

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会（第6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 2 月 1 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ための情報共有の仕組みづくりに向けて
ー 東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会報告書 ー
（仮称）」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） 「認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて
東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会報告書（仮称）（案）」

- （資料 2） 「医療支援部会で整理した関係者の役割分担」

- （資料 3） 「シルバー交番設置事業について」

- （参考資料）「みまもり・つながりノート」

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

認知症の人と家族を支えるための 情報共有の仕組みづくりに向けて

－ 東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会報告書 －（仮称）

（案）



東京都福祉保健局

平成24年 月

は じ め に

平成 24 年 月

東京都認知症対策推進会議

認知症ケアパス部会部会長 繁田雅弘

目 次

第1章 情報共有の仕組みの構築に向けて

- 1 地域で創る認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組み . . . 1
- 2 医療と介護の連携や認知症ケア体制の強化に向けた国の動き . . . 3
- 3 これまでの東京都及び都内における取組 8
- 4 本報告書の位置付け 部会の役割 14

第2章 情報共有における現状と課題 15

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 19
 - (1-3) 地域の関係者による積極的な取組・参画が不可欠 ~~協力・協働~~
 - (2-4) 異なる役割の関係者 ~~支援者~~が協働するための情報共有ツールを作成・活用
 - (3-4) 認知症の人の状態の変化を想定して仕組みを構築 ~~様々な場面を想定~~
 - (4-5) 各地域での取組の基本的方向性を統一 ~~地域で共通化~~
 - (5-2) 総合的に な取組を推進
- 2 機能する情報共有ツールを作成するために 23
 - (1) 効果的に機能する情報共有ツールを作成するための視点 ~~ポイント~~
 - 専門的情報と生活を支える基礎的情報の共有化 ~~ファイル方式を基本とした情報共有ツール~~
 - 本人・家族介護者の参画 ~~との情報共有~~
 - 関係者間の 情報共有ツール活用のための相互理解を踏まえた検討の実施
 - 記載しやすく利便性に優れた仕組みの構築 ~~簡素で分かりやすい仕組み~~
 - 安定性・継続的の確保 な取組
 - (2) 共有が必須の情報と望ましい情報について
 - (3) 既に行われている取組の工夫事例
- 3 情報共有ツールによる連携を支える仕組み 35

第4章 まとめ 37

参考資料

- とうきょう認知症ナビ ○○
- 「東京都認知症対策推進会議 医療支援部会」で整理した関係者の役割分担
（抜粋） ○○
- 認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書（概要） ○○
- 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
. ○○
- 八王子市医療と介護の連携ガイド（抜粋） ○○
- 情報共有ツールの項目等比較表 ○○
- 都内各地域で使用されている情報共有ツール ○○
- ※ 掲載の可否について調整中
 - 認知症連携パス（新宿区）
 - 大田区認知症連携パス（大田区）
 - もの忘れ相談シート（三鷹市・武蔵野市）
 - 生き生きノート（北多摩西部二次保健医療圏）
- 診療情報提供に係る診療報酬・介護報酬について ○○
- 東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 開催状況 . . . ○○
- 東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会委員・幹事名簿 . . ○○
- 認知症対策推進事業実施要綱 ○○

第1章 情報共有の仕組みの構築に向けて

1 地域で創る認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組み

- 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、福祉、行政等、様々な役割を持つ関係者が、その生活を支援するという共通認識のもと、連携・協働し、継続的・一体的なサービスを提供していく必要があります。
- 東京都では、今年度から二次保健医療圏を基本として ~~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。
- 認知症に係る地域連携 ~~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・福祉、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認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みを検討・構築していく必要があります。

[東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会報告書より]

■ 東京都における認知症疾患医療センターの機能・役割

○ 基本的機能

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

- ・ 地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能
- ・ 地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能

○ 3つの役割

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

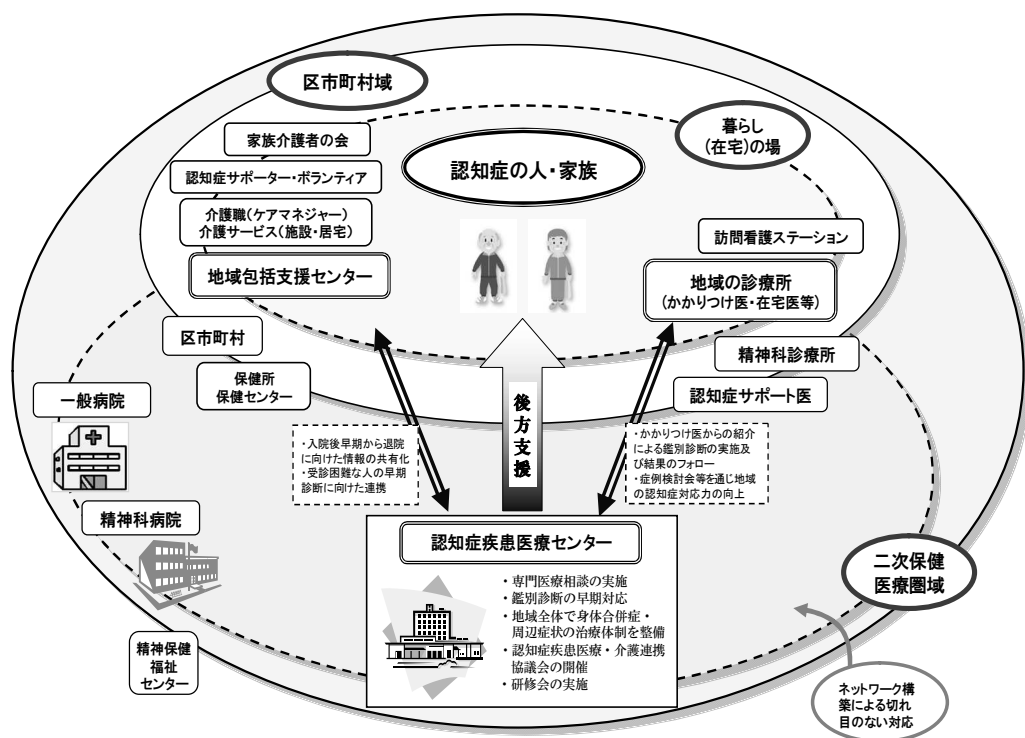
- 1 認知症に係る専門医療機関として、認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割
- 2 認知症に係る地域連携の推進機関として、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割
- 3 認知症に係る人材育成機関として、地域における認知症専門医療の充実と、地域における認知症対応力の向上を図る役割

(前頁からの続き)

■ 地域連携の推進機関としての役割等について (抜粋)

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

<地域連携のイメージ>



※ 認知症の人に対する医療支援体制のあり方については、東京都認知症対策推進会議のもとに設置した「医療支援部会」で整理している (P.10 及び 参考資料P. 参照)。

2 医療と介護の連携や認知症ケア体制の強化に向けた国の動き

今後、団塊の世代が高齢化するのに伴い、我が国においては、都市部を中心として高齢化が急速に進展し、要介護高齢者や認知症高齢者も大きく増加することが見込まれています。また、核家族化の進展の中で、高齢者の一人暮らし又は高齢者夫婦のみ世帯が増加することが見込まれており、地域で生活する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を努めるとともに、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。

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

○ 基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

○ 具体的な内容

1 認知症専門診断管理料の見直し

現行 認知症専門診断管理料 500点

〔算定要件〕

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

改定案 認知症専門診断管理料 1 700点

〔算定要件〕

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

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

認知症専門診断管理料 2 300点

〔算定要件〕

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

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

2 認知症療養指導料の新設

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

(新) 認知症療養指導料 350点 (月1回、6月まで)

〔算定要件〕

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

(新たな医療計画の策定の考え方)

「医療計画の見直しについて」（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(注)の医療体制の構築について

医療計画に定める疾病として新たに精神疾患を追加することとし、「精神疾患の医療体制構築に係る指針」を策定することにより、都道府県において、障害福祉計画や介護

保険事業（支援）計画との連携を考慮しつつ、病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制の構築が行われるよう促すことが必要である。

（注）精神疾患には認知症も含まれる。

（精神科病院に入院する認知症患者の地域移行）

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 第2R：認知症と精神科医療 とりまとめ」（平成23年11月29日）において、認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化、症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備などについてまとめており、退院に着目した目標値について、以下のとおり示しています。

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

（社会保障と税の一体改革）

「社会保障・税一体改革素案」（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（各部会の報告書は、東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」(参考資料P. 参照)に掲載）。

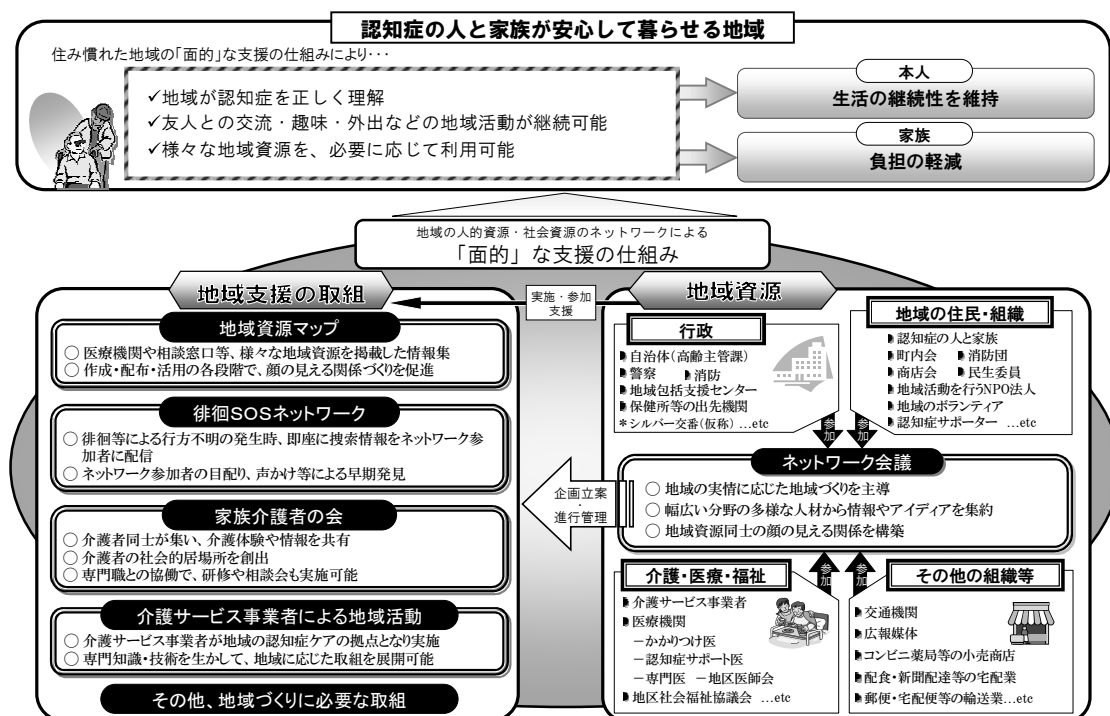
また、こうした東京都の取組以外にも、認知症の人と家族を支えるための関係者の連携体制の構築に向け、独自に取組を始めている地域も出てきています。

（認知症の人と家族を支える地域づくりに向けた検討）

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

〔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。

(権利擁護の取組)

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

(認知症の人と家族を支える医療支援体制のあり方の検討)

- 「医療支援部会」では、認知症の人と家族を支える医療支援体制のあり方について検討しました。認知症の進行段階に応じて必要となる医療支援と、それを担う関係者の役割分担(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

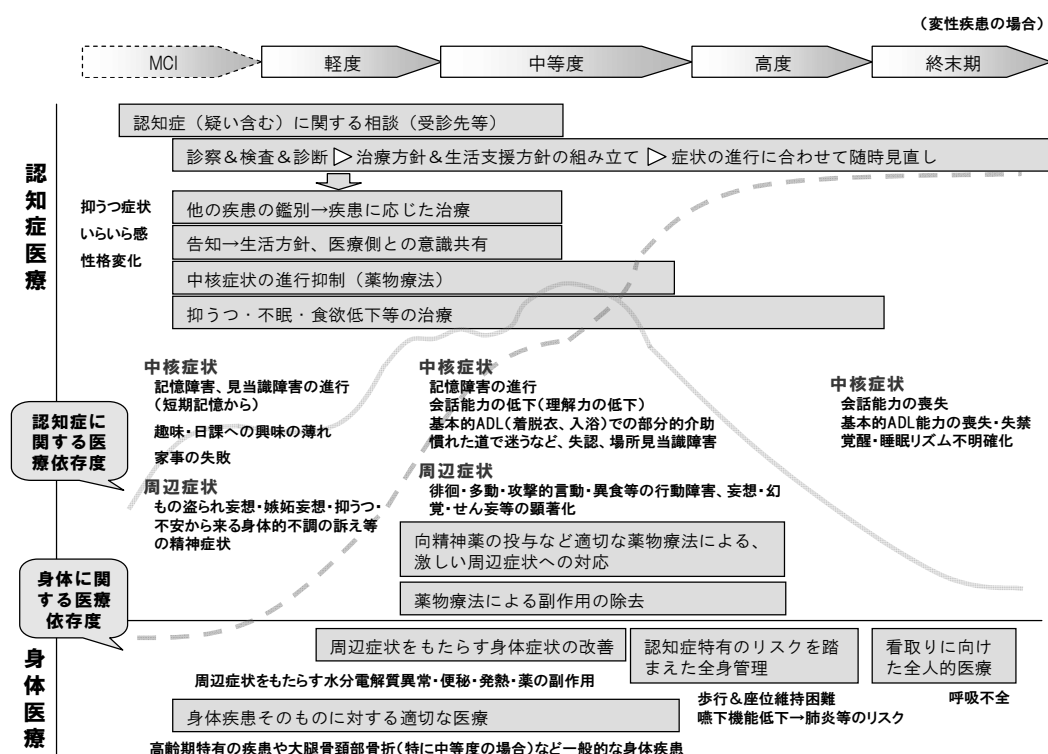
■ 基本的な考え方

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>



(前頁からの続き)

<情報共有ツール>

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

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

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 認知症機能障害 ☐ 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	
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 () 本人への説明 家族への説明 その他	
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 () () ()			
生活上の困難・家族が対応に困ること 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)

(地域医療における認知症対応力の向上)

○ 東京都では、認知症の人への医療は、本人の身体疾患の治療状況や生活環境を把握している、身近なかかりつけ医が中心的な役割を担うことが望ましいとの考えから、地域のかかりつけ医の認知症対応力の向上に取り組んできました。

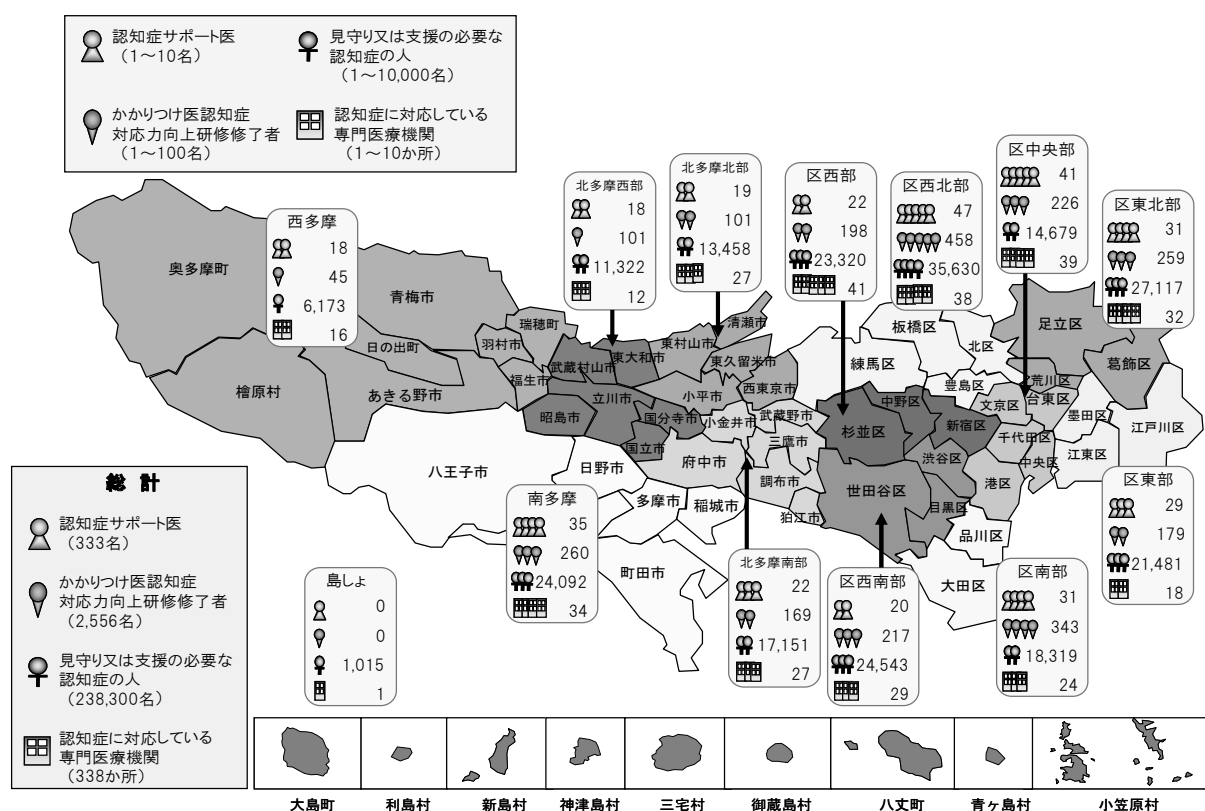
○ 具体的には、東京都医師会と連携し、認知症サポート医(注1)の養成や、かかりつけ医認知症対応力向上研修(注2)の取組を進め、現在、330名以上のサポート医が、また、2,500人以上のかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者が、都内各地域に存在しています(注3)。

(注1) 認知症サポート医 … 地域医療に携わり認知症の対応に習熟している医師で、所定の研修を修了し、かかりつけ医に対する認知症診断等に関する相談・助言、地域包括支援センター等との連携及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の研修内容の企画立案や講師役等を担う医師 (平成23年3月末現在 333名)

(注2) かかりつけ医認知症対応力向上研修 … 高齢者が日ごろから受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とした研修 (平成23年3月末現在の修了者 2,556名)

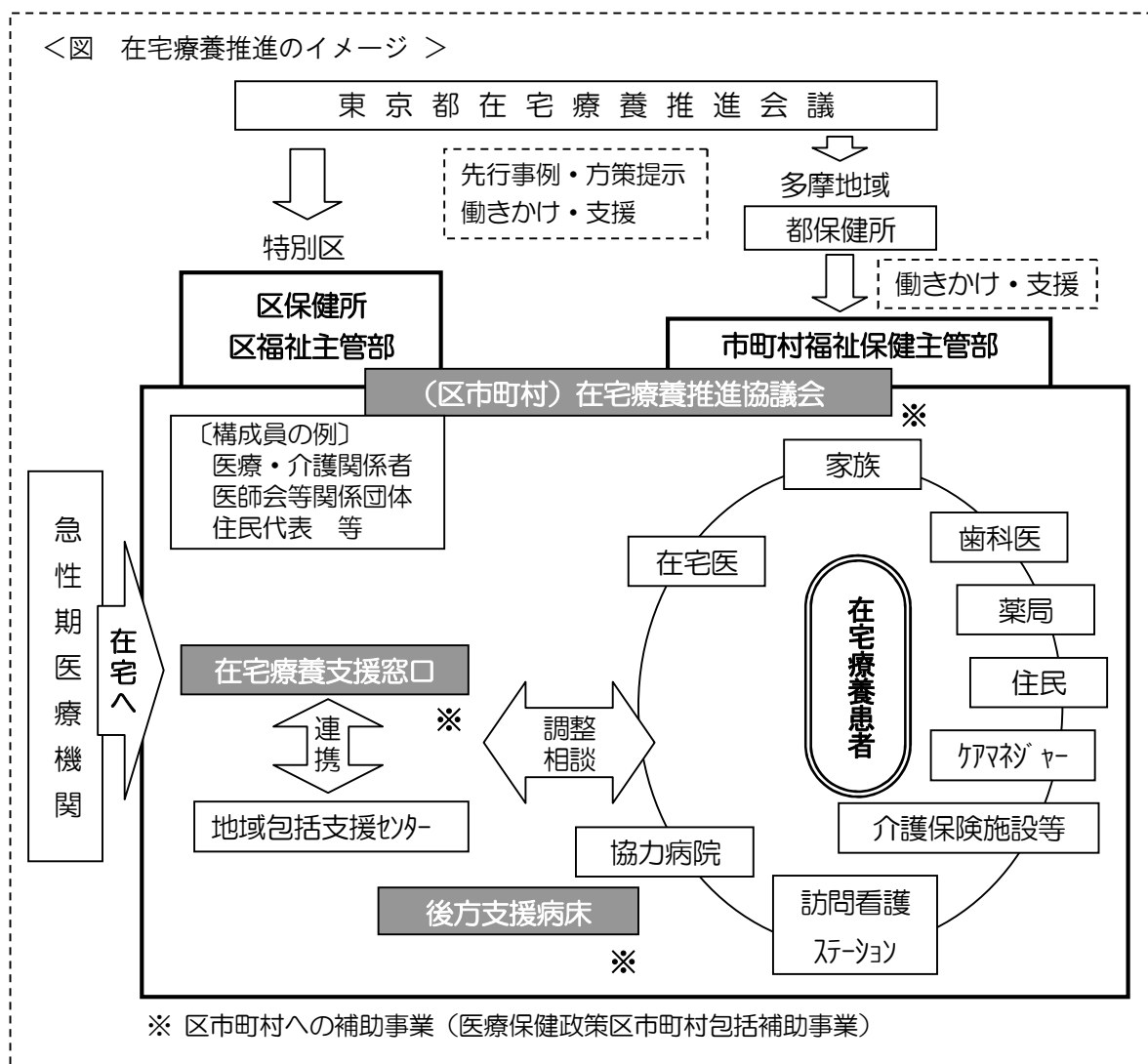
(注3) 認知症サポート医及びかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者は、東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」で公表している。

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



（地域における在宅療養支援体制の推進）

- 一方、東京都では、地域における在宅療養支援体制の構築に向け、区市町村における、「在宅療養推進協議会」の設置や在宅療養患者の急変時に利用できる「後方支援病床」の確保、退院後在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。



（地域独自の取組）

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

4 本報告書の位置付け 部会の役割

- これまでの取組により、認知症の人と家族を支える地域づくり、地域の医療支援体制は着実に進んできました。
- しかし、高齢者人口、さらには後期高齢者人口の増加に伴い、認知症の症状のある高齢者は大幅に増えることが見込まれている ~~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となっ
ています。この ~~である~~ことは以前から言われています ~~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。国もまた、地域包括ケアの具体化や、医療と介護の連携の強化に向け、様々な取組により、これを後押ししようと動き出しています。
- ~~このため、本部会では、~~認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるためには、都内各地域における医療や介護、福祉、行政等の関係者による ~~が~~連携・協働が不可欠です。そして、そのためには、本人・家族介護者とともに多数の関係者が情報を共有し、同じ方向を向いて総合的に支援していくことが重要です。~~とて、~~
本報告書は、情報共有化の仕組みづくりに円滑に取り組めるよう、その具体的な方策等について示し ~~検討し、~~地域における取組を進める際の「手引き」として ~~なるもの~~を作成しています ~~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関係者間における情報共有の現状を把握し、課題を抽出するため、認知症の専門医療機関、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。

(前頁からの続き)

※ 「認知症の専門医療機関」とは、医療機能に関する情報について、認知症の診断・治療を行っている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)

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

(関係者間の情報共有について ~~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2割もありません。関係者間の情報共有を安定的・継続的に行われるよう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について ~~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。

(相互理解について ~~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ことが必要です。

[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

(時間の確保について ~~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。

(安定性・継続性の確保について ~~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ようです。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) ~~3~~ 地域の関係者による積極的な取組・参画が不可欠 ~~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ことが必要です。
- また ~~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です ~~なことは言うまでもありません。~~

(2) ~~4~~ 異なる役割を持つ関係者 ~~の支援者が~~ 協働 ~~する~~ ための情報共有ツールを作成・活用

- 情報共有の仕組みを地域で構築するうえで、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、その地域の実情にあった情報共有ツールを作ることがまず必要となります。
- 情報共有ツールの作成にあたっては、
 - ・ 診療情報など本人に関わる情報は、本来本人に帰属するものであること
 - ・ 情報共有は、本人・家族が地域で安心して暮らせるよう支えるために行うものであることを常に念頭に置く必要があります。したがって、いかなる情報共有ツールを採用する場合も、本人や家族とできる限り情報を共有できるような運用を行うよう、努める必要があります。
- 加えて ~~一方~~、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。

(3 -4) 認知症の人の状態の変化を想定して仕組みを構築 ~~様々な場面を想定~~

- 情報共有のための仕組みを検討す ~~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ことが必要です。
 - 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. 21, 22 ~~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ことが必要です。

(4 -5) 各地域での取組の基本的方向性を統一 ~~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基本 ~~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関わっている場合もあるため、地域ごとに全く独自の情報共有ツールが出来上がることは望ましくあ

りません。

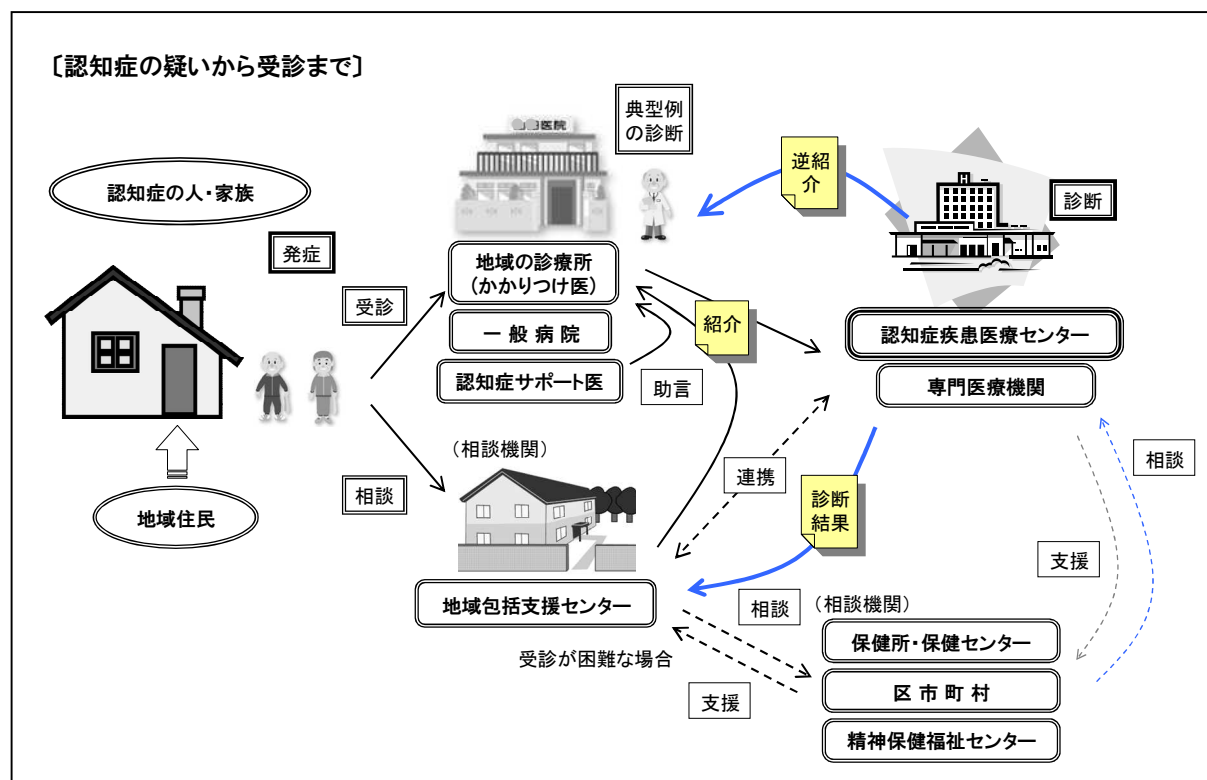
このため、地域で情報共有ツールを検討する際は、他の地域の関係者も容易に記載・活用ができるよう、地域の実情も踏まえつつも、基本的な方向性 ~~考え~~ ~~方~~は、本報告書で示したものを基本にしていきたいと考えます。

(5 ~~2~~) 総合的に ~~な~~取組を推進

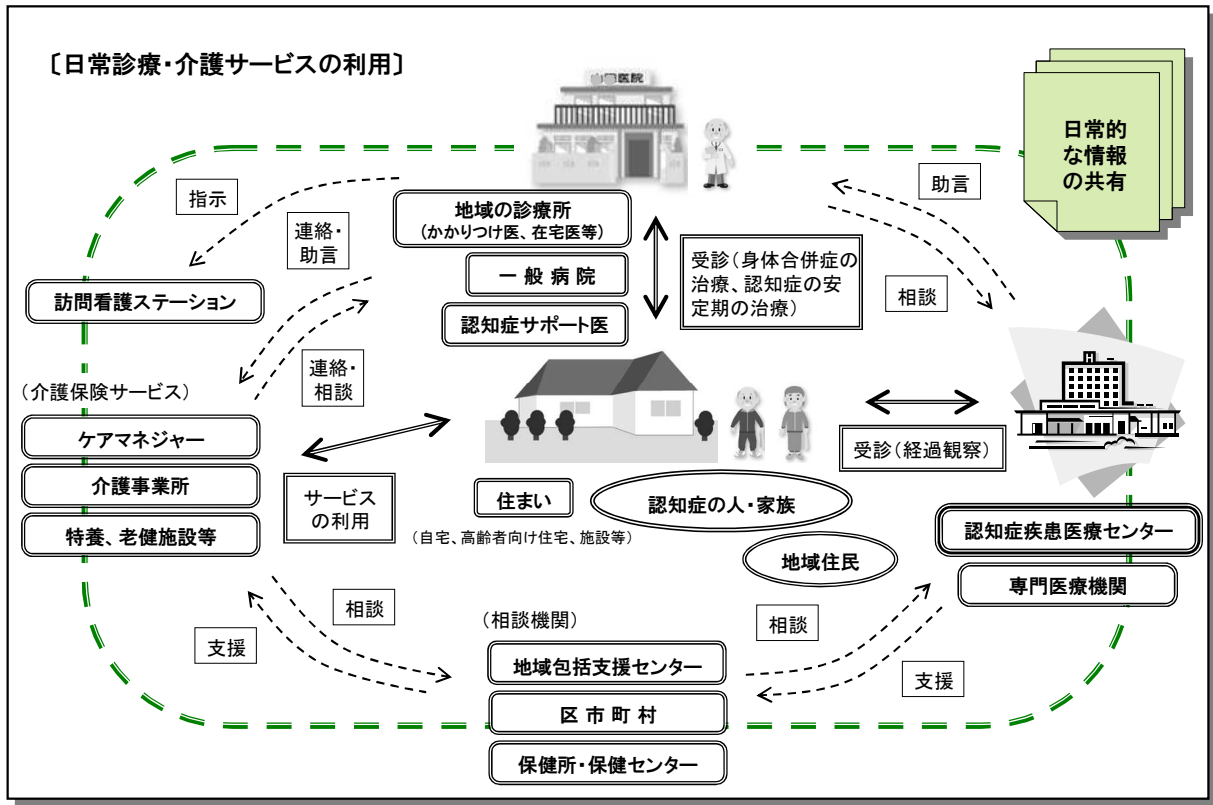
- 情報共有の仕組みづくりを進めるうえで、これまで述べたように、それぞれの地域で、その実情に応じた情報共有ツールを作成し、活用することは極めて重要ですが、それだけでは一過性の取組となる可能性があります。これと併せて、~~と同時に、~~家族介護者や地域住民の認知症に対する理解促進や、関係機関の認知症対応力の向上、関係者同士の顔の見える関係づくりなどを進め、関係者や関係機関が協力して、認知症の人と家族を支える地域づくりに向け ~~の取組を併せ行うなど、~~総合的に取り組んでいく必要があります。

<図 情報共有が必要な場面と主な関係者 >

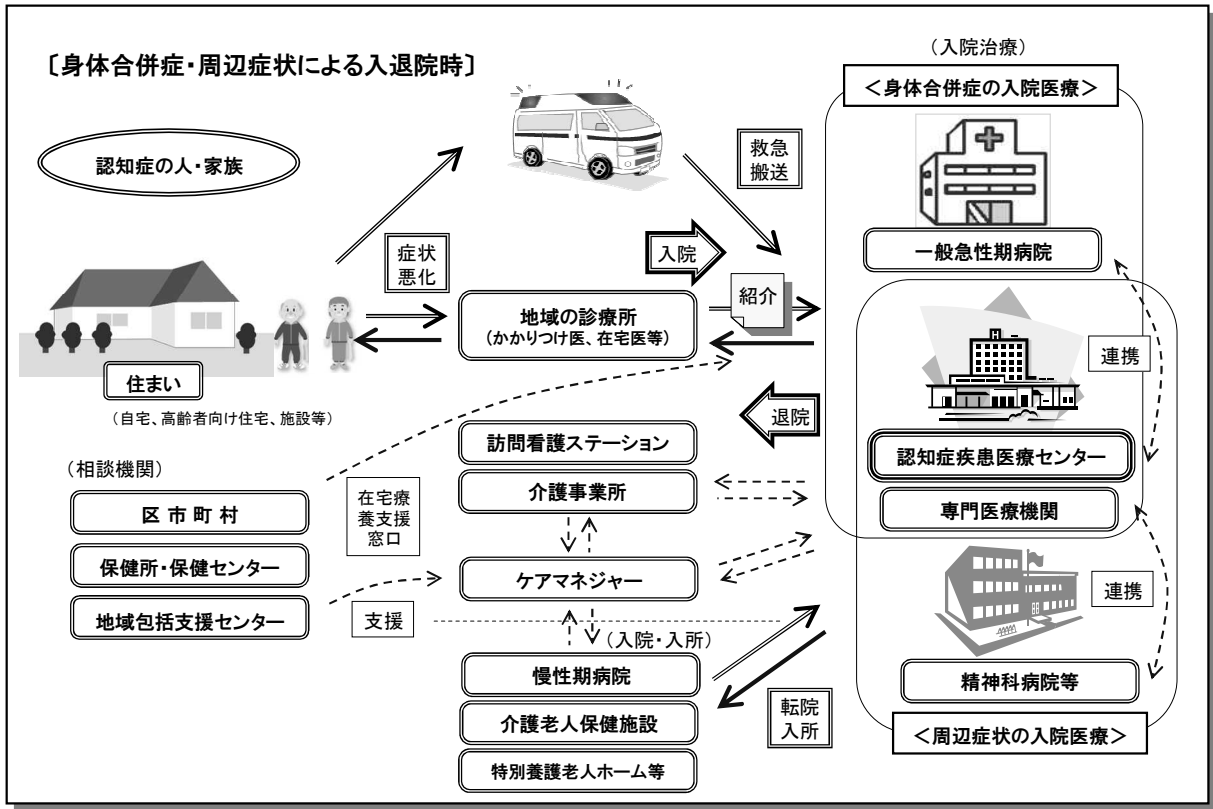
場面①



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

(1) 効果的に機能する情報共有ツールを作成するための視点 ~~ポイント~~

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 専門的情報と生活を支える基礎的情報の共有化 ~~ファイル方式を基本とした情報共有ツール~~
- 2 本人・家族介護者の参画 ~~との情報共有~~
- 3 関係者間の ~~情報共有ツール活用のための~~相互理解を踏まえた検討の実施
- 4 記載しやすく利便性に優れた仕組みの構築 ~~簡素で分かりやすい仕組み~~
- 5 安定性・継続性の確保 ~~継続的な取組~~

① 専門的情報と生活を支える基礎的情報の共有化 ~~ファイル方式を基本とした情報共有ツールの作成~~

(情報共有の方法)

- 情報共有において、達成すべき目標には、以下の二つがあります。 ~~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。~~

< 専門職間における専門的情報の共有 ~~専門性・迅速性・確実性・秘密保持~~ >

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

これを効果的に行う情報共有ツールとしては、かかりつけ医と専門医療機関の間でやり取りされる診療情報提供書が典型例（＝<お手紙方式>）ですが、職種や役割が異なる場合、例えば、かかりつけ医とケアマネジャー・地域包括支援センターなどの関係機関同士が、必要な情報のやり取りや、具体的な対応の依頼を行う場合もあります。 ~~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~~

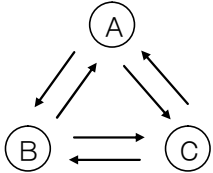
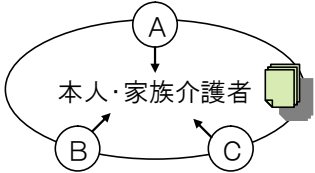
~~ケアマネジャー・地域包括支援センターなどの関係機関同士の情報のやり取りの場合にも用いられます。~~＜お手紙方式＞は、1対1のやり取りが基本であるため、本人が認知症を認めない場合、家族に関する情報をやり取りする場合など、守秘性が要求される ~~の~~高い情報のやり取りにも適しています。

~~(＝＜お手紙方式＞)~~

< 生活を支える基礎的情報の共有 ~~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 も ~~が~~極めて重要です。
- ・ これを効果的に行うものとしては、 ~~具体的には、~~ 様々な情報を書き込めるファイル等を本人・家族介護者が保有し、 ~~持っていてこれに、~~ 支援に関わる様々な関係者が、他の関係者の支援において ~~に~~必要となる ~~な~~ 情報を適宜必要と ~~きに~~ 書き込む方式があります ~~です~~ (＝＜ファイル方式＞)。様々な関係者が知 りえた ~~た~~ 情報が一つのファイルの中に集約されているため、本人・家族介護者は、認知症に関わる受診時や ~~とか~~ 介護サービス利用時などに ~~とか、~~ これを提示することにより、関係者が支援を行うにあたって必要な情報を提供することができます ~~折に触れて提示することが可能です。~~ ＜ファイル方式＞は、1対1の関係にとどまらず、複数の関係者間を相互に調整、コーディネートしていく機能を有するものとなります。一つのエピソードではなく、長期間にわたる経過を残しておけるメリットもあります ~~(＝＜ファイル方式＞)~~。

< 図 場面ごとの各情報共有ツールの特徴 >

	関係機関から関係機関に 情報を伝達する方式 ＜お手紙方式＞ 	本人・家族介護者が管理し、必要 に応じて関係者が記述・参照する 方式 ＜ファイル方式＞ 
認知症の疑いから受診までの場面	○ [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]	△

○ ~~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。~~

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

- ・ ＜お手紙方式＞の場合、本人・家族介護者の状況等にもよりますが、できるだけその写しを本人・家族介護者に提供できるよう、努めることが必要です。（運用における本人への配慮について後述 P. 26）
- ・ ＜ファイル方式＞の場合、継続して使用することが重要であることから、所持する本人・家族介護者にその仕組みを十分に理解してもらうことが必要となります。

また、医療機関から提供された検査結果や＜お手紙方式＞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必要となります求められます。

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

しかし、両方の方式を同時に導入することはなかなか難しいことが多いと思います。その場合には、まず最初にいずれか一つの方式を導入することから情報共有の仕組みづくりを始め、それがある程度根付いてきた後に、もう一方の方式を導入するというやり方もあります。各地域においては、それぞれの地域の特性を踏まえつつ、関係者同士が十分話し合い、進め方を検討していただきたいと思います。

○ ~~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。~~

② 本人・家族介護者との参画 情報共有

(本人への配慮)

○ 前述のとおり、診療情報等は本人のものという認識の下、情報共有ツールは、本人や家族介護者に対して原則としてオープンなものであるべきです。さらに、本人や ~~→~~ 家族介護者が参画できるものとする ことが望ましいと考えます ~~べきです。~~

しかし、一方で、 ~~ただし、~~ 具体的な運用にあたっては、その時々の状態・状況に応じた、本人への配慮が必要です。例えば、本人が認知症であることを認めていない場合や認知症に対して強い不安を持っている場合などには、使う時期や使い方などについて、本人の心情等に ~~その人に~~ 合わせた配慮がなされる必要があります ~~対応が必要となります。~~

(専門職~~同士~~の ~~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、〈お手紙方式〉により ~~専門職同士で直接連絡をとることが必要な場合~~ があります ~~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、支障がないと判断される場合は、可能な限り、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。

(情報共有の仕組みの説明)

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

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）

- 本人・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、<ファイル方式>の場合には情報共有ツールの中に盛り込み、<お手紙方式>の場合には情報共有ツールとは別に、地域共通の説明資料として用意しておくことが望ましいと考えます。

（利便性を考慮）

- 本人や家族介護者が管理する<ファイル方式>の場合、その利便性を考慮し、持ち運びのしやすい大きさにすることが望まれます。また、投棄状況や検査結果等、様々な情報の整理がしやすいよう、ページの追加・削除ができたり、必要な資料をはさみこんだりすることができる形態にすることが望ましいと考えます。

③ 関係者間の情報共有ツール活用のための相互理解を踏まえた検討の実施

（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. 2 ~~+~~参照）や、区市町村が設置する在宅療養推進協議会等において、まずは、関係者それぞれが抱える課題などについて率直に情報交換を行い、相互理解を深めることが重要です。その上で、情報共有の仕組み構築に向けた基本的方向性を定め、情報共有ツール作成のための具体的な検討はその下に設置する作業部会等におい

て、進めていくことが適当と考えます。

(参考) 千代田区では、在宅医療・介護連携推進協議会に認知症連携推進部会を設置し、認知症に係るネットワークの構築に向けた検討を実施している。

(検討において必要な視点)

- 提供したい情報ではなく、相手方が提供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、実際に関係機関同士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. 21, 22 ~~47-48~~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役割分担や連携が必要なのか、望ましい連携のあり方について検討します。

- ・ その際、医療支援における主な関係者の役割分担の考え方については、「医療支援部会報告書」(P.10 及び参考資料P. 参照)の中で、認知症の経過に応じて整理されていますので、これを参考にしていただけると良いと思います。
- ・ また、医療支援については、「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会報告書」(P.1参照)にあるように、
その中心的な役割を果たすのは地域のかかりつけ医・在宅医等であり、
認知症疾患医療センターは、地域の支援体制の後方支援を行う役割にある
という認識に立って、地域の実情を踏まえた役割分担と連携体制の構築を検討することが必要です。
- ・ その上で、実効性のある情報共有の仕組み、共有することが必要な情報、情報共有に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。

④ 記載しやすく利便性に優れた仕組みの構築 ~~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。

⑤ 安定性・継続性の確保 ~~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、情報共有ツールが安定的・継続的かつ効果的に使用されるために大変重要であること、また、各関係者がどういう情報を必要としているか十分に理解した上で使用することなどを、関係者間でしっかり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（認知症専門診断管理料(P.6参照)、診療情報提供料等）や介護報酬（居宅療養管理指導費等）（参考資料P. 参照）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~~について~~（「○」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
 - ・ 診断名 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 (摂食・嚥下機能評価、身体機能評価とリハビリテーションの評価)
 - ・ 治療方針（今後の見通し、薬物療法、認知症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
- 緊急時、夜間、休日における(医療機関への)連絡方法

(主に家族介護者・介護関係者が提供すべき情報)

- 社会的状況
 - ・ 家族構成・状況（主たる介護者、キーパーソン）
 - ・ すまい
 - ・ 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
- 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）
- 摂食・嚥下機能評価
- 関係者が支援困難に感じていること
- 体調・気分の変化、出来事 等

~~(主に家族介護者が提供すべき情報)~~

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

[アンケート調査結果より]

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

- ◎ 病状説明書（東京医科大学病院老年病科作成）（参考資料P. 参照） 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）

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

~~・ 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）（参考資料P. 参照）

・ 医師に在宅側（家族介護者、介護関係者）で困っていることを伝え、理解してもらうための在宅相談機関が記載する『相談事前チェックシート』を作成。家族介護者や介護関係者が記載しやすいようにチェック項目等を設定している。これにより、在宅側にとって、診療を頼みやすくなったり、困りごとを相談しやすくなったりした。

・ 医師から相談機関への連絡用として『「医療機関→相談機関」連絡シート』を作成。認知症かどうかよりも、治療方針として、どこで、どのようにみていくのか、家族にど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）（参考資料P. 参照）

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

◎ みまもり・つながりノート（「平成 21－23 年度の厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究（研究代表者 数井裕光）」」（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座神経心理研究室のホームページに掲載 URL：<http://handaichiikirenkei.com/index.html>）

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

3 情報共有ツールによる連携を支える仕組み

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

これらの取組は各地域において行われるべきものですが、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間の情報共有を促進するとともに、それぞれの状況を把握し、、連携の促進に向けた必要な支援を行っていくことが求められます。

(家族介護者・地域住民の認知症に対する理解促進)

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

- 家族介護者や地域住民を対象とし、認知症に関する理解を促進するための講習会などの取組を、各関係機関間で連携しながら、それぞれの地域で進めていく必要があります ~~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推進する ~~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。
- 家族介護者や地域住民も含めた様々な関係者が適切な時期に、適切な機関につなぐことができるよう、認知症に係るチェックリスト ~~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の状況や検査内容、検査経費についての情報を、認知症疾患医療センターが開催する協議会等の場を通じて、地域の関係機関に情報提供するように努めるべきです。

（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。
- 特に、専門医療機関・地域包括支援センター等地域の他職種との連携や、認知症の特性を踏まえた身体管理について、かかりつけ医に助言する立場にある認知症サポート医は、こうした会合に積極的に参加することが必要です。そして、認知症疾患医療センター等の専門医療機関や地域包括支援センター等に、地域のかかりつけ医を結びつけるなど、地域連携の先導的な役割を果たすべきです。

（その他地域連携体制構築に向けた取組）

- 認知症疾患医療センターは、地域包括支援センター等との連携窓口となる医療相談室を設置し、日常的な連携を図っていくこととなっています。区市町村においても、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員等の配置を進め、介護と医療の連携強化や、地域における支援体制の構築を図ることが必要です。
- 都内各地域では、脳卒中等の疾病別の地域連携体制の構築に向けた取組が行われているところです。こうした取組が進んでいる地域では、そこで培ったものを活用して、認知症に係る取組を進めていくべきです。
- 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 ～さらなる展開に向けて～

（超高齢社会における認知症支援の重要性）

- 現在、何らかの認知症の症状がある人は都内に約33万人、見守り又は支援が必要な認知症の人は都内に24万人います。都内の要介護高齢者は42万人なので、実にその4分の3は認知症の症状を有しているということになります。
- また、認知症の人の約7割は居宅で生活しており、見守り又は支援の必要な認知症の人でも約6割が居宅で生活しています。
- 今後、団塊の世代の高齢化とともに、東京も急速に「超高齢社会」が到来することとなりますが、これに伴い、認知症の人も大幅に増加することが見込まれます。「超高齢社会」の到来に向け、認知症の人と家族が地域で安心して暮らせる社会をつくっていくことが喫緊の課題です。

（本報告書を活用した地域での取組の推進）

- 本報告書は、認知症の人と家族が地域で安心して生活できるように、医療や介護、福祉、行政等の関係者による連携・協働を円滑に進めるために必要な、情報共有の仕組みづくりについて、都内各地域における検討に必要な方策等について「手引き」としてまとめました。
- 今後、認知症疾患医療センターの設置を契機として、各地域において、認知症疾患医療センター、区市町村、各関係機関による検討が進められますが、本報告書で示した内容を基本的方向性として位置付け、活用していただきたいと考えます。
- 東京都においても、本報告書の内容や、今後各地域で進められる取組について、関係者や関係機関に周知するだけでなく、認知症の人と家族介護者にも知ってもらえるよう周知を図っていくことが必要です。

（一人暮らし高齢者の増加と認知症支援）

- 一方、現在、都内の一人暮らし高齢者世帯は62万世帯であり、国の将来推計によると、今後も一貫して増加傾向になることが予測されています。
- そして、地域のつながりが薄れる中、家族に囲まれずに生活している高齢者が、周囲の気付きがないままに、いつの間にか認知症を発症し、事態が深刻化することも多くなることが懸念されます。
- 都内においては、近年、地域住民が主体となった高齢者見守りネットワーク構築の取組が進んできており、一人暮らし高齢者等の見守りを行うシルバー交番(注)事業も、現在都内30地区に拡大しています。今後は、こうした高齢者の見守りの仕組みの中に、認知症支援の視点も盛り込んで、地域における認知症高齢者

の早期発見の仕組みをつくっていくことも求められます。

(注) シルバー交番とは、高齢者の在宅生活の安心・安全を提供するため、地域高齢者の相談受付や生活実態の把握、関係機関と連携した見守り、緊急通報システムによる見守り等を行う地域の拠点。

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

(他の疾病に係る情報共有も視野に)

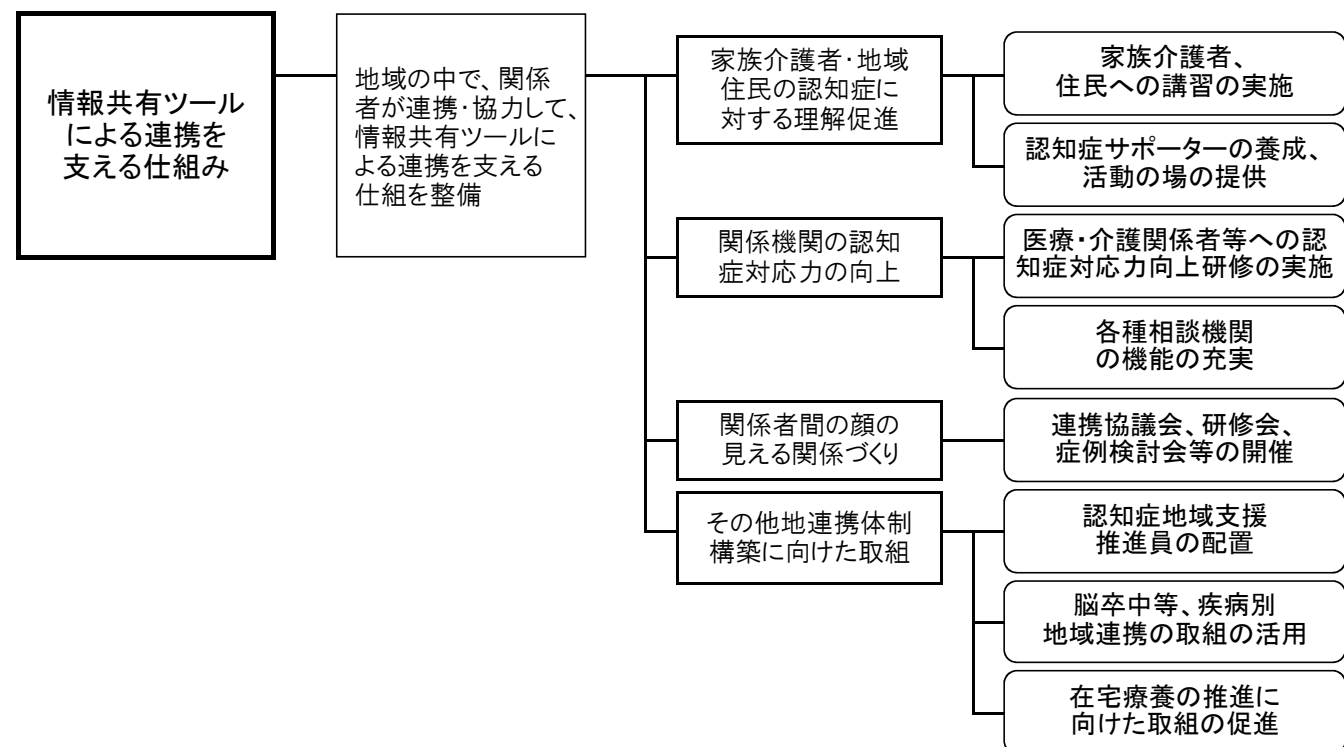
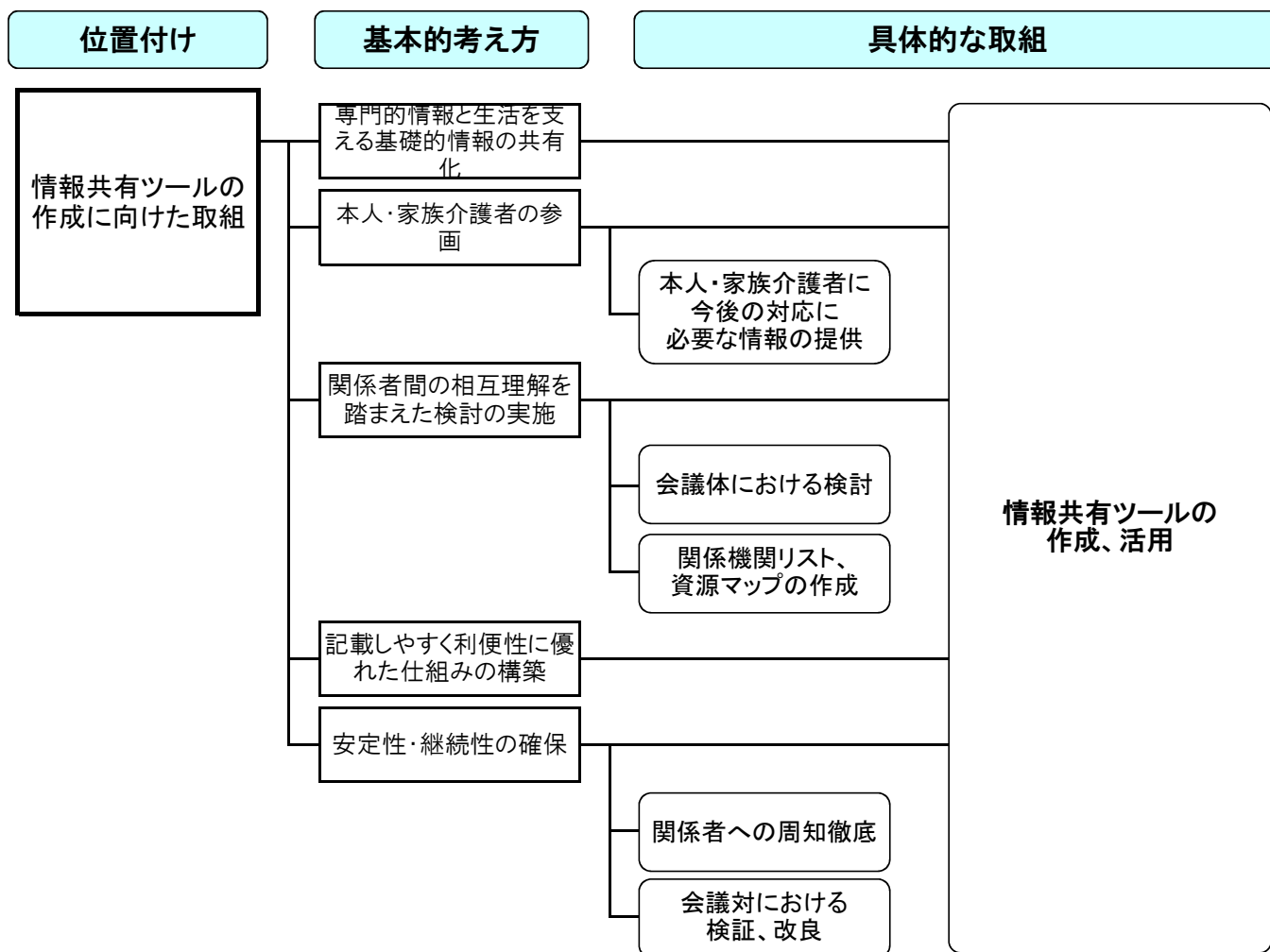
- 高齢者は、複数の疾患を持ち、それぞれ個々に治療を行っていることが多くあります。また、これら身体疾患は、認知症の症状にも影響を及ぼすことがあります。
- 既に、がんや脳卒中では、地域連携クリティカルパスの整備が進められています。このように疾病別に様々な情報共有ツールが作成されていくことは、それぞれの疾病の医学管理を的確に行う上で非常に有効ですが、複数の疾病を抱える高齢者の場合は、様々な情報共有ツールを作成することとなり、全体として、複雑で手間がかかり、分かりにくいものとなることも懸念されます。
- 認知症は高齢者にとって一般的な病気であることを考えると、将来に向けた課題として、情報共有ツールは、認知症だけに限らず、他の疾病についても一定の情報共有ができるよう、検討が必要です。

(認知症の人への医療支援から認知症支援の地域づくりへ)

- これまで「東京都認知症対策推進会議」では、「医療支援部会」や「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」において、一般の人よりも医療を受けにくい認知症の人への「医療支援体制のあり方」について検討を重ねてきました。そして、本部会もその延長線上に、医療と介護その他の関係者の情報共有の仕組みづくりの方策について検討しました。
- しかし、この検討の中で、認知症の人への医療支援体制の充実を図るためには、医療や介護等の専門職同士が連携するだけでなく、家族介護者はもとより、地域住民など様々な主体が、認知症の人や家族介護者の支援のために連携・協働していくような地域づくりを併せて行うことも必要であるという結論に至りました。
- 医療と介護等の連携体制を各地域で構築し、機能させていくことはそれ自体、大変難しいことだと思いますが、さらに、その連携の輪を広げて、認知症支援の地域づくりを進めていくことが、今後ますます重要になってくると考えます。最も住民に身近な行政機関である区市町村は、様々な主体のコーディネートを通じて、地域の力を束ね、認知症支援の地域づくりに積極的に取り組んでいく必要があります。

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

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



医療支援部会で整理した関係者の役割分担

関係者	MCI・軽度認知症	
	I 認知症の疑いから受診まで	II 診断・治療
① 本人・家族	- 早期診断の重要性について正しく理解する。 - 家族に認知症の疑いが生じた場合、真摯に向き合い、かかりつけ医への相談・受診を促す。	- 専門医へは、かかりつけ医からの紹介により受診することが望ましい。 - 日ごろから、今後の対応方針や治療方針について、かかりつけ医と話し合う。
② 相談機関等関係者	- 医療機関への受診に当たって、どこに受診すればよいのか、どのように受診すればよいのか、相談に乗り助言する。 - かかりつけ医への相談・受診を促す。かかりつけ医がいない場合は、認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿等を活用し、研修修了者への相談・受診を促す。 - かかりつけ医・サポート医との連携を進めるとともに、サポート医が有する地域ネットワークの積極的な活用を図る。	- かかりつけ医への相談・受診を促す。かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿を活用し、研修修了者への相談・受診を促す。 - 定期的に事例検討会等を実施又は参加する。
③ かかりつけ医	- 自院の患者に認知症の疑いがある場合には、自ら診療に当たるか、又は専門医療機関に紹介する。 - 本人を伴わない家族から相談があった場合は、生活環境や家族対応の改善が認知症に対して効果的であることから、家族に対し、認知症への正しい理解や対応上の留意点、生活環境の整備のポイント等を伝える。	- サポート医とも連携し、地域の専門医療機関を把握しておく。 - 定期的に事例検討会等を実施又は参加する。 - 専門医療機関への定期通院や対応困難時の相談等、患者情報のやり取りを通じて、情報共有・連携を図る。
④ 専門医・専門医療機関	本人を伴わない家族から相談があった場合には、家族に対し、まずかかりつけ医へ相談してみることを勧める。	- 典型例以外の疾患や、状態が不安定な患者、本人・家族が専門医での受診を希望している場合には、診断を行う。 - 地域のかかりつけ医・サポート医との連携を図り、必要に応じてかかりつけ医に助言を行う。 - 定期的に事例検討会等を実施又は参加する。 - 安定時のかかりつけ医への逆紹介や対応困難時の助言等、患者情報のやり取りを通じて、情報共有・連携を図る。
⑤ 一般病院	高齢者の身体疾患の治療を行っている場合でも、常に認知症の兆候に留意する。疑いがあった場合には、かかりつけ医又は専門医療機関での受診を促す。	身体疾患の診療を行っている場合でも、常に認知症について意識し、疑いがあった場合には、かかりつけ医又は専門医療機関での受診を促す。
⑥ 行政	- 都民に、早期診断の重要性及びかかりつけ医が受診促進に果たす役割等について、普及啓発を行う。 - かかりつけ医に対し、受診促進に果たす役割や家族からの相談時の対応方法等について、周知を図る。 - 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿について、関係者との共有・活用を図る。 - 生活機能評価の基本チェックリストを介護予防（認知症予防を含む。）だけでなく、医療機関への受診につなげるために活用していく。	- 都内の医療資源の状況を把握し、関係者に情報提供する。 - 認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿について、関係者との共有・活用を図る。 - 新たな役割を踏まえた研修の実施により、かかりつけ医の認知症対応力の一層の向上を図る。 - かかりつけ医が認知症の診断・治療に果たす役割について、普及啓発を行う。

関係者	中等度認知症
	Ⅲ 身体合併症
① 本人・家族	○ 緊急時に求められる対応 ・ かかりつけ医・専門医療機関・一般急性期病院と、治療方針や治療内容について話し合い、疑問点については説明を求める。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ もの忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、変化の兆しがあれば、早めにかかりつけ医・専門医療機関に相談する。
② 相談機関等関係者	○ 緊急時に求められる対応 ・ 介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ 介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともある。 ・ 症状が安定していても、専門医療機関への定期受診を促す。
③ かかりつけ医	○ 緊急時に求められる対応 ・ 激しい周辺症状が出ている場合でも、直ちに専門医療機関に紹介するのではなく、初期対応に関わる周辺症状の要因についての判断をまず行う。 ・ 脱水・低血糖等の軽微な身体疾患が要因となっている場合は、自ら治療に当たる。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ 本人の身体疾患の管理・治療を適切に行う。 ・ 家族に対し、本人の食事・睡眠・排泄の様子や気分の変化に目を配るよう、注意を喚起する。
④ 専門医・専門医療機関・精神科病院	○ 緊急時に求められる対応 ・ 一般急性期病院で身体疾患の治療後に、患者を受け入れて周辺症状の治療・経過観察を行う。 ・ 身体疾患の治療が必要な場合でも、急性期を脱しているのであれば、受け入れて周辺症状の治療・経過観察を行う。 ・ 周辺症状の治療後は、本人の生活環境や介護者の介護力等を勘案した上で、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促す。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行う。 ・ 一般急性期病院における認知症ケアへの助言・支援を行う。
⑤ 一般急性期病院	○ 緊急時に求められる対応 ・ かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、認知症の症状を許容し、患者を受け入れて身体疾患の治療を行う。 ・ 身体疾患の治療を行い、急性期を脱した後は、専門医療機関・療養病床への転院・退院を促す。 ・ 転院・退院後に身体疾患が再発（悪化）した場合は、再受入れをして治療に当たる。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、患者を受け入れて治療を行う。 ・ 認知症のケアチームを編成する等により、身体合併症患者の許容力を向上する。
⑥ 療養病床	○ 緊急時に求められる対応 ・ 身体疾患治療後の経過観察時の受入れや、在宅療養患者や介護保険施設入所者の急変時の受入れなど、連携と機能充実を進め、認知症の人に対する医療支援体制の一翼を担う。
⑦ 行政	○ 緊急時に求められる対応 ・ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ 対応力向上研修や普及啓発活動を実施する。 ・ 連携ツールの普及・周知を図る。 ・ 事例検討会等の実施・支援を行う。
⑧ その他	○ 緊急時に求められる対応 ・ グループホームや有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の介護保険施設においても、観察時の一時的な受入れを行うことが望まれる。

関係者	中等度認知症
	Ⅳ 周辺症状
① 本人・家族	○ 緊急時に求められる対応 ・ かかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や治療内容について話し合い、疑問点については説明を求める。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ もの忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、変化の兆しがあれば、早めにかかりつけ医・専門医療機関に相談する。 ・ 早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。
② 相談機関等関係者	○ 緊急時に求められる対応 ・ 介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・緊急時の付き添いを担うこともある。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ 介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともある。 ・ 症状が安定していても、専門医療機関への定期受診を促す。
③ かかりつけ医	○ 緊急時に求められる対応 ・ 周辺症状の悪化の要因が、身体疾患によるものであるかどうかの判断を行う。 ・ 身体疾患が要因となっている場合は、身体疾患の治療・処置を行う。 ・ 身体疾患が要因ではないのであれば、本人の生活環境について検討し、変化等がある場合は、元の状態へ戻すよう助言をして経過を観察するが、必要に応じて専門医療機関を紹介する。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ 本人の身体疾患の管理・治療を適切に行う。 ・ 症状が軽症でも、対応が困難になる可能性が考えられる場合には、早期の段階から薬の使用についても検討する。 ・ 早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。
④ 専門医・専門医療機関・精神科病院	○ 緊急時に求められる対応 ・ かかりつけ医に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行う。 ・ 胃ろう等の医療処置が施されている患者であっても、積極的な身体疾患の治療が必要ない状態であれば、受け入れて周辺症状の治療を行う。 ・ 周辺症状の治療後は、本人の生活環境や介護者の介護力等を勘案した上で、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促す。 ○ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行う。
⑤ 行政	○ 緊急時に求められる対応 ・ 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・ 対応力向上研修や普及啓発活動を実施する。 ・ 連携ツールの普及・周知を図る。 ・ 事例検討会等の実施・支援を行う。

関係者	高度認知症・終末期
	V 看取りを視野に
① 本人・家族	・ 医療関係者と相談し、高度認知症・終末期の状態像について理解する。 ・ 療養や看取りについて、医療関係者と相談し、意向を明らかにする。
② 相談機関等関係者	・ 身体医療の比重が高まるなど、状況の変化に伴う家族等介護者からの相談に対応する。
③ 介護関係者	・ 日常生活における基本的なケアを十分に行う。
④ かかりつけ医	・ 早期の段階から認知症の人に対する診療に関わるとともに、生活の場へ訪問診療・往診する。 ・ 高度認知症・終末期の状態像を把握し、家族等介護者に対して十分な説明を行う。 ・ 身体状態の悪化など想定される事態を踏まえて、選択肢を示しながら家族等介護者と十分に話し合う。 ・ 終末期の開始を見極め、看取りの態勢を整える。 ・ 容態急変時や、終末期において一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合には、一般急性期病院等と連携する。
⑤ 訪問看護ステーション	・ 24時間体制で対応する。 ・ 高度認知症・終末期の状態像を把握し、現在の状況や起こりうる変化に対しての説明を行うことなどを通じて、家族等介護者に対するケアを行う。 ・ 「認知症緩和ケア」「終末期リハビリテーション」を行うことが望まれる。
⑥ 一般急性期病院・療養病床	・ 容態急変時や、終末期においては一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合には、かかりつけ医等と連携し、本人・家族の意思も尊重しながら、暮らしの場に戻ることを目標に、短期間の入院治療・経過観察を行う。
⑦ 行政	・ リビングウィルや認知症緩和ケア、終末期リハビリテーションの意義について周知する。
⑧ その他	・ 必要に応じ、本人・家族等介護者を支援する。

シルバー交番設置事業について

事業概要

【目的】

高齢者の在宅生活の安心・安全を提供するために、地域高齢者の相談受付や生活実態の把握、関係機関と連携した見守り、緊急通報システムによる見守り等を行う。

【事業開始】

平成 22 年度

※平成 21 年度の「少子高齢時代にふさわしい新たな『すまい』実現プロジェクトチーム」
（座長：猪瀬直樹東京都副知事）における議論を踏まえて事業化

【実施主体】

区市町村（社会福祉法人等へ委託して実施）

【主な機能】

- ① 在宅高齢者の生活実態の把握、見守り
⇒高齢者等の情報収集、安否確認など
- ② ひとり暮らし高齢者等の見守りネットワークへの参加・支援
⇒地域の組織・住民と連携した高齢者見守りの実施
- ③ 緊急通報システム等を活用して 24 時間 365 日の安心を提供
⇒緊急通報システム、生活リズムセンサーによる安否確認体制
- ④ 在宅高齢者、家族等からの相談対応
⇒高齢者等からの相談窓口

※原則、シルバー交番の事業実施地域は地域包括支援センターの区割りと一致。

平成 23 年度実施状況

◆平成 23 年度予算額 245,610 千円（60 地区）

◆事業実施地区 10 区市町村、合計 30 地区で実施中

区 部：港区、墨田区、品川区、豊島区、荒川区

市町村部：八王子市、三鷹市、町田市、武蔵村山市、奥多摩町

地域包括支援センターとシルバー交番設置事業

