

福岡県医師会 認知症に関する実態調査

1. 目 的

近年の高齢化に伴い認知症患者は増加の一途をたどっており、ますます認知症支援体制の充実が切望されております。

本会では、福岡県内の実態がどうか把握する目的で、

- 1) 認知症支援に携わる医療機関の把握
- 2) 認知症の診断・治療における「かかりつけ医」と「専門医療機関」の連携、
- 3) 地域包括支援センターや介護保険施設等との連携状況などについて

各医療機関における認知症診療または連携支援の実態を調査いたします。

この結果をもとに、認知症支援体制整備上の問題点や今後の課題を検討していきたいと考えておりますので、診療科に関係なく、調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、収集されたデータは統計的に処理した上で本調査の目的のみに利用し、医療機関の特定につながるような形では公表いたしません。

2. 締切日 平成21年11月5日（木）

3. 提出先

福岡県医師会

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

4. 問合せ先

福岡県医師会 地域医療課(担当者:山下・菓子野・王子野)

TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858

5. 結果公表

- 1) 福岡県医報に掲載
- 2) 福岡県医師会ホームページ上に掲載
- 3) 介護保険シンポジウム(平成21年12月開催予定)

ご多忙中、誠に恐れ入りますが……

ご協力よろしくお願い申し上げます。

福岡県医師会

※必ずご記入ください。

1. 調査記入日	平成21年	月	日
2. 所属医師会名	〔 〕		
3. 医療機関名	〔 〕		
4. 記入担当者名	〔 〕		
5. 連絡先			
TEL: _____	(代表・直通)	FAX: _____	(代表・直通)

1. 主たる診療科	該当するものを○で囲んでください。	
	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 神経科 5. 心療内科 6. 産婦人科 7. 皮膚科 8. リハビリテーション科 9. 眼科 10. 耳鼻咽喉科 11. 精神科 12. 神経内科 13. その他 〔 〕	
2. 認知症専門外来の有無	該当するものを○で囲んでください。	
	1. 有 2. 無	
3. 認知症を専門の一つとする医師の有無	該当するものを○で選択の上、人数をご記入ください。 1. いない 2. 学会認定認知症専門医 〔 〕 名 3. 認知症サポート医 〔 〕 名 ※ 認知症サポート医養成研修修了者 4. 認知症かかりつけ医 〔 〕 名 ※ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者 5. その他 〔 〕 〔 〕 名	
4. 学会認定認知症専門医	該当するものを○で選択の上、人数をご記入ください。 1. 日本神経学会 〔 〕 名 2. 日本精神神経学会 〔 〕 名 3. 日本老年医学会 〔 〕 名 4. 日本老年精神医学会 〔 〕 名 5. その他 〔学会名 〕 〔 〕 名	

I. 診断・治療について

A. 貴院において、認知症患者または家族等からの相談に応じていますか。該当するものを○で囲んでください。

- 1. 相談に応じている
- 2. 相談に応じていない
- 3. その他

2. を選択された場合、調査は以上で終了です。

〔

〕

B. 貴院において、認知症の診断・治療を行っていますか。該当するものを○で囲んでください。

- 1. 診断・治療ともに行っている
- 2. 診断は行っている
- 3. 治療は行っている
- 4. いずれも行っていない
- 5. その他

4. を選択された場合、
「Ⅱ. 連携・支援について」
へお進みください。

〔

〕

C. 診断の際、通常行う検査方法について、該当するものを○で囲んでください。複数回答可。

- 1. 長谷川式又はMMSE
- 2. CT
- 3. MRI
- 4. MRI委縮度解析
- 5. SPECT(脳血流検査)
- 6. PET(脳代謝検査)
- 7. 臨床心理士による知能検査

8. 他院に依頼している ⇒ 〔 【依頼先医療機関名】

9. その他 〔

〕

〕

D. 他院から診断の依頼があった場合、受け入れていますか。該当するものを○で囲んでください。

- 1. 受け入れている
- 2. 受け入っていない。
- 3. その他

〔

〕

裏面へ続く

E. 認知症の治療について、該当するものを○で囲んでください。複数回答可。

1. 外来治療のみ

2. 入院治療も可能

3. 他院に依頼している ⇒ 【依頼先医療機関名】

4. その他

F. 他院より、徘徊や異常行動等の周辺症状がある患者の受入れ依頼があった場合、受け入れに応じていますか。

該当するものを○で囲んでください。

1. 外来・入院いずれも受け入れている

2. 外来は受け入れている

3. 入院は受け入れている

4. 受け入れていない。

5. その他

G. 貴院にて対応可能な疾病について、該当するものを○で囲んでください。複数回答可。

1. アルツハイマー病

2. 脳血管性認知症

3. レビー小体型認知症

4. 前頭側頭型認知症(ピック病)

5. その他

H. 本人に対して病状の告知をしていますか。該当するものを○で囲んでください。

1. 必ずしている

2. だいたいしている

3. 特別な場合を除きしていない

4. していない

5. その他

I. 家族に対して病状の告知をしていますか。該当するものを○で囲んでください。

1. 必ずしている

2. だいたいしている

3. 特別な場合を除きしていない

4. していない

5. その他

II. 連携・支援編へ

Ⅱ. 連携・支援について

A. 不穏・興奮等の認知症周辺症状のある患者への対応について、該当するものを○で囲んでください。複数回答可。
他院と連携している場合は、連携先医療機関名もご記入ください。なお、医療機関名の記載が困難な場合は、「病院・診療所」のいずれか又は両方を選択してください。

1. 自院で対応している

2. 専門医療機関と連携している

【連携先医療機関名】 病院・診療所

3. もの忘れ外来と連携している

【連携先医療機関名】 病院・診療所

4. 認知症サポート医(※1)や
認知症かかりつけ医(※2)
と連携している

【連携先医療機関名】 病院・診療所

※1 認知症サポート医養成研修修了者

※2 かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者

5. その他

【連携先医療機関名】 病院・診療所

B. 身体合併症がある認知症患者への対応について、該当するものを○で囲んでください。複数回答可。

他院と連携している場合は、連携先医療機関名もご記入ください。なお、医療機関名の記載が困難な場合は、「病院・診療所」のいずれか又は両方を選択してください。

1. 自院で対応している

2. 専門医療機関と連携している

【連携先医療機関名】 病院・診療所

3. もの忘れ外来と連携している

【連携先医療機関名】 病院・診療所

4. 認知症サポート医(※1)や
認知症かかりつけ医(※2)
と連携している

【連携先医療機関名】 病院・診療所

※1 認知症サポート医養成研修修了者

※2 かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者

5. その他

【連携先医療機関名】 病院・診療所

裏面へ続く

C. 貴院の認知症診療および連携において、関わりのある職種を○で囲んでください。複数回答可。

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1. 臨床心理士 | 2. 理学療法士 |
| 3. 作業療法士 | 4. 言語聴覚士 |
| 5. 医療ソーシャルワーカー(MSW) | 6. 精神保健福祉士(PSW) |
| 7. 介護支援専門員(ケアマネージャー) | |
| 8. その他 | |

D. 認知症患者の介護サービスについて、該当するものを○で囲んでください。複数回答可。

- | |
|---|
| 1. 地域包括支援センターと連携している |
| 2. 訪問看護ステーションを運営または連携している |
| 3. 認知症通所リハビリテーションを運営または連携している |
| 4. グループホーム(認知症対応型共同生活介護)を運営または連携している |
| 5. デイサービス(通所介護事業)を運営または連携している |
| 6. ショートステイ(短期入所生活介護、短期入所療養介護)を運営または連携している |
| 7. 介護保険施設(特養、老健、介護療養型医療施設など)へ紹介している |
| 8. 特になし |
| 9. その他 |

E. 認知症連携支援に関する医師会への要望について、該当するものを○で囲んでください。複数回答可。

- | | |
|----------------|------------------------|
| 1. 研修・講演会の実施 | 2. 認知症連携パスの作成 |
| 3. 地域・住民への啓発活動 | 4. 行政や地域包括支援センターとの連携支援 |
| 5. その他 | |

以上です。ご協力いただき、誠にありがとうございました。