

# INTERACTIVE APPROACH

## インタラクティブ・アプローチ

当事者の視点を重視した認知症ケアパス構築  
ならびに多職種連携をめざして



「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事業」報告書

## 目次

● 報告書の概要	p2
● 本事業の背景	p3

---

### 調査研究事業の前半

---

● 方法1（事業前半）	
～事業検討委員会の設置と認知症ケアパス情報共有シートの雛形～	p5
～事業検討委員会開催ならびに先進事例報告・総合討論～	p6
● 結果1	
～第1回、第2回の事業検討委員会議事を踏まえた論点の要約と今後への展望～	p7

---

### 調査研究事業の後半

---

● 方法2（事業後半の進め方）	p12
● 結果2 事業の経過 試行運用の結果	
・ 試行運用参加者と試行運用概要	p13
・ 認知症ケアパス連携シートおよび関連冊子に関するアンケート調査結果	p14
・ 認知症ケアパス連携シート記載内容の定量評価結果	p41
● 考察	p43
● 資料1 認知症ケアパス連携シート	p44
2 認知症ケアパス連携シート解説冊子	p49
3 オレンジつながり手帳	p85
4 認知症ケアパス連携シートおよび関連冊子に関するアンケート	p113
5 認知症ケアパス連携シート記載内容の定量評価の方法	p119
● 結語	p120

# 報告書の概要

---

社会の高齢化の進展に伴い認知症の人の数が増加している。多くの人が自分のこととして認知症という病気に向き合い、認知症を持って生きるということを考える必要がある。しかし、言うまでもなく、認知症という疾患は生活にとって欠かせない高次脳機能の障害をもたらす疾患であり、家族を始めとする周囲の人との軋轢を生みやすい疾患である。

日本社会においても介護保険制度以前から様々な取り組みが行われ、2000年の介護保険制度の施行以来、種々の支援の仕組みも整備されてきた。地域包括ケアの理念の中で、認知症があっても地域の中で生活をつないでいくという暮らし方も標準的なものとなりつつある。

しかし、多くの専門職、地域の支援者などが研修・取り組みなどを行っていても、それぞれの活動は分断されがちである。また、認知症の人やその家族のその人らしさ、その家族らしさを医療・介護の中に生かす仕組みも不十分である。2015年1月に提示された新オレンジプランの中で、本人の視点の重視、適時適切な支援の体制づくりが唱えられ、その目標を達成するためのツールづくりが求められた。本事業はその呼びかけに応じて取り組むものである。

京都においては、2012年2月の京都式認知症ケアを考えるつどい、2013年9月の京都式オレンジプラン策定など独自の認知症への取り組みが行われてきた。ライフサポートモデルやアイメッセージの考え方を軸に多職種連携ツールの試みである京都式のケアパス概念図、ケアパス情報共有シートも事例検討会や多職種連携の会で用いられるようになってきていた。そのため、その連携ツールをベースに全国での先進事例などを改めて取り入れることを考え事業検討委員会を設置し協議を行った。その上で、認知症ケアパス連携シート以外にシート作成の手引きとなる「認知症ケアパス連携シート解説冊子」、地域の人々・認知症の人とその家族が手持ちするものとして、オレンジつながり手帳も作成し、介護支援専門員42名、認知症サポート医25名の参加を得て、試行運用を行った。試行運用を通じて、今後の実現性の推定と仕組みの向上を目的にアンケート調査と実際に作成されたシートの完成度評価を行った。

事業検討委員会では、認知症という疾患の特性などを十分に念頭においたとき、認知症ケアパス連携シートを本人・家族の手持ちとするか専門職間で持つか、徐々に発症し、長い経過をたどることやその間に関係する人や職種なども多数にのぼることなども考えたとき、どのようにツールを作りこむのかなどが議論された。その結果として、本人・家族と専門職が完全に相互補完的な情報を持つこと、それは単に等価の情報を持つだけでなく、地域の人々と専門職が情報を聴取される・聴取するという関係性から変えていくシステムとしての認知症ケアパス連携シートならびに関連冊子を作成し、運用に供することが企画された。

試行運用にあたっては、それらのシート並びに関連冊子を用いて、説明会を行ったのち、直接参加者（一次参加者）が本人・家族あるいは連携先専門職の協力を得て、シートを作成した。アンケート項目の中では、「全体として、認知症ケアパス連携シートは有用と考えますか」という質問を主たる評価項目に設定し、とても有用、有用、有用でない、どちらとも言えないという4段階の回答のうち、とても有用、有用が合計60%以上を実現性・有用性の判定基準としていたが、アンケートの結果では介護支援専門員90%、医師100%という結果であった。その他の副次的評価項目も実現に向けて高い評価が得られた。個別の意見・感想の記載では、多職種連携や本人・家族の視点の共有などにおいて強い支持が得られた一方で、作成の時間的・精神的な労力が少なくないことの指摘も多く、今後の普及・利用にあたって示唆に富む結果であった。

認知症の本人・家族の思いを受けとめ、その人々の力が十分に生かされていくには、まだまだ多くの取り組みが必要であるが、今回の事業を通じて得られた知見は、認知症の疾病観を変える新たな認知症ケアの姿を予見させた。今回開発された仕組みは、多くの人々の関係性を変えていく可能性も秘めており、インタラクティブ・アプローチと名づけた。

# 本事業の背景

---

## 1. 本調査研究事業の背景

### ～認知症に関する昨今の状況～

社会の高齢化の進展に伴い高齢者人口は増加の一途をたどり、2014年現在で日本の高齢化率は25%を超え、今後さらに増加するとされている。高齢になるとともに認知症の有病率は増加するため、認知症の人の数も増加している。

認知症は、アルツハイマー型認知症を始めとし、脳血管性認知症、レビー小体型認知症の3つの疾患で大部分を占める。更にはこれとは別に認知症予備軍とされる軽度認知障害（MCI: mild cognitive impairment）の数も推計では400万人となっている。高齢者約3000万人とすると、認知症の人が高齢者7人に一人、軽度認知障害もあわせた認知機能障害を持つ人の数は高齢者3～4人に一人という高い割合になる。

そのような、ありふれた疾患である認知症であるが、記憶、実行機能、視空間認知などの高次脳機能障害を来す疾患であるとともに妄想、幻覚、興奮性、異常行動などの行動・心理症候（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）などの精神的な症状を呈し、更にはパーキンソニズム、歩行障害、フレイルなどの神経症状・老年症候を伴う点では極めて専門的な疾患でもある。それに加え、自律的な行動能力の低下に伴い他者からの支援を必要とし、病気の進展とともにその支援必要性も増加する。支援する側、特に家族介護者からすると、認知症の人への支援は難しい点も多く、精神的、社会的、経済的な介護負担感を生じる。

## 2. 本調査研究事業の目的・意義

### ～認知症に関するこれまでの取り組みと課題、本研究の意義～

研究の背景に示したような社会情勢や疾患の特性を背景に、日本社会においても様々な認知症施策が実施され、中でも2000年に施行された介護保険制度のもとで、介護サービスが普及し、デイサービス、グループホームなどの資源を利用する人の数も急増した。また、2006年より地域包括支援センター、認知症疾患医療センターなども整備され、認知症サポート医の養成、かかりつけ医認知症対応力向上研修なども実施されてきた。また、学会でも、専門医教育の中で認知症診療に関する知識や診療能力の向上に努められている。1999年、アルツハイマー型認知症治療薬が上梓され、2011年には3種類の薬が承認されたことで、世界的に利用されている4剤が利用可能となった。これらの医療・介護の変化により、認知症ケアパス図に示すように、地域で生活する認知症の人を支える仕組みは充実してきている（図1）。

しかし、一方で、医療・介護はそれぞれに研修等が行われているものの理念や情報の共有が不十分であることが指摘されている。また、通常の入院でのクリニカルパスはもちろんのこと、現在地域連携パスが運用されている脳卒中や大腿骨頸部骨折と比べても長期間、多職種多機関がかかわる疾患であり、病歴や生活状況の情報が分断されやすいことも指摘されている。

そのような状況を踏まえ、2015年1月に国から新たに出された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、認知症ケアパスの確立と「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」という方向が示されている。本調査研究事業「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」もその新オレンジプランの沿うものである。

これまでも認知症ケアパス確立ならびに多職種の連携を促す連携ツールについての検討・実践は全国的に行われてきているが、長期かつ起点の曖昧な認知症ケアパスの起点をどのように考えるか、認知症ケアパスあるいはそのツールとしての連携シート等をどのように運用するのか、実際にどのような項目を記載するのかなど多く

の課題が想定される。

認知症ケアパス連携シート作成の最も大きな目標は①これまで様々な取り組みにもかかわらず十分には進まなかった医療・介護など多職種の職種間連携を促進すること、②それと同時に認知症の本人の望みと潜在的能力を理解し、可能な範囲、本来持っている力を発揮すること（認知症があっても普通に暮らすこと）。そして、直接的に本人とかかわる家族を含め、家族全体が協力し課題に対処する力などを保つこと、以上の①②であると考えられる。

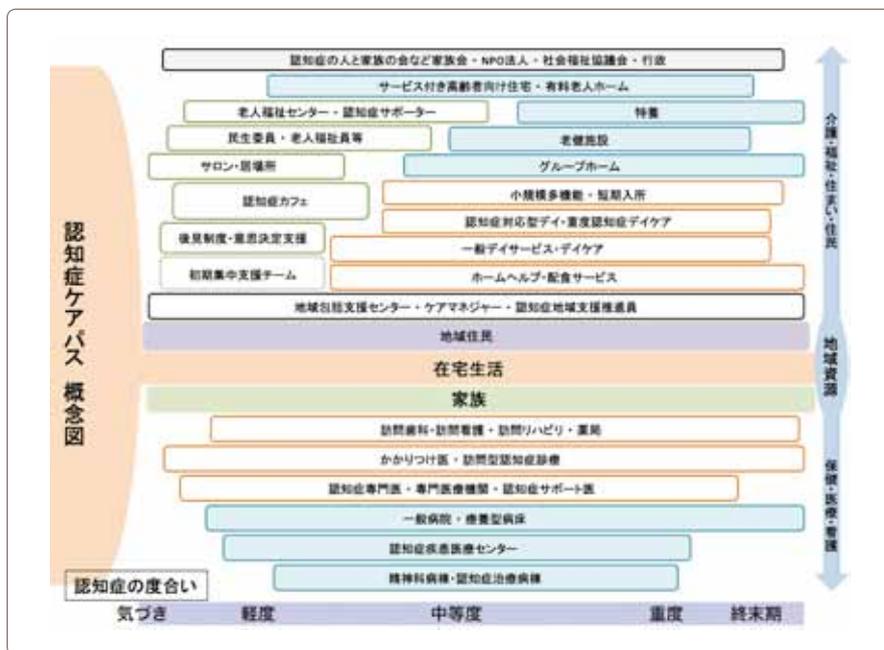


図1 認知症ケアパス概念図  
認知症の気づきから進行期まで  
認知症の人を支援する地域の  
医療・介護資源

そのような大きな目標に向けて、本研究では最初のステップとして、認知症ケアパスに関連する経験者ならびに地域で認知症ケアの実践を行っている者による事業検討委員会を設置し、認知症ケアパスの可能性と課題について検討を行い（調査研究前半）、その後、認知症ケアパス連携シートが医療・介護の現場で実用性を持ち連携を強化する可能性があるか、連携シートの運用を通じて確認すること（調査研究後半）を計画した。

## 方法 1

# ～事業検討委員会の設置と 認知症ケアパス情報共有シートの雛形～

認知症ケアパス連携ツールを検討する委員会として、認知症多職種連携にかかわる手帳類作成・運用の経験、認知症ライフサポートモデルの理念、認知症初期集中支援チームや認知症カフェとの連動、ICT運用も伴う都道府県単位のネットワーク構築の経験などが重要と考えられたので、それらの経験・実績を持つ専門家に委員に加わっていただくこととした。次に認知症ケアパス連携の重要性を認識しつつ、試行運用を予定している自治体（京都府）で取り組みを行う際に実践・実務上、鍵となる人を委員に依頼した（検討委員会委員一覧）。

本調査研究事業における認知症ケアパス情報共有シートについては、京都府内で既に事例検討会などで用いられており、京都府・京都市の認知症施策推進会議等で審議が行われ、京都地域包括ケア推進機構のホームページでもダウンロード可能となっている京都認知症ケアパス情報共有シートを雛形に用いることとした。このシートは従来から用いられたり、提案されたりしている書式・理論をベースに、医療・介護の現場で別々に用いられているものを集約することにも留意し作成されたものである（介護保険主治医意見書、地域包括支援センターフェイスシート、センター方式、パーソンセンタードケア等）。

### 【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】

#### ■ 事業検討委員会委員一覧（敬称略・五十音順） ■

氏名	所属
京都府外の委員	
栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所
岩本 節子	諫早市高齢介護課
数井 裕光	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室
松本 武浩	長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療情報学
宮島 渡	高齢者総合福祉施設 アザリアンさなだ
京都府内の委員	
荒牧 敦子	認知症の人と家族の会
井上 基	京都府介護支援専門員会
葛谷 聡	京都大学大学院医学研究科臨床神経学
小畑 智子	京都市紫竹地域包括支援センター
高木 善史	京都地域包括ケア推進機構
武地 一	京都大学大学院医学研究科臨床神経学
塚本 忠司	塚本医院、京都市西京区医師会
西村 幸秀	京都府医師会
橋本 武也	京都市老人福祉施設協議会、社会福祉法人 同和園
東 清和	京都市長寿すこやかセンター
三浦ふたば	地域包括ケア人材・開発センター
森 俊夫	京都府立洛南病院、認知症疾患医療センター

## 方法 1

### ～事業検討委員会開催ならびに先進事例報告・総合討論～

#### 第1回事業検討委員会 平成27年7月12日

- (1) 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の趣旨説明
  - ・武地 一 委員長
- (2) 関連事業等を既の実施されている委員より現状報告について
  - ・森 俊夫 委員 「宇治市における認知症初期集中支援チームの妄想」
  - ・松本 武浩 委員 「質の高い地域完結型医療のための地域医療ICT連結ネットワーク」
  - ・岩本 節子 氏 「諫早市における連携に用いる情報共有ツールについて」
  - ・粟田 圭一 委員 指定発言
  - ・宮島 渡 委員 指定発言
- (3) 総合討論 今回の事業の方向性と今後に向けて

#### 配布資料

会議次第  
事業検討委員会委員名簿  
実施計画書  
調査事業計画書  
事業実施年間スケジュール表  
京都式認知症ケアパス情報共有シート  
KN式認知症ケアパス情報共有シート事例記入済 ※要回収  
老健事業「認知症情報連携シート」第1回委員会のゴール  
新オレンジプラン本文（抜粋）  
委員長説明資料 老健事業 認知症情報連携ツール事業の意味  
委員資料

#### 第2回事業検討委員会（プレ会合）平成27年8月17日

- (1) 第1回事業検討委員会協議内容報告
- (2) 委員報告
  - ・数井 裕光 委員 「認知症連携における情報共有ファイルの使用経験」
- (3) 協議・総合討論

#### 配布資料

会議次第  
第1回事業検討委員会協議内容摘録  
委員資料

#### 第2回事業検討委員会 平成27年8月25日

- (1) 第1回事業検討委員会協議内容報告
- (2) 第2回事業検討委員会（プレ会合）協議内容報告
- (3) 協議・総合討論

#### 配布資料

会議次第  
第1回事業検討委員会協議内容摘録  
第2回事業検討委員会（プレ会合）協議内容摘録

## 結果 1

### ～第1回、第2回の事業検討委員会議事を踏まえた 論点の要約と今後への展望～

第1回、第2回の事業検討委員会において、委員のこれまでの実践・経験が提示され、議論が交わされる中で意見の集約が行われた。一部の論点においては、委員会終了後、試行運用までの解決課題として残された。以下に論点リストを提示後、論点ごとに議論な主な点を記載する。

#### ■ 論点リスト ■

- ①連携シートに含まれる情報量について 特に一望性について
- ②本人や家族が主体的に連携シートを持つか、専門職が当事者の同意を得て持つか
- ③ケアパスあるいは連携シート記載の起点。誰が、あるいは、どこで書き始めるか 特に連携を念頭において。具体的には、ケアマネジャーか、地域包括か、それ以外か
- ④どこまで書くか（生活史なども記載するか？） 書きたくない、書かれないという意見
- ⑤認知症に特化したシートとするか、認知症以外に地域包括ケア全体で使うか
- ⑥連携シートのメリット（QOL面、経済性など）は何か
- ⑦連携シートにニーズはあるか？
- ⑧医療と介護、医療や介護と当事者などでの共有すべき知識や共有する意義は何か？
- ⑨認知症連携シート普及の意義とそのための方法
- ⑩認知症連携シートと認知症ケアパス概念図の関係や認知症ケア理念の共有について
- ⑪認知症ケアにおける時間性の認識。認知症ケアはとても長い時間の経過を含むことについて
- ⑫実際にトライアルを行う場合の想定について

#### ● 論点リストの内容詳述

以下の記載で # は意見が幾つかの方向で出たところ、⇒ は結論的記載、✓ 記号は補足。

##### ①シートに含まれる情報量について 特に一望性について

- # 5ページのシートでは、本人と家族の微妙な感情など書き込めないという意見も
- # 情報量が多くなると、一望性が無くなるので、今の量がほぼ良いという意見
- ⇒ 後者でほぼ合意だが、両者併記。少なくとも多すぎるという意見はなし。
- # 1ページ目から5ページ目までの編成についてもバランス的にはちょうど。
- # 既にケアマネジャーなどが持っている情報の転記で済む部分も多い。
- # もともと主治医意見書やケアマネジャーのインタビューシート、センター方式などと互換性を持たせてある。
- # 一方で、認知症ケアの理念を組み込んで、一望性のあるシートとしては独自。
- # ケアパス概念図と補完的に用いるのがベスト。

##### ②本人や家族が主体的にシートを持つか、専門職が当事者の同意を得て持つか

- # 本人や家族が主体的にかかわるのが望ましいという意見や、本人・家族の手持ちとするのが原則という意見あり（お薬手帳など）
- # BPSDなど本人が主体的にかかわるのが難しい場合も多く、家族自身も支援の対象のことが少なくないので

専門職の手持ちのケースも必要という意見あり（介護保険主治医意見書など）

⇒心情的には本人・家族の主体性ならびに手持ちでという意見も多いが、实际的に支援を行う中では、専門職連携がメインという認識もあり。ケースバイケースではあるが、きちんと、ケースにより見分けができるようにはする。

- ✓ 専門職手持ちの場合も、本人・家族にも提示できる記載を心がけ、できるだけ共有
- ✓ 場面によっては、本人・家族が書き始めるという選択肢もあり。
- ✓ 共有の仕組みが煩雑にならない程度に統一かつケースバイケースでのシステムに。

③ ケアパスあるいは連携シート記載の起点。誰が、あるいは、どこで書き始めるか？ 特に連携を念頭において。具体的には、ケアマネジャーか、地域包括か、それ以外か

# 初期集中支援チームが最も理想的であるが、地域包括支援センターの場合もあり。

# 認知症についてスキルアップしたケアマネジャー

# 一般的なケアマネジャーにも必要なスキル

# 認知症サポート医などを中心に、認知症相談医と名乗る医師やかかりつけ医も

⇒他の項目のことも合わせ初期集中支援チームが理想的だが、広く普及していく中では、地域包括支援センター、ケアマネジャー、かかりつけ医なども対象に。

- ✓ 初期集中支援チームであれば、1ページの医療情報、2ページ目の家族情報、3ページ目の本人情報も収集可能。地域包括やケアマネジャーでは医療情報が空白で残る可能性あり。ただし、そこをつなぐのが連携。
- ✓ 個々のケアマネジャー、かかりつけ医の認識、スキルの差も大きく、その標準化のためには敢えて、この連携シートの知識や理念を習得する機会を作るのが望ましいという意見も。
- ✓ かかりつけ医など関与が難しいかもしれないが、できるだけ避けずに浸透を。
- ✓ 本人、家族の希望がある場合は、本人・家族が書き始める場合もあり。

④ どこまで書くか（生活史なども記載するか？） 書きたくない、書かれたくないという意見

# 本人・家族が生活史を書くことに熱心な場合もあるが、その情報は実際の支援には結びつかない恐れもある

# 支援に必要な情報は専門職とのかかわりの中で集めていく必要がある

# 本人・家族の書いた情報など少しでも情報が多ければ、役に立つという意見もあり。

# 人生を振り返って語りたくないと思わない場合、秘密にしておきたいこと・語りたくないことも多い。生活史などを明らかにしないとケアを受けられないのか？

# 少しでも出会いを前倒し（早期診断）することで、自分自身で自分らしさを周囲に感じ取ってもらう・伝えていくことも大切

⇒総合的には多くの認知症ケア場面で生活史やその人らしさを伝えておくこと、専門職からすれば認識しておくこと、がケアにはプラスになることが知られており、生活史など本人情報が記載されるのが望ましい。

- ✓ 認知症になった時、自分だけで病気に向き合うのが比較的早期から難しくなるという認識は多くの人に上手に伝えておくことが必要。しかも、その時間が極めて長い。ただ、それを多くの人と共有しておけば、認知症になっても安心できる社会に近づく。「自分で病気に向き合えない時に」などとして市民にも専門職にも啓発を。
- ✓ 語りたくない人や語りたくないことがあるなどの認識も共有しておくことは大事（語り合うための信頼性なども）

⑤ 認知症に特化したシートとするか、認知症以外に地域包括ケア全体で使うか

# 生活史も記載されているとか、このようなシートは認知症に限る必要はない

# 認知症に特化すると、持ちたがらない人、持ってもらうことの敬遠など生じる恐れも

# 記憶を失っていく病気ということでは、このシートのような形は認知症で特に必要

# 認知症では自分で病気と向き合えなくなる時があるという観点から、このシートを軸にした本人らしさの認識は大事

# 病歴、生活歴、家族の系譜などの時間軸が入っていることは大事

⇒ 認知症に特化することでも良いが、このシート自体はもともと認知症以外でも役立てることができるように作成してある。

✓ つまり認知症になる恐れがあるとか、認知症以外の要介護者等、その他の場合でも使用可能

#### ⑥ 連携シートのメリット（QOL面、経済性など）は何か？

⇒ 連携シートにより認知症になっても地域包括ケアから排除されないことを念頭に作成しており、QOL面と経済的なメリットが期待される。

✓ 現在ある仕組みとできるだけ整合性を高めていることから、仕組みや人材を増やすのではなく、スキルアップを通じてQOL向上や経済性を達成することを意図している

#### ⑦ 連携シートにニーズはあるか？

✓ 当事者からすると、自分たちの大事な点が知られていない、共有されていないということで、ニーズはある。

✓ ケアマネジャーなど介護関係職としても医療との連携は不十分で、ニーズがある

✓ 医師の場合はそもそも連携の必要性を認識していない場合もあり、ニーズがない場合もあるかもしれないが、当事者・ケアマネジャーのカウンターパートとして潜在的なニーズはある。本当のところどうかについては今回の事業の実際運用の中で聞き取っていく必要がある。

#### ⑧ 医療と介護、医療や介護と当事者などでの共有すべき知識や共有する意義は何か？

✓ 連携シートの内容については、専門職、当事者どちらが持つかという議論はあるが、ケースバイケースであるものの、両者に共通の情報が必要

✓ 当事者、専門職ともに共通の情報を持つという認識を持つことを意識することで、情報を一方的に収集するのではなく、その情報が持つ意味・理念が共有される

#### ⑨ 認知症連携シート普及の意義とそのための方法

✓ 誰が書き始めるかという問題とかも関連して、初期集中支援チームで書き始めるのが理想的。ただし、当面は地域包括支援センターがその役割を担う部分も多い。

✓ DASCやZarit介護負担尺度と同じように初期集中支援チームの必須シートとする形で連携シートを組み込むことが望まれる。現在の初期集中支援チームの必須記載シートには今回のケアパス連携シートのような内容は不十分である。

✓ 連携場面は初期の出会いだけでなく、当事者と医療、当事者と介護、医療と介護、介護同士、医療同士など様々にある。初期集中支援チームや地域包括支援センターに限らず、ケアマネジャーなど幅広く普及していくことも重要。

✓ 認知症カフェやもの忘れ外来、地域包括支援センター、認知症サポート医などへも普及していくと、連携シートが「共通言語」として、認知症ケアの理念とともに普及できる可能性

✓ 可能であれば、このシートの記載において、50点でも診療報酬・介護報酬などが発生する仕組みにすることで普及の後押しにはなる。登録センター的な部署を設けることの検討が必要かもしれない。

#### ⑩ 認知症連携シートと認知症ケアパス概念図の関係や認知症ケア理念の共有について

✓ 連携シートと概念図、両者の連動は必要だが連携シートは全国標準化することも要検討。ケアパス概念図は地域性もあるので個々の地域での作成に委ねる。

- ✓ 今回の認知症連携シートがあるだけでは状態に応じた循環型（循環型という表現が良いかどうかは検討が必要。多くの場合は循環型というよりは緩やかな流れ）の適切なケアの確立は難しく、「見える化（一望性）」の力を借りた理念の共有・教育もあわせて行うことが必要と思われる。逆に、今回のような連携シートなしでの理念共有・教育は難しいと想像される。

#### ⑪認知症ケアにおける時間性の認識。認知症ケアはとても長い時間の経過を含むことについて

- ✓ 連携シートには生活史、病歴、家族の歴史など長い時間が含まれている
- ✓ 認知症が始まりかけた頃からを描くケアパス概念図と連携シートが連動することで、認知症が始まる前、認知症が始まってから、医療・ケアとのかかわりなどの時間が一望できる
- ✓ 多職種・当事者で物語を共有する。物語を共有することで、多職種や地域、当事者の連携が生まれる可能性も。また、認知症の知識を核として物語を共有することの意味を知ること、地域づくりにつながる可能性もある。

#### ⑫実際にトライアルを行う場合の想定について

- # ケアマネジャーがこれまでのケースと同様の記載をするだけでは単に手元の情報を転載するだけとなる。一方で、医師にも連絡をとって記入するととなると、かなりの手間になる
  - # ケアマネジャーがこれまでの情報を転載するなら特に新たな意義はないとの意見も出たが、現状のケアマネジャーの記載は、単なる介護サービスの割り当てとしての「ケアプラン」の場合も少なくなく、この連携シートに必要な情報はまだ手元に無い場合も多いのではないかと。手元に無いことに気がついていない場合もあり得る。
  - # 特にケアパス概念図と照らし合わせて読み解くことで、単なる転載では不足していることが見えるのではないかと
  - # 既に介護サービスをしっかり使っている人では遅いという考えもあり、起点は地域包括支援センターが望ましいという意見もあるが、上記のように既にサービスを使っている人のケアマネジャーでも、見直しということも含め、参加していただくことが望ましい
  - # 介護保険サービスを使う前のケースだけでなく、施設入所などケアマネジャーの交代、医療と介護の連携が大事な場合、医師のほうも入院や退院などで引継ぎが必要なケースなど、様々な引き継ぎ・情報交換場面はあると思われる。
- ⇒実際のトライアルでは、新たに情報収集するケースも近い将来必要ではあるが、短い期間でのトライアルとなると、既にある程度情報を得ている場合の方が現実的と思われる。以下のような場面が想定される。

- ①新規のケースである程度情報も集まっているが、近い将来連携やバトンタッチが想定されるあるいは必要なケース（ケアマネジャーでちょうど医師と連絡しようとしていたとか、要支援から要介護になり、地域包括とケアマネジャーで連絡をとっているケースなど）
- ②既にある程度は動いているケースで、ケアマネジャーの立場としてはちょうど医師に連絡を取ろうとしていたケースや、逆に医師の方でケアマネジャーと連絡を取ろうとしていたケース
- ③在宅から施設入所が決まったり、小規模多機能のケアマネジャーに引き継ぐケースなど
- ④身体疾患で入院が必要なケースであるが、病棟医師・看護師に在宅での様子を伝えておきたい場合など。ケアマネジャーの立場でもかかりつけ医の立場でも、このようなケースはありえると思われる。

- ✓ 初期集中支援チームと地域包括支援センターの違いが何かを探す観点からすると、初期集中支援チームは、「この連携シートを使いこなす」「ケアマネジャーとかかりつけ医双方に連携シートの要点を伝え、橋渡しとバトンタッチする」という機能が挙げられる。
- ✓ 認知症サポート医も地域包括支援センター・ケアマネジャーとかかりつけ医を橋渡しするという働きを持つことで、存在意義が高まる。連携シートの意義を知り、地域の医師に連携シート記入の意義を伝え、ケアマネジャー等から要請がある場合、担当医に電話等して記入を促す役割。

## 調査研究事業の後半

---

### ●方法2（事業後半の進め方）

### ●結果2 事業の経過 試行運用の結果

⇒試行運用参加者と試行運用概要

⇒認知症ケアパス連携シートおよび関連冊子に関するアンケート調査結果

- ・認知症ケアパス連携シートを使用した場面
- ・認知症ケアパス連携シートが介在することの意義
- ・認知症ケアパス連携シート、連携ではなく日常場面での使用
- ・オレンジつながり手帳を介した本人・家族との対話の意義
- ・認知症ケアパス連携シートの構成・情報量
- ・オレンジつながり手帳の構成・情報量
- ・認知症ケアパス連携シート解説冊子の構成・情報量

⇒認知症ケアパス連携シート記載内容の定量評価結果

## 方法2

### 事業後半の進め方

#### A 認知症ケアパス連携シート解説冊子およびオレンジつながり手帳の作成

事業検討委員会で話し合われた点の中で、論点②「本人や家族が主体的に連携シートを持つか、専門職が当事者の同意を得て持つか」が最も大きな課題となった。そのため、論点①で合意された情報を専門職と地域の人々（市民あるいは認知症の本人・家族）が同等に持つことが考案された。つまり、認知症の症状などのため本人や家族が記載するのが難しい場合は、専門職が連携してシートを作成し、初期段階の認知症の人など、本人あるいは家族も協力可能な場合等は本人・家族が話し合いというプロセスの中で、情報を提供するという形である。認知症になる前の市民が、自らのことを書き記すということも想定された。それが、認知症ケアパス連携シートと完全な相互補完性（インタラクティブ）を持つオレンジつながり手帳の作成につながった。内容については相互補完性を持たせるが、インターフェースとしては市民に親和性のある手帳形式を選択した。

その他の論点③④⑧⑨⑫などの課題を考えると、認知症ケアパス連携シートの記載、どのような場面で使用するのか、連携の際にシートの意味をわかりやすく効果的に伝えるなどが必要と考えられ、解説冊子の作成を考案した。事業検討委員会での議論を踏まえて、冊子を作成した。ここでも、専門職どうしが情報だけでなく理念やケアの視点を共有することを念頭において作成した。この点でもインタラクティブなアプローチと言える。

#### B 試行運用の枠組みと試行運用参加者

事業検討委員会において、認知症ケアパス連携の課題が十分に話し合われ、それをもとにAに記載した認知症ケアパス連携シート解説冊子およびオレンジつながり手帳が作成された。試行運用については当初予定通り、介護支援専門員を起点とする場合と、医師を起点とする場合を想定し、介護支援専門員については、京都地域包括ケア推進機構の団体交付金事業である「認知症の人とその家族を支えるためのケアマネジャー育成事業」（研修）参加の介護支援専門員に協力を依頼することとなった。医師については京都府医師会、認知症サポート医連絡会幹事にも諮り、京都府内の認知症サポート医に協力を要請することとなった。

#### C 試行運用の実施

参加する上記の介護支援専門員ならびに医師、更にそれらの参加者を通じて、それらの参加者の支援対象である認知症の本人・家族、また認知症ケアパス連携シート作成のカウンターパートとなる専門職（参加者が介護支援専門員の場合、同じ認知症の人を担当する医師が協力者になる等）へ説明・同意を得る枠組みで承認を得て、試行運用を行った。

実施にあたっては、研究事業事務局から説明を受けた介護支援専門員あるいは医師が起点となって認知症ケアパス連携シートの記載を開始し、協力者とも連携を行ってシートを完成する形を取った。

#### D 今回のアプローチの有用性の確認

試行運用実施後、今回の仕組みの有用性を確認するため、作成された認知症ケアパス連携シート（匿名化したもの）の提出およびアンケートへの回答を求めた。提出された認知症ケアパス連携シートは、その記載の実現性を確認することを主たる目的としてシートごと（シート5は省く）およびシート全体について認知症診療・ケアの経験を持つ2名の評価者により記載完成度の評価を行った。アンケートについては、認知症ケアパス連携シート本体、解説冊子、オレンジつながり手帳に分けて、有用性を確認する質問ならびに、具体的な意見の記述を求めた。

## 結果2

### 事業の経過 試行運用の結果

#### A 試行運用参加者

試行運用参加者は方法に記載した介護支援専門員42名および京都府内の認知症サポート医75名のうち今回の事業の説明会あるいは検討会に参加可能であった25名に依頼を行った。そのうち、介護支援専門員41名、認知症サポート医13名がアンケート提出を行った。認知症ケアパス連携シートについては、それぞれ40名、14名が提出した。認知症サポート医5名は複数ケースの事例を提出したので、シート作成ケースは20ケースとなった。

介護支援専門員のうち24名は居宅介護支援事業所、12名は地域包括支援センター（うち1名は居宅との兼任）、5名は（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の所属であった。経験年数は5年未満3名、5～10年が23名、11年以上が14名、未記入が1名であった。男性6名、女性は33名、未記入が2名であった。

医師については、診療所・医院が10名、病院が3名であった。5～10年の経験が5名、11年以上が7名であった。性別は、男性12名、女性0名、未記入1名であった。

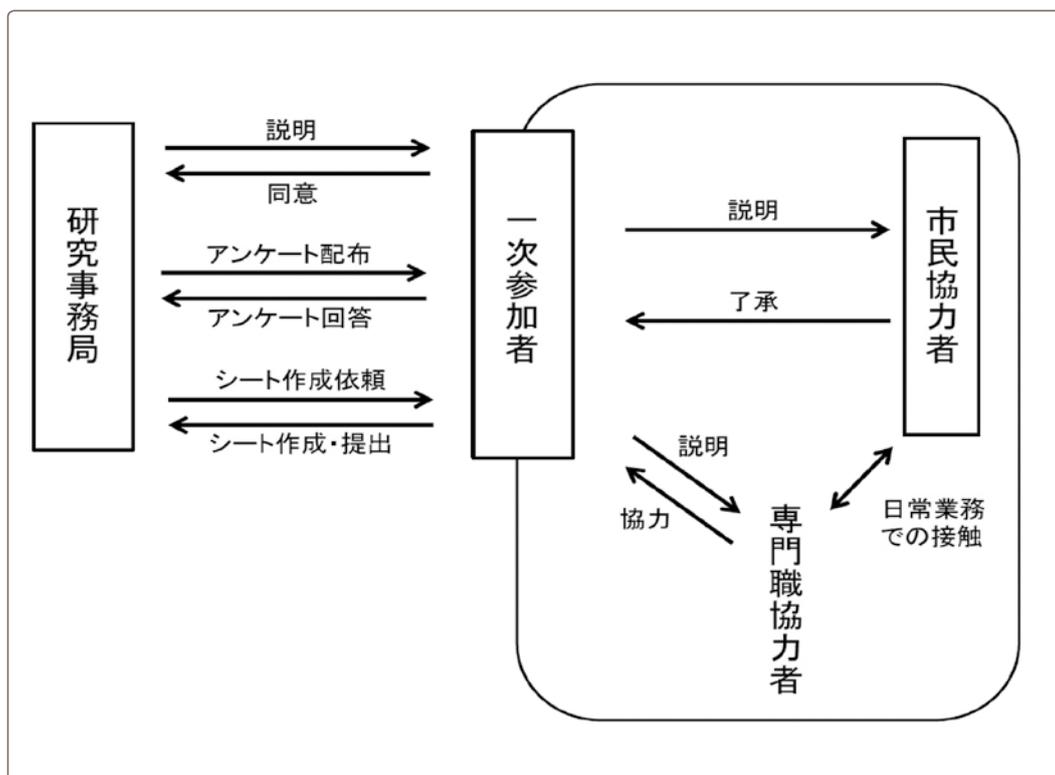
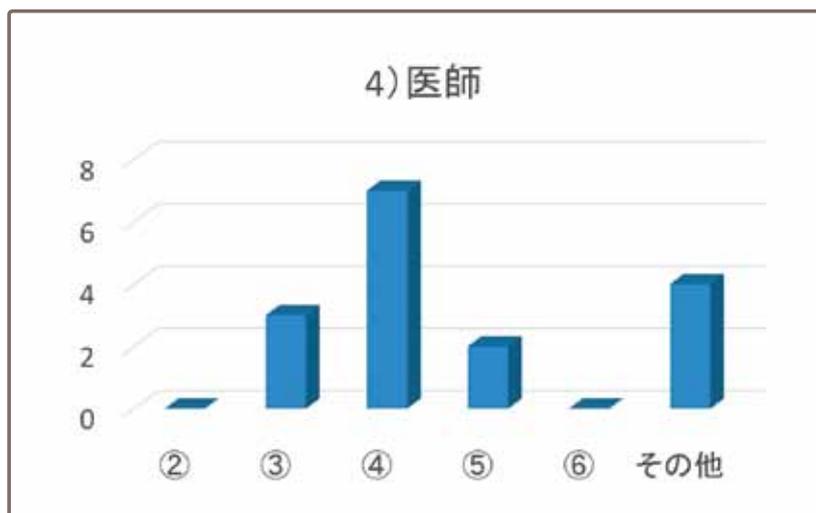
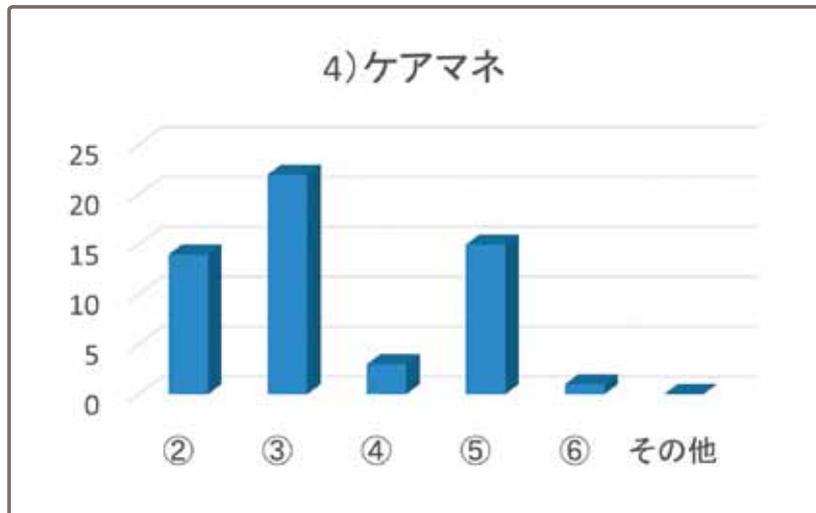


図 試行運用の枠組み

## 🍊 認知症ケアパス連携シートを使用した場面 🍊

Q4 今回、実際に運用された場面はどの場面だったのでしょうか？

- 解説冊子場面② 気づきの場面で相談を受ける場面など
- 解説冊子場面③ ケアの立場から医師・医療機関に連絡・照会を行う場面など
- 解説冊子場面④ 医療からケアへの相談・連絡があった場合など
- 解説冊子場面⑤ ケア専門職どうしの引き継ぎ・連携の場面
- 解説冊子場面⑥ 医師・医療機関どうしの引き継ぎ・連携の場面
- その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

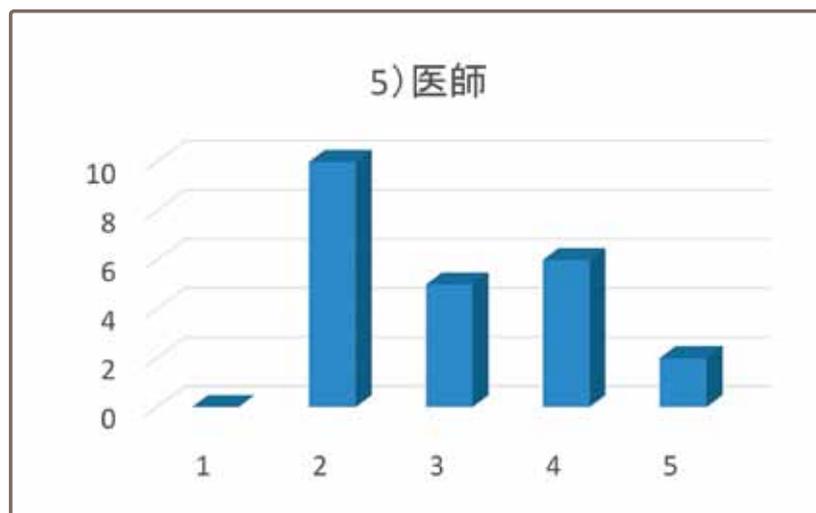
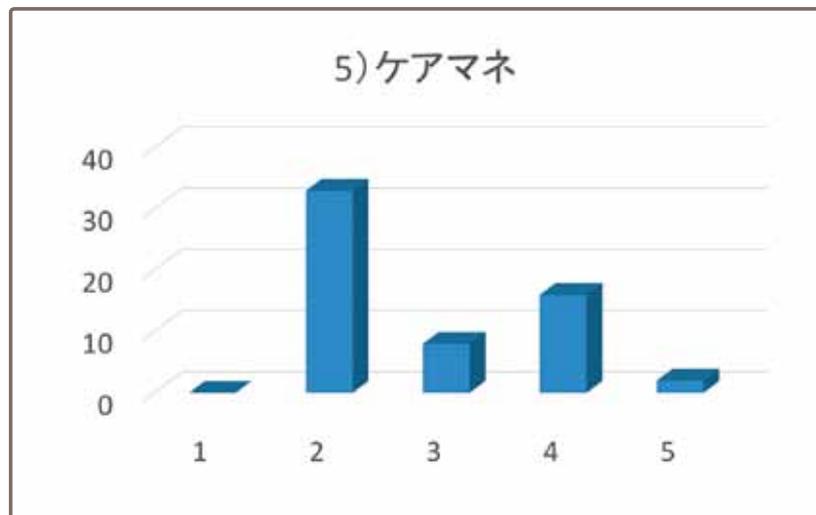


■ 運用した場面については、ケアマネジャーと医師とは当然ながら連携の方向が反対であるため、場面には異なりが見られた。ケアマネジャーは地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能の3つの所属があったためもあり、幾つかの異なる場面での連携が行われていた。

## 🍊 認知症ケアパス連携シートが介在することの意義 🍊

Q5 認知症ケアパス連携シートが介在することで、他職種連携・引継ぎなどで連携シートが無い場合と比べて連携はより良い形になった（あるいは、なりそう）でしょうか？

- 1 有効ではない
- 2 情報を共有しやすい、伝えやすいと感じた
- 3 連携にかかる時間や労力を節約できると感じた
- 4 本人らしさの視点・理念を共有しやすいと感じた
- 5 その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )



■ ケアマネジャー、医師ともに、認知症ケアパス連携シートがあることで情報共有や連携にプラスになったとの回答であった。ただし、次ページ以降に記載があるように、新たな連携や発見、本人の思いへの理解があったという有意義さの一方、時間的・精神的労力の課題などがうかがわれた。



現在起こっていることばかり目に入ってしまうがちですが、  
連携シートを使うことで、いろいろな視点から  
総合的な話し合い、検討ができた。

Q6

認知症ケアパス連携シートを使って連携することで、特に良かった、印象的だったと思える点がありましたらお書き下さい。

#### ■ 連携シートの存在で新たな連携・理解に繋がった

- 意見書作成に関わっていないケースでのCMとのやりとりが出来た。家族関係や経済状況など、外来の短時間では収集できない情報を得ることができた。
- 相談でDr受診促し、その後、フォローしていなかったが、今回シートをDrにさせていただくことで把握できた。同時に今回のシートをかかりつけ医と物忘れ外来医師に提出し情報共有できた。
- 日頃の介護での出来事、悩みを主治医にご家族は伝えていなかった様で、今回この連携シートにより主治医に伝わり、受診時に主治医の方からご家族にお話されたとか。また薬を処方され今、状態が少し改善傾向となっている。ご家族がきっちり受診同行され、薬の管理もされていると、逆にCMとしても特に主治医とのやりとりまで家族に聞かない。そこが盲点だったと今回気付きました。
- サービス事業所に本人のいろいろな面からの情報を伝えることが出来た。あらたな課題がみえてきた。
- 質問していなかった項目で新たな発見があった。主治医と話をすることで互いの誤解がわかった。
- 主に医療の情報を入手する際に医師が専門医と連携して情報をまとめて記載して下さったこと。
- 既に認知症と前医で診断されて確定診断がついていないケースについて診断を再考する（主治医の中での）必要性に気付くきっかけとなった。これによってケア専門職により正確な医療情報を伝えることが可能となった。

#### ■ 連携と情報共有につながる

- 在宅から特養入所場面で使用する情報の共有がしやすい。事前に情報が分かっていたら聞き取り部分が省ける。
- 広域で連携がとれるところ。統一された様式が決まっているところ。公の認知度が上がれば連携がさらにスムーズになると思われた。
- 医療機関と家族、地域包括との情報共有が深まった。
- 患者、家族、特に介護スタッフとの情報共有ができること。
- サービス事業所と医療との連携に役に立ったと思う。

#### ■ 時間労力が省ける・スムーズにつながる

- 記載するのは時間がかかり大変だったが、一旦記載したら、後々の連携はスムーズに進みやすいだろうと予想しました。

#### ■ 多職種間でそれぞれの視点・役割が明確になる

- それぞれの視点、捉え方が明確となる。共有し易い。
- 主に引き継ぎ時の情報共有を簡潔化することが第一の目標であったが、医療側から見て家族、介護職側との（患者について）再認識につながる。
- 私は認知症の事ばかり心配しているがかえってケアマネさん方が医療（心不全）について気にかかっているのが分かって印象的でした。本人の希望や強みという所があってこの人についてあらためて考えさせてくれる所がよかった。

- ケア専門職、医療職がそれぞれ重視する点に分かり、不足な部分を補えること。ケアの問題点が見えてくること。
- 医療とケアの情報量、視点の違いが認識できた。
- 役割が明確になり（本人、家人、老人福祉員、医師など）、安心感があったり、形に残っていることによって見ればすぐわかるし、支援体制がすぐ確認できる。

#### ■ 当事者の病気としての理解が深まった

- 認知症を隠さず病気として共通理解（家族と）できた。

#### ■ 必要な情報を詳しく知ることに繋がった

- 認知症に関する病歴、認知機能検査、頭部画像検査等、医療面について医師より具体的に聞くことができた。
- 後見制度申請で初めて受診された方の日常生活が把握できて有用だった。

#### ■ 必要な情報を理解しやすい・多角的に見られる・漏れない

- 自分自身がその人をアセスメントするためのツールとして有効だった。シートを作成するのに何度も訪問し、時間と労力が必要だった。居宅ケアマネージャーとの引き継ぎ訪問の前に、シートを渡しておくことで、スムーズに引き継げた。
- 本人、家族、医療、介護、福祉、等々でかたよりの少ない情報がまとめられました
- 情報にもれが少なかった
- 現在起こっていることばかり目に入ってしまうがちですが、連携シートを使うことで、いろいろな視点から総合的な話し合い、検討ができた。
- 利用者の情報が項目毎に書き込めることで伝わりやすいと感じた。
- 認知症ケアパスシートにアセスメントに必要な項目が網羅されており、必要な情報や不足している情報、本人や家族の強みなどに気付ける仕掛けとなっている。そのため、情報共有としてのツールとして非常に有効と感じた。
- 今回はすでに支援を開始しているケースでしたが初回アセスメント時頃からの運用が出来れば有効な利用が出来るのかなと思いました。
- 精神科外来（もの忘れ外来）初診のインテークのテンプレートとして有用。

#### ■ 本人の視点に立ちやすい

- 認知症の人に焦点されたケアプランが作成できると感じました。

#### ■ 本人や家族の思いを深く知ることに通じる

- 医療的な情報も含め、ケア専門職同士で情報共有する事ができる。本人が認知症の末期にどんなふうにご逝きたいのかを考えるきっかけにもなる。もちろん家族にとっても同様です。
- 生活歴を改めて把握することで、その人の価値観、人となりがわかり、今後の支援に役立てられるように思う。医師に対し、具体的に聞くことがわかり、話しやすかったように思う。
- 利用者や家族の気持ちや思い、生活歴など深めることが出来た。
- 詳細を聞いたり、伝えたりする事ができた点が有意義であった。
- 本人の生活歴のアセスメント不足を痛感しました。
- 本人の物語を詳しく伝えることができ、ケアに役立てられそうだったこと。本人の希望が自分自身で明確にすることができたこと。ケアパス作成時にご家族にも協力してもらったことで、家族に本人の思いを伝えることができた。
- ケアマネのアセスメントの中で本人、家族との意思確認をする事は、後回しになる事もあり、シートを作成する上で見直しました。



## 認知症中度～重度者の単身者からの聞き取りが難しい

Q7

認知症ケアパス連携シートを使って連携することで、使うことで逆に悪い点があると思った場合は、その点についてお書き下さい。

### ■ 以下の回答は記載内容に関係なく、順不同

- 連携する時期、タイミングをまちがわない。特養入所の連携などは申し込み時と同時に連携シートを添付して頂くのが良いと特養事業所から聞きとる。
- 本人が認知症を受容できていないため、なかなか本人との共有が困難。
- 記載する項目が多くてどうしても家人記載が多く、高齢であればなお書けない方が多いように思う。家人さんより「どう書いていかわからない」との感想あり。
- 医師との連携において、意見書を参考にすれば良いのではと言われ協力を得にくいこともあった。医師の理解、協力を時間がかかる。
- 常に変化する情報の訂正や再記入について難しいと感じた。
- 介護保険主治医意見書のように医師には理解がされておらず、かつ報酬もないのであれば医師によっては記入に同意が得られない事もあるかもしれない。
- 認知症中度～重度者の単身者からの聞き取りが難しい。
- 一事例しかしていませんのでわかりません。
- 主治医へ記入を依頼すると、本人の経済的負担が増える。低所得者が多い地域なので、負担増は困る。
- 他の連携シートと重複について
- 相手にケアパス連携シートの理解がなかった場合に説明に時間がかかる。
- 特になし。家族がシートを希望されることも考えて記載する必要がある。
- 意思確認項目については、その時その時によって気持ちは揺れると思うが一度記入したことで、そうでなければならぬような気持ちになってしまうような部分もあり、情報共有していくうえで関係者が配慮していく必要があると思う。
- 支援が続く中で症状も変化していくので支援途中の様式の工夫が必要かと思う。
- シート作成に時間がかかる。
- 面談に時間がかかった。
- 専門医がきちんとした認知症の診断がついていない人には使えないと切り捨てました。
- 色々明らかになることで連携はしやすいが家族の立場になったらいいとわかっているにもかかわらず認めたくない部分があるのではないか、複雑な気持ちになると思います。
- 特になし（使用目的が分かっていることが前提）

- 医師側に最初に渡ったら、記載に労力が大きく、進まないだろうと思います。
- 悪い点はなし。ただし、お互い作成に時間と労力を費やしたので、それに見合った利点を実感できるかどうか分からない。
- 利用者さんについてはケアパスのような書類や書き物が他にもたくさんありまとめてくれるとありがたいという意見がケアマネよりありました。
- 決して悪い点はないが、シート記載に時間がかかるといった記載する側における労力増大が問題ということは指摘できる。
- 個人情報のことがあるので直接持って行き直接持ってきてもらいと少し手間がかかりました。
- 紙ベースで動いている時に、不特定の人の目に触れる可能性はあり、個人情報の漏洩がないか気になる。手書きだと筆跡で予想がつくも、ワード入力した場合、後で見た時に誰が記入したかわかりにくい。また記者によって微妙に内容が異なることがある。
- 慣れないせいもあり、かなり煩雑。他の疾患パスのように情報（パス）の流れが決まっていない（ケースバイケース）ので、情報伝達のタイミングとかのポイントが分かりにくい。誰がパス作成を開始するのかが漠然としている。どの項目を誰が記入するかも明確にしにくい。
- バッサリ協力を拒否されたケースでその後のかわりに少しぎくしゃくしてしまった。
- 悪い点ではないと思うのですが、利用の主旨が定着するまで説明が大変だなと思いました。特に大きな病院だとリハビリ指示書や主治医意見書の記入も非協力的な医師がおられたり、認知症の相談をしても自分は専門医ではないと答えられる医師も多いため。
- 情報更新のタイミング

#### Q7「認知症ケアパス連携シートを使って悪かった点」の記載について

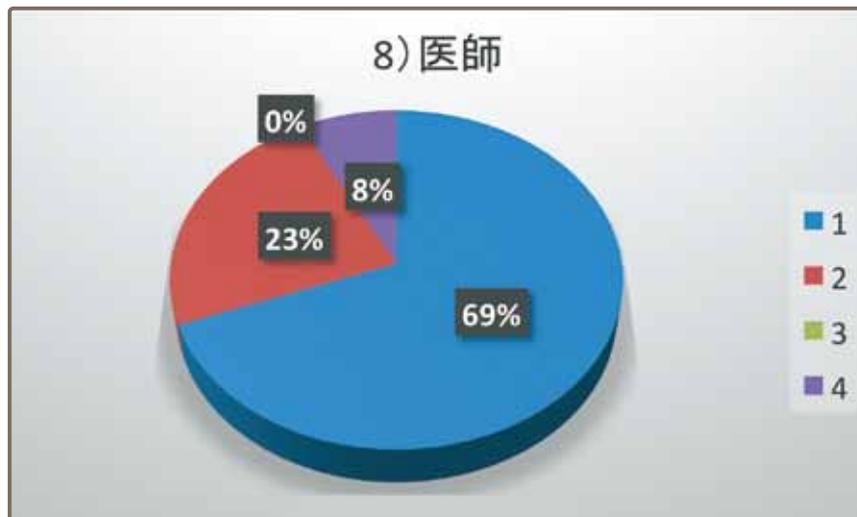
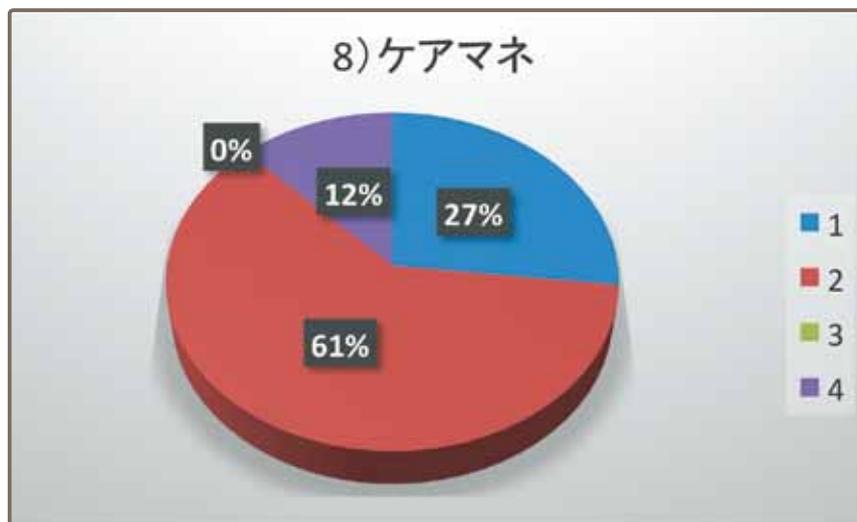
記載についてのカテゴリ分析は行えていないが、①時間・労力がかかる、②本人・家族の協力を得るのが難しい場合がある、③カウンターパートとなる専門職、特に介護支援職員にとっての医師協力者の了解を得ることの難しさ、④ケアパスとしての連携の流れの理解が難しいなどが挙げられていた。

①の時間・労力がかかる点については、記載方法に慣れること、良かった点に記載されていたような、ケアパス連携シートがあることで、時間・労力を節約したり、効率があがることへの理解などが今後課題となる。②については、認知症の人や家族の状況によって、本人・家族の協力を得るタイミングを見極めることなどが今後の課題である。③の専門職の了解については、システムを広く周知することなどが必要である。④については、今回の試行運用の成果を踏まえたシステムの作り込みが必要であろう。

## 🍊 認知症ケアパス連携シート、連携ではなく日常場面での使用 🍊

Q8 認知症ケアパス連携シートは連携場面ではなく、日々のケアや診療を振り返るのにも有用な可能性があります（解説冊子場面① p21）、その点はいかがでしょう？

- 1 とても有用    2 有用    3 有用でない    4 どちらとも言えない

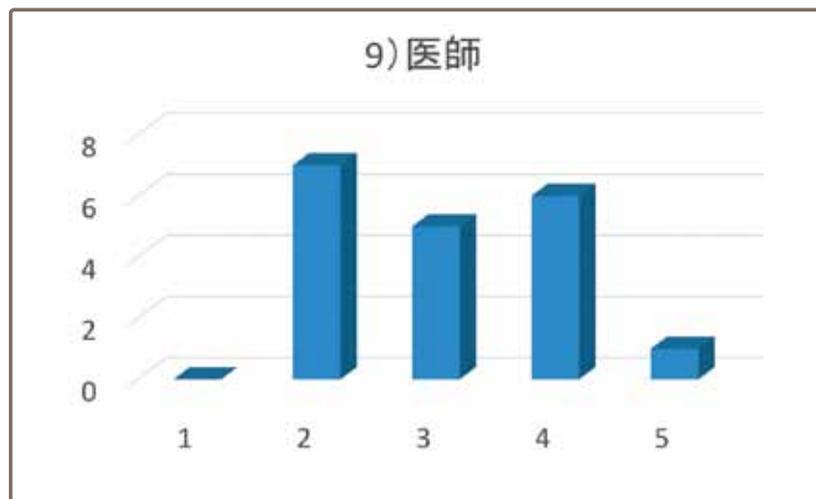
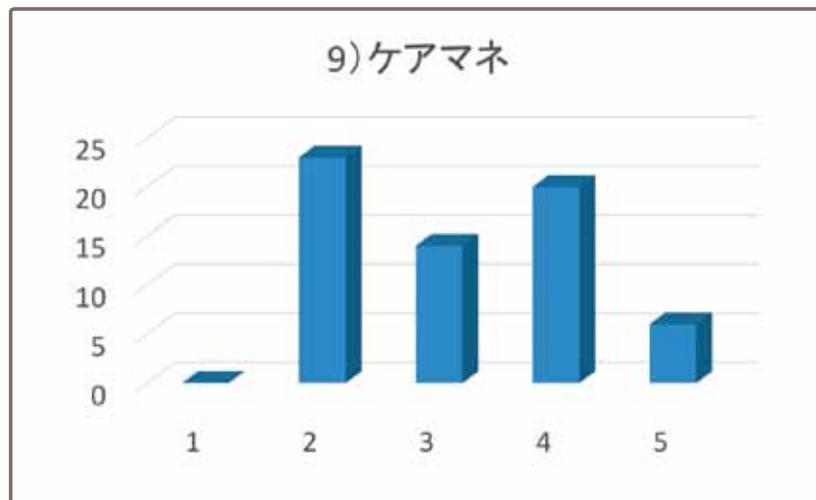


■ 連携場面ではなく、ケアマネジャー、医師ともに個人個人でのケアの振り返りや診療の助けになったかという質問であったが、ケアマネジャー 88%、医師 92%がそのような形でも役立つという回答であった（とても有用、有用の合計）。具体的なコメントも寄せられたが、本報告書では省略している。

## 🍊 オレンジつながり手帳を介した本人・家族との対話の意義 🍊

Q9 オレンジつながり手帳が介在することで、本人・家族との話し合い・理解は、無い場合と比べて良い形になった（あるいは、なりそう）でしょうか？

- 1 有効ではない
- 2 情報を共有しやすい、専門職として大事なことを伝えやすいと感じた
- 3 情報共有などにかかる時間や労力を節約できると感じた
- 4 本人らしさの視点・理念を共有しやすいと感じた
- 5 その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )



■ オレンジつながり手帳についても、その存在の有用性が確認された。本人・家族との関係性のためのインターフェースという意味合いから、本人らしさの視点・理念の共有への回答が、連携シートに比べて多かった。



手帳が手元にあることで今まで聞きにくかった内容が比較的スムーズに聞け、家族や本人と確認しながら記入できる点。

**Q10**

オレンジつながり手帳を使って本人・家族とやり取りすることで、特に良かった、印象的だったと思える点がありましたらお書き下さい。

■ 以下の回答は記載内容に関係なく、順不同

- ・聞きとりを行う事で本人の思いなど今まで聞けなかった事も聞けた。
- ・ご家族さんには本人の事を知ってもらうきっかけ、本から話題につながる、今後のことを考えてもらえるきっかけとなる。
- ・改めてアセスメント出来たし、本人の前で言えないことなどもわかる。家人も字におこすことで整理ができる。
- ・思い、生活歴など聞けるツールだと感じた。
- ・手帳が手元にあることで今まで聞きにくかった内容が比較的スムーズに聞け、家族や本人と確認しながら記入できる点。
- ・その場で聞きとるのではなく本人に渡して後日記入したものを持参していただき家族とともに面接をした。面接時間の短縮が図れると同時に、自宅で記入時家族間で意見交換する等され（医療同意の事等）、お互いの気持ちを知ることが出来たと言われていた。
- ・認知症の人とその家族に対してアイメッセージが印象的でした。
- ・独居の方ですでに正確に聞き取りできない場合もあるな、と感じた
- ・家族とともに確認していく方が、正しく共有できるのではないかと思われる
- ・家族の思いなど掘り下げることができた
- ・介護者から今後の認知症の情報共有ツールの開発、研究におおいに役立ててほしいと言われ、大変協力的だったこと。
- ・家人の本人に対する思いが伝わった。家族にとっても本人の人生を振り返る機会になったと思う。案外親のことは知らない。
- ・家族からは自分の母の事を親身に考え対応を行ってくれていると安心の声が聞かれた。
- ・診断を受けておられる方にお願ひしたので認知症を病気として話し合いができた。
- ・自分達の環境を再確認した
- ・共通の視点で話を掘り下げて行けて、詳しく聞くことができた。
- ・家族との共同作業となり、一体感を得て聞きやすかった。
- ・必要な質問が明確になり、聞き逃す事を防げた。
- ・家族の気付きにつながる項目が多数あったと聴取している。
- ・介護者さんから、認知症の進行があり手帳の活用は難しい。これからの世代には有効と思うと意見いただきま

した。

- 認知症の度合い等、家族、専門職間で情報共有が具体的にできるように思う。
- 本人が歩んできた人生を共有することができ、ご本人への理解が深まった。本人の希望する生活もやり取りの中で明確になっていった。本人に対して家族が誤解していることが明らかになった。
- 家族自体も介護や本人の状態について振り返るいい機会になったと思う。
- 自分の年表（生活史）のページはなかなか聞き取りにくい内容でもあり、この手帳があると本人、家族に書いて頂けるので良い。
- 先送りしている点(今後の生活のあり方など)を改めて聞き取れたり、現時点での心情を伺うことが出来て良かった。
- 聞きにくい将来についての事など、手帳がある事でシートに記入しやすかった。
- これまでのききとり、アセスメントが不十分であることがわかった。本人の生活歴、大事な性格、本人らしさを知ることが出来た。家族の思いを知ることができた。
- 活用しやすいと思います。
- 家族が親の人生をまとめるツールが欲しいと思っていたということで喜ばれた。
- 家族とケアマネの距離が又縮まり関係づくりが出来た。「こんなことまで聞くんか？」と言われながら応じてくださった。
- 疾病のみならず精神的、社会的背景を知ることができ、全人的な評価をすることができる。
- 今回に限ってはなし。
- 意思確認については定期的に確認が必要と思う。後見制度についても契機があれば相談されないことが分かった。
- 訪問して手帳の事を説明して聞き取りしてあらかた書いて足りない所を書いてもらえたらといって家人に手帳をゆだねました。1か月経って家人がって調を持ってきたとき、ああ覚えていてくれたとうれしかった。
- 使用期間が短いことからやりとりはほとんど出来ていない。今後手帳を使用することで本人・家族とのやり取りはスムーズになる可能性が高いと実感している。
- 今回ご本人では書けない方をお願いしたので、家人記載となっていたが、家人のご本人への思いが感じられてきた。できるだけ家でみたいと考えていることを知ることができた。
- 本人、家族の情報、気持ち、考えなどがわかりやすくなりそう。
- 聞きにくい事もページに沿って聞けたのでスラッと聞けた。
- 以前心疾患で様子観察していくといわれていた事がその後1年以上病院をかわったこともあり確認されずそのままになっていたことを介護者が思い出されたことがあった。



本人、家族が認知症とっていない場合、認知症を認めていない場合、その人にとっていくら有効であると思われても使用しづらい。

### Q11

オレンジつながり手帳を使って本人・家族とやり取りすることで、使うことで逆に悪い点があると思った場合は、その点についてお書き下さい。

#### ■ 以下の回答は記載内容に関係なく、順不同

- 家族が記入するのは面倒くさい等の意見あり。事業所関係のみの連携目的の為にもってもらうのか。
- ご本人が受容されていないためご本人にみせられないページがある。
- もし落としてしまったりすると個人情報に危ない。本人にとっても告知とか知らせたくない情報があった時に目にしてしまう可能性がある。
- なかなか全ての記入に時間がかかってしまう。
- 本人、家族が認知症とっていない場合、認知症を認めていない場合、その人にとっていくら有効であると思われても使用しづらい。
- 今後の医療同意のところで“認知症は進行していく”という事や、“食事が食べられなくなり胃瘻をつくることになる”という場面を考えなければいけなかった。本人にとっても家族にとってもそれはつらい事であったようだ。進行し、悪化していくというケアパスのイメージは初期の人にはつらく感じる。
- 記入についての手間が心配。
- “認知症について”、“認知症の症状”、“自分でしていること”など本人にとってみるとやや抵抗感あるかと思える。家族が記入するならまだしも本人はびっくりするかと思う。
- 本人の前で家族が答えにくかったり、本人の尊厳が守られない状況になるような場合…別々に聞き取ることも配慮する必要がある。
- 時間的負担をかけてしまう。
- 家族に記入をしてもらおうとすると、慣れていない家族にとっては記入が負担となると考えられる。ゆっくり時間を取って（少しずつでも）共同作業にての記入作成が有効と思われる。
- いつ、どの時点から手帳が有効になるか。診断を受けて数年経っているため、本人のための連携パスというより家族が“遅すぎる”と悲観されていました。
- 老々世帯にとって、今回、姉弟の関係性の中で弟さんには負担感があったようです。弟さんには、お姉さんにそんなにたち入って聞けないという思いもありました。悪いというわけではありませんが、個々によって状況もちがうので時間が必要かもしれません。
- 特にはなかったが、認知症という言葉を出すことに対して、家族の抵抗感が少しあったようである。
- そこまでは十分活用できていません。
- 認知症についての受け止め方が本人、家族で違うため、手帳そのものを使えなかった。本人は、「認知症だと言われたが、そんなことはない、まわりが大げさに言っているだけだ」という中、妻と娘が本人に向かって「ア

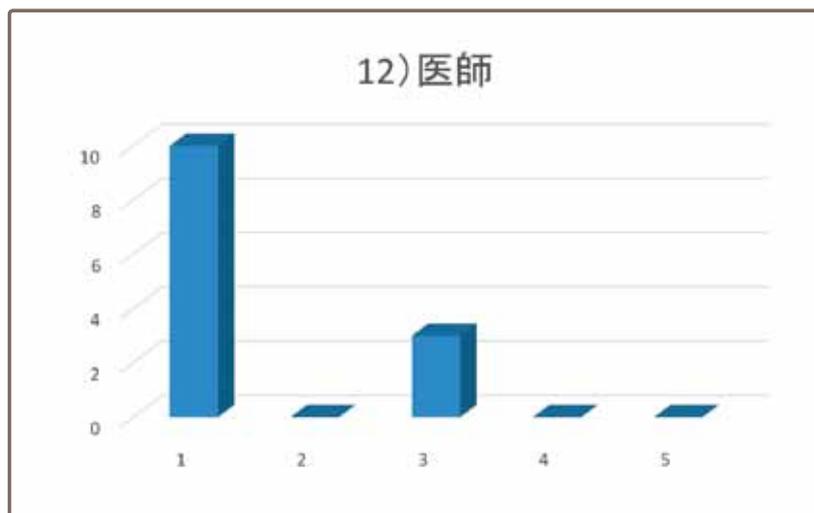
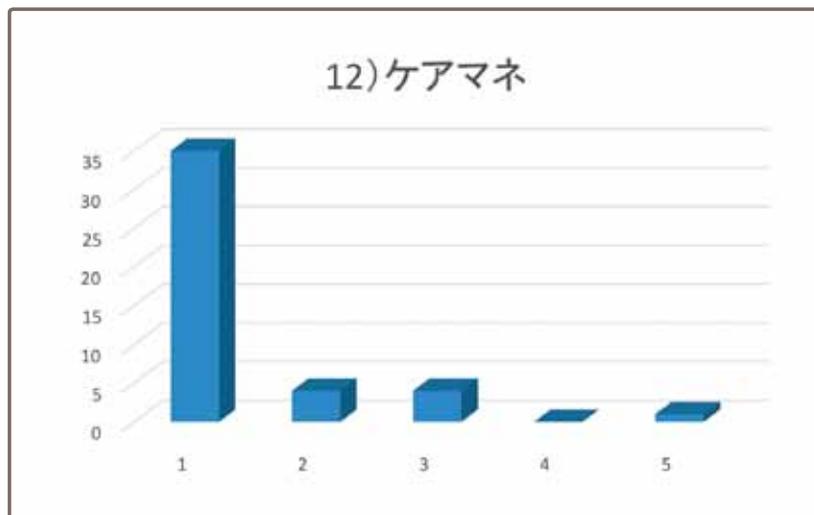
ルツハイマー型認知症と言われた、最近大変なんです」と言い、不穏な空気が流れる中、オレンジ手帳を出せなかった。

- 家族や本人の思い、他者に言いたくない項目などに触れる部分があったと感じた。
- 手帳について理解を得る事に時間がかかった。
- 家族でも知らないことがあり複雑な気持ちになられた。
- 「こんな事まで聞くか？」と生活歴や介護について等、「先の事は分からん」と言われながら具体的に質問しながら答えていただく。長い時間を要すると嫌な気分になるようです。
- 意思確認の将来どのような医療を受けたいかという中で、胃瘻のこともありましたが、ある程度の信頼関係が構築されてからの記載がよいように思います。
- 本人と家族に記入する負担を強いたという印象。本人は（能力的に）記入できず、家族は記入したが、空白が多かった。
- 当院の場合診断されていない告知されていない人ばかりが多いので家族も本人に言いたくないということがあり、本人にわかると困るという思いがありました。
- 記入するところが多くて労力をかけてしまったように感じる。
- 使い方に、かなりばらつきが出そう（必ずしも悪い点とは言えないが）
- 今回は主旨を理解して頂いた上での運用だったので協力していただきましたが、実際支援の場で常に使用するとなると抵抗感やとまどい感を感じられる方も出てくるのではないかと思います。

## 認知症ケアパス連携シートの構成・情報量

Q12 認知症ケアパス連携シートの構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

- 1 構成・情報量ともちょうど良いぐらいだと感じた
- 2 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は少なすぎると感じた
- 3 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は多すぎると感じた
- 4 情報量は良いが、構成が悪いと感じた
- 5 構成も情報量も良くないと感じた



■連携シートおよびその関連冊子の構成・情報量などへの質問のうち、連携シートについては、医師にとって多すぎるといった意見もあったものの概ね妥当との回答結果であった。

## 🍊 認知症ケアパス連携シートの構成・情報量 🍊

Q12 認知症ケアパス連携シートの構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

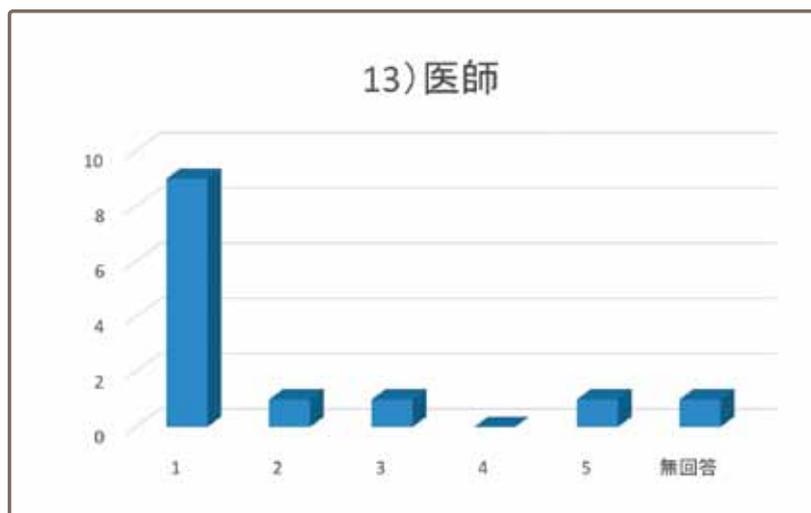
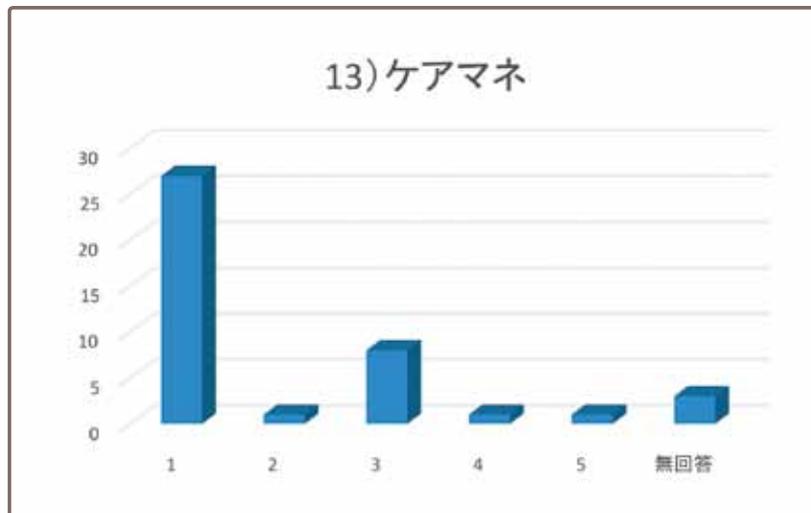
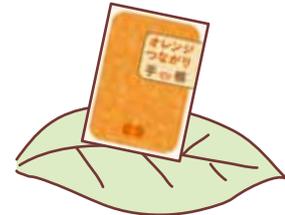
●以下の回答はQ12の回答に対して、具体的に記述された内容を列挙。  
記載内容に関係なく、順不同

- 落とした時怖い。書けない人もいる。
- ダブリを感じる〈今書いたがという感覚〉。まとめられないかな？という意見あり。プロセスレコードのようなもので一枚化は…全体的に書く量が多い。
- しかし一度に記入するには時間がかかった。日常業務では少しずつ書いていくイメージの方がよいのではないか。
- 介護サービスは要介護の方であれば記入しきれないのではないか
- 同居家族の部分、多人数での同居は少ないのではないか。逆に独居の家族情報は少ない。
- 本人の現在の状態が、家庭、医療機関、ケアの現場で違うため、それぞれの情報を同一ページに記入できたらもっとわかりやすい。
- 事業所との連携に使用するにはADL、IADLの項目に詳細がある方がよいかも。BPSDの困ったときの対応方法とか。
- 普段の連携に使うには記入に時間がかかる。シート④事例検討には有用だが連携には不要と思う。
- 医療の情報項目で、認知症ステージやステージ別のアプローチなどの助言記載を希望。
- 悪いというほどではないのですが、情報はもう少しコンパクトでもよい。特に認知症以外での医療との連携の場合では多いと思う。介護保険の情報提供シートにあるような内容はまとめてあった方がよいと思います。
- 家族情報、課題の抽出と今後の方針はもう少し簡潔な方がよい。
- 胃瘻をどうしたいかなど、まだ決められていない内容は尋ねても回答が得られにくいし、当初から必要なかどうかは難しい。考える機会となるのはいいと思う。
- 少し踏み込んで聞けた。

## 🍊 オレンジつながり手帳の構成・情報量 🍊

Q13 オレンジつながり手帳の構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

- 1 構成・情報量ともちょうど良いぐらいだと感じた
- 2 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は少なすぎると感じた
- 3 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は多すぎると感じた
- 4 情報量は良いが、構成が悪いと感じた
- 5 構成も情報量も良くないと感じた



■ オレンジつながり手帳の構成・情報量についてはケアマネジャーの方がやや多いという印象があったようだが、概ね妥当との回答結果であった。

## 🍊 オレンジつながり手帳の構成・情報量 🍊

Q13 オレンジつながり手帳の構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

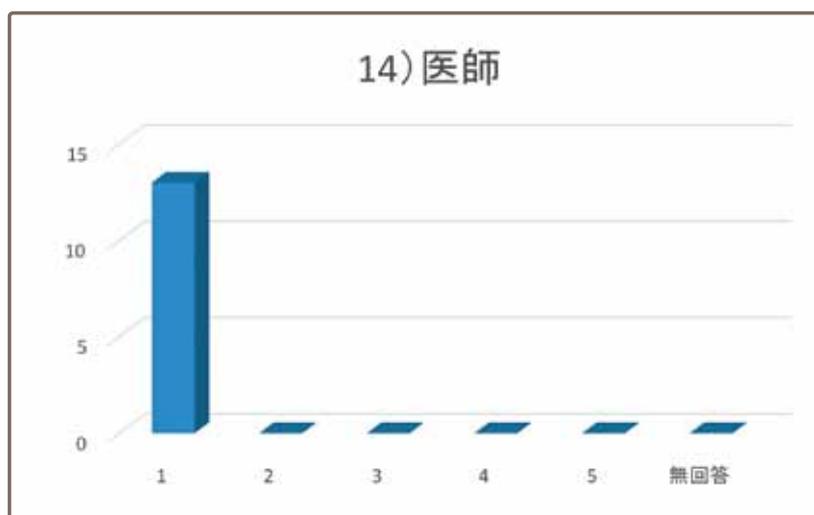
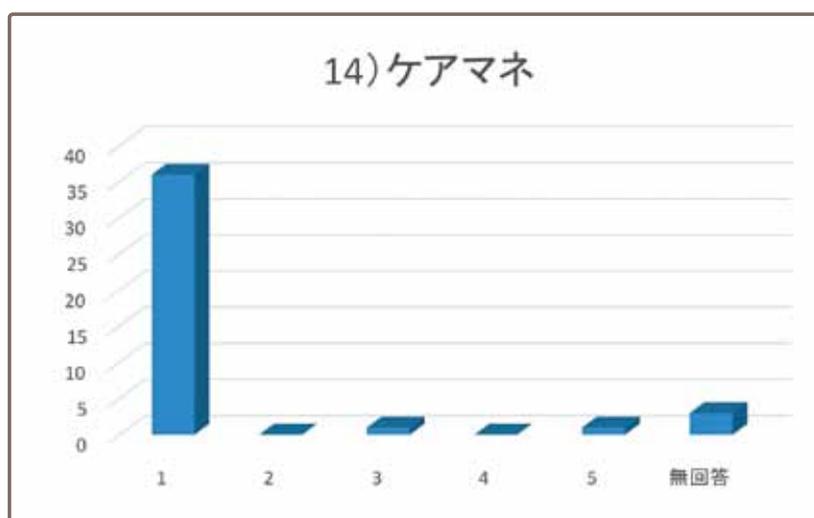
●以下の回答はQ13の回答に対して、具体的に記述された内容を列挙。  
記載内容に関係なく、順不同

- 記入するのに時間がかかり途中で断念されている。何ページも…となると難しいと思われる。
- すべての項目はどれも必要であると思われるが、全部うめるには時間がかかりすぎる。
- 読む時には多いと思ったが書く時にはこの程度の情報は必要だった。
- 医療面の情報。記入しづらいと感じた。
- P12の認知症の症状はチェックBOXだけでなく日付けを入れられると変化がわかりやすいと思う。本人一人では確認しにくい事項もあった。
- 中身は良い。家族には書けない。聞き取りに使うのであれば有用。
- 認知症の検査の頭部画像検査は何回もするのではないと思うのですが…
- 薬、認知症について（経過を記入するところ）、変化することが多い情報は書きかえる必要もでてくるので、差しかえができるとよい
- 全体的に本人・家族が記入するのは必要性について理解してもらうのは時間がかかるかと思う。
- 認知症の検査、環境チェックの項目が本人・家族には書きにくい、わかりにくいのではないか。24ページもあると認知症高齢者、家族は書けないのではないか。
- 一つ一つの情報は必要なことだと思いますが、全体量が家族に記載してもらうには多くなると思いました。
- 全体的に本人、家族で記載するには情報量が多いと思います。
- 診察室で聞けない患者さんの思いを入手できた。
- ケアパス連携シートと重なる部分は整理し、本人・家族が相手に伝えたい情報だけでも良いのではないか。例えば本人家族の思いや考え、希望、不安、終末期の治療選択（高齢者の場合）など。
- 家族も知らない事があり、本人に聞いた。

## 🍊 認知症ケアパス連携シート解説冊子の構成・情報量 🍊

Q14 認知症ケアパス連携シート解説冊子の構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

- 1 構成・情報量ともちょうど良いぐらいだと感じた
- 2 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は少なすぎると感じた
- 3 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は多すぎると感じた
- 4 情報量は良いが、構成が悪いと感じた
- 5 構成も情報量も良くないと感じた



■ 解説冊子については、妥当との意見が多く、P31に示すように、特記事項の記載も少なかった。

## 🍌 認知症ケアパス連携シート解説冊子の構成・情報量 🍌

Q14 認知症ケアパス連携シート解説冊子の構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

●以下の回答はQ14の回答に対して、具体的に記述された内容を列挙。  
記載内容に関係なく、順不同

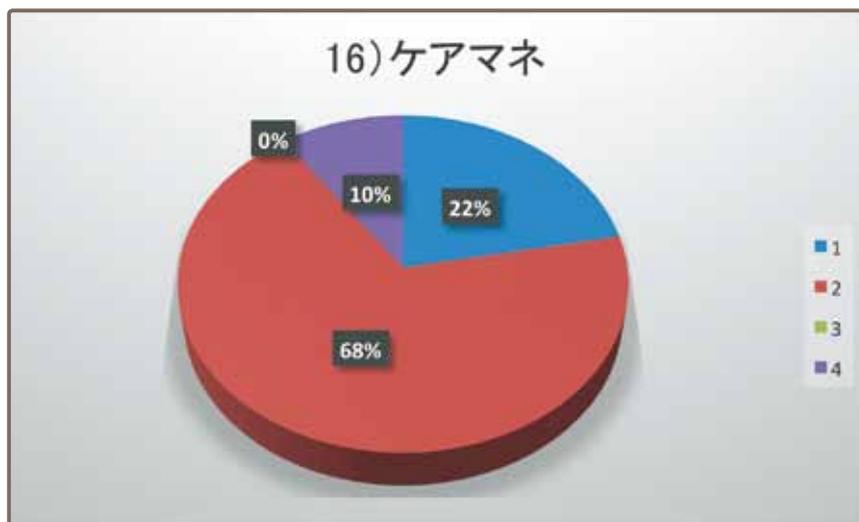
- 勉強会、事例検討会に使用するのであればとてもよいと思う。
- 最初は多いな、大変、と思いましたが、実際利用し読み込むと多いとは思わなかった。
- 情報量が多く（具体的にどの項目というのではないが）特に専門職であればシート使用場面はここまで詳しく説明しなくてもわかると思う。
- しっかり読んで理解するには少し時間がかかって少し思い入れがあったのでできたかなとは思いますが。
- わかりやすかった。

Q15 認知症ケアパス連携シート解説冊子に他に記載したほうが良いと思われる項目や記載内容があればお書き下さい。

- 発行元や連絡先の番号など。
- 記入日を項目ごとに書けたら良いと思った。一度に書けない時もある。
- 絵が多い方が説明や理解もしやすい様です。
- シートを更新して行った後の旧シートの蓄積、保管について。
- パスして行く際に旧シートも受け渡して行くのか？
- できたら、旧シートも各シート毎に『見出し』をつけて蓄積できるファイル形式が取れたら整理しやすくパスもしやすいと思われる。
- 分かりやすくまとまっていると思います。

Q16 全体として、認知症ケアパス連携シートは有用と考えますか？

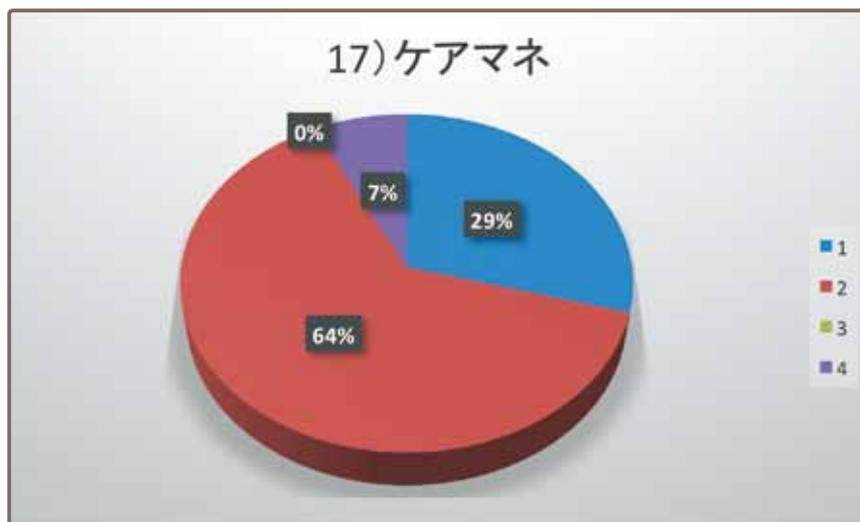
- 1 とても有用    2 有用    3 有用でない    4 どちらとも言えない



■全体として、認知症ケアパス連携シートは有用かどうかという質問は、今回の一連の事業の主要評価項目であったが、ケアマネジャーの90%、医師の100%が有用との回答であった。とても有用の比率も医師で多く、医師にとって、新たな視点が加わる要素が強かったと想像される。

Q17 全体として、オレンジつながり手帳は有用と考えますか？

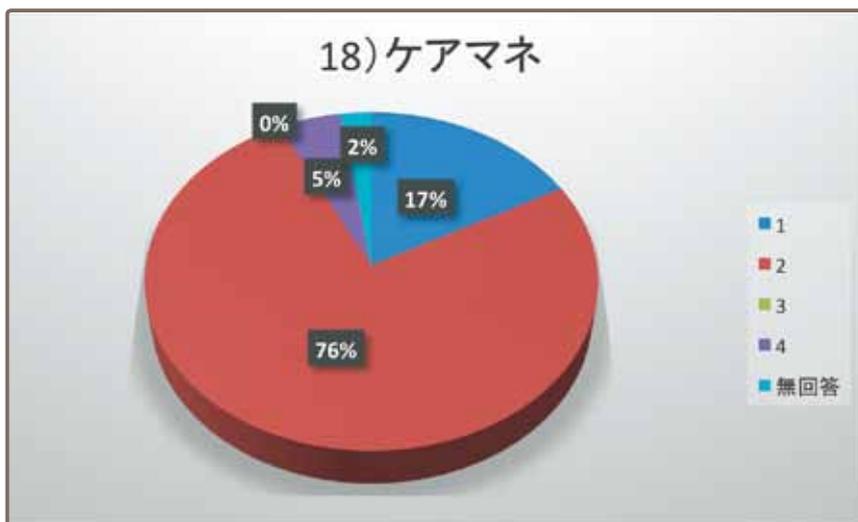
- 1 とても有用    2 有用    3 有用でない    4 どちらとも言えない



■ オレンジつながり手帳についても評価も同様の傾向であったが、ケアマネジャーにとって、手帳の方が新鮮なツールになった様子がうかがわれる。

Q18 全体として、認知症ケアパス連携シート解説冊子は有用と考えますか？

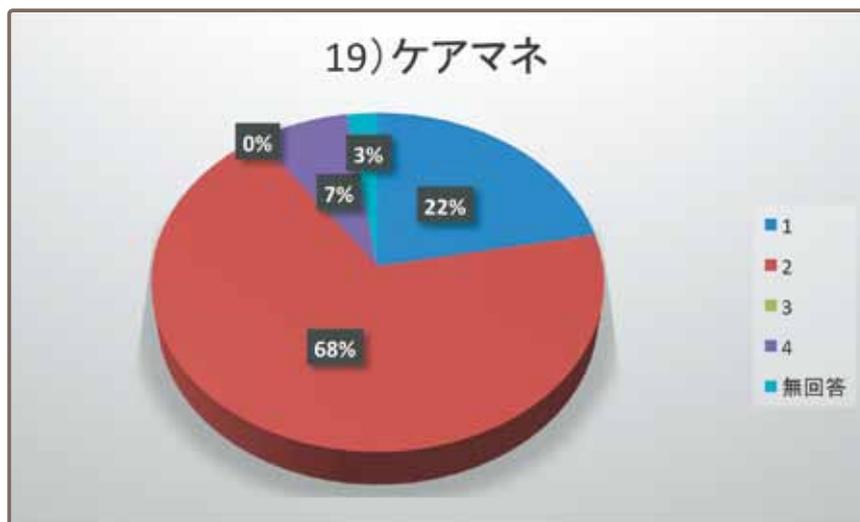
- 1 とても有用    2 有用    3 有用でない    4 どちらとも言えない



■ 解説冊子についても連携シートや手帳と同様の傾向が見られる。

Q19 認知症ケアパス連携シートとオレンジつながり手帳は両方に同じ項目を掲載しています（相互互換性）が、これらを連動して用いることが有用と考えますか？

- 1 とても有用    2 有用    3 有用でない    4 どちらとも言えない

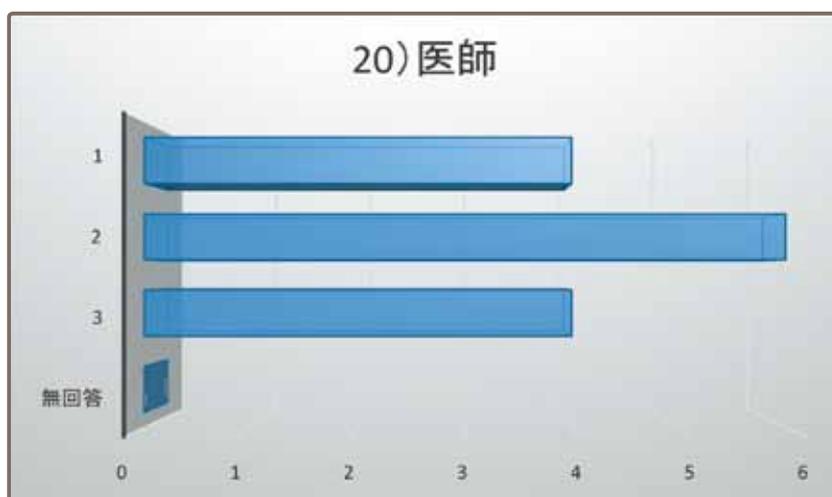
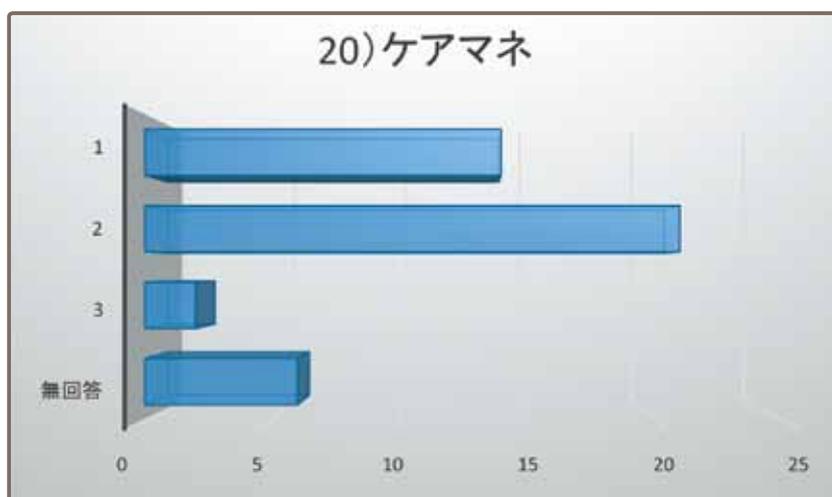


■ 認知症ケアパス連携シートとオレンジつながり手帳が相互補完的な情報を持つことについて、医師で、有用との思いがその他の項目に比べやや少なかったが、その意味合いが理解しにくい部分もあった可能性が考えられる。

Q20 認知症ケアパス連携シート運用の手順について、良いと思うことや改善点についてお考えをお聞かせ下さい。

- 1 今回の方法が良かったと思う
- 2 今後、今回実施した場面以外にも利用したいと思った
- 3 手順の改良が必要だと感じた

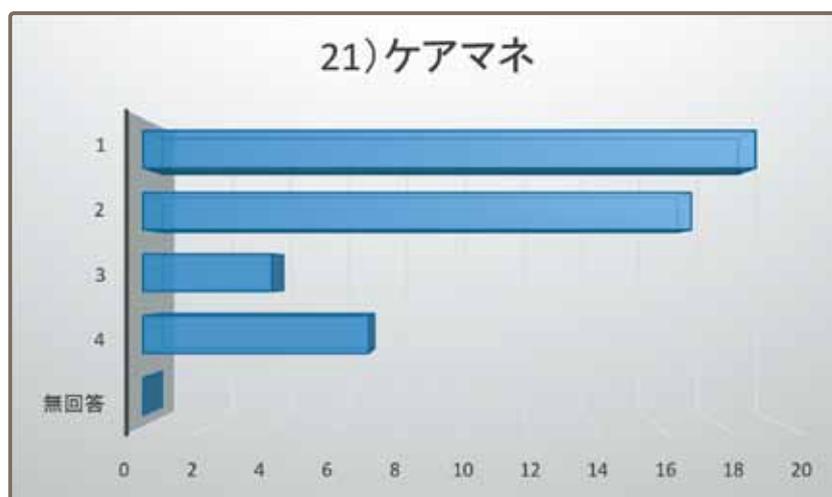
具体的に改善すべき点についてご記載下さい ( )。



■ 今回の認知症ケアパス連携シート運用については医師の運用期間がケアマネジャーよりも短かったこと、定期診察に用いるという点も多く、自宅訪問が少ないことなどもあって、運用手順の改良を求める意見が多かったと推定された。

Q21 今回、連携シートあるいはオレンジつながり手帳を通じて、専門職あるいは本人・家族と連携を行っていただきましたが、連携先（事業協力者）からの意見・感想などはいかがでしたでしょうか？

- 1 特に意見・感想などなかった
- 2 良い、あるいは評価する意見があった
- 3 悪い、あるいは評価しないとする意見があった
- 4 その他



■この点については連携先がわかるため、連携先ごとの分析も必要と考えられる。次ページにコメントの記載もあるが、今後、検討を重ねていきたい。

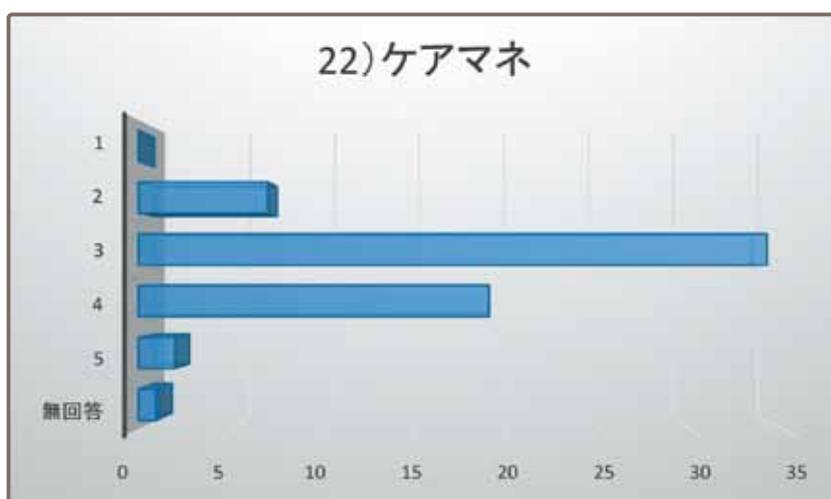
## Q21 連携した協力者からの意見・感想に関する具体的な記述。

### 感想の良し悪しや記載内容に関係なく、順不同

- 特養入所申し込みと同時に連携シートを提出して頂ければ事業所としてうれしい。
- 本人のこだわり等の情報を詳しく記入があればうれしい。
- 本人が認知症を受容できていない中で本人が情報を見てしまった際に激怒、信頼関係を失う恐れがあるのではというご意見も頂きました。
- 良いと思うが何をどう書いていいかわからない、とのご意見あった。家人の個人情報は書きたくないという方もいるかも…と。可能な範囲で書いて下さりましたが。
- 医師より、かかりつけ医意見書と同じで、何度も記入する必要があるのかとの意見があった。
- 協力へのお礼と今後ともお世話になる旨のねぎらいの言葉を頂いた。
- 本人や家族が医師や相談員に聞きたいことがある時、オレンジ手帳を持って“この事について聞きたい”と伝えるツールとなれる。今回は家人が医師のところへオレンジ手帳を持って行き、現在の治療や検査の結果を書き込んでいただいた。医師からは本人や家族の思いや今までの生活史がわかってよかったとの意見があった。
- つながり手帳にそって本人にインタビューした。関係機関とは今後連携をとるが情報を交流することで本人の人となり、生活歴を共有でき、認知症であっても尊重される生活支援になることが望めるような気がする。ただ地域の方々までどの程度公表してよいか悩む。
- 老健入所時に使用。一般的面接では得られにくい情報が記入されていてよくわかると評価
- 介護者から、おおいに研究に活用してもらい、成果を期待したいと言われた。
- 主治医より連携シート作成について感謝の声があった。
- 家族から：つながり手帳に記録しておけば、他の医療機関や新規の介護サービス利用時に本人の状態等説明しやすい。
- 今までの生活歴が分かってその人の理解が深まり、ケアのきっかけや関わり方を考える材料になった。
- かかりつけ医より、病診連携について情報の共有ができていないので認知症の検査所見については把握できていない。患者が自ら選んでもの忘れ外来に行っているケースなので情報共有が難しいとの意見がありました。
- アバウトにしか分かっていなかった事がしっかり知ることができた。
- 現状の問題行動の原因かと思われる事柄が分かった。
- 大変だと思うが、蓄積して行けたら有意義と思う（継続して繋がって行く事も大変有用）。
- 施設を利用される時に情報を提供したが申し込み時にもらって面接前に情報がわかるとよい。
- ケアマネージャーとして認知症の経過や状況の把握をするにはよかったが、医師に理解していただくのは難しかった。診察に同席し、連携シートの協力についてお願いしたが、あまり前向きではない印象だった。本人の病状については聞くことができた。
- これだけの情報が集約されていれば、ご本人によりよい対応、個別レクレーションなどができると思った。
- 介護保険関連の情報、検査所見、BPSDなどはまとめて見る方がよかった。
- 初期の頃から連携シートを用いた方が有効。情報量が多いと認知症以外の病気やけがでの入院時などでは活用しきれないかも。
- 引き継ぎを受ける居宅ケアマネージャーとしては事前に情報がもらえるのはありがたいとのことでした。
- 情報を共有しやすい。本人のことがよくわかる。
- 知らなかった情報、新しい情報を得ることができた。
- 利用の際のトラブル、親子の対立などの際も協力し、情報の共有を以前より早く取れるようになった。
- 認知症のみならず、リハビリなど地域包括ケアの中で生かせる情報として利用したい。
- ケアマネから、連携シートの記載にデイケア担当者（訪問看護師）など他の職種からも情報を得たらどうかとの意見をもらった。
- 日々や時間のことでケアマネさん包括さんには1日半日で何か書き足してと頼んでしまって本当の連絡とは言えないかもしれないですが、皆さん興味を持ってもらってもっとほしいと言われました。
- ケア側も深く記載が要求され有用であった。
- 家族もデイ職員も空白をうめるため本人に深くかかわれた。

Q22 今後、認知症ケアパス連携シートとその解説冊子、オレンジつながり手帳を用いて専門職や地域住民の勉強会などを行うことについてご意見をお聞かせ下さい。シート・冊子・手帳に今回のアンケートなどによる改良が加わったと想像してご記載下さい。

- 1 勉強会などは特に行う意味はない
- 2 勉強会などは行う必要はないが、広報・希望者への配布は行うのが良い
- 3 専門職向けの勉強会・研修を行うことが大事だと思う
- 4 地域住民向け勉強会・講座などを行うことが大事だと思う
- 5 その他



■ 今回の連携シートならびに関連冊子の有用性を高めるためには、専門職あるいは地域の人々に対する研修・勉強会が必要とする意見が多数あった。コメントは省略しているが、受身的な研修・勉強会の必要性というよりは、これらのツールがあることで積極的に研修・勉強会を行っていきたいとする意見が寄せられた。

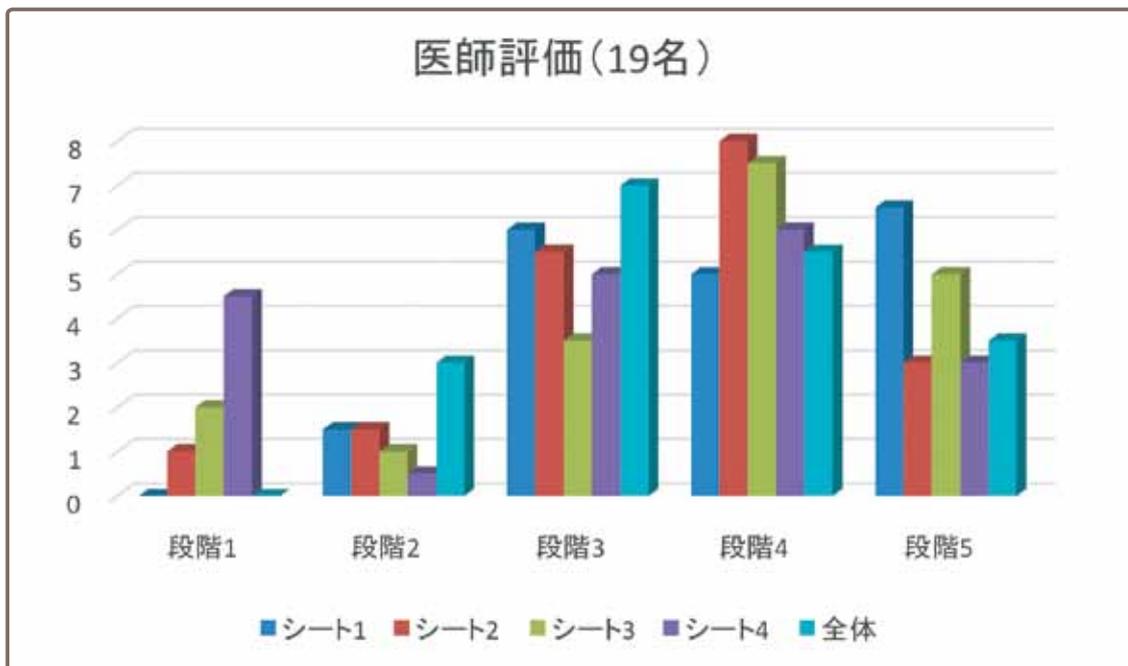
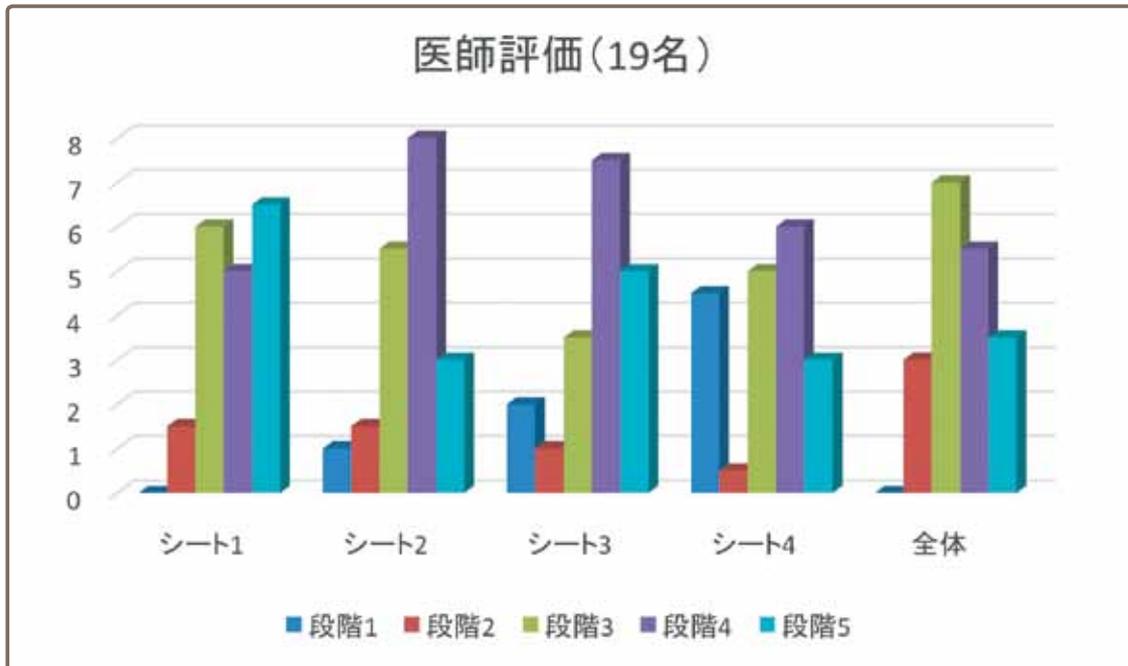
Q23 全体として、認知症ケアパス連携についてご意見・ご希望などあればご記載下さい。

- 貴重な研修や研究に参加させて頂き**大変勉強になりました**。誰かが何かをしないといけないと思っていましたので、この取り組みが京都から発信され全国的に広まっていくことの重要性を痛感しています。
- 今回の対象者は介護者も大変協力的で、オレンジつながり手帳の記入もして頂けたが、介護で日々忙しく、手帳の記入に消極的な介護者もいるだろうと思う。**主治医に協力依頼に行き、情報共有シートの記入をお願いしたところ、快く受け入れて下さり、ありがたかった**。自分が知らなかった情報も得られ、また逆に主治医にも情報を伝えることで連携ができた。
- 同じ項目に複数が入る場合、**だれが書いたのかわからなくなる** (Drの所見なのか、ケアマネから又は他者か)。色を変えて書くなどの工夫をしてみた。
- このシートが「統一」「共通」のシートになっていただく事を希望しています。
- 一人の方への中身の濃いツールだと思います。ていねいなつくりになっていて作り上げるのに時間がかかるのが大変ですが、**受け取るほうは時間短縮して情報を得ることが出来るのでは大変有用だと思います**。作り上げる過程でご本人やご家族のアセスメントがより深められたと感じます。個人情報の扱いは十分気を付ける必要があると思いました。
- 2～3年で更新した時の旧シート取り扱いを検討してほしい。**様々な方との繋がりの軌跡が残って行って欲しい**と希望します。
- このような連携シートを使って情報共有ができるとういが、普段の使用にはなかなか難しい。**勉強会をしながら広めていくことが必要か**。
- Drとの連携はむずかしい。Drに記入依頼した場合も**家族負担のお金が発生しないようにしてほしい**。
- 認知症のある方が在宅ケアを続けていくことは、家族のみならず介護者にとっては大変心身のエネルギーを必要とします。こういうシートなりつながり手帳に**改めて文字として書きとめることは、振り返りや一旦立ち止まる時間になり、**少しでも客観視できる。独居で家族などの協力が全く得られない場合でも、関係機関と共に情報共有するツールとして活用できると思う。今後も是非活用したい。
- 認知症の方のケアには、**ここまできちっと情報を整理しておくべきということがよく理解できました**。また、この連携シートに従って情報を埋めておけば、転居などで担当医変更になっても安心だと思います。
- 地域包括ケアを考えるうえでケアパスは必要と考えます。**(できれば認知症以外にも役に立つ)**
- 認知症ケアのボトムアップに必要な不可欠なものと思っていて新鮮さを感じました。**2冊セットで味がそれぞれに違うのもよかったです**。

※この項目には多くの意見をいただいたので紙数の関係上その一部を掲載しました。

## 🍊 認知症ケアパス連携シート記載内容の定量的評価の結果 🍊

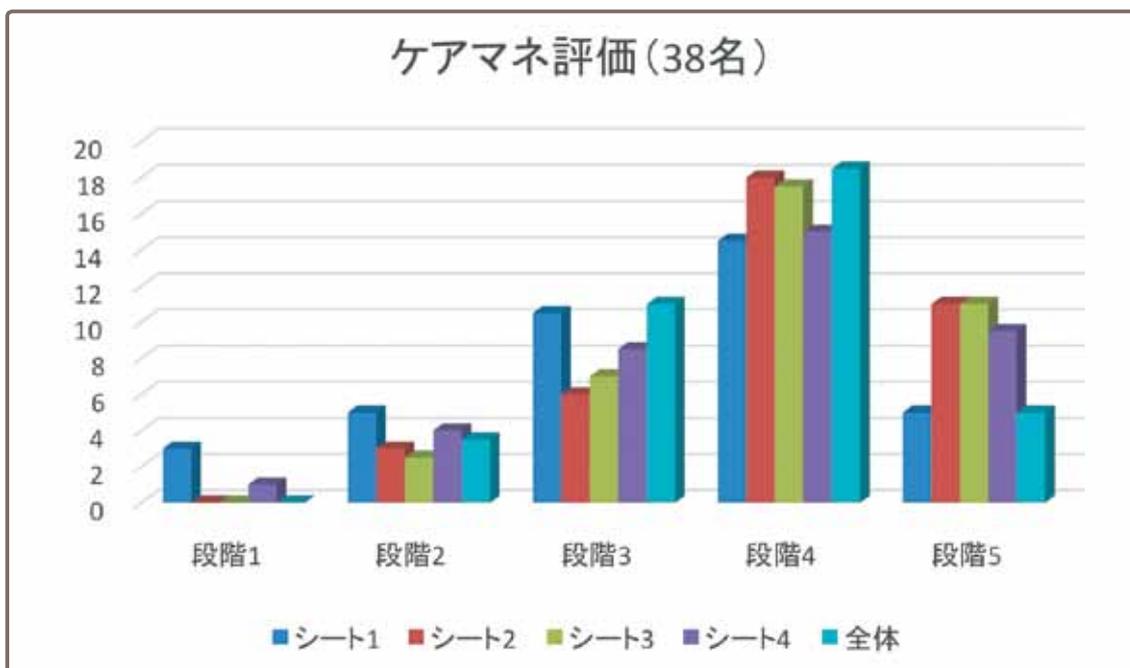
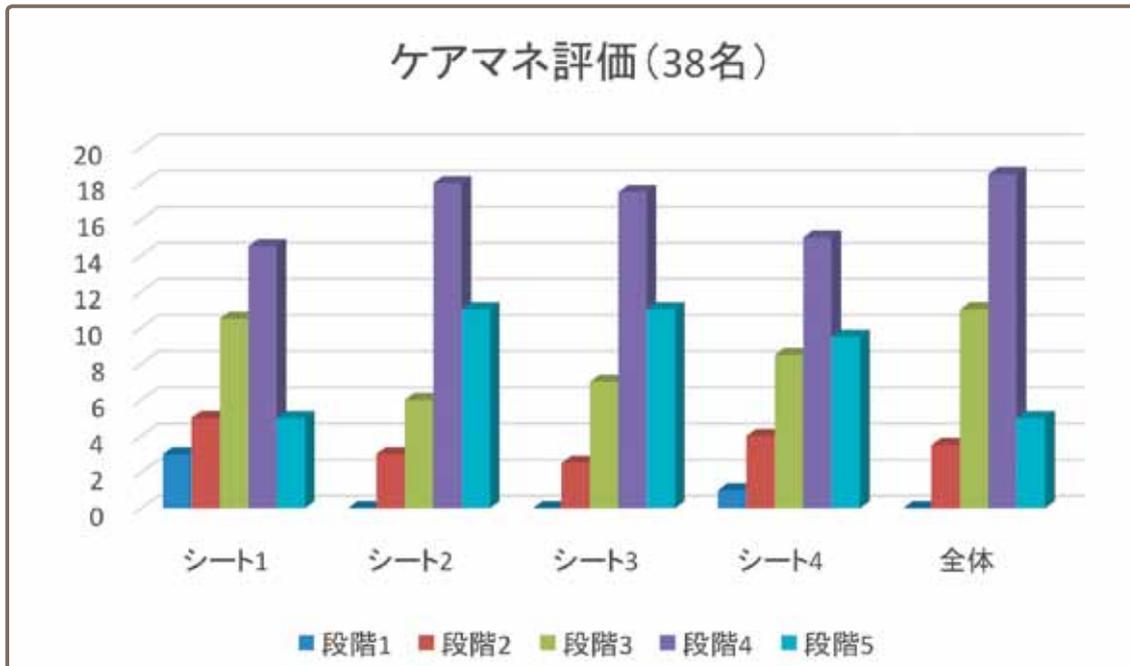
### ■ 医師



■ 連携シートの医師の記載については、シート1の医療情報の充実度は高かったが、シート4の全体を通じた分析が不十分な様子が伺われた。今後、詳細に検討していきたい。

## 🍊 認知症ケアパス連携シート記載内容の定量的評価の結果 🍊

### ■ 介護支援専門員



■ 連携シートのケアマネジャーの記載についてはシート1からシート4までバランスよく記載されている傾向が見られた。ケアマネジャー、医師ともに3点（段階3）以下の記載も少なくなく、今後の研修や慣れ、システムの改善などが必要と考えられた。

# 考 察

---

本事業の検討委員会での議論を経て、認知症ケアパスについての掘り下げた検討を行った結果、認知症ケアパス連携シートならびに関連冊子を用いてという形での試行運用を行った。

試行運用での主要評価項目は認知症ケアパス連携シートの有用性（アンケート質問16）回答割合とした。結果的にケアマネジャーで90%、医師100%と高い割合の回答が得られた。この割合が何割であった場合に今回のシステムが認められたと考えるか、第3回の事業検討委員会で結果を提示する前に審議を行った。その際、意見は主に3つに集約された。①一般的な合格点として60%を合格点とするのが妥当、②今回の参加者は、熱意のある集団であり、70%あるいは80%と高い基準を設ける必要がある、③新しいシステムは理解されるのに時間がかかる可能性があり、30%、40%という回答でも良しとされる、以上の3つである。この点の議論を通じて、今回のアンケート調査のコメントに記載されたような内容についても審議が行われた結果、意見の中間ということもあり、①が妥当とされた。これらの議論も踏まえて、今回のシステム、すなわちインタラクティブ・アプローチという新しい取り組みがひとまず承認されたと考えた。

今回の試行運用は1～2ヶ月程度の短時間での実施であり、他の場面で試したり、もう少し時間をかけて理解していきたいとする意見も多数寄せられた。本人の視点を重視し、新たな多職種連携が構築されていくためにこのシステムが有用であるか、真のアウトカム評価は、どの程度、このシステムが普及していくのかが1つのポイントとなる。そして、認知症の人が適時適切な支援を受けているという京都式オレンジプランに掲げられたアイメッセージにイエスと言える環境が生まれること、また、専門職がお互いにパスを適時適切に投げ合えることができていると実感できることが真のアウトカムと言える。今後、更に時間をかけて運用・普及を行うことが望まれる。

認知症ケアパスの起点についても多くの議論が行われた。今回、オレンジつながり手帳を用いて、本人・家族の思いを聞き取る中で、参加者はこれまでにない深い連帯感を実感した様子があったが、一方で認知症が始まってからの本人と家族、どちらの意思をどのように尊重するかという難しさにもあらためて直面した様子がうかがわれた。その点については、それぞれの意思を受けとめる技術や認知症カフェなどの空間を持つことの重要性も解決策として挙げられるが、もう一つ大事な点としては、認知症になる前からの備えとして、オレンジつながり手帳などを通じて、多くの人に理解を促す必要性が挙げられる。超高齢社会を迎えた日本社会で、この議論が広く行われることが望まれる。認知症ケアをジブンゴトとして捉えること、認知症とともに豊かに生きていくありかたを知ること、そして、それらのことを通じて、生き方そのものや家族・地域の人々との関係性の持ち方を考えていくことなどが求められる。

今回の事業を通じてインタラクティブという新たな認知症ケアの形が生まれたと感じられる。連携シート、手帳、解説冊子と3つの一体的なツールの着想の段階で、インタラクティブというキーワードは予感されたが、試行運用を通じて寄せられた多くの感想・意見はインタラクティブの重要性を深く体現しているように思われた。特に、認知症の人やその家族との人生に触れ、専門職自身も自分の生き方と重ね合わせたこと、これまでに分断・垣根を感じていた専門職どうしの関係性に新たな可能性が見出されたことなど、様々な関係性の中でのインタラクティブ（相互交流）が浮かび上がっていた。私たちの中で、何かが変わっていくであろう。

## 認知症ケアパス連携シート

記入日： 平成 年 月 日

ふりがな		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所
氏名	( ) 歳		
生年月日	年 月 日	電話	- -

主治医氏名		医療機関名	
		連絡先	
その他の受診		認知症専門医	
		薬局	
		訪問看護等	

既往歴	認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況

認知症に関する病歴・主な症状（病名を告げられている場合は、病名も記入して下さい）

身体所見（身長 cm 体重 kg）  
 歩行障害（ 片麻痺  パーキンソン症状  その他）  失語  難聴  視力障害  
 その他の主な身体所見

## 検査所見

認知機能検査（HDS-R、MMSE 等）

頭部画像検査（CT、MRI 等）

## 行動・心理症候（BPSD）の状況

特になし  幻視・幻聴  妄想  昼夜逆転  不眠  興奮  暴言  暴力  介護への抵抗  
 火の不始末  不潔行為  異食行動  性的問題行動  抑うつ  不安  無為  その他（ ）

## 経過・特記事項

## 障害高齢者の日常生活自立度

 自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

## 認知症高齢者の日常生活自立度

 自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

## 使用中の薬剤

## 薬剤に関する留意事項

### 認知症ケアパス連携シート

記入日： 平成      年      月      日

<b>【同居】家族情報(キーパーソンには◎)</b>			関係図(同居は丸で囲む。死亡は黒塗りで示す)
氏名	続柄	特記事項	
<b>【非同居】家族情報</b>			家族に関する特記事項
氏名	続柄	特記事項・居住地	
経済状況			家族に対して必要な支援
家屋・住居周辺に関する状況			地域住民・インフォーマル資源

<b>介護関連情報</b>			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5		
認定日	平成      年      月	特記事項	
担当者名 (ケアマネジャー等)		事業所名	
		連絡先	
利用している介護サービス			
特記事項・変更			
日常生活動作(ADL・IADL 等)の状況			
年      月			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	銀行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	公共交通	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	テレビ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	新聞	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	電話	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
コメント			



## 認知症ケアパス連携シート

記入日： 平成 年 月 日

### ケアパス連携シートからの課題の抽出と今後の方針

# ケアパス連携シートでまだ記入されていない点や不足している点は何があるでしょうか？

# 本人らしさや本人の望むことが叶えられていますか？ 本人と周囲の人との関係性が本来あるべき姿となっていますか？

# 情報共有シートを見直し、地域での生活からの排除につながる以下のような要因はあるでしょうか？もし、ある場合は、そこに着目した支援は必須となります。もし、以下の要因が多い場合は、支援強化が必要となる可能性があります。

- 独居     老々世帯     地域からの孤立     認知症に関する家族などの理解不足
- 経済的問題・貧困     家族・同居者の精神疾患・うつ     激しいBPSD
- 疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が存在     介護サービスへの拒否
- 適切な支援・介護サービスの不在     若年性認知症     医師・介護職など周囲の専門職の無理解
- キーパーソンの不在     医療依存度の高い身体合併症（注：身体合併症は急に現れる場合があります）
- その他、排除につながる要因やこのケースで脆弱な点は何でしょうか？ あれば以下に記載ください。

### <記載事項・特記事項>

# 逆に、このケースで強みと思われる部分はあるでしょうか？

# ケアパス概念図を見て、フォーマル、インフォーマルを問わず見えそうな資源はあるでしょうか？

# 総合的に考えて、ケアパス連携シートから、どのようなことが考えられるでしょうか？ どのような支援が必要でしょうか？

## 認知症ケアパス連携シート

追記欄 <記載事項・特記事項>



## この冊子について ～認知症ケアパスと時間～



この冊子では、認知症という病気とともに認知症の本人と家族、そして地域の人々や多職種が歩む道（ケアパス）をより良くとどるための連携について、認知症ケアパス連携シートの使用を軸に解説していきます。認知症という病気は、その気づきの頃から徐々に変化していく過程で3年5年10年20年という歳月が流れていきます。老化が複雑に絡んだ疾患として、多くの人が認知症になる可能性や認知症の家族や近隣の人を支える立場になる可能性があります。このような認知症という疾患も、病気の姿を正しく捉え、偏見を持つことなく、病気によって隠されがちな、それぞれの人が持つ本来の生き方を、その時その時に必要な協力を得ながら過ごすことで、予想以上に晴れやかな旅路となることが示されてきています。

このような旅路の街道や宿場町を形作るのが認知症ケアパスです。そのように考えると、認知症ケアパスは膨大な時間を含み、その旅程を記していくのは膨大な記録となります。認知症という病気の持つ複雑さと曖昧さから、油断すると道筋が見えにくくなることも少なくありません。そこで、この道筋を照らすために考案されたのが、この冊子で紹介する認知症ケアパス連携シートです。また、全体の地図を示すのが、認知症ケアパス概念図になります。

そこで、この冊子を紹介するにあたり、認知症ケアパス連携シートと認知症ケアパス概念図が対象とする時間について記しておきます。まず、連携シートについては、何年何月あるいは何年何月から何月までという1ヶ月から3ヶ月程度の時間の中で記録されます。ただし、その連携シートの中には、3年5年といった病歴や、生活史や家族や地域との交流など、それぞれの人の30年50年70年といった長い年月を含み、シートに凝縮された時間とその中の要素の相互関係を知ることは、その人とともに歩むための確かな灯りとなります。そして、この灯りによって照らされる認知症という病を持ってからの過去・現在・未来の道筋を示すのが、認知症ケアパス概念図です。

逆にこの連携シートと概念図が対象としていない時間についても説明しておきます。上記のように、ある時期における断面やその人の人生を示すのが連携シート、認知症とともに歩む3年5年という過去・現在・未来を示すのが概念図ですので、日々のケアの記録や通院ごとの相談や記録は含んでいません。そのような記録を含むと膨大な量になるからです。旅路の中では、そのような日々の相談・連携とその記録も大切ですが、それを必要とする場合は、この冊子で紹介するのは別にノートや手帳を使って下さい。あるいは、日々のケアの現場や病院の診療録にそのような記録は積み重ねられていくでしょう。

連携シートと概念図、そして日々の記録とを分けて考えたとき、どちらも大切なことですが、このような違いを念頭におき、連携シートと概念図に含まれる時間とその意味を知ってそれらを使うことで、全体像を見失わない認知症の人の本来の生き方やともに歩む人々の連携が浮かび上がってくることでしょう。実際に、連携シートと概念図をどのように有効に生かしていくのか、この冊子の中で紹介していきます。

この解説冊子は、以下の項目で構成されています。

1	認知症ケアパス連携シートの持つ意味やケアパスの起点 ～システムとして～	… 2
2	認知症ケアパス連携シート	… 5
3	認知症ケアパス連携シート ～記入例～	…10
4	記入項目どうしの関連や項目記入の説明 ～オレンジつながり手帳との関係も含めて～	…15
5	認知症ケアパス連携シートを使用する場面	…21
6	認知症ケアパス連携シートから診療・ケア・連携に大切な ポイントを見出し検討する	…27
	●参考資料	…30
	●認知症ケアパスの目指す方向 ～私のメッセージ（アイメッセージ）～	…31



1 システム概要

2 連携シート

3 シート記入例

4 項目の関連と説明

5 シート使用場面

6 シートの読み解き

# 1 認知症ケアパス連携シートの持つ意味や ケアパスの起点 ～システムとして～

## 🍊 それぞれの場面での共通言語として

認知症は、自分だけで向き合うことが難しい病気です。ともに歩む人々、声援を送ってくれる人々、協力してくれる人々が、本人とともに共通の視点を持つことが大切です。

認知症という病気の複雑さや曖昧さを十分に心得ておくことは大事です。明確に数値化できる一つあるいは少数の要因が枠組みを決めているのではなく、個々にも曖昧なものが多数同時に変化していきますし、支援する人々も、それぞれの考え方・教育・背景・価値観などを持っています。そのため、一定の方向を見極めるのは困難に見えますが、この困難さを放棄すると、更に収束が見込めなくなります。

この連携シートを用いることで、認知症とともに本人・家族が自分達らしく過ごすことを、周りの人々が必要なときに必要な協力をしながら支援することが期待されます。

## 🍊 本人・家族・地域の人々が主体性を発揮し、専門職も自分自身のことも含め、 それぞれの人と地域の物語を共有する

たとえ認知症になっても、その時々ちょっとした支援があれば、多くの認知症の人は自分らしさを示すことができます。「もうできないんじゃないか」という周囲の思い込みや偏見、少しの手助けがあればできるはずのことなのに、その手助けがないためにできなくなっていることが少なくありません。

そのためには

- ・ 本人の可能性を知ること
- ・ 本人の可能性を閉ざしている要因を取り除くこと
- ・ 自分らしさを発揮している本人の姿を知ること、見ることに
- ・ 子供や若い人とも交流する中で、知識や経験を発揮すること

家族・地域の人々・専門職らが、

- ・ それぞれの立場で求められるしっかりとした知識を持つこと
- ・ ちょっとした応援・支援のコツを理解すること

家族や地域の人々は、負担がかかっているときに

- ・ 無理をしないこと、他の人の手助けを上手に借りること

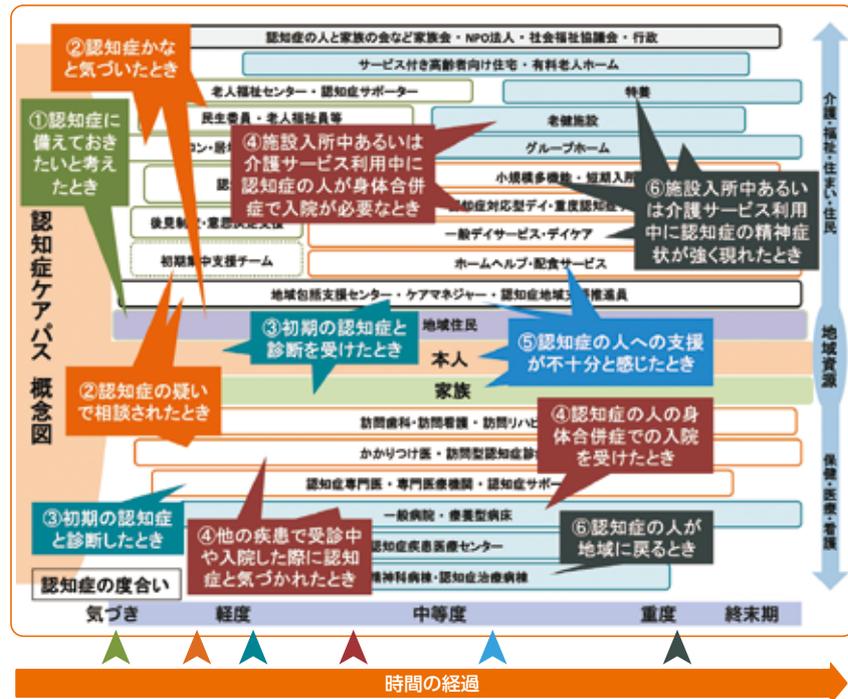
そして、日頃から自分のこととしても考えておくことが大事です





## 認知症ケアパスはいつ始まるのでしょうか？

～認知症ケアパス概念図で見る認知症ケアパスの起点～



認知症の場合、地域連携パスが既に運用されている脳卒中や大腿骨頸部骨折とは異なり、いつ、どの時点がケアパスの起点となるか明確な定義はありません。それだけに連携パスを起動させる時期を逸してしまう場合もあります。

認知症ケアパスの起点は、例えば、図および以下の①～⑥のように様々な位置がありますが、できれば早めに連携を始めるのが望まれます。

- ① 認知症に備えておこうと考えたとき
- ② 認知症ではないかと本人・家族が気づいたとき、相談を受けたとき
- ③ 認知症と診断したとき、診断されたとき、周囲との軋轢が生まれ始めたとき
- ④ 他の疾患で受診・入院・介護中などに認知症に気がついたり身体合併症で連携が必要なとき
- ⑤ 支援が不十分であったり、多職種連携・多機関協働が必要と思われたとき
- ⑥ 介護中に精神症状が悪化したときや精神症状が落ち着き地域に戻るとき

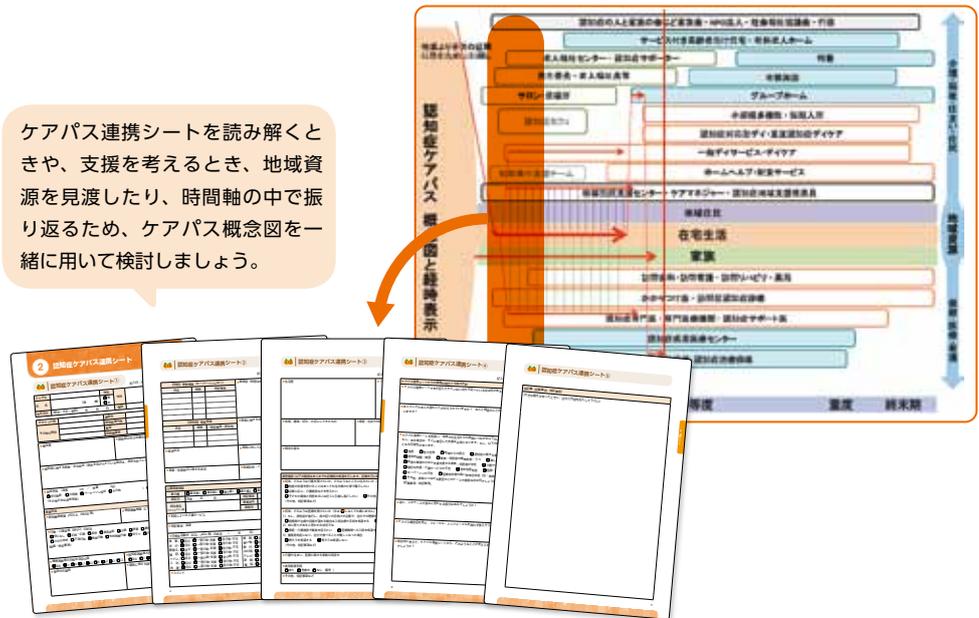
この他に本人・家族と専門職などが相談したり、専門職どうしがひきつぎ・相談・情報交換などを行う場面など、ケアパス連携シートが基盤となる場面は多数であると想像されます。具体的には第5章の認知症ケアパス連携シートを使用する場面をご参照下さい。

## ケアパス概念図と連携シートの連動 ～変化しつつも歩む～

認知症ケアパス連携シートおよびケアパス概念図も含めたシステムでは、連携シートに記入された項目を基盤として、多職種どうし、本人・家族と専門職の連携を円滑にし、認知症との長い旅に伴走する流れを思い描きます。

例えば、以下のケアパス概念図には、子供と同居のため他県より引越し、専門医に受診後、定期的に通院するとともに、要介護認定を受け、ケアマネジャーとも相談の上、デイサービスを利用して一人の女性の経過を示しています。精神的に不安定になり、同居が難しいためグループホームに入所しましたが、それでも落ち着くことができず、精神科の病院に入院となりました。本人らしさを保つために、何が必要だったのか振り返るために、ケアパス概念図と連携シートがとても役に立ちました。振り返りだけでなく、事前に見通すためにも水先案内として、このシステムは役立ちます。

ケアパス連携シートを読み解くときや、支援を考えると、地域資源を見渡したり、時間軸の中で振り返るため、ケアパス概念図と一緒に用いて検討しましょう。



**Q** ケアパス連携シートを記入するだけでは、「ケアパス」というよりも、そのときだけのアセスメントや介入になるのではありませんか？

**A**：ケアパス連携シートを記入し、そこからシートの内容を基盤とした伴走が始まります。伴走中、シートの内容を常に振り返り、ケアパス概念図にもあらわれる社会資源や人々につないでいくことで、「ケアの流れ」はひきつがれていきます。この冊子の冒頭の「認知症ケアパスと時間」もご参照下さい。

- ★ケアパス全体中での時間軸上の位置の確認はケアパス概念図で行って下さい。
- ★シートの内容の大幅な更新が必要なときは、シートを更新して下さい（通常2～3年ごと更新を想定）。

## 2 認知症ケアパス連携シート



### 認知症ケアパス連携シート①

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		性別		住所	
氏名	(満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日	電話	-	-	
かかりつけ医		連絡先			
その他の受診		認知症専門医			
		薬局			
		訪問看護等			
●既往歴		●認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況			
●認知症に関する病歴・主な症状 (病名を告げられている場合は、病名も記入して下さい)					
●身体所見 (身長 cm / 体重 kg) <input type="checkbox"/> 歩行障害 ( <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> パーキンソン症状 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視力障害 (その他の主な身体所見)					
検査所見					
●認知機能検査 (HDS-R、MMSE等)			●頭部画像検査 (CT、MRI等)		
●行動・心理症候 (BPSD) の状況 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (経過・特記事項)					
●障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			●認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
●使用中の薬剤			●薬剤に関する留意事項		



## 認知症ケアパス連携シート②

記入日：平成 年 月 日

【同居】家族情報（キーパーソンには◎）			●関係図（同居は丸で囲む。死亡は黒塗りで示す）
氏名	続柄	特記事項	
-----	-----	-----	
-----	-----	-----	
【非同居】家族情報			●家族に関する特記事項
氏名	続柄	特記事項・居住地	
-----	-----	-----	
●経済状況			●家族に対して必要な支援
●家屋・住居周辺に関する状況			
			●地域住民・インフォーマル資源

介護関連情報			
要介護	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
認定日	平成 年 月	特記事項	
担当者名 <small>(ケアマネジャー等)</small>	事業所名		
	連絡先		
●利用している介護サービス			
●特記事項・変更			
●日常生活動作（ADL・IADL等）の状況（ 年 月）			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	調 理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	買 物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
着 替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	銀 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	公 交	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
ト イ レ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	テ レ ビ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	新 聞	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
洗 濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可	電 話	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助・支援 <input type="checkbox"/> 全介助・不可
●コメント			





## 認知症ケアパス連携シート④

記入日：平成 年 月 日

ケアパス連携シートからの課題の抽出と今後の方針
<p>●ケアパス連携シートでまだ記入されていない点や不足している点は何があるでしょうか？</p>
<p>●本人らしさや本人の望むことが叶えられていますか？ 本人と周囲の人との関係性が本来あるべき姿となっていますか？</p>
<p>●ケアパス連携シートを見直し、地域での生活からの排除につながる以下のような要因はあるでしょうか？ もし、ある場合は、そこに着目した支援は必須となります。もし、以下の要因が多い場合は、支援強化が必要となる可能性があります。</p> <p> <input type="checkbox"/> 独居    <input type="checkbox"/> 老々世帯    <input type="checkbox"/> 地域からの孤立    <input type="checkbox"/> 認知症に関する家族などの理解不足  <input type="checkbox"/> 経済的問題・貧困    <input type="checkbox"/> 家族・同居者の精神疾患・うつ    <input type="checkbox"/> 激しいBPSD  <input type="checkbox"/> 疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が存在    <input type="checkbox"/> 介護サービスへの拒否  <input type="checkbox"/> 適切な支援・介護サービスの不在    <input type="checkbox"/> 若年性認知症    <input type="checkbox"/> 医師・介護職など周囲の専門職の無理解  <input type="checkbox"/> キーパーソンの不在    <input type="checkbox"/> 医療依存度の高い身体合併症（注：身体合併症は急に現れる場合があります）  <input type="checkbox"/> その他、排除につながる要因やこのケースで脆弱な点は何でしょうか？ あれば以下に記載下さい。                      〈記載事項・特記事項〉                 </p>
<p>●逆に、このケースで強みと思われる部分はあるでしょうか？</p>
<p>●ケアパス概念図を見て、フォーマル、インフォーマルを問わず使えそうな資源はあるでしょうか？</p>
<p>●総合的に考えて、ケアパス連携シートから、どのようなことが考えられるでしょうか？ どのような支援が必要でしょうか？</p>



## 認知症ケアパス連携シート⑤

追記欄 〈記載事項・特記事項〉

(大きな動きがあったときに、日付と内容を記入して下さい)

### 3 認知症ケアパス連携シート ～記入例～



#### 認知症ケアパス連携シート① 記入例

記入日：平成 27年 10月 日

ふりがな	きょうと たろう	性別	住所	京都市〇区△町
氏名	京都 太郎 (満78歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日	(明治・大正・昭和) 12年 5月 日	電話	- -	

かかりつけ医	〇〇 〇〇	連絡先	B 医院
その他の受診		認知症専門医	A 医院 (定期通院はなし)
		薬局	C 薬局
		訪問看護等	

<ul style="list-style-type: none"> <li>●既往歴</li> </ul> 大腸がん術後 (平成20年) 白内障術後 (平成22年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況</li> </ul> 高血圧 内服にて125/70程度で良好 過活動性膀胱 夜間尿2回程度 高尿酸血症
--	---

●認知症に関する病歴・主な症状 (病名を告げられている場合は、病名も記入して下さい)  
 平成24年頃から同じことを何度も尋ねる、法事の日程を家族に伝え忘れるなど物忘れが目立つようになり、囲碁クラブにも通わなくなっていた。かかりつけ医に相談したところ、平成25年6月、専門医 (A 医院) を紹介され受診し、初期のアルツハイマー型認知症と診断を受け、その後、かかりつけ医にて抗認知症薬の処方を受けている。

●身体所見 (身長 166 cm / 体重 66 kg)  
歩行障害 (□片麻痺 □パーキンソン症状 □その他 ) 失語 難聴 視力障害  
 〈その他の主な身体所見〉  
 特になし

●認知機能検査 (HDS-R、MMSE等) HDS-R 18点 (平成25年6月)	●頭部画像検査 (CT、MRI等) 頭部MRIを平成25年7月に実施。軽度の海馬萎縮を認めた。
--	--

●行動・心理症候 (BPSD) の状況  
特になし 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 不眠 興奮 暴言 暴力 介護への抵抗  
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 抑うつ 不安 無為 その他 ( )  
 〈経過・特記事項〉  
 平成26年7月ごろから、妻が入浴を促す際などにひどく怒ることがある。また、テレビを見ているときなどに散歩を促すと、コーヒーカップを投げそうになることがあるとのこと。

●障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	●認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input checked="" type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
--	---

●使用中の薬剤 アムロジピン 5mg 1錠 分1朝後 ドネペジル 5mg 1錠 分1朝後 ソリフェナシン 5mg 1錠 分1夕後	●薬剤に関する留意事項 薬剤アレルギーは特になし。 薬の飲み忘れがあるため、妻が服薬管理を行っている。
---	---





## 認知症ケアパス連携シート③ 記入例

記入日：平成 27年 10月 日

<p>●生活歴</p> <p>D県の生まれで家業は農家であった。5人きょうだいの2番目で、他の4人のきょうだいは現在もD県に在住。高校卒業後にK市のデパートに勤務。以来、K市在住。昭和35年、結婚し、2人の息子がいる。長男は独身で商社勤務、次男は結婚し2人の子供がいる。本人は60歳まで働き退職。退職後は囲碁クラブに参加し、週2回程度通っていた。また、妻とともに1年に2回程度は温泉にも出かけていたが、最近5年ぐらいいは出かけていない。</p>	<p>●1日の主な過ごし方</p> <p>朝8時頃に起き、朝食後は新聞・テレビを見て過ごすことが多い。昼食後に1時間ほど散歩に出かけるが、その後はテレビなど見て過ごし、午後遅くに妻とともに買い物に行く。夕食後もテレビを見て、22時頃就寝。</p>
<p>●性格、趣味、好み、大切にしてきたもの</p> <p>性格は几帳面。 趣味は囲碁、魚釣り。</p>	<p>●家庭・社会での役割、主な交友関係・他者との交流</p> <p>妻のリウマチもあり、買い物には積極的にかかわっているが、それ以外の家事はほとんどしてない。近隣との交流は、囲碁クラブに参加する程度。きょうだいの仲は良く、正月と秋に毎年集まっている</p>
<p>●現在の望み</p> <p>できれば、魚釣り、温泉旅行に行きたいと思っている。</p>	<p>あなた自身の写真か、あなたの望みを表すような写真をここに貼って下さい。</p>

### 意思確認 (以下の確認はあくまでも記載時の希望を示します。記載を元に関係者と話し合い、何度も変更可能です)

<p>●将来、どのような介護を受けたいか、どのようなところに住みたいか (複数 <input checked="" type="checkbox"/> 可能です)</p> <p><input type="checkbox"/> 他者の支援を受けることはあっても住み慣れた家で暮らしたい  <input type="checkbox"/> 必要に応じ、介護施設などを考えたい  <input type="checkbox"/> 子どもや親族と同居あるいは近くに引越して過ごしたい <input type="checkbox"/> その他  (その他、特記事項など)  妻：自分の病気のこともあるので、本人の症状が進行することに不安がある。</p>
<p>●将来、どのような医療を受けたいか (今は <input checked="" type="checkbox"/> しなくても構いません)</p> <p>1) もし、認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、自分での理解や意思表示が難しくなった場合  <input type="checkbox"/> 短期間で治癒や回復が望める場合は入院治療や手術を希望する <input type="checkbox"/> 積極的な医療は控えてほしい  2) 命に限りがあると思われる状況では  <input type="checkbox"/> 家庭・介護施設で最後を迎えたい <input type="checkbox"/> 医療機関への入院を希望する  3) 重度認知症になり、自分で食べることが難しくなった場合  <input type="checkbox"/> 胃ろうを希望する <input type="checkbox"/> 胃ろうは希望しない  (その他、特記事項など)</p>
<p>●介護や住まい、医療に関する家族の気持ち</p>
<p>●後見制度利用</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 考慮中 <input type="checkbox"/> なし 備考 ( )</p>
<p>●その他、特記事項など</p>



## 認知症ケアパス連携シート④ 記入例

記入日：平成 27年 10月 日

ケアパス連携シートからの課題の抽出と今後の方針
<p>●ケアパス連携シートでまだ記入されていない点や不足している点は何があるでしょうか？</p> <p>医療、介護に関する将来的なことについては、まだそのようなことを話し合う関係性が不十分なため確認していない。</p>
<p>●本人らしさや本人の望むことが叶えられていますか？ 本人と周囲の人との関係性が本来あるべき姿となっていますか？</p> <p>魚釣り、温泉旅行に行きたいという本人の願いと、介護保険のサービス利用にギャップがある。妻も認知症への理解が不十分なのと、自身の体力的な問題で、本人への支援を行う余裕がない。</p>
<p>●ケアパス連携シートを見直し、地域での生活からの排除につながる以下のような要因はあるでしょうか？ もし、ある場合は、そこに着目した支援は必須となります。もし、以下の要因が多い場合は、支援強化が必要となる可能性があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 地域からの孤立 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症に関する家族などの理解不足</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的問題・貧困 <input type="checkbox"/> 家族・同居者の精神疾患・うつ <input type="checkbox"/> 激しいBPSD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が存在 <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービスへの拒否</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 適切な支援・介護サービスの不在 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> 医師・介護職など周囲の専門職の無理解</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> キーパーソンの不在 <input type="checkbox"/> 医療依存度の高い身体合併症（注：身体合併症は急に現れる場合があります）</p> <p><input type="checkbox"/> その他、排除につながる要因やこのケースで脆弱な点は何でしょうか？ あれば以下に記載下さい。</p> <p>〈記載事項・特記事項〉</p> <p>地域からの孤立とは言えないが、マンション内での交流が少ないこと、同居の長男の関わりが少ないことなども考えると、老々世帯、地域からの孤立なども相当するとも言え、地域からの排除のリスクは少なくない。</p>
<p>●逆に、このケースで強みと思われる部分はあるでしょうか？</p> <p>家庭内での日常生活動作は保たれ、リウマチを患う妻を手伝って必要なことをしようという気持ちが見られること。囲碁、釣り、温泉旅行など自分の趣味などについては、楽しく話をして他者と交流ができること。</p>
<p>●ケアパス概念図を見て、フォーマル、インフォーマルを問わず使えるような資源はあるでしょうか？</p> <p>認知症の初期状態で、日常生活動作も保たれているので、認知症カフェなどに参加して、共通の趣味などについて気楽に話をすることは可能かもしれない。また、妻の認知症理解のためにも家族会や認知症カフェなどは有効な可能性がある。</p>
<p>●総合的に考えて、ケアパス連携シートから、どのようなことが考えられるでしょうか？ どのような支援が必要でしょうか？</p> <p>目下のところ、本人の易怒性も激しくはないが、妻の負担感が強まると、よけいに悪循環に陥る可能性が考えられる。長男次男の理解の様子を把握したり、直接思いや考えも聞き、家族としての支援体制を見守るとともに、専門職としてもどのような支援を行えるか、連携を行いつつ検討が必要。</p> <p>マンションの自治会や囲碁クラブで認知症サポーター講座やケアパス講座、オレンジつながり手帳の講座を行うことを、地域包括支援センターもしくは社会福祉協議会なども相談し、検討することが、間接的ではあるかもしれないが、本人・家族の支援につながるかもしれない。</p>



## 認知症ケアパス連携シート⑤ 記入例

### 追記欄〈記載事項・特記事項〉

(大きな動きがあったときに、日付と内容を記入して下さい)

● デイサービスに参加 平成28年4月～

・新たな動き(家族会、認知症カフェなどへの参加、あるいは、デイサービスへの参加)などあれば記載します。

● 肺炎で入院し、せん妄があったが、10日で治癒退院 平成28年11月

・肺炎で入院し、せん妄状態があったとか、そのときの対応などあれば記載します。

● せん妄をきっかけに長男次男とも話し合い 平成28年12月

・長男次男などとの話し合いなどが行われ、妻の負担感の様子に変化が見られる場合などその経過や所見を記載します。

● 介護サービス、服薬調整についてケアマネジャーとかかりつけ医が相談 平成29年2月

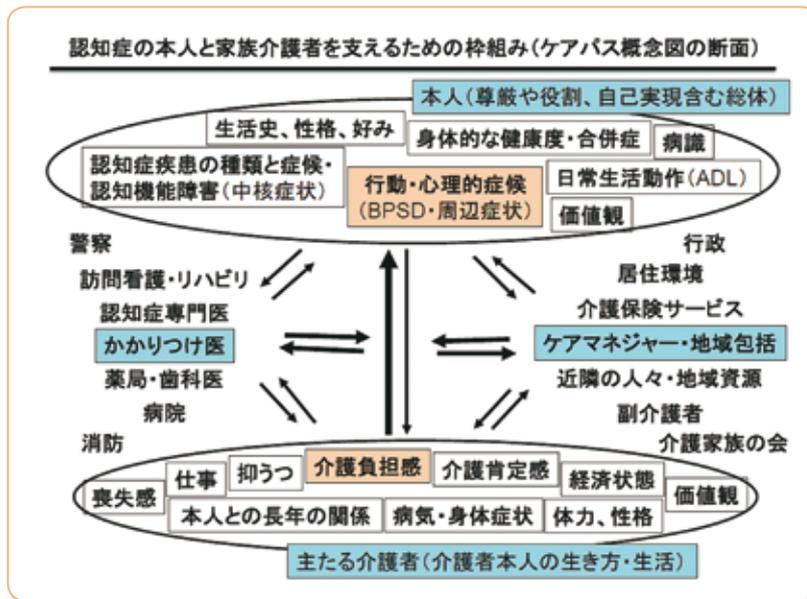
・ケアマネジャー等がかかりつけ医や専門医と話し合いを行った場合、あるいは医師がケアマネジャーと話し合い・連絡を行った場合はその内容を記載します。

■ 追記欄は必要に応じてページを追加しても構いませんが、2年で1～2枚におさめるぐらいのつもりで、大きな流れに関することを記載しましょう。

# 4

## 記入項目どうしの関連や項目記入の説明

～オレンジつながり手帳との関係も含めて～



上の図のように認知症のケアにおいては多くの要因が関係しており、その主な状況が、認知症ケアパス連携シートには記入されます。

### A. 主に本人に関連する要因

- ①認知症に関すること：認知症疾患の種類、症状・症候、認知機能障害の様子、行動・心理的症候（BPSD）の様子、病識
- ②認知症以外の身体的なこと：認知症以外の病気（合併症）、健康度・体力、日常生活動作の様子
- ③本人らしさに関係すること：生活史、性格、好み、価値観、望み、他の人との関係や担ってきた役割

### B. 主に家族に関連する要因

- ①家族として基本的なことや家族自身の状況：本人との長年の関係、家族自身の仕事、家族の体力・持病・性格・価値観
- ②本人が認知症になることで生じてくる状況：介護負担感、抑うつ、喪失感、介護肯定感

### C. その他のインフォーマル（制度外）資源の要因

- ①副介護者（同居、非同居にかかわらず主たる介護者とともに本人を支援する人）の有無・存在
- ②近隣・地域の人々との支え合い、地域の組織、患者・家族の組織

### D. 医療保険や介護保険あるいはその他の住民生活を支援する地域資源

**！ それぞれのページの意味**



- 1 ページ目** ●主に医療の情報
  - 2 ページ目** ●家族、地域、介護保険などを通じた本人の生活を支援する人々の情報
  - 3 ページ目** ●本人らしさの情報
  - 4 ページ目** ●情報全体を俯瞰し、支援するために必要なことを整理する
  - 5 ページ目** ●シート全体を書き換えるほどではないが、追加的に記載しておく事項を記入する
- ※それぞれのページの項目からどのようなことをどのように読み取るかは第6章に記載しています。

**！ なぜこのような情報量なのか**

このような多くの側面が認知症の症状の成り立ちや認知症の人の支援に大事であることは、認知症ケアで有名なパーソンセンタードケアの理念の中にも説かれていますし、高齢者の生活の質を高めるための基本的な考え方でもある高齢者総合的機能評価法や心理学における人間としての尊厳や自己実現を希求する階層性の中でも、このような多要因の成り立ちを理解することが重要と考えられています。

一方、生活史も含むその人らしさ、また、認知症としての病歴など、情報部分の3ページでは不十分という意見もあるでしょうが、情報量が多くなりすぎると、限られた時間の中での把握が難しくなります。例えば急に入院するときなど、かかりつけ医でもなく専門医でもない医師の診察を受けたり、入院したときに病棟の看護師に話をするとき、認知症という多くの要因が絡む疾患を理解してもらう必要が生じたとき、連携シートやオレンジつながり手帳の内容を見せることで、理解が得られやすくなります。また、この連携シートに含まれる内容とその読み取りが、共通言語として教育されていれば、誰もが必要なことを理解していることに通じます。

## ケアパス連携シート①の書き方

- 医師が記入する場合、略語は避け、市民、介護専門職などにわかりやすい言葉で記載するように努めて下さい。
- ケアマネジャー等が記載する場合、可能であれば担当医に連絡し、確認あるいは記入してもらって下さい。しかし、大部分の項目は以下の記載あるいは、本人・家族がオレンジつながり手帳に記載した内容やお薬手帳から記載することも可能です。また主治医意見書を入手可能な場合は、それも参照して下さい。

### ■ 既往歴 ■

既に治療・治療終了しているものについて記入して下さい。後遺障害などが残っている場合はその旨を記載して下さい（例：60歳 大腸がん 人工肛門あり、72歳 脳梗塞 左片麻痺など）

### ■ 認知症以外で治療中の疾患と主なデータや状況 ■

認知症以外で現在、通院あるいは治療を継続しているものについて、記入して下さい。生活上特に支援が必要な事項や管理状況が重要なものについてはデータなど記入して下さい（例：糖尿病 インスリン治療あり HbA1c 8台）

### ■ 認知症に関する病歴・主な症状 ■

- 巻末の「もの忘れ連絡シート」およびオレンジつながり手帳に記載されている認知症の症状および日常生活動作など資料から主だったものを可能であれば複数項目について、発現した時期とともに記載して下さい。はじめて気がついた症状、その後の主な症状とその時期だけでも確認して記入して下さい（記載例参照）。
- 病院で診断を受け、診断名が分かっている場合は、記載の中に入れて下さい（記載例参照）。受診経過が分かる場合は、それも記入して下さい。

### ■ 身体所見 ■

- 日常生活動作やコミュニケーションに影響がある身体所見については認知症との関係を問わず記入して下さい。その程度についても可能な範囲記載して下さい。

### ■ 検査所見 ■

- 認知機能検査、頭部画像診断については医師から情報提供を受けることが可能であれば理想的ですが、本人・家族に確認し、実施したことがあるか、ある場合は実施時期だけでも確認して下さい。オレンジつながり手帳にも記載を促しています。

### ■ 行動・心理症候（BPSD）の状況 ■

- 「特になし」も設けていますので、何も該当しない場合は「特になし」を選んで下さい。
- 最近の経過や治療、介護環境の調整などあれば、経過・特記事項に記入して下さい。
- 過去にあり、現在は軽快している症状でも、特記すべき点は記入して下さい。

### ■ 使用中の薬剤 ■ ■ 薬剤に関する留意事項 ■

- 服薬管理の状況については留意事項に記載して下さい。  
例：配偶者が管理、服薬カレンダー利用、服薬拒否強い、コンプライアンス極めて不良など。

## ケアパス連携シート②の書き方

■この2ページ目は、少しの見守り～十分な支援が必要なときなど、誰がその見守りや支援の役割を担うのか、多角的に考える上で大事なシートです。その観点から記載・読み取りをするようにして下さい。

### ■ 家族情報・家屋や地域の情報 ■

- 同居、非同居にわけて欄の項目に従って記載して下さい。非同居の場合は、本人の家との距離がある程度推測可能な形で記入して下さい。記載欄が不足する場合は、近くの欄を使用して記載して下さい（例えば、本人が独居の場合は、非同居とわかるように同居欄のスペースを使って記載するなど）。
- 氏名の横の特記事項には、家族自身が要介護であるとか、勤務しているなどの状況を記載し、この欄ではスペース的に記載できない場合や、家族の全体的なことは、「関係図」の下の「家族に関する特記事項」に記載して下さい。
- 関係図には2親等程度まで記載可能な範囲で記入して下さい。
- 認知症では、家庭外・社会に現れる以上に家族に介護負担、介護困難などが生じている場合があります。家族にも精神疾患がある場合や老々世帯、介護離職の危機など「家族に対して必要な支援」も記入して下さい。
- 経済状況についても「国民年金」「特に現状では問題なし」「困窮している」などと簡潔でも構いませんので可能な範囲で記入して下さい。スペースが余る場合は、近くの欄の事項でスペースが足りない分を記載しても構いません。
- 家屋・住居については、集合住宅の4階とか、エレベーターの有無、家の前の通行状況などを記載して下さい。
- 地域住民・インフォーマル資源については、民生委員・町内会との関係、商店街や買い物支援、その他の地域活動との関係などを記載して下さい。

### ■ 介護関連情報 ■

- 最近のサービス利用の変更などがあった場合や過去のこと、希望などで特記すべき点があれば、特記事項・変更欄に記載して下さい。

### ■ 日常生活動作（ADL・IADL等）の状況 ■

- 左の欄には主に基本的日常生活動作、右の欄には手段的日常生活動作、趣味・交流に関する動作が配置されています。服薬については1ページ目に記入して下さい。
- 見守り・促し・自助具使用等で可能な場合は、一部介助・支援にチェックして下さい。
- 調理など自分ではもともと行っていなかった活動の場合は、チェックをつけず白のままとして下さい。
- テレビ視聴と新聞購読は知的・趣味的な活動の中で、多くの高齢者が生活の一部として日頃行っている活動です。テレビの場合は、自分で番組を選んで見ている場合が自立となります。新聞も自分で手にとって見ている場合が自立となります。
- 電話については、1ヶ所でも自ら必要に応じてかけたり、受信することが可能な場合は自立として下さい。

## ケアパス連携シート③の書き方

■ 3ページ目の記載については、オレンジつながり手帳も参考にしてください。可能な範囲、本人・家族と、手帳に記載された内容についてよく話し合ってみてください。

### ■ 生活史 ■

生活史を聞き取り、記載することはとても大事なことです。しかし、たくさん話したい場合もあれば、話したくないこと、話せないときや関係性が熟していない場合があることも考えられます。可能な範囲で、一般的な生活歴的なことを記載して下さい。オレンジつながり手帳に本人・家族が記載したことを転記したり、聞き取った中で感じたことに少し力点を置いて書きましょう。記入欄の大きさからしても多くを書くことはできませんが、履歴的なことだけでも、ケアを受ける人とケアをする人との関係に豊かな色彩が加わる可能性はあります。

- 生活史に記載する一般的な事項は、①出身地、②きょうだい、③卒業した学校、④職業経験、⑤結婚や子供のこと、⑥転居やその他の特記すべきライフイベントなどです。
- 卒業した学校や就職などについて、例として高校の場合、学校名はなく高校だけでも構いませんが、工業高校などと記載すると、その人の得意なことなどが浮かび上がりやすいものです。
- 学校、就職、結婚などが記載しにくい場合は、10代の頃、20代の頃、30代の頃、あるいは子供の頃、若いとき、少し年を取ったときなどと年代順に聞くことも一つの方法です。
- 病気の診断や経過などは、生活史には記載しないか、生活に大きな影響を与えたことのみを簡潔に記入して下さい。その他は1ページ目の医療情報の欄に記載して下さい。

### ■ 1日の過ごし方 ■

病気のことや困り事を考えたとき、課題となることがいろいろと出てきますが、1日24時間、平均的な人が睡眠している5～9時間以外の時間、それぞれの暮らしがあります。課題として浮かび上がる以外の時間の過ごし方を知ることとても大事なことです。

### ■ 性格、趣味、好み、大切にしてきたもの ■

この欄を詳細に書くと、スペースが足りませんので、オレンジつながり手帳などを通じて、本人・家族とも話し合って記載することが大切です。しかし、最も基本になることだけでもここに記載して下さい。過去に行っていた趣味なども含めて下さい。

### ■ 家庭・社会での役割、主な交友関係・他者との交流 ■

現在のものだけでなく、わかる範囲で、その人の担ってきた役割や交友関係の様子を（過去の最も役割・関係の多かった時期のことをできるだけ含めて）記載して下さい。

### ■ 現在の望み ■

その人が口にする言葉をできるだけ聞き取って記載して下さい。ただし、認知症が進んでくると、その時々望みだけになる場合も多いので、周囲の人の話から推定したり、生活史などの中から考えて記載する場合もあります。

### ■ 意思確認 ■

まったく同じ項目がオレンジつながり手帳にもあります。本人・家族と話し合って記載して下さい。

ケアパス連携シート④、⑤については、オレンジつながり手帳や記入例も参考に記載して下さい。

## 🍊 オレンジつながり手帳とケアパス連携シートとの関係

オレンジつながり手帳は、本人や家族が自分で記載するノートです。

ケアパス連携シートは認知症の医療とケアに関わる多職種等が記載事項の関連性も含めて短時間で把握しやすいように5ページのシートとして集約されていますが、それぞれの項目はオレンジつながり手帳と共通であり、完全に相互交換性を持っています。

ケアパス連携シートは医療・介護専門職が病気としての認知症やその他の合併症の状況などを把握しやすくするため、以下のような順に配置されています。

**医療の情報（1枚目） ⇒ 支援する人の情報（2枚目） ⇒ 本人らしさの情報（3枚目）**

一方で、オレンジつながり手帳は、認知症を生きる本人・家族の視点を重視した記載順序となっています。

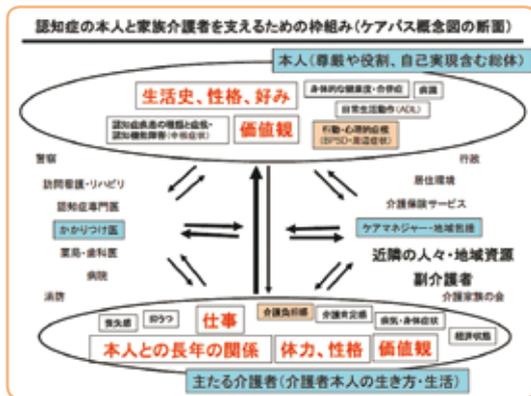
- 🍊 本人の生きる地域、ともに生きる家族、本人と家族の過ごしてきた道筋（年表）
- 🍊 日々の暮らし、好み、価値観など
- 🍊 体力、これまでの病気、飲み薬、認知症のこと
- 🍊 介護のこと、家族の考え、地域の資源

記載の順序は違いますが、相互交換性を持っているため、本人・家族と専門職が、それぞれ補い合うと、情報が豊かになると思われますし、オレンジつながり手帳と連携シートをもとに話し合うプロセスの中で、相互の理解も深まることが期待されます。オレンジつながり手帳を見ることで、ケアパス連携シートの記載内容や記載の意味がよりわかりやすくなるでしょう。

しかし、状況により、認知症ケアパス連携シートだけを暫定的に記載することも可能ですし、本人や家族がオレンジつながり手帳を最初に記載することも可能です。



医療・介護職などが関わるためにそれらの情報のウェイトが大きいように見えますが、オレンジつながり手帳でもケアパス連携シートでも本来はその人や家族の人生が中心です。



## 5

# 認知症ケアパス連携シートを使用する場面

### その1

## ▶ 日々のケアや診療の中でそれぞれの人について焦点をあてるところを常に意識する

認知症ケアパス連携シートは、他の職種や当事者と話すときだけでなく、まずは専門職が日々のケアや診療を考えると、見直すときに、日常的に用いることができます。認知症の人や家族の様子、介護職員の関わりなどは日々変化もしていますが、その骨格となる部分は、連携シートに記載されています。

●例えば、**ケアマネジャー（介護支援専門員）**の場合、

- ・ケアプランを立てるとき
- ・ケアプランの変更を考えると
- ・介護サービスだけで支援できない面を家族や地域の人々の支援で補うことは可能か？
- ・その人の生活歴や地域での役割、趣味、性格などから考えて、どのようなデイサービスを選ぶことが適当か？ あるいはどのようなヘルパーを派遣することが適当か？ あるいは、通所するよりも訪問リハビリなどを利用するほうが良いのか？ などを考えるとき

●**施設の介護職や相談員**にとっても、その人と家族のかかわり、その人の生活史や性格、その人の意思、あるいは身体的な合併症や服用している薬のことなどを見直して日々のケアにつなげることができます。

●**医師にとっても、かかりつけ医の場合、認知症専門医の場合、それぞれの立場で特に注目する項目には異なる点もあるでしょうが、日々の診療の中で、認知症の人とその家族を支援するための視点が多数にのぼる中で、重要なポイントを見直したり、それぞれの人の診療の中で焦点をあてるところを常に意識することに役立ちます。**

- ・例えば、認知症の人の処方进行调整するとき、この人はもともとどんな人柄だったのか、朝から晩までの生活のサイクルはどうだったか、介護サービス利用を先にアレンジするほうが大事なのではないかなど

●**看護師や薬剤師、リハビリスタッフ**などでも同じです。日々の支援を行う場合のケアに大切なポイントを確認するときに役立ちます。



 ケアパス連携シート使用場面

その2

- ▶ 認知症かなと思ったとき、オレンジつながり手帳をもとに本人・家族が起点となる場合など
- ▶ 地域包括支援センターや家族会、カフェなど診断前に相談窓口が起点となる場合も含む

- 地域の人々が、認知症に備えて、自分の病気のこと、これまでの生活のことを整理しておこうという目的で作成することもできるのが、オレンジつながり手帳です。いざ、自分や自分の家族が認知症の症状が出てきたかなと思ったとき、オレンジつながり手帳を持って、地域包括支援センターや医療機関に行くと、必要事項を認知症ケアパス連携シートに移し替えることになります。ここで、オレンジつながり手帳と連携シートが相互互換性を持ち、同じ項目で成り立っていることが意味を持ちます。
- この移し換えに際して、本人や家族、医療・介護等の専門職が、コミュニケーションを行うことで、認知症と上手につきあっていくときに大事な項目を認識することができます。お互いに必要な情報交換を行うこともできます。
- なぜ日常生活動作のことを確認するのか、なぜ趣味や社会での役割を振り返るのか、介護保険サービスのことを記入する項目があるのはなぜかなどです。
- 専門職は本人・家族に対して、その意味を伝えることが啓発や早い段階での支援につながりますし、本人・家族にとっては学びになると同時に、心構えや体制づくりに通じます。
- 地域包括支援センターなどで、地域で気になる人がいる場合は、オレンジつながり手帳を使って民生委員や地域ケア会議などで相談することも共通理解に大切です。初期集中支援チームの活動にも連携シートと手帳の利用は有用と思われるます。



 ケアパス連携シート使用場面

その3

▶医療とケアの連携 ①  
ケアが起点の場合（ケアの立場から医師への連携）

- 日々のケアの中で、
  - ①医療情報がまだ把握できていないとき（特に地域包括支援センターなど）
  - ②ケアを行っていく上で、医療情報が不十分だと感じたとき
  - ③ケアの情報を医師・医療に届けておくのが望ましいと思われたときなど
  - ④特にケアを利用している人が身体合併症などで入院が必要なときなど、入院を受け持つ医師・看護師に日々の暮らしの情報を伝えることは大切です。  
必要に応じ、認知症ケアパス連携シートにフェイスシートによるメッセージをつけて、医師・医療機関と連携しましょう。
- 具体的には、以下のような文言を添えて尋ねると良いでしょう。  
「病歴、合併症の状況など貴院で把握されておられる内容につき、ご教示下さい」  
「ケアパス連携シートの内容について、ご確認いただくとともに不十分な点などありましたらご教示下さい。あわせて現在のケアプランについてのご意見もいただければと存じます」
- 医療機関のほうで、これらの点を確認し、特にコメント、追加などない場合は、添付の返信用紙に、チェックあるいは簡単なコメントを記載して返信（郵送またはFAX）、医療的に一定の内容の返信を行う場合は診療情報提供書として記載して返信（この場合、本人・家族に診療情報提供料が発生すること・したことを通知する）します。
- 医師・医療機関のほうでも、ケアパス連携シートの内容を把握していることは大事ですので、このシートのやり取りを通じて、本人・家族を支援する輪が広がっていくはずですよ。
- できるだけ、本人・家族にも了解を得て、連携シートをやり取りすることが望ましいですし、可能な場合は、オレンジつながり手帳を使って（まだお持ちでない場合は手渡ししましょう）、本人・家族にもシートの内容を伝えつつ、やり取りをしましょう（場面その2参照）。



 ケアパス連携シート使用場面

その4

▶ 医療とケアの連携 ②

医療が起点の場合（医師などからケアへの連携）

- ・もの忘れ外来などで診断したとき
- ・診断後に介護保険を利用するとき
- ・診断後に家族会等を紹介するとき

●認知症の医療を行っていく上で、ケアとの連携が必要な場合が様々な形であります。医師のほうから積極的に必要と考えない場合でも、本人・家族が必要としている場合、ケアマネジャー等が必要としている場合もあります。また、本人・家族がケア利用の備えとしてケアパス連携シートあるいはその前段階としてオレンジつながり手帳を使う場合もあります。

●具体的には以下のような場面です。

- ①かかりつけ医・専門外来などで認知症の診断を行った場合、本人・家族への助言として
- ②介護保険の利用はまだ早いと思われる場合も家族会、認知症カフェ、地域包括支援センターなどと相談を開始するとき、医師から本人・家族にオレンジつながり手帳やケアパス連携シートの使用について助言します
- ③介護保険利用に際して、ケアマネジャーなどに医療情報を伝えるとき

●医師自身あるいは病院として、認知症の本人やその家族を支援するためにどのような知識・情報が必要なのか、ケアマネジャーや施設の相談員がどのようなことを考え、本人や家族を支援しているのか、共通認識を持つ上でもケアパス連携シートやオレンジつながり手帳は役割を發揮します。



 ケアパス連携シート使用場面

その5

▶ひきつぎ・連携 ① ケア専門職どうし

- ・地域包括から居宅のケアマネジャー
- ・居宅から施設や小規模多機能
- ・ケアマネジャーとヘルパー・デイなど

●認知症の経過の中で、当初の相談時や要支援のときは地域包括支援センターが、その後、要介護の認定を受けたときは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当になったり、在宅生活から施設に入所する場合など、ケアの立場どうしでひきつぎを行います。また、ケアマネジャーとヘルパー、デイのスタッフが日頃のケアを相談するときなど、ケアパス連携シートの考え方が役に立ちます。

- ①地域包括支援センター ⇒ ケアマネジャー
- ②ケアマネジャー ⇒ 地域包括支援センター（相談をするときなど）
- ③在宅のケアマネジャー ⇒ 地域密着型あるいは老健・特養などの施設のケアマネジャー
- ④ケアマネジャー ⇄ ヘルパー事業所、デイサービス相談員



**MEMO** いつのタイミングで、どのように本人・家族から話を聞くか  
～情報を聞く姿勢、この冊子を使う姿勢について～

暮らしのことや、これまでの生活のことについて話を聞くとき、まずは信頼関係が第一です。認知症の人やその家族に向き合うときも、なぜこの冊子を使うのか、なぜそのようなことを聞くのかを専門職は十分に知っておくことが大事です（認知症が専門ではなくても、一通りの教育は受けること）。この冊子などを通じて、なぜこのような情報を持つことが大事なのかを知ることで、相手にもそれを聞かれることが伝わるでしょう。専門職のためではなく、本人・家族のためのシート・冊子になっているのか、常に振り返るようにしましょう。

あるときにはシートの中の情報すべてを聞き取ることが難しいこともあるでしょうが、そのようなときは、時期が来るのを待ちましょう。

話をするとき、できないこと、困ったことに集中しがちですが、本人・家族の強みや成熟した側面も見出し、もし見えにくくなっていたとしても、その人の健康的なことに光をあてて理解しようとする姿勢がとても大切です。

🍌 ケアパス連携シート使用場面

その6

▶ひきつぎ・連携 ② 医療どうし

- ・かかりつけ医から専門医
- ・専門医からかかりつけ医
- ・ある診療科から別の診療科へ
- ・BPSD 入院の際に
- ・精神科病棟などからの退院の際に

●認知症の診療や、認知症以外の病気を診ていく中で、医師どうし、医療機関どうしの連携も重要です。そのときに本人・家族の主体性を上手に伝えていくことも大切です。

●例えば以下のような場合、連携シートも併って連携を行うと良いでしょう。本人・家族のためにも、そして、医師・医療機関のあいだでも複雑な情報を要領よく伝えていくために威力を発揮します。

①かかりつけ医から認知症専門医の外来へ

日頃の様子を伝えるのに役立ちますし、もし専門医に項目を記入してもらいたい場合などは、そこを明記して診療情報をやり取りすると良いでしょう。

②認知症専門医の外来からかかりつけ医へ

専門医療機関で把握している情報をひきつぐときに、また、今後のフォローアップを依頼したりする場合に役立ちます。医師どうしのやり取りの中で不足している情報があれば、場面その3、4を参考に、ケアとの連携も行いましょう。

③かかりつけ医あるいは認知症専門医からその他の医療機関へ（身体合併症のときなど）

身体合併症での治療が必要になったときなど、認知症の状況を伝えたり、本人を支援している人達の状況を伝えておくことは大切です。

④BPSDでの入院や、BPSDで精神科病院に入院していて退院する場合など

このようなときにも、連携シートの情報は本人や家族を支える基本的な情報として大切です。また、このようなときは、ケアを担当する専門職や本人・家族とも連携シートの全体像を考えながら、十分に話し合しましょう。



## 6

# 認知症ケアパス連携シートから診療・ケア・連携に大切なポイントを見出し検討する

認知症の場合、様々な要因が複雑に絡んでいるので、得た情報から薬や支援が必要か、必要な場合、どのような支援が望ましいか、難しいところがあります。しかし、認知症の人の数は多く、少しでも多くの人が名人芸に頼ることなく、より良い支援を理解して行うことが大事です。



認知症ケアパス連携シートを見ると、以下の7つが読み取れます。①～③は、認知症による関係性の悪化を招く要因やその状態、④～⑦は逆に、その人や家族の強みと読み取ることができます。

① 認知症の人を支援する中で、環境的に難しい要因の有無やその程度（環境要因）

- ケアパス連携シート 4 ページ目の地域での生活からの排除につながるような要因など

② 認知症の人への支援が不十分なことが関係して起こっている本人の様子・本人の状態（この中には、疾患そのものが大きな要因になっている場合もありますが、環境や周囲との関係性が大きな要因になっている場合もあります）

- 認知症の人の行動・心理症候（医療のページ）
- 病歴や生活史、1日の暮らしの中などで、本人の状態から見て適切でない環境にいることや周囲の人と良好な関係が結べていないこと
- 本来果たすことが可能な役割を担えていなかったり、低い活動状況にあること

③ 認知症の人や家族への支援が不十分なことが関係して起こっている家族の様子（家族の状態）

- 介護のために自分の時間を取ることができない、ストレスがあるなどの介護負担感
- 抑うつ的である ■ ストレスなどが関係して体調が優れない
- 家族どうしの方向性が定まらないことなど

④①とは反対の方向の環境要因。 ■ 例えば家族や地域の望ましい協力関係などです。

⑤ 本人の発揮できる能力が示されていること

- 例えば、本来の趣味を継続していたり、社会の中での役割を果たしていることなど  
・ そのような可能性があるということを認識していることが大事です。

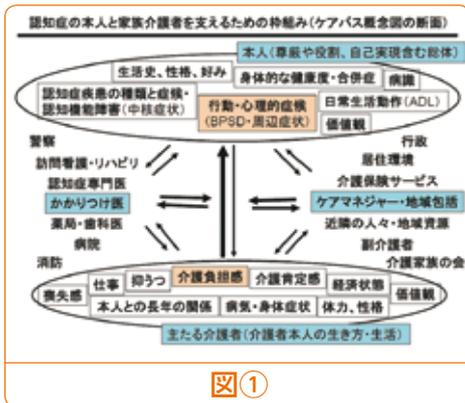
⑥ 家族にも介護肯定感が見られる

- 例えば、介護を通じて、社会との交流を持つことに意義を感じているなど

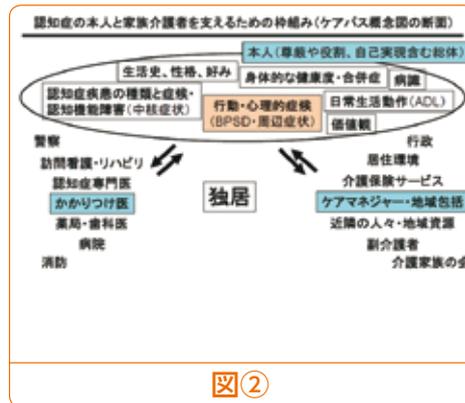
⑦ 総合的に見て、この本人や家族・地域・関係者の強みと思われること

- 例えば、地域の住民や民生委員の適切な見守りが実施されているなど

🍊 ケアパス連携シートの中の項目どうしの関係を見ること



図①



図②

ケアパス連携シートにケアパス概念図の地域資源を加えると、上の図①（p15と同じ図を再掲）の枠組みに出てくる事項や資源がほとんどすべて網羅されています。

ケアパス連携シートに書かれている情報で足りないところは何か、どのように補い合い、支え合っていくのが良いかを考えるとき、この枠組みを頭に描いておきましょう。

例えば認知症の人の行動・心理症候と、主たる介護者の介護負担感は全体の中でも最も考慮される事柄ですが、これらはお互いに強く関連していることが知られています。このような場合に、主たる介護者自身の健康や体力は大丈夫か、仕事などのあいだで見守りに要する時間に無理がないか、主たる介護者を支援する副介護者がいるかどうか、行動・心理的症候に対して望ましいケアや医療が届いているかなど、それぞれの項目を関連性も含めて考えてみましょう。

また、例えば、図②のように独居で、近所にも支援する家族がいないような場合、家族の負担そのものは無くなりますが、家族が担っていた日常生活の多くの場面での支援を、医療・介護・地域の資源がきめ細かく担っていく必要が出てきます。

目に見えるような、すぐに気がつくこともあるでしょうし、図の全体を見ながら、十分に力が発揮されていないところを探してみる必要がある場合もあります。

以上の検討を行うとき、ある時期のことについてケアパス連携シートを見て考えるとともに、これまでと今後についてケアパス概念図も参考にすることがポイントです。



## ケアパス連携シートから得た気づきを解決する方法

- 個々の項目から環境要因と本人・家族などの望ましくない状態を見出す … (p27)
- 良い状態が見出せる場合は、その点をポジティブに評価する



項目ごとの関連性を考える … (p28)



- より良い支援のあり方や解決方法を考え、実行する … (p29)
- 現在、良好な場合も、その状態が維持できるよう働きかける

- ① このシートは名前のとおり連携シートですから、本人・家族や関係者が集まって、「共通言語」「共通基盤」となるこのシートをもとに、率直に本人らしさが発揮される方向、少しでも皆が納得できる方向を考えてみましょう。
- ② 「ケアパス連携シートから気づきを得ること」で見出されるような本人らしさが発揮できる方向を探ってみましょう。必要な医療・ケア（介護保険サービスだけでなく）が届いているか、十分に届いていないなら、アウトリーチする形で支援することができないかも考える必要があります。
- ③ 本人の視点を尊重しつつ、本人だけでなく、家族、地域の人々の視点でも「緊張」が生じていないか見てみましょう。特に、家族の負担感などを十分に確認してみましょう。家族に負担感があるとき、本人と上手に向き合うことは困難です。家族自身がより良く理解され、支援されることで本人の状態や本人とのつながりが良い方向に向かいます。
- ④ 「強み」の項目も十分に考えてみましょう。難しさばかりが見えてくる場合もありますが、「ないこと」ばかりではないはずで、「強み」を見つけることにもコツがありますから、同業や他職種とも相談しつつ、考えてみましょう。本人らしさやその家族の持つ隠れた力を引き出すことを通じて輪が広がっていくこともあります。
- ⑤ 地域からの排除につながる要因（シート 4 ページ）が多数ある場合、あるいは少数でも、それが解決困難な場合、複数の人が集まって様々な視点で相談してみることも大事です。また、多職種事例検討会で相談することや、そのような検討会で類似のケースがあった場合に学びを深めてみましょう。
- ⑥ これらの要因について、その時々に応じて、どこにウェイトを置いて関係性を調整していくのか、必ずしも解答は 1 つではないでしょうが、どこかに糸口を見つけていきましょう。
- ⑦ このシートからの解決の方法については、今後、共通基盤として様々な経験が蓄積されていくと予想されますので、そのような関連情報も参考にしましょう。
- ⑧ このシートは様々な認知症ケアの方法と相互関係を持っています。一部を参考図書にあげていますが、それらを含め必要に応じて研修なども繰り返し、知識とスキルを磨いて下さい。

## 参考資料



### もの忘れ連絡シート

※該当する箇所の□にVを入れて下さい。

京都府宇治市版（上部は疾患の種類、下部は重症度の判断に使用）

記入者：

<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる（同じ話を何度もする） <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布等を盗まれたなどと作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何れかの身体症状（麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい）	<input type="checkbox"/> 良い時と悪い時の差が激しい（日内変動） <input type="checkbox"/> ありありとした幻視がある（人や動物が多い） <input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 以下の何れかがある（配偶者が二人いる・天井が歪んで見える・人の気配を感じる） <small>※パーキンソン症状とは… 小刻み歩行やすくみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。</small>	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある
<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた			
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる/冷蔵庫内が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意であった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月を間違える（月を思い出せない） <input type="checkbox"/> 生活圏域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない（道具を使えない）			
<input type="checkbox"/> 家族がわからなくなる（娘を姉を間違える） <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない（介護に抵抗する） <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない（前後、裏表、上下、順番が分からない） <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるか分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる（異食） <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしな <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話しかける			
<input checked="" type="checkbox"/> 上記症状に当てはまらないことがある場合はご記入下さい。			

## 認知症ケアパスの目指す方向 ～私のメッセージ(アイメッセージ)～

●京都式オレンジプランの10のアイメッセージを、聞き取り調査のため22項目に改変したものを示す。

1. 周りのすべての人が、認知症を正しく理解してくれている
2. 周りの人が、私らしさや私のしたい事をいつも気にかけてくれている
3. 周りの人は、私が出来る事は見守り、出来ない事はそばにいて助けてくれている
4. 私は、診断される前と同様、活動的にすごしている
5. 私は、軽いうちに診断を受け、病気を理解できた
6. 私は、将来の過ごし方まで考え決める事が出来た
7. 私は、身体の具合が悪くなったらいつでも診てもらえる
8. 私は、医療と介護の支えで住み慣れたところで健やかにすごしている
9. 私は、手助けしてもらいながら地域の一員として社会参加できている
10. 私は、私なりに社会に貢献することができている
11. 私は、生きがいを感じている
12. 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことがかなえられている
13. 私は、人生を楽しんでいる
14. 私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がなされている
15. 私は、家族や社会に迷惑をかけていると気兼ねすることなくすごしている
16. 私は、言葉でうまくいえなくても私の気持ちをわかってもらえている
17. 人生の終末に至るまで、わたしの思いが尊重されると思う
18. 私は、適切な情報を得ている
19. 私は、身近に何でも相談できる人がいる
20. 私には、落ち着いていられる場所がある
21. 若年性の認知症の私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加している
22. 私は、いまおこなわれている認知症を治す研究に期待している



## 🍊 編集後記

この冊子は認知症の本人・家族、地域の人々、医療・介護などの専門職にとって共通言語とすべき大事な点を載せていますが、認知症ケアの大事な点をすべて網羅できているわけではもちろんありません。必要に応じ、更に以下の参考図書などを含め、詳しいテキストや解説書を参考にして下さい。

認知症の医療とケアは極めて複雑かつ曖昧な過程であり、単純化することは危険ですが、一方で、単純化を避けると共通認識を得るのが困難となり、両者のジレンマをいつも意識しつつ、その中間にある道を求めることが必要です。

この冊子は試行的な解説冊子であり、今後、多くの人からのフィードバックを経て完成させていく予定です。ご覧になった方、認知症ケアパス連携シートをこの解説冊子に沿って使用した方などから意見が寄せられ、より良いものになることを願っています。

人と人との支え合いには、お互いにその人となりを知っていることが出発点であり、認知症の場合、その絆をより深めていく必要があります。結果としてそのことは一面的になりがちな現代の人と人との交流を見直すことに通じるのでしょうか。認知症の人にやさしい地域は誰にでもやさしい地域になるといわれる由縁でもあります。

### 主な参考図書

- 痴呆を生きるということ（岩波書店、2003年）
- 自宅でない在宅——高齢者の生活空間論（医学書院、2003年）
- 認知症のパーソンセンタードケア——新しいケアの文化へ（筒井書房、2005年）
- コミュニティアズパートナー——地域看護学の理論と実際（医学書院、2007年）
- 「仕舞」としての呆け——認知症の人から学んだことば（中央法規出版、2007年）
- 認知症の医療とケア——「もの忘れクリニック」「もの忘れカフェ」の挑戦（クリエイツかもがわ、2008年）
- 平穏死のすすめ（講談社、2010年）
- 高齢者の生活機能の総合的評価（新興医学出版、2010年）
- ナラティブ・メディスン——物語能力が医療を変える（医学書院、2011年）
- 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方（2011年）
- ルポ 認知症ケア最前線（岩波書店、2011年）
- アイデンティティとライフサイクル（誠信書房、2011年）
- 認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア（クリエイツかもがわ、2012年）
- ケアの社会学——当事者主権の福祉社会へ（太田出版、2011年）
- ニルスの国の認知症ケア——医療から暮らしに転換したスウェーデン（ドメス出版、2013年）
- 認知症の人を愛すること：曖昧な喪失と悲しみに立ち向かうために（誠信書房、2014年）
- 埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由（メディカ出版、2015年）
- 認知症カフェハンドブック（クリエイツかもがわ、2015年）
- 認知症初期集中支援チーム実践テキストブック（中央法規出版、2015年）
- 認知症ライフサポート研修テキスト（中央法規出版、2015年）



認知症ケアパス  
連携シート  
解説冊子

平成27年11月発行  
本冊子は老健事業「認知症の医療介護情報共有ツール」  
試行運用のため制作しました。





## この手帳について

この手帳は、あなたが住んでいる街や地域、あなたの家族、あなたが暮らしてきた歴史、そしてあなたが得意なこと、熱心に取り組んできたことを振り返り、病気や障害を持った時でも、自分自身で、あるいは周囲の人々とともに自分らしく生きることを支える水先案内人のようなノートです。

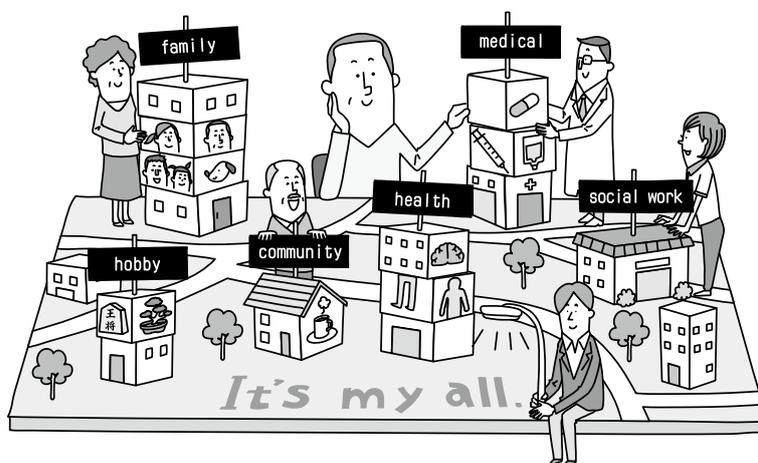
特に高齢化が進んだ日本では、65歳以上の高齢者の3～4人に一人は認知症あるいはその予備軍であると推計されていますし、65歳未満で認知症になることもあります。必要な時には早めに備えをすることが大切です。あなた自身が認知症になった時やその他に手助けが必要になった時、あるいは、あなたが、そのような手助けを必要とする人を支援するために、どのようなことが必要なのか、このノートを通じて学ぶこともできます。

また、医療や介護など暮らしへのちょっとした手助けが必要になった時、このノートを医師や地域包括支援センター、その他の相談、介護の場に持参すれば、あなたが必要とすることを理解して、助言や必要な支援をしてくれるでしょう。そして、単にあなたが助けを受けるためだけでなく、あなたが誰かを助けたり、誰かとともに活動することを勧めてくれることもあるでしょう。

この手帳はあなた自身が創り出していく手帳です。足りない部分は補いつつ、楽しみ、学びつつ記入していきましょう。そして、いつまでも自分らしく暮らしていきましょう。

## この手帳の構成（目次）

●私の基本情報と住んでいる街・地域	2	→ 自己紹介
●家族のこと	3	
●自分の年表	4	
●1日の暮らしと週間スケジュール	5	
●暮らしのことや趣味・好物・性格など	6～7	
●これまでの病気や体力、現在、治療中の病気や薬	8～10	→ 身体と病気のこと
●認知症について、病気の気づきやその症状、検査	11～14	
●介護のこと、家族の思い、自分の強みや環境	15～17	→ 家族や介護、地域の資源
●認知症ケアパス(時の流れとともに変化すること)	18～19	
●自分が決められなくなった時のために	20	
●主な連絡先やメモ	21～24	
●認知症とともにより良く生きるための私のメッセージ		



この手帳の記載項目と同じ内容を、この手帳について研修を受けた医療・介護機関等が必要に応じ、あなたの同意のもと、認知症ケアパス連携シートで保持します。専門職も協力して、あなたと歩むために共有したいと考えています（p21の機関などにお尋ね下さい）。



## 基本情報と住んでいる街・地域

ふりがな		性別	生年月日	
名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 ( 年 月 日 歳)	
住所	〒		生活状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設名：
連絡先	電話： 電子メール：		FAX：	
緊急時等 連絡先①	ふりがな		電話番号：	
	名前		続柄：	
緊急時等 連絡先②	ふりがな		電話番号：	
	名前		続柄：	
<p>●家の周りの略図（よく行くところや店、散歩道、最寄りのバス停や駅なども記入して下さい）</p>				
<p>自宅：<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパートなど（ 階） 家の周りの交通量など：</p>				



## 家族構成

同居している人、同居している・していないにかかわらず、子供については必ず記載して下さい。その他にもきょうだい、孫などでよく連絡をする人などについて記載して下さい。孫などは下の家族関係図に記載してもらっても構いません。

▽同居から先に記入して下さい。同居、非同居に丸を付けて下さい

氏名	続柄	1. 同居 2. 非同居	備考（仕事、体調など。非同居の場合は住所地を記載）
		1 ・ 2	
		1 ・ 2	
		1 ・ 2	
		1 ・ 2	
		1 ・ 2	
		1 ・ 2	
		1 ・ 2	
		1 ・ 2	

<p>●家族のことについて特記事項</p>	<p>●家族関係図</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">  <p>&lt;夫婦、子供2人の例&gt; 同居は丸で囲む</p> </div>
-----------------------	---







## 暮らしのことや今の望み

年金など	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護
金銭面で 気になること	
なじみの場所・ よく行くところ	
なじみの人	
昔からの仲間や 地域の人との 交流・つきあい	

- あなたの今の望み、あるいは今の年齢になったらやってみたいと望んでいたこと



## 趣味や性格について

趣味・習い事	
特技	
性格や特徴	
好きなもの (食べ物、歌など)	
楽しみなこと	

自己紹介

- 趣味に取り組む写真や好きなものの写真を貼りましょう



## これまでの主な病気

（今も定期受診している  
ものはp9に記入）

病気の名前	病院名	備考（麻痺などの後遺症状の有無や 現在も処置が必要かなど）

身長：	cm	体重：	kg	BMI：
視力：				
聴力：				
握力：	右	kg	／	左
				kg
歩行： <input type="checkbox"/> 補助具使用なし <input type="checkbox"/> 杖など使用 <input type="checkbox"/> 車いすなど使用				
●15分ぐらい続けて歩くことができますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
●横断歩道を青信号の間に渡ることができますか？				
	<input type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない	



## 現在、治療中の病気と主な検査データなど

病気の名前	病院名	受診の頻度	現在の状態や主な検査の値

身体と病気のこと

● 備考欄







## 認知症の症状 （項目は、認知症の人と家族の会の資料や、アルツハイマー型認知症行動スケールより改変し使用）

### ●もの忘れがひどい

- 今切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れる
- 同じことを何度も言う・問う・する
- しまい忘れ置き忘れが増え、いつも探し物をしている
- 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う

### ●判断・理解力が衰える

- 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった
- 新しいことが覚えられない
- 話のつじつまが合わない
- テレビ番組の内容が理解できなくなった

### ●時間・場所がわからない

- 約束の日時や場所を間違えるようになった
- 慣れた道でも迷うことがある

### ●人柄が変わる

- 些細なことで怒りっぽくなった
- 周りへの気づかいがなくなり頑固になった
- 自分の失敗を人のせいにする
- 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われた

### ●不安感が強い

- ひとりになると怖がったり寂しがったりする
- 外出時、持ち物を何度も確かめる
- 「頭が変になった」と本人が訴える

### ●意欲がなくなる

- 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった
- 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった
- ふさぎ込んで何をするのも億劫がりいやがる

### ●その他の行動面や精神的な症状

- 実際には見えないものが見えるかのように言ったり振る舞ったりする
- 傍目には無意味で無目的だが本人には意味があるらしい動作の繰り返し
- 非常識か不適切な行為（物を不適切な場所にしまったり隠すことなど）
- 間近になった約束や催しのことを何度も繰り返し尋ねたり不安な様子
- 悲しそうな様子や憂うつそうで、生きていても仕方がないなどと言う



## 日常、自分でしていること(日常生活動作)

年 月 日現在

あてはまるところに  チェックして下さい

自分で行う 一部手助け 手助け必要

<b>●身の回りの日常動作</b>			
① 食事を食べる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② ベッドから椅子に移動する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 顔を洗ったり歯を磨いたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ トイレを使う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ お風呂に入る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 家の中を歩く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 階段を上り下りする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 服を着替える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 便意が言える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 尿意が言える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>●外出したり器具を使う日常動作</b>			
① 食事のしたくをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 家の掃除や片付けをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 洗濯をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 乗り物を使って外出する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 飲み薬の管理をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 銀行通帳など金銭管理をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>●その他の日常生活動作</b>			
① 電話を使って知人等と話す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② テレビの番組を選んで見る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 新聞を読む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●上記の内容についてコメントがあれば記載して下さい			

身体と病気のこと



## 認知症の検査

認知症を診断する時や経過を見るために以下のような検査を行うことがあります。医師に直接書き込んでもらっても良いでしょう。

- 認知機能・記憶力の検査…長谷川式（HDS-R）やMMSEなどが代表的です。

年月日	検査の種類と主な結果	備考

- 頭部画像検査…CTやMRIで、脳梗塞、正常圧水頭症、血腫、脳萎縮の有無など確認します。

年月日	検査の種類と主な結果	備考

- 血液検査…一般的な項目の他に甲状腺ホルモンやビタミンB<sub>12</sub>、カルシウムなど確認します。正常値の場合、値の記入はなしでも構いません。

年月日	検査の種類と主な結果	備考

- その他の検査…必要に応じ脳血流SPECTや脳波、脳脊髄液などの検査を行います。

年月日	検査の種類と主な結果	備考





## 家族の思いや考え、希望

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	

名前（続柄）	
● 思いや考え、希望	



## 環境チェック(暮らしが難しくなる要因の有無)

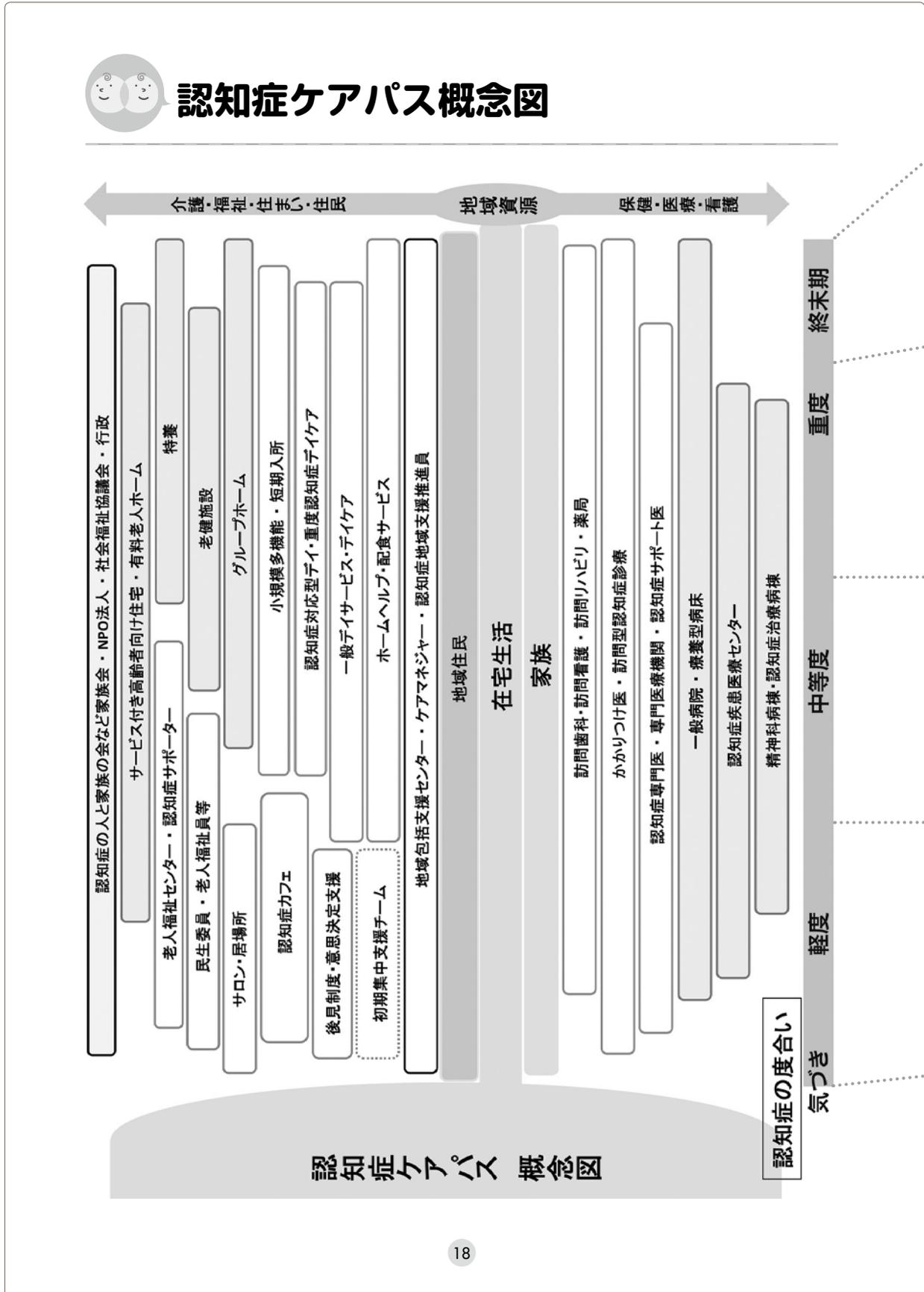
以下のような要因は、認知症になった時に暮らしが難しくなることと必ずしも結びつくことはありませんが、そうでない場合に比べて難しくなる可能性がありますので、必要な相談を前もって行き、備えをしていくことが大切です。早めに相談することで、良い方法を見つけることが可能です。

- 独居(一人暮らし)
- 老々世帯(高齢者、特に75歳以上の夫婦など高齢者のみの世帯)
- 地域から孤立している(日頃から近所や地域との結びつきが弱い)
- 認知症や、認知症になった時に使える制度などをよく知らない
- 認知症に関する家族などの理解不足
- 経済的に困っている
- 家族・同居者に統合失調症やうつ病、アルコール依存などの精神疾患がある
- 認知症に伴う精神的な問題や行動上の問題を抱えている
- 疾患や障害のために支援を要する家族・同居者が存在する
- 介護サービスが必要であったとしても頼りたくない気持ち強い
- 地域に自分が必要とする適切な支援や介護サービスが無い
- 若年性認知症である(65歳未満に発症した認知症である)
- 医師・介護職など周囲の専門職が十分に理解してくれていない
- 自分にもしものことがあった時、キー(鍵)となってくれる人がいない
- 医師や看護師に頻回に診察を受けたり器具などに頼る病気がある  
(注:身体合併症は急に現れる場合があります)
- その他、地域での暮らしを続けるにあたって心配なことがあるでしょうか?  
あれば以下に記載下さい。



## 自分の強み

..... 認知症になっても、これがあるので心強いと思えることなどを記入して下さい。



	気づき～軽度	中等度	重度	終末の頃
本人・家族 の声	一日に何度も同じことを聞くんです。自分でも自信が持てなくなっているみたいです。	昔のことはよく覚えて いるんですけどね。	私が作ったものを美味 しいと言って食べてい るあいだは家で様子を 見ていきます。	人生の最初と最後、ひ とのお世話になるもの だと思っています。
本人の 様子	<input type="checkbox"/> いつも探し物をして いる <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れて いる <input type="checkbox"/> 今までしていたこと を億劫がる <input type="checkbox"/> お金や小物などを盗 まれたと人を疑う	<input type="checkbox"/> 買い物に一人で行く のが難しい <input type="checkbox"/> 服装を選ぶのを手 伝ってもらう必要 があります <input type="checkbox"/> 自分ができないこと を自分で見極める ことが難しい	<input type="checkbox"/> 服を着替えるのに手 助けが必要 <input type="checkbox"/> 家のトイレがわから なかったり、排泄に 手助けが必要 <input type="checkbox"/> 家族のことがわかり にくい	<input type="checkbox"/> 話すことが、短い文 章か簡単な単語だ けになる <input type="checkbox"/> 階段の上り下りに介 助が必要となり、歩 くことも手助けが 必要になる <input type="checkbox"/> 飲みこみが難しい
自分で できる 度合い	適切な助言や支援があれば、自分で決めることができること や携わることができるともたくさん あります。			
	自分で物事 を決めたり思いを伝えることが 難しくなり、気持ちを押し量ってもらうことが大切です。			
	同じ時期でも病気の現れ方や家族との関係、生活環境は個人個人で異なります。また、認知症の 病気の種類によっても症状は異なります。症状について詳しくは12、13ページも確認下さい。			



## これからのこと

家での暮らしが難しくなった時や  
病気が重くなった時のこと

### 意思確認

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日記入  今は記入しない

（以下の確認はあくまでも記載時の希望を示します。  
記載を元に関係者と話し合い、何度も変更可能です）

#### ●将来、どのような介護を受けたいか、どのようなところに住みたいか （複数 チェック可能です）

- 他者の支援を受けることはあっても住み慣れた家で暮らしたい
- 必要に応じ、介護施設などを考えたい
- 子供や親族と同居あるいは近くに引越したい  その他

#### ●その他、特記事項など

#### ●将来、どのような医療を受けたいか（今は チェックしなくても構いません。詳しく決めたい場合は事前指示について相談を）

(1)もし、認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、自分での理解や  
意思表示が難しくなった場合

- 短期間で治癒や回復が望める場合は入院治療や手術を希望する
- 積極的な医療は控えてほしい

(2)命に限りがあると思われる状況では

- 家庭・介護施設で最期を迎えたい  医療機関への入院を希望する

(3)重度認知症になり、自分で食べることが難しくなった場合

- 胃ろうを希望する  胃ろうは希望しない

#### ●その他、特記事項など

#### ●成年後見制度利用

- あり  考慮中  なし
- 備考（ \_\_\_\_\_ ）

#### ●その他、特記事項など



## 連絡先・関係機関リスト

---

● かかりつけ医

---

● その他の受診・専門病院

---

● 薬局

---

● 地域包括支援センター

---

● ケアマネジャー

---

● 介護事業者（訪問介護、通所介護など）

---

● 家族以外の仲間等

---

● 地域の民生委員等

---

● その他

---

## お役立ち情報

これは役立つと思ったことや、かかりつけ医などに教えてもらった大事な情報を記入しておきましょう。

## メモ

（最初に記載後、あとになって追加することなど記載して下さい）

---

## メモ

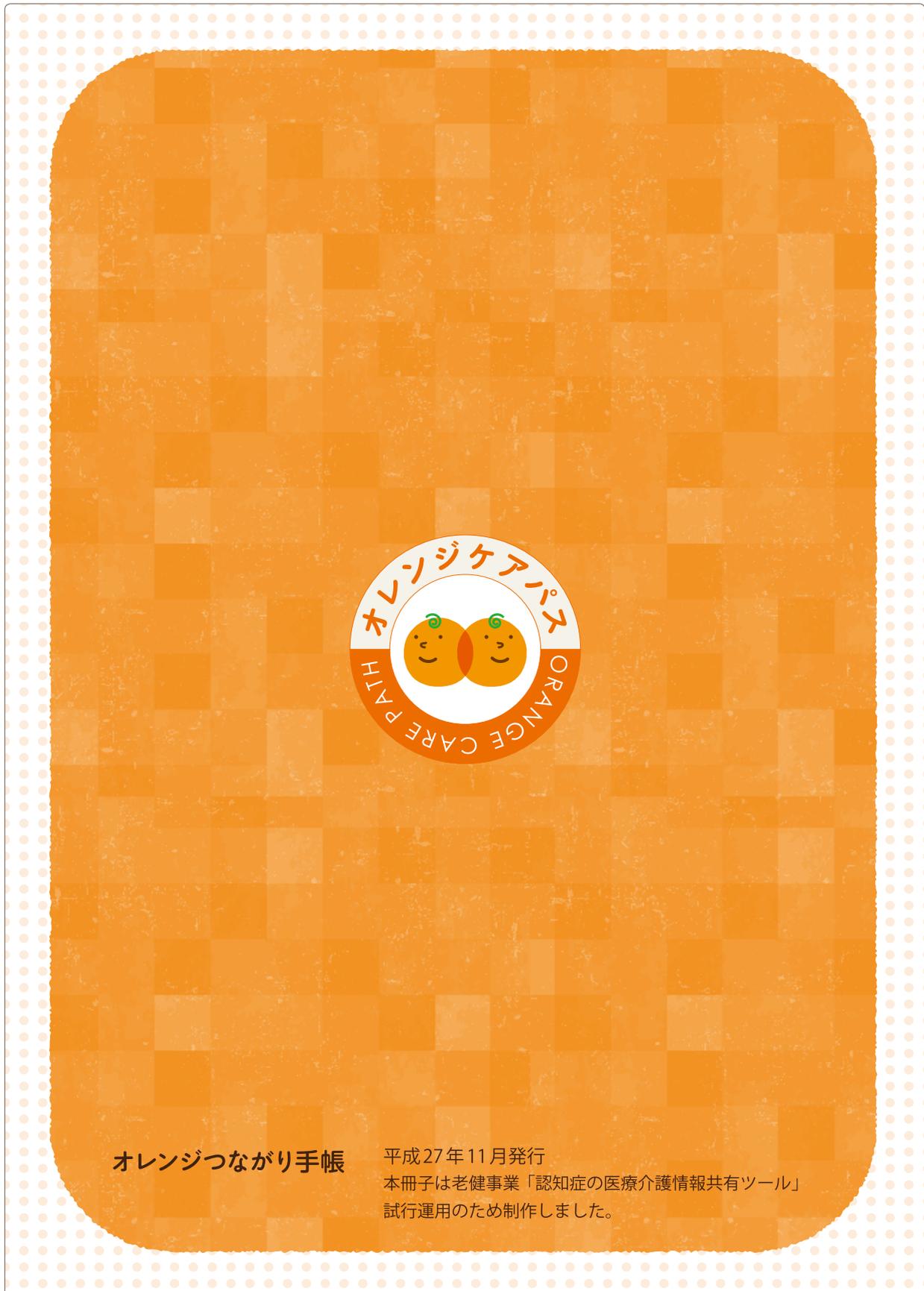
（最初に記載後、あとになって追加することなど記載して下さい）

---

## 認知症の人とその家族が望むアイメッセージ

- 京都式オレンジプランの10のアイメッセージを、聞き取り調査のため22項目に改変したものを示します。

1. 周りのすべての人が、認知症を正しく理解してくれている
2. 周りの人が、私らしさや私のしたい事をいつも気にかけてくれている
3. 周りの人は、私が出来る事は見守り、出来ない事はそばにいて助けてくれている
4. 私は、診断される前と同様、活動的に過ごしている
5. 私は、軽いうちに診断を受け、病気を理解できた
6. 私は、将来の過ごし方まで考え決める事が出来た
7. 私は、身体の具合が悪くなったらいつでも診てもらえる
8. 私は、医療と介護の支えで住み慣れたところで健やかに過ごしている
9. 私は、手助けしてもらいながら地域の一員として社会参加できている
10. 私は、私なりに社会に貢献することができている
11. 私は、生きがいを感じている
12. 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことがかなえられている
13. 私は、人生を楽しんでいる
14. 私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がなされている
15. 私は、家族や社会に迷惑をかけていると気兼ねすることなく過ごしている
16. 私は、言葉でうまくいえなくても私の気持ちをわかってもらえている
17. 人生の終末に至るまで、わたしの思いが尊重されると思う
18. 私は、適切な情報を得ている
19. 私は、身近に何でも相談できる人がいる
20. 私には、落ち着いていられる場所がある
21. 若年性の認知症の私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加している
22. 私は、いまおこなわれている認知症を治す研究に期待している



### 認知症ケアパス連携シートならびに関連冊子についてのアンケート調査

このたびは認知症ケアパス連携シートの試行運用にご参加いただきありがとうございます。実際に日常の仕事の場面で用いることを想定して、今回、リアルタイムで関わっておられるケースについて運用いただく予定となっています。運用後に以下のアンケートへの回答をお願いいたします。□のところにはチェックを入れて下さい。複数チェックが入るところは複数チェックしていただいて構いません。

#### (介護支援専門員向け)

1) 職場：

- 居宅介護支援事業所       地域包括支援センター  
 (看護) 小規模多機能型居宅介護事業所       その他 ( )

2) 経験年数 (介護支援専門員として)：  5年未満    5年～10年    11年以上

3) 性別：       男性       女性

#### (医師向け)

1) 職場：

- 診療所・医院       病院       その他 ( )

2) 経験年数 (認知症診療経験として)：  5年未満    5年～10年    11年以上

3) 性別：       男性       女性

#### (これ以下は介護支援専門員・医師共通)

4) 今回、実際に運用された場面はどの場面だったでしょうか？

- 解説冊子場面② 気づきの場面で相談を受ける場面など  
 解説冊子場面③ ケアの立場から医師・医療機関に連絡・照会を行う場面など  
 解説冊子場面④ 医療からケアへの相談・連絡があった場合など  
 解説冊子場面⑤ ケア専門職どうしの引き継ぎ・連携の場面  
 解説冊子場面⑥ 医師・医療機関どうしの引き継ぎ・連携の場面  
 その他 (具体的に： )

5) 認知症ケアパス連携シートが介在することで、他職種連携・引継ぎなどで連携シートが無い場合と比べて連携はより良い形になった (あるいは、なりそう) でしょうか？

- 有効ではない  
 情報を共有しやすい、伝えやすいと感じた  
 連携にかかる時間や労力を節約できると感じた

- 本人らしさの視点・理念を共有しやすいと感じた
- その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

6) 認知症ケアパス連携シートを使って連携することで、特に良かった、印象的だったと思える点がありましたらお書き下さい。

7) 認知症ケアパス連携シートを使って連携することで、使うことで逆に悪い点があると思った場合は、その点についてお書き下さい。

8) 認知症ケアパス連携シートは連携場面ではなく、日々のケアや診療を振り返るのにも有用な可能性があります（解説冊子場面① p21）、その点はいかがでしょう？

- とても有用
  - 有用
  - 有用でない
  - どちらとも言えない
- この点についてコメントがあれば、以下にご記載下さい。

9) オレンジつながり手帳が介在することで、本人・家族との話し合い・理解は、無い場合と比べて良い形になった（あるいは、なりそう）でしょうか？

- 有効ではない
- 情報を共有しやすい、専門職として大事なことを伝えやすいと感じた
- 情報共有などにかかる時間や労力を節約できると感じた
- 本人らしさの視点・理念を共有しやすいと感じた
- その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

10) オレンジつながり手帳を使って本人・家族とやり取りすることで、特に良かった、印象的だったと思える点がありましたらお書き下さい。

11) オレンジつながり手帳を使って本人・家族とやり取りすることで、使うことで逆に悪い点があると思った場合は、その点についてお書き下さい。

12) 認知症ケアパス連携シートの構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

- 構成・情報量ともちょうど良いぐらいだと感じた
  
- 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は**少なすぎる**と感じた  
少ないと感じたのは具体的にどの項目ですか？  
( )
- 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は**多すぎる**と感じた  
多いと感じたのは具体的にどの項目ですか？  
( )
- 情報量**は良いが、**構成**が悪いと感じた  
悪いと感じたのは具体的にどのような点ですか？  
( )
- 構成も情報量も良くないと感じた  
悪いと感じたのは具体的にどのような点ですか？  
( )

13) オレンジつながり手帳の構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

- 構成・情報量ともちょうど良いぐらいだと感じた
  
- 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は**少なすぎる**と感じた  
少ないと感じたのは具体的にどの項目ですか？  
( )
- 構成は良いが、情報量（情報の記載量）は**多すぎる**と感じた  
多いと感じたのは具体的にどの項目ですか？  
( )
- 情報量**は良いが、**構成**が悪いと感じた  
悪いと感じたのは具体的にどのような点ですか？  
( )

- 構成も情報量も良くないと感じた  
悪いと感じたのは具体的にどのような点ですか？  
( )

14) 認知症ケアパス連携シート解説冊子の構成・情報量などはいかがだったでしょうか？

- 構成・情報量ともちょうど良いぐらいだと感じた
- 構成は良いが、情報量（記載内容）は**少なすぎる**と感じた  
少ないと感じたのは具体的にどの項目ですか？  
( )
- 構成は良いが、情報量（記載内容）は**多すぎる**と感じた  
多いと感じたのは具体的にどの項目ですか？  
( )
- 情報量**は良いが、**構成**が悪いと感じた  
悪いと感じたのは具体的にどのような点ですか？  
( )
- 構成も情報量も良くないと感じた  
悪いと感じたのは具体的にどのような点ですか？  
( )

15) 認知症ケアパス連携シート解説冊子に他に記載したほうが良いと思われる項目や記載内容があればお書き下さい。

16) 全体として、認知症ケアパス連携シートは有用と考えますか？

- とても有用     有用     有用でない     どちらとも言えない

17) 全体として、オレンジつながり手帳は有用と考えますか？

- とても有用     有用     有用でない     どちらとも言えない

18) 全体として、認知症ケアパス連携シート解説冊子は有用と考えますか？

- とても有用     有用     有用でない     どちらとも言えない

19) 認知症ケアパス連携シートとオレンジつながり手帳は両方に同じ項目を掲載していません（相互互換性）が、これらを連動して用いることが有用と考えますか？

- とても有用     有用     有用でない     どちらとも言えない

20) 認知症ケアパス連携シート運用の手順について、良いと思うことや改善点についてお考えをお聞かせ下さい。

- 今回の方法が良かったと思う  
 今後、今回実施した場面以外にも利用したいと思った  
 手順の改良が必要だと感じた

具体的に改善すべき点についてご記載下さい。

21) 今回、連携シートあるいはオレンジつながり手帳を通じて、専門職あるいは本人・家族と連携を行なっていただきましたが、連携先（事業協力者）からの意見・感想などはいかがだったでしょうか？

- 特に意見・感想などなかった

- 良い、あるいは評価する意見があった  
具体的に記載可能であればご記載下さい。

( )

- 悪い、あるいは評価しないとする意見があった  
具体的に記載可能であればご記載下さい。

( )

- その他  
具体的にご記載下さい。

( )

22) 今後、認知症ケアパス連携シートとその解説冊子、オレンジつながり手帳を用いて専

門職や地域住民の勉強会などを行うことについてご意見をお聞かせ下さい。シート・冊子・手帳に今回のアンケートなどによる改良が加わったと想像してご記載下さい。

- 勉強会などは特に行う意味はない
- 勉強会などは行う必要はないが、広報・希望者への配布は行うのが良い
- 専門職向けの勉強会・研修を行うことが大事だと思う  
具体的にこのような形でということがありましたら、お書き下さい。

- 地域住民向け勉強会・講座などを行うことが大事だと思う  
具体的にこのような形でということがありましたら、お書き下さい。

- その他（以下に具体的にご記載下さい）

23) 全体として、認知症ケアパス連携についてご意見・ご希望などあればご記載下さい。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました！

書き足りない点などあれば、以下にどのようなことでも自由にお書き下さい。

### 認知症ケアパス連携シート 定量評価チェック用紙

シートの記載内容を⑤～①に判定し、その数字を評価点とする。

- 1) シート 1 ページ目の記載内容の完成度について評価して下さい
  - ⑤ 漏れなくわかりやすく記載されている
  - ④ 漏れなく記載されているが、素直に読み取りにくい点がある
  - ③ わかりやすく記載されているが、大事な点で漏れている点がある
  - ② 大事な点で漏れているか、わかりにくい点がある
  - ① 記載がかなり不十分あるいは概してわかりにくい
  
- 2) シート 2 ページ目の記載内容の完成度について評価して下さい
  - ⑤ 漏れなくわかりやすく記載されている
  - ④ 漏れなく記載されているが、素直に読み取りにくい点がある
  - ③ わかりやすく記載されているが、大事な点で漏れている点がある
  - ② 大事な点で漏れているか、わかりにくい点がある
  - ① 記載がかなり不十分あるいは概してわかりにくい
  
- 3) シート 3 ページ目の記載内容の完成度について評価して下さい
  - ⑤ 漏れなくわかりやすく記載されている
  - ④ 漏れなく記載されているが、素直に読み取りにくい点がある
  - ③ わかりやすく記載されているが、大事な点で漏れている点がある
  - ② 大事な点で漏れているか、わかりにくい点がある
  - ① 記載がかなり不十分あるいは概してわかりにくい
  
- 4) シート 4 ページ目の記載内容の完成度について評価して下さい
  - ⑤ 漏れなくわかりやすく記載されている
  - ④ 漏れなく記載されているが、素直に読み取りにくい点がある
  - ③ わかりやすく記載されているが、大事な点で漏れている点がある
  - ② 大事な点で漏れているか、わかりにくい点がある
  - ① 記載がかなり不十分あるいは概してわかりにくい
  
- 5) 4 つのページ全体を通じて、そのケースの疾病・障害ならびにその人の物語が読み取れるか、そのケースの課題が描出できているか
  - ⑤ 漏れなくわかりやすく記載されている
  - ④ 漏れなく記載されているが、素直に読み取りにくい点がある
  - ③ わかりやすく記載されているが、大事な点で漏れている点がある
  - ② 大事な点で漏れているか、わかりにくい点がある
  - ① 記載がかなり不十分あるいは概してわかりにくい

# 結 語

---

今回の認知症ケアパス連携シート作成調査研究事業においては、雛形として京都という自治体で既に事例検討会や多職種研修で広く用いられ始めているシートを用いたが、事業前半の検討委員会の議論はすぐに暗礁に乗り上げた。認知症ケアパスの起点はどこにあるのかという根本的な課題や、実際の連携の現場で研修等の実施なしでツールの理念を共有できるのかという課題、この情報共有ツールを持つのは専門職なのか、認知症の本人や家族など当事者なのかという平行線で膠着状態などからなる暗礁であった（結果1参照）。

しかし、多くの議論をもとに、専門職と当事者が完全に相互補完性のある情報（認知症ケアパス連携シートとオレンジつながり手帳）を持つこと、すなわちインタラクティブなツールを通じて、前進することとなった。これらのツールに掲載される情報や記載について、ユーザーフレンドリーな解説冊子を作成することで、認知症ケアの共通理念を実際の連携場面で伝わりやすいものにすることも意図された。多くの地域資源、多岐にわたる専門職はそれぞれの領域の中では研修や切磋琢磨がなされることは増えてきているが、それぞれの専門性や職域の垣根によって分断されていることは少なくない。それがどこまで克服できるかは未知数であった。

これら認知症ケアパスあるいは認知症ケアパス連携ツールにまつわる多くの課題は、本事業検討委員会での議論と、試行運用に参加いただいた熱意ある参加者の実践によって、砕氷船による南極大陸へのアプローチのように新たな局面が切り開かれたように思われる。この経験が、多職種の職業体験の上で新たな経験をもたらし、認知症の人と家族にとって自分たちらしく生きることができる社会となることを強く願っている。また、認知症の人を含む超高齢社会の多くの人々にとって住みやすい社会、つまり、認知症の人とその家族、高齢者と若者、地域の人々が相互に交流し、より豊かで創造的な生き方ができる社会が構築されていくことにこの試みが寄与できることを願っている。

認知症ケアは複雑な構造を持つが、それを可視化し、共通に認識することは難しい。今回の事業が、その可視化に役立つ部分があれば、それも本事業の目的の達成につながるものである。未完の面も多々あると思われるが、その点についてはこのメッセージを受けた人々と私たちのインタラクティブなアプローチを通じて完成していければと思う。

最後に本事業に関わっていただいた多くの人々に事業検討委員会を代表して謝辞を述べたい。認知症の人とその家族を支えるためのケアマネジャー育成事業研修参加の皆様、京都認知症サポート医の皆様、これら参加者を通じて協力いただいた認知症の人やそのご家族、専門職協力者の皆様、京都府医師会の北川靖副会長、京都府介護支援専門員会の松本善則副会長ならびに認知症研修ワーキングチームの皆様、事務局として事業を支えていただいた京都大学医学部附属病院神経内科秘書の梅村浩子さん、データの集計・評価などを担ってもらった京都大学医学部附属病院神経内科スタッフの国立淳子さん、中山美華さん、そして、認知症ケアパス連携シート解説冊子およびオレンジつながり手帳を詳しい説明なしでも理解できるような作り込み・デザインにしてほしいという無理な要望をかなえていただいたクリエイツカモガワの岡田温実氏、菅田亮氏に特に感謝を申し上げる。

事業検討委員会を代表して 京都大学大学院医学研究科臨床神経学 武地 一

※なお、今回の事業で用いた認知症ケアパス連携ツールならびに関連冊子はNPO法人オレンジ commons のホームページからダウンロード可能です。<http://orangecommons.jimdo.com>

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事業  
報告書

2016年(平成28年)3月

発行: 国立大学法人 京都大学

連絡先: 〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

京都大学医学部附属病院神経内科

Tel: 075-751-3111

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用・転載を禁じます。

