

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 (第3回) 次 第

東京都庁第一本庁舎 4 2 階北側 特別会議室 B

平成 2 3 年 1 1 月 3 0 日 (水) 午後 7 時から

1 . 開 会

2 . 議 題

(1) 認知症に係る情報共有化に向けた仕組について

(2) その他

3 . 閉 会

〔 配付資料 〕

認知症対策推進事業実施要綱

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 委員名簿、同幹事名簿

(資料 1) 「「御意見シート」(第 2 回部会後) の主な御意見」

(資料 2) 「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 (速報) 」

(資料 3) 「認知症ケアパス部会報告書の構成 (たたき台) 」

(参考資料 1) 「既存情報共有ツールの項目等比較表」

(参考資料 2) 「情報共有が必要な場面と主な関係者」

伊藤委員説明資料

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、その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。

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 委員名簿

部会長 ○副部会長

区分	氏 名	所属・役職名
学識経験者	○ 栗田 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
	間瀬 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	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課地域包括担当係長
	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）
関係者 家族	村松 啓子	T A M A 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

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 幹事名簿

	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

「御意見シート」(第2回部会後)の主な御意見

(課題への認識)

- 「専門病院」、「地域の医師」、「在宅支援者(包括・行政)」の3者が見ている場面の違いにより課題と思っていることが全く違う、困難を抱えている時期や対象が違うということがある。
 - ・ 「専門医療機関」は診断が中心。認知症患者の生活像イメージがなく、在宅支援者にとって何が大変なのか、よく分からない。
 - ・ 「地域の医師」は、治療(内科等)を継続したいのに薬を処方しても管理できそうにない、治療ができないのに診療時間ばかり取られて困る。
 - ・ 「在宅支援者」の中でも特に地域包括支援センターが困るのは、医療機関になざたくても本人が拒否してつながらない、主治医意見書がないと介護認定も受けられない、BPSDが強くなると介護保険施設でも対応できない、合併症があると一般病院でも精神科病院でも入院を断られる。
- 連携体制を構築していく上では、上記3者が、まず互いを知ろうとし、他の立場の課題を共有しようとする、話し合いの過程が非常に重要であった。

(診断のタイミング)

- 認知症の病気の捉え方が、参加しているそれぞれの方により認識の違いがあるように感じる。
- 認知症の患者さんの受診するタイミングについて、例えば60歳の初めの方は本人の自覚や周りの方の心配により、ごく初期のMC程度で専門医療機関での診断につながる場合がある。

また、軽度の認知症がありながらも地域で支えられながら生活をしている方もいるが、このような方は、骨折や、発熱など現状が受け入れられない状況が発生して認知症の症状が一時的に強くなった場合に、家族や近所の方、地域包括支援センターも含めて、認知症が急激に悪化したと思ってあわてて入院をさせてほしいとなる場合がある。

このような場合には、診療や往診してくれる「かかりつけ医」(=認知症が理解できる)が対応できれば、と感じている。

(普及啓発)

- 地域ごとに認知症の医療・介護のビジョンを明確にし、住民・関係者の理解が必要。少なくとも、医療と介護の連携の必要性については、まだまだ、理解が十分でない関係機関もあるので、一層の普及啓発が必要。

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(速報)

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認知症の専門医療機関

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箇所または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及び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

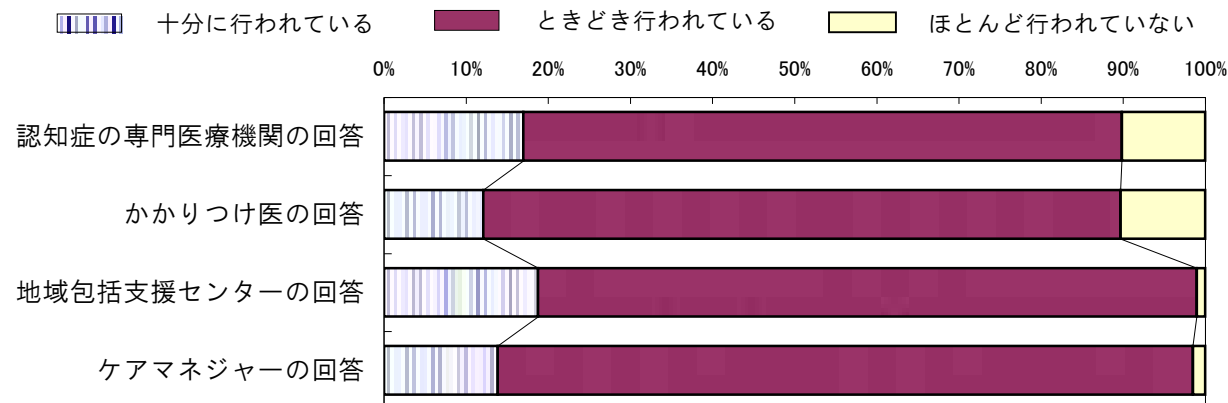
平成23年10月4日から平成23年10月28日まで

(5) 回答率

①認知症の専門医療機関	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	65箇所(65%)

2 調査結果

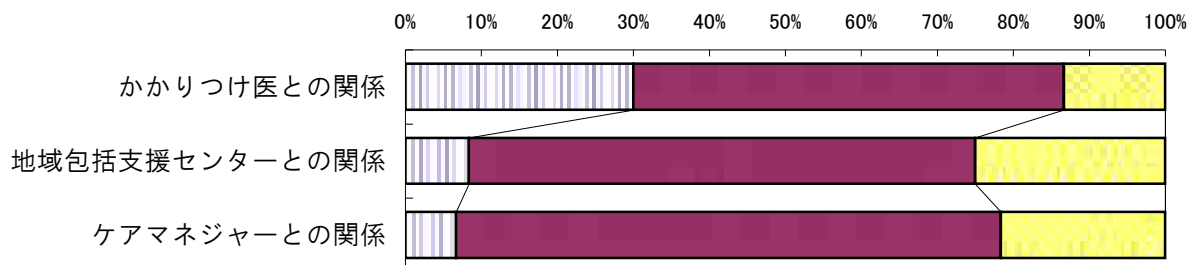
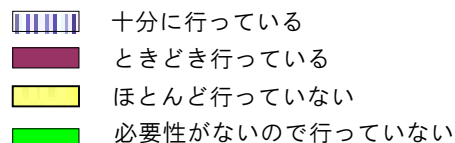
(質問1) 認知症の診療・支援の中で、関係機関との情報共有は十分に行われていると感じますか？



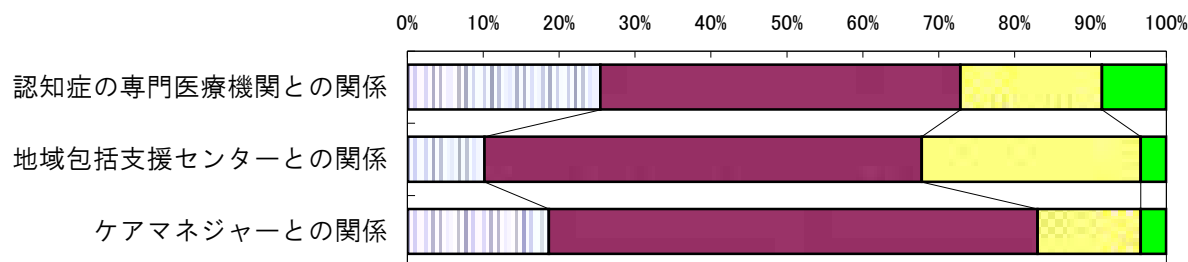
<場面1> 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで

(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？

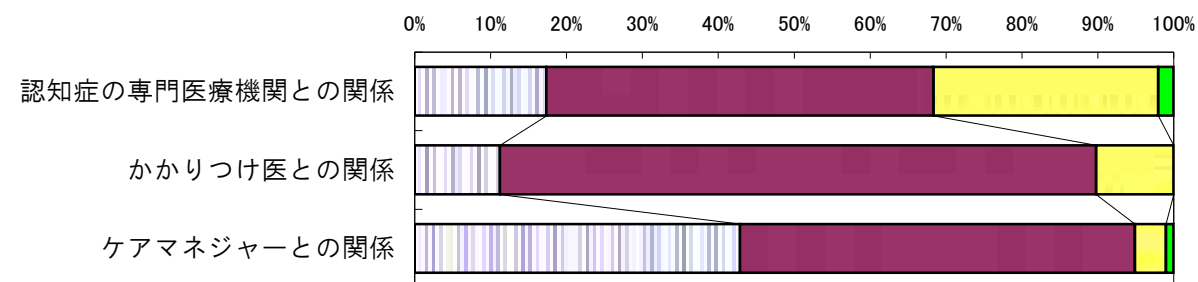
◆認知症の専門医療機関の回答



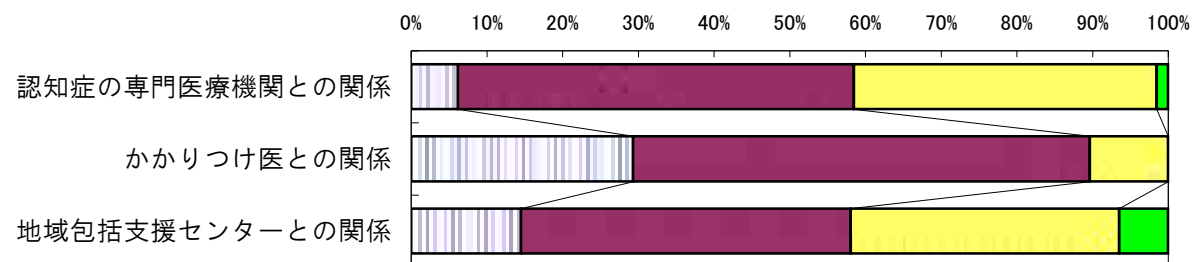
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



◆ケアマネジャーの回答

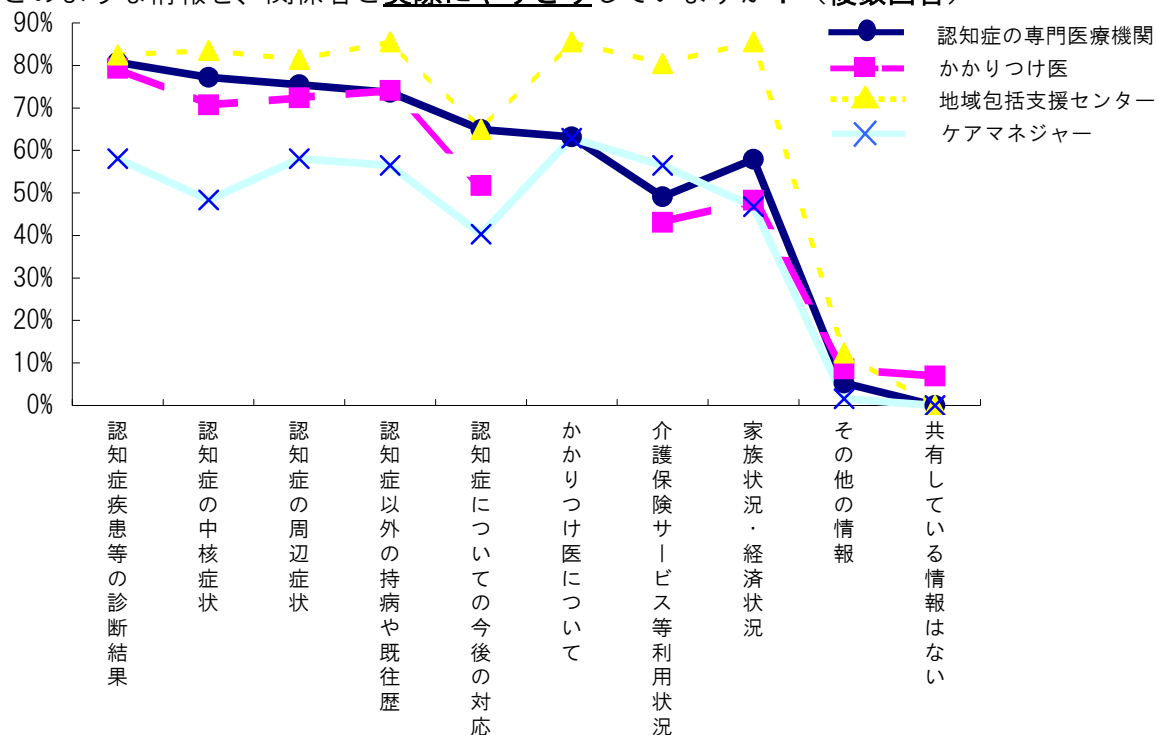


(注) 棒グラフの横軸は、回答者のうち何%のものがその項目に回答したかを示している。

<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

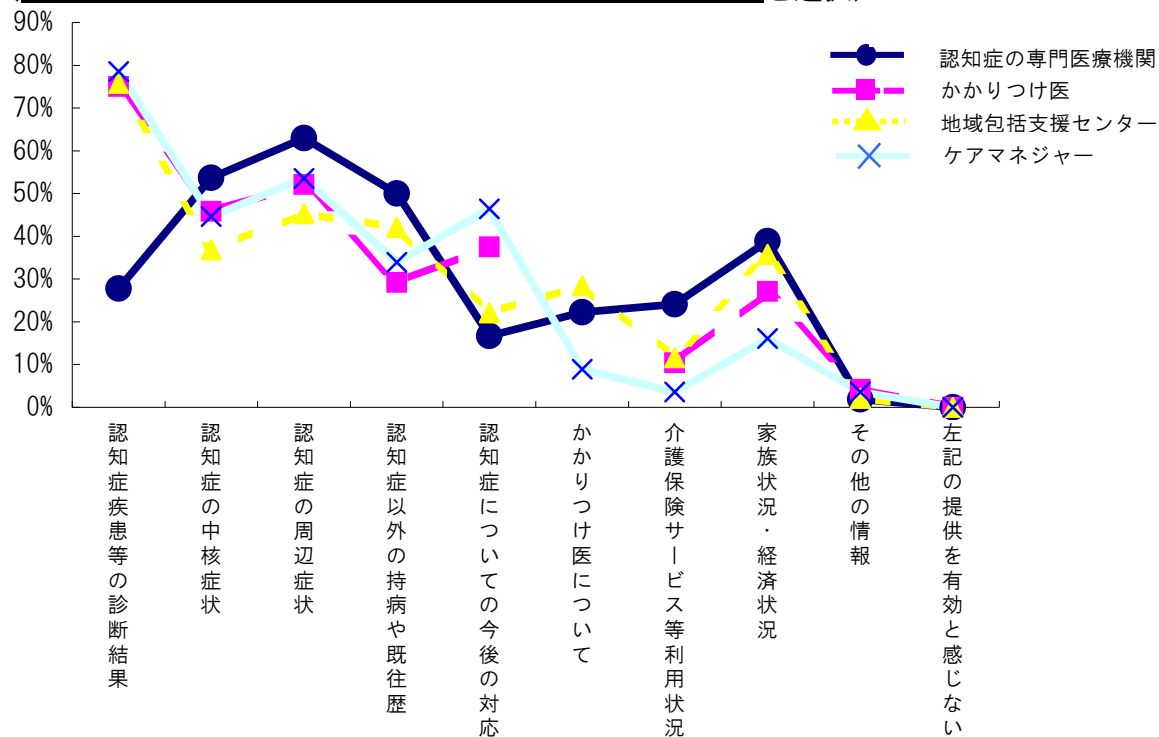
(質問3) 情報の内容について

◆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%のものがその項目に回答したかを示している。

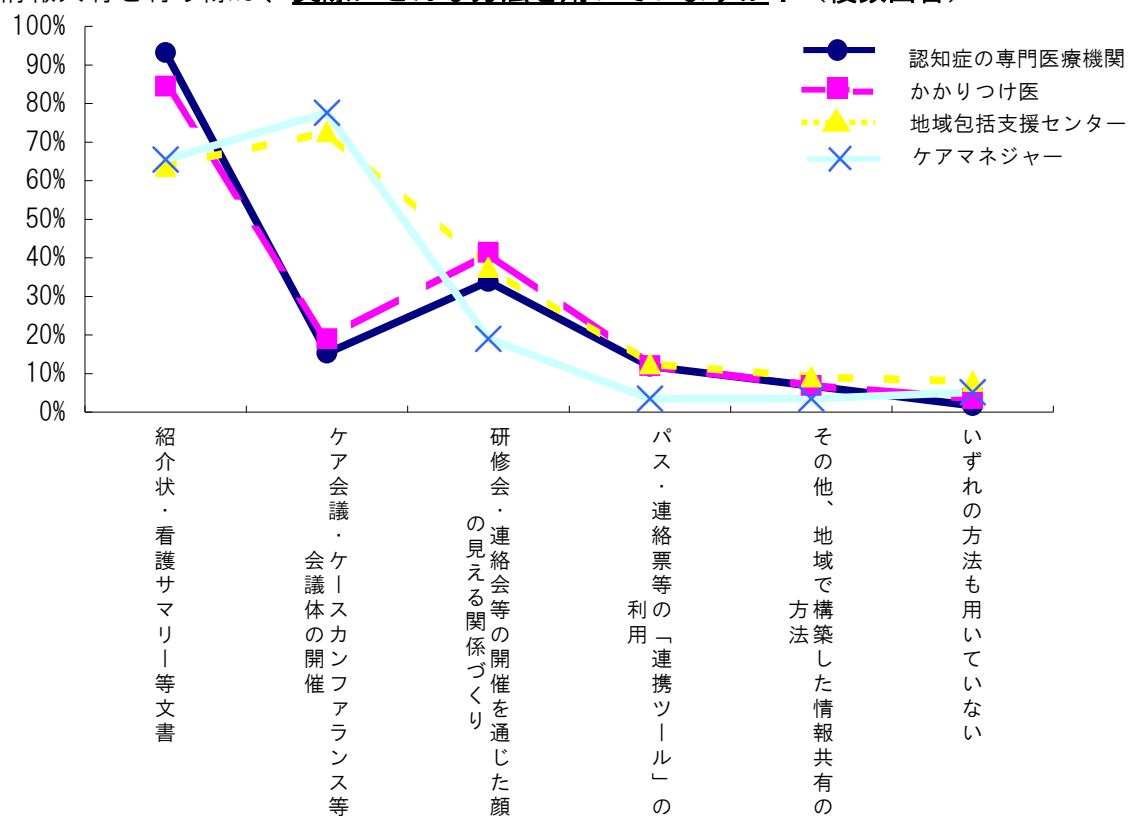
(注2) かかりつけ医に対する調査では、選択肢に「かかりつけ医について」の項目が含まれていないため、線グラフ上の値が空白となっている。

(注3) 下段線グラフにおける認知症の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。

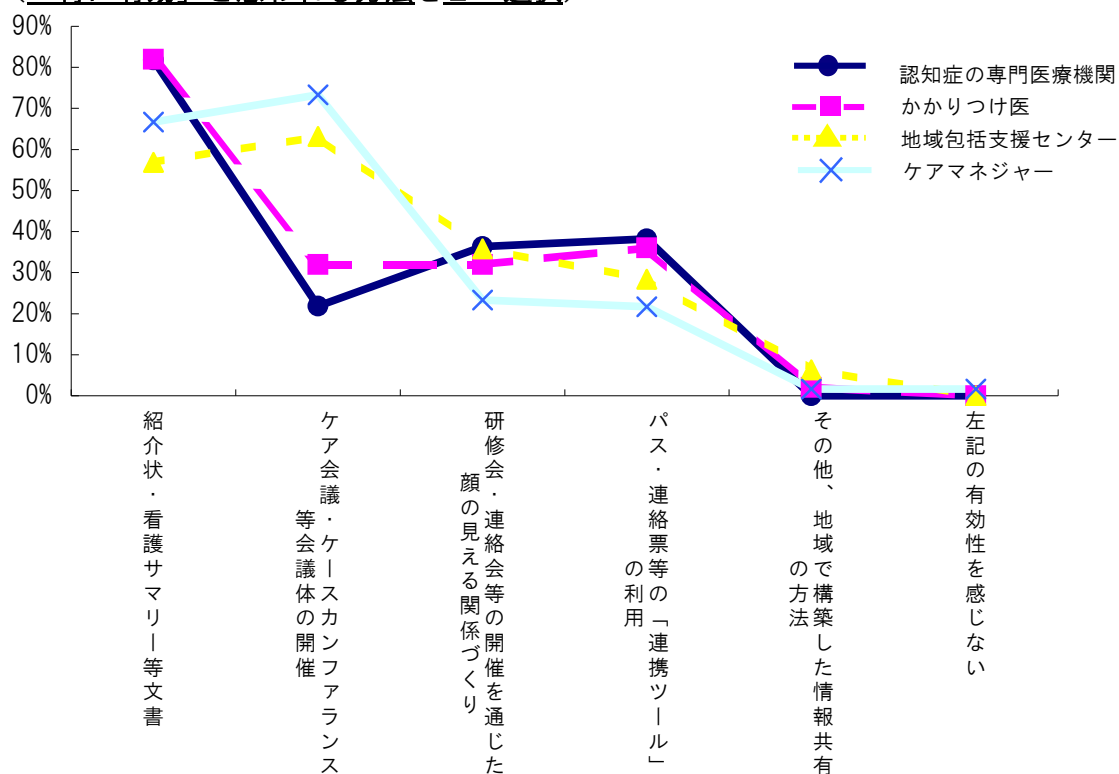
<場面1> 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで

(質問4) 情報共有の方法について

◆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）



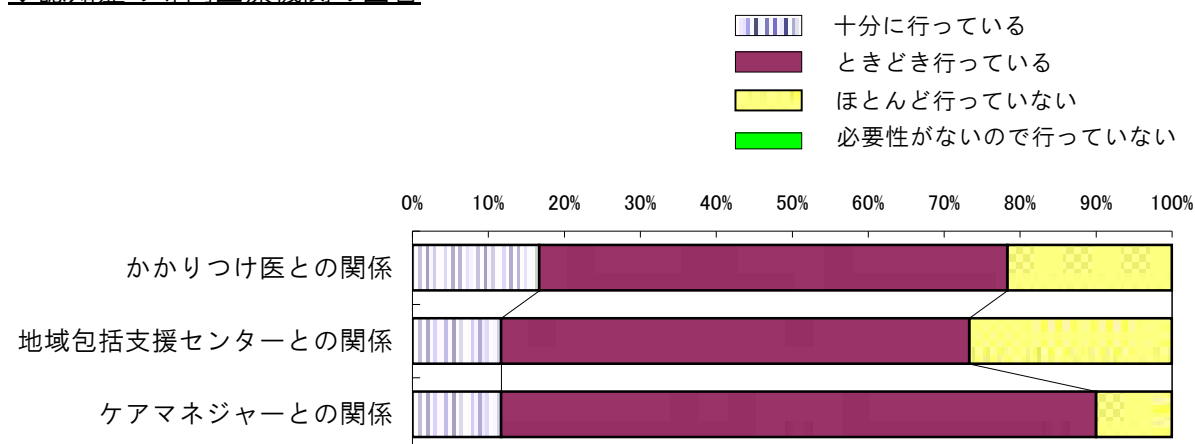
◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
 （「特に有効」と思われる方法を2つ選択）



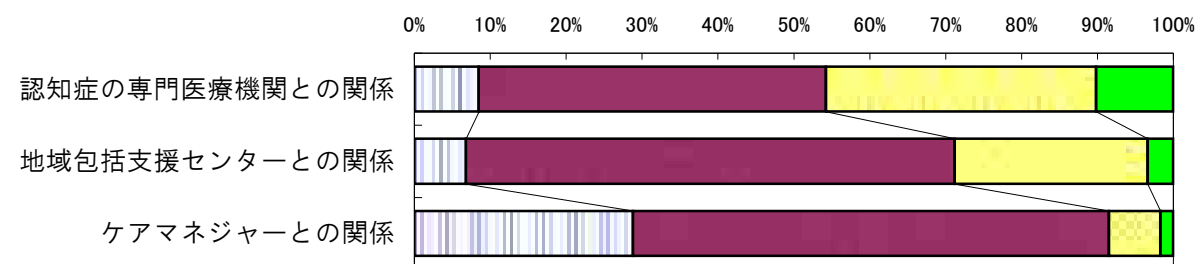
＜場面２＞ 認知症の診断を受けた後の日常診療・介護サービス利用時

（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？

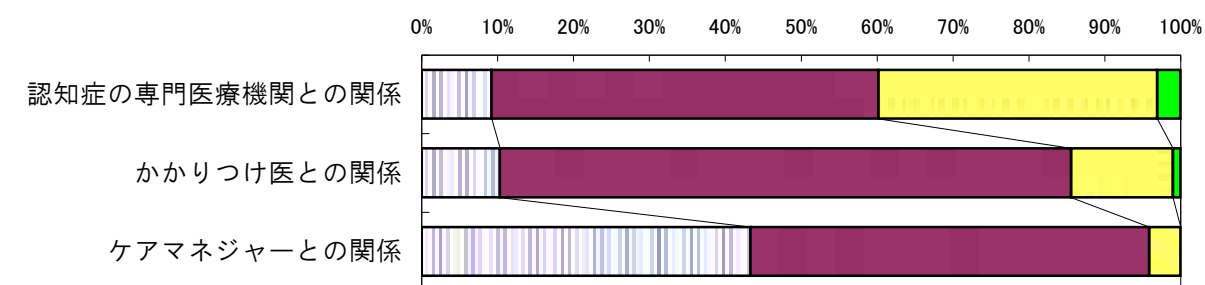
◆認知症の専門医療機関の回答



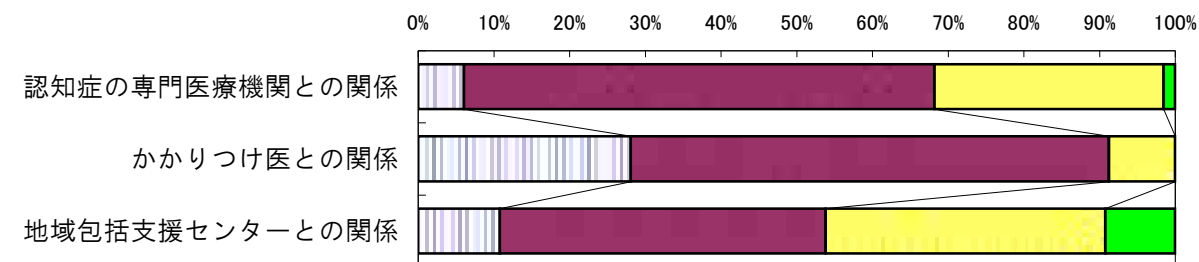
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



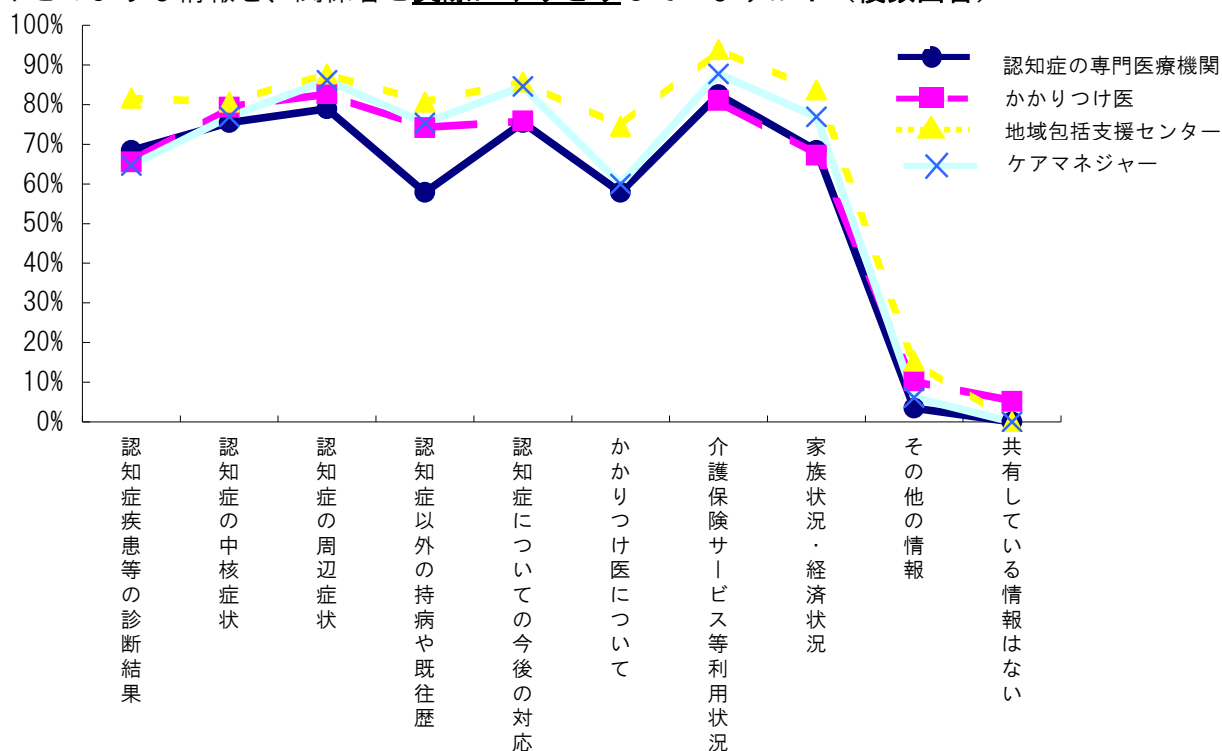
◆ケアマネジャーの回答



<場面2> 認知症の診断を受けた後の日常診療・介護サービス利用時

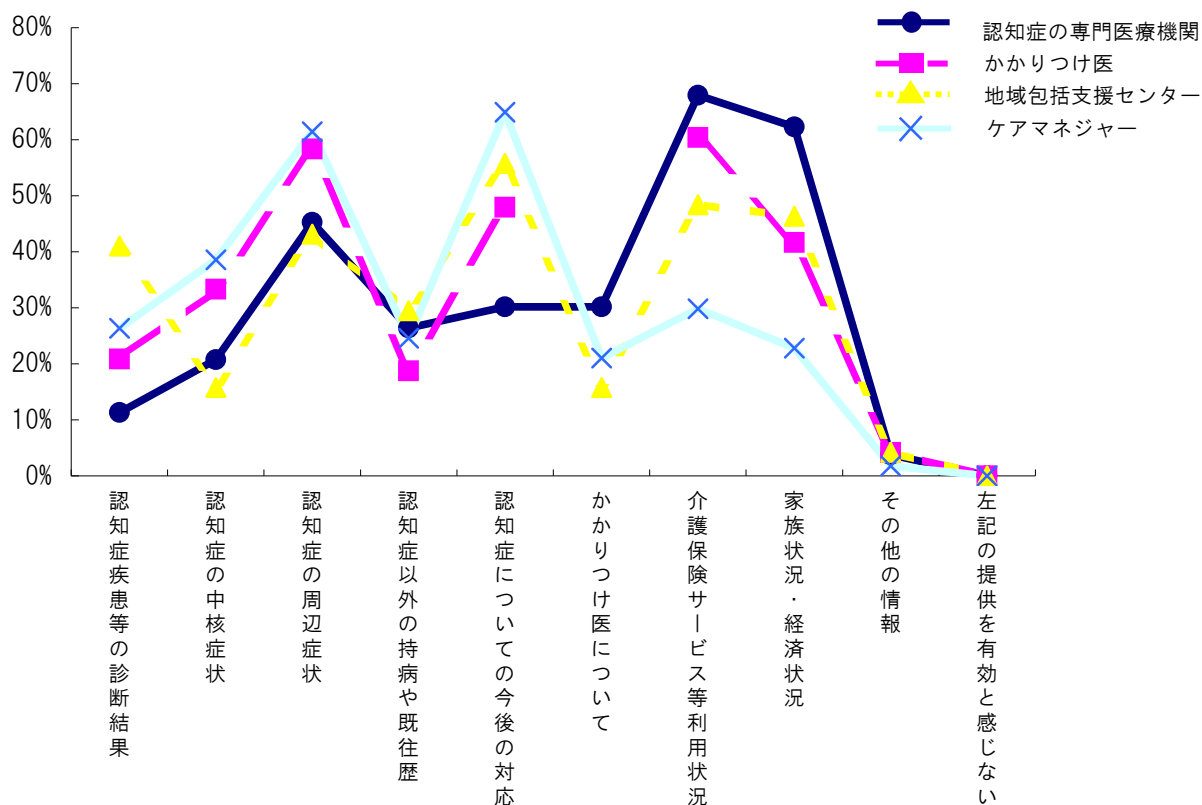
(質問3) 情報の内容について

◆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？

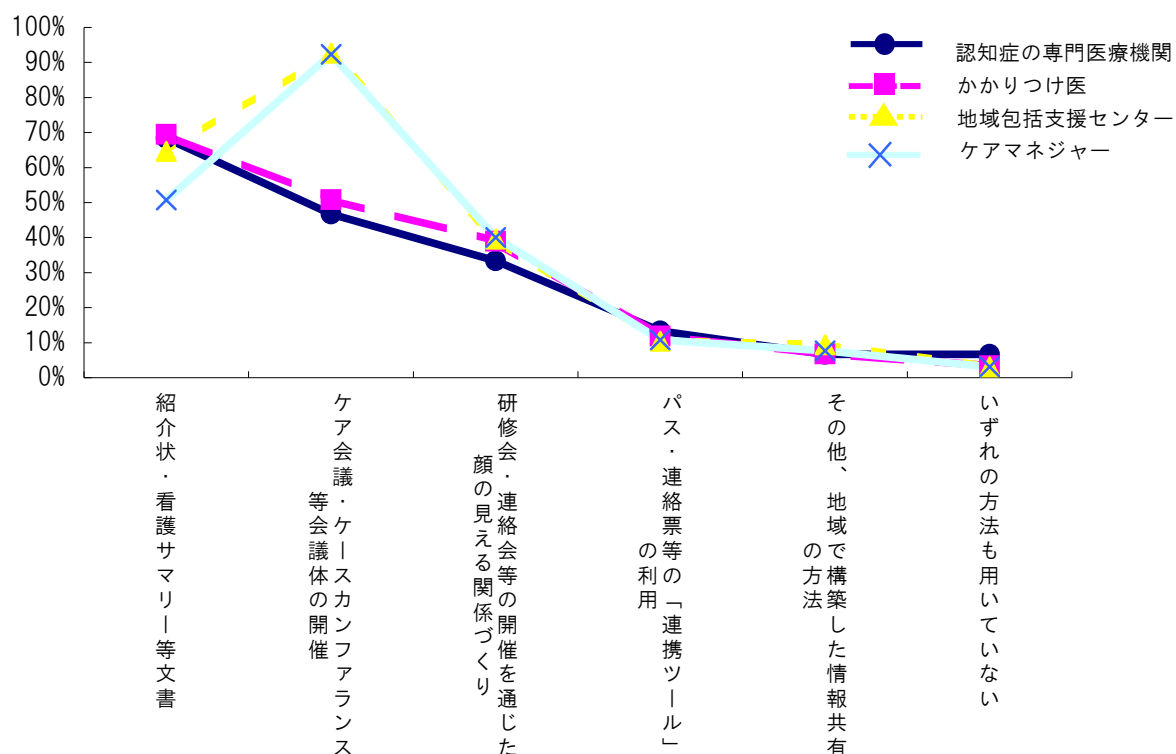
（「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択）



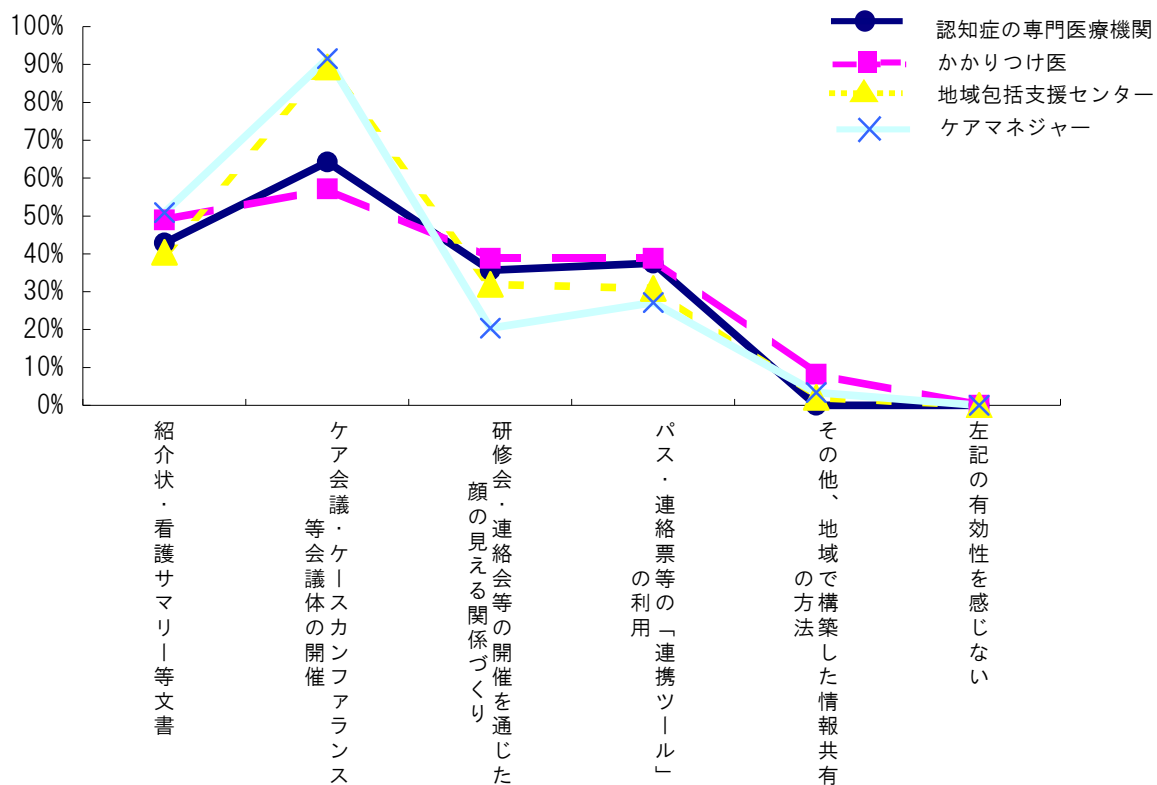
<場面2> 認知症の診断を受けた後の日常診療・介護サービス利用時

(質問4) 情報共有の方法について

◆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)



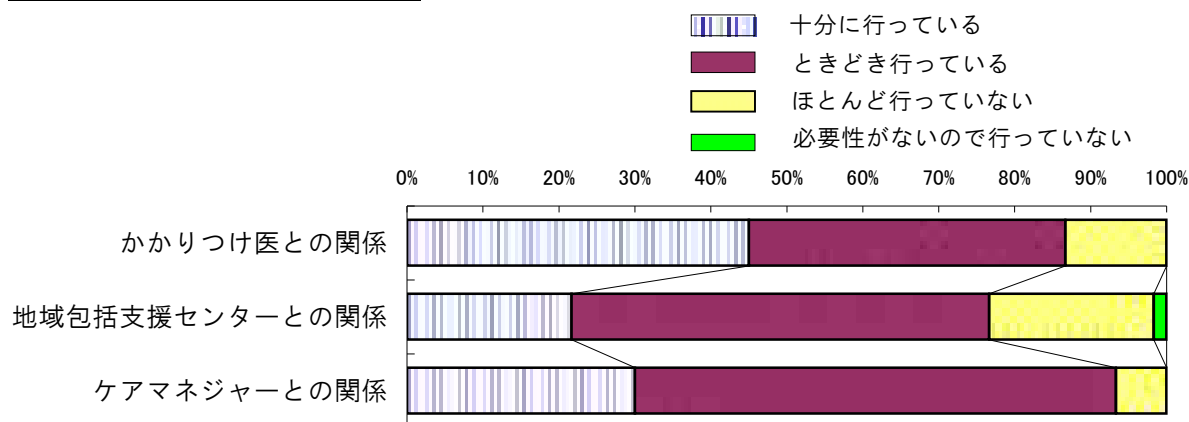
◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
(「特に有効」と思われる方法を2つ選択)



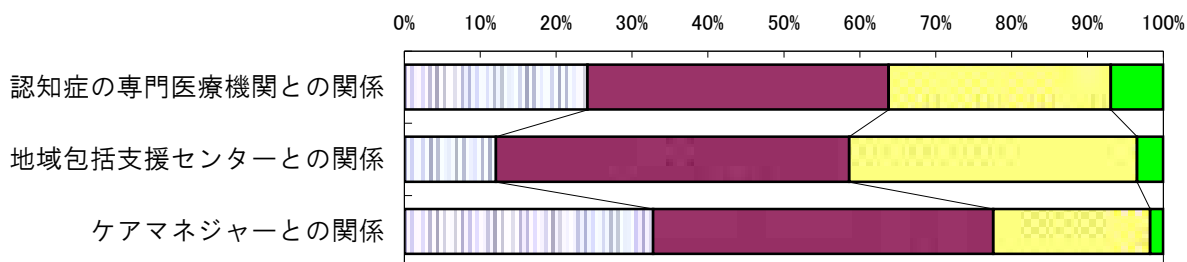
<場面3> 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時

(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？

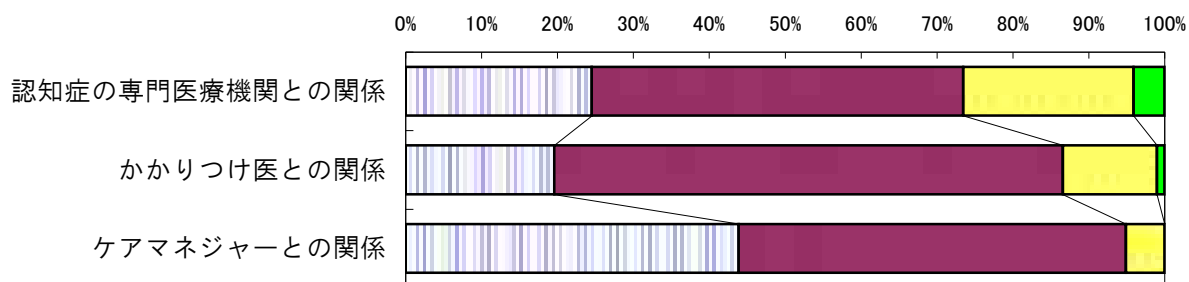
◆認知症の専門医療機関の回答



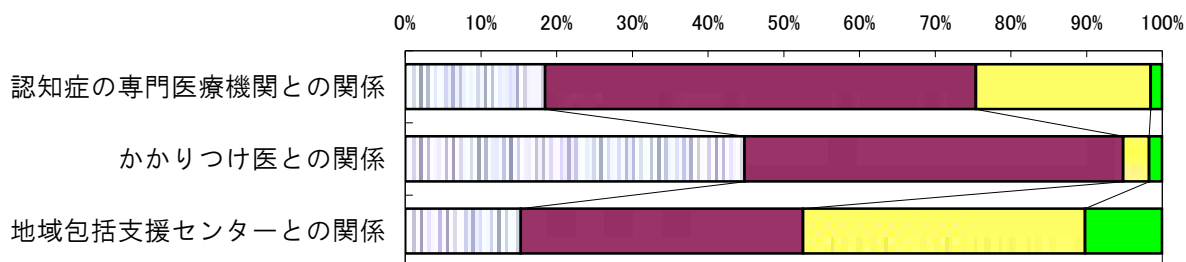
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



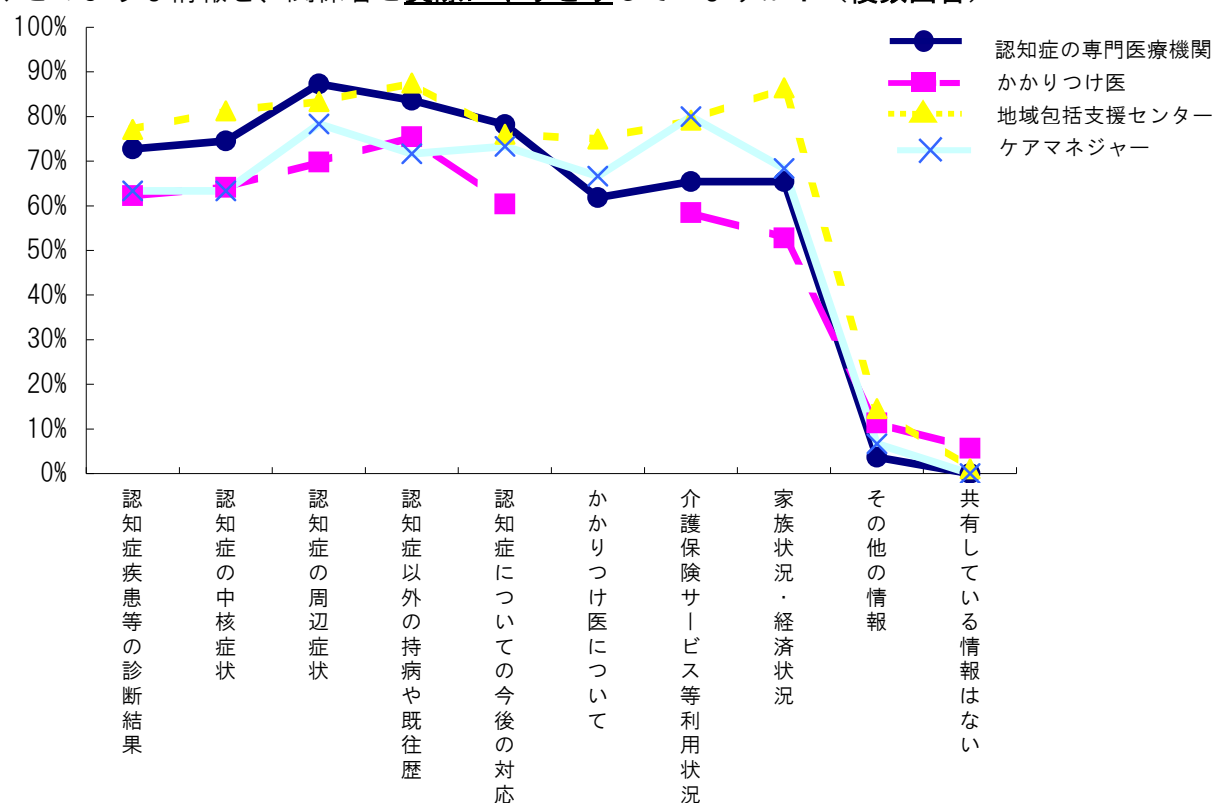
◆ケアマネジャーの回答



<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

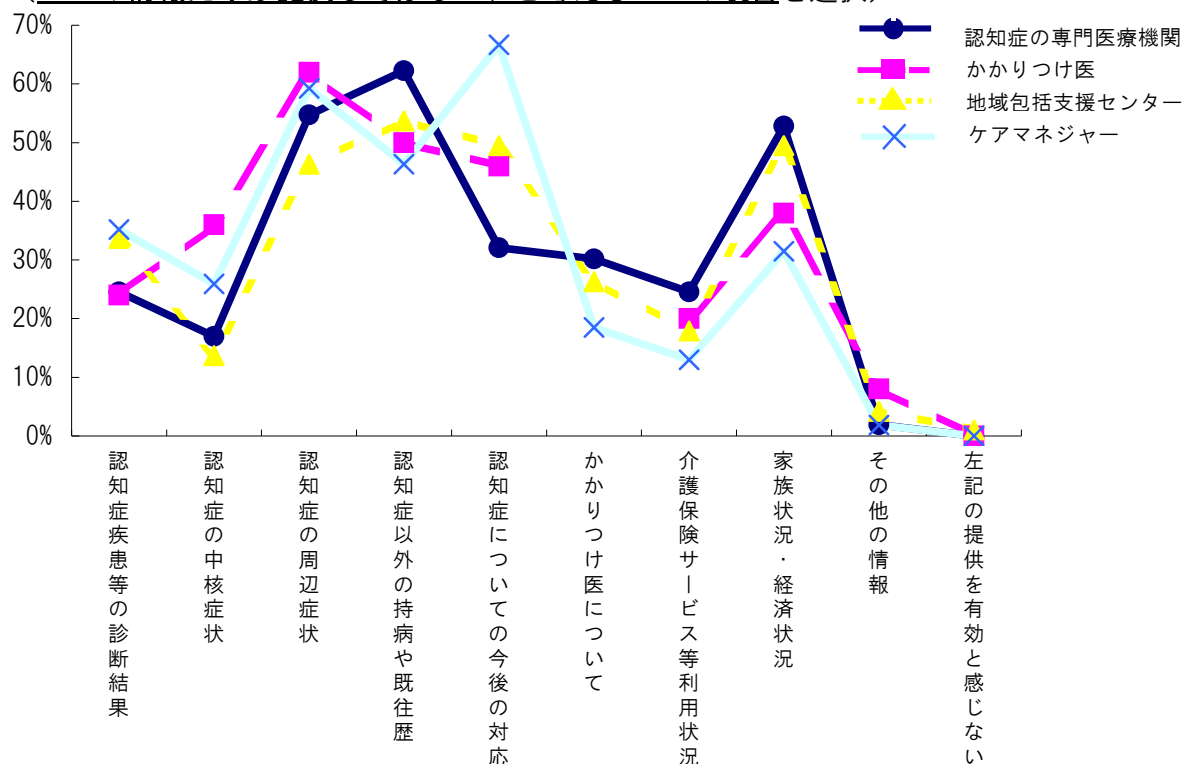
(質問3) 情報の内容について

◆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？

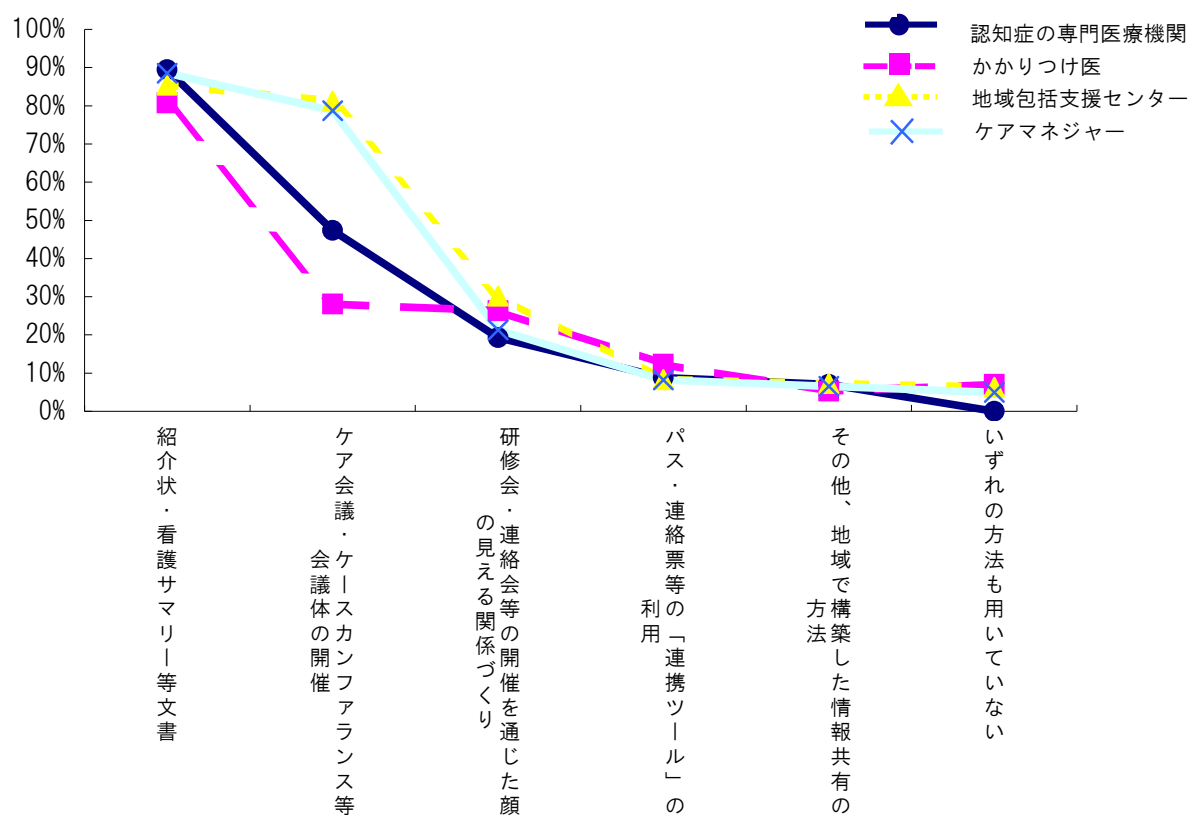
(「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択)



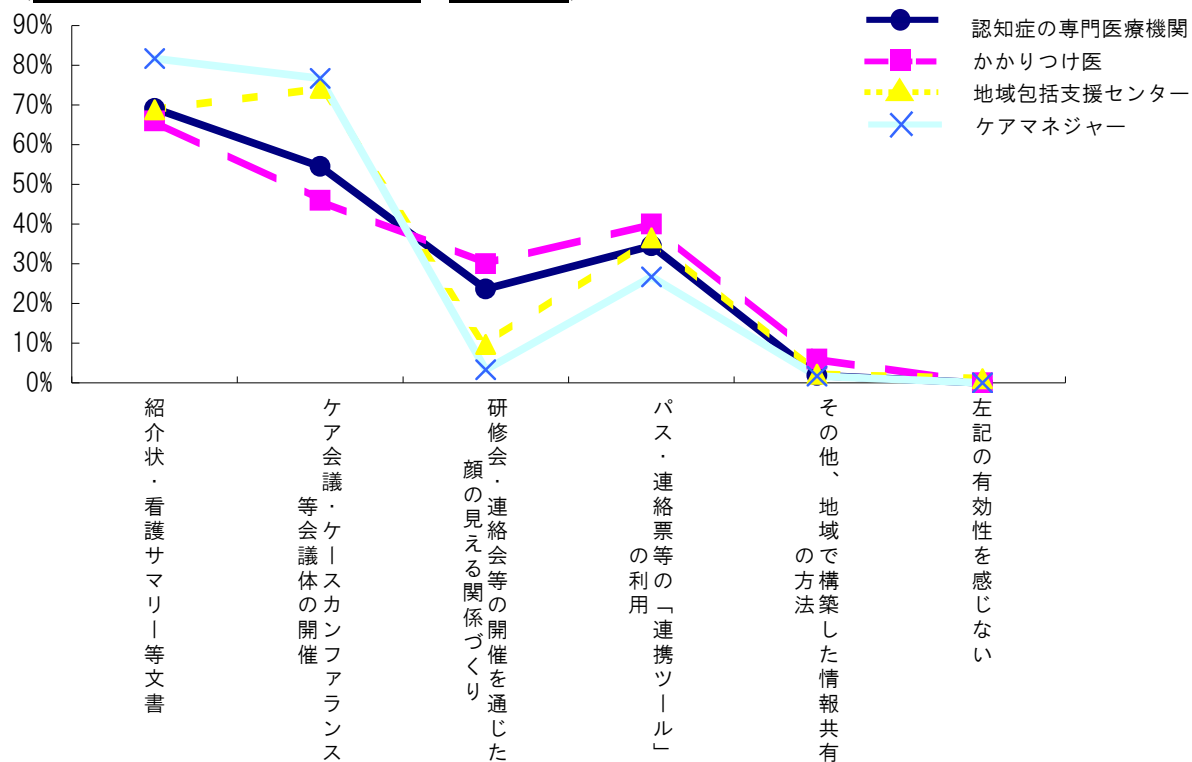
<場面3> 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時

(質問4) 情報共有の方法について

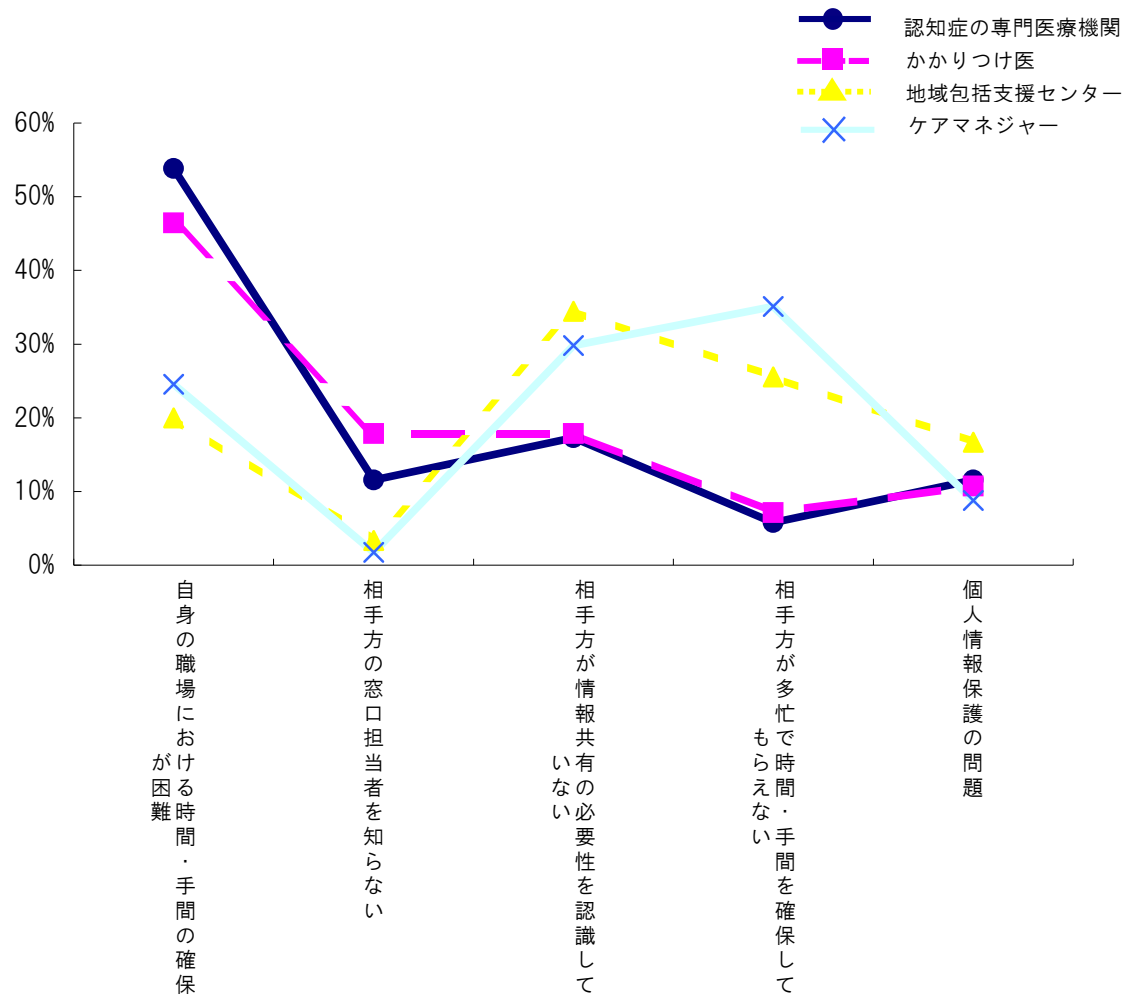
◆情報共有を行う際は、実際にどんな方法を用いていますか？ (複数回答)



◆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)



(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〕

(認知症の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な。
- ・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〕

(認知症の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〕

(認知症の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が少ないこと(例えば研修会・会議など)、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、また時間を取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〕

(認知症の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〕

(認知症の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きていると思うが、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〕

(認知症の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もいない中、時間のみかかり報酬もない。

〔本人を中心に〕

(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〕

（認知症の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つ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えず、「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が取れにくい場合が多い。
- ・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、このままでも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、症状の特徴とかを説明して、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・介護サービスの利用の場面〕

（認知症の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ってくる現状。
- ・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や、かかりつけ医などの情報が、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、定期的に講演会などを開き、家族など各々の対処法などを勉強してもらおうと良い。
- ・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ヶ月に1回の検査だけでも関わらず、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・対応が中心になるので、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ことも少なくない。
- ・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ってから専門医にながため、家族が疲れてしまう。
- ・正確な診断が必要なため認知症の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、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いても、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〕

（認知症の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十分な情報（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に対応ができない。

（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関して〕

（かかりつけ医からの意見）

- ・地域において、初期認知症ですでに生活に支障をきたしている患者を包括に紹介しても、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も多い。
- ・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。

〔ケアマネジャーに関して〕

（認知症の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づき、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ので、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も、専門医療機関との連携の仕方が分からない場合がある。
- ・ケアマネジャ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と思う。

〔介護職に関して〕

（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が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ること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をさらに増強される。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、連携しやすい土壌作りをお願いしたい。

認知症ケアパス部会報告書の構成（たたき台）

I （はじめに）

- 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に係る関係者間の連携体制の構築を進めていく
- 具体的な連携にあたっては、関係者間で情報を共有することが不可欠
- 情報共有化の推進に向けては、現状の把握、課題の整理を行い、機能する情報共有の仕組とするための検討が必要

II （現状及び課題）

- ※ アンケート調査結果及び部会の議論を分析し、課題を抽出する
- 〔認知症の疑いから受診までの場面〕の現状・課題を踏まえ、認知症の早期発見・早期診断と、診断後の適切な支援につなげる仕組が必要
- 〔日常診療・介護サービスの利用の場面〕の現状・課題を踏まえ、生活状況に係る情報、認知症や身体合併症に係る情報、医療・介護サービス提供の情報等について関係者間で共有していく仕組が必要
- 〔身体合併症・周辺症状による入退院時の場面〕の現状・課題を踏まえ、入院の受入及び退院が円滑に進むよう、迅速かつ的確に情報が共有される仕組が必要

III （仕組の提案）

- 医療関係者同士、医療関係者と介護関係者、そして家族介護者も含めた情報の共有化を進めるにあたり、地域において具体的に機能する仕組を構築していくことが必要
- 地域において機能する情報共有ツールの形態
 - 効果的に機能するための工夫
 - 関係者間で共有することが必要とされる情報
 - 情報共有ツールの雛形の提示

IV （今後の課題）

- 認知症疾患医療センターの取組等を通じて、関係者の認知症への理解促進や、顔の見える関係づくりを行う等、情報共有の仕組を支える基盤を整備していくことが必要
- 家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進を進める
 - 関係機関の認知症対応力の向上を進める
 - 顔の見える関係をつくる等、コミュニケーションができる関係づくりを進める
 - 地域における連携体制の構築、強化に向けた取組を進める
 - 受診が困難な人への支援を進める

■ 情報共有ツールで対応すべき課題（例示）

Ⅱ（現状）	及び	（課題）	⇒	Ⅲ（仕組の提案）
認知症の人への支援では、関係者（家族介護者を含む）同士の連携が欠かせないが、連携に必要な情報が共有されていない。	⇒	認知症の人に関わる関係者の間で、情報共有のできる仕組が必要。	⇒	○ 関係者の間で、適切に情報のやりとりができるよう、各地域で統一した情報共有ツールを作成すべき。
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があるが、的確に伝えることが難しい場合がある。	⇒	家族介護者は、本人の在宅療養生活の状況を最もよく知っていることから、本人の症状や治療の状況等について正確に理解し、的確に伝えることができる仕組が必要。	⇒	○ 情報共有ツールは、家族介護者が参画できることが望ましい。 ○ 誰にでも分かる平易な言葉を使用すべき。
本人・家族の状況について、個人情報保護の観点から、情報の共有が難しいことがある。	⇒	本人や家族の同意を得るなど、お互いに必要な情報を共有できる仕組が必要。	⇒	○ 本人や家族に十分に説明し、同意を得た上で情報共有ツールを活用すべき
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など、相互理解が十分ではなく、個々の対応に委ねられている。	⇒	地域の関係者が一同に介して、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。	⇒	○ まずは、情報共有ツール作成にあたり、各地域の協議会において相互理解を深めた上で、基本的方向性を定める。これを踏まえ、具体的な検討はその下に設置する作業部会等において、進めていくべき。 ○ 自らが提供したい情報ではなく、他の関係者が提供してもらいたい情報を提供するという視点で作成すべき。
既に様々な連携ツールが存在しているが、十分には活用されていない例も多い。	⇒	持続的・継続的に使われる仕組をつくっていくことが必要。	⇒	○ 普及のため、家族介護者を含む関係者への周知徹底と、ツールの使い方に係る研修を各地域で行うべき。 ○ 情報共有ツール作成後も作業部会等を継続し、使い勝手の良いものとすべく、使用状況について検証の上、随時改良を行っていくべき。
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る。退院時カンファレンスを開催できず看護サマリーとなることも多い。	⇒	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が必要。	⇒	○ 医療関係者にできるだけ負担をかけない記載方法とし、最低限必要とされる情報に絞るべき。

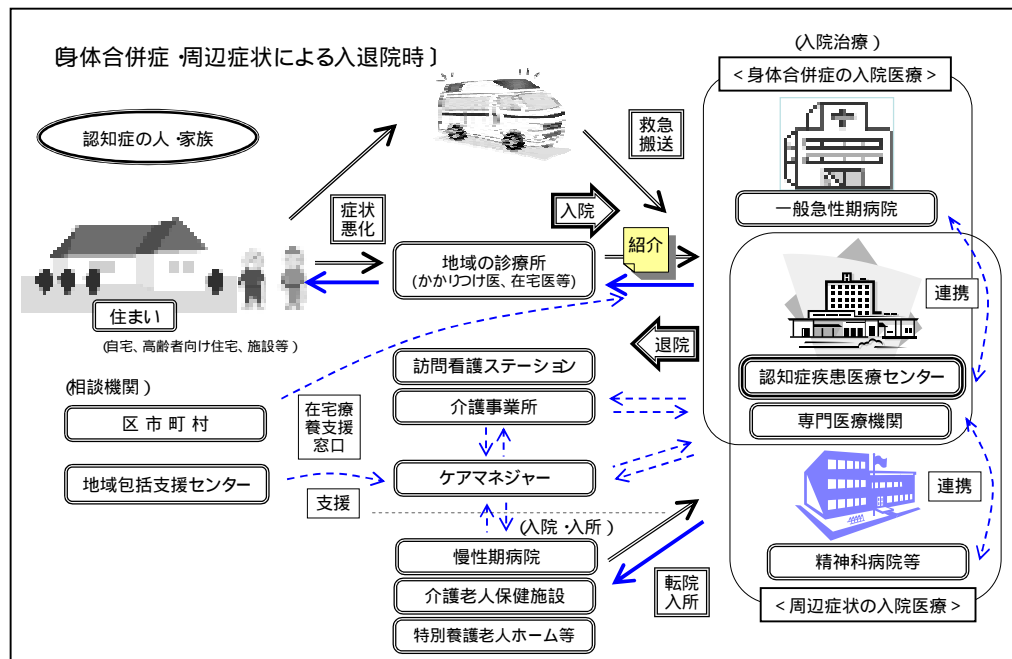
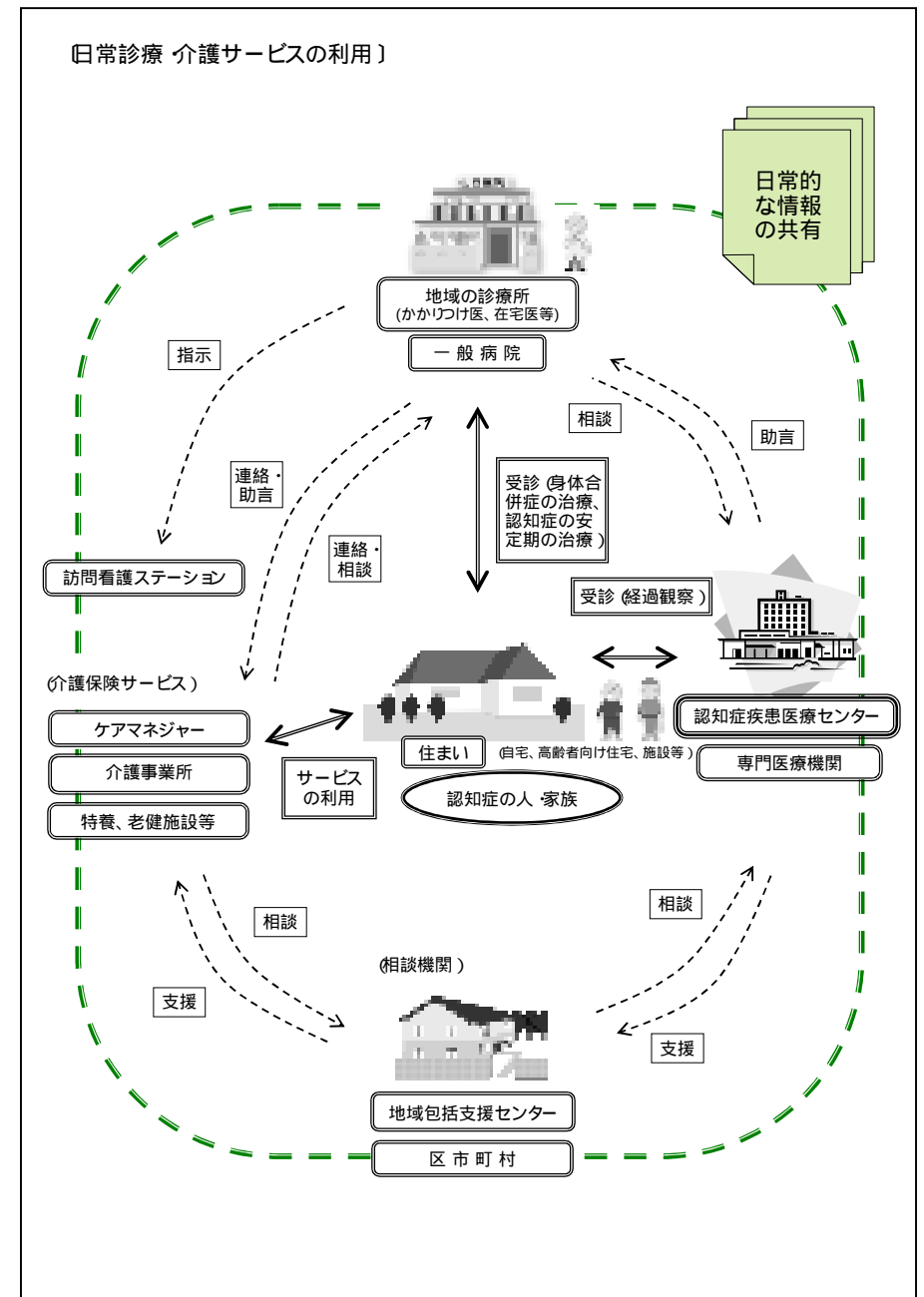
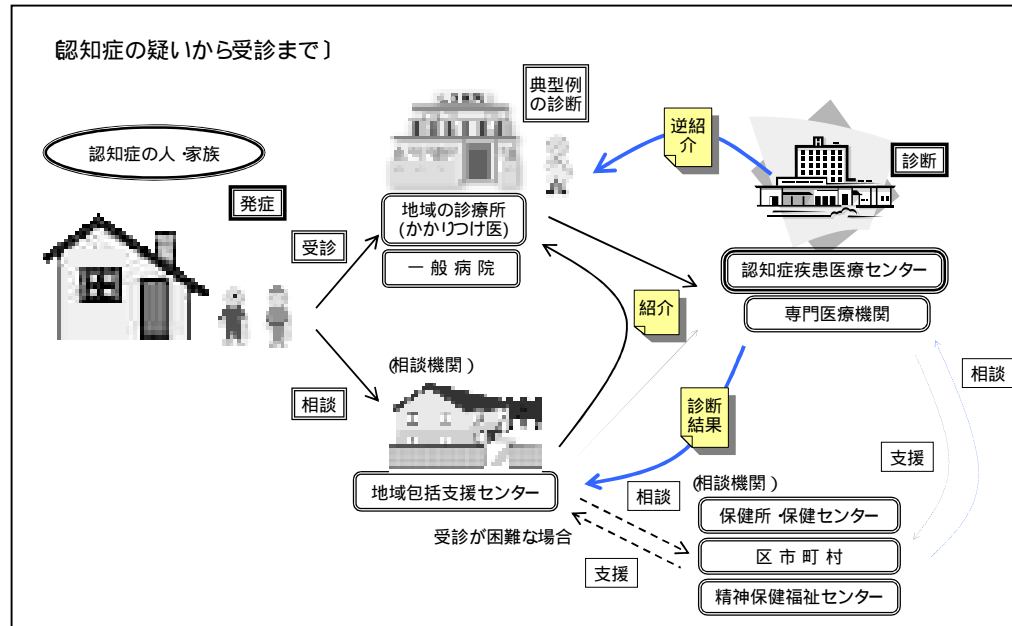
■ 情報共有以外の対応が必要な課題（例示）

Ⅱ（現状）	及び （課題）	⇒ Ⅳ（今後の課題）
家族介護者・地域住民の認知症に対する理解が十分ではないことから、早期発見・早期治療に結びつかないことが多い。	⇒ 家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進が必要。	⇒ ○ 認知症疾患医療センターの取組等を通じて、関係者の認知症への理解促進や、顔の見える関係づくりを行う等、情報共有の仕組を支える基盤を整備していく。 （東京都として、認知症疾患医療センターの連絡会等を開催する中で、取組の状況を把握しつつ、必要な検討を行っていく。）
今後、在宅の認知症高齢者が増加することが見込まれる中、関係機関の認知症対応力が十分とは言えない。	⇒ 医療機関や介護関係機関双方の認知症対応力をさらに高めていく必要がある。	
顔の見える関係ができていないと、情報共有が十分に行えない。	⇒ 情報共有が円滑にできるよう、日ごろから顔の見える関係づくりを行うことが必要。	
認知症の人を支援する関係者間の地域連携が十分でない。	⇒ 認知症疾患医療センターの設置を契機として、地域における連携体制の構築、連携強化に向けた取組を強力に進めていくことが必要。	
受診が困難な人を医療につなぐことが難しい。	⇒ 精神保健福祉センターをはじめとする既存の社会資源を活用しつつ、受診が困難な人への支援の充実が必要。	

既存情報共有ツールの項目等比較表

区 分	名 称	地 域	実 施 主 体	使 用 す る 者 記 載 欄 が あ る 場 合 の み 。							形 態 (サ イ ズ)	使 用 場 面			使用方法		情 報 の 内 容 情報の記載形式は右記の印で表記 ○:自由記載形式 □:チェック式 □：自由記載式・チェック式併用															
																	医 療 関 係								介 護 関 係		当 事 者 に つ い て					
				本人	家族	かかりつけ医（看護師を含む）	認知症の専門医療機関（看護師を含む）	地域包括支援センター等相談機関	ケアマネジャー	ヘルパー		認知症の疑いから受診まで	日常診療・介護サービスの利用	身体合併症・周辺症状による入退院時	関係者間でのFAX等のやりとり	原則本人が所持し適宜関係者が記入	認知症のこれまでの治療経過	認知症の診断結果・検査結果	認知症の中核症状	認知症の周辺症状	認知症についての今後の対応	認知症以外の持病・既往歴・治療状況	主治医について	薬剤・副作用について	介護保険サービス・成年後見制度等利用状況	摂食・嚥下機能評価	関係者間で情報のやりとりをすることについての本人・家族同意	家族・経済状況	本人・家族への告知・指導の実施有無やその内容	本人・家族が最も困っていること		
印 の 数 合 計 (最 大 値 : 5)				2	3	4	4	2	1	1	 シート:3  ノート:2	3	5	2	3	2	3	4	4	4	3	4	3	4	5	1	2	2	3	3		
認知症医療連携バス	認知症連携バス	新宿区	東京医科大学病院医療連携室内在宅認知症患者対策ケアネットワーク事務局 新宿区医師会			○	○				 シート (A4版)	○	○		○		○	□	□	□	○	○ □	○	□				○ □				
	大田区認知症連携バス	大田区	大田区三医師会 (大森・蒲田・田園調布医師会)			○	○	○			 シート (A4版)	○	○		○			□	□	□	□	□	○ □	○					○			
介護認知症連携バス・	もの忘れ相談シート	三鷹市 武蔵野市	三鷹武蔵野認知症連携を考える会 (行政、医師会、専門医療機関関係者等で構成)		○	○	○	○			 シート (A4版)	○	○		○		○	□	□	□	□	○ □	○	□	□	○	○	○ □				
医療卒中連携バス	生き活きノート	北多摩西部 二次保健医療圏	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	○	○	○	○		○	○	 ノート (A4版)		○	○		○	○	○ □	○	○		○	○	○	□	○ □			○			
その他	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	○	○						 ノート (A5版)		○	○		○						○		○		○	○		○			

【注】本表における分類は事務局の主観によるものです。
目黒区・世田谷区でも同種のバスを使用しています。



【報道発表資料】

2011 年 11 月 7 日

三鷹市健康福祉部高齢者支援課
武蔵野市健康福祉部高齢者支援課
三鷹市医師会
武蔵野市医師会
武蔵野赤十字病院
杏林大学医学部付属病院

認知症高齢者に対する地域連携について

（事業目的）

三鷹市、武蔵野市在住の認知症高齢者が、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らせるよう、かかりつけ医（医師会）、専門医療機関、在宅相談機関（地域包括支援センター、在宅介護支援センター、行政）が相互に連携する体制を構築し、認知症高齢者ならびに生活をとともにする家族を支援すること。

（対象者）

65 歳以上の認知症高齢者（推定）・・・三鷹市 約 4,000 人、武蔵野市 約 3,000 人

（事業を始めるまでの経緯）

認知症高齢者ならびに同居する家族が在宅で安心して生活するためには、医療、福祉、介護の支援が必要である。しかしながら、これまでそれぞれの職域が別個に対処することで解決につながらない問題が多く、十分な支援を行うことができなかった。そこで、平成 20 年 12 月に I. かかりつけ医（医師会）、II. 専門医療機関、III. 在宅相談機関（地域包括支援センター、在宅介護支援センター、行政）の連携組織を立ち上げ（図 1）、現在まで 2 ヶ月に 1 回、計 17 回連携会議を開催し、それぞれの立場からの意見を取り入れ、認知症連携情報交換シートを作成するに至った（表ならびに別紙）。平成 22 年より情報交換シートの試験的運用を開始し、これまで下記の通り、多数の事例を経験することにより、本シートの利用が認知症高齢者の支援に有効であるとの成果を得ることができた。以上の経緯により、本事業の本格運用を開始するに至った。

（事業の概要）

本連携事業では以下の業務を行う。

1. 情報交換シートによる認知症連携の推進

別紙「もの忘れ相談シート 1～6」を I. かかりつけ医または相談医（三鷹市、武蔵野市医

師会)、II. 専門医療機関、III. 在宅相談機関(地域包括支援センター、在宅介護支援センター、行政)の間で、図2に示す流れで運用する。これにより、認知症高齢者の支援に必要な三者間の双方向型情報交換を行うことが可能である。

*各シートの使用目的と内容は後述の表を参照

註)「もの忘れ相談医」とはかかりつけ医の一部であるが、初診であっても認知症診療に積極的にかかわることを了承した医師会所属の医師である。相談医は専門医療機関からの逆紹介を受けることもある。

2. その他

以下の内容についても本事業の中で実施もしくは対応する。

- 1) かかりつけ医、相談医を対象とした認知症研修会
- 2) サポート医養成の援助
- 3) 相談医登録の追加募集
- 4) ケアマネージャー等を対象とした研修会
- 5) 市民向け講演会
- 6) 認知症サポーター養成の援助
- 7) 急性の身体疾患を合併した場合の対応
- 8) 著しい周辺症状が出現した場合の対応

(本事業の特長)

1. 専門医療機関、かかりつけ医もしくは相談医(医師会)、在宅相談機関(地域包括支援センター、在宅介護支援センター、行政)の三者の連携であること、双方向の情報交換形式であること、自治体が2行政地区にわたっていることは全国的にも珍しく、都内では初めての連携形態であること
2. 22年度から現在までの試験運用の成果
三鷹市：活用総数 41 件
武蔵野市：活用総数 51 件
3. 本連携により期待される効果(これまでの実績より)
 - 医療機関に診療が依頼しやすくなった。
 - 医療状況だけでなく生活上の課題等の情報が医療機関へ伝達されることで、要介護認定のための主治医意見書にそれらの情報が反映され、介護サービスの導入がしやすくなった。
 - 主治医と生活上の課題について情報共有がしやすくなった。
 - 受診結果や治療方針などの情報が、医療機関から在宅相談機関に伝わるようになった。

○家族にも連携体制が実感され、家族の安心感向上に繋がった。

○在宅相談機関が関わっていない方についても、医療機関から在宅相談機関に連絡が入るようになった。

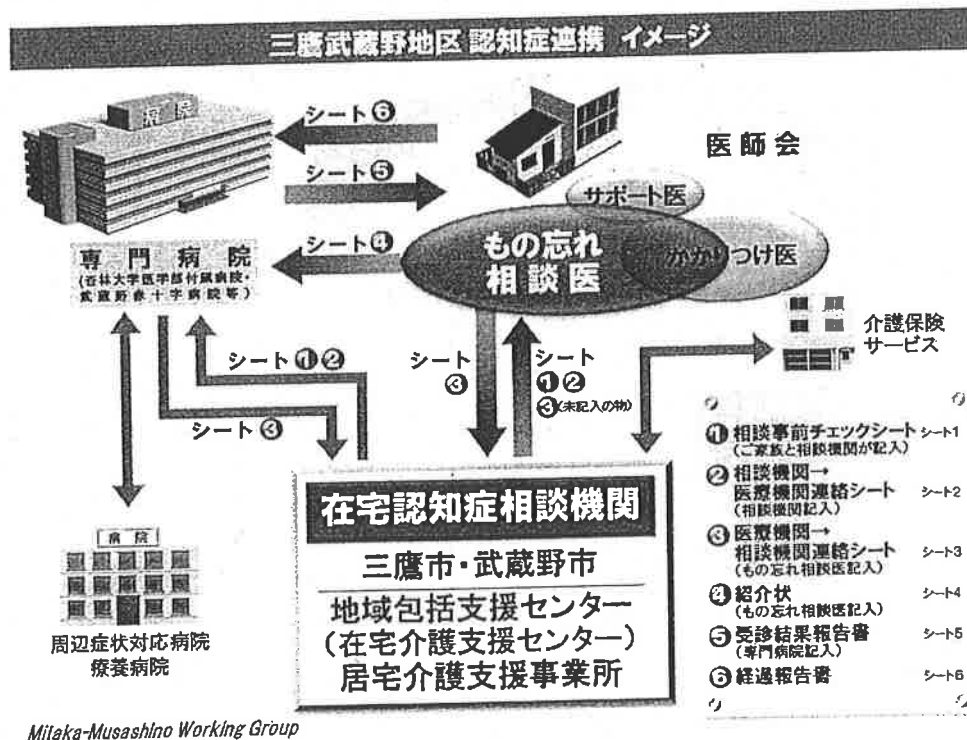
図 1

三鷹・武蔵野認知症連携ワーキンググループ

三鷹市	行政	三鷹市健康福祉部高齢者支援課5名
	地域包括支援センター	地域包括支援センター(主任ケアマネージャー)4名
	医師会	医師2名
	専門病院	杏林大学病院もの忘れセンター医師2名、認知症看護認定看護師2名、地域医療連携室3名
		吉岡リハビリテーションクリニック
長谷川病院(精神科)		
	井之頭病院	
武蔵野市	行政	健康福祉部高齢者支援課、地域包括支援センター計6名
	地域包括支援センター	
	在宅介護支援センター	在宅介護支援センター2名
	医師会	医師2名
	専門病院	武蔵野赤十字病院医師、ソーシャルワーカー

協力病院: 慈雲堂病院(周辺症状対応病院)

図 2



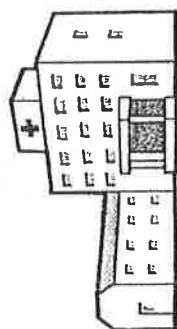
表

三鷹武蔵野認知症を考える会連携シート

	シートの流れ	内容
シート①	事前チェック	認知症中核症状、周辺症状、介護で困っていることなどを家族または相談機関が記入。自由記入欄を大きくしている。
シート②	相談機関→医療機関	受診前に相談機関が記入。介護状況や介護保険の要介護度、現疾患やかかりつけ医、投薬内容などをわかる範囲で記入。認知症専門医の受診の希望の有無も記入。
シート③	医療機関(もの忘れ相談医または認知症専門医)→相談機関	基本的に“もの忘れ相談医”が記入。現段階での診断、治療方針。また、これらの内容を誰に(患者さん本人か家族かなど)説明したか、介護サービスとして何が必要と考えられるかを記入
シート④	もの忘れ相談医→認知症専門医	もの忘れ相談医から認知症専門医療機関への診療情報提供書。医療情報に加えシート①、②を添付し、家族が困っている点や、介護状況の情報も提供する。
シート⑤	認知症専門医→もの忘れ相談医	受診結果報告書。専門病院が記入しもの忘れ相談医に返送する。認知機能(MMSE, HDS-R)、日常生活自立(IADL, BADL)、うつ状態(GDS15)、生活意欲(Vitality index)、認知症の進行度などを記入するほか、頭部MRI、脳血流シンチグラフィの結果を加え、最終的な診断と治療方針を示す。
シート⑥	もの忘れ相談医→認知症専門医	再診用紹介状。もの忘れ相談医が記入。その後の経過や認知症の病状の変化を記入。その時点での投薬・治療、介護状況などの内容も記入。

専門病院の課題

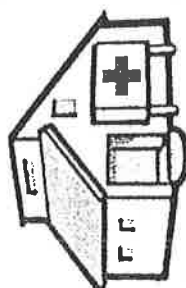
- ① 認知症高齢者の長期予約待ちが恒常化
⇒ かかりつけ医でも対応してほしい
- ② 高齢者の在宅での生活実態が分からない
- ③ 在宅相談機関との連携が不十分



専門病院
(杏林大学附属病院・
武蔵野赤十字病院等)

かかりつけ医の課題

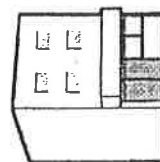
- ① 認知症を専門としていないため、診断・治療が難しいと感じる
- ② 外来診療時間を圧迫される
- ③ 高齢者の在宅での生活実態が分からない
- ④ 在宅相談機関との連携が不十分



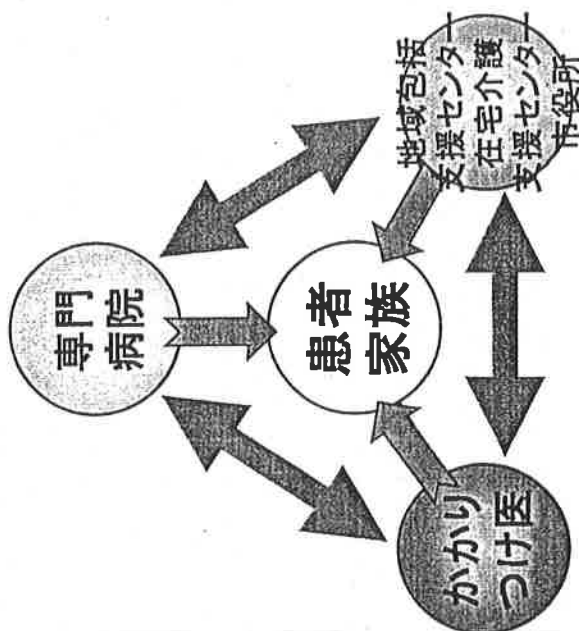
かかりつけ医
(医師会)

在宅相談機関の課題

- ① 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か分からない
- ② 病状・診察状況が分からない
- ③ どう対応すればよいか分からない



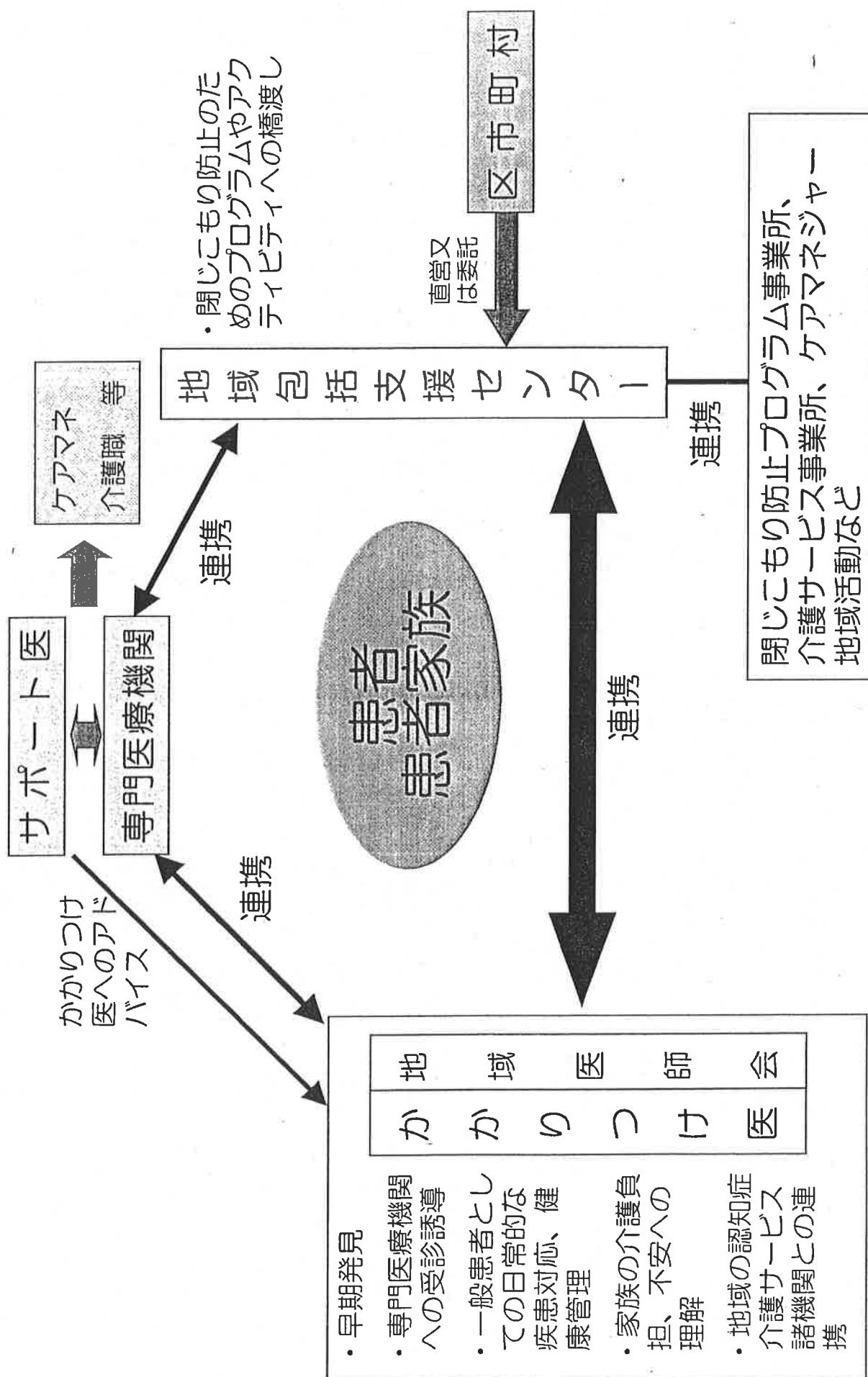
在宅相談機関
(三鷹・武蔵野市)



家族の問題

- ① 認知症に気づかない
- ② 認知症のことがわからない
→ 不安が大き
- ③ 適切な介護がないと
家族の負担が増える

早期診断のためのネットワークづくり（厚生労働省：かかりつけ医・サポート医が参画した地域における認知症高齢者支援体制）



連携の会で挙げた主な課題

#かかりつけ医、専門医療機関、在宅相談機関間での

情報交換システムの構築

#認知症をプライマリーに診るかかりつけ医(相談医)

の要請

#早期診断ツールの作成

#かかりつけ医(相談医)

ケアマネージャーを対象

とした講習会の開催

#患者家族を対象とした講習会

#市民向け啓発活動

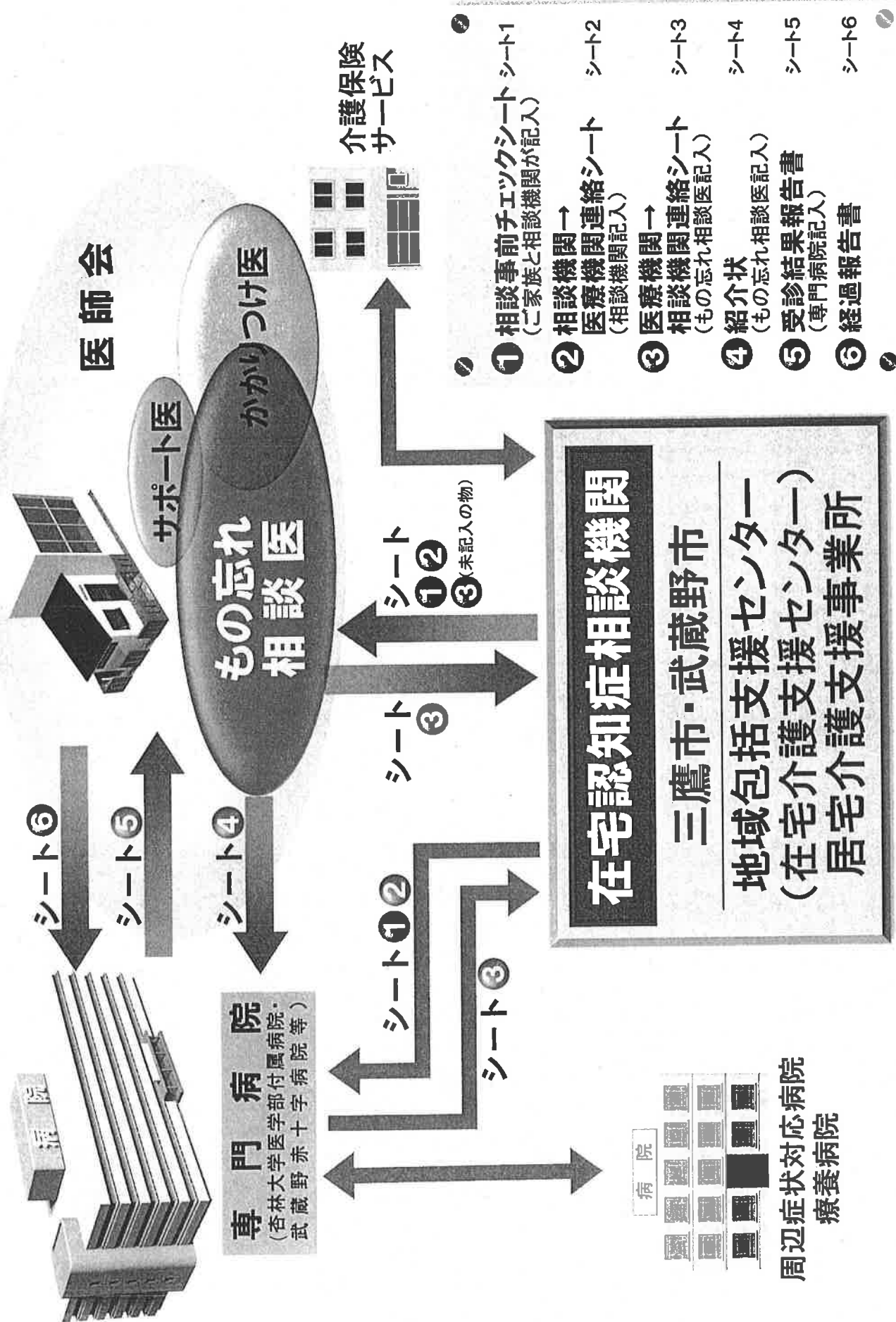
#身体疾患(特に急性)を

合併した際の対応

#周辺症状への対応

認知症への
正しい理解

地域でのサポート体制の構築



「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」事業概要

1 認知症高齢者の状況

- 東京都によれば、何らかの認知症の症状のある高齢者は、都内に 32 万人（65 歳以上人口の 12.4%）と推定されており、平成 37 年には、65 歳以上人口の約 15.2%に増大することが推定されている。
- 三鷹市に当てはめると、高齢者人口 34,196 人（平成 23 年 10 月 1 日現在）に対して 4,000 人を超える認知症高齢者がいると推計される。

2 考える会発足の背景

○専門医療機関は

- ・認知症患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
- ・介護保険制度が分からない→在宅相談機関との連携が不十分
- ・高齢者の在宅での生活実態が分からない

○かかりつけ医は

- ・認知症専門医ではないという意識→在宅相談機関との連携が不十分
- ・外来診療の時間を圧迫される
- ・高齢者の在宅での生活実態が分からない

○在宅相談機関（両市・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等）は、

- ・病識がない高齢者を治療に繋ぐことに苦勞していた
- ・高齢者の病状・診察状況が分からない
- ・認知症高齢者にどう対応していいか分からない



三者が、認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送ることができ
ることを目的として、「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」を発足

3 事業の概要

- 三鷹市、武蔵野市、杏林大学医学部付属病院、武蔵野赤十字病院、両市医師会、両市地域包括支援センター等で構成
- 認知症ケアに係る病診連携に加え、医療と福祉、そして行政の連携の在り方を検討し、治療や支援が連動出来る仕組み作りに取り組む



具体的な取り組みとして、「物忘れ相談シート」を考案

- シート 1 からシート 6 を活用
- 認知症高齢者の状況を記入し、認知症に係る医療機関と在宅相談機関との情報の共有化を図る
- 平成 22 年度中より試行実施

4 試行の成果

- 医療機関への診療が頼みやすくなった。
- 受診時の本人の状況だけでなく、生活上の課題などの情報が医療機関へ伝達されることで、（要介護認定に係る）主治医意見書に反映され介護サービスの導入に繋ぎやすくなった。
- 主治医と生活上の課題について情報共有しやすくなった。
- 受診結果や治療方針について、医療機関から在宅相談機関に連絡されるようになった。
- 家族にも連携体制が実感され、安心感に繋がった。
- 在宅相談機関が関わっていない方についても、医療機関から在宅相談機関に連絡が入るようになった。

「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、一方向の単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有し、継続的な連携体制を構築する。

- 病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。
- 成年後見制度の鑑定書の記入の際の、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. 医療機関間連絡シート【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在宅介護支援センター・民間居宅介護支援事業所）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**より有意義なものとしていく。

II. 医療機関間連絡シート

かかりつけ医やもの忘れ相談医と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ムーズにする。在宅との連絡シートを含めて利用することで、診療効率の助けとするとともに、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・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、または治療上の相談などを行う。)

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。

- | | |
|---|--|
| ☐ 5分前と同じ話をする。 | ☐ 物の名前が出てこないことがよくある。 |
| ☐ 置き忘れやしまい忘れが目立つ。 | ☐ 買い物がうまく出来なくなった。 |
| ☐ 身なりを気にしなくなった。 | ☐ 慣れたところで道に迷う。 |
| ☐ 元気がない、または趣味・家事をしなくなった。 | ☐ 怒りっぽくなった。 |
| ☐ もの忘れを認めない。 | ☐ そこにいないのに、「人がいる」等と訴える。 |
| ☐ 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。 | |
| ☐ 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、「いままでと違う」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「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃

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		
	連絡先		
(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			
		内服・経過観察・外科手術			
		内服・経過観察・外科手術			
		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				
本人電話番号					
本人住所					
			連絡窓口		
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 ☐ 施設入所 ☐ 入院 ☐ 精神科 ☐ その他(科) 【意見等】	☐ 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()
---	--

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【 ヶ月後頃】

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

MRI (CT) 大脳の中重度以上の萎縮

- 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 ☐ ビンズワンガー型) ☐ 混合型認知症 ☐ レビー小体型認知症 ☐ 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、買い物で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

保健所の精神保健相談

保健所では専門医による精神保健相談を行っています。事前に予約が必要です。

三鷹市の管轄保健所は東京都多摩府中保健所です。

お問い合わせ・予約：東京都多摩府中保健所 保健対策課 地域保健第一係 ☎042-362-2334

成年後見制度・権利擁護事業

権利擁護センターみとか ☎0422(46)1203

三鷹市では日ごろから生活に不安を感じている高齢者や判断能力が十分でないために権利侵害を受けやすい認知症の方の権利を擁護し、安心して自立した社会生活を送ることができるような支援とともに、成年後見人制度の相談に応じるための事業を権利擁護センターみとかで行っています。

【成年後見制度】

認知症高齢者など判断能力が不十分な方の援助(財産管理など)を、代理権や同意権、取消権が付与された成年後見人などが行う制度です。

【権利擁護事業】

生活に不安を感じている高齢者や判断能力が十分でないために権利侵害を受けやすい認知症高齢者の方が、地域で安心して自立した生活を送れるよう、高齢者からの相談及び調整、福祉サービスの利用援助、金銭管理、財産保全、成年後見制度の利用の援助等を行っています。

その他認知症相談機関(電話相談)

「認知症110番」：0120-654-874 ●休日を除く月・木曜10時～15時(財)認知症予防財団

「認知症の電話相談」：0120-294-456 ●土・日・祝日を除く毎日、10時～15時(社)認知症の人と家族の会

「介護支え合い電話相談」：0120-070-608 ●月～金曜10時～15時(社)浴風会

「若年性認知症コールセンター」：0800-100-2707 ●年末年始・祝日を除く月・土 10時～15時

その他支援事業

《傾聴ボランティア》お問い合わせ先：三鷹市社会福祉協議会在宅サービス係 ☎0422-42-0404

* 話を聴くことで、相手の方に生きる元気を持ってもらえるよう支援する活動を行っています。

《介護者談話室》お問い合わせ先：三鷹市社会福祉協議会在宅サービス係 ☎0422-79-3505

* 三鷹市社会福祉協議会では、在宅等で介護している方を対象に介護者同士の懇談や交流、情報交換及び勉強会などを行っています。

《地域サロン》

お問合せ先：三鷹市役所地域福祉課地域ケア推進担当 ☎0422-45-1151 内線2663
* 地域ケアネットワークでは、お茶やお菓子をしながらの地域の方々との交流や相談ができるサロンを開いています。開催日、場所、内容については各住協広報紙の折り込みチラシをご覧ください。

発行元

三鷹市健康福祉部高齢者支援課
〒181-8555 三鷹市野崎1-1-1
電話：0422-45-1151
平成23年4月1日

認知症に関する相談窓口・医療機関名簿(三鷹市)

認知症は誰でもなる可能性があります。そこで早期相談がとて大切です。
三鷹市には認知症について相談できる地域の窓口・医療機関があります。

認知症とは？

認知症とは、脳の障害によって『記憶する』『時・場所・人などを認識する』『計算する』などの認知能力が低下し、日常生活を送ることが困難になることです。加齢に伴うもの忘れとは異なります。

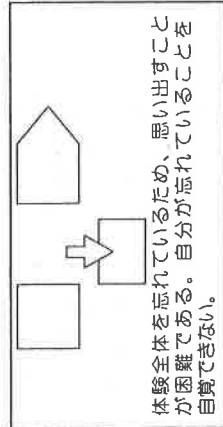
加齢に伴うもの忘れ



- 「目の前の人の名前が思い出せない」
- 「物の置き場所を思い出せないことがある」
- 「何を食べたか思い出せない」
- 「物覚えが悪くなったように感じる」
- 「曜日や日付を間違えることがある」

日常生活に支障はない

認知症



- 「目の前の人が誰なのか分からない」
- 「置き忘れ・紛失が頻繁になる」
- 「食べたこと自体を忘れている」
- 「数分前の記憶が残らない」
- 「月や季節を間違えることがある」

日常生活に支障をきたす

地域の相談窓口

三鷹市では7ヶ所の地域包括支援センターと市役所内高齢者相談係が、みなさまの日々の暮らしや介護についてのサポートをしています。認知症でお困りの方は皆様の住まいの地域の相談窓口へご相談ください。

名称	所在地	電話(0422)	担当地域
三鷹市東部 地域包括支援センター	下連雀 5-2-5 特別養護老人ホーム弘済園内	(48) 8855	牟礼・北野・ 新川 2～3 丁目
三鷹市井の頭 地域包括支援センター	牟礼 6-12-30 介護老人保健施設はなかいどう内	(44) 7400	井の頭
三鷹市連雀 地域包括支援センター	下連雀 8-3-6 野村病院内	(40) 2635	下連雀 5～9 丁目・ 上連雀 6～9 丁目・野崎 1 丁目
三鷹市三鷹駅周辺 地域包括支援センター	下連雀 4-2-8 介護老人保健施設太一郎内	(76) 4500	下連雀 1～4 丁目・ 上連雀 1～5 丁目
三鷹市西部 地域包括支援センター	深大寺 2-29-13 高齢者センターけやき苑内	(34) 6536	井口・深大寺・ 野崎 2～4 丁目
三鷹市大沢 地域包括支援センター	大沢 4-8-8 特別養護老人ホームどんぐり山内	(33) 2287	大沢
三鷹市新川中原 地域包括支援センター	新川 5-6-31 特別養護老人ホームみたか紫水園内	(40) 7204	中原・ 新川 1、4～6 丁目
市役所高齢者支援課高齢者相談係	野崎 1-1-1 本庁舎 1 階⑩窓口	(45) 1151	市内全域

三鷹市医師会・三鷹市

三鷹市

もの忘れ相談医

登録一覧

認知症の中には、治療によって症状を改善できるものや、薬によって進行を遅らせることができるものがあります。早期診断、早期治療がとても重要です！
認知症に悩まれている医療機関では、患者さんやご家族の相談をお受けし、必要に応じて専門医を紹介しています。

地区	NO	病院名	医師名	医療機関所在地	電話番号 (0422)	診療時間	〇午前・午後 △午前のみ ▲午後のみ
井の頭	1	笹本医院	笹本 浩	井の頭1-31-22	44-5802	午前 午後	金 土
	2	高水クリニック	高水 研一	井の頭2-14-2	76-1232	4~6:30	▲ ▲ ▲ ▲
	3	石井医院	石井 義之	井の頭2-32-37	44-3090	2:30~6	▲ ▲ ▲ ▲
	4	岡庭医院	岡庭 孝	井の頭3-21-16	43-8367	9~12	○ ○ ○ ○
	5	若林医院	若林 研司	井の頭4-16-10	43-0526	9~12	○ ○ ○ ○
牟礼	6	本田医院	本田 理	牟礼1-12-10	43-8310	9~12:30	○ ○ ▲ ▲ ○ ○
	7	天神前クリニック	浅見 泰宏 大塚 雅之	牟礼7-1-24	71-8191	8:45~12:30	○ ○ ○ ○
	8	ゆうあいクリニック	松本 英洋	新川4-25-18	41-6611	9~12:30	○ ○ ○ ○ ▲ ▲
新川	9	新川クリニック	新後関 周二	新川5-6-21	43-0123	9~12	○ ○ ○ ○
	10	所澤クリニック	所澤 安展	新川6-9-6 シンエイビル2F	76-6055	3~6	▲ ▲ ▲ ▲
上連雀	11	小島内科クリニック	小島 大二 大野 忠明	上連雀2-4-8	45-1210	8:30~12 (土)1~4	▲ ▲ ○ ○ ▲ ▲
	12	篠原医院	篠原 健	上連雀2-9-5	45-1859	9~午後1	○ ○ ○ ○
	13	高山医院	高山 俊政	上連雀4-2-29	43-0700	4:30~6	▲ ▲ ▲ ▲
大沢	14	うちはら内科クリニック	内原 正勝	上連雀7-11-7 1F	40-6180	9~12:30	○ ○ ○ ○
	15	鎌田医院	鎌田 文隆	下連雀1-30-12	43-4621	9~12:30	○ ○ ○ ○
	16	村田外科医院	村田 欣造	下連雀3-2-1	44-8086	9~12	○ ○ ○ ○
下連雀	17	三鷹南口内科	原田 康司 中村 孝一	下連雀3-7-29 レジデンス三鷹1F	43-2122	9~12:30 (土)9~午後2	○ ○ ○ ○
	18	サンクリニック三鷹 (往診による対応も可)	藤彦 勝彦 木村 麻里 外口 弥生	下連雀3-15-18 4F	44-5660	10~12 (予約受付は 5時まで)	○ ○ ○ ○
	19	三鷹駅前こころのクリニック	郷原 道彦	下連雀3-27-1 三 鷹三協ビル1階B室	72-5600	9:30~12:30 (土)9~午後2:30	○ ○ ○ ○
大沢	20	みたか中村脳神経 外科クリニック	中村 正直 藤井 芳樹	下連雀3-27-13 正栄ビル2F	40-5070	9~12:30 (土)9~午後1半	○ ○ ○ ○
	21	小川クリニック	小川 雅美	下連雀3-34-22	47-4545	10~12:30 (土)10~午後3	○ ○ ○ ○
大沢	22	花楸こころからの クリニック	加藤 王康	下連雀3-36-3 新木ビル2階	72-0022	10~午後1 2:30~6:30	○ ○ ○ ○

受診時の注意事項

※もの忘れ相談受診の際は、必ず予約をお願いします。
※外来診療となります。診察料は相談内容・病院によって異なります

地区	NO	病院名	医師名	医療機関所在地	電話番号 (0422)	診療時間	〇午前・午後 △午前のみ ▲午後のみ
下連雀	23	みたかヘルスケア クリニック	福島 偉	下連雀3-38-4 三 鷹産業ビル5F-B	40-0102	9~12 2~6	○ ○ ○ ○
	24	厚生会病院	宮坂 秀郎 他	下連雀3-43-26	46-7851	9~12 2~5	○ ○ ○ ○
	25	かんの内科	菅野 一男 エルグエ三鷹2F	下連雀3-44-17	40-5022	9~午後1 2~7	▲ ▲ ▲ ▲
	26	角田外科消化器科医院	角田 徹	下連雀4-9-1	45-3251	8:30~12:30	▲ ▲ ▲ ▲
	27	第一医院	谷口 亮一	下連雀4-17-30	43-8636	9~11:45 3~4:45	○ ○ ○ ○
大沢	28	みなみうら生協診療所	元岡 和彦	下連雀7-1-27 オタリ南浦ビル1F	48-4121	9~12 2~4	○ ○ ○ ○
	29	野村病院	三浦 靖彦 大谷 吉明 中島 真人	下連雀8-3-6	47-4848	9~12 2~4:30	○ ○ ○ ○
	30	三鷹第一クリニック	宇井 義典	下連雀8-9-21	46-4141	9~12:30 2~5	○ ○ ○ ○
大沢	31	天文台クリニック	山崎 徹	大沢1-17-2	30-7929	9~12 4~7	○ ○ ○ ○
	32	八幡診療所	齋藤 一典	大沢5-3-11	31-8092	9:30~12:30 4~6	○ ○ ○ ○

認知症専門
医療機関

専門的な診断と適切なお薬や生活指導について
かかりつけ医や在宅サービスと連携を取りながら、
診療を行います。
受診の可否については、まずかかりつけ医と相談
してください！

- 杏林大学医学部付属病院 もの忘れセンター
所在地：三鷹市新川6-20-2
代表電話：0422-47-5511
- 武蔵野赤十字病院 神経内科
所在地：武蔵野市境南町1-26-1
代表電話：0422-32-3111
- 長谷川病院
所在地：三鷹市大沢2-20-36
代表電話：0422-31-8600
- 井之頭病院 地域連携室
所在地：三鷹市上連雀4-14-1
代表電話：0422-44-5331

※相談受診の際は、必ず予約をお願いします。
※外来診療となります。診察料は相談内容・病院に
よって異なります。

認知症専門医療機関

専門的な診断と適切な薬や生活指導をかりつけ医や在宅サービスと連携をとりながら診療を行います。受診の可否については、まずかかりつけ医と相談してください。

【受診時の注意事項】 ※相談受診の際は、必ず予約をお願いします。

※外来診療となります。診察料は相談内容・病院によって異なります。

武蔵野赤十字病院 神経内科	
所在地: 武蔵野市境南町1-26-1	代表電話: 0422-32-3111
杏林大学医学部付属病院 もの忘れセンター	
所在地: 三鷹市新川6-20-2	代表電話: 0422-47-5511

認知症相談

武蔵野市では認知症の方及び、その家族からの相談を専門の相談員がお受けしています。

面談による相談【要予約】	
時間	10時～12時・13時～15時
場所	各在宅介護支援センター(毎月第1・3水曜日) 市役所(毎月第2木曜日)
予約受付	0422(60)1846(武蔵野市高齢者支援課)

成年後見制度・権利擁護事業

武蔵野市福祉公社 電話0422(23)1165

武蔵野市では日ごろから生活に不安を感じている高齢者や判断能力が十分でないために権利侵害を受けやすい認知症の方の権利を擁護し、安心して自立した社会生活を送ることができるような支援とともに、成年後見人制度の相談に応じるための事業を武蔵野市福祉公社で行っています。

【成年後見制度】

認知症高齢者など判断能力が不十分な方の援助(財産管理など)を、代理権や同意権、取消権が付与された成年後見人などが行う制度です。

【権利擁護事業】

生活に不安を感じている高齢者や判断能力が十分でないために権利侵害を受けやすい認知症高齢者の方が、地域で安心して自立した生活を送れるよう、高齢者からの相談及び調整、福祉サービスの利用援助、金銭管理、財産保全、成年後見制度の利用の援助等を行っています。

その他認知症相談機関(電話相談)

「認知症110番」: 0120-654-874 ● 休日を除く月・木曜10時～15時(財) 認知症予防防団
「認知症の電話相談」: 0120-294-456 ● 土・日・祝日を除く毎日、10時～15時(社) 認知症の人と家族の会
「介護支え合い電話相談」: 0120-070-608 ● 月～金曜10時～15時(社) 浴風会

発行元
武蔵野市健康福祉部高齢者支援課
〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28
電話: 0422-60-1846
平成23年11月1日

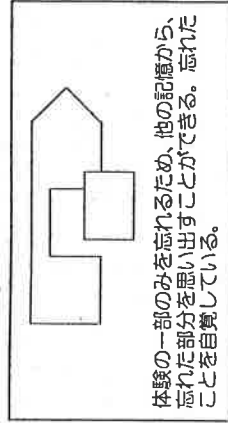
認知症に関する相談窓口・医療機関名簿(武蔵野市)

認知症は誰でもなる可能性があります。そこで早期相談がとて大切です。武蔵野市には認知症について相談できる地域の窓口・医療機関があります。

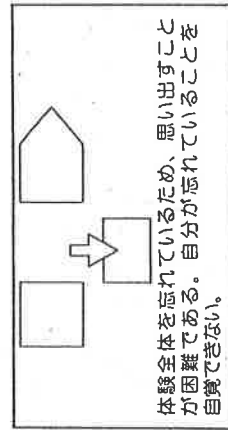
認知症とは

認知症とは、脳の障害によって『記憶する』『時・場所・人などを認識する』『計算する』などの認知能力が低下し、日常生活を送ることが困難になることです。加齢にともなうもの忘れとは異なります。

加齢にともなうもの忘れ



認知症



「目の前の人の名前が思い出せない」
「置き忘れ・紛失が頻繁になる」
「食べたこと自体を忘れている」
「数分前の記憶が残らない」
「月や季節を間違えることがある」

日常生活に支障はない

地域の相談窓口

武蔵野市では6ヶ所の在宅介護支援センターと地域包括支援センターが、みなさまの日々の暮らしや介護についてのサポートをしています。認知症でお困りの方は地域の在宅介護支援センターへご相談ください。

在宅介護支援センター・地域包括支援センター

名称	所在地	電話(0422)	担当地域
ゆとりえ	吉祥寺南町 4-25-5	(72)0313	吉祥寺東町・吉祥寺南町・御殿山1丁目
吉祥寺本町	吉祥寺本町 4-20-13	(23)1213	吉祥寺本町・御殿山2丁目
吉祥寺ナジックホーム	吉祥寺北町 2-9-2	(20)0847	吉祥寺北町
高齢者総合センター	緑町 2-4-1	(51)1975	中町・西久保・緑町・八幡町
桜堤77ハウス	桜堤 1-9-9	(36)5133	関前・境・桜堤
武蔵野赤十字	境南町 1-26-1	(32)3155	境南町
地域包括支援センター	緑町2-2-28 市役所1階高齢者支援課内	(60)1947	市内全域

武蔵野市医師会
武蔵野市

武蔵野市 もの忘れ相談医 登録一覧

認知症の中には、治療によって改善できるものや、薬によって進行を遅らせることができるものがあります。早期診断、早期治療がとても重要です。こちらに掲載されている医療機関では、患者さんやご家族の相談をお受けし、必要に応じて専門医を紹介しています。

地区	No	病院名	住所	電話番号	診療時間	火	水	金	土	日
吉祥寺東町	1	神谷医院	吉祥寺東町1-2-1	22-7655	9時～正午 2時～5時	○	○	○	○	△
	2	松本医院	吉祥寺東町1-23-3	22-5755	9時～正午 6時～7時	○	○	○	○	△
	3	松井クリニック	吉祥寺東町2-17-27	20-1001	9時～1時 3時～7時	○	○	○	○	△
	4	宮崎クリニック	吉祥寺東町3-8-9	23-6555	9時～12時半 3時～6時	○	○	○	○	△
吉祥寺南町	5	吉祥寺南町診療所	吉祥寺南町2-5-3	49-9820	9時～12時半 6時～8時	○	○	△	○	△
	6	瀧澤医院	吉祥寺南町2-10-11	43-3221	9時～正午 3時～6時	○	○	○	○	△
	7	小松医院	吉祥寺南町4-8-1	44-2837	9時～12時半 2時半～6時	○	○	○	○	△
	8	中じまクリニック	吉祥寺本町1-11-19	21-6251	9時～正午 2時～6時	○	○	○	○	△
吉祥寺本町	9	石澤敦クリニック	吉祥寺本町1-21-2	20-0755	9時～12時半 3時～6時半	○	○	○	△	△
	10	木下循環器クリニック	吉祥寺本町1-33-6	22-8300	9時～12時半 3時～6時	△	○	○	○	△
	11	前田内科・胃腸科	吉祥寺本町1-34-18	29-7557	9時～1時 3時～6時	○	○	○	○	△
	12	森本病院	吉祥寺本町2-2-5	22-5161	9時～正午 1時半～4時半	○	○	○	○	△
吉祥寺北町	13	安岡整形外科 脳外科クリニック	吉祥寺本町2-14-8	20-2010	8時45分～12時半 3時～6時半	○	○	○	○	△
	14	渡辺医院	吉祥寺本町4-7-9	22-8937	9時～正午 3時～6時	○	○	○	○	△
	15	北町診療所	吉祥寺北町1-1-3	22-8151	9時～11時 2時～4時半	○	○	△	○	△
	16	中田内科クリニック	吉祥寺北町2-1-14	28-4600	9時～12時半 3時～6時半	○	○	○	○	△
中町	17	沼田内科小児科医院	吉祥寺北町2-5-6	22-7260	9時～11時半 4時～5時半	○	○	○	○	△
	18	もとほし内科	吉祥寺北町2-19-9	23-6886	9時～1時 3時～7時	○	○	○	○	△
	19	じょういち医院	中町2-5-3	51-2006	9時～12時15分 3時～8時	○	○	○	○	△
	20	山手内科医院	中町2-15-13	52-2460	9時～正午 3時～5時	○	○	○	○	△
	21	中町内科医院	中町2-31-12	55-1203	9時～12時半 3時半～18時	○	○	○	○	△

【受診時の注意事項】

- ※もの忘れ相談受診の際は、必ず予約をお願いします。
- ※外来診療となります。診察料は相談内容・病院によって異なります。

地区	No	病院名	住所	電話番号	診療時間	火	水	金	土	日
西久保	22	むさしの共立診療所	西久保2-17-11	52-2512	9時～正午 3時半～5時	○	△	△	○	△
	23	武蔵野ホムケアクリニック	西久保2-17-12	50-0557	9時～1時 2時～6時	○	○	○	○	○
	24	かたおか医院	西久保3-2-22	50-5311	9時～12時半 3時～6時半	○	○	○	○	△
	25	やはたクリニック	八幡町3-1-25	52-6600	9時～11時半 2時～5時	○	○	○	○	△
関前	26	友利医院	関前2-5-14	51-7365	9時～正午 3時半～6時半	○	○	○	○	△
	27	田原医院	関前3-3-9	51-8458	9時～正午 4時～6時	○	○	○	○	△
	28	小森病院	関前3-3-15	55-8311	9時～正午 2時～5時	○	○	○	○	△
	29	境橋クリニック	関前5-21-5	53-5984	9時半～正午 3時～6時	○	○	△	○	○
境	30	春木医院	境1-5-4	51-4567	9時～正午 3時～5時	○	○	○	○	△
	31	境・藤田クリニック	境1-7-5	37-9588	9時～12時半 7時～8時半	○	○	○	○	△
	32	かみやま内科クリニック	境1-9-9	60-3188	9時～12時半 3時～6時半	○	○	○	○	△
	33	大屋クリニック	境2-8-3	51-3001	9時～正午 3時～6時	○	○	○	○	△
境南町	34	スイング・ビル整骨クリニック	境2-14-1	36-3534	9時～1時 3時～7時	○	○	○	○	○
	35	はせがわ内科	境4-4-1	53-0001	9時～1時 4時～6時	○	○	○	○	△
	36	青木小児科医院	境4-16-15	51-7628	9時～正午 3時～6時	○	○	○	○	△
	37	いちむら内科クリニック	境南町1-30-16	39-4123	9時～12時半 3時～6時半	○	○	○	○	○
境南町	38	メディカルフィットネス クリニック武蔵境	境南町2-8-19	050-5536 -4145	9時半～1時 3時～6時半	○	○	○	○	△
	39	後藤胃腸科クリニック	境南町2-20-6	32-5048	8時45分～正午 4時～6時半	○	○	○	○	△
	40	松木医院	境南町3-10-3	31-4435	9時～11時45分 3時～6時45分	○	○	△	○	△
	41	甲賀クリニック	境南町3-12-2	30-7707	9時～1時 4時～7時	○	○	○	○	△
桜堤	42	飯田医院	境南町4-15-15	31-8750	9時～正午 4時～6時	○	○	○	○	△
	43	境南クリニック	境南町2-7-19 境南スカイビル3・4・5F	33-8411	10時～正午 4時～6時	○	○	○	○	△
	44	松井内科	桜堤3-3-3	51-4641	9時～正午 3時～6時	○	○	○	○	△