

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 —



平成24年3月

はじめに

本会議はケアパス部会という名称ですが、具体的なパスの様式などを決めるのではなく、原点に立ち返って、認知症の人と家族、医療や介護、保健、福祉、行政等の関係者が、情報を共有していくための仕組みづくりについて検討を行いました。具体的には、認知症の人と家族・介護者が、そして医療・介護（ケア）・福祉等に係わる人々が、どういった種類の情報を、どういった人々で共有すべきなのか、誰から誰にどういう種類の情報が提供されるべきなのかを話し合い、情報共有の仕組みづくりを行うにあたっての基本的な考え方や具体的な取組内容について、議論を行ってきました。

連携のための情報共有が必須であることは分かっていても、実現は容易ではないことを私たちは経験してきました。認知症の人と家族への支援は、医療だけでも難しい連携を、介護・ケアや福祉等とともに実現しなければなりません。長い間必要とされながら実現しなかった課題を、部分的にでも乗り越えるための方法について、議論を試みたわけです。委員の方々は自身で取り組んだ経験をもとに常に現場の視点から意見を出し、議論のいずれのプロセスにおいても理想論ではない地に足がついた議論が行われたことを申し上げておきたいと思います。

各地域で取り組んでいる情報共有のアプローチは大きく二つに分けることができます。一方は、医療・介護・福祉職が専門的情報を手紙の形で提供・収受する方式であり、もう一方は、家族ないし認知症の本人が健康手帳やお薬手帳のような常時携帯するファイルに情報を蓄積する方式です。どちらにもメリットとデメリットがあります。本会議ではどちらの方式をより強く推奨すべきかといった議論を経て、まずは地域ごとにできる方式から始め、いずれは両方式ともに実現していただくことが望ましいとの結論に至りました。ただ、手紙の方式であっても、本人と家族に可能な範囲で情報は提供していくべきであること、常時携帯するファイル方式の場合は、専門職による情報の選択と整理が時おり必要なことなどが確認されました。

いずれの情報共有の方式でも、いずれかを始めることによって認知症医療とケアと福祉の質は大いに向上するはずです。認知症の人と家族を支えるために、地域にあった情報共有の方式が広く普及することを願ってやみません。

なお、議論のための基礎資料の収集に快くご協力いただいた医療機関や介護・福祉関係者、行政機関の皆様にこの場を借りて感謝申し上げます。

平成24年3月

東京都認知症対策推進会議

認知症ケアパス部会部会長 繁田雅弘

目 次

第1章 認知症の人と家族を支えるための地域連携の推進

1 地域で創る情報共有の仕組み	1
2 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	3
3 これまでの東京都及び都内における取組	9
4 本報告書の位置付け	15

第2章 情報共有における現状と課題

16

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～認知症の人が安心して地域で暮らすために～	20
(1) 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	
(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	
(5) 総合的に取組を推進	
2 機能する情報共有ツールを作成するために	25
(1) 効果的に機能する情報共有ツールを作成するための視点	
① 専門的情報と生活を支える情報の共有化	
② 本人や家族介護者の参画	
③ 関係者間の相互理解を踏まえた検討の実施	
④ 記載しやすく利便性に優れた仕組みの構築	
⑤ 安定性・継続的の確保	
(2) 共有が望ましい情報について	
(3) 既に行われている取組の工夫事例	
3 情報共有ツールによる連携を支える仕組み	35

第4章 まとめ～今後の展開に向けて～

38

参考資料

○ とうきょう認知症ナビ	45
○ 医療支援部会で整理した各関係者の役割	46
○ 「認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書」概要	50
○ 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 集計結果	52
○ ハ王子市医療と介護の連携ガイド（抜粋）	70
○ 診療情報提供料（診療報酬）・居宅療養管理指導費（介護報酬）について	73
○ 既存情報共有ツールの記載項目一覧	76
○ 都内各地域で使用されている情報共有ツール	77
・ 認知症連携パス（東京医科大学病院老年病科・新宿区医師会作成）	
・ 大田区認知症連携パス（大田区三医師会（大森・蒲田・田園調布医師会）作成）	
・ 三鷹武蔵野もの忘れ相談シート（三鷹武蔵野認知症連携を考える会作成）	
・ 生き活きノート（北多摩西部二次保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成）	
○ 東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 開催状況	102
○ 東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会委員・幹事名簿	103
○ 認知症対策推進事業実施要綱	104

第1章 認知症の人と家族を支えるための地域連携の推進

1 地域で創る情報共有の仕組み

- 認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるためには、医療や介護、保健、福祉、行政等、様々な役割を持つ関係者が、その生活を支援するという共通認識の下、連携・協働し、継続的・一体的なサービスを提供していくことが必要です。
- 東京都では、今年度から二次保健医療圏を基本として認知症疾患医療センターを指定し、これを契機として、都内各地域における認知症の連携体制の構築を進めていくこととしています。
- 認知症に係る地域連携を推進していくためには、各地域において、医療や介護、保健、福祉、行政等関係者が共に協力して、地域の実情に合わせた認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みを検討・構築していくことが必要です。

[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報告書より]

■ 東京都における認知症疾患医療センターの機能・役割

○ 基本的機能

今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、地域の医療機関同士、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要がある。このため、東京都における認知症疾患医療センターには、特に以下の機能を担うことが求められる。

- ・ 地域の医療機関及び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

○ 3つの役割

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、以下の3つの役割を果たすことが必要。

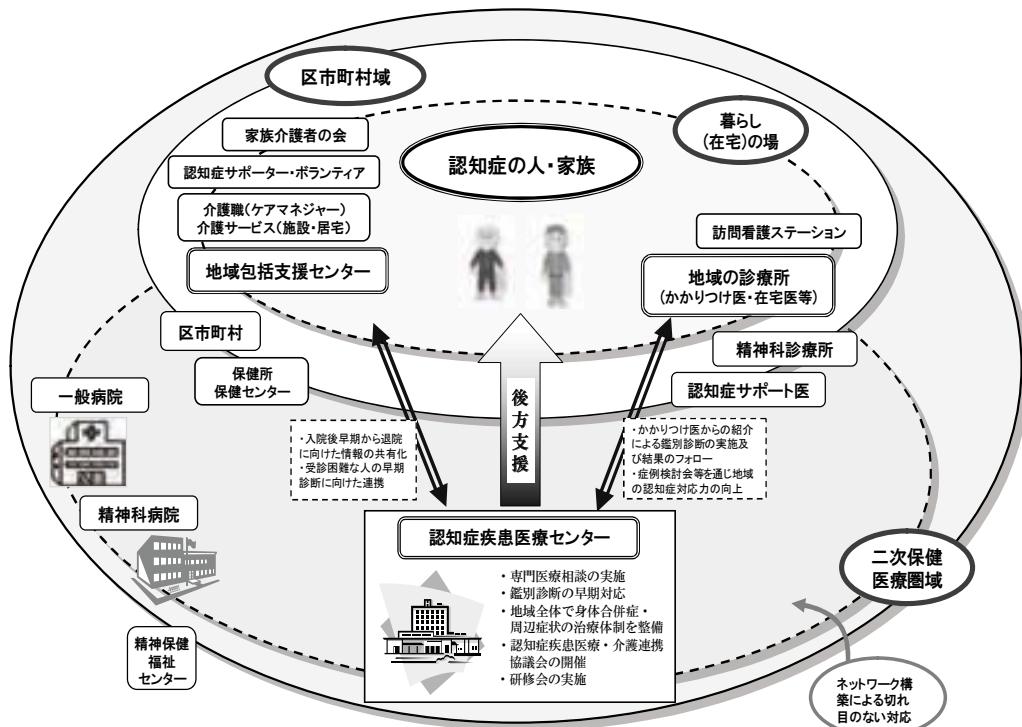
- 1 認知症に係る専門医療機関として、認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割
- 2 認知症に係る地域連携の推進機関として、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割
- 3 認知症に係る人材育成機関として、地域における認知症専門医療の充実と、地域における認知症対応力の向上を図る役割

(前ページからの続き)

■ 地域連携の推進機関としての役割等について（抜粋）

- ・ 認知症疾患医療センターは、地域連携の推進機関として「認知症疾患医療・介護連携協議会」を開催し、既存の地域の仕組みや資源を活かしつつ、地域において効果的に機能するネットワークの構築に向けた検討を行う。
- ・ 協議会は、地域の医師会、病院、認知症サポート医や精神科診療所、地域包括支援センター、区市町村、保健所・保健センター、訪問看護ステーション、家族介護者の会等により構成する。
- ・ 協議会では、地域連携を推進するための方策として、地域の実情を踏まえ、医療と介護の連携をスムーズに行うための連携ツールの検討等を行う。
- ・ 協議会の開催回数、対象地域（圏域全体・各区市町村単位など）等については、地域の実情に応じて判断する。
- ・ 東京都の役割として、各地域において認知症地域連携パスを作成するに先立ち、東京都における標準的な地域連携パスを作成するなど、各地域の連携体制構築に向けた積極的な支援を行っていく必要がある。

＜地域連携のイメージ＞



※ 認知症の人に対する医療支援体制のあり方については、東京都認知症対策推進会議の下に設置した「医療支援部会」で整理している（P.11 及び 参考資料P.46参照）。

2 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

今後、団塊の世代が高齢化するのに伴い、我が国においては、都市部を中心として高齢化が急速に進展し、要介護高齢者や認知症高齢者も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、高齢者の一人暮らし又は高齢者夫婦のみ世帯が増加することが見込まれており、地域で生活する上で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ます。

こうした中、国は介護保険法を改正し、高齢者を地域全体で支えていく地域包括ケアシステム(注)の具体化に踏み出すとともに、医療と介護の連携や、認知症ケア体制の強化に向け、様々な取組の方向性を打ち出しています。

(注) 地域包括ケアシステム … 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制

(介護保険制度の見直し)

社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成22年11月30日)では、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて必要となる法改正事項を中心に、介護保険制度の見直しの考え方を、以下のとおり取りまとめています。(抜粋)

- 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)
 - ・ 認知症を有する人は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域(行政)が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。
 - ・ 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス(認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋)の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与える面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。

(介護保険法の改正)

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成23年法律第72号) (平成23年6月22日公布、平成24年4月1日施行)により介護保険法が改正されます。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築を行うため、所要の法改正を行うものです。改正内容は以下のとおりです。(抜粋)

○ 国及び地方公共団体の責務

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、介護サービスに関する施策、介護予防のための施策及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならないものとすること。

○ 認知症に関する調査研究の推進等

国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用に努めるとともに、認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を講ずるよう努めなければならないものとすること。

○ 市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の見直し

市町村介護保険事業計画において、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項、医療との連携に関する事項、高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項等について定めるよう努めるものとすること。

(介護報酬の改定)

社会保障審議会介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成23年12月7日)では、平成24年度の介護報酬改定に向けた基本的考え方を、以下のとおり取りまとめています。(抜粋)

○ 医療と介護の役割分担・連携強化

医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化することが必要である。

○ 認知症にふさわしいサービスの提供

今後の認知症施策の方向性を考える上で、認知症の人への対応について、以下のような流れに沿った基本的枠組みが、全国で構築されることが必要である。

- ・ 在宅の認知症の人やその疑いのある人について、その症状や家族の抱える不安などの状況把握を行うとともに、専門医療機関における確定診断や地域の医療機関(かかりつけ医)からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態等についてのアセスメントを行う。
- ・ 地域包括支援センター等を中心として、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者や対象者が一堂に会する「地域ケア会議」を実施し、アセスメント結果を活用したケア方針(将来的に状態が変化し重症となった場合や緊急時対応等を含む。)を検討・決定する。

平成24年度の介護報酬改定の内容については、社会保障審議会において了承されています（平成24年1月25日）。中でも、「医療等との連携強化」について、以下のように改定案が示されており（抜粋）、今後、この内容に沿い介護報酬が改定される予定です。

- 医療との連携を強化する観点から、医療連携加算等について、算定要件及び評価等の見直しを行う。

医療連携加算の見直し

現行 医療連携加算 150単位／月

[算定要件]

介護支援専門員が病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して利用者に関する必要な情報を提供した場合

改定案 入院時情報連携加算（I） 200単位／月

[算定要件]

介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合

入院時情報連携加算（II） 100単位／月

[算定要件]

介護支援専門員が病院又は診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合

（医療提供体制の改革）

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」（平成23年12月2日）では、国民が安心で良質な医療を受けることができるよう、医療提供体制の機能強化に向けた改革の積極的な取組が必要としています。特に、在宅医療・連携の推進という視点からは、以下のことが挙げられています。（抜粋）

- 今後、高齢者が増加していく中で、在宅医療と介護の連携により、生活の場の中で最期を迎えることができる体制を整備すべきである。
- 在宅医療を推進するには、複数の医療機関等の連携システムの構築により、24時間体制で在宅医療ニーズに対応できる仕組みを整備するなど、地域としての供給体制を整備することが不可欠である。そのためには、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要である。また、地域の関係機関による協議の場を作るという方向性を明確にすべきである。

(診療報酬の改定)

社会保障審議会医療保険部会、同医療部会「平成24年度診療報酬改定の基本方針」(平成23年12月1日)では、平成24年度の診療報酬改定に向けた基本的考え方を、以下のとおり取りまとめています。(抜粋)

- 今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。
- がん医療、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必要な分野については充実していくことが必要であり、「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」を改定の視点として位置付けることとする。

中央社会保険医療協議会「答申書」(平成24年2月10日)では、平成24年度の診療報酬改定について、その改正案を答申しています。中でも、「認知症患者の外来診療の評価」について、以下のように示しており(抜粋)、今後、この内容に沿い診療報酬が改定される予定です。

○ 基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、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。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

○ 具体的な内容

1 認知症専門診断管理料の見直し

現行 認知症専門診断管理料 500点

[算定要件]

他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。

改定案 認知症専門診断管理料 1 700点

[算定要件]

他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定(認知症と診断された場合は認知症療養計画を作成)し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。

認知症療養計画とは、病名、症状の評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状等)、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。

認知症専門診断管理料 2 300点

[算定要件]

他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、3月に1回に限り算定。

※ 認知症専門診断管理料の施設基準について、これまで「認知症疾患医療センターであること又はそれに準じた機能を有する保険医療機関であること」とされている。平成24年改定後の施設基準については、国の告示や通知等で改めて確認が必要。

2 認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

(新) 認知症療養指導料 350点 (月1回、6月まで)

[算定要件]

専門医療機関において認知症専門診断管理料1を算定された患者に対し専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して6月に限り算定する。

(新たな医療計画の策定の考え方)

医療計画の見直しに等に関する検討会「医療計画の見直しについて」(平成23年12月16日)では、平成25年度から始まる都道府県の新たな医療計画の策定に向けて、その見直しに当たっての考え方を、以下のとおり取りまとめています。(抜粋)

○ 精神疾患(注)の医療体制の構築について

医療計画に定める疾病として新たに精神疾患を追加することとし、「精神疾患の医療体制構築に係る指針」を策定することにより、都道府県において、障害福祉計画や介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制の構築が行われるよう促すことが必要である。

(注) 精神疾患には認知症も含まれる。

(精神科病院に入院する認知症患者の地域移行)

「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」(平成23年11月29日)において、認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化、症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備などについてまとめており、退院に着目した目標値について、以下のとおり示しています。

- 退院に着目した目標値として、平成32年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2ヶ月と設定。
- この目標値の実現に向け、「退院支援・地域連携クリティカルパス」の開発・試行・普及を通じて、退院後の地域における受け皿の整備に向けた取組を確実に進めるとともに、介護保険事業計画への反映方法を検討し、各自治体における第6期介護保険事業計画以降のサービス見込み量の算定につなげていく。

(社会保障と税の一体改革)

「社会保障・税一体改革大綱」（平成24年2月17日閣議決定）において、医療・介護等に係る具体的改革内容として、以下のことが挙げられています。（抜粋）

- 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化
 - 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
 - 病気になった場合にしっかりと「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

医療サービス提供体制の制度改革

- 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化することなどにより、在宅医療を充実させる。

地域包括ケアシステムの構築

- 認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。

3 これまでの東京都及び都内における取組

東京都は、平成18年度に「認知症高齢者を地域で支える東京会議」を開催するとともに、翌19年度から「東京都認知症対策推進会議」を設置し、認知症の人と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、様々な取組を推進してきました。

具体的には、認知症対策推進会議の下に部会を設け、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせる地域づくりの進め方、認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方、若年性認知症の人と家族の支援のあり方等について、検討を重ね、具体的な支援策として施策化してきました（各部会の報告書は、東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」（参考資料P.45参照）に掲載）。

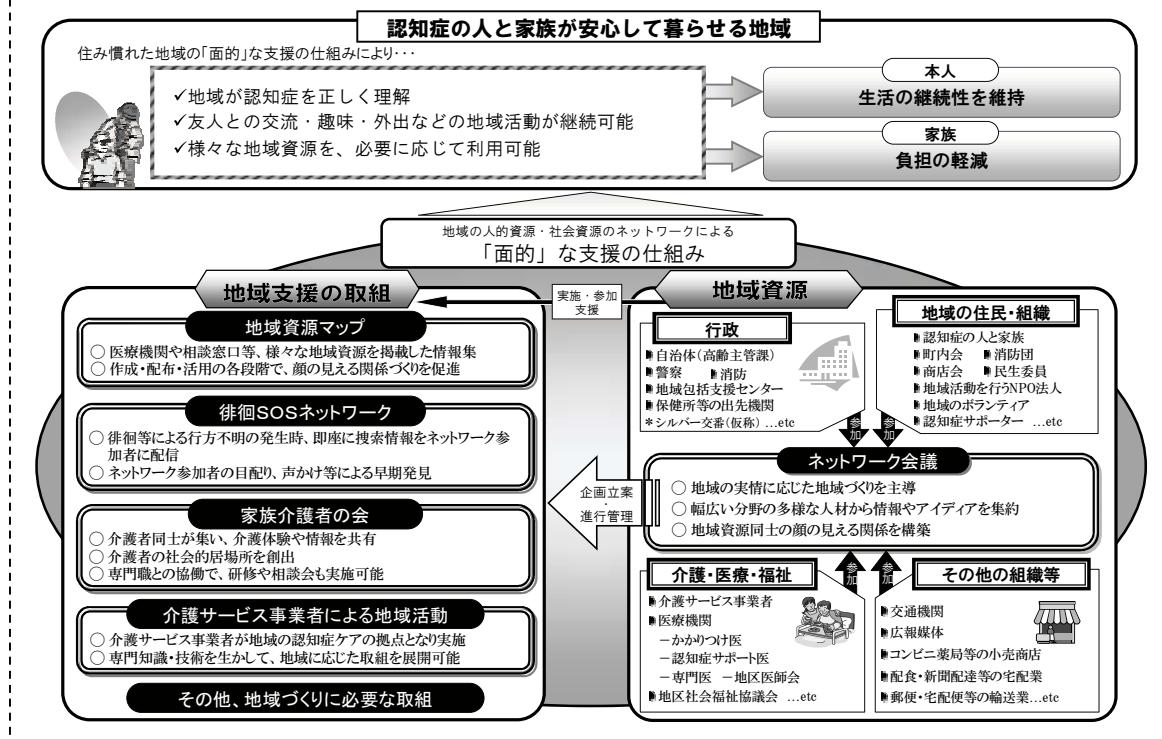
また、こうした東京都の取組以外にも、認知症の人と家族を支えるための関係者の連携体制の構築に向け、独自に取組を始めている地域も出てきています。

(認知症の人と家族を支える地域づくりに向けた検討)

- 「仕組み部会」では、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせる地域づくりの進め方について検討しました。地域の人的資源・社会資源が参画したネットワークの構築による認知症の人と家族を「面的」に支える仕組みづくりについて、「認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書」としてまとめています（平成22年3月）（参考資料P.50参照）。

[認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書より]

＜「認知症の人と家族が安心して暮らせる地域」のイメージ図＞



- また、都内各地域で、高齢者の見守りネットワークの取組が広がってきてています。

(権利擁護の取組)

- 認知症の人の中には、認知機能や判断能力が低下することにより、自分の財産管理や生活上必要な契約、日常的な金銭管理などを行うことが困難であったり、悪徳商法の被害に会う人がいます。このような方々が地域で安心して生活できるよう支援するため、東京都では、成年後見制度の活用に取り組む区市町村への支援を進めるとともに、区市町村と連携して、後見人等候補者の育成・活用等に取り組んでいます。

(認知症の人と家族を支える医療支援体制のあり方の検討)

- 「医療支援部会」では、認知症の人と家族を支える医療支援体制のあり方について検討しました。認知症の進行段階に応じて必要となる医療支援と、それを担う各関係者の役割（参考資料P.46参照）についてまとめています（平成21年3月）。また、主に医療側の視点による情報共有ツールについても提示しています。

[医療支援部会報告書より]

認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方

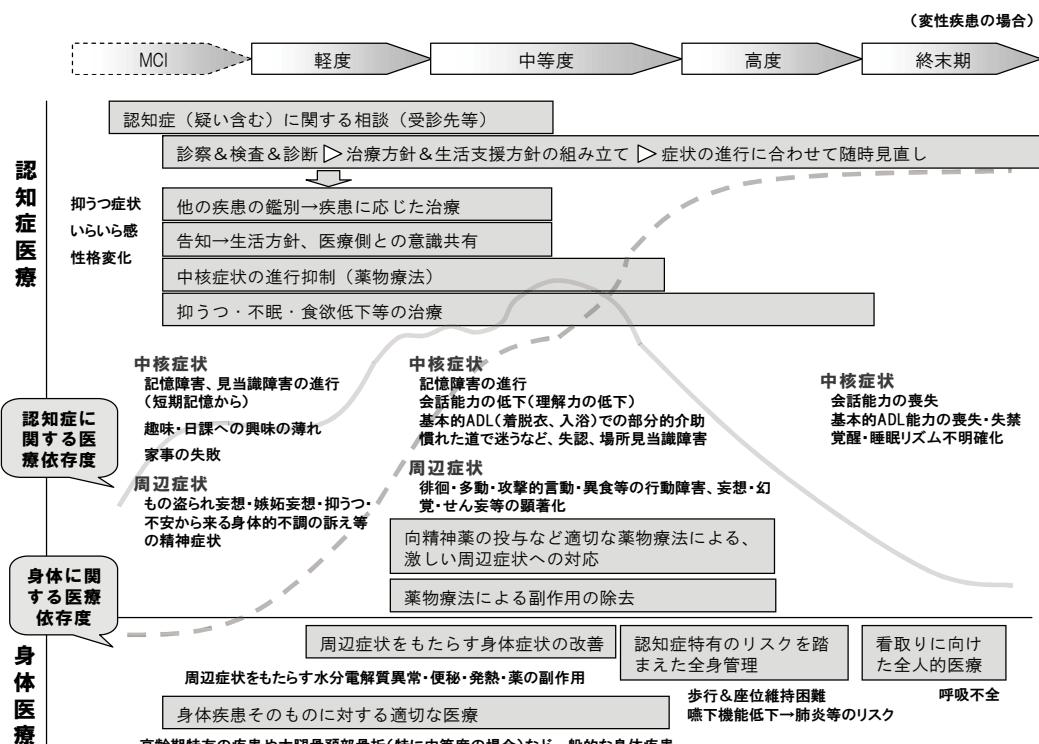
■ 基本的な考え方

認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにすることを医療的に支援することを目指す。

■ 求められる機能と対策

- 認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制の構築
- 地域の医療資源の状況把握、関係者の役割分担の確立、情報共有による、地域で提供される医療の質の向上
- かかりつけ医を中心とした連携体制を地域で構築

<認知症の経過と医療依存度> (P.22に再掲)



(前ページからの続き)

<情報共有ツール>

《共通フォーマット … 東京都のHP内「とうきょう認知症ナビ」からダウンロード可能》

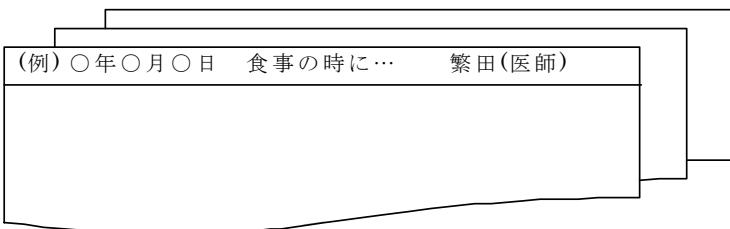
- ・目的 かかりつけ医と専門医療機関の緊密な連携体制の構築
- ・概要 ①紹介型：基本属性、傷病名、現病歴、服薬状況、介護保険サービスの利用、生活状況等を記載
- ②逆紹介型：基本属性、診断結果、治療経過、処方、本人・家族への説明等を記載

<p>①紹介型(かかりつけ医⇒専門医) 平成 年 月 日</p> <p>診療情報提供書(専門医療機関への紹介用)</p> <p>(紹介先医療機関) 病院(医院) 医療機関名 (紹介元医療機関) 及び所在地 電話番号 医師名</p> <p>先生</p> <p>基本属性 氏名 住所 電話番号 性別 男 女 職業 年齢 生年月日(年月日) 生活環境 在宅(同居家族) 施設 その他()</p> <p>傷病名</p> <p>紹介目的 <input type="checkbox"/> 認知機能障害の評価・診断等(具体的に) <input type="checkbox"/> 治療() <input type="checkbox"/> 入院() <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>既往歴及び家族歴</p> <p>症状経過(認知症以外の合併症を含む。)及び検査結果</p> <p>治療経過</p> <p>現在の処方()</p> <p>※処方箋の写しの添付も可</p> <p>介護保険の利用 <input type="checkbox"/> 有(要支援 要介護度) <input type="checkbox"/> 無 ケアマネ名・連絡先・利用サービス() () ()</p> <p>生活上の困難・家族が対応に困ること</p> <p>その他</p>	<p>②逆紹介型(専門医⇒かかりつけ医) 平成 年 月 日</p> <p>診療情報提供書(専門医療機関からの紹介用)</p> <p>(紹介先医療機関) 病院(クリニック) 医療機関名 (紹介元医療機関) 及び所在地 電話番号 医師名</p> <p>先生</p> <p>基本属性 氏名 住所 電話番号 性別 男 女 職業 年齢 生年月日(年月日) 生活環境 在宅(同居家族) 施設 その他()</p> <p>傷病名</p> <p>認知症機能障害 <input type="checkbox"/> 認知障害なし <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> レピート小体 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>進行程度(FAST) <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> やや高度 <input type="checkbox"/> 高度</p> <p>紹介目的 <input type="checkbox"/> 症状観察(必要時、か月後に再受診を指示して下さい) <input type="checkbox"/> 薬の処方(薬の種類・処方量) <input type="checkbox"/> 身体疾患の治療() <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>既往歴及び家族歴</p> <p>症状経過及び検査結果</p> <p>治療経過</p> <p>処方()</p> <p>本人への説明</p> <p>家族への説明</p> <p>その他</p>
--	---

《連携ツール(患者手帳) … 既存の健康手帳に様式を追加》

- ・目的 日頃からの情報源として利用することによる関係者間の連携促進
緊急搬送時の情報源として活用することによる入院受入の促進
- ・概要 基本属性、医療・介護サービスの利用、要介護度、緊急時の連絡先、服薬状況、禁忌薬、アレルギー歴等最小限の情報 を記載

【手帳例】



(地域医療における認知症対応力の向上)

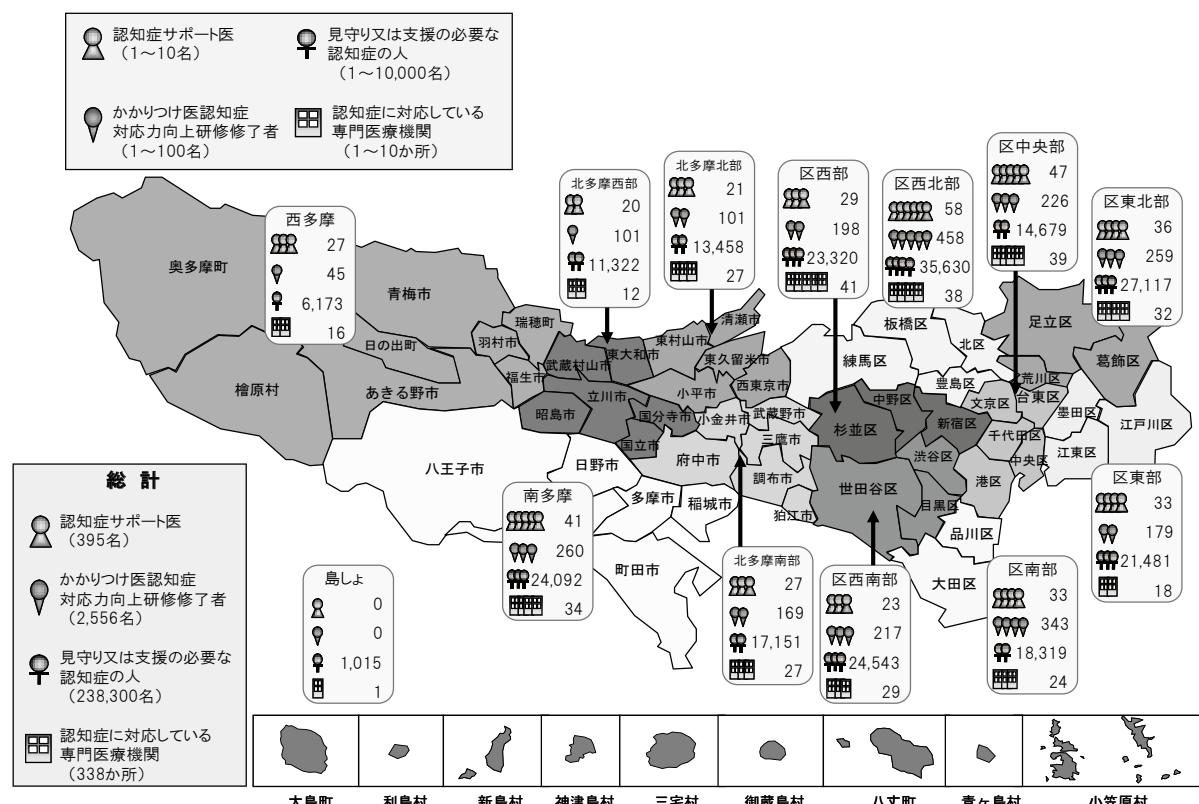
- 東京都では、認知症の人への医療は、本人の身体疾患の治療状況や生活環境を把握している、身近なかかりつけ医が中心的な役割を担うことが望ましいとの考え方から、地域のかかりつけ医の認知症対応力の向上に取り組んできました。
- 具体的には、東京都医師会と連携し、認知症サポート医(注1)の養成や、かかりつけ医認知症対応力向上研修(注2)の取組を進め、現在、390名以上のサポート医が、また、2,500名以上のかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者が、都内各地域に存在しています(注3)。

(注1) 認知症サポート医 … 地域医療に携わり認知症の対応に習熟している医師で、所定の研修を修了し、かかりつけ医に対する認知症診断等に関する相談・助言、地域包括支援センター等との連携及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の研修内容の企画立案や講師役等を担う医師 (平成24年3月末現在 395名)

(注2) かかりつけ医認知症対応力向上研修 … 高齢者が日頃から受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とした研修 (平成24年3月末現在の修了者 2,556名)

(注3) 認知症サポート医及びかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者は、東京都の認知症ポータルサイト「とうきよう認知症ナビ」で公表している。

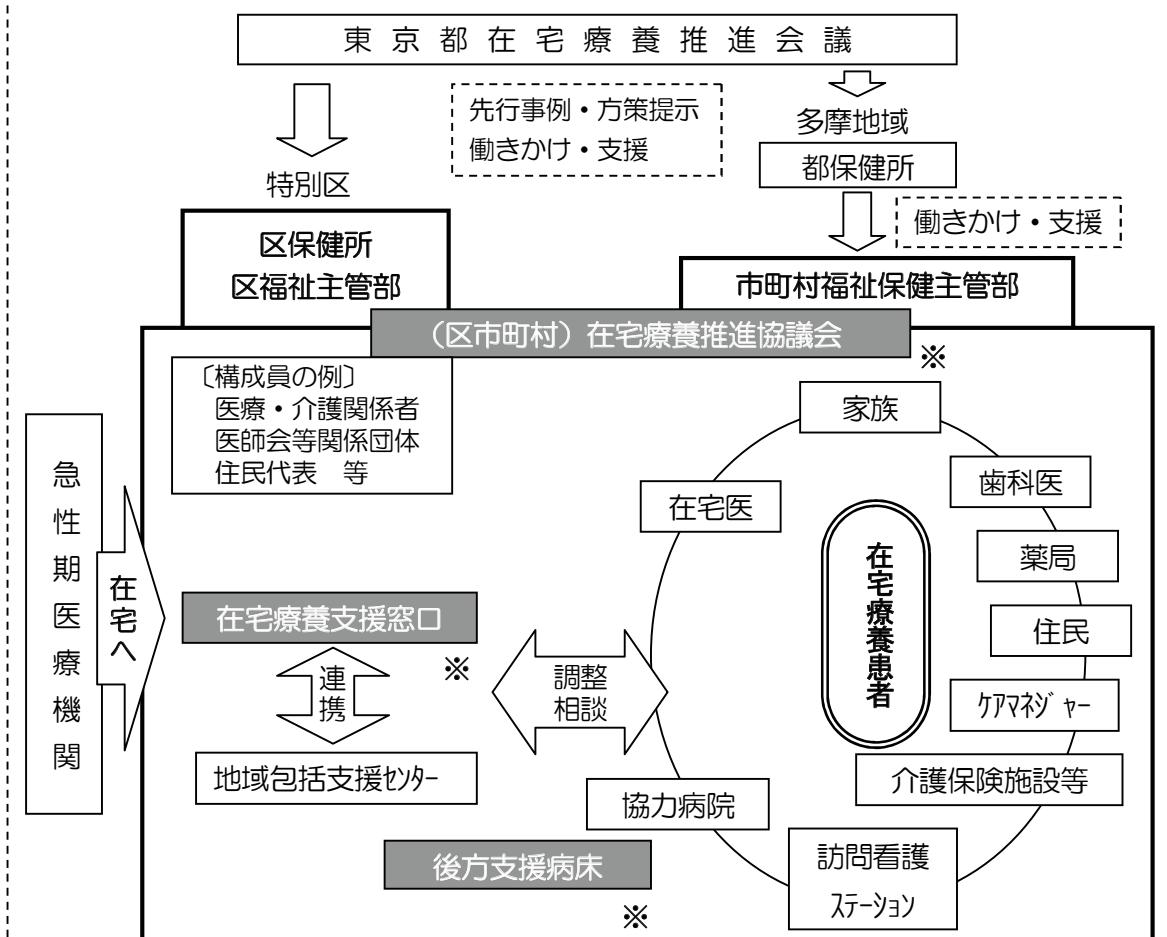
<図 二次保健医療圏ごとの認知症サポート医・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者等の状況 >



(地域における在宅療養支援体制の推進)

- 一方、東京都では、地域における在宅療養支援体制の構築に向け、区市町村における、「在宅療養推進協議会」の設置や在宅療養患者の急変時に利用できる「後方支援病床」の確保、退院後在家医療に円滑に移行できるよう相談・調整を行う「在宅療養支援窓口」の設置等の取組を支援しており、こうした取組を行っている区市町村も増えてきています。
- さらに、病院スタッフと在宅医療スタッフが相互理解を深める研修や、医療職・介護職が連携を強化するための研修を実施し、多様な職種・施設・団体が密接な連携のもとネットワークを構築するなど、在宅療養の環境整備に取り組んでいます。

<図 在宅療養推進のイメージ >



(地域独自の取組)

- このほか、認知症に係る関係者間の連携の仕組みづくりについて、地域の医師会による取組や、三鷹市・武蔵野市のように、病院・医師会・自治体の連携による取組など、地域独自の取組も年々増えてきている状況があります(P. 33参照)。

4 本報告書の位置付け

- これまでの取組により、認知症の人と家族を支える地域づくり、地域の医療支援体制は着実に進んできました。
 - しかし、高齢者人口、さらには後期高齢者人口の増加に伴い、認知症の症状のある高齢者は大幅に増えることが見込まれている中、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるためには、医療と介護の連携が不可欠となっています。このことは以前から言われていますが、いまだ十分な連携が構築できている地域が多いとは言えない状況にあります。
 - 今後、東京においても急速な高齢化が進む中にあって、医療や介護、保健、福祉、さらには基礎的自治体である区市町村などの連携体制の構築に向けた取組を、今まさに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ます。国もまた、地域包括ケアの具体化や、医療と介護の連携の強化に向け、様々な取組により、これを後押ししようと動き出しています。
 - 認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるためには、都内各地域における医療や介護、保健、福祉、行政等関係者による連携・協働が不可欠です。そして、そのためには、本人や家族介護者と共に多数の関係者が情報を共有し、同じ方向を向いて総合的に支援していくことが重要です。
- 本報告書は、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示し、地域における取組を進める際の「手引」として作成しています。

第2章 情報共有における現状と課題

東京都は、本部会の議論を進めるに当たり、都内における医療と介護等の関係者間における情報共有の現状を把握し、課題を抽出するため、認知症に係る専門医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を対象に「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」（以下「アンケート調査」という。）を実施しました（平成23年10月）。

アンケート調査の結果から、各関係者相互の関係や、情報共有の状況について、以下のことが分かりました。

＜アンケート調査の結果（概要）＞（詳細は、参考資料P. 52参照）

（1）調査対象（地域のバランスを考慮してそれぞれ抽出）

- ① 認知症に係る専門医療機関（送付100箇所、回答60箇所（回答率60%））
- ② かかりつけ医（送付100箇所、回答59箇所（回答率59%））
- ③ 地域包括支援センター（送付98箇所、回答98箇所（回答率100%））
- ④ 居宅介護支援事業所（送付100箇所、回答66箇所（回答率66%））

（2）調査期間

平成23年10月4日から同月28日まで

（3）調査結果

（全般）

- ・ [認知症の疑いから受診まで]の場面では、認知症に係る専門医療機関とかかりつけ医との関係が大きく、専門医療機関がかかりつけ医を支えている、という構図が伺える。
- ・ [日常診療（療養生活）・介護サービスの利用]の場面では、かかりつけ医とケアマネジャーを中心として、本人と家族介護者を支えていることが伺える。
- ・ 困難事例においては、地域包括支援センターが重要な役割を担っており、これをケアマネジャーとともにに対応しているという構図が伺える。

（情報共有の状況）

- ・ 認知症の診療・支援の中で、関係機関との情報共有が十分に行われているとしたのは各機関とも1割程度にすぎない。情報共有が十分には行われていない現状が伺える。
- ・ 全体を通して情報のやり取りが頻繁なのは、かかりつけ医とケアマネジャーで、そこで随時情報が交換されていることが伺える。
- ・ 自由意見において、特に医療に対する意見、例えば、必要な資源が地域にない、医療機関の認知症対応力が十分ではない等の意見が多くあった。

（情報共有の方法）

- ・ 現状では、「情報共有ツール」を使用している関係者は限られているが、情報共有のためには有効な方法とする回答は多いので、それに対する期待は大きいことが伺える。

（情報共有が行えない主な要因）

- ・ 医療関係者が多忙で、情報共有のための時間が確保できないことが伺える。

(前ページからの続き)

※ 「認知症に係る専門医療機関」とは、医療機能に関する情報について、認知症の診断・治療を行っていると東京都に報告している病院（東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に公表されている情報）をいう。

このアンケート調査の結果も踏まえ、部会で議論を進めたところ、以下のような課題があることが明らかになってきました。

(関係者間の情報共有について)

- 認知症の人への支援では、関係者同士の連携が欠かせませんが、連携に必要な情報が十分に共有されていないこともあります。アンケート調査の結果を見ても、関係機関との情報共有が十分に行われていると回答しているのは2割もありません。関係者間の情報共有を安定的・継続的に行われるようしていくためには、情報共有の仕組みが必要です。
- アンケート調査の結果においても、現在、情報共有ツールを使用しているという地域は限られていますが、あれば有効という意見は多くあり、情報共有ツールに対する期待は大きくなっています。

[アンケート調査の回答（自由意見）より]

- ・ かかりつけ医が認知症専門医ではなく内科医等の場合、専門医療機関につないでもらうことが難しいことがある。
- ・ かかりつけ医から専門医療機関に紹介した患者について、症状が安定しているにも関わらず、地域に戻してくれないことがある。また、診断後、必要な医療情報が地域包括支援センターに届かず、サービスの導入が遅れることがある。
- ・ 特に介護関係者にとって、医師が多忙であること、専門用語等のことばが分からぬこと、連携について十分な理解をしてもらえないこと等により、連携を図るのが難しい状況がある。
- ・ 周辺症状が強い場合、緊急入院先を探すのに時間を要することがある。身体疾患が要因となっていることもあるので、かかりつけ医が判断できるようにするとともに、関係者は日頃から、本人の健康状態や生活環境を把握しておくことが必要。
- ・ 入院のような濃密な対応を要する場合にも、相手方から認知症に関する十分な情報が得られないことがある。

(家族介護者への情報提供について)

- 家族が介護をしている場合、家族介護者は、本人と最も多く接し、本人の状況を最も把握しうる立場にあり、その役割は大きなものとなっています。また、介護サービスを利用する時や、かかりつけ医以外の医療機関にかかる時など、家族介護者が本人の症状について説明しなければならないこともあります。

- しかし、家族介護者に十分な情報が伝えられておらず、本人の症状等についての情報を関係者に的確に伝えられない場合も多く、家族介護者が、症状や治療の状況を正確に理解し的確に伝えられる仕組みが必要です。
- 一方、本人・家族の状況について、個人情報保護の観点から、関係者間での情報共有が難しいことがあります。本人や家族に十分に説明し、同意を得ることを前提とするなど、必要な情報が共有される仕組みが必要です。

(相互理解について)

- 認知症に係る専門医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャーなどの関係者は、本人に関わる場面や、担う役割が異なることから、必ずしも相互理解が十分ではありません。関係者それぞれが何で困っているのか、どういう情報が欲しいのか等について、地域の関係者が一堂に会して、お互いの理解を進めながら、情報の共有化に向けた検討を行うことが必要です。

[三鷹・武蔵野認知症連携を考える会資料より]

専門医療機関が課題と考えていること

- ・ 認知症高齢者の長期予約待ちが恒常化
⇒ かかりつけ医でも対応してほしい
- ・ 高齢者の在宅での生活実態が分からぬ
- ・ 在宅相談機関との連携が不十分

かかりつけ医が課題と考えていること

- ・ 認知症を専門としていないため、診断・治療が難しいと感じる
- ・ 外来診療時間を圧迫される
- ・ 高齢者の在宅での生活実態が分からぬ
- ・ 在宅相談機関との連携が不十分

在宅相談機関が課題と考えていること

- ・ 病識がない認知症高齢者、家族をどのように医療につなげたらよいのか分からぬ
- ・ 病状・診察状況が分からぬ
- ・ どう対応すればよいのか分からぬ

(時間の確保について)

- 医療関係者が多忙であることが、情報共有ができていない大きな要因となっています。退院時カンファレンスを開催できず、看護サマリーのみのやりとりとなることも多くなっています。時間のない中でも、複数の関係者が相互に情報を共有できる仕組みが必要です。

[アンケート調査の結果より]

情報共有が行えない主な要因として、

- ・ [認知症に係る専門医療機関]と[かかりつけ医]の約半数が、「自身の職場における時間・手間の確保が困難」と回答。
- ・ [地域包括支援センター]と[ケアマネジャー]は、「相手方が情報共有の必要性を認識していない」、「相手方が多忙で時間・手間を確保してもらえない」の回答が多い。

(安定性・継続性の確保について)

- 既に様々な連携ツールが存在していますが、十分には活用されていない例も多いです。安定的・継続的に使われる仕組みを作っていくことが必要です。

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 ~ 認知症の人が安心して地域で暮らすために ~

(1) 地域の関係者による積極的な取組・参画が不可欠

- 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。そして、これに加え、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が不可欠です。区市町村は認知症疾患医療センターと共に、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ことが必要です。
- また、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です。

(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

- 情報共有の仕組みを地域で構築する上で、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、その地域の実情にあった情報共有ツールを作ることがまず必要となります。
- 情報共有ツールの作成に当たっては、
 - ・ 診療情報など本人に関わる情報は、本来本人に帰属するものであること。
 - ・ 情報共有は、本人・家族介護者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こと。を常に念頭に置くことが必要です。したがって、情報共有ツールの採用に当たっては、本人や家族介護者とできる範囲で情報を共有できるよう、努める必要があります。
- 加えて、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理念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下に、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ですが、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、予測しう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ですが、医療職では知りえないこと（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。

（3）認知症の人の状態の変化を想定して仕組みを構築

- 情報共有のための仕組みを検討する上で、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ことが必要です。
 - ① 認知症の疑いから受診までの場面
 - ② 診断を受け医療や介護サービス等を利用しながら最期まで地域で生活している（療養生活・介護サービスの利用）場面（終末期の対応もこの延長線上にあるべきものと考えます。）
 - ③ 身体合併症及び周辺症状による入退院時の場面

それぞれの場面（P. 23、24参照）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ことが必要です。

（4）各地域での取組の基本的方向性を統一

- 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基本にしていただきたいと考えます。
- 一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

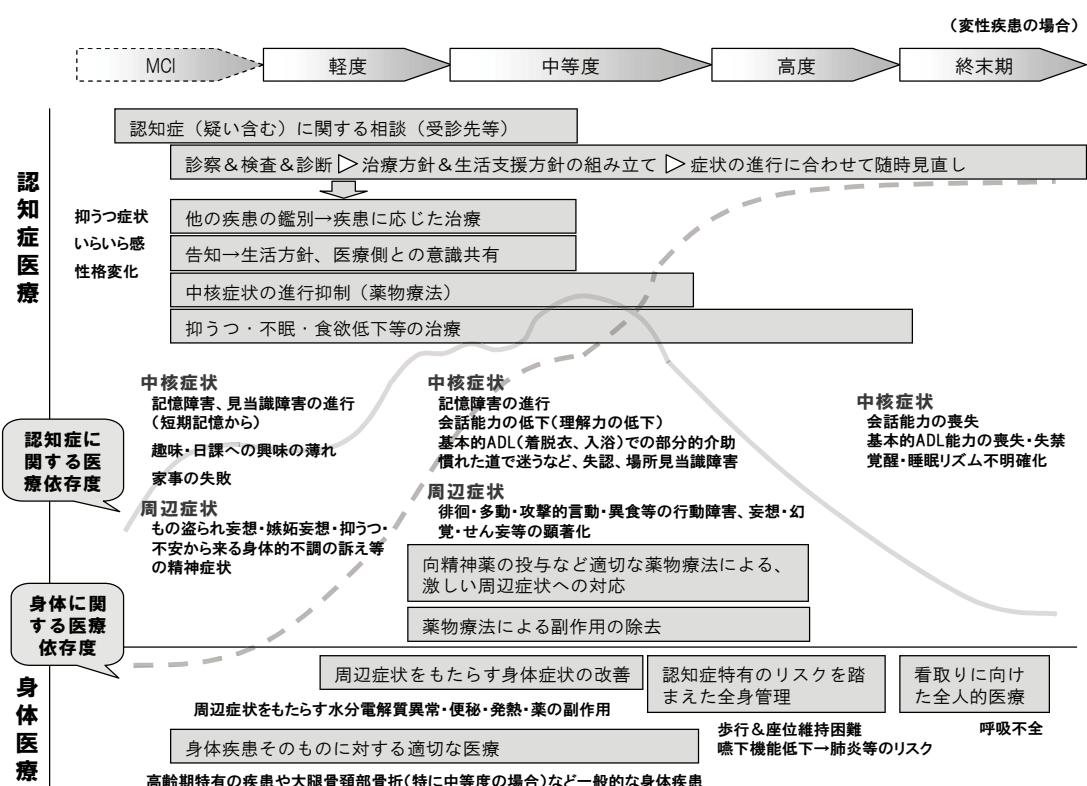
るため、地域ごとに全く独自の情報共有ツールが出来上がるることは望ましくありません。

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も、基本的な方向性は、本報告書で示したものに基づいていただきたいと考えます。

(5) 総合的に取組を推進

- 情報共有の仕組みづくりを進める上で、これまで述べたように、それぞれの地域で、その実情に応じた情報共有ツールを作成し、活用することは極めて重要ですが、それだけでは一過性の取組となる可能性があります。これと併せて、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を進め、関係者や関係機関が協力して、認知症の人と家族を支える地域づくりに向け、総合的に取り組んでいくことが必要です。

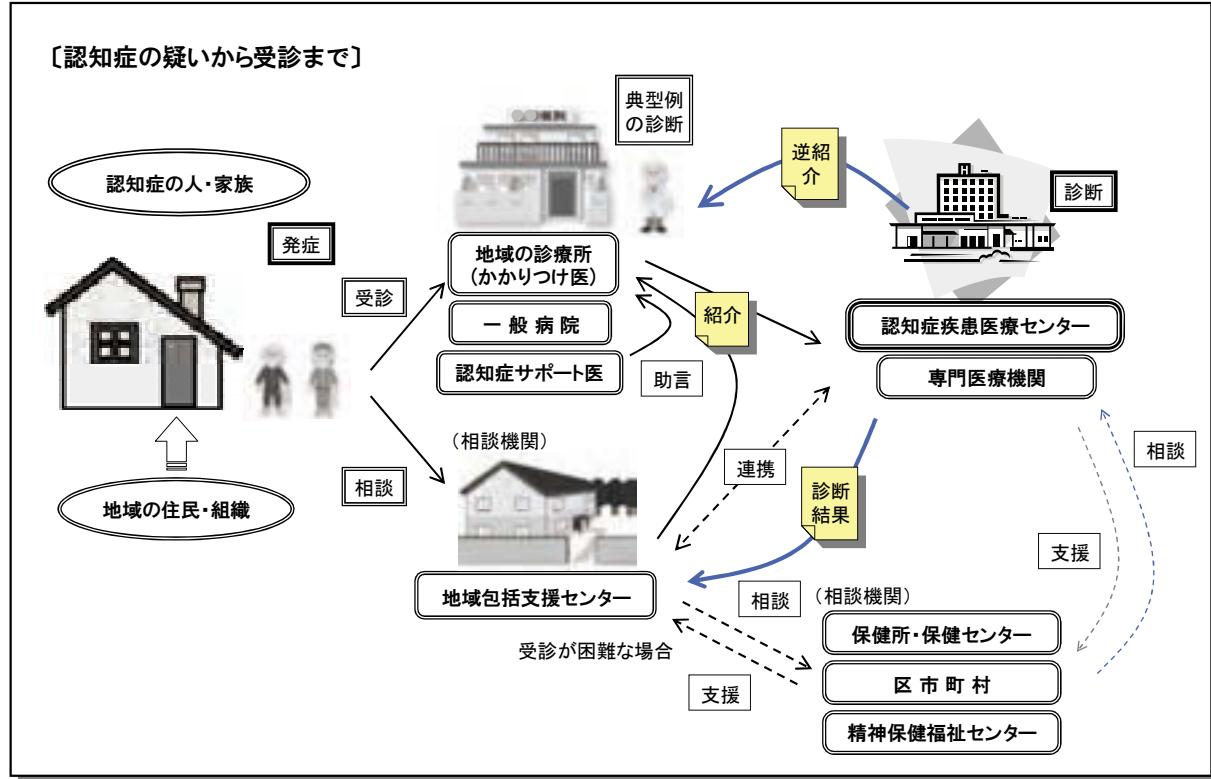
<図 認知症の経過と医療依存度[医療支援部会報告書より](再掲P.11)>



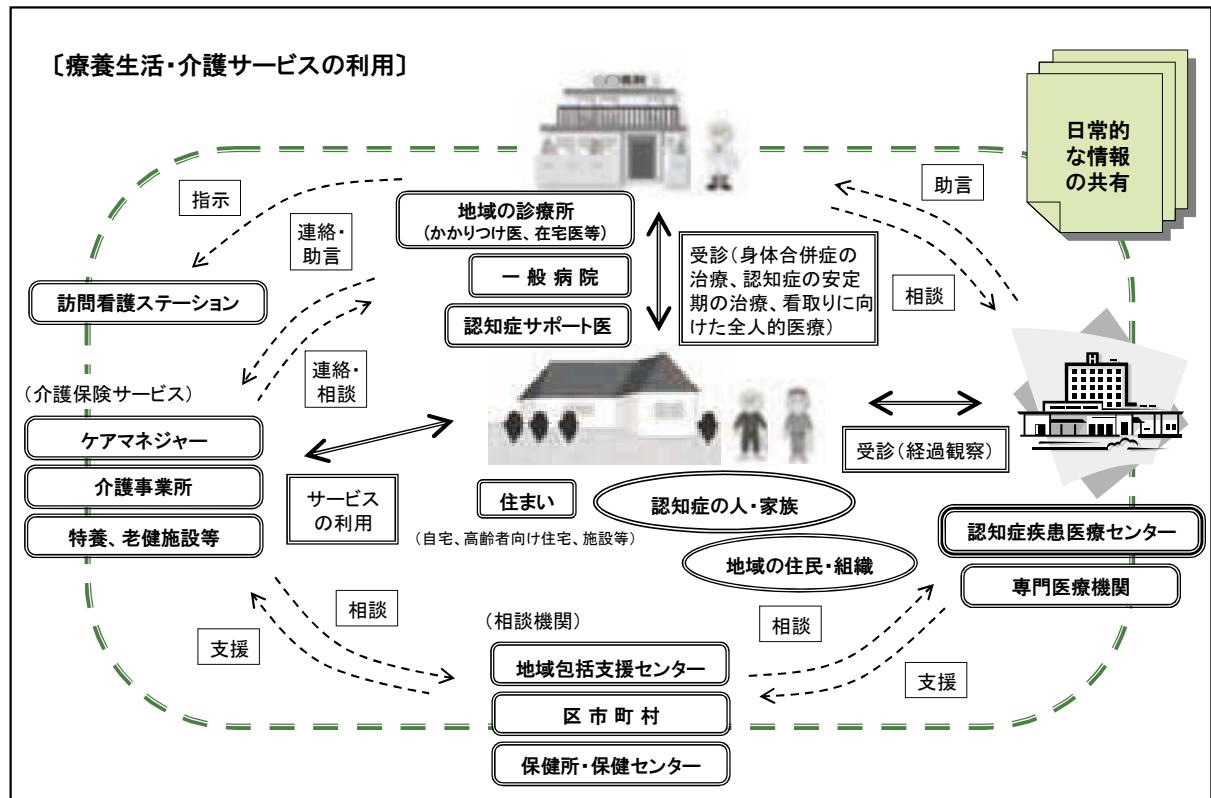
＜図 情報共有が必要な場面と主な関係者＞

※ 認知症の人に対する医療支援に関わる各関係者が、認知症の段階（場面）に応じて担うべき役割については、「医療支援部会」で整理をしている。（参考資料P.46参照）

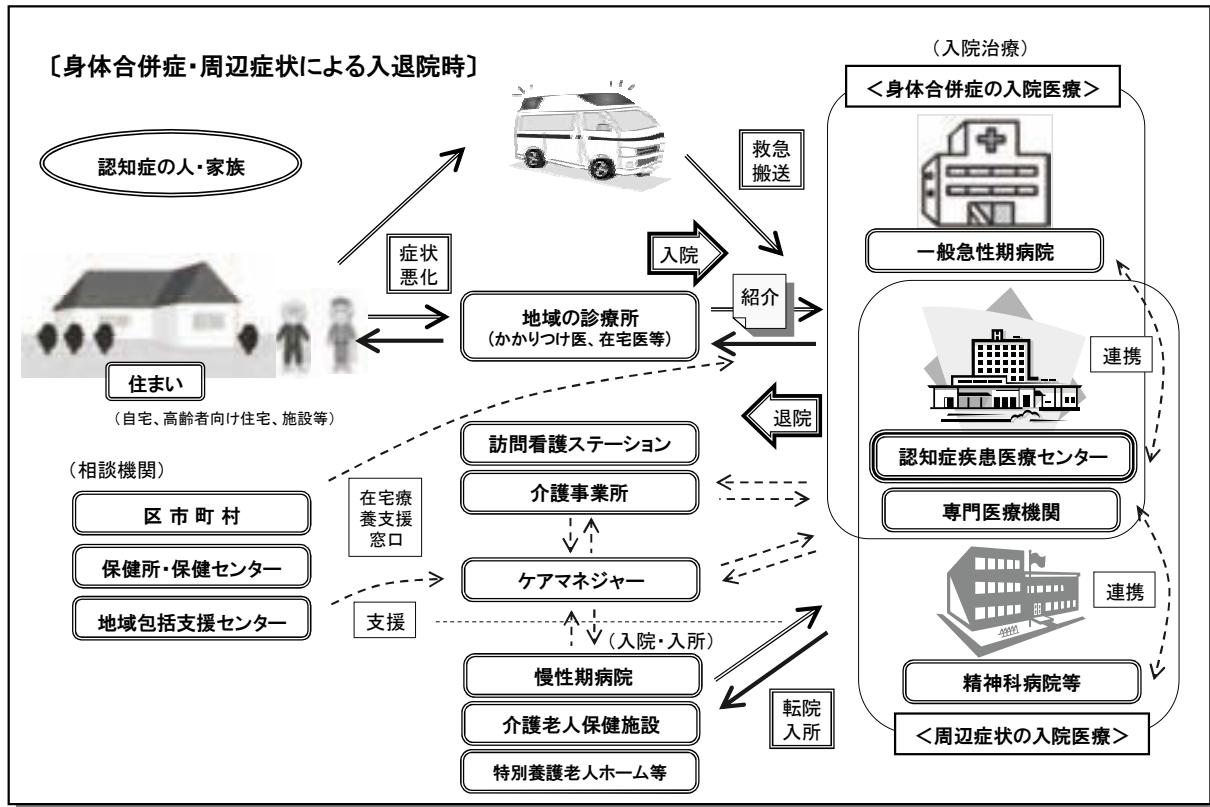
場面①



場面②



場面③



2 機能する情報共有ツールを作成するため

（1）効果的に機能する情報共有ツールを作成するための視点

認知症疾患医療センターと区市町村を始めとする関係機関が、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つの視点が必要です。

- 1 専門的情報と生活を支える情報の共有化
- 2 本人や家族介護者の参画
- 3 関係者間の相互理解を踏まえた検討の実施
- 4 記載しやすく利便性に優れた仕組みの構築
- 5 安定性・継続性の確保

① 専門的情報と生活を支える情報の共有化

（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＞

- ・ 認知症の人と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、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（＜お手紙方式＞）ですが、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。＜お手紙方式＞は、1対1のやり取りが基本であるため、家族に関する情報をやり取りする場合など、取扱いに配慮が必要な情報のやり取りにも適しています。

＜生活を支える情報の共有＞

- ・ 家族介護者も含め、認知症の人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。これらの人々が、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や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（＜ファイル方式＞）。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、本人や家族介護者は、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当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。

＜図 場面ごとの各情報共有ツールの特徴＞

	関係機関から関係機関に 情報を伝達する方式 <お手紙方式>	本人・家族介護者が管理し、必要 に応じて関係者が記述・参照する 方式 <ファイル方式>
認知症の疑いから受診ま での場面	<p>○ [認知症に係る専門医療機関 へのつなぎに有効]</p>	<p>— (診断後に配布)</p>
療養生活・介護サービスの 利用の場面	△	<p>○ [療養生活を支える関係者が 連携・協働するのに有効]</p>
身体合併症・周辺症状に による入退院時の場面	<p>○ [退院に向けた連絡 ・調整に有効]</p>	△

- ＜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、本人や家族介護者の状況等にもよりますが、できる範囲でその写しを本人や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いては後述（P. 27参照））
- ・ ＜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、所持する本人や家族介護者にその仕組みを十分に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

それが、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います。

② 本人や家族介護者の参画

(本人への配慮)

- 前述のとおり、診療情報等は本人のものという認識の下、情報共有ツールは、本人や家族介護者とできる範囲で情報を共有できるよう努める必要があります。さらに、本人や家族介護者が参画できるものとすることが望ましいと考えます。

しかし、一方で、具体的な運用に当たっては、その時々の状態・状況に応じた、本人への配慮が必要です。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、使う時期や使い方などについて、本人の心情等に合わせた配慮がなされる必要があります。

(専門職同士の場合)

- 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取りする場合（虐待が疑われる場合等）など、<お手紙方式>により専門職同士で直接連絡をとることが必要な場合があります。その場合でも、可能な範囲で、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望ましいと考えます。

(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ものであることも理解していなければなりません。

このため、情報共有ツールの使用に当たっては、本人や家族介護者に、使用

方法やその仕組みのほか、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等を十分に説明し、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)

- 本人や家族介護者が、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。また、症状の進行等を見ながら、急変時や終末期における対応方法等について説明することは、大変重要です。

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、<ファイル方式>の場合には情報共有ツールの中に盛り込み、<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考えます。

(利便性を考慮)

- 本人や家族介護者が管理する<ファイル方式>の場合、その利便性を考慮し、持ち運びのしやすい大きさにすることが望まれます。また、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、必要な資料をはさみこ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。

③ 関係者間の相互理解を踏まえた検討の実施

(検討の過程を通した理解の促進)

- 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、必ずしも相互理解が十分ではないことが多いと考えられます。

そのため、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（P. 2参照）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、情報共有ツール作成のための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。

(参考) 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。

(検討において必要な視点)

○ 提供したい情報ではなく、相手方が提供を望む情報を提供するという視点で作成するべきです。例えば、介護関係者及び家族介護者にとって、適切な治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、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、地域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、認知症の人と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調査等を実施するなどして、地域の医療体制・介護資源の状況、行政サービス等、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（参考資料P.70参照）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当たっても非常に有効な取組となります。

- ・ 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]、[療養生活・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]）（P. 23、24参照）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各関係者がどういう役割を担い、連携を行っていくのか、望ましい連携のあり方について検討します。

- ・ その際、医療支援における主な関係者の役割の考え方については、「医療支援部会報告書」(P.11 及び参考資料P.46参照)の中で、認知症の経過に応じて整理されていますので、これを参考にしていただけると良いと思います。
- ・ また、医療支援については、「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報告書」(P.1参照)にあるように、その中心的な役割を果たすのは地域のかかりつけ医・在宅医等であり、認知症疾患医療センターは、地域の支援体制の後方支援を行う役割にあるという認識に立って、地域の実情を踏まえた役割分担と連携体制の構築を検討することが必要です。
- ・ 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、情報共有に当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。

④ 記載しやすく利便性に優れた仕組みの構築

(対応可能な機関の明示)

- 本人や家族介護者等が、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、長期間にわた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)

- 前述のアンケート調査の結果によると、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になっています。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わたり、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。

⑤ 安定性・継続性の確保

(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、情報共有ツールが安定的・継続的かつ効果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と共有しておくことが必要です。
- 合わせて、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（認知症専門診断管理料（P.6参照）、診療情報提供料（参考資料P.73参照）、退院時共同指導料等）や介護報酬（居宅療養管理指導費（参考資料P.74参照）、医療連携加算（入院時情報連携加算）（P.5参照）、退院・退所加算、退院時共同指導加算等）を考慮した様式にすることが有効です。

(2) 共有が望ましい情報について

(主に医療関係者が提供すべき情報)

- 鑑別診断に係る情報
 - ・ 診断名
 - ・ 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（摂食・嚥下機能評価、身体機能評価とリハビリテーションの評価）
 - ・ 治療方針（今後の見通し、薬物療法、認知症に係る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、副作用、薬を飲まなかつたときの問題、注意して観察すべきこと、医師に報告すべきこと）等
- 緊急時、夜間、休日における（医療機関への）連絡方法

(主に家族介護者・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
 - ・ 日常生活のようす
 - ・ 経済状況
 - ・ 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
 - ・ その他、保健・福祉サービスの利用状況（成年後見を含む）
- 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
- もの忘れの状況
- 周辺症状の状況
- 生活機能障害の状況
- 食べたり、飲み込んだりする時の支障の有無
- 関係者が支援困難に感じていること
- 体調・気分の変化、出来事 等

※ 上に示した項目は、関係者間で情報共有することが望ましいと考えられる項目を示したものですが、これを全て情報共有ツールに盛り込む必要はありません。むしろ、各地域における検討を通じて、必要な情報をできるだけ絞り込むことにより、簡素で効率的な使い勝手の良い情報共有ツールが出来上がります。

[アンケート調査の結果より]

各場面において、より良い診療・支援を行うために必要とされる主な情報

[認知症の疑いから受診まで]

診断結果、中核症状、周辺症状

[日常診療（療養生活）・介護サービスの利用]

周辺症状、認知症に係る今後の対応、介護保険サービス等利用状況、家族状況・経済状況

[身体合併症・周辺症状による入退院時]

周辺症状、認知症以外の持病や既往歴、家族状況・経済状況

（3）既に行われている取組の工夫事例

◎ 病状説明書（東京医科大学病院老年病科作成）（参考資料P.80参照）

- 医師が本人や家族へ説明し、渡すシート。病状や治療内容、今後の療養方針、本人・家族への指導内容等の項目をたてており、支援者がケア方針を立てるに当たっても有益な情報となっている。

◎ もの忘れ相談シート（三鷹武蔵野認知症連携を考える会作成）（参考資料P.88参照）

- 医師に在宅側（家族介護者、介護関係者）で困っていることを伝え、理解してもらうための在宅相談機関が記載する『相談事前チェックシート』を作成。家族介護者や介護関係者が記載しやすいようにチェック項目等を設定している。これにより、在宅側にとって、診療を頼みやすくなったり、困りごとを相談しやすくなったりした。
- 医師から相談機関への連絡用として『「医療機関→相談機関」連絡シート』を作成。認知症かどうかよりも、治療方針として、どこで、どのようにみていくのか、家族にどういう話をしたのかという視点で作成している。

◎ ケアマネタイム（都内各地域）

- 介護関係者が医師に連絡を取ることに対し遠慮があるので、介護サービス事業者とかかりつけ医との連携を図るケアマネタイムの取組は有効。協力してもらえる診療所、相談できる時間帯、連絡方法等のリスト、FAXによる情報連絡用の様式があると利用しやすい。

◎ わたしの手帳（認知症介護研究・研修東京センター永田久美子氏監修、認知症介護研究・研修東京センターケアマネジメント推進室製作協力、エーザイ株式会社製作・発行）

- ・本人が大切にしていることや、つながりのある人、かかわっている人達の記載欄や日々の生活の様子・体調・薬・食事・排泄状況等の記載欄がある。簡易な記載内容であるが、本人の思いや日常生活の状況が把握でき、治療・ケアの評価や方針を立てる参考となる。

◎ ケアと治療に活かす生活リズムチェック表（認知症介護研究・研修東京センター「認知症高齢者の家族と医療の連携促進事業」研究委員会作成）

- ・日常生活の状況について家族介護者や介護関係者が記録し、医師に伝えることが出来る。周辺症状が激しい人の場合、薬の分量の調節が課題となるので、薬の調整に役立つ。

◎ 生き活きノート（北多摩西部二次保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成）（参考資料P.97参照）

- ・認知症の人は、いろんな疾患を抱えていることから、本人や家族介護者に渡すときには、診療情報提供書や薬のシートも挟むようにしている。必要な情報を総合できるのでいい。
- ・地域のヘルパーが本人の生活状況（例えば、失禁の状況、服薬の状況等）を一番知っている。日々の暮らしが分かる人が記入できるのでいい。
- ・どんな支援があるのか家族介護者への説明の資料として、『地域で暮らし続けるための地域支援ネットワーク』という資料を入れている。基本的には最終的に在宅に戻るイメージで、様々な機関、関係者が支援に入ってくることが分かるようにしている。
- ・骨折をしたとか、熱が出て病院に入院したとか、出来事を記載する『イベント表』シートを作成している。
- ・家族介護者、ヘルパー、ケアマネジャー、地域包括支援センター等から医師等に質問があるときに使用する『自由記載・連絡表』シートを作成している。

◎ みまもり・つながりノート（「平成 21-23 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究（研究代表者 数井裕光）」」）

（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座神経心理研究室のホームページに掲載 URL : <http://handaiichiikirenkei.com/index.html>）

- ・かかりつけ医や専門医は、薬の効果や副作用、気をつけて観察してほしいポイントなどを一斉に皆に伝えることが可能。また、治療の効果がどのように生活に反映されているか知ることができる。
- ・ケアマネジャーや介護スタッフは、必要なサービスや自宅の環境調整について発信したり、状態変化や療養上の問題点を直接関係者に伝えることができる。
- ・認知症の人を支える全ての人が、生活の中での気づきを発信したり、認知症の人の行動等に対して、それぞれの立場から提案を出し合うことができる。

（上記研究室のホームページより引用）

※ ここで紹介している内容は、本部会の各委員から出された意見等をまとめたものです。

3 情報共有ツールによる連携を支える仕組み

情報共有ツールを作成すれば、情報共有が円滑に進むわけではありません。区市町村や認知症疾患医療センター等の関係機関の取組を通じて、関係者の認知症への理解促進や、顔の見える関係づくりを行う等、情報共有ツールによる連携を支える仕組みを併せて整備し、総合的に取組を推進していく必要があります。

これらの取組は各地域において行われるべきですが、東京都は、区市町村や認知症疾患医療センターとの連絡会等を通じて各地域間の情報共有を促進とともに、それぞれの状況を把握し、連携の促進に向けた必要な支援を行っていくことが求められます。

(家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進)

認知症の早期発見・早期診断と、診断結果に基づく適切な医療・介護等の支援につなげるため、また、地域全体で認知症の人を支えていくため、家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進を進めていくことが必要です。

- 家族介護者や地域住民を対象とし、認知症に関する理解を促進するための講習会などの取組を、各関係機関間で連携しながら、それぞれの地域で進めていく必要があります。
- 家族介護者の孤独感を軽減し、情報交換の場となっている家族介護者の会の取組等に関係機関が協力することも望まれます。
- 区市町村は、認知症サポーターの養成支援やキャラバン・メイトの養成を引き続き行うとともに、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるよう、身近な地域で認知症の人と家族を応援する認知症サポーターが活躍する場を増やしていくことが必要です。

(関係機関の認知症対応力の向上)

認知症の人と家族介護者が地域で安心して生活できるよう、地域の医療機関や介護関係機関双方の認知症対応力をより一層高めていく必要があります。

- 認知症疾患医療センター等が各地域で実施する、医療関係者、地域包括支援センター、ケアマネジャー等を対象とした研修会を通じて、各関係者の認知症対応力の更なる向上を図っていくべきです。
- 急性期病院における入院受入の促進や、入院をきっかけとした認知症の症状の悪化抑止のため、急性期病院の医師や看護師の認知症対応力の向上に向けた取組を推進するべきです。
- 地域包括支援センター、区市町村、かかりつけ医、認知症疾患医療センター、家族介護者の会等、認知症に関する相談を受けることのある機関(事業)は様々あります。相談内容に対応しつつ、本人の状態や生活状況等を総合的に見た上、

適切な機関につなげるよう、それぞれの機能の充実を図っていくべきです。

- 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ちます。ただし、他の疾患が隠れていることもあるので、おかしいと感じた時は、かかりつけ医につなぐことが必要です。
- 認知症が発症した年齢や症状等により、どのタイミングでつなぐのか、どの機関につなぐのかが変わってくることから、認知症で受診すべき時期等についての認識を、各関係機関で共有するべきです。
- 関係機関が本人の状況に応じた対応ができるよう、認知症に係る専門医療機関は、鑑別診断に係る待機の状況や検査内容、検査経費についての情報を、認知症疾患医療センターが開催する協議会等の場を通じて、地域の関係機関に情報提供するよう努めるべきです。

(関係者間の顔の見える関係づくり)

情報共有を円滑にするためには、日頃から、顔の見える関係づくりを進めていくことが必要です。

- 各関係機関は、各種協議会、研修会や症例検討会等の参加・参画を通じて、各地域の関係者同士、顔の見える関係を作っていくよう努めるべきです。
- 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、こうした会合に積極的に参加することが必要です。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です。

(その他地域連携体制構築に向けた取組)

- 認知症疾患医療センターは、地域包括支援センター等との連携窓口となる医療相談室を設置し、日常的な連携を図っていくこととなっています。区市町村においても、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員等の配置を進め、介護と医療の連携強化や、地域における支援体制の構築を図ることが必要です。
- 都内各地域では、脳卒中等の疾病別の地域連携体制の構築に向けた取組が行われているところです。こうした取組が進んでいる地域では、そこで培ったものを活用して、認知症に係る取組を進めていくことが有効です。
- 認知症があっても、本人が住み慣れた「暮らしの場」において生活・療養を継続するためには、地域における在宅療養支援体制の整備が欠かせません。在宅療養を推進するためには、区市町村の主体的な取組を基盤として、関係する多職種が緊密に連携し、患者支援のネットワークを円滑に機能させるため

の環境整備を進めることで、「24時間安心の在宅療養支援体制」を構築していくことが必要です。

東京都は、区市町村の地域の実情に応じた様々な取組に対して積極的な支援を行い、地域における在宅療養の基盤強化を推進していくことが必要です。

第4章 まとめ～今後の展開に向けて～

(超高齢社会における認知症支援の重要性)

- 平成23年1月現在、何らかの認知症の症状がある高齢者は都内に約32万人、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、見守り又は支援の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。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での取組の推進)

- 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、保健、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」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し、情報共有ツールの作成を含む情報共有の仕組みづくりを促すとともに、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つ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、平成22年の国政調査による都内の人一人暮らし高齢者世帯は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、周囲の気付きがないままに、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、一人暮らし高齢者等の見守りを行うシルバー交番設

置事業(注)も、平成24年2月現在都内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作っていくことも求められます。

(注) シルバー交番設置事業 … 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を区市町村が設置する事業。

- また、一人暮らしの認知症高齢者において、地域で採用した情報共有ツールを、誰がどのように管理していくのかについても、今後、地域における取組状況を踏まえて検討していく必要があります。
- さらに、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、医療機関の受診を始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)

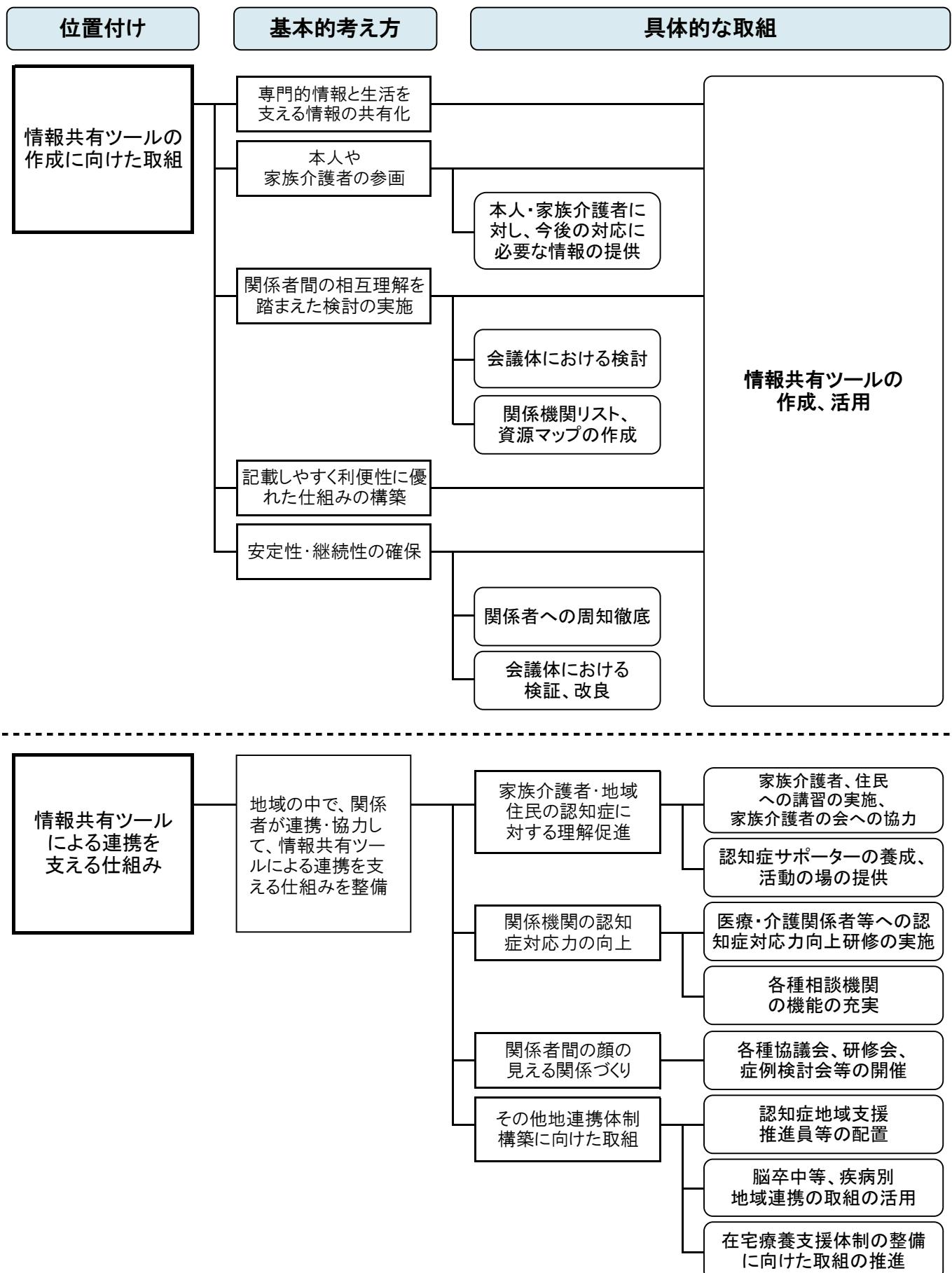
- 高齢者は、複数の疾患を持ち、それぞれ個々に治療を行っていることが多くあります。また、これら身体疾患は、認知症の症状にも影響を及ぼすことがあります。
- 既に、がんや脳卒中では、地域連携クリティカルパスの整備が進められています。このように疾病別に様々な情報共有ツールが作成されていくことは、それぞれの疾病的医学管理を的確に行う上で非常に有効ですが、複数の疾病を抱える高齢者の場合は、様々な情報共有ツールを作成することとなり、全体として、複雑で手間がかかり、分かりにくいものとなることも懸念されます。
- 認知症は高齢者にとって一般的な病気であることを考えると、将来に向けた課題として、情報共有ツールは、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、医療や介護、保健、福祉、行政等の専門職同士が連携するだけでなく、家族介護者はもとより、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、様々な取組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、これからの中高齢者の医療や福祉のあり方を考える上でも多いに参考になるものと考えます。

＜図 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た具体的取組＞



參 考 資 料

とうきょう認知症ナビ

認知症で困った時に役立つ情報を掲載

認知症についての詳しい解説

●認知症の基礎知識

【認知症について知ってください】

認知症の症状や、認知症の原因となる病気、認知症の人と家族のために知っておきたいことなど、認知症の正しい知識を解説しています。

認知症の自己診断のための「認知症チェックシート」も掲載しています。

【若年性認知症について】

都の若年性認知症支援の取組、若年性認知症コールセンターの紹介があります。



不安や悩みを相談したい時には

●相談窓口・リンク集－各種相談窓口

【地域包括支援センター】

介護や福祉、医療、生活等に関する相談を受け付ける、区市町村の総合相談支援窓口「地域包括支援センター」の一覧を掲載しています。

【地区社会福祉協議会】

生活福祉資金貸付や、日常生活自立支援事業等についての問い合わせ窓口の一覧があります。

【成年後見制度推進機関】

成年後見制度の利用等に関する相談窓口の一覧を掲載しています。

都内の医療機関情報を掲載

●相談窓口・リンク集－医療機関案内

【かかりつけ医・認知症サポート医名簿】

東京都が実施する研修を修了しており、認知症についてのアドバイスや診断、専門医療機関への紹介ができる医師・医療機関の名簿を区市町村ごとに掲載しています。

【「ひまわり」の案内】

東京都医療機関案内「ひまわり」を利用して、認知症に対応している医療機関を検索する方法を案内しています。



東京都の行事、施策も紹介

●研修・行事・講座 ●東京都の取組

【研修・行事・講座】

東京都が過去に開催した行事の模様や、実施する研修の案内、「認知症センター養成講座」の紹介などがあります。

【東京都の取組】

東京都の認知症関連施策の紹介や、認知症に関する調査結果、都が主催する検討会の議事録や配布資料等を掲載しています。



検索サイトを利用する場合

グーグル、ヤフージャパン等の検索サイトで、「とうきょう認知症ナビ」を検索してください。

とうきょう認知症ナビ

検索開始



直接入力する場合

インターネットブラウザのアドレス欄に、下のURLを直接入力してください。

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/

本サイトでは、
●音声読み上げ
●表示拡大
●カラー変更
の各機能がお使いいただけます。

医療支援部会で整理した各関係者の役割

MCI・軽度認知症における役割

関係者	I 認知症の疑いから受診まで	II 診断・治療
① 本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の重要性について正しく理解する。 家族に認知症の疑いが生じた場合、真摯に向き合い、かかりつけ医への相談・受診を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医へは、かかりつけ医からの紹介により受診することが望ましい。 日ごろから、今後の対応方針や治療方針について、かかりつけ医と話し合う。
② 相談機関等関係者	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関への受診に当たって、どこに受診すればよいのか、どのように受診すればよいのか、相談に乗り助言する。 かかりつけ医への相談・受診を促す。かかりつけ医がない場合は、認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿を活用し、研修修了者への相談・受診を促す。 かかりつけ医・サポート医との連携を進めるとともに、サポート医が有する地域ネットワークの積極的な活用を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医への相談・受診を促す。かかりつけ医がない場合には、認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿を活用し、研修修了者への相談・受診を促す。 定期的に事例検討会等を実施又は参加する。
③ かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> 自院の患者に認知症の疑いがある場合には、自ら診療に当たるか、又は専門医療機関に紹介する。 本人を伴わない家族から相談があった場合は、生活環境や家族対応の改善が認知症に対して効果的であることから、家族に対し、認知症への正しい理解や対応上の留意点、生活環境の整備のポイント等を伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> サポート医とも連携し、地域の専門医療機関を把握しておく。 定期的に事例検討会等を実施又は参加する。 専門医療機関への定期通院や対応困難時の相談等、患者情報のやり取りを通じて、情報共有・連携を図る。
④ 専門医・専門医療機関	<ul style="list-style-type: none"> 本人を伴わない家族から相談があった場合には、家族に対し、まずかかりつけ医へ相談してみることを勧める。 	<ul style="list-style-type: none"> 典型例以外の疾患や、状態が不安定な患者、本人・家族が専門医での受診を希望している場合には、診断を行う。 地域のかかりつけ医・サポート医との連携を図り、必要に応じてかかりつけ医に助言を行う。 定期的に事例検討会等を実施又は参加する。 安定時のかかりつけ医への逆紹介や対応困難時の助言等、患者情報のやり取りを通じて、情報共有・連携を図る。
⑤ 一般病院	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の身体疾患の治療を行っている場合でも、常に認知症の兆候に留意する。疑いがあった場合には、かかりつけ医又は専門医療機関での受診を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体疾患の診療を行っている場合でも、常に認知症について意識し、疑いがあった場合には、かかりつけ医又は専門医療機関での受診を促す。
⑥ 行政	<ul style="list-style-type: none"> 都民に、早期診断の重要性及びかかりつけ医が受診促進に果たす役割等について、普及啓発を行う。 かかりつけ医に対し、受診促進に果たす役割や家族からの相談時の対応方法等について、周知を図る。 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿について、関係者との共有・活用を図る。 生活機能評価の基本チェックリストを介護予防（認知症予防を含む。）だけでなく、医療機関への受診につなげるために活用していく。 	<ul style="list-style-type: none"> 都内の医療資源の状況を把握し、関係者に情報提供する。 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿について、関係者との共有・活用を図る。 新たな役割を踏まえた研修の実施により、かかりつけ医の認知症対応力の一層の向上を図る。 かかりつけ医が認知症の診断・治療に果たす役割について、普及啓発を行う。

中等度認知症（身体合併症）における役割

関係者	III 身体合併症
① 本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医・専門医療機関・一般急性期病院と、治療方針や治療内容について話し合い、疑問点については説明を求める。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、変化の兆しがあれば、早めにかかりつけ医・専門医療機関に相談する。
② 相談機関等関係者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともある。 ・症状が安定していても、専門医療機関への定期受診を促す。
③ かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・激しい周辺症状が出ている場合でも、直ちに専門医療機関に紹介するのではなく、初期対応に関わる周辺症状の要因についての判断をまず行う。 ・脱水・低血糖等の軽微な身体疾患が要因となっている場合は、自ら治療に当たる。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・本人の身体疾患の管理・治療を適切に行う。 ・家族に対し、本人の食事・睡眠・排泄の様子や気分の変化に目を配るよう、注意を喚起する。
④ 専門医・専門医療機関・精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・一般急性期病院で身体疾患の治療後に、患者を受け入れて周辺症状の治療・経過観察を行う。 ・身体疾患の治療が必要な場合でも、急性期を脱しているのであれば、受け入れて周辺症状の治療・経過観察を行う。 ・周辺症状の治療後は、本人の生活環境や介護者の介護力等を勘案した上で、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促す。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行う。 ・一般急性期病院における認知症ケアへの助言・支援を行う。
⑤ 一般急性期病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、認知症の症状を許容し、患者を受け入れて身体疾患の治療を行う。 ・身体疾患の治療を行い、急性期を脱した後は、専門医療機関・療養病床への転院・退院を促す。 ・転院・退院後に身体疾患が再発（悪化）した場合は、再受入れをして治療に当たる。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、患者を受け入れて治療を行う。 ・認知症のケアチームを編成する等により、身体合併症患者の許容力を向上する。
⑥ 療養病床	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患治療後の経過観察時の受入れや、在宅療養患者や介護保険施設入所者の急変時の受入れなど、連携と機能充実を進め、認知症の人に対する医療支援体制の一翼を担う。
⑦ 行政	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・対応力向上研修や普及啓発活動を実施する。 ・連携ツールの普及・周知を図る。 ・事例検討会等の実施・支援を行う。
⑧ その他	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・グループホームや有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の介護保険施設においても、観察時の一時的な受入れを行うことが望まれる。

中等度認知症(周辺症状)における役割

関係者	IV 周辺症状
① 本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や治療内容について話し合い、疑問点については説明を求める。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、変化の兆しがあれば、早めにかかりつけ医・専門医療機関に相談する。 ・早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。
② 相談機関等関係者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・緊急時の付き添いを担うこともある。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともある。 ・症状が安定していても、専門医療機関への定期受診を促す。
③ かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・周辺症状の悪化の要因が、身体疾患によるものであるかどうかの判断を行う。 ・身体疾患が要因となっている場合は、身体疾患の治療・処置を行う。 ・身体疾患が要因ではないのであれば、本人の生活環境について検討し、変化等がある場合は、元の状態へ戻すよう助言をして経過を観察するが、必要に応じて専門医療機関を紹介する。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・本人の身体疾患の管理・治療を適切に行う。 ・症状が軽症でも、対応が困難になる可能性が考えられる場合には、早期の段階から薬の使用についても検討する。 ・早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。
④ 専門医・専門医療機関・精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行う。 ・胃ろう等の医療処置が施されている患者であっても、積極的な身体疾患の治療が必要ない状態であれば、受け入れて周辺症状の治療を行う。 ・周辺症状の治療後は、本人の生活環境や介護者の介護力等を勘案した上で、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促す。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行う。
⑤ 行政	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> ・対応力向上研修や普及啓発活動を実施する。 ・連携ツールの普及・周知を図る。 ・事例検討会等の実施・支援を行う。

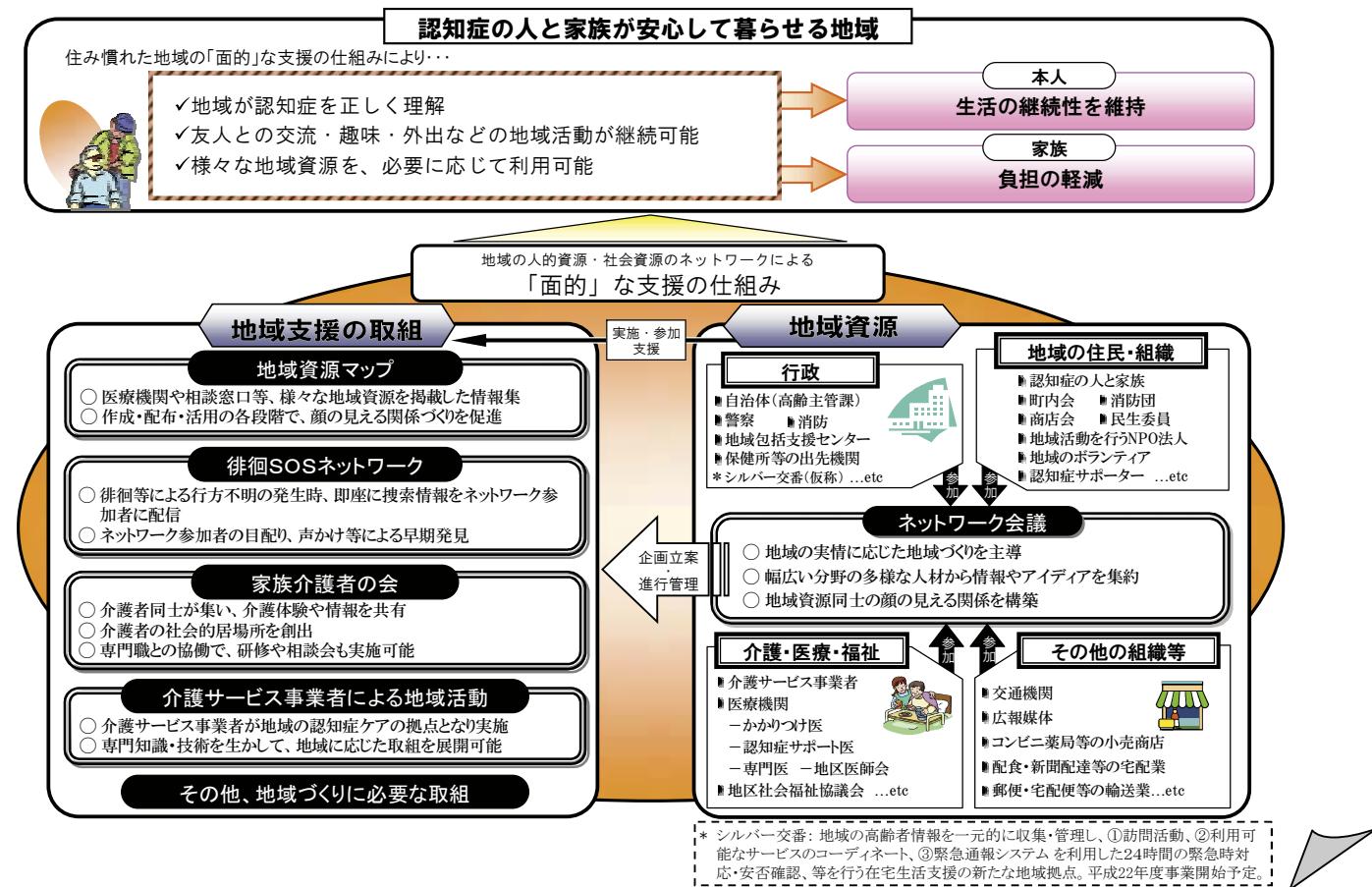
高度認知症・終末期における役割

関係者	V 看取りも視野に
① 本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> 医療関係者と相談し、高度認知症・終末期の状態像について理解する。 療養や看取りについて、医療関係者と相談し、意向を明らかにする。
② 相談機関等関係者	<ul style="list-style-type: none"> 身体医療の比重が高まるなど、状況の変化に伴う家族等介護者からの相談に対応する。
③ 介護従事者	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活における基本的なケアを十分に行う。
④ かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> 早期の段階から認知症の人に対する診療に関わるとともに、生活の場へ訪問診療・往診する。 高度認知症・終末期の状態像を把握し、家族等介護者に対して十分な説明を行う。 身体状態の悪化など想定される事態を踏まえて、選択肢を示しながら家族等介護者と十分に話し合う。 終末期の開始を見極め、看取りの態勢を整える。 容態急変時や、終末期において一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合には、一般急性期病院等と連携する。
⑤ 訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> 24時間体制で対応する。 高度認知症・終末期の状態像を把握し、現在の状況や起こりうる変化に対しての説明を行うことなどを通じて、家族等介護者に対するケアを行う。 「認知症緩和ケア」「終末期リハビリテーション」を行うことが望まれる。
⑥ 一般急性期病院・療養病床	<ul style="list-style-type: none"> 容態急変時や、終末期において一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合には、かかりつけ医等と連携し、本人・家族の意思も尊重しながら、暮らしの場に戻ることを目標に、短期間の入院治療・経過観察を行う。
⑦ 行政	<ul style="list-style-type: none"> リビングウィルや認知症緩和ケア、終末期リハビリテーションの意義について周知する。
⑧ その他	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じ、本人・家族等介護者を支援する。

「認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書」概要

第1章 認知症の人と家族が安心して暮らせる地域とは

▶ 「認知症の人と家族が安心して暮らせる地域」のイメージ図



第2章 関係する諸法規について

▶ 法制度における認知症高齢者の権利保護に対する理念

被虐待高齢者の7割に認知症があるなど、認知症高齢者の権利擁護は喫緊の課題。法制度上も介護保険法・成年後見制度が整備されるなど、「地域生活の継続」「当事者主権」が基軸となっている。

▶ 個人情報の取扱いについて

取組を進める上で個人情報の取扱いについて、原則と例外規定の解説等

第3章 推進体制づくり

▶ 推進体制づくりの目的

地域ごとに「ネットワーク会議」を設置し、住民や関係者が協働した地域づくりを推進する。

▶ ネットワーク会議の活動内容

①地域づくりのビジョンの設定、②「地域資源マップの作成」などの具体的な取組の企画立案・進行管理、③広報、④顔の見える関係づくり、等

▶ 構成員

福祉・医療関係者、日常生活関連の組織や一般住民等、地域の多様な人材を幅広く人選することが重要

▶ 組織構造

地域の規模や取組の進捗状況によっては、ワーキング部会を設置するなどの工夫で機動力を確保

第4章 地域資源マップの作成

➤ **目的：** 地域資源の情報を集約・配布し、認知症の人と家族の利便性を向上

➤ 内容・形態

配布対象者・配布方法など、当該地域での活用方法に応じて内容や形態を工夫することが重要

➤ マップのもたらす相乗効果

作成・配布・活用の各段階で、地域資源同士のネットワーク形成にも有効

➤ 「認知症生活支援モデル事業」において作成されたマップの特徴

作成主体	練馬区 区	多摩市 市	かたらい 民間（グループホーム）
タイトル (規格)	「高齢者のお役立ち情報集」 (A4形 35ページ)  →表紙	「高齢者暮らしの応援団」 (A5大・見開きファ イル型)  →表紙	「あんしん生活マップ in 祖師谷 商店街」(4つ折パンフ レット・展開時A3形)  →表紙
特徴	実際に役立った事例に基づき、様々な地域資源を系統立てて掲載。詳細な索引を備える。	市全域のマップが掲載された本体のポケットに、地域毎に異なる情報を差し込んで活用。民生委員、地域包括支援センター職員等が手渡しで配布。	認知症の人と家族が、一緒に安心して利用できる商店のマップ。トラブルが起きた際の連絡先など、商店側に役立つ情報を掲載。

第5章 徘徊SOSネットワークを構築するまで

➤ **目的：** 徘徊等による行方不明者が発生した際に、情報を共有し早期発見・保護を図る。

➤ 構築に向けた準備

①発生件数や対応状況等の現状把握、②関係者・関係団体への協力依頼、③管内の既存ネットワークとの連携・調整等を実施

➤ 運用に当たっての留意点

- 運用に先立って、模擬訓練によりネットワークの働きを検証することが不可欠。
- ①配信情報の内容、②配信手段の選定、③夜間及び休日の対応方法、④保護場所の確保等に留意が必要。さらに、併せて認知症の基礎知識や声かけ方法の講義を行うと効果的

第6章 家族介護者の会の育成支援

➤ **目的：** 「家族介護者の会」の立ち上げ・運営支援により、家族介護者の孤独感を軽減し、情報交換を促進

➤ 家族介護者の会が必要とする支援

- 立ち上げ時には①場所の確保、②支援者の確保、③参加者の募集に対する支援が、運営に当たっては①人的・経済的支援、②イベント開催支援、③広報への支援が求められる。
- 支援者の属性によっても望まれる関わり方が異なり、ボランティアからは事務・会計等の運営支援、専門職からは相談会・勉強会等での指導、行政からは活動場所の提供や経費の補助、等があると効果的

➤ 運営のポイント

本人を見守る「ミニデイ」を併設するなど、家族介護者の参加を容易にするための工夫も重要

第7章 介護サービス事業者による地域活動

➤ **目的：** 介護サービス事業者が、専門性を生かして、認知症の人を支える地域の支援拠点を創出

➤ 地域の協力を得るポイント

- 拠点作りの中心となる職員「地域コーディネーター」を事業所に配置すると、地域との信頼関係の構築・取組の継続的な実施に有効
- 具体的には、①取組の企画・実施、②住民との交流窓口、③行政や地域の組織との連携、等を担当
- 行政の適切な関与も必要（地域コーディネーター配置への補助や、関係者との調整支援等）

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 集計結果

1 調査の概要

(1) 調査の目的

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会において、地域における医療・介護関係者間の連携・協働体制の構築に有効な情報共有の仕組み及びツールの作成について検討を行う際の基礎資料とするため、調査を実施した。

(2) 調査の対象

① 認知症に係る専門医療機関

医療機能に関する情報について、認知症の診断・治療を行っていると東京都に報告している病院(東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に公表されている情報)の中から、地域バランスを考慮して抽出した100機関

② かかりつけ医

日頃から認知症の人との関わりが比較的多いと考えられる「認知症サポート医」(東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」に公表されている情報)を中心とした医師の中から地域バランスを考慮して抽出した100名

③ 地域包括支援センター

各区市町村から2箇所又は1箇所ずつ選定 計98箇所

④ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）

都内居宅介護支援事業所の中から事業所規模・地域バランスを考慮して抽出した100事業所

(3) 調査方法

自記入式による郵送調査

(4) 調査期間

平成23年10月4日から平成23年10月28日まで

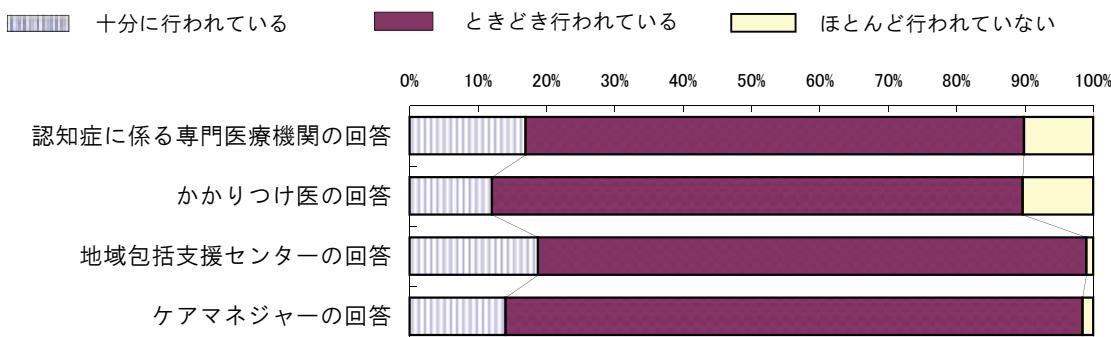
(5) 回答率

①認知症に係る専門医療機関	60箇所(60%)	②かかりつけ医	59箇所(59%)
③地域包括支援センター	98箇所(100%)	④居宅介護支援事業所	66箇所(66%)

2 調査結果

(質問1) 認知症の診療・支援の中で、関係機関との情報共有は十分に行われていると感じますか？

関係者間で情報共有が十分には行われていないという現状が伺える。

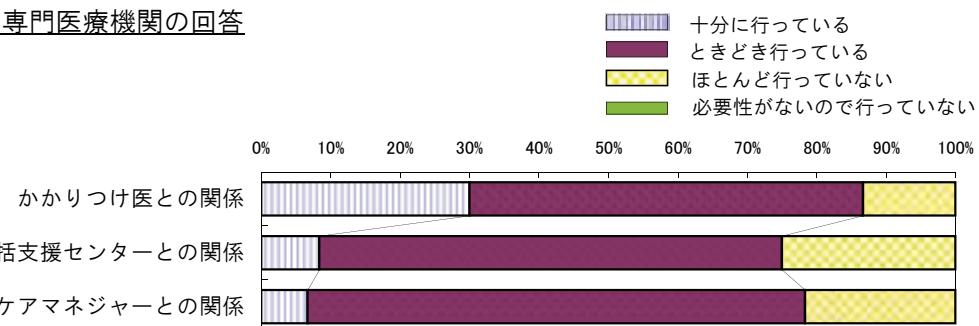


<場面1> 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで

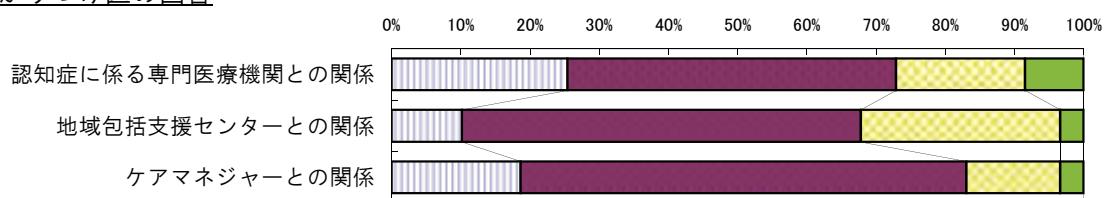
(質問2) 各場面において、各関係者との情報共有は十分に行っていると感じていますか？

- <場面1>において、かかりつけ医は、認知症に係る専門医療機関及びケアマネジャーとの情報共有を頻繁に行っており、医療・介護連携において重要な役割を担っていると考えられる。
- 認知症に係る専門医療機関と地域包括支援センターとの情報共有はそれほど頻繁ではないことが伺える。今後、地域における連携体制を構築するにあたり、認知症に係る専門医療機関と地域包括支援センターとの連携強化が課題であると考えられる。
- ケアマネジャーは通常のケースについては地域包括支援センターを介さずに対応をしている一方、困難ケースについては地域包括支援センターが重要な役割を担っており、これをケアマネジャーとともに対応しているという構図が伺える。

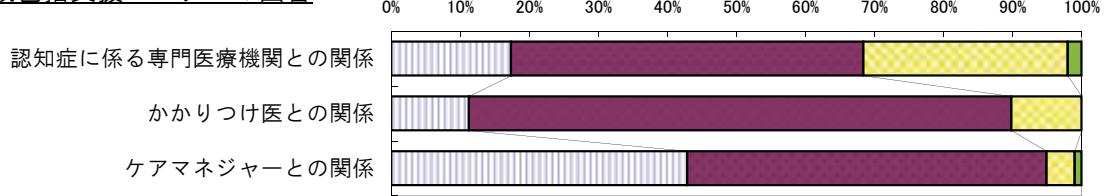
◆認知症に係る専門医療機関の回答



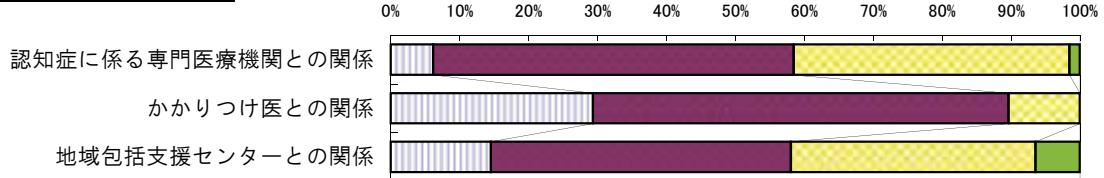
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



◆ケアマネジャーの回答

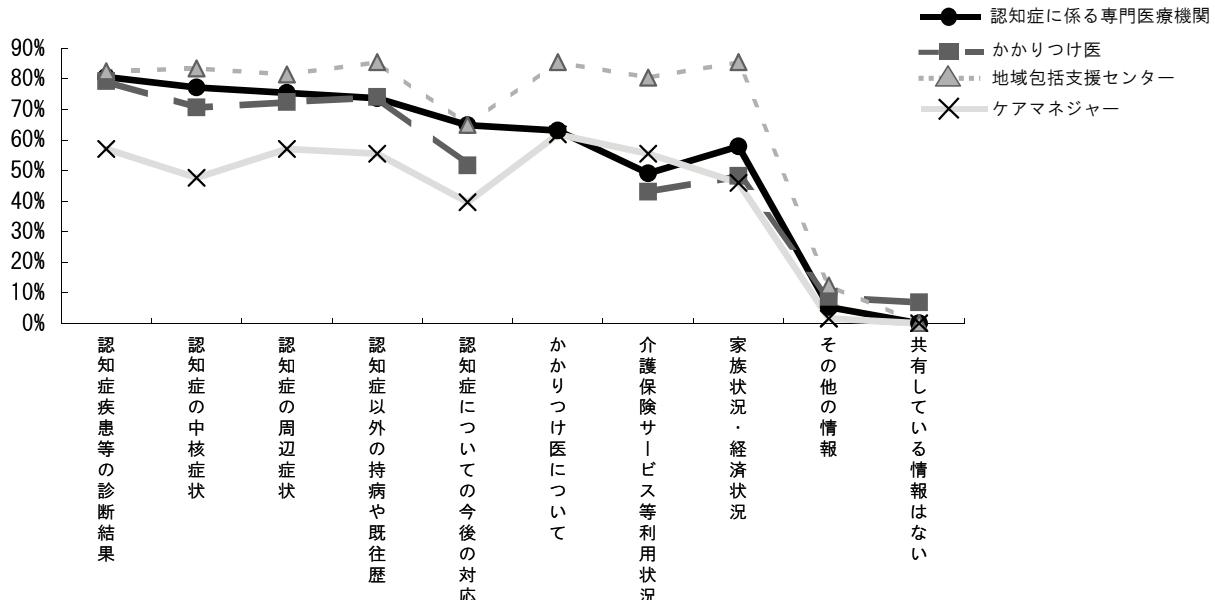


(注) 棒グラフの横軸は、回答者のうち何%のものがその項目に回答したかを示している。

＜場面1＞ 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで
 (質問3) 情報の内容について

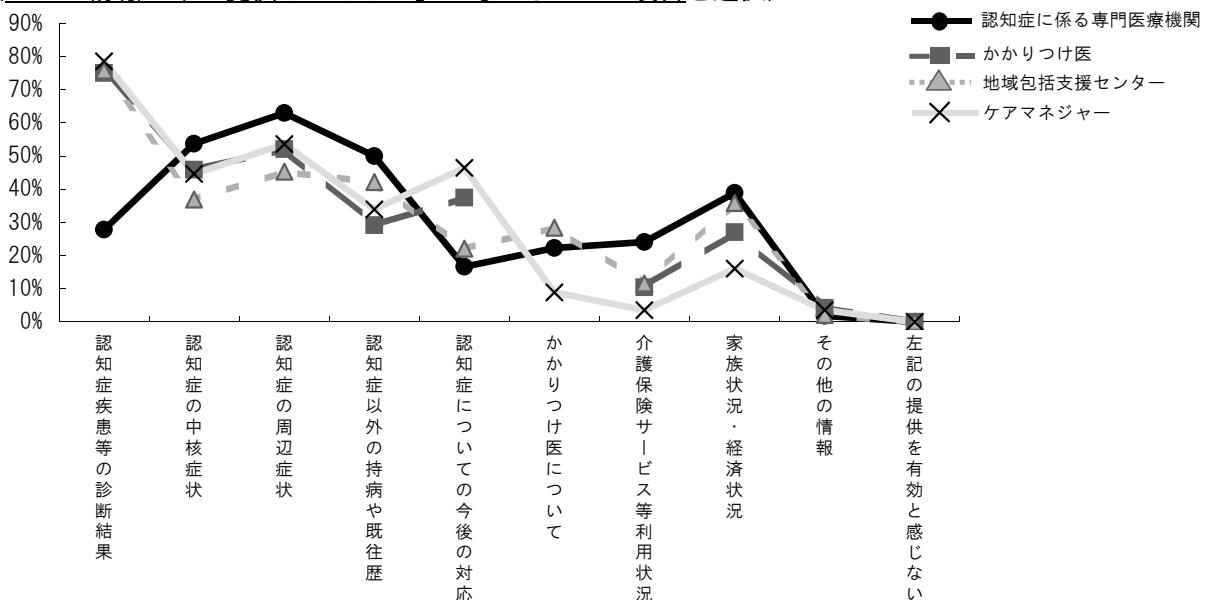
- <場面1>において、認知症に係る専門医療機関は、診断にあたり事前に知っていると有用である「認知症の中核症状」や「認知症の周辺症状」に関する情報を必要としている。
- 一方で、ケアマネジャーは、ケアプランを作成する際に必要不可欠である「認知症疾患等の診断結果」や「認知症についての今後の対応」に関する情報を必要としている。

◆どのような情報を、関係者と実際にやりとりしていますか？（複数回答）



◆どのような情報を関係者から提供してもらうことができれば、より良い診療・支援が行えると考えますか？

(「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択)



(注1) 線グラフの縦軸は、有効回答のうち何%のものが当該項目に回答したかを示している。

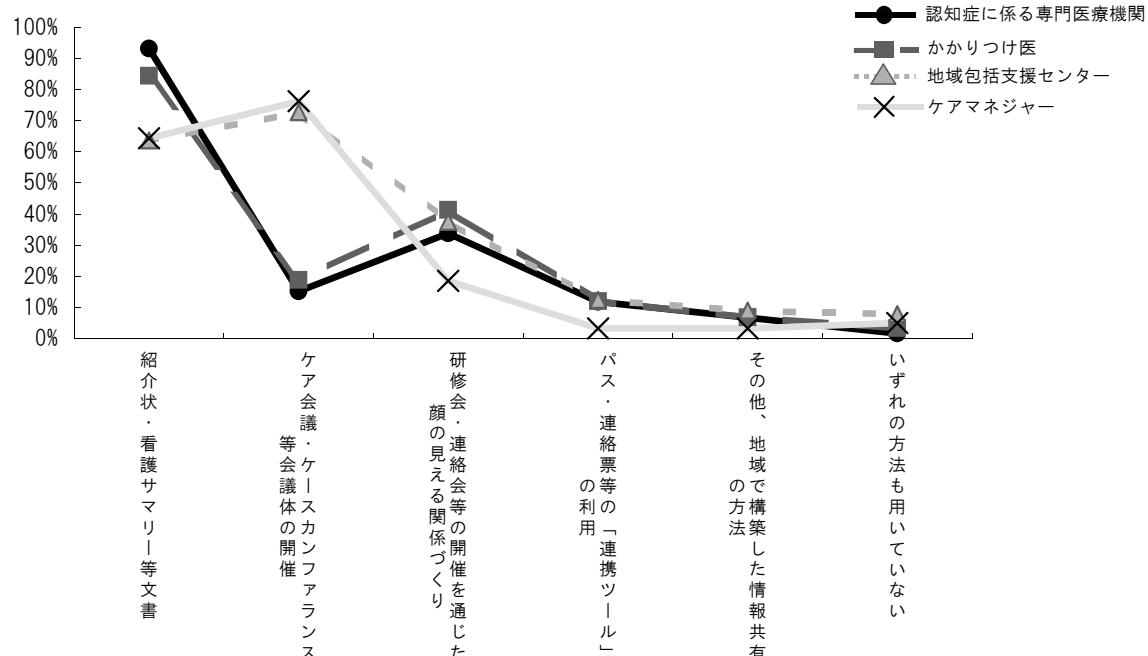
(注2) かかりつけ医に対する調査では、選択肢に「かかりつけ医について」の項目が含まれていないため、線グラフ上の値が空白となっている。

(注3) 下段線グラフにおける認知症に係る専門医療機関の回答で、「認知症疾患等の診断結果」が低い割合となっているのは、診断を実施しその結果を関係機関に提供する側の立場であるためと考えられる。

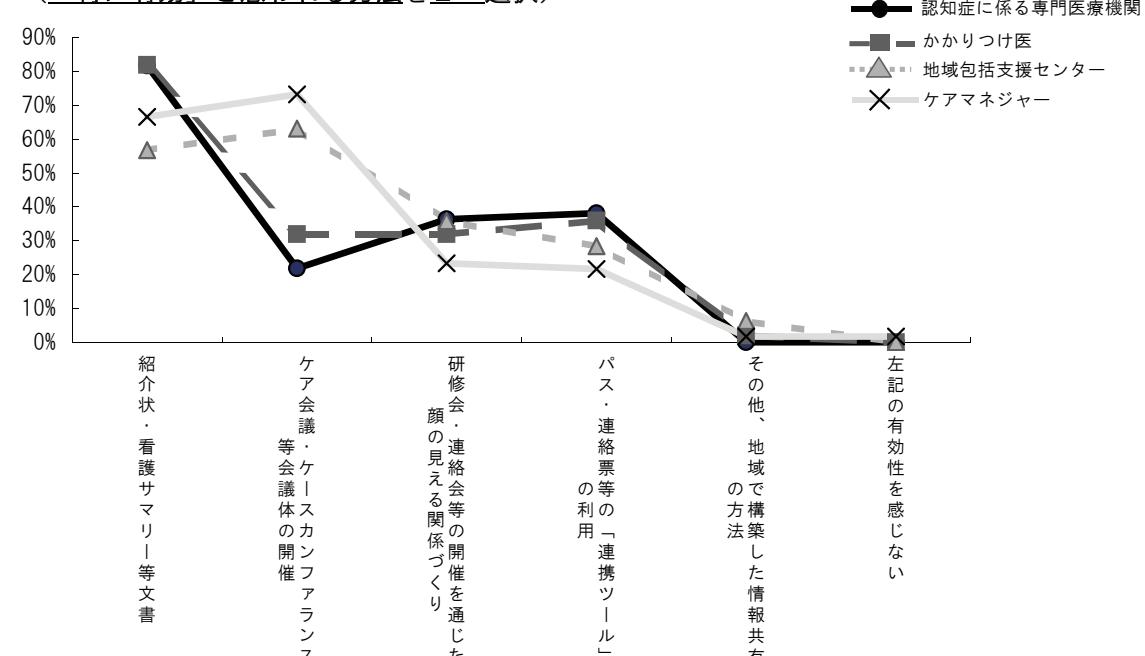
＜場面1＞ 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで
 (質問4) 情報共有の方法について

- <場面1>において、いずれの関係者も実際に用いており、有効と考えているのは、「紹介状・看護サマリー等文書」である。
- いずれの関係者も、「ケア会議・ケースカンファレンス等会議体」及び「バス・連絡票等の連携ツール」を有効と考えている。
 特に、「バス・連絡票等の連携ツール」は、まだあまり活用されていないが、関係者から寄せられる期待値は高い。

◆情報共有を行う際は、実際にどんな方法を用いていますか？（複数回答）



◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
 （「特に有効」と思われる方法を2つ選択）

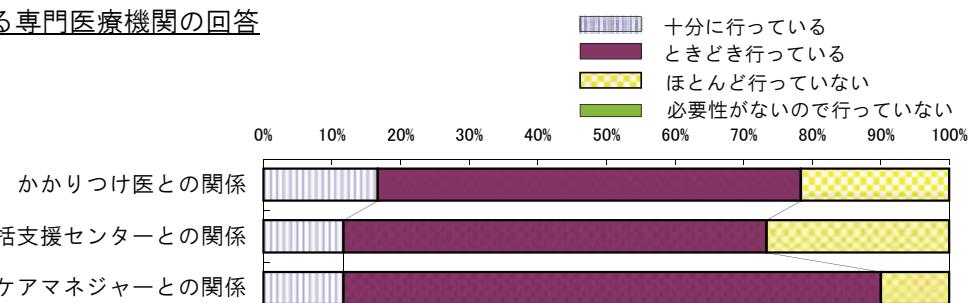


<場面2> 認知症の診断を受けた後の日常診療（療養生活）・介護サービス利用時

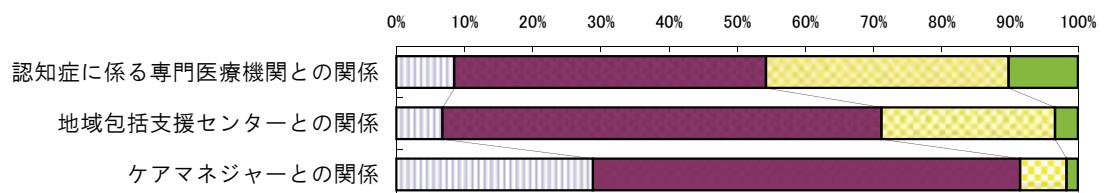
（質問2）各場面において、各関係者との情報共有は十分に行っていると感じていますか？

- <場面2>においては、かかりつけ医やケアマネジャーが認知症に係る専門医療機関とやりとりすることは多くなく、主にかかりつけ医とケアマネジャーとの連携により、認知症の人と家族への支援が行われていることが伺える。

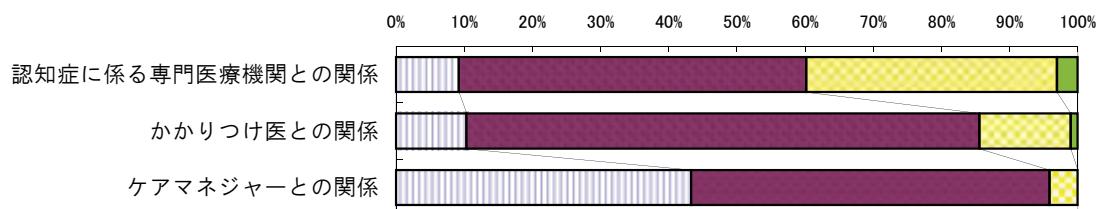
◆認知症に係る専門医療機関の回答



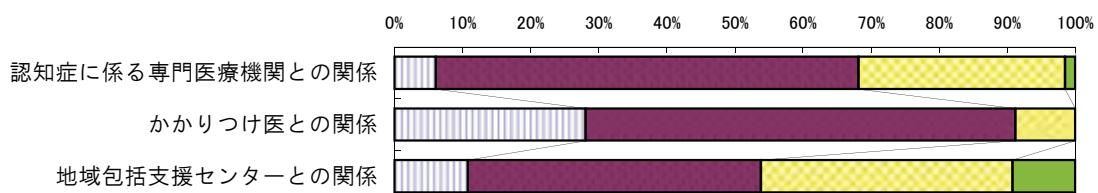
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



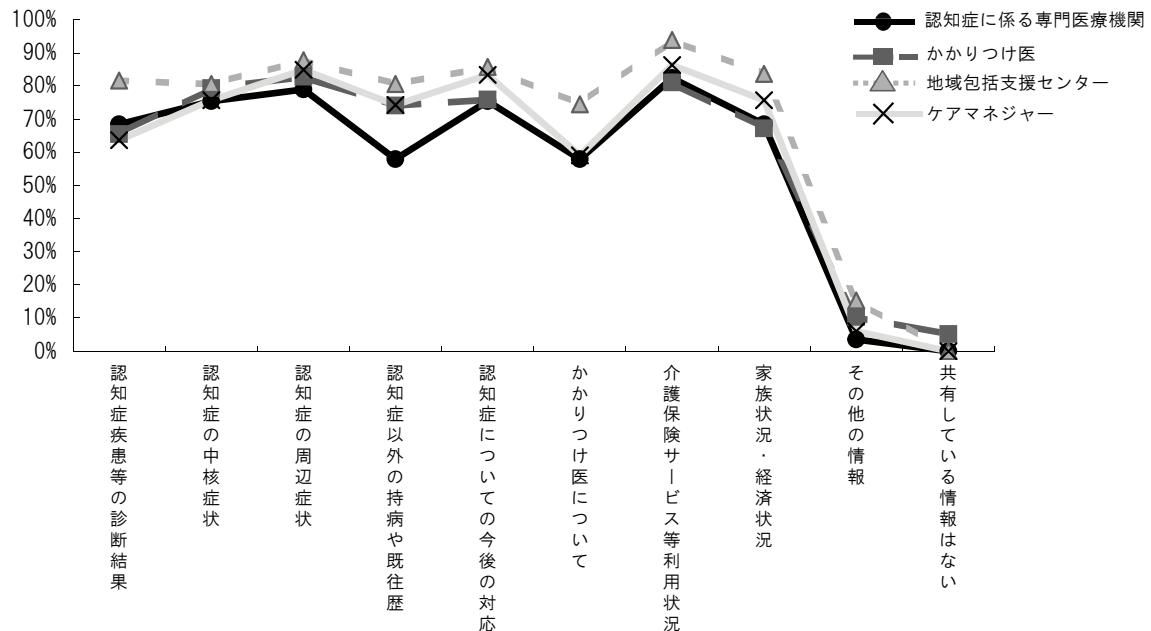
◆ケアマネジャーの回答



＜場面2＞ 認知症の診断を受けた後の日常診療（療養生活）・介護サービス利用時
(質問3) 情報の内容について

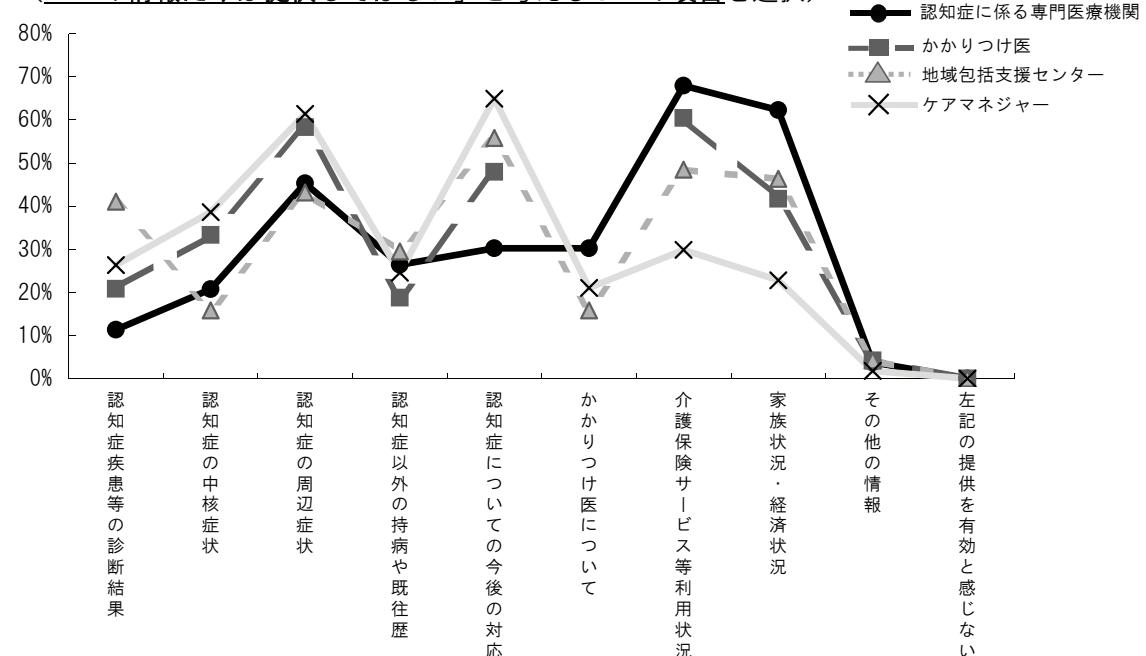
- いずれの関係者も、自らの行う日常診療や支援の中では得られにくい情報を、他の関係者から提供してもらいたいと考えていることが伺える。

◆どのような情報を、関係者と実際にやりとりしていますか？（複数回答）



◆どのような情報を関係者から提供してもらうことができれば、より良い診療・支援が行えると考えますか？

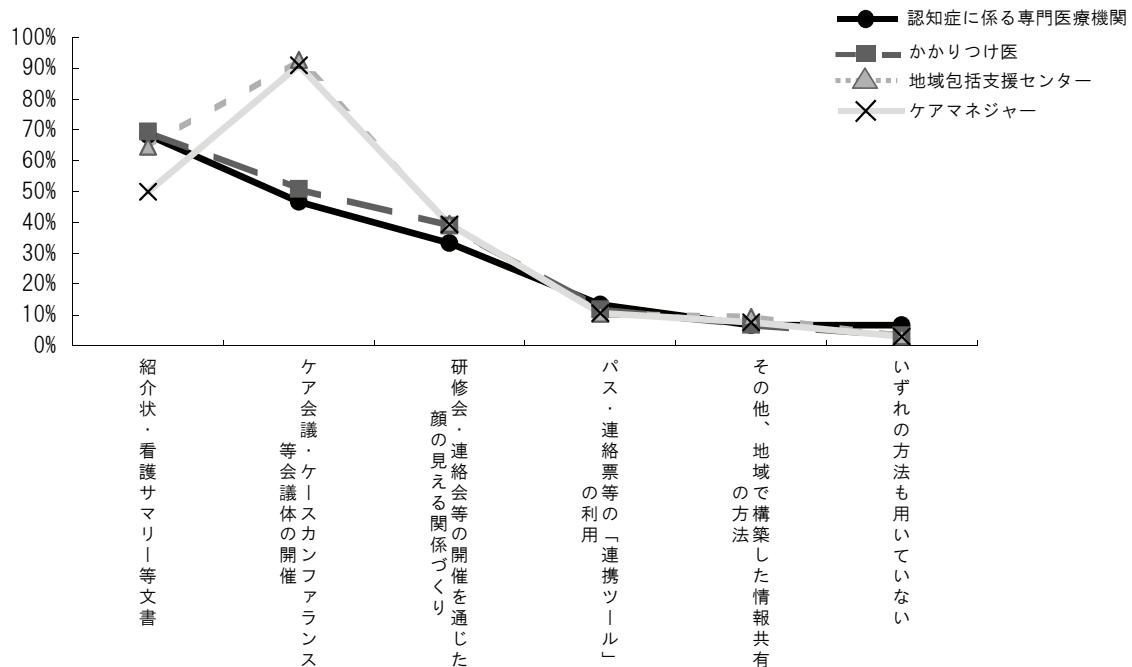
（「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択）



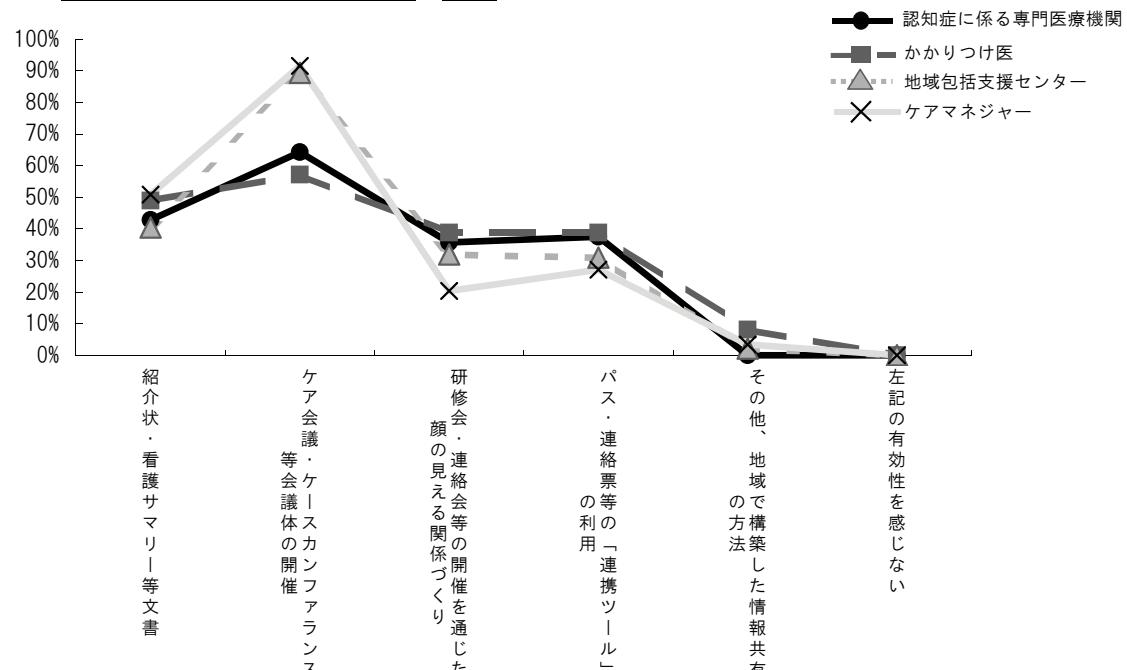
＜場面2＞ 認知症の診断を受けた後の日常診療（療養生活）・介護サービス利用時
(質問4) 情報共有の方法について

- <場面2>において、いずれの関係者についても、「紹介状・看護サマリー等文書」及び「ケア会議・ケースカンファレンス等会議体」を実際に活用していることが伺える。
- 「バス・連絡票等の連携ツール」はまだあまり活用されていないが、関係者から寄せられる期待値は高い。

◆情報共有を行う際は、実際にどんな方法を用いていますか？（複数回答）



◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
(「特に有効」と思われる方法を2つ選択)

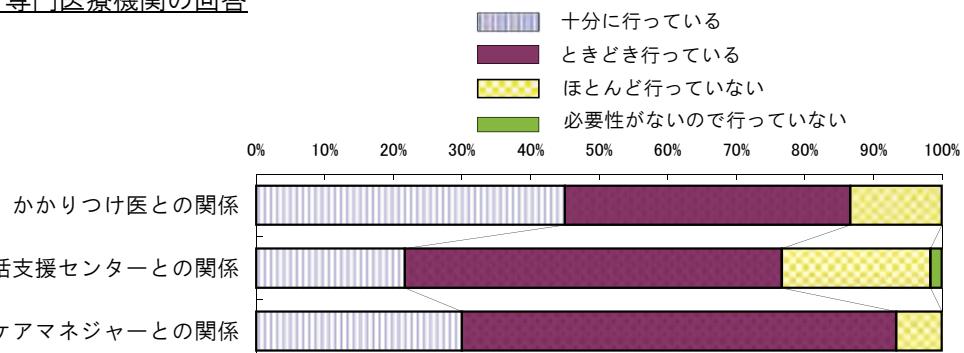


＜場面3＞ 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時

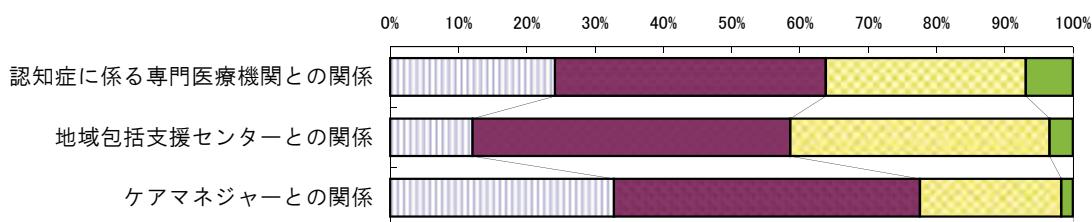
（質問2）各場面において、各関係者との情報共有は十分に行っていると感じていますか？

- <場面3>において、認知症に係る専門医療機関を含む各関係者が通常の場面より頻繁に情報共有を行うことにより、入退院の調整を行っているという構図が伺える。

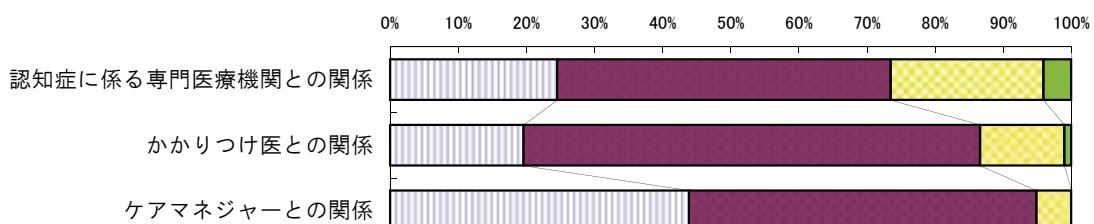
◆認知症に係る専門医療機関の回答



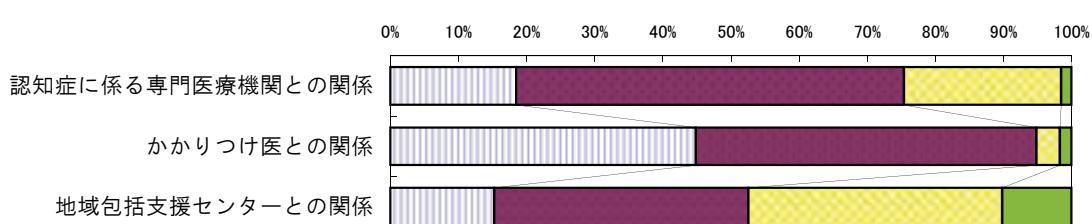
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



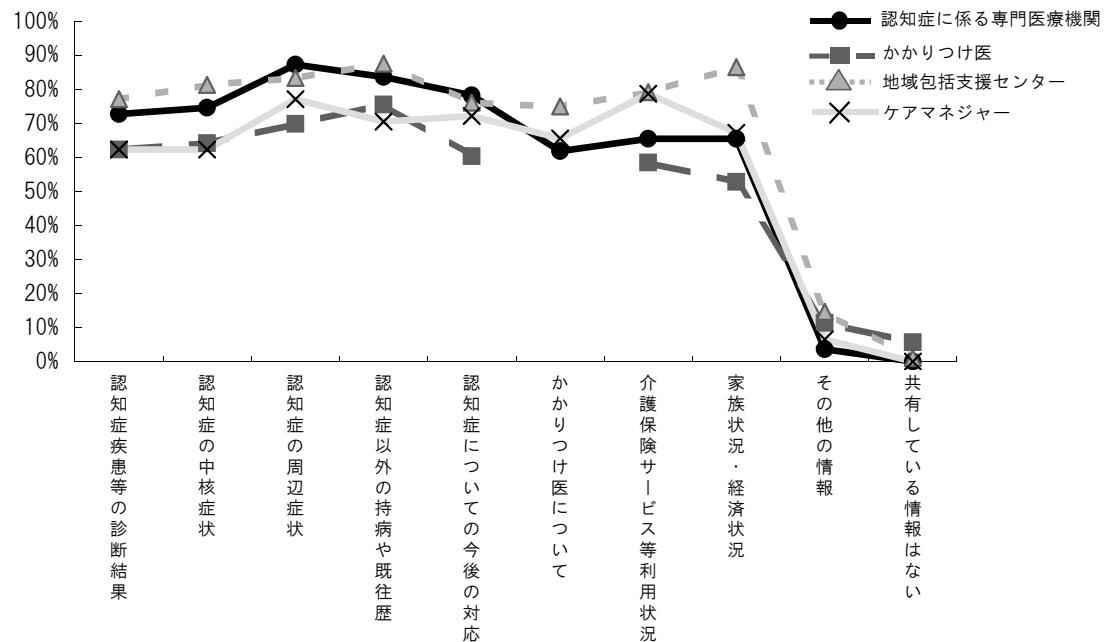
◆ケアマネジャーの回答



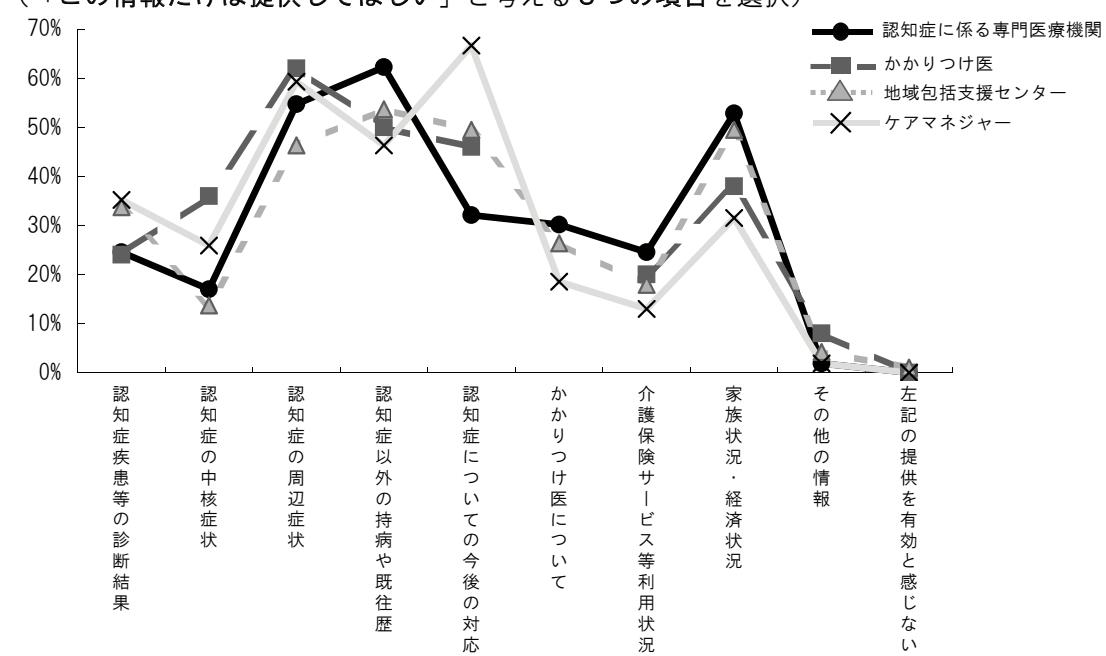
＜場面3＞ 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時
 (質問3) 情報の内容について

- いずれの関係者も、＜場面2＞と同様、自らの行う日常診療や支援の中では得られにくい情報を、他の関係者から提供してもらいたいと考えていることが伺える。

◆どのような情報を、関係者と実際にやりとりしていますか？（複数回答）



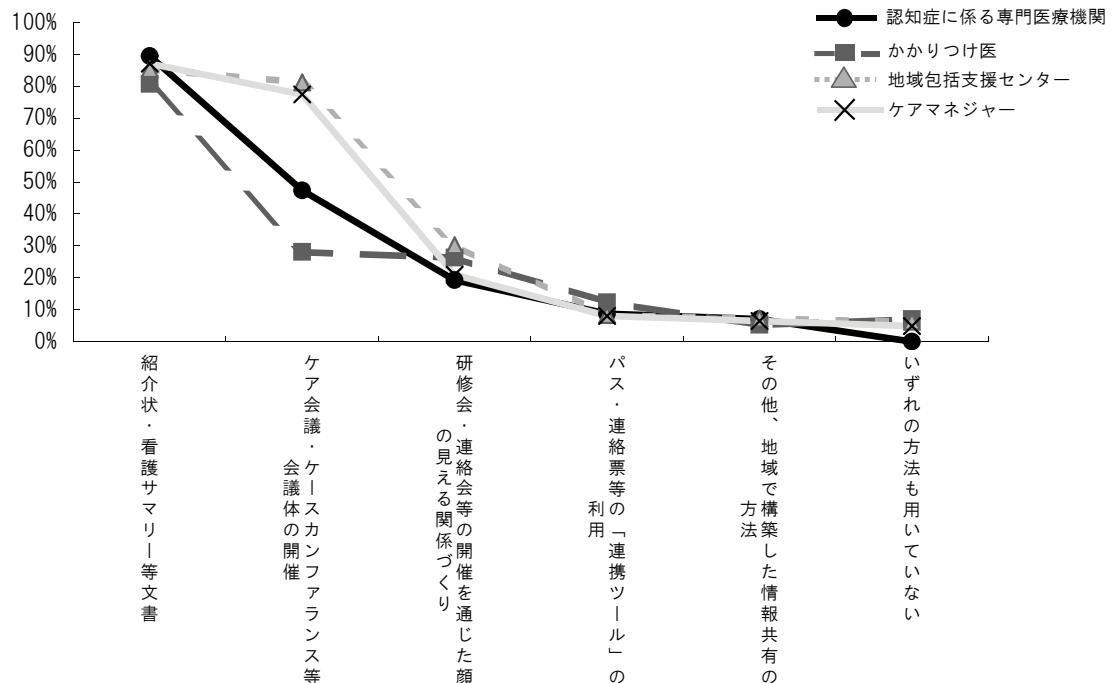
◆どのような情報を関係者から提供してもらうことができれば、より良い診療・支援が行えると考えますか？
 (「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択)



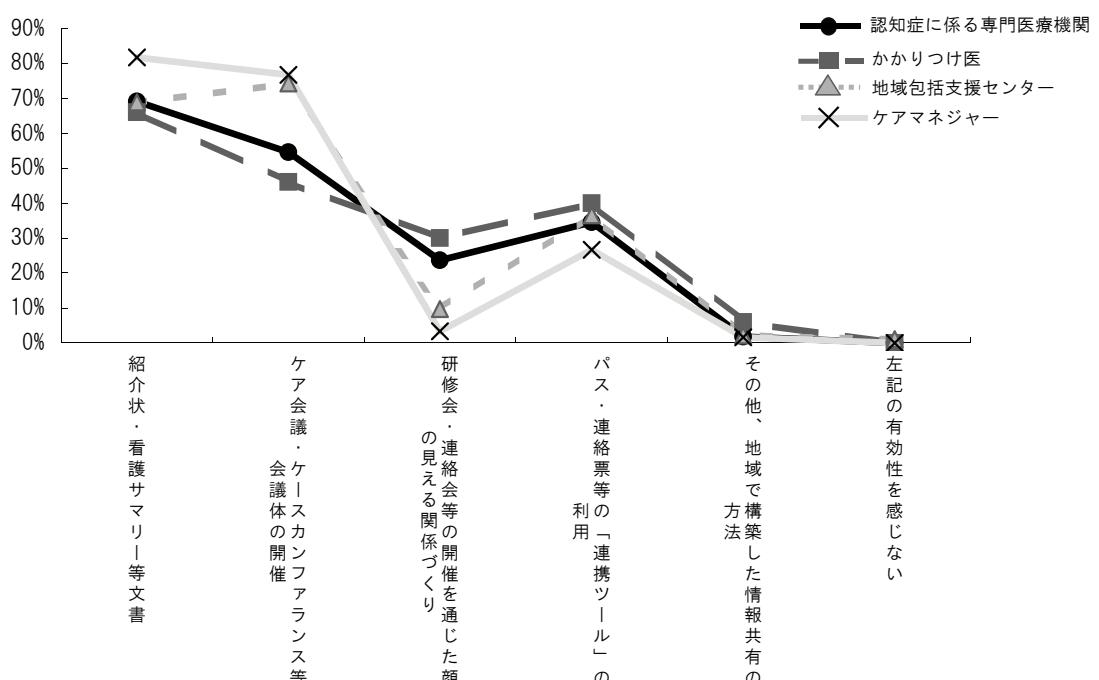
＜場面3＞ 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時
 (質問4) 情報共有の方法について

- <場面3>において、いずれの関係者についても、「紹介状・看護サマリー等文書」を実際に活用していることが伺える。
- 「パス・連絡票等の連携ツール」はまだあまり活用されていないが、関係者から寄せられる期待値は高い。

◆情報共有を行う際は、実際にどんな方法を用いていますか？（複数回答）

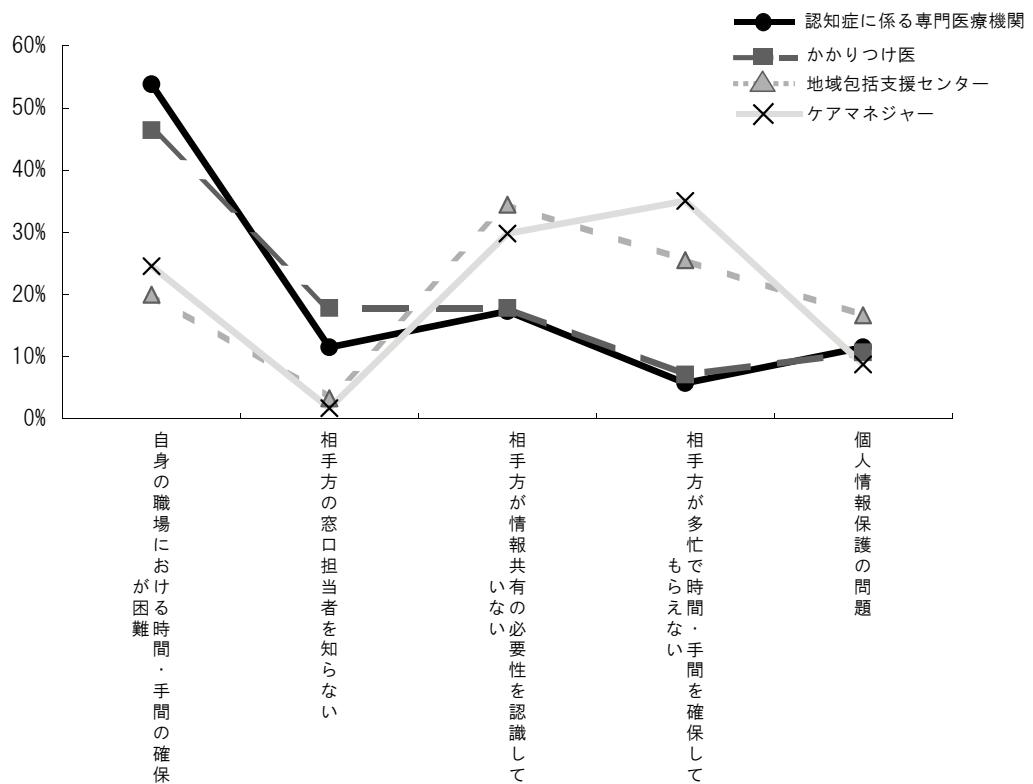


◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
 (「特に有効」と思われる方法を2つ選択)



(質問5) 情報共有が行えない主な要因は何だと思いますか?
(主な要因と思われる項目を1つ選択)

- 医療関係者が多忙で、情報共有のための時間が確保できないことが伺える。
- 情報共有を十分に行うためには、情報共有の必要性を医療側・介護側の双方が十分に認識するとともに、情報共有ツール作成の際には、多忙な中でも各関係者が記載しやすい様式とすることが必要と考えられる。



(質問6) その他、地域連携や情報共有に関して、日頃感じている問題点があれば記載してください。
(自由記載式) ※主な意見を集約

① 情報共有の方法について

〔連携ツール〕

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

・連携ツールとしては、電子媒体を利用した即時の情報共有が望ましい。手紙・書類作成等では手間と時間がかかりすぎる。電話は記録が残らず、相手と自分の時間を同時に消費してしまう。

・お薬手帳のように、「診断名、診断した医師、医療機関」、「介護度」、「特定疾患」、「身障手帳」、「かかりつけ医」など明記した手帳があると便利。

(かかりつけ医からの意見)

・ある程度統一されたパス等はあった方が良い。

(地域包括支援センターからの意見)

・地域の中で生活している高齢者が、受診の際に医療機関へ、状況をうまく伝えることができないケースが多い。受ける医療者側に、問題点が伝わる工夫が必要。

・先方の医療機関なども多忙であり、時間がとれないため、認知症連携ツールは有効と考える。

・患者もしくはその家族が、「認知症医療福祉連携パス」を持ち、情報提示の責任を担うシステムが定着すれば、情報共有の効率化も図れるのではないか。

・基本的に受診同行し、かかりつけ医や認知症専門医療機関にて情報を交換している。文書でやり取りできればよいが、医療機関によりやり方が違うことが多い。統一のツールがあるとやりやすい。

(ケアマネジャーからの意見)

・パスは簡単に作れると思う。それよりも、それが有効に使われる手立てを考えた方が良い。

・ケアマネは、とかく時間の捻出が難しいため、面会面談を調整してやりとりすることが物理的に困難な場合が多い。その際、何らかの連携ツールがあると正確な情報のやりとりが可能となる。

〔文書〕

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

・入院症例にはカンファレンスが行われているが、外来は患者数が多く、文書でのやりとりが大半。

(地域包括支援センターからの意見)

・退院時カンファレンスを開催しないことも多く、看護サマリーで済まされることが多い。

〔顔の見える関係〕

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

・日頃から顔の見える関係づくりをしていれば、連携を取りやすいため、十分に連絡調整を行うことができるが、そうでないと情報共有が不足している場合が多い。相手方の置かれている状況や、人柄を理解していないと相談が難しい場合もあるので、日頃から交流を持つということが大切。

(かかりつけ医からの意見)

・相互の意見交換が重要だが、顔の見える関係を作る機会(例えば研修会・会議など)が少ないこと、またそのようなシステムが構築されていない。

(地域包括支援センターからの意見)

- ・かかりつけ医や専門診断医との連携は、相手方が多忙である為平日の業務の中で連携を取れる時間が少なく、また時間を持ってもらうことが大変申し訳なく感じる。定期的な交流会等も無いため、いざというときに連携を取ろうとしても顔が見えない状況で取ることになり、お互いにストレスとなっている。

[関係機関のデータベース]

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

- ・医療機関情報が検索できるデータベースが必要。

[役割の整理]

(ケアマネジャーからの意見)

- ・誰がどのように関わることによってより良い支援が実現するのか、共通認識がなければ不要な時間や手間になってしまう。

[相互理解]

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

- ・医療機関で必要とする情報と介護機関で必要とする情報の質が違う。その点を互いに理解する必要がある。

[個人情報保護]

(かかりつけ医からの意見)

- ・ケアマネジャー や関係者からの問い合わせがあれば、共有が可能と考えるが、こちらから情報を流すことは、個人情報のため困難。

(地域包括支援センターからの意見)

- ・多くの医療機関等で連携は取り易くなっていると思うが、まだ”個人情報の壁”に阻まれることも少なくない。連携ツールなどをきちんと作成し、互いに必要な情報を安全な形でやり取りできるようになると良い。

(ケアマネジャーからの意見)

- ・個人情報の問題もあり、内容によっては情報共有が難しい点がある。

[診療報酬]

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

- ・医療機関から相談機関への連絡ツールが重要と考える。これに対して、僅かでもincentive(診療報酬)が付与されればツールを活用した情報共有が有機的に運用される。

(かかりつけ医からの意見)

- ・業務時間内で調整、連携は困難。外来業務のたびたびの中断等があり影響がある。MSWもいなない中、時間のみかかり報酬もない。

[本人を中心]

(地域包括支援センターからの意見)

- ・認知症の方、本人を中心として、情報共有や連携ができればと思う。

② 医療の現状について

〔認知症の疑いから受診までの場面〕

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

- ・認知症の専門外来は地域で増えているが、大学病院レベルの認知症専門外来の患者数は、加速的に増える一方。
- ・全体的に認知症の専門外来が少ない。
- ・かかりつけ医からの紹介状の内容が十分ではない。

(かかりつけ医からの意見)

- ・長年単身で放置されていた認知症者が、問題行動が著明となってはじめて受診する例が時々ある。病前の生活の実態や病歴、合併症など全く不明のまま見込みで診療をせざるを得なくなる。
- ・診療科を問わずに、かかりつけ医が認知症初期段階でゲートキーパーとしての役割を果たす必要がある。
- ・認知症患者がどんどん増えているにも関わらず、その中核となる専門病院の対応が不十分、かつ紹介しても診察が数か月待ちというような状況。病院側の受け入れ体制の拡充が必要。

(地域包括支援センターからの意見)

- ・かかりつけ医が認知症専門医ではなく、内科等にかかっている場合、専門医に移行することが困難。高齢者は、かかりつけ医に気兼ねして専門医の受診を受けられずにいる。
- ・本人・家族の医療機関を受診することへの心理的抵抗、医師との関わりの難しさがあり、こと認知症に関しては敷居の高さを感じる。
- ・認知症の方は、自覚がないため受診を拒否されることが多い。精神科医師による往診があるといい。
- ・独居で、介護サービスを受けていないと、認知症が進んだ場合、医療が途切れてしまう。その結果、症状が進行し、問題が出現するまで誰も気付かない。
- ・当事者(家族)が、認知症診断・治療を必要と認識していないことも多く、介護の限界にならないと相談につながらない。
- ・認知症について、医療側へ症状を訴えても、問題だと認識してもらはず、「年のせい」で終わってしまうことがある。
- ・介護保険制度への理解が乏しい医師もいるので、必要な医療情報がなかなか届かず、サービスの導入が遅れることがあった。
- ・医療連携室などの設置がある病院については、比較的連携がしやすいものの、連携室のない医療機関とはなかなか連携を取りにくくい場合が多い。
- ・専門病院で診断が出て治療方針が出た後は、近くのかかりつけ医でフォローして、連携を図ってもらえると、受診もしやすくなる。

(ケアマネジャーからの意見)

- ・認知症の兆候があり、家族に専門医の受診を勧めるが、家族の受容ができず、なかなか専門医の受診につながらないケースがある。
- ・内科のかかりつけ医がアルツハイマーと診断しても様子観察のみで、専門医を勧めず、このままでいいのかと思うことがある。問題行動が大きいと家族も慌て、色々動かされるが、ある程度生活ができる方は特に検査をしようと思わない。家族を含め一般市民に認知症への理解を深めてもらうことが大切。

- ・認知症で独居のケース等地域包括から依頼が来て、その後の支援等あまり協力してくれているとは思えない。まだまだ連携を実感できるケースはない。
- ・認知症の診断について、症状の特徴などを説明して、フォローできる医師はほとんどいない。
- ・認知症の診断まで時間がかかりすぎる、予約が取れない。

〔日常診療（療養生活）・介護サービスの利用の場面〕

（認知症に係る専門医療機関からの意見）

- ・かかりつけ医が認知症をよく診てくれない。全ての認知症が集まつてくる現状。
- ・認知症患者は本人から本人の情報を正確に得られない分、本人に関わる患者の家族や普段関わっている在宅サービス職員、かかりつけ医などからの情報が、外来や入院時にも特に重要で、その情報量と正確さが診断や対応を左右する。

（かかりつけ医からの意見）

- ・認知症患者を介護している家族（関係者）の不安などに対する具体的な対応を、各個人にその都度説明・指導していると、長時間かかり外来が進まないので、定期的に講演会などを開き、家族など各自の対処法などを勉強してもらうと良い。
- ・認知症専門医療機関の医師が認知症に係る情報共有の必要性を感じていない。病院では、認知症の中核症状の薬の定期処方と数か月に1回の検査だけにも関わらず、かかりつけ医に戻さない。
- ・病院医師は、生活の中での認知症ケアについて、その困難性、負担感を余り感じていない。病院での診断と治療が思考や対応の中心になるので、自宅での対応のしやすさを考慮していない。

（地域包括支援センターからの意見）

- ・認知症を継続的かつ専門的にフォローできる地域の医療機関が決定的に少ない。
- ・対象者の主治医が内科医や整形外科医というパターンが多いが、軽度の認知症と思われる状態で、最も医療的なフォローが必要な場合であっても、しかるべき対応（精神科や神経内科などへの紹介）が図られる事が少なく、認知症治療薬が便宜的に処方されている事も少なくない。
- ・対象者の急激な増加に対して、少数の医療機関及び医師が対応している傾向にあり、「一極集中」のような状況になっている。ゆえに、情報共有等に関しても、時間確保などが非常に難しい。
- ・ケアマネジャーや地域包括職員だけで行くと受診として算定できないといわれ、相談に乗ってもらえないことがあった。医師会と介護保険事業所が話し合いを進め、地域独自の連携ルール等を決めていく必要がある。
- ・受診の際、医師より説明を聞きたくて本人と同行しても、十分な説明を受けられない場合がある。在宅が増えている現状では、生活の困難な部分も認識してもらえると、もっと連携が図れる。

（ケアマネジャーからの意見）

- ・専門医ではないかかりつけ医が治療を継続し、重度になって手に負えなくなつてから専門医につなぐため、家族が疲れてしまう。
- ・正確な診断が必要なため認知症に係る専門医療機関を受診するが、診断確定後、地域のかかりつけ医との十分な連携が必要なところ、それが出来ていない。
- ・ケアマネジャーと医師との連携は欠かせないものとなっており、介護保険の浸透により主治医も制度開始当初よりは協力的なものとなっている。ただ、受診の付添やカンファレンスによる連携が図れても、在宅生活の助長や認知症の進行についての欲しい情報については、適確な意見がもらえないことが多い。
- ・サマリー等、専門用語の理解が不能。

- ・医療関係者と介護関係者での立ち位置の違いからか、連携が図りづらく、介護関係者からは、敷居が高い。
- ・主に医師が多忙であること、個人情報保護の点から、診察に同行しなければ情報をもらえない。

〔身体合併症・周辺症状による入退院時の場面〕

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

- ・認知症のある身体疾患で、受診相談や入院相談を受ける際に認知症は手のかかる患者との認識が強いため、受入調整に時間をとられる。本来認知症でBPSDが強くなく、認知症の理解や対応能力があれば、一般病棟で十分に対応が可能なはず。
- ・発熱など普通であれば様子観察で済むのに、せん妄等があるので近隣施設から入院させて欲しいと依頼されることがある。認知症は進行性で悪化するが、急激な症状の変化は発熱などのちょっとした身体症状でみられることがあるという事の理解がない。
- ・入院など濃密な対応を要する場合にも、相手方から認知症に関する充分な情報(あるいは正確な情報)が得られない。
- ・BPSDが強く入院を希望されても、緊急入院の受け皿を探すのに時間を要する。

(かかりつけ医からの意見)

- ・緊急時には、認知症があるというだけで身体合併症の際の入院を断られることがある。
- ・急性期医療機関における医師・看護師の認知症対応力・理解力の底上げが必要。
- ・病診連携はそこそこできているが、BPSDが悪化した時の緊急入院や緊急ショートの対応ができない。

(地域包括支援センターからの意見)

- ・認知症が悪化し、入院治療が必要となった時のシステムが不十分。

(ケアマネジャーからの意見)

- ・比較的地域連携は取っていただけているが、夜間や休日に周辺症状が強く出て、家族では対応できない時などの対応に協力して頂ける先が少なく不安。

〔全体〕

(かかりつけ医からの意見)

- ・医師は忙しい理由はよく理解できるが、医師主体で積極的に協力する姿勢を見せてほしい。

(地域包括支援センターからの意見)

- ・同じ言葉でも使う職種によって意味するものが違うことがあり、情報の共有がスムーズにいかないことがある。

③ 介護の現状について

〔地域包括支援センターについて〕

(かかりつけ医からの意見)

- ・地域において、初期認知症すでに生活に支障をきたしている患者を地域包括に紹介しても、本人が希望しないという理由で全く介入せず、結局は生活が破綻した患者がいた。

(地域包括支援センターからの意見)

- ・介護予防支援業務に追われ、手が回らない。

・地域包括支援センターは、サービス開始や受診開始につながるまでと、サービス利用後の問題発生時が主として関わる場面となっている。困難事例となったときに連携や共有が特に大切。

・自治体が高齢者の住民を対象にスクリーニングや診断のシステム等を作らない限り、地域のどこに認知症高齢者がいるのか、地域包括支援センターでは把握しきれないのが現状。

(ケアマネジャーからの意見)

・地域包括支援センターにもよるが、「介護支援専門員がついている人ならそちらでやってくれ。他で手一杯」と言われることがあり、連携が取りづらいことが多い。

・地域包括が関わっていても介護サービスの利用につながるまで時間がかかることがある。

〔ケアマネジャーについて〕

(認知症に係る専門医療機関からの意見)

・ケアマネジャー等が家族に、専門医への受診をすすめるが家族まかせで、情報提供がほとんどない。

・「入院したからもう手が出せない」と丸投げするケアマネジャーが多いように感じる。

(かかりつけ医からの意見)

・ケアマネジャーに、認知症患者の医療ニーズに早く気付き、医療職と連携する為の支援が必要。特に在宅系の利用者・療養者が急増していること、在宅医療の多くの部分が認知症関連であることに医療側と介護側、互いに危機感を持ちたい。

・診断後、ケアマネジャー等から情報がもらえないで、環境などがよく分からないことが多い。

(地域包括支援センターからの意見)

・ケアマネジャーが問題意識を持っていても、専門医療機関との連携の仕方が分からぬ場合がある。

・ケアマネジヤーや地域包括職員も対象者の症状が悪化し、問題行動が頻繁になり、家族や地域などの声が大きくなるまで、状況を見守らざるを得ない状況もある。

(ケアマネジャーからの意見)

・ささいな事柄でも、情報として連携を取り合っている。基本中の基本だが、ささいな事が後に役立つていると思う。

〔介護職について〕

(かかりつけ医からの意見)

・介護職も、どしどし医師に聞いて行く姿勢がほしい。(怒られてもあきらめない。)

④ その他認知症支援全般について

〔連携〕

(地域包括支援センターからの意見)

- ・様々な職種の連携には、基礎知識の差があることなど、同レベルで情報交換を行うことの困難さを感じる。
- ・対等な立場でお互いの仕事や役割を理解することが連携や情報共有には必要。

〔地域〕

(地域包括支援センターからの意見)

- ・認知症中等度以上の独居の方が在宅生活を送っていくにあたり、周辺行動(外で排泄等)、不衛生な身なりや火の不始末への不安等で近隣住民や店舗から施設への強制入所を依頼する相談が多い。認知症を理解し、在宅生活を続けることを受け入れてもらえるようなコミュニティ作りの難しさを日々痛感している。
- ・認知症の診断を受けても、それを受け止めて地域の中で生活を続けていかなくてはならない。特に、行動・心理症状が著明に見られる場合などは、関係機関の連携のみならず、地域の住民の方との連携等が必要となる。そのためには、地域の住民等が病気としての認知症、また症状に応じた対応などの理解をして、地域で認知症の方を受け入れができるようにしていく必要がある。
- ・地域で認知症高齢者を支えていくためには、多機関の連携が今まで以上に求められると思うが、地域の住民へ、認知症の理解が深まるように、認知症サポーター養成の講座開催など、さらに取り組んでいくことも、スムーズな連携には必要だと感じている。

〔家族介護者〕

(地域包括支援センターからの意見)

- ・認知症のBPSDや摂食、排泄、入浴、身辺整理などのADL動作の障害は、家族介護者にとって大きな負担となり、これらに住宅環境の問題や経済的負担、親族関係の問題が加わることで、介護者のストレスはますます増強され、これらが認知症本人のBPSDをさらに増強させる。また、サービス利用にも弊害となってしまう現実もあり、本人・家族を取り巻く環境は厳しい。

〔行政〕

(地域包括支援センターからの意見)

- ・行政の主体性を持った方向性の提示・舵取りがほしい。
※医師会等との組織間折衝等、現場同士が動きやすく、連携しやすい土壤作りをお願いしたい。

2プロック

「八王子市医療と介護の連携ガイド」(八王子市作成)より抜粋

※ この図は、同ガイドに掲載されている関係機関の位置関係を地図上で分かりやすく示したもので

あります。

※

この図は、同ガイドに掲載されている関係機関の位置関係を地図上で分かりやすく示したもので

あります。

△ 短期入所生活介護

△ 短期入所療養介護

△ 介護老人福祉施設

△ 介護老人保健施設

△ 認知症対応型共同生活介護

△ 小規模多機能型居宅介護

△ 地域密着型介護老人

△ 福祉施設入所者生活介護

● 診療所

● 病院

◆ 歯科診療所

◆ 居宅介護支援

◆ 通所介護

◆ 通所リハビリテーション

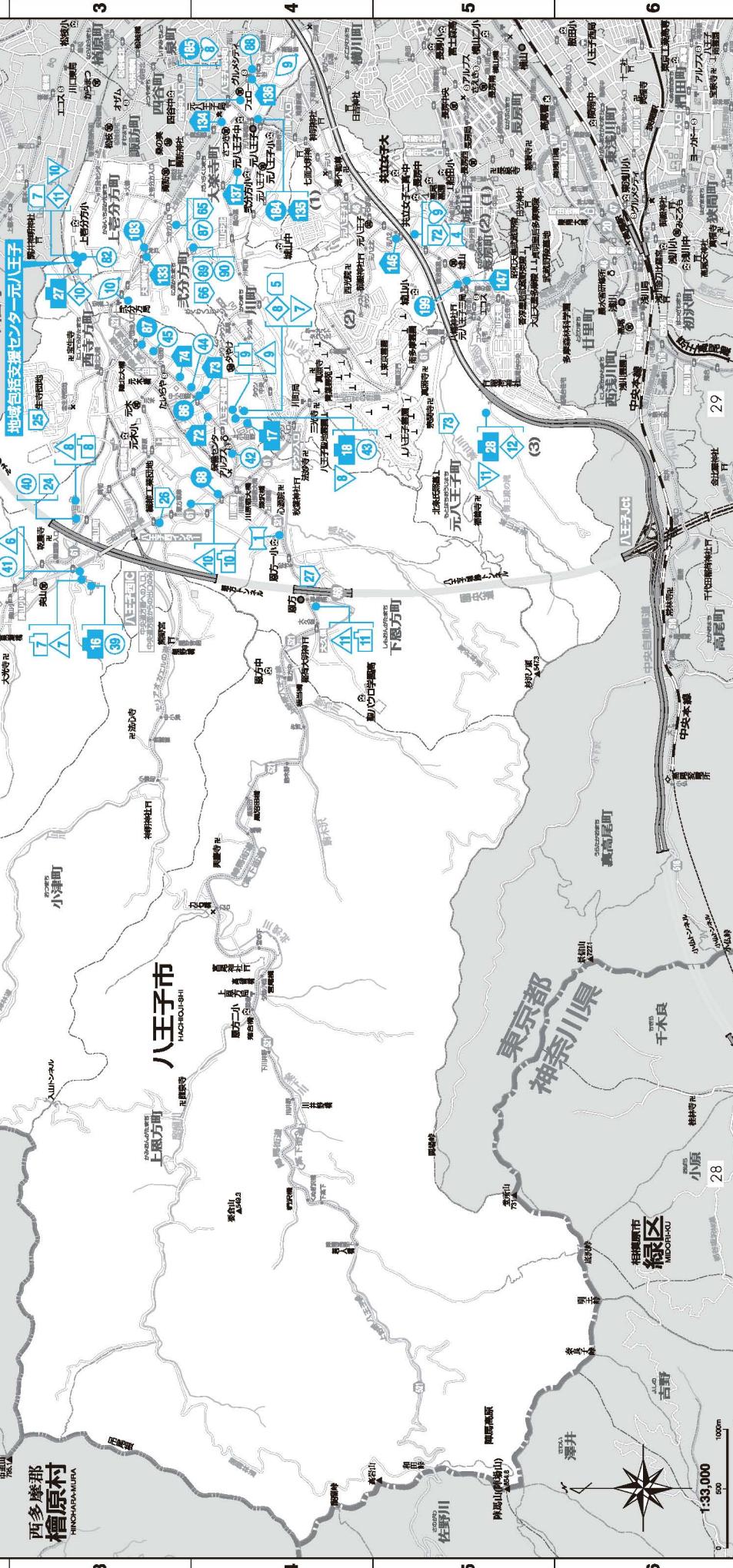
◆ 訪問看護

◆ 訪問リハビリテーション

△ 通所リハビリテーション

△ 訪問看護

△ 訪問リハビリテーション



「八王子市医療と介護の連携ガイド」(八王子市作成)に掲載されている各機関の情報

※ 主な機関についてのみ、掲載情報を例示しています。

【病院】

① □□病院									地図索引	P.○○	A-○		
所在地							ホームページアドレス						
代表TEL			代表FAX				E-mail						
院長					正式名称								
病診連携	担当医師名					担当看護師							
	担当事務職			担当部署名			TEL			FAX			
身体障害者福祉法に基づく指定医師													
交通													
駐車場				車椅子での移動		道路～入口：(例) 可			病院内：(例) 可				
標榜科目													
得意分野													
医療設備	(例) 心電図 一般X線撮影装置 超音波診断装置								人工透析				
診療日・診療時間		月	火	水	木	金	土	日	診療時間	受付時間	予約制	備考	
	午前	○	○	○	○	○	○						
	午後	○	○	○	○	○							
	休診日												
保険等									薬の処方				
院内介助				救急告示					2次救急		外国語対応		
病床区分	一般病床		療養型病床		精神病床				その他				
			医療保険	介護保険	精神病棟	アルコール病棟	認知症療養病棟	回復期リハビリ病棟	特殊疾患療養病棟				
認知症対応	どんとこいドクター									どんとこいナース			
	認知症対応 (D-Net項目)			(例) 相談 診断 外来治療 入院 主治医意見書の作成									
				詳細									
	来院時の注意			(例) 事前に予約をお願いします。									
在宅医療	往診	(例) 有り	曜日・日時等			(例) 平日日中のみ			地域				
		対象	(例) かかりつけの患者さんのみ行う						備考				
	訪問診療	(例) 有り	対象	(例) かかりつけの患者さんのみ行う				備考					
	訪問看護(医療保険)	(例) 無し	在宅療養支援病院			(例) 該当する			在宅での看取り	(例) 有り			
	在宅療養指導	(例) 在宅酸素療法 在宅自己注射											
介護保険	主治医意見書の記載		(例) 自分の診ている患者さんなら記載する						備考				
	訪問看護(介護保険)				居宅療養管理指導					訪問リハビリ			
	その他の介護サービス												
	併設施設・事業等												
入退院相談	担当部署		(例) 医療相談室		TEL			担当職員					
ケアマネジャーとの連携	連絡受付窓口担当部署		(例) 医療相談室		TEL			担当職員					
	連絡手段・時間		(例) 電話、FAX										
	ケアマネジャーへの要望												
特色等													

【診療所】

① □□クリニック								地図索引 P.○○ A-○			
所在地					ホームページアドレス						
代表TEL		代表FAX		E-mail							
医師				正式名称							
病診連携	担当部署名					連携担当者					
身体障害者福祉法に基づく指定医師	(例) 有り					入院施設	(例) 無し				
交通					車椅子での移動		道路～入口	(例) 可	診療所内	(例) 可	
駐車場				車椅子での移動		道路～入口	(例) 可	診療所内	(例) 可		
標榜科目											
得意分野											
医療設備	(例) 心電図 呼吸機能検査装置 一般X線撮影装置										
診療日・診療時間	月	火	水	木	金	土	日	診療時間	受付時間	予約制	備考
	午前	○	○	○	○	○				(例) 無し	
	午後	○	○	○	○						
保険等									薬の処方		
認知症対応	どんとこいドクター										
	認知症対応 (D-N e t項目)		(例) 相談、主治医意見書の作成								
	来院時の注意		(例) 患者関係者または家族同伴								
在宅医療	往診	(例) 有り	曜日・日時等						地域		
	対象	(例) かかりつけの患者さんのみ			備考						
	訪問診療	(例) 有り	対象	(例) かかりつけの患者さんのみ			備考				
	訪問看護	(例) 無し	在宅療養支援診療所	(例) 該当する			在宅での看取り		(例) 有り		
在宅療養指導	(例) 在宅酸素療法 在宅自己注射										
介護保険	主治医意見書の記載		(例) かかりつけ医のいない患者さんも記載する						備考		
ケアマネジャーとの連携	居宅療養管理指導		(例) 有り						併設施設・事業等		
	連携担当部署名		(例) 院長						連携担当者		
	連絡可能時間		(例) いつでも			診療時の患者さんとの同席			(例) 可	連絡手段	(例) 電話・FAX
その他の要望											
特色等											

【居宅介護支援事業所】

① □□居宅介護支援事業所				地図索引 P.○○ A-○			事業者番号		oooooooooooo			
法人名					特定事業所加算							
所在地		ケアマネジャー数	常勤		非常勤		主任ケアマネジャー					
代表TEL		代表FAX					サービス地域					
E-mail												
ホームページ					併設サービス							
受付時間								特色				
受付休日												
相談担当者												

【通所介護事業所(デイサービス)】

① □□デイサービスセンター				地図索引 P.○○ A-○			事業者番号		oooooooooooo	
法人名				定員			施設区分			
所在地				入浴介助		特別入浴介助(機械浴等)				
代表TEL		代表FAX		保険外でかかる費用						
E-mail										
ホームページ				併設サービス						
サービス時間				特色						
サービス休日										
サービス地域										
相談担当者										

診療情報提供料(診療報酬)・居宅療養管理指導費(介護報酬)について

[平成 24 年 3 月時点]

① 診療情報提供料(診療報酬)

◆ 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成 22 年厚生労働省告示第 69 号)より抜粋

B009 診療情報提供料 (I) 250 点

- 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに
対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、
紹介先保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。
- 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市
町村又は指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者
に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に
限り算定する。
- 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、診
療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り
算定する。
- 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療
センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知
症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場
合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

◆ 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成 22 年 3 月 5 日付保 医発 0305 第 1 号)より抜粋

B009 診療情報提供料 (I)

- 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定め
る様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に
交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提
供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。
 - ・ 下記以外の場合 別紙様式 11
 - ・ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等 別紙様式 12 から別紙様式 12 の 4

<通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、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
れている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

② 居宅療養管理指導費(介護報酬)

- ◆ 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成 12 年厚生労働省告示第 19 号)より抜粋

居宅療養管理指導費

医師又は歯科医師が行う場合

- (1) 居宅療養管理指導費(Ⅰ) 500 単位
- (2) 居宅療養管理指導費(Ⅱ) 290 単位

○ 通院が困難な利用者に対して、指定居宅療養管理指導事業所の医師又は歯科医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、指定居宅介護支援事業者その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供(利用者の同意を得て行うものに限る。)並びに利用者若しくはその家族等に対する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の指導及び助言を行った場合に、1 月に 2 回を限度として算定する。

- ◆ 「『指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について』等の一部改正について」(平成 21 年 3 月 6 日付老発第 0306001 号等)より抜粋

居宅療養管理指導費

医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

- 「情報提供」及び「指導又は助言」の方法

- ケアマネジャー等に対する情報提供の方法
ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする(必ずしも文書等による必要はない。)。
当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」について、原則として、文書等(メール、FAX 等でも可)により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

(情報提供すべき事項)

- (a) 基本情報(医療機関名、住所、連絡先、医師・歯科医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等)
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項

※ 前記に係る情報提供については、医療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできるとする。

- 利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。

診療情報提供料の別紙様式（抜粋）

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師名 印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業	

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

備考 1. 必要がある場合は統紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等の欄に紹介先保険業局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(別紙様式12)

情報提供先市町村 市町村長 殿 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号 医師氏名

患者氏名 性別 (男・女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日 生 (歳) 職業

住所 電話番号

診療形態 1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日) 情報提供回数 回

傷病名	1. 腸便塞 (7. 脳血管 4. 脳塞栓 9. 不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血
(疑いを含む)	4. その他の脳血管障害
発症年月日 受診年月日	平成 年 月 日 平成 年 月 日
初発 / 再発	1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
A 準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
B 寝たきり 1	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
C 寝たきり 2	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助をする。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動 自立・一部介助・全面介助	食事 自立・一部介助・全面介助
排泄 自立・一部介助・全面介助	入浴 自立・一部介助・全面介助
着替 自立・一部介助・全面介助	整容 自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。
II 日常生活中に支障を及ぼすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられる。
III 日常生活中に支障を及ぼすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
IV 日常生活中に支障を及ぼすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体状態がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 無 訪問看護 有 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意 1. 必要がある場合には、統紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所 年 月 日

担当 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師名

患者氏名	性別 男・女
患者住所	明治・大正・昭和 年 月 日 生 (歳)
電話番号	
患者住所	
情報提供の目的	
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日: 昭和・平成 年 月 日
	発症日: 昭和・平成 年 月 日
その他の傷病名	
傷病の経過及び治療状況	
診療形態	外来・訪問診療・入院 入院患者の場合 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に関する留意点等	
障害高齢者の生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □II □IIa □IIb □III □IIIa □IIIb □IV □M

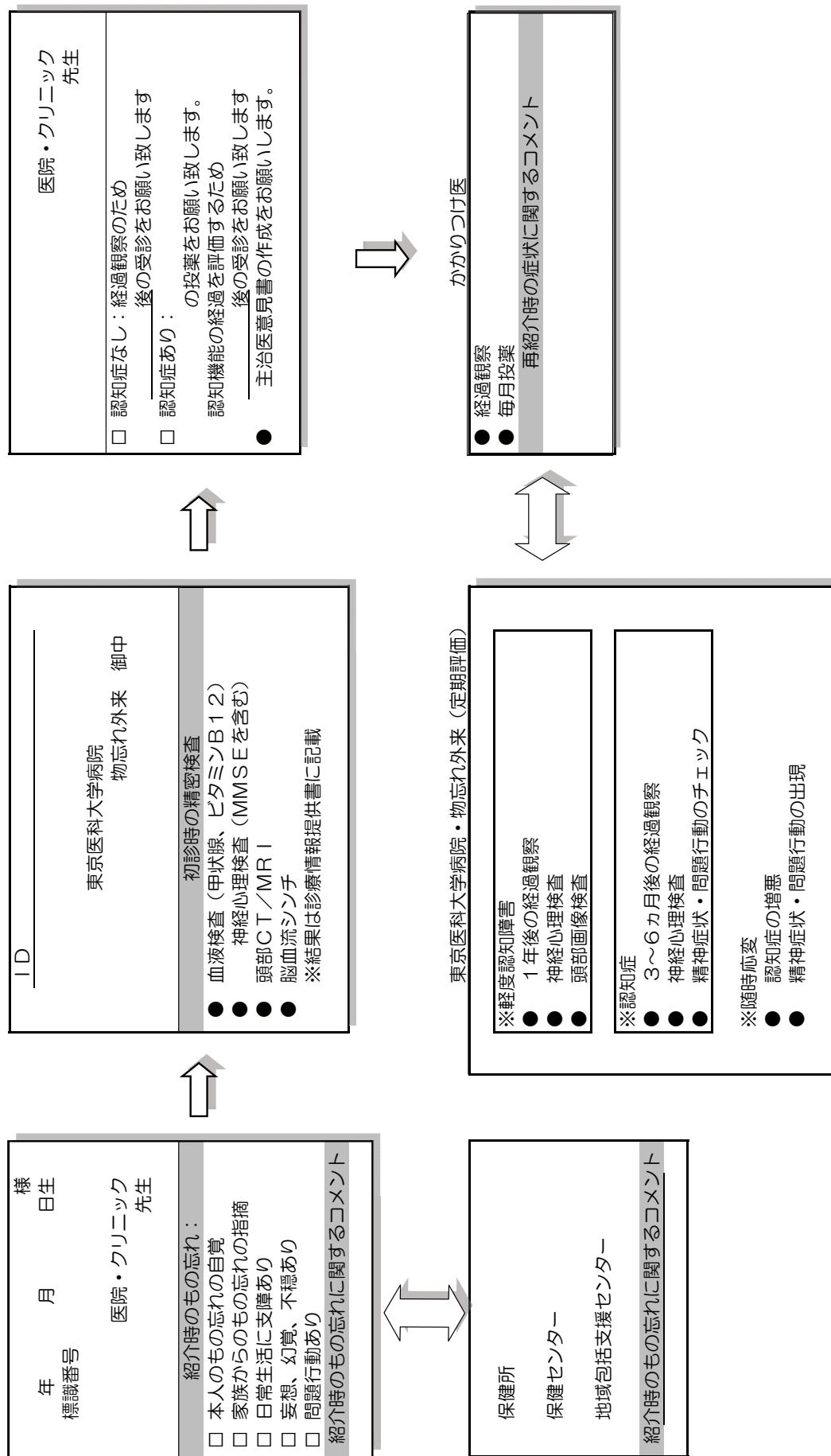
既存情報共有ツールの記載項目一覧

【注】本表における分類は、事務局の主観によるものです。

ツールの名称 (各ツールはP.77以降に掲載)		認知症連携バス (東京医科大学病院老年病科、新宿区医師会作成)	大田区認知症連携バス	三鷹武蔵野もの忘れ相談シート	生き活きノート
使用する関係者 (記載欄がある場合のみ○)	本人				○
	家族			○	○
	かかりつけ医	○	○	○	○
	認知症に係る専門医療機関	○	○	○	○
	地域包括支援センター等相談機関		○	○	
	ケアマネジヤー				○
	ヘルパー				○
使用する場面	認知症の疑いから受診まで	○	○	○	
	療養生活・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				○
ツールの方式、サイズ (お手紙方式、ファイル方式の特徴はP.26を参照)		お手紙方式 (A4版)	お手紙方式 (A4版)	お手紙方式 (A4版)	ファイル方式 (A4版)
共有されている情報 医療関係者が提供する情報	診断名	○	○	○	○
	認知機能障害の状況、進行度	○	○	○	○
	生活機能障害の状況	○	○	○	○
	身体機能障害の状況		○		○
	治療方針	○	○	○	
	本人・家族への説明内容	○		○	○
	介護保険サービス利用の必要性	○		○	
	周辺症状状	○	○	○	
	既往症・身体合併症の治療経過	○	○	○	○
	既往症・身体合併症の処方薬	○	○	○	
	緊急時、夜間、休日における医療機関への連絡方法				
	家族構成・状況			○	○
	すまい				○
	日常生活のようす				○
家族介護者・介護関係者が提供する情報	経済状況				
	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			○	○
	その他、保健・福祉サービスの利用状況(成年後見を含む)				○
	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				
	かかりつけ医			○	○
	服薬状況・禁忌薬・アレルギー歴				○
	もの忘れの状況		○	○	
	周辺症状状況		○	○	
	生活機能障害の状況		○	○	○
	食べたり、飲み込んだりする時の支障の有無				○
	関係者が支援困難に感じていること			○	
	体調・気分の変化、出来事				

「認知症連携パス」(東京医科大学病院老年病科・新宿区医師会作成)

※ 認知症連携パスは、在宅認知症患者対策ケアネットワークやかかりつけ医認知症研修会等で紹介され、新宿区医師会を中心とする関係機関間で活用されています。



診療情報提供書（新宿区認知症連携用）

紹介先医療機関 紹介元医療機関名
東京医科大学病院 老年病科 住所
物忘れ外来担当 先生 TEL
 FAX
 医師名
 (診療科)

フリガナ 患者氏名		生年月日 MTS 年 月 日 歳 男・女
住所	〒 一	連絡先 TEL ()

紹介目的・治療経過・既往歴・その他	現在の処方
-------------------	-------

ある	なし	同じことを言ったり聞いたりする
ある	なし	最近の出来事が思い出せない
ある	なし	大事な物をなくしたり、置き忘れたりする
ある	なし	時間や場所の感覚が不確かになった
ある	なし	今まで好きだった物に対して興味・関心がなくなった
ある	なし	慣れているところで道に迷った
ある	なし	ささいなことで怒りっぽくなった
ある	なし	本人が物忘れを自覚していない
ある	なし	日常生活に支障がある
ある	なし	行動心理症候（妄想、幻覚、不穏、徘徊、その他 ）

添付データ 無 有 内容 ()

物忘れ外来診療情報提供書

ID	氏名	担当医	作成日	年	月	日
----	----	-----	-----	---	---	---

診断：正常、軽度認知障害（MCI）、その他（ ）
認知症（アルツハイマー型、脳血管性、レビー小体型、 ）、
認知症の重症度：軽度、中等度、高度
行動心理症候（+、-）（物盗られ妄想、幻視、妄想、夜間不穏、易興奮、徘徊 ）
他の神経学的所見（+、-）（ ）
MMSE：（ ）/30点、記録力障害、見当識障害（時間・場所・人物）
CT/MRI所見：（ ）
SPECT所見：（ ）

既往歴：（+、-）（ ）
生活習慣病：高血圧（+、-）、糖尿病（+、-）、高脂血症（+、-）
他の身体合併症：（+、-）（ ）

治療方針：薬物療法（アリセプト、 ）
本人への説明：未、済（物忘れ、 ）
家族への説明：未、済（ ）
認知症教育資料の配布：未、済
家族への介護教室の案内：未、済

介護保険：不要、必要のため主治医意見書の作成をお願いします

主治医意見書作成手引き：

障害高齢者の日常生活自立度（自立、J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2 ）
認知症高齢者の日常生活自立度（自立、I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M ）
短期記憶（問題なし、問題あり）
日常の意志決定を行うための認知能力（自立、いくらか困難、見守りが必要、判断できない）
自分の意志の伝達能力（伝えられる、いくらか困難、具体的な要求に限られる、伝えられない）

再評価のための受診：3、6、12ヶ月後

*症状の増悪、行動心理症候の出現などでお困りの場合は再診のご指示をお願い申し上げます

病 状 説 明 書

患者様氏名 : _____

年齢 _____

説明日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

説明場所 : _____

診療科 : 老年病科

説明医師 : _____

【説明内容】

診断 : 正常、軽度認知機能障害

認知症 (アルツハイマー型、脳血管性、レビー小体型、_____)

重症度 : 軽度、中等度、重度

MMSE _____ 点 (満点30点)

合併症について (高血圧、糖尿病、高脂血症、_____) があります。

治療薬は (アリセプト、_____) です。

※アリセプトの副作用に関しては、別紙説明書をご参照ください。

今後の療養方針

本人への指導

[]

家族への指導

[]

介護保険のサービスが必要です。かかりつけ医での申請をお勧めします。

再診予約 (3、6、12カ月後) : 次回受診予定日 _____ 月 _____ 日

症状の増悪、行動心理症候の出現などでお困りの場合は、かかりつけ医と相談して、早めの再診を検討してください。

患者様および説明を受けた方のご署名欄

1. (続柄 : _____)
2. (続柄 : _____)
3. (続柄 : _____)
4. (続柄 : _____)

説明医師の署名欄

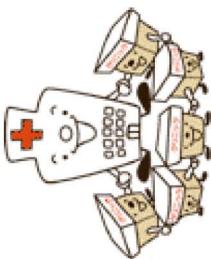
- 1.
- 2.
- 3.

大田区認知症連携バス (医療従事者用)

紹介元:

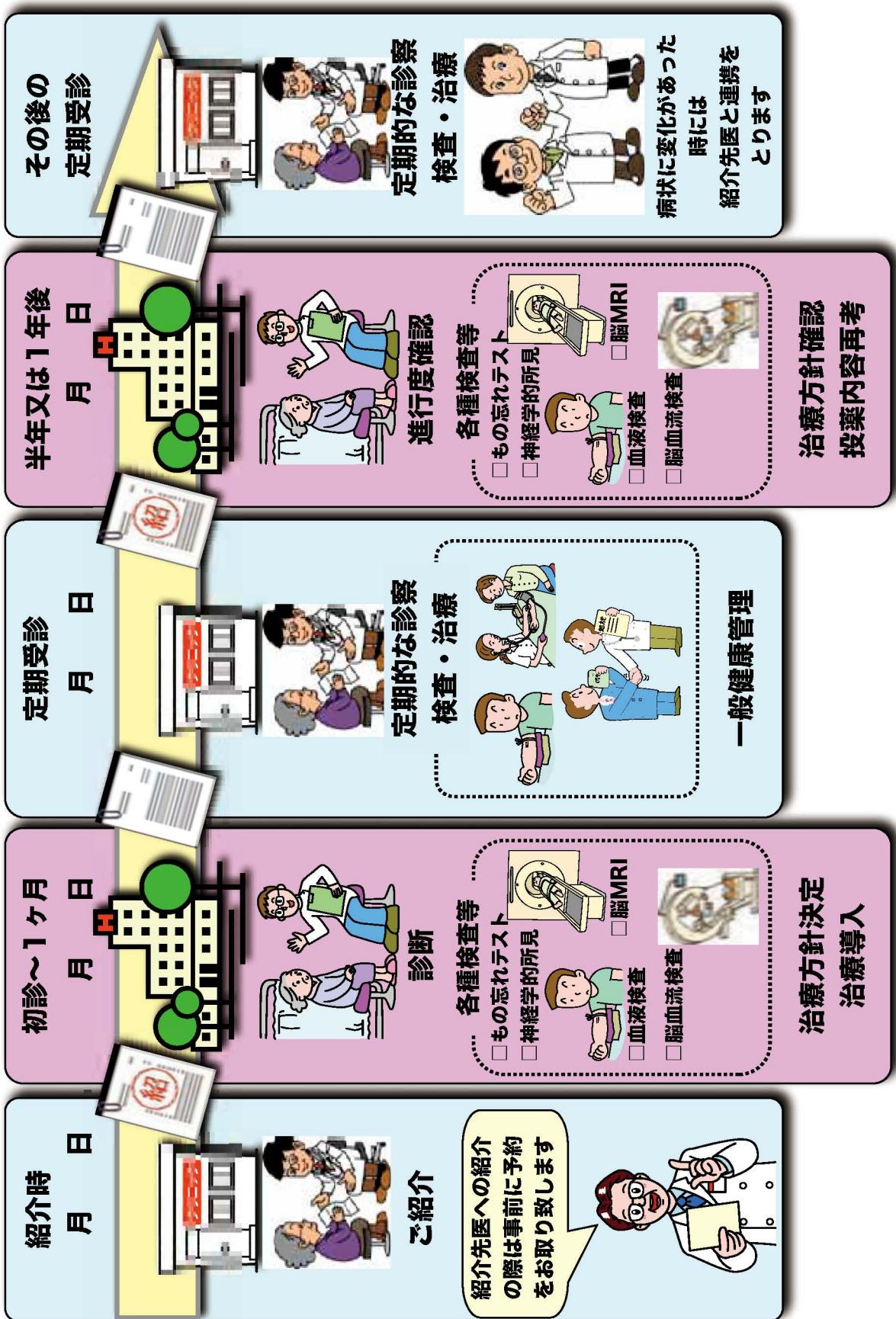
紹介先:

様



「大田区認知症連携バス」(大田区三医師会(大森・蒲田・田園調布医師会)作成)

※掲載したバスのほかに、各地区の認知症連携医リストを作成しています。



大田区認知症連携パス

卷六

医つけりかかく

大田区三医師会(大森・蒲田・田園調布医師会)では、紹介先医療機関とが連携して行うようになりました。

STEP 1

患者さんからご相談を受けてから、
十医がまず診察致します。

କବିତା



認知症の
疑い心配

約1ヶ月位

STEP 2

STEP 1

半年～1年後
再診

```
graph TD; A[STEP 2] --> B[STEP 3]; B --> C[ ]
```

繰り返す

紹介先医療機関

症の疑いや心配のある方の診断・治療を、かかりつけ医

STEP 2

紹介先医療機関では、精密検査を行い、診断と治療方針を決定します。紹介先医療機関で治療を開始し、安定しますと、患者さんは再びかかりつけ医の元に戻ります。

名 醫 先 導 機 療 醫 介 紹

An illustration of a medical office. In the foreground, a doctor with glasses and a stethoscope around his neck is sitting at a desk, looking down. A speech bubble from the doctor says '今日は何日?' (What's the date today?) and '年齢?' (Age?). Behind him, a patient with a worried expression is sitting in a chair. In the background, there is a large image of a brain scan with the word '脳' (Brain) written next to it. The overall theme is medical examination, specifically focusing on memory and brain health.

STEP 3

かかりつけ医は紹介先医療機関の治療方針を継続し、定期的な診察治療を継続します。

定期的な診察
かかりつけ医

大田区認知症連携パス 診療情報提供書（初回依頼用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介 医療機関名

住所

TEL
FAX

科

先生

医名

or

貴院ID番号	
受診希望日	第1希望 月 日
	第2希望 月 日
	第3希望 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年	月	日	歳
患者氏名							
住所	〒 一	TEL					

【紹介の主旨】

- ご本人からの精査希望 家族からの精査希望
かかりつけ医からの精査要請
抗認知症薬が必要になった場合、導入依頼の有無（依頼する・依頼しない）
その他（ ）

【当事者が最も困っていること】

- 1) 本人
 2) 家族・介護者

【既往歴・治療状況】

- 高血圧 (治療中、未治療) 糖尿病 (治療中、未治療)
脂質異常症 (治療中、未治療) 心臓病 (治療中、未治療)
脳血管障害 (治療中、未治療) 過度の飲酒歴
向精神薬の内服 (あり：薬品名)
その他 (: 治療中、未治療)

【神経学的所見】

- 構音障害・嚥下障害
パーキンソン様症状（振戦、動作緩慢、歩行障害）
幻覚（幻視・幻聴）
その他（ ）

【もの忘れの状況】

□ 日にち・時間や場所がわからない



□ 少し前のこと忘れ、同じことを繰り返す



□ 質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い



□ 質問すると家族の方を向いて相づちを求める、話のつじつまを合わせようとする



【周辺症状・B P S D】

□ 排泄の失敗



□ 夕暮れ症候群・夜間興奮



□ 物盗られ妄想



□ 介護に抵抗・暴言・暴力



□ 徘徊



□ 不眠・昼夜逆転



その他追加・特記事項

< 紹介先医 → 紹介元 >

氏名・生年月日
住所・電話番号
当院カルテ番号
主介護者氏名・続柄・連絡先
介護保険の状況

当院の判断

- 1) 今のところ、認知症の心配はありません。
- 2) 軽度認知障害の範囲と考えます。
- 3) 認知症を発症していると思われます
 - ・軽 度
 - ・中等度
 - ・高 度
 - ・アルツハイマー型認知症
 - ・レビー小体型認知症
 - ・前頭側頭葉型認知症
 - ・脳血管性認知症
 - ・その他の特殊な認知症

()

検査所見・コメント：

今後の連携方針

- 1) 大田区認知症連携パスにはのりません。紹介元での定期受診を継続してください。
- 2) 大田区認知症連携パスを用い、今後も紹介先医での定期病状評価が必要です。
(ヶ月後)

治療方針

- 1) 現状では治療は不要です
- 2) 抗認知症薬（ドネペジル等）導入の適応があります。
貴院で導入をご検討ください。
- 3) 当院で抗認知症薬（ ）の導入を完了しましたので
継続治療をお願いします。
- 4) その他（ ）

2011年8月改訂

大田区認知症連携バス 情報提供書（地域包括支援センター用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 施設名

住所

科 先生

TEL

FAX

職種

氏名

印 or サイン

受診希望日	第1希望	月	日
	第2希望	月	日
	第3希望	月	日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年	月	日	歳
患者氏名							
住所	〒		TEL	自宅：			

【紹介の主旨】

ご本人からの希望
その他（ ）

家族からの希望

【もの忘れの状況】

日にち・時間や場所がわからない



少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い



質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



【周辺症状・B P S D】

□ 排泄の失敗



□ 夕暮れ症候群・夜間興奮



□ 物盗られ妄想



□ 介護に抵抗・暴言・暴力



□ 排徊



□ 不眠・昼夜逆転



□ その他

入浴の状況・・・・・〔

〕

衣服の着脱・・・・・〔

〕

財布(金銭)の管理・・〔

〕

冷蔵庫の管理・・・・〔

〕

その他追加・特記事項（既往症を含む）

平成23年10月

「三鷹武蔵野認知症連携を考える会」 もの忘れ相談シートの目的と使い方

＜目的＞

認知症になってしまっても、住み慣れた地域で安心して生活が続けられるよう、保健医療福祉の関係機関が連携し支援できる体制を作る。

1. 関係機関につながっていないケースの実態把握及び相談支援体制につなげるシステムを作る。
2. ご本人・ご家族を中心において、一方向の單なる情報提供書ではなく情報を発した機関にその後の情報がフィードバックされる循環型システムとすることで、関係機関が情報を共用し、継続的な連携体制を構築する。
 - 症状の進行に伴う問題行動の悪化時の関係機関連携。
 - 家族の状況（家族の病気や介護状況）の変化時の関係機関連携。
 - 成年後見制度の認定書の記入の際の、在宅生活における状況の伝達に活用。

＜シートの構成＞

- I. 在宅 ⇄ 医療機関連絡シート【シート1】【シート2】【シート3】
- II. 医療機関連絡シート【シート4】【シート5】【シート6】 の2段階から成る。

I. 在宅 ⇄ 医療機関連絡シート

- (1) 本人・家族が抱える困難の状況を確認し、文字化することで、**家族の理解や課題整理の助け**とする。
- (2) 在宅相談機関（行政・地域包括支援センター及び介護支援センター・E会員専門介護支援事業所）が、本人・家族の課題を共有することによって、連携すべき関係機関を明確にする。
- (3) **医療者からのアドバイスを、在宅支援に結びつけより有意味なものとしていく。**

II. 医療機関連絡シート

かかりつけ医やもの忘れ相談など専門医療機関との病診連携に用いる。

専門医療機関による検査や専門診断が必要な場合に、共通シートを利用することで、地域のもの忘れ相談医と専門医療機関との連携をスマートにする。在宅との連絡シートを含めて利用することで、診療効率の助けとともに、もの忘れ相談医や専門医療機関がかかりつけ医の支援を行なう。

< シートの使い方 >

【シート1】 「相談事前チェックシート」

(家族または在宅相談機関が記入)

【シート2】 「相談機関」→「医療機関」連絡シート

(在宅相談機関が必要情報を、問題点を整理し記入)

⇒ 【シート1】【シート2】ともに、連携先医療機関名を記入して、ご家族を介して医療機関へ渡す。(もの忘れ相談医(別紙一覧)参照)

【シート3】 「医療機関」→「相談機関」連絡シート

(医療機関が診察結果・アドバイス等を記載し、家族の了解を得て、在宅相談機関に直接郵送または手渡しする。)

次の3パターンの利用方法を想定。

(1)「かかりつけ医」または「もの忘れ相談医」から在宅相談機関へフィードバック。
([シート1]【シート2】→【シート3】)

(2)本人・家族が直接受診した「かかりつけ医」または「もの忘れ相談医」または「専門医療機関」から在宅相談機関への相談・協力依頼。([シート3])

(3)「専門医療機関」受診後の結果を「かかりつけ医」や「もの忘れ相談医」と在宅相談機関が情報共有。
([シート4]【シート5】→【シート3】)

【シート4】 「かかりつけ医」または「もの忘れ相談医」→「専門医療機関」への紹介状

在宅相談機関からの【シート1】【シート2】があれば添付。

(なければ可能な範囲で作成して添付。家族が記入できれば家族記入で可。)

【シート5】 「専門医療機関」→「かかりつけ医」または「もの忘れ相談医」への報告

(検査や専門的な診断結果を「かかりつけ医」または「もの忘れ相談医」に報告する。)

【シート6】 「かかりつけ医」または「もの忘れ相談医」→「専門医療機関」への経過報告

(「かかりつけ医」または「もの忘れ相談医」が専門診断を担当した専門医療機関へ、その後の経過を報告、または治療との相談などを行う。)

三鷹武蔵野もの忘れ相談シート
相談事前チェックシート

【シート1】

(ご家族記入)

記入年月日

年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	性別	記入者氏名 (本人との関係)	()
本人氏名		明・大・昭 年 月 日		男・女		
本人住所			本人連絡先		記入者連絡先	

(ご家族または、相談機関が記入してください。)

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目の□にチェックを入れてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 5分前と同じ話をする。 | <input type="checkbox"/> 物の名前が出てこないことがよくある。 |
| <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つ。 | <input type="checkbox"/> 買い物がうまく出来なくなった。 |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった。 | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う。 |
| <input type="checkbox"/> 元気がない、または趣味・家事をしなくなった。 | <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなつた。 |
| <input type="checkbox"/> ものの忘れを認めない。 | <input type="checkbox"/> そこにいないのに、「人がいる」等と訴える。 |
| <input type="checkbox"/> 身近な人(家族やヘルパー等)が自分の財布・通帳を盗ったと訴える。 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

その他 具体的な内容をお書きください

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「今までと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「今までと違う」と感じた時期です。

年 月 曜

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って _____ へご相談ください。

三鷹武蔵野もの忘れ相談シート
『相談機関 → 医療機関』連絡シート

【シート2】

紹介医療機関名

主治医 様

(相談機関による記入)

記入年月日 年 月 日

受付 相談機関名		担当者		連絡先	
本人氏名		生年月日 明・大・昭 年 月 日	本人 住所		

1. 介護保険サービスの利用について

(1) 要介護認定 申請未・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 有効期間 平成 年 月 日まで

(2) 担当居宅介護支援事業所

担当ケアマネジャー

(3) 現在利用サービス 無・有 (別添 ケアプラン1・2表・週間サービス計画表)

2. 主治医について

(1) 主治医の有無 無・有 医療機関名 主治医名

(2) 現在治療中および過去に罹患の疾病

診断名	いつから	治療状況	医療機関名
		内服・経過観察・外科手術	

(3) 認知症について過去の受診歴

無・有 医療機関名

担当医名

3. 介護状況

家族構成(関係図) 同居者を○で囲む

主たる介護者(関係など)

4. 接し方について困っていること(ケアの仕方について困っていること)

項目について□にチェックを入れた後、詳細に記載

□排泄 □食事 □入浴 □睡眠 □服薬 □消費者被害 □周辺症状(幻視・幻覚・妄想・昼夜逆転・暴言・暴行・介護)

具体的な内容

5. 特記すべき事項(相談機関から医療機関へ依頼したいこと、など)

- 専門医療機関との連携を希望する。
- 専門的な検査を希望する。

居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター(在宅介護支援センター)が行う支援に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、当該利用者に関する情報を居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 本人又は家族の署名

*連携医療機関の医師・担当者の方へ…【シート3】に記入の上、情報提供をお願いします。

三鷹武蔵野もの忘れ相談シート
『医療機関 → 相談機関』連絡シート

【シート3】

医療機関 → 在宅・相談機関(紹介機関からの診察結果) 相談機関名

宛て

(医療機関記入)

記入年月日

年 月 日

本人氏名	受診機関	医療機関名
生年月日 明・大・昭 年 月		連絡窓口
本人電話番号		
本人住所		
この書類はご本人またはご家族の了解を得て相談機関に情報提供します。		主治医 署名

1. 受診日 平成 年 月 日

2. 受診結果 実施したことにチェックをお入れください。また、必要事項にご記入ください。

診察 検査 指導

【診断名、治療内容、意見等】

【今後の認知症のフォロー】

自院でのフォロー

他院でのフォロー

(医療機関名:)

専門医療機関への紹介

(医療機関名:)

その他()

【処方内容】

3. ご本人、ご家族への説明・指導内容

【説明を受けた人】

本人

家族(続柄:)

ケアマネジャー

その他()

【内 容】

4. サービス導入等検討事項

在宅生活 デイサービスの利用 訪問看護 ヘルパーの利用 ショートステイの利用
成年後見制度の利用 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用
趣味の活動を見つける その他()

施設入所

入院 精神科 その他()

科)

【意見等】

5. 医療機関から相談機関への伝達事項

【相談機関からの問い合わせ方法】

電話(都合のいい時間帯:)

FAX(番号:)

)

メール(アドレス:)

)

6. 次回受診(相談)予定日【平成 年 月 日】または予定時期【 ケ月後頃】

紹 介 状

記入年月日 年 月 日

医療機関名

御机下

患者名		生年月日	明・大・昭
			年 月 日

「相談事前チェックシート(シート1)」、「相談機関→医療機関連絡シート(シート2)」を添付いたします。
追加する依頼事項は次のとおりです。

治療中の疾患

 なし あり → 以下のとおり

投薬内容(お薬手帳のコピーでも可)

【添付資料】

- シート1
- シート2
- お薬手帳

【病院又は診療所の名称】

所 在 地
電話番号
医師氏名

印

受診結果報告書
(専門医療機関→医療機関)

記入年月日

年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

患者名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
-----	--	------	----------------

基本的ADL /100 、手段的ADL /5 (男性)、 /8 (女性)

神経・心理検査 MMSE (/30)、 GDS; うつ(/15) 、意欲(/10)

寝たきり度: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度: I IIa IIb IIIa IIIb IV M

周辺症状: なし あり ()

臨床病期(FAST)アルツハイマー型認知症の場合

stage	臨床病期	臨床的特徴
1	正常	主観的・客観的に機能低下なし
2	年齢相応	物の置き忘れ、言葉の出にくさがある
3	境界状態	熟練を要する仕事ができにくくなつたことが周囲から指摘される、知らないところに行くことが困難、重要な約束を忘れる
4	軽度の認知症	複雑な仕事の遂行が困難となる(来客の食事の準備、家計の管理、買い物の勘定など)
5	中等度の認知症	介助なしで適切な衣服を選ぶことができない、入浴を嫌がる、運転事故、買い物が1人でできない
6	やや高度の認知症	a…1人で衣服を正しい順に着られない b…入浴介助が常時必要 c…トイレの水を流し忘れたり、拭き忘れる d…尿失禁 e… 便失禁
7	高度の認知症	a… 発語は数語のみ b… 単語の理解は1語 c…歩行能力の喪失 d…座位保持困難 e…笑うことがない f…混迷・昏睡

MRI (CT) 大脳の中等度以上の萎縮

1)前頭葉 なし あり 2)側頭葉 なし あり 3)後頭葉 なし あり4)頭頂葉 なし あり 5)海馬 なし あり (VSRAD) 大きな梗塞または出血痕 多発性ラクナ梗塞(>5個) 高度の大脳白質病変

その他の所見()

SPECT

診断名: 年齢相応の認知機能 軽度認知機能障害 うつ病 アルツハイマー型認知症(脳血管障害を伴う 伴わない) 脳血管性認知症(多発梗塞型 限局性梗塞型 多発小梗塞型 ビンスワンガー型) 混合型認知症 レビール型認知症 前頭側頭型認知症 進行性非流暢性失語 意味性認知症 正常圧水頭症 その他() 診断保留

治療方針

薬物療法: 認知症治療薬(アリセプトD錠 5mg・10mg) 脳循環改善薬 漢方薬 抗うつ薬 抗精神病薬 抗血小板薬 その他()

非薬物療法: 介護保険申請 習い事・趣味の活動 散歩 介護予防教室 デイサービス・デイケア 訪問看護 訪問介護 その他()

診断の告知: 本人 家族 その他()

次回の来院: 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後 大きな変化が見られたとき その他

病院又は診療所の名称

所 在 地

電話番号

医師氏名

印

経過報告書
(医療機関→専門医療機関)

記入年月日

年 月 日

医療機関名

御机下

患者名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
-----	--	------	----------------

今回受診の目的

- 大きな変化が生じた ()
 定期フォロー ()ヶ月後
 気づいた変化があれば記入してください。

臨床病期(FAST)アルツハイマー型認知症の場合

stage	臨床病期	臨床的特徴
1	正常	主観的・客観的に機能低下なし
2	年齢相応	物の置き忘れ、言葉の出にくさがある
3	境界状態	熟練を要する仕事ができにくなったことが周囲から指摘される、知らないところに行くことが困難、重要な約束を忘れる
4	軽度の認知症	複雑な仕事の遂行が困難となる(来客の食事の準備、家計の管理、買い物の勘定など)
5	中等度の認知症	介助なしで適切な衣服を選ぶことができない、入浴を嫌がる、運転事故、買い物が1人でできない
6	やや高度の認知症	a…1人で衣服を正しい順に着られない b…入浴介助が常時必要 c…トイレの水を流し忘れたり、拭き忘れる d…尿失禁 e… 便失禁
7	高度の認知症	a… 発語は数語のみ b…単語の理解は1語 c…歩行能力の喪失 d…座位保持困難 e…笑うことがない f…混迷・昏睡

【寝たきり度】 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

【認知症高齢者の日常生活自立度】 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

【手段的ADL (できるものに○をつける、男性は最初の5つ、女性は8つすべて)】

・買物 ・乗物の利用 ・電話の使用 ・家計管理 ・服薬管理 ・食事の準備 ・洗濯 ・掃除等の家事

【周辺症状】 なし あり ()【合併疾患】 なし あり ()【介護】 介護保険 (要支援 要介護 1 2 3 4 5)

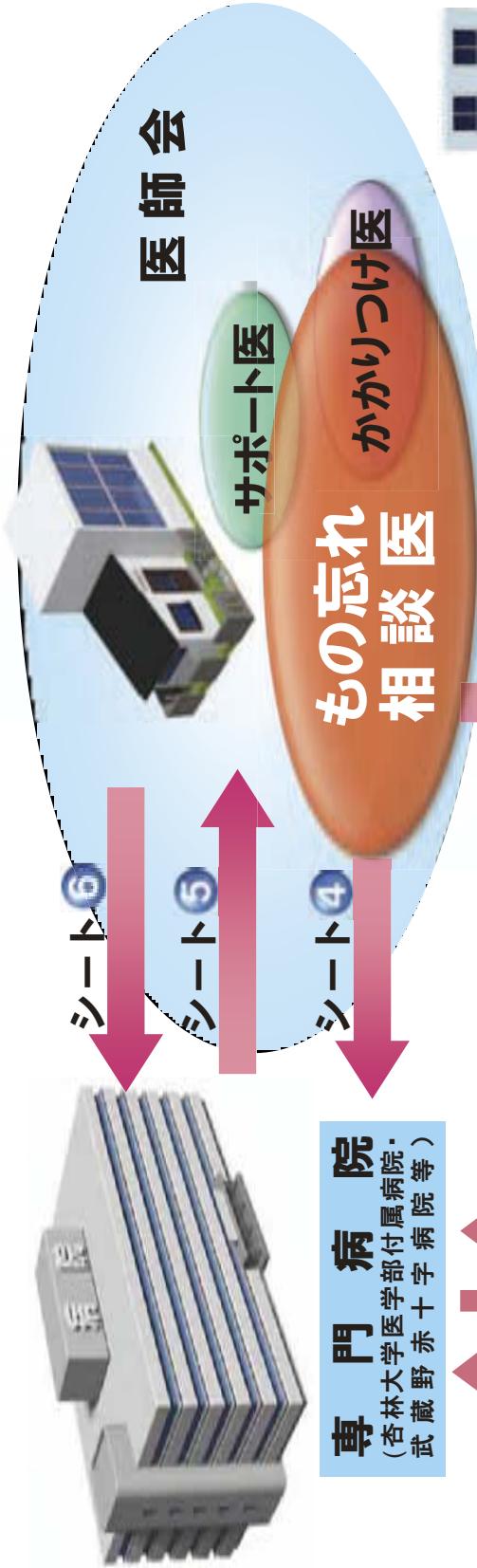
習い事・趣味の活動 散歩 介護予防教室 デイサービス・デイケア

訪問介護 訪問看護 その他 ()

【投薬内容】 お薬手帳の内容をコピーして添えてください。

病院又は診療所の名称
所在 地
電話番号
医師氏名
印

三鷹武蔵野地区 認知症連携 イメージ



「生き活きノート」(北多摩西部二次保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成)

※ 実際は、各シートA4サイズですが、ここでは縮小して掲載しています。



氏名: _____

基本シート		記入例
お名前	立川 一郎	
生年月日	明大昭 10年/月/日生	
連絡先電話番号	① 111-1111-1111 (自宅) ② 444-4444-4444 (携帯電話)	
病院名	〇〇〇〇〇〇〇 病院 脳神経外科 科 日本 次郎 先生 電話番号 222-2222-2222	
かかりつけ医	連絡先 333-3333-3333 医院名 東京診療所 立川 次郎 先生	
その他通院中	内科・外科・脳神経外科・神経内科(整形外科) リハビリテーション科(歯科)・その他()	
訪問看護ステーション	連絡先 555-5555-5555 所属 国立市訪問看護ステーション	
担当ケアマネジャー	連絡先 666-6666-6666 指当者 昭島 一子 所属 立川介護支援センター	
地域包括支援センター関係機関等	立川市役所生活保護 担当者 立川さん 77-7777-77777	
治療中の病気	(脳卒中)・てんかん・高血圧・糖尿病・腎臓病 ・肝臓病・狭心症・心筋梗塞・心房細動 ・その他()	
感染症等	HCV(+) HB(+) 血液型()型 Rh()	
既往歴その他	平成22年3月脳梗塞で2週間 東大和市病院入院 その後回復期リハビリ病院で軽度失語症残存 右麻痺と軽度失語症残存 平成10年～糖尿病 国分寺市病院通院中 経口糖尿病薬使用中	

東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成

生き活きノートを配布する方へのお願い

北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会
会長 高里良男
地域ケア部会会長 新田國夫

この「生き活きノート」は北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会の地域ケア部会で作成したもので、北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会には各医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、消防署、市役所、保健所の代表の方が、また地域ケア部会には病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、高齢者施設、介護支援専門員、市役所等の代表が委員として参加しております。

在宅で障害等がありながら生活をしている方や、障害等がありながら病院を退院する方が、御自身で自分の記録を持ち、患者さんに関わる医療や福祉・介護の職員が情報を共有できるように工夫して作成したものです。

従って、このノートは医療や介護サービスを既に受けている方や、脳卒中や癌、大脳骨頭部骨折などの疾患(疾患は問いません)に罹患した患者様で、退院後に何らかの支援を必要とする方に退院時の情報を該当箇所に記載してお渡しください。

病院で退院時に記載が必要なシートは下記のもので、どうぞご協力ください。

患者さんご自身の名前、生年月日、連絡先、かかりつけ医等を記載するページ 受け持ち看護師や退院支援担当者が記入ください。

地域支援ネットワーク 地域で用でできるサービスをリストで示したもの 多摩立川保健所及び共済立川病院ホームページからダウンロード可能です。在宅にあたり準備するもの、習熟訓練が必要なもの

診療シート (白色用紙) 看護師、医師が記載します。

薬シート (白色用紙) 内服中の薬剤情報シートです。記入する、貼付、薬品説明用紙を貼付するなど方法は構いませんので使用中の薬品がわかるように工夫をしていただければと思います。

検査結果貼付シート (白色用紙) 検査結果を貼付するか挿んでください。

生活シート (黄色用紙) 日常生活に関する内容を記載するものです。備考には注意すべき内容等を記載してください。

食事支援シート (ピンク色用紙) 食べ物の飲み込みなどで支援を受けている患者さんに使用します。

*脳卒中に関しては最後尾のバシシートに必要事項を記載してください。
尚、配布した患者さんにつきましては配布した施設で、お名前、住所地(市)、病名、配布日等を把握していただけたると、本事業の評価を行なう際に大変役立ちます。

生き活きノート持参時のお願い

北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会
会長 高里良男
地域ケア部会会長 新田國夫

この「生き活きノート」は北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会の地域ケア部会で作成したもので、北多摩西部保健医療圏脳卒中医療連携推進協議会には各医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、消防署、市役所、保健所の代表の方が、また地域ケア部会には病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、高齢者施設、介護支援専門員、市役所等の代表が委員として参加しております。

在宅で障害等がありながら生活をしている方や、障害等がありながら病院を退院する方が、御自身で自分の記録を持ち、患者さんに関わる医療や福祉・介護の職員が情報を共有できるように工夫して作成したものです。

従って、このノートは医療や介護サービスを既に受けている方や、脳卒中や癌、大脳骨頭部骨折などの疾患(疾患は問いません)に罹患した患者様で、退院後に何らかの支援を必要とする方に急性期の病院、回復期の病院を問わずに渡してお渡しください。

この「生き活きノート」を患者さんのお手に渡された場合には、該当するページに、記載できる範囲で結構ですので、ご記入いただくようお願いします。

▼このノートには、次の用紙がはいっています。▼

患者さんご自身の名前、生年月日、連絡先、かかりつけ医等を記載するページ

地域支援ネットワーク 地域で用でできるサービスをリストで示したもの 多摩立川保健所及び共済立川病院ホームページからダウンロード可能です。在宅にあたり準備するもの、習熟訓練が必要なもの

イベント表 変化があった場合に誰でも記載できます。

自由記載・連絡票 どちらでも質問したいこと、気づいた事を自由に記載できます。

支援シート (白色用紙) 導入するサービス、利用しているサービスを記載するための用紙です。

診療シート (白色用紙) 看護師、医師が記載します。

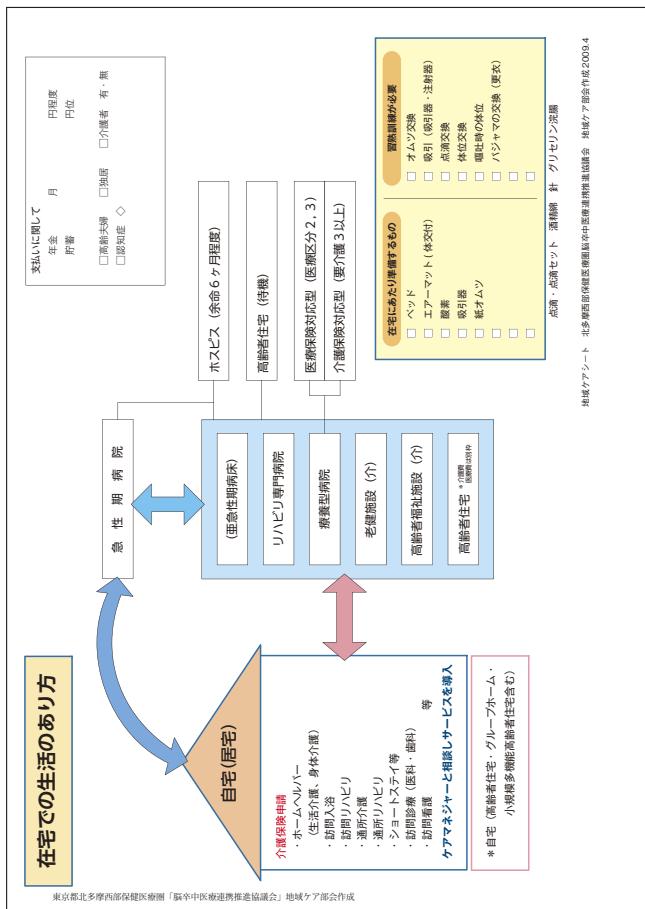
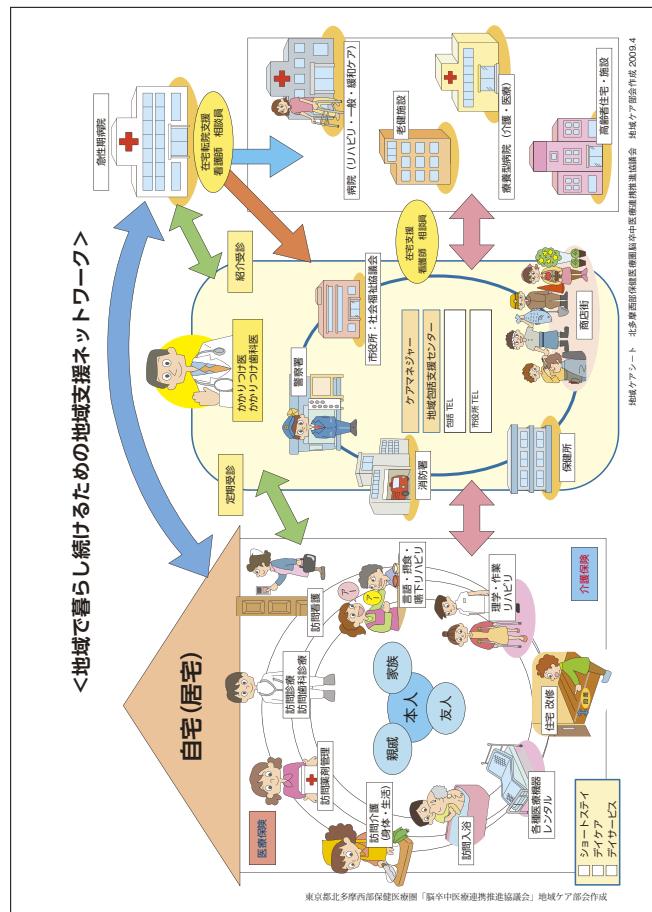
薬シート (白色用紙) 内服中の薬剤情報シートです。直接、記入する。あるいは、薬品説明用紙を貼付するなど方法は構いませんので、使用中の薬品がわかるように工夫をしていただければと思います。

検査結果貼付シート (白色用紙) 検査結果を貼付するか、挿んでください。

生活シート (黄色用紙) 日常生活に関する内容を記載するものです。備考には注意すべき内容等を記載してください。

食事支援シート (ピンク色用紙) 食べ物の飲み込みなどで支援を受けている患者さんに使用します。

「生き活きノート」の使い方	
＊生き活きノートは退院後3ヶ月・6ヶ月・12ヶ月時に評価をしてください。2週間程度の誤差があつてもかまいません。ご自身が該当するページについて記入できる範囲でお願いします。	
ノートの発行（病院他）	<p>ご本人へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生き活きノート」は、入院中に病院から渡されます。 ・このノートは、病院やクリニック（救急車で受診する場合も含みます）受診時に忘れずに持参してください。
支援シート	<p>現在の介護度や利用できるサービス等記入するシートです。その他のサービスについても記載されています。</p>
診療シート	<p>・診療シートは、受診するときに提出出し診察の状況を記載していただかねばなりません。</p> <p>・薬シート（お薬手帳を持っている方は不使用）薬剤の説明用紙をいれています（くすり可能）</p> <p>・検査シート（検査の結果を渡された際に挟むか貼付してもらいましょう）</p>
生活シート	<p>・記載者は、看護師・介護に従事してくださる方に、記入していただいてください。</p>
食事支援シート	<p>・「摂食・嚥下機能評価票」の上段はご自宅の方がつけるか、ヘルパーさん、看護師が食事の援助をする方につけていただきたいです。</p> <p>・「摂食・嚥下機能評価票」の下段は、検査実施医師等に記入していただきたいです。</p>
<p>医療・介護等関係者の方へ</p> <p>発行者：急性期病院、その他どこでも配布可</p> <p>入院後から在宅での患者様の状態について職種を超えて疾病や生活機能を評価し在宅支援をするため作成したものです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患に関するては診療情報提供書か退院時サマリー等をお持ちいただきます。 ・入院中（可能であれば1週間以内）に患者さんにお渡しください。 ・このノートの地域ケアシート（地域で暮らし続けたままでの地域支援ネットワーク）を市に看護師や医療福祉相談員等が在宅支援を行います。 <p>記載者：担当ケアマネジャー</p> <p>在宅で患者さんが既に導入しているサービスや今後必要と思われるサービスがわかるためのシートです。</p> <p>記載者：医師、看護師</p> <p>診療した先生に病気の状態について評価をしていたくためのシートです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期の病院にかかる時や、障害者手帳申請のために診察する際の診断書記載時の参考にしていただけます。 ・案は現在服用中のもの、検査結果については貼付してください。 <p>記載者：ご本人・ご家族とその関係者</p> <p>生活機能全般について評価することを目的に作成されたものです。</p> <p>記載者：食事の状況観察項目、口腔機能評価はご本人やご家族が看護師、ヘルパー、ケアマネジャーが協力して 口腔機能評価は評価実施医師、歯科医師</p> <p>食事困難な状況を把握し摂食嚥下機能を評価し支援につながるためのものです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上段はご本人、または食事の支援をする方（ご家族、ヘルパー、看護師等）実際に支援をする方がつけてください。 ・下段は、検査実施医師がご記入ください。 	



支援シート(主にケアマネジャーが記載します)

記入例

受診日	22年 5月 10日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
発症後	退院時				
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援()	<input type="checkbox"/> 要支援()	<input type="checkbox"/> 要支援()	<input type="checkbox"/> 要支援()	
	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(3)	<input type="checkbox"/> 要介護()	<input type="checkbox"/> 要介護()	<input type="checkbox"/> 要介護()	
	<input type="checkbox"/> 申請未	<input type="checkbox"/> 申請中			
介護者	主介護者名 配偶 夫 夫	主介護者名 配偶 夫	主介護者名 配偶 夫	主介護者名 配偶 夫	
	夫 夫	夫 夫	夫 夫	夫 夫	
	<input type="checkbox"/> 要 申請	<input type="checkbox"/> 不要 未済	<input type="checkbox"/> 要 申請	<input type="checkbox"/> 不要 未済	<input type="checkbox"/> 要 申請
成年後見	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 身体介護(住) 生活介護(住) 身体介護(住) 生活介護(住) 身体介護(住) 生活介護(住) 身体介護(自費) 身体介護(自費)	(5 月 / / 日 ~)	(月 日 ~)	(月 日 ~)	(月 日 ~)
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 訪問診療 訪問歯科診療 訪問リハビリ 搬送・施下りハビリ	(5 月 / 2 日 ~)	(月 日 ~)	(月 日 ~)	(月 日 ~)
	<input checked="" type="checkbox"/> デイケア デイサービス ショートステイ	(月 日 ~)	(月 日 ~)	(月 日 ~)	(月 日 ~)
	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具	(5 月 10 日 ~ 車椅子)	(月 日 ~)		
利用している サービス (レジスト登録 サービス登録日を 記入してください)	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 トイレ・風呂場の手すりの設置				
総合評価・注意点	右麻痺と軽度失語 あり。転倒の可能 性もあるためリハ ビリの継続。 現在のADLを維持 するため生活リハ ビリ重要。 嚥下も注意する。				
事業所名 記入者	立川介護センター 昭島 一子				

東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中区健連携推進協議会」地域ケア部合作会

薬シート(お薬手帳を持っていない方は変更された時にお薬の説明書を貼ってください。)	薬剤アレルギー	有	無
	薬品名		
			

検査結果シート (検査結果を貼ってください)

→

検査結果

東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成

生活シート (本人・ご家族・関係者が記入してください)

記入欄

受診日	22年4月30日	備考・詳細	年月日	備考・詳細
発症後	退院時		退院時	
身体機能	意識障害 (有)	右上下肢麻痺	無 (有)	
	四肢痙攣 (無)	3/5	無 (有)	
	ふるえ (有)	上肢 > 下肢	無 (有)	
	言語の不自由 (無)		無 (有)	
	とこずれ (無)		無 (有)	
自立度		自立	見立	自立
日常生活等		見返り (○)	立ち上がりの不安定さはあります が、見守りがあればOK。	
活動移動	起き上がり座位 (○)			
	立ち上がり立位 (○)			
	交通工具利用 (種類)	○	筋力低下予防のためにリハビリは継続。	
	外出 (隣近所)			
	室内	○	装具の付け方がまだ上手であります。	歩・km
歩行距離/1日		歩・km	無 (有)	
装具・杖・歩行器		無 (有)	不要・要 (手動・電動)	時間/日
車椅子 (使用時間)				
期間内転倒		無	無	
排泄		尿 (○)	○トイレ	○トイレ
便		○	□オムツ	□オムツ
食事		○	□スプーン	□スプーン
整容 (身だしなみ)		○	かぶのもので	
更衣 (着替えなど)		○	あれば一人でOK。	
入浴 (浴室での)		○	ボタンは見守り。	
食事の支度		○		
洗濯		○		
掃除		○		
コミュニケーション		○		
活動度		日中臥位 (無)	無 (有)	
日中座位		○		
本人の希望		自分の事は自分でやりたいと思う ができないのでくやしく、つらい よ。		
評価者		受け持ち看護師 大阪	年齢	年齢

東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成

●● 食べることが難しいと感じている人のための ●●
(摂食・嚥下障害チェックシート)

こんな症状が1つでもあったら——
摂食・嚥下障害(飲み込むことの障害)
(食べるこ
とを疑ってみましょう!)

それぞれの症状の説明は、裏面をご参照ください。

1 食事中にむせることがある
2 唾液が口の中にたまる
3 飲み込むのに苦労がある
4 固いものが呑みにくくなった
5 舌に白い苔のようなものがついている
6 声が変わった(がらがら声や鼻に抜ける声)
7 よく咳をする
8 食事を残すことが多い(食べる量が減った)
9 体重が減った(この1ヶ月で5%以上、半年で10%以上)

これらの症状は、他の病気の場合もありますので主治医や専門家にご相談ください。

摂食嚥下

編集:東京都多摩立川保健所 地域摂食機能支援連絡会
監修:日本歯科大学附属病院口腔介護リハビリテーションセンター長 菊谷 武准教授 | イラスト:黒瀬 恵子氏(言語聴覚士)

東京都多摩立川保健所

摂食・嚥下障害 チェックシート の解説

① 食事中にむせることがある
食物が喉頭や食管内に吸入しうるになるとむせが生じます。ちょっとした軽いむせを含め、むせの発生は摂食・嚥下障害を疑う最も重要なサインとなります。とくに水はまとまりにくく、口の中で保持することが難いために、最も恐いのが危険な飲食です。ほかに(せ)バサしたもの、ババ(した)ものなどもむせ易い食品です。

② 唾液が口の中にたまる
唾液は会話や食事をしていくときに多く分泌され、1日に平均1リットルから1.5リットルほど分泌されます。食事のとき以外に分泌されて唾液は口の中にたまると、ある程度の量になると飲み込まれます。しかし、この飲み込みがうまくいかないときは口の中に次第に唾液がたまっています。唾液が口の中にたまる症候がたまに、唾液の分泌が多くなったりではないかと考える人が多くいます。しかし、むしろ出でた唾液を手で飲んでいないために、唾液たまると考えたほうがよいでしょう。痰も増えてくることがあります。さらに飲みにくくなります。

③ 飲み込むのに苦労がある
繊維のものが固くて呑みにくく、食べ物の中でも飲みこみにくいものです。しかし、ふだん問題なく飲んでいたものが、かなり認識をしてゴクリと飲みこまなければいけなくなったとき、摂食・嚥下障害を疑います。摂食・嚥下障害の原因はさまざまですが、飲みこみに必要な筋肉の動きが悪くなり、力が十分に發揮できなくなることがあります。また、食物の通過に腫瘍などがでて、食物の通過が悪くなる場合もあります。

④ 固いものが呑みにくくなつた
固いものが呑みにくくというと、入れ歯のせいと思っていませんか?もちろん、入れ歯が合わないときには固いものは噛むくなります。しかし、入れ歯ついたのは、噛むため筋肉のえいや、障害によっても、噛みにくくという症状がでることです。入れ歯は問題ではないけれど、最近、固いものが噛みにくくなつたという方は、要注意です。

⑤ 舌に白い苔のようなものがついている
舌の上に白い苔のようにつく汚れを舌苔(せっし)といいます。これは、口腔内の汚れや微生物によつて成り立っています。舌苔は食物を咀嚼するときに舌に残るときの舌の機能が十分でないと付着してきます。唾液の分泌量が極端に減少しているときに付着してきます。

⑥ 声が変わった(がらがら声や鼻に抜ける声)
声は気管の入口にある声帯から発せられ、咽頭を経由して口や鼻に抜けています。その際に、特に口では舌や唇を用いて、さまざまな音に加工しています。つまり、しゃべることと食事することほぼ同じく喉を使って行われています。痰がからんだようながら声になった場合には、のどにうまく飲みこむことができなかつた食物や唾液がたまっていることがあります。また、声が喉に抜けるようになった場合(鼻にかかったような声)や、息が漏れるようながれ声になった場合、思った声がでせない場合などは、口や鼻の動きが悪くなっていることが疑われます。

⑦ よく咳をする
食事だけでなく、食後しばらくしてから咳がでることがあります。これはうまく飲みこむことができなかつた食べ物のカスなどに残っていて、食後しばらくしてから気管の方に落ち込むことがあります。体を動かしたり、横になると咳き込む場合、口の中にたまってきた自分の唾液をうまく飲みこめずして咳き込んでしまうこともあります。

⑧ 食事を残すことが多い(食べる量が減った)
うまく食べることができなくなると、食事を残しがちになります。食べられるもののが制限されたり、食事時間が長くなってしまったことがあります。その結果、必要なエネルギーや栄養を摂ることができなくなることがあります。また、食事をすることに集中しても30分以上かかるときは問題です。

⑨ 体重が減った(この1ヶ月で5%以上、半年で10%以上)
しっかり食べることができるのがわかる方法で有効なのが体重の変化を見ることです。摂食・嚥下障害の結果、徐々に体重が減ってくることに注意しなければなりません。1ヶ月に体重の5%以上、半年で10%以上の変化は、栄養状態にとても問題のある変化となります。

使用されている言葉の意味等

入院等施設に関するもの

急性期病院(医療保険)	急に病気やけがをしたり、通院中の慢性的な病気が悪化した時などに重篤な症状に対して集中的に手厚い治療や看護が受けられます。急性治療が終了すれば、退院となり基本的に長く入院する事ができません。
回復期リハビリ病棟(医療保険)	リハビリテーションを集中して行う所で、病気やけがの発生早期から、歩行や排泄など日常生活動作の向上と社会復帰を目的として集中的リハビリを行います。入院期間は最長90日が限度です。
亜急性期病床(医療保険)	自宅退院を目指す所で、急性期の治療を終え自宅へ退院する人に対して、引き続き一定期間の治療や看護を行われます。自宅への退院を支援する担当者が配置され、医師や看護師、医療相談員、その他関係機関が連携して退院に向けた計画・指導・支援を行います。入院期間は最長90日です。
老健施設(介護保険) 3ヶ月毎の判定会議	介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭復帰のために、医師による医学的判断の下、看護・介護といったケアはもとより、作業療法・理学療法士等によるリハビリーション・また、栄養管理・食事・入浴等の通常サービスまで併せて提供する施設です。利用者一人ひとりの状態や目標に合わせたケアサービスを提供します。
利用料 10万円前後 (施設によって差があります)	
療養型病院 (医療療養型・介護療養型)	急性期の治療が終了し病状が安定しているものの、引き続き医師の医学的管理や看護など必要度が高い人に医療と看護が合わせて提供されます。 ・ 医療療養型は医療保険に対応し、透析やチューブが入っている医療や看護の必要性が多い患者さんが入院する病院です。 ・ 介護療養型は介護保険に対応し、常に寝たきりの人(介護度3)等が入院する病院です。
緩和ケア病棟(ホスピス病棟)	治癒する可能性がない終末期に生じるさまざまな苦痛を緩和して、そのらしい療養生活を行うことを目的としています。
地域密着型認知症対応型 共同生活介護(グループホーム)	認知症の高齢者が、1グループ9人までの小人数で共同生活をする所です。掃除・食事・入浴など、日常生活上の介護及び機能訓練等のサービスを受けられ、病気になれば訪問診療や訪問看護が受けられます。
高齢者専用賃貸住宅	高齢者が安全快適に生活できるようバリアフリー設計になっており、入居者を高齢者世帯に特定した賃貸住宅です。
小規模多機能施設	在宅生活を支える「通い」「訪問」「宿泊」などを併せ持ち、利用者の希望に沿った柔軟なサービスを提供します。
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	食事や排泄など常時介護が必要で、自宅では介護が困難な高齢者に入所します。食事、入浴、排泄等、日常生活の介助、機能訓練、健康管理等が受けられます。

東京都北多摩西部保健医療圏・駒込・中野保健医療圏協議会・地域ケアアセス会議

在宅に関するもの	
地域包括支援センター	高齢者や家族のなんでも相談窓口
かかりつけ医	居住地の身近なところで診療や健康管理を行う
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	自宅で受ける事業・介護サービス ①生活介護・清掃・掃除・洗濯・買い物など ②身体介護・入浴・排泄・食事の介助・着替えなど 夜間巡回型もあります。
居宅療養管理指導 訪問診療	医師・歯科医師・薬剤師・栄養士・看護師などが訪問して療養生活を送るために必要な助言を行います。
訪問リハビリテーション	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が自宅を訪問し、リハビリーションを行なうサービスです。介護負担を少なくする移動の仕方や、生活の幅を広げるための外出訓練などを行います。
訪問看護	看護師などが自宅に訪問して、療養上のケアまたは必要な診療の補助を行います。健康チェック、医療器具の使用方法の説明や管理、リハビリテーション等のサービスが受けられます。
住宅改修 利用料：上限額は 20 万円	風呂場やトイレの改修、手すりの設置、段差の解消等に対応します。
訪問入浴	自宅での入浴が困難な人に対して浴槽を持ち込んで行う入浴サービスです。
生活環境整備	自宅で療養生活するにあたって生活環境を整えます。
福祉用具貸与・購入	自宅での日常生活が送りやすくなるように福祉用具の購入・貸与ができます。 車いす・特殊寝台・床ずれ防止用具・肢体交換機・手すり・スロープ（工事を伴わないもの）・歩行器・歩行補助杖・移動用リフト（吊り具をのぞく）・徘徊感知器等です。 車椅子・歩行器・ベッド・吸痰器等 14 品目
通所介護施設（デイサービス）	通所の介護施設です。入浴・食事などの日常生活やレクレーション、機能訓練を行ないます。
通所リハビリ施設（デイケア）	通所のリハビリ施設です。病院や介護老人保健施設等で、日常生活訓練・個別リハビリを行ないます。食事・入浴などの提供もあります。
短期入所生活介護・ 短期入所療養介護 (ショートステイ)	短期間入所して、日常生活上の介護を受ける「生活介護」と医療上のケアを含む介護を受ける「療養介護」の 2 種類があります。
地域密着型認知症対応型 通所介護	施設へ通って、認知症のお年寄りに配慮した日常生活上の介護や機能訓練等が受けられます。

東京都認知症対策推進会議(認知症ケアパス部会)開催状況

【検討事項】

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

回	開催年月日	主な議題
1	平成23年9月13日	<ul style="list-style-type: none">・部会の進め方について・認知症に係る医療・介護関係者の連携の現状と課題について
2	平成23年10月31日	<ul style="list-style-type: none">・認知症に係る医療・介護関係者の連携の現状と課題について・認知症に係る情報共有化に向けた仕組みについて (大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 数井先生から取組の御紹介)
3	平成23年11月30日	<ul style="list-style-type: none">・認知症に係る情報共有化に向けた仕組みについて (委員から地域の取組の紹介及び具体的検討)・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結果について・部会報告書の構成について
4	平成23年12月13日	<ul style="list-style-type: none">・認知症に係る情報共有化に向けた仕組みについて・部会報告書の骨子について
5	平成24年1月26日	<ul style="list-style-type: none">・部会報告書のとりまとめについて
6	平成24年2月16日	<ul style="list-style-type: none">・「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

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 委員・幹事名簿

■ 委員

◎部会長 ○副部会長

区分	氏名	所属・役職名
経験識者	○ 粟田 主一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	○ 繁田 雅弘	公立大学法人首都大学東京人間健康科学研究科教授
医療関係者	秋山 正子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長
	西田 伸一	医療法人社団梶社会西田医院院長
	平川 博之	社団法人東京都医師会理事
	間渕 由紀子	国家公務員共済組合連合会立川病院地域医療連携センター長
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
介護関係・者福祉	土井 栄美	大田区地域包括支援センター上池台センター長
	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
	山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長
行政関係者	赤穂 保	南多摩保健所長
	伊藤 真由美	武藏野市健康福祉部高齢者支援課地域包括担当係長 (平成23年10月1日から)
	高藤 光子	新宿区高齢者サービス課高齢者相談係 (新宿区役所高齢者総合相談センター)
	山本 祥代	武藏野市健康福祉部高齢者支援課地域支援担当課長 (平成23年9月30日まで)
関係者	村松 啓子	TAMA認知症介護者の会「いこいの会」代表

各区分において50音順

■ 幹事

区分	氏名	所属
幹事長	中山 政昭	福祉保健局 高齢社会対策部長
幹事	高橋 郁美	福祉保健局 医療改革推進担当部長
	熊谷 直樹	福祉保健局 障害者医療担当部長
	大滝 伸一	福祉保健局 医療政策部 医療改革推進担当課長
	櫻井 幸枝	福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課長
	加藤 みほ	福祉保健局 高齢社会対策部 計画課長
	横手 裕三子	福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課長
	室井 豊	福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課長

認知症対策推進事業実施要綱

19福保高在第107号
平成19年6月14日
一部改正 23福保高在第59号
平成23年5月16日

第1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第5に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 認知症に関する普及啓発

第4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する20名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求める意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。
- (2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。
- (3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

- (1) 3、7 (3) 及び (5) に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。
- (2) 6 (2) 及び 9 (2) に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 認知症に関する普及啓発

1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則（平成19年6月14日19福保高在第107号）

- 1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。
- 2 認知症理解普及促進事業実施要綱（平成18年6月12日付18福保高在第161号）は廃止する。

附 則（平成23年5月16日23福保高在第59号）

この要綱は、平成23年5月16日から適用する。

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 —

平成24年3月発行

登録番号 (23) 356

発行 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
電話番号 03-5320-4304
03-5321-1111 内線 33-567

印刷 株式会社アイフィス
東京都文京区水道二丁目10番13号
電話番号 03-5395-1201