

# えーっ！これってまさか！認知症？

患者さんにご家族のみなさまへ



## 「もの忘れ外来」のご案内

### はじめに

わが国の認知症患者数は、平成 24 年に 462 万人に達しており、認知症を近いうちに発症する予備群（軽度認知障害）が、さらに約 400 万人いると報告されています（平成 25 年厚労省）。予備群を合わせて約 900 万人といわれる認知症ですが、年齢を重ねるとつれ認知症になりやすくなり、高齢者（65 歳以上）の 15%が認知症と推計されています。認知症は放ってはおけない脳の病気です。認知症の診断法は確実に進歩しており、以前に比べ、より正確な診断ができるようになっていきます。また正確な診断がつけば、最善の治療が可能になります。

### 「もの忘れ外来」のご紹介

安佐南区と安佐北区では、日頃から通院されている かかりつけの先生（開業医）と緊密に連携し、認知症の正確な診断を行う「もの忘れ外来」を、安佐市民病院と 14 の専門医療機関で行っています。認知症も早期発見、早期治療が重要で、進行してからでは思うような治療効果が期待できません。「もの忘れ外来」では、発症初期に正確な診断を行い、最善の治療を早期から始めることを目指します。

ここに紹介しました、「もの忘れ外来」を行う医療機関は、安佐南区と安佐北区の医療機関の団体である安佐医師会と広島県が協議して決めた専門医療機関です。いずれの医療機関でも認知症の診療を受けることができますので、受診方法をご確認ください。

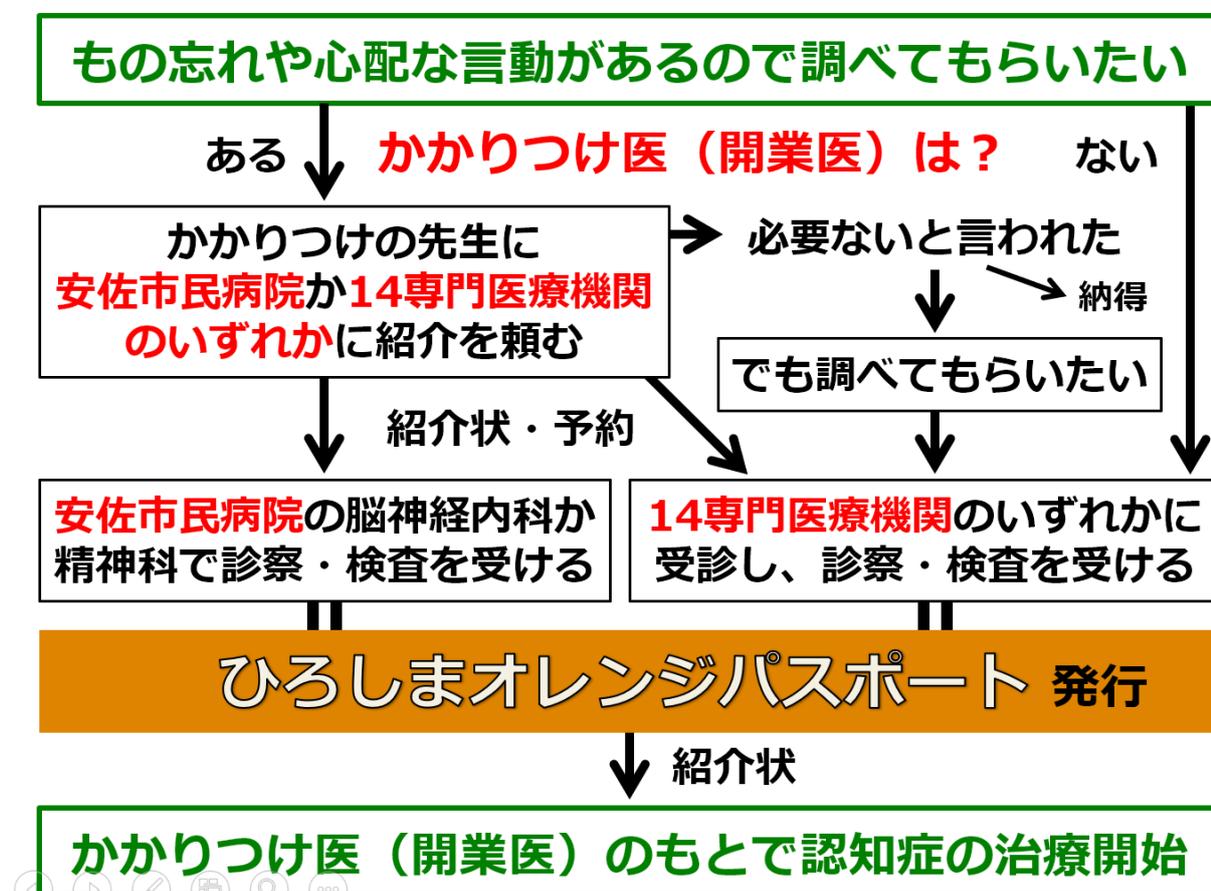
専門医療機関・診療科	住所	受診方法
<b>安佐市民病院</b> 脳神経内科 精神科	安佐北区可部南 2 丁目 1-1 TEL 082-815-5211	予約制（かかりつけ医から当院地域連携室を通じて紹介、予約）
<b>安佐病院</b> 精神科・心療内科	安佐南区八木 5 丁目 15-1 TEL 082-873-2022	予約制（電話で受診日を予約）
<b>日比野病院</b> 脳神経外科 神経内科	安佐南区伴東 7 丁目 9-2 TEL 082-848-2357	予約なしで受診可能
<b>矢野脳神経外科・ やのこどもクリニック</b> 脳神経外科	安佐南区大塚西 1 丁目 24-12 TEL 082-849-2500	予約制（電話で受診日を予約）
<b>緑井脳神経外科</b> 脳神経外科	安佐南区緑井 5 丁目 29-18 TEL 082-831-3230	予約制（電話で受診日を予約）
<b>中山心療クリニック</b> 精神科・心療内科	安佐南区中須 1 丁目 16-7 TEL 082-879-6410	予約制（電話で受診日を予約）
<b>西原セントラルクリニック</b> 精神科・心療内科・内科	安佐南区西原 8 丁目 33-33 TEL 082-871-1177	予約制（電話で受診日を予約）
<b>広島共立病院</b> 神経内科	安佐南区中須 2 丁目 20-20 TEL 082-879-1111	予約制（電話で受診日を予約）
<b>児玉病院</b> 精神科・心療内科	安佐北区可部 7 丁目 14-39 TEL 082-814-3151	予約制（電話で受診日を予約）
<b>三上脳神経外科</b> 脳神経外科	安佐北区可部 5 丁目 14-16 TEL 082-819-2282	予約なしで受診可能
<b>はだ脳神経外科</b> 脳神経外科	安佐北区口田 3 丁目 26-5 TEL 082-841-4770	予約制（電話で受診日を予約）
<b>いでした内科・神経内科 クリニック</b> 神経内科	安佐北区口田 3 丁目 31-11 TEL 0120-650-211	予約なしで受診可能
<b>森岡神経内科</b> 精神科・神経内科	安佐北区可部南 4 丁目 9-17 TEL 082-819-0006	予約制（電話で受診日を予約）
<b>こころの健康クリニック 可部</b> 心療内科・精神科	安佐北区可部 4 丁目 6-2 TEL 082-819-3553	予約制（電話で受診日を予約）
<b>やまさき脳神経外科 クリニック</b> 脳神経外科	安佐北区落合 5 丁目 24-8 TEL 082-841-0887	予約制（電話で受診日を予約）

## 「もの忘れ外来」に受診するには？

「もの忘れ外来」は、かかりつけの先生（開業医）に、安佐市民病院か安佐南区と安佐北区にある14 専門医療機関のいずれかの「もの忘れ外来」に紹介を頼むところから始まります。かかりつけ医（開業医）がない場合、あるいは、かかりつけ医に頼んだらもの忘れは歳のせいだから調べる必要はない と言われた場合に、本人やご家族がやっぱり調べてもらいたいと思われたら、安佐南区と安佐北区にある14 専門医療機関の「もの忘れ外来」に直接受診することも可能です。

「もの忘れ外来」では、生活の様子などについてご家族からもお話を聞かせていただきますので、必ず一緒に受診をお願いします。

「もの忘れ外来」では、診察、血液検査、画像検査、認知機能検査を行い、現時点での診断と最善の治療法について患者さんにご家族にご説明し、『ひろしまオレンジパスポート』をお渡しします。『ひろしまオレンジパスポート』は広島県が作成し、県内の全ての認知症疾患医療センターでも発行している県内共通のツールです。





安佐市民病院と安佐南区・安佐北区の 14 専門医療機関の位置

## 『ひろしまオレンジパスポート』のご紹介

「もの忘れ外来」への受診が終わったら、『ひろしまオレンジパスポート』を手にとり、かかりつけの先生（開業医）のもとに戻り、これまで治療中の病気に加えて認知症の治療が始まります。『ひろしまオレンジパスポート』は、ご家族と、かかりつけ医、専門医療機関、ケアマネジャー・介護サービス・訪問看護ステーション・地域包括支援センターなど医療と介護にたずさわる多職種が記入し、全員で情報を共有し患者さんをご家族を支えています。認知症が進行するといろいろな困った症状が現れる場合がありますが、『ひろしまオレンジパスポート』を活用しながら全員でサポートします。

もし「もの忘れ」が気になる場合には、かかりつけの先生にまずはご相談ください。



『ひろしまオレンジパスポート』の表紙と裏表紙。A5 サイズで持ち運びに便利です。

**同意書(兼「情報共有機関登録票」)**

「ひろしまオレンジパスポート(広島県認知症地域連携バス)」の利用にあたり、このパスポートは、本人家族又は介護者が責任をもって管理し、各施設間での必要な個人情報の交換、情報提供することに同意します。

ご本人 \_\_\_\_\_

ご家族等 \_\_\_\_\_ (続柄)

成年後見人 \_\_\_\_\_ (種類)

個人情報の保護に関する法律等に基づき、閲覧・書込みにあたっては、適切に取り扱ってください。

◆認知症患者医療センター・認知症専門医療機関

医療機関名	診療科	電話番号	主治医
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			

◆かかりつけ医療機関等

医療機関名	診療科	電話番号	主治医
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			

1

**◆介護支援専門員(ケアマネジャー)**

事業所名	電話番号	担当者	備考
(HMネット利用：有・無)			

◆介護サービス事業所

事業所名	電話番号	担当者	利用状況(頻度)
(例)〇〇事業所	*** - *** - ****	△△	1回/週
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			
(HMネット利用：有・無)			

◆訪問看護ステーション

事業所名	電話番号	担当者	利用状況(頻度)
(HMネット利用：有・無)			

◆地域包括支援センター

事業所等名	電話番号	担当者	備考
(HMネット利用：有・無)			

※HMネット・連携バスシステム(ひろしま医療情報ネットワーク)を利用する機関は、「有」に○を記入してください。  
※記入欄が不足する等の場合には、P.5(MEMO欄)へ記入してください。

2

かかりつけ医(開業医)、専門医療機関、介護の支援体制など一目でわかります。

## ご本人のプロフィール

★共有する本人情報について、分かる範囲で記入してください。  
ご本人の状態や家族構成、管理する環境などで、手帳を失くしてしまうことが懸念される場合は、連絡先などの悪用されかねない重要な個人情報は、記入しなくてもかまいません。

氏名	(ふりがな) _____ (性別) _____
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
主な介護者	氏名: _____ 続柄等: _____ 連絡先(電話): _____ 同居・別居
成年後見人	氏名: _____ 続柄等: _____ 連絡先(電話): _____ 同居・別居
その他連絡先	氏名: _____ 続柄: _____ 連絡先(電話): _____ 同居・別居
生活状況(住居)	自宅・施設 種別: _____ 名称: _____
喫煙	無・有 ( )年間 × ( )本/日 禁煙歴( )
飲酒	無・有 ( )年間 × ( )程度
運転免許	無・有・返納済み(備考)
介護保険	未申請・申請中・認定済み (認定済みの場合) 支・介 / 認定時期 平成 年 月 ~ ) (再認定等の場合)

## 検査・診断結果(専門医療機関の検査結果)

患者名	
検査・診断日	年 月 日
CDR	<input type="checkbox"/> 未/ <input type="checkbox"/> 実施 ( )
HDS-R	<input type="checkbox"/> 未/ <input type="checkbox"/> 実施 ( ) /30
MMSE	<input type="checkbox"/> 未/ <input type="checkbox"/> 実施 ( ) /30
FAST	<input type="checkbox"/> 未/ <input type="checkbox"/> 実施 ( )
頭部CT	<input type="checkbox"/> 未/ <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 脳室拡大(体部) <input type="checkbox"/> 脳室拡大(下角) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )
大脳萎縮部位	<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 海馬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )
頭部MRI	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 虚血性変化 <input type="checkbox"/> 海馬萎縮 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )
大脳萎縮部位	VSRAD <input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 後部帯状回 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 海馬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( ) 海馬傍回 Z score: ( )
脳血流 SPECT 血流低下部位	<input type="checkbox"/> 未 / <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 後部帯状回 <input type="checkbox"/> 楔前部 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> 海馬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記等 ( )

プロフィールや専門医療機関での検査・診断結果を記入するページもあります。

## ご家族等からの連絡票(A- )

記入例

★ご家族等の方が“かかりつけ医等へ受診されるとき”に、ご本人の日常生活に関する次の5項目についてチェックして、お知らせください。また、医師へ伝えたいことなどがあれば記入してください。

記入日	26年 2月 1日
食事	<input checked="" type="checkbox"/> よく摂れている。 <input type="checkbox"/> あまり摂れていない。 <input type="checkbox"/> 全く摂れていない。
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> よく眠れる。 <input type="checkbox"/> あまり眠れていない。 <input type="checkbox"/> 全く眠れていない。
身体症状	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない。 <input type="checkbox"/> 良くなっている。 <input type="checkbox"/> 悪くなっている。
精神症状	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない。 <input type="checkbox"/> 良くなっている。 <input type="checkbox"/> 悪くなっている。
服薬	<input checked="" type="checkbox"/> 全て服薬 <input type="checkbox"/> 半分程度服薬 <input type="checkbox"/> ほとんど服薬できていない。
(ご本人の様子や、医師へ伝えたいことなどを記入してください。)	
夜間にそわそわしますが、その他の変化はないと思います。(OOOO)	

“ご家族や介護者の方”が、“かかりつけ医等へ受診されるとき”に、“ご本人の日常生活の状態をチェック”して医師へお知らせください。

43

## 情報共有連絡票

記入例

★“診察を受けてから次回受診するまでの間”で、診察結果で伝えたいことや、日常介護での気づき、症状の変化などを自由に書いてください。特に、伝えたい・答えてほしいひとに対しては“O”で囲んでください。

情報共有連絡票	
お知らせしたいことなど	26年 2月 1日 (記入者) 医・介・家 ●●●● 医院 △△ OOをΔmgに増量しますので、副作用が出ていないか観察をお願いします。 発疹、食欲不振などの胃腸症状、不穏等に注意して、何かあれば、電話で連絡してください。
お返事など	26年 2月 3日 (記入者) 医・介 ●●●● 食欲不振や、発疹もありません。 夜間にそわそわはしますが、薬が増えてからひどくなったということはないと思います。 2/8 デイサービスセンター●●●● 特に変わった様子はありませんでした。入浴を嫌がっておられた。
確認欄	0/00 △△ 0/00 ◆◆ だれかに答えてほしいことや、それに対する返事という場合ではなくても、気になったことなどを自由に書いてください。 指名に限らず、読んだ方は「確認」欄に「日付」と「名前」を記入してください。

“診察を受けてから次回受診するまでの間”で、診察結果で伝えたいことや、日常介護での気づき、症状の変化などを自由に書いてください。特に、伝えたい・答えてほしいひとに対しては“O”で囲んでください。

だれかに答えてほしいことや、それに対する返事という場合ではなくても、気になったことなどを自由に書いてください。

指名に限らず、読んだ方は「確認」欄に「日付」と「名前」を記入してください。

44

ご家族が生活の様子や気付いたことを記入する連絡票もあります。

# 認知症の簡単な検査法

他にもたくさんの検査法があります。Webで検索を。

## 井門式簡易認知機能スクリーニング検査

(Imon Cognitive Impairment Screening Test : ICIS)

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

検査日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 検査者 \_\_\_\_\_

設問		評価
1. 今日の日付を教えてください。 (1つ正答につき1点、計4点)	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日	4
		3
		2
		1
		0
2. 今から言う3つの言葉を覚えてください。後でまた聞きますからよく覚えておいて下さい。 (教示のみ)	1. りんご 牛 自動車	5. スイカ 猫 船 6. イチゴ 猿 自転車 7. ブドウ やぎ トラック 8. レモン 熊 タクシー
	2. みかん 豚 飛行機	
	3. バナナ 馬 電車	
	4. メロン 犬 バス	
3. 私の真似をしてください。 ※麻痺のある場合は実施せず。 (A,B 各1点、計2点)	A  B 	A キツネ(左右の手) ※最初につくった形で評価 両手ともに正答=1点 片手のみ正答=0.5点 両手ともできない=0点
		2
		1.5
		1
		B ハト (1点か0.5点か迷うときは1点とする) 迷わずできた=1点 試行錯誤しながらできた=0.5点 できない=0点
0.5		
0		
4. 'か'で始まる言葉を、できるだけたくさん言ってください。ただし、人の名前や固有名詞は除きます。(1分間) ※同じ単語の繰り返しや変形(傘、傘の柄)、人の名前。固有名詞は正答としません。(計3点)		10語以上
		6~9語
		3~5語
		2語以下
3		
		2
		1
		0
5. 先ほど覚えてもらった言葉を教えてください。(計3点)		
		3
		2
		1
		0
<b>合計得点</b>		
12点満点 9点以下は軽度認知障害(MCI)の疑い 7点以下は認知症の疑い		
麻痺などで手指模倣ができない場合は、3番以外の項目の10点満点で採点。 その場合、6点以下は認知症の疑い		

## 家族がつくった『認知症』早期発見のめやす

日常の暮らしの中で、認知症ではないかと思われる言動を、公益社団法人 認知症の人と家族の会の会員の経験からまとめたものです。目安として参考にしてください。いくつか思い当たることがあれば、**かかりつけ医（開業医）**に相談してみましょう。

### ● 物の忘れがひどい

- 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
- しまい忘れや置き忘れが増え、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



### ● 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



### ● 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



### ● 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



### ● 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



### ● 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
- ふさぎこんで何をするのも億劫がり、いやがる



不安や悩みがあれば **広島市認知症コールセンター** にご相談ください

【専用電話】 082-254-3821

【相談日時】 月曜日・水曜日 正午（12時）～午後4時

（年未年始（12月29日～1月3日）及び祝日、休日を除く）

【実施主体】 広島市（「公益社団法人 認知症の人と家族の会広島県支部」に委託）

安佐医師会 病診・診診連携委員会

認知症地域連携パス Working Group

お問合せ先 広島市立安佐市民病院 脳神経センター 脳神経内科外来

TEL 082-815-5211（代表） 内線 3601 担当者：山下

（平成30年3月1日）