

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第4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 2 月 1 3 日（火）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） 「認知症ケアパス部会（第 3 回）での主な御意見」

（資料 2） 「認知症ケアパス部会報告書の骨子（たたき台）」

（参考資料 1）「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）」

（参考資料 2）「認知症の経過と医療依存度」

（参考資料 3）「既存情報共有ツールの項目等比較表」

（参考資料 4）「情報共有が必要な場面と主な関係者」

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

認知症ケアパス部会（第3回）での主な御意見

【認知症ケアパス部会報告書の構成（たたき台）について】

（本人・家族が情報を持つことについて）

- 介護サービスを利用する場合等には、家族が症状について説明をしなければならない。医療情報提供書は医療機関同士のものなので、そういう場合の紹介状というのではない。
- 情報の共有というのを、「情報を送る・受取る」ということではなく、「共有すること」と考えると、それまでにやり取りされた情報のすべてを誰かが持っているほうがいい。この誰かというのは本人・家族しかないのでは。
- 情報共有に理解してもらえる医療機関において、紹介状や検査結果のコピーをとって家族に渡す、という対応をしてもらえるといい。本人の情報を家族に渡すのであれば、個人情報保護も問題とならない。
- 本人や家族に見せることを想定すると、一定のフィルターをかけざるを得ないことがある。でも、在宅支援者側からどうしても直接、主治医に伝えなければならない情報があるときには、シートを使いながら別途手紙を書いたり、直接連絡をしたりする。ケースによっては、シートだけでは足りないことがある。
- 症状や治療内容等について家族が知っていないと、専門職の人にも医療職の人にも質問ができない。家族が認識できていないと、何か説明を受けても、分からないことは分からないままになってしまうことがある。
- 認知症は頭の病気である、ということをみんなが言うことで、本人や家族も認知症を受け入れられるようになり、楽になると思う。

（情報共有が必要な情報と有効な様式）

- パスについて一番期待したいことは、介護関係者や家族からみて、病気だとか状態を可視化できるもの。専門家の人たちはこう思っている。この薬はこんなものに効いている、ということをきちんと紙でわかるものがほしい。また、それにより説明や質問ができるようになるといい。
- 医師が本人や家族にどういう説明をして、どういう薬を処方しているかということについて、東京医科大学病院等で取り組んでいる認知症連携パスの「病状説明書」が参考になる。
- 認知症の人は様々な身体疾患を持っていることから、「生き生きノート」を渡すときには必ず、診療情報提供書、説明書、薬のシート等、すべて挟む形にしている。いざ

というときに身体疾患の情報が必要となるので、そういう情報が統合されているといい。

- 最初に認知症の各ステージを目に見える形で本人や家族に説明ができる、そういうツールがあれば、家族にもいろんな取り組み方、流れがわかるのでいい。
- 今どの状態にあるのか、これからの道筋が全体像の中から見えていたほうが家族や在宅支援者によくわかるといったときに、医療支援部会で作成した、「認知症の経過と医療依存度」という図があるといい。MCIから終末期までを書いたもので、家族にも、もう中等度過ぎていますとか、今一番多彩な症状が出て大変な時期と思うが、こういう対応があります、という説明ができる。
- 地域包括支援センターや介護関係者等からの紹介はほとんど電話だが、説明の中には自分達には必要としていないことも多く、何が必要か整理して伝えていただけないというか、聞くほうも流れのまま聞いているという状況がある。また、それを医師に伝えるとなると、どうしても難しい言葉になってしまうことがある。三鷹市・武蔵野市の取組にあるような「相談シート」があると、情報の整理ができるのでいい。
- 独居で家族が全くいない人の場合、ヘルパーが一番本人の生活状況を知っている。「生き活きノート」のように日々の様子や、医師からの意見とかが書いてあるものがあると、独居の認知症の方でもスタッフによる支援で生活ができるのではと思う。
- 認知症介護研究・研修東京センター作成の「ケアと治療に活かす生活リズムチェック表」のように、日常生活の情報を主治医に伝えることが出来る様式があるといい。アンケート調査でも、医師は生活の情報がほしいとしている結果が出ている。

（報告書の方向性）

- 連携パス等の取組が進んでいる地域は限られており、全然取組がない地域がかなりある。できれば、地域ではこういう段取りで取組を進めるのがいいのではという提示と、参考様式という形での簡単なひな型の提示ができるといい。
- それぞれの地域で使っている情報共有ツールがある中、他の地域でもある程度許容してもらい、使ってもらえるというのが理想。
- 東京都のほうで標準形を紹介し、それを各地域でアレンジする。アレンジする中で、自分たちが使いやすいように一緒に話し合いながら完成させていくという過程を一つ入れるということと、多少違う他の地域のシートを持ってこられても、使用してもらえんということをルールとして入れてもらいたい。
- 他の部会の成果や、三鷹・武蔵野の事例等、都内における既存の取組を踏まえ、「報告書」をどういうものにしていくのか。また、何をもって地域とするのか、取組のベースのないところにどんな形で火を付けるのか、どの機関が引っ張っていくのか、ということが整理されていくといい。

認知症ケアパス部会報告書の骨子（たたき台）

I （はじめに）

（都内各地域における連携体制の構築）

- 認知症の人が地域で安心して生活を継続できるためには、医療・介護等関係者が連携・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。
- 都では、認知症疾患医療センターの設置を契機として、都内各地域において認知症に係る医療・介護関係者間の連携体制の構築を進めていくこととしている。
- 連携体制の構築にあたっては、地域の実情に合わせて、医療・介護等関係者が、相互に連携・協働して支援できるよう情報共有化の仕組みを各地域で構築していくことが不可欠。

（これまでの都の取組）

- （医療支援部会や仕組部会等の内容）

（国の動向）

- （「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）」の内容）

（本部会の役割）

- 本部会では、都内各地域において情報共有化に向けた取組が進むよう、情報共有の仕組みが機能するための方策等について検討を行い、認知症疾患医療センターをはじめとする関係機関が、各地域で検討を進める際の「手引き」あるいは「指針」となるものを作成する。

II （現状及び課題）

（関係者間の情報共有が不十分）

- 認知症の人への支援では、関係者同士の連携が欠かせないが、連携に必要な情報が十分に共有されていないことも多い。アンケート調査結果をみても、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1割程度にすぎない。関係者間の情報共有を安定的・継続的に行われるようにしていくためには、情報共有の仕組みが必要。
- アンケート調査結果においても、現在、情報共有ツールを使用しているという地

域は少ないが、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い。

〔アンケート調査結果の自由意見より〕

- ・ 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。
- ・ 認知症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ことがある。
- ・ 特に介護者側にとって、医療者側が多忙であること、専門用語等のことばが分からないこと、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、関係者は日ごろから、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が不十分）

- 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、その役割は大きい。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多い。
- しかし、家族介護者に十分な情報が伝えられておらず、本人の情報を的確に伝えられない場合も多い。

（個人情報保護の保護）

- 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みが必要。

（相互理解が不十分）

- 認知症の専門医療機関、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ないことが多い。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について、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。

〔三鷹・武蔵野認知症連携を考える会の取組より〕

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ない
- ・ 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ない
- ・ 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ない
- ・ 病状・診察状況が分からない
- ・ どう対応すればよいのか分からない

（継続性の確保が困難）

- 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。
安定的・継続的に使われる仕組みをつくっていくことが必要。
- 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みが必要。

〔アンケート調査結果より〕

情報共有が行えない主な要因として、

- ・ 「認知症の専門医療機関」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。

Ⅲ （仕組の提案）

【情報共有のための仕組みづくりに向けた基本的考え方】

- 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を進めるにあたり、各地域において具体的に機能する仕組みを構築していくことが必要。そのためには、以下の5つの視点を基本に、情報共有の仕組みづくりを行っていくことが必要。

- 1 地域共通の情報共有ツール
- 2 家族介護者の参画
- 3 関係者の相互理解
- 4 簡素で分かりやすい仕組
- 5 継続的な取組

【具体的な取組内容】

地域共通の情報共有ツール

- 関係者の間で、適切に情報のやりとりができるよう、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べき。そのため、本報告書について、これから取り組む地域では議論の素材として活用し、既に取り組んでいる地域では見直しの際の参考とするべき。
- 関係者が広域にわたっている場合もあるので、他の情報共有ツールを使用している地域の関係者も使用できるよう、本部会で示した考え方にに基づき、地域の実情も踏まえつつ、各地域で検討を進めるべき。

家族介護者の参画

- 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。そのため、「生き活きノート」のような本人及び家族介護者が連携ツールを所持する形態（手帳、ノート形式等）を基本とするべき。
- 必要な情報を記入できるスペースを確保しつつ、本人及び家族介護者が持ち運びのしやすい大きさにする必要がある。また、検査結果や薬の情報等を添付できるよう、必要に応じてページの追加・削除ができる形態にするべき。
- 「認知症の疑いから受診まで」の場面のように、専門家同士で直接連絡をとることが必要な場合は、医療支援部会で作成した「共通フォーマット」や、「三鷹武蔵野もの忘れ相談シート」のような様式を別途使用する。その場合でも、様式の写しについて、本人・家族介護者にできるだけ提供するよう努めるべき。
- 情報共有ツールの使用にあたっては、本人や家族介護者に十分に説明し、同意を得た上で行うべき。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。

関係者の相互理解

- まずは、情報共有ツール作成にあたっては、各地域において認知症疾患医療センターが主催し、様々な職種や機関の代表が参画する協議会において、関係者間の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。
- 具体的検討においては、
 - ・ 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、関係者間でお互いの課題を共有し、理解を深める。
 - ・ 地域の医療・介護資源の状況、地域連携に向けた各種取組の状況を把握し、地域が抱える課題について関係者間で共有する。また、ここで集めた情報により、個々の機関の情報を掲載する関係機関リストや資源マップを作ることは、実際に連携を進めるにあたり非常に有効な取組となる。
 - ・ 情報の共有化が必要な場面ごとに整理し、〔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〕、それぞれの場面について、情報共有が必要にも関わらずうまくいっていないところについて、各地域において十分に現状分析を行う。
 - ・ その上で、実効性のある情報共有の仕組、共有することが必要な情報、情報共有にあたって各関係者が果たすべき役割等について、各地域の実情を踏まえて整理した上で、情報共有ツールの作成を行う。

簡素で分かりやすい仕組

- 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を使用すべき。
- 10年以上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ものとするべき。
- 多忙な医師でも記載できるよう、記載項目を最低限必要とされる情報に精査の上、負担の少ない記載方法をとるべき。

継続的な取組

- 普及のため、家族介護者を含む関係者への周知徹底と、ツールの使い方に関する研修を各地域で行うべき。特に、本人や家族介護者への説明は、情報共有ツールが効果的かつ継続的に使用されるために大変重要。また、各関係者がどのような情報を

必要としているか、十分に理解した上で使用することが必要。

- 情報共有ツールの普及に向け、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働きかけていくことが必要。
- 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るべく、使用状況について検証の上、随時改良を行っていくべき。

【共有が必要な情報】

〔アンケート調査結果より〕

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・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

-
-
-
-

【既に行われている取組の工夫事例の紹介】

- ◎ 認知症連携パス（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、新宿区医師会作成）

〔 ・ 医師が家族にどのように説明をしたのか、治療方針をたてているのか、『病状説明書』というシートを作成し、「今後の治療方針」、「本人への指導」、「家族への指導」という項目をたてている。ケアの方針をたてるためとても有益な情報になっている。 〕

- ◎ 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）

〔 ・ 医師に在宅側（家族、支援者）で困っていることを伝え、理解してもらうための『相談事前チェックシート』を作成。家族や在宅支援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、家族にどのような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）

- ・ 介護側が、医療機関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主治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）

- ・ 本人の望むこととか、こういうケアをしてほしいという内容と、日々の生活のこと、薬の副作用、尿とか排便の状況等の記載欄がある。専門的な情報は十分ではないにしろ、ケアあるいは医療にとって非常に有効なツールとなっている。
- ・ 家族から主治医に、夜間の状況（睡眠等）等について、フィードバックができるので役立つ。

◎ 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。BPSD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。

◎ 生き生きノート（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）

- ・ 認知症の人は、いろんな疾患を抱えていることから、本人・家族に渡すときには、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といい。
- ・ 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、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。

【本部会において提案する必須記載項目、望ましい記載項目】

《必ず記載すべき項目》

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

《記載することが望ましい項目》

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

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必要がある。

このため、東京都は、認知症疾患医療センターの連絡会等を開催する中で、以下の課題について取組の状況を把握しつつ、必要な検討を行っていくべき。

- 家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進
- 関係機関の認知症対応力の向上
- 顔の見える関係づくり
- 地域における連携体制の構築、強化に向けた取組
- 受診が困難な人への支援

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

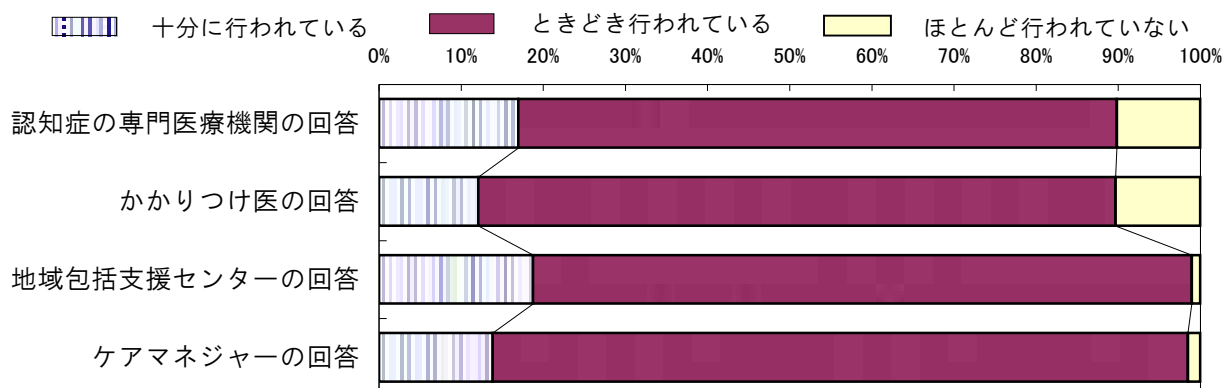
平成23年10月4日から平成23年10月28日まで

(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

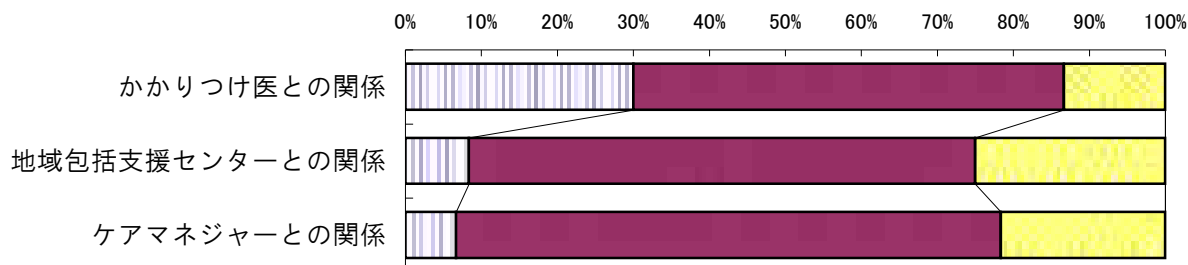
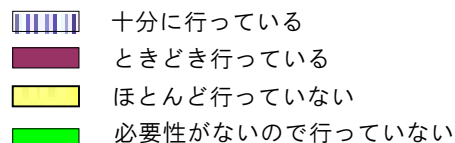
(質問1) 認知症の診療・支援の中で、関係機関との情報共有は十分に行われていると感じますか？



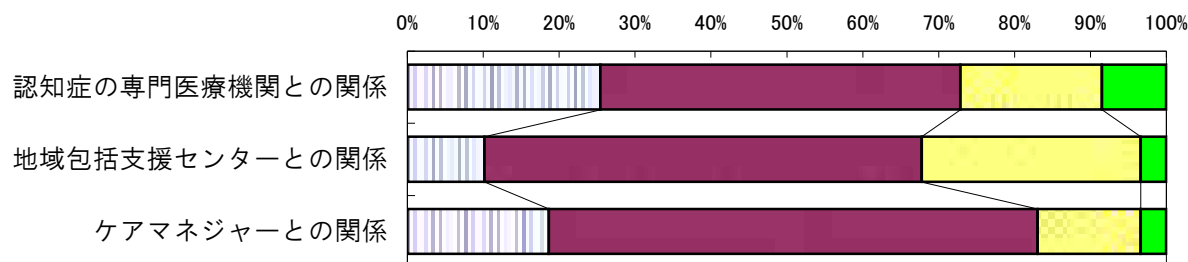
<場面1> 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで

(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？

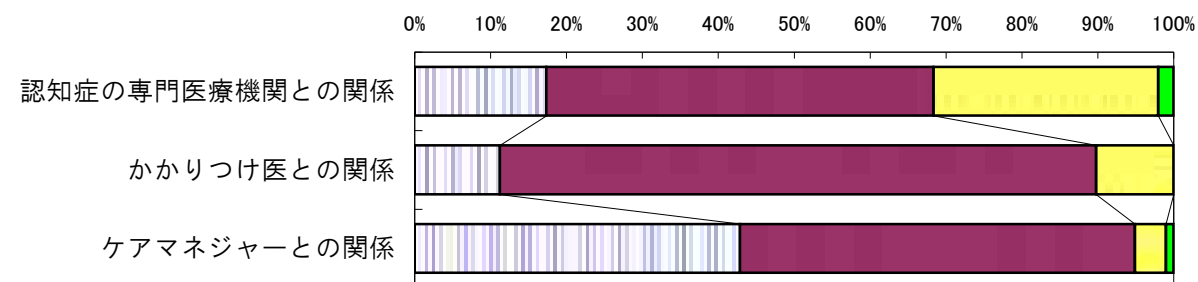
◆認知症の専門医療機関の回答



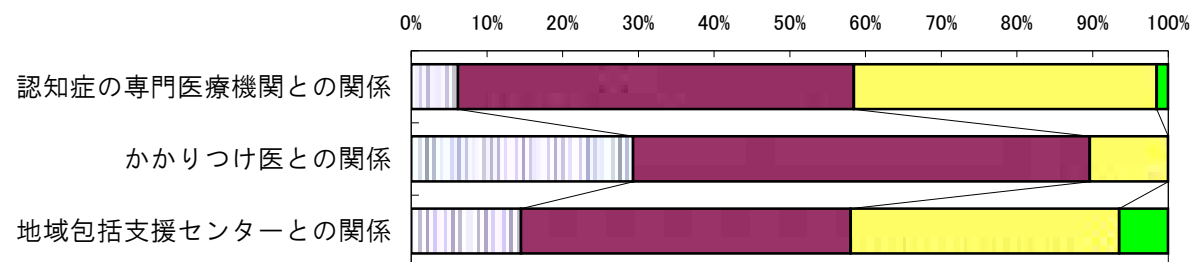
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



◆ケアマネジャーの回答

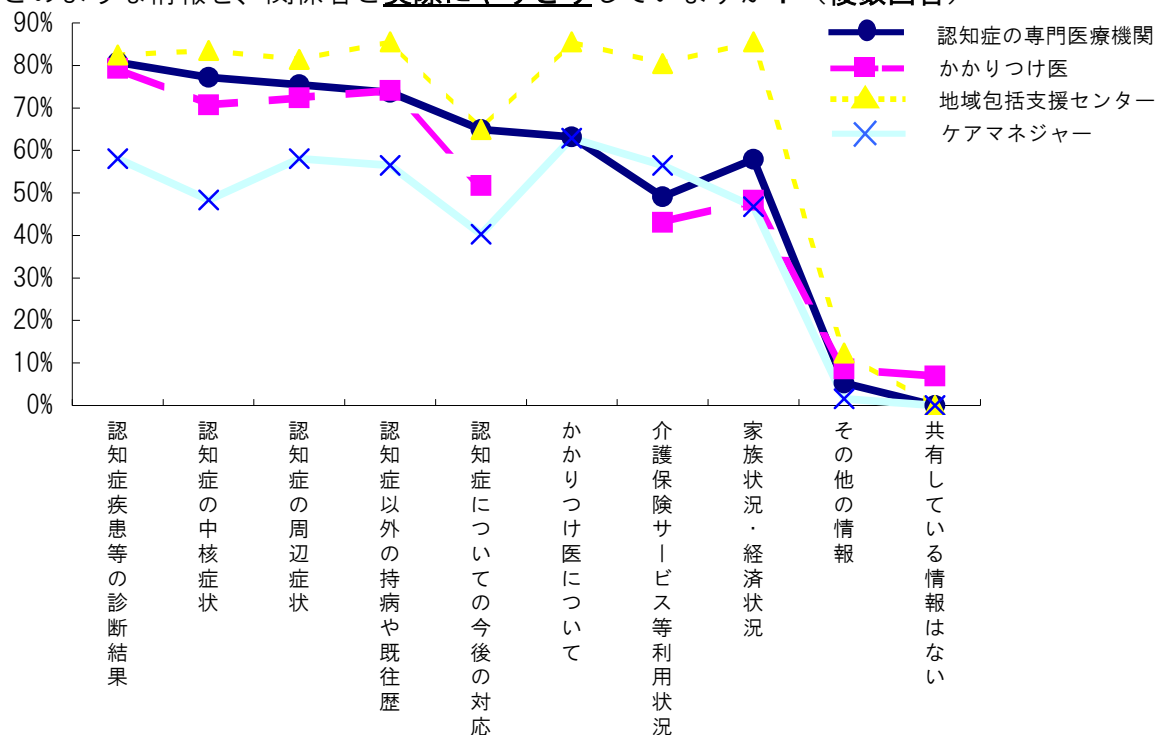


(注) 棒グラフの横軸は、回答者のうち何%のものがその項目に回答したかを示している。

<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

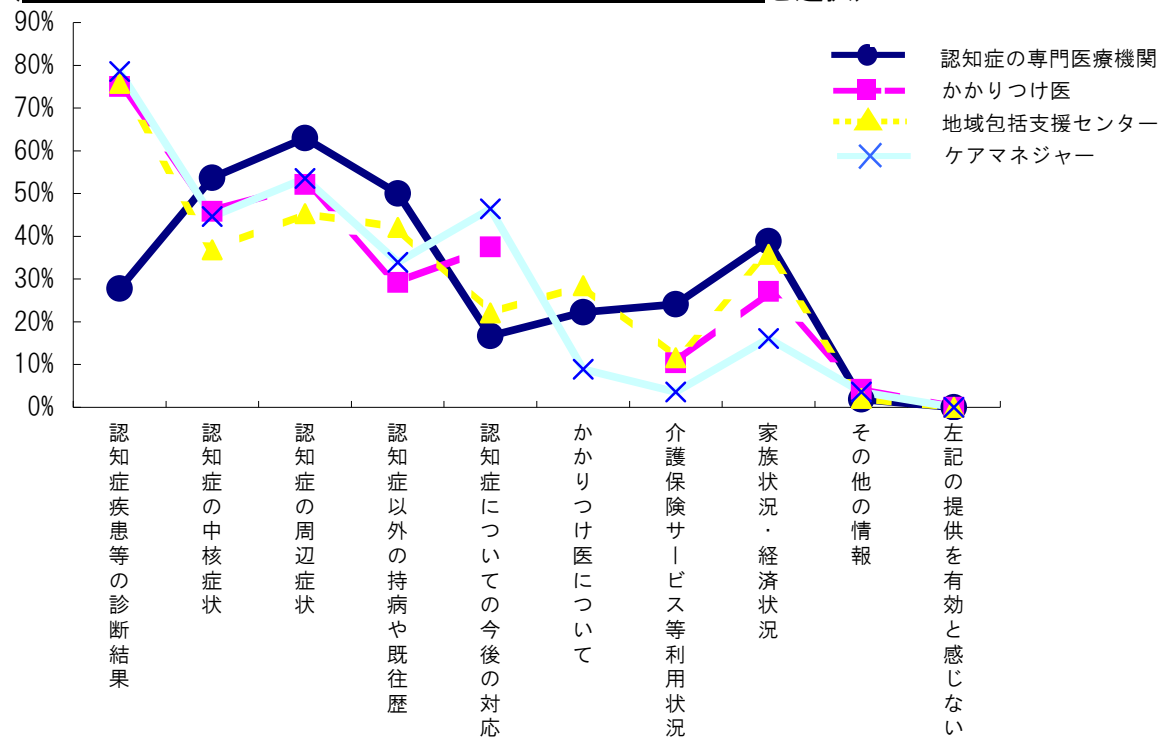
(質問3) 情報の内容について

◆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。

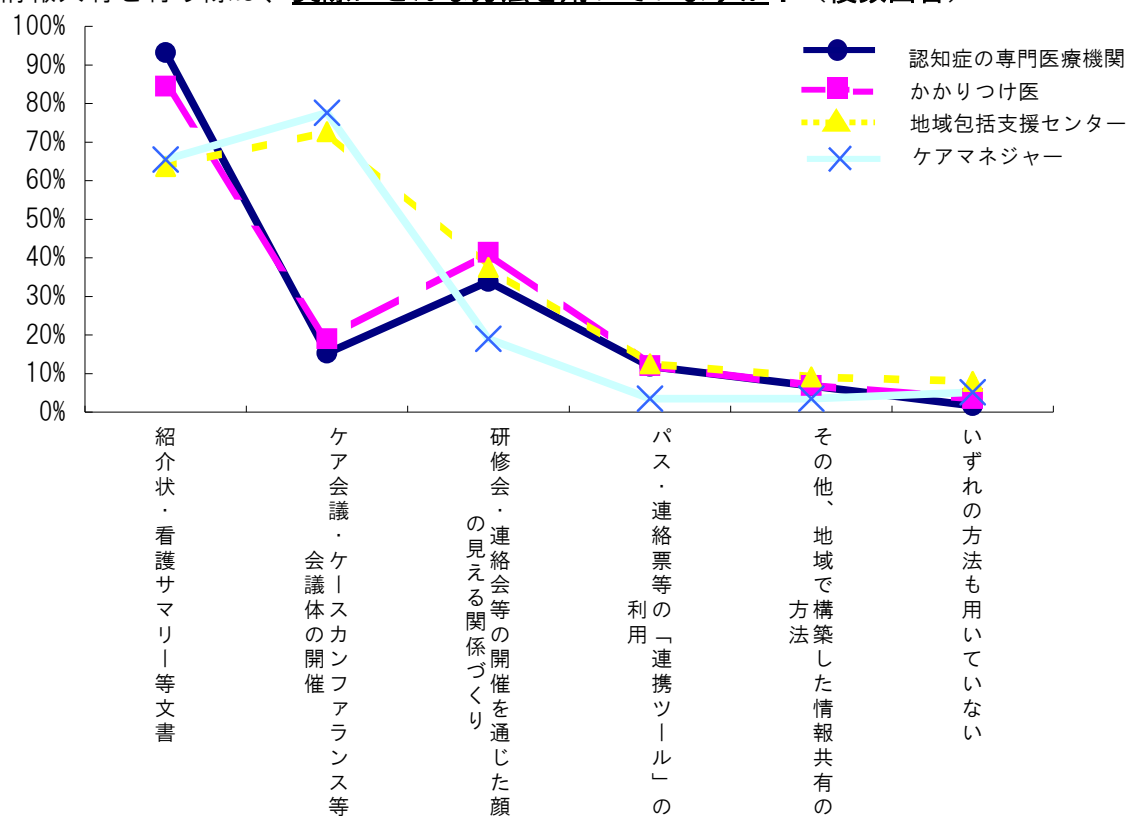
(注2) かかりつけ医に対する調査では、選択肢に「かかりつけ医について」の項目が含まれていないため、線グラフ上の値が空白となっている。

(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。

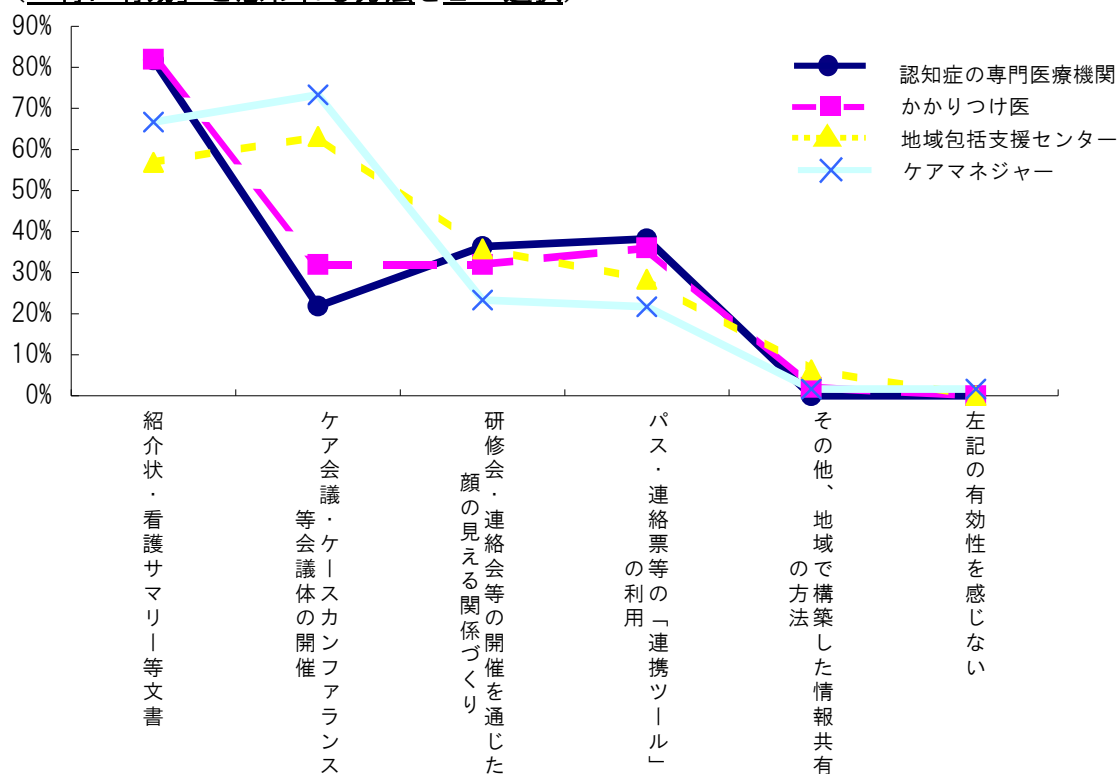
<場面1> 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで

(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）



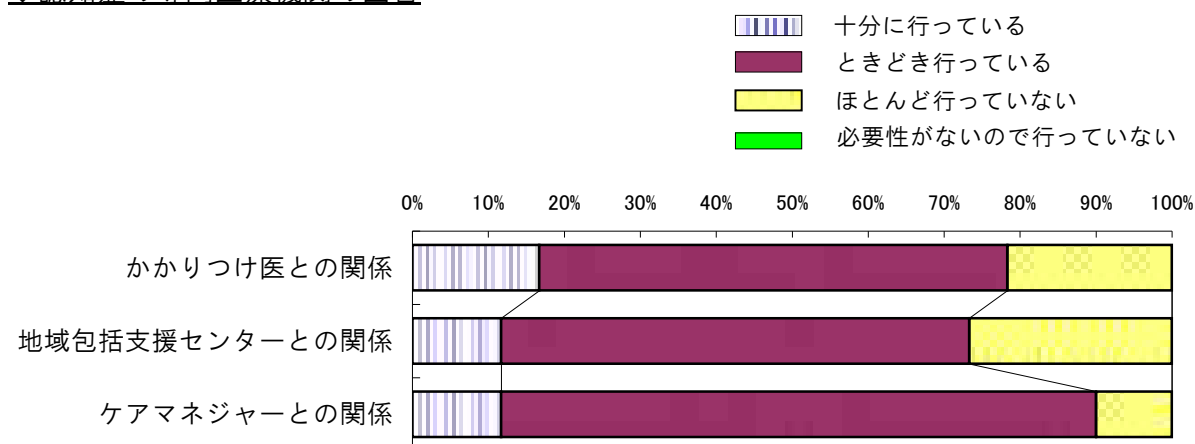
◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
（「特に有効」と思われる方法を2つ選択）



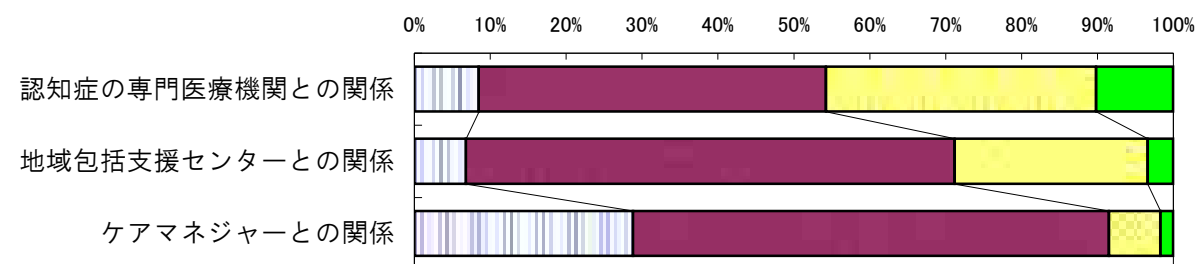
＜場面２＞ 認知症の診断を受けた後の日常診療・介護サービス利用時

（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？

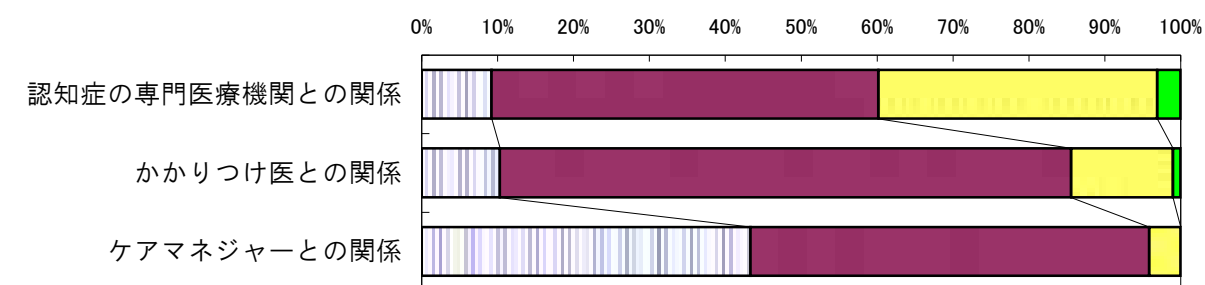
◆認知症の専門医療機関の回答



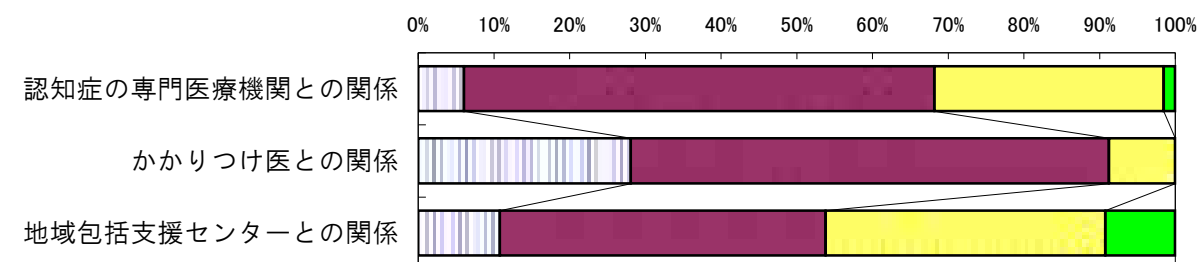
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



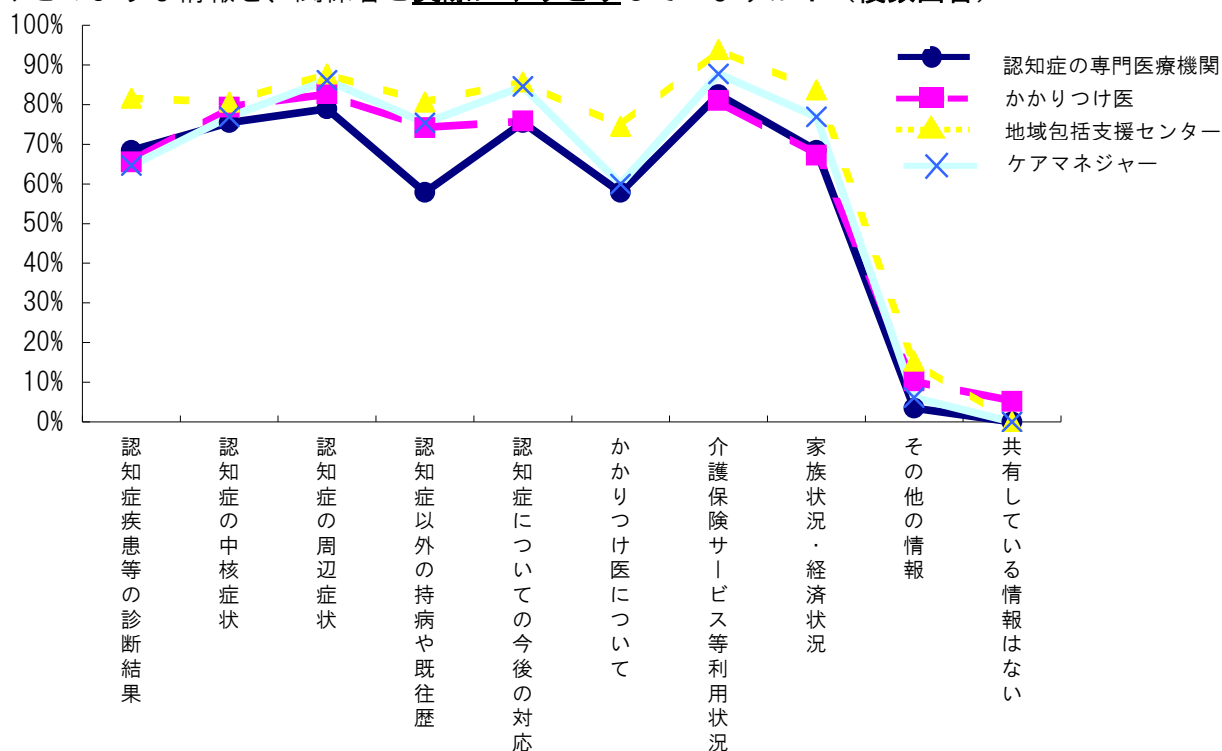
◆ケアマネジャーの回答



<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

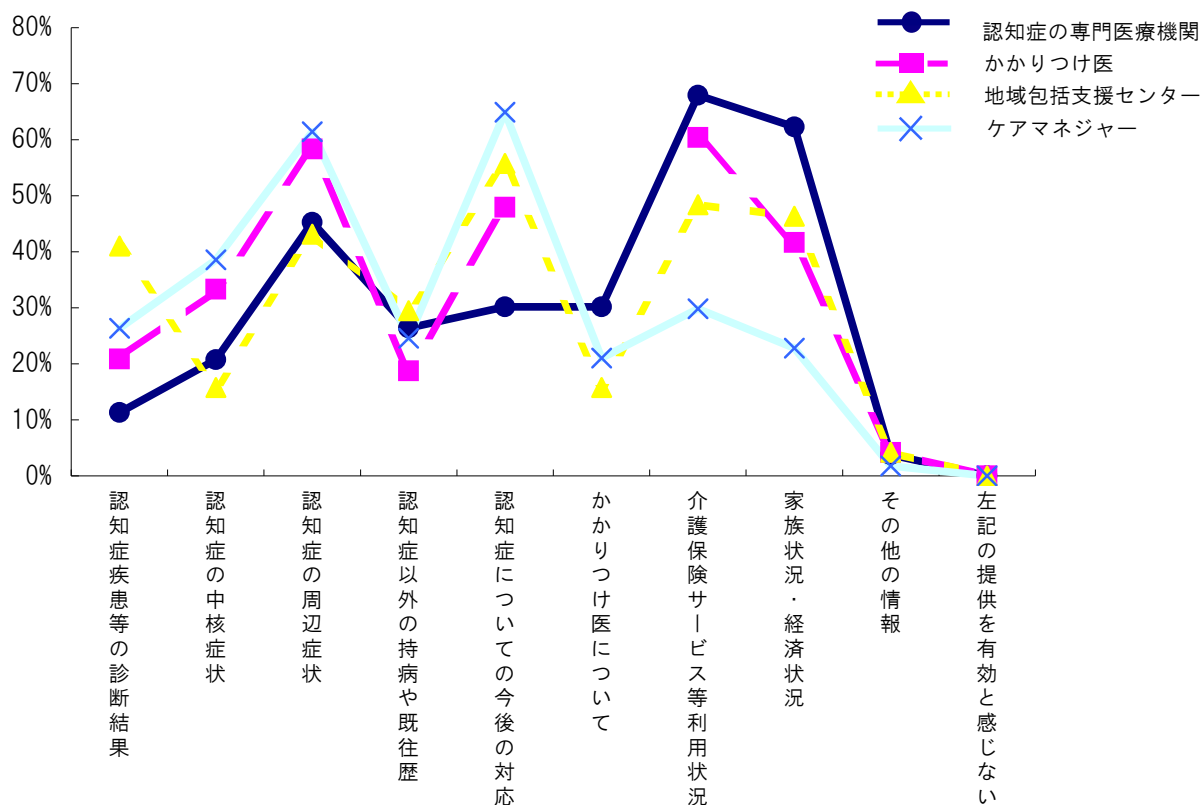
(質問3) 情報の内容について

◆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？

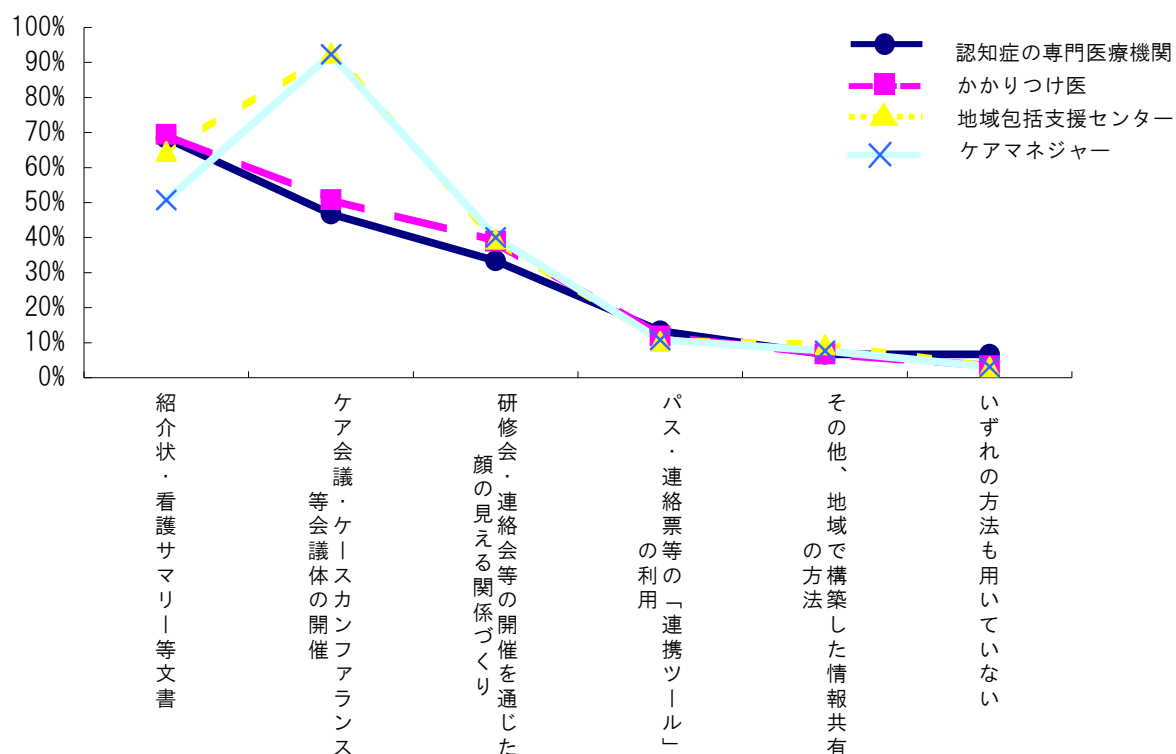
(「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択)



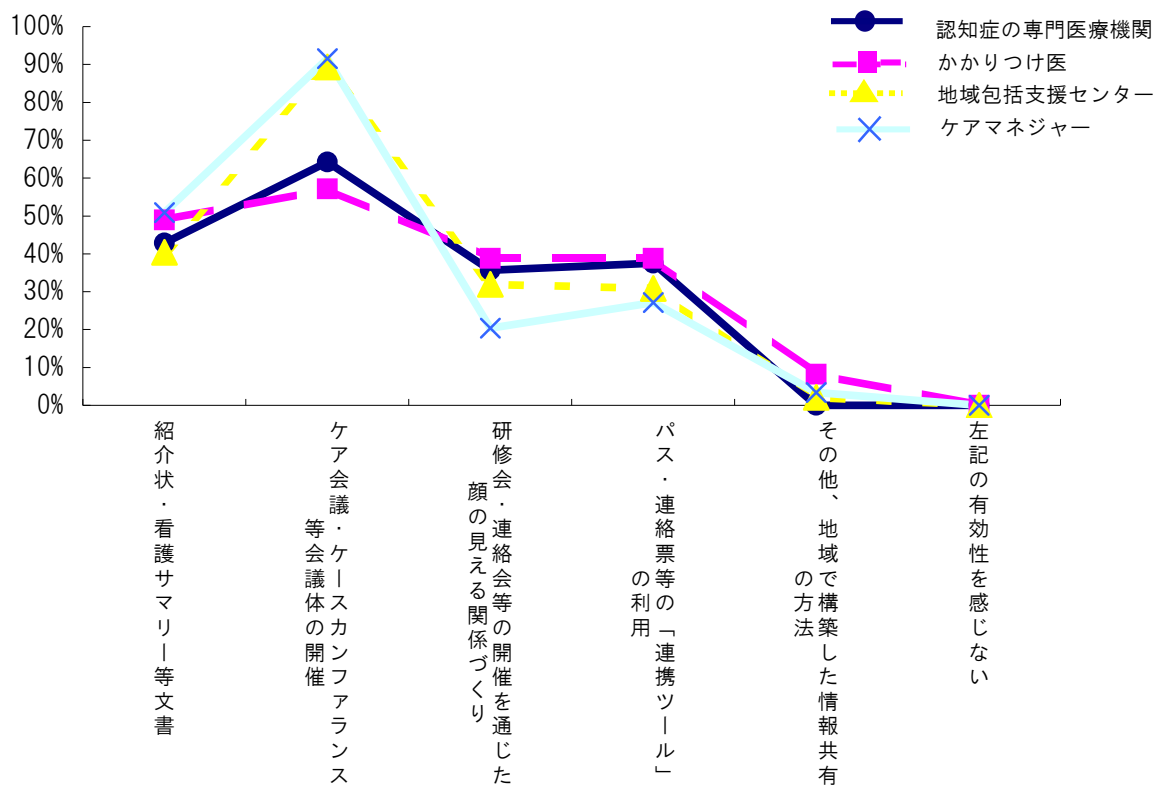
<場面2> 認知症の診断を受けた後の日常診療・介護サービス利用時

(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)



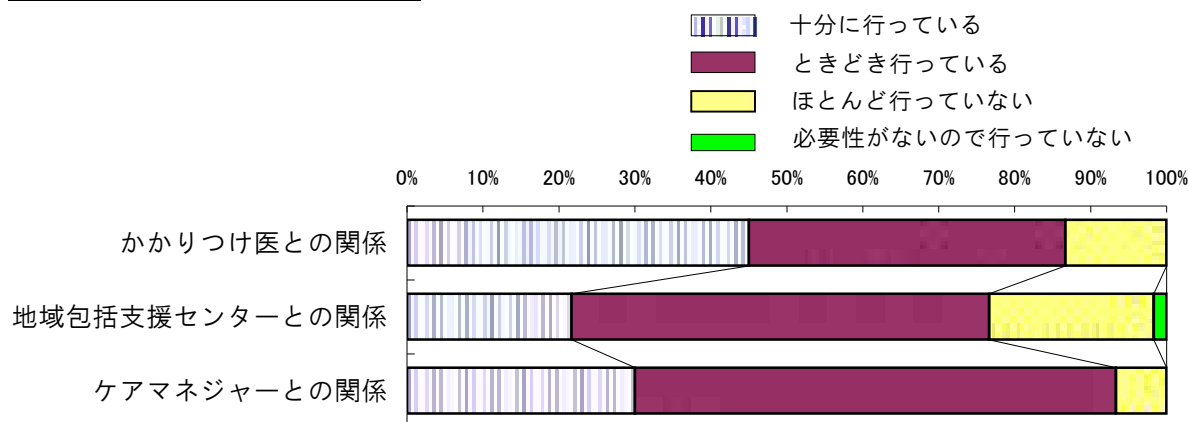
◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
(「特に有効」と思われる方法を2つ選択)



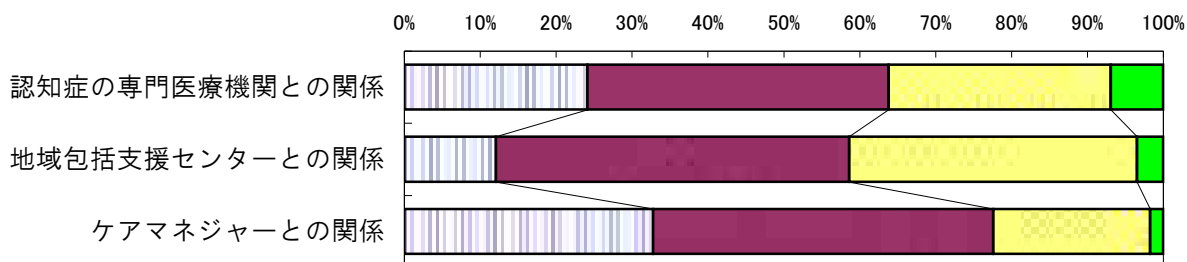
<場面3> 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時

(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？

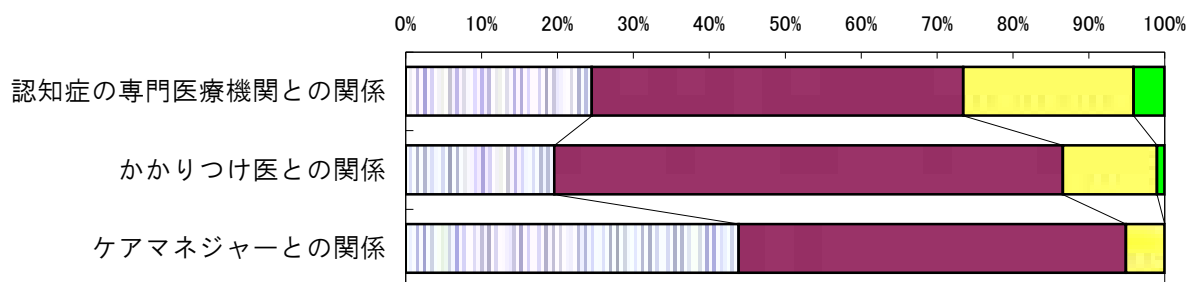
◆認知症の専門医療機関の回答



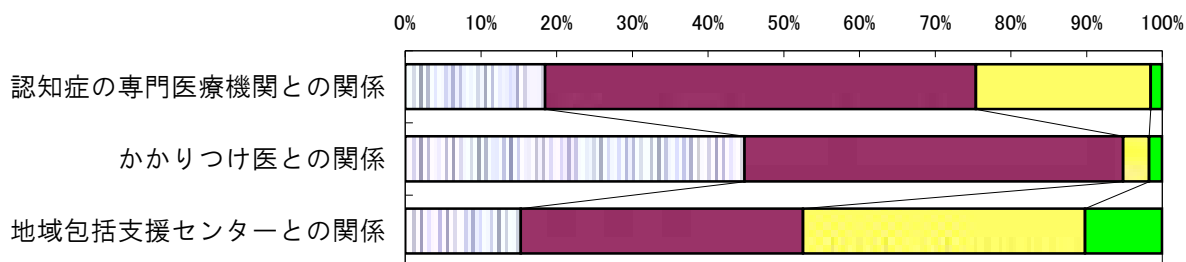
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



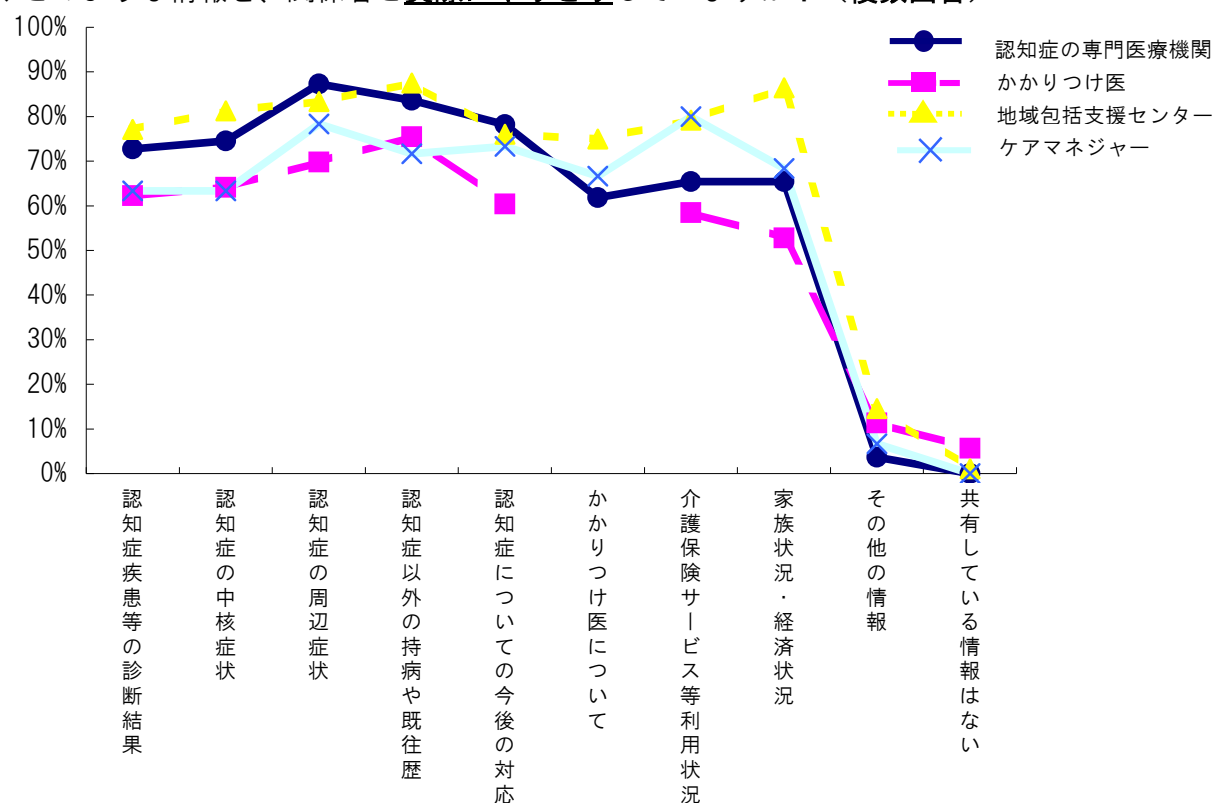
◆ケアマネジャーの回答



<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

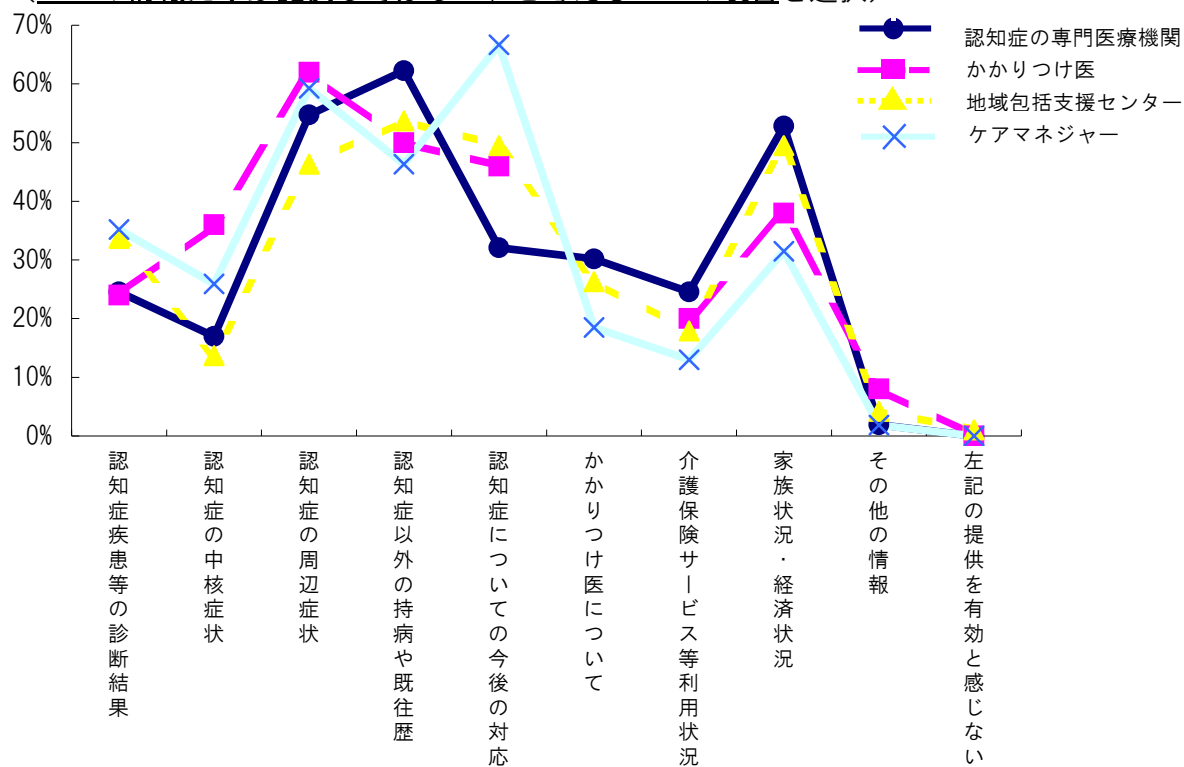
(質問3) 情報の内容について

◆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？

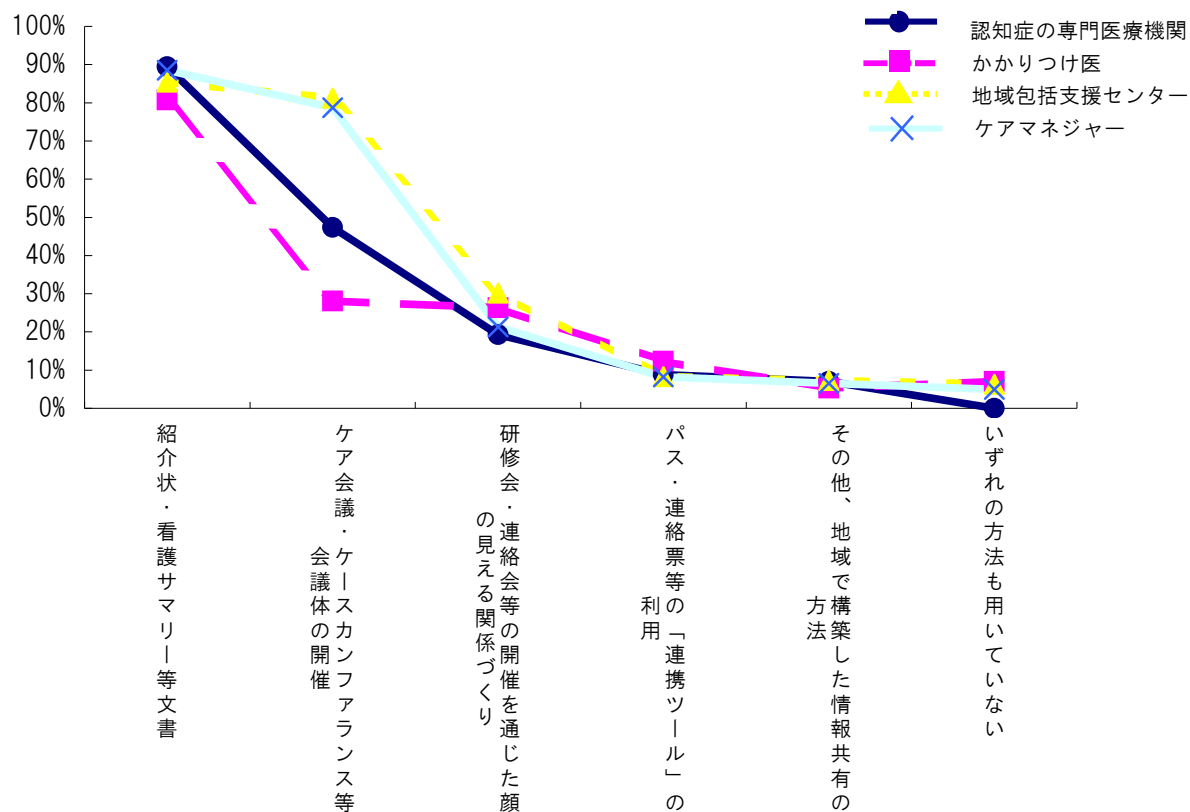
(「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択)



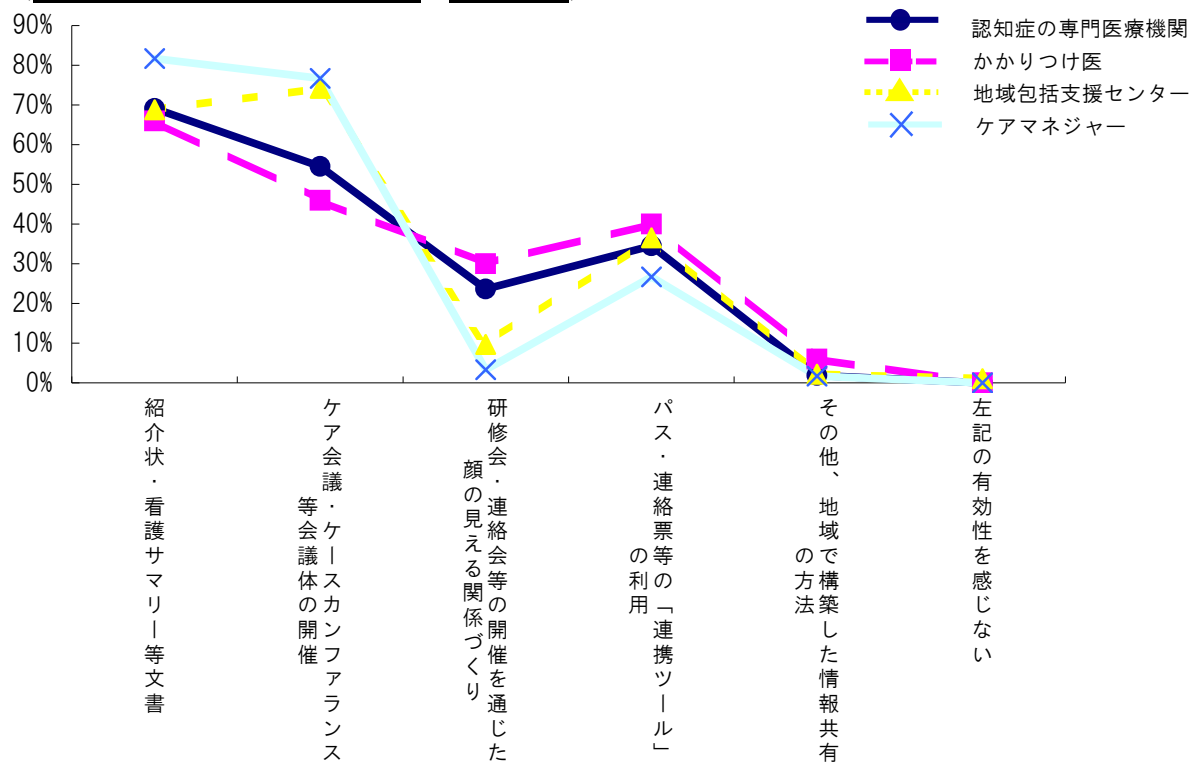
<場面3> 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時

(質問4) 情報共有の方法について

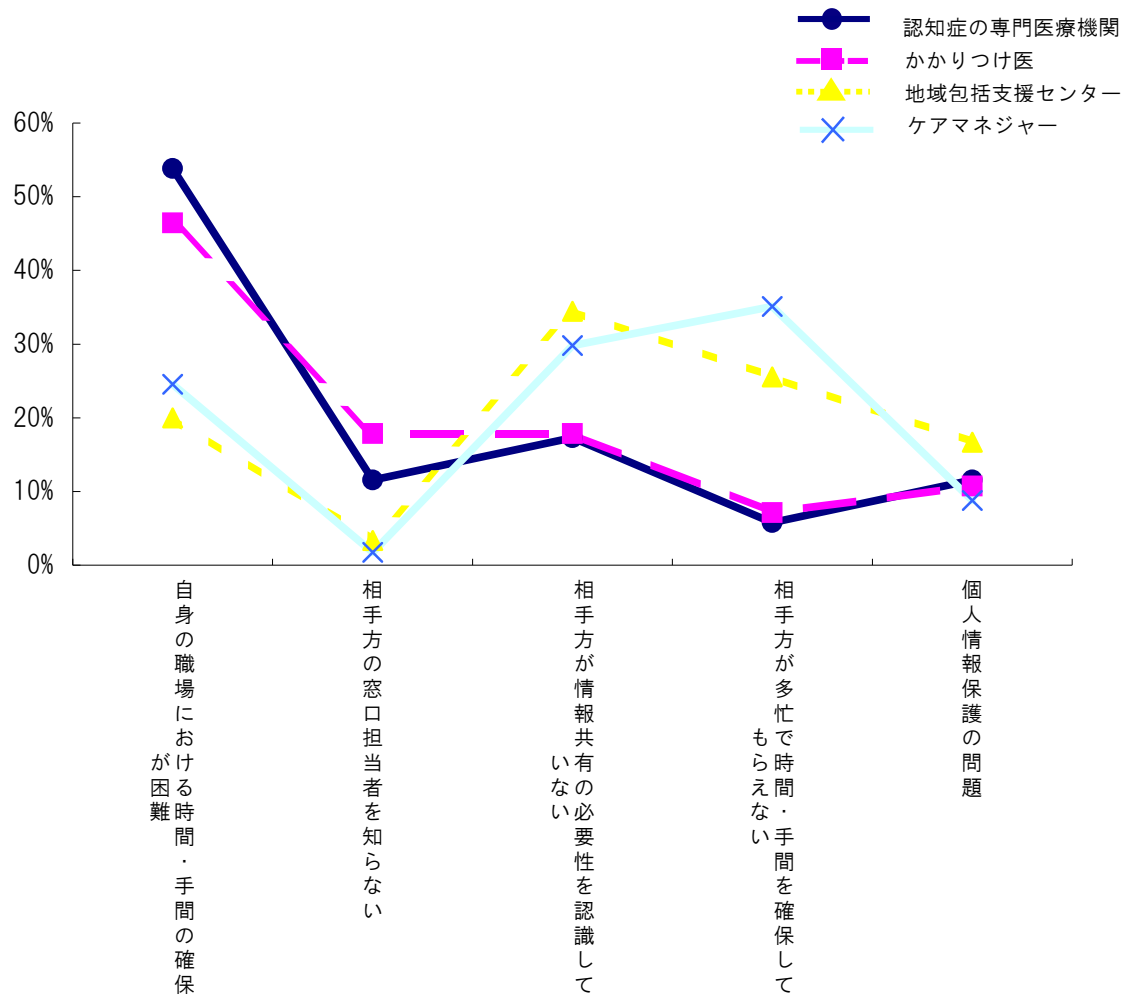
◆情報共有を行う際は、実際にどんな方法を用いていますか？ (複数回答)



◆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〕

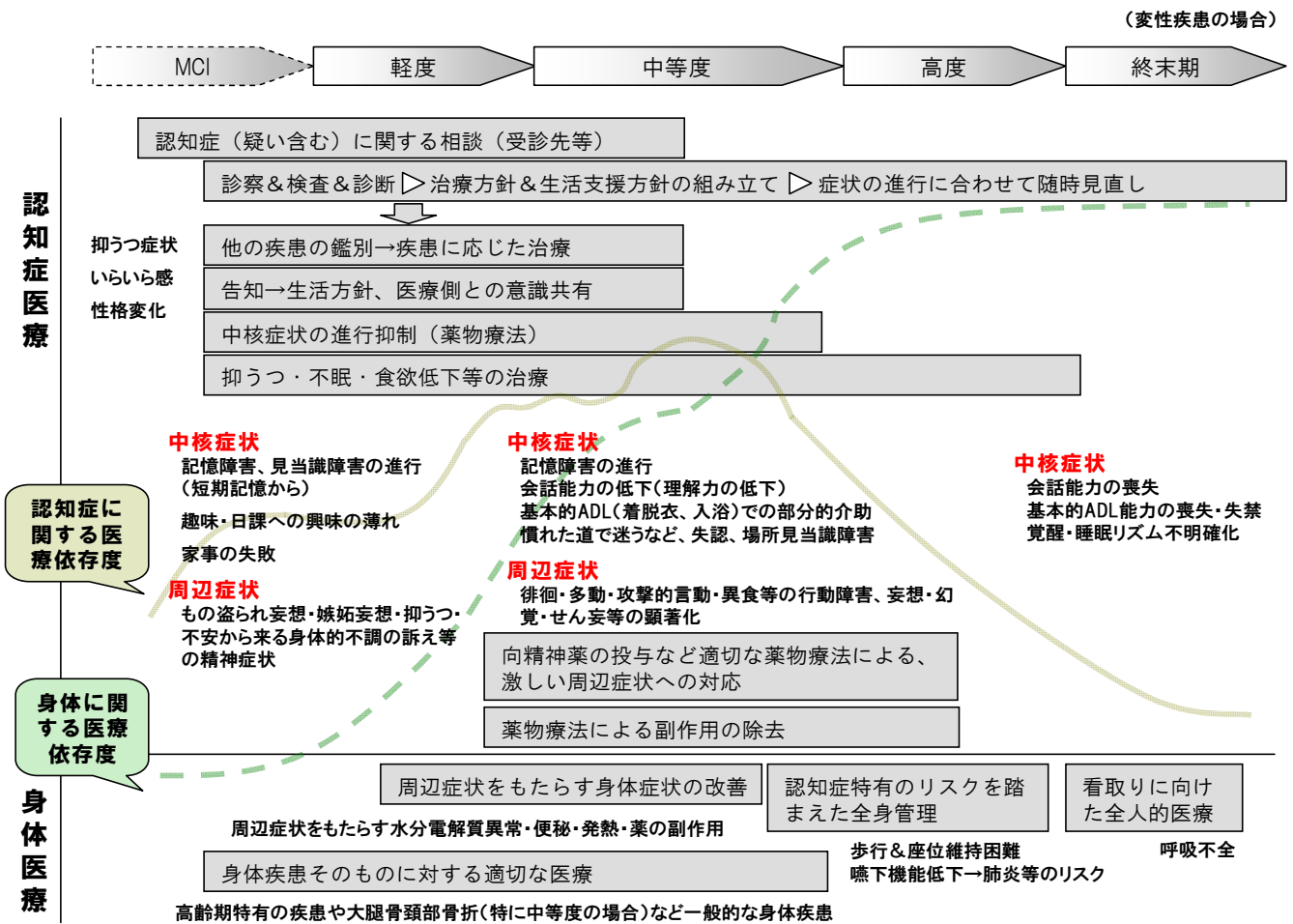
（地域包括支援センターからの意見）

- ・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。

認知症の経過と医療依存度

(東京都認知症対策推進会議 医療支援部会報告書(平成21年3月)より)

(変性疾患の場合)



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																
				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							医 療 関 係							介 護 関 係		当 事 者 に つ い て							
												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↓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 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			
認知症医療連携パス	① 認知症連携パス	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)	○	○		○		○	□	□	□	○	○ □		○	□			○ □					
	② 大田区認知症連携パス ※	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)	○	○		○			□	□	□	□	□		○ □	○				○				
介護認知症連携パス・	③ 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)	○	○		○		○	□	□	□	□	○ □	○	□	□		○	○	○ □	○ □			
医療中 パス連携	④ 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	⑤ 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パスを使用しています。

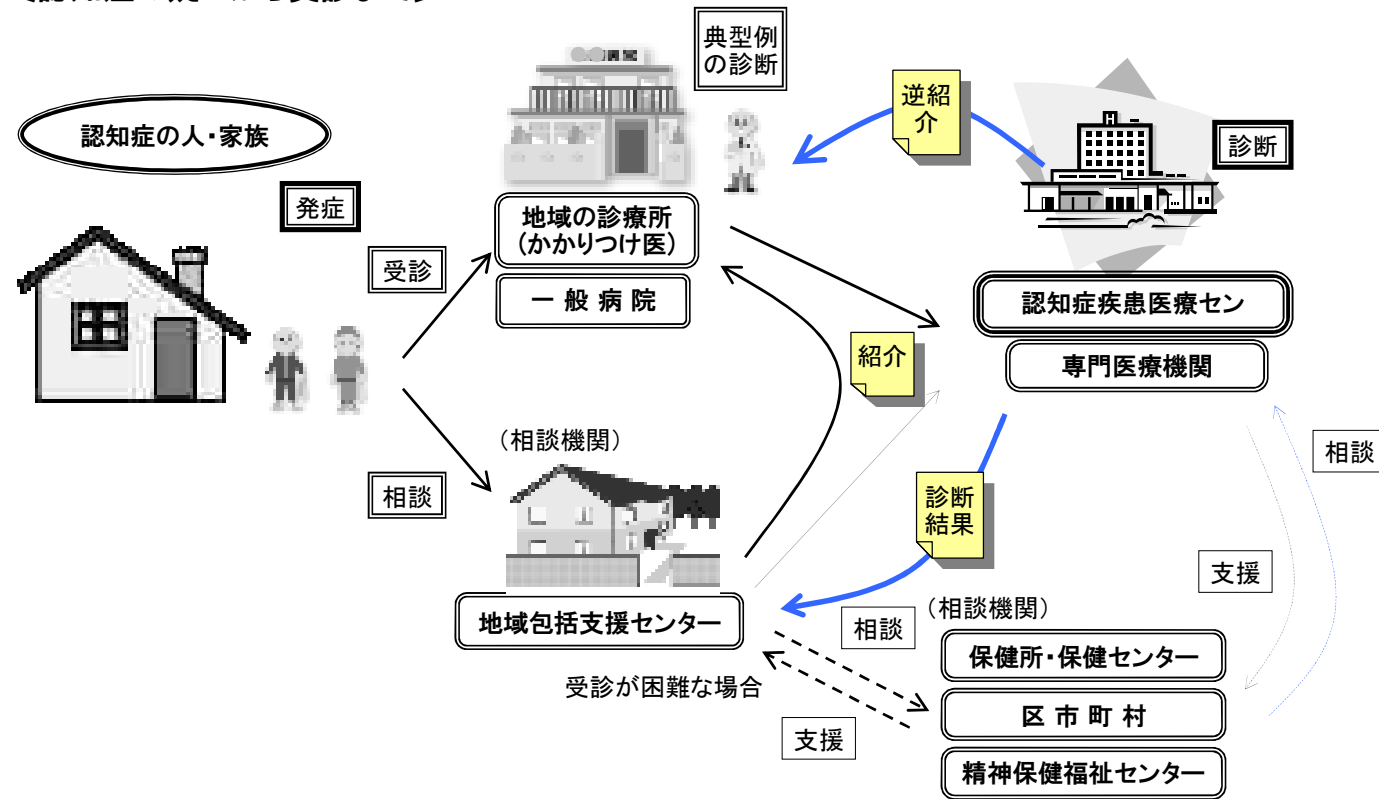
既存情報共有ツールの項目等比較表（詳細分析）

主として「認知症の疑いから受診まで」の場面を想定

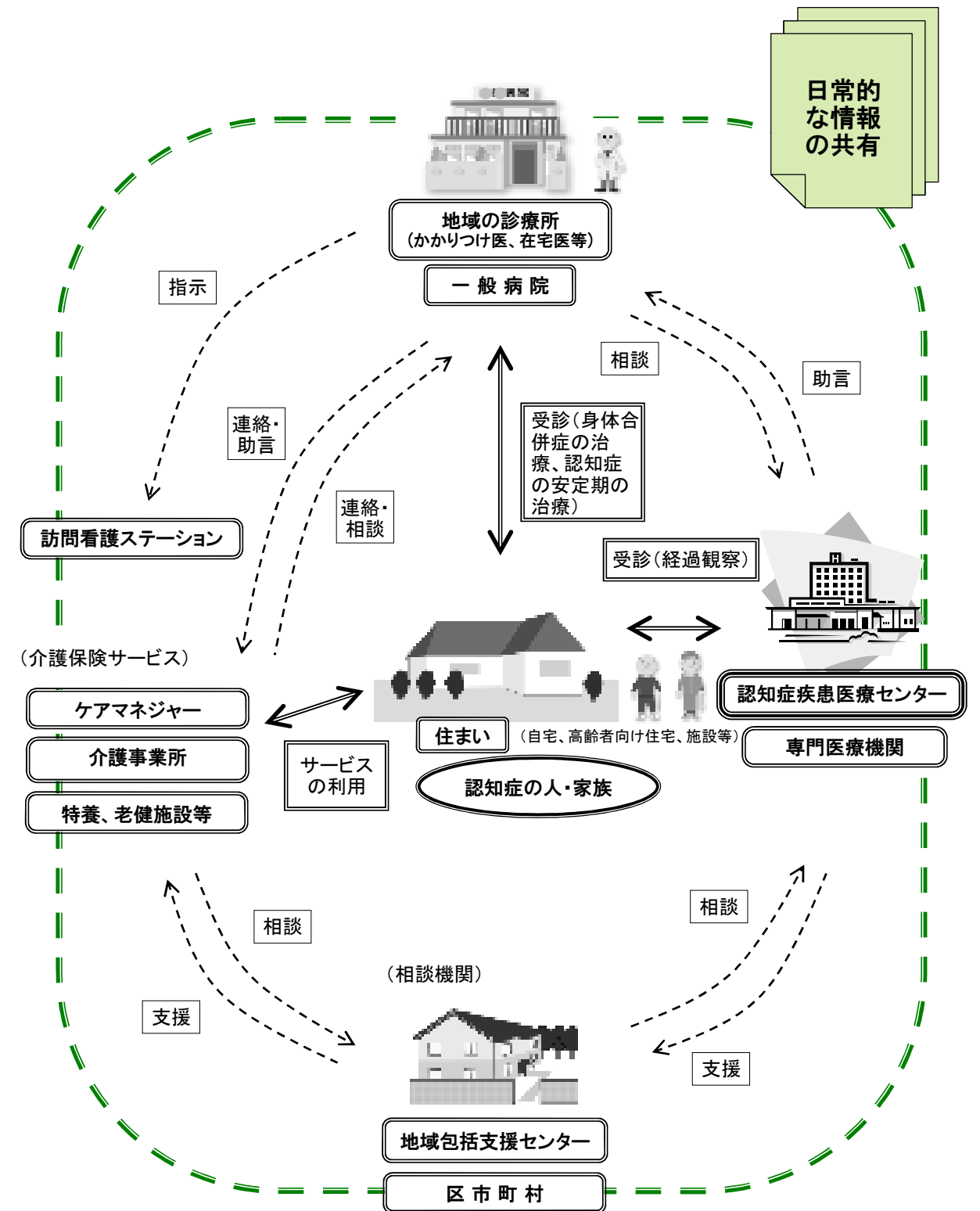
主として「日常診療・介護サービスの利用」の場面を想定

	シート形式			ノート形式		共通フォーマット(シート形式)／患者手帳(ノート形式)
	認知症連携パス	大田区認知症連携パス	もの忘れ相談シート	生き生きノート		
	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	大田区三医師会 (大森・蒲田・田園調布医師会)	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)	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		
相談機関・在宅支援者⇒医療機関			シート1 相談事前チェックシート(家族又は相談機関が記入) ・中核症状・周辺症状の状況(チェック式) ・症状が出始めた時期(今までと違うと感じた時期) ・当事者が困っていること	生活シート(本人・家族・関係者が記入) ・身体機能(チェック式) ・日常生活における自立度(チェック式) ・活動度(チェック式) ・本人の希望	主として「日常診療・介護サービスの利用」の場面を想定 患者手帳(既存の健康手帳を活用) (必須事項:最低限の情報のみ) ・医療機関の利用状況 ・介護サービスの利用状況 ・緊急時の連絡先 ・服薬状況 ・禁忌薬 ・アレルギー歴等	
		情報提供書(地域包括支援センター→医療機関) ・紹介の主旨(チェック式) 例) 家族からの精査希望 ・受診希望日 ・中核症状・周辺症状の状況(チェック式) ・既往歴 ・その他(日常生活の状況)	シート2『相談機関→医療機関』連絡シート(相談機関が記入) ・既往歴とその治療状況 ・かかりつけ医 ・専門的検査の希望 ・当事者が困っていること(チェック式) ・介護サービスの利用状況 ・主たる介護者			支援シート(主にケアマネジャーが記入) ・介護度 ・主たる介護者 ・成年後見の必要性・導入状況(チェック式) ・介護サービスの利用状況(チェック式) ・総合評価、注意点
かかりつけ医⇒認知症の専門医療機関	診療情報提供書(新宿区認知症連携用) ・紹介の主旨 ・治療状況 ・既往歴 ・服薬状況 ・中核症状・周辺症状の状況(チェック式)	診療情報提供書(依頼用) (初診・再診兼用) ・紹介の主旨(チェック式) 例) 家族からの精査希望 ・既往歴とその治療状況(チェック式) ・服薬状況 ・中核症状・周辺症状の状況(チェック式) ・受診希望日(チェック式) ・神経学的所見(チェック式) ・当事者が困っていること	シート4「紹介状」(シート1・2を添付の上、追加事項を記載) (初診用) ・紹介の主旨 ・身体合併症 ・服薬状況(資料の添付) シート6 経過報告書 (再診用紹介状) ・紹介の主旨(チェック式) ・進行度(チェック式) ・中核症状・周辺症状の状況(チェック式) ・身体合併症 ・介護サービスの利用状況(チェック式) ・服薬状況(資料の添付)		主として「認知症の疑いから受診まで」の場面を想定 共通フォーマット(紹介型) ・紹介の主旨(チェック式) ・生活環境(チェック式) ・治療状況 ・身体合併症 ・服薬状況 ・介護サービスの利用状況 ・当事者が困っていること	
認知症の専門医療機関⇒かかりつけ医	物忘れ外来診療情報提供書 ・診断結果(チェック式) ・進行度(チェック式) ・検査結果、所見(チェック式) ・既往歴 ・周辺症状 ・身体合併症 ・治療方針 ・本人・家族への説明 ・認知症教育資料の配布状況(チェック式) ・家族への介護教室の案内状況(チェック式) ・介護保険の必要性(チェック式) ・主治医意見書作成の手引き(チェック式) ・次の受診の時期(チェック式)	大田区認知症連携パス ・診断結果(チェック式) ・進行度(チェック式) ・検査結果、所見 ・治療方針(チェック式) ・介護サービスの利用状況 ・主たる介護者 ・今後の連携方針(パス使用の必要性)(チェック式)	シート5 受診結果報告書 ・診断結果(チェック式) ・進行度(チェック式) ・検査結果、所見(チェック式) ・治療方針(チェック式) ・本人・家族への説明(チェック式) ・次の受診の時期(チェック式)	診察シート(医師または看護師が記入) ・病名 ・検査結果 ・症状 ・所見 ・家族、介護者へのアドバイス ・障害の自立度(チェック式) ・高次脳機能障害の有無(チェック式) ・認知機能(チェック式) 検査結果シート(検査結果を添付) 薬シート(薬の資料を添付)	主として「認知症の疑いから受診まで」の場面を想定 共通フォーマット(逆紹介型) ・紹介の主旨(チェック式) ・診断結果(チェック式) ・進行度(チェック式) ・治療方針 ・本人・家族への説明 ・生活環境(チェック式) ・次の受診の時期	
医療機関⇒相談機関・在宅支援者	病状説明書(家族向け) ・診断結果(チェック式) ・進行度(チェック式) ・検査結果(チェック式) ・身体合併症 ・治療方針 ・本人・家族への説明 ・介護保険の必要性(チェック式) ・次の受診時期(チェック式)		シート3『医療機関→相談機関』連絡シート ・診断結果 ・治療方針 ・本人・家族への説明 ・各種サービスの必要性(チェック式) ・次の受診時期 ・医療機関への問合せ方法(チェック式)	イベント表(受診・相談等の一覧表) 自由記載・連絡表(From, To) 食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)(家族・ヘルパー等が記載)(チェック式) ・摂食・嚥下障害チェックシートを添付 支援者・支援機関、身体合併症の状況等を記入するページ	主として「日常診療・介護サービスの利用」の場面を想定 ノート形式 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 在宅支援者⇒医療・福祉関係者 わたしの「大切なこと」メモ ・大切にしていること、人にわかってほしいことを記載 わたしの「つながり」メモ ・暮らしの中で大事にしたい「つながり先」を記載 「今日のわたしメモ」 ・今日の気分、様子や体調、出来事などを記載 自由メモ	
その他	認知症連携パスの流れの絵(関係者向け)(紹介・逆紹介・定期評価)	認知症連携パスの流れの絵(医療従事者用、家族向け)(紹介・逆紹介・定期評価)		地域の支援ネットワークの絵(家族向け) 在宅での生活のあり方の絵(家族向け) ・準備するもののチェック欄、経済・生活状況の記載欄等あり 使用している言葉の意味の説明(家族向け)		

〔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〕

