

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 (第2回) 次 第

東京都庁第一本庁舎 33階南側 特別会議室S6

平成23年10月31日(月)午後7時から

1. 開 会

2. 議 題

(1) 認知症に係る情報共有の現状と課題について

(2) 認知症に係る情報共有化に向けた仕組みについて

(3) その他

3. 閉 会

〔配付資料〕

認知症対策推進事業実施要綱

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 委員名簿、同幹事名簿

(資料1) 「部会の進め方に関する認知症ケアパス部会(第1回)での主な御意見」

(資料2) 「「認知症ケアパス部会」検討の方向性(案)」

(資料3) 「現状・課題(場面 ~)」

(参考資料) 「「認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書」概要」

(説明資料) 「都会型認知症地域診療連携円滑化のための提案」

認知症対策推進事業実施要綱

19 福保高在第 107 号

平成 19 年 6 月 14 日

一部改正

23 福保高在第 59 号

平成 23 年 5 月 16 日

第 1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第 2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第 5 に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第 3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 認知症に関する普及啓発

第 4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する 20 名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。
- (2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。
- (3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

- (1) 3、7(3)及び(5)に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。
- (2) 6(2)及び9(2)に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 認知症に関する普及啓発

1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則（平成19年6月14日19福保高在第107号）

- 1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。
- 2 認知症理解普及促進事業実施要綱（平成18年6月12日付18福保高在第161号）は廃止する。

附 則（平成23年5月16日23福保高在第59号）

この要綱は、平成23年5月16日から適用する。

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 委員名簿

部会長 副部会長

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	繁田 雅弘	公立大学法人首都大学東京人間健康科学研究科教授
医療関係者	秋山 正子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長
	西田 伸一	医療法人社団梶社会西田医院院長
	平川 博之	社団法人東京都医師会理事
	間瀬 由紀子	国家公務員共済組合連合会立川病院地域医療連携センター長
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
介護関係者・福祉	土井 栄美	大田区地域包括支援センター上池台センター長
	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
	山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長
行政関係者	赤穂 保	南多摩保健所長
	伊藤 真由美	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課地域包括担当係長
	高藤 光子	新宿区高齢者サービス課高齢者相談係(新宿区役所高齢者総合相談センター)
関係者 家族者	村松 啓子	TAMA認知症介護者の会「いこいの会」代表

各区分において50音順

東京都認知症対策推進会議 認知症ケアパス部会 幹事名簿

	氏 名	所 属
幹事長	中山 政昭	福祉保健局 高齢社会対策部長
幹事	高橋 郁美	福祉保健局 医療改革推進担当部長
	熊谷 直樹	福祉保健局 障害者医療担当部長
	大滝 伸一	福祉保健局 医療政策部 医療改革推進担当課長
	櫻井 幸枝	福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課長
	加藤 みほ	福祉保健局 高齢社会対策部 計画課長
	横手 裕三子	福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課長
	室井 豊	福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課長

部会の進め方に関する認知症ケアパス部会（第1回）での主な御意見

（検討の方向性）

既に地域で先行して機能している認知症のパスもある中で、どのようなものを目指していくのか。ガイドライン的なものなのか。認知症パスの目指す性格を最初から明確にしておく必要がある。

ケアパスという言葉にあまりこだわらないようにすることが大事。ケアの質を高める方法論としては連携が不可欠で、医療や介護、その他いろんなサービスの提供を統合して、一人の人に適切に提供できる仕組みを作ることが必要。

仕組みのないところでパスを使用しても全く機能しない。どういう仕組みを作っていくのか、地域の中で顔の見える生きた連携をどう作るのか、そういうことをみんなが同意した中ではじめて、パスを作ろう、使おうとなる。

連携の骨格にある情報共有が極めて難しい。この部会では、連携の仕組みをつくるための戦略を総合的に考えていくことが必要。

連携協議会、マップづくり、普及啓発、研修、相談事業、認知症疾患医療センター、そういったものをそろえて連携の仕組み、戦略をある一定の地域の範囲を考えながら、全体的に考えていくことが必要。その中で、連携パスというものが必要なかどうか考えていくべき。

地域の仕組みを整理して、その中からどの部分でどのような連携パスあるいは情報提供書が考えられるのかについて検討の上、活用できる雛形を幾つか整理するという方法がよいのでは。

10年とかその人が持つ認知症の歴史を支えていく、一人の人を地域で支える大きな仕組みを作っていくべき。

認知症のパスは、各地域で医療機関や地域の状況に応じて、使いやすいようにアレンジすることができる。東京都で標準的なものを示すことは、初めから作るよりも効率的であり、それを元として、各地域で、話し合う過程は、その後の関係づくりのためにも大事である。

一番困っているところが少しでもうまくいくよう、現実的で、一番改善しなければならぬところに絞ったものにするべき。仕組みや工夫、注意点とかの整理が大切。

（対象と想定する地域の範囲）

情報共有ツールを地域ごとに作成していくとのことであるが、地域というのはどの範囲になるのか。また、地域ではどのような場でこのパスの検討・活用をしていくことを想定しているのか。

認知症疾患医療センターが地域連携を推進していくとなると、二次保健医療圏が一つの基準となる。ただ、既に何らかのネットワークが動いている地域などではもっと小さな地域になるのでは。

(各施策との関係)

既に、認知症対策推進会議の各部会において、仕組みについての議論をしてきているが、これまでの議論との関係の整理が必要である。

疾病別医療連携や在宅療養の推進、地域包括ケアに係る協議会の開催等、各地域において様々な取組が行われている中で、地域でどのように総合化するののかについて、ある程度方向性を示す必要がある。

「認知症ケアパス部会」検討の方向性（案）

（目指す方向性）

「認知症ケアパス」という言葉にこだわらずに、情報共有の考え方や仕組の検討に重点を置く。

情報の共有において、ネックになっている点を明らかにし、解決策を示していく。

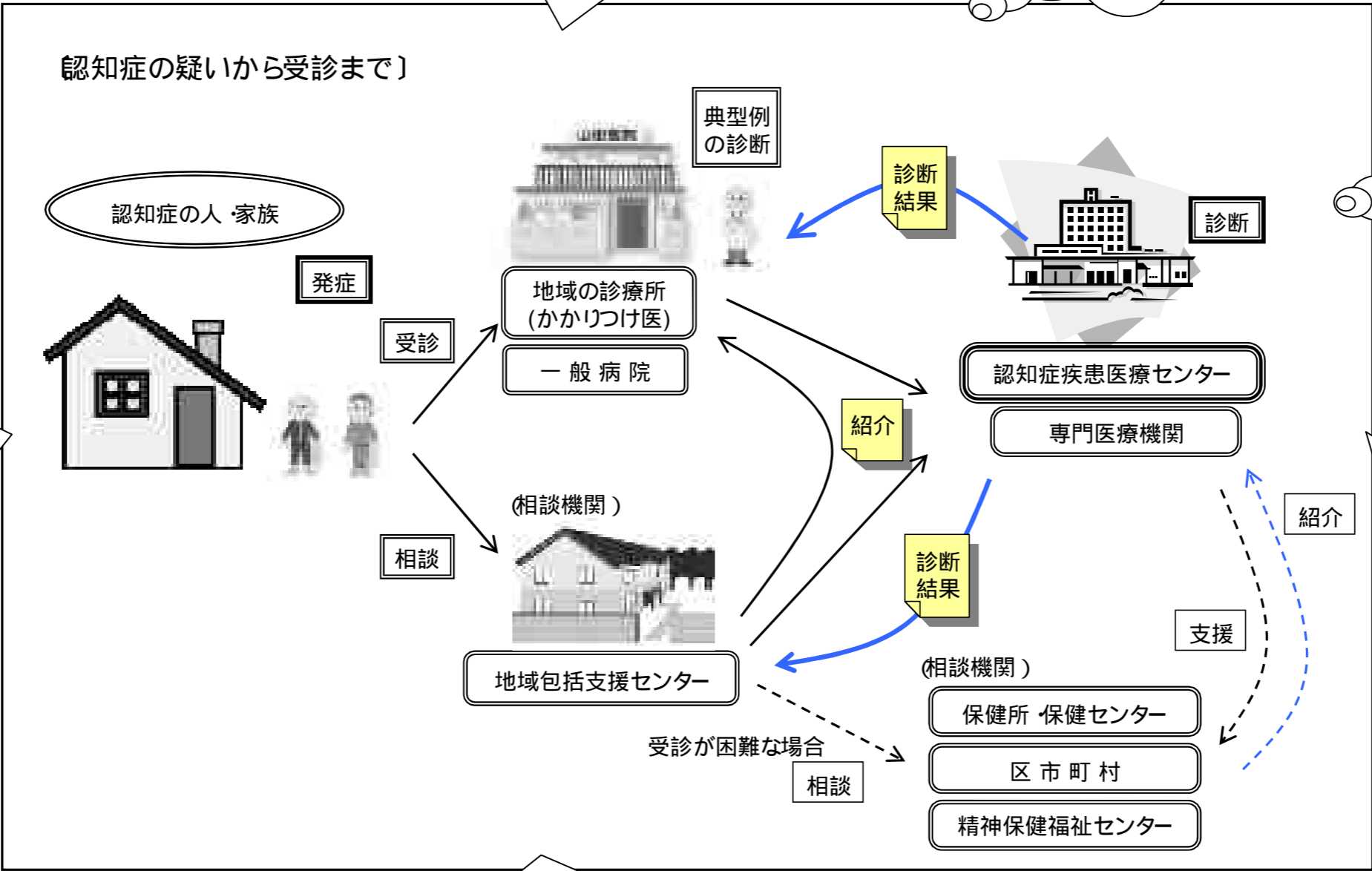
都内共通で使用するものを作成する訳ではなく、各地域で検討する際の「指針」や「手引き」となるものの作成を主とし、具体的な雛形も示していく。既に取組を行っている地域では、見直しの際の参考としてもらい、これから取組む地域では、議論の素材として活用してもらう。

（地域の考え方）

情報共有に向けた仕組づくりを行う単位となる「地域」とは、認知症疾患医療センターが連携体制を推進していく地域をさす。二次保健医療圏を想定するが、各地域の実情に応じて区市町村を単位とすることもある。

なお、認知症疾患医療センターは、地域連携を推進するための方策を検討する「認知症疾患医療・介護連携協議会」を開催することになっている。各地域の情報共有の仕組づくりに向けては、基本的にこの協議会で検討を行う。

現状 課題 (場面)



【かかりつけ医】
1回は 専門医療機関 による鑑別診断を受けるように、かかりつけ医から薦めるようにしてほしい。

・ かかりつけ医から 専門医療機関 へのつなぎは適切に行われているか？また、情報提供はできているか？

・ 専門医療機関は、かかりつけ医に紹介患者を戻しているか？また、情報提供はできているか？

【家族介護者】
認知症を早期に発見し、適切な医療・福祉・介護の支援に結びつけるためには、家族や住民の役割が重要であり、普段から普及啓発がなされていることが必要。

【専門医療機関】
認知症と診断しても、本人が地域包括支援センターや行政機関に行くのを拒否する場合、介護につなぐことが難しい。
(総合病院の場合)内科の医師が全く認知症に気付いておらず、認知症の診断・治療を行う診療科につながないことがある。

【地域包括支援センター】
認知症の周辺症状で精神科救急にくる困難ケースをみていると、それまで医療との関わりが不十分で、早い時期から医療を利用していれば、と思われるケースが多い。地域包括支援センターも、もう少し早く医療機関を巻き込んで利用してほしい。
認知症の初期かと、地域包括支援センターで気になっていても、認知症との確信が持てない場合、医療機関につなげることが難しい。
地域包括支援センターの知識が低いので、各地域で機会あるごとに勉強会をして、知識を上げてほしい。

は、第1回部会及び御意見シートでいただいた御意見
は、追加で御意見を伺いたい事項

現状 課題 (場面)

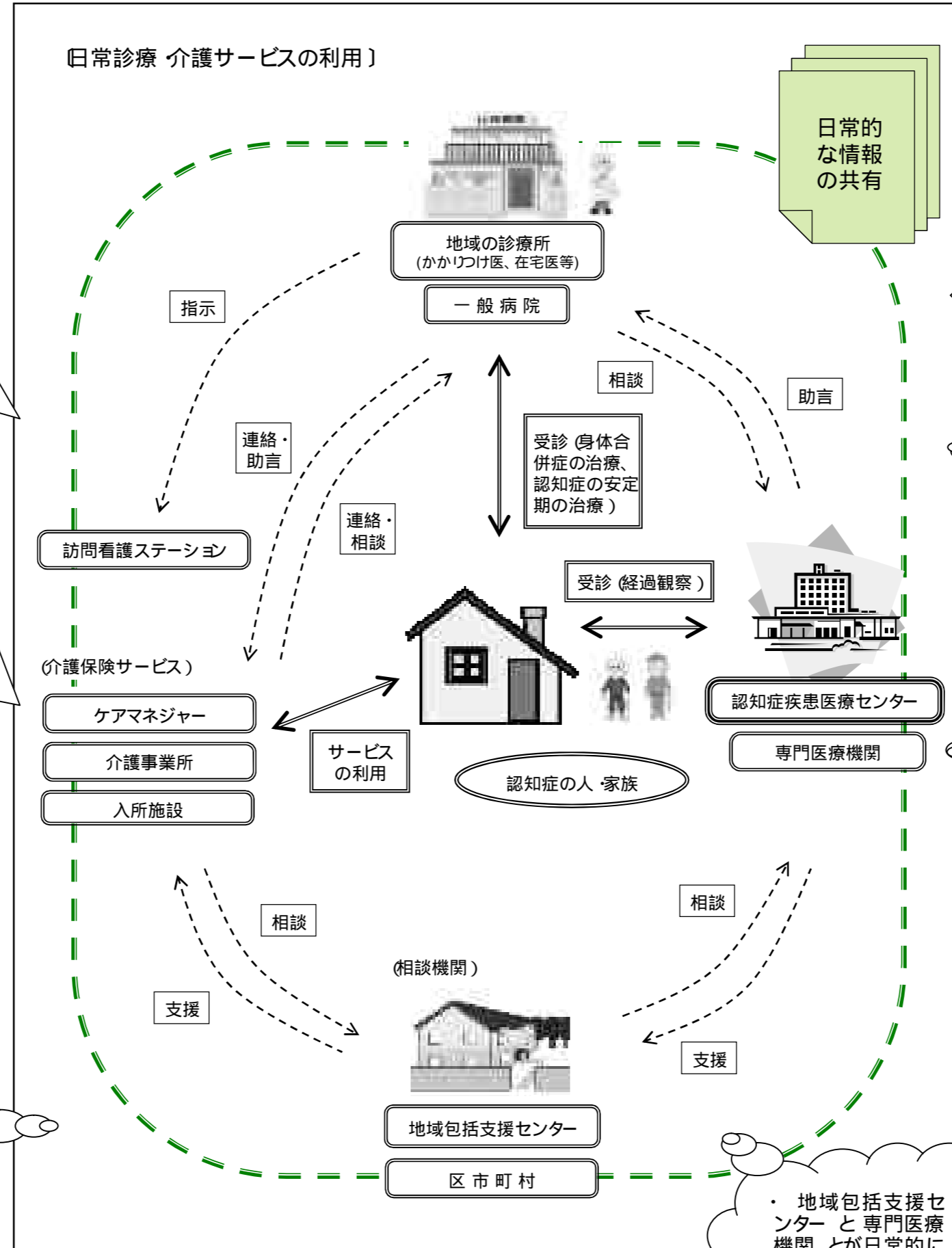
【家族介護者】

医療や介護の仕組みについて、適切な説明がなされていないことが多い。家族介護者が情報を持っていることはとても大事。
家族介護者が、あらかじめ認知症の症状の経過をある程度理解できていると介護もスムーズ。
家族や本人の理解が得られなかった場合、支援がスムーズにいかないことが多い。

【ケアマネジャー】

介護保険が始まった当初よりは、医療機関との連携のタイミング等を身につけてきた。
福祉系のケアマネジャーは、医療的知識が十分でないため、医師への敷居の高さがなかなか拭えず、コミュニケーションが十分にとれないことが多い。
なるべく医療的知識を上げるような努力が必要。
専門医療機関につながらなかつたり在宅でケアマネジャーがみている認識とかかりつけ医の認識に違いがあって、そこをうまく説明ができなかつたりして、後手後手になってしまった場合に、支援がスムーズにいかないことが多い。

・ 地域包括支援センターは、ケアマネジャー等の介護サービスへのつながりが円滑にできているか？



【かかりつけ医】

本人の病気しかみておらず、家族の状況をみていないことがある。
介護者側からみる在宅と医療者側からみる在宅とが違って、周辺症状で困っていることがあっても、医療者側では困っているとの認識がないことがある。
基礎疾患の治療ができていると穏やかになるケースが多いため、かかりつけ医の役割が大きい。必要に応じて、かかりつけ医から専門医に相談できる体制ができているといい。

・ かかりつけ医は、ケアマネジャーと円滑に連携ができているか？

・ 専門医療機関は、かかりつけ医と円滑に連携ができているか？

【その他】

周辺症状の悪化予防・防止と関係機関間の連携について、検討が必要。
地域包括支援センターや、民生委員、地域のコミュニティなど、周りの人達と連携することが大変重要で、地域の人達とスムーズにいった場合、支援がスムーズに進んでいくことが多い。

・ 地域包括支援センターと専門医療機関とが日常的に連携していくことが重要ではないか？

□ は、第 1 回部会及び御意見シートでいただいた御意見

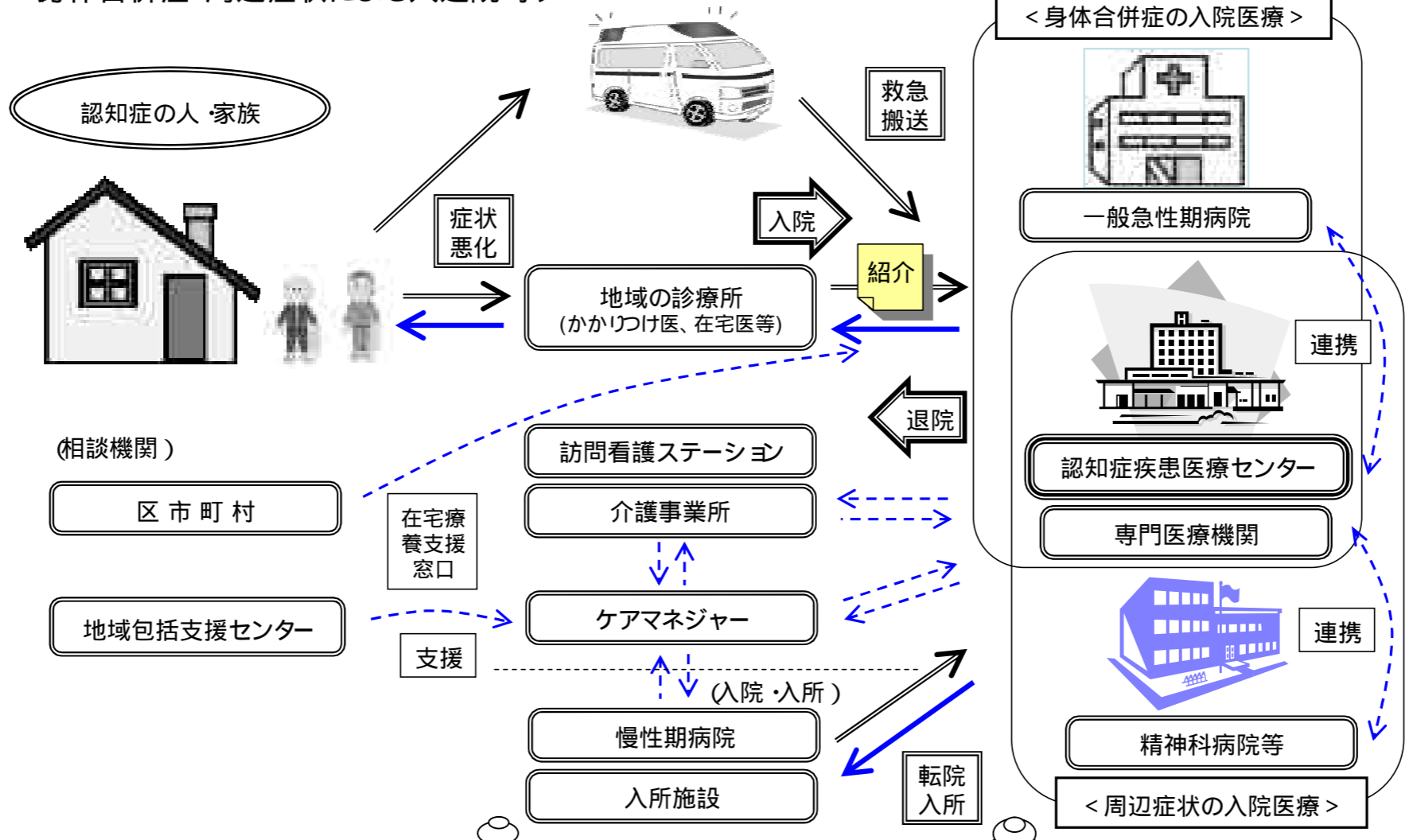
☁ は、追加で御意見を伺いたい事項

現状 課題 (場面)

・入院時にかかりつけ医は、入院医療機関に、情報提供ができていますか？

・退院時に入院医療機関は、かかりつけ医に、情報提供ができていますか？

身体合併症・周辺症状による入退院時



【家族介護者】
70歳以降になると、入院後在宅に戻ることが大変になってくる。家族介護者に、病状の説明、介護サービスの案内等がないと、在宅では抱えきれないと思い、施設へといふことが多くなっていく現状がある。

・家族介護者は、入院時に、入院医療機関に、本人の認知症の症状を説明できるだけの情報を持っているか？

・入院時、ケアマネジャーは、入院医療機関に、情報提供ができていますか？

・退院時、入院医療機関は、ケアマネジャーをはじめとする在宅のケアチームに、情報提供ができていますか？

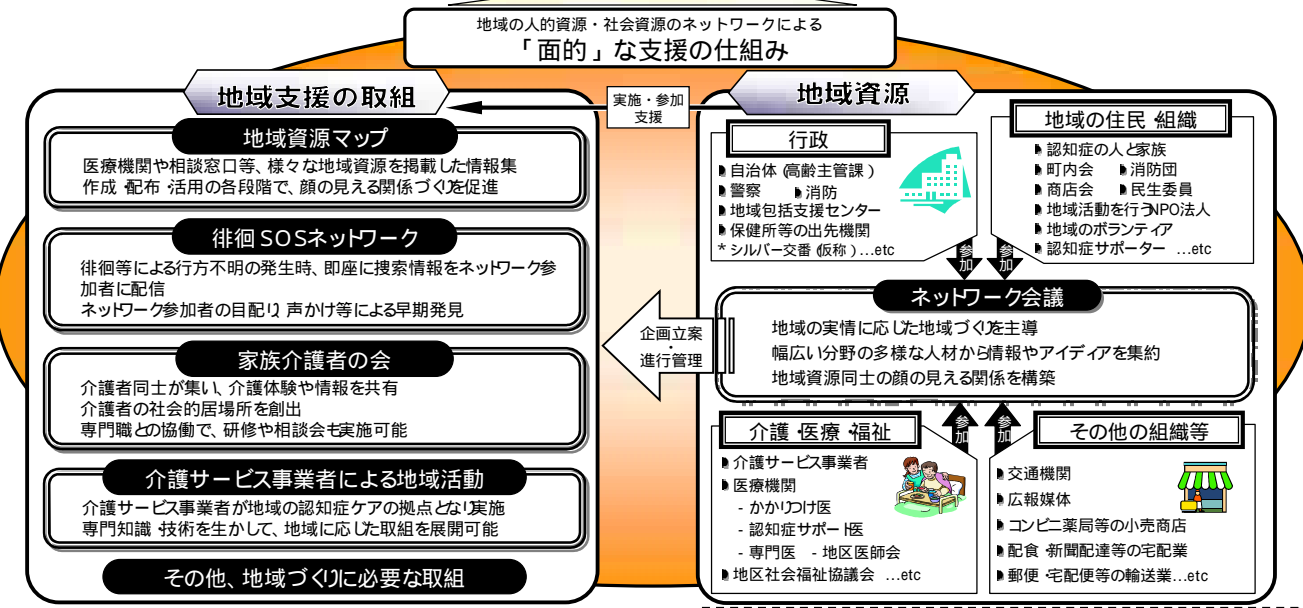
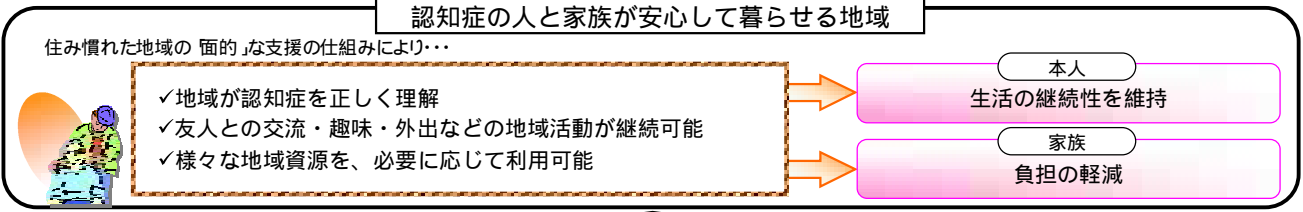
【一般急性期病院】
入院後、病院によっては相談員がいなくて自分で転院先を探さなければならないことがある。家族は情報がないと探せないし、地域包括支援センターも探せない。
病院のMSWが転院先の病院を探してくれる場合、必ずしも家族にとって行きやすい病院ではないことがある(他県にある系列病院など)。もし、事前にケアマネジャー等に相談があれば、地域の病院にあたることもできるのだが。
急性期病院から在宅に帰るためには、家族介護者への対応も必要。例えば、おむつ替えの仕方等、在宅で介護するためのスキルを指導してもらわないと、家族も受け入れる決心ができない。

☞ は、第1回部会及び御意見シートでいただいた御意見
☁ は、追加で御意見を伺いたい事項

認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書」概要

第1章 認知症の人と家族が安心して暮らせる地域とは

「認知症の人と家族が安心して暮らせる地域」のイメージ図



* シルバー交番: 地域の高齢者情報を一元的に収集・管理し、訪問活動、利用可能なサービスのコーディネート、緊急通報システムを利用した24時間の緊急時対応、安否確認、等を行う在宅生活支援の新たな地域拠点。平成22年度事業開始予定。

第2章 関係する諸法規について

- 法制度における認知症高齢者の権利保護に対する理念
被虐待高齢者の7割に認知症があるなど、認知症高齢者の権利擁護は喫緊の課題。法制度上も介護保険法・成年後見制度が整備されるなど、「地域生活の継続」当事者主権が基軸となっている。
- 個人情報の取扱いについて
取組を進める上での個人情報の取扱いについて、原則と例外規定の解説等

第3章 推進体制づくり

- 推進体制づくりの目的
地域ごとに「ネットワーク会議」を設置し、住民や関係者が協働した地域づくりを推進する。
- ネットワーク会議の活動内容
地域づくりのビジョンの設定、地域資源マップの作成などの具体的な取組の企画立案・進行管理、広報、顔の見える関係づくり、等
- 構成員
福祉・医療関係者、日常生活関連の組織や一般住民等、地域の多様な人材を幅広く人選することが重要
- 組織構造
地域の規模や取組の進捗状況によっては、ワーキング部会を設置するなどの工夫で機動力を確保

第4章 地域資源マップの作成

- 目的： 地域資源の情報を集約・配布し、認知症の人と家族の利便性を向上
- 内容・形態
配布対象者・配布方法など、当該地域での活用方法に応じて内容や形態を工夫することが重要
- マップのもたらす相乗効果
作成・配布・活用の各段階で、地域資源同士のネットワーク形成にも有効
- 「認知症生活支援モデル事業」において作成されたマップの特徴

	練馬区	多摩市	かたらい
作成主体	区	市	民間（グループホーム）
タイトル (規格)	「高齢者のお役立ち情報集」 (A4形 35ページ)  表紙	「高齢者暮らしの応援団」 (A5大・見開きファ イル型)  表紙	「あんしん生活マップ in 祖師谷 商店街」(4つ折パンフ レット・展開時A3形)  表紙
特徴	実際に役立った事例に基づき、様々な地域資源を系統立てて掲載。詳細な索引を備える。	市全域のマップが掲載された本体のポケットに、地域毎に異なる情報を差し込んで活用。民生委員、地域包括支援センター職員等が手渡しで配布。	認知症の人と家族が、一緒に安心して利用できる商店のマップ。トラブルが起きた際の連絡先など、商店側に役立つ情報も掲載。

第5章 徘徊 SOSネットワークを構築するまで

- 目的： 徘徊等による行方不明者が発生した際に、情報を共有し早期発見・保護を図る。
- 構築に向けた準備
発生件数や対応状況等の現状把握、関係者・関係団体への協力依頼、管内の既存ネットワークとの連携・調整、等を実施
- 運用に当たっての留意点
運用に先立って、模擬訓練によりネットワークの働きを検証することが不可欠。
配信情報の内容、配信手段の選定、夜間及び休日の対応方法、保護場所の確保、等に留意が必要。さらに、併せて認知症の基礎知識や声かけ方法の講義を行うと効果的

第6章 家族介護者の会の育成支援

- 目的： 家族介護者の会の立ち上げ・運営支援により 家族介護者の孤独感を軽減し、情報交換を促進
- 家族介護者の会が必要とする支援
立ち上げ時には 場所の確保、支援者の確保、参加者の募集に対する支援が、運営に当たっては 人的・経済的支援、イベント開催支援、広報への支援が求められる。
支援者の属性によっても望まれる関わり方が異なり、ボランティアからは事務・会計等の運営支援、専門職からは相談会・勉強会等での指導、行政からは活動場所の提供や経費の補助、等があると効果的
- 運営のポイント
本人を見守る「ミニデイ」を併設するなど、家族介護者の参加を容易にするための工夫も重要

第7章 介護サービス事業者による地域活動

- 目的： 介護サービス事業者が、専門性を生かして、認知症の人を支える地域の支援拠点を創出
- 地域の協力を得るポイント
拠点作りの中心となる職員「地域コーディネーター」を事業所に配置すると、地域との信頼関係の構築・取組の継続的な実施に有効
具体的には、取組の企画・実施、住民との交流窓口、行政や地域の組織との連携、等を担当行政の適切な関与も必要（地域コーディネーター配置への補助や、関係者との調整支援等）