

認知症スクリーニング検査の方向性（令和6年6月5日現在）

対 象 者…65歳以上80歳以下の高齢者，その他必要性を感じる者

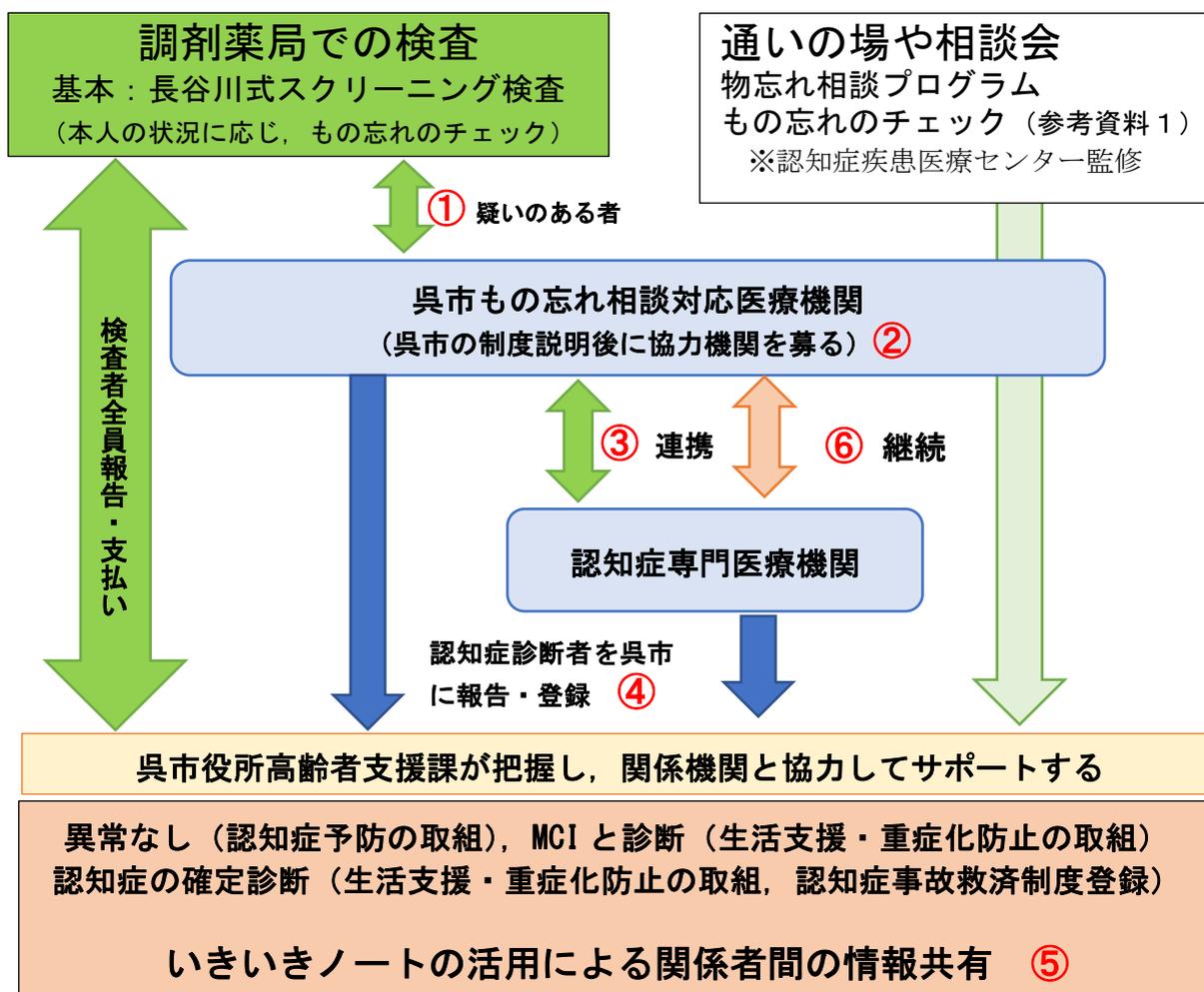
実施場所…保険薬局（通いの場や教室実施後の簡易検査は別途実施）

実施方法…呉市が呉市薬剤師会と委託契約を締結

（検査に協力いただける保険薬局のみ）

検査方法…基本：長谷川式スクリーニング検査

（本人の状況に応じ，もの忘れのチェックを活用）



【方向性】

認知症スクリーニング検査を開始すると，医療機関の受診者が増えるため，受診や治療，生活支援につなぐルールづくりが必要

- ① 保険薬局等で検査後の流れの確定
- ② もの忘れ相談対応医療機関の対応力向上の取組
- ③ 認知症専門医療機関で確定診断後，認知症相談対応医療機関で治療ができる仕組み
- ④ 認知症と診断された者を呉市につなぐ仕組み
- ⑤ いきいきノート（いきいきノート改定案参照）の内容と活用方法の検討
- ⑥ もの忘れ相談対応医療機関と認知症専門医療機関の定期的に連携できる仕組み

認知症スクリーニング検査開始スケジュール

実施月	呉市医師会	呉市薬剤師会	検討
R6.1	認知症地域連携バス小委員会協議方向性の検討		事業開始に向け課題を整理 認知症と診断されてから市への情報提供方法等
R6.2			いきいきノート修正案作成
R6.4	検査実施方法（案）確定 25日実施方法を説明		市への情報提供方法の決定 いきいきノートの運用方法決定
R6.5	認知症地域連携バス小委員会最終決定 協力薬局研修		パンフレット、チラシ、いきいきノート印刷、消耗品購入
R6.5~6	もの忘れ相談対応 医療機関研修	協力保険薬局研修	医療機関・協力薬局リスト化 関係事業所等に配布
R6.7~8	事業開始		スモールスタート 検討委員会所属団体を通じた周知活動の開始
R6.9	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> スクリーニング検査を実施しながら、課題を修正し本格実施へ </div>		市政だより10月号と同時に折込チラシ配布
R6.10			本格スタート
R6.11	事業見直し R7年度予算要求		生協ひろしま折込チラシ配布
R6.12~	事業継続		

【呉市薬剤師会での準備】

1 「脳のいきいきチェック」協力薬局研修の実施

(1) 事前説明 令和6年4月25日（木）19:00~19:30

- 認知症と共に生きるまち（認知症パッケージ事業）の推進について
- 認知症を早期に発見し重症化を予防するために
- 保険薬局での認知症スクリーニング検査の開始について
- 「脳のいきいきチェック」協力薬局の決定について

(2) 協力薬局研修 令和6年6月6日（木）19:00~20:00

- 長谷川式スクリーニング検査の検査方法について
- 呉地域認知症診療連携ネットワーク・いきいきノートについて
- その他

2 みんなで受けよう「脳のいきいきチェック」の開始

(1) 開始予定 令和6年7月 スモールスタート

※関係機関等に周知，協力薬局で必要と思われる人から開始

令和6年10月 本格スタート

※市政だより10月号（9月10日発行）で市民広報開始

※65歳到達時にチラシの郵送

(2) 実施場所 協力保険薬局

(検査方法) 基本：長谷川式スクリーニング検査

※本人の状態により家族実施となった場合は、自宅で簡易「もの忘れチェック」も可能

- 本人又は代理者の同意を得て検査の実施
- 検査したスクリーニング用紙と名簿、請求書を高齢者支援課に提出
- 「認知症支援にかかわる情報提供書」を作成し、「もの忘れ相談対応医療機関」に情報提供

(3) 実施場所 通いの場等で実施

(検査内容)

簡易「もの忘れチェック」又はもの忘れ相談プログラムの実施

- 認知症が疑われる人は、「もの忘れ相談対応医療機関」名簿を提示し紹介

【呉市医師会・安芸地区医師会音戸ブロック】

1 もの忘れ相談対応医療機関養成研修の実施

(1) 予定時期 令和6年6月～（1回または2回）

※研修終了後、協力保険薬局を初めとする医療・介護関係者へ周知
令和7年2～3月（新規・更新研修1回）

(2) 研修内容

- 認知症と共に生きるまち（認知症パッケージ事業）の推進について
- 呉地域認知症診療連携ネットワーク・いきいきノートについて
- 認知症を早期に発見し重症化を予防するために
- 診療報酬等の研修
- もの忘れ相談対応医療機関として市民に周知することの承諾
- その他

2 もの忘れ相談対応医療機関での診察

提供された「認知症支援にかかわる情報提供書」に基づき、既往歴、治療状況、問診を行う。必要に応じ生化学検査や長谷川式スクリーニング検査を再度行う。

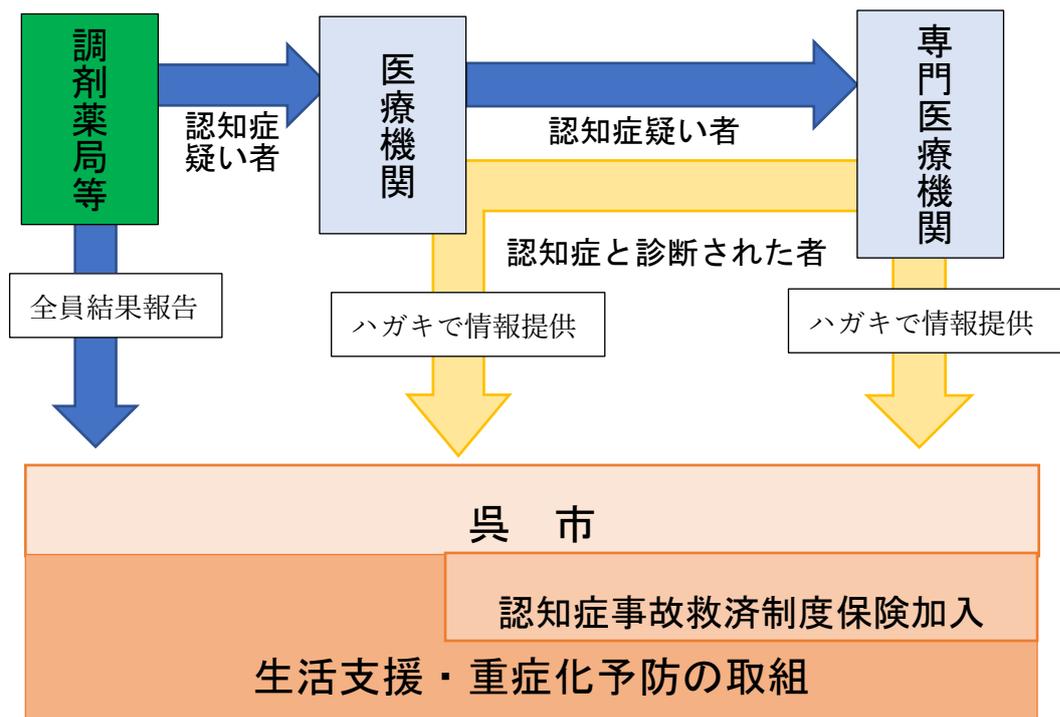
(1) BPSD 状態の際は、診療情報提供書の質問項目の判定による紹介先の決定

(2) 認知症が疑われる場合（MC Iを含む。）は、認知症専門医療機関へ紹介する。

その他の疾病治療が必要である場合は、治療の開始又は疾病治療に必要な医療機関へ紹介する。

3 認知症確定診断後の市への情報提供

- (1) もの忘れ相談対応医療機関から紹介があった者の確定診断をし、結果を返信
もの忘れ相談対応医療機関が呉市に情報提供
- (2) 認知症専門医療機関が独自に診察した者の確定診断
認知症専門医療機関から呉市に情報提供
- (3) 既に医療機関で把握している認知症の人へ情報提供



(4) 市への情報提供方法

- 認知症パッケージ事業チラシ（A3 二つ折り）を提示し、事業を案内する。
- 情報提供同意書に記入してもらい医療機関に保管する。
呉市から事業説明をするため、氏名等を呉市に情報提供することに同意を得る。
- 呉市宛てのハガキ（連絡書）に必要事項を記入してもらい、保護シールを貼り、医療機関がポストに投函する。（本人・家族では投函しない場合があるため）
- 連絡書の情報を元に呉市が連絡先電話番号に連絡し、各種制度の説明を開始。
- 「いきいきノート」を活用し、本人・家族及び関係者が情報共有する。

4 認知症の疑い及び認知症と判定された人への対応

(協力保険薬局での長谷川式スクリーニング検査の実施後)

認知機能低下が認められた場合は、現時点で認知症の確定診断ではないことに留意し、かかりつけ医療機関での再検査をすすめるとともに、呉市又は高齢者相談室(地域包括支援センター)等から連絡がある等、必要な説明を行い、関係書類を手渡す。

【検査結果】

検査結果		対応等	
認知症の恐れが低い	26～30点	積極的に認知症予防に取り組みましょう。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症予防関係のパンフレットを渡してください。 ○ 認知症に不安を感じたら、医療機関に相談するよう伝えてください。
	21～25点 MCIの可能性	認知症対策をした方がよいでしょう。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 念のため医療機関の受診を促します。 ○ 呉市から手紙や電話等の連絡があることを伝えてください。
認知症の恐れあり	0～20点 16～20点 軽度認知障害 11点～15点 中等度認知障害 5点～10点 高度認知障害	現段階で認知症と診断された訳ではありません。 他の疾病のチェックも併せ、医療機関の受診をすすめましょう。	<ul style="list-style-type: none"> ○ もの忘れ相談対応医療機関のリストから、本人及び家族が受診しやすい医療機関を選択してもらい受診を促します。 ○ 「認知症支援にかかわる情報提供書」を医療機関に提供します。 ○ 呉市から手紙や電話等の連絡をする場合があることをお伝えください。

(1) 協力保険薬局から呉市へ結果提出後の対応(別紙1)

検査結果に応じ、高齢者支援課や高齢者相談室、担当介護支援専門員、初期集中支援チーム、その他関係機関と自立支援・重症化予防の取組を推進する。

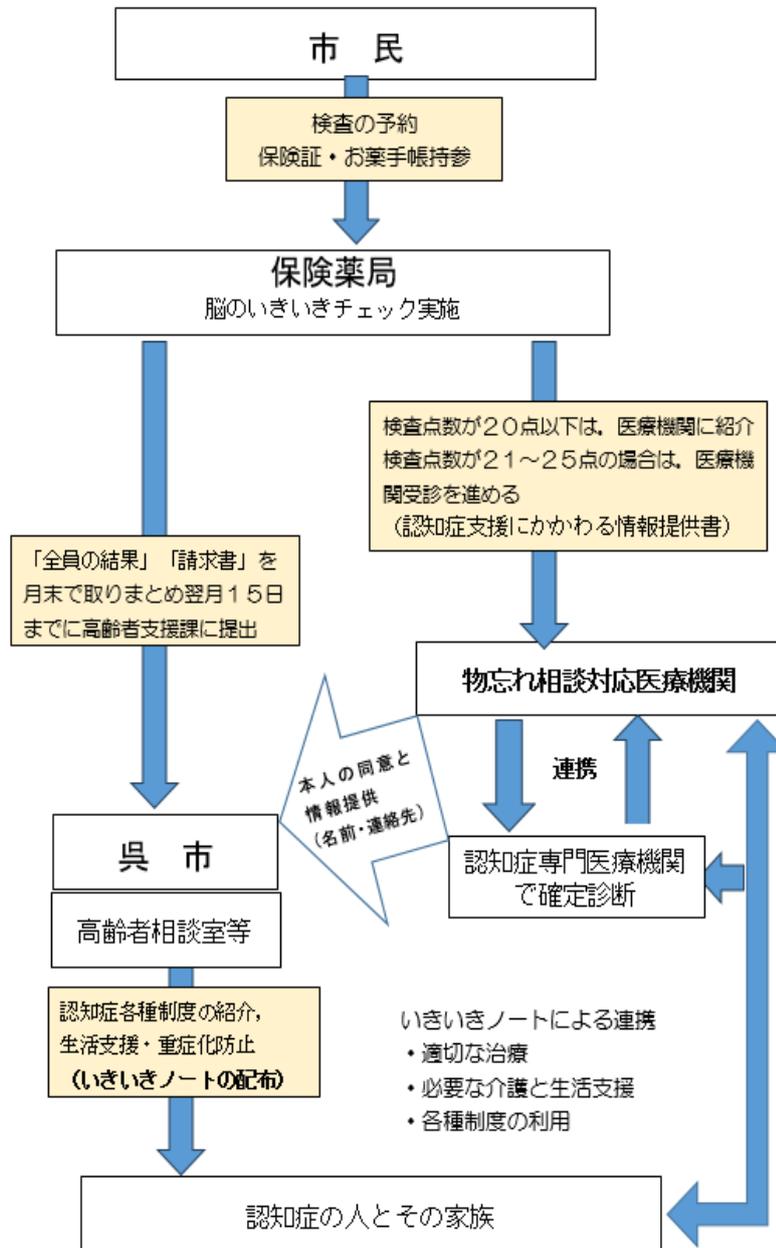
(2) 関係者間の情報共有について

いきいきノート(別添資料1)を活用し、本人、家族、医療・介護関係者で情報共有する。

(3) 検討課題

- 検査結果による対応方法の検討
- いきいきノートの活用した情報共有と周知方法

呉市スクリーニング検査事業実施フロー図



呉地域認知症診療ネットワーク・ 「いきいきノート」の活用方法

ケアサイドからの配布に変更

- ・長谷川式スクリーニング検査結果
- ・介護保険・医療保険サービスの利用状況
- ・生活支援サービス，医療情報等を記載し，関係機関で情報共有

<情報提供用同意書>

認知症パッケージ事業登録者用 (医療機関保管用)

情報提供同意書

私 (患者本人) は、呉市が実施する認知症とともに生きるまち (認知症パッケージ事業) の説明を受けるため、氏名及び連絡先等を呉市に情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

【患者】
住所.....
氏名.....
生年月日 (大・昭) 年 月 日生まれ.....
代理人氏名.....
連絡先電話番号.....

<情報提供用ハガキ>

【連絡書】

私は、呉市が実施する認知症とともに生きるまち (認知症パッケージ事業) の説明を希望します。説明日を決定するため、連絡先電話番号に連絡してください。

令和 年 月 日

住所.....
氏名.....
生年月日 (大・昭) 年 月 日生.....
代理人氏名.....
連絡先電話番号.....

