

②三島先生コメント

H14年に便秘を主訴とする初診を実施。H23年には、物忘れの自覚症状があり、要介護1認定を受けた。甥御さんに対しては、高圧的であった。三島先生に対してはにこやかであったが、ADではないと自己で判断し、服薬をやめてしまった経緯があった。

③議論

警察への通報など、近所に迷惑を掛けることも多く、困難なケースでシートを作成した。相談施設を色々と渡り歩き遠回りしてしまったが、武蔵野中央病院の牧野先生への1回/月の受診を行い、薬剤調整を行って頂き、最適な有料老人ホームでの生活が営まれている。本患者は、所得的にも若干の余裕がある事もその方向性を導く事に繋がった。

④長谷川先生コメント

1.暴力、2.夜中に騒ぐなどのケースは、施設入所と、抗精神薬の必要なケースが多い。この時期注意すべきことは、特に熱中症・食欲不振である。症状が急に変わることには、理由があるので、健康チェックが必要である。本患者は、前頭側頭型認知症(FTD)＋アルコールの可能性もある。牧野先生の非定型抗精神薬処方、必要であり最適であった事例である。

【事例3 小金井にし包括支援センター 高橋様】

①81歳女性(要支援2)

不眠が続き、日中夜間問わず多弁状態が激しくなる事例。夜間救急車を呼ぶなど、夫は困り果てていた。

整形外科疾患を目的として考え、菊地脳神経外科・整形外科へ連携シート利用の紹介を試みた。診断は、認知症であり、メモリーとリスパダール処方が開始され、入院をすることなく改善を見せた。その後、拒薬するようになったため、リスパダールの水溶液とアロエヨーグルトの混合を試みて、落ち着いて頂けた事例。

②菊地脳神経外科・整形外科 菊地先生

夫に対する暴言もあり、画像も考慮した上、ADと診断した。発作性心房細動(AF)も合併している。

家族は、もの忘れよりも、凶暴性を気にしていた。

家族から陽和会病院(武蔵野市)への希望などあったが、受診したかは不明。

③議論

患者の宗教上の問題が大きく、医療機関の選択、薬物治療の制限が大きかった。精神科入院機能を持つ、陽和会病院を家族が望んだが、本人が拒否された。

AFを持つ患者でもあり、薬物治療への制限は、更に大きなものがあった。

結果、肺梗塞にて永眠となったが、リスパダールの水溶液とアロエヨーグルトの混合だけは服用して頂き、最期まで状態は落ち着いていた事が良かった。

④長谷川先生コメント

AD患者は、一度服薬への違和感を受けると、拒否にはしり、再度服薬する事に難渋する。身体疾患を持つAD患者は、最も多い。どこまで治療を望まれるのか、本人とご家族にしっかり相談する事が重要である。

2.その他情報交換

竹田先生より、認知症早期発見・早期診断推進事業（アウトリーチ）の連絡

本事業は、東京都独自であり、地域包括支援センターによる認知症対応力の強化の一環として、立ち上げる事とした。

小金井市の認知症コーディネーターは、小金井市みなみ包括支援センターに設置、アウトリーチチームを杏林大学に設置し、医師会は、4地域に分けて担当医師を設置する予定である。本事業は、小金井市と調布市が運用する事となっている。

長谷川先生

事前情報は、包括支援センターの皆様に、しっかり入手して頂きたい。

ご紹介頂いた全てに杏林大学アウトリーチチームが、出て行く事が出来ないと考える。

チームが出て行くことは、最終手段である事をご理解頂きたい。

医療が必要か、介護が望ましいのかをしっかりと考慮して最適な方針をお伝えします。

確実な解決が導ける事ばかりを期待しないで頂きたいが、困っている方の対応は惜しみません。

小金井市みなみ包括支援センターコーディネーターは、鈴木様が紹介された。

鈴木様のご挨拶

認知症の方が住み易い街にしたいと考えています。

医師会の先生方とのご指導、ご協力をどうぞ宜しくお願いします。

小金井市役所 本木様

10月から稼働する予定である。

小金井市では、4包括支援センターがあるが、各センターにADの担当者を設置した。

小金井市役所 高橋様

全国的に認知症の増加報告を受け、把握しきれない患者様が、小金井市でも存在している。

今や福祉の力だけでは限界があり、多職種の関わりを持って、フォローする必要性があると考えている。勿論、国からも強いアピールがある。

今後も、医師会の先生方との連携の取り組みを、密にお願いします。

③長谷川先生

アウトリーチは、包括支援センターからの支援も受けますが、その後の医師会のフォローもお願いします。

④小金井市役所 本木様からのシートの目的と使い方の紹介。

小金井市オリジナルは、2箇所あります。シート2の『5.特記すべき事項』の項に『その他』を設定した。自由記載が可能なので、この部分を利用して頂きたい。

シート3には、経済面を記載した。利用者への料金の発生を明確化した。

(『小金井市もの忘れ相談シート』の目的と使い方の冊子をご参照下さい。)

⑤竹田先生より、保険請求についての連絡

シート3：250点、シート4：250点+100点=350点、シート6：250点+50点=300点が適応となる。

(認知症の診療にあたり、情報提供をした場合の保険請求に関してご参照下さい。)

3.齋藤会長ご挨拶

本日は、事例検討を中心とした、攻撃的、拒否する例など具体的な検討ができ、有効な議論ができた。地域包括ケアシステムの根幹を示すこの小金井市認知症連携会議は、今後も積極的に開催していく考えである。

次回予定は、11月10日(月)に暫定的に設定する。

第7回小金井市認知症連携会議 議事録

日時 平成26年11月10日(月) 19:30~21:00

場所 小金井市医師会館3F会議室

参加者 齋藤寛和、竹田和義、小林久滋、山崎博臣、菊地邦夫、関山多真子、齋藤優喜子、長谷川浩、名古屋恵美子、野村正世、牧野英一郎、内山雅之、金丸直子、池光、三上幸子、佐藤悠、中垣基成、田村春枝、寒河江朱実、木村利子、金子恵子、宮本誠、富永智一、穂坂英明、本木典子、高橋徹、高橋美月、中村紗絵子、沼田正子、黒木美恵子、高野一成、平山幸子、久野紀子、中村紀美、鈴木泰子、高橋美樹、山岸和江

(順不同・敬称略)

議題

- 事例検討 ①医師会事例；竹田内科クリニック
②包括支援センターからの2事例
- 東京都認知症早期発見・早期診断の事例紹介
- 地域ケア会議について
- 多職種連携会議について
- 次回日程
- その他

司会進行 竹田先生

1. 事例報告

【事例1 竹田内科クリニック 竹田先生】

①70歳女性 物忘れ・行動異常・妄想

H25.4より頻尿を主訴に来院。HDS-Rは、16点であり、リバスタッチを開始するが、ご家族の来院が中心であったため、連携シートを使用した。シート活用時のHDS-Rは、13点であり、犬の散歩にて道に迷い警察へ保護される、物取られ妄想などの症状があった。

MRAによる異常はないが、両側側頭葉内側萎縮・VSRADでのZスコア2.88(かなり強い萎縮)を認め、アルツハイマー型認知症疑いとなった。のちに薬がきちんと飲めていないということがわかった。

②小金井みなみ包括支援センター 中村様

H25.3に初めて来所され、その時に要介護1を受けた。

9.29にご主人と一緒にシートの記入を行った。犬の散歩は、1回/日実施しており、時には小平まで道に迷う事もあったが、ご主人より、もう少し様子を見たいという希望を受け、現状に至っている。

③長谷川先生コメント

ご本人が来院されないケースは、ご家族情報を頂く事になるが、本来の情報を理解しにくい。ご主人が本当に困っていないか、周囲に迷惑を掛ける度合いがどの様なものか等、しっかり把握しなくてはならない。今回は、もう少し様子を見たいというご主人の要望もあるため、このまま見守る事が大切である。

AD と排尿障害の事例は、多く散見されるが、排尿障害治療薬とアリセプトとの併用は可能であることをお伝えする。

【事例 2 小金井にし包括支援センター 高橋様】

①79 歳 日中独居女性

過去に民生委員への相談があった事例。H25 年 9 月に盗まれた、若い男の人が家に入って来るなどを話すようになった。H26.5.24 には、症状に進行により、かかりつけ医がいなかったため、シートを利用して、つるかめクリニックに依頼した。関山先生よりシート 3 の返信を頂き AD 診断を受けた。ご家族の要望が、土曜日診察のできる施設であったため、その後桜町病院にてフォロー中である。要介護 1 を受け、現在デイサービス利用中でもある。

②つるかめクリニック 関山先生

H26.6.7 に受診され MMSE 16 点、取り繕い、海馬萎縮・上部側頭葉萎縮を認め AD と診断した。興奮状態もあり、リスパダールも服用できず、胸部異常も存在したため、武蔵野赤十字病院を紹介した。結果、桜町病院への受診となった。

③桜町病院 齋藤様

H26.6.30 に次男と共に初診を受けた。検査結果は、HDS-R 17 点、物取られ妄想あり、MRI を実施した。

H26.7.12 には、治療に積極的な長男と共に受診され、長男より、デイサービスを希望されたため利用開始とともに、老人ホームの斡旋も行った。

内科受診の結果(H26.7.26)、結核の心配は否定されたが、見当識障害のため AD 治療薬を勧めますが、長男の了承を得られず、服用されていない。お金の管理についても 1000 円ずつ渡すなどして対策できてきた。

④議論

菊地先生；肺癌の脳転移には気を付けなければならない、頭部 MRI は、非常に重要である。

長谷川先生；一歩ずつ、焦ることなく取り組みながら、理解を深める事が大切である。

【事例3 小金井ひがし包括支援センター 金子様】

①87歳 日中独居女性

統合失調症の65歳息子さんと二人暮らし。他市に61歳の娘がいてH17から母に関わりを持ってほしいという相談を受けていた。H24.3に娘から直接ご相談。（娘はヒステリックな所があり、自分自身のことも含めた相談内容で長時間の電話対応を行った。）受診時は、HDS-R 14点であり、本人は、精神科入院が怖いという理由で受診訪問を拒否。包括支援センターの定期訪宣は実施。H26に介護保険手続き完了、その際、息子さんと連携シートを作成した。現在は、むさし小金井診療所の富永先生に、在宅訪問を行って頂いている。

②むさし小金井診療所 富永先生

介護福祉課からの相談で訪問。物取られ妄想の強いADと診断。ご本人は、ヘルプサインを出せない状況である。息子さんは、薬に対する知識が高く、服薬を勧めるが、拒否される状況。ご家族の理解を深めながら、介護者・行政の方々と複数回の訪問を行い、対応中である。

③議論

ご本人は攻撃性があるものの、娘さんとの関係は良好である。
娘さんからは、息子さんが精神科に入院させようとしている等と言われ、ご本人が警戒している状況である（小金井市役所 召田様）。暴力的家族も含めた数多くの訪問は、非常に重要な対応であり、診療報酬上はどの様に対応されているのでしょうか（齋藤会長）。
事務局にて対応中であり、医師としてはまず、ご家族を含めて理解を頂ける訪問に心掛けている（富永先生）。今後の対応に関しては、行政側もお考え頂きたい（齋藤会長）。
連携を事前に図ることが、問題を円滑に進めることになる（菊地先生）。

2.東京都認知症早期発見・早期診断の事例紹介 小金井市役所 召田様

本事業としての状況は、包括支援センター9軒、ケアマネ報告1軒であり、そのうちアウトリーチ要請は、2軒を候補としている。

①候補事例1

夫の浮気妄想が強い方。服薬拒否も強く、医師への紹介も厳しい。以前に長谷川病院の受診を行ったが、継続していない。

②候補事例2

ゴミ・書類などの管理能力不能で、見当識障害の激しい方。アリセプトの服薬継続が出来ず、杏林大学を紹介するが、物理的に不可能を訴えたため、現在、桜町病院を勧めている。
その結果によっては、アウトリーチを利用する考えです。

③議論

アウトリーチのきっかけは、多義に渡り、市・包括支援センター・民生委員からの要望等を受けている状況にある（齋藤会長・召田様）。

3.地域ケア会議について 小金井市役所 本木様

地域包括ケアシステムのご紹介（配布冊子；P.13 ご参照）。

現在、竹田先生・富永先生が1例ずつご協力を頂いている。

個別地域ケア会議と小地域ケア会議を、包括支援センターの介入のもと行い、議論後、地域ケア会議に結び付ける段取りとなる（配布資料；地域ケア会議をご参照）。

ご本人・ご家族の同意と誓約書の取得が必要である。

今後も、地域ケア会議のご了承の程、宜しくお願い致します。

議論

クリニック内で小金井市役所の召田様・本木様との相談する事は、地域ケア会議に相当しますか（齋藤先生）。

本会議は、地域の友人・知人などの参加が望まれます。この様な方は、専門職でないため、誓約書（罰則規定はない）を交わして頂く事になります（本木様）。

今後は、独居でADを持ち、ご家族が少ない方が多くなる事を想定している。

誰を対象としていくかは、ケアマネ・市の職員と相談していき、誰が役に立てるのかを誰が決めていくのかを考えていく事となった（齋藤先生・本木様）。

今回利用した1事例は、参加できない方もおられ、疑問も多かった（竹田先生）。

多職種の方々の相談は、色々な解決策が導く事ができ、非常に重要である（富永先生）。

4.多職種連携会議について 杏林大学 名古屋様

医師会・歯科医師会・行政・薬剤師会・社会福祉士など、多くの職種の方々が事例検討を通じて勉強する会議を提案された。スタイルは、講義とグループワークであり、認知症を対象としている。小金井市で困った事例を具体的に提起し、まずは、議論してみるところから始める事を勧めたい。

齋藤会長は、在宅を対象とした東京都の多職種連携会議に参加された事を報告された。

この連携会議の場が相応しいかは、一度考える必要があるとコメントされた。

5.その他

エーザイ株式会社より、H26.11.14 から10日間と年末年始にわたり、壇ふみ氏のTV疾患啓発を実施するご案内を行った。主旨は、アリセプトの新効能効果である『レビー小体型認知症』の取得による、疾患啓発活動であることのご理解を頂けます事をお話した。

次回予定は、平成26年3月2日（月）に決定した。

平成25年度 第1回調布認知症連携会議 報告書

日 時	平成25年5月17日(金) 午後7時30分～午後9時00分	報告日	平成25年5月20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 東京都: 守田係長, 天野氏 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)	
	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 挨拶 吉田参事より, 行政, 医療, 地域などの連携を深めることが重要。との挨拶頂く。</p> <p>2 メンバー紹介 ・上記出席者参照。</p> <p>3 当会議の目的, 開催方法について 当会議は, 認知症について医療, 介護の連携についての体制を考える。具体的には認知症疾患医療センター, 地域の開業医, 地域包括支援センターとの連携について検討していく。また将来に向けて会議の出席者を拡大していきたいと考えているが, まずは, 体制を作るにあたり, 地域の課題等検討をしていく。</p> <p>4 議事 (1) 認知症疾患医療センターとの連携について ・杏林大学病院名古屋相談員よりお話を頂く(資料参照) 全国の認知症発症率12.4%から計算すると, 調布市の高齢者数より約5287人が認知症なのではないかと予測される。 認知症疾患医療センターの役割については, 本人家族, 包括, 行政, 介護保険事業者からの認知症の相談に対応している。平成24年度の相談数は114名(実数)。相談は1回の電話相談で終結するものから, 継続相談が頻回となる相談まで様々。その中で8割が包括などと連携をしながら相談対応する。杏林大学は精神科入院ができないので, 入院先を探すなどの支援(入院支援平成24年度は25名)をした。 認知症疾患医療センター(杏林)の診察までは予約から2か月待つ状態。かかりつけ医とも連携をしている。(時には医師が診察中に電話するなど) 現状については, 杏林大学病院は精神科入院はできないが, 内科的な合併症(身体合併症)の受け入れは高齢診療科にて年間114名受入れている。精神病院との連携がまだまだなので, 取り組んでいきたい。杏林大ですべてを行う事は難しいので, 連携を密にとり「連携する事での体制づくり」にとりくんでいきたい。 役割としては, 圏域の連携を深める。一般市民向けの研修会の開催。 また認知症疾患センターのPRに取り組む。</p>		

<まとめ>認知症疾患センターは全てを担えないため連携を作っていく事が必要。また地域に望む事は、地域の資源（認知症検査ができるクリニックや入院可能な病院）の把握をお願いしたい。その他、医師を含めたカンファレンスの開催、症例検討などを行い人材の育成も医療センターとともに取り組んでほしい。と名古屋相談員の話。

質疑応答：

- ・ Q西田医師：杏林の圏域での連携会議は他市の状況

A長谷川医師：全市で連携会議実施している。

- ・ 長谷川医師：杏林大学の物忘れ外来の初診は年間601件。その他、再診は5800件。かなりの繁忙状態。相当軽い方からアルツハイマ型の方まで。高齢診療科の年間入院数は700件。内3分の1は、認知症が含んでいるが、看護師も頑張っていて入院看護をしている。時には認知症患者に殴られてしまったり。しかし、入院から3日経過すると落ち着くので、看護師も頑張っている。看護職の人材育成の結果である。最後に思う事としては、調布市の医師には大変御世話になっている。外来で関係者カンファを行うと、調布市はレベルが高いと実感している。

- ・ Q連携シートの活用についてはいかがか

A長谷川医師：連携シートの利用は24件程度。連携するためのシートではなく、困っている事をかいてもらうシートでよい。使う事を義務ではない。最初の相談にあったら困っている事が分かるかな？というレベル。連携を強化する程度のシートであると認識している。連携が楽になればいいなと思っている程度。

- ・ Q西田医師：シートは浸透させたいのか？

A長谷川医師：使いたければどうぞと思っている。情報を共有してほしいだけである。シートが一番とは思わない。シートを埋めてみればよいと思う。電話で口頭だけでは通じない事もあるので。その程度です。

物忘れ外来を当初始めた時は、人間ドック的な利用が多かったので、予約制にした。予約から初診まで待ち期間が長いので怒る方もいる。

- ・ Q青木医師：シートの中身もバラバラであり、ノートやパスの保管場所についても行き詰る。個人情報データベース化は考えているか？

A長谷川医師：杏林大学内の弁護士に相談した事あり。連携シートは不特定多数の方に送るファックスはダメ。しかし診療に基づくものであればよいとの判断。しかしこれは杏林大学内の意見である。結論からいうとデータベース化は難しいように思う。

A東京都守田係長：立川で患者情報をモデル事業でウェブ化していく。

- ・ Q西田医師：物忘れ外来のあと、地域の往診対応に繋げた数は何件か？

A114名中、2名。2名は杏林に通う事がきびしくなったのが理由。

- ・ Q青木医師：予約から初診までの2ヶ月間の間の緊急対応については？

A長谷川医師：医師から緊急で見てほしいと言われる事は10件あった。対応としては身体合併の際は杏林で対応。精神などの場合は杏林では対応できず、他病院へ調整した。

地域の皆で杏林大学の認知症疾患センターをどのように活用するかが課題である、年間初診600件を何とか増やしたとしても700件。また再診は現在の5800件が限界。軽い症例を見続けるのは認知症疾患センターとしても良くない。軽い方はかかりつけ医師で良いと思っている。緊急対応しているのも限度がある。杏林にたどり着くケースも大変なケースと思っている。地域で見て行くことも必要。そこで地域への提案がある。それは、地域でMRI検査ができる病院はどこか？その際海馬がみれるようにお面状スライス画像がとれば尚よし。また血流シンチがとれる機関があれば、そのデータを杏林に

	<p>持参してくれれば判断まで早い。杏林で検査からとなると検査までまた待つことになる。杏林と地域医と連携がうまく取ればよい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Q西田医師：杏林の活用の仕方について、地域の調布市医師会にもぜひお話に来てもらって知らせて行きたい。 A長谷川医師：地域の検査施設や認知症を最初診られる医師、精神に強い病院、周辺症状が診られる医師がどの程度地域にいるかなど知りたい。ぜひ、地域の資源について知りたいと思っている。 ・ Q青木医師：緊急対応などの問い合わせなどで杏林は混乱しているか？ A長谷川医師：まず地域の直近医師が診られればよいと思うが、以前は、「全て杏林に任せれば」という事で受けていたが、すぐにパンクしてしまった。よって認知症に特化していく事になっている。対応が無理な場合もあるので、誰がどこまで担えるか、が大事である。 ・ Q包括職員：月1回の受診予約をとっているが、次の予約までの間に緊急に対応が必要な場合は予約まで待つのか？ A長谷川医師：まず電話してほしい。まず高齢診療科医師が対応する。また杏林内で協力体制をきづいていきたいと思っている。今後も杏林お精神科とは話し合っ連携を模索してみる。お互いに困っている事もあるので。結論は患者、家族が困らないようにするためにしていきたいと思っている。 <p style="text-align: right;">以上</p> <p>その他、次回は調布市からの認知症疾患センターへの質問をまとめる</p>
次回	<p>平成25年7月19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>

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 時	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	
	そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・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) 	
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。各部署が随っ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	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あるので、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て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 時	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：ひとりぐ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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>・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	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。 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: まず活用をしてほしい。 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>

平成26年度 第1回調布認知症連携会議 報告書

日	時	平成26年5月30日(金) 午後7時00分～午後9時00分	報告日	平成26年6月9日
場	所	文化会館たづくり 1102会議室		
出	席	調布市	出席者	
		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(西田氏, 青木氏), 調布市薬剤師会(田中氏), 特養ちょうふの里(小林氏), ゆうあい公社(中井氏), 医師会訪看ステーション(平野氏), 至誠若葉ケアセンター(河合氏), グループホームさくらさくら(野川氏), 介護支援専門員連絡協議会(尾本氏, 大場氏), 老健花水木(長尾氏), 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), 杏林大学病院(長谷川アドバイザー, 名古屋アドバイザー)	
		その他		
		欠席: 調布市医師会(佐藤氏),		
		<p>1 開会 関口室長よりご挨拶いただく。 事務局より当会議の開催目的, 年間予定などを説明。</p> <p>2 委員紹介 上記出席者参照。委嘱状机上授受。</p> <p>3 会長の選任・副会長の指名 推薦により, 河合氏が会長に選任され, 副会長に大場氏が指名され, お引き受けいただいた。</p> <p>4 認知症ケアパスの作成について(資料: 認1-1, 認1-2) 認1-2に沿ってオレンジプランについて説明。 認知症になっても本人の意思が尊重され, 住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現, 認知症の進行に応じた適切なサービスが使えるような流れを作成することを国が推進している。そのための7つの重点課題を挙げているが, その中には認知症ケアパスの作成・普及も含まれる。</p> <p>認1-1に沿って認知症ケアパスについて説明。具体的な方策については8ページを参照。 認知症ケアパス策定において, 地域での認知症の人を支える取り組みを整理し, 本人・家族・地域住民に対して取り組みを体系的に紹介するとともに, これから増加が見込まれる認知症の人を地域でいかに支えるかを明示することが求められている。また, 地域で支えていくためにどのようなサービスや支援が必要になるかを踏まえながら社会資源を整備していくことが必要である。</p> <p>この場では, 社会資源についてだけでなく, これからの認知症の人を支えていく体制としての目指すべき姿を検討し, ケアパス作成に活用していきたい。</p>		

<p>要旨又は内容</p>	<p>5 目指すべき姿について</p> <p>KJ法を使ったグループワークを実施。</p> <p>(方法) 委員を2グループに分け、各自で課題(市民・地域、介護・福祉、医療に対して認知症発症初期～終末期のそれぞれの段階に応じて気づいた点、思っている点)についてポストイットに書き出していただく。集約した意見を基に議論していただき、グループの意見をまとめ、発表していただく。</p> <p>(発表内容・A班)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の症状の現れ方は人それぞれであり、スムーズな対応をしていくためには、医療や介護などの各機関の連携が必要になってくると思われる。 ・また、地域の支え手として、市民の認知症への理解も必要となってくると思われる。地域が一つとなり、認知症患者を支え、介護をしている家族を支えていく仕組みを築くべきである。 <ul style="list-style-type: none"> ・徘徊高齢者への対応の際の個人情報扱い方について検討をする必要があると思われる。 <p>(発表内容・B班)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職(介護職員、各施設職員、医療従事者)の認知症への理解、対応力を向上させることが必要である。そのための研修、教育の充実を図ることが求められる。特に、市民にとって身近であるかかりつけ医が認知症に対するゲートキーパー・ゲートオープナーとして活躍できるようになってもらいたい。また、それを実現するための専門医療資源の確保、機関同士がお互いをつなぐパイプ役となっていく姿勢が必要。 ・子供から大人までの幅広い人々が認知症を理解できる環境を整えることが大事である。(認知症サポーター養成講座、学校教育)また、地域での関係性作りや徘徊高齢者への対応策として、交流活動(地域での活動、施設への職場体験、町での気軽な声掛け)を実施していくことが望ましい。 ・医療・介護・行政・市民すべての人がケアパスなどのベースとなるデータを理解し、共通の認識をもっていくことが必要である。 <p>6 事務連絡</p> <p>謝礼支払に関わる委任状を提出していただきたい。本日提出できない方は郵送での提出をお願いします。</p>
<p>その他</p>	<p>平成26年6月20日(金)</p> <p>時間：午後7時から午後9時。</p> <p>会場：文化会館たづくり 1102会議室</p>

平成26年度 第2回調布認知症連携会議 報告書

日 時	平成26年6月20日 (金) 午後7時00分～午後9時00分	報告日	平成26年7月10日
場 所	文化会館たづくり 1102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 (西田氏, 青木氏), 調布市薬剤師会 (田中氏, 佐藤氏), 特養ちようふの里 (小林氏), ゆうあい公社 (中井氏), 医師会訪問ステーション (平野氏), 至誠若葉ケアセンター (河合氏), グループホームさくらさくら (野川氏), 介護支援専門員連絡協議会 (尾本氏, 大場氏), 老健花木水 (長尾氏), 包括せいじゅ (山口氏), 包括調布八雲苑 (高久氏), 包括つじが丘 (加藤氏), 包括山川 (小川氏), 杏林大学病院 (名古屋ドバイザ)	
	そ の 他		
	欠席: 杏林大学病院 (長谷川アドバイザー)		
	<p>1 開会 関口室長よりご挨拶いただく。</p> <p>2 社会資源シートの作成について 認知症の人を支える社会資源について、現在整備されているもの、今後整備をしていくべきものの整理を行う。2グループに分かれ、KJ法を利用して意見集約を行う。挙げた資源項目について、認知症によって生じた生活機能障害の状態ごとに振り分け、またどのくらいの時期まで活用ができるのか、活用することのメリット、活用にあたっての注意点についても検討する。</p> <p>(発表内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療面での資源として、かかりつけ医、かかりつけ薬局を決めておくことが大事である。お薬手帳を一人一冊持っている状態にし、服薬状況や既往歴がまとめられている状態が望ましい。 ・物忘れ相談シートを活用し、早期に専門医へつながって欲しい。 ・若年性認知症の方向けのデイがあると良い。その際、玉ねぎの皮むき等、仕事をしてお金をもらえるようにする、といった役割支援の目的をもって取り組めると良い。 ・服薬管理について、訪問看護を入れることが望ましいが、費用が高くてついてしまうことが問題となる。薬剤師が服薬指導をすれば安くすむと思われる。 ・認知症について、気軽にチェックができる問診票のようなものがあると良い。形式は簡単なもので、いろいろなところで入手ができるようにしてあると、関心も高まりやすいかと思われる。 ・子供から老人までの広い世代と一緒に過ごせる場があると良い。また、そのような場所まで一緒に付き添って行ってもらえるようなボランティアもいると良い。 ・地域での声掛けも有効であると思われるが、下町のようなところやマンション街など、地域によって声掛けしやすい環境、しにくい環境が分かれてくることも考えられる。 ・サービス付高齢者住宅は、認知症が進行しても介護保険サービスを利用しながら生活することができるが、新規入所時点でかなり進行している状態だと、生活に慣れることが難しいのではないかと。 ・最近、高齢者の靴の踵といった、本人に見えないような位置に電話番号を 		