

福島市

認知症の方への支援の手引き



令和5年7月
福島市オレンジプラン推進委員会
福島市長寿福祉課

目次

ページ

1	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	認知症の方への支援における各関係機関の役割	
	(1) 各関係機関の役割について	
	①かかりつけ医・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	②もの忘れ相談医・認知症サポート医・・・・・・・・	2
	③認知症専門医・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	④福島市地域包括支援センター・認知症地域支援推進員・・・・・・・・	3
	⑤介護支援専門員(ケアマネジャー)・・・・・・・・	3
	⑥認知症初期集中支援チーム・・・・・・・・	3
	⑦認知症疾患医療センター・・・・・・・・	3
	⑧認知症対応薬局・・・・・・・・	4
	⑨認知症対応型通所介護・・・・・・・・	4
	⑩福島市権利擁護センター・・・・・・・・	4
	⑪若年性認知症支援コーディネーター(若年性認知症相談窓口)・・・・・・・・	4
	(2) 関係機関相関図と具体的な連携について・・・・・・・・	5
	(3) 事例で見る多職種連携 ～身寄りのない認知症の独居高齢者の命を、関係機関のチームで守る～ ・・・・・・・・	7
3	認知症支援連携のためのツール	
	(1) 連携のためのツール・・・・・・・・	9
	(2) 医療機関との連携・・・・・・・・	9
	(3) 福島市高齢者福祉事業・・・・・・・・	10
	(4) お役立ちホームページの紹介・・・・・・・・	11
	(5) 認知症問診票・・・・・・・・	12
	(6) もの忘れ相談医・認知症サポート医・認知症専門医一覧・・・・・・・・	13
	(7) 認知症診断につなぐためのプロセスイメージ・・・・・・・・	16

1 はじめに ～「認知症の方への支援の手引き」作成の目的～

福島市では、平成30年度に福島市医師会をはじめとする市内の関係機関・団体のご協力のもと認知症施策の事業計画である「第1期福島市オレンジプラン2015」を策定し、「すべての人が人間として尊ばれ、生きがいを持ち、心豊かに安心して安全に暮らせる長寿社会の実現」をめざしています。現在は「第3期福島市オレンジプラン2021」をもとに、より一層の施策の推進を図っております。

その中の取り組みのひとつとして、「切れ目のない医療・介護サービスの体制づくり」があります。認知症の人とその家族の、その時々症状や生活状況に寄り添った医療と介護が提供される「切れ目のない連携の仕組み」づくりは、関係機関とともに取り組んでいるところですが、さらに発展させていくためには、医療・保健・福祉等の専門職各々が、連携を意識したネットワークづくりを共に構築していくことが必要です。各専門職が、専門職や各機関のお互いの役割や内容、それぞれの留意や配慮のもと効果的に連携すること等を理解して実践していく過程を繰り返し、積み重ねていく中で「切れ目のない連携の仕組み」が一層推進し構築されるものと考えます。

県北2次圏域内において、医療機関が最も多い当市で、連携体制を構築し、認知症の人や家族への支援体制を専門機関の皆様と充実させていくことを目的に「認知症の方への支援の手引き」を作成しました。各機関の役割についてご理解いただき、本人や家族が切れ目なく医療・介護を利用しながら安心して地域で暮らし続けられるよう、引き続き皆様にご協力いただければと存じます。

2 認知症の方への支援における各関係機関の役割

(1) 各関係機関の役割について

① かかりつけ医

“日常的な診療や市民検診・予防接種などを含む健康相談が行える身近な医師”のことです。

病気の主治医として診療にあたるだけでなく、生活状況を確認しながら患者本人やその家族の健康や介護状況も把握します。必要時、地域包括支援センター、担当ケアマネジャー、かかりつけ薬剤師等に情報提供や必要があれば支援の検討を共に実施します。

認知症の早期発見の役割も期待されており、通院が不定期となる、服薬を忘れる、同じ話を何度もするなどの認知症状や家族からの相談などから、地域の支援者と連絡を取り、検査や治療を本人や家族に促します。

症状によっては、もの忘れ相談医・認知症サポート医との相談や認知症疾患医療センター・専門医療機関（精神科）に紹介します。紹介後も、症状が落ち着いている場合などは、本人・家族の通院のしやすさを考慮し、希望に応じて認知症についての診療も引き受け、本人・家族の不安に寄り添います。

② もの忘れ相談医・認知症サポート医

『もの忘れ相談医』は、“福島市医師会「もの忘れ相談医」登録医師”のことです。①のかかりつけ医のうち、特に認知症について相談ができる医師のことです。かかりつけ医を持たない人や身近な地域での認知症の相談をしたい人の利用が考えられます。

登録にあたっては、福島市医師会主催の「もの忘れ相談医向け研修」並びに福島県医師会主催の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」（福島県が委託。国の認知症施策推進大綱に位置づけされている研修）、福島市在宅医療・介護連携支援センター主催の「認知症スクリーニング研修」「認知症対応ステップアップ研修」等を受講することが重要です。

『認知症サポート医』は、地域で認知症の人の診療を受けつつ、かかりつけ医や地域の専門職等からの相談も受け、“認知症の人をめぐる医療・介護の地域での連携を他の専門職とともに推進する役割”があります。「認知症サポート医養成研修（国立長寿医療研究センター）」を修了した医師がサポート医になることができます。

③ 認知症専門医

“日本認知症学会で認定した専門医”のことです。認知症医療を向上させ、認知症の介護・ケアの向上を図るため、認知症医療に関する一定以上の知識と経験、技量を有する医師を、「専門医」として、日本認知症学会で認定しています。認定を受けるには、認知症に関わることの多い科の専門医資格を持つことをはじめ、認知症の専門的診療に必要な基本的な要件を満たしているかどうかの審査並びに認知症疾患の症例報告書審査に合格することが必要です。加えて、認知症診療に必要な知識・技量について厳格な筆記試験に合格することも課されています。

認知症専門医は『認知症の鑑別診断、急激な症状の進行やBPSD（行動・心理症状）への対応、若年性認知症の診断等』を行い、かかりつけ医は『認知症専門医対応後のフォローをする』という連携が重要です。

④福島市地域包括支援センター・認知症地域支援推進員

『地域包括支援センター』は、福島市が社会福祉法人等に委託して設置し、市内に22か所あります。

地域包括支援センターには、認知症地域支援推進員・保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等が配置されており、チームアプローチにより、“住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として設置”しています。

主な業務は、高齢者に関する相談事（総合相談）、権利を守る支援（権利擁護）、介護予防や健康づくりのお手伝い（介護予防ケアマネジメント）、暮らしやすい地域づくり（包括的・継続的ケアマネジメント支援、地域づくり介護予防体操への支援）、認知症に関する相談・支援などです。また、行政、民生児童委員、医療・福祉・介護の機関、地域住民等と連携ネットワークを構築していく役割があります。

『認知症地域支援推進員』は、①医療・介護等の支援・ネットワーク構築、②関係機関と連携した事業の企画・調整、③相談支援・支援体制構築などの役割があります。行政と協働で認知症施策を推進していきます。

⑤介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護認定を受け、介護保険サービス等を利用する方などからの相談に応じ、利用者の希望や心身の状態を考慮して、在宅や施設での適切なサービスが受けられるように、ケアプラン（介護サービス計画）を立案したり、関係機関との連絡調整を行うことが主な業務です。

また、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）は上記の業務のほか、他の介護支援専門員に対して適切かつ円滑にケアマネジメントが提供できるよう、助言・指導を行うとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践する等の役割が期待されています。

⑥認知症初期集中支援チーム

福島市があずま通りクリニックに委託し設置しています。複数の専門職（医師・保健師・作業療法士、介護福祉士等）が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を実施した上で家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行います。サポートを行うにあたっては、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、医療・介護の専門職と連携し、速やかに受診や介護サービスにつなげます。

⑦認知症疾患医療センター

厚生労働省が整備を進めている専門機関です。福島県が指定し二次医療圏域ごとに設置されています。地域の医療提供体制の中核としてかかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、地域の医療・介護資源等を有効的に活用するネットワークづくりを進めるとともに、速やかな鑑別診断・診断後のフォロー、症状増悪期の対応、BPSDや身体合併症に対する急性期医療、BPSD・せん妄予防等のための継続した医療・ケア体制の整備を行います。

認知症疾患医療センターは県全体をカバーする基幹型（福島医科大学付属病院）、県北圏域の連携型（あずま通りクリニック）が福島市内にあります。

⑧認知症対応薬局

福島県薬剤師会が実施している薬剤師認知症対応力向上研修を受講し福島県の認定を受けた薬局です。福島市内には、61か所あります。かかりつけ薬剤師（薬局）には、患者やその家族と接する機会が多くあります。服薬指導や日頃の健康相談などの機会を活用して、患者の状況や家族からの聞き取りから認知機能の変化に早期に気づき、受診を勧めたり、かかりつけ医や地域包括支援センターなどの関係機関につなぎ、服薬の確認や多職種と連携した対応により支援します。まだ認知症ではないが最近思い当たるなどの相談や、認知症のパンフレット配布もしています。

⑨認知症対応型通所介護

認知症の方に限定した小規模な通所介護サービスです。認知症の方へのケアを提供することを目的とした事業所であるため、専門的なケアを受けることができます。何かのプログラムをもって残された身体機能を維持するというよりも、利用者本人が楽しく通い続けることができるように工夫されていることから、認知症の方に合ったサービスが提供されます。

⑩福島市権利擁護センター

『福島市権利擁護センター』は、福島市が福島市社会福祉協議会に委託し、認知症、知的・精神障がい等により日常生活上の判断能力が十分でない方が、生涯にわたり自分らしく安心して生活できるよう、地域の権利擁護体制の充実を図っています。成年後見制度等の公的制度活用の支援や権利擁護全般に関する相談に応じ、また、市民後見人の養成や権利擁護に関する広報や啓発、権利擁護支援ネットワーク構築などの業務を行っています。

成年後見制度は、認知症、知的・精神障がい等により判断能力が十分でない方が不利益を被らないように、家庭裁判所に申し立てを行い、家庭裁判所が援助者を選び、その方を保護する制度です。本人の判断能力や状況によって本人の同意の有無や契約に関しての手続き、必要な経費、書類等が異なります。本人家族、関係機関から電話や来所などで相談に応じ、権利を守るための支援方法を検討し、必要に応じて関係機関との調整などの支援をすすめていきます。

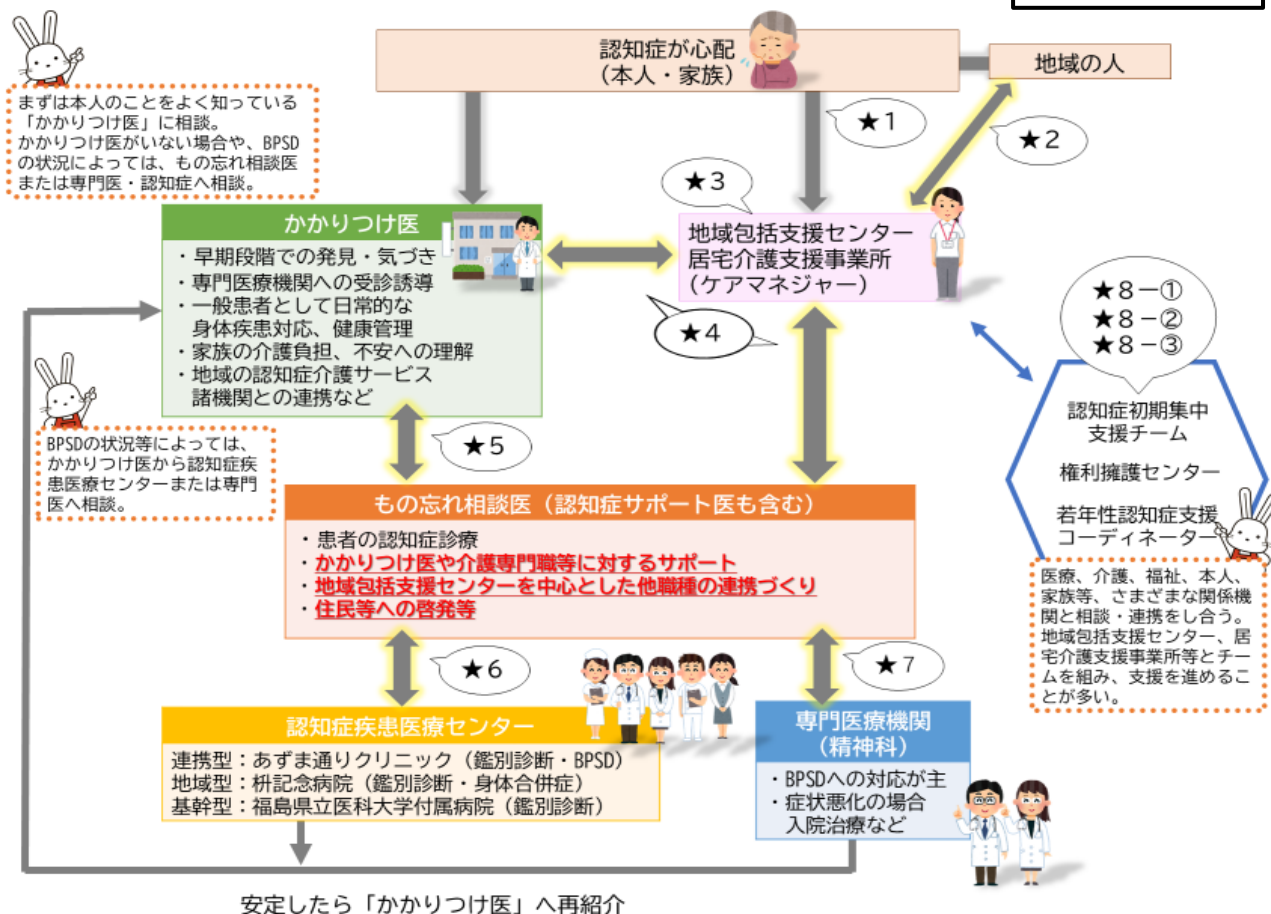
『日常生活自立支援事業(あんしんサポート)』は、地域において自立した生活が送れるように利用者との契約に基づいて、福祉サービスの利用のためや生活に必要なお金の出し入れなどを支援する福島市社会福祉協議会が実施している事業です。日常的なお金の払い戻しの援助や大切な書類等を保管します。施設や病院に入所、入院している方も利用できます。

⑪若年性認知症支援コーディネーター（若年性認知症相談窓口）

福島県があずま通りクリニックに委託しています。若年性認知症の人やその家族等からの相談及び支援に携わる者のネットワークを調整します。また、若年性認知症の方一人一人について、その状態に応じた適切な支援につなげることを目的とした「若年性認知症相談窓口」を設置し、若年性認知症支援コーディネーターが相談に応じています。

(2) 関係機関相関図と具体的な連携について

関係機関相関図



<p>★1 本人・家族 ⇒ 包括・居宅 (ケアマネ)</p> <p>◎本人・家族からの相談を受け、医療機関の受診、介護サービス利用等について支援します。</p> <p>◎相談がない場合でも、モニタリング等で本人に会う機会に認知症の傾向を察知した場合には、家族に報告するとともに経過を見ながら受診を促します。</p>	<p>★2 地域の人 ⇔ 包括・居宅 (ケアマネ)</p> <p>◎近隣の人、町内会、民生児童委員等は、地域での本人の状況を把握している場合や直接関わりを持っている場合が多いです。</p> <p>◎包括やケアマネ等は地域の人から情報を得ながら、生活状況を把握します。</p>
<p>★3 包括 ⇔ 居宅 (ケアマネ)</p> <p>◎包括とケアマネは、ケアマネジメントを行う上で連絡相談を密に取り合います。</p> <p>◎ケアマネが担当している対応困難ケースや虐待ケースは、抱え込まずに包括と情報共有を行い、他職種で対応するネットワーク体制を構築し、チームで支援していくことが重要です。</p>	<p>★4 包括・居宅 (ケアマネ) ⇔ かかりつけ医・もの忘れ相談医・サポート医</p> <p>◎包括やケアマネは、かかりつけ医、もの忘れ相談医、サポート医等の住民に身近な地域の医療機関と互いに協力し合うことが必要です。</p> <p>例えば、医療機関に、本人や家族だけでは生活の様子や困りごとを伝えきれない場合、包括やケアマネが間に入って医療機関につなぐ役割もあります。</p> <p>◎医療機関は、把握した患者に地域の専門職の支援や介護保険等が必要と判断した場合、包括等につなぐなど、互いに役割を理解し、顔が見える関係を意識しながら、日頃から相談し合える関係性が重要です。</p>

★5 かかりつけ医 ⇄ もの忘れ相談医・サポート医	★6 もの忘れ相談医・サポート医 ⇄ 認知症疾患医療センター
<p>◎症状に大きい問題のない認知症患者の場合、まずはかかりつけ医での対応が基本です。</p> <p>◎かかりつけ医が普段の診療で認知症に関わっていない、もしくは関わってはいるが、診断・治療に苦慮する場合に、地域の支援者はもの忘れ相談医・サポート医へ相談します。</p>	<p>◎もの忘れ相談医やサポート医が対応する患者のうち、診断・治療に苦慮する場合は、認知症疾患医療センターへ紹介します。</p> <p>◎認知症疾患医療センターは、より専門的な検査や治療を行います（特に若年性認知症を疑う場合は、紹介することが推奨されます）。</p> <p>◎ある程度方向性がついたら、もの忘れ相談医やサポート医に患者をお返しします。</p> <p>なお、専門的な対応が必要になる場合は（特に若年性認知症など）、認知症疾患医療センターで継続支援します。</p>
★7 もの忘れ相談医・サポート医 ⇄ 精神科病院	★8-1 包括・居宅（ケアマネ） ⇄ 認知症初期集中支援チーム
<p>◎もの忘れ相談医やサポート医が対応する認知症患者のうち、認知症の心理・行動症状（BPSD）が目立つ場合、精神科病院へ紹介し、薬物調整を行います。精神症状や行動異常が激しい場合は、入院治療が行われる場合もあります。</p> <p>◎病状が落ち着いたら、もの忘れ相談医やサポート医に患者をお返しします。</p> <p>◎薬物調整が難しい場合や病状悪化の可能性が高い場合は、精神科で継続的な治療が行われます。</p>	<p>◎認知症が疑われる方や認知症の方と家族に対し、早期に医療や介護につながるよう、訪問を通してアセスメントや受診勧奨、サービス調整、家族支援等の初期支援を行います。認知症になっても、本人らしい生活が継続できるように、かかりつけ医や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等と連携し多職種協働で支援を行います。</p>
★8-2 包括・居宅（ケアマネ） ⇄ 権利擁護センター	★8-3 包括・居宅（ケアマネ） ⇄ 若年性認知症支援コーディネーター
<p>◎本人の状態や状況について、情報共有を行い、本人の意思決定を尊重しながら、権利擁護に対する支援を行っていきます。</p> <p>◎ケア会議・ケース会議等を重ねながら、関係者（本人・家族等も含む）で情報共有を図り、本人の意思を確認しながら支援をしていくことが重要です。</p>	<p>◎若年性認知症の人が本人らしい生活が継続できるよう、関係機関と連携し相談や連絡調整を行います。</p> <p>◎若年性認知症の人とその家族のニーズを把握し、就労継続や居場所づくり、ピアサポートの場づくりなどに働きかけます。</p>

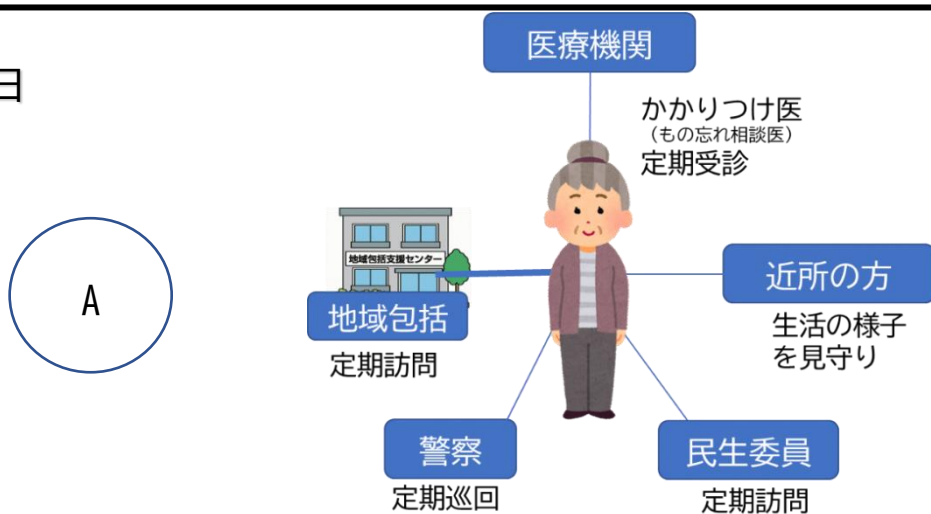
P 5以降に記載する省略用語

・地域包括支援センター	→ 包括
・居宅支援介護事業所	→ 居宅
・居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）	→ ケアマネ
・認知症サポート医	→ サポート医

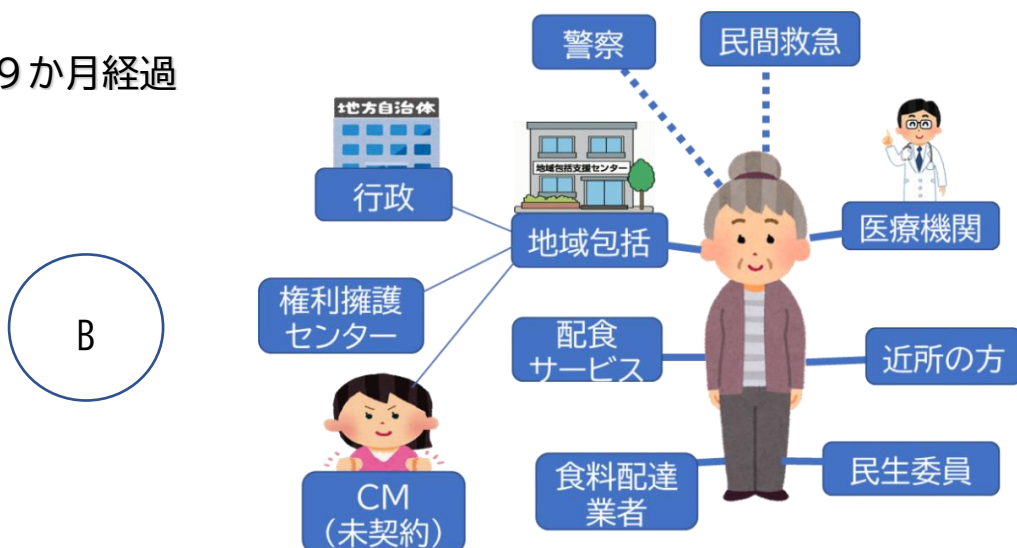
(3) 事例(架空)でみる多職種連携～身寄りのない認知症の独居高齢者の命を、関係機関のチームで守る～

80代。アパートに独居。結婚歴なし。きょうだいは亡くなり、親戚と疎遠。糖尿病既往あり。認知機能低下があるが、治療やサービスは受けたくないという拒否が強い。貯金はある。本人の困り感なし。

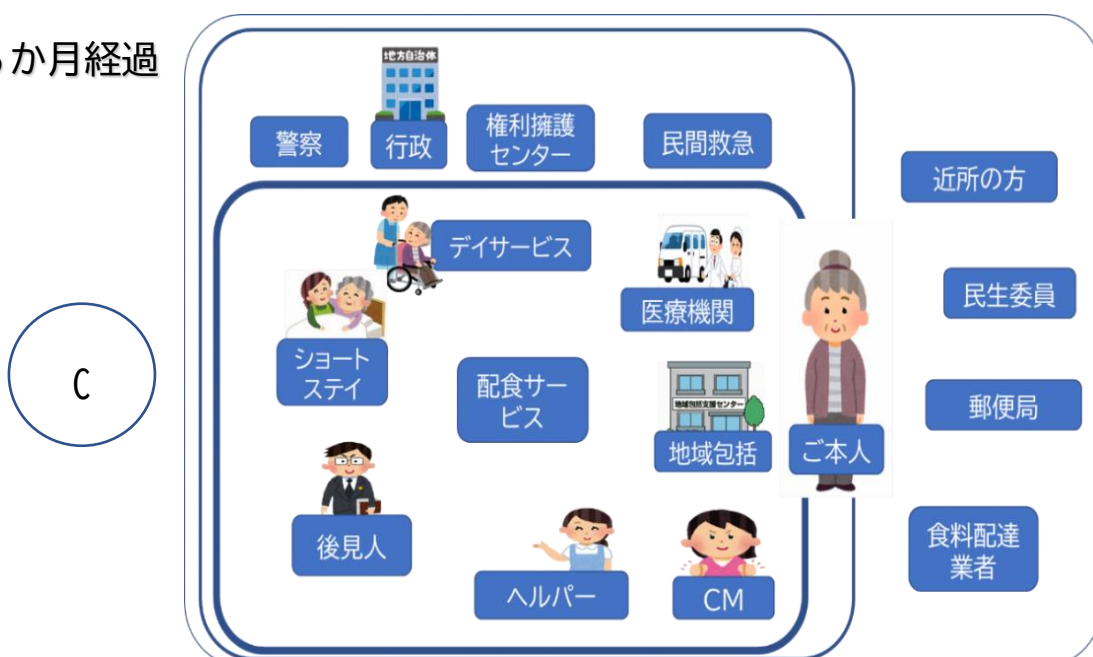
0日



1年9か月経過



2年6か月経過




本人の支援ネットワークの広がり

支援の経過		ポイント
0日 A	<p>【ケア会議① 地域で心配な方】（包括主催）</p> <p>ADLは自立しているが、認知機能低下があり、消費者被害に合っている。時々自宅がわからなくなる。</p> <p>《包括（定期訪問）、かかりつけ医（定期受診）、民生委員（定期訪問）、近所の方（生活状況の見守り）、警察（定期巡回）》の関わりの確認と今後の方針共有</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・近所の方の「地域で心配な方」がいるとの発信によりケア会議を開催 ・親族とは疎遠だが、民生委員や近所の方の見守りがあるなど確認 ・「関係者が信頼関係を築きながら積極的に見守る」という方針を共有した
1年 1か月	<p>【介護保険申請】</p> <p>ケア会議①以降、包括が定期的に訪問し関係を築いていた。この時点で包括が介護保険申請。要介護1、MSE21点。</p>	
1年 5か月	<p>【ケア会議② ものとりれ妄想で警察に・・・】</p> <p>警察にものとりれ妄想で何度か通報がありその都度警察で対応。現状の共有と方針の検討。</p> <p>《包括、民生委員、かかりつけ医、近所の医療機関、近所の方、警察、居宅（未契約）》の関わりあり</p>	
1年 7か月	<p>【路上で動けなくなり救急搬送】</p> <p>結石があり2週間の入院が必要であったが本人の理解が得られず退院。近所の医療機関に定期受診できるよう包括が支援。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関（もの忘れ相談医）の看護師や警察、未契約だが今後主な支援者となる ・予定のケアマネを交えケア会議実施
1年 9か月 B	<p>【自宅で動けなくなり救急搬送、入院 しかし、治療自己中断で退院】</p> <p>尿路感染症のため入院が必要であったが、自己抜去等により数日で退院。警察、民生委員、近所の方へは退院について報告。警察は退院日に自宅まで来て様子を確認。ADL低下し、退院後は包括が頻回に訪問。お金がかかるからと介護サービス利用は拒否。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に関わる関係機関とこまめに情報を共有している
1年 9か月 + 8日	<p>【ケア会議③ 退院後の自宅生活をどう支えるか】</p> <p>成年後見制度の申請の方針を決定。後見人が決まるまでの数か月、本人の意思を尊重しながらどのように生活を支援していくか検討。配食サービス・食料の宅配サービス、通帳の再発行、緊急通報装置を進めることになった。</p> <p>《包括、民生委員、かかりつけ医、近所の方、警察、居宅（未契約）、近所の医療機関、権利擁護センター、行政、民間の配食サービス、食料配送業者》の関わりあり</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者に権利擁護センターと行政（権利擁護担当職員）を加えた。 ・本人は「お金がかかるサービスは使いたくない」との気持ち強いが、命にかかわる状況のため、本人の意思を確認しながらも、サービス導入など命を守る支援を行うことをケア会議で共有、迅速に対応する方針を確認。
2年 1か月	<p>【ケア会議④ 後見人決定後の支援方針共有】</p> <p>今まで情報共有を行っていたケアマネと正式に契約し、必要な介護サービス（ヘルパー、訪問看護、デイサービス、ショートステイ）を導入すること。また、後見人が滞納の支払いと現金納付から自動引き落としへの変更と確定申告の準備等進めること。消費者被害については、引き落としを止める手続きを行うことを情報共有。</p>	
2年 3か月	<p>【ケア会議⑤ 本人から施設入所希望があり・・・】</p> <p>ショートステイを利用した際、本人より「温かくて食事が出る施設で過ごしたい」との希望あったため関係者で本人の意思の再確認と方針（入所に向け調整することについて）の共有を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人から施設入所の希望あったが身寄りがいない ・関係者で「本人の希望」と「支援方針」を確認・共有、施設入所に向けて支援。
2年 6か月 C	<p>施設に入所</p>	

3. 認知症支援連携のためのツール

(1) 連携のためのツール




No.	名称	内容	頁	リンク
1	認知症問診票	医療機関受診の際に事前に情報を整理するためのシート。記入し医療機関へお渡しください。	P12	

(2) 医療機関との連携

No.	名称		頁	リンク
1	もの忘れ相談医・認知症サポート医・認知症専門医一覧	それぞれの役割については P2 参照	P13 ～ 15	—
2	認知症診断につなぐためのプロセスイメージ + 受診につなげるポイント	医療機関等へつなぐまでのイメージフローチャート。P17 は本人を医療機関につなげるポイント。	P16 ～ 17	—

(3) 福島市高齢者福祉事業

※インターネット検索欄に名称を入れて検索できます。

No.	名称	内容	リンク
1	福島市認知症高齢者等お帰り見守り事業	行方不明になる可能性がある認知症高齢者等への身元確認 QR コードの交付、情報を福島警察署、福島北警察署、担当圏域地域包括支援センターへ事前提供します。 また、認知症の方が行方不明になった際に、長寿福祉課より、包括、居宅、地域見守りネットワーク事業所へ情報提供を行います。 (情報提供は事前登録がない方でも可能)	
2	福島市 介護マーク普及事業	介護を必要とする高齢者や障がい児・者、指定難病や小児慢性特定疾病により介護を必要とする方の介護者へ配布します。	
3	福島市 緊急通報装置設置支援事業	独居の高齢者等で低所得の方へ貸し出します。	
4	福島市 訪問理美容利用助成事業	自宅への訪問理美容サービスを希望する、主に寝たきりの高齢者へ出張費用を助成します。	
5	福島市 治療材料の給付	在宅の重度認知症の方や重度障がい者に対し紙おむつ等の治療材料費を助成します。	
6	福島市 避難行動要支援者登録制度	災害発生時に避難行動要支援者が安全な場所に避難するため、支援活動を行う方々や『避難支援等実施者(地域支援者)』が登録情報を共有・活用し、緊急時の情報伝達や避難誘導、安否確認などの支援活動が、よりスムーズに行われるようにします。	
7	福島市 ふれあい訪問収集	家庭ごみを戸別に訪問して収集することにより、負担を軽減するとともに安否確認を行います。	

(4) お役立ちホームページの紹介

※インターネット検索欄に名称を入れて検索できます。

No.	名称	内容	リンク
1	福島市在宅医療・介護連携支援センター（在タッチ）	医療や介護の関係者向けに、在宅医療・介護サービス等に関する情報提供を行っています。	
2	福島市もの忘れあんしんガイドブック（認知症ケアパス）	認知症に関する知識、認知症の方への対応方法、相談先、社会資源等が掲載されています。「もの忘れ相談医 MAP」を掲載しています。	
3	福島市指定介護事業所一覧表	福島市指定介護事業所一覧を掲載しています。	
4	福島市障がい者福祉の手引き	心身に障がいのある方への支援などの窓口案内が掲載されています。	
5	福島市 障害福祉サービスサービス事業所等	障害福祉サービスサービス事業所等について掲載されています。	
6	福島市の認知症に関する情報ページ ふくふくオレンジページ	「ふくふくオレンジフェスタ実行委員会」が作成した、認知症に関する情報ホームページです。	
7	ふくしま医療情報ネット	福島県内の病院・診療所・歯科診療所・助産所、薬局等を検索できます。	
8	認知症ちえのわ net	認知症の人におこる様々な症状に対する対応法の「うまくいく」確率を公開するサイトです。ケアの体験を投稿し、よりよい介護方法を共有します。	
9	認知症ダウンロード集 若年性認知症コールセンター	若年性認知症に関するガイドブック等が掲載されています。	

(5) 認知症問診票

令和 年 月 日

1. 困っていること、これまでの経過

情報提供者（○をつける） 本人 家族 介護者（ ）

当てはまるもの○を付けて下さい

もの忘れ 同じことを何度も言う・聞く いつも探し物をする 会話が成立しない
無関心・無気力 寝てばかりいる 抑うつ
徘徊 昼夜逆転（夜中に騒ぐ） 怒りっぽい 落ち着きがない
物盗られ妄想 幻覚（幻視、幻聴など）

具体的に

2. もの忘れ相談医への受診理由（当てはまるものに○をつけてください）

本人からの精査希望 家族からの精査希望 介護スタッフからの勧め
かかりつけ医からの勧め
認知症薬の希望 周辺症状の相談 介護サービスの導入
その他（ ）

3. 日常生活の状態（当てはまるものに○をつけてください）

移動： 独歩 杖 介助 車椅子 意思疎通： 可 不十分 不可
買い物： 可 不可 金銭管理： 可 不可 服薬管理： 可 不可
入浴： 自立 介助 更衣： 自立 介助 排泄： 自立 介助
食事： 自立 介助 保清： 可 不可 電話： 可 不可
外出： 可 不可

4. 既往歴

5. 内服薬（ 右記の場合は○をつけて下さい お薬手帳参照 薬剤情報あり）

かかりつけ医・もの忘れ相談医受診時の参考資料としてご活用ください。

【令和5年度 福島市長寿福祉課作成】

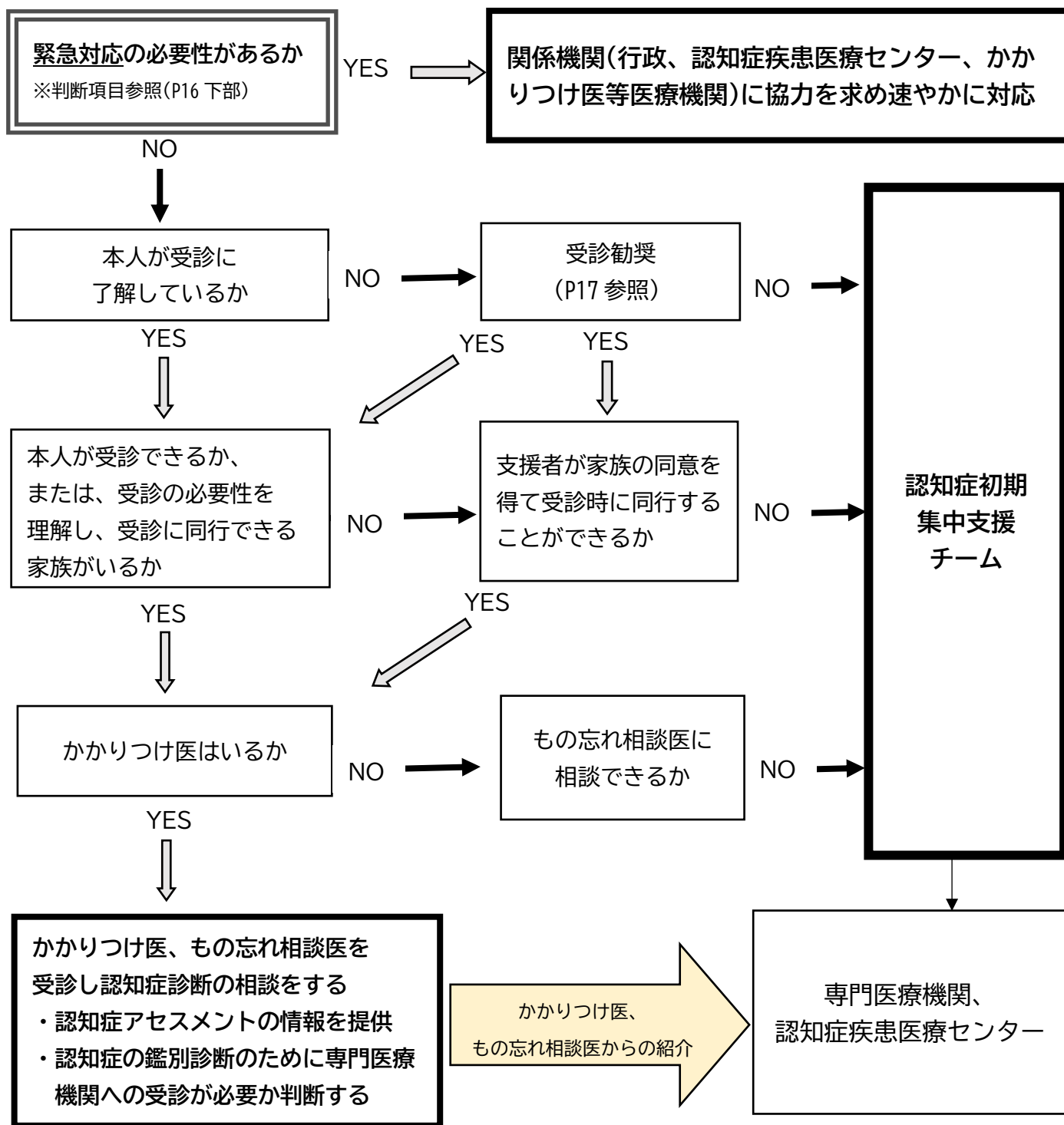
(6) もの忘れ相談医・認知症サポート医・認知症専門医一覧(令和5年4月1日現在)

	No	医院・病院名	医師名	住所地	電話	FAX	もの忘れ相談医	認知症サポート医	認知症専門医
飯坂	1	いがらし内科消化器内科クリニック	五十嵐 哲	飯坂町平野字道下9-7	597-8690	597-8691	○		
	2	本田内科医院	本田 慶一郎	飯坂町平野字東原42-12	542-0666	563-1260	○		
	3	池田医院	池田 和也	飯坂町字若葉町5-1	542-4084	542-4084	○		
	4	茂庭診療所	石井 彌	飯坂町茂庭字西川原87	596-1019	596-1019	○	○	
北信地区	5	桜ヶ丘病院	渡部 康	丸子字上川原28-73	553-1569	553-3816	○		
	6	野田循環器・消化器内科外科クリニック	野田 真由美	北矢野目字原田59-5	559-1133	559-1132	○		
	7		野田 芳範				○		
	8	まつもと脳神経・内科クリニック	松本 正人	南矢野目字道下35-10	557-1233	557-0255	○		○
	9	奥野胃腸科内科医院	奥野 よしえ	瀬上町字寺前7	553-2658	553-2254	○		
	10	鎌田クリニック	板垣 茂	鎌田字舟戸前25-1	554-6455	554-6455	○	○	
	11	きらり健康生活協同組合せのうえ健康クリニック	川添 隆司	瀬上町字四斗蒔1-6	554-5757	597-6626	○		
	12		岸本 祥克				○		
	13	おおたけ内科・循環器クリニック	大竹 秀樹	本内字東町5-1	573-1127	573-1128	○		
	14	(財)大原記念財団 大原医療センター	石橋 敏幸	鎌田字中江33	554-2001			○	
	15		萩原 賢一					○	
清水	16	おおひら内科クリニック	大平 俊一郎	森合字台15-3	534-6336	573-7757	○		
	17	森合くにい内科	國井 博隆	森合字高野1-12	555-1881	555-6681	○		
	18	きらり健康生活協同組合上松川診療所	春日 良之	北沢又字番匠田5	558-1111	558-1221	○	○	
	19	介護老人保健施設にじのまち	岸本 裕子	北沢又字番匠田5	557-7501	557-7502	○		
	20	南沢又あんざいクリニック	安齋 高穂	南沢又字館ノ内74-1	597-7718	597-7719	○	○	
吾妻	21	上野寺内科・呼吸器内科クリニック	高瀬 裕子	上野寺字西原9-1	592-2111	592-2115	○		
	22	笹木野みやけ内科外科	三宅 高史	笹木野字中小屋16-2	559-1511	559-1500	○		
	23		三宅 弘章 ※主に十二社 内科外科(川 俣町)で勤務				○	○	
	24	てらだクリニック	寺田 督	八島田字下干損田4-1	559-3101	559-3808	○		
	25	本間内科	本間 一男	笹木野小針尻20-5	536-0063	536-2717	○		
	26		勝嶋 史子				○		
	27	待井内科糖尿病内科クリニック	待井 典剛	南中央一丁目70	533-5578	533-5660	○		
	28		待井 雅代				○		
西	29	あらいクリニック	山田 文彦	荒井字弁天前17-1	593-1020	593-1019	○		
	30	南東北福島病院	高橋 早苗	荒井北3丁目1-13	593-5100	593-1115	○	○	
吉井田	31	鈴木医院	鈴木 信行	八木田字神明149-1	545-0216	545-0352	○		

	No	医院・病院名	医師名	住所地	電話	FAX	もの忘れ相談医	認知症サポート医	認知症専門医
信夫	32	あづま脳神経外科病院	泉 一郎	大森字柳下16-1	546-3911	546-9555	○		
	33		竹下 裕				○		
	34		小野川 徹					○	
	35	板倉病院	海野 幸浩	成川字下畑26-1	545-3741	546-4152	○		
	36	大森中央泌尿器科・内科・外科クリニック	横田 崇	大森字街道下70-2	546-3725	546-3726	○	○	
	37	くどう内科・糖尿病クリニック	工藤 明宏	大森字館ノ内71-1	563-1061	563-1062	○		
	38	南福島クリニック	小林 浩子	永井川字壇ノ腰10-3	546-4016	545-6278	○		
杉妻	39	井上整形外科医院	井上 和郎	鳥谷野字梅ノ木内29-3	545-0770	545-0770	○		
	40	きくち医院	菊池 琉美子	太平寺字児子塚36	546-2222	546-2215	○		
	41	きらり健康生活協同組合とやのクリニック	山本 喜代志	鳥谷野字宮畑64-1	544-1122	544-1919	○		
	42	ふくしま在宅緩和ケアクリニック	橋本 孝太郎	郷野目字宝来町21-3	544-6987	544-6988	○		
	43	この花内科クリニック	坂本 信雄	郷野目字仲11	563-1287	563-1267	○		
	44		坂本 夏美				○		
蓬萊	45	菅野産婦人科医院	菅野 寛	蓬萊町二丁目1-11	548-2525	549-0220	○		
	46	光が丘クリニック	渡辺 敢仁	田沢字木曽内入24-3	572-4505	572-4535	○		
	47	内海メンタルクリニック	内海 晴美	蓬萊町6-2-12	547-3553	547-3552		○	
松川	48	すずきクリニック	鈴木 定雄	松川町字桜内7-2	567-2661	567-2701	○		
	49		鈴木 良磨				○		
	50	松川クリニック	村松 尚夫	松川町沼袋字北原84-11	573-2055	537-2077	○		
	51	松川中央医院	及川 博介	松川町字土腐8	567-3355	567-3356	○		
	52	むらおか内科・糖尿病内科・耳鼻咽喉科クリニック	村岡 亮	松川町字天王原89	567-2244	567-3577	○		
	53	福島県立医科大学付属病院	會田 哲朗	光が丘1	547-1111			○	
	54		濱口 杉大					○	
	55		中本 洋平					○	
	56		箱崎 道之					○	
	57		原 靖果					○	
飯野	58	生協いいの診療所	松本 純	飯野町字後川27-2	562-4120	562-4128	○	○	
立子山	59	村上病院	村上 敦浩	立子山字北浦3	597-2124	597-2856	○	○	

	No	医院・病院名	医師名	住所地	電話	FAX	もの忘れ相談医	認知症サポート医	認知症専門医
東部	60	かんの消化器外科医院	菅野 鑑一郎	山口字雷20	533-3801	533-3802	○		
			菅野 智子				○		
	61	富士病院	大野篤志	大波波字熊野山1	588-1011	588-1775	○		○
	62		佐藤瑠美子				○		○
渡利	63	おぐらじクリニック内科小児科消化器科	大橋 泰之	小倉寺字中田31	523-4155	523-4196	○		
	64	木村内科・皮フ科	木村 忍	渡利字七社宮10-1	521-0182	521-2611	○		
	65	むつみ脳神経・耳鼻科クリニック	渡邊 多佳子	渡利字鳥谷下町38-1	526-0873	526-0875	○	○	○
	66		高橋 早苗				○	○	
	67	すぎやま内科内視鏡クリニック	杉山 正樹	渡利字舟場20	563-3363	563-3175	○		
	68		杉山 いずみ				○		
中央	69	安斎外科胃腸科医院	安斎 圭一	北五老内町3-22	535-3353	535-3359	○		
	70	石井外科皮フ科	石井 彌	上町4-34	522-4987	572-6987	○	○	
	71	石橋脳神経外科クリニック	石橋 安彦	栄町6-6 エニックスビル2F	523-0360	523-0268	○		
	72	菊池クリニック	菊池 哲也	花園町7-31	535-4091	534-8766	○		
	73	佐藤医院	佐藤 幹夫	陣場町1-8	522-2489	522-2498	○		
	74	なかむら外科内科クリニック	中村 泉	宮下町15-18	535-7518	536-3975	○		
	75		中村 興太郎				○		
	76	西口ハートクリニック	小野 正美	栄町栄町1-1 (ハートシティビル内)	573-8651	573-8652	○		
	77	福島寿光会病院	木田 雅彦	北町1-40	521-1370	521-1368	○		
	78	みずの内科クリニック	水野 兼志	新町8-4 プレスビル1F	526-4855	526-4870	○		
	79	さとう内科医院	佐藤 武寿	豊田町4-12	523-4511	523-4511	○		
	80	きらり健康生活協同組合須川診療所	廣川 健	野田町1丁目12-72	531-6311	531-6386	○		
	81	ひろやまメンタルクリニック	廣山 祐治	三河南町1-15 ルネサンスプラザ福島	529-7731	529-7732	○		
	82	ひがしはまクリニック	待井 宏文	東浜町10-16	563-1366	563-1377	○		
	83	ほりこし心身クリニック	堀越 翔	三河南町7-17	525-3151	525-3152	○		
	84	曾根田駅前クリニック	中島 大	曾根田町1-18 MAXふくしま5F	597-8595	597-8596	○		
	85	一般財団法人大原記念財団大原総合病院	吉原 章王	上町6-1	526-0301				○
	86	独立行政法人 国立病院機構本部 DMAT事務局 福島復興支援室	小早川 義貴	太田町8-15recビル2F	531-6370	531-6380		○	
認知 症 疾 患 医 療 セ ン タ ー	87	あずま通りクリニック（連携型）	小林 直人	栄町1番28号 松ヶ丘ビル1F	572-4611	572-4612	○	○	○
	88	福島県立医科大学附属病院（基幹型）	川勝 忍	光が丘1	547-1292	547-1242		○	○
	89		林 博史						○
	90		三浦 至				○		
	91	医療法人 辰星会 栞記念病院	遠藤 雄司	二本松市住吉100	322-3100	322-3680		○	○

(7) 認知症診断につなぐためのプロセスイメージ



～ ～ ～ 緊急対応の判断項目 ～ ～ ～

【生活状態】

- ①食事をきちんと摂取しているか
- ②食中毒を起こす危険はないか
- ③火事を起こす危険はないか

【身体状況】

- ①意識障害はあるか
- ②呼吸状態は正常か
- ③強い痛みがあるか
- ④高い発熱はあるか

【認知症の状態】

- ①急激な認知症状の出現・悪化
- ②暴力行為
- ③行方不明の経験
- ④食べ物以外の摂取(異食)

本人が受診を了解していない場合の医療機関につなげるポイント

本人へのアプローチ

1. 「健康診断を受けよう」「市民検診を受けよう」と医療機関を受診し、その際に相談
2. 高血圧、風邪、頭痛、頻尿をきっかけに医療機関を受診し、その際に相談
3. 「隠れ脳梗塞も心配だから予防で検査を受けておこう」、「認知症にならないために予防しましょう」と予防を強調
4. 予防接種を勧め医療機関を受診し、その際に相談
5. 認知症カフェの参加を誘う

認知症検査というと抵抗がありますが身体全体の健康診断の一環として認知症の検査を受ける。訪問時に血圧の測定や体の不調を聴取し、その内容きっかけで受診を促す事や予防という理由づけは理解しやすく受け入れやすい

家族へのアドバイス

1. 信頼できる家族に協力してもらう
遠方で自宅に來れなくても電話だけで効果的なこともある
2. 家族以外の信頼できる民生委員や友人に「いい病院があるよ」などの声をかけてもらう
普段から付き合いのある人が紹介してくれた病院なら行ってみようかなという気持ちになるかも
3. 家族の受診時に本人に「同伴」してもらう
家族、自らの受診への同伴をお願いし本人もついでに受診する流れを作る
4. 「介護保険サービスを使うために検査が必要だから」「医療費が軽減される制度があるけど診断書が必要だから」と声をかけてもらう
必要性やお得感は理解がしやすく受け入れやすい
5. 「私(家族)の為に診てもらって欲しい」「認知症になったら、私(家族)がとっても困る。だからお願い、私の為に診てもらって」
家族の正直な気持ち、心を込めて説明し馬鹿にしているのではなく心配している事を伝える
6. 認知症初期集中支援チームへ訪問の提案をする
認知症、受診に関して自宅に訪問し相談できる専門職のチームがある事を伝える