

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第5回）

次 第

東京都庁第一本庁舎 3 3 階北側 特別会議室N 6

平成 2 4 年 1 月 2 6 日（木）午後 7 時から

1. 開 会

2. 議 題

（1）認知症の人と家族を支える情報共有の仕組みづくりに向けた部会
報告書の取りまとめについて

（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） 「東京都認知症対策推進会議（第 1 2 回）での主な御意見」

（資料 2） 「認知症ケアパス部会（第 4 回）での主な御意見」

（資料 3） 「認知症の人と家族を支える情報共有の仕組みづくりに向けて

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）（素案）」

（参考資料 1） 「診療情報提供に係る診療報酬・介護報酬について」

（参考資料 2） 「介護認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会資料」

（参考資料 3） 「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 4） 「既存情報共有ツールの項目等比較表」

（間渕委員提供資料） 「認知症（脳の病気）はこんなふうにすすんでいきます」（御家族への
説明用資料）

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 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

東京都認知症対策推進会議（第12回）
（平成23年12月22日開催）での主な御意見

- 作ったものの使いこなせないということにならないよう、使いやすいものを作るべき、という議論の方向性はいいと思う。
- 1人の認知症の人が地域で生きるために役に立つ情報共有ツールとするためには、家族が情報共有ツールの必要性を知っていて、様々な機関に持っていくようにすることが必要。（→ 報告書素案 P. 21 10行目）
- 情報共有ツールは形になっても使われない事があることから、関係者だけでなく、本人、家族の参画が大切。
- 認知症の人を支えている家族の方が、どのようなサービスを受ければいいのか相談できるような、または考える手がかりになるようなものを考えていただきたい。
- 認知症の場合、症状や状態が様々に変化するということがあることから、パスをつないだらおしまいというのではなく、平行して様々なサービス、医療であれば病院、診療所、あるいは精神科とか一般科、また、医療と福祉、様々なものが平行して走っていくこと、見守っていくことが大事。
- 家族にとっては、誰が中心になって、どのような仕組みでやるということが分かっていると、それに対して信頼を持って、安心してどこに行っても使えるということになる。（→ 報告書素案 P. 23 下から1行目）

認知症ケアパス部会（第4回）での主な御意見

【基本的な考え方】

- 医療関係者が在宅支援者に医療情報を伝えるとき、例えば、処方薬であれば、薬の名称は伝えてくれるが、その薬を使ったときに、今後どういう経過をたどるのか、飲まなかったときにどういう問題が出てくるのか、このまま継続したときにどういう出来事があったら主治医に報告しなければいけないのか等、そういう情報を伝えて欲しい。生活を支援するために最小限家族が押さえておかなければいけないこと、支援者が押さえておかなければならないこと、その中から何を医療職に伝えなくてはいけないのか、そういう情報が必ず必要になってくる。よりよい支援をしていくためにどういう情報が必要なのか、ポイントはそこになってくる。（→ 報告書素案 P. 15 16 行目）
- この地域でしか使えないフォーマットではなくて、他の地域のものでも、それを使用して支援できるようにするべき。（→ 報告書素案 P. 17 1行目）

【機能する情報共有ツールを作成するために】

ファイル方式を基本とした情報共有ツール

（情報共有の方法）

- 情報共有の方法としては大まかに2つの方法があり、1つは、関係機関同士の情報共有。診療情報の提供が典型例で、地域包括支援センターとかかりつけ医間もあるし、かかりつけ医と専門医療機関間もあるし、ケアマネジャーとの間もある。これはリンケージというが、一つのお手紙で機関同士の連携をするもので、守秘義務を持っている専門職同士のやりとりとなる。

もう1つは、「生き生きノート」が例で、本人・家族が管理し、どこで見せるのかは、家族の自由という方法。これは、システム間の調整になるので、コーディネーターという感じになる。（→ 報告書素案 P. 19 下から17行目）

本人・家族介護者との情報共有

（本人への配慮）

- 拒否をしている本人を何とか医療機関に連れていったときに、認知症と書かれたものを見せられてサインをしてもらえるかということ、そこで関係が壊れてしまう場合がある。認知症の場合、とても本人には言えないことがある。本人に関する情報

は本人が持つべきだとは思いますが、状況もいろいろ考えられるので、配慮が必要なこともある。（→ 報告書素案 P. 21 5行目）

- ある程度高齢になり、友達や家族が認知症になった経験を持つ方々は特に不安になっているので、そういう人に対してあえていろんな不安を与えることはない。使う時期だとか使い方に関しては、大切な配慮が必要だと思う。（→ 報告書素案 P. 21 6行目）

（情報共有の仕組みの説明）

- 個人情報保護に関しては、目的外使用をしない旨説明し、本人同意をもらうことが重要。本人の利益のために情報共有を行うことを必ず最初に説明をして、本人や家族の了解を得る必要がある。（→ 報告書素案 P. 21 15行目）
- 介護保険の認定を受けるときや、介護保険サービスの利用開始時には、必ず本人がいて、家族がいて、家族のいない人にも誰かがいて、印鑑をいただいて帰っていくというのがシステムになっている。本人は書類を見て理解できなくとも、必ずそこにいないとケアマネジャーはケアプランを認めてくれない。それと同じ形にしていけばいい。本人が分からなくとも、本人の意思を尊重するという意味で立ち会ってもらおうという方向にしてほしい。（→ 報告書素案 P. 21 18行目）

（今後の対応に必要な情報の提供）

- 最初の段階で、認知症の進行に沿ってどういう対応が必要かというのが分かる図と、本人・家族を取り巻く様々な社会資源のネットワークが分かる図があるといい。（→ 報告書素案 P. 21 下から14行目）
- 家族に話をする時に、初期から中期、後期と順番にお話をして、その症状に対して家族が困ることを話すと、「それが知りたかった」と必ず言われる。今後の経過が分からないと次の介護に進めないし、不安がふくらんでしまう。でもそれを伝えるときに、文字だけだと分かりにくい。文字で示される症状と、実際に家族が直面している状況が結びついていかない。イメージ図を使用するなど分かりやすい資料にして、さらに知りたいときにはまた誰かに聞けばいい、という形になればいい。（→ 報告書素案 P. 21 19行目）

（利便性を考慮）

- 家族が情報を選んで記載するとなると、情報を取捨選択するという点で難しさがある。そこは関わった人が最小限の情報を記載したり、場合によっては前の情報の更新や整理をしたりということをしていかないといけない。（→ 報告書素案 P. 22 3行目）

（専門職に限る場合）

- 病診連携においては、治療上必要な情報として深い内容になっても仕方がない。一方、ケアマネジャーが必要な情報は、検査データの束ではなく、必要最小限のも

の。治療上必要な情報と在宅支援上必要な情報というのは違ってくる。

地域包括支援センターにおいて、情報共有ツールでは伝えられない情報、どうしても家族を通さずに伝えておきたい情報があるときは、別立てで手紙を書いたり、直接連絡をしたりしていることから、医師もケアマネジャーや支援機関に渡さない情報というか、とても深い専門的な情報という主治医同士のやりとりというのがあっていい。（→ 報告書素案 P. 22 8行目）

情報共有ツール活用のための相互理解

（検討において必要な視点）

- 医療と福祉関係者が参加する会議において、最初にしたのは福祉の人は医療のことをあまり分かっていないし、医療の人も福祉のことを分かっていないということだった。しかし、最近、福祉関係者もかなり勉強をしてきているので、実は医療のこともすごく分かってきていて、医療と福祉の垣根がだんだん下がってきていると感じている。このことから、福祉職が大切にしなければいけない情報と、医療職が大切にしなければいけない情報は違っていいが、それをできるだけお互いが分かりやすいように伝えるためにはどうすればいいか、ということを考えていくべき。（→ 報告書素案 P. 22 下から1行目）
- 医療情報に関して、サービス事業所や看護師、ケアマネジャー、かかりつけ医等が同じ方向を向いていないと、その人に対する支援が難しいというのがある。今検討している情報共有ツールが、同じ方向を向くことを可能にするものとなしてほしい。（→ 報告書素案 P. 23 3行目）

（検討のプロセス）

- 最初の受診の際の情報提供であるとか、日常の診療・介護サービスが継続しているときのケアマネジャーと家族、かかりつけ医との連携、かかりつけ医は専門医との連携、そして入退院や周辺症状が非常に激しいときの連携、この辺のポイントをしっかり整理して、こういう連携が必要だということを明示していけばいい。（→ 報告書素案 P. 23 下から11行目）

簡素で分かりやすい仕組み

- 紹介したり共有したりする情報は、本当にかいつまんだものでいい。認知症の場合は、10年、20年という長い時間の経過を追っていかなければならないので、その方が、ポイントが絞られていて、家族もついていきやすい。（→ 報告書素案 P. 24 下から14行目）

認知症の人と家族を支える情報共有の仕組みづくりに向けて
－ 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）（素案）

目 次

第1章 情報共有の仕組みの構築に向けて

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	2
3 これまでの東京都及び都内における取組	7
4 本部会の役割	11

第2章 情報共有における現状と課題 12

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	15
(1) 異なる役割の支援者が「協働」するための情報共有ツール	
(2) 総合的な取組	
(3) 関係者の協力・協働	
(4) 様々な場面を想定	
(5) 地域で共通化	
2 機能する情報共有ツールを作成するために	19
(1) 効果的に機能する情報共有ツールを作成するためのポイント	
ファイル方式を基本とした情報共有ツール	
本人・家族介護者との情報共有	
情報共有ツール活用のための相互理解	
簡素で分かりやすい仕組み	
継続的な取組	
(2) 共有が必須の情報と望ましい情報	
(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	29

第4章 まとめ 30

参考資料

第1章 情報共有の仕組みの構築に向けて

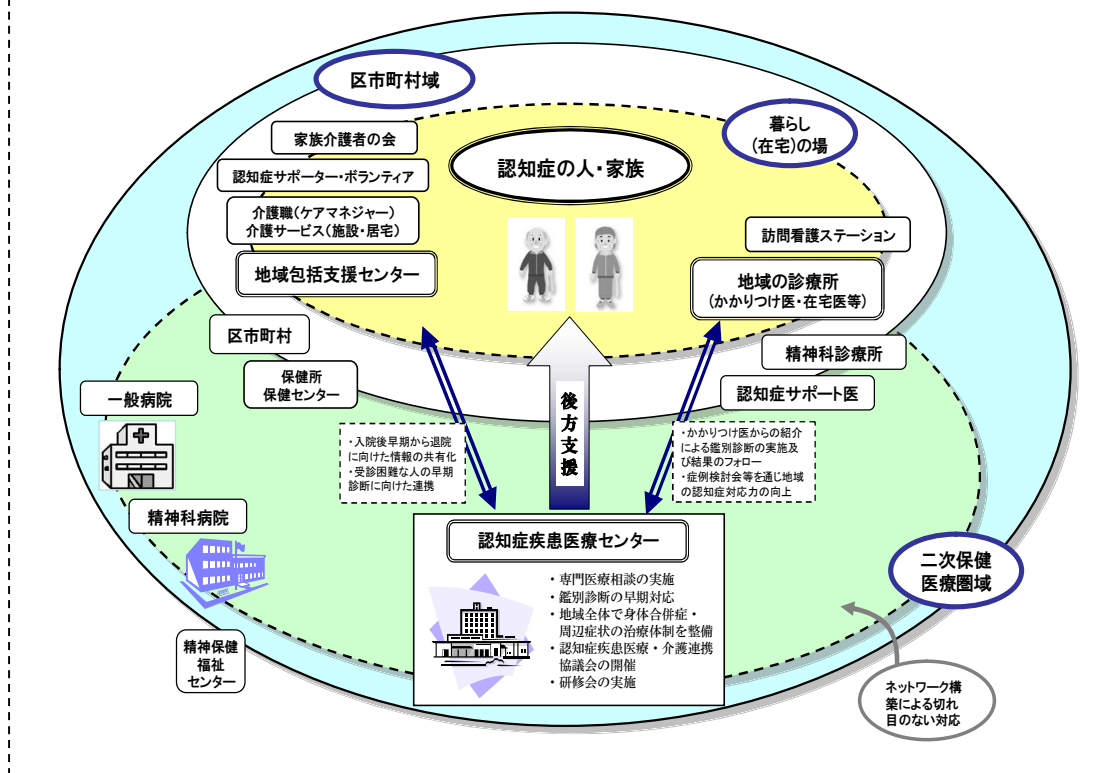
1 地域で創る情報共有の仕組み

- 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、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もと、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ごとに認知症疾患医療センターを指定することとしており、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。
- これを推進していくためには、各地域において、医療や介護・行政等の関係者がともに協力して、地域の実情に合わせた情報共有の仕組みを検討・構築していくことが必要です。

[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]

- ・ 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>



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、地域で生活するうえ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。

(介護保険制度の見直し)

「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成22年11月30日 社会保障審議会介護保険部会)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てい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。

○ 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。

○ 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。

(介護報酬の改定)

「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 社会保障審議会介護給付費分科会)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。

(医療提供体制の改革)

「医療提供体制の改革に関する意見」(平成23年12月22日 社会保障審議会医療部会)では、国民が安心して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)

「平成24年度診療報酬改定の基本方針」(平成23年12月1日 社会保障審議会医療保険部会、同医療部会)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に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。

(新たな医療計画の策定の考え方)

「医療計画の見直しについて」(平成23年12月16日 医療計画の見直しに等に関する検討会)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、その見直しにあ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^(※)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。

(※) 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・税一体改革素案」(平成24年1月6日 政府・与党社会保障改革本部決定)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「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、認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進するため、様々な取組を推進してきました。

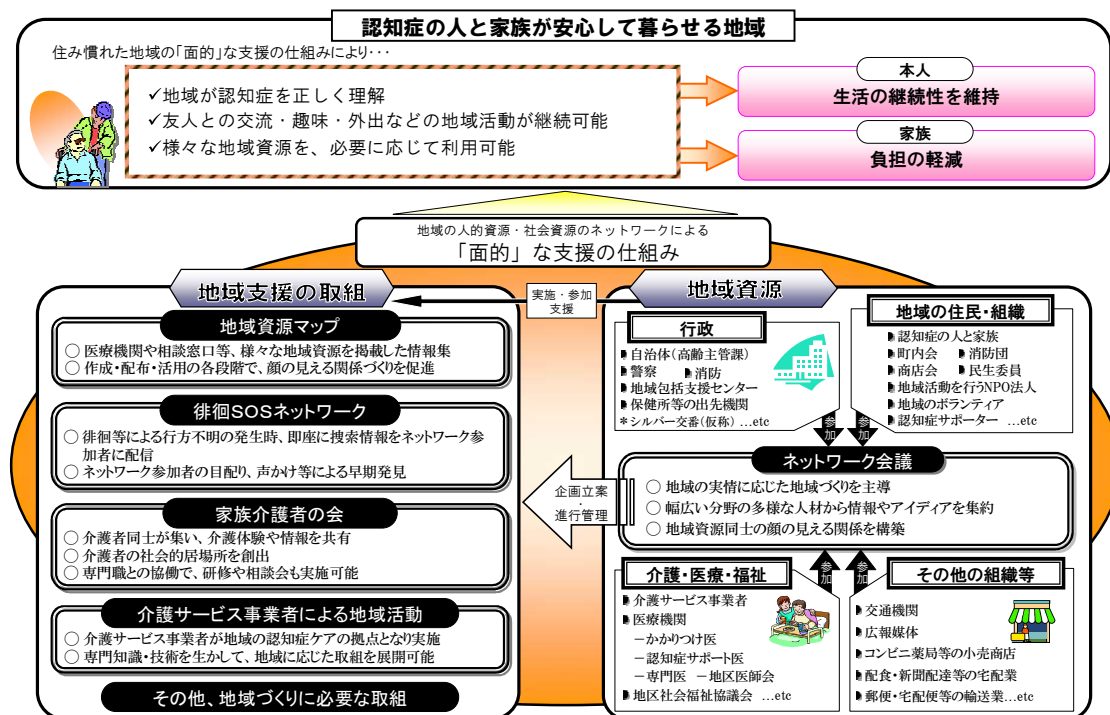
具体的には、認知症対策推進会議のもとに部会を設け、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせる地域づくりの進め方、認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方、若年性認知症の人と家族の支援のあり方等について、検討を重ね、具体的な支援策として施策化してきました。

(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まとめています（平成22年3月）。

[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、それを担う関係者の役割分担（参考資料P. 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

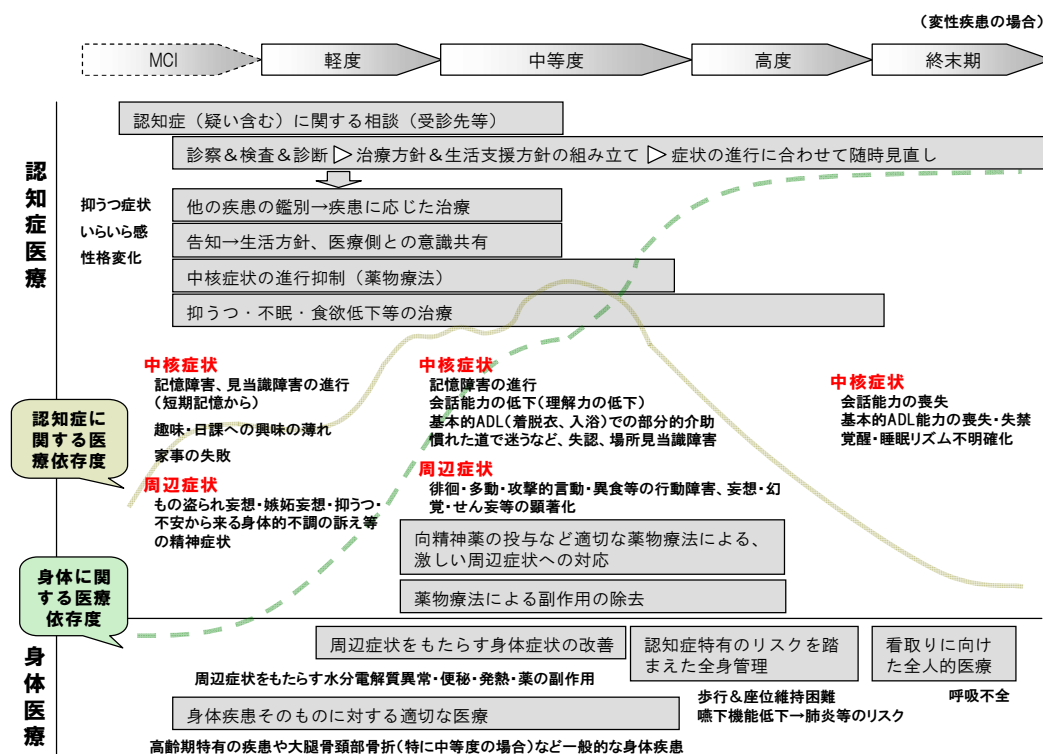
■ 基本的な考え方

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 >



<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

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

※必要に応じて画像等を添付して下さい。

※必要に応じて画像等を添付して下さい。

《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

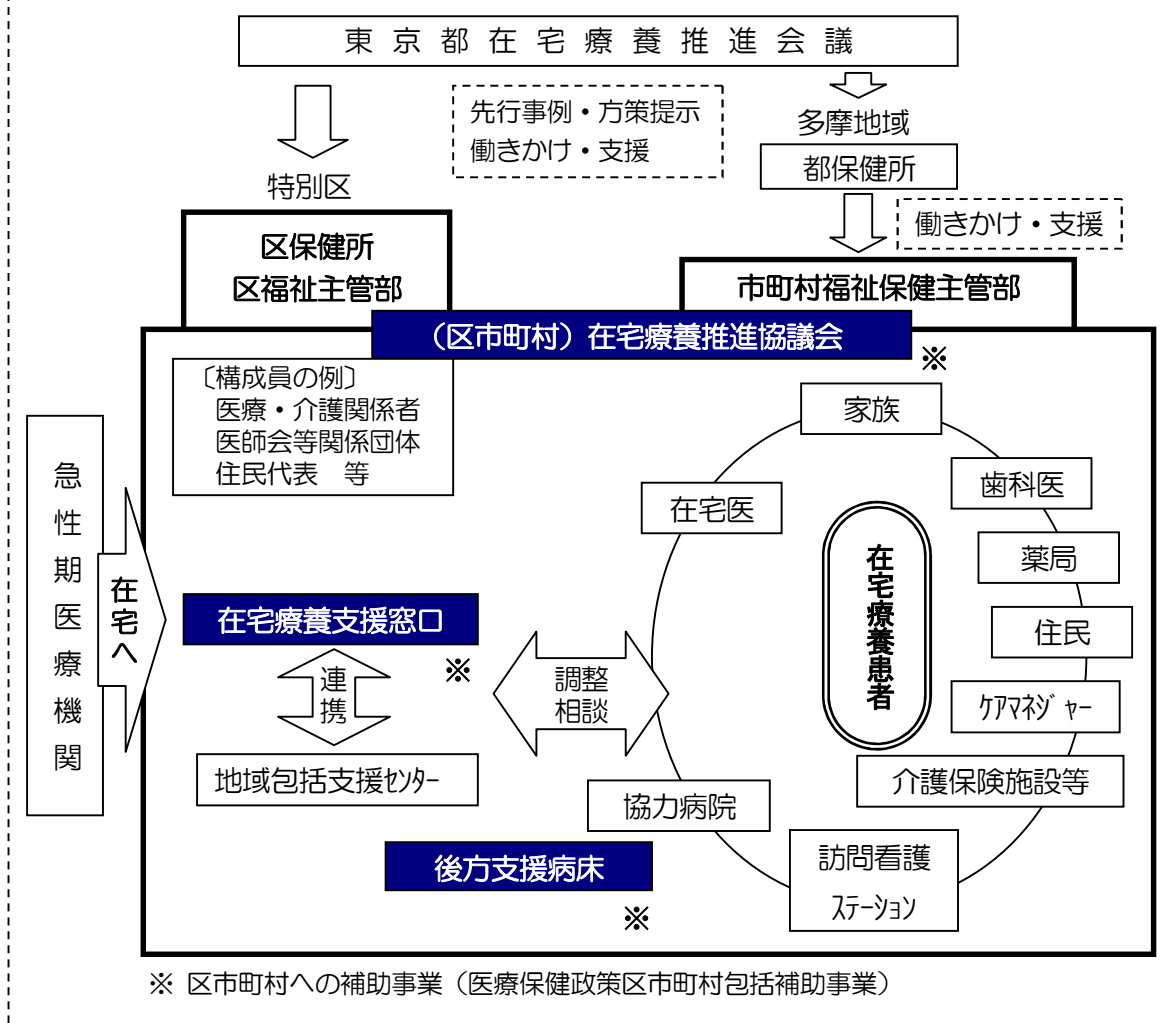
【手帳例】

(例) ○年○月○日 食事の時に… 繁田(医師)

（地域における在宅療養支援体制の推進）

- 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、退院後在宅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するとともに、医療と介護が連携した先駆的な取組をモデル的に行い、検証を行ってきました。

<図 在宅療養推進のイメージ>



（地域独自の取組）

- 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、都内各地域でその地域独自の取組が年々増えてきている状況があります。

4 本部会の役割

- 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ます。こうした中、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であることは以前から言われてきましたが、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。
- しかしながら、今後東京においても急速な高齢化が進む中であって、医療と介護、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。
- このため、本部会では、都内各地域における医療や介護、行政等の関係者が協働して、情報共有の仕組みづくりに円滑に取り組めるよう、その具体的な方策等について検討し、地域における取組を進める際の「手引き」となるものを作成することとしました。

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あたり、都内における医療と介護等の情報共有の現状を把握し、課題を抽出するため、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、居宅介護支援事業所を対象にアンケートを実施しました（平成23年10月）。（調査結果等の詳細については、参考資料P. 参照）

調査結果から、各関係者の相互の関係や、情報共有の状況について、以下のことがわかりました。

<調査結果の概要>

（1）調査対象（地域のバランスを考慮してそれぞれ抽出）

- ① 認知症の専門医療機関 （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10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、認知症の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・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・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が支え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。

この調査結果も踏まえ、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多くあります。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にしていくためには、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。
- ・ 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。

(家族介護関係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多くあります。
- 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必要があります。

〔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

（時間の確保が困難）

- 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。

（継続性の確保に課題）

- 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必要があります。

第3章 情報共有の仕組みづくりに向けて

1 基本的考え方

(1) 異なる役割の支援者が「協働」するための情報共有ツール

- 情報共有の仕組みを地域で構築するうえで、様々な異なる役割を持つ関係者が、効果的・効率的に情報共有していくために、具体的な情報共有ツールを作成し、活用していくことは極めて有効です。
- したがって、情報共有の仕組みづくりを行ううえで、地域の関係者が知恵を出し合い、その地域の情報共有ツールを作ることがまず必要となります。
- 一方で、情報共有ツールを実際に機能させていくためには、その前提となる基本認識を地域の関係者が共有することが極めて重要です。それは、情報共有は単に「連絡や伝達」を目的とするものではなく、様々な異なる役割を有する関係者が、「お互いの役割の違いを認識しつつ、共通の目的（認知症の人が穏やかに安定した生活を営めるようにすること）に向かって協働すること」だということです。
- こうした基本認識のもとに、情報共有ツールを作成・活用すれば、例えば、医療職は、在宅を支える介護職にとって必要だが介護職では判断できないこと（例：適切な治療を継続するための注意点、配慮すべき点、予測し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だ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。

(2) 総合的な取組

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

(3) 関係者の協力・協働

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

(4) 様々な場面を想定

- 情報共有のための仕組みを考える上で、認知症の人の生活支援を、状態の変化に応じ、切れ目なく行っていくため、以下の3つの場面を想定していく必要があります。
 - ① 認知症が疑われ診断を受けるまでの場面
 - ② 診断を受け医療や介護サービス等を利用しながら地域で生活している場面
 - ③ 身体合併症等による入退院時や周辺症状が非常に激しいときの対応
- それぞれの場面（P. 17、18参照）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必要があります。

(5) 地域で共通化

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

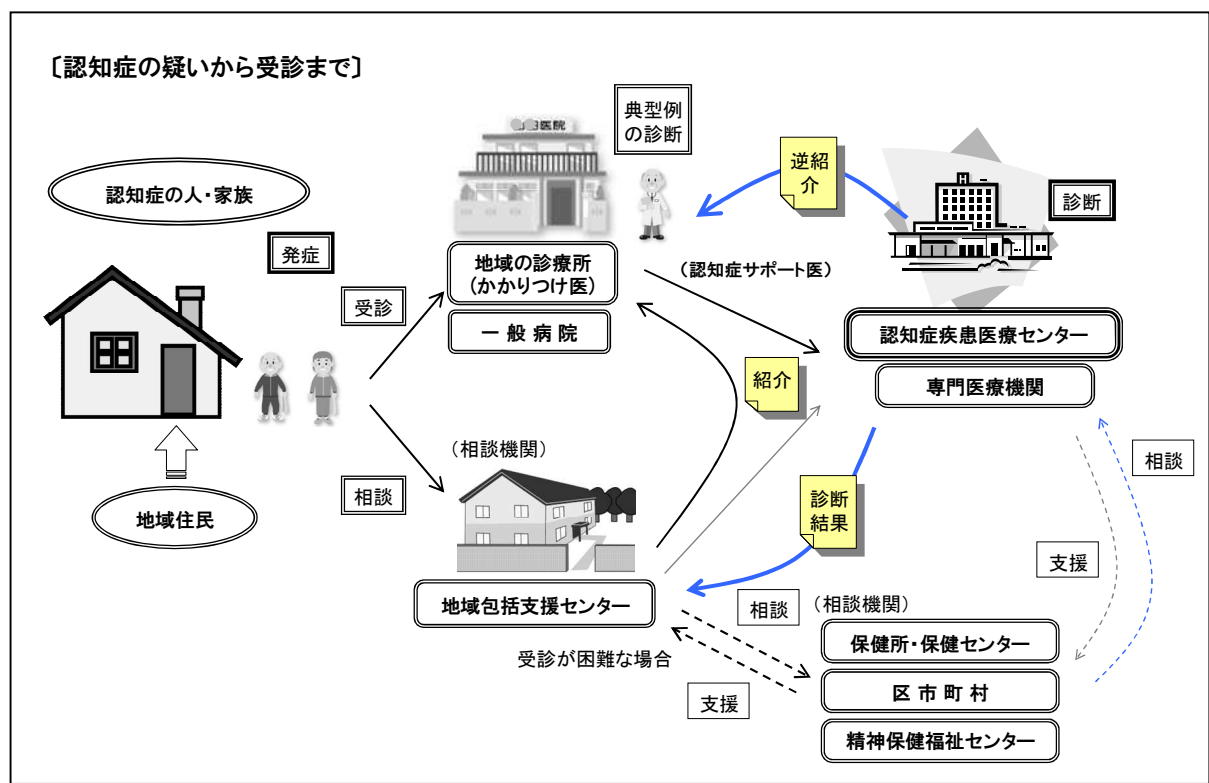
既に、認知症の地域連携を進めている地域もありますが、こうした地域は、既存の取組も踏まえつつ、情報共有の仕組みのさらなる充実・強化のための見直しに向けて、また、これから取り組む地域では、新たな情報共有の仕組みの構築に向けて、本報告書で示したことを参考にしていきたいと考えます。

- 一人の高齢者の支援に、地域を越えて広域の関係者がかかわっている場合もあるため、地域ごとに全く独自の情報共有ツールが出来上がることは望ましくありません。

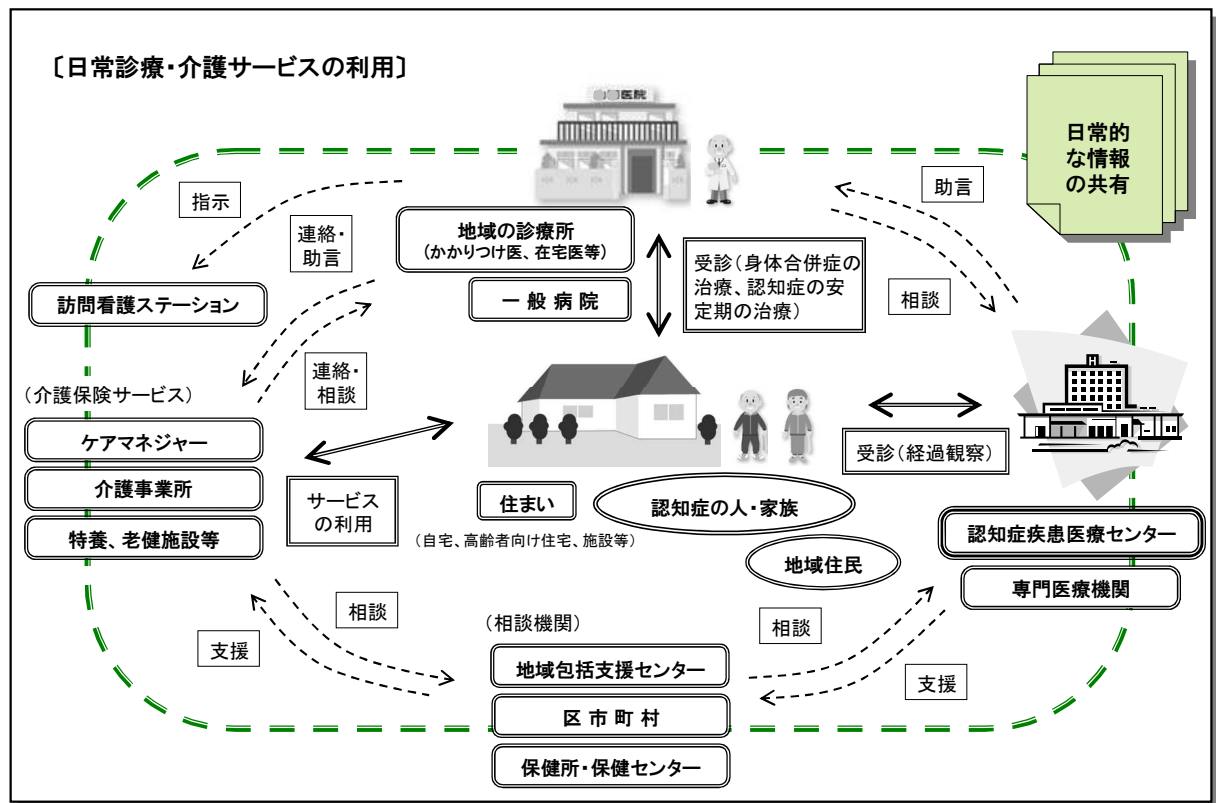
このため、地域で情報共有ツールを検討する際は、他の地域の関係者も容易に記載・活用ができるよう、地域の実情も踏まえつつも、基本的な考え方は、本報告書で示したものを基本にしていきたいと考えます。

<図 情報共有が必要な場面と主な関係者 >

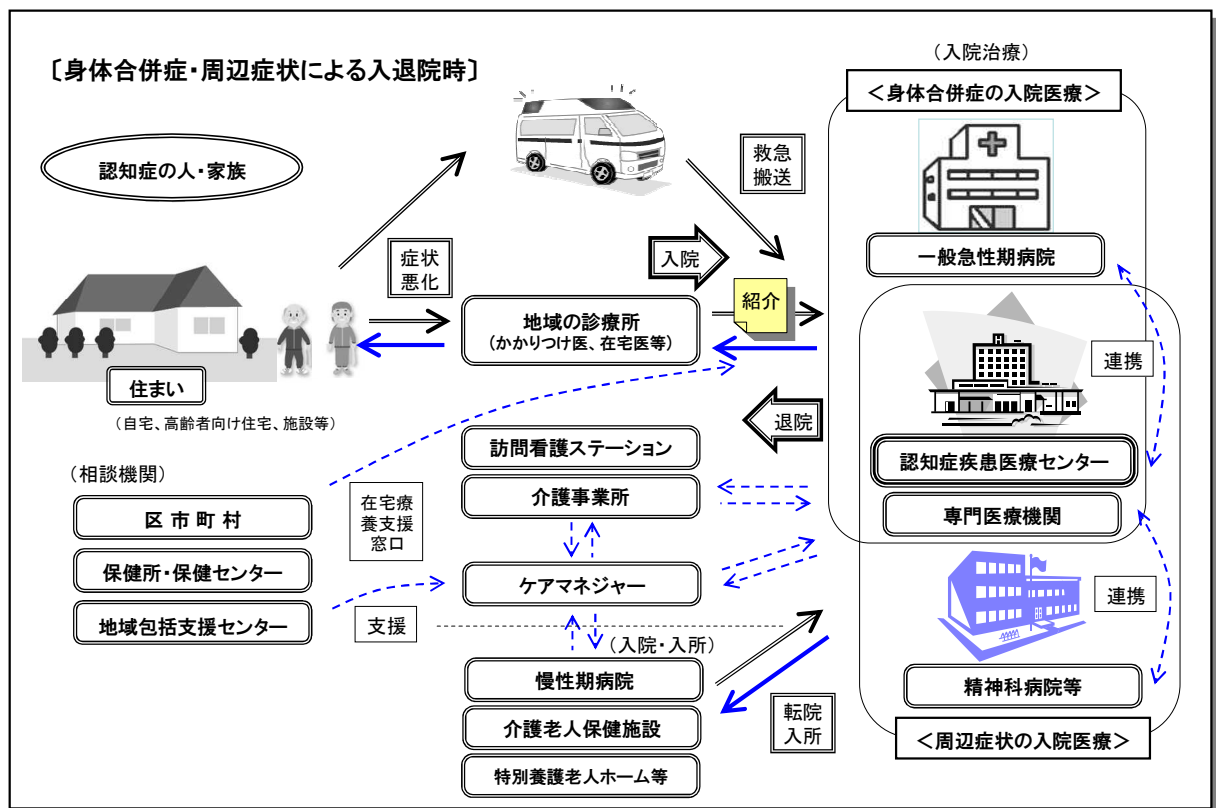
場面①



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に

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

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

(1) 効果的に機能する情報共有ツールを作成するためのポイント

ファイル方式を基本とした情報共有ツール

(情報共有の方法)

○ 情報共有ツールに求められる機能は、大まかに分けると、二つあります。

<専門性・迅速性・確実性・秘密保持>

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

<多岐にわたる関係者が適切な支援を行うための情報共有>

- ・ 家族介護者も含め、認知症の方の生活支援には様々な異なる役割を有する人たちが関わっています。これらの人が、それぞれが有する基礎的な情報を提供し合い、適切な支援を行うための情報共有を常日頃から行っていくことが極めて重要です。
- ・ 具体的には、本人・家族介護者が持っていて、他の関係者の支援に関して必要な情報を必要なときに書き込む方式です。様々な関係者が知った情報が集約されているため、本人・家族介護者は、認知症に関わる受

診時とか介護サービス利用時とか、折に触れて提示することが可能です。
 1対1の関係にとどまらず、複数の関係者間を相互に調整、コーディネートしていく機能を有するものとなります。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（＝ファイル方式）。

○ 情報共有ツールを新たに検討するうえでは、

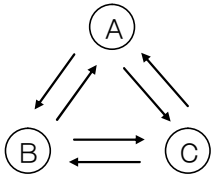
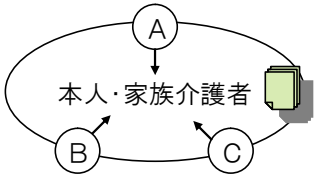
- ・ 診療情報など本人に関わる情報は、本来本人に帰属するものであり、「本人不在」の中、関係者間で情報の共有化を図ることは望ましいとはいえないこと
- ・ 本人の日常生活を支えるためには、家族介護者も含め、様々な役割を有する多数の関係者が同じ方向を向いて総合的に支援することが必要であること
などから、＜ファイル方式＞の導入・活用を積極的に推進すべきと考えます。

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

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

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

＜図 情報共有ツールの形態による特徴＞

	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	○ [認知症の専門医療機関 へのつなぎに有効]	— (診断後に配布)
日常診療・介護サービスの 利用の場面	△	◎ [在宅生活を支える関係者が 連携・協働するのに有効]
身体合併症・周辺症状に よる入退院時の場面	○ [退院に向けた連絡 ・調整に有効]	△

本人・家族介護者との情報共有

(本人への配慮)

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

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

(情報共有の仕組みの説明)

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

このため、情報共有ツールの使用にあたっては、本人や家族介護者に、使用方法やその仕組みのほか、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)

- 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。

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

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

(利便性を考慮)

- 本人や家族介護者の利便性を考慮し、持ち運びのしやすい大きさにすることが望まれます。投薬状況や検査結果等、様々な情報の整理がしやすいよう、ペ

ージの追加・削除ができたり、必要な資料を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。(ファイル方式)

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

(専門職に限る場合)

- 極めて専門性の高い情報のやりとりや、迅速な情報の伝達が必要な場合、本人が認知症を認めない場合、家族に関する情報をやり取りする場合など、専門職同士で直接連絡をとることが必要な場合は、医療支援部会で作成した「共通フォーマット」(P. 9参照)や、「三鷹武蔵野もの忘れ相談シート」(参考資料P. 参照)のような様式(お手紙方式)を別途使用することが適当です。その場合でも、様式の写しについて、支障がない限り本人・家族介護者に提供することが望ましいと考えます。

情報共有ツール活用のための相互理解

(検討の過程を通じた理解の促進)

- 認知症の人の支援に関わる関係者は、同じ人を支援していても、それぞれが関わる場面や、担う役割が異なることから、必ずしも相互理解が十分ではないことが多いと考えられます

そのため、情報共有ツール作成にあたっては、各地域において、認知症疾患医療センターが主催する認知症疾患医療・介護連携協議会(P. 1参照)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、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、相手方が提供してもらいたい情報を提供するという視点で作成すべきです。例えば、介護関係者及び家族介護者にとっては、適切な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は、本人の生活状況に係る情報が必要とされています。

このような、お互いの役割の違いを踏まえ、相手方が必要としている情報は

何か、相手方に分かりやすく伝えるためにはどうすればいいのか、などについて考えていく必要があります。

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

(検討のプロセス)

- 具体的な検討プロセスの標準例を示すと、以下のようになります。
- ・ 関係者により、情報共有において課題と考えている場面、対象が異なることから、各地域の連携体制の構築に向けた話し合いにおいては、関係者間でそれぞれの課題を共有し、相互理解を深めます。
 - ・ 地域の関係機関に対するアンケート等を実施するなどして、地域の医療・介護資源の状況、地域連携に向けた各種取組の状況を把握し、地域が抱える課題について関係者間で共有します。
ここで集めた情報を活用し、個々の機関の情報を掲載する関係機関リストや資源マップ（参考資料P. 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、実際に関係機関どうしの連携を進めるにあ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〕、〔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〕）（P. 17、18参照）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どういう連携が必要なのか、望ましい連携のあり方について検討します。
 - ・ その上で、実効性のある情報共有の仕組み、共有することが必要な情報、情報共有にあたって各関係者が果たすべき役割等について整理し、その地域の情報共有ツールの作成を行います。

簡素で分かりやすい仕組み

(対応可能な機関の明示)

- 本人・家族介護者等が、安心して情報共有ツールを提示できるよう、情報共

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

(柔軟な形態・様式)

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

(利便性向上に向けた工夫)

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

(負担の軽減)

- 前述のアンケート結果によると、医療従事者が多忙であることが、情報共有ができない大きな要因になっています。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場合があります。認知症の場合、関係者による支援も長期間に渡り、記載される情報の量も必然的に増えていくことから、記載欄の工夫などにより、要点を絞った記載がなされるようにしていくべきです。

(平易な言葉の使用)

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

継続的な取組

(普及に向けた取組)

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

に使用されるために大変重要であること、また、各関係者がどういう情報を必要としているか十分に理解した上で使用することなどを、関係者間でしっかり共有しておくことが必要です。

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

(使いやすさの追求)

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

(報酬を考慮)

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

(2) 共有が必須の情報と望ましい情報 (「◎」は、必須記載項目を示す。)

(主に医療関係者が提供すべき情報)

○ 鑑別診断に係る情報

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

○ 周辺症状

○ 既往症、身体合併症

- ・ 治療経過
- ・ 処方薬 (名称・量、経過予測、副作用、薬を飲まなかったときの問題、注意して観察すべきこと、医師に報告すべきこと)
- ・ 摂食・嚥下機能評価 等

(主に介護関係者が提供すべき情報)

○ 社会的状況

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

○ 医療・介護への要望 (急変時、終末期ケアの対応等)

○ 本人が大事にしていること (大切な人、もの、思い出、楽しみ等)

○ かかりつけ医

○ 服薬状況、禁忌薬、アレルギー歴

○ 周辺症状の状況

○ 体調・気分の変化、出来事 等

(主に家族介護者が提供すべき情報)

〔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

(3) 既に行われている取組の工夫事例

- ◎ 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、医師が記載する『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。

・ 家族介護者からかかりつけ医に、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。
- ・ 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。

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ものですが、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の状況を把握しつつ、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べきです。
- 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や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)

認知症の人や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認知症対応力の向上を図る研修を通じて、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、急性期病院の看護師の認知症対応力の向上に向けた取組を行うべきです。
- 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みた上、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。
- 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、認知症に係るアセスメントツール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、認知症の専門医療機関は、鑑別診断に係る待機状況や検査内容、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に努めるべきです。

(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。

(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べきです。

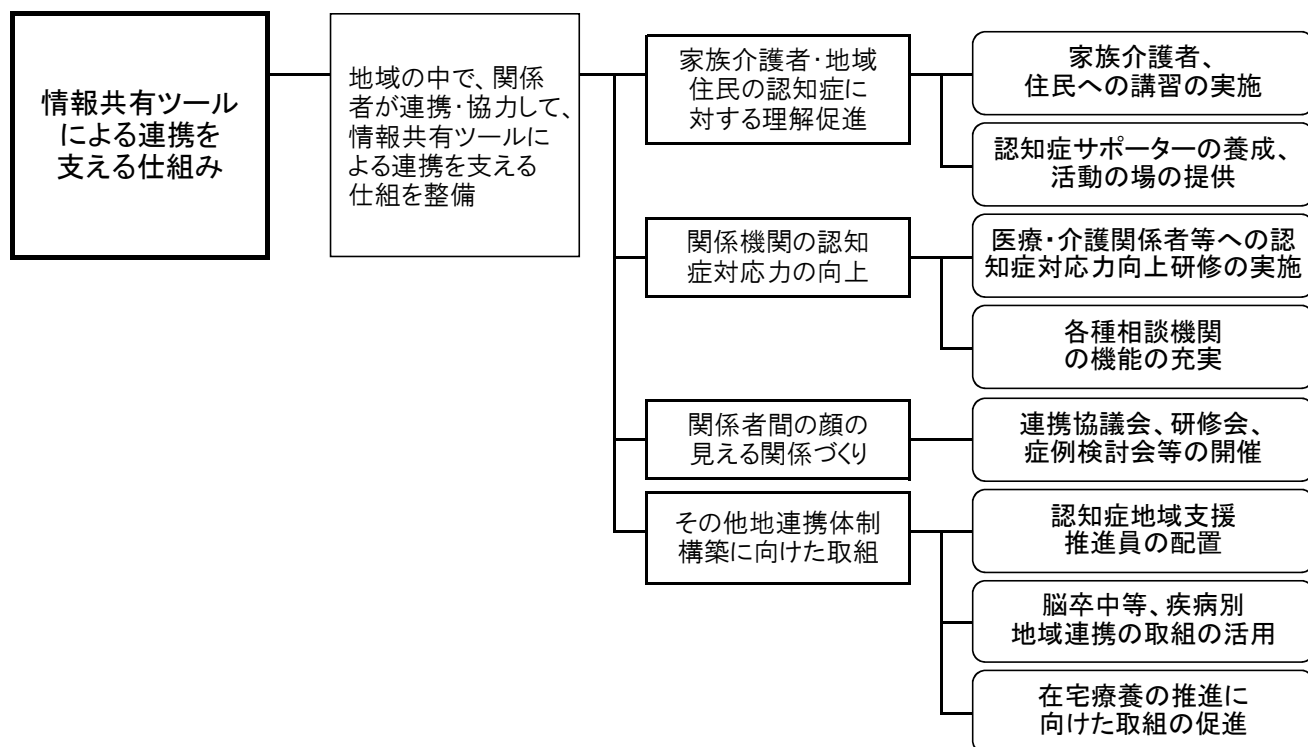
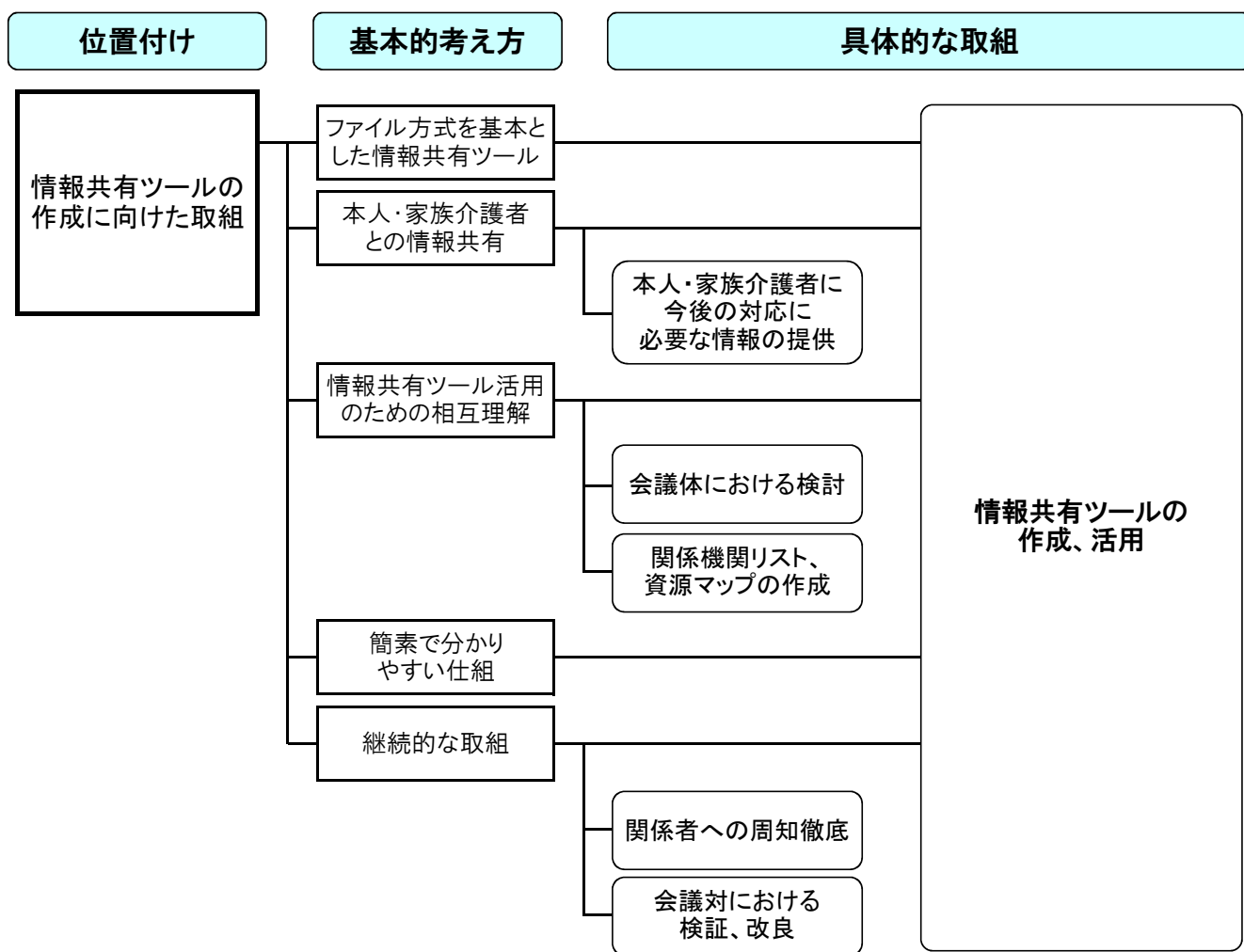
○ 認知症があっても、本人が住み慣れた「暮らしの場」において生活・療養を継続するためには、地域における在宅療養支援体制の整備が欠かせません。

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

<図 認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組づくりに向けた具体的取組>



(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

平成 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

印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
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．必要がある場合は続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、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、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。

情報提供先市町村

市町村長 殿

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 （疑いを含む）	1 . 脳梗塞（ア.脳血栓 イ.脳塞栓 ウ.不明） 2 . 脳出血 3 . クモ膜下出血 4 . その他の脳血管障害	
	発 症 年 月 日	平成 年 月 日
	受 診 年 月 日	平成 年 月 日
	初 発 / 再 発	1 . 初発 2 . 再発（ 年 月 日 初発）
その他の傷病名		

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要する。

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○）

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ほぼ自立している。
日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
日常生活に支障を来すような症状、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。
日常生活に支障を来すような症状、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、重篤な身体疾患がみられ、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、続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

平成 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

医師氏名 印

患者氏名		性別	男 ・ 女
		職業	
電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳
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際しての留意点等			

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

[illegible]

平成22年11月5日 作成
平成22年10月21日 申請
平成22年10月26日 調査
平成22年11月10日 審査

合議体番号 : 000002 No. 4

被保険者区分: 第1号被保険者 年齢: 68歳 性別: 女
申請区分: 更新申請 前回要介護度: 要介護1

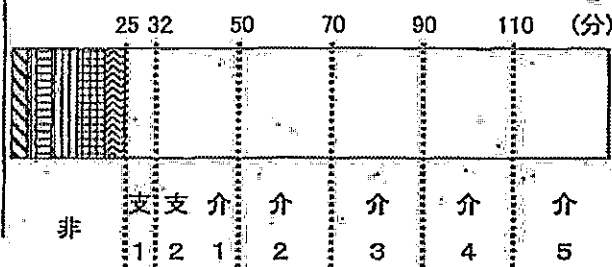
現在の状況：居宅（施設利用なし）
前回認定有効期間：24月間

1. 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果：非該当

要介護認定等基準時間：24.5分



食平	排泄	移动	清潔保持	間接	BPSD 関連	機能訓練	医療 関連	認知症 加算
3.4	0.2	0.4	1.2	3.2	5.8	6.1	4.2	0.0
								

警告一下：

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
91.6	100.0	100.0	100.0	64.5

4 日常生活自立度

陸軍高齡者自立座 : J2

認知症高齢者自立度 : II b

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果 : II b

主治医意見書 : II b

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性

状態の安定性

給付区分 : 介護給付

6 現在のサービス利用状況(介護給付)

訪問介護（ホームヘルプサービス）	4回/月
訪問入浴介護	0回/月
訪問看護	2回/月
訪問リハビリテーション	0回/月
居宅療養管理指導	0回/月
通所介護（デイサービス）	4回/月
通所リハビリテーション	0回/月
短期入所生活介護（ショートステイ）	0日/月
短期入所療養介護	0日/月
特定施設入居者生活介護	0日/月
福祉用具貸与	0品目
特定福祉用具販売	0品目/6月間
住宅改修	なし
夜間対応型訪問介護	0日/月
認知症対応型通所介護	0日/月
小規模多機能型居宅介護	0日/月
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	0日/月
地域密着型特定施設入居者生活介護	0日/月
地域密着型介護者人材施設入所者生活介護	0日/月

2. 認定調査項目

調査結果		前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺 (左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他) 2. 拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他) 3. 寝返り 4. 起き上がり 5. 座位保持 6. 両足での立位 7. 歩行 8. 立ち上がり 9. 片足での立位 10. 洗身 11. つめ切り 12. 握力 13. 聴力	つかまれば可 つかまれば可 支えが必要 一部介助	つかまれば可 つかまれば可
第2群 生活機能		
1. 移乗 2. 移動 3. えん下 4. 食事摂取 5. 排尿 6. 排便 7. 口腔清潔 8. 洗顔 9. 整髪 10. 上衣の着脱 11. スボン等の着脱 12. 外出頻度		
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達 2. 毎日の日課を把握 3. 生年月日どいう 4. 短期記憶 5. 自分の名前をいう 6. 今の季節を把握 7. 場所の把握 8. 徘徊 9. 外出して戻れない		
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的 2. 作話 3. 感情が不安定 4. 昼夜逆転 5. 同じ話をする 6. 大声を出す 7. 介護に反抗 8. 落ち着きなし 9. 一人で出たがる 10. 収集癖 11. 物や衣類を壊す 12. ひどい物忘れ 13. 独り言・独り笑い 14. 自分勝手に行動する 15. 話がまとまらない		ときどきある
第5群 社会生活への適応		
1. 薬の内服 2. 金銭の管理 3. 日常の意思決定 4. 集団への不適応 5. 買い物 6. 簡単な調理	一部介助 特別な場合以外可 全介助	

＜特別な医療＞

点滴の管理	気管切開の処置
中心静脈栄養	疼痛の看護
透析	栄養
ストーマの処置	検査
経管栄養	モビロケーション
薬療法	リハビリテーション
レスピレータ	リハビリテーション
	リハビリテーション

調査日 22年 月 日

保険者番号

被保険者番号 事例4

認定調査票（特記事項）

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 床ずれの有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、
1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-4) 無気力状態が続き、動作が緩慢になっている。起き上がりも普通に出来ず、布団に手をつき腕の力を利用しゆっくり行う。

(1-7) ゆっくりであるが、室内はつがまらずに歩いているが、屋外はシルバーカーを利用している。

(1-8) 肥満傾向にあり、立ち座りが大変。両手にテーブルなどに手をつき腕の力を利用し可能。

(1-9) 物につかまれば可。

(1-10) デイサービス利用時に入浴し、背中などは洗ってもらう。

()

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 髪髪、2-10 上衣の着脱、2-11 スポン等の着脱、
2-12 外出頻度

(2-5) 身動きすると、軽失禁有、リハビリパンツを使用。自分で交換するが、尿臭がするときもある。

行う気力がなく、毎日清潔保持していないが、行おうとすれば可能。着替えは毎日しておらず、衣類

(2-7) の汚れが目立つが、着替える気力低下し行っていない。能力的には可能。何でも「自分で出来るから大丈夫」と言うが、行動が伴わないことが多い。

(2-12) 2日に1回、近所のコンビニに買いに行く程度で、外出の意欲無し。

()

()

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達、3-2 毎日の日課を理解、3-3 生年月日を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解、3-7 場所の理解、3-8 徘徊、
3-9 外出して戻れない

()

()

()

()

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的、4-2 作話、4-3 感情が不安定、4-4 昼夜逆転、4-5 同じ話を繰り返す、4-6 大声を出す、4-7 介護に抵抗、4-8 落ち着きなし、4-9 一人で出たがる、
4-10 収集症、4-11 物や衣類を壊す、4-12 ひどい物忘れ、4-13 独り言・独り笑い、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらない

(4-3) 以前は躁鬱状態が激しく、感情の起伏があったが、定期的な通院と訪問看護による健康管理をしてもらい、今のところ安定している。

清潔保持が出来ない為、部屋の掃除や着替え等を勧めるが、「自分で出来るから大丈夫」などいろいろ訴えあり拒否。デイサービスでの入浴を増やすにも「もう少し待って、考えておく」などの拒否あり。

()

()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服、5-2 金銭の管理、5-3 日常の意思決定、5-4 集団への不適応、5-5 買い物、5-6 簡単な調理

(5-1) 自己判断で薬を飲まないため、訪問看護による薬の管理をしてもらい、定期的に服用できている。

(5-3) 判断力低下ありながらも何とか自己判断で生活しているが、特別な事情の場合には助言等必要。

(5-6) 調理する気力なく、コンビニのお弁当やおにぎりなど食べているが、電子レンジ等での温めが必要と判断した。

()

()

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)、7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) J2 肥満傾向により動作が緩慢ながら、日常動作はほぼ自立。近所であれば、シルバーカーを利用し外出可能だが、外出を嫌がり自宅に居ることが多い。

(7-2) IIb 無気力状態で反応鈍く、判断能力低下あり。定期通院や薬の管理が出来ず、介助されている。

(5) 身体の状態

利き腕 (☒ 右 ☐ 左) 身長 = 148.0 cm 体重 = 66.5 kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

☐ 麻痺

☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 両下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 関節の痛み (部位: 左膝 程度: ☒ 軽 ☒ 中 ☐ 重)

☐ 失調・不随意運動・上肢 ☐ 右 ☐ 左・下肢 ☐ 右 ☐ 左・体幹 ☐ 右 ☐ 左

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

☒ 自立

☐ 介助があればしている

☐ していない

車いすの使用

☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している

☐ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可)

☒ 用いていない ☐ 屋外で使用

☐ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為

☒ 自立ないし何とか自分で食べられる

☐ 全面介助

現在の栄養状態

☒ 良好

☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☒ 尿失禁 ☒ 転倒・骨折

☐ 移動能力の低下

☐ 褥瘡

☐ 心肺機能の低下

☒ 閉じこもり ☒ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水

☐ 易感染性

☐ がん等による疼痛 ☐ その他 (_____)

→ 対処方針 (オムツ使用・服薬)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる

☐ 期待できない

☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐ 訪問診療

☐ 訪問看護

☐ 看護職員の訪問による相談・支援

☐ 訪問歯科診療

☐ 訪問薬剤管理指導

☐ 訪問リハビリテーション

☐ 短期入所療養介護

☐ 訪問歯科衛生指導

☐ 訪問栄養食事指導

☒ 通所リハビリテーション

☐ その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☒ 特になし ☐ あり (_____)

・移動 ☐ 特になし ☒ あり (転倒に注意)

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり (_____)

・運動 ☐ 特になし ☒ あり (転倒に注意)

・嚥下 ☒ 特になし ☐ あり (_____)

・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無

☐ 有 (_____)

☐ 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

入浴サービスがあっても、尿臭することがあり、不可欠。

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

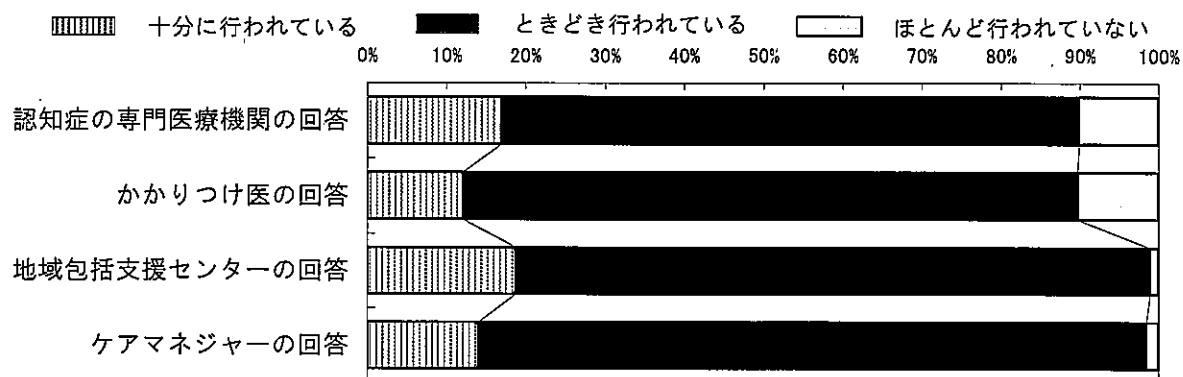
平成23年10月4日から平成23年10月28日まで

(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	66箇所(66%)

2 調査結果

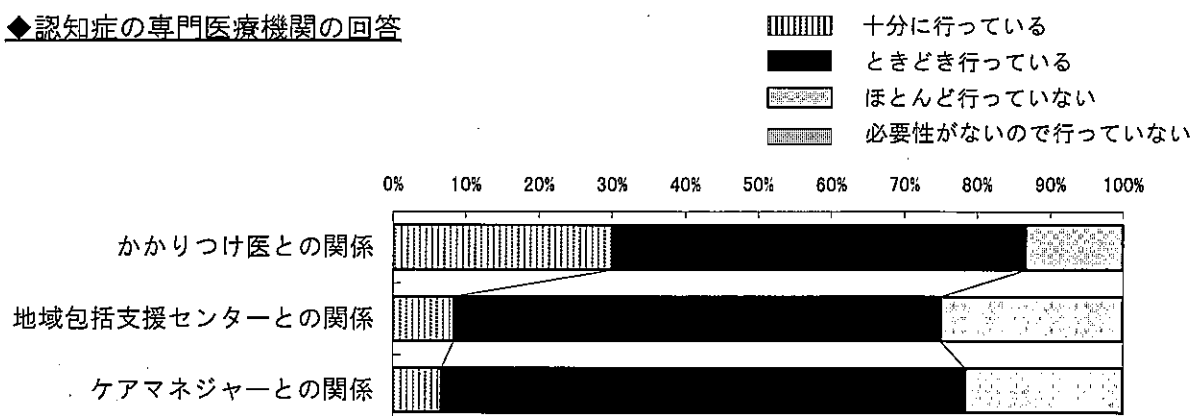
(質問1) 認知症の診療・支援の中で、関係機関との情報共有は十分に行われていると感じますか？



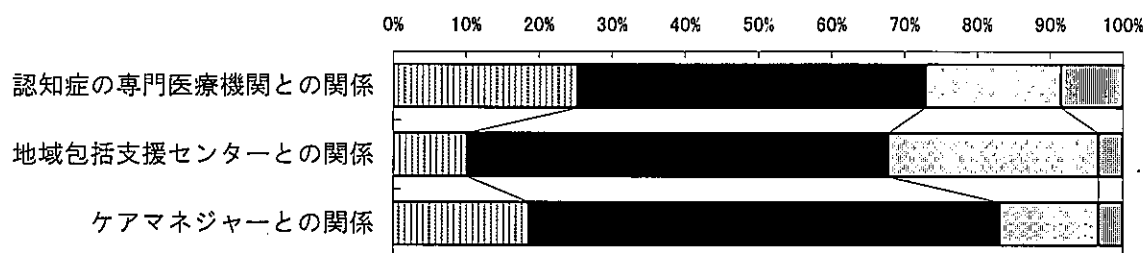
<場面1> 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで

(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？

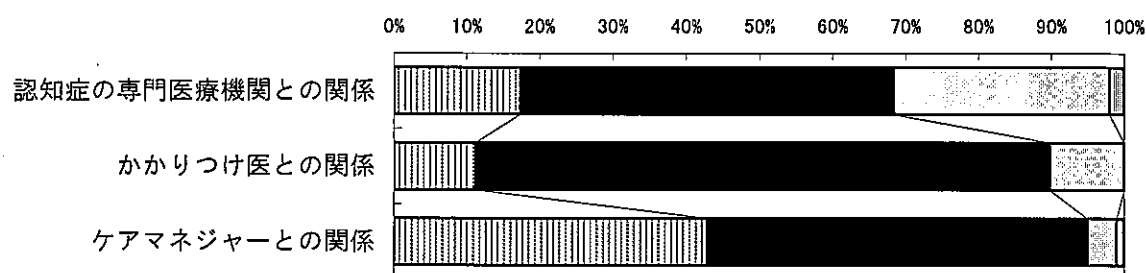
◆認知症の専門医療機関の回答



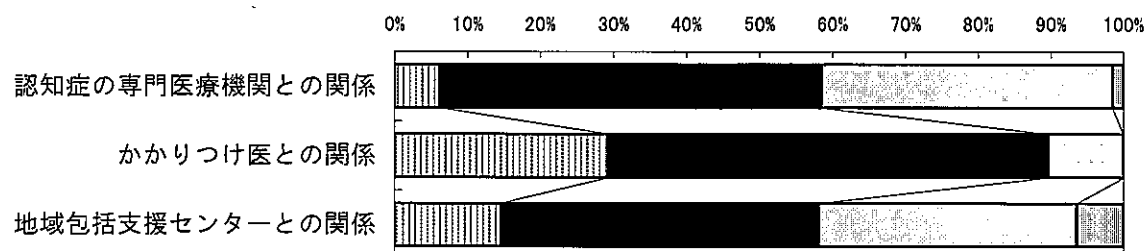
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



◆ケアマネジャーの回答

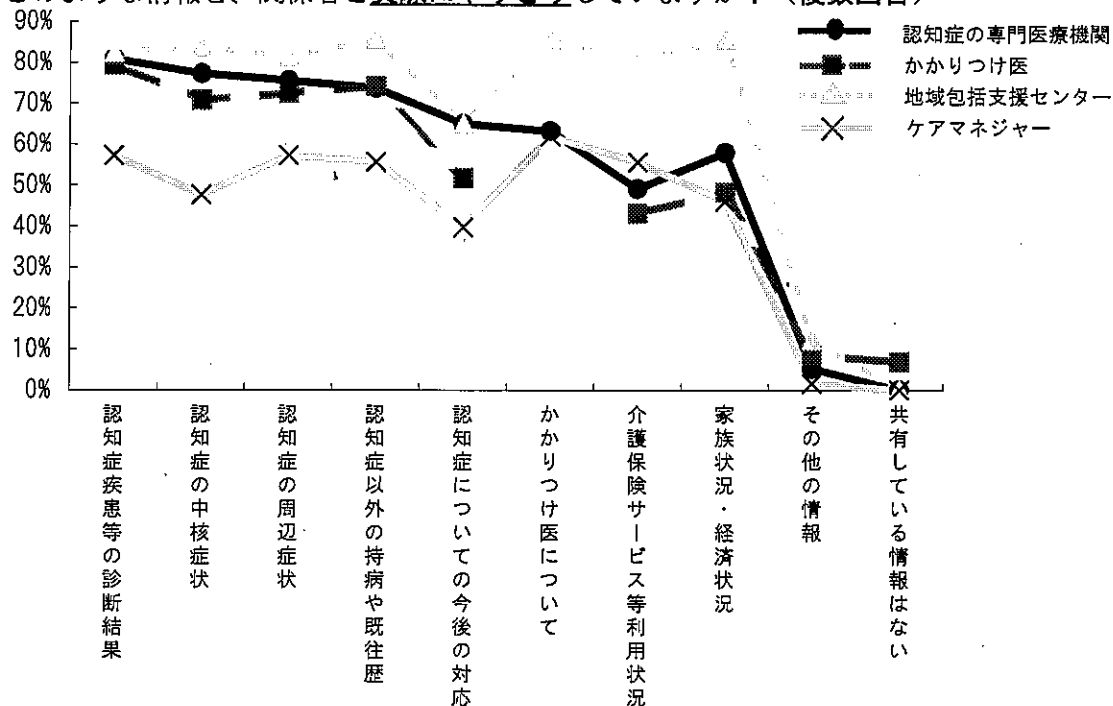


(注) 棒グラフの横軸は、回答者のうち何%のものが当該項目に回答したかを示している。

<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

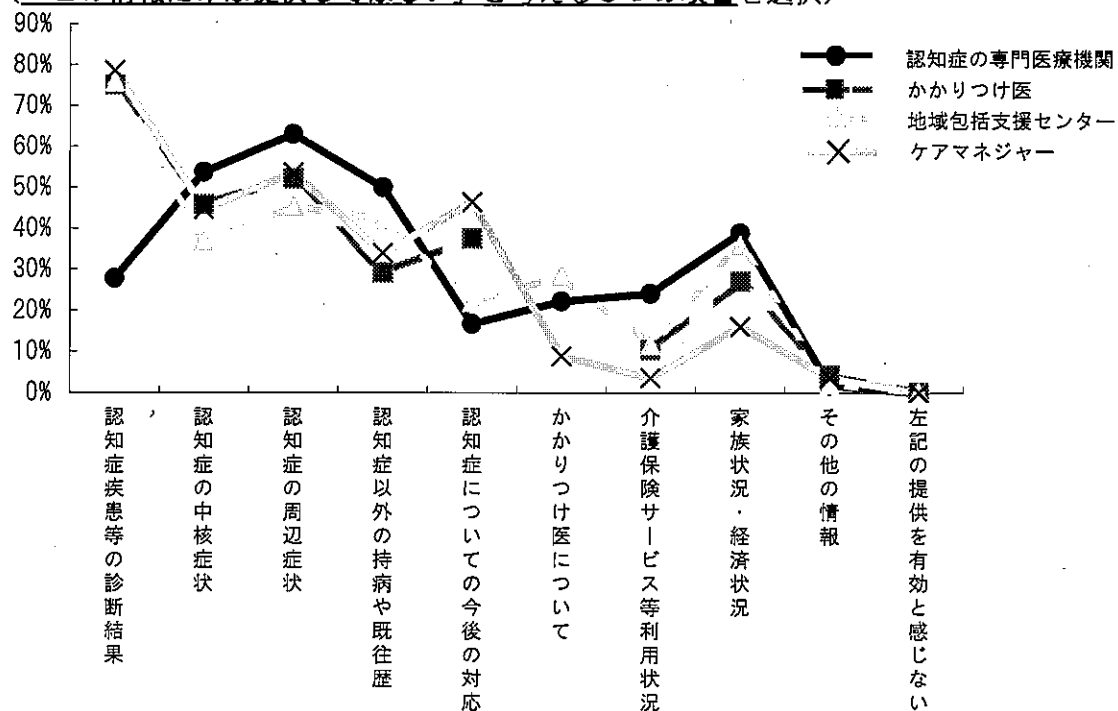
(質問3) 情報の内容について

◆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。

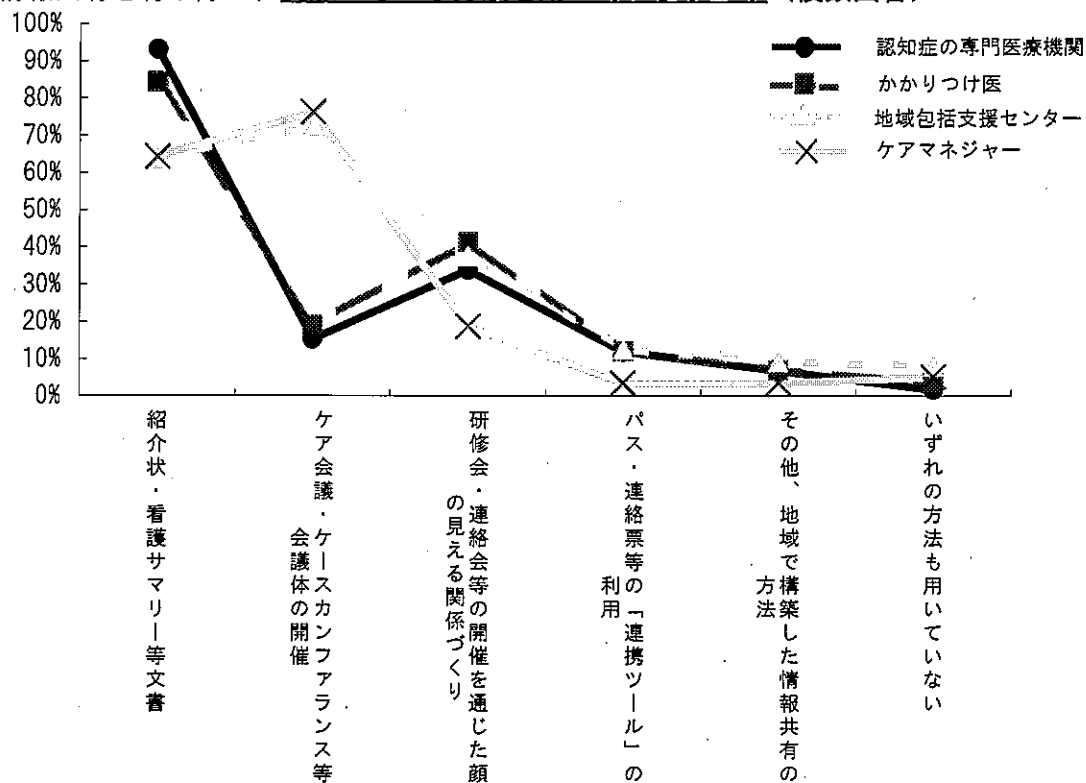
(注2) かかりつけ医に対する調査では、選択肢に「かかりつけ医について」の項目が含まれていないため、線グラフ上の値が空白となっている。

(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。

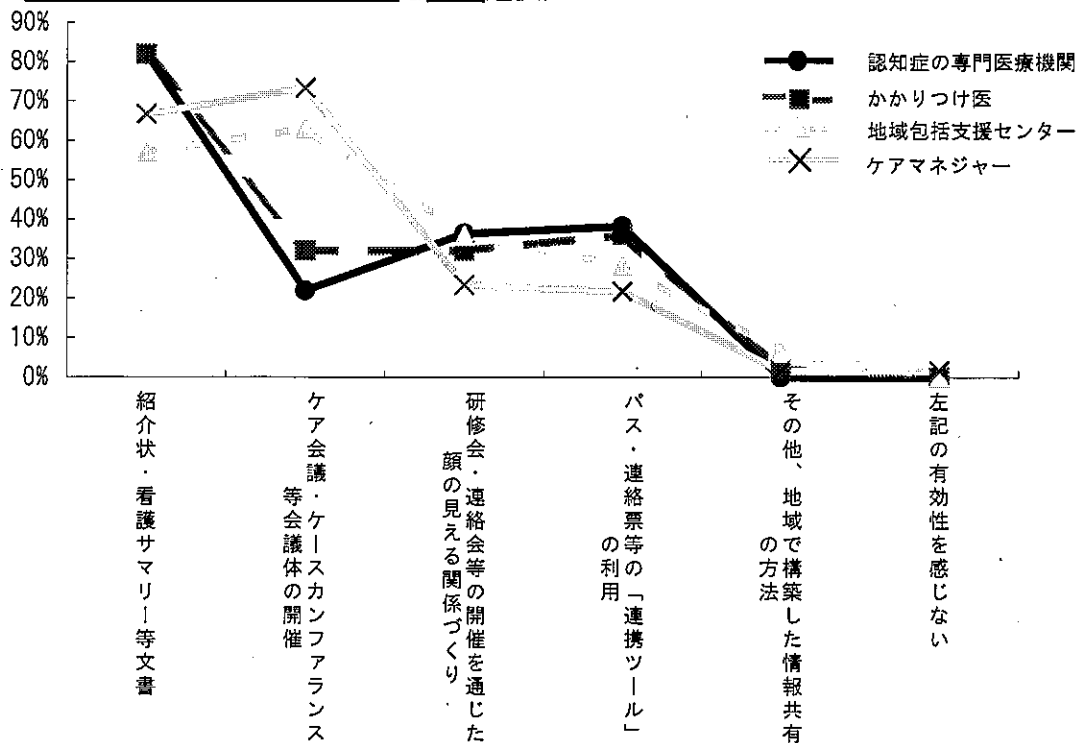
<場面1> 認知症の疑いが生じてから医療機関を受診し認知症の診断を受けるまで

(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)



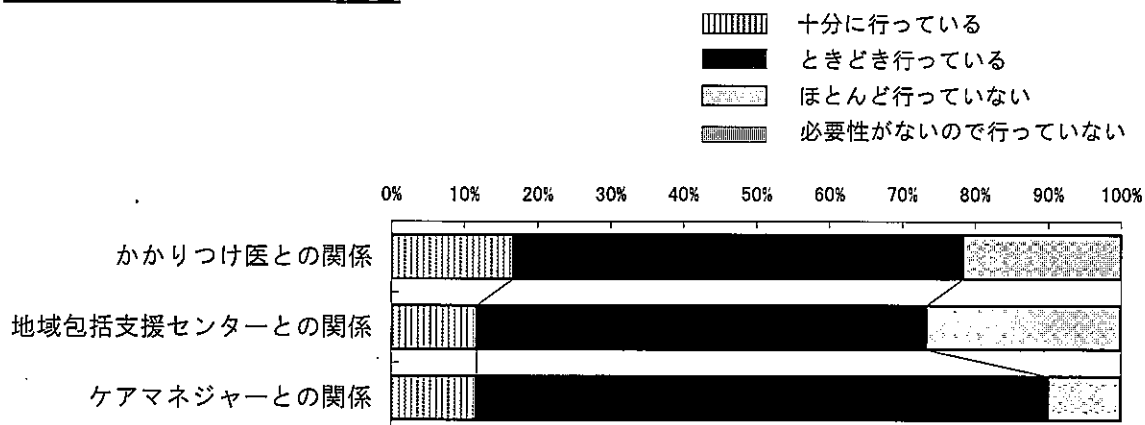
◆ より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
(「特に有効」と思われる方法を2つ選択)



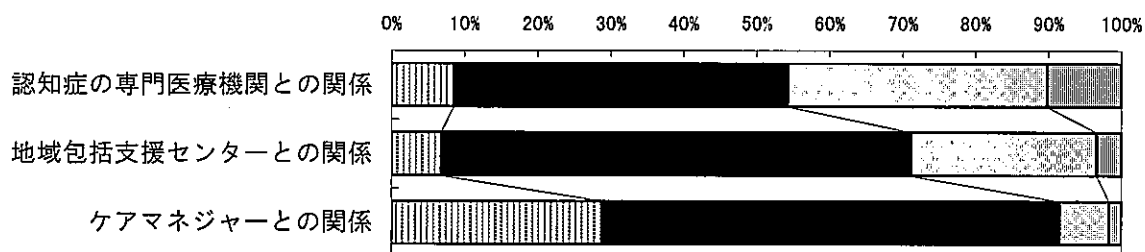
<場面2> 認知症の診断を受けた後の日常診療・介護サービス利用時

(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？

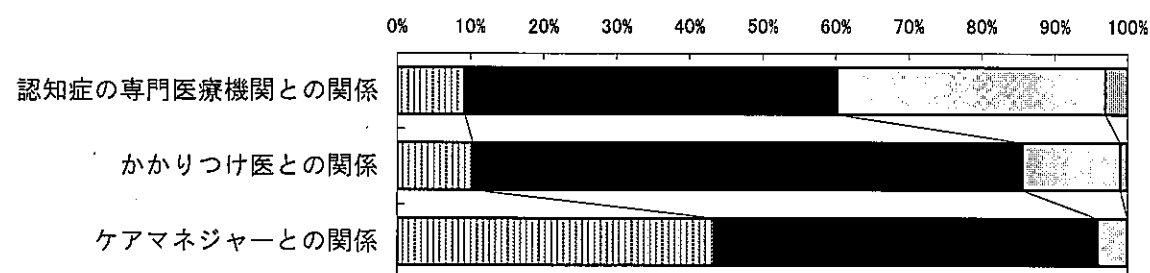
◆認知症の専門医療機関の回答



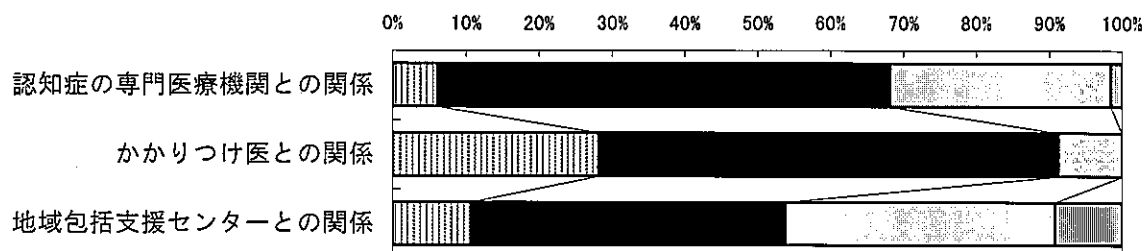
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



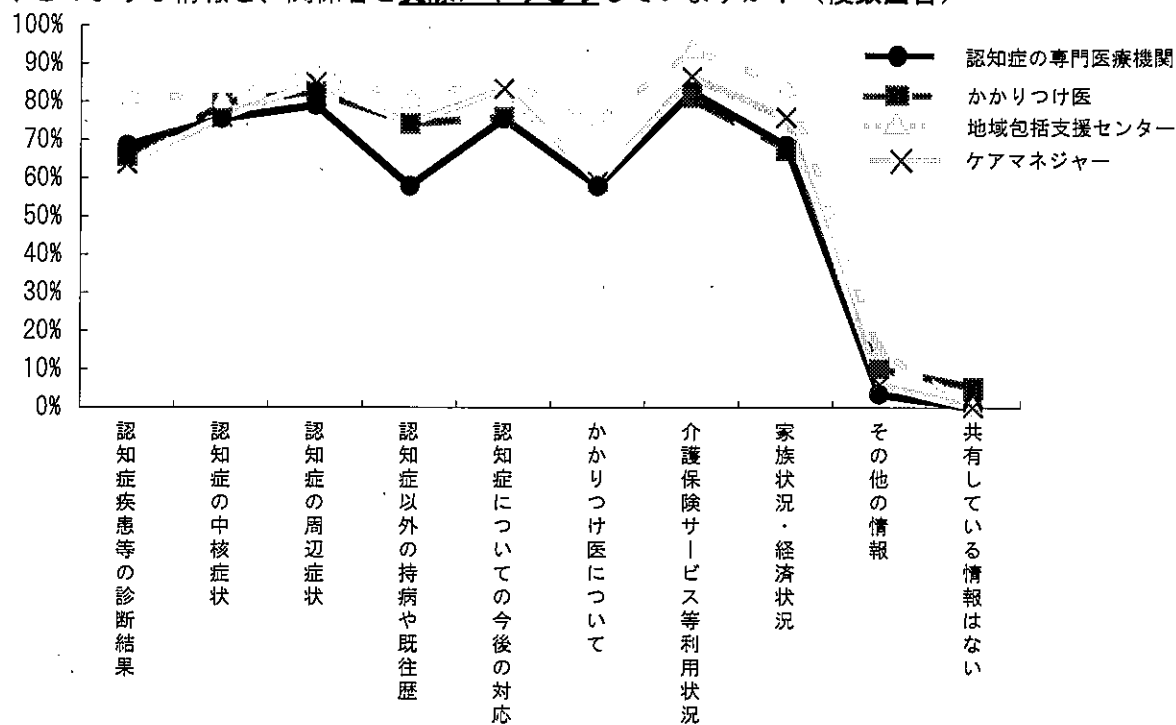
◆ケアマネジャーの回答



<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

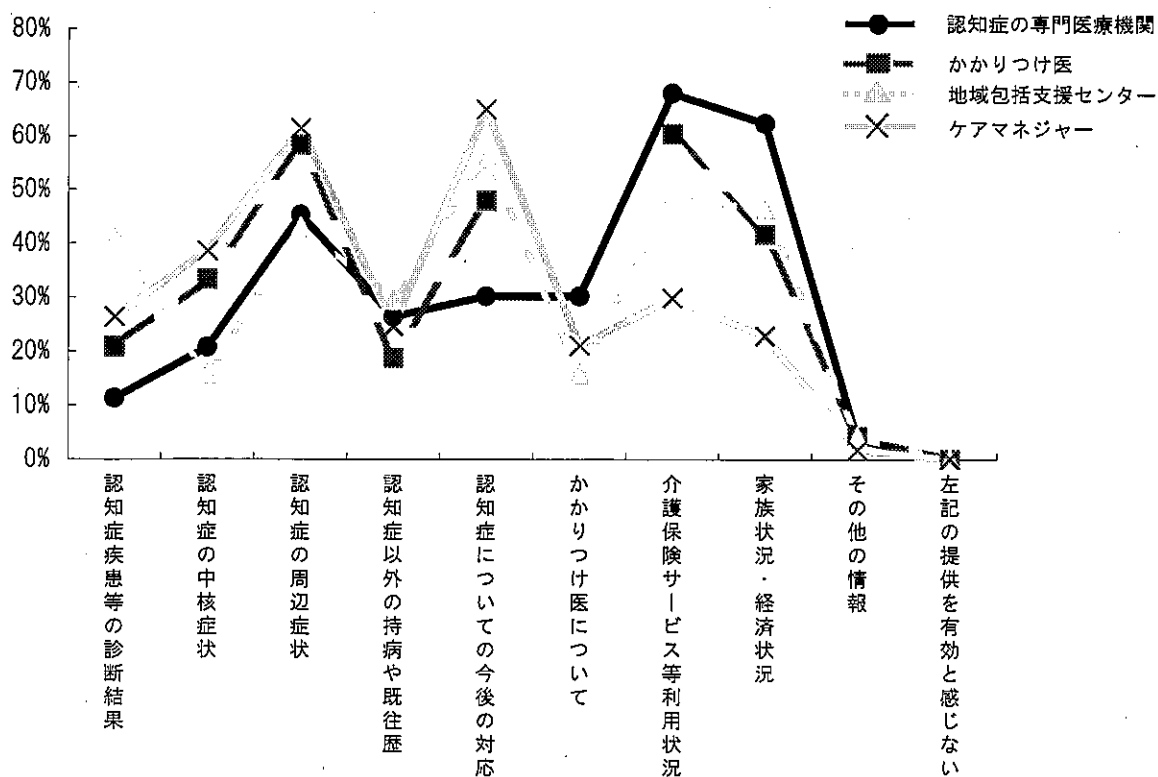
(質問3)情報の内容について

◆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？

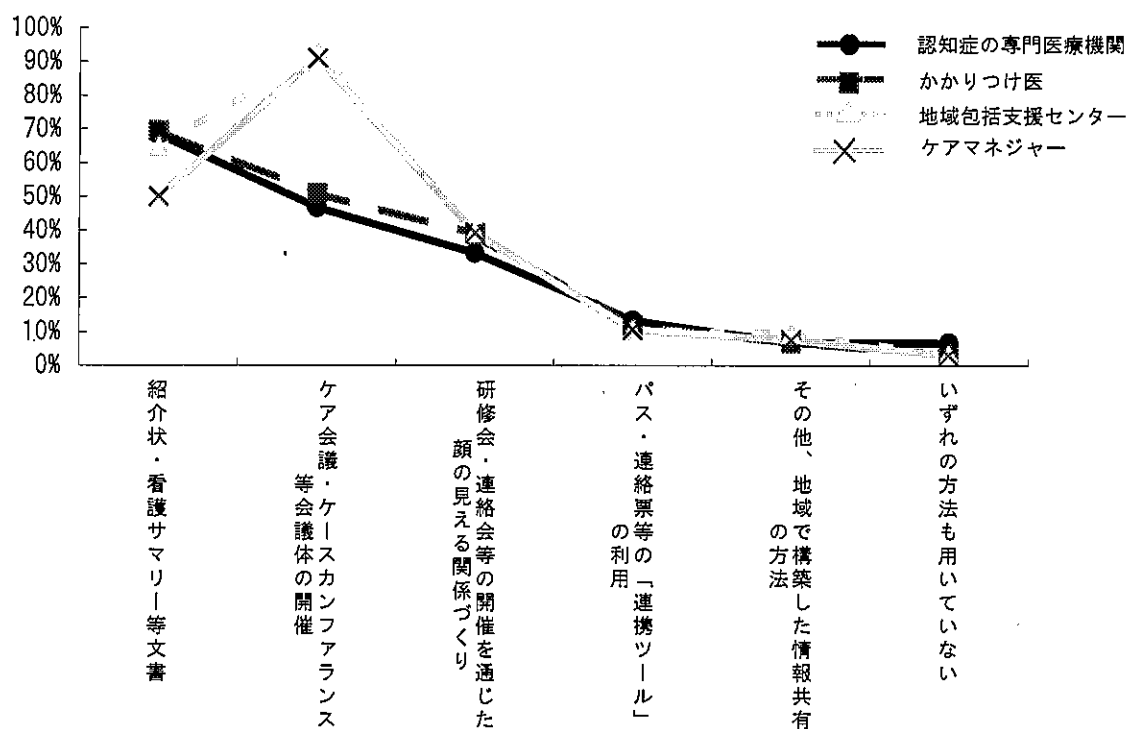
(「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択)



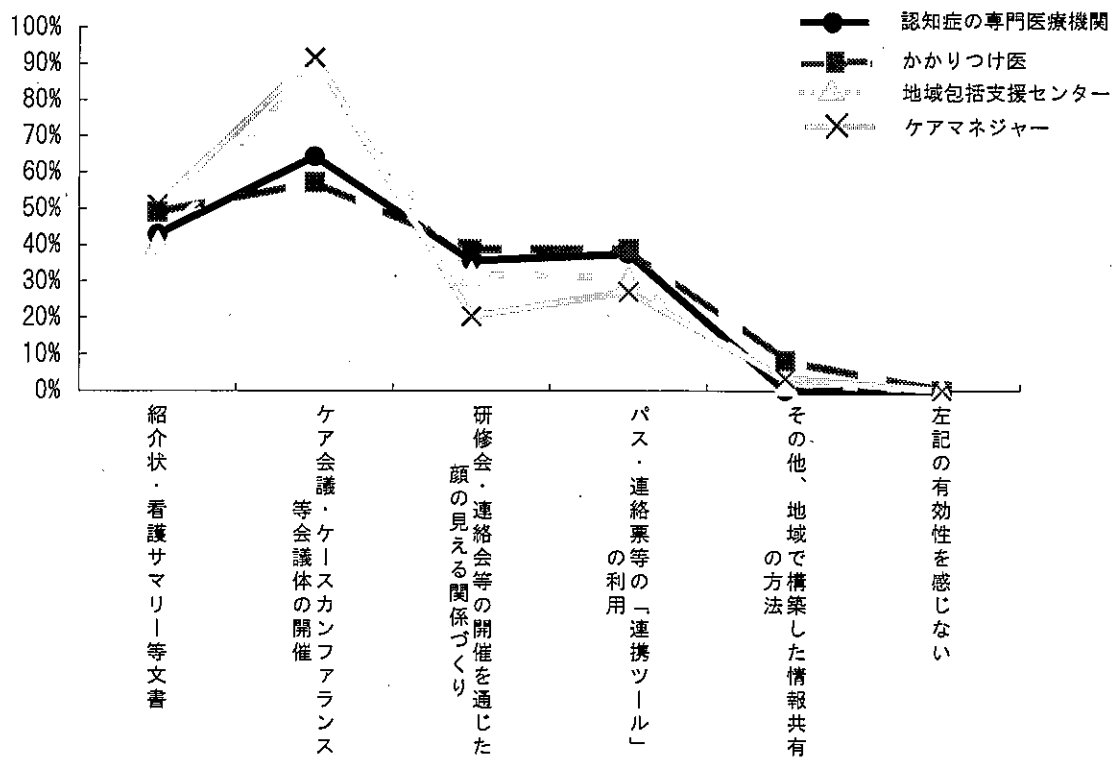
<場面2> 認知症の診断を受けた後の日常診療・介護サービス利用時

(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)



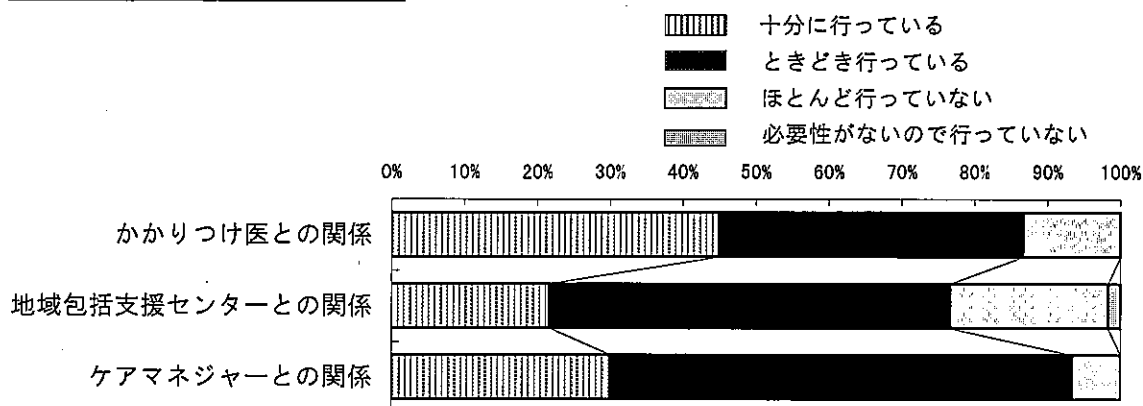
◆より良い情報共有を行うためには、どんな方法を用いることが有効だと考えますか？
(「特に有効」と思われる方法を2つ選択)



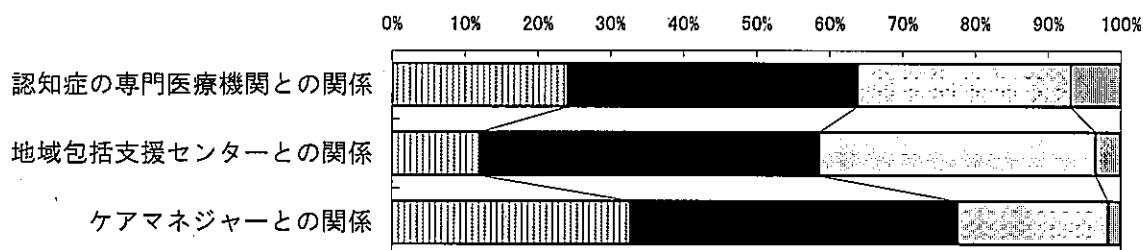
<場面3> 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時

(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？

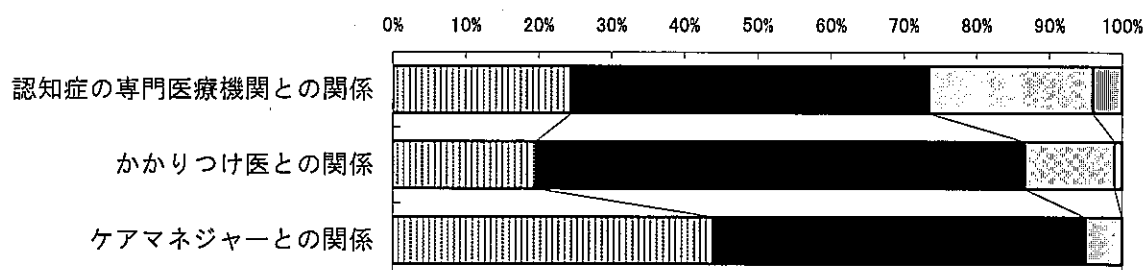
◆認知症の専門医療機関の回答



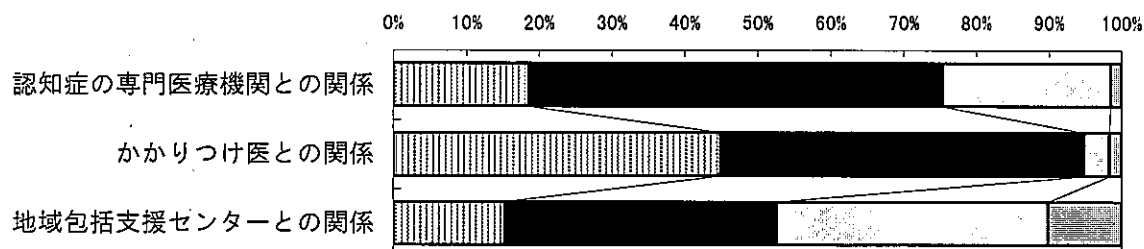
◆かかりつけ医の回答



◆地域包括支援センターの回答



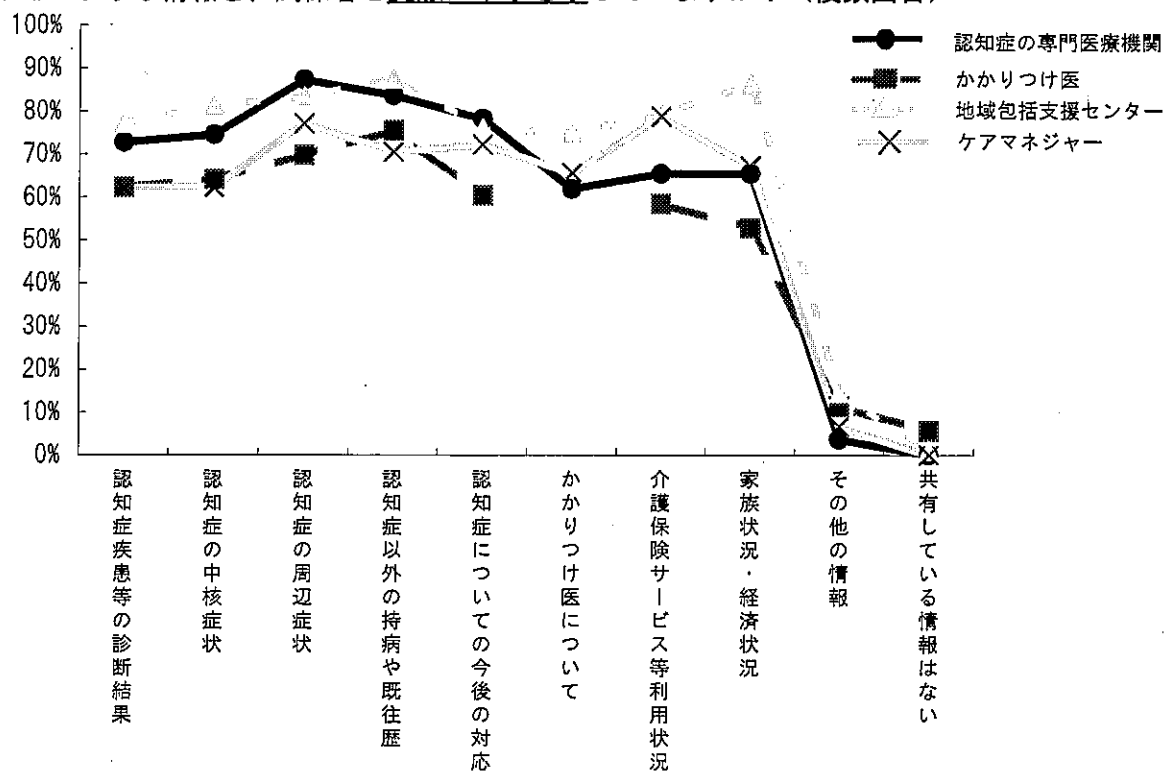
◆ケアマネジャーの回答



<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

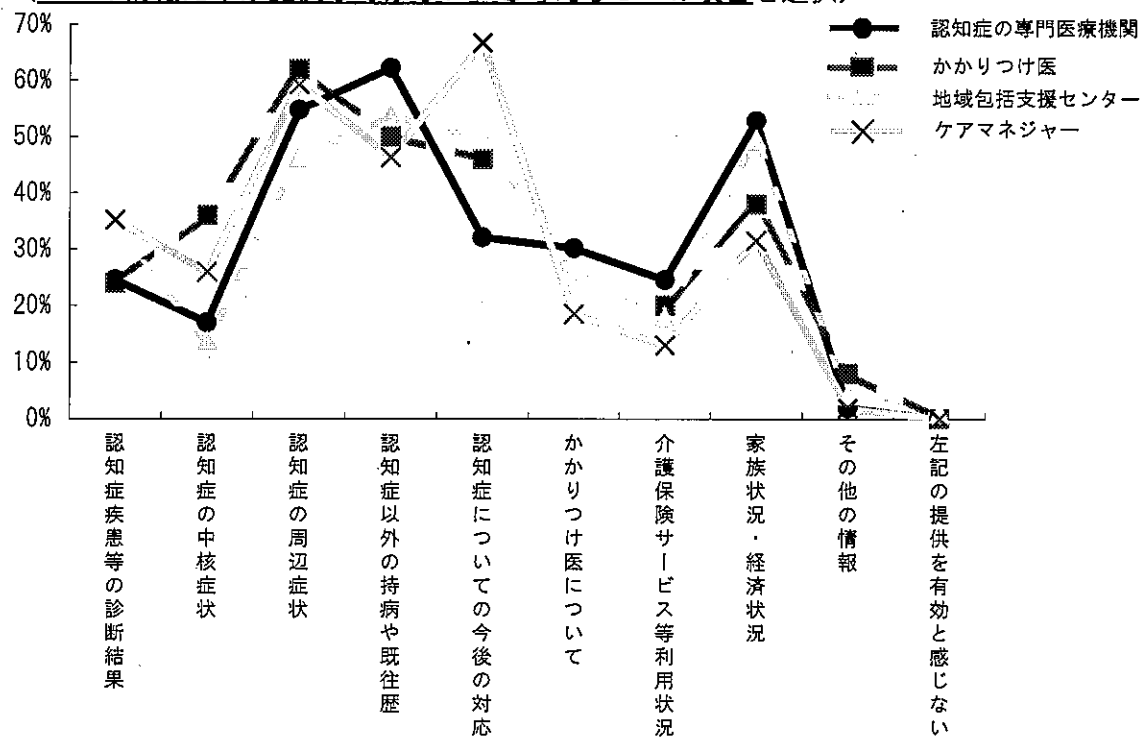
(質問3)情報の内容について

◆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？

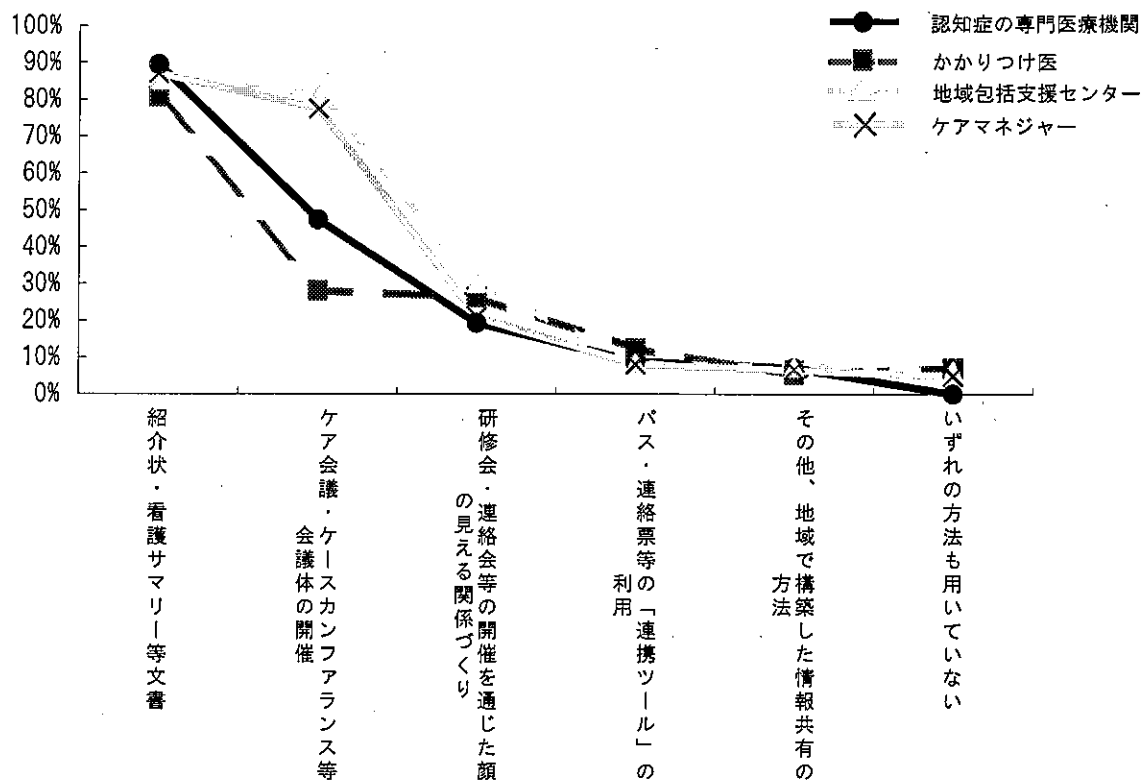
(「この情報だけは提供してほしい」と考える3つの項目を選択)



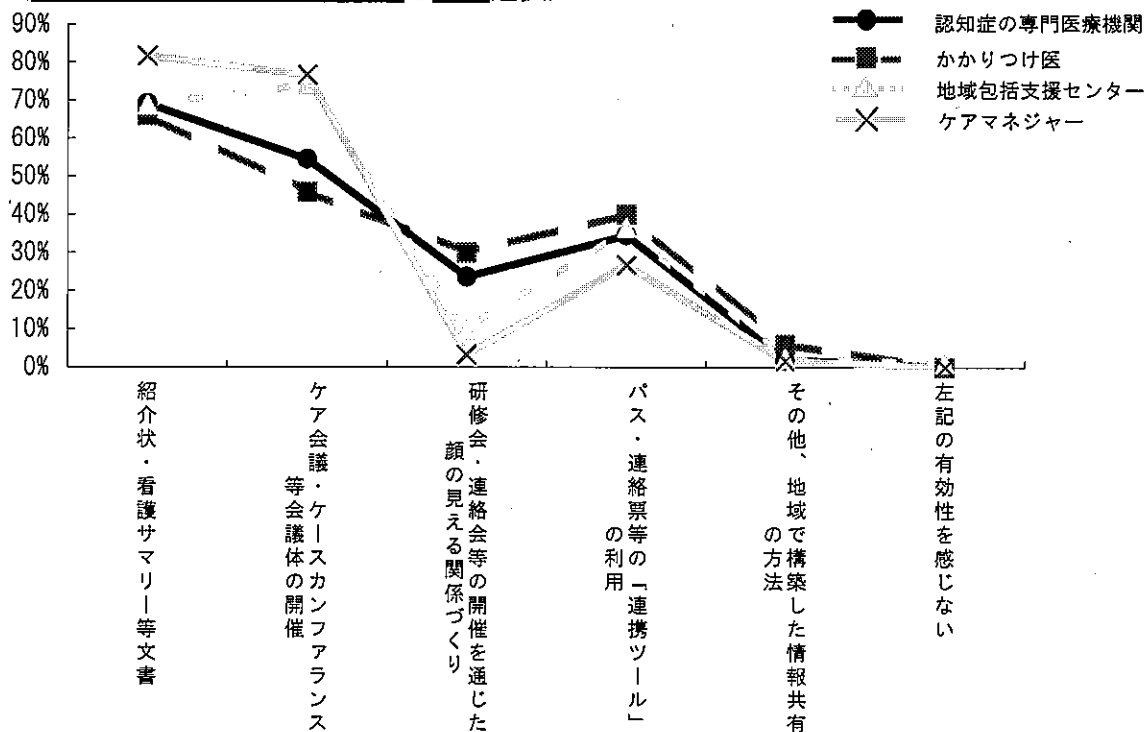
<場面3> 身体合併症・周辺症状の悪化による入院時及び症状安定による退院時

(質問4) 情報共有の方法について

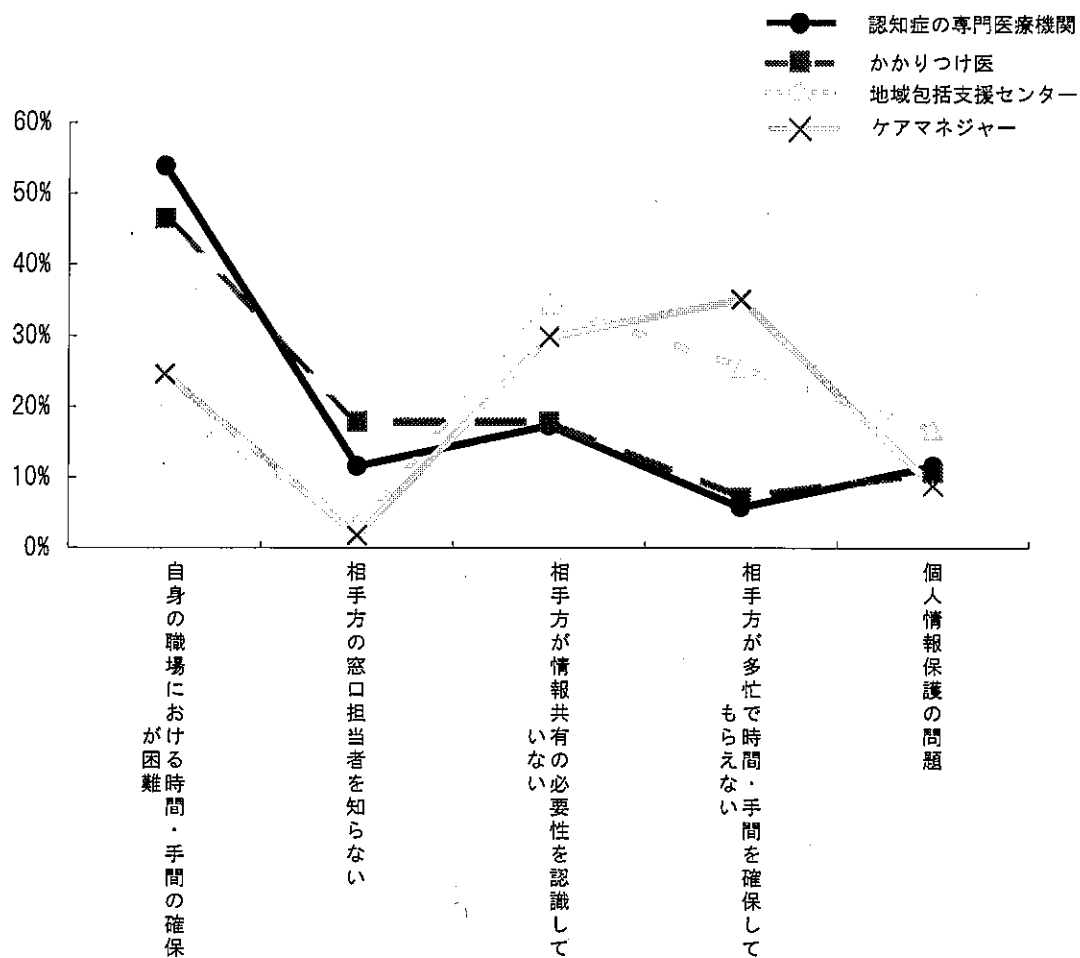
◆情報共有を行う際は、実際にどんな方法を用いていますか？ (複数回答)



◆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と。

・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・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で紹介しても、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っていると思う。

〔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。

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		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	介護関係	当 事 者 に つ い て							
																												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)	○	○		○		○	□	□	□	□	○ □	○	□	□		○	○	○ □	○ □					
脳卒中医療連携パス	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 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	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 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		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 (自由記載欄) - 自身の健康管理に活用できる情報 - 生活機能に関する情報 - サポートに必要な情報 等
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)	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(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) - 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（脳の病気）はこんなふうすすんでいきます

間瀬委員
提供資料

