

## 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、形はいつでも良い。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い際に、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
- ・個人情報案件では、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来る方。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」

杏林大学医学部附属病院医師 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

## 【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と？

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。

## 第 1 回 北多摩南部地域認知症連携会議 議事録

2012 年 11 月 5 日 (月)

杏林大学医学部付属病院 第 1 会議室にて

## 1. 「認知症連携体制構築の概要」

杏林大学医学部付属病院 もの忘れセンター神崎恒一より

## 1) 東京都福祉保健局の資料&lt;資料 1&gt;

センター一覧の確認

認知症疾患医療センターの役割についての説明

→現時点では、すべての機能を果たしているセンターはないので、今後年数をかけて、構築していくものと考えている。

## 2) 認知症連携体制構築の背景

三鷹・武蔵野認知症連携を考える会において、重ねてきた議論をふまえて、この後の各市の話し合いに役立てて頂きたい。

→資料にそって説明。

- ① 認知症連携体制構築の背景
- ② 東京都の示す認知症連携のイメージ
- ③ 三鷹・武蔵野認知症連携を考える会
- ④ 三鷹武蔵野地区認知症連携イメージ
- ⑤ 情報交換シートの効用
- ⑥ 連携の会で挙げた主な課題
- ⑦ 認知症連携に求められるもの

## 3) 連携シート&lt;資料 2&gt;

各市のディスカッションの際に検討材料として、ご覧いただきたい。

## 2. 「各病院から、認知症診療の取り組みに関する現状報告」

- ・青木病院（調布市）— S37 年精神科病院としてスタート。7 年前リニューアル。精神科の合併症や高次脳機能障害、BPSD の患者を受ける病棟をもっている。在宅の先生と連携を取りながら、高齢者のトリアージ施設としての役割を担っている。
- ・根岸病院（府中市）— 450 床の病院。認知症の治療病棟 50 床。治療は周辺症状に特化して、治まったら自宅や施設へというスタンス。診断が難しい疾患であり、杏林大学病院との連携を期待している。
- ・桜町病院（小金井市）— 精神科の外来（常勤 1 名、非常勤 5 名）で認知症を診ている。初診 300 人／年。認知症の患者は増加している。認知症の専門外来ではない。入院中の患者の他科からのリエゾンという形で診療している。微妙な診断が必要な方や BPSD の激しい方は他院へ紹介。小金井市内専門病院が 3 か所あり、三鷹武蔵野の連携への参加を希望している。
- ・武蔵野中央病院（小金井市）— 精神科（200 床）と内科（100 床）病棟。精神科病棟の 1 つは、高齢者対応のバリアフリーで閉鎖病棟があるが、常に満床。内科病棟は高齢者対象であり、統合失

調症で入院中の方も高齢化。長期化している患者が多く、満床状態が続いている。今後の方向性について相談していきたい。

- ・慈恵第三病院（狛江市）一病床 585 床。精神科の病床はない。  
認知症の診断は、精神科や神経内科でも行っている。もの忘れ外来は毎週水曜日午前中で完全予約制。認知症の入院療養は、他市の病院にお願いしている。
- ・武蔵野赤十字病院（武蔵野市）一神経内科にて初期診断・診療をおこなっている。入院は難しいので、外来で治療方針を決めている。身体合併症については、各科の対応に任せている。BPSD 入院対応は他院にお願いしている状況。
- ・井之頭病院（三鷹市）一 659 床 11 病棟ある。H11 年頃から、三鷹市からの委託ベッド 10 床は認知症対応。院長が対応。自宅介護を前提にしており、家族がこれ以上在宅での介護は困難という状態の場合に入院を受けている。
- ・長谷川病院（三鷹市）一 492 床、5 年前から一般精神科病棟で BPSD をみている。11/1 より看護学校の場所に認知症の治療病棟 50 床を設置。12 月 1 日から受け入れ可能。認知症専門外来が金曜日に設置している。身体合併症の患者の受け入れは、診療報酬上難しいのが現状である。

### 3. テーブル毎のディスカッション

（各市の事務局の選定、及び、連携の組織づくりについて、各市でできることと困難なことなどの検討、さらには、今後の会議の設定等についてディスカッション）

- ・調布市一事務局は市高齢者支援室。事例検討、話し合いなど、準備会をスタートさせる。  
11/26（月）19:20～ 青木病院にて初回の話し合い。
- ・府中市一事務局は市高齢者支援課。連携の為の会議を市の呼びかけで開催していく。
- ・小金井市一事務局は医師会。初回話し合い 2013 年 1/15（火）19:30～医師会にて。
- ・狛江市一事務局は市介護支援課。次回話し合いは、市が招集。メンバーは行政、包括、医師会、病院（慈恵第三）、保健所。
- ・武蔵野市一事務局は高齢者支援課相談支援係。今回は、医師会アンケートの状況により、医師会、日赤、市で日程調整を行う。
- ・三鷹市一事務局は市高齢者支援課。三鷹市の会議としては、今後必要に応じて。

※各市に、メンバーの連絡先記入用紙を配布。記入されたものを事務局保管とする。

### <質疑応答>

青木病院～各市で検討の上、ある程度のコンセンサスがとれた時点で、認知症疾患センターに相談することはできるか。

→センターとして、相談等には対応していく。

## 第2回北多摩南部地域認知症連携会議 議事録

平成25年11月18日(月) 19:00~20:30

出席者 別紙出席者名簿参照

## &lt;開会&gt;

&lt;「今後の認知症対策の方向性について一国、都の考え方」センター長神崎恒一より&gt;

『今後の認知症施策の方向性について』の概要図に沿って解説

オレンジプラン(今後5ヶ年について認知症を地域で支えていくためのシステムづくり)を進めていくためのテーマ1~7が掲げられている。

認知症初期からかなり進んだ段階のさまざまな段階の方々に、医療と福祉・介護その他が具体的な形で提供できるシステムをそれぞれの地域で構築していくという骨子

## &lt;各市の認知症連携の取り組み状況の報告&gt;

三鷹市…市役所高齢者支援課桑田氏より

- ・連携に関して、三鷹武蔵野認知症連携を考える会WGを作り、もの忘れ相談シートを作成し運用している。三鷹市の運用96件(今年度18件)。実際の使用によりどんな形で連携につなげていけたかということ、WGを通して検証していく。
- ・市長が「認知症にやさしい三鷹」と題して力を入れて取り組んでいる。市民や認知症の方への啓発。サポーター養成講座、子ども向けの講座を行い、サポーター養成講座には、市職員全員が受講することを目指している。認知症ケアパスへの取り組みを市の重点課題としている。
- ・サポート医は43医療機関。

武蔵野市…高齢者支援課長坂氏より

- ・三鷹武蔵野認知症連携を考える会を作り活動。シートの運用は、110件の実績。
- ・もの忘れ相談医58か所。シートについてのアンケート実施後10件増。
- ・市で抱える課題の把握のため、ケアマネ研修や医師会に向けてアンケートを実施
- ・認知症ケアパスについては、シートや市サービスを整理し、どのような流れになっているのかについて「見える化」していくこと、さらに何が足りないのかを検証していくことが必要と考えている。早期発見早期対応の流れを確立していきたい。

調布市…高齢者支援室川手氏より

- ・H24年11月から、行政、包括、医師会、病院で準備会を発足し、今年度から

連携会議を開催している。1,2回は杏林認知症疾患医療センターと調布市で互いの状況把握と方針について検討。3回目は武蔵野市地域包括と三鷹市医師会の協力を得てシートに関する説明を聞いた。4回目は事例検討会を行った。

- ・サポート医については、資料参照。
- ・課題としては、医療者・介護関係・市民も認知症に対する理解が進んでいない状況が分かった。今後、啓発活動について話し合う予定。連携についてシステムづくりが必要。来年度は認知症のケアパスについて検討すすめていきたい。

#### 府中市…高齢者支援課石谷氏より

・前回の本会議を受けて、その参加者を中心に連携会議をスタート。1回目認知症対策・連携に関して、各メンバーが課題と感じていることをピックアップした。2回目以降、居宅支援事業者や近隣の認知症専門医療機関も参加。システム作りとして「もの忘れ相談シート」を活用して、まずは、連携会議メンバーで試用。医師会に協力依頼。3回目、府中市版のシート作成を進めている。医師会・居宅介護支援事業所連絡会への周知を行っている。

- ・今後の課題として、市民や関係者が活用しやすいものにしていくこと。関係機関への支援が必要。もの忘れ相談医の活用や医療機関の情報収集。市民への周知など課題があり、連携会議を開催し、市の施策にのせて検討していきたい

#### 小金井市…医師会小林氏より

・H23年に、三鷹武蔵野認知症連携を考える会にオブザーバー参加し、それから準備を進めている。連携会議をもち、三鷹武蔵野に準じたシートを使用していくことを確認。5月より仮運用、9月にケアマネへの研修会行い、本格的な活用を開始。

- ・協力医療機関は、CTと診断可能な医療機関は5か所、相談医28か所。
- ・課題は、シートを利用したいというケアマネがあまりいない。シート使用の検証が必要。医療機関への周知不足。
- ・今後の取り組みとしては、連携会議を定期的で開催し、ケアマネや地域包括・市担当と連携を深めていきたい

#### 狛江市…介護支援課加納氏より

・昨年の本会議以降、3月に連携会議を開催。医師会、慈恵第三病院のSW、精神科医、地域包括、市が参加。もの忘れ相談シートの作成について、三鷹武蔵野版を基盤として狛江版をつくる。認知症の疑いのある人を専門医につなげるために、市民にわかるフローチャートと認知症患者を診る医療機関リストを作成することになった。シートについては、現在作成中。フローチャートとリストについ

て、まずアンケートを市でつくることになっている。

・課題としては、地域包括ケアシステムをつくるにあたって、医療と介護の連携について、次年度から検討会を持つ予定。認知症の連携を統合した形で検討。

#### <質疑・意見交換>

「連携してきた上で実際に困っていることなどについて」

青木病院・青木医師…調布市は、大きなセンター病院がない。一局集中を避けるという意味でも連携を考えている。青木病院は認知症 50 床と内科 50 床。家族からすると、BPSD で直接精神科というのは抵抗があり、内科で受けている。しかし、50 床なのですぐに限界がくる。また、シートがどのくらいの件数で役に立てるのかという点が悩んで知るところ。助けてと言えない人への対応やアウトリーチなどを毎回の会議で問題になっている。

##### 1) BPSD 対応や精神科病院への入院について

根岸病院・青柳医師…BPSD がどうしてもなくなってから依頼を受けることが多い。精神科病院として、受け入れていける体制が病院としても必要。また、かかりつけ医(内科医)の患者が眠剤による薬剤性のせん妄になることが問題と感じる。早めの紹介により、解決するケースもある。また、内科医向けの研修等で薬の使い方や早めに紹介いただくことを周知していくことも必要と思う。

武蔵野中央病院・牧野医師…精神科・内科病棟あり、外来も行っている。精神科病床にバリアフリーの病棟もあり、内科病棟と精神科病棟にて適宜対応している。内科の入院患者でも精神科の必要な患者がいる。それらの患者の中には、以前、精神科医が出した抗精神科薬を介護施設等に移ったあとも止めずに使っぱなしになっている現状がある。

神崎センター長…BPSD に対する抗精神薬の使い方は難しい。かかりつけ医のためのガイドラインを活用できる。

慈恵第三病院・矢野医師…院内や市内に精神科の病棟がないため、入院が必要な場合、近隣の精神科病院へお願いしている。外来通院については、地域の先生と連携をとりながら対応している。

三鷹市医師会・窪川医師…内科医として、BPSD の薬物対応に苦慮している。例えば、メール等にてアドバイス頂けるようなシステムがあると助かると思っている。

神崎センター長…精神科病院への入院が必要な患者状態像の明確化についての検討が必要。それぞれの地域で受け入れの現状が異なるので、地域全体として検討していくことが必要ではないか。

## 2) もの忘れ相談シートの活用について

武蔵野市・金子氏より…シートを使用してよかったと思う時は、ご本人が認知症と認めていない時にケアマネがアプローチしかりつけの先生とご本人をどう支えていくかという相談ができた場合。また、ご家族の認識も難しい際、家族といっしょにシートを記入していくと、ご本人の状態を確認しつつ進めていける。医師の意見も取り入れながら、サービス利用の必要性を理解頂く。

神崎センター長…医師としては、具体的にコンパクトに情報がまとめられていることで、何が問題になっているかを掴みやすい。家族が何を困っているのかが見えやすい。そうすれば、サービスの提供、具体的に何が必要か、支援策がわかり、医師と介護支援者とで共有できる。

三鷹市西部地域包括・服部氏より…シートについて、連携がとれている機関としては、まどろっこしい状況もあるが、連携がとれていない機関間において、シートをきっかけとして連携が作られることが多分にある。シートをツールとして使うことと、連携でつながっていくことをリンクして考え、敢えてシートを使う。医師会の先生としては、シートについて理解がないと、ケアマネが説明をする必要がでてくる。その説明をすることが連携をとることにつながる。家族が持っていただけでは、事態が理解できずお叱りを頂くことにもなる。シートは、連携作りの媒体にする。数よりも、中身が重要。ケアマネにとっては書くことが増えるので、負担に感じることもあるが、連携のきっかけとなった成果を、ケアマネに紹介していくことが有意義と考えている。

神崎センター長…それぞれの市で連携を進めて頂いている状況を確認できた。さらに具体的に、顔が見える連携を進めて頂き、もの忘れ相談シートについて、三鷹武蔵野のものをたたき台に各市で活用しやすいものにして頂きたい。また、市内や圏域内だけで認知症対応が解決できるわけでもないので、さらに広げた連携も必要である。

## <自由討論>

各市のテーブルにて、振り返りや今後の取り組みについて話し合いがもたれた。

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：杏林大学医学部附属病院 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が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が集まった。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。武蔵野市は一層の情報共有、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、自分たちがかねめと自覚すること。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と。

## <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11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。個人情報との関係あり、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。本来在宅で過ごせたらう人が帰れない。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