

菊池医師

BPSD に関する相談が主体である。ごく初期の認知症相談は少ない。
連携が深まったことでの相談内容の変化はあまり感じていない。

次回 WG

三鷹市医師会

1月21日(月)19:00～

(三鷹市役所の駐車場は利用可能)

第22回三鷹・武蔵野認知症連携を考える会ワーキンググループ会議幹事会

日時：平成25年1月21日（月）19:00～21:00

場所：三鷹市医師会館

1. 6市認知症連携協議会・認知症疾患医療センターの取り組み

神崎医師

三鷹・武蔵野認知症連携をベースとして小金井、調布、狛江、府中も含めた連携協議会を昨年11月5日に実施した。各地区の医師会、行政、包括の方にお集まり頂き、各テーブルにて今後の連携に関して話し合いをして頂いた。現状、課題をディスカッションし、次回会議の日程まで検討した。また、第1回小金井市認知症連携WG会議にオブザーバーとして参加した。

長谷川医師

府中ケアマネの勉強会の講師として参加した。府中市は認知症連携のベースとなる医師とケアマネとの信頼関係構築からはじめる必要を感じた。

2. 武蔵野市医師会アンケート

田原医師

相談医の意思確認とシート利用の現状確認を目的として、アンケートを実施した。全ての医師会員（約170施設）を対象に行った。回収72施設。あらたに10医療機関がもの忘れ相談医としてご協力頂くことになり、以前より増えたことは喜ばしいこと。協力不可の医療機関に精神科標榜の先生が含まれていた。意外な結果であったとともに、認知症の連携において欠かせない先生であるだけに、今後の課題と感じている。

シートの存在を知らない、利用したことがないといった医療機関が約50%であり、まだまだ周知の徹底が必要である。

連携シートの意義は感じて頂けている結果であった。

もの忘れ相談医として積極的にご協力頂いている医療機関ほどシートを利用していないという現状も把握できた。シートが無くてもすでに情報交換ができていたためだと考えられる。本アンケート結果は、武蔵野市医師会HPにて更新を行う予定である。

長谷川医師

⇒連携に協力できない医療機関の理由はなにか？

田原医師

⇒詳細の理由はわからない。一方で協力医療機関が10増えたことが大変喜ばしいことと受け止めている。一般的な内科の医療機関のほとんどが協力的と考えて良いと思う。

服部氏

⇒武蔵野市医師会としても機運を高めていった結果ではないかと思う。具体的には何が寄与したのか？

田原医師

⇒在宅診療の委員会や、武蔵野赤十字病院と神経内科の勉強会を立ち上げてきた。今後も認知症に対する意識を高めてもらうよう取り組む。

本田医師

⇒シート3活用は、診療報酬250点の請求ができる事も重要な情報である。

3. シートの改変に関して

神崎医師

三鷹・武蔵野医師会のHP等でシートの入手が可能となっているが、他エリアでも利用可能なシートとするために、シート上の三鷹・武蔵野市の表記の省略の提案があり、承認された。

シート1症状チェック項目に関して

早期診断のツールとして確立されたものは無いが、群馬大学：山口晴保先生の認知症初期症状13項目質問票 SED13Q を参考に質問項目を変更してみてもどうか。医学的に検証されている質問内容で患者さんをチェックすることは重要と考える。

⇒宇野医師

山口先生の質問票は、軽度認知症を対象としているアンケートであるため、我々の求めることと齟齬があるかもしれない。基本はこれまでの質問項目をベースに、山口先生の質問案を流用してはどうか？

⇒本田医師

山口先生の質問項目は認知症にあまり携わっていない方がチェックするのに少しわかり難いと感じる。

⇒三鷹市吉田氏

これまで2年間運用しているシートのため、少し時間をかけて検討していきたい。現場の使いやすい質問内容にして欲しい。

⇒神崎医師

これまでのシート1の質問項目が、認知症の診断に寄与しているか医学的に検証する必要がある。質問項目は、現行もしくは、一部項目を代えるなど変更する事となった。

武蔵野市

シート1は特に混乱されている家族が来られた際、一緒に書くことで家族も落ち着くことがあり、有効なツールと考えている。

三鷹市佐久間氏

シート1をご家族に記入して頂くことはあまりなく、聞き取りをして記載することがほとんどである。

服部氏

シート2 項目5 「介護保険の主治医の意見書に反映する」というチェックボックスを加える提案を受け、承認された。

武蔵野市毛利氏

前回から行われているシート3の変更に関して、相談機関から医療機関へのフィードバックをどのようにシートに組み込むかが課題である。

⇒神崎医師

直接神崎医師と相談した後に、メンバーに報告する事となった。

4. シートの運用状況

武蔵野市

2012年5月から12月までの13件の運用状況について報告がされた。

配布資料参照

毎月認知症コーディネーター会議にて検討している。

三鷹市桑田氏

シート運用状況について報告された。トータル68件。配布資料参照

シート3を使ってカンファレンスを行うなど有効活用された事例も出てきた。今後の運用を積極的に働きかけて広げていきたい。

5. 最近の対応困難事例の状況について

武蔵野市

相談窓口が明確になっているので、以前に比べ家族にとってわかりやすくは

なっていると思う。しかし、必ずしも医療機関に結びついているかには疑問も残る。シートの運用だけでは難しい問題がある。

三鷹市佐久間氏

対応困難例事例の紹介（シート利用事例）。長谷川病院に上手くご対応頂いたケースが報告された。これまでの連携会議で関係が繋がっていたことが成果となったケース。

武蔵野赤十字 鎌田医師

BPSD で対応困難になる前段階に察知して上手く介入していきたい。患者さんの経過を追って、変化がある度に連携を取る事が重要である。認知症は進行疾患である事を忘れることなく、その都度意識した対応が必要である。

6. その他

本田医師

三鷹市の高齢者人口、認定率、認知症高齢者自立度等について報告がされた。
配布資料参照

次回 WG

日 時：4月22日（月）19時～

場 所：未定（三鷹市行政担当）

以上

(ご家族記入)

記入年月日

年 月 日

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

(ご家族または、相談機関が記入してください。)

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞いたり話したりする | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ |
| <input type="checkbox"/> 約束を忘れる、間違える | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった | <input type="checkbox"/> 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった |
| <input type="checkbox"/> 料理、買物など家事をしなくなった | <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い | <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしていない |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった |
| <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると訴える | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

その他 具体的な内容をお書きください

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

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って _____ へご相談ください。

三鷹武蔵野もの忘れ相談シート
『相談機関 → 医療機関』連絡シート

【シート2】

紹介医療機関名 主治医 様

(相談機関による記入) 記入年月日 年 月 日

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

1. 介護保険サービスの利用について

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

(2) 担当居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー
 連絡先

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

2. 主治医について

(1) 主治医の有無 無・有 医療機関名 主治医名

(2) 現在治療中および過去に罹患の疾病

診断名	いつから	治療状況	医療機関名
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	
		内服・経過観察・外科手術	

(3) 認知症について過去の受診歴 無・有 医療機関名 担当医名

3. 介護状況

家族構成(関係図) 同居者を○で囲む 	主たる介護者(関係など)
----------------------------	----------------------

4. 接し方について困っていること(ケアの仕方について困っていること)

項目について にチェックを入れた後、詳細に記載

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

具体的内容

5. 特記すべき事項(相談機関から医療機関へ依頼したいこと、など)

専門医療機関との連携を希望する
 専門的な検査を希望する
 今回の相談内容ならびに診断結果を介護保険の主治医の意見書に反映させることを希望する

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

平成 年 月 日 本人又は家族の署名

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

『医療機関 → 相談機関』連絡シート

医療機関 → 在宅. 相談機関(紹介機関からの診察結果) 相談機関名 宛て

(医療機関記入) 記入年月日 年 月 日

本人氏名		受 診 機 関	医療機関名	
生年月日	明・大・昭 年 月			
本人電話番号				
本人住所			主治医	連絡窓口

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

<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 指導 【今後の認知症のフォロー】 <input type="checkbox"/> 自院でのフォロー <input type="checkbox"/> 他院でのフォロー (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 専門医療機関への紹介 (医療機関名:)	【処方内容】 【診断名、治療内容、意見等】
---	------------------------------

3. ご本人、ご家族への説明・指導内容

【説明を受けた人】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー	【内容】
---	------

4. サービス導入等検討事項

<input type="checkbox"/> 在宅生活 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 【意見等】	<input type="checkbox"/> デイサービスの利用 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパーの利用 <input type="checkbox"/> ショートステイの利用 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用 <input type="checkbox"/> 趣味の活動を見つける <input type="checkbox"/> その他()
--	---

5. 医療機関から相談機関への伝達事項

【相談機関からの問い合わせ方法】 <input type="checkbox"/> 電話(都合のいい時間帯:) <input type="checkbox"/> FAX(番号:) <input type="checkbox"/> メール(アドレス:)
--

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

この書類は、ご本人またはご家族の了解を得て相談機関に情報提供するものです。

『医療機関 → 相談機関』連絡シート

医療機関 → 在宅. 相談機関(紹介機関からの診察結果) 相談機関名 宛て

(医療機関記入) 記入年月日 年 月 日

本人氏名		受診機関	医療機関名	
生年月日	明・大・昭 年 月			
本人電話番号				
本人住所			主治医	連絡窓口

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

<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 指導 【今後の認知症のフォロー】 <input type="checkbox"/> 自院でのフォロー <input type="checkbox"/> 他院でのフォロー (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 専門医療機関への紹介 (医療機関名:)	【診断名、治療内容、意見等】	【処方内容】
---	----------------	--------

3. ご本人、ご家族への説明・指導内容

【説明を受けた人】	【内容】
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー	

4. サービス導入等検討事項

<input type="checkbox"/> 在宅生活 <input type="checkbox"/> デイサービスの利用 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパーの利用 <input type="checkbox"/> ショートステイの利用 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業(金銭管理サービスなど)の利用 <input type="checkbox"/> 趣味の活動を見つける <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他(科)
【意見等】

5. 医療機関から相談機関への伝達事項

【相談機関からの問い合わせ方法】 <input type="checkbox"/> 電話(都合のいい時間帯:) <input type="checkbox"/> FAX(番号:) <input type="checkbox"/> メール(アドレス:)
--

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

この書類は、ご本人またはご家族の了解を得て相談機関に情報提供するものです。

紹 介 状

記入年月日 年 月 日

医療機関名 御机下

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

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

治療中の疾患

なし

あり → 以下のとおり

投薬内容(お薬手帳のコピーでも可)

【添付資料】

シート1

シート2

お薬手帳

【病院又は診療所の名称】

所在地

電話番号

医師氏名

印

受診結果報告書
(専門医療機関→医療機関)

記入年月日 年 月 日

医療機関名

主治医

御机下

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

基本的ADL /100、手段的ADL /5 (男性)、 /8 (女性)
 神経・心理検査 MMSE (/30)、 GDS; うつ (/15)、 意欲 (/10)
 寝たきり度: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 認知症高齢者の日常生活自立度: I IIa IIb IIIa IIIb IV M
 周辺症状: なし あり ()

臨床病期 (FAST) アルツハイマー型認知症の場合

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

MRI (CT) 大脳の中重度以上の萎縮

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

SPECT

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

治療方針

薬物療法: 認知症治療薬(アリセプトD錠 5mg・10mg) 脳循環改善薬 漢方薬 抗うつ薬 抗精神病薬 抗血小板薬 その他()
 非薬物療法: 介護保険申請 習い事・趣味の活動 散歩 介護予防教室 デイサービス・デイケア 訪問看護 訪問介護 その他()
 診断の告知: 本人 家族 その他()

次の来院: 3ヶ月後 6ヶ月後 1年後 大きな変化が見られたとき その他

病院又は診療所の名称
所在地
電話番号
医師氏名
印

経過報告書
(医療機関→専門医療機関)

記入年月日

年 月 日

医療機関名

御机下

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

今回受診の目的

大きな変化が生じた ()

定期フォロー ()ヶ月後

気づいた変化があれば記入してください。

臨床病期(FAST)アルツハイマー型認知症の場合

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

【寝たきり度】 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

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

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

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

【周辺症状】 なし あり ()

【合併疾患】 なし あり ()

【介護】 介護保険 (要支援 要介護 1 2 3 4 5)

習い事・趣味の活動 散歩 介護予防教室 デイサービス・デイケア

訪問介護 訪問看護 その他 ()

【投薬内容】 お薬手帳の内容をコピーして添えてください。

病院又は診療所の名称
所在地
電話番号
医師氏名
印

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ相談	シート1	シート2	シート3	備考
1	4/21	80歳女性 (認定なし)	桜堤ケアハウス	→	診療所	●	●	●		もの忘れ医を紹介するときに、地図が必要。日赤に繋がったケース。
2	4/14	90歳女性 (認定なし)	吉祥寺本町	→	診療所	×	●	●	●	介護保険申請中。担当者が医療機関へシートの説明を行った。趣旨に賛同、その場でシート3を記入。専門外だが、相談があれば今後も協力する
	←									
3	4/13	87歳女性 (要介護1)	吉祥寺本町	→	診療所	●	●	●		これまで認知症と認めなかったDrが、シート1, 2を見たことことで「認知症」と診断をしたケース。
4	6/3	80歳女性 (要支援2)	地域包括	→	診療所	●	●	●	●	クリニックの事務もシートについて知っており、スムーズな対応。
	6/5									
5	6/15	78歳女性 (要介護2)	武蔵野赤十字	→	診療所	×	●	●		受診時に、依頼文とシート1～3を渡す。
6	5/24	89歳女性 (認定なし)	武蔵野赤十字	→	診療所	●	●	●	●	3月の医師会説明会に参加していたので話しはスムーズに進んだ。連携後の経過をDrに伝える「モニタリング経過」を伝える相互やり取りが必要ではないか？
	5/25			←						
7	6/8	87歳女性 (要介護3)	高齢者総合センター	→	診療所	●	●	●		
8	5/19	80歳女性 (認定なし)	高齢者総合センター	→	診療所	●	●	●	●	
	5/20			←						
9	6/11	86歳女性 (認定なし)	高齢者総合センター	→	診療所	●	●	●	●	介護保険新規申請。
	6/11			←						
10	6/29	88歳女性 (認定なし)	桜堤ケアハウス	→	診療所	●	●	●	●	日赤神経内科に連携したケース。主治医が予約を取ってくれた。
	7/5			←						
11	6/28	78歳女性 (認定なし)	吉祥寺本町	→	診療所	●	●	●	●	Drからシートの使い方について質問有り。包括・金子さんがシート4について説明。介護保険申請、暫定サービス調整。
	6/30			←						
12	7/20	86歳女性 (要介護3)	ナーシングホーム	→	診療所	●	●	●	●	受診時に本人の状態説明をするのが難しいので利用したいとの家族の意向により活用。 別ルートで日赤の診療内科受診予定。本人の状態把握のツールとして活用。
				←						
13	7/24	82歳女性 (要介護2)	ナーシングホーム	→	病院	×	●	●		松井外科病院・・・シートに協力的 シート3の返却なし
14	8/4	87歳女性 (要支援1)	ナーシングホーム	→	診療所	●	●	●		主治医へ本人の症状を説明するためにシートを活用したケース。
15	8/20	86歳女性 (認定なし)	吉祥寺本町	→	診療所	●	●	●	●	吉祥寺のみずほ銀行より入電。主治医と現状・課題の共有ができた。介護申請・サービスの暫定利用開始。
	8/24			←						
16	8/4	75歳男性 (認定なし)	桜堤ケアハウス	→	病院	×	●	●	●	シートについて、MSWに事前に説明するも、後日Drから包括に記入方法につき問合せが入った。
	8/16			←						
17	8/6	85歳女性 (要支援1)	ゆとりえ	→	診療所	×	●	●	●	かんの内科からの紹介状により、日赤神経内科に受診(藤ヶ崎Dr) →認知症でないとの診断。
	8/14			←						
18	9/15	86歳女性 (要支援)	ゆとりえ	→	診療所	●	●	●		主治医から紹介状で、田中脳神経外科につなぐ。

平成22～24年度年度 認知症連携シート運用実績簿 2月15日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ相談	シート1	シート2	シート3	備考
		(要支援2)		←						
19	11/18	79歳女性 (要介護1)	桜堤ケアハウス	←	病院	★			●	専門医療機関からのシートによる情報提供の初めてのケース。シート3を受けて、相談機関として本人へのサービス導入に繋げた。日赤へのシート2によるフィードバックが必要では？
20	9/3	90歳女性 (要介護2)	ナーシングホーム	→	診療所	●	●	●		シート3は戻らず。診察に同席し、その場でDrから支持があったため、シート3はなし。
21	9/18 10/30	81歳女性 (認定なし)	ナーシングホーム	→ ←	診療所	●	●	●		
22	1/19	84歳女性 (要支援1)	桜堤ケアハウス	→	診療所	●	●	●		認知症相談から利用に至る。担当エリア外の相談であるが、シート3の返送はケアハウスに依頼中。担当在支へシートを送付したほうがいいのか？
23	12/20 12/23	74歳女性 (申請中)	ゆとりえ	→ ←	診療所	●	●	●		
24	1/19 1/27	82歳男性 (要介護2)	桜堤ケアハウス	← →	病院	★		●		専門医療機関から情報発信。相談機関での対応をシート2でフィードバック。
25	10/18 10/20	80歳男性 (認定なし)	吉祥寺本町	→ ←	診療所	×	●	●		
26	11月 12/1	87歳女性 (要介護1)	吉祥寺本町	→ ←	診療所	×	●	●		三鷹市認知症専門医療機関。4/13付で北町診療所にシート1、2を送付したケース。同じシート1、2を使用し、専門機関である同クリニックの宇野先生につないだケース。
27	10/26 10/26	71歳女性 (認定なし)	吉祥寺本町	→ ←	診療所	●	●	●		
28	2/4	82歳女性 (認定なし)	地域包括	←	病院	★			●	
29	2/23	77歳女性	地域包括	←	杏林大学病院	★			●	杏林大学病院で受診し、シート3を相談機関へ持って行く言われ来庁。包括が対応。ケアハウスへ情報提供。
30	3/1	92歳女性 (要介護1)	地域包括	→	杏林大学病院	★	●	●	未	「認知症の専門的診断を受けたい」と市役所に来庁。シート1、2作成。包括枠利用。
31	3/3 3/5	85歳女性 (認定なし)	ゆとりえ	→ ←	診療所	●	●	●		書式が決定すれば、複写式申請書を検討してみてもどうか。 本人同意欄の代筆について →家族代筆OK。家族いない場合、支援者による代筆OK。
32	3/11 3/16	73歳女性 (要支援2)	高齢者総合センター	→ ←	診療所	●	●	●		
33	3/18 3/28	86歳男性 (要介護1)	高齢者総合センター	→ ←	診療所	● ★	○	○	●	鎌田医院＝三鷹もの忘れ医 訪問先でシート1・2を記載し、利用者に交付したため、写しなし。
34	3/22	79歳女性 (認定なし)	武蔵野赤十字	→	杏林大学病院	★	●	●		
35	4/4 4/20	73歳女性 (認定なし)	ゆとりえ	→ ←	診療所	●	●	●		
36		73歳男性	ゆとりえ		病院	★				

平成22～24年度年度 認知症連携シート運用実績簿 2月15日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ相談	シート1	シート2	シート3	備考
35	4/6	(要介護1)	伊吹ヶ丘	←	病院	★			●	
37	6/1	77歳女性 (認定なし)	地域包括	→	診療所	●	●	●		本人住所は吉祥寺本町。相談記録票で在支に情報提供済み。
38	4/13 4/13	89歳女性 (要介護1)	吉祥寺本町	→ ←	診療所	★	●	●	●	シート1, 2なし。3のみ報告。
39	4/19 4/20	86歳女性 (要介護1)	吉祥寺本町	→ ←	診療所	★	●	●	●	
40	4/4 4/8	88歳女性 (要支援2)	吉祥寺本町	→ ←	診療所	●	●	●	●	渡辺医院からシート4で杏林大学病院へ。4/26神崎Drからシート3の返信あり。
41	4/22 4/23	89歳男性 (申請中)	吉祥寺本町	→ ←	診療所	●	●	●	●	
42	3/3 3/4	86歳男性 (要介護2)	吉祥寺本町	→ ←	杏林大学病院	★	●	●	●	『包括枠』利用ケース。初回はスムーズに予約受診ができたが、2回目の受診には3ヶ月かかった。2回目の受診結果もシート3が届く。またシート5でかかりつけ医へ情報提供有。
43	7/5 7/29	97歳男性 (申請中)	ナーシングホーム	→ ←	病院	×	●	●	●	
44	5/1 8/7	86歳女性 (要介護1)	ナーシングホーム	→ ←	診療所	●	●	●	●	
45	7/21 7/29	91歳男性 (申請中)	ナーシングホーム	→ ←	病院	×	●	●	●	
46	7/28 8/11	88歳女性 (要介護2)	地域包括	→ ←	杏林大学病院	★	●	●	●	
47	7/6 8/10	59歳女性 (申請未)	地域包括	→ ←	杏林大学病院	★	●	●	●	徘徊ひどく、長女が市に相談。認知症相談後に専門医療機関にて精査希望。シート1・2を長女に渡し、包括枠にて受診。
48	6/21 7/15	69歳男性	武蔵野赤十字	← →	病院	★	●	●	●	かかりつけ医なし。日赤受診し、今後近医にてフォロー。シート3が在支に届く。近医(相談医)にてフォローとなり、受診先へシート1・2を渡す。
49	8/30 9/7	81歳女性	武蔵野赤十字	→ ←	診療所	●	●	●	●	
50	10/20	85歳女性	武蔵野赤十字	←	病院	★			●	
51	10/2 10/19	91歳女性	吉祥寺本町	→ ←	診療所	●	●	●	●	専門医受診は検討中。
52	11/4 11/7	80歳男性	吉祥寺本町	→ ←	杏林大学病院	★	●	●	●	担当医より、シート3～5、CT画像コピーが届く。
53	11/2	77歳女性	ゆとり	→	診療所	●	●	●		検査・投薬を希望。HDS16点、海馬・前頭葉萎縮。うつへのアプローチ要。認知症＋老年期妄想

平成22～24年度年度 認知症連携シート運用実績簿 2月15日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ相談	シート1	シート2	シート3	備考
53	11/15	(申請未)		←		●			●	症と診断され、メンタルクリニックに通院加療。主治医には、高血圧及び肝機能障害のフォローを依頼。
54	12/9	82歳男性	ゆとりえ	→	診療所	●	●	●		専門的検査を希望。HDS22点。超短期記憶障害、CT上側頭下角拡大、海馬萎縮。アルツハイマー型認知症と診断され、アリセプト増量。通所サービス利用勧められる。
	12/19	(申請未)		←						
55	12/19	80歳女性 (要介護1)	ゆとりえ	→	診療所	●	●	●		No.56の妻。夫への対応をみて、検査を希望。目視レベルで萎縮認めず。パニック障害やうつ病あり、集中力が欠如して物忘れに関与も。かかりつけ医(心療内科)へ情報提供。
	12/19			←						
56	12/22	87歳男性 (要介護1)	ゆとりえ	→	診療所	●	●	●		H23秋からCM担当。転倒、易怒性、幻視や失行がみられ、検査希望。レビー小体型及び前頭側頭型認知症と診断。アリセプトと抗パーキンソン薬内服にて症状軽減。
	12/28			←						
57	12/16	75歳男性 (要介護4)	高齢者総合センター	→	杏林大学病院	★	●	●		
	12/19			←						
58	1/19	80歳女性 (要介護3)	高齢者総合センター	→	診療所	×	●	●		認知症状が目立つようになり、かかりつけ医(西東京市)と情報共有するため、シートについて電話にて説明。シート1から3を送付し、速やかにシート3が戻る。
	1/21			←						
59	2/1	86歳女性 (要介護1)	ゆとりえ	→	診療所	●	●	●		H23.8月通帳を何度もなくし、家族にシート説明。H24年暴力を振るい、シート持参し受診。CT上海馬及び前頭葉萎縮あり、アルツハイマー型又は前頭側頭型認知症と診断。レミニール増量。
	2/7			←						
60	2/28	80歳女性 (申請未)	桜堤ケアハウス	→	診療所	●	●	●		感情が不安定となり、本で読んだ抑肝散の処方家族が希望。H23年MCIと診断し、すでにアリセプト開始。開始後は興奮する場合もある事を家族に説明の上、抑肝散の処方開始。
	3/5			←						
61	1/20	67歳男性 (要介護3)	ナーシングホーム	→	杏林大学病院	★	●	●		パーキンソン病治療中。
				←						
62	1/20	89歳女性 (認定なし) H19要支援2認定切	武蔵野赤十字	→	診療所	●	●	●		循環器科Drへ、家族が受診時にシートを持参したが、翌日永眠。
				←						
63	2/29	86歳男性 (申請未)	武蔵野赤十字	→	病院	★			●	後藤胃腸科より紹介され、日赤受診。MSWよりシート届く。
				←						
64	3/14	87歳女性 (要介護4)	ナーシングホーム	→	病院	×	●	●		病院事務担当者より、シートに関する問い合わせあり。
				←						
65	3/30	84歳女性 (要介護2)	高齢者総合センター	→	診療所	×	●	●		日赤大川MSWより相談。かかりつけ医へ情報提供。
	4/12			←						
66	3/21		ナーシングホーム	→	病院	×	●	●		かかりつけが武蔵野陽和会病院で、主治医から同病院神経内科を紹介し、受診につながる。
	3/21			←						
67	5/16	83歳女性 (要介護3)	はじめケアセンター	→	杏林大学病院	★	●	●		骨折リハ後。半年前アリセプト処方されてから、他のデイ利用者を蹴ったり、スキンシップを求めたりし対応困難。包括枠で2週間後に受診。抑肝散に変更し様子みる。
	6/6			←						
68	4/18	85歳女性 (要介護1)	高齢者総合センター	→	診療所	×	●	●		臼田Drより東京医大を紹介。保健センターでCT済(4/27長女からの情報)。
				←						

平成22～24年度年度 認知症連携シート運用実績簿 2月15日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ相談	シート1	シート2	シート3	備考
69	4/11	76歳女性 (要介護3)	高齢者総合センター	⇄	杏林大学病院	★			●	杏林大学病院長谷川Drよりシート3が届く。再診5/21予定。
	←									
70	4/26	78歳女性 (要介護2)	東電さわやか	→	診療所	●	●	●		ケアマネが受診同行し、北町診療所Drへシート渡す。北町診療所から杏林大学病院紹介。受診予定。
	5/14			←						
71	5/15	82歳女性 (要介護1)	日介センター	→	診療所	●	●	●		受診後まもなくシート3と検査結果が届く。医療用語ばかりでわかりにくい、情報をもらえてありがたかった。この受診をきっかけに、定期通院予定。CTにて脳腫瘍を発見。
	5/28			←					●	
72	5/7	74歳女性 (要支援1)	ゆとりえ	←	病院	★			●	日赤病院からシート3が送られる。在支でシート1、2を送り、日赤から再度シート3が送られた。現在、ゆとりえデイの空きを待っている。6月8日入力
	5/9			→			●			
	5/14			←				●		
73	6/5	87歳男性 (要介護3)	稲垣薬局薬局介護サービス	→	病院	●	●	●		軽費老人ホーム入所中、便失禁や他利用者への迷惑行為など認知症状が急激に進行。シートを利用することで主治医と話ができて、変更申請により要介護4となった。
74	7/26	78歳男性 (要支援2)	桜堤ケアハウス	→	杏林大学病院	★	●	●		もの忘れがひどくなり、家族が心配し精査を希望。包括枠使用して受診。本人が近医への通院を希望し、かかりつけ医にてフォローすることとなった。
	8/2			←				●		
75	9/7	80歳女性 (未申請)	包括	→	診療所	●	●	●		H23年5月夫死去後独居となってから、もの忘れが目立ち、知人から約束を忘れると指摘されるようになった。不安になり、自ら専門医療機関に連絡したが、2ヶ月待ちと言われた。受診先を紹介してほしいと本人が市役所来庁。相談医紹介。→
	9/18			→			杏林大学病院	★	●	
76	9/19	91歳女性 (未申請)	ゆとりえ	→	診療所	●	●	●		独居。H19年よりもの忘れ出現。長男次男で曜日を決め訪問。本人は全く病識なく、要介護認定申請を家族が希望し、診断と主治医意見書作成目的のため、受診。
	10/28			←					●	
77	10/17	78歳女性 (要介護1)	稲垣薬局薬局介護サービス	→	杏林大学病院	★	●	●		2年前から、火の不始末や訪問販売で不要な物を買う、常に探し物をするようになる。家族が心配し、包括枠利用してもの忘れ外来受診。
78	12/10	72歳男性 (申請中)	武蔵野赤十字	→	診療所	●	●	●		独居。急激な認知症状あり。情報提供、検査依頼のため利用。徘徊で警察保護が重なり、精神科入院。シート3はないが、口頭でMRI結果を確認。独居で自身からの発信が困難だったため、代弁機能として有効だったのではない。
79	12/10	78歳女性 (要介護2)	桜堤ケアハウス	→	診療所	●	●	●		独居。筋力低下や認知症状により他市のかかりつけ医まで行けなくなる。長男が認知症の精査と今後の受診先を見つめたいと希望。相談医を紹介。サービス(デイ、訪問介護、福祉用具貸与)利用にて生活リズムが改善傾向。
	12/13			←					●	
80		81歳女性 (認定なし)	包括	→	診療所	●	●	●		もの忘れがひどくなったことを家族が心配して包括に相談。かかりつけ医がおらず、今後継続して相談できる医療機関としてのもの忘れ相談医を紹介受診。受診に拒否的なため、タイミングをみて専門医療機関にて精査予定。
	2/4			←					●	

試行期間(平成22年度～) 認知症連携シート運用実績簿 1月12日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ	シート1	シート2	シート3	備考
1	6/25	77歳男性 要介護2	けやき苑地域 包括支援センター	→	杏林大学病院	専門 病院	○	○		BPSPDが進行したことを、シートで報告。介護保険の区分変更申請をして、意見書に情報反映できた。現在入院中
2	6/25 10/23	80歳女性 要支援1	けやき苑地域 包括支援センター	→ ←	杏林大学病院	専門 病院	○		○	上記の夫の妻、関係者から物忘れの疑いがあり、夫の専門医受診に付き添った時に、その場で本人も受診できた。物忘れ症状の原因に関して、専門医の判断を仰ぐことが出来た。
3	8/12 8/30	91歳女性 (認定なし)	地域包括太郎	→ ←	診療所	—	○	○		同法人内試行的に活用。
4	11/10	84歳女性 要介護1	けやき苑地域 包括支援センター	→	診療所	○	○	○		第一クリニックに受診前(10/9)に、元々の主治医であった、後藤胃腸科クリニック(武蔵野市のものわすれ相談医)へもシートを持参し、状況説明を行った。
5	11/10	82歳男性 要支援1	けやき苑地域 包括支援センター	→	診療所	○	○	○		同上
6	12/2	78歳女性 (認定なし)	弘済園地域包 括	→	診療所	○	×	×		地域包括からの紹介である事を、家族より担当医へ口頭にて伝えてもらう。
	←							○		
	12/20			→	杏林大学病院	専門 病院	○	○		既に「シート3」の返送あり、その旨伝え返送なしとする。
	3/22			←					○	
7	22.12.10	92歳男性	どんぐり山	→	診療所	×	○	○		混んでいる時間帯のため、時間はゆっくりとはとってもらえず。但し、シート1.2を元に意見書作成、成年後見申立て用の診断書作成をしていただき、効果は大きかった。
8	12/17	77歳女性 要支援1	野村包括	→ ←	診療所	○	○		○	幻視の訴えに親族が対応に困惑し包括へ相談あり。本人と親族と包括でかかりつけ医へ受診同行し医師からの丁寧な説明で親族も安心、リスペダール処方、症状おちつく。
9			どんぐり山	→ ←	杏林大学病院	○	○	○		地域連携の枠で予約。検査と受診が非常に迅速に行うことができた。
10	2/22	97歳女性 (介護1)	はなかいどう 地域包括	→ ←	診療所	○	○		○	医師会で説明会をした後だったので、すぐシート3を返送してくれた。当日、お礼と今後の協力をお願いするために訪問した。
11	2/26	87歳男性 (認定なし)	弘済園地域包 括	→	診療所	○	○	○		地域包括からの紹介である事を、家族より担当医へ口頭にて伝えてもらう(担当医休みで他医師担当)。その後、担当医に変更。
12	2/28	84歳女性 要介護2	けやき苑地域 包括	→	杏林大学病院	専門 病院	○	○		要介護4の夫を介護している妻に、物忘れ症状があり、サービス提供において滞りが生じているケース。主治医に症状を伝える為に活用。

試行期間(平成22年度～) 認知症連携シート運用実績簿 1月12日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ	シート1	シート2	シート3	備考
										→結局、主治医を往診医へ変更。
13	2/28	91歳女性 (新規申請中)	地域包括太郎	→	診療所	○	○	○		金銭管理や日常生活上の問題が生じているが受診には応じない。事前に状況を報告し往診により対応頂く⇒介護申請及び後見申立を実行、現在具体的な援助を検討中。
	3/5			←					○	
14	3/1	94歳女性 (認定なし)	地域包括太郎	→	病院	—	○	○		
	3/1			←					○	
15	3/2	83歳 (介護2)	はなかいどう 地域包括	→	診療所	○	○	○		介護をしている娘とCMから連携シートを利用してみたいと相談があり利用する。杏林大学病院のものわずれ外来受診するが精査は6月の予定。診断結果が出ているので包括職員が同行して受診。その場でシート3を記入して包括職員に返してくれた。約1ヶ月後検査結果が記載されたシート5も包括に送られてきた。
				←						
16	3/7	79歳男性 (介護1)	新川中原地域 包括	→	杏林大学病院	専門 病院	○	○		本人・家族・担当と同行受診し、担当医に説明。
				←					○	
17	3/10	81歳女性 (認定なし)	弘済園地域包 括	→	診療所	○	○	○		本人・家族・担当と同行受診し、担当医に説明。
				←						
18	3/14	81歳女性 要支援1 (区変中)	けやき苑地域 包括	→	診療所	×	○	○		物忘れがある独居高齢者。生活全般に、自立されていたので予防給付になってしまったが、症状が進行し区分変更申請に至る。主治医に物忘れ症状を伝える為に活用。
				←						
19	3/18	94歳女性 要支援2	野村病院地域 包括	→	杏林大学病院	○	○	○		息子と二人暮らし。居宅ケアマネに予防プラン委託してデイサービス開始したが本人行きたがらず休止。かかりつけ医は整形のみで息子が杏林大学病院を予約、包括枠で受診を早めたケース。
				←						
20	3/22	79歳女性 未申請	野村病院地域 包括	→	杏林大学病院	○	○	○		米国在住の娘が一時帰国して一人暮らしの母親の攻撃的な認知症状に困惑し警察に通報した翌日に新規相談あり。かかりつけ医なし、本人・家族が杏林大学病院受診を希望。
				←					○	
21	4/1	85歳女性 (介護4)	三鷹市井の頭 地域包括支援 センター	→	診療所	○	○	○		1月31日杏林物忘れ外来初回受診。MSWIにもシート利用理由等情報提供。岡庭先生には2月9日にシート利用の依頼をしていた。
				←					○	
22	4/8	93歳女性 未認定	三鷹市西部地 域包括支援セ ンター	→	診療所	○	○	○	○	物忘れ症状のある老夫婦世帯。ご本人は、以前専門医療機関へ受診したが、年相応との診断だった。その後物忘れ症状が進行して今回、再度物忘れの相談に至る。介護保険の認定申請。意見書への情報反映が目的。
				←					○	
23	4/8	97歳男性 未認定	三鷹市西部地 域包括支援セ ンター	→	診療所	○	○	○	○	物忘れ症状のある老夫婦世帯。ご夫婦共に物忘れの症状があるので、生活管理が充分に出来ていない。今回、介護保険サービスを活用しようという目的で認定申請。意見書への情報反映が目的。
				←					○	

試行期間(平成22年度～) 認知症連携シート運用実績簿 1月12日現在

NO	日時	対象者	相談機関	⇄	医療機関	もの忘れ	シート1	シート2	シート3	備考
24	4/13	81歳男性 (要支援1)	三鷹駅周辺	→	診療所	○	○	○		同居の長女より、もの忘れ外来を受診させたいとの相談あり。
	←							○		
25	4/18	84歳女性 (認定なし)	弘済園地域包括	→	診療所	○	○	○		介護保険の申請につながった。
	←							○		
26	4/22	87歳女性 要支援1	三鷹市西部地域包括支援センター	→	診療所	○	○	○		数年前から物忘れ症状が出現し始めたが、専門医の受診はなく、主治医へも物忘れ症状ははっきり伝達していなかった。今回の運用をきっかけに介護認定申請を行いたい。
	←							○		
27	4/27	75歳女性 未申請	連雀包括	→	杏林大学病院		○	○		シルバーピアワーマンからの相談。主治医内科医と本人の関係性が良くなかったため紹介状なしで杏林受診。
	←							○		
28	5/30	83歳女性 要介護2	三鷹市西部地域包括支援センター→やさしい手三鷹	→	診療所	○	○	○		認知症独居。夫が他界した後、独居になるが、プライド高い。専門医に受診しているが、単独でバスに乗って受診できているので、専門医が課題点を把握できていないと思われるケース。
	←							○		
29	6/1	87歳女性 要支援1	連雀包括	→	診療所	○	○	○		通帳をなくした、と頻繁に娘宅へ電話してくるようになった一人暮らしの母親を心配した娘からの相談。かかりつけ医から杏林を紹介された。
	←							○		
30	23.6/7	81歳男性 (新規申請中)	東部地域包括支援センター	→	診療所	○	○	○		主治医より、専門病院にかかった方が良いとのことで連絡をいただき、シートを活用した。
	←							○		
	6/17	77歳男性 要介護1	三鷹市西部地域包括支援センター	→	診療所	○				連携シートの運用をきっかけに、開業医から包括へ相談があった。認知症と思われる本人が、服薬の管理が出来ていないように思われる。当包括で関わって欲しいとの相談。本人へも了解して当方へ連絡が入った。
	←									
31	23.6.22	78歳男性 要介護1	大沢地域包括	→	診療所	府中市の相談医	○	○		本人と受診同行し経緯を説明。シート3についてはこれから返信される予定。
	←									
32	6/28	82歳女性 申請中	連雀包括	→	杏林大学病院		○	○		同居の娘さんからの相談。娘を姉と思い込む母親の対応に「私が気がおかしくなる」。かかりつけ医からの紹介状で杏林へ。かかりつけ医受診時には連携シートまにあわず。
	←									
33	7/5	82歳女性 (要介護2)	三鷹駅周辺(太郎)	→	杏林大学病院	-	○	○		別居親族によって物忘れ外来予約。かかりつけ医経由せず。初回のみ受診し、その後は受診拒否により、家族と当センターのみで受診中。診断は未。
	←									
34	7/14	77歳女性 未申請	新川中原地域包括支援センター	→	杏林大学病院	守屋長谷川	○	○		包括へは「紹介患者初回報告書・報告書(最終)」が届く。
	←							原本が返却されてきた		