

係	係長	補佐	課長

平成25年度 第2回調布認知症連携会議 報告書

日	平成25年7月19日(金) 午後7時30分～午後9時00分	報告日	平成25年7月23日
場所	たづくり会館601会議室		
出席	調布市	出席者	
	吉田育子参事 関口高齢者支援室長 内藤高齢者支援室主幹 支援センター係 川手係長, 小林	杏林大学病院： 長谷川医師, 名古屋相談員 調布市医師会： 佐藤医師, 西田医師, 青木医師, 小川医師 地域包括支援センター職員 ・はなみずき(赤羽) ・調布八雲苑(高久) ・せいじゅ(山口) ・ちょうふ花園(佐藤)	
	その他		
	欠席： 調布市医師会(小川医師), 地域包括支援センターちょうふ花園(佐藤)		
要旨又は内容	<p>1 議事</p> <p>(1) 認知症疾患医療センターに望む事(別紙資料2)</p> <p>1 地域住民に対する啓もう・啓発について：さまざまな方が認知症疾患センターに受診しようとしていると受診を待つ期間が長くなる事がある。本当に必要な人が必要な時期に受診できるように等。</p> <p>→将来像：住民向けの講演会などができないか？</p> <p>2 医師会への働きかけについて：調布市内は専門医や物忘れ相談医が少ない→将来像：医師会向けの勉強会など実施していく</p> <p>西田医師：アウトリーチについての考えはいかがか</p> <p>長谷川医師：杏林大学から訪問はできないため、画像検査をまず他病院でできると診断まで早い。また相談に来た家族は困っている。どこの開業医の方でも困っている事があれば相談に乗る。</p> <p>西田医師：認知症コーディネーターはどうするのか</p> <p>長谷川医師：今後の方向性や市のこれらの会議で練っていかなければいけない。介護職員の勉強会等から始めて市民への周知へ。認識を統一していくことが大事。困った時にどこに行くかを知っている事が大事。認知への気づきと包括に相談に行く事が確立する必要がある。その後になってアウトリーチの方向性も考えて行けるのではないか？</p> <p>青木医師：準備会で話し合ったが、かかりつけ医がチェックシートをする事などが大事だと思う。認知症の半分がアルツハイマーなので、アルツハイマー以外を見つける事も大事。また悪化の原因でケアの不足もある事がある。</p> <p>長谷川医師：チェックリストはみんなが同じ土俵で対応する事が大事。医師会にも話し合いで症例を出して考える事もできるし症例の際にアドバイスもできる。</p> <p>名古屋相談員：みんなの理解が揃って基盤ができる。アウトリーチチームは平成25年度26年度のモデル事業は決定しているのでそれを見てからの検討で良いのではないか。</p> <p>長谷川医師：第4回はおのおの困りごとを持ってきて話ある事をしてみたらどうか。各部署が随して行く事を試行してみる。</p>		

	<p>3 入院できる体制の整備とコーディネート</p> <p>名古屋相談員：情報だけで判断していくのは危険だと思う。概要やどの病院の空き具合などはお話できるが入院をさせられるとは違う。認知症疾患センターは紹介の難しさから調整をできるとは言えないし、責任を持って、とは言えない。</p> <p>長谷川医師：即時入院対応は7件程度だった。全て暴力ケース。しかしケアの不足の有無については確認が必要。BPSDで症状が悪化しているのかもしれないがケアがダメだからBPSDも相まって悪化してしまうのかは違う。また家族の都合にも関係する。認知症と考えて即時入院の振り返りをするなどが大事。</p> <p>西田医師：医師会の中でも認知症とは何か？を周知を図りたい。</p> <p>長谷川医師：認知症疾患センターでもBPSDに強いセンターと弱いセンターがあるので、認知症疾患センターが集まり話し合いをしていく事にした。そして連携など探っていく。</p> <p>4 確定診断について：現在ツールも存在するので、特に問題は無いように思う。</p> <p>その他： 西田医師：次回の連携会議に浴風会病院の永田氏が傍聴に来たいと話している。→問題ないため了解。</p>
次回	<p>平成25年9月5日（木）</p> <p>時間：午後7時半から午後9時。</p> <p>会場：たづくり6階601会議室</p>

係	係長	補佐	課長

平成25年度 第3回調布認知症連携会議 報告書

日	時	平成25年9月5日(金) 午後7時30分～午後9時00分	報告日	平成25年10月15日
場	所	たづくり会館601会議室		
出	席	調布市	出席者	
		吉田育子参事 関口高齢者支援室長 内藤高齢者支援室主幹 支援センター係 川手係長, 小林	杏林大学病院： 長谷川医師, 名古屋相談員 調布市医師会： 佐藤医師, 西田医師, 青木医師, 小川医師 地域包括支援センター職員 ・はなみずき(赤羽) ・調布八雲苑(高久) ・せいじゅ(山口) ・ちょうふ花園(佐藤)	
		その他		
		三鷹医師会：窪川良廣氏 武蔵野市役所：金子千香子氏, 荻原美代子氏 その他：傍聴者(認知症介護研究センター永田氏他2名)		
要旨又は内容	<p>1 議事</p> <p>(1) 三鷹武蔵野連携もの忘れ相談シートについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・三鷹市医師会理事窪川良廣氏 ・武蔵野市役所高齢者支援課 金子千香子氏, 荻原美代子氏 <p>(2) 調布市での認知症連携パスの活用について</p> <p>(1) シート概要について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・武蔵野市： 平成22年4月～シート活用開始して平成25年度6月までの段階で107件の利用件数。主に活用期間は在宅介護支援センター・包括支援センターが89件。居宅事業所は7件だった。PRは武蔵野市で居宅ケアマネジャーに市全体研修会にて実施した。またランチの6在宅介護支援センターに1名名称だけではあるが、認知症コーディネーター係がいるので2カ月毎に集まり検討(件数集計)している。その他武蔵野医師会にもPRを行っている。 <p>医師へシートを渡す方法はケースに持参させている。シート3は本人を介さず郵送の場合と家族に託す場合がある。</p> <p>シート予算は特段確保していない。</p> <p>このシートを活用して感じる事は介護と医療とが共通言語でやるためには必要だと思う。ケアマネ～は主治医に連携を取り難いと話があり、シート1・2を活用した所、介護認定主治医意見書が変化するなどの良かった事がある。課題としては、在宅生活の限界点を上げるためにはこのシート活用は良い流れと思うが、まだ循環しておらず、一方通行である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・三鷹市： 包括支援センター・在宅介護支援センターからのシートを活用した情報が来たら、主治医は専門医に繋げる事が大事。三鷹市のもの忘れ相談は42件あり、認知症専門医ではなくてもかかりつけ医が相談受け専門医に繋げる。 			

もの忘れ相談医の選定が今後もっと必要だと思う。もの忘れ相談医に関しては年2回説明会を実施しているが会員120名中30名程の参加にとどまる。また三鷹市ホームページでPRをしている。

・質疑応答：

西田医師：認知症コーディネーターの役割は何か

武蔵野市：資格はない。各在宅支援センターに1名の職員を検討会に来てもらうようにしている。認知症の相談などが主な内容である。

青木医師：もの忘れ相談医は増やした方がいいと思うか？

武蔵野市：増やす方がいいと思う。医療と福祉の繋がりができる。しかしシートを使わなくても連携ができて支援がきちんとできているケースもいるので、シートの利用数だけが数ではない。

認知症疾患センター：シート1・2の持参者は少ない。かかりつけ医からの相談が多い。認知症疾患センターには優先枠がある。その際はシートの活用を依頼している。シート利用率を考えたも上手くは行かない。本当に地域には物忘れの高齢者が沢山いる。しかし医療に繋がらない事が多い。ケアマネも医師には相談する事は敷居が高い。従って部分部分でシートを活用すればいいと思う。シートは何らかの伝達のツールでいい。できれば統一の形であればよい。

青木医師：地域として重点を置く所はどこか？

認知症疾患センター：糖尿病を診ている医師に知ってもらうツール。

西田医師：もの忘れ相談医の質の問題はあるか

三鷹医師会：質は何とも言えないが手あげ方式で募っている。特段研修などはしていない。

武蔵野市：クレームは当初あった。医師会へエピソードなどを伝えて対応を依頼した。またアンケートを行い、継続して実施するかなど確認して医師会がもの忘れ相談医の精査を行ってもらった。

認知症疾患センター：三鷹市の医師会では皮膚科でももの忘れ相談をしてももらう。専門医の相談をプッシュしてもらうレベルでよいと思う。その後対応するのは認知症疾患センターでよい。

(3) 調布市で活用する場合について

使用する場合はシート1・2・3と思われる。シート1はかかりつけ医に家族・本人が持参するためのシート。連携する時は、サービスを使いたい時、困っている時、診断を受けたい時、今後の方向性を決めたい時、医療機関にかかる時に上手く連携したい時。と思われる。

認知症疾患センター：どこのシートを使うかはその時その時で異なる。使用するスタートはどこでもいい。シートを使うと本人像がよくわかる。問題点をはっきりさせるツール。

シート1・2・3を使える人材を育成する。包括は使えると思われる。居宅ケアマネは研修の際などに研修等していく。医師会は医師会の中でルールを伝えて行く。研修は機関毎に実施していく。活用後にきちんと地域に戻る事が大事。

次回(4回目)は症例検討とする。

次回

平成25年11月15日(金)

時間：午後7時半から午後9時。

会場：たづくり6階601会議室

係	係長	補佐	課長

平成25年度 第4回調布認知症連携会議 報告書

日	平成25年11月15日(金) 午後7時30分～午後9時00分	報告日	平成25年11月18日
場所	たづくり会館601会議室		
出席	調布市	出席者	
	吉田育子参事 関口高齢者支援室長 内藤高齢者支援室主幹 支援センター係 川手係長, 小林	杏林大学病院： 長谷川医師， 調布市医師会： 佐藤医師，西田医師，青木医師，小川医師 地域包括支援センター職員 ・はなみずき(赤羽) ・調布八雲苑(高久) ・せいじゅ(山口) ・ちょうふ花園(佐藤)	
	その他		
要旨又は内容	<p>1 議事</p> <p>(症例検討) ものわすれ相談シート活用 症例1：主介護者の息子との関わりが困難なケースについて，本人への対応や地域の医師，大学病院医師への連携について検討 症例2：ひとり暮らし高齢者について，親族への連携と金銭管理についての対応について検討 症例3：認知症の週についての受診の継続を支援するために同居家族も認知症が疑われるケースについて検討 長谷川医師から：症例検討の3つのポイント(責めない，全員発言，答えを求めない)が大事であると説明。 それぞれの症例の特徴があり，支援や対応は難しいと感じている。 その中でも家族に対して医師は「家族は，初めは認知症について納得はしていないものの，一転その話になると「きちんと説明があの時なかった」と苦情につながるので説明は継続していく事が大事。 医師会医師からは「失火について心配」との意見があった。 本日は症例を3つ検討していった。ものわすれシートを活用した感想(書きにくさ，理解しやすい欄の作成)などの意見交換までは至らなかった。今後確認していく。</p> <p>2 その他 ・次回日程：平成26年1月16日(木曜日)午後7時30分 ・たづくり601会議室 ・内容：認知症にかんする啓発について</p> <p>・疾患センターから情報周知：一般病棟看護師向けの認知症研修会の開催について</p>		
次回	平成25年11月15日(金) 時間：午後7時半から午後9時。 会場：たづくり6階601会議室		

係	係長	補佐	課長

平成25年度 第5回調布認知症連携会議 報告書

日 時	平成26年1月16日(木) 午後7時30分～午後9時00分	報告日	平成26年1月17日
場 所	たづくり会館601会議室		
出 席	調 布 市	出席者	
	吉田育子参事 関口高齢者支援室長 内藤高齢者支援室主幹 支援センター係 川手係長, 小林	杏林大学病院: 長谷川医師, 名古屋相談員 調布市医師会: 佐藤医師, 西田医師, 青木医師, 地域包括支援センター職員 ・はなみずき(赤羽) ・調布八雲苑(高久) ・せいじゅ(山口) ・ちょうふ花園(佐藤)	
	そ の 他		
要旨又は内容	<p>1 議事</p> <p>(1) 認知症連携シートについて 各シートについて点検検討 シート1: チェック項目の中で「探し物やしまい忘れ」と修正した。 長谷川医師) 記入見本があると良い。例えば調布花子さんのような仮想の記録を見本として作る。 シート2: 5特記事項の欄は「家族・本人が希望している」などの記載があるとよい。 実際このシートを受け取った医師の反応が気になる所ではあるが介護側と医療側の理解の共有のため書いておくほうがよい。 主治医ではなく、かかりつけ医という形式のほうがよい。複数のかかりつけ医が存在する場合はどの医師にするか検討する。 シート3: 三鷹市医師会はこのシートに情報提供書も添付していると話があった。</p> <p>2 受診結果には中断も項目として入れておく方がよいのではないか。 説明を受けた人の項目にその他もいれるとよい シート4: このままでよい シート5・6: シート5と6の連続性について検討が必要。 シート6を作成する医師は5も添付して渡すなどが必要か。 シート5は誰が保管しておくのか? →長谷川医師: 家族でも良い, 医師でもよい。医師がケアマネに渡すとは思えない。 シート5と6はセットになっている方がよい。 活用アンケート: 個別に誰に使ったかが分かる方がよい。しかしだれがこのシートを活用しているかは分からないので符号は付けづらい。またどこまで回収ができるかも分からないので年間の感想を集約していく形である。 長谷川医師: まず活用してほしい。 このシートの周知: ケアマネ向けは市で行う。医師会会員は会報誌や医師向け説明会を医師会が開催する方向で検討する。</p>		

	<p>(2) 認知症の啓発について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座：サポーター数約 2430 人。 養成講座数は年間約 20 回開催。 サポーターは日常の中で認知症の理解を広め、気づいてもらいたい。 その他、包括は認知症サポーター養成講座開催以外にも、介護教室で認知症についてテーマにして一般市民へ教室を行っている。 認知症疾患センターは都の補助金で、病棟看護師向けに認知症の研修を行う事になった。 若い年齢層に向けて学校とも協働していく必要がある。 <p>その他：2月準備会にてシートの最終確認をする。 3月検討予定のサポート医との連携については、2月準備会の様子で検討する。</p>
<p>次回</p>	<p>平成26年3月7日（金） 時間：午後7時半から午後9時。 会場：たづくり6階601会議室</p>

府中市認知症連携を考える会 名簿

(平成25年7月30日)

区分	所属	氏名	
センター	杏林大学病院	神崎 恒一	○
		長谷川 浩	○
		名古屋恵美子	○
医師会	松尾医院	松尾 龍一	○
病院	多摩総合医療センター	木村 達	○
	都立神経病院	坂東 充秋	○
	根岸病院	松村 英幸	○
		青柳 宇衣	○
		伊澤ふみ子	○
立川病院	間渕 由紀子	○	
地域包括	あさひ苑	岡村 敬子	○
	みなみ町	龍ノ平 久美子	○
事業所	総合ケアセンター	近藤 登	○
社協	権利擁護センター	中山 圭三	○
行政	多摩府中保健所	秦 郁江	○
	福祉保健部 高齢者支援課	安齋 勉	○
		三竹 聡	○
		石谷 佳代	○

平成25年2月19日
府中市役所第6会議室
午後7時～8時50分

第1回府中市認知症連携を考える会 議事録

出席者 17名 (別紙参照)

1 挨拶 …… 高齢者支援課統括地域担当主幹 峯尾 達也

市で認知症施策を様々展開しており、個々の事業は機能しているが連携が上手くいっていない現状がある。府中市の高齢者保健福祉計画でも、認知症の方々が安心して住めるまちづくりということが謳われている。これから、このワーキンググループを立ち上げ、市の認知症施策を適確に進めていきたい。

2 自己紹介 … 所属・氏名・アイスブレイクを兼ねて好きな食べ物とその理由を各自自己紹介する

3 府中市の施策 高齢者支援課 青木主査

資料「平成24年度 認知症の人及び家族への支援事業」に沿って説明

4 意見交換

認知症対策・認知症連携に関し、課題感じているところを出し合う。
個人作業で、付箋に課題と感じている所を記入し、発表する。
付箋に記入したものについては別紙参照。

〈大まかな意見〉

医療機関に関すること

- ・専門病院へのつなぎ方や、その方に適した医療機関へのつなぎ方が難しい。また、その方の認知症を見極める力が不足している部分がある。
- ・認知症の医療機関のリスト（どんな検査が可能か、診断、治療等）があると活用できる。
- ・もの忘れ相談医の効果的な活用方法について。医師の温度差もあるのが実情

- ・関係者も頑張る程疲弊してしまう。

認知症への理解に関すること

- ・スタッフ側にしても、認知症への対応に力量不足や開きがあったり、患者・家族にしても認知症の疾患の理解がされていない。(病気に関しても誰にでも起こりうるものであることや、また治療につなげて治るものではない等)
- ・大きい病院、専門病院やより高度な病院へ行きたがる傾向がある。

連携に関すること

- ・関係機関との連携がスムーズに行っていない。

家族支援について

- ・多問題家族や介護力不足等で、家族からの支援が得られない場合、ケースへの対応が難しくなる。
- ・介護家族が疲弊している。レスパイトや家族を支える仕組みづくりが必要。

患者について

- ・医療や介護等に拒否があり適切な支援が受けられない。
- ・患者自身の死生観にもかかわる、奥が深い問題。

認知症施策について

- ・福祉サービスの中身が使いにくい。
- ・リソース(人・物・お金)が不足している。またリソースの分配が不適切。
- ・認知症に関しての啓発活動や、精神科医療機関に関しての垣根を低くして、社会的な理解を得ることが必要。
- ・認知症は、誰にでも起こりうる問題であり、社会で支える仕組み作りが必要。

キーワードは、「マッチング」。様々なマッチングが上手くいっていないのではないか。例えば、医療機関と患者のニーズのマッチング、施設や福祉サービスと利用者のマッチング、患者や家族、医療関係者、様々な支援者が必要な情報と得られる情報のマッチング、患者・家族のニーズと支援のための施策のマッチング等。そのために、関係者の情報共有と連携が円滑になることが求められる。

今後、メーリングリストを配布し互いに連絡を取り合える環境にする。この会で事例検討を行うことによって、より具体的な内容も分かりやすくなると思われる。こうした会を継続し府中市の認知症連携を考えていきたい。

次回予定 平成25年5月頃

平成25年7月30日
府中市役所第6会議室
午後7時～9時

第2回府中市認知症連携を考える会 議事録

出席者 18名（別紙参照）

1 挨拶

この府中市認知症連携を考える会は、昨年11月に行われた北多摩南部地域認知症連携会議での呼掛けを受けて、今年2月に第1回を開催する運びとなった。

本日、第2回は、年度も変わり異動もあったので新メンバーの顔合わせを行うとともに今後の本会の取組について考えていきたい。

2 自己紹介

各自、所属・職種や担当している業務等について自己紹介を行う。

3 意見交換

第1回の話し合い（A3資料）をふまえて、今後の府中市での取組について考える。

連携シートについて

- ・医療機関に紹介する場合枠を越えての紹介もある。
- ・多摩総・立川・武蔵野日赤・杏林を主病院として病診連携の流れを作ってはどうか。

・介護と医療がどう繋がったらいいのから生まれてきたのが連携シート。ケアマネからかかりつけ医へ、利用者（患者）の困っていることを伝える術が無かった。またそれをフィードバックすることも無かった。その連携をとる上で数年かかって作成してきたのがこのシートである。シートにチェックすることで、困っていることや問題等が明確になる。

・かかりつけ医でもたくさんの認知症患者を診ていただいているが、専門的診断が必要な時に診療情報をつけて、専門医へ送っていただき、それを受けて検査結果や診断・治療方針等をフィードバックするために活用できるようになっている。

基本的には、地域で認知症患者をみてもらうために作ったのがこのシートの目的である。利用率等は全く考えていない。逆にシートが要らないケースが出てくると考えている。

・現場、包括やケアマネが医療サイドの情報が貰えなかったり、相談がどこに行ったらいいか分からなくて困っている様子が見受けられた。

・府中は認知症で入院できる病院もあり恵まれている地域でもある。情報として整理する必要もあるのでは。

シート1：チェックすることで認知症に気づくこともある

シート2：何が一番問題か、相談したいかが一目瞭然となる

シート3：治療方針等をケアマネ・包括等に返すシート。薬等だけでなく支援方針を伝えることができる

シート4：紹介状（かかりつけ医→専門医）

シート5：専門医から検査結果・治療方針等をかかりつけ医に返すシート

シート6：かかりつけ医から専門医療機関への経過報告シート

絶対にこれを使わなければいけないというものではなく、またシートが1～6全部そろわないと使えないというものでもない。必要なシートだけとか部分的に使ってもよい。また情報の整理に大変有効。

使ってみないとどうなのかということが分からない。使ってみて地域性等使い勝手も出てくると思われる。

・三鷹武蔵野の連携シートは、市役所や医師会のホームページに掲載あり。また、地域包括、事業者にも置いてあるところもある。印刷しておいてみると便利。

・家族からも情報が伝わらないことがあるので役立つのではないかと思う。

・実際使ったことがあるが、分かるところや伝えたいところだけ記載し、送らせていただいた。使用にあたって縛りがないのでとても使いやすかった。

・職員にも、新人からベテランまでいる。経験の少ない職員が相談対応した時情報のもれがなく確認できてよい。

・杏林への紹介の時、地域連携枠はあるが、それでも3か月が2か月待ちになる。本当に早く受診させたいときは病院を選んでいただく必要がある。

・ケアマネの研修会でこのシートの紹介があった。今後このシートの活かし方（使い方）を広めていかないとならない。

→杏林 長谷川先生がケアマネの研修会等いろんなところで講演を行うなど力を入れている。地域での啓発、つながる活動に力を入れている。

・地域での情報の整理や問題点の共有に使っていただく。

・府中市で認知症のケース対応を行うとき、ケアマネや包括等その他必要な機関がチームとなって対応する。必要に応じ担当地区ケア会議開催。認知症の場合、確定診断が必要になるが、その情報を医師に伝える時もほとんどが口頭となることが多いと思われる。本人・ご家族が何度も同じことを聞かれたりすることが無いよう、なるべく負担が少ないほうがのぞましい。

・立川病院、予約時にプロフィールや家族関係、いつからどんな症状があるか、性格が変わっていないかなど簡単なアナムネをとり入力する。精神科・神経内科、または両科受診等の振り分けも行っている。

認知症療養計画書に沿って患者に説明を行う。病状や検査内容、治療方針等について詳しく話し、本人または家族等に理解を深めてもらう。

府中からは、割と特定の先生からの依頼が多いがスペクトやMRI等検査や診断を一緒に行ってほしい等の要望あり。

国立市では、65歳以上すべて、いきいきノートを配布している。地域でどんな風に患者を支えるかが重要であり、いきいきノートを使っても、杏林大学の用紙を使っても問題はない。受診まで、神経内科で1か月半位。認知症の初期から中程度の方は、神経内科で一通り検査を行う。

・多摩総合医療センターでは、精神科・神経内科予約センターで振り分ける。病院のやり方を知っておくのも大事。

・根岸病院の状況…認知症の状況は少ないが、家族が困ってくる場合がある。また施設に入っても服薬調整が難しいので、入院して調整を行う

こともある。

BPSDで困っている方が月に何件かある。地域連携でシートの利用や振り分けをしているわけでは無いが妄想性障害を合併しているようなケース等入院で薬剤調整したほうが良いケースは、ベッドの空きがあれば対応している。外来は、予約は無いので受付時間に来ていただく。

・いろいろなケースの対応をしているなかで、精神症状がひどいのか神経内科なのか、治療じゃなく診断が先か、直入院なのか、現場の包括にしてもケアマネにしても、このときどこに相談したらいいか迷うところがある。物忘れ相談医のシートの時も使われなかった状況があるので、しっかりと理解して必要な時に使うという共通の認識を持つことが大切である。相手の方が何をしてくれるか分からないこともあるので、現場として迷うところでもあるし、合併症等ももっている方も多いため、このシートで洗い出すということも有効だと思う。

・クリニックの先生等も画像検査ができたり、診断等行える等の情報が分かるとよい。また物忘れ相談医の先生の相談先や相談時間が、例えば医師会に聞くと分かるとか、タイムリーな情報が入手できるとよい。

・立川病院は、基本的に紹介は紹介元に返す。包括等からの連携で来た患者は、かかりつけ医を聞き地域連携室から連絡してかかりつけに返す。患者のカンファレンスへの医師の参加について考えていきたい。

まとめ

・連携シートについて、使い方を勉強・講義等するのではなく、しばらくここにいるメンバーが使ってみることにする。それぞれ使ってみたところで、使い勝手等意見を持ち寄り検討することとする。

本日お配りしたものは、バージョンが古く三鷹武・蔵野と入っているので、後日新しいものをメールにて送信する。

ただ、受け取った先生方が何だろうということにならないようにしたいが、医師会全体となると理事会を通してということになる。とりあえず、(医師が受け取らないということがあるかもしれないが)使ってみて次回集まったときにご意見をいただくことにしたい。

・医療機関の情報について、検査や診断・周辺症状への対応等できるとい

うような情報収集したい内容等、できたらメールで送らせていただく。

・今回の議事録は、メーリングリストで、お互いのアドレスを入れた形で送らせていただきたい。また、必要があれば、そのメールでお互いに情報交換をすることも可能。

4 その他

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第6期）認知症アンケート調査を実施予定。アンケート案に関し、ご覧いただきご意見があれば事務局案として加えていきたいので、近日中にメール等でいただきたい。

次回開催 平成25年10月22日（火）予定

平成25年10月22日
府中市役所第4会議室
午後7時～8時30分

第3回府中市認知症連携を考える会 議事録

出席者 18名（別紙参照）

1 意見交換

第2回のまとめとして、各機関で連携シートを活用してみることにした。第3回の開催にあたり、実際に活用したうえでの意見や感想を伺うためのアンケートを実施した。

- ・相談員が聴き取りを行い記入することはやりやすいが、本人や家族に記入してもらうには気を遣ってしまう。
- ・問題点を抽出できれば良いので、必ずしも本人や家族が記入する必要はない。
- ・認知症は、本人の歴史的な背景が関わっていることが多いので、記入事項に加えたいと回答させていただいた。
- ・本人の歴史については、精神科でも重視するため、家族等への聴取に時間をかけて行う。記入事項としてあれば、情報収集のために良い。
- ・シートの記入事項等は、府中市で使い易いように変更して構わない。必要な情報が得られて、受診につながればよい。
- ・医師会では9月にシートについて説明を行い、使用することについて了解を得ている。患者や相談機関からシート①②が提供されたら、なるべく③を書いて提供するよう伝えている。紹介状は④でなく従来使用している形式でもよしとしている。
シートの形式が確定したら、市のホームページからダウンロードできるようにしてほしい。
- ・地域包括支援センターでは、認知症の相談はあるが、シートを使うには至っていない。各相談員に、シートを使う意味を浸透させて行ければ、

と思う。

- ・新規の患者に、シートを活用しようと思ったが、患者本人が記入してしまっただけ状態が的確に反映されず、利用につながらなかった。
- ・本人と家族の二者に書いてもらってもよい。認識の違い等がわかる。
- ・ケースによっては、シートを使えないこともある。例えば、一人暮らしでサービス等も利用していなければ、①は誰も記入できない。
シートは全て揃わなくても良いし、本人、家族、相談機関、医療機関のどの段階から使い始めてもよい。
本人の情報を共有するためのツールであるから、アンケートにある「事前に電話連絡で必要情報を共有しており、不都合がなかった」という場合には使用しなくてもよい。
トラブルケースは、シートで情報を整理して、共有しておいた方がよい。
- ・ケアマネの例会でシートを配布したが、使い方については周知できていない。11月の例会で使い方を伝え、使用したうえでの意見を集約したいと考えている。
- ・府中市では、多摩総合医療センターが杏林大学病院のような位置付けにあると考えている。多摩総や杏林での受診まで待てない、緊急性がある患者については、医王病院や恵仁会病院などCT・MRIの画像診断ができる医療機関で受診するようにしている。
- ・住民が困った時にどうすればいいかわかるよう、シートの存在を周知することが必要。①は文化センター等に置いてもいいのでは。①②は医師会に置いておけないか。
- ・住民が手に取り易くするために、カラー印刷などは可能か。
- ・形式を練ることに時間を割くよりも、まず使用できるようにしてはどうか。必要に応じて更新すれば良いし、更新前のシートで提供されてもそれほど困ることはない。
- ・シート②最下部の署名は必要か？
- ・必須ではない。本人・家族の署名がなく、地域包括支援センターから医療機関に直接提供されることもある。不特定多数の機関にFAX送信は

- しないなど、扱い方に気を付ければよい。
- ・署名がなくても使えると周知すれば、事業所も使い易いのではないか。
 - ・1枚を1人が全て書く必要はなく、複数の関係者が書いてもよい。
 - ・各専門職にシートのメリットを伝える必要はある。既存のツール以上のメリットがあり、事業所等が使用するにあたりハードルが低いと思えることが大事ではないか。
 - ・問題点・情報の共有のため、既存システムと併用してもよいのでは。
 - ・事業所によっては独自のアセスメントシートを使用しているが、医師会にも存在が伝わっていて共通シートとして使えるのであれば、連携シートを活用したい。
 - ・シート③はどのように医療機関から相談機関へ提供されるか？
 - ・医療機関からFAXか封書で送付している。メールで内容を送信することはできない。不特定多数に渡ってしまう可能性があるため。
 - ・ヘルパーにとっても、使用できる部分が多いと思う。
 - ・患者本人と身近に関わっているヘルパーからの情報があると、医療機関や他の機関にとっても有り難いと思う。

まとめ

- ・ご意見をいただいた事項をシートに反映させ、確定次第、関係機関に配布するとともに市のホームページに掲載する。シートを活用し、必要に応じて適宜修正を行う。

次回開催 平成26年2月18日(火) 予定

平成26年2月18日(火)
午後7時～午後8時30分
府中市役所北3階第6会議室

第4回 府中市認知症連携を考える会

1 開 会

2 意見交換

情報提供 (杏林大学病院より)

認知症連携シートの活用について (今後の積極的活用等)

関係者研修について

ものわすれ相談医の取組について

3 その他

次回開催日：平成26年 5月19日 19時～

【狛江市認知症連携会議】

平成 25 年 3 月 15 日（金）18:30～20:00

市役所 5 階 504 会議室

参加メンバー：医師会会長萬納寺先生、慈恵精神科医矢野先生、慈恵鈴木MSW、3 包括（大谷PHN、小縄NS、大山NS）、高齢者支援係（加納係長、稲川）。

内容：①「三鷹武蔵野連携もの忘れ相談シート」を参考にして、狛江用のシート作成に向けて、内容の確認と意見交換

- ・シート 1 にも同意欄があるといい
- ・シート 1 の裏面に包括や市の連絡先を掲載するといい
- ・シート 4 に、紹介後の受け入れ意向（軽症なら診れる・・・等）を書く欄を設けるといい 等

②認知症高齢者の受診の流れ図（フォローチャート）作成について提案

市民向けに、認知症の疑いがある時、どの医療機関に行けばいいか一目で分かるリストやフロー図があるといいのではないか？

それにあたり、市内医療機関が認知症患者を診ることが可能かどうか、専門病院に紹介した後、再度かかりつけ医として継続して診ることが可能かどうか、アンケート調査を実施し、リスト化する。（市民へ公表）

※受診を拒否する認知症高齢者を受診につなげるのが大変。最近では、精神科往診医を利用するケースが増えている。→今後のメンバーとして、杏林大（認知症疾患医療センターとして出席希望あり）MSW、のんびりクリニック（市内精神科クリニック）、登戸診療所（精神科往診医）、保健所、健康推進課あたりを加えることを検討中。