

	<ul style="list-style-type: none"> ・相談に来る人はいいが，孤立している人への対応はどう地域につながかが大変。気づかない人をどう把握するか。 ・医者に行きたくない人，家族がいない人はサービスにつながりにくい。 ・介護サービスだけでなく，何かしら（民生委員など）地域につながればよい。 ・職員は人員基準より多くでも入れ替えが多く頭数ほど働けない状況もある。ただ年齢層はいろいろいたほうが全体のバランスが取れる。足りないところをボランティアで補うのはちょっと難しい。夜勤等から施設は若い人，デイは年配になりがちである。 ・ユマニチュードなど皆が勉強する必要がある。同じ業種で学ぶ方法もある。 ・緊通は自立の人が多いいざという時に不安を感じていることと，間違っって押す人は使えないためか。 ・徘徊探知機はもっと使ってもらってもよい ・小規模多機能はもっと欲しい。 <p>3 事務連絡</p> <p>前回までの作業内容を認5-2，認5-3にまとめている。また，空欄だったところは事務局で内容を加えているため，修正点等あれば指摘をしていただきたい。</p>
その他	<p>次回 平成26年11月7日（金）午後7時～ 文化会館たづくり601・602会議室</p>

平成26年度 第6回調布認知症連携会議 報告書

日	時	平成26年11月7日(金) 午後7時00分～午後9時00分	報告日	平成26年12月17日
場	所	文化会館たづくり 601・602会議室		
出	席	調布市	出席者	
		大木参事, 関口室長, 内藤主幹 支援センター係 川手係長, 小林主任, 東海林	調布市医師会(青木氏, 佐藤氏, 西田氏), ゆうあい公社(中井氏), 特養ちようふの里 (小林氏), 至誠若葉ケアセンター(河合氏), 介護支援専門員連絡協議会(尾本氏, 大場氏), 調布市薬剤師会(田中氏), 医師会訪看ステーション(平野氏), グループホームさくらさくら(野川氏), 包括せいじゅ (山口氏), 包括調布八雲苑(高久氏), 包括つつじが丘(加藤氏), 包括仙川(小川氏),	
		その他		
		欠席: 杏林大学病院(長谷川氏, 名古屋氏), 老健花水木(長尾氏)		
趣旨又は内容		<p>1 開会 河合会長よりご挨拶いただく。</p> <p>2 認知症の早期発見・早期診断のメリットについて 委員の方からそれぞれ認知症の早期発見・早期診断のメリットについて、または会議全般を通じた感想を言っていたいただく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早期発見により、認知症という病気に対して本人・家族が向き合える時間を多くもつことができるようになる。 ・適切な服薬により進行を遅らせることができているため、早期受診が重要となる。 ・認知症がある程度まで進んでしまうと、治療に対する理解を得ることが難しくなる。そうなってしまった場合にサポートできる体制を整えることも必要。 ・一人暮らしの場合、認知症を発見してくれる人がいないため、結果的に対応が遅くなってしまうことが多い。一人暮らしの人に対する支援の資源を増やしていくべきである。 ・認知症に対する気づきのきっかけを広めるためにも、今回のケアパスを多くの人に持ってほしい。 ・今回の会議では、多職種で検討を行える貴重な機会だった。今後、違う形ではあってもこのような場を継続していきたい。 <p>3 調布市版認知症ケアパス案について たたき台案をもとに、内容修正について意見を出していただく。検討結果は別冊資料に記録。 今回出していた案をもとに、会長・事務局にて修正を行う。</p> <p>4 事務連絡 物忘れ相談シートの活用状況について報告。活用状況の調査票を居宅支援事業所55か所、包括10か所に送付。市窓口でも14人に物忘れ相談シートをお渡ししている。 回答は居宅支援事業所が14か所、包括4か所、窓口14件。居宅支援事業所での回答は、シートの存在を知らなかった、知っていてもシートを活用せずに医師に繋がられていた、といった内容。包括からの回答は、かかりつけ医と十分な時間がとれないときに活用した、相談しにくい医師への対応に活用した、といった内容であった。市窓口では、相談来所した家族に対して直接お渡ししたため、後追いはできていない。 全体として、シートのPRが足りていない状況であり、引き続きの周知活動が必要と思われる。</p>		

5 閉会

閉会にあたり、委員の方からそれぞれご挨拶いただく。

第5回 府中市認知症連携を考える会 議事録

日 時 平成26年5月13日(火) 午後7時～8時30分

会 場 北庁舎3階第6会議室

出席者 名(別紙参照)

欠席者 4名

1 開会

- ・訪問介護事業所からの田尻氏が異動。次回より後任が出席予定
- ・立川共済病院の馬淵氏は転職のため欠席。

2 意見交換

(1) 研修会について

前回の会議で、現状の課題について、多職種向けの研修会が必要ではないかと提案させていただいた。認知症疾患医療センターに相談させていただいたところ、杏林大学に関わっていただける研修があると情報提供いただいた。

- ・杏林大学付属病院 名古屋氏より情報提供

認知症疾患医療センターの事業の中に、認知症対応力向上研修の関係者ガイドというものがあり、昨年度は急性期病院の看護師を対象に同研修を開催した。今年度は加えて、多職種の方むけの研修を検討している。カリキュラム等は検討中で、今秋ぐらいにはスタートできる。認知症主催で、府中市で開催してはどうかと。地域の医師、職種についても具体的につめていく。府中市の地域連携や多職種連携につながるのではないかと思います、提案した。

- ・はじめての試みなので、事前にアンケートをとる等、府中市に根ざした形で開催すればよいのでは。この会議についても第5回を迎え、今年度は地域に結果を出していくような形ですすめていければ良いと考える。

- ・市では昨年10月より、府中市在宅療養環境整備推進協議会(以下協議会)を各関係機関に出席してもらい、実施。年度末にはワールドカフェ「100人の集い」を開催し、多職種の連携を強化していこうという流れになっている。今回、認知症に特化した形で連携を考えるというテーマで開催するのであれば在宅療養協議会でも報告していく。

- ・基本的には多職種連携となれば参加するメンバーも同じ。顔が見える関係ができればよいのでは。

- ・次回の協議会には間に合わないかもしれないが、その協議会に出していただく1回目、2回目9月呉屋先生緩和ケアカンファレンス(北多摩南部医療圏域東西合同)と

- ・府中市に対してという

- ・府中には限定せずに、府中市を中心的に声かけしていければ良い。ま
- ・市も協力的に参加者を募りたい。医師会等への声かけを在宅緩和は井手先生に
- ・カリキュラムができれば、また組み立て等考えていきたい。

(2) もの忘れ相談シートの取り組みについて

①もの忘れ相談シートのと

前回の会議で、府中で配布しているリーフレット内のもの忘れ事前チェックシートと、シート1が類似しているため、統一したほうが良いとのご意見をいただき、修正。修正箇所について説明。

- ・質問項目が一致しているのであれば、形はどうでも良い。ただし、「シート1」とは入れていただくと、つながりを意識していただけたらと思う。
- ・近々にシート2、シート3がダウンロードできるように
- ・上部のプロフィール欄について、使う立場としてはどうか？
→書けなければ書けないで、欄はあったほうが良い。
- ・両シートを合体させ、本人、相談機関が記入できるものに再度修正する。
- ・提案として、「もの忘れチェックシート」の記入をお願いする際に、挿絵があると記入者の抱く印象が違う。このままだとかたい。挿絵があるものを抵抗感

②もの忘れ相談シートの活用状況について

活用については、
包括支援センターの看護職を対象に、利用状況についてアンケートをとった。結果としては半数
実際相談に使ったことがあるという包括は半分未満に止まった。シートがなくても機能するので必要ない、習慣化されていない、包括支援センターで現状この結果なので、居宅介護支援事業所の活用についてはどう普及していけばよいか、各立場からご意見を伺いたい。

- ・月1回の包括の係会議で周知している。新規訪問の際には、介護保険の申請書とセットでシートを持参し、活用している。家族に記入してもらう際に、整理・集約に役立っている。“アンケート”というものよりは気軽に書いてもらえるものという形で捉えていただければよいと考えている。医療機関からも最終的な返事も戻ってきている。(連携シートに限らず)
- ・現場がとっつきやすい感じで情報が落ちる…情報の整理のために活用していただきたい。上手に使ってもらえるとありがたい。なぜ使いにくいのか、どうしたら手にとりやすいのか、内容に

- ・厳選していただいている内容についてレクチャーをしていただけたらどんな場で適当か。
- ・やるのであれば、看護職だけでなく、相談員も。ひとりよりは
- ・認知症連携普及のための会を設ける？皆さんの中で質問をためて
- ・オレンジプランでいうところの認知症疾患医療センターのこのシートを専門職青写真として、インテークを包括で行い、認知症このシートがこのルートがはっきりしないと、点であって線でないので、このあたりを紐解いていただきたい。
- ・実際にシート3を使ってご紹介いただく先生もいる。一番大事なことはシート1はもの忘れかどうか、いよいよ怪しいといったらシート2
- ・基本的には医師会でもそう。実際に包括支援センター
- ・やるのであれば、有効かどうかの効果測定ができないと最低でもシート5までの事例を分析し、介護者がどれだけ幸せになっているかを検証する必要があるのでは。このシートは開示請求されると考える。そもそも論を否定するつもりはないが
- ・シート5まで必要か？2020年には認知症高齢者が急増する。これぐらいを動かしていけるように効果想定も大事だが、シート3までがこの地域できちんと動かしていけるかどうかを
- ・個人情報の件では、このシートを作成する際に顧問弁護士に相談している。慎重にやったほうがよいことではあるが、
- ・居宅のケアマネの場合、「認知症」とは最も興味があるテーマ。居宅のケアマネ、年間の事業計画で訪問看護STとの事業所シートについてどう考えるのかを話あう。第一回の説明会グループで抽出をしてみて考えていけるのかと思っている。ケアマネは支援経過表を
- ・包括で周知する際に、実際にこれを持って行ったら先生は見てくれるのか？という懐疑的な反応もあった。
- ・三鷹市や武蔵野市で、実際に使っている地域包括の方の奏功事例を聞いていただければとっかかりやすくなるのではないか。
- ・長谷川先生に根拠の部分をお話いただき、実践例を包括の方にお話いただき、府中ではどう活用していくかを検討していく場を、次回の会議の場を拡大し、(7月29日、午後6時30分～)で設定することになる。

3 その他

- ・根岸病院ではいただく側の立ち位置。シートがあるかないかで受けることではないが、ご家族のなかには思いをしたためてこられる方もいる。

情報の整理や未受診のため保健所の紹介をもってくる方。同行受診ができる場合よりかは、家族のみの受診の時の方が受診の意図等が明確になる。有益なのは。効果の測定は難しいが。病院としてはシート3についてだが、書いてくれる先生はいると思う。

- ・ シート3についてもゆくゆくは府中の先生方が書きやすいように変更していただければよいと考える。

次回開催 平成26年7月29日(火)
午後6時30分～ 予定

第 6 回 府中市認知症連携を考える会研修会 議事録

日 時 平成 26 年 7 月 29 日 (火) 午後 6 時 30 分～8 時 10 分

会 場 北庁舎 3 階第 1、2 会議室

出席者 46 名 (別紙出席簿参照)

欠席者 6 名

1 開会

包括ケア担当 石谷主査より挨拶

2 研修

(1) 認知症連携について Part 1

「医療・介護の地域連携ともの忘れ相談シートの活用」

杏林大学医学部付属病院医師 長谷川 浩 氏

別紙資料に沿って説明あり。

(2) 認知症連携について Part 2

三鷹市西部地域包括支援センター

主任介護支援専門員 服部 将志 氏

ア こんなことで困ったことはありませんか？

日々の業務から、医療連携について感じていることを個人ワーク、グループワークで意見交換を行う。各グループからの意見については別紙参照。

イ 実践報告・意見交換

(ア) 緑苑包括支援センター 樋口看護師より、緑苑包括での連携シートの活用方法についてお話いただく。

- ・月 2 回の支援センター内の会議にて、シートについて共有。
- ・相談のあったケースについては、本人にも家族にもシート 1 について記入してもらおう。→医療職と共有し、先生あての情報提供にする。

Q シート 2、シート 3 の使用状況は？

A ほとんど使用していない。主に 1 のみの利用。

(イ) 三鷹市の取り組みについて、服部氏よりお話いただく。

- ・専門職のコミュニケーションとして、愚痴として終わってはもったいない。機会をみて主体的に、受信したものについて発信し、また情

報を返していく→コミュニケーションの循環をつくるよう意識する。

例：もの忘れシートの依頼文を、医師会・行政の連名で作成していただけるよう、ケアマネジャーの意見を吸い上げ、実現。

→ケアマネジャーの参加意識も高まり、効果的であった。

・シートの効果的な活用方法について、資料のとおり事例を交えながら紹介。

以上

第 3 回 北多摩南部地域認知症連携会議議事録

日時：平成 26 年 11 月 17 日（月）19：00～20：30

会場：杏林大学医学部付属病院 外来棟 10 階会議室

(1) 地域包括ケアと認知症多職種協働について センター長 神崎 恒一

地域包括ケアシステムとは、住民が住み慣れた地域で、その人らしい、安心して尊厳の保たれた生活を続けることができるよう、医療、介護、福祉、住まいなどの環境が整備、一体化される街づくりを行うこととなっている。早期介入の方法として、アウトリーチが今年度から開始されている。認知症初期で利用できるものとして、介護保険外のサービスが考えられるが、どういったサービスがあるのか、資源マップを作成し、情報を一元化していくことが大切である。診断がついても、いきなり介護保険のサービスにつなぐことが難しい場合も多く、切れ目のない支援体制を構築していくためには、介護保険外サービスを充実させていくことが必要である。身体疾患や BPSD 等、経過中に起こってくる問題に対応できるような方策を持つておくことも大事であり、介護する家族の支援も大切である。一つ一つ支援体制を作っていくことで、地域包括ケアが出来上がっていくと考える。

社会全体で認知症の人を支えていくために、介護サービス以外の地域の力を活用していくことも必要である。例えば、銀行やスーパーマーケットなどで、困っている人に手を差し伸べる取り組み等である。銀行や店に任せるだけでなく、包括や行政も一体となって取り組んでいくこと、それぞれの職種ができることを考え、繋がっていく仕組みづくりが大切である。

各職種でできることをワーキンググループで話しあい、それが実現できるよう 1 年間取り組んでいただきたいと思います。

(2) 認知症多職種協働の現状と課題について

別添参照

(3) 各グループからの発表

【Aグループ・行政管理職】 発表者：調布市 大木 正勝氏

「認知症の地域包括ケア、多職種協働に関して、行政が行っていることとその具体的推進策の内容」

調布市：認知症連携会議を今年は 6 回開催。ケアパス作成のために多職種で集まった。情報共有の場として有意義であり、次年度も継続していく予定。もの忘れ相談シートは平成 26 年 4 月から活用。詳しい内容はアンケートで今後探っていく。

小金井市：シートを医師会の要望から活用し、連絡会議も医師会が開催。クローズで事例検討も行っている。

府中市：もの忘れ相談シートを取り入れ、春から実施したが、ケアマネへの周知が足りず、再周知した。包括にも温度差がある。在宅療養の協議会も持っており、整合性をどう持たせるかが課題。

狛江市：シート作成中。医師からはシートが多いのではという意見もある。1 1/4からシルバー交番を設置しているが周知が限定的。

武蔵野市：医師による相談会を実施。認知症の家族が気軽に相談できるメリットがある。

三鷹市：三鷹・武蔵野市以外の連携会議は包括、ケアマネが行っている。ケアマネから医師に連絡を取る際のハードルが高いという意見がある。

サポーター養成講座について。三鷹市では小学4年生を対象に行ったが、安全性の問題から賛否両論。小金井市では地域のイベントで開催し、子ども達には、親や近くの大人に伝えてと話している。

連携会議のあり方について。同じような会議がたくさんできてしまい、整合性が難しい。謝礼が発生するので、予算化が難しい。

【Bグループ・行政担当者】 発表者：三鷹市 桑田 修氏

「認知症多職種協働に関する研修等の主催側として取り組んでいること、今後取り組むべき課題」

介護保険の事業計画など行政を進める中での課題について話あった。

地域ケア会議については、どこの市でも取り組んでおり、取り組むべき課題である。各市で進捗に差はある。三鷹市はモデル会議として二つの包括で行った。武蔵野市は一層を情報共有、顔合わせレベル、二層についてはもう少し広げて、第三層まで上げていくという方法を決めている。ケアパスの問題については、調布市で具体的に進めている。三鷹市でもこれからの課題。

研修について。小金井市では強化型の包括で外部委託で研修を行っている。認知症について地域ケア会議が重要になる。

ケアパスについては具体的な取り組みを行政としてやっていかなければいけない。研修は在宅療養の関係でもでてくるが、認知症についても取り入れながら研修を考えていく。

【Cグループ・地域包括支援センター1】 発表者：武蔵野市地域包括 金子 千香子氏

「多職種協働・多職種連駅の“かなめ”として取り組んでいること、今後取り組むべき課題」金子さん

各市で認知症の連携会議を行っている。包括や医療機関の先生にも協力してもらい集まって支援体制を検討している。三鷹、武蔵野で始まった認知症連携のワーキング会議でのシートは各市で使っている。小金井市・武蔵野市で早期発見早期診断事業が始まっているが、かかりつけ医との連携が早急の課題。先生によってフットワークが違う。お金の問題

もあり医療につながらないこともある。三鷹市では市民検診と絡めて、検診をアウトリーチととらえて報酬を出していくという医療法人もある。最終的には、直接かかわるものとして、自分たちがかなめと自覚すること。ケース一つ一つから繋がりを作っていき、システム化していくことが課題。

【D グループ・地域包括支援センター2】 発表者：三鷹駅周辺地域包括 加藤 充良氏
多職種連携を考えたときに地域ケア会議をどのように持っているのか。各市で取り組み方が違う。個人情報の取り扱いが決まっておらず具体的に決まっていない市もある。

情報交換として地域連携をどのように行っているか。多職種とすると在宅チームだけではなく、特養やグループホームを交えている市もある。多職種連携や協働は専門職という連携と考えやすいが、住民やインフォーマルな人たちも含めて考えていかなければいけない。

【E グループ・医師会1】 発表者：田原医院 田原 順雄氏
「医師会の中で認知症多職種協働・連携を推進していくために行っていること、やりたいと考えていること」

どの医師会も、連携会議も相談医についてもシステムとしては持っているが、医師によって温度差があり、一部の人が一生懸命やっているなどの課題はある。地域包括や在支ごとに担当医を作るシステムが必要ではという意見もある。

独居老人、認知症についての取り組みも必要。サポート医を増やすのは、マンツーマンで説得していくとか、全員を相談医にしていく方向でもっていこうという意識が医師会としてはある。自分の患者さんがどんどん認知症になっていく時代。医師だけでなく多職種との連携が大切。

【F グループ・医師会2】 発表者：竹田内科クリニック 竹田 和義先生
多職種のメンバーとしてどこまで広げるか。一気に広げるのは問題ではないか。段階を踏んで広めていく必要があるだろう。

多職種連携・多職種協働は包括を主体としてやっていくのがよいだろう。各包括に1~2人、担当の医師をつけて中心にやっていってはどうか。

【G グループ・病院・医師】 発表者：杏林大学病院 松井 敏史氏
「①認知症患者を受け入れるために工夫していること ②多職種との連携で工夫していること」

武蔵野赤十字病院：神経内科、心療内科の医師で初期診断。2週間くらいで初診が診られて鑑別診断をしている。井之頭、長谷川病院にBPSDの患者さんをお願いしている。

井之頭病院：精神科、アルコール、認知症の病棟がある。三鷹専用枠あり。院長自ら相談に乗っている。

青木病院：認知症病棟 50 床。青木医師が脳外専門。全身疾患のある患者さんも広く受け入れている。一般病棟に入って、その後病棟を振り分けていく。自宅退院を目指してかかりつけ医につなげていく。

根岸病院：病床数 450 床。内 50 床が認知症の病棟。国立、国分寺等認知症の専門の病院を持っていない地域からの相談も広く受けている。作業療法等進めている。

慈恵第三病院：専門外来があり、年間 350 人くらいの鑑別診断を行っている。院内でもコンサルトがあり対応している。

桜町病院：一般病院。認知症の専門外来を持っている。800 人くらいの再診の方がいる。かかりつけより患者さんを受け入れて、併診医としてかかわっていく。包括や特養があり、BPSD やレスパイトなどの相談も受けている。

武蔵野中央病院：PT・OT が複数いる。回復を目指して関わっている。内科、整形外科医もいる。

【H グループ・病院・SW】 発表者：井之頭病院 川口 真知子氏

「退院支援を進める上で心がけていること、課題に感じていること」

退院支援は入院時から始まっており、在宅の関係者と入院初期から連絡を取り合い、支援を行っている。

病院による特性としては、急性期病院からは、身体疾患を治療するために入院するが、BPSD がネックになり精神科と内科が両方見られる病院にお願いすることもある。両方見られる病院が少なく、転院が難しい。ホスピスで BPSD が問題になってきた場合に、認知症でターミナルが見られる精神科がわずかしかない。精神科と一般科で受け入れのすり合わせが難しい。

精神科から在宅復帰にむけての現状は明るくはない。地域の支援者も家族もぎりぎりまで在宅で頑張っており、限界に来たところで精神科に入院するので、入院した時には家族が疲弊しており、BPSD が改善しても戻れないことも多い。独居や高齢者世帯など在宅に戻れないことが多い。施設への退院支援が多くなってくるが、入院が長期化するケースも。お金の問題があり、施設に行けず消極的に在宅を目指す場合もある。どんな形で在宅のケアに精神科の医療を生かしていくかに課題があるのではないか。

<添付資料>

グループディスカッション記録より抜粋（発表内容及び他グループとの重複を除く）

【Aグループ・行政管理職】

「認知症の地域包括ケア、多職種協働に関して、行政が行っていることとその具体的推進策の内容」

調布市～多職種連携にあたり、個々の事業者連絡会だけでなく、情報共有の場が必要。

ケアパスづくりのための認知症連携会議を今年 6 回行った。ガイドブックを作り、ケアパスを掲載予定。

小金井市～・連携会議で顔の見える関係づくり

・都のコーディネーター事業は、早期に国制度に移行予定

府中市～・包括 1 1 か所での活用は温度差ある。よく取り組んでいるところはアンテナが高く、つなぐのもうまい。

・ケアパスは、第 6 期計画の中で。

狛江市～・シート作成において、もの忘れをみれる医師がどのくらいあるのか、シート枚数多いのではないかと模索中

武蔵野市～・ケアパスは庁内と在支で作成

・“認知症”をケア会議のテーマにする予定

三鷹市～・認知症の啓発を中心に家族支援の会開催。

【Bグループ・行政担当者】

「認知症多職種協働に関する研修等の主催側として取り組んでいること、今後取り組むべき課題」

武蔵野市～地域ケア会議を、1 層を在宅介護支援センターの個別ケア中心に情報共有や顔あわせレベル、2 層を 1 層の課題について係長レベルで検討し市全体で行う。課題として、多職種に市民も入るので、市民と一緒にどうやっていくかを検討している。

三鷹市～17 グループに分けている。地域ケア会議は 10 か所であっている。在宅療養関係の研修について医師会、病院、包括と連携していくか検討中。

小金井市～都の補助事業で、強化型地域包括を活用して非常勤の看護師 2 人、社福士 1 人雇用し、外部委託して研修をやらせている。(ケアマネ向け、民生委員向け、包括職員向けの 3 回、困難ケース等の研修をする)

府中市～地域ケア会議は地域ごとに開催している。集約化はこれから。包括・社協の連携会議は毎月おこなっているがこれを施策化していくのはこれから。

・7月に、多職種で集まり、協働についての研修を行い課題を確認した

・在宅療養について、医師・包括・居宅などの団体をあつめて、World cafe 100 人の会を行った。

【C・Dグループ・地域包括支援センター】

「多職種協働・多職種連駅の“かなめ”として取り組んでいること、今後取り組むべき課題」

三鷹市～入院先の問題や未受診の方などいろいろ問題ある。顔の見える関係が大切。医師・CM・訪看など100人くらい集まって意見交換の場を設けている

小金井市～昨年から医師会と連携会議を行い、事例検討をしている。アウトリーチについて、この先、地域でどのように発見していくか課題。

調布市～昨年連携会議を6回行い社会資源の整理を行った。ケアマネ向けに会議（ケアマネット）をし、医師を呼んで顔の見える関係づくりを行っている。地域ケア会議は、個別ケア会議に焦点はあたらず、カンファレンスとして開催。

府中市～認知症連携会議を年3回。市・地域包括連絡会にて近隣の精神科医との連携やケアマネ・民生委員との顔合わせの会を行っている。また、多職種連携会議を、3医師会・包括・市で開催。人数増加している。“かなめ”、主体的に広めていこうという意識あったか？社協の立場として、福祉関係者の連携会議を開催地域住民とともに地域課題を把握。

武蔵野市～年4回ワーキング会議。シートの活用だけでなく、事例検討を行っている。在支単位で、地区別ケース検討会を開きケアマネが集まる。今年始めたばかり。今後、医療職の集まりを検討

狛江市～シルバー交番が開設されたばかり。保険外のサービスの人が気になってのぞいてくれている。個人情報関係あり、検討中。連携については、調布市のシートをモデル試行

小金井市・武蔵野市での早期発見早期診断推進事業について。コーディネーターには、医療につながっていない、スーパーや介護予防の場で問題発見という相談が立て続けている。かかりつけ医との連携が課題。

【Eグループ・医師会1】

「医師会の中で認知症多職種協働・連携を推進していくために行っていること、やりたいと考えていること」

武蔵野市～三鷹市と連携。認知症相談医を設置。9月に認知症月間イベントを行った。

三鷹市～地域包括の中に担当医として位置づけされた。行政との窓口の役割

小金井市～武蔵野三鷹のシステムを手本に新システムを作った。シートの認知度が少ない。

府中市～3、4か月に1回多職種会議行っている。相談医・サポート医の認知度が少ない。

相談されること少ない。専門医に流れているのでは？都立神経病院では、1日入院で精査可能。

狛江市～慈恵第三病院に紹介すること多い。積極的に認知症を診る医師が少ない状況。

調布市～相談医に年2回勉強会。医師会に在宅支援の窓口がある。認知症のカフェ3か所

作られた。

【Fグループ・医師会 2】

小金井市医師会～一昨年前から認知症連携会議を行い、症例検討 3 例、連携シート使用している。ケアマネが積極的に発言している。在宅療養の会議はまだ形になっていない。

三鷹市医師会～症例検討、多職種連携、災害医療も連携してやっている。“BPSD”なり、認知症の中の何をやるか、具体的にテーマをきめるといいかも

武蔵野市医師会～支援センター中心になり、ヘルパー、医師で年 2 回話し合いをしている。シートは、使う人と使わない人がいる。

調布市医師会～シート作成に 1 年かけ、ケアパスも作成した。ケアマネ教育がまず必要。ケアマネが主治医をとばして専門医につれていきトラブルになったりしている。包括に担当医つける。

【Gグループ・病院・医師】

「①知症患者を受け入れるために工夫していること ②多職種との連携で工夫していること」

※発表内容と同様

【Hグループ・病院・SW】

「退院支援を進める上で心がけていること、課題に感じていること」

・有料老人ホーム、GH の受け入れがよくなったと感じている。長期療養先の受け入れも遠方であればスムーズ。

・急性期病院として一短期間で早く次を見つけなければならない。身体の病気が治療できていない途中で、在宅調整難しく、転院支援が主となっている。

・急性期治療としてやむを得ない身体抑制、高価な薬剤が、老健や療養型病院には対応制限あり、スムーズな転院につながらない

・急性期病院の「落ち着いている」と判断しても、療養型病院や老健では「まだ心配」と隔たりがある。

・精神科病院としては、認知症患者を受け入れ、急性症状が改善されても自宅に帰れない、次の行先を探すのに動いてくれる人がいない等、積極的な退院支援にはまだこれから…

・精神科単科の病院としては、内科疾患に対し慎重になる。病院それぞれの機能や立場をどのように制度としての整備が必要。「地域で見られなくなった人々」がどうなっていくのかを、地域支援する側は見えていないのではないか。本来在宅で過ごせるだろう人が帰れない。立場の違い一線引きが難しい。(医療や病院から見て…と、家族から見て…)

文責 名古屋

平成26年度 研修会開催状況

年月日	場所	実施主体	内容
2014/4/11	青木病院	青木病院	認知症をみるということ
2014/5/23	ルミエール府中	府中市医師会	三鷹市、武蔵野市の認知症連携に関する紹介
2014/5/23	松井外科病院	松井外科病院看護部	認知症とは・認知症ケア、せん妄について
2014/5/30	松井外科病院	松井外科病院看護部	認知症とは・認知症ケア、せん妄について
2014/6/26	吉祥寺第一ホテル	かかりつけ医等	「もの忘れセンターにおける服薬アンケートの中間報告」「認知症薬物療法を再考する」
2014/7/12	三鷹ネットワーク大学	杏林大学・三鷹ネットワーク大学	地域で認知症をみる
2014/7/29	府中市役所	府中市地域包括相談員等	医療・介護の地域連携ともの忘れ相談シートの活用／認知症連携について
2014/7/30	杏林大学医学部付属病院	東京都医療社会事業協会	認知症の診断・治療／認知症疾患医療センターの取り組み
2014/9/30	三鷹市公会堂	三鷹市老人クラブ	市民向け講座「認知症にならないために」
2014/10/4	杏林大学医学部付属病院	圏域内急性期病院看護師	看護師認知症対応力向上研修
2014/10/16	調布市文化会館たづくり	調布市地域包括支援センターちょうふ花園	介護支援相談員研修会
2014/11/1	武蔵野日赤病院	三鷹・武蔵野・小金井排尿障害勉強会	認知症と排尿障害について
2015/1/15	調布市文化会館たづくり	調布市	調布市認知症コーディネーター企画研修・包括看護職対象
2015/1/27	小金井市民交流センター	小金井みなみ地域包括支援センター	認知症講演会「認知症の理解と対応」

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
分担研究報告書

愛知県知多北部地域の認知症連携体制構築

研究分担者 武田章敬 国立長寿医療研究センター

研究要旨 愛知県知多北部地域の介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象として、認知症のある利用者に関する情報の把握状況と医療機関との情報交換の現状を調査した。これらの事業所では認知症の診断名や病歴、認知機能に関してはあまり把握されておらず、外部の医療機関からの情報はケアマネジャーを通して入手することが多いことが明らかになり、医療機関はケアマネジャーへの情報提供を重点的に行うことが有効と考えられた。また、かかりつけ医から専門医療機関への診療情報提供書の内容を解析することにより、かかりつけ医の認知症対応力向上に必要な課題が明らかになった。

A. 研究目的

認知症の人が住み慣れた地域において安心して生活していくためには、住まい、医療サービス、介護保険サービス、日常生活サービス等が必要に応じて切れ目なく提供されることが必要である。しかし、サービスを提供する各事業所や各機関が認知症の人やその家族を日々支援している一方で、適切な情報共有や連携がないために、サービスの方向性に微妙なずれが生じる、きめ細やかなサービスが提供できない、費やした時間や労力に見合った効果をあげられないなどの可能性も指摘されている。そこで本調査研究においては、愛知県知多北部地域の認知症の人が利用している介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象としたアンケート調査を行い、認知症のある利用者に関する情報の取得状況と医療機関との連携の現状等を明らかにすることにより、住まい・医療・介護の役割分担と連携に基づく認知症支援体制の構築に役立てることを計画した。

また、認知症の専門医療機関である国立長寿医療研究センターもの忘れ外来へ紹介された認知症が疑われる患者の、かかりつけ医からの診療情報提供書の内容

を検討し、かかりつけ医と専門医療機関の連携体制構築のための基礎的データとすることも目的とした。

B. 研究方法

1. 介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象とした調査

知多北部（大府市・東浦町・東海市・知多市・阿久比町）において、通所介護、通所リハビリテーション、訪問介護、訪問看護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設、地域密着型特定施設入居者生活介護のサービスを提供している事業所および住宅型有料老人ホーム、介護付有料老人ホーム、サービス付高齢者向住宅（合計 254 ヶ所）を対象とした。

医師、看護師、社会福祉士、介護保険サービス事業所職員、研究者、認知症を介護する家族と協議して作成した原案を、少数例の予備的調査を行い確定させた「知多北部地域の介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象とした認知症

のある利用者への対応と医療機関との連携に関する調査」説明書及び調査票を郵送し、回答後返送してもらった。

2. かかりつけ医から専門医療機関への診療情報提供書の解析

平成 25 年 11 月 1 日以降、地域のかかりつけ医から国立長寿医療研究センターもの忘れ外来を紹介され受診となった、認知症が疑われる患者連続 100 症例の、かかりつけ医からの診療情報提供書に記載されている内容につき検討を行った。

(倫理面への配慮)

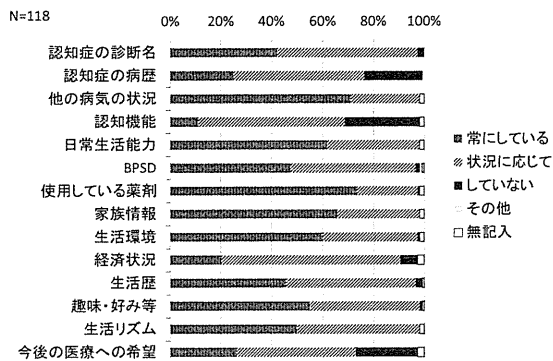
当研究は国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象とした調査

118 事業所から回答を得た（回答率 46.5%）。

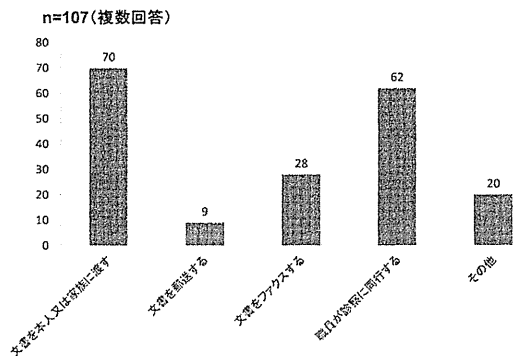
(1) 認知症のある利用者の情報の把握・記録に関して、利用者の「認知症以外の治療中の病気 (71%)」「日常生活能力 (62%)」「使用している薬剤 (74%)」については常に把握・記録していることが多いのに対して、「認知症の診断名 (42%)」「認知症の病歴 (31%)」「認知機能 (11%)」については常に把握・記録している割合が低かった。



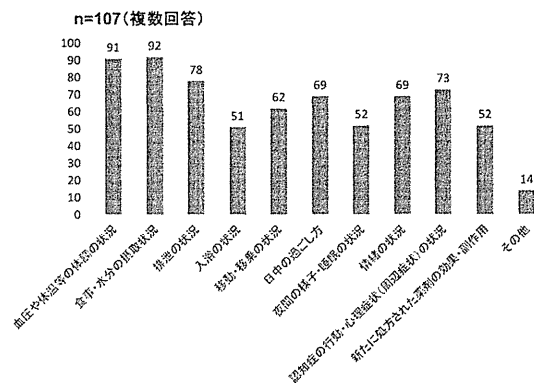
(2) 「利用者が外部の医療機関を受診する場合に、利用者の状況について情報提

供を行っていますか。」の問いに対して、34ヶ所 (29%) が「常に行っている」と回答し、73ヶ所 (62%) が「必要に応じて行っている」と答えた。

(3) 情報提供の方法としては「文書を本人又は家族に渡す」「職員が診察に同行する」が多かった。



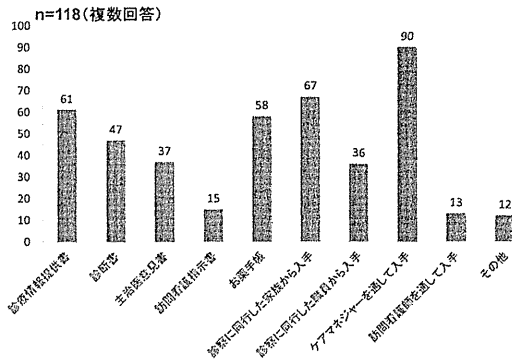
(4) 情報提供の内容としては血圧や体温、食事や水分の摂取状況などが多く、新たに処方された薬剤の効果・副作用については半数程度であった。



(5) 「貴事業所では外部の医療機関から利用者に関する情報を入手できていますか。」という問いに対して、28ヶ所 (24%) ができていると回答し、48ヶ所 (41%) が「どちらかと言えばできている」と回答した。

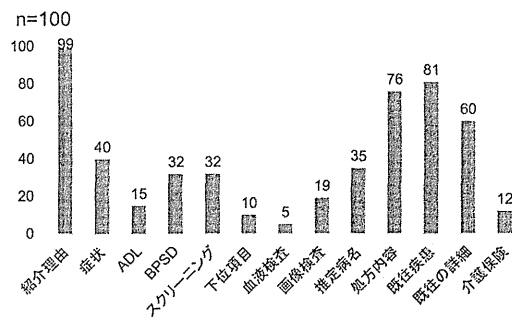
(6) 「貴事業所では外部の医療機関からの情報をどのようにして入手していますか。」の問いに対して、「ケアマネジャーを通して入手」「診察に同行した家族から入手」「診療情報提供書」「お薬手帳」の

回答が多く、「主治医意見書」の回答は多くなかった。



2. かかりつけ医から専門医療機関への診療情報提供書の解析

ほとんど全ての診療情報提供書において簡単な紹介理由は記載されているものの具体的な症状について記載されているものは40%であった。また、認知症であるかどうかを判断するために重要な日常生活能力について記載があったのは15%に過ぎなかった。HDS-RやMMSEなどの簡易スクリーニングテストの得点が記載されているものは32%あったが、原因疾患を推定するために必要な簡易スクリーニングテストの下位項目の得失点について記載されているものは10%と少なかった。



D. 考察

1. 介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象とした調査

介護保険サービス事業所や有料老人ホームにおいては認知症のある利用者の「認知症の診断名」「認知症の病歴」「認知機能」について把握・記録している割

合が低いことが明らかになり、医療機関の情報提供が必要であることが示唆された。

介護保険サービス事業者や有料老人ホームから外部の医療機関への情報提供の内容としては血圧や体温、食事や水分の摂取状況などが多い一方で、「新たに処方された薬剤の効果・副作用」は少ない傾向にあり、医療機関の求める情報を十分提供できていない可能性が示された。

外部の医療機関からの情報の入手方法に関しては「ケアマネジャーを通して入手」が最も多く、外部の医療機関はケアマネジャーに対して重点的に情報提供を行うことが効果的と考えられた。

2. かかりつけ医から専門医療機関への診療情報提供書の解析

かかりつけ医から専門医療機関への診療情報提供書において、認知症を診断する上で極めて重要な日常生活の支障に関する情報が記載されているものが少なかったことは認知症の定義そのものへの理解が十分ではない可能性が示唆された。

また、かかりつけ医が簡易スクリーニングテストを実施し情報提供した場合であっても、下位項目の得点状況まで記載したものは1/3にも満たないことから、認知症診断における認知機能評価の活用に関する啓蒙が更に必要と思われた。

E. 結論

愛知県知多北部地域の介護保険サービス事業所と有料老人ホームを対象として認知症のある利用者に関する情報の取得状況と医療機関との情報交換の現状を調査し、課題と有効な連携方法が明らかになった。

また、かかりつけ医から専門医療機関への診療情報提供書の内容を検討することで、かかりつけ医の認知症対応力向上に必要な課題が明らかになった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。