

認知症及び認知症疑い患者 紹介マニュアル (神戸市東灘区認知症連携パス)

目 次

- | | |
|--|-------|
| 1) はじめに | … 1 |
| 2) 概要図 | … 2 |
| 3) マニュアル | … 3~4 |
| 4) もの忘れ外来 受診の流れ | … 5 |
| 5) もの忘れ外来 専用診療情報提供書 | … 6~7 |
| 6) 介護情報提供書 | … 8 |
| 7) 認知症に関する診療報酬 | … 9 |
| 8) あんしんすこやかセンター 一覧へリンク
えがおの窓口 一覧へリンク
認知症対応医療機関リスト 問合せ先 | … 10 |

はじめに

近年わが国では、高齢化に伴って有病者数が増加する認知症の話題が数多く提供されています。

厚生労働省研究班は平成25年6月「平成24年の認知症高齢者数が462万人に達した」と報告しました。さらに平成27年1月「団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる平成37年には、認知症高齢者数は700万人にも及ぶだろう」と発表しています。つまり、65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症高齢者ということになります。

それを受ける形で厚生労働省は、7項目からなる新オレンジプランを打ち出しました。新オレンジプランで核となるのは“認知症患者を含めた高齢者にやさしい地域づくり”です。目標とする地域をつくるために、多職種が連携を深め、しっかりとしたネットワークづくりをする必要があります。

このような背景から「認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる地域」をモットーに、神戸市東部認知症連携協議会は平成24年に発足しました。東灘区を中心として認知症に関わる有志が集まり、医療・介護・福祉の課題解決や支援について検討を行っています。その一環として運営委員を中心に、認知症の早期診断およびより良い治療の継続を目的とした「神戸市東部認知症連携パス」の作成を進めてきました。その結果、ここに「認知症および認知症疑い患者紹介マニュアル」をまとめました。医療・介護・福祉の更なる実践的なネットワーク構築に役立てていただけたら幸いです。

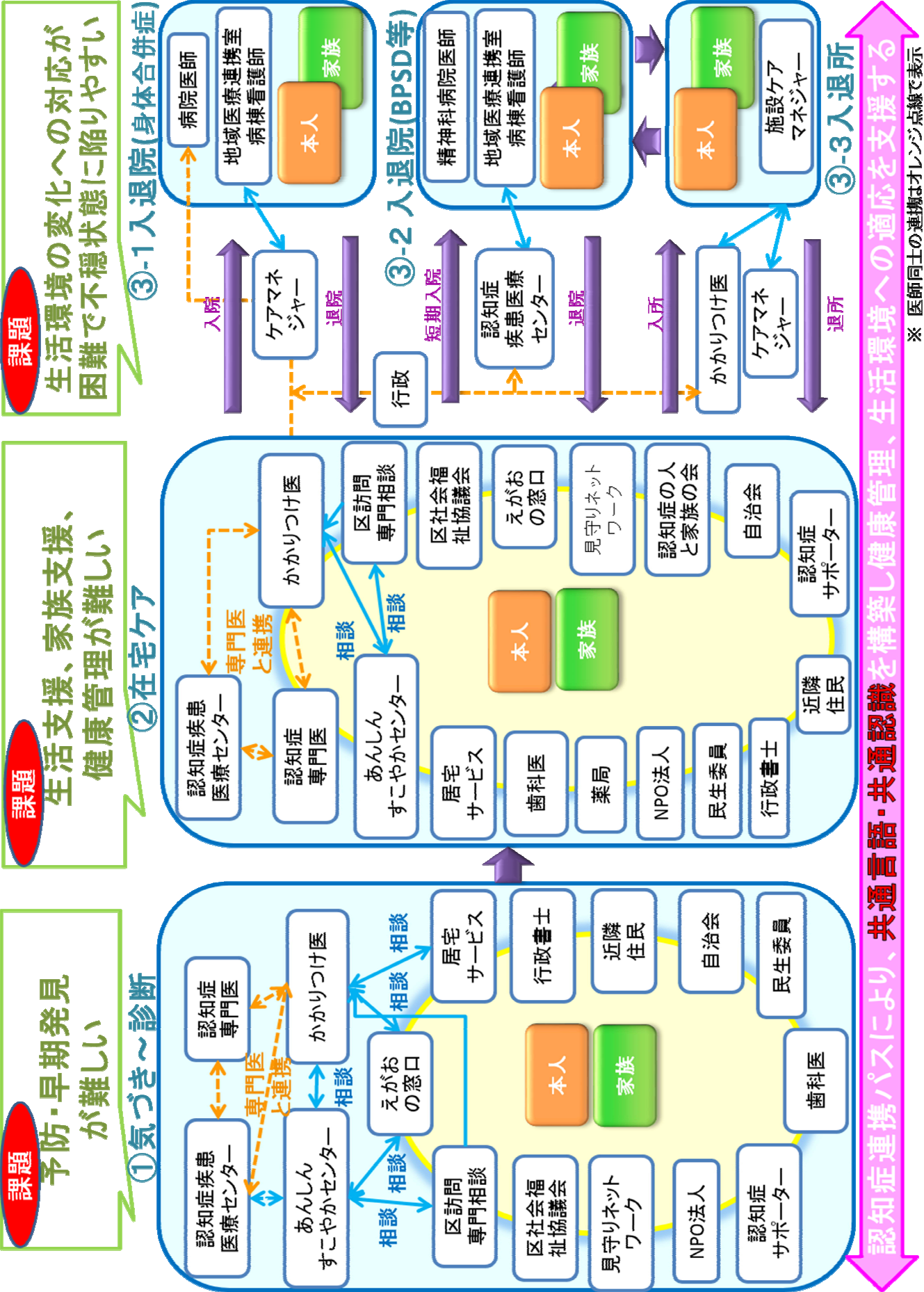
マニュアル作成にあたり多くの方からの情報やご意見を頂いたことに深謝するとともに、これからもより密接な連携を目指していきたいと思います。

平成28年7月吉日
神戸市東部認知症連携協議会

事務局：一般財団法人甲南会 六甲アイランド甲南病院
神戸市認知症疾患医療センター

Tel 078-857-8720 Fax 078-854-4139

認知症連携パスの概要図(医療・介護・福祉の連携)



認知症連携パス（マニュアル）

ご本人・ご家族は、かかりつけ医・あんしんすこやかセンターへ相談

認知症又は認知症疑いの患者様がいらっしゃる場合、まずは“かかりつけ医”を受診して下さい。かかりつけ医がない場合は、お近くのあんしんすこやかセンター又は認知症疾患医療センターへご相談ください。

あんしんすこやかセンターやえがおの窓口は“かかりつけ医”と連携

あんしんすこやかセンターやえがおの窓口は介護情報提供書を活用して、かかりつけ医と情報を共有し、密な連携でご本人・ご家族のフォローアップ体制を整えます。

かかりつけ医から認知症専門外来受診の流れ

かかりつけ医を受診後に、認知症専門医の受診の必要性があれば「認知症連携パスの概要図」（別紙オレンジの点線）に沿って、以下の様な専門医との連携が必要となります。

I. かかりつけ医から認知症専門医への初診予約の流れ

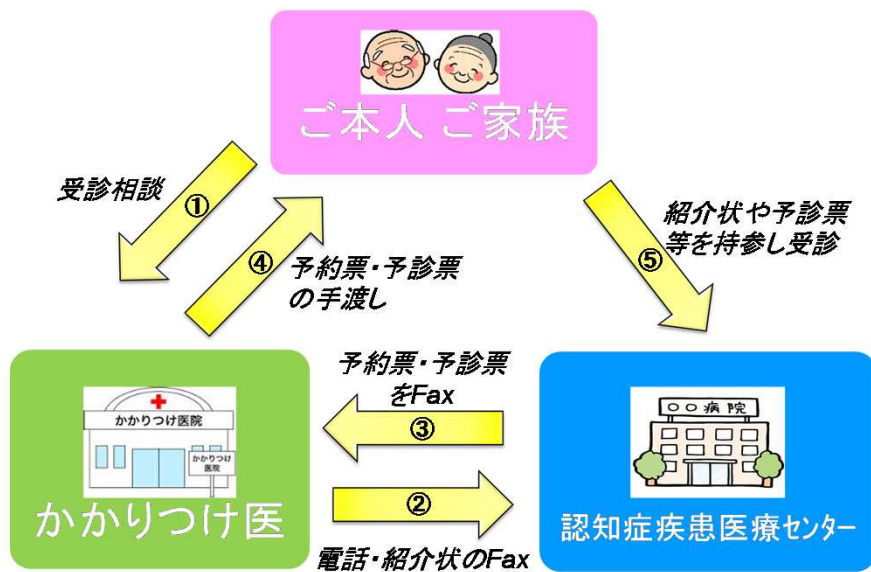
区内のもの忘れ専門外来へ初診予約を行う場合は、次の手順で予約をお願いします。

Aクリニック
B病院
C医院

} 今後の検討課題

II. かかりつけ医から認知症疾患医療センターへの初診予約の流れ

認知症疾患医療センターへ初診予約を行う場合、次の手順で予約をお願いします。



ご紹介の際には、可能な限り全身状態の再確認を行っていただき、処方内容や採血結果等を紹介状に記載または添付をお願いいたします。また診察で長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）やMMSE（Mini-Mental State Examination）等のスクリーニングを行った場合は、情報を追記して下さい。

認知症疾患医療センターへの画像検査依頼（MRI・SPECTなど）

六甲アイランド甲南病院 神戸市認知症疾患医療センターの認知症鑑別診断外来は、初診予約の申込みから受診まで概ね1ヶ月前後、鑑別診断までは2ヶ月程度を要します。

- ① かかりつけ医の先生の診察で臨床的にほぼ診断が確定し、画像検査だけを要する場合
- ② 鑑別診断までの期間短縮を行いたい場合

は以下のように検査を依頼することができます。可能な検査内容は、

・ MRI（VSRAD） → 六甲アイランド甲南病院

※ VSRADは内側側頭葉の萎縮の程度を分析し、早期にアルツハイマー型認知症を診断するための支援情報を提供するシステム

・ 脳血流シンチグラフィ（SPECT：スペクト） → 六甲アイランド甲南病院

※ SPECTは脳血流が低下しているか、またどの部分が低下しているかをみる検査。認知症の原因疾患別に血流低下パターンが異なるため、鑑別診断に役立つ。

・ MIBG心筋シンチグラフィ（MIBG：エムアイビージー） → 六甲アイランド甲南病院

※ MIBG心筋シンチは、心臓交感神経の状態をみる検査《主にレビー小体型認知症の診断に用いる》

・ 脳ドーパミントランスポーターシンチ（DaT Scan：ダットスキャン）

→ 六甲アイランド甲南病院

※ DaT Scanは黒質線条体ドーパミン神経終末に存在するドーパミントランスポーター（DAT）密度の低下を調べ、黒質線条体ドーパミン神経細胞の脱落の有無をみる検査《主にレビー小体型認知症の診断に用いる》

ご依頼の際は、各紹介状をご用意頂き、予約センターを通して検査予約をお取りください。

BPSD出現時の診察依頼

本人の病状・症状等が「緊急を要するか」の確認をお願いします。

① 緊急性がある場合や本人・家族が早めの入院を希望される場合
精神科診療につきましては六甲アイランド甲南病院は外来診療のみのため、協力病院をはじめとする精神科病院を紹介させていただきますので、ご相談下さい。

② 緊急性はないが本人・家族・支援者等がお困りの場合
かかりつけ医の先生から紹介状を頂き、外来の診察予約をお取りいたします。ただし、待機期間が約1ヶ月前後あるため、お急ぎの場合は、予約時に「キャンセル待ちをしたい」とお伝え下さい。キャンセルが出た時点で順番に連絡させていただきます。また、“もの忘れ外来”を受診後、専門医が精神科病院での治療が必要と判断した場合は、協力病院をはじめとする精神科病院へ診察依頼を行います。

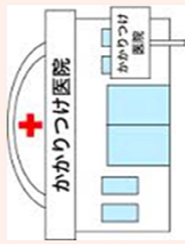
※ BPSD出現時の鑑別診断について

本人の本来の能力が発揮できなかつたり、必要な検査が実施できなかつたりするため、認知症の鑑別診断が困難となります。BPSDが出現している患者様で認知症の鑑別診断をご希望の場合は、BPSDの症状が安定した後の鑑別診断となります。

もの忘れ外来(予約から診断、治療の流れ)

【紹介・予約】

かかりつけ医へ紹介状を依頼



かかりつけ医からのご紹介で、診察日の予約をお取りします。

※ かかりつけ医がない場合は、直接当センターへご相談下さい

【初診】

ご家族等と一緒に来院



診察開始

専門医より各検査の指示があります



各種検査

- ・MMSE
- ・血液検査
- ・心電図等

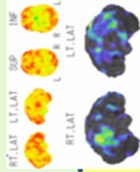


【再診】

診察・検査で何度か通院

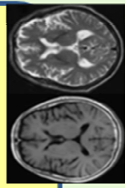


検査・再診



各種検査

- ・脳MRI・CT・脳波
- ・脳血流シンチグラフィ
- ・心筋シンチグラフィ
- ・脳タクトスキャン
- ・神経心理検査



【鑑別診断】

診断後はかかりつけ医へ

診断結果を説明



- ・治療方針の決定
- ・お薬の調整 (対象者)
- ・介護保険の案内
- ・ケア相談を案内



※ 鑑別診断・服薬調整後、一旦もの忘れ外来の診察は終了

【一旦終了後再診】

症状に変化がある時又は経過観察



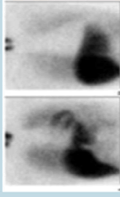
改めてかかりつけ医へご相談下さい。かかりつけ医からのご紹介で診察日をお取りします。



【かかりつけ医との連携】

安定後はかかりつけ医へ

前回の受診時からの変化を評価し、再検査やお薬の調整等を行います。かかりつけ医と連携を取ります。



予約～初診迄 約1ヶ月

初診～鑑別診断 1～2ヶ月程度

鑑別診断～お薬の調整 1～2ヶ月程度

必要時に受診

もの忘れ外来専用 診療情報提供書


初回 2回目以降(前回 医師)

(かかりつけ医 → 認知症疾患医療センター)

記載日 年 月 日

紹介先: 六甲アイランド甲南病院 認知症疾患医療センター		紹介元医療機関:	
診療科: もの忘れ外来		診療科:	
担当氏名: _____ 先生		医師氏名:	
住所: 〒658-0032 東灘区向洋町中2丁目11		住所:	
Tel/Fax: Tel:078-857-8720 Fax:078-854-4139		Tel: _____ Fax: _____	
本人	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男	生年月日 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日 () 歳
	氏名	<input type="checkbox"/> 女	住所
	連絡先		生活状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> () と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所等
家族	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男	本人との続柄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名	<input type="checkbox"/> 女	連絡先
紹介動機	<input type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 専門職の依頼 <input type="checkbox"/> その他()		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> BPSDコントロール <input type="checkbox"/> 精神科病院等の入院 <input type="checkbox"/> 鑑別診断後の病状増悪 <input type="checkbox"/> () 年後再診 <input type="checkbox"/> その他()		
現在の症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 詐欺被害 <input type="checkbox"/> BPSD() <input type="checkbox"/> その他()		
合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> その他()		
既往歴	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 精神疾患() <input type="checkbox"/> その他()		
現病歴 治療経過	処方内容		
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5)		
介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (訪問系 _____ [週] 回 通所系 _____ [週] 回) その他 _____ [週] 回)		

当センターは鑑別診断を基本に診療しております。診断後に抗認知症薬の調整を希望されるか、チェックして下さい。

 抗認知症薬の調整を希望する
抗認知症薬の調整を希望しない

認知症疾患医療センターへ初回紹介・・・ 認知症専門医紹介加算(100点)適応
 確定診断後のフォロー・・・認知症療養指導料 月1回 6ヶ月間(350点)適応
 認知症疾患医療センターへ2回目以降紹介(症状増悪時)・・・ 認知症専門医療機関連携加算(50点) 適応
 ※ 転医される場合は、紹介先へ各検査データ等の添付をお願いいたします。

もの忘れ外来専用 診療情報提供書

初回 2回目以降(前回) 医師)

(かかりつけ医 → 認知症疾患医療センター)

記載日 20 年 〇 月 〇 日

紹介先: 六甲アイランド甲南病院 認知症疾患医療センター		紹介元医療機関: ○○医院		記 入 例	
診療科: もの忘れ外来		診療科: 内科			
担当氏名: 小倉 純 先生		医師氏名: 東灘 一郎			
住所: 〒658-0032 東灘区向洋町中2丁目11		住所: 東灘区○○町1-2-3			
Tel/Fax: Tel:078-857-8720 Fax:078-854-4139		Tel: 078-○○○-○○○○ Fax: 078-○○○-○○○○			
本人	ふりがな	ろっこう たろう	<input checked="" type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S 10 年 1 月 1 日 (80) 歳
	氏名	六甲 太郎 様	<input type="checkbox"/> 女	住所	東灘区△△町3-4-5-607
	連絡先	078 [△△△] △△△△		生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>(長女)と同居 <input type="/> 施設入所等
家族	ふりがな	ろっこう あいこ	<input type="checkbox"/> 男	本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名	六甲 愛子 様	<input checked="" type="checkbox"/> 女	連絡先	090 [△△△] △△△△
紹介動機	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input checked="" type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 専門職の依頼 <input type="checkbox"/> その他()				
紹介目的	<input checked="" type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> BPSDコントロール <input type="checkbox"/> 精神科病院等の入院 <input type="checkbox"/> 鑑別診断後の病状増悪 <input checkbox"="" type="checkbox/>()年後再診 <input type="/> その他()				
現在の症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 詐欺被害 <input type="checkbox"/> BPSD() <input checked="" type="checkbox"/> その他(H2△年 大腿骨頭部骨折にて入院)				
合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> その他()				
既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 精神疾患() <input type="checkbox"/> その他()				
現病歴 治療経過	10年前に脳梗塞の既往あります。 昨年骨折にて△△病院へ入院し、スタッフ よりもの忘れを指摘されていた。退院後、も の忘れの程度が強くなっているとご家族が 心配され、精査を希望されている。 当院でのMMSEは24点と見当識障害がみ られます。ご高診よろしくお願い申し上げます。		処方 内容	ディオバン錠 (△△mg) 分1 朝食後 1錠 タケプロンOD錠△△mg 分1 朝食後 1錠	
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5)				
介護サービスの 利用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (訪問系 _____ [週 _____ 回] 通所系 <u>デイサービス</u> [週 1 回] その他 _____ [週 _____ 回])				

当センターは鑑別診断を基本に診療しております。診断後に抗認知症薬の調整を希望されるか、チェックして下さい。

抗認知症薬の調整を希望する
 抗認知症薬の調整を希望しない

認知症疾患医療センターへ初回紹介… 認知症専門医紹介加算(100点)適応
 確定診断後のフォロー… 認知症療養指導料 月1回 6ヶ月間(350点)適応
 認知症疾患医療センターへ2回目以降紹介(症状増悪時)… 認知症専門医療機関連携加算(50点) 適応
 ※ 転医される場合は、紹介先へ各検査データ等の添付をお願いいたします。

鑑別診断にて認知症の診断が下った患者の選択肢

①抗認知症薬を認知症疾患医療センターで調整し、
 症状安定後に逆紹介してほしい。
 (希望するに"レ点"を入れる)

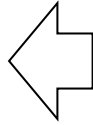
②診断後の抗認知症薬等の調整は、かかりつけ医にて
 行います。(希望しないに"レ点"を入れる)

神戸市東部認知症連携協議会

介護情報提供書

平成 年 月 日

事業者名	
担当者名	様
TEL	
FAX	



事業者名	
担当者名	
TEL	
FAX	

下記利用者の介護サービス提供やケアプランに対する意見・要望・質問・回答、今後のサービス提供やケアプラン作成にあたってご注意いただく事項等を送付しますのでよろしくお願いいたします。

【利用者】

利用者氏名		様 (男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日生(才)
-------	--	---------	------	------------------

【介護サービス提供時の状況・ケアプランに対する意見・要望・質問・回答など】

内 容	
-----	--

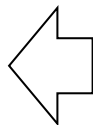
【情報共有の要望等】

共有方法	1. 電話連絡希望 (希望日時等) 2. FAX回答希望 3. 面談希望 (希望日時等) 4. サービス担当者会議開催希望 あり・なし
------	--

..... キリトリ線

平成 年 月 日

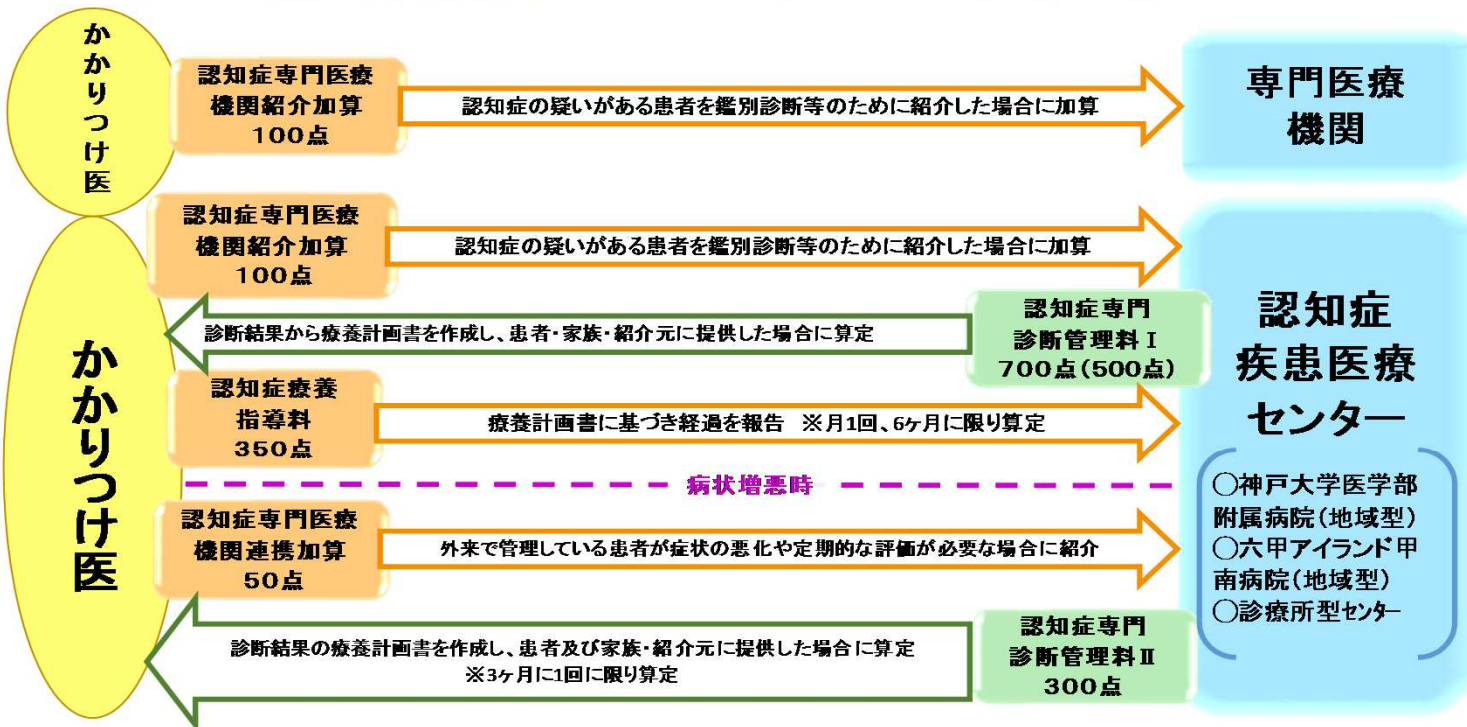
事業者名	
担当者名	様
TEL	
FAX	



事業者名	
担当者名	
TEL	
FAX	

介護情報提供書 (回答)

利用者の イニシャル等	
回 答 (返 信)	



認知症専門医療機関紹介加算 100点

【B009 診療情報提供料 (I) 250点】に対する加算100点

保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

※専門医療機関…鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関である。認知症疾患医療センターとは限らない。

【 B005-7 認知症専門診断管理料 I

イ 基幹型又は地域型の場合 700点】

認知症専門診断管理料1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

【 B005-7-2 認知症療養指導料 350点】

当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断(※1)を受け、区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6ヶ月に限り、月1回を限度として算定する。

※1 認知症療養指導料は、保険医療機関が認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者に対して、認知症療養計画書に基づき、症状の定期的な評価(認知機能(MMSE、HDS-R等)、生活機能(ADL、IADL等)、行動・心理症状(NPI、DBD等)等)、家族又は介護者等による介護の状況(介護負担の評価(NPI等))の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、療養指導を行う。

認知症専門医療機関連携加算 50点

【B009 診療情報提供料 (I) 250点】に対する加算50点

保険医療機関が、B005-7に掲げる認知症専門診断管理料を算定する専門医療機関(注1)において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。

【 B005-7 認知症専門診断管理料 I

ロ 診療所型の場合 500点】

イの基幹型又は地域型の場合と同様の条件を満たす「診療所型」の場合に算定する。

【 B005-7 認知症専門診断管理料2 300点】

認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの(入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。)に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。



各関係機関 一覧

神戸市役所ホームページへリンク

神戸ケアネット(神戸市の介護保険のページ)

① あんしんすこやかセンターの検索

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/ansuko-center/kensaku/index.html>

お住まいの住所地から担当のあんしんすこやかセンターを検索できます。

② えがおの窓口一覧

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/egao/index.html>

お住まいの住所地から担当のえがおの窓口一覧を検索できます。

東灘区認知症対応医療機関リスト

当協議会では東灘区医師会のご協力の元、「認知症対応医療機関リスト」を作成致しました。ご入り用の専門職の方は、恐れ入りますが、下記の神戸市東部認知症連携協議会の事務局へお問合せ下さい。

神戸市東部認知症連携協議会 事務局
一般財団法人 甲南会 六甲アイランド甲南病院
神戸市認知症疾患医療センター
電話 078-857-8720
Fax 078-854-4139



神戸市東部認知症連携協議会