

「認知症」早めにご相談を!!

「認知症」は、誰にでも起こりうる脳の疾患です。
早期に診断し上手に対応していけば、その後の経過や介護の負担も変わってきます。
「年のせい…」と受診をためらわず、不安なことがある時は早めにご相談ください。

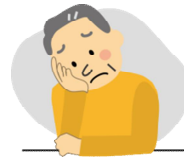
思い当たる『もの忘れ』の症状をチェックしてみましょう。

記憶



同じことを何度も話したり、同じ物を何度も買ってくるようになった

意欲



何となく元気がなかったり、興味や関心を示さなくなった

実行



今までできていたことが、できなくなったり、慣れた道具の使い方がわからなくなった

不安



ささいなことで怒ったり、不安を抱くようになった

思いあたることがあるときは、かかりつけ医または神栖市長寿介護課、地域包括支援センターまでお気軽にご相談ください。

加齢に伴うもの忘れと認知症によるもの忘れの違い

「人の名前が出てこない」「ものの置き場所を忘れる」などといったもの忘れは、年をとれば大なり小なり誰もが経験します。たとえば、昨日の朝食のメニューを思い出せないことはよくありますが、認知症になると、朝食を食べたこと自体を忘れ、「朝食を食べてない」と言うことがあります

加齢に伴うもの忘れ

- 体験したことの一部を忘れる
- もの忘れを自覚できる
- ヒントを出すと思い出せる
- 年次や日付、曜日を間違えることがある
- 日常生活に大きな支障はない

認知症によるもの忘れ

- 体験したこと自体を忘れる
- もの忘れを自覚できない
- ヒントを出しても思い出せない
- 年次や日付、季節がわからなくなる
- 日常生活に支障が出る

認知症の気づき「チェックリスト」

記入日

年

月

日

(フリガナ) 本人氏名	男・女 (歳)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
住 所	TEL		
相談者(記入者)	本人との関係()	同居・別居	TEL

★思いあたる「もの忘れ」の症状はいつ頃からですか。 _____年 月頃から

★心配ごとや困りごとは何ですか。

ご本人の記載欄

相談者の記載欄

★本人の生活状況 () 1人暮らし () 夫婦2人暮らし () 子や孫、親族と同居

※あてはまる項目に○をつけてください。 () その他 ()

★「ひょっとして認知症かな？」と、気になり始めたら自分でチェックしてみましょう。

※このチェックリストの結果はあくまでおおよその目安で医学的診断に代わるものではありません。認知症診断には医療機関での受診が必要です。身体機能が低下している場合は点数が高くなる可能性があります。

	1点	2点	3点	4点
財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	まったく ない	ときどき ある	ひんぱん にある	いつも そうだ
5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	まったく ない	ときどき ある	ひんぱん にある	いつも そうだ
周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあるとされますか。	まったく ない	ときどき ある	ひんぱん にある	いつも そうだ
今日が何月何日かわからないときがありますか。	まったく ない	ときどき ある	ひんぱん にある	いつも そうだ
言おうとしている言葉が、すぐに出てこないことがありますか。	まったく ない	ときどき ある	ひんぱん にある	いつも そうだ
貯金のおし入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
一人で買い物に行けますか。	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか。	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない
電話番号を調べて、電話をかけることができますか。	問題なく できる	だいたい できる	あまり できない	できない

チェックしたら合計を計算 合計

点

※20点以上の場合は、認知症機能や社会生活に支障が出ている可能性があります。

※かかりつけ医または地域包括支援センターにこのチェックリストを持参して相談してみましょう。

③認知症相談(電話・面接・訪問)記録票

相談日： 年 月 日		記入者名： 所属機関：	
本人	氏名：	生年月日：明・大・昭・平 年 月 日生	年齢： 歳
	住所：		性別
	TEL：		男女
相談者	氏名： 本人との関係（ ） TEL：		
1 相談内容 (当てはまる項目に☑チェックする。)			
<input type="checkbox"/> 受診に関すること <input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 専門医の診断 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 要介護認定の意見書 <input type="checkbox"/> BPSD (行動・心理症状) コントロール <input type="checkbox"/> 認知症の治療 (<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 薬剤調整 <input type="checkbox"/> 病気の説明 <input type="checkbox"/> 予後の説明 <input type="checkbox"/> 生活上の助言) <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> 介護予防生活支援 <input type="checkbox"/> 権利擁護に関するサービスの活用 <input type="checkbox"/> その他			
2 認知症の経過について、症状の出現の仕方 (家族や周囲の人が認知症に気づいてからの経過、対応等)			
<input type="checkbox"/> いつ頃から? 今から約 () 年・() ヶ月・() 週間 前 どのような症状? ※ (所見チェックについては、別紙参照)			
<input type="checkbox"/> 現在、困っていること (本人・家族・関係者) ※家族等からみた本人の様子や行動を記載			
3 認知症の診断について			
<input type="checkbox"/> 認知症の診断の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ・診断年月日： 年 月 日 ・診断名： <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 混合性認知症 <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> その他 () ・医療機関名： () ・医師名： ()			
4 既往歴 (疾患名、発症年齢、医療機関、治療経過等を記入する。)			
<div style="text-align: center;"> ※精神疾患既往の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 ※家族 (血族) の認知症歴の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (誰：) <input type="checkbox"/> 不明 </div>			
5 現病歴 (疾患名、発症年齢、医療機関、受診間隔、治療経過、内服薬等を記入する。)			
<div style="text-align: center;"> ※現在の内服薬 (お薬手帳のコピーか薬情のコピーを添付) ※紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし </div>			

6 生活状況、本人の状態について（当てはまる項目に☑チェックする。）

○ 介護者の有無 あり なし 不明

○ キーパーソン あり なし 不明

↳ありの場合、続柄など（ ）

氏名（ _____ 歳代） 連絡先（ _____ ）

○ 介護者の状況について特記すべき点があれば記載してください。

○ 生活歴 ・ 最終学歴 _____ ・ 職歴 _____

○ 経済状況 （月額 _____ 円）

不明 国民年金 遺族年金 厚生年金 無年金 生活保護 その他（ _____ ）

○ 経済状況の課題 なし あり（ _____ ）

○ 健康保険の種類 番号 _____ 負担割合 _____

不明 後期高齢 国保 協会健保 共済 未加 その他（ _____ ）

○ 日常生活状況

食事 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

移動 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

排泄 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

掃除洗濯 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

服薬管理 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

調理 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

買物 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

入浴 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

金銭管理・財産管理 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

医療機関の受診 自立 一部介助 全介助 その他（ _____ ）

運転免許 あり なし 返却予定

○ 趣味など本人が好んでいること・好んできたこと(嗜好品を含む)など

○ 嗜好

飲酒 有：1日（ _____ ）合 無 タバコ 有1日（ _____ ）本 無

飲酒を始めた時期 _____ 歳頃 から タバコをはじめた時期 _____ 歳頃から

○ 関わっている機関の経緯やサービスを利用するまでの経過

○ 要介護度 非該当 未申請 申請中 要支援（ _____ ） 要介護（ _____ ）

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明

日常生活自立度(寝たきり度)判定基準 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明

○ 現在利用中のサービス

・ 公的サービス 訪問介護 通所介護 通所リハビリ 福祉用具貸与 短期入所生活介護
短期入所療養介護 住宅改修 日常生活支援事業 成年後見制度
緊急通報システム その他（ _____ ）

・ 非公的サービス 民生委員 徘徊捜索ボランティア 隣人 友人等 配食
その他（ _____ ）

○ 居宅介護支援事業所（ _____ ） TEL（ _____ ） 担当者（ _____ ）

7 その他(本人・家族等の意向など)

※別紙に記載 あり なし

(別紙)

【身体的所見】

- 体重の変化 (増 減)
- 食欲低下 (疾患: 有 無)
- 脱水傾向
- 視力 (問題なし 眼鏡使用 その他 (_____))
- 聴力 (問題なし 耳が遠い 部分入れ歯 インプラント
- 手足の機能 (問題なし 問題あり (_____))

【神経学的所見】

- 構音障害
- 嚥下障害
- パーキンソン様症状 (振戦 動作緩慢 歩行障害)

【中核症状】

記憶、忘れっぽさ

- いつも日にちを忘れている
- 少し前のことを忘れる
- 最近聞いたことを、思い出すことができない

会話内容の繰り返し

- いつも同じ話を繰り返す

会話の組み立て能力と文脈理解

- 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
- 話の文脈をすぐ失う
- 質問を理解していないことが答えからわかる
- 会話を理解することがかなり困難

見当識障害、作話、依存など

- 時間の観念がない
- 話のつじつまを合わせようとする
- 家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族の方を向く等)

【行動・心理症状】

- 幻視
- 幻聴
- 妄想 (物盗られ妄想、 嫉妬妄想、 替え玉妄想、 その他)
- 不安・焦燥
- 徘徊
- 暴言
- 暴力
- 食行動異常 (過食 異食 拒食)
- 性的問題行動
- 昼夜逆転 (睡眠時間 _____ 時～ _____ 時)
- 夜間の異常行動 (睡眠時間 _____ 時～ _____ 時)
- 抑うつ
- 不潔行為
- その他

④認知症連絡ツール（医療機関受診用）

年 月 日

紹介先

医療機関名 _____

先生侍史

紹介元

所属

氏名

TEL、FAX

医療機関受診の際にご本人を支援するために、_____年 月 日現在の情報を記載してあります。

ご本人のお名前（フリガナ）	生 年 月 日	住所（市町村・字名まで）
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭・平 年 月 日 歳	TEL
家族（キーパーソン）の氏名	本人との関係	TEL

○受診目的 認知症精査 その他：

○認知症の経過（いつ頃から、どのような症状なのか、具体的にご記入ください。）

○現在、困っていること

○既往歴（疾患名、発症年齢、医療機関、治療経過等）

○現病歴（疾患名、発症年齢、医療機関、受診間隔、治療経過、内服薬等）

かかりつけ医の紹介状 あり なし

○介護認定

非該当 未申請 申請中 要支援（ ） 要介護（ ）
 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M 不明
 日常生活自立度（寝たきり度）判定基準 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明

○利用サービス（サービス名、週当たりの延時間・回数）

公的サービス 無 有（ ）
 非公的サービス 無 有（ ）

○本人・家族等の意向など

※「認知症に関する診断名をご本人に伝えることについて」 希望する 希望しない 相談して決めたい

○その他（伝達・相談・依頼事項など）

⑤認知症連絡ツール（医療機関受診結果用）

※受診結果の報告は、電話連絡も可能です。

年

月 日

所属 _____

氏名 _____ 様

【診察した医師】（記載

者： _____）

医療機関名

医 師 名

所 在 地

TEL、FAX

この度ご紹介（受診・相談）のあった患者様につきましてご報告いたします。

本 人	氏名：	明・大・昭・平 年 月 日	
	住所：	生	
	TEL：	（ 歳）	性 別
家族（相談者）	氏名：	本人との関係（ ） TEL：	
診 断 名			
検 査 内 容	<input type="checkbox"/> MMSE（長谷川式）等 <input type="checkbox"/> 画像所見等		
今 後 の 治 療 方 針			
処 方 箋			
次回受診	年 月 日（ 曜日） 時 分に予約をとりました。		
サポート機 関への紹介	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →		
本人への 診断告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
病気への 理解	本人	<input type="checkbox"/> 自覚（理解）しています。	<input type="checkbox"/> 自覚（理解）していません。
	家族	<input type="checkbox"/> 理解しています。	<input type="checkbox"/> 理解していません。
	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援、介護保険サービス等の新規検討が必要です。 <input type="checkbox"/> 現状のサービスプランで様子を見て良いです。		

今後の対応	<input type="checkbox"/> 現状のサービスプランの見直しが必要です。 <input type="checkbox"/> 家族に対する支援が必要です。 <input type="checkbox"/> その他 ()
コメント	<u>※本人、家族への説明や指導内容等を記載してください。</u>

⑥若年性認知症 情報共有シート

記入者	送付日	年 月 日		受付者	
	記入者氏名	(所属) TEL			
相談者	氏名	()歳 男・女			
	住所	連絡先			
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 息子の配偶者 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 娘の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 関係機関 <input type="checkbox"/> その他()			
本人の基本情報	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 歳
	本人氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先	
	本人住所				
	暮らし方	<input type="checkbox"/> 同居(同居の人) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()			
就労・生計	就労	職業の種類:			
		現在の状況: <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 休職中(期間 ~) <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他()			
	生計	本人の収入: (有り・無し) (<input type="checkbox"/> 給料 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他 ())			
家族の収入: (有り・無し) (<input type="checkbox"/> 給料 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他())					
本人の状況	診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	診断年月日 年 月 日 ・ 気づきの頃 年 月頃		
	医療機関名	(医師名)		告知の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	現在の治療状況 通院 回/月 治療薬(. .)				
認知	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 (医療機関名 医師名) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			

の 病 気	疾患名		
	薬の服用	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 無 . . .)
	既往歴	<input type="checkbox"/> 有(病名	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
本人の状況 →		本人の状況に対する家族の対応(介護負担など)	
◆主な症状 <input type="checkbox"/> 何度も同じ事を言う・聞く <input type="checkbox"/> 取り繕う <input type="checkbox"/> 道に迷う <input type="checkbox"/> 段取りが出来ない(料理の手順、旅行計画など) <input type="checkbox"/> 金銭管理ができない <input type="checkbox"/> 性格の変化(情緒不安定など) <input type="checkbox"/> その他〔 _____]			
◆現在の困り事 (症状・障害・BPSD など) <input type="checkbox"/> 尿(便)失禁 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> こだわり行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> その他〔 _____]			
◆今後についての不安 (症状、仕事、経済状況など) <input type="checkbox"/> 症状の進行 <input type="checkbox"/> 経済的不安(生活費、住宅ローンなど) <input type="checkbox"/> 介護者自身のこと(介護負担、介護者の健康状態など) <input type="checkbox"/> その他〔 _____]			

	制度名		手続き		等級・備考	
現在 利用 して いる サー ビス 制度	経済保証	傷病手当金 (健康保険)	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済(年 月まで受給)
		失業等給付	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済(年 月まで受給 ・延長手続き中)
		障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済(1級 ・2級)
		障害厚生年金	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済(1級 ・2級 ・3級)
		老齢年金	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済	
		遺族年金	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済(基礎年金 ・厚生年金 ・共済年金)
		生活保護	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済	
		その他	・ 国民年金支払い免除 ・ 住宅ローン支払い免除 ・ 生命保険優遇処置			
	医療	自立支援医療	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済	
		国民健康保険	<input type="checkbox"/> 利用有り	<input type="checkbox"/> 利用無し		
		全国健康保険協会・組合健康保険	<input type="checkbox"/> 利用有り	<input type="checkbox"/> 利用無し		
		共済保険	<input type="checkbox"/> 利用有り	<input type="checkbox"/> 利用無し		
		高額療養費助成制度	<input type="checkbox"/> 利用有り	<input type="checkbox"/> 利用無し		
		高額療養費・介護合算制度	<input type="checkbox"/> 利用有り	<input type="checkbox"/> 利用無し		
	介護保険	要介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請済	(要支援 ・ 要介護 ())

	障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 利用有り(級)	<input type="checkbox"/> 利用無し	
		身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 利用有り(級)	<input type="checkbox"/> 利用無し	
	権利擁護	成年後見制度	<input type="checkbox"/> 利用有り	<input type="checkbox"/> 利用無し	
		日常生活自立支援事業	<input type="checkbox"/> 利用有り	<input type="checkbox"/> 利用無し	
	介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム			
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能施設 (<input type="checkbox"/> 通所 回/週 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ())			
		<input type="checkbox"/> デイサービス 回/週	<input type="checkbox"/> デイケア 回/週	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週	<input type="checkbox"/> ショートステイ
介護保険以外のサービス	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> NPO(助け合い事業など) <input type="checkbox"/> 家族会(集いなど)				
障害者支援	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A・B型)	<input type="checkbox"/> その他 ()	
医療サービス	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> デイケア	回/週		
支援について	これまでの経過とまとめ (連携関連機関など)				
	今後の支援の方針 (進めていきたい支援) (介護サービス、障害者支援など)				