

平成 27 年度

老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する

調査研究事業

報告書

2016 年 3 月

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

目 次

<i>I</i>	<i>事業概要</i>	<i>3</i>
1.	事業の背景と目的	3
2.	事業内容	3
<i>II</i>	<i>情報共有ツール案等作成の経緯</i>	<i>9</i>
1.	検討の経緯.....	9
2.	情報共有ツール案	13
3.	情報共有ツール記載マニュアル案.....	39
4.	情報共有ツール作成・運用マニュアル.....	48
<i>III.</i>	<i>情報連携先進地域の訪問調査</i>	<i>54</i>
1.	大垣市：「オレンジ手帳」	54
2.	川西市：「つながりノート」	68
3.	熊本県：「火の国あんしん受診手帳」	92
4.	佐渡市：「さどひまわりネット」	105
5.	京都市：「京都 KN 式情報共有シート」	130
6.	砂川市：「支えあい連携手帳」	137
7.	柏市：「医療・介護多職種連携情報共有システム」	150
<i>IV.</i>	<i>おわりに</i>	<i>165</i>

I 事業概要

1. 事業の背景と目的

平成 27 年 1 月 27 日に公表された「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」において認知症支援における医療・介護関係者等の連携の必要性や情報共有の重要性が示され、「認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で必要な情報連携ツールの例を提示することなどを通じて、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携の取組を推進する」とされている。具体的な取り組みとして 2015(平成 27)年度に認知症情報連携シート(仮称)の雛形を提示することが示されている。そこで、本事業においては情報連携ツールを活用している先進地域(認知症に関する情報連携ツール先進地域のみではなく、ICT を活用している先進地域も含む)の調査や認知症のご本人やご家族、支援に関わる有識者との検討に基づき、認知症に関わる情報連携ツールの雛形を作成し、提示することを目的とした。

2. 事業内容

上記の事業目的を達成するため、研究会及び作業部会を組織・開催し、全国の情報連携に関する先進地域を訪問調査し、情報共有ツールの雛形、記載マニュアル案、作成・運用マニュアルを作成した。

(1) 研究会・作業部会の組織

認知症の人と家族を多職種で連携して支援するという視点から、研究会は認知症の当事者、家族に加え、認知症医療介護推進会議の構成団体を中心として選定された委員で組織された。更に、具体的な実務を担当する目的で作業部会を組織した。

【研究会委員（名簿）】

（50 音順、敬称略、◎は座長、○は副座長）

氏名	所属・役職
秋山 治彦	日本認知症学会 理事長
栗田 主一	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（公益社団法人日本老年精神医学会理事）
内田 千恵子	公益社団法人日本介護福祉士会 副会長
大内 尉義	国家公務員共済組合連合会虎の門病院 院長 （一般社団法人日本老年医学会理事）
◎ 大島 伸一	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 名誉総長
河崎 茂子	公益社団法人日本認知症グループホーム協会 会長
神野 正博	公益社団法人全日本病院協会 副会長
鴻江 圭子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会理事・認知症ケ ア推進戦略本部 本部長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
助川 未枝保	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
鈴木 森夫	公益社団法人認知症の人と家族の会 理事
諏訪 さゆり	日本老年看護学会 理事
武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会 会長
丹野 智文	認知症の方ご本人
○ 鳥羽 研二	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事長
本間 昭	一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長
水澤 英洋	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター理 事・院長
三根 浩一郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
山崎 學	公益社団法人日本精神科病院協会 会長

【作業部会委員(名簿)】

(50 音順、敬称略、○は部会長)

氏名	所属・役職
池 畠 宏之	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 企画戦略局シニア・コーディネーター
江澤 和彦	倉敷スイトホスピタル理事長
黒川 豊	黒川医院院長
神崎 恒一	杏林大学医学部高齢医学教授
助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会常任理事
田口 真源	大垣病院院長
○ 武田 章敬	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域連携診療部長
藤原 麻由礼	総合病院厚生中央病院
渡辺 浩	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター医療情報室長

【オブザーバー】

氏名	所属・役職
三浦 公嗣	老健局長
水谷 忠由	老健局総務課認知症施策推進室 室長
新美 芳樹	老健局総務課認知症施策推進室 認知症対策専門官
櫻井 宏充	老健局総務課認知症施策推進室 室長補佐
村井 晋平	老健局総務課認知症施策推進室

【事務局】 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター(実施主体)

氏名	所属
武田 章敬	国立長寿医療研究センター
池 畠 宏之	国立長寿医療研究センター
角川 由美子	国立長寿医療研究センター
田中 重徳	国立長寿医療研究センター
豊原 富栄	株式会社 C-driven
佐藤 健	日経 BP
中沢 真也	日経 BP

(2) 研究会開催

第1回研究会

日時 平成27年9月9日(水)

場所 アルカディア市ヶ谷

議事 今後の進め方(案)について

資料 ・事業実施計画書

- ・認知症の医療介護連携に関する参考資料
- ・医療・介護関係者等の間の情報共有の推進に関する参考資料
- ・今後の進め方(案)について
- ・平成25年度老人保健健康増進等事業「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業」報告書概要及び抜粋

第2回研究会

日時 平成27年12月25日(金)

場所 アルカディア市ヶ谷

議事 情報共有ツール(案)について

資料 ・事業の進捗状況

- ・情報共有ツール(案)
- ・医療・介護関係者等の間の情報共有の推進に関する参考資料
- ・公益社団法人 全国老人福祉施設協議会提出資料
「認知症ケアにおける医療介護連携、情報共有の実現に向けて」

第3回研究会

日時 平成28年2月16日(火)

場所 航空会館

議事 情報共有ツール(案)について

資料 ・事業の進捗状況

- ・情報共有ツール(案)
- ・情報共有ツール記載マニュアル(案)
- ・情報共有ツール作成・運用マニュアル(案)

(3) 作業部会開催

第1回作業部会

日時 平成 27 年 10 月 23 日(金)

場所 東京八重洲ホール

議事 ・事業の説明、論点整理

- ・調査方法に関する討論
- ・情報共有ツールに関する討論
- ・ICT に関する討論

資料 ・事業実施計画書

- ・認知症の医療介護連携に関する参考資料
- ・医療・介護関係者等の間の情報共有の推進に関する参考資料
- ・今後の進め方(案)について
- ・平成 25 年度老人保健健康増進等事業「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業」報告書概要及び抜粋
- ・今後の進め方について(メモ)
- ・ヒアリング調査項目(案)
- ・大垣病院ヒアリング概要(案)
- ・三鷹武蔵野地区連携シート

第2回作業部会

日時 平成 27 年 12 月 18 日(金)

場所 東京八重洲ホール

議事 ・情報共有ツールに関する討論

- ・ICT に関する討論

資料 ・項目選定の考え方

- ・情報共有ツール案
- ・情報共有ツールの名称について
- ・情報共有ツール案に対する本人・家族の意見

第3回作業部会

日時 平成 28 年 1 月 26 日(火)

場所 東京八重洲ホール

議事 ・情報共有ツール案に関する討論

- ・情報共有ツール活用マニュアル案に関する討論

・情報共有ツール作成・運用マニュアル案に関する討論

資料 ・「認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業」
進捗状況

- ・第 2 回作業部会情報共有ツール案
- ・第 2 回研究会情報共有ツール案
- ・第 3 回作業部会情報共有ツール案
- ・情報共有ツール記載マニュアル案
- ・情報共有ツール作成・運用マニュアル案

(4) 先進地域訪問調査

- 1) オレンジ手帳・ICT ツール「シェアポイント」(大垣病院) 平成 27 年 10 月 21 日
- 2) つながりノート(兵庫県川西市) 平成 27 年 11 月 6 日
- 3) 火の国あんしん受診手帳(熊本大学) 平成 27 年 11 月 13 日
- 4) さどひまわりネット(佐渡市) 平成 27 年 11 月 20 日
- 5) 京都 KN 式情報共有シート(京都大学) 平成 27 年 11 月 27 日
- 6) 支えあい連携手帳(砂川市立病院) 平成 27 年 12 月 23 日
- 7) 医療・介護多職種連携情報共有システム(柏市) 平成 28 年 3 月 11 日

Ⅱ 情報共有ツール案等作成の経緯

1. 検討の経緯

研究会・作業部会での議論、先進地域での調査を基に掲載項目の選定につき検討を行った。

1. 研究会・作業部会で求められたツールと項目

- 本人目線のツール、持つことで安心できるツール
- 医療機関：穏やかに過ごせるためのポイント、意思疎通のポイント（介護保険サービス事業所から）
- 介護保険サービス事業所：処方や医療的処置の意図、生活支援上の留意点（現在の状態の医学的見地からの説明、処方や処置の意図などが医療機関に求められる）、本人の医療・介護への希望（認知症初期に対応する医療・介護機関に求められる）

※情報共有ツールが多く、重複も多いため、認知症に特化したものではなく、多職種が支援に関わる人の包括的な情報共有ツールが欲しい、認知症に特化したツールは偏見にもつながりやすいため注意を要する等の意見もあった。

2. 先進地域調査の概要

(1) 大垣市「オレンジ手帳」

- （かかりつけ医）MMSE や HDS-R、ADL のデータを知りたいとき（特に主治医意見書作成時）に役に立った。
- （救急病院）認知症の方が大腿骨頸部骨折で救急病院入院となったときにオレンジ手帳を持っていたために状況を理解してもらえた。
- （救急病院）てんかんの患者が発作のため他院に救急受診したときに病名と有効な治療法が伝わり、適切な治療が行われた。

(2) 兵庫県川西市「つながりノート」

- 通常の診療において、デイサービスでの様子、血圧、食事摂取などが診療で役立つ。
- 緊急入院において基本情報を何度も訊かれるので、つながりノートを見せれば役立つ。
- 家族において、老々介護の場合は安心につながる。書くことで精神的安定につながる。
- 家族が本人の前では言いにくいことを医師に伝える。
- デイサービスから家族に伝える。

(3) 熊本県「火の国あんしん受診手帳」

- 当初の目的は、老人保健福祉施設で薬剤の継続の適否を決める際に情報が無いことから、薬の処方の意図等を明らかにすることが目的であった。
- 少々の薬の変更くらいでは情報提供書をやり取りしなくても良い。
- 病状が安定したり、困りごとがなくなるとかかりつけ医も書かなくなったり、見なくなったりしてしまう。
- 携帯率を上げるために血圧を記入する欄を設けたところ携帯率が改善した。

(4) 佐渡市「さどひまわりネット」

- 入力は一セコンなどから全て自動入力される。
- 介護保険サービス事業所からは自動入力できないため、今後の課題となっている。
- 他の医療機関での病名、検体検査、画像検査、処方、処置などがわかるため重複検査、重複処方がなくなる。

(5) 京都「京都式認知症ケアパス情報共有シート」

- 当初はシート形式であったが、専門職と同じ情報を本人・家族も持つ必要性から「オレンジつながり手帳」を新たに作成した。
- パーソンセンタードケアや、その他の認知症の人をケアするための情報が入っている。

3. 情報共有ツールの作成要件

(1) 情報共有ツールに掲載すべき情報

- ツールが活用されるためには、その存在が関係者に周知されることと広く普及することが必要である。
- ツールが普及するためには必要とされる情報が掲載されることが必要である。
- 誰もが容易に得られる情報は必ずしも共有する必要がない。
- 時間的にある時期にしか得られない情報は求められる。(終末期の希望)
- 職種によって得られにくい情報は求められる。(MMSE や病名、病歴、血圧)
- 処方の変更などに関わる情報は重要(血圧や他院での処方等)
- 記載や入力に手間がかかると普及しない。

(2) 本人目線のツール、持つことで安心できるツールとは

- 情報は本人のものと言う視点、支援が長期にわたり関係者も変わっていくという観点からは手帳形式が望ましい。
- 自分が今、どんな病気でどんな治療・支援を受けているかを把握し、必要時に支援者と共有できるツール。
- 救急時、災害時、老老介護であっても診療情報提供書がなくても状況のある程度説明できるツールを自分が持っていることは安心につながると考える。

(3) 候補項目案

- ① ご本人の基本情報
- ② 支援に関わる者のリスト
- ③ 病名と医療機関
- ④ 処方内容
- ⑤ 血圧、体重
- ⑥ MMSE 又は HDS-R
- ⑦ 日常生活活動の変化
- ⑧ 今後の医療・介護への希望
- ⑨ 通信欄

上記の検討の結果を踏まえ、情報共有ツール案を作成した。

(4) 作成された情報共有ツール案に対する作業部会・研究会等の意見

- 認知症の行動・心理症状を記載する欄に関して「本人目線になっていないため修正が必要である」「ご本人が手帳を保管する場合には、記載しづらい内容ではないか」等の意見があった。
- 今後の医療・介護に関する本人の希望を記載する欄に関して「情報共有ツールに掲載する必要はないのではないか」「記載を丁寧にして誤解が生じない様にするべきである」「認知症初期の人が持つものとして、この欄はあってよい」「認知症の早期発見・早期対応の意義として、その後のことを自分で決めたり、家族と相談できることがあるが、これからのことについて考えることもそれに含まれるのではないか」等の意見があった。
- 紛失の危険性を考慮し、「個人情報保護に関する記載が必要である」等の意見があった。

(5) 作業部会・研究会等の意見を踏まえた情報共有ツール案の主な修正点

- 認知症の行動・心理症状を記載する欄は、本人が「最近気になること、困っていること」として書いてもらい、読んだ人がそれぞれの立場から判断する材料とすることとした。

- 今後の医療・介護に関する本人の希望については、簡素化し、掲載することとした。
- 誰が書くページか分かりやすいようにページを色分けした。
- 聴力・視力について記載する欄を設けた。
- 現病歴だけではなく、既往歴も記載する欄を追加した。
- 情報共有ツール記載マニュアル案、情報共有ツール作成・運用マニュアルを作成し、個人情報保護について記載を追加した。

以上の検討の結果、情報共有ツール案、情報共有ツール記載マニュアル案、情報共有ツール作成・運用マニュアルを確定させた。

〇〇手帳



この手帳は、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるようにするための手帳です。

手帳の使い方について

この手帳は、

あなたが中心となり、あなたの名前や連絡先、通っている病院、介護施設、服薬状況などの情報を、あなたやあなたのご家族、医療に携わる方、介護に携わる方などで共有することで、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるようにするための手帳です。

あなた自身のこと、希望などを手帳に記入するとともに（あなたが記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）、常にこの手帳を携帯し、あなたが希望する各関係者に見せ、必要な情報を記入してもらってください。

皆さんが記入されたあとのこの手帳は、特に「わたしの医療・介護」などのページは各関係者にコピーして保存してもらおうなどし、今後も関係者の連携に活かしてもらうことも有用です。

この手帳は以下の5つのページからできています。

- ①わたし自身のページ
- ②わたしの医療・介護のページ
- ③わたしの認知症の状況のページ
- ④わたしのこれからのことのページ
- ⑤連絡票のページ

各ページに誰が記入するのか色別で明示してありますので参考にしてください。

※但し、あくまで原則であり、下記以外の方が記載していただいても構いません。



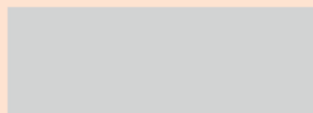
青色＝本人（家族）等



黄色＝ケアマネジャー等



赤色＝医師・看護職員等



灰色＝どなたでも記載可

同意書

本人（家族）等用

私は本手帳に記入されている個人情報、私の医療
や介護に関わる関係者が活用することに同意します。

本手帳は、本人・家族等が責任を持って保管すると
ともに、紛失時の責任は保管者にあることを理解した
上で、本手帳の活用に同意いたします。

平成 年 月 日

ご本人

ご家族

(介護者)

(続柄)



わたし自身①

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

お名前			
フリガナ			
性別	男	・	女
生年月日	年	月	日
住所			
電話番号	-	-	
緊急時に連絡してほしい人①			
続柄		電話番号	- -
緊急時に連絡してほしい人②			
続柄		電話番号	- -
後見制度	利用している・利用していない		
後见人氏名			
電話番号	-	-	
備考			



わたし自身②

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

わたしの経歴、大切な思い出など

いつ頃	内容

わたしの趣味や嗜好、熱心に取り組んできたことなど

--

わたしの日課や毎週・毎月やっていることなど

--

視力や聴力について

視力	問題なし・眼鏡使用・その他（ ）
聴力	問題なし・耳が遠い・補聴器使用・その他（ ）
備考	



わたしの医療・介護①

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

	医療機関名 (分かる範囲で担当医師名等)	電話番号
かかりつけ医		- -
		- -
		- -
認知症 サポート医		- -
認知症の 専門医		- -

	歯科医療機関名	電話番号
かかりつけ 歯科医		- -
		- -

	薬局・薬剤師名	電話番号
かかりつけ 薬剤師・薬局		- -
		- -



わたしの医療・介護②

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

記入日	認定有効 期間	要介護認定	担当ケアマネジャー
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -
年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	要介護（ ） 要支援（ ） 非該当	氏名 事業所名等 電話番号 - -



わたしの医療・介護③

医師・看護職員等用

このページは医師、看護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。
※分かる範囲で診療科名や医師名等についてもご記入ください

アレルギー	あり・なし・不明
-------	----------

詳細	
----	--

わたしがこれまでにかったことのある病気

病名	いつ頃から いつ頃まで	医療機関名	備考
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		
	～		



わたしの医療・介護④

医師・看護職員等用

このページは医師、看護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。
※分かる範囲で診療科名や医師名等についてもご記入ください

わたしがいまかかっている病気

病名	いつ頃から	医療機関名	備考
備考			



わたしの医療・介護⑤-1

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。
※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方を何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



わたしの医療・介護⑤-2

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。
※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方は何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



わたしの医療・介護⑤-3

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。
※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方は何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



わたしの医療・介護⑤-4

医師・看護職員等用

このページは医師、薬剤師等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。
※お薬手帳のシールを貼っても構いません。同じ処方は何枚も貼る必要はありませんが、変更時・中止時にはわかるように記入して下さい。

わたしの服薬内容

薬品名	医療機関名	用量 用法	いつから	何に 対して	備考
例：〇〇錠	A病院	1錠 朝食後	H27年 1月から	腰痛	H27.6月痛み 軽快⇒中止



わたしの医療・介護⑥-1

看護職員、介護職員等用

このページは看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

わたしの血圧・体重等

日付	血圧	体重	日付	血圧	体重
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	



わたしの医療・介護⑥-2

看護職員、介護職員等用

このページは看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

わたしの血圧・体重等

日付	血圧	体重	日付	血圧	体重
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	
	/			/	



わたしの医療・介護⑦

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャー等に記入してもらうか、または本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

わたしの利用しているサービスの状況

事業所名	利用しているサービス	利用頻度
例：A事業所	訪問看護サービス	週2回
備考		



わたしの認知症の状況①

医師・看護職員等用

このページは医師等に記入してもらってください

診断名

認知機能評価スケール

評価日	評価指標	点数
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点
年 月 日	MMSE・HDS-R・その他（ ）	点



わたしの認知症の状況②-1

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人、家族が記入してください（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャー等の意見を聞いて記入して下さい）。※変化があったときのみ

（1 自分でできる、2 一部手助けが必要、3 手助けが必要）

わたしの生活について（記入日 年 月 日）

項目	評価	備考
食事を食べる	1・2・3	
家の中を歩く	1・2・3	
階段の昇降	1・2・3	
洗顔・歯磨き	1・2・3	
トイレ動作	1・2・3	
着替える	1・2・3	
入浴	1・2・3	
排尿	1・2・3	
排便	1・2・3	
電話を掛ける	1・2・3	
外出する	1・2・3	
買い物をする	1・2・3	
洗濯をする	1・2・3	
料理をする	1・2・3	
薬を適切に飲む	1・2・3	
家事をする	1・2・3	
金銭の管理	1・2・3	



わたしの認知症の状況②-2

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人、家族が記入してください（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャー等の意見を聞いて記入して下さい）。※変化があったときのみ

（1 自分でできる、2 一部手助けが必要、3 手助けが必要）

わたしの生活について（記入日 年 月 日）

項目	評価	備考
食事を食べる	1・2・3	
家の中を歩く	1・2・3	
階段の昇降	1・2・3	
洗顔・歯磨き	1・2・3	
トイレ動作	1・2・3	
着替える	1・2・3	
入浴	1・2・3	
排尿	1・2・3	
排便	1・2・3	
電話を掛ける	1・2・3	
外出する	1・2・3	
買い物をする	1・2・3	
洗濯をする	1・2・3	
料理をする	1・2・3	
薬を適切に飲む	1・2・3	
家事をする	1・2・3	
金銭の管理	1・2・3	



わたしの認知症の状況②-3

ケアマネジャー等用

このページはケアマネジャーや看護職員、介護職員等に記入してもらうか、または本人、家族が記入してください（本人、家族が記入する場合は十分相談し、担当ケアマネジャー等の意見を聞いて記入して下さい）。※変化があったときのみ

（1 自分でできる、2 一部手助けが必要、3 手助けが必要）

わたしの生活について（記入日 年 月 日）

項目	評価	備考
食事を食べる	1・2・3	
家の中を歩く	1・2・3	
階段の昇降	1・2・3	
洗顔・歯磨き	1・2・3	
トイレ動作	1・2・3	
着替える	1・2・3	
入浴	1・2・3	
排尿	1・2・3	
排便	1・2・3	
電話を掛ける	1・2・3	
外出する	1・2・3	
買い物をする	1・2・3	
洗濯をする	1・2・3	
料理をする	1・2・3	
薬を適切に飲む	1・2・3	
家事をする	1・2・3	
金銭の管理	1・2・3	



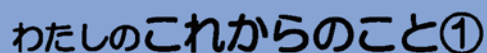
わたしの認知症の状況③

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください）。

最近気になっていること、困っていること
（気分が落ち込んだり、不安が強くなったり、イライラしたり、疲れやすい、よく眠れない、物をよくなくす、人の名前が出てこない、転びやすくなった、トイレが間に合わないなど、日常生活の中で気づいたことを記入してください）

	内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	



このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思をご家族等介護者や信頼できる方に記入してもらってください）。

- この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- 確認はあくまで記入時の希望を示します。何度でも変更は可能です。
- 法律的な意味はなく、強制力也没有せん。

①家族のサポートや、デイサービス、ショートステイなど必要なサービスを利用しながら、今まで暮らしてきた自宅で生活することを	- 希望する - 希望しない - 検討中	記入日 年 月 日
②必要に応じて介護施設に入所し、必要なサポートを受けながら暮らすことを	- 希望する - 希望しない - 検討中	記入日 年 月 日
③その他、どのような暮らしをのぞまれるかご希望について自由に記入してください 記入日： 年 月 日		



わたしのこれからのこと②

本人（家族）等用

このページは本人が記入してください（本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思をご家族等介護者や信頼できる方に記入してもらってください）。

- この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- 確認はあくまで記入時の希望を示します。何度でも変更は可能です
- 法律的な意味はなく、強制力也没有せん

今後、認知症や脳血管障害などによって意思表示が難しくなり、意思を表示する能力の改善の可能性がないと医師が判断する状態になったとき

① 食事が食べられなくなり、治療によっても食べられるまで回復する見込みがないと医師が判断したときに、人工的な水分・栄養補給を	• 希望する • 希望しない • 検討中	記入日 年 月 日
② 死が間近に迫っており、治療によっても回復する見込みがないと医師が判断したときに、人工呼吸、心臓マッサージによる生命維持を	• 希望する • 希望しない • 検討中	記入日 年 月 日

ご自分で意思表示や判断が難しくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか。（お書きいただかなくても結構です）

お名前： _____ ご関係： _____

記入日： _____ 年 月 日

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

()から()に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

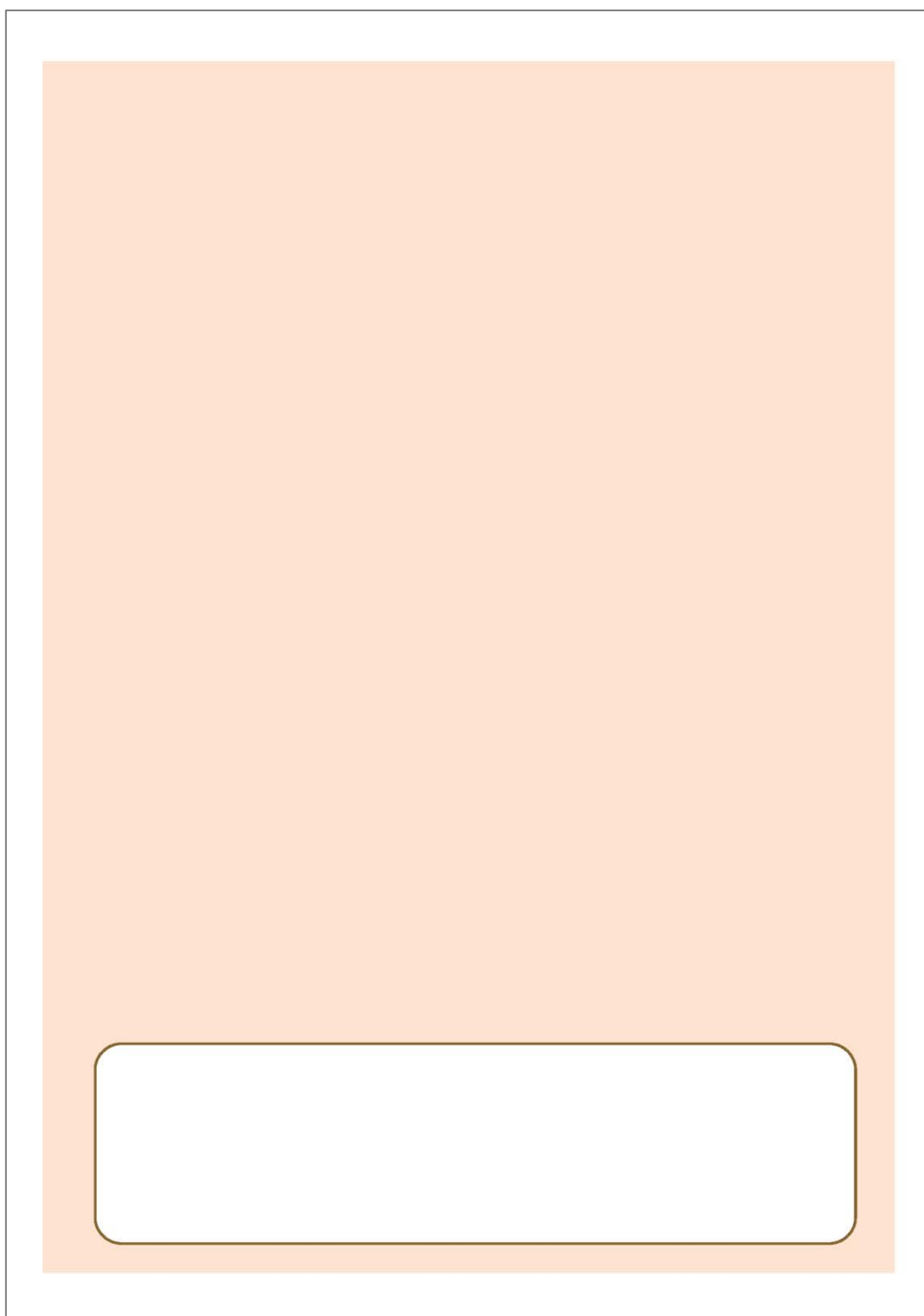
年 月 日

- - - - -

- - - - -
回答者所属 ()

氏名 ()

確認者サイン 読んだ方はこちらに
サインして下さい。



3. 情報共有ツール記載マニュアル案

1. ○○手帳について

○○手帳は、あなたに関する様々な情報やあなたの希望を、あなたやご家族とあなたを支援する方々（かかりつけ医、専門医、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー、介護職員などの関係者）との間で共有することで、あなたが住み慣れた地域で安心して暮らせるようにすることの手助けとなることを目的としています。

○○手帳に記載されたあなたの情報は、原則として、あなたへの適切な医療・介護の提供に必要な限りにおいて使用され、その他の目的のために使用、又は第三者に提供されることはありません。

2. 手帳の使い方について

1) ○○手帳を使うにあたっての準備（同意書等）

○○手帳を受け取られたら、この手帳に記載される内容について、

（ア）あなたを支援する方々が、それぞれの専門分野であなたを支援するために活用すること

（イ）あなたやご家族の責任において○○手帳を保管することに同意される場合に、手帳3ページ目の同意書にご署名下さい。もし、あなたが記載できない場合にはご家族に署名してもらって下さい。

2) ○○手帳の記載について（詳しい記載の仕方は、本マニュアル3ページからの各項目の記載方法に記してあります）あなたはこの手帳の全てのページに記載できますが、医療や介護に関する専門的な内容を含む部分もあるため、基本的に青色のページを記載して下さい。もし、記載が困難な場合にはご家族と相談しながら記載してもらって下さい。その他のページには記載者として想定される職種が右上に書いてありますので、支援する方々に相談し、記載してもらって下さい。要介護認定を受けていない、ケアマネジャーがいないなど、専門職の方がいない場合には、できるだけあなたが記載して下さい。もし、記載が困難な場合にはご家族と相談しながら記載してください。全ての内容を記載する必要はありません。記載したくない場合には空欄でかまいません。

3) ○○手帳の使用にあたってあなたはこの手帳をできる限り携行して、必要な時には（例えば、急な病気のために初めての医療機関に受診するときや新しい介護サービスの利用を始めるとき等）、支援する方々（医師、看護職員、ケアマネージャー等）に見てもらって下さい。また、かかりつけの先生については最初に見せて記載してもらうほかにも、何か先生に伝えたい内容が新しくおこった場合にも見てもらって下さい。あなたを支援する方々が記載するにあたって、書き方がわからない場合などには、本マニュアル6ページから始まる、それぞれ専門職向けのページを見てもらって下さい。

- 4) ○○手帳の保管について。この手帳は、あなたやご家族ご自身の責任のもとで保管し、紛失することがないように気をつけてください。

3. ○○手帳をうまく使うための工夫など

支援する方々に見てもらう場合や書いてもらう場合には、特に見てもらいたい部分など開いて見せたり、その部分にクリップで印をつけておくなどするとよいでしょう。

4. 各ページの記載方法、記載上の注意

（青色のページについて示しています。それ以外のページは本マニュアル6ページから始まるそれぞれ専門職向けのページに示してあります。手帳の青いページ、「同意書」「わたし自身①」「わたし自身②」「わたしの認知症の状況③」「わたしのこれからのこと①」「わたしのこれからのこと②」「連絡票」に記載して下さい。）

(1) 同意書(手帳3ページ)

同意書	
本人（家族）専用	
私は本手帳に記入されている個人情報を、私の医療や介護に関わる関係者が活用することに同意します。 本手帳は、本人・家族等が責任を持って保管するとともに、紛失時の責任は保管者にあることを理解した上で、本手帳の活用に同意いたします。	
平成 年 月 日	
ご本人 ご家族 (介護者)	(続柄)

「個人情報」とは、個人に関する情報であつて、氏名や生年月日、その他個人を特定することができるあらゆる情報のことです。

○○手帳では、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるよう、あなたの「個人情報」をあなたやご家族とあなたを支援する方々との間で共有します。

この手帳のすべての項目に記載する必要はなく、あなたが医療や介護などの関係者で共有してほしい情報をあなたの意思で共有してください。

なお、この手帳を紛失等されますと、個人情報を悪用される可能性もございますので取り扱いには十分ご注意ください。

これらのことを理解したうえで同意書に記入してください。

(2) わたし自身①(手帳4ページ)

緊急時に連絡してほしい人については必ずしも二人記載する必要はありません。後見制度について、不明の場合には、○をつける必要はありません。

わたし自身①			
本人(家族)専用			
このページは本人が記入してください(本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください)。			
お名前			
フリガナ			
性別	男	・	女
生年月日	年	月	日
住所			
電話番号	-	-	
緊急時に連絡してほしい人①			
続柄		連絡先	- -
緊急時に連絡してほしい人②			
続柄		連絡先	- -
後見制度	利用している・利用していない		
後見人氏名			
電話番号	-	-	
備考			

(3) わたし自身②(手帳5ページ)

わたし自身②	
本人(家族)専用	
このページは本人が記入してください(本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください)。	
わたしの経歴、大切な思い出など	
いつ頃	内容
わたしの趣味や嗜好、熱心に取り組んできたことなど	
わたしの日課や毎週・毎月やっていることなど	
視力や聴力について	
視力	問題なし・眼鏡使用・その他()
聴力	問題なし・耳が遠い・補聴器使用・その他()
備考	

あなたがこれまでしてきた仕事、学生時代にやっていたスポーツなどについて、支障のない範囲でお書きください。あなたを支援する方々との話のきっかけになるかもしれません。

(4) わたしの認知症の状況③(手帳21ページ)

あなたが、最近気になっていることや困っていることを記載して下さい。例として、気分が落ち込む、不安が強い、イライラする、疲れやすい、よく眠れない、物をよくなくす、人の名前が出てこない、転びやすくなった、トイレが間に合わないなどが挙げられます。これらは、認知症の症状の可能性があるので、支援する方々が共有することであなたへの支援の向上に役立つことがあります。

わたしの認知症の状況③	
本人(家族)専用	
このページは本人が記入してください(本人が記入できない場合はご家族等介護者に記入してもらってください)。	
最近気になっていること、困っていること (気分が落ち込んだり、不安が強くなったり、イライラしたり、疲れやすい、よく眠れない、物をよくなくす、人の名前が出てこない、転びやすくなった、トイレが間に合わないなど、日常生活の中で気づいたことを記入してください)	
年 月 日	内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

(5) わたしのこれからのこと①(手帳22ページ)

わたしのこれからのこと① 本人(家族)専用

このページは**本人**が記入してください(本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思をご家族等介護者や信頼できる方に記入してもらってください)。

わたしのこれから

- この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- 確認はあくまで記入時の希望を示します。**何度でも変更可能**です。
- 法的な意味はなく、強制力はありません。

今後、認知症がすすむなどによって、家での暮らしが難しくなったときや病気が重くなったとき、

① 家族のサポートやサービス、ショートステイなど必要なサービスを利用しながら、今まで暮らしてきた自宅で生活することを	- 希望する - 希望しない - 検討中	記入日 年 月 日
② 必要に応じて介護施設に入所し、必要なサポートを受けながら暮らすことを	- 希望する - 希望しない - 検討中	記入日 年 月 日
③ その他、どのような暮らしをのぞまれるかご希望について自由に記入してください		

記入日: 年 月 日

22

あなたが認知症や脳血管障害といった病気でご自分では意思や希望を伝えることができなくなっている場合などに備えて、あなたの希望を記載するページです。記載したくない場合は記載する必要はありませんし、何度でも変更可能です。また、法的な強制力はなく、その時々状況に応じて、必ずしもその通りになるとも限りません。あくまで参考となります。

(6) わたしのこれからのこと②(手帳23ページ)

人工的な水分・栄養補給の代表的な例としては、胃ろう(栄養を直接胃に送ること)や中心静脈栄養(身体の太い血管からカロリーの高い点滴を入れること)などが考えられます。これらの方法による生命維持を希望されるかどうか、又は検討中であるかにつきお答えください。意思表示が困難で回復の見込みがない状態であっても、胃ろうや中心静脈栄養を行うことにより、生命を維持するための水分や栄養は身体の中に入りますが、その状態で生命を維持することがご本人やご家族にとって意義があるものと思うかどうかは、考え方や経験、置かれた状況などによって様々です。

わたしのこれからのこと② 本人(家族)専用

このページは**本人**が記入してください(本人が記入できない場合は、本人と話し合い、本人の意思をご家族等介護者に記入してもらってください)。

- この内容は本人の意思を記入するものであり、必要に合わせて家族と話し合って記入してください。
- 確認はあくまで記入時の希望を示します。**何度でも変更可能**です。
- 法的な意味はなく、強制力はありません。

今後、認知症や脳血管障害などによって意思表示が難しくなり、意思を表示する能力の改善の可能性がないと医師が判断する状態になったとき

① 食事が食べられなくなり、食べられるまで回復する見込みがないと医師が判断したときに、人工的な水分・栄養補給を希望する	- 希望する - 希望しない - 検討中	記入日 年 月 日
② 死が間近に迫っており、治療によっても回復の見込みがないと医師が判断したときに、人工呼吸・心臓マッサージによる生命維持を	- 希望する - 希望しない - 検討中	記入日 年 月 日

ご自分(ご家族)の意思表示や判断が難しくなったとき、主治医が相談するべきかどうかを教えてください。(お書きいただかなくても結構です)

ご関係: _____

記入日: 年 月 日

人工呼吸や心臓マッサージによって、死期をある程度先に延ばすことができる場合がありますが、意思を表現できない状態となった場合に、そのような医療行為によって死期を少しでも先に延ばすことを希望される方と、そのような行為は行わず「自然な形で」「安らかに」死を迎えたいと思われる方がおられます。どちらを選ぶかはその人それぞれです。

医療の現場では医師や他のスタッフ、ご本人、ご家族、その他の関係者が相談し、最善と判断される治療が行われていますが、時には、治療を行うかどうか判断が難しい場合があります。そのような場合には、あなたの医療に関する意思や希望が前もって記載されていることが、大変参考になることもあります。あなたの意思や希望に添った医療を行うことが極めて重要ですし、ご家族にとっても重大な決断を求められたときに、あなたの意思や希望が記載されていることが、決断の助けとなる可能性があります。

(7) 連絡票(24～27 ページ)

連絡票

このページは本人を含めどなたが記入しても結構です。

() から () に質問・連絡です。

連絡・質問

年 月 日

所属 () 氏名 ()

回答

年 月 日

回答者所属 () 氏名 ()

確認者サイン欄: 読んだ方はこちらにサインして下さい。

あなたやあなたのご家族から支援する方々に伝えたいことや聞きたいことがあれば記載して下さい。また、あなたに向けて、支援する方々から質問が記載されていた場合には、その答えを簡単に記載して頂くか、又は口頭でその方に返答して下さい。その際には確認した記録としてサインをお願いします。

また、他の支援関係者同士の連絡で、あなたに向けた連絡でない場合でも、閲覧された場合には、サインを記載して頂くと支援関係者の間の連携の助けになります。

5. 関係者の方々へ

〇〇手帳は、ご本人、ご家族、医療関係者、介護関係者、その他支援に関わる方々がご本人に関する情報を共有し、良い支援をするための情報共有ツールとして作成されています。ご本人やご家族、関係機関から提示があった場合には、ご対応下さるようお願いします。様々な情報やご本人の希望が記載されていますので、是非ご活用ください。本手帳を発行(手帳をご本人・ご家族に渡すこと)された方はご本人・ご家族から同意が得られたら、同意書に署名してもらい、手帳の使用を開始して下さい。

〇〇手帳で得られた情報は、ご本人への適切な医療・介護の提供に必要な限りにおいて使用するとともに、個人情報保護に十分ご留意下さい。

(1) 担当の医療機関へのお願い

- 1) 〇〇手帳を持参されたご本人について、どの医療機関・介護サービス事業所を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているかを確認したいときに参照して下さい。

- 2) ○○手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。
- 3) 貴医療機関の診療で有用と思われる項目(例えばデイサービスでの血圧や現在の体重など)が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。
- 4) 「連絡票」で他の支援関係者に向けた情報であっても閲覧された場合にサインを頂くと他の支援関係者との連携の一助になります。
- 5) 手帳の赤いページ、「わたしの医療・介護③」「わたしの医療・介護④」「わたしの医療・介護⑤」「わたしの認知症の状況①」「連絡票」の記載にご協力をお願いします。

① わたしの医療・介護③④(手帳8～9ページ)

③に既往症を④に現在診療中の疾患名を記載して下さい。(いわゆる保険病名は記載して頂く必要はありません。新たに診断した場合には、その都度追加して下さい。このページの目的は、ご本人がこれまでどのような疾患を持っていたかまた、どのような疾患を持っているかを、ご本人・ご家族・支援する関係者間で情報共有することです。夜間・休日に救急対応が必要になった場合等においては、本ページが役に立つことが期待できます。

② わたしの医療・介護⑤(手帳10～13ページ)

新たに処方した薬や変更した薬について、その処方の目的・意図がわかるように記載して下さい。お薬手帳のシールをご本人・ご家族や薬局・薬剤師等に貼ってもらっても結構です。

このページの目的は、担当者が変わった場合でも、処方の目的・意図がわかるようにするためです。目的や意図がわかれば、薬の継続・中止・変更の判断が必要になった場合に参考になります。

③ わたしの医療・介護⑥(手帳14～15ページ)

医療機関受診時に血圧や体重を測定した場合、記載して下さい。

④ わたしの認知症の状況①(手帳17ページ)

MMSE、HDS-R、その他の評価スケールなどを実施したときには、その結果と評価日を記載して下さい。

本ページは、MMSE や HDS-R など認知機能評価を頻回に実施することがご本人の負担になることを考慮し、評価を実施した場合にその情報を関係者間で共有することでご本人の支援に役立てられるようになることを目的としています。

⑤ 連絡票(手帳24～27ページ)

ご本人・ご家族・他の支援関係者から質問が記載されていた場合、また、関係者に情報提供や質問をしたい場合に使用して下さい。質問については、その答えを簡単に記載して頂くか、又は口頭でその方に返答して下さい。その際には確認した記録としてサインをお願いします。本手帳にご記載頂いても診療情報提供料は算定できませんのでご注意ください。

また、他の支援関係者同士の連絡で、貴医療機関に向けた連絡でない場合でも、閲覧された場合には、サインを記載して頂くと支援関係者の間の連携の助けになります。

(2) 担当の介護サービス事業所へのお願い

- 1) ○○手帳を持参されたご本人について、どの医療機関・介護サービス事業所を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているかを確認したいときに参照して下さい。
- 2) ○○手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。
- 3) 貴事業所のサービス提供にあたって有用と思われる項目（例えば医療機関での血圧や処方薬の処方目的など）が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。
- 4) 「連絡票」で他の支援関係者に向けた情報であっても閲覧された場合にサインを頂くと他の支援関係者との連携の一助になります。
- 5) 手帳の赤いページ、「わたしの医療・介護⑥」「連絡票」の記載にご協力をお願いします。
 - ① わたしの医療・介護⑥(手帳14～15ページ)
貴事業所でサービス利用中に、血圧や体重を測定した場合、記載して下さい。
 - ② 連絡票((手帳24～27ページ)
ご本人・ご家族・他の支援関係者から貴事業所への質問が記載されていた場合、また、貴事業所から関係者に情報提供や質問をしたい場合に使用して下さい。質問については、その答えを簡単に記載して頂くか、又は口頭でその方に返答して下さい。その際には確認した記録としてサインをお願いします。
また、他の支援関係者同士の連絡で、貴事業所に向けた連絡でない場合でも、閲覧された場合には、サインを記載して頂くと支援関係者の間の連携の助けになります。

(3) 担当の薬局・薬剤師様へのお願い

- 1) ○○手帳を持参されたご本人について、どの医療機関・介護サービス事業所を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているかを確認したいときに参照して下さい。
- 2) ○○手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。
- 3) 薬剤に関するサービス提供にあたって有用と思われる項目（例えば医療機関や介護サービス事業所での血圧や処方目的など）が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。

- 4) 「連絡票」で他の支援関係者に向けた情報であっても閲覧された場合にサインを頂くと他の支援関係者との連携の一助になります。
- 5) 手帳の赤いページ、「わたしの医療・介護⑤」「連絡票」の記載にご協力をお願いします。

① わたしの医療・介護⑤(手帳10～13ページ)

初回処方時と薬剤変更時に、追加で薬剤シールを発行するなどし、記載するかシールの貼り付けをして下さい。追加や増減した薬剤に赤線を引くなど、関係者が気づきやすい工夫を考えて下さい。変更がない場合には特に記載する必要はありません。

② 連絡票(手帳24～27ページ)

ご本人・ご家族・他の支援関係者から質問が記載されていた場合、また、関係者に情報提供や質問をしたい場合に使用して下さい。質問については、その答えを簡単に記載して頂くか、又は口頭でその方に返答して下さい。その際には確認した記録としてサインをお願いします。

また、他の支援関係者同士の連絡で、あなたに向けた連絡でない場合でも、閲覧された場合には、サインを記載して頂くと支援関係者との連携の助けになります。

(4) 担当のケアマネジャー様へのお願い

- 1) ○○手帳を持参されたご本人について、どの医療機関・介護サービス事業所を受診し、どんな疾患の治療中で、どのような治療を受けているかを確認したいときに参照して下さい。
- 2) ○○手帳を持参されたご本人やご家族が見てほしいと示すページを見て下さい。
- 3) ケアの提供において有用と思われる項目(例えば医療機関での血圧や処方薬の処方目的など)が記載されていない場合には、今後記載して頂けるように、ご本人やご家族にお願いしてください。ご本人が手帳を携行する励みにもなります。
- 4) 「連絡票」で他の支援関係者に向けた情報であっても閲覧された場合にサインを頂くと他の支援関係者との連携の一助になります。
- 5) 手帳の黄色いページ、「わたしの医療・介護①」「わたしの医療・介護②」「わたしの医療・介護⑦」「わたしの認知症の状況②」「連絡票」の記載にご協力をお願いします。

1. わたしの医療・介護①(手帳6ページ)

ご本人・ご家族と相談し、現在関係している医療機関等を可能な限り記載して下さい。認知症サポート医、認知症専門医など、受診していない場合や不明な場合には記載する必要はありません。

2. わたしの医療・介護②(手帳7ページ)

要介護認定の状況や担当者の連絡先などについて記載して下さい。

3.わたしの医療・介護⑦(手帳16ページ)

現在利用している介護サービスとその事業所名を記載して下さい。また、介護サービスに限らず、ご本人が利用している配食サービスや見守りサービスなどについても記載して下さい。サービス変更時にはその都度記載をするようにして下さい。

4.わたしの認知症の状況②(手帳18～20ページ)

ご本人の現在の状態につき、ご本人・ご家族と相談の上、あてはまる番号(1～3)に○を付けて下さい。必要があれば具体的な状態を備考欄に記載して下さい。

(例:食事は自分で食べられるが、むせがあり観察が必要など)。

また、ご本人とご家族の間で状態のとらえ方に違いがある場合も想定されます。よく話し合いをした上で、記載するようにして下さい。

状態が変化したときには、その都度新たなページへ、記載するようにして下さい。

5.連絡票(手帳24～27ページ)

ご本人・ご家族・他の支援関係者からあなたに対して質問が記載されていた場合、また、あなたが関係者に情報提供や質問をしたい場合に使用して下さい。質問については、その答えを簡単に記載して頂くか、又は口頭でその方に返答して下さい。その際には確認した記録としてサインをお願いします。

また、他の支援関係者同士の連絡で、あなたに向けた連絡でない場合でも、閲覧された場合には、サインを記載して頂くと支援関係者の間の連携の助けになります。

4. 情報共有ツール作成・運用マニュアル

1. はじめに

「情報共有ツール案」と「情報共有ツール記載マニュアル案」は、平成 27 年度老人保健健康増進等事業「認知症の医療介護連携、情報共有ツール※の開発に関する調査研究」により、認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成したものです。これを「ひな形」として、各自治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報共有ツールが作成・運用されるよう、今回の事業で明らかになった知見を元に本マニュアルを作成しましたので、参考にいただければ幸いです。

調査を行うなかで、情報共有ツールは各地域において様々な形で作成・運用されていましたが、いずれもご本人やご家族が安心して暮らせるような地域の構築を目指し、ご本人やご家族を支える関係者の間で必要な情報が共有できることを目的としている、という点では共通していました。情報共有ツールは医療と介護等の情報連携の課題を解決するための有効な手段のひとつと考えられます。また、情報共有ツールそのものが重要なのは勿論ですが、情報共有ツールの作成や運用について自治体を中心に地域の関係機関が集まり検討することを通じて、地域資源の現状が共有され、地域の特性に合った連携体制が構築されることに役立つと考えられます。

今回の事業で作成した情報共有ツールのひな形やこのマニュアル等を参考にしながら、地域の特性にあわせた情報共有ツールの作成にあたり、各地域の連携体制のあり方について話し合うことで、ご本人やご家族が安心して暮らせるような地域の構築に役立てていただけると幸いです。

※ここで使用する「情報共有ツール」とは、認知症の人やその家族を含めご本人を支える医療・介護等関係者の間で認知症の人の治療や支援等に役立つ様々な情報を共有するためのツールのことを言います。

2. 情報共有ツールがもたらす利点

今回の事業から、情報共有ツールの使用には多くの利点があり、うまく活用することで医療や介護等の連携がスムーズになるとともに、より適切な治療や支援に結びつく可能性があります。

例えば、介護サービス事業所等で介護職員が毎日計測している血圧の情報を医療機関が診療の参考にしたり、逆に医療機関の処方や治療の情報を、介護サービス事業所等の介護職員が服薬介助する際に参考にするなど、普段頻繁にやりとりされない情報が情報共有ツールを通して共有されることで、より良い治療や介護に結びつく可能性があります。

また、医療機関同士がお互いの治療状況を知ること、処方や検査の重複を避けられる可能性もあり、ご本人への適切な治療、医療費負担の軽減にも結びつく可能性があります。

さらに、ご本人が様々な医療機関や介護サービス事業所等を利用する際に、自身の住所や連絡先、持病、飲んでいる薬などそれぞれに状況を説明する必要もなくなるため、ご本人やご家族の負担軽減にもなる可能性があります。また、認知機能の低下によって大切な情報を記憶できなくなったり、それを不安に思う方にとっては、情報共有ツールが安心感につながる可能性もあります。

重ねて、情報共有ツールを各地域で作成・運用し、適宜見直していくことで、より地域の特性に合った情報連携体制の構築にも結びつく可能性があります。

3. 情報共有ツールの作成・運用にかかる課題

一方で、今回の事業で参考とした各地域の情報共有ツールにおいても、その運用について多様な課題がありました。それぞれの地域で情報共有ツールの作成や運用について検討する際にも重要なポイントになると考えられます。

(1) 情報共有ツールの紛失に伴うリスク

認知症の人は、認知機能の低下に伴って物を紛失しやすくなる場合が多く、特に情報共有ツールをご本人が管理する場合、個人情報が多く記載された情報共有ツールを紛失する可能性があり、それを悪用されるリスク(特に認知症高齢者を狙った詐欺など)もあります。関係者を含め情報共有ツールの管理には十分注意する必要があります。

また、情報共有ツールを運用する際は、関係者等どの範囲にどこまでの情報を共有するのか予め具体的に決めておくことも大切です。同時に、それら関係者と必要な情報を共有することについて、情報共有ツールを使い始める際にご本人やご家族等に十分説明を行い、紛失に伴うリスク等を含め理解したうえで同意をもらうことが必要であると考えられます。

(2) 情報共有ツールの普及および継続的な活用

多くの場合、情報共有ツールの活用には、関係者が「情報を共有するための情報」を記載する作業が必要であり、情報共有ツールの情報量が多ければ多いほど関係者の業務量が増えることから使われなくなる可能性があります。一方で情報量があまりに少なく、連携に必要とされる情報が含まれていない場合、関係者が活用するメリットを感じられなくなり、同じく使われなくなる可能性があります。作成にあたっては、地域でよく話し合い、地域の実状に応じて、業務量が増えないような工夫をする等情報項目のバランスをとることが大切です。

上記以外にも多様な課題があると考えられますが、課題もその対応方法も各地域の実状に合わせて様々であると考えられます。より良い地域の医療・介護の連携体制構築を目指して、情報共有ツールの作成・運用について、上記の内容を踏まえ、各自治体を中心に関係機関等と協働しながら対応方法を検討してください。

4. 情報共有ツールの作成にあたって

(1) 情報共有ツールの作成・運用に係る関係者の範囲について

情報共有ツールの作成にあたっては、作成当初からかかりつけ医や医師会に関わってもらうことが重要です。

情報共有ツールが円滑に運用されている地域では、かかりつけ医や医師会、医療機関等が積極的にその作成・運用を主導したり協力している事例がありました。作成にあたっては、医療機関の積極的な関与を促すとともに、地域の特性に合った情報連携体制の構築に向け、可能な限り情報共有ツールを作成する段階から、地域のかかりつけ医や専門医、介護サービス事業所等職員、自治体職員、地域包括支援センター職員、職能団体、ご本人、ご家族等できるだけ多様な立場の方に集まってもらい、相談しながら作成してください。

(2) 情報共有ツールの目的・理念について

情報共有ツール作成にあたって、多様な立場の方の意見を全て取り入れようとすると、使いにくい情報共有ツールとなることや、課題に挙げたように、情報共有ツールが普及しない可能性があります。作成にあたっては、関係者間で情報共有ツールの目的・理念について明確にし、共通認識を持ったうえで、バランスをとりながら検討することが重要です。

本事業でお示した「情報共有ツール案」は、「ご本人目線のツール」「ご本人が持ちたいと思える(少なくとも、持っても良いと思える)ツール」「持つことで安心できるツール」「自分が今、どんな病気でどんな治療・支援を受けているかを把握し、必要時に支援者と情報を共有できるツール」を、その目的・理念として作成しました。

(3) 情報共有ツールの対象者について

認知症の人を対象とした情報共有ツールの場合、認知症と診断された全ての人を対象とするのか、多職種が連携して支援する必要がある認知症の人に限定するのか検討が必要です。本事業では、全ての認知症の人を対象として、認知症と診断されたとき(初期)から持っていただくことを想定して作成しました。

(4) 情報共有ツールのタイトルについて

4. (2)で明確にした目的・理念などを踏まえ、それぞれの地域に応じた情報共有ツールのタイトルを考えることが重要です。

本事業の検討の過程では、認知症の人のみを対象としたツールであってもタイトルに「認知症」は使わない方が良いという意見が大半を占めていました。

(5) 情報共有ツールの形状(大きさ・規格)について

情報共有ツールの大きさは、一般的に A5 版の手帳サイズとお薬手帳のような A6 版が主に使用されています。A5 版の場合は持ち運びに不便であるという意見がある一方で、A6 サイズの場合、持ち運びには便利ですが、情報量が多いと字が小さくなり、記入や閲覧がしにくくなるという意見がありました。

綴じ方には、製本とバインダー方式があります。製本は、持ち運びやすく、安価ですが、バインダー式は、頻繁に使用する情報項目に関するページの追加や古くなったページを取り外して自宅に保管できるなど、それぞれメリットがあります。

例えば、先進地域では、2 穴バインダーを使用し、既存の血圧手帳やお薬手帳にもパンチで穴をあけて一括して管理している事例もありました。

(6)情報項目の選定について

ご本人が見ることを想定するか、関係者等どの範囲まで情報共有するか、情報共有ツールの媒体を何にするか等によって情報項目が変わる可能性があります。また、多くの人に活用してもらい、普及するためにはできるだけ簡便なものにしつつ、情報共有する必要性が高い情報を選定することが重要です。そのためには、その情報がこういった場面で誰の役に立つかをイメージしつつ項目を選定することが大切です。本事業でお示した「情報共有ツール案」では、必要性が高いと考えられる情報項目について以下のように整理しました。

1)情報共有することでご本人にメリットが大きい情報

医師が新たに処方を行う場合や処方内容を変更する際、他の医療機関において診療を受けている疾患や使用している薬剤等の情報は、適切な治療を行ううえで重要な情報です。また、介護サービス事業所等において、ご本人が飲んでる薬の内容や服薬方法等を介護職員が把握することも適切な治療を支援するうえで大切です。

2)特定の立場や職種によって得られる情報

例えば MMSE や HDS-R などの認知機能評価スケールは、医療機関で行われることが多く、また認知症の人にとって負担となることが多いため、実施したときには支援に携わる関係者で共有した方が良い情報と考えられます。また、現在診療を受けている疾患名や病歴などは担当のかかりつけ医には把握されていると思いますが、ご本人やご家族でもわからないことがしばしばあります。

3)特定の時期にしか得られない情報

認知症が進行したり、脳血管障害などで意思の表示が困難となってしまった場合に、経口摂取が困難となったときの胃瘻や中心静脈栄養、死が迫ったときの人工呼吸や心臓マッサージ等の医療処置に対するご本人の希望の有無を意思表示が可能となるときに示されていれば、ご本人の意思や希望を尊重し、ご家族の負担を軽減できる可能性があります。

4)頻繁に更新される情報

先進地域では、症状が落ち着くと情報共有ツールを閲覧する機会が少なくなる事例がありました。情報共有ツールが継続的に活用されるためには、必要とされ、かつ変動する情報が掲載されることも重要です。デイサービスでの血圧の値がかかりつけ医の診療に役立つことも少なくありません。

上記の点をふまえ、今回の事業では以下のようにひな形を作成しています。各地域で情報共有ツールを作成する際は、必要と考えられる内容を取捨選択し、また他に必要と考える内容を追加するなど、地域の実状に合わせた情報共有ツールを作成してください。

- 1) 表紙
- 2) 使い方
- 3) 裏面(内容の目録と記入に当たっての注意)
- 4) 同意書
- 5) わたし自身①:ご本人の基本情報
- 6) わたし自身②:ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目ですが、情報量があまり多くならないように、比較的自由に記載できるような項目に設定しました。
- 7) わたしの医療・介護①:医療機関
- 8) わたしの医療・介護②:支援に関わる者・機関のリスト
- 9) わたしの医療・介護③:病名と医療機関
- 10) わたしの医療・介護④:処方内容と処方の目的。処方されている薬剤が何のために処方されているかが必要な情報と考え、一般のお薬手帳とは異なり、処方の目的がわかるような記載欄を設けています。
- 11) わたしの医療・介護⑤:血圧、体重。血圧を記載する欄を設けたことで情報共有ツールの携帯率が上がったという先進地域の報告がありました。
- 12) わたしの医療・介護⑥:利用しているサービス状況。医療や介護サービスだけでなく、配食サービス等その他のサービスを記載することも可能としました。
- 13) わたしの認知症の状況①:認知機能検査(MMSE 又は HDS-R)。認知症を評価するという点では、総得点だけではなく、どの項目で失点したかも重要ですが、情報量を絞るために総得点のみの記載としました。
- 14) わたしの認知症の状況②:日常生活活動の変化。日常生活活動の状況のとらえ方はご本人とご家族で異なる場合がありますが、その反面、認知症の状態についてご本人とご家族が話し合うための機会を提供することにもなるかもしれないとの意見もあり、掲載することにしました。また、日常生活活動の状況は評価が難しいこともあり、自由に記載する欄も設けています。
- 15) わたしの認知症の状況③:本事業ではご本人の「最近気になっていること、困っていること」を記載してもらい、支援する人や読んだ人それぞれが判断する材料とすることとしました。また、今回のひな形では明示しておりませんが、関係者と情報共有する上で BPSD(認知症の行動・心理症状)に関する情報も重要と考えられるので、各自治体においてどのように記載し、どのように取り扱うか、検討いただければと思います。
- 16) わたしのこれからのこと①②:今後の医療・介護への希望。この項目については、状況によってご本人の意思や希望は変わりうる、本情報共有ツールとは別にご本人の意思や希望を聞くべき、といった賛否両論がありました。作成する際には、掲載の適否についても議論いただければと思います。
- 17) 通信欄。本ひな形では、支援に携わる関係者にできるだけ閲覧してもらうために、確認した人のサインをしてもらう欄を設けています。

5. 情報共有ツールの運用にあたって

(1) 情報共有ツールの周知について

情報共有ツールが普及し、活用されるためには支援に関わる関係者が情報共有ツールの存在、使い方を把握していることが重要です。そのためには運用の開始前に様々な立場の人に説明する機会を多く持つことが必要です。

(2) 情報共有ツールの説明・配布方法について

情報共有ツールを発行する際は、ご本人・ご家族等に情報共有ツールを手渡すとともに、使用方法等について説明し、使用にあたっての同意を得る必要があるため、一定の時間と手間が必要です。この役割を認知症疾患医療センター（主として精神保健福祉士等）、ケアマネジャーや地域包括支援センターが担っている先進地域が多くみられました。

(3) 定期的なモニタリングや見直しについて

情報共有ツールを運用する中で、実際に使用されるご本人や関係者等からご意見をいただき、定期的に見直すことも大切です。最初から完璧な情報共有ツールを作成しようとせず、運用の過程で再検討して必要な項目を追加し、あまり活用されない項目は削除することも重要です。

(4) 地域における情報連携体制の構築について

情報共有ツールの作成や運用を通じて、認知症の人の支援に関わる関係者が連携を図り、認知症の容態の変化に応じて適時・適切な支援が行えるよう、地域における情報連携体制の構築を推進していくことも重要です。

先進地域では、情報共有ツールに関する定期的な連絡会や事例検討会、研修などが開かれたり、ツールの有効性や使い勝手に関するアンケートやインタビューなどが行われ、情報共有ツールの見直しや運用方法の改善などに役立て、地域の情報連携体制の構築を図っていました。

6. おわりに

全国の情報共有ツールを可能な限り参考とさせて頂きましたが、特に下記の情報共有ツールを参照し、また運用されている地域に訪問調査をさせて頂き、多大なご教示を頂きました。深く御礼申し上げます。

参考にさせて頂いた情報共有ツール（訪問調査日順）

オレンジ手帳（日本精神科病院協会、大垣市）

つながりノート（兵庫県川西市、大阪大学）

火の国あんしん手帳（熊本大学）

さどひまわりネット（新潟県佐渡市）

オレンジつながり手帳（京都大学）

支えあい連携手帳（北海道砂川市、砂川市立病院）

III. 情報連携先進地域の訪問調査

1. 大垣市：「オレンジ手帳」

訪問調査概要

2015 年 10 月 21 日

岐阜県大垣市 大垣病院

ヒアリング先

医療法人静風会大垣病院 田口 真源 院長

医療法人徳養会沼口医院 沼口 諭 院長

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 伊藤 弘人 部長

ほか 1 名様(大垣病院事務長様)

調査内容

■手帳型の地域連携パス「オレンジ手帳」の特徴と運用

1:オレンジ手帳について

- ・オレンジ手帳とは
- ・事業を始めるきっかけ
- ・記載する項目の選定など、制作に関する協力体制
- ・認知症の地域連携パスはオレンジ手帳のように認知症に特化すべきか？
- ・普及させる地域についての意見

2:オレンジ手帳の実際の運用

- ・配布状況と方法
- ・オレンジ手帳を基にした地域連携に参加している範囲は？
- ・オレンジ手帳は実際にどの程度まで記載されているか？
- ・オレンジ手帳に診断名が記載しないのはなぜか？

3:オレンジ手帳が多職種間で有効活用された事例

- ・事例
- ・ツールの活用に関する留意点

■ICT ツール「シェアポイント」

- ・ICT を活用した情報共有に関する基本的な考え方
- ・ICT ツール「シェアポイント」の概要

- ・運用方法(現状と課題)
- ・オレンジ手帳と「シェアポイント」の棲み分け(今後の広まりについて)
- ・今後の普及と活用についての意見

■総括

- ・各種ツールを組み合わせた当地域の多業種連携のあり方
- ・ツールが今後普及し、活用されるために

■補足:オレンジ手帳の内容

1：手帳型の地域連携パス「オレンジ手帳」の特徴と運用

1:オレンジ手帳について

・オレンジ手帳とは

岐阜県西濃地区および大垣市を中心に、認知症患者の中でも「多業種での連携が必要」と思われる方を対象に配布される手帳型の地域連携パスである。

仕様:横 15cm×縦 21cm、クリアカバー付き。バインダー形式

本人に関する基本情報はもとより、その検査内容や症状の経過、服薬状況などの情報を、患者家族、かかりつけ医、専門医療機関、介護保険サービス機関などが共有することで連携し、円滑な治療や介護を行うことを目指している。

オレンジ手帳の大きさについては、携帯性と内容の可読性を考えると、第1版のサイズ(15cm×21cm)が適切だと思っている。また、お薬手帳をはじめ、別の疾病に関するパスを持つことも考え、バインダー形式にしている。



参考:認知症地域連携パス「オレンジ手帳」使用について▶
(<http://www.ogaki.gifu.med.or.jp/orenji/date/guideline.pdf>)

・事業を始めるきっかけ

平成 22 年に西濃・岐阜の 2 つの二次医療圏でのモデル事業(岐阜県医師会「西濃地区認知症連携支援モデル事業(平成 22 年度)」)として、情報共有のためのツール作成が検討されていた。

他方、田口院長が平成 23 年より認知症疾患医療センターのセンター長を兼任することとなり、同事業の構成員となった。さらにここで日本精神科病院協会の「厚生労働省障害福祉部精神保健福祉課研究事業」として「精神科病院における認知症入院患者の退院支援及び地域連携に関し、被災地支援に繋がるモデル連携パスの作成に関する調査について*(平成 23 年度)」の企画委員となり、地域連携パスと地域移行促進パスを作成することになった。

そこで、この 2 つの事業を合わせて多職種連携をめざす手帳形式の地域連携パスとして、地域連携パス「オレンジ手帳」が作成されることになった。

もともとシート型のものはあったが、患者が関係する各医療機関に保管されており、誰のものか分からない、という印象があった。そのため、長野県佐久市など「本人がパスを持ち、関係する医療機関に持っていく」という先行例を参考に、オレンジ手帳もそれに倣うような仕組みにすることにした。

*平成 23 年度 障害者総合福祉推進事業(日本精神科病院協会)

<https://www.nisseikyo.or.jp/about/katsudou/hojokin/498.php>

・記載する項目の選定など、制作に関する協力体制

地域では、認知症はもとより、さまざまな疾病に関して情報共有を行う必要がある、との意識は以前からあった。当初より地域連携、多職種連携は視野に入れていたこともあり、制作プロセスの中で地元の意見を吸い上げたり、地元での情報共有を目指す、ということを前提に内容を考えた。

オレンジ手帳の作成にあたり、医師会が中心となって進めたことが、その後のスムーズな展開に繋がったと思う。現在でも、医師会や訪問看護師を含む看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、薬剤師や歯科医師、行政も集まって「多職種連携連合会」として、年に1度会合も持っている。

・認知症の地域連携パスはオレンジ手帳のように認知症に特化すべきか？

議論の余地があると思う。岐阜県内ではオレンジ手帳を普及させようとしているが、「オレンジ手帳＝認知症」ということで差別を助長するかもしれないとの懸念もある。例えば健康手帳のように、それ 1 冊である程度、患者のことが分かるような内容にしてもいいかもしれない。

岐阜市医師会では脳卒中や糖尿病などのパスのダイジェスト版を作成し、市の医師会を中心に活用。病状が進んで本当に必要になった段階でスタンダード版に切り替えるようにしている。

一方で、岐阜県医師会では、オレンジ手帳をスタンダードとして普及に努めている。

・普及させる地域についての意見

同じフォーマットのものが県境を越えて広まればよいと思う。

例えば、滋賀県でも米原や長浜の場合、県内の病院に行くよりも岐阜県側に来る方が近いし、岐阜県内でも飛騨地区の場合は、富山県内の医療機関の方が近い、という地理的特性がある。

2：オレンジ手帳の実際の運用

・配布状況と方法

オレンジ手帳発行数	
年度	冊数
平成 23 年度(10 月～3 月)	43 冊
平成 24 年度	119 冊
平成 25 年度	98 冊
平成 26 年度	71 冊
平成 27 年度(4 月～9 月)	25 冊
計	356 冊
(※平成 27 年 10 月 20 日現在)	

現在、西濃二次医療圏では、356 通の「オレンジ手帳」が配布・利用されている。これらは主に、かかりつけ医が「この患者さんについては、関係する機関との連携が必要」と判断した症例で、かかりつけ医から認知症疾患医療センターに連絡して手帳を手配し、患者に手渡ししてもらうようにしている。

受け渡しについては、必ずしもかかりつけ医が手渡さなければならない、という取り決めがあるわけではなく、今後、日ごろの連携の深度が深まればケアマネジャーなどが手渡すやり方もあるかと思う。

今のところ、紛失したという事例はなく、「皆で見守ってくれている感じがする」との意見がある。

・オレンジ手帳を基にした地域連携に参加している範囲は？

2市9町の行政や訪問看護など20～30名が参加している。

各患者が持つオレンジ手帳には、主治医やケアマネジャー、薬剤師などの名前が記載されている。また、連絡帳として使える欄もある。

・オレンジ手帳は実際にどの程度まで記載されているか？

すべてを埋めるのではなく、必要なところだけ記載すればいい、というスタンスで運営している。本来なら必要な項目を挙げれば300ほどになるが、ボリュームが多いと“埋めなければならない”と思ってしまうし、空欄が多いことが精神的な負担になることもある。

各項目そのものは半年に1度くらい書くことがほとんど。

認知症は慢性疾患であるため、頻繁に診断内容が変わるものではない。ツールの活用法にも繋がるが、連携のあり方は一様ではなく、濃淡が必要だ。

例えば、「オレンジ手帳がなくてもよい場合」「オレンジ手帳を活用して連携が必要な場合」「ICTも活用してさらに連携が必要な場合」「ケア会議を行って手厚く見守っていく場合」というように、4つくらいの段階にトライアージする必要がある。また、それに応じてケアをするようにしなければ、必要な方に十分なケアが届かない、ということにもなりかねない。

・オレンジ手帳に診断名が記載されないのはなぜか？

診断名を記載するかどうかについては議論があった。

ここであえて記載されていないのは、診断名と処方が異なる場合の混乱を避けるという目的もある。

（患者家族には認知症の告知後にしっかり処方について話をする）

3：オレンジ手帳が多職種間で有効活用された事例

・事例

＜ケース1＞

大腿部骨折をされた方が救急車で搬送された際、受け入れた病院の認知症認定看護師がオレンジ手帳を見て、本人の状態や注意点、どのように接したらいいか、を考えることができた。

＜ケース2＞

他の病院では心身症とされた方が大垣病院に来診した際、ジャクソン型てんかんと分かり、その旨と処方をオレンジ手帳に記載した。

その後、他の総合病院を訪れた際、処方に則って薬を出したことで効果が得られた。

＜ケース 3＞

長谷川式で1桁台のスコアの患者について処方していた薬があったが、連携していない病院でその治療意図を汲み取ってもらえず、処方が取りやめられてしまった。処方に関しての照会はきたものの、もし、もっと連携がなされていたら、途中で薬の処方を止める、ということはなかったかもしれない。

このほか、かかりつけ医が主治医意見書を作成する際、MMSE や HDS-R、ADL のデータを知りたいときに役立った、介護事業所から「この薬の服薬を続けるべきか、止めてもよいか」といった、これまでにはなかった問い合わせが複数回見られた、といった事例がある。

・ツールの活用に関する留意点

現在は医療介護サービス間での連携を目指し、専門職のためのツールとしてしっかりと機能するように考えられている。この連携がしっかりとできれば、次の段階として患者家族の意見も取り入れられるようにしたい、と思っている。

専門職種間でも用語の解釈が異なるために誤解が生まれる場合がある。たとえば、先日の多職種での研究会の際、「服薬管理」に関して齟齬が見られた。

一般的に使われる「服薬のお手伝い」と、薬剤師の「服薬管理指導」は言葉の印象は近いかもしれないが、その内容はまったく異なる。情報共有も大切だが、まずはそれぞれが依って立つところはどこで、どの程度違いがあるのかを理解し、誤解がおきないようにする必要があると思う。

多職種連携では「医者を使う言葉は難しいので簡単にしてほしい」との意見があがることが多いが、簡単にすることでかえって誤解を招く恐れがある。それぞれの違いを明確にして話し、お互いを理解する必要があるだろう。

オレンジ手帳は多職種連携ツールとしてももちろん有効ではあるが、患者の理解と同時に、関係する職種のそれぞれの立場やバックグラウンドの違いに対する認識を高めて、慎重に情報共有をしなければならないと感じている。

こうした「意見や立場の違いから生まれる齟齬」については、地域型病院の存在が解決の糸口になるのではないかと思う。病院内には医師や看護師、薬剤師やホームヘルパーなど様々な業種のスタッフが一緒に働いている。彼らを通して伝達していくようなコーディネートが必要になると思う。

このような重層型のシステムを構築しなければ、善意の誤解を招く危険性がある。情報共有は単に集まって成功事例を話し合ったりするだけではなく、先に述べたような相互理解のための話し合いも必要だ。

4：ICT ツール「シェアポイント」

・ICT を活用した情報共有に関する基本的な考え方

オレンジ手帳が軽装で、“広く浅い”普及を目指しているのに対して、ICT ツールは、連携の必要性が高く、ケア会議が必要な方が対象になると考えている。ICT 化に当たっては、患者本人や家族による情報共有の同意が必要になるが、オレンジ手帳の段階で同意を取っているのでスムーズに進められる点が当地域の特徴となっている。

・ICT ツール「シェアポイント」の概要

Office365 を基盤に SSL 環境（通信時に暗号化が行われるセキュリティ環境）で管理されたサイト上で情報共有を行っている。

患者情報は 15 桁の ID で管理されており、施設ごとに割り振られた ID/PW を持つ関係者が、ログイン後、付与された権限の範囲内のみ閲覧することができるようにしている。

オレンジ手帳に記載された基本的患者情報のほか、診断名、問診内容（前回、前々回）が表示され、問診内容や現在の状況、病状の変化、日常生活での問題点、転倒、薬の処方といった情報の編集・閲覧ができるようになっている。

また、複数の慢性疾患（うつ病、統合失調症、心臓病、脳卒中）について、治療計画を継続的に蓄積していくことも可能である。

情報はミニマムなもので、認知症については評価項目の入力が可能になっている（MMSE、行動・心理症状、IADL）。

現在は、更新があった際のアラート機能や共有すべき情報とその軽重については対応しておらず、アナログな伝達手段が必要である。

▲ シェアポイントログイン後の患者情報画面

▲ 認知症に関する登録画面

今のところ、複数の医療機関を受診する患者が診察に来た際に「ほかの病院での処方に変化はないか」「転倒などのできごととはなかったか」などを相互に確認し、適切な処方をするのに役立てる、といった活用方法が考えられる。

今後は、関係者間の非公開 SNS 機能の実装なども検討されている。また、救急の情報共有も今後の課題となる。

・運用方法（現状と課題）

大垣病院ではコメディカルがカルテとは別に入力している。
かかりつけ医も入力権限はあるものの、IT リテラシーの問題やリソースの問題があり、難しさはある。

現在普及に向けて、関心の高い医師に向けて個別説明会を行っており、そこから別の医師に伝わるように、と考えている。

・オレンジ手帳と「シェアポイント」の棲み分け（今後の広まりについて）

オレンジ手帳とシェアポイントは目的やカバー範囲が異なる。今後は多業種で連携して利用が広がればと思う。幸い、オレンジ手帳の普及に伴い、その利便性を認識してシェアポイントへの参加の意志を表明してくれた医療・介護施設も多い。「オレンジの Wa」として、12 の医療機関に加え、以下の連携先が決まっている。

行政（市町村）	
大垣市地域包括支援センター	海津市地域包括支援センター
老人保健施設	
セイ・ウインド大垣	西濃
大樹	サットヴァの園
特別養護老人ホーム	
静風苑	すいとおおがき
サンビレッジ新生苑	友和苑
清心苑	サンヴェール大垣
グループホーム	
HIPPO	福寿苑（海津市）
有料老人ホーム	
あみーご倶楽部	おおがきの憩
ケアハウス	
こころ	

参考:「オレンジの Wa」情報共有ツール連携リスト

5：総括

・各種ツールを組み合わせた当地域の多業種連携のあり方

オレンジ手帳は1行でも有益な情報が記載されていればよい。より詳細な情報の連携にはICT化で対応する方が良いと考えている。

オレンジ手帳をすべての認知症患者に持ってもらう必要はない。現在の処方箋で安定している方や、連携の必要性がない方には不要だと思う。

独居や老老介護などの状況にもよるが、オレンジ手帳を必要とする方は西濃二次医療圏内で500～1,000人程度ではないか。これを上限として、着実な運用と必要としている人の選定が重要だと思う。



参考:疾患の重症度に応じた階層化システム(大垣病院作成)

・ツールが今後普及し、活用されるために

オレンジ手帳のようなツールの普及と活用のためには、医療機関と関係機関との間で信頼関係の構築が不可欠である。医師会ほか地域の関係機関と自治体、専門職が継続的に連携していくことが成功の鍵になると考える。

補足：オレンジ手帳の内容

[基本]地域連携同意書	項目：1・2(青色)
[わたしのプロフィール]	項目：3・4(桃色)
[問診表]	
[認知症進行度チェック表]	項目：5(黄色)
[認知症進行度チェック表解説]	
[現在治療中の合併症と治療薬]	項目：6(赤色)
[検査の経過と治療薬]	項目：7(赤色)
[要介護状態区分等]	項目：8(緑色)

各ページはインデックス形式になっており、以下の色づけがされている。
この色別で「誰が記入するか」を区分している。

青色＝基本(同意書)本人・家族・各関係機関用

桃色＝本人・家族用

黄色＝ご家族・介護機関用

赤色＝医療機関用(かかりつけ医・専門医療機関)

緑色＝介護支援専門員(ケアマネジャー)用

▼オレンジ手帳各ページ内容(見本)

基本	1																		
はじめに この手帳は 検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、ご本人やご家族、かかりつけ医、専門医療機関、介護支援専門員(ケアマネジャー)、地域包括支援センター、介護保険サービス機関、訪問看護ステーション等で情報を共有し、連携をとりながら、円滑な治療や介護を行うための「地域連携パス」です。ご本人及びご家族の方は、この手帳を常に携帯しながら、医療機関の受診、介護保険サービス機関等の利用を行っていただきますようお願いいたします。 この手帳は次のような内容になっています [基本]地域連携同意書、 項目：1・2 (青色) [わたしのプロフィール]、 項目：3・4 (桃色) [問診表] [認知症進行度チェック表]、 項目：5 (黄色) [認知症進行度チェック表解説] [現在治療中の合併症と治療薬]、 項目：6 (赤色) [検査の経過と治療薬]、 項目：7 (赤色) [要介護状態区分等]、 項目：8 (緑色) 各ページに誰が記入するのか、色別で明示してあります ※但し、上記は原則であり、上記以外の方が記載して頂いても構いません ● 青色＝基本（同意書）本人・家族・各関係機関用 ● 桃色＝本人・家族用 ● 黄色＝家族・介護機関用 ● 赤色＝医療機関用（かかりつけ医・専門医療機関） ● 緑色＝介護支援専門員（ケアマネジャー）用	基本 <同意書> 各施設間での必要な情報の交換、情報提供とパスの適応に同意します。 ご本人 _____ (続柄:) ご家族 _____ (続柄:) TEL() 成年後見制度 (種類:) TEL() <かかりつけの医療機関> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">医療機関</th> <th style="width: 30%;">連絡先</th> <th style="width: 40%;">主治医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <専門医療機関> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">医療機関</th> <th style="width: 30%;">連絡先</th> <th style="width: 40%;">主治医</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	医療機関	連絡先	主治医		TEL: ()			TEL: ()		医療機関	連絡先	主治医		TEL: ()			TEL: ()	
医療機関	連絡先	主治医																	
	TEL: ()																		
	TEL: ()																		
医療機関	連絡先	主治医																	
	TEL: ()																		
	TEL: ()																		

基本	わたしのプロフィール(1)																																																																																	
2 介護支援専門員(ケアマネジャー) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 30%;">連絡先</th> <th style="width: 40%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 地域包括支援センター <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 30%;">連絡先</th> <th style="width: 40%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 介護保険サービス <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 30%;">連絡先</th> <th style="width: 40%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 訪問看護ステーション <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">事業所</th> <th style="width: 30%;">連絡先</th> <th style="width: 40%;">担当者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 民生委員 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">住所</th> <th style="width: 30%;">連絡先</th> <th style="width: 40%;">氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	事業所	連絡先	担当者		TEL: ()		事業所	連絡先	担当者		TEL: ()		事業所	連絡先	担当者		TEL: ()			TEL: ()			TEL: ()			TEL: ()		事業所	連絡先	担当者		TEL: ()		住所	連絡先	氏名		TEL: ()		(本人・家族) 3 記入者: (関係:) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">ふりがな</th> <th style="width: 70%;">(性別)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>名 前</td> <td>男・女</td> </tr> </tbody> </table> 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 生活状況 自宅 施設(種別 名称) 年金受給状況 ☐ 国民年金 ☐ 遺族年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 《家族構成》 ☐ 独居 ☐ 同居 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">主介護者名</th> <th style="width: 30%;">(歳)</th> <th style="width: 40%;">関係</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(家族構成図)</td> <td></td> <td>同居・別居</td> </tr> </tbody> </table> □ 男性 ○ 女性 ■ 死亡 □ 本人 現在の同居者は○で囲む 《ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号》 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">関係</th> <th style="width: 20%;">氏名</th> <th style="width: 40%;">連絡のとれる時間帯</th> <th style="width: 30%;">電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	ふりがな	(性別)	名 前	男・女	主介護者名	(歳)	関係	(家族構成図)		同居・別居	関係	氏名	連絡のとれる時間帯	電話番号			☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()			☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()			☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()			☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()			☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()			☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()			☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()
事業所	連絡先	担当者																																																																																
	TEL: ()																																																																																	
事業所	連絡先	担当者																																																																																
	TEL: ()																																																																																	
事業所	連絡先	担当者																																																																																
	TEL: ()																																																																																	
	TEL: ()																																																																																	
	TEL: ()																																																																																	
	TEL: ()																																																																																	
事業所	連絡先	担当者																																																																																
	TEL: ()																																																																																	
住所	連絡先	氏名																																																																																
	TEL: ()																																																																																	
ふりがな	(性別)																																																																																	
名 前	男・女																																																																																	
主介護者名	(歳)	関係																																																																																
(家族構成図)		同居・別居																																																																																
関係	氏名	連絡のとれる時間帯	電話番号																																																																															
		☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()																																																																															
		☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()																																																																															
		☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()																																																																															
		☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()																																																																															
		☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()																																																																															
		☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()																																																																															
		☐ 昼間(午前・午後) ☐ 夜間 ☐ 昼夜	()																																																																															

現在治療中の合併症と治療薬

(のちのつげ医局) 6

現在治療中の合併症と治療薬

(のちのつげ医局) 6

認知症進行度チェック表解説

確認事項	全介助	一部介助
日常生活	日常生活に支障をきたす程度で、食事・入浴・排泄・移動・服薬・金銭管理・安全管理など、日常生活に必要な行為はすべて介助が必要である。	日常生活に支障をきたす程度で、食事・入浴・排泄・移動・服薬・金銭管理・安全管理など、日常生活に必要な行為は一部介助が必要である。
金銭管理	金銭管理に支障をきたす程度で、金銭管理に必要な行為はすべて介助が必要である。	金銭管理に支障をきたす程度で、金銭管理に必要な行為は一部介助が必要である。
薬の内服	薬の内服に支障をきたす程度で、薬の内服に必要な行為はすべて介助が必要である。	薬の内服に支障をきたす程度で、薬の内服に必要な行為は一部介助が必要である。
食事・入浴	食事・入浴に支障をきたす程度で、食事・入浴に必要な行為はすべて介助が必要である。	食事・入浴に支障をきたす程度で、食事・入浴に必要な行為は一部介助が必要である。
排泄・移動	排泄・移動に支障をきたす程度で、排泄・移動に必要な行為はすべて介助が必要である。	排泄・移動に支障をきたす程度で、排泄・移動に必要な行為は一部介助が必要である。
入浴・移動	入浴・移動に支障をきたす程度で、入浴・移動に必要な行為はすべて介助が必要である。	入浴・移動に支障をきたす程度で、入浴・移動に必要な行為は一部介助が必要である。
若狭・移動	若狭・移動に支障をきたす程度で、若狭・移動に必要な行為はすべて介助が必要である。	若狭・移動に支障をきたす程度で、若狭・移動に必要な行為は一部介助が必要である。
ボタ	ボタに支障をきたす程度で、ボタに必要な行為はすべて介助が必要である。	ボタに支障をきたす程度で、ボタに必要な行為は一部介助が必要である。

他の症状確認

1. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

2. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

3. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

4. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

5. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

6. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

7. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

8. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

9. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

10. 認知症の進行度を確認する。認知症の進行度は、日常生活に必要な行為がどれくらいできるかで判断する。

現在治療中の合併症と治療薬

(のちのつげ医局) 6

検査の経過と治療薬

(のちのつげ医局) 7

現在治療中の合併症と治療薬

疾患名	有・無・不明	処方薬	医療機関名
○糖尿病			
○高血圧			
○心臓疾患			
○脂質異常症			
○甲状腺機能低下症			
○脳卒中			
○精神疾患			
○頭部外傷			
○その他			

検査の経過と治療薬

検査項目	検査結果	治療薬
血糖検査	血糖値: 120 mg/dL (空腹時)	インスリン
血圧検査	血圧: 130/80 mmHg	降圧剤
心電図検査	心電図: 正常	
脳波検査	脳波: 異常	抗てんかん薬
神経症状	神経症状: あり	神経痛薬
BPSD (周辺症状)	BPSD: あり	精神安定剤
治療薬 (合併症)	治療薬: あり	

(専門医療機関・かかりつけ医用) 7

		(1年後) 年 月		(1年半後) 年 月	
		専門医療機関:		かかりつけ医療機関:	
長谷川スケール		／ 3 0		※障害高齢者日常生活自立度	
MMS E		／ 3 0		※日常生活自立度 認知症 Ⅱ Ⅲ Ⅳ	
F A S T		ステージ:		※認知症高齢者の日常生活自立度	
血液検査	血糖	未	／ 済 (異常なし / 異常)	未	／ 済 (異常なし / 異常)
	血脂	未	／ 済 (mg/dl)	未	／ 済 (mg/dl)
	胆値	未	／ 済 (異常なし / 異常)	未	／ 済 (異常なし / 異常)
	甲状腺機能	未	／ 済 (異常なし / 異常)	未	／ 済 (異常なし / 異常)
	V B 1	未	／ 済 (異常なし / 異常)	未	／ 済 (異常なし / 異常)
	V B 1 2	未	／ 済 (異常なし / 異常)	未	／ 済 (異常なし / 異常)
	血圧				
	心電図	未	／ 済 (異常なし / 異常)	未	／ 済 (異常なし / 異常)
	頭部CT	未	／ 済 □脳出血性変化 □萎縮 () □その他 ()	現在の病状、状態像	
	頭部MRI	未	／ 済 □脳出血性変化 □萎縮 () □その他の ()	※短期記憶	
画像検査		海馬 / 海馬回付近傍の萎縮の程度: VSRd ()		□ 問題なし □ 問題あり	
	心臓超音波	未	／ 済 左心房の低下 □有 □無	□ 自立	
	スベクト	未	／ 済	□ いくらか弱縮	
	(血液低下部位)	□前頭葉 □前頭葉 □後頭葉 □側頭葉 □前額部 □後部後頭部 □その他の ()	□ 見守りが必要		
		＜自分の意思の伝達能力＞		□ 判断できない	
		□伝えない		□いくらか弱縮	
脳波	未	／ 済 □基準波形 Ⅱ→ Ⅲ □その他の ()	□具体的薬に置かれている		
	神経症状	□失語 (運動失語 / 感覚性失語)		□伝えない	
		□失行 (運動失行 / 書き失行 / 意図的運動失行)			
B P S D (周辺症状)		□妄想 (妄想失行 / 無知妄想 / 色彩不認 / 夜間徘徊)			
	□なし □暴力 □暴言 □幻覚 □妄想	□なし □暴力 □暴言 □幻覚 □妄想			
	□抑うつ □不安 □抑鬱 □せん妄 □拒絶	□抑うつ □不安 □抑鬱 □せん妄 □拒絶			
	□不潔行方 □睡眠障害 □介浴への抵抗	□不潔行方 □睡眠障害 □介浴への抵抗			
	□食失 □性的同調行動	□食失 □性的同調行動			
	□その他の ()	□その他の ()			
治療薬 (合併病)					

(ケアマネジャー用) 8

[illegible]

この手帳は、医療機関、介護支援専門員（ケアマネジャー）、地域包括支援センター、介護保険サービス機関、訪問看護ステーションの連携に役立ちます。ご本人、ご家族様には、しっかりと管理していただき、医療機関を受診する時、介護保険サービスを利用する時は、必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

オレンジ手帳
2012年6月1日 初版第一刷
編集：公益社団法人 日本精神科病院協会
発行：一般社団法人 JAPHネットワーク
〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14
電話：03-5232-3313 FAX：03-5232-3315

2. 川西市：「つながりノート」

訪問調査概要

2015 年 11 月 6 日

兵庫県川西市 一般社団法人川西市医師会

ヒアリング先

川西市医師会長 藤末 洋 先生

川西市中央地域包括支援センター主任ケアマネジャー 森上 淑美 様

川西市健康福祉部長寿・保健室長 兼 国民健康保険課長 作田 哲也 様

調査内容

■ファイル型の地域連携パス「つながりノート」の特徴と運用について

1:つながりノートについて

- ・つながりノートとは
- ・事業をはじめるきっかけ
- ・記載する項目の選定など、制作に関する協力体制について
- ・認知症に関する地域連携パスは「つながりノート」のように認知症に特化せず、広く利用
できるような内容にすべきかどうか？
- ・普及にあたっての意見

2:つながりノートの実際の運用について

- ・配布状況と方法について
- ・つながりノートを基にした地域連携に参加している範囲は？
- ・つながりノートは実際に、どのように活用されているか？

3:つながりノートが多職種間で有効活用された事例について

- ・事例について
- ・ツールの活用に関しての留意点
 - (1) 記載項目＞退院時のサマリの追加
 - (2) 訪問看護師との連絡の機会創出
 - (3) その他

■総括

■補足:つながりノートについて

1:つながりノートについて

・つながりノートとは

平成 25 年 2 月より、兵庫県川西市・猪名川町で導入した多職種連携ツールのひとつ。高齢者とその家族が、医療・介護とスムーズに連携することで、安心して天寿を全うできるように、との願いを込めて作成された。

大阪大学大学院精神医学教室が作成した「みまもり・つながりノート」を基に、数井裕光先生が協力・指導し、川西市（行政）と川西市医師会が中心となって作成された。

第一期（平成 25 年 2 月初版～平成 26 年 4 月改訂版まで）は、市販 B5 サイズのリング式バインダーにシート状のページを追加していく形式で配布された。対象者は、川西市・猪名川町で在宅療養しており、かつ、介護保険サービスを利用している要支援 2 以上の方 3073 名のうち、本人または家族が利用を希望した 506 名。

交換日記をイメージして運用され、家族・ケアマネジャー・ケアスタッフ・かかりつけ医・専門医がお互いに連絡したり、質問・回答しあうような運用がなされた。

次いで、持ち運びや「バインダーを持っていることで認知症と周囲に知られてしまうことへの懸念」や可搬性（バインダーは硬く、持ち運びに不向き）といった意見に沿う形で、チャック状のクリアケースに、B5 版の「つながりノートⅠ～基本情報・医療情報・介護情報編」、「つながりノートⅡ～情報共有連絡票・日々の記録編」、「つながりノートⅢ～資料編」の 3 冊を入れて持ち歩くような形式に変更された。

当初の対象者は要支援 2 以上とされた方に限定にしていたが、平成 27 年 4 月からは、要支援 1 でケアマネジャーがプランを作成するような場合にはケアマネジャーや地域包括支援センター職員を通して渡されるようになっている。

なお、認知症のみならず、その他の慢性疾患を持つ方も対象としている。



参考:「つながりノートについて」川西市 HP▶

(http://www.city.kawanishi.hyogo.jp/fukushi_kaigo/kaigohoken/018884.html)

・事業をはじめるきっかけ

平成 15 年から、医療をめぐる諸問題を市民と考えていくための市民医療フォーラムを医師会主催で毎年開催していた。

（共催：川西市/猪名川町、後援：川西市歯科医師会/川西市薬剤師会/兵庫県看護協会東阪神支部/川西市社会福祉協議会/猪名川町社会福祉協議会/（公財）川西市文化・スポーツ振興財団/川西市老人クラブ連合会/猪名川町老人クラブ連合会/川西いずみ会/老人をかかえる家族の会・川西/川西手話通訳者連絡会/NPO 法人 さわやか北摂/神戸新聞社）



その市民フォーラムの第 9 回「だいじょうぶ？ そのもの忘れー認知症の早期ケアについてー」に、大阪大学 数井先生が講演。認知症について市民にも分かりやすく解説してくれた、とのことで、平成 20 年から多職種連携を目的に 16 団体が参加する「地域ケア会議」にも招聘。議論をする中で、大阪大学大学院精神医学教室(数井裕光先生)の「つながり・みまもりノート」を川西市で活用しよう、ということになったことがきっかけ。導入にあたっては、市と医師会の双方が予算申請を行った。

・記載する項目の選定など、制作に関する協力体制について

「つながりノート」の原型である阪大「みまもり・つながりノート」を基に、平成 24 年から地域包括支援センターやケアマネジャーなどを中心とした「ノート検討チーム」を立ち上げ。

川西市の実情に合わせた内容に編集し、パイロット運用を経て、1 年半後（平成 26 年 6～8 月）、実用性について多職種に対するアンケートを実施した。

期間中は、ノートを導入する意味や利点に関する説明会を毎月 4 回、定期的に開催。有用性や「使い方のコツ」を紹介するなどして普及後にしっかりと活用できるように啓蒙活動を行った。



▲参考資料：「『つながりノート』をより効果的にご利用いただくた

このとき、懸念されたことが「紛失の危険性」やそれに伴う個人情報の流出だった。これを避けるため、「つながりノート」をそれぞれの用途に特化するようにし、リスクを最小限にできるように工夫がなされている。

<参考>

「つながりノートⅠ（ピンクの冊子）」は、ご本人の基本情報などが記載されているので、関係者が閲覧した後は決まった場所に保管しておく。

「つながりノートⅡ（黄色の冊子）」は、名前以外の個人情報を記載せず、通院や通所時に携帯する。

「つながりノートⅢ（青色の冊子）」は、疾患に関する情報がまとめられたもので、普段は自宅に保管するなどしておき、主に家族などが閲覧する。

・認知症に関する地域連携パスは「つながりノート」のように認知症に特化せず、広く利用できるような内容にすべきかどうか？

当初、バインダーを持つことで「周囲に認知症患者である」ということが知られてしまい、差別につながるのではないか、との懸念があった。そのこともあり、「つながりノート」の利用対象者は認知症患者に限っていない。今から考えれば、認知症に限定しなくて良かったと考えている。

地域で医療と介護が連携すべき場面は多く、認知症以外にも、例えば慢性疾患が考えられる。「みまもりノート」の利用者の裾野を広げる意味でも、ノートの利用促進と同時に、市民に対してミニレクチャーを実施するなどして、普及を進めている。

・普及にあたっての意見

川西市医師会が開催している「健康大学講座」で「つながりノート」について聞いたところ、まだ広く認知が広がっているとは言えない状況であることが分かっている。

また、市民フォーラムに参加した後、阪大数井先生の元に診察に行った患者の中でもノートについて「知らない」という人がいる。

この状況を鑑み、広報活動を常に行う必要があると考えている。

その一環として、川西市ホームページ上で「つながりノート」を紹介する動画を公開したり、定期的に説明会を繰り返したり、チラシ・ポスター、広報誌などを使った周知活動を行っている。

一方、川西市周辺の病院やケア施設を利用する「つながりノート」利用者もいることが事前に分かっていたため、導入に際しては数井先生や藤末先生が中心になって、周辺の病院の協力依頼を行った。

このため、「つながりノート」が医療機関でないがしろにされるような状況は少ないと考えられる。



「つながりノート あなたの安心をみんなでささえます
(約 15 分)」(川西市役所ホームページより)

2：つながりノートの実際の運用について

・配布状況と方法について

つながりノート導入者数	
年度	人数
当初導入(平成 25 年 2 月～)	478 名
1 年後の継続利用者	140 名
非継続者(途中中止)	-160 名
〃(確認が取れていない)	-40 名
〃(死去、入所、入院、転居など)	-138 名
平成 27 年 5 月までの新規導入	68 名
〃(途中中止者)	-15 名
平成 27 年 6 月～8 月 2 日までの新規導入	26 名
〃(途中中止者)	-5 名
計	229 名
(※平成 27 年 8 月 27 日現在)	

現在、要支援 1 の方で利用したいという方には配布するようにしているが、追跡調査をしたところ、介護負担の高い人ほど継続して利用している、ということが分かっている。

さらに、継続利用者ほど、例えば BPSD への対応に改善が見られたり、家族の精神的負担を減らすことにつながっている、との意見もある。

また、ノートに関わる全ての人が認知症患者と家族から学び、そこからケアのスキル向上などに生かす「教育ツール」としての役割も果たしていると考えられる。

この背景には、つながりノートの運用を開始するにあたり、例えば医師・介護職に「診察や介護の際にノートを見て、判子を押してほしい」と伝えるなどして、積極的に関係者が「つながりノート」に関わるように働きかけたことも影響していると考えられる。加えて、1ヶ月に1回、連絡会を開くなどの働きかけも行っている。

こうした取組みにより、以下のような意見が聞かれている。

- ✓ 患者・家族:「ノートを通じてかかりつけ医が言っている、という風に感じられ、安心できる」「支えられている、という実感が持てた」
- ✓ 医師:「普段の暮らしぶり、生活の様子が分かるようになった」「患者本人から聞くよりも正確なことが詳しく分かる」「主治医意見書の作成にも活用できる」
- ✓ 介護保険サービス事業所:「他の施設ではどんなことを行っているのかが分かり、自分たちが何をどのようにすればいいのか、計画を立てる参考になる」

また、連絡会では、患者家族同士が仲良くなることで、孤立感がなくなったり、同席している専門の医師などに相談する機会が得られたりするなどのケースが多々見られたとのこと。

・つながりノートを基にした地域連携に参加している範囲は？

地域ケア委員会の構成団体である以下の組織体のうち、患者に関係する多職種がケースに応じて参加している。

地域ケア委員会構成団体

医師会（自衛隊病院を含む）	薬剤師会
歯科医師会	川西市役所（長寿・介護保健課）
猪名川町役場（生活部福祉課）	川西市中央地域包括支援センター
川西警察署	川西市消防本部
伊丹健康福祉事務所	川西市市内病院地域医療室
介護支援専門員協会川西支部	川西市訪問看護ステーション
川西介護サービス協議会	法律事務所 顧問弁護士
栄養士会	理学療養士会

※上記の詳細は「つながりノートⅢ」の9ページ以降に記載あり（補足資料参照）

平成20年から地域ケア会議、特に、デイサービスを行う施設の中には自前の連絡帳から「つながりノート」への切り替えを行ったり、検討しているとの事例もある。

他方、訪問介護をする担当者からは、報告書の内容と重複する部分がある、とのことで「二度手間」と感じるとの意見もある（複写式にして記載するなど、現場での改善は見られる）。

・つながりノートは実際に、どのように活用されているか？

そもそも「つながりノート」は、使い方が決められたものではなく、「ケアマネジャーなど関係する担当者全員で利用の仕方を決めてもらう」というスタンスで運用している。

そのため、利用者ごとに差があると思われる。

ただし、「つながりノートを使って連携を深めるコツ」として、つながりノートⅡの黄色いページに関係者同士で情報を共有する必要があることなどを書き込み、読んだ人は必ずサインをするように、という約束事を守るようにと伝えている。

単に情報を共有するだけでなく「顔が見える関係」を築くためのものとして活用されており、関係者間では、書く内容よりチェック体制の方に重点が置かれている。専門職同士の連絡ツールと、患者や家族を中心とした情報共有ツールがあるとすれば、「つながりノート」は後者のものと言えるだろう。

The image shows a yellow form titled '情報共有連絡票' (Information Sharing Linkage Form). It has two main columns for writing, each with a header section for 'ケアマネジャー' (Care Manager) and '家族' (Family). At the bottom, there is a section for '関係者サイン' (Related Party Signatures) with lines for names and dates.

情報共有連絡票

3：つながりノートが多職種間で有効活用された事例について

・事例について

＜ケース 1＞

緊急搬送時に「つながりノート」を携帯していたおかげで、患者の現状について家族が病院側に説明する手間が省けた。

＜ケース 2＞

ひとりの患者に関わる介護職の人たち全員の目に触れる可能性があるため、他の施設のケア内容を知り、新しい情報を得る等、介護職同士のスキルが上がることに繋がった。

＜ケース 3＞

経過観察中の患者の日々の様子が「つながりノート」に集約されていることから、それを確認すると主治医意見書を書く際はもちろん、本人に問診するより正確な情報が分かったり、診察室でのみ血圧が上がってしまう、というようなこともひと目で確認することができた。

・ツールの活用に関する留意点

現在は家族と医療介護サービス間での連携を目指して活用されているが、次のような場面での連携が必要だと考えている。

(1) 記載項目＞退院時のサマリの追加

病院側からの意見として、入院時にはつながりノートがこれまでの患者の様子、暮らしぶりなどを知る上での参考情報になる一方、退院時に入院中の様子などを伝える項目があればさらにきめ細やかな情報共有ができる、といった意見があった。

(2) 訪問看護師との連絡の機会の創出

家族と訪問看護師との連携はなされているが、介護を担当する側からは「医師の意見だけでなく、訪問看護師の意見も聞きたい」との意見が出ており、つながりノートや担当者会議への積極参加を促すことができれば、との声が上がっている。

(3) その他

このほか、有料老人ホームのような施設では、ケアマネジャーほか患者に関わる人を“身内”に固めてしまう傾向があり、ツールの利用が中断してしまったり、他の多職種との連携をしないケースがある。また、介護施設によっては、ノートへの書き込みが面倒である、との意見ができることもしばしばであるし、医療側からも情報提供料に該当しないことなどを理由に積極的な協力が得られない場合がある。

ただ、多職種で情報共有を行うことは、患者のサポートのみならず施設間のケアスキルの向上につながるということが分かっているので、積極的な参加を促していきたいところである。

総括

つながりノートの原点は、「顔が見える関係の構築」であり、患者本人や家族を中心にした情報共有を行うことである。そのため、「つながりノート」は認知症に対する不安などを一人で抱え込まず、誰にでも相談できるように、との思いが込められている。

この目的はつながりノートを継続利用している人たちほど関係性の構築がうまくいっているし、連絡会では困りごとに対して、皆で相談し合い、患者や家族がお互いの力で不安感を取り除くことにもつながっている。

今後、ICT 化の試みもあるが、その根本は「顔が見える関係性ができている間柄」であると思う。

川西市では、行政・医師会・ケアマネジャーの三者がうまく協力しながら情報共有ツールの運用を進めているがまだ発展途上でもあるので、認知度の向上や使い方のコツを伝えることなどを通じて、今後も取り組んでいく。

補足：つながりノートの内容について

■つながりノートⅠ～基本情報・医療情報・介護情報編～

発行：川西市・川西市医師会
平成25年2月 初版
平成27年4月 第三版

No. 年 月 日～ 年 月 日

川西市 つながりノートⅠ

～基本情報・医療情報・介護情報編～
あなたの安心をみんなで支えます



川西市・猪名川町の
医療機関を受診する時
介護サービスを利用する時
薬局で薬を調剤してもらう時
必ずこのノートを見せましょう

氏名

このノートは、大阪大学大学院医学系研究科脳神経医学教室が考案した
「みまもり・つながりノート」をもとに、同教室協力のもと作成されたものです。

この「つながりノート」についての問い合わせ先：
川西市中央地域包括支援センター
〒666-0017 川西市火打1丁目1番7号
電話 072-755-7581～3 FAX 072-756-6680

このノートを拾われた方は
上記、川西市中央包括支援センターまでご連絡下さい

このノートは、高齢者とその家族の方が、安心して自分の住む地域で、医療と介護を隙間なく受けることができることを願って作成しました。
ご本人の症状やその経過、検査結果、服薬状況、日常生活状況などの情報を記録して、かかりつけ医や専門医療機関、地域包括支援センターや、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護サービス事業所等で、情報を共有して連携し、適切な医療や介護を行うために利用します。
受診の時や、介護サービスを受ける時にはこのノートを持参してお見せするようお願いいたします。
川西市・川西市医師会・大阪大学

このノートの構成

つながりノートⅠ（ピンクのノート）

つながりノートについて	1
ご本人の基本情報・同意書	2
ご本人・ご家族のページ	6
医療情報のページ	8
1カ月の状態	10
検査のページ	12
おくすりのページ	14
介護情報のページ	18
サービス担当者会議・地域ケア会議	25

つながりノートⅡ（黄色のノート）

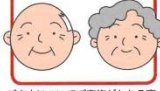
黄色いページ（介護情報のページ）	5
日々の記録	9

つながりノートⅢ（水色のノート）

認知症とは	1
認知症の人への対応ガイドライン	7
相談窓口のご案内	9

医療・介護の基本は
医師の診察を受けて原因となる疾患を知ることです。
その方に合った適切な医療・介護を受けて、
穏やかな生活を長く続けましょう。

ご本人・ご家族



ご本人についてご家族がわかる事、
気付いた事を書きこみます。

「つながりノート」は、
受診時・入院時・薬局で
処方薬を受け取る時、
介護関係のサービスを
利用するときなど、受付
窓口へお出してください。

医療機関



かかりつけ医
サポート医
専門医
他

医療的な内容について
書き込みます。

介護機関



ケアマネジャー
通所施設
訪問介護
訪問看護
短期入所
他

介護的な内容について
書き込みます。

- 1 -

76

ご本人の基本情報

同意書

各施設・機関の間で情報交換を行うこの連携ノートのしくみを理解し、作成・運営に同意します。保管には注意を払います。

ご本人の氏名 様

ご本人が署名できない場合は、主介護者の署名をお願いします

主介護者氏名 様

ご本人の生年月日	年 月 日	ご本人の年齢	歳	ご本人の性別	男・女
主介護者の続柄	続柄	主介護者の年齢	歳	主介護者の性別	男・女

自宅（連絡のつく）住所

〒 電話

主介護者の携帯電話 氏名

その他緊急連絡先 氏名

後見人の連絡先（該当するものに○印） 氏名

（補佐・補助・後見）

〒 電話

ご家族の状況

現在の同居家族（ ）人 関係（ ）同居・別居

主介護者名（ ）

父：（健在・没）（同居・別居）

母：（健在・没）（同居・別居）

兄弟：（ ）人

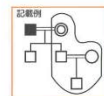
配偶者 状況：（ ）

子：（ ）人 状況：（ ）

その他（ ）

家族構成 { 男性□ 女性○ 死亡は■● 本人は□○ }

現在の同居者は囲む



介護認定 ☐ 未認定 ☐ 非該当（自立） ☐ 要支援（1・2）
☐ 要介護（1・2・3・4・5）

障害者手帳 ☐ 無 ☐ 有（身・知・精）（ ）種（ ）級（ ）
 取得 H 年 月 日

自立支援サービス ☐ 利用無 ☐ 利用有
 （内容：自立支援医療・介護給付・訓練等給付・その他）

徘徊への対応 ☐ みまもり登録 ☐ 無 ☐ 有
☐ GPS活用 ☐ 無 ☐ 有

- 2 -

- 3 -

暮らしの様子

※ 記入できることはご本人、ご家族がご記入ください。ご本人やご家族の話を聞いて、相談機関の方に記入していただいても結構です。

記載者 本人との関係 記入日 年 月 日

項目	長年の習慣や好み
食事の習慣	介助（要・否）
飲酒・喫煙	飲酒：有（1日 合）・無 清酒1合の目安・ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ワイン2杯（240ml） 喫煙：有（1日 本）・無
排泄の習慣	介助（要・否）
お風呂の習慣	介助（要・否）
身だしなみ（歯磨き・髪剃り等）	介助（要・否）
睡眠	
お金の管理	介助（要・否）
家事	介助（要・否）
歩行・外出	介助（要・否）
その他	

- 4 -

症状の当てはまる項目にチェックをしてください。

※ ご本人、ご家族がご記入ください。ご本人やご家族の話を聞いて、相談機関の方に記入していただいても結構です。

記載者 本人との関係

確 認 す る 症 状		年 月 日	年 月 日	年 月 日
見 当	年月日の感覚が不確か（だいたいわかる）	☐	☐	☐
適	季節や場所がわからないことがあるが、ヒントがあれば答えられる	☐	☐	☐
識	配偶者や子供の顔もわからなくなる	☐	☐	☐
会	日常の会話を聞かない、知識も保たれている	☐	☐	☐
話	必要なことは言うことができる。簡単な会話はわかる	☐	☐	☐
	簡単な会話をわからないが、気持ちを表現することはできる	☐	☐	☐
風	自分でお風呂に入ることができる	☐	☐	☐
呂	お風呂に入ることを忘れることがあるが、自分で体を洗うことや温度調節ができる	☐	☐	☐
	手助けなしで、自分でお風呂にきちんと入ることができる（お風呂の温度や水の調節ができない、体をうまく洗えない）	☐	☐	☐
着	自分で洋服を選び、着ることができる	☐	☐	☐
衣	ふさわしい衣類をそろえるなどの介助があれば、衣類を着ることができる	☐	☐	☐
	手助けなしで、状況にあった服を選んで着ることができる	☐	☐	☐
排	一人でトイレをすませることができる	☐	☐	☐
泄	トイレの水を流すのを忘れたり、きちんと拭くことを忘れる	☐	☐	☐
他	虫、人、動物など実際にはいないものが見える	☐	☐	☐
	大声を出したり、暴力をふるう	☐	☐	☐
	徘徊道がわからなくなったり、迷子になる	☐	☐	☐
	その他（ ）	☐	☐	☐

- 5 -

ご本人・ご家族のページ

※ご本人、ご家族がご記入ください。ご本人やご家族の話を聞いて、相談機関の方に記入していただいても結構です。

ご自分のこと、大切にしていること、人にわかってほしいことなどをメモしましょう。全部書かなくてもOKです。その時々状況を書き足していきましょう。

現在の職業	□無 □有 勤務先 () 仕事の内容 ()
以前の職業	歳～ 歳頃 () 歳～ 歳頃 () 仕事の内容 ()
出身地	県 市 () 歳まで居住
読んでほしい呼び名(旧姓)	(旧姓:)
住まい	戸建・集合住宅 () 階 本人の居室 () 階
以前住んでいた所(故郷・懐かしい土地等)	
好きな音楽・歌・歌手	
テレビ・ラジオ	
好きな食物・飲物	
苦手な食物・飲物	
得意なこと	
苦手なこと	
好きな色・服装	
おしゃれ・髪型	

- 6 -

記載者 本人との関係 記入日 年 月 日

趣味・関心など	
性格・特徴など	
大切な人・大切なもの	
大切な思い出	
行きたいところ	
リラックスできるとき	
イライラするとき	
機嫌の良いとき、悪いときの状況	
不安や心配	
人にしてほしいこと(接するときのコツ等)	
人にしてほしくないこと	
医療への要望	
介護への要望	
その他	

- 7 -

ご本人の医療情報

平成 年 月 日 ()

介護保険の主治医同意書を書いてもらっている先生の名前には欄に○印をつけて下さい
既往歴(今までの病気やけがなど)もかいてください。

病名	いつから	現在の状況(治療・改善・不変・悪化)
	医療機関	医師名 電話
(例) 糖尿病	H18～ 〇〇〇〇医院	治療・改善・ 不変 ・悪化 △△△△ TEL 〇〇〇-〇〇〇〇
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL

- 8 -

ご本人の医療情報

平成 年 月 日 ()

介護保険の主治医同意書を書いてもらっている先生の名前には欄に○印をつけて下さい
既往歴(今までの病気やけがなど)もかいてください。

病名	いつから	現在の状況(治療・改善・不変・悪化)
(例:糖尿病)	医療機関	医師名 電話
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL
		治療・改善・不変・悪化 TEL
これまでに受けた手術 (例) 胆石 (2009年 ○×病院)		
これまでに認知症専門医の診察を受けた経験はありますか 有・無		
有る場合	医療機関名	医師名 診断名 担当医 ()
身長	体重	利き手
	cm kg	右・左
薬や食品のアレルギー		なし・あり ()
視力	聴力	
問題なし・眼鏡使用・その他 ()	問題なし・耳が遠い・補聴器・その他 ()	
歯 自身の歯・入れ歯(省脱式)・部分入れ歯・インプラント		
医療機関 特定疾患 有・無 ()		

- 9 -

1 ヶ月の状態 (1)

記入者：
(平成 年 月 日現在)

1 経過や主な変化 (援助の転機ごとに記入)

活動範囲についておきます。最もあてはまるものをひとつ選んで下さい

☐ 正常

☐ 正常ではないが、日常生活はほぼ自立し、交通機関等を利用して一人で外出できる (J1)

☐ 正常ではないが、日常生活は自立し、隣近所に一人で外出できる (J2)

☐ 介助なしには外出できないが、家の中ではだいたい身の回りのことができる (A1)

☐ ほとんど外出することなく、寝たり起きたりの生活をしている (A2)

☐ 身の回りのことに介助を要し、ベッド上の生活が主だが、車椅子を使用できる (B1)

☐ 介助により車椅子に乗せてもらう (B2)

☐ 1 日中ベッド上での生活で、排泄、食事、着替えにおいて常に介助が必要 (C1)

☐ 自分で寝返りをうつことができない (C2)

認知症についておきます。最もあてはまるものをひとつ選んで下さい

☐ 認知症はない

☐ わずかに認知症はあるが、日常生活はほぼ自立している (I)

☐ 日常生活に支障を来すような症状、行動などがみられるが、誰かが注意していれば自立できる (II)

☐ 日常生活に支障をきたすような症状、行動などがみられ、介護が必要 (III)

☐ 日常生活に支障をきたすような症状、行動が頻繁にみられ、常に介護が必要 (IV)

☐ 著しい精神症状や行動異常、重篤な身体疾患があり、専門医療が必要 (M)

2 理解および記憶など

最近の出来事を忘れることがありますか？

☐ はい ☐ いいえ

日常生活で、ものごとを自分で決める (判断する) ことができますか？

☐ はい ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない

自分のして欲しいこと、して欲しくないことは伝えられますか？

☐ 伝えられる ☐ いくらか困難

☐ 食べる、寝る、トイレなど基本的な内容に限られる ☐ 伝えられない

食事はどうですか？

☐ 自分で、または見守りや助ましにより何とか自分で食べる

☐ 全面的な介護が必要

1 ヶ月の状態 (2)

3 認知症や精神・神経症状による行動

認知症や精神・神経症状によって次のような行動がありますか？あてはまるもの全てにレ印をつけて下さい

☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言

☐ 暴力 ☐ 介助への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末

☐ 不潔行動 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動

☐ その他 ()

4 その他

当てはまるものにレ印をつけて下さい

☐ お薬がうまく飲めなかったり、拒否がある

☐ よく転倒する

☐ 嚥下 (飲み込み) に障害がある

☐ 介護疲れしている

☐ 家計が立ちゆかなくなってきた

その他具体的に何か変化があれば、お書き下さい

【検査結果票貼付および記録欄】

※ 異常所見や結果、注意所見を優先してください。

【検査結果票貼付および記録欄】

※ 異常所見や結果、注意所見を優先してください。

79

おくすりのページ ※薬局の方がご記入ください。
※おくすりのページがいっぱいになったら、適宜、用紙を貼付してご記入ください。

薬局名・医療機関名・手帳シール貼付	アドバイス・備考

- 14 -

おくすりのページ ※薬局の方がご記入ください。
※おくすりのページがいっぱいになったら、適宜、用紙を貼付してご記入ください。

薬局名・医療機関名・手帳シール貼付	アドバイス・備考

- 15 -

おくすりのページ ※薬局の方がご記入ください。
※おくすりのページがいっぱいになったら、適宜、用紙を貼付してご記入ください。

薬局名・医療機関名・手帳シール貼付	アドバイス・備考

- 16 -

おくすりのページ

◇ お薬の飲み方

- 食 前 …… 食事の 30 分位前
- 食 後 …… 食事のあと 30 分位までの間
- 食 間 …… 食事の約 2 時間後
- 食直前 …… 食事のすぐ前に
- 食直後 …… 食事のすぐ後に
- 就寝前 …… 寝る 30 分位までの間
- 頓 服 …… 医師・歯科医師や薬剤師の説明に応じて

※ お薬を飲む際は、錠剤やカプセル剤などのお薬が入っているプラスチックシートから **必ず出して** 飲んでください。

◇ 飲み忘れた場合

1 回飲み忘れたからといって、**2 回分を一度には飲まない** でください。
飲み忘れたときの対処法を、あらかじめ、医師・歯科医師・薬剤師に尋ねておく心安いです。

◇ 飲み忘れた場合

持っていいらっしゃる方は、受診時や相談時にこのノートと一緒に持参しましょう。

- 17 -

■つながりノートⅡ～情報共有連絡票・日々の記録編～

発行：川西市・川西市医師会 平成 25 年 2 月 初 版 平成 27 年 4 月 第三版  このノートは、大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室が考案した「あまもりつながりノート」をもとに、同教室協力のもと作成されたものです。 この「つながりノート」についての問い合わせ先： 川西市中央地域包括支援センター 〒666-0017 川西市火打 1 丁目 1 番 7 号 電話 072-755-7581～3 FAX 072-756-6680 このノートを拾われた方は 上記、川西市中央包括支援センターまでご連絡下さい	No. 年 月 日～ 年 月 日 川西市 つながりノートⅡ ～情報共有連絡票・日々の記録編～ あなたの安心をみんなで支えます  川西市・著名川町の 医療機関を受診する時 介護サービスを利用する時 薬局で薬を調剤してもらう時 必ずこのノートを見せましょう 氏名
---	---

ご本人・ご家族 様 川西市中央地域包括支援センター つながりノートへのご協力をお願い このノートは、ご本人に関わるかかりつけ医・薬剤師などの医療関係者やケアマネジャー・サービス提供者などの介護関係者とご本人・ご家族様との連携を円滑にし、よりよい診療、ケアをしていただくために使用します。 1. 「つながりノートⅠ」（ピンクのノート）の基本情報 2 ページ～11 ページ 記入できる場所は、書いてください。ご本人のことを関係者に知ってもらうためのページです。でも、書くのが大変なら、決してご無理はなさらないでください。関係者の記録にお目通しください。 2. 「つながりノートⅡ」（黄色のノート）の情報共有連絡票（黄色いページ） 5 ページ～8 ページ 日頃、ご家族から医療関係者、介護関係者に伝えたいこと、質問したいことを書いてください。そして見てもらってください。 ・医療関係者や介護関係者等への連絡事項や質問等に積極的に活用してください。 ・記載をしなくても、ご本人・ご家族、医療・介護関係者が記載している内容を確認したら、下欄に日付と押印又はサインのご記入をお願いいたします。 3. 「つながりノートⅡ」（黄色のノート）の日々の記録 9 ページ～42 ページ ・さまざまな様子を記録し、関係者と情報共有することで、今後の介護の工夫に役立てたり、ご本人の変化に気づき、早期の薬の変更や症状の悪化を防ぐことも可能になると考えられます。 ・現在治療中のあらゆる病気についても記録しておくことで、もし病院や施設に入院、入所になった場合も、このノートを提示すれば、これまでの様子をご理解いただけます。 4. 紛失することのないよう、十分保管には気をつけてください。 *このノートの紛失、この「つながりノート」についてのご不明な点は下記までご連絡ください。 川西市中央地域包括支援センター 電話：072-755-7581 FAX：072-756-6680	ケアマネジャー 様 川西市中央地域包括支援センター つながりノートへのご協力をお願い このノートは、ご本人に関わるかかりつけ医・薬剤師などの医療関係者やケアマネジャー・サービス提供者などの介護関係者とご本人・ご家族様との連携を円滑にし、よりよい診療、ケアをしていただくために使用します。 1. 「つながりノートⅠ」（ピンクのノート） ・基本情報 2 ページ～11 ページ 基本的にはご本人・ご家族に書いていただきますが、記入が困難な方がありましたら、是非、お手伝いをお願いします。 ・ご本人の介護情報 18 ページ～24 ページ ケアマネジャーの皆様のお立場から記載したほうが良い内容があれば、ご記入をお願いします。 ・サービス担当者会議・地域ケア会議 25 ページ～27 ページ ケアマネジャーや地域包括支援センター職員がご記入をお願いします。 2. 「つながりノートⅡ」（黄色のノート）の情報共有連絡票（黄色いページ） 5 ページ～8 ページ ・医療関係者や介護関係者等への連絡事項や質問等に積極的に活用してください。 ・記載をしなくても、記載されている内容を確認されたら、下欄に日付と押印又はサインのご記入をお願いいたします。 3. 介護サービス計画書作成時や担当者会議、モニタリング等に積極的に活用してください。 ・ご本人やご家族、医療関係者と介護関係者からの重要な情報があります。また、状態変化等の経過がわかります。 【ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。】 川西市中央地域包括支援センター 電話：072-755-7581 FAX：072-756-6680
--	---

川西市中央地域包括支援センター

日頃より「つながりノート」に関する啓発活動に際し、ご理解ご協力を賜り誠にありがとうございます。

このノートは、ご本人・ご家族・医療関係者・介護関係者と情報共有ができる連携ツールです。ご家族や関係機関からご提示があった時には、ご対応のほどお願い申し上げます。

2. 「つながりノートⅡ」（黄色のノート）の情報共有連絡票（黄色いページ）5ページ～8ページの活用をお願いします。

- ・主治医の先生方からの情報は、ケア関係者にとっては重要な情報です。積極的に、他職種やご家族への質問や依頼をしてください。先生の記載は他職種の記載を促進します。

(記載例)

- ① 皆様へお願い：血圧が高かったので〇〇という薬を処方しました。
△というような副作用があり得ますので、観察をお願いします。
- ② 皆様へお願い：薬を飲み忘れてしまうのです。飲み忘れのような
工夫をお願いします。
- ③ 家でじーとしてしているようです。デイケアなどで運動や社会交流を
持てるような生活リズムを作ってください。適切な介護サービス計
画、提供をお願いします。

- ・患者様、介護関係者等から先生にご質問がある場合、右欄にご回答のご記入、もしくは口頭でのご回答をお願いいたします。
- ・主治医先生から認知症等の専門医や介護関係者に問い合わせをする場合にも、このページの左欄をご活用ください。

- ・記載をしなくても、記載されている内容を確認されたら、下欄に日付と押印又はサインのご記入をお願いいたします。

- ・この連絡票での回答では診療情報提供料の算定はできません。

【ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。】

川西市中央地域包括支援センター

電話：072-755-7581 FAX：072-756-6680

- 23 -

川西市中央地域包括支援センター

日頃より「つながりノート」に関する啓発活動に際し、ご理解ご協力を賜り誠にありがとうございます。

このノートは、ご本人・ご家族・医療関係者・介護関係者と情報共有ができる連携ツールです。「つながりノート」ご利用者様には、受診時・入院時・薬局で処方薬を受け取る時、介護関係のサービスを利用する時など、受付窓口へお出しくださいとお伝えしています。これまでの既往歴や生活歴、介護情報について記載されていますので、是非ご活用ください。

1. 「つなぎノートⅡ」（黄色のノート）の情報共有連絡票（黄色いページ）
5 ページ～8 ページの活用をお願いします。
- ・関係者への連絡事項や質問に積極的に活用してください。
 - ・記載をしなくても、記載されている内容を確認されたり、下欄に日付と押印又はサインのご記入をお願いいたします。

2. 「つながりノートⅠ」（ピンクのノート）のおくすりのページ 14 ページ～16 ページ
- ・はじめての処方時とお薬の変更時、もう 1 枚薬剤シールを発行していただき、追加又は変更した薬剤には赤線を引いて（前回の量も記載）ください。

中止された薬剤は中止日と薬剤名を記載してください。

また、変更ない場合は、受診日と「変更なし」とご記入をお願いします。

【ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。】

川西市中央地域包括支援センター

電話：072-755-7581 FAX：072-756-6680

- 4 -

この連絡票での回答では診療情報提供料の算定はできません

[illegible]

確認者サイン 指名された方に限らず、読んだ方は所属（「〇〇デイ」や「△△ショート」等で構いません）サインと日付を記して下さい。

- 5 -

この連絡票での回答では診療情報提供料の算定はできません

[illegible]

確認者サイン 指名された方に限らず、読んだ方は所属（「〇〇デイ」や「△△ショート」等で構いません）サインと日付を記入して下さい。

- 6 -

【情報共有連絡票】 この連絡票での回答では診療情報提供料の算定はできません

連絡・質問したい人 ご本人・ご家族 ケアマネジャー かかりつけ医・()科医 認知症専門医・薬剤師 介護スタッフ・地域包括センター その他()	知っている・答えてほしい人 ご本人・ご家族 ケアマネジャー かかりつけ医・()科医 認知症専門医・薬剤師 介護スタッフ・地域包括センター その他()
H / / () 所属氏名	H / / () 所属氏名

確認者サイン 指名された方に限らず、読んだ方は所属(「〇〇デイ」や「△△ショート」等で構いません)サインと日付を記して下さい。

【情報共有連絡票】 この連絡票での回答では診療情報提供料の算定はできません

連絡・質問したい人 ご本人・ご家族 ケアマネジャー かかりつけ医・()科医 認知症専門医・薬剤師 介護スタッフ・地域包括センター その他()	知っている・答えてほしい人 ご本人・ご家族 ケアマネジャー かかりつけ医・()科医 認知症専門医・薬剤師 介護スタッフ・地域包括センター その他()
H / / () 所属氏名	H / / () 所属氏名

確認者サイン 指名された方に限らず、読んだ方は所属(「〇〇デイ」や「△△ショート」等で構いません)サインと日付を記して下さい。

日々の記録 医師への質問や、皆で共有すべき情報は情報共有連絡票(黄色のページ)にご記入ください。

平成 年 月 日 ()

(ご家庭から) □特に変化なし □以下のことがありました

記入者：通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・小規模多機能型ショートステイ・その他(事業所名)

体温 / °C	血圧 / / mmHg	脈拍 / 分
朝食主 / 有・無	昼食主 / 有・無	夕食主 / 有・無
薬物 / 有・無	食前薬 / 有・無	食後薬 / 有・無
軟便 / 有・無	入浴 / 有・無	リハビリ / 有・無

できれば「こんなことがあった」⇒「どう対応した」⇒「結果どうなった」を記録して下さい

●利用中のご様子

●連絡事項

ショート利用⇒排便 / 有・無(最終排便 月 日) 入浴 / 有・無(最終入浴 月 日)

担当

日々の記録 医師への質問や、皆で共有すべき情報は情報共有連絡票(黄色のページ)にご記入ください。

平成 年 月 日 ()

(ご家庭から) □特に変化なし □以下のことがありました

記入者：通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・小規模多機能型ショートステイ・その他(事業所名)

体温 / °C	血圧 / / mmHg	脈拍 / 分
朝食主 / 有・無	昼食主 / 有・無	夕食主 / 有・無
薬物 / 有・無	食前薬 / 有・無	食後薬 / 有・無
軟便 / 有・無	入浴 / 有・無	リハビリ / 有・無

できれば「こんなことがあった」⇒「どう対応した」⇒「結果どうなった」を記録して下さい

●利用中のご様子

●連絡事項

ショート利用⇒排便 / 有・無(最終排便 月 日) 入浴 / 有・無(最終入浴 月 日)

担当

■つながりノートⅢ～資料編～

川西市

つながりノートⅢ

～ 資料 編 ～

あなたの安心をみんなで支えます



氏名

● 認知症とは

さまざまな原因から、脳の働きが衰えることによって、生活に支障が出てくる脳の病気です。

「認知症」は脳の病気ですが、「病名」ではありません。

(1) 認知症の原因となる病気

- ① 脳の変性疾患（神経細胞が壊れて脳が萎縮する病気）
アルツハイマー病、レビー小体病など
- ② 脳血管性疾患
脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化など
- ③ その他
エイズ、クロイツフェルト・ヤコブ病などの感染症やアルコール中毒など
（慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、甲状腺の病気など治療可能な病気もあります。）

(2) 認知症の種類

- ・アルツハイマー型認知症
脳内に異常なたんぱく質（アミロイドβたんぱく）が蓄積して脳の神経細胞の働きが失われ、記憶力だけでなく、判断・理解・思考力なども低下し、脳の機能が全般的に低下していきます。
認知症を引き起こす脳内の変化は、症状が出る10年～20年以上前から起こり始めており、いつとはなしに病気が始まり、時間をかけて徐々に進行していきます。
現在のところ根本的な治療はなく、脳の萎縮を抑制する薬を増やす薬により、進行を遅らせる治療を行います。
- ・脳血管性認知症
脳梗塞や脳出血のために血液が流れなくなった部分の脳神経細胞の働きが低下してしまうことにより起こる認知症です。
症状は、脳のどの部分が損傷を受けたかにより異なり、片麻痺や顔面下垂、言語障害などの身体症状を伴うこともあります。
記憶力の衰えのわりに、思考力は高いなど、症状の偏りがみられやすいのが特徴です。
脳梗塞や脳出血が再発するたびに、認知症も悪化するので、高血圧や糖尿病など原因となっている病気をしっかり治療して、再発を防ぐことが大切です。

・レビー小体型認知症

脳内にレビー小体という特殊な物質が蓄積されたために、神経細胞が損傷を受けておこる病気で、小刻み歩行などのパーキンソン症状と、見知らぬ人の中にいるなどの幻視があることが特徴です。
また、自律神経の障害があり、起立性低血圧により転倒しやすいため、注意が必要となります。
発症のメカニズムなどまだわかっていないことが多く、アルツハイマー型認知症の薬を治療薬として使うことがあります。

・前頭側頭型認知症

前頭葉と側頭葉の脳細胞の働きが傷害されて起こり、40～50歳の若い年齢での発症が多い病気です。
脳の理性を司る分野が損傷されるため、初期の頃から性格が変化したり、店先のお金を勝手に食べたりするなどの社会的行動の障害が現れますが、記憶や見当識（次頁参照）は比較的保たれます。
ピック病が代表的な病気で、万引きなどで病気が発見されることもあります。

(3) 認知症の症状



認知症の症状には、「中核症状」と呼ばれる症状と、「行動・心理症状」と呼ばれる症状があります。「中核症状」は、脳の細胞が壊れることによって直接起こる症状であり、「行動・心理症状」とは、性格や環境、人間関係など様々な要因がからみ合って起こる症状です。

- 1 -

- 2 -

中核症状

どのタイプの認知症にもおこり、進行する。

- 記憶障害：新しいことが覚えられない。体験全体のもの忘れ。
- 見当識障害：季節、時間、場所、人物がわからなくなる。
- 理解・判断力の障害：考えるスピードが遅い。些細なことに対応できずに混乱。
- 実行機能障害：計画の立案や、順序立てた行動をすることが困難。
- 失語・失行：物事の認識や行為がうまくできない。



加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れの違い

加齢に伴うもの忘れ

記憶の一部が抜け落ちるもの忘れを自覚している
見当識障害はみられない
作話はみられない
日常生活に支障はない
徐々に進行する

認知症のもの忘れ

体験の全体を忘れるもの忘れの自覚に乏しい
見当識障害がみられる
つじつまあわせのため作話がみられる
日常生活に支障をきたす
進行性である

- 3 -

行動・心理症状

周辺症状とも言われ、本人もその症状で苦しんでいるとともに、介護者や周囲の人たちに著しく迷惑をかける症状です。よく見られる症状と、その症状への対応の仕方を以下に述べます。

不安・焦燥

絶えず苦痛を訴え続け落ちつきなく人を離そうとする状態です。

対応

あるがままを受け入れて、話をよく聞いて苦痛を理解・共感し、少しでも安心できるように工夫をします。

うつ状態

顔い表情をしてふさぎ込み、言葉少なに悲観的なことを話します。死ぬことを考えることもあります。

対応

あるがままを受け入れて、決して励ましてはいけません。心身をゆっくり休ませてほっとできる環境を整えます。誰かが静かに寄り添っててください。

幻覚（幻視・幻聴）

実際に目に見えない人や動物が見えたり、実際に聞こえない声や音が聞こえたりして、怯えたり独り言を言ったりします。

対応

室内の照明を明るくします。本人の好きな音楽などを小さめに流し続けるのもよいです。室内を片付け広く簡素にします。花・アロマ・香など香りの工夫も考えてみてください。

被害妄想

嫌がらせされる、いじめられる、ひどいことをされる等と訴え続けます。虐待と誤解されることもあります。

対応

強引に否定や真否確認は行ってはいけません。説得は効きません。訴えをそのまま受け入れ、安心できる環境を作ります。根拠よく被害の事実がないことを保証します。

- 4 -

● 物盗られ妄想

財布や通帳、大切なものが盗まれたと訴え続けます。

対応

大切なものの保管場所をわかりやすい所に決めて、すぐに見えるようにして、毎回盗られていないことを根拠強く保証します。

● 徘徊

一日中所がまわず延々と歩き続けます。自宅や自宅に戻る事ができません。行方不明になることもあります。

対応

日中に定時の散歩を同伴で長めに行うなど適度の疲労を誘います。家の玄関や部屋の入り口に目印を付けたりします。徘徊はある程度活発ですがそのうちおとなしくなります。一時的に広い空間や回廊のある介護施設への入所も検討してください。行方不明の心配がある場合は市町村の徘徊 SOS ネットワークへ登録してください。（地域によっては、事前登録制度のないところもあります。）

● 興奮・暴力

激しく怒りだして大声を出したり、ことごとく拒絶して暴力をふるったりします。

対応

かぶくで抑え込んではいけません。少し距離を置いて静観し、事故や怪我がないように見守ってください。興奮の原因を除去し本人が安心できる状況を整えます。なるべく複数の人に対応し介護の熟練者がいるとなお結構です。普段から本人が興奮しやすい状況を把握しておいて事前に回避すべく工夫をします。

● 不潔行為

失禁して後始末ができなかったり、所がまわず放尿・排便したり、汚物の散乱や収集をしたり、周囲を汚したりします。

対応

定時の排泄誘導をおこなって失禁を予防します。排泄行動のパターンを把握してトイレ誘導やポータブルトイレ使用など工夫します。排泄しやすく衣類を工夫したりします。不潔になったときは根拠強く清潔対応します。不潔のままでは本人も不快です。

- 5 -

● せん妄

夕方から夜間にかけて人が変わったように興奮し騒ぎだします。支離滅裂に大声を出したり動き回ったりします。

対応

かぶくで抑え込んではいけません。室内を明るくして、物を片付け簡素に広くして、怪我や事故が起らないように気をつけます。誰かが静かに寄り添います。多めの水を飲ませたり、角砂糖を含ませたりすると落ち着くことがあります。日中にデイサービスやデイケアなどのグループ活動をおこなって適度の疲労を誘ったり、午後に入浴させて十分に水分を与えておく等の工夫も有効かと思われます。

以上、代表的な行動・心理症状への対応を述べましたが、それらの対応でも手に負えない場合には、近くの精神科、神経内科などの認知症の症状について経験豊富な専門の先生へ相談してください。最寄りの市区町村役所や地域包括支援センターに相談して、認知症専門の先生を紹介してもらってもよいかと思えます。

● みまもり登録とは

日常的なみまもり

ご本人・ご家族のご希望に合ったみまもり方法をご一緒に考えていきます。

高齢者徘徊みまもり登録

地域でのみまもりを通じて万一行方不明になった場合にいち早く捜索開始・発見につなげようという事業です。

もちろん「まだ近所の方には言いたくないけど登録はしたい」方も登録可能です。

● 徘徊 SOS ネットワークとは

「徘徊 SOS ネットワーク」とは、認知症等が原因で徘徊する方の捜索について登録と連携し、地域の方や関係機関の協力を得て、一刻も早く発見して家族も元々帰すシステムです。川西市のほぼ全域に、このネットワークがあります。

認知症の方が行方不明になったらまず、110番電話をして、その次に徘徊 SOS ネットワークへご連絡ください。



みまもり登録と徘徊 SOS ネットワークについてはお住まいの地域の地域包括支援センター（ページ参照）へお問い合わせください。

- 6 -

● 認知症の人への対応 ガイドライン

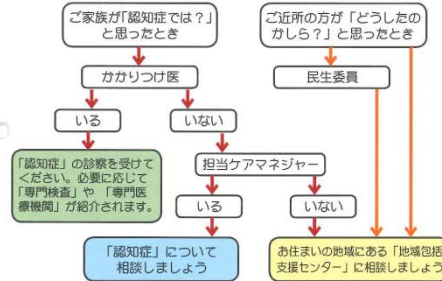
- 1 驚かせない
- 2 急がせない
- 3 自尊心を傷つけない

具体的な対応のポイント

- **まずは見守る**
認知症と思われる人に気づいたら、本人や他の人に気づかれないように、一定の距離を保ち、さりげなく様子を見守ります。
- **余裕をもって対応する**
こちらが困惑や焦りを感じていると、相手にも伝わりつつ動揺させてしまいます。自然な笑顔で対応しましょう。
- **声をかけるときは1人で**
何人かの人で取り囲むように接すると驚かせやすいので、できるだけ一人で声をかけます。
- **後ろから声をかけない**
一定の距離で相手の視野に入ったところで声をかけます。唐突な声かけは禁物。
- **相手に目線を合わせてやさしい口調で**
小柄な方の場合、身体を低くして目線を同じ高さにして対応します。
- **おだやかに、はっきりとした話し方で**
高齢者は耳が聞こえにくい人が多いので、ゆっくりとはっきりとした話し方を心がけます。大声、甲高い声で一方的に話すことは避けましょう。
その土地の方でコミュニケーションをとることも有効です。
- **相手の言葉に耳を傾けてゆっくり対応する**
認知症の人は急がれるのが苦手です。同時に複数の問いに答えるのも苦手です。相手の反応を伺いながら会話をしましょう。ただどしどし言葉でも、相手の話をゆっくり聴き、何をしたいのかを相手の言葉を使いながら推測・確認していきます。

- 7 -

「家に閉じこもりがち」「物忘れが増えてきた」という症状が見受けられたら・・・



ご家族の方が「認知症では？」と思われたとき

かかりつけ医がおられる場合

- ・かかりつけ医に相談して、診察を受けてください。必要に応じて「専門検査」や「専門医療機関」が紹介されます。

担当ケアマネジャーがおられる場合

- ・ケアマネジャーに相談してください。

かかりつけ医も担当ケアマネジャーもおられない場合

- ・お住まいの地域にある「地域包括支援センター」「民生委員」など「相談窓口」で相談してください。
- ※「地域包括支援センター」は9ページをご参照ください。

ご近所の方が「認知症では？」と思われたとき

- ・民生委員、または地域包括支援センターにご相談ください。
- ・民生委員は、お住まいの地域を相当する「地域包括支援センター」に連絡いたします。

- 8 -

★ 困った！誰に相談したらいいの？

◇ お近くの地域包括支援センターにご相談ください

高齢者の総合相談や支援をおこないます。行政機関、健康福祉事務所、医療機関などと、連携して相談が受けられる窓口です。

- ・ 川西南地域包括支援センター (受付時間 8:45～17:30)
加茂3丁目13-26 TEL 755-3315
- ・ 川西地域包括支援センター (受付時間 8:30～17:00)
中央町15-27 TEL 755-1041
- ・ 明峰地域包括支援センター (受付時間 9:00～17:30)
西多田字平井田筋5 TEL 793-2703
- ・ 多田地域包括支援センター (受付時間 8:30～17:00)
平野3丁目2番13号 TEL 790-1301
- ・ 緑台地域包括支援センター (受付時間 9:00～17:30)
水明台1丁目1-198 TEL 792-6055
- ・ 清和台地域包括支援センター (受付時間 9:00～18:00)
清和台東2丁目4-32 TEL 799-6800
- ・ 東谷地域包括支援センター (受付時間 8:45～17:30)
丸山台3丁目5-6 TEL 790-4055
- ・ 川西中央地域包括支援センター (受付時間 9:00～17:30)
火打1丁目1-7 ふれあいプラザ3階 TEL 755-7581



- 9 -

◇ 川西市の関係機関

- ・ 川西市健康福祉部長寿・保険室 長寿・介護保険課 TEL 740-1147
- ・ 川西市健康福祉部福祉推進室 障害福祉課 TEL 740-1178
(心の相談や心の障がいなどの相談を行っています)
- ・ 川西市健康づくり室(保健センター)(中央町12-2) TEL 758-4721
(健康相談、訪問指導など相談事業を行っています)
- ・ 川西市社会福祉協議会(火打1-7 ふれあいプラザ) TEL 759-5200
(介護相談、小地域福祉活動、ボランティア派遣等を行っています)

フリーダイヤルでできる電話相談

※プライバシーを尊重し協力は厳守します。

◇ 高齢者総合相談センター〈シルバー110番〉

各都道府県に1ヶ所ずつ設置されていて、お年寄りや家族のための、保健・福祉・医療の総合的な相談を受け付けています。料金は無料です。電話による相談のほか、面談も行っています。(認知症の相談は月・火・木・金 10:00～16:00)

中央高齢者総合相談センター(兵庫県)
フリーダイヤル: 0120-01-7830
神戸市中央区東川崎1-1-3 神戸クリスタルタワー 6階

★ 誰もが気軽に立ち寄れる場所「ふれあいサロン」

川西市内の16小学校区において、川西市社会福祉協議会の地域組織である地区福祉委員会が主体となり、身近な地域で暮らし住民同士が集まっておしゃべりなどを楽しみながら、「つながり」を広げ、定期的な交流を通してお互いが支え合う関係づくりを目指すサロンです。あなた どうぞご参加ください。
お問い合わせは、川西市社会福祉協議会 TEL 759-5200 まで。

- 10 -

◇ その他の相談窓口

名 称	内 容	予約・問合せ先
介護サービス 相談	市民相談員による介護サービスの悩みごとについての相談 ・面談・電話による 日時：第2・4火曜日 13:30～16:00 場所：ふれあいプラザ3階相談室 TEL 759-8611	川西市役所長寿・ 介護保険課 TEL 740-1148
成年後見制度 相談会	司法書士による成年後見制度に関する相談 ・面談相談のみ ・第2金曜日までに予約 日時：第3水曜日 13:00～16:00 場所：ふれあいプラザ3階相談室	川西市成年後見 支援センター “かけはし” (川西市社会福祉 協議会) TEL 764-6110
心配ごと相談	民生委員・児童委員による生活上や 家庭内の困りごと、福祉全般の相談・ 面談・電話による	川西市社会福祉 協議会 TEL 759-5200
	日時：月曜日 13:30～16:00 場所：市役所健康福祉部相談室 TEL 740-1328	
認知症総合相談	高齢者とその家族の悩みと心配事など (認知症・介護・虐待について) ・電話相談のみ TEL 078-360-8477	兵庫県民総合相 談センター TEL 078-360-8477
	家族の会員による相談 日時：月・金 10:00-16:00 (12:00～13:00 休み)	
	看護婦等による相談 日時：水・木 10:00-16:00 (12:00～13:00 休み)	

- 11 -

名 称	内 容	予約・問合せ先
認知症老人電話 医療相談	相談内容を聞き取り、あらためて専 門医から助言 ・電話相談のみ 日時：月～金曜日 10:00～12:00 TEL 759-6950	川西市医師会 事務局 TEL 759-6950

◇ 家族会

名 称	内 容	予約・問合せ先
老人をかわえる 家族の会川西 <連絡先> 代表 斉藤悦子 TEL 793-1271	例会 介護で困っていることなどの相談や 話し合い 日時：第4木曜日 13:30～15:30 (8月と12月は休み) 場所：川西市社会福祉協議会4階 ふれあいルーム	TEL 793-1271 (斉藤)
	たぐろーの会 例会よりこじんまりした雰囲気の中 で介護の悩みなどの話し合い 日時：第3金曜日 10:00～12:00 場所：わたなべメンタルクリニック ・デイケア室 (川西市役所斜め太陽ビル3階)	*初めての方は ご連絡ください。 TEL 793-1271 (斉藤)
	茶々会 皆でカラオケをしたり、女子会では 話し合い 日時：第2火曜日 11:00～15:00 場所：鶴岡(うかい)宅	TEL 793-8412 (鶴岡)

- 12 -

◇ 家族会

名 称	内 容	予約・問合せ先
老人をかわえる 家族の会川西 <連絡先> 代表 斉藤悦子 TEL 793-1271	ひこばえ ～認知症のための介護教室～ 日時：年5回(5・7・9・11・2月) 第1木曜日 13:30～15:30 場所：一の鳥居老人福祉センター 別館洋室 能勢電鉄「一の鳥居」駅 下車徒歩5分	TEL 794-3935 (山口)
	電話訪問 日時：第3火曜日 13:30～	川西市社会福祉 協議会相談室 TEL 759-8611

※ 老人をかわえる家族の会は、認知症の方を介護している人の集まりです。

- 13 -

◆川西市医師会会員医療機関

(H27.4.1 現在)

久代地区

おだぎ循環器内科クリニック	診療科目：循環・内	
久代6丁目2-4-123		740-2010
自衛隊阪神病院	診療科目：内・外・整・精・小・皮・産婦・眼・耳・歯	
久代4丁目1-50		782-0001(駐屯地経由)
正愛病院	診療科目：内・外・整・リハ	
久代2丁目5-34		758-5821

花屋敷地区

磯崎医院	診療科目：内・胃・放	
南花屋敷4丁目6-16		759-7938
前田医院	診療科目：内・リハ	
花屋敷1-5-18インベリアル花屋敷1F		757-0886
前田内科クリニック	診療科目：内・胃	
南花屋敷4丁目1-9		755-0053
三浦医院	診療科目：内・小	
南花屋敷2丁目8-1		759-2404

栄根・加茂地区

さいとう眼科	診療科目：眼	
栄根2丁目6-32Vビル4F		756-0300
阪本医院	診療科目：内・小	
栄根1丁目7-11		759-1125
阪本耳鼻咽喉科医院	診療科目：耳・咽喉	
栄根2丁目16-3		759-4136
第二化成クリニック	診療科目：内	
栄根2丁目6-32Vビル4F		756-8141
長谷部クリニック	診療科目：皮・形・アレルギー	
栄根2丁目6-32Vビル3F		758-5555

- 14 -

大江内科胃腸科	診療科目：内・放	
向陽台2丁目2-4		793-0501
神田内科小児科	診療科目：内・小・神内	
向陽台2丁目1-2 6		793-0502
小亀整形外科	診療科目：整・リハ	
緑台4丁目9-3 1		792-6002
中村小児科医院	診療科目：小・内・皮	
向陽台3丁目2-6		793-8002
西岡内科医院	診療科目：内・循内・消内	
水明台3丁目2-9 2		793-7705
まえだクリニック	診療科目：内・消	
向陽台3丁目5-1 1 7		790-0517
三木眼科医院	診療科目：眼	
向陽台3丁目1-2		792-4191
吉田医院	診療科目：内	
向陽台2丁目1-2		793-0646

大和・見野地区

あさくら内科クリニック	診療科目：内	
大和西1丁目9 7-7 兼古書店駅前ビル1 F		794-1205
あしだ耳鼻咽喉科	診療科目：耳	
大和西1丁目9 7-7 兼古書店駅前ビル2 F		794-5280
市橋眼科	診療科目：眼	
見野2丁目3 6-1 1-3 0 1		795-0595
藤田内科診療所	診療科目：内	
見野2丁目2 0-9		794-0567
坂本医院	診療科目：小・内	
大和東3丁目5-2		794-2131
穴戸医院	診療科目：外・内	
大和西1丁目4 9-8		794-1196

- 19 -

清水内科循環器科	診療科目：内・循	
大和西2丁目1-1 7		794-9192
ちぐちクリニック	診療科目：泌	
見野2丁目1 5-2 4		791-5775
戸田医院	診療科目：内・婦	
見野2丁目3 6-1 1-2 0 1		794-7778
原田リウマチ科・整形外科	診療科目：リウ・整・リハ	
大和西1丁目6 5-2 大和ビル1 F		794-3777
元木クリニック	診療科目：外・胃・理	
東駐野3丁目1-4 6		795-0066
ゆあさ内科	診療科目：内	
大和西2丁目1-8		795-1706
市立川西病院	診療科目：内・産・外・整・小・眼・耳・泌・麻・放	
東駐野5-2 1-1		794-2321

清和台・けやき坂地区

うえだ皮膚科	診療科目：皮	
清和台東3丁目1-8 ガーデンモール清和台2 F		799-3350
浦クリニック	診療科目：内・小・胃	
けやき坂2丁目1 1-1		799-4111
杉田クリニック	診療科目：内・循・リハ	
清和台東5丁目1-1 3		799-7272
高橋産婦人科医院	診療科目：産婦・内	
清和台東1丁目3-7 5		799-0001
田畑クリニック	診療科目：内・小・リハ	
清和台東3丁目2-4		799-4765
とばしクリニック	診療科目：内・整・リハ	
清和台東3丁目1-8 ガーデンモール清和台2 F		799-8777
堀地眼科	診療科目：耳・アレルギー	
清和台東3丁目1-8 ガーデンモール清和台2 F		790-5050

- 20 -

耳真いんこう科みじあクリニック	診療科目：耳・アレルギー	
清和台東3丁目1-8 ガーデンモール清和台2 F		799-8733
宮田医院	診療科目：内・消・小・放	
清和台東4丁目1-1 2		798-1003
宮本内科小児科医院	診療科目：内・消・小・放・呼	
清和台東5丁目2-6 0		799-0333

日生ニュータウン・パークタウン地区

生駒クリニック	診療科目：内・消・循・放	
猪名川町松尾台1-2-20 日生中央センタービル2 F		767-2555
井之上眼科	診療科目：眼	
猪名川町松尾台1-2-2 0		766-7667
岡林クリニック	診療科目：内・小	
美山台3丁目3-2		795-1070
北村耳鼻咽喉科	診療科目：耳	
猪名川町若葉1-3 9-1		766-8751
貴田医院	診療科目：内・小・外・放	
猪名川町若葉1-4 7		766-0003
クリニック ヤマガミ	診療科目：内	
猪名川町伏見台4-4-2 1		766-6368
こたけ整形外科クリニック	診療科目：整・リハ・リウ	
猪名川町広根字中突田1 7-1		767-2221
坂田診療所	診療科目：外・消・リハ	
猪名川町紫合字古津ヶ平1 5 7-3		766-5200
たのうえこどもクリニック	診療科目：小	
猪名川町白金2-1 イオンモール猪名川3 F		765-1186
中村整形外科リハビリクリニック	診療科目：整・リハ・リウ	
美山台3丁目3-2		795-2711
中村内科クリニック	診療科目：内・呼・循	
猪名川町白金3-9-8		767-2100

- 21 -

船田医院	診療科目：内	
猪名川町松尾台3-2-2		766-1300
前田クリニック耳鼻咽喉科	診療科目：耳	
猪名川町松尾台1-2-20 日生中央センタービル3 F		766-7133
みどりの眼科クリニック	診療科目：眼	
猪名川町紫合字東垣内4 0 0		744-0360
森内科小児科医院	診療科目：内・小	
猪名川町伏見台1-2-3		766-0727
森田内科医院	診療科目：内	
猪名川町若葉1-3 9-1		767-2811
生駒病院	診療科目：内・放・リハ・消・循	
猪名川町広根字九十九-8		766-0172

北田原・杉生地区

杉生診療所	診療科目：内・小	
猪名川町鎌倉字横大道1 0-1		769-0015
今井病院	診療科目：内・外・整・呼・循・消・リハ・放	
猪名川町北田原字屏風岳3		766-0030

※ 診療科目は下記のとおりです。

内：内科、外：外科、小：小児科、皮：皮膚科、眼：眼科、
耳（咽喉）：耳鼻咽喉科、泌：泌尿器科、整：整形外科、
リウ：リウマチ科、リハ：リハビリテーション科、
消（内）：消化器内科、循（内）：循環器内科、
呼（内）：呼吸器内科、放：放射線科心：心療内科、
精：精神科、婦：婦人科、産：産科、麻：麻酔科、胃：胃腸科、
形：形成外科、肛：肛門科、脳：脳神経外科、透析：人工透析、
神：神経科、神内：神経内科、理：理学療法科、

- 22 -

3. 熊本県：「火の国あんしん受診手帳」

訪問調査概要

2015 年 11 月 13 日
熊本大学医学部附属病院
ヒアリング先
熊本大学医学部附属病院
神経精神科 教授 池田 学 先生
丸山 貴志 様
小嶋 誠志郎 様

調査内容

■地域連携パス「火の国あんしん受診手帳」の特徴と運用について

1:火の国あんしん受診手帳について

- ・火の国あんしん受診手帳とは
- ・事業をはじめるきっかけ
- ・項目について

2:手帳の普及に関する取組み

- ・普及についての意見
- ・普及に向けて改善が必要と感じられた点
- ・その他の懸念点

3:火の国あんしん受診手帳の実際の運用について

- ・活用方法について
- (1)救急病院に来院する際に持ってきた場合
- (2)終末期医療の意思表示について
- (3)歯科情報について
- (4)入所施設からの希望について

■総括

■補足:火の国あんしん受診手帳の内容について

・火の国あんしん受診手帳とは

平成 24 年 11 月半ばより、よりよい認知症医療・介護と多職種連携を目指し、試行的に運用が開始されたもの。

認知症の診断を受けてから、在宅生活を続ける間、長期間活用することで、認知症疾患医療センターなどの専門医とかかりつけ医や介護職員が、過去のもの忘れに関する受診状況や現在の状態について確認し、患者や家族への今後の支援を円滑に行う手段として考案された。

手帳は、A5 サイズのバインダー式となっており、検査データやお薬情報などを記入することで、これまでの診療経緯が関係者間で共有でき、患者に応じた治療やケアにつながるのではないかと考えられていた。



調査目的として各認知症疾患医療センターに 100 冊ずつ置き、初診時に認知症が疑われた場合はその方に配布する、というスタイルで頒布が行われた。

運用にあたり、患者には手帳と一緒に、医師に「火の国あんしん受診手帳」の目的や利用のお願いを記載した文書を渡し、医療関係者も積極的に活用してもらえるよう働きかけを行った。同時に、医師会に運用開始を伝えたり、県の職員が多職種の定例会で説明を行うなどしていた。

・事業をはじめるきっかけ

県下の認知症疾患医療センター10カ所のうち、八代市平成病院の坂本眞一先生がもの忘れ手帳を活用した地域連携を行おうとしたところ、他地域も賛同し、この試みがスタートしたことがきっかけ。

手帳の作成費用は熊本県と、厚生労働省科学研究の一環としての補助金が用いられている。

また、もの忘れのみならず、認知症患者が病院や有料老人ケア施設に入所する際、施設側が認知症に関するこれまでのケアの記録などの経緯が把握できれば便利ではないか、という意図もあった。

・項目について

家族の記入が必要な項目(最初に受診した時の情報)
記入日
受診者名
生年月日
生活状況
同居している家族の構成
主に介護している方の名前
緊急連絡先(家族・施設の方と必ず連絡のつく電話番号)
身長/体重
利き手
アレルギー
禁忌薬
アルコール
たばこ
難聴
視力障害
麻痺
歩行状態
職歴
最終学歴
既往病 (糖尿病/高血圧症/心臓疾患/高脂血症/脳卒中/腫瘍/がん/頭部外傷/その他(てんかんや精神疾患など))
ご家族に認知症の方がいるか
先生に伝えたいこと、困っていること(1-25 の選択項目から選ぶ/自由記載枠あり)
家族かケアマネジャーの記入が必要な項目
介護保険情報
ケアマネジャー氏名(事業所名)
要介護度
介護サービス利用状況
関わっている人の一覧-家族
関わっている人の一覧-地域や介護担当者
かかりつけの医療機関
先生の記入が必要な項目

認知症機能評価スケール
参考となる指標 (MMSE/HDS-R)
お薬情報
薬品名、用量・投与法、いつから、何に対して、医療機関名
治療効果・副作用 (中止理由、変更理由)
検査データ
画像診断 (CT・MRI(VSRAD など))
体重
血液検査データ
家族、介護施設用:連絡ノート

2：手帳の普及に関する取組み

・普及についての意見

1,600冊ほどの配布が行われたが、運用が継続できたのは3～4割程度で、地域にも偏りが見られた。患者が事業所やかかりつけ医の受診の際に持参することを期待していたが、持って行ったとしても「病状安定」「伝えることがない」といったことから途中で運用がなされなくなるケースが散見された。

これに対して、認知症疾患医療センター10カ所のうち、2カ所ずつ、次のような働きかけを行い、いずれも携帯率の改善を認めた。

働きかけの内容

電話による患者へのリマインド、ポスターを掲示しての認知促進、「血圧欄」を新たに設けることで記載する機会を創設、バインダーのポケット部分におくすり手帳を同梱できるように改善、次回予約表(診察券など患者に渡すもの)に「火の国あんしん受診手帳を所持して下さい」ということを患者にリマインド

ただし、もしこうした取組みが必要だとした場合、そのための人員が必要になると考えられる。むしろ、認知症患者全員に配布できれば、病院側も事前にチェックする必要がなく、運用がスムーズになるのではないか、との意見が聞かれた。

・普及に向けて改善が必要と感じられた点

かかりつけ医が記載をする箇所が多く、負担が高いことは普及の妨げになったと考えられる。例えば、「どの薬が何の意図を持って処方されているか」という項目があることは珍しいが、カ

ルテと並行して記載してもらうのは難しかったと想像できる。「最低限、ここだけは記載してほしい」という形も考えられる。

特に、診療情報提供料の範囲外であったことはボトルネックになったと考えられる。複写式にして、診療報酬が算定できるような工夫をしたが、かかりつけ医の負担は変わらず、様々な書類を作成する必要がある中で、診療時間を割くことにもなり兼ねないという意見もあった。

「火の国あんしん受診手帳」の普及における課題として、「記載する項目が多い」といった点が挙げられている。多職種連携を目的とした情報共有ツールを普及させる場合、医療従事者や介護職を含め、国民的コンセンサスをもって実施しなければ実質的な運用が困難であることが想定される。

・その他の懸念点

個人情報をごどのように管理するか、についても問題に挙げられた。

患者（または家族）に同意書にサインしてもらい、コピーを控えておく必要がある。（紛失の事例としては、居外ではなく家の中での紛失だった）

3：火の国あんしん受診手帳の有効な活用法と今後について

・活用方法について

(1) 救急病院に来院する際に提示した場合

緊急性の高い手術を要する際等に、手帳の情報が有益と考えられる。

また、独居・災害時などにも必要だと感じる場面がある。（例：禁忌薬の有無の確認）

(2) 終末期医療の意思表示について

認知症が進行した際、終末期の医療のあり方を相談することは難しい。

そのため、事前に意志を確認するという意味で、ノートに項目を追加することは検討に値する。

(3) 歯科情報について

歯科医師会からの要請としてあった。項目は今後熊本県全体で ICT 化を推進していくなかで実装する予定。

(4) 入所施設からの希望について

複数の薬が処方されている場合、介護側から「すべてを飲み続ける必要があるのかどうかを確認したい」との意見は多い。そのためにも「なぜこの薬が処方されているか」を医療・介護で情報共有する必要がある。

薬歴・薬効に関する情報がしっかりと連携された情報であれば、不必要な薬のスクリーニングにつながる。また、同じ視点で、CT や MRI のデータも共有できていれば、複数回撮る、といった現状の課題を解決できるのではないか、との意見がある。

総括

「火の国あんしん受診手帳」の目的は、認知症の診断を受けた患者とその家族を多職種で連携してサポートするにあたり、過去のもの忘れの状況を把握してもらうことと、もし患者が特別養護老人ホームなどの入所する際にこれまでの経緯をすることができれば便利だろう、ということによって運用が開始された。

そのために必要な項目として、薬の処方意図を記載する項目があることは特長的と言える。

一方、そうした「共有するべきと考えられる情報」を記載することが医療側に負担をかけてしまうケースが見られたり、認知症患者全てが携帯しているわけではないことから現場で運用のし辛さが感じられたりする、という場面があった。

熊本県では一部の地域で身体疾患を中心とする ICT 化の運用が行われている。現在、その中に精神疾患、認知症は項目に無く、そのため今後は「火の国あんしん受診手帳」の内容をシステムに反映する計画があり、熊本県のバックアップのもと荒尾市で「火の国あんしん受診手帳」の新たな試行的運用が始まっている。

補足：医療・介護連携のための「火の国あんしん受診手帳」

（熊本県認知症疾患医療センター）

医療・介護連携のための

火の国 あんしん受診手帳



© 2010 熊本県 くまモン

熊本県認知症疾患医療センター

この手帳の利用目的

※）この手帳は、患者様が診断を受けてから、在宅生活を続けられる間、ずっと持ち歩いていただくことにより、認知症疾患医療センターなどの専門医とかかりつけ医や介護施設職員が、過去のもの忘れに関する受診状況や現在の状態について確認し、ご本人やご家族への今後の支援を円滑に行う手段として考案されました。

またこの手帳を長期にわたり持っていただき、患者様が、施設入所や長期入院になった際に施設の嘱託医、主治医や担当者にこれまでの受診の経緯が一目でわかり、患者様に応じたケアやより安全な治療につながることを期待されます。

なお、この手帳は厚生労働科学研究費ならびに熊本県からの支援で作成しております。

医療、介護関係者へお願い

この手帳は、患者様の医療、保健、福祉サービスの連携を円滑にし、必要な薬剤使用の理由や注意について本手帳に記載いただくことで、薬物の重複投与を予防し、入院・入所時にも担当者が適切な情報を共有することを目指しています。かかりつけ医と専門医、ケアマネジャーや介護事業所との連携がより充実させるため、医師の欄にはできるだけ医療情報を、またケアマネジャーさんなど介護事業所には薬物使用状況、在宅サービスの状況、変更の理由など積極的に記載していただきたいとします。家族を含めた患者様自身のQOL維持につながるものを開発していきたいと考えておりますので、研究の趣旨に賛同いただき、どのような医療、ケア情報でも結構ですので記載をしていただければ幸いです。なお、記載のポイントについては、別添えの使用マニュアルを参照して下さい。何卒、よろしくお願い申し上げます。

なお、本研究は厚生労働科学研究（認知症対策総合研究事業）「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」として実施されます。

なお、先生とケアマネジャーさんの記載のポイントについては、

別添えの使用マニュアルを参照して下さい。何卒、よろしくお願い申し上げます。

利用上お願い

手帳を利用される方へ

- ・受診の際には『ご家族が記入してください（最初に受診した時の情報）』『ご家族がケアマネジャーさんが記入してください』と印字されているページの記入にご協力ください。（P3～13）

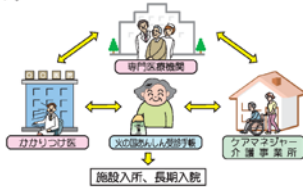
※ご本人が医療機関を受診する際や介護サービスを利用する際に携帯し、担当医や介護サービス担当者に見せてください。

- ・ご家族とケアスタッフとの連携、ご家族やケアスタッフからかかりつけ医や専門医への相談時などに、この手帳を見せてください。

かかりつけ医、専門医の先生方へ

- ・「火の国 あんしん受診手帳」をもって来院された時、もしくは専門外来受診が必要と思われた時に、お薬情報、検査データなどを記入してください。また、連絡ノートは診療情報提供書としてご活用ください。（P19～P20）

- ・使い方・記入方法（P1～P2）を記載しておりますので、ご参照ください。



もくじ

I	使い方・記入方法	1～2
II	ご家族が記入してください （最初に受診した時の情報）	3～10
III	関わっている人一覧・かかりつけの医療機関	11～13
IV	認知機能評価スケール	14
V	お薬情報	15～16
VI	検査データ	17～19
VII	連絡・質問	19～20

火の国あんしん受診手帳の使い方・記入方法

- 1 -

ご家族の方へ

手帳を利用される方へ

・受診の際には『ご家族が記入してください（最初に受診した時の情報）』『ご家族がケアマネジャーさんが記入してください』と印字されているページの記入にご協力ください。（P3～13）

※ご本人が医療機関を受診する際や介護サービスを利用する際に携帯し、担当医や介護サービス担当者に見せてください。

・ご家族とケアスタッフとの連携、ご家族やケアスタッフからかかりつけ医や専門医への相談時などに、この手帳を見せてください。

●「受診前に記入してください」（P.1～7）にご本人の基本情報を記入してください。体重などはデイサービス等に通われている方はデイサービスに行かれた際に測る場合もありますので、測った時で構いません。不明なところは無理に記入しなくても構いません。空けておいてください。連絡・質問のページに今までなかった症状が現れたときなど、担当者に知ってもらいたい情報があれば記入してください。書くときには必ず相手を指名してください。情報を共有することが大切です。ご家族あての記事でなくても、必ず読んで「確認サイン」にサインしてください。

家族ページ（家族、介護施設等）

連絡・質問

1. 氏名 2. 性別 3. 年齢

4. 住所 5. 電話番号

6. 担当医 7. 介護施設

8. 連絡先 9. 備考

10. 確認サイン

※もしも患者様が施設入所、長期入院された場合は「問い合わせ先」の病院へ必ずご連絡ください。また、この手帳を入所先、入院先の担当者へお渡しください。

- 2 -

ご家族が記入してください（最初に受診した時の情報）

記入日： 年 月 日 記入者（ ）

ふりがな

受診者名 性別（男・女）

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 才

現在の生活状況 在宅 ・ 施設名（ ）

同居している家族の構成

在宅の場合：

例）妻と長男夫婦の4人暮らし

主に介護をされている方のお名前 続柄：

ご家族や施設の方と必ず連絡のつく電話番号

お名前・施設名 ご関係 電話番号

お名前・施設名	ご関係	電話番号

- 3 -

ご家族が記入してください（最初に受診した時の情報）

○受診される方について

身長 cm

体重（kg）は血液検査データのページ（P22）にお書きください

○利き手 右 ・ 左

○アレルギー 有 ・ 無（お薬 / 食べ物）

○禁煙薬 有 ・ 無（お薬）

○アルコール（年数と摂取量） 約 年間 1日 ビール・酒・焼酎 ml

現在の飲酒 有 ・ 無

○たばこ（喫煙年数と本数） 約 年間 1日 約 本

現在の喫煙 有 ・ 無

○難聴 有（右・左）・無

○視力障害 有（右・左）・無

○麻痺 有（右・左）・無

○歩行状態（自立・杖・シルバーカー・車椅子）

○職歴

〔 〕

○最終学歴 小学・尋常高等小学校・中学・高校（旧制中学）・大学

- 4 -

ご家族が記入してください（最初に受診した時の情報）

これまでかかった病気

- 糖尿病 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）
○高血圧症 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）
○心臓疾患 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）
○高脂血症 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）
○脳卒中（脳梗塞または脳出血） 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）
○腫瘍 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）
○がん 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）
○頭部外傷（打撲・交通事故など） 有・無・不明（ 歳頃 ～ 現在治療中・治療していない）

○その他

てんかんや精神疾患など

○ご家族（両親や兄弟、子供）に認知症の方はいらっしゃいますか？
有・無・不明（続柄： ）

— 5 —

ご家族が記入してください（最初に受診した時の情報）

先生に伝えたいこと、困っていること

当てはまる番号を次頁に記入して下さい。

- 1 もの忘れが増えた。
- 2 何度も同じことを聞く。
- 3 曜日、日付がわからない。
- 4 火の不始末がある。
- 5 止めても車を運転しようとする。
- 6 訪問販売で高額な物を買ってしまうなど、金銭問題がある。
- 7 昼夜問わず用もないのに外出しようとする。
- 8 何もしようとしない、何事にも関心がない。（入浴、着替えを嫌がるなど）
- 9 抑制が効かない。社会的なルールが守れない。（万引きなど）
- 10 物や金品を盗られたとって大騒ぎする。
- 11 誰かが危害を加えようとしているなどの妄想がある。
- 12 ありもしない幻が「見える」「聞こえる」ようだ。
- 13 夜、寝ない。あるいは昼と夜が逆転して、昼間寝ている。
- 14 気分が落ち込んで部屋に引きこもっている
- 15 ご飯を食べない。痩せが目立つ。
- 16 トイレが間に合わない。トイレの場所が分からない。
トイレ以外のところでしてしまう。
- 17 外に出ると道に迷う。
- 18 家族のことが分からない。
- 19 大声で暴言を言ったり、物を投げたり、暴力がある。
- 20 怒りやすい、興奮しやすい、気分が変わりやすい。
- 21 理解できないような、異常な行動がある。
- 22 食べ物ではないものを食べる。
- 23 収集癖がある。物を隠す。
- 24 近所や家族間、または他の施設利用者やトラブルがある。
- 25 その他

— 6 —

最初に受診した時の情報を記入してください

先生に伝えたいこと、困っていること

例 16 平成 22 年 3 月頃 （ 年 月頃まで ・ 現在も ）

番号	いつ頃から	どちらかに丸をつけてください
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）

— 7 —

ご家族が記入してください（最初に受診した時の情報）

先生に伝えたいこと、困っていること

番号	いつ頃から	どちらかに丸をつけてください
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）
	年 月頃	（ 年 月頃まで ・ 現在も ）

— 8 —

ご家族がケアマネジャーさんが記入してください

介護保険の情報

ケアマネジャー氏名： 事業所名

現在の要介護度

・未申請

・申請中

・要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）

有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

事業所名	サービス名	利用回数

(例) 火の国デイサービスセンター デイサービス 週に３回（月・水・金）

※サービス内容や要介護度に変化があれば加筆してってください

（ 年 月 日変更）

・要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）

有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

☐ 前述と同じ

事業所名	サービス名	利用回数

— 9 —

ご家族がケアマネジャーさんが記入してください

※サービス内容や要介護度に変化があれば加筆してってください

介護保険の情報

ケアマネジャー氏名： 事業所名

現在の要介護度

（ 年 月 日変更）

・申請中

・要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）

有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

☐ 前述と同じ

事業所名	サービス名	利用回数

(例) 火の国デイサービスセンター デイサービス 週に３回（月・水・金）

※サービス内容や要介護度に変化があれば加筆してってください

（ 年 月 日変更）

・要支援（１・２） 要介護（１・２・３・４・５）

有効期限 年 月 日 ～ 年 月 日

介護サービス利用状況

☐ 前述と同じ

事業所名	サービス名	利用回数

— 10 —

ご家族がケアマネジャーさんが記入してください

関わっている人一覧（家族）

（担当が変わったら加筆してください）

※主にかかわっている人をはじめに書いてください

名 前	職種または続柄	所属または居住地	連絡先

(例)

名 前	職種または続柄	所属または居住地	連絡先
熊本洋子	長女	鹿児島市内	〇〇〇-〇〇〇〇

— 11 —

ご家族がケアマネジャーさんが記入してください

関わっている人一覧（地域や介護担当者）

（担当が変わったら加筆してください）

※主にかかわっている人をはじめに書いてください

名 前	職種または続柄	所属または居住地	連絡先

(例)

名 前	職種または続柄	所属または居住地	連絡先
熊本花子	ケアマネ	支援事業所	〇〇〇-〇〇〇〇
熊本太郎	民生委員	〇〇町内	〇〇〇-〇〇〇〇

— 12 —

かかりつけの医療機関

[illegible]

(例)

医療機関名	診療科	住 所	電話番号	主治医
くまもん病院	整形外科	熊本市	000-0000	熊本次郎

— 13 —

認知症機能評価スケール

[illegible]

(MMSE)

19~23 轻度	10~18 中等度	9 以下 重度
----------	-----------	---------

(HDS-R) 重症度別平均点

非認知症	24.3±3.9点	軽度	19.1±5.0	中等度	15.4±3.7
やや高度	10.7±5.4	非常に高度	4.0±2.6		

※高齢者のための知的機能検査の手引きより引用

認知症診断名	1	確定・疑い	診断日	年	月	日
	2	確定・疑い	診断日	年	月	日

— 14 —

お薬情報

例) アリセプト (5mg) 1錠 朝食後 平成20年3月から もの忘れに対して
 アダラートL (10mg) 1錠 朝食後 平成18年5月から 高血圧症に対して } 聖大病院

[illegible]

治療効果・副作用（中止理由、変更理由もお書き下さい。）

Country	Year	Sample size	Study design	Reference
Australia	1995	1,000	Cross-sectional	1
Belgium	1997	1,000	Cross-sectional	2
Canada	1996	1,000	Cross-sectional	3
France	1997	1,000	Cross-sectional	4
Germany	1997	1,000	Cross-sectional	5
Italy	1997	1,000	Cross-sectional	6
Japan	1997	1,000	Cross-sectional	7
Netherlands	1997	1,000	Cross-sectional	8
Norway	1997	1,000	Cross-sectional	9
Sweden	1997	1,000	Cross-sectional	10
United Kingdom	1997	1,000	Cross-sectional	11

— 15 —

検査データ

画像診断〈CT・MRI（VSRADなど）〉（検査資料を添付されても構いません）

[illegible]

— 17 —

火の国あんしん受診手帳を基にした「熊本モデル」について

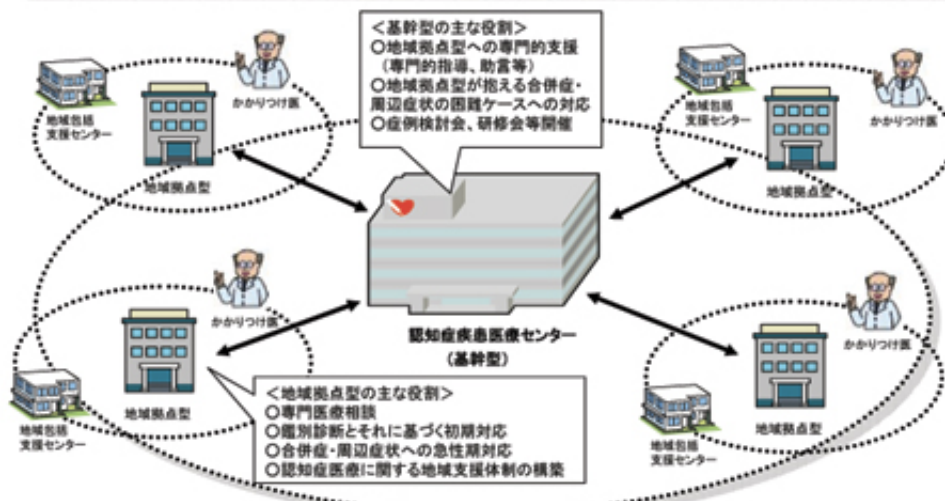
熊本県では、「認知症になってもできるだけ住み慣れた地域で安心して暮らせるように」との目標に対し、

- ①基幹型の認知症疾患医療センター、地域拠点型の認知症疾患医療センター、かかりつけ医の3層での認知症医療体制の構築
- ②認知症ケアの質の向上
- ③地域支援体制の充実

といった医療・介護・地域支援の3つを組み合わせた取組みを推進している。

「熊本モデル」認知症疾患医療センターの整備について

認知症の早期診断や診療体制を充実するために、地域での拠点機能を担う「地域拠点型」と、県全体を統括する「基幹型」の2層構造（「熊本モデル」）として、整備することとしている。



○県民がより身近な病院で受診し、認知症の早期発見や治療につなげることができる体制を整備する。

4. 佐渡市：「さどひまわりネット」

訪問調査概要

2015 年 11 月 20 日

新潟県佐渡市

ヒアリング先

新潟県佐渡市 新潟県厚生連佐渡総合病院

百都 健 病院長

佐藤賢治 副院長

近藤内科胃腸科医院

近藤 浩二 院長

株式会社クローバー佐渡

山下 峰生 代表取締役社長

調査内容

■多職種連携 ICT ツール「さどひまわりネット」の特徴と運用

1:さどひまわりネットについて

- ・さどひまわりネットとは
- ・さどひまわりネット機能概要
 - － 構成
 - － 情報参照: 電子カルテの有無に関わらず、医療情報を収集し、連携している施設間で互いに参照できる環境を実現
 - － コミュニケーションツール: 多職種連携の密度を高めるために
 - － 他施設連携・協働機能: 医療-介護連携だけでなく、介護施設間の連携も目指した機能
 - － 外部連携機能: 外部データベースからの情報取り込みの実現
- ・事業を始めるきっかけ
- ・システム構築の流れ
- ・事業資金について(初期コスト、年間の活動費、財源)
- ・データ管理について
- ・閲覧の範囲

2:さどひまわりネットに関する実際の運用

- ・参加状況
- ・データ更新のタイミングについて
- ・ICT 利用普及促進のための工夫
 - － 活用者を増やすためには、誰をキーパーソンにするべきか？

- 導入の成果を示すための考察
- 社会インフラとしてのシステムをどう開発し、運用していくか？
- 運営主体について

3: 多職種間で有効活用された事例

- ・多職種での活用の姿
- ・事例
- ・今後追加してほしい項目や改善すべき点について
- ・ツールの活用に関しての留意点

①目標設定を誤解しないために

②項目選定の留意点

③システム導入の価値に関する意識のズレを解消するには？

■総括

■補足: さどひまわりネットの概要

多職種連携 ICT ツール「さどひまわりネット」の特徴と運用

1: さどひまわりネットについて

・さどひまわりネットとは

佐渡市内では、医療・介護の現場において高齢化が進んでおり、充実した医療・介護体制が求められている。一方、人材不足など様々な課題がある。

これを乗り越えるために、佐渡島内の病院・診療所・歯科診療所・調剤薬局・介護施設を双方向で結び、患者情報を共有し、活用する仕組みとして考えられたものが「さどひまわりネット」である。



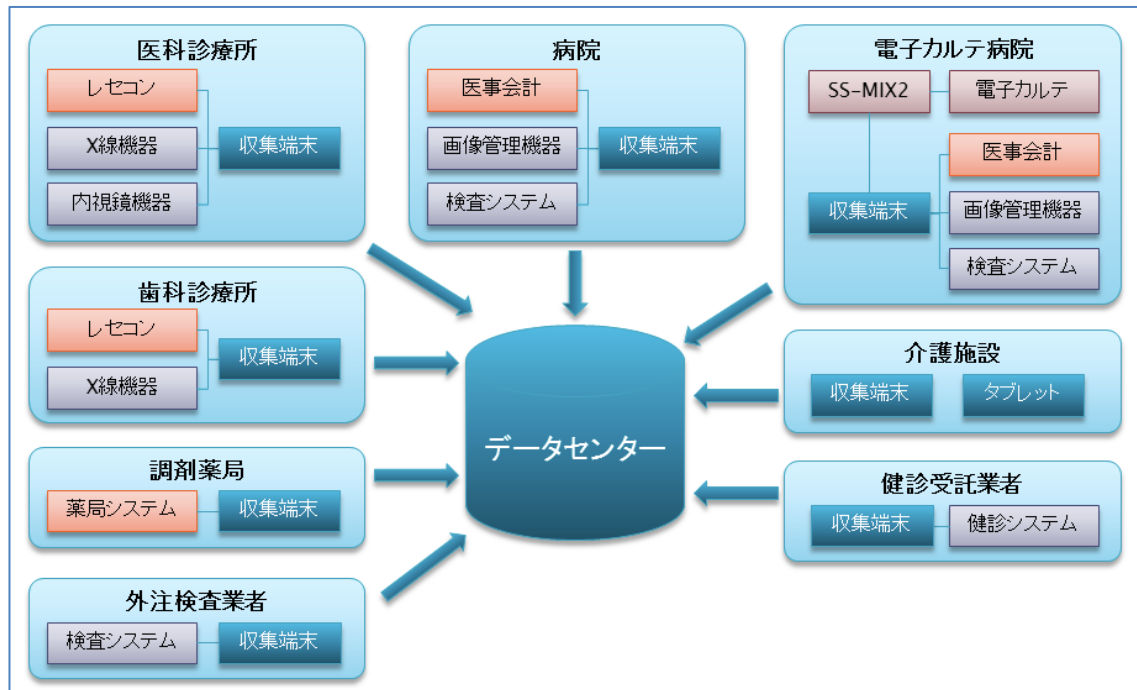
システム構築の目的は、「妥協できる情報参照に基づくコミュニケーションを図ることにより、医療・介護実践でのリスクを軽減し、これまでの医療・介護提供体制を維持すること」としている。

・さどひまわりネット機能概要

- 構成

「さどひまわりネット」は、クラウド型で、電子カルテの導入有無に関わらず参加施設の既存の医療機器から個別に情報を収集する。

そのため、参加施設には収集端末が設置され、各機器から収集した情報は佐渡島外のデータセンターに格納される。



(さどひまわりネット HP より)

- 情報参照:

電子カルテの有無に関わらず、医療情報を収集し、連携している施設間で互いに参照できる環境を実現

情報収集対象を、レセコン含む医事会計システム、外注含む検査システム、画像機器・管理システム、薬局システムとし、これらの機器から情報を自動収集することで参加施設での情報提供業務負担を発生させない仕組みを取り入れている。自動収集が困難な場合は簡便な作業で情報提供可能な仕組みを実装した。

健診データを、健診実施団体および当該保険者の同意の下に、健診受託業者から取得し、医療機関からの検査データと同列に参照できるようになっている。

- コミュニケーションツール:

多職種連携の密度を高めるために

「連携業務の前提はコミュニケーション」との理念で、患者ごとの掲示版機能、患者ごとの共有フォルダ、文書流通プラットフォーム、セキュリティが担保されたメール機能を実装させている。

－ **他施設連携・協働機能：**

医療-介護連携だけでなく、介護施設間の連携も目指した機能

－ **「地域連携クリニカルパス」：**

施設をまたいで長期計画を作成。医療機関だけでなく、介護施設を計画に組み込むことができる。また、計画項目は非常に自由度が高く、項目の組み合わせをテンプレート化して複数患者に適用できる。

－ **「観察患者情報詳細」：**

バイタルや ADL などを入力することでこれらの情報を参照可能とする。設定項目の自由度は非常に高く、テンプレート化も可能。これらの情報をもとに担当医が入力側に注意事項などを連絡する機能も搭載。医療-介護、介護-介護連携に有用。

－ **「他施設予約機能」：**

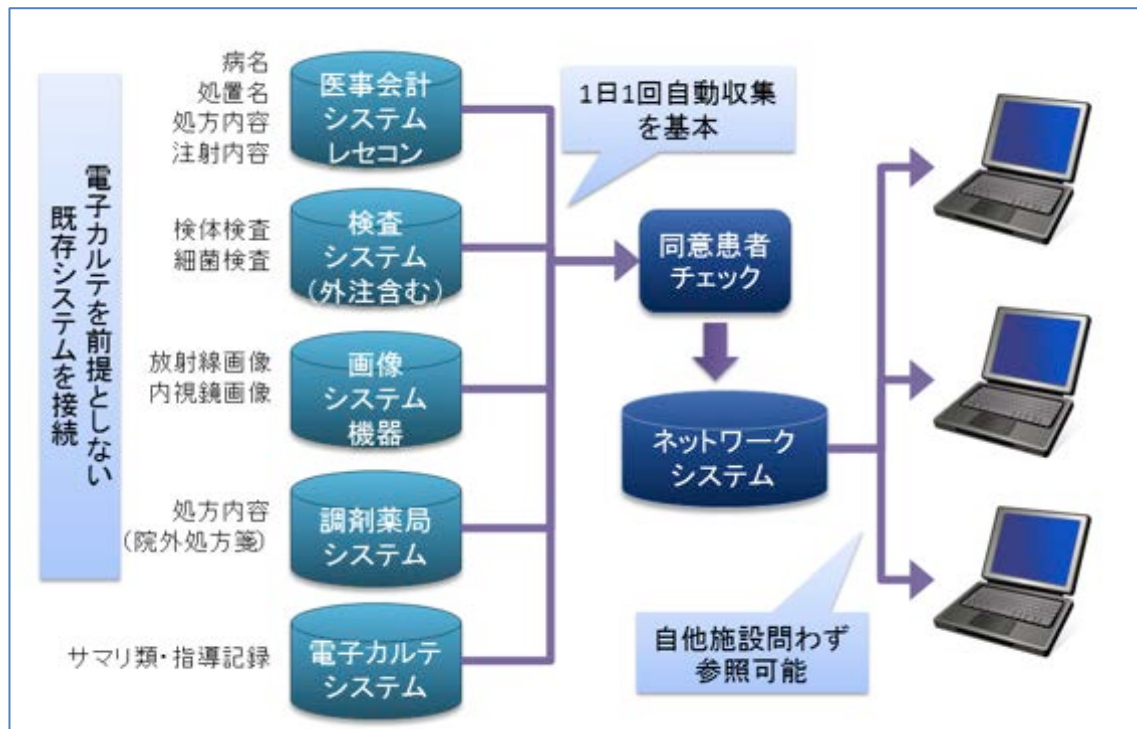
ある施設の機能（CT や特殊外来、指導教育など）を他の施設から予約できる。提供施設が該当する機能を外部予約に公開する必要がある。

－ **外部連携機能：**

外部データベースからの情報取り込みの実現

家庭内血圧管理など、民間等で提供するサービスへ接続し、さどひまわりネット端末から当該サービスを呼び出せる機能。現在のところ、OMRON 社が行っている家庭内血圧管理サービス「Medical Link」と連携している。

※ただし、さどひまわりネットの連携外へのデータ連携は行っていない



(さどひまわりネット HP より)

各情報は収集対象の各機器から1日1回自動的に収集され、同意患者の情報のみがデータセンターに送られるようになっている。

「さどひまわりネット」機能詳細について

<http://www.sadohimawari.net>

・事業を始めるきっかけ

平成12年頃から佐渡病院外科佐藤副院長が、島内医師が集まる年1回開催の「佐渡医歯学集談会」で医療ネットワーク構想を複数回にわたって紹介。

平成21年度補正予算「地域医療再生基金」の公募にあたり、当時の佐渡医師会長が医療ネットワーク構築を提案し、採択されたことがきっかけとなった。

・システム構築の流れ

平成22年2月

初期事務局を発足。初期ネットワーク検討委員会を組織して、島内通信インフラ、医療機関機器状況などを調査し、システム概要の構想を行った。

次いで、コンサルタント導入を決め、複数社にRFI(情報提供依頼書)の提供を依頼した。

平成23年5月

コンサルタント契約(プロポーザル競技で決定)を行い、システムの要件定義、業務設計を協働で進める。

平成 24 年 4 月

開発ベンダー契約(プロポーザル競技で決定)し、第 1 次開発を開始。

平成 25 年 4 月

第 1 期システム稼働(医療機関連携中心)。第 2 次開発を開始。

平成 26 年 4 月

第 2 期システム稼働(介護連携、健診連携中心)。開発会議体を解散させ、運営体制を開始する。

以降、患者同意勧奨、健診連携同意団体勧奨、新規開設介護施設への参加勧奨、参加施設向け News Letter 定期発刊、利用者を集めたユーザー会の開催などを行うことで、ひまわりネットの活用を促すよう働きかけている。

・事業資金について(初期コスト、年間の活動費、財源)

第 1 期、第 2 期含めた全開発コストは地域医療再生基金からの 16 億円で賄った。維持費は参加施設からの利用料徴収による自立運用を行っている(月額約 300 万円)。なお、これについては佐渡市へ支援要請を行い、0~400 万円/年の実績(規定の赤字補填の約束を取り付けている)。

・データ管理について

データ管理はデータセンターとの契約に基づく。

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」で定められているデータの真正性は担保されないものである。医療機関からの情報の原本は当該医療機関(または該当する医療機関)に存在し、格納されるデータはその複製物である。したがって、ひまわりネットを通じて得られる情報は「参考情報」と位置づけ、これのみで医療・介護判断はしてはいけない、との規約を設けている。

さどひまわりネットの運営は NPO 法人佐渡地域医療連携推進協議会であるが、協議会は情報漏洩または情報不正利用の責任を負わず、漏洩・不正利用の責任は発生した場所が負うことになっている。

現時点でコンセンサスのあるシステムセキュリティを実装していること、収集情報は「複製物」であり原本ではないこと、などがその理由である。

システムセキュリティはいわゆる三省ガイドラインに準拠。

民間のデータセンターを利用しているが、災害対策も十分で、存在自体が公開されていない。また、入退館は厳しく管理、館内撮影禁止などの対策がとられている。

インターネット公衆回線を用いた通信であるが、IPSec VPN による暗号化がなされ、利用は認証された端末に限定されている。システム管理用の画面を除き、すべての画面にデータダウンロード機能は有していない。

利用者については「利用者規約」、保守業者など部外者については「運用管理規程」などでシステム利用ポリシーを設定し、拘束している。ただし、基本は医療・介護従事者の「守秘義務」で運用されている。

※IPSec VPN

暗号化通信方式の標準規格である IPSec を利用した VPN。拠点間の様々な通信を IP レベルから暗号化するため、専用線と変わらない安全な通信環境を実現できる。

(参考>http://e-words.jp/w/IPsec_VPN.html)

※三省ガイドライン

厚生労働省の医療情報システムの安全管理に関するガイドライン(「法令に保存義務が規定されている診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に関する通知」、「診療録等の保存を行う場所について」)に基づき作成された各ガイドラインを統合して作成されたもの)のほか、総務省、経済産業省からも関連するガイドラインが出されている。

これを三省ガイドラインとしている。

さらに保健医療福祉情報システム工業界(JAHIS)からは、メーカーの立場から、厚生労働省・総務省・経済産業省のガイドラインを統合したガイドラインが公表されている。

・閲覧の範囲

医師、看護師、社会福祉士、ケアマネなど「判断」を求められる職種については基本的に全情報を参照可能としている。

一方、事務職、介護ヘルパーなどは医療情報の参照は基本的に不可となっている。ただし、コミュニケーションツールなど連携に必須となる機能は全ユーザーが閲覧できるようになっている。施設職員管理に関するものは「施設管理者」ロールを設定し、このロールに限定している。

・参加状況

住民同意数	14,592
参加施設数	74
病院	6
医科診療所	14
歯科診療所	6
調剤薬局	12
介護・福祉施設	36

(2015/12/1 現在)

・データ更新のタイミングについて

医療機関機器からの情報収集は自動が基本、機器の制限から自動収集ができない場合は10分以内に完了する手動作業を施設側に依頼している。

収集頻度は日次が原則。ただし、歯科診療所では月次の場合あり。自動収集はリアルタイムではない。バイタル・ADL等は自動収集できる機器が存在しないため、手入力で行っている。

・ICT 利用普及促進のための工夫

月1回のさどひまわりネット管理委員会を開催。メンバーは、医師3名、歯科医師1名、薬剤師1名、介護関係2名、保健所1名。

これに先立ち、月1回の事務局会議を開催。事務局メンバーは、佐渡市職員、佐渡医師会職員、佐渡病院事務各1名。事務作業等を担当する事務室も参加し、事務室構成は3名。

年4回「さどひまわりネット News」を紙媒体として発刊、参加施設に配付。この編集委員会は医師・歯科医師・薬剤師・介護各1名で構成。

加えて、利用者を集め、テーマを決めてディスカッションする「ユーザー会」を3ヶ月おき程度に開催。「顔の見える関係」づくりを進めている。協議会は音頭をとるものの、運営は利用者自体が行う。

「ひまわりネットの活用の仕方」や、「介護報酬が変わりましたが、皆さんどんなことやってますか」といった話を、ざっくばらんに交わしてもらっている。こうした交流を通じてお互いが顔見知りになるように、と、今後も積極的に実施していく予定。

この取組みは既に介護全体を集めた会を2回くらい実施している。

ほとんどお互い初対面ではあるが、ものの数分で活発なディスカッションが始まる。各グループに分けてディスカッションして発表してもらおう、という能動的な会だったが、介護のモチベーションが非常に高く、いい感触だった。

来年初頭には、医者や歯科、看護師も集めて拡大していく計画もある。

この会を通じて、実際の利用者から「こうやったら良かったよ」、あるいは「これをやろうと思ったけど上手いかなかったよ」という事例を、お互いに話してもらうことで、さらにひまわりネットをうまく活用してもらえれば、と考えている。

・活用者を増やすためには、誰をキーパーソンにするべきか？

現場で実際にひまわりネットを利用する機会が多いのは、コメディカルや介護スタッフだと考えている。

例えば事務職の方が、「あなたひまわりネットに入っていますか？」と患者に確認し、加入者だったら看護師がひまわりネットの端末を開いて、処方内容とか検査内容を見て、担当医に「この人はあの診療所に掛かっていて、薬を処方されている。先生見てください」とやる。そうすると、医師もひまわりネットを見る気になる。こうした流れができればと考えている。

－ 導入の成果を示すための考察

この手のシステムを広めていくためには、費用についても考えておかなければならない。まず、初期費用は必ずかかる。これをどう工面するのか、どうやって導入意義に説得力をもたせるのか、を考えなければならない。

そう考えると、やはり二次利用を見据える必要がある。

ひまわりネットに集まったデータをどうやって活用できるのか、あるいはどんな解析が出来るのかということを世に問うてやれば、「ああ、それは面白いね」と、県がお金を出す理由になり得るだろう。

これが可能なのは、連携システムが動いている地域に限られるので、先行して導入した地域の一つの義務だと考える。

例えば、ひまわりネットにはもう膨大なデータが集まっている。

このデータを解析すれば、地域によって降圧剤の使い方、処方、種類がどう違うのかとか、といった差異を知る手段となる可能性がある。あるいは新薬が出た場合、その採用状況が違う、といったことまで解析できるかもしれない。

これを製薬メーカーや医療機器メーカーに解析データを提供できるような法整備がなされると、それそのものが収入源になり得る。これが、ランニングコストの一助になることも考えられる。

また、自治体が毎年立てる医療や行政計画について、根拠のある内容を作成するソースになり得る。例えば、「他所の地域ではこの時期にインフルエンザが流行するが、この地域は1カ月遅れて流行ってくる」といった情報が導き出せたとしたら、薬の配置や医療従事の配置を動的に変更できる可能性が出てくる。

行政計画に対して、あるいは医療資源配置に対して、根拠あるデータにもなり得るだろう。こうしたことが実現されれば、連携システムの飛躍的な普及を期待できる。

－ 社会インフラとしてのシステムをどう開発し、運用していくか？

この手のシステムは水道・電気と同じインフラである。「あくまでも水道と同じようなもの」ととらえているので、お湯が欲しければ蛇口をひねって出た水をヤカンに入れて火にかける必要がある、との意識で利用すべきであろう。

しかし、ひまわりネットについて様々な施設に話をしに行くと、「使い方を教えてくれ」と言われる。それは先述の考えに当てはめると、「お湯が欲しい」と言われることと同じだ。「お湯が欲しければヤカンに入れて火にかけてください、やり方は考えてください」というしかない。

一方で、インフラには自治体の関与は必須と言える。

必ず自治体が関与しなければ、上手く回っていかないだろう。そこで、お金の問題となる。構築は別としても、ランニングコストは公費＝税金と、参加する施設が払う利用料、受益者の3本柱が担うものだと考える。

例えば、公費ですべてを賄うと、当事者や家族、医者や診療所の看護師にとっては、いきなり他人事になる。「すべて佐渡市がやっているんだから、佐渡市頑張ってもらわなきゃ困るよ」というだけの“評論家”になりかねない。

ひまわりネットが利用料を中心にやっている理由は、

「お金を払ってるんだから使わなきゃ損だね」と、思ってもらいたいということもある。ただ、利用料単独での運用とすると利用料が高額となるため、工夫が必要であろう。

しかし、当事者意識を持たせるためにも、ひまわりネットを利用している施設には利用料を払わせるべきだと思う。また、最終的には患者サイドが利益を享受するので、患者にも負担をお願いするべきだろうと考える。

例えば、佐渡の外来患者数を考えると、1 回受診あたり 50 円頂ければ、月額 300 万円は得られる。何故それをやらなかったのかというと、病院・診療所の窓口で、患者さんに「あなたひまわりネットに同意していますか」「同意しています」「ついては 50 円ください」と言って 50 円もらって、領収書を切る、といった各医療機関窓口の事務コストがかなり発生する計算になる。

これではコストが掛かり過ぎるので、別の案を検討する必要があると考えた。

診療報酬に組み込む、というやり方は取りやすい方法だと思う。

施設基準として「地域連携システムに参加していること」という条件のもとに、1 回受診 5 点加算、要するに 50 円加算してもらえれば、かなりの分が賄えるだろう。

診療報酬の良いところは、消費税増税のような国会審議対象ではないところ。受益者負担となるので、患者さんに窓口でいちいち同意を取る必要もなく、それで賄っていく、利用料を払う、公費を使うという 3 本柱で運用するというのが、理想的な姿だと思う。

－ 運営主体について

自治体に頼む、という考えが出てくるが、そうすると“他人事”になってしまうので、やはり当事者が運営に深く関与すべきだと思う。

さどひまわりネットは、協議会というものを設立して NPO 法人化しているが、色んな業種、病院関係、医師会、歯科医師会、薬剤師、介護の方などが集まって協議会を作った。

3：多職種間で有効活用された事例

・多職種での活用の姿

多くの職種でもっとも利用されているのは処方参照。医療機関はもちろん、デイサービスなどでもサービス利用者が持参する薬を照合している。調剤薬局でも併用禁忌・併用注意のチェックに活用されている。医療機関では、健診データ参照、他施設データ参照などから検査異常値の時系列変化を把握し、診療に役立てている。

・事例

＜ケース 1：介護施設にて/日常生活の中で＞

介護施設での主なサービスは、日常のお世話、入浴・排泄・食事のお手伝いなどが挙げられる。

例えば血圧が高い方については、こういった条件で入浴を行えばいいのか？ 排泄、排便・排尿については、便秘がどのくらい続いたらこういったお薬を内服していけば良いか、逆に下痢になった時、こういった風に対応したら良いか？ 食事の制限はどうか？ といった点など、

刻々と利用者の病状が変わっていく中で、適宜ひまわりネットを通じて指示を頂けるので助かっている。

＜ケース 2: 介護保険サービス事業所にて/お薬の確認＞

基本的にはご家族・ご本人様から、「お薬が変わりました」という申し出が頂けると一番良いけれど、認知症の利用者であったり、高齢世帯、独居世帯の利用者等に詳細なことを確認することが難しいケースが多くある。

そういった中で、ひまわりネットを使えば、お薬の確認が可能である。

＜ケース 3: ケアの内容を決めるにあたって/ケアマネジャー＞

ひまわりネットを介して、利用者の診断名や処方、現状どういったご病気で、どういった治療をされているのか、容易に確認できる点が助かっている。

＜ケース 4: 医療-介護の連携＞

医師とケアマネジャーなど介護側との連携の中で、医療の指示、助言指導がさどひまわりネットを介して得られる。メール機能等で医療と介護がつながっているのが助かる。

＜ケース 5: クリニック・診療所と総合病院との連携＞

実例として、何年か前にクリニックで尿管結石があることが見つかった患者があった。佐渡病院の方に紹介し、処置を行うことになった。

その後、お互いに経過を観察しながら、佐渡病院の医師と連絡することができるのが非常に便利である。また、内視鏡の映像をアップロードできるので、どこでも確認ができるのは便利だと思う。

＜ケース 6: 複数の医療機関の間での情報連携＞

患者が飲んでいる薬の情報が、リアルタイムで分かることが便利である。

例えば、他の病院でも同じ薬を希望する、というケースがあった場合、それをチェックし、連絡をし合って意思を統一して、処方はこちらだけで、という取り決めができた。

＜ケース 7: 病院間の治療の過程を共有する＞

例えば肺炎患者を紹介したあと、紹介先でどんな治療を受けているのか、後に確認することができる。

これまで紹介状を書いて別の医療機関に行ったあとは、「来ました、あとは治療します」と連絡がくるか、退院時などに「治ったのでまたそちらでお願いします」程度の連絡なので、途中の経過が分からなかった。それが今では経過が見られるので、助かっている。

＜ケース8:患者の意識の変容＞

さどひまわりネットを導入した頃から、患者さんが自発的に「おくすり手帳」を持ってくるようになった印象がある。それまでは、「白い玉の薬を飲んでいる」や「ちょっと小さ目のやつをもらっている」といった話しか聞けなかった。

それが最近では、おくすり手帳や自分で薬の袋を持ってくる人もいる。以前のように「何飲んでるんですか？」と聞いても「わかりません」という方が少なくなってきたような感じがする。

・今後追加してほしい項目や改善すべき点について

＜介護保険サービス事業所＞

入浴・排泄という、諸々の ADL の状況について、ひまわりネットの各個人のページにアップロードできるようにはなっている。しかし、なかなかそこまで業務量的に対応ができていない。自分たちの施設の記録と別途で、二重での記入になってしまうので、これがそのまま記録媒体とか、介護記録なんかと一緒にしまえばと思う。また、いつ見てもらえるか分からない、という懸念があるため、紹介状の機能などは使いづらさを感じることもある。

最終入浴がいつで、最終排便がいつで、というような情報がひまわりネットで共有できるようになれば素晴らしい。

＜クリニック・診療所＞

患者の利便性に役立つのでいいが、経営上の何かになる訳ではない点が悩ましいところだと感じる。例えば、レントゲンの画像などはネットを通じて共有できるが、検査頻度が下がる可能性があり、むしろ経営的にはマイナスになるかもしれない。

・ツールの活用に関する留意点

①目標設定を誤解しないために

どんな地域でも、連携システムを導入する時に掲げる目標・目的には、効率化——医療の効率化、質の向上、従医者確保、医療費抑制、高齢者対策、云々、としている。しかし、こんなことがシステムの導入で出来るはずがなく、連携システムを活用した結果としてのみ得られるものである。

田舎では、医師や看護師の確保が喫緊の課題となっている。例えば、佐渡では 1 年近く前に、佐渡島内の病院が 2 病棟あったところを、1 つ閉鎖してしまった。佐渡総合病院も、常に閉鎖の危機がある。特に、看護師の数は足りていない。

そうした犠牲がどこに来るかという、外来の対応のキメの細かさの度合いに反映される。外来では、パートやほかの病院から応援を頼みながら、カツカツで対応しているというのが実情だ。

今後はその度合いが酷くなるだろう。それを何とか維持しようとするなら「ひまわりネット」のような仕組みが必要だろう。

②項目選定の留意点

連携システムを構築する際、項目を決めるにあたっては「あれもこれも」という気持ちになりやすい。しかし、それをやればお金もかかるし、システムが複雑にもなるし、システムトラブルが起こりやすくなり、何より使い勝手が悪くなっていく。いかに少ない項目に絞り込むのか、というのが大事だ。

極端な話ではあるが、いつどこで処方が成されたかさえ分かれば、処方した病院に内容を問い合わせられる。だが、いつどこで処方されたかすら分らないと、問い合わせ先もわからない。

上記のようなことが把握しやすいコミュニケーションツールがあることが必須といえる。詳細な中身の情報については絞り込んでも良いと考えている。

医者の一歩の要望は「カルテが見たい」に集約される。

ただ、「カルテ見たい」と言っても、カルテを見るシーンは例えば外来で 50 人患者さんを診ていたとして、おそらく 1 人もいない。たまに、重症例が発生した時や、困った患者さんがいた時に、前の情報を見たいという時に必要になる。

そのために、カルテの内容を常時参照できる仕組みを作ろうとすると、電子カルテしかない。電子カルテのデータを共有することは可能ではあるだろうが、紙カルテの場合、医者の記録を読み取ろうとすると、その診療所のスキャナでデータ化してアップロードする、という作業が発生することになる。これは到底できないだろう。

詳しい医療情報が必要になるのは、「この人どうなっているんだ？」と疑問がわいた時だけだ。それならば、必要に応じて、その医療機関に問い合わせればいだろう。ただし、どこに問い合わせればいいか分からない場合は困る。そのため、問い合わせ先が分かる程度の情報のみが閲覧できればいいか、と思う。

③システム導入の価値に関する意識のズレを解消するには？

頭では「連携」がどのようなものかを知っていても、実利用のイメージをなかなか持ってもらえないのが現実。内外ともに「メリットは？」と直接的かつ短期的な効果を求める心理も問題だと感じる。

システム導入の価値は活発なコミュニケーションの中にあり、情報参照ができること自体はコミュニケーションの「ネタ」に過ぎない。コミュニケーションは「協働で患者に関わっている」意識を生み出す原点であり、これにより潜在的なリスクを軽減するとともに従事者が達成感を持てる点に意義がある。

したがって、明確な(短絡的な)メリットを評価対象とすること自体が誤りである。実質的なメリットは、システムがなくなったときにはじめてわかる安心感であろう。

従来から行われてきた病診連携や診診連携とは「紹介」に他ならず、紹介は「後は任せた」と解釈される。長い医療の歴史において、紹介ではない「協働」はほとんど意識されていない。「連携」を進めるにあたり、最も大きな障害は紹介業務フローからの脱却と考える。

運用上の課題では、資金に代表される資源確保も大きいが、強力なリーダーシップが不可欠である点が最も大きい。目的の明確化、参加者へのリーディング、運用上発生する課題対策など準備・構築・運用のすべてにおいてリーダーシップが前提条件とすら言える。

リーダーが強力であるほど構築・運用は進み、リーダーが存在しなければ公費などで箱を作って終わってしまう。「リーダーとなる人材の育成が重要」と言われるが、その実現方法まで言及されていないのが現実だ。

また、連携システムの運営にあたっては、対象地域住民の全員が同意し地域の全施設が参加している、という姿が理想である。いたずらに「個人情報保護」を訴える風潮は非常に問題であり、本来可能な医療・介護体制を抑圧してしまうことも考えられる。

本来の個人情報保護概念への修正を期待する。

総括

・今後の展望

先述のように、連携システムの導入・普及にはまだまだハードルが高い。

導入にもっとも有効な方法は、すでに導入された地域からデータの二次利用方法を提示することであると考えられる。

医療費削減一辺倒ではなく、医療行政計画の根拠、医薬品・医療機器開発の方向性を決める根拠、副作用など医療の弊害のサーベイランス、医薬品利用状況の年齢層別・地域別差異の調査など、連携システムは本来の医療・介護の効率化や企業競争力を高めるデータの収集に強力なツールとなり得るだろう。

実際の二次利用例が出されていくとシステムへの資源確保につながり、普及が進み、ひいては強力なリーダーシップなくとも導入・運用が可能となっていくと期待したい。

補足：さどひまわりネット

▼機能一覧

分類	項目	詳細・説明	情報源
情報参照	病名	医事会計上の病名	医事会計システム
			レセコン
			手動入力可
	処方内容	院内処方	医事会計システム
			レセコン
		院外処方	薬局システム
			手動入力可
	注射内容	点滴・静注・筋注などの注射内容	医事会計システム
			レセコン
			手動入力可
	検体検査結果	血液・尿検査	病院検査システム
			外注検査業者
			健診業者システム
	画像	X線・内視鏡	X線撮影機器
			内視鏡機器
			画像管理システム
	処置	創傷処置など医事会計上処置として扱われるもの	医事会計システム
			レセコン
			手動入力可
	手術	麻酔・手術など医事会計上手術として扱われるもの	医事会計システム
			レセコン

			手動入力可
	診断レポート	CT・MRI・内視鏡など	電子カルテ
			スキャナ取り込み可
	指導内容・サマリ 類	服薬指導	電子カルテ・スキャナ取り 込み
		栄養指導	
		輸血歴	
		退院サマリ	
		看護サマリ	
	患者プロフィール	既往歴・手術歴	手動入力 (一部電子カルテ)
		血液型・感染症	
		アレルギー	
		薬剤副作用	
		禁忌薬剤	
	ファイル共有	患者に関する画像、写真、文書などを患者別に保管できるスペース	手動
	バイタル情報	血圧、体温	電子カルテ(入院)
			手動入力
	日常生活動作 (ADL等)	移動、食事、入浴など	手動入力
連携業務	コミュニケーション ボード	患者別の掲示版機能	
		閲覧制限可能	
		コメント追記可能	
	紹介状	システムが保有する情報を転記可能	
	セキュアメール	さどひまわりネット内に限定したメール機能	
		ファイル添付可能	
	歯科連携	利便性の高い歯科診療所を選択可能	
		テンプレートによる容易な歯科紹介	
	医療介護連携	医療機関と介護施設との情報共有・コミュニケーション機能を提供	
	介護介護連携	介護サービス提供事業者間の介護情報共有	
	地域連携クリニカル マップ	施設を跨いだ長期診療計画の作成	
		介護施設間でも応用可能	
	施設機能予約	CT や専門外来などの施設機能を外部から予約	

		自施設の予約にも応用可	
	業務連携	施設間の文書流通基盤	
	外部サービス連携	家庭内血圧管理など民間の在宅診療支援サービスとの連携	
情報共有	ファイル共有	各種診療ガイドラインや参考文書など、医療・介護に有用な情報ファイルを保管するスペース	

機能一覧より抜粋

http://www.sadohimawari.net/functions/function_list/

▼情報参照 (http://www.sadohimawari.net/functions/view_infos/)

患者情報統合画面

ログイン後、患者を指定すると最初に表示される画面です。
該当する患者に関して「さどひまわりネット」が持つすべての情報はこの画面から参照します。



患者の情報を提供している施設が左「表示施設」に表示されます。
施設で表示を絞り込むことができます。

HB抗原などの感染症・アレルギー・禁忌薬・副作用歴などがあれば、患者氏名右側にアイコン表示されます。



メイン画面では、日付降順に、いつ・どこで・どんな情報が発生したかを表形式で表示します。

情報があればボタン表示され、各ボタンをクリックすると内容が表示されます。

フッタのボタンでは、各ボタンに相当する情報があれば赤字で表示されます。ボタンをクリックすると内容が表

示されます。

処方内容

「患者情報統合画面」に処方ボタンが表示されている場合は、そのボタンの日付・施設で処方が行われたことを示します。院外処方では院外処方箋を受け付けた調剤薬局が施設名となります。



処方日	処方施設	処方内容	処方量	処方単位	処方回数	処方期間
2014/01/01	院内処方	アスピリン	100	錠	1	1回/日
2014/01/01	院内処方	アスピリン	100	錠	1	1回/日
2014/01/01	院内処方	アスピリン	100	錠	1	1回/日
2014/01/01	院内処方	アスピリン	100	錠	1	1回/日
2014/01/01	院内処方	アスピリン	100	錠	1	1回/日

処方ボタンをクリックすると、該当する処方内容が最上部に薄い赤の背景で表示されます。

スクロールするとその前後の処方を参照することができます。

「患者情報統合画面」に戻って別の処方ボタンをクリックする必要はありません。

情報源が電子カルテや薬局システムのときは用法・コメントが表示されますが、医事会計システムの場合は表示されません。

検体検査結果

「患者情報統合画面」に検体検査ボタンが表示されている場合は、そのボタンの日付・施設で血液や尿などの検体検査が行われたことを示します。



検体検査日	検体検査施設	検体検査項目	検体検査結果	検体検査単位	検体検査回数	検体検査期間
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日

検体検査ボタンをクリックすると、該当する検体検査結果が表示されます。

正常値は施設によって異なりますが、正常値と一緒に提供される場合は、その上限値より高い場合は赤字、下限値より低い場合は青字で表示されます。正常値が提供されない場合は色表示は行われません。

さどひまわりネット自体は正常値を持ちません。このため、同じ値でも情報源によって色表示される場合とされない場合があります。



検体検査日	検体検査施設	検体検査項目	検体検査結果	検体検査単位	検体検査回数	検体検査期間
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日
2014/01/01	院内検査	血糖値	100	mg/dL	1	1回/日

検査結果を時系列で表示したいときは、該当する項目にチェックを入れ、フッタの「検のみ時系列」「検バ処時系列」をクリックします。前者は検体検査結果のみの時系列表示、後者はパ

イタルや処方内容も同時に時系列表示します（データがある場合のみ）。

時系列表示は、健診データ含め施設をまたがって表示します。ただし、時系列表示の対象は参照頻度が高い120項目に限られます。

患者プロフィール

「患者情報統合画面」の右上にある「プロフィール」ボタンをクリックすると、アレルギーや副作用、血液型などプロフィール情報の参照・編集ができます。



情報源が電子カルテの時は感染症・血液型・身長・体重のみ自動で取得されます（データがある場合のみ）。それ以外では手動入力が必要です。

感染症・アレルギー・禁忌薬・副作用の入力があると、画面の患者氏名の右側に該当するアイコンが表示されます。

画像

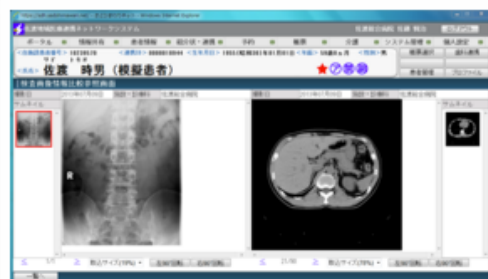
「患者情報統合画面」の画像欄にボタンが表示されている場合は、そのボタンの日付・施設で画像検査が行われたことを示します。表示されるボタン名は画像検査名を示します。

画像検査名は画像機器・システムから提供されるものをそのまま表示しています。画像は圧縮画像であり、診断に直結する機能は有していません。参考画像として参照してください。



一つの画像検査で複数の画像がある場合、画像の上でマウスホイールを回すと画像が順次表示されます。

画像は拡大・縮小表示が可能です。1画像単位になります。



1画面あたり、2種類の画像検査まで表示できます。

患者プロフィール

「患者情報統合画面」の右上にある「プロフィール」ボタンをクリックすると、アレルギーや副作用、血液型などプロフィール情報の参照・編集ができます。



情報源が電子カルテの時は感染症・血液型・身長・体重のみ自動で取得されます（データがある場合のみ）。それ以外では手動入力が必要です。

感染症・アレルギー・禁忌薬・副作用の入力があると、画面の患者氏名の右側に該当するアイコンが表示されます。

紹介状

ログイン者宛てに紹介状があると、「患者情報統合画面」のフッタにある紹介状ボタンが赤く表示されます。（ログイン後のポータル画面のお知らせにも紹介状が届いた旨の表示がなされます）



フッタの紹介状ボタンをクリックすると、紹介リストが表示されます。リストの詳細ボタンをクリックすると内容が表示されます。

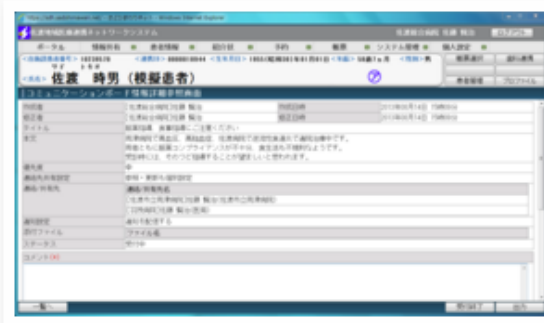
さどひまわりネットで紹介状を作成するとPDFファイルとして保存されるため、参照時に印刷することができます。

さどひまわりネットで紹介状を作成して登録すると、その時点で受け取り側が参照することができます。患者が紹介状を持参する前に確認することが可能です。

紹介状は紙媒体として相手方が受け取るにより正規なものとして扱われます。さどひまわりネットへの登録のみでは正規な紹介状としては扱われないことに注意してください。

▼連携業務(<http://www.sadohimawari.net/functions/cooperations/>)

コミュニケーションボード



患者の生活・社会背景や服薬コンプライアンスなど、診療・介護に際して関係者が共有すべき注意事項を記載します。「ことば」として伝えたいことがあるときに有用で、とくに介護との連携に重要な機能です。

記載事項に対して参照者がコメントを追記することができます。追記されたコメントはリスト表示されます。

閲覧者を指定することができます。

紹介状



さどひまわりネット参加施設であれば、紹介先として選択指定できます。該当する施設の住所や診療科・担当医も選択できます。紹介元はログイン者が自動的に設定されます。

病名・処方内容・検体検査結果・プロフィール情報など、さどひまわりネットが保有するデータを選択して転記で

きます。

よく用いる様式をテンプレートとして保存することも可能で、短時間に紹介状を作成できるように配慮されています。

さどひまわりネットで作成された紹介状であれば、端末から容易に返書を作成できます。

セキュアメール

さどひまわりネット内に限定されたメール機能です。ファイルを添付することもできます。

医療・介護情報と同等のセキュリティを有しているため、患者個別に関する内容の記載が可能です。

歯科連携



成します。

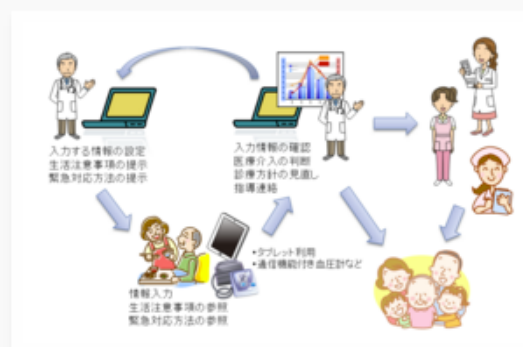
この機能は佐渡歯科医師会からの要望で装備されました。

歯科に紹介する際、右上の歯科連携ボタンをクリックすると、紹介状テンプレートを選択する画面とともに、さどひまわりネットに参加している歯科施設が住所付きで表示されます。

患者の住所を参考に、利便性が高い歯科施設を選択することができます。

歯科施設を選択した後は、紹介状作成と同じ機能を用いて歯科宛紹介状を作

医療介護連携



きます。

タブレットで入力した内容は、端末から日次・週次・月次で印刷することが可能です。印刷物を介護施設の記録として流用することにより、二重入力を回避します。

介護施設にはタブレットが配布されます。

介護施設利用者の主治医もしくは介護施設が、血圧・体温・排便回数など患者に関する観察項目を設定すると、タブレットに反映されます。入力項目は柔軟に設定することができます。

介護担当者はタブレットを参照することで、患者毎に入力項目を把握し、必要な入力を行います。

また、主治医が患者の生活上の注意点や緊急対応方法を設定することも可能で、設定内容はタブレットから参照できます。

主治医は、タブレットで入力された内容を参照し、必要な対応を判断します。判断した対応内容は端末に入力すると、タブレットで参照することがで

介護介護連携

介護施設では、上記観察項目の他に日常生活動作に関する状態を入力することができます。入力項目は柔軟に設定可能です。

入力した内容は、他の介護施設でも参照でき、介護サービス提供事業者が変わっても共有情報として利用できます。

また、医療機関でも、入院患者のリハビリ目標の設定などに有用な情報となります。

入力内容を印刷することにより、介護施設での記録として流用でき、記録の二重入力を回避します。

地域連携クリニカルマップ

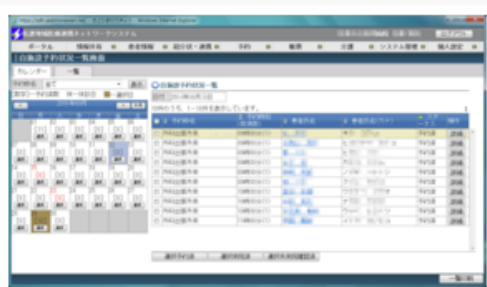
病院・診療所をまたがった診療計画を作成することができます。

おおよその時期にどの医療機関で何をチェックするのかを指定します。これにより、長期的な診療計画のもと、患者は利便性が高い医療機関で適切な医療を受けることができます。

よく用いられる診療計画はテンプレートとして保存することができます。他の患者への適用が容易となり、地域連携クリニカルパスの簡易版として応用可能です。

チェック項目は柔軟に設定できるため、歯科や薬局、外来看護師と介護、介護サービス間などでの長期計画作成にも有用です。

施設機能予約



CTや専門外来など施設の機能を外部から予約することができます。

外部からの予約を受け付けるには、当該機能の予約枠を作成し、さどひまわりネット内に公開します。公開しない場合は自施設に限定した予約機能として利用できます。

予約患者は一覧として表示、印刷が可能です。診療時には予約一覧から患者情報統合画面を呼び出すことができます。また、印刷することによりカルテの事前準備に利用できます。

業務連携

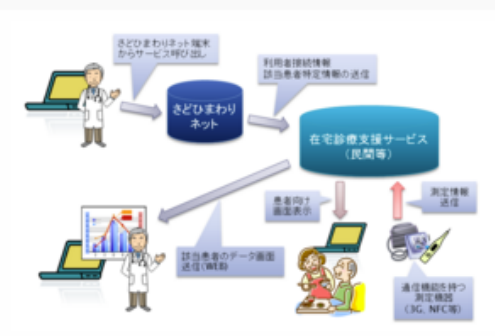


周術期口腔管理、介護施設向けの診療情報提供書、ケアプランなど、施設をまたがって流通させる必要がある文書は多くあります。

流通させる文書の経路を設定することで、文書流通の進捗状況を把握できる機能を有しています。

流通させる文書は、その都度添付することも、さどひまわりネットにひな型を保管して応用することもできます。

外部サービス連携



家庭内血圧など、在宅診療を支援するサービスが民間を中心に始まっています。

さどひまわりネット端末から、サービスを利用している患者の画面を直接表示させる機能を有しています。

詳しくは[こちら](#)をご覧ください。

5. 京都市：「京都 KN 式情報共有シート」

訪問調査概要

2015 年 11 月 27 日

京都大学大学院医学研究科

ヒアリング先

京都大学大学院医学研究科

脳病態生理学講座 臨床神経学(神経内科) 武地 一 先生

調査内容

■「認知症ケアパス連携シート/オレンジつながり手帳(＝京都 KN 式情報共有シート)」 の特徴と運用について

1: 地域連携パス「京都 KN 式情報共有シート」について

- ・「京都 KN 式情報共有シート」とは
- ・認知症ケアパス連携シートの主な特徴
- ・内容詳細
- ・「オレンジつながり手帳」(本人・家族が持つ)
- ・「連携シート」(専門職が持つ)
- ・2 冊になった理由
- ・これまでの経緯

2: 運用案について

- ・手帳の交付までについて
- ・いつ渡し、いつから運用を始めるか?
- ・誰がこのシートを持つのか?
- ・誰が書くのか?
- ・記載する量(閲覧される情報量)について
- ・ツールで共有する項目について

■総括

- ・普及させるにあたってのご意見
- ・認知症について、知ってもらうための工夫

「認知症ケアパス連携シート/オレンジつながり手帳

(＝京都 KN 式情報共有シート)」の特徴と運用について

1：地域連携パス「京都 KN 式情報共有シート」について

・「京都 KN 式情報共有シート」とは

認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、認知症患者やその家族が安心して
きるよう「認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを整理」し、当事者、家族、地域
住民に対して、認知症の人を地域でいかに支えていくかを明示するために作られたもの。

認知症と疑われる症状が発生した時から生活機能障害の進行、終末期に至る中で、その
人の進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいか(受
けることができるか)を見える化し、理解できるようにするための機能を備えている。

(＝情報共有機能、教育機能、見える化)

※認知症ケアパス連携シートは専門職が、オレンジつながり手帳はご本人またはご家族
が生活史や病歴などを記載し、手持ちすることになっている。

平成 28 年 4 月からの本格運用に向け、現在は運用・試行をしている。

●認知症ケアパス連携シートの主な特徴

- 情報共有機能
 - ①地域連携、②時間経過の中で、基本的な情報を伝える
(部分的に他の手帳や連携シートで補うこともある)
- 教育機能
 - KN 式ケアパス概念図および KN 式情報共有シートという、一目で全体が把握できる簡便なツールで、直感的に認知症ケア全体に必要なことを把握する力を多くの人が養うことができるように構成されている。
- 見える化
 - 情報共有機能、教育機能、いずれにおいても見える化することで、多職種連携・当事者参画を促すと共に、認知症という全体像を把握することが困難な病態を学ぶ文化を醸成する。



・内容詳細

●「オレンジつながり手帳」(本人・家族が持つ)

自分にまつわることや年表、生活、暮らし、趣味など。続いて既往歴を聞いており、その中に認知症について、「いつからどんな症状がありましたか」と記載がある。

特に、17 ページの「環境チェック」では、一人暮らし、老老世帯など注意したい状況であるか確認できるようになっている。さらに、20 ページには意思確認——「将来的にどんな治療を受けたいですか」ということが書かれている。



この冊子の内容はすべて専門職用のシートにも含まれている。

これは、「本人・家族と専門職がコミュニケーションしてシートの内容を埋めてもいいし、本人・家族がまず自分たちの勉強のために使ってもいい」という考えを反映したもの。

●「連携シート」(専門職が持つ)

主治医意見書と同じような形で持つ——または、専門職の間だけでその人のケアの方針などを決める時に、使うものとして想定されている。

なお、専門職への繰り返しの勉強会は手間と時間が掛かることから、自己学習用に書き方と読み取り方の解説を追加している。

※いずれも試行運用した後には、参加した医師、あるいはケアマネジャー約 60 人～70 人に対して、「この連携シートはこれでよいか」、「運用の仕方はこれでよいか」ということをアンケート調査する予定。

そのアンケートを集計し、さらにもう 1 回、検討委員会の委員 15 名で話し合い、報告書を作成することになっている。

●2 冊になった理由

試行前に解決しなかったのが、「情報共有ツールは、専門職が持つべきか、本人・家族が持つべきか」ということだった。認知症の場合、認知症の人も家族も混乱している状況の中で、共有すべき情報を書いてもらうことは難しいと考えられる。

医者やケアマネジャー、専門職が協力してやっていくためには、本人・家族に書いてもらって、専門職側が持つておく、というのが一番だとも考えられたが、それでは不十分である、との議論もあったので、全く同じ情報を両方で持てるようにしよう、となった。

●これまでの経緯

1999 年～ もの忘れ外来開設

センター方式モデル事業に京都市として参加

パーソンセンタードケア

認知症臨床ならびに介護負担に関する一連の研究

2012 年 京都式認知症ケアを考えるつどい(京都文書)

オレンジプランの策定を受けて、情報共有ツール(認知症ケアパス)に関する議論を行う。

その後、地区医師会、老人福祉施設協議会、京都市長寿すこやかセンターなどで認知症ケアパス概念図に関する記載方法の学習会や、認知症ケアパス連携シートの原案を元に事前検討会などを実施。

京都大学のもの忘れ外来でも、ケアパス概念図に関する認知症の方の家族に対するアンケート調査を実施した。

特に、情報共有ツールの普及のためには研修を通じた理念の共有が必要と考え、手厚く対応している。

・手帳の交付までについて

●いつ渡し、いつから運用を始めるか？

認知症に気づかれた頃なのか、あるいは診断した時なのか、何の時からというのが——骨折だったら、すぐに骨折したというのが分かって、そこからパスを始めればいいが、認知症の場合わかりにくいという、その点はひとつ大きな議論であった。

●誰がこのシートを持つのか？

認知症の人と家族が混乱している時期に、その人達に手帳を持ってもらう、シートを持ってもらって、お医者さんの所に行ってもらう、ということが出来るのかどうか疑問があった。

他方、専門職だけで持っていていいのかどうか。個人情報なので、本人・家族が持っていることが基本で、見せてもらう方がよいのではないか、という議論がなされた。

●誰が書くのか？

「医者か、ケアマネジャーか」が一番大きな議論だった。

おそらく、ケアの起点ということからいくと地域包括支援センターや、あるいは初期集中支援チームが整ってくれば、そのあたりから書き始めると考えられる。

あるいは本人・家族がこういう手帳を持っていき、そこから地域包括や相談所、医療機関で診断を受けた時など、いくつもあるかもしれない、と考えている。

保管については、自治体などがナンバリングして管理する、といったやり方であれば漏れないと考えている。

●記載する量(閲覧される情報量)について

認知症というのは5年10年15年と続く場合が多いので、2年ごとくらいで更新するという、主治医意見書と同じような発想で運用できればと考えている。ケアパス連携シートは2～3年ごとに更新する度、過去のものは古い順からつけ換えていくようなやり方を考えている。(加除式)

そうすることで、例えば特養に入った時に「なんでこの時期に認知症という診断を受けたのか？」ということを手帳を確認できるようになるのでは、と考えている。

また、例えば認知症の人が救急病院に行った時に「これが私のシートです」と、すべて持って来られても、とても読めないのも、最低限のエッセンスが入ったものがあれば、「この方は認

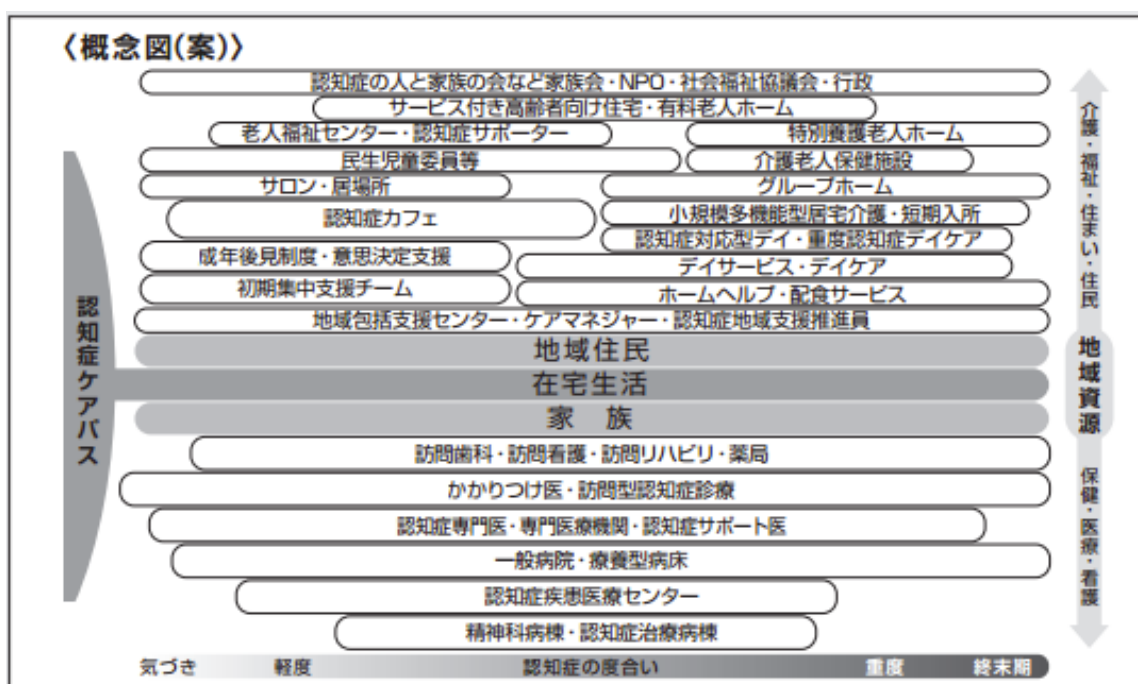
知症で、でもデイサービスに行っているし、家族がいて、暮らしはもともとこんな風にしてるんだな」というのを見てもらえるのではないかと考えている。

●ツールで共有する項目について

介護保険の主治医意見書、地域包括支援センターのケース・フェイスシート、認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式、パーソンセンタードケアの考え方などをもとに大枠の案を作成。それをたたき台にして、80名を超すメンバーがメーリングリストでつながっている京都府の認知症医療・ケア・当事者のグループ「京都市認知症ケアを考えるつどい」実行委員会を通じて議論を深めていった。

また、最終的に京都地域包括ケア推進機構が作成した京都式オレンジプランを協議する認知症総合対策推進プロジェクトメンバー内でも議論してもらった。

項目は自然に思い浮かぶものが多く、スムーズに進んだが、最終的に苦心したのは、「どれくらいの分量の記載項目を配置していくか」であった。



・普及させるにあたってのご意見

●認知症について、知ってもらうための工夫

項目の内容の参考にはしたものの、主治医意見書は、認知症ケアのためには情報不足であると考えている。

これは、もともとの寝たきり介護モデルに近いところを想定しているためで、生活史もなければ、親族などの関係性を確認する情報もない。もちろん特記事項の所を書けばいいが、認知症ケアに対して、役立つ情報がないと考えられる。

「京都 KN 式情報共有シート」には、パーソンセンタードケアや、その他の認知症の人をケアするための情報が入っており、認知症について知るきっかけとなるものがある。

極端に言えば、主治医意見書で認知症という診断がついてる場合には、これを挟み込んでおくというような配慮や推奨がなされてもいいと思う。

今でも自治体によってはそうした情報を加えるところがたまにあるし、ケアマネジャーが要介護認定を、主治医意見書を更新する時などに、日常生活状況が分かるシートを添付する、というケースもある。

あるいは、「主治医意見書の下の方に専門医の診断書のようなものを付けてほしい」と希望を出せば、それが添付されるようになると良いと思う。

6. 砂川市：「支えあい連携手帳」

訪問調査概要

2015 年 12 月 23 日

砂川市立病院

ヒアリング先

砂川市立病院

精神神経科 部長 内海 久美子 先生

認知症疾患医療センター 福田 智子 様

大辻 誠司 様

調査内容

■地域連携パス「支えあい連携手帳」の特徴と運用について

1:地域連携パス「支えあい連携手帳」について

・「支えあい連携手帳」とは

- ◇ 支えあい連携手帳の主な特徴
- ◇ 第3版までの経緯
- ◇ 第2版から第3版への改訂ポイントについて
- ◇ 配布対象について
- ◇ 制作にかかった費用について

2:実際の運用について

・活用現場で加えられた項目や改善点や工夫などについて

- ◇ 利用者家族の工夫
- ◇ 砂川市立病院の改善
- ◇ デイサービスでの改善
- ◇ 薬局からの改善
- ◇ ショートステイからの工夫
- ◇ グループホームからの改善
- ◇ 有料老人ホームでの改善

・手帳の使い勝手についてのアンケート内容

・普及させる地域について

・ツールの制作にあたり、地域性など、考慮すべき点はなにか

- ◇ 地域性の考慮について
- ◇ 行動心理症状に関する項目について

3:「支えあい連携手帳」の活用事例

- ・注意が必要な項目や検討のうえ項目から削除した例

■総括

普及についてのご意見

■補足:「支えあい連携手帳」についてのアンケート

地域連携パス「支えあい連携手帳」の特徴と運用について

1 : 地域連携パス「支えあい連携手帳」について

・「支えあい連携手帳」とは

北海道中空知管内を中心に、道内認知症疾患医療センター9カ所、札幌市東区の「みきファミリークリニック」や済生会小樽病院などで660冊が利用されている「支えあい連携手帳」は、認知症専門医療機関や地域医療機関のほか、薬局や介護関連施設などが認知症の方と家族とより連携していくために制作されたもの。

平成25年3月に第1版(1,000部)が作成され6月に配布されて以降、現在の3版に至る。

●支えあい連携手帳の主な特徴

- ・ 認知症に特化した手帳の場合、持っていることで偏見を持たれる懸念がまだある。そこで、そうした偏見を持たれないよう、名称などに配慮がなされている。
- ✓ 高齢者に対して、既往歴を聞くことは困難であり、また情報の正確さに不安が残る。そのため、まずは認定看護師などが電子カルテの内容をさかのぼって確認。



「みまもり活動」のキャラクター、みまもりんごの「みまもりん」

頭についている葉っぱで支援が必要な高齢者を見つける（砂川市の手帳にはこのキャラクターがあしらわれている）

本人に説明しながら手帳に記入するようにしている。

- ✓ これによって、医療機関などは合理的に時間を活用することができ、患者にとっては「マイカルテ」のようなものが手元に備わる。
- ✓ バインダー手帳なので古いページは外し、新しいページを追加できる。また、2 穴仕様になっているので、他の手帳（血圧手帳、糖尿病手帳など）も一緒に綴じることができる。
- ✓ 胃瘻の是非について、患者本人の意見を聞くページを設けている。
- ✓ 情報交換シートを活用することで、受診時に家族が医師に病状を話すときに患者が苦々しくそれを聞く、という場面を回避できるようにしている。
- ✓ 第3版からは「認知症」というワードを使わないようにし、汎用性を高めている



砂川以外の地域で配られている手帳。
表紙のデザインが「つながり」を意識するよ
うなものになっている。

砂川市立病院・内海センター長

連携パスに活用できる
認知症マイカルテ製作

生涯使える
バインダー式

砂川市立病院の内海久美子認知症疾患医療センター長は、地域連携バスにも活用できる認知症患者用のマイカルテ「空知支えあい連携手帳」を独自に作製した。生便使えるバインダー式で、同病院に「もの忘れ外来」が開設され十年目を迎えた認知症対策の先進地・空知から発信し、全道に普及させたい考えた。



る持帳
す。手
に長な
手一利
を夕便
帳ンに
手セび
携海運
連内ち
サ

認知症、加齢が進むが狙い。基本情報などの書きほど、既往歴や認知症の進行状況を、本人は直し作業は負担になるもちろん家族さえ把握のためバイナリー式でできていないケースもあり、必要部分を持ち歩き、必要になった部分分は外して自宅等に保管しておき、利用者や家族、ケアスタッフ、薬剤師、看護師、医師の情報共有ツールとするの家族構成、合併症や

記憶、行動、介護者から見た印象など八項目を、半年ごとにケアマネがチェックし送付してもらっていた認知症状況シートは、四〜五年分の進行状況を一ページで把握できる「進行度チェック表」に置き直し。職種などを超え

作製

生 運 使 え る
バインダー式

治療薬、緊急連絡先、民生委員、介護支援機関、要介護状態区分等の記入欄のほか、「診察時に家族から、一日中うとうとするようになったなどの訴えがあった場合、まず初めに疑うのは薬剤の変化」という南海センター長の日々の経験から、薬剤師が薬剤シールを貼り、追加や増減があれば赤線を引き注意を促すページも盛り込んだ。

で、答えてほしい人を指名し質問できる情報共有シート」も設けるなど、すべての関係者がメリツトを感じられるよう工夫した。

今月から同センターを受診する患者に配布を開始しているが、運用法は今後詳細を詰める。バインダーは有料、シートは無料を想定。十日に砂川市で開かれた第二十四回ケアスタッフ研修会で南海氏が連携手帳を公開、「意見ききたい」とし、三百人余りの参加者に協力を呼びかけた。

140

中空知管内の医療・介護・行政機関にて掲示

平成 26 年 7 月 400 冊配布
平成 26 年 12 月 500 冊配布
平成 27 年 1 月 使い勝手にに関するアンケートを家族 100 名に実施
平成 27 年 2 月 道医療連携推進事業で第3版(1,000 部)を発行
平成 27 年 3 月 深川市(人口約 2 万人、高齢化率 38.1%)認知症ケア研究会に
100 冊贈呈
道医療連携協議会終了:検討委員会(DNM)解散
平成 27 年 6 月 600 冊配布
平成 27 年 10 月 みきファミリークリニック三木先生(札幌市医師会理事)と意見交換。
砂川市長と内海先生懇談⇒「支えあい連携手帳」を「高齢者手帳」として 65 歳または 75 歳以上に全員配布する案などについて(※詳細は以下)
平成 27 年 12 月 680 冊配布

●第2版から第3版への改訂ポイントについて

- ・医師が記入する「情報交換シート」の記載分量を半分程度にした
⇒気軽に、積極的に記入してもらえるように
- ・胃瘻などについて意志を確認する「最後のページ」について名称を変更
⇒「エンディングページ」とすることで、患者に対する切迫感をなくし、「最後＝最期」のような重苦しいイメージを和らげるため

●配布対象の拡大について

65 歳以上、または 75 歳以上に「高齢者手帳」として配布することについては、特に「何らかの疾患が始まったことをきっかけにする」ことが適当だと考えている。定期的な受診が必要な病気にかかったり、大きな病気が見つかったりしたときに病院から渡せば、と思う。

●制作にかかった費用について

平成 25 年度初版

74 万円(バインダー+手帳)1,000 冊(株)エーザイと NPO 法人中空知・地域で認知症を支える会共同制作として

平成 25 年第2版

32 万円(手帳のみ差し替え)1,000 冊 道医療連携推進事業

平成 26 年第3版

42 万円(バインダー+手帳)1,000 冊 道医療連携推進事業

⇒いずれも 1 冊あたりの制作費が 500 円以内におさまるように考えられた。

2：実際の運用について

・活用現場で加えられた項目や改善点や工夫などについて

●利用者家族の工夫

患者家族(嫁)が、ご自身で A5 サイズのルーズリーフを購入。ほぼ毎日の介護記録を記入してバインダーに綴じている。

時に、介護での苦労などを記載する日記としての機能も果たしている。

このケースでは、ページが増えてきたら古いページは外して保管するようにしているとのこと。

●みきファミリークリニックの改善

定期薬剤シートと臨時薬剤シートを追加。

また、定期検査の情報も挟むようにしている。

●砂川市立病院の改善

定期検査の情報や療養計画書を挟むようにしている。

また、必要な場合は血液検査の情報も挟んでいる。

家族などが医師に特に確認してほしい、と思う項目については手作りの見出しクリップを挟んで見てもらえるように工夫をしている。

●デイサービスでの改善

毎月デイサービスで計測する体重、血圧、脈、体温を一覧にして記入している。

●薬局からの改善

薬の変更などの情報を薬剤師が記入。

増量や変更についても薬剤シールの横に書き込みをして、変更点を明示している。

●ショートステイからの工夫

施設からもらった情報提供書を A5 に縮小コピー。

2 穴を空けてバインダーに挟み込んでいる。

(市販の穴あけパンチで穴を空けて綴じられるバインダーである利点が発揮されている)

●グループホームからの改善

かかりつけ医に施設での様子を伝えたり、血圧や排泄に関する情報を内科に、トイレの回数について泌尿器科に、薬に関すること(飲んだあとの変化の様子など)を精神科に、それぞれ情報交換シートを利用して情報共有と連携を行っている。

●有料老人ホームでの改善

入居者の日々の様子を「日記シート」に記入。ホーム内のスタッフの連絡帳として活用している。何か行動・心理症状や目立った変化があった場合に記載する情報と、その予兆となるできごとの関連性を蓄積した情報から類推することで、例えば幻聴の出現原因を探り当てる、など有効活用されている。

・手帳の使い勝手についてのアンケート内容

<ポジティブな意見>

- ・ 日々の施設での様子が手帳を見ると分かるので、受診時に安心できる
- ・ 薬剤シートのページの活用は薬局の理解があるから
- ・ 地域ケアスタッフからの意見としては、こうした医師との連携ツールが欲しかったので助かる、とのこと
- ・ かかりつけ医との連携が取りやすくなった
- ・ 中核症状の場면을抜き取って「日記シート」でスタッフ間の申し送りを実施したことで、出現の頻度や原因を把握。対応がしやすくなった。また、何をすればそれがおさまるのか、まで見極められた。
- ・ スタッフが受診の付き添いを行う場合、医師に伝えたいことを口頭で言うよりも簡単かつ手間もなくストレスが軽減できる。
- ・ 認知症や介護について、客観的に見られるようになった
- ・ (家族が)ケアマネやかかりつけ医に説明しやすくなった
- ・ 認知症という病気を理解し、介護に余裕がもてるようになった

<ネガティブな意見>

- ・ 今は軽度なので、書くことがあまりない
- ・ デイサービスなどの施設では連絡帳が使われており、記載する内容が重複してしまう

・普及させる地域について

現在、砂川市立病院のほか、ノートの意義をご理解くださっている地域にお配りしている。また、来院してくる患者は砂川市民に限らないため、周辺の市に住んでいる方もツールを利用している場合がある。

いずれの場合もツールの利用継続については、医療機関側が積極的である必要がある。それというのも、ツールを提示した患者や家族に対して冷たい態度を取ることで萎縮してしまい、二度と診察時に見せなくなる、などの事態になるからだ。

運用開始時には、院外薬局やケアマネなどに説明会を実施したが、医師への説明が手薄になっていた。普及には医療側に連絡や根回しが必要であるし、診察時に「ノートはありますか？」と患者に声かけをするような働きかけが必要だ。

・ツールの制作にあたり、地域性など、考慮すべき点はなにか

●地域性の考慮について

ノートを作成するにあたり、地域性を考慮しなければならない場面はないと感じた。全国的にも同様であると考える。

医療機関と介護施設、ケアの時系列などがわかる図があって、変更があればそれを反映させればいい。その差し替えが可能なようにバインダー式にして、冊子は全国共通に。母子手帳のように高齢者がみんな持ち歩けるようになればいいと思う。

●行動・心理症状に関する項目について

手帳は家族に持ってもらっているので、本人が項目の記述を見て気分を害する、という場面は今のところない。ただ、今後「高齢者手帳」としてご本人に持ってもらうとなった場合、この項目を残したままにするのか、など考える必要があると思っている。

項目の内容は即座に書くことが難しいので、「一度家に帰って、ゆっくりと埋められるところは埋めてください」と伝えるようにしている。

実際に書き込んで来てくれた方や、別途時間を作って話し合いながら記入した例もある。これを通して、家族と当事者が病気に向き合って話し合う、ということもあるようだ。

●画像診断についての情報共有

MRI の問診票は聞きだすのが大変である、ということもあり、「これがあって助かる」といった意見は多い。

ただ、1 回書いて、その後ペースメーカーを入れているにも関わらず情報が更新されておらず、手帳の記載内容をそのまま信じてしまい、結果として事故が起きた、ということにならないようにする必要はある。

本来は「手術をしたなら書き換えてください」のような注意があればいいのだが……。情報を書き換えてくれないことで、処置を行った人がその後の事故の責任を負う、というわけにもいかないなので、悩ましいところではある。

3：「支えあい連携手帳」の活用事例

特に役立ったケースは「薬剤ページ」。

また、半年から1年に1回の受診時には最近のトピックを記載してもらうことで、BPSDの進み具合が分かった、というケースがある。

・注意が必要な項目や検討のうえ項目から削除した例

＜胃瘻以外に終末期に行う処置に関する意思確認＞

初診時に一緒に書く際はもちろん、ある程度時間がたっても記載されない場合がある。ただ、最近「終活」という言葉も出てくるほど、こうしたことについて考える場面が一般化してきたこともあるので、今後は「呼吸器を付けるかどうか」といった項目も含めて追加を検討している。

＜そのほかに追加したい項目について＞

医師がどうしても知りたいと思う情報は、「既往歴」と「介護認定の情報」。

まず、既往歴について。

認知症が重度になると、アルツハイマー型なのかレビー小体型なのか、前頭側なのか脳血管か、全くわからない。そのため、確認のためにも病歴が欲しいと考える。きちんと書いておくことで、例えば終末期に特養に入ったとしても、安心できると思う。

また、「どういう流れでどういう医療を受けていて」ということを知ることで、医者も診察がしやすくなると思う。それというのも、何か起きた時に、「この人はこういうことがあったから、この症状を起こしたかもしれない」というストーリーから様々なことを類推し、対応することになる。そのため、きちんと病歴だけは知りたいと感じるもの。

いつ頃から歩けなくなっているのか、いつ頃から要介護状態になったのか、といったことを知ることで、例えば“間違った治療”をされて歩けなくなる、という望まない状況になることを防ぐことができるはずだ。

次に、介護認定の情報について、これは行政から知らせてもらえない状況にある。一方で、家族や本人に確認しても正確な情報が得られない場合が多い。

これを何とかする方法があれば、と思う。

普及についてのご意見

現在、地道に手渡し活動と機会があるごとに研修会などでPRを行っている。今後もそれは続けていくが、ツールが広く活用されるためには、次の2つが不可欠だ。1つは「医師の意識が変わる」こと。もう1つは、「行政の後押し」だ。

「支えあい連携手帳」は、本人や家族の助けになることはもちろん、医療機関や介護の現場でも助けになるものだと思う。そのことを声を大きく発表してもらい、トップダウンで利用を推進していかなくては運用が難しい場面もある。将来的には砂川市の高齢者手帳としての普及をめざしている。

補足：「支えあい連携手帳」についてのアンケート

項目

1P: 支えあい連携手帳の使い方について

2P～3P: 基本

4P～5P: わたしの「大切なこと」メモ

6P: 医療機関へのご協力をお願い

主治医先生にお願いしたいこと

8P: 既往歴、現在治療中の病気

MRI 検査について該当するものに○をつける

9P: ケアマネジャーへのご協力をお願い

現在の介護支援機関

要介護状態区分等

12P: 薬剤師先生へのご協力とお願い

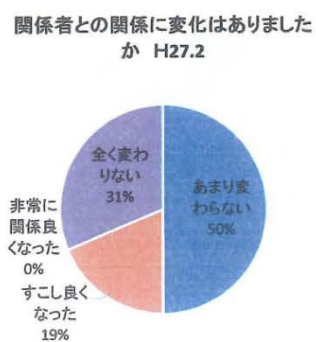
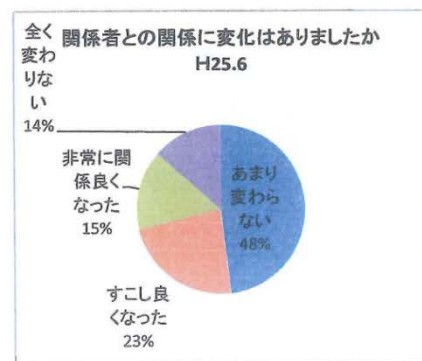
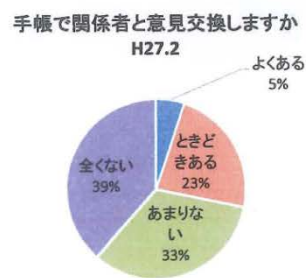
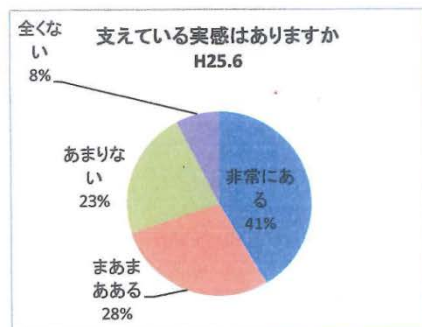
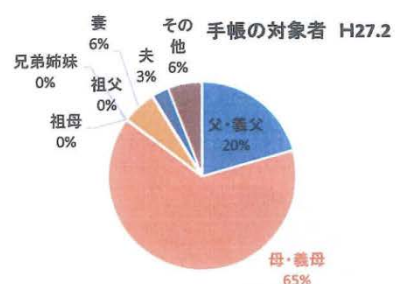
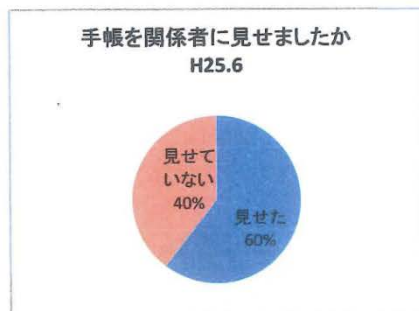
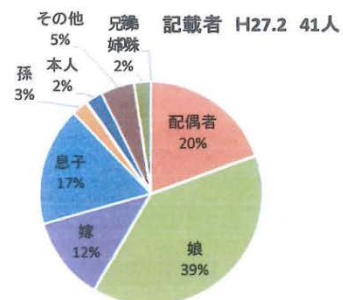
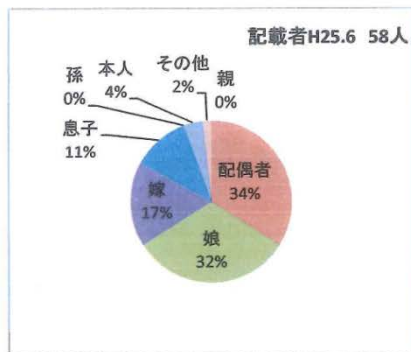
薬剤シール※薬局にて初回処方時と変更時にシールを貼付

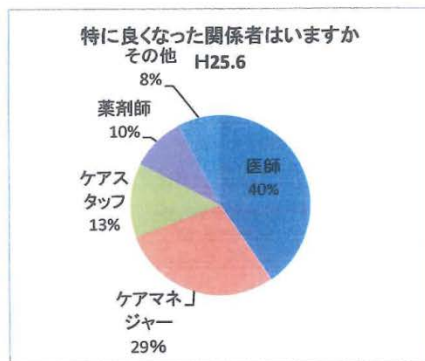
生活チェック表※ケアマネジャーまたは介護者が記載

情報交換シート

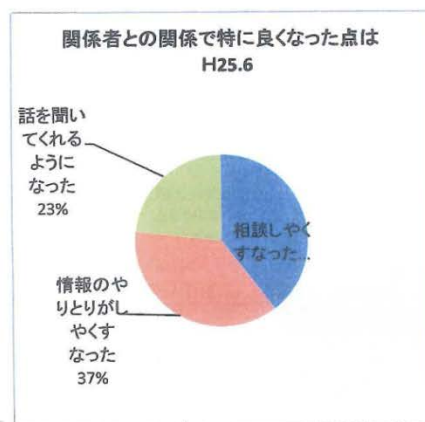
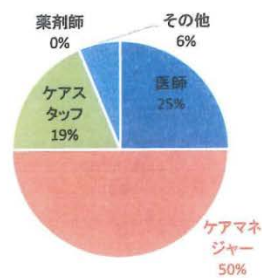
日記シート※特別なできごとがあったときに記録

最後にご本人・ご家族にお聞きします(胃瘻のご希望について)

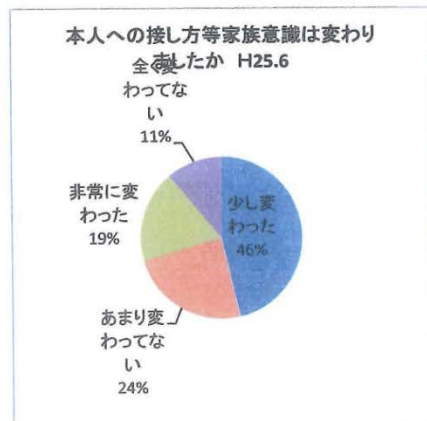
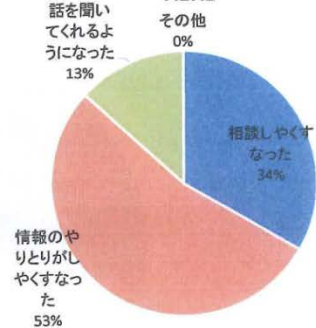




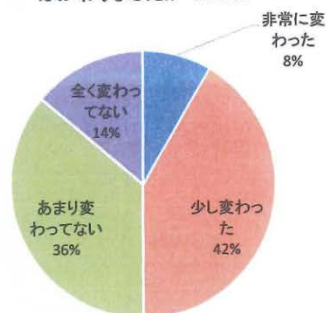
特によくなった関係者はいますか
H27.2



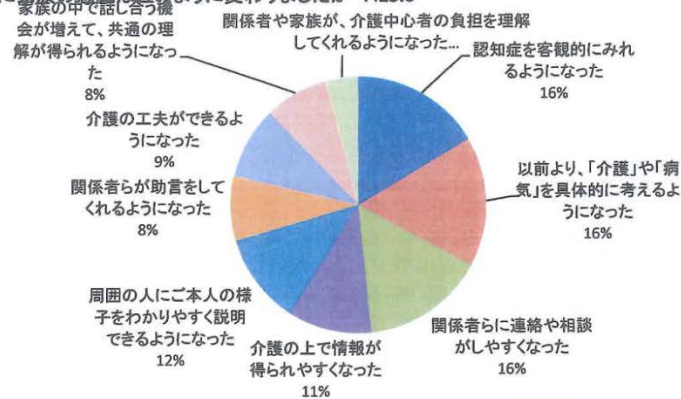
関係者との関係で特によくなった点は
H27.2



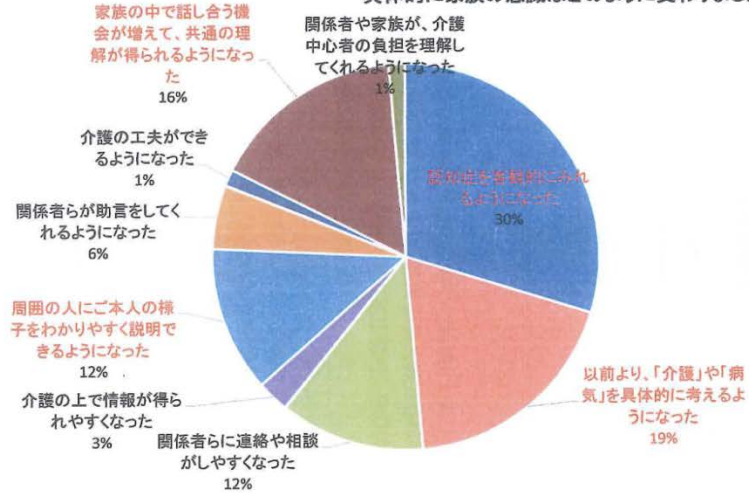
本人への接し方などについて家族意識
はかわりましたか H27.2



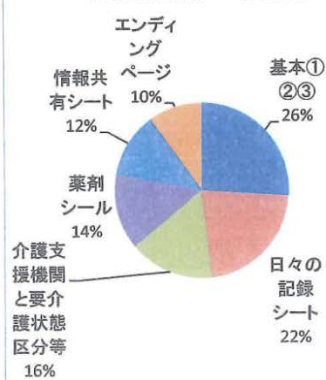
具体的に家族の意識はどのように変わりましたか H25.6



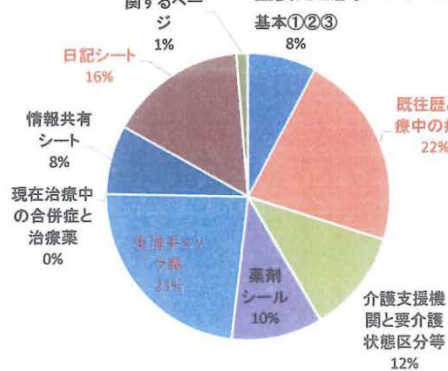
具体的に家族の意識はどのように変わりましたか H27.2



重要だと思うページH25.6



重要だと思うページ H27.2



7. 柏市：「医療・介護多職種連携情報共有システム」

訪問調査概要

【柏市 医療・介護多職種連携情報共有システム】

2016 年 3 月 11 日

ヒアリング先

柏市役所 保健福祉部 地域医療推進室

小林 唯浩様

調査内容

■ 導入の背景と取組みの流れ

■ 実施概要

-システム構築にあたっての協力体制と実施体制について

-システムの機能について

●基本機能とシステム構成について

- システム利用の登録者について

●利用者属性のうち、特長のある点について

- 情報共有システム構築と利用にあたって

- 利用したことで得られたメリット

- 今後、改善や工夫が必要と思われる点

-個人情報保護と閲覧制限について

-運用にあたっての協力体制

① 円滑な多職種連携のための活動

② 三師会の協力について

③ 運用にあたっての役割分担の考え方について

■ 今後も「医療・介護多職種連携情報共有システム」が利活用され効果的に運用されるために

■ 総括

システム利活用の円滑化についてのご意見

1：導入の背景と取組みの流れ

本件は、平成 21 年に東京大学・UR 都市機構・柏市の三者が「高齢社会の安心で豊かな暮らし方・まちのあり方」を議論し、実践することを目的とした「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」が前身として進められ、平成 22 年 5 月の三者協定をもって実施が決定した事業である。

そもそも、豊四季台団地は高齢化率 40%になっており、団地自体も老朽化から立て替えが進められるという状況であった。そのことから、「住まいのあり方を含めた医療・介護連携」を考える良いタイミングであったとも言える。

研究会では、目指すまちの姿として、以下の 2 点が挙げられた。

1. いつまでも在宅で安心して生活できるまち ～在宅医療の普及～
2. いつまでも元気で活躍できるまち ～高齢者の生きがい就労の創成～

本事業は特に「1:いつまでも在宅で安心して生活できるまち ～在宅医療の普及～」を目指して取り組まれているもので、在宅医療を実践していくにあたり、「医療・介護の多職種を連携させるためにどのようにすればいいか」という観点から検討が進められ、結果として情報共有システムの導入が決まった。

2 在宅医療を行う医師等の増加と多職種の連携

③ 医療職と介護職の連携強化

連携課題を議論し、顔の見える関係をつくる
5つの会議

医療WG(H22.5～H24.3 20回)

医師会を中心に構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論
現在は、医師会「在宅プライマリケア委員会」で毎月議論

連携WG(H22.7～H26.3 28回)

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の代表者等で構成し、多職連携のルールを議論し、決定

試行WG(H23.11～H26.1 10回)

多職種で構成し、多職種連携ルールについて、具体的症例に基づく試行と検証を実施 ※評価チームを設置

10病院会議(H24.2～ 11回(継続中))

救急告示医療機関とがんセンターの院長、MSWで構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論

顔の見える関係会議(H24.6～12回(継続中)) ⇒ 延べ2,200名が参加

柏市の医療・介護関係者が一堂に会し、顔の見える関係を構築



※ いずれの会も事務局は市。

19

(訪問調査時の資料より抜粋)

－ システム構築にあたっての協力体制と実施体制について

情報共有システムの開発については、東大の知見をもって行われ、開発費も東大の研究費にて賄われている。

システム構築後、実際の利活用に沿ったものとするよう、以下のようなワーキンググループが持たれ、機能改善などが行われている。

【情報共有システムの実装までの経過】

・医療ワーキンググループ(平成 22 年 5 月～平成 24 年 3 月実施)

医師会を中心に構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論。

このワーキンググループにて、多職種連携のための情報共有システム導入が検討された。

(現在は、医師会「在宅プライマリケア委員会」にて継続中/毎月開催)

・連携ワーキンググループ(平成 22 年 7 月～平成 26 年 3 月実施)

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の代表者などで構成されたワーキンググループ。多職種連携のルールについて議論し、策定した。

・試行ワーキンググループ(平成 23 年 11 月～平成 26 年 1 月実施)

多職種で構成されたグループで、多職種連携ルールについての試行と検証を実施した。

平成 24 年 1 月からは、同意を得た患者(約 60 症例)を対象に実際に情報共有システムを活用して、多職種連携を実践。その際に各専門職などが使用感を上げ、その内容に基づいて機能改善などを行い、バージョンアップを行った。

これらをもって、平成 26 年 4 月よりシステムを本格稼働させた。本格稼働にあたり、システムの運営(契約・管理等)は柏市が担うようになり、現在に至る。

【情報共有システムの利用対象者について】

対象者：柏市民のうち、医師やケアマネジャーなどが必要と考えた患者。

上記患者のうち、本人または家族や後見人の同意がある場合は利用が開始される。(※要介護認定などの制限はない)

利用登録については、原則として、事前に専門職が患者に内諾を取り付け、同意書を取りに行く際には市職員が行うようになっている。

これは、本システムが市の運営・管理するものであることから、市が責任者として同意を取る必要があるためである。なお、利用に際しては、途中で利用を取りやめることも可能である。

－ システムの機能について

●基本機能とシステム構成について

柏市で利活用されている情報共有システムは、株式会社カナミック(本社:東京 恵比寿／

<https://www.kanamic.net/medical/>)によるもの。

「カナミッククラウド(右図参照)」で多職種間の情報共有を可能にする環境を作り、「在宅医療システム」にて、多職種・他法人間の連携をするために、①膨大な情報を共有、② 検索・閲覧、③ 分析データの活用といった機能が活用するような構成になっている。

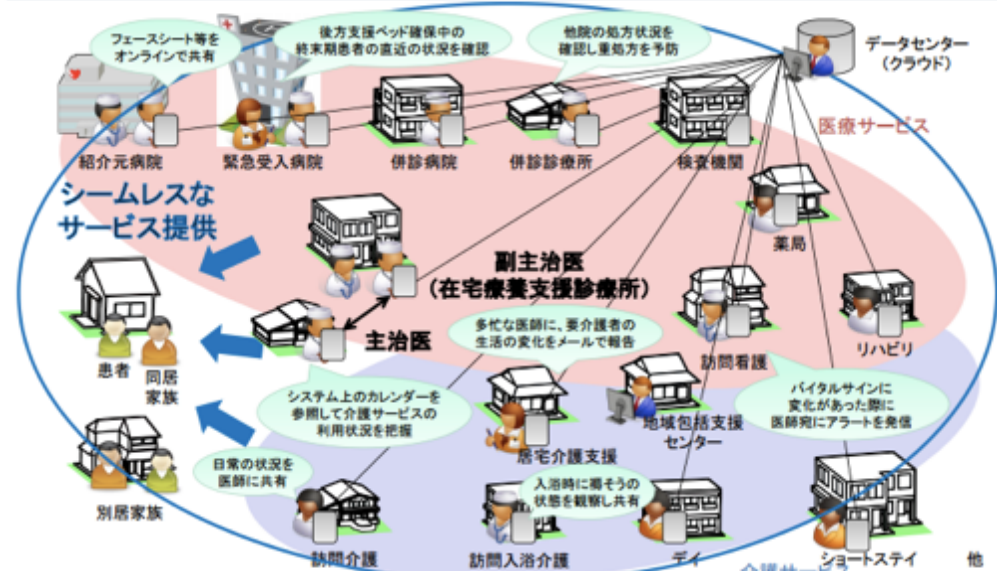
システムの特徴:クラウドコンピューティング

- クラウドコンピューティングとは、全世界に広がったインターネットに極めて多数のサーバが繋がっていることから、サービスを提供するサーバがどこに存在しているのかを利用者が見ることができなくなっている。インターネットを通じてどこに繋がっているサーバを「雲」に見立て、「雲」そのものを手段にあるコンピュータのように利用しよう、という考え方のこと。
- したがって、特定の技術、特定のビジネスモデル等を指し示す概念ではなく、「通信の相手方を意識しない」という概念を指している。



(資料: 図説の図表、図表をホームページより)

情報共有のイメージ



(資料: 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会)

8

共有できる情報の種類(イメージ)

定型化された情報

基本情報	身体機能	医療の状況
本人・家族の意向	生活機能	服薬の状況
家族情報	認知機能	介護の状況
住宅情報	バイタルサイン	In(摂取)－Out(排泄)の状況

など

定型化されていない情報

文字情報

写真情報

など

画面イメージ: 患者・利用者ごとに作成される部屋

The screenshot displays the TRITRUS system interface, which is organized into a 'room' for each patient. The interface includes a header with the TRITRUS logo and navigation tabs. The main content area is divided into several sections:

- Left Sidebar:** Contains a list of users (e.g., サンプル事業所, サンプル施設) and a section for '患者ごとに部屋を作成' (Create a room for each patient).
- Top Section:** Displays a patient's profile (e.g., 介護 カタさんの部屋) and a list of '患者を担当している関係者のみが部屋に入れる。' (Only related parties responsible for the patient can enter the room).
- Center Section:** Features a large line graph showing '日々の変化' (Daily changes) over time. Below the graph are icons for various reports and documents.
- Right Section:** Contains a list of '患者ごとの定型化された連携情報' (Standardized collaboration information for each patient), including:
 - フェイスシート(連携基本情報)
 - アセスメントシート(アセス情報)
 - 温度板(日々の変化情報)
 - カレンダー(関係者予定)
 - お薬手帳(薬剤情報共有)
- Bottom Section:** Displays a 'ケアレポート' (Care Report) table with columns for '項目' (Item), '担当者' (Responsible Person), and '内容' (Content). The table lists various care activities and their status.

Additional callouts highlight specific features:

- 患者ごとに部屋を作成** (Create a room for each patient)
- 患者を担当している関係者のみが部屋に入れる。** (Only related parties responsible for the patient can enter the room.)
- 患者ごとの定型化された連携情報** (Standardized collaboration information for each patient):
 - フェイスシート(連携基本情報)
 - アセスメントシート(アセス情報)
 - 温度板(日々の変化情報)
 - カレンダー(関係者予定)
 - お薬手帳(薬剤情報共有)
- 日々の変化を共有するケアレポート** (Care Report to share daily changes):
 - 連絡帳
 - ケアプラン
 - 訪問看護指示書
 - 診療情報提供書 等

画面イメージ: ケアレポート(掲示板)

おはようございます
登録No. 0006
看護士 藤美
サンプル病院
特におんでもらいたい! 参加者登録
こんにちは。看護師です。
現在の看護状況を写真で添付いたします。

食事・水分・排泄(in-out)

項目	2013年 3月15日	2013年 3月16日	2013年 3月17日
食事	朝食 10g	朝食 10g	朝食 10g
水分・排泄(尿量)	200cc	100cc	100cc
排泄(便量/回数)	100cc/5	100cc/5	100cc/5
バイタルサイン	+ 50	+ 400	- 300

バイタルサイン(温度板)

上記の体温をグラフとして表示・検索することができます。

文字の書き込み

ファイル添付
(写真/動画/書類)

介護 カナさんの部屋

本人家族招待

画面イメージ: フェイスシート

情報の大項目

- 利用者情報
- 住宅情報
- 家族情報
- 介護サービス利用状況
- 医療情報
- 身体・生活機能等
- ADL評価(FIM・自立度評価表)
- 備考

利用者情報

フェイスシート

編集履歴 1件

最終更新日時: 2013/05/20 10:00
最終編集者: 山本花子

共有者一覧

氏名: 山本 花子
性別: 女
生年: 1981
住所: 東京都品川区西五反田1-1-1
電話番号: 03-XXXX-XXXX
生後: 1981年02月02日(満10歳)
生後: 1981年02月02日(満10歳)
生後: 1981年02月02日(満10歳)

地図表示



家族情報

家族情報

家族情報

最終更新日時: 2013/05/20 10:00
最終編集者: 山本花子

共有者一覧

家族構成図

身体・生活機能等

身体・生活機能等

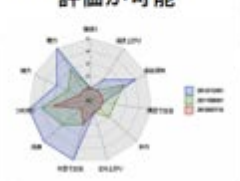
身体機能評価

最終更新日時: 2013/05/20 10:00
最終編集者: 山本花子

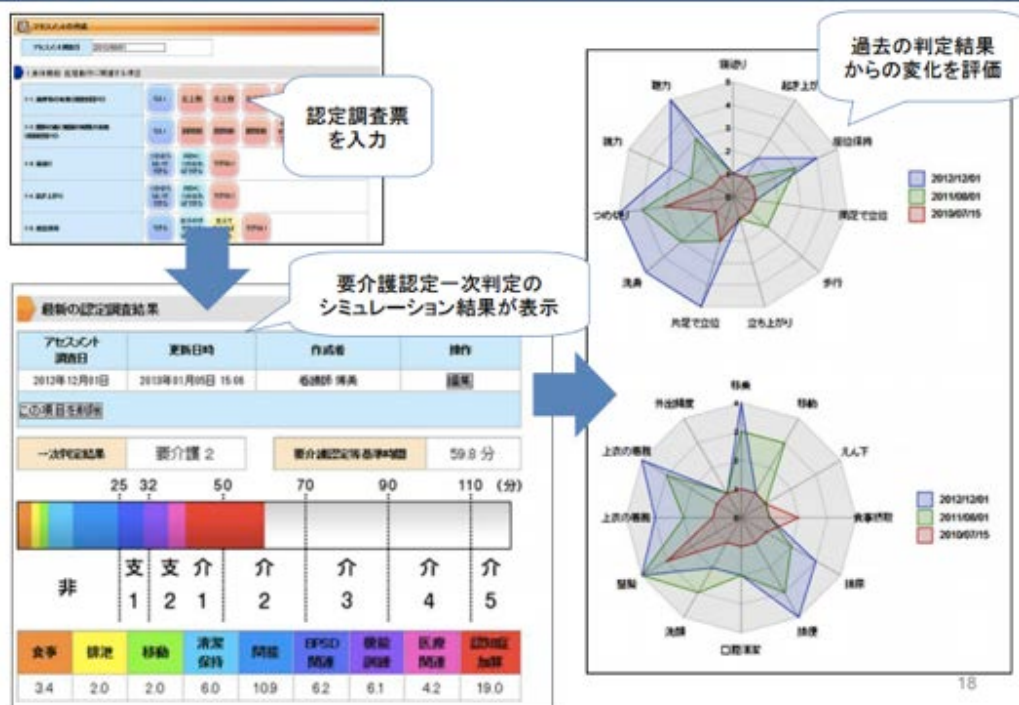
共有者一覧

身体機能評価表

時系列表示による評価が可能



画面イメージ: 要介護認定のシミュレーション



メール通知機能



(出典: 柏市医療・介護多職種連携情報共有システムについて / 柏市 保健福祉部 地域医療推進室)

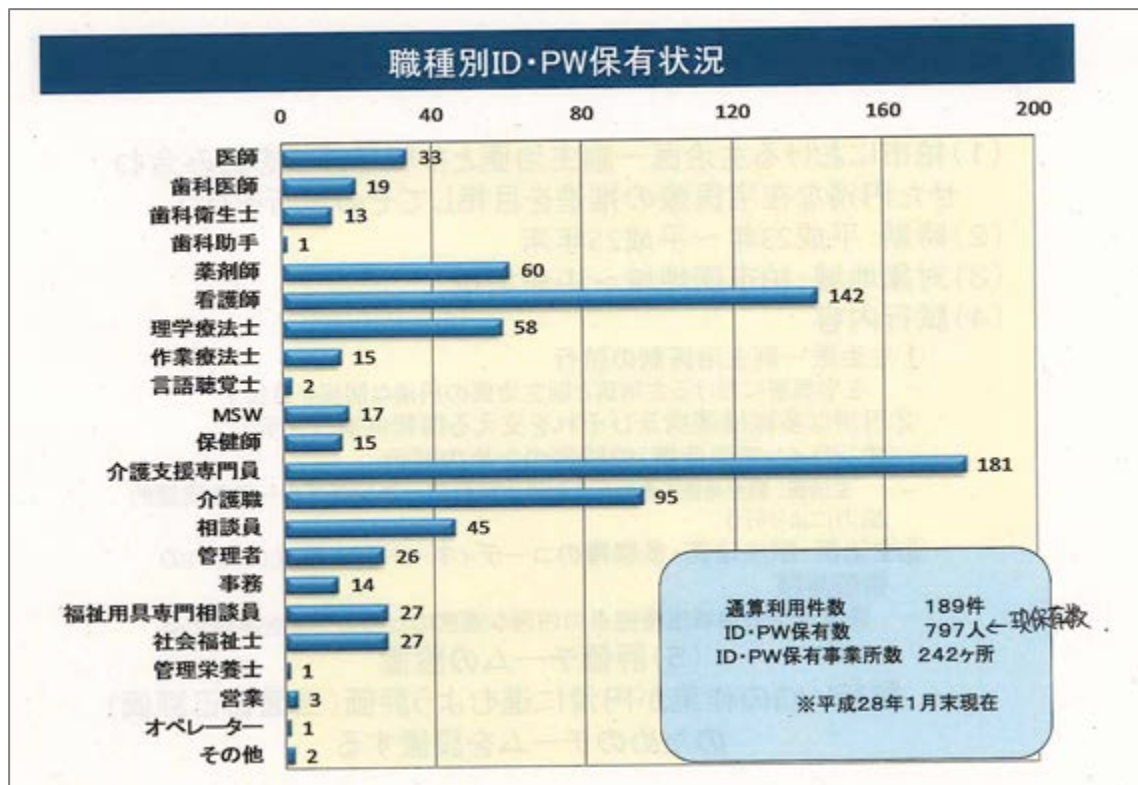
情報提供システムのうち、最もよく利用される機能は「ケアレポート」と呼ばれるタイムライン形式で表示される掲示板である。

これは、参加者を限定して交流できるコミュニケーションツールとしての機能のほか、バイタルの情報グラフや PDF/word ファイルなどの共有が可能(マルチデバイス対応)。

在宅医療の場合、日々の変化を確認することが重要となり、それは終末期の患者ほど変化が大きいので多職種のなかでも毎日患者の容態をつぶさに診ることが難しい医師に重宝されている。

－ システム利用の登録者について

平成 28 年 1 月末現在として、通算利用件数は 189 件、ID/PW 保有数は 797 名 (ID/PW 保有事業所数は 242 カ所)となっている。



(ヒアリング時の資料より抜粋)

●利用者属性のうち、特長のある点について

医師の数は 33 となっている。柏市医師会の登録者数は 300 程度なので、1 割程度と考えられる。このことから、在宅医療に関わる医師数の増加が望まれる。

在宅医療を行う医師が利用するにあたってのメリットとしては、在宅医療は「生活を支える医療」という性質があり、そのためには医師自身が診ただけでなく、多職種からの情報が必要不可欠である、という背景が考えられる。

平成 27 年 4 月から平成 28 年 1 月に、ケアマネジャーの登録が増えた点については、「事前の登録」を促した結果である。

これは、終末期の患者に対応するためには、必要となった時点で申請を受けても即座に ID/PW を付与することが難しいためである。また、付与後にシステム利用に慣れてもらえるよう、「同職種連携」に必要な活用も始めている。

*** 同職種連携の機能**

ケアマネジャー、看護職、在宅プライマリケア医師等それぞれが専門職間で交流できる機能のこと。

例えば、職種団体の会議資料等を共有したり、がんの緩和ケアの相談などを職種別に行えるようになっている。

－ 情報共有システム構築と利用にあたって

柏市の情報共有システムは、柏市が運用者となっていることもあり、「個人情報保護審議会」にて、厳格な審査がなされた。

第一回審議会での議題

- ・ 市が多職種コーディネートを行うにあたって、市民から寄せられた情報をコーディネート先の医師や専門職に提供をすることに対する審議
- ・ サービスが必要と思われる市民のうち、本人が判断ができない場合、主たる代理人が個人情報の提供に同意しサービスを利用できるようにするための審議（※後見人の指名がない場合）

第二回審議会

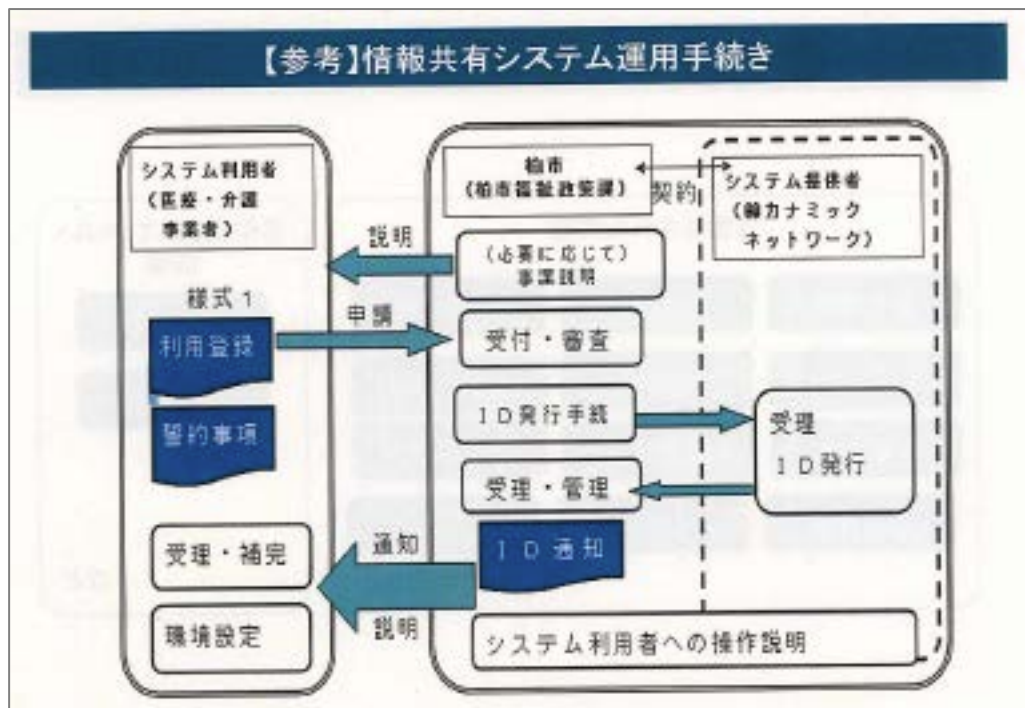
- ・ システムを利用して取得されたデータの常時閲覧についての審議

本審議会では、「いかに個人情報を見せないか」というより、患者の利益を優先し「いかに多職種連携の下支えを行い、取組みを円滑に進めていくか」を念頭においた審議がなされたとの向きもある。これは、他地域で同様の取組みを行う際に、参考となる視点となると考える。

なお、多職種による情報提供システムの利用にあたっては、同職種の事業所連携（医師であれば医師会）への加入を必須としている。これは、多職種での連携を行うシステムを利用するにあたって、同職種との連携は不可欠であるとの考えによるものである。

利用を希望する事業所は、まず市に対して申請を行ってもらう。市は、システムへのログインID/PW※をシステム開発会社（株式会社カナミック）に依頼し、発行。このID/PW付与にあたっては、原則として初回は事業所に市役所の職員が足を運ぶことになっている。

これは、「利用方法の説明」「注意事項の説明」を行うためである。なお、2回目以降のID/PW付与については書留郵送となっている。



（ヒアリング時の資料より抜粋）

※ID/PW は一個人に対し、1 つとしている。これは、IP アドレス等での利用履歴追跡を可能にするため、責任の所在を明確にするための方法である。

－ 利用したことで得られたメリット

柏市では、現在情報共有システムを利用している多職種に対して、2015 年度にアンケート調査を実施した。

これによると、本システムを利用することで得られたメリットは以下のようなものが挙げられている。

- ・ 介護職が毎日、日々の変化（水分摂取、食事の量、排泄についてなど）を伝えてくれるのでありがたい
- ・ 多職種連携のチーム編成後、情報共有がしやすい

- ・ ひとりの患者に対して介護職が 5 つ以上関わることもある。そうした際に連携が取りやすい

情報共有システムの開発・試行の経過

利用した多職種からの声(こんな情報が良かった, こんな情報が有効)

- ・ バイタルや、薬の管理状況が確認できて良かった(医師)
- ・ 入院中の状態を把握できたので良かった(医師)
- ・ それぞれの専門職からの情報はすべて有効でムダなことはないと感じる(医師)
- ・ 自宅とは違う、デイサービスでの人とのやりとりの様子を知ることができ、薬の選択やコントロールに役立てることができ、有難かった(医師)
- ・ 患者や家族の心理状態を共有できるのはいいと思う(歯科医師)
- ・ リハビリ職からの情報で食事の時の姿勢が改善された(歯科衛生士)
- ・ 褥瘡等電話やFaxで伝えにくいことを画像で送れるのがいい(看護師)
- ・ 病状による生活上の注意点が確認できて良かった(ケアマネジャー)
- ・ 病院での活動量、リハビリ内容を把握することができた(リハビリ職)
- ・ 食事量、水分量、体重等が把握できると有効(栄養士)
- ・ 医師が在宅での様子を気にしてくれるようになり、病院で完結ではなく自宅がホームだという意識が生まれた。(MSW) 等

平成26年1月18日 試行ワーキンググループでの意見他

6

▲参考:その他の意見

(出典: 柏市医療・介護多職種連携情報共有システムについて / 柏市 保健福祉部 福祉政策課)

ー今後、改善や工夫が必要と思われる点

- ・ すでに自分の所属する医院・事業所等で利用しているシステム(例: 電子カルテなど)と記載内容が重複する場合があります、入力の手間が負担に感じられる
- ・ 今後、診る患者数が増えた場合、確認する項目や数が多くなると予想される。そのため、「この患者は情報共有システムに入れるべきかどうか」をある程度判断する必要がある

入力の手間を解消する方法に関しては、今のところ明確な答えが考え出されていない。

さらに、患者宅で入力することは時間的にも状況としても難しいうえ、パソコンを利用する場合、個人の技能に差があることも課題として挙げられる。これについては初級者研修でフォローアップをしているものの、年数回の研修はいつも募集人数を上回るほどなので、使いこなすことが難しいと感じる人が一定程度いることが考えられ、運用面で今後改善を考えていかなければならない点と捉えられている。

加えて、情報共有システム網外の病院等に通院している場合（例えば、数ヶ月に１度、家族が患者を病院の外来に連れて行く、などのケース）、その情報を多職種間で確認することは不可能な状況である。これについては、今後、システム利用に参加してもらうなどの対応が必要と考えている。

－ 個人情報保護と閲覧制限について

先に述べた通り、個人情報保護審議会にて情報提供システムの利活用に関しての個人情報保護はクリアな状態となっている。一方、利用者側の意見として「患者や家族への閲覧権限付与」について相談されるケースもある。

これについては、大前提として「多種の専門職の連携」を目的とした情報提供システムであるため、禁止とはしないまでも、患者や家族が見ることを前提に書き込みの内容に躊躇される場面が出ては本末転倒である、とのスタンスを示している。もちろん、患者・家族の参加については、専門職同士が「必要」と判断した場合は閲覧権限を付与することを妨げるものではないと考える。

※患者・家族からの情報開示請求について※

本事業では実際に行われていないが、申請先は柏市となっている。個人情報保護審議会にて、適切と判断された場合、市の条例に則って開示をすることになっている。

セキュリティ対策について

厚生労働省のガイドラインに準拠

24時間監視体制

クラウドコンピューティング

【災害時もお客様の大切なデータを守ります】

お客様のデータは強固なデータセンターで厳重に管理しております。また、弊社サービスでは国内の複数のデータセンターで同期を取って管理・保管を行っており万が一の災害時にもデータ消失のリスクを最小限に抑えます。

【万全の情報セキュリティで運用】

通信路は、SSL(Secure Socket Layer)によって暗号化を行って、データの盗聴や改ざん、なりすましを防ぐことができます。

※ご要望によりVPN接続も可能です。

(資料: (株)カナミックネットワーク)

情報セキュリティ対策

- 必要な設備の完備 (耐震・免震 漏水・防火 発電 給水 空調)
- 遠隔地のバックアップセンターを活用した冗長化対策
- 24時間監視体制で障害時に対応するスタッフの配置
- 通信網及びデータの暗号化 (固定IP、SSL・VPN、IPsec等)
- 職種や担当などにより制御するアクセス権限付与
- 不正侵入に対する技術的及び物理的、人的な対策
- 情報端末にはデータを保存しない、データはセンターで一元管理

(出典: 柏市医療・介護多職種連携情報共有システムについて／柏市 保健福祉部 福祉政策課)

－ 運用にあたっての協力体制

① 円滑な多職種連携のための活動

柏市では、多職種連携を円滑にするため、「顔の見える関係者会議」を平成24年6月から実施しており、KJ法での課題解決グループワークや親睦会を通じて、医療・看護・介護に至るまで連携が広がっている。

② 三師会の協力について

柏市の情報共有システムが円滑に稼働していることの背景には、上記に加え「柏市地域医療連携センター」という集う場所があることも大きい。これは、医師会が「公共の利益に資するため」という考えのもと資金を捻出して建てたもので、薬剤師会や歯科医師会も費用を拠出している。建物完成後、市に寄付された。ここには、医師会・薬剤師会・歯科医師会が事務局を構えており、主要なメンバーが自然に集う環境ができている。

そのため、各団体間が日常的に交流し相談し合えることから信頼関係が生まれ、風通しのよい取組みにつながっている。

加えて、こうした関係づくりを介護や社会福祉協議会といった団体とも構築できるよう、特に地域に密着した民生委員に対しては、連携の輪の中に入ってもらうべく、地域ごとの説明会を実施するなど、多職種の各専門職を交えた意見交換などを積極的に進めてきた。

こうした下地づくりが功を奏し、最近では多職種団体から「民生委員等市民も含めてグループワークや勉強会をしよう」といった声も出始めている。

こうした取組みを通じて、“顔の見える”関係性が構築できていることこそ、ICT の利用も円滑に進んでいると言える。

③ 運用にあたっての役割分担の考え方について

柏市は、多職種連携を推進するにあたり、情報共有システムの円滑な利用の下支えを行っている。

例えば、利活用のための研修はその中でも重要なもので、新たに導入を開始した事業所への初級者研修やフォローアップの研修などは市の職員を中心に行っている（一部、システム利用の解説などは開発会社である株式会社カナミックが代行している／費用は管理費に含む 年間 108 万円）。

また、患者側に新たな利用者が出た場合、システムの説明や同意を取るための重要事項説明なども市の職員が行っている。そのほか、法的な手続きについても市が対応する。

3：今後も「医療・介護多職種連携情報共有システム」が利活用され効果的に運用されるために

柏市モデルが円滑に進められている背景には、専門職自身が「多職種で連携した方がより患者の利益になる」と考え、「そのためにどうすべきか」を考えた上で情報共有システムが作られたことが挙げられる。

つまり、目的である「多職種連携」を実現するための手段として「情報共有システム」が採用された、ということだ。

これに加え、「市は、多職種連携が上手く進められるようにプロジェクト全体の事務局として対応できることをする。多職種は、それぞれが連携することを推進する」という役割分担がしっかりとなされていることも大きい。

システム利活用の円滑化についてのご意見

ICTを活用したシステムは、医療・看護・介護の多職種連携をより円滑にするためのツールであり、顔の見える関係作りの取組と、多職種間で効果的な活用について議論し高めていく事でより良質な在宅サービス提供を実現する。

今後、さらにこの取組みが広がり続けるためには、「この連携によって、業務が改善された」ということが実感できるようにする必要があるだろう。

そのためにも、評価検証を行うことで数値化することや、成功事例を集めて発信することも重要になる。

また、制度の説明や「取り組みたい」という熱意以外に、医療・介護はもちろん様々なところと連携を拓けていくことも重要である。

例えば、他市との境目に住む市民は近隣地域のサービスを利用することも容易に考えられることから、広域の自治体とのシステム乗り合いは必須だ。

上記に加え、昨今は、各専門職が積極的に連携したい(しなければならない)、との考えを示してくれる場面が多くなっている。一度を逃すと再び同じように取り組める機会が訪れるとは限らないので、その声にしっかりと答え、さらによりよいサービスが提供できるように環境を整えるよう素早く動きを取ることが肝要である。

そのためにも、市の職員は福祉だけでなく、企画力や行政全般を見据えることのできる職員構成で、立体的な構想がたてられるようにする必要があるだろう。

行政サービスが誰のために提供するかを考え、自治体や地域全体で「なにをするべきか」を自分たちで考えて推進していくことこそが重要と考える。

IV. おわりに

本事業の目的は情報共有ツールのひな形を示すことであったが、「そもそも情報共有ツールは役に立つのか」「診療情報提供書、介護保険の主治医意見書やケアプラン、退院時サマリーなどの既存の情報共有ツールでは足りないのか」「情報共有ツールがうまく機能しているところではどのような工夫がなされているのか」などの疑問を持って事業を開始した。また、事業の実施にあたり、研究会の構成にあたっては、認知症の当事者、ご家族や認知症の支援に携わる様々な専門職種の方に参画いただいた。1回目の研究会において認知症の当事者の委員が「自分が持ちたいと思えるようなツールがない」とのご意見を頂き、「認知症のご本人が持ちたいと思えるようなツール」を開発することが目的として加わった。

全国の情報連携の先進地域を訪問し、調査したところ、ツールが役立っていると言える事例が決して少なくないことが明らかになり、役に立った場面、役に立った情報が抽出された。このような知見をもとに、研究会の委員である認知症の当事者やご家族の意見を伺いながら、研究会と作業部会での議論を経て、今回作成された情報共有ツールのひな形は必要最低限の情報項目を掲載したものである。これらの情報項目は情報共有ツールを作成・運用するしないに関わらず、適切な支援を行うために必要な情報と考えられることから、支援を行う際に収集・共有すべき優先項目と考えられた。また、今回の調査・検討の過程で得た知見をもとに情報共有ツール記載マニュアル案と情報共有ツール作成・運用マニュアルも作成した。地域において情報共有ツールを作成・運用する際に情報共有ツール案(ひな形)と合わせてご活用頂ければ幸いである。

情報共有ツール作成のポイントは「いかに役立つ情報が掲載されるか」と「いかに記載・入力・閲覧の手間を少なくするか」のバランスの上にある。今回、ICTを活用している地域の訪問調査もさせて頂いた。調査前は「ICTを使用すれば労せず多くの情報を共有できる」と考えていたが、「いかに記載・入力・閲覧の手間を少なくするか」というポイントはICTを用いない情報共有ツールと共通しており、そのための取り組みや工夫が各地で行われていた。

今回の調査の過程において、認知症の情報共有ツールの多くが、本人が見ることを前提としていないことも明らかにもなった。今回作成した情報共有ツール案は本人が記載すること・見ることを前提とした案であるが、情報の中には専門職のみが知っていた方が良いものもあることは事実であり、それによりツールが有効に機能する場面もあるため、どちらが良いと一概に言えるものではない。情報共有ツールを作成する際に、認知症の本人が記載することや見ることを前提にするかどうかはその情報共有ツールの目的や理念によるところが大きいので、作成前に関係者で検討しておく必要がある。

訪問調査において明らかになったことのひとつとして、もともと連携がうまくいっている地域や意欲や熱意のある人が推進している地域においては情報共有ツールがうまく機能しているという点

がある。情報共有ツールはできるだけたくさんの人が関わらないと機能しない。なぜならば、関わっていない人のところで情報が切れてしまうからである。情報共有ツールを作成・運用する過程において地域の関係者の顔の見える関係が構築されていくという利点もあるが、逆にある程度の連携体制がないと情報共有ツールの作成・運用も困難であるという側面もある。その意味で情報共有ツールの作成・運用や他の施策を活用しつつ包括的な連携体制構築を目指す必要がある。

謝辞

訪問調査にご協力頂いた方々に深く御礼申し上げます。