

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第6回）

平成24年2月16日（木曜日）

【室井幹事】 それでは、お時間になりましたので、ただ今より、最終回となります、東京都認知症対策推進会議第6回認知症ケアパス部会を開催させていただきたいと思っております。

本日は委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、また外は雪が降っているとのことで大変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。

はじ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のマイクを御使用いただきますようお願いいたします。

続きまして、本日の委員の出欠状況につきまして御説明をいたします。本日所用により欠席の委員でございますが、赤穂委員でございます。また、所用により出席が遅れていますのが伊藤委員でございます。また、熊谷幹事、大滝幹事、加藤幹事、それから横手幹事につきましては、こちらも所用により遅れてい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】 お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。今回は最後の会議でございます、本日皆様からいただいた御意見で最終的に報告書を整理をすることになりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、まず事務局から資料の説明をお願いしたいと思います。

【室井幹事】 それでは、本日配布しております資料でございますが、まずお手元の資料、名簿の後に資料1とございます。これが本日御審議いただくメインテーマでございます、認知症ケアパス部分報告書の案でございます。この後、資料2がございます。こちらは、医療支援部会で以前整理していただきました各関係者間の役割分担でございます、改めて資料として添付をしております。この資料は、最終的な報告書にも参考資料として添付をしていきたいと思っております。それから、資料3でございますが、これは報告書本文にも出てきますが、シルバー交番設置事業という高齢者の見守りのための事業、こういった取組を行っておりますので、資料として配布しております。

次に、参考資料といたしまして、「みまもり・つながりノート」がございます。こちらにつきましては、第2回目の部会に来ていただきまして御講演いただきました、大阪大学大学院の数井先生の御了解をいただきまして、本日席上配布ということでお配りをしているものでござ

います。現在これは大阪大学大学院の神経心理研究室のホームページに載っておりまして、そこで登録をした人がダウンロードできるという形になっているということでございます。ぜひ御参考にしていただきたいと思います。

また、委員と幹事の皆様に、参考として第1回部会の資料や、地域連携に関する既存の取組例資料集を配布しておりますので、適宜御参照いただければと思います。

以上でございます。

**【繁田部会長】** はい、ありがとうございます。

それでは議題に入らせていただきます。議題は「認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて—東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書—（仮称）」についてでございます。本日は、この報告書案について、事務局から区切りながら説明いただいて、それに関して皆様から御意見をいただき、修正を加えるという作業となります。

それではまず、第1章「情報共有の仕組みの構築に向けて」と、第2章「情報共有における現状と課題」、この部分に関して事務局から説明をいただきたいと思います。お願いいたします。

**【室井幹事】** それでは資料1を御覧いただきたいと思います。一番最初の題でございますが、前回お出しした資料におきましては、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おりましたが、やはりその情報共有の目的が何であるかということを確認にしたほうが良いという御意見をいただきましたので、「認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて」という表現に直してございます。

それから、ページをめくっていただきまして、「はじめに」ということで、これはまた後日、繁田部会長からお言葉をいただきたいと思っております。

目次は飛ばしまして、さらに1枚めくっていただきまして、1ページ目を御覧いただきたいと思います。まず第1章の1の表題でございますが、こちらも目的を明確にするために認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みということで記載をしております。

最初の○でございますが、医療や介護、行政等となっていたのですが、福祉を入れたほうがよいという御意見をいただきましたので、これを追加してございます。その他、できるだけ分かりやすくということで加筆をしているところでございます。

また、真ん中以下の点線でございますが、前回、認知症疾患医療センターのあり方検討部会報告書の概要についてもう少し簡潔に書いてあったのですが、やはりこの報告書を読んだだけでおおむね分かる形のほうがよろしかろうということで、より詳しく書いてございます。特に、

最初の基本的機能というところで、地域の医療機関、介護事業所等への支援機能、地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能を認知症疾患医療センターが果たすのであって、主役は地域であるという点を明確に記載しているところがございます。

おめくりいただきたいと思います。2ページ、3ページにつきましてはより分かりやすく加筆をしたところがございます。

さらにおめくりいただきまして、5ページでございます。5ページの下の方でございますが、この2月10日に中医協の答申が出まして、診療報酬の改定の案が出てまいりました。ここで認知症の外来診療につきましては評価を上げていこうということになりまして、基本的な考え方として認知症の早期診断をより一層推進するということから、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うということです。また、そのBPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設するというです。また、かかりつけ医のほうも、認知症と診断された患者さんについて、その後の管理を行う場合に評価をしていくということでございます。

次のページでございますが、認知症専門診断管理料500点という報酬があったのですが、今後は認知症専門診断管理料の1と管理料の2というものを設定していこうということです。特に管理料の1につきましては、鑑別診断を行って療養方針を決定するのですけれども、今までと違うところは、認知症と診断された場合は、認知症療養計画というものを作成して、紹介をすると、その場合に点数がつくということでございます。

それから、かかりつけ医のほうなんですけれども、2に記載のとおり、認知症療養指導料というものがございまして、こちらは認知症と診断された患者さんについて、先ほどの専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った場合ということかと思っておりますけれども、そのかかりつけ医と専門医療機関が連携してその後の管理を行った場合に350点という評価を行うということでございます。

それから、またページをめくっていただきまして、8ページです。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。こちらにつきましても、分かりやすいように表現を追加しているところがございます。

また、9ページでございますが、前回、後見制度などの取組も認知症の方の支援の取組の一つとして重要だというお話をいただきましたので、成年後見の充実に向けた東京都の取組について記載をしてございます。

さらにめくっていただきまして、10ページ、11ページは変わりはありません。

12ページでございますが、地域医療における認知症対応力の向上ということで、特に今ま

で一生懸命取り組んでまいりましたので、ここの記述を充実させております。特に、ここでサポート医が都内にこれぐらいいらっしゃるということや、かかりつけ医がこれぐらいいらっしゃるということ、あるいはサポート医の役割はこういうことかといったことなどを記載してございます。

13ページはほとんど変わりません。

14ページでございますが、前回お出しした案では、「本部会の役割」となっていたのですが、部会の役割はあらかじめ決まっているものかと思いますので、「本報告書の位置付け」という形で修正をしております。こちらの方もできるだけ分かりやすく言葉を加えているということでございます。

一番最後の○でございますが、連携・協働が不可欠であると述べた後に、本人、家族介護者とともに多数の関係者が情報共有し、同じ方向を向いて総合的に支援していくことが重要という基本的な考え方を改めて述べてございます。

それから、第2章にまいりまして、15ページは特に変更はございません。16ページ以降につきましては、前回、括弧書きの見出しの部分で「関係者間の情報共有が不十分」というような表現を使っておりましたけれども、こういった否定的な表現はいかかなものかというお話もございましたので、「情報共有について」というような中立的な表現にしております。以下同じでございます。

第1章、第2章につきましては以上です。

**【繁田部会長】** ありがとうございます。ただ今御説明をいただいたところに関しまして、御質問、追加修正等ございましたら、お願いいたします。

前回いただきました意見はおおむね入れ込むことができた、反映させることができたかと思えます。よろしゅうございますでしょうか。次の部分に時間をかけて議論したいと思えますので、特段の御意見がなければ、先に進ませていただきたいと思います。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、第3章です。内容もかなりボリュームがございますので、第3章全てではなく、第3章の1の基本的考え方の部分をまず御説明をいただいて、御意見をいただければと思えます。事務局から説明をお願いいたします。

**【室井幹事】** それでは、19ページから22ページまでの御説明でございます。まず基本的な考え方として、前回も(1)から(5)までお示しをしたところでございます。そこにそれぞれに書かれている内容は、基本的にはそれ程大きく変えていませんが、順番を変えておりま

す。前回は、情報共有ツールを作成していくというお話を一番最初に持ってきておりましたけれども、一番最初にあるべきは地域の関係者による協力体制であろうということで、1番目に持ってまいりました。(2)、(3)、(4)に、情報共有ツールに関する記載をいたしまして、(5)で情報共有ツールをうまく活用していくためには、これ以外に総合的な取組が必要というような形で整理をしております。

また、(1)から(5)までのそれぞれの題名でございますが、できる限りこの題を読んだだけで何を言いたいのが分かるような表現に修正しました。改めて読み上げます。(1)を地域の関係者による積極的な取組・参画が不可欠、(2)異なる役割を持つ関係者が協働するための情報共有ツールを作成・活用。20ページに移りまして、(3)認知症の人の状態の変化を想定して仕組みを構築、(4)各地域での取組の基本的方向性を統一、21ページの(5)総合的に取組を推進という形にしております。

また、文章でございますが、(2)に少し加筆をしておりますが、この後も基本的な考え方として出てまいりますが、三つ目の○でございます。情報共有ツールの作成にあたっては、やはり本人に関わる情報は本人に帰属するものであるとか、情報共有というのは本人・家族が地域で安心して暮らせるよう支えるために行うものであるということ、本人や家族とできる限り情報共有をしていくような運用を行うように努める必要があるということを書いてございます。

それから、21ページでございますが、ここは少し言葉を加えまして、情報共有ツールを作ることは重要ですが、それだけでは一過性の取組となる可能性があるということに記載をしております。

簡単ではございますが、第3章の1につきましては以上です。

**【繁田部会長】** はい、第3章の1の基本的考え方の部分の御説明をいただきました。どうぞ、御意見をいただけたらと思います。いかがでございますでしょうか。

ただ今の説明の繰り返しにしかならないですけれども、はじめにツールの作成ありきではなくて、地域の関係者の積極的な取組がまずあって、その取組一つとしてツールがあるということで、こういう順番に構成をし直しました。

それから、2番に関しましては、ツールの作成はあくまで御本人・家族が地域で暮らすことを目的としたもので本人や家族ともできる限り共有できるように努める必要があるということなどを書き加えたところでございます。

いかがでございますでしょうか。

はい、山本委員お願いします。

【山本委員】 細かいことなのですけれども、20ページの(3)の認知症の人の状態の変化を想定して仕組みを構築ということで、これについて説明文と、場面①、②、③という図がその後に出てくるのですが、これはそれぞれの場面での留意点のようなことの説明がどこかで行くのか、それともそれぞれの場面の説明はもうこの図で説明しているという理解になるのか、その辺を確認しておきたいと思います。

【繁田部会長】 今の段階ですと、基本的な考え方のところでは特に触れてはいませんで、説明はこれだけにとどまっているのですが、いかがでしょうか。これに関して御意見があれば、またそれを反映させたいと思います。多分御懸念は、文章がこれだけで図が並んでいると、読み手の視点が図を通り過ぎていってしまうのではないかと御心配でしょうか。

【山本委員】 ただ、他の部会等でこれはもう報告書は出ているといったような説明があれば、それでいいかと思えます。説明がこれで十分だということであれば、それでよろしいかと思えます。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【室井幹事】 これと完全にパラレルな形ではないのですが、御用意いたしました資料2、これは医療支援部会で、関係者の役割分担を整理した図でございますので、これがそれぞれの場面の補足資料という形になろうかと思えます。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

【山本委員】 よく分かりました。それであれば、この資料2と、21ページ以降の図とが連携があるような記述がどこかに入っていればいかと、そういう印象を持ちました。

【繁田部会長】 例えば、資料2をこの報告書の最後に参考資料としておつけして、それで報告書本文に何ページ参照という形で紹介するということでしょうか。いかがでございましょうか。はい、お願いします。

【西田委員】 山本委員が御発言された21ページの図は、①、②、③と分かれています、ここに入れるべきことかどうか私は分からないのですが、認知症の終末期医療について、あまり入っていないと考えてよろしいでしょうか。私はまだよく読み込めてないのかもしれないのですが、認知症の終末期医療についてのことというのはこの中に含まれていないのかと今少し思いました。

【繁田部会長】 先ほど御説明のあった医療支援部会では議論がありまして、ここには終末期医療のことが具体的には出てこないですね。

【西田委員】 その部分というのは盛り込まなくてもよろしいでしょうか。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

私から意見申し上げると、入れた方がいいと思いますけれども。

はい、村松委員お願いします。

【村松委員】 私も実際に介護をしていて、介護者の会でもよく出てくるんですけども、終末期医療になったときにどうしていくのかということとはなかなか家族も迷う時期ですので、記載していただけるとありがたいと思います。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

【山本委員】 多分この後秋山委員が発言されるかと思うのですがけれども、先ほどの資料2の4ページ目には高度認知症・終末期に関する資料がついていますので、ここで示すかどうかということも1点論点かと思います。

【繁田部会長】 秋山委員、お願いします。

【秋山委員】 訪問看護の立場からですと、この資料2があり、それぞれの場面①、②、③の図柄における、各関係者の機能と職種の役割がきちんと説明をされているということはよく分かりました。最初に山本委員がおっしゃったのは、この場面①というのは、資料1の10ページにあります「認知症の経過と医療依存度」の図と重ねて考えますと、認知症の疑いから受診までの間の情報共有に必要な流れがこういうふうになればいいという、必要な場面と主な関係者ということだけでも、一番うまく動いていない矢印があって、そこを特に強調するなりした説明文がもう1つあって、この図を読み取るのに、各職種については資料2を参照というような形だとします。場面①が10ページの図でいうと最初の部分で、次の部分が場面②だけでも、途中で場面③で身体合併症周辺症状による入退院時にはこういう情報共有の流れがあって、また場面②に戻ったりするけれども、最終的に場面④というものがあって看取りということが出てくるかと、そういうふうだと思います。場面の①、②、③だけでも、重なる場面がありながら看取りのところがもう1つ追加されれば、より分かりやすいかと思います。

ただ、看取りのところは場面②に重なる部分があるかと思うので、そこをどのように分かりやすく説明をするのか。場合によっては、日常診療を、介護サービスの利用だけではなく、施設に入っていないながら看取りに至るといった過程をどう支えるかという情報共有のあり方もあると思います。両方について場面④としてあげる場合、少し見やすくする工夫が必要かと思います。少し分かりにくい説明でしょうか。

【繁田部会長】 例えば10ページの全体の経過のところ、後につける資料2との関連づけを

して、それから場面①、②、③との関連づけをして随時参照できるようにするということでしょうか。

【秋山委員】　そうです。私になぜ10ページの図を先に前に見ていただいたかというところ、ここで身体医療の部分を見ていくと、認知症の症状の程度が高度になって終末期になったときに、看取りに向けた全人的医療という記載があるからです。この認知症の段階と終末期とを絡め合わせながら、ではそこで地域の中で起こる連携、情報共有というのはどういうものがあるべきなのか。そのときに場面としては在宅と施設と両方あわせて、どちらもこの認知症の最後の看取りがきちんとケアされるためには、きちんと情報共有されないといけないだろうと思います。

場面②ですと、ここには施設は入ってますけれども、場面②との区別をしながら、看取りのところに焦点を当てるとというのは、結構難しい図になってしまうかもしれません。

【繁田部会長】　今までいただいた意見で考えますと、20ページの(3)認知症の人の状態の変化を想定して仕組みを構築という項目で、まず①、②、③の場面に④で看取りの場面、終末期を加えて、①、②、③、④として、④の終末期に関して場面②の図で兼ねた場合に、今の②の図で修正しなければいけないところがどこかを指摘していただければ対応できるかという気がします。

【伊藤委員】　①は初期の診断の段階ですし、③というのは身体合併症等の治療の問題になってきます。看取りというのは、日常生活の延長にあるもので、特別に別立てで書かれるものではないと思うのです。連携スタイルは結局のところは同じだと思うのです。この①、②、③と、それから先ほどの10ページの認知症の経過が、①、②、③の場面の図と見比べられるように近い場所に記載されていたほうが分かりやすいのではないかと思います。ですので、認知症の経過が10ページに必要な図なのだとしたら、もう一度21ページのあたりに再掲してでも、認知症の経過と①、②、③の場面の図とを並べて確認できるようになっていたほうがいいのではないかと思います。

例えば一般都民が見る場合に、別立てで看取りがあるとしたら、この先もう一回山があるというような印象に見えてしまいます。終末期の段階では認知症だからといって特別なことがあるわけではなく、高齢者の終末期という意味ではそれほど大きな違いはないと思いますので、そこが逆に身構えることにならないような表現になっていたほうがいいのではないかと思います。ですので、認知症の経過と見比べながら各場面の図が見えたほうがよろしいかという気がいたします。

【繁田部会長】　御意見をお願いします。

【間淵委員】 私は病院の立場からお話をさせていただくと、場面②と場面③というのはいつでも行ったり来たりしています。精神症状が強くなったり、身体合併症が起きたときに一般病院に来たり、精神科の病院に行ったり等、やはり場面②と③は行ったり来たりして、その中で先ほどお話のように最終的にはその延長線上に死があるというふうなとらえ方のほうがいいと思います。そうすると、例えば病院に来たときに必ずしも認知症の末期でお亡くなりになるという方は少なく、実は合併症で亡くなる方のほうがすごく多いと思います。ですから、例えば認知症の主疾患で亡くなるというよりは、肺炎で亡くなるといったように合併症で亡くなる方のほうが多いので、その辺をこの中にどうやって表現していくのかということのほうが大事だと思います。

もちろん看取りは必ずなければいけないことなので、何らかの形で入れるとしても、単純に看取りだけ独立するわけではなくして、生活の一部、それから病院や施設ではこの一部の延長線上に看取りがあるというような理解を図でどうにか表現できないかと思ってずっと考えていました。この場面②と③を行ったり来たりしていて、その中でいずれは亡くなっていく、全ての人が100%亡くなっていくので、その点をどうにかして表現できないかと思いますが、どうでしょうか。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

では、また提案しますので御意見をお願いします。10ページの図を21ページに再掲して、図は4つになります。全経過と場面①、②、③です。場面②に関しては、終末期までを含めるという意味にすれば、20ページの文章は①、③はそのままで、②のところを医療や介護サービスを利用しながら終末期まで生活する、最期までの場面ということにしたらよろしいでしょうか。そうしますと、看取りが特別なものではなく、今の生活の延長にあるということになります。いかがでしょうか。

その際に、場面②に関してはこのままでよろしいでしょうか。その点だけ確認をさせていただきたいと思います。

【秋山委員】 そうしますと、場面②の図の真ん中の右肩の囲みが、受診、身体合併症の治療、認知症の安定期の治療となっているのですけれども、10ページの図の1番右下に、看取りに向けた全人的医療という言葉を使っているのですが、その言葉を入れる等の工夫が必要だと思います。

【繁田部会長】 身体合併症の治療に関しても、安定期の治療に関しても、最期を視野に入れて行われるべきものです。ですので、確かに私も個人的にもここがいい場所かと思います。こ

の囲みの中に看取りを含めましょうか。それとも新たに囲みを一つ入れますか。

事務局、この図は変えても大丈夫でしょうか。

【室井幹事】 大丈夫です。

【繁田部会長】 今回のために作ってくださった図なので、大丈夫ということです。

では、この点については、親会議に上げるにあたって整理をしますので、その結果を見ていただいて、出来栄えを御判断いただければと思います。

場面②の左上の、日常診療、介護サービスの利用という部分にも看取りという言葉を入れませんか。看取りまでを視野に入れたという形にしますか。これはよろしいでしょうか。

【西田委員】 これは、診療という言葉なのでしょう。日常診療なのでしょう。むしろ、在宅、施設等色々なところを含めて在宅を基盤にするのであれば、日常療養という言葉のほうがしっくりくるような気がします。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。皆様にうなずいていただきました。それでは、日常療養ということでよろしいでしょうか。

はい。それでは、そのような形で整理をさせていただきたいと思います。

はい、お願いします。

【平川委員】 日常生活の延長線上にあるというのはごもっともなのですが、これをもし市民の方が利用されるとするとやはり、身内の方は特に最後に何が起こってくるのだろうかとか、そこが一番分からないところ、不安なところというのがあると思うのですね。ですから、②、③の絵の中にその中に盛り込むかどうかということはまた別として、何か認知症の終末期についての解説なり何なりというものが本文にあったほうがいいのではないかと感じます。

【繁田部会長】 解説があったほうがいいのは、ということでしょうか。

【平川委員】 例えば合併症が起きた等、場面としてはどういうものが多いかということや、胃ろうの問題もあります。どうでしょうか。

【繁田部会長】 そういった解説を加えるとなりますと、身体合併症にはどのようなものがあるのか、周辺症状にはどのようなものがあるのか、この辺を均等に説明して認知症診断をするときには治るものと治らないものがあるので大事であるとか、そういう説明が入ってくるので、少しバランスをとるのが難しいと思います。先生の最期の看取りに対する思い入れを、大事な場面として何らかの形で書き込みたいという気持ちはごもっともでございますけれども。

【室井幹事】 事務局のほうで申し上げるのも何なのですが、この後また色々なお話が入ってまいります。特に前回は資料をお出しして特に議論にはならなかったのですが、共有が望まし

い情報についてという部分がありまして、そこで終末期ケアの対応について、やはり御本人、御家族からきちんと聞いておくべきだというようなことが少し入ってきます。あるいは、26ページ、27ページに本人、家族介護者の参画という項目がございます。ここではまだ十分に記載はできていないのですけれども、看取りに向けた情報提供であるとか、あるいは最期をどのように迎えたいかという御本人、御家族の意思を確認しておくということが重要だということをございます。

【繁田部会長】 お願いします。

【平川委員】 この場面①、②、③をあまり見にくくしたくはないのですが、1点教えてほしいこともあります。情報共有するのは、大切な個人情報であるのですが、これをどのあたりまで広げていくのかということです。例えば場面①のところの左側のほうに地域住民と書いてありますけれども、地域住民の方というかどうかというものを想定されるのかということが1点あります。八王子のほうでも今こういった認知症の人と家族を支える仕組みをつくっているのですが、結構その会議で意見を多く述べるのは、民生委員の方や町会役員の方、あるいは地域の警察の方、あるいは消防の方も必ず入っていて、認知症の方々も必ずしも家族が揃っている方ばかりではありません。そういった、家族ではないけれども、認知症の人に関わるという方はもう少し入ってくると思うので、その点何か書いておいたほうが良いと思います。地域住民であれば、ここに地域住民の啓発をすとかそういうことを書き込んでいたほうが良いと思います。そういった方々も、結構様々な場面で登場しますので、そういう方にもツールや情報のシステムを見せていいのか。それは皆さんにお聞きしないと分からないのですが、実際に地域でこういう会議をやると、結構そういう方々のお力添えというのが大事なので、どうでしょうか。

【繁田部会長】 いかがでございましょうか。

【室井幹事】 少しよろしいでしょうか。多分今の話も第4章に地域住民との関係というのが出てきます。いかがでしょうか、ここでとまってしまうよりは、少し説明をこの先に進めていただきながら、また戻ったりしながら御議論していただいたほうがよろしいかと考えております。

【繁田部会長】 それでは、今いただいた意見を踏まえて、何らかの形で対応、修正を加えたいと思いますけれども、少し議論を先に進めさせていただいて、そこでの御意見もいただきながら時間があれば戻る形にさせていただきたいと思います。

23ページからでございます。最もボリュームがあつて、最も直しが入ったところござい

ます。これを全部一遍に説明するというのは少しボリュームがありすぎますので、この23ページの機能する情報共有ツールを作成するためという項目の、(1)の①と②をまず御説明いただいて、ここに関して御意見をいただけたらと思います。

【室井幹事】 それでは、23ページから御説明をさせていただきたいと思います。この部分につきましては大々的に変えておりました、以前から5本柱ということで書いておりましたが、その題を見ただけでその中身がある程度分かるようにということで、この5本柱の名前を変えております。特に1番と2番、以前はファイル方式を基本とした情報共有ツールということが1番だったのですけれども、これについては非常に色々な御意見をいただいたところでございましたので、専門的情報と生活を支える基礎的情報の共有化という表現に直してございます。以下、本人、家族介護者の参画等々と直しておりますが、そこはまた個別の場面で御説明をいたしたいと思います。

最初の専門的情報と生活を支える基礎的情報の共有化というところでございます。こちらにつきましては前回の会議で、ファイル方式を基本とするという考え方を示したのですが、これには色々な御意見をいただきまして、別の方式のお手紙方式もありますけれども、決してどちらかを推奨するというお話ではないほうがいだろうという御意見をいただきましたので、全面的に書き換えをしております。ですので、ここにつきましては改めて全体を読み上げるような形で①を説明させていただきたいと思います。

#### ① 専門的情報と生活を支える基礎的情報の共有化

(情報共有の方法)

○情報共有において、達成すべき目標には、以下の二つがあります。

〈専門職間における専門的情報の共有〉

認知症の方や家族を支えていくためには、実際に支援に関わる様々な専門職同士が、専門的な情報を迅速かつ確実に相手に伝え、具体的な対応を依頼することが必要な場面があります。

これを効果的に行う情報共有ツールとしては、これは〈お手紙方式〉でございますが、かかりつけ医と専門医療機関の間でやり取りされる診療情報提供書が典型例で、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が、必要な情報のやり取りや、具体的な対応の依頼を行う場合もあります。

24ページにまいります。〈お手紙方式〉は1対1のやり取りが基本であるため、本人が認知症を認めない場合、家族に関する情報をやり取りする場合など、守秘性が要求される情報のやり取りにも適しています。

### 〈生活を支える基礎的情報の共有〉

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も極めて重要です。

これを効果的に行うものとしては、様々な情報を書き込めるファイル等を本人・家族介護者が保有し、これに、支援に関わる様々な関係者が、他の関係者の支援において必要となる情報を適宜書き込む方式があります。これを〈ファイル方式〉と呼びます。様々な関係者が知りえた情報が一つのファイルの中に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などに、これを提示することにより、関係者が支援を行うにあたって必要な情報を提供することができます。〈ファイル方式〉は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。一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けるメリットもあります。

場面ごとの各情報共有ツールの特徴の図表がございますが、これは変えてございません。

25ページに移ります。

〈ファイル方式〉と〈お手紙方式〉には、上に挙げたような特性があります。そのため、以下の点に留意して使用することが必要となります。

〈お手紙方式〉の場合、本人・家族介護者の状況等にもよりますが、できるだけその写しを本人・家族介護者に提供できるよう、努めることが必要です。運用における本人への配慮につきましては後述しております。

〈ファイル方式〉の場合、継続して使用することが重要であることから、所持する本人・家族介護者にその仕組みを十分理解してもらうことが必要となります。

また、医療機関から提供された検査結果や〈お手紙方式〉の内容について、家族介護者が必要な情報を取捨選択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することが必要となります。

情報共有ツールとしては、「専門的情報の共有」と「生活を支える基礎的情報の共有」という二つの目標を実現することが重要であるため、最終的には〈お手紙方式〉と〈ファイル方式〉の両方を導入していくことが必要です。

しかし、両方の方式を同時に導入することはなかなか難しいことが多いと思います。その場合にはまず最初にいずれかの一つの方式を導入することから情報共有の仕組みづくりを始め、それがある程度根付いてきた後に、もう一方の方式を導入するというやり方もあります。各地

域においては、それぞれの地域の特性を踏まえつつ、関係者同士が十分話し合い、進め方を検討していただきたいと思ひます。

以上が①でございます。また御意見いただきたいと思ひます。

26ページ以降の②は、それ程抜本的な直しはしてございませんので、ごく簡単に御説明をいたします。

本人・家族介護者の参画という形で直しております。本人への配慮ということで、本人や家族介護者に対して原則としてオープンなものであるべきという考え方を記載してございます。

それから、その後、本人への配慮が必要というところにつきましてはより丁寧な形に直してございます。

それから、専門職同士、専門職に限る場合というふうにはありましたが、専門職同士の情報のやり取りということで整理をいたしまして、ここにつきましては以前〈お手紙方式〉で取り組む代表例といたしまして、例えば三鷹武蔵野のもの忘れ相談シートを例として挙げていたのですが、決してこれは閉じたシステムではなく、患者、家族に対してもオープンなシステムであるというお話もございまして、その辺が少し修正が必要でしたので、例示につきましては全てカットをしてございます。

〈お手紙方式〉の場合も支障がないと判断される場合は可能な限り本人・家族介護者に提供することが望ましいという整理をしてございます。

その後は基本的には文言整理でございます。27ページの今後の対応に必要な情報の提供の二つ目の○でございます。こちらはもともと〈ファイル方式〉を推奨するというスタンスで前回は書いておったものですから、今回は中立的な立場で、〈ファイル方式〉の場合には情報共有ツールの中に盛り込んでいきましょう、お手紙方式の場合には情報共有ツールとは別に地域共通の説明資料として用意しておくことが望ましいという整理をしたところでございます。

2(1)の①と②につきましては、以上です。

【繁田部会長】 それでは、御意見をいただけたらと思ひます。特に①に関しましては、たくさん御意見をいただきましたけれども、おおよそいただいた意見の方向は一致しておりましたので、それに沿って整理をいたしました。お手紙方式とファイル方式と、どちらかということではなくて、両方ともに行われることが最も望ましい。ただし、現実的な問題として一度に両方やることはなかなか難しいであろうことから、どちらでも結構ですので一方から始めてい

ただいて、そちらを充実させつつ、もう一方のほうも充実させてくださいという書きぶりにいたしました。いかがでございましょうか。

【栗田副部長】 大変細かいことなのですが、24ページの上から3行目なのですけれども、本人が認知症と認めない場合、家族に関する情報をやりとりする場合など、守秘性が要求される情報のやり取りにも適しているという文言なのですけれども。大変細かいことなんですけれども、本人が認知症を認めない場合というのは、これは原則として本人が認知症のときにどうやって情報共有するかというものなので、こういう表現よりはもう少し厳密に書くと、本人に認知症が告知されていない場合というようなニュアンスのほうが正確かなという感じがいたします。大変細かい話でございますが。

【繁田部長】 ありがとうございます。もともとこの文章の意味は、本人が自分が認知症であることを認めていない場合という意味でしょうか。それでも栗田先生の御意見はありだと思います。私は逆に今栗田先生の御意見をお聞きして、だとするとこの場で守秘性という言葉の使い方が少しおかしいと思いました。本人に隠すという守秘は、言葉としておかしい。本人にそのままそのものを告げることが躊躇されるような場合、という意味での守秘ではないかと思えます。

その辺を少し整理させていただきます。ここは誤解のないように整理をしたいと思います。御意見ありがとうございます。

【山本委員】 これは確認ですけれども、この流れで基本的によろしいかと思うのですけれども、これまでの会議で色々な都内の事例の紹介が行われまして、三鷹武蔵野の取組の紹介もありましたけれども、そういった都内各地域における〈お手紙方式〉、〈ファイル方式〉の取組を紹介する資料が報告書につくのかどうかを確認しておきたいと思えます。

【室井幹事】 はい、つきます。本文中にも32ページから34ページにおいて色々な取組について概略を紹介しつつ、参考資料として具体的にこんな様式でやっているという形で示したいと思っております。

【繁田部長】 そのままお使いいただいてもよろしいですし、改良、変更してお使いいただいてもいいということで、これはぜひ見ていただいたほうがよろしいということです。御意見ありがとうございます。

その他、お願いします。

【西田委員】 26ページの専門職同士の場合の項目についてです。この一番下のところの、様式の写しについて、本人・家族介護者に提供することが望ましいと考えます、という文言に

ついてです。私もこれには全く賛成なのですが、一般的に考えて、診療情報提供書はかなり秘密裏に受け渡しがされるといふところがありまして、一般的には例えば家族に渡すときにも必ず封筒でのりづけして渡す、これを向こうの先生に渡してくださいというような形で扱われてきているものです。ですから、それをここでこういう文章として本当に記載してしまっているのかという心配が少しあります。診療情報提供書についての取扱いの法的なところをもう少し見直してから、ここの記載をしたほうがいいのかというようなことを考えますが、どうでしょうか。

【繁田部会長】 どうでしょうか。実は私は結構驚いたのですけれども、母校に患者さんを紹介したところ、母校のほうから情報提供書のお返事がまいりまして、その一番下に、御家族に複写をお渡ししてありますと書いてあるのです。もうそういう時代に入ってきているところもあるのですけれども、逆に温度差が非常にあるので、まだまだこれに対して少し躊躇される現場の医師がおられるかもしれません。西田委員の御懸念もあるということですが、その辺はいかがでしょうか。

はい、お願いします。

【間淵委員】 今診療情報提供書のお話、現実によくカルテ開示という言葉が最近すごく多くなってきていると思います。今、患者さんの権利意識も強くなってきて、病院でも、私の記録は私の記録ですとおっしゃるので、例えば画像にしても、それから検査結果にしてもどんどん患者さんが自分のものというふうな要求する時代になってきた気がします。そうだとすると、それはもちろん主治医の同意がいることだと思いますが、基本的には患者さんの情報は患者さんが持つべきだと私は思います。そうすると、患者さんの了解や主治医の了解があれば、できるだけその方の病気に関する情報が書かれていることなので、基本的に患者さんが持ってどこか病気になったときに他の医療機関にそれを持っていく。よく、病院には、このような方が来ましたがけれども、病状を教えてくださいということがあります。連携する私たちの立場からすると、それ以上の情報というのは余りないです。コンパクトにまとまっていたり、サマライズされたサマリーがありますけれども、そういうことを考えれば、むしろ私はこういう文言をきちんと織り込んで患者さんの情報は患者さんのものだというのを皆が認知するという時代に来ているという感じを受けます。

【西田委員】 私も言われることは全く賛成なのですが、これで広くコンセンサスが得られるか少し不安だということをお願いしたいのです。

【繁田部会長】 抵抗を持つ現場の医師がおられるだろうということでしょうか。

【西田委員】 はい。

【繁田部会長】 はい、お願いします。

【伊藤委員】 武蔵野で使っているシートはお手紙方式ではありますが、患者さんに渡していないのは、見せられないからではなくて、必要な在宅支援につながらない不利益を避けるということが理由としては大きいのです。御本人様に持たせてどこにいつてしまうか分からない、必要な情報が必要なところに渡っていかないかもしれないということがあるので郵送にいただいているということのほうが大きいです。御家族様がしっかりしていれば、御家族様は診断名やこれからどうなるかということはやはり知るべき情報であると思います。ただ、外来の短い時間の中で、先生が書き込んで渡すところまで処理できないために、お手紙になっているというのも実態です。見せないことを前提にしているわけではありません。

【繁田部会長】 この文言ですけれども、内容について御家族に提供する、お知らせすることが望ましいとして、複写をお渡しするのも一つの方法です、という文言ではどうでしょうか。そのぐらい、少し弱めた形にしますと、どうでしょうか。

【西田委員】 それはもう開示するのが正しいというのはすごく分かります。

【繁田部会長】 先生がおっしゃっている意味はよく分かります。ただ、これを見てそれで抵抗を持ってもらってそこで止まってしまうとよくないということです。

【西田委員】 ええ。

【間渕委員】 単純にこの文章を見ていて、様式の写しについて支障がない限り本人、家族と書いてますよね、可能な限り家族介護者に提供することが望ましいというふうにすれば、どこにも影響がないというか、そのほうが簡便です。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

【伊藤委員】 武蔵野で、例外的に本人、御家族に見せられない事情というのは、例えば御家族様に虐待が疑われる場合です。中には手を出している本人が自ら、「手が出してしまったので、助けてください」と言ってくることもあります。ですけれども、なかなか虐待の問題は対応が難しいケースもありますので、そういうときには主治医とその課題自体を共有して、どういうふうに進めていこうかということを考えます。手が出てしまいなながらも、看たい、在宅で介護をしたいという家族や、ショートステイもなかなか利用しようとしないう家族も結構いらっしやいます。そういうときに少しでも家族を休ませるために、または少し冷却期間を置くためにという目的など、医師のほうからもショートステイを勧めていただくというようなやりとりを主治医とする場合があります。家族に開示できない理由というのはそういう事情がある場合

を想定しています。

【繁田部会長】 26ページのこの文章について、例えば今いただいた御意見を踏まえて、「様式の写しについて」という部分をそのまま削って、「その場合でも、支障がないと判断される場合には」とする。「支障がないと判断される場合には」という部分も必要ないでしょうか。「その場合でも、可能な限り本人、家族介護者に提供することが望ましいと考えます。」、これでどうでしょうか。よろしいですか。

【秋山委員】 今の御意見を反映するとすれば、「ただし虐待等が懸念される場合については除きます」等、表現によりますけれども、そういうことを逆にはっきり記載したほうがいいのではないのでしょうか。

【繁田部会長】 除く場合は、かなり時と場合とケースによりますし、もちろん虐待だけではないと思いますので、そこは多分秋山委員の意見と僕は違うと思います。個別には書かなくてよくて、「可能な限り」でいいかと思います。御意見をお願いします。

【間渕委員】 今、虐待という言葉が出てきました。ただ、現実には虐待は確実に増えているのです。高齢者の虐待で、運ばれてきたらあざがあるという方が結構増えてきているので、この報告書を都民が見るとすれば、虐待という言葉が入ることによって、抑止力にならないでしょうか。むしろそういう意味でいけば、秋山委員がおっしゃったようにただし書きを入れるのも一つの選択肢ではあると思います。それこそ、「虐待等が懸念される場合」という形にすれば、色々なことが含まれるという理解もあると思います。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。

【高藤委員】 これは前々回の会議でもたしか議論になって、山田委員からも精神科の自傷、他害の場合等色々な場合があるという御意見がありました。文章をどこまで細かくするかということが出てくるかと思います。御本人、家族にきちんと認知症のことを分かっていたいて、チームとして動くということが基本線です。ただ、そういう虐待等の場合で、これは家族に知られないで専門職だけで共有しておいたほうがいい場合等、色々な状況が考えられるということ盛り込むかどうかということです。その辺の説明を加えていくかどうかという話になると思います。

【繁田部会長】 お願いします。

【山田委員】 少し根本的な問題になってしまうかもしれませんが、この文章の議論の中で、守秘義務という言葉がどこまで制限がかかるのかと思うところもあります。これは、多分多少の温度差があって、医療職で考えて、確かに私どもも入院した患者さんに直接診断名も

書きますし、治療方針も書いて、入院時の療養計画書を渡します。その場合で、冗談ではない、こんなものではないと引き破られてしまったりということもままあるのです。そういうケースを想定してしまうと、どうしても状況によっては不要に治療効果を妨げるようなことはしないほうが良いということになるわけです。そのときにはサインをもらわずに引っ込めてしまうこともあるのです。その辺の状況がどうしても頭にあって発言をすると、少し温度差のある発言内容になってしまうんでしょうけれども、「望ましい」と書いてしまうとそれをやらないとまずいということにとられてしまうので、「することができる」ということでもいいのではないかと思います。提供することが望ましいと言われてしまうと、それをやらないと望ましくないことをしているということになってしまいます。このところだけが、医療職にするとどういうケースも提供しなくては行けないというふうにとられてしまう可能性があるということが頭に浮かぶわけですね。多分西田先生もその辺は気になるところではないかと思うのです。

ですから、「提供することができる」というのであれば積極的にやって、それは信頼関係の中でやっていくというのであれば、先ほど申し上げたように、今、精神科の疾患でもどんどんオープンに出していて、統合失調症という名前が変わってから使いやすくなったのですけれども、やはりそれを見た途端に怒り出したり、信頼関係を失ったりということがあるので、これは遅れて出してもいいことになっているので、少し間を置くということもあります。それは状況によって、支障がないと判断される場合と書いてありますから、そういうことをここは述べているのだらうと思います。ただ、望ましいと書かれてしまうと、少し違って来るかと思えます。さらに議論を分かりにくくしてしまったようですみません。

**【繁田部会長】** そんなことは決してございません。ただ、山田委員、支障がない場合には望ましいですよ。支障がないのに提供しないことは望ましくないと思います。それは異存ありますか。「支障がないと判断される場合は可能な限り本人、家族介護者に提供することが望ましいと考えます。」ということです。

**【山田委員】** 少しへ理屈になるかもしれないですけども、支障がないとどう判断するかということになるのです。これが難しいだらうということで、先ほど臨床の現場でいうと、認知症の方もそうなんですけれども、あるいはその人の性格もあり、どの時点で来るか分かりませんが、認知症という診断名を見た途端に怒る病態のときもあるのです。そういうことで出さないほうが良いと思います。支障がないと判断するのは難しいと思います。そうだとしたらそれは除いてしまうかどうかです。

基本的には、情報開示は大いに結構なことだと、率先してやっているつもりですけども、

その辺は誤解されないように最終的なところの判断をしていただきたいと思います。

【繁田部会長】 いかがでしょうか。支障がないという文言をとるとすると、「その場合でも、可能な限り、本人、家族介護者に提供することが望ましいと考えます」という文章です。いかがでしょうか。

多分、本人にも家族にも言わないというのはおかしいと思います。

【山田委員】 これは本人と家族とで分けてしまうと、話はまた別です。

【繁田部会長】 多分現状は、御本人には話さないこともあるということでしょう。そうすると、多分そこで御本人の顔を思い浮かべて、話せないこともあるという意見と、家族の顔を思い浮かべて、家族にも言っていないのは少し困りますという意見とが今少し交錯しているのかもしれない。

【山本委員】 26ページの「専門職同士の場合」の前段の部分で、「極めて専門性の高い情報のやり取りや、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取りする場合など」とありますが、この辺が多分色々な治療のことや障害のこと、虐待等の状況等をあらわしているのだと思います。ですので、専門職同士で迅速にやり取りする必要があると、そういう文面です。

その後多分状況が変わって、御本人たちも認知したとか虐待の状況がなくなったとかという場合が、これは時間的な経過で出てくるのだと思いますけれども、その場合支障がなくなるという可能性は出てくるかと思しますので、その辺の時間的な経過も含めて盛り込むかどうかかという、そういう印象を持ちました。

【繁田部会長】 どうでしょうか。

【高藤委員】 支障がないと判断される場合というのは非常に強い言葉で、その判断となるとその判断基準はどこか、ということになってしまうので、もうこれは抜いてしまって、ファジーな表現で、「その場合でも可能な限り」という文章で私はいいと思います。状況は本当に色々ありますので、その辺はオブラートに包んだ表現のほうがいいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。いかがでしょうか。

【山田委員】 私も「支障がないと判断される場合」という文言を除いてしまうという意見には賛成です。少しまた時間かかってしまうかもしれませんが、本人と家族と点で分けていますけれども、別々のほうが多分やりやすいだろうと思います。本当に専門性の高い情報のやり取りというのは、場合によって、例えば盗癖がありますとか、盗癖とは違いますが収集癖がありますとか、入院してきたら他の患者さんの部屋に入ってもものを持ってきてしまうといっ

たことはあるのですけれども、そういう情報は本人に見せるべきかどうかということはあると思います。ですから、家族には知っててもらいたい。家族がキーパーソンになるのでしょうか、分けて文章が作ればなお結構だと思います。本人、家族と一緒にくれるものかどうかということ少し考えたほうがいいのではないかと思います。

支障がないと判断される場合という文言を除いてしまうと、非常に文章はつながりがいいのですけれども、さらに細かいことを言って申しわけないのですが、本人、家族介護者とは、私たちに言わせると非常にあいまいなのです。

【山本委員】 色々な環境があるということでしょうか。

【山田委員】 細かくなってすみません。

【繁田部会長】 そうすると、例えば本人か家族かまたは両者かという意味でいうと、家族ないし本人というのが一応日本語ではあると思いますけれども。

【山田委員】 少し文章にならないのですけれども、そのような意味で使い分けたほうがいいだろうと思います。それは私たちも日常の診療の中では使い分けているのです。ですから、基本的には先ほど申し上げた療養計画書は入退院のときに必ず処方内容も書いて渡しますので、どのような薬を飲んでいるかということから病気を類推できますしそれは分かるのですけれども、先ほど言った状況によってということはまさに大事なところで、信頼関係を損ねるあるいは家族関係を悪くする場合もあり得ると思います。そういうことを想定して文章を考えたほうがいいのではないかと思います。

【西本委員】 「本人や」ではいかがでしょうか。

【平川委員】 このこと以外は、全部「本人や家族」という表記です。他のページは全部「本人や家族」という表記になっています。

【繁田部会長】 「本人や」とすると、どちらかか、両方かということになりますでしょうか。

【平川委員】 前後の文章、は全部「本人や家族」という表記です。

【繁田部会長】 分かりました。その場合でも、「可能な限り」、「可能な範囲」ではないでしょうか。もっと弱くしますけれども、「可能な範囲で、本人や家族介護者に提供することが望ましいと考えます。」という文章はいかがでしょうか。皆様がうなずきましたので、そのようにさせていただきます。ありがとうございました。

その他の部分ではいかがでございましょうか。お願いします。

【西本委員】 私の理解なのですが、もしかしたら皆さんの委員の方は違うかもしれないですけれども、お手紙方式とファイル方式をカテゴライズするのに、お手紙方式はかたや専門職間

における専門的情報の共有、ファイル方式は生活を支える基礎的情報の共有となっています。本当にその文言がイコールなのかどうかと少し疑問に思っています。ファイル方式のほうが簡単に基礎的情報だというイメージをとられかねないということが危惧されると思っています。むしろ「生活を支える情報の共有」としてしまいかということ。私の理解なのですが「基礎的」と入れてしまうと、なにか簡単なやりとりにしなうというようなとらえ方をされるような気がしてしまうかと思ひます。この言い方はどうなのかという感じがしました。

【繁田部会長】 ありがとうございます。御意見をいただければと思ひます。これは、1対1で対応しているように読めますでしょうか。

【西本委員】 ファイル方式にも、専門職間のやりとりが入ります。

【繁田部会長】 そうですね。

【西本委員】 ええ。そうすると基礎的情報としてしまふと、もっと浅い情報が集まっているというイメージにとれないかと思ひます。

【繁田部会長】 なるほど。

【土井委員】 「基礎的」という文言だけを外したらいいと思ひます。

【西本委員】 「基礎的」という文言は不要かと思ひます。

【繁田部会長】 いかがでございましょうか。

特に御異議がなければ、生活を支える情報とさせていただきますと思ひます。

その他はいかがでございましょうか。

時間の関係もありますので、第3章の2の後半のほう、③、④、⑤に関して、それから(2)、(3)、それから3に関して事務局から説明をしていただいて、必要に応じて戻りたいと思ひます。事務局から説明お願いいたします。

【室井幹事】 ありがとうございます。1点だけ先ほど看取りの議論が出たかと思ひますけれども、27ページの「今後の対応に必要な情報の提供」というところで、家族介護者に対して色々な情報を提供していくべきだと、今後の見通しを持ってもらうということがとても大切なんだということをお述べておひまして、それをまた分かりやすく説明していく必要があるということをお述べておひます。こういったところに少し看取りの記述を加筆していくというお話もあり得るのかなと思ひますので、後ほど結構でござひますが、少し御意見をいただければと思ひます。

それでは、27ページの③以降、御説明をいたします。

題名でござひますが、より内容が分かるようにということで、「関係者間の相互理解を踏ま

えた検討の実施」ということにしております。まず、関係者間の相互理解をしていただいて、その上で検討を進めてくださいという題にしております。後は基本的な内容としては前回からさほど変えてございません。基本的に、分かりやすく修正しました。

29ページに少し加筆をしております。3行目の、関係者間の役割分担の考え方です。これは、先ほど申し上げました医療支援部会では整理をしているのですけれども、やはりこの報告書を見ただけで分かるというような形のほうがよかろうということで、先ほど御説明しましたとおり、医療支援部会の報告書を参考資料として添付しつつ、これを参考にさせていただきたいと書いてございます。

また、その次の点でございますが、東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会の報告書の中でも、医療支援で中心的な役割を果たすのは地域のかかりつけ医、在宅医であり、認知症疾患医療センターはそのバックアップをするというようなことが書かれております。改めてそういったことを強調して、それぞれの役割を認識していただくような表現にさせていただいたところでございます。

それから、④でございますが、簡素で分かりやすい仕組みということですが、もう少し分かりやすくするため、「記載しやすく利便性に優れた仕組みの構築」という題名に変えております。文章の内容はほとんど変わっておりません。

それから、30ページでございますが、前は「継続的な取組」ということでしたが、もう少し中身が分かるようにということで、安定性、継続性の確保という表現にしております。

それから、一番下の括弧は、（報酬を考慮）というふうに書いてございますが、先ほど御説明しましたとおり、今年の4月から認知症専門診断管理料その他新たな診療報酬が入ってくるということでございますので、どのような内容を盛り込まなくてはいけないのかということはまだ分からないですけれども、こういった報酬も算定できるようなことも考慮して様式を作ってくださいとかがいいだろうという形にしております。

それから、31ページ、「共有が望ましい情報について」ということでございます。必ずこれは情報共有してください、これだけは、という項目を明示をしようかということで、前回の部会では資料をお出ししました。しかし、むしろそれは地域地域で選んでいただくべきものなのだろうという御意見が多かったかと思えます。従いまして、あくまでも「共有が望ましい情報について」ということで御提示をしていくということでございます。

細かいところは色々と直してございます。御意見を踏まえておりますが、特に申し上げますと、主に医療関係者が提供すべき情報の中に緊急時、夜間、休日における医療機関への連

絡方法という項目を入れてございます。それから、以前は家族介護者と介護関係者、これを別々に挙げてみたのですが、やはり生活を見ている立場からの情報という意味で、同じでもよからうということで一緒にいたしました。

また、生活機能障害の状況や、摂食・嚥下機能の状況、こういったものにつきましては医療関係者のほうにだけ入っておったのですが、これはむしろ日常生活の中でこういった情報はある程度生活者のほうも分かっていることとございますので、これも家族・介護関係者が提供していくべき情報に入れております。

次の32ページでございます。先ほど申し上げましたように、あくまでもこれは共有が望ましい情報についてということとございます。ただ、これを全部情報共有ツールの中に盛り込んでいただくという必要はないというメッセージを書いております。当初の考えどおり、できる限り情報を絞り込んで、これは絶対に情報共有していかなくてはならないというような情報について記載をしていく様式のほうがむしろ使い勝手がよく、効率的なものになっていくということを書いてございます。

それから、32ページの(3)「既に行われている取組の工夫事例」につきましては、東京医大老年病科作成の病状説明書の説明につきまして御意見いただきましたので、そのとおりに直してございます。

それから、1枚めくっていただきまして34ページでございますが、先ほど少し御説明をいたしました参考資料についております、みまもり・つながりノート、これにつきまして説明文を加えているところでございます。

以上でございます。

**【繁田部会長】** ありがとうございます。御意見をいただければと思います。

お願いします。

**【西本委員】** 30ページの⑤の「安定性・継続性の確保」のところなのですが、報酬を考慮というふうに書いてあるところについてです。医療関係者に対する報酬のみの考慮することになっているのですが、実はケアマネジャーも医療職との連携をすると加算がつくこともあるので、そういった情報も入れたら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。いかがでしょうか。

**【室井幹事】** ぜひ具体的にどういうことが報酬の対象になり得るのかということの後ほど教えていただければ、追加で記載していったほうがよろしいかと思います。

**【繁田部会長】** ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。お願いします。

【高藤委員】 細かいのですけれども、28ページの（検討のプロセス）の項目の5行目です。「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、介護支援の状況」とありますけれども、関係機関にアンケートをとるのであれば、体制がどうであるかといところかと思しますので、地域の医療というより、医療体制の方が適切だと思います。例えば、「地域の医療体制・介護資源の状況」といった表現です。

「アンケート等を実施するなどして」ということであれば、地域の医療体制・介護資源の状況となります。また、行政の立場からしますと、介護職の方や医療機関の方達もなかなか行政サービスを御存知ないことが多いので、「行政サービス等」というような文言も入れてもらえたらと思っています。

【繁田部会長】 よろしゅうございますでしょうか。

はい、ありがとうございます。

その他御意見いただけたらと思います。後半は余り大きな変更はなかったので、よろしゅうございますか。

それでは、またお気づきのときに戻るといことにさせていただきますして、第3章の3と、第4章に移ってもよろしいでしょうか。今ここで行ってきた議論が実際にどういう方向を向いているのか、どこを目指しているのかということを書いてあったほうがよりここでの議論を皆さんにきちんと理解してもらえらるだろうということ、最後第4章でまとめとして一つ章をつけさせていただきます。それでは、事務局から御説明をお願いします。

【室井幹事】 それでは、35ページでございます。情報共有ツールによる連携を支える仕組みということで、情報共有ツールを作成しただけでは不十分で、他の色々な取組を総合的に推進していかないといけないということを書いてございます。これにつきましては、それ程大きな変更はしてございませんけれども、家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進、関係機関の認知症対応力の向上のところでは、一番下の丸のところでございますが、家族介護者や地域住民も含めた様々な関係者が適切な時期に、適切な機関につなぐことができるよう、認知症に係るチェックリストがあると役立つということ等を記載してございます。先ほど平川委員からおっしゃられたようなことも、この辺りに少し記載をされているということをお承知いただければと思います。

特に加筆した部分でございますが、36ページの関係者間の顔の見える関係づくりのところの2番目の丸でございます。せつかくサポート医の先生方色々頑張ってくださいっているところもあり、具体的にサポート医への期待を書き込んだほうがよかろうということ記載を

してございます。特に専門医療機関、地域包括支援センター等地域の他職種との連携や、認知症の特性を踏まえた身体管理について、かかりつけ医に助言する立場にある認知症サポート医は、協議会等に積極的に参加することが必要。そして、認知症疾患医療センター等の専門医療機関や地域包括支援センター等に、地域のかかりつけ医を結びつけるなど、地域連携の先導的な役割を果たすべきという表現を入れております。

3章の3につきましては以上です。

続きまして、37ページ以降、第4章、最終章でございます。「まとめ～さらなる展開に向けて～」ということでございます。これにつきましては初めてお示しいたしますので、読ませていただきます。

#### (超高齢社会における認知症支援の重要性)

○現在、何らかの認知症の症状がある人は都内に約33万人、見守り又は支援が必要な認知症の人は都内に24万人います。都内の要介護高齢者は42万人なので、実にその4分の3は認知症の症状を有しているということになります。

○また、認知症の人の約7割は居宅で生活しており、見守り又は支援が必要な認知症の人でも約6割が居宅で生活しています。

○今後、団塊の世代の高齢化とともに、東京も急速に「超高齢社会」が到来することとなりますが、これに伴い認知症の人も大幅に増加することが見込まれます。「超高齢社会」の到来に向け、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせる社会をつくっていくことが喫緊の課題です。

#### (本報告書を活用した地域の取組の推進)

○本報告書は、認知症の人と家族が地域で安心して生活できるために、医療や介護、福祉、行政等の関係者による連携・協働を円滑に進めるために必要な、情報共有の仕組みづくりについて、都内各地域における検討に必要な方策等について手引きとしてまとめました。

○今後、認知症疾患医療センターの設置を契機として、各地域において、認知症疾患医療センター、区市町村、各関係機関による検討が進められますが、本報告書で示した内容を基本的方向性として位置付け、活用していただきたいと考えます。

○東京都においても、本報告書の内容や、今後各地域で進められる取組について、関係者や関係機関に周知するだけでなく、認知症の人と家族介護者にも知ってもらえるよう周知を図っていくことが必要です。

#### (一人暮らし高齢者の増加と認知症支援)

○一方、現在、都内の一人暮らし高齢者世帯は約62万世帯であり、国の将来推計によると、今後も一貫して増加傾向になることが予測されています。そして、地域のつながりが薄れる中、家族に囲まれずに生活している高齢者が、周囲の気づきがないままに、いつの間にか認知症を発症し、事態が深刻化することも多くなることが懸念されます。

○都内においては、近年、地域住民が主体となった高齢者見守りネットワーク構築の取組が進んできており、一人暮らし高齢者の見守りを行うシルバー交番事業も、現在都内30地区に拡大しています。今後はこうした高齢者の見守りの仕組みの中に認知症支援の視点も盛り込んで、地域における認知症高齢者の早期発見の仕組みをつくっていくことも求められます。

注意書きといたしまして、シルバー交番とは、高齢者の在宅生活の安心・安全を提供するため、地域高齢者の相談受付や生活実態の把握、関係機関と連携した見守り、緊急通報システムによる見守り等を行う地域の拠点という説明を入れています。詳しくは、本日の配布資料3にお示しをさせていただきます。

○また、一人暮らしの認知症高齢者の中には、発見が遅れて状態が悪化し、医療機関の受診をはじめ周囲の支援を頑なに拒否する人もいます。こうした人を、関係機関がどのように連携して支援していくのかは今後の重要な課題です。

(他の疾病に係る情報共有も視野に)

○高齢者は、複数の疾患を、それぞれ個々治療を行っていることが多くあります。また、これら身体疾患は、認知症の症状にも影響を及ぼすことがあります。

○既に、がんや脳卒中では、地域連携クリティカルパスの整備が進められています。このように疾病別に様々な情報共有ツールが作成されていくことはそれぞれの疾病の医学管理を的確に行う上で非常に有効ですが、複数の疾病を抱える高齢者の場合は様々な情報共有ツールを作成することとなり、全体として、複雑で手間がかかり、分かりにくいものとなることも懸念されます。

○認知症は高齢者にとって一般的な病気であることを考えると、将来に向けた課題として、情報共有ツールは、認知症だけに限らず、他の疾病についても一定の情報共有ができるよう、検討が必要です。

(認知症の人への医療支援から認知症支援の地域づくりへ)

○これまで「東京都認知症対策推進会議」では、「医療支援部会」や「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」において、一般の人よりも医療を受けにくい認知症の人への「医療支援体制のあり方」について検討を重ねてきました。そして、本部会もその延長線

上に、医療と介護その他の関係者の情報共有の仕組みづくりの方策について検討しました。

○しかし、この検討の中で、認知症の人への医療支援体制の充実を図るためには、医療や介護等の専門職同士が連携するだけでなく、家族介護者のもとより、地域住民など様々な主体が、認知症の人や家族介護者の支援のために連携・協働していくような地域づくりを併せて行うことも必要であるという結論に至りました。

○医療と介護等の連携体制を各地域で構築し、機能させていくことはそれ自体、大変難しいことだと思いますが、さらに、その連携の輪を広げて、認知症支援の地域づくりを進めていくことが、今後ますます重要になってくると考えます。最も住民に身近な行政機関である区市町村は、様々な主体のコーディネートを通じて、地域の力を束ね、認知症支援の地域づくりに積極的に取り組んでいく必要があります。

○そして、認知症支援の地域づくりは、認知症の人と家族介護者にとどまらず、心身の障害や慢性疾患、虚弱など、何らかのハンディを有する全ての高齢者が安心して暮らせる地域づくりにも繋がるものであり、これからの高齢者の医療や福祉一般を考える上でも大いに参考になるものと考えます。

第4章は以上でございます。

一番最後の40ページでございますが、今回の全体の考え方、こんな取組をしたらいいというのの体系図をお示しをしております。

以上でございます。

**【繁田部会長】** ありがとうございます。第3章の3、それから、第4章に関しまして御説明いただきました。御意見をいただけたらと思います。

お願いします。

**【西田委員】** 38ページの一番下です。「認知症の人への医療支援から」という部分の2番目の丸の2行目です。「医療や介護等の専門職同士が連携するだけでなく」というところです。ここにやはりこの問題についてはぜひ行政ということを入れていただきたいと思います。その下の丸に行政の役割が、束ね役としてと書いてありますけれども、やはり地域の認知症患者さんの支援のための地域包括システムというものを考えるときに、やはりどうしても、行政も一緒に同じテーブルについて連携をしていただかなければならないので、私は個人的にはここに行政という単語を一つ入れていただきたいと感じました。

**【繁田部会長】** ありがとうございます。行政側はよろしいでしょうか。

はい、皆様ぜひにということございましたので、入れていただきたいと思います。

どうぞ、御意見をいただけたらと思います。総論的なことでございますので、それ程異論がないかもしれませんが、文言に関してでも結構でございます。御意見があれば御発言いただけたらと思います。

お願いします。

【山田委員】 文言でよろしければというところです。39ページの2行目、「心身の障害や慢性疾患」とここまではいいのですけれども、その後に「虚弱など」と、虚弱という言葉が入っているのですが、何らかのハンディを有する全ての高齢者がということで、虚弱という言葉を入れるものでしょうか。

【繁田部会長】 特定の病気や治療ではない場合に、こういった表現もあるかと思っています。いかがでございますか。

【山田委員】 障害と疾患ということでは、慢性疾患まで入っていればこれでいいのではないかと思います。虚弱という言葉は、どこのジャンルに入る言葉なのか分からないですね。

【繁田部会長】 いかがでございますか。

【山田委員】 虚弱体質という言葉もあって、どこに入るか分かりません。

【繁田部会長】 意味がはっきりしないということでございますけれども、いかがでございますか。

【栗田副部会長】 私は東京都健康長寿医療センターというところで仕事をしている関係で、専門的な話をすると、虚弱高齢者という言葉は、行政で使われている用語でございます。身体機能が低下して老年症候群がたくさんそろっている状態を虚弱高齢者というとの定義がございます。

【山田委員】 分かりました。

【繁田部会長】 その他御意見をいただけたらと思います。

お願いします。

【山本委員】 これは本当に細かいことで恐縮なんですけれども、37ページの最初のところで、「現在」という言葉が何回か出てきます。この「現在」は、この報告書が発行された時点での現在という理解でよろしいのかどうかということが一つ質問です。

もう1点ですが、40ページの体系図はおもしろいと思いますけれども、下の段の家族介護者、地域住民の認知症に対する理解促進で、家族介護者、住民への講習の実施、これもそのとおりですが、今各地域で進んでいるのは家族介護者のセルフヘルプグループづくりと言います

か、家族介護者の集いといったことに取り組まれていると思います。そういうセルフヘルプグループ的なものが入ってきてもいいかという、そういう印象を持ちました。

【繁田部会長】 入れるとすればどのあたりでしょうか。山本委員、何か御提案があればおっしゃっていただけるとありがたいと思います。

【山本委員】 一番上の家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進の後、その後の講習の実施があるんですけども、もし入るようであれば、家族介護者の会への支援やそういった言葉が入ってくればいいかと思います。

【繁田部会長】 一番上の四角の中に入れ込む形でよろしいでしょうか。下に四角をつくるのではなくて、中に。

【山本委員】 はい。

【繁田部会長】 はい、ありがとうございます。

【室井幹事】 では、「現在」のところという表記は正確な何年何月現在というような表記にしたいと思います。

【繁田部会長】 ありがとうございます。その他はございますか。あるいは全体を通して言い忘れたことなどございましたらお願いします。

一つ保留にしてあったことがあったかと思います。終末期のことに関してどのように入れ込むかということですけども、幾つか意見があって、特別なことではなくて、今の生活の延長にあるものだという書きぶりの方がいいだろうという御意見と、これを見た方にやはり終末期を整える、支援をするということはとても大切なことなんだということを改めて知ってほしいという意見とがあったと思います。ですので、特別なことではなくて、今の生活の延長にあるということと、少し注目を引けるような書きぶりを考えて、後日委員の皆様以案をお送りしますので、御意見をください。

その他、言い忘れたことがございましたらおっしゃってください。はい、お願いします。

【西田委員】 すみません、また26ページについて少し一言だけ申し上げます。作文の問題ですけども、先ほどの専門職同士の部分です。例えば、「その場合でも、可能な限り様式の写しについて本人や家族介護者に提供することが今後一般化すると思われます」という文章はいかがでしょうか。また話を蒸し返して申しわけないんですけども、「望ましい」というと、私はそんなこと初めて聞いたという医者がたくさんいるので、今後それが一般化してくるというような言い回しも一つありかと思うので、少し御協議をいただければと思います。

【繁田部会長】 「様式の写しについて」とそこまで具体的に書かずに、情報提供するという

方向の意見があったのではないかと思います。その場合は、様式を写すことが将来一般化するという部分と、様式の写しという文言を外した場合とで、意味がもう違ってきます。

【西田委員】 すみません、先ほどのお話で結構です。すみませんでした。

【繁田部会長】 御意見ありがとうございました。先生が周りにいらっしゃる先生方に何らかの形でぜひお伝えしたいというお気持ちを大変強く感じておりますので、書いてみてまた御意見をいただければと思います。

【高藤委員】 20ページの上から2行目の共通の目的の括弧の中です。「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」という文言が、この文章の中に埋まっているのが、私は非常に残念だというふうに思っています。

私たちが情報共有の仕組みづくりや地域連携の強化といったときには、その目的はここにあるわけです。ですから、この目的がこの文章の中に埋もれているのは意識づけが薄いと思いますので、例えば19ページの第3章の下にサブタイトル的に入れるというのはいかがでしょうか。またはは、「基本的な考え方」の下に、ワンフレーズ入れたほうがいいのかと思います。

おうおうにして関係者は、自分の役割や立場で当事者の方を抜きで考えて対応してしまうことが多いので、この目的はきちんと目出ししたほうが、支援者が困難に感じて、何の対応するのかといったときに振り返られるのかというふうに思います。

【繁田部会長】 この内容は他のところにも出てきますけれども、この文言がいいので、この文言をもっと表に出したいということでしょうか。基本的考え方の1番の一番初めの丸の中に入れて、一番初めに入れる、それでもよろしいですか。

【高藤委員】 はい、タイトル化したほうがいいのかと思います。

【繁田部会長】 御意見ございますか。それよろしいですか。

では、そのような形でつくらせていただきます。ありがとうございました。

今のような御意見もいただけると大変ありがたいです。後からそれはあそこを書いてあるというふうに説明してもやはり伝わらないものです。見た人が見たときに感じていただけることが大事だと思います。

その他御意見があればおっしゃってください。どうぞ。

【伊藤委員】 確認だけさせていただきます。26ページに、「様式の写しについて」とありますけれども、本来は、基本的に原本を持つのは本人・家族、写しを持つのは私たちのほうだと思います。ここを書き換えるかどうかはともかくとして、それが原則だと思います。

【間渕委員】 今の御意見なのですが、例えば診断書や診療情報提供書等患者さんにお渡しし

て、患者さんが見るときに、診断書は以下余白と必ず入れるのです。それはなぜかという、患者さんや御家族がつけ加えてしまうことが絶対ないとは言えないのです。そういうことを考えると、どうなのでしょう。もちろん病院では、患者さんがお持ちいただいた書類に関しては必ず患者さんが持ってきたものをお返しします。病院から自動的に発行するものはコピーをお渡しするというのが原則です。もちろん医師のサインは入ります。その辺のところはそれほどこだわらないと言いますか、逆にいえば原本を渡すことによって加筆されてしまうことを心配するというのも少しあるかという気はします。

【伊藤委員】 分かりました。了解です。

【繁田部会長】 その他いかがでございましょうか。

それでは、大変貴重な意見をたくさんいただきました。本当にありがとうございました。できるだけそれをこの中に反映させて、私と事務局のほうでこれを修正を加えまして、皆様に最後確認をしていただくことにさせていただきます。

ありがとうございました。

では、マイクを事務局にお返しします。

【室井幹事】 繁田部会長並びに委員の皆様、6回にわたる本当に熱心な御議論ありがとうございました。ここで高齢社会対策部長、中山部長から御挨拶をさせていただきます。

【中山幹事長】 高齢社会対策部長の中山でございます。委員の皆様には毎回お忙しい中この部会に御参画いただきまして、また御熱心に御議論いただきまして、誠にありがとうございました。全6回この部会を開催いたしましたけれども、毎回毎回遅くまで本当に御熱心な議論をいただきました。本日も最後の最後まで色々な現場の事例でありますとか御経験を踏まえまして貴重な御意見をいただいていると思います。最終的にこの報告書として部会長と私どもとでまとめさせていただきますけれども、大変中身の濃いすばらしいものができ上がるものと確信をいたしました。

今後、東京都におきましては、認知症疾患医療センターの整備を進めるとともに、区市町村や各地域の関係者の協力のもとに、医療、介護関係者などが連携、協働して取り組む体制の構築を進めてまいります。この会議で御議論、御検討いただきましたことを各地域での取組に生かしてもらえよう取り組んでまいりたいと思います。

また、東京都では認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進するために、引き続き都民の方への普及啓発や専門職の資質の向上等、総合的な認知症対策を進め、認知症対策のさらなる充実に向けて取り組んでいきたいと考えております。今後皆様方には

様々な場面で東京都の認知症対策の充実に向けお知恵をお借りすることが多々あろうかと思  
います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

本当にありがとうございました。

【室井幹事】 最後に、事務局から事務的な御連絡をさせていただいて終わりにしたいと思  
います。

お手元に、御意見シートを御用意しております。大変恐縮でございますが、本日御発言し切  
れなかったことがありましたら、2月20日までに事務局まで御提出いただきたいと考えてお  
ります。時間がなくて申しわけございません。

それから、報告書でございますが、最終的には3月に報告書として完成させ、東京都として  
発表していきたいと思っております。公表と併せまして、委員の皆様方にも資料として御送付  
させていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、6回にわたる御議論、本当にありがとうございました。

本日はこれにて散会いたします。ありがとうございました。

————— 了 —————