか、そういった各場面での役割分担をまとめた資料がございます。資料8ページにおいても、医療支援部会において、認知症の人と家族を支える医療支援のあり方について検討し、認知症の進行段階に応じて必要となる医療支援と、それを担う関係者の役割分担についてまとめた御説明しております。報告書の巻末には、この関係者の役割分担をまとめた資料を添付していきたいと思っております。

では、この資料にどういうことが書いてあるのかというおおよそのことでもございますが、基本的に、何でも認知症疾患医療センター、あるいは専門医療機関に御相談をするという考え方は全くございません。むしろ、典型例については、かかりつけ医がサポート医とも連携して対応していくということです。専門医療機関におきましては、典型例以外の疾患や状態が不安定な方等々について診断を行うという整理をしております。

以上です。

【西田委員】 少しよろしいですか。その資料の中で、サポート医はどのようなふうに定義されているのですか。サポート医という存在は、何か宙に浮いているのです。何をすればいいのか。

このことは本当に、現場でも、地域でも、今すごく問題になっていて、サポート医、手を挙げなさい、挙げなさいと言って、手を挙げて研修を受けたはいいですけれども、修了証をもらったけれども、では何をしたらいいのと、皆さん困っているのです。そういう現状がありますので、この辺ももう少し明確にしていきたいと思っております。

【室井幹事】 サポート医の定義というのは、国のほうで定めているものがあるかと思っております。

もちろん、それを御紹介することもできるのですが、ただ現実には、まさに西田委員がおっしゃるように、色々な人によってやっていることが異なっているということがあろうかと思います。ですので、もしその辺も記載したほうがよろしければ記載していくということも可能かと思えます。

【繁田部会長】 そうしましたら、この図のところに、そのような誤解があるといけないので、何か文章をつけたほうがよろしいということでしょうか、先生。

【西田委員】 できれば、そうしていただければと思いますが。

【繁田部会長】 そうしますと、例えばサポート医と精神科診療所というのは、この認知症の人と家族を囲む一番小さい円だけでなく、それを囲む円にも実は入っているわけなのですね。

【西田委員】 でも、この絵は、変えられないですね。

【繁田部会長】 これは出典がないので、変えられますよね。

【室井幹事】 すみません、囲みの点線が分かれてしまっているんですけども、これは1ページ目からの続きでございまして、この図につきましても、認知症疾患医療センターのあり方検討部会の報告書から抜粋してきたものでございます。

【繁田部会長】 では、出典を書いていただいて、それで、ただし書きのような形で、「認知症疾患医療センターは必要に応じて」というようなことを書いたらよろしいでしょうか。「必要に応じて」あるいは「かかりつけ医の求めに応じて」といったようなこと。

サポート医と精神科診療所に関しても、かかりつけ医のサポート的な役割です。東京都医師会の考え方としては、かかりつけ医の迷いや悩んだ点に関して助言をしたりするということです。相談に乗るということは一番のサポート医の役割で、講師は初年度で役割を終えておりますので、あとは日々の臨床の中でということが、私が感じていたイメージです。

その辺を、そこまで具体的に書いても何かびんとこないですし、ここでサポート医の役割を議論すると、多分この会議では少し時間が足りないかと思えます。ですので、精神科診療所と認知症サポート医はかかりつけ医の後方支援ということでもよろしいでしょうか。

では、そういった追記のようなことをさせていただいて、より正しく理解をしていただくようにいたしましょうか。ありがとうございました。

その他、御意見いかがでしょうか、山本委員、お願いします。

【山本委員】 これは可能であればなんですけども、例えば1ページの1行目の「医療や介護、行政等、様々な役割を持つ関係者が」というところがあるんですけども、これは、私のイメージでは、「医療、介護、福祉、行政等」という記載がいいのではないのかという、そう

いうイメージを持ちました。と言いますのは、今回の介護保険法の改正の中でも、医療、介護、予防、生活支援、住まい等のサービスを一体化して提供していくということが地域包括ケアの考え方であるわけです。認知症のケアは、やはり医療と介護だけでは難しいと思います。権利擁護制度ですとか、地域の人達の色々な協力がありますので、やはり福祉的な視点、権利擁護的な視点が入ったほうがいいのではないかと、そういうイメージを持ちました。

あと文言でも、認知症のケアは、今回、市民後見人の養成ということが市町村の努力義務になりましたけれども、その権利擁護システムとの連携等のような文言も入ったほうがいいのではないのかなと、そういうイメージを持ちましたけれども。

【繁田部会長】 山本委員、具体的には、その権利擁護等に関しては、どの辺に追加したらよろしいと思いますか。

【山本委員】 具体的には見当たらなかったのですが、文言でもし加えていくのであれば、項目を加える必要があるのではないかと思います。東京都は全国的には非常に先進的に、安心生活創造事業ということで、各区市町村単位で権利擁護センターの設置等を進めております。東京都は本当に全国的には先進地域だと思います。そういった取組は入ってもいいのではないかと思います。

【繁田部会長】 東京都の取組の中に1つ項目を入れてもいいのではないかとということでしょうか。

【山本委員】 はい。それは認知症の地域ケアと非常に合致していると思います。

【繁田部会長】 そうですね。

ただ今の山本委員の御意見、冒頭の部分に、福祉等の言葉も具体的に入れたほうがいいのではないかとということ。それから、東京都の取組として、権利擁護に関しても具体的に書いたほうがよいのではないかとという御意見ですけれども、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。

特に御異論がなければ、その方向で進めたいと思います。

【室井幹事】 一言だけ、すみません。

今、東京都高齢者保健福祉計画を作っておりますが、国では介護保険法に示したような医療と介護と予防等というような示し方をしているのですが、この中で、東京の地域包括ケアの言い方として、保健、医療、福祉、住まいと、あとは支え合いです。そういう整理をしようと思っております。ですので、計画は近々発表される予定ではあるのですが、その辺との整合性も含めて検討させていただければと思います。

【繁田部会長】 意図するところは同じだと思いますので、その方向で検討をお願いいたします。その他、御意見をいただけたらと思います。

西本委員、お願いします。

【西本委員】 11ページの「本部会の役割」というところなのですが、これは、認知症ケアパス部会の役割というイメージでよろしいですか。

【室井幹事】 はい。

【西本委員】 だとしますと、何となく医療と介護の連携というイメージが2番目と3番目の丸に載っていて、認知症という文言がないような気がするのですね。本部会はどちらかというと、認知症の方々が地域で安心できるために開かれているというふうに認識していますので、そのような文言を入れていただいたほうが分かりやすいかと思いました。

それと、もう1点です。これは個人的な好みの問題かもしれないですけども、13ページの課題のところですが、確かに関係者の情報共有が不十分と言いたいということは、実質不十分だとは思いますが、ただ何か、不十分、不十分、不十分と並べることは個人的にはあまり好ましくなくて、できれば、「共有が課題」といったように、少し整理をしていただけると、読んだ側がありがたいというふうに思います。やはり情報共有をやっていないわけではないので、そういう文言に変えていただけるとありがたいと思いました。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

ただ今の御意見に関しまして、さらに追加で御意見等ございましたら、お願いいたします。よろしゅうございますか。

それでは、不十分の3連続、これは、表現に関して検討させていただきたいと思います。より情報共有をすることで、より支援がしっかりしてくるということですね。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、またお気づきになられたときに御発言いただくことにして、本日の一番重要なところ、第3章に関しまして御意見をいただきたいと思います。3章は、内容もかなりボリュームがございますので、まず、第3章の1の「基本的考え方」に関して御説明をしていただいて、その後御意見をいただきましたと思います。事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、15ページ以降になります。こちらにつきましては、いわゆる表現の仕方も含めまして、ぜひ御意見をいただきたいと思いますので、基本的に読み上げる形で御説明をしていきたいと思います。

第3章 情報共有の仕組みづくりに向けて

1 基本的考え方

(1) 異なる役割の支援者が「協働」するための情報共有ツール

- 情報共有の仕組みを地域で構築するうえで、様々な異なる役割を持つ関係者が効果的・効率的に情報共有していくために、具体的な情報共有ツールを作成し、活用していくことは極めて有効です。
- したがって、情報共有の仕組みづくりを行う上で、地域の関係者が知恵を出し合い、その地域の情報共有ツールを作ることがまず必要となります。
- 一方で、情報共有ツールを実際に機能させていくためには、その前提となる基本認識を地域の関係者が共有することが極めて重要です。それは、情報共有は単に「連絡や伝達」を目的とするものではなく、様々な異なる役割を有する関係者が「お互いの役割の違いを認識しつつ、共通の目的（認知症の人が穏やかに安定した生活を営めるようにすること）に向かって協働すること」だということです。
- こうした基本認識のもとに情報共有ツールを作成・活用すれば、例えば、医療職は、在宅を支える介護職にとって必要だが介護職では判断できないこと（例：適切な治療を継続するための注意点、配慮すべき点、予測し得る問題と対処方法など）を伝え、介護職は、診断を行う医療職にとって必要だが医療職では知り得ないこと（例：本人の生活条件、家族環境、生活リズムなど）を伝えることができます。これにより、情報共有ツールは、役割の異なる支援者がお互いの不足することを補い合い、認知症の人と家族の生活をトータルに支援するという本来の目的のために機能するものとなります。

(2) 総合的な取組

- 情報共有の仕組みづくりを進める上で、情報共有ツールを作成・活用することと同時に、家族介護者や地域住民の認知症に対する理解促進や、関係機関の認知症対応力の向上、関係者同士の顔の見える関係づくりなどの取組を併せ行うことなど、総合的に取り組んでいくことが必要です。

続きまして、16ページです。

(3) 関係者の協力・協働

- 地域における情報共有の仕組みづくりにおいては、認知症疾患医療センターが「認知症疾患医療・介護連携協議会」の開催等を通じて地域連携を推進する役割を有していますが、地域包括ケアシステムを構築するとともに、認知症支援に向けて地域全体の取組をマネジメントする役割にある区市町村の積極的な取組は欠かせません。区市町村は認知症疾患医療センターとともに、情報共有の仕組みづくりに向け、中心的な役割を果たしていく必要があります。
- 一方、認知症疾患医療センター以外の認知症専門医療機関、地区医師会、保健所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等介護関係事業所の協議会、一般病院及び精神科病院など、地域の関係者は、こうした認知症疾患医療センターや区市町村の取組に積極的に協力していくことが情報共有の仕組みづくりを行う上で不可欠なことは言うまでもありません。

(4) 様々な場面を想定

- 情報共有のための仕組みを考える上で、認知症の人の生活支援を、状態の変化に応じ、切れ目なく行っていくため、以下の3つの場面を想定していく必要があります。
 - ① 認知症が疑われ、診断を受けるまでの場面
 - ② 診断を受け医療や介護サービス等を利用しながら地域で生活している場面
 - ③ 身体合併症等による入退院時や、周辺症状が非常に激しいときの対応それぞれの場面で関係者の役割や連携、共有が必要な情報の内容も変わってくることを念頭に置く必要があります。

(5) 地域で共通化

- 地域の関係者が円滑かつ適切に情報のやりとりができるようにするためには、様々な異なる情報共有ツールが1つの地域の中でいくつも存在するという事態は避けなければなりません。このため、認知症の人のケアに携わる地域の全ての関係者が使用する統一した情報共有ツールを作成する必要があります。

既に、認知症の地域連携を進めている地域もありますが、こうした地域は、既存の取組も踏まえつつ、情報共有の仕組みのさらなる充実・強化のための見直しに向けて、また、これから取り組む地域では新たな情報共有の仕組みの構築に向けて、本報告書で示したことを参考にさせていただきたいと考えます。

17ページでございます。

- 1 人の高齢者の支援に地域を越えて広域の関係者が関わっている場合もあるため、地域ごとに全く独自の情報共有ツールが出来上がることは望ましくありません。

このため、地域で情報共有ツールを検討する際は、他の地域の関係者も容易に記載・活用ができるよう、地域の実情も踏まえつつ、基本的な考え方は本報告書で示したものを基本にさせていただきたいと考えます。

17 ページ下から 18 ページの図は、情報共有が必要な場面と主な関係者ということで、(4) で示したことを絵柄で示しているものでございます。

なお、資料 2 を御覧いただきたいと思いますが、ここで 2 つの意見をいただいております。これらは、基本的な考え方の (1)、それから基本的な考え方の (5) に反映をしたところでございます。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

御説明をいただいたとおりでございます。この 5 つの基本的考え方に関しまして、御意見をいただけたらと思います。

西本委員、お願いします。

【西本委員】 この情報共有の仕組みに関しては、今まで何度かこの場で議論したように、御本人と御家族をサポートすることが考え方としてあったと認識しているのですが、その部分が少し読み取れないかと思うので、ぜひそれを入れていただきたいと思います。

【繁田部会長】 それに関しまして、関係した御意見をいただければと思います。

私も、部会長ではなくて一委員として、次のところには本人・家族が出てきますので、基本的な考え方のところでうたっておくほうがいいと、西本委員の意見に賛成でございます。他の委員の皆さんはいかがでございましょうか。

【村松委員】 いいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【村松委員】 私も認知症の人と家族のことを、どう取り込んで表現すればいいかということ、今お話を聞きながら考えていたところ、西本委員が発言してくださったので、よかったと安心しているところです。家族が一番最初に気がついたときのことなどを最初に盛り込んでいただければ、そこから全体へのツールができてくるのではというふうに感じています。

【繁田部会長】 支援をする対象として、その御本人があり、その御本人とともに家族があり

という書き方と、支援をする家族も支援者なので、支援者としてある意味、支援の輪の中に入るといいますか、協働の一員という見方で書き込むのか、2つの書き込み方はあるのではないかと思います。その辺、いかがでしょうか。

【伊藤委員】 御家族のほうは、支援する側にも入りますけれども、支援される側でもあります。それは、どちらかではなくて、両方とも必要なのだと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。その他にも御意見をいただけたらと思います。

今ほどいただいた、その御本人、御家族のことに関しては、次のところにも入っておりますので、少し次の項目に入っていて、それを議論しながら、基本的考え方のところこのことが欠けていたのではないかと、追加したほうがいいのではないかとという形で御意見をいただいてもよろしいかと思います。今度は19ページの2「機能する情報共有ツールを作成するために」の(1)の「効果的に機能する情報共有ツールを作成するためのポイント」の中に、「ファイル方式を基本とした情報共有ツール」ということと、その次の「本人・家族介護者との情報共有」ということがあります。そこまで一度御説明をいただいて、それに対して御意見をまずいただきたいと思います。事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、資料を引き続き読み上げていきたいと思います。19ページです。

2 機能する情報共有ツールを作成するために

各地域において、効果的に機能する情報共有ツールを作成するためには、以下の5つの視点を基本とすることが必要です。

- 1 ファイル方式を基本とした情報共有ツール
- 2 本人・家族介護者との情報共有
- 3 情報共有ツール活用のための相互理解
- 4 簡素でわかりやすい仕組み
- 5 継続的な取組

(1) 効果的に機能する情報共有ツールを作成するためのポイント

ファイル方式を基本とした情報共有ツール

(情報共有の方法)

- 情報共有ツールに求められる機能は、大まかに分けると二つあります。

<専門性・迅速性・確実性・秘密保持>

- ・ かかりつけ医と専門医療機関の間でやりとりされる診療情報提供書が典型例です。専門的な情報を確実に相手に伝え、具体的な対応を依頼する場合に必要な機能です。このような方式は、職種や役割が異なる場合、例えば、かかりつけ医とケアマネジャー・地域包括支援センターなどの関係機関同士の情報のやりとりの場合にも用いられます。1対1のやりとりが基本であるため、守秘性の高い情報のやりとりにも適しています。ここでは、お手紙方式と名づけております。

<多岐にわたる関係者が適切な支援を行うための情報共有>

- ・ 家族介護者も含め、認知症の方の生活支援には様々な異なる役割を有する人たちが関わっています。これらの人が、それぞれが有する基礎的な情報を提供し合い、適切な支援を行うための情報共有を常日頃から行っていくことが極めて重要です。
- ・ 具体的には、本人・家族介護者が持っていて、他の関係者の支援に関して必要な情報を必要と書き込む方式です。様々な関係者が知った情報が集約されているため、本人・家族介護者は、認知症に関わる受診時や介護サービス利用時に、折に触れて提示することが可能です。1対1の関係にとどまらず、複数の関係者間を相互に調整、コーディネートしていく機能を有するものとなります。1つのエピソードではなく、長期間にわたる経過を残しておくメリットもあります。これをファイル方式と名づけております。

○ 情報共有ツールを新たに検討するうえでは、

- ・ 診療情報など本人にかかわる情報は、本来本人に帰属するものであり、「本人不在」の中、関係者間で情報の共有化を図ることは望ましいとはいえないこと。
- ・ 本人の日常生活を支えるためには、家族介護者も含め、様々な役割を有する多数の関係者が同じ方向を向いて総合的に支援することが必要であること

こうしたことから、<ファイル方式>の導入・活用を積極的に推進すべきと考えます。

○ しかし、<ファイル方式>を導入したとしても、迅速性などの観点から、<お手紙方式>をとるほうが適している場合もあります。

こうしたことから、<ファイル方式>を基本としつつ、診療情報提供書など、<お手紙方式>により情報共有した資料や要介護認定等に係る書類（介護認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会資料等）の写しを支障のない範囲で<ファイル>の中に挟み込むことにより、関係者間の情報共有を図ることが最も効率的で有効な手法であると考えます。

- なお、地域の実情を踏まえ、最初から〈ファイル方式〉の検討に入ることは難しい場合は、例えば、認知症の診断が円滑かつ迅速に行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、専門医療機関の間での連携シートを作るなど、お手紙方式から始めるというやり方もあると考えられます。

20ページ下の図でございしますが、〈お手紙方式〉の概念、個別に情報を伝達し合うという方式と、それから〈ファイル方式〉の概念、ファイルで皆が情報を共有していくというものと、表で整理をしております。

続いて、21ページでございします。

本人・家族介護者との情報共有

(本人への配慮)

- 診療情報等は本人のものという認識のもと、情報共有ツールは本人・家族介護者が参画できるものとするべきです。

ただし、具体的な運用にあたっては、本人への、その時の状態・状況に応じた配慮が必要です。例えば、本人が認知症であることを認めていない場合や、認知症に対して強い不安を持っている場合などには、使う時期や使い方について、その人に合わせた対応が必要となります。

(情報共有の仕組みの説明)

- 本人や家族介護者が情報共有ツールを適切に活用することが、地域で生活していく上で自身のために利益となること、すなわち、いっそう有効な支援につながるということを十分理解していることが重要です。また、情報共有ツールにより提供される情報は、プライバシーに十分配慮して使用されることも理解している必要があります。

このため、情報共有ツールの使用にあたっては、本人や家族介護者に、使用方法やその仕組みの他、目的外使用をしないこと、本人の利益のために使用することなどを十分に説明し、同意を得ることが必要です。本人や家族介護者の同意を得ることは個人情報保護の観点からも必要です。認知症が進み、本人が理解することが難しいと思われる場合でも、できる限り本人の意思を尊重するため、本人にも立ち会ってもらうことが望ましいと考えます。

(今後の対応に必要な情報の提供)

- 家族介護者が、認知症の症状が今後どのように進行し、どのようなケアが必要になってくるかということについて、おおよその見通しを持っているということは大変重要です。これにより、介護者の将来に対する不安や精神的な負担は相当程度軽減されます。

このため、家族介護者が、今後を見据えながら症状の進行等に応じて適切な対応がとれるよう、医療機関は診断時に家族介護者に対し、認知症の症状の経過や対応方法、各種支援等について説明をする必要があります。

その際、絵などを使用し視覚的に分かりやすく示してある資料があると、家族介護者への説明に役立ちます。

- こうした資料は、診断時以外においても必要な場面で他の関係機関も使用できるよう、情報共有ツールの中に盛り込むことが望ましいと考えます。

(利便性を考慮)

- 本人や家族介護者の利便性を考慮し、持ち運びのしやすい大きさにすることが望まれます。投薬状況や検査結果等、様々な情報の整理がしやすいようページの追加・削除ができたり、必要な資料を挟み込んだりすることができる形態にすることが望ましいと考えます。すなわち、ファイル方式ということをございます。

- 医療機関から提供された検査結果や診療情報提供書の内容について、家族介護者が必要な情報を取捨選択して記入することは難しいことから、関係者それぞれが、最小限共有が必要な情報に要点を絞って記載したり、情報の更新や整理をしたりということが求められます。

(専門職に限る場合)

- 極めて専門性の高い情報のやりとりや迅速な情報の伝達が必要な場合、本人が認知症を認めない場合、家族に関する情報をやりとりする場合など、専門職同士で直接連絡をとることが必要な場合は、医療支援部会で作成した共通フォーマットや、「三鷹武蔵野もの忘れ相談シート」、これは参考資料で添付をしたいと思います、のような様式（お手紙方式）を別途使用することが適当です。その場合でも、様式の写しについて、支障がない限り、本人・家族介護者に提供することが望ましいと考えます。

以上です。これにつきましても、資料2を御覧いただきたいと思います、それぞれの項目につきまして御意見をいただいております、できる限りその御意見を反映したということをございます。

以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。この報告書に入れたほうがいだろうというのは、もう皆様、理解していただいているとおりでございます。それぞれの地域で既に共有ツールを持っていらっしゃるところは、作る段階、作っていくプロセスが恐らく今までになく、異なった専門職種がコミュニケーションをとれた時だったというふうに振り返っていらっしゃる方が大勢おられます。その意味で、この作成、あるいは見直しといったことを重視していただくために、あえて情報共有ツールを作るプロセスまでここに入れてあるわけでございます。

特に御意見をいただきたいところは、お手紙方式とファイル方式と、2つの役割がこのツールにはあると思いますが、どちらをどの程度まで強く推奨するかというところが非常に悩ましいところでありまして、私自身も、あまり強制をしてもなかなか難しい地域もあるかもしれませんし、かといって従来どおりというのでは先に進みません。もちろん東京都内でも医療圏によって様々でございますけれども、その点の書きぶりといいますか、その言葉の強さといいますか、具体さの度合いといったものも含めて、ぜひ御意見をいただきたいと思います。どうぞ御意見をお願いいたします。

【伊藤委員】 色々な連携ツールについて、ファイル方式にしようとか、ノート方式にしようとか、議論はよくあります。ただ、どれも一長一短です。

ここにはファイル方式を基本とするというような書き方になっているのが、少し気にはなります。確かにファイル方式ですと、後から追加をしたり、不要になったものを削除したりということはできますけれども、その分、分厚くなったものを診療のたびに持ち運べるのかどうかということや、追加できるということは、御家族が持ち帰って必要だと思うものを挿し込む、または持ち歩くということになると思うのですが、果たしてそれに、必要情報が全部入っていたのかという問題も出てきますから、絶対にこれがいいという言い方はできないと思います。

その地域での事情というものもあります。既にこういうものを使っているのだから、これと組み合わせたいというような場合もあるでしょうから、その地域ごとに、何を選択するかは余地を残しておいてもいいのではないかと思います。ですので、その提案の仕方の部分に余地を残したような書き方をしたり、こういうときにはこういうメリットとデメリットがあるというような形にするとか、提案の仕方に余地が残されていたほうがいいというふうに思いました。

【繁田部会長】 御意見を引き続きお願いいたします。

【栗田副部会長】 いいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【栗田副部長】 1点だけ確認しておきたいのですが、このファイル方式の場合には、診療報酬や介護報酬の条件は、どこかひっかかる場所があるかどうかということだけ、お聞きしたいのですが。

【室井幹事】 この後、「継続的な取組」の項目に出てくるのですが、作り方によりまして、先ほど参考資料の御説明の中で申し上げましたけれども、そうした要件を満たしたものとして作るかどうかというところにかかってくるかと思います。

【栗田副部長】 それは、診療報酬であっても介護報酬であっても、作り方によっては報酬が取れる可能性があるという、そういう意味ですか。ファイル方式の話ですけれども。

【室井幹事】 はい。

【間渕委員】 北多摩西部二次保健医療圏で使った「生き生きノート」について、同じように地域の先生から御意見が出ました。お金にならないものは私達は使わないという実際の話があって、それで社会保険庁で聞いたのですけれども、実際に厚労省のほうに送りました。送って、見ていただいたところ、十分に取れるという話があったので、月2回算定される介護報酬の、居宅療養管理指導費が取れますという話でした。

診療情報提供書に関しては、実際に医療にそのノートを持ってくるときに、連携パスという形であればパスの算定ができると思います。ただ、例えば脳卒中の連携パスだと、使うに当たって、年3回の会議に出なければいけないということがあるので、そういったものが増えていってしまうと、とても大変ですし、地域の先生たちはお忙しい中、私達もそうですけれども、忙しい中会議に参加しなければならなくて、年3回とって、あとは実際に東京都で開催する会議が3回、その他に各地で開催する会議が年に3、4回あると、本当に会議漬けになってしまう。

そういうことではなくして、使ったらパスとして認めるというように、色々な考え方が認められるようになれば、とても大変かという気はしますけれども、お金にはなってくるものだと思います。

【栗田副部長】 ありがとうございます。

【繁田部長】 御意見を引き続きいただきたいと思います。西本委員、お願いします。

【西本委員】 今回のケアパス部会の特徴は、御本人・御家族が参画をするというイメージであったと思っています。私が読んだイメージですが、この書きぶりだと何となく、お手紙方式は参画なしで、ファイル方式が参画ありで、常に持ち歩きましょうというように読み取れますが、本当にそうなのか。というのは、違う場合もあり得るのではということも考えられるので、

必ずしもそうではないようなイメージにしておいた方が良いと思います。少し読んだだけで、私はそのようなイメージを持ちました。

それともう1点、細かいことで、すみません。20ページの、要介護認定に係る書類として、要介護認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会資料等の写しと書いてあり、これは多分、支障がない場合、ファイルに組み込むというふうに書いてあるのだと思います。ただ、こうやって書いてありますと、こんなものがあって、ではそれは挟み込みたい、と思われる方も出てくるのではというふうに思っていて、認定調査に係る書類に関しては、これは要介護認定をするために使うもので、意外に御本人の側に寄り添った内容ではない場合が多々あるのです。原則、多分開示はできると思いますが、積極的に開示するのはいかがなものかと思しますので、このところはもう少し慎重に入れていただきたいということ。また、文言のところでも申しわけないのですが、21ページの3つ目の丸、「今後の対応に必要な情報の提供」のところは、「家族介護者が」というようなイメージで、家族がどう情報を取り扱うかというようなことが書かれているのですが、ここにもやはり本人が入るべきということを感じました。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

今いただいた意見は、先ほどからいただいている意見とも関係すると思います。まず、どのような種類のツールかと考えると、お手紙とファイルという、その形がやはり2つにどうしても分かれてしまって、ただそれをはじめに、この報告書冒頭の部分では、役割として専門職が情報を共有していく部分と、家族とも共有をする、あるいは、誰かが持っていて、折に触れてその情報を出すとすれば家族しかいないのではという部分とが、うまく整理できないまま今に至っていて、ぜひ家族にその情報を共有してほしいということを強調すると、ファイル方式が基本のようになるわけですが、それでは行き過ぎではないかというような心配があり、ではお手紙方式かという、そうすると家族不在にならないかという心配があり、そのところが、難しいと思います。

例えば、こういう考え方があるかもしれない。ファイル方式であれば、当然家族は情報を共有するので、あまり神経質に家族、家族と言わなくてもいいけれども、お手紙方式だとすると、通常は家族が見ることではないので、お手紙方式の場合には、できる限りファイル方式ということではなくて、常に家族にそういった情報を提供するように努めなければいけない、あるいは努めるべきだというような整理の仕方はあるかもしれない。そうすると、先ほどの、ファイル方式に寄り過ぎなのは、という意見にも、その部分を少し修正できるかと思います。

その辺について、御意見をいただけたらと思います。多分、ここが一番大事なところで、こ

れをもって推奨する形になると思うので、ぜひ色々と御意見をいただけたらと思います。

医師会の先生方に頼むのは難しい、という部分があればその点おっしゃっていただいて、可能で、かつ家族にも何か情報が行き渡る形という、そのような視点を維持できたらと思います。よろしくをお願いします。

【平川委員】 最初に結論ありきではないですけども、多分、ベストのものは、なかなかできにくいと思います。先ほど、ファイルか、あるいは手紙かといっても、やはり情報というのは、残念ながら、全てが家族や御本人のために心地よく聞けるものばかりでもないということになると、例えば私は精神科なのですが、精神科では診療情報提供書などを出すときも、なかなか御本人に見せにくいことを書かざるを得ない。自殺の問題ですとか自傷行為、あるいは虐待の問題とかというところ、そういうことを何か二枚舌のように、使いながらやっているわけです。やはり、今回のこともこれに近いものがあると思います。

ただ、そうはいっても、やはりできる限り共有してもらいたいことを、それは多分その個々の各先生方の思い入れですとか、テクニックによると思います。僕は、あまり全部がオープンというのは、心情的に分かるのですが、自分の今いる立場からすると、それは必ずしもいい結果を生まない場合もあって、よかれと思ったことが逆恨みされて、非常に辛い思いをする、お互いに傷つく場合もあるので、これは慎重になるべきだというように僕は思っています。

【繁田部会長】 ありがとうございます。どうぞ、御意見をいただけたらと思います。はい、お願いします。

【伊藤委員】 何度も申しわけございません。三鷹武蔵野もの忘れ相談シートのことがここに出てくるものですから、少し気になるのですが、私どものシートについて、郵送にすることにしたというふうに確かに以前の部会で御報告させていただきましたが、家族を抜きにするつもりはありません。私達の中では、あくまでも本人・家族の情報であるということと、本人・家族を中心に支援していくということは確認事項としてやっております。

それから、郵送方式にしたというのは、必ずしも全部目の前で書けるとは限らないだろうという時間的な問題が一つ。それから、今、平川先生がおっしゃられた、やはり特に認知症の場合には、露骨に言えること言えないことと、言うことで悪くなる場合もある。それから、虐待等、色々な問題も抱えている場合がある。それらを考慮したときに、全部が全部見せられないことであって、たとえ手紙方式にしたとしても、本人に絶対に見せないことを前提にしているという意味ではありません。御本人たちに了解はいただくわけですし、手紙方式にした理由の

一つには、本人・家族に渡したときに、支援者にきちんと届くのかどうか。支援が必要だということを本人や御家族と了解のもとに支援につなごうとしているのに、肝心な支援につながらなかったら困るという問題もあるので、お手紙方式にしています。

ですので、ここで、家族には見せない閉鎖的なツールとして紹介されているような気がして、気になりますが、決してそういうつもりではないということを御了解いただきたいと思います。

それから、西本委員がおっしゃられたように、介護認定情報に関しては私もひっかかっておりました。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

この報告書を見ていただいた他の地域の方々が、例えば、その「もの忘れ相談シート」がよさそうだ、使ってみようと思ったときに、やはりこのシート自体は専門職の間で情報共有するものなので、そのときに家族への情報提供がおろそかにならないようにという意味で、この中に書き込んでおくことは必要だろうと思います。ですから、作るときの議論の中では、そういうことはたくさん重ねられて、家族への情報提供の重要性も、その中で多分共有できている。ただ、そのシートが広まっていくときに、そのシートを単に使うだけで、家族に情報提供されないということになってはいけないので、ここにはぜひ書き込んでおきたいと思います。

今まで委員の皆様からいただいた意見をお聞きして、例えば一つの方法ですけれども、方式として2つあって、お手紙方式というのであれば、こういうメリットがあります、ただし、こういう点に留意をして、こういう点は配慮して使う必要がありますということ。あるいはファイル方式であれば、こういうメリットがありますけれども、このような点に留意して運用する必要があります、というような書き方であれば、それぞれの地域で、うちの地域はやはり、なかなかあちらの方式は難しいから、こちらの方式で取り組もうかと。ただ、こちらのデメリットはこういうところがあるから、これは気をつけなくてはいけない、という議論を、認知症疾患医療センターを中心にしてもらえるのかと思います。

それも含めて、御意見をいただけたらと思います。はい、お願いします。

【間渕委員】 お話を伺っていて、まず基本的な考え方の中に、患者と家族のことが1番に来ればいいと思うのです。1番の基本的な考え方、皆さんがおっしゃっていたように、本人と家族をサポートする、支援するための情報ツールですということを、15ページの一番最初の項目の1番目の丸「異なる役割を持つ関係者」というところに「患者、家族を含む」というふうになんかを入れなければいけない。いつでも、医療職もそうですけれども、患者さんや家族を置き去りにしたものをどうしても作りがちなのです。そういう意味でいけば、そこを必ず押さえ

なければいけないと思うのです。

あとは、先ほどから、お手紙方式なのかファイル方式なのかということを考えてときに、3・11のときに、実際に記録が全て流されてなくなってしまって、クラウドを用いた情報ツールにしましょうとかいう話が今、厚労省のほうからも出ているかと思います。そのとき、何が一番いいのかといったときに、頑張っただけの人たち、本当に頑張った人たちが、自分の情報がどこにあるかというときに、自分が持っていたほうがよかったのではないのかという意見がテレビでも放送されていたので、そういう意味でいけば、あながちファイル方式が悪いわけでもなくて、ただ、その中に、今までの診療情報提供書ですとか色々なものが消えてしまったという方もいました。その辺のことも踏まえて、どちらを推奨するでもなくして、その患者さんの状況ですとか、患者さんのいる立場ですとか、色々なこと環境を加味して、どちらを選択してもいいという形。もちろん病気の進行具合によっても、ファイルにするのか、最初のお手紙方式にするのかも変わっていくので、その辺を少しファジーにして、記録をこの中に織り込んでいけばいいのではというふうに感じたのですけれども、どうでしょうか。

【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と思います。山本委員、お願いします。

【山本委員】 私は、間淵委員がおっしゃったように、15ページの一番最初は、何のためにこれをするのかというと、御本人や御家族のためですので、これは冒頭にそういう文言を入れるべきだと感じました。

皆さんの御意見を聞いていて、平川委員がおっしゃられたように、虐待の防止や自殺の防止ということ、これも御本人のために、関係者間だけで共有するというふうに思いました。ですので、組み合わせなのではないのかなということ。御本人たちの毎日の記録ですとか、ファイル方式等で、関係者が本人・家族も含めて情報共有していくという面と、やはり虐待のことや自殺のことも含めて、関係者間だけで情報共有しなければいけないという面もあるでしょうから、必要に応じて組み合わせていくということ。これは、先ほど部会長がおっしゃられたように、それぞれのメリット・デメリットも含めて記載していくという、そういう形なのかなという印象を持ちましたけれども。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

【山本委員】 もう1点よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【山本委員】 なおかつ、組み合わせとなると簡便性が必要ですので、書く量はできるだけ少

ないほうがいい。そういう視点も必要だと思います。

【繁田部会長】 2つの方式を同時に始められるようなところはなかなかないと思います。どちらかを選んで始めていただいて、それで、そのデメリットを補いながら、いずれもう片方もつけ加えていくということ。それが現実的だろうと思います。

今、山本委員から、簡便なものを、という御意見がありましたけれども、では、2つの方式のメリット・デメリットをうまく整理して、どちらかを選ぶときに、どのような点に配慮が必要か、どういうふうにして活用していくのかという部分も含めて、「効果的に機能する情報共有ツールを作成するためのポイント」という部分の後半、「情報共有ツールの活用のための相互理解」、「簡素でわかりやすい仕組み」、「継続的な取組」のところを説明をしていただいて、そのあと26ページの(2)の部分も説明していただいたほうがよろしいでしょうか。それで、御意見をいただければと思います。

【村松委員】 すみません、少しよろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【村松委員】 今、次のところへ行く前に、お手紙方式の中に、家族からお願いをされたら、医療機関か関係機関のほうで、家族用のお手紙方式の用紙を1枚作っていただくというのは無理でしょうか。家族が書き込むツールというのでしょうか。

【繁田部会長】 お手紙なので、宛先がありますよね。宛先はどちらで。

【村松委員】 ですから、そのときに、医療機関のほうだったり、行き来がするわけですから、介護のほうだったり、要するに福祉のほうだったり、医療のほうだったり。家族はもう同じ立場で情報を、こういうツールを出して、ここのところを知りたいというか、仲間に入れてよという希望があったら入れてあげるといふ、何かそういうものができませんでしょうか。

【繁田部会長】 家族の依頼で、差出人は例えばかかりつけ医だとすると、その受取人は誰になるのですか。家族が依頼をして、今度どこどこに相談に行くから、先生、お手紙書いてくださいよというようなことですか。

【村松委員】 そういうことです。

【繁田部会長】 そうすると、その書いてもらった手紙を、例えばショートに行く先に送るとか、そういう意味ですか。

【村松委員】 そうですね。ケアマネジャーだったり、地域包括支援センターだったりということになると思うんですけども、そういうやり方です。

【繁田部会長】 それは今やられていないのですか。はい、お願いします。

【栗田副部長】 恐らく、ここで情報共有ツールをいざ作ろうということになったときに、まず出発点は、3つの場面ありましたけれども、最初の、認知症が診断されていない人を診断するという第1場面の情報共有ツールをまず作ってみようというところから多分スタートするのです。

そのときに、自治体によって色々あるかもしれないけれども、最初はお手紙方式を多分考えると思います。地域包括支援センター等でまだ診断されていない認知症の方の御家族とお話ししながら、一緒に情報共有ツールに書き入れていくのです。多分、生活機能がこんな感じ、認知機能がこんな感じということそのフォーマットに入れて、そして、それを持って御家族が医療機関に行くというようなことになるので、そのパターンの情報共有ツールは、御家族が話したことをそこに盛り込んで書くようなことになると思います。

ですから、最初の、多分出だしで作られるものはそのような感じになるのではなかろうかと思うんですけども、その他のお手紙方式がどういうふうになるかというのは、少しまだイメージはわかりませんが、多分、場面によってどういうものを作っていくのかということをお手紙方式のときは考えていくことになるのではないのでしょうか。ですから、最初の場面ときは多分、家族が書くかどうかはわかりませんが、そのような感じで家族の意見が入る、情報が入る、話が入る、そういうことになるのではなかろうかと思います。

【繁田部長】 村松委員がおっしゃったのは、発案者が通常家族ではないのかという意味でしょうか。発案者に家族も入れてほしいという意味ですか。通常は施設からだったり医療機関からだったりしますので、その書類作成依頼者が家族でないということ。

【村松委員】 そうです。そこで要するに、地域包括支援センター等の相談先でうまく機能していないときに、私困っているんですよと、このことについての情報提供してほしいということ——どういうふうに言ったらいいのか。

【繁田部長】 こういう情報を持って、あちこち相談に行きたいけれども、そのもとになるものがない。

【村松委員】 はい、それもあります。

【繁田部長】 そういうものをいうことですか。間渕委員、お願いします。

【間渕委員】 多分おっしゃっているのは、家族が例えば医師に質問をしたい、家族がケアマネさんに質問したいといっても、アンサーはほとんど言葉でしか返ってこないですね。家族がきちんと、こういうことを質問したいということに関して、診療情報提供書のような形、極端に言えば、それできちんとしたアンサーがあれば理解ができるということだと思うのです。そ

れも含まれますでしょうか。

【村松委員】 そうですね、家族が理解するということ。

【間淵委員】 そういうことに関して家族が理解するためのものでしょうか。家族が質問したことに対して、誰でも、地域包括支援センターであろうが、ケアマネジャーであろうが、介護者であろうが、きちんとした回答をお手紙で私達にも下さいということをおっしゃっているのだと思います。

それは確かに、あまりないです。先生たちに質問するために、よくお手紙等を持ってきてくださいと家族に言っています。先生たちがお手紙で返すことはなくて、口頭で返します。よく、お手紙を持ってきてくださいと私も言うんですけども、そうすると、先生たちは、そのお手紙への回答はカルテの中に入っているけれども、そこに回答した内容は紙には書いていません。多分口頭で、消えてしまいます。

ということだと思うのです。それが文書化されたらいいかなということをおっしゃっていると思うのですけれども、どうでしょうか。

【村松委員】 そうです。福祉のほうでもやはり同じです。介護保険のほうでも同じです。口では言われても、文書はないので、どういうふうに言われたのかと質問したときに、家族は、分からないけどこうだったという。家族が分からないのです。そのところで、やはり参加しているという意識があるといいかと思えます。

【繁田部会長】 説明内容や、そもそも質問の答えがやはり紙としてなかなかないということ。

【村松委員】 ないですね、はい。

【繁田部会長】 はい、どうぞ。

【伊藤委員】 今、どんどん紙が渡されるようになってきていますよね。例えば入院中も、治療の計画や退院計画という紙が渡されます。それから、他の地域連携パスと言われるもの、脳卒中パスなどでも、そのルールの中に明確に、紙で説明をして渡しなさいというところが診療報酬の基準の中に明記されています。そういう意味では、本人情報を本人・家族に渡すというのが世の中の流れだと思います。

三鷹武蔵野でいえば、支援者にダイレクトに送るとはなっていますけれども、私達から見ると、決してそれは秘密にしなければいけないようなフォーマットだとは思っていません。ですので、御家族に渡すこともできる。ただ、先生方がまだ慣れていないので、家族に見せることを前提にした言葉尻になっていないことがあり、配慮が必要と思っているのですが、フォーマットに書かれている中身自体は見せて困るようなことではない。家族に何を、どういう説明を

したということや、どういう治療方針でいくとか、そういうことを中心にしていますので、家族に見せられないようなものではないと思います。

それから、こちらに郵送してもらったとしても、病院にもよるのですけれども、患者・家族向けに別の紙で、説明用のものを渡してあるなど、要は二重に書いてくださっているところもあるようです。

ですから、いずれにしろ、やはり可視化していく意味というのは、先ほど村松委員がおっしゃられたように、その場で記憶するだけではなくて、後から振り返ることができる。それから、第三者と共有することができる。それはすごく大きな目的の一つになりますから、このマニュアルの中には、やはりその点も必要なものとして入れていく必要はあると思います。

それから、先ほど言い忘れたのですけれども、このマニュアルができたとして、これは誰のためのものなののでしょうか。支援者たちのマニュアルとして作るのか。ただ、この言葉の中に、患者・家族も使い方をきちんと認識する必要があるという言葉は出てきていましたよね。

こういう支援体制をつくっていくというのは、東京都として、やはり都民に対してインフォメーションしていくのでしょから、そのためにも、こういうマニュアルもあるということは当然広げていくことになると思います。だとしたら、これを見るのは医療者であり、福祉の支援者であり、当然、都民であると思います。色々な人を見ることを前提とした書き方にしていかなければいけないのではないのかというふうに思います。

部分的に、支援者だけのマニュアルのような書き方が出てくるので、そこを意識しながら直してい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。

少し話題を戻して、先ほどの村松委員の御意見ですね。それは例えば、御家族が知りたかったこと、質問に対する情報提供も含めてということでしょうか。

【村松委員】 そうです。

【繁田部会長】 そこです。それが果たしてどこまで。その場で、病気の説明から始まってというのは、多分難しいと思います。それは高血圧も糖尿病も同じですけれども。です。何かファイル的なものがあれば、はじめの部分に病気の説明があつて、御家族にも少し勉強していただくような、病気のことを知っていただくようなものも作つて、質問にその都度答えていくということでしょうか。

平川先生や西田先生のような先生はおやりになるかもしれないですけれども、一般の医師の先生方に、文章で必ず答えてくださいということを、やってくださいということはなかなか難

しいと思います。

色々なツールがありますので、製薬メーカーであるとか、色々なところで作っているものを、今は診療所や外来に用意されております。そういうものをできる限り活用するという事は十分にあり得ると思うのですけれども、どうでしょうか。

【西田委員】 今の話と私はずれるかもしれない。私の認識自体が少しずれているのかもしれないのですが、先ほどからファイル方式か手紙方式かというお話があるのですけれども、お手紙方式というのは、病院から施設へ、いわゆる診療情報提供書の書式の話でしょうか。

【繁田部会長】 そうです。

【西田委員】 ファイル方式の話というのは、患者さんが、日常に限らず、健康手帳や災害時の個別支援マニュアルであるとか、そういった自分で管理する、そこに色々な情報を取り込んでいくツールです。ですから、どちらかをとという話ではなくて、これは両方とも必要な話で、何か比較する話ではないような気がして、さっきからずっと私は伺っていたのです。少し認識がずれていますでしょうか。

【繁田部会長】 いえいえ、そんなことはないです。両方取り組んでくださるのであれば、それはベストです。ただ、この東京都12医療圏、両方取り組んでほしいと言って果たして、それが単に唱えるだけになってしまわないかというところです。

【西田委員】 それは一律は、多分色々地域の事情がございますでしょうから。ただ、こういうもの、連携ツールといってもこういう二種類があるということで、それぞれの説明をしていただいて、これかこれということではないような気がします。

【繁田部会長】 はい、いいです。そのとおりなのですけれども、来年度よりファイルをお作りいただいて、しっかりしたフォーマットも作っていただいてというふうにはなかなか言えないものですから。一応今の議論としては、メリットとデメリットはそれぞれありますので、できるところから始めていただいてということです。私が途中で、選んでという言葉を挟んだりしたことが、少し誤解を招いたかもしれません。

【西田委員】 ですから、ファイル方式というのは、例えば最初、先生がお話に出された診療情報提供書を持っているとか、その辺はやはり問題が色々あるかと思うのですが。先ほども私言いましたように、健康手帳レベルのものであれば、「生き生きノート」もそうですが、それほど複雑で難しいことではないような気がします。どうでしょうか。

【栗田副部会長】 村松委員の御発言からの続きで、今の西田委員の話もそうなんですけれども、恐らくファイル方式であれば全く問題のない話です。

それで、実は私も、ある自治体で、この連携ツールを作る協議会で今ちょうど取り組んでいるところで、そこで今まさに作っている最中です。そのイメージは、17ページの場面①を見ていただけるといいかと思うのですが、この場面①の地域包括支援センターとかかりつけ医の間での、まず共通のお手紙方式のシートを作ろうということで今取り組んでいるのですが、では、そのシートはどこにあるのだという話から始まる。そのシートはうちにはないのです。御自宅にないですし、皆さんのところにいつでも配っているわけではないので、ある場所は地域包括支援センターか医療機関です。

そこで、まずは、普通は地域包括支援センターのところからスタートするということを想定して、そこで御家族と地域包括支援センターの窓口の担当者が相談しながら、認知機能とか生活機能とか、あるいは周辺症状や社会的な状況、困っていること、心配事のようなことが書き込まれるようなフォーマットを御家族と一緒に作るわけです。ですから当然、御家族も見られるわけです。それを、御家族が医療機関に行って、今度は医療機関で、その同じ様式に評価したことを書いてもらおうではないかというようなことで、そこで書き込みます。それも当然、御家族は見られるわけです。通常の診療情報提供書ではありません。

ですから、そういう共通のシートで、そこに書き込んで、この場面①の情報を共有できるような、1枚のシートを作ってみようということになっているので、基本的には、地域包括支援センターの情報も、医療機関の情報も、御家族は両方を見られるというようなことになるかと思えます。ただ、この場面①に限っているだけです。しかも、今はこの地域包括支援センターとかかりつけ医の間だけのことをまず作ろうというふうなことなので、どの程度の情報が書けるかもわかりませんが、まず、その辺のところからやってみようか、ということを今話しているところでございます。

【繁田部会長】 ありがとうございます。はい、お願いします。

【平川委員】 診療情報提供書とお手紙とが、混同されてしまっているようなので、今の御質問については、私どもから聞くと、医者の説明が少ないのかということですか、御家族の御質問に答えていないのだなということには反省するところであります。ただ、何もそれをわざわざ手紙でやりとりする必要もないかという気もします。

ただ、先ほど、何か手紙というふうにくくってしまったので、少し話が見えにくくなってしまっています。診療情報提供書や診断書などはある意味公文書で、きちんとしたルールのもとで、先ほどもあったように国の基準を満たす代わりにお金もいただくことになっているものと、御家族が御質問として、例えば病状説明の内容などと、これは少し違ってくると思うので、そ

れは少し整理しないといけないと思います。

また、多分これはずっと話していても、何となく釈然としないままに終わってしまうのではないかという気がするのですが、どうでしょうか。単なるQ&Aをやるのか、説明をきちんと受けていないとか、こちらもそれを聞いた上で同意したいというようなこと、そういうことはまた違う仕組みなので、少し今の議論とはずれてしまうと思います。

ただ、僕がもしやるとすると、普段の外来ですぐ書いてほしいというと、正直申し上げて、そう簡単にはすぐ書けない。時間的、物理的にです。心情的には書くべきなのですが、なかなかそう丁寧にできていないというのは、もう反省も含めながらです。それをまた全ての医師会の先生方に勧めていくのは結構つらいかという気がします。工夫はある程度考えるべきだと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

そうですね、多分その説明について、何かのときに紙を使って、例えば疑わしい病名なりを書いて渡す医師と、口でぱっとおっしゃる医師とで、診察室を出てみたら、何を話してもらったのか頭に入っていない、というようなことは日常茶飯事だと思います。なかなか情報提供が丁寧にされていないというところはあるのだろうと思います。平川委員がおっしゃったように、それはそれで考えなければいけないと思います。診療のあり方の課題ではないかと思います。この中にどういうふう書き込めるかどうかは、少し考えさせてください。

東京都医師会が、サポート医とかかりつけ医のフォローアップ研修を実施しますので、そこで家族や御本人に向けての情報提供ということも題材に取り上げて、私も研修を担当させていただきますので、先生方にそのようなお話をさせていただければと思います。

村松委員からいただいた御意見を、宿題とさせていただきます。

【村松委員】 お医者さんや医療機関にだけ向けているわけではなくて、地域包括支援センター等に向けても同じことを私は言っているつもりです。今は医療機関のほうからだけ意見が出ていますけれども、そうではなくて地域包括支援センター側のほうにも。例えば、介護者が医療機関に駆け込むという場合もあると思います。この意見を地域包括支援センターに伝えてほしいという、ここのところをお医者さんの立場から言ってほしい、そういったこともきっとあると思います。医療と介護両方に対してなのです。ここをきっと、皆で平等に同じ情報を持つというところで、医療の情報だけではなくて介護の情報も入っていると思います。ですから、今はお医者さんのほうから御意見が出たけれども、そうではなくて、介護全体、介護も含めたことでの対応というふうに考えていただければありがたいです。

【繁田部会長】 ありがとうございます。

それでは、そのことを宿題にさせていただいて、先に進めさせていただきます。

今回、部会は第5回ですけれども、次回が最後になります。今回いただいた意見を踏まえて、次回、報告書の案をまたお見せして、そこでいただいた意見、次にいただいた意見を、部会長、それから副部会長、事務局に御一任いただいて最終的にまとめるという形でございますので、今日、これからの部分の説明をぜひ聞いていただいて御意見をいただき、おっしゃれなかった部分に関しては御意見シートにお書きいただくことにしたいと思いますので、事務局から説明をお願いいたします。

【室井幹事】 それでは、続きまして資料22ページ、「情報共有ツール活用のための相互理解」のところから、再度、読み上げたいと思います。

情報共有ツール活用のための相互理解

(検討の過程を通じた理解の促進)

- 認知症の人の支援に関わる関係者は、同じ人を支援していても、それぞれが関わる場面や、担う役割が異なることから、必ずしも相互理解は十分ではないことが多いと考えられます。

そのため、情報共有ツール作成にあたっては、各地域において、認知症疾患医療センターが主催する認知症疾患医療・介護連携協議会や区市町村が設置する在宅療養推進協議会等において、まずは関係者それぞれが抱える課題などについて率直に情報交換を行い、相互理解を深めることが重要です。その上で、情報共有の仕組み構築に向けた基本的方向性を定め、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ことが適当と考えます。

区市町村の在宅療養推進協議会の例といたしまして、先ほど副部会長からのお話がありました千代田区の例を紹介しております。千代田区では、在宅医療・介護連携推進協議会に認知症連携推進部会を設置し、認知症に係るネットワークの構築に向けた検討を実施しているということでございます。

(検討において必要な視点)

- 提供したい情報ではなく、相手方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です。例えば、介護関係者及び家族介護者にとっては適切な医療を継続するた

めの注意点に係る情報が、医療関係者にとっては本人の生活状況に係る情報が必要とされています。

このようなお互いの役割の違いを踏まえ、相手方が必要としている情報は何か、相手方に分かりやすく伝えるためにはどうすればいいのか、などについて考えていく必要があります。

- 認知症の人の生活支援に当たっては、かかりつけ医と介護サービス事業所や看護師、ケアマネジャー等の関係者が同じ方向を向いていないと、適切な支援が難しいということがあります。そのため、関係者それぞれが情報共有ツールを活用していく中で、認知症の人や家族を支援していく上での共通認識を醸成していくという視点が大切です。

(検討のプロセス)

- 具体的な検討プロセスの標準例を示すと、以下のようになります。
 - ・ 関係者により、情報共有において課題と考えている場面、対象が異なることから、各地域の連携体制の構築に向けた話し合いにおいては、関係者間でそれぞれの課題を共有し、相互理解を深めます。
 - ・ 地域の関係機関に対するアンケート等を実施するなどして、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を把握し、地域が抱える課題について関係者間で共有します。

ここで集めた情報を活用し、個々の機関の情報を掲載する関係機関リストや資源マップを作成することは、地域の情報共有の仕組みづくりのためだけでなく、実際に関係機関同士の連携を進めるにあたって非常に有効な取組となります。資源マップについては、八王子市の例を添付したいと思います。
 - ・ 情報の共有化が必要な場面として3つの場面（〔認知症の疑いから受診まで〕、〔日常診療・介護サービスの利用〕、〔身体合併症・周辺症状による入退院時〕）が想定されますが、それぞれの場面ごとに、各関係者の役割、必要となる連携、共有すべき情報等が異なることから、各地域において十分に現状分析を行います。
 - ・ これを踏まえ、特に、「診断の際の情報提供のあり方」、「日常の医療・介護サービスが継続しているときの、かかりつけ医とケアマネジャー、認知症専門医等との連携のあり方」、「身体合併症による入退院時や周辺症状が非常に激しいときの対応」等について、各地域の資源の状況等に応じて、どういう連携が必要なのか、望ましい連携のあり方について検討します。

- ・ その上で、実効性の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し、その地域の情報共有ツールの作成を行います。

簡素でわかりやすい仕組み

(対応可能な機関の明示)

- 本人・家族介護者等が、安心して情報共有ツールを提示できるよう、情報共有ツールへの記載等に応じてくれる関係機関は、あらかじめその旨を明らかにしておく必要があります。情報共有ツールに対応可能な機関について、一覧表を作成するなど、地域の関係機関を明示するよう努めるべきです。

(柔軟な形態・様式)

- 認知症の人への支援は10年以上になることも多いため、長期間に渡り使用することを念頭に置き、症状の変化、支援体制の変化に柔軟に対応できる形態・様式にするべきです。

(利便性向上に向けた工夫)

- 初めて記載する関係者でもすぐに対応ができるよう、簡単な記載マニュアルを入れたり、誰に記載してもらいたい項目なのか分かりやすくしたりする等、使用しやすくするための工夫が必要です。

(負担の軽減)

- 前述のアンケート結果によると、医療従事者が多忙であることが、情報共有ができない大きな要因となっています。時間のない中でも記載できるよう、記載項目を最低限必要とされるものに精査の上、負担の少ない記載方法をとるべきです。

(要点を絞る)

- 多くの情報を記載することで、かえって要点の分かりづらいものとなることがあります。認知症の場合、関係者による支援も長期間に渡り、記載される情報の量も必然的に増えていくことから、記載欄の工夫などにより要点を絞った記載がなされるようにしていくべきです。

(平易な言葉の使用)

- 関係者により、用語の理解・解釈は様々です。そのため、同職種間でしか理解できないような専門用語や、同じ言葉であっても関係者により捉える意味が異なる言葉は使用せず、家族介護者でも分かる平易な言葉が使用されるよう、地域で取り組んでいくべきです。

継続的な取組

(普及に向けた取組)

- 情報共有ツールの普及のためには、各地域において、その使用目的や使い方等について、家族介護者の理解促進と、支援を行う関係者への周知徹底を行うことが重要であり、そのための研修等をきめ細かに行っていく必要があります。

その際、本人や家族介護者への説明は、情報共有ツールが効果的かつ継続的に使用されるために大変重要であること、また、各関係者がどういう情報を必要としているか十分に理解した上で使用することなどを、関係者間でしっかり共有しておく必要があります。

- あわせて、情報共有ツールの作成に参画した様々な職種や機関の代表は、積極的に傘下の会員や組織にその活用を働きかけていく必要があります。

(使いやすさの追求)

- 情報共有ツールが継続して使用されるためには、ツール作成後も、使いやすさ等について状況を把握し、必要な修正を加えていくことが必要です。そのため、情報共有ツール作成のため開催していた作業部会等は、ツール作成後も継続して開催し、改良に向けた検討等を行っていくべきです。

(報酬を考慮)

- 医療関係者が継続して、また積極的に参画するよう、診療報酬（診療情報提供料等）や介護報酬（居宅療養管理指導費等）を考慮した様式にすることが有効です。

続きまして、26ページに移ります。

今回の御議論の中で、共有が望ましい情報、あるいは必須の情報というものを示していくということ。これは、なるべく少なく、ただ、必要なものは必ずというようなお話があったかと思います。事務局のほうで、共有が望ましい情報について、このようなものがあるのではないかという項目をここへ盛り込んでおります。可能であれば、この中からまた、これは絶対に記載をしないといけない必須記載項目として示していくことができると考えております。

(主に医療関係者が提供すべき情報)

- 鑑別診断に係る情報
 - ・ 認知症の原因疾患

- ・ 認知機能障害の状況・進行度
- ・ 生活機能障害の状況（基本的日常生活動作能力の障害、手段的日常生活動作能力の障害）
- ・ 身体機能障害の状況
- ・ 治療方針（今後の見通し、薬物療法、認知症の専門医療機関への再診の時期）
- ・ 本人・家族への説明内容
- ・ 介護保険の必要性

○ 周辺症状

○ 既往症、身体合併症

- ・ 治療経過
- ・ 処方薬（名称、量、経過予測等々）
- ・ 摂食・嚥下機能評価 等

（主に介護関係者が提供すべき情報）

○ 社会的状況

- ・ 家族構成・状況（主たる介護者、キーパーソン）
- ・ すまい
- ・ 経済状況
- ・ 成年後見
- ・ 家族介護者が困っていること
- ・ 要介護度・介護サービスの利用状況 等

○ 医療・介護への要望（急変時、終末期ケアの対応等）

○ 本人が大事にしていること（大切な人、もの、思い出、楽しみ等）

○ かかりつけ医

○ 服薬状況、禁忌薬、アレルギー歴

○ 周辺症状の状況

○ 体調・気分の変化、出来事 等

主に家族介護者が提供すべき情報というものが、介護関係者が提供すべき情報と似通っている可能性がありますので、ここにつきましては、26ページに項目だけ御用意しているということでございます。この辺につきましては、ぜひ御意見をいただきたいところでございます。

27ページに移りまして、(3)の「既に行われている取組の工夫事例」につきましては、今までと全く変わっておりませんし、本日は時間もございませんので、説明は省略させていただきます。以上です。

【繁田部会長】 ありがとうございます。御意見をお願いいたします。

【西田委員】 よろしいでしょうか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【西田委員】 26ページの、「主に医療関係者が提供すべき情報」なのですが、細かいことですが、「既往症、身体合併症」の一番下に、「摂食・嚥下機能評価」という項目があります。あともう一つ大事なことに、身体機能の維持ということで、リハビリテーションという言葉が、リハの評価ということが非常に大事かと思うのですが、これは、摂食・嚥下についても、四肢・身体に関しても、この上の「身体機能障害の状況」に含めて入れてみたらどうかと今思ったのですが。

【繁田部会長】 そのリハの状況とは、今どのようなリハビリテーションを受けていらっしゃるかということですか。

【西田委員】 そうですね。ですから、一番下の「摂食・嚥下機能評価」と同時に身体機能評価と、それに対するリハビリの必要性というようなことを「身体機能障害の状況」のところに入れたほうがいいのかと思ったのです。「摂食・嚥下の機能評価」が「既往症、身体合併症」の項目のところにぽつんとあるのは何かおかしい気がしたのですけれども。

【繁田部会長】 なるほど。身体機能のところですね。上の「身体機能障害の状況」のところに含めてということですね。

【西田委員】 そうです。鑑別診断に係る情報の4番目の「身体機能障害の状況」のところに、摂食・嚥下機能、身体機能、全体的なことをここにまとめて、それに対するリハの評価というようなことで入れたほうがいいのかと思います。

【繁田部会長】 この中で幾つか省けないでしょうか。省くとすれば、先生、物すごく忙しくて、これを全部書けないときに、どれを書くことができ、どれを飛ばしますか。

【西田委員】 認知症の原因疾患ですね。原因疾患というのは難しいです。病名で、例えばアルツハイマー病や脳血管性などがあれば、原因疾患というのは……。

【繁田部会長】 そうですね。病名というと、認知症とお書きになる先生もいらっしゃいます。それで、原因疾患ということ。

【西田委員】 原因疾患というのはあまり要らないのではないかなと。

【繁田部会長】 種別ということですかね。認知症の種別で。

【西田委員】 そうですね。診断名でわかります。

【繁田部会長】 診断名で大丈夫でしょうか。

【西田委員】 どういうタイプの認知症かということ。どうなのでしょう。

【繁田部会長】 そうなんですけれども、中には認知症とか老人性痴呆とだけお書きになっていらっしゃる。きちんと認知症の原因の病気を書いてくださいという、そういうことです。何かやはりこう書くと、もうどれもと思ってしまうんですけども。

【西田委員】 2番目の認知機能障害の状況、進行度と、これはよろしいかと思えますよね。生活機能障害の状況……。

【繁田部会長】 先生が提供するんですから、先生が必要なわけではないですね。

【西田委員】 そうです。

【繁田部会長】 ケアをする側が必要かどうかですよね。

【西田委員】 そうです。

【繁田部会長】 どうですか。全部必要ですか。 はい、お願いします。

【伊藤委員】 医師が外来の限られた時間の中で御覧になるわけですから、ADLについては、ケアマネジャーや家族は知っていても、先生のほうが御存知じないことがあります。そういう意味では、これが全部在宅に必要な情報なのかどうかというと、少し違う気がします。

診断に関しては、先ほど先生がおっしゃられたような診断名でもいいと思います。認知症とは限らないことがありますよね。例えば脳血管性の失語症だったり、ウェルニッケの場合には特に高齢者は認知症と間違われることが結構ありますし、認知症というよりは、他の問題からきているせん妄だったり、色々なことがあるわけです。ここは診断名で構わないと思いますが。

【繁田部会長】 そうすると、医師でなければ提供できない情報が必須項目になるということでしょうか。

【平川委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【平川委員】 精神的なものでも、身体的なものでも、やはり急変時の指示や対応のほうを書いたほうが、そちらが多分知りたいのではないかなと思うんですね。

【繁田部会長】 そのときが急変のときではなくても、こういった状況が想定できる場合に。

【平川委員】 頓服薬の使い方とか、何かそういったものです。

【伊藤委員】 これからどうなるだろうとか、そういうようなのも欲しいです。その医療の

情報があるから分かること、医療そのものの情報ばかりではなく、そこから派生する問題も含めてだと思います。

それから、在宅側から先生に伝える場合には、経過というのにも必要になってきます。もう1年前からだんだん悪くなったという場合と、このところ急におかしくなったという場合では、原因疾患がまるで違ってきますから、そういう意味では、診療の助けになるための情報として、在宅支援者が、家族が、何を伝えなくてはいけないのかということもあると思いますので、両方とも、そこは細かいところまでこれだけ並べなくても、最小限押さえておいたほうが良いことを記載すると良いと思います。

【繁田部会長】 それを先生が言ってくると良いのです。

【伊藤委員】 ピックアップして並べて。

【繁田部会長】 この中で、選んでほしいです。それは二重丸をつけますから。この二重丸は必須記載項目を示すということです。

【伊藤委員】 それ以上のものはフリーにして、それぞれの地域で詰めていってもいいのではないのかと思います。私達が欲しかったのは診断名と、これからどうするということ。

【繁田部会長】 例えば、1年単位の変化と、急に起こり得る変化とあります。

【伊藤委員】 そうですね。

【繁田部会長】 それも書いておくと、先生も、ああそうかと。長い目で見れば、年々進行していきます、ということになってしまうのですけれども。

【伊藤委員】 例えば、薬を処方しました。それを、どういう視点で、どのぐらい見ていけばいいのか。何が起こったときに連れていかなければいけないのか。それから、それを報告するのがかかりつけ医なのか、専門医療機関なのか。例えば、かかっているのが専門医療機関だったとしたら、患者の側にしてみると、普通診断をした先生のところに行きます。かかりつけ医とどう連携していこうかというものなわけですから、例えば、がんにおいても、何か月後に専門機関に行って、普段はかかりつけ医でこういうことは診ていてもらってくださいということと同じだと思います。認知症に関しても、今の段階で専門医療機関が診るのか、かかりつけ医に情報をきちんと返してくれて、かかりつけ医にかかっていたら私は安心できるのか、どこに行けばいいのかということだと思うのです。

そのことと付随して、次はいつ行けばいいのかという問題です。かかりつけ医に返したとしても、かかりつけ医に、服薬調整のため何か月後にはまた診せてくださいと専門医療機関が伝えている場合もあります。先生達がこれからこういう方針で診てくれるということは、家族の

立場、支援者の立場でも欲しい情報です。

また、どの家族にどのような説明の仕方をしたのかということも、在宅支援者としては知りたいことです。

【山本委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい。

【山本委員】 私は聞き漏らしたかもしれないのですが、先ほど栗田副部会長がおっしゃられたように、今のこの報告書は3場面に分けています。一番最初に、地域包括支援センター等で相談がされてかかりつけ医等に最初に受診するとき。その第1場面と、通常のケアマネジメントの場面の第2場面と、あとは入退院時、専門医を受診するとき。病院から退院の場面は、今後多分、厚労省などは今それを考えていると思うのですが、この医療関係者には主治医だけではなくて、看護スタッフですとかリハスタッフも加わってくるというイメージがあるので、もしかすると、その場面ごとでこの情報量が違うのかなという、印象は持ちましたけれども。なおかつ簡便な記録様式が望ましいです。

【繁田部会長】 一番はじめの場面というのは、何かフォーマットなどそういうものに載ることが多くて、むしろ、普段診療の中でコンスタントに情報が提供されていないところが問題だとすれば、普段の診療の中で提供していくべき情報というものを押さえるほうが、私は個人的にはいいと思いますけれども。非常時に関しては、当然、情報はもう、その状況に合わせたものにせざるを得ないですし、決めておくこと、決めること自体が難しいと思うのですが、普段の診療の質が上がればというふうに考えると、先ほど伊藤委員がおっしゃった、病名は、もし変更があればその都度、あとは治療方針と説明が今のところは最重要ではありますけれども。

どうでしょうか。はい、お願いします。

【山本委員】 難しいのは、例えばADLとIADLなどは、最初の受診の情報提供のときは在宅や家族側が主治医に伝えていく、第3場面のほうは、病院スタッフ側が逆に在宅とかかかりつけ医に伝えてくるというような、そういうやりとりが場面ごとで違うのではという印象を持ちましたけれども。

【間淵委員】 よろしいですか。

【繁田部会長】 はい。

【間淵委員】 よく私の病院は地域包括支援センターから紹介をされて、認知症の方の相談に乗ってくださいというふうに、受診相談でまず電話が入ってきます。そうすると、予約をして

外来の神経内科やその症状に応じて精神科の予約をとるのですが、そのときに聞く内容というのは、まず、患者さんのお名前と生年月日と身体的な合併症がないか、糖尿病とか慢性疾患がないか。あとは、いつからどのような変化をたどってきたか、1年前と半年前と3か月前というふうにして私の中で決めて、あとは、直近で一番変わったことは何かという形の聞き方しかしないのです。それだけを伝えていただければ、医療者側と言いますか、医師は多分足りるだろうと。もちろん、それで付随するもので必要な検査は医師がオーダーしていくわけなので、まずそれを聞きます。

途中の介護の場面に伝えるときには、私達は、キーパーソンが誰かというのは必ず聞いたりして、その人に、基本的には家族のこととか、または自宅に帰す際の地域包括支援センターや、ケアマネが決まっていればケアマネのことなど、そのようなことを言っていきます。そのときに何を伝えるかという、この人が今後どうやって変化していくかということ、医師から聞いた情報をまた伝えていくのです。私の病院の場合は、患者さんが分からないことに関しては、医師が私達のところに案内してくれます。もちろん精神科はそういうことはないのですが、神経内科は、経過とかに関しては、もうそちらでお願いしますというふうに言うので、多分変なことは言わないだろうということで、それは患者さんの家族の話ですとか、変化に関しても、患者さんの話を聞いて説明を加えていくという形です。

ですから、その辺のところで、受診の場面や、受診して終わってから自宅に帰る場面や、必要に応じて入院をして帰るときの場面というのは、それぞれ変わっていくので、それはそのときそのときの判断になっていくと思います。ですから、初期の受診の場合と、BPSDのときの受診のときの情報のとり方と、受け側からすれば、終末期の患者さんの合併症を起こしたときの受け方というのは、それぞれ違った情報が来ても当たり前なことなので、それほど絞る必要はないのではと思います。そのときそのときでそれは確立していけばいいかなという気がしますが、この情報がこれだけあってもいいので、そのときそのときで選別して使えばいいという感覚で、その項目に二重丸を加えたり、補足の情報として入れておく必要があると思うのです。先ほどおっしゃったようなもので、こんなものは伝えてほしいと、こんなことは伝えなくてもいいと、削るのではなくして加えていって、必要な情報から選んで伝えていくというのが一番いいかもしれないです。

【繁田部会長】 御意見ありがとうございました。

時間の限りもございますので、御意見シートに、その点を指摘していただけますか。増やすことはそれほど大変なことではないですが、選ぶとなると、どうしても自分が書きやす

い、書きなれているものに偏ってしまいますので。今申し上げたとおりです、欠けがちなもので、場合によっては皆さんの御意見を色々とお聞きして、誰が提供すべきというよりは、皆で共有すべき情報というものを整理したほうがいいのかもかもしれません。それも少し考えさせてください。この次までに整理をしたいと思います。

本当に建設的な御意見をたくさんお聞きすることができましたので、また次の案ではかなり内容がきちんとしたものになるだろうというふうに思います。

最後の、次の第3章とか第4章に関しましては、また資料を御覧いただき、御意見をいただければと思います。今日御議論いただいた第3章が何よりも大切な部分でございますので、そこで時間を費やしたことは良かったと思います。

それでは、事務局にマイクをお返しします。

【室井幹事】 それでは、本日も大変御熱心な議論を本当にありがとうございました。

次回の部会が最終回となりますが、2月16日（木曜日）を予定しております。ぜひ御意見シートで多くの御意見をいただきたいと考えております。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いたします。どうもありがとうございました。

了